

口腔游戏结合常规训练治疗小儿脑瘫流涎的疗效观察

何晓霞,李红玲

【摘要】 目的:探讨口腔游戏结合针刺、推拿、功能训练等常规康复方法对脑瘫流涎患儿的疗效。方法:脑瘫流涎患儿60例随机分为2组各30例,对照组采取常规康复方法(包括穴位针刺、推拿、口腔功能训练),观察组在对照组基础上依据患儿自身情况设计不同的口腔游戏,训练时间及每日次数也依据不同患儿因人而异,由治疗师在治疗室进行;其他时间由患儿家长组织患儿在家中完成。在治疗前及治疗后6个月时采用教师流涎分级法(TDS)对患儿进行效果评定。结果:治疗6个月后,2组TDS分级均较治疗前明显改善($P<0.05$),且观察组更优于对照组($P<0.05$)。治疗后,2组临床疗效比较,观察组总有效率明显高于对照组(90.0%、63.3%, $P<0.05$)。结论:游戏结合针刺、推拿、功能训练治疗小儿脑瘫流涎疗效肯定,利于患儿的身心发育。

【关键词】 小儿脑瘫;流涎;针刺;推拿;功能训练;冰刺激

【中图分类号】 R49;R742 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2018.05.012

小儿脑瘫是以小儿的中枢神经系统受损所引起的一组非进行性的综合征为主要表现^[1]。常见并发症之一为流涎,其发生率报道不一致,大多数文献报道小儿脑瘫合并流涎发生率为10%~37%^[2]。流涎可影响患儿交往能力,还可造成口周皮肤湿疹、甚至导致患儿营养不良或脱水等。目前,治疗小儿脑瘫流涎多采用针灸、推拿配合口部肌肉训练等常规康复治疗方法。本研究将各种口腔游戏介入于患儿口周训练,并结合常规康复,疗效较好,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月~2016年6月于河北省妇幼保健中心儿保科就诊的脑瘫合并流涎患儿60例作为研究对象,均符合脑瘫诊断和分型标准^[3];以教师流涎分级法(Teacher Drooling Scale, TDS)为流涎等级评定标准^[4]。纳入标准:符合脑瘫诊断标准;病情符合TDS分级Ⅱ~Ⅴ级;年龄24~72个月;家属配合并知情同意;坚持治疗6个月。排除标准:口腔炎,牙龈炎等;单纯口咽部畸形;流涎合并癫痫;合并严重心肝肾等并发症;严重智力低下;伴有遗传、代谢疾病及染色体异常等先天性疾病;患脑炎、脑外伤病史。60例患儿随机分为2组各30例。①观察组:男19例,女11例;月龄(34.7 ± 7.9)个月;TDS分级:Ⅱ级8例,Ⅲ级6例,Ⅳ级9例,Ⅴ级7例。②对照组:男20例,女10例;月龄(35.2 ± 8.2)个月;TDS分级:Ⅱ级8例,Ⅲ级6例,Ⅳ级11例,Ⅴ级5例。2组一般资料比

