

腦中風之針灸治療



吳朋奉確切死因 法醫鑑驗結果為腦中風



自由時報

台灣腦中風現況

- 發生率每1,000人口有6.89人。
- 每年死於腦中風人數超過1萬3,000人，長年位居**十大死因中第3名**。
- 每年約有17000人會因為中風而導致日常生活失能，是**成人殘障的第一要因**。
- 長照病患**100個裡面70個**跟中風後遺症有關
- 長期住院與慢性殘障失能的費用，已高居**健保支出第2名**。

Is it a stroke?

Act **F.A.S.T.**



FACE
droops



ARM
weakness



SPEECH
difficulty



TIME
is critical.

若有其中一個異常且此異常為新發生者，則有**72%**的可能性為腦中風，3個皆為異常則有大於**85%**的可能性為腦中風。

台灣腦中風學會(2008)

STROKE!

Golden Hour



10 minutes

Some brain regions (red) already are irreversibly lost.



1 hour

More time elapses, more brain tissue dies. Urgent treatment could still limit the disability.



3 hours

The window is closing. Treatment at this time may result in moderate disability.



6 hours

Without treatment, all at-risk tissue has died; the unfortunate result may be severe disability.

腦中風的定義

- 世界衛生組織(1988)
急性發生**局部神經性損傷**且持續超過**24小時**，推測由血管病變所引起。
- 又稱為腦血管意外(cerebrovascular accident; CVA)
主要因為**腦血流受阻**，造成**神經性缺損**或**腦部缺氧或缺血**，導致暫時性或永久性腦功能異常。

What risk factors can I change or treat?

- **High blood pressure.** This is the single most important risk factor for stroke because it's the leading cause of stroke. Know your blood pressure and have it checked every year. Normal blood pressure is below 120/80. If you have been told that you have high blood pressure, work with your healthcare provider to reduce it.
- **Smoking.** Smoking damages blood vessels. This can lead to blockages within those blood vessels, causing a stroke. Don't smoke and avoid second-hand smoke.
- **Diabetes.** Having diabetes more than doubles your risk of stroke. Work with your doctor to manage diabetes.
- **High cholesterol.** High cholesterol increases the risk of blocked arteries. If an artery leading to the brain becomes blocked, a stroke can result.
- **Physical inactivity and obesity.** Being inactive, obese, or both, can increase your risk of heart disease and stroke.
- **Carotid or other artery disease.** The carotid arteries in your neck supply most of the blood to your brain.

A carotid artery damaged by a fatty buildup of plaque inside the artery wall may become blocked by a blood clot. This causes a stroke.

- **Transient ischemic attacks (TIAs).** Recognizing and treating TIAs can reduce the risk of a major stroke. TIAs produce stroke-like symptoms but most have no lasting effects. Know the warning signs of a TIA and seek emergency medical treatment immediately.
- **Atrial fibrillation (AFib) or other heart disease.** In AFib the heart's upper chambers quiver (like a bowl of gelatin) rather than beating in an organized, rhythmic way. This can cause the blood to pool and clot, increasing the risk of stroke. AFib increases risk of stroke five times. People with other types of heart disease have a higher risk of stroke, too.
- **Certain blood disorders.** A high red blood cell count makes clots more likely, raising the risk of stroke. Sickle cell anemia increases stroke risk because the "sickled" cells stick to blood vessel walls and may block arteries.
- **Excessive alcohol intake.** Drinking an average of more than one drink per day for women or more than two drinks a day for men can raise blood pressure. Binge drinking can lead to stroke.

(continued)

藥物濫用

- **Illegal drug use.** Drugs including cocaine, ecstasy, amphetamines, and heroin are associated with an increased risk of stroke.
- **Sleep apnea.** Sleep-disordered breathing contributes to risk of stroke. Increasing sleep apnea severity is associated with increasing risk.

睡眠呼吸終止

What are the risk factors I can't control?

- **Increasing age.** Stroke affects people of all ages. But the older you are, the greater your stroke risk.
- **Gender.** Women have a higher lifetime risk of stroke than men do. Use of birth control pills and pregnancy pose special stroke risks for women.
- **Heredity and race.** People whose close blood relations have had a stroke have a higher risk of stroke. African Americans have a higher risk of death and disability from stroke than whites. This is because they have high blood pressure more often. Hispanic Americans are also at higher risk of stroke.
- **Prior stroke.** Someone who has had a stroke is at higher risk of having another one.

出血型 腦中風	腦實質 內出血	<p>在急性期可由電腦斷層診斷出來，其發病特徵是發病突然，與高血壓有密切關係</p> <p>出血大多位於：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 殼核Putamen 2. 視丘Thalamus 3. 腦幹Brain stem 4. 小腦Cere bellum等 	<p>老年人若腦部出血，非上述常見位置時，須考慮澱粉樣微血管病變的可能</p> <p>四十歲以下年輕人，不必考慮出血位置，須懷疑有腦部血管疾病的可能，如：動脈畸形，或腫瘤合併出血，須做腦部血管攝影，來做鑑別診斷。</p>
	蜘蛛網 膜下腔 出血	<p>發生時常有劇烈的頭痛，以及伴隨著頸部僵硬，大都由動脈瘤或動脈畸形破裂所造成。</p>	
梗塞型 腦中風	腦血栓	<p>臨床症狀屬於漸進式。</p>	
	腦栓塞	<p>腦部梗塞位置視栓塞的血管而定，其發病原因大多由動脈硬化、高血壓等病所造成。</p> <p>腦栓塞大多非由於腦內血管本身的病變所造成，通常來自於心臟的疾病，如心房撲動、風濕性心臟病等之血栓引起，其它也有由脂肪栓塞所造成。</p>	

腦中風的分類

- Cerebral ischemia 腦缺血
 - Cerebral thrombosis (血栓性)
 - Cerebral embolism (栓塞性)
- Cerebral hemorrhage 腦出血
 - Intracerebral hemorrhage
 - Subarachnoid hemorrhage
- Transient ischemic attack 暫時性腦缺血發作

腦中風的分類

- Cerebral ischemia 腦缺血
 - Cerebral thrombosis (血栓性)
 - Cerebral embolism (栓塞性)

台灣多見，占75%

- Cerebral hemorrhage 腦出血
 - Intracerebral hemorrhage
 - Subarachnoid hemorrhage

- Transient ischemic attack 暫時性腦缺血發作

腦部影像檢查

- CT+ CTA + CTP
- 無顯影劑注射的頭部電腦斷層攝影
 - 可初步排除腦出血或其他腦部病變



腦梗塞



腦出血

腦中風的處置

- Hydration
- IV Thrombolysis (**IV tPA**)
- IA Thrombolysis (**intra-arterial thrombectomy, IAT**)
- Anti-Platelet: **Aspirin, plavix**
- Stroke survey
- Rehabilitation

Brunnstrom's stage 動作恢復

- 美籍瑞典物理治療師Signe Brunnstrom於1960年代提出，根據中風病患的復原，將其運動復原分為六個分期。

第一期	病患的肢體是軟弱無力(flaccid)，肌張力失去、反射消失
第二期	患者肢體出現一些 聯合運動(associated movement) ，例如患者打哈欠時，可能會出現手部肌肉抽動，這時患者深部肌腱 反射增加 ，會有 痙攣(spasticity) 的現象
第三期	患者肢體開始出現自主的 協同作用(Synergy pattern) ，這時患者 深部肌腱反射和痙攣(spasticity)現象達到最強
第四期	打破協同模式， 始有獨立動作出現 ，患者深部肌腱反射依然增強，而且 痙攣(spasticity)現象依然存在
第五期	患者肢體活動比第四期更進步， 大部份動作有好的協調或選擇性 ，深部肌腱反射可能正常或增加， 痙攣性低
第六期	患者肢體活動幾乎正常

中風-診斷要點

《新編彩圖針灸學 林昭庚博士主編 知音出版社》

- 中風的臨床症狀決定於出血或梗塞部位，常見的有卒然昏仆、不省人事、吞嚥困難、構音異常、失語、半身麻痺、口舌歪斜、尿失禁、皮膚感覺低下等。

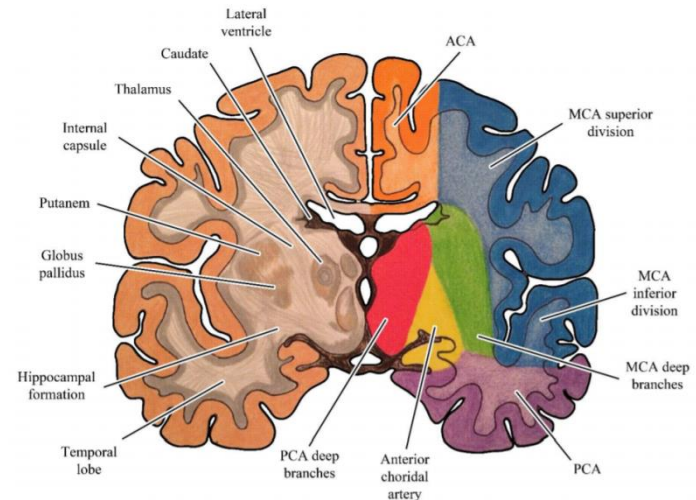


Figure. Coronal Cerebral and Circulation Anatomy

中風之中醫定義

- 中風又名“ 卒中” 。
- 臨床表現：
 - ✓ 猝然昏仆、口眼喎斜、半身不遂為主要特徵
 - ✓ 亦有未見昏仆，僅見喎僻不遂者。
- 因本病起病急劇，變化迅速，與自然界善行而數變之風邪特性相似，故古人以此類比，名為中風。

中風的中醫分類

分類	神智改變	症狀
中經絡	無	不經昏倒便突然出現口眼歪斜，語言不利，半身不遂等症。
	“邪在於絡，則肌膚不仁” - 偏身手足麻木 “邪在於經，則重不勝” - 半身不遂，口舌歪斜，舌強言蹇，或不語	

中風的中醫分類

分類	神智改變	症狀
中 臟 腑	有	卒然昏仆，不省人事，須注意閉脫之分
	閉症 (實證)	突然昏倒，不省人事，牙關緊閉，口噤不開，兩手緊握，大小便閉，肢體強痙。 有陽閉、陰閉之分。
	脫症 (虛證)	真陰衰微，元陽欲脫，陰陽有離決之勢。 突然昏仆，意識不清，不省人事，目合口張，鼻鼾息微，手足肢冷，汗多，大小便自遺，肢體軟癱。
	<p>“邪在於腑，即不識人”</p> <ul style="list-style-type: none"> - 神識恍惚或迷蒙 <p>“邪入於臟，舌即難言，口吐涎 ”</p> <ul style="list-style-type: none"> - 必有神昏或昏憤 	

歷代典籍

- 腦中風是由於**絡脈空虛，風邪乘虛入中**所致。同時也指出由於風邪入中的淺深和病情輕重的不同，而有在絡在經、中腑中臟的區別。
 - 《素問·風論》認為“風中五臟六腑之俞，亦為臟腑之風，各入其門戶，所中則為偏風。”
 - 《靈樞·刺節真邪篇》中有“虛邪偏客於身半，其入深，內居營衛，營衛稍衰，則真氣去，邪氣獨留，發為偏枯”。
 - 中風一詞起源於漢朝張仲景所著的《金匱要略》，“邪入於腑，即不識人，邪入於臟，舌即難言，口吐涎。”

