

脑瘫患儿下肢功能障碍术后综合康复治疗的效果

吴清华

临沂市康复医院, 山东 临沂 276000

【摘要】 目的 探讨在脑瘫患儿下肢功能障碍采取不同的诊疗方案所取得的临床效果。方法 选择我院脑外科自2020年6月至2023年1月期间收治的100例脑瘫患儿为例, 将其随机划分为对照组50例(常规治疗)与实验组50例(综合康复治疗)两个组别, 对比两组患儿的临床疗效、治疗前后的粗大运动功能(GMF)、运动发育指数(PDI)、功能性步行能力等四项数据。结果 两组患者治疗前的粗大运动功能(GMF)、运动发育指数(PDI)比较未存在显著的差异, 其数据的比较未呈现统计学意义($P>0.05$), 而在接受不同的治疗后, 实验组患者的粗大运动功能(GMF)、运动发育指数(PDI)均显著高于对照组($P<0.05$), 其临床治疗总有效率与功能性步行能力均显著高于对照组($P<0.05$)。结论 综合康复治疗有助于改善脑瘫患儿的下肢运动功能, 提高其临床治疗的总有效率, 促进其运动功能的快速恢复, 是众多脑瘫患儿的最佳选择, 值得在临床上大力推广使用。

【关键词】 脑瘫; 下肢功能障碍; 综合康复治疗

临床上, 脑瘫(Cerebral Palsy), 全称脑性瘫痪。是指婴儿出生前到出生后一个月内脑发育早期, 由于多种原因导致的非进行性脑损伤综合征, 其临床表现为发育缺陷、运动功能、语言功能障碍及姿势异常等症状, 严重地降低了广大患儿的生活质量, 同时也对其日常生活造成诸多的不便^[1-2]。为了帮助诸多的患儿逐步恢复至正常, 临床上多给予患儿针灸、肌电生物反馈疗法, 帮助改善患儿的下肢功能障碍。但上述诊疗手段所发挥的临床疗效微乎其微, 如果辅以行之有效的护理干预, 有助于巩固其临床疗效, 并达到事半功倍的效果^[3-4]。为了深入探究脑瘫患儿下肢功能障碍术后综合康复治疗的效果, 特将我院近两年来收治的部分脑瘫患儿纳入至此次临床调查工作中, 并对其临床效果进行回顾性分析, 并做如下总结。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院脑外科自2020年6月至2023年1月期间收治的100例脑瘫患儿作为此次临床调查的研究对象, 将其随机划分为两个不同的组别, 具体分组如下。

对照组男28例, 女22例, 其年龄区间均在2~5岁, 平均年龄为(3.92±0.08)岁, 病程均在3~6年, 平均病程为(3.89±1.11)年; 实验组男39例, 女11例, 其年龄区间均在3~6岁, 平均年龄为(4.96±1.04)岁, 病程均在2~5年, 平均病程为(3.54±1.46)年。上述, 两组入选患者的性别、年龄、病程等基线资料的比较在临床上未见显著差异, 无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准: (1) 临床上符合脑瘫疾病诊断标准; (2) 未合并其他先天性疾病及传染病疾病; (3) 符合我院伦理委员会审核标准; (4) 经家长同意参与此次临床调查工作的患儿。

排除标准: 合并其他先天性疾病及传染病疾病的患儿。

1.2 方法 对照组: 依据患儿运动功能的差异性, 为其制定适宜的运动方案, 具体涵盖Bobath神经发育疗法和Vojta诱导疗法, 每次治疗的时间保持为30~40min, 1次/d, 连续治疗10d为一个疗程, 休息10d后继续按照疗程治疗。

实验组在对照组的基础上采取以下诊疗方案。

(1) 作业治疗: 指导患儿保持正确的坐姿, 对其进行上肢关节活动度训练、徒手降低肌张力训练, 指导患儿进行手的抓握、投放、拇指与食指侧捏、拇指与其余四指对捏等精细动作, 双手、双眼进行协调性训练、日常生活训练等。同时由治疗师采用Rood法对患儿的皮肤进行感觉训练, 每周3次, 30min/次。

(2) 针灸治疗: 选取患儿的肩中、合谷、外关、曲池等穴位进行针刺, 留针30min, 每周针灸3次, 同时对上述穴位注射0.5mL丹参、小牛血去蛋白提取物注射液。

(3) 推拿按摩治疗: 依据患儿的肌张力切口, 由主治医师分别采取捏、揉、搓、按、摇等方法对患儿进行按摩。若患儿为痉挛性脑瘫, 则需增加对肩关节、腕关节及肘关节等部位的按摩, 1次/d, 每次按摩的时间以30min为适宜。

