

表3 2组治疗前后GMFM量表评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	时间	C区	D区	E区
观察组	32	治疗前	51.1±11.1	40.8±11.2	29.6±10.2
		治疗后	61.1±14.2 ^{ab}	51.3±12.4 ^{ab}	38.2±12.5 ^{ab}
对照组	31	治疗前	51.3±11.8	40.9±10.5	29.0±10.3
		治疗后	56.6±12.3 ^a	44.2±12.3 ^a	31.5±11.2 ^a

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

3 讨论

影响痉挛型 CP 患儿步行和移动功能主要因素是肌力差和肌张力高, 因此增强肌力和降低肌张力康复训练是提高患儿运动能力的根本方法。然而传统观念认为肌力训练会增加肌张力, 强化异常运动模式^[5]。覃章平^[6]研究发现, 肌力训练能有效提高痉挛型 CP 患儿粗大运动功能, 尤其是对患儿跪、爬、站、走、跑和跳能力改善最为明显。江沁等^[7]研究发现肌力训练不仅能改善患儿的运动功能, 而且对肌张力没有明显的影响。痉挛型 CP 儿童拮抗肌之间肌力不平衡是一个普遍现象^[8]。强化肌力训练, 特别是增加与痉挛肌相对立的拮抗肌肌力, 能抑制肌张力升高。近年来, 有研究表明一段时间肌力训练后, 可以增加肌力, 抑制肌张力, 提高关节活动度、稳定性, 改善步态等作用^[9]。

本研究发现, 强化肌力训练有助于改善痉挛型 CP 患儿运动能力, 提高康复疗效, 且又对肌张力影响不大。

【参考文献】

- [1] 在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 CP 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): 309-301.
- [2] 陈智, 杨侃, 刘陶文. 小儿痉挛型 CP 的治疗进展[J]. 医学文选, 2005, 24(2): 278-279.
- [3] Dnmlano DL, Dood K, Taylor NF. Should we be testing and training muscle in cerebral palsy[J]. Developmental Medicine and Child Neurology, 2002, 44(1): 68-72.
- [4] 徐开寿, 麦坚凝. 神经肌肉电刺激在脑性瘫痪儿童治疗中应用进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28(11): 781-783.
- [5] 徐军. 等速运动在康复评定与治疗中的应用[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28(8): 570-573.
- [6] 覃章平. 肌力训练对痉挛型 CP 患儿粗大功能的影响[J]. 中国医学工程, 2009, 17(4): 271-273.
- [7] 江沁, 刘鹏, 王楚怀, 等. 功能性肌力训练在痉挛型 CP 儿童中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(10): 896-898.
- [8] Unnithan VB, Dowling JJ, Forst G, et al. Cocontraction and phasic activity during GAIT in adolescents with cerebral palsy[J]. Electromyogr Clin Neurophysiol, 1996, 36(8): 487-494.
- [9] 王宇华. 脑卒中康复的优化运动技巧练习: 肌力训练[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(11): 787-787.

医院与社区联合康复治疗脑瘫患儿的疗效观察

胡永林¹, 肖玉华¹, 姚丽娟¹, 马颖¹, 印翠华², 王晓铃¹

【摘要】 目的: 探讨脑瘫患儿在社区进一步康复的模式和途径。方法: 45 例脑瘫患儿分为对照组 20 例和观察组 25 例; 观察组采取由医院康复医学科直接参与和指导的社区康复治疗, 对照组仅接受常规社区康复治疗。结果: 干预 3 个月后, 2 组患儿粗大运动功能评定量表(GMF-88)和儿童功能独立性评定量表(WeeFIM)评分较干预前明显提高($P < 0.05$); 干预 6 个月末, 观察组 GMFM 和 WeeFIM 评分均较干预 3 个月末明显提高($P < 0.01$), 对照组 2 项评分均较干预前明显提高($P < 0.01$), 较干预 3 个月末差异无统计学意义, 观察组 2 项评分明显高于对照组($P < 0.01$)。结论: 由医院康复医学科直接指导模式下进行社区康复的新模式, 更有利于脑瘫患儿的康复, 值得推广。

【关键词】 脑性瘫痪; 粗大运动功能; 社区康复

【中图分类号】 R49; R742.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2014.04.009

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)患儿的康复是一个

长期的过程, 医院康复需要高额的治疗费用, 大大影响着 CP 患儿康复治疗时间及效果, 社区康复目前仍处于初级阶段, 大部分地区目前尚缺乏专业的康复中心。本文通过医院康复医学科制定系统的、个体化的社区康复措施, 并进行随访, 旨在探讨其对 CP 患儿粗大运动功能和日常生活能力的影响。

基金项目: 南通市社会事业科技创新与示范项目(HS13911)

