

ICS
CCS

团体标准

T/CI XXX-2022

中医经络微创技术 Minimally Invasive Technique of Chinese Meridian (征求意见稿)

2022-X-XX 发布

2022-X-XX 实施

中国国际科技促进会 发布

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由鹰潭市余江区中医院提出。

本文件由中国国际科技促进会归口。

本文件起草单位：鹰潭市余江区中医院、画桥镇中心卫生院、春涛镇卫生院、北京白广阔中医医学研究院、刘垦卫生院、黄庄乡卫生院、平定乡卫生院参与起草。

本文件主要起草人：白广阔、庄煌辉、涂智勇、吴志红、彭慧英、杨朝霞、吴怡、叶莉、孙高、范家伟、陈琨、丁周生。

本文件是首次发布。

引 言

中医经络微创技术是一种以中医整体观念和辨证论治为指导，遵循《黄帝内经》“一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经，令之不通，视而泻之，此所谓解结也。”的古训，运用各类针具，以经筋、经络为基础，结合现代局部精细解剖、层次解剖和软组织外科学等知识，对发病部位进行切割、松解、分离等临床操作，使人体力线重新达到平衡的一种针刺技术。本技术具有活血化瘀，舒筋通络，治痛除痹、调和阴阳的作用，主要用于下述疾病的治疗：

1. 各种软组织损伤引起的顽固性疼痛。
2. 骨关节退行性疾病，如：颈椎病、腰椎间盘突出症、骨性关节炎等。
3. 肌肉、肌腱和韧带的慢性积累性损伤、肌紧张、损伤后遗症。
4. 某些脊柱相关性内脏疾病。
- 5 某些脊柱相关性皮肤疾病。

中医经络微创技术

1 适用范围

本文件规定了中医经络微创技术的基本操作方法、治疗方法、禁忌、注意事项。

本文件适用于中医药领域教学、临床、科学研究、医政管理、出版及国内外学术交流。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款，其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件，不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

中医医技技术手册

第一篇 针刺类技术

第一章 毫针技术

第七篇 中医微创技术（微创松解术、微创减张术、微创剥离术）

第一章 针刀技术

第五章 刃针技术

第七章 拨针技术

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

4 基本操作方法

4.1 定位

1. 由轻到重触诊病变部位，确定痛点的部位及层次，用指甲压痕或紫药水笔标记。

2. 根据姿态评估结果，在筋膜链选取治疗点，用指甲压痕或紫药水笔标记。

4.2 消毒

用碘伏作局部皮肤消毒，铺无菌孔巾。

4.3 进针

术者带无菌橡皮手套，左手拇指指端垂直按压进针点，右手持针点刺进入皮

肤，穿过皮肤时针下有种空虚感，是进入脂肪层的感觉，再缓慢刺入出现第二个抵抗感时，针尖达到筋膜表面，再用力点刺即突破筋膜进入肌肉，穿越肌肉，到达骨表面。

4.4 松解

根据治疗需要，用针刀在骨缘进行点刺、切割、剥离。如在筋膜层减张可用针刀在筋膜表面散在点刺 3~5 针；作条索状粘连松解可沿纵轴方向连续进行线性切割或横轴间断斜刺。或用圆利针做肌肉斜刺治疗。

