

生活独立性测评有效率为81.7%。结论:实施康复护理对中风病人功能恢复起到积极作用。根据中风病发生发展规律判断疾病的预后和转归,以科学思维、因地因人因时等方法,对病人进行辨证施护并将其运用到康复护理中,通过运用中医对人体辨证施护,调节人体的正邪平衡,配合中药、针灸等施治而达到机体康复。李丽娟^[8]观察81例中风后遗症患者辨证施护的康复疗效。作者认为因风痰流窜经络,血脉痹阻,经遂不通,气不能行,血不濡,故致半身不遂,口歪言謇。结果:81例病人除2例无效(瘫痪肢体肌力恢复不明显,其中1例出现1次短暂的中风先兆)外,有效(瘫痪肢体肌力恢复,但不是1级,舌强言謇轻微)65例,好转14例,有效率达97.5%,全部病人未见1例反复。曲萍^[9]对60例出血性中风患者,进行中医观察及辨证施护,观察内容包括:辨虚实、辨瞳神、辨呕吐、辨脉象、辨二便、辨四肢、辨并发症。近些年来,用中西医结合治疗方法,配合辨证施护,中风病死率大为降低。本病主要因大量吸烟、过量饮酒、过度劳累、过食肥甘、情志不畅等,致使气滞血瘀,不通则痛,故出现中风。为此,本病除了药物治疗外,正确的摄生、调护也是非常重要的。罗群带^[10]等为研究中风急性期患者实施中医整体护理后效果与证型因素的关系,探讨在中医整体观念指导下对中风急性期病人实施辨证施护后各种证型的康复效果。将60例急性期中风患者分为治疗组30例,给予中医整体护理程序及辨证施护,对照组30例实施功能制护理。结果:中经络患者护理质量效果明显优于中脏腑者,中医整体护理及辨证施护的效果也明显优于功能制护理。

2 问题与展望

辨证施护中风患者,虽已有诸多研究,但仍存在一些不足之处。①缺乏多中心大样本随机对照临床研究,目前临床报道均为单位或个人经验总结,病例数较少,部分研究未设置对照组,且回顾性总结较多,前瞻性研究较少;今后研究应当进行严格的科研设计,遵守随机、对照、盲法、多中心原则;②多数研究未将中风分为出血性中风及缺血性中风,进行研究,对于疗效的判定具有相当的影响。今后的研究中应分类进行研究,利于总结和推广研究成果。

参考文献

[1]白雪梅.中风后遗症辨证施护[J].内蒙古中医药,2009,24(3):13-14.

[2]马召英.中风患者辨证施护163例[J].职业卫生与病伤,2007,22(3):242.

[3]刘萍.辨证施护中风患者体会[J].中国中医急症,2007,16(5):628.

[4]卢锦华.58例中风患者康复护理体会[J].井冈山医学报,2001,8(2):89.

[5]朱萍.中医特色护理对中风患者康复的促进作用[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(2):72.

[6]卢萍.中西医结合护理中风患者的体会[J].云南中医中药杂志,2010,31(3):88.

[7]才霞,陈惠卿.中风后遗症患者的中医康复护理体会[J].中国中医急症,2010,19(1):155-156.

[8]谢德利.现代康复护理[M].北京:北京科学技术出版社,2001:122.

[9]郑彩娥,张菊芳,李静虹,等.康复护理ADL量表的有效性研究[J].护理与康复,2005,4(1):15-16.

[10]李惠冰.中风后遗症患者56例的康复护理效果探讨[J].医学信息,2010,23(2):435-436.

[11]罗春志.89例中风患者的中医辨证护理的体会[J].内蒙古中医药,2009,28(24):113.

[12]李立军.中风(中经络)的中医护理体会[J].河北中医,2008,30(5):541.

[13]王芳.55例中风患者中医护理效果的观察[J].中医药临床杂志,2009,21(4):337.

[14]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:11.

[15]王玲.香港明爱医院中风病人护理模式及借鉴[J].护理学报,2009,16(6A):33-35.

