

第一章 坚持实践第一， 探索头针疗法

在老年病人中，因脑血管病一类的疾患所引起的肢体瘫痪、~~麻木~~失语等症状屡见不鲜。得了这种病，不少患者长期卧床，生活不能自理，痛苦极大。文化大革命前，由于刘少奇反革命修正主义卫生路线的破坏和干扰，一些医务人员对治疗这类病不感兴趣，认为没有治疗“价值”，有的甚至公开宣扬“名医不治瘫，治瘫脸丢完”的资产阶级医疗思想。

在文化大革命的斗、批、改阶段，我院成立了新医科。一些以往没有被治好的脑血管等病的病人，都纷纷来到医院要求治疗。开始，用快速针刺治疗，并没有取得良好的效果。而以往用体针治疗不仅时间长，而且疗效也不显著。怎么办？在困难面前是知难而退还是知难而进？大家经过学习毛主席有关教导，深刻地认识到：对于疑难病是一推了之，还是认真研究，是无能为力，还是敢于创新，反映了两条路线、两种世界观在医学领域里的斗争。它不但是一个医疗技术水平高低的问题，而首先是一个思想和政治路线对不对头的问题。学习中大家很批了刘少奇一类骗子所鼓吹的为少数人服务的修正主义卫生路线及“洋奴哲学”、“爬行主义”，批判了无能为力的懒汉懦夫世界观，决心在实践中闯出一条新路来。

新医科有一位年轻的神内科医生。在多年的临床实践中，他认真地学习毛主席的哲学著作，虚心地向工农兵患者学习，经常找病人谈心，了解并观察病情发展的每一微小变

化，在许多患者的鼓舞下，通过学习毛主席关于矛盾特殊性的论述，分析现有的治疗方法效果不显著的原因。他想脑血管病一类的疾患，顾名思义，其发病根源在脑子里。为什么治疗这类病一定要象治疗大多数的疾病那样，千篇一律地在四肢取穴呢？毛主席教导说：“**任何运动形式，其内部都包含着本身特殊的矛盾。**”脑源性的疾患在临床上所表现出来的各种功能障碍，是因为支配肢体、内脏等器官的运动、感觉和其它功能的大脑皮层细胞或传导径路受到抑制或损害的缘故。因此，根本的问题是要使这些受抑制或损害的部位恢复正常生理功能。他想，头皮距离大脑皮层最近，能否在头皮扎针，使受损部位恢复正常功能呢？于是他产生了在头部寻找刺激区的大胆设想。

但这个设想也有两个问题：一是据过去文献记载，头部虽然有一些治疗中风的穴位，但用于治瘫痪的不多；二是据目前掌握的祖国医学和现代医学知识，还找不到头皮和皮层之间有直接联系的根据。针刺头皮，能否使受损的皮层细胞激活起来？毛主席教导说：“**在生产斗争和科学实验范围内，人类总是不断发展的，自然界也总是不断发展的，永远不会停止在一个水平上。**”毛主席这一伟大教导给了他无穷的力量。他想，任何理论都是随着实践的发展而不断发展的，永远不会停止在一个水平上；经络学说和现代神经生理解剖学说也是这样，它们本身并不是什么绝对的东西，而是具有相对的真理；过去没有认识的东西可以通过实践加以认识。他决心遵照毛主席关于“**实践、认识、再实践、再认识**”的伟大教导，大胆探索，先在自己头皮上试扎。

怎样试呢？毛主席早就指示过，要应用近代科学的知识和方法来整理和研究中医中药。这位同志原来是搞神经科

的，他决定运用现代科学中关于神经系统的知识来探讨。他想，针刺皮层的对应头皮部位，如果能够使皮层细胞发生作用的话，那么，皮层就可能要发放冲动。如果这种冲动能够传导到它所支配的肢体或内脏部位，就可能产生治疗的效果。头皮上的神经血管很丰富，进针后，疼的很厉害。他咬紧牙关，加速捻转针体。这时，疼痛减轻，但除头皮局部有麻、胀感外，肢体的其他部位并没有什么感觉。在失败面前，他没有气馁，继续和科里的同志们研究。这时大家提出了这样一种临床存在的事实：即不同机体，由于内部条件不同，在接受针刺治疗时，往往对针刺的敏感程度也有所差异。根据这个启示，他认真分析了健康人与病人机体内部的差异性，和在病人身上出现异常针感的可能性，认识到临床治疗的对象是病人，应该把病人机体内部所发生的病理变化——这个条件考虑进去。于是，他慎重地选择了病例，并首先在自己的头皮相应区域试扎并无不良反应后，在慎重选择的病人身上开始试扎。果然，异常针感终于在病人身上出现了。

