

3 讨论

脑瘫患儿常伴有明显智力障碍,存在不同程度智力低下的症状,严重影响患儿身心健康和生活质量。随着脑病康复技术的逐渐发展,让更多的脑病患儿成功融入社会,改善其沟通表达能力和社会适应能力成为脑病康复的首要目标。以往,临床上多给予脑瘫患儿长期康复训练,但多数患儿仍难以治愈,临床效果并不理想^[3-5]。近年来,脑瘫治疗明显表现出中西医结合发展趋势,引起人们的高度关注。中医针灸是一种常见中医治疗手段,符合现代医学“生物-心理-社会”模式的转变,具有无毒副作用、多靶点、整体调节、无成瘾性等特点。

中医认为,脑瘫属于“五迟”范畴,主要病因病机为先天禀赋不足^[6]。脑是人体思维、意识、智慧等一切生命活动的起源,为元神之府。脑损伤会引发五脏失司,内生痰淤,气血逆乱,闭阻清窍。故治疗脑瘫的关键为调理脑神、健脾益身。临床上常用头针的方法来治疗脑病,经过与大脑功能解剖部位相对应的头部功能反应区和头部穴位进行针刺,能改善脑部血液循环,增加脑部供血供氧量,促进大脑发育。“神”为“血、脉、营、气、精”的外在表现,神气正常,则形体(躯体)症状改善。本研究中,用通督醒脑头针取督脉经穴,可调神健脑;对三阴交穴、足三里穴进行刺激,能健脾益胃。督脉为阳经之海,行人身

之背,统一身之阳,其病者,虚则头重,实则脊强反折,与脑瘫颈项无力相吻合。此外,取神庭透百会,百会透脑户,百会位于头之巅顶,在手足三阳经与督脉及足阳明肝经会合处,经针刺,能健脑凝神、调补中气。有研究发现,在中风患者治疗中,对足三里穴、三阴交穴进行针刺,能改善病灶区脑血流灌注和脑细胞功能,激发脑细胞活性。

本研究结果显示,研究组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);治疗后研究组 Gesell 各功能区评分高于对照组($P<0.05$)。综上所述,采用通督醒脑头针治疗脑瘫合并智力障碍,可有效改善患儿的运动功能,提高智商及语言能力,值得临床推广。

参考文献

[1]黄凌一.脑瘫儿童康复治疗临床分析[J].中国现代药物应用,2015,9(17):12-13
[2]关丽君,穆亚平,王晓茵,等.辽宁省 3~14 岁脑瘫患儿现状调查研究[J].中国医师进修杂志,2017,40(8):724-728
[3]蒙艳,刘宝琼,周贤丽.醒脑通督针刺辅助功能综合康复训练治疗脑瘫患儿疗效及安全性探讨[J].中国现代医学杂志,2015,25(33):98-101
[4]师晓敏,吉云鹏.俞募穴速刺法结合头针治疗脑瘫患儿智力障碍 62 例分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(16):111-112
[5]刘冬芝,尚清,马彩云.认知功能障碍训练配合综合康复治疗脑瘫伴智力障碍患儿的疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(24):69-70
[6]姜凡,孙忠人,郭玉怀,等.头针为主治疗小儿脑瘫的临床研究进展[J].山东中医杂志,2016,35(7):663-665

(收稿日期:2017-12-11)

综合康复治疗对小儿脑瘫合并癫痫患儿的疗效观察

马仁华

(河南省周口永兴医院康复科 周口 461412)

摘要:目的:探讨小儿脑瘫合并癫痫患儿采用综合康复治疗的临床疗效。方法:将 60 例小儿脑瘫合并癫痫患儿进行随机分组,普通组采用常规方法治疗,研究组在普通组治疗基础上给予综合康复治疗,比较两组患儿临床疗效。结果:治疗后研究组患儿大运动、精细运动、适应能力、社交及语言能力评分和治疗总有效率均明显高于普通组,组间对比差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:给予小儿脑瘫合并癫痫患儿综合康复治疗,有助于增强患儿运动、社交等功能,促进临床症状的改善,具有良好的临床应用价值。

