

针灸治疗头痛的研究进展与临床应用

胡微祯*, 张 迪#

黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月13日; 录用日期: 2026年8月6日; 发布日期: 2026年8月14日

摘 要

头痛是临床最常见的神经系统疾病之一, 严重影响患者的生活质量。针灸作为一种安全有效的非药物疗法, 在头痛治疗领域积累了丰富的临床经验和循证医学证据。本文从现代医学头痛分类、中医辨证论治理论、临床应用研究、作用机制探索以及标准化建设等维度, 系统梳理了针灸治疗头痛的最新研究进展。笔者通过检索分析近年来国内外高质量随机对照试验、系统评价及Meta分析, 证实针灸在偏头痛、紧张型头痛、颈源性头痛和慢性每日头痛等常见类型的治疗中具有显著且持久的疗效, 能够有效降低头痛发作频率、减轻疼痛程度并减少急性期止痛药用量。在机制方面, 针灸通过调控三叉神经血管系统、神经递质释放、中枢疼痛传导通路以及局部微循环等多靶点发挥作用。本综述旨在为临床医师和研究者提供系统参考, 进一步推动针灸在头痛治疗中的规范化应用和高质量发展。

关键词

针灸, 头痛, 偏头痛, 紧张型头痛, 颈源性头痛

Research Progress and Clinical Applications of Acupuncture in Headache Treatment

Weizhen Hu*, Di Zhang#

Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: July 13, 2026; accepted: August 6, 2026; published: August 14, 2026

Abstract

Headache is one of the most common neurological disorders in clinical practice, significantly impairing patients' quality of life. Acupuncture, as a safe and effective non-pharmacological therapy, has accumulated extensive clinical experience and evidence-based medical data in the treatment of

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 胡微祯, 张迪. 针灸治疗头痛的研究进展与临床应用[J]. 临床个性化医学, 2026, 5(4): 253-261.

DOI: 10.12677/jcpm.2026.54247

headaches. This article systematically reviews the latest research advancements in acupuncture for headache management from multiple perspectives, including modern medical classifications of headaches, Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome differentiation and treatment theories, clinical application studies, exploration of mechanisms of action, and standardization efforts. Through a systematic review of high-quality randomized controlled trials, systematic evaluations, and meta-analyses conducted domestically and internationally in recent years, the authors demonstrate that acupuncture exhibits significant and sustained therapeutic effects in treating common types of headaches such as migraine, tension-type headache, cervicogenic headache, and chronic daily headache, effectively reducing headache frequency, alleviating pain intensity, and decreasing the dosage of analgesics during acute episodes. Mechanistically, acupuncture exerts its effects through multi-target interactions involving regulation of the trigeminal nerve vascular system, neurotransmitter release, central pain transmission pathways, and local microcirculation. This review aims to provide clinicians and researchers with a comprehensive reference to further promote standardized application and high-quality development of acupuncture in headache treatment.

Keywords

Acupuncture, Headache, Migraine, Tension-Type Headache, Cervicogenic Headache

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

头痛是临床最常见的主诉之一,也是导致工作能力丧失和生活质量下降的重要原因。根据全球疾病负担研究(GBD 2021)的数据,偏头痛在神经系统疾病中排名第三,年龄标准化伤残调整寿命年(DALYs)居高不下[1]。紧张型头痛则是全球患病率最高的原发性头痛类型,全球约 26.0%的人口受其困扰。在中国,偏头痛的年患病率高达 9.3%,不仅给患者个人带来痛苦,也造成巨大的社会经济负担。

现代医学治疗头痛以药物治疗为主,包括急性期止痛和预防性治疗。然而,长期用药存在疗效有限、药物过度使用性头痛风险以及多种不良反应等问题。在此背景下,针灸作为一种“简便廉验”的非药物疗法越来越受到关注。多项高质量随机对照试验和系统评价已证实,针灸能够有效减少偏头痛和紧张型头痛的发作频率、降低疼痛强度、改善患者生活质量[2][3]。2025 年,世界针灸学会联合会的国际针灸标准研究成果在 WHO《世界卫生组织公报》上发表[4],系统评估了全球 25 部头痛指南中针灸治疗偏头痛的推荐意见质量,向全球传递了明确信号:针灸治疗偏头痛并非经验医学,而是具备高质量全球证据的成熟疗法。

