

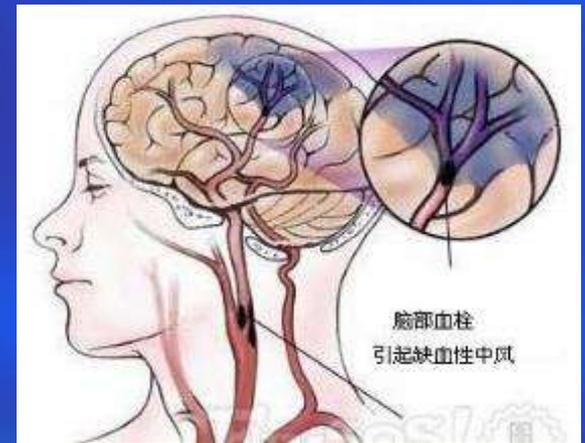


中风偏瘫针灸方案探讨

赣州市中医院针灸康复科

曾繁华

概述



- 中风是一组由于急性脑循环障碍，迅速导致局灶性或弥漫性功能缺失为共同特征的急性脑血管疾病。中风具有高发病率、高病死率、高致残率及高复发率的特点，已成为当今严重危害中老年人生命与健康的主要公共卫生问题。由于脑损害的部位和损害程度的不同，中风引起的功能障碍是多种多样的。偏瘫是中风所致的最常见的功能障碍，是阻碍患者独立生活、回归社会的主要原因。因此，探讨中风偏瘫针灸治疗的标准化方案，对于保障医疗安全，进一步提高康复效果，降低致残率，具有重要的现实意义。

中风偏瘫的临床特点

中风偏瘫为上运动神经元所致的瘫痪，即中枢性瘫痪，所涉及的是一组肌群或整个肢体的瘫痪，其恢复时先出现联合反应、由随意运动诱发的共同运动、随之出现分离运动及协调运动等。中枢性瘫痪是因中枢神经系统破坏，大脑对低级中枢的调节失去控制，原始反射被释放，正常运动的传导受到干扰的结果。在偏瘫恢复的不同阶段存在着弛缓（肌张力下降）、痉挛（肌张力升高）、异常的运动模式、正常姿势反应及运动控制丧失等。



中风偏瘫诊断标准

- ▶ 西医诊断标准：参照《中国脑血管病防治指南》
- ▶ 中医诊断标准：参照《中风病诊断与疗效评定标准》
- ▶ 中风分期标准
 - 急性期： 发病4周以内
 - 恢复期： 发病半年以内
 - 后遗症期： 发病半年以上
 - 偏瘫急性期： 发病2周之内—软瘫期
(其中发病1周之内—偏瘫超早期)
 - 偏瘫痉挛期： 发病2~ 4周之内
 - 相对恢复期： 发病后上5周~ 6个月
 - 偏瘫后遗症期： 发病半年以上

中风偏瘫针灸治疗的古代文献回顾

- ▶ 《靈樞·熱病》：“偏枯，身偏不用而痛，言不變，志不亂，病在分腠之間，宜溫臥汗，巨針取之，益其不足，損其有餘，乃可複也。”指出了針刺治療中風偏癱的原則為“益其不足，損其有餘”。
- ▶ 《針灸甲乙經》：“手臂不得上頭，尺澤主之。兩手攣不收伸，及腋偏枯不仁，手瘳偏小筋急，大陵主之。偏枯臂腕發痛，肘屈不得伸手---腕骨主之。痺痿臂腕不用，唇吻不收，合穀主之”。提倡根據偏癱的不同臨床特點選穴治療。
- ▶ 《針灸大成·中風癱瘓針灸秘訣》：“中風風邪入於腑，以致手足不遂：百會、耳前發際、肩髃、曲池、風市、足三裏、絕骨”。強調針灸治療中風癱瘓頭穴與肢體穴位的結合，主要選取足少陽、手足陽明經和督脈的穴位。

中风偏瘫针灸治疗的古代文献回顾

富作平查閱了清代及清代以前的201部針灸及綜合醫籍。涉及治療中風病文獻486條， 133穴， 1640穴次。其中，針對半身不遂取穴的共126條， 76穴， 649穴次。常用穴頻次：足三裏55、曲池53、風市52、肩髃46、百會40、合穀34、絕骨33、環跳31、陽陵泉27、肩井25、手三裏22、昆侖18、風池16、委中15、行間11、太椎11、列缺10。刺灸法：灸法21條、針法9條、針灸並用6條。用穴主要集中于足少陽、手足陽明、督脈、足太陽5條經脈，基本上以陽經及督脈穴位為主。



中風偏癱針灸治療的古代文獻回顧

根據古代文獻檢索統計結果顯示，針灸治療中風偏癱涉及文獻44條，採用毫針刺14條，灸法31條。共使用40個穴位，常用穴位及穴次：曲池35、肩髃33、百會28、風市26、絕骨25、足三裏22、環跳18、昆侖17、合穀15、手三裏15、陽陵泉15、肩井13、列缺13、陽輔11、中渚10等穴。常用經絡：手陽明大腸經、足少陽膽經、足陽明胃經、督脈、手少陽三焦經和足太陽膀胱經。

