

附赠光盘

图解

偏头痛针灸推拿治疗

主 编 崔承斌 邢孝民



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

图书在版编目 (CIP) 数据

图解偏头痛针灸推拿治疗/崔承斌, 邢孝民主编. --北京:人民军医出版社, 2010.6
ISBN 978-7-5091-3889-2

I. ①图... II. ①崔...②邢... III. ①偏头痛-针灸疗法-图解②偏头痛-按摩
疗法(中医)-图解 IV. ①R246.6-64②R244.1-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 109066 号

策划编辑: 任海霞 文字编辑: 董建军 责任审读: 余满松

出版人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8201

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 北京国马印刷厂

开本: 710 mm × 1010 mm 1/16

印张: 11.5 字数: 176 千字

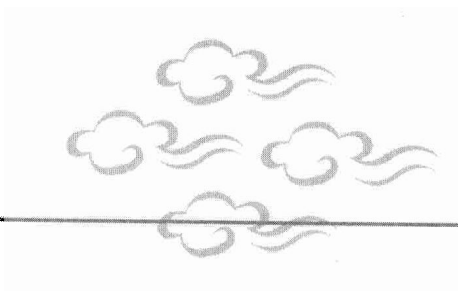
版、印次: 2010 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~4500

定价(含光盘): 29.80 元

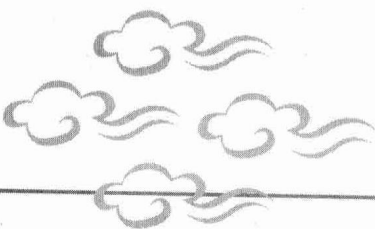
版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换



内容提要

本书由学验俱丰的针灸推拿专家撰写，从中西医两个方面全面介绍偏头痛的发病机制，详细讲解传统及现代的针灸推拿治疗方法，结合典型病例提高读者的临床感性认识，最后给出作者的整体治疗体会。全书内容精练、图文并茂、深入浅出、可操作性强，实为学习偏头痛针灸推拿治疗的一本好书。本书适合中医师、中医院校学生、偏头痛患者及广大中医爱好者阅读参考。



序

中医治疗头痛有着悠久的历史。战国时期成书的《黄帝内经》中就有许多相关的记载，如《灵枢·经脉》曰：“膀胱足太阳之脉……是动则病冲头痛，目似脱，项如拔……”《素问·五脏生成》曰：“是以头痛巅疾，下虚上实，过在足少阴、巨阳，甚则入肾。”至金元时代，始有偏头痛的病名，李杲在《内外伤辨惑论》谓：“如头半边痛者，此偏头痛也。”此外，张从正的《儒门事亲》也述及：“病额角上，耳上痛，俗呼为偏头痛。”

对偏头痛的治疗，历代针灸医家积累了许多宝贵的经验。皇甫谧的《针灸甲乙经·卷九》云：“厥头痛，痛甚，耳前后脉涌，有血，泻其血，后取足少阳。”王国瑞的《扁鹊神应针灸玉龙经》记载：“偏正头风痛难医，丝竹金针可施，沿皮向后透率谷，一针两穴世间稀。”高武的《针灸聚英·百症赋》云：“凶会连于玉枕，头风疗以金针；悬颅、颌厌之中，偏头痛止；强间、丰隆之际，头痛难禁。”徐凤的《针灸大全·席弘赋》曰：“列缺头痛及偏正，重泻太渊无不应。”及至现代，又有诸如耳针、头针、腕踝针等众多针法，大大丰富了针灸的治疗方法，针灸治疗偏头痛多能取到针到病除、立竿见影的效果，故世界卫生组织把偏头痛列为针灸的临床适应证之一。

偏头痛是临床常见病，与内分泌、饮食、遗传、精神等因素有关，导致颅内、外神经血管功能障碍，严重影响了人们的正常工作和生活。西医治疗多给予镇静药与镇痛药，常有程度不等的药物毒性作用，而针灸推拿作为一种纯自然疗法，治疗偏头痛疗效肯定，且完全克服了西药的这些缺点，已经成为广大偏头痛患者乐于接受的治疗手段。

现有崔承斌等医师，学验俱丰，撰写了《图解偏头痛针灸推拿治疗》一书，从中西医学全面认识偏头痛的发病机制，详细讲解传统及现代的针灸推拿治疗方法，结合典型病例增强读者的临床感性认识，最后给出作者的整体治疗体会。

