

# 单人徒手紧急制止癫痫大发作的操作手法—— 固阴抑阳止痫手法

俞梦瑾, 刘 锦, 孙冬玮

深圳市宝安区中心医院, 广东 深圳

收稿日期: 2021年9月15日; 录用日期: 2021年10月8日; 发布日期: 2021年10月19日

## 摘 要

目的: 介绍一种可以在现场紧急制止癫痫大发作的单人徒手操作手法——固阴抑阳止痫手法, 并分析该手法奏效的原理与临床意义。方法: 在2019年5月到12月期间, 在宝安区社会福利中心运用固阴抑阳止痫手法参与了6次儿童癫痫大发作的现场急救。该手法对患儿姿势控制共分五步: 1) 交叉双上肢于腹前; 2) 屈曲一侧下肢; 3) 屈曲另一侧下肢; 4) 低头屈颈并保持蜷曲姿势; 5) 检验疗效。结果: 6次儿童癫痫大发作, 均在发现后1~3分钟内, 运用该手法成功制止抽搐。结论: 固阴抑阳止痫手法无需借助任何设备药品, 单人徒手就能制止儿童癫痫大发作, 方法简单易学, 操作安全有效, 对现场急救意义重大, 值得推广。

## 关键词

癫痫大发作, 癫痫持续状态, 儿童, 急救, 手法治疗

# A Free Solo Technique as Guyin Yiyang Zhixian Technique for Emergency Stopping Major Epilepsy

Mengjin Yu, Jin Liu, Dongwei Sun

Baoan Central Hospital, Shenzhen Guangdong

Received: Sep. 15<sup>th</sup>, 2021; accepted: Oct. 8<sup>th</sup>, 2021; published: Oct. 19<sup>th</sup>, 2021

## Abstract

**Objective:** This paper introduces a free solo technique as Guyin Yiyang Zhixian technique for

**文章引用:** 俞梦瑾, 刘锦, 孙冬玮. 单人徒手紧急制止癫痫大发作的操作手法——固阴抑阳止痫手法[J]. 临床医学进展, 2021, 11(10): 4572-4578. DOI: 10.12677/acm.2021.1110672

emergency stopping major epilepsy, and analyzes the principle and clinical significance of this technique. **Methods:** From May to December 2019, the author participated in 6 times of on-site first aid for children with major epilepsy in Bao'an District Social Welfare Center by means of Guyin Yiyang Zhixian technique. This technique is divided into five steps: 1) Cross the upper limbs in front of the abdomen; 2) Bend one lower limb; 3) Bend the other lower limb; 4) Bend the neck and keep the curl position; 5) Test the curative effect. **Results:** Six cases of children with major epilepsy were successfully stopped by using this technique within 1~3 minutes after the discovery. **Conclusion:** The free solo technique of Guyin Yiyang Zhixian technique does not need any equipment and drugs, and can stop children's major epilepsy. The method is simple and easy to learn, safe and effective to operate, and is of great significance to on-site first aid.

## Keywords

Major Epilepsy, Status Epilepticus, Children, First Aid, Technique Treatment

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

癫痫大发作，也称全面性强直-阵挛发作癫痫(Generalized Tonic Clonic Seizures, GTCS)，以突发的、短暂意识丧失和全身抽搐为特征，常表现为毫无预兆地猝然倒地，伴眼球上翻凝视，呼吸暂停、牙关紧闭，口吐白沫、全身僵直抽搐，二便失禁等症状，是癫痫患者常见的发病类型[1]。癫痫持续状态(Status Epilepticus, SE)是指患者一次癫痫发作至少持续 30 min 以上不能自行停止，或 2 次发作间歇期意识未完全恢复又频繁再发者[2]。所以，癫痫大发作持续时间过长，超过 30 min 还不能自行缓解，即为 SE。我院康复科与宝安区福利中心合作儿童康复治疗十余年间，接触过大量的癫痫儿童，对儿童癫痫大发作的现场急救尝试过药物、吸氧、针刺等多种方法，疗效时好时坏。基于癫痫发作的突然性、发作快、无法预知预判等特点，在发病现场往往缺少专业救助器具。2019 年基于既往经验自创一套徒手操作手法——固阴抑阳止痫手法，应用于儿童癫痫大发作的现场急救，疗效快捷稳定，操作简单易学。现介绍如下：