中風偏癱針灸治療的古代文獻回顧

為何古人治療中風多用灸法？

▶基於對中風病機的認識：正氣內虛，風邪外襲。如《東醫寶鑑》曰：“治中風莫如續命湯之類，然此可扶持初病，若要收全功，火艾為良。中風皆困脈道不利，血氣閉塞。灸則喚醒脈道，而血氣得通。可收全功”。

▶基於當時的醫學發展狀況，多採用隔鹽灸神闕，姜隔灸關元、氣海穴治療中風脫症。

中風偏癱針灸治療的現代研究進展

醒腦開竅針刺法

石學敏等認為，腦卒中的病機是“竅閉神匿、神不導氣”，創立了以“醒腦開竅，滋補肝腎為主，疏通經絡為輔”為治療法則的醒腦開竅針刺法。以醒腦開竅針刺法治療3207例不同病理階段的腦卒中患者，每日針2次，10天為1個療程，連續治療3~5個療程。結果，首次發病組治癒率53.02%；多次發病組治癒率47.08%，差異有非常顯著性意義($P < 0.01$)；首次發病組總有效率98.97%，多次發病組總有效率96.64%，差異無顯著性意義($P > 0.05$)。



中風偏癱針灸治療的現代研究進展

分期論治

“張力平衡針法”是根據中醫針灸經絡理論和現代康復學原理以及偏癱的恢復發展規律，在痙攣性癱瘓的治療中以協調肌群間肌張力的平衡為重點。從中風痙攣性癱瘓的特徵性改變來看，上肢屈肌相對拘急，伸肌相對弛緩；下肢伸肌、內收肌相對拘急，屈肌相對弛緩，此為陰陽脈氣失衡之“陽急陰緩”或“陰急陽緩”之證候，治當“扶陰抑陽”或“扶陽抑陰”，因此選取伸肌、屈肌側的有效穴位，分別施以不同的刺激手法，以調節陰陽，使運動功能協調平衡。章薇等採用此法治療腦卒中痙攣性癱瘓110例，並與傳統針刺組進行對照觀察，結果總有效率為96.36%，明顯優於對照組的85.45%。

中風偏癱針灸治療的現代研究進展

分期論治

趙豔玲等採用序貫針法分期論治中風偏癱。急性期(軟癱期)取穴：人中、內關；健側：極泉、曲池、委中、合穀、足三裏；癱側：皮膚針叩刺上肢屈肌側、下肢伸肌側。偏癱痙攣期取穴：上肢屈肌側極泉、尺澤、間使；上肢伸肌側臑會、天井、四瀆；下肢屈肌側殷門、承筋、照海、陽陵泉；下肢伸肌側伏兔、梁丘、申脈、解溪。相對恢復期：前期取穴基本同痙攣期，後期則在痙攣期取穴基礎上加用上肢魚際、大陵、陽池、陽溪；下肢髀關、曲泉、血海、丘墟。後遺症期取穴基本同相對恢復期後期，加三陰交、行間。結果其臨床總體療效及患肢運動功能、關節活動度範圍、肌力的改善，均優於傳統針刺對照組，其差異具有統計學意義。

中風偏癱針灸治療的現代研究進展

分期論治

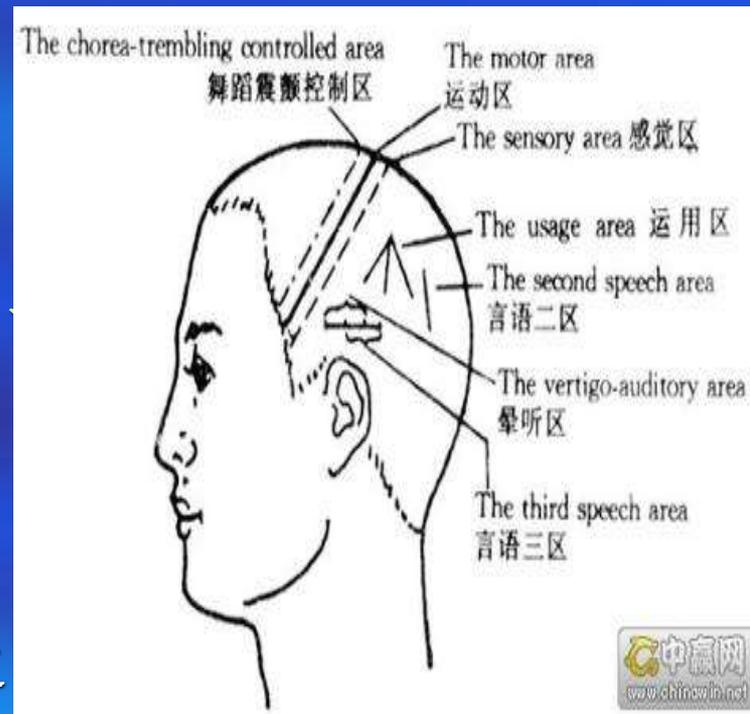
譚吉林等採用分期針刺法治療缺血性中風30例，並與國際標準化頭針穴線組進行對比研究。分期針刺組在軟癱期，採取健患側同針的治療方案，選取健側曲池、陽陵泉，患側肩髃、手五裏、手三裏、合穀透三間、髀關、梁丘、足三裏、丘墟等穴；痙攣期選取患側巨骨、天宗、肩髃、臑會、消灤、天井、外關、腕骨、三間透後溪、後溪透三間、環跳、居髃、殷門、委中、申脈等穴。結果臨床療效和患者日常生活實際完成能力的提高均優於國際標準化頭針穴線組。



