

·传统医学与康复·

疏通矫正手法治疗小儿痉挛型脑瘫的临床研究

马丙祥¹ 冯刚¹

摘要 目的:通过观察疏通矫正手法对痉挛型脑瘫患儿的肌张力、肌肉硬度、运动发育、异常姿势、腱反射、Vojta 姿势反射等的影响,明确其临床疗效,为进一步规范和扩大临床应用提供更确切的依据。**方法:**将 50 例符合入选标准的痉挛型脑瘫患儿随机分为两组,一组采用疏通矫正手法治疗,一组采用 Bobath 法治疗。**结果:**疏通矫正手法治疗组在肌肉痉挛程度、腱反射、肌肉硬度、运动发育、异常姿势、Vojta 姿势反射自身前后对比差异有非常显著性意义($P < 0.01$);肌肉痉挛程度、运动发育、异常姿势及总疗效同 Bobath 法治疗组比较差异有显著性意义($P < 0.05$),腱反射、Vojta 姿势反射、肌肉硬度两组比较无显著性差异。**结论:**疏通矫正手法可改善痉挛型脑瘫患儿的临床症状。

关键词 痉挛型脑瘫;疏通矫正手法;Bobath 法

中图分类号:R493, R742.3, R722 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2007)-04-0354-03

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)简称脑瘫,是指出生前到出生后 1 个月内各种原因所致的非进行性的脑损伤,主要表现为中枢性的运动障碍及姿势的异常,症状在婴儿期出现,常合并有癫痫、智力低下、行为异常、感知觉障碍等^[1]。我国 1995—1997 年进行脑瘫流行病学调查,得出在 7 岁以下小儿脑瘫患病率大约为 1.5‰—2.7‰^[2]。其中痉挛型脑瘫约占脑瘫的 60%—70%^[3],最突出的临床表现是肢体痉挛、肌张力增高,因此降低肌张力是促进患儿运动功能改善的关键。

目前国际上通用治疗小儿脑瘫的方法有 Bobath 法、Vojta 法等。这几种治疗方法应用广泛,治疗效果也比较明显。我们在临床工作中,把 Bobath 法、Vojta 等法同中医的推拿按摩结合起来,创立了一套“疏通矫正手法”。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有病例均来自河南中医学院一附院儿科医院小儿脑瘫诊疗康复中心 2003 年 6 月—2004 年 6 月门诊及住院患儿。纳入病例标准:①入选标准符合小儿脑瘫的诊断标准^[4]和小儿脑瘫痉挛型诊断标准^[5];②年龄 6 个月—3 岁;③不合并癫痫、严重的智力低下及行为异常。排除病例标准:①与本病相似的其他神经系统疾病;②伴有心、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病;③合并手足徐动或失调型的混合型脑瘫。

将 50 例病例采用统计软件 SAS 完成随机分组。治疗组采用疏通矫正手法,对照组采用 Bobath 法。两组患者一般资料见表 1,两组年龄、性别、病情轻重经统计学分析差异无显著性意义。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	年龄(岁)	性别(例)		病情(例)		
			男	女	轻	中	重
治疗组	25	0.96±0.32	18	7	5	13	7
对照组	25	0.92±0.46	16	9	4	15	6

1.2 方法

基本手法:①循经推按:以经络循行部位为依据,沿循行部位进行推拿,以疏通经气,通经活络。②异常肌肉按摩:对于肌张力高的肌肉通过按摩,缓解紧张,降低肌张力。③穴位点压:在异常部位的主要穴位上,进行点压按摩,以疏通经

