彭旭明基于解结理论治疗偏头痛经验介绍

曹浩杰，林泽斌，李培涛 指导：彭旭明

广州中医药大学针灸康复临床医学院，广东 广州 510006

［摘要］介绍彭旭明老师基于解结理论治疗偏头痛的临床经验。彭旭明老师认为，偏头痛的核心病机在于“邪气聚结，阻塞清窍”，并基于《黄帝内经》的解结理论，将“结”分为“脉络之结”与“经筋之结”两个层次。“脉络之结”关乎气血运行，通过触诊头面动脉辨明虚实（分为壅结或匿结），分别施以刺络放血或毫针补泻；“经筋之结”关乎形体结构，远近循筋诊断并运用推拿与恢刺手法松解筋结。将“分层解结”的诊疗思路与针刺及推拿之法相结合，将整体与局部的诊治相统一，故临床可获良效。

［关键词］偏头痛；解结理论；脉络之结；经筋之结；刺络放血；推拿；恢刺；彭旭明
［中图分类号］R249；R747.2 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2026）10-0131-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.10.020

Introduction of PENG Xuming's Experience in Treating Migraine Based on Theory of Untying Knot

CAO Haojie, LIN Zebin, LI Peitao Instructor: PENG Xuming

Clinical Medical College of Acupuncture, Moxibustion and Rehabilitation, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510006, China

Abstract: This article introduces PENG Xuming's clinical experience in treating migraine based on the theory of untying knot. PENG Xuming believes that the core pathogenesis of migraine lies in "pathogenic qi accumulating and knotting, obstructing the clear orifices." Guided by the theory of untying knot from *Huang Di Nei Jing* (The Yellow Emperor's Inner Classic), he categorizes "knots" into two levels: "knot in the collaterals" and "knot in the sinews." The "knot in the collaterals" pertains to the movement of qi and blood. By palpating the arteries of the head and face to differentiate deficiency and excess (categorized as excess knots or hidden knots), treatment involves either collateral-pricking and bloodletting or reinforce and reduce with filiform needles accordingly. The "knot in the sinews" relates to the physical structure. Diagnosis involves tracing the sinews proximally and distally, and release is achieved using tuina and the lateral needling technique. By integrating the diagnostic and therapeutic approach of "untying knots by layer" with acupuncture and tuina, and unifying holistic and local treatment, satisfactory clinical effect can be achieved.

Keywords: Migraine; Theory of untying knot; Knot in the collaterals; Knot in the sinews; Collateral-pricking and bloodletting; Tuina; Lateral needling; PENG Xuming

彭旭明为第四批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师张家维教授的学术继承人，在长期的临床实践中，彭旭明老师论治偏头痛有独到见解，疗效确切。彭旭明老师认

［收稿日期］2025-09-08
［修回日期］2026-03-28
［基金项目］东莞市名中医药专家传承工作室建设项目（东卫函〔2022〕124号）
［作者简介］曹浩杰（2000-），男，硕士研究生。
［通信作者］彭旭明（1966-），男，医学博士，副主任中医师，副教授，硕士研究生导师。

为，偏头痛核心病机在于“邪气聚结，阻塞清窍”，并基于《黄帝内经》的解结理论，根据邪气聚结的层次不同，主要可分为“脉络之结”与“经筋之结”。笔者跟随彭旭明老师学习，现将彭旭明老师基于解结理论治疗偏头痛的经验整理介绍如下。

偏头痛是常见的神经系统失能性疾病，其临床特征为反复发作性的、多为单侧的中重度搏动性头痛，常同时伴恶心、呕吐、畏光和畏声等症状[1]，属中医头风、头痛病范畴，也称偏头风、偏正头风等。目前现代医学针对偏头痛治疗，常用非甾体抗炎药、含咖啡因的复方制剂或偏头痛特异性药物(如曲普坦类、麦角胺类)以快速和持续地解除头痛及相关伴随症状[2]，但用药不良反应大、停药后复发风险高等问题难以忽视。中医外治法能改善偏头痛及其他症状，同时具有不良反应较少的优势[3]。