中風偏癱針灸治療的現代研究進展

頭針

國際標準化頭針穴線的劃定：1984年6月在日本WHO西太地區會議正式通過《頭皮針穴名標準化國際方案》。頭針標準線均位於頭皮部位，分4個區，14條標準線，其中頂區和顳區的6條標準線頂中線、頂顳前斜線、頂顳後斜線、頂旁1線、顳前線、顳後線為治療中風偏癱的常選穴區。有資料報導，用以上穴區為主治療中風偏癱379例，其總有效率在90%~100%，愈顯率在38.71%~73.43%之間。

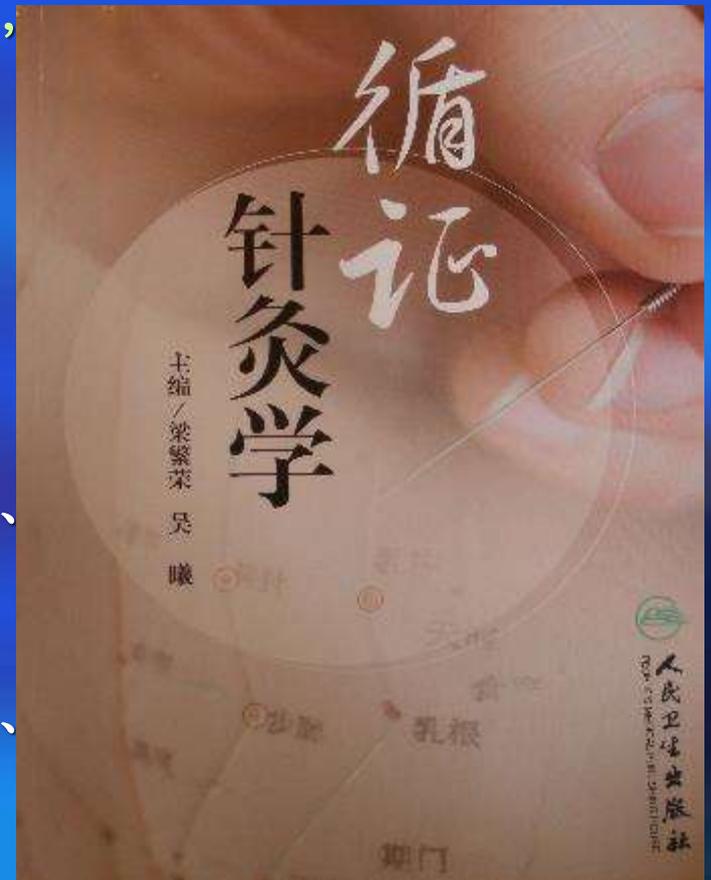


中風偏癱針灸治療的現代研究進展

根據現代文獻檢索及RCT研究統計結果顯示，針刺與電針療法是日前針灸治療中風偏癱的RCT研究中主要採用的治療方法。常用腧穴：肩井、肩髃、臂臑、曲池、手三裏、外關、合穀、環跳、風市、伏兔、梁丘、足三裏、陽陵泉、條口、絕骨、解溪、太沖、百會；頭針（雙側運動區、感覺區、足運感區、頂顳前斜線、頂顳後斜線）；顳三針配四神聰和四關穴；醒腦開竅法。常用經絡：手陽明大腸經、足少陽膽經、足陽明胃經、督脈、手少陽三焦經和足太陽膀胱經。

