

实用 头针 穴线

挂图解说

中英对照

Explanation to The Practical
Chart of Scalp Acupuncture Point Line

主 编 靳士英 金完成

副主编 靳 朴

英 译 刘德诚 刘 芳

审 阅 尤焕文

绘 图 张彤云 刘 岱

人民卫生出版社
People's Medical Publishing House

实用
挂图

245.32-64
200201
J

图书在版编目(CIP)数据

实用头针穴线挂图/靳士英等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2001
ISBN 7-117-04531-0

I. 实… II. 靳… III. 头针疗法-穴位-图谱
IV. R245.32-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 069738 号

实用头针穴线挂图解说
中英对照

主 编: 靳士英 金完成
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)
地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
网 址: <http://www.pmph.com>
E-mail: pmph@pmph.com
印 刷: 三河市潮河印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 850×1168 1/16 印张: 3
字 数: 103 千字
版 次: 2002 年 1 月第 1 版 2002 年 3 月第 1 版第 2 次印刷
标准书号: ISBN 7-117-04531-0/R·4532
定价(含挂图便携本): 13.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究
(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前言

根据人民卫生出版社的委托与要求,我们编绘了《实用头针穴线挂图》及解说,为中英文对照,供学习头针和医教研参考之用。为满足不同读者和不同场合的使用,挂图分对开本和大16开本两种版本印制,以供读者选用。

对开本挂图共3张。包括世界卫生组织公布的《国际标准针灸穴名·国际标准头针穴线名》示意图7幅,头针手法图2幅,大脑皮质的重要中枢、头皮的结构与层次、头皮(颅顶)的血管和神经示意图3幅。另外,附有焦顺发头针刺激区6幅,以便目前仍在应用者的使用,并利于与国际标准相衔接。大16开本挂图共18幅彩图,图的编排顺序同对开本挂图。

解说共分6章。头针发展简史、头针理论、头针相关的组织解剖学,属头针的基础部分;头针穴线的定位与主治、头针的治疗方法、头针的临床应用,属临床应用部分,两者相互配合,易于理解。为了方便阅读与应用,我们在解说中插有相应的线条图;除国际标准头针穴线外,对相关的经穴、经外穴与焦顺发头针刺激区也作了论述。

在编绘中参考了大量文献,将其主要者列后,在此对作者表示衷心的感谢。由于时间仓促,水平所限,图与解说难免有不足之处,敬祈读者与同道批评指正。

靳士英 金完成

2001年8月1日

PREFACE

Based on the trust and demand of The People's Health Publishing House, The wall Charts of Practical Scalp Acupuncture Point lines and The Explanation were compiled.

In the biligual (Chinese-English) form, the authors hope these chart and explanation would become a useful tool for medical workers, home and abroad, who are involved in studing, practicing, teaching as well as researching scalp acupuncture.

In order to serve different readers and different occassions the wall chart was printed in two forms folio (500×865mm) and large 16mo (210×285mm) and can be selected for different needs.

There are three sheets of the folio of wall chart in all, including seven schematic diagrams of international standard names of acupuncture points and international standard names of scalp acupuncture pointlines published by WHO; two figures of scalp acupuncture manipulation, three schematic diagrams of important cerebrocortical centers, structure and layers of the scalp and the blood vessels and nerves in it. attached to of the folio of wall chart are six figures of stimulating area of Dr. Jiao Shunfa so as to proved convenience for these who are still applying it and to promote its linking up with international standard. There are total eighteen pieces of coloured illustrations in large 16mo wall chart, the illustrations are arrange in the same sequence as the folio of this wall chart.

The first part (chapter 1-3) of the explanation deals with the basic knowledge in scalp acupuncture, including: Brief history of development of scalp acupuncture, the theory of scalp acupuncture, and histoanatomy of the scalp. The second part (chapter 4-6) refers to its clinical application, i.e. the location and indications of scalp acupuncture, its manipulation and clinical application. The reciprocal coordination of these two part will result in an easier comprehension. Corresponding linear figures are presented for the convenience of reading and applying the explanation.

Beside the international standard scalp acupuncture point lines, description about relavent acupoints along or beyond the meridians and Dr. Jiao's scalp acupuncture stimulating area is also available.

Although only a few of the important references are listed below, the authors would like to extend their sincere acknowledgement toward all the original contributors of the great amoun of literature which they have referred to.

Jin Shiying Jin Wancheng

2001.8.1

目 录

1 头针发展简史	(1)
1.1 头针的渊源	(1)
1.2 头针微刺系统的衍生	(1)
1.3 头针的标准化、国际化	(1)
2 头针理论	(1)
2.1 中医传统理论	(1)
2.2 大脑皮层功能定位头皮投影学说	(2)
3 头针相关的组织解剖学	(3)
3.1 头皮的组织结构	(3)
3.2 头皮的神经	(5)
3.3 头皮的血管	(6)
3.4 头颅的重要骨性标志	(7)
4 头针穴线的定位与主治	(7)
4.1 国际标准头针穴线名称、定位与主治	(7)
4.2 国际标准头针穴线相关腧穴的定位与主治	(11)
4.3 焦氏头皮针刺激区的定位与主治	(12)
5 头针的治疗方法	(16)
5.1 头针刺法	(16)
5.2 头针其他治法	(17)
5.3 注意事项	(18)
6 头针的临床应用	(18)
6.1 选穴原则	(18)
6.2 适应证与禁忌证	(18)
6.3 常见病证头针处方举例	(19)

CONTENTS

1. Brief History of the Development of Scalp Acupuncture	(23)
1.1 The Origin of Scalp Acupuncture	(23)
1.2 Derivation of Micropuncture System of Scalp Acupuncture	(23)
1.3 Standardization and Internationalization of Scalp Acupuncture	(23)
2. The Theory of Scalp Acupuncture	(24)
2.1 The Traditional Theory of chinese Medicine	(24)
2.2 The Theory of Functional Location of Cerebral Cortex and Scalp Projection	(25)
3. Histo-Anatomy Related to Scalp Acupuncture	(26)
3.1 Histo-Structure of Scalp	(36)
3.2 Nerve of Scalp	(27)
3.3 Blood Vessels of Scalp	(29)
3.4 Main Osseous Marks on Skull	(30)
4. Location and Indication of Scalp Acupuncture Point Lines	(31)
4.1 Name, Location and Indication of International Standard Scalp Acupuncture Point Line	(31)
4.2 Location and Indication of Acupoints Related to International Standard Scalp Acupuncture Point Line	(33)
4.3 Location and Indication of Jiao Shunfa's Scalp Acupuncture Stimulating area	(35)
5. Therapeutic Method of Scalp Acupuncture	(37)
5.1 Manipulation of Scalp Acupuncture	(37)
5.2 The Other Therapies of Scalp Acupuncture	(39)
5.3 Precautions	(40)
6. Clinical Application of Scalp Acupuncture	(40)
6.1 Principles of Selecting Point	(40)
6.2 Indications and Contraindications	(40)
6.3 Examples of Scalp Acupuncture Prescription for Common Symptoms and Diseases	(41)