1 解结浅析

解结理论首见于《灵枢·刺节真邪》，曰：“治厥者，必先熨调和其经……然后视其病，脉淖泽者，刺而平之，坚紧者，破而散之，气下乃止，此所谓以解结者也。”“用针之类，在于调气……一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经，令之不通，视而泻之，此所谓解结也。”该理论强调通过针刺等方法疏通经络、调畅气机，以解除邪气结聚所致之不通。后世医家在此基础上不断深化对“结”的认识，明代张介宾《类经》进一步阐释：“结者，邪之所聚，刺祛其邪，即解结之谓也。”“刺结络者，因其结聚而直取之，所谓解结也。”并指出“结留关节，贵释散也”。由此可见，“解结”的核心在于疏通，通过解除体内因邪气缠结所形成的病理状态，使筋脉恢复柔顺，最终达到气血调和、疾病向愈的目的。

2 从解结理论认识偏头痛

彭旭明老师认为“解结”不仅是治法，更是一种贯穿诊疗始终的辨证思维。《灵枢·经脉》载：“骨为干，脉为营，筋为刚……脉道以通，血气乃行。”邪气客于人体各层次，与气血搏结，形成“结滞”，气血不和，直接或间接导致清窍失养或受扰，发为头痛[4]。彭旭明老师认为，偏头痛核心病机在于“邪气聚结，阻塞清窍”，诊断在于“寻结”，治疗在于“解结”。“皮有分部，脉有经纪，筋有结络，骨有度量，其所生病各异”(《素问·皮部论》)，偏头痛之“结”有其层次与形态，可主要归纳为病在气血、显于络脉的“脉络之结”，与病在形络、显于经筋的“经筋之结”。此二者共同构成了偏头痛“不通则痛”的病理基础，且常相互影响，互为因果。

2.1 脉络之结——壅匿乃辨，虚实攸分 彭旭明老师认为，头为诸阳之会，其清阳之气的濡养与浊阴邪气的疏泄，高度依赖于脉络的通畅与协调。《素问·举痛论》指出：“寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。”邪气与正气的不同程度对抗，都可致使局部脉络气血运行失其常度，缠结不通，即形成“脉络之结”，不通则痛。根据正气的多寡，可分为虚实两端，正气充足，正邪壅塞于局部为实；正气藏匿、虚衰，无力祛邪为虚。临证必须细审其正邪盛衰之具体状态，虚实之异，不可不辨。

2.1.1 壅结——正邪交争，气血壅滞 “壅”者，塞也，盛也。当人体正气未衰，气血尚充，或因情志怫郁致肝气横逆，或风、寒、热邪外袭头项之时，气血奋起抗邪，与入侵或内生之邪气于头面部脉络之处激烈交争，正邪相搏导致局部气机不畅，血行受阻，终致络脉相对充盈，发为“壅结”。其外在征象，患者可自觉患侧搏动性疼痛，医者指下所感：患侧动脉相对充盈，按之坚紧搏指，此乃气血逆乱、缠塞不通的典型标实证候。其疼痛之由，全然

在于“不通则痛”，是因气血壅逆、脉络缠塞而产生的剧烈、拒按之痛。

2.1.2　匿结——正匿邪踞，清阳不升　“匿”者，藏也，隐也。《灵枢·决气》有言：“壅遏营气，令无所避，是谓脉。”此言脉道的功能在于约束和推动营血，而其功能的正常发挥，全赖阳气的温煦与鼓动。若患者素体亏虚或久病耗伤，致正气不足，气血两虚，气虚则推荡无力，血少则濡养乏源，此为本病之基。在此虚损状态下，外邪侵袭而正气无力奋起抗邪，难以形成剧烈的正邪交争，反致邪气盘踞，进一步阻碍本已虚弱之气血的运行。此即《黄帝内经》“正气存内，邪不可干”之反证。气虚血少为本，邪气留滞为标，二者共同导致清阳之气衰弱不振，无法上达以荣养脑络与头面脉络[5]。脉络失于充盈与温煦，正气藏匿，邪气盘踞，故而从形态到功能皆呈衰颓之象，发为“匿结”。其外在征象，患者自觉隐隐作痛，喜温喜按，医者指下所感：患侧络脉隐陷不起，且搏动较之健侧微弱，此乃正气不足、气血不充、清阳不升的典型虚性征候。其疼痛之由，核心在于“不荣则痛”，是脑窍与络脉失于气血濡养而发出的绵绵隐痛。

2.2　经筋之结——寒凝劳损，形气同病　《灵枢·经筋》曰：“经筋之病，寒则反折筋急，热则筋弛纵不收。”又云：“风寒湿气客于外分肉之间，迫切而为沫，沫得寒则聚，聚则排分肉而分裂也，分裂则痛。”寒主收引，凝涩气血，故发为筋急、挛痛。经筋系统是一个贯穿四肢百骸、上下内外的连续通路。不仅“手三阳经筋与足三阳经筋始于四肢末端，终于头面”；足少阴之筋“上至项，结于枕骨”；足厥阴之筋更“络诸筋”。