本文旨在系统梳理针灸治疗头痛的理论基础、临床研究证据、作用机制及标准化进展,为临床实践和后续研究提供参考。

2. 头痛的现代分类与针灸适应症

现代头痛分类体系以国际头痛学会(IHS)发布的《国际头痛疾病分类》(International Classification of Headache Disorders, ICHD)为金标准。ICHD 于 1988 年发布第一版,此后分别于 2004 年和 2018 年发布第二版和第三版(ICHD-3) [5]。ICHD-3 将头痛分为三大类:原发性头痛、继发性头痛和痛性颅神经病变及其他面部疼痛。其中原发性头痛包括偏头痛、紧张型头痛、三叉自主神经性头痛(如丛集性头痛)以及其他原发性头痛疾病。

从针灸临床实践来看, 针灸对各型原发性头痛及部分继发性头痛均有良好疗效。基于 ICHD-3 的头痛针灸病证谱分析表明, 针灸对偏头痛、紧张型头痛、颈源性头痛、三叉神经痛等类型具有较高的治疗价值和证据支持[6]。特别是偏头痛和紧张型头痛, 针灸治疗的相关高质量临床研究和系统评价最为丰富[3][4]。丛集性头痛由于发病率较低, 相关研究相对较少, 但针灸作为一种安全有效的辅助治疗手段仍值得推荐。

2025 年发布的《中医头痛诊疗指南》进一步将中医头痛与西医头痛分类相衔接, 明确指出该指南适用于成人(≥ 18 岁)原发性头痛(偏头痛、紧张型头痛、丛集性头痛)及继发性头痛缓解期稳定期的中医诊疗[7]。这种中西医结合的诊断分类框架为针灸的精准施治提供了临床依据。

3. 中医对头痛的认识与辨证论治

3.1. 头痛的病机特点

中医学认为, 头痛的病因可概括为外感和内伤两大类。外感头痛多因风、寒、湿、热等外邪侵袭, 上犯清空, 阻遏经络气血而致头痛; 内伤头痛则多由情志失调、饮食不节、劳倦过度、久病体虚等因素导致脏腑功能失调, 气血逆乱, 或虚实夹杂, 经气壅滞或清窍失养而发为头痛。总体而言, 头痛的病机不离“不通则痛”与“不荣则痛”两端: 实证多属经络不通, 虚证多属精血不足、清窍失养[8]。

偏头痛在中医古籍中常被称为“偏头风”。中医学理论认为偏头痛的发生与少阳经的“不荣”“不通”密切相关。少阳经循行于头之侧部, 为气血运行的枢纽。若少阳经气郁滞, 则气机不利、血行不畅, 发为偏侧头痛; 若少阳气血亏虚, 则清窍失养, 亦可导致头痛反复发作[5]。

3.2. 经络辨证与分经取穴

经络辨证是针灸治疗头痛的核心方法。根据头痛的不同部位, 可归属相应的经脉进行“分经论治”——前额痛属阳明经, 侧头痛属少阳经, 后枕痛属太阳经, 巅顶痛属厥阴经。《灵枢·邪气脏腑病形》云: “荣输治外经”, 治疗神经血管性头痛, 常以上病下取、分经取穴和辨证取穴相结合为原则。

在具体选穴方面, 历代医家积累了丰富的经验。少阳头痛(偏头痛)多取率谷、风池、外关、足临泣、侠溪等穴, 以疏泄少阳、宣络止痛; 太阳头痛(后枕痛)取天柱、后溪、申脉、昆仑等穴, 以疏通太阳经气; 阳明头痛(前额痛)取印堂、合谷、内庭等穴, 以清泄阳明; 厥阴头痛(巅顶痛)取太冲、百会、四神聪等穴, 以平肝潜阳[8]。

