

# 頭皮針流派研究：近 10 年頭皮針研究 文獻回顧與計量分析

朱志德<sup>1</sup>、洪裕強<sup>1,2</sup>、黃博裕<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院中醫部，高雄，臺灣

<sup>2</sup> 長庚大學中醫學系，桃園，臺灣

**前言：**頭皮針療法從 1970 年代發展迄今，形成眾多流派。1984 年國際標準化方案制定後，頭皮針流派之間處於更迭或發展趨勢。本研究首先整理當代頭皮針流派發展歷史及各流派核心理論，仍面臨不同流派的發展趨勢與臨床治療病種差異的問題待解。**目的與方法：**研究以 6 個中、英文資料庫進行文獻回顧，分析近 10 年頭皮針臨床研究論文，藉由論文計量方式，進行 16 個頭皮針流派的研究文獻計量變化、臨床研究病種和合併治療措施差異性比較。**結果：**國際標準、焦順發、頭部穴位、靳瑞、于致順為近 10 年主要頭皮針流派。大部分流派研究主題疾病集中在神經科和精神科。最常見疾病依序為中風及其後遺症、腦性麻痺、失智症、失眠、眩暈、自閉症、頸椎病、發展遲緩等。但靳瑞治療兒童腦病所佔的比率較高，病灶投影則集中在治療腦中風。頭皮針最常見合併措施依序為體針、電針。**結論：**藉由文獻計量變化，本研究有助於了解現行主要頭皮針流派的發展趨勢，及研究主題病種，合併措施的異同，也可做為臨床醫師選擇不同頭皮針療法的參考。

**關鍵字：**頭皮針、頭針、流派、文獻回顧、文獻計量

\* 通訊作者：黃博裕，高雄長庚紀念醫院中醫部，地址：83342 高雄市鳥松區大埤路 123 號，電話：07-7317123 分機 2334，傳真：07-7317123 分機 2335，Email: accumaster@gmail.com

110 年 8 月 27 日受理，111 年 4 月 22 日接受刊載

## 前言

頭皮針療法，又稱頭針療法，是指利用針刺頭皮相應刺激區以治療疾病的方法。雖然中醫利用頭部腧穴治病已有幾千年的歷史，但頭皮針療法形成一個獨立的體系，則從 1960 年代開始，除了延續傳統據臟腑經絡腧穴理論，還結合了神經解剖學及生物全息理論，治療區也從單點腧穴延伸成線段和區塊，適用疾病種類範圍也更廣，不再限於典籍上所記載的腧穴主治 [1]。

隨著頭皮針療法的發展，各資料庫頭皮針論文數量持續增加，早期頭皮針相關研究以病例系列報告和隨機對照試驗為主，以及少數的個案報告和動物實驗。隨著歷年的研究增多，近年綜述性研究、系統性回顧與統合分析的相關論文也逐漸增加，研究主題包括腦中風 [2, 3]、巴金森氏症 [4]、自閉症 [5] 及睡眠障礙 [6] 等；而相關臨床研究也不再單

純使用頭皮針，合併治療措施的種類和數量逐步增加。

由於使用頭穴的實踐經驗和治病角度不同，各醫家提出的治療區、功能主治、針刺手法等學術見解也不同，故而形成了諸多的頭皮針流派 [7]。由於早期發表的頭皮針流派的理論、頭皮針刺激區與臨床應用，可能影響之後發展的頭皮針流派，因此研究頭皮針流派必須有明確的歷史觀，所以我們透過「國家圖書館」全國新書資訊網、「中國國家數字圖書館」文津搜索，搜尋歷年以「頭皮針」、「頭針」為名的中文出版書目資料，又以中文電子期刊資料庫（Chinese Electronic Periodical Services，CEPS）、中國期刊全文數據庫（China National Knowledge Infrastructure，CKNI）搜尋頭皮針流派介紹及綜述比較相關論文，將頭皮針發展歷史（表一）及頭皮針核心理論進行歸納整理（表二）。如表所示，1984 年制訂的國際標準化

表一 頭皮針流派發展年表

年 代	大 事 記
1954 年	黃學龍於「針灸療法與生理作用」著作中介紹了頭部穴位與大腦皮質的關係 [19]。
1957 年	Paul Nogier 提出「耳針療法」，啟發後來的生物全息律理論和微針系統相關療法 [20]。
1958 年	方雲鵬提出使用單一頭部穴位治療遠處疾病 [21]，並於 70 年代開始大量使用及推廣教學 [22]。
1962 年	張鳴九使用「頭部穴位透刺」治療各種疾病，並陸續發表相關論文，如 1962 風池透完骨穴位封閉治療頭痛 50 例 [23]、1987 頭皮針治療幻覺 296 例的經驗 [24]、1988 頭穴透刺治療痛證 126 例臨床小結 [25]。
1965~ 1985 年	「赤腳醫生制度」，安排城市醫務人員下鄉和培訓農村醫務人員，因資源有限開始嘗試各種療法，相當於全國大規模臨床試驗 [26]。
1970 年	「新針療法、新醫療法運動」，鼓勵研究各種創新針法 [26]。

年 代	大 事 記
1971 年	焦順發發表「焦氏頭皮針」，1973 年以「山西省稷山縣人民醫院」名義出版《頭針療法》[27]。 1982、1993、2009、2019 年陸續再版，2019 年版新增精神情感區、制狂區、鼻咽口舌區[9]。
1973 年	張穎清提出「生物全息律」理論 [28, 29]。
1973 年	山元敏勝於學術會議上發表「山元式新頭針療法」的五個基本點，並於 1975 年發表論文「頭針について」[30]。
1975 年	湯頌延以「上海龍華醫院下廠吳涇地區第三小批醫療小分隊」名義印刷《頭針療法》油印本，發表「湯氏頭皮針」，傳鈔甚廣但並未正式出版。1979 年修改整理成《湯氏頭針法》手抄本，此版本於 2008 年由湯慧仙於英文版《針灸及推拿醫學》雜誌公開 [31]。
1975 年	于致順、孫申田、包向陽等人改以「頭部穴位透刺」替代部分焦氏頭皮針治療區，並於 1980 年代陸續發表相關論文，例如 1984 針刺百會透曲鬢治療腦血管病偏癱 500 例臨床研究 [32]，1985 頭部腧穴治療偏癱的特異性研究 [33] 等。
1976 年	方雲鵬以「陝西省革命委員會衛生局醫藥資料室」名義出版《頭皮針》，發表「方氏頭皮針」[34]。
1976 年	Ralph Alan Dale 出版《The Micro-Acupuncture Systems》，將耳針、手針、足針、鼻針、頭皮針、面針等合稱為「微針系統」，並認為這些療法實際上是人體的縮影 [35]。
1979 年	朱龍玉出版《顱針療法》[36]。
1979 年	林學儉從「改進頭皮針治療兒童腦性麻痺 40 例初步總結」[37] 論文以後開始陸續補充焦氏頭皮針的治療線，最後整理成「林氏頭皮針」。
1982 年	方雲鵬將方氏針灸整理出版，包括《頭皮針》、《手象針及足象針》、《體環針》，1994 年由方本正整理再版 [43]。
1984 年	陳克彥、王雪苔主持「全國頭穴耳穴制定國際標準方案討論會」，制訂《頭皮針穴名國際標準化方案》後，1984 年於日本東京提交「西太平洋區針灸穴名標準化會議」並通過，1989 年於瑞士日內瓦提交世界衛生組織，於「國際標準針灸穴名科學組會議」[10] 正式通過並向世界各國針灸界推薦。
1987 年	靳瑞於國家中醫藥管理局工作時，與周杰芳使用電腦分析歷代文獻和臨床論文的針灸取穴規律，開始以三個穴位組合用於臨床及教學，2000 年彭增福編著《靳三針療法》[38]。
1989 年	朱明清於日、台、港出版《朱氏頭皮針》[39]。
1992 年	于致順出版《頭穴基礎與臨床》[40]，將頭穴透刺與國際標準化方案、焦順發、方雲鵬、林學儉等頭皮針流派做對照比較。

