

·短篇论著·

神经发育学疗法配合辨证推拿改善痉挛型脑性瘫痪患儿活动能力的疗效观察*

陆清清¹ 刘媛媛¹ 王奇¹ 陈仕凤¹ 王永萍¹ 吴绪波^{2,3} 张海蒙²

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP, 简称脑瘫)^[1]是一组持续存在的中枢性运动和姿势发育障碍、活动受限症候群,这种症候群是由于发育中的胎儿或婴幼儿脑部非进行性损伤所致。随着新生儿监护病房的普及和新生儿急救医学的发展,低体重、早产等高危儿的存活率逐渐增加,脑瘫的患病率呈现出上升的趋势,据统计我国六省(区)1—6岁小儿脑瘫的患病率为1.92%^[2],其中以痉挛型居多,占全部脑瘫的53.6%。

中医无“脑瘫”这一概念,根据症状可归结为“五迟”、“五硬”范畴^[3]。国内对于脑瘫的治疗,充分发挥中医学的优势,采用针灸、推拿、中药等方法,其中推拿因其方法简便、操作灵活^[4],得到广泛使用,方法包括循经推按、特定部位按摩、穴位点按等^[5]。中医辨证推拿,由于理论庞杂,流派众多^[6],目前没有相对规范且疗效肯定的针对小儿脑瘫的推拿方法。本研究根据湖南苗医单掌穴位推拿^[7-9],以“推五经”为核心的小儿推拿方法为参考,针对痉挛型脑瘫患儿不同阶段的特点,进行辨证推拿治疗,探索辨证推拿与康复治疗相结合治疗痉挛型小儿脑瘫的新模式。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取42例于2016年3月—2018年10月在上虹口区曲阳社区街道卫生服务中心接受康复治疗的痉挛型脑瘫患儿,根据年龄、瘫痪部位及粗大运动功能分级进行配对,按照配对设计方案分为对照组和试验组。

1.1.1 纳入标准:①诊断符合2014年《中国脑性瘫痪康复治疗指南》编写委员会讨论编写的小儿脑性瘫痪诊断标准^[1];②有痉挛症状,分型为痉挛型脑瘫;③符合中医肝强脾弱辨证证型^[10]:症见肢体肌肉拘挛,遇到外界刺激后加重,肌肉瘦削,关节不利,动作笨拙,食少纳呆,舌质胖大或瘦薄,舌苔少或白腻,脉象沉弱或细;④年龄在6个月—6周岁;⑤服从分组安排,能够坚持治疗3个月者。所有患儿监护人同意参与试验并签署知情同意书。

1.1.2 排除标准:①其他分型和合并其他分型的脑性瘫痪患儿;②治疗前3个月及治疗期间接受肉毒毒素注射或治疗期间服用抗痉挛和抗癫痫药等药物的;③参与本研究治疗期间参与其他非药物治疗的,包括运动功能训练(如PNF疗法、Vojta疗法等)、其他方面的小儿推拿治疗等;④年龄<6个月或>6周岁的患儿;⑤治疗不能配合,如癫痫不能稳定控制者、认知功能较差不能配合评定者。

1.1.3 中医辨证:根据患儿的不同表现,在肝强脾弱的基础上做进一步的中医辨证^[11]:①伴肾精不足型:手足肢体肌肉拘挛,骨骼细小,运动发育落后,智力不聪,反应迟钝,囟门迟闭,毛发稀疏或者枯黄,耳廓瘦薄,牙齿迟出,腰背较软,手足较硬,舌质淡红,苔薄少,脉细弱,指纹淡。②伴肝阳化风型:肢体肌肉强直拘挛,动作笨拙,急躁易怒,印堂山根青筋浮露,语言謇涩或舌强不语,喉中痰鸣,纳食少,睡中易惊醒,大便干或溏结不调,舌质红,苔白或腻,脉弦细,指纹青。③伴痰瘀阻络型:手足肢体肌肉拘挛,肌力较差,肌腹可触及硬结或明显压痛,肢冷麻木,精神欠佳,面色较黯,大便溏薄,舌质黯红,苔腻,脉细濡,指纹紫滞。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组:采用神经发育学疗法诱发矫正反应和促进运动发育,同时采用穴位按揉手法以柔肝健脾。穴位按揉手法参照王雪峰、曾贞等人总结的治疗方法^[12,19],选取单侧肝俞、太冲、阳陵泉、足三里、三阴交穴位进行拇指按揉,5min/穴,时间约25min,两侧交替进行。神经发育学疗法以Bobath法为主^[13]:①抑制异常姿势反射、肌张力和运动模式;②易化正常姿势反射、平衡反应;③建立并强化正确的运动感觉、正常的姿势及运动;④根据患儿发育水平进行各项运动训练包括头部控制、爬行、翻身、站立、行走等训练,30min/次。以上治疗方案每周5次,3个月为1个疗程。

