

DOI:10.13703/j.0255-2930.2015.12.019

中图分类号:R 246.6 文献标志码:B

医案选辑

烟雾病合并双侧大脑后动脉闭塞案

李文涛 远慧茹 于建春[✉]

(天津中医药大学第一附属医院针灸科,天津 300193)

患者,男,19岁,就诊时间:2010年9月16日。主因“突发意识不清伴四肢无力、言语不利10个月”来我院就诊。现病史:2009年10月14日无明显诱因出现高热,最高体温40℃,伴全身抽搐,后出现意识障碍、肢体无力等症状,送往当地医院查头颅MR示:脑干及双侧小脑梗塞,对症治疗体温仍持续在38.5℃,并频繁癫痫发作伴呼吸困难,3日后做气管切开行雾化、吸痰,并予以抗癫痫药物,口服德巴金0.5g,每日1次,症状稍缓解。1个月后于解放军某医院行脑血管造影(DSA)确诊为烟雾病、双侧大脑后动脉闭塞,给予补液、扩容、改善微循环、营养神经、抗凝、抗癫痫、中药、高压氧、康复等治疗后拔除气管套管,后因癫痫反复发作于天津市某医院行抗癫痫治疗。既往于2008年5月突发头痛伴恶心、右侧视野缺损就诊于当地医院,诊断为右侧枕叶梗塞,对症治疗症状改善。刻下症:神志欠清晰,精神差,鼻饲饮食,言语不能,伸舌、发音困难,饮水呛咳,肢体不利,寐安,二便正常,舌红,苔黄腻;左足内翻,左侧肢体肌力0级,右上肢肌力Ⅲ级,右下肢肌力Ⅱ级,全身肌肉正常无萎缩,双侧巴彬斯基征(+)。

中医诊断:中风(痰蒙清窍证);西医诊断:烟雾病,双侧大脑后动脉闭塞(脑干及双侧小脑梗塞)。治疗以针刺治疗为主,口服抗癫痫、改善微循环药物为辅。取穴:主穴取内关、水沟、三阴交;辅穴取双侧极泉、委中、风池、完骨;配穴:百会、四神聪、膻中、中脘、气海、上廉泉、曲池、手三里、合谷、阳陵泉、足三里,左侧丘墟透照海,左侧八风、八邪。操作:穴位局部常规消毒,内关直刺5~10mm,行提插捻转泻法1min;水沟向上斜刺3~5mm,行雀啄法至眼球湿润或流泪;三阴交沿胫骨内侧缘与皮肤呈45°角斜刺10~15mm,行提插补法至下肢抽动3次;极泉(原穴沿经下移10mm)、委中,均直刺10~15mm,行提插泻法至肢体抽动3次;风池、完骨,向喉结进针20~25mm,行捻转补法;百会、四神聪均平刺3~

5mm,行平补平泻法;合谷、上廉泉直刺3~5mm,行提插泻法;丘墟透照海,针刺15~20mm至局部酸胀;膻中向上平刺5mm,行捻转补法;余穴均常规直刺、行补法。每次留针30min,极泉、委中不留针,1周治疗5次。2011年4月患者癫痫发作频率由1月数次降至隔月1次,其余症状无明显变化。仍用前方持续治疗。2011年10月患者左侧肌力升至Ⅱ级,右下肢肌力升至Ⅲ级,神志渐清楚,可用眼神做简单的交流,饮水呛咳减轻,尚不能言语,能自行进食,撤鼻饲管,可以直立30min,癫痫发作频率减至半年1次。由于肢体功能、假性延髓麻痹症状(饮水呛咳、发音困难、声音嘶哑等)均得到了一定的改善,将针刺强度降低。极泉、委中减至1周1次;风池、完骨针刺减至1周2次;其余穴位针刺方法不变,1周治疗4~5次。2012年10月患者左侧肌力升至Ⅲ级,右侧肢体肌力升至Ⅳ级,左足内翻痊愈,可以直立1.5h,借外物可行走200m,饮水呛咳消失,发音困难,声音嘶哑,但可以说“我”“谢”“知”等单字,癫痫1年内未发作。患者肢体功能持续恢复,假性延髓麻痹症状基本缓解,治疗原则逐渐转以补气活血、益肾填髓、通调三焦为主。针刺水沟、极泉、委中减至1月1次,三阴交改用捻转补法,减去丘墟透照海,加刺血海、悬钟、关元、外关。操作:风池、完骨深度改为10~15mm;膻中、中脘、气海均施小幅度高频率捻转补法1min;血海直刺10~15mm,行提插泻法;悬钟直刺10~15mm,行捻转补法;关元直刺10~15mm,行捻转补法;外关直刺5~10mm,行平补平泻,与内关交替使用,治疗减至1周1次。2013年12月查患者左侧肌力升至Ⅳ级,右下肢肌力升至Ⅳ级,借外物可行走1000m,发音仍困难,声音嘶哑较前好转,可用“谢谢你”“我知道”等短句进行简单的交流,癫痫未发作。患者肢体功能基本恢复,治疗原则以补气活血、通调三焦为主,以膻中、中脘、气海、血海、足三里、内关或外关为主,水沟、极泉、委中减至2月1次。患者以肢体、语言功能锻炼为主,治疗减至1月2次。2014年再次来门诊复查1次,症状较前缓解。

[✉]通信作者:于建春(1966-),男,研究员。研究方向:针刺治疗老年痴呆,肿瘤的生物治疗。E-mail:yujianchun@eyou.com.

