

调经通衢，引卫入阴

——罗玲从头部营卫转输失常辨治失眠经验

孟琦炎¹，彭家玺²，杨思敏³，冉国平⁴，杨运宽¹，罗玲^{1*}

¹成都中医药大学针灸推拿学院，四川 成都

²成都高新区固生堂大源中医门诊部中医科，四川 成都

³四川省交通医院康复科，四川 成都

⁴成都市第二人民医院中医科，四川 成都

收稿日期：2026年7月29日；录用日期：2026年8月28日；发布日期：2026年9月10日

摘要

失眠属中医“不寐”范畴，现有中医辨治体系多以脏腑气血阴阳失调为核心，虽体系成熟，但对头部作为诸阳之会在营卫由阳入阴过程中的转输枢纽作用关注不足。临床中伴头部局部压痛、结节、肤温异常的失眠患者，单纯从脏腑论治疗效欠佳。罗玲副教授从事针灸临床、教学及科研工作二十余年。基于《灵枢》营卫循行理论，她提出“头部为六阳经营卫下行入阴的关键转输枢纽”这一原创病机观点，指出头部营卫转输失常可致卫气浮于阳分而不得入阴：实证系营卫郁阻络脉、卫气无路入阴，虚证系营弱卫强、卫气无力入阴，病久则内传脏腑形成双向恶性循环。临床创立“望-按-触”三步头部诊察法，以头部压痛、结节、肤温异常等阳性体征为客观辨证依据；确立“调经通衢，引卫入阴”总治则，以大艾条重灸为核心手段，遵循“寻结而灸、以痛为腧”原则，针对单纯头部经络营卫失调与经络-脏腑同病两类情况动态施治，临床疗效显著。基于此，文章系统总结罗玲副教授的学术经验与标准化操作规范，并附典型验案佐证，以期失眠的针灸辨治提供新的局部病机视角与可推广的临床方案。

关键词

失眠，营卫转输，重灸法，名医经验，罗玲

Regulating Channels and Unblocking the Pathway, Guiding Defensive Qi into Yin

—Associate Professor Luo Ling's Experience in Treating Insomnia Based on Abnormal Ying-Wei Transition in the Head

Qiyang Meng¹, Jiayi Peng², Simin Yang³, Guoping Ran⁴, Yunkuan Yang¹, Ling Luo^{1*}

*通讯作者。

文章引用：孟琦炎，彭家玺，杨思敏，冉国平，杨运宽，罗玲. 调经通衢，引卫入阴——罗玲从头部营卫转输失常辨治失眠经验[J]. 中医学, 2026, 15(9): 160-168. DOI: 10.12677/tcm.2026.159497

¹School of Acupuncture and Tuina, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Department of Traditional Chinese Medicine, Gushengtang Dayuan TCM Outpatient Clinic, Chengdu High-Tech Zone, Chengdu Sichuan

³Rehabilitation Department, Sichuan Provincial Transportation Hospital, Chengdu Sichuan

⁴Department of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Second People's Hospital, Chengdu Sichuan

Received: July 29, 2026; accepted: August 28, 2026; published: September 10, 2026

Abstract

Insomnia falls into the category of “Bu Mei” in traditional Chinese medicine (TCM). The existing TCM syndrome differentiation and treatment system is mainly centered on the disharmony of zang-fu organs, qi, blood, yin, and yang. Despite the maturity of this system, insufficient attention has been paid to the role of the head—the confluence of all yang meridians—as the transport pivot for ying-wei during its transition from yang to yin. Clinically, for insomnia patients presenting with local head signs, including tenderness, subcutaneous nodules, and abnormal skin temperature, treatment based solely on zang-fu syndrome differentiation often produces unsatisfactory curative effects. Associate Professor Luo Ling has been engaged in acupuncture clinical practice, teaching, and scientific research for more than 20 years. Based on the ying-wei circulation theory recorded in Lingshu, she proposes the original pathogenesis view that “the head serves as the critical transport pivot for ying-wei of the six yang meridians to descend into the yin aspect”. Abnormal ying-wei transport in the head leads to defensive qi floating in the yang aspect and failing to enter yin: the excess pattern manifests as ying-wei stagnation obstructing the collaterals, leaving defensive qi no pathway to enter yin; the deficiency pattern presents as insufficient nutrient qi and hyperactive defensive qi, depriving defensive qi of the driving force to enter yin. Long-standing disease can transmit inward to the zang-fu organs, forming a two-way vicious cycle. Clinically, she developed the three-step head diagnostic approach of “observation-palpation-touch”, taking positive signs such as head tenderness, nodules, and abnormal skin temperature as objective evidence for syndrome differentiation. She established the general therapeutic principle of “regulating meridians to unblock the thoroughfare, guiding defensive qi into yin”, with intensive moxibustion using large-diameter moxa sticks as the core intervention. Following the principle of “moxibustion targeting palpable nodules and taking tender points as acupoints”, treatment is dynamically tailored to two patterns: simple ying-wei disorder of head meridians, and concurrent meridian-zang-fu disease, achieving significant clinical efficacy. This paper systematically summarizes her academic experience and standardized operation procedures, supported by typical proven cases, to provide a novel local pathogenesis perspective and a replicable clinical protocol for acupuncture treatment of insomnia.

