

本文引用: 罗容, 潘江, 石文英, 徐敏, 柯超, 度菲, 贺禹翔, 殷伶, 李里. 章薇“解结”经验结合超声可视化引导针刺治疗颈源性头痛思路探析[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(9): 1840–1846.

章薇“解结”经验结合超声可视化引导针刺治疗 颈源性头痛思路探析

罗容¹, 潘江¹, 石文英¹, 徐敏¹, 柯超¹, 度菲¹, 贺禹翔^{1,2}, 殷伶¹, 李里^{1*}

1. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007; 2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208

〔摘要〕中医学认为, 颈源性头痛的发生与颈项经筋失和、气血运行不畅有关, 其病理表现可见筋结形成, 体现“结在颈项, 痛发于头”的特点。章薇教授基于《黄帝内经》“解结”理论, 结合多年临床经验, 凝练出以手扪结、针刺探结、温针散结的诊疗思路, 强调循经触诊以辨识筋结, 根据病变层次施行针刺探结, 并配合温针以温通经筋。由于颈项部解剖结构复杂, 传统诊刺在深部组织层次辨识、针刺路径判断及风险结构评估方面仍存在一定局限。本文在章薇教授“解结”诊疗经验指导下, 引入超声可视化技术, 将触诊辨结、针下探结与超声辨层相结合, 探讨超声在辅助判断筋结相关软组织层次、优化针刺路径及提升操作安全性方面的应用价值, 为名医经验客观化传承及颈源性头痛精准针刺提供参考。

〔关键词〕颈源性头痛; 解结理论; 结筋; 超声可视化; 针刺; 名医经验; 章薇

〔中图分类号〕R245

〔文献标志码〕A

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.09.012

An ultrasound imaging-guided acupuncture approach for cervicogenic headache treatment based on Professor ZHANG Wei's experience of "resolving knots"

LUO Rong¹, PAN Jiang¹, SHI Wenyong¹, XU Min¹, KE Chao¹, TUO Fei¹, HE Yuxiang^{1,2}, YIN Ling¹, LI Li^{1*}

1. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China;

2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China

〔Abstract〕From the perspective of Chinese medicine, cervicogenic headache (CEH) is associated with disharmony of the meridian tendons of the neck and impaired circulation of qi and blood. Its pathological manifestations include the formation of tendon knots, reflecting the characteristic that "the knots are located in the neck, while pain manifests in the head." Drawing on the "resolving knots" theory in the *Huang Di Nei Jing (Huangdi's Classic of Medicine)* and her years of clinical experience, Professor ZHANG Wei developed a diagnostic and needling approach centered on palpating knots, probing knots with acupuncture needles, and dispersing knots with warming needle therapy. She emphasizes palpation along the meridians to identify tendon knots, needle probing at depths appropriate to the tissue layer involved, and the use of warming needle therapy to warm and unblock the meridian tendons. Given the complex anatomy of the neck, conventional diagnostic and needling practice remains limited in identifying deep tissue layers, determining needle trajectories, and assessing anatomical structures at risk. Building on Professor ZHANG Wei's diagnostic and needling experience in "resolving knots," this paper introduces ultrasound imaging and integrates knot identification by palpation and needle probing with ultrasound-based identification of tissue layers. It explores the potential

〔收稿日期〕2026-06-15

〔基金项目〕湖南省卫生健康委卫生科研基金一般项目(20257992); 湖南省自然科学基金高校联合项目(2025JJ90069)。

〔通信作者〕* 李里, 男, 博士, 主任医师, 硕士研究生导师, E-mail: 43820650@qq.com。

utility of ultrasound in determining the soft-tissue layers associated with tendon knots, optimizing needle trajectories, and improving procedural safety, thereby providing a reference for the objective transmission of famous physicians' experience and for precision acupuncture in the treatment of CEH.

