

姜氏透針法中風治療病例

黃柏銘¹ 姜潤次²

¹嘉義榮民醫院中醫科主任

²中國醫藥大學北港附設醫院針灸科主任

摘要

中風病人在現今教學醫院接受中西整合療法是一趨勢而且常見，利用國際通用的療效評估標準 Brunnstrom 評估方法等等來評估偏癱病人療效。本病例是一位腦梗塞病患，男性，74 歲，透過姜氏針法特別是透針手法協助治療偏癱病人，初步在步行、協同動作等評估項目中獲得滿意效果，值得進一步擴大評估。

關鍵詞：偏癱、姜氏針法、療效評估、中西整合

一、前言

現代醫學將腦血管疾病依病因、發病機轉之不同，可大分為出血性和缺血性腦中風兩大類。缺血性腦中風可再分為栓塞型 (embolic ischemic stroke) 及非栓塞型腦中風 (non-embolic ischemic stroke) 兩種⁽¹⁾。非栓塞性缺血性腦中風是以腦動脈系統為主的疾病，其遠因主要為腦動脈之硬化、狹窄，近因則包括腦動脈硬化斑的急性變化、血壓偏低、血液性質之改變等⁽²⁾。中醫所謂的中風在《雜病心法·中風總括》依症狀可分經遂不用的中經絡及昏不識人的中臟腑等⁽³⁾。然而不管腦中風出血性或缺血性，中經絡或中臟腑，在現今醫學中風病人恢復期中復健醫學運動療法配合針灸或中西藥治療法對於偏癱患者在步行能力和步態恢復的情況有著肯定的評估⁽⁴⁾。

二、基本資料

病例號碼：472

姓名：邱

初

診日期 (中醫)：920128

性別：男 年齡：74 歲 籍貫：廣東 婚姻：單身

(一) 主訴：右手足無力，行走不便多年。

(二) 現病史：

患者為中風後遺症病人，右偏癱行走不便須靠輪椅協助，於 92 年初來中醫門診。頭重時暈、疲倦無力、言語語意表達不完整，吞嚥口水時不順暢，患側無力麻感，右肩呈半脫位上舉困難，功能評估 U/E 2+ HAND 2+ L/E 2-3+，ROLLING&SITTING：FAIR+，STANDING&WALKING：POOR+ WITH TRAINING，ADL：PARTIAL INDEPENDENT，但自我訓練意願高且希望配合針灸治療。

(三) 個人史

藥物或食物過敏 (-)

酒 (+) 抽煙 (+)

(四) 過去病史

1. Old cerebral infarction with right hemiparesis
2. A.F. (+) hepatitis (+) chronic

obstructive pulmonary disease (+)

三、診察

(一) 四診

望診：面暗、失神、體瘦、身重活動不利、右偏癱握物不行、舌紅乾苔白膩、舌體痿軟、轉動不利

聞診：言語低微、聲低息短、時乾咳

問診：惡風時頭暈、視力模糊、老花、步履不穩、身乾膚癢、記憶力不佳、注意力減退、二便經常失禁

切診：脈沉弦

(二) 理學檢查

生命徵象：血壓 120/70mmhg；體溫 36.8；脈搏 78/min；呼吸 20/min。

頭部：頭形正常、無外傷

眼部：眼睛轉動正常、瞳孔反射正常、無視野缺損。

耳鼻喉：鼻外形正常、呼吸正常。

頸部：柔軟、頸淋巴結無腫大。

胸部：胸部對稱性擴張、兩側底部呼吸有粗裂音和乾囉音。

腹部：腹部柔軟平坦、無疤痕、無肝脾腫大。

四肢：無水腫、右上下肢肌力不佳、感覺輕麻感如蟻爬膚。

(三) 實驗室檢查

【顱外血管超音波 91-03-26】

Dopscan	No significant stenotic echoflow in bilateral carotid & vertebral arteries
B-mod Carotid imaging	Atheromatous plaques in mild degree over bilateral carotid & bifurcation