较差异无统计学意义。

1.2 方法 对照组在进行相关的家庭指导基础上予以推拿、针刺,并给以口部肌肉感知、运动训练;观察组在此治疗的基础上,依据患儿的年龄、情绪、智力等具体情况设计不同的口腔游戏,并将其融入于患儿主、被动口腔训练之中。①家庭指导:指导患儿家属注意在带孩子时头部姿势。②推拿、针刺^[5-7]:头、面、颈部相关穴区常规推拿揉按,部分相关穴区予以常规消毒针刺;语言1、2、3区留针30min,其它穴位快速针刺不留针(治疗过程中发现在行金津、玉液穴位针刺时,患儿配合性较差,仅对能配合者行这两穴位的快速针刺治疗)。推拿1次/日,10~15min/次,5次/周;针刺1次/2日;每周3次,1个疗程/月,共6个疗程。③口部肌肉感知、运动训练^[8-9]:患儿采取正确坐姿,依据患儿具体情况对患儿面颊、口周、口腔内外唇舌等部位采用牙刷、海绵棒、冰等进行不同的感觉刺激并进行口周、唇、舌等部位的相关功能训练。1次/日,10min/次,5次/周,每月1个疗程,共6个疗程。④口腔游戏设计训练:依据患儿不同症状、月龄、情绪、认知、交流等予以口腔游戏介入。游戏形式灵活多样,本次研究所设计的游戏如吹风车、吹哨子、吃海苔等适于月龄18个月以上,具有一定认知、沟通、模仿能力的婴幼儿。游戏介入训练时间及每日次数也依据不同患儿因人而异,1次/日,5次/周,治疗师在治疗室进行;其他时间由患儿家长组织患儿在家中完成,1个月为1个疗程,共6个疗程。游戏中注意^[10]:游戏训练直接简单内容多样,形成以患儿为中心,家长参与的团队互动模式,便于患儿采纳;注意患儿主动参与性并及时给予患儿激励反馈,注意游戏时间、患儿体力、情绪、专注性及个体差异等。

收稿日期:2018-01-20

作者单位:河北医科大学第二医院,石家庄 050000

作者简介:何晓霞(1975-),女,硕士在读,主要从事神经康复方面的研究。

通讯作者:李红玲, honglingli2010@qq.com

1.3 评定标准 ①治疗前后采用 TDS (Teacher Drooling Scale, TDS) 分级进行评定^[4]: I 级, 不流涎; II 级, 小量或偶尔流涎; III 级, 不时地流; IV 级, 经常流, 但不成线; V 级, 成线地流, 胸前常常弄湿。②治疗后进行临床疗效评估: 参照教师流涎分级提高情况进行判断^[7]: 显效, 症状减轻 2 级及以上, 或达到 I 级 (不流涎, 即痊愈); 有效, 症状减轻 1 级; 无效, 治疗前后无改善。总有效率 = 显效 + 有效 / 总例数。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据统计分析, 数据资料以百分率表示, 组内疗效等级比较采用配对秩和检验, 组间疗效等级比较采用 Wilcoxon 秩和检验, 总有效率比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 6 个月后, 2 组 TDS 分级均较治疗前明显改善 ($P < 0.05$), 且观察组更优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组临床疗效比较, 观察组总有效率明显高于对照组 (90.0%、63.3%, $P < 0.05$)。见表 1、2。

表 1 2 组患儿治疗前后 TDS 分级变化比较 例 (%)

组别	n	时间	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
观察组	30	治疗前	0	8(26.7)	6(20.0)	9(30.0)	7(23.3)
		治疗后	5(16.7)	9(30.0)	9(30.0)	5(16.7)	2(6.6)
对照组	30	治疗前	0	8(26.7)	6(20.0)	11(36.7)	5(16.6)
		治疗后	3(10.0)	6(20.0)	9(30.0)	9(30.0)	3(10.0)

2 组组内治疗前后比较, $P < 0.05$; 治疗后 2 组间比较, $P < 0.05$

表 2 2 组患儿治疗后临床疗效比较 例 (%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	18(60.0)	9(30.0)	3(10.0)	27(90.0) ^a
对照组	30	10(33.3)	9(30.0)	11(36.7)	19(63.3)

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

3 讨论

脑瘫患儿的流涎主要是由于口部肌群间运动协调功能障碍、吞咽功能异常和口咽括约肌功能不全使患儿不能正常通过吞咽清除口腔内唾液所致^[11]; 中医认为小儿流涎主要是因为其脾土不运, 胃经湿盛所致。采用针刺、推拿并结合口腔训练可调理脏腑阴阳疏通经络, 调理脾胃、提高免疫力, 增加对大脑皮质刺激之功能^[7], 进而改善中枢神经受损的脑瘫患儿之流涎症状。马丙祥等^[6]应用中西医结合治疗小儿脑瘫流涎症 32 例, 有效率为 81.1%; 本研究对照组有效率 63.3%, 疗效偏低, 分析原因: 2 组患儿年龄偏小, 针刺、推拿配合性差, 对针刺有抵触、反抗, 疗效不尽人意。

