

脊柱-骨盆调衡术治疗痉挛型脑瘫患儿 30 例临床观察*

张洪安¹, 郑锦洪¹, 岳乾军², 王东洋¹, 周学龙^{3△}, 王占有¹, 谢利双¹

(1. 广西中医药大学, 广西 南宁 530001; 2. 广东省东莞市妇幼保健院, 广东 东莞 523000;

3. 广西中医药大学第一附属医院, 广西 南宁 530001)

摘要: **目的** 观察脊柱-骨盆调衡术治疗痉挛型脑瘫的效果。**方法** 60 例痉挛型脑瘫患儿随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例。2 组均采用康复训练治疗, 治疗组加用脊柱-骨盆调衡术, 每周 5 次, 3 个月 1 个疗程。于治疗前和治疗 1 个疗程后分别采用粗大运动功能测试量表(GMFM-66 和修订 Ashworth)痉挛分级量表评定疗效。**结果** 2 组患儿治疗后与治疗前比较, 患儿的 GMFM-66 项分值上升, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。且治疗组治疗后 GMFM-66 项分值、粗大运动功能改善效果、修订 Ashworth 痉挛分级评定与对照组比较, 差异亦有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 脊柱-骨盆调衡术治疗治疗痉挛型脑瘫较单一康复训练治疗有更好疗效。

关键词: 痉挛型脑瘫; 脊柱-骨盆调衡术治疗; 粗大运动功能测试量表; 痉挛分级量表

中图分类号: R244.9 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2015)04-0051-06

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)主要表现为中枢性运动障碍及姿势异常,是造成儿童残疾的重要疾病之一。该病发病率较高,尽管目前的围产期医学发展很完善,但脑瘫发病率没有明显改变,仍在 1.5%~4%。痉挛型脑瘫约占 60%~70%,针对痉挛治疗是脑瘫治疗的一项重要内容,保持不同肌群之间拮抗和协作功能平衡,改善运动功能障碍,降低软组织畸形的发生。由于脑瘫病情复杂,至今尚无一种治疗手段能对大部分脑瘫患儿起到完全的作用。目前脑瘫的治疗仍以各种功能训练为主。2013 年 6 月-2014 年 6 月广西中医药大学脑病康复科运用脊柱-骨盆调衡术结合康复训练和单一康复训练治疗痉挛型脑瘫 60 例,取得临床对比结果,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入病例来自广西中医药大学 2013 年 6 月-2014 年 6 月脑病康复科门诊和病房。采用随机计数表,将 60 例患者随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例中,男 20 例,女 10 例;年龄 3~6 岁 14 例,7~10 岁 16 例;其中双瘫 20 例,偏瘫 9 例,三肢瘫 1 例。对照组 30 例中,男 21 例,女 9 例;年龄 3~6 岁

13 例,7~10 岁 17 例;其中双瘫 19 例,偏瘫 10 例,三肢瘫 1 例。2 组患儿的年龄、病情等经统计学分析 $P > 0.05$,差异无统计学意义,见表 1。

表 1 2 组一般资料比较

项目	对照组(n=30)	治疗组(n=30)	P 值	
性别/例	男	21	20	$P > 0.05$
	女	9	10	$P > 0.05$
年龄/岁	8.41±2.11	8.62±2.04	$P > 0.05$	
发病类型-均为痉挛型	双瘫	19	20	$P > 0.05$
	偏瘫	10	9	$P > 0.05$
脑瘫/例	三肢瘫	1	1	$P > 0.05$
GMFM-66 项评分	53.41±12.11	53.62±12.04	$P > 0.05$	

1.2 诊断标准

①符合 2004 年全国小儿脑性瘫痪专题研讨会制定的痉挛型脑瘫的诊断标准^[1];②俯卧位检查有左右臀横纹不在一条直线;③骨盆 X 线平片检查两侧髂脊最高点不等高;④年龄 3~10 岁;⑤智力接近或达到同龄儿的 70%。

1.3 纳入标准^[2]

①符合上述痉挛型脑瘫的诊断标准;②自愿加

* 基金项目: 2014 年广西研究生教育创新计划资助项目(YCSZ2014170)

