

术,被列入保健和早期干预的基本项目中。做抚触和体操的过程,也是观察婴儿运动模式和运动能力的过程,有助于神经运动异常的早期发现。

儿童保健的过程,是评价、指导儿童生长发育的过程。用发育诊断方法,当发现有怀疑指标但尚不能确诊为 CP 时,先告知养育者以引起重视,并指导早期干预。有脑损伤或脑发育异常的患儿,早期即出现 Vojta 姿势反射异常,并可诊断为中枢性协调障碍(zentrale koordination storung[德],ZKS)^[8]。对于 ZKS 的诊断与解释,家长比较容易接受。这样既避免了加重养育者精神、物质负担,又不失治疗时机,降低了医疗风险。

过去认为脑瘫是不治之症,但近年来的研究表明如果能早期诊断、早期治疗,除极严重者外,可以治愈或正常化^[9-10]。虽然神经细胞死亡后一般不能再生,但在大脑早期某些细胞的特殊功能可以改变,一些神经细胞能替代邻近受损细胞的功能,还能产生新的神经轴突、树突,使神经兴奋传递通路得以恢复。年龄越小,再构能力越强。婴儿期是大脑生长发育最快的时期,尤其是生后头半年内,可塑性最强,干预效果最好,可取得事半功倍的收获^[11-15]。

儿童保健康复专科通过与产科、新生儿专科合作,开展科学育儿宣传等措施,既丰富了家长的育儿知识,增强了儿童保健意识,又保留和吸引了保健与康复病源,促进了专业的发展。我们顺应 21 世纪儿童保健发展的新趋势——由既往的预防接种、合理营养的“保”健型,进展到强体健身益智的全面型,建立了以评估为基础,在专业人员、儿童和家长之间形成“评估—指导—发展—评估”的一种个性化的、循环互动的、跟踪式的儿童发展模式,使儿童的每一步都能从他的现有水平出发,进而达到发展目标、过程的最优化^[16];同时,保健与康复相结合,为 CP 患儿的早发现、早期诊断、早期干预创造了条件,有利于 CP 患儿的康复。

参考文献

- [1] 林庆.全国小儿脑性瘫痪座谈会纪要[J].中华儿科杂志,1989,27(3):162.
- [2] 鲍秀兰.塑造最佳的人生开端[M].第1版.北京:中国商业出版社,2001.359—374.
- [3] 范存仁.CDCC 婴幼儿智力发育测验手册[M].第1版.北京:团结出版社,1988.
- [4] 任世光.强化训练是小儿脑性瘫痪康复的重要原则[J].中国康复理论与实践,2005,11(9):778.
- [5] 吴兆芳,姜琨.早期院内康复训练治疗小儿脑损伤综合征及瘫痪[J].中国康复理论与实践,2005,11(5):380.
- [6] 李春香,冯雅凡,李树松.小儿脑瘫的家庭康复[J].中国康复理论与实践,2002,8(1):30.
- [7] 麦坚凝.国内脑性瘫痪康复治疗的现状和展望[J].中华儿科杂志,2005,43(4):241.
- [8] 李树春.小儿脑性瘫痪[M].第1版.郑州:河南科学技术出版社,2000.216—217.
- [9] 李初阳.早期干预防治小儿脑性瘫痪的临床观察[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):445.
- [10] 胡莹媛.小儿脑性瘫痪的早期诊断和康复治疗问题[J].中国康复理论与实践,2005,11(9):777.
- [11] 黄真.围产期脑损伤高危儿早期康复的临床观察[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):426.
- [12] Ogi S, Arisawa K, Takahashi T, et al. The development effects of an early intervention program for very low birth weight infants [J]. No To Hattatsu, 2001, 33(1):31.
- [13] 石坚,志纯,刘利辉,等.高危脑瘫婴幼儿早期康复的疗效与价值[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24(8):462.
- [14] 鲍秀兰.高危儿早期干预和脑瘫发生率的降低[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):403.
- [15] 黄真.脑性瘫痪的康复治疗[J].中华儿科杂志,2005,43(4):263.
- [16] 程淮,籍孝诚.要重视中国 0—3 岁儿童发展与早期教育[J].中国儿童保健杂志,2002,9(1):1.

