

脑性瘫痪定义的历史沿革

胡莹媛

[关键词] 脑性瘫痪 ; 定义 ; 历史
中图分类号 : R742 .3 文献标识码 : A 文章编号 : 1006-9771 (2003) 05-0257-02

1844 年英国矫形外科医生李德(Willin John Little ,1810 —1894) 提出了痉挛性强直的概念,1853 年又提出这些患儿还常常伴有智能障碍、语言障碍等多方面的功能障碍。1861 年,他又发现该病的发病与难产、未成熟儿、新生儿窒息等因素有极密切关系。自此,李德全面叙述了脑性瘫痪(脑瘫)的主要障碍、并发症及继发障碍的临床表现到发病的高危因素等概念。这一概念一直维持了 20 余年,当时称为李德病^[1-2]。

1889 年,Osler 将此概念扩大到包括后天性因素所致的这类婴幼儿功能障碍,同时开始使用“ cerebral palsy” 一词,概括出了以脑性运动障碍为主的概念,并沿用至今。1897 年,德国的 Freund 明确指出脑性瘫痪由多种病因所致,不是 1 种疾病,而是 1 个症候群,曾命名 spastic。
对脑瘫概念的全面认识在实践中逐步得到提高,脑瘫的定义也随之发生了演变,在不同时期、不同国家的学者都有不同的论述,详见附表。

附表 近代脑瘫定义的历史变迁表

人名	年代	定义
Phelps	1948	脑各部位病变引起的随意运动障碍的总称。
Kurland	1957	从受孕到新生儿期间由于各种原因(或原因不明)引起的中枢性运动功能障碍,其异常表现均在婴儿期即出现。确诊的疾病和进行性疾病除外 ^[3] 。
Little Club Memorandum	1959	在出生初期由于大脑的非进行性病变而致的永久性,但是可以变化的运动和姿势异常。单纯运动发育落后除外。
福山幸夫	1961	由于从受孕到新生儿期间发生的非进行性脑损伤引起的永久性的、但是可以变化的运动和姿势异常。其症状在 2 岁前出现。进行性疾病、一过性运动障碍和将来可能正常化的运动发育落后应除外 ^[4] 。
Edinburgh Meeting	1964	因脑在未成熟时损伤而引起的运动和姿势的异常,但要除外持续进行性疾病所致的,以及智力低下者。
日本文部省科学研究报告	1964	在发育期由于种种原因而致的非进行性的中枢性运动机能障碍,同时常伴有癫痫、各种感觉、行为及情绪障碍。
Berlin Meeting	1966	在生长发育期间,由于脑功能障碍而致的永久性的、然而可变化的姿势和运动异常,常合并许多其他障碍。
国际障碍者协会常设脑瘫委员会	1967	脑在生长发育完成以前受到损伤,产生永久性的、但是可以变化的姿势和运动异常,同时可伴有很多合并症。
日本厚生省脑性麻痹研究班	1968	从妊娠到新生儿期之间所致的、脑的非进行性病变为基础的、永久性的、但可以变化的运动和姿势异常,其症状在 2 岁前出现。应除外进行性疾病所致的、一过性运动障碍,以及将来可能正常化的运动发育落后。

1988 年 9 月,在佳木斯市全国小儿脑瘫学术研究

会上,我国专家们一致建议根据日本厚生省脑瘫研究班的定义原则,确定我国的脑瘫定义:“脑瘫指的是从出生前到出生后 1 个月以内因各种原因所致的非进行性脑损伤,主要表现为中枢性运动障碍及姿势异常,同时经常伴有其他如智力低下、语言障碍、癫痫等并发症

作者单位:1.100077 北京市,首都医科大学康复医学院;2.100077 北京市,北京博爱医院儿童康复科。作者简介:胡莹媛(1940-),女,辽宁辽阳人,主任医师,主要研究方向:小儿脑瘫临床诊断与康复治疗。

碍”^[5]。

从脑瘫定义的沿革中可以看出,脑瘫的定义基本上是描述性的,它没有特定的病因和病理改变,它与其他疾病的区别仅在于其特定的临床表现。脑性瘫痪的临床表现包括 3 个基本要素^[6]: ①早期性:本病为脑损伤所致,脑损伤又严格限定在脑的生长发育速度最快阶段,即从受孕到生后 1 个月内。美国康复医学专家 Rusk 教授认为,根据致病因素发生时间,习惯上将产前及产期(包括新生儿期前 2 周)称为先天性,其后均为后天性^[7]。此要素说明脑瘫应早发现、早康复,以求取得最好的疗效,这也是保证脑瘫患儿潜在能力可以得到最大程度发挥的唯一途径。②脑瘫是非进行性的,应与进行性的中枢性运动障碍性疾病加以区别。此要素确认了脑瘫有一定的康复价值。③主要障碍为运动功能障碍及姿势异常,同时常伴有其他障碍如认知障碍、语言障碍、感觉障碍等。此要素确认了脑瘫不是一种独立的疾病,而是一个多种障碍症候群。这意味着脑瘫的康复需要针对多种障碍,采用多种手段全面康复。

脑瘫并非疑难症,临床诊断并不困难。困难的是,到目前为止,对脑瘫尚无根治的办法^[8],而只能针对其已形成的障碍进行康复治疗,尽量改善功能、提高能力,以达到生活自理或回归社会的目的,对于重症患儿只能提高其生活质量。许多康复方法(手段)如 Bobath 法、Rood 法、Vojta 法、Peto 法等,只是处于临床观察和推理阶段,没有把效果理论化,而许多的实践也缺乏理论指导。对脑瘫患儿最常见的肌张力增高问题,许多降低肌张力的方法不是只有短暂的效果,就是需要长时间的训练治疗才有一定的作用,还有偶尔尝试的破

坏性手术等方法^[9],也保证不了长期疗效。对手足徐动型脑瘫患儿不自主运动的控制,协调运动建立的方法则更少,实践中做起来更困难。

脑瘫患儿评价的主观因素和变量因素非常多^[10],因而科学性及标准化很难统一,所以在评价和康复中,不一定非要强调一致,应更多地强调个体化特点,体现脑瘫在康复中的多样性,更加接近患儿的特点和需要,从而使患儿能有更大的受益。

[参考文献]

- [1] 韩伟成. 脑性瘫痪儿童的治疗与康复[M]. 北京: 华夏出版社, 1992. 24.
- [2] 小池文英. 脑性麻痹儿治疗的变迁[J]. 整形外科杂志, 1976, 27(6): 435—436.
- [3] 李树春. 小儿脑性瘫痪[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2000. 2—4.
- [4] 孙世远. 脑性瘫痪的早期诊断与早期治疗[M]. 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 1991. 1—4.
- [5] 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, 1989, 27: 162—163.
- [6] 林庆, 李松. 小儿脑性瘫痪[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 2000. 61.
- [7] Rusk HA. 陈过译. 康复医学[M]. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1984. 346.
- [8] 津山直一. 脑性麻痹的研究[M]. 东京: 同文书院, 1985. 11—16.
- [9] DeLisa JA. Rehabilitation Medicine Principles and Practice [M]. 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998. 946.
- [10] Shepherd RB. Physiotherapy in Paediatrics [M]. 2nd Ed. London: William Heinemann Medical Books Ltd., 1988. 7.