年 代	大 事 記
1997 年	劉炳權於「劉炳權主任醫師八卦頭針治癱經驗」[41] 論文中發表「八卦頭針」。
2000 年	王端義、王朝陽發表「運動頭針治療頭痛臨床觀察」論文，將國際標準化方案延長加寬為治療帶，另新增顱底帶（治療五官疾病為主）[42]，2006 年出版《頭針運動療法》[43]。
2000 年	山元敏勝出版《山元式新頭針療法》日文教科書，2013 年再版 [44]。
2002 年	俞昌德於「針刺顱骨縫治療腦血管疾病的應用解剖」[45] 論文中提出以針刺顱骨縫治療疾病，後來被稱作「俞氏頭皮針」。
2007 年	劉智斌、牛文民開始以頭皮髮際區微針系統療法治療患者並發表臨床論文 [46]，2010 年整理集結，2016 年出版《頭皮髮際微針療法》[47]。
2011 年	吳博雄出版《頭針臨床捷要》，將國際標準化方案、焦順發、朱明清等頭皮針流派合併使用，並加上顱底帶（治療腰背疾病為主），2014 年再版為《吳氏頭皮針》[48]。
2011 年	吳九偉出版《林氏頭皮針療法》[49]，此版本已把「林氏頭皮針」的額五針、顱三針等治療線擴展成治療區，2017 年再版。
2013 年	秦敏於「秦敏針灸整體療法體系初探」[50] 論文中發表「秦氏頭皮針」，2020 年出版《嶺南飛針療法頭皮針》[51]。
2014 年	戴吉雄出版《戴氏頭皮針》[52]，師從方本正、朱明清、靳瑞，私淑焦順發和國際標準化方案，整理以上各家後以顱骨縫治療為主。
2015 年	朱明清出版《朱氏頭皮針醫學實踐叢書》[53]，調整治療區的名稱、位置和寬度。

表二 頭皮針流派學術內容比較

	理 論 基 礎	刺 激 區
國 際 標 準 化 方 案	綜合各流派 選取重合部位 經穴搭配 透刺法	額區：額中線、額旁 1 線、額旁 2 線、額旁 3 線 頂區：頂中線、頂顱前斜線、頂顱後斜線、頂旁 1 線、頂旁 2 線 顱區：顱前線、顱後線 枕區：枕上正中線、枕上旁線、枕下旁線 [10]
		王端義：將國際標準化方案加寬延長，改命名為帶。 額頂帶、頂枕帶及針刺手法與朱明清 1989 年版本類似 加上顱底帶（五官疾病為主）[40]
		吳博雄：將國際標準化方案、焦順發、朱明清合併使用 頂枕帶較朱明清 1989 年版本延長 加上顱底帶（腰背疾病為主）[46]

	理論基礎	刺激區
靳瑞	經穴搭配	智三針、腦三針、顱三針、顱上三針、四神針 [54]
	身體其他部位	頭面、軀幹、四肢都有三針穴道組合，有些穴道組合可以與四神針搭配使用。
秦敏	經穴搭配 嶺南飛針法	厥陰區：百會、四神聰四穴、四神聰旁開 1 寸 陽明區：眉冲、曲差、印堂、太陽 太陽區：腦戶、玉枕、啞門、天柱 少陽區：率谷、率谷旁開 0.5 寸 [50, 51]
劉炳權	經穴搭配 八卦圍刺法	百會大中小八卦、百會前 2 寸八卦、百會後 2 寸八卦、枕骨粗隆（腦戶）八卦、頭維八卦、神庭八卦、頭維曲鬢連線中點（懸顱）八卦、角孫上 2 寸八卦、角孫上 1.5 寸後 1.5 寸八卦 [41]
焦順發	腦部皮質投影	感覺區、運動區、舞蹈震顫區、血管舒縮區 語言一二三區、暈聽區、運用區、視區、平衡區 2019 年新增精神情感區、制狂區
	針刺感傳	胸腔區、胃區、肝膽區、生殖區、腸區，2019 年新增鼻咽口舌區 [9]
于致順	腦部皮質投影 場說、透刺法、 叢刺法	頂區、頂前區、額區、枕區、枕下區、項區、顱區 [55, 56]
林學儉	腦部皮質投影	1. 大腦功能定位區：運動區、感覺區、視覺區 2. 靜區，又稱聯絡區：運動前區、感覺後區、附加運動區、情感智力區及憂慮區（舊稱額五針）、聽理解區（舊稱顱三針）、聲記憶區、語言形成區、視聯絡區 3. 小腦新區：小腦蚓區、小腦半球區 [49]
	針刺感傳	胸腔區、腹腔區、盆腔區
方雲鵬	顱骨縫 + 全息律	伏象（主要運動區）：冠狀縫上肢、矢狀縫軀幹、人字縫下肢
	全息律	伏臟（主要感覺區）：由神庭往頭維分屬上中下焦
	腦部皮質投影	倒象（次要運動區）、倒臟（次要感覺區） 視覺、平衡、聽覺、呼循、運平、記憶、信號、說話、嗅味、書寫、思維 [21]
	身體其他部位	手象針（全息律）、足象針（全息律）、體環針（平衡對應）
戴吉雄	顱骨縫	矢狀縫區、冠狀縫區、人字縫區、顱縫區、額縫區 [52]

	理論基礎	刺激區
俞昌德	顱骨縫	冠狀縫進針法、冠人點進針法、枕人點距進針法、額顱前縫上縫後縫進針法、人字縫進針法 [45]
山元敏勝	全息律	基本點：A 點=頭部、頸椎、肩，B 點=頸椎、肩、C 點=肩胛、上臂和手指、D 點=腰部到下肢、E 點=胸椎或肋骨、F 點=髌骨、G 點=膝關節、H+I 點=增強 D 點的效果 感覺點：眼、鼻、口、耳 腦點：大腦點、小腦點、腦幹點
	針刺感傳	Y 點（對應臟腑）、腦神經點（對應經絡） 耳鳴點、口腔點、萬用點 [44]
	身體其他部位	胸鎖肋、恥骨聯合、脊椎、肘窩、合谷、外踝、比目魚肌
朱明清	全息律	上腹區（* 額旁一帶）、下腹區（* 額旁二帶） 額頂帶：頭面區、上焦區、中焦區、下焦區，2015 長寬皆有調整 顛頂會陰足踝區、肩區（* 頂結後帶）、髌區（* 頂結前帶） 下肢區（* 頂顱帶）、上肢區（2015 新增） 頂枕帶：頸區、背區、腰區、骶區、枕區，2015 長寬皆有調整 額顱區（* 顱前帶）、耳顱區（* 顱後帶）、枕顱區，2015 位置長寬皆有調整 [39, 53]，（* 為 1989 舊稱）
湯頌延	全息律	前為陰，後為陽，兩個彎腰的人形相背 9 個映射點，由前到後依序為平衡點、劍突點、臍點、陰陽點、陽關點、胃脊點、膈下點、大椎點、風府點 根據相對位置將人形圖劃分成 50 個映射區 另有靜區、風區、血壓區 3 個特殊區 [31, 57]
劉智斌	全息律	神庭（頭穴）、頭維（足穴）、曲鬢（頭穴）、完骨（足穴）、啞門（頭穴），頭穴、足穴之間四等分割分出上焦穴、中焦穴、下焦穴，依症狀部位取穴 [46]

說明：頭皮針流派學術比較，依照主要理論進行歸類，分為腦部皮質投影，頭部經穴，顱骨縫及全息律

方案雖然意圖整合眾多流派，但在其之前的部分流派仍持續發展，且之後仍有新的流派出現。而依主要理論及特色歸類，國際標準化方案、張鳴九、靳瑞、劉炳權、秦敏等以頭部腧穴的排刺、透刺或圍刺為主；焦順發、于致順、林學儉等以神經解剖學腦部功能投

影為主；方雲鵬、湯頌延、朱明清、山元敏勝、劉智斌、朱龍玉等以生物全息理論為主；方雲鵬、俞昌德、戴吉雄強調顱骨縫的作用；王端義、吳博雄在國際標準的基礎上調整治療帶或與其他流派合併使用。除此之外，當我們用頭皮針作為關鍵字搜尋論文時，還有

直接將腦部病灶投影到頭皮、以及認為針刺或透刺頭部腧穴都算是頭皮針療法的研究。

文獻搜尋中發現，目前的臨床研究論文，少有分析比較不同頭皮針流派的差異。即使是比較各流派的綜述性研究，僅簡述各流派在理論、治療區、針刺手法的差異，各流派的臨床研究病種是否有差異並未提及。而以治療特定疾病為主題的系統性回顧論文，是所有頭皮針流派的綜合統計，亦無法回答此問題。而各流派為主題的相關論文，則強調該流派的特色和療效，與其他流派之間的關係亦無從比較。

由於目前仍缺少頭皮針流派分析的系統性回顧研究，造成以下問題：不同頭皮針流派的研究文獻量有何差異？是否隨的年代變化消長？頭皮針研究的疾病熱點為何，不同頭皮針流派研究主題病種是否有差異性？各頭皮針流派使用合併措施的比率、數量及種類是否有差異？各頭皮針流派能合併使用嗎，那些較常合併使用？以上問題都尚未有明確的答案。如果能以系統性的回顧比較並分析各頭皮針流派研究論文的差異，或許能對於我們臨床上選擇使用不同流派的頭皮針治療，有更好的指導。

因此我們的研究目的，在利用系統性回顧分析近 10 年頭皮針臨床研究論文，藉由論文計量方式，比較不同頭皮針流派的文獻計量變化、臨床研究病種和合併治療措施差異性比較。

