

主 编：于致顺

副 主 编：包向阳

编写人员：于致顺 包向阳 石 瑰

程为平 梅荣军

插 图：付 唤

前 言

针灸医学是我国宝贵文化遗产的重要组成部分，它总结了中华民族几千年与疾病作斗争的经验，是祖国传统医学宝库中的一颗明珠。头穴疗法(包括各种头针)就是源于此传统针灸医学，而且经过提高、发展又有了新的学科特色的一种疗法。尤其是近几十年来治疗各种疾病如在神经科、内科、五官科、妇科及传染病等方面取得了较好的效果。用于针刺麻醉也获得了成功。再加其有着经济、简便、安全、易行的优点，不但在国内普及和推广，而且在国际医学领域中也享有较高的信誉和深受欢迎。

头穴疗法的医术在临床实践中不断改进和完善。但其理论与实施的辨证、选穴、针法、手法及用具等方面不同，形成了许多不同技术风格和学术特色的流派，这对弘扬针灸医学，以及对其未来的发展增添了新的风采。

本书以百花齐放，百家争鸣的原则，对不同的学术观点采取保留的态度，使其有机会经以实践的检验或有待研究。这对各学术流派之间，经过学术争论、彼此促进、取长补短、达到最后统一是十分有必要的。

本书结合著者多年的临床、科研及教学实践，较为全面地介绍了头穴有关的中西医基础知识，各种头穴(头针)疗法的内容和近期临床与基础研究概况，是目前有关头穴(包括头针)内容较丰富的一本著作，是针灸临床、科研及教学的良好参考资料。但由于我们水平有限，经验不足，难免产生错误与缺点，希望广大读者批评指正。

著 者

1990年5月 于哈尔滨

目 录

绪论	1
第一章 有关解剖生理学知识	6
第一节 颅顶部软组织	6
一、皮肤	6
二、浅筋膜	6
三、颅顶肌与帽状腱膜	8
四、腱膜下疏松结缔组织	8
五、颅骨骨膜	8
第二节 颅骨	9
一、颅顶骨	9
二、骨缝	9
第三节 脑	10
一、大脑	10
二、脑干	27
三、小脑	28
四、血液供应及脑脊液循环	29
五、主要传导束	33
六、体表投影	37
第二章 头部经络与腧穴	39
第一节 经络	39
一、十二经脉	39
二、奇经八脉	39
三、经别	40
四、经筋	40

五、络脉·····	41
六、头部交会穴·····	41
第二节 腧穴·····	41
一、头穴的取穴标准·····	41
二、经穴·····	46
三、经外奇穴·····	59
第三章 几种头针简介 ·····	63
第一节 焦氏头针·····	63
一、刺激区的部位和主治·····	63
二、操作方法·····	68
第二节 方氏头皮针·····	69
一、刺激区和主治·····	72
二、取穴与配穴方法·····	78
三、进针与手法·····	78
第三节 新治疗区·····	79
第四节 头皮针穴名国际标准化方案·····	89
一、标准线的定位·····	90
二、头皮针的适应症·····	94
第四章 临床研究概况 ·····	97
第一节 中风后遗症及其它脑性瘫痪、失语·····	97
一、穴位与刺激区(线)的选择·····	97
二、刺激方法的选择·····	103
三、康复标准·····	107
第二节 脑出血·····	110
一、急性脑出血治疗适应症·····	111
二、急性脑出血头穴治疗禁忌症·····	112
第三节 震颤麻痹、舞蹈病及共济失调·····	112

第四节	癫痫	112
第五节	假性球麻痹	113
第六节	尿失禁、小便频数	114
第七节	肢体浮肿	115
第八节	去大脑皮层综合征	115
第九节	智力低下及增加智力	116
第十节	考场综合征	116
第十一节	眩晕症	117
第十二节	发作性睡病	118
第十三节	小儿发热惊厥	118
第十四节	脊髓性截瘫及周围神经损伤	118
第十五节	头痛	119
第十六节	高血压病	120
第十七节	精神病	120
第十八节	疼痛性疾病	121
第十九节	五官科疾病	123
第二十节	脱发症	124
第五章	头穴机理研究	125
一、	脑血流图	125
二、	脑电图	126
三、	血液流变学	126
四、	血栓素和前列环素	127
五、	血浆环核苷酸	128
六、	亮氨酸脑啡肽	128
七、	甲皱微循环	129
八、	血脂代谢	130
九、	肌电	130
附	参考文献	133

