

手法矫正和绷带固定治疗痉挛型脑瘫马蹄内翻足 53 例

娄元俊

河南省中医院儿康科,郑州市东风路 6 号,450002)

通讯方式:louyuanjun2006@126.com,13253506506

[关键词] 痉挛型脑瘫;马蹄内翻足;手法矫正;绷带固定

资料显示,痉挛型脑瘫约占脑性瘫痪的 60%~70%。由于小腿三头肌以及胫骨后肌痉挛造成的痉挛性马蹄内翻足为常见的继发损害,是脑瘫患儿致残的重要原因之一,严重影响患儿的步行、姿势的维持、康复训练和日常护理^[1]。在相应的年龄段给患儿提供足底的全面承重训练,使踝关节恢复正常的生理力线,促使患儿在站立和行走功能方面得到提高,具有重要意义。

1 临床资料

选择 2006 年 7 月至 2010 年 5 月本院门诊及病房痉挛型脑瘫患儿 53 例,诊断参照文献^[2]制定的诊断及分型标准,男 34 例(41 足),女 19 例(23 足),共计 64 足,均确诊为痉挛型脑瘫马蹄内翻足畸形,表现为足尖着地,足跟上提;其中单纯马蹄足 48 足,同时伴有内翻 16 足;年龄 6 个月~3 岁,平均 1.2 岁;站立时足底与地面夹角 25°~75°,平均 42.5°,内翻 20°~50°,平均 36.4°;踝阵挛阳性者 42 例。经影像学检查排除踝关节及其周围肌腱韧带的固定挛缩,无严重髋、膝关节畸形, IQ 指数 > 50,能够配合康复训练,排除癫痫及其他神经系统疾病。

2 治疗方法

2.1 中药熏洗

药物组成:伸筋草 40g,透骨草 40g,木瓜 40g,艾叶 30g,牛膝 30g,红花 30g,赤芍 30g,白芍 40g,甘草 30g,丹参 30g,桂枝 20g,地龙 10g。药物和水放入煎药仓中共煎后,放入水疗池,温度控制在 38~42℃,每日 1 次,30 次为 1 个疗程。

2.2 先予推拿舒筋,再行跟腱牵拉

患儿俯卧位,治疗者在患儿腰骶部施以滚、点、按、揉,以捏脊配合腰部华佗夹脊的冲击按揉刺激腰部的脊神经根;按揉小腿及局部的委中、承山、昆仑及三阴交穴,足部的跟平、申脉、照海、涌泉及泉中穴。患儿仰卧位,按揉小腿及阳陵泉、足三里、上下巨虚、飞扬、脑清、解溪及太冲穴。每次选 5~8 个穴位,每穴约 2min。按摩之后再用上田疗法的下肢法对跟腱进行牵拉和挤压,降低局部肌肉张力,增加踝关节的

活动度。每日 2 次,每次 40min,30 日为 1 个疗程。

2.3 手法矫正

患儿呈屈髋屈膝、外展外旋位,医者用一手的拇指和食指放在所施术的踝骨上,向前滑动至脚踝前面的凹陷处,触及并稳定距骨头;另一手拇指置于足底部,中指、食指握住脚趾和脚掌,将前足在内翻位向外侧移动,纠正足内翻及前部内收,复位距骨头。将距骨头复位后,除踝关节的跖屈外马蹄内翻足的所有畸形部分都会同时得到矫正。当跟骨内翻得到矫正后再矫正跖曲,各指配合放于足底的拇指向外侧、向上协调用力持续牵拉,逐渐加大力度至外翻背伸位,然后恢复至踝关节和足的功能位,持续 5~10min 后放松。每日 1 次,30 次为 1 个疗程。

2.4 绷带固定

用 0.5cm 厚的医用棉垫将患足用及踝部包绕 1 周后,再用弹性绷带从第一跖骨头背侧开始,绕过足内侧,跖底,足外侧,足背缠绕 2~3 圈后,再向后上包绕足后跟,小腿,达大腿远端中下 1/3 处,力度以内收畸形得到轻度矫正且患儿能承受为宜,而绷带向上缠绕至大腿主要起矫形固定作用,当患足跖屈接近 0°时,应改为“8”字绷带,近端固定于小腿上方近腘窝处。治疗 4 个疗程后,进行疗效评估。

3 疗效观察

3.1 疗效评价标准^[3]

痊愈:足外形正常,踝关节功能正常,足能踏平,步态正常,X 线检查正位片上距骨轴线指向第一跖骨,跟距交角 > 20°,侧位片上跟距骨轴线交角 > 35°;显效:畸形基本纠正,但遗有轻度内翻及足前内收,踝关节功能良好,足能踏平,步态尚好;有效:畸形较前显著进步,足部功能轻度受限,步态尚可,遗有中度足跟内翻及跖前畸形;无效:足改善不明显,仍有马蹄内翻畸形,跛行明显。

3.2 结果

治疗 4 个疗程后,经过 6~10 个月随访,53 例中痊愈 28 例,占 52.83%;显效 22 例,占 41.51%;好转 3 例,占 5.66%;无效 0 例;总有效率为 100%。