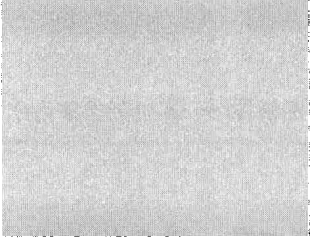
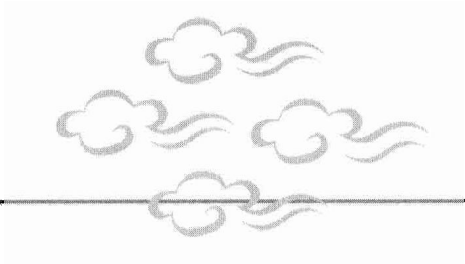
人之所病病疾多，医之所病病道少。愿此书的出版，能够为偏头痛的临床治疗提供有益借鉴，为广大的偏头痛患者带来福音。是为序。

中国中医科学院针灸研究所

中国中医科学院针灸医院 吴中朝 教授

中 央 保 健 会 诊 专 家

2010年5月



目 录

第 1 章 认识偏头痛 1

第一节 现代医学对偏头痛的认识 1

- 一、发病原因 2
- 二、发病机制 3
- 三、临床表现 6

第二节 中医对偏头痛的认识 11

- 一、病因 11
- 二、病机 13
- 三、中医诊断标准 17

第 2 章 偏头痛的治疗基础 19

第一节 针灸相关理论 19

- 一、经络学说 19
- 二、标本根结 22
- 三、背俞理论 24



第二节 推拿相关理论	25
一、中医理论	26
二、西医理论	26
第三节 治疗常用穴位	28
一、腧穴基本知识	28
二、常用穴位定位	35
第3章 偏头痛的针灸治疗	63
第一节 常用针灸方法	63
一、毫针疗法	63
二、耳穴疗法	80
三、放血疗法	83
四、艾灸疗法	86
第二节 其他针灸方法	92
一、火针疗法	92
二、皮肤针法	94
三、腧穴注射疗法	95
四、穴位贴敷	100
第三节 综合治疗方法	102
一、毫针结合艾灸	102
二、毫针结合火针	102
三、毫针结合穴注	104
四、毫针结合拔罐	106
五、电针结合耳穴	106
六、电针结合放血	111



七、耳针结合穴注	112
八、头针结合穴注	113
九、放血结合穴注	115
十、毫针火针放血	116

第4章 偏头痛的推拿治疗 119

第一节 一指禅推拿	119
第二节 揉法推拿	123
第三节 辨证推拿	126
第四节 循经导摩	131
第五节 点穴疗法	135
第六节 胸穴指压	138
第七节 臂穴按摩	140
第八节 自我推拿	142

第5章 典型病例 143

一、验穴至阴案	145
二、单穴风池案	146
三、远端取穴案	146
四、远近取穴案	147
五、背夹脊穴案	148
六、艾条悬灸案	148
七、耳穴刺激案	149
八、梅花针刺案	150
九、穴位外治案	150
十、刺络放血案	151
十一、银质温针案	152



十二、针灸综合案	153
十三、针药结合案	153
十四、推拿扳法案	154
十五、一指禅推案	155

第 6 章 治疗体会 157

第一节 针灸治疗体会 157

一、临床取穴经验	158
二、针刺手法经验	162
三、其他独特经验	163
四、灵活运用经验	164

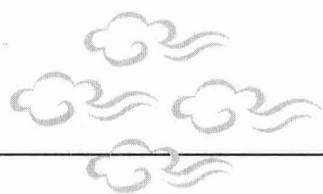
第二节 推拿治疗体会 165

一、推拿选穴经验	165
二、推拿手法经验	166
三、其他独特经验	167
四、灵活运用经验	168

第三节 注意事项及预后 169

一、注意事项	169
二、偏头痛的预后	170

参考文献 171



认识偏头痛

第一节 现代医学对偏头痛的认识

偏头痛是一种周期性反复发作的单侧或双侧搏动性头痛。发作前，多伴有畏光、畏声、眼前发黑、视野缺损、闪光、幻觉等视觉或感知障碍，以及面部、四肢的感觉和运动障碍等先兆症状；发作时患者头痛剧烈，数分钟至数小时后达到高峰，部位较固定，大多在额颞部，有的扩展至枕部、头顶、眼眶，甚至向面部和颈肩部放散；头痛性质通常由钝痛开始，渐成血管搏动性头痛，或表现为刺痛、锐痛、束紧感；头痛常伴随有恶心、呕吐、腹泻等胃肠道症状及视觉听觉症状；发作过后可遗有持续性头痛、疲劳、嗜睡等不适。偏头痛患者在发作间歇期健如常人。理论上，偏头痛的分型较多，但在临床实践中很少有单一类型的偏头痛，常常表现为几个类型的偏头痛同时存在。

