頭針治療小兒腦癱處方規律的文獻分析

Literature analysis on prescribing rules in the application of scalp acupuncture for pediatric cerebral palsy

何艷華　羅桂青　李磊　*HE Yanhua, LUO Guiqing, LI Lei*

（香港大學中醫藥學院）

[摘要]　目的　系統分析近20年頭針療法治療小兒腦癱的臨床研究文獻，綜述頭針治療小兒腦癱的處方規律。**方法**　從中國期刊全文資料庫（CNKI）檢索1999年至2019年有關頭針療法治療小兒腦癱的隨機對照臨床研究文獻，包括頭針流派、配穴特點、聯合療法、操作手法、評估方法及療程療效等內容，對有效文獻進行整理、歸納和系統性分析。　**結果**　共21篇文獻納入並進行系統性回顧分析。發現在常規康復治療的基礎上，配加頭針治療均能取得良好療效。最常用的頭針流派為焦氏頭針和靳三針，高頻率使用的穴位焦氏頭針為運動區、語言區、足運感區、平衡區，而靳三針則為四神針、百會、智三針、顳三針、腦三針。　**結論**　頭針療法已經成為臨床治療小兒腦癱的常用手段，但由於臨床取穴和操作手法尚欠規範，療效的評估方法多局限於臨床觀察，今後應制定嚴格規範的臨床研究方案，進一步確定頭針療法的應用價值。

[關鍵詞]　頭針；小兒腦癱；文獻分析

小兒腦癱（Cerebral Palsy, CP），是自受孕開始至嬰兒期中非進行性腦損傷和發育缺陷所導致的綜合征，臨床表現為運動障礙及姿勢異常，可合併智力障礙、癲癇、感知覺障礙、交流障礙、行為異常及其他異常等[1]。小兒腦癱屬於中醫「五遲」、「五軟」、「五硬」等範疇，主要由肝腎不足、氣血虧虛、脾胃虛弱、痰瘀交阻、心神失養等所致[2]。目前，針灸已經成為治療小兒腦癱的常規療法，多以頭針治療為主，也可與體針配合。本文通過系統性分析近20年（1999-2019）以頭針療法為主治療小兒腦癱的臨床研究文獻，希望能够確定其中的處方規律，為臨床提供指引，從而提高頭針療法的療效。

1　文獻概況

1.1　研究方法

在中國期刊網搜尋1999年至2019年采用頭針治療小兒腦癱的臨床研究文獻，總結歸納其中的處方配伍、針刺手法、療程、療效等規律。搜尋的關鍵詞包括「針灸」、「針刺」、「頭皮針」 、「頭針」、「小兒腦癱」、「腦癱」、「癱瘓」、「五遲」、「五軟」、「五硬」等。文獻納入標準：以頭針為針刺主穴治療小兒腦癱的隨機臨床對照研究，參與者等於或大於50。排除標準：非臨床隨機研究、無對照組、個案分析、綜述等；以及非以頭針為主要治療方法；或欠缺重要數據，如療程、評估方法等內容。

1.2　結果：

通過納入標準及排除標準，共有21篇文獻納入並進行系統性回顧分析。

2　文獻內容分析

21個納入的臨床隨機對照研究中，12篇（57.1%）是以腦癱臨床表現的綜合症候群作為治療目的和評估指標，4篇（19.0%）著重以痙攣型的腦癱作為研究對象，3篇（14.3%）專門探討對智力發展改善的影響，餘下2篇（9.5%）則是考察語言及斜視改善的狀況。在21篇文獻中，無論是對照組還是研究組均以康復治療為基礎治療。康復治療是腦癱常規的身體機能訓練方法，包括頭部控制訓練、上下肢的運動訓練、正確姿勢訓練、站立

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

訓練、日常生活能力訓練、飲食、穿脫衣服、自己大小便等方面[3]。研究組則加以頭針治療，其中4篇配伍體針，2篇配伍推拿或艾灸，2篇則對特色頭針與傳統頭針的療效進行了區別比較。患兒的統計學分布情況，21個研究中共有1574個參與者，其中男性917個（佔58.3%），女性657個（佔41.7%）。患兒的年齡最小為3個月，最大為10歲。