## 材料與方法

### 1. 文獻搜尋與策略

本研究所使用之中、英文資料庫包括中文電子期刊資料庫（CEPS）、中國期刊全文

數據庫（CKNI）、萬方數據庫（WANFANG DATA）、PubMed、Cochrane Library、EMBASE 等六個資料庫。針對本研究主題，設定中文關鍵字為「頭皮針」、「頭針」，英文關鍵字為「scalp acupuncture」。於 2011 年 2 月 22 日在六個資料庫搜尋 2011 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日間之文獻。

本研究樣本篩選納入條件為文獻使用語言限中文及英文，涉及頭皮針治療之臨床研究文獻，包括隨機對照研究（randomized controlled trials, RCT）、世代研究（cohort study）、病例對照研究（case control study），此外為確定研究內容與中醫有關，CEPS 學科選擇「醫藥衛生」，CKNI 學科選擇「中醫學」，WANFANG DATA 學科選擇「中國醫學」。

文獻排除條件包括：(1) 病例個案報告及系列報告（包含無對照組的研究），(2) 動物實驗，(3) 綜述及系統性文獻回顧，(4) 無全文及與研究主題不相符合者。

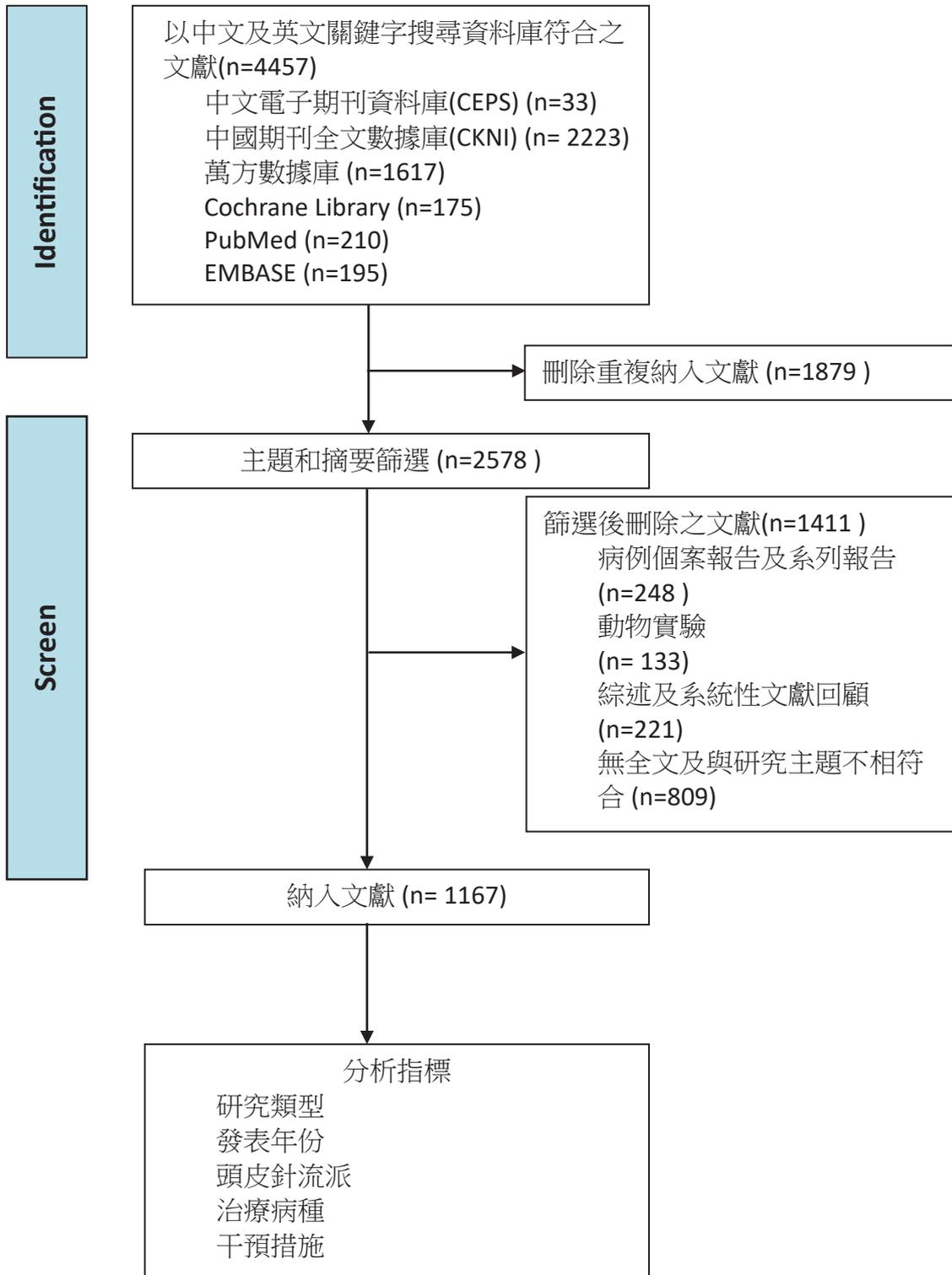
本研究經由兩位評讀者分別以交叉比對法先依中英文關鍵字檢索，並依納入條件檢視研究標題及摘要後，再以排除條件檢視研究全文，篩選符合本研究之文章。文獻選取流程與結果如（圖一）所示。

### 2. 文獻品質篩選

評讀過程由兩位評讀者各自完成納入文獻之評讀後，再進行交叉比對，當無法取得研究評價之共識時，則交由第三位專家裁決，以確保本研究結果之可確認性。

### 3. 資料運算分析

本研究對於入選的文獻，針對其研究類型、發表年份、頭皮針流派、治療病種、合



圖一 文獻選取流程圖

併措施進行拆解，採用 Microsoft Excel 2010 軟體進行標籤、建立表格後，以函數統計分析研究各標籤的數量及關連性。資料標籤詳細內容如下：

**3.1 研究類型：**包括隨機對照研究（randomized controlled trials, RCT）、世代研究（cohort study）、病例及對照組研究（case control study）

**3.2 發表年份：**從 2011 到 2020 一共十年。

**3.3 頭皮針流派：**本研究所記錄到的頭皮針流派，包括國際標準化方案、焦順發、于致順、林學儉、方雲鵬、俞昌德、湯頌延、朱明清、山元敏勝、王端義、劉智斌、靳瑞、秦敏、劉炳權、頭部穴道、病灶投影共 16 種以及無法歸類。頭皮針流派的判定流程 (1) 根據各文獻的研究材料與方法，(2) 依照（表二）各刺激區的命名定義加以區分，如國際標準化方案為 xx 線，焦氏頭皮針為 xx 區，(3) 若仍無法判別者，納入無法歸類。

**3.4 治療病種：**依照 ICD-10 分類，依照實際臨床及相關論文調整 [8]，依照科別分類，包括神經科、精神科、骨科、耳鼻喉科、泌尿科、婦科、肝膽腸胃科、新陳代謝科、風濕免疫科、血液腫瘤科、心臟科、胸腔科、腎臟科、眼科、皮膚科，並統計各科疾病名稱及併發症。

**3.5 合併措施：**西醫常規治療包括西藥、手術、復健、護理等不納入合併措施，僅討論中醫的治療介入，例如體針、電針、中藥、推拿按摩、放血、灸法、腹針、耳針、眼針、皮內針、拔罐、穴敷、針上灸 / 溫針法、中藥注射、埋線、梅花針、項針、舌針等等。

## 結果

以關鍵字搜尋資料庫符合之文獻共 4,457 篇，刪除重複納入文獻 1,879 篇，主題及摘要篩選刪除 1,411 篇，最終納入文獻共 1,167 篇。分析結果如下：