4 讨论

中药熏洗通过温热作用可以改善周身和局部血

液循环,营养脑部,降低冲动频率的发放,减弱对肌肉牵拉作用的反应,从而降低脑瘫患儿的肌张力。方中伸筋草、透骨草、木瓜、地龙通经活络,透骨伸筋;艾叶、丹参、红花、赤芍温经通络,活血化瘀;白芍、甘草、牛膝柔筋缓急,引药直达病所;桂枝通阳化气通经,蒸动津液养筋。

中药熏洗后进行按摩点穴,所用穴位均位于脊神经根、神经干或支的体表投射部位,通过手法刺激调节神经,降低肌张力,平衡小腿及足部肌力。在此基础上更易进行手法矫正。

足踝是人体承重的最大支撑部位,加强踝关节控制能力,保持踝足的稳定性,使患儿得以体验双足支撑的感觉、维持其生物力学特征是步行的关键。目前多采用手术治疗,虽然可降低增高的肌张力,但因其对功能的改善不明显,加上手术创伤大,破坏了脊柱的稳定性,对患儿今后的生长发育有不良影响,

且费用高,术后卧床时间长,对患儿及家长造成严重的精神及经济负担。小儿在 3 岁内生长发育较快,如果用石膏或矫形支具纠正畸形,需多次更换。早期马蹄内翻畸形尚未固定化,绷带固定能较长时间牵拉小腿三头肌,打破下肢伸肌痉挛模式,使小腿各肌群协调收缩,矫正尖足,增强平衡功能,使站立和步行变得容易,增加患儿及家长康复的信心。

参考文献

- [1]王世杰,庞红,王东,等.胫神经缩窄术治疗脑瘫痉挛性马蹄内翻足康复学评定[J].中国康复医学杂志,2009,21(4):311.
- [2]中华儿科杂志编辑委员会,中华医学会儿科学分会神经学组.小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型[J].中华儿科杂志,2005,43(4):260.
- [3]毛宾尧.足外科[M].北京:人民卫生出版社,1993:452.

(收稿日期:2011-08-17;修回日期:2011-09-13)

[编辑:黄健]

稳心颗粒联合西药治疗急性非 ST 段抬高 心肌梗死合并心律失常 35 例

王继东

北京市顺义区中医医院,北京市顺义区站前东街 5 号,101300)

通讯方式:shunyiwangwei@163.com,13810050877

[关键词] 急性心肌梗死;心律失常;稳心颗粒

急性非 ST 段抬高心肌梗死(NSTEMI)是急性冠脉综合征的一种,其发病的主要病理生理机制是破裂的冠状动脉粥样硬化斑块表面形成富含血小板的白色血栓,间歇性或不完全堵塞冠状动脉,导致心肌灌注减少,心肌标记物释放,血小板聚集物及斑块成分形成微栓。近年来,我们用稳心颗粒联合西药治疗 NSTEMI 患者 35 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择我院 2005 年 2 月至 2009 年 10 月 NSTEMI 合并心律失常的住院患者 70 例,随机分为两组:治疗组 35 例,男 22 例,女 13 例;年龄 67~83 岁,平均(71±5)岁;其中室上性早搏 4 例,房颤 4 例,室上性心动过速 2 例,室性早搏 18 例,非持续性室速 3 例,窦性心动过速 4 例。对照组 35 例,男 20 例,女 15 例;年龄 66~81 岁,平均(69±6)岁;其中室上性早搏 5 例,房颤 3 例,室上性心动过速 2 例,室性早搏 19 例,非持续性室速 2 例,窦性心动过速 4 例。两组患者年龄、性别、心律失常类型方面差异无统计

学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断依据

均符合 NSTEMI 的诊断标准^[1]:①缺血性胸痛持续超过 30min,含服硝酸甘油无效;②心肌酶呈急性心肌梗死(AMI)酶学动态变化规律。肌酸磷酸激酶超过正常上限 2 倍或(和)肌钙蛋白 T 或 I 阳性;③ 18 导联心电图无病理性 Q 波及 ST 段抬高;④发作心绞痛时心电图示 2 个或 2 个以上相邻导联 ST 段压低 $<0.1\text{mV}$,心绞痛缓解后心电图缺血性 ST 段恢复较慢;⑤发作心绞痛时尽管心电图未有 ST 段下移,但有 T 波对称性倒置,尤其是胸前导联 T 波对称性倒置 $\geq 0.2\text{mV}$;⑥心绞痛发作时有左心功能不全表现或低血压。患者均排除陈旧性心肌梗死、冠状动脉搭桥术后和左室肥厚。心律失常符合《黄宛临床心电图学》(第 6 版)的诊断标准^[2]。

2 治疗方法

对照组采用常规扩冠、抗凝治疗;房性早搏、室上性心动过速、房颤予口服美托洛尔(倍他乐克)、胺碘酮;室性早搏、非持续性室速予静脉滴注利多卡因或口服美西律、胺碘酮。治疗组在对照组的基础上