两组患儿的康复周期均设为1个月。

1.3 观察指标 对比两组患儿的临床疗效、治

疗前后的粗大运动功能(GMF)、运动发育指数(PDI)、功能性步行能力等四项数据。

按照患儿在接受不同诊疗方案后所取得临床疗效的不同将其划分为显效、有效与无效三项标准,具体评判标准如下:

若患儿在接受治疗后下肢运动功能达到正常、步行能力提高两个级别则为显效;若患儿在接受治疗后的下肢运动功能、粗大运动功能精细运动功能均得到显著的改善、步行能力提高1个级别则为有效;若患儿在接受治疗后的下肢运动功能、粗大运动功能精细运动功能未得到改善、其步行无提升空间即为无效,治疗总有效率的计算以(显效+有效)/50为主。

粗大运动功能(GMF)的测定借助粗大运动功能(GMF)测量表来完成,整个量表共计划分为3个维度、51个条目,得分越高,表示患者的粗大运动功能越良好^[5]。

运动发育指数(PDI)的测定借助运动发育量表(PDI)来完成,共计划分为4个维度、48个条目,同粗大运动功能(GMF)的测定标准一致,得分越高,表示患者的运动发育情况越良好^[6]。

功能性步行能力的测定按照 Holden 功能步行分

类法来进行,具体划分为0~V个级别,级别越高,暗示了患儿的功能性步行能力越强^[7]。

1.4 统计学分析 分别用($\bar{x} \pm s$)与百分比来表示此次临床研究所得数据涉及的计量资料与计数资料,并在执行临床检验的过程中分别借助 χ^2 与 t 作为其临床检验工具,若此次临床研究所得两组患儿的临床疗效、治疗前后的粗大运动功能(GMF)、运动发育指数(PDI)、功能性步行能力等四项数据的比较差异显著,则以 $P < 0.05$ 来表示数据结果的比较符合统计学标准。

2 结果

2.1 两组患儿的临床疗效比较 对照组的50例患儿在接受常规治疗后,15例患儿的运动功能恢复至正常状态,可判定其临床疗效为显效、22例患儿的临床疗效为有效、剩余13例患儿的临床疗效证实为无效,其治疗总有效率为74%;实验组的50例患儿在接受综合康复治疗后,22例患儿显效、28例患儿有效,其治疗总有效率高达100%。数据结果的比较显而易见,实验组患儿的治疗总有效率显著高于对照组($P < 0.05$),详见表1。

表1 两组患儿的临床疗效比较结果 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	15 (30.00)	22 (44.00)	13 (26.00)	27 (74.00)
实验组	50	22 (44.00)	28 (56.00)	0 (0.00)	50 (100.00)
χ^2					8.469
P					0.008

2.2 两组患儿治疗前后的粗大运动功能(GMF)比较 对照组治疗前的粗大运动功能(GMF)评分为(70.16 ± 3.84)分、治疗后的粗大运动功能(GMF)评分为(89.49 ± 3.58)分;实验组治疗前的粗大运动功能(GMF)评分为(70.23 ± 3.48)分、治疗后的粗大运动功能

(GMF)评分为(98.49 ± 2.15)分,通过对数据结果的比较得知,两组患者治疗前的粗大运动功能(GMF)评分比较未见显著的差异($P > 0.05$),随着疗程的进展,其评分之间的差异逐渐凸显,实验组显著高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表2。

表2 两组患儿治疗前后的粗大运动功能(GMF)比较结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	50	70.16 ± 3.84	89.49 ± 3.58
实验组	50	70.23 ± 3.48	98.49 ± 2.15
t		0.841	10.164
P		0.392	<0.001

2.3 两组患儿治疗前后的运动发育指数(PDI)比较 对照组患儿治疗前的运动发育指数(PDI)为(59.43 ± 5.45)分、治疗后的运动发育指数(PDI)为(69.85 ± 2.82)分;实验组患儿治疗前的运动发育指数(PDI)为(58.96 ± 3.04)分、治疗后的运动发育指

数(PDI)为(98.16 ± 2.14)分,通过结果得知,两组患儿治疗前的运动发育指数(PDI)比较未见显著差异($P > 0.05$),随着疗程的进展,两组患儿的运动发育指数(PDI)比较逐渐拉开差距,实验组的运动发育指数(PDI)显著高于对照组($P < 0.05$),见表3。

表3 两组患儿治疗前后的运动发育指数(PDI)比较结果($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	50	59.43 ± 5.45	69.85 ± 2.82
实验组	50	58.96 ± 3.04	98.16 ± 2.14
<i>t</i>		0.932	9.861
<i>P</i>		0.407	<0.001

