

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2017.07.002

中图分类号: R 246.6 文献标志码: B

急性脊髓炎案

臧晓明¹△, 尹 圆¹, 荀丹丹¹, 谭奇纹^{1,2}✉

(1. 山东中医药大学针灸推拿学院, 济南 250014; 2. 山东省中医院针灸科, 济南 250014)

患者, 女, 65 岁, 退休职工, 于 2015 年 11 月 19 日就诊。主诉: 左侧下肢无力半月余。现病史: 半月前无明显诱因突发左小腿红肿热痛, 体温达 39℃, 自服退热药及抗生素(具体药物不详), 效果欠佳。就诊于山东省中医院脑病科, 刻症: 左下肢无力、痛觉敏感, 右下肢麻木、痛觉减退, 伴左小腿红肿热痛, 精神、纳眠差, 二便调。颅脑 MRI 示: 颈段脊髓中下部分稍肿胀, 增强后脊髓中下段可见纵行的长 T₁、T₂ 信号影, 边界不清, 不均匀的斑点状强化影, 提示脊髓炎。颅脑 CT 示: 未见明显脑梗死病灶。脑脊液检查正常。查体: 左下肢肌力 I 级, 肌张力 2 级, 右下肢肌力 IV 级, T₅ 以下痛觉减退。诊断为急性病毒性脊髓炎并急性丹毒。治疗给予甲基强的松龙、丙种球蛋白、维生素类、神经节苷酯及抗炎抗病毒药物, 左下肢外用马黄酊涂擦, 予以四妙勇安汤加味口服, 治疗 3 周, 脊髓炎病情仍持续进展, 丹毒病情缓解。2015 年 12 月 11 日请针灸科会诊, 刻症: 左下肢无力, 左小腿局部皮肤红肿减退, 皮色暗红, 皮肤脱屑, 肿胀不甚, 皮温不高, 触痛不明显。精神、纳眠差, 大小便不能自控, 舌质暗红、苔黄腻, 脉滑数。查体: 左下肢肌力 I 级、肌张力 2 级、痛觉敏感; 右下肢麻木、肌力 IV 级、痛觉减退; T₅ 以下痛觉减退, 双膝腱、跟腱反射消失, 病理反射阳性。西医诊断: 急性病毒性脊髓炎; 中医诊断: 痿证(痰瘀滞络型)。治则: 醒脑开窍, 活血化痰。治法: ①先取俯卧位针刺双侧天柱、风池、T₃~T₁₂ 夹脊穴、八髎穴。选用 0.30 mm×40 mm 毫针, 向鼻尖方向斜刺风池穴 20~30 mm, 直刺天柱穴 10~20 mm, 针尖向脊柱方向呈 70°~80° 角针刺夹脊穴 25~30 mm; 选用 0.30 mm×50 mm 毫针, 适对骶后孔针刺八髎穴 30~40 mm。上述腧穴得气后行

平补平泻捻转 1 min, 双侧 T₃、T₇ 夹脊穴各接一电针(30 Hz、连续波), 留针 30 min。②再取仰卧位, 常规针刺百会、曲池、合谷、足三里、三阴交、太冲、悬钟穴, 得气后平补平泻捻转 1 min, 不留针。每日 1 次, 6 次为一疗程, 疗程间休息 1 d。配合脑病科住院治疗 1 个疗程后, 精神好转, 纳可、眠差, 左下肢肌力 II 级、肌张力 1 级。2 个疗程后, 纳眠可, 左侧下肢肌力 IV 级, 双下肢痛觉略迟钝; 能站立并缓慢行走但略感困难, 大小便基本自控, 病理征弱阳性。后出院只行针刺治疗, 未服用任何药物。针刺 2 个月后, 双下肢肌力 V 级, 肌张力 0 级, 痛觉基本正常, 双膝腱、跟腱反射基本正常, 病理征阴性。针刺 3 个月后, 精神可, 纳眠可, 舌质红、苔薄白, 脉滑数。徒手肌力检查: 下肢屈肌肌群 V⁻ 级, 伸肌肌群 V⁻ 级, 外展肌群 IV⁺ 级, 内收肌群 IV⁺ 级, 左下肢肌张力未见明显增加。双下肢深浅感觉正常。大小便正常, 步态平稳, 右侧肢体麻木减轻, 双膝腱、跟腱反射正常, 病理征阴性, 生活基本自理。遂停止治疗。随访半年未复发。

按语: 急性脊髓炎属于中医“痿证”范畴, 多因正气不足, 湿热毒邪侵袭, 津液亏损, 筋脉失于濡养所致。该病位于脊髓, 以病损平面以下功能障碍为主, 故选取相应神经节段的夹脊穴进行针刺。夹脊穴位于督脉与足太阳膀胱经之间, 膀胱经是十二经之巨阳, 督脉为阳脉之海总督诸阳经, 二脉皆通脊而络脑。夹脊穴聚二经脉气, 邻脏近髓, 既可激发脊髓机能又可调节脏腑失调, 适度深刺气至病所, 为治疗急性脊髓炎的首选穴; 天柱、风池、百会穴可清神明目、安神定志, 改善脑部血液循环; 三阴交健脾胃、益肝肾、舒筋活血; 太冲穴濡养筋脉、疏肝养血; 悬钟穴为髓会, 能益髓生血、舒筋活络; 曲池、合谷、足三里为阳明经腧穴, 可疏阳明、调气血、强后天。诸穴合用共奏濡宗筋、舒筋活血之功, 助诸症恢复。

(收稿日期: 2016-11-29, 编辑: 孟醒)

✉通信作者: 谭奇纹(1962-), 女, 教授。研究方向: 腧穴配伍的理论及临床应用研究。E-mail: 13793188118@163.com
△臧晓明(1991-), 女, 山东中医药大学 2015 级针灸推拿学专业硕士研究生。E-mail: 1258232990@qq.com