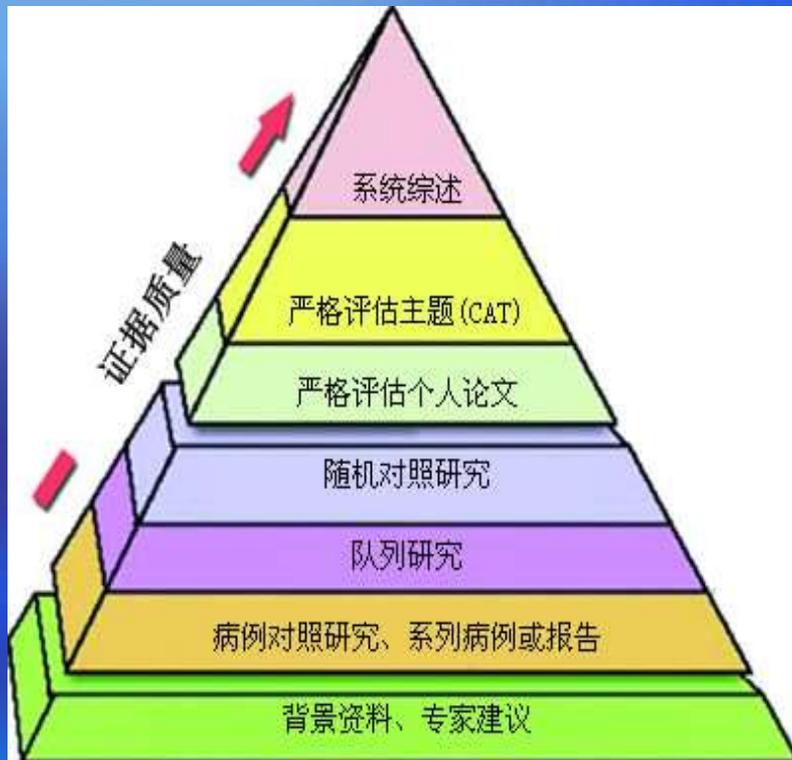
中風偏癱針灸治療的現代研究進展

根據現代文獻檢索及RCT研究統計結果顯示，針刺與電針療法是目前針灸治療中風偏癱的RCT研究中主要採用的治療方法。常用腧穴：肩井、肩髃、臂臑、曲池、手三裏、外關、合穀、環跳、風市、伏兔、梁丘、足三裏、陽陵泉、條口、絕骨、解溪、太沖、百會；頭針（雙側運動區、感覺區、足運感區、頂顳前斜線、頂顳後斜線）；顳三針配四神聰和四關穴；醒腦開竅法。常用經絡：手陽明大腸經、足少陽膽經、足陽明胃經、督脈、手少陽三焦經和足太陽膀胱經。



中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

針灸治療中風偏癱療效未被循證醫學證實原因分析



- ▶ 國內關於針刺治療急性腦卒中的文章很多，絕大多數研究顯示針刺治療急性腦卒中有效。但是由於臨床研究文獻質量較低，未能通過系統評價和嚴格質量評估，導致國外所發表的針灸臨床研究的系統評價中，國內的多數臨床研究並沒有被納入。
- ▶ 針灸治療中風偏癱採用不同的治療方案，由不同的針灸醫生施針療效差異很大。
- ▶ 新近研究證據往往是有限的、局部的，而古代醫籍中保存的以及現代針灸醫生的經驗總結則是大量的、廣泛的。

中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

有學者通過文獻計量學研究得出結論，當代適用於針灸治療的疾病中，明顯優勢型為神經系統疾病，這已從一個側面反映了中風患者對針灸療效的認同。

劉焯宏教授認為，“針灸在我國流傳了兩千多年，其療效早已經過千百億人的臨床驗證，肯定針灸療效已不成問題。研究應直奔主題去證明針灸所具有的療效優勢”。

中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

中風偏癱病因病機



中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

中風偏癱病因病機

從經絡辯證的角度來看，中風偏癱的發病與十二經脈有關，並非僅涉及某一條或幾條經脈。《素問·陰陽別論篇第七》：“三陽三陰發病，為偏枯痿易，四肢不舉。”可見“偏枯痿易”是由於三陰三陽經發病。《難經·二十九難》曰：“陰蹻為病，陽緩而陰急；陽蹻為病，陰緩而陽急。”可見卒中後肢體痙攣狀態是由於陰陽失調所致。



中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

針灸治療中風偏癱的介入時機以及安全性

從循證醫學的角度來看，目前尚無研究表明針灸治療中風偏癱的最佳介入時間點，以及不同的介入時間對針灸治療中風偏癱療效的影響。一般認為，中風偏癱在發病後前**3**個月恢復最快，**3**個月後開始減慢，**6**個月後進一步減慢，但一年後仍有緩慢恢復。參照《中國腦血管病防治指南》推薦的腦卒中康復原則，腦梗死病人只要神志清楚，生命體征穩定，病情不再發展，**48**小時後即可進行康復；多數腦出血病人的康復可在病後**10~14**天開始進行；結合**2005**年發表的針灸治療急性中風的**Cochrane** 系統評價結果，急性期對腦卒中病人進行針刺或電針干預相對安全，在降低腦卒中長期病死或殘疾率，病死或住院率以及改善神經功能缺損評分方面，顯示出有效的趨勢，可以認為針灸治療中風偏癱在急性期即可介入，其介入的時間可以參考康復治療介入的時間（病後**10~14**天）。