《病机沙篆》云：“经筋所过，皆能为痛。”经筋失和，则其分布所在皆可发为疼痛，基于此整体观，彭旭明老师提出，引发偏头痛之“经筋之结”，其病位并非拘于头颈一隅。若长期劳损、姿势不当，或寒邪侵袭，可在十二经筋循行路线的任何部位形成筋结。此过程正如《黄帝内经》所描述：外邪客于分肉之间，阻碍津液输布，凝而为“沫”；“沫”遇寒则聚结不散，压迫分肉，从而产生疼痛。这些结聚于远端，通过经筋的传导，将其挛缩的应力上达于头，发为头风。

初病在气，凝滞之“沫”局部压痛而无明显结构改变；久病在形，凝滞之“沫”与不畅之气血相互搏结，由功能性紊乱渐成器质性改变，最终形成可触及的条索、结节等有形之“经筋之结”[6]。此结既是病理产物，亦是新的致病之源，并持续阻碍整体经筋气血的流通，并通过“筋络传导”远程牵涉头面。不循经解除此结构性挛结，则气血难以彻底通畅，病痛便有随时复发之虞。因此，临证切不可“头痛仅医头”，必须具有“循筋诊断，远近同调”的整体视野。

3　临床辨治

3.1　辨壅匿，针解脉络之结　《灵枢·九针十二原》强调：“凡将用针，必先诊脉，视气之剧易，乃可以治也。”操作中可具体化为对“脉络之结”中“壅结”与“匿结”的精细鉴别。“血脉者，在输横居，视之独澄，切之独坚”。彭旭明老师认为：局部气血汇聚(血管搏动)之处，邪气亦凑，切之阴阳易显，左右两侧诊察同一部位的形态及指下触感，以脉陷为虚，按脉坚为实。“脉之卒然动者，皆邪气居之，留于本末”，彭旭明老师结合本病常见发病部位特点，诊察气血汇聚处常在腧穴及其附近动脉走形区，总结出常用诊察区域，如太阳穴区(颞浅动脉)、大迎穴区(面动脉)、攒竹穴区(眶上动脉)、鱼腰穴区(滑车上动脉)、翳风穴区(耳后动脉)等。大部分诊察区域与三叉神经及三叉神经周围血管颅外分部区域重合，通

过局部刺激(放血、针刺)可高效调整颅内三叉神经血管系统功能，可快速终止其异常病理变化，进而取效[7-9]。

脉陷为不足，患侧动脉搏动隐陷乏力，明显弱于健侧诊为匿结，治宜“视其虚络，按而致之，刺而利之，无出其血，无泄其气”(《素问·调经论》)。如痛在左太阳穴区，食中二指指腹于双侧太阳穴区同时上下滑动切诊，取脉动最明显处对比，重点在于指下感觉脉搏动的力度、柔坚、脉管的大小。若左脉较右弱、小、柔，为左脉匿结(虚)，可用毫针于痛处行补法(如迎随、捻转补法等)，也可在患侧动脉管壁旁行毫针补法，针尖不刺穿动脉，注意“无出其血，无泄其气”，旨在激发经气、引血上行，荣养络脉。

脉坚则有余，患侧动脉搏动充盈壅盛，明显强于健侧诊为壅结，治宜“切而从之，索其结络脉，刺出其血，以见通之”(《素问·三部九候论》)。若痛在左太阳区而左脉坚实有力，为左脉壅结(实)，可用毫针行泻法或应用三棱针或一次性注射针头刺络放血，令邪随血出，出血量约2~5 mL，后用棉签按压3 min以防血肿，令邪随血泄，血气复通。治疗后再次左右对比，以双侧动脉搏动力度、软坚、大小趋于匀平为度。

3.2 寻结滞，柔散经筋之结 《素问·举痛论》曰：“按之则热气至，热气至则痛止矣。”此指出可用推拿之“热气”散经筋“寒凝之沫”而止痛。从现代筋膜生物力学上分析，筋膜压痛点附近可观察到与疼痛和炎症相关的局部生物标志物水平升高[10-11]，而在按压筋膜上的痛点时，胶原纤维构象改变从而激活白细胞介素-1β诱导的细胞信号通路促使软骨细胞释放前列腺素E_2等抗炎物质，从而发挥止痛作用[12-13]。

