

针灸联合现代康复治疗慢性格林-巴利综合征1例

刘军兵, 任胜洪, 陈蓉, 仇奕

(重庆市九龙坡中医院脑病科, 重庆 400080)

[中图分类号] R249.27 [文献标识码] B [文章编号] 1004-2814 (2018) 06-0745-02

慢性格林-巴利综合征 (Chronic Guillain-Barre) 又名慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病 (chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, CIDP) 是免疫介导的炎性脱髓鞘性疾病, 呈慢性进展或复发性病程。起病隐匿, 病前少见前驱感染, 起病缓慢并逐步进展^[1]。病变主要表现为周围神经广泛的炎症性脱髓鞘, 多累及脊神经及其神经根。该病的临床表现为不同程度的肢体无力, 并伴有深、浅感觉的异常, 多数呈对称性, 或出现肌萎缩, 其以四肢痿弱无力为主症。2017年9月我科收治1例慢性格林-巴利综合征患者, 用董氏奇穴联合现代康复治疗取得满意疗效, 介绍如下。

病案: 许某, 女, 19岁, 因“四肢无力、麻木5个月”就诊。入院前5个月, 开始出现提重物后双上臂及颈部无力感, 伴酸胀感, 双手指远端麻木感, 表现对称性、症状持续, 逐渐出现双下肢麻木感, 伴行走后乏力感, 右侧下肢行走拖沓, 右侧足背抬起受限等。未经相关正规治疗, 相继出现双上肢无力, 持物及开门等日常动作困难, 双下肢无力加重, 蹲下时不能自行站起, 需外力搀扶, 症状呈进行性加重, 伴行走时不稳、摇晃, 多次跌倒, 无明显头昏、头痛、吞咽困难、呼吸困难、意识障碍及大小便失禁等症。求治重庆某大医院, 头颅MRI未见明显异常, 腰椎及颈椎MRI提示轻度椎间盘突出。肌电图提示: ①双侧正中神经、尺神经、桡神经、肌皮神经及腋神经运动传导速度均减慢, 双侧腓神经运动传导未出波; ②左侧尺神经感觉传导速度减慢; 右侧尺神经、双侧正中神经、桡神经、胫神经、腓神经均未出波; ③双上肢F波均未出波; 提示四肢周围神经明显损害, 根干、末梢均可见。肌电图提示双侧腓肠肌神经源性损害。外院脑脊液检查提示蛋白6.42g/L, 细胞总数 $8 \times 10^6/L$, 寡克隆带阴性。诊断为“慢性格林-巴利综合征”。经服泼尼松 60mg、qd等, 治疗1个月, 效果甚微, 后辗转各处接受治疗, 但病情未见明显好转。查神清, 吐词清晰, 颅神经查体阴性, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约3mm, 对光反射灵敏, 集合反射存在。双侧上肢大鱼际肌及第1骨间肌呈对称性萎缩, 双上肢近端肌力Ⅲ级, 远端肌力Ⅲ级, 远端肌肉可见震颤; 双下肢近端肌力Ⅲ级, 远端背屈肌力Ⅱ级, 跖屈肌力Ⅱ级; 四肢肌张力减退, 双侧肱二头肌、肱三头肌反射、桡骨膜反射、膝反射、跟腱反射均消失。下肢深感觉正常, 双侧痛觉正常对等, 双侧病理征阴性。刻诊: 患者四肢麻木、无力, 暂不能行走, 不肿, 无痛, 舌质紫暗, 苔薄白, 脉涩。二便调。中医诊断为痿证, 瘀阻脉络、脾胃气虚。西医诊断为慢性格林-巴利综合征。治以健脾益气, 疏经通络, 活血通脉。予针灸联合现代康复训练治疗。①针灸: 用董氏奇穴配合醒脑开窍疗法针刺治疗。取水沟、极泉、内关、合谷、委中、三阴交采取醒脑开窍针刺法^[2]。合谷、极泉、委中、三阴交施提插至肢体抽动后出针。水沟向鼻中隔方向斜刺, 用雀啄手法, 至眼球湿润为度。董氏奇穴取双侧云白穴、双侧曲陵穴、双侧灵骨穴、双侧大白穴、双侧通肾穴、双