一次为一个因患了脑动脉内膜炎而引起右侧肢体偏瘫的病人扎针，在皮层运动中枢的对应头皮部位斜向捻转进针，进针一分钟后，病人自述上下肢有一股热流直达手指、足趾。捻针持续三分钟后，这股热流逐渐增强，使病肢分外舒畅。起针后病侧上肢便可高举过头，并可持物；下肢能单独站立，且可慢步行走。当时，病人喜泪盈眶，举起病侧上肢，连声高呼：“毛主席万岁！毛主席万万岁！”头针治疗终于取得了特殊的效果，大家都高兴得跳了起来。

第一个头针刺激区域，即运动区试扎成功后，激励着大家继续前进。根据寻找运动刺激区的规律，在大量临床实践的基础上，经过反复试验体会，分析综合，又相继试扎成功

了其他一些区域，如感觉区、舞蹈震颤控制区、晕听区、平衡区、视区等。这些区域，都与皮层在头皮上的一定部位相对应。针刺时，相应皮层所支配的部位，大部分会出现麻、热、抽、出汗等针感。另外，根据针感的传导方向还发现了一组治疗内脏疾患的区域。经过临床反复验证，以上这些区域对治疗相应的神经系统疾患和一些内脏疾病，都有较高的疗效。就这样，头针疗法终于在为人民服务的实践中诞生了。

任何事物都是“一分为二”的。头针疗法虽然对一些病种的治疗取得了较好的效果，但还存在着有效率高低等问题。另外，由于头针疗法产生时间尚短，一些病种由于观察病例尚少，因此还没有找到规律性的东西；特别是在理论探讨方面，目前的认识还很肤浅，有待进一步深化。我们决心以路线斗争为纲，谦虚，谨慎，戒骄，戒躁，为不断完善头针疗法，发掘祖国宝贵医学遗产继续努力。

第二章 神经系统基本知识复习

头针疗法是一种新疗法。它是在学习祖国医学并结合现代医学关于神经解剖生理基本知识基础上，经过医疗实践加以总结的。这种疗法的刺激区大部分是根据大脑皮层功能定位在头皮投射区来确定的；其适应症亦多是神经系统疾病。为了便于学习这种疗法，需要复习一下和头针疗法有关的神经系统基本知识。

一、神经系统解剖生理

（一）解剖生理简介

人的神经系统被假定的分为两大部分：即躯体神经和植物神经。躯体神经又分为中枢部分（脑、脊髓）和周围部分（十二对脑神经，三十一对脊神经）。植物神经则分为交感神经和副交感神经两部分。

脑是人体高级神经中枢。脑可简单分为大脑、小脑和脑干。

大脑由两侧大脑半球组成。大脑皮层是覆盖于大脑半球表面的灰质层，厚约2~3毫米。大脑皮层是中枢神经系统发展最晚，而且是最完善的。大脑半球在外表上看，凸出的叫脑回，凹下去的叫脑沟，大而深的沟叫裂。

以左侧大脑半球外侧面为例。大脑外侧裂、中央沟、顶枕裂的引线，将大脑半球分作额叶、顶叶、颞叶、枕叶四部分。在中央沟前面的为中央前回；中央沟后面的为中央后回，外侧裂下边有颞上回，围绕外侧裂尾端为缘上回，颞上沟尾端为角回，额下回后部、中央前回下部为布洛卡氏区（图1）。