歷代典籍

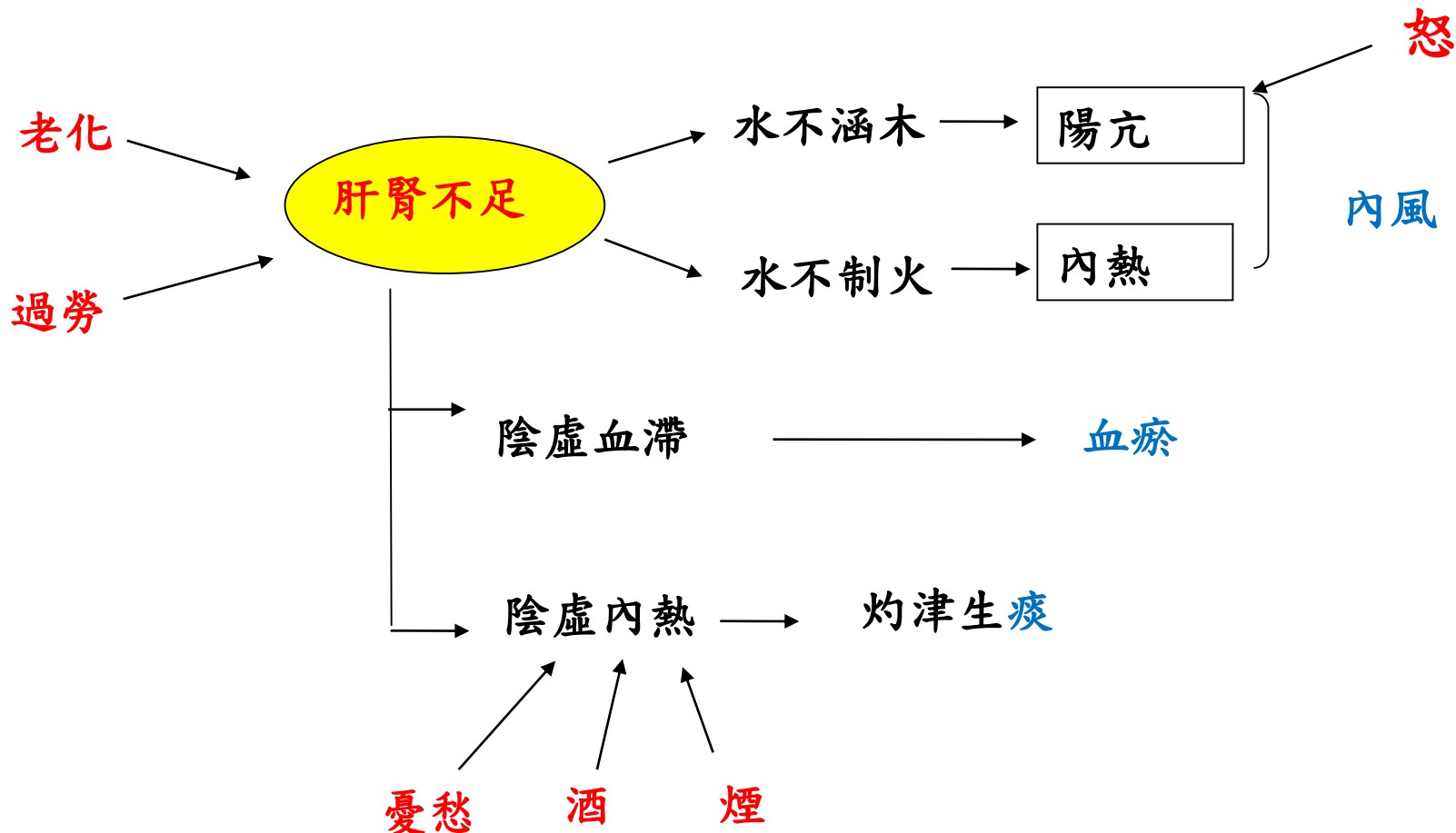
- 唐宋以後則認為中風的原因是來自於“**內風**”
 - 劉河間主張“**心火暴甚**”，李東垣認為“**正氣自虛**”，而朱丹溪的“**濕痰生熱**”。
 - 明朝張景岳主張中風“**非風**”，提出“**內傷積損**”的論點。如《景岳全書·非風》中指出：“凡病此者，多以素不能慎，或七情內傷，或酒色過度，先傷五臟之真陰...陰虧於前而陽損於後，陰陷於下而陽乏於上，以致陰陽相失，精氣不交，所以忽爾昏愢，卒然僕倒。”
 - 清朝王清任認為腦中風來自於**氣虛血瘀**而創立**補陽還五湯**治療偏癱

中風病機

- 關於中風的病因，總結各家之說，本病的發生可由**精神因素**；**飲食因素**，如嗜酒與多食肥美；**生活因素**，如房勞不節、勞累太過等多種原因；以致陰虧於下、肝陽內動、氣血逆亂、夾痰夾火、上蒙清竅、橫竄經絡。
- 其病機可概括為**風**、**火**、**痰**、**瘀**四者。
 - ✓ **肝風內動**，迫血上湧
 - ✓ **心火暴盛**，心神昏冒
 - ✓ **痰濁內蒙**，濕痰阻絡
 - ✓ **血液瘀滯**、阻於脈絡

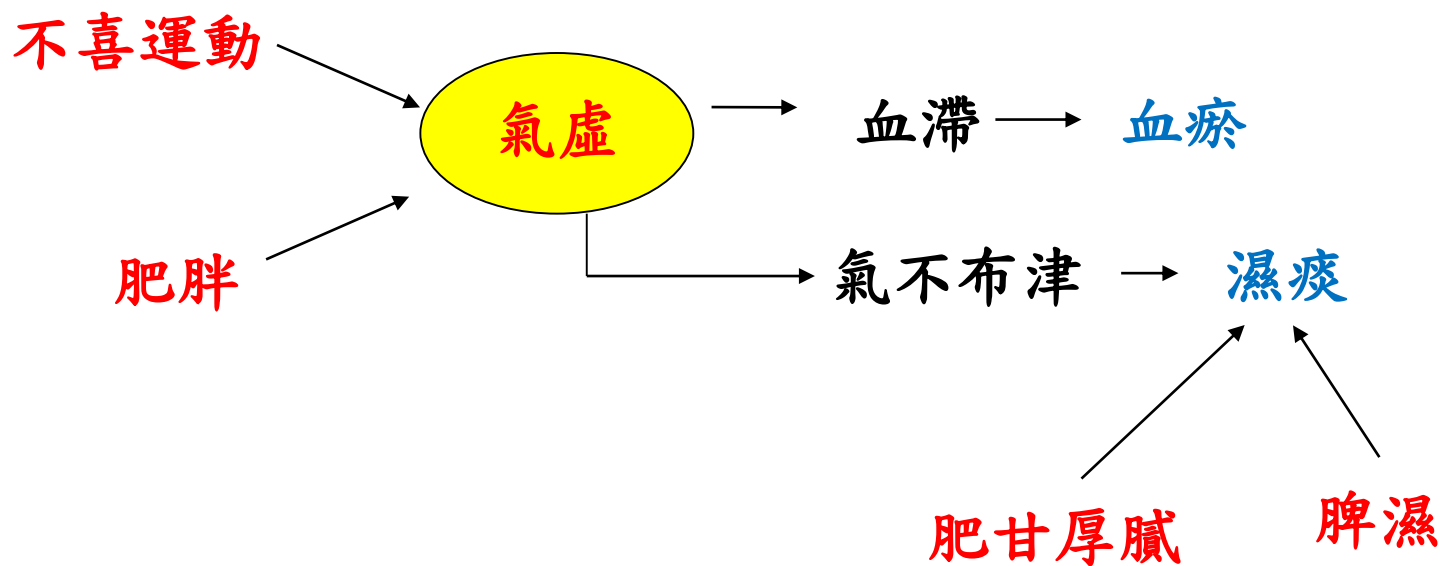
腦中風病因病機

24



腦中風病因病機

25



中風病病因病機

肝腎不足

風

挾痰

挾瘀

帶火

內蒙臟腑

清竅蒙閉

五官不明

昏迷

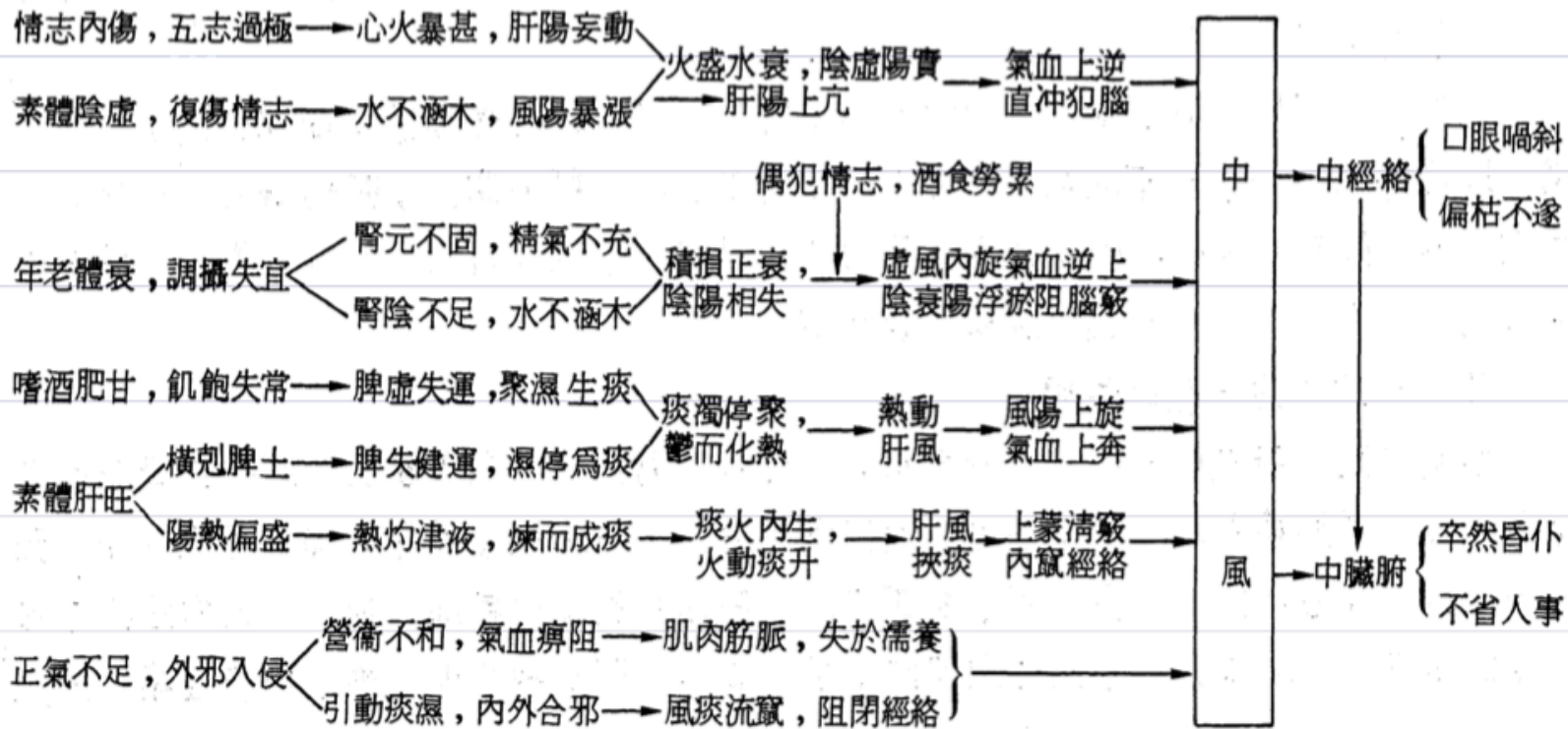
橫竄經絡

肢體失養

半身不遂口歪

氣虛

正氣不足，衛氣不固
絡脈空虛，風邪侵入



中風病因病機示意圖

- 風,包括外風等氣候變化因素和內生肝風
- 火,包括,肝火,心火,氣鬱化火等
- 痰,包括痰濕內生以及肥人多痰等飲食因素
- 氣,包括氣鬱,氣怒等七情情志因素
- 瘀,包括了血瘀、瘀血和離經之血致瘀,主要是氣血運行不暢,氣血逆亂,最後導致瘀血阻於是腦內所致等
- 虛,包括了氣虛和肝腎陰虛

中風-診斷要點

《新編彩圖針灸學 林昭庚博士主編 知音出版社》

	症狀	舌	脈
肝陽化風	頭痛眩暈，耳鳴眼花，心煩易怒，面紅目赤，容易發怒，半身不遂，舌強語蹇，口眼歪斜，甚則嘔吐，神志不清	舌紅	脈弦數
痰火內閉	突然昏仆，神識不清，半身不遂，口眼歪斜，兩手握固，牙關緊閉，面紅目赤，喉中痰鳴，喘促躁動	舌紅、苔黃膩	脈弦滑而數
肝腎虧虛	常見於年高體衰的患者，臨床表現為面色蒼白，腰痠腿軟，齒搖髮脫，耳鳴健忘，眩暈目糊，語言不利，神情呆滯，智力降低，半身不遂逐漸發生	舌淡白	脈沉細弱

中風之臨床經驗

馬光亞

中國醫藥學院 中醫學系

中華民國 台灣 台中

(民國79年8月8日受理，民國80年8月27日接受刊載)

外風	寒中	脈浮緊，頭痛， 發熱惡寒	小續命湯， 加羌活、藁本
	熱中	發熱，苔黃厚， 小便短赤，大 便秘結，焦躁	涼膈散加減 牛黃每日一分 祛風至寶丹
內風	內火熾盛 (痰火內發)	火熱之邪，危 害最速，故中 人即昏厥	清熱滌痰湯 牛黃清心丸每日一粒 涼血清心 養陰降火活絡