## 2. 资料与方法

### 2.1. 一般资料

收集宝安区社会福利中心从 2019 年 5 月至 2019 年 12 月间所处理的儿童癫痫大发作现场急救案例 6 例次。该 6 次患儿癫痫发作为脑瘫合并癫痫 1 例发作 1 次；自闭症合并癫痫 1 例发作 2 次，脑瘫合并视盲、癫痫 1 例发作 3 次。

### 2.2. 方法

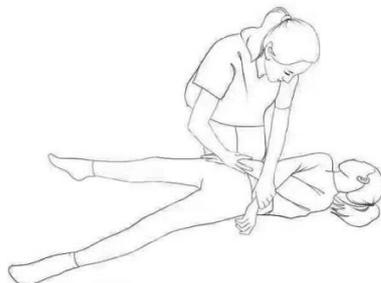
#### 2.2.1. 保障现场安全

首先把癫痫发作的患儿平躺放置在相对安全的区域，避免发作跌倒后溺水、烧烫伤、磕碰坚硬锋利物件或继发车祸等意外事件。有条件的，尽量给患者身下铺个垫子，以便后续操作。

#### 2.2.2. 止痫急救——固阴抑阳止痫手法

1) 操作者蹲在患儿身侧(此处暂定操作者位于患儿右侧)，让患儿双上肢交叉固定于腹前，用左手固

定住(见图 1)。



**Figure 1.** Cross the upper limbs in front of the abdomen

**图 1.** 交叉双上肢于腹前

2) 操作者右手抓住患儿靠操作者一侧的小腿(右侧), 弯曲其膝关节, 进而让其屈膝屈髋收于胸腹部, 并用患儿屈曲的腿固定住腹部交叉内收的双上肢。注意: 第一次屈曲患儿下肢时, 因患儿癫痫发作时躯干肢体处于过伸状态, 被动屈膝时抗阻很大。若孩子比较大, 对抗力量也大, 操作者没法单手完成屈膝屈髋动作时, 可以把操作者的膝盖垫于患儿大腿下, 再弯曲患儿膝关节, 就能较轻松地帮助患儿完成屈膝屈髋姿势(见图 2)。



**Figure 2.** Bend one lower limb

**图 2.** 屈曲一侧下肢

3) 操作者左手按住已经屈曲的右下肢, 屈曲下肢又持续压迫固定患儿交叉内收的双上肢。操作者右手屈曲患儿另一条腿, 让患儿保持双下肢持续屈膝屈髋收于胸腹, 并卡压住交叉内收的双上肢, 保持右手固定患儿双膝状态。注意: 屈曲患儿第二条腿时, 操作者会明显感觉抗阻降低(见图 3)。



**Figure 3.** Bend the other lower limb

**图 3.** 屈曲另一侧下肢

4) 操作者左手托起患儿后枕部, 让患儿保持低头屈颈位, 右手固定患儿双下肢膝盖。让患儿持续保持低头蜷曲躯体姿势, 一般持续 10~15 秒。注意: 让患儿屈颈时, 操作者会明显感觉颈部阻抗进一步降低, 可以轻松完成动作(见图 4)。



**Figure 4.** Bend the neck and keep the curl position

**图 4.** 低头屈颈并保持蜷曲姿势

5) 检验操作成果: 操作者感觉双手抵抗明显降低, 先放开对患儿的头颈控制, 检查患儿眼球已经无上翻凝视, 脖颈可以轻松被转动, 且眼球有随头部左右转动出现水平位移动, 既可全面放开姿势控制, 让患儿恢复平躺。说明患儿的肌强直、肌阵挛均已缓解。若患儿眼球仍有上翻凝视, 脖颈僵硬难以活动, 说明患儿癫痫大发作尚未完全控制, 需要继续保持低头蜷曲姿势, 直至患儿躯体放松、眼球无上翻凝视。建议保持患儿低头蜷曲躯体姿势一次时间不要超过 15 秒, 每 15 秒给放松头颈, 检查疗效, 没达到完全制止癫痫, 再做低头曲颈动作。也就是说可以反复多次操作低头曲颈动作, 把引发全身抽搐的过高肌张力逐步控制住(见图 5)。



