

- [6] 藤島一郎,大熊るり,ほか.假性球麻痺による咽下障害とリハビリテーション[J].神经内科,1997,47(1):32—39.
- [7] 李爱东,胡昔权,丘卫红,等.综合康复疗法改善脑卒中患者吞咽困难及流涎症状[J].中国临床康复,2004,8(22):4402—4403.
- [8] 杨永梅,赵节绪,罗守滨,等.电项针配合康复训练治疗脑卒中后吞咽困难[J].中国临床康复,2006,10(3):31—32.
- [9] 韩蓉蓉.脑梗塞合并假性球麻痺致吞咽困难的康复治疗[J].中国康复医学杂志,2000,15(2):105—106.
- [10] Joel A Delisa 主编,南登崑,郭正成,等主译.康复医学——理论与实践[M].第1版.西安:世界图书出版西安公司,2004. 225—226.
- [11] Kojima H,Omori K, Shojik,et al. Laryngeal pacing in unilateral vocal cord paralysis[J]. Arch Otolaryngol,1990, 116: 74.

·传统医学与康复·

芒针透刺结合功能训练治疗小儿脑瘫的临床观察

魏文著¹ 杨冬东² 杨振球¹ 陈志东¹

小儿脑性瘫痪(cerebral palsy,CP)是指从小儿出生前到出生后1个月内由各种原因所致的一种非进行性脑损伤综合征,其主要表现为运动功能障碍和姿势异常,同时经常伴有智力低下、癫痫、行为异常或感知觉障碍,是儿童主要的致残疾病之一。近几年采用针灸治疗脑瘫取得了较肯定的疗效^[1],但运用芒针治疗的尚少。自2001—2005年,笔者在门诊工作中,开展了芒针透刺结合功能训练治疗CP,取得满意疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 诊断标准:根据全国小儿脑瘫座谈会制定的诊断标准及分型^[2]。诊断条件:①婴儿期内出现的中枢性瘫痪;②可伴有智力低下、惊厥、行为异常、感知觉障碍及姿势异常;③需除外进行性加重疾病(代谢病、遗传病等)所致的大脑性瘫痪及正常小儿的一过性运动发育迟缓。

1.1.2 鉴别诊断:①病情在发病3个月后继续加重,病理可显示进行性改变;②除外脊髓灰质炎、代谢性疾病、遗传性疾病等。

1.1.3 明确诊断:符合上述诊断及排除鉴别诊断者。

1.1.4 观察对象及分组:CP患儿全部为门诊治疗患者,均经市级以上医院确诊(结合症状、体征、病史、CT检查等)。根据就诊先后按2:1随机(取随机表数字设计120张卡)分为芒针加功能训练(治疗组)和功能训练组(对照组),除去不能坚持疗程及中途要求改变治疗方法者,最后获取符合本研究者110例,其中治疗组74例,对照组36例。

治疗组74例中,男39例,女35例;年龄6个月—2岁15例,2—4岁22例,4—6岁28例,6—12岁9例。按胡莹媛提出标准^[3]属轻度18例,中度37例,重度19例。痉挛型脑瘫40例,手足徐动型脑瘫10例,肌张力低下型15例,其他型9例。合并癫痫11例,观察期间须用药物控制者4例。头颅CT或MRI显示有脑萎缩、脑白质软化、脑积水及脑发育不良者57

例,CT检查无明显改变者17例。

对照组36例,男20例,女16例;年龄6个月—2岁7例,2—4岁10例,4—6岁15例,6—12岁4例。属轻度9例,中度19例,重度8例。痉挛型脑瘫18例,手足徐动型脑瘫4例,肌张力低下型9例,其他型5例。合并癫痫6例,观察期间须用药物控制者2例。头颅CT或MRI显示脑萎缩、脑白质软化、脑积水及脑发育不良者27例,CT检查无明显改变者9例。

两组患儿的年龄、性别、病情、病程一般资料对比,经统计学处理差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

