

较差甚至完全卧床时,常会使患者家属认为患者完全瘫痪,病情极其严重,因此患者家属更容易焦虑。而分析结果显示,患者上肢功能的Brunnstrom分期对患者家属的焦虑状况影响不明显,可能与患者健侧手的代偿以及患手对患者的转移能力等无明显影响等因素有关。

由此可见,我们应该对一部分有高危的危险因素的患者家属进行焦虑评估,并针对引起患者家属焦虑的原因进行干预。在进行康复宣教时,与患者家属进行深入、细致、耐心的沟通和交流,用通俗易懂的语言解答患者家属的问题,向家属介绍疾病的发生原因、临床表现、治疗方案及预防措施,主动提供患者病情、治疗信息等^[3]。此外,积极对患者进行早期康复治疗,提高患者的运动功能、转移能力等也可能为缓解患者家属的焦虑情绪提供有效的途径。对于部分严重焦虑的患者家属,可采用认知行为疗法^[15]、抗焦虑药物治疗^[16]及配合针刺^[17]等方法进行治疗和干预。

参考文献

- [1] 元英淑. 脑血管意外偏瘫病人的心理护理[J]. 中国医药导报, 2007,4(27):56.
- [2] 佟晓云. 脑卒中患者家属角色、性别、文化程度和居住地差异对其心理健康的影响[J]. 中国临床康复, 2005,9(16):14—15.
- [3] Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders[J]. Psychosomatics, 1971,12:371—379.
- [4] Leentjens AF, Dujardin K, Marsh L, et al. Anxiety rating scales in Parkinson's disease: Critique and recommendations[J]. Movement Disorders, 2008, 23(14):2015—2025.
- [5] 张明岛,陈福国.医学心理学[M].上海:上海科学技术出版社, 1998,146.
- [6] 李雪华,邱梅,黄海容.行为疗法对A型性格冠心病患者生活质量影响的临床研究[J]. 现代预防医学, 2008,35(6):1176—1178.
- [7] 冯洪,谢家兴,李秋红,等.脑卒中患者家属心理健康水平及其影响因素[J]. 中国康复理论与实践, 2006,12(8):679—681.
- [8] 王晓平,王胜平.原发性高血压与A型性格相关性临床分析[J]. 心脑血管病防治, 2009,9(2):150—151.
- [9] 邹志方,李伯灵,杨穗莲,等.某医院A型性格护士心理健康特征及紧张易感性调查分析[J]. 中国职业医学, 2006,33(3):198—200.
- [10] 勾丽洁,刘旭东,柴叶红,等.早期康复治疗对老年脑卒中患者功能恢复的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2009,24(7):653—654.
- [11] 高强,关敏,奚颖,等.个体化桥式运动强化训练对脑卒中偏瘫患者的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2008,23(9):803—806.
- [12] 孙天宝,刘四文,刘海兵,等.减重平板训练对脑外伤偏瘫患者下肢肌力、平衡和转移能力的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2009,24(6):556—558.
- [13] 李韵,白跃宏,董慧妹.脊髓损伤患者家属心理状况对患者治疗的影响及应对方式[J]. 中国康复, 2009,24(2):133—134.
- [14] 余善法,张锐,马良庆,等.职业紧张测量工具研究[J]. 河南医学研究, 2000,9(2):171—174.
- [15] 张玲,潘润德,陈强,等.焦虑症认知行为治疗与药物治疗对照研究[J]. 临床精神医学杂志, 2008,18(1):12—14.
- [16] 冯超英.焦虑症的药物治疗研究进展[J]. 医药导报, 2006,25(5):447—450.
- [17] 周俊灵,孙建华.针刺配合合理情绪疗法治疗焦虑性神经症17例[J]. 上海针灸杂志, 2008,27(2):30.

·短篇论著·

Alberta 婴儿运动量表用于脑性瘫痪儿童粗大运动康复治疗的效果观察

刘敏¹ 余德兵^{1,2} 王丽¹ 赵红英¹ 姚特黎¹ 黄美玲¹

小儿脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)是指出生前到出生后1个月以内各种原因所致的非进行性脑损伤,其主要表现为中枢性运动障碍及姿势异常,同时经常伴有智力、言语、视听觉等多种障碍^[1]。脑瘫患儿在保健康复和教育方面都需要大量的经济花费,平均寿命也明显缩短,给家庭和社会都带来极大的痛苦和负担。Alberta 婴儿运动量表(Alberta infant motor scale, AIMS)产生于加拿大,是一个评估者观察即可对婴儿的粗大运动发育作出评价的量表,通过评估每项运动的负重部位、姿势特点及抗重力运动等三方面内容来对婴儿的运

动质量进行详细评估^[2]。

为探讨常规康复治疗配合 AIMS 评定结果而设定的动作进行训练的功能训练方法对脑瘫患儿粗大运动的影响,我们对 60 例脑瘫儿童进行了随机分组对照训练。

1 资料与方法

1.1 临床资料

60 例脑瘫患儿均来自本院儿保康复科。纳入标准:①诊断符合 2004 年全国小儿脑性瘫痪专题研讨会制定的小儿脑

DOI10.3969/j.issn.1001-1242.2010.09.025

1 重庆三峡中心医院儿童分院儿保康复科,404000; 2 通讯作者
作者简介:刘敏,女,护士; 收稿日期:2010-03-07

性瘫痪的定义、诊断条件及分型标准^[3];②粗大运动功能分级系统 (gross motor function classification system, GMFCS) 分级Ⅱ级、Ⅲ级、Ⅳ级各 20 例。60 例患儿中随机抽取 GMFCS 分级Ⅱ级、Ⅲ级、Ⅳ级各 10 例患儿作为观察组。两组患儿一般资料进行 χ^2 检验, 差异无显著性 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组患儿一般资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄 (月)	脑瘫类型(例)		
		男	女		痉挛性	徐动型	混合型
观察组	30	16	14	15.3±2.1	20	6	4
对照组	30	18	12	15.1±1.8	23	3	4