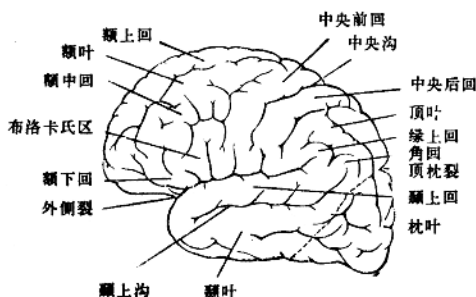


图1 大脑半球外侧面(左半球)

大脑半球内侧面有两个比较重要的部位，即旁中央小叶

和枕叶距状裂上、下缘（楔回、舌回）（图2）。

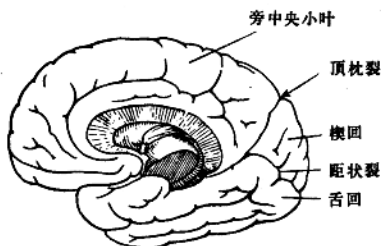


图2 大脑半球内侧面(右半球)

头针疗法刺激区的主要部分是根据大脑表面的沟回在头皮上投影来确定的。

大脑皮层的功能定位概念，是确定头针疗法刺激区定位理论基础的主要部分，熟悉这一部分较为重要。

1. 中央前回和旁中央小叶：

主要管理躯体之随意运动。其功能分布像一个倒挂半侧人体，脚在上，上肢在中间，头在下（图3）。

损伤后出现局限性主动运动不能，如单肢瘫痪等。

2. 中央后回：

为一般痛温觉、触觉分析器。是感觉的高级中枢。其功能分布，基本上与中央前回相



图3 左大脑半球经中央前回额状切面(示运动分析器)

似。损坏后出现感觉异常。

3. 颞上回中部:

为皮层听觉分析器。损坏时可出现耳鸣、眩晕、听力下降。

4. 缘上回:

有运用机能的分析器, 借以调节个体在后天学会的综合性运动, 如解衣扣、绘画、雕刻等。

损坏时不会解扣子、挖耳朵和作一些精细的工作等。临床上叫失用症。

5. 布洛卡氏区:

其功能与口、舌、咽、喉诸肌肉运动有关。此区单纯损害后表现为能理解他人语意, 但不能用语言表达本人心意, 即运动性失语。

6. 角回:

为书写文字符号的视觉分析器, 和复杂感觉有关。损伤时, 常出现失掉理解字和词义的能力, 但无视觉障碍, 称命名性失语或失读症。

7. 颞上回后部:

为语言信号听觉分析器。能检查自己和理解别人发言的含意, 损害时不能理解他人的言意和词意, 但能听到声音, 即称感觉性失语症。

8. 距状裂上下缘 (楔回、舌回):

为皮层视觉分析器。刺激性损害, 产生视幻觉。破坏性损害, 产生皮层性视力障碍。

基底神经节只介绍纹状体苍白球系统。它参与维持复杂反射性、运动性动作的协调。该部损害产生特殊的运动紊乱。如果苍白球损害为主, 产生肌张力增强-运动减少综合征, 同

时伴有安静性震颤。临床常见为巴金森氏综合征等。纹状体损害，产生肌张力减低-运动增多综合征。临床常见为舞蹈病。

内囊是位于豆状核、尾状核及丘脑之间的很厚的白灰层，其纤维以扇状放射至大脑半球之皮层。在半球的水平切面上，分为前肢、后肢和膝部。内囊是极其重要的结构，聚集了全身上行、下行的大量神经传导束。尤以膝部（通过皮层延髓束）和后肢（前三分之二通过皮层脊髓束，其后为丘脑皮层束，视束、听束）更为重要（图4）。