偏头痛是一种常见的慢性神经血管性疾病，发病率为 3.7% ~ 13.5%，占所有头痛患者的 1/4 以上，较以往有升高趋势；女性的发病率远高于男性，占 60% ~ 70%，是男性的 2 ~ 4 倍，可发生于任何年龄，国外以 25 ~ 45 岁多见，中国以 20 ~ 45 岁多见，白种人的偏头痛发病率最高，非洲裔其次，亚洲裔最低。偏头痛的发作频率多因人而异，发作周期固定或长短不一，调查后发现，偏头痛的发作频率平均每月 1.5 次，至少 10% 的患者每周都有发作。



一、发病原因

偏头痛的病因纷杂，目前尚无定论，亦可以说多种因素均与偏头痛的发作有关，包括遗传、内分泌、情绪、药物、生活、环境等因素。

（一）内分泌因素

偏头痛可发生于任何年龄，首次偏头痛发作多在青春期前后，于40岁左右达到发病高峰，以后逐渐下降。青春期前，男女患病率相似，青春期后，女性发病较男性明显增多，女性月经来潮时偏头痛常见，妊娠期头痛减轻或消失，绝经期前后头痛可加重。约有半数女性的偏头痛与月经有关，说明偏头痛的发作与内分泌激素水平有密切的关系。雌激素是一种神经调节因子，它在偏头痛的发病机制中起着很重要的作用，与月经期偏头痛发作有关。

（二）遗传因素

偏头痛具有家族发病倾向，偏头痛患者中的家族性病例占34%~90%，遗传因素对有先兆偏头痛的患者的影响比无先兆偏头痛患者的影响要高1倍，母亲的遗传对偏头痛发病的影响因素要强于父亲。双亲患有偏头痛，子女发病率为75%，近亲有偏头痛则发病率为50%，远亲有偏头痛则发病率为20%。

（三）情绪因素

快节奏的社会环境、生活或工作上的不顺心和压力、各种事务及关系的谨慎考量，往往使人的情绪转化剧烈，情绪失衡，从而导致偏头痛的发生。临床发现，性情急躁、争强好胜且容易把愤怒与敌意压抑在内心的人群，较性情平和的人群更容易激起偏头痛发作。偏头痛患者中，43.3%是由情绪因素诱发的。

（四）药物因素

长期服用口服避孕药、血管扩张药、激素替代药物、麦角胺等头痛治疗药物，都可导致药源性的偏头痛。



（五）生活因素

1. 饮食因素 约有25%的偏头痛发作由于选用食物不当，或者进食的方式不合理，而引起机体内环境的变化，导致偏头痛的发生。容易引发偏头痛的食物有一个共同的特点，其含有的成分主要是色氨酸、酪氨酸、谷氨酸，常见的食物有：肉类（包括牛肉、猪肉、鱼肉及火鸡肉等）、水果（包括柑橘类、苹果、香蕉等）、乳制品（包括脱脂或全脂牛奶、羊奶、乳酪、优酪乳等）、小麦（包括精制面包、面食等）、饮料（包括含乙醇的饮料如各种高浓度白酒、啤酒及红葡萄酒等，含咖啡因的饮料如咖啡、可乐和茶等）、巧克力、烟草等，此外还有核果类及玉米、洋葱、番茄、花生等食物，也容易引发偏头痛；另外，如果进食方式不合理，如做菜时习惯加用味精调味、摄取过量维生素A、进食较晚、饥饿、冷食或偏食等因素都可诱发偏头痛。

2. 睡眠因素 睡眠不足、睡眠过多以及不规律的睡眠都可诱发偏头痛。现代人由于生活、工作压力较大，容易产生精神负担，常工作至夜晚，甚者熬夜频繁，形成恶性循环，从而导致睡眠不规律甚至失眠，这也是偏头痛不可忽视的一个重要诱因。