腦溢血和腦栓塞之比較

□ 腦栓塞

- ▣ 是血的循環力不足
- ▣ 為不足之疾
- ▣ 以“中經絡”居多

□ 腦溢血

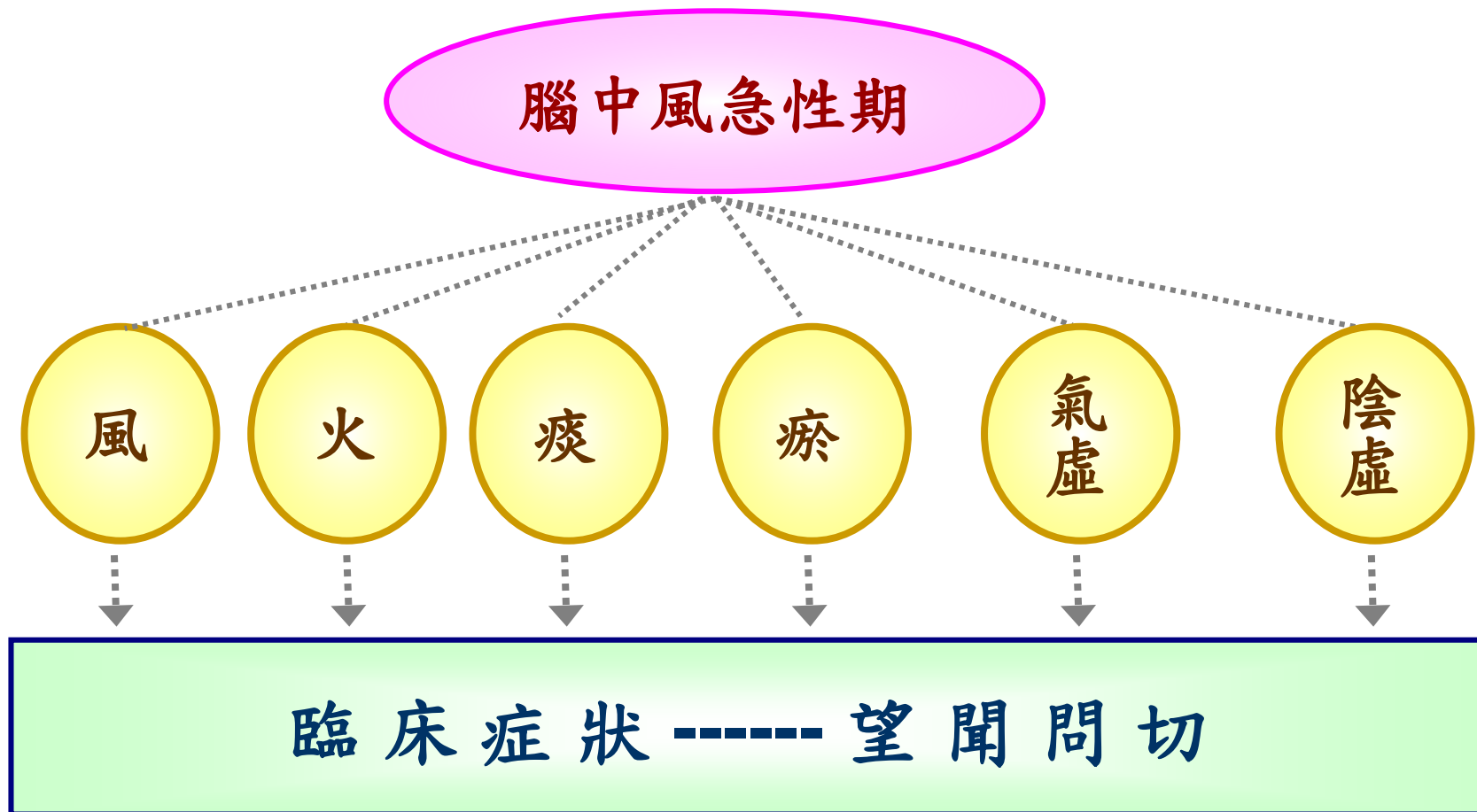
- ▣ 為肝火上升之結果
- ▣ 為有餘之疾（本虛標實）
- ▣ 以“中臟腑”為多

一定如此嗎...?



腦中風急性期病因病機

32



急性期缺血性腦中風病患之中醫證候要素分析

蔡馥光¹、林建雄^{1,*}、張寓智²、劉祥仁²、李宗海²、陳春賢³、張禾坤³

¹長庚紀念醫院中醫部，(林口)長庚紀念醫院及長庚大學醫學院，桃園，台灣

²林口長庚紀念醫院神經科腦中風中心及長庚大學醫學院，桃園，台灣

³長庚大學資管系，桃園，台灣

(99年11月16日受理，100年06月13日接受刊載)

中風病證候診斷標準

34

- 中醫藥管理局腦病急症科研組1994年公告之
《中風病辨證診斷標準》六項證候
 1. 風證
 2. 火熱證
 3. 痰證
 4. 血瘀證
 5. 氣虛證
 6. 陰虛陽亢證

表二 中風病辨證診斷標準

證型	子項目	症狀與分數
風證	起病	48 小時達到高峰 (2 分)、24 小時達到高峰 (4 分)、病情數變 (8 分)、發病即達高峰 (8 分)
	肢體	兩手握固或口嘴不開 (3 分)、肢體抽動 (5 分)、肢體拘急或頸項強急 (7 分)
	舌體	舌體顫抖 (5 分)、舌體歪斜且顫抖 (7 分)。
	目珠	目珠遊動或目偏不瞬 (3 分)、正常 (0 分)。
	脈弦	是 (3 分)、否 (0 分)。
	頭暈頭痛	頭暈或頭痛如單 (1 分)、頭暈目眩 (2 分)。
火熱證	舌質	舌紅 (5 分)、舌紅絳 (6 分)。
	舌苔	薄黃 (2 分)、黃厚 (3 分)、乾燥 (4 分)、灰黑乾燥 (6 分)。
	大便	便乾便難 (2 分)、便乾 3 日未解 (3 分)、便乾 5 日以上未解 (4 分)。
	神情	心煩易怒 (2 分)、躁擾不寧 (3 分)、神昏譫語 (4 分)。
	面目呼吸氣味	聲高氣粗或口唇乾紅 (2 分)、面紅目赤或氣促口臭 (3 分)。
	發熱	有 (3 分)、無 (0 分)。
	脈象	數大有力或弦數或滑數 (2 分)。
	口中感覺	口苦咽乾 (1 分)、渴喜冷飲 (2 分)。
尿短赤	有 (1 分)、無 (0 分)。	

證型	子項目	症狀與分數
痰證	痰	口多粘涎（2分）、咯痰或嘔吐痰涎（4分）、痰多而粘（6分）、鼻鼾痰鳴（8分）。
	舌苔	膩或水滑（6分）、厚膩（8分）。
	舌體	胖大（4分）、胖大多齒痕（6分）。
	神情	表情淡漠或寡言少語（2分）、神情呆滯或反應遲鈍或嗜睡（8分）。
	脈象	滑或濡（3分）。
	頭昏沉	有（1分）、無（0分）。
血瘀證	體胖臃腫	是（1分）、否（0分）。
	舌質	舌背脈絡盛張青紫（4分）、舌紫暗（5分）、有瘀點（6分）、有瘀斑（8分）、青紫（9分）。
	頭痛	頭痛而痛處不移（5分）、頭痛如針刺或如炸裂（7分）
	肢體	肢痛不移（5分）、爪甲青紫（6分）。
	面色	臉下青黑（2分）、口唇紫暗（3分）、口唇紫暗且面色晦暗（5分）
	脈象	沉弦細（1分）、沉弦遲（2分）、澀或結代（3分）。
	附加分	高黏滯血症（5分）。

氣虛證	舌質舌體	舌淡（3分）、舌胖大（4分）、胖大邊多齒痕或舌痿（5分）。
	體態聲音	神疲乏力或少氣懶言（1分）、語聲低怯或咳聲無力（2分）、倦息嗜臥（3分）、鼻鼾細微（4分）。
	汗	稍動則汗出（2分）、安靜時汗出（3分）、冷汗不止（4分）。
	二便	大便溏或初硬後溏（1分）、小便自遺（2分）、二便自遺（4分）。
	肢體	手足腫脹（2分）、肢體癱軟（3分）、手撒肢冷（4分）。
	心悸	活動較多時心悸（1分）、輕微活動即心悸（2分）、安靜時常心悸（3分）。
	面色	面白（1分）、面白且面色虛浮（3分）。
陰虛陽亢證	脈象	沉細或遲緩或脈虛（1分）、結代（2分）、脈微（3分）。
	舌質舌體	舌體瘦（3分）、舌瘦而紅（4分）、舌瘦而紅乾（7分）、舌瘦而紅乾多裂（9分）。
	舌苔	苔少或剝脫苔（5分）、光紅無苔（7分）。
	神情	心煩易怒（1分）、心煩不得眠（2分）、躁擾不寧（3分）。
	熱象	午後颧紅或面部烘熱或手足心熱（2分）
	頭暈目眩	有（2分）、無（0分）。
	盜汗	有（2分）、無（0分）。
	耳鳴	有（2分）、無（0分）。
	乾燥	咽乾口燥或兩目乾澀或便乾尿少（2分）。
	脈象	弦細或細數（1分）。

- 每個子項目出現的症狀採最高得分者記分，再將此證的每個子項目中最高得分分數加總，每個證以大於或等於 7 分為證候診斷成立之基準，最高 30 分。
- 結果：
以同時有三、四、五種證型組合的比例最高，分別為24.5%、30.4%、25.7%
單一證型所占比例，以**血瘀證**最高(98.4%)，**風證**次之(92.5%)，**痰證**第三(78.7%)。

台灣出血型腦中風急性期中醫證型之研究

唐娜櫻 劉崇祥^{1,2} 陳維恭^{1,3} 周德陽^{1,4} 李采娟⁵ 彭昱憲⁶ 謝慶良^{7,8}

中國醫藥大學 中醫學系 醫學系¹ 中國醫學研究所⁵ 中西醫結合研究所⁷

中國醫藥大學附設醫院 神經部² 急診部³ 神經外科部⁴ 中醫部⁸

中山醫學大學附設醫院 中西整合醫療科⁶

■ 梗塞型腦中風急性期主要證型：風、痰、血瘀

■ 出血型腦中風急性期主要證型：

風、痰、火熱、血瘀
(風痰、風火、風血瘀)

中風急性期

腦貧血昏厥 灸百會、臍中

腦栓塞

針四關
灸百會、三里

腦溢血

十宣放血

腦貧血昏厥：灸百會、臍中（神闕）

- 又有虛證腦貧血，顱內空虛類中風，
- 昏倒口張手鬆弛，急灸百會或臍中
- 體虛或貧血者，元氣下陷，一時腦中缺血(血流不足)，也卒然昏倒，但無口眼歪斜
- 絕不能放血，急宜以灸法救之，百會或臍中（神闕）任選一穴灸之，可使甦醒過來

腦貧血昏厥 灸百會、臍中

腦栓塞 針四關
灸百會、三里

腦溢血 十宣放血

腦栓塞：開四關、灸百會和三里

- 栓塞昏迷脈緩遲，用針先向四關施，
- 臍中百會宜溫灸，三里能教熱下趨。
- 腦栓塞昏迷是虛證，血液循環阻滯，診其脈，不洪數
- 因腦血管有故障，須急行開閉之法，針其四關
- 四關即雙手之合谷、雙足之太衝，人中穴亦可針刺
- 因其為虛證，須灸其百會、臍中（神闕）、足三里等穴，以收回陽之效，足三里又能引熱下行

腦貧血昏厥 灸百會、臍中

腦栓塞 針四關
灸百會、三里

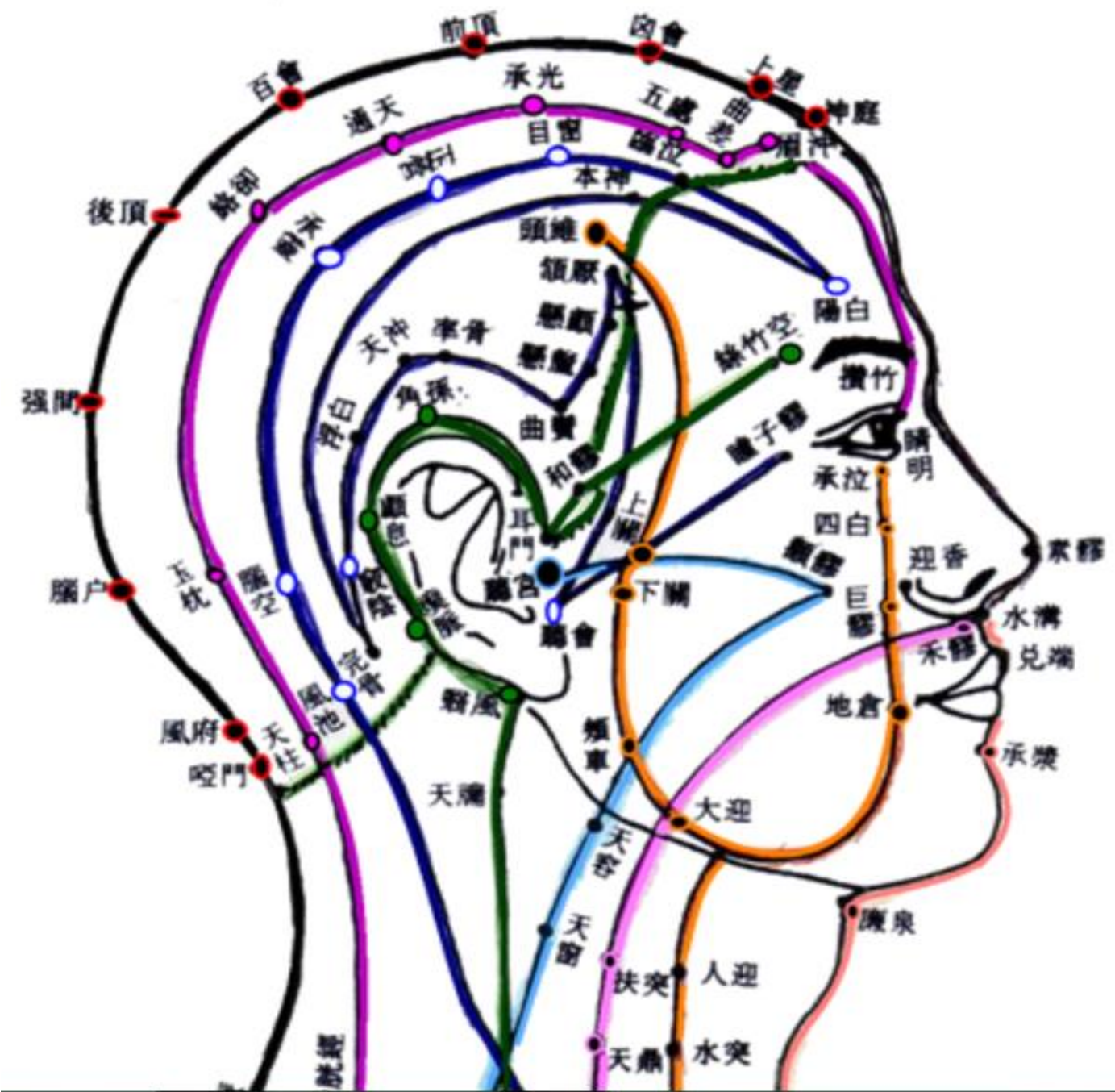
腦溢血 十宣放血

腦溢血：十宣放血

- 溢血急救宜放血，十宣針刺即時鬆，
- 指尖血出血向轉，可免全衝入腦中。
- 「十宣穴」位於十個手指尖端的正中，離指甲約一分，左右共十個穴
- 用三稜針刺入，針出後以手按壓之，使充分出血
- 溢腦之血，即減向上之勢，可使患者甦醒過來

