

·传统医学与康复·

针刺结合康复治疗治疗痉挛型脑瘫的临床观察

谭朝坚¹ 雷艳辉¹

摘要 目的:探讨抑木扶土、填精益髓法针刺结合康复治疗痉挛型脑瘫的疗效。**方法:**将 78 例痉挛型脑瘫患儿随机分为治疗组(39 例)和对照组(39 例),治疗组给予抑木扶土、填精益髓法针刺结合康复治疗,对照组只给予康复治疗。治疗 3 个月后,比较两组关节活动度、痉挛程度及运动功能改善情况。**结果:**治疗组治疗后关节活动度、痉挛程度、步行能力与对照组比较均有显著性意义($P<0.05$)。**结论:**抑木扶土、填精益髓法针刺结合康复治疗痉挛性脑瘫能较好改善关节活动度、缓解痉挛,同时可明显提高患儿步行能力。

关键词 针刺;康复;痉挛;脑瘫

中图分类号:R246,R742.3 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2008)-01-0072-02

脑性瘫痪(简称脑瘫)是儿童期常见的致残性疾病,患病率为 0.2%—0.6%,痉挛型脑瘫占脑性瘫痪的 60%—70%^[1],治疗比较棘手。作者自 2004 年 1 月—2007 年 2 月,采用抑木扶土、填精益髓法针刺结合康复治疗小儿痉挛型脑瘫,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从本院 2004 年 1 月—2007 年 2 月收治脑瘫患儿中选择 78 例,诊断及临床分型依据 1988 年第一届全国小儿脑瘫座谈会标准^[2],诊断为痉挛型脑瘫。随机分成两组,治疗组 39 例,其中单个肢体瘫 20 例,一侧肢体瘫 10 例,双下肢或双上肢瘫 5 例,四肢瘫 4 例;年龄 4.75 ± 0.74 岁,病程 1.21 ± 0.32 年;男 20 例,女 19 例;关节活动度内收肌角 $89.36^\circ\pm 12.32^\circ$, 腘窝角 $80.32^\circ\pm 11.21^\circ$, 足背屈角 $89.32^\circ\pm 7.35^\circ$, 足跟耳试验 $99.31^\circ\pm 15.24^\circ$;腓肠肌痉挛程度按改良的 Ashworth 法分级 I 级 11 例, II 级 10 例, III 级 9 例, IV 级 9 例;步行能力按 Holden 功能步行分级 I 级 9 例, II 级 8 例, III 级 11 例, IV 级 11 例。对照组 39 例,其中单个肢体瘫 19 例,一侧肢体瘫 13 例,双下肢或双上肢瘫 4 例,四肢瘫 3 例;年龄 4.88 ± 0.64 岁,病程 1.31 ± 0.30 年;男 21 例,女 18 例;关节活动度内收肌角 $90.35^\circ\pm 11.25^\circ$, 腘窝角 $81.22^\circ\pm 12.21^\circ$, 足背屈角 $88.78^\circ\pm 6.98^\circ$, 足跟耳试验 $101.21^\circ\pm 13.44^\circ$;腓肠肌痉挛程度按改良的 Ashworth 法分级 I 级 10 例, II 级 11 例, III 级 8 例, IV 级 10 例;步行能力按 Holden 功能步行分级 I 级 10 例, II 级 7 例, III 级 12 例, IV 级 10 例。两组患者基本情况比较差异均无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组:采用抑木扶土、填精益髓法针刺结合康复治疗。针刺主穴:①太冲、肝俞、脾俞、肾俞、风府、百会、大椎、气海、绝骨,头针取运动区、智力区。②行间、曲泉、阳陵泉、足三里、中脘、太溪、筋缩、命门、胃俞、风池,头针取足运感区、视区。2 组主穴交替使用。结合对症选穴:手指握拳取合谷、后溪、八邪;腕下垂取外关、养老、阳池、阳溪;足内翻取绝骨、申脉等;足外翻取照海等;尖足取解溪、丘墟透照海;足外旋取中封透商丘至照海;剪刀步取解溪;膝反张取委中;角弓反张