绪 论

头穴疗法（包括各种头针，下同）是利用针法、灸法及其它有关物理方法，刺激脑（包括大脑、小脑、脑干）的体表及其邻近腧穴（或刺激区），治疗各种疾病的一种方法。此法自古就有，而近几十年发展较快。它是属微针系统之一。

头部腧穴能治疗各种疾病，从《内经》就有记载，如：《素问·骨空论》记载有“头痛、身重、恶寒，治在风府”，《灵枢·五乱》篇中有“气乱于头则为厥逆，头重眩仆……取之天柱”等。晋朝《甲乙经》用头部腧穴治疗疾病的记载更多，据不完全统计有五十余处，加上配合躯体腧穴就更多了，治疗范围也较广泛，可治疗头面五官病，如“青盲，远视不明，承光主之”，“咽肿难言，天柱主之”，“上齿龋肿，目窗主之”，“耳鸣，百会……主之”，“目眦眦，赤痛，天柱主之”等；还可治精神、神经系统疾病，如：“瘖、脊强、反折、痲痹、头重，五处主之”，“痲疾、大痲，脑空主之”等；可治全身性疾病，如：“头痛身热，鼻塞，喘息不利，烦满汗不出，曲差主之”，“寒热骨病，玉枕主之”，“小便赤黄，完骨主之”等；也可治疗肢体及外科病，如“足不仁，刺风府”，“痲疽，窍阴主之”等。后世各家记载就更多了，如《铜人》记载：曲差治“心中烦满”，承光疗“呕吐心烦”；《席弘赋》曰：“风府风池寻得到，伤寒百病一时消”；《针灸大成》中说：“或针风，先向风府、百会中”等等，都说明头部腧穴能够治疗全身各种疾病。但是随着时代的推移，历史条件所限，头部腧穴的治疗临床直至20世纪60年代，没能有更大的发展，近百年来出版的书刊中也很少见到专用

头部腧穴治疗疾病的记载。1927年创办的《针灸杂志》中也是同样，虽然有用头部腧穴：百会、风府、神庭、上星、风池、率谷等穴分别配合躯体腧穴治疗疾病的报道，但专用头部腧穴治疗的病例仍然罕见。1958年在《上海中医杂志》上日本代田文志先生发表一篇针刺百会、前顶治疗督脉、任脉上和足底部疼痛的观察^[1]，但对于头部腧穴的重视及应用上并没有带来更大的促进作用。在各种针灸书籍及中医院校的有关教材，以及各地的杂志专用头部腧穴治疗的病例报道仍然极为罕见。

1971年山西《头针疗法》问世，其后不到5年就在全国20多个省市推广应用，其适应症不断扩大，在治疗神经科、内科、眼科、妇科及传染病方面，取得了一些较好的效果，并开始用于针刺麻醉。据不完全统计，其治疗病种已达50余种，有效率达69%—97%，基本痊愈达24%—30%^[2]。到1989年为止的十几年间，深受国内外医学界的重视，其治疗病种高达50余种，公开发表的论文400余篇，研究范围及深度也有了很大的进展。与此同时，方氏头皮针和朱氏颅针也相继问世，据有关记载也能治疗全身各种有关疾病。

头穴疗法目前基本上可分两类，一类是以大脑和神经系统的生理、解剖为理论基础，选用头部的“刺激区”或“穴区”、“穴位”作为治疗点，治疗疾病。如焦氏的《头针》认为大脑皮层的功能与其相应的头皮有关，针刺其相应的头皮上，就可以调节其直下的大脑皮层功能，所以其针刺的部位是由皮层功能的投影部位来确定和命名的。如：相当于中央前回部位的头皮叫运动区，主治运动功能障碍；相当于中央后回部位的头皮叫感觉区，主治感觉功能障碍。共有16个刺激区^[3]。方氏《头皮针》根据大脑的生理、解剖，将头部分成7

