

混智龄训练对脑瘫患儿适应性行为的影响*

闫冬梅¹ 陶乙霆¹ 马 珊^{1,2} 赵星星¹ 徐明月¹

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)简称脑瘫,是指自受孕开始至婴儿期非进行性脑损伤和发育缺陷所导致的综合征,主要表现为运动障碍及姿势异常,可伴有智力低下、惊厥、听觉和视觉障碍、行为异常等^[1]。大部分脑性瘫痪患儿存在社会适应能力问题^[2],在诸多影响患儿及家长的生存质量的因素里,患儿的社会适应能力受到的影响最为显著^[3]。

“混智龄训练”是研究者在融合训练的基础上引申出的一个概念,其创新点为:在一个人为创造的微型社会里,工作人员有意识地帮助脑瘫儿童认识参与社会活动的技能及学习这些技能的必要性,在精心选择的游戏化技能训练活动中反复、主动练习以掌握相关技能。而本次研究侧重于观察混智龄训练对不同程度脑瘫患儿社会适应能力的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

研究对象为2010—2011年本院儿童康复科确诊为脑瘫患儿124例,脑瘫诊断与分型依据2006年长沙全国脑瘫会议制定的标准^[4],其中男孩79例,女孩45例;年龄 4.33 ± 2.11 岁;痉挛型84例,不随意运动型29例,共济失调型4例,肌张力低下型7例。根据患儿的入科先后顺序将患儿分为试验组(混智龄训练组)62例和对照组(常规训练组)62例,在随访中,试验组失访6例,对照组失访12例。

1.2 研究方法

1.2.1 混智龄训练组:对混智龄训练组按照入院先后顺序进行分组训练,平均每组4—6人次,每天上下午各进行1次训练,每次训练时间30min。

针对小组内治疗对象的功能障碍特点,拟定近期训练目标,实施康复训练。采用主题训练的方式,对患儿进行语言、艺术、科学及社会常识等方面的训练。在训练过程中,治疗师引导患儿之间的交流与互动,尤其是彼此间的学习和纠错。

在治疗前和治疗后6个月对患儿进行适应性行为测评,记录各项功能区得分。

1.2.2 常规训练组:针对患儿的不同功能障碍特点,制定个性化的康复训练方案,采用传统一对一的训练方式,由康复治疗师对患儿进行康复治疗,2次/d,30min/次,训练的内容包括语言、艺术、科学及社会常识等方面,训练中注意调整患儿的学习热情。

两组患儿其他治疗项目,如运动疗法、作业疗法、中医治疗及物理因子的治疗等均在其他治疗时间遵照医嘱同步进行,且采用的训练量及训练时间差异无显著性意义。

1.3 效果评估

在治疗前和治疗后6个月对患儿进行适应性行为测评,记录各项功能区得分。由一名专业心理医师采用左启华等修订的《婴儿-初中学生社会生活能力量表》进行适应性行为的评定,该量表分为独立生活能力(SH)、运动能力(L)、作业操作(O)、交往(C)、参加集体活动(S)、自我管理能力(SD)6个功能区。有效:评估异常项目纠正 $\geq 50\%$;无效:评估异常项目纠正 $< 50\%$ 。入训前及训练半年后,为患儿进行评估,分析所得数据,评价康复效果。

1.4 统计学分析

采用 χ^2 检验进行统计学分析,按照检验公式计算得到 χ^2 值,通过查 χ^2 界值表获取P值。

2 结果

见表1。试验组和对照组在独立生活能力因子、运动能力因子和作业操作能力因子间的差异系由抽样误差引起,治疗前后该项能力的改变情况与组别无关,即试验组疗效并不优于对照组。而两组患儿在治疗前后的交往能力因子、参加集体活动能力因子和自我管理能力因子的差异与组别有关,即试验组疗效优于对照组,混智龄训练的方法比常规训练方法能较好地改善患儿的该项能力。

3 讨论

脑瘫是指脑损伤造成的非进行性中枢性运动障碍综合征,其合并障碍主要有智力落后、语言障碍、视觉障碍、知觉

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.09.017

*基金项目:连云港市科技基金项目

1 连云港市妇幼保健院,连云港,222006;2 通讯作者

作者简介:闫冬梅,女,副主任医师;收稿日期:2013-08-21

表1 治疗前后两组患儿适应性行为各项目因子比较

调查项目及效果	试验组	对照组	χ^2 值	P值
独立生活能力因子			0.48	> 0.05
有效	34(32)	27(35)		
无效	22(24)	23(25)		
运动能力因子			0.002	> 0.05
有效	17(17)	15(15)		
无效	39(39)	35(35)		
作业操作因子			0.285	> 0.05
有效	24(25)	24(23)		
无效	32(31)	26(27)		
交往因子			4.087	< 0.05
有效	29(24)	16(21)		
无效	27(32)	34(29)		
参加集体活动因子			6.491	< 0.05
有效	44(38)	27(33)		
无效	12(18)	23(17)		
自我管理能力因子			8.577	< 0.01
有效	28(21)	11(18)		
无效	28(35)	39(32)		