[16]范玉珍,黄嘉.中风病人的辨体质施护[J].光明中医,2008,23(12):2030-2032.

[17]刘文洁.应用辨证施护对127例中风病人的康复指导[J].天津护理,2006,14(3):161-162.

[18]李丽娟.中风后遗症的辨证施护[J].河南中医,2005,25(11):88.

[19]曲萍.中风病中医观察辨证施护方法探讨[J].辽宁中医杂志,2006,33(9):1192-1193.

[20]罗群带,何咏群,陈丽萍,等.中医整体护理中风急性期30例效果与证型的研究[J].辽宁中医杂志,2003,30(1):73-74.

儿童健康管理评估现状的探讨

林子良* 指导老师:王晓鸣*

关键词:儿童健康管理;评估现状

中图分类号:R179

文献标识码:B

文章编号:1006-0979(2011)20-0105-03

儿童的身心健康作为评价民族素质和国家发展的标志,一直以来备受关注。随着人们对儿童健康认识的不断深化,儿童健康管理同时也在不断地发展,其评估指标也在不断完善。时至今日,儿童健康管理评估主要涉及儿童生长发育、营养状况、心理发育、行为发育、家庭环境等方面,以及近年才新兴发展起来的具有国内特色的儿童中医体质评估。本文就国内外在儿童健康管理领域中评估指标的研究现状作一简要综述,并对未来健康管理的发展趋势作出相关讨论。

1 生长发育的评估

生长监测是各国儿童保健的日常工作之一,世界上约有2/3的国家使用美国健康状况统计中心(NCHS)的生长曲线,经过十余年的实践证明,此标准存在诸多缺陷。2005年WHO据全球多中心的研究制定一国际的、代表0~5岁儿童的生长参数(NCHS/WHO),该标准主要以健康人群中自由生长的母乳喂养婴儿为研究对象,同时排除了对生长发育曲线的社会经济约束,有较好的代表性^[1]。而在国内,卫生部与社区妇幼保健司自1975年、1985

年、1995年,到2005年先后四次在全国九市城郊区对7岁以下儿童体格发育进行评价,并于2009年正式发布了最新的7岁以下中国儿童生长曲线参照标准^[2]。但随后研究发现,对于出生后前三个月的婴儿,由于生长发育迅速,需要更为细致的生长参照值,而新的标准是以月为单位评价的,尚不能满足临床研究的需要。李辉^[3]等在国内最新公布的生长监测标准基础上,研制出以周为单位的0~13周婴儿体重、生长和头围生长参照值,并且与WHO标准进行比较,二者反映的增长规律一致,具有一定的参考价值。

目前国内其他评估指标,如体质指数(body mass index, BMI)、Kaup指数、Quetelet指数、Ververch指数等也在使用中。研究发现,体质指数(BMI)过去常用来评价儿童肥胖,但是它不能区分脂肪、骨骼、肌肉分布和提供精确的脂肪指数,因此不能作为诊断工具;但可以有效筛查脂肪不正常积聚的儿童,而作为进一步评价和转介治疗的线索^[4]。此外,国内多数人仍习惯使用查数字表格的方式,采用婴幼儿身长或体重值与参考值相比较,用以评价婴幼儿体格发育是否符合标准,这种方式使用起来方便,但它不能动态连续的直观监测儿童的生长发育状况,其结果往往忽略了个体的生长发育速度和轨迹,故目前已不作推广。也有学者认为,骨

* 浙江省杭州市滨江区滨文路浙江中医药大学(310000)

2011年7月18日收稿

龄测定对儿童生长发育评估有临床价值,它是以儿童骨骼的发育变化计量人体体格发育进程,是反映身体发育成熟度的可靠指标,值得临床推广^[1]。

2 营养状况的评估

营养是保证小儿正常生长发育和身心健康的物质基础。合理的喂养方式与食物添加能够减少营养性疾病的发生,从而促进婴幼儿的健康成长。儿童营养状况主要通过喂养方式、辅食添加以及营养性疾病的筛查三种形式进行评估。