收稿日期: 2015-05-01

作者简介: 张洪安(1982-),男,安徽怀远人,在读硕士研究生,研究方向:脊柱损伤及骨关节畸形矫形康复。

△通信作者:周学龙,E-mail:719622042@qq.com

入本试验,并签订“知情同意书”者。

1.4 排除标准^[3]

①脑实质进行性病变;②正常儿童无症状性的运动发育迟缓;③合并其它类型的混合型脑瘫;④合并有严重的重要脏器的器质性病变患儿;⑤合并有精神类疾病及癫痫发作患儿。

2 治疗方法

2.1 治疗组采用康复训练方法+脊柱骨盆调衡术的治疗

第一步,理筋手法:循脊柱从头部到长强的督脉诸穴顺序手指点穴、提捏、按摩并着力叩打,循足太阳膀胱经一线、二线上的腧穴,重点是心、肝、脾、肺、肾腧穴,以温阳通督、振奋脏腑阳气,促进气血循环、理筋通络;风池、哑门、天柱、脑户、百会、强间以醒脑开窍;在四肢关节及肌肉起止点附近反复施以痉挛肌手法梳理、弹拨;每天1次,每次30min,3个月为1个疗程。

第二步,脊柱+骨盆调衡术:在康复训练的基础上,配合理筋手法、手指点穴、痉挛肌针刀松解后进行胸腰椎侧卧旋转复位法、骶髂关节前后错位复位法、拔伸牵引调曲法。

①胸腰椎侧卧旋转复位法:胸腰椎侧卧旋转复位每3日1次,3个月为1个疗程,以调整腰椎后关节紊乱及关节突关节囊内压力。

②骶髂关节前后错位复位法:用“上下牵伸推压法”纠正骨盆倾斜:嘱患者俯卧于床上,两手平放于床边。术者立于骶髂关节偏高的一侧做牵伸推压;第一助手两手握住骶髂关节偏高一侧足踝部,向下持续牵引;第二助手立于床头,两手握于患儿两腋下,向上持续牵引。术者对骶髂关节“上下”倾斜使用方向相反的推压力。如此反复4~5次。操作中往往可听到“咔咔”响声,术者手下有轻微滑动感。每3日做1次,3个月为1个疗程。

③拔伸牵引调曲法:嘱患者俯卧于床上,两手平放于床边。第一助手两手握住两侧足踝部,向下持续牵引3~5min;第二助手立于床头,两手握于患儿两腋下,同时向上持续牵引3~5min。术者站在患儿一侧,双掌根相叠,从胸一到腰五,沿棘突方向用力向下按压。如此反复4~5次。操作中往往可听到“咔咔”响声。疗程:每周治疗5次,3个月为1个疗程。

④功能锻炼:腰背肌功能锻炼,每日做“飞燕式”或“拱桥式”3~4次,每次10~20min;3个月为1

个疗程。以腰背肌酸胀为度。

2.2 对照组采用常规康复训练

康复训练方法主要采用Bobath法,以促通和抑制性手法达到兴奋无力萎缩的肌群和抑制肌张力增高、痉挛的肌群,改善异常姿势、异常运动模式,通过反复的机械训练促通患儿的颈立直、坐位和站位的静动态平衡。根据患儿具体情况,配合Vojta诱导运动神经元兴奋和一两种上田治疗手法,以抑制异常姿势反射,降低肌张力、缓解肌痉挛,激发肌肉内感受器的活力^[4]。康复治疗师对患儿进行一对一的康复训练,每次1h,每天1次,3个月为1个疗程。

3 疗效标准

(1)2组治疗前、治疗1个疗程后粗大运动功能发育情况采用目前脑瘫儿童粗大运动评估中使用最广泛的粗大运动功能测试量表(GMFM-66)评定。GMFM-66评估分为5个功能区,共66项,每项都为4级评分,具体标准^[5]:

0分:动作还没有出现的迹象;

1分:动作开始出现一只完成整个动作的10%以下;

2分:部分完成动作—可以完成整个动作的10%~90%;

3分:整个动作可以全部完成。

5个功能区的总分分布范围如下:A.卧位与翻身功能区为12分;B.坐位功能区为45分;C.爬和跪功能区为30分;D.站立位功能区为39分;E.行走与跑跳功能区为72分。