2.1 頭針的處方規律

2.1.1 頭針流派

焦氏針法在小兒腦癱的頭針處方中佔主要地位。在21篇文獻中，10篇（47.6%）以焦氏頭針為主（其中6篇聯合其他頭針療法），8篇（38.1%）為靳三針療法（其中4篇聯合其他頭針療法），4篇（19.0%）以國際標準化頭針14條綫為主穴（其中1篇聯合靳三針療法），其餘4篇（18.5%）為嶺南頭皮針、經驗頭針或透針等。

2.1.2 選用穴位規律

焦氏頭針選用針區按使用頻率依次由高至低為：運動區、語言區、足運感區、平衡區、視區、運用區及感覺區。靳三針則以四神針、百會、智三針、顳三針及腦三針為主穴。頭針14條綫應用頻率由高至低排列次序為：頂顳前斜綫、頂旁1綫、枕下旁綫、頂旁2綫、頂顳後斜綫、頂中綫及枕中綫。不同流派頭針結合使用的配伍特點如下：焦氏加靳三針的5個研究[4-8]中均取四神針、智三針、運動區，因應不同症狀再加百會、顳三針、腦三針、運動區、言語區、足運感區、感覺區、平衡區。頭針14條綫配合靳三針的研究[9]則為百會、頂顳前斜綫、頂顳後斜綫、顳三針、腦三針、智三針。

2.1.3 針刺手法及療程

常見操作手法多以平刺、捻轉手法入針，共有17篇（80.1%）。針身與頭皮呈15-30°入針夾角，刺入至帽狀腱膜下，手下針感不澀滯之後，得氣留針。帽狀腱膜位於頭皮的第三層，十分堅韌並布滿密集的纖維組織[10]，故選擇針刺深度為帽狀腱膜下層最多。傅氏[11]採用「一拍、二推、三旋轉」的注射式進針法。3篇文獻[6,9,12]採用捻轉手法，200轉/分鐘，持續1-3分鐘。選用平補平瀉法共10篇（47.6%）。申氏[13]使用每穴提插不少於10秒的手法。除申氏外，其他文獻均有留針，大部份留針時間為30或60分鐘，有5個研究在留針期間每10分鐘或15分鐘或30分鐘行針1-3次[14-18]。以1日1次，一周治療5-6次，3個月為一療程的研究共13篇（61.9%）。治療次數多為60-90次，共14篇（67.7%）。

2.1.4 療效的評估方法

被廣泛使用的評估工具為痙攣評定量表（Ashworth）和粗大運動發育評估量表（GMFM），分別評估肌張力和運動功能，各有7篇（33.3%），其中有5篇則同時使用Ashworth和GMFM。有6篇文獻采用智商評估量表（DQ）、嬰幼兒智力發育指數（MDI）、發育量表（CCDC）及生活功能指數評定表（ADL）；其他還有采用角膜映光法（Hirschberg）評估斜視，多普勒超聲檢查腦血流循環指標如大腦動脉血流速度（VP）、脉衝指數（PI）、腦動脉收縮期峰流速度（Vs）、平均血流速度（Vm）及血管阻力指數（RI），以及評估構音的S-S評估法，綜合功能評定法及社會適應行為評定表等。有4篇文獻沒有列明評估工具，以臨床症狀改善顯著、有效及無效作為療效評定標準。

2.2 療效

2.2.1

臨床治療總有效率：在21篇文獻中，有17篇（81.0%）按症狀消失或緩解評定臨床總有效率。所有研究組和對照組均有改善，研究組在治療結束後至其後的6個月評估，總有效率介於73.53%-96.67%之間，與對照組相比均有統計學差異（$P<0.05$或$P<0.01$）。頭針在聯合康復治療時，再配合體針[13, 14, 19, 20]、推拿[4, 21]及艾灸[13]，療效更佳。傅氏[11]及王氏[20]的文獻顯示特色頭針組的總有效率分別為90.00%及90.12%，

香港中醫學會 版權所有 Copyright HKRCOM All Rights Reserved

高於傳統頭針組的76.67%（P<0.05）及80.77%（p<0.05）。李氏[4, 21]則發現頭針治療斜視及語言障礙等的療效均優於對照組（P<0.05或P<0.01）。

