Traditional Chinese Medicine 中医学, 2026, 15(11), 154-162
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/tcm
https://doi.org/10.12677/tcm.2026.1511635

从玄府开阖论头部经气失常致不寐的五层病机演变

王子健，罗　玲*

成都中医药大学针灸推拿学院，四川 成都

收稿日期：2026年9月18日；录用日期：2026年10月29日；发布日期：2026年11月11日

摘　要

目的：部分临床观察发现，失眠患者可伴有头部沉紧、胀痛、局部肤冷、经络循行处压痛、结节等表现，而传统脏腑辨证体系对这类头部表现的病理内涵尚缺乏专门阐释。本文旨在构建一个解释性理论框架，讨论失眠患者头部体征的可能形成机制及其与不寐的病机联系。方法：梳理《黄帝内经》《素问玄机原病式》等中医经典文献，结合头部经络、脑玄府的生理病理特点，采用理论溯源与医理推演的方法，构建五层病机框架。结果：提出“玄府失司→络脉失常→经络－脏腑传变→阴阳寒热分化→髓海神机失用”的五层病机框架。该框架以玄府为微观始动环节，以络脉为中观影响环节，以经络－脏腑传变为枢纽，以阴阳寒热分化为病性转归，以髓海神机失用为最终表现。五层并非时间上的递进阶段，而是逻辑上的病理分析层面：玄府开阖失常可影响络脉气血运行，络脉病变又可通过经脉联系影响脏腑，在此过程中病机可表现为寒热虚实不同性质，当这些变化影响髓海神机时，便可表现为不寐。结论：本模型为解释性理论框架，旨在为失眠患者头部体征的病理内涵提供系统阐释，丰富失眠病机的认识。由于头部体征与失眠之间的关系尚未得到专门研究，本框架目前不能作为临床诊断或治疗依据，其核心命题有待进一步临床观察。

关键词

失眠，头部经气失常，玄府学说，头部体征，病机模型，解释性框架

A Five-Level Pathogenetic Framework for Insomnia Associated with Head Meridian Qi Dysfunction from the Perspective of Xuanfu Opening-Closing Regulation

Zijian Wang, Ling Luo*

*通讯作者。

文章引用: 王子健, 罗玲. 从玄府开阖论头部经气失常致不寐的五层病机演变[J]. 中医学, 2026, 15(11): 154-162.
DOI: 10.12677/tcm.2026.1511635

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

Received: September 18, 2026; accepted: October 29, 2026; published: November 11, 2026

Abstract

Objective: Clinical observation reveals that most patients with intractable insomnia present specific head signs, including heaviness, distension, local coldness of the skin, and tender nodules along meridian pathways. Traditional zang-fu syndrome differentiation inadequately explains the pathological significance of these head signs. This study aims to construct an explanatory theoretical framework to elucidate the formation mechanisms of head signs in insomnia patients and their pathological relationship with insomnia. Methods: Classical Chinese medical texts, including the Huangdi Neijing and Suwen Xuanji Yuanbing Shi, were systematically reviewed. Incorporating the physiological and pathological characteristics of head meridians and the cerebral Xuanfu, and grounded in recurrent clinical phenomena observed during head meridian palpation and moxibustion practice, a five-layer pathogenesis model was constructed through theoretical tracing and logical deduction. Results: A five-layer pathogenesis framework is proposed: "Xuanfu dysfunction → collateral disorder → meridian-zangfu transmission → yin-yang cold-heat differentiation → marrow-sea spirit impairment". This framework uses the Xuanfu as the micro-level initiating link, collaterals as the meso-level influencing link, meridian-zangfu transmission as the pivot, yin-yang cold-heat differentiation as the pathological nature, and marrow-sea spirit impairment as the terminal manifestation. The five layers are not temporal stages but logical analytical dimensions: Xuanfu dysfunction may affect collateral qi-blood circulation, collateral lesions may further affect zangfu through meridian connections, during which the pathological nature may manifest as cold, heat, deficiency, or excess, and when these changes affect the marrow-sea spirit, insomnia ensues. Conclusion: This model is an explanatory theoretical framework intended to provide a systematic interpretation of the pathological implications of head signs in patients with insomnia and to enrich the understanding of the pathogenesis of insomnia. Since the relationship between head signs and insomnia has not yet been specifically investigated, this framework cannot currently serve as a basis for clinical diagnosis or treatment, and its core propositions await further clinical observation.

