

较,观察组均低于或少于对照组。见表1。

术后7d,观察组Cobb's角平均 $15.6^{\circ}(0^{\circ}\sim 35^{\circ})$,矫正率为74.4%;随访6个月~2年,矫正角度丢失为2.7%。对照组Cobb's角平均 $27.5^{\circ}(15^{\circ}\sim 55^{\circ})$,矫正率为62.9%;随访角度丢失为12.5%。观察组Cobb's角矫正率明显优于对照组($P<0.05$)。随访3~12个月,2组均未发现结核复发;经X线片、CT或MRI检查,无残留病灶;椎板间、椎体间植骨块轮廓不清,可见大量新生骨痂,病灶骨缺损缩短,自上下椎体的骨痂向缺损处长入;2组患者均恢复正常生活和轻工作。

表1 2组手术时间、出血量、体温及引流量比较 $\bar{x}\pm s$

组别	n	手术时间(h)	出血量(ml)	体温($^{\circ}$)	引流量(ml)
观察组	24	4.2 ± 1.5^a	550 ± 320^a	36.5 ± 0.2^a	66 ± 25^a
对照组	24	5.8 ± 1.6	960 ± 450	37.9 ± 0.9	130 ± 50

与对照组比较,^a $P<0.05$

3 讨论

脊柱结核常导致椎体的塌陷而破坏脊柱前柱的稳定性,形成椎前或椎旁脓肿,从而导致脊髓受压和脊柱后凸畸形等严重并发症^[5]。截瘫伴重度后凸畸形患者如情况许可应尽早手术减压和矫形。在结核杆菌感染的初期,病灶周围组织充血水肿,大量渗出,结核杆菌增殖活跃,此时手术出血多并易造成病变扩散。提示充分的术前准备是保证手术疗效的重要因素。围手术期护理直接影响手术后的效果,其中术前心理指导和

康复护理可减轻患者焦虑,稳定情绪,提高心理耐受力及适应术后的情况;术后护理和康复指导可减少并发症的出现;佩戴支具可限制腰椎的屈曲、缓解腰背肌疲劳、减轻脊柱周围韧带负担^[5],腰背肌训练可增强脊柱内在稳定性,防止复发。

本文发现,围手术期康复护理对胸腰椎结核一期病灶清除植骨融合内固定术的临床疗效较好,可有效治疗胸腰椎结核,并能够同时矫正胸腰椎后凸畸形,临床疗效满意。

【参考文献】

- [1] 金大地. 关于脊柱结核治疗的讨论[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(4): 247-248.
- [2] Bridwell KH, Brien MF, Lenke LG, et al. Posterior spinal fusing supplemented with only allograft bone in para-lytic scoliosis. Does it work[J]. Spine, 1994, 19(23): 2658-2666.
- [3] Moon MS, Woo YK, Lee KS, et al. Posterior instrumentation and anterior interbody fusion for tuberculosis kyphosis of dorsal and lumbar spine[J]. Spine, 1995, 20(17): 1910-1916.
- [4] 赵宏, 叶启彬, 李世英, 等. 内固定技术用于脊柱结核治疗[J]. 中国医学科学院学报, 1994, 16(3): 206-209.
- [5] 李沂红, 于英兰, 白彦红, 等. 腰椎间盘突出症围手术期康复护理[J]. 中国康复, 2005, 20(5): 319-319.

家长健康教育对 CP 患儿 ADL 的影响

肖玉华, 胡永林, 沈晓明

【摘要】 目的:探讨家长健康教育对脑瘫(CP)儿童日常生活活动能力(ADL)的影响。方法:CP儿童69例,随机分为教育组35例和对照组34例。2组均接受综合康复训练,教育组加用健康教育。治疗前后采用儿童功能独立性评定量表(WeeFIM量表)评定,并评价临床疗效。结果:治疗3个月后,2组WeeFIM评分均较治疗前明显提高,教育组高于对照组(均 $P<0.01$);教育组总有效率明显高于对照组(94.29%, 73.53%, $P<0.05$);结论:对家长进行健康教育有利于提高CP儿童ADL能力。

【关键词】 健康教育;脑瘫;ADL

【中图分类号】 R49;R742.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2012.05.026

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)患儿的康复训练不仅需要医疗专业人员的努力,更需要家长以积极的心态参与配合训练。本文对CP儿童实施综合康复训练

的同时对家长同步进行健康教育,取得满意效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009年1月~2011年8月我科CP患儿69例,均符合第二届全国儿童康复暨第九届全国小儿CP学术会议制定的诊断标准^[1]。患儿随机分为

