

脑瘫外洗方对痉挛性脑瘫患儿肌张力、腰背肌力量影响的临床观察

冯梅, 招远祺, 钱彩文

广东省中医院内六科, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察脑瘫外洗方药浴治疗痉挛性脑瘫患儿的临床疗效。方法: 将40例患儿随机分为治疗组与对照组各20例, 对照组接受常规康复治疗, 治疗组在对照组基础上, 加用脑瘫外洗方进行沐浴治疗。均治疗20天, 通过对Ashworth痉挛评定表及粗大运动功能评估表(GMFM-88)中坐位功能区的评估, 观察患儿治疗前后的肌张力的变化及腰背肌力量的改善情况。结果: 治疗后2组患儿MAS疗效比较, 经Fisher检验, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。治疗后2组患儿GMFM-88表中坐位功能评分均较治疗前有不同程度增高, 治疗组分值与同组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照组治疗前后分值比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 脑瘫外洗方药浴能够明显降低痉挛性脑瘫患儿的肌张力, 在一定程度上改善痉挛性脑瘫患儿腰背肌力量。

[关键词] 脑瘫外洗方; 痉挛性脑瘫; 肌张力; 腰背肌力量

[中图分类号] R742 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0187-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.090

脑性瘫痪是出生前到生后1月内各种原因所引起的脑损伤或发育缺陷所致的运动障碍及姿势异常^[1]。其中脑瘫患者又以痉挛型为主, 约占发病人数的50%~70%, 是由大脑皮质受损害引起, 病变涉及到锥体束, 故肌张力增高是痉挛性脑瘫患儿的主要特征^[2]。同时大部分患儿存在腰部控制能力差, 肌张力高、躯干体轴回旋差、腰背肌无力等情况, 直接影响患儿的脊柱发育、粗大及精细运动发育, 不能完成坐位及转身等动作。因此, 如何改善此类患者的肌张力障碍及提高腰背肌力量也是康复的难点之一。笔者对收治的痉挛性脑瘫患儿在进行常规康复的同时, 加用刘茂才教授拟定的脑瘫外洗方进行药浴治疗, 取得了较好的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择本科2010年8月—2013年1月期间收治的痉挛性脑瘫患儿共40例。男34例, 女6例; 用信封法按1:1的比例随机分为治疗组和对照组各20例。治疗组男18例, 女2例; 平均年龄(3.90 ± 2.99)岁。对照组男16例, 女4例; 平均年龄(3.65 ± 2.64)岁。2组患儿在性别、年龄等方面比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 诊断符合2004年全国小儿脑性瘫痪专题研讨会讨论通过的脑性瘫痪的诊断标准, 同时符合痉挛性脑瘫的诊断标准^[1]; 年龄1~12岁; 生命体征稳定, 无严重呼吸、循环、代谢和消化系统疾病; 无皮肤破损、急性炎症及

感染性皮肤病等; 患儿家长或监护人知情同意。

1.3 排除标准 生命体征不稳定或合并有不能耐受治疗的心、肺、肝、肾等重要器官的器质性疾病; 有出血功能障碍; 对本试验药物已知成分过敏或过敏体质患者; 有皮肤破损、湿疹、急性炎症及感染性皮肤病等; 有急性上呼吸道感染、消化道感染、发热等疾病的患儿。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规康复治疗: 由专业康复师执行治疗, 运动疗法(PT), 包括Bobath法、作业疗法(OT), 每天康复2h, 20天为1疗程, 共治1疗程。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用脑瘫外洗方沐浴治疗。药物组成: 五指毛桃(五爪龙)、千斤拔、伸筋草、路路通、宽筋藤、石菖蒲各15g, 杜仲、桑寄生、当归、酒白芍、乌梅各8g, 五加皮10g, 甘草5g。将上述药物水煎煮后, 取药液3000mL及温水12000mL共倒入圆形浴池中, 沐浴时水温控制在38~40℃之间, 治疗过程中治疗护士和家长严密看护, 保证室内通风, 患儿戴游泳圈以保持头面部在水面上, 防止摔伤、烫伤及溺水, 由护士在患儿中药浴过程中进行腰背部循经指压督脉穴位, 每次药浴时间为20min, 治疗后要用浴巾擦干患儿全身, 穿好衣服在病床上休息片刻, 患儿可饮适量温开水, 防止发生虚脱, 注意保暖, 防止感冒。每次沐浴盆内套入一次性塑料薄膜, 防止交叉感染。治疗隔天1次, 20天为1疗程, 共治1疗程。

[修稿日期] 2014-08-12

[作者简介] 冯梅(1979-), 女, 主治医师, 研究方向: 神经康复。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 在治疗前后采用改良修订的 Ashworth 痉挛评定量表(MAS)^[9]对2组患儿进行肌张力评定;采用粗大运动功能评估表(GMFM-88)中的坐位功能区评分对2组患儿分别进行腰背肌力量评估。

