

著提高外周组织对胰岛素的敏感性,大幅度减轻胰岛素的抵抗情况,显著改善糖耐量<sup>[10]</sup>。

本研究结果显示,对照组患者治疗后血糖和糖化血红蛋白水平均较治疗前无显著改善( $P>0.05$ ),中等强度组和高等强度组患者治疗后血糖和糖化血红蛋白水平均显著低于对照组,且高等强度组显著低于中等强度组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。提示不同强度有氧运动对 T2DM 患者的血糖水平有显著影响,高等强度有氧运动降低血糖的效果较中等强度有氧运动更显著<sup>[11]</sup>。对照组患者治疗前、后各指标无显著差异( $P>0.05$ ),中等强度组和高等强度组运动后 FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC、CO 指标显著高于对照组,且高等强度组显著高于中等强度组,中等强度组和高等强度组运动后 ESV、EDV 指标显著低于对照组,且高等强度组显著低于中等强度组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。提示不同强度的有氧运动对 T2DM 患者的心肺功能有显著影响,高等强度有氧运动较中等强度有氧运动可更有效地改善心肺功能,提高心肺耐力,有效改善患者的生活质量,这与国内学者李洁等<sup>[12]</sup>的报道内容一致。

综上所述,不同强度有氧运动对 T2DM 患者的血糖和心肺耐力有不同程度的影响,进行有氧运动患者的血糖和心肺耐力较常规运动训练患者显著改善,且高等强度有氧运动较中等强度有氧运动可更有效地降低血糖水平、提高心肺功能,值得临床上进一步应用、推广。

### 参 考 文 献

- [1] 陆大江.不同健身方法对 2 型糖尿病患者的疗效研究[J].医学研究杂志,2014,41(10):51-56.DOI: 10.3969/j.issn.1673-548X.2012.10.016.
- [2] 晁敏,梁丰,王尊,等.不同强度有氧运动对 2 型糖尿病患者生理指标的影响[J].中国康复医学杂志,2015,30(9):883-887.DOI: 10.3969/j.issn.1001-1242.2015.09.004.

- [3] 王成绩,韩冠宙.有氧运动对 2 型糖尿病前期患者糖脂代谢的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2016,38(3):209-210.DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2016.03.013.
- [4] 赵晓辉.不同强度简易耐力训练对 2 型糖尿病血糖影响研究[J].中国实用护理,2014,12(5):71-72.
- [5] 陈德明,赵霞,李彦龙,等.2 型糖尿病患者运动处方的个案研究[J].南京体育学院学报(自然科学版),2014,13(1):22-25.DOI: 10.3969/j.issn.1671-5950.2014.01.005.
- [6] Lepp A, Barkley JE, Sanders GJ, et al. Physical activity, sedentary behaviors, physical fitness, and their relation to health outcomes in youth with type 1 and type 2 diabetes: A review of the epidemiologic literature[J]. J Sport Health Sci, 2013, 2(1): 21-38.
- [7] 李小玲,陈贤,李凌云,等.不同运动方式广场舞对老年 2 型糖尿病患者血糖及心肺功能的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,32(23):14-16.DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2015.23.006.
- [8] 周加峰,叶新新.中等强度有氧和抗阻运动对老年 II 型糖尿病患者血液生化指标和心肺功能的影响[J].北京体育大学学报,2014,3(14):64-66,74.
- [9] Asano RY, Sales MM, Browne RA, et al. Acute effects of physical exercise in type 2 diabetes: A review[J]. World J Diabetes, 2014, 5(5):659-665.DOI: 10.4239/wjcd.v5.i5.659.
- [10] 宋爱华,韩玉琴,夏引芳,等.中等强度有氧运动对社区 2 型糖尿病病人糖代谢水平及相关指标的影响[J].护理研究,2013,35(10):3354-3355.DOI:10.3969/j.issn.1009-6493.2012.35.046.
- [11] 王正斌,邱春光,卢文杰,等.康复运动对冠心病合并糖尿病患者糖脂代谢及生活质量的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(6):449-453.DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2014.06.012.
- [12] 李洁.不同强度有氧运动对 2 型糖尿病患者血糖血脂水平的影响[J].白求恩医学院学报,2013,11(3):219-221.