值得注意的是, 针灸临床取穴并非简单“头痛医头”, 而是强调局部取穴与远道取穴相结合。局部取穴以头部阿是穴、百会、风池等为主, 直接作用于病灶区域; 远道取穴则根据经脉循行和辨证结果, 在四肢远端选择相应腧穴, 通过经络系统调节全身气血运行, 体现了中医“标本同治”的治疗思想。

3.3. 辨外感内伤与随证配穴

在辨经论治的基础上, 还需要辨明外感与内伤的属性, 随证灵活配穴。

外感头痛多起病较急, 常伴有表证。风寒头痛者多配列缺、风门以疏散风寒; 风热头痛者配曲池、大椎以清热祛风; 风湿头痛者配阴陵泉以化湿通络。内伤头痛则需依据脏腑虚实加以调整: 肝阳上亢者配太冲、三阴交以平肝潜阳; 痰浊上扰者配丰隆、中脘以化痰降浊; 气血亏虚者配足三里、气海以补益气血; 肾精不足者配肾俞、太溪以补肾填精; 瘀血阻络者配血海、膈俞以活血化瘀[8]。

4. 针灸治疗头痛的临床研究证据

4.1. 偏头痛

偏头痛是针灸治疗头痛研究中证据最为充分的类型。近年来, 多项高质量的随机对照试验(RCT)和系

统评价相继发表, 为针灸治疗偏头痛的有效性提供了高级别循证医学证据。

2026 年, Zhang 等人在《JAMA Network Open》上发表了一项针对无先兆偏头痛的 RCT 研究。该研究纳入 120 例参与者, 按 1:1 随机分配至真针刺组或假针刺对照组, 结果显示真针刺在疼痛缓解和功能改善方面显著优于假针刺。研究还基于基线功能磁共振成像(fMRI)数据, 采用脑连接组预测模型(CPM)分析, 发现全脑静息态功能连接能够预测针灸治疗结局, 为针灸的个体化精准治疗提供了重要的神经影像学标志物[9]。

在系统评价层面, 2025 年发表于《Systematic Reviews》的 Meta 分析纳入 23 项 RCT 共 2295 例患者, 系统评价了针灸对偏头痛的疗效。结果显示, 与假针刺相比, 针灸可显著减少偏头痛持续时间(均数差 MD = -4.36 h, 95% 置信区间 CI: -8.07~-0.64)、减少每 4 周偏头痛发作天数(MD = -1.38, 95% CI: -2.16~-0.60), 并显著改善患者生活质量(MSQ 限制性子量表 MD = 13.73, 95% CI: 5.60~21.87; MSQ 情绪功能 MD = 9.93, 95% CI: 2.64~17.22)。与药物治疗相比, 针灸同样显示出生活质量改善的优势; 与等待名单对照组相比, 针灸可显著减少偏头痛发作天数(MD = -2.10, 95% CI: -2.74~-1.46) [3]。

此外, 不同针灸疗法治疗月经性偏头痛的网状 Meta 分析进一步提示, 针对特定亚型的偏头痛, 不同针灸方法可能存在疗效差异, 需要临床医师结合患者具体情况加以选择[10]。

尽管上述证据总体积极, 但需审慎解读。首先, 多数 RCT 采用假针刺(非刺入或非穴位浅刺)作为对照, 而假针刺本身可能产生非特异性生理效应, 导致真针刺与假针刺之间的疗效差异被低估, 也可能因盲法不完善而引入偏倚, 使疗效评估偏高。其次, 纳入 Meta 分析的 RCT 在针刺频次(每周 1~5 次不等)、总疗程(4~24 周)和随访时长(多数仅 1~3 个月)方面存在较大异质性, 且少有研究报告针刺结束后 6 个月以上的远期疗效。此外, 发表偏倚风险存在, 小样本阴性结果可能未被发表。

4.2. 紧张型头痛

紧张型头痛是全球最常见的原发性头痛类型, 以双侧、非搏动性、轻度至中度压迫性或紧缩性疼痛为特征, 分为偶发性、频发性和慢性三种亚型。

2025 年发表于《Journal of Oral & Facial Pain and Headache》的系统评价与 Meta 分析, 纳入了 6 项 RCT 共 927 例患者, 系统评估了针灸对紧张型头痛的疗效。结果显示, 针灸组在治疗后 6 周头痛频率显著降低(标准化均数差 SMD = -0.23, 95% CI: -0.43~-0.03, P = 0.03); 与假针刺对照组相比, 针灸获得头痛缓解的比值比(OR)为 1.85 (95% CI: 1.34~2.57, P < 0.001)。亚组分析进一步揭示, 当治疗周期超过 1 个月或治疗次数超过 10 次时, 针灸在降低疼痛水平方面较假针刺具有显著优势(SMD = -0.32, 95% CI: -0.56~-0.09, P = 0.006)。这一发现表明, 针灸治疗紧张型头痛需要保证足够的治疗频次和疗程, 才能充分发挥其临床效果[2]。

该领域的高质量 RCT 数量明显少于偏头痛, 仅 6 项研究纳入荟萃分析, 且其中部分样本量较小(<100 例)。各研究对“紧张型头痛”亚型(偶发/频发/慢性)的界定不够统一, 可能影响结果的可比性。此外, 多数研究未对针刺操作者的资质和手法量学进行标准化描述, 降低了研究的可重复性。长期随访数据极为缺乏, 针灸对紧张型头痛的预防复发作用尚待验证。

4.3. 颈源性头痛

颈源性头痛是一种常见的继发性头痛, 由颈枕部骨骼及软组织紊乱引起, 表现为慢性、单侧或双侧头部疼痛, 以枕、顶和颞部为主。流行病学研究显示, 1.0%~4.1%的人曾罹患颈源性头痛, 在慢性头痛患者中该比例可达 15%~20%。现代医学治疗颈源性头痛存在临床疗效有限、远期疗效欠佳和易复发等缺点, 中医药针灸疗法简便廉验、安全性高, 已成为治疗本病的主要手段之一[10]。

针灸治疗颈源性头痛使用频次最高的穴位为风池、天柱和颈夹脊。风池穴浅深层布有枕小神经和枕大神经, 研究表明针刺风池穴可抑制局部血清炎症因子释放, 改善痛觉过敏。在刺法上, 多种特色针刺技术被应用于临床: 恢刺颈部腧穴可显著改善患者头痛程度和焦虑情绪, 其机制可能与促进机体物质代谢、降低炎症因子表达有关; 经筋刺法结合肌肉能量技术选取头颈部筋结病灶点针刺, 可显著减少头痛持续时间和发作频率, 改善椎动脉血流异常; 电针刺激颈部筋结点能改善椎动脉和基底动脉血流情况, 调节血浆炎症细胞因子水平。此外, 针刺体位也可能影响疗效——有研究发现俯卧位针刺治疗颈源性头痛优于坐位, 可能与俯卧位时患者更舒适、脑部供血更充足有关[10]。

目前针灸治疗颈源性头痛的文献以临床观察和病例系列为主, 严格设计的 RCT 数量稀缺, 且已有研究多为单中心、小样本(多数<80 例), 缺乏多中心大样本验证。不同研究采用的刺法(恢刺、经筋刺法、电针等)和对照措施(药物、物理治疗、假针刺)差异较大, 难以进行可靠的 Meta 分析。结局指标多集中于短期疼痛 VAS 评分, 对颈椎功能、生活质量及复发率的报告不足。

4.4. 慢性每日头痛

慢性每日头痛是一组以头痛发生频率 ≥ 15 天/月、持续超过 3 个月为特征的头痛综合征, 包括慢性偏头痛和慢性紧张型头痛等亚型。由于标准预防性药物治疗疗效有限, 慢性每日头痛的临床管理一直面临挑战。