·短篇论著·

脑卒中神经功能缺损早期康复的效果分析

张翠香¹ 冯仲红¹

1 资料与方法

1.1 病例选择及分组

病例选择条件:全部病例为 2002 年 7 月—2005 年 7 月在我科住院患者共 120 例,符合以下标准。①符合第四届全国脑血管病的诊断标准^[1]。并经头颅 CT 或 MRI 确诊为脑梗死或脑出血者。②系第一次发病。③脑梗死发病后 2—3d,脑出血发病后 10—14d 且病情稳定者。入选患者按随机抽样分为两组:康复组 60 例,男 35 例,女 25 例;年龄 44—82 岁,平均 59 岁;其中脑梗死 50 例,脑出血 10 例。对照组 60 例,男 42 例,女 18 例;年龄 35—77 岁,平均 61 岁;其中脑梗死 51

例,脑出血 9 例。两组各项配对因素(性别、年龄、偏瘫侧、病程、日常生活能力评分)对比,经统计学分析无显著差异,有可比性。

1.2 评价标准

①患肢运动功能评价:按改良式 Fugl-Meyer 评分法评定^[2]。运动积分<50 分为严重运动障碍。50—84 分为明显运动功能

1 河南第一荣康医院脑血管科,新乡,453003

作者简介:张翠香,女,学士,副主任医师

收稿日期:2005-12-28

障碍。85—95 分为中度运动障碍。96—99 分为轻度运动障碍。100 分为功能正常。②ADL 评价:按 Barthel 指数(BI)^[3]记分法评定。总积分 0—20 为完全依赖;21—61 为严重依赖;62—90 为中度依赖;91—99 为轻度依赖;100 为独立。

1.3 治疗方法

两组患者急性期均接受神经内科的常规药物治疗,康复组生命体征稳定后开始康复治疗,其方法主要采用促通技术。促通技术:早期良肢位的摆放,上下肢各关节的(包括健侧)主动、助力、被动活动训练。坐立位及行走的平衡训练,上下肢控制能力的训练,转换训练,日常生活能力训练。患侧上下肢被动运动,恢复上肢的外展、外旋、伸展、上举和整个下肢的屈曲动作。如间断地推动患者的手刺激上肢的伸展,握持患者的手指并使腕关节背伸,患者的双手交叉练习。下肢的屈髋、屈膝、踝背屈及足内翻的矫正练习,拍打肱二头肌、肱四头肌肌腹以缓解痉挛等。如处于软瘫期,给以增加肌肉张力的练习,如向前上方轻推肩胛骨,使肩下压和肩胛骨回缩,迅速抬高患肢以刺激三角肌,沿水平方向推挤压肩关节,单双桥运动等。整个训练期间,教会家属正确的辅助训练及护理方法。以便在非治疗时间也能得到部分训练,同时也能减少因护理不当导致的患肢再次损伤。心理治疗贯穿整个过程,以增强患者早日康复的信心。促通技术疗法 1 次/天,每次 60min,6 次/周。对照组未给予任何康复治疗,但有些患者在临床医生口头叮嘱后自行活动,有些患者家属根据自己的认识,帮助患者活动。

1.4 疗效评定标准

以患肢运动功能的改良式 Fugl-Meyer 积分分级标准及 Barthel 指数积分分级标准综合判定。痊愈:两项评价达正常;显效:两项评价提高 2 个等级及以上;有效:两项评价提高 1 个等级;无效:两项评价变化不大。

1.5 统计学分析

采用 χ^2 检验。

2 结果与讨论

见表 1—2。

表 1 康复组与对照组治疗前后 ADL、FMA 评分对比

组别	评价项目	例数	治疗前	治疗后	$\bar{x} \pm s$	P 值
康复组	ADL 评分	60	9.83±13.48	60.17±27.80 ^①		<0.01
	FMA 评分	60	14.15±16.07	65.87±26.79 ^①		<0.01
对照组	ADL 评分	60	8.75±14.83	40.83±2.83		<0.01
	FMA 评分	60	16.42±18.01	49.00±2.92		<0.01