更”头针又称头皮针、颅针,是以毫针透刺头皮上的特定脑穴,采用特殊手法治疗疾病的一种针刺方法,它属于微刺系统。

1 头针发展简史

1.1 头针的渊源

我国是针灸学的发源地,应用头部脑穴治病有着悠久的历史,《史记·扁鹊列传》所载扁鹊治疗尸厥的故事就是一个很好例证。扁鹊名秦越人,约生于公元前5世纪,渤海郑郡(今河北任邱)人,他医术精湛、医德高尚,周游列国行医治病救人。当他走到魏国时,正好遇到该国太子尸厥,他就与弟子等针刺“三阳五会”,使之得到复苏而治愈。三阳五会就是督脉的百会穴;尸厥是突然卒倒人事不省的重证,就是厥证。这可能是我国最早应用头穴治病的案例。古籍《黄帝内经》载有大量的头部脑穴和主治病证,后世医家广为应用,积累了丰富的经验,但它仍属于传统针法的体系,作为十四经穴和经外穴的一部分,未能形成一个独立的系统。但是,头针实渊源于《黄帝内经》,这一点是无庸置疑的。

1.2 头针微刺系统的衍生

20世纪50年代以来,我国针灸界应用头部脑穴治疗疾病日趋增多,经验日渐丰富;70年代初,一些学者根据中医传统理论、大脑皮层功能定位学说,在耳针、鼻针、面针等的启发下,在传统针灸中衍生出头针微刺系统,并逐步形成了新的理论、刺法,特别对脑源性瘫痪取得了明显的疗效,引起了针灸界的重视与广泛应用。其后头针疗法出现了百花齐放、百家争鸣的良好形势,形成许多流派。其中以根据大脑皮层功能定位学说确定刺激区的焦顺发、以人体在头皮的伏脏伏象为刺激区的方云鹏、以大脑皮层功能定位结合阴阳与脏腑学说定位的汤颂延、以经穴定位的张鸣九、以脏腑经络学说定位治疗带的朱明清等为著名。他们在针刺手法、适应证选择等方面都积累了不同经验,形成了各自的特有风格,从而推动了我国头针的发展。

1.3 头针的标准化、国际化

我国的头针很快传到国外,世界许多国家的针灸医师也应用头针治疗疾病,标准、规范的穴名很快提到议事日程。1983年国际卫生组织西太区委托我国起草《标准头针穴名》,经1984年、1985年、1987年标准化工作组的讨论,达成了一致意见。1989年世界卫生组织召开了科学组会议,通过了《国际标准针灸穴名》,其中包括有《标准头针穴

名》。这对头针的发展,科学情报信息的国际交流,必将做出重要贡献。

2 头针理论

2.1 中医传统理论

2.1.1 头为诸阳之会、精明之府

《灵枢·邪气脏腑病形》说:“诸阳之会,皆在于面”,其意是:不仅人体清阳之气都上注于头面部;而且全身的阳经均由手、足末梢走向头部。这里强调诸阳经的经气均汇聚于头。

《素问·脉要精微论》说:“头者,精明之府”,其意是:诸髓的精气都上注于脑,而成为七窍的感觉功能、心脑的神志功能。这里强调脑髓的神明功能。

《灵枢·邪气脏腑病形》还说:“十二经脉、三百六十五络,其气血皆上注于面而走空窍”,意思是:头面为人身之首,凡周身阴经络无所不聚,故其气血皆上行而走诸窍。这里强调的是气血灌注。

总之,头部是人体经脉的经气、脑髓的神明、经络的气血汇聚之所,它的脑穴具有调节阴阳、气血、脏腑功能的作用。

2.1.1.1 十二经脉对头面部的循行

手、足阳明经循行于前头与颜面部;足太阳膀胱经循行于前额部、头顶部、后头部,且通过项部入于脑内;手太阳小肠经循行于侧面部;手、足少阳经循行于头的两侧。

足厥阴肝经上头与督脉会于巅顶;手少阴心经循喉咙,系目系,循耳后;足少阴肾经循喉咙,夹舌本。

2.1.1.2 奇经八脉在头部的循行

督脉循行于面部、前头部、头顶部、后头部的正中线上,上络于脑。任脉与督脉在头面部交接,上颐,循面,入目。阳跷脉在风府入脑;阴跷脉在风府与阳跷脉相会。阳维脉循耳后,于风池穴与手、足少阳经相会,上脑空、正营、目窗、临泣,下额,于阳白穴与手足阳明、手足少阳相会,循头入耳,止于本神穴。

2.1.1.3 十二经筋、十二经别、十二皮部、十五络脉在头部的循行

手、足三阳经经筋上走头面;足阳明经、手少阳经别与脑有连系;足三阳经与手少阳经之皮部上循头部;足阳明经

与督脉之络脉上布于头。

2.1.2 海论

《灵枢·海论》说：人身的经水均注入于“四海”之中。具体言之，“胃者水谷之海”，其经水输注的腧穴上为气冲，下为足三里；“冲脉者为十二经之海”，其经水输注的腧穴上为大杼，下为上巨虚与下巨虚；“髓中者为气之海”，其经水输注的腧穴后为哑门、大椎，前为人迎；“脑为髓之海”，其经水输注的腧穴上为头盖上的所有孔穴（一说为百会，一说为囟会），下为风府。又说：髓海有余则轻劲多力，自过其度；髓海不足则脑转耳鸣，胫痠眩冒，目无所见，懈怠安卧。治疗时要“审守其输，而调其虚实”，就是要谨慎选用相应穴位，以调节病人的虚实。

《灵枢》把经脉譬如巨大的江河，它们的经气都要注入于“四海”之中，它特别强调在治病中要重视输注经气于四海的这些腧穴的应用。

2.1.3 气街论

《灵枢·卫气》把人身经气集中通行的道路，称为“气街”，指出“胸气有街，腹气有街，头气有街，胫气有街”，通过气街，经气停聚之处是：“气在头者，止之于脑；气在胸者，止之膺与背腧；气在腹者，止之于背腧与冲脉于脐左右之动脉者；气在胫者，止之于气街（气冲穴）与承山踝上以下”。在治疗时头部疾病要首取头气聚集的头部腧穴。