【生化檢驗 1】

日期	CHOL (107-240)	TG (35-160)	GLU-AC (65-110)	GOT (5-45)	GPT (7-56)	ALB (3.5-5.0)
910725	167	155	84	17	24	2.8
910809	-	-	-	27	17	-

【生化檢驗 2】

日期	HDLC (M29-67)	BUN (7-21)	CREA (0.7-2.1)	NA (137-145)	K (4.2-5.0)
910725	39	22	1.0	139	4.2
910809	-	25	1.0	140	4.2

【血液常規檢驗 1】

日期	WBC (5000-10 ⁵)	RBC (450-600)	Hgb (14-18)	Hct (40-54)	MCV (80-96)	MCH (27-30)
910805	7660	398	11.1	35.5	89.2	27.9
910911	7690	391	11.2	35	89.5	28.6

【血液常規檢驗 2】

日期	MCHC (33-38)	PLT (13-40)	NEUT (150-400)	LYM (24-40)	MONO (3-6)	EO (1-3)	BASO (0-1)
910805	31.3	22.1	628	25.7	4	0.2	0.3
910911	32	15.3	775	15	6.5	0.7	0.3

四、診斷

(一) 西醫診斷：Cerebral infarction with right hemiplegia

(二) 中醫診斷：右偏癱之中經絡
治則：疏通經絡、調和氣血。

針灸處方 (基本方)：

1. 頭皮針：百會、風池、運動區、感覺區、運用區。
2. 體針：合谷、尺澤、手三里、內關、神門、陽陵泉、足三里、委中、太衝。
3. 每週二次，每次 20 分鐘，十次為一療程。

五、理法方針

理：

1. 陽主動，肢體運動障礙其病在陽，所以本方取手足陽明經穴為主，輔以太陽、少陽經穴，配合頭皮針加強刺激。陽明為多氣多血之經，陽明經氣血通暢，針灸陽明經則運動功能易于恢復，故手足三陽經中以陽明為主，所謂治痿獨取陽明。半身不遂遷延日久，患肢往往發生廣泛性肌肉萎縮或強直拘緊，依上下肢經脈循經取穴，其目的在加強疏通經脈、調和氣血的作用⁽⁵⁾。

2. 初病可單刺患側，久病則刺灸雙側。姜氏針法治偏癱常從陽引陰，從陰引陽，如《素問·繆刺論》所言以左治右，以右治左⁽⁶⁾。大抵患側以陰經經穴、健側以陽經經穴為主，視手足萎縮或拘緊情況循

經取穴加減。另外姜醫師特別強調透針手法來增強療效。

法：疏通經絡、調和氣血

方針：因風病多犯陽經，所以穴取手足陽明經合谷、足三里、手三里等，取少陽經穴陽陵泉、風池，取太陽經穴委中、陽谷，諸陽之會百會穴共奏疏通經絡之功；合谷透勞宮、神門透陽谷、太衝透湧泉、感覺區透運動區等透針手法；取尺澤治手肘萎縮或拘緊，取內關穴以清心泄熱⁽⁷⁾，陰陽經穴交互針刺以調和氣血。

六、治療經過

91/03-91/12

本病患為 old CVA patient 於 91/03/26 來院神經內科 OPD 就診，申請顱外血管超音波檢查，臨床診斷為 R/O：Cerebral Infarct Lt 接受門診常規治療，91/07/25 因咳血入院治療 91/09/17 出院並接受醫院附設護理之家照護。91/09/19 起接受復健科復健治療持續至今，處置處方為：01 Mylin 40mg TAB. BID，02 Norflex 100mg TAB. BID，03 物理治療 (複雜)，04 促進技術，05 平衡訓練，06 行走訓練，07 肌力訓練，08 職能訓練 (複雜)，09 運動知覺訓練，10 上下肢功能訓練，11 協調訓練。此為西醫治療期，依 Brunnstrom stage、MBI (ADL) 方法評估。

