

表2 两组治疗效果和平均住院日比较

组别	例数	第7天(例)				第14天(例)				第21天(例)				平均住院日(d)
		治愈	好转	无效	有效率(%)	治愈	好转	无效	有效率(%)	治愈	好转	无效	有效率(%)	
治疗组	42	5	28	9	78.57 ^①	15	24	3	92.86 ^①	32 ^①	9	1	97.62 ^②	14.52±6.65 ^①
对照组	38	3	19	16	57.9	9	20	9	76.32	21	15	2	94.74	18.71±7.43

与对照组比较:① $P<0.05$,② $P>0.05$

曲运动^[9]。有学者研究的结果支持这种观点,研究表明坐位时腰椎越向后凸,腰椎间盘内压力就越大^[7-8]。脊柱运动的过程中,同时会发生髓核位置的变化,脊柱伸展运动可使椎间盘承受的剪切力减少,椎间盘内压力降低,髓核向前移动,纤维环后部放松,前部拉紧,腰椎后关节紧靠,从而减轻对神经根的刺激,症状得以缓解^[9]。

腰椎牵引是该病非手术治疗中较有效的方法之一,尤其是对临床急性期的患者疗效非常好。牵引使椎间盘间距增宽,椎间盘内压力下降有利于突出的髓核还纳或改变其位置,缓解神经根的粘连,同时可缓解肌肉痉挛、调整关节微细变化,为建立新的平衡创造条件。但单纯平卧微机牵引忽视了腰椎正常生理前凸的结构特点,牵引时腰椎处于悬空状态,腰背肌易牵拉损伤,牵引后患者多出现腰肌酸胀不适感。单纯牵引因脊柱的解剖结构决定了牵引力量不能过大,牵引使脊椎椎体之间离开的距离有限。而被动的后伸体位,椎体呈扇形张开而增大,椎间盘减压明显,有利于膨出或突出的椎间盘回纳或改变位置,松解神经根的粘连。

本研究应用的自动复合式脊柱治疗仪柔韧舒适,能自动充气,可根据需要调整气垫高度。充气作用可增加腰椎前凸,有助于纠正腰椎曲度异常改变,使腰椎在牵引时及牵引后保持后伸位,椎间盘压力减低,髓核向前滑动,纤维环后部放松,前部拉紧,腰椎后关节紧靠,减轻神经根压迫。而且脊柱局部针对性的保持被动后伸体位,腰背肌肉处于放松状态,有利于腰背肌疲劳的消除和预防牵引时损伤。自制治疗仪的加热部分可快速升温,且温度可调。其加热作用可在牵引的同时改善腰背部血液循环,解除软组织紧张,加快炎症物质

吸收,也有利于解除腰背肌的疲劳和损伤。

通过本试验的临床疗效观察显示:本方法与其他治疗方法协同作用可提高腰椎间盘突出症的治愈率。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标[S].南京:南京大学出版社,1994,201.
- [2] Awakami M, Matsumoto T, Tamaki T. Roles of thromboxane A₂ and leukotriene B₄ in radicular pain induced by herniated nucleus pulposus[J]. J Orthop Res, 2001, 19(3):472—477.
- [3] Briby H, Byrod G, Olmarker K. Nitric oxide as a mediator of nucleus pulposus-induced effects on spinal nerve roots[J]. J Orthop Res, 2000, 18(5):815—820.
- [4] 刘新,王剑风.腰椎间盘突出症保守治疗与疗效的关系[J].颈腰痛杂志,2002,23(2):100—102.
- [5] 金文杰,戴力杨.肌肉疲劳与慢性腰背痛[J].颈腰痛杂志,2004,25(2):134—136.
- [6] Takahashi K, Shima I, Porter RW. Porter nerve root pressure in lumbar disc herniation[J]. Spine, 1999, 24(19): 2003—2006.
- [7] Williorn M, Hawley J, McKenzie R, et al. A comparison of the effects of two sitting postures on back and referred pain [J]. Spine, 1991, 16(11):1185—1199.
- [8] Lund T, Nydegger T, Schlenzka D, et al. Three-dimensional motion patterns during active bending in patients with chronic low back pain[J]. Spine, 2002, 27(17): 1865—1874.
- [9] 孙启良. McKenzie疗法和腰痛治疗体操[J].中华物理医学与康复杂志,2001,23(4):197—198.