气。④姿势矫正:对于姿势异常,以抑制为原则,进行对抗,矫正异常姿势,促进正常运动。

步骤:按从头颈部、躯干部、上肢、下肢的顺序采用上述 4 种不同的手法。

头颈部:①循经按摩:颈部刺激线、颈后刺激线以两手拇指或食、中二指,自上向下直推 100 次(下同)。②异常肌肉按摩:头向一侧扭转、头向后仰的进行异常肌肉按摩(下同)。③穴位点压:对百会刺激区、百会穴、风池穴、天柱穴进行穴位点压(下同)。④姿势矫正:根据不同的异常姿势而采用下列适宜的姿势矫正,颈部左右回旋法、伸颈法、屈颈法(下同)。

躯干部:①循经推按:督脉刺激线、腰背刺激线。②异常肌肉按摩:躯干屈曲紧张对脊柱两侧从上到下揉摩、腰部无力重刺激手法滚、揉腰部肌肉。③穴位点压:夹脊穴、大杼穴、督俞穴、脾俞穴、肾俞穴、膀胱俞。④姿势矫正:背伸法、躯干旋转法、躯干侧弯法。

上肢:①循经推按:桡侧刺激线、尺侧刺激线,沿刺激线从上而下直推 100 次。②异常肌肉按摩:上肢屈曲内旋、上肢背伸以揉法,从上到下揉摩 100 次;手紧握拳、拇指内收对虎口、大鱼际揉按 100 次。③穴位点压:肩髃穴、臂臑、曲池、内关、伸指穴、合谷穴。④姿势矫正:伸肩法、上肢屈伸法、上肢旋转法。

下肢:①循经按摩:胫腓刺激线、胫内刺激线。②异常肌肉按摩:下肢内收、紧张,揉按大腿内侧肌群;下肢屈曲,揉按下肢屈曲部位;尖足、脚尖着地揉按跟腱部位;膝反张揉按腘窝部位。③穴位点压:环跳穴、委中穴、阳陵泉、阴陵泉、足三里、承山穴、跟平(新穴)。④姿势矫正:分髋法、压膝整足法、下肢屈伸法。

1.3 观察项目

1.3.1 痉挛程度:分为 6 级^[6],肌张力分为 0 级、I 级、II 级、III 级、IV 级,分别为 0—5 分。

1.3.2 肌肉硬度:分为 4 级^[7]。+3 级:非常硬,呈板状,3 分;+2 级:明显变硬,2 分;+1 级:稍硬,1 分;0 级:正常硬度,0 分。

1 河南中医学院第一附属医院, 450000

作者简介:马丙祥,男,硕士研究生,教授

收稿日期:2006-03-06

1.3.3 腱反射分4级评分:正常0分;活跃1分;亢进2分;阵挛3分。

1.3.4 总体运动发育落后评分^①(粗大运动功能评定表, gross motor function measure, GMFM)(总体发育评分指抬头、翻身、抓物、坐、站立、走等9项评分总和):落后0—1个月0分;1个月<落后时间<2个月1分;落后2—5个月2分;落后>6个月3分。

1.3.5 异常姿势,有1项加1分^②:头背屈,角弓反张,上肢硬性伸展,手握拳,上肢内收内旋,向后伸展,下肢内旋,硬性交叉伸展,尖足姿势,两下肢分开角(股角)小于90°,跪坐,硬直分腿坐,坐位后倾。

1.3.6 Vojta姿势反射有1项异常加1分。

1.4 疗效判定标准

两组治疗均每日2次,每次30min,每周治疗6天,休息1天,治疗满90天疗程结束,予以评价总结,根据总分判定病情轻重,总分为各个分项评分的总和。

病情:轻度:总分在8—13分之间;中度:总分在14—22分之间;重度:总分>22分。总疗效:基本正常:总评分≤3分;显著进步:总评分>3分,且(治疗前评分-治疗后评分)÷治疗前评分×100%≥75%;进步:25%≤(治疗前评分-治疗后评分)÷治疗前评分×100%<75%;无进步:(治疗前评分-治疗后评分)÷治疗前评分×100%<25%。

