

自由體操應用于腦癱患者康復治療的療效觀察

姜積華

廣東三九腦科醫院 廣東 廣州 510510

摘要 目的 探討將自由體操應用於適齡腦癱患者的康復治療中對改善運動功能的療效。**方法** 40 例適齡腦癱患者隨機分成治療組（20 例）和對照組（20 例）。治療前和治療三個月後採用粗大運動功能測試量表(GMFM_88)評分評定其療效。**結果** 治療組較對照組功能改善有明顯差異。**結論** 自由體操在對適齡腦癱患者的康復治療中可以明顯提高其康復療效。

關鍵字 自由體操；腦癱；運動功能

小兒腦癱是自受孕開始至嬰兒期非進行性腦損傷和發育缺陷所導致的綜合征，主要表現在運動障礙及姿勢異常，常合併智力障礙、癲癇、感知覺障礙、交流障礙、行為異常和其他異常。

廣播體操是根據人體各部位特點，通過每節操的節拍（一般由 8 個節拍組成），依照一定的程式，由舉、振、屈、伸、轉動和繞環等一系列徒手動作所組成的身體練習，將音樂、韻律和上下肢及軀幹的全身運動相結合，達到鍛煉各部分肌肉、關節的作用。本文將第九套廣播體操適當的改變成自由體操之後應用于腦癱患者的康復治療中觀察其康復療效總結如下。

1 資料與方法

1.1 一般資料 選擇 2012 年 11 月~2013 年 12 月廣東三九腦科醫院康復訓練中心收治的腦性癱瘓患者。診斷與分型符合 2006 年 8 月全國（長沙）小兒腦癱學術研討會制定的分型和診斷標準，年齡 3.5~8 歲。治療組 20 例，其中痙攣型 12 例，不隨意運動型 5 例，遲緩型 2 例，共濟失調型 1 例，平均年齡 5 歲。根據家長意願，對照組 20 例，其中痙攣型 13 例，不隨意運動型 5 例，遲緩型 1 例，共濟失調型 1 例，平均年齡 5.5 歲。兩組年齡、治療前 GMFM 評估評分無顯著差異。

1.2 方法

對照組進行常規運動療法、作業療法、言語療法、理療、針灸等綜合康復。治療組再次基礎上引用自由體操進行康復訓練。

1.2.1 根據腦癱患者的特點首先改動的是廣播體操的背景音樂和口令節奏。背景音樂為去掉原唱的兒歌組成，口令節奏延長為廣播體操的 2 倍。

1.2.2 把自由體操的出發體位設置在椅坐位，坐位姿勢有固定，髖關節以上和膝關節以下可以自由活動。

1.2.3 自由體操具體內容如下：

1.2.3.1 第一節伸展運動（2*8），第一拍雙手向前平舉手心向下，第二拍雙手上舉手心相向，第三拍雙手水準外展手心向下，第四拍手臂落下還原至體側，五六七八拍動作重複。

1.2.3.2 第二節擴胸運動（2*8），第一拍雙手握拳於胸前擴至肩關節處，第二拍雙手擊掌於胸前，第三拍雙手握拳一臂水準外展手心向、前另一臂屈曲於胸前手心向後，第四拍手臂落下還原至體側，五六七八拍動作同，方向相反。

1.2.3.3 第三節踢腿運動(2*8),第一拍左小腿向前踢出雙手叉腰,第二拍右小腿向前踢出雙手叉腰,第三

拍雙腿向前踢出雙手叉腰,第四拍手臂落下雙腿還原,五六七八拍動作同,方向相反。

1.2.3.4 第四節體側運動(2*8),第一拍左臂側平舉掌心向下右臂胸前平屈掌心向下,第二拍上體同時側傾左手叉腰右手擺置上舉掌心向內,第三拍重複第二拍動作,第四拍還原出發體位,五六七八拍動作同,方向相反。

1.2.3.5 第五節體轉運動(2*8),第一拍兩臂同時側平舉掌心向下,第二拍身體向左轉同時雙手胸前擊掌一次,第三拍身體向右轉同時雙臂伸直至側上舉掌心向內,第四拍身體轉正兩臂還原至體側,五六七八拍動作同,方向相反。

1.2.3.6 第五節全身運動(2*8),第一拍兩臂經側擺置上舉交叉掌心向前抬頭看手,第二拍身體前屈雙臂體前交叉手心向內低頭看手,第三拍雙手扶膝肘關節向外低頭眼看前方,第四拍還原出發體位,五六七八拍動作同。