治疗组治疗方法:芒针透刺+功能训练。

1.2.1 芒针透刺^[4]:主穴:督脉:长强透命门;命门透至阳;至阳透大椎(简称“督三针”);胃经:髌关透梁丘;解溪透足三里(另可刺三阴交以缓阴急);膀胱经:承扶透委中;昆仑透承筋(刺照海以缓阴急);胆经:环跳透风市;悬钟透阳陵泉(刺太冲以缓阴急);大肠经:肩髃透手三里;偏历透曲池(刺鱼际以缓阴急);小肠经:肩贞透小海;养老透小海(刺神门以缓阴急);三焦经:肩髃透天井;外关透四渎(刺内关以缓阴急)。

根据临床所见,小儿脑瘫基本可分为以下几型:①肝肾不足型:表现为筋脉挛急、发育迟缓。取穴:督三针加刺膀胱经、胆经、三焦经穴。②脾肾两亏型:表现为头项软弱、倾斜,不能抬举,足软、食差。取穴:督三针加刺胃、膀胱经穴。③气血虚弱型:表现为肢体软弱、面黄肌瘦。取穴:督三针加刺胃、大肠经穴。④心血不足型:表现为智力不全,肌肢痉挛。取穴:督三针加刺胃、小肠经穴。上四型中前两型初期多见,后两型较少,多为病久所致,常伴癫痫、疳积等。随症加刺:舌缓音

1 东莞塘厦人民医院,广东东莞市,523721

2 天津中医药大学

作者简介:魏文著,男,主治医师

收稿日期:2008-1-7

哑,刺哑门、风府;流涎刺承浆、地仓;头摇晃掉刺天柱、风池;神呆语迟刺四神聪、百会;站立不稳刺头针平衡区;癫痫发作,针间使、后溪;足内翻,刺申脉、悬钟;手指拘挛刺间使或合谷。操作方法是:取6—8寸的28—30号芒针,穴位常规消毒后,快速进针,破皮后,将针体与皮肤成15°夹角,沿皮快速透刺,待针尖抵达透穴后,行小幅度提插捻转3—5次,迅即出针。加刺穴位按常规体针方法,一般3岁以内施手法后不留针,3岁以上(可懂事配合的)可留针15—20min。每日1次,针10次后休息3—5d,针90次为1个疗程。

1.2.2 功能训练:主要用物理治疗、作业治疗、言语治疗进行康复体疗。如选用Bobath法,以抑制性手法控制关键部位,达到抑制脑性瘫痪患儿的异常姿势、异常姿势反射、异常运动模式。以促进手法来促进脑性瘫痪患儿的头直立、坐位立直、坐位平衡、坐位立直及平衡、动态平衡及独立行走。选用Vojta法,主要是对身体诱发带的压迫刺激诱导产生反射性移动运动,来促进正常运动发育,抑制异常的反射通路和运动。以反射性翻身与反射性腹爬进行诱导训练。据患儿体质情况,于每次针灸后训练1h(每10次后休息期间教由家人做简单功能训练),门诊训练90次为1个疗程。

对照组治疗方法:同1.2.2。

1.3 观测指标

按胡莹媛等提出的残疾儿童综合功能评定法^[1],包括认知功能、粗大运动功能、言语功能、自理动作和社会适应5个方面,共50项内容,采用百分制评分标准对脑瘫儿进行治疗前、疗程(针灸、训练90次)结束后评定,判断障碍和评定疗效。残疾程度评定分为:轻度:总分>75分;中度:总分75—25分;重度:总分<25分。

1.4 疗效标准

①显效:总分提高20%或以上。②有效:总分提高19%—1%。③无效:总分未提高,甚至减少。

1.5 统计学分析

对所得计数资料差异性测定采用 χ^2 检验。

2 结果

见表1。通过治疗组与对照组运动、认知等训练效果的疗效比较,经统计学分析,差异有显著性意义,说明治疗组有效率及总有效率明显优于对照组。年龄越小、病程越短、病情越轻,则疗效越好;年龄越大、病程越长、病情越重,疗效越差。