收稿日期:2012-04-27

作者单位:南通市第二人民医院康复医学科,江苏 南通 226002

作者简介:肖玉华(1965-),女,副主任护师,主要从事康复护理方面的研究。

2组,①教育组35例,男20例,女15例;平均年龄 (3.40 ± 2.60) 岁;平均病程 (48.12 ± 15.16) 个月。②对照组34例,男18例,女16例;平均年龄 (3.60 ± 2.40) 岁;平均病程 (47.92 ± 17.53) 个月。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2组均接受Bobath、Vojta手法、作业疗法、言语训练、针灸、推拿等综合康复训练^[2],教育组加用健康教育指导,采用集体讲解和示范、播放录像、发放科普教育手册和图片、专家讲座等方式。①理论授课:包括CP的有关医学知识和儿童发育程序的知识、功能训练的生理学基础及脑损伤后的运动再学习与运动控制理论、CP患儿的家庭护理常规、康复治疗特点、治疗反应、家庭智能训练程序、营养代谢及消化吸收特点、意外伤害的预防、矫形器和辅助具的应用原理及注意事项等。②操作培训:包括正确的卧位姿势、正确的抱法、进食训练、穿脱衣训练、大小便训练、沐浴训练、书写动作训练等。每周理论课1次,每次40min,操作培训每周2次,每次30min。

1.3 评定标准 治疗前后评定儿童功能独立性评定量表(WeeFIM量表)^[3]:包括自理能力、括约肌控制、转移、行走、交流、社会认知6大项,总分126分。108~125分,基本独立;90~107分,有条件独立或极轻度依赖;72~89分,轻度依赖;54~71分,中度依赖;36~53分,重度依赖;19~35分,极重度依赖;18分,完全依赖。治疗后评定临床疗效:采用中国康复研究中心脑瘫儿童日常生活活动能力(ADL)评定量表评定^[4]:包括个人卫生动作、进食动作、更衣动作、排便动作、器具使用、认识交流动作、床上运动、移动动作、步行动作等9类,每1类又分为若干项。显效,分值提高>11分;有效,提高1~10分;无效,无提高。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件进行分析,计数资料用百分率表示, χ^2 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗3个月后,2组WeeFIM评分均较治疗前明显提高,教育组更高于对照组。2组临床疗效比较,教育组总有效率明显高于对照组。见表1。

表1 2组治疗前后WeeFIM评分及治疗后临床疗效比较

组别	n	WeeFIM(分, $\bar{x} \pm s$)		临床疗效(例)			
		治疗前	治疗后	显效	有效	无效	总有效率%
教育组	35	39.85 $\pm$ 11.49	89.74 $\pm$ 33.92 ^{ac}	25	8	2	94.29 ^b
对照组	34	40.75 $\pm$ 11.57	66.92 $\pm$ 25.37 ^a	14	11	9	73.53

与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.05$,^c $P < 0.01$

3 讨论

CP患儿不仅有肢体功能障碍,而且常伴有言语、认知和行为等方面的障碍,需要全面康复。但由于项目繁多,所需医疗费用较大,许多家庭难以承受和坚持,而仅靠在医院每天1~2h的训练,不可能解决患儿全部问题,直接影响预后。儿童的许多重要技能多在家庭中习得和应用,只有把专业治疗融入患儿日常生活中,才能巩固康复效果^[3]。据统计,中国0~6岁CP患病率为1.86‰;全国目前有0~6岁患儿31万,并且每年新增4.6万^[5]。我国CP患儿主要集中在农村和边远贫困地区。小儿CP的康复工作已成为社会、医学、教育等领域的重要课题和任务^[6]。本组患儿大多数来自农村贫困家庭,家长缺乏医学知识,对于诊断难以接受,加上反复求医经济负担重,焦虑急躁情绪十分严重,不能很好地配合治疗,影响患儿全面康复。通过健康教育,使家长对CP产生的原因、治疗过程及预后有正确的认识,缓解其心理压力;同时传授有关康复、教育、训练知识及具体方法,指导家长有意识、有目的地把训练贯穿于日常生活活动中,并逐步培养患儿正确和良好的生活活动习惯。本文结果显示教育组效果明显优于对照组,对家长健康教育,敦促家长积极参与配合对CP患儿康复效果显著。对CP患儿家长进行教育指导,是治疗中不可忽视的重要部分,家长的积极配合不仅有助于为患儿营造科学而健康的环境,还有助于增加训练量,提高疗效^[7]。

【参考文献】

- [1] 中国康复医学会儿童康复专业委员会,中国残疾人康复协会小儿CP康复专业委员会. 小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件[J]. 中华物理医学与康复杂志,2007,29(5):309-309.
- [2] 赵研研. 综合康复训练对重症脑卒中吞咽障碍患者的疗效[J]. 中国康复,2011,26(1):43-44.
- [3] 王冀平. 小儿CP的综合治疗[J]. 徐州医学院学报,2004,24(2):161-162.
- [4] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京:华夏出版社,2005,437-438.
- [5] 王彤. 临床作业疗法[M]. 北京:华夏出版社,2005,196-196.
- [6] 李文馨,钟燕,冯淑贞,等. CP的医院内医疗康复与教育康复相结合模式探讨[J]. 中国康复理论与实践,2006,12(10):839-840.
- [7] 陈才,洪芳芳. CP患儿运动功能的康复治疗进展[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(10):957-959.