侧通胃穴、双侧驷马一穴、双侧下三皇、双侧三重穴、双侧侧下三里、双侧火主穴, 皆施平补平泻手法, 其中下三皇、三重穴采取倒马针法^[3], 接电针, 以患者能耐受的最大量为度, 予断续波刺激。留针30 min, 日行1次, 10天为一疗程。②现代康复训练方法。采取本体感神经肌肉促进技术 (PNF)、运动再学习法, 同时采用低频脉冲电刺激、中药离子透入治疗。运动疗法主要进行肌力、耐力与全身关节活动度训练、站立行走训练以及步态训练。作业疗法根据病情选择如扭螺丝、捡木钉、沙袋、平衡棒等项目。在训练时多鼓励患者, 让其消除恐惧, 对训练有信心, 积极配合治疗, 促进患者早日康复。每种方法训练30 min, 每天训练强度不超过2h。入院第1周四肢无力症状开始好转, 双上肢近端肌力Ⅳ-级, 远端肌力Ⅲ级, 双下肢近端肌力Ⅳ-级, 远端肌力Ⅲ级。继续相同治疗方案, 入院第2周时可搀扶站立行走, 后逐渐激素药物治疗逐渐减量, 肢体功能锻炼进展至步行及生活能力锻炼, 症状明显改善, 四肢肌力近端及远端均达到Ⅳ级以上, 双侧腓肠肌肌容积较前增大, 下肢远端感觉异常有所好转。患者自觉下肢力量增强, 可独立行走, 生活能够自理3周后出院。嘱出院后加强营养, 适当运动避免感冒感染, 保持心情愉快。

讨论: 慢性格林-巴利综合征属中医“痿证”范畴。主要病机为肺热叶焦。历代医家多以“治痿独取阳明”为治疗大纲。如《灵枢·根节》谓: “阳明为阖, ……阖折则气无所止息而痿疾起矣, 故痿疾者, 取之阳明。”《临证指南医案·痿》谓: “阳明为宗筋之长, 阳虚则宗筋纵, 宗筋纵则不能束筋骨以流利机关, 此不能步履, 痿弱筋缩之证作矣。”《针灸大全》谓: “手足麻痹, 不知痛痒, 取足临泣、太冲、曲池、大陵、合谷、三里、中渚”; 《神应经》谓: “足麻痹, 取环跳、阴陵泉、阳陵泉、阳辅、太溪、至阴。”《针灸甲乙经·热在五脏发痿》谓: “足缓不收, 痿不能行, 不能言语, 手足痿不能行, 地仓主之。痿不相知, 太白主之, 痿厥身体不仁, 手足偏小, 先取京骨, 后取中封、绝骨, 皆泻之, 痿厥寒足, 腕不收僻, 坐不能起, 髀枢脚痛, 丘墟主之。虚则痿, 坐不能起; 实则厥, 胫热时痛, 身体不仁, 手足偏小, 善啮颊, 光明主之”。选取多气多血的手足阳明经脉, 采取醒脑开窍针刺法联合电针疗法, 电刺激可提高组织的兴奋性, 且可保持肌纤维收缩和舒张特性, 防止肌肉萎缩、促进局部血液循环^[4]。黎舒敏等^[5]认为采取醒脑开窍针刺法治疗慢性格林-巴利综合征可明显改善症状, 促进患者康复。“倒马针法”用针重在远道用穴, 与病变部位遥相呼应, 多穴同时进针加强了针刺作用的循经效应, 强调其远治效应^[6]。相关研究表明, 董氏奇穴倒马针刺法具有改善脑血管循环和血液流变学指标、抑制炎症反应、清除自由基等多种作用^[7]。

现代康复训练可通过早期的肢体功能训练最大限度地恢复自主生活能力, 减少残疾程度^[8]。恢复期进行起坐、步行的步态训练等功能的锻炼, 从而改善患侧肢体

中西医结合治疗全植物神经功能不全致眩晕1例

王容¹, 黄佳¹, 曾祥红²

(1. 重庆市江北区中医院针灸科, 重庆 400020; 2. 北京市中西医结合医院针灸科, 北京 100195)

[中图分类号] R249.27 [文献标识码] B [文章编号] 1004-2814(2018)06-0746-02

笔者在临床中遇到1例因全植物神经功能紊乱导致头晕、不能站立迁延半年的患者, 经中西医结合辨病辨证治疗而愈, 介绍如下。

李某, 男, 48岁。半年前每于起身站立出现头晕恶心, 心慌汗出, 自觉发冷, 如坐舟车, 不能睁眼, 行走不稳, 经常摔倒, 无明显肌力减弱, 意识清楚, 卧位血压120/80mmHg, 当地医院住院查血常规、肝肾功、凝血、心功能、肺功能、脑CT、脑核磁等无明显异常, 经扩容、改善微循环、抗血小板聚集等治疗后头晕未明显好转, 仍不能站立。1个月前无明显诱因症状加重, 仍于站立起身时发作剧烈头晕恶心, 心悸汗出, 发冷感, 平卧休息后可缓解, 肢体力量如常。症见神清, 精神矍铄, 面色无华, 头晕恶心, 心慌汗出, 周身乏力, 平卧休息后可自行缓解, 仍不能独立站立, 需人搀扶, 言语清晰, 寐差, 舌暗红苔薄黄、脉弦细。实验室检查示血常规、尿常规、肝功能、血脂4项、凝血4项、D-二聚体、甲功3项均大致正常。既往于外院检查甲功3项均无异常。测卧位血压120/80mmHg, 站立血压80/60mmHg, 形体偏瘦, 经神经专科查体全身肌力正常, 神经反射正常, 病理反射未引出。体格检查未见异常。既往体健, 否认高血压、糖尿病、冠心病等慢性病史。考虑为全植物神经调节功能减

