

中医推拿按摩对脑性瘫痪患儿粗大运动功能与肌张力的影响

张祥永

(河南省鹤壁市按摩医院 鹤壁 458030)

摘要:目的:探讨中医推拿按摩治疗对脑性瘫痪患儿粗大运动功能与肌张力的影响。方法:纳入 2019 年 2 月~2020 年 2 月康复治疗脑性瘫痪患儿 80 例,随机分为观察组 40 例和对照组 40 例。两组治疗期间均给予常规药物治疗和康复训练,并全程予以神经肌肉本体感觉促进技术治疗,观察组在此基础上加用中医推拿按摩治疗。比较两组患儿治疗前后 10 m 最大步行速度(MWS)、粗大运动功能评定量表 D(站立位)、E(行走、跑、跳)功能区评分以及生活自理能力。结果:干预后,两组患儿 10 m 最大步行速度、生活自理能力评分均较干预前明显提高,且观察组提高幅度大于对照组($P<0.05$);两组粗大运动功能评定量表 D 区、E 区得分均明显升高,且观察组高于对照组($P<0.05$)。结论:中医推拿按摩在脑性瘫痪患儿粗大运动功能与肌张力改善方面作用显著。

关键词:脑性瘫痪;小儿;中医推拿按摩;粗大运动功能;肌张力

中图分类号:R742.3 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.18.045

脑性瘫痪为一种非进行性脑损伤,简称脑瘫,为各种先天性或后天性因素导致未发育成熟的脑组织受损,可引起一系列症候群,如持续存在的中枢运动障碍、活动受限等,是导致儿童残疾的主要病变之一,给患儿家庭带来沉重的负担。目前脑性瘫痪的治疗目的主要为尽可能地提高患儿自理能力,改善运动功能^[1-2]。本研究以我院收治的脑性瘫痪患儿 80 例为研究对象,观察中医推拿按摩的辅助治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入 2019 年 2 月~2020 年 2 月我科康复治疗的脑性瘫痪患儿 80 例。纳入标准:均为痉挛型脑性瘫痪;年龄 3~6 岁;经粗大运动功能分级系统(GMFCS)评定,患儿属于Ⅱ~Ⅲ级。排除标准:患儿家属没有参与研究的意愿,或未能坚持规律治疗满 1 年;患儿神经系统和/或运动系统已严重受损,无法独立行走 ≥ 5 m;患儿因自身因素(智力障碍等)或其他因素不能配合专业医师完成治疗;患儿并发严重心肺功能障碍等。将所有患儿随机分为观察组 40 例和对照组 40 例。观察组男 21 例,女 19 例;年龄 3~6 岁,平均 (5.32 ± 0.66) 岁;GMFCS 分级:Ⅱ级 22 例,Ⅲ级 18 例。对照组男 20 例,女 20 例;年龄 3~6 岁,平均 (5.20 ± 0.17) 岁;GMFCS 分级:Ⅱ级 20 例,Ⅲ级 20 例。两组患儿一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组治疗期间均给予常规药物治疗(脑活素等)和必要的康复训练,并且全程给予神经肌肉本体感觉促进技术(PNF)治疗,观察组在此基础上加用中医推拿按摩治疗。PNF 治疗主要由专业医师将双下肢的屈曲与伸直、外展与内收、外旋与内旋活动互相配伍制定方案,2 次/d,15 min/次,每天定时进行治疗。中医推拿按摩治疗如下:协助患儿取俯卧位,医师以拇指为轴心、自上而下螺旋移动

作用于患儿椎间隙(脊柱各椎);医师右手拇指、食指指腹自下而上以同等力度、速度沿脊柱两侧进行推按;针对患儿脊柱两侧肌张力明显增高的背阔肌、竖脊肌采用滚法进行按摩,放松肌肉,医师手握空拳,食指紧靠患儿背部脊柱并顶住皮肤,用力捏拿,边捏边向上推进,进行推、捻、提、放、扣、拍等,重点在肝俞、肾俞、心俞位置加强捏脊 3~5 min,自上而下,整个推拿按摩治疗以推按疏通督脉手法为主。上述治疗操作由专业医师经过相应系统培训合格后,每项操作分别选出 3 名考核成绩优秀且相近者负责完成。1 次/d,治疗 3 个月。