2.2.2

智力發展改善：用DQ、MDI、CCDC量表評估嬰幼兒的智力發展，研究組的療效均優於對照組（P<0.001或P<0.05或P<0.01）[5, 11, 15, 20-22]。

2.2.3

肌張力及運動功能改善：所有用痙攣Ashworth及粗大運動GMFM量表評核肌張力變化及運動功能的文獻，均顯示研究組中肌張力的降低顯著優於對照組，運動功能以大關節為主，其改善優於對照組(P<0.05或P<0.01）[9, 13, 16, 17, 23, 24] 。

2.2.4

腦血流循環指標：陳氏[9]、傅氏[11]及王氏[20]的研究，觀察了治療前後大腦VP，PI，Vs，Vm及RI的改變，結果顯示腦血流量及流速VP，Vm及 Vs顯著提升，PI及RI明顯減小，與對照組相比有統計學差異（P<0.05或P<0.01）。VP反映腦動脉管腔大小及血流量，VP越大，血流速度越快；PI反映腦血管外周阻力的大小，PI值越大，腦血管外周阻力越大[25]。

2.2.5

不同臨床證型的療效比較：林氏[26]指出痙攣型腦癱是臨床最常見的證型，佔60-70%。申氏[13]及戴氏[24]所作針對痙攣型腦癱的研究，发現總有效率及GMFM評分提升均顯著優於對照組，對痙攣症狀改善顯著。

2.2.6

不同年齡組別的療效比較：李氏[4,27]將患兒分為0-3歲和4-7歲年齡組以及0-5歲和6-7歲年齡組。結果顯示年齡越小，治療效果越好。

2.2.7

不同治療時間的療效比較：趙氏[22]在患兒接受1個月療程後，分別於0個月、3個月及6個月做回訪跟踪，結果顯示，在治療3個月後，智力發展及運動能力均優於治療前（P<0.05），6個月後各項症狀改善更顯著。

3 討論

綜合近20年以頭針治療小兒腦癱的臨床研究文獻，可以看到在結合康復治療的基礎上，應用頭針療法有很好的臨床療效。但另一方面，仍有不足及改善之處。

在21個納入的臨床隨機對照研究中，高質量的隨機對照實驗（Randomized controlled trial, RCT）為數不多。大多數研究均沒有具體說明用甚麼方法確定參與者人數（sample size），小兒腦癱的診斷標準厘定不清（CT/MRI？西醫診斷？分型？）；有關研究人員的培訓、數據收集及統計方法亦欠缺指引；所使用的評估療效工具尚欠客觀；對於如何降低執行過程中因主觀而導致的數據偏差等問題均未能仔細說明。因此，今後的臨床研究，應該以更嚴謹、科學的方法，去開展多中心、大樣本、高質量的隨機對照試驗（RCT）研究。

早在《素問·脉要精微論篇》中就指出頭為精明之府，頭為諸陽之會。因為六條陽經皆上循於頭面，所以頭面為氣血最旺區域。至於選取頭部腧穴治療各種疾病，《內經》有所記載，其後《針灸甲乙經》、《針灸大成》等文獻中，記載頭部腧穴治療全身各種疾病的內容則更加豐富[28]。小兒腦癱是自受孕開始至嬰兒期，因腦部損傷和發育缺陷而表現的相關症候群。現存最早的兒科專著《顱囟經·脉法》中說：「凡孩子三歲以下，呼為純陽，元氣未散。」因此小兒被稱為「少陽」或「純陽」之體，說明小兒時期生機蓬勃，發育迅速。小兒的發病特點是「發病易，傳變快」。清吳瑭《溫病條辨·解兒難》中說：「小兒臟腑薄，藩籬疏，易於傳變；肌膚嫩，神氣怯，易於感觸。」說明小兒臟腑嬌嫩，形氣未充，即「稚陽未充，稚陰未長」，在形體與生理功能上都是幼稚和不完全的，處於相對不足的狀態，故容易發病。但另一方面，小兒又具有「臟氣清靈，隨拔隨應」的特點。明張介賓《景岳全書·小兒則》中說：「其臟氣清靈，隨撥隨應，但能確得其本而撮取之，則一藥可癒。」因此，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCTCM All Rights Reserved

