

引用:王芳,李进,罗元连,汪小艳,刘杰文. 头针结合抗痉挛体针对痉挛型脑瘫患儿下肢活动的影响[J]. 湖南中医杂志, 2020,36(10):64-67.

头针结合抗痉挛体针 对痉挛型脑瘫患儿下肢活动的影响

王芳,李进,罗元连,汪小艳,刘杰文
(株洲市康复医院,湖南 株洲,412005)

[摘要] 目的:观察头针结合抗痉挛体针对痉挛型脑瘫患儿下肢肌张力及关节活动度的治疗效果。方法:将90例痉挛型脑瘫患儿随机分为3组,每组各30例。对照1组采用普通头针治疗,对照2组采用靳三针头针治疗,治疗组采用靳三针头针加抗痉挛体针治疗,每组同时进行常规康复训练,观察3组患儿下肢肌张力与关节活动度改善情况。结果:与治疗前比较,3组患儿治疗后的腓肠肌、腓绳肌以及内收肌的肌张力均明显改善($P<0.01$);治疗组患儿的下肢肌张力改善优于对照1、2组($P<0.01$)。与治疗前比较,3组治疗后患儿的下肢髋关节(内收度、外展度以及屈伸ROM)、膝关节(屈曲度、伸展度以及屈伸ROM)、踝关节(背伸度、跖曲度以及屈伸ROM)的关节活动度明显改善($P<0.05$);治疗组患儿的下肢关节活动度优于对照1、2组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论:靳三针头针加抗痉挛体针能较好改善痉挛型患儿下肢肌张力和关节活动度。

[关键词] 痉挛型脑瘫;靳三针;抗痉挛体针;下肢肌张力;关节活动度

[中图分类号] R277.7 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.10.026

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)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受到非进行性损伤所致的^[1]。CP主要表现为婴儿期出现的肌张力和姿势异常、运动发育落后及障碍、神经反射检查异常等,可合并智力障碍、癫痫、感知觉障碍、交流障碍、行为异常及其他异常。痉挛型是其中最常见的一种类型,约占脑瘫病例的60%~70%^[2]。此型患儿由于锥体系受损,导致肌张力增高,进而出现运动功能障碍、姿势异常和关节挛缩畸形。笔者对收治的痉挛型脑瘫患儿实施了头针结合抗痉挛体针治疗,取得了良好的效果,现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年6月至2018年12月我院收治的90例痉挛型脑瘫患儿为研究对象,随机分为3组,每组各30例。治疗组中,男19例,女11例;年龄1~7岁,平均(3.52±0.79)岁。对照1组中,男20例,女10例;年龄1~6岁,平均(3.43±0.85)岁。对照2组中,男18例,女12例;年龄1~7岁,平均(3.56±0.87)岁。3组患儿性别、年龄、病情等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),

具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《脑瘫指南及定义、分型、诊断标准修订》^[3]中制定的标准。必备条件:1)持续存在的中枢性运动障碍;2)运动及姿势发育异常;3)反射发育异常;4)肌张力及肌力异常。参考条件(非必备):1)引起脑瘫的病因学依据;2)头颅影像学佐证(MRI、CT、B超)等。鉴别诊断要注意:1)运动发育落后、障碍性疾病;2)骨骼肌肉疾病;3)常见的遗传性疾病;4)脊髓疾病;5)周围神经病变等。按运动障碍类型及瘫痪部位将小儿脑瘫分为六型:痉挛型四肢瘫、痉挛型双瘫、痉挛型偏瘫、不随意运动型、共济失调型、混合型。

1.3 纳入标准 1)符合痉挛型脑瘫诊断标准;2)年龄1~7岁;3)下肢肌张力增高,关节活动受限;4)所有患儿家属均知情,自愿参与本次研究。

1.4 排除标准 1)严重癫痫;2)下肢肌张力正常或软瘫;3)并发严重心、肝、肾和造血系统等疾病;4)未按规定方法治疗;5)中途中断治疗;6)对针刺治疗过度敏感而产生不良反应。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 3组患儿均接受常规康复训练。