GMFM 66项评分结果包括:①原始分(即各个能区的测试得分);②总百分比(即5个能区原始分占各自总分的百分比之和再除以5)。患儿经治疗后其运动功能评分总百分比提高>12%为显效;总百分比提高6%~12%为好转;总百分比提高小于6%为无效。

有效率=显效率+好转率。

(2)痉挛症状改善情况评价采用修订Ashworth痉挛分级量表^[6]

0级:无肌张力的增加;

I级:肌张力轻微增加,受累部分被动屈伸时,在ROM末出现突然卡住然后呈现最小的阻力或释放;

I+级:肌张力轻度增加,表现为被动屈伸时,

在 ROM 后 50%范围内出现突然卡住, 然后均呈现最小的阻力;

II 级:肌张力较明显的增加,通过 ROM 的大部分时肌张力均较明显的增加,但受累部分仍能较容易的被移动;

III 级:肌张力严重增高,进行 ROM 检查有困难;

IV 级:僵直,受累部分被动屈伸时呈现僵直状态而不能活动。

肌张力降低 2 级为显效,降低 1 级为有效,降低但达不到 1 级为无效。

(3)骨盆倾斜改善情况疗效判断标准^[7]

痊愈:“长短腿”矫正,腰及下肢活动正常。骨盆平片复查:两髌骨嵴等高,双下肢等长。

显效:“长短腿”矫正,腰及下肢活动正常。骨盆平片复查:髌骨嵴高度差在 0.5cm 以内。

好转:“长短腿”仍然存在,骨盆平片复查:髌骨嵴高度差在 0.5cm 以内。

无效:症状与体征无好转。

4 数据处理和统计学分析

使用 SPSS3.2 统计学软件进行统计学分析,本次试验中凡计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用 Ridit 检验。

5 治疗前后疗效分析

通过脊柱-骨盆调衡术治疗及康复训练,多数患儿肌张力下降,肌力恢复平衡,平衡功能及粗大运动功能明显改善,见表 2-5。

表 2 2 组粗大运动功能改善疗效比较(例)

组别	n	显效	好转	无效	有效率/%
治疗组	30	15	14	1	96.67
对照组	30	11	11	8	73.33

治疗组和对照组治疗后功能改善统计学分析, $P < 0.05$ 差异有统计学意义; 脊柱-骨盆调衡术治疗组对脑瘫患儿粗大运动的影响明显优于单纯康复训练组。

表 3 2 组粗大运动功能改善评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前评分	1 疗程后评分	t	P
治疗组	30	52.02±6.77	77.22±6.31	$t=-24.01$	$P < 0.001$
对照组	30	51.39±6.65	65.36±7.05	$t=-7.536$	$P < 0.001$
		$t=0.363, P=0.718$	$t=6.863, P=0.001$		

2 组治疗前评分数据比较, $t=0.363, P=0.718, P >$

0.05, 无统计学意义, 治疗前数据无明显差异。

治疗组治疗前后数据分析比较 $P < 0.001$, 治疗组治疗前后评分数据具有明显差异, 有统计学意义。观察组治疗前后数据分析比较 $P < 0.001$, 观察组治疗前后评分数据具有明显差异, 有统计学意义。1 疗程后评分数据比较, $P=0.001$, 2 组治疗后差异均有统计学意义。

表 4 2 组治疗后痉挛改善情况比较(例)

组别	n	显效	好转	无效	有效率/%
治疗组	30	9	16	5	83.33
对照组	30	2	13	15	50.00

2 组治疗后痉挛有效率比较, $P=0.013$ 差异有统计学意义, 脊柱-骨盆调衡术治疗组对脑瘫患儿痉挛的影响明显优于单纯康复训练组。

表 5 2 组治疗后骨盆倾斜改善情况比较 n(%)