①与对照组治疗后比较 $P<0.01$

表 2 康复组与对照组疗效对比

组别	例数	疗效(例)				显效率 (%)	总有效率 (%)
		痊愈	显效	有效	无效		
康复组	60	4	12	35	9	27	85
对照组	60	0	7	24	29	12	52 ^①

①两组总有效率比较, $\chi^2=13.902, P<0.01$

脑卒中后患者出现运动功能障碍,使患者生存质量下降,也是整个家庭乃至社会的生存质量的重大影响因素。改

善患者运动功能障碍提高其生存质量,使之回归家庭或社会是康复工作者在早期就应关注的问题,也顺应了当代康复医学以功能为导向的研究方向^[4]。

急性脑卒中的康复治疗是基于神经系统的可塑性和功能重塑原理,功能再训练是中枢神经系统功能重组的主要条件。从表 1—2 可明显地看到:康复组患者治疗后患肢运动功能和 ADL 有明显提高,治疗前后两项评分对比, $P<0.01$;康复组与对照组(单纯药物治疗)治疗后两项评分对比,康复组患者的患肢运动功能的恢复与 ADL 的提高明显优于对照组, $P<0.01$;康复组显效率为 27%,总有效率为 85%,而对照组仅为 12%、52%,统计学分析两组有非常显著的差异。从治疗结果看,康复介入的时间越早,其功能恢复的疗效就越好^[5-6]。3 个月以内接受康复治疗效果最好,特别要注意患者早期肢体放置的正确姿势,同时强调在病情允许的情况下,尽早床上的翻身、起坐、移动、平衡功能训练和各关节的被动、主动运动也是至关重要的。

促通技术现已广泛地应用于脑血管病康复治疗,由于脑血管病患者病后中枢神经系统可通过各种方式沟通相关的突触链,进行功能重组,使偏瘫的功能恢复成为可能,在其恢复过程中首先出现不协调的粗大的共同运动和联合反应^[7-8],通过促通治疗或自觉地抑制异常的运动,并促进新的正常的运动通路出现,来避免或减轻错误的运动模式,使运动功能得以恢复。应用促通技术训练治疗时,应遵循人类运动发育的规律,由简到繁,由易到难,使其功能逐渐得以恢复。关于促通技术方法的选择,我们综合了 Bobath 和 Brunnstrom 两种方法,前者为神经发育促通,是治疗中枢神经系统疾病所致偏瘫的常用康复方法;后者为中枢性促通,主要应用于脑卒中患者的康复,利用其各种反射和平衡反应来调节肌肉张力,诱发肢体活动的各种紧张性反射,利用其联合反应、共同运动、本体刺激促使其异常的运动模式转变为正常的运动模式。

参考文献

- [1] 全国脑血管病会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379—383.
- [2] 刘秀夫,曾维民,郭丽英.急性脑卒中运动障碍的早期康复[J].中国老年学杂志,2005,25(9):1059—1060.
- [3] 缪鸿石,朱镛连.脑卒中的康复评定与治疗[M].北京:华夏出版社,1996.22.
- [4] Archie S,Wilson JH,Woodward K,et al.Psychotic disorders clinic and first-episode psychosis: a program evaluation [J].Can J Psychiatry,2005,50(1):46—51.
- [5] Rogers C.Principles of early intervention in the treatment of psychosis[J].Nurs Times,2006,102(5):28—30.
- [6] 林滨,李中元,吴成晖,等.运动模仿训练对脑卒中后本体感觉障碍及 ADL 的疗效[J].中国康复医学杂志,2005,20(9):665—667.
- [7] 钟晓闵,龙秀英,曾尚霞,等.早期康复干预对脑卒中患者的疗效观察[J].现代预防医学,2005,32(9):1201—1202.
- [8] 王新军,高荣慧,李晓榕.脑卒中患者步行能力的康复训练及护理[J].中国康复医学杂志,2005,20(5):364—365.