Keywords

Insomnia, Ying-Wei Transportation, Intensive Moxibustion, Famous Doctor's Experience, Luo Ling

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

历代医家论治顽固性失眠，多聚焦于心肾不交、肝郁化火、痰热内扰、心脾两虚等脏腑证型[1]，相关辨治体系已较为成熟。然而，临床中常存在一类特定患者：其无明显典型脏腑失调表现，或经常规脏

腑辨证用药、取穴后疗效欠佳。此类患者常伴有头部沉紧、胀痛及局部肤温异常，且沿经络循行可触及压痛或结节条索等局部体征。现代研究表明，颅周肌肉紧张、头痛与失眠之间存在明确的双向关联，此类患者常继发睡眠障碍[2][3]。这提示，头部经络局部病变可能是导致此类失眠的重要病机环节。

罗玲副教授为四川省名中医，成都中医药大学硕士研究生导师，川派灸疗工作室创始人，深耕重灸法理论与临床应用[4][5]。其在长期实践中发现，对以头部局部异常为主要表现的失眠患者，单纯重灸头部阳性反应点即可取得快速、稳定的安眠效果。结合《灵枢》营卫循行相关经典理论，罗师提出“头部为六阳经营卫下行入阴之关键转输枢纽”的学术观点，认为头部营卫转输失常是此类失眠的核心病机，确立“调经通衢，引卫入阴”总治则，以大艾条重灸法作用于头部营卫不调之处，恢复营卫偕行、卫气入阴的正常昼夜节律。现将其学术经验系统总结如下。

2. 理论溯源

2.1. 头部为六阳经营卫下行入阴的转输枢纽

《难经·四十七难》载：“人头者，诸阳之会也。诸阴脉皆至颈、胸中而还，独诸阳脉皆上至头耳，故令面耐寒也”。人体手足六阳经皆上行循行于头部，同时督脉“上至风府，入属于脑”，总督一身阳气；阳维脉、阳跷脉循行头项发际，维系头部阳气环流，共同构成头部密集的阳气输注网络。

《素问·脉要精微论》云：“头者，精明之府。”《灵枢·海论》云：“脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府。”头为精明之府、脑为髓海，其转输之输上在其盖、下在风府，正与头部督脉及诸阳经循行相合，可见头部经气转输与脑神之用关系密切。

《灵枢·卫气行》云：“平旦阴尽，阳气出于目，目张则气上行于头，循项下足太阳……”人苏醒之时，卫气由目内眦发出，营在经络之中运行，卫气在经络之外与营阴相伴而行，此对阴阳以头部各阳经作为初始通路通行至全身，故而头部为卫气周转、汇聚之处，头部各阳经为营卫从目所出后，运行至全身各处的重要枢纽。

《灵枢·口问》云：“阳气尽，阴气盛，则目瞑；阴气尽而阳气盛，则寤矣。”寤与寐之间的转换，在于阳气与阴气的消长出入。《灵枢·大惑论》云：“卫气不得入于阴，常留于阳。留于阳则阳气满，阳气满则阳跷盛，不得入于阴则阴气虚，故目不瞑矣。”由此可知，卫气“不得入于阴”为不寐之根本，而这一病机的产生过程为留滞于属“阳”之处的阳气过多，从而致阳跷脉中阳气盛满而不得入阴。《奇经八脉考·阳跷脉》云：“至目内眦，与手足太阳、足阳明、阴跷，五脉会于睛明穴。从睛明上行入发际，下耳后，入风池而终。”阳跷脉与手足太阳、足阳明皆在头部有所交汇，并且与足少阳胆经在风池交会。《灵枢·寒热病》云：“足太阳有通项入于脑者，正属目本，名曰眼系……入脑乃别阴跷、阳跷，阴阳相交，阳入阴，阴出阳，交于目锐眦。”头部为阴阳二跷分别、阴阳交注之关窍，若经气通畅、开阖有度，阳跷不致阳气盛满，卫气能够从阳入阴，则昼精夜瞑；若经络壅塞或失养，则阴阳失衡，从而昼不精、夜不瞑。