个穴区和 21 个穴位。7 个穴区是伏象（总运动中枢）一个，伏脏（总感觉中枢）两个，倒象（运动中枢）两个和倒脏（感觉中枢）两个。伏象沿着额骨、顶骨、枕骨交界部位及其两侧，有规律的分布着许多与全身部位相应的刺激点，如果将这些刺激点连接起来，形成一个人体缩影伏于冠状、矢状和人字缝的位置上。伏脏穴区在前额两侧构成一个从内向外的半侧人体内脏、皮肤缩影图。倒象和倒脏则在中央前回和中央后回部位的位置上。21 个穴位则是在其皮层中枢的头皮处，根据中枢的功能分别命名为思维、记忆、说话、书写、运平、信号、听觉、嗅觉、视觉、平衡、呼循等穴^[4]。朱氏颅针认为在人体头部也有整个人体的投影，是以矢状缝为中心的，但是正与《头皮针》的“伏象”相反，其人体缩影是头朝后，尾骨朝前，面部朝后，而其四肢的分布位置也正相反，上肢伏在人字缝上，下肢由前凶向左右分出，伏在冠状缝上。前凶与后凶之间，又分三等份，后 $\frac{1}{3}$ 为上焦，中 $\frac{1}{3}$ 为中焦，前 $\frac{1}{3}$ 为下焦。并认为与经络脏腑相联，所以针其相应的部位则全身脏腑、经络、阴阳、表里无病不治^[5]。

以上都是以大脑的生理、解剖知识为理论基础，通过刺激相应的头皮而调节皮层功能。相应的头皮区通过什么途径作用于皮层？从目前的解剖生理知识还很难解释。同时在临床中发现，一个刺激区有多种功能，如：在中央前回后部位的头皮处（感觉区或称倒脏）不但能治疗感觉障碍，还可治疗运动障碍、调节血压、治疗失语、影响血液流变与脑血流等；不但对对侧肢体起治疗作用，对同侧肢体也起治疗作用。因此就有人用传统腧穴代替刺激区。1973 年安氏等称运动区为百阳穴（百会透太阳穴），称感觉区为后顶区^[6]。也有将运动区上 $\frac{1}{5}$ 改为百会穴，中 $\frac{2}{5}$ 改为正营穴，下 $\frac{2}{5}$ 改称

头维穴等^[7]。

1974年我们根据古人记载,提出“头部透穴治疗脑血管病后瘫痪”的论点,尤其从1973年以来用头部腧穴前顶透健肢侧悬颅和百会透健肢侧曲鬓治疗脑血管病偏瘫的亲身体会。并用100例患者的系统观察治疗证实了头部腧穴治疗该病的有效率达95%。之后进行了系统的研究,认为十四经循行,均可通达头部,十四经穴可治疗十四经及五脏六腑疾病,并采用透经、透穴、一穴多经、一穴带多穴,不但可治对侧,亦可治同侧疾病,疗效理想^[8]。

1979年中医研究院针灸研究所神经科生理二室针刺健侧百会、正营、悬颅治疗偏瘫病人收到了满意的疗效,并发现针刺头部腧穴使病人脑血管扩张,外周阻力减少,血流量增加^[9]。

1980年张氏取“优选区”针刺治疗16种疾病106例病人有效率达96%以上,提出运动区的特异性至少不限于大脑前回投影区。与此同时,山西通过针刺生殖区上3cm处治疗尿崩症也提出了不同的观点^[10]。

1981年高氏针刺上星、百会、五处、承光、通天、络却等穴治疗偏瘫100例有效率达90%^[11]。

1983年全国著名针灸专家,在全国针灸学会主持下,召开了从事头皮针工作的专家会议,共同拟定了《头皮针穴名标准化国际方案》,并于1984年6月在日本东京召开的世界卫生组织西太地区会议上正式通过。

1985年中医研究院针灸研究所与北京针灸学会在北京举办了“头皮针学习班”,邀请北京针灸界著名人士介绍和讲授了《方案》的内容,详细地论述了头皮针的有关生理、病理、解剖、经络、腧穴、辨证论治及临床治疗等课程,把头针从