2.1.4 根结论与标本论

《灵枢》的“根结”和“卫气”两篇都论述了根结理论，指出十二经脉都有自己根穴与结穴，根穴为四肢末端的井穴，是经气始生之处；结穴则居于头胸腹部，是经气归结之处。篇中例举了足之六经的根结：太阳经“根于至阴，结于命门（睛明）”；阳明经“根于厉兑，结于颧大（承泣，或谓大迎）”；少阳经“根于窍阴，结于窗笼（听宫，或谓天窗）”；太阴经“根于隐白，结于太仓（中脘）”；少阴经“根于涌泉，结于廉泉”；厥阴经“根于大敦，结于玉英（膻交或谓玉堂）”。它们都是人身的要穴，能沟通内外、表里、上下。

《灵枢·卫气》还阐述了标本学说，“本”指经脉的根本基础，均位于四肢肘膝以下；“标”指经脉的末梢顶端，均位于头面、躯干，它们都是调整人身经气的要穴。具体言之：足太阳经之本在附阳，标在睛明；足少阴经之本在腓阴，标在听宫；足阳明经之本在厉兑，标在人迎；手太阳经之本在养老，标在睛明穴；手少阴经之本在液门，标在角孙、丝竹空；手阳明经之本在曲池，标在头维、大迎。

历代针灸家对根结、标本都很重视。《标幽赋》说：“更窮四根三结，依标本而刺无不愈”。居于头部的结穴、标穴，当然在治疗中发挥着重要作用。

2.2 大脑皮层功能定位头皮投影学说

焦顺发头皮针刺刺激区就是按现代医学大脑皮层功能定位投影于头皮上的相应位置来定位与确定主治病证的，当然这是一种假说，但应用于临床取得了疗效。所以需要更认真的深入探索。

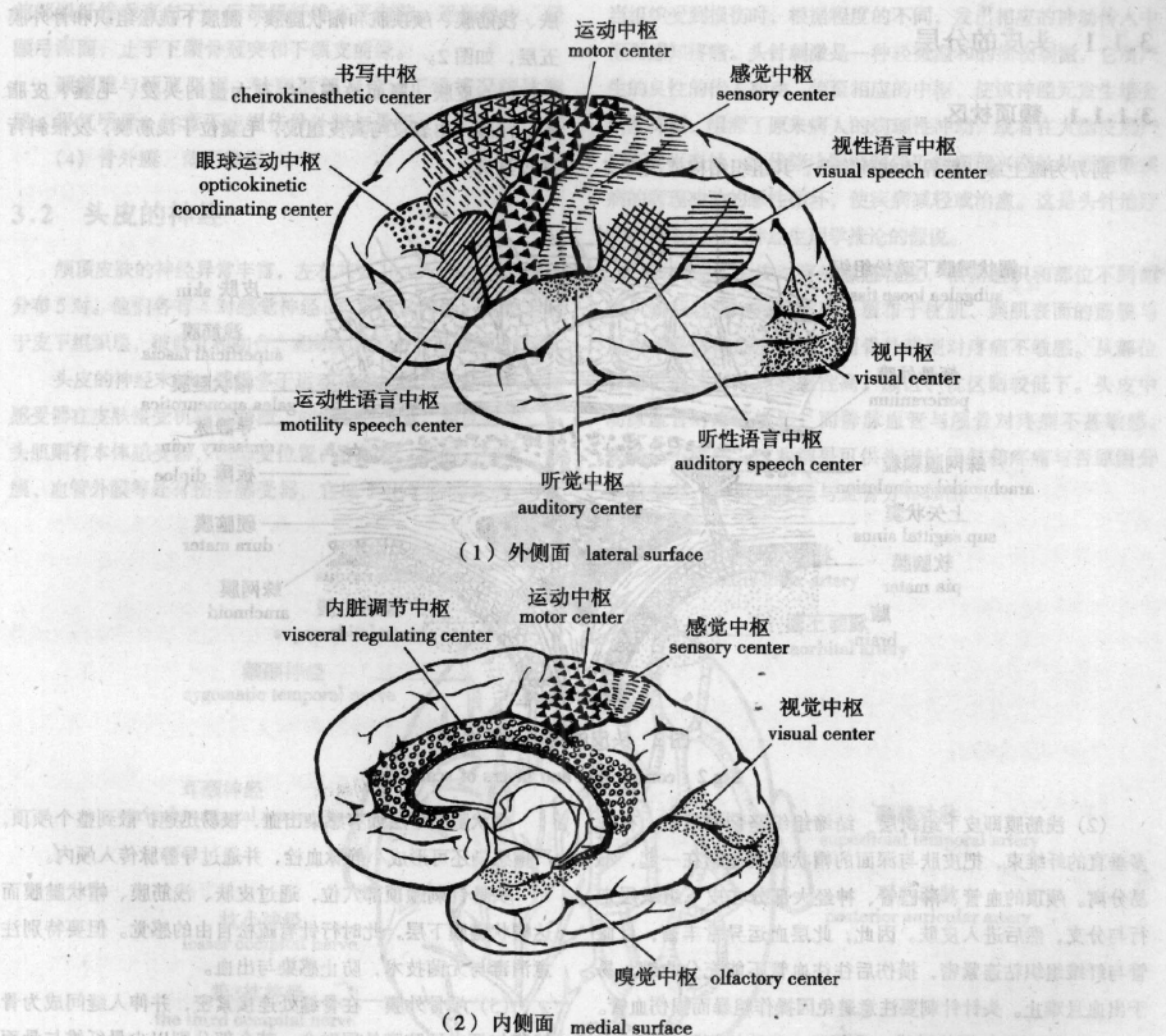
2.2.1 头皮针刺刺激区举例（见图1）

运动区相当于额叶的中央前回的4区与6区，它主要司理躯体的运动。其功能特点是：①对躯体运动的支配与调控具有交叉性质，即一侧皮层主要支配对侧躯体肌肉，但并非绝对，如面部肌肉多具有双侧性；②投射区域的大小与运动的精细、复杂呈正相关，如手与指所占的区域几与整个下肢所占的区域相当；③上下分布定位呈身体的倒影，即下肢代表区在顶部，上肢代表区在中间部，头面部代表区在底部。其损伤特点是：下肢瘫痪，病变在中央前回上部；上肢瘫痪，病变在中央前回中间部；颜面及舌的运动障碍，病变在中央前回下部。头针刺刺激区运动区的定位与主治就是根据上述原理来确定的。

运动性语言区，位于优势半球额下回后1/3部（44区和45区一部），司理语言发音有关肌群。在该区毁损性病变则发生运动性失语，病人可以看懂文字与听懂别人谈话，但自己却不会讲话，不能用词语来口头表达；就是说与发音有关的肌肉并无运动障碍，只是不能用“词”来表达自己的思想。这就是头皮针刺刺激区运动区语言一区定位与主治的依据。

