

保护作用外,还基于神经系统的可塑性,利用神经生理学原理,刺激外周神经,向大脑反馈促通信息,促进大脑皮层功能的可塑性发展,使其最大限度地实现功能重建,从而促进中枢性瘫痪的康复^[4]。

本研究通过 Fugl-Meyer 来评价治疗过程中针刺疗法与 MRP 对促进脑卒中患者运动功能恢复的协同作用。结果显示在治疗后 1、3、6 个月的时间点,针刺结合 MRP 比单纯 MRP 更好地促进了运动功能的恢复。本研究证实了针刺结合 MRP 能够使偏瘫肢体的功能得到改善和代偿,对脑卒中的恢复有着重要积极的影响,从而提高脑卒中患者的生活质量,减少残疾和最大限度地回归家庭,回归社会。

【参考文献】

- [1] 吴兆苏,姚崇华,赵冬. 我国人群脑卒中发病率、死亡率的流行病学研究[J]. 中华流行病学杂志, 2003, 24(3): 236-240.
- [2] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2003, 393-396.
- [3] 王新刚,官霞. 运动再学习技术对脑卒中患者康复疗效观察[J]. 中国中医急诊, 2011, 20(12): 2026-2026.
- [4] 许志强. 早期综合治疗对急性期脑卒中患者功能预后的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 17(4): 223-225.

应用粗大运动功能分级对脑瘫患儿康复训练的影响

何玉清, 罗佳美, 刘敏, 柯云霞, 史敏, 郭倩兰, 魏晟, 辛贵芳

【摘要】 目的: 观察应用粗大运动功能分级(GMFCS)配合粗大运动功能测评对脑瘫患儿康复训练的影响。方法: 脑瘫患儿 102 例, 按照 GMFCS 系统随机分成 2 组各 51 例, 2 组均采用常规康复治疗, 观察组在此基础上指导家长参与根据 GMFCS 联合粗大运动功能测评评定结果而设定的动作进行训练。于治疗前后用粗大运动功能测试量表(GMF66)测评 2 组患儿的粗大运动功能得分以及家长坚持治疗的依从性。结果: 训练 5 个月后, 2 组患儿 GMF66 评分均较治疗前明显提高, 且观察组更高于对照组($P < 0.05$)。结论: 应用 GMFCS 配合粗大运动功能测评结果而设定的训练动作进行康复治疗对脑瘫患儿粗大运动功能有很好的促进作用, 且观察组继续坚持训练的依从性明显高于对照组。

【关键词】 粗大运动功能分级(GMFCS); 粗大运动功能测评; 脑性瘫痪; 康复训练; 依从性

【中图分类号】 R49; R729 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2012.06.018

脑瘫粗大运动功能分级系统(gross motor function classification system, GMFCS)是通过评价患儿在日常生活环境中(包括家庭、学校、社区)的能力来确定不同的级别^[1]。提高脑瘫患儿的粗大运动功能是脑瘫康复的主要训练目标,从而提高生活自理能力,最大限度的提高脑瘫患儿的生存质量。本文拟探讨应用 GMFCS 联合粗大运动功能测评结果而设定的训练动作进行康复治疗对脑瘫患儿康复治疗依从性的影响,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 3 月~2011 年 12 月在我科就诊的脑瘫患儿 102 例,均符合中国康复医学会儿童康复专业委员会及中国残疾人康复协会小儿脑瘫康复

专业委员会制定的小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断标准^[2]。102 例随机分为 2 组各 51 例。①观察组,男 26 例,女 25 例;年龄 2~6 岁;痉挛型 20 例,徐动型 12 例,肌张力低下型 8 例,混合型 11 例。②对照组,男 27 例,女 24 例;年龄 2~6 岁;痉挛型 18 例,徐动型 10 例,肌张力低下型 13 例,混合型 10 例。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2 组患儿均采用常规康复治疗,包括运动、作业和物理因子疗法、感觉统合训练及引导式教育和回应式抚育^[3-6]。观察组患儿治疗前先作 GMFCS 评定^[7],记录每个患儿现有的级别能力,同时告知家长,让家长明白患儿现有的运动功能及训练后将要达到的目标,并指导家长参与根据 GMFCS 联合粗大运动功能测评结果而设定的动作进行训练。

1.3 评定标准 ①治疗前后采用 GMFM-66 量表^[7],测定 2 组患儿粗大运动功能并进行比较。②治疗后随访 5 个月,统计 2 组坚持治疗的依从性。

收稿日期: 2012-07-18

作者单位: 三峡中心医院儿童分院儿保康复科, 重庆 404000

作者简介: 何玉清(1965-), 女, 副主任护师, 主要从事小儿康复方面的研究。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 11.5 软件进行统计学处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验;计数资料用百分率表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