4.5 出针

完成治疗操作后，拔出针刀的同时，用无菌敷料覆盖针孔，术者拇指端垂直按压 1~2 分钟，用无菌敷料或无菌纱布封闭针孔 48 小时。在施术周围拔火罐 3~5 分钟。

5 常见疾病的中医经络微创技术治疗方法

5.1 项痹病（局部型、交感神经型、脊髓型、神经根型、混合型、食管受压型及椎动脉型颈椎病）

患者有急性损伤或慢性积累性劳损史，头多向一侧偏歪或反复落枕，颈部活动受限，颈肌僵硬，头颈限制在一定位置，颈部两侧压痛明显。神经根型表现为颈肩疼痛，枕部及后颈部酸痛，向上肢放射，疼痛轻者为胀痛，重者如针刺刀割，受累神经支配区皮肤感觉减退，颈肌紧张，有明显压痛点，牵臂及压头试验阳性。脊髓型多发于 40~60 岁，自觉颈部无不适，但上肢动作笨拙，手部细小动作失灵，步态不稳，可出现病理反射。椎动脉型表现为头痛头晕，耳鸣眼花，记忆力减退，头颅眩晕引起眩晕发作，甚或猝倒，但在猝倒后因颈部的位置改变可马上清醒。交感神经型有交感神经兴奋或抑制症状，如眼睑下垂，视力模糊，瞳孔散大，头痛，偏头痛，头晕，枕部疼痛，心动过速或缓慢，心前区疼痛，血压升高。以上两种或两种以上类型并现者，称为混合型。X 线检查可观察到颈椎生理曲度过大或变直，甚至反张畸形，椎体边缘骨质增生，椎间隙狭窄，椎间孔变小，韧带钙化等。临床上每个患者的 X 线片常具备上述变化的一项或多项，但其变化与证情不成正比，故诊断时须以症状为主。借助 MRI、CT 检查可定性诊断。食管受压型为颈椎增生压迫食道引起吞咽困难，X 线片示椎体前侧有增生突出物，钡餐透视可见食道狭窄或梗阻。

【治则治法】

柔肌舒筋，祛瘀通络，宣痹止痛。针刀松解增生、肥厚、变性、粘连的软组织。

【操作步骤】

患者俯卧位，头前屈曲 30° 定点。

(1) 颈 2 棘突旁开 3 厘米。手法：向棘突方向倾斜进针，在横突末端上、下边缘处松解 3~5 下，出针，松开部分横突表面的深筋膜。

(2) 颈 2 棘突直线向上 0.5 厘米。手法：刀口线与颈椎纵轴平行，针体垂直于皮肤，直刺进皮后，和皮肤呈 30° 角向上斜刺直到枕骨骨面，在骨面纵行点刺，到 45° 时调转刀口线 90° 切 3~5 下，出针。

(3) 颈 2 棘突直线向上 1.5 厘米左右各旁开 2 厘米。手法：朝枕骨骨面 30° 倾斜刺入到骨面后向下走到 45° 时调转刀口线 90° 切 3~5 下，出针。

(4) 出针后用无菌敷料按压针孔 1~2 分钟，封闭针孔。施术周围拔火罐 3~5 分钟。

【特别提示】

1. 针刀在颈部剥离松解治疗时，必须熟悉解剖位置，不可刺入过深，切忌损伤椎动脉和脊髓。

2. 逐层进针，小心缓慢剥离。

5.2 项痹病（肩胛提肌劳损）

患者长期低头，有急性损伤史或慢性劳损史。肩胛提肌在颈 2 至颈 3 横突的起点或肩胛骨止点处疼痛，肩胛提肌紧张，以上部位可有压痛点。尤以肩胛骨内上角压痛显著。上肢后伸，并将肩胛上提或内旋，引起疼痛加剧，或不能完成此动作。颈、肩胛骨 X 线片可排除骨性异常。

【治则治法】

理筋减张，解痉止痛。对肩胛提肌起止点采取减少张力为主，分离粘连为辅的针刀微创松解术。

【操作步骤】

(1) 患者俯卧位，棘突（正中线）旁开 1.5~2.5 厘米，上下距离 2 厘米，快速直刺进皮，向上、中、下各刺一针，以达到彻底放松消除各筋膜层之间的压

力，不要求达到骨面。

(2) 若压痛点在肩胛骨内上角的边缘，定点：肩胛骨角向外下方 2 个厘米，肩胛骨内侧缘向外 2 个厘米；肩胛骨上缘向内下方 2 个厘米向对侧骨缘连线，交汇点即为施术部位。

(3) 患者侧卧位，在上位的下肢屈膝屈髋，在下位的下肢伸直平放在治疗台上，患侧上肢在上，另一上肢抱在胸前，医者站立患者面侧，左手食指勾住肩胛骨角，右手持针，针体和骨面垂直进针到达骨面后，点刺朝骨内侧缘运针，在骨缘处点刺切 3~5 次后回到原点，然后朝角上点刺运针，在角缘做扇形切割，以松为度；切完回到原点，再朝上缘刺一下（深度不超过 2 个厘米），出针。

(4) 无菌敷料按压针孔 1~2 分钟。施术周围拔火罐 3~5 分钟。

术毕，医生一手压住患侧肩部，一手压于患侧枕部，牵拉肩胛提肌 1~2 次。

【特别提示】

1. 针刺范围不能过大。在肩胛骨内上角进针时，肩胛骨缘较表浅，应紧贴骨面延长，不能过深，防止超过肋间误入胸腔。

2. 操作要轻柔，同时注意患者感觉。

5.3 肩凝症（肩关节周围炎）

本病患者 40 岁以上女性多见。多数病例慢性发病，个别病例有外伤史。主要症状为肩周疼痛，肩关节活动受限或僵硬，疼痛或为钝痛或刀割样痛，昼轻夜重，难以成眠，病人不能卧于患侧，穿衣梳头时疼痛加重。检查时局部压痛点在肩峰下滑囊、肱二头肌长头肌腱、喙突、冈上肌附着点等处，亦常见局部广泛性压痛而无局限性压痛点。病程长者，可见肩臂肌肉萎缩，常见于三角肌、肩胛带肌。此病可在进行数月至 2 年左右，在不同程度上终止。