感觉区，相当于顶叶中央后回的3-1-2区，它主要司理躯体的感觉。其功能特点是：①躯体感觉传入冲动向对侧皮层投射，但头面部的投射则是双侧性的；②投射区域的大小与不同体表部位的感觉分辨精细程度呈正相关，即分辨愈精细的部位在中央后回的代表区愈大。如拇指两指代表区面积比胸部12对脊神经传入支配的代表区面积大几倍，说明分辨精细部位不但具有大量的神经感受装置，而且皮层上与之相连系的神经元数量亦多；③投射区域具有一定的分野，下肢代表区在顶部，上肢代表区在中间部，头面部代表区在底部，总的排布是倒置的，然而头面部代表区内部的排布则是正立的。其损伤特点则与运动区相同，一定代表区的损害则出现相应支配躯体部位实体性感觉障碍。头针刺刺激区感觉区的定位与主治则是根据上述原理确定的。

舞蹈震颤控制区 基底神经节具有重要的运动调节功能，它与随意运动的稳定、肌肉紧张的控制、本体感觉传入冲动信息的处理密切相关。临床上基底神经节损害主要表现



(1) 外侧面 lateral surface

(2) 内侧面 medial surface

图1 大脑皮层的重要中枢

Fig 1 significant centers of cerebral cortex

为两类：一类是运动过多而肌紧张不全的综合征，即舞蹈病与手足徐动症等；另一类是运动过少而肌紧张过强的综合征，即震颤麻痹（帕金森病）。临床病理研究显示，前者病变主要位于基底神经节的纹状体；后者病变主要位于基底神经节的黑质。头针刺激区的舞蹈震颤控制区的定位与主治，就是根据上述原理确定的。

其他视觉中枢之在距裂旁两侧之楔回与舌回、听觉中枢之在颞横回、平衡觉中枢之在中央后回下端及颞上回等等，不再赘述。

2.2.2 大脑皮层功能障碍经治改善的机制

大脑皮层各部分在功能上有一定的分工，即功能定位，但这种分工是相对的。当大脑皮层某一部位损伤后，就能引起不

同程度的相应临床表现，但经过适时的治疗与锻炼，其司理的功能或在一定程度上恢复，或由其区域在一定程度上代偿，从而使病情得到改善，这可能是头针治疗大脑皮层损害疾病的机制。但是头皮针主治的疾病众多，并不限于大脑皮层损害性疾病，它的奏效机制与其他针刺方法应当是一致的。

3 头针相关的组织解剖学

3.1 头皮的组织结构

颅顶软组织一般称头皮，分为两个部分：一个是额顶枕区；一个是两侧的颞区。

3.1.1 头皮的分层

3.1.1.1 额顶枕区

前界为眶上缘,后界为枕外隆凸,其组织结构依次为皮

肤、浅筋膜、颅顶肌和帽状腱膜、腱膜下疏松组织和骨外膜
五层,如图2。

(1)皮肤 厚而致密,生有大量的头发、毛囊、皮脂腺、汗腺,由表皮与真皮组成,毛囊位于浅筋膜,发根斜行穿过真皮。

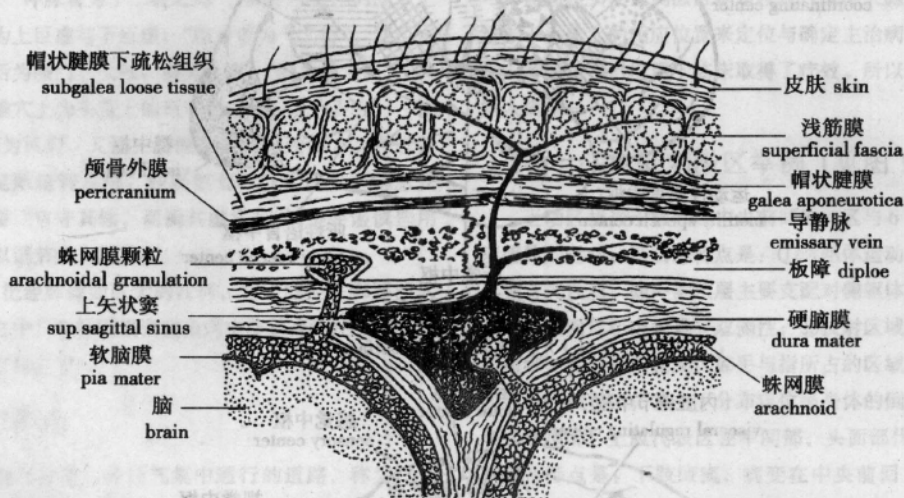


图2 头皮的结构与层次

Fig 2 contraction and layers of scalp

(2)浅筋膜即皮下组织层 结缔组织坚韧而致密,有许多垂直的纤维束,把皮肤与深面的帽状腱膜连结在一起,不易分离。颅顶的血管、淋巴管、神经大部分在皮下组织层走行与分支,然后进入皮肤。因此,此层血运异常丰富,且血管与纤维组织粘连紧密,损伤后往往血管不能充分收缩,易于出血且难止。头针针刺要注意避免因操作粗暴而损伤血管。

(3)颅顶肌与帽状腱膜 ①额肌:又称枕额肌额腹,左右对称,肌层甚薄,无骨性附着。其后方在冠状缝稍前方与帽状腱膜相连接;其前方止于额下部皮肤,部分肌纤维与眼轮匝肌混合。在中线,两侧额肌纤维在鼻上方互相连结,并发一小支纤维至鼻背。额肌受面神经支配,具有皱额与提睑功能。②枕肌:又称枕额肌枕腹,左右对称,短而狭窄,两侧完全分开,起自上项线的外侧部,向上前方行走,止于帽状腱膜后缘。枕肌受面神经耳后支支配,有牵引头皮向后的功能。③帽状腱膜:宽长而坚韧,前连额肌,后连枕肌,在正中附着于枕外隆凸,在两侧又为耳前肌、耳上肌的起点,并变薄形成颞浅筋膜附着于颞弓。帽状腱膜借浅筋膜与皮肤紧密相连,临床上把上述三层看作一层,称为头皮。

(4)帽状腱膜下层 为一薄层疏松组织,颅顶中央部较边缘部更为疏松。此层实系一潜在性腔隙,向后达上项线,向两侧达颞弓,向前延伸至鼻根和眼睑。它含有少量血管,其中分布的导静脉将头皮静脉与颅内静脉窦连结起来。

帽状腱膜下层如有感染出血,极易迅速扩散到整个颅顶,严重感染还可形成小静脉血栓,并通过导静脉传入颅内。

头针针刺额顶部穴位,通过皮肤、浅筋膜、帽状腱膜而达帽状腱膜下层,此时行针有疏松自由的感觉。但要特别注意消毒与无菌技术,防止感染与出血。

(5)颅骨外膜 在骨缝处连接紧密,并伸入缝间成为骨缝膜与颅内硬脑膜外层融合;其余部分则以少量纤维与骨面连结,易于分离。

头针针刺,一般情况不应刺伤颅骨外膜。

3.1.1.2 颞区

此区上至颞线,下至颞弓上缘;前至颞骨额突和额骨颞突;后达乳突基部和外耳门。其组织结构分为6层。

(1)皮肤与颞肌膜 前部较薄,后部与额顶枕区相似。

(2)耳前肌、耳上肌和耳后肌 前两肌起自帽状腱膜,肌纤维层均较薄弱;耳后肌起于乳突根部上方,三肌均止于耳根部。帽状腱膜,此区称为颞浅筋膜,亦很薄弱,逐渐消失于面部。