本研究以患儿为中心, 让患儿积极参与整个康复过程, 充分发挥患儿主动性。Murphy 等^[12]研究表明,

儿童参与愉悦、兴奋的游戏, 通过游戏可促进儿童大脑发育、增强儿童的认知功能及智力广度^[13]。俞珍^[14]研究发现对脑瘫患儿进行融入游戏的康复训练, 使患儿粗大运动测试量表 (gross moto refunction measure, GMFM) 评分明显提高。本研究发现, 游戏结合传统康复方法进行康复治疗, 可提高患儿在康复治疗过程中的积极主动性以及患儿康复治疗的依从性, 提高康复效果; 同时由于模拟生活的游戏介入, 利于患儿康复训练中的主动参与, 还利于脑瘫流涎患儿在现实生活中应用自己所学到的技能^[15], 符合以人为本的康复理念, 利于患儿身心发育。不足之处, 是未对 2 组患儿在认知社会交往发育等方面进行治疗前后对比研究, 今后研究中还需继续探索。

【参考文献】

- [1] Hustad KC, Gorton K, Lee J. Classification of speech and language pro-files in 4-year-old children with cerebral palsy: a prospective preliminary study[J]. J Speech Lang Hear Res, 2010, 53(6): 1496-1513.
- [2] Chang SC, Lin CK, Tung LC, et al. The association of drooling and health-related quality of life in children with cerebral palsy [J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2012, 8(6): 599-604.
- [3] 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, 中国脑性瘫痪康复指南编委会. 中国脑性瘫痪康复指南 (2015) [J]. 中国实用乡村医生杂志, 2015, 22(22): 12-14.
- [4] 许世跃, 郑路. 阿托品治疗脑性瘫痪流涎的临床观察[J]. 现代康复, 1999, 3(2): 180-182.
- [5] 董尚胜, 刘振寰. 舌针治疗脑性瘫痪儿童流涎临床疗效观察[J]. 中华针灸电子杂志, 2014, 3(5): 4-6.
- [6] 马丙祥, 冯士梅, 张璠. 中西医结合治疗小儿脑性瘫痪流涎症临床观察[J]. 中医学报, 2012, 27(4): 511-512.
- [7] 叶险峰, 张会芳, 庞智文. 头针加穴位注射治疗小儿脑瘫流涎症 32 例[J]. 中医杂志 2013, 54(9): 792-793.
- [8] 田晶, 金妍, 魏开颜, 等. OPT 口部肌肉训练配合按摩治疗脑性瘫痪流涎症的疗效观[J]. 中国中西医结合儿科学, 2015, 7(1): 50-51.
- [9] 李晓捷. 小儿脑瘫康复治疗技术 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 360-376.
- [10] 陈秀洁, 李晓洁. 小儿脑性瘫痪的神经发育学治疗法 [J]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2004: 348-357.
- [11] Santos MT, Ferreira MC, Leite MF, et al. Salivary parameters in Brazilian individuals with cerebral palsy who drool [J]. Child Care Health Dev, 2011, 37(3): 404-409.
- [12] Murphy LB. Infants Play and Cognitive Development [M]. 2nd Ed. London: Churchill Livingstone, 1999: 67-68.
- [13] Spinka M, Newberry RC, Bekoff M. Mammalian play: T raining for unexpected [J]. Q Rev Biol, 2001, 76(2): 141-168.
- [14] 俞珍. 游戏融入脑瘫患儿康复训练的效果观察 [J]. 护理与康复, 2011, 10(5): 441-442.
- [15] 魏国荣. 关于游戏在脑瘫儿童康复治疗中应用的调查和思考 [J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(5): 449-450.