图4 内囊与放射冠

损害后常可出现偏瘫、偏盲、偏身感觉障碍三偏症状群。

丘脑是一切传入神经纤维汇集的中转站，又是锥体外系的一部分。

小脑位于后颅窝内，由一个中间的蚓部和两个半球构成。小脑是协调平衡、共济运动和肌张力的反射器官。损害时出现共济失调、平衡障碍。

脑干包括中脑、脑桥和延髓，为节段性结构。脑干中有上下通达的神经纤维，还包含大量神经核。

中脑有动眼神经核、滑车神经核。脑桥有三叉神经核、外展神经核、面神经核、位听神经核。延髓有舌咽神经核、迷走神经核、副神经核、舌下神经核。

脊髓为低级中枢。横断面中间有蝴蝶状之灰质及周围的白质。前方灰质内为前角细胞，有传导随意运动之冲动和营养肌肉之机能。后方由感觉神经细胞构成。

(二) 感觉和运动系统传导通路简介

1. 感觉传导路：

(1) 浅感觉传导通路：

痛温觉感受器→传入神经→第一神经元（脊神经节）→经后根入脊髓后角→第二神经元→经脊髓前联合交叉到对侧侧柱→脊髓丘脑束→上行经脑干至丘脑→第三神经元→经内囊终于中央后回和顶叶皮层（图5）。

(2) 深感觉传导通路：

肌、腱、关节位置感受器→传入神经→第一神经元（脊神经节）→经后根入脊髓组成后索上行→在延髓部位换神经元（薄束核、楔束核）交叉到对侧组成内侧丘系→丘脑（第三神经元）→经内囊终于大脑皮层（图5）。

2. 运动传导路：

中央前回和旁中央小叶→皮层脊髓束→内囊→经脑干在延髓下端锥体进行交叉→沿侧柱逐段终于前角细

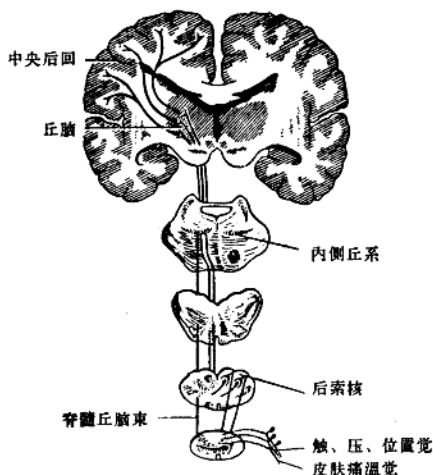


图5 感觉传导路

胞——前根——肌肉（图6）。

下面简单复习脑的血液供应：

脑的血液供应来源于椎动脉和颈内动脉。两侧椎动脉各自循延髓的腹面走至脑桥的后缘，联合为一个基底动脉，其前端形成一对大脑后动脉。颈内动脉在通过海绵窦后发出大脑前动脉和移行入大脑外侧裂深部的大脑中动脉。

大脑前动脉主要供应顶枕裂以前的大脑半球内侧面、顶叶的上缘和大脑外侧面的额上回。大脑中动脉在外侧裂分为数支，供应布洛卡氏区、中央前回、中央后回、缘上回、角回、颞上回、顶叶等。大脑后动脉供应枕叶及部分颞叶（图7、8）。

