

头针与芒针疗法

邵万方 编著

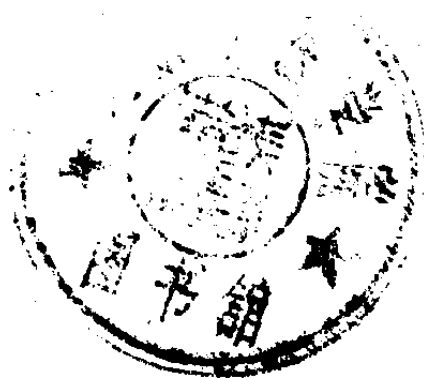
安徽科学技术出版社

样 本 库

头针与芒针疗法

邵万方 编著

y+147/13



安徽科学技术出版社

1211900

(皖)新登字 02 号

责任编辑: 胡世杰

责任校对: 梁庆华

封面设计: 赵素萍

头 针 与 芒 针 疗 法

邵万方 编著

※

安徽科学技术出版社出版

(合肥市九州大厦八楼)

邮政编码: 230063

安徽省新华书店经销 安徽池州印刷厂印刷

※

开本: 787×1092 1/32 印张: 5.625 字数: 120000

1992年5月第1版 1992年5月第1次印刷

印数: 00001—3,500

ISBN7-5337-0796-6/R·150

定价: 3.50元

内 容 提 要

本书从祖国传统医学到现代医学，从基础理论到临床治疗，对头针与芒针的作用机理、临床应用作了剖析和探讨。

在“头针疗法”一章中，全面介绍了14个刺激区和14条标准线，两种头针刺激区域的定位方法，并且介绍了临床上较常用的三种刺激手法。

在“芒针疗法”一章中，重点介绍了经穴及透穴的主治作用和功能。

本书还选择了头针与芒针疗效均较好的42种常见病、疑难病加以详细论述。

本书可供针灸临床医生及自学者参考。

序

头针与芒针是针灸学的两大重要分支，是一门具有独特风格的新学科。

作者经过 20 余年临床实践，对头针治疗某些常见病、疑难病的疗效有了较深的研究。

芒针源于古代九针之一的长针，在漫长的发展过程中，经历代医家的整理与补充，已初具雏形。芒针针体长，能深刺，在选穴、配穴上均有独特之处，很适应于神经系统、消化系统、妇科及软组织损伤等各种疾病。由于头针和芒针在临床中越来越显示的优势和良好的疗效，它日益受到国内外广大医务工作者的重视和众多病者的欢迎。

邵万方同志多年来潜心于头针与芒针的研究，有较丰富的实践经验。他认真总结自己多年来的学习心得和在临床应用中的实际体会，并博采众长，编撰了《头针与芒针疗法》一书，从祖国传统医学到现代医学，从基础理论到临床治疗，对头针与芒针的作用机理作了深刻的剖析和综合探讨，全面、系统地展现了头针与芒针的概貌，言简意赅；特别是其中所列举的两种头针刺激区域的定位方法和三种针刺手法，以及芒针常用的经穴及透穴等，有较高的实用价值，值得一读。

此书，我有幸先睹为快，甚感深受启迪，欣然作序，以荐读者。

北京针灸骨伤学院 宋一同

编写说明

一、针灸学是祖国医学的重要组成部分。在悠久的历史岁月里,它的继承和弘扬,充实了祖国医学的宝库,为中华民族的繁衍作出了贡献。头针、芒针是针灸学领域内风格特独的重要分支学科。近年来,在世界范围内掀起的针灸热潮中,受世界卫生组织西太区办事处的委托,并在中国针灸学会的大力支持下,我国成立了全国性的头针协作组;各地不少医疗单位成立了头针、芒针治疗科室。1984,年国家通过了《头皮针穴名国际标准化方案》。1987年11月,在北京召开的世界针灸学会联合会成立大会暨第一届世界针灸学术大会上,头针疗法的表演获得成功。一股学习头针、芒针的热潮正在世界各地兴起。我国从事头针和芒针工作人员队伍日益壮大。但目前有关头针、芒针方面的参考书较少,难以满足读者需要。为此,特根据本人的学习体会和临床实践,编写了《头针与芒针疗法》一书,以飨读者。

二、本书的内容如下:

1. “头针疗法”一章共分五节,分别介绍了头针的发展简史;头部的解剖;头与脏腑经络的关系;头针疗法、禁忌症及注意事项;头针的14个刺激区和14条标准线;头针临床常用的3种刺激手法等。头针分区划线的理论基础及定位,在认识上尚有一些分歧,有待继续探讨,故未作方义解释。

2. “芒针疗法”一章共分四节,包括芒针疗法概述;芒针的穴位;经络与经穴概述;芒针经穴分布及其主治病症等。近年来,国内外对芒针的报道很不一致,本书基本上采用了14

