

102 例外伤性截瘫的中医康复

中国康复研究中心 (100077)

许健鹏 李慧兰 王征美 陈之罡 张进军 孙 岚 赵 蕾 徐基民 王洪忠 (指导)

从 1992 年以来共收治外伤性截瘫 102 例, 现将临床康复治疗的结果报告如下。

临床资料

本组 102 例中男 90 例, 女 12 例; 年龄 6~54 岁, 年龄峰值在 30 岁左右; 以野外工作者和司机最多, 车祸和工伤占 88.7%; 病程在半年之内 42 例, 半年~1 年 18 例平均病程 16.24 月; 损伤部位: C₈ 以上 23 例, T₁₋₁₀ 水平 32 例, T₁₁~L₂ 水平 36 例, L₂~马尾神经损伤 11 例; 完全型 66 例, 不完全型 36 例; 痉挛型 51 例, 弛缓型 51 例; 在我院住院治疗时间: 最短 1 月, 最长 22 月, 平均 7.42 月, 半年之内出院 58 例。

康复治疗方法

1. 针灸疗法: (1) 用督脉电针益髓通络, 在背部损伤平面上下, 各取一穴, 常规消毒, 沿棘突倾斜方向将针刺入 2.5 寸, 相当于硬膜外, 针柄接 WQ10 型直流脉冲电针仪的两极, 开通电源, 刺激量宜小, 以病人能接受为度。弛缓性瘫痪用间断波 30 分钟; 痉挛性瘫痪用疏密波 30 分钟。每日 1 次, 每周 5~6 次, 3 个月为一疗程, 一般治疗 2~3 个疗程。(2) 电体针选刺八髎、长强、气海、关元、三阴交、大肠腧、关元腧、小肠腧、肾腧、膀胱腧等穴交替使用, 以助气通腑荡浊, 调理二便。痉挛疼痛病人选用风市、至阴、筋缩、隐白、束骨、头针通经活络以解肢体痉挛疼痛。

施针手法: 施督脉电针直刺不提插也不捻转。施体针对脊髓损伤病人宜采用轻刺激补法为主, 不强行捻转以防滞针弯针。马尾损伤病人可采用中等刺激, 平补平泻, 以达到扶正祛瘀, 醒髓通络的目的。头针治疗痉挛时用中强刺激, 条件允许可留针 1 小时以上, 并可以让患者持头针参加体疗训练。

2. 中药疗法: (1) 截瘫康冲剂 (鹿茸、人参、全虫、枸杞、牛膝、山萸肉、生熟地等), 作用: 补髓强筋, 祛瘀生新。1 日 3 次, 1 次 1 袋。(2) 痉平宁合剂 (白芍、甘草、望江南等中药组成), 作用: 疏筋缓急、通络止痛。1 日 2 次, 1 次 50ml。(3) 抗泌感协定方 (八正散加减), 作用: 清利湿热, 排石通淋。

3. 按摩疗法: 医者采用捏、揉、摩、擦、拿、推、点穴等中医传统按摩手法, 对痉挛型截瘫患者施以轻

柔手法放松紧张肌群, 达到以柔克刚缓解痉挛。对弛缓型截瘫患者施以较重手法刺激萎缩肌群, 达到以刚制软增加肌容量, 并能防止褥疮形成。通过在按摩中对肢体关节的活动还能缓解病人关节僵直, 提高康复效果。

4. 康复训练: 用现代康复设施进行 PT 和 OT 训练, 根据病人损伤部位和程度, 逐步增强四肢活动能力和肌力, 提高站立、行走、日常生活自理的能力。并配合物理疗法、水疗、职业训练和心理咨询, 对患者进行全面康复。

疗效观察

观察项目: (1) 肢体功能分级: 卧 (1 级), 坐 (2 级), 站 (3 级), 双拐行走 (4 级), 单拐行走 (5 级), 自己行走 (6 级)。(2) 小便分级: 1 级: 滴尿、遗尿、不能控制, 间隔时间小于 30 分钟, 残余尿量大于 100ml; 2 级: 有模糊尿意, 能控制 1 分钟左右, 间隔时间大于 1 小时, 偶有滴、尿遗尿现象, 残余尿量小于 100ml; 3 级: 有尿意, 能控制 2 分钟以上, 间隔时间大于 2 小时, 无滴尿遗尿现象。(3) 大便分级: 1 级: 无便意, 要靠手扣, 药物排便或有失禁, 解不尽; 2 级: 有模糊便意, 能定量排便, 较费力, 不用或偶尔用药物排便; 3 级: 有便意, 自解, 1~2 日一行。(4) 运动功能指数: 根据美国脊髓损伤学会 1991 年 9 月费城会议制定的分类标准, 对于运动功能指数的标准, 我们选取 C₅ 曲肘, C₆ 伸腕, C₇ 伸肘, C₈ 屈指 (包括中、远端指节), T₁ 五指外展, L₂ 屈髋, L₃ 伸膝, L₄ 足背屈, L₅ 大趾伸展, S₁ 足趾屈。每一种运动分 6 级 (0-5), 这 10 种运动的分数作为运动指数, 左右满分为 100 分。

2. 疗效标准: (1) 基本治愈: 二便功能达 III 级, 能扶支具行走, 运动功能指数提高 50% 以上, 三项均具备。(2) 显著进步: 二便功能或/和肢体功能进步 2 级或运动指数提高 30% 者。(3) 进步: 二便功能或/和肢体功能进步 1 级, 或运动指数提高 20% 以上。(4) 无效: 二便功能、肢体功能、运动指数均无明显进步。

