

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20210703-k0005

中图分类号: R 246.6 文献标志码: A

## 毛刺督脉法治疗小儿脑性瘫痪头项软 30 例\*

阙秀琴, 李先兰, 吴茶凤, 赖梅凤, 张小红

(福建省中医药大学附属龙岩市中医院康复科, 龙岩 364000)

[关键词] 脑瘫; 头项软; 毛刺督脉

脑性瘫痪(以下简称“脑瘫”)是目前儿童主要致残性疾病之一<sup>[1]</sup>, 发病率呈逐年上升趋势<sup>[2]</sup>。头部控制稳定性差是各类型脑瘫患儿早期的共同特点, 而头部控制对整体力学和核心稳定起重要作用, 是小儿整体运动发育及日常生活动作等高级运动功能发育的基础<sup>[3]</sup>。脑瘫属中医学“五迟五软”范畴, 头项软是最常见的症状之一。目前针对头部控制的治疗以现代康复为主, 辅以中医特色针刺及推拿治疗<sup>[4-6]</sup>。临床上针对头项软的针灸治疗缺乏针对性, 笔者团队在长期临床实践中发现毛刺督脉法可有效改善脑瘫头项软, 故本研究以运动训练为对照干预, 观察运动训练联合毛刺督脉法治疗脑瘫头项软的疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

选择 2019 年 9 月至 2020 年 6 月就诊于福建省中医药大学附属龙岩市中医院康复科门诊患儿 60 例。采用 SPSS20.0 软件生成 1-60 随机数, 按照生成顺序装入带有 1-60 号编号的不透光、密封的信封内, 患儿根据就诊先后顺序领取信封, 数字为偶数者纳入观察组, 为奇数者纳入对照组, 每组 30 例。本研究通过福建省中医药大学附属龙岩市中医院伦理委员会批准(伦理批准号: 龙中医伦 2019 [7] 号)。

#### 1.2 诊断标准

(1) 脑性瘫痪诊断标准: 参照《中国脑性瘫痪康复指南(2015)》<sup>[7]</sup> 诊断标准。

(2) 头部控制异常诊断标准: 根据婴幼儿粗大运动发育特点中的抬头发育里程碑<sup>[8]</sup>, 1 个月内瞬间抬头, 2 个月短暂抬头, 3 个月肘支撑抬头 45°, 4 个月抬头 45°~90°, 5 个月双手或前臂支撑抬头 90°, 6 个月抬头大于 90°。患儿于 6 个月时仍存在头部控制不稳、抬头无力、角弓反张现象, 以及无法在力线上稳定等表现, 则判断为头项部发育落后。

#### 1.3 纳入标准

①同时符合脑性瘫痪及头部控制异常诊断标准;

②年龄 6 个月~2 岁; ③患儿家长签署知情同意书。

#### 1.4 排除标准

①患有脑白质营养不良症、婴儿型脊髓性肌萎缩、脊髓-小脑共济失调综合征、遗传代谢性疾病如苯丙酮尿症以及先天性克汀病、先天性脑积水等; ②合并严重癫痫或癫痫频发者; ③合并其他严重心、肝、肾等全身器质性病变, 内分泌和代谢性障碍疾病患儿。

### 2 治疗方法

#### 2.1 观察组

(1) 毛刺督脉法: 取穴: 督脉长强至风府段。操作: 患儿俯卧位, 充分暴露后背部, 常规消毒, 选用 0.30 mm × 25 mm 一次性针灸针, 医者以拇指、示指、中指握持 3 根针灸针针柄, 针尖对齐, 沿督脉循行方向快速浅刺长强至风府段, 重复 2~3 遍, 每日 1 次。注意手法轻柔, 不透皮, 以患儿皮肤轻度充血、沿督脉分布出现带状发红为度。

(2) 运动康复训练: 针刺结束后即刻行运动康复训练, 予头背伸促通训练(以诱导患儿抬头后伸训练为主)、头前屈的促通训练及头部回旋训练。每日 1 次, 每次 30 min。