取神道;趾屈曲取八风,足拇趾背屈取大都;手拇指内收取鱼际;前臂内旋后伸取肩前、肩贞、肘尖。操作时以 30 号 1.5 寸毫针,头针留针 30min,体针快速进针,不留针。肾俞、太溪、命门用补法,其他穴位用平补平泻法,得气后出针。每日 1 次,针 6d 休息 1d,90 次为 1 疗程。康复治疗由治疗师和患儿进行一对一治疗,主要用 Bobath 法、Vojta 法和上田法;辅助作业治疗和言语治疗。每天 1 次,每次 40min,治疗 6d 休息 1d,90d 为 1 疗程。

1.2.2 对照组:只采用康复治疗,方法同治疗组。

1.3 疗效判断标准

①关节活动度内收肌角、腘窝角、足背屈角、足跟耳试验判断:达到正常范围为痊愈;改善 20° 以上未达正常为显效;改善 10° — 20° 为有效;改善少于 10° 为无效。②痉挛程度按改良的 Ashworth 法痉挛评定法判断,主要针对下肢踝关节、膝关节、髋关节评定:各关节均达到正常为痊愈;各关节均降低 1 个级别或 1 个级别以上痉挛程度未达正常为显效;只有一个关节或两个关节降低达 1 个级别为有效;各关节均不足 1 个级别为无效。③痉挛型脑瘫绝大部分伴有步行功能异常,所以疗效判断标准中选用步行能力作为判断标准,步行能力按 Holden 功能步行分类法判断:0 级:无功能, I 级:需大量持续性帮助, II 级:需少量帮助, III 级:需监护或言语指导, IV 级:平地上独立, V 级:完全独立。达到正常为痊愈;步行能力以提高 2 个级别未达正常为显效;提高 1 级为有效;不足 1 级为无效。

1.4 统计学分析

采用 SPSS13.0 软件,等级资料用秩和检验,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

两组治疗后关节活动度、痉挛程度、步行能力比较见表 1。治疗组治疗后关节活动度、痉挛程度、步行能力与对照组比较均有显著性意义($P<0.05$)。

1 湖南中医药大学附属第一医院针灸科康复治疗中心,长沙市,410007

作者简介:谭朝坚,女,副主任医师

收稿日期:2007-05-09

表1 两组患儿治疗后关节活动度、痉挛程度、步行能力比较 (例)

	例数	痊愈	显效	有效	无效	Z	P
内收肌角	39						
治疗组		1	12	17	9	0.887	0.0441
对照组		1	7	13	18		
腓窝角	39						
治疗组		2	20	7	10	0.888	0.0371
对照组		1	11	11	16		
足背屈角	39						
治疗组		2	15	10	12	0.892	0.0366
对照组		1	7	12	19		
足跟耳试验	39						
治疗组		3	10	16	10	0.893	0.0397
对照组		1	8	10	20		
痉挛程度	39						
治疗组		3	13	11	12	0.880	0.0202
对照组		2	7	7	23		
步行能力	39						
治疗组		3	9	14	13	0.874	0.0439
对照组		1	5	12	21		

3 讨论

小儿脑瘫属中医的“五迟”、“五软”、“五硬”等范畴,中医认为脑瘫多因父母精血亏虚,而致胎元不足,胎失所养;或孕期时母体劳累、营养不良;宫内感染、窒息、早产、多胎等因素致使胎儿在母体内未能得到充足的气血营养;产时颅内出血、缺血、缺氧、筋脉失养,窍道不通,气血不能输布于脑和四肢。肾气亏损,则筋骨痿弱。故临床上“五迟”以发育迟缓为特征,而“五软”则以痿软无力为主症,“五硬”临床特征与“五软”相反。“五迟”、“五软”、“五硬”均为生长发育或产时受风等,引动肝风或脾气虚弱,导致肝木亢盛,造成四肢筋脉拘挛^[3]。从现代医学的角度看脑瘫多由先天因素而使大脑皮质神经细胞变性、坏死、纤维化,导致大脑传导功能异常,脑瘫后痉挛的表现也与先天因素致使大脑功能异常有关^[4],这和中医认为痉挛型脑瘫与先天之精不足、髓海受损的认识有相通之处。肝强脾弱使痉挛型脑瘫的发病机制是由于肝气旺盛,脾气虚弱,肝气恃强凌弱,脾土功能更弱而致气血生化乏源,加重肝贮藏和调节血量功能失常,或是由于脾虚不能抑制肝木,导致肝气的相对亢盛,筋脉和肌肉失去血液濡养而致筋骨拘挛。