[**Keywords**] cervicogenic headache; "resolving knots" theory; tendon knot; ultrasound imaging; acupuncture; famous physician's experience; ZHANG Wei

颈源性头痛(cervicogenic headache, CEH)是临床常见的继发性头痛,病程迁延,易反复发作,影响患者生活质量及工作能力^[1]。现代研究认为,CEH的发生多与C1~C3节段支配的上颈段关节、肌肉、筋膜和韧带等组织病变有关,其伤害性传入可通过高位颈神经及三叉神经相关通路引发头项部牵涉痛^[2]。其疼痛虽表现于头部,病变基础多在颈项。中医学可将CEH归属于“头痛”“项强”“痹证”等范畴,其病机多与颈项经筋失和、气血痹阻、结筋不解有关,这为从“解结”论治CEH提供了理论依据。

章薇教授,湖南中医药大学第一附属医院主任医师,博士研究生导师,湖南省名中医,湖湘针推学术流派代表性传承人,从事针灸临床、教学与科研工作30余年,对经筋痹痛及相关痛证的针刺治疗具有丰富的经验。章薇教授基于《黄帝内经》“解结”理论,结合现代解剖学、生理学及生物力学认识,认为CEH治疗不应仅着眼于头部止痛,而应重视颈项部结筋病灶的辨识与松解,形成了“以手扪结、针刺探结、温针散结”的诊刺经验。该经验强调循经切按以辨结、多向探刺以松结、温针通络以散结,体现了“以结为靶”的诊疗思路。

颈项部解剖层次复杂,血管神经分布密集,传统诊刺过程多依赖医者手下触感、针下反应和解剖经验,对深部筋膜层次、针刺路径及安全边界的客观辨识仍存在一定局限。随着超声显影技术的发展,针刺操作逐渐由单纯经验定位向影像辨层、安全导刺拓展。本文借助超声技术辅助呈现章薇教授“以结为靶”的诊疗思维,为构建“触诊定位—影像辨层—针下验证—辨证施温”的诊疗模式提供客观化路径。

1 CEH的病理基础与针刺干预难点

CEH以头痛为主要临床表现,但其疼痛来源多位于上颈段相关组织结构。现代研究认为,CEH的发生与上颈段关节、肌肉、筋膜、韧带及神经结构异常密切相关;局部组织持续受到机械刺激、炎症介质作用或功能失衡的影响,可致伤害性感受器兴奋,并

经C1~C3神经传入及三叉神经-颈神经复合体相关通路,引起头项部牵涉痛^[3-5]。因此,CEH具有“颈项异常输入,头面部疼痛表现”的特点,其治疗关键在于识别并干预颈项部持续存在的疼痛来源。

从软组织病理变化角度看,长期姿势负荷异常、颈项劳损及局部运动功能失衡,可导致颈项肌肉张力增高、筋膜滑移受限、局部软组织敏化,并可形成肌筋膜触发点等异常反应区域^[6-7]。上述病理改变可表现为局部条索样紧张、压痛、牵涉痛及活动受限等临床特征。中医经筋理论认为,该类表现可归属于颈项经筋失和、气血运行不畅所致的“筋结”状态^[8-9]。

目前,CEH治疗方法包括药物治疗、神经阻滞、射频治疗、物理治疗、手法治疗及针刺治疗等^[10]。其中,针刺可结合触诊探查局部阳性反应点,通过针刺调节局部软组织状态。针对以颈项部肌筋膜异常、持续性伤害性输入为重要病理基础的CEH,依托触诊定位异常反应区域,并根据病变组织层次实施针刺干预,是提升治疗针对性的关键^[11]。对于以颈项部软组织异常为重要病理基础的CEH而言,临床干预的关键在于精准识别疼痛相关的异常组织区域。近年来,快速发展的高频超声技术可实时显示浅深层肌肉、筋膜、骨性标志及血管神经毗邻关系,为传统触诊发现的异常反应区域提供结构层面的客观参考。

2 “解结”理论与CEH的内在关联

“解结”理论源于《黄帝内经》对经络阻滞及局部病理状态的认识。《灵枢·刺节真邪》曰:“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。”其中,“结”并非单纯指某一固定形态结构,而是机体功能失衡状态在局部的表现形式,体现了经气运行受阻、络脉不畅以及组织功能异常的综合状态^[12]。“解结”并非简单意义上的松解局部组织,而是通过审察病变所在、辨识病理关键,使阻滞得除、经气得通、功能得复^[13]。

经筋理论认为,经筋具有联络关节、约束形体、维持运动的重要作用,其结聚、转折及附着区域是局

部力学负荷集中的部位。颈项连接头颅与躯干,是经筋循行、交会及运动传导的重要区域。当长期姿势负荷异常、劳损或外邪影响导致经筋失养、拘急失和时,可表现为局部异常紧张、压痛及运动功能受限等改变,即中医“筋结”状态^[14-15]。但此处的“筋结”,并非指某一特定组织结构,而是指章薇教授在临床诊察过程中通过触诊发现的颈项部经筋异常反应,包括条索样紧张、硬韧感、压痛及可诱发相关疼痛的阳性反应区域,与现代医学中的肌筋膜触发点、局部肌张力异常及筋膜滑移受限等概念不可简单等同。