彭旭明老师临床中先用大范围、中低频率、轻中刺激的揉法、推法或拿法等在痛区所属经筋循行线路上操作，操作过程中留意异常痛点及硬结，在患者耐受的基础上采用一指禅推法及高频率的摩擦手法，针对痛区及硬结明显部位交替使用。现代研究表明，轻柔和缓有节律的刺激能使交感神经受到抑制，同时使副交感神经兴奋，具有抑制、镇静作用，并通过促进β-内啡肽分泌的途径止痛；而重手法可通过应激反应的途径发挥镇痛作用[14]。轻重、快慢交替施术，治疗旨在松解挛急，恢复经筋柔顺而止痛。

针刺方面，先以押手固定条索硬结或拘挛之处，刺手持针先平刺或斜刺筋结浅层，提插捻转得气后稍滞针，小幅度提插牵拉筋膜1~2 min，频率40~60次/min，患者耐受为度。后押手提捏筋结隔离其余组织，解除滞针后提针引至皮下，恢刺筋结3次，不留针。《灵枢·官针》曰：“恢刺，直刺傍之，举之前后，恢筋急，以治筋痹也。”恢刺直达病所，松解结滞。先推拿后针灸，操作前后对比，单次操作不以完全散结为目标，以患者耐受及症状改善为度。

4 病案举例

刘某，女，31岁，2023年7月6月初诊。主诉：反复右侧头部疼痛10年余。现病史：患者因工作需要长期伏案，时有双侧颈肩部酸疼不适，当时未予重视，后渐至右侧头部疼痛，情绪紧张焦虑时尤甚。发作时，右侧头部胀痛不适，每次持续1~2 h，偶有恶心无呕吐。初时热敷及局部按摩可自行缓解，后发作持续时间渐增(3~6 h)，服布洛芬缓释胶囊方能缓解。症见：右侧头部持续性胀痛，血管搏动感明显，疼痛程度中等，右颈部及右肩僵硬牵拉感明显，双侧眼干眼胀，无视力模糊，恶心无呕吐，心烦易怒，两胁稍胀，口干口苦，纳一般，入睡困难，二便调。舌淡、苔薄黄，

两寸浮，左关弦。视诊：双侧颞部未见瘀络迂曲，右侧太阳穴区附近颞浅动脉可见明显搏动，左侧未见。触诊：右颞浅动脉浮而搏指，较左侧有力。右侧角孙、率谷连线(耳上肌)及右阳白穴均可触及一条索样改变，质韧，压痛(++)。右胸锁乳突肌、双侧肩胛提肌紧张、僵硬，压痛(+++)，髂胫束中上段风市穴附近压痛(++)。结论：右太阳区脉壅结(实)，手足少阳经筋结(耳上肌、右胸锁乳突肌、双侧肩胛提肌)。西医诊断：偏头痛；中医诊断：头风(肝郁气滞)。治疗操作：①患者取仰卧位，结合筋结所在部位(耳上肌、右胸锁乳突肌、双侧肩胛提肌及髂胫束)，医者先行揉法、摩法及摩擦类手法，操作柔和有力令局部透热，后行点按、叩击及弹拨类手法增强刺激。②右颞浅动脉搏动最明显处消毒，押手固定血管，取0.5×20 RWLB一次性使用无菌注射针点刺，出血量约2～5 mL后按压止血。③局部常规消毒，取0.30 mm×40 mm针灸针，平刺右阳白穴进针深度15 mm，提插得气行泻法；垂直于耳上肌条索走形平刺，针身与头皮平面呈15°角刺入，进针深度约25 mm，得气后恢刺条索；取右胸锁乳突肌、双侧肩胛提肌及风市穴紧僵痛处斜刺，注意避开血管，以得气-滞针引筋-恢刺顺序操作，操作过程中注意观察患者神态及询问耐受程度。操作结束后，患者自诉头痛及颈肩酸疼明显缓解，眼目清明，触诊左右两侧颞浅动脉匀平，胸锁乳突肌及肩胛提肌张力均较前降低。嘱患者3天后复诊。

2023年7月9日二诊：患者治疗后偏头痛未再发作，仍时有颈肩部酸疼，两胁无胀痛，睡眠较前改善，舌淡、苔薄黄，脉弦。右胸锁乳突肌、双侧肩胛提肌张力稍高，右侧耳上肌条索尚存。治疗方案：重点以指间关节刺激右侧颞部，针刺四神聪、阿是穴。以下取双侧：安眠穴、颈百劳、肩井、肩贞、颈根穴。1周后随访，患者诉已无头痛，颈肩酸痛较前明显缓解，夜间可安静入睡，嘱患者畅情志、勤锻炼。