第一作者:王芳,女,中医学硕士,主治医师,研究方向:心脑血管疾病、儿童脑瘫的针灸治疗

通讯作者:李进,男,主治医师,研究方向:心脑血管疾病、儿童脑瘫的康复治疗, E-mail:2331417523@qq.com

训练措施:结合脑瘫患儿的实际运动能力及脑瘫的严重程度,来选取不同的训练方案,综合应用常见的 Bobath 等疗法来抑制脑瘫患儿的不良运动和姿势,从而引导和促进其正常运动和姿势。康复治疗师和脑瘫患儿采取一对一的方式进行运动功能训练,每次 30 min,每天 1 次,每周 5 次。在患儿休息期间实行家庭康复。

2.2 治疗组 采用靳三针头针加抗痉挛体针治疗。靳三针头针:四神针(百会前后左右各 1.5 寸)、智三针(神庭、左右本神)、颞三针(耳尖直上 2 寸入发际为第 1 针,前后各 1 寸为第 2、3 针)、脑三针(脑户、左右脑空)。抗痉挛体针:采取痉挛肌和拮抗肌配合取穴。针刺拮抗肌上的经穴为主,配合少量痉挛肌上的经穴。根据下肢痉挛症状取穴治疗,如髋关节屈曲内收取秩边、环跳、承扶、髀关;屈膝取风市、伏兔、梁丘、血海、殷门;尖足取足三里、阳陵泉、阴陵泉、下巨虚、悬钟、解溪、太冲;足外翻取足三里、阳陵泉、阴陵泉、三阴交、太溪;足内翻取足三里、阳陵泉、阴陵泉、悬钟、昆仑;足指挛缩取八风、太冲。随症配穴可根据情况加减:如多动失眠者加定神针、手智针;多静少言者加足智针;听力障碍者加耳三针;语言障碍配舌三针;智力低下加手智针、足智针;手指挛缩者加八邪、合谷等。以上穴位先针头针,再针体针。针体针时,先针拮抗肌上的经穴,再针痉挛肌上的经穴。头针留针 60 min,体针留针 30 min。头部腧穴采用平刺法,拮抗肌上的经穴用直刺法,痉挛肌上的经穴用斜刺法。采用捻转法进针,头部腧穴进针后不行针,拮抗肌上的经穴用补法,痉挛肌上的经穴用泻法。体针留针 30 min 后出针,继续保留头针,让患儿行走或活动(注意避免碰触头针),待头针留针满 60 min 再出针。

2.3 对照 1 组 采用普通头针治疗。针刺部位依据《针灸学》^[4]中“头皮针穴名标准化国际方案”选取。主要选取的位置是顶中线(百会穴至前顶穴之间的连线)、顶颞前斜线(前神聪与悬厘穴之间的连线)、顶颞后斜线(百会穴与曲鬓穴之间的连线)、顶旁 1 线(通天穴向后 1.5 寸的线)、枕下旁线(玉枕穴向下 2 寸的线)。头部选取的区域常规消毒后,用 0.3 mm×25 mm 的针灸针进行针刺。将针与患儿头皮呈 15°~30°角,以快速进针方式刺入帽状腱膜下,不强求针感,留针 60 min。留针期间让患儿

行走或活动,注意避免碰触头针。

2.4 对照 2 组 采用靳三针头针治疗,取穴及方法同治疗组。

3 组患儿每周均治疗 5 次,20 次为 1 个疗程,治疗 3 个疗程后统计结果。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别应用下肢改良 Ashworth 张力评分量表^[5]与下肢关节活动度量表^[5]评价患儿治疗前后下肢肌张力及关节活动度改善情况。其中改良 Ashworth 张力评分量表测定患儿下肢肌群内收肌、腘绳肌和腓肠肌等肌群肌张力变化,将评定等级 0、1、1*、2、3、4 级量化为 1、2、3、4、5、6 分。下肢关节活动度分别测定患儿髋关节(内收度、外展度以及屈伸 ROM)、膝关节(屈曲度、伸展度以及屈伸 ROM)以及踝关节(背伸度、跖曲度以及屈伸 ROM)。

