

韩群英 编著

脑性 瘫痪

中西医结合治疗与康复

- ◎ 基础知识篇
- ◎ 病因病理篇
- ◎ 四诊检查篇
- ◎ 诊断篇
- ◎ 鉴别诊断篇
- ◎ 非手术治疗篇
- ◎ 手术治疗篇
- ◎ 康复训练篇
- ◎ 预防与护理篇

人民卫生出版社

小儿脑瘫怎么办

脑性瘫痪中西医 治疗与康复

韩群英 编著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

脑性瘫痪中西医治疗与康复/韩群英编著. —北京:
人民卫生出版社, 2000
ISBN 7-117-04051-3

I. 脑… II. 韩… III. ①小儿疾病: 脑病: 偏瘫—
中西医结合疗法②小儿疾病: 脑病: 偏瘫—康复
IV. R748

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 75368 号

脑性瘫痪中西医治疗与康复

编 著: 韩 群 英

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph@pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京市卫顺印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 29.25

字 数: 676 千字

版 次: 2000 年 12 月第 1 版 2000 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

印 数: 00 001—5 000

标准书号: ISBN 7-117-04051-3/R·04052

定 价: 39.50 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

内 容 提 要

这是一本关于脑性瘫痪的中西医治疗与康复的高水平专著，由专门从事本病临床医疗与康复的专家紧密结合临床实际编著而成。

全书共 15 篇。基础知识篇对中医学有关脑髓的理论，西医学脑与脊髓的解剖、生理等进行了阐述，以期完善脑性瘫痪的理论认识；病因病理篇从中西医两个角度探讨了脑瘫的中医病因病机和西医病因病理；四诊检查篇详尽介绍了脑瘫常用诊断技术和方法；诊断篇中列有早期诊断的依据、诊断要点、临床症状与分型、国际上常用的诊断方法等；鉴别诊断篇对几种容易与本病混淆的中西医疾病进行了鉴别；非手术治疗篇介绍了中医药治疗、针灸治疗、推拿治疗、物理治疗、饮食治疗等多种中西医治疗方法；手术治疗篇介绍了近年来用于改善脑瘫患儿各种后遗症的新的手术技术；在并发症治疗篇介绍脑瘫常见并发症的治疗方法；康复训练篇详尽介绍了对患儿进行自理能力、行为及语言能力、认知能力等功能训练，以及 20 余种运动训练的具体方法，对脑瘫患儿各种功能的恢复非常重要；预防与护理篇介绍了减少脑瘫发生的各种措施和本病护理知识；附篇收录了本书方剂汇编、小儿针灸疗法、脑瘫患儿观察记录、6 岁前儿童身体心理发育状况等。

本书内容翔实，切合实际，对临床治疗和康复脑瘫指导性和实用性强，可供广大中西医神经内科、儿科及脑瘫专科医生参考使用，对患儿家长帮助极大。



近年来,一些学者的研究工作表明中枢神经系统在损伤后具有结构和功能上的重新修复能力,即中枢神经系统具有一定的可塑性,这是神经系统疾病康复的主要理论依据。目前医学康复的范围主要是包括三瘫一截,三瘫指偏瘫、脑瘫和截瘫,一截指截肢。现代康复医学针对瘫痪的康复治疗已经形成了一套比较完整的体系。而中医康复学虽有其特色,但以患者为中心的运动训练治疗,在临床上尚未被推广应用。

韩群英医师,大学毕业后,以瘫痪病为专攻方向,多年来在继承前贤的基础上,勇于探索创新,勤于临证,善于总结经验,取得了一定成绩,尤其是在小儿脑瘫的康复治疗方面,采用系列中成药、针灸、运动训练等方法结合现代康复手段,既博采众家之长,又保持了中医特色,积累了较为丰富的治疗经验,取得了较好疗效,筹建了国内较有影响的瘫痪病中医康复治疗基地。