**1. 研究類型：**RCT 共 1,138 篇（97.5%），Cohort 及 case-control study 共 29 篇（2.5%）

**2. 研究來源：**中文期刊 1,111 篇（95.2%）、國際期刊 56 篇（4.8%）

### 3. 流派與年代

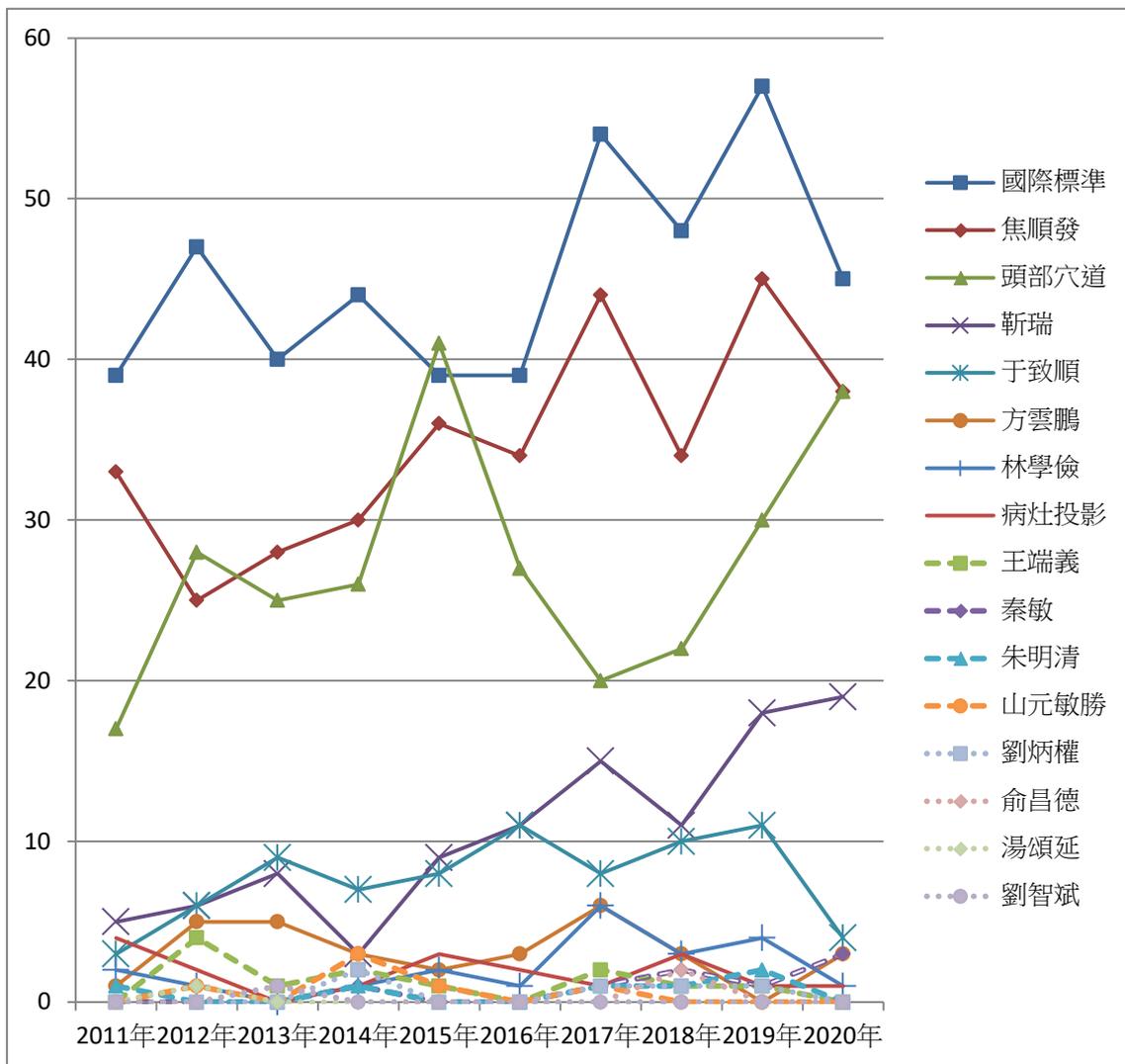
流派與年代關係如（圖二）所示，各流派論文總和如下：國際標準 452 篇，焦順發 347 篇，頭部穴道 274 篇，靳瑞 105 篇，于致順 77 篇，方雲鵬 31 篇，林學儉 21 篇，病灶投影 18 篇，王端義 12 篇，秦敏 8 篇，朱明清 6 篇，山元敏勝 6 篇，劉炳權 5 篇，俞昌德 3 篇，劉智斌 1 篇，湯頌延 1 篇。

焦順發、靳瑞、秦敏逐年增加；于致順、方雲鵬、林學儉先增後減；其餘流派沒有明顯的增減趨勢。

### 4. 流派與流派

流派不明 75 篇（6.4%），單獨使用一種流派共 856 篇（73.4%），兩種流派合併使用共 197 篇（16.9%），三種流派合併使用共 39 篇（3.3%）。

兩種流派合併使用，最常見的組合依序是焦順發 / 頭部穴道 64 篇、國際標準 / 頭部穴道 45 篇、焦順發 / 靳瑞 26 篇、靳瑞 / 頭部穴道 13 篇、國際標準 / 焦順發 13 篇、國際標準 / 靳瑞 12 篇。



圖二 頭皮針流派與年代關係圖

說明：2011 至 2020 年期間，不同頭皮針流派的年度研究量化分析圖（縱軸依論文總量排序）。

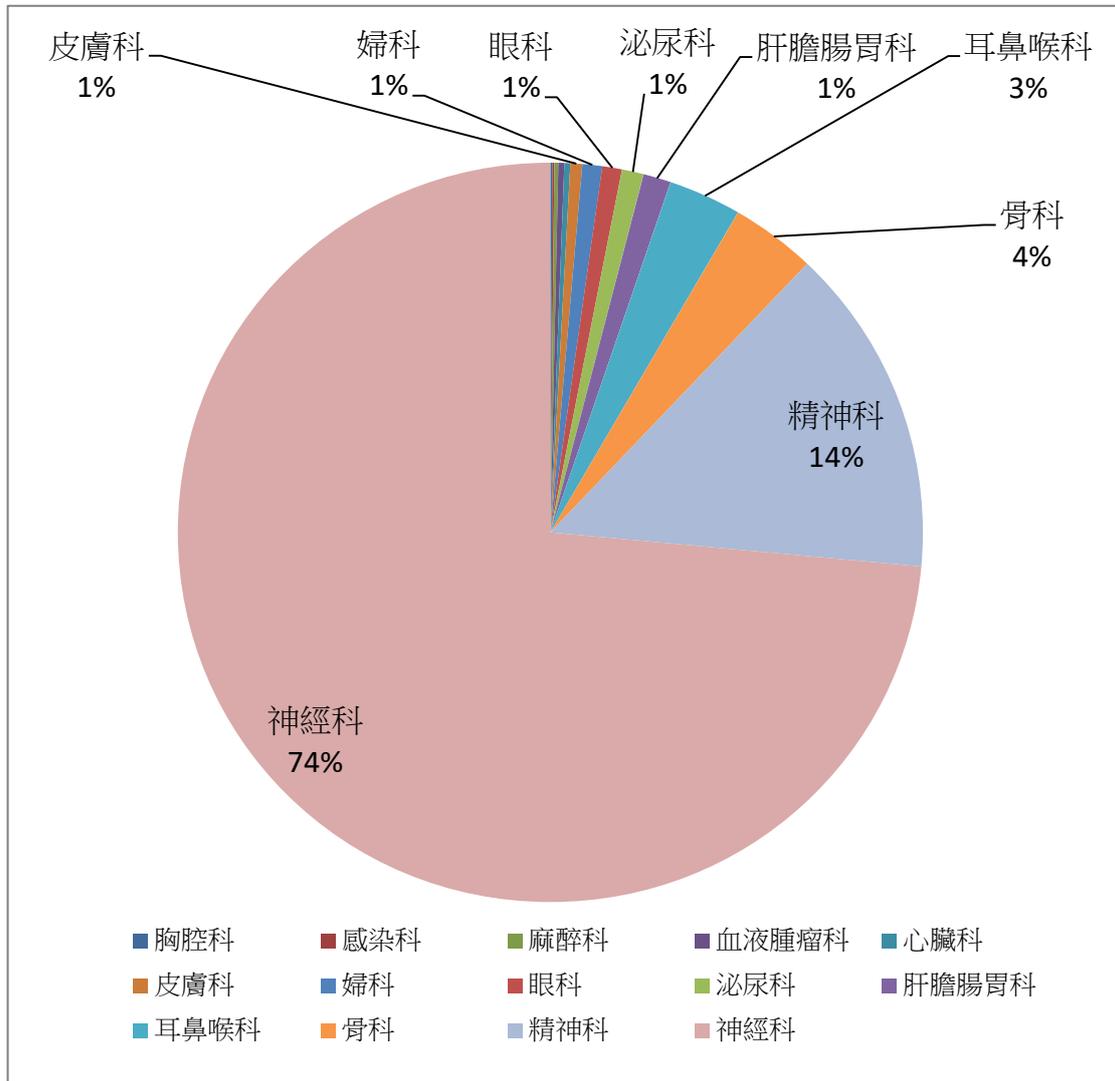
三種流派合併使用，最常見的組合依序是焦順發 / 靳瑞 / 頭部穴道 17 篇、國際標準 / 焦順發 / 頭部穴道 6 篇、國際標準 / 靳瑞 / 頭部穴道 4 篇。

各流派與其他流派合併使用的次數，依序為頭部穴道 155 篇、焦順發 150 篇、國際標準 95 篇、靳瑞 78 篇，上述為最常被合併使用的 4 種頭皮針流派。

## 5. 流派與疾病

### 5.1 頭皮針整體研究主題 - 疾病分科

比例最高的依序是：神經科 858 篇（74%），精神科 168 篇（14%），骨科 43 篇（4%），耳鼻喉科 37 篇（3%），肝膽腸胃科 14 篇（1%），泌尿科 11 篇（1%），婦科 10 篇（1%），眼科 10 篇（1%），科別比例如（圖三）所示。



