

# 艾宙毫针救治危重格林巴利综合征医案 1 则

张春霞<sup>1</sup>, 艾宙<sup>2</sup>, 马廷和<sup>3</sup>, 木开日·艾尔肯<sup>1</sup>

1. 新疆图木舒克市人民医院, 新疆 图木舒克市 844000
2. 广东省中医院珠海医院, 广东 珠海 519000
3. 珠海市妇幼保健院, 广东 珠海 519000

[关键词] 格林巴利综合征; 针灸; 艾宙

[中图分类号] R442.8

[文献标志码] B

[文章编号] 0256-7415 (2016) 11-0165-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.072

格林-巴利综合征(Guillain-Barre syndrome, GBS)是一类免疫介导的急性炎症性周围神经病, 临床特征为急性起病, 症状多在2周左右达到高峰, 表现为多发神经根及周围神经损害。急性炎症性脱髓鞘多发性神经根型神经病是格林巴利综合征中最常见的类型, 也称经典型, 主要病变为多发神经根和周围神经节段性脱髓鞘, 表现为对称性肢体肌肉无力, 四肢腱反射减低或消失, 部分患者可有不同程度的脑神经的运动功能障碍, 常见面部或延髓部支配肌肉无力, 极少数患者有张口困难、伸舌不充分和力弱以及眼外肌麻痹, 严重者可出现颈肌和呼吸肌无力, 导致呼吸困难。艾宙主任是广东省中医院珠海医院针灸科主任, 珠海市首届名中医, 硕士研究生导师, 擅长飞针、腹针、双手行针等针灸技法, 针灸治疗神经系统、风湿免疫性疾病及某些疑难杂症临床疗效显著。2014年初艾主任援助新疆兵团第三师图木舒克市人民医院, 广东省中医药局在本地推进粤喀中医师承“3+2”工程项目, 笔者跟随艾主任学习针灸治疗2年多, 受益匪浅。现分享艾主任用毫针速效成功救治危重格林巴利综合征医案1则, 以飨同道。

## 1 病历资料

布买力叶木, 女, 13岁, 2015年4月21日初诊。主诉: 突发晕厥30 min。病史: 家属代述患儿在上课过程中无明显诱因出现头晕、恶心、面色苍白、肢体发软、坐立不稳, 持续30 min后突然意识丧失, 呼之不应, 面色发绀, 老师紧急通知患儿家属送入医院。发病前无饮酒服毒、外伤、发热咳嗽感染史。患者是第5胎第5产, 足月顺产, 无异食癖及不良习惯。查体: 体温(T): 36.2℃, 脉搏(P): 82次/分, 呼吸(R): 30次/分, 血压(BP): 100/60 mmHg。发育正常, 神志模糊, 精神疲惫, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射灵敏, 口唇轻度紫

绀, 咽部无充血, 颈软无抵抗, 双肺未闻及啰音, 心率82次/分, 律齐, 心音有力, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软, 肠鸣音存在。四肢肌力0级, 膝腱反射消失, 巴氏征未引出。

入院相关检查示: 血常规: 白细胞(WBC):  $18.40 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞(N): 0.74, 淋巴细胞(L): 0.224, 红细胞(RBC):  $4.9 \times 10^{12}/L$ , 血红蛋白(Hb): 124 g/L, 血小板(BPC):  $301 \times 10^9/L$ ; C-反应蛋白(CRP): 5.00 mg/L; 肝功、肾功、心肌酶、电解质正常; 胸片: 双肺纹理增强; 心电图: 窦性心动过速, 心率148次/分。头颅CT: 平扫未见异常。西医诊断: 格林巴利综合征。入院后报病重, 鼻导管吸氧, 心电监护。予氨基酸、地塞米松等处理, 病情进行性加重, 四肢肌力0级, 膝腱反射消失。当日18:12突然出现面色口唇发绀、浅昏迷, 呼吸极微弱8次/分, 心率减慢渐至25次/分, 心音弱, 由儿科主任予胸外心脏持续按压半小时, 心率恢复至110次/分, 病情稍见心律不齐, 血氧饱和度52%。报病危, 予头罩吸氧8 L/min, 心电血氧饱和度持续监护, 盐酸肾上腺素0.5 mg、地塞米松10 mg、氨茶碱0.125 g静脉给药改善呼吸症状。又予无创呼吸机辅助呼吸, 留置胃管, 参麦针20 mL、盐酸多巴胺20 mg维持生命体征、改善循环。22日10时呈昏睡状态, 肢体肌力0级, 耳边大声呼唤仅见轻微抬动上眼皮, 同时出现呼吸微弱, 呼吸浅促40~50次/分, 口唇稍发白, 面色蜡黄, 全身多汗。病危。

儿科专家请针灸科紧急会诊。会诊意见: 患者肢体呈弛缓性瘫痪, 且伴见颅神经受损、呼吸肌麻痹, 中医诊断: 痿证, 西医诊断: 格林巴利综合征, 病由温热邪毒入侵肺卫, 致经络郁滞不通, 邪毒入里致窍闭神匿、神不导气, 病情急性进展, 病情危重, 针灸治法: 宣散表邪, 醒脑开窍, 疏通经络, 兼以