组别	n	显效	好转	无效	有效率
治疗组	30	11	16	3	90.00
对照组	30	1	14	15	50.00

2 组治疗后骨盆倾斜改善有效率比较, $P < 0.01$ 差异有统计学意义, 脊柱-骨盆调衡术治疗组对脑瘫患儿骨盆倾斜的影响明显优于单纯康复训练组。

6 讨论

6.1 发病机理

脑瘫患者由于大脑皮质损伤,对神经兴奋抑制作用减弱时,因失去对抗使兴奋占优势^[8]。神经兴奋性增强,通过脑干下行通路直接或间接作用脊髓前角运动神经元,反射性兴奋支配某一肌肉的运动神经元,导致肢体痉挛,肌张力增高。在参与肢体痉挛的神经传导通路中,脊神经后根起主要作用^[1]。痉挛型脑瘫占 60%~70%^[9],是脑瘫治疗的重点,其症状多见肌张力增强,下肢比上肢重,甚至双下肢屈曲、内收、内旋、尖足,行走呈“剪刀”步态。脑瘫儿双下肢核心控制肌群肌痉挛,肌力严重不平衡造成关节屈曲畸形,甚至有两腿不等长,行走困难;髋关节周围肌群肌痉挛造成骨盆倾斜,而出现“长短腿”,髂腰肌挛缩导致髋关节屈曲畸形及双膝过伸引起身体重心前移,运动功能障碍^[10]。脊柱-骨盆-髋关节周围核心控制肌群失去平衡,加重肌痉挛和肢体畸形的形成,同时痉挛和畸形又是形成脊柱骨盆倾斜、侧弯的重要因素^[11]。患儿的粗大运动功能、生活自理

能力、步行功能与脊柱-骨盆的稳定性有密切关系。脊柱-骨盆调衡术符合患儿脊柱-骨盆生物力学特点,增强腰椎的稳定性。

痉挛型脑瘫是椎体系病变,脑实质的损伤不再进一步发展^[12],但是长时间的痉挛导致脊柱-骨盆-各个关节周围肌肉痉挛和肌腱挛缩,形成“动静态”关节畸形,尤其是患儿核心控制了失去平衡,形成脊柱侧弯、骨盆倾斜的代偿平衡,就会出现运动障碍和姿势异常。这些症状得不到及时的纠正,就会随着年龄的增长而加重^[13]。

6.2 脊柱-骨盆调衡机理

痉挛型脑性瘫痪是小儿脑性瘫痪的主要类型,亦是临床治疗的重点^[14-15]。在对患儿肢体障碍的纠正中,单一的康复训练(比如 Bobath 法、Vojta 诱导运动神经元兴奋法和上田治疗手法)疗效并不理想而且治疗周期很长,推拿手法、正骨手法、针刀松解术及 PT 功能训练等中西医综合的康复手段效果较好,对患儿粗大运动及痉挛肌的影响比单纯的康复训练有明显的优势。在治疗过程中脊柱骨盆部的异常问题是临床治疗中比较难于解决的问题^[14]。在颈部,背部,腰部,骨盆,骶髂关节的治疗,可以降低腰肌张力,提高颈项部、腰部、双下肢肌肉力量,改善坐姿、竖头困难,四肢异常姿势,效果理想且康复时间较短。脊柱-骨盆调衡术以缓解软组织痉挛,纠正小关节紊乱、松解小关节关节囊,减轻小关节负压,加宽椎间隙,扩大椎间孔,缓解血管、神经根及软组织的刺激症状^[16]。调衡脊柱、骨盆的力学平衡。旋转扳法、牵引调曲才是治疗手法,可以调衡恢复腰椎稳态。

现代医学认为在督脉上推拿按摩具有温阳益气、祛寒通络的作用,从而降低肌张力,促进痉挛型脑瘫患儿的运动发育,现在常用的手法就是循经点穴手法,可以有效的改善脑部血液循环、醒脑开窍,促进脑部微循环,改善脑细胞营养,改善脑瘫患儿脑实质的发育及受损脑细胞的再生修复^[16-17]。

“脊柱-骨盆调衡术”在痉挛型脑瘫的治疗中就是针对脊柱侧弯、骨盆倾斜,代偿性出现姿势异常和运动障碍问题应用的,针对脊柱轻度侧弯、骨盆倾斜、骶髂关节错位形成的异常姿势,“脊柱-骨盆调衡术”的治疗更能体现出其优越性。