3. 其他因素 在高度紧张或极度亢奋状态，偏头痛一般不会发作，经常是在紧张劳累后的放松时刻，偏头痛则容易发作，所以，过度运动后的过度疲劳状态是发生偏头痛的诱发因素；此外，不良的阅读习惯和用眼习惯，导致眼的屈光异常，也可以引起偏头痛发作。

（六）环境因素

气温、气压、湿度等气候因素，以及时区、海拔、光线、噪声刺激、空气污染、电磁辐射等环境因素，都可以对偏头痛患者造成刺激，引起头痛发作。

二、发病机制

偏头痛发病机制复杂，包括血管源学说、神经源学说、神经-血管源学说。偏头痛发作过程中，许多血管活性物质、神经递质等起到重要的作用。



（一）血管源学说

该学说认为偏头痛发作源于脑血管的舒缩障碍。动脉血管活性物质以及动脉本身病变可触发偏头痛，一般分为三期。

先兆期：患者的颅内血管先收缩，表现为一条或多条颅内动脉痉挛，引起局部缺血。由于缺血部位不同，出现的先兆症状也不同：如视觉异常、感觉异常、运动障碍、偏瘫、失语、恶心、呕吐、出汗等神经系统功能紊乱表现。

头痛发作期：即颅外血管反应性扩张期，动脉张力降低，引起充血性高灌注，血管壁上神经纤维末梢的伤害性感受器受到牵张，从而产生搏动性头痛，主要累及颈外动脉。此期颅内动脉可以收缩也可以扩张，使得与先兆期界限不明显，产生的头痛症状呈钻刺样疼痛或搏动样疼痛，首先位于太阳穴附近，然后扩散至整个侧头部，一般持续数小时，严重者可持续数天。

头痛后期：由于血管持续扩张，导致血管壁局限性水肿、血管狭窄，使头痛由搏动性转化为持续性。由于管腔狭窄，头颈部肌肉因缺血、收缩，出现肌肉收缩性头痛，故后期为混合性头痛及其他不适感觉。

（二）神经源学说

1. **皮质扩散性抑制学说** 指出脑功能突然兴奋后短暂抑制的紊乱开始于枕叶，然后向前推进，扩散到全脑。这是先兆症状和神经功能障碍发生的基础，称为皮质扩散性抑制现象。反复的皮质扩散性抑制，可激活三叉神经释放与偏头痛有关的神经递质并诱发血管扩张，或者直接累及皮质 - 皮质下与脑干伤害感受器之间的网状结构，而引起头痛。

2. **脑异常活动学说** 认为偏头痛是由中枢神经元异常兴奋诱发。中枢神经系统中存在着固有的疼痛处理通路及调整疼痛信号的传递机制，若该处神经元调节机制缺陷，可导致神经递质释放障碍。它们处于导致偏头痛发作的神经元网络活动之中，有利于神经元去极化，导致皮质扩散性抑制形成，或者影响三叉神经纤维支配区血管舒张，而触发偏头痛的发作。

神经源学说较好地解释了偏头痛先兆症状，但有 1/3 偏头痛患者有颞动脉搏动增强，无论血管扩张是原发的还是继发的，用血管收缩药（如麦角胺）可以缓解头痛，应考虑有自主神经功能紊乱的存在。



(三) 联合学说

脑干 - 三叉神经 - 血管反射学说, 将神经、血管和神经介质三者统一于三叉神经 - 血管系统中, 认为中枢神经、三叉神经和血管的内源性镇痛系统功能缺陷, 加之过多的内、外刺激引起偏头痛。

1. 神经源性炎症 颅内大的脑血管以及硬脑膜、软脑膜等血管周围的神经纤维, 源自三叉神经节的三叉神经眼支。三叉神经纤维受到刺激, 不仅影响到伤害性感觉器传导痛觉, 而且纤维末梢释放血管活性物质, 强烈扩张血管, 引起神经源性炎症, 进而刺激沿逆行、顺行两条途径兴奋性传导。逆行传导使原有的神经源性炎症进一步加强; 顺行传导通过三叉神经眼支进入脑干、下丘脑, 刺激自主神经系统引起恶心等先兆症状; 刺激再沿丘脑传入大脑皮质, 引起头痛发作。