2.1 喂养方式:目前认为母乳喂养是最为合理的喂养方式,研究证实,母乳是最符合婴幼儿生长发育及营养供给和获得免疫防御的绝佳食物;因此,是否进行母乳喂养已被公认为是评价婴幼儿是否获得最佳的喂养方式的标准之一。国内关于纯母乳喂养的干预研究尚处于起步阶段,有研究者提出,实现产后早接触、早开奶、勤吸允,能够提高纯母乳喂养率^[2]。

2.2 辅食添加:辅食添加的合理性也是评估重点之一,过早或过晚添加辅食,都会对婴幼儿生长发育产生不良的影响。世界卫生组织在2002年,基于对大量横断面调查和少量在发展中国家进行的纵向干预研究进行专家讨论和综述后提出,纯母乳喂养应持续6个月,从6个月以后开始,在继续母乳喂养的基础上由细到粗,由少到多逐渐添加各种辅食,并认为母乳可以喂养至2周岁^[3]。我国对于婴儿从纯乳类转换到添加辅食的时间多主张为4~6个月,与WHO和一些发达国家相似。研究中还发现,添加辅食过程中,易受社会因素、个人因素、环境因素等多种因素的影响,如看护人的文化程度、文化观念和营养知识等,由此导致辅食添加时间过早或过晚,传统习惯添加辅食的种类少、质量差以及食物过敏等应值得重视^[4]。

喂养问题一直是发展中国家婴幼儿营养不良、生长发育迟缓及疾病发病率、死亡率高的主要原因^[5]。儿童期喂养问题是糅合了多种先天和后天的复杂因素,这其中包括儿童遗传体质、食欲、代谢、家长喂养知识的科学性、有效的亲子互动、家长的精神饮食状态甚至家庭状况、社会经济条件等,这些众多复杂因素共同作用,影响儿童的营养结局。但是目前没有适用于我国的儿童喂养问题筛查量表,这无疑使得临床早期诊断和评估都较为片面^[6]。

2.3 营养性疾病的筛查:营养评估的重点还是营养性疾病的筛查工作。根据不同的参照标准进行低体重、消瘦、发育迟缓以及慢性营养不良的生长发育水平评价,并且结合实验室数据微量元素、铁蛋白、骨源性碱性磷酸酶、血红蛋白等同时监测。随着评估研究的深化,研究者发现乳糖酶缺乏在亚洲人发病比例极高,几乎达到100%,引起了极大关注。乳糖作为乳类中存在的唯一双糖,婴幼儿主要的能量来源及脑发育的必须物质,与婴幼儿大脑的迅速成长有密切关系。龚群^[7]等提出重视儿童乳糖酶缺乏的早期诊断、有效干预、减轻症状,是提高我国儿童乳制品摄入量的重要手段。

3 心理、行为发育评估

随着社会经济的发展和医学模式的转变,儿童发育及心理行为问题越来越受到关注^[8]。目前的儿童心理行为保健领域,对儿童心理行为正常发展的评估和疾病的诊断,主要靠儿童保健医师和儿童精神心理医师的观察和询问,根据相应的心理测量(如性格、智力、个性、行为、情绪等)和疾病诊断标准(如ICD-10、DSM-IV、CCMD-3等)进行合理推测、评价和诊断。而儿童神经心理发育评估方法通过发育的筛查与评估和儿童神经心理测验得以实现。

3.1 发育的筛查与评估:常用的发育量表有丹佛发育筛查测验(DDST)、贝利婴幼儿发育量表(BSID)、盖塞尔发展量表(GDDS)等,其中DDST及后修订的Denver II只作为筛查工具,不做为诊断使用。一些传统的儿童发育量表在运用过程中逐步得到修订完善。1990年,美国原作者在对DDST原量表进行了重新修定,编制了Denver II发育筛查量表。随后,上海市于2004年对该量表进行了重新标准化,并制定了上海市的Denver II发育筛查量表,建