Keywords

Insomnia, Head Meridian Qi Dysfunction, Xuanfu Doctrine, Head Signs, Pathogenesis Model, Explanatory Framework

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

失眠属中医“不寐”范畴，病机核心总归于阴阳失交、阳不入阴，以入睡困难、寐浅易醒、醒后难复眠为主要临床表现。历代医家论治不寐多从心肾不交、肝郁化火、痰热内扰、心脾两虚等脏腑证型立论，对头部经络及玄府层面的局部表现论述相对较少。临床上，部分失眠患者可伴有头部沉紧、胀痛、局部肤冷，以及经络循行处的压痛、结节、条索等表现。这些表现是否具有相对稳定的病机意义，尚待进一步研究[1]。

玄府是人体气机升降出入的微观门户，脑玄府可从气液宣通与神机出入的角度加以讨论；刘完素“怫郁热结”理论则阐释了玄府闭塞、阳气郁滞、郁久化热的实性病机演变规律。二者结合，可为讨论头部局部表现与不寐之间的可能联系提供中医理论依据。本文立足头部经络的生理特点，以玄府学说为理论基础，以“怫郁热结”为实性病机的一条可能路径，并兼顾阳虚经气衰少的虚性表现，提出“玄府失司→络脉失常→经络－脏腑传变→阴阳寒热分化→髓海神机失用”的五层病机框架。

本文的性质是解释性理论探讨，旨在阐释失眠患者头部体征的可能病理内涵，而不是根据头部体征建立新的辨证分型或治疗标准。本文的提出，受到头部经络触诊及灸疗实践中所见现象的启发，但这些临床印象尚未经过系统整理和独立验证，故仅作为理论思考的起点。

2. 理论基础

2.1. 玄府学说的理论内涵

玄府之名首见于《素问·水热穴论》，后世刘完素将其拓展为遍布周身的微细孔隙结构，明确其为气血津液升降出入、气机开合宣泄的最小功能门户，广泛分布于脏腑、经络、皮毛、筋骨各处，维系人体局部与整体的气机通畅、津液输布与气血营运。生理状态下，玄府开阖有度、通利无阻，气血津液循行有序，全身气机调和无滞[2]。

玄府病理改变可分为虚实两端：一为实邪闭阻，外感六淫、痰浊、瘀血等病理产物壅塞玄府，导致开阖废用、气液不通，局部气机结滞；二为正气亏虚，气血阴阳不足，玄府失于濡养温煦，开阖无力、启闭失司，致经气运行无力、输布失常。二者均可导致局部气机紊乱，为各类疾病的发生发展提供微观病理基础。脑玄府作为分布于头络、脑髓的特异性微细结构，相较于周身玄府，更侧重于调控头部气血津液输布及神机出入，是维系头部清阳升发与浊阴沉降功能协调的微观基础。

2.2. “怫郁热结”的病理演变规律

“怫热”见于《素问·至真要大论》，文载“少阴司天，热淫所胜，怫热至”，可用以说明郁结于内、不得宣泄的郁热之象。刘完素在《素问玄机原病式·热类》中进一步阐释其病机：“郁，怫郁也，结滞壅塞，而气不通畅”，“所谓结者，怫郁而气液不能宣通也”[3]。

“怫郁热结”可作为玄府实闭后的一条实性病机演变路径：玄府因邪闭塞，气液壅滞，阳气遏阻不得宣散，郁久化火，形成“气郁－滞塞－化热”的病理过程。该理论有助于解释局部气机郁滞向热证转化的可能机制，但并非一切玄府失司或不寐的必经过程。本文在讨论实性路径的同时，也兼顾阳虚寒凝等虚性表现。

3. 头部经气失常的生理基础

头部为人体清阳升发、髓海神机所居之处，兼具诸阳汇聚、阴经达巅等经络特点。头部经气，是对运行于头部经脉、络脉中的气血营卫，以及头部清阳升发、气机升降和局部濡养温煦状态的概括。头部经气失常并非与脏腑失调相对立的独立证型，而是用于讨论失眠患者头部局部表现的一种理论称谓。