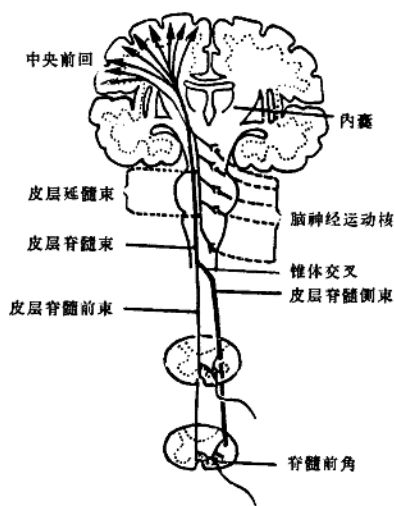


图6 运动传导路

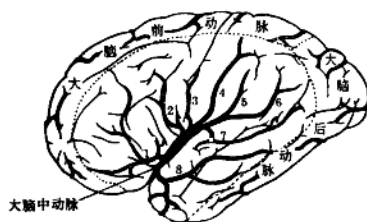


图7 左侧大脑半球皮层之动脉分布

1. 眶额动脉 2. 中央沟前动脉 3. 中央沟动脉 4. 顶前动脉
5. 顶后动脉 6. 角回动脉 7. 颞后动脉 8. 颞前动脉

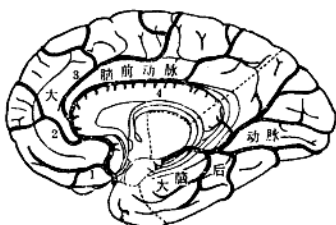


图8 大脑半球内侧面之动脉分布

1. 眶动脉 2. 颞极动脉 3. 胼胝缘动脉
4. 胼胝周动脉

二、神经系统的检查

神经系统的检查，除内科的系统检查项目以外，还应检查脑神经、运动系统、感觉系统，反射等。在这一部分，我们只概略复习一下后面一部分。有关化验、X线检查、生物电及其它特殊检查略。

(一) 十二对脑神经检查

(1) 嗅神经：检查嗅觉可用酒精、食醋、薄荷等。注意有无一侧嗅觉异常。

(2) 视神经：注意检查视力、视野和眼底。视力测验用视力表；视野检查可用手试法或视野计检查；眼底检查注意视乳头、血管、视网膜等有无改变。

(3) 动眼神经、滑车神经、外展神经：动眼神经管理上直肌、下直肌、内直肌、下斜肌之运动及瞳孔括约肌活动。动眼神经损害表现为上睑下垂、眼球偏向外方，瞳孔散大，以及眼球上、下、内方向运动障碍并出现斜视、复视等。

滑车神经管理上斜肌之运动。损害时无法向外下方侧视，

下楼梯常有困难。

外展神经管理外直肌运动。损害时眼球不能向外转而偏向内侧。

(4) 三叉神经：主要管理面部及口腔粘膜的感觉等。损害时病侧痛觉过敏、减退或消失。如下颌支损害，张口时下颌偏斜。

(5) 面神经：主要管理面部肌肉的活动。损害时表现为面部表情肌肉麻痹，多为一侧性。

检查时让患者作微笑、鼓颊、皱眉、蹙额、闭眼、吹口哨等动作。如果额纹消失、兔眼、一侧鼻唇沟变浅，张口偏斜，为周围性面神经麻痹。如仅有一侧鼻唇沟变浅，张口偏斜则为中枢性面神经瘫。

(6) 听神经：包括耳蜗神经和前庭神经。耳蜗神经主要管听觉，检查主要看听力。可用钟表，耳语测定。耳聋有神经性耳聋和传导性耳聋之分，可借助韦伯试验和林纳试验鉴别。

	神经性耳聋	传导性耳聋
韦伯试验	偏向健侧	偏向患侧
林纳试验	气导>骨导	骨导>气导

前庭神经主要管理平衡。损害时出现平衡障碍。可借助指误试验、变温试验检查。

听神经损害症状主要有耳鸣、重听、耳聋、眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤。

(7) 舌咽神经：管理咽腭部运动及咽部感觉。损害时，软

腭反射消失，轻度吞咽困难。悬雍垂偏向健侧。

(8) 迷走神经：除主要管理内脏活动外，还管咽部感觉及发音。损害时表现有发音困难、声嘶、吞咽困难等。

(9) 副神经：检查转颈、耸肩。损害时出现斜颈等。

(10) 舌下神经：主要管理舌的运动。检查伸舌运动、有无舌萎缩及纤维颤动等。周围损害表现同侧舌肌瘫痪、萎缩，偶尔可见舌肌纤维颤动。中枢性损害表现对侧瘫痪，伸舌偏向健侧，无舌肌萎缩及纤维颤动。

(二) 运动系统

(1) 主动运动及肌力评定：

检查主动运动要测定其幅度，力量和速度（上肢前举、外展，下肢抬高、伸、屈，以度数记录；力量上肢以握力计算，下肢以单腿站和行速计算），两侧进行比较，并注意在生理范围内的差别。另外，对较细致的动作，可用解扣子、写字、用筷子，挖耳朵等进行检查。