从“解结”理论审视 CEH,其核心并不在于头痛症状本身,而在于寻找导致疼痛持续存在的“结”之所在。由于颈项部筋结可影响局部运动平衡及疼痛传导,患者虽表现为头部疼痛,但其病理关键可能位于颈项部经筋异常。因此,“结在颈项,痛发于头”体现了从症状表现追溯病理根源的诊疗思维^[16]。

基于上述认识,章薇教授首先通过“以手扪结”寻找与症状相关的异常反应区域,即察结定位;继而通过“针刺探结”结合组织层次和针下反应判断病变特点,即审结辨层;最后根据患者局部状态选择相应治疗方法,以达到解结通络之目的。

3 章薇教授“解结”诊刺治疗 CEH 经验

章薇教授“解结”诊刺经验的 3 个环节各有侧重,又相互印证。首先以触诊锁定病变区域,再以针刺验证病变层次,最后以温针调其寒热虚实。其具体内容分述如下。

3.1 “以手扪结”辨识颈项筋结

章薇教授首重“以手扪结”。临证时,选穴不以头痛部位为唯一依据,需结合颈项部经筋分布、疼痛牵涉规律及局部组织状态,寻找与患者症状相关的阳性反应区域,常重点观察枕项部、完骨周围、上颈段棘突旁、C1 横突与 C2 棘突之间,以及肩颈交界区域。“以手扪结”重在通过循、切、按、扪等方法,对局部异常反应进行综合判断,而非简单寻找压痛点。浅层触诊主要观察局部组织张力、滑移状态及压痛范围;深层按压则重点感知条索样紧张、局部硬韧感、组织弹性变化及深部压痛反应。同时,结合颈部旋转、后伸、侧屈等功能活动,判断局部异常反应与头痛之间的关联。

章薇教授认为,具有治疗意义的筋结通常不仅引起局部不适,还可诱发患者原有头痛、枕项酸胀或头面部牵涉感。因此,扪结的关键在于将患者症状

表现与颈项部异常反应区域建立联系,使治疗由按穴施治转向以结为靶,而非机械地寻找痛点。但临床所辨之筋结,不宜简单地等同于某一固定组织结构,应理解为医者基于局部组织状态、症状诱发特点及患者整体表现形成的综合判断。其本质在于发现导致疼痛持续存在的异常反应区域,为后续针刺干预提供依据。

3.2 “针刺探结”分层探寻筋结区域

在明确筋结相关阳性反应区域后,章薇教授强调“针刺探结”,即以针代手,通过针刺过程进一步感知局部组织状态,验证触诊所得信息。其操作特点可概括为“先辨其结,再循层探刺”。针刺过程中,注重押手与刺手配合,通过固定局部组织、调整针刺方向,使针刺顺应局部组织走向,避免机械地固定穴位进行深刺。进针后,章薇教授重视针下阻力、组织牵张感以及患者主观感觉的变化。若针下出现紧涩、阻滞、牵掣感,或患者出现局部酸胀、向枕部或头面部放散等感觉,可作为判断针刺接近异常反应区域的重要参考。

但上述针感尚不能单独作为某一特定病理状态或组织结构的特异性标志,需结合触诊所得阳性区域、患者症状反应以及针刺过程中的综合变化进行判断。针对颈项部不同特点的筋结,针刺策略亦有所区别。对于局部拘紧明显、浅层组织反应突出者,可采用较为温和的松解方式;对于深部异常反应明显者,则须更加重视针刺方向、刺激强度及患者耐受情况。针刺操作不宜追求强刺激,应以准确辨识局部异常反应为前提,促使局部由紧涩趋于舒缓。

3.3 “温针散结”以温通经筋

章薇教授认为,“温针散结”并非针刺后的常规辅助刺激,而是在明确筋结特点及患者整体状态基础上的治疗选择。其目的在于借助温热刺激温通经筋、改善局部气血运行,以巩固针刺松解效果。临床应用,章薇教授并不主张“凡痛皆温”,而强调结合局部表现、疼痛特点及整体状态辨别温针适用范围。对于病程较久、颈项拘紧明显、局部触之偏冷、遇寒加重、得温缓解,或筋结坚硬、针刺后仍有拘涩不舒者,多提示寒凝经筋或气血运行不畅,可配合温针以温通经筋;对于疼痛固定、局部压痛明显、病程迁延者,则可根据瘀阻程度酌情应用温针,以助温通行滞。相反,若局部灼热明显、红肿、疼痛拒按,或伴明显热象表现,则应慎用温针,以避免进一步增加局部刺激。温针操作通常选择筋结相关区域或局部经