**Figure 5.** Test the curative effect

**图 5.** 检验疗效

### 2.3. 止痫后善后工作

癫痫大发作, 肌肉持续抽搐, 这些过度运动都会消耗患儿大量体能。抽搐停止后, 患儿一般会陷入昏睡状态, 不能立即恢复自我意识。此时, 应注意尽量让患儿原地或近旁安静入睡, 不要过多或频繁挪动患儿, 保持环境安静、安全、幽暗, 覆盖暖和, 安排人员陪护直至患儿自然苏醒。首次发作的, 安排去医院完善检查排除其他疾病引发的继发性癫痫。

另外, 癫痫大发作自然发作一次后, 由于能量出现大量排泄, 患儿会有一段较长时间的平静期, 等体内能量慢慢积蓄超过警戒线, 才可能再次引发癫痫大发作。固阴抑阳止痫手法, 只是暂时抑制了患儿

的癫痫大发作，就像火山爆发时一下堵住了火山口，洪水肆虐时封堵堤坝决口一样。这股强大的能量只是随着患儿的一开始的抽搐，发散出去一部分，并没有得到完全释放缓解，若置之不理，很快还会再次发作。所以，运用固阴抑阳止痫手法中断癫痫大发作后，要或滋阴或泻阳或其他温和安全的方法，尽快平衡气血或泻掉过多能量，以求延长患儿安静期，减少癫痫大发作的频率。

### 3. 结果

以上 6 例次癫痫大发作，从发现情况，既上前操作固阴抑阳止痫手法，均在操作 1~3 分钟完成对癫痫大发作状态的控制，其中让患儿保持低头蜷曲躯体姿势，4 例不超过 10 秒，1 例约 15 秒才完全制止抽搐，1 例在蜷曲态 12 秒左右放开头颈检查，未达到完全控制，再次保持低头蜷曲体位 7~8 秒，再次检查已经完全停止抽搐。

我们处理的这三例患儿身高均低于 1.4 米，体重也比较轻。如果患者的身高体型比较大，单人操作会比较困难，多人操作不易协调，可能操作时间需延长。

患儿在被动保持低头屈颈位时，呼吸道屈曲，会出现呼吸受限。所以，低头屈颈位，不可时间过长。一般持续时间不要超过 15 秒，如果病情重，一次低头屈颈操作不能完全泄掉过高的肌张力，可以让患儿脖颈自然伸直状态，休息一下，呼吸改善后再低头屈颈操作。整个止痫操作时段，四肢可以持续固定蜷曲位。

### 4. 讨论

#### 4.1. 癫痫的现代诊疗现状与大发作的急救现状分析

##### 4.1.1. 癫痫病普遍存在，及时终止癫痫发作的重要性

癫痫是一种慢性反复发作、短暂、突然的脑部神经异常过度同步化放电性疾病，不仅可损伤脑功能，对人的心理情感、性格、记忆及社会生活等均会造成不可估量的伤害。癫痫大发作及 SE 是临床上常见的急危重症，癫痫大发作如不能及时中止，很可能进入 SE，进而出现高热、循环衰竭或神经元兴奋毒性损伤，甚至导致永久性脑损害，致残率和致死率极高。据文献报道，SE 是继脑卒中后第 2 位常见的神经系统急症。而据流行病学调查，全球共有癫痫患者约 5000 万人，我国癫痫患者近千万人[3]。所以，及时中止癫痫大发作，避免进入 SE，是临床救治癫痫、避免患者致伤致残致死的一个重要关键点。

##### 4.1.2. 癫痫现场急救手段缺如，多依赖医院专业药物急救

癫痫大发作急救原则以控制抽搐和预防并发症为主。现今临床在癫痫发作现场急救上，主要是保持呼吸道通畅防窒息，防止咬伤舌体，清除患者周边坚硬锋利物品，给予保护性约束，防止次生伤害等方面[4] [5]；在中止癫痫发作方面比较束手无策，要么等待患者自动停止抽搐，要么等救护车到来移送医院进行苯巴比妥钠肌肉注射、地西洋静脉注射或丙戊酸钠鼻饲/口服等专业药物治疗缓解抽搐[4] [5]。能在癫痫大发作现场，第一时间制止抽搐的方法，鲜有报道。