1.2 方法

对照组患儿采用常规康复治疗, 包括运动疗法 (主要是 Bobath 疗法、上田疗法), 2 次/d, 45min/次; 物理治疗: 脑电仿生电刺激仪治疗每日 1 次, 每次 30min。

观察组在常规康复治疗的基础上进行 AIMS 评估。治疗前进行 AIMS 评估, 详细记录各个评估项目的得分, 最后得出 AIMS 总分绘制在一个图表上, 从这个图表中, 通过与正常的同龄婴儿的得分相比, 可以得出患儿运动发育水平所处的百分位。根据 AIMS 评估结果设定动作、制订康复计划, 除由治疗师以此计划训练患儿外, 还指导家长参与训练。治疗师做示范, 家长学做一遍, 并每天坚持做 3h, 反复强化训练。

1.3 疗效评定

采用粗大运动功能测试量表 (the gross motor function measure 66, GMFM-66)^[4], 在治疗前、治疗满 3 个月时各测定 1 次粗大运动功能, 对两组患儿的粗大运动功能进行比较。

1.4 统计学分析

应用 SPSS11.5 统计软件对观察组和对照组基本资料进行 χ^2 检验, 各病例 GMFM-66 量表总百分比进行配对 t 检验。

2 结果与讨论

训练 3 个月后, 两组患儿的 GMFM-66 评分均较治疗前提高 ($P<0.05$), 其中观察组的得分明显高于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患儿的粗大运动功能 (GMFM-66) 百分比评分 ($\bar{x}\pm s, \%$)

组别	例数	训练前	训练 3 个月后
观察组	30	32.52±10.25	48.63±10.75
对照组	30	32.41±9.97	40.28±10.31

CP 是一种严重危害小儿健康的疾病, 脑瘫患儿的家长不得不面对康复治疗带来的昂贵治疗费用、精力、陪伴等问题, 常会因为无力解决这些问题使治疗停止或者延缓, 以致患儿得不到及时治疗, 由轻症发展为重症, 甚至导致终身残

疾^[5]。要想减轻家庭负担, 让脑瘫患儿减少残疾, 必须早期发现并寻找既能提高治疗疗效又可提高家长对康复治疗的兴趣和信心的方案。在长期的脑瘫康复治疗过程中, 能得到患儿家长的配合是治疗成败的关键^[6]。常规康复治疗在医院靠康复治疗师训练的时间仅为 1—2h/d, 这对于脑瘫患儿的康复治疗是远远不够的^[7], 由于家长接触患儿时间最长、最多, 如果家长直接参与患儿的训练, 会提高康复治疗效果, 减轻家庭及社会的经济负担^[8]。

AIMS 主要用于孩子出生到学会独立行走这段时期, 即 0—18 个月龄的婴幼儿, 该量表共包括 58 个项目, 分为 4 个亚单元, 即在 4 个体位下 (俯卧位、仰卧位、坐位及站立位) 对运动进行评估。根据年龄分层及 AIMS 得分可以确定婴儿目前运动发育所处的百分位, 百分位越高, 发生运动发育异常的风险越小。AIMS 主要用于三个方面: 筛查、评估及指导治疗^[9]。因此, 可以用于评估因发育成熟或干预治疗所带来的运动技能的变化, 适用于脑瘫患儿的运动功能评价, AIMS 不仅按照运动技能获得顺序编排各个评估项目, 而且对每项运动的负重部位、姿势特点及抗重力运动方式等三方面内容都有详细描述^[2], 因此对脑瘫患儿的康复治疗方案的制定具有指导意义。

本研究借助于 AIMS 评估结果, 早期及时发现异常并能确定训练目标, 拟定治疗计划, 参照该量表中每个项目对患儿评估的异常运动模式进行康复治疗, 除由治疗师以此计划训练患儿外, 还指导家长参与实施以增加训练时间, 这样既可以取得好的训练效果, 又方便、经济, 家长在亲身体验中看到孩子能力的进展, 提高家长对康复治疗的信心, 让脑瘫患儿更好的适应社会。

参考文献

- [1] 李树春. 小儿脑性瘫痪 [M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2000.21—24.
- [2] 王翠, 黄真. Alberta 婴儿运动量表[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(9): 858—861.
- [3] 林庆. 小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型[J]. 中华儿科杂志, 2005, 4: 262.
- [4] 王素娟, 史惟, 廖元贵, 等. GMFM66 在 0—3 岁脑性瘫痪患儿粗大运动评估中的信度和效度研究 [J]. 中华流行病学杂志, 2006, 27(6): 530—534.
- [5] 陶芳标, 许进, 邓国支, 等. 安徽省两城市 1—8 岁脑性瘫痪的现患研究[J]. 中国公共卫生, 2002, 18(11): 1338—1340.
- [6] 李剑英. 早期干预对早产儿智力、运动能力及脑瘫发生的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(6): 443—445.
- [7] 张智香, 李琴, 张旭光, 等. 小儿脑性瘫痪的门诊与家庭康复效果观察[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(2): 103—104.
- [8] 冯彩云, 吴丽, 吴文乾, 等. 家长与住院患儿康复模式的效果效益分析[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(1): 60—63.
- [9] 王翠, 席宇诚, 李卓, 等. Alberta 婴儿运动量表在正常婴儿中的信度研究[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(10): 896—899.