脑性瘫痪(CP)是指小儿在出生时或出生前后一个月,由于大脑尚未发育成熟,因多种原因引起的脑实质损害,出现非进行性、中枢性运动功能障碍而发为瘫痪的疾病,严重者常并有智力不足、癫痫、肢体抽搐及视觉、听觉、语言功能障碍等表现,属中医“痿证”、“五迟”、“五软”范围,是现代瘫痪病之一。韩群英医师积多年心得,汇中西医之精要,对脑性瘫痪进行了系统阐述,丰富了中医对瘫痪病证的诊治内容,深感后生之可畏,医不贵能治病,而贵能治难病。适值本书付梓之际,又闻学生赴加拿大 U. B. C 国际康复中心访问交流,博采中医西之长,必将在小儿脑瘫的治疗上做出更多成绩,并辐射中医药科研成果于世界,造福于人类,欣慰之时,爰为之序。

王永炎

2000年10月



绪 论 篇

第一章 概述	(1)
第二章 流行病学调查	(2)
第三章 早期防治的意义与方法	(4)
第四章 提高脑瘫防治的科研水平	(6)

基础知识篇

第五章 西医有关脑、脊髓的理论	(9)
第一节 脑的解剖	(9)
第二节 脑神经	(19)
第三节 脑的生理	(21)
第四节 脊髓的解剖	(29)
第五节 脊神经	(31)
第六节 脊髓的生理	(34)
第七节 影响脑和脊髓发育的因素	(37)
第六章 中医有关脑髓的理论	(40)
第一节 脑	(40)
第二节 髓	(43)
第三节 脑与髓的关系	(44)
第四节 脑与五脏的关系	(44)
第五节 脑与经络的关系	(48)
第七章 小儿神经精神发育	(49)
第一节 小儿神经系统的发育	(49)
第二节 小儿感知觉的发育	(50)

第三节	小儿运动的发育	(52)
第四节	小儿语言的发育	(57)
第五节	小儿精神活动的发展	(59)

病因病理篇

第八章	病因	(64)
第一节	中医病因分析	(64)
第二节	中医并发症的病因分析	(66)
第三节	西医的病因	(72)
第四节	高危因素	(74)
第九章	病理	(75)
第一节	中医病机特点	(75)
第二节	西医病理表现	(77)
第三节	引起脑瘫的主要病变类型及病变特点	(77)

四诊检查篇

第十章	中医诊察	(89)
第一节	望诊	(89)
第二节	闻诊	(92)
第三节	问诊	(92)
第四节	切诊	(93)
第十一章	西医检查	(94)
第一节	病史采集	(94)
第二节	一般检查	(95)
第三节	神经系统检查	(98)
第四节	步态及畸形检查	(112)
第五节	关节功能检查	(114)
第六节	肌张力与肌力的判定	(117)
第七节	肌肉组织化学和超微结构检查	(126)
第八节	肌电图检查	(127)
第九节	X线测量及头颅CT检查	(128)
第十节	头部磁共振成像检查	(130)
第十一节	脑电图检查	(133)
第十二节	Vojta姿势反射检查	(140)
第十二章	小儿智力检查	(146)

第一节	小儿智力测验的种类	(146)
第二节	国内常用几种小儿智力测验方法	(146)
第三节	影响小儿智力测验的因素	(151)

诊 断 篇

第十三章	中医诊断	(153)
第一节	脑瘫运动功能障碍的诊断	(153)
第二节	脑瘫并发慢惊风的诊断	(154)
第三节	脑瘫并发痫证的诊断	(154)
第四节	脑瘫并发智能低下的诊断	(155)
第五节	脑瘫并发解颅的诊断	(155)
第十四章	西医诊断	(156)
第一节	早期诊断的原则	(156)
第二节	早期诊断的依据	(157)
第三节	诊断要点	(159)
第四节	临床症状与分型	(160)
第五节	早期诊断的意义	(164)
第六节	国际上常用的诊断方法	(165)