早診斷、早治療，對於小兒腦癱的康復預後十分重要。

關於頭針療法的處方規律。頭針是通過刺激頭部生髮區域的特定部位治療疾病的一種療法，是在傳統的針灸理論基礎上，結合現代醫學之大腦皮層投射區發展起來的。本次研究納入分析的文獻多以焦氏、靳三針頭針為主，二者都是根據現代醫學中大腦功能的分區所確定的頭針刺激區域對症選穴。李氏[29]提出頭皮針刺激區主要是依據神經中樞的解剖和功能定位而確定，與穴位的概念有別，故頭皮針刺激區的部位不是一個「點」或者一條「線」，而是一個特定區域的「面」。現代研究指出，頭針通過對大腦皮層相應運動區進行刺激，可以促進局部血液供應，加强腦細胞功能代謝，從而恢複臨界細胞功能[30]。焦氏頭針的應用以運動區、語言區、足運感區、平衡區等使用頻率最高，主要針對小兒腦癱中的運動障礙、姿勢異常、語言障礙及感知覺異常等問題。靳三針療法則强調根據經脉辨證以及現代解剖學理論取穴，如「四神針」就是按照大腦皮層的功能定位在頭皮部的投影區以及「寧失其穴，勿失其經」的理論進行組方。現代醫學認為大腦額葉和智力有關，「智三針」正位於大腦額葉的區域，因此與神志密切相關，故臨床上多見以焦氏和靳三針聯合使用，相顯益彰。國際標準化頭針14條穴綫系以焦氏頭針為基礎，結合經絡系統發展而成，以「點」取穴，在臨床上少與焦氏配合，多與靳三針及其他針法配伍使用。

通過系統回顧分析，說明頭針治療小兒腦癱有良好療效。除結合常規康復療法外，若配合體針、推拿及艾灸則效果更佳，能有效增强患兒的肌力，改善患兒的運動功能，改善肢體運動障礙、語言障礙、智力發展等，值得推廣。分析近年來相關的臨床研究文獻，辨證思路大同小異，但頭針療法流派眾多，所取部位亦多有差別，較難總結出對於小兒腦癱確實有效的取穴處方；而多數研究並沒有按照小兒腦癱的不同分型去制定不同的針刺處方。除此之外，臨床操作所涉及的針刺角度、深度、刺激量及留針時間、療程等雜亂不一，操作參數模糊，影響了操作的規範性，不利於臨床推廣與應用。建議今後應該制定嚴格規範的臨床研究方案，采用統一的治法標準和療效標準，從而進一步確定頭針療法的應用價值。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

參考文獻

[1] 陳秀潔, 李樹春. 小兒腦性癱瘓的定義、分型和診斷條件[J]. 中華物理醫學與康復雜志, 2007,29(05):309.

[2] 汪受傳. 中醫兒科學[M]. 北京:中國中醫藥出版社, 2017:174.

[3] 李曉捷, 龐偉, 孫奇峰, 等. 中國腦性癱瘓康復指南(2015):第七部分[J]. 中國康復醫學雜志, 2016,31(01):118-128.

[4] 李華偉, 馬丙祥, 封玉. 頭皮針治療小兒腦癱語言障礙臨床觀察[J]. 中國中醫藥現代遠程教育, 2010,8(24):37-38.

[5] 李銀蘭. 頭皮針治療小兒腦癱並發智力低下68例[J]. 中國康復, 2011,26(01):45-46.

[6] 朱國禮. 探究頭皮針結合神經促進康復技術治療小兒腦癱的臨床療效經驗分析[J]. 世界最新醫學信息文摘, 2018,18(96):42-44.

[7] 唐明娥. 頭皮針結合神經促進康復技術治療小兒腦癱86例的療效觀察[J]. 中醫臨床研究, 2012,4(10):37-38.

[8] 黃東勉. 針灸治療小兒腦癱療效的臨床分析[J]. 海南醫學院學報, 2012,18(07):943-944.