(修回日期:2017-07-12)

(本文编辑:凌 琛)

## Mulligan 手法联合人迎穴改良针刺法治疗颈源性头痛的疗效观察

张婷 游菲 万文俊 马朝阳

**【摘要】目的** 观察 Mulligan 手法联合人迎穴改良针刺法治疗颈源性头痛(CEH)的临床疗效。**方法** 采用随机数字表法将 60 例 CEH 患者分为观察组及对照组,每组 30 例。对照组患者给予颈椎牵引及人迎穴改良针刺治疗,观察组在此基础上辅以 Mulligan 手法治疗,持续治疗 10 d。于治疗前、治疗 10 d 后采用视觉模拟评分法(VAS)对 2 组患者疼痛缓解程度进行评定,同时采用彩色多普勒超声检查 2 组患者椎动脉(VA)搏动指数(PI)、阻力指数(RI)及平均血流速度(Vm)。**结果** 治疗后观察组及对照组疼痛 VAS 评分[分别为(1.92±0.67)分和(2.32±0.54)分]均较治疗前明显降低( $P<0.05$ ),同时观察组疼痛 VAS 评分亦显著低于对照组水平( $P<0.05$ );治疗后 2 组患者椎动脉 PI、RI 及 Vm 值均明显降低( $P<0.05$ ),并且观察组 RI 值亦显著低于对照组水平[(0.56±0.07) vs (0.63±0.07), $P<0.05$ ]。**结论** Mulligan 手法联合人迎穴改良针刺治疗 CEH 患者具有协同作用,其疗效明显优于单一人迎穴改良针刺治疗。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2017.08.016

作者单位:430014 武汉,华中科技大学同济医学院附属武汉中心医院康复科

通信作者:马朝阳,Email: machaoyang163@126.com

【关键词】 Mulligan 手法; 针刺; 人迎穴; 颈源性头痛

基金项目:湖北省卫计委中医药中西医结合资助项目(2013Z-Y29)

Fund program:Supported by the Traditional Chinese Medicine and Pharmacology agency of Health and family Planning Commission of Hubei(2013Z-Y29)

颈源性头痛(cervicogenic headache, CEH)是一种主要由颈部软组织或颈椎器质性或功能性疾病引起的头痛,其主要特征是头痛单侧或双侧发作,同时伴有颈部疼痛、僵硬、活动功能受限<sup>[1]</sup>。目前认为 CEH 的首要病因为神经根机械性压迫或其支配的组织结构异常<sup>[2-3]</sup>,而研究证实 Mulligan 手法治疗对颈源性头晕具有显著疗效<sup>[4-5]</sup>。本研究联合采用 Mulligan 手法及人迎穴改良针刺治疗 CEH 患者,发现临床疗效满意。

### 对象与方法

#### 一、研究对象

选取 2014 年 8 月至 2016 年 4 月期间在华中科技大学同济医学院附属武汉中心医院康复门诊或住院治疗的 CEH 患者 60 例,患者纳入标准包括:①均符合 Sjaastad's 颈源性头痛诊断标准<sup>[6]</sup>和颈源性头痛国际研究组(Cephalic Headache International Study Group, CHISG)制订的颈源性头痛诊断标准<sup>[7]</sup>;②年龄 25~65 岁;③病程 1~6 个月;④对本研究知情同意并能积极配合相关治疗。患者剔除标准包括:①合并严重心、肝、脑、肾等重要脏器并发症或其它严重疾病;②颈椎有脱位、骨折、结核、急性颈椎间盘突出、感染、肿瘤等;③因耳源性、脑源性、外伤性、眼源性或神经官能性疾病、颅内肿瘤等诱发头痛;④服用其它止痛药物者;⑤孕、产妇及精神病患者;⑥患者容易脱落等。采用随机数字表法将上述患者分成观察组及对照组,每组 30 例。2 组患者性别、年龄及病程等一般资料情况组间差异均无统计学意义,具有可比性( $P>0.05$ ),具体数据见表 1。

表 1 入选时 2 组患者一般资料情况比较

组别	例数	性别(例)		头痛发作(例)			年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$ )	病程 (月, $\bar{x}\pm s$ )
		男	女	左侧	右侧	双侧		
观察组	30	14	16	17	10	3	41.2±9.4	3.8±1.6
对照组	30	16	14	15	11	4	41.5±9.9	4.0±1.6

