

目 次

第一章	神經系統基本知識.....	1
第二章	頭針療法介紹.....	16
第三章	頭針療法適應症的診斷要點和 頭針治療.....	26
第四章	典型病例.....	34
附 錄	應用頭針療法治療 1046 例各類 疾患療效分析.....	39

第一章 神經系統基本知識

頭針療法是一種新療法。它是在學習中國醫學並結合現代醫學關於神經解剖生理基本知識基礎上，經過醫療實踐加以總結的。這種療法的刺激區大部份是根據大腦皮層功能定位在頭皮投射區來確定的；其適應症亦多是神經系統疾病。爲了便於學習這種療法，需要複習一下和頭針療法有關的神經系統基本知識。

一、神經系統解剖生理

(一)解剖生理簡介

人的神經系統被假定的分爲兩大部份，即軀體神經和植物神經。軀體神經又分爲中樞部份（腦、脊髓）和周圍部份（十二對腦神經，三十一對脊神經）。植物神經則分爲交感神經和副交感神經兩部份。

腦是人體高級神經中樞。腦可簡單分為大腦、小腦和腦幹。

大腦由兩側大腦半球組成。大腦皮層是覆蓋於大腦半球表面的灰質層，厚約2~3毫米(mm)。大腦皮層是中樞神經系統發展最晚，而且是最完善的。大腦半球在外表上看，凸出的叫腦回，凹下去的叫腦溝，大而深的溝叫裂。

以左側大腦半球外側面為例。大腦外側裂、中央溝、頂枕裂的引綫，將大腦半球分作額葉、頂葉、顳葉、枕葉四部份。在中央溝前面的為中央前回，中央溝後面的為中央後回；外側裂下邊有顳上回，圍繞外側裂尾端為緣上回，顳上溝尾端為角回，額下回後部、中央前回下部為布洛卡氏區(圖1)。

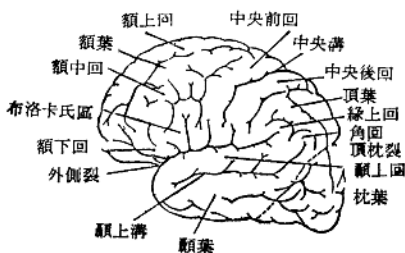


圖1 大腦半球外側面(左半球)

大腦半球內側面有兩個比較重要的部位，即旁中央小葉和枕葉距狀裂上、下緣(楔回、舌回)

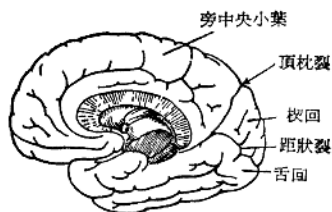


圖 2 大腦半球內側面(右半球)

(圖 2)。

頭針療法刺激區的主要部份是根據大腦表面的溝回在頭皮上投影來確定的。

大腦皮層的功能定位概念，是確定頭針療法刺激區定位理論基礎的主要部份，熟悉這一部份較為重要。

1. 中央前回和旁中央小葉：

主要管理軀體之隨意運動。其功能分佈像一個倒掛半側人體，腳在上，上肢在中間，頭在下(圖 3)。

損傷後出現局限性主動運動不能，如單肢癱瘓等。

2. 中央後回：

為一般痛溫覺、觸覺分析器。是感覺的高級中樞。其功能分佈，基本上與中央前回相似。損壞後出現感覺異常。

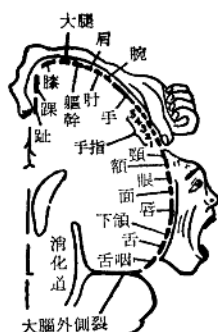


圖 3 左大腦半球經中央前回額狀切面(示運動分析器)