·短篇论著·

早期音乐治疗对合并构音障碍病毒性脑炎患儿的康复疗效观察

杨丽¹ 杜志宏¹ 麦坚凝¹ 徐开寿¹ 郑玉蔼¹

1 资料和方法

1.1 研究对象

选择2005年6月—2007年6月期间在我院神经康复病区住院治疗,合并构音障碍的98例病毒性脑炎患儿,其中男性50例,女性48例,年龄5.6—13.7岁,平均为8.2±0.5岁。患者入选标准:经临床表现,脑脊液检测及头MRI检测,确诊为病毒性脑炎。符合1994年轻、中度及重度痉挛型构音障碍的诊断标准^[1]。排除标准:广泛的发育障碍,有明显的精神异常,未能配合完成检测者。

1.2 分组

将98例研究对象随机分为常规护理组和音乐治疗组,

两组均为49例。两组年龄分布、性别特征见表1。在对患儿进行音乐治疗前,先对患儿的构音障碍程度进行评估与分级评分,评估量表用中国康复研究中心构音障碍检测法,通过言语清晰度和可懂度将患儿构音障碍分为轻、中及重度。轻度:词组水平言语清晰度好,句子、文章水平的言语清晰度差。中度:能说话,但言语清晰度差。重度:完全不能说^[2-4]。

1.3 治疗方法

常规护理组进行基础康复护理、构音障碍器官运动功能

1 广州市儿童医院神经康复病区,510120

作者简介:杨丽,女,主管护师

收稿日期:2007-07-24

表1 研究对象构音障碍患儿年龄、性别分布及构音障碍程度情况(例)

组别	常规护理组	音乐治疗组	两组相比P值
年龄(岁)			
<5岁	15	17	
5—10岁	18	14	>0.05
>10岁	16	18	
性别(例)			
男性	25	26	>0.05
女性	24	23	
构音障碍程度(例)			
轻度	25	25	
中度	14	12	>0.05
重度	10	12	

的训练。音乐治疗组在进行常规康复护理的基础上,另外还针对患儿的构音障碍进行早期音乐治疗。

1.3.1 基础康复护理方法:主要是临床基础护理,包括密切监测患儿体温,严格进行体温管理;保持患儿口腔卫生,定时翻身、拍背等以防止坠积性肺炎;协助营养科,进行进食姿势、进食量、食物种类等的指导,保证营养供应;予以适当的心理指导,增强患儿接受言语治疗和早期音乐治疗的信心,使其配合治疗、尽量能够积极主动地参与治疗。

1.3.2 构音障碍器官运动功能的训练:对患儿做好口腔护理的基础上,对构音器官进行主动和被动训练。被动训练包括对瘫痪侧面部肌肉的按摩,唇部肌肉的按摩,舌的按摩,以及面部肌肉、唇、舌以及软腭的冷、热刺激。主动训练包括患儿主动配合情况下,通过反复、交替发“鸟,一”,完成唇部内收和外展;通过舌的伸出,回缩,左、右、上、下来回运动以及舌环绕唇进行的环扫运动,弹舌训练,完成舌基本运动功能的训练,为下一步语音训练做好准备;常用生活用品名称,日常动作,生活用语清晰度和可懂度的训练^[5-7]。

1.3.3 早期音乐治疗的实施:在对患儿进行音乐治疗前,首先评估患儿在患病前后对于音乐的喜爱情况及反应能力,为患儿音乐治疗方案的制定及治疗效果的评价提供依据。根据患儿构音障碍程度评估与分级结果、患儿在患病前后对于音乐的喜爱情况及反应能力的评估结果,结合患儿的年龄和爱好等情况,制定不同患儿的早期音乐治疗方案,包括康复目标、音乐治疗方式、康复训练的时间与周期,效果评价的时间与方法。

音乐治疗方式:一般采用早上医生查房前播放患儿熟悉的儿歌和故事,每次30min,下午四点后再播放一次。同时要注意观察患儿对音乐的反应,如面部表情是否欢乐、平静、冷淡或出现烦躁及其他不适,随时进行恰当的调整^[8]。