1.2.2 试验组:在对照组治疗的基础上,根据进一步辨证,进行辨证推拿:①伴肾精不足者,按揉单侧肾俞、太溪,5min/次;推五经:清肝经300次、补脾经300次、补肾经300次、补

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2021.10.018

*基金项目:上海市卫生局中医药科研基金(2010QL001A)

1 上海市第二康复医院,上海,200144; 2 上海中医药大学; 3 通讯作者
第一作者简介:陆清清,女,主治医师; 收稿日期:2019-12-09

肺经200次、清心经100次。②伴肝阳化风者,按揉单侧风池5min/次;推五经:清肝经300次、补脾经300次、清心经200次、补肾经100次、补肺经100次。③伴痰瘀阻络者,按揉单侧丰隆、血海,5min/次;推五经:清脾经100次、补脾经300次、清肝经300次、补肾经100次、补肺经100次、清心经100次。所有辨证推拿治疗,5次/周,3个月为1个疗程。

1.3 评估方法

分别于治疗前、治疗后3个月进行评估,①改良Ashworth分级^[14](Modified Ashworth Scale, MAS)评估患儿痉挛程度,量表根据痉挛肌肉的阻抗程度将肌痉挛分为6级;②粗大运动功能评定量表^[15](Gross Motor Function Measure, GM-FM-88)评估患儿粗大运动功能,量表共88个项目,每个项目采用4级(0、1、2、3)评分法,分为五个能区:A能区(卧位和翻身)17个项目、B能区(坐位)20个项目、C能区(爬和跪)14个项目、D能区(站位)13个项目、E能区(走、跑、跳)24个项目,结果录入GMAE(1.0版)软件中计算粗大运动功能总百分比及各能区百分比。

1.4 统计学分析

数据分析采用SPSS18.0统计软件进行,统计学检验均为双侧检验,显著性水平为 $\alpha=0.05$ 。治疗前后,两组组间及组内的数据比较,检验计量资料两组差值符合正态分布者,数据以均数±标准差,采用配对t检验;若差值不符合正态性或为等级资料,则数据以中位数/四分位间距[M(P25, P75)]表示,采用配对Wilcoxon符号秩检验。

2 结果

2.1 一般资料

42例患儿中,因治疗时间不足1周剔除1例,实际完成3个月治疗41例,其中5例未完成配对,实际完成配对共36例,即18对;其中四肢瘫14例,双瘫20例,偏瘫2例;粗大运动功能分级:1级2例、2级10例、3级10例、4级8例、5级6例。试验组中伴肾精不足8例,伴肝风内动4例,伴痰瘀阻络6例,两组患儿性别、月龄等一般资料经统计学分析,差异无显著性意义($P>0.05$),见表1。

2.2 两组患儿治疗前后MAS比较

治疗前后组内比较,两组差异均有显著性意义($P<0.01$);治疗前组间比较,两组差异无显著性意义($P>0.05$),经3个月治疗后组间比较,两组差异显著($P<0.01$)。见表2。

2.3 两组患儿治疗前后GMFM-88总百分比比较

两组治疗前组间差值d、治疗后组间差值d及试验组治疗前后差值d服从正态性($P>0.05$),比较采用配对t检验;对照组治疗前后差值d不服从正态性($P<0.05$),组内比较采用配对Wilcoxon符号秩检验。治疗前后组内比较,两组差异有显著性意义($P<0.01$);治疗前组间比较,两组差异无显著性

意义($P>0.05$);3个月治疗后两组组间比较,差异显著($P<0.05$)。见表3。

经检验两组GMFM-88表中A、C、D、E各能区百分比差值d均不服从正态性($P<0.05$),组间比较采用配对Wilcoxon符号秩检验;两组B能区百分比差值d服从正态性($P>0.05$),组间比较采用配对t检验。统计结果为:A、B、C、D、E各能区两组治疗前后组内比较,均有显著差异($P<0.05$);各能区治疗前组间比较,两组均无显著差异($P>0.05$);3个月治疗后,A、B、C能区组间比较,两组均无显著差异($P>0.05$);D、E能区两组组间比较,差异显著($P<0.05$)。见图1。