(3)颞筋膜与颞肌 颞筋膜又称颞深筋膜,相当于额顶枕区的腱膜下疏松组织层。它致密而坚韧,上方附着于颞上线,下方分为两层,分别附着于颞弓的前后面,两层中间有脂肪组织与血管。

颞肌居于颞筋膜的深层,呈扇形,起自颞筋膜和颞窝,

前部肌纤维垂直向下，后部肌纤维水平向前，逐渐集中，经颞弓深面，止于下颌骨冠突和下颌前缘。

颞筋膜与颞肌坚固。针刺颞部穴位，正常情况深达颞肌，得气明显。注意不应损伤骨外膜与骨板。

(4) 骨外膜 薄而软弱。

3.2 头皮的神经

颅顶皮肤的神经异常丰富，左右共有 10 对，耳前、耳后各分布 5 对。他们各有 4 对感觉神经、1 对运动神经，主要走行于皮下组织层，彼此互相吻合，相邻的神经分布区域互有重叠。

头皮的神经末梢，感觉多于运动神经。感觉神经末梢与其感受器在皮肤接受机械性刺激，如触觉、压觉、温度觉等；在头肌则有本体感受器，以感受位置；在筋膜、肌腱、韧带、骨膜、血管外膜等处有伤害感受器，它属于化学感受器的一种。

当组织受到损伤时，根据程度的不同，发出相应的冲动传入中枢而感知疼痛。头针刺激是一种轻微温和的损伤刺激，它所产生的良性的传入冲动，传至相应的中枢，使该神经元发生维金斯基抑制，阻滞了原来病人的病理性冲动，或者在大脑皮层产生新的兴奋灶，按优势法则抑制邻近的病理兴奋灶从而阻断疾病的病理冲动的恶性循环，使疾病减轻或治愈。这是头针治疗疾病奏效机制从神经生理学推论的假说。

研究证实头皮对疼痛敏感程度，根据组织和部位不同而异。帽状腱膜对疼痛敏感；覆布于枕肌、颞肌表面的筋膜与肌肉本身对疼痛亦敏感；而骨外膜则对疼痛不敏感。从部位言之，眉区对疼痛敏感性高；颞区、枕区则较低下。头皮中动脉血管对疼痛敏感；而静脉血管与颅骨对疼痛不甚敏感、或完全不敏感。这些结果可供头皮针得气和疼痛与否原因分析的参考。头皮的神经与血管分布如图 3。

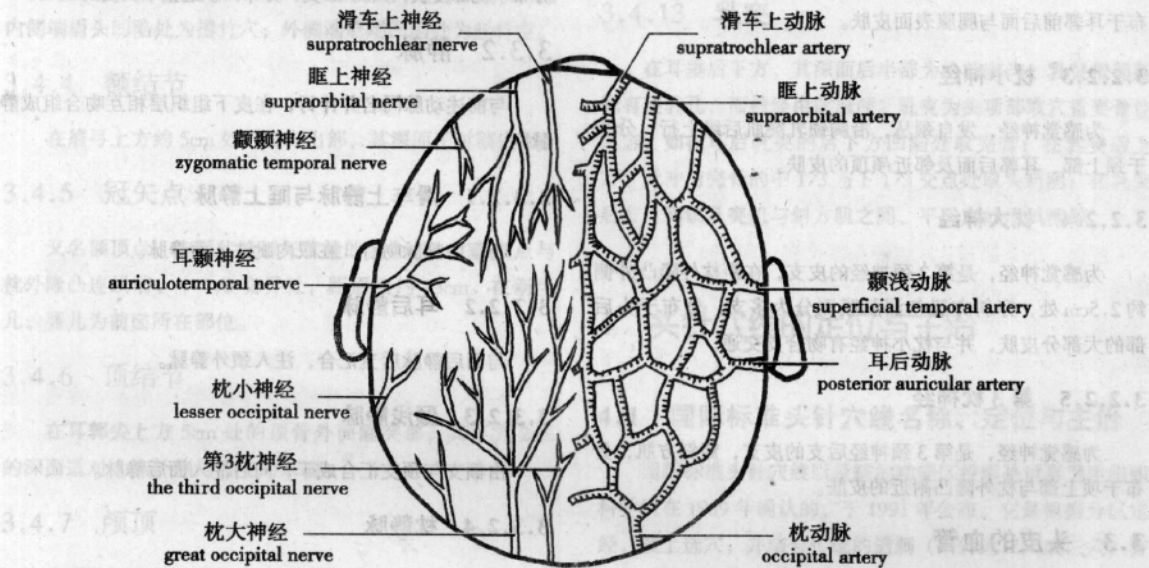


图 3 颅顶的神经和血管
Fig 3 Epicranial scalp blood vessel and nerve

3.2.1 耳前组

3.2.1.1 面神经颞支

为运动神经，在腮腺前上方发自面神经，越颞弓向上斜行抵颞部，再分出小支布于额肌、耳上肌、耳前肌、眼轮匝肌上部，并与三叉神经的颞额神经有吻合支交通。

3.2.1.2 滑车上神经

为感觉神经，是三叉神经的额神经的终支之一，走行于正中线两侧 2.5cm 处，经眶上缘上行，向眼睑发出小支，

在眶上缘稍上方穿颞肌，其末梢分布于近正中皮肤。

3.2.1.3 眶上神经

为感觉神经，是三叉神经的额神经的又一终支，于眶上切迹或眶上孔出眶，发支布于上睑，再分为内外两支，内侧支穿额肌，外侧支穿帽状腱膜后部，两侧支均分布于前额、颅顶直至发缝处皮肤。