3.2 统计学方法 应用 SPSS 17.0 软件进行统计学处理。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用描述性分析及 χ^2 检验或 Fisher 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组设计的 t 检验,如果方差不齐则采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 在 MAS 中:0 级:无肌张力增加;I 级:肌张力轻度增加,受累部分被动屈伸时,在关节活动范围(ROM)之末呈现最小的阻力或出现突然卡住和释放;II 级:肌张力轻度增加,在 ROM 50% 范围内出现突然卡住,然后在后 50% ROM 内均呈现最小的阻力;III 级:肌张力较明显地增加,通过 ROM 大部分肌张力均较明显地增加,但受累部分仍能较容易被移动;IV 级:肌张力严重增高,被动运动困难;V 级:僵直,受累部分被动屈伸时呈现僵直状态。显效:MAS 评分减少 I 级以上者;有效:MAS 评分减少 II 级以上者;无效:病情无改善者。

4.2 2 组治疗后 MAS 疗效比较 见表 1。2 组患儿 MAS 疗效比较,经 Fisher 检验,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组疗效优于对照组。

表 1 2 组治疗后 MAS 疗效比较

组别	n	显效	有效	无效
治疗组	20	10	8	2
对照组	20	3	10	7

4.3 2 组治疗前后 GMFM-88 评估表坐位功能区评分比较 见表 2。治疗后 2 组患儿 GMFM-88 评估表坐位功能评分均较治疗前有不同程度增高。治疗组分值与同组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);与对照组治疗后比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。对照组治疗前后分值比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后 GMFM-88 评估表坐位功能区评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	20	17.15 ± 3.08	19.00 ± 3.31
对照组	20	16.65 ± 2.72	17.45 ± 2.67

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$

4.4 不良反应 2 组所有患儿在治疗过程中未出现生命体征不稳定、不能耐受治疗的情况;治疗后未出现与治疗相关的不良反应。

5 讨论

在脊髓灰质炎控制以后,脑瘫已成为儿童致残的最主要疾

病之一。到目前为止,国内外尚无一种治疗脑瘫的特效药物及方法。肌张力增高是痉挛型脑瘫患儿功能障碍的重要表现,且大部分患儿还存在腰背部肌力低下,坐位时前倾,脊柱后突,脊柱侧弯反射残存、体轴回旋差等表现^[4]。水疗是利用水的浮力、机械压力、温度变化刺激机体,可使脑瘫患儿骨骼肌松弛,改善微循环,加快机体新陈代谢,从而缓解患儿全身痉挛,降低肌张力,改善关节活动度,改善平衡能力和协调性功能^[5]。而中药药液中的有效成分又可通过皮肤局部吸收后作用于全身,发挥疏通经络、调和气血、扶正祛邪等作用^[6]。

刘茂才教授认为,痉挛型脑瘫的患儿多因先天不足,肝肾亏虚而发病。肝阴不足,不能濡养筋脉,则见肢体僵硬、拘挛;肾精亏虚,则骨髓难以充实,骨骼难以强健,故见佝偻背曲;加之幼儿形气未充,脾胃稚嫩,气血不足,痰瘀阻络等诸多因素,合而为病。故治疗以补益肝肾、健脾柔肝、强筋壮骨、涤痰通络为法。脑瘫外洗方中杜仲、桑寄生、千斤拔补益肝肾,强腰健骨;酒白芍、乌梅柔肝缓急,舒筋通络;五指毛桃(五爪龙)健脾补肺、行气利湿、舒筋活络,该药相较于的黄芪而言,能在健脾益气的基础上而免于燥热之苦,更适宜岭南湿热的气候;当归既养血又活血;石菖蒲涤痰开窍;五加皮的应用更是精妙,《药性论》载“五加皮能破逐恶风血,四肢不遂,贼风伤人,软脚,暨腰,主多年瘀血在皮肤,治痹湿内不足,主虚羸,小儿三岁不能行”。诸药合用,标本兼治,共奏补益肝肾、健脾柔肝、强筋壮骨、涤痰通络的功效。本研究表明,脑瘫外洗方药浴对痉挛型脑瘫患儿的安全性良好,且能够明显降低患儿的肌张力,在一定程度上改善患儿腰背肌力量,但改善的力度有限。

[参考文献]

- [1] 林庆. 小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型[J]. 中华儿科杂志, 2005, 43(4): 262.
- [2] 马善军. 脑瘫的中西医综合治疗与康复[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2013: 17.
- [3] 刘雅丽, 高伟. 痉挛的评定[J]. 国外医学: 物理医学与康复学分册, 2003, 23(2): 60-62.
- [4] 师晓敏, 张正兰. 穴位注射治疗小儿脑瘫腰肌无力 55 例[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2008, 11(2): 144-145.
- [5] 张素霞, 陈凌云. 探讨水疗疗法对降低痉挛型脑瘫患儿肌张力的护理[J]. 中国实用医药, 2012, 7(21): 218-219.
- [6] 程华尧, 蔡桂莲. 中药水疗法对痉挛型脑瘫患儿临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(7): 68-69.

(责任编辑:冯天保)