经络取穴标准,从 361 穴中选用了部分常用穴位,重点介绍了部分芒针常用的经穴及透穴,并加以图解。对芒针已作方义简释,供读者参考。

3. “常见病的头针与芒针疗法”一章,选用了对头针及芒针疗效均较理想的42种疾病,采用西医病名,对每个病症先简述中西医的各自认识,以及头针和芒针的治疗原则和取穴方案。

三、本书编写过程中,参考了《头针》(焦顺发著)、《略论朱明清的头穴针刺手法》、《头针与耳针》(宋一同等著)、《芒针疗法》(杨兆纲著)等著作。

四、本书可供从事头针、芒针理论研究和临床工作人员及爱好者参阅。由于编者水平有限,加之仓促成书,不妥之处,在所难免,恳请同道指正。

编者

1990年11月

目 录

序.....	宋一同	1
编写说明.....		2
第一章 头针.....		1
第一节 头部的解剖.....		2
一、头部表面解剖		2
二、头部软组织		3
三、颅顶骨		4
四、颅部的神经、血管与淋巴		5
五、脑、脑的被膜和脑的血管		5
第二节 神经系统检查.....		10
一、意识障碍检查		10
二、言语障碍检查		11
三、脑神经检查		13
四、颈部检查		16
五、上肢检查		16
六、躯干检查		20
七、下肢检查		20
八、植物神经功能检查		23
九、脑脊液检查		23
第三节 头与脏腑经络的关系.....		25
第四节 头针疗法.....		28
一、头针刺激区域的定位及主治		28
二、头部标准线与经穴的关系		37

三、头针操作方法	39
四、头针针感	42
第五节 头针禁忌症及注意事项	43
一、头针禁忌症	43
二、头针注意事项	43
第二章 芒针疗法	44
第一节 芒针疗法的一般知识	44
一、芒针辨证施治的基本原则	44
二、芒针处方及配穴的基本原则	44
三、芒针的针刺及基本手法	46
四、芒针术前准备	49
五、芒针的定位法	49
六、芒针适应症	52
七、芒针注意事项	53
八、芒针异常现象的处理	53
第二节 经络与经穴概述	55
第三节 芒针穴位分布	57
第四节 芒针经穴分布	66
一、手太阴肺经穴	66
二、手阳明大肠经穴	70
三、足阳明胃经穴	73
四、足太阴脾经穴	79
五、手少阴心经穴	82
六、手太阳小肠经穴	85
七、足太阳膀胱经穴	90
八、足少阴肾经穴	93
九、手厥阴心包经穴	98
十、手少阳三焦经穴	102
十一、足少阳胆经穴	105

十二、足厥阴肝经穴	110
十三、督脉穴	112
十四、任脉穴	116
十五、经外穴	119
第三章 常见病的头针与芒针疗法	127
1. 流行性乙型脑炎	127
2. 急性咽炎	127
3. 流行性腮腺炎	128
4. 肺炎	129
5. 气管炎	130
6. 支气管哮喘	131
7. 无脉症	131
8. 中暑	132
9. 休克	133
10. 胃炎	134
11. 消化性溃疡	134
12. 癔病	135
13. 神经衰弱	136
14. 面神经麻痹	136
15. 植物神经失调症	137
16. 急性感染性多发性神经根炎	138
17. 头痛	139
18. 癫痫	139
19. 脑血栓形成	140
20. 脑溢血	141
21. 高血压	141
22. 小儿舞蹈病	142

23. 小儿惊风	143
24. 遗尿症	144
25. 颈椎病	144
26. 肩周炎	145
27. 落枕	146
28. 肋间神经病	146
29. 急性腰扭伤	147
30. 坐骨神经痛	148
31. 急性单纯性阑尾炎	148
32. 胆道蛔虫症	149
33. 胆石症	150
34. 月经不调	150
35. 痛经	151
36. 功能性子宫出血	152
37. 子宫脱垂	152
38. 阳痿	153
39. 近视眼	154
40. 糖尿病	154
41. 带状疱疹	155
42. 直肠脱垂	156
附 标准针灸经穴、经外穴及新穴名	157

第一章 头 针

1958年,我国有人发现在头皮外表投影的特定点进行刺激,利用针刺大脑皮层相应的功能定位点,治疗某些疾病。1970年,焦顺发医师用针刺头皮的某些区域来治疗疾病,并取得了良好的疗效,在此基础上出现了头针疗法。