[9] 陳劍波, 余衛, 馮夢卉, 等. 頭皮針聯合肢體康復訓練治療小兒腦癱療效觀察[J]. 針灸臨床雜志, 2017,33(03):1-4.

[10] 賴新生, 黃泳, 唐安戊, 等. 病理狀態下針刺百會穴對腦功能成像特徵的影響[J]. 廣州中醫藥大學學報, 2008,(05):410-413.

[11] 傅雨薇, 秦敏, 金秀. 嶺南頭皮針治療小兒腦癱認知功能障礙30例臨床研究[J]. 江蘇中醫藥, 2019,51(11):54-56.

[12] 張劉通, 于學平, 滕偉. 百會透曲鬢穴為主治療小兒腦癱療效觀察[J]. 針灸臨床雜志, 2011,27(11):41-43.

[13] 申艷娥. 針灸聯合康復訓練治療痙攣型小兒腦癱的臨床研究[J]. 針灸臨床雜志, 2016, 32(04): 19-21.

[14] 岑嶸. 靳三針療法聯合體針治療小兒腦癱的臨床療效[J]. 內蒙古中醫藥, 2019,38(10):119-120.

[15] 郭春光, 張惠佳, 劉春雷, 等. 聰腦通絡針法聯合言語訓練治療小兒腦癱伴智力障礙的臨床觀察[J]. 中醫藥導報, 2016,22(18):74-76.

[16] 毛芳慧, 孫利娜, 潘俊曉. 頭針結合康復訓練治療小兒腦性癱瘓的臨床療效[J]. 首都食品與醫藥, 2018,25(18):27-28.

[17] 陳淩雲. 頭皮針聯合肢體康復訓練治療小兒腦癱的臨床療效[J]. 內蒙古醫學雜志, 2018,50(10):1192-1193.

[18] 賈杰. 頭針結合現代康復治療小兒腦癱臨床研究[J]. 中國針灸, 2003,(09):15-16.

[19] 陶曉玲, 馬立顯. 頭針療法治療小兒腦癱60例[J]. 陝西中醫, 2012,33(01):88-89.

[20] 王民集, 王飛, 葉劍鋒, 等. 五神針治療小兒腦癱的療效及對腦血流動力學的影響[J]. 南京中醫藥大學學報, 2018,34(02):132-135.

[21] 李冬梅, 肖亦爽, 張黎, 等. 推拿頭針聯合治療小兒腦癱性斜視的初步臨床研究[J]. 中國中醫眼科雜志, 2019,29(01):35-38.

[22] 趙愛萍, 蘇田. 頭針結合現代康復治療小兒腦癱臨床效果觀察[J]. 中國衛生標準管理, 2016,7(22):137-139.

[23] 汪軍, 孫克興, 吳緒波. 頭針治療對腦癱兒童粗大運動功能的影響[J]. 上海針灸雜志, 2010,30(03):177-179.
[24] 戴夢圓, 林鹹明. 頭針聯合Bobath法治療小兒痙攣型腦癱42例臨床觀察[J]. 中醫兒科雜志, 2017,13(05):85-88.
[25] 華揚, 高山, 吳鋼, 等. 經顱多普勒超聲操作規範及診斷標準指南[J]. 中華醫學超聲雜志, 2008,(02):197-222.
[26] 林慶, 李松, 劉建蒙, 等. 我國六省(區)小兒腦性癱瘓患病率及臨床類型的調查分析[J]. 中華兒科雜志, 2001,(10):40-42.
[27] 李紅霞, 賈成文, 李丹丹, 等. 頭皮針治療痙攣型小兒腦癱臨床觀察[J]. 上海針灸雜志, 2017,36(02):130-133.
[28] 張琳琳, 郭家奎. 頭針療法為主的臨床應用研究進展[J]. 針灸臨床雜志, 2010,26(06): 68-71.
[29] 李磊. 關於頭皮針刺激區的定位問題[J]. 中醫學, 2017,6(4):183-185.
[30] 岑麗婷, 劉振寰. 小兒腦性癱瘓針灸治療的機理和臨床研究新進展[C]. 第七屆中華中醫藥學會中醫外治學術年會刊, 2012:115-119.

（編委：倫新審校 2021.03.19）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved