

“地板时光”联合综合康复训练对孤独症患儿的临床疗效观察

李恩耀¹ 牛少朵¹ 赵鹏举¹ 孙榛誉¹ 徐翠香¹ 郑瑞娟¹

孤独症又统称为孤独症谱系障碍(autism spectrum disorder, ASD),与自闭症同义,是一组以社交沟通障碍、兴趣或活动范围狭窄及重复刻板行为为主要特征的神经发育性障碍,它是导致儿童功能性残障的主要疾病之一,但病因尚不明确。该病使患儿的身心健康及生活质量受到严重影响,无法真正融入社会,并且给患儿家庭及社会带来巨大的经济和精神负担^[1]。目前在临床上对于儿童孤独症的治疗,大多以综合训练为主,加上一些其他辅助训练方式。效果不太理想。因此,寻找一个合理有效的康复训练方法迫在眉睫,本研究选用“地板时光(floor time)”结合综合康复训练的方法,研究本方案在孤独症治疗中的临床疗效。

1 对象与方法

1.1 对象

选取2016年6月—2017年8月,在郑州大学第五附属医院小儿神经康复科住院的孤独症患儿,参照ICD-10、CCMD-3、DSM-V三个儿童孤独症的国际诊断标准筛选出40例患儿,采用随机盲法将患儿分为治疗组和对照组各20例,试验组中男14例,女6例;年龄2—10岁,平均(5.09±2.12)岁。对照组中男15例,女5例;年龄2—10岁,平均(5.00±2.36)岁。两组患儿年龄、性别差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:符合上述诊断的2—10岁及配合度高的患儿,家属同意并签署知情同意书。排除标准:诊断不明、伴有染色体异常、合并有器质性脑病或与孤独症有关的神经精神疾病者及由于其他原因无法配合训练的患儿。

所有受试对象在整个临床研究过程均未出现由于出院或转院等因素而中途退出的情况,并按要求顺利完成了试验。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法:对照组给予综合康复训练项目,包括应用行为分析(applied behavior analysis, ABA)、结构化训练、感觉统合训练、听觉统合训练。

ABA行为分析法:采用一对一的教学方法将目标内容依据适当的顺序和方式分解成一些容易掌握的比较小或者

相互联系的步骤,接着采用适当的强化手段,按照顺序训练每个小步骤,并且进行多个回合直到他们能够完成目标内容。训练30min/1次,1次/日,5次/周。

结构化训练:内容包括模仿、精细运动、粗大运动、语言、感知、情绪情感等方面,制定流程表和时间表,按时按步骤。每天训练3h,每周训练5天。

感觉统合训练:严格按照制订的计划采用一对一的训练方式进行标准的感统功能训练,包括前庭功能训练、触觉训练、本体感训练等。训练30min/1次,1次/日,5次/周。

听觉统合训练:通过让受试者聆听经过调制的音乐来矫正听觉系统对声音处理失调的现象,并刺激脑部活动,从而达到改善语言障碍、交往障碍、情绪失调和行为紊乱的目的。30min/次,2次间隔3个h以上,2次/天,20次为1个疗程。

试验组采用常规综合康复的基础上联合应用“地板时光”疗法。要求治疗师或家长与儿童一起玩游戏增加互动,治疗师或家长要在与儿童进行游戏的同时,增加儿童适应变化和解决问题的能力。“地板时光”共分为五个步骤:①要从患儿的面部表情、动作或者身体语言等方面观察患儿的基本情况。②治疗师或家长要积极参与患儿开展的活动进行有效沟通与交流。③在整个活动过程中患儿为带领者。④治疗师或家长在游戏过程中不断扩展和延伸患儿的活动,并及时进行响应。⑤治疗师或家长引导患儿终止活动。“地板时光”主要采用一对一的方式,在与患儿进行玩耍和游戏的过程中,让患儿作为主导,训练计划要求个性化和多样化,训练5d/周,2次/天,30min/次。

1.2.2 评估工具及方法:所有患儿在训练前和训练2、4、6个月均由指定的临床医师进行评估,分别采用以下两个量表对40例孤独症患儿进行评估。①孤独症儿童行为检查量表(autism behavior checklist, ABC)^[2]:该量表共包括57项,包含感觉能力、交往能力、运动能力、语言能力及生活自理能力5个方面,每项根据权依据0—4分进行评定,无该项行为者计0分,总分值为0—158分,得分越高说明孤独症症状越严重。②孤独症治疗评估量表(autism treatment evaluation checklist, ATEC)^[3]:该量表分为语言、社交、感知觉、行为4

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.12.019

1 郑州大学第五附属医院,河南省郑州市二七区康复前街3号,450052

作者简介:李恩耀,男,博士,副主任医师;收稿日期:2018-05-08

项。总分为0—179分,分值越高,孤独症症状越严重。

1.3 统计学分析

应用SPSS 21.0统计软件包进行数据处理,计量资料使用均数±标准差表示,两组治疗前后各阶段之间差异的比较使用独立样本 t 检验。 $P < 0.05$ 认为差异具有显著性意义。