鉴别诊断篇

第十五章	中医的鉴别诊断	(167)
第一节	脑瘫并发慢惊风与急惊风鉴别	(167)
第二节	脑瘫并发痫证与惊风、痉病鉴别	(167)
第十六章	西医的鉴别诊断	(167)
第一节	婴儿肌萎缩	(168)
第二节	重症肌无力	(169)
第三节	进行性肌营养不良	(170)
第四节	中国瘫痪综合征	(173)
第五节	异染性脑白质营养不良	(174)
第六节	儿童进行性延髓麻痹	(176)

非手术治疗篇

第十七章	中医药治疗	(179)
第一节	治疗原则	(179)
第二节	辨证论治	(181)

第三节 外治法	(182)
第四节 古代验方	(184)
第五节 现代名医名方	(184)
第十八章 针灸治疗	(188)
第一节 作用机理	(188)
第二节 针灸疗法介绍	(188)
第三节 脑瘫的针灸疗法	(189)
第四节 针刺的异常情况处理	(201)
第十九章 推拿治疗	(201)
第一节 推拿的作用	(201)
第二节 推拿手法	(203)
第三节 脑瘫的推拿疗法	(214)
第二十章 西药治疗	(216)
第二十一章 物理治疗	(217)
第一节 物理疗法在康复医疗中的地位	(217)
第二节 物理疗法的作用	(217)
第三节 电疗法	(218)
第四节 超声波疗法	(219)
第五节 传导热疗	(220)
第六节 水疗	(221)
第七节 激光疗法	(222)
第八节 高压氧疗法	(223)
第九节 骑乘疗法	(225)
第二十二章 饮食治疗	(226)

手术治疗篇

第二十三章 脑瘫手术的麻醉	(229)
第一节 脑瘫手术对麻醉的要求	(229)
第二节 麻醉前的准备及麻醉方法的选择	(230)
第三节 麻醉方法的分类	(230)
第四节 脑瘫患儿麻醉的特点	(231)
第五节 麻醉术后的护理	(232)
第二十四章 手术治疗	(232)

第一节	手术指征	(232)
第二节	石膏技术	(234)
第三节	常用手术器械及用具	(240)
第四节	术前准备	(243)
第五节	术后处理	(243)
第六节	髋部畸形矫正	(245)
第七节	膝部畸形矫正	(249)
第八节	足踝部畸形矫正	(252)
第九节	肩部畸形矫正	(255)
第十节	肘部畸形矫正	(256)
第十一节	腕关节、手部畸形矫正	(256)
第十二节	脊柱侧弯矫正	(259)
第十三节	选择性脊神经根切断术	(264)
第十四节	颈总动脉周围交感神经网剥脱切除术	(267)

并发症治疗篇

第二十五章	中医对脑瘫并发症的治疗	(269)
第一节	脑瘫并发慢惊风的治疗	(269)
第二节	脑瘫并发痫证的治疗	(271)
第三节	脑瘫并发凶填的治疗	(277)
第四节	脑瘫并发颈项软的治疗	(279)
第五节	脑瘫并发斜视的治疗	(280)
第六节	脑瘫并发解颅的治疗	(282)
第七节	脑瘫并发智能低下的治疗	(283)
第八节	脑瘫并发失语的治疗	(285)
第九节	脑瘫并发耳聋的治疗	(287)
第十节	脑瘫并发流涎的治疗	(288)

第二十六章	西医对脑瘫并发症的治疗	(290)
第一节	脑瘫并发语言障碍的治疗	(290)
第二节	脑瘫并发流涎症的治疗	(296)
第三节	脑瘫并发智力低下的治疗	(298)
第四节	脑瘫并发癫痫的治疗	(300)
第五节	脑瘫并发情感性焦虑性表现的治疗	(303)

国外医疗状况篇

第二十七章	国外脑瘫医疗概况	(304)
第一节	国外脑瘫治疗概况	(304)

第二节	Vojta 疗法在脑瘫治疗中的应用·····	(306)
第三节	Bobath 疗法在脑瘫治疗中的应用 ·····	(310)