2026 年发表于《Medical Science Monitor》的系统评价与 Meta 分析, 纳入了 22 项 RCT 共 1449 例患者, 评估了针灸对成人慢性每日头痛的预防性疗效。结果显示, 与对照组相比, 针灸显著减少了干预后的头痛频率($MD = -0.32, P = 0.001$)、头痛天数($MD = -0.72, P < 0.00001$)、疼痛强度($SMD = -0.63, P = 0.001$)、头痛持续时间($SMD = -1.18, P = 0.0001$)以及急性期止痛药用量($MD = -0.52, P < 0.00001$)。值得关注的是, 这些获益在随访期仍然持续存在——头痛天数($SMD = -0.70, P < 0.00001$)、疼痛强度($SMD = -1.11, P = 0.008$)和止痛药用量($SMD = -0.60, P = 0.007$)均保持显著减少。亚组分析显示, 针灸在不同慢性每日头痛亚型(慢性偏头痛和慢性紧张型头痛)、治疗时长(4~12 周)和干预策略(单纯针灸或联合用药)中均表现出一致的疗效, 提示针灸作为预防性治疗手段具有广泛的临床适用性[11]。

尽管该 Meta 分析纳入研究数量较多, 但各 RCT 对“慢性每日头痛”的诊断标准不完全一致(部分采用 ICHD-2, 部分采用 ICHD-3), 且入组患者中合并药物过度使用性头痛的比例差异较大, 可能混淆疗效评估。对照组干预措施五花八门(包括假针刺、西药、中药、常规护理等), 合并效应量时异质性较高(部分 $I^2 > 50\%$)。此外, 多数研究的随访期仅至治疗后 3 个月, 更长时间的预防效果尚不明确。

4.5. 三叉神经痛

三叉神经痛是一种以面部突发突止的剧烈疼痛为特征的痛性颅神经病变, 常被患者描述为电击样、刀割样或撕裂样剧痛。针灸治疗三叉神经痛有效率可达 82%, 其作用机制包括即刻镇痛(促进内啡肽、脑啡肽等镇痛物质释放)、神经调节(抑制三叉神经脊束核痛觉信号传递)、血管减压(改善局部微循环、减轻神经压迫)以及抗炎修复(降低炎症因子水平)等多重途径。主穴常选太阳、下关、风池、合谷, 并结合三叉神经分支进行随证配穴。然而, 目前针灸治疗三叉神经痛的高质量 RCT 研究相对较少, 亟需更多严谨的临床试验予以验证[12]。

该领域的证据等级最低, 现有文献几乎均为病例系列或专家经验总结, 缺乏安慰剂/假针刺对照的 RCT。样本量通常<50 例, 且缺乏统一的疗效评价标准(部分采用疼痛发作频率, 部分采用 VAS, 部分采用综合评分)。由于三叉神经痛有自发性缓解期, 未设对照的研究极易夸大疗效。未来亟需开展设计严谨、样本量充足的 RCT, 并考虑与卡马西平等一线药物进行头对头比较。

为使上述临床证据更好地回归中医辨证论治体系，现将文中引用的主要 RCT 或系统评价所涉及的干预方案与其中医治疗原则进行对照分析，详见表 1。

Table 1. Correspondence between key clinical research interventions and Traditional Chinese Medicine theories
表 1. 关键临床研究干预措施与中医理论对应关系