3.1. 诸阳汇聚：头部阳气输注交会之所

《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”。人体手足六阳经全部循行交会于头部，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。诸阳经在头部汇聚交会，使头部成为全身阳气输注与调节的核心区域[4]。

阳气主宰人体昼夜寤寐节律，是维持正常睡眠的重要动力。头部为阳气汇聚与升降出入之枢，头部经气畅达，有助于清阳升发、营卫运行和神机出入。若头部经气壅滞，阳气不得宣通；或经气衰少，阳气不能内敛，均可能影响阳入于阴的过程。这里所说的影响，是基于经典医理的病机推演，不能据此认定头部是所有失眠的发病起点。

3.2. 阴经达巅：经络表里传变的结构基础

头部并非单纯阳经汇聚之所，阴经上达巅顶的循行特点，为头部与脏腑阴阳交济、病理传变提供了经络学层面的结构基础。《灵枢·经脉》载足厥阴肝经“循喉咙之后，上入颃颡，连目系，上出额，与督脉会于巅”，足厥阴阴经与督脉阳经在巅顶交会，构成阴血与阳气在人体最高位交济的枢纽。生理状态下，肝经阴血借督脉阳气上荣头部，濡养脑髓元神；病理状态下，头部阳气壅滞也可沿此通路反向影响肝经疏泄功能，导致气血逆乱而发为不寐。

与此同时，《灵枢·经筋》载足少阴肾经之筋“循脊内，挟脊，上至项，结于枕骨，与足太阳之筋合”。足太阳膀胱经与足少阴肾经互为表里，其经筋在头枕部紧密相合，形成“表经–里脏”的天然传变通路。此通路既保障生理状态下阴阳气机的表里互通，也为病理状态下头部经气与少阴脏腑的双向传变提供了形态学依据。例如，外邪侵袭足太阳经而出现头项强痛、恶寒不寐者，若失治或迁延，可通过枕部经筋交会处内传足少阴肾经，出现但欲寐、脉微细等少阴证候，此为“表病传里”之路径[5]。

此外，足阳明胃经虽为阳经，但其与足太阴脾经互为表里，太阴阴气通过表里经传变可影响阳明经气状态。足阳明经循行“起于鼻，交頞中，入齿，还出挟口环唇……循发际至额颅”，其循行覆盖前额区域，临床上阳明经头痛多表现为前额连眉棱骨疼痛。此类病证的发生，常与脾胃运化失司、太阴湿浊内阻相关，脾经阴气不升则胃经阳气不降，浊阴上犯清窍，导致前额部经气壅滞而作痛。此即阴经失调通过表里络属关系传导至阳明阳经、从而表现为特定头部循行部位症状的典型病理模式，进一步印证了阴经达巅及经络表里传变在头部病证发生中的结构意义。

3.3. 玄府密布：脑神机调控的微观根基

《黄帝内经》言“清阳出上窍，浊阴出下窍”，头部为清阳汇聚、髓海神机之府，依赖清阳升发、浊阴沉降的动态平衡维系元神清明、寤寐正常。头部玄府是分布于头络、脑髓的特异性微细结构，相较于周身玄府，更侧重于调控头部气血津液输布及神机出入，是维系头部清阳升发与浊阴沉降功能协调的微观基础[6]。

生理状态下，头部玄府开阖有序、通利无阻，清阳之气上充髓海，浊阴之液正常疏泄，神机内守而寤寐如常。病理状态下，头部玄府失常可分虚实两端：实者，外感邪气、痰瘀浊邪阻滞玄府，气液不通、经气怫郁，浊阴上犯清窍而扰动神机；虚者，脏腑气血阴阳不足，玄府失于濡养温煦，开阖无力，清阳不升、髓海失充，神机失养而不宁。由此，头部玄府失常可通过头部经络系统上扰神明，成为因头部经气运行失常而诱发或加重失眠的关键微观病理环节。就临床实践而言，此类失眠患者多伴见头胀、头痛、头重、头部畏寒或灼热等头部经气异常征象，这些体征正是本模型试图解释的核心现象。

4. 头部经气失常致失眠的五层病机框架

头部经气失常，是指内外因素导致循行于头部的经络之气出现郁滞、虚衰或升降逆乱等状态，其理论基础可从玄府开阖失常加以理解。临床所见头部沉紧、胀痛、局部肤冷，以及经络循行处的压痛、结节、条索等表现，可从经气不利、络脉阻滞或失养等方面辨析。这些体表反应是本文讨论头部经气与不寐关系的观察起点，具体病机仍须结合四诊合参。