以上治疗均 5 d 为一疗程, 每个疗程结束后休息 2 d, 治疗 3 个疗程。

#### 2.2 对照组

予运动康复训练, 操作及疗程同观察组。

### 3 疗效观察

#### 3.1 观察指标

(1) 粗大运动功能评估量表(GMFM-88)评分<sup>[9]</sup>: GMFM-88 主要从卧位与翻身、坐位、爬与跪、站立、走跑跳 5 个能区评估患儿粗大运动的能力, 本研究选择 A 区(卧位与翻身)、B 区(坐位)及总分评价患儿头部控制及整体运动功能。总原始分为 264 分, 其中 A 区总原始分为 51 分, B 区总原始分为 60 分。评分越高代表患儿粗大运动能力越强。分别于治疗前后进行评价。

(2) 发育商(developmental quotient, DQ)评分<sup>[10]</sup>:

\*2019 年度龙岩市第二批科技计划项目: 2019LYF5015

第一作者: 阙秀琴, 副主任医师。E-mail: 120384546@qq.com

采用格塞尔发育诊断量表 (Gesell developmental schedules, GDS) 评定患儿发育年龄, 该量表包含适应性行为、粗大运动、精细动作、语言、个人-社会行为 5 个不同能区。DQ 评分 = (发育年龄/实际年龄) × 100%。DQ 评分越高代表患儿整体生长发育水平越好。分别于治疗前后进行评价。

### 3.2 统计学处理

使用 SPSS22.0 软件进行统计分析, 符合正态分布的计量资料用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 方差齐性则组内比较采用配对样本  $t$  检验, 组间比较采用两独立样本  $t$  检验; 方差不齐或不符合正态分布采用秩和检验。计数资料用  $\chi^2$  检验; 等级资料采用秩和检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 3.3 结果

#### (1) 两组患儿一般资料比较

两组患儿性别、月龄一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组脑瘫患儿一般资料比较

| 组别  | 例数 | 性别/例 |    | 月龄 |    |                        |
|-----|----|------|----|----|----|------------------------|
|     |    | 男    | 女  | 最小 | 最大 | 平均 ( $\bar{x} \pm s$ ) |
| 观察组 | 30 | 16   | 14 | 6  | 24 | 13.8 ± 5.7             |
| 对照组 | 30 | 18   | 12 | 7  | 24 | 14.9 ± 6.2             |

#### (2) 两组患儿治疗前后 GMFM-88 评分比较

治疗前, 两组患儿 GMFM-88 A 区及 B 区评分、总分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性; 治疗后两组患儿 GMFM-88 A 区及 B 区评分、总分均较治疗前升高 ( $P < 0.05$ ), 且观察组各评分均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组脑瘫患儿治疗前后 GMFM-88

评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 时间  | A 区评分                        | B 区评分                        | 总分                           |
|-----|----|-----|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 观察组 | 30 | 治疗前 | 15.30 ± 3.83                 | 8.40 ± 2.99                  | 24.10 ± 3.73                 |
|     |    | 治疗后 | 29.40 ± 2.99 <sup>1)2)</sup> | 10.70 ± 1.49 <sup>1)2)</sup> | 39.40 ± 7.78 <sup>1)2)</sup> |
| 对照组 | 30 | 治疗前 | 17.80 ± 2.35                 | 7.30 ± 1.49                  | 26.10 ± 7.05                 |
|     |    | 治疗后 | 24.00 ± 5.25 <sup>1)</sup>   | 9.10 ± 1.79 <sup>1)</sup>    | 33.40 ± 4.01 <sup>1)</sup>   |

注: 与本组治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

#### (3) 两组患儿治疗前后 DQ 评分比较

治疗前, 两组患儿 DQ 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性; 治疗后两组患儿 DQ 评分均较治疗前升高 ( $P < 0.05$ ), 且观察组评分高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组脑瘫患儿治疗前后 DQ 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 时间  | DQ 评分                         |
|-----|----|-----|-------------------------------|
| 观察组 | 30 | 治疗前 | 40.80 ± 7.67                  |
|     |    | 治疗后 | 50.80 ± 12.57 <sup>1)2)</sup> |
| 对照组 | 30 | 治疗前 | 37.50 ± 5.84                  |
|     |    | 治疗后 | 42.20 ± 2.04 <sup>1)</sup>    |