康复训练篇

第二十八章	功能训练 ·····	(317)
第一节	自理能力训练 ·····	(317)
第二节	行为及语言训练 ·····	(321)
第三节	认知训练 ·····	(325)
第二十九章	运动训练 ·····	(331)
第一节	运动疗法的特点和主要作用 ·····	(331)
第二节	运动训练两大技巧 ·····	(333)
第三节	运动训练的基本操作 ·····	(336)
第四节	正确的姿势 ·····	(337)
第五节	抬头训练 ·····	(339)
第六节	翻身训练 ·····	(340)
第七节	坐位训练 ·····	(341)
第八节	从仰卧到坐位的训练 ·····	(344)
第九节	爬行训练 ·····	(345)
第十节	跪立位训练 ·····	(346)
第十一节	从直跪到站立的训练 ·····	(347)
第十二节	坐位到站位的转换训练 ·····	(347)
第十三节	站立训练 ·····	(348)
第十四节	行走训练 ·····	(350)
第十五节	蹲起训练 ·····	(352)
第十六节	上肢和手功能的训练 ·····	(353)
第十七节	上肢矫形术后的运动训练 ·····	(356)
第十八节	下肢矫形术后的运动训练 ·····	(357)
第十九节	躯干调节和平衡能力的训练 ·····	(358)
第二十节	其它运动训练 ·····	(358)
[附]	痉挛性四肢瘫的被动牵张运动 ·····	(361)
第三十章	脑瘫常用康复医疗器具 ·····	(362)
第一节	常用康复器材 ·····	(362)
第二节	矫形器的应用 ·····	(366)
第三节	矫形器的制作和装配 ·····	(369)

预防与护理篇

第三十一章	预防 ·····	(370)
--------------	-----------------	-------

第一节 出生前的预防	(370)
第二节 围产期的预防	(372)
第三节 出生后的预防	(374)
第四节 改善环境卫生	(376)
第三十二章 护理	(377)
第一节 一般护理	(377)
第二节 衣、食、住护理	(377)
第三节 并发症的护理	(380)
第四节 心理护理	(381)

预 后 篇

第三十三章 预后	(382)
第一节 发病病因与预后	(382)
第二节 年龄与预后	(382)
第三节 发病类型与预后	(383)
第四节 CT 与预后	(383)
第五节 临床表现与预后	(383)

进 展 篇

第三十四章 中医药研究进展	(384)
第一节 中医药治疗脑瘫的临床研究	(384)
第二节 中西医结合治疗脑瘫的临床研究	(387)
第三节 针灸治疗脑瘫的临床研究	(389)
第四节 中医治疗脑瘫的实验研究	(404)

第三十五章 国内西医研究进展	(406)
第一节 脑瘫的病因学研究	(407)
第二节 脑瘫的诊断学研究	(410)
第三节 脑瘫的临床治疗研究	(412)
第四节 脑瘫的康复治疗研究	(420)
第五节 脑瘫的护理学研究	(424)
第六节 脑瘫的实验研究	(426)

第三十六章 国外研究进展	(432)
---------------------------	-------

第三十七章 展望与对策	(435)
第一节 中、西医治疗、研究脑瘫的特点	(435)
第二节 脑瘫治疗研究中存在的问题	(435)

第三节 展望与对策	(436)
-----------------	-------

附 篇

附录一 方剂汇编	(442)
附录二 小儿针灸疗法	(444)
附录三 脑瘫患儿观察记录	(451)
附录四 6岁前儿童身体心理发育状况	(453)

❖ 绪 论 篇 ❖

第一章 概 述

一、西医概述

脑性瘫痪(Cerebral Palsy,以下简称脑瘫或CP),是指小儿因多种原因(如感染、出血、外伤等)引起的脑实质损害,出现非进行性、中枢性运动功能障碍而发为瘫痪的疾病。严重者常并有智力不足、癫痫、肢体抽搐及视觉、听觉、语言功能障碍等表现。本病主要病变部位在脑及锥体束。大多数病儿在出生后及幼婴时期被发现。不包括那些由于中枢神经系统退行性病变而引起的各种运动和姿势障碍。近年来,随着医学科学的不断发展,优生优育的广泛宣传及围产期保健工作的积极开展,本病发病率较前降低。