“脊柱-骨盆调衡术”综合作用于脊柱-骨盆-髋关节-双下肢部,能够更好、更快的解决其异常姿势

问题。脊柱-骨盆-髋关节-双下肢部异常的主要原因还是责之于脊柱-骨盆-髋关节-双下肢如斜方肌、背阔肌、竖脊肌多裂肌、棘突间肌、横突间肌、腰椎两侧竖棘肌、两侧腰大肌、髂腰肌、两侧腰方肌、两侧腹内外斜肌、腹横肌、腹直肌平衡、腹内外斜肌、腹横肌、腹直肌、两侧臀大肌、两侧臀中肌、臀小肌、阔筋膜张肌平衡、股四头肌、绳肌、内收肌群、小腿三头肌、胫骨前后肌、跟腱等肌肉以及肩脚部如冈上肌、冈下肌等肌群张力增高所致。“脊柱-骨盆调衡术”主要操作部位在颈项、脊背、腰髂部,操作时主要以这些肌群为重点,利用点、按、叩、拍等手法的机械刺激直接施治于颈项、脊背、腰髂部,振奋阳气、散寒通络,行气活血,降低肌肉紧张,以缓解全身肌肉和脊柱骨盆核心控制肌群的挛缩,缓解肌张力,提高肌力,有利于异常姿势的纠正、正常运动模式的建立。针对高肌张力引起的脊柱侧弯、骨盆倾斜、髋关节内收、膝关节屈曲、长短脚、尖足、剪刀步态、足内翻、外翻等畸形及异常姿势通过正骨手法治疗后明显改善。治疗时不光是针对大脑机能,而是使支配肢体的肌力平衡失调得到恢复,这也是很重要的,可以明显提高患儿的粗大运动功能和社会生活自理能力^[18]。

“脊柱-骨盆调衡术”是一个复合性的手法,它包含了中医传统的循经推拿手法、点穴手法,同时又把正骨手法技术规范、系统化,形成了一套独特的操作手法。中医学认为背为阳,督脉、膀胱经都循行于脊柱以及脊柱两侧。督脉总督一身之阳气,为“阳脉之海”,而且督脉与肾相络属,更直接入于脑中,“脑伤则体残,脑康则体安”;膀胱经为巨阳之脉,五脏六腑输注于背部的输穴皆位于其上,因此通过推捏脊、点脊、叩脊、拍脊、正脊等一系列手法作用于督脉、膀胱经及夹脊穴,可以振奋阳气、散寒通络、缓解痉挛、提高患儿的免疫力。

慢性软组织损伤理论认为肌肉的某一点或一部分肌纤维发生粘连、挛缩,限制了肌肉的纵横运动,出现痉挛性挛缩,导致核心控制力平衡失调,形成脊柱侧弯、骨盆倾斜和其它异常姿势、运动障碍;根据人体核心力量和核心稳定性理论认为人体核心控制力主要由脊柱-骨盆-髋关节三部分局域的肌群维持人体的力平衡,运动中脊柱-骨盆肌群的稳定,为上下肢运动创造支点,并协调下肢的发力,使力量的产生、传递、和控制达到最佳,脊柱-骨盆-

髋关节周围肌群的稳定、力平衡对患儿粗大运动功能、生活自理能力、步行能力有着重大影响,针对核心肌群挛缩的松解治疗意义重大;本人导师认为脊柱-骨盆就像“帆船”一样,脊柱两侧任何一边关节外周肌群挛缩出现肌张力过强,持续性肌肉牵拉都会形成脊柱侧弯,从而影响运动功能和步行能力。正骨手法降低软组织张力、延长软组织长度、降低肌张力、缓解痉挛等,从而解除对脊柱、骨盆不平衡的牵拉,而非消除脑瘫患儿的脑损伤实质的病理改变;正骨理论认为,动是绝对的,静是相对的,动与静对立统一,互补互用,动中有静,静中有动,相对平衡;把必要的暂时制动,限制在最小范围和最短时间内;把无限的适当活动,贯穿于防治骨科疾病的过程中之中,从整体观念和筋骨并重的角度认识脑瘫患儿由于长期肌肉痉挛引起的动态平衡失调,“静”与“动”是对立统一、互用互补、动态平衡的。没有相对的静止状态,筋骨组织就无以修复;没有主动和被动的功能锻炼,损伤肢体就无法恢复原有的功能。只有“动”与“静”有机结合,才能促进肢体功能的早日康复。筋联络四肢百骸,通行血脉;骨正筋柔,气血以流,捋理以密,如是则骨气以精。筋与骨是相互依存、相互为用的。筋络骨,骨连筋,筋痉挛可影响骨的功能,脊柱-骨盆调衡术就是通过对筋的松解,达到对骨平衡的维持。“拔伸牵引”是中医骨科最基本的正骨手法,其目的是对抗局部肌肉痉挛收缩导致肢体短缩的趋势,恢复脊柱-骨盆的生物力学平衡,调整脊柱的生理曲度,预防并治疗脊柱侧弯和骨盆倾斜。