《灵枢·邪客》云：“卫气者，出其悍气之慄疾，而先行于四末分肉皮肤之间而不休者也，昼日行于阳，夜行于阴，常从足少阴之分间，行于五藏六府。”《灵枢·卫气行》云：“其始入于阴，常从足少阴注于肾，肾注于心，心注于肺，肺注于肝，肝注于脾，脾复注于肾为周。”卫气入阴需从头部阳经下行，自足少阴而入于肾中，并按“肾→心→肺→肝→脾→肾”的顺序循行。头部阳经作为白昼营卫通行至全身的重要通路，若经络不畅，则卫气从阴出阳易受到阻碍，可表现为白天神疲乏力、注意力不集中、乏力等症状；若白昼之时，卫气自头部即运行不畅，卫气稽留于局部，以致阳跷阳气盛，阴跷脉阴气相对虚弱，夜晚卫气亦无法下达足部入于足少阴肾经之中，从而影响入阴而寐。

2.2. 头部经络营卫转输失常所致不寐之病机演变

罗老师通过长久的临床积累、总结发现，头部营卫转输失常致不寐的病理过程可概括为“经输不利→转枢失司→阳浮神扰”三个递进环节，并据此分虚实两端，甚者病久则可内传脏腑。

第一阶段：经输不利。头部六阳经及督脉、跷脉为营卫转输的结构基础。若因情志怫郁、饮食劳倦、外感寒湿或年老体衰等，导致头部经络经气郁滞或经气不足，经输不利，在此阶段患者往往未出现不寐症状，多表现为头部疼痛、头晕、头重、注意力不集中等头部不适感；其在头面的局部体征，多为循经按压时，可触及的压痛、结节、条索及肤温异常，此为经气不利之外候。

第二阶段：转枢失司。卫气昼行于阳、夜行于阴，其由阳入阴的转输须借头部阳经及阴阳跷脉之交会。经输不利则阴阳跷脉的交注失常，《大惑论》云：“阳气满则阳跷盛”，实证者经气郁闭，卫气下行之道被阻断；虚证者，经气不足，营阴不能载卫下行。此环节为病机转变之关键，在此阶段患者可因情志不畅、饮食劳倦、外感邪气出现短暂的不寐、多梦、易惊醒等间断性症状，稍做相应调整后即可恢复正常。

第三阶段：阳浮神扰。头部经气转枢失司进一步加重则卫气稽留于头面阳分，不得入阴，即《大惑论》所谓：“卫气不得入于阴，常留于阳”。卫阳浮越于上，脑神不得安藏，故见不寐。其浮于上者，实证为卫气被“遏”于头，经气郁而化热，此时患者除失眠以外，体征常伴随头胀痛拒按、结节明显、肤温偏高等；虚证为卫气失于“敛藏”而浮于头，营阴不足、经气失养，故常伴随头空痛喜按、肤温偏低等体征。

据此，临床分虚实两类：实证为营卫郁阻型，多因情志不遂、外感寒湿或饮食劳倦，致经气郁滞头部络脉，卫气被阻于阳分不得入阴，以头部胀痛拒按、结节条索明显、入睡困难为特征；虚证为营弱卫强型，多因素体亏虚或久病失养，致头部经气不足、营阴不能载卫下行，卫气浮散于阳分，以头部空痛喜按、肤温偏低、眠浅易醒为特征。

2.3. 病久则内传脏腑形成双向恶性循环

《灵枢·海论》云：“夫十二经脉者，内属于脏腑，外络于肢节。”经络内联脏腑、外络肢节，是沟通体表与脏腑、维系全身气机统一的重要通路。《素问·缪刺论》言：“夫邪之客于形也，必先舍于皮毛；留而不去，入舍于孙脉……内连五藏，散于肠胃，阴阳俱感，五藏乃伤。”若病程迁延数年以上，营卫长期不得正常转输下行，导致头部转输枢纽的开阖节律完全紊乱，该降不降、该升不升，依托经络表里关联，反向扰动对应脏腑枢机，打破原有脏腑平衡，形成“脏腑失调→经络病变→脏腑进一步失衡”的双向恶性循环。此阶段患者除头部局部阳性体征外，还会出现明确的脏腑失调症状，病情更为顽固。