按：初诊患者右侧头部持续性胀痛，搏动感明显，颈部及右肩僵硬不适，伴随眼干眼胀、心烦易怒等症状。舌淡、苔薄黄，两寸浮，左关弦，为肝郁气滞兼少阳经气不利之象。患者长期伏案，颈肩肌肉劳损日久，筋脉失养，不荣则痛；同时，患者肝气郁结，气机不畅，又可导致气滞，进而影响头部气血运行，不通则痛。详细诊察，见多处筋结及右颞浅动脉搏动亢进，乃脉络结、经筋结并见。故治疗当以解结止痛、疏肝解郁为法。刺络泻血以去实邪：于右颞浅动脉搏动处刺络放血，直接疏通局部壅滞之气血，使“血出邪尽，血气复行”，头痛立缓。恢刺调筋以解筋结：针对耳上肌、胸锁乳突肌等筋结，采用恢刺法配合滞针引筋，松解挛急之经筋，颈肩僵硬随之缓解。借少阳枢转之力以畅达厥阴之郁，为治胆以疏肝也。

二诊取四神聪安神定痛，颈百劳、肩井等穴通调颈项气血，辅以安眠穴调神助眠，契合“肝主筋”“调神止痛”之则，终收气畅筋柔、神安痛止之效。

本案体现了中医“整体观”与“分层解结”的诊疗特色。《素问·血气形志》曰：“凡治病必先去其血，乃去其所苦，伺之所欲，然后泻有余，补不足。”调和气血后重调肝郁、安神定志，既解疼痛之标，又去肝郁之本，标本兼顾，故疗效满意。

[参考文献]

[1] 中国医师协会神经内科医师分会，中国研究型医院学会头痛与感觉障碍专业委员会. 中国偏头痛诊治指南(2022版)[J]. 中国疼痛医学杂志，2022，28(12)：881-898.

[2] TZANKOVA V，BECKER W J，CHAN T L H. Diagnosis and acute

management of migraine[J]. CMAJ，2023，195(4)：e153-e158.

[3] 苗青月，李忠明，马长春. 针灸治疗偏头痛研究进展[J]. 吉林中医药，2024，44(7)：864-868.

[4] 曾荣莉，王明杰，江玉. 王明杰基于玄府理论运用风药治疗偏头痛经验[J]. 江西中医药，2023，54(6)：41-43.

[5] 陈佳豪，伍大华，谢乐. 伍大华基于“虚气留滞”理论治疗前庭性偏头痛经验[J]. 湖南中医杂志，2025，41(4)：51-54.

[6] 李正言，葛海雅，杨宗睿，等. 基于现代医学研究探讨筋出槽和骨错缝的病理机制[J]. 中医正骨，2025，37(2)：39-43.

[7] 陈思璇，孙畅，胡效萌，等. 范刚启“四维”辨治针灸治疗偏头痛临床经验[J]. 中国针灸，2025，45(9)：1299-1304.

[8] 中国医师协会神经内科医师分会，中国研究型医院学会头痛与感觉障碍专业委员会. 中国偏头痛诊治指南(2022版)[J]. 中国疼痛医学杂志，2022，28(12)：881-898.

[9] 中国针灸学会. 循证针灸临床实践指南[M]. 北京：中国中医药出版社，2014.

[10] GROSMAN-RIMON L，PARKINSON W，UPADHYE S，et al. Circulating biomarkers in acute myofascial pain：A case-control study [J]. Medicine (Baltimore)，2016，95(37)：e4650.

[11] SHAH J P，DANOFF J V，DESAI M J，et al. Biochemicals associated with pain and inflammation are elevated in sites near to and remote from active myofascial trigger points[J]. Arch Phys Med Rehabil，2008，89(1)：16-23.

[12] CHOWDHURY T T，AKANJI O O，SALTER D M，et al. Dynamic compression influences interleukin-1beta-induced nitric oxide and prostaglandin E2 release by articular chondrocytes via alterations in iNOS and COX-2 expression[J]. Biorheology，2008(3-4)：257-274.

[13] LU W，LI J，TIAN Y，et al. Effect of ischemic compression on myofascial pain syndrome：a systematic review and meta-analysis[J]. Chiropr Man Therap，2022，30(1)：34.

[14] 严隽陶，赵毅. 现代中医药应用与研究大系·推拿[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1998：67.

[责任编辑：刘淑婷，蒋维超(英文)]