

点穴推拿治疗痉挛型脑瘫的临床观察

Clinical observation on the treatment of spastic cerebral palsy with acupoint and massage

郑卫国¹, 吴夏勃²

ZHENG Weiguo, WU Xiabo

关键词 脑性瘫痪; 点穴疗法; 推拿 Key words Cerebral palsy; Acupoint therapy; Massage

小儿脑瘫是小儿发育期的非进行性脑损伤综合征, 主要表现为中枢性运动障碍及姿势异常, 经常伴有其他多种残疾。是儿科疾病中常见的一种疑难病症。从 1996 年至今运用点穴、推拿、穴位注射、运动疗法综合治疗 640 例患儿, 取得较好的效果, 现报告如下。

1 临床资料

全部病例来自东莞市红会医院和广州中医药大学第三附属医院门诊, 均按照 1988 年全国脑瘫座谈会标准^[1]结合脑性瘫痪超早期、早期诊断三原则四要素做出诊断。治疗组 360 例: 男 250 例, 女 110 例; 年龄 1 个月~ 7 岁, 其中 1 岁以内 215 例, 1~ 4 岁 116 例, 4 岁以上 29 例。其中痉挛型 283 例, 手足徐动型 17 例, 混合型 35 例, 肌张力低下型 25 例; 四肢瘫 202 例, 双瘫 69 例, 偏瘫 56 例, 三肢瘫 33 例。对照组 280 例, 男 180 例, 女 100 例; 1 岁以内 195 例, 1~ 4 岁 67 例, 4 岁以上 18 例。其中痉挛型 213 例, 混合型 25 例, 手足徐动型 26 例, 肌张力低下型 16 例; 四肢瘫 191 例, 双瘫 35 例, 偏瘫 41 例, 三肢瘫 13 例。两组病例用 SPSS 统计软件包进行配对 *t* 检验, $P > 0.05$ 。

2 治疗方法

2.1 治疗组 对症选穴: 智力低下取四神聪、百会、风池; 语言障碍取金津、玉液、通里、廉泉; 颈软取大椎、天柱、身柱; 上肢瘫取合谷、外关、曲池、肩髃; 下肢瘫取足三里、伏兔、髀关、环跳; 腰软取腰阳关、肾俞; 肘关节拘挛取手三里、支正; 足内翻取绝骨、昆仑、申脉; 足外翻取三阴交、太溪、照海; 足下垂取解溪、商丘、丘墟; 剪刀步取解剪; 抽筋取阳陵泉、太冲、

承山; 下肢肌张力增高取阳陵泉; 肌力低下取足三里、脾俞。头部取穴: 头部取穴运动区上 1/5、中 2/5、精细运动失调取运用区, 智力障碍取智力区, 语言障碍取语言二区及三区, 听力障碍取听区, 视力障碍取视区, 步态不稳, 综合失调取平衡区, 取穴如百会、廉泉、脑府、风府、风池、印堂、天柱等。医者右手双指如戟, 力透指尖, 根据上述穴位点、按、揉, 以患儿被点穴位有酸、麻、胀感为宜。另配合搓、揉、捏、拍、按、摩等手法推拿患儿病变部位。上述治疗每日 1 次, 30 次为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程。

2.2 对照组 以运动训练为主, 综合运用 Bobbitt 法, 每日 1 次, 每次 40 min, 30 次为 1 疗程, 治疗 2 个疗程。

两组病例均用脑复康注射液注射上述穴位。

3 治疗结果

参照治疗脑瘫患儿的疗效评价标准^[2], 治疗组中功能正常 131 例, 显效 151 例, 好转 78 例; 对照组中正常 56 例, 显效 102 例, 好转 88 例, 无效 34 例。两组经统计学处理, $\chi^2 = 22.99$, $P < 0.05$, 两组治疗效果有显著性差异, 治疗组优于对照组。治疗组不同年龄阶段: 1 岁以内者, 正常 120 例, 显效 75 例, 好转 20 例; 1~ 4 岁者, 正常 10 例, 显多 70 例, 好转 36 例; 4 岁以上者, 正常 1 例, 显效 6 例, 好转 22 例。经 χ^2 检验分析, 各年龄段有显著差异 ($P < 0.05$), 年龄越小, 治疗越早, 效果越好^[3]。

所有患儿随访 2 年, 治疗组中正常 130 例, 显效 149 例, 好转 67 例, 复发 14 例; 对照组中正常 45 例, 显效 82 例, 好转 71 例, 复发 82 例。

4 讨论

现代研究证明点按患儿穴位可改善其周围循环功能及颅内血循环, 促进大脑皮层活动, 缓解肌张力, 提高机体免疫力, 增强体质^[4]。推拿可改善皮肤

基金项目: 国家中医药管理局资助项目(国中医药科 2003ZL63)

1. 广州中医药大学第三附属医院, 广东 广州 510360; 2. 中国中医研究院骨伤科研究所

呼吸,利于汗腺的分泌,使皮肤内产生类组织胺物质,致皮肤血管扩张,局部血液循环量增加、温度上升,肌肉张力的弹性增强,促进关节周围血液、淋巴循环,促使韧带弹性的活动性增强,消除关节挛缩痉挛。脑复康穴位注射能激活保护和修复神经细胞,增强记忆,促进再学习,且操作简单,施治安全可靠,不受年龄及设施条件简陋的限制,患儿容易接受。

参考文献

- 1 林庆. 小儿脑性瘫痪的定义、诊断及分型. 中华儿科杂志, 1989, 27 (3): 162.
- 2 卢庆春. 脑性瘫痪的现代诊断与治疗. 北京: 华夏出版社, 2000. 169-184.
- 3 田双荣, 刘萍, 梁春萍. 针刺治疗脑性瘫痪 42 例. 针灸临床杂志, 1999, 15(4): 12-13.
- 4 鲍超. 针灸治疗小儿脑瘫的近况. 中国针灸, 1997, 17(7): 420.

