·述评·

关注不同年龄段脑瘫儿童康复治疗特点

李晓捷[1]

不同年龄段脑瘫儿童处于生长发育的不同生理、心理、社会功能阶段,运动功能与障碍程度及环境状况亦不尽相同[1]。根据上述特点和规律,应关注和重视不同年龄段脑瘫儿童康复治疗目标的制定以及康复策略的选择。

1 婴儿期脑瘫儿童的康复目标及策略

如何最大限度地预防脑瘫的发生,减少残疾,应从高危新生儿开始。这一阶段康复治疗的重点应主要围绕对婴儿发育的全面促进,包括抑制原始反射残存、促进立直反射及平衡反应的建立等姿势矫正的方法,进行感觉-运动的正确引导,使其建立基本的初级运动功能。由于此阶段主动运动能力较弱,多为被动接受信息,因此诱发患儿的主动运动十分重要,以神经发育学技术联合应用感觉运动与感觉整合技术为主进行康复治疗已被广泛采用[2]。

康复训练的频率不要过高,尽量避免对患儿父母进行过多的专业性解释,导致他们精神压力过大,在选择康复治疗措施上手足无措。这一阶段的康复治疗,以训练项目选择不宜过多为佳,也不宜在同一个康复治疗阶段频繁更换治疗师。由于婴儿期尚未形成完整的自我意识,治疗师的角色更显重要,医生和治疗师应在充分尊重患儿家长意愿前提下进行分析判断与决策。此期应及时发现是否伴有视觉、听觉、癫痫、脑积水、行为异常、智力低下等问题,及早采取措施[3]。

2 幼儿期脑瘫儿童的康复目标及策略

幼儿期脑瘫诊断已经明确,在智能、语言、思维和社交能力发育日渐增速的同时,其运动发育的未成熟性,运动发育与精神发育、粗大运动与精细运动发育, 以及各种功能发育的不均衡性,对外界刺激的“过敏”或异常反应所导致的运动紊乱,各类异常姿势和运动模式、肌张力、肌力、反射等异常,运动障碍的多样性,以及发育向异常方向发展、强化而固定的“顺应性”等趋势最强,也是儿童迅速形成自我运动模式的关键时期。这一阶段康复治疗的重点应围绕上述特点进行,同时注重心理及社会功能发育在康复中的作用和影响[4]。

幼儿期应针对生理、心理、社会功能发育需求,采取丰富多彩的康复治疗措施。针对儿童运动功能的学习与建立所开展的康复训练最具潜力,也是父母逐渐理解和接受脑瘫这一现实,了解患儿障碍之所在的关键时期,家长应在康复团队中发挥作用。这一时期可以适当增加康复治疗的种类。可供选择的康复治疗措施多种多样,纷繁复杂,恰当治疗与不当治疗都将产生巨大的、可能影响一生的正向效应或负向效应。因此,科学、全面的评定,制定明确的短期目标和有效康复措施极为重要。此期同样不宜频繁更换治疗师,应建立良好的医患关系,为患儿提供充分自由玩耍、探索及与外界接触交流的机会,从而建立自主运动功能。筛选和提供适宜的矫形器与辅助器具,根据患儿情况适当选择应用神经阻滞技术等,符合这一阶段康复需求。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2011.04.001

1 黑龙江省小儿脑性瘫痪防治疗育中心,黑龙江省佳木斯市德祥街419号,154003

作者简介:李晓捷,女,主任医师,教授; 收稿日期:2011-03-20

3 学龄前期及学龄期脑瘫儿童的康复目标及策略

学龄前期的脑瘫儿童具备了一定程度的主动运动能力,活动范围和种类进一步扩大,开始主动地控制自身的运动和姿势,以适应环境。主动学习能力增强,对技巧性和操作性的运动具备了一定程度的学习能力。因此应用生物力学原理,以非固定性支撑或辅助方法促进良好的运动模式与功能,取代固定性支撑下的运动速度与四肢非协调性运动十分必要[5]。学龄前期康复治疗的重要目标是为入学做准备。诱导及主动运动训练、引导式教育都更为适用于这一年龄段的儿童。此期康复治疗的频率可以适当变化与增加,但不间断的、过强的康复治疗容易使患儿身心疲惫,较易产生厌倦或沮丧情绪,应给予一段时间的休息,再重新启动康复治疗。

学龄期患儿已经从初级运动学习为重点转向认知与文化知识的学习,需要适应学校的环境,减少运动功能康复训练的频率,或不进行连续的康复治疗[6]。康复的重点可以转向如何使用辅助用具,以增强自理能力和学校学习能力[7]。这一阶段康复的另一目标是社区活动,可以根据患儿运动功能状况,设计和开展文娱体育训练。可因人而异地采用马术治疗、游泳训练、自行车训练以及滑冰、球类、跳舞等训练。当然,对于智力障碍较重或运动功能差的患儿,应该延续使用学龄前期康复治疗方案,将运动功能的学习和训练作为重点。这一阶段,应该采用多种措施,防止诸如挛缩、脊柱侧弯等继发性损伤的出现,矫形器及辅助器具、神经阻滞技术以及外科治疗等更为适用[8]。

综上所述,应根据各个时期脑瘫儿童发育、功能状况及社会需求特点,制定康复目标及原则,选择和实施康复治疗策略,以获得最优疗效和全面康复。

参考文献

[1] Sara J. Cuccurullo.Physical Medicine Board Review and Rehabilitation[M]. 2nd ed.New York: Demos Medical Publishing, 2010.715—720.

[2] Freeman Miller.Cerebral Palsy[M]. 1st ed. New York. Springer, 2005.5—7.

[3] Marjolijn K,Anne JA, Olaf V, et al. LEARN 2 MOVE 2—3 a randomized controlled trial on the efficacy of child-focused intervention and context-focused intervention in preschool children with cerebral palsy[J]. BMC Pediatrics, 2010, 80(10): 1—10.

[4] Michael A. Alexander, Dennis J. Matthews. Pediatric Rehabilitation[M]. 4th ed. New York: Demos Medical Publishing, 2010. 166—197.

[5] Stacey C, Nora S, Katherine Y, et al. A systematic review of the psychometric properties of quality of life measures for school aged children with cerebral palsy[J]. BMC Pediatrics, 2010, 81(10): 1—11.

[6] Susan IM, Esben MF, Peter U, et al. Frequency of participation of 8-12-year-old children with cerebral palsy A multi-centre cross-sectional European study[J]. European Journal of Paediatric Neurology, 2009,13(5): 165—177.

[7] Aline S, Jane MB, Louise A, et al. Muscle strengthening is not effective in children and adolescents with cerebral palsy a systematic review[J]. Australian Journal of Physiotherapy, 2009,55(1):81—87.

[8] 李晓捷. 我国小儿脑性瘫痪康复方面应关注的几个问题[J]. 中国实用儿科杂志, 2010, 25(7):574—576.