立了国内区域性的常模^[13]。

3.2 儿童神经心理测验:神经心理测验常用的筛查性智力测验有画人测验、瑞文测验、图片词汇测验、50项学前儿童智能筛查量表等。国内使用较广泛的智力测试有韦氏智力量表、斯坦福比奈智力量表和瑞文渐进模型测验。

此外,一些国家也对修订的版本在本国的应用进行运动、语言、适应性等标准化评价。例如,针对运动能力的测查有Peabody运动发育量表(PDMS)、早期对语言的评价(ELM)等;针对语言发育的测查,有“听力言语词表”和上海新华医院“2~3岁儿童语言发育迟缓的筛查标准”等;针对社会适应性的测查,有儿童社会生活能力测验,如日本“婴儿-初中学生社会生活能力”量表等。但有些量表大多都是诊断性量表,只有出现问题后才能判断,且某些发育筛查量表过于繁琐,在使用中费时费力;量表有自身局限性,设计取样呈现小样本以及地方化,对于地域差异等因素还需考虑。

4 家庭环境的评估

目前国内对儿童早期发展十分重视,而家庭作为儿童最基本的生存环境,尤其在儿童0~6岁生活的早期是关注的重点。对家庭养育环境的评估主要采用问卷法和观察法,内容包括了家庭的生活模式、亲子关系及父母的育儿观念、婚姻质量、行为模式等方面。国外早在20世纪60年代由Bradley^[14]等在一项关于家庭环境和日常照料与儿童发展关系的研究中成功编制了家庭环境观察评定量表(Home Observation for Measurement of the Environment Inventory, HOME)。1986年,Frankenburg^[15]等以HOME为蓝本,修改编制了用于家庭环境评价的陈述量表——家庭环境筛查问卷(Home Screening Questionnaire, HSQ),在随后数年中不断地被完善并广泛地被许多国家所使用。但是有研究发现,HOME没有特定的理论体系,完全是从保护和促进儿童认知发展的角度,依据实际经验来编制的,有其缺陷^[16]。

在国内,一直没有被引进和编制本土文化背景下的儿童早期家庭养育环境评价量表。直到2007年,何守森^[17-19]等基于我国的国情、养育现状和文化传统,适当参考国外相似量表的基础上,初步完成了0~1岁、1~3岁、3~6岁儿童家庭养育环境量表的编制,并且进行了信度和效度分析,结果证实了此问卷可以作为评价0~1岁、1~3岁、3~6岁的儿童家庭养育环境的工具。填补了国内对于家庭环境对于0~6岁儿童健康评估的本土文化背景下的常模空白。

5 中医体质的评估

中医认为,疾病的发生和发展与身体不同的体质特征有关,通过对体质的辨识能够反应其生理及病理状态,并以此分析疾病的反应状态、病变的性质及发展趋向,从而指导疾病的预防和治疗。我国早在两千多年前的《内经》中就有对体质的论述,对人体体质类型作了很多种分类。但是对于小儿体质的分类,还是借鉴于王琦教授提出的中医体质学说^[20],依据古代“四说”即,“纯阳”、“稚阴稚阳”、“少阳”和“脏腑”学说的观点上归类研究的。

目前对于小儿的体质分类种类较多。黄航宇^[21]从阴阳气血的盛衰结合五脏禀赋,将小儿体质划分为均衡型、阴虚型、阳虚型、湿热型、特异质五种类型。殷瑛^[22]等根据脏腑学说,针对0~3岁婴幼儿,提出了小儿“两体论”,包含两个含义:其一,将孩子体质总分为两大类,平和体质和偏颇体质;其二,在偏颇体质中再分为心肝有余(热体)和肺脾不足(寒体)两类。陈立翠^[23]根据小儿生理和体质特点,以四诊合参为体质分类原则,通过长期临床观察,认为小儿体质可分为正常质、阴虚燥热质、阳虚迟冷质、痰湿腻滞质、气血两虚倦怠质、阳盛质6种类型。苏树蓉^[24]等根据中医对小儿体质特点的认识,从阴阳消长结合五脏,通过小儿形色、功能及心理的日常特征,将小儿体质分为均衡质与不均衡质两大类;而在不均衡质中又具体分为肺脾质I、II型,脾肾质I、II型(I型为阳多阴少型、II型为阴多阳少型)4种体质类型。张吉仲^[25]等根据小儿形体、情性、嗜食、两便、舌象、舌苔和临床易患疾病情况,