3. 額上回中部：

為皮層聽覺分析器。損壞時可出現耳鳴、眩暈、聽力下降。

4. 緣上回：

有運用機能的分析器，藉以調節個體在後天學會的綜合性運動，如解衣扣、繪畫、雕刻等。

損壞時不會解扣子、挖耳朵和作一些精細的工作等。臨床上叫失用症。

5. 布洛卡氏區：

其功能與口、舌、咽、喉諸肌肉運動有關。此區單純損害後表現為能理解他人語意，但不能用語言表達本人心意，即運動性失語。

6. 角回，

爲書寫文字符號的視覺分析器，和複雜感覺有關。損傷時，常出現失掉理解和詞義的能力，但無視覺障礙，稱命名性失語或失讀症。

7. 額上回後部，

爲語言信號聽覺分析器。能檢查自己和理解別人發言的含意，損害時不能理解他人的言意和詞意，但能聽到聲音，即稱感覺性失語症。

8. 距狀裂上下緣（楔回、舌回），

爲皮層視覺分析器。刺激性損害，產生視幻覺。破壞性損害，產生皮層性視力障礙。

基底神經節只介紹紋狀體蒼白球系統。它參與維持複雜反射性，運動性動作的協調。該部損害產生特殊的運動紊亂。如果蒼白球損害爲主，產生肌張力增強-運動減少綜合症，同時伴有安靜性震顫。臨床常見爲巴金森氏綜合症等。紋狀體損害，產生肌張力減低-運動增多綜合症。臨床常見爲舞蹈病。

內囊是位於豆狀核、尾狀核及丘腦之間的很厚的白灰層，其纖維以扇狀放射至大腦半球之皮層。在半球的水平切面上，分爲前肢、後肢和膝部。內囊是極其重要的結構，聚集了全身上行、下行的大量神經傳導束。尤以膝部（通過皮層延髓束）和後肢（前三分之二通過皮層脊髓束，其後爲丘腦皮層束，視束、聽束）更爲重要（圖



圖 4 內囊與放射冠

4)。

損害後常可出現偏癱、偏盲、偏身感覺障礙三偏症狀羣。

丘腦是一切傳入神經纖維匯集的中轉站，又是錐體外系的一部份。

小腦位於後顱窩內，由一個中間的蚓部和兩個半球構成。小腦是協調平衡、出濟運動和肌張力的反射器官。損害時出現共濟失調、平衡障礙。

腦幹包括中腦、腦橋和延髓，為節段性結構。腦幹中有上下通達的神經纖維，還包含大量神經核。

中腦有動眼神經核、滑車神經核。腦橋有三叉神經核、外展神經核、面神經核、位聽神經

核。延髓有舌咽神經核、迷走神經核、副神經核、舌下神經核。

脊髓為低級中樞。橫斷面中間有蝴蝶狀之灰質及周圍的白質。前方灰質內為前角細胞，有傳導隨意運動之衝動和營養肌肉之機能。後方由感覺神經細胞構成。

(二)感覺和運動系統傳導徑路簡介

1. 感覺傳導路：

(1)淺感覺傳導通路：

痛溫覺感受器→傳入神經→第一神經元（脊神經節）→經後根入脊髓後角→第二神經元→經脊髓前聯合交叉到對側側柱→脊髓丘腦束→上行經腦幹至丘腦→第三神經元→經內囊終於中央後回和頂葉皮層（圖5）。

(2)深感覺傳導通路：

肌、腱、關節位置感受器→傳入神經→第一神經元（脊神經節）→經後根入脊髓組成後索上行→在延髓部位換神經元（薄束核、楔束核）交叉到對側組成內側丘系→丘腦（第三神經元）→經內囊終於大腦皮層（圖5）。

2. 運動傳導路：

中央前回和旁中央小葉→皮層脊髓束→內囊→經腦幹在延髓下端錐體進行交叉→沿側柱逐段終於前角細胞→前根→肌肉（圖

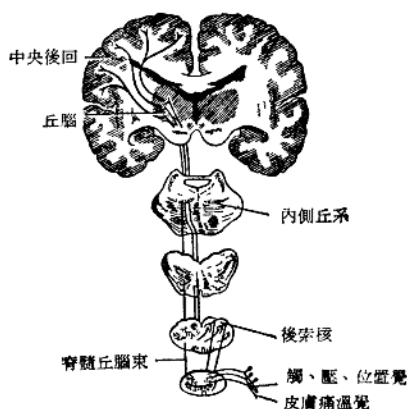


圖 5 感覺傳導路

6)。

下面簡單複習腦的血液供應：

腦的血液供應來源於椎動脈和頸內動脈。兩側椎動脈各自循延髓的腹面走至腦橋的後緣，聯合為一個基底動脈，其前端形成一對大腦後動脈。頸內動脈在通過海绵竇後發出大腦前動脈和移行入大腦外側裂深部的大腦中動脈。

