

针灸疗法治疗小儿脑瘫临床研究

★ 秦小琬¹ 龚淑芳² (1. 江西中医学院 南昌 330006; 2. 江西省中医院 南昌 330006)

关键词: 针灸疗法; 小儿; 脑瘫

中图分类号: R 246 文献标识码: A

小儿脑瘫(CP)是出生前到出生后1个月内由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,可伴有智力低下、肢体瘫痪和不随意运动等,属中医学“五迟”、“五软”、“五硬”等范畴。针灸治疗此病在临床中发挥着重要作用,现将近况综述如下:

1 针刺疗法

1.1 体针 于氏^[1]等治疗64例CP,主穴取四神聪、颅息、脑户、脑空、神庭、本神,配穴上肢取曲池、外关、合谷、中渚为主,下肢以风市、伏兔、血海、足三里、三阴交及太冲为主。结果患者在运动功能、知觉功能、日常活动能力方面都有显著意义的改善,且年龄越小,功能进步的程度越大,说明针灸治疗在纠正

值一般需20~40 min,继续运针或通电刺激可使镇痛作用持续保持在较高水平上,停针后其痛阈呈指数曲线形式回复,半衰期为16 min。

3 针刺镇痛效应与其他镇痛效应的区别

3.1 非心理镇痛 针刺镇痛机制包含严格的神经生理学成份,而且主要依靠这种成份。如:(1)给受试者注射阿片受体阻断剂纳洛酮,可以取消针刺提高痛阈的效果,生理盐水则无此作用。(2)口服索密痛或肌内注射哌替啶以后,在相同测痛点上测得的痛阈增高的最大值可达60%左右,针刺的镇痛作用明显高于哌替啶50 mg的效应。

3.2 非应激镇痛 针刺镇痛时动物安静,血浆皮质素、去甲肾上腺素、cAMP都有降低趋势或明显降低,针效易被小剂量的纳洛酮所翻转;而应激镇痛时动物挣扎激动不安,上述三种物质明显升高,镇痛效应不能被小剂量的纳洛酮翻转。

3.3 不同于经皮神经电刺激镇痛(TNS镇痛)

脑瘫的病理表现的基础上促进了脑瘫儿童各项功能的全面发展。姚氏^[2]选用廉泉、地仓、颊车穴及采用焦氏头针方法治疗65例,总有效率达95%。刘氏^[3]针灸治疗35例CP,主穴取华佗夹脊穴、百会、肾俞,配穴上肢取合谷、曲池、肩髃,下肢取太冲、足三里、三阴交、环跳、风市。灸穴:肾俞。常规消毒后,快速进针,行提插捻转补法,3 min出针,所有穴位均不留针。结果总有效率达85.72%。袁氏^[4]治疗28例CP,穴取风池(双)、百会、四神聪、哑门、心俞(双)、脾俞(双)、肾俞(双)环跳(双)、足三里(双)、阳陵泉(双)、太溪(双);另沿督脉经从头至骶浅刺。总有效为100%。

1.2 头针 王氏^[5]等取头部百会、四神聪、神庭、

TNS镇痛是一种将表面电极置于痛源部位或支配痛源部位的神经干通过区域的皮肤表面电刺激镇痛方法,频率为60~100 Hz,强度控制在刚低于痛阈水平;而针刺镇痛时绝大部分刺激位于远离痛源的脊髓节段,频率为4~10 Hz,诱导时间为10~30 min,后效应为几十分钟,对TNS镇痛无效的病例,针刺镇痛有效。而TNS镇痛时TNS刺激局限于痛源部位N干,频率为60~100 Hz,诱导时间仅几分钟,后效应仅几分钟。

了解上述针刺镇痛的效应特点及一般规律,对于临床针刺治疗痛症,提高临床疗效具有指导意义。

参考文献

- [1] 韩继生. 针刺镇痛原理[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999
- [2] 朱兵. 针灸的科学基础[M]. 青岛: 青岛出版社, 1998
- [3] 郭义. 实验针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008
- [4] 李忠仁. 实验针灸学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003

(收稿日期: 2008-11-05)

本神和头针的运动区、感觉区、晕听区、语言区、平衡区,随症配穴,治疗 CP128 例,总有效率为 96.08%。袁氏^[6]等采用随机对照设计及靳三针疗法,进行头针留针 1 h 与 30 min 治疗 CP 的疗效对比观察,发现延长头针留针时间以达到足够刺激量是针刺治疗 CP 取得较好疗效的重要因素。郑氏^[7]以运动区、足运感区、语言区为主穴治疗 CP20 例,并设传统体针为对照组。结果治疗组总有效率 95%,对照组总有效率 78.9%。说明头针治疗 CP 疗效优于体针。

2.3 电针 王氏^[8]以电针法治疗 CP24 例,针刺得气后接通 G6805 机,采用疏密波强刺激,留针 30 min,每天 1 次,结果总有效率 91.67%。常氏^[9]等以电针法治疗 CP 合并智力障碍 16 例,针后接通 G6085-2 型电针仪,采用连续波,频率 50Hz 或 100Hz,留针 30~40 min,结果总有效率 69%。张氏^[10]等用经络导平仪治疗 39 例 CP 患儿,主穴取风池、命门,配穴上肢外关(双)或合谷(双),下脚步足三里(双)或三阴交(双)。频率约 80~100 次/min,每次约 30 min,30 d 为一个疗程。结果总有效率达 92.3%。