头针疗法是在传统的针灸学及现代解剖学、生理学基础上,产生的一种新的治疗方法,同时又与脏腑、经络、腧穴理论有着密切联系。头针疗法经过近20年的临床实践,在刺激区域方面,除了原有的14个刺激区外,分别确定了以标准线命名及其定位法,以及新的刺激区域;并根据世界卫生组织西太平洋区的建议和要求,经头针协作组研究、讨论,按分区定经,并结合古代透刺方法而制定了《头皮针穴名标准化方案》。在针刺手法方面,主要有捻转法,抽针法,电针法及迎随补泻法等。目前头针疗法在我国已广泛应用,从1973年以来日本、美国等国家的医学杂志上,也先后刊载了介绍头针疗法的文章,并应用于针灸临床。

头针的作用原理,目前仍处在探讨阶段。头针疗法出现的初期,曾用大脑皮层功能定位来解释;按中医学理论,仍采用经络及脏腑学说来解释。如针刺顶中线治疗肝阳上亢型高血压,表明了头针与经络、腧穴的密切关系。近年来,有人在头针针刺前后用肌电图、脑电图记录来分析其原理。总之,无论采用哪一种理论及方法,仍需进一步探讨。

头针疗法具有操作简便,易掌握,疗效高,见效快,副作

用少等优点,不受设备、条件、场所的限制,适用范围广泛。

第一节 头部的解剖

一、头部表面解剖

1. 体表标志 头部有许多标志,它们在临床上具有一定的实用意义,现将这些标志的位置及临床意义分述如下:

眉弓 在额骨眶上缘的上方,有弓形的部分为眉弓。

眉间 两眉之间的区域为眉间,此点为测量头颅骨长度时的标志。

颧弓 位于眼眶的外方下方,菱形的颧骨,形成面颊部的骨性突起,颧骨的颧突向后接颞骨的颧突,构成颧弓。

翼点 从冠状缝的两端,斜向前下,到达蝶骨,大翼上缘处为翼点。

乳突 位于耳垂的后方,向后突起处,骨质中有乳突小房呈圆锥形隆突。根部的前内方有茎乳孔,面神经由此出颅,在乳突内面的后半部为乙状窦沟。

枕外粗隆 位于枕骨外面正中的后下方隆起处为枕外粗隆。

上项线 位于枕外粗隆两侧延伸的部分为上项线。

额顶点 位于额骨与顶骨的交界处,冠状缝与矢状缝相交而成称额顶点。

顶枕点 称人字缝尖,位于顶骨与枕骨的交界处,矢状缝与人字缝的相交点,称为顶枕点。

髁突 在颧弓下方,耳屏的前方。当开口或闭口时,可感到下颌支的髁突前后滑动。

下颌角 位于下颌体的后下方,向下终端处称为下颌角。
顶结节 顶骨外面中央隆起处,大脑外侧裂后端。
额结节 额骨外面隆起处,深处正对额中回。
眶上孔 位于眶上缘内,中 1/3 相交处,距正中线 2.5 厘米处。

眶下孔 位于眶下缘正中下方 0.5—0.8 厘米处。

颞孔 约对第二双尖牙根处,有开向后上方的孔,称为颞孔。

2. 体表投影 大脑的主要沟回和脑膜中动脉的体表投影,并确定六条标准线,以此为基础进行划定。

下横线 从眶下缘向后至外耳门上缘的连线。

上横线 从眶上缘向后划线与下横线平行。

矢状线 从鼻根部向上后至枕外隆突的连线。

前垂直线 经颧弓中点作一与上、下横线呈直角的线。

中垂直线 从下颌骨髁突中点向上的垂直线。

后垂直线 经乳突后缘作一与前、中垂线平行的线。

二、头皮软组织

头皮 厚而致密,颞部可达 0.5 厘米,枕部可达 1 厘米。头皮富有毛发,毛囊、汗腺和皮脂腺,易发生疖肿或皮脂腺囊肿。

浅筋膜 亦称皮下筋膜。由致密的结缔组织和脂肪组织构成,并形成许多结缔组织小梁,使皮肤和帽状腱膜紧密相连,将脂肪分割成多数小格,内有神经和血管。感染时渗出物不易扩散,且早期易感到剧痛。创伤时血管断端不易收缩,故不能自然止血,常需压迫或缝合止血。

帽状腱膜 是由坚韧的纤维组织构成,前起于额肌,后止

于枕肌,两侧变薄,并于浅筋膜层联系紧密,其深面则为一层疏松的结缔组织,可随头皮一起活动。头皮撕裂时,若未伤及腱膜,创口裂开不明显;如伤及腱膜,由于额肌和枕肌的收缩,则创口较大。

蜂窝组织 又称腱膜下层,为一层疏松的结缔组织,该层有血肿或感染时,可广泛扩散。

颅骨外膜 在骨缝部位和缝内的结缔组织紧密结合,因此颅骨外膜下血肿,常局限于某一颅骨的范围內。

因头皮的血管十分丰富,相互吻合,尤其是头皮下层,血管壁与纤维组织粘连紧密,损伤后不易收缩,所以头针较体针易出血。同时因头皮、皮下层和帽状腱膜层相连十分紧密,若针刺在该三层之间不仅疼痛明显,且阻力大,不易进针。一般应针刺在帽状腱膜层下的蜂窝组织为宜。