#### 二、治疗方法

对照组患者给予常规颈椎牵引及人迎穴改良针刺治疗,观察组在对照组干预基础上辅以 Mulligan 手法治疗,上述疗法均以患者疼痛侧为治疗及观察侧,若为双侧疼痛,则选取疼痛明显侧为治疗及观察侧,具体治疗方法如下。

1. 颈椎牵引:采用日产 PH-T5021 型智能电动牵引器,治疗时患者取坐位,牵引角度为躯体前倾 15~20°,牵引力量以 5~8 kg 为宜,每持续牵引 50 s 则休息 10 s,总牵引时间为 20 min,每天治疗 1 次,连续治疗 10 d。如治疗过程中患者出现不适,则暂停牵引并休息。

2. Mulligan 手法治疗:①自然体位下小关节滑动技术(natural apophyseal glides, NAGS),在直立位下沿着颈椎治疗平面小关节面方向斜向上进行节律性关节滑动,在小关节滑动范围内中段至末段进行节律性被动运动。②维持自然体位下小关节滑动技术(sustained natural apophyseal glides, SNAGS),治疗时患者取坐位,治疗师给予治疗平面颈椎棘突按压或手法牵引,

沿治疗平面持续按压棘突同时让患者主动缓慢旋转、前屈、侧屈或后伸颈椎至最大范围后维持数秒,然后再缓慢恢复中立位,治疗过程中需随时与患者沟通治疗感受,注意保证力量均衡。③自我 SNAGS 技术,指导患者利用毛巾进行自我关节松动治疗。治疗项目①、②由治疗师负责完成,每次持续 20 min,每日治疗 1 次,连续治疗 10 d;治疗项目③由患者自行完成,每次持续 10 min,每日治疗 1~2 次,连续治疗 10 d<sup>[5]</sup>。

3. 人迎穴改良针刺:患者取仰卧位,颈部略垫高,头后仰,医者立于患者治疗侧,首先触摸找到环状软骨,然后用手指寻找颈动脉与气管间隙,并由此深压直至触摸到 C<sub>6</sub> 横突结节,于此平面喉结旁 1.5 寸进针,选用 30 号 2.0 寸一次性无菌毫针,局部经常规消毒后进针,针尖与皮肤呈 90° 夹角刺入直至抵达 C<sub>6</sub> 横突,施以提插手法 2~3 次,使进针组织周围产生酸胀感,随即取针<sup>[8]</sup>,每日治疗 1 次,连续治疗 10 d。

#### 三、疗效评定标准

于入选时、治疗 10 d 后对 2 组患者进行疗效评定,采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评定患者疼痛程度,0 分表示无痛,10 分表示难以忍受的剧烈疼痛,疼痛 VAS 评分改善率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%,具体疗效标准如下:VAS 改善率≥75%为临床痊愈;50%~75%为显效;25%~50%为有效;<25%为无效;本研究同时于上述时间点采用德产 MDX-1046 型彩色多普勒超声检测患侧椎动脉(vertebral artery, VA)脉动指数(pulse index, PI)、阻力指数(resistance index, RI)及平均血流速度(the mean blood flow velocity, V<sub>m</sub>)。

#### 四、统计学分析

本研究所得计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 SPSS 18.0 版统计学软件包进行数据分析,组间计量资料比较采用方差分析,组内治疗前、后计量资料比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 结 果

#### 一、治疗后 2 组患者临床疗效比较

治疗前 2 组患者疼痛 VAS 评分组间差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后 2 组患者疼痛 VAS 评分均较治疗前明显降低( $P<0.05$ );并且治疗后观察组患者疼痛 VAS 评分亦显著优于对照组( $P<0.05$ );通过对 2 组患者临床疗效结果比较后发现,观察组总有效率(86.7%)明显优于对照组总有效率(80.0%),组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。具体数据见表 2。