3 讨论

神经发育学疗法是目前国内普遍使用的小儿脑瘫康复治疗方法之一,《中国脑性瘫痪康复指南:2015版》^[16]中推荐使用,它是一种通过抑制异常姿势和运动模式、调节关键点、促进正常姿势发育和运动模式,从而不断获得正常的运动感觉体验,最终获得翻身、独坐、站立、行走等人类基本的运动功能。有学者就目前神经发育疗法对脑瘫康复治疗的文献进行了循证分析^[17-18],得出神经发育学疗法对脑瘫儿童的疗效主要集中在改善粗大运动功能方面的结论,本研究以此疗法作为常规康复疗法,配合辨证推拿,以更好的提高痉挛型脑瘫患儿的活动能力,提高患儿生活质量。

古代医家认为肝强脾弱,木盛乘土是导致肌肉痉挛的主要病机,如《张氏医通》曰:“五硬者…木乘土位也”;《保婴撮要》“此证从肝脾二脏受病,当补脾平肝”;现代医家^[19]也对此做了进一步的探讨。在对脑瘫的临床中医证素特点的研

表1 两组患儿一般资料比较

组别	例数	性别(例)		月龄 ($\bar{x}\pm s$)
		男	女	
试验组	18	7	11	26.89±12.38
对照组	18	11	7	28.33±15.56
t/χ^2 值		1.18		0.31
P值		>0.05		>0.05

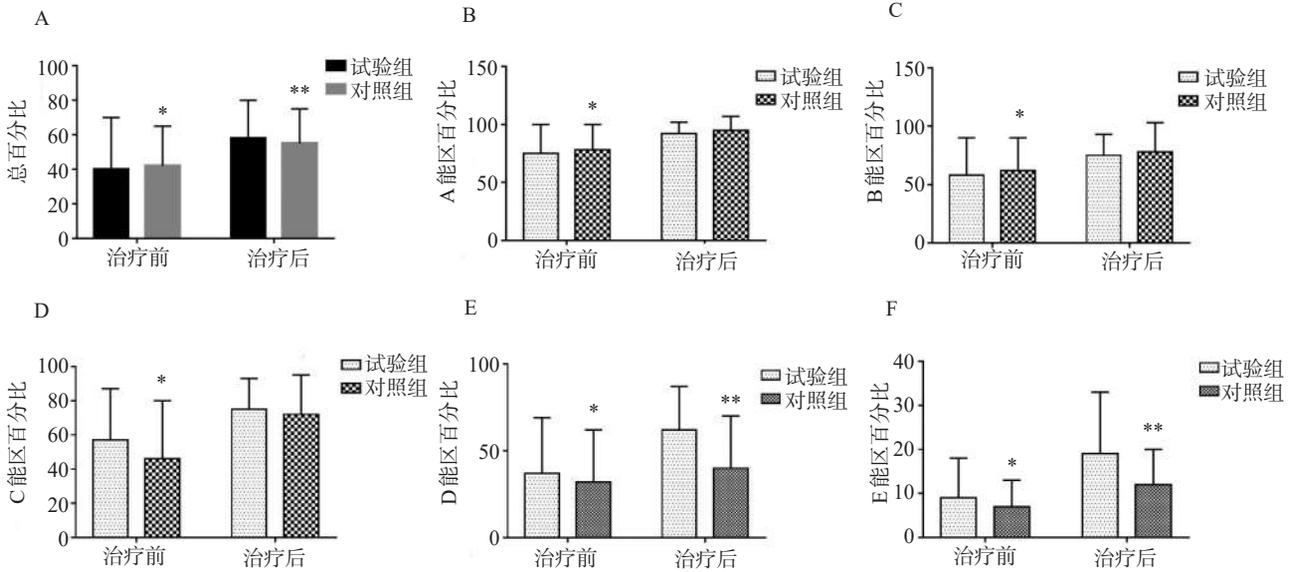
表2 两组患儿治疗前后MAS比较 [M(P25, P75)]

组别	例数	治疗前	治疗后	Z值	P值
试验组	18	4.00(3.75, 4.25)	2.00(2.00, 3.00)	3.84	<0.01
对照组	18	4.00(4.00, 5.00)	3.00(3.00, 4.00)	4.03	<0.01
Z值		0.91	3.36		
P值		>0.05	<0.01		

表3 两组患儿治疗前后GMFM-88总百分比比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t/Z值	P值
试验组	18	39.57±27.33	53.94±27.37	21.62	<0.01
对照组	18	40.04±24.69	50.84±25.50	3.72	<0.01
Z值		0.31	2.31		
P值		>0.05	<0.05		