92/01-92/06

除了復健科常規復健訓練外，92/01/28 病患因患肢行走不便、無力麻感

來尋求中醫協助治療，中醫門診施於上述姜氏針法針灸治療，以姜氏針灸基本處方為主隨症加減，每週二次，每次 20 分鐘之針刺治療。從 92 年 1 月至 92 年 6 月共 6 個月針刺治療，因病患於 92 年 5-6 月間自覺患肢步行能力、協同動作明顯改善如可以寫書信、可以自行訓練上下樓 5 個樓梯層，依 Brunnstrom stage 方法評估從 stage4 進步達到 stage5，MBI (ADL) 依賴度從嚴重依賴進步至中度依賴。此為中西醫整合治療期，因 SARS 問題停止中醫針灸治療，但持續常規復健訓練。

92/07-92/09

病患因患肢肌力呈減弱，但不呈現麻木感神經學病徵，手指抓取困難，依 Lovett 分級法從 Good 減退至 Fair，Brunnstrom stage 手指評估從 stage6 減退至 stage5，於 92/09/26 再度尋求中醫協助治療。

評估：參考採用 Brunnstrom stage 偏癱運動評量法⁽⁸⁾和 MBI (Modified Barthel Index) 指數分級法⁽⁹⁾ (如附件) 總分評量各佔 50% 而成之指數評量表 (如表 1) 肌力則依 Lovett 分級法參考比較見圖 1⁽¹⁰⁾。

七、整體回顧

本病患為中風右偏癱患者，91/03-91/12 期間經西醫治療接受常規復健訓練，92/01-92/06 半年間經中西醫整合治療，復健訓練配合針灸療程，病情得到滿意改善。92/07 期間因 SARS 停止中醫針灸治療，經二個月後功能評估有減退現象。

八、討論

1. 腦中風針刺時機大多數醫者指出越

早針刺療效越好，但出血性腦中風發病二週內是否可以針刺醫界上有爭議。陸氏認為頭針治療缺血性中風，病程在三個月內者療效較好⁽¹¹⁾。石氏曾在缺血性腦中風病患 1992 例中，針刺法治療不同病理階段腦梗塞病人統計顯示，恢復期與後遺症期治療率比較無顯著性差異⁽¹²⁾。李氏在 200 例腦卒中偏癱患者中康復組平均發病後 9 天即給於床邊治療，結果平均 35 天治療後取得明顯療效，步行恢復率達 63%⁽¹³⁾。但 Coughlan 及 Humphrey (1982) 發現 170 例中風病人經八年治療，其生還者中有三分之二仍有持續存在的問題。Jimenez 和 Morgan (1979) 指出只有 59% 的中風病人在出院時能獨立照顧自己⁽¹⁴⁾。尚德等人指出「人類步行是一種超乎異常複雜的現象」，崗本認為在動作技巧發展過程，小孩要到 7 歲才發展出正常的成年人步態，幾乎練習三百萬步才能達到此程度⁽¹⁵⁾。若要求患者在幾個月內，重新學習會如此高協調性的動作是不切實際的⁽¹⁶⁾。臨床發現對於中風病人能獨立照顧自己是一條嚴苛的道路，但經中醫針灸治療或協同其他醫學治療，可以幫助病患在日常生活能力的改善。其中病患本身自我的要求，在預後中佔著重要地位。如本案例中除了常規醫學治療訓練外，自行要求訓練，這也是運動療法的觀念。沈氏認為利用健側肢體幫助患側可以加強患者意識性，使脊髓的 -運動神經元興奮性增高⁽¹⁷⁾。姜氏針法治偏癱從陽引陰，從陰引陽亦復如此，王氏研究以動中求動針治中風偏癱配合康復療法亦支持此論點⁽¹⁸⁾。