(收稿日期: 2004-09-08 本文编辑: 王玉蔓)

• 短篇报道 •

膝关节后脱位合并 动脉损伤的处理

林佳俊, 宋建榕, 李建东, 陈敏

(福建医科大学附属协和医院骨科, 福建 福州 350001)

我科 1992-2004 年共处理膝关节后脱位合并 动脉损伤患者 15 例, 现报告如下。

1 临床资料

本组 15 例, 男 12 例, 女 3 例; 年龄 21~37 岁, 平均 31 岁。损伤原因: 车祸 12 例, 压砸伤 3 例。就诊时间 3~52 h, 平均 14 h。损伤类型: 均为闭合性损伤, 动脉完全断裂 10 例, 不完全断裂 1 例, 挫伤栓塞 4 例。15 例均经血管彩超检查诊断为 动脉损伤, 其中 3 例行血管造影进一步明确了损伤类型。

2 治疗方法

在明确诊断后, 2 例血管内支架动脉造影显示血管系挫伤栓塞, 其侧支循环尚可, 在血管造影后直接行血管内支架移植重建。先直接溶栓治疗, 若合并有血管狭窄, 则用球囊导管扩张狭窄段, 然后通过导管置入足够长的血管内支架(一般须较病变段长 2 cm 为宜, 同时须是关节专用的带弹簧的血管内支架, 防止因膝关节活动而致支架折叠或断裂); 1 例因入院时患肢即有明显的缺血坏死表现而直接截肢外, 其余 12 例均切开探查, 术中见血管断端挫伤广泛, 尽量切除挫伤血管后行血管重建, 缺损小于 3 cm 直接行血管端端吻合术共 5 例, 缺损大于 3 cm 则采取自体对侧大隐静脉移植修复共 2 例, 人造血管移植修复 5 例。

血管修复后行预防性骨筋膜室切开减压的 9 例, 而在骨筋膜室综合征出现后再行切开减压的 5 例。

3 结果

4 例因出现肢体缺血坏死而截肢(均系伤后 8 h 后处理者), 11 例患者于血管修复重建后肢体得以保全(其中 7 例行预防性骨筋膜室切开减压者中仅 1 例出现腓总神经损伤, 而 4 例被迫切开者均出现不同程度的功能障碍)。

4 讨论

膝关节后脱位引起的 动脉损伤, 虽然其发生率不高, 但

由于其一旦发生将可能出现灾难性后果, 所以必须引起临床医生的足够重视, 在伤后 5~7 d 内应经常查看患肢的神经和循环情况, 以防止漏诊或延误诊治。

动脉损伤一经确诊, 则应立即急诊手术, 本组 6 例损伤在 8 h 以内处理的患者均保肢成功; 而在 8 h 以后处理的 9 例患者中有 4 例截肢, 其中 1 例在入院时患肢即有明显的缺血坏死表现而立刻截肢, 另 3 例术后 1~3 d 出现肢体坏死、高热而不得不截肢。因此临床上若确定有 动脉伤时应立即果断地、分秒必争地进行血管修复, 以尽可能地保全肢体。

至于重建方法, 我们认为应首选人造血管。本组 2 例大隐静脉移植修复者中 1 例因缺血时间过长而于术后截肢, 而 4 例人造血管移植修复者的肢体均得以保全。

血管内支架的优点是: 仅可通过股动脉穿刺完成从溶栓到血管重建的全过程, 属微创的介入治疗, 避免了开放性手术对 动脉许多侧支血管的损伤; 也避免了术中因切除挫伤血管的长度不够而致血栓形成或因血管脆性增高而致吻合口渗漏, 还可避免术后膝后瘢痕增生所致的伸膝受限。同时因该手术操作简单, 手术时间短, 能较快地恢复下肢血供, 对争取时间保全肢体是极有意义的。即使在血管内支架植入失败时还可立即行手术补救。本组 2 例 动脉损伤行血管内支架移植重建, 其术后趾端血运良好, 动脉搏动有力, 肢体得以保全。

在血管重建的同时, 我们还主张尽早行预防性筋膜室切开减压, 小腿骨筋膜室的预防性切开减压, 有利于肢体的存活和功能的恢复, 是 动脉损伤的重要治疗措施之一。本组 11 例保肢患者中有 4 例是在发生了骨筋膜室综合征后再被动切开的, 而有 7 例是行预防性切开(其中 1 例更是在血管修复前切开), 从随访保肢后的肢体功能来看, 预防性切开要明显好于被动切开。

(收稿日期: 2005-02-01 本文编辑: 李为农)