中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

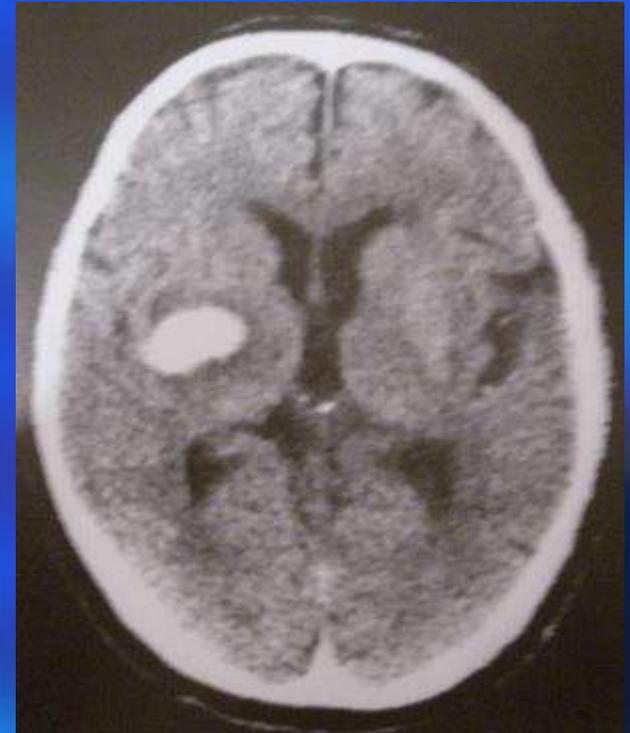
針灸治療中風偏癱的介入時機以及安全性

中風偏癱何時開始進行針灸治療一直是臨床爭論的焦點。許多報導認為，針灸治療缺血性中風越早越好。石學敏等在臨床廣泛應用醒腦開竅針法治療中風病的觀察中發現，10天之內組的治癒率與穩定期（11～20天）、恢復期（21～120天）、後遺症期（120天以後）3組比較，存在著顯著性或極顯著性差異，表明早期治療為中風康復的關鍵。

中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

針灸治療中風偏癱的介入時機以及安全性

傳統認為出血性中風急性期應避免一切刺激(包括針灸)，目前大多數學者對此持否定態度。針灸臨床實踐顯示出血性中風急性期進行針灸治療是可行的，並且療效顯著。東貴榮等採用針刺百會、太陽穴治療急性腦出血性56例，並與藥物治療和碎吸術進行對比，結果療效明顯優於其他兩組。但針灸治療急性腦出血應嚴格掌握適應症和禁忌症。



中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

針灸治療中風偏癱的介入時機以及安全性

針灸治療腦出血適應症

- ▶意識清楚或意識障礙較輕者
- ▶血壓在24.0/14.7kpa(180/110mmHg)以下者；或血壓經處理穩定者
- ▶大腦半球出血，血腫局限，全腦徵象較輕者
- ▶大腦半球出血，血腫在30ml以內者
- 丘腦、基底節出血，血腫在20ml以內者
- ▶腦出血病情穩定，尤其生命指征（意識、血壓、呼吸、心（律）、體溫、瞳孔）穩定者
- ▶病情雖較重，但經處理達上述標準者

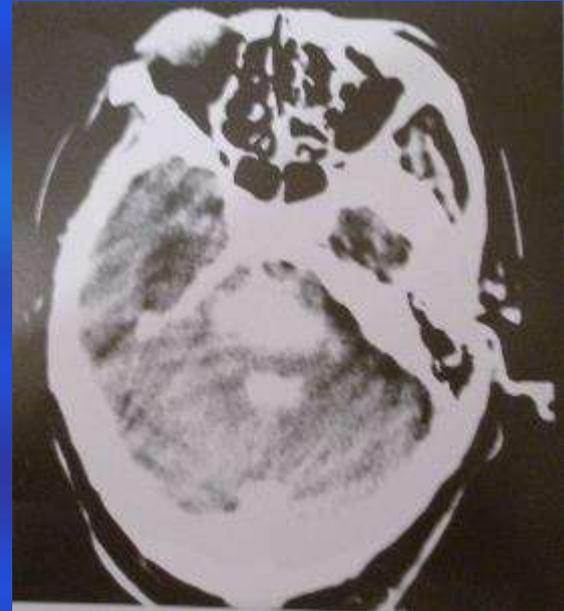
資料來源：國家中醫藥管理局中醫臨床適宜技術推廣項目－頭穴透刺治療急性腦出血技術，