筋反应点,在针刺探结后施以温热刺激,使局部由拘急转向舒缓。其作用重点并非增加刺激强度,而是通过温通作用促进局部状态改善。温针散结法的临床辨识要点详见表 1。

4 超声可视化辅助章薇教授“解结”诊刺经验客观化

手下辨结、针下探结等经验高度依赖医者长期临床积累,超声技术的应用并非改变原有诊刺模式,而是为这些经验环节提供结构参照,使触诊所得异常反应、针刺过程中的组织反馈以及最终治疗层次之间建立联系。

4.1 超声辨层,明确颈项结筋所在

章薇教授“解结”诊刺强调以结为靶,但临床触诊所得异常反应并非对应单一组织结构,而可能涉及不同层面的软组织状态。超声的价值在于将触诊所得阳性区域进一步落实到具体组织层次,为针刺探结提供结构依据。在颈项部常见结筋区域,超声主要依据骨性标志、肌肉层次及筋膜界面进行定位^[7]。完骨周围及 C1 横突与 C2 棘突之间区域,可通过 C1 横突、C2 棘突等骨性标志确定解剖位置,进一步观察枕下肌群、头半棘肌及其筋膜层次,明确触诊异常区域位于浅层肌肉、肌间筋膜还是深层软组织;C2~C3 关节突周围区域则可依据关节突骨性轮廓,观察头半棘肌、颈半棘肌及肌间筋膜关系,判断深部压痛区域对应的组织层次。对于触诊所得条索样紧张区域,超声重点观察局部肌肉排列、肌层厚度及肌内回声特点;对于硬韧、弹性下降区域,则重点观察筋膜

层连续性、层间界面及动态滑移状态;对于伴有牵涉痛的深部异常区域,则结合深层肌肉、筋膜间隙及邻近神经结构关系进行综合判断^[8]。触诊表现与超声观察特征的对应关系详见表 2。

4.2 超声导刺,明晰针刺探结路径

“针刺探结”是章薇教授“解结”诊刺的重要环节,其关键并非追求针刺深度,而是在明确结筋所在层次基础上,使针尖到达与症状相关的异常反应区域。超声辅助下,针刺路径的确定主要围绕触诊靶点、组织层次及周围结构关系展开。根据超声显示的肌肉、筋膜及骨性标志位置,选择相应进针方向,使针尖沿预定组织间隙进入目标层次。进针过程中,通过实时观察针身及针尖位置,判断针尖是否到达触诊阳性区域对应层面,并结合针下阻力、组织牵张感以及患者酸胀、放散等感觉变化,对针刺反应进行综合判断。

对于枕项部深层结筋区域,针刺并非以刺激邻近神经结构为目的,而是在超声影像明确枕下肌群、头半棘肌及周围组织关系的基础上,使针尖到达触诊阳性区域所对应的肌筋膜层。进针过程中,若针尖进入目标层次并与局部张力较高组织发生接触,常可出现阻力增加、紧涩或牵掣感,同时患者可出现局部酸胀或原有枕项牵涉感。此类针下反应可作为判断针刺是否接近异常组织的重要参考,但仍需结合超声显示的针尖位置、触诊所得阳性区域以及患者即时感觉进行判断。针下感觉与超声辅助决策详见表 3。

表 1 温针散结法的临床辨识要点

Table 1 Clinical identification key points of warming needle therapy for resolving knots

辨识方向	临床表现	温针灸应用建议
寒凝经筋	颈项拘紧明显,局部触之偏冷,遇寒加重,得温缓解,筋结坚硬,疼痛多呈沉紧拘急	适宜温针灸
瘀阻经筋	疼痛固定,局部压痛明显,筋结较深,活动受限,病程较久	可结合温针灸,以温通行滞
气血不足,筋失濡养	病程迁延,劳累后加重,筋结不甚坚硬,伴乏力、易疲劳	温针宜温和灸,避免强刺激
郁热或热象明显	局部灼热、红肿、疼痛拒按,口苦、烦躁,舌红苔黄等	慎用或不宜温针灸