3. 头部经络之诊察

临床辨识头部经络经气异常，以头皮部经络触诊为核心。罗老师在长期临床中总结出“望-按-触”三步诊察法：

- 1) 望诊：观察头部肤色、毛发分布，头皮色红多属经气郁热，苍白多属经气虚寒，暗滞多属经气瘀阻；局部毛发干枯稀疏多属精血不荣。因面部肌肉活动频繁，邪气难以聚结，故诊察以头皮区域为核心。
- 2) 按诊：沿督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经、足阳明胃经、手少阳三焦经的头皮循行段逐处按压，重点查找压痛、结节、条索、肤温异常等反应点。
- 3) 触诊：沿颅骨骨缝、肌肉附着点处进行滑动触诊，排查深在的结节、条索及肤温改变。

凡头皮部可触及压痛、结节、条索，或存在局部肤温异常者，即可判定为头部营卫转输失常的阳性体征，为施灸的核心靶点。

4. 治则治法

本病总治则为“调经通衢，引卫入阴”，以大艾条重灸为核心手段，直接作用于头部阳性反应点，温通经络、调和营卫，恢复头部转输枢纽的正常功能，使卫气得以顺利入阴，恢复昼夜睡眠节律。临证不拘泥于固定处方，以触诊所得阳性反应点为施灸核心，实证治以温通开郁、散结通滞，虚证治以温阳益气、养营和卫，根据病变层次动态调整灸量与配穴。

罗师认为，头部经气失常总以“不通”或“不荣”为核心，非轻温和灸所能起效，需以大艾条重灸的温力深透经络：对实证可温通开郁、散除结聚，遵“火郁发之”之理，使郁遏之卫气宣散有序；对虚证可温阳益气、充养清窍，使头部经气充足，营阴足以载引卫气下行。

5. 头部穴位刺激治疗失眠的现代机制研究

现代关于头部经穴刺激治疗失眠的机制研究，以针刺相关报道较为丰富，鲜有灸法特异性机制研究。已有证据表明，针刺刺激头部经穴可通过影响睡眠相关神经递质及神经内分泌水平，改善失眠症状。5-羟色胺(5-HT)是参与中枢睡眠调节的重要神经递质之一[6]。研究显示，针刺四神聪可通过升高失眠大鼠下丘脑 5-HT 及其代谢产物 5-羟吲哚乙酸含量来改善失眠症状[7]。谷氨酸为脑内主要兴奋性神经递质， γ -氨基丁酸(GABA)为促进睡眠的抑制性神经递质，失眠患者普遍存在 GABA 低下、兴奋与抑制失衡的情况[8]，而通过在百会、四神聪予以电针可改善失眠大鼠下丘脑谷氨酸、GABA 水平[9]。从中医理论分析，针与灸虽刺激方式有别，但均以经络腧穴为作用基础，通过刺激腧穴激发经气、调和阴阳而取效，故腧穴的选择与配伍当为取效之关键，刺激手段的影响相对次之。上述研究可为头部重灸法治疗失眠提供部分参考。

而脑血流动力学异常是失眠的重要病理环节之一。经颅多普勒研究发现，伴有广泛焦虑的慢性失眠患者存在脑血流自动调节功能受损[10]；睡眠剥夺实验亦表明，睡眠不足可损害神经血管耦合及脑血管舒缩反应性[11]，与本文所论头部经输不利、营卫转输失常之病机具有一定相关性。研究表明，艾灸百会可改变头部血流动力学[12]。据此推测，艾灸头部经穴可能能够通过引起头部血流动力学效应、调节睡眠相关脑区气血运行而安神定志。

Zhao 等[13]对 24 项研究的系统评价与 Meta 分析表明，失眠患者 NREM 睡眠期 δ 频段功率降低，慢波活动总量减少，提示失眠患者存在大脑皮层过度觉醒、睡眠深度变浅等问题。杨涵棋等[14]观察到艾灸百会联合四肢穴位针刺可使心胆气虚证脑梗死相关失眠患者 θ 波、 δ 波频率降低、波幅升高，提示慢波活动增强，但该研究为灸针联合干预，艾灸的独立效应难以完全区分，仅提供部分参考。这一部分研究提示艾灸头部经穴可能能够调节大脑皮层电活动、降低过度觉醒水平、促进慢波睡眠而发挥安神作用，为头部重灸法治疗失眠提供了一定的参考。