训练 5 个月后,2 组患儿 GMFM-66 评分均较治疗前明显提高,且观察组更高于对照组。训练结束后随访,观察组坚持治疗的依从性明显高于对照组。见表 1。

表 1 2 组训练前后 GMFM-66 评分及坚持治疗依从性比较

组别	n	GMFM-66(分, $\bar{x} \pm s$)		坚持治疗(例,%)
		训练前	训练后	
观察组	51	29.28 \pm 11.08	50.16 \pm 12.36 ^{ab}	51(100) ^b
对照组	51	31.32 \pm 10.15	42.17 \pm 11.52 ^a	36(70.6)

与训练前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组比较, ^b $P < 0.05$

3 讨论

脑瘫患儿脑损伤病变呈非进行性,但若不能早期康复,随着异常运动模式的反复强化,会出现关节畸形、软组织挛缩加重而导致出现继发性功能障碍,严重影响了患儿日常生活能力和生长发育^[8]。本文应用 GMFCS 配合粗大运动功能测评指导脑瘫患儿康复治疗是为 2~6 岁的脑瘫儿童探讨一种既方便、简单、经济又能保证患儿家长明确目标长期坚持的一种有效康复训练方法,结果显示观察组坚持康复训练的依从性明显高于对照组。随着《国际功能、残疾和健康分类》ICF 体系的逐步推广,生物-心理-社会的模式越来越被广泛的应用于康复医学领域^[8-9]。脑瘫康复也从 ICF 分类体系的角度出发更多地关注脑瘫患儿的日常生活中完成活动所需要的能力^[10-11],GMFCS 同样也是注重评价脑瘫患儿在日常生活中的参与能力^[1]。本文观察组通过对患儿在治疗前先作 GMFCS 评定,同时告知家长,让家长明白自己孩子现有的运动功能以及训练一段时间后将要达到的目标级别,家长很容易接受,并且对患儿康复疗效充满希望,指导家长参与实施,这样既可以取得更好的功能训练,又能使家长在亲身体会中,看到患儿能力的进展,从而提高家长对康复

治疗的兴趣和信心,降低脑瘫患儿的致残率,提高其生活自理能力,让脑瘫患儿更好的适应社会。要达到 GMFCS 最高级别 I 级,需要根据不同类型脑瘫患儿进行 GMFCS 评价明确患儿粗大运动功能的受损状况而确定,因此在制定康复训练计划时应充分考虑如何使脑瘫患儿日常生活能力得到提高,尽量达到生活自理。

【参考文献】

- [1] Arnold C, Penta M, Renders A, et al. ABILHAND-Kids: a measure of manual ability in children with cerebral palsy [J]. Neurology, 2004, 63(6): 1045-1052.
- [2] 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脑瘫康复专业委员会. 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): 309-310.
- [3] 史惟, 施炳培, 廖元贵, 等. 运动发育推拿法治疗小儿脑瘫[J]. 中国康复, 2004, 19(6): 351-352.
- [4] 黄霞, 黄惠芹. 引导式教育在小儿脑瘫康复中的作用[J]. 中国康复, 2004, 19(6): 353-354.
- [5] 刘蓓, 范晓华. 综合康复治疗脑瘫患儿的临床效果[J]. 中国康复, 2005, 20(4): 224-225.
- [6] 张晓慧, 彭聪. 作业疗法在小儿脑瘫康复中的作用[J]. 中国康复, 2007, 22(6): 391-392.
- [7] 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.
- [8] Stucki G, Cieza A, Melvin J. 祝捷, 李智玲, 邱卓英, 等译. 《国际功能、残疾和健康分类》: 对康复策略进行统一概念描述的模式[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(12): 1103-1107.
- [9] 陈小聪, 黄绍平. 指导家长参与和强化运动训练对脑瘫患儿粗大运动功能的疗效影响[J]. 中国儿童保健杂志, 2010, 18(5): 417-417.
- [10] Stucki G, Melvin J. 卢雯, 李智玲, 邱卓英, 等译. 《国际功能、残疾和健康分类》: 对康复策略进行统一概念描述的模式[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(12): 1108-1111.
- [11] 黄霞, 黄惠芹. 引导式教育在小儿脑瘫康复中的作用[J]. 中国康复, 2004, 19(6): 353-354.