注: 与本组治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>2)</sup>  $P < 0.05$ 。

## 4 体会

脑瘫患儿由于早期的大脑损害引起发育障碍和姿势异常, 最早表现出的常为头部控制不佳, 其属于中医“头项软”的范畴, 是由于先天五脏不足, 精髓不充, 加以后天气血亏虚, 筋肉失养, 致使头项软而无力, 不能抬举。督脉统督背部之阳及诸阳经, 为阳经之海, 毛刺督脉可激发、振奋一身之阳, 通调髓海之血气运行, 强健筋骨, 濡养肌肉, 以归平衡。《灵枢·官针》云: “毛刺者, 刺浮痹于皮肤也”, 其理论基础为经络系统皮部, 以多针浅刺为要领, 寓复于补, 寓浅于补, 属辨证刺法之一, 偏补法<sup>[12]</sup>。《素问·皮部论》曰: “是故百病之始生也, 必先于皮毛”, 皮部不仅是经脉功能活动反应于体表的部位, 而且是经脉之气散发之所。研究<sup>[12]</sup>显示毛刺法可用于治疗小儿疾患、手足麻木不仁。本研究采用毛刺督脉法, 切中脑瘫患儿头项软之病机, 结果显示在运动训练基础上联合毛刺督脉法治疗, 可有效改善患儿粗大运动能力及提高生长发育水平, 作用优于单纯运动训练, 为促进患儿的整体生长发育打下基础。毛刺督脉长强至风府穴段, 作用于皮肤而不透皮, 简便快捷, 手法轻柔, 疗效肯定, 患儿及家属易于接受。在今后的研究中将进一步扩大样本量, 采用更加完善的评估体系, 深入进行相关机制研究, 以期临床提供更加可靠的依据。

## 参考文献

- [1] 唐久来, 秦炯, 邹丽萍, 等. 中国脑性瘫痪康复指南(2015): 第一部分[J]. 中国康复医学杂志, 2015, 30(7): 747-754.
- [2] 齐蒙蒙, 赖秀华, 李泽楷, 等. 我国儿童脑瘫患病率的 Meta 分析[J]. 循证护理, 2015, 1(2): 63-67.
- [3] 范艳萍. 手足徐动型脑瘫患儿头部控制的治疗体会[C]//中国康复医学会首届儿童康复学术会议暨中国残疾人康复协会第八届小儿脑瘫学术会议论文汇编, 2004: 207-208.
- [4] 仇爱珍, 李新剑, 杨忠秀, 等. 穴位封闭结合头穴丛刺对脑瘫患儿头部控制障碍的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(12): 1710-1713.
- [5] 贺箫楠. 推拿对提高脑瘫患儿头控能力的疗效分析[J]. 临床医学, 2016, 36(3): 99-100.
- [6] 梁少英, 王雅元, 吴晓琴, 等. 超早期推拿治疗对脑瘫患儿头部控制的影响[J]. 护理研究, 2017, 31(8): 982-983.
- [7] 王雪峰, 刘振寰, 马丙祥. 中国脑性瘫痪康复指南(2015): 第十部分[J]. 中国康复医学杂志, 2016, 31(4): 494-498.
- [8] 李晓捷. 人体发育学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 46.
- [9] Alotaibi M, Long T, Kennedy E, et al. The efficacy of GMFM-88 and GMFM-66 to detect changes in gross motor function in children with cerebral palsy (CP): a literature review[J]. Disabil Rehabil, 2014, 36(8): 617-627.
- [10] 徐姗姗, 黄红, 张劲松. 婴幼儿诊断性发育量表研究及应用进展[J]. 中国儿童保健杂志, 2010, 18(11): 859-861.
- [11] 解越, 武连仲. 武连仲教授毛刺法浅识[J]. 中医药信息, 2003, 20(1): 38-39.
- [12] 袁宜勤. 《灵枢·官针篇》刺法应用规律及其特色[J]. 中医药学刊, 2002, 20(5): 658-659.

(收稿日期: 2021-07-03, 编辑: 李婧婷)