2.4 两组患儿的功能性步行能力等级比较 对照组的50例患儿在接受常规治疗后, 步行等级的结果如下: I级3例、II级10例、III级13例、IV级22例、V级5例; 实验组患儿在接受综合康复治疗后,

步行等级的结果如下: I级2例、II级10例、III级15例、IV级13例、V级10例, 通过对两组患儿步行等级的比较得知, 实验组患儿的步行等级显著优于对照组 ($P < 0.05$), 详见表4。

表4 两组患儿的功能性步行能力等级比较结果[n(%)]

组别	例数	I级	II级	III级	IV级	V级
对照组	50	3 (6.00)	10 (20.00)	13 (26.00)	22 (44.00)	5 (10.00)
实验组	50	2 (4.00)	10 (20.00)	15 (30.00)	13 (26.00)	10 (20.00)
χ^2						7.469
<i>P</i>						0.021

3 讨论

在临床上, 脑瘫是一种婴幼儿中枢神经受损后的常见疾病类型。一旦患病, 患儿会表现为不同程度的言语、行为、运动功能的障碍, 而这种损伤则是不可逆的, 需要借助手术来治疗^[8]。无数脑瘫患儿家庭因为患儿疾病的困扰, 面临着严重的经济负担。为了从根本上为我国母婴健康提供良好的保障, 需加强对婴幼儿的早期诊断^[9]。但是因为我国部分地区的医疗水平有限, 导致脑瘫疾病患儿的早期诊断率普遍较低。为了从根本上改善脑瘫患儿的神经功能, 并帮助其逐步恢复至正常状态, 临床上针对脑瘫患儿采取手术治疗, 以改善患儿的下肢功能障碍症状, 但考虑到患儿的手术风险及预后效果, 临床上为了降低脑瘫疾病的复发率, 主张患儿家属针对患儿开展康复训练^[10]。

在此次临床上, 选择我院收治的部分患儿作为研究对象, 并对其在采取不同的诊疗方案后所取得的临床效果进行回顾性分析, 总价如下: 在接受综合康复治疗的患儿中, 其临床疗效高达100%, 并且其神经功能也得到了显著的改善, 并且治疗后的运动发育指数为(98.16 ± 2.14), 而应用常规治疗的患儿则为(69.85 ± 2.82)分, 较常规治疗显著提升($t=9.861$, $P < 0.001$), 同时也提高了其步行等级能力, 这也充分证实了综合康复治疗在脑瘫患儿下肢功能障碍患儿临床诊疗工作中所发挥的重要应用价值。

综上所述, 综合康复治疗有助于改善脑瘫患儿的下肢运动功能, 提高其临床治疗的总有效率, 促进其运动功能的快速恢复, 是众多脑瘫患儿的最佳选择, 值得在临床上大力推广使用。

参考文献

- [1] 吴庆阳, 蔡娟娥. 早期综合康复治疗对脑瘫患儿运动功能及智力水平的影响[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(5): 1214-1216.
- [2] 朱继龙, 姜媛, 史小婷, 等. 综合康复训练联合脑电生物反馈治疗痉挛型脑瘫的临床效果及对患儿运动功能、平衡能力、肌张力及步态的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(2): 54-57.
- [3] 李强. 认知功能障碍训练配合综合康复治疗对脑瘫伴智力障碍患儿智力发育水平、运动功能的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19(8): 167-169.
- [4] 元芳芳, 陈惠军, 康天, 等. 综合康复治疗对小儿脑瘫合并癫痫患儿的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(9): 1438-1439.
- [5] 孙瑞, 彭巍巍, 赵洁. 综合康复治疗脑瘫患儿的认知能力、神经功能恢复的疗效分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(4): 742-744, 748.
- [6] 刘秀丽. 认知功能障碍训练配合综合康复治疗脑瘫伴智力障碍患儿的效果评估[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(22): 5-6.
- [7] 王存娟. 综合康复治疗偏瘫型脑瘫患儿的疗效及对患儿认知功能的改善作用[J]. 社区医学杂志, 2017, 15(14): 41-43.
- [8] 刘奕, 吴建贤. 脑瘫患儿足外翻畸形综合康复治疗前后的足底压力特征的比较[J]. 安徽医药, 2015, 19(11): 2111-2114.
- [9] 刘冬芝, 尚清, 马彩云. 认知功能障碍训练配合综合康复治疗脑瘫伴智力障碍患儿的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(24): 69-70.
- [10] 张冬青, 郭洪科, 刘莎莎, 张思捷, 涂美. 痉挛型双瘫的脑瘫患儿矫形外科术后综合康复治疗的疗效分析[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(8): 747-750.