6. 重灸法工具选取以及操作要点

6.1. 工具选取

罗老师临床选用直径 5~6 cm，长约 20 cm 的大艾条，以放置 5 年以上、气味清香、艾绒紧实、易燃无异味者为佳。此类艾条相较于 1~2 cm 细艾条施灸范围更大、灸感更为明显，其药力雄厚、火力温和持久，从而使其温通力、渗透力更强，作用范围更广[4] [5]，能更有效地疏通头部经络、消散结节条索。

6.2. 定位原则

罗老师强调“寻结而灸、以痛为腧”，不以固定经穴为核心，施术前先以拇指沿头部经络、骨缝逐处触诊，标记压痛、结节、条索、肤温异常处作为施灸靶点。阳性反应点多分布于颅骨骨缝、肌肉附着点

处，按压时出现酸胀、痛感或舒适的气感，均为病气所聚之处，即为有效施灸部位。

6.3. 体位选择与施灸手法

施灸体位以便于操作头部施灸点为原则，根据靶点位置选择仰卧位或俯卧位。

施灸手法方面，医者一手持燃烧的大艾条悬空于施灸部位，以患者温度可耐受为度；另一手食指、中指置于施灸点旁感知皮温，随时调整艾条距离，防止烫伤。

6.4. 灸量标准

罗老师强调，灸量应当秉持“以感为度、因人施灸”原则，核心判断标准为“灸感渗透”：患者自觉温热感并非局限于表皮，而是向颅内渗透，或沿经络向远端传导，灸后头部有明显轻松清爽感，即为有效灸量；若仅觉表皮灼热而无渗透感，需调整艾条距离，或先以点按、揉法放松局部 1~2 分钟开穴，待腠理开泄后再行施灸。一般每处施灸 5~10 分钟，单次施灸总时长不超过 50 分钟，每周治疗 2~3 次，3 次为 1 疗程。

6.5. 安全注意事项及禁忌症

头部毛发密集、皮肤浅薄，邻近五官脑髓，施灸当以安全为第一要义。

施灸时医者须以另一手始终置于施灸部位旁感知皮温，随时调整距离，严禁艾火掉落烫伤；以患者自觉温热渗透、头皮微汗为度，不可追求灼热疼痛；避免灸及眼、耳、鼻等五官孔窍；每次施灸总时间严格控制在 50 分钟以内，中病即止，避免过灸伤阴动火。

禁忌证：1) 头皮感染、溃疡、破损、出血性疾病患者禁用；2) 舌红苔黄燥、脉洪数、头面烘热、口苦口臭等纯实热证者忌用；3) 高热、抽搐、精神病发作期禁用；4) 孕妇囟会、百会穴慎用。

不良反应处理：若出现头晕、心慌、口干等“晕灸”或上火表现，立即停灸，予温糖水口服，平卧休息片刻即可缓解；若不慎烫伤起泡，小者可自行吸收，大者以消毒针挑破放出液体，外涂烫伤膏，保持创面干燥。

7. 辨证施治经验

罗老师强调，临证无需按固定证型套方，而是根据触诊判断营卫失常的主要层次，以“调经通衢，引卫入阴”为治疗原则，选穴以“寻结而灸、以痛为腧”为总则，随证调整灸法与配穴即可，常见情况处理如下。

7.1. 单纯头部经络营卫失调型

头部经络营卫失调型为核心证型，以头部主干经脉营卫失调为核心病机，失眠症状明显且持续存在，是单纯头部经络源性失眠的典型表现。根据病性不同又分为虚实两端：实证为营卫郁滞，以头部胀痛、压痛明显、可触及结节条索、入睡困难为特征；虚证为营阴相对衰少、卫气相对偏亢，以头部空痛、肤温偏低、按压空松、眠浅易醒为特征。总治法为通调头部经气，和调营卫。实证者以温通开郁为法，虚证者以温阳充窍为法。施灸方案严格按照“调经通衢，引卫入阴”原则，仅选取头部触诊所及的压痛、结节、条索、肤温异常处为施灸点，不必拘于固定经穴。实证每处施灸 5~10 分钟，以局部结节变软、压痛减轻为度，重在开郁散结；虚证每处施灸 5~10 分钟，以局部温热舒适、灸感向颅内渗透为度，重在温养经气。全头施灸点以 4~6 处为宜，总时间不超过 50 分钟。