3.2.1.4 颞额神经

为感觉神经，发自眶内的上颌神经颞支，穿过颞骨颞突后方的颞肌膜，分布于颞区前部的皮肤。

3.2.1.5 耳颞神经

为感觉神经,发自颞下窝三叉神经的下颌神经,于腮腺上端穿出面部,紧靠耳郭前上方上行,分布于颞区、头侧部皮肤与耳郭上部、外耳道、鼓膜前部。

3.2.2 耳后组

3.2.2.1 耳后神经

为运动神经,发自主茎孔的面神经,细小,沿耳根后弯曲上行,分布于枕肌、耳后肌、耳上肌的一部分。

3.2.2.2 耳大神经

为感觉神经,发自第2、第3颈神经,沿胸锁乳突肌后缘穿出,上行于该肌的表面达耳垂水平,分前后两支分别分布于耳郭前后与腮腺表面皮肤。

3.2.2.3 枕小神经

为感觉神经,发自颈丛,沿胸锁乳突肌后缘上行,分布于颈上部、耳郭后面及邻近颅顶的皮肤。

3.2.2.4 枕大神经

为感觉神经,是第2颈神经的皮支,在距枕外隆凸外侧约2.5cm处,穿斜方肌与深筋膜而分为多支,分布于头后部的大部分皮肤,并与枕小神经有吻合支交通。

3.2.2.5 第3枕神经

为感觉神经,是第3颈神经后支的皮支,穿斜方肌,分布于项上部与枕外隆凸附近的皮肤。

3.3 头皮的血管

3.3.1 动脉

头皮的动脉,左右共有5对。耳前3对为滑车上动脉、眶上动脉、颞浅动脉;耳后2对为耳后动脉、枕动脉。它们直接发自颈外动脉或间接发自颈内动脉,其走向特点是:均自下而上,达到颅顶;两侧同名动脉及各动脉分支相互吻合形成动脉网,为头皮提供丰富的血供。

3.3.1.1 滑车上动脉与眶上动脉

在眶内,为由颈内动脉的眼动脉发出的细小分支,与眶上神经伴行,分布于额部及颅顶。

3.3.1.2 颞浅动脉

为颈外动脉的一个粗大终支,分布于全头皮肤的57%

面积,起自下颌颈后方,于颞弓上方2~3cm处分为额支与顶支。额支多数较粗大,向前上方斜行,至眶上角或额结节附近弯曲向上抵颅顶,走行中向上发出2~5支额顶支,分布于颅顶;向下发出1~4支细小的额眶支,分布于眼眶附近。顶支向后上方斜行至顶结节,走行中发出若干细支,分布于颅顶皮肤。

3.3.1.3 耳后动脉

为颈外动脉发出的一个细小分支,在耳郭后面上行分为耳支与枕支,主要分布于耳郭的外侧面及其后上方的皮肤。

3.3.1.4 枕动脉

起自颈外动脉后面,经二腹肌后腹深面,向后行走,经乳突根部内侧向后,穿斜方肌、胸锁乳突肌止点至枕部皮下,分布于枕部皮肤,共约18支,分布面积达整个头皮的35%。

3.3.2 静脉

与前述动脉同名并伴行,在皮下组织层相互吻合组成静脉网。

3.3.2.1 滑车上静脉与眶上静脉

与眶内静脉吻合,在眼内眦注入面静脉。

3.3.2.2 耳后静脉

与面后静脉后支汇合,注入颈外静脉。

3.3.2.3 颞浅静脉

由额支与顶支汇合成干,向后注入面后静脉。

3.3.2.4 枕静脉

其分支汇合成干,最后汇入枕下静脉丛,或与耳后静脉汇合,注入颈外静脉。

3.3.2.5 导静脉

头皮上的静脉血大部分汇入颈外静脉,但帽状腱膜下的导静脉则比较特殊,它可以通过颅骨中的板障静脉与颅内硬脑膜静脉窦相通。

额导静脉连结枕静脉与上矢状窦;乳突导静脉连结耳后静脉、枕静脉与乙状窦;髁导静脉连结枕下静脉与窦汇。

导静脉的特点是:无静脉瓣,其流向一般情况是由颅内流向颅外;在特殊情况可以逆流,由颅外流向颅内。因此颅内的感染可以直接蔓延,头皮的感染可以引起颅内感染、静脉窦血栓和脑膜炎。

头针针刺,是通过皮肤、皮下组织而达帽状腱膜之下。

不可认为头针很少感染与出血而忽视无菌技术与行针技巧,操作粗暴、消毒不严有时会带来严重后果。

3.4 头颅的重要骨性标志

头针穴位的定位,往往以骨性标志来确定,因此选择定位中常用者分述于下。

3.4.1 鼻额点

指鼻根中央的凹陷,当额骨鼻突与鼻骨的连结处。

3.4.2 眉间

在鼻额点上方 2cm 处,当两眉之间,是印堂穴所在位置。

3.4.3 眉弓

为额骨眶上缘上方 1.5cm 处的隆嵴,其深面为额窦。内侧端眉头凹陷处为攒竹穴;外侧端眉尾凹陷处为丝竹空。

3.4.4 额结节

在眉弓上方约 5cm 处的最突出部,其深面正对额中回。

3.4.5 冠矢点

又名额顶点,为冠状缝与矢状缝的交会点,在鼻额点与枕外隆凸连线前、中 1/3 交界处,距眉间约 13cm。在新生儿、婴儿为前囟所在部位。

3.4.6 顶结节

在耳郭尖上方 5cm 处的顶骨外面隆突部,其下方 2cm 的深面适对大脑外侧沟后支的末端。

3.4.7 颅顶

为颅盖正中面上的最高点,在冠矢点后方数 cm 处,当百会穴位置。

3.4.8 枕外隆凸

为枕鳞中央的骨性隆起,位于头项交界处,有项韧带附着,隆凸内面为寰汇的所在部位。由枕外隆凸向前至鼻额点引一直线,称矢状线,相当于大脑镰和上矢状窦所在部位,大脑纵裂沿此线将大脑分为左右两半球。矢状线即头针的前后正中线,也是督脉循行的径路,并分布有穴位。如枕外隆凸的上缘凹陷处为脑户;枕外隆凸直下,两侧斜方肌之间凹陷处为风府;平枕外隆凸上缘、头正中线旁开 1.3 寸凹陷处取玉枕等。

3.4.9 顶枕点

为矢状缝与人字缝相交点,位于枕外隆凸上方约 6cm

处,当新生儿、婴儿后囟所在部位,邻近有强间穴。

3.4.10 上项线

为自枕外隆凸向外侧至乳突的弯曲骨嵴,是胸锁乳突肌、斜方肌的附着点,其内面为横窦所在部位。风池穴就在胸锁乳突肌与斜方肌附着点上端之间的凹陷处。

3.4.11 额骨颞突

在眼外眦角水平上,邻近有瞳子髎穴。

3.4.12 颞弓

在眶下缘与枕外隆凸之间的水平连线上。由颞骨的颞突与后面的颞骨的颞突构成,为针灸取穴的骨性标志,如颞弓上缘取上关;颞弓与下颌切迹形成凹陷处取下关。

3.4.13 乳突

在耳垂后下方,其深面后半部为乙状窦沟,乳突根部前缘有茎乳孔,面神经由此出颅。乳突为头颈部取穴重要骨性标志,如在耳后乳突的后下方凹陷处取完骨;在乳突后上方、天冲与完骨的中 1/3 与下 1/3 交点处取头窍阴;在乳突后方,胸锁乳突肌与斜方肌之间,平风府处取风池等。

