

针刺解溪穴配合 Bobath 法治疗痉挛型脑瘫尖足 60 例临床观察

杨 东 梅

郑州市儿童医院康复中心, 河南省郑州市岗杜北街 255 号, 450053)

通讯方式: maryyang_1225@sohu.com, 13526528138

[摘要] 目的 观察针刺解溪穴配合 Bobath 法治疗痉挛型脑瘫尖足患儿的临床疗效。方法 将 106 例患儿分为治疗组 60 例和对照组 46 例, 两组均采用 Bobath 法治疗, 治疗组在此基础上配合针刺解溪穴。治疗前及治疗 3 个月后采用关节角度测量仪测量两组患儿左右踝关节被动背屈角度。结果 两组患儿治疗后左右踝关节被动背屈角度与治疗前比较差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 两组患儿治疗后比较, 左右踝关节被动背屈角度差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论 针刺解溪穴配合 Bobath 法可有效改善痉挛型脑瘫尖足患儿的踝关节被动背屈角度。

[关键词] 脑瘫; 痉挛型; 针刺; Bobath 法; 足背屈角; 解溪

Clinical Observation on Needling Jiexi (ST41) Combined with Bobath Therapy for 60 Cases of Spastic Cerebral Palsy

YANG Dongmei

(Children's Hospital of Zhengzhou City, Henan Province 200041)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of needling Jiexi (ST41) combined with Bobath therapy for spastic cerebral palsy (SCP). **Methods** Totally 106 SCP children were randomized into treatment group of 60 cases and control group of 46 cases. Both groups were given Bobath therapy. Needling Jiexi (ST41) was combined in the treatment group. The passive dorsiflexion angles of bilateral ankles were measured with joint angle measurement instrument before and after 3 months of treatment. **Results** After the treatment, the passive dorsiflexion angles of bilateral ankles decreased significantly in both groups ($P < 0.01$), especially in the treatment group ($P < 0.01$). **Conclusion** The combination of needling Jiexi (ST41) and Bobath therapy could significantly relieve the passive dorsiflexion of bilateral ankles in SCP children.

Keywords cerebral palsy; spastic; acupuncture; Bobath therapy; dorsiflexion of foot; Jiexi (ST41)

脑性瘫痪(简称脑瘫),是指小儿自受孕开始至婴儿期内非进行性脑损伤和发育缺陷所导致的综合征,主要表现为中枢性运动障碍和异常姿势^[1]。痉挛型脑瘫是最常见类型,占全部脑瘫患儿的 60%~70%^[2],其典型症状之一就是尖足,尖足的改善程度直接影响到患儿站立及行走功能。针刺治疗脑瘫已得到广泛应用, Bobath 疗法又称神经发育疗法,是指治疗师用手控制患者的身体,改变其运动模式、肌张力和运动质量的方法。本研究旨在观察针刺解溪穴配合 Bobath 疗法对纠正痉挛型脑瘫患儿尖足的临床效果。

1 临床资料

1.1 诊断标准

诊断及分型标准均参照 2006 年 8 月全国(长沙)小儿脑瘫学术研讨会制定的标准^[3]。

1.2 纳入、排除及脱落标准

纳入标准:符合诊断标准;粗大运动功能分级系统(GMF-CS)评定为Ⅱ~Ⅲ级;年龄 8 个月~1.5 岁。

排除标准:并发严重的心、肝、肾等重要器官的

器质性疾病;并发癫痫发作者。

脱落标准:不能坚持治疗或自行加用其他方法;并发气管炎、支气管炎、肺炎等呼吸道感染需输液治疗而被迫终止康复治疗者;试验中自行出院者;经济情况不允许继续治疗。

1.3 一般资料

选择 2010 年 3 月至 2010 年 11 月郑州市儿童医院康复中心病房收治的确诊患儿 106 例。患儿家长在知情治疗方案条件下同意进行该试验者为治疗组 60 例,其中男 37 例,女 23 例;年龄 8~16 个月;双瘫 32 例,四肢瘫 18 例,偏瘫 10 例;GMF-CS Ⅱ级 38 例,Ⅲ级 22 例。家长不同意使用针刺者为对照组 46 例,其中男 25 例,女 21 例;年龄 9~18 个月;双瘫 28 例,四肢瘫 12 例,偏瘫 6 例;GMF-CS Ⅱ级 32 例,Ⅲ级 14 例。两组患儿一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组针刺选用华佗牌 30 号 1 寸不锈钢毫针

(苏州医疗用品厂有限公司生产),解溪穴局部皮肤常规消毒,统一采用右手进针,进针后采用捻转法,同时左手以掌心握住患儿足跟处,被动活动踝关节,每次持续约 1 分钟,快速出针。每周治疗 5 次,3 个月为 1 个疗程。

Bobath 法:以抑制异常运动模式和促进正常运动模式为原则。强调评价与治疗同行,没有预先典型的治疗程序的制定,边治疗边评价,随时调整治疗方案。治疗手段包括:①抑制—控制关键点:治疗师训练中操作患儿身体某些部位,能抑制挛缩和异常姿势反射,也能促进正常姿势反射,将这些部位称之为控制关键点;②促进:能使患儿获得有主动、自动反应和动作技巧的手法;③刺激固有感受器和体表感受器:主要有压迫、位置反应、保持反应、拍击 4 种。