7.2. 经络 - 脏腑型

经络 - 脏腑同病型为疾病顽固阶段，病位深、病情重，头部经络气机失调与脏腑失调双向影响、互

为因果，形成“脏腑失调→经络病变→脏腑进一步失衡”的恶性循环。罗师根据经络-脏腑表里关联，总结出四大传变类型，各型在失眠特点、全身伴随症状、头部体征及舌脉方面各具特征。

7.2.1. 太阳-少阴型

足太阳膀胱经“从巅入络脑”，与足少阴肾经互为表里。此类患者常常存在过度劳累、不节房事史，此型以“但欲寐、寐而不酣”为失眠特征，患者虽思卧却难以安睡，或睡眠浅短、易醒且醒后难再寐。伴随头部畏风畏寒、头部空痛、头项昏沉、腰膝酸软、畏寒肢冷、夜尿频多、神疲乏力。头部的阳性体征集中于枕部及项部膀胱经循行区，表现为压痛、肤冷或触感减弱，亦可触及条索状改变，局部按压觉舒适。治以温通太阳，补肾温阳为法。头部重灸枕部膀胱经阳性反应点、风池、天柱，每处5~10分钟，采用回旋灸法，以局部阳性反应减轻为度；配合针刺双侧风池、双侧肾俞、双侧三阴交、命门、至阳穴，双侧风池手法予以平补平泻法，其余穴位手法予以补法，留针时间同施灸总时间。隔日1次，3次为1疗程。

7.2.2. 阳明-太阴型

足阳明胃经与足太阴脾经互为表里，是“胃不和则卧不安”的头部经气路径。此类患者常常有不良饮食习惯，失眠特点为平卧后思绪纷杂、难以入静，或寐后易因胃脘不适而醒。伴随症状以脾虚湿困、胃失和降为主，可见前额昏重、头重如裹、脘痞纳差、腹胀便溏、口淡乏味等。头部的阳性体征以前额部阳明经循行区不适为主。治以通阳活络，健脾化湿为法。头部重灸前额阳明经阳性反应点，每处5~10分钟，以胃脘觉舒或局部阳性反应减轻为度；配合针刺中脘、双侧足三里、双侧天枢、双侧丰隆、双侧太冲等穴，足三里予以补法，其余穴位予以平补平泻法，留针时间同施灸总时间。隔日1次，3次为1疗程。

7.2.3. 少阳-厥阴型

手足少阳经共行头部侧面，与肝胆、心包、三焦相火密切相关。此型失眠常常以情志不畅、工作压力大为主要诱因，症状以入睡困难为突出表现，情绪烦躁时尤甚，夜间易惊醒。伴随症状以湿郁三焦、肝气郁结、胆气不和为主，可见胸胁闷胀、口苦咽干、目眩、善太息。手少阳三焦经与手厥阴心包经相表里，三焦为相火通行之道路，心包为相火寄居之外城。若三焦气机不畅，水道不利，湿郁化火，或心包相火失于敛藏，亦可沿手少阳经上冲头侧，与肝胆郁火相搏，扰动神机，此型患者常兼见胸闷心悸、嗝气叹息等三焦郁滞、心包不宁之象。头部的阳性体征集中于头两侧少阳经循行区，表现为胀痛、压痛明显，率谷、角孙穴处常可触及结节或条索。治以疏利少阳、潜降相火为法。头部重灸头侧少阳经阳性反应点，每处5~10分钟，以局部阳性反应减轻为度，应避免过度温补助火；可配合针刺双侧太冲、双侧阳陵泉、中脘等穴，采用泻法，留针时间同施灸总时间。隔日1次，3次为1疗程。

7.2.4. 督脉失调型

督脉“上至风府，入属于脑”，为“阳脉之海”，总督一身阳气，直接关系少阴心肾水火交济。此型相较于太阳-少阴型失眠更深重，其不单涉及到少阴心、肾，还涉及到了督脉运行，表现为彻夜难眠，或似睡非睡、朦胧不清，日间精神困顿，严重者神志恍惚。伴随症状以阴阳阻隔、水火失济为特点，或见心烦心悸、口干咽燥，或见畏寒肢冷、精神萎靡，呈上下不交之象。头部的阳性体征以督脉循行线为核心，表现为枕颈部僵硬压痛、畏寒怕风，百会穴周围空虚感或重压感，印堂穴处亦常现异常。治以通调督脉、交通水火为法。除重灸头部督脉循行阳性反应点外，应更灸百会、印堂、风府等督脉穴，每处施灸8~10分钟，以灸感向颅内渗透或局部阳性反应减轻为度；配合针刺风府、百会、四神聪、至阳、命门、双侧太溪穴位，双侧三阴交、双侧足三里予以温针灸，留针时间同施灸总时间。以调补心肾、水火既济。隔日1次，3次为1疗程。

