

針刺治療腦中風後遺症醫案一則

江裕陽¹ 盧樹森²

¹臺北市立中醫醫院 針灸科

台北

²長庚紀念醫院 中醫分院傷科

桃園

(1999年11月5日受理, 2000年10月4日收校訂稿, 2000年10月20日接受刊載)

一名66歲婦女中風後一直服用西藥, 五年後至中醫醫院接受針刺治療其中風後遺症。主訴右頸、臉頰及右側上下肢麻、僵緊無力, 在持續接受針刺治療2年3個月的過程中, 患者肢體上的筋結逐漸鬆解, 身體麻感的範圍逐漸由面縮小成線狀, 然後再擴張成較淺的面, 以至最後麻感消失。其改善情形頗類似經絡學說由深部逐漸向淺層發展的模式。

關鍵詞：針刺, 中風後遺症。

前 言

中風後遺症是指中風急性期(腦血管意外)過後遺留的半身不遂, 語言不利, 口眼喎斜等症。中風後遺症可單獨出現, 亦可同時並見, 且愈早治療, 療效愈明顯。但一般療效進程緩慢, 很難在短期間內觀察到顯著的改善情形。本個案係一名66歲婦女於中風後一直服用西藥, 5年後仍有半身僵緊無力, 不良於行等後遺症。經持續接受針刺治療後, 其肌肉僵緊的改善, 由深而淺, 層次頗為清楚, 為臨床所少見, 爰提出報告。

病例報告

患者蔡女士66歲, 有高血壓家族史, 民國72年開始服用降血壓藥。80年4月13日自覺似有感冒, 頭暈、步履不穩、全身倦怠無力(血壓210/110 mmHg), 至住家附近醫院接受靜脈輸注後仍噁心、嘔吐, 乃轉赴市立仁愛醫院就醫。經該院腦波及電腦斷層檢查, 結果均屬正常。但患者出現複視、舌尖麻, 雙手十指麻

如粗針刺、頭右半面自頭頂延至右肩似被油漆蓋住、右頸僵硬、身體右側腫硬而麻等症狀，故該院診斷為腦幹梗塞性中風。在該院住院兩週後出院，繼續服用降血壓藥及骨骼肌鬆弛劑。出院後5個多月，右手開始發生僵硬緊縮現象，接著是右腳，最後手腳一起發生。一天多達50餘次，夜寐常痛醒。積極服西藥治療年餘，此種僵硬緊縮現象才停止。

患者85年5月13日因左腳從臀部至膝窩筋突然僵緊疼痛，始至本院接受針刺治療。針刺三次後左腿疼痛症狀明顯改善，乃決意積極接受中醫針刺治療其中風後遺症。患者右頸僵緊延及右肩背及右頰；右上肢肘部伸直可高舉略過肩，但麻而無力；右手手指可對捏及做球狀握掌動作，但動作不靈活；右下肢僵緊無力，抬不高；右腳踝常不自主內翻；兩腳踝丘墟穴附近各有一筋結，右腳踝筋結較大，約直徑2公分，左腳踝者則約為1公分；足大趾下垂無力；右腳底飽滿呈扁平足，走路不穩，須用四腳拐杖協助。患者因持續服用西藥(RENITEC 20 mg, PLENDIL 5 mg)，血壓均維持140/80 mmHg，脈搏每分鐘56次左右。舌紅苔薄白膩，兩脈浮弦遲。常口乾，舌尖麻。飲食、二便均正常。