中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

針灸治療中風偏癱的介入時機以及安全性

針灸治療腦出血禁忌症

- ▶ 腦幹出血、腦室出血、內囊出血損傷視丘下部
- ▶ 大腦半球出血，血腫在40ml以上者
- ▶ 丘腦，基底節出血，血腫在20ml以上者
- ▶ 腦出血併發腦疝或有腦疝傾向者
- ▶ 腦出血併發腦—心、腦—胃腸綜合症等併發症者
- ▶ 腦出血病情逐漸加重，尤其生命指征不穩定且進行性加重者
- ▶ 頭穴針刺治療期間病情有反復加重趨向者。



資料來源: 國家中醫藥管理局中醫臨床適宜技術推廣項目-頭穴透刺治療急性腦出血技術

中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

針灸治療中風偏癱的介入時機以及安全性

筆者認為，明確中風偏癱的西醫定性定位診斷，是正確決定針灸介入時機，保障臨床安全的前提。

- ▶ 對於大腦中動脈主幹閉塞、基底動脈主幹閉塞引起的廣泛腦幹梗死以及重型腦出血（基底節區出血量大於30ml、腦室大量出血，腦橋出血大於5ml，小腦出血量大於10ml）急性期均不宜進行針灸治療。
- ▶ 中風脫證患者已進入深昏迷，腦疝形成，不宜針灸。
- ▶ 其他血栓形成性腦梗死、腦栓塞可在患者生命體征穩定，神經病學症狀不再發展後48小時（通常在發病1周後）針灸治療
- ▶ 腔隙性梗死可在發病當天進行針灸治療
- ▶ 輕中型腦出血可在生命體征穩定，神經病學症狀不再發展後48小時進行針灸治療。但在針灸治療的第1周，要注意不要翻動病人，避免頭針和針刺人中等刺激強的穴位，手法宜輕柔

中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

針灸治療中風偏癱的介入時機以及安全性

- ▶ 對於中風同時合併心臟疾病的患者，如果收縮壓 $\geq 160\text{mmHg}$ 和（或）舒張壓 $\geq 100\text{mmHg}$ ，不宜針灸治療
- ▶ 對於中風同時合併心房顫動，心率室大於100次/分的患者，不宜針灸治療
- ▶ 對於中風同時合併心房顫動，心率室小於100次/分，正在使用抗凝治療的患者，慎用針灸治療

總體來講，納入的國內外RCT研究中均未見關於試驗中副作用和不良反應的報導，說明針灸治療中風偏癱具有較高的安全性。

中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

針灸治療方案的選擇問題

在針灸治療方案選擇方面，不少針灸臨床醫生多遵古訓或按照《針灸學》教科書，選取肩髃、曲池、手三裏、外關、合穀、環跳、陽陵泉、足三裏、解溪、昆侖等陽經腧穴治療，多以一種針灸方案通治中風各期，未能考慮到中風恢復過程中各期不同的病理和臨床特徵，體現不出中醫辨證論治的特點。

中風偏癱針灸治療的有效性和存在問題

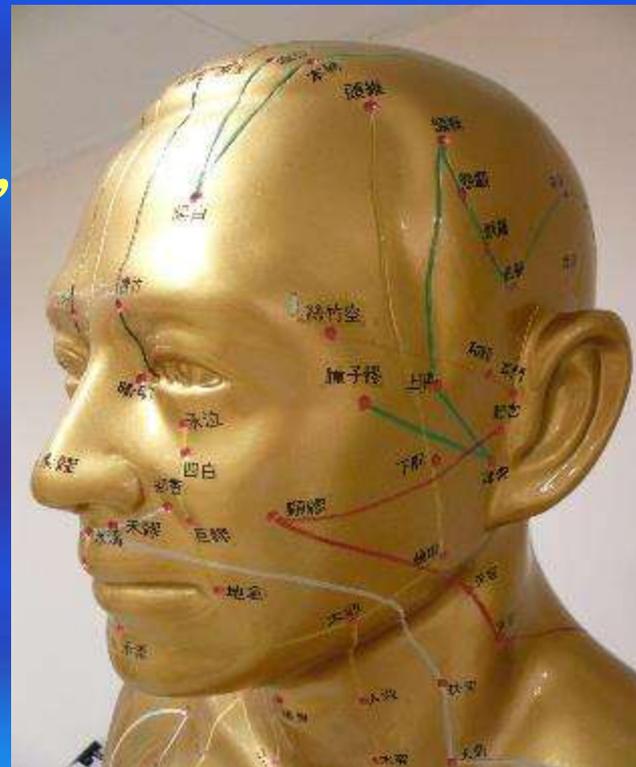
療效評定問題

以肌力的增加作為運動功能恢復的評價指標，未考慮到肢體的運動模式，肌張力、關節活動度、平衡協調能力、日常生活活動能力和生存質量等因素，從而影響了療效結果的可信度和可重複性。

中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

重視頭部腧穴使用

中風偏癱其病灶在腦。因此，改善腦部功能缺損是治療的重要部分。古今研究均重視頭部腧穴的配合使用，如古代使用百會穴，現代使用頭針和顱三針等。同時，要進一步研究頭針的介入時機，不同方案（國際標準化頭針穴線與顱三針等）療效的比較以及針刺手法、電針波型、頻率、強度、留針時間，頻次以及療程的標準化等。