图1 两组治疗前后GMFM-88项各功能区百分比比较



*表示治疗前两组组间比较, $P > 0.05$; **表示治疗后两组组间比较, $P < 0.05$

究^[20]中发现脑瘫病性多虚实夹杂,病位主要在肝和肾,其次为脾和心。临床观察发现,痉挛型脑瘫患儿痉挛的同时也有多种伴随症状。本研究在目前比较认可的痉挛型^[10](肝强脾弱证)辨证的基础上,根据临床表现分出了伴肾精不足、伴肝阳化风、伴痰瘀阻络三个亚型,选取相关穴位进行推拿:伴肾精不足,增加了肾之俞穴肾俞、肾经原穴太溪,起到补肾益精的作用;伴肝阳化风证,增加了“治风之要穴”风池,风池是治疗内风、外风的最佳穴位^[21-22],为胆经穴位,位居髓海之下,肝胆相表里,佐助基础穴位中肝经太冲穴,起到平肝熄风的作用;伴痰瘀阻络选取了血海和丰隆穴及局部阿是穴,血海又名“血郛”,可调节血液,现代医学研究表明^[23]针刺血海穴可促进血液循环,改善下肢血流速度,丰隆穴属足阳明胃经络穴,为“治痰要穴”,临床研究对痰浊中阻证、痰湿体质有一定的疗效^[24-25]。此外,古人云:“小儿百脉汇于两掌”,本研究还根据小儿推拿穴位的特性,选取了“推五经”的手法,通过次数及手法根据辨证进行补泻,小儿推拿无痛、安全,且操作过程与患儿面对面,加强了交流,更易被患儿接受。试验组的治疗方案贯穿了中医学的辨证论治和整体观这两个基本特征,较对照组单纯的穴位按揉更全面,治疗更有针对性。

经3个月治疗后,两组患儿痉挛均明显改善且组间MAS比较显示,试验组的改善更明显($P < 0.05$);组间GMFM-88项比较,亦有显著性差异($P < 0.05$),试验组脑瘫患儿粗大运动功能的恢复程度明显优于对照组。GMFM-88项中A、B、C能区能力要求相对较低,随着发育及治疗的干预,一般脑瘫患儿都能获得大部分或全部功能,故两组治疗前后组内比较

均有明显改善($P < 0.05$),组间差异不明显($P > 0.05$);D、E能区对运动能力的要求相对较高,病情较重的脑瘫患儿即使发育到一定水平也无法获得较高分值,试验组的治疗方案对脑瘫患儿肢体痉挛有更好的缓解作用,故而更有利于其运动功能发育,因此D、E能区分值两组间比较显示试验组的改善更明显($P < 0.05$)。

综上,本研究得出结论认为在神经发育学疗法和柔肝健脾穴位按揉的基础上进一步辨证推拿在缓解痉挛型脑瘫患儿的痉挛症状、改善患儿的粗大运动功能,尤其是改善站和走的功能方面有更好的疗效,宜在临床推广应用。

参考文献

- [1] 李晓捷,唐久来,马丙祥,等. 小儿脑性瘫痪的定义、诊断标准及临床分型[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2014, 29(19): 1520.
- [2] 林庆,李松,刘建蒙,等. 我国六省(区)小儿脑性瘫痪患病率及临床类型的调查分析[J]. 中华儿科杂志, 2001, 39(10): 613—615.
- [3] 胡楠楠, 王雪峰. 五迟、五软、五硬与脑性瘫痪[J]. 中国中西医结合儿科学, 2009, 1(2): 153—155.
- [4] 王脐橙. 我国小儿推拿发展现状及前景思考[J]. 中国民族民间医药, 2016, 25(8): 137—139
- [5] 韦小霞,雷龙鸣,张海英,等. 推拿疗法在小儿脑瘫临床康复中的应用概况[J]. 山东中医药大学学报, 2019, 43(3): 313—316.
- [6] 程洪色. 中医推拿的现状与建议[J]. 中医药管理杂志, 2013, 4(5): 9—10
- [7] 陈先智. 苗医小儿推拿手法“一掌精”整理与临床应用[J]. 中国民族医药志, 2007, 9: 32.
- [8] 赵卫,彭进. 刘开运教授小儿推拿常用穴位主治作用的归类[J]. 针灸临床志, 2009, 25(6): 45.