收稿日期: 2014-04-26

作者单位: 1. 南通市第二人民医院, 江苏 南通 226002; 2. 南通市港闸区社区卫生服务中心, 江苏 南通 226002

作者简介: 胡永林(1986-), 男, 技师, 主要从事脑血管病、骨关节病、脑瘫等疾病的康复与治疗研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009年1月~2013年6月从南通市第二人民医院康复医学科出院的CP患儿45例,均符合小儿CP的定义、分型和诊断标准^[1];分为2组,①观察组25例;男16例,女9例;年龄(3.65±2.54)岁。②对照组20例;男14例,女6例;年龄(3.45±2.52)岁。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 观察组患儿出院后直接由社区继续接受康复治疗,由医院社区康复专家组确立社区内的康复训练技术及目标,由医院康复医学科固定的康复医师和治疗师直接参与指导患儿的康复治疗并定期到社区指导、评估,内容包括被动活动各关节、按摩四肢、头部稳定性控制训练、翻身训练、坐位训练、爬行训练、跪位训练、站立训练、步行训练和日常生活活动训练。同时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^[2],对家长进行健康教育指导,每次40min,并鼓励患儿和家长做到持之以恒。入组第1个月每周1次,第2~3个月每2周1次,第4~6个月时每个月1次,每次45min;其余时间由社区康复治疗师每天为患儿治疗1次。对照组只采用常规康复训练,医院康复医师及治疗师不参与社区康复训练,仅在回本院复诊时,接诊医师对患儿及其家长进行病情询问和口头康复治疗指导。

1.3 评定标准 ①粗大运动功能评定量表(gross motor function measure-88 scale,GMFM-88)^[3],分5个功能区,共88项;得分越高,粗大运动功能越好。②儿童功能独立性评定量表(Functional Independence Measure for Children,WeeFIM)^[4],分自理能力、括约肌控制、转移、行走、交流、社会认知6个方面,18~126分,得分越高,生活活动能力越强。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行分析,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

干预3个月后,2组患儿GMFM和WeeFIM评分均较干预前明显提高($P<0.05$),而2组间比较差异无统计学意义;干预6个月末,观察组GMFM和WeeFIM评分均较干预3个月末明显提高($P<0.01$),对照组2项评分均较干预前明显提高($P<0.01$),较干预3个月末差异无统计学意义,观察组2项评分明显高于对照组($P<0.01$)。见表1。

表1 2组患儿GMFM和WeeFIM评分干预前后比较 分, $\bar{x}\pm s$

组别	n	项目	干预前	干预后(月)	
				3	6
对照组	20	GMFM	32.50±13.35	43.12±15.46 ^a	45.43±15.51 ^b
		WeeFIM	40.03±10.98	56.78±13.46 ^a	59.53±14.32 ^b
观察组	25	GMFM	32.13±14.38	45.72±16.13 ^a	62.36±15.64 ^{bcd}
		WeeFIM	38.45±11.37	58.39±12.51 ^a	72.37±15.14 ^{bcd}

与干预前比较,^a $P<0.05$,^b $P<0.01$;与干预3个月末比较,^c $P<0.01$;与对照组同期比较,^d $P<0.01$

3 讨论

CP是一种严重危害小儿健康的疾患,由于围产医学、产科学、新生儿医学的发展,新生儿死亡率、死胎虽有明显下降,但CP发生率不仅未减少,反有增多的趋势^[5]。据统计,我国CP发病率为1.5‰~5‰,目前大约有195万~650万CP患儿^[6],已成为日益严重的公共卫生问题。CP患儿脑损伤病变虽然呈非进行性改变,但其造成运动、姿势发育异常则可能为进展性,可导致异常姿势、肢体挛缩、关节畸形等继发损伤,严重影响患儿日常生活能力和生长发育。因此,开展CP康复,提高患儿的生活质量,减少残疾非常重要。

医院康复因专业技术人才多、技术先进、设备齐全,是目前CP患儿主要的康复措施,但其昂贵的费用和有限的康复资源又让患儿家庭望而却步。酒金霞^[7]认为,经济因素是CP患儿放弃治疗的主要原因。此外,长期在医疗机构康复治疗费用庞大,患儿家庭经济上承担不起且家长承受着很大的精神压力。国外已有研究表明,不同类型CP儿童父母的生活质量均明显下降,尤其是在情感功能及精神心理方面^[8]。

社区康复因具有经济、有效、简单易行、康复普及面广等特点,满足了CP患儿长期康复治疗的需求,但现今社区康复处于初级阶段,康复专业队伍水平不整齐又使得康复的效果不尽如人意。我们应用医院参与指导的社区康复治疗CP患儿,发现2组患儿在进行3个月的社区康复治疗后,相比干预前都取得了较好的效果,但2组之间比较差异无统计学意义;干预6个月末,观察组患儿康复效果明显优于干预3个月末及同期对照组。究其原因:①在本研究中观察组患儿享受政府抢救性康复项目资助,残联出资并免费提供社区康复治疗,很大程度上减轻了患儿家长的经济和心理负担,使其能积极主动参与和配合医疗人员给予患儿康复治疗,从而使患儿的康复效果得以延续并强化;②进行医院指导下的社区(包括家庭训练)康复可以让CP患儿更早、更好的适应社会、回归家庭,同时还可以增加亲子关系,利于患儿的身心健康;对照组患儿由于没有医院专业的康复医师和治疗师的指导,训练的