4 头针穴线的定位与主治

4.1 国际标准头针穴线名称、定位与主治

国际标准头针穴线以及脑的功能区投影是世界卫生组织科学组在 1989 年确认的,于 1991 年公布。它是根据分区定经,经上选穴,并结合传统的透刺(一针透二穴或三穴)方法来制定的。其命名包括三个要素:编号是用微刺系统 Micro-system 和头穴 Scalp-point 的缩写 MS 加以相应的编号数码;汉文名称;汉语拼音名称。头针穴线分布于 4 个区,共 14 条。

4.1.1 额区(见图 4)

4.1.1.1 额中线 É zhōng xiàn 编号 MS1

定位 在头前部,从督脉神庭穴(GV24)向下引一直线,长 1.0 寸。

主治 癫痫,精神病,头、面、鼻、舌、咽喉疾病。

4.1.1.2 额旁 1 线 É páng xiàn I 编号 MS2

定位 在头前部,从膀胱经眉冲穴(BL3)向下引一直

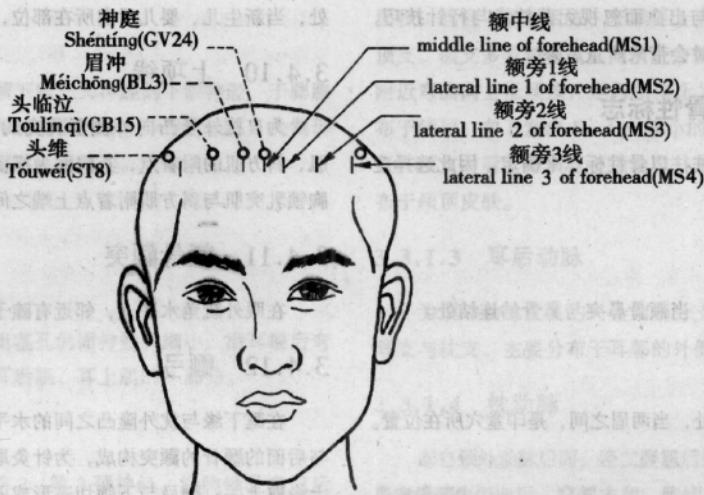


图4 头针穴线(额区)

Fig 4 Scalp acupuncture point line (Frontal region)

线,长1.0寸。

主治 胸痛,胸闷,心悸,哮喘,呃逆;心绞痛、风湿性心脏病等。

4.1.1.3 额旁2线 É páng xiàn II 编号 MS3

定位 在头前部,从胆经头临泣穴(GB15)向下引一直线,长1.0寸。

主治 急、慢性胃炎,胃、十二指肠溃疡,肝、胆、胰疾病等。

4.1.1.4 额旁3线 É páng xiàn III 编号 MS4

定位 在头前部,从胃经头维穴(ST8)内侧0.75寸

起,向下引一直线,长1.0寸。

主治 功能性子宫出血,阳痿,遗精,子宫脱垂,急、慢性膀胱炎,糖尿病等。

4.1.2 顶区(见图5)

4.1.2.1 顶中线 Dǐng zhōng xiàn 编号 MS5

定位 在头顶部前后正中线上,即从督脉百会穴(GV20)至前顶穴(GV21),长1.5寸。

主治 腰、腿、足病证,如下肢瘫痪、麻木、疼痛,皮层性多尿,脱肛,小儿功能性遗尿,高血压病,头痛,眩晕,精神病,癫痫等。

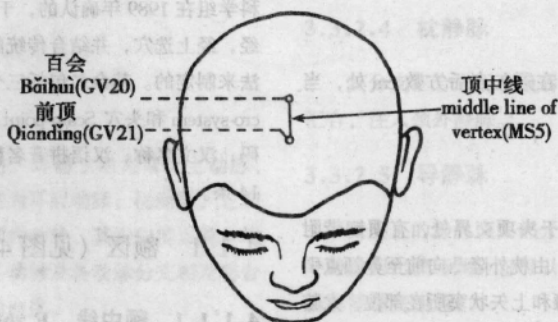


图5 头针穴线(顶区)

Fig 5 scalp acupuncture point line (parietal region)

4.1.2.2 顶颞前斜线 Dǐng niè qián xié xiàn 编号 MS6(见图6)

定位 在头顶部和头侧部,从头部经外穴四神聪

(EX-HN1)的前神聪,即督脉百会穴(GV20)前1.0寸至颞部胆经悬厘(GB6)所引的一条斜线。

主治 全线分为5等份,上1/5段治下肢运动异常,如瘫痪、关节运动障碍;中2/5段治上肢运动异常,如上肢麻

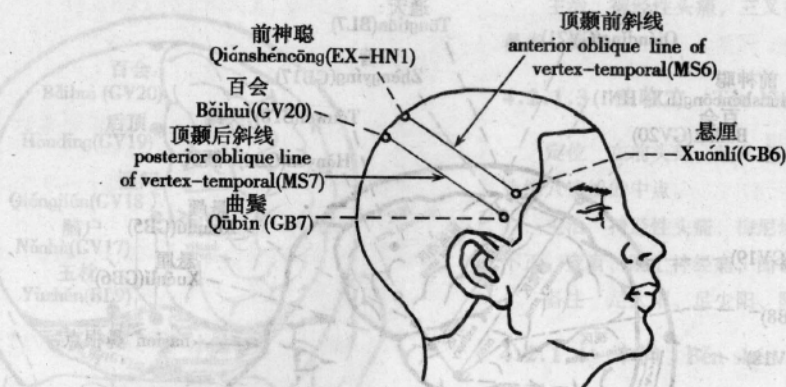


图6 头针穴线 (顶颞区)

Fig 6 Scalp acupuncture point line (parietal temporal region)

痺、关节运动障碍；下2/5段治头面部运动异常，如中枢性面瘫、运动性失语、流涎、脑动脉硬化症等。

4.1.2.3 顶颞后斜线 Dǐng niè hòu xié xiàn 编号 MS7 (见图6)

定位 在头顶部和头侧部。顶颞前斜线之后1.0寸，与其平行的线。从督脉百会穴 (GV20) 至颞部胆经曲鬓穴 (GB7) 所引的一条斜线。

主治 全线分为5等份，上1/5段治下肢感觉异常；中2/5段治上肢感觉异常；下2/5段治头面部感觉异常。

4.1.2.4 顶旁1线 Dǐng páng xiàn I 编号 MS8 (见图7、8)

定位 在头顶部，督脉旁1.5寸，从膀胱经通天穴 (BL7) 向后引一直线，长1.5寸。

主治 腰、腿病，如瘫痪、麻木、疼痛；头痛，头晕，

耳鸣，眼睛疲劳等。

4.1.2.5 顶旁2线 Dǐng páng xiàn II 编号 MS9 (见图7、8)