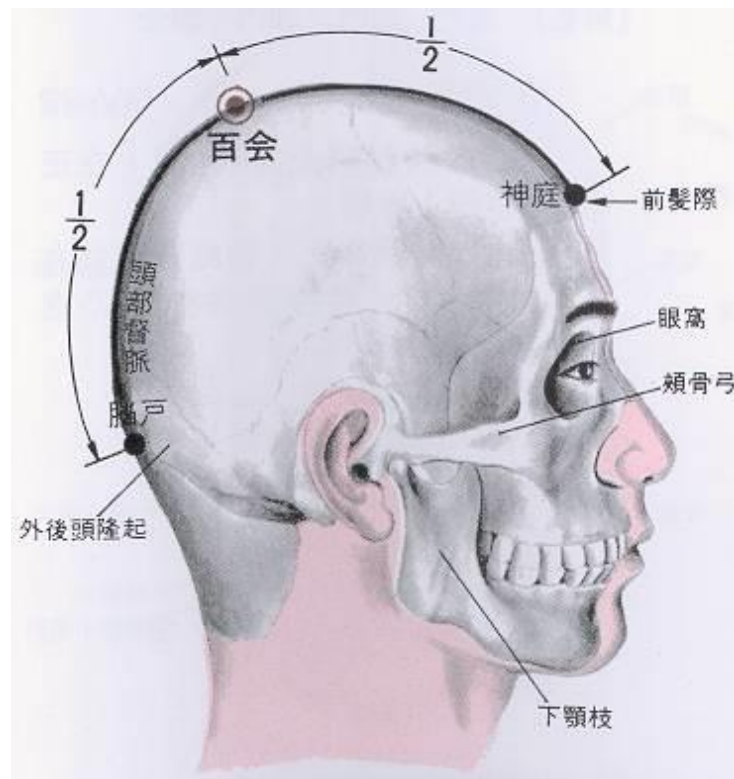
頭部穴位

- 常用穴位
 - 百會、通天
 - 百會、四神聰
 - 百會、四神針
 - 風池
- 需注意！
 - ✓ 頭部開刀者先不針頭皮穴位。
 - ✓ 放置shunt者，注意shunt的位置。



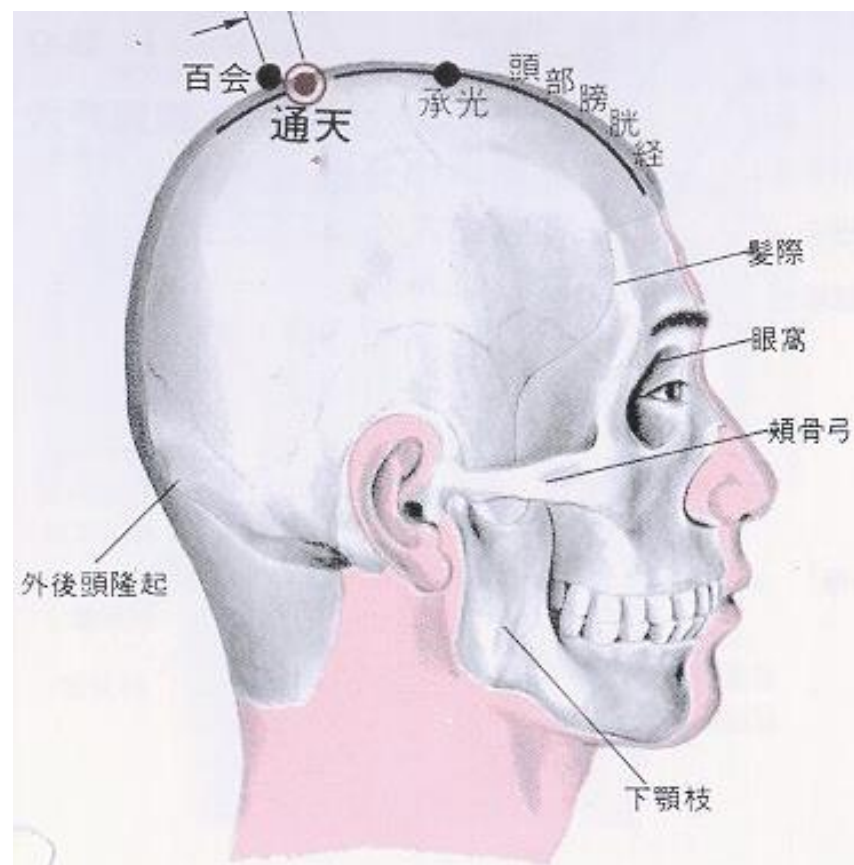
百會

- 《神應經》：「去前髮際**五寸**、後髮際**七寸**」。
- 《十四經發揮》：「直兩耳尖」，意為將兩耳郭折前使出現耳尖，當兩耳尖直對頭頂中央。
- 功效：
平肝熄風，安神，
醒腦，開竅，明目，升提陽氣



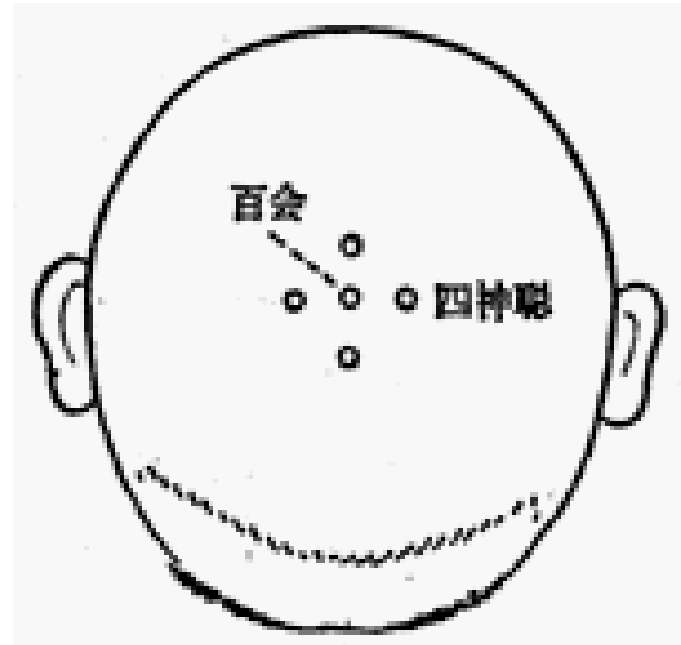
通天

- 頭部前髮際正中直上4寸旁開1.5寸處
- 《類經圖翼》：「一曰橫直百會旁一寸五分」，則定於百會旁1.5寸處。
- 功效：**祛風通竅**



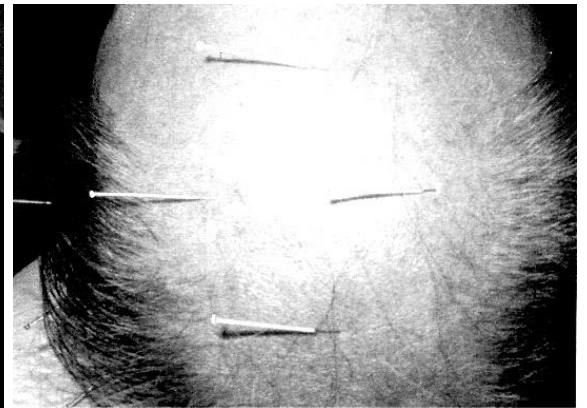
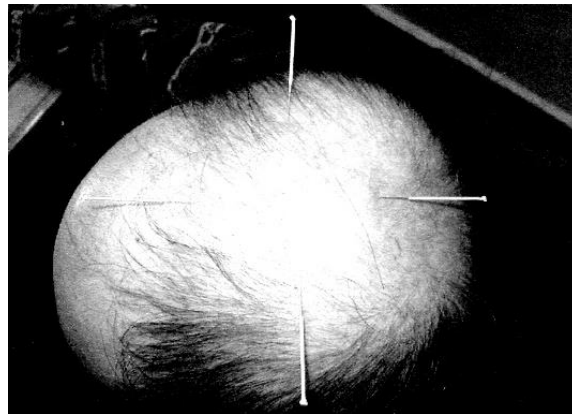
四神聰

- 神，神志；聰，聰明。
本穴能治神志失調、耳目不聰等病症，一穴有四處，故名四神聰
- 百會穴前後左右各相去1寸處
- 主治：
頭痛，眩暈，癲狂，
癩症，失眠，健忘，中風，
震顫麻痺，腦炎後遺症，
內耳眩暈症



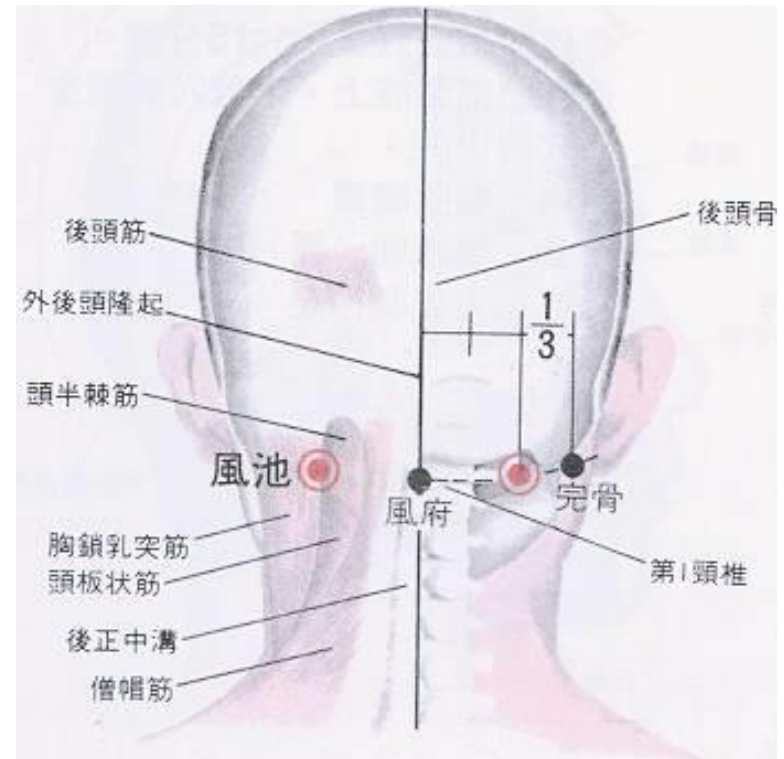
四神針

- 靳(ㄎ一ㄣˋ)三針
- 百會穴前後左右各旁開1.5寸
- 向外：刺激面廣：**弱智、過動**、腦麻、自閉症、眩暈
- 向內：刺激較集中：**集神**、癲癇、失眠、健忘
- 像病灶平刺：多用於中風偏癱及肢體感覺異常患者