肌力评定记录一般分六级（适于瘫痪病人）。

0 级：完全瘫痪。

1 级：可见肌肉收缩而无肢体移动。

2 级：在去除地心引力影响后，能作肢体移动的主动运动。

3 级：能克服地心引力而作主动运动。

4 级：能作抵抗阻力的运动。

5 级：正常肌力。

(2) 被动运动：肌张力有无增强、减弱，有否出现齿轮样或铅管样强直或无张力。

(3) 肌肉营养状态：有无肌萎缩，是局限性还是普遍性，是对称性还是非对称性。

(4) 不自主运动：有无震颤、舞蹈等不自主动作。

(5) 共济运动：

① 静止性共济运动试验：

昂白试验：病人将双足相并站立时，如有摇摆不定或倾跌时，为昂白试验阳性。感觉性共济失调（脊髓痨）闭目时立即极度不稳而倾跌。小脑性共济失调时，睁眼、闭眼时均有摇摆，不稳。

② 运动性共济运动试验：

	小 脑 病 变	后 索 病 变
指 鼻 试 验	意向性震颤	粗大震颤
直线行进试验	脚步错乱无规律	八字步行走

(三) 感觉系统 借助棉毛、针刺检查触觉、痛觉有无感觉减退、增强、过敏、过度、倒错等现象。头颈胸腹四肢应上下前后对照检查。并注意感觉障碍是末梢型还是神经干型，有无感觉分离及地图状感觉障碍。

(四) 反射系统

(1) 生理反射：

浅反射	{	腹壁反射
		提睾反射
深反射	{	二头肌反射
		三头肌反射
		膝腱反射
		跟腱反射

(2) 病理反射:

上肢: 霍夫曼征。

下肢: 巴彬斯基征。

头面部: 吸吮反射。

(五) 步态

(1) 小脑共济失调性步态: 呈醉汉状步态或蹒跚步态。

(2) 感觉性共济失调性步态: 行走时两眼看地两足分开呈八字形步态。

(3) 偏瘫步态: 上肢屈曲, 下肢伸直, 行走时足在地上划半圆。

(4) 慌张步态亦叫前冲步态, 见于帕金森病和帕金森综合征。

(5) 痉挛步态: 两腿不打弯, 见于侧索硬化。

(6) 剪式步态: 两腿交叉见于儿童脑性瘫及严重的侧索硬化症。

(7) 鸭式步态: 行走时胸腹前膨, 臀部左右摇摆。见于进行性肌营养不良症、脊髓性进行性肌萎缩。

(8) 垂足步态(跨阈步态) 见于腓神经麻痹。

第三章 头针疗法介绍

头针疗法是针刺头皮一定刺激区以达到治病目的的一种新疗法。

(一) 头针的刺激区和作用

为了把刺激区比较准确地划出来, 我们设了两条标定线

(图 9):

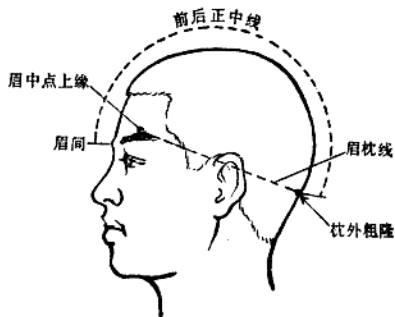


图9 标定线

前后正中线：是眉间和枕外粗隆顶点下缘的连线。

眉枕线：眉中点上缘和枕外粗隆尖端的头侧面连线。

1. 刺激区的定位和作用：

(1) 运动区：

部位：上点在前后正中线中点向后移0.5厘米处，下点在眉枕线和鬓角发际前缘相交处。上下两点连线即为运动区。运动区上 $\frac{1}{3}$ 是下肢、躯干运动区，中间 $\frac{1}{3}$ 是上肢运动区，下 $\frac{1}{3}$ 是面运区（或叫言语一区）（图10）。

注：鬓角不明显的患者，可从颧弓中点向上引垂直线，此线与眉枕线交叉处向前移0.5厘米为运动区下点。

作用：

① 运动区上 $\frac{1}{3}$ ：主要治疗对侧下肢瘫痪。

② 运动区中 $\frac{1}{3}$ ：主要治疗对侧上肢瘫痪。

✓③ 运动区下 $\frac{1}{3}$ ：主要治疗对侧中枢性面神经瘫、运动性失语、流口水、发音障碍。

(2) 感觉区：