- [9] 邓瑜. 刘氏小儿推拿疗法“推五经”运用要领[J]. 中医外治杂志, 2008, 17(2):52—53.
- [10] 李赵荣,张慧珍,李清,等. 椎针结合推拿治疗肝强脾弱型痉挛性脑瘫 60 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(6): 1367—139.
- [11] 张月. 小儿脑瘫中医证候及证素规律的临床研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2016: 1—42.
- [12] 曾贞,李素萍. 点穴对痉挛型小儿脑性瘫痪腓肠肌肌张力影响的临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2011, 7(1):43—47.
- [13] 林捷,唐占英,金晟,等. Bobath 康复疗法的研究进展[J]. 神经损伤与功能重建, 2014, 9(6): 515—518.
- [14] 仲荣洲,褚立希,王陶黎,等. Ashworth 屈肘肌肌张力评估与肱二头肌 B 超测量值相关分析[J]. 中国临床医学, 2017, 24(3): 387—390.
- [15] 马丹,王秋,李娜,等. 粗大运动功能分级系统在脑性瘫痪中的应用研究进展[J]. 中国儿童保健杂志, 2015, 23(6):607—609.
- [16] 李晓捷,唐久来,马丙祥,等. 中国脑性瘫痪康复指南(2015): 第五部分[J]. 中国康复医学杂志, 2015, 30(11):1196—1199.
- [17] 张商,李晓捷,郭爽,等. 神经发育学疗法应用于脑性瘫痪的循证医学研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2019, 34(7):865—869.
- [18] 李文霞,耿香菊,张会春,等. 婴幼儿神经发育疗法在脑性瘫痪患儿运动功能康复中的疗效分析[J]. 临床研究, 2019, 27(5):53—55.
- [19] 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—7.
- [20] 蔡艺芳,李灿东,洪文彬,等. 小儿脑瘫中医证素特点的临床研究[J]. 福建中医药大学学报, 2011, 21(4): 7—8.
- [21] 王峰,黄梅,孙志斌,等. 浅议“风池”穴[J]. 中医杂志, 2015, 30(12):1836—1837.
- [22] 余平波,孙克兴,周莎. 速刺风池穴治疗多发性抽动症疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(5):497—500.
- [23] 曾进,张丽,温小秋,等. 提插补泻血海穴对下肢胫前、胫后动脉血流变化的影响[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(1):38—40.
- [24] 王保国,肖伟,王震,等. 丰隆穴注射异丙嗪治疗痰浊中阻型后循环缺血性眩晕疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(1):1—5.
- [25] 黄思仪. 针刺丰隆足三里对痰湿体质人群中医体质影响临床研究[J]. 云南中医中药杂志, 2016, 37(4):43—44.

·短篇论著·

深部横向摩擦联合运动贴扎技术对脑卒中后肩痛的疗效分析

龚之¹ 姜波^{1,2} 裴磊¹ 谢存¹

肩痛是脑卒中后患者较为常见的并发症,其发病率为16%—84%,当患侧肩关节处于较大应力位置或主被动活动时,可引起患侧肩部产生不同程度疼痛,同时常伴有肩关节活动范围受限,甚至可有静息自发性疼痛,增加了患者痛苦,甚至会因此产生消极、焦虑、恐惧等心理障碍^[1]。偏瘫后肩痛常发生于脑卒中后1—3个月^[2],有些患者因为惧怕肩痛不愿进行患侧肩关节功能训练。脑卒中后肩痛通常有多种诱发因素,如衣袖损伤、肌张力异常、肩-手综合征、肩关节半脱位、肩关节粘连性改变、患肢体位摆放不当等^[3—6],单一的治疗方法往往收效欠佳^[7]。本研究旨在讨论深部横向摩擦联合运动贴扎技术治疗脑卒中后肩痛的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年2月—2020年6月在我科住院的脑卒中后出现肩痛患者75例。纳入标准:诊断符合2007年中华医学会神经病学分会制定的《中国脑血管病防治指南》中脑梗死和脑出血的标准,并经头颅CT或MRI证实;年龄40—75岁,初次发病,病程1—3个月,有患侧肩关节痛(仅诊断为因肩周软组织损伤或无菌性炎症而导致的肩痛);病情稳定,意识清楚,能配合完成简单的指令和动作;无严重的心脏、肝、肾和肺等脏器疾病;治疗前1周内未接受相关疼痛治疗,同时未参加其他临床研究;自愿接受本研究所涉及的技术方法进行治疗,并能坚持完成研究。本研究方案已通过本院医学伦理委员会审查。

排除标准:发病前曾有过或已存在肩痛(诊断为非肩周

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2021.10.019

1 浙江中医药大学附属舟山中医院,浙江省舟山市,316000; 2 通讯作者
第一作者简介:龚之,男,初级治疗师; 收稿日期:2021-01-12