具体方法有:①竖头训练,包括抱球法、Bobath 球训练法、三角垫法等;②翻身训练,包括全身伸展模式、手口足协调、躯干回旋、单臂支撑等;③坐位训练,包括体位转换、坐位平衡等;④爬行训练,包括手支撑、四爬位骨盆分离训练、立直和平衡反应促进、下肢交互运动促进等;⑤站立训练,包括扶站、骨盆控制、姿势转换等;⑥行走训练,包括交叉步态抑制、步幅训练、Bobath 法抑制异常姿势、静态及动态平衡训练等。治疗时间为每次 30min,每天 2 次,每周 5 次,4 周为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程,疗程之间休息 2 天。

对照组采用 Bobath 法训练,方法疗程同治疗组。

2.2 观察指标及方法

治疗前及治疗 3 个月后由固定人员采用关节角度测量仪测量踝关节被动背屈角度。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。

3 结果

3.1 两组患儿治疗前后踝关节被动背屈角度比较

表 1 示,两组患儿治疗前左右踝关节被动背屈角度比较差异均无统计学意义($t_{\text{左侧}} = 1.59$ 、 $t_{\text{右侧}} = 1.15$,均 $P > 0.05$)。治疗组治疗后左右踝关节被动背屈角度与治疗前比较差异均有统计学意义($t_{\text{左侧}} = 8.57$ 、 $t_{\text{右侧}} = 8.56$,均 $P < 0.01$)。对照组治疗后左右踝关节被动背屈角度与治疗前比较差异有统计学意义($t_{\text{左侧}} = 5.98$ 、 $t_{\text{右侧}} = 5.54$,均 $P < 0.01$)。两组患儿治疗后比较,左右踝关节被动背屈角度差异均有统计学意义($t_{\text{左侧}} = 4.48$ 、 $t_{\text{右侧}} = 6.17$,均 $P < 0.01$)。

表 1 两组患儿治疗前后踝关节被动背屈角度比较($^{\circ}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	侧别	时间	例数	踝关节被动背屈角度
治疗组	左侧	治疗前	60	84.73±11.30
		治疗后	60	70.07±6.91*△
	右侧	治疗前	60	83.80±12.60
		治疗后	60	68.33±6.07*△
对照组	左侧	治疗前	46	88.27±11.38
		治疗后	46	76.33±7.30*
	右侧	治疗前	46	86.50±11.44
		治疗后	46	75.83±6.31*

注:与本组同侧治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组同侧治疗后比较,△ $P < 0.01$

3.2 不良反应

治疗组患儿中有 4 例出现解溪穴处疼痛,均未做特殊处理,自行缓解,未影响治疗。

4 讨论

痉挛型脑瘫患儿的病变部位在大脑皮质及椎体系^[4],临床主要变现为肌肉痉挛,而痉挛是导致脑瘫患儿运动障碍、姿势异常、继发骨骼关节二级畸形的主要原因。缓解痉挛的方法有物理治疗、口服肌松剂、神经阻滞术、鞘内注射巴氯芬、肌腱松解术及选择性脊神经背根切断术等^[5],这些方法都是作用于牵张反射弧的某个环节,使牵张反射活动减弱,从而降低肌张力。对于严重的痉挛,物理治疗的疗效较差,且有效维持时间短;口服药物虽可起到良好的肌肉松弛作用,但有效剂量下会出现嗜睡、肌无力等副作用,影响患儿康复治疗及以后的生活质量;鞘内注射巴氯芬因需要特殊的设备和注射针,费用高、痛苦大,不易接受;肌腱松解术等为破坏性治疗,存在创伤大、副作用多、遗留疤痕等缺陷,而且适用于较大年龄儿童。

小儿脑瘫在中医学中属于“五迟、五软”,也属“痿证”,病因概为先天不足、后天失养。阳明经为多气多血之经,所以《素问·痿论》中就有“治痿独取阳明”之说,而解溪穴为足阳明胃经穴,五行属木,为本经之母穴,又主宗筋,其穴有补益气血、强健经筋之效,解溪穴位于足胫之间,更起枢扭之用。解溪穴主治包括脑血管病及脑部炎症、神经性皮肤病、胫腓骨骨折、小儿麻痹后遗症、脉管炎等。本研究表明,应用针刺解溪穴的方法,不但可以疏通经络,且在踝关节局部也起到增加关节活动度的作用,在原有的 Bobath 法训练基础上可以有效地改善踝关节活动度,纠正尖足,方便康复技师训练操作。

(下转第 707 页)

用神曲顾护后天之气,若兼见纳呆等症状,则酌加焦三仙、鸡内金等健脾开胃之品。

总之,张老师认为,治疗肿瘤要在应用引经理论基础上以软坚散结、益肾健脾为主要治法,标本兼治,正如《杂病源流犀烛》云:“故治积聚者,计惟有补益攻伐,相间而进,方为正治”。