关键词:小儿脑瘫;癫痫;综合康复;疗效

中图分类号:R742.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.023

小儿脑瘫(脑性瘫痪)是一种持续存在的中枢神经系统功能障碍、活动受限症候群,主要发病机制为发育不成熟的胎儿或婴幼儿出现脑损伤,引发脑性瘫痪,病发后常伴有感觉、知觉、认识、交流、行为障碍及癫痫等^[1]。小儿脑瘫合并癫痫会加重患儿脑损伤程度,增加治疗难度。目前常用的小儿脑瘫合并癫痫治疗方式为物理治疗结合抗癫痫药物,但患儿综合预后不佳^[2]。本研究旨在探讨小儿脑瘫合并癫痫患儿采用综合康复治疗的临床疗效,为改善患儿

预后提供临床参考。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 基本资料 选取 2015 年 5 月~2017 年 6 月我院收治的小儿脑瘫合并癫痫患儿 60 例为研究对象,随机分为普通组和研究组。普通组 30 例,男 18 例、女 12 例,年龄 4 个月~7 岁、平均 (3.4 ± 0.8) 岁,不随意运动型 6 例、痉挛型 20 例、混合型 4 例。研究组 30 例,男 16 例、女 14 例,年龄 4.5 个月~4.8 岁、平均 (3.2 ± 0.6) 岁,不随意运动型 8 例、痉挛型 19 例、

混合型 3 例。两组患儿基本资料对比,差异不显著, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 纳入及排除标准 均符合脑性瘫痪合并癫痫的诊断标准^[3];患儿年龄不超过 7 岁;排除存在听觉、视觉功能障碍及严重出血性疾病等病症患儿。

1.3 方法

1.3.1 普通组 采用常规物理治疗和抗癫痫治疗。物理疗法是在明确患儿病情的前提下,有针对性的制定康复训练内容,如运动、协调及平衡能力锻炼等。抗癫痫治疗给予丙戊酸钠(国药准字 H20010595)口服,30 mg/(kg·d),治疗时间以患儿具体病情为准,一般在 2~3 年内。

1.3.2 研究组 在普通组治疗的基础上采用综合康复治疗。(1)药物穴位注射:选取风池、百会、四神聪等穴位,在所选穴位注射鼠神经生长因子、单唾液酸四己糖神经节苷脂、维生素 B₁ 等营养神经药物。(2)针灸:选择感觉区、足运动区、语言二区与三区为头针,结合临床经验、经络学说与脑神经功能分布定位,在患儿头部取穴,其中头部以百会、四神聪为主穴,上肢穴位取内关、外关、肩髃和曲池,下肢穴位取三阴交、足三里、太冲和伏兔。上述穴位针刺时间为 30 min,1 次/d。(3)神经肌肉电刺激:先对患儿痉挛肌群的拮抗肌进行电刺激,再对患儿具体痉挛部位进行电刺激,1 次/d,20 min/次。(4)推拿按摩:可采用弹拨、诊锤叩击、一指点穴等方法对患儿进行推拿按摩,同时矫正患儿异常姿势,改善患儿肢体功能,推拿按摩时间以患儿实际病情为准,1 次/d,30 min/次。以 2 周为 1 个疗程,每个疗程间隔 1 周,持续治疗 5 个疗程。

1.4 观察指标及疗效判定 观察两组患儿各项发育指标和临床疗效。(1)采用 Gesell 发育量表来评估患儿发育状况,包括大运动、精细运动、适应能力、社交能力和语言能力等项目,满分 100 分,每项都完成为 2 分,大部分完成为 1.5 分,完成一半为 1 分,完成小部分为 0.5 分,未完成为 0 分。(2)疗效判定标准:患儿临床症状无任何变化,癫痫发作次数更频繁, Gesell 量表评分总分未提高,视为无效;患儿症状有所缓解,癫痫发作次数下降, Gesell 量表评分总分提高 1%~19%,视为有效;患儿临床症状完全消失,癫痫不再发作, Gesell 量表评分总分提高 20%以上,视为显效。