理论、实践上有效地归纳于传统的中医理论范畴，恢复和反映了传统的头部腧穴适应症广而疗效好的本来面貌和特色，并命名为“头皮针”。

1988年1月在哈尔滨召开了中国针灸学会腧穴研究会头穴组成立暨学术交流会议，从此就有了头穴组织。这次在大会深入广泛地研究头穴治疗疾病的特点、主治范围和应用手法的基础上，扩大了头穴治疗疾病的适应范围。在这次大会发表的论文中，据初步统计头穴可以治疗内、外、妇、儿、骨伤、神经内科、眼科及精神疾病等40多种病症。尤其对头穴治疗急性病、脑出血、癫痫的最佳时机的探讨，受到了代表的好评。在研究头穴治疗疾病的同时，利用现代仪器研究头穴的报告也不少。这次会议对头穴研究达到了一个新的高度^[12]。

在此期间，又有人提出了“经络头针”、“汤氏头针”及“兰田头针”等。

现在关于头部针刺疗法的机制可以归纳为两种主要学说：

1. 大脑皮层的功能定位在头部（头皮部）的投影区，可直接对相应的大脑皮层具有调节作用的治疗作用。

2. 机体功能综合调节作用说：即人头部为十四经循行交会、汇聚之处，刺激头穴，可以通过调节气血、阴阳的综合调节作用，以达到防病治病的目的。采用透穴起到一经带多经，一穴带多穴的整合作用。对大脑功能的调节，也是综合调节，不只限于调节头皮直下的皮层中枢。

第一章 有关解剖生理知识

第一节 颅顶软组织

从表及里由皮肤、浅筋膜（皮下组织）、颅顶肌与帽状腱膜、腱膜下疏松结缔组织及颅顶骨膜等五层组成（图1）。

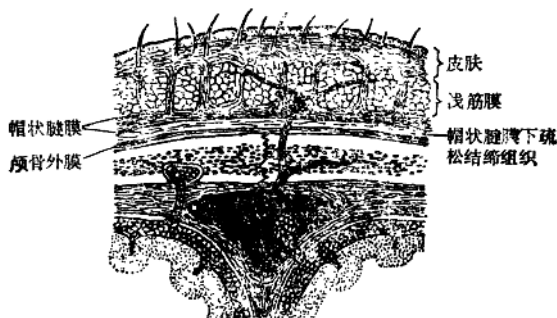


图1 颅顶层次（额状断面）

一、皮肤

颅顶部皮肤厚而致密，除额部外都有头发，且含有大量的汗腺、皮脂腺。是疖肿和皮脂囊肿好发的部位。此外还含有丰富的血管和淋巴管，当外伤时出血较多但愈合也较快。

二、浅筋膜

即皮下组织，由坚韧而致密的结缔组织组成，且含有脂

肪，其脂肪多少不因人的胖瘦而异。结缔组织将脂肪分成无数小格，小格除脂肪外还有神经和血管，所以此层在炎症时渗出物不易扩散蔓延，红肿多限于局部。但因神经末梢受压，在炎症早期就可感知头痛。血管在此与结缔组织相愈着，外伤时血管不易收缩，因此出血较多，而需要用压迫血管与结缔组织的方法才能达到止血目的。