【治则治法】

舒筋活络，通痹止痛。对肩关节周围痛点进行减张止痛，对局部形成的条索、结节样结缔组织增生粘连进行松解。

【操作步骤】

1. 患者取仰卧位。用针刀在喙突处喙肱肌和肱二头肌短头附着点、冈上肌抵止端、肩峰下滑囊、冈下肌和小圆肌的抵止端，分别作切开剥离或纵行疏通剥离，在肩峰下滑囊作通透剥离。如肩关节周围尚有其他明显压痛点，可以在该压

痛点上作适当的针刀松解。

2. 定点：肩胛骨角向外下方 2 个厘米，肩胛骨内侧缘向外 2 个厘米；肩胛骨上缘向内下方 2 个厘米各取一点向对侧骨缘连线，交汇点即为施术部位。

3. 患者侧卧位，在上位的下肢屈膝屈髋，在下位的下肢伸直平放在治疗台上，患侧上肢在上，另一上肢抱在胸前，医者站立患者面侧，左手食指勾住肩胛骨角，右手持针，针体和骨面垂直进针到达骨面后，点刺朝骨内侧缘运针，在骨缘处点刺切 3~5 次后回到原点，然后朝角上点刺运针，在角缘做扇形切割，以松为度；切完回到原点，再朝上缘刺一下（深度不超过 2 个厘米），出针。

4. 出针后无菌敷料按压针孔 1~2 分钟。施术周围拔火罐 3~5 分钟。

【特别提示】

1. 在喙突处治疗时，要摸准喙突尖，指切进针，避免损伤神经血管。

2. 针刺范围不能过大。在肩胛骨内上角进针刀时，肩胛骨缘较表浅，应紧贴骨面延长，不能过深，防止超过肋间误入胸腔。

5.4 腰痛病（腰椎间盘突出症）

腰椎间盘突出症，又称腰椎间盘突出纤维环破裂髓核突出症。它是在腰椎间盘突出发生退行性变之后，在外力的作用下，使纤维环破裂髓核突出刺激或压迫神经根而引起腰痛，多有不同程度的腰部外伤史。主要症状是腰痛和下肢放射痛，腰痛常局限于腰骶部附近，在腰椎下段棘突旁和棘突间有深压痛，并沿患者的大腿后侧向下放射至小腿外侧、足跟部或足背外侧，多为单侧下肢痛，仅少数中央型或椎间盘突出较大者表现为双下肢症状。腰痛的特点是咳嗽、打喷嚏、用力排便时使之加重，卧床后减轻；病程较长者，下肢可有麻木、冷感、肌力减弱症状；中央型突出造成马尾神经压迫症状为会阴部麻木、刺痛、排便及排尿障碍或失控，男子阳痿或双下肢不全瘫痪。

【治则治法】

活血化瘀，舒筋通络。针刀松解第 2、3 腰椎横突尖部的高应力筋膜，使第 2、3 腰椎横突末端力学平衡得到恢复。

【操作步骤】

1. 定点：患者俯卧位，腋中线和肋弓最下缘的交接点定点。此点基本平行于 L₁、₂ 的棘突间隙，找到此定点，从此点各旁开 4~6 厘米为 L₂ 横突。从此点向

下大约 3 个厘米找 $L_{2、3}$ 的棘突间隙，旁开 4~6 厘米即为 L_3 横突。

2. 操作：左手拇指按住棘突间隙的定点，右手持针针尖放在定的点上，快速进皮，然后朝着拇指指腹下倾斜进针，达到横突骨面，从骨面上轻轻提插点刺着向外走针，直到横突尖部，把附着在横突尖部的韧性组织彻底铲除干净。