小儿CP所致的症状包括运动障碍、姿势障碍、感觉异常、语言能力和智力异常或低下。

所谓运动障碍是指:CP患儿的运动能力低于同龄正常儿,运动自我控制能力差。障碍程度轻的只是手、足动作稍显得不灵活或笨拙,严重的则双手不会抓握东西,双足不能行走,有的甚至不会翻身,不会坐起,不会站立,不会正常地咀嚼和吞咽。

所谓姿势障碍是指:CP患儿身体的各种姿势异常,姿势的稳定性差,在运动时或静止时姿势不协调,左右两侧不对称。

二、中医概述

中医学没有脑瘫这个概念,历代将脑瘫属于“痿证”、“五迟”、“五软”等范畴。但对本病的有关记载也不少。如《医林改错·论小儿半身不遂》云:“小儿自周岁至童年皆有”,又说“突然患此症者少,多由伤寒、瘟疫、痘疹、吐泻等症”引起,出现“手足痉挛,周身如泥塑,皆是气不达于四肢”。

限于当时医学水平,对本病的认识并不十分清楚。有封建迷信思想的人把出生时低体重而患脑瘫的小儿称为“鬼胎”,认为是患儿的母亲接触了鬼之气而怀孕所致。其实鬼胎,即是胎气怯弱,亦即在受胎之际或成胎之时接受父母精血不够,其原因是早产、晚产和难产。早产者禀受父母精血不够;晚产者易发生难产,而难产又容易引起新生儿窒息,脑部缺氧,或颅内出血等。实际上我们的古人对鬼胎的说法早有批驳。如曾世荣说:“鬼胎,议曰:妇人孕育,有患鬼胎者,庸鄙谓妇人纳鬼之气而受之,实非也。鬼胎者,乃父精不足,母气衰羸,滋育涵沫之不及,护爱安存之失调,方及七八个月以降生,又有过及十个月而生者。初产气血虚羸,降诞艰难,所言鬼者,即胎气怯弱,荣卫不充,致子萎削语。犹如果子结实之时,有所荫藉,不到灌溉,为物偏(狭)小,其形猥衰,无有可爱,如此之谓。”

脑瘫的基本表现是运动功能障碍,运动功能障碍又表现为多种多样。有的表现为站立迟、行迟,属中医“五迟”范围。有的表现为头项软而无力,不能支持,东倒西歪;手无力,不能握举;下肢痿弱,不能行走;口齿痊弱,唇薄无力,不能咬嚼,皮肤宽缓松弛,肌肉不长。中医把这些表现统称为“五软”或“胎怯”或“胎弱”,其中头项软亦可单独列出,称为“天柱倒”或“下窜”。有的表现为头项硬、口硬、手硬、足硬和肌肉硬,中医统称为“五硬”。有的表现为两上肢内收,肘关节、手腕部及指间关节屈曲;两下肢伸直,扶立时足跟不着地,大腿内收肌紧张,下肢呈剪刀样姿势;或颈肌紧张;悬空托背时,小儿呈过度伸展的弓形姿势;或当两手从伸直呈旋前的位置迅速作旋后动作时,可出现受累侧的肘部屈曲;下肢受累者在跑步时足尖着地,患肢鞋底的磨损程度不及健侧;或舞蹈样动作,手足徐动,肌肉震颤或强直。中医把这些表现统统称为“内风”、“风气内动”(虽不是外风引起,但表现类似大自然界风的现象),其中颈肌紧张,肌肉紧张或强直又属于中医“五硬”的范围。