本文将玄府失司、络脉失常、经脏关联、阴阳寒热、髓海神机五个方面，归纳为头部经气异常与不寐之间的病机环节。其论述大体由玄府开阖联系络脉气血，由络脉联系经脏，再以阴阳寒热辨其病性，最后归于髓海神机与寤寐表现。五层并非人人悉循的固定次序，亦可单独见病、彼此兼夹。

五层框架旨在为理解失眠患者头部体征提供一套中医病机语言：头部压痛、结节、条索、肤温异常等局部所见，可分别从玄府失司、络脉不利、经脏相关及寒热虚实等方面分析，再与睡眠表现和全身证候相互参照。其用途在于阐释病机，不据此另立固定证型或治疗程式。

4.1. 第一层：玄府失司

玄府是头部经气运行的微观门户，脑玄府的开阖有度是维系头部清阳升发、浊阴沉降以及神机出入的基础。本层是五层框架的微观始动环节，可因外感六淫、内伤脏腑、痰瘀浊邪等多种因素而触发，分化为虚实两类病理状态。

实证者，外感邪气或内生痰瘀浊邪壅塞脑玄府孔隙，玄府开阖废用、气液通行断绝，头部阳气外泄、内敛通路受阻，壅滞郁结于经络之中，形成头部经气怫郁不降的核心局部病机。《灵枢·口问》云：“阳气尽，阴气盛，则目瞑；阴气尽，阳气盛，则寤矣。”玄府实闭导致阳气不得入阴，神机出入失常，可直接诱发入睡困难。此即刘完素“怫郁热结”理论所阐释的“玄府闭塞→气液壅滞→阳气遏阻→郁久化热”病理链条的初始环节。

虚证者，脏腑气血阴阳亏虚，脑玄府失于濡养温煦，开阖无力，经气运行输布失常，头部经气衰少、清阳不升。玄府虚闭导致清阳不能上充髓海，神机失养而不宁，临床可见眠浅易醒、醒后疲乏，伴头部空蒙、畏寒怕风等体征。

本层病位在脑玄府，是头部经气失常的重要理论环节。玄府失司可影响络脉气血运行，也可与脏腑失调相互影响。临床触诊不能直接观察玄府本身，其所见压痛、结节或局部肤温改变，只能作为头部局部表现加以记录，不能直接等同于玄府病变。

4.2. 第二层：络脉失常

玄府开阖失常可影响头部络脉的气机运行与津液输布，形成络脉层面的病理改变；但络脉病变也可由外感、外伤、情志等因素引起。络脉失常承接玄府开阖不利，并可通过经脉联系影响脏腑功能。

实证路径为玄府闭塞导致络脉气机壅滞，气血津液输布失常，头部络脉失于畅达，复感风寒湿气客于孙络，津液凝聚为“沫”，即《灵枢·周痹》所言“风寒湿气……迫切而为沫”。“沫”为痰湿之类的初级微细病理产物，聚于头部络脉则阻滞气机、不通则痛。临床表现为头部沉紧、胀痛、按压痛，经络循行处可触及结节、条索状反应物[7]。

虚证路径为玄府失养导致络脉失于濡养温煦，经气运行无力、络脉虚陷。临床表现为头部空痛、昏沉乏力、注意力下降、局部畏风畏寒。

本层病位在头部络脉，局部表现较为具体可察。头部体征与不寐可以同时出现，也可能先后出现，不能据此推定固定的病程次序。络脉病变可通过经脉联系影响脏腑功能，亦可受脏腑气血失调影响。

4.3. 第三层：经络－脏腑传变

经络内联脏腑、外络肢节，是沟通体表与脏腑、维系全身气机的重要通路。《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。”头部络脉病变可通过经络表里关联影响脏腑枢机，脏腑失衡也可反向影响头部经络，二者可相互影响。四组经脏联系是本文的理论归纳，并非互相排斥的固定传变轴。