质与量不够,导致其在入组 6 个月末治疗效果较入组 3 个月末无明显改善。

本研究证明医院参与指导的社区康复能明显提高和强化 CP 患儿的康复治疗效果。不过由于样本量少、各地的经济水平不一以及缺乏有效地跟踪随访等原因,此模式的治疗效果还需进一步的探讨和研究,期待今后继续探索大样本、多方式合作的社区康复服务模式,使 CP 儿童的社区康复工作不断发展与完善,让更多的患儿受益,更好地帮助他们早日融入社会。

【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.
- [2] 肖玉华,胡永林,沈晓明,等. 家长健康教育对 CP 患儿 ADL 的影响[J]. 中国康复, 2012, 27(5): 383-384.
- [3] 史惟,廖元贵,杨红,等. 粗大运动功能测试表与 Peabody 粗大发育表在脑性瘫痪康复治疗评估中的应用[J]. 中国康复理论与实践, 2004, 10(7): 423-424.
- [4] 王冀平. 小儿 CP 的综合治疗[J]. 徐州医学院学报, 2004, 24(2):161-162.
- [5] Stanley FJ, Blair E. The epidemiology of childhood disorders[M]. New York: Oxford University press, 1994, 473-473.
- [6] 陈陵. 我国小儿脑性瘫痪研究的现状分析[J]. 中华现代儿科学杂志, 2005, 2(10): 952-954.
- [7] 酒金霞. 脑瘫患儿放弃治疗的原因分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2008, 11(3): 81-82.
- [8] Romeo DM, Cioni M, Distefano A, et al. Quality life in parents of children with cerebral palsy: is it influenced by the child's behaviour[J]? *Neuropediatrics*, 2010, 41(3): 121-126.

穴位超声波治疗妊娠剧吐的疗效观察

李祖虹,刘琦,马艳

【摘要】 目的:观察穴位超声波治疗对妊娠剧吐的临床疗效。方法:将 64 例妊娠剧吐患者随机分为观察组和对照组各 32 例,分别采用穴位超声波治疗和普通针刺治疗。结果:治疗 7d 后,2 组 24h 呕吐次数及妊娠剧吐评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),而 2 组间比较差异无统计学意义。治疗后,观察组尿酮体转阴率及临床总有效率比较差异均无统计学意义。结论:穴位超声波治疗与普通针刺治疗均能明显缓解妊娠剧吐症状,止吐疗效相当,穴位超声波治疗无创,且易于被患者接受,值得临床推广使用。

【关键词】 穴位超声波;妊娠剧吐

【中图分类号】 R49;R493 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2014.04.010

针灸对妊娠剧吐具有较好的临床疗效^[1],但由于不少孕妇害怕疼痛而拒绝针灸治疗。我科采用穴位超声波治疗 32 例妊娠剧吐患者,疗效满意,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 3 月~2013 年 9 月间在我院妇产科及康复科门诊就诊的妊娠剧吐患者 64 例,均符合妊娠剧吐的诊断标准^[2],患者随机分为 2 组各 32 例,①观察组:年龄(27.1 ± 5.3)岁;孕(7.9 ± 2.3)周;病程(5.2 ± 0.9)d。②对照组:年龄(26.4 ± 4.6)岁;孕(8.4 ± 2.5)周;病程(5.2 ± 1.0)d。2 组一般资料比较

差异无统计学意义。

1.2 方法 2 组患者均给予补充水、电解质等基础治疗。①对照组加用针刺治疗,主穴取大杼、内关、中脘、足三里;肝胃不和型加肝俞、太冲,气阴两虚型加照海,脾胃虚弱型加脾俞、胃俞,痰湿阻滞型加丰隆、阴陵泉^[3]。患者取坐位,常规消毒后,采用 0.35mm × 40mm 一次性毫针,大杼、脾俞、胃俞、肝俞等穴针尖向脊柱方向斜刺约 1.5cm,行捻转泻法,不留针。中脘、内关、太冲、照海、足三里、丰隆、阴陵泉直刺 3.0cm,行捻转补法,留针 30min。②观察组加用穴位超声波治疗:采用 DM-200C 型脉冲式超声治疗仪,取穴原则与对照组相同^[3],超声刺激强度为 0.5~1.0W/cm²,每个穴位给予超声刺激 5min。2 组治疗均为每日 1 次。

1.3 评定标准 ①24h 呕吐次数。②妊娠剧吐评分(hyperemesis gravidarum score, HGS)^[4]:用一直尺设置 0~100 分游标,0 分即无呕吐、饮食正常,能照常

收稿日期:2014-06-30

作者单位:武汉市第一医院康复医学科,武汉 430000

作者简介:李祖虹(1972-),女,主管技师,主要从事骨科康复方面的研究。

通讯作者:马艳,1203135093@qq.com