1.3 療效評定

對照組與治療組均分別於治療前和治療後3個月後由專人前後評定,比較治療前後的療效。

粗大運動功能的評價;採用粗大運動功能評估量表(GMFM—88)。採用GMFM—88中的B區(坐位)、D區(站立)及E區(走、跑、跳)評分。坐位功能總分為60分、站立功能總分為39分,走跑跳功能總分為72分。每項指標記分方法:每項指標記分方法:0分,完全不能做;1分,完成不到10%;2分,完成10%~90%;3分,全部完成。

1.4 統計學分析

採用SPSS10.0統計套裝軟體進行統計學分析。計數資料採用 χ^2 檢驗;計量資料用均數±標準差表示,治療前後比較採用t檢驗,設定顯著行為 $P<0.05$ 。

2 結果

觀察發現兩組患者接受綜合治療後均有不同程度的功能改善。而兩組在治療前運動功能評定結果無顯著性差異,治療3個月後運動功能評定結果出現了明顯的不同,對兩組治療前與3個月後治療後評定結果分別進行了比較,結果發現功能提升的效果治療組明顯優於對照組($P<0.05\sim0.01$)。見下表

兩組患兒治療前後GMFM評分比較(% , $X\pm s$)

	B區	D區	E區	GMFM 評分	
治療組 (20例)	42.36±0.88	18.62±0.94	35.48±0.92	32.72±0.83	治療前
	48.55±0.86	27.76±0.83	41.39±0.85	40.27±0.91	治療後
對照組 (20例)	43.17±0.92	18.59±0.90	35.35±0.89	32.65±0.85	治療前
	46.79±0.89	25.24±0.87	38.21±0.90	36.77±0.92	治療後

注:與治療前相比, $P<0.05$,與對照組相應時間比較, $P<0.01$ 。

3 討論

近年來隨著腦性癱瘓逐步為大家所認識,腦癱兒童的康復手段越來越豐富,在運動療法中不管是盛行已久的Bobath技術,還是新興的核心穩定訓練或者運動控制。他們都認可並遵循小兒的運動發育規律,從近端到遠端的發育,及中樞側向末梢側發育,比如上肢的功能是先獲得肩胛帶的穩定性以後,手的精細動作才得以發育,下肢的功能是在取得髖關節的穩定性以後,足的運動才得以發育。目前,腦性癱瘓的康復注重的是綜合康復,我們的目的也是為了腦癱兒童的全面康復進而回歸家庭、回歸社會。那麼我們在進行康復訓練的同時就應該顧忌其他相關方面,利用甚至融合各種技術的優勢以達到我們所要的康復目標。自由體操的動作簡單,紛繁多樣,動作涵蓋面廣,包括頭頸、

軀幹、四肢(包括腳和手)以及肩和腕等關節的動作與動作控制均有適當的要求，將音樂、韻律和上下肢及軀幹的全身運動相結合，達到鍛煉各部分肌肉、關節的作用。這對於學齡腦癱患者的康復訓練來講有非常明顯的意義。

本研究表明，將第九套廣播體操適當的改變成的自由體操應用於學齡腦癱的康復治療中，對改善其運動能力提高康復療效有較為明顯的意義。

4 參考文獻

- [1] 陳秀潔，李樹春. 小兒腦性癱瘓的定義、分型和診斷條件[J]。中華物理醫學與康復雜誌，2007，29，(5)：309。
- [2] 常冬梅·Bobath理論與歷史的變遷[J]·中國康復理論與實踐，2011，17(9)：801—804.
- [3] 馬丙祥，張建奎，鄭宏·核心穩定性理論與腦癱康復[J]·中國兒童康復，2010，2(2)：50—53.
- [4] 史惟，廖元貴，楊紅，等·粗大運動功能測試量表與Peabody粗大運動發育量表在腦性癱瘓康復療效評估中的應用[J]·中國康復理療與實踐，2004，10(7)：423—424
- [5] 王春平·動作示範在廣播操教學中的合理運用[J]·考試週刊，2011，16(6)：137-138.
- [6] 巨耐虎·廣播操也能發揮大作用[J]·甘肅教育，2012，20(2)：28-30。

作者通訊：姜積華，廣東三九腦科醫院 治療師

地址：廣州市白雲區沙太南路 578，510510

郵箱：jiangjihua_1983@163.com