1.5 统计学分析

数据用SPSS10.0统计分析软件进行分析。组间、组内比较采用方差齐性t检验,方差不齐时采用校正t检验。两组总疗效比较采用Ridit分析。

2 结果

见表2—3。

表2 两组患者的各观察项目评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

项目	Bobath法(n=25)		疏通矫正手法(n=25)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
痉挛	2.77±1.03	1.35±1.15	2.84±1.14	1.18±1.14 ^{①②}
肌肉硬度	1.89±0.73	0.51±0.71	1.92±0.70	0.48±0.59 ^③
运动发育	9.12±5.29	4.60±5.17	9.36±5.38	3.76±3.72 ^{①②}
异常姿势	4.9±1.91	1.80±1.61	5.0±1.89	1.64±1.70 ^{①②}
腱反射	2.00±0.78	0.71±0.87	2.02±0.75	0.68±0.95 ^{①②}
Vojta	3.37±1.49	1.20±1.18	3.40±1.53	1.16±1.40 ^{①②}

①与同组治疗前比较P<0.01;与Bobath法组治疗后比较②P<0.05,③P>0.05

表3 两组患者治疗后总疗效比较 (例)

组别	例数	基本正常	显著进步	进步	无进步
治疗组	25	6	12	6	1
对照组	25	4	10	9	2

经Ridit分析,U值=2.250>1.96,P<0.05,疏通矫正手法对痉挛型脑瘫的总体疗效明显优于Bobath法

3 讨论

Bobath法和Vojta法主要通过抑制痉挛型脑瘫患儿的异常姿势和促进其正常运动发育来达到治疗目的,但没有对痉挛的肌肉进行针对性的治疗。疏通矫正手法除了包括有现代康复理论的技术,更多的是借鉴中医推拿按摩,通过推拿按摩降低患儿肌张力,缓解肌肉痉挛,使肌肉硬度减轻,从而使痉挛型脑瘫患儿能更好的进行功能训练,促进其运动发育。

现代医学认为痉挛型脑瘫的发病机制主要是各种原因引起的脑损伤,波及锥体束系统,使支配骨骼肌收缩的抑制与兴奋环路(即γ-环路)失衡,而致牵张反射功能亢进,出现肢体的痉挛和肌张力增高^①。肌肉紧张乃至痉挛时,可刺激和压迫神经末梢和小的血管,造成新陈代谢障碍,呈“不通则痛”。

疏通矫正手法中的异常肌肉按摩直接放松肌肉的机制有两个方面:一是加强局部循环,使局部组织温度升高;二是将紧张或痉挛的肌肉充分拉长,从而解除了紧张痉挛。充分拉长紧张痉挛肌肉的方法是强迫伸展有关的关节,牵拉紧张痉挛的肌束使之放松。消除肌紧张的病因机制有三个^②:一是加强损伤组织的循环,促进损伤组织的修复;二是在加强循环的基础上,促进因长期慢性损伤而引起的血肿、水肿的吸收;三是对因长期肌肉紧张痉挛而造成软组织有粘连者,则可帮助松解粘连。疏通经络可使紧张痉挛的肌肉放松,松则通,气血得以畅通。疏通矫正手法对运动发育的影响是根据祖国医学“治痿独取阳明”这一理论,对上下肢的推拿按摩侧重于疏通手足阳明经,阳明为多气多血之经,全身肌肉骨骼筋脉赖气血濡润而发挥作用。

疏通矫正手法中还借鉴了现代康复医学的理论与技术,如Bobath法中的在患儿身上选出一些控制运动的关键点,对痉挛的部分采用反射性抑制模式进行抑制,待痉挛被控制以后,让患儿进行主动或被动的、小范围的、不太用力的和不引起痉挛的关节运动,或通过平衡、翻正或防护反应引出运动,其后再利用让肢体负重并在负重的肢体上取得平衡;被动或主动地将肢体停放在关节活动范围的任一点上,在此位置上控制住不动,并在此点上主动上升和下降,然后进行各种有意义的日常生活活动训练,逐步向正常运动过渡;以及Vojta法中的利用特定诱发带的压迫刺激,诱导患儿产生反射性移动动作。通过这种诱导移动动作反复规则的出现,促进正常反射通路和运动,抑制异常反射通路和运动,达到正常运动功能的发展。