试将小儿体质分为四类:平和质、阳热质、痰湿质和不足质。

这些体质分类大多都是研究者的临床经验,一些缺乏临床依据;且有些分类方法较为繁琐,再加上社区医生对于中医知识的匮乏,临床上不易于普及。因此,有必要建立一套符合小儿生理特点的、客观化、规范化的中医体质辨识量表。陈健^[9]等在充分体现小儿体质类型概念内涵,以中医体质理论为指导,结合临床实践,基于婴幼儿生理状态“两体论”基础上初步编制了《婴幼儿中医生理状态辨识与评估量表》,并且对量表的信度及效度进行了评价,此量表具有较好的信度和效度,为婴幼儿中医体质辨识提供了一种可行工具和方法,但是它也有其局限性,此量表只涉及42天~3岁的婴幼儿。

6 发展与展望

儿童的健康管理在中国是近年来引入的一门全新的学科和行业,整体发展尚处于初级阶段,目前还没有一个明确的、有权威的健康管理概念。传统中医与现代医学是医学科学的两大体系,它们是解释人体生命与疾病及其治疗的同一客体的不同理论,两者各有其优缺点。在西方现代医学背景下产生的健康管理理念,已经形成了较为完整的理论体系和方法。通过衡量各种生理、生化指标,引用新技术微观研究致病因素理论清晰,在治疗和预防措施上强调消灭致病因素,儿童的生存率在大大提高,传染性疾病及时得到控制;但是随着医学模式的转变,近代忽视人体生命过程中的特殊规律以及人群中个体差异性的弊端被暴露出来。传统中医认为,疾病的发生和发展与身体不同的体质特征有关,针对每一种偏颇体质,中医都有一套建立在中医理论和临床经验基础上的调整对策。通过中医的体质测评,可以为疾病的预测和健康指导提供依据,其以人中心,重视个体体质及个体之间的差异性的模式与当今医学发展趋势相一致^[10]。因此,在WHO提出的最新健康观念(健康的躯体、心理、社会、环境四大要素)的指导下,将传统的中医药文化融入现代的健康管理理念之中,在二者相结合的儿童健康管理的模式下,儿童的健康干预将会有更大的前景。

参考文献

- [1]WHO Multicenter Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development[R]. Geneva: World Health Organization, 2006, 1-312.
- [2]卫生部妇幼保健与社区卫生司. 中国儿童生长标准与生长曲线[M]. 上海:第二军医大学出版社, 2009:35-140.
- [3]李辉,宗心南. 中国0-13周婴儿体重生长和头围生长参照值[J]. 中国新生儿杂志, 2010, 25(1):11-15.
- [4]黎海芪. 国外儿童生长发育、营养指南介绍[J]. 实用儿科杂志, 2008, 23(23):1864-1866.
- [5]杨荣. 骨龄测定对儿童生长发育评估的临床价值[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(35):5203-5204.
- [6]兰景霞. 母乳喂养困难的原因及护理对策[J]. 中国医药指南, 2010, 8(23):159-160.

2010, 8(23):159-160.

