

经络综合疗法配合功能锻炼

治疗小儿脑性瘫痪 75 例

浙江医科大学附属儿童医院(杭州 310003)

周雪娟 陈 彤 陈嘉棠 张寿巧 庄妮霞 厉裔华

内容提要 脑性瘫痪是儿科难治之症。我们采用经络综合疗法(包括头针、体针、穴位注射、耳穴贴压、点穴、按摩等)配合功能锻炼对 75 例患儿进行了治疗观察。疗程最短 10 次(20 天),最长 120 次(1 年)。按运动功能和社会适应性行为两大方面进行疗效评判,并对治疗 60 次(6 个疗程)以上的 30 例患儿进行治疗前后智商对照。结果表明经络综合疗法不仅改善了患儿的运动功能,而且还提高了患儿的智力。

关键词 经络疗法 功能锻炼 脑性瘫痪

脑性瘫痪是指出生前到出生后 1 个月内由于各种原因引起的非进行性的大脑损伤综合征。主要表现为运动功能障碍和姿势异常,可伴有智力低下、癫痫等,为儿科难治之症。1990 年 2 月~1992 年 7 月,我们对 75 例脑性瘫痪患儿进行了经络综合治疗(包括头针、体针、穴位注射、耳穴贴压、点穴、按摩等)配合功能锻炼,报道如下。

临 床 资 料

一、一般资料 患儿来源于本院脑性瘫痪专科门诊 59 例,杭州市儿童福利院 10 例,杭州市小营残疾幼儿寄托班 6 例。75 例中男 50 例,女 25 例。年龄 1~6 岁 60 例,7~14 岁 15 例。病程最短 8 个月,最长 14 年。诊断及分型均参照有关文献^(1,2)确定。

二、病因 产前因素(重度妊娠反应、先兆流产、早产等)8 例;产时因素(胎位不正、脐带绕颈、产程过长、产钳助产或药物催产等)32 例;产后因素(核黄疸、颅内出血、败血症等)11 例;不明原因 24 例。

三、分型 痉挛型 48 例;其他(包括高张力性手足搐动型、混合型、中枢性协调障碍等)27 例。

四、智力情况 59 例门诊患儿采用盖泽尔、韦氏、韦氏-R 智力量表进行智商测定,其中<40 分者 19 例;40~69 分者 27 例;70~79 分者 5 例;80~89 分者 3 例;90~109 分者 3 例。

治 疗 方 法

所有患儿均同时采用以下 7 种方法,但选穴、手法等各有侧重。

一、头针法

1. 选穴 采用标准化方案,选顶中线、顶旁 1 线、顶颞前斜线、额中线、枕上正中线、枕下旁线等。

2. 操作 选用 30~32 号长 40mm 的毫针,针体与头皮成 45°角快速进针,刺入帽状腱膜下后将针与头皮平行推进一定深度,不加捻转,接 G-6805 多功能治疗仪,采用中等连续波或疏密波刺激 20min,强度以患儿能接受为度。静

留针 3~4h。

3. 注意事项 (1)电针刺激量应从小到大,根据每个患儿的体质、敏感度而定。(2)头针静留针期间,应加强肢体的功能锻炼,重症患儿可做被动活动。(3)注意安全,避免头部碰撞以免弯针、断针。

二、穴位注射法

1. 选穴 哑门、大椎、风池、肾俞、阳陵泉、足三里、手三里、曲池。

2. 药物 乙酰谷酰胺注射液或脑活素注射液,每穴注射 1~2ml。

3. 操作 选用 5ml 注射器和牙科 5 号长针头,哑门穴向下颌骨方向进针 0.8 寸(3 岁以下患儿选用副哑门,即哑门穴下 1 寸再旁开 0.5 寸);大椎穴针尖稍向上直刺 1 寸;风池穴向鼻尖方向进针 1 寸;肾俞穴向脊柱方向进针 1 寸;四肢穴常规进针 1~1.5 寸,缓慢注入药液。

4. 注意事项 (1)严格无菌操作。密切观察注射情况。(2)准确掌握针刺的角度和深度,特别是颈项腰背等部位要避开重要器官、脊髓和神经干,以免发生意外。

三、体针法

1. 选穴 (1)背部:督脉经,膀胱经第一、第二侧线,华佗夹脊穴。(2)上肢:三间、后溪、合谷、外关、臂臑、肩髃、肩髃、肩贞。(3)下肢:太冲、足临泣、丘墟、解溪、悬钟、阳陵泉、足三里、承山、委中、梁丘、风市、环跳、秩边。

2. 操作 选用 28~30 号长 25~50mm 的毫针,背部经穴均横刺(针尖与皮肤表面呈 15~30°角进针,然后针身与皮肤平行推进一定深度),静留针 10~15min;四肢穴直刺 0.3~1.5 寸,可运针,留针 5~10min,亦可进针后快速捻转 10 余次即出针。