風池

- 項部枕骨下，斜方肌上部外緣與胸鎖乳突肌端後緣之間凹陷處。
- 功效：**祛風**，解表，**清頭目**，利五官七竅。



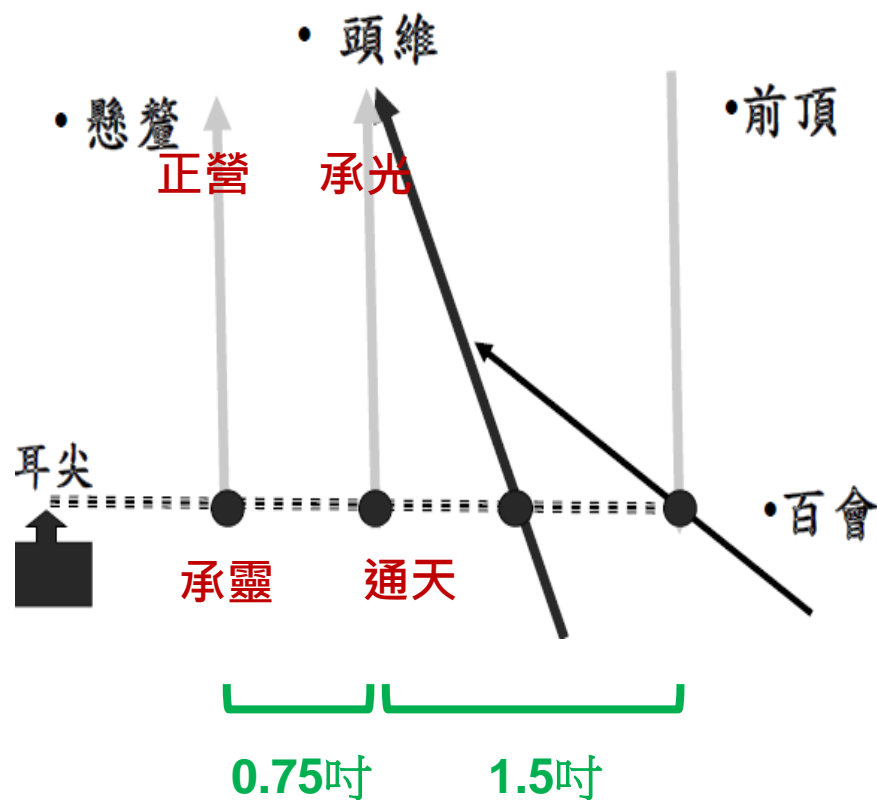
中風分期的針刺治療方案

曹永昌^{1,2}、高宗桂^{1,3,4}

- 中風急性期應盡快使用**醒腦開竅法**
- 可以減緩ICH手術後血壓。針刺後能**改善患者腦動脈的彈性，使其緊張度下降，血管擴張，血流量增加**，從而**改善患者腦部血循環**，提高腦組織的氧分壓。
- 不論腦梗塞或腦出血，醒腦開竅法可促進腦血液循環，**增加腦灌注量**及改善血管彈性。**防止自由基對大腦的損害，改善腦水腫**，避免和減少不可逆的腦損害發生。

醒腦提神法

- 頭針組：
 - 前頂透百會
 - 通天透承光
 - 承靈透正營
 - 百會向額厭橫刺1.5寸
 - 百會與通天之間橫刺向頭維1.5寸





百會

承靈
通天

前頂

承光

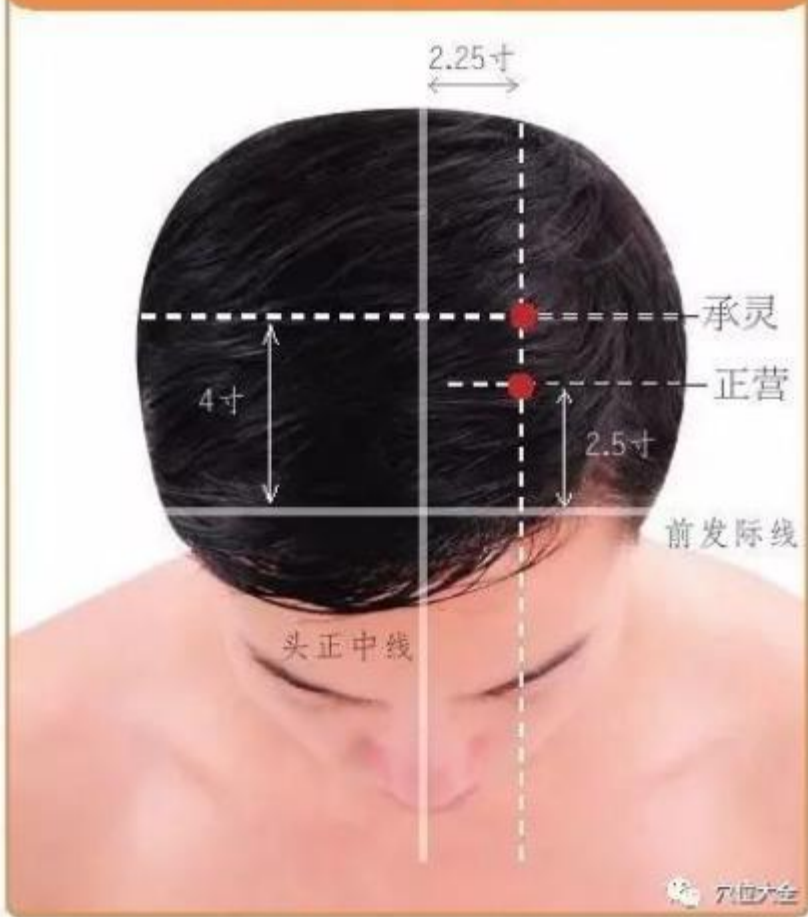
正營

頭維

額厭

曲鬢

正营 承灵



醒腦提神法

- 體針組：
- ✓ 攢竹、素膠、人中與湧泉皆是興奮中樞神經有效穴。其中素膠與人中也有明顯改善腦血流的功能。
- ✓ 內關、太衝：引起心率增加。
 - 吞嚥障礙加完骨；言語不利加廉泉
 - 上肢不利加曲池、尺澤、合谷；
 - 下肢不利加委中、陽陵泉、絕骨。

· 临床报道 ·

17-18

通关利窍针法治疗脑中风性假性延髓麻痹 300 例

⑧

蒋戈利 王[√]国华 王鹤云

(中国人民解放军第464医院 天津 300381)

2.1 治则 醒脑导气,通关利窍为主,疏经活络,祛瘀化痰,补益脑髓为辅。

2.2 取穴 主穴取风池、翳风、完骨和内关、人中、三阴交。辅穴取上廉泉、金津、玉液、百会。肝阳暴亢、痰火流窜型配太冲;心脾气虚、痰瘀阻痹型配丰隆、血海;肝肾阴虚、风阳上扰型配太溪、四神聪;小便失禁者配气海、关元;口喎者颜面阳明经筋排刺;肢体不遂者配极泉、尺泽、委中。

R255.206

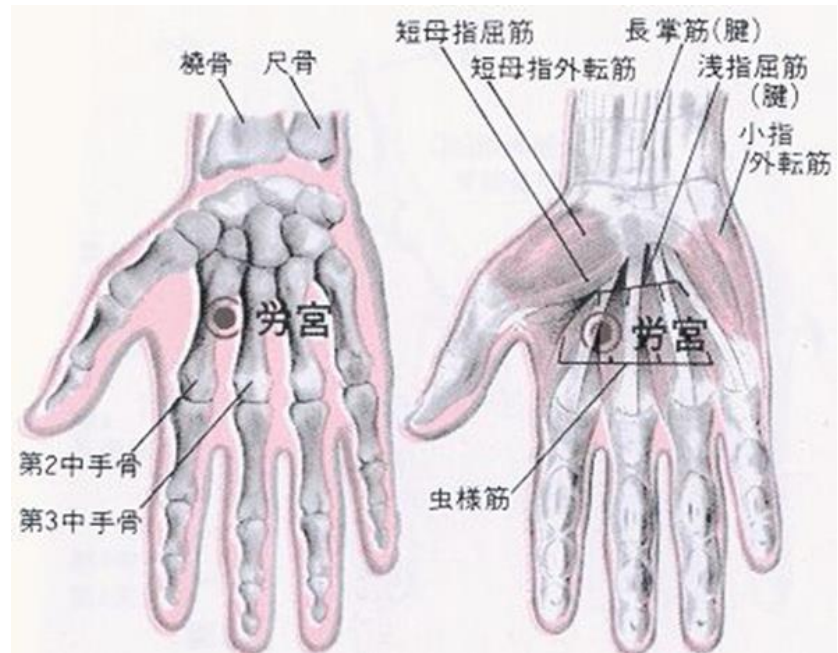
R246.6

2.3 操作方法 先刺双侧内关穴,直刺0.5~1.0寸,行捻转提插相结合的泻法1分钟。

继刺人中,向鼻中膈斜入0.5寸,施雀啄手法,以患者流泪或眼球湿润为度。再刺双侧三阴交,直刺1.0~1.5寸,行捻转提插补法1分钟。风池,向喉结方向震颤进针2.0~2.5寸,行小幅度高频率捻转补法1分钟,翳风、完骨两穴之操作同风池。上廉泉刺向舌根部,入针2.0~2.5寸,施提插针法。金津、玉液隔2日点刺放血。百会沿经平刺0.5寸,行捻转补法。极泉、尺泽、委中均入针1.0~1.5寸,行提插泻法,令针感向肢体远端传导。每日上、下午各施治1次,头颈部穴针刺要求以患者咽喉部产生酸麻胀感为度。

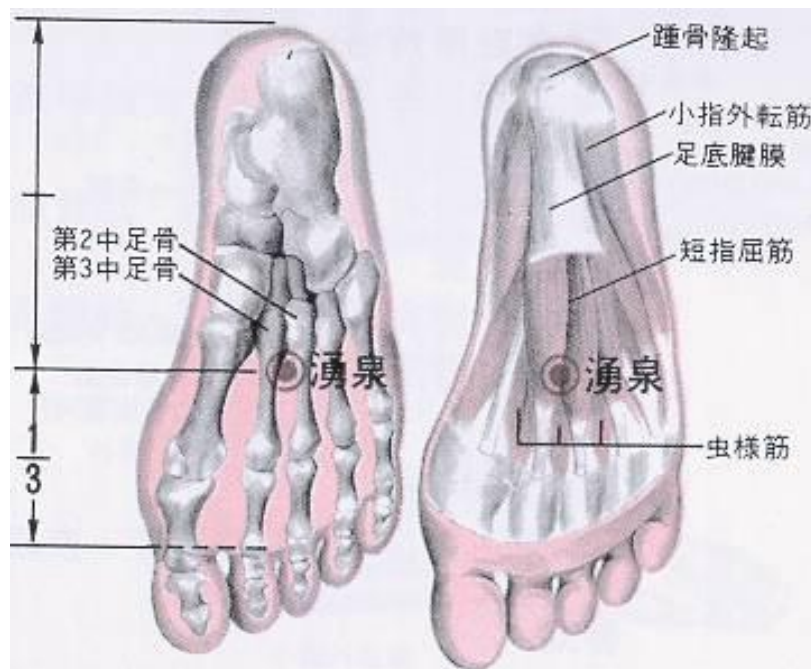
勞宮

- 手掌心，第2~3掌骨之間偏於第3掌骨的掌中紋處，握拳屈指時當中指端所指處
- 瀉心火、清血熱



湧泉

- 足底部，卷足時足前部凹陷處。約當足底第2~3趾趾縫紋頭端與足跟後端連線的前1/3折點
- 泄熱、降火、開竅、蘇厥



中風恢復期

中風恢復期

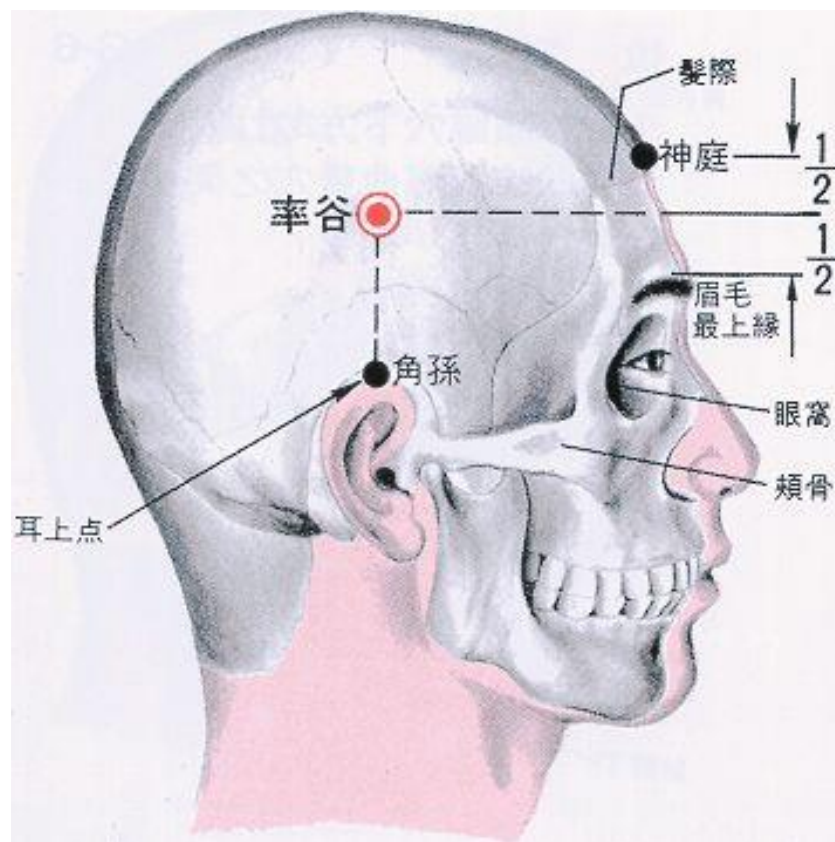
- 中風恢復期是指中風病經救治神志清醒後遺留有半身不遂、語言不利、口眼喎斜等症狀，需要進一步治療的時期。
- 中風恢復期可根據臨床表現不同進行辨證論治。
- 中風恢復期是指**中風半個月至半年之間**者。其中的二週至**三個月**就是所謂的**治療黃金期**。