3.2 统计学方法 研究数据录入 SPSS 22.0 软件进行统计学处理,年龄、下肢肌张力改善以及下肢关节活动度改善以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;性别采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 3 组治疗前后下肢肌张力评分比较 治疗前,3 组患儿的腓肠肌、腘绳肌以及内收肌的肌张力比较,差异无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,3 组患儿治疗后的腓肠肌、腘绳肌以及内收肌的肌张力均明显改善($P<0.05$),治疗组的改善优于对照 1、2 组($P<0.01$);对照 2 组与对照 1 组患儿的下肢肌张力比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表 1)

表 1 3 组治疗前后下肢肌张力评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	腓肠肌		腘绳肌		内收肌	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	3.49±1.18	2.12±0.74	1.48±0.63	0.65±0.41	2.19±0.61	1.27±0.32
对照 1 组	30	3.46±1.12	2.92±0.95	1.43±0.62	1.13±0.52	2.26±0.62	1.89±0.51
对照 2 组	30	3.51±1.21	2.60±0.86	1.46±0.58	0.93±0.46	2.21±0.58	1.73±0.44
F 值		0.01	6.66	0.63	8.05	0.05	7.27
P 值		0.986	0.002	0.950	0.001	0.949	0.001

3.3.2 3 组治疗前后下肢关节活动度比较 治疗前,3 组患儿的下肢髋关节(内收度、外展度以及屈伸 ROM)、膝关节(屈曲度、伸展度以及屈伸 ROM)以及踝关节(背伸度、跖曲度以及屈伸 ROM)活动

度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,3组患儿治疗后的下肢关节活动度明显改善($P<0.05$),治疗组的改善优于对照1组与对照2组

($P<0.05$ 或 $P<0.01$);对照2组与对照1组患儿的下肢关节活动度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表2、3、4)

表2 3组治疗前后下肢腕关节活动度比较($\bar{x}\pm s,^\circ$)

组别	例数	内收度		外展度		屈伸 ROM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	1.35±1.02	4.61±1.45	-9.34±2.78	-5.06±2.05	36.69±3.24	40.36±2.71
对照1组	30	1.38±1.03	3.42±1.15	-9.36±2.69	-6.68±2.24	36.76±3.32	37.76±2.41
对照2组	30	1.41±1.01	4.02±1.26	-9.41±2.82	-6.44±2.11	36.81±3.27	38.93±2.44
F值		0.03	7.48	0.01	5.03	0.01	7.99
P值		0.974	0.001	0.995	0.009	0.990	0.001

表3 3组治疗前后下肢膝关节活动度比较($\bar{x}\pm s,^\circ$)

组别	例数	屈曲度		伸展度		屈伸 ROM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	43.95±4.12	54.02±5.46	-3.94±1.04	-2.82±0.58	45.36±5.44	58.23±6.95
对照1组	30	44.08±4.23	49.54±5.05	-3.86±1.03	-3.44±0.74	45.87±5.42	52.48±6.21
对照2组	30	43.81±4.11	51.02±5.11	-3.81±1.01	-3.24±0.62	46.81±5.53	54.53±6.43
F值		0.03	5.76	0.12	7.11	0.54	5.96
P值		0.969	0.005	0.885	0.001	0.583	0.004

表4 3组治疗前后下肢踝关节活动度比较($\bar{x}\pm s,^\circ$)