疏通矫正手法的中医机制有:①活血化瘀:因痉挛型脑瘫患儿存在瘀的病理状态,故通过疏通矫正手法活血化瘀以达到治疗目的。疏通矫正手法活血化瘀功能主要是由于疏通矫正手法能调畅经络之气,促进气血流动而成;②化痰:痉挛型脑瘫由于各种原因,均可酿生痰浊,痰浊阻滞脑窍、经络,从而造成痰浊阻滞气机、气血流畅,故化痰法在痉挛型脑瘫中的治疗也必不可少。疏通矫正手法中有穴位按压及循经推按等方法,可以通过对足阳明胃、手阳明大肠经的循经推按和对脾俞等穴位的按压,促进脾胃气机流通,气机流通则气血行、脾气散精,故津液无以聚而为痰,从而达到“化痰”功效;③疏通:痉挛型脑瘫的各种病变,无论“瘀”“痰”均可导致“不通”,故痉挛型脑瘫应以“通为主”。疏通矫正手法“通”的功能是通过对气机、气血、经络等的调节而实现的,无论调理脾胃气机、还是矫正畸形、疏通经气,都是这一功能的体现。

参考文献

- [1] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2002.1903.
- [2] 刘建蒙,李松,林庆,等.小儿脑性瘫痪流行病学分布特征[J].中华儿科杂志,1998,3(6):314.
- [3] 李树春.小儿脑性瘫痪[M].郑州:河南科学技术出版社,2000.11—

- 16.
- [4] 林庆.小儿脑性瘫痪的定义、诊断及分型[C].全国小儿脑性瘫痪专题研讨会.昆明,2004.
- [5] 王慕逖.儿科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2001.411—413.
- [6] 中华人民共和国卫生部医政司.中国康复医学诊疗规范(上册)[M].北京:华夏出版社,1998.59—61.
- [7] 于兑生.康复医学评价手册[M].北京:华夏出版社,1993.138.
- [8] Russell PJ, Rosenbaum PL, Avery LM, et al. Gross motor function measure (GMFM-66 & GMFM-88) use's manual[M]. London:Cambridge University Press,2002.126—130.
- [9] 孙世远.脑性瘫痪的早期诊断与早期治疗[M].哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,1991.60—66.
- [10] Fosano VA, Broggia Barolat, Roman G, et al. Surgical treatment of spasticity in cerebral palsy children[J]. Brain, 1978, 4:289.
- [11] 刘茂兰,万海玲.推拿治疗小儿脑瘫临床体会[J].江西中医学院学报,2000,12(3):44.

·传统医学与康复·

正骨手法治疗颈源性头痛的临床观察

章兴乐¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

2000年6月—2006年2月在我科门诊就诊97例颈源性头痛患者,均按“颈源性头痛国际研究会诊断标准”^[1]诊断为颈源性头痛,并随机分为治疗组 and 对照组,其中治疗组49例,对照组48例。治疗组中男性21例,女性28例;年龄17—65岁;病程1d—16年。对照组中男性19例,女性29例;年龄19—62岁;病程2d—20年。两组年龄、性别、病程方面比较差异无显著性意义,具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组采用正骨手法^[2],隔日治疗1次,6次为1个疗程,具体方法为:

第一步采用触诊手法以确定病灶(病损的软组织及病理性棘突偏歪)。以单拇指触诊法及拇指食指触诊法相互配合,在患者枕颈部从上而下依次触诊,即触摸椎枕肌、斜方肌、胸锁乳突肌、头夹肌等肌的附着点,颈椎的棘突、关节突、横突及其后结节,肩胛骨内上角(即肩胛提肌附着点),肩胛冈上缘及锁骨外1/3(斜方肌附着点),可触及软组织损伤的特有特点,即条索状、钝厚感、有压痛。颈椎解剖功能紊乱时触诊特点为在第1颈椎患侧横突部触及饱满有明显压痛(而对侧则相对空虚且无压痛或轻微压痛),在C1—3小关节中可触及1—2个饱满凸起且压痛明显的后关节囊,且相应棘突偏歪或后凸,多位于第2颈椎关节突,压之疼痛明显,且向同侧颞部放散,此为小关节功能紊乱的体征,也就是病理性棘突偏歪的内在表现。

第二步采用分筋、理筋、镇定的手法治疗病损的软组织,以解除局部病灶的肌痉挛,松懈局部有粘连的病灶,促进局部血液循环,消除无菌性炎症。

第三步对于存在上颈段颈椎病理性棘突偏歪(小关节功能紊乱),采用颈椎定点旋转顿推法矫正病理性棘突偏歪(小关节功能紊乱)。多数患者均有1—2个小关节功能紊乱,故应当予以重视。该法操作方法为患者仰卧位头垫枕,医者一手打开扶住健侧耳后乳突及上颈部以保持头部位于中轴线上,另一手打开以食指侧第一(或二)节锁定患侧患椎的椎板(关节突或横突均可),中指、无名指、小指把扶颈部,拇指及掌部扶住患侧耳前及乳突部,在保持头部位于中轴线上时双手将患者头部向健侧旋转10°—15°,即可将医者食指桡侧

第一或第二节的力点锁定在患椎上,此时双手同时瞬间顿旋约5°,锁定患椎之食指指向对侧侧势同时顿推,即可感到手下有移动感及闻及“咯咯”声响,再次触诊凸起的饱满感及压痛消失或改善即可,注意顿旋顿推必须同步进行方能矫正。所有患者必须拍摄开口位、颈椎正侧位片,以排除手法禁忌证及协助诊断。颈源性头痛常见X光片异常改变征象为上位颈椎(C1—3)移位,齿状突轴心偏移,生理性前凸消失,变直,甚至反张,颈椎骨质增生等征象^[3]。

对照组采用口服布洛芬片,每次0.2g,3次/日,6d为1个疗程。有胃十二指肠病史及有胃部不适者加服胃友双层片,1次2片,3次/日,且布洛芬片在饭后半小时服用。

1.3 疗效标准

全部病例1个疗程后评定疗效,采用NRS(数字评价量表)^[4]评级,0级:无痛;1—3级:轻度疼痛,为有疼痛但可忍受,生活正常,睡眠无干扰;4—6级:中度痛,为疼痛明显,不能忍受,要求服用镇痛药物,睡眠受干扰;7—10级:重度疼痛,为疼痛剧烈,不能忍受,需用镇痛药物,睡眠严重受干扰,可伴有自主神经紊乱或被动体位。0级为临床治愈,1—3级为有效;4—10级为无效。

1.4 统计学分析

采用SPSS10.0软件对数据进行 χ^2 检验和Ridit分析。

2 结果与讨论

结果见表1。治疗组临床治愈41例(84%),有效7例(14%),无效1例(2%),总有效率98%。对照组临床治愈

表1 两组患者治疗前后的疗效比较

组别	例数	疼痛级别							
		0级		1—3级		4—6级		7—10级	
		例	%	例	%	例	%	例	%
治疗组									
治疗前	49	0	0	30	61	17	35	2	4
治疗后	49	41	84	7	14	1	2	0	0
对照组									
治疗前	48	0	0	31	65	14	29	3	6
治疗后	48	22	46	14	29	10	21	2	4

1 右江民族医学院民族医学门诊部,广西百色,533000

作者简介:章兴乐,男,主治医师

收稿日期:2006-09-07