大腦前動脈主要供應頂枕裂以前的大腦半球內側面、頂葉的上緣和大腦外側面的額上回。大腦中動脈在外側裂分為數支，供應布洛卡氏區、中央前回、中央後回、緣上回、角回、顳上回、

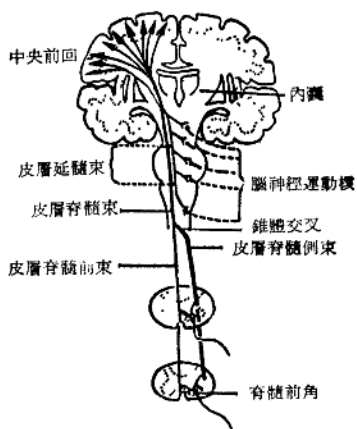


圖 6 運動傳導路



圖 7 左側大腦半球皮層之動脈分佈

1. 眶額動脈 2. 中央溝前動脈 3. 中央溝動脈 4. 頂前動脈
5. 頂後動脈 6. 角回動脈 7. 顳後動脈 8. 顳前動脈

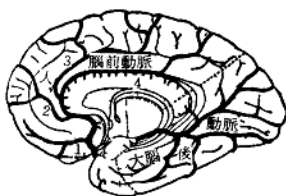


圖 8 大腦半球內側面之動脈分佈

1. 腦動脈 2. 額極動脈 3. 前腦動脈 4. 後腦動脈

頂葉等。大腦後動脈供應枕葉及部份顳葉（圖 7、8）。

二、神經系統的檢查

神經系統的檢查，除內科的系統檢查項目以外，還應檢查腦神經、運動系統、感覺系統，反射等。在這一部份，我們只概略複習一下後面一部份。有關化驗、X 綫檢查、生物電及其它特殊檢查略。

（一）十二對腦神經檢查

（1）嗅神經：檢查嗅覺可用酒精、食醋、薄荷等。注意有無一側嗅覺異常。

（2）視神經：注意檢查視力、視野和眼底。視力測驗用視力表；視野檢查可用手試法或視野

計檢查；眼底檢查注意視乳頭、血管、視網膜等有無改變。

(3)動眼神經、滑車神經、外展神經：動眼神經管理上直肌、下直肌、內直肌、下斜肌之運動及瞳孔括約肌活動。動眼神經損害表現為上瞼下垂、眼球偏向外方，瞳孔散大，以及眼球上、下、內方向運動障礙並出現斜視、複視等。

滑車神經管理上斜肌之運動。損害時無法向外下方側視，下樓梯常有困難。

外展神經管理外直肌運動。損害時眼球不能向外轉而偏向內側。

(4)三叉神經：主要管理面部及口腔黏膜的感覺等。損害時病側痛覺過敏、減退或消失。如下頷支損害，張口時下頷偏斜。

(5)面神經：主要管理面部肌肉的活動。損害時表現為面部表情肌肉麻痹，多為一側性。

檢查時讓患者作微笑、鼓頰、皺眉、蹙額、閉眼、吹口哨等動作。如果額紋消失、兔眼、一側鼻唇溝變淺，張口偏斜，為周圍性面神經麻痹。如僅有一側鼻唇溝變淺，張口偏斜則為中樞性面神經癱。

(6)聽神經：包括耳蝸神經和前庭神經。耳蝸神經主要管聽覺，檢查主要看聽力。可用鐘表，耳語測定。耳聾有神經性耳聾和傳導性耳聾之分，可藉助韋伯試驗和林納試驗鑒別。

	神經性耳聾	傳導性耳聾
韋伯試驗	偏向健側	偏向患側
林納試驗	氣導 > 骨導	骨導 > 氣導

前庭神經主要管理平衡。損害時出現平衡障礙。可藉助指誤試驗、變溫試驗檢查。

聽神經損害症狀主要有耳鳴、重聽、耳聾、眩暈、惡心、嘔吐、眼球震顫。

(7)舌咽神經：管理咽腭部運動及咽部感覺。損害時，軟腭反射消失，輕度吞咽困難。懸雍垂偏向健側。

(8)迷走神經：除主要管理內臟活動外，還管咽部感覺及發音。損害時表現有發音困難、聲嘶、吞咽困難等。

(9)副神經：檢查轉頸、聳肩。損害時出現斜頸等。

(10)舌下神經：主要管理舌的運動。檢查伸舌運動、有無舌萎縮及纖維顫動等。周圍損害表現同側舌肌癱瘓、萎縮，偶爾可見舌肌纖維顫動。中樞性損害表現對側癱瘓，伸舌偏向健側，無舌肌萎縮及纖維顫動。