肢體功能障礙

- 率谷
- 運動區（頂顳前斜線，對側）
- 足運感區（對側）
- 顳三針（對側）

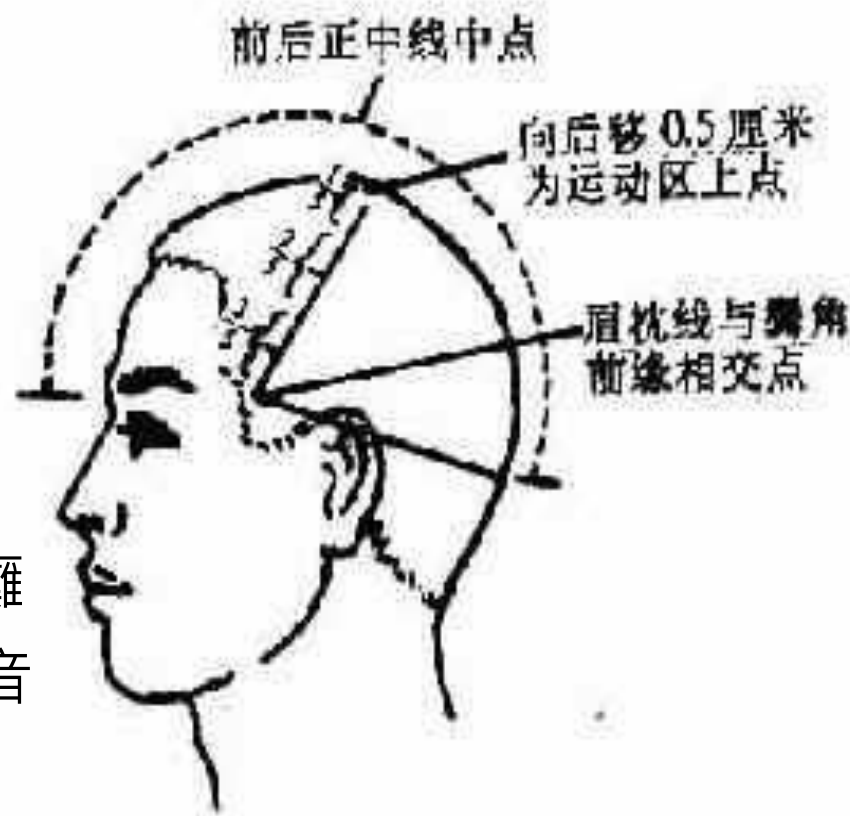
率谷

- 頭部耳尖：直上入髮際一寸五分處，當角孫穴正上方。
- 功效：**祛風熱**
- 主治：
頭痛，眩暈，急慢驚風，耳聾



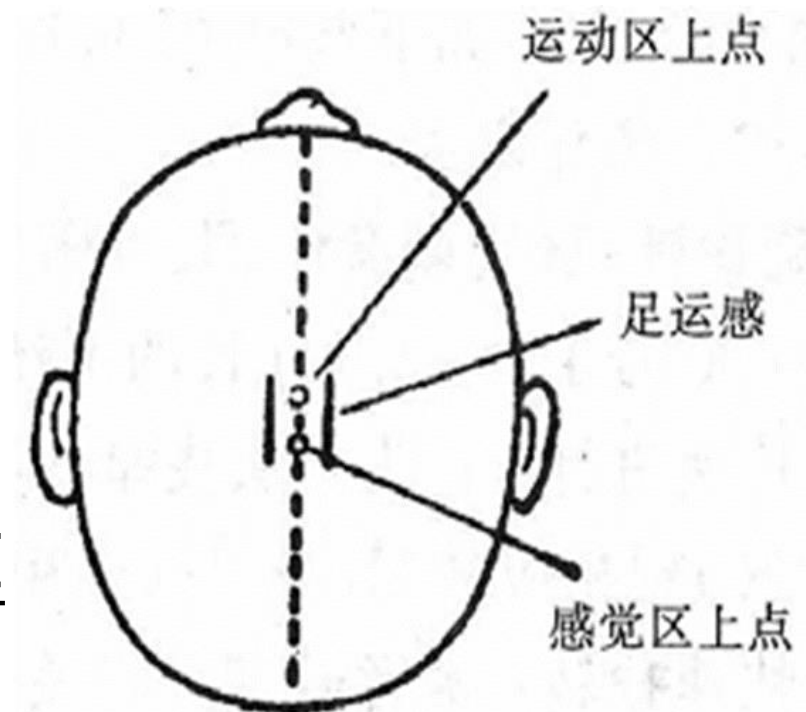
運動區（頂顳前斜線）

- 感覺區前1.5 cm
- 上點：前頂/下點：懸釐
- 主治：
 - 上1/5：對側下肢癱瘓
 - 中2/5：對側上肢癱瘓
 - 下2/5：對側中樞性面神經癱瘓、運動性失語、流涎、發音障礙。



足運感區

- ▶ 前後正中線的中點左右旁開各**1cm**，向後引**3cm**長，平行於正中線
- ▶ 主治：
對側下肢癱瘓、疼痛、麻木，急性腰扭傷



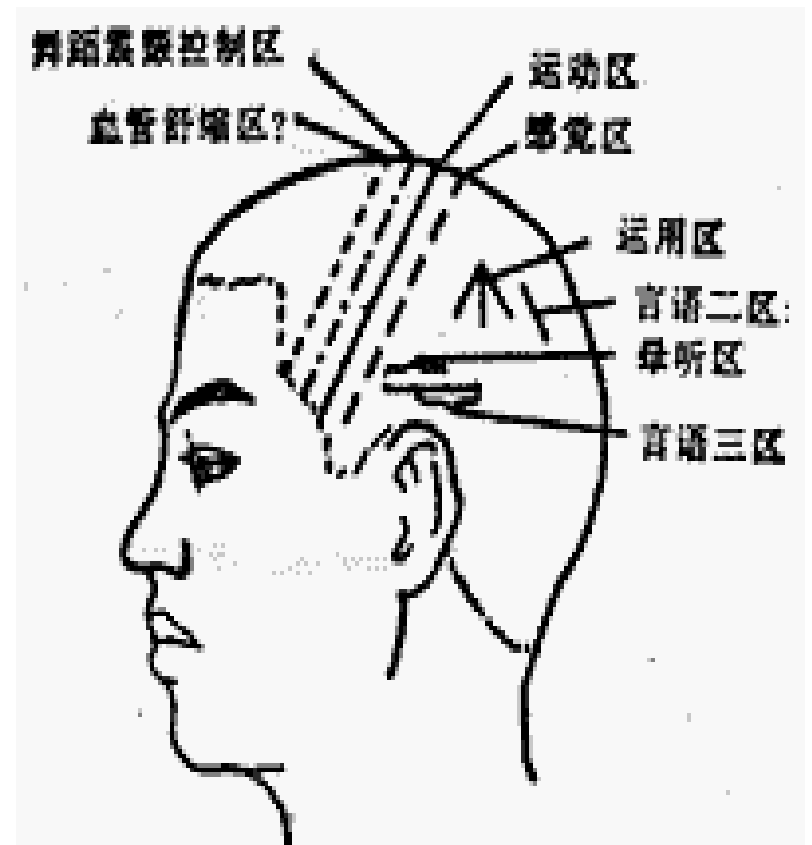
顛三針

- 耳尖直上髮際上**二寸**為第一針，在第一針水準向前後各旁開**一寸**為第二、第三針。
- 主治：腦血管意外後遺症，腦外傷所致的半身不遂、口眼喝斜，腦動脈硬化，耳鳴、耳聾，偏頭痛、帕金森氏病、腦萎縮、老年性癡呆



肢體感覺障礙

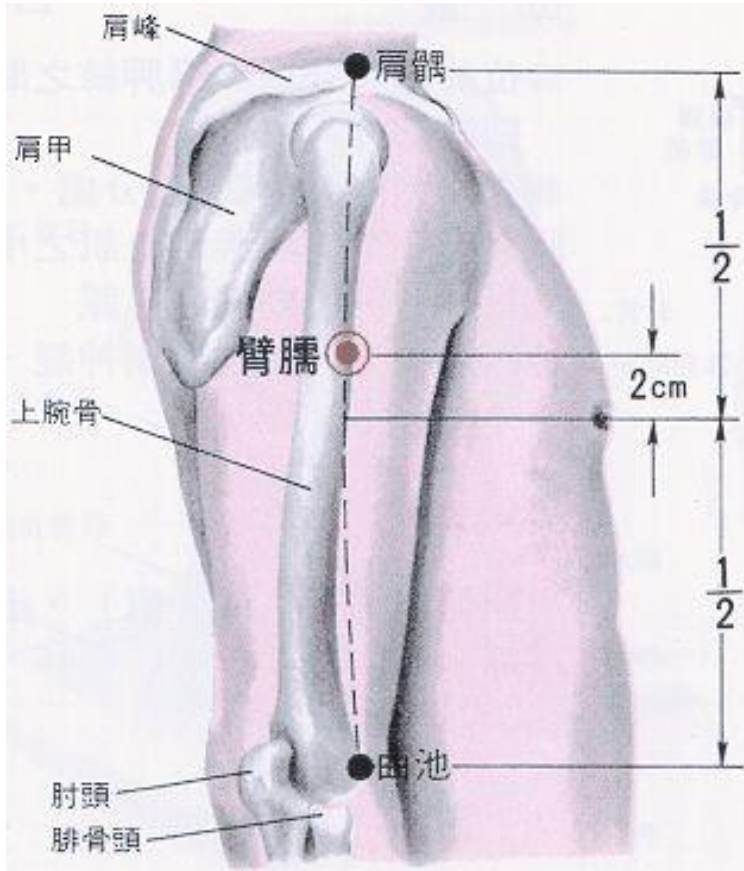
- 運動區後**1.5 cm**
- 上點：百會/下點：曲鬢
- 主治：
 - 上1/5：下肢、頭、軀幹
感覺障礙
 - 中2/5：上肢感覺障礙
 - 下2/5：面感覺障礙



偏癱 (Hemiplegia) - 上肢

- 肩髃、臂臑、曲池、手三里、合谷
- 肩髃、天井、三陽絡、外關、陽池
- 曲澤、內關
- 後谿
- 八邪、上八邪
- ✓ **曲池、合谷**皆屬手陽明大腸經，**伏兔與足三里**屬於足陽明胃經，陽明經多氣多血，針刺此四穴可提高上肢與下肢之肌力。
- ✓ **間使、內關**屬於手厥陰心包經，間使可以擴張氣管與放鬆食道緊張，內關可增加心臟收縮力，**改善心臟頻率**。

二

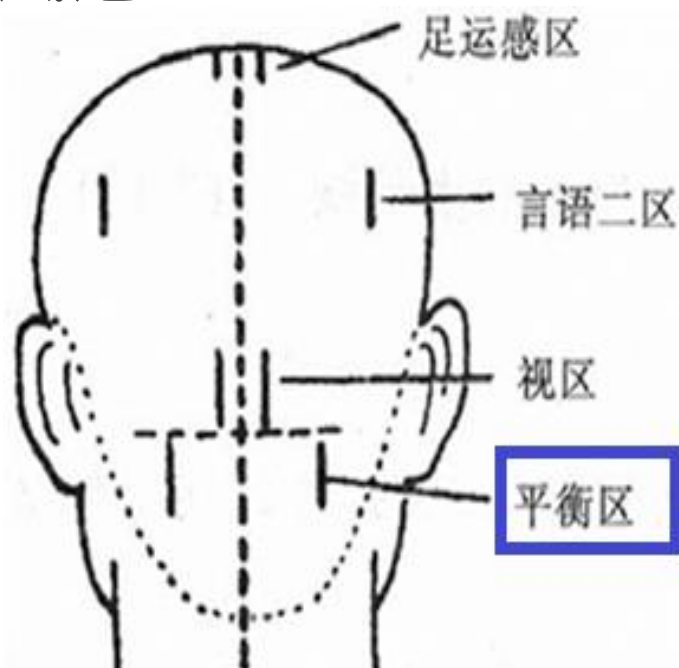


偏癱 (Hemiplegia) - 下肢

- 腎俞、大腸俞
- 秩邊、環跳
- 伏兔、風市、健膝、鶴頂、膝陽關
- 陽陵泉、足三里、懸鐘、三陰交
- 丘墟、申脈、照海
- 太衝
 - ✓ **陽陵泉、絕骨**屬於足少陽膽經，可增加雙下肢擴筋膜張肌收縮力，防止踝關節內翻。
 - ✓ **太衝**具有平肝息風功能，可降低血壓。