表 2 触诊表现与超声观察特征的对应关系

Table 2 Correspondence between palpation findings and ultrasonographic features

触诊表现	超声观察特征	临床意义
条索样紧张	局部肌束排列紧密、肌层厚度或回声分布异常	提示局部肌肉张力改变
局部硬韧、弹性下降	筋膜层增厚、层间界限欠清	提示筋膜滑移受限可能
深部压痛点	深层肌肉、肌间筋膜或关节突周围软组织异常区域	帮助判断针刺层次
活动时牵涉痛	动态超声观察局部筋膜滑移减少或组织运动受限	辅助判断功能异常区域

表 3 针下感觉与超声辅助决策

Table 3 Needling sensations and ultrasound-assisted decision-making

针下感觉	超声观察重点	调整策略
针尖阻力增加、紧涩感明显	针尖是否位于目标筋膜层或组织张力较高区域	调整角度或轻度探刺
酸胀、放散感	针尖是否位于触诊阳性区域对应层次	结合患者感觉维持适宜刺激
无明显针感	针尖是否偏离目标层面	重新定位
电击样感觉	针尖是否接近神经结构	及时调整方向

4.3 超声辨层,明确颈项针刺安全范围

颈项部结筋区域常位于肌肉、筋膜与神经血管结构交错分布的区域,尤其是完骨周围、C1 横突与 C2 棘突之间以及 C2~C3 关节突附近,既是章薇教授临床常用的探结区域,也是针刺时需要重点关注的安全边界。章薇教授“针刺探结”强调循层而入、适度而止,其核心并非单纯追求刺激深度,而是在明确病变层次基础上寻找有效刺激范围。

超声在针刺前主要用于明确进针路径中的重要结构关系。对于完骨周围及上颈段区域,通过观察枕下肌群、头半棘肌等目标肌层以及枕大神经、C2 背支等邻近结构的位置关系,帮助判断针尖应到达的组织层次以及需要避开的区域^[19];对于 C2~C3 关节突附近区域,则通过明确关节突骨性标志、深层肌肉及周围软组织关系,辅助确定进针方向,以避免针尖偏离目标区域^[20]。针刺过程中,超声可实时显示针尖位置,用于判断针尖是否沿预定路径进入目标肌筋膜层。当针尖接近非目标结构或偏离原定层次时,可根据图像反馈及时调整进针方向和深度,而不是单纯依靠针下感觉进行修正。同时,结合患者出现的局部酸胀、牵涉感以及针下阻力的变化,对针刺是否达到有效刺激区域进行综合判断。

5 验案举隅

李某,女,32 岁。初诊:2024 年 7 月 29 日,于湖南中医药大学第一附属医院就诊。主诉:反复头痛伴双侧肩颈部酸胀 2 年,复发加重 1 周。患者 2 年前因长期伏案工作后出现双侧肩颈部酸胀,后逐渐累及头部,发展为头痛,休息后可缓解。病情常反复发作,曾于当地诊所接受针刺及口服药物治疗,配合休息后症状常可于 1 周左右缓解。1 周前,患者伏案工作后上述症状复发加重。刻下症见:头痛剧烈,双侧肩颈部紧张,头颈转侧不利,晨起症状较重,日间活动后双侧肩颈紧张稍缓,但头痛改善不明显。

平素情绪波动较大,神疲乏力,四肢欠温,唇甲色淡,纳可,寐差,二便调。舌暗,舌下络脉稍瘀,苔白腻,脉细涩。查体:头痛视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分 7 分,完骨穴压痛(+),双侧肩颈部肌肉紧张,C1 横突与 C2 棘突间可触及少许条索状结节,双侧臂丛神经牵拉试验(-),叩顶试验(-)。西医诊断:CEH。中医诊断:头痛、项痹。辨证:气虚血瘀、寒湿阻络证。治法:解结通络,温经散寒,活血止痛。具体治疗:遵循“以手扪结、针刺探结、温针散结”的诊疗思路,依次行触诊定位、超声辨层规划进针路径、针刺探结,最后予以温针灸散结。先于颈项部经筋循行区域触诊,重点于 C1 横突与 C2 棘突之间、完骨穴(位于头部,耳后乳突的后下方凹陷中)周围及双侧肩颈肌肉紧张处循按、切按,结合压痛反应及头痛牵涉感确定结筋病灶点并标记;随后行超声辨层扫查 C1 横突至 C2 棘突区域(见图 1A),观察局部皮下组织、肌肉、筋膜层次及周围血管神经毗邻关系;由完骨穴附近进针,针刺方向朝向 C2 棘突,在超声监视下缓慢进针至枕下肌群与头半棘肌相关筋膜层,针尖接近枕大神经周围软组织区域,以患者出现局部酸胀、放散感或可耐受的肌肉抽动反应为度,避免直接刺激或损伤神经;继而将针退至皮下,调整超声探头覆盖 C2~C3 至 C4~C5 节段,观察颈半棘肌、头半棘肌及其肌间筋膜层次(见图 1B);于超声辅助下向 C2~C3 关节突关节下方进针,将针尖送达颈半棘肌与头半棘肌肌间隔及相关筋膜层,接近 C2 背支周围软组织区域。探刺松解后,于结筋病灶点及局部腧穴施以温针灸,以温通经筋、行气活血、散寒化瘀,控制温热刺激强度,以患者耐受为度,避免局部烫伤及过度刺激。治疗 1 次,治疗时长约 30 min。

