

第 31 集 學習清單 | 長時間頭痛頭暈

對應播客：《頭痛頭暈的三大根源》（12 分 32 秒）

出處：《醫方明大論十之一》第七章「應用病論」（第 22 堂）

系列：用人體動力學解說 36 種疾病（第 31 種）

一、本集一句話

頭痛不是「頭的問題」；頭部是全身最繁忙也最窄的一段通道——缺氧、阻塞、火大，三條路一起塞。

二、學習目標

- 能說明頭部血管為何特別細薄（所有五臟六腑、神經血管都要連到頭部）。
- 能說出頭痛三原因：缺氧、阻塞、火大，並分辨其線索。
- 能解釋「四線道到頸部變兩線道」的塞車比喻。
- 能用「血腦屏障、藥物到達率僅 0.6%」說明腦部用藥的限制。
- 能理解「頭溫降 2 度才進深眠、多夢＝淺眠＝頭太熱」。

三、本書論述重點（三病因）

病因	機轉	主要線索
1. 缺氧	頸動脈變硬、內堵塞，氧氣送不上去	缺氧昏睡、愛睏症、睡醒頭不清目不明
2. 阻塞（腦幹／頸椎）	腦幹下來的位置對到控制手部的頸椎神經	睡覺起來手指麻；不理它 5～10 年恐腦幹阻塞、中風
3. 火大（頭太熱）	心火／肝火衝上頭部，代謝下不來，腦壓、眼壓升高	睡不著、淺眠多夢；陽不歸陰、頭溫與大地不同步

四、本書其他重點

- 頭部五官覺受 24 小時不停（睡覺時仍能聽到聲音而驚醒，只是變鈍）。
- 頸部是人體最瘦小的通道（四線道變兩線道），頸動脈與腦幹最容易阻塞。
- 頭部若無外傷，阻塞由下往上：頸動脈 → 太陽穴 → 百會穴；自按頸動脈太硬、壓痛，即在往中風的路上走。
- 血腦屏障：腦部用藥真正到達病變位置僅約 0.6%，其餘成毒素增加腎臟負擔——腦部問題最好別吃藥。
- 最佳方法：生物共振；古人睡天然石頭／木頭枕頭（與人體頻率接近而共振）。

五、補充：10-5~6 醫典系列

- 《從發性頭痛、偏頭痛》：①氣血單邊堵塞（頸動脈單邊硬、指痕逾 4 秒不退、枕骨一圈積水）；②上下顎骨軸承處堵塞（耳垂冠狀溝、招耳垂前臉頰肌肉痛、咬合卡卡）。對策：拍打拔罐缺盆穴／肩頸／枕骨、生物共振肩頸與上下顎交會處。

- 《頭暈（非耳石症）》古典病名：頭眩、掉眩、眩冒、目眩、冒眩、癩眩。七因：顱內氣滯血瘀、顱腔神經異常（頸椎 C1~C3）、顱內壓力過高（肝風內動）、腎陽不足（髓海不足）、氣血虛弱（MC 前）、缺氧昏沉、壇中穴堵塞。
- 對策：拍打缺盆穴（避免中風）、顱腔酵素、睡前頸椎運動、揉開壇中與太沖、五音發台語「羽」音震腎、共振帽（部分使用者經驗症減）。
- 古典引述：素問「諸風掉眩，皆屬於肝」；靈樞海論「髓海不足，則腦轉耳鳴，脛痠眩冒」；金匱要略「吐涎沫而癩眩，此水也，五苓散主之」；景岳全書「無虛不能作眩」。

六、主流醫學重點

- 頭痛分偏頭痛、緊縮型頭痛、叢集性頭痛；國際頭痛協會分類可達數十類。
- 起因：疲勞、睡眠不足、壓力、藥物、感冒、頭部受傷、太冰冷食物、牙齒問題；甚至腦炎、腦癌、腦膜炎、顱內動脈瘤。
- 分類只是「分類型」，不是病因分析；治療大多只是止痛（aspirin、撲熱息痛／對乙酰氨基酚）。
- 老師總結：病只有一個關鍵——把它治好；分類再多、治不好就是空話。

七、關鍵詞

頭部氣滯血瘀、頸動脈、腦幹、缺氧／阻塞／火大、血腦屏障、0.6%、生物共振、睡石頭、陽不歸陰、淺眠多夢、肝風內動、髓海不足、缺盆穴、共振帽。

八、自我觀察

- 自按頸動脈：太硬、一壓就痛 → 警覺往中風的路上走。
- 睡覺起來手指發麻、長期不理 → 腦幹阻塞的預告。
- 常打哈欠、昏沉、吸氣短淺、按大魚際與中府穴很痛 → 缺氧型。
- 淺眠多夢、頭部摸起來偏熱 → 頭太熱、陽不歸陰。

九、反思問題

1. 為什麼最窄的頸部，偏偏要承擔最重的上行與下行任務？
2. 止痛藥只治「痛」、治不治「因」？0.6% 的到達率說明了什麼？
3. 「睡石頭的老祖宗」與「買人體工學枕卻失眠的我們」，差別在哪裡？