平衡障礙

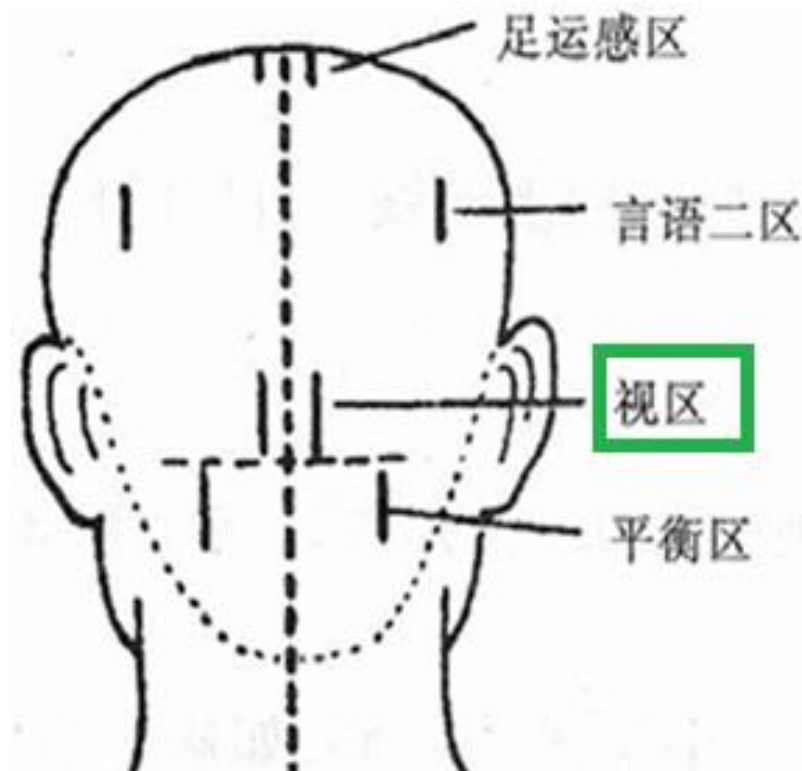
- ▶ 暈聽區 (耳尖上1.5cm處，前及後各2cm的水平線)
- ▶ 平衡區 (枕下旁線)(3.5cm)
- ▶ 風池



視覺障礙

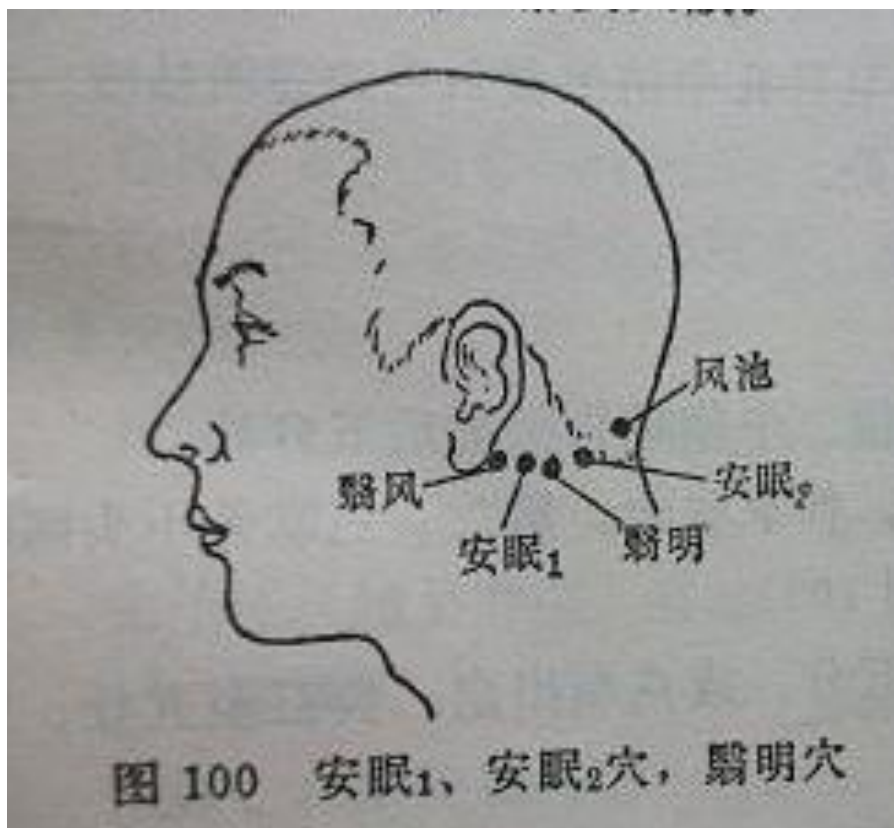
▸ 視區(1cm)

枕外粗隆上方，前後正中線旁開1cm，各4cm長的垂直線。



睡眠障礙

- 安眠一、安眠二
- 大陵、勞宮
- 神門
- 申脈、照海
(日夜顛倒)



失語 (Aphasia)

□ 穴位

- ▣ 風府、啞門
- ▣ 金津、玉液
- ▣ 通里

□ 運動性失語(Broca's)

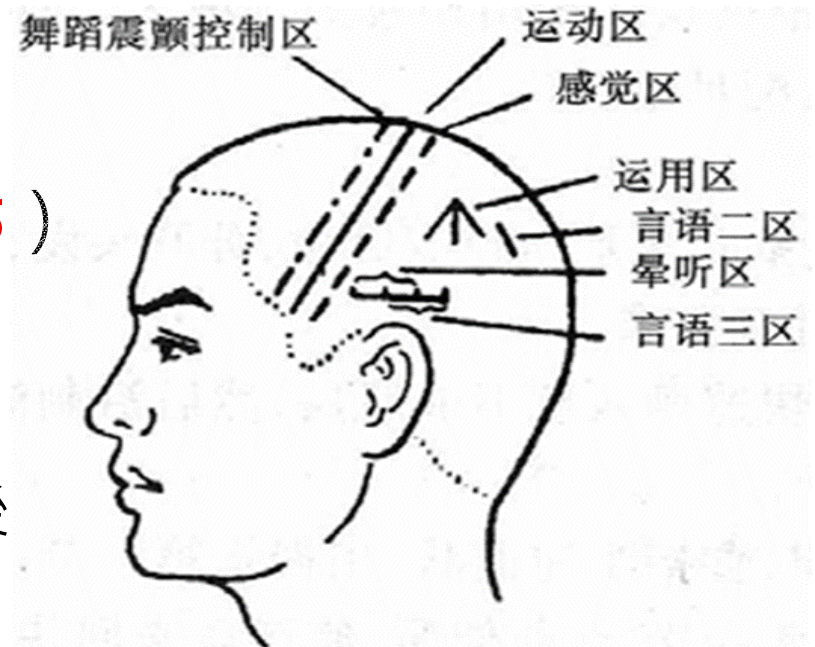
- ▣ 言語一區 (運動區下2/5)

□ 命名性失語

- ▣ 言語二區 (頂結節後下方2厘米，向後引平行于前後正中線的3厘米長的直線)

□ 感覺性失語(Wernicke's)

- ▣ 言語三區(暈聽區中點向後引4cm長的水準線)



吞嚥困難 (Dysphagia)

■ 穴位

- 廉泉(頸前正中線喉結正上方，**舌骨上緣凹陷處**。當下頰正中與喉結連線的中點。其上方為舌根。)

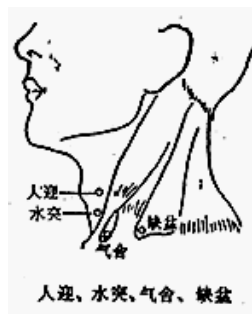
- 上廉泉(廉泉上一寸)

- 外金津、外玉液

(廉泉穴直上**1.5寸**，兩旁各開**0.3寸**處)

- 人迎

(頸部結喉旁，胸鎖乳突肌前緣，頸總動脈搏動處。當結喉旁**1.5寸**。)



全身性問題

- 血壓偏高
 - 太衝、行間
 - 三陰交、復溜、照海
- 實熱：舌紅、口臭、身熱
 - 內庭
- 痰濕：舌苔厚膩
 - 陰陵泉、豐隆

改善肢體無力、調整肌肉張力

Home / Journal of Rehabilitation Medicine, Volume 41, Number 5

JRM JOURNAL OF
REHABILITATION
MEDICINE

Transcutaneous electrical stimulation on acupuncture points improves muscle function in subjects after acute stroke: A randomized controlled trial

足三里, 太衝, 陽陵泉, 崑崙

Authors: Yan, Tiebin; Hui-Chan, Christina W. Y.

Source: Journal of Rehabilitation Medicine, Volume 41, Number 5, April 2009, pp. 312-316(5)

Publisher: Medical Journals Limited

DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-0325>



Fig. 2. Acupuncture points used in this study in the lower extremities.

J Rehabil Med 41

Conclusions: Three weeks of transcutaneous electrical stimulation to lower leg acupuncture points, given 5 times a week within 10 days post-stroke, significantly decreased ankle plantarflexor spasticity, and increased dorsiflexor strength concomitant with a decrease in antagonist co-contraction.

An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses on Acupuncture for Post-Acute Stroke Dysphagia 吞嚥困難

by  Zi-Yu Tian^{1,2} ,  Xing Liao^{3,*} ,  Ying Gao² ,  Shi-Bing Liang^{1,4} ,  Chong-Yang Zhang² ,
 De-Hao Xu² ,  Jian-Ping Liu¹  and  Nicola Robinson^{1,5,*}  

¹ Centre for Evidence Based Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

² Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China

³ Center of Evidence Based Traditional Chinese Medicine, Institute of Basic Research In Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China

⁴ School of Basic Medicine, Shanxi University of Chinese Medicine, Taiyuan 030000, China

⁵ School of Health and Social Care, London South Bank University, London, UK

* Authors to whom correspondence should be addressed.

Geriatrics 2019, 4(4), 68; <https://doi.org/10.3390/geriatrics4040068>

增加腦部灌流、提高血清中腦源性神經營養因子及神經生長因子濃度。

Acupuncture is used as routine clinical therapy in China for post-acute stroke dysphagia. There is some evidence that it can improve the cerebral blood flow and serum levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and nerve growth factor (NGF) in dysphagia patients [42], but still there is a lack of widely agreed evidence of a biologically-plausible basis for its effect. This overview summarizes the current evidence on the effectiveness of acupuncture for

5. Conclusions 可改善吞嚥相關症狀，但證據等級低。



Currently there is very low to low quality evidence on the effectiveness of acupuncture for post-acute stroke dysphagia. RCTs with high quality and large sample sizes are needed as well as SRs and meta-analyses with high quality. Although the evidence was insufficient to provide definitive conclusions on the effectiveness of acupuncture for post-acute stroke dysphagia, there are preliminary indications that it may improve symptoms associated with dysphagia. Future SRs should consider not only the reporting quality but also the methodological quality when conducting a SR, some details like the clear definition of primary outcomes, the subtype and the different stage of disease should also be considered.



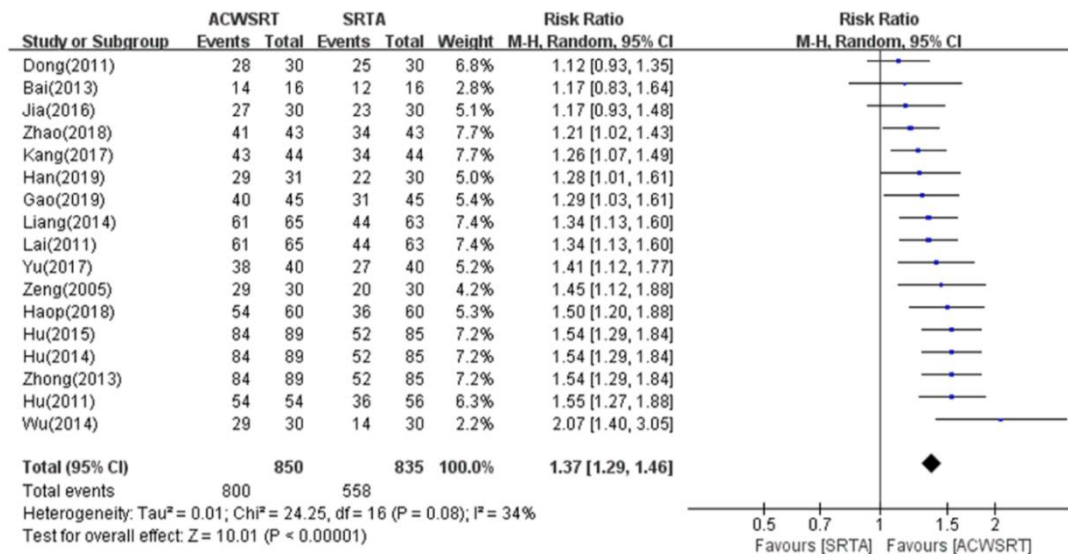
Review Article

Acupuncture combined with speech rehabilitation training for post-stroke dysarthria: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

構音障礙

Qianwen Xie ^a, Xueyin Chen ^a, Jingmin Xiao ^a, Shaonan Liu ^b, Lihong Yang ^b, Jing Chen ^b, Jiaqi Lai ^b, Rui Lan ^a, Yi Chen ^b, Haifang Yang ^b, Xinfeng Guo ^b  