6.3 本次试验结论

治疗前,各项指标比较治疗组与对照组 $P>0.05$;治疗前治疗组和对照组评分统计学分析 $P>0.05$;治疗一个疗程后,治疗组较对照组在两组粗大运动功能改善有效率和评分、痉挛改善、骨盆倾斜改善的统计学分析 $P<0.05$;脊柱-骨盆调衡术配合常规训练方法更有效改善患儿粗大运动功能、缓解肌痉挛、纠正骨盆倾斜。

脑瘫患儿姿势异常、脊柱侧弯、骨盆倾斜、膝关节屈曲内收、尖足畸形均是脑组织及中枢神经系统发育不全所引起,在脑组织自我修复的过程中,这些病理改变又反过来制约躯干、四肢的健康发育。西方现代康复技术作用于皮肤、肌肉、肌腱、韧带等软组织的手法操作,较为简单,作用于脊柱及四肢

关节的一种快速、小范围的手法操作,多在关节活动的终末端,对于小关节紊乱、膝关节屈曲、髋关节内收、尖足畸形有明显的治疗作用^[9],但是忽略了脊柱的旋转错位、脊柱侧弯、骨盆倾斜,中医的脊柱-骨盆调衡术在痉挛型脑瘫的手法治疗中,应用中医的“整体观念”和“筋骨并重”的筋伤理论,不仅针对挛缩的肌腱、韧带等软组织进行治疗,恢复四肢关节的畸形,而且针对脊柱侧弯、脊柱旋转错位、骨盆倾斜,进行专业性的治疗,可以更加有效的改善患儿粗大运动功能的恢复、解除痉挛、纠正骨盆倾斜,明显恢复患儿的抬头、爬、站、行走、穿衣、入厕等生理功能,纠正“长短腿”,改善步态。

参考文献:

- [1] Reddihough DS, Collins KJ. The epidemiology and causes of cerebral palsy[J]. Aust J Physiother, 2003, 49(1): 7-12.
- [2] 任月林,任旭飞,周学龙,等. 脑瘫针刀微创治疗与康复[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:4-8.
- [3] 卢庆春. 脑性瘫痪的现代诊断与治疗[M]. 北京:华夏出版,2000:245-269.
- [4] 高怀民. 使用助行器械和矫形器步行训练的最新进展[J]. 现代康复,2004,44(7):964-966.
- [5] 刘振寰. 小儿脑瘫家庭康复[M]. 2版. 香港:香港医药出版,2005:112-119.
- [6] 陈庆亮,王小燕,曾丽云,等. “平衡”性体育改善痉挛型脑瘫患儿粗大运动功能的效果[J]. 临床研究,2010,4(25): 351-353.
- [7] 周宾宾. 脊柱骨盆均衡手法治疗多间隙腰椎间盘突出11例[J]. 广西中医学院学报,1996,2(1):12.
- [8] 刘振寰,钱旭光,刘冬雪. 小儿脑性瘫痪脑血流动力学的研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2005,3(8):677-679.
- [9] 陈艳,倪进发,张静萍,等. 合肥市蜀山镇2-13岁儿童脑性瘫痪现况研究[J]. 安徽医科大学学报,2000,35(1): 38-39.
- [10] 林华. 核心力量训练原理初探[J]. 山东体育学院学报, 2008,8(2):66-68.
- [11] 中国康复医学会儿童康复专业委员会,中国残疾人康复协会小儿脑瘫康复专业委员会. 小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件[J]. 中华物理医学与康复杂志,2007,29(5):309-310.
- [12] 杨颖,李润洁,曹春京. Bobath联合郁氏手法对脑瘫患儿运动功能的影响[J]. 中国医疗前沿,2008,3(21):36-38.
- [13] 任月林,任旭飞. 针刀治疗痉挛性疾病[C]//中华中医药学会针刀医学分会2008年学术会议论文集,2008:269-270.