2. 姜氏針法治中風中，陽經穴針刺健側、陰經穴針刺患側的治則，醫家已經廣為採用⁽¹⁹⁾ 如李氏巨刺法，雷氏健患側輪針刺，健側行瀉法不留針再針刺患側⁽²⁰⁾，姜氏針法另一特點在於簡捷有效，尤其在透穴法中合谷透勞宮、陽谷透神門、太衝透湧泉、感覺區透運動區等是常見手法

。本案例中協同針灸治療後五至六個月約5-6個療程，從圖1可以看出評估指數明顯提高(斜率增加)，而後因故停止協同針灸治療其評估指數減退，但肌力評估卻維持相當水平，顯示針灸治療在Brunnstrom stage 協同動作中或許扮演著相當作用⁽²¹⁾。Twitchell將121例中風病人運動恢復的過程進行觀察發現協同運動時期的出現，進而對腦中風預後的評估有重大的價值⁽²²⁾。成功大學林氏利用肌電資料組成典型協同動作分析，評估肌電圖活化中風病人健患兩側，發現中樞控制肢體間的動作協同仍存在⁽²³⁾。這也是針灸配合運動療法的利基所在，早在金元時期針灸師提出“一針兩穴”的透穴針法理論，醫家臨床採用透穴針法可以擴大刺激面以增強針刺的強度，或使針刺感應易于擴散傳導⁽²⁴⁾。

3. 總頸動脈阻塞(CCAO)目前認為的危險因子中以抽菸最為嚴重，其次則為高血壓和心臟疾病等等，而後才是糖尿病及高血脂⁽²⁵⁾。本病患具抽煙史而且有心臟相關疾病。應醫囑戒煙、定期測量血壓和定期生化檢驗。

九、參考資料

- 張天鈞主編，台大內科醫師合著，當代實用內科學，橘井文化事業，台北，pp.1-2，2000。
- 黃瑞雄，非栓塞性缺血性腦中風之治療，台灣醫學會雜誌3：808，1993。
- 清·吳謙等編，醫宗金鑑，卷三十九，雜病心法要訣。
- 王凝，馮新，蔣海華等，針刺配合運動療法治療腦卒中偏癱69例，山東中醫雜誌20(3)：159-160，2001。
- 楊長森主編，針灸治療學，上海科學技術出版社，pp.81-82，1983。
- 邱茂良主編，針灸學，上海科學技術出版社，pp.280，2000。
- 中國醫藥學院北港附設醫院中醫部編著，中醫師臨床手冊，志遠書局印行，pp.D54，1998。
- Brunnstrom S: Movement therapy in hemiplegia, A neurophysiological approach, Harper & Row, New York, 1970.
- 紀樹榮，劉璇，腦卒中患者上肢和手功能的康復評定，現代康復4(4)：489-92，2000。
- 陳可冀，宋軍，論中風病臨床研究中的問題即對策，中西整合醫學雜誌3(1)：53-55，2001。
- 高宗桂，影響針刺治療中風的因素，中華針灸醫學會第一期針灸專科研習班，台中，pp.4-5，2001。
- 石學敏，李君，閻利等，針刺治療中風病的臨床研究，上海針灸雜誌11(4)：4-7，1992。
- 李紅玲，賈子善，宋蘭欣等，腦卒中偏癱早期康復療效觀察，中華物理醫學與康復雜誌2(20)：15-21，1998。
- PATRICIA M.DAVIES 原著，簡盟月編譯，中風病人的物理治療，合記出版社，台北，pp.2-3，2003。
- Kottke FJ, Halpern D, Easton JKM, Ozel AT, Burrill CAV (1978). The training of coordination. Arch Phys Med Rehabil 59:567-572.
- PATRICIA M.DAVIES 原著，徐中盈編譯，中風患者的偏癱治療，合記出版社，台北，pp.264-266，2003。
- 沈霞，王俊華，組合型功能康復床對腦卒中患者運動功能恢復的影響，現代康復5(4)：166，2000。
- 王洪生等，動中求動針刺治中風偏癱200例，針灸臨床雜誌1(3)：55-56，1997。
- 李連生，巨刺與非巨刺治療腦梗塞