##### 4.1.3. 临床抗癫痫治疗疗程长、毒副作用大、复发率高

癫痫目前病因尚未明确，临床无治愈性药物，只能通过中枢抑制剂和镇静剂暂时控制疾病，减少发作频率。按中国抗癫痫协会制定的 2015 年版《临床诊疗指南：癫痫病分册》中要求，癫痫的规范治疗经常需要持续服药 2~3 年[6]。中枢抑制剂的毒副作用大，能对皮肤、肝脏、胃肠、中枢神经、血液系统产生短暂或长久的损害，甚至出现反应迟钝、精神抑郁、记忆混乱等精神心理行为损害等，对于儿童患者还会影响认知功能导致学习能力下降。另外据国外研究表明，癫痫患儿在经过 2~3 年规范的抗癫痫治疗后，复发率为 22.5%~35% [7]，国内李德生等报道为 22.4%~39.36% [8]。因此，现今临床对癫痫的药物治

疗疗效并不理想，癫痫患者还是会经常性发作癫痫。

## 4.2. 癫痫的中医诊疗现状与理论探讨

癫痫在中医，归属于“痫证”范畴，多由先天不足，或饮食不节，或猝受惊恐，或六淫邪气，或脑部伤害等所致，进而导致气机逆乱、聚湿成痰、壅塞经络、痰郁化热、引动肝风、上扰清窍，冲发为癫痫[9]。马融教授用中药以平冲降逆法来控制癫痫[10]；裴林教授从“浊毒理论”出发提出治疗上应分浊离毒，使得病邪相对孤立，以便达到彻底化浊解毒、通窍止痫之效[9]；金泽教授以穴位埋线配合西药丙戊酸钠减少癫痫发作也取得了明显疗效[11]。由于中医多为全科诊疗，专病专治者少，所以各位医家虽说治疗效果好，由于诊疗癫痫病例数量远少于各医院神经科，所以缺乏大数据支持；而且中医治病都是单人单方，各位医家治病症的理法方药各不相同，不能统一。所以，中医药治癫痫，在现代临床并不受重视与推崇。

## 4.3. 固阴抑阳止痫手法制止抽搐的原理、核心理论与优势

癫痫大发作时，气机逆乱、上冲清窍，以致神魂被冲外出，患者意识丧失；同时气机上冲外达躯干肢体，表现为全身肌张力增高与肌肉阵挛。由于神经中枢控制的躯干后部肌群收缩力量要大于前部肌群的收缩力量，因此癫痫大发作时，表现为后颈肩腰背部肌肉收缩而胸腹部肌肉被牵张为主要特点的肌群失调变化，在外主要表现为躯干肢体伸展强直，角弓反张样异常姿势。在中医，肝木过旺表现为震颤、抖动、眩晕、耳鸣等，胆木过旺表现为僵硬强直、不得弯曲、欠柔韧。癫痫大发作的表现即为肝胆阴虚，木性过旺，其势直冲，气势汹汹，势不可挡，躯干肢体伸展强直，肢端抖动。

癫痫大发作角弓反张时，患儿头身后仰、上肢外展、下肢是伸髋、伸膝，足跖曲，足趾内收下曲，这个躯干肢体伸直的被动体位是有利于异常肌张力的传递，是个能量直冲之势。固阴抑阳止痫手法即是通过曲其形、迂其途、缓其势，达到降逆柔筋和神、解除癫痫大发作的目的。

固阴抑阳止痫手法，操作简单，但有两个核心理论。

其一，该手法操作时，患儿的全身异常肌张力也符合“一鼓作气，再而衰，三而竭”的原则。第一步将患儿双上肢交叉固定与腹前，因是上肢，又是小儿的胳膊，抵抗小，一般可以轻松完成；第二步，帮患儿屈曲第一条腿时，所遇抗阻非常大，以致于常要垫膝于患儿大腿下才能压弯患儿膝关节；第三步帮患儿曲另一条腿时，抗阻大概降低 30%；第四步曲颈，颈部抵抗更是进一步降低。说明：1) 随着肢体躯干弯曲的关节增多，其直冲的势能会逐步被减弱乃至消散。2) 癫痫发作双侧对称抽搐时，屈曲一侧下肢不仅能降低同侧肌张力，对对侧的异常应力的传递也会起到阻挠作用。