2 综合疗法

2.1 头、体针并用 黄氏^[11]等头针选百会、四神聪、头维及头皮的运动区、平衡区等,体针穴取环跳、足三里、阳陵泉、悬钟、解溪、太溪、昆仑等,观察对痉挛型 CP 骨代谢的影响。结果治疗后 BMD、CT 明显升高,PTH、BALP 明显降低,与治疗前比较差异有统计学意义。张氏^[12]等采用头、体针结合治疗 40 例 CP,头针取顶旁一线、顶旁二线、顶颞前斜线,酌情加取颞前线、额中线、顶下旁线;体针:颈项软取风池、大椎、颈夹脊(C₃₋₇),上肢取肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、后溪。结果总有效率 85%。黄氏^[13]采用头针、体针、腕踝针配合治疗痉挛型和手足徐动型 CP 手功能异常 176 例,取得了较好的疗效。

2.2 针刺、按摩、穴位注射治疗 何氏^[14]等采用针刺(主穴取百会、头运动区、平衡区、大椎、风池、三阴交、足三里,且随证配穴)、推拿(头颈部、四肢部)、穴位注射(脑多肽、生脉注射液)等治疗 CP20 例,结果总有效率达 80%。陈氏^[15]用针灸、按摩、水针、功能锻炼等综合治疗 106 例 CP,总有效率达 98.1%。

2.3 针灸、按摩、运动疗法 李氏^[16]等采用针刺疗法(辨证分型取穴)、按摩(采取推、拿、揉、按、拍、叩、捏、抹等为主的手法,以随症施术为主,整体按摩

与局部按摩相结合)、运动训练(根据病症综合运用 Bobath、vojtg 法 30 min,每天 1 次,20 d 为一个疗程)治疗 100 例,总有效率达 100%。陈氏^[17]等采用针灸、按摩、功能训练,配合静滴川芎嗪注射液治疗 20 例,总有效率达 90%。黄氏^[18]等采用针刺、推拿按摩、体疗和作业疗法治疗 36 例 CP,总有效率达 88.9%。

3 结语

针灸是一种整体康复的医疗手段,与其它治疗方法相比,针灸治疗 CP 具有安全、方便、见效快等优点,适合大力推广。但在临床运用中,需制定统一、客观的疗效评定标准,根据临床分型及辨证,应用统计学方法筛选出少而精的穴位,使针灸疗法在 CP 的治疗中发挥更大的作用。

参考文献

- [1]于海波,周洁,皮敏,等.针灸治疗 64 例小儿脑瘫的功能评价和疗效分析[J].中医药通报,2004(8):9.
- [2]姚献花.针刺治疗小儿脑瘫流涎症 65 例[J].陕西中医,2008,29(3):340.
- [3]刘金喜.针灸治疗小儿脑瘫 35 例[J].陕西中医,2005,26(11):624.
- [4]袁爱红,朱新联.针灸治疗小儿脑瘫体会[J].河南中医,2005,25(1):4.
- [5]王民集,周斌,杨东梅.头针为主配合体针速刺、穴位注射治疗小儿脑瘫 128 例疗效观察[J].辽宁中医杂志,2007,34(8):1144.
- [6]袁青,王琴玉,靳瑞.头穴不同留针时间治疗小儿脑性瘫痪对照观察[J].中国针灸,2006,26(3):209.
- [7]郑淑兰.头针治疗小儿脑性瘫痪 20 例疗效观察[J].实用医技杂志,2005,12(10):2944.
- [8]王金玺.针刺治疗小儿脑瘫体会[J].中国中医药信息杂志,2005,12(6):88.
- [9]常建洛,周定洪.针刺治疗小儿脑性瘫痪合并智力障碍[J].中国康复理论与实践,2006,12(2):115.
- [10]张跃,吕静,田国英.针灸与理疗配合功能训练治疗肌张力低下脑瘫患儿 39 例[J].中国厂矿医学,2006,19(5):456.
- [11]黄茂,范焕芳,施荣富,等.头针加体针对痉挛型脑瘫患儿骨代谢的影响[J].辽宁中医杂志,2006,33(10):1335.
- [12]张举玲,程立红,所闽娜,等.头、体针治疗小儿脑瘫肢体功能疗效观察[J].实用中西医结合临床,2007,7(1):30.
- [13]黄琼.针灸治疗脑瘫患儿手功能障碍的临床观察[J].河南中医学院学报,2005,20(4):71.
- [14]何竟,董小丽,段玉虎,等.AMIE 方案治疗痉挛型脑瘫患儿运动功能障碍 20 例临床观察[J].中医杂志,2008,49(3):231.
- [15]陈天安.针灸按摩水针治疗小儿脑瘫临床观察[J].社区中医药,2005,7(2):47.
- [16]李小莉,曾美虹,李安芳.针灸、按摩、运动综合治疗小和脑瘫的临床研究[J].国际医药卫生导报,2006,12(20):26.
- [17]陈秀珍,李妮,吴艳明.中医综合疗法治疗小儿脑瘫 20 例疗效观察[J].中医儿科杂志,2005,1(1):49.
- [18]黄茂,范焕芳,安志英.针灸推拿治疗小儿痉挛型脑瘫 56 例疗效观察[J].四川中医,2005,23(12):101.

(收稿日期:2008-08-12)