#### 二、治疗前后 2 组患者 PI、RI 及 V<sub>m</sub> 比较

治疗前 2 组患者各项椎动脉血流参数(如 PI、RI、V<sub>m</sub>)组间差异均无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后 2 组患者椎动脉 PI、V<sub>m</sub> 及 RI 值均较治疗前明显降低( $P<0.05$ );通过进一步组间比较发现,治疗后仅有 RI 值组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),而 PI 及 V<sub>m</sub> 指标 2 组间差异仍无统计学意义( $P>0.05$ )。具体数据见表 3。

表 2 治疗前、后 2 组患者疼痛 VAS 评分及临床疗效结果比较

组别	例数	疼痛 VAS 评分(分, $\bar{x}\pm s$ )		临床疗效评定				
		治疗前	治疗后	临床治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	30	6.95±1.53	1.92±0.67 <sup>ab</sup>	12	10	4	4	86.7 <sup>b</sup>
对照组	30	7.04±1.67	2.32±0.54 <sup>a</sup>	5	9	10	6	80.0

注:与组内治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组相应指标比较,<sup>b</sup> $P<0.05$

表 3 治疗前、后 2 组患者椎动脉血液流变学比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	PI		RI		Vm(cm/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	1.39±0.43	1.05±0.38 <sup>a</sup>	0.68±0.08	0.56±0.07 <sup>ab</sup>	40.21±7.64	34.43±7.59 <sup>a</sup>
对照组	30	1.36±0.40	1.13±0.39 <sup>a</sup>	0.67±0.08	0.63±0.07 <sup>a</sup>	39.56±6.54	35.71±8.22 <sup>a</sup>

注:与组内治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组相同时间点比较,<sup>b</sup> $P<0.05$

## 讨 论

颈源性头痛(CEH)概念由 Sjaastad 等<sup>[9]</sup>在 1983 年世界头痛大会上首次提出,其发病机制仍未明确,目前较普遍的观点认为主要由下列两方面因素引起,包括:①椎管内炎性刺激和/或 C<sub>1-3</sub>椎间盘对神经根的机械性压迫作用;②上、下颈椎小关节、肌肉及韧带筋膜等对 C<sub>1-3</sub>神经根分支的炎性刺激或机械性卡压<sup>[2-3]</sup>。当前国内、外针对 CEH 的治疗方法众多,其中手法治疗基于改善颈部机械压迫理论,其临床效果相对较好,应用较广泛。

国内研究显示,头痛患者其颅内血流速度普遍存在异常<sup>[10]</sup>,其中 45 岁以下患者其椎动脉 Vm 值通常较正常值增高<sup>[11]</sup>,随着年龄增长,其脑动脉硬化日趋严重,椎动脉 Vm 值会逐渐降低,并通常伴有波谱形态异常<sup>[12]</sup>。人迎穴位于机体喉结前外侧约 3 cm 处,解剖学上平对喉结,其深层组织为颈动脉球<sup>[6]</sup>。大量研究证实针刺人迎穴可缓解血管痉挛,增加血流量,并对神经产生良性调节作用,从而降低神经根应激能力<sup>[13-14]</sup>。本研究结果显示,针刺人迎穴可明显减轻 CEH 患者疼痛程度( $P<0.05$ );彩色多普勒超声检查显示,针刺人迎穴可显著降低椎动脉脉动指数(PI)、阻力指数(RI)及平均血流速度(Vm)。上述结果进一步证实针刺人迎穴能缓解 CEH 患者椎动脉痉挛,改善脑部血流量,降低脊神经应激能力,从而减轻头痛症状。

Mulligan 手法是一种使小关节在负重体位下产生节律性滑动以纠正小关节错位的方法。Mulligan 手法治疗可明显减轻颈椎病患者临床症状,改善因退行性病变引起的钩椎关节及上、下关节突小关节紊乱,重塑颈椎生理曲度,并有效减轻或解除颈椎异常结构对椎动脉丛、颈交感神经的压迫与刺激<sup>[4]</sup>。本研究联合采用 Mulligan 手法及人迎穴改良针刺法治疗观察组 CEH 患者,结果显示治疗后该组患者疼痛程度、临床疗效结果均显著优于对照组( $P<0.05$ );彩色多普勒超声检查显示观察组椎动脉 PI、RI 及 Vm 值均较治疗前明显改善,并且 RI 值改善幅度亦显著优于对照组( $P<0.05$ )。上述结果表明,与单一针刺疗法比较,Mulligan 手法结合人迎穴改良针刺能进一步改善 CEH 患者疼痛症状,减轻椎基底动脉血流阻力效应,其作用机制可能与 Mulligan 手法可缓解肌肉痉挛,纠正颈椎小关节对位紊乱,从而减轻对神经及血管压迫程度有关<sup>[15-17]</sup>。