本個案因有高血壓家族史，自述病初發時有頭暈，倦怠無力，噁心、嘔吐現象及舌尖麻，雙手十指麻如針刺等見症，此應屬肝陽上亢證。而出院後五個多月，右半身曾僵硬緊縮，一天多達50餘次，可能係肝陰肝血不足所致。患者在中風五年後，左下肢後側僵緊疼痛，應是患者中風後脈絡空虛，邪氣滯留經絡，鬱久化熱所致。「中風」即一般所謂腦溢血或腦阻塞。「頭為諸陽之會」，諸陽經均可循行至頭部，而未直接與頭部聯繫之經脈亦可經由經脈間之聯通而間接通達頭部，會聚而成元神之府，職司大腦。當經絡功能正常，氣血運行通暢，人體各部組織器官自可聯繫成一個整體，以完成正常的生命活動。若有任何原因使運行氣血的徑路發生障礙，致經氣不能正常通達各部位，即可能引起「中風」，即《內經》所謂「大厥」、「薄厥」、「厥逆」、「偏枯」等。故中風的主要病機為「竅門閉匿，經絡不通」。中風後經絡不通，勢必會進一步阻滯氣血運行，而導致陰陽失衡，陰虧於下，陽浮於上之「肝陽上亢」證及半身僵緊，麻而無力等中風後遺症。

本患者之中風後遺症，主要係屬半身緊麻無力等肝陰肝血不足證，故治療以滋補肝腎，疏肝理氣，舒經活絡為原則。配穴以風池、太沖、三陰交、復溜為主，臨證加減，每週針刺2~3次，每次20分鐘。因風池為風之池，為足少陽，太陽及陽維、陽蹻之會，具有熄風清腦及宣暢經氣之功。風池配太沖均用瀉法，可疏肝理氣，平肝潛陽。三陰交為肝、脾、腎三經之會穴，具有補脾生血，兼調肝氣的作用。故用三陰交配復溜均用補法，以滋補肝腎。外關與陽維脈相通，配陽陵泉、環跳、委中、丘墟可宣通三焦之氣，舒筋活絡。配合谷、足三里，可補益氣血。翳風為手、足少陽經交會穴，下關為足陽明、少陽交會穴，兩穴合用可清宣耳竅，舒筋活絡，主治顏面神經麻痺。腳踝內翻即陽緩而陰急，屬陰蹻為病，故取右側照海穴瀉之或丘墟穴補之。

患者於85年5月20日開始在本院接受針刺治療其中風後遺症，每次針完均覺身體較輕鬆，身上的筋像結一樣逐漸被解開。但右側風池穴拔針後常出血。4個月後，患者雙腳踝丘墟穴附近筋結均已消失。8個月後，患者右臉頰及舌尖已不麻，右側風池穴拔針後亦已兩個月未再有出血現象。但右腳第3趾常抽動，大趾仍無力。1年後，患者已可不用拐杖走路。但右腳底仍有襯著厚墊的感覺，且每當右腳趾下垂時，右手拇指即拘緊，右脅亦感不適。1年11個月後，患者右手已可拿針線縫衣服了，且自覺腳底有筋鬆動，若筋偏中央

時，走路即較穩。2年1個月後，患者可清楚感覺到筋緊的路徑從風池穴下行至肩井穴後分成3條：從肩井穴、大杼再循膀胱經至肝俞穴；從肩井穴、肩貞穴循小腸經至小海穴，再轉至手三里、外關、中渚到小指；從肩井穴循膽經過脅下到環跳穴，再轉至承扶、委中、承山，經足跟、湧泉到2、3、4趾。2年3個月後，患者感覺背部從大杼穴循膀胱經至肝俞穴的筋緊感先消失，其他路徑則擴張成面，然後再逐漸消失。經過2年3個月的治療，患者除右下肢走路仍有點不大自然外，動作能力基本上已正常。