二诊:2024 年 7 月 31 日。患者述头痛较前减轻,双侧肩颈部紧张稍缓解,头颈转侧仍欠利,晨起症状仍较明显,舌暗,苔白腻,脉细涩。继续沿用初诊治法,治疗 1 次,治疗时长约 30 min,选取结筋病灶点及局部腧穴施以温针灸。

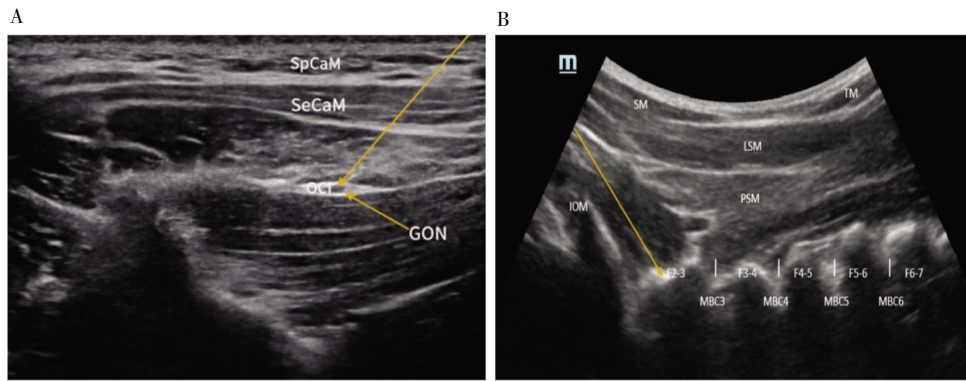


图 1 超声引导下上颈段针刺路径及组织层次观察结果

Fig.1 Ultrasound-guided needle trajectory and tissue layers in the upper cervical region

注:A.C1 横突至 C2 棘突区域组织层次及针刺路径;B.颈椎关节突周围组织层次及针刺路径;SpCaM.头夹肌;SeCaM.头半棘肌;OCL.头下斜肌;GON.枕大神经;LSM.肩胛提肌;PSM.后斜角肌。

三诊:2024 年 8 月 2 日。患者述头痛基本消失,双侧肩颈部紧张明显缓解,颈部活动改善,晨起已无明显僵硬感,仅劳累后偶有轻微酸胀。舌淡暗,苔薄白,脉细。仍守前法治疗 1 次。

3 次治疗结束后,患者诉头痛消失,肩颈紧张及活动受限明显改善。随访 1 个月,患者诉头痛未再复发。

按:本案西医诊断为 CEH,中医诊断为头痛、项痹。辨证为气虚血瘀、寒湿阻络证。患者长期伏案,出现肩颈酸胀,继而反复头痛,伴头颈转侧受限,症状伏案后加重、休息后稍缓,提示其头痛并非单纯头部病变,而与颈项部持续肌筋膜负荷及上颈段功能失衡密切相关。查体见完骨穴压痛,C1 横突与 C2 棘突之间可触及条索状结节,提示病灶集中于枕项部及上颈段相关肌筋膜结构。该区域为枕下肌群、头半棘肌、颈半棘肌等浅深层肌肉交会处,邻近枕大神经、C2 背支等头项部疼痛传入神经结构。长期伏案使局部肌筋膜张力增高、肌间筋膜滑移受限,形成触发点或结筋病灶,其持续性机械牵张和局部刺激可增强上颈段伤害性传入,进而诱发或维持头痛,符合“结在颈项,痛发于头”的特点。中医病机层面,患者久坐伏案劳伤颈项经筋,日久气血运行不畅,筋脉失养,分肉之间痰瘀互结,故见肩颈酸胀、局部形成条索结节、颈部活动受限;舌暗、舌下络脉稍瘀、脉细涩,兼见神疲乏力、四肢欠温、苔白腻,提示其病机以气虚血瘀为本、寒湿阻络为标。若仅取头部止痛,难以解除颈项部持续存在的结筋病灶,故治宜从颈项经筋入手,以解结通络、温经散寒、活血止痛为法。