1.3 观察指标 比较两组患儿治疗前后 10 m 最大步行速度(MWS)、粗大运动功能评定量表(GMFMD) D(站立位)、E(行走、跑、跳)功能区评分以及生活自理能力。(1)10 m MWS 评估步行能力,连续测 3 次取平均值,每次测量间隔 2 min。(2)GMFMD 量表中选取 D(站立位)、E(走、跑、跳)2 个功能区,评估患儿站立行走能力、躯干控制能力,反映核心肌群的力量和协调性。各项目分别由 1 位专业测量人员进行测量和记录。(3)生活自理能力采用日常生活活动能力量表(ADL)量表进行评估,包括基本生活能力、自理能力等维度,总评分 14~56 分,分数越高表示日常生活能力越强。

1.4 统计学分析 所得数据整理后采用 SPSS22.0 统计软件进行分析,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 χ^2 检验,计数资料以%表示,采用 t 检验比较,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 GMFMD 量表 D 区、E 区得分比较 治疗前,两组患儿 GMFMD 量表 D 区、E 区得分比较无明显差异 ($P>0.05$);治疗后,两组患儿 GMFMD 量表 D 区、E 区得分均明显上升,且观察组上升幅度大于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 GMFM 量表 D 区、E 区得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	GMFM 量表 D 区		GMFM 量表 E 区	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	27.88± 0.98	39.36± 0.65	29.65± 0.82	39.41± 0.58
对照组	40	28.01± 0.76	34.15± 0.71	29.72± 0.90	36.28± 0.77
t		0.662	32.917	0.363	20.535
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组治疗前后 10 m MWS 及生活自理能力评分比较 两组患儿接受治疗后 10 m MWS、生活自理能力评分较治疗前明显提高,观察组 10 m MWS、生活自理能力评分提高幅度大于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 10 m MWS 及生活自理能力评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	10 m MWS(m/min)		生活自理能力(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	8.17± 1.11	15.31± 0.62	47.15± 1.47	60.10± 0.75
对照组	40	8.10± 1.18	13.86± 0.51	47.09± 1.28	53.86± 0.67
t		0.274	11.423	0.194	39.242
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

近年来,国内外医疗水平在产科和儿科领域虽有极大提高,但是脑性瘫痪的患病率却未下降^[3]。针对脑性瘫痪目前尚无根治性方法,现有的非手术疗法有运动疗法如 Vojta 法、上田疗法、Bobat 法等,利用物理因子的 FES 疗法、电磁疗法、石蜡疗法,中医康复治疗等^[4-5]。其中中西医结合治疗手段逐渐被应用于临床,中医讲究的是辨证、整体治疗。痉挛型脑性瘫痪为常见的脑性瘫痪类型,稳定患儿核心肌群可有效刺激运动感觉器官,控制患儿躯干与骨盆间肌肉运动姿势,协调四肢运动,促进患儿自理能力的改善^[6-7]。

中医学认为脑性瘫痪属于“五软、痿症”范畴,主要由“先天禀赋不足”或“后天失养、五脏精气不能上荣脑髓”导致。督脉通达脑髓,脊为督脉“贯脊属肾”之所,经脉所过之处包括腰 - 骨盆 - 髋关节及其肌群,为人体核心肌群,在维持人体运动稳定性方面发挥重要作用。本研究中整个推拿按摩治疗以推按疏

通督脉手法为主,达到振奋督阳的作用,同时增强脊柱力量、协调稳定性,激发经脉阳气,增强躯干本体感觉,进而促进患儿智力、运动能力的发育和改善。此外,推拿按摩部位也是人体运动神经和感觉神经的交汇枢纽,通过推拿按摩可间接刺激下丘脑 - 垂体系统,影响内分泌腺的反馈作用,进而调节神经功能,促进相关神经细胞轴突的再生,实现神经功能的重组,促进患儿脑组织修复^[8-9]。本研究结果显示,两组患儿干预后 10 m MWS、生活自理能力评分均较干预前明显提高,且观察组提高幅度大于对照组;两组 GMFM 量表 D 区、E 区得分均明显升高,且观察组 GMFM 量表 D 区、E 区得分高于对照组 ($P<0.05$)。综上所述,中医推拿按摩在脑性瘫痪患儿粗大运动功能与肌张力改善方面作用显著,值得推广。