2 结果

治疗前两组病例ABC量表评分比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),治疗2、4、6个月后各阶段两组病例ABC量表评分比较,试验组得分明显低于对照组,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表1。治疗前两组病例ATEC量表评分比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$),治疗2、4、6个月后各阶段两组病例ATEC量表评分比较,试验组得分明显低于对照组,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表2。

表1 两组治疗前与治疗后期各阶段ABC量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

	治疗前	2个月	4个月	6个月
试验组	85.15±9.19	77.84±6.96	72.20±5.05	67.25±2.07
对照组	87.1±8.12	83.80±6.47	79.15±4.87	73.1±4.41
t	0.708	2.807	4.429	5.367
P	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表2 两组治疗前和治疗后期各阶段ATEC量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

	治疗前	2个月	4个月	6个月
试验组	95.39±10.17	87.00±8.58	78.05±7.23	72.00±5.95
对照组	96.56±9.83	93.10±9.60	87.20±8.38	81.25±7.43
t	0.369	2.119	3.698	4.346
P	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

据研究,我国儿童孤独症发病的概率很高,每500个孩子中就有一个孤独症患者^[4],且有持续上升的趋势。关于儿童孤独症治疗的研究方法虽然很多,但至今没有特效的根治方法^[5],预后极差^[6-7]。目前以综合康复训练最多,如ABA分析法、结构化教育、感觉统合训练、听觉统合训练等。而“地板时光”疗法由美国精神病学家斯坦利·格林斯潘(Stanley I. Greenspan, M.D.)所创,是一种系统的以发展为取向、以家庭环境和人际互动为主的儿童孤独症干预和治疗模式^[8]。“地板时光”的训练在类似于娱乐、玩耍的环境氛围中一对一进行,以此促进患儿包括创新思维和抽象思维在内的多种能力的发展^[9]。由于自闭症儿童存在着排斥与人目光对视、交流沟通障碍,他们常常都是独自玩耍,几乎不参与同伴的合作游戏,更是很难做到与人分享感觉和经验。“地板时光”疗法则重视自发性和趣味性,强调治疗者是儿童发展的协助者,

是儿童的活跃游戏伙伴。它不主张直接的干预,而强调在学习过程中以儿童的兴趣为导向^[10],积极地激励儿童在游戏活动中反复体验并表达自己的感受。自闭症儿童特点就是他们很难接受刻意的、机械的、过于计划性的学习与训练。常规综合康复训练的效果虽然已经得到公认,但过于机械化和计划性,而“地板时光”疗法可以充分补充其不足,利用孩子的基本情感或意愿,让他们自主选择自己喜欢的玩具和游戏,来设计日常生活中具体的游戏情境和玩具,从而激发孩子的情感体验及表达,通过愉悦的游戏互动达到治疗的效果。

“地板时光”疗法的出发点就是在游戏活动中帮助孩子增强与他人的互动能力,因为他完全是根据患儿的活动兴趣决定训练内容的特点让训练活动较常规综合康复训练活动更加符合自闭症儿童特点,训练时训练者跟随孩子的带领与互动,有意识的帮助与引导从而较为有效地促进自闭症孩子的语言、思维、交往能力等方面的发展,患儿在他感兴趣的活动中更容易与他人交流沟通。“地板时光”主要的训练内容为人际关系和社会交往行为,活动和兴趣是决定患儿训练内容的主要依据。孩子的父母、其他家庭成员和朋友等都可以通过系统的训练成为“地板时光”实施者。由于家长与孩子相处的时间较长,能够更深的了解孩子的活动和兴趣,可能会起到事半功倍的效果,因而在对患儿治疗的同时,也可指导家长“地板时光”训练的相关内容和方法,并给予家长心理上的鼓励和支持,让其也能积极投入到患儿的训练活动当中,并和治疗师或医生保持长期的沟通^[11],在平时的日常生活中便可开展“地板时光”训练,能够更有效地改善患儿的社交、沟通障碍及兴趣狭窄与行为异常等症状。

本研究的结果显示,治疗2、4、6个月后各阶段孤独症患者ABC量表评分及ATEC量表评分,试验组得分明显低于对照组($P < 0.05$),提示“地板时光”结合综合康复训练的临床疗效明显优于单独使用综合康复训练的临床疗效。表明“地板时光”疗法能够更加全面地改善孤独症患儿在语言能力、交流能力、行为能力和感知觉方面的症状,值得在临床中推广。但该研究也存在一定的局限与不足,由于选取的样本量有限且部分患儿已出院,无法大样本、长时间的观察“地板时光”结合综合康复训练的长期疗效,但根据研究结果可以推断,长期的“地板时光”结合综合康复的训练模式对于治疗儿童孤独症会达到更加明显的临床效果。总之,通过“地板时光”结合综合康复训练,能够提高孤独症患者的社会适应能力,帮助其早日回归社会为本次研究的意义。