(二)運動系統

(1)主動運動及肌力評定：

檢查主動運動要測定其幅度、力量 and 速度（上肢前舉、外展，下肢抬高、伸、屈，以度數記錄；力量上肢以握力計算，下肢以單腿站和行速計算），兩側進行比較，並注意在生理範圍內的差別。另外，對較細緻的動作，可用解扣子、寫字、用筷子、挖耳朵等進行檢查。

肌力評定記錄一般分六級（適於癱疾病人）。

0 級：完全癱瘓。

1 級：可見肌肉收縮而無肢體移動。

2 級：在去除地心引力影響後，能作肢體移動的主動運動。

3 級：能克服地心引力而作主動運動。

4 級：能作抵抗阻力的運動。

5 級：正常肌力。

（2）被動運動：肌張力有無增強、減弱，有否出現齒輪樣或鉛管樣強直或無張力。

（3）肌肉營養狀態：有無肌萎縮，是局限性還是普遍性，是對稱性還是非對稱性。

（4）不自主運動：有無震顫、舞蹈等不自主動作。

（5）共濟運動：

①靜止性共濟運動試驗：

昂白試驗：病人將雙足相並站立時，如有搖擺不定或傾跌時，為昂白試驗陽性。感覺性共濟失調（脊髓癱）閉目時立即極度不穩而傾跌。小

腦性共濟失調時，睜眼、閉眼時均有搖擺，不穩。

②運動性共濟運動試驗：

	小腦病變	後索病變
指鼻試驗	意向性震顫	粗大震顫
直綫行進試驗	腳步錯亂無規律	八字步行走

(三)感覺系統

藉助棉毛、針刺檢查觸覺、痛覺有無感覺減退、增強、過敏、過度、倒錯等現象。頭頸胸腹四肢應上下前後對照檢查。並注意感覺障礙是末梢型還是神經幹型，有無感覺分離及地圖狀感覺障礙。

(四)反射系統

(1)生理反射：

- | | | |
|-----|---|-------|
| 淺反射 | { | 腹壁反射 |
| | | 提舉反射 |
| 深反射 | { | 二頭肌反射 |
| | | 三頭肌反射 |
| | | 膝腱反射 |
| | | 跟腱反射 |

- (2) 病理反射：
上肢：霍夫曼徵。
下肢：巴彬斯基徵。
頭面部：吸吮反射。

(五) 步態

(1) 小腦共濟失調性步態：呈醉漢狀步態或蹣跚步態。

(2) 感覺性共濟失調性步態：行走時兩眼着地兩足分開呈八字形步態。

(3) 偏癱步態：上肢屈曲，下肢伸直，行走時足在地上劃半圓。

(4) 慌張步態亦叫前衝步態，見於巴金森病和巴金森綜合症。

(5) 痙攣步態：兩腿不打彎，見於側索硬化。

(6) 剪式步態：兩腿交叉見於兒童腦性癱及嚴重的側索硬化症。

(7) 鴨式步態：行走時胸腹前膨，臀部左右搖擺。見於進行性肌營養不良症、脊髓性進行性肌萎縮。

(8) 垂足步態（跨閘步態）見於腓神經麻痹。

第二章 頭針療法介紹

頭針療法是針刺頭皮一定刺激區以達到治病目的的一種新療法。

(一)頭針的刺激區和作用

爲了把刺激區比較準確地劃出來，這裏設了兩條標定線（圖9）：

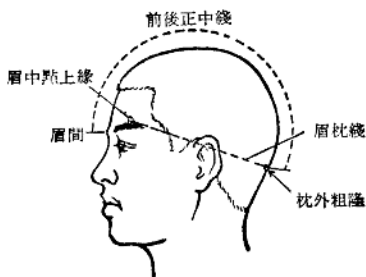


圖9 標定線