- [14] 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, 2004, 3(4): 262-264.
- [15] 林庆, 李松, 刘建蒙, 等. 我国六省区小儿脑性瘫痪患病率及临床类型的调查分析[J]. 中华儿科杂志, 2001, 39(10): 613-615.
- [16] 黄霞. 祖国医学在脑瘫治疗上的应用前景[J]. 浙江中医学院学报, 2003, 7(27): 4-6.
- [17] 许建阳, 门镇, 王藏, 等. 针刺合谷穴后效应的脑功能成像研究[J]. 上海针灸杂志, 2005, 24(10): 33-35.
- [18] 秦油河. 脊柱肌力平衡术矫正儿童麻痹性腰椎侧凸[J]. 医学康复, 1992, 9(1): 6-8.
- [19] 李维汉, 张跃云, 陈军, 等. 肌力平衡术治疗先天性马蹄内翻足远期疗效评价[J]. 医学临床研究, 2008, 25(5): 873-875.

(编辑:徐建平)

Massage Manipulation of Spinal-Pelvic Regulating Balance in Treating 30 Children with Spastic Cerebral Palsy

ZHANG Hongan¹, ZHENG Jinhong¹, YUE Qianjun², WANG Dongyang¹,
ZHOU Xuelong^{3△}, WANG Zhanyou¹, XIE Lishuang¹

(1. Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530001 China;

2. Dong guan Maternal and Child Health Care Hospital, Dong guan 523000, China;

3. The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530001, China)

ABSTRACT: Objective To observe the therapeutic effect of Massage Manipulation of Spinal-Pelvic Regulating Balance (SPRB) on spastic cerebral palsy (CP). **Methods** A total of 60 children with CP were randomly assigned to the treatment group and the control group equally. All were treated with rehabilitation training but massage with SPRB was carried out additionally for those in the treatment group five times every week and 3 months as a therapeutic course. Clinical efficacy was assessed adopting the gross motor function measurement (GM FM f-66) and the revised Ashworth scale (MAS) before and after treatment. **Results** All children showed significant improvements in GMFM-66 after treatment. Compared with baseline the improvement was statistically significant ($P < 0.01$). Significant difference was also found between the group in MAS and in GMFM scores after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Massage with SPRB manipulation shows a better effect than Rehabilitation Training therapy alone treating spastic CP.

KEY WORDS: spastic cerebral palsy; massage manipulation of Spinal-Pelvic regulating balance; GMFM-66 score; ashworth scale

(原文见第 41 页)

Clinical Observation on Acupuncture plus Traditional Chinese Medicine for Dysphagia after Stroke

TANG Jun, CHU Jin, WANG Yanping, SUN Yi

(Department of Traditional Chinese Medicine, Central Hospital of Zhabei District, Shanghai 20070, China)

ABSTRACT: Objective To observe the effects of acupuncture plus Zhongfeng Fuyuan Formula for Dysphagia after Stroke. **Methods** Totally 90 cases were randomized into three groups, acupuncture group (30 cases), traditional Chinese medicine group (30 cases), acupuncture plus traditional Chinese medicine group (30 cases). Before treatment, after treatment for four weeks and eight weeks, the effect was evaluated according to the swallowing test of the three groups. **Results** After treatment for eight weeks, the total effective rate of swallowing test was 83.33% in the acupuncture group, 76.66% in the traditional Chinese medicine group, 93.33% in the acupuncture plus traditional Chinese medicine group with significant difference among the three ($P < 0.01$). **Conclusion** acupuncture plus Zhongfeng Fuyuan Formula is effective for dysphagia after stroke.

KEY WORDS: stroke; dysphagia; acupuncture therapy; Zhongfeng Fuyuan formula