参考文献

- [1] Baranek GT, Watson LR, Boyd BA, et al. Hyporesponsiveness to social and nonsocial sensory stimuli in children with autism, children with developmental delays, and typical-

- ly developing children[J]. Dev Psychopathol, 2013, 25(2): 307—320.
- [2] 卢建平, 杨志伟, 舒明耀, 等. 儿童孤独症量表评定的信度、效度分析[J]. 中国现代医学杂志, 2004, 14(13): 119—121.
- [3] Magiati I, Moss J, Yates R, et al. Is the Autism Treatment Evaluation Checklist a useful tool for monitoring progress in children with autism spectrum disorders?[J]. J Intellect Disabil Res, 2011, 55(3): 302—312.
- [4] 杨曙光, 胡月璋, 韩允. 儿童孤独症的流行病学调查分析[J]. 实用儿科临床杂志, 2007;22:1872—1873.
- [5] 李素水, 王霞, 孙志刚, 等. 孤独症谱系障碍伴发癫痫的病理假说[J]. 国际精神病学杂志, 2014, (1): 38—40.
- [6] Deramus TP, Kana RK. Anatomical likelihood estimationmeta: analysis of grey and white matter anomalies in autismspectrum disorders[J]. Neuroimage Clin, 2015, 7: 525—536.
- [7] 蒋耀辉, 钟燕, 刘康香, 等. 孤独症误诊分析[J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2011, 4: 38—40.
- [8] 刘书芳, 范琼. “地板时光”结合感觉统合训练对自闭症儿童的影响[J]. 当代体育科技, 2015, 5(15): 56—57.
- [9] 马磊. 结构化教育结合地板时光在孤独症儿童治疗中的疗效分析[D]. 合肥: 安徽医科大学出版社, 2012.
- [10] Schopler E, Yirmiya N, Shulman C. & Marcus L.M. (Eds.) The research basis for autism intervention[M]. New York: Plenum Publisher, 2001. 179.
- [11] 曾可, 常燕群, 张荣花. 儿童孤独症综合治疗疗效探讨[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(2): 208—209.

·病例报告·

气管切开患者应用说话瓣膜配合呼吸训练的个案分析

管红梅¹ 万桂芳^{2,3}

气管切开术是中、重度吸入性损伤或急危重症患者保持呼吸道通畅和改善呼吸的重要抢救措施。但长期的气管插管会使呼吸道和吞咽功能产生许多生理性变化,常导致吞咽、发声等功能障碍。特别在吞咽功能障碍方面,渗漏和误吸是此方面的主要表现,常导致肺部感染,甚至窒息,严重危及患者的生命^[1],故在安全条件下尽快拔管是每个患者的迫切目标。本文报道1例室管膜瘤术后并气管切开后自主咳嗽能力减弱,同时呼吸功能低下的患者应用说话瓣膜配合呼吸训练的效果。

1 病例资料

患者曾**,女,42岁,于2016年8月9日无明显诱因反复出现头晕、行走不稳、头痛、恶心,头颅MRI示:第四脑室-右侧桥前池-小脑延髓池-颈段椎管右上部占位性病变,考虑室管膜瘤可能性大,幕上梗阻性脑积水,双侧侧脑室旁白质水肿,左侧桥脑异常信号;病理活体组织检查诊断报告示:胶质

细胞肿瘤(后颅窝肿瘤),考虑室管膜瘤;临床诊断为室管膜瘤,于8月15日行枕下后正中入路占位病变切除术并行气管切开。术后患者左侧肢体活动无力,吞咽困难,不能发声,留置鼻饲管进食。于2016年12月14日入住中山大学附属第三医院康复科行康复治疗。

2 评估

入院后应用中山大学附属第三医院康复科改良吞咽障碍临床评估表进行评估^[1]。呼吸功能:胸式呼吸,呼吸次数28次/分,最长呼气时间<1s。口颜面功能:①口角下垂,右侧脸部麻痹;②咀嚼c级,流涎b级,唇运动b级,鼓腮b级,舌运动b级,软腭提升b级,舌萎缩震颤。喉功能:最长发音时间2s,音质嘶哑,自主咳嗽减弱,自主清嗓减弱。相关反射:咽反射减弱,咳嗽反射正常,呕吐反射减弱。吞咽功能及摄食评估:吞咽动作<2cm,饮水试验V级,经口摄食功能量表^[2]:I级。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.12.020

1 深圳市龙岗区人民医院,广东省深圳市龙岗区爱心路53号,518000; 2 中山大学附属第三医院; 3 通讯作者
作者简介:管红梅,女,初级技师; 收稿日期:2017-07-27