(1) 太阳－少阴轴。足太阳膀胱经为一身之藩篱，主表固卫，内连足少阴肾经，二者互为表里，经气相通、病理联动。足少阴肾经正气亏虚为本轴发病根基，临床可见腰腿酸软、畏寒肢冷、小便清长、脉沉弱等虚寒之象。若肾虚、卫外不固，头部太阳膀胱经经气郁滞或衰少，表里同病，进一步加重少阴枢机不利、水火失和，诱发失眠。该型失眠以“但欲寐、寐而不酣”为核心特征，兼见头部昏沉、足太阳膀胱经循行处压痛、头项肤冷等体征。

(2) 阳明－太阴轴。足阳明胃经主通降，足太阴脾经主运化，二者互为表里，共主中焦气机升降、营卫生化。阳明经气调和依赖太阴脾气健运，若太阴脾虚失运，不能为胃行其津液，中焦气机壅滞、阳明通降失常，胃失和降，正所谓“胃不和则卧不安”。头部足阳明胃经气失常可反向加重中焦失衡，形成表里联动病变。临床可见纳差、脘腹痞满、大便不调、脉濡滑等中焦症状，失眠以平卧后思绪纷杂、难以入静为特点，伴前额部昏重、压痛等体征。

(3) 少阳－相火轴。少阳分为足少阳胆经与手少阳三焦经，胆主决断、调畅情志，三焦通行元气、输布津液，二者共主相火、司全身气机疏泄。若平素情志不畅、胆气郁结，叠加头部少阳经气失常，木气失于条达、相火失于潜藏，气机壅滞进一步阻滞内在脏腑枢机运转、全身气机。该类患者多有情志抑郁、烦躁易怒病史，失眠多伴随胸胁闷胀、口苦咽干、目眩等少阳特异性症状，同时可在头部颞侧触及阳性反应点。

(4) 督脉－水火交济轴。督脉为“阳脉之海”，总督一身阳气、入络脑髓，主宰全身阳气升降与元神功能。头部督脉经气郁闭或衰微，阳气统摄失常、升降无序，直接干扰少阴心肾水火交济，导致上下阴阳阻隔、水火不交。临床可见枕项部畏寒怕风、僵硬压痛、四肢厥冷，脉象多见尺寸俱浮、直上直下，失眠多表现为夜间彻夜难眠、日间精神困顿[8] [9]。

本环节兼具经络与脏腑两方面的病机意义，既可从头部经络与脏腑相互影响来理解，也可作为局部表现与整体证候合参的理论依据。

4.4. 第四层：阴阳寒热分化

在上述玄府失司、络脉失常、经络－脏腑传变的病理过程中，病机可因患者素体阴阳偏盛偏衰及邪气性质，向寒、热、虚、实不同方向分化。本层不是独立的病变部位，而是贯穿于各层的病性转归，是疾病由量变到质变的关键环节。若素体阳盛或感邪化火，则遵循刘完素“怫郁热结”之路，演变为阳郁化火证；若素体阳虚，或因过用寒凉、病程迁延，则阳气愈损，形成阳虚寒凝证。

4.4.1. 阳郁化火，水火失交

疾病初期虽可伴寒象、虚象，若头部经气怫郁、玄府闭塞长期不得缓解，气血津液持续阻滞，壅滞的阳气久遏不泄，则寒郁日久、气滞化火，内生经络局部郁热。郁热盘踞头部、熏蒸脑髓，同时郁火亢盛耗伤下焦肾阴，阻滞肾水上升，致肾水无法上济心火，心火独亢于上、肾水亏虚于下，形成上热下寒、水火失交的病理格局，彻底打破人体阴阳平衡。临床可见头部灼热、胀痛，心烦不寐，口苦咽干，舌红苔黄，脉弦数。

4.4.2. 阳虚寒凝，经气衰少

若素体阳气亏虚，或头部经气衰少日久未复，阳气温煦、推动功能进一步减退，寒邪内生、凝滞经络，形成阳虚寒凝的虚性病机。阳气虚衰则清阳不升，髓海失于温养；阴寒内盛则经脉收引，经气运行愈发无力，进一步加重头部经气衰少，形成“阳虚→寒凝→经气更虚”的恶性循环。临床可见头部空痛、遇寒加重，畏寒肢冷，眠浅易醒，舌淡苔白，脉沉弱。

需说明的是，阴虚阳亢型失眠病机核心为脏腑阴亏、阳浮于上，头部经络郁滞多为继发病变，故本模型重点聚焦头部原发性经气病变的寒热核心证型，以突出头部经络体征的解释特色。