(A) Clinical response rate

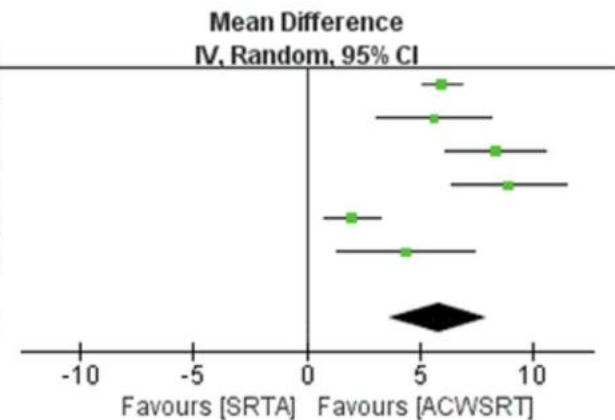




(B) recovered dimensions of the FDA

Study or Subgroup	ACWSRT			SRTA			Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		
Han(2019)	16.59	2.08	31	10.58	1.46	30	19.2%	6.01 [5.11, 6.91]
Haop(2018)	16.03	8.01	60	10.39	6.09	60	15.6%	5.64 [3.09, 8.19]
Hu(2015)	16.23	8.11	89	7.88	6.54	85	16.6%	8.35 [6.17, 10.53]
Kang(2017)	16.32	7.83	44	7.39	3.67	44	15.6%	8.93 [6.37, 11.49]
Sun(2014)	25.7	2.32	30	23.68	2.5	30	18.7%	2.02 [0.80, 3.24]
Wu(2014)	22.3	5.1	30	17.9	6.8	30	14.3%	4.40 [1.36, 7.44]
Total (95% CI)			284			279	100.0%	5.82 [3.64, 7.99]

Heterogeneity: Tau² = 6.20; Chi² = 45.74, df = 5 (P < 0.00001); I² = 89%
 Test for overall effect: Z = 5.24 (P < 0.00001)



(C) Speech Intelligibility

Study or Subgroup	ACWSRT			SRTA			Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		
Chen(2014)	68	27.82	30	62.82	25.35	30	18.9%	5.18 [-8.29, 18.65]
Lao(2013)	67.2	23.95	30	59.97	27	30	20.5%	7.23 [-5.68, 20.14]
Xu(2010)	55.83	15.26	30	52.25	14.65	31	60.6%	3.58 [-3.93, 11.09]
Total (95% CI)			90			91	100.0%	4.63 [-1.22, 10.48]

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.24, df = 2 (P = 0.89); I² = 0%
 Test for overall effect: Z = 1.55 (P = 0.12)

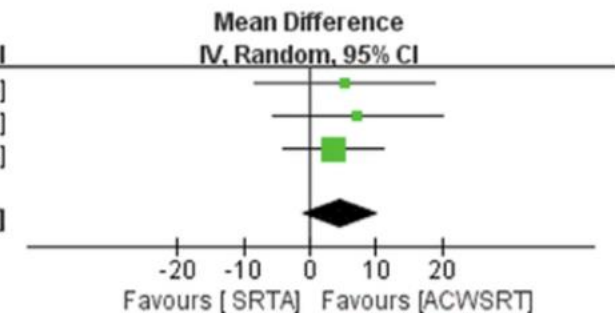


Fig. 3. Forest plot of the (A) clinical response rate; (B) recovered dimensions of the FDA; (C) Speech Intelligibility.

改善中風患者死亡率

Acupuncture Efficacy on Ischemic Stroke Recovery Multicenter Randomized Controlled Trial in China

Shihong Zhang, MD, PhD*; Bo Wu, MD, PhD*; Ming Liu, MD, PhD; Ning Li, MD, PhD;
Xianrong Zeng, MD, PhD; Hua Liu, MD, PhD; Qingcheng Yang, MD; Zhao Han, MD;
Ping Rao, MD; Dong Wang, MD; on behalf of all Investigators

Background and Purpose—Acupuncture is a frequently used complementary treatment for ischemic stroke in China but the evidence available from previous randomized trials is inconclusive. The objective of this study was to assess the efficacy and safety of acupuncture in a more robustly designed larger scale trial.

Methods—This is a multicenter, single-blinded, randomized controlled trial. Eight hundred sixty-two hospitalized patients with limb paralysis between 3 to 10 days after ischemic stroke onset were allocated acupuncture plus standard care or standard care alone. The acupuncture was applied 5 times per week for 3 to 4 weeks. The primary outcomes were defined as follows: (1) death/disability according to Barthel index and (2) death/institutional care at 6 months.

Results—There was a tendency of fewer patients being dead or dependent in acupuncture group (80/385, 20.7%) than in control group (102/396, 25.8%) at 6 months (odds ratio, 0.75; 95% confidence interval, 0.54–1.05). The benefit was noted in subgroup receiving ≥ 10 sessions of acupuncture (odds ratio, 0.68; 95% confidence interval, 0.47–0.98). There was no statistical difference in death or institutional care between the 2 groups (odds ratio, 1.06; 95% confidence interval, 0.63–1.79). Severe adverse events occurred in 7.6% and 8.3% of patients in the 2 groups, respectively.

Conclusions—Acupuncture seemed to be safe in the subacute phase of ischemic stroke. If the potential benefits observed are confirmed in future larger study, the health gain from wider use of the treatment could be substantial.

Clinical Trial Registration—URL: <http://www.chictr.org/en/>. Unique identifier: ChiCTR-TRC-11001353.

(*Stroke*. 2015;46:1301-1306. DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.007659.)

Main:

Key Words: acupuncture ■ clinical trial ■ stroke

人中-DU26, 內關-PC6, 三陰交-SP6

足三里-ST36, 豐隆-ST40, 太衝-LK3, 尺澤-LU5

顯著降低**6個月內死亡率及失能**，接受超過十次針灸治療可見效

治療中風後憂鬱症

RESEARCH ARTICLE

Open Access

A pilot controlled trial of a combination of dense cranial electroacupuncture stimulation and body acupuncture for post-stroke depression

Sui-Cheung Man^{1†}, Ben H B Hung^{1†}, Roger M K Ng², Xiao-Chun Yu³, Hobby Cheung⁴, Mandy P M Fung⁴, Leonard S W Li⁵, Kwok-Pui Leung⁵, Kei-Pui Leung⁶, Kevin W Y Tsang⁶, Eric Ziea⁷, Vivian T Wong⁷ and Zhang-Jin Zhang^{1*}

Abstract

Background: Our previous studies have demonstrated the treatment benefits of dense cranial electroacupuncture stimulation (DCEAS), a novel brain stimulation therapy in patients with major depression, post-stroke depression and obsessive-compulsive disorder. The purpose of the present study was to further evaluate the effectiveness of DCEAS combined with body acupuncture and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in patients with post-stroke depression (PSD).

Methods: In a single-blind, randomized controlled trial, 43 patients with PSD were randomly assigned to 12 sessions of DCEAS plus SSRI plus body electroacupuncture (n = 23), or sham (non-invasive cranial electroacupuncture, n-CEA) plus SSRI plus body electroacupuncture (n = 20) for 3 sessions per week over 4 weeks. Treatment outcomes were measured using the 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D-17), the Clinical Global Impression - Severity Scale (CGI-S) and Barthel Index (BI), a measure used to evaluate movement ability associated with daily self-caring activity.

Results: DCEAS produced a significantly greater reduction of both HAM-D-17 and CGI-S as early as week 2 and maintained endpoint compared to n-CEA, but subjects of n-CEA group exhibited a significantly greater improvement in BI at week 4 than DCEAS. Incidence of adverse events was not different in the two groups.

Conclusions: These results indicate that DCEAS could be effective in reducing stroke patients' depressive symptoms. Superficial electrical stimulation in n-CEA group may be beneficial in improving movement disability of stroke patients. A combination of DCEAS and body acupuncture can be considered a treatment option for neurodegenerative response of stroke.

Trial registration: www.clinicaltrials.gov, NCT01174394.

Keywords: Acupuncture, Post-stroke depression, Rehabilitation, Dense cranial electroacupuncture stimulation, DCEAS, Clinical trial

Body:

合谷 (LI4) 曲池 (LI11)
足三里 (ST36) 太衝 (LR3)

Cranial:

百會 (GV20), 印堂 (EX-HN3),
四神聰 (EX-HN1) 頭臨泣
(GB15), 率谷 (GB8), 太陽 (EX-
HN5), 頭維 (ST8)

改善生活失能

The American Journal of Chinese Medicine | Vol. 40, No. 04, pp. 685-693 (2012)

 No Access

Acupuncture Intervention in Ischemic Stroke: A Randomized Controlled Prospective Study

Peng-Fei Shen, Li Kong, Li-Wei Ni, Hai-Long Guo, Sha Yang, Li-Li Zhang, Zhi-Long Zhang,
Jia-Kui Guo, Jie Xiong, Zhong Zhen and Xue-Min Shi

<https://doi.org/10.1142/S0192415X12500516> | Cited by: 30

內關 (PC 6), 水溝 (DU 26),
三陰交 (SP 6), 極泉 (HT 1),
委中 (BL 40), and 尺澤 (LU 5)

提升 **NIHSS score, Quality of life scale**

A Retrospective Cohort Study Comparing Stroke Recurrence Rate in Ischemic Stroke Patients With and Without Acupuncture Treatment

Chun-Chuan Shih, MD, PhD, Chien-Chang Liao, PhD, MPH, Mao-Feng Sun, MD, PhD, Yi-Chang Su, MD, PhD, Chi-Pang Wen, MD, PhD, Donald E. Morisky, ScD, Fung-Chang Sung, PhD, MPH, Chung Y. Hsu, MD, PhD, and Jaung-Geng Lin, MD, PhD

TABLE 3. Incidence and Hazard Ratio of Stroke Recurrence Among Different Therapy Groups

Acupuncture	Medication*	n	Events	Person-Years	Incidence [†]	HR	(95% CI) [‡]
No	No	826	486	2743	187.0	1.00	(Reference)
No	Yes	14,203	5263	77,754	67.7	0.42	(0.38–0.46) [§]
Yes	No	826	302	3032	101.9	0.50	(0.43–0.57)
Yes	Yes	14,203	4337	63,293	68.7	0.39	(0.35–0.43) [§]

CI = confidence interval; HR = hazard ratio.

* Medication included antiplatelet agents, anticoagulants, and lipid-lowering agents.

[†] Per 1000 person-years.

[‡] Adjusted for age, sex, low income, intensive care unit stay, liver cirrhosis, mental disorder, ischemic heart disease, renal dialysis, rehabilitation, and length of stay. The *P* of interaction between acupuncture and medication is < 0.0001.

[§] Compared with stroke patients with medication therapy but without acupuncture treatment, the HR of stroke recurrence for those with both acupuncture treatment and medication therapy was 0.93 (95% CI = 0.89–0.97).

根據台灣健保資料庫回溯性分析，針灸配合常規治療，可**降低中風復發率**。

針刺治療缺血性腦卒中的神經血管單元機制研究進展

Research advances in neurovascular unit mechanism in acupuncture treatment of ischemic stroke

李廣大 韓永升

安徽中醫藥大學研究生院 安徽中醫藥大學神經病學研究所附屬醫院

針刺對BBB的調控

- 促進缺血區VEGF(血管內皮生長因子)及VEGF mRNA的表達，促進血管內皮細胞的再生，增強腦微血管功能恢復而發揮腦保護作用。
- 在血流動力學方面（增加腦血流量）調控腦血流，促進缺血腦組織血供的恢復。
- 對大腦中動脈栓塞（middle cerebral artery occlusion,MCAO）大鼠，能下調其MMP-9的表達，對BBB結構有保護作用。

(基質金屬蛋白酶(MMP-9)會攻擊內皮屏障，導致BBB通透增強。)

針刺治療缺血性腦卒中的神經血管單元機制研究進展

Research advances in neurovascular unit mechanism in acupuncture treatment of ischemic stroke

李廣大 韓永升

安徽中醫藥大學研究生院 安徽中醫藥大學神經病學研究所附屬醫院

針刺對神經膠質細胞的調控

- 可以對星形膠質細胞谷氨酸代謝通路進行調控，增強對過多谷氨酸清除的能力，減輕神經興奮性毒性，發揮對缺血腦組織的保護和治療作用。
- 上調MCAO再灌注大鼠腦內GFAP(膠質纖維酸性蛋白)的表達，促進腦缺血後星形膠質細胞的活化，調節星形膠質細胞的功能。
- 通過對小膠質細胞的調控作用，降低腦缺血後炎症因子的表達，發揮抑炎作用。

針刺治療缺血性腦卒中的神經血管單元機制研究進展

Research advances in neurovascular unit mechanism in acupuncture treatment of ischemic stroke

李廣大 韓永升

安徽中醫藥大學研究生院 安徽中醫藥大學神經病學研究所附屬醫院

針刺對神經元的調控

針刺對神經元的保護一方面通過抑制部分代謝型谷氨酸受體的表達，減輕興奮性氨基酸的神經毒性；另一方面通過上調神經生長相關蛋白-43(GAP-43)等促神經生長蛋白的表達，下調抑制性神經生長因子神經軸突生長相關蛋白(Nogo-A)的表達，雙向調節作用促進神經元的結構形成與功能恢復。

電針也能對腦梗死大鼠腦神經血管單元整體影響，而有效促進局灶性其神經功能的恢復。

國考題

45 頭針療法中，下列那個刺激區主治命名性失語？

(A) 言語一區

(B) 言語二區

(C) 言語三區

(D) 運動區的上五分之一

47 患者因腦部受傷導致右手癱瘓，若頭皮針治療可考慮下列何區？

(A) 右側運動區上五分之一

(B) 右側運動區下五分之二

(C) 左側運動區中五分之二

(D) 左側運動區下五分之二

73 腦中風脫證急救時，下列何者最不常用？

(A) 急灸氣海、關元

(B) 急灸合谷、太衝

(C) 急灸百會、湧泉

(D) 急灸百會、關元

THANKS FOR YOUR ATTENTION !