討 論

本個案民國80年曾經診斷為腦幹中風。腦幹中風病人一般臨床表現為顏面與對側肢體偏癱。本個案卻是顏面與上、下肢同為右側。依其病初發所顯現的一些症狀，參考現代神經解剖學觀點¹分析如下：病人主訴病發初期的頭暈、步履不穩，可能非屬感冒引起的頭暈，應是腦血管病變引起的眩暈（如坐車船）。血壓升高，嘔心、嘔吐亦可能是腦內循環不良的反應；眼睛的眼外肌主要係由第3、4、6對顱神經所支配，而此3對顱神經核分別位於中腦及橋腦上。舌尖麻則是三叉神經出了問題，故由病人有複視及舌尖麻等現象研判，其病灶可能在腦幹；顏面的感覺係經由三叉神經傳至橋腦再交叉至對側大腦皮質所產生。故右側顏面感覺異常，可能是右側第五對顱神經核或左側第五對神經核以上的傳導路徑發生病變所致。由患者出現複視，舌尖麻且右頰及右側肢體麻痺的情形顯示，此病人病灶應在左側第五對顱神經核以上的傳導徑路上。由於腦幹範圍窄，利用電腦斷層5mm~1cm掃描，不一定可發現病灶。而腦波係針對大腦皮質活動作記錄，亦不會顯現出腦幹異常狀況。故本個案病發時雖經腦波及電腦斷層檢查，結果均屬正常，仍被診斷為腦幹梗塞性中風。

患者具高血壓病史多年，病發初期有頭暈、步履不穩、噁心、嘔吐等症，屬肝陽上亢，當時應可考慮使用鎮肝熄風湯加減。出院5個月後，身體右側上下肢曾一天僵硬緊縮多達50次，應是肝陰肝血不足所致，若使用杞菊地黃丸及羚羊鉤藤飲加減，亦應有所幫助。85年中旬來本院診療時其中風後遺症包括筋結、筋緊、脅痛、臉頰麻等症，亦屬肝陰肝血不足，陰陽失衡之證，且其脈浮弦偏遲，舌紅苔薄白膩，亦可能夾有痰瘀。由於患者已持續服用西藥，故未再服用中藥，僅接受針刺治療。本個案若能輔以滋養肝腎，活血去瘀之中藥，相信治療效果應可更好。

患者85年5月13日因左側臀部至膝窩僵緊疼痛，第一次至本院就醫，經檢查其直腿抬高試驗為陰性，屬單純的痺證，故針刺效果顯著，患者乃有信心長期接受針刺治療其中風後遺症。中風後遺症的病理基礎大腦組織的損害。其損害面積的大小，部位的差異，病程的長短與預後關係密切。本個案可能病灶極小，故病發初期無法經電腦斷層掃描發現。因其無神智不清，口眼喎斜，語言不利等問題，其病位較淺，病情較輕，依中醫辨證，應屬「中經絡²」。故雖中風後五年始接受針刺治療，仍有一定的療效。

患者初至本院時，其中風後遺症包括身體右側，頸、肩、背僵緊，右臉頰麻，右側上、下肢僵緊無力，不良於行。若依布朗斯壯提出的動作能力六階段分級³，本個案相當於「主動性運動建立」階段第五級。在持續接受2年3個月的針刺治療過程中，患者右半身緊麻感逐漸變鬆，且範圍逐漸由面縮小到線，以致患者

可以明確感覺到筋緊的徑路，最後緊麻感消失，動作能力亦基本上獲得改善。針刺之前右手拿湯匙吃東西不靈活，針刺後已可做如縫衣服等較精細的動作，走路雖有點不自然，但已可活動自如了。一些研究⁴⁶顯示，針刺對腦血管有良好的調節作用，可使腦血管舒縮功能增強。從患者身體筋緊的程度逐漸獲得改善，以至明確感覺到筋緊的路徑，進而感覺到路徑擴張成面且較輕鬆的現象觀之，中風後遺症的改善，似乎係從深層的經絡以至筋部、皮部，逐步往表淺方向發展。