弱, 诊断为全植物神经功能不全、直立性低血压。中医辨证为眩晕(肝阳上亢型)。治以平肝潜阳, 养心安神。给予天麻钩藤汤加减。药用天麻30g, 钩藤30g, 石决明15g, 栀子10g, 杜仲10g, 桑寄生10g, 牛膝10g, 黄芩10g, 夜交藤10g, 茯神6g, 益母草6g。7剂, 日1剂, 水煎至200mL, 早晚温服。针刺穴选四神聪、太阳、风池、印堂、合谷、行间、侠溪、太溪, 患者仰卧, 局部常规消毒后, 用无锡佳健牌0.30mm×40mm一次性无菌针灸针, 平补平泻, 得气后接通电针仪, 选用连续波, 强度以能耐受为宜, 留针30min, 日1次, 7次为一疗程。另晨服甲强龙琥珀酸钠50mg2天, 25mg2天, 12.5mg2天停。逐渐能借助支持物行走, 至7天已基本能自主站立, 不能站立过快。自觉精神好转, 少有困乏感, 治疗期间也仅出现1次摔倒。后续中药结合针灸治疗半个月症状基本消失, 坐位及站立位血压平稳, 随访2年未复发。

全植物神经功能不全为相对急性起病的整个植物神经系统功能的缺失, 具自限性。全植物神经功能不全由young等^[1]最先报告, 至今国内外仅报道30余例^[2-8]。临床表现为广泛的交感、副交感节前、节后神经功能失调。涉及瞳孔、胃肠道、心血管、膀胱和直肠、泪腺、涎腺、体温调节及性功能等。约40%的患者有脑脊液蛋白含量增高, 而细

[通讯作者] 黄佳

的功能恢复, 降低致残率, 提高生活质量。通过运动再学习联合作业疗法, 进一步促进运动功能恢复。运动再学习法将运动学习和有意义的、重复、密集的练习作为训练的关键因素, 以达到固有的或补偿性的运动功能恢复^[9]。Langhammer等^[10]发现, 运动再学习疗法对运动功能恢复效果优于Bobath技术。强制性运动疗法能显著提高上肢功能。邱叶青等^[11]研究显示, 早期介入作业疗法对上肢运动功能的恢复有积极影响。康复介入能够促进功能恢复, 有效地降低致残率, 提高生活质量, 是必不可少的。辛宁等^[12]认为针灸配合康复训练能有效预防肌萎缩, 促进肌力恢复, 早期系统的功能训练对于改善和恢复肢体的功能, 提高全身肌肉的协调能力及耐力, 避免肌肉萎缩和关节挛缩僵硬有重要作用。

[参考文献]

[1] 贾建平, 崔丽英, 王伟. 神经病学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 348-350.
[2] 石学敏. 中风病与醒脑开窍针刺法[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1998: 112-115.
[3] 杨维杰. 董氏奇穴针灸学[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2002.
[4] 葛林宝, 陈莲芳. 断续波治疗神经损伤的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 1994, 10(5): 25.
[5] 黎舒敏, 许军峰. 醒脑开窍针刺法治疗慢性格林巴利综合征1例[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(4): 27.

[6] 王暄. 倒马针配合局部刺络治疗神经根型颈椎病24例临床观察[J]. 福建中医药大学学报, 2011, 21(6): 56-58.
[7] 余康潮. 董氏奇穴治疗中风后遗症的临床研究[D]. 南方医科大学, 2013: 41-42.
[8] 王茂斌. 神经康复学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 801-802.
[9] KLEIM JA, JONES TA. Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage [J]. Speech Lang & Hear Res, 2008, 51(1): 225-239.
[10] LANGHOLNMER B, STATQIGHELLE JK. Can physiotherapy after stroke based on the Bobath concept result in improved quality of movement compared to the motor relearning programme [J]. Physiotherapy Research International, 2011, 16(f2): 69-80.
[11] 邱叶青, 韩振萍, 马将. 作业疗法对脑卒中患者上肢运动功能的影响[J]. 中国康复, 2011, 26(3): 188-189.
[12] 辛宁, 张桂珍, 徐贵侠, 等. 针灸配合康复治疗格林-巴利综合征30例[J]. 中国中医药科技, 2012, 19(3): 274-275.

[收稿日期] 2018-01-05