3 引经结合辨证

临证中要辨病辨证选用方药,肿瘤部位属性明确,辨病应用引经理论,同时在治疗患者兼症时也应根据引经归经理论,准确选用方药,方能效如桴鼓。总结多年临床经验,张老师认为,川楝子、延胡索用于腹痛疗效甚好,而对其他部位疼痛疗效不明显;骨碎补、补骨脂、乌梢蛇善治骨痛;山茱萸、杜仲用于腰痛;肢体痛用络石藤、鸡血藤、木瓜、丹参等,上肢加羌活,下肢加独活。失眠常用入心经之莲子心、酸枣仁、柏子仁、合欢花、分心木等。恶心用入脾胃经之半夏、紫苏梗、刀豆子、玫瑰花等。治疗出血症加用侧柏叶、荷叶、三七,若为咳血加百部、白及引经,若为便血则加仙鹤草。小便不利者用入膀胱经之猪苓、泽泻,若兼见涩痛,则加篇蓄、瞿麦苦寒泻热。胸闷、憋气加用瓜蒌薤白半夏汤开胸阳,胸腔积液者用葶苈大枣泻肺汤泻水平喘等等,均体现出张老师对引经归经理论的重视和灵活运用。

4 病案举例

张某,男,70岁,2011年2月15日初诊。患者胃肿瘤术后7个月,病理类型:胃窦中一低分化的腺癌,侵出浆膜,累及肝胃韧带,已有淋巴结转移,术后行化疗6周期结束。现脘腹部隐痛,纳呆,食后泛酸,伴腰酸乏力,湿疹偶发,大便每日一二次,质可,寐安。舌暗红边瘀点、苔薄,脉弦滑。中医辨证属脾肾两虚,痰瘀互结,湿热风袭,治以益肾健脾,软坚散结,利湿祛风。方药:茯苓 10g,半夏 10g,陈皮 10g,

紫苏梗 10g,夏枯草 10g,牡蛎 30g,猫爪草 30g,桔梗 10g,浙贝母 10g,海螵蛸 10g,黄芪 30g,黄精 15g,女贞子 15g,墨旱莲 15g,川楝子 10g,延胡索 10g,丹参 15g,何首乌 10g,神曲 10g,甘草 6g,白鲜皮 10g,地肤子 15g,苦参 15g,荆芥 10g,防风 10g。7剂,水煎服。全方以二陈汤为基础引经方,加用夏枯草、牡蛎、猫爪草等软坚散结,黄芪、黄精、女贞子、墨旱莲、神曲等益肾健脾,川楝子、延胡索针对脘腹隐痛,白鲜皮、地肤子、苦参、荆芥、防风等治疗湿疹,综合引经及辨病、辨证。1周后患者复诊,诸症减轻,原方稍作加减继服14剂,患者病情稳定,无明显自觉不适,一般情况可,之后守方或根据需要加减以巩固治疗。

5 结语

引经理论是具有中医特色的药性理论,在临床有积极的指导作用。张老师善用引经方药,认为若不加引经药或引经方,处方则无法针对病所发挥作用,而失去治疗效果,正如《医学读书记》所讲“药无引使则不通病所”。尤其肿瘤疾病部位属性明确,引经方药的使用尤为重要。

有文献提出,将引经归经理论应用于肿瘤的靶向治疗中,使引经药与化疗药物相结合,一方面可以使患者在化疗时服用相应肿瘤部位的中药引经药,另一方面可以应用类似引经药的特异性载体将抗肿瘤药物导向肿瘤病灶,这样可以增强治疗药物在靶器官的聚集,而减少对正常组织和细胞的损伤,具有很高的临床价值^[1-2]。

参考文献

- [1]李忠,白桦,张雅月.中医归经与肿瘤靶向给药[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2008,15(6):27-29.
- [2]陈树泉,王兆香.“引经化疗”——癌症治疗的新思考[J].中国民间疗法,2005,13(3):11-13.

(收稿日期:2011-06-13;修回日期:2011-12-20)

[编辑:李 巍]

(上接第 677 页)

本方法操作方法简单易学,临床效果明显,且易于被家长及患儿接受。今后拟对针刺解溪穴配合 Bobath 法治疗痉挛型脑瘫患儿的粗大运动功能进行观察,并对本法与 A 型肉毒毒素注射法进行疗效比较,为临床治疗痉挛型脑瘫尖足提供一种可靠的治疗方法。

参考文献

- [1]Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006 [J]. Dev Med Child Neurol Suppl, 2007, 109: 8-14.

- [2]陈秀洁.儿童运动障碍和精神障碍的诊断与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2009:114.

- [3]陈秀洁,李树春.小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件[J].中华物理医学与康复杂志,2007,29(5):309.

- [4]刘建军,纪树荣,胡莹媛,等. A 型肉毒毒素缓解脑瘫痉挛的适宜剂量及相关因素的研究[J].中国康复理论与实践,2008,14(4):358-360.

- [5]徐玲,王纪文.肉毒毒素在痉挛型脑瘫治疗中的应用及研究进展[J].中国康复理论与实践,2006,12(9):788-790.

(收稿日期:2011-07-04;修回日期:2011-09-18)

[编辑:崔京艳]