定位 在头顶部，督脉旁开2.25寸，由胆经正营穴 (GB17) 向后引一直线到承灵穴 (GB18)，长1.5寸。

主治 肩、臂、手病证，如瘫痪、麻木、疼痛；头痛，眩晕等。

4.1.3 颞区 (见图7、8)

4.1.3.1 颞前线 Niè qián xiàn 编号 MS10

定位 在颞部，从胆经颞厌穴 (GB4) 至悬厘穴 (GB6) 连一直线。

主治 偏头痛；头痛，运动性失语，面神经炎，耳鸣，口腔疾病等。

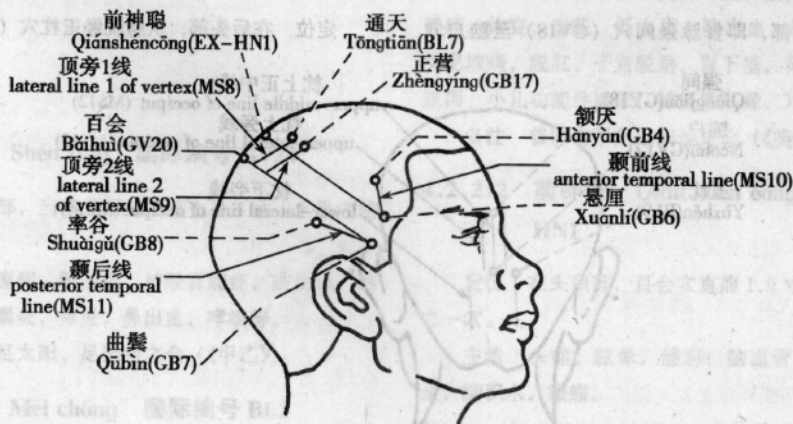


图7 头针穴线 (顶颞区)

Fig 7 Scalp acupuncture point line (parieto-temporal region)

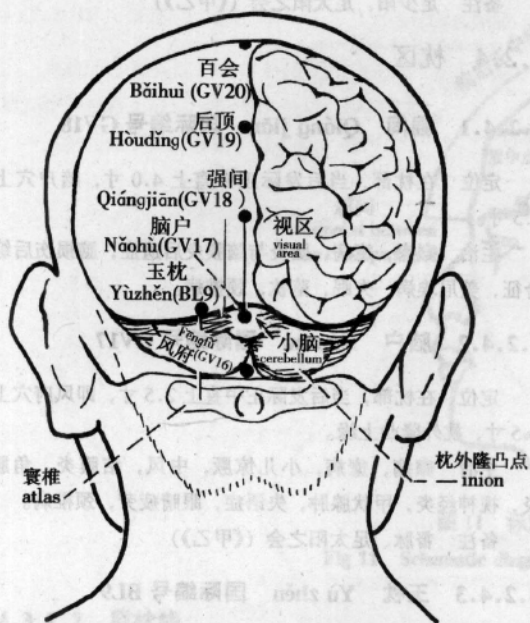


图 10 头针穴线 MS12, MS13, MS14 和大脑功能区(背面观)
Fig 10 Scalp acupuncture point lines MS12, MS13, MS14 and functional area of cerebrum (dorsal surface)

线,长 2.0 寸。

主治 小脑疾患引起的平衡感觉障碍,后头痛等。

【说明】

顶颞前斜线,《国际标准针灸穴名》(1991)起点定位于四神聪的前神聪,与顶颞后斜线起点百会相距 1.0 寸。国内头针专著如《中国头皮针》(1993)、《当代微针疗法大全》(1997),顶颞前斜线起点定位于前顶,距百会相距 1.5 寸。

4.2 国际标准头针穴线相关腧穴的定位与主治

4.2.1 额区

4.2.1.1 神庭 Shén tíng 国际编号 GV24

定位 在前头部,当前发际正中直上 0.5 寸,上星穴前 0.5 寸处。

主治 癫痫,癔病,精神病,神经官能症,破伤风,结膜炎,角膜炎,泪囊炎,鼻炎,鼻出血,哮喘等。

备注 督脉、足太阳、足阳明之会(《甲乙》)。

4.2.1.2 眉冲 Méi chōng 国际编号 BL3

定位 在前头部,当攒竹直上,入发际 0.5 寸,神庭与曲差穴连线之间。

主治 神经性头痛,三叉神经痛,眼睑痉挛,结膜炎,鼻炎,癫痫。

4.2.1.3 头临泣 Tóu lín qì 国际编号 GB15

定位 在前头部,瞳孔直上入前发际 0.5 寸,当神庭与头维穴连线的中点。

主治 神经性头痛,梅尼埃病,结膜炎,角膜炎,屈光不正,夜盲,眶上神经痛,面神经炎,副鼻窦炎,颈椎病。

备注 足太阳、足少阳、阳维之会(《甲乙》)。

4.2.1.4 本神 Běn shén 国际编号 GB13

定位 在前头部,前发际上 0.5 寸,当神庭旁开 3.0 寸,神庭与头维连线的内 2/3 处。

主治 神经性头痛,面神经炎,美尼埃病,中风偏瘫,落枕,颈椎病,肋间神经痛。

备注 足少阳、阳维之会(《甲乙》)。

4.2.1.5 头维 Tóu wéi 国际编号 ST8

定位 在头侧部,当额角发际上 0.5 寸,头正中线旁开 4.5 寸。

主治 偏头痛,三叉神经痛,美尼埃病,结膜炎,角膜炎,视神经炎,面肌痉挛,泪囊炎。

备注 足少阳、阳维之会(《甲乙》)。

4.2.2 顶区

4.2.2.1 百会 Bǎi huì 国际编号 GV20

定位 在头顶部,当前发际正中直上 5.0 寸,即前后发际正中连线中点前方 1.0 寸处。又法:两耳尖连线的中点。

主治 头顶痛,大脑发育不全,脑炎后遗症,癫痫,精神病,休克,虚脱,低血压,脑出血,缺血性中风,失眠,美尼埃病,脱肛,子宫脱垂,胃下垂,肾下垂,痔疮,慢性腹泻,小儿功能性遗尿,神经性耳聋、耳鸣,破伤风。

备注 督脉与手足三阳经之会(《类经图翼》)。

4.2.2.2 前神聪 Qián shén cōng 国际编号 EX-HN1

定位 在头顶部,百会穴直前 1.0 寸。为四神聪四穴之一穴。

主治 头痛,眩晕,健忘;脑血管意外,大脑发育不全,脑积水,癫痫。

4.2.2.3 前顶 Qián dǐng 国际编号 GV21

定位 在头顶部,前发际正中直上 3.5 寸,百会穴前