2. 脑干中缝核的触发 来自皮质(如情绪、过度紧张等)、丘脑(过多冲动、噪声、强光、恶臭等)或下丘脑(环境变化、生物钟改变)的刺激, 作用于脑干中缝核, 中缝核被触发后, 通过上行、下行纤维应答, 上行的痛觉纤维传入三叉神经尾核, 向上达皮质, 引起痛觉, 向下传出末梢, 释放血管活性物质, 引起支配区域血管扩张, 形成神经性炎症, 后者又刺激痛觉纤维传入三叉神经尾核, 如此形成恶性循环, 导致头痛加重。

3. 脑干内源性镇痛系统异常 正常情况下, 当脑干的中缝核受到激惹时, 同时启动脑干内源性镇痛系统。此系统源自中脑水管周围灰质, 发出纤维至中缝核, 通过其调控三叉神经脊束核抑制三叉神经传入神经冲动, 从而抑制偏头痛的发生, 但是如果此系统功能障碍, 即便是普通刺激, 也可诱发偏头痛。

(四) 生化改变

无论是血管源、神经源还是血管神经联合学说, 都涉及一系列生化反应。很多生化因子参与了此过程, 甚至与偏头痛发作直接相关。

5-羟色胺(5-HT)是与偏头痛关系最密切的神经递质。它能使大血管收缩、小血管扩张, 使毛细血管通透性增高。人体内约有2%的5-HT存在于中枢神经系统内, 偏头痛发作开始时, 5-HT从血小板中释出, 直接作用于颅内血管, 使之收缩并出现先兆症状; 接着大量的5-HT在体内被迅速代谢, 血浆5-HT



浓度急剧下降, 血管反跳性扩张, 出现头痛; 同时, 附于血管壁上的 5-HT 引起毛细血管通透性增加, 血浆成分渗出, 游离出疼痛介质, 导致头痛增强和血管性水肿。5-HT 通过与受体结合而发挥作用, 在脑干的中缝核和中缝大核有广泛的 5-HT_{1D} 受体分布, 因此将脑干称为偏头痛发作的启动点。

降钙素基因相关肽 (CGRP) 与 P 物质两者都有极强的扩血管作用, 尤其是 CGRP, 是迄今为止体内最强的舒血管活性物质, 在三叉神经节含量最丰富, 偏头痛发作与头部血管周围组织产生的血管活性物质, 特别是与三叉神经血管系统的 CGRP 强烈扩张血管作用有关。

一氧化氮 (NO) 和内皮素 (ET), 二者生物学效应相反, 在生理状态下二者维持在相对恒定的比值, 从而维持血管功能稳定。偏头痛发作期 NO 与 ET 失衡, 打破了血管的基础张力和正常的舒缩功能, 引起偏头痛发作。血管、血管周围神经末梢或脑组织释放的 NO 是偏头痛的分子触发点, 因为 NO 可直接扩张脑血管, 促进 CGRP 释放, 使痛觉敏化从而激活三叉神经血管系统, 引起神经炎症性头痛。内皮素 (ET) 是目前所知最强的缩血管物质, ET 在发挥缩血管的同时又激活炎症细胞, 诱导水肿形成。

偏头痛患者不仅发作期血镁离子浓度明显降低, 而且存在全身性的镁缺乏。低镁血症、钙 / 镁比值升高可能在女性月经期偏头痛的发生中扮演了不可忽视的角色。此外, 偏头痛发作期环磷腺苷 (cAMP) 明显升高, 而环磷鸟苷 (cGMP) 明显下降, 表明偏头痛患者存在自主神经功能失调, 即交感功能亢进, 副交感功能低下。

三、临床表现

偏头痛常表现为周期性反复发作的一侧或双侧搏动性头痛, 每次发作的性质和过程多相似。在头痛发作前多伴有各种先兆, 如视觉、神经、运动系统功能紊乱和情绪改变; 发作时患者头痛剧烈, 常伴有中枢、自主神经症状; 间歇期健如常人。偏头痛发作频率多因人而异, 有人发病周期较长, 可能一生中只发作几次; 有人较短, 可能一天中就发作多次; 有人发作周期固定, 如有些女性患者偏头痛发作与月经周期有关; 有人不固定, 一次发作或连续几天发作后, 如果没有诱因, 可能很长时间都不发作。据统计, 偏头痛发作平均每月 1.5 次,