- 198 例臨床觀察,中國針灸 1:2,1993。
20. 雷秀珍, 針刺配合藥物治療腦血栓形成 40 例, 中國針灸 4:28, 1995。
 21. 王瑞瑤, 李淑貞, 蔡美文, 半身不遂病人的運動治療, 合記出版社, 台北, pp.41-43, 2003。
 22. 崔三生, 許健鵬, 王剛, 腦卒中功能評價的發展與現狀及未來, 中國康復 13(3): 18-20, 1998。
 23. 林秀真, 結合運動學測量與肌電圖評估中風痙攣病患肢動作功能, 國立成功大學碩士論文: 86-87, 1996。
 24. 奚永江主編, 針法針灸學, 上海科學技術出版社, pp.49, 1985。
 25. 葉炳強編著, 腦血管疾病與神經血管超音波, 橘井文化事業, 台北, pp.24-29, 2000。

表 1 中風恢復期各項評估總分統計

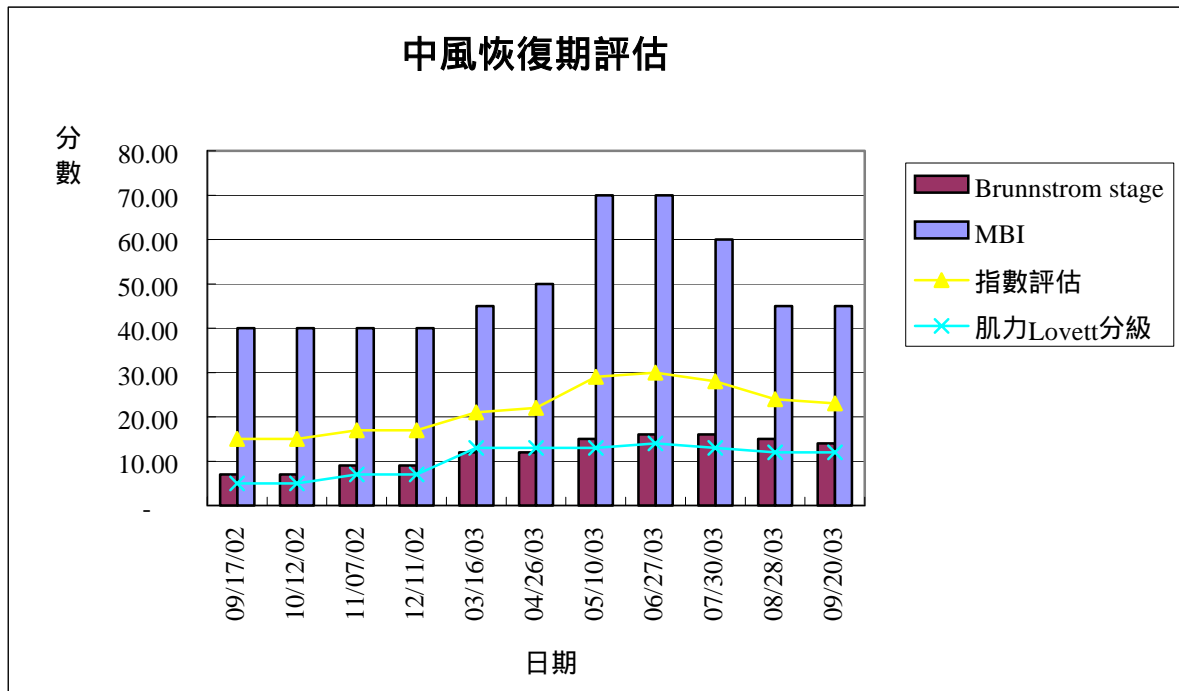
中風恢復期各項評估總分統計				
	Brunnstrom stage	MBI	指數評估	肌力 Lovett 分級
09/17/02	7.00	40.00	15.00	5.00
10/12/02	7.00	40.00	15.00	5.00
11/07/02	9.00	40.00	17.00	7.00
12/11/02	9.00	40.00	17.00	7.00
03/16/03	12.00	45.00	21.00	13.00
04/26/03	12.00	50.00	22.00	13.00
05/10/03	15.00	70.00	29.00	13.00
06/27/03	16.00	70.00	30.00	14.00
07/30/03	16.00	60.00	28.00	13.00
08/28/03	15.00	45.00	24.00	12.00
09/20/03	14.00	45.00	23.00	12.00