脑瘫常见的并发症也较多,中医对这些并发症也有相应的称呼。把抽搐、神志昏迷者叫“抽风”或称“惊风”;将突然倒地、不省人事、口吐涎沫、两眼直视、四肢抽搐,或作猪羊叫,发过即醒,醒后如常人者叫“痫证”;称智能不足者为“悟塞”或“视无情”;将颅缝裂开,叩之发出破壶音,眼珠下垂,好象太阳落山那样者称为“解颅”;称囟门凸起为特征者为“凶填”,相当于西医学所说的“脑积水”;将失语叫“语迟”或“瘖”;将听觉功能障碍叫“耳聋”;把“眼睛斜视”叫“目偏视”;称口涎多且流出口外,滞于颐下,流到胸前者为“滞颐”。

第二章 流行病学调查

关于 CP 发病率的变化趋势,各国报告的结果不一。瑞典 1959~1970 年,患病率由 1.9‰下降至 1.4‰,1975~1978 年上升至 2.0‰,其中以低出生体重儿(LBW)最多。日本在过去的 30 年中,CP 患病率显著下降,CP 中 LBW 的比例一直占 37%左右。澳大利亚西部 CP 患病率在 1966~1970 年上升,1971~1975 年显著下降,LBW 和正常出生体重儿患病率的变化相同。英国东北部 1960~1975 年期间,极低出生体重儿中 CP 患病率下降,出生体重 > 2 500g 的婴儿中,CP 患病率上升。英国 Mersey 地区 1966~1977 年 CP 患病率无明显变化,但在 LBW 中患病率明显上升。据 Campbell 骨科手术学记载,1987 年前后在美国每年增加约 25 000 新的 CP 病人,全国有 CP 患儿约 400 000 人。我国目前尚无全面系统的调查材料,蒋维国报道 1994 年 1 月至 1996 年 12 月甘肃省定西地区小儿 CP 流行病学调查临床分型与伴随障碍相关因素分析如下。

一、流行病学调查资料

本次 CP 流行病学调查于 1994 年 1 月至 1996 年 12 月对定西区 7 县,168 个乡镇、242 万人,54 万户,509 550 名 0~14 岁儿童进行 3 期流行病学普查登记,初步普查 1 400 名残疾儿童中可疑 CP 1 150 例。按 1988 年 7 月佳木斯《全国 CP 座谈会》制定的诊断条件及分型诊断和分型,省内专科专家鉴定,确诊 CP 987 例,患病率为 1.94‰。

二、性别及年龄

987 例中,男 655 例(2.41‰),女 332 例(1.39‰),年龄 0.5~14 岁,平均 5.95 ± 0.12 岁。0~1 岁 107 例(1.19‰),1~3 岁 336 例(3.37‰),3~6 岁 234 例(2.19‰),6~10 岁 185 例(1.89‰),10~14 岁 125 例(1.08‰)。

三、致病因素

987 例病因有 24 种相关因素。窒息占首位 57.14%,早产占 29.18%,黄疸占 26.44%,低体重占 11.96%,其次为多病因所致,如窒息+黄疸(15.5%),窒息+早产+黄疸(12.06%),窒息+早产(9.17%)等,均与 CP 有一定关系。新法接生 216 例(21.88%),旧法接生 771 例(78.12%)。

四、临床分型

以痉挛型发病率最高 357 例占 36.17%,其次为肌张力低下型 237 例占 24.01%、混合型 159 例占 16.11%、手足徐动型 85 例占 8.61%。