1.4 疗效评价

采用患儿住院时间和出院时病情进行疗效评价。出院时病情采用治愈和好转两个指标:由轻度、中度或重度转归为正常者计为治愈,由中度或重度转归为轻度者,以及由重度转归为中度者计为好转^[9]。

1.5 统计学分析

将两组患儿的住院时间及治愈/好转率进行统计分析,比较两种不同康复护理方法治疗效果差异。采用SPSS11.5软件进行统计分析,两组平均住院天数比较采用两独立样本t

检验,两组治愈/好转率采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果与讨论

住院时间:98例患儿住院时间在8—58d之间,其中常规护理组患儿住院时间为 25.56 ± 9.31 d,音乐治疗组患儿住院时间为 10.52 ± 7.23 d。音乐治疗组患儿住院天数较常规护理组患儿显著缩短($t=8.931, P<0.05$)。

治愈/好转率:98例患儿治愈/好转率为97.92%。其中常规护理组患儿治愈/好转率为93.88%。音乐治疗组治愈/好转率为97.96%。两组患儿治愈/好转率差异无显著性意义($\chi^2=0.26024, P>0.05$)。

音乐治疗是新兴的边缘学科,它以心理治疗的理论和方法为基础,运用音乐特有的生理、心理效应,使求助者在音乐治疗师的共同参与下,通过各种专门设计的音乐行为,经历音乐体验,达到消除心理障碍,恢复或增进身心健康的目的^[8]。美国音乐治疗的先驱E.Thayer.Gaston认为,从功能上讲,音乐本质上是一种交流手段^[8-9]。音乐活动提供了一种与言语符号相似的韵律特征,而且音乐演奏的过程和大部分言语中口语阅读的过程相似。音乐活动要求言语以多种形式介入其中,或者改编音乐活动来适应患者的个别言语训练,为促进儿童言语发展提供良好的训练形式。音乐和言语训练相结合可以有效避免重复操练的厌倦情绪,符合言语障碍儿童的认知行为特征^[9]。

音乐治疗的目的在于通过音乐心理体验使接受治疗者在情绪、行为及思想观念上产生改变,通过这些改变,他能对环境有更强的适应性^[7]。本研究发现,常规护理组和音乐治疗组相比,两组患儿治愈/好转率差异无显著性意义,早期音乐治疗虽然不能显著提高病毒性脑炎患儿构音障碍的治愈率/好转率,但早期音乐治疗组能够大大缩短患儿住院时间,从而减轻家庭经济负担。采用早期音乐治疗对合并构音障碍的病毒性脑炎患儿进行康复护理,发现患儿在音乐诱导下,全身肌肉放松,注意力集中,能更好的配合常规护理和音乐治疗中的语训内容,具体机制还需进一步研究。

参考文献

- [1] 李胜利,白坂康俊.听觉语言康复[M].第1版.北京:中国康复研究中心,日本国际协力事业团中国事务所,1994.214—235.
- [2] 冯定香,李胜利.功能性构音障碍的语言治疗[J].中国康复理论与实践,1999, 2:64—66.
- [3] 李胜利.构音障碍的评价与治疗[J].现代康复,2001,5(12):24—26.
- [4] 丘卫红,构音障碍的评价及语言治疗[J].中国临床康复,2004, 8(26):6155—6157.
- [5] 陈慧.早期康复护理对病毒性脑炎患儿运动功能障碍恢复的影响[J].中华护理杂志,2006,41(9):807.
- [6] 麦坚凝.小儿病毒性脑炎脑损害的康复治疗[J].中国实用儿科杂志,2004,19(7):439.
- [7] 张群英.病毒性脑炎患儿的早期康复护理[J].中国康复医学杂志,2005,20(8):578.
- [8] 袁刚,袁立霞,靳瑞.音乐治疗的最新研究及其临床应用[J].中国临床康复,2005,9(4):140—142.
- [9] 王和平,杜晓新,曹静萍.特殊儿童音乐治疗机制、功能和实施原则[J].中国特殊教育,2004,2(44):80—84.