至少 10% 的患者每周都有发作。偏头痛患者发病时间通常是在季节转换之时，如秋冬、冬春季节发病较多，头痛多在白天发作，偶尔也可于夜间出现。

（一）发作分期

偏头痛的发病可以分为三个期，即前驱期、头痛期、头痛后期。

1. 前驱期 约有 10% 的偏头痛患者发作前可有先兆症状，主要是一个或多个脑血管的痉挛，引起局部缺血，从而引起不同部位的症状。由于颈内动脉先出现收缩，最常见的症状是视觉障碍与眼部症状，多在儿童期出现，在头痛的对侧视野中出现闪光性暗点，多数患者伴有畏光、畏声，甚至可出现眼前发黑、视野缺损、单眼盲、一过性视力丧失以及视觉感知障碍、视物变形、复视或多视、视物颜色改变等症状；可伴有躯体感觉性先兆症状，如眩晕、面色苍白、全身不适感、言语障碍、面部或四肢麻木感；还有运动障碍性先兆症状，如偏瘫或面瘫等。一般前驱症状持续几分钟至半小时逐渐消失而移行至头痛前期。

2. 头痛期 患者可以直接进入头痛期，也可由前驱期发展而来，还可与前驱期同时发生。发作期主要是颅内、外动脉痉挛后出现反应性扩张，引起头部充血高灌注，产生偏头痛症状，多为单侧头痛，也可转为对侧发展或双侧头痛，大多数患者头痛的部位表现在额颞部，但也有的头痛扩展至枕部、头顶、眼眶，甚至向面部和颈肩部放散；偏头痛轻者仅表现为钝痛，会转换为血管搏动性头痛，并逐渐扩散，或表现为刺痛、锐痛、束紧感、打击感，或有眼眶周围或眼球深部的钻拧样感，以及颞部或眼眶部特征性的冰袋感，有的病人也可出现兴奋、欣快及头内空虚的感觉。

偏头痛发作时多伴有胃肠道症状，主要为恶心、呕吐，少数患者还加有腹泻，多在头痛后短时间内出现。另外，有时也可伴随晕厥、意识障碍、情绪改变、言语障碍、记忆障碍、眩晕、共济失调、呼吸增快、高热、面色苍白、瞳孔异常、眼肌麻痹、幻嗅、耳鸣、鼻塞或鼻腔分泌物增多等症状。

较为典型的偏头痛发作开始后进行性加重，数分钟至数小时后达到高峰，可持续数小时至数日，然后逐渐减退，而发展至头痛后期。

3. 头痛后期 头痛后期主要是头部后遗的疼痛及其他不适感觉，并伴疲劳、嗜睡，然后头痛程度逐渐减轻，逐渐移行至睡眠，偏头痛发作结束。



（二）常见类型

偏头痛的症状非常复杂，同一患者每次发作可有不同表现，且临床没有诊断金标准，因此需要仔细询问患者病史以及较长时间的随诊才能明确诊断。国际头痛协会根据临床表现将偏头痛分为三种形式，即普通型偏头痛、典型偏头痛和特殊类型偏头痛。其中，普通无先兆偏头痛占偏头痛的 80% 左右，典型有先兆偏头痛占偏头痛的 15% 左右，是临床最常见的两种类型。

1. 普通型偏头痛 具有以下特点：有更多的因素如身体疲劳、月经来潮、心理紧张、气候炎热、饮酒、洗澡、发热，甚至在周末假日过分悠闲等，都能够诱发偏头痛的发作；没有明确的先兆症状，疼痛可时轻时重，疼痛部位可为双侧或全头，疼痛程度一般比典型偏头痛要轻；头痛发作的持续时间相对较长，可达数小时或数天；头痛发作可有明显的间歇期。普通型偏头痛诊断标准如下。

（1）至少发作 5 次。

（2）头痛发作持续 4 ~ 72 小时，小于 15 岁的儿童头痛发作持续 2 ~ 48 小时。

（3）头痛至少具有下列特点中的 2 点

①局限于单侧。

②搏动性痛。

③疼痛程度为中度或重度（日常活动受限或停止）。

④因上楼梯或其他类似日常躯体活动而头痛加重。

（4）头痛发作期至少具有下列症状中的 1 项

①恶心和（或）呕吐。

②畏光和畏声。

（5）排除其他原因引起的头痛

①病史和躯体其他方面正常。

②无其他已知类似疾病。

2. 典型偏头痛 最显著的特点就是偏头痛发作之前有先兆症状，典型偏头痛诊断标准如下。

（1）至少有 2 次发作

（2）至少有下列 4 项中的 3 项

①有一种或多种完全可逆转的先兆症状，表现为可明确定位于大脑皮质和