中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

重視分期選穴治療

應根據中風偏癱病人的病程進行分期選穴治療，避免以一種針灸方案通治中風各期，體現針灸治療中風偏癱個體化的特點。

對於腦梗死急性期，可採用醒腦開竅針刺法結合針刺頂顳前斜線等頭穴/線，電針可選用疏密波，留針30分鐘，每天1次；對於腦出血急性期，可選用肩髃、臂臑、曲池、手三裏、外關、合穀、風市、伏兔、梁丘、足三裏、三陰交、丘墟、太沖。手法宜輕柔，電針可選用斷續波，刺激量宜輕，留針30分鐘，每天1次。

中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

重視巨刺法的運用

《靈樞·官針篇第七》：“巨刺者，左取右，右取左”。《扁鵲神應針灸玉龍經·磐石金直刺秘傳》載：“中風半身不遂，左癱右瘓，先於無病手足針，宜補，不宜瀉，次針其有病手足，宜瀉，不宜補。”

現代臨床研究證實，巨刺療法能顯著提高中風偏癱的臨床療效。故對於軟癱期患者，可選取健側曲池、足三裏、患側肩髃、臂臑、曲池、手三裏、外關、合穀、伏兔、梁丘、血海、足三裏、絕骨、解溪、太沖。電針可選用斷續波，留針30分鐘，每天1次。

中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

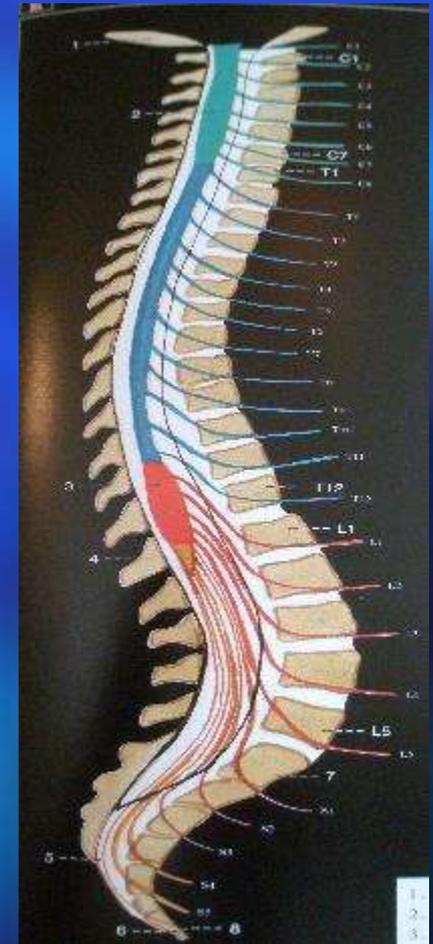
重視平衡陰陽針刺法的運用

腦卒中所致的痙攣性癱瘓是影響患者肢體功能康復，進而影響其生活質量的一個重要不良因素，亦是康復過程中的重點與難點。陰陽失調是腦卒中痙攣性癱瘓的主要病理機制。在痙攣期，主要表現為聯合反應、共同運動、肌張力增高和痙攣狀態，但各肌群的肌張力增高是不一致的，常見的是上肢的屈肌比伸肌張力高，下肢的伸肌比屈肌張力高，故上肢選穴應以手少陽三焦經和手太陽小腸經為主，下肢以足太陽膀胱經和足少陽膽經為主，以促進痙攣劣勢側肌張力提高，對抗痙攣優勢側痙攣，達到緩解痙攣，平衡陰陽之目的。

中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

重視夾脊穴的應用

夾脊穴毗鄰督脈和足太陽膀胱經，與腦及肝、腎等臟腑密切相關。通過針刺夾脊穴可以通調督脈和足太陽膀胱經之氣，貫通十四經脈，彙通陰陽經氣血，發揮針刺對機體的良好、雙向性和整體性的調節作用，達到“陰平陽秘”的狀態。而且從解剖學的角度分析，頸膨大和腰膨大分別是支配上肢、下肢神經的發源地，相當於C5—T2、L1—S2，因此針刺相應的夾脊穴治療卒中後痙攣性癱瘓，可進一步提高臨床療效。