8. 验案举隅

8.1. 单纯头部营卫郁滞型失眠案

张某，女，34岁，2026年4月12日初诊。主诉：入睡困难3月余。现病史：3月前因工作压力增大出现入睡困难，卧床1~2小时方能入睡，眠浅易醒，每日睡眠时间约5小时，无明显心烦、脘痞、腰膝酸软等脏腑不适，自服安神补脑液效果不佳。头部诊察：头两侧少阳经循行处可触及散在小结节，率谷穴处压痛明显，局部肤温略高；舌淡红苔薄白，脉弦。西医诊断：非器质性失眠症；中医诊断：不寐(头部营卫郁滞证，单纯经络失调)。治法：通郁开结，引卫入阴。

治疗方案：仅予头部重灸，取率谷及周围少阳经阳性反应点共4处，每处施灸10分钟左右，以局部温热渗透、结节变软为度，总施灸时间42分钟，未配合药物及其他取穴。治疗1次后患者当晚卧床20分钟即入睡；共治疗3次，睡眠恢复正常，每日可睡7小时，头部结节消散，随访1月未复发。

按：患者为青年女性，情志不畅导致头部少阳经气郁滞，营卫转输通路受阻，卫气不得入阴，病位浅、未及脏腑，仅以重灸疏通局部经络，转输通路通畅则卫气自能入阴而寐，印证了头部营卫转输失常作为独立病机的临床价值。

8.2. 太阳 - 少阴型失眠案

李某，男，52岁，2026年5月8日初诊。主诉：失眠反复发作5年，加重半年。现病史：患者5年前无明显诱因出现失眠，时轻时重，每遇劳累或受凉加重。半年前因冷水洗头后症状加重，彻夜难眠，或似睡非睡，每日睡眠时间不足3小时。伴枕部昏沉疼痛，项背畏寒，腰膝酸软，夜尿1~2次，神疲乏力。曾服多种安神中药及安眠药，药物具体不详，效果不佳。头部经络诊察：枕部膀胱经循行处广泛压痛，风池、天柱穴处尤甚，可触及条索状改变，局部肤温偏低；百会穴处觉空虚感，按压觉舒。舌淡胖，苔白滑，脉沉细弱。西医诊断：顽固性失眠。中医诊断：不寐；头部经气虚衰，太阳 - 少阴同病。治法：温通太阳，补肾温阳，充养清窍。针灸处方：头部重灸双侧风池、玉枕，每处灸5~10分钟，采用大艾条悬灸法，以局部按压阳性反应减轻或局部觉温热舒适为度；百会穴灸15分钟，施灸总时间不超过50分钟。双侧肾俞、命门、双侧太溪、双侧足三里予以温针灸，行针手法用补法，留针时间同施灸总时间。隔日治疗1次。

二诊(2026年5月16日)：治疗3次后，睡眠较前稍改善，夜间可睡4~5小时，夜尿未见明显变化。枕部按压疼痛减轻，风池、玉枕处条索变软，项背畏寒较前缓解。守前法继续治疗。

三诊(2026年5月24日)：共治疗8次，睡眠明显改善，每日可睡6~7小时，夜尿1次。枕部条索基本消散，无明显压痛，项背畏寒消失。嘱患者继续每周艾灸2次巩固疗效。2月后随访，睡眠稳定。

按：患者年过半百，肾阳素虚，复因冷水洗头，寒邪直中太阳经输，凝滞头部络脉，经络营卫郁滞不得宣通，故见枕部广泛压痛、条索形成、局部肤温偏低；头为诸阳之会，寒邪久羁，营阴难以濡养，卫气难以温煦，故枕部昏沉疼痛、项背畏寒；足太阳与足少阴相表里，太阳经气久虚累及少阴肾阳，肾阳不足，失于蒸腾气化，故夜尿频多、腰膝酸软、神疲乏力；阳不入阴，水火失交，故彻夜难眠、似睡非睡；舌淡胖苔白滑、脉沉细弱、百会穴空虚喜按，均为肾阳不足、经气虚衰之明证，辨证为寒凝经脉、肾阳亏虚之证，属本虚标实、经脏同病之候。罗师治疗此案，首重头部局部辨证，以枕部膀胱经阳性反应点为施灸靶点，重灸风池、玉枕以温散太阳经寒邪、疏通头部络脉，灸百会以升提清阳、充养髓海，使头部营卫通利、卫气得以入阴；同时配合温针灸肾俞、命门温补肾阳，太溪滋肾养阴，足三里健脾益气、补后天以养先天，体现“经脏同调、标本兼顾”的辨治思路。本案以重灸头部经穴为主、温养脏腑为辅，使寒邪散、经气通、阳气复、阴阳交，故五年顽疾得愈，体现了从头部经络营卫失常辨治顽固性失眠的临床价值。