3 讨论

小儿脑瘫属于中医学“经筋拘挛”及“五软”、“五迟”等范畴,是儿科疑难杂症之一。中医理论认为,CP系先天胎元不足、肝肾亏损或气血虚弱、髓海空虚、窍闭神匿、神不导气所致;CP还与心肝脾肺肾五脏功能虚弱互为因果。治疗当醒脑开窍、补益脑髓、通调督脉、疏通经络。督脉循身之背,为阳脉之海,其对全身阳经脉气有统率、督促的作用,且体腔内的脏

表1 2组疗效比较及治疗组影响疗效因素分析

组别	例数	显效		有效		无效		总有效率 (%)
		例	%	例	%	例	%	
对照组	36	8	22.2	13	36.1	15	41.7	58.3
治疗组	74	20	27.1	45	60.8 ^①	9	12.1	87.9 ^①
6个月—5岁治疗组	65	19	29.2	42	64.6	4	7.2	93.8
6—12岁治疗组	9	1	55.1	3	33.3	5	55.6	44.4
治疗组病情轻、中度	55	18	32.7	36	65.4	1	1.9	98.1
治疗组病情重度	19	2	10.5	9	47.4	8	42.1	57.9

①与对照组比较 $P<0.05$

腑通过足太阳膀胱经的背俞穴受督脉经气的支配,故治疗取督脉穴为主可起到通督补元、安和五脏、调摄阴阳、舒筋通络、缓急止痛的作用。芒针系由古代“九针”中的“长针”发展而来,具有取穴少、透穴多、针感强、传导快等特点,取穴以督脉经穴和六阳经穴为主,配合阴经穴位点刺,能补虚泻实,协调阴阳,故收效较佳。

功能训练是脑瘫儿康复最基本、最直接有效的方法,脑瘫患儿由于在胎儿或新生儿期,大脑受到损害,出现中枢性运动功能障碍。婴儿期脑组织尚未发育成熟,出生后脑的某些区域还能再生新的神经细胞,神经元在大脑皮质的移行至出生后5个月及神经髓鞘尚未完全形成,这些特点使婴儿期脑的代偿能力强,可塑性大,早期康复治疗可以促进大脑在不断分化成熟过程中,让已受损害的那一部分脑组织所支配的功能得到较为有效的代偿。婴儿期,患儿的异常姿势尚未固定下来,容易矫正,基于以上观点,Vojta、Bobath疗法从神经运动生理学及神经发育学的观点出发,给予小儿肢体及大脑一个良好的刺激,促进受损的大脑功能恢复及促进肢体功能的恢复^[5-6]。临床实践证明,对脑瘫患儿进行康复,尤其早期(6—9个月)、婴儿期采取康复治疗措施,不仅能促进中枢神经系统的正常发育,改善异常姿势和运动,抑制异常反射,并且可以防止肌腱挛缩和骨关节畸形等并发症。采用芒针、体针等针刺治疗结合功能训练可以使脑瘫患儿的综合功能得到最大限度的恢复,从而降低致残率,改善生存质量,以适应家庭和社会生活。

参考文献

- [1] 祁岩超,刘振寰.小儿脑瘫的治疗现状与展望[J].中国实用神经疾病杂志,2006,9(1):104.
- [2] 林庆.全国小儿脑瘫座谈会纪要[J].中华儿科杂志,1989,27(3):162.
- [3] 胡莹媛,吴卫红,李燕春,等.残疾儿童综合功能评定法的研究:(一)设计[J].中国康复理论与实践,2001,7(3):108—112.
- [4] 魏文著.芒针透刺治疗小儿脑性瘫痪观察[J].社区医学杂志,2006,4(7)下:63—64.
- [5] 张淑琴,姜彦.小儿脑性瘫痪诊疗手册[M].北京:人民卫生出版社,2002.156—161.
- [6] 周红玲,余亚平,董小丽,等.综合康复训练配合高压氧对脑性瘫痪患儿早期治疗的疗效观察[J].实用中西医结合临床杂志,2004,4(5):29.