

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20191219-k0008

中图分类号: R 246.6 文献标志码: B

脊髓炎下肢痉挛案*

马琳, 周具勇, 邱凤喜, 葛迪, 李佩岚, 李学义, 胡启龙✉

(上海市养志康复医院中医科, 上海 201600)

[关键词] 脊髓炎; 下肢痉挛; 罐针; 扳机点

患者, 男, 74 岁, 于 2018 年 12 月 8 日因“双下肢活动障碍 2 年余”就诊。现病史: 2016 年 12 月 8 日突发神志不清、四肢瘫软、行动不能, 立即送往当地医院急诊科, 入院后出现高热, 最高至 40.5℃, 诊断为“支气管肺炎”“腔隙性脑梗死”, 对症治疗后生命体征稳定, 出现黑便 1 次、四肢感觉运动障碍及二便失禁, 于 2016 年 12 月 12 日转至某三甲医院进一步诊治, MRI 提示炎性病变可能。患者意识清楚, 高热不退, 血培养提示“金黄色葡萄球菌”感染, 予万古霉素治疗, 体温逐渐降至正常, 脑脊液检查示蛋白升高, 考虑“脊髓炎”, 患者拒绝病理检查, 对症治疗后出院。2017 年 2 月开始康复治疗, 患者双上肢肌力逐渐提高, 双下肢肌张力逐渐升高, 可独立吃饭、饮水等, 不能站立、行走, 间断口服巴氯芬片缓解肌张力。为求进一步治疗, 遂至我科就诊。刻下症: 双下肢活动障碍, 上肢功能尚可, 左手屈伸不利, 可独立翻身、穿脱上衣、洗漱、进食, 部分辅助下坐起, 右下肢有微量主动运动, 冬季下肢痉挛明显, 大腿大收肌按压即引起痉挛, 左下肢萎缩, 平卧时双下肢自然屈曲 60°, 饮食睡眠尚可, 爪甲色淡, 面色无华, 偶有多梦, 手足不温, 小便需尿管导出, 大便需开塞露辅助; 舌红、少苔, 脉沉细。查体: 双侧髋关节活动受限, 右髋被动屈曲 80°, 左髋被动屈曲 100°。改良 Ashworth 分级: 双上肢肌张力正常, 双下肢内收肌肌张力 2 级。西医诊断: 脊髓炎(脊髓损伤 C₆ ASIA/C 级); 中医诊断: 痿证(肝肾亏损兼阳虚证)。治则: 补益肝肾、息风止痉、温经舒筋。针刺方法: 第 1 阶段采用罐针治疗。取穴: 环跳、髀关、大收肌扳机点。选用 0.30 mm×75 mm 一次性毫针, 将毫针刺入穴位后, 采用《金针赋》中“一飞三退”刺法行针^[1], “退”是指捻针时示指向后退, “飞”是指捻针时示指向前搓, 并

离开针柄, 拇指与其余四指分开有如展翅状。一飞三退是捻针时示指飞(搓)一次、退三次, 以“退”为主, 属泻法。针刺后于环跳、髀关、大收肌扳机点处拔罐, 留罐、留针 20 min。每天 1 次, 每周治疗 5 d, 共治疗 1 个月。治疗后患者双下肢痉挛次数明显减少, 每日 1~2 次。第 2 阶段采用温针治疗, 取穴: 曲泉、大收肌扳机点、膝阳关、丘墟透照海, 刺法同前, 留针 20 min, 每天 1 次, 每周治疗 5 d, 共治疗 1 个月。治疗期间, 患者每日进行物理牵伸训练 20 min。治疗后患者痉挛次数明显减少, 髋关节活动度增加, 平卧时双下肢可伸至 150°, 萎缩部位及萎缩程度未见明显变化。1 个月后随访, 患者下肢痉挛次数约每日 2 次, 安静状态时无疼痛、痉挛。

按语: 此患者因脊髓炎致脊髓损伤, 继而引起肌张力升高, 现有治疗手段包括口服解痉药(如巴氯芬片、安定片等)及手术治疗, 但存在用药剂量不易控制、手术风险较大的缺点。下肢肌肉萎缩、痉挛属中医“痿证”“痿证”“筋病”范畴。患者就诊时临床表现以痉挛为主, 兼有四肢不温、面色无华, 结合舌脉, 证属肝肾不足、肾阳亏虚。第 1 阶段以泻法针刺环跳、髀关、大收肌扳机点并予拔罐以息风止痉。治疗 1 个月后患者痉挛次数明显减少, 但继针罐治疗不能明显改善患者髋膝关节活动度, 且患者症状遇寒加重, 考虑肾中真阳衰微所致。第 2 阶段以泻法针刺曲泉、大收肌扳机点、膝阳关、丘墟透照海, 用温针之热, 解宗筋之寒, 从而缓解肢体痉挛、屈伸不利。肝主筋, 肝与胆相表里, 内刺肝经合穴曲泉, 外刺胆经膝阳关, 阴阳相交, 故气血则行。丘墟是胆经之穴, 属木, 木气通肝经; 照海为肾经之穴, 属水, 所以透之, 亦有滋养肝木之意, 使筋柔而机关得利。同时配合物理牵伸治疗可以缓解肌张力升高。诸法合用, 共奏良效。

参考文献

- [1] 许辛寅, 瞿涛, 张晓明, 等. 浅议赤凤迎源法的操作方法[J]. 中国针灸, 2014, 34(9): 884-886.

(收稿日期: 2019-12-19, 编辑: 张金超)

*上海市残疾人康复科研资助项目: k2018037

✉通信作者: 胡启龙, 副主任医师。E-mail: hqlhz@163.com