圖三 頭皮針整體研究主題 - 疾病分科

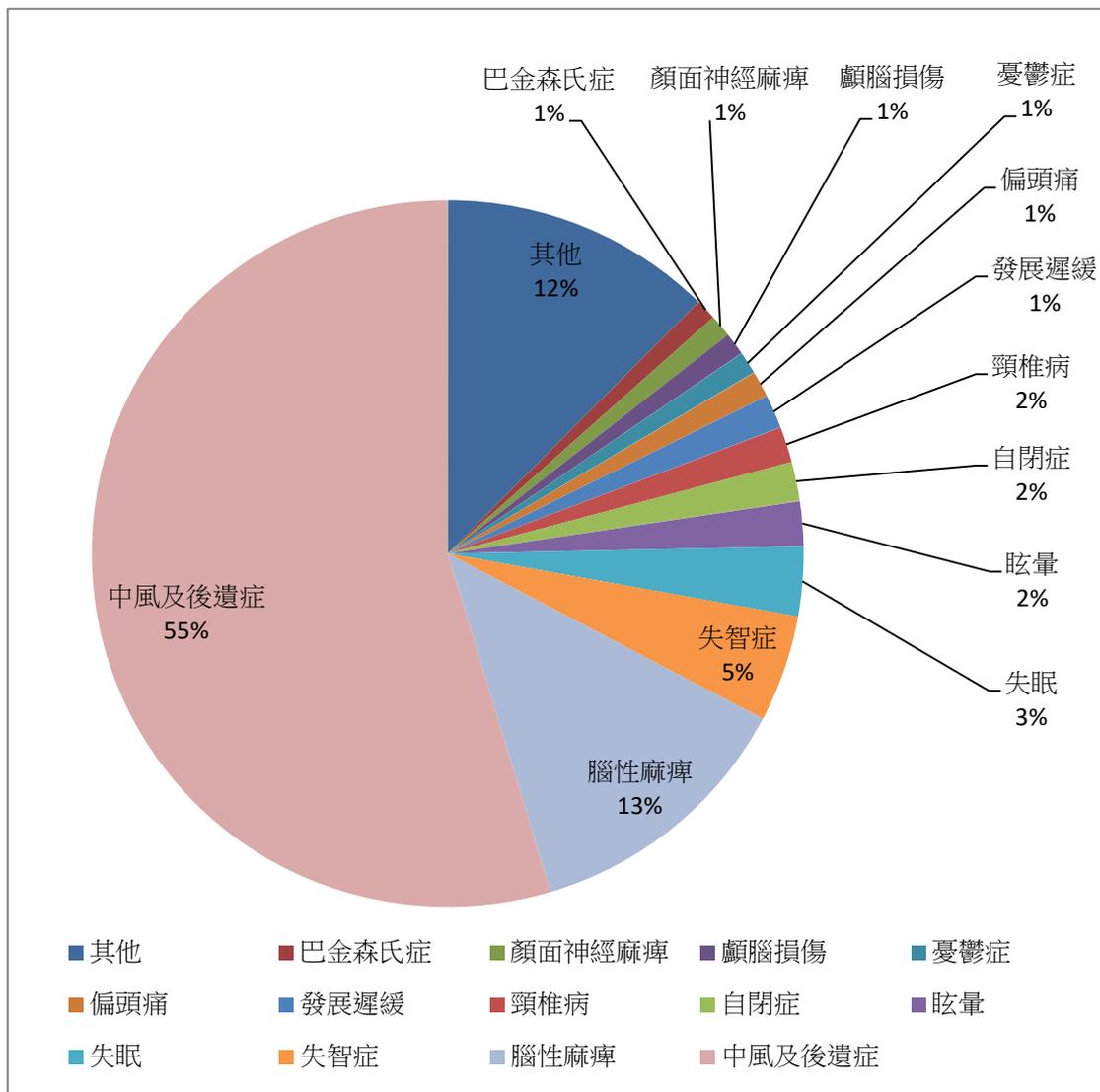
### 5.2 頭皮針整體研究主題 - 疾病名稱

比例較高的包括：神經科的中風及其後遺症 638 篇（54.7%）、腦性麻痺 147 篇（12.6%）、偏頭痛 14 篇（1.2%）、顏面神經麻痺 12 篇（1%）、顱腦損傷 12 篇（1%）、巴金森氏症 11 篇（1%），精神科的失智症 57 篇（4.9%）、失眠 37 篇（3.2%）、自閉症 21 篇（1.8%）、發展遲緩 18 篇（1.5%），憂鬱症 12 篇（1%），骨科的頸椎病 19 篇（1.6%），耳鼻喉科的眩暈 24 篇（2.1%）。

（圖四）

### 5.3 頭皮針各流派研究主題 - 疾病分科

頭部穴道、國際標準、焦順發分布與總體差不多，各科都有，但集中在神經科、精神科和骨科。靳瑞、于致順、林學儉、劉炳權、秦敏、俞昌德集中在神經科和精神科。朱明清集中在神經科、精神科和耳鼻喉科，山元敏勝集中在神經科和骨科，病灶投影集中在神經科，王端義半數在眼科，方雲鵬平均分散在各科。（表三）



圖四 頭皮針整體研究主題 - 疾病名稱

#### 5.4 頭皮針最常見流派研究主題 - 疾病名稱

國際標準 452 篇：中風 309 篇（68.4%），腦性麻痺 31 篇（6.9%），失智症 23 篇（5.1%），頸椎病、失眠及顏面神經麻痺各 8 篇（1.8%）。

焦順發共 347 篇：中風 166 篇（47.8%），腦性麻痺 88 篇（25.4%），自閉症 10 篇（2.9%），發展遲緩 9 篇（2.6%），巴金森氏症 8 篇（2.3%）。

頭部穴道共 274 篇：中風 106 篇（38.7%），腦性麻痺 57 篇（20.8%），失智症 28 篇（10.2%），失眠 14 篇（5.1%），發展遲緩 9 篇（3.3%）。

靳瑞共 105 篇：腦性麻痺 62 篇（59%），中風 20 篇（19%），發展遲緩 9 篇（8.6%），自閉症 6 篇（5.7%），失智症 4 篇（3.8%）

于致順共 77 篇：中風 46 篇（59.7%），失智症 6 篇（7.8%），眩暈、焦慮症各 5 篇（6.5%），失眠 4 篇（5.2%）

表三 頭皮針各流派研究主題 - 疾病分科

	神經科	精神科	骨科	耳鼻喉科	肝膽腸胃科	泌尿科	婦科	眼科	皮膚科	血液腫瘤科	心臟科	胸腔科	麻醉科	感染科
國際標準	366	48	14	5	3	4	3	5	1	0	0	1	1	1
焦順發	276	24	13	15	7	5	5	0	1	0	0	0	1	0
頭部穴道	186	63	2	10	0	5	2	1	1	3	1	0	0	0
靳瑞	84	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
于致順	51	19	0	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病灶投影	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
林學儉	14	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
方雲鵬	11	5	6	3	1	0	0	0	3	0	2	0	0	0
王端義	3	1	2	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
秦敏	5	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
朱明清	3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山元敏勝	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
劉炳權	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
俞昌德	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
湯頌延	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
劉智斌	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## 6. 流派與合併措施

### 6.1 各流派沒有合併措施的比率

100% 的有山元敏勝、俞昌德，50-70% 左右的有方雲鵬、于致順、林學儉、朱明清、秦敏，30~45% 的有頭部穴道、國際標準、靳

瑞、焦順發、病灶投影、劉炳權，10% 以下的有王端義。（表四）

### 6.2 頭皮針整體研究主題 - 合併措施數量：

無合併措施 450 篇（38.6%），一種合併措施 479 篇（41.1%），兩種合併措施 207 篇（17.7%），三種合併措施 26 篇（2.2%），

表四 頭皮針各流派 - 無合併措施比率

	論文總數	無合併措施論文數	無合併措施比率
國際標準	452	192	42%
焦順發	347	111	32%
頭部穴道	274	98	36%
靳瑞	105	41	39%
于致順	77	46	60%
方雲鵬	31	16	52%
林學儉	21	14	67%
病灶投影	18	7	39%
王端義	12	1	8%
秦敏	8	5	63%
朱明清	6	4	67%
山元敏勝	6	6	100%
劉炳權	5	2	40%
俞昌德	3	3	100%
湯頌延	1	1	100%
劉智斌	1	1	100%

四種合併措施 5 篇 (0.4%)