1.5 统计学方法 通过 SPSS22.0 软件对所有数据进行处理,计数资料用百分比表示,进行 χ^2 检验,计

量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿各项发育指标比较 治疗前两组患者各项发育指标比较差异不显著, $P>0.05$;治疗后两组患儿运动、社交、适应、语言能力等评分均明显升高,且研究组高于普通组,组间比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患儿各项发育指标比较(分, $\bar{x} \pm s$)									
时间	组别	n	精细运动	大运动	社交能力	适应能力	语言能力		
治疗前	普通组	30	48.6± 6.4	51.8± 6.3	56.6± 5.5	52.2± 6.8	50.3± 6.4		
	研究组	30	47.8± 6.3	51.2± 6.1	57.2± 5.3	52.8± 6.5	51.1± 6.2		
	t		0.488	0.375	0.430	0.349	0.480		
治疗后	普通组	30	55.7± 4.3	58.7± 4.8	57.6± 5.8	59.3± 4.8	55.6± 5.2		
	研究组	30	74.7± 3.8	80.7± 5.0	80.1± 6.3	77.6± 3.7	71.9± 4.7		
	t		18.135	17.385	14.391	16.539	12.737		
	P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		

2.2 两组临床疗效比较 研究组患儿治疗总有效率为 96.67%,明显高于普通组的 76.67%, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较					
组别	n	无效(例)	有效(例)	显效(例)	总有效率(%)
普通组	30	7	14	9	76.67
研究组	30	1	16	13	96.67
χ^2					5.192
P					0.023

3 讨论

小儿脑性瘫痪又称为小儿脑瘫,该病在脑损伤疾病中比较多见,由于脑性瘫痪的发病部位为脑,而大脑涉及到机体的各种功能,因而脑损伤不但会导致患儿智力发育受损,还会影响患儿肢体运动及语言功能等^[4]。伴有癫痫的脑瘫患儿,脑功能损伤程度更为严重,尤其对患儿智力发育影响更大。为降低癫痫发作对脑瘫患儿的脑损伤程度,进行抗癫痫治疗与进行功能康复训练同等重要。常规抗癫痫药物都存在不同程度的副作用,因此选择安全性高的治疗方案尤为重要^[5]。

综合康复治疗包括穴位注射、针灸、神经肌肉电刺激、推拿按摩等内容,针刺患儿头部百会、四神聪,上肢内关、曲池等穴,下肢足三里、三阴交等穴,可清神醒脑、舒经通络、健脾益胃、益气活血,能有效改善患儿肢体运动和语言等功能。神经肌肉电刺激、推拿按摩均可舒经活络、调节机体阴阳失衡,结合功能训练,不但有利于患儿智力发育,还可提升患儿自理能力,对改善患儿生活质量有积极意义^[6]。研究结果显示,本研究组患儿治疗后各项发育指标明显优于普通组,治疗总有效率高干普通组(下转第 49 页)

后结扎处理;实性肿瘤需完整切除,若体积较大,可先引流出囊液再切除囊壁,并及时采用电凝钩灼烧残留囊壁止血;(5)完成后于观察孔处留置胸管,进行低位引流积液,缝合操作孔。两组患者术后均给予抗感染治疗 5~7 d。

1.3 观察指标 (1)比较两组术中失血量、手术时间及住院时间。(2)随访 3 个月,比较两组并发症发生情况,包括肺不张、肺炎、上肢运动障碍、液气肺。(3)随访 18 个月,比较两组复发情况。

1.4 统计学处理 通过 SPSS21.0 软件进行处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中失血量、手术时间及住院时间比较 观察组术中失血量、手术时间及住院时间均低于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组术中失血量、手术时间及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	术中失血量(ml)	手术时间(min)	住院时间(d)
观察组	36	75.28± 10.13	102.98± 21.36	8.10± 1.08
对照组	36	105.72± 12.74	142.73± 22.75	11.81± 2.04
t		11.221	7.643	9.644
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组并发症发生率比较 随访 3 个月,观察组出现肺不张 1 例,肺炎 1 例,并发症发生率为 5.56% (2/36);对照组出现肺不张 3 例,肺炎 2 例,上肢运动障碍 3 例,液气肺 2 例,并发症发生率为 27.78% (10/36)。观察组并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=6.400, P<0.05$)。