按语:烟雾病即 Moyamoya 病,又称脑底异常血管网,是以颈内动脉虹吸部及大脑前、中动脉起始部狭窄或闭塞,颅底出现异常的小血管网为特点的脑血管病。此例患者除烟雾病外,还并发双侧大脑后动脉闭塞引起脑干及双侧小脑梗塞,此类患者病情较为严重。国外研究^[1-2]表明,烟雾病引起动脉闭塞改变是一个主动的过程,无论患者有无症状,均可出现单侧或双侧的疾病进展,且都可能同时累及前、后循环。国内也有研究^[3-4]证实,在确诊为烟雾病的患者中有小部分伴有双侧大脑后动脉闭塞。从此患者反复发作及影像资料可推测在烟雾病累及后侧循环出现双侧大脑后动脉闭塞造成脑干及双侧小脑梗塞为本病的病因。在 2012 年烟雾病诊断治疗指南(日本)指出对表现为缺血症状的烟雾病患者行外科手术重建术是有效的;并推荐口服抗血小板聚集药物,但缺乏充分的临床依据^[5],而本患者梗塞面积太大已失去手术机会。

本病属中医“中风”范畴,初起病因病机为脾阳虚无力运化水谷,四肢肌肉失养不利,内生痰湿瘀滞上蒙清窍,加之肾虚髓海不足,“窍闭神匿,神不导气”。治疗初始以我院治疗中风的特色针法“醒脑开窍”为主;水沟为督脉手足阳明经之会,可开窍启闭以醒脑醒神;内关为八脉交会穴,通于阴维,属手厥阴心包之络穴,可养心宁神、疏通气血;三阴交为足太阴、足厥阴、足少阴三经之会,可益肾生髓;极泉、委中、曲池、手三里、合谷、阳陵泉、八风、八邪疏通经络以改善肢体症状,全方以醒脑开窍、滋补肝肾为主^[6]。以我院名老中医韩景献创立的“益气调血,扶本培元”针法(简称“三焦针法”)为辅,膻中、中脘、气海分别调理上、中、下三焦,配以外关通调三焦之气,佐以足三里补益后天,血海和血调血,以达补虚泻实调和之效^[7-8]。佐以风池、完骨、上廉泉理气活血以

治疗假性延髓麻痹症状,百会、四神聪配合内关、水沟以治疗癫痫,丘墟透照海为治疗足内翻的特色手法。经治疗后患者肢体障碍为主的症状持续缓解,转以治疗脾肾亏虚、三焦气化失常为主,故以“益气调血,扶本培元”针法为主,并逐渐减轻对水沟、三阴交、极泉、委中、风池、完骨等穴位的强刺激,减去丘墟透照海等穴位,以“醒脑开窍”针法为辅。治疗以通调三焦、滋补先后天、活血理气为主,从而益肾填精生髓、疏利全身气血经脉,逐步复苏患者的生理功能。

参考文献

- [1] Skeik N, Rumery KK, Udayakumar PD, et al. Concurrent Takayasu arteritis with common variable immunodeficiency and moyamoya disease[J]. Ann Vasc Surg, 2013,27(2):240.
- [2] Kim TW, Seo BR, Kim JH, et al. Rapid progression of unilateral moyamoya disease[J]. J Korean Neurosurg Soc, 2011,49(1):65-67.
- [3] 李豪刚,曾智聪,李兴荣,等. 评价 MRI 及 MRA 在 Moyamoya 病的诊断价值[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2013,7(1):368-370.
- [4] 王立莎,朱磊,张悦,等. 成人烟雾病颅内出血部位及原因的 MSCTA 分析[J]. 放射学实践,2013,28(2):141-145.
- [5] 任斌,段炼. 2012 年烟雾病(Willis 环自发性闭塞)诊断治疗指南(日本)的解读[J]. 中国脑血管病杂志,2014,11(1):6-9.
- [6] 刘健,樊小农,王舒. 石学敏院士学术思想对中风病治疗的贡献[J]. 中国针灸,2014,34(1):80-82.
- [7] 韩景献. “三焦气化失常——衰老”相关论[J]. 中医杂志,2008,49(3):200-202,220.
- [8] 刘云鹤,于建春. 韩景献三焦针法调气论[J]. 中医杂志,2013,54(3):211-213.

(收稿日期:2014-10-20,编辑:杨立丽)

《中国针灸》杂志对研究性论文中对照组设置的要求

在临床研究中引进科学对照的方法是针灸医学研究在方法学上的进步,但目前我国针灸临床研究中对照组设置的比较混乱,不能很好地反映研究者的意图,影响了论文的水平。根据当前我国针灸临床研究现状,《中国针灸》杂志对投寄本刊的研究性论文提出对照组设置的基本要求。对照组的设置一定要从研究目的出发,根据不同的目的,选择不同的被对照主体。(1)如果是要证明针灸疗效的优势,需选择与现行公认有效的疗法对照;(2)如果是要证明针灸有疗效,需设立空白对照或安慰针灸对照,空白对照必须注意伦理原则,而安慰针灸对照一定要符合针灸理论特点;(3)如果是一些不便单独设立对照的病症,则采取辅助对照的方法,即两组均采用现行疗法,而另一组在此基础上采用针灸;(4)如果是为了证明一综合治疗方案优于另一综合治疗方案,则要注意,两组的干预措施不可太复杂,其中只有一个措施是两组不同,且这一措施必须是针灸或与针灸相关的疗法。本刊欢迎建立在科学设计、严谨实施基础之上的临床研究论文,其结果将客观反映针灸的临床疗效和效应机制。