9. 总结

罗老师研读《灵枢》《素问》，认为“头为诸阳之会”本质上强调“头为卫气出入之枢”，强调重灸法虽为“重”，实则注重的是“透”与“感”，而非粗暴的强刺激。罗老师运用重灸法旨在以其火“温”通阳开郁、力“透”散结通经、气“补”益气充窍，从而“调经通衢，引卫入阴”，应用于头部经络营卫失调型失眠的治疗。同时提醒临证当重视头部经络触诊，四诊合参，首辨虚实、次察深浅，必要时经脏同调。头部重灸，当明辨可灸与禁灸之界，灸量以感为度，不可过灸伤阴，中病即止，此乃运用头部重灸法，确保疗效安全、防火盛伤津之关键所在。

声 明

本文所载医案均已获得患者本人知情同意并签署知情同意书，患者姓名等个人可识别信息已做匿名化处理。

基金项目

国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室－杨运宽(500006006)；四川省中医药管理局中医药高层次人才培养工程－四川省名中医罗玲传承工作室(600008241006)。

参考文献

- [1] 潘东晶, 陈弼沧, 吴秋英. 失眠证型分布及量化辨证研究进展[J]. 世界睡眠医学杂志, 2025, 12(12): 2878-2882.
- [2] 郝连玉, 高思山. 慢性紧张型头痛与睡眠障碍的相关性研究[J]. 国际医药卫生导报, 2014, 20(3): 322-325.
- [3] 刘恋, 周瑾瑕, 杨晓苏. 偏头痛与睡眠障碍[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2022, 22(2): 83-89.
- [4] 罗艺鑫, 陈雨霏, 徐娇, 等. 大艾条重灸法治疗皮肤炎验案举隅[J]. 成都中医药大学学报, 2024, 47(5): 1-4.
- [5] 张婷, 鲁熹, 高素金, 等. “重灸消敏”枕下三角区治疗过敏性鼻炎经验[J]. 成都中医药大学学报, 2024, 47(5): 9-12.
- [6] 赵娜, 谢晨, 杨文佳, 等. 中枢五羟色胺与睡眠-觉醒[J]. 脑与神经疾病杂志, 2023, 31(7): 454-458.
- [7] 张殿全, 孙忠人, 徐先伟. 针刺四神聪对失眠大鼠下丘脑内 5-HT 5-HIAA 含量的影响[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(9): 1975-1977.
- [8] 裴豫琦, 曹国定, 崔涛, 等. 失眠症的神经生物学机制研究进展[J]. 中国医药导刊, 2020, 22(11): 794-799.
- [9] 刘振华, 王世军. 针刺四神聪、百会对失眠大鼠脑组织钟基因及氨基酸类神经递质表达的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(21): 6067-6069.
- [10] 吕珊, 郭珍妮, 孙晴晴, 等. 慢性失眠患者动态脑血流自动调节功能的研究[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(8): 585-589.
- [11] Rab-Bábel, K.S., Sulina, D., Daniel, C., Rab, T., Kozák, N. and Oláh, L. (2025) Sleep Deprivation Impairs Neurovascular Coupling and Cerebral Vasomotor Reactivity. *Scientific Reports*, **15**, Article No. 9491. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-94212-w>
- [12] 赵宁侠, 郭瑞林, 任秦有, 等. 艾灸健康人百会穴对脑血管血液动力学的影响[J]. 针刺研究, 2007(4): 252-254.
- [13] Zhao, W., Van Someren, E.J.W., Li, C., Chen, X., Gui, W., Tian, Y., et al. (2021) EEG Spectral Analysis in Insomnia Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sleep Medicine Reviews*, **59**, Article ID: 101457. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101457>
- [14] 杨涵棋, 何玲娜. 基于“原络配穴”针刺联合艾灸治疗脑梗死相关失眠的疗效及对血清下丘脑泌素-1、5-羟色胺和脑电慢波的影响[J]. 实用医学杂志, 2025, 41(8): 1253-1258.