本案治疗遵循章薇教授“以手扪结、针刺探结、温针散结”的诊刺思路:先于 C1 横突与 C2 棘突之间、完骨穴周围及双侧肩颈紧张处循按,寻找可诱发

原有头痛或牵涉痛的阳性反应点,将治疗靶点由体表腧穴落实到具体结筋病灶;借助超声观察枕下部及上颈段深层肌肉、筋膜层次和血管神经毗邻关系,明确针刺路径与安全边界;针刺作用于枕大神经及 C2 背支周围相关筋膜层,旨在避免直接刺激神经本身,而是以神经周围肌筋膜结聚区域为靶点,通过松解筋膜黏滞、降低局部肌张力、改善局部微循环及减少外周伤害性输入以缓解头项疼痛。治疗后,患者头痛消失,肩颈紧张和颈部活动受限改善,印证“触诊辨结、超声辨层、针刺探结、温针散结”路径对该类 CEH 具有较好的病机针对性。

6 结语

CEH 以头痛为主要临床表现,但其疼痛根源常与上颈段、枕项部肌筋膜、关节囊、韧带及相关神经结构异常有关。若治疗仅关注头痛部位,易忽视颈项部持续存在的异常反应。从经筋理论视角分析,头痛虽发于头,病变关键却常在颈项。因此,CEH 的针刺治疗并非单纯依据疼痛部位取穴,而在于寻找与患者症状相关的颈项异常反应区域并予以针对性干预。周胜利等^[21]基于经筋理论,将针刺与易筋经“九鬼拔马刀势”训练联合应用于 CEH 患者,研究发现该方案可改善疼痛、颈椎活动度及功能障碍,降低血清 IL-6 水平,且总体疗效优于单一针刺或功法训练。这提示 CEH 治疗不仅应重视局部疼痛干预,也应兼顾颈项经筋状态及运动功能的恢复,与章薇教授“解结”诊刺体系的核心思路高度契合。

章薇教授“解结”诊刺体系始终围绕“结”这一关键环节展开,临床上不拘泥于固定穴位,而是根据患者头痛发作特点、颈项经筋分布以及局部触诊表现,寻找能够诱发原有症状的异常反应点。“以手扪结”

侧重于辨识与疾病相关的条索、硬韧、压痛及牵涉反应,使治疗从按穴针刺转向针对具体病变区域。刘磊等^[22]认为,触诊可依据经筋病理改变所在部位判断病变经筋,并通过增粗、紧张、僵硬、硬结等不同指下触感进一步辨识局部病理状态。该研究强调将触诊用于颈痛的分期和精准施治,为“循筋察结、据结定治”的临床思路提供了较为直接的理论依据。“针刺探结”则通过针下阻力、组织牵张感及患者主观感受,进一步判断针刺是否接近病变区域;“温针散结”则根据患者局部寒热表现及整体状态进行选择,以发挥温通经筋、改善局部拘滞的作用。三者环环相扣,体现了从症状定位病位、依据病位确立治法、根据治疗反应调整操作的临床思路。

超声可视化技术可为上述传统经验提供影像辅助。触诊发现阳性区域后,超声可直观显示对应区域的肌肉、筋膜及周围结构关系;针刺过程中,可辅助判断针尖所在层次及其与邻近结构的位置关系,实现医者手下所感之“结”、针下所察之“滞”与超声显示的解剖结构相互印证,为“解结”诊刺经验的客观化传承与推广应用提供了更加直观的依据。

需要指出的是,超声可视化针刺仍存在一定局限。一方面,温针散结的适应证目前主要依据患者症状、局部触诊及整体辨证进行综合判断,具有一定经验依赖性,尚缺乏客观化评价指标;另一方面,超声可视化针刺受深部组织显影能力、操作者经验及设备条件等因素制约,超声影像结果仍需结合临床触诊、功能检查及针刺经验综合判断。本文主要围绕章薇教授“解结”诊刺经验及超声辅助应用进行探讨,尚缺乏超声辅助针刺与传统针刺之间的对照研究,也未对触诊表现、超声特征、针下反应及临床疗效之间的关系进行量化分析。因此,未来可结合影像学、生物力学及功能评价方法,对不同证候状态下局部组织变化、温针作用机制及超声引导针刺的临床价值进行深入研究,以提高“解结”诊刺体系应用的客观化水平,为名医经验的规范化传承提供更有力的依据。