4.5. 第五层：髓海神机失用

髓海为元神居所，依赖阴阳平衡、气血濡养维持元神静谧潜藏、昼夜节律有序的生理状态。当玄府失司、络脉病变、脏腑失衡及寒热虚实分化等变化影响髓海神机时，便表现为不寐。本层是上述病理变化的共同终点和最终表现，分化为虚实两类失眠终末病机。

4.5.1. 热郁髓海，神机亢旺

头部郁热内生、水火彻底失交后，阳热独亢于髓海，阴津不足以敛阳载阳，元神失于潜藏静谧，昼夜开合节律完全紊乱。白昼阳气正常升发则神志清明，夜间阳气不得入阴、郁热持续扰动髓海神机，元神亢奋不宁，最终形成彻夜难眠、寐短易醒、多梦烦躁的顽固性失眠。临床可见头部灼热、面红目赤、心烦易怒、舌红少苔、脉细数。

4.5.2. 髓海失温，阳浮不敛

阳气虚衰、阴寒内盛日久，髓海失于温养，且阳气虚极、阴寒内逼，致阳无所附而浮越于上，神机失于潜藏内敛，发为失眠。该型失眠多表现为眠浅易醒、醒后难以复眠、夜间畏寒、日间神疲乏力，伴头部空痛、遇寒加重等体征，区别于热证失眠的亢奋烦躁。临床可见面色㿠白、四肢厥冷、舌淡胖、脉沉微。

综上，玄府失司可影响络脉，络脉病变可通过经络联系影响脏腑，在此过程中病机可分化为寒热虚实；当上述变化与髓海神机相关时，可表现为不寐。五层之间并非线性递进关系，而是可以同时存在、相互交织的病机环节。

5. 本模型的学术意义

本模型的意义，首先在于为失眠患者可能出现的头部体征提供一种中医病机解释。头部沉紧、胀痛、压痛、结节、条索及局部肤温异常等表现，过去多作为局部症状记录，本文尝试从玄府、络脉、经脏、阴阳和髓海神机等方面说明其可能内涵。

5.1. 对头部体征的理论解释

传统不寐理论多从心、肝、脾、肾及阴阳营卫论治，本文并非另立病名，而是将头部局部表现纳入病机讨论。玄府失司可解释气液宣通不利，络脉失常可解释压痛、结节、条索等局部所见，经脏关联可说明头部与全身证候之间的联系，阴阳寒热可说明肤温、疼痛性质及虚实差异，髓海神机则联系寤寐失常。这样的理论组织，有助于把“头部有什么表现”和“整体属于什么证候”放在同一辨证视野中考察。

5.2. 与传统脏腑辨证的关系

肝火扰心、痰热内扰、心脾两虚、心肾不交等传统病机，本身已经包含气血失和、邪扰清窍和神失所养等内容。本文所提出的玄府－络脉视角，是对头部局部表现的补充说明，不以玄府术语取代脏腑辨证。若患者头部表现与肝火、痰热、脾虚或肾虚等全身证候相合，仍应以传统脏腑辨证为基础；头部所见的具体意义，需要在整体证候中判断。

头部体征是否能够作为针刺、艾灸等外治法的选点依据，不能由本文理论直接作出结论。只有在明确这些体征与失眠之间具有相对稳定的关系，并进一步观察局部表现与治疗反应的联系后，才有可能讨论其对外治法的辅助价值。本文目前仅提出这一值得观察的理论问题。

本文不将未经系统整理的临床印象作为原创研究结果。头部触诊及灸疗过程中所见的灸感传导、局部反应或入睡现象，最多只能作为提出理论问题的经验线索，不能作为证明病机链条或疗效机制的证据。

本团队在头部经络触诊及灸疗实践中所见的局部反应，可作为今后研究的经验线索，但目前缺少病

例数量、对照资料和规范化结局指标，不能据此证明头部经气异常的独立致病作用，也不能据此判断局部外治的疗效机制。

5.3. 后续研究方向

本模型仍属理论假说。后续可先从临床观察入手，明确失眠患者头部体征的具体类型、分布和出现频率，再考察其与睡眠程度、头痛、情绪及全身证候的关系。在此基础上，方可进一步讨论这些体征是否具有稳定的病机意义，以及是否能够为外治法研究提供辅助信息。