其二，当膝、髋等大关节抗阻大，实在弯曲不了时，可以选择从弯曲肢端的小关节开始，向躯干中心逐个屈曲关节。如我们就让他先从足趾上翘开始，然后足背曲，再屈膝，最后屈髋的次序，挨个弯曲，可以发现足趾上翘后，足背曲抗阻较前降低；足趾、足背曲完成后，屈膝抗阻进一步降低；趾、踝、膝屈曲后，髋关节就可以轻松弯曲了。当然也可以选择从足背曲开始，渐次向躯干弯曲各个下肢关节。说明：1) 肢端末梢关节的屈曲会抑制异常肌张力的传导，进而降低躯干中心区的肌张力。2) 从肢体末梢渐次到躯干中心的逆角弓反张的反向姿势保持，可以快速制止脑部中枢神经的异常放电。一般理论是中枢神经发出指令，肢体做出相应动作与姿势。该手法实操，则证实躯干肢体的运动姿势可以反过来干预中枢神经的功能状态，这点是通过本体感觉负反馈实现的，还是本就存在另一种调节机制，尚未可知。

隋代巢元方《诸病源候论》：“痫者小儿病也，十岁以上为癫，十岁以下为痫”；明代王肯堂《幼科准绳》：“大人曰癫，小儿曰痫，其实则一”。再则在中医，背为阳，腹为阴；刚直为阳，柔曲为阴，所以这个蜷曲躯干肢体的操作手法有加固阴柔曲、抑制阳强直的作用，又主要用于制止儿童的癫痫大发

作，所以定名为“固阴抑阳止痫手法”。

癫痫发作持续的时间越长，越易出现并发症，脑损伤与内环境紊乱越重，预后越差，因此，能就地开展、徒手操作，迅速而有效地中止癫痫大发作就尤为重要。张成静等报道一种治疗癫痫大发作的手法，是抓挤胸外侧肌肉，通过疼痛反馈干扰脑部异常放电，约需 10 分钟奏效，且只有 1 例报道[12]。固阴抑阳止痫手法，现场操作过 6 次，均在 1~3 分钟内止痫成功，而且患者无疼痛，无损伤。固阴抑阳止痫手法在控制癫痫的效率与时间上存在明显优势。

#### 4.4. 不足之处

该手法自创作出来，仅运用过 6 次，每次都能快速控制癫痫大发作。2020 年因新冠病毒疫情爆发，宝安区福利中心暂时处于封锁状态，暂停了与我院的康复业务，所以这个技术没能得到进一步的临床检验。

癫痫大发作及 SE，都是临床常见突发危急情况，患者发病时往往周边没有专业医护人员及专业救治物品。固阴抑阳止痫手法不需药物或专业器械，止痫快速高效，整套操作简单易学、好推广，无毒副作用，可以作为全民健康教育内容，向全社会推广。

#### 参考文献

- [1] 翁柠, 薛红, 杨辉, 等. 中药加氧雾化吸入联合丙戊酸钠治疗癫痫大发作患者临床观察[J]. 中医临床研究, 2020, 12(10): 113-116.
- [2] 高旭光. 癫痫持续状态的治疗进展[J]. 中华老年心血管病杂志, 2009, 11(12): 943-944.
- [3] Singh, A. and Trevick, S. (2016) The Epidemiology of Global Epilepsy. *Neurologic Clinics*, **34**, 837-884. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2016.06.015>
- [4] 张丽. 癫痫患者的发病型态及急救分析[J]. 中国实用神经病学杂志, 2016, 19(16): 100-101.
- [5] 刘国阳、刘云. 20 例癫痫持续状态院前急救体会[J]. 中国医药指南, 2010, 8(2): 64-64.
- [6] 中华医学会. 临床诊疗指南: 癫痫病分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 47-48.
- [7] Lin, K.L., Lin, J.J., Hsia, S.H., et al. (2015) Effect of Antiepileptic Drugs for Acute and Chronic Seizures in Children with Encephalitis. *PLoS ONE*, **10**, e0139974. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139974>
- [8] 李德生, 黄旭升, 于生元, 等. 癫痫患者减停抗癫痫药物后发作期间癫痫样放电对复发风险的研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2018, 20(5): 508-511.
- [9] 刘书宁, 平鑫, 秦少坤, 等. 浅议从浊毒论治癫痫[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(1): 106-107.
- [10] 刘全慧, 魏娟, 刘向亮, 等. 马融平冲降逆法治疗癫痫临证经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(7): 3481-3483.
- [11] 金泽, 蔡硕, 后鑫磊, 等. 穴位埋线配合西药治疗癫痫大发作临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(10): 1196-1198.
- [12] 张成静, 李素, 陈万流, 等. 手法刺激治疗脑瘫癫痫大发作 1 例[J]. 辽宁医学杂志, 2013, 27(3): 129.