- [7]Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review[J]. World Health Organization, 2002.
- [8]常素英,陈春明,何武,等. 中国儿童营养状况15年变化分析——中国婴幼儿辅食喂养的改善[J]. 卫生研究, 2007, 36(2):207-209.
- [9]黎海芪. 婴幼儿营养与生长发育[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22(11):801-803.
- [10]汪鸿,徐海青,赵取卫. 婴幼儿喂养问题早期评估和综合干预探讨[J]. 中国儿童保健杂志, 2010, 18(3):210-212.
- [11]龚群,张凤玲,何琳,等. 0~6岁儿童乳糖酶缺乏的现状与健康关系的研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2008, 16(5):567-569.
- [12]陈珊. 早期儿童神经心理发育评估[J]. 实用儿科临床杂志, 2008, 23(12):892.
- [13]陈佳英,魏梅,何琳,等. 上海市Denver II发育筛查量表适应性研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2008, 16(4):393.
- [14]Bradley RH, Caldwell BM. Home observation for measurement of the environment: a validation study of screening efficiency[J]. Am J Ment Defic, 1977, 81(5):417-420.
- [15]Frankenburg WK, Coons CE. Home Screening Questionnaire: its validity in assessing home environment[J]. J Pediatr, 1986, 108(4):624-626.
- [16]Totsika, Kathy Sylva. The Home observation for measurement of the environment revisited[J]. Child and Adolescent Mental Health, 2004, 9(1):25-35.
- [17]何守森,汪翼,倪晨曦,等. 0~1岁儿童家庭养育环境量表的编制及其信度效度研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2008, 16(5):503-506.
- [18]何守森,汪翼,关春荣,等. 城市1~3岁儿童家庭养育环境量表的编制及其信度效度研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2008, 16(6):650-652.
- [19]何守森,倪晨曦,周亚平,等. 城市3~6岁儿童家庭养育环境量表的编制及其信度效度研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2009, 17(2):134-136.
- [20]王琦. 中医体质学[M]. 北京:中国医药科技出版社, 1995:95.
- [21]黄航宇. 试论中医小儿体质学说[J]. 陕西中医, 2010, 31(9):1191-1193.
- [22]殷瑛,王晓鸣. 浅议辨体养子——具有中医特色的儿童保健系统管理[J]. 中医药学报, 2008, 36(2):32-34.
- [23]陈立翠. 试论小儿体质与饮食调养[J]. 四川中医, 1998, 16(7):9-10.
- [24]苏树蓉,钟柏松,黎欣. 1061例小儿体质调查及体质分型的研究[J]. 中医杂志, 1996, 37(10):613-616.
- [25]张吉仲,郭瑜. 小儿体质形成及分型之我见[J]. 广西中医药, 2002, 25(6):35-36.
- [26]陈健,王晓鸣,殷瑛,等. 婴幼儿中医生理状态指标辨识与评估量表的信度与效度分析[J]. 2010, 28(8):1610-1612.
- [27]马晓峰,王琦. 论体质辨识在健康管理中的应用及意义[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(11):2265-67.

(上接103页)

4.2 不要随意加减药物或剂量。如随意加大药量会增加毒性反应,随意减少药量不仅影响疗效而且产生耐药性。

4.3 治疗要彻底,不能私自过早停药,肺结核用抗结核药物后见效快,但治愈较慢。病人用药几周后自我感觉良好,症状减轻,如咳嗽停止、痰量减少等,误认病已治好就私自停药而造成复发。

4.4 要主动配合医生积极治疗,按着医生的要求及时复查,以便观察疗效。同时,观察药物的副作用,如有不适及时与医生沟通,根据情况给予相应处理。

4.5 注意休息,减少体力劳动,心情开朗。

5 饮食应注意的事项

戒烟、戒酒,加强营养以高蛋白、高热量、富含维生素为主,饮

食中应有鱼、肉、蛋、牛奶、豆制品等植物蛋白,成人蛋白质总量应为90~120g/每天,每日摄入一定量的新鲜蔬菜和水果以补充各种维生素。

6 正确对待结核病

随着医学的发展,有效药物的不断推出,肺结核是完全可以治愈的,治愈后的肺结核病人可与健康人同样工作和学习,一切不必要的顾虑都可以消除。

总之,在遇到肺结核病人时应尽早把肺结核病健康知识尽早告之病人和家属,一方面治疗病人,另一方面控制传染源,切断传播途径,保护易感人群,从治疗角度而言,健康教育本身也是一种治疗方法。