6. 小结

本文以玄府学说为理论基础，结合刘完素“怫郁热结”理论，立足头部经络的生理病理特点，构建了头部经气异常与不寐之间的五层病机框架。该框架并非对传统脏腑不寐理论的否定，而是尝试从玄府、络脉和头部经气的角度，补充说明失眠患者可能出现的头部局部表现。五层之间并非固定的线性传变，而是可相互影响、彼此兼夹。由于头部体征与失眠之间的关系尚未得到专门研究，本文提出的病机联系仍需临床资料进一步检验。

本模型的核心学术定位是解释性理论框架，其核心旨趣在于阐释失眠患者头部体征的病理内涵，而非直接指导临床辨证施治。这一学术定位具有三方面意义：其一，明确了本模型的适用边界，避免将其误用为固定的辨证分型标准；其二，为头部体征的临床观察提供了系统的理论解释，使触诊所见的结节、条索、压痛等不再被视为孤立的局部症状，而是头部经气失常在不同病理层面的客观外显；其三，为后续研究提供了可检验的命题框架，包括头部经络触诊阳性反应与失眠严重程度的量效关系、头部局部干预对失眠的独立疗效、头部经络客观指标在失眠患者与健康对照间的差异等。

本模型的核心创新与学术价值体现在三个方面：1) 病位聚焦：系统性地将失眠病机中头部经气失常的独立作用加以阐释，并阐明了其“诸阳汇聚、玄府密布”的特异性生理基础。2) 结构分层：构建了“玄府－络脉－经络脏腑－阴阳－髓海”的五层微观－中观－宏观一体化病机框架，突破了以往单一层面论治的局限。3) 模式重构：提出五层之间可同时存在、相互交织、网络化交互的复杂运行模式，更真实地反映了失眠病机的复杂性和临床异质性。

本团队临床实践过程中观察到，以头部经络循经触诊阳性反应点为施灸靶点，参照课题组前期建立的大艾条悬灸操作规范，动态观察发现，灸疗过程中部分失眠患者出现灸感沿经络向颞、项、肩臂等区域循经走窜，或伴随局部肌肉节律性紧缩等“气至病所”征象。尤为值得关注的是，部分上热下寒型、阳虚寒凝型失眠患者在灸疗过程中即由清醒状态转入自然入睡，且经过 2~3 次治疗后失眠症状较前明显好转。该系列临床现象虽属小样本经验总结，却在现象学层面为本研究提出的“玄府失司→络脉失常→经气怫郁→阴阳失交→神机扰动”病机框架提供了直观的临床锚点。

本模型仍属理论假说，后续需开展前瞻性队列研究验证各病理层面间的关联规律，并制定头部经气失常的量化辨证标准，开展疗效评价与机制探索，进一步完善该病机体系，为临床精准诊疗顽固性失眠提供更坚实的理论与临床依据。

参考文献

[1] 郁利霞, 邹云娇, 程盼盼, 等. 失眠症发病机制及中医药防治研究进展[J]. 中草药, 2026, 57(7): 2836-2847.

[2] 刘婉莹, 叶俏波. 道家思想对玄府气液学说的影响[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(3): 1779-1782.

[3] 刘完素. 素问玄机原病式[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 11-12.

[4] 南京中医学院. 难经校释[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 90, 121.

[5] 初怡宇, 李峰, 杨舒涵, 等. 基于“脏腑-经络-脑髓”病机转化探讨健忘的中医诊疗[J]. 陕西中医, 2025, 46(11): 1520-1525.

[6] 孙一凡, 赵敏, 郑泽泉, 等. 基于玄府学说探讨升清降浊法治疗脑病[J]. 陕西中医, 2025, 46(11): 1531-1534, 1539.

[7] 陈国栋, 史瑞, 王鑫, 等. 《黄帝内经》中“沫”的病理生理本质探讨[J]. 现代中医药, 2025, 45(3): 32-35.

[8] 杜泓瑾, 张继伟, 娄泰伟, 等. 基于“营卫-脑玄府”理论探讨失眠的病机与治则[J]. 中国中医基础医学杂志, 2026, 32(4): 891-895.

[9] 李时珍. 奇经八脉考[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 82.