3. 注意事项 患儿情绪紧张会加重痉挛和引起肌张力的改变,容易发生滞针和弯针。如果遇到这种情况应沉着冷静,帮助患儿消除紧张情绪并在针穴附近轻轻按揉,使其肌肉放松,顺势慢慢将针取出。

四、耳穴按压法

1. 选穴 缘中、枕、皮质下、心、神门、肾、

指、腕、肘、肩、趾、跟、踝、膝、髌、腰骶椎、胸椎、颈椎等。

2. 操作 小磁珠或王不留行籽左右耳交替贴压,隔天换 1 次。

3. 注意事项 (1)取穴宜少而精,每次 2~3 穴。(2)应每天按压 3~4 次,每次至少 1~2min。手法宜稍重,以患儿能接受为度。

五、按摩法

1. 头颈部 平推大椎至神庭穴;揉哑门、百会、神庭穴;按压风池穴。

2. 背腰部 按揉身柱、神道、至阳、筋缩、中脘、命门、腰阳关、肾俞、秩边、关元穴;掌拍两侧华佗夹脊穴和膀胱经第一、第二侧线。对年龄较小、体质较弱的患儿可配合捏脊法。

3. 四肢部 捏、拿、揉、搓四肢阳经循行部位。

注意事项:小儿神气怯弱,肌肤娇嫩,无论按、摩、推、拿、捏、揉都以指法为主,柔和均匀,具有一定的力度并持续运用一定时间。

六、点穴法 多采用点矫形手法。

1. 点分髌法 患儿仰卧,两下肢屈曲外展,术者双手分别按于其双膝上方内侧,向外上方按压。适用于髌关节内收挛缩者。

2. 点按臀法 患儿俯卧,术者一手握住其小腿以固定,另一手放于其臀部向下按压。适用于髌关节挛缩者。

3. 点整膝法 患儿仰卧,术者双手重叠放于膝部缓慢按压。适用于膝关节挛缩屈曲者。

4. 点整足法 患儿仰卧,操作者一手握足掌用力向前推,同时另一手按压膝部。适用于足下垂、足内翻者。

注意事项:手法宜轻柔,切忌用蛮力。反复多次逐步加大幅度,不求一次到位。

七、功能锻炼 按照正常儿童的运动功能发育规律训练脑瘫患儿,尽量弥补大的运动脱漏。教他们学会抬头以后再练翻身,会爬以后再坐,会站以后再学走,并练习各个阶段的平衡控制,培养正确的动作和姿势,要求每天都有点滴进步。

疗程:隔日治疗 1 次,10 次为一疗程,两个

疗程之间休息 7~10 天。

结 果

一、疗效评定标准 鉴于目前国内外尚无统一认可的疗效评定方法,我们根据小儿神经精神运动发育标准,参考国内外有关脑瘫的评分方法,建立了一份运动功能评分表和社会适应性行为评分表。前者从抬头、翻身、坐、站、走等 10 个大类 25 个动作进行评估,总分为 100 分,治疗后提高 10 分为有效,提高 20 分为显效;后者从日常生活自理到语言、数算及对外界

的反应、社会交往等 11 大类进行评估,总分为 110 分,治疗后提高 10 分为有效,提高 15 分为显效;智商测定提高一个等级(8~10 分)为显效,提高 0.5 个等级(4~7 分)为有效。

二、疗效统计 75 例患儿中,治疗最短的为 1 个疗程,最长的达 12 个疗程,其中 1~5 个疗程的 29 例,6~12 个疗程的 46 例,任何一个疗程结束都可进行相同的疗效评估。对治疗 6 个疗程以上的门诊患儿进行疗程前后智商测定对照。结果见附表。

附表 75 例运动功能和社会适应性行为评分及 30 例智商测定结果统计 [例(%)]

	显效	有效	无效	总有效
运动功能	18(24)	24(32)	33(44)	42(56)
社会适应性行为	9(12)	30(40)	36(38)	39(52)
总智商	9(30)	5(16.67)	16(53.33)	14(46.67)
语言智商	10(33.33)	4(13.33)	16(53.33)	14(46.67)
操作智商	11(36.67)	5(16.67)	14(46.67)	16(53.34)

讨 论

一、关于疗效评定 由于国内外对脑瘫的康复效果没有统一认可的标准,因此各种方法的疗效无法对比分析。我们从运动功能和社会适应性行为两大方面来进行疗效的评定,结果治疗后运动功能显效 18 例占 24%,有效 24 例占 32%,总有效 42 例占 56%;社会适应性行为显效 9 例占 12%,有效 30 例占 40%,总有效 39 例占 52%。我们认为这样的评定方法能够较全面地反映患儿治疗前后的总体情况,对治疗效果能作较客观的判断。

二、关于智商测定 我们对门诊的 59 名患儿采用盖泽尔、韦氏、韦氏-R 智力量表进行了测量,由本院儿童保健科以双盲法进行。从测量情况来看,智力基本正常的 10 例占 16.95%,弱智临界的 5 例占 8.47%,智能低下的 46 例占 77.9%,其中极重度的 19 例占 32.2%。治疗达 6 个疗程以上(包括 6 个疗程)的 30 例患儿,复查总智商提高 1 个等级的 9 例占 30%,提高 0.5 个等级的 5 例占 16.67%,总有效 14 例占 46.