组别	例数	背伸度		跖曲度		屈伸 ROM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	9.18±2.21	12.79±2.95	-12.67±3.04	-9.84±2.25	18.87±3.26	21.84±3.65
对照1组	30	9.28±2.16	10.82±2.25	-12.66±3.02	-11.48±2.44	18.74±3.25	19.32±3.34
对照2组	30	9.32±2.12	11.22±2.32	-12.51±2.92	-11.14±2.62	18.82±3.23	20.03±3.43
F值		0.03	5.10	0.03	3.77	0.01	4.19
P值		0.967	0.008	0.974	0.027	0.988	0.018

4 讨 论

中医古籍中记载的“五迟”“五软”“五硬”的病证表现,相当于现代医学的脑发育不全、智力低下、脑瘫、严重营养不良等疾病。其中“五硬”(指头项、手、足、腰和肌肉僵硬)与痉挛型脑瘫的主要表现十分相似。中医学认为痉挛型脑瘫的病因多为先天禀赋不足,胎元失养,其病机与肝旺关系密切。现代医学认为痉挛型脑瘫患儿是在发育期锥体系受损,导致肌张力增高,从而出现多种异常姿势,进而出现活动障碍。目前脑瘫的治疗没有特效疗法,需要多种疗法综合使用,长期坚持。研究显示,现代康复训练结合中医针刺治疗小儿脑瘫的疗效显著,可以有效调节大脑皮质功能,改善脑细胞代谢功能,促进血液循环,有效调节肌张力,改善患儿运动能力^[6]。

头针是中医治疗小儿脑瘫的一种重要针刺疗法,其对痉挛型脑瘫患儿运动功能疗效最为显

著^[7]。对照1组采用的普通头针即国标头针,是中国针灸学会按分区定经、经上选穴,并结合古代透刺穴位的方法拟定的,在1984年日本召开的世界卫生组织西太区会议上正式通过以来,已广泛运用于临床实践,获得肯定疗效。而头针流派之一的靳三针头针对提高患儿记忆力,提高智商,改善躯体平衡功能和运动能力都有较好的疗效^[8]。通过本研究,单就患儿下肢的肌张力和关节活动度的疗效来说,靳三针头针与普通头针治疗并无明显差异。出现这一结果的原因,一种可能是因为国标头针的基本理论是按大脑皮层的不同功能区和中医的头部腧穴相结合来定位的;而靳三针头针主要是按中医头部腧穴来定位的。两者有相似的理论基础,并且取穴位置十分接近,其治疗的效果也就大同小异。另一种可能如闵友江等^[9]提出的,头针治疗的局部作用只限于头皮,对脑内结构的调节作用是通过神经的反射作用来实现的,针刺头皮治疗区不能直接

刺激相关的大脑皮层功能区,其的大脑皮层的调节是非特异性调节,故而针刺头皮的治疗选穴并不像体针那样对位置有严格的要求。临床上可采用普通头针与靳三针头针交替取穴治疗,既能取得相似的疗效,又能避免对同一穴位刺激过久,患儿痛感加强而不愿配合治疗的情况出现。

近年来部分研究表明,在缓解痉挛型脑瘫患儿肌痉挛的疗效方面,刺激拮抗肌经穴与刺激痉挛肌经穴的疗效有明显差异^[10]。本研究中的抗痉挛体针主要针对患儿髋关节屈曲内收、屈膝、尖足、足内外翻、足趾挛缩等下肢异常姿势进行设计,取拮抗肌上的经穴为主,手法为捻转补法;取少量痉挛肌上的经穴为辅,手法为捻转泻法,从而兴奋拮抗肌,抑制痉挛肌,改善肢体的痉挛状态。如髋关节屈曲内收者主要取下肢带肌后群肌上的经穴,屈膝者主要取大腿前外侧群肌上的经穴,尖足者主要取小腿前群肌上的经穴,足外翻者主要取小腿后群肌上的经穴,足内翻者主要取小腿外侧群肌上的经穴,足趾挛缩者主要取足背肌的经穴。通过针刺降低患儿下肢肌张力,纠正下肢异常姿势,从而改善下肢活动能力。