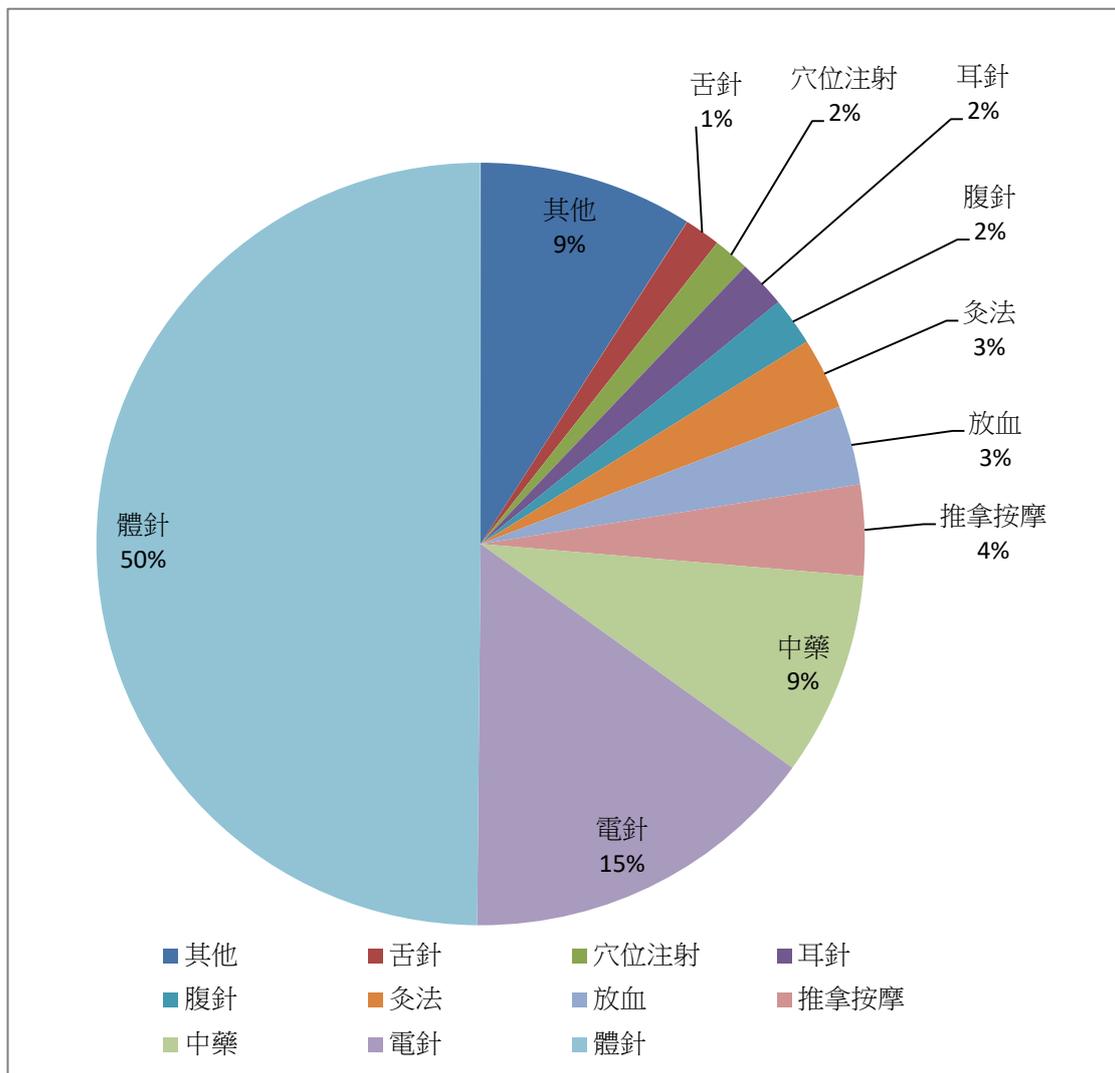
### 6.3 頭皮針整體研究主題 - 合併措施種類：

最常使用的合併措施依序為體針 493 篇 (50%)，電針 150 篇 (15%)，中藥 86 篇 (9%)，推拿按摩 38 篇 (4%)，放血 33 篇 (5%)，灸法 30 篇 (3%)，腹針 20 篇 (2%)，耳針 20 篇 (2%)。(圖五)

## 討論

### 1. 流派與年代

在本研究中，主要不同流派研究量分布，國際標準、焦順發及頭部穴位，每年研究論文量落在 20 至 40 篇區間。靳瑞、于致順，每年研究論文量位於 5 至 20 篇區間，每年在 1~5 篇論文區間的有方雲鵬、林學儉、病灶



圖五 頭皮針整體研究主題 - 合併措施

投影、王端義頭皮針療法。增減趨勢上，焦順發、靳瑞逐年增加；其餘各流派論文章量，沒有明顯的增減趨勢。

不同流派消長中，國際標準與焦氏頭皮針有最多的研究量，可能與頭皮針流派發展歷史與特殊地位相關，1971年焦氏頭皮針發表，為第一個系統性頭皮針療法[9]。此外焦氏頭皮針刺激區定位依據大腦皮質功能投影理論，影響之後發表多家主要頭皮針流派（國際標準、于致順、林學儉等）。

1984年5月承襲大部分焦氏頭皮針內容，並兼採傳統頭部經穴透刺的國際標準化方案，於WHO西太平洋區針灸穴名標準化會議制定並通過[10, 11]。焦氏頭皮針及國際標準化方案也都曾編入中國及台灣的中醫針灸學教科書。以及焦氏頭皮針具有國際標準頭皮針缺少的語言區、舞蹈震顫控制區、足運感區、暈聽區、運用區等刺激區，填補使用國際標準化方案進行研究設計的不足處，上述事件與事實可能推升此兩種頭皮針的研究

發展，雖然早期曾有爭論國際標準化方案及焦氏頭皮針的科學性 [11]，但是隨著使用體感誘發電位（somatosensory evoked potential, SEP）[12]、穿顱杜卜勒超音波（Transcranial Color Doppler, TCD）[13]、功能性磁共振造影（functional Magnetic Resonance Imaging, fMRI）[14]，等科學研究支持國際標準頭針的有效性，客觀而言近 10 年仍被大部分臨床研究者接受，做為主要頭皮針研究方法。

單用頭部穴位（如百會、四神聰）及頭皮針透刺治療的模式，或者以部分頭部穴位合併其他流派的頭皮針，也具有與國際標準及焦氏相似的研究文獻計量。研究文獻集中在這三流派，可能與研究設計出發點相關。因為當研究設計以治療疾病（尤其是中風）為主題時，研究者可能傾向挑選常規、標準化或過去研究最常用的方法。

而靳瑞三針體系歸納常用穴位，較頻繁見於腦性麻痺、中風、發展遲緩的研究；于致順頭皮針叢刺體系基於腦皮質功能投影且簡化至 7 個穴區，這兩種具備方便於記憶學習及臨床研究的頭皮針系統，也以其流派特色也在近 10 年也佔有一定比例的研究量。而包含方雲鵬、林學儉等主要頭皮針流派，仍在以中文為主的資料庫中，每年具有一定研究發表量。而核心理論獨立於中式頭皮針發展的日本山元敏勝頭皮針，其論文主要見於 PUBMED 及 EMBASE 資料庫中，由於本研究未納入日文期刊資料庫，其研究量可能被低估。

## 2. 流派與流派

絕大多數頭皮針研究大多單獨使用一種流派共 856 篇（73.4%），但也有部分研究合併使用兩到三種流派，最常被合併使用的頭

皮針流派依序是頭部穴道、焦順發、國際標準及靳瑞頭皮針療法。頭部穴位療法最常合併使用，可能與頭穴療法可以補充其他各自系統化的頭皮針流派相關。

## 3. 流派與疾病

依科別區分，整體頭皮針研究以神經科 858 篇（74%），及精神科 168 篇（14%）為主要，骨科 43 篇（4%），耳鼻喉科 37 篇（3%）。其中骨科以頸椎病為主，耳鼻喉科疾病以眩暈為主要研究範疇。

依照疾病別論文章量，依序為中風及其後遺症 638 篇（54.7%）、腦性麻痺 147 篇（12.6%）、失智症 57 篇（4.9%）、失眠 37 篇（3.2%）、眩暈 24 篇（2.1%）、自閉症 21 篇（1.8%）、頸椎病 19 篇（1.6%）、發展遲緩 18 篇（1.5%）、偏頭痛 14 篇（1.2%）。

根據上述資料推論，研究及使用頭皮針的臨床醫師，對以上這幾類疾病的治療，具有較多頭皮針的研究文獻參考，而這幾類疾病也可能代表頭皮針應用的優勢病種。此外系統性回顧及統合分析研究，也可以評估在這幾個領域展開。

依照不同流派研究主題進行分析，各流派治療疾病大多集中在神經科和精神科。而國際標準、焦順發、頭部穴位、方雲鵬、于致順、朱明清頭皮針，可見到散見於臨床各科的研究，病灶投影則集中在神經科，王端義半數在眼科。其中靳瑞三針系統治療腦性麻痺 62 篇（59%），發展遲緩 9 篇（8.6%），自閉症 6 篇（5.7%）等兒少相關疾病，所佔的比率遠高於其他流派，應與靳氏及其流派傳人長期專注於兒童腦病 [15, 16] 之基礎及臨床科學研究相關。而病灶投影以腦神經影像學的病灶作為頭皮針圍刺治療區，因此研究