笔者在治疗本病时主要选用太冲、行间、曲泉、阳陵泉、肝俞以抑木,选用足三里、中脘、脾俞、胃俞以扶土。《难经·二十八难》说:“督脉者,起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑”,说明诸经脉上会于脑,在督脉监督下,接收脑的支配,进而调节全身的功能活动。另外督脉还起着输布精髓的作用。选用百会、风府、命门、大椎、筋缩督脉上的穴位可以通

督益髓。太溪、绝骨、风池也有生精养髓益脑之效。同时主穴里配合治疗脑瘫常用方法头针,头针的作用在于^[5]:①能调节大脑皮质功能,改善和促进脑细胞的代偿作用。②促进肢体局部代谢,改善肢体血液供应,以调节肌张力。③通过大脑皮质运动区及其支配的肢体反射区进行兴奋性刺激,引发神经反射,促进肢体反射通路,促进运动功能恢复。另外,我们针刺选穴分两组交替使用,每组选穴都体现抑木扶土、填精益髓之治则,我们在实际操作中的确也提高了临床疗效,同时也减少了穴位长期刺激造成的局部损伤及敏感性降低等不良反应。

研究结果显示,抑木扶土、填精益髓法针刺结合康复治疗痉挛型脑瘫能较好改善关节活动度、缓解痉挛,同时可明显提高患儿步行能力,治疗效果优于单纯康复训练。康复训练治疗机制在于^[6]:抑制病理反射,建立新的功能反射,经长期反复强化训练,各类神经不断有冲动发放,防止其萎缩变性,促进纤维再生,并能降低突触传导阻力,在病灶周围的神经突触联系中形成新的传导通路,新的生理反射是可以建立的,但患儿尚未完全具有独立思考能力,易变性强,耐受性差。使用怎样的有效方法使康复训练效果得到加强,也是很重要的。我们采用针刺疗法和功能训练相结合的方案,使康复训练和针刺治疗作用起了较好的协同效果。虽然目前针刺治疗痉挛型瘫痪的临床和机理研究还需要大量更细致、更深入的工作,但毫无疑问其操作方便、方法多样,同时具有费用低廉、无毒副作用等这些药物或手术疗法所无法比拟的优点,是值得深入研究的治疗手段之一,也是中西医结合康复领域中一个较有前途的课题^[7]。

参考文献

- [1] 张传东,徐冬梅,王福民. 上田疗法在痉挛型脑性瘫痪的应用价值[J]. 中国康复医学, 2006,18(5):399.
- [2] 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,1991.7—9.
- [3] 王雪峰,胡晓丽. 中医对小儿痉挛型脑瘫(肝强脾弱证)的探析[J]. 中医儿科杂志, 2005,1(2):6.
- [4] 舒静,管莉,张宗智. 小儿脑瘫的临床分析[J]. 中华现代临床医学杂志, 2005,3(22):2351—2353.
- [5] 刘家瑞. 头体反射电针法治疗小儿脑瘫 35 例临床观察[J]. 福建中医药, 2002,33(6):10.
- [6] Steibok P, Reiner A, Beauchamp RD, et al. selective functional posterior rhizotomy for treatment of spastic cerebral palsy in children Review of 50 consecutive cases [J]. Pediatr Neurosurg, 2005,18:34—42.
- [7] 彭慧渊. 调和阴阳针刺法在痉挛控制中的应用探讨[J]. 中国康复医学杂志, 2004,19(9):696—697.