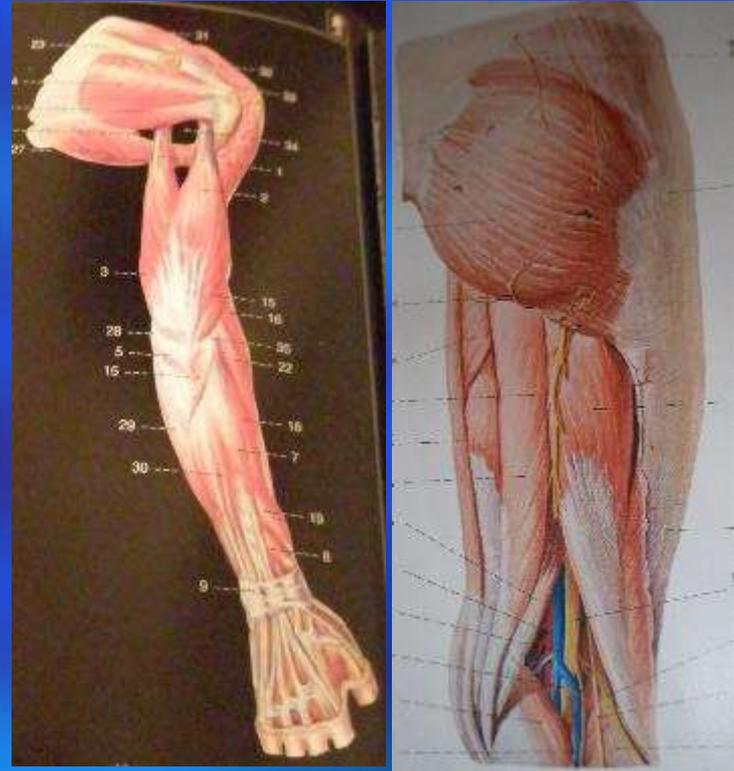


中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

中風痙攣性癱瘓的針灸治療方案

选穴：患側頸5、頸7、腰2、腰4
夾脊、巨骨、天宗、肩貞、肩髃、臑會、消灤、天井、外關、陽溪、三間透後溪、後溪透三間、環跳、居髃、殷門、委中、陽陵泉、陽交、申脈、太沖。

操作：針刺手法宜用補法，電針可選用斷續波，留針30分鐘，每天1次。



中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

目前對於痙攣性癱瘓如何進行針灸治療，意見不一。例如針刺陰經穴位和現代康復醫學的理論和實踐相矛盾，不適當的針刺刺激是否會誘發和加重痙攣？分期選穴治療中風偏癱的RCT研究尚為空白。因此，有必要對針刺陰經穴位為主和在痙攣劣勢側取穴治療以及張力平衡針法等分期治療方案進行更加深入的對比研究

中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

重視整體觀念，進行綜合防治

中風偏癱患者多合併有糖尿病，高血病和心臟病等疾患，多兼有語言、吞咽、認知和大小便等功能障礙，或併發肩痛，肩關節半脫位和肩-手綜合征，病情複雜，涉及全身多個臟腑和十二經脈以及督脈等經絡。故在治療上應整體把握，綜合防治。以往的系統評價及RCT研究結果顯示，針灸治療中風偏癱，使用毫針針刺或電針療法，結合常規康復或內科治療的綜合療法更為安全有效。

中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

療效評定標準的選擇

卒中病人運動評分（the Motor Assessment Scale. MAS）

以身體綜合運動功能（8項）和肌張力（1項）為主要評定內容。主要用於評估病人功能活動能力，它把從平臥位到健側臥位、從平臥位到床邊坐位、坐位平衡、從坐位轉為站立位、步行、上肢功能、手的運動、手的精細活動和全身肌張力9項內容分為6級評分。MAS能更好用於評估卒中後1~3個月的運動功能恢復，且比Fugl-Meyer更省時。

中風偏癱針灸治療標準化方案的研究思路

療效評定標準的選擇

功能獨立性量表 (Function Independence Measure, FIM)

FIM評定的是基本的日常生活活動，是目前國際上最流行的功能評定方法，有成為世界統一的殘疾功能評定量表的可能。包括18個項目評定，分為6個方面：自理活動、括約肌、轉移、行動、交流和社會認知，每個項目均為7級評分，各項目集中反映了外傷和疾病對日常生活活動影響最大的項目，包含最具代表性，最適合的內容。由於FIM包括了運動和認知兩方面的內容，與Barthel指數等比較，可更敏感地度量患者的殘疾狀態，從而成為最為先進而全面的評定方法。

結語

針灸治療中風偏癱歷史悠久，方法豐富多彩，安全有效，積累了很多寶貴經驗，得到了患者的廣泛認可。中風偏癱的病因病機是一個動態發展的過程。在恢復過程中，不同的階段具有不同的病機和臨床特徵，臨床治療應在遵循疾病共同治療規範的基礎上，強調個體化治療原則。治療的總原則為：辨病（定性定位）與辯證辨經相結合，分期進行施治。在針灸治療方案的制定方面，應明確適應症和禁忌症，確保醫療安全。在臨床實踐中，應把頭針、醒腦開竅針刺法、巨刺法、平衡陰陽針刺法和針刺夾脊穴等方法進行優化組合，同時結合中西藥和現代康復治療技術來治療中風偏癱，使療效最大化，促進中風偏癱患者得到最大程度的康復，回歸家庭，回歸社會。



谢谢!