多集中於腦中風的研究。

上述臨床研究較豐富的流派，可見到散見於臨床各科的研究。依前述論點，當研究設計以疾病為主題，研究者傾向挑選標準化或過去研究最常用的方法。反之當研究設計以流派為主題時，研究設計則傾向橫向拓展不同的疾病，而這可能與流派的繼續發展與生命力相關。

#### 4. 流派與合併措施

各流派沒有合併措施的比率，100%的有山元敏勝、俞昌德，超過半數的有方雲鵬、于致順、林學儉、朱明清、秦敏，低於45%的有頭部穴道、國際標準、靳瑞、焦順發、病灶投影、王端義。

各流派合併治療措施多寡，似乎與文獻研究設計和發表的論文數量相關。以疾病治療為主題的論文，同時已有的論文數量也較多，因此有可能在研究設計時所選用的合併措施較多，可能導致最常使用的流派（國際標準化方案、焦順發、靳瑞、頭部穴道）合併措施較多。以流派為研究主題者，一方面要證明自己流派的療效，而盡量不使用合併措施，另一方面因同一流派治療相同疾病的論文數量相對較少，不需要透過合併措施做出差異區隔，很可能是導致此類論文合併措施較少的原因。

最常使用的合併措施為體針 493 篇（50%），電針 150 篇（15%），中藥 86 篇（9%），推拿按摩 38 篇（4%），放血 33 篇（5%），灸法 30 篇（3%），腹針 20 篇（2%），耳針 20 篇（2%）。

體針為最常使用的合併措施，應與頭皮針研究以神經及精神系統疾病為主，而頭皮針取穴屬於病灶近端取穴，與體針療法包含

循經、臟腑經絡辨證、特定穴等等屬於遠端取穴，符合臨床遠端、近端配穴原則。此外臨床醫師使用頭皮針療法，可以依上述常見合併措施順位作為選擇多重模式治療（Multimodal therapy）的合併治療選擇。

#### 5. 與過去研究比較

研究不同頭皮針流派的目的，在確定不同頭皮針治療的優選方案，有效的頭皮針刺激區，以及量化比較針刺手法的有效性，以提高臨床療效。研究的方法包含以刺激區定位原則及針刺手法，來歸類比較不同頭皮針流派 [7]，以疾病治療為主題如偏癱，比較不同頭皮針流派的刺激區與基礎研究 [17, 18]，或分析頭皮針臨床應用現狀與規律分析 [8]。

就研究方法而言，從歷史學角度，研究頭皮針發展的歷程，可以縱觀頭皮針理論的發展以及演變的質性改變。從頭皮針刺激區定位與主治的比較性研究，可以辨別不同頭皮針療法及其治療病種，但是上述兩種研究都缺乏量的觀點，無法看出不同頭皮針流派的發展及頭皮針治療病種研究的量性改變。

而現行頭皮針流派的研究，多採取頭皮針理論並陳的質性比較分析，然而真實世界中不同流派的頭皮針，被應用頻率並不是相同的。根據我們的研究，揭示了近 10 年現行不同流派頭皮針的文獻計量差異與變化趨勢，以及不同疾病使用頭皮針療法的臨床研究量化差異。

就我們所知，過去頭皮針流派的研究，不曾以文獻回顧並計量分析的方法，比較不同頭皮針流派的學術發展趨勢及研究主題病種。因為這項研究，臨床醫師可以了解現行主要頭皮針流派的研究與發展的差異，以及在使用不同頭皮針流派時，在不同疾病種分

別可以查閱的臨床研究文獻量。

## 6. 研究限制

這項研究之回顧期間、資料庫、文獻選取語言，及篩選文獻方法的選擇，和研究團隊對於文章內容之解讀，一定程度影響研究之結果，因此我們將之做為研究限制討論如下。

頭皮針從 1960 年代發展至今已有 60 年歷史，本研究僅揭示近 10 年的變化趨勢，並未繼續往前追溯，因此本研究並不能完全揭示所有流派的发展變化，甚至有些流派近 10 年並無發表研究，近乎消逝。

本研究搜尋資料庫及納入文獻語言定義為中文及英文，核心理論獨立於中式頭皮針發展的日本山元敏勝頭皮針，由於本研究未納入日文及其他語言期刊資料庫，其研究量可能被低估。

在篩選文獻方法的選擇方面，本研究首先透過收集書籍資料和綜述論文，將頭皮針各流派的发展史、核心理論和治療區的差異做客觀性比較，之後再做系統性文獻回顧，並經由兩位評讀者的交叉討論和第三位專家的仲裁，盡可能地減少個人對於流派解讀與分類的主觀性偏誤。

本研究考量臨床研究的證據等級，以及為了分析不同流派與治療措施合併使用比例，因此只收錄隨機對照，世代追蹤及病例對照研究。研究排除文獻綜述、病例系列研究及個案報告，因此收案不易的少見疾病，難做成高證據等級臨床研究，因為研究排除條件而未被納入分析。不過少見疾病在整體研究分析，因為研究樣本數較少，而未影響整體分析結果。

此外，我們的研究採取文獻計量的研究

方法，雖將納入文獻進行全文檢索，以利於判讀所屬流派及合併措施，但未逐篇針對論文的研究品質進行分析篩選。因為我們旨在以大數據的看目前研究計量與頭皮針流派發展的趨勢。不過個別論文的研究品質分析，有必要在後續個別疾病的統合分析研究中執行。

還有我們在文獻分析時發現，針對頭皮針研究的熱點如神經科疾病，尚缺乏探討不同流派的治療刺激區選擇規律，特別是腦中風及其相關後遺症上，而不僅僅是探討偏癱的治療，此外未來研究者也可著手探討尚未被清楚研究的疾病，進行頭皮針治療的系統性回顧及統合分析研究。

## 結論

我們以頭皮針發展時間軸，呈現不同流派頭皮針的發展及核心理論分類。並系統性回顧近 10 年頭皮針論文，做文獻計量的研究分析，顯示近 10 年頭皮針流派發展以國際標準方案、焦順發、頭部穴位、靳瑞及于致順為主要流派。大多數研究單獨使用一種流派，頭部穴位療法最常與其他流派合併使用。

不同流派的頭皮針的臨床應用以神經科及精神科疾病為主，而國際標準、焦順發、頭部穴位、方雲鵬、于致順及朱明清頭皮針，可見到散見於臨床各科的研究。疾病研究頻率依序為腦中風及其後遺症、腦性麻痺、失智症、失眠、眩暈、自閉症、頸椎病、發展遲緩及偏頭痛，其中靳三針的研究較多見於治療腦性麻痺、發展遲緩、自閉症等兒童腦病，病灶投影主要見於腦中風的治療的研究，王端義顱底帶較多眼睛疾病發表。

在多重模式治療下，頭皮針合併體針及

電針治療為最常見應用模式，其次依序為中藥、推拿按摩、放血、灸法、腹針、耳針。因為這項研究，臨床醫師可以了解現行主要頭皮針流派的研究與發展的差異，並在治療不同疾病病種時，做為選擇不同流派頭皮針的參考。

## 參考文獻

1. 吳建麗、尹洪娜、王德龍、朱紫薇、孫忠人，頭皮針療法的起源及發展現狀。廣州中醫藥大學學報。2019；36(11)：1783-1787。
2. Young-Nim Y, Gwang-Cheon P, Myung-Rae C, et al. Meta-analysis on randomized controlled trials for scalp acupuncture treatment of stroke: A systematic review. *J. Tradit. Chin. Med.*, 2018; 38(4): 465-479.
3. Wang WW, Xie CL, Lu L, Zheng GQ. A systematic review and meta-analysis of Baihui (GV20)-based scalp acupuncture in experimental ischemic stroke. *Sci. Rep.*, 2014; 4: 3981.
4. Lee HS, Park HL, Lee SJ, Shin BC, Choi JY, Lee MS. Scalp acupuncture for Parkinson's disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Chin. J. Integr. Med.*, 2013; 19(4): 297-306.
5. Liu C, Li T, Wang Z, Zhou R, Zhuang L. Scalp acupuncture treatment for children's autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2019; 98(13): e14880.
6. Liu FG, Tan AH, Peng CQ, Tan YX, Yao MC. Efficacy and Safety of Scalp Acupuncture for Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid. Based. Complement. Alternat. Med.*, 2021; 2021: 6621993.
7. 徐春花、范剛啟、趙楊，頭皮針流派比較及發揮。中國針灸。2016；36(6)：663-667。
8. 陳致堯、閔嘉慧、黃文婷等，近5年頭皮針臨床應用現狀及其規律分析。亞太傳統醫藥。2019；15(1)：157-160。
9. 焦順發，焦順發頭皮針，北京，中國中醫藥出版社，pp. 27-30，2019。
10. WHO Scientific Group on International Acupuncture Nomenclature & World Health Organization. A proposed standard international acupuncture nomenclature: report of a WHO scientific group. Geneva, pp. 16-24, 1991.
11. 閔友江、姚海華、邵水金等，淺析《頭皮針穴名國際標準化方案》的科學性。中國針灸。2007；27(8)：612-616。
12. 李小軍、柳文丹、胡彩虹，頭皮針配合運動療法對偏癱體感誘發電位的影響。上海針灸雜誌。2009；28(10)：575-576。
13. 陳新勇、吳富東，頭皮針針刺病灶側和非病灶側對中風患者腦血流的影響。上海針灸雜誌。2011；30(9)：586-588。
14. Liu H, Chen L, Zhang G, et al. Scalp Acupuncture Enhances the Functional Connectivity of Visual and Cognitive-Motor Function Network of Patients with Acute Ischemic Stroke. *Evid. Based. Complement. Alternat. Med.*, 2020; 2020: 8836794.
15. 袁青、劉禕思、俞裕天、羅秋燕、黃秀容、曾俠一，頭穴留針配合行為訓練治療兒童自閉症療效觀察。中國針灸。2013；33(7)：609-613。(RCT)
16. 王琴玉，靳三針療法治療腦性癱瘓的主要學術特點。上海針灸雜誌。2004；23(6)：3-4。
17. 王海橋、王凡、劉建浩、東貴榮，頭皮針治療中風偏癱現代流派簡析。中國針灸。2010；30(9)：783-786。