参考文献

- [1] 李石良,倪家骧,李辉,等. 颈源性头痛针刀临床诊疗指南[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(10): 5379-5385.
- [2] 王宏岩,何亮亮,窦智,等. 颈源性头痛发病机制和诊断的研究进展[J]. 中国疼痛医学杂志, 2023, 29(9): 685-690.
- [3] Bogduk N. Cervicogenic headache: anatomic basis and pathophysiologic mechanisms[J]. Current Pain and Headache Reports,

2001, 5(4): 382-386.

- [4] Martelletti P. Proinflammatory pathways in cervicogenic headache[J]. Clinical and Experimental Rheumatology, 2000, 18(2 Suppl 19): S33-S38.
- [5] 肖红,刘慧. 颈源性头痛临床诊疗: 中国疼痛科专家共识解读[J]. 实用疼痛学杂志, 2019, 15(2): 83-87.
- [6] Särkilähti N, Hirvonen M, Lavapuro J, et al. Sensorimotor tests in patients with neck pain and its associated disorders: a systematic review and meta-analysis[J]. Scientific Reports, 2024, 14: 12764.
- [7] Opara M, Kozinc Ž. Which muscles exhibit increased stiffness in people with chronic neck pain? A systematic review with meta-analysis[J]. Frontiers in Sports and Active Living, 2023, 5: 1172514.
- [8] 王亚楠,吴以诚. 吴以诚基于“筋骨并举,推药并用”治疗颈源性头痛经验[J]. 中医药临床杂志, 2026, 38(4): 739-744.
- [9] 陈子杰,朱浩瀚,宋醒恪,等. 经筋理论视角下激痛点与结筋病灶点的异同[J]. 中医杂志, 2026, 67(9): 1023-1026.
- [10] 张凯,刘宇,蒋戈利. 针刺治疗颈源性头痛疗效的系统评价[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(11): 643-647.
- [11] 赵明斗,王伽松,朱琪,等. 颈源性头痛针刺治疗的理论及特色针法探析[J]. 针灸临床杂志, 2025, 41(8): 110-114.
- [12] 许哲淳,郑雪峰. 经筋病“筋结”与“解结”浅析[J]. 福建中医药, 2025, 56(7): 25-28.
- [13] 顾富城,李景虎,周鑫,等. 筋膜链视角下推拿“解结理筋”生物力学机制阐释[J]. 中国中西医结合杂志, 2026, 46(3): 362-368.
- [14] 袁娜,陈英华,王婷,等. 基于“经筋理论”运用多功能套针浮刺疗法治疗颈源性头痛的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(9): 37-42.
- [15] 曾伶俐,谭磊,付磊. 基于“经筋理论”从筋论治颈源性头痛[J]. 中国医药科学, 2024, 14(11): 102-105.
- [16] 谢曾,肖京,曹昂焱,等. 《黄帝内经》“分肉之间”理论与经筋痹痛分层治疗[J]. 中国针灸, 2023, 43(5): 569-573.
- [17] 王晓刚,刘颖,常洪波,等. 枕下三角的超声解剖学研究[J]. 中国超声医学杂志, 2021, 37(1): 1-4.
- [18] 李里,谭朝坚,潘江,等. 基于高频超声显影总结谢国荣老中医针刺刺风穴技法经验[J]. 上海针灸杂志, 2022, 41(11): 1129-1132.
- [19] 虞菲,罗容,潘江,等. 基于“分肉”理论探讨超声下刃针筋膜松解治疗颈性头痛的临床疗效及机制[J]. 针灸临床杂志, 2023, 39(2): 22-26.
- [20] 杜心如,孔祥玉,郭森,等. 椎动脉和第1颈神经穿经硬膜处的形态学特点及其与高血压颈枕痛的关系[J]. 中国临床解剖学杂志, 2021, 39(4): 379-383.
- [21] 周胜利,曾伶俐,贺卓众,等. 基于“经筋理论”针刺联合易筋经“九鬼拔马刀势”训练治疗颈源性头痛患者的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(2): 311-316.
- [22] 刘磊,龚智超,陈沁涛,等. 基于经筋理论探讨触诊对颈痛分期诊疗的意义[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(1): 144-147.