综上所述,本研究结果表明,Mulligan 手法联合人迎穴改良

针刺法治疗 CEH 患者具有协同疗效,能进一步缓解疼痛,改善患者生活质量;同时 Mulligan 手法治疗技术简单易学,患者可在家中自行操作,其治疗依从性较好,值得临床推广、应用。

## 参 考 文 献

- [1] 何亮亮,倪家骥.颈源性头痛诊断及治疗研究进展[J].中国全科医学,2016,19(12):1392-1395. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.12.008.
- [2] Vincent MB. Cervicogenic headache: the neck is a generator; con[J]. Headache, 2010, 50(4): 706-709. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2010.01643.x.
- [3] Becker WJ. Cervicogenic headache: evidence that the neck is a pain generator[J]. Headache, 2010, 50(4): 699-705. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2010.01648.x.
- [4] Reid SA, Rivett DA, Katekar MG, et al. Comparison of mulligan sustained natural apophyseal glides and maitland mobilizations for treatment of cervicogenic dizziness: a randomized controlled trial[J]. Phys Ther, 2014, 94(4): 466-476. DOI: 10.2522/ptj.20120483.
- [5] 王荣丽,黄真. Mulligan 手法在颈椎病中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(3): 224-226. DOI: 10.3969/j.issn.1001-1242.2005.03.025.
- [6] Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The cervicogenic headache international study group[J]. Headache, 1998, 38(6): 442-445.
- [7] Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria[J]. Headache, 1990, 30(11): 725-726.
- [8] 朱现民,郑婕,王世威. 古代凶险要穴人迎新用探析[J]. 中国针灸, 2014, 34(4): 367-371.
- [9] Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, et al. "Cervicogenic" headache. An hypothesis[J]. Cephalalgia, 1983, 3(4): 249-256. DOI: 10.1046/j.1468-2982.1983.0304249.x.
- [10] 郭红敏,郑菊梅. 742 例头痛患者经颅多普勒检测与分析[J]. 华中华医学杂志, 2000, 24(4): 183-184.
- [11] 万丽丽. 经颅多普勒检测 1335 例头痛、头晕患者脑动脉血流的临床特点[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(12): 150-151. DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2015.70.042.
- [12] 赵真,许宏伟. 经颅多普勒评估血管性头痛患者脑血管舒缩功能状况和血流量的变化[J]. 中国临床康复, 2005, 9(47): 128-129. DOI: 10.3321/j.issn.1673-8225.2005.47.071.
- [13] 彭青. 人迎穴位注射治疗颈性眩晕疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(10): 924-925. DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2014.10.

0924.

[14] 张婷, 马朝阳, 唐雷, 等. 人迎穴改良针刺法对椎动脉型颈椎病血浆神经肽 Y 影响的临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2015(7): 59-61. DOI: 10.16305/j.1007-1334.2015.07.019.

[15] Dunning JR, Butts R, Mourad F, et al. Upper cervical and upper thoracic manipulation versus mobilization and exercise in patients with cervicogenic headache: a multi-center randomized clinical trial[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2016, 17(1): 64. DOI: 10.1186/s12891-016-0912-3.

[16] 田有粮, 张昕, 韩焕萍, 等. 手法松解配合头颈部磁疗治疗颈源性头痛临床分析[J]. 浙江中医药大学学报, 2016, 40(4): 312-313. DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2016.04.020.

[17] 单志婧, 李慧莹, 刘思同, 等. 颈源性头痛治疗新进展[J]. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20(12): 885-888. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9852.2014.12.010.