18. 田亮、孫潤潔、王金海等人，不同流派頭針治療缺血性中風偏癱臨床研究進展。中國中醫藥信息雜誌。2018；25(12)：137-140。
19. 黃學龍，針灸療法與生理作用，蘇州，中國針灸研究社，pp. 12-16，1954。
20. Gori, L., F. Firenzuoli. Ear acupuncture in European traditional medicine. *Evid. Based. Complement. Alternat. Med.*, 2007; 4(Suppl 1): 13-16.
21. 方本正，頭皮針，西安，陝西科學技術出版社，pp. 60-99，1994。
22. 渭南地區中西醫結合科研組，頭針療法。陝西新醫藥。1975；1：43-45。
23. 張鳴九，“風池”透“完骨”穴位封閉治療頭痛 50 例。江蘇中醫。1962；5：24-25。
24. 張鳴九，頭皮針治療幻覺 296 例的經驗。中醫雜誌。1987；28(6)：52。
25. 張鳴九，頭穴透刺治療痛證 126 例臨床小結。江蘇中醫。1988；6：20。
26. 張愛華、岳少華，中醫興衰與現代民族國家觀念的形成—從“廢止中醫”案到赤腳醫生制度。安徽大學學報（哲學社會科學版）。2010；2：139-144。
27. 山西省稷山縣人民醫院，頭針療法，北京，人民衛生出版社，1973。
28. 張穎清，生物全息律簡介。上海中醫藥雜誌。1982；8：45。
29. 張穎清，穴位分布的全息律及其臨床應用。上海中醫藥雜誌，1983；6：46-48。
30. 山元敏勝，頭針について。日本良導絡自律神經雜誌。1975；20(5): 111.
31. Ming-Zhu, Y., T. Hui-Xian, Brief Introduction of TANG Style Scalp Acupuncture. *J. Acupunct. Tuina Sci.*, 2008; 6(3):150-156.
32. 于致順、孫申田、包向陽，頭部腧穴治療腦血管病偏癱 500 例臨床報告及穴位特異性的研究。中醫藥信息。1984；2：30-31。
33. 于致順、向包陽、郭占忠，頭部腧穴治療偏癱的特異性研究。中國針灸。1985；4：21-24。
34. 陝西省革命委員會衛生局醫藥資料室，頭皮針，西安，1976。
35. RA, D., The Micro-acupuncture systems. U.S.A., *Amer. J. acupunct*, pp. 7-24, 1976.
36. 朱龍玉、謝允文，顱針療法，陝西科學技術出版社，西安，1979。
37. 林學儉，改進頭皮針治療兒童腦性麻痺 40 例初步總結。中醫雜誌。1979；7：38-40。
38. 彭增福，靳三針療法，上海科學技術文獻出版社，上海，pp. 9-69，2000。
39. 朱明清，朱氏頭皮針，旺文社，臺北，pp. 13-15，1989。
40. 于致順，頭穴基礎與臨床，中國醫藥科技出版社，北京，pp. 63-96，1992。
41. 關振雄，劉炳權主任醫師八卦頭針治癱經驗。針灸臨床雜誌。1997；13(12)：8-10。
42. 尤斌、楊繼若、王影，頭針顱底帶在難治性眼病中的應用優勢探析。中國針灸。2018；38(10)：1109-1111。
43. 王朝陽，頭針運動療法，科學技術文獻出版社，北京，pp. 50-56，2006。
44. 山元敏勝，YNSA 山元式新頭針療法，晨星出版，台中，pp. 24-79，2020。
45. 俞昌德、吳炳煌、陳躍、劉凱、陳旭軍、張谷風，針刺顱骨縫治療腦血管疾病的應用解剖。中國針灸。2002(3)：177-179。
46. 劉智斌、牛文民，頭皮髮際區微針系統。中國針灸。2010；30(6)：522-524。
47. 劉智斌，頭皮髮際微針療法，人民軍醫出版社，北京，pp. 39-46，2016。
48. 吳博雄，吳氏頭皮針，中華中醫實效療法醫學會，高雄，pp. 116-203，2014。

49. 吳九偉，林氏頭皮針療法，上海，上海交通大學出版社，pp. 27-34，2011。
50. 曾科學、李敏、文希等人，秦敏針灸整體療法體系初探。遼寧中醫雜誌。2013；40(7)：1321-1322。
51. 秦敏，嶺南飛針療法：頭皮針，廣州，廣東科技出版社，pp. 58-85，2020。
52. 戴吉雄，戴氏頭皮針：顱骨縫刺激區的研究及臨床應用，台北市中醫師公會，台北，pp. 141-150，2014。
53. 朱明清，朱氏頭皮針醫學實踐叢書：基礎學分冊，人民衛生出版社，北京，pp. 16-24，2015。
54. 袁青，靳三針療法解說，上海科學技術文獻出版社，上海，pp. 6-201，2004。
55. 吳勃力、于慧敏、楊沈秋，于致順教授頭穴治癱經驗。中國針灸。1997(3)：153-154。
56. 王薇、周國賓、于致順，于致順主任醫師頭針治療經驗。中國中醫藥現代遠程教育。2003(6)：28-31。
57. 葉明柱、湯慧仙，湯頌延和“湯氏頭針療法”。中醫文獻雜誌。2010(2)：50-54。

# Research on Scalp Acupuncture Schools: Literature Review and Bibliometric Analysis of Scalp Acupuncture Research in the Last 10 Years

Chih-Te Chu<sup>1,#</sup>, Yu-Chiang Hung<sup>1,2</sup>, Po-Yu Huang<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Chinese Medicine, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, Kaohsiung, Taiwan

<sup>2</sup>Chang Gung University College of Medicine, Taoyuan, Taiwan

**Background:** Scalp acupuncture has been developed since the 1970s and has formed different academic schools. The early method of scalp acupuncture is still developing, and new methods were born even though the International Standard Scalp Acupuncture system has become the proposed method since 1984. We systematically classified the development history of the current methods of scalp acupuncture and the major theories of each academic school at first. However, it is still uncertain in the difference of clinical indications and developing trends between different methods of scalp acupuncture. **Purpose:** This study aimed to conduct a literature review and bibliometric analysis to analyze the clinical research of scalp acupuncture in the past 10 years. **Methods:** Searches were conducted in databases including CEPS, CNKI, Wanfang Data, PubMed, Cochrane Library, and Embase. Each study was analyzed and finally summated the published years, style of scalp acupuncture, the type of diseases, and the combined therapy. **Result:** International Standard Scalp Acupuncture system, Jiao Shun-Fa, Acupoint on the head, Jin Rui, Yu Zhi-Shun are the leading academic schools of scalp acupuncture in the past 10 years. The research topics of the different methods of scalp acupuncture are focused on neurologic and psychiatric diseases. The type of disease is ranked as stroke and its sequelae, cerebral palsy, dementia, insomnia, vertigo, autism, cervical spondylosis, and developmental retardation. It reveals little difference in each method of scalp acupuncture except Jin Rui's method with higher ratios in treatment of childhood encephalopathy and the body surface projection of intracranial lesions method focused on the treatment of stroke. The most common combined measures for scalp acupuncture are body acupuncture and electro-acupuncture therapy. **Discussion and Conclusion:** The study reveals the developing trends of

---

\*Correspondence author: Po-Yu Huang, Department of Chinese Medicine, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, No. 123, Dapi Rd., Niasong Dist., Kaohsiung City 833, Taiwan, Tel: +886-7-7317123 ext.2334, Fax: +886-7-7317123 ext.2335, Email: acumaster@gmail.com

the main academic schools and combined scalp acupuncture measures. The study may benefit an elected clinical indication and combined measures when using scalp acupuncture treatment.

**Key words:** scalp acupuncture, academic school, literature review, bibliometric analysis