許多有關經絡的研究亦顯示^{5,7}，經絡的路徑與神經的走向有關，穴位亦多在神經附近。如內關位於正中神經路徑上，委中位於脛神經，三陰交位於隱神經等。針刺這些穴位可以直接透過相關神經的參與，將針刺信息傳入脊髓，再傳入腦。經大腦皮質、腦幹網狀結構等高級中樞的整合調節後，再下傳至相關的肌肉或器官。當中風時，錐體束受損，中樞的上運動神經元雖不能將神經衝動下傳到脊髓，再傳至肌肉，但由於下運動神經元是正常的，針刺信息可靠脊髓的反射中樞將針刺信息整合後傳入癱瘓肌肉，使產生主動性收縮。此時針刺即可發揮兩種作用：一方面通過脊髓的初級運動中樞，興奮癱瘓肌肉，以防止廢用性肌萎縮；另一方面，則通過反復刺激來興奮大腦的高級運動中樞，以幫助重建正常的反射弧。因此中風後，以針刺治療中風後遺症，反復刺激身體末梢感受器（穴位），可以不斷將針刺信息，傳入中樞神經，以興奮腦細胞，使未受累的腦組織對受傷腦細胞功能產生代償作用，增加腦血流量及建立側枝循環，從而改善病損腦組織的血氧供應，使喪失或減弱的神經功能得以恢復。

誌 謝

本個案曾於台北市立醫療院所院際整合中醫臨床病例研討會中提出報告，惠承亞東醫院劉亮吟醫師、長庚醫院張恒鴻醫師以及各省市立醫院中醫同仁的指教，特此致謝。

參考資料

1. Lennart Heimer, *The Human Brain and Spinal Cord*, Springer-Verlag, New York Inc. pp. 201-216, 1994.
2. 李振華、楊朝平，*中風*，知音出版社，台北，p. 458, 1989。
3. Brunnstrom, *Movement Therapy in Hemiplegia*, Harper and Row Publishers, New York, 1970.
4. 董秀蘭、冉春風、王銳、董慧燕，針刺治療椎基底動脈供血不足臨床療效分析，*中國針灸雜誌* 5(18)：273, 1998。
5. 鍾紹豐、葉成亮、閻潤茗，近十年來針灸治療中風的研究概況，*中國針灸雜誌* 15(3)：45-48, 1995。
6. 譚桂蘭，針刺風池穴為主治療動脈硬化性腦梗塞 105 例臨床觀察，*中國針灸雜誌* 10(2)：21, 1990。
7. 白秀英、獎戈利、陳匡、蘆紹強、石學敏，醒腦開竅針刺法與西醫療法治療中風的療效對比分析，*中國針灸雜誌* 13(1)：3, 1993。

J Chin Med 11(4): 153-157, 2000

CLINICAL OBSERVATIONS ON ONE CASE OF SEQUELAE OF APOPLEXY TREATED WITH ACUPUNCTURE

Yu-Yang Chiang¹ and Shu-Shen Lu²

¹*Acupuncture Department, Taipei City Hospital of Traditional Chinese Medicine,
Taipei, Taiwan*

²*Graduate Institute of Traditional Chinese Medicine, Chang Gung University
Taoyuan, Taiwan*

(Received 5th November 1999, revised Ms received 4th October 2000, accepted 20th October 2000)

A 65-year old woman with CVA and treated with western medicine for 5 years came to Taipei City Hospital of Traditional Chinese Medicine to receive acupuncture therapy for her sequelae of apoplexy. She complained paralysis and stiffness on her right neck and cheek, paralysis, tightness and weakness on her upper and lower limbs of the right side. After receiving acupuncture therapy regularly and continuously for 2 years and 3 months, she felt that her whole body had freed up, and that the tendon knot had gradually loosened. In the beginning, the area of tightness and paralysis shrank into lines, and then the lines receded and disappear finally. This kind of progressive pattern reflects Jing-Luo Theory. Recovery begins in the deep Jing-Luo and gradually spreads to the surface of the body.

Key words: Acupuncture, Sequelae of apoplexy.

Correspondence to: Yu-Yang Chiang, Taipei City Hospital of Traditional Chinese Medicine, 35, Sec. 2, Chung-Hwa Rd., Taipei, Taiwan. TEL: (02) 23887088 ext. 617