(修回日期: 2017-05-06)

(本文编辑: 易浩)

## 正确抱姿对运动发育迟缓患儿运动功能及异常姿势的影响

梁忠培 邓昌枢 杨力 董红琴

**【摘要】 目的** 观察正确抱姿对运动发育迟缓患儿运动功能及异常姿势的影响。**方法** 采用随机数字表法将 84 例运动发育迟缓患儿分为矫正组(42 例)及对照组(42 例)。2 组患儿均给予常规康复治疗, 矫正组患儿在此基础上指导其家长采用正确抱姿, 对照组家长仍采用日常习惯抱姿。于治疗前、治疗 3 个月后分别采用 Gesell 发育量表对 2 组患儿总运动发育水平发育商(DQ)及粗大动作(GM)能力进行评分, 观察对比 2 组患儿异常姿势改善情况。**结果** 治疗前矫正组共有轻度运动发育迟缓患儿 25 例, 中度 9 例, 重度 7 例, 极重度 1 例, 治疗后共有 37 例患儿较治疗前明显好转; 治疗前对照组共有轻度运动发育迟缓患儿 26 例, 中度 9 例, 重度 8 例, 治疗后轻度运动发育迟缓 3 例, 中度 6 例, 极重度 2 例, 治疗后共有 31 例患儿较治疗前明显好转。治疗前 2 组患儿 DQ、GM 值组间差异均无统计学意义( $P>0.05$ ); 治疗后 2 组患儿 DQ、GM 值均较治疗前明显改善( $P<0.05$ ), 并且上述指标均以矫正组患儿的改善幅度较显著, 与对照组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗前矫正组及对对照组姿势正常者分别有 37 例、31 例, 均较治疗前明显改善( $P<0.05$ ), 并且以矫正组患儿异常姿势的改善情况较显著, 与对照组间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 正确抱姿能有效纠正运动发育迟缓患儿异常姿势, 有利于进一步提高运动发育迟缓患儿运动功能, 该疗法值得临床推广、应用。

**【关键词】** 正确抱姿; 运动发育迟缓; 异常姿势; Gesell 发育量表

运动发育迟缓患儿由于围产期缺氧缺血性脑病、孕早期先兆流产和药物保胎史、早产等高危因素影响, 容易造成患儿出现异常姿势, 如手后背、身体易打挺、头后仰或无力、腰无力、扶站时屈髋明显、尖足等<sup>[1-2]</sup>。相关研究发现, 家长正确抱姿对纠正患儿异常姿势有一定帮助, 而错误抱姿则会造成患儿异常姿势加重, 甚至影响患儿后期运动功能发育<sup>[3]</sup>。本研究拟观察家长正确抱姿对运动发育迟缓患儿运动功能及异常姿势的影响, 发现临床疗效满意。

### 对象与方法

#### 一、研究对象

共选取 2015 年 10 月至 2016 年 10 月期间在贵州遵义医学院附属医院儿童康复科治疗的 0 至 1 岁运动发育迟缓患儿 84 例。患儿纳入标准还包括: Peabody 运动评估结果落后于正常婴儿 3 个月以上, 发育评估结果显示: 患儿除了“大/精细运动”发育能区落后(运动发育商<75 分)外, 在“发音/语言、认知、社

交/人格以及日常活动”等发育能区方面亦存在部分或整体明显落后<sup>[4]</sup>; 剔除脑瘫、脑炎或脑外伤患儿。采用随机数字表法将上述患儿分为矫正组及对照组, 每组 42 例, 2 组患儿性别、年龄、病因等一般资料情况详见表 1, 表中数据经统计学比较, 发现组间差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

表 1 入选时 2 组患儿一般资料情况比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (月, $\bar{x}\pm s$ )	早产 (例)	低体质量 (例)
		男	女			
矫正组	42	26	16	8.1±3.2	17	10
对照组	42	25	17	7.3±2.5	18	9

  

组别	例数	脑外间隙增宽 及脑室增大 (例)	颅内 出血 (例)	缺血缺氧性 脑病后遗症 (例)	外部性 脑积水 (例)
对照组	42	7	2	4	2

#### 二、治疗方法

2 组患儿均给予常规康复干预, 主要包括神经节苷脂肌注和 Bobath、Vojta 等神经发育促进疗法, 以抑制异常姿势、促进正常运动模式形成, 同时辅以按摩、四肢关节被动运动、双前臂支撑、翻身、头部姿势训练等。上述康复训练每次 30 min, 每周训