* 指數評估 = score of Brunnstrom stage + score of MBI ÷ 5

* score of Brunnstrom stage (3-21); 上肢、下肢、手指依 stage1-6 級、正常態分別給於 1 分-6 分及 7 分

* score of MBI (0-100); Barthel (1987) 修訂 ; 日常生活分 10 個項目依依賴度多寡分別給於 0、5、10、15 分不等 , 總分 100 分

圖 1



Case Report of Stroke Treatment with the Chiang's Acupuncture

Bo-Ming Huang^{1,2,3} and Ruenn-Tsyh Chiang²

¹ Department of Chinese Medicine of Chia-Yi Veterans Hospital

² Department of Acupuncture of China Medical University Peikang Hospital

³ International Educational College of Nanjing University of TCM

Abstract

Stroke patients receiving integrated Chinese and Western treatment in teaching hospitals is a trend commonly seen today, using the Brunnstrom evaluation standards commonly practiced worldwide to evaluate the effect on hemiplegia patients. This case report of cerebral infarction, 74 years male, applies the Chiang's acupuncture penetratively to assist in the treatment of hemiplegia patients, and satisfactory results were obtained from initial evaluation on walking and synergy, thus deserving further evaluation.

Keywords: Hemiplegia, the Chiang's acupuncture, effect evaluation, integrated Chinese and Western medicine.

附件

嘉義 醫院癱瘓鑑定評估表

MBI (ADL)

姓名 床號 住(入)院日期 年齡 性別

項目	日期													
	自我照顧能力(分數)													
1.進食	可自行進食 10' 需要一些協助 5' 完全依賴 0'													
2.移動	安全上下床或輪椅 15' 需協助或提醒 10' 坐姿不需幫忙,但離床仍需幫忙 5' 完全依賴 0'													
3.修飾	能獨立洗臉刮鬚梳頭 5' 完全依賴 0'													
4.進出盥洗室	自行進出浴室,穿脫衣物 10' 平衡差需人協助 5' 完全依賴 0'													
5.沐浴	能自行洗澡 5' 依賴 0'													
6.步行	不需協助使用輔助器至少 4 公尺 15' 需幫助或監督走 4 公尺半 10' 不能步行但可使用輪椅 5' 完全需要協助者 0'													
7.穿脫衣服	自行穿脫衣服拖鞋 10' 需協助穿脫衣服執行一半 5' 完全依賴 0'													
8.上下樓梯	使用扶手拐杖不需協助 10' 需協助或監督 5' 完全依賴 0'													
9.大便控制	可控制排便無失控情形,可使用灌腸銓劑 10' 需人協助使用銓劑灌腸或偶失控 5' 完全失控並須使用灌腸或手挖情形 0'													
10.小便控制	日夜均能控制良好或使用輔助物保持乾燥 10' 偶不能控制或來不及,需協助使用輔助物 5' 完全無法控制及需人處理 0'													
小計														

* 總分 0-20`全部依賴 21-60`嚴重依賴 61-90`中度依賴 91-99`輕度依賴 100`獨立;
每月評估一次

* 0-20`重癱 61-90`輕癱 90-100`持續觀察

* 評分標準參考依據 Modified Barthel Index