头痛类型	偏头痛	紧张型头痛	颈源性头痛	慢性每日头痛	三叉神经痛
针刺手法	平补平泻	平补平泻， 部分穴位加电针	恢刺、 经筋刺法、电针	常规毫针，部分穴位 加电针或温针灸	强刺激泻法， 或电针
中医治疗 原则	疏泄少阳、 通络止痛	调和气血、 舒缓筋脉	祛风通络、 舒筋解痉	平肝潜阳、 益气养血、化痰通络	通络止痛、 祛风清热
对应关系	严格遵循“少阳头痛”分经取穴，远近配穴协同，可能增强经气传导和中枢调制效应；fMRI 预测标志物提示个体化反应与基线脑功能连接相关				
潜在影响	紧张型头痛需累积剂量以调节肌肉紧张和中枢敏化，符合“久病入络”需持续疏通之理				
	针刺直接作用于颈枕部神经血管，结合“以痛为腧”的筋结刺法，快速改善局部循环和肌肉痉挛，体现“局部治标”与“远道治本”结合				
	因慢性每日头痛多为久病，虚实夹杂，选穴涵盖多经多脏，体现整体调节；治疗周期较长，与“慢性病需缓图”原则一致，随访期持续获益也验证了远期调理作用				
	局部取穴直接作用于三叉神经末梢，强刺激旨在“通郁闭”，但因缺乏系统 RCT，对应关系的证据强度有限				

5. 针灸治疗头痛的作用机制研究

5.1. 调控三叉神经血管通路

三叉神经血管系统在头痛尤其是偏头痛的发病机制中占据核心地位。针刺对三叉神经节的调控作用是针灸镇痛的重要机制之一。动物实验研究表明，针刺偏头痛模型大鼠可显著影响三叉神经节和三叉神经脊束尾核中腺苷 A1 受体(A1R)、细胞外信号调节激酶 1/2 (ERK1/2)和降钙素基因相关肽(CGRP)等关键信号分子的表达，通过调控 A1R/ERK1/2/CGRP 通路减轻神经源性炎症反应，从而实现镇痛效果[13]。

5.2. 中枢镇痛通路与神经递质调节

针刺信号在神经系统的传导和调制是针刺镇痛的核心机制之一。大量临床及实验研究证实，尾核、丘脑的束旁核、三叉神经脊束核和脊髓背角等核团与针刺镇痛密切相关，这些核团均接受大脑皮质的传出纤维，构成针刺镇痛下行抑制作用的解剖学基础。针刺信号可在三叉神经脊束核内通过突触前抑制方式抑制痛觉信号传递，而刺激中缝大核可明显增强针刺在三叉神经脊束核内产生的镇痛效应，提示脑内 5-羟色胺(5-HT)系统在针刺镇痛中发挥关键作用[8]。

此外，现代神经解剖学研究揭示了针刺刺激的远程效应可通过躯体感觉神经-自主神经反射实现。针刺激活来自背根神经节(DRG)或三叉神经节中的外周感觉神经纤维，将感觉信息传入脊髓和大脑，进而激活外周自主神经，最终实现对机体多种机能的调节[14]。

5.3. 改善脑血管功能与局部循环

从传统中医理论看，偏头痛的发生与少阳经气血运行障碍密切相关。研究表明，针刺少阳经穴能够调节少阳经络，疏通经脉气血，解除头部血管痉挛，改善头部血氧供应，从而有效缓解偏头痛及相关伴随症状[14]。这种作用可能与针刺调控大脑相关神经血管通路和神经递质水平、维持正常神经传导结构和功能有关。在颈源性头痛的治疗中，针刺风池、颈夹脊等穴位能够促进局部血液循环，缓解肌肉痉挛，改善颈椎功能障碍[6]。

5.4. 抗炎与免疫调节

针刺的抗炎作用亦是其缓解头痛的重要途径。在颈源性头痛研究中, 针刺可抑制局部血清炎症因子释放, 降低炎症因子表达水平, 改善痛觉过敏[10]。在三叉神经痛治疗中, 针灸通过降低炎症因子水平发挥神经保护和抗炎修复作用[12], 这与针灸调控促炎细胞因子和抗炎细胞因子平衡的普遍机制相一致。

综上, 针灸治疗头痛的机制呈现多靶点、多通路的特点: 在外周层面, 针灸改善局部微循环、降低炎症因子水平; 在神经传导层面, 针灸通过突触前抑制、激活下行抑制系统等方式调制三叉神经和脊髓水平的痛觉信号传递; 在分子层面, 针灸调控 CGRP、内啡肽、5-HT 等多种神经递质和信号分子[13][14]。这种多层次、多环节的整合调控机制, 正是针灸能够对各型头痛产生持续疗效的科学基础。