3. 治疗结果: 肢体功能级别: 有效 41 例, 显效 27 例, 无效 34 例, 共提高 68 例, 有效率 66.67%; 运动功能指数: 有效 42 例, 显效 15 例, 无效 45 例, 共提高 57 例, 有效率 55.88%; 小便分级: 有效 46 例, 显

效 22 例, 无效 34 例, 共提高 68 例, 有效率 66.67%; 大便分级: 有效 50 例, 显效 16 例, 无效 36 例, 共提高 66 例, 有效率 64.71%; 肢体痉挛型: 有效 16 例, 显效 10 例, 无效 25 例, 共提高 26 例, 有效率 50.89%。以上各项用 T 检验均有非常显著意义 ($P < 0.01$)。五项综合分析: 94 例有效, 8 例无效, 总有效率达 92%。用医学统计卡方检验有非常显著意义 ($P < 0.01$)。

讨 论

1. 外伤性截瘫的康复是一个十分棘手的医学难题。从本文总结的 102 例外伤性截瘫临床康复治疗的结果中, 可以看出运用中西医结合综合康复方法, 能够明显提高肢体活动能力, 改善二便功能, 缓解肢体痉挛, 用医学统计方法对其疗前疗后结果进行统计分析, 各项指标均有非常显著意义 ($P < 0.01$)。病程在 9 个月以内疗效较好, 病程大于 1 年者疗效降低, 不完全性截

瘫的康复治疗效果显著, 有 6 例达到基本治愈。

2. 针刺疗法已被广泛用于截瘫的康复治疗中, 而以督脉电针和中药为主的益髓助气通络之法, 再配合 PT、OT 以及理疗等全面综合康复, 取得了显著的疗效。中医益髓助气通络法的临床重要价值, 还有待于进行细致的研究, 认真探讨其机理与组方。对于不完全截瘫, 针刺和按摩对促进肌容量, 改善肌张力, 肌营养状况有明显作用, 而且有可能使处于间生态的脊髓神经组织得以康复, 使残存生理功能的脊髓神经发挥更大的潜力, 为残肢功能的康复奠定了基础。对于完全性截瘫, 虽然损伤平面以下的针感和经络感传均已消失, 其损伤已是不可逆的, 其生理功能也不能完全恢复, 益髓助气通络法配合系统功能训练仍可以促使肌体重建部分代偿功能。

(收稿: 1995-10-06)

重症进行性骨化性肌炎一例

山东潍坊市立二院 (261021) 杜 玲 任志勇*

××, 女, 12 岁。自出生后即发现左大腿内侧和膝内侧散在皮下硬结。随年龄增长皮下硬结范围渐扩大。4 岁以前肢体活动自如。5 岁时出现左膝关节活动受限。7 岁时左髌关节活动不灵便, 呈进行性加重。9 岁时左膝关节、左髌关节僵硬, 活动度消失, 左下肢弯曲, 短缩, 明显跛行, 之后病情无进展。病程中无发热与疼痛。无外伤、手术与传染病史, 家族中无类似病史。

查体: 左大腿内侧、左膝内侧、左内踝处皮下可触及 $10 \times 8 \text{cm}$ 、 $5 \times 4 \text{cm}$ 和 $4 \times 3 \text{cm}$ 不规则骨块。皮肤与骨化组织粘连, 缺乏皮下组织, 无弹性。脊柱左侧弯曲, 骨盆向左侧倾斜。左髌关节强直于屈曲 30° , 左膝关节强直于内翻 50° 、屈曲 100° 。左小腿内旋 40° , 左足拇趾短小, 左大腿较右侧短缩 5cm。双侧小腿等长。踝关节活动自如。其余肢体无畸形, 活动自如。

X 线片示: 腰 2~4 椎体左侧见一条带状骨化影。左耻骨、坐骨、左股骨中段片状骨化影, 可见骨小梁结构。髌关节、膝关节内侧间隙消失, 骨骺线闭合, 股骨、胫骨外 $1/3$ 骨骺线存在。左膝内侧, 小腿内后侧见大片

状骨化影, 内踝处见块状骨化。病理诊断: 进行性骨化性肌炎。

手术纠正左膝部畸形: 硬膜外麻醉, 仰卧位。于左膝外侧作弧形切口, 膝关节平面截除基底朝前外侧的楔形骨块, 并凿除膝内后侧部分骨化组织。膝关节屈曲 15° , 小腿中立位, 采用交叉克氏针、钢丝加压内固定。术后膝内侧皮肤由于缺乏皮下组织, 血供差, 约 $4 \times 3 \text{cm}$ 坏死, 经植皮封闭创面。截骨处 2 月骨性愈合, 步态改善。

讨论 进行性骨化性肌炎为原因不明的肌肉组织的进行性骨化。其特征为横纹肌的进行性骨化, 并可累及筋膜、韧带与肌腱。目前缺乏有效的治疗药物。本病如不影响功能无需治疗。本病例膝关节非功能位强直伴小腿内旋, 采用矫正手术, 效果良好。手术时机掌握在病情稳定后实施为宜。本例术后随访 3 年, 骨化组织无扩展, 未出现新的功能障碍。

(收稿 1995-03-28)