颅顶部的血管和神经，在浅肌内，多由基底部向颅顶部走行。

(一) 动脉和神经 分前、后、外三组 (图2)。

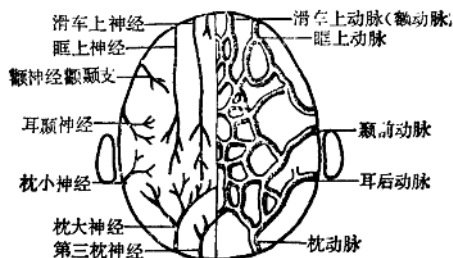


图 2 颅顶部的神经和动脉

1. 前组：

Ⅰ 前内侧组：距中线 2.0 厘米，有额动脉和滑车上神经。

Ⅱ 前外侧组：距中线 2.5 厘米，有眶上动脉和眶上神经。

2. 外侧组：

Ⅰ 耳前组：有颞浅动脉和耳颞神经，两者相伴而行。

Ⅱ 耳后组：有耳后动脉和面神经的耳后支、颈丛的耳大神经后支和枕小神经。耳后支分布于耳后上方的肌肉；耳大神经及耳小神经分布于皮肤。

3. 后组：有枕动脉和枕大神经分布于枕部，而后到颅顶、动脉行于神经的外侧。

颅顶部的动脉有广泛的吻合，不但左右相互吻合，颈内动脉系统与颈外动脉系统也有相互联系，颅顶部的神经都行于皮下组织内，而且分布相互重叠。

(二) 静脉 颅顶部的静脉位于皮下组织，广泛吻合形成静脉网，静脉主干与同名动脉伴行。

三、颅顶肌与帽状腱膜

颅顶肌包括前方的额肌和后部的枕肌。额肌与枕肌以帽状腱膜相连。额肌起自眉和鼻根处的皮肤和皮下组织与眼轮匝肌相连。枕肌起自枕外隆突和上顶线，此两块肌肉属于皮肌。帽状腱膜坚韧而厚，但向两侧至颞区则变薄成为颞筋膜。

四、腱膜下疏松结缔组织

它是一层潜在性间隙的蜂窝组织，其中有导血管通过，它连接头皮静脉、颅骨板障静脉、颅内硬膜静脉窦，是头皮的危险区。头皮的静脉借导血管与颅内静脉窦相通，如果导血管因头皮感染发生血栓，即有将血栓带入颅内的可能。此外，在此层内发生瘀血、积脓或积液时都可迅速蔓延全部颅顶，甚至眼睑。

五、颅骨骨膜

颅骨骨膜仅在骨缝及颞窝处与骨紧密粘接成骨缝膜并与硬膜外层相延续，其它处骨膜与颅骨间有疏松组织存在，在骨膜下如发生积脓或出血时，因受骨缝的限制常限于一块骨之骨膜下方，此种情况与腱膜下疏松组织不同。

第二节 颅 骨

颅骨由八块骨组成，有额骨、顶骨（二块）、颞骨（二块）蝶骨和筛骨，组成颅顶、颅底和颅腔（图3）。

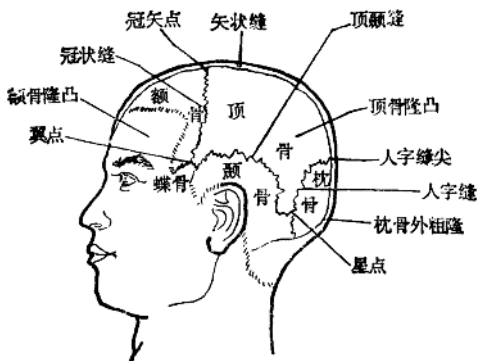


图3 颅骨及骨缝

一、颅顶骨

前部为额鳞，后部为枕鳞，中间有两块顶骨，两侧为蝶骨大翼及颞鳞部。

颅底、颅腔从略。

二、骨缝

包括矢状缝：两顶骨之间；冠状缝：额骨与顶骨之间；人字缝：枕骨与顶骨连接处；蝶顶缝：顶骨与蝶骨连接处。

第三节 脑

由大脑、小脑和脑干组成

一、大脑

分左右两半球，借胼胝体相连。覆盖于表层灰质叫大脑皮层又称皮质，由脑细胞组成。其下为白质，由神经纤维组成。白质内的灰质团块称基底节。在白质内包围着脑室。

(一) 大脑的表面 大脑有三个面、四个极和五个叶(有称六个叶)

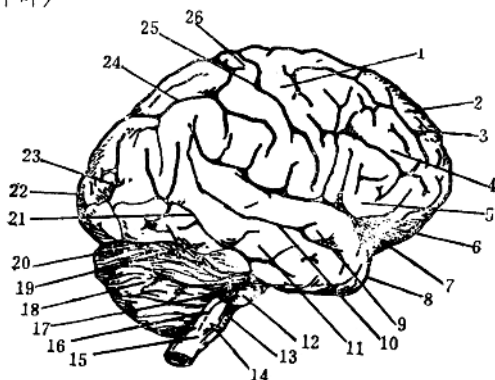


图4 大脑半球皮层背外侧面的沟回

1. 中央前回; 2. 额上回; 3. 额上沟; 4. 额中回; 5. 额下回;
6. 宜回; 7. 大脑外侧裂; 8. 额极; 9. 额上回; 10. 额上沟;
11. 额中回; 12. 脑桥; 13. 锥体; 14. 橄榄体; 15. 延髓;
16. 橄榄旁外侧沟; 17. 小脑绒球; 18. 小脑半球; 19. 额下回;
20. 大脑横裂; 21. 额下沟; 22. 枕极; 23. 枕横沟; 24. 顶回
沟; 25. 中央沟; 26. 中央后回。