6. 针灸治疗头痛的指南与标准化建设

6.1. 国际指南与 WHO 认可

近年来, 针灸治疗头痛的标准化建设取得了里程碑式进展。2023 年, 世界针灸学会联合会(WFAS)发布了《针灸临床实践指南: 偏头痛》, 这是针灸领域首个以偏头痛为特定病种的国际针灸标准[15]。

2025 年, 由该指南负责人王京京教授团队领衔完成的研究论文《全球头痛指南中针灸治疗偏头痛推荐意见的系统评价》在 WHO 官方旗舰期刊《世界卫生组织公报》(Bulletin of the World Health Organization)上正式发表。该研究系统梳理并评估了全球范围内 25 部头痛相关临床实践指南中针灸治疗偏头痛的推荐意见质量, 结果显示 WFAS 2023 版指南在整体质量上表现最佳。该论文的摘要以英、法、西班牙、阿拉伯、中文和俄语六种语言同步发布, 向全球传递了明确信号: 针灸治疗偏头痛并非经验医学, 而是具备高质量全球证据的成熟疗法[3]。这一研究成果标志着针灸在偏头痛治疗中的国际标准化建设取得重要突破。

6.2. 国内指南与标准体系

在国内层面, 中国针灸学会于 2014 年发布了《循证针灸临床实践指南: 偏头痛》(ZJ/T E005-2014), 基于循证医学方法和专家共识, 为成人先兆型及无先兆型偏头痛的发作期与缓解期提供了系统化的针灸治疗方案。该指南整合了现代文献、古代医籍与临床经验, 涵盖疾病定义、诊断标准、治疗原则及推荐方案, 为各级医疗机构提供了规范的临床参考。

2025 年发布的《中医头痛诊疗指南》进一步拓展了适用范围, 将成人原发性头痛(偏头痛、紧张型头痛、丛集性头痛)及部分继发性头痛均纳入推荐范围, 体现了中医头痛诊疗的体系化发展[7]。同年发布的《中国偏头痛诊治指南(患者版)》则着眼于提升患者的自我管理能力和医患沟通效果, 为偏头痛患者提供了全面的科学管理建议[16]。

6.3. 针灸技术操作规范

在技术操作层面, 我国已建立了较为完善的针灸标准化体系。GB/T 21709《针灸技术操作规范》系列国家标准对毫针、电针、头针、耳针、皮内针等多种针灸疗法的操作程序、步骤和方法进行了系统规定。国家中医药管理局近年来陆续发布了 18 项针灸国家标准, 涵盖基础标准、技术操作规范、临床诊疗标准和管理标准四大类别, 涉及针灸学科各领域。在这些标准体系中, 头痛特别是偏头痛被列为重点病种, 充分体现了针灸在头痛治疗领域的优势地位。

7. 展望与结语

综合上述内容, 针灸治疗头痛已获得充分的临床证据和循证医学支持。从 2025~2026 年发表的最新

研究来看, 针灸在偏头痛、紧张型头痛、慢性每日头痛等主要头痛类型中的有效性得到了大规模 RCT 和系统评价的验证, 尤其是在 JAMA Network Open 等高水平期刊上发表的 RCT 研究, 以及 WHO《世界卫生组织公报》对针灸国际标准的认可[4], 进一步确立了针灸在头痛治疗体系中的重要地位。

然而, 未来研究仍有若干方向值得进一步深化。首先, 针灸的剂量效应关系(包括治疗频次、留针时间、疗程长度等参数的最佳组合)尚需更多的比较性研究加以确定。其次, 基于神经影像学的针灸疗效预测标志物的研究刚刚起步, 其临床转化价值有待更大样本量的验证[9]。再次, 针灸与其他非药物治疗(如认知行为疗法、神经调控技术)的联合应用策略需要系统评估。最后, 针灸治疗头痛的长期随访数据仍相对匮乏, 对其远期疗效和预防复发作用的高质量研究应进一步加强。