[收稿日期] 2016-06-12

[作者简介] 张春霞 (1984-), 女, 医师, 研究方向: 针灸治疗神经系统疾病。

补气。针灸过程：醒脑开窍针刺法：疏通经络，开窍醒神。人中：飞针刺入，施雀啄法，患者无反应。右侧内关施术 1 min，患者无反应；极泉苍龟探穴施术 5 min，压手感觉到肌肉收缩反应。遂取双侧尺泽、合谷、委中、三阴交，完成全套醒脑开窍针刺术，患者四肢反应逐步增强，可见肘膝关节活动，肢体移动，诱导后可以增开眼、张大口了。继而坐位夹脊针为主：取坐位，扶持头肩，保持呼吸道通畅。针刺醒脑开窍后颅组穴：双侧风池、翳风、完骨、天柱、哑门，交叉单侧针刺颈夹脊、背部华佗夹脊穴及双侧肺俞穴。密切观察患者体力，坐位时间不宜太长。可见流出较多涎水，呼吸逐渐平顺，可睁眼、眼球转动，张口自如，独立竖颈。真正脱离危险。再行循经速刺：取卧位，循十二正经取马丹阳天星十二穴等穴，循经速刺不留针，依次为双侧肩髃、曲池、合谷、天宗、臂臑、外关、列缺、通里、伏兔、足三里、内庭、阴陵泉、太溪、太冲、环跳、阳陵泉、秩边、委中、承山、昆仑等，以及面部下关、颊车、廉泉穴，肢体逐渐有反应，大声叫妈妈。补气针：仰卧。取脐坎位、百会、关元、足三里，留针候气，留针 30 min。施针共 1 h 余，首次用针 80 多枚。每天 2 次，巩固治疗 3 天后，右侧肌力由 0 级转为 1 级，左侧转为 3 级。

## 2 体会

GBS 是一类免疫介导的急性炎症性周围神经病，是神经科最常见的急性疾病之一，其诊治指南中仅述西药和康复治疗，没有提及针灸疗法<sup>[1]</sup>，从而使西医医生无从得知针灸治疗的有效性；另一方面，患者就诊一般首选急诊、ICU 等科室，采用西药方法救治，使针灸科医生无法参与治疗，导致针灸治疗 GBS 急性期成为一个盲区。文献检索表明：针灸治疗 GBS，仅见个别以神经肢体功能障碍为主的重症 GBS，多用于恢复期和后遗症期，针灸速效成功抢救呼吸肌麻痹病危型 GBS 病例尚未见报道<sup>[2]</sup>。目前，西医针对急性危重 GBS，一般使用球蛋白和血浆置换免疫治疗，针对呼吸肌麻痹、呼吸困难者，一般在急救实施气管插管或切开、呼吸机辅助呼吸<sup>[1,3]</sup>。

本病患者，病变为多发性神经根和周围神经节段性脱髓鞘，并出现脑神经的功能障碍。全身肢体迟缓性瘫痪，且包括颜面、颈部、呼吸肌功能障碍，出现张口、睁眼、眼球转动、伸舌发音、呼吸困难。病变涉及范围广泛，经气亏虚，病情危重。由于基层医院相应急救设备、急救药品等缺乏，全程没有条件使用球蛋白和血浆置换疗法、气管处理。治疗棘手，邀请

针灸科会诊。

本例 GBS 患者临床表现以急性软瘫为主症，属于中医“痿证”范畴，病由温热邪毒入侵肺卫，致经络郁滞不通，邪毒入里致窍闭神匿、神不导气，病情急性进展，病症危重复杂，经气流注不稳定，故在针灸治疗上并不拘泥于“治痿独取阳明”，而是对三阴三阳经气顺势疏导，宣散表邪，醒脑开窍，疏通经络，攻补兼施，待病情稳定，再以补气为主。

长期以来，针灸治疗病危神志障碍患者，均采取的是卧位针刺。本例病危患者，针刺抢救采用多种手法联合，尤其是其间采用坐位(由助手协助扶持头颈肩背，保持呼吸道通畅)，针刺颈背夹脊穴后，病情明显发生逆转，打破了病危卧位针灸常态。由于人体吸气主要是由膈肌、肋间外肌等收缩完成的主动运动，呼气为被动运动，主要依赖肺及胸廓的弹性回缩，而吸气肌群中最主要的是膈肌，60%~80%的吸气力来源于膈肌收缩。坐位较之卧位，由于重心作用增加了膈肌下降幅度，提高了肺活量，坐位针刺改变了病危患者保持卧位接受治疗的传统体位意识，患者坐位针刺时口中流出涎水(中医所谓提壶揭盖)，使呼吸更加通畅。针灸全程配合了语言呼唤、亲情抚慰沟通，针灸刺激和精神刺激双管齐下，减轻了神经抑制状态。

针刺急救结果显示：疗效立竿见影，不仅挽救了生命，而且缩短了疗程，降低了医疗费用。在基层医院医疗急救设备和药品缺乏的情况下，我们用针灸挑战格林巴利综合症危重型急性期，取得成功，该案例在针刺手法、针刺体位、刺激量、言语配合等方面，为临床医生针灸治疗急性危重格林巴利综合症提供了借鉴，同时填补了国内外针灸抢救呼吸肌麻痹病危格林巴利里综合征(GBS)空白。

## [参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组. 中国吉兰-巴雷综合征诊治指南[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(8): 583-586.
- [2] 王洪峰, 黎明全, 项柏冬. 针灸治疗格林巴利综合征的研究现状与展望[J]. 长春中医药大学学报, 2006, 22(1): 75-76.
- [3] 尹尚鹤林, 石坚, 张朝跃. 格林巴利综合征的相关研究进展[J]. 医学临床研究, 2016, 33(2): 396-399.

(责任编辑：冯天保，郑锋玲)