三、颅顶骨

颅顶骨属于扁骨,各骨之间以骨缝相连接。颅顶骨的厚度,成人为5毫米,最厚处可达10毫米,最薄处如颞区仅2毫米,该区有颞肌附着,临床常选此处行颞肌下颅内手术。

颅顶骨分为外板、板障、内板三层。在婴幼儿时期,此三层尚不明显。成人外板较厚,耐受张力大,但弧度较内板为小。内板较薄,质地比较脆弱,有玻璃样板之称,骨折时内板损伤程度较外板严重。

板障在内外板之间,为骨松质,含有骨髓,分布有较多板障静脉。新生儿颅骨无板障静脉,到两岁才开始出现板障及板障内脉。板障静脉经过骨板处留有板障管,这种管道可在X线照片上显示为一裂纹,有时误认为骨折线,应注意区别。

四、颅部的神经、血管与淋巴

颅部神经、血管及淋巴均位于浅筋膜内，大体分为两部分，分别为额顶枕区和颞区。

1. 额顶枕区的血管及神经分为前后两组

前组 距正中线 2 厘米处分布有滑车上动脉(额动脉)、静脉，滑车上神经。距正中线 2.5 厘米处有眶上动脉，静脉和眶上神经。

后组 位于枕部分布有枕动脉、静脉及枕大神经。

2. 颞区的血管及神经分布为耳前及耳后两组

耳前组 分布有颞浅动脉、静脉及耳颞神经。

耳后组 分布有耳后动脉、静脉和耳大神经、枕小神经。

颅顶的淋巴回流由颅顶部的导血管完成。头皮静脉在皮下组织中形成静脉网，与板障静脉和颅内静脉窦通入颅顶导血管，汇入头皮静脉与上矢状窦。乳突导血管，连接枕静脉与乙状窦。

颅顶部结构特点有着十分重要的临床意义。颅顶骨分为三层，即外板、板障和内板，板障中含有大量静脉丛和骨髓，由头皮和硬脑膜的无数小动脉供应，静脉互相吻合形成板障静脉。由于板障静脉和头皮静脉及硬脑膜静脉窦相通，因此可成为颅内、外感染播散的途径。颅顶骨呈圆顶状，有一定的弹力，受外伤打击，重力常集中于一点，骨折线常呈放射状。骨折部位常发生于较薄的颞骨鳞部，并可伤及硬脑膜中动脉，引起严重后果。

五、脑、脑的被膜和脑的血供

1. 脑 脑是人体高级神经中枢，由大脑、小脑、脑干组成。

(1) 大脑 大脑半球的表面覆以一层平均厚约 2.5 毫米的灰质层,叫大脑皮质。大脑皮质内部,大脑皮质和间脑基底核之间的部分,除侧脑室外,都被白质所填充。

① 大脑的外形及皮质功能定位 大脑半球在外表凸出部分为脑回,凹下去的部分叫脑沟大而深的沟叫裂。大脑半球有三个面,即外侧面、内侧面和底面。由中央沟,大脑外侧裂和顶枕裂将外侧面分为额、顶、颞、枕四叶。额叶上有中央沟,额上、下沟,中央前回,额上回,额中回,额下回;顶叶有中央后沟,顶间沟,中央后回、缘上回、角回;颞叶上有颞上回、颞中回、颞下回、颞横回;枕叶最小,在外侧面有些不规则的沟裂。

大脑半球内侧面有胼胝体沟,扣带沟,旁中央沟,距状裂,旁中央小叶,舌回,扣带回,海马回,海马回沟等。

大脑半球皮质的功能定位:

——运动区 位于中央前回和旁中央小叶的前部。由该区皮层细胞发生的神经纤维集中构成锥体束,支配对侧脑神经运动核及脊髓前角细胞,引起横纹肌的随意运动。该区的上部支配下肢,中部支配躯干和上肢,下部支配头颈,呈对侧倒置支配情况,故损伤此区某一局部,则可引起对侧某一相应部位肢体的瘫痪。

——两眼协同运动区 在额中回后部,书写中枢前方,此中枢损伤后,可出现两眼协同运动障碍。

——感觉区 位于中央后回,也呈对侧倒置支配的关系。一些粗大的感觉如痛、温觉和一般触觉已在丘脑进行一次综合,故感觉区受损后,这些感觉并不完全丧失,而精细的皮层觉如两点辨距觉、实体觉及深感觉等可完全丧失。

——视觉感受区 在距状裂及其周围的部分,损伤时则