五、CP 伴随障碍与分型相关因素分析

CP 伴随障碍与分型相关因素分析见表 2-1。

表 2-1 CP 伴随障碍与分型相关因素表

	智力	语言	口面功	牙齿发	癫	感官	情绪行	听觉	运用	生活自理情况		
	障碍	障碍	能障碍	育不良	痫	障碍	为障碍	障碍	障碍	能	较能	不能
痉挛型	268	310	140	110	85	65	186	185	168	6	105	246
%	14.30	16.54	7.47	5.87	4.54	3.47	9.93	9.87	8.97	0.32	5.60	13.13
肌张力低下型	210	198	110	76	67	51	174	121	186	3	64	170
%	14.69	13.85	7.69	5.31	4.69	3.57	12.17	8.46	13.00	0.21	4.48	11.88
手足徐动型	78	81	54	62	32	45	67	67	74	4	22	56
%	12.15	12.62	8.41	9.65	4.98	7.01	10.44	10.44	11.53	0.62	3.43	8.72
强直型	54	61	32	21	14	21	36	42	47	1	10	58
%	13.60	15.37	8.06	5.29	3.53	5.29	9.07	10.58	11.83	0.25	2.52	14.61
共济失调型	41	39	21	11	8	12	24	31	48	1	20	29
%	14.39	13.68	7.37	3.86	2.81	4.21	8.42	10.87	16.84	0.35	7.02	10.18
震颤型	21	25	6	10	1	6	16	12	26	0	6	24
%	13.46	16.03	3.85	6.41	2.56	3.85	10.26	7.69	16.66	0	3.85	15.38
混合型	132	126	32	28	12	16	96	78	96	10	56	93
%	17.03	16.26	4.13	3.61	1.55	2.06	12.39	10.06	12.39	1.29	7.23	12.00

本次 CP 流行病学调查是在全国著名的贫困干旱山区的定西地区 7 县 0~14 岁的 509 550 名儿童中进行,采取边流行病学调查,边指导功能训练及治疗并举的原则。结果

85.11%的 CP 患儿有语言障碍,痉挛型患病率最高(310 例,16.54%),与大脑广泛损伤有关。构音障碍在共济失调型及手足徐动型中多见,与大脑基底节和小脑损伤有关。手足徐动型患儿要比痉挛型患儿更易伴随语言障碍。智力障碍的 CP 患儿占 81.46%,智商越低,训练的欲望就越差,配合治疗的能力也就越低,恢复越差。痉挛型患儿智力较差,语言发育迟滞与智力高低呈正比,造成接受性和表达性语言缺陷。情绪行为障碍与脑功能受损的程度有关,其次为脑的边缘系统特别是海马回受损时,可引起 CP 患儿情绪行为障碍,在手足徐动型中较为常见。

第三章 早期防治的意义与方法

小儿 CP 早期诊断及治疗是近年来 CP 研究的重点,无论哪种治疗体系和方法都强调早期诊断及治疗的重要性。

一、早期治疗的目的

1. 发展抵抗重力的正常姿势反射和肌张力。促进正常运动功能的形成和发育。
2. 阻止异常姿势反射和肌张力的发展。
3. 建立和发展独立日常生活能力。
4. 发展交流能力。
5. 发展灵活和应变能力。
6. 防止异常模式的固定化及挛缩畸形的发生和发展。

二、早期治疗的方法和内容

自 19 世纪 40 年代,英国矫形外科学专家 John Little 首先研究 CP,至今百余年来已经形成和发展了许多治疗体系,但临床实践证明尚无一种体系十分完善。在众多治疗方法中,目前公认和流行的仍为 Bobath 方法、Vojta 方法和 Peto(引导式教育)方法。

(一)治疗原则

CP 的治疗和康复应是全身心和综合性的,强调不同专业和领域的人员共同组成的治疗小组协调配合作用,家长及家庭成员的参与,医院式治疗和康复与社区康复相结合。CP 的治疗与康复,应是包括医生(多为儿科医生,还包括眼科、耳鼻喉科、矫形科、神经外科、中医等科医生),理学疗法、作业疗法、语言治疗等多种疗法,以及心理、教育及社会工作者等共同参与的综合性治疗和康复。

(二)神经发育评价

评价是治疗的前提,目的是制订合适的治疗计划,神经发育评价对于早期治疗具有重要意义。

1. 总体评价 当临床怀疑患儿有中枢神经系统功能异常,尚未确定诊断时,以下症状应作为评价的基础:①行为呆板,运动减少、过多或紊乱;②竖头及控制不良,脸不在垂直位,头颈过度伸展;③肩胛的连合作用差,肩胛过度伸展或回缩;④骨盆明显前倾或后倾,髋关节不完全伸展;⑤肢体肌张力低或“蛙氏卧位”;⑥肌张力增高而导致支撑和运动