1. 面：背外侧面、内侧面、底面。
2. 极：枕极、颞极、岛极、额极。
3. 叶：由沟回分成五（六）个叶。

(二) 主要沟裂

1. 中央沟：位于背外侧面近中间部分，自顶部向下弯曲，止于外侧裂上，前为额叶、后为顶叶。
2. 外侧裂：从脑底开始，在背外侧面向后，上方为额顶叶、下方为颞叶。
3. 顶枕裂：在内侧面显著，在大脑半球后 $\frac{1}{3}$ 处，顶枕裂至枕前切迹连线后方为枕叶。
4. 环沟：深藏在额、颞深部，大致成三角形，为岛叶、额叶、颞叶的分界（图4、图5）。

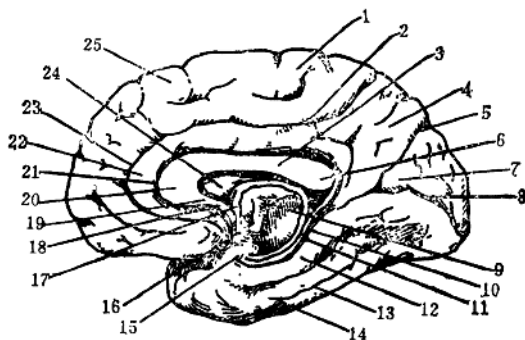


图 5 大脑皮层内侧面的沟回

1. 旁中央小叶；2. 扣带沟边缘支；3. 胼胝体干；4. 楔前叶；
5. 顶枕裂；6. 胼胝体压部；7. 楔叶；8. 距状裂；9. 丘脑；
10. 海马沟；11. 齿状回；12. 海马回；13. 枕颞外侧沟；14. 颞下回；
15. 海马回沟；16. 乳头体；17. 穹窿；18. 前连合；
19. 胼胝体嘴；20. 胼胝体膝；21. 胼胝体沟；22. 扣带回；
23. 扣带沟；24. 透明隔；25. 额上回

(三) 分叶

1. 额叶：在背外侧面的中央沟以前，外侧裂以上，由中央前沟、额上沟、额下沟，分成中央前回、额上回、额中回和额下回；在底面有嗅束沟、直回和前回；在内侧面的扣带沟以上，中央沟延线以前，有额内侧回、旁中央小叶的前部。

2. 颞叶：在外侧裂下方，顶枕沟与枕前切迹连线前方。在外侧面由颞上沟、颞下沟分成颞上回、颞中回、颞下回。颞上回的一部分卷入外侧裂底称颞上回平面，有颞横前回和颞横后回；在底部由颞下回转到底部，其内侧有枕颞内侧回（梭状回）。

3. 顶叶：在背外侧面的中央沟以后，顶枕线中点与外侧裂末端之间的上部，由中央后沟、顶间沟分成中央后回、顶上小叶和顶下小叶（缘上回、角回）；内侧面的中央沟延线后，顶枕沟前，扣带回顶下沟上有旁中央小叶后部和枕前叶。

4. 枕叶：外侧面在顶枕沟与枕前切迹的后方，沟回不横定；内侧面在顶枕沟后，由距状裂分成楔回（上唇）和舌回（下唇）。

5. 岛叶：在外侧裂的深部，额叶包盖其表面。

6. 边缘叶（系统）：包括扣带回、海马、隔区和梨状叶等，在脑干的周围。边缘叶内容逐渐扩大，将皮层结构相似、功能和联系较密切的皮层下结构（隔核、杏仁核、丘脑的一部分）属于边缘系统。由于与嗅、内脏、情绪行为活动、记忆等有关，又称内脏脑（图6、7、8、9、10）。

(四) 大脑皮层的结构 大脑皮层在大脑的表面，由神经细胞组成，颜色为灰色，故又称为灰质。由于沟裂而增加了