参考文献

[1]Peinado-Gorlat P,GÓ mez de Valcá rcel-Sabater M,Gorlat-Sá nchez B.General movement assessment as a tool for determining the prognosis in infantile cerebral palsy in preterm infants: a systematic review[J].Revista de neurologia,2020,71(4):134-142.
[2]鲍劲松,童光磊,周陶成,等.五神针联合 Bobath 运动疗法治疗小儿脑性瘫痪临床疗效及对血清白细胞介素 6、肿瘤坏死因子 α 、胰岛素样生长因子 1 水平的影响[J].河北中医,2020,42(1):106-110.
[3]曲笛,关丽君.1323 例小儿脑性瘫痪临床类型与并发症调查研究[J].中国中西医结合儿科学,2017,9(5):451-454.
[4]吴德,崔珍珍,朱静,等.目标 - 活动 - 运动环境疗法和神经发育学疗法对脑性瘫痪高风险儿早期干预效果的比较[J].中华实用儿科临床杂志,2019,34(11):832-836.
[5]杜思爽.Bobath 疗法联合健脾补肾调督针刺法治疗痉挛型脑瘫患儿 65 例临床观察[J].中国民族民间医药,2020,29(2):73-74.
[6]袁国娜,陈新利.循经针灸推拿法对痉挛型脑瘫患儿肌肉痉挛、运动发育及血清 BDNF、NGF、GDNF 水平的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2020,4(22):55-56.
[7]白新朝,王辉,贺维.补肾健脑针法联合中药熏洗对痉挛型脑瘫患儿痉挛状态及日常生活能力的影响[J].贵州医药,2021,45(4):614-615.
[8]姜嫄荷.推拿按摩督脉及夹脊穴对脑性瘫痪患儿核心控制能力影响的临床研究[D].郑州:河南中医药大学,2017.
[9]孙艳丽,王院方.推拿按摩督脉及夹脊穴对不随意运动型脑性瘫痪患儿粗大运动功能与肌张力的影响[J].中国校医,2020,34(7):554-555,557.

(收稿日期: 2021-04-15)

(上接第 53 页)康复杂志,2018,40(2):118-122.

[2]崔丽萍,冯晓芳.综合康复训练改善老年吞咽障碍的效果研究[J].中华现代护理杂志,2019,25(15):1892-1895.
[3]刘有山.神经肌肉电刺激联合吞咽康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效及其对舌骨喉复合体动度的影响[J].中华全科医学,2017,15(10):1782-1785.
[4]唐久来,秦炯,邹丽萍,等.中国脑性瘫痪康复指南(2015):第 1 部分[J].中国康复医学杂志,2015,30(7):747-754.
[5]Sellers D,Bryant E,Hunter A,et al.The eating and drinking ability classification system for cerebral palsy: A study of reliability and stability over time. Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine, 2019,12(2):123-131.
[6]熊华春,黄姣姣,肖宁,等.超声波检查在脑性瘫痪儿童口咽期吞咽

障碍评估中的应用[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(6):433-437.
[7]李巧秀,徐悦洋,常艳玲,等.吞咽治疗结合家庭康复训练改善脑瘫儿童吞咽障碍的效果[J].中国护理管理,2019,19(11):1734-1737.
[8]何泽液,梁娇,吴小丽.吞咽肌群训练预防鼻咽癌放疗治疗后吞咽障碍的效果观察[J].中国肿瘤临床与康复,2017,24(2):218-220.
[9]苏琼,卢慧娜,曹婷.Vitalstim 吞咽治疗仪对脑瘫患儿吞咽障碍的疗效观察[J].重庆医学,2018,47(28):3653-3655.
[10]王珊珊,顾堂,刘敏,等.舌压抗阻反馈训练联合神经肌肉电刺激治疗神经性吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(4):322-324.
[11]陈军,于晓明,邹赛,等.NMES 对痉挛型双瘫脑瘫病儿下肢表面肌电影响[J].齐鲁医学杂志,2017,32(5):564-566.

(收稿日期: 2021-04-07)