2.3 两组复发率比较 随访 18 个月,观察组无复发现象,复发率为 0.00%;对照组复发 2 例,复发率为 5.56% (2/36)。两组复发率比较差异无统计学意义($\chi^2=0.514, P>0.05$)

3 讨论

纵隔肿瘤多为良性,早期无明显症状,随着病情

进展,易发生呼吸困难及吞咽困难等并发症,严重影响患者身体健康。此外纵膈解剖结构复杂,传统采用开胸手术治疗,虽操作方便,但创伤大,术后并发症多^[3]。

胸腔镜手术具有微创、疼痛轻、术后恢复快等优点,在胸外科得到广泛应用。常规三孔胸腔镜手术治疗纵膈肿瘤,副操作孔及主操作孔相互配合,可有效牵拉暴露肿瘤组织,为多角度游离创造有利条件,但副操作孔常位于腋后线,术中易损伤肌肉及神经组织,引发术后疼痛及上肢运动功能障碍等并发症。且腋后线部位血管丰富,术中穿刺点不易止血,导致手术时间较长,术中失血量较多。单操作孔全胸腔镜手术是在常规三孔胸腔镜手术基础上改良而成,术中单独行 1.0~1.5 cm 切口,无需做副操作孔,操作简单,创伤更小,可有效降低术中失血量^[4]。另外将操作孔置于肌肉及血管分布薄弱的腋前线第 4 或第 5 肋间,能有效避免损伤肌肉及较大血管,对肺功能影响较小,不易引发咳嗽、排痰障碍及肺不张等并发症,可有效促进早期康复^[5]。

本研究结果显示,观察组术中失血量、手术时间及住院时间、并发症发生率均低于对照组 ($P<0.05$);两组复发率比较无显著性差异($P>0.05$)。说明单操作孔全胸腔镜手术治疗纵膈肿瘤疗效可靠,可有效降低术中失血量,减少并发症发生的风险,缩短手术时间及住院时间,预后良好。

参考文献

[1]刘永靖,于奇,缪军,等.单操作孔全胸腔镜纵膈肿瘤切除术的临床应用[J].安徽医药,2015,19(4):721-722
[2]葛均波,徐永健.内科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.119
[3]陈有东,艾成,何零.胸腔镜手术治疗纵膈肿瘤的疗效观察[J].实用癌症杂志,2015,30(3):438-441
[4]王志超,张合林,刘俊峰,等.单操作孔全胸腔镜手术治疗纵膈肿瘤 43 例临床分析[J].中华外科杂志,2014,52(5):393-394
[5]蒋连勇,谢晓,胡丰庆,等.单操作孔全胸腔镜手术在小儿后纵膈肿瘤中的应用[J].中国微创外科杂志,2015,15(10):876-877

(收稿日期: 2017-11-24)

(上接第 41 页) ($P<0.05$), 说明在常规辅助治疗的情况下进行综合康复治疗,可加强患儿运动能力,促进患儿智力、社交和语言等能力恢复和发育。综上所述,小儿脑性瘫痪合并癫痫采用综合康复治疗,可有效健脑益智,改善患儿运动、适应能力,利于患儿身体发育。

参考文献

[1]裴铮.小儿脑性瘫痪合并癫痫的综合康复治疗效果分析[J].医学理论与实践,2014,27(24):3359-3360

[2]张姝好.小儿脑性瘫痪合并癫痫临床特征及疗效分析[J].中国医药科学,2011,1(12):106,123
[3]中华医学会儿科学分会康复学组.脑性瘫痪共患癫痫诊断与治疗专家共识[J].中华实用儿科临床杂志,2017,32(16):1222-1226
[4]胡亚勤.小儿脑性瘫痪合并癫痫的综合康复治疗效果观察[J].河南医学研究,2017,26(15):2834-2835
[5]陈光,冯铭鸿,徐月珍,等.小儿脑性瘫痪合并癫痫的综合康复治疗[J].中国当代医药,2013,20(19):176-177
[6]马丙祥,冯士梅,张璠.中医综合康复治疗小儿脑性瘫痪流涎症临床观察[J].中医学报,2012,27(4):511-512

(收稿日期: 2017-11-28)