本文研究结果显示,与治疗前比较,所有患儿治疗后的腓肠肌、腓绳肌以及内收肌的下肢肌张力与下肢关节活动度[髋关节(内收度、外展度以及屈伸 ROM)、膝关节(屈曲度、伸展度以及屈伸 ROM)以及踝关节(背伸度、跖曲度以及屈伸 ROM)]均有

所改善,但头针加抗痉挛体针治疗对患儿下肢的肌张力和关节活动度的改善情况明显优于单纯应用头针治疗的患儿。综上所述,运用头针加抗痉挛体针治疗痉挛型脑瘫患儿,可以明显改善患儿下肢的肌张力和关节活动度,临床疗效确切,值得推广应用。

参考文献

- [1] 中国脑性瘫痪康复指南编委会. 中国脑性瘫痪康复指南(2015):第一部分[J]. 中国康复医学杂志,2015,30(7):749.
- [2] 李树春. 小儿脑性瘫痪[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2000:24.
- [3] 李晓捷. 脑瘫指南及定义、分型、诊断标准修订[C]//中国康复医学会儿童康复专业委员会暨中国残疾人康复协会小儿脑瘫康复专业委员会. 第六届全国儿童康复、第十三届全国小儿脑瘫康复学术会议论文汇编. 郑州:2014.
- [4] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:170-173.
- [5] 张泓. 康复评定学[M]. 中国中医药出版社,2017:113,57.
- [6] 宋军利,陈迪,宋国. 现代康复训练结合中医针刺治疗小儿脑瘫临床观察[J]. 湖北中医药大学学报,2016,18(5):28-31.
- [7] 金炳旭,刘振寰,赵勇,等. 针刺辅助治疗对不同类型脑瘫患儿运动功能疗效相关因素分析——附520例回顾性分析[J]. 中国针灸,2016,36(7):709-714.
- [8] 徐凯. 靳三针配合运动疗法治疗小儿痉挛型脑瘫的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2005.
- [9] 闵友江,姚海华,邵水金,等. 浅析《头针穴名国际标准化方案》的科学性[J]. 中国针灸,2007,27(8):612-616.
- [10] 任世光. 按摩治疗脑瘫痉挛及拮抗肌群的手法[J]. 中国康复理论与实践,2004,10(12):798-799.

(收稿日期:2019-11-10)

秋天燥咳分“温”“凉”

中医学认为,燥咳有温燥与凉燥之分。

温燥咳嗽是燥而偏热的类型,初发病时,可有发热和轻微畏寒的感觉,干咳无痰,或有少量黏痰,不易咳出,甚至可见痰中带血,并可见咽喉肿痛。温燥在治疗上主要予以疏风清热、润肺止咳,常用方剂有桑杏汤加减。

凉燥咳嗽是燥而偏寒的类型,病发时畏寒,发热很轻,头痛鼻塞,咽喉发痒或干痛,咳嗽,咳痰不爽,口干唇燥,舌苔薄白而干。凉燥在治疗上主要予以疏散风寒、润肺止咳,常用方剂有杏苏散加减。

对于燥咳患者,应少吃辛、辣食物,如葱、姜、辣椒、胡椒,防止辛温助热,加重肺燥症状。需多饮水,多食用润肺的瓜果。饮水以少量频饮为佳,不宜暴饮,一次饮大量水,会给胃肠增加负担,引起不适,只有少量慢饮,“润物细无声”才能对口、鼻、咽、喉、食管,乃至气管产生更大的滋润作用。

如今大量秋梨上市,每天吃1~2个,可养肺润燥、润肠通便、预防咳嗽。此外,金橘有很好的止咳作用,每天可食3次,每次5~6颗,也有一定缓解燥咳的效果。(http://www.cntcm.com.cn/2020-10/16/content_81625.htm)