障碍、癫痫、听力障碍、严重的情绪障碍和学习障碍等^[5]。刘松怀等^[6]发现 66.86%脑瘫患儿有适应行为障碍,其中独立生活能力的缺陷与参加集体生活能力的缺陷有很好的一致性。

实践证明,针对性的康复训练可以有效地提高脑瘫儿童的生存质量和生活质量,如 Vojta 报道的 207 例脑瘫患儿中,经康复训练后功能正常化者达 96.1%^[7]。比较有影响的、脑瘫的康复训练技术有 Babath 法、Vojta 法、Peto 法和传统中医康复治疗方法等^[8-9],但是,这些治疗方法更多的是强调个性化的运动训练,而忽略了脑瘫患儿的社会属性。随着脑瘫患儿年龄的增长,回归社会的需求会愈加强烈^[10],因此,迫切呼唤适性教育和安置^[11]。

为此,本研究立足于融合教育的理论基础,试验性地将不同智龄、不同能级生活能力的患儿组成训练小组,在治疗师的引导下,小组中能力弱的孩子向能力强的孩子学习各项功能的表达和信息的传递;能力较强的孩子则学习谦让弱势儿童,并主动参与训练,以便继续保持优胜地位。结果发现,试验组较对照组的患儿更愿意交流,也更敢于交流,因此社会性技能提高迅速,在测试中就表现为交往能力因子、参加集体活动能力因子和自我管理能力因子的分值明显提升,但

是,脑瘫患儿毕竟存在肢体的活动障碍,因此,运动能力因子和作业操作能力因子的提升与对照组无明显差异。独立生活能力因子的得分与认知、运动能力都明显相关,因此,在此项研究中亦未见与对照组产生显著性差异。

本试验的实施过程中,也发现了一些问题,需要进一步探讨和解决。例如,S-M 量表项目设置粗犷,不能反映脑瘫患儿运动技能和作业操作能力微弱的病情变化;另外,此种训练方式对治疗师的要求极高:不但要知晓医疗康复的知识,还要了解教育康复的内容,在教学前将二者有机结合,形成一个系统课件,并在治疗过程中,予以充分贯彻实施。所以,没有教育学基础和经验的教师难以贯彻此项治疗内涵。

参考文献

[1] 李晓捷.实用小儿脑性瘫痪康复治疗技术[M].第1版.北京:人民卫生出版社,2009.4.

[2] 顾琴,王哲东.脑性瘫痪儿童社会适应行为的观察及干预研究[J].苏州大学学报(医学版),2006,26(2):217—219.

[3] 夏慧芸,刘振寰.脑瘫患儿心理行为异常及其治疗进展[J].中国儿童保健杂志,2011,19(10):921—923.

[4] 陈秀洁,李树春.小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件与分型[J].中华物理医学与康复医学杂志,2007,29(5):309.

[5] 王和平,杜晓新.特教学校脑瘫儿教育与康复训练整合模式的探讨[J].现代特殊教育.2003,10(3):41—43.

[6] 刘松怀,梁志峰.169例脑瘫患儿的智力及适应行为分析[J].中国康复理论与实践,2010,16(12):1180—1182.

[7] Vojta V, Peters A. Das Vojta—Prinzip: Muskelspiele in Reflexfortbewegung and Motorischer Ontogenese[M].第1版. Berlin: Springer-Verlag, 1997. 3.

[8] 唐木得,叶洪武,龚勇,等.学龄前脑瘫儿童医学康复并教育康复的研究[J].中国康复医学杂志.2010,25(5):439—442.

[9] 郑一搏.国内儿童脑瘫的治疗进展[J].贵阳中医学院学报,2013,35(2):267—268.

[10] 李晓捷.关注不同年龄段脑瘫儿童康复治疗特点[J].中国康复医学杂志,2011,26(4):301—302.

[11] 范佳璐,王辉.特殊教育学校脑瘫学生特殊需求的分析[J].中国康复医学杂志,2012,27(8):753—756.