67%;语言智商提高 1 个等级的 10 例占 33.33%,提高 0.5 个等级的 5 例占 16.67%,总有效 16 例占 53.34%。上述结果表明:经络综合疗法确能提高患儿的智力。

三、关于年龄、疗程、类型与疗效的比较 一般认为脑瘫的治疗效果与年龄、类型、疗程有关。痉挛型、年龄小、疗程长、效果好。我们采用秩和检验的方法,以显效、有效、无效三个等级分别对两个年龄组(1~6 岁组;7~14 岁组)、两种类型(痉挛型;其他型)、两组疗程(1~5 疗程;6~12 疗程)的疗效进行了假设检验,结果表明:不同年龄和不同类型的疗效无显著性差异,而不同疗程的疗效却有显著性的非常显著性差异。提示我们只要持之以恒,坚持治疗和训练,无论什么年龄、什么类型都可以取得有意义的进步。

参 考 文 献

1. 诸福棠,等编实用儿科学(下册).第 4 版.北京:人民卫生出版社,1985:764-766.
2. 林 庆.小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型.中华儿科杂志 1989;27(3):162.

Changes of Hypothalamus-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis and the Deficiency-Excess Syndrome Differentiation on Epidemic Hemorrhagic Fever Patients

Liu Jun-bin (刘俊彬), et al

Xijing Hospital, The 4th Military University, Xi'an (710032)

In order to understand the relationship between the functional changes of hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis and the Deficiency-Excess Syndrome Differentiation of traditional Chinese medicine (TCM), the levels of serum cortisol and urinary 17-hydroxy-corticosteroid (U 17-OH) per 24 hours were studied. 171 serum samples and 139 urinary samples were obtained from 87 patients suffering from epidemic hemorrhagic fever (EHF) in various stage. Result: The Syndrome displayed as Excess-Heat type accompanied with Blood Stasis in febrile phase of EHF, both the level of serum cortisol and the U 17-OH increased to meet the stress. But the Syndrome converted from the Excess-Heat type to the Cold-Deficiency type in hypotensive and shock phase and the secretion of HPA axis began to reduce. However, in oliguric phase, the Syndrome was Kidney Deficiency complicated with Blood-Heat and Blood Stasis, their U 17-OH lowered significantly ($7.53 \pm 3.82 \text{ mg}/24 \text{ h.}$) in comparing with normal control ($P < 0.01$), but the level of serum cortisol, on the contrary, raised significantly ($1517.96 \pm 421.96 \text{ mol/L}$) in comparing with control ($P < 0.01$). And in diuretic phase, the Syndrome was the Cold-Deficiency type, the HPA excretion tended to restore gradually but 17-OH maintain at a lower level in serious case. Therefore the change of serum cortisol was closely related with the HPA excretion in all phases of EHF, as well as to the Deficiency-Excess Syndrome Differentiation. It suggested that the increase of serum cortisol and 17-OH could be used as the criteria of the Heat-Excess Syndrome in clinical practice; while the reduction of 17-OH, the index of Cold-Deficiency Syndrome, and both increase of serum cortisol and reduction of 17-OH the criteria of the Kidney-Qi Deficiency Syndrome accompanied with Blood Stasis in the oliguric phase which could be taken as the theoretical basis for the combined therapy of TCM-WM for EHF with complication of oliguric renal failure.

Key words epidemic hemorrhagic fever, Deficiency Syndrome, Excess Syndrome, serum cortisol, urinary 17-hydroxy-corticosteroid

(Original article on page 217)

75 Infantile Palsy Children Treated with Acupuncture, Acupressure and Functional Training

Zhou Xue-juan (周雪娟), Chen Tong (陈彤), Chen Jia-tang (陈嘉棠), et al

Affiliated Children's Hospital, Zhejiang Medical University, Hangzhou (310003)

In treating infantile cerebral palsy (CP), 75 CP children were treated with a comprehensive meridian therapy including scalp and body acupuncture, acu-point injection and auriculo-point stimulation, supplemented with acu-pressure and massage, and functional training. A minimum of 10 times of treatment within twenty days, and a maximum of 120 times within a year was performed. The effect of the treatment was evaluated by appraising the children's performance of physical exercise and their social adaptability. The intelligence quotient (IQ) of 30 sick children that had been treated for 60 times (6 courses) was compared prior to and after treatment. It indicates that the treatment yielded a very positive improvement in the children's physical capability and an increase of their intelligence.

Key words cerebral palsy, functional training, meridian therapy

(Original article on page 220)