从临床实践的角度而言, 针灸治疗头痛的标准化建设仍需持续推进。虽然 WFAS 国际指南和国内系列标准已初步形成体系[4][7][17], 但在基层医疗机构的普及和落实仍面临挑战。如何将高质量的循证证据有效转化为可推广的临床路径, 使更多头痛患者受益于安全、有效的针灸治疗, 是当前需要着力解决的实际问题。

总体而言, 针灸治疗头痛已经走过了从经验积累到循证验证、从传统技术到标准化体系的发展历程, 正在从“经验医学”向“精准医学”的方向稳步迈进。随着高质量临床研究的不断涌现、机制研究的持续深入以及国际标准体系的日臻完善, 针灸必将在头痛的全球性防治中发挥更加重要的作用。

参考文献

- [1] GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators (2024) Global, Regional, and National Burden of Neurological Disorders, 1990-2021: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurology*, **23**, 344-381.
- [2] Lin, P. (2025) The Efficacy of Acupuncture for Tension-Type Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, **39**, 60-69. <https://doi.org/10.22514/jofph.2025.067>
- [3] Lu, T., Yang, Y., Li, J., Lu, L. and Liu, J. (2025) Acupuncture Improves Migraine and Quality of Life in Patients with Migraine: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Systematic Reviews*, **14**, Article No. 220. <https://doi.org/10.1186/s13643-025-02977-y>
- [4] Cui, S., Wang, X.Y., Luo, Z.S., et al. (2025) Acupuncture Recommendations for Migraine in Headache Treatment Guidelines: A Systematic Review. *Bulletin of the World Health Organization*, **103**, 685-695.
- [5] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) (2018) The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition. *Cephalalgia*, **38**, 1-211.
- [6] 陈宇航, 李晶, 蒋亚楠, 等. 头痛针灸病证谱研究现状及问题分析——兼论头痛针灸优势病种[J]. 中医学报, 2023, 38(5): 1011-1020.
- [7] 中华中医药学会. T/CACM 1271-2019. 中医内科临床诊疗指南 头痛[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2019.
- [8] 陆瘦燕, 朱汝功. 陆瘦燕、朱汝功论针灸辨证论治[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2014.
- [9] Zhang, X., Chen, Q., Liu, Y., Li, J., Nie, L., Miao, Q., et al. (2026) Acupuncture for Migraine without Aura and Connection-Based Efficacy Prediction: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, **9**, e2555454. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.55454>
- [10] 范永惠, 傅立新, 庄思杨, 等. 针灸治疗颈源性头痛的临床研究进展[J]. 中国现代医生, 2025, 63(4): 114-117.
- [11] Nie, Y.X., Jing, R.Y., Song, Z.Y. and Zheng, H. (2026) Utility of Acupuncture Therapy for Adult Chronic Daily Headache Prophylaxis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, **32**, e952359. <https://doi.org/10.12659/msm.952359>
- [12] 杨云涛. 三叉神经痛的针灸干预策略[N]. 医药卫生报, 2025-09-04(6).
- [13] 林淑芳, 王舰, 陈白, 等. 针刺对偏头痛大鼠三叉神经节和三叉神经脊束尾核 A1R/ERK1/2/CGRP 通路的影响[J]. 针灸临床杂志, 2023, 39(12): 58-65.
- [14] 张博文, 王添一, 张淼. 基于“少阳为枢”探讨针刺治疗偏头痛研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(9): 82-87.

-
- [15] 世界针灸学会联合会. WFAS 007.8-2023 针灸临床实践指南 偏头痛[S]. 北京: 中国标准出版社, 2023.
- [16] 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(患者版) [J]. 中国疼痛医学杂志, 2025, 31(5): 321-331.
- [17] 中国针灸学会. ZJ/T E005-2014 循证针灸临床实践指南: 偏头痛[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2014.