治疗目的： L_3 是腰部的中心，也是整个人体的应力中心，彻底松解 $L_{2、3}$ 横突的拉应力和压应力可以调整腰部的力平衡的同时又调整了整个人体的力平衡。

3. 出针后以无菌敷料压迫针孔 1~2 分钟。施术周围拔火罐 3~5 分钟。

【特别提示】

操作时刀口不能离开横突骨面，防过深误伤腹腔脏器。

5.5 腰痛病（腰椎管狭窄）

腰椎管狭窄症为多种原因引起的腰椎椎管、神经根管及椎间孔变形或狭窄，从而引起马尾及神经根受压所出现的临床综合征。特征性症状为间歇性跛行，即行走时有小腿痛，无力和麻木，休息后缓解。腰腿痛为慢性反复过程，腰痛在下腰部及骶部，腿痛常累及两侧，可左右交替出现，咳嗽时不加重症状，骑自行车无妨碍。病情严重者，可引起尿急或排尿困难。临床检查常可发现感觉变化以 L_5S_1 神经支配区为主，足趾背伸无力，深肌腱反射障碍。直腿抬高试验阳性。但在先天性腰椎管狭窄症的病人，体检常为阴性，使主诉和体检不一致，易误为“夸大主诉”。腰部后伸受限并引起小腿疼痛，是本病的一个重要体征。

X 线片检查，正位片显示小关节突肥大，椎间隙狭窄；侧位片显示椎体后缘有骨刺形成，椎间关节肥大，椎弓根短，椎间孔前后径变小；或见椎体滑脱、腰骶角增大等改变。CT 扫描有助于明确诊断及量化标准。脊髓造影可显示出典型的“蜂腰状”缺损，根袖受压及节段性狭窄等影像。

【治则治法】

理筋减张，活络止痛。

【操作步骤】

1. 定位：患者俯卧位，双髂嵴最高点的连线基本平于 $L_{3、4}$ 的棘突间隙。找到 $L_{3、4}$ 棘突间隙后定点，继续向两旁旁开 4 厘米即是 L_4 横突； L_5 横突定点是 L_4 向下 2 厘米，中间线旁开 3 厘米；继续向下 2 厘米，中间线旁开 2.5 厘米左右是 S_1 ；继续向下 2 厘米，中间线旁开 2 厘米是 S_2 。

2. 操作：(1) 左手拇指按住棘突间隙不动，右手持针，针尖放在定点上快速加压用力，针体快速直刺进皮，缓慢刺入寻找 L₄ 横突骨面，找到骨面后轻轻提插点刺走向横突尖部，把 L₄ 横突尖部的韧性组织切除干净，然后回到骨面，朝横突骨面上方滑下去，穿透横突间肌到腰大肌上，把腰大肌点刺松解。直刺到 L₅ 横突骨面上，点刺向外行走至尖部，把 L₅ 横突尖部的髂腰韧带切除干净；S_{1、2} 操作是上中下三个方向点刺，患侧三向刺完之后再向外点刺切割松解，直到把骶髂结合窝里的骶髂后韧带的韧性感切除干净，健侧轻轻点刺即可。

3. 出针后以无菌敷料压迫针孔 1~2 分钟。施术周围拔火罐 3~5 分钟。

5.6 腰痛病（梨状肌综合征）

由于梨状肌损伤、炎症，刺激压迫坐骨神经引起臀腿痛，称为梨状肌综合征。梨状肌起于第 2、3、4 骶椎前面，向下聚集成为腱膜样腱，穿出坐骨大孔后抵止于股骨大粗隆。此肌主要是协同其他肌肉完成大腿的外旋动作，受骶丛神经支配。梨状肌的体表投影，为髂后上肌至尾骨间做一连线，此线中点再向股骨大粗隆顶点作一连线，此直线刚好为梨状肌下缘。梨状肌把坐骨大孔分为上下两部分，称为梨状肌上孔和梨状肌下孔，坐骨神经大多经梨状肌下孔穿出骨盆到臀部，但有时发生解剖变异者则由梨状肌内穿过，梨状肌损伤在临床腰腿痛的患者中占有一定比例，为常见损伤之一。

【治则治法】

理筋减张，活络止痛。

【操作步骤】

1. 定点：患者侧卧位，患肢朝上，尽最大程度的屈膝屈髋患肢，另一下肢伸直平放在操作床上，医者站立在患者面侧，医者用大腿根部用力抵住患者膝关节，已防患者因治疗疼痛而伸屈。找到患肢的大转子，然后向内找到患肢的坐骨结节后连线线段的中点定点。从定点处向内上方找到髂后下棘为一直线，这一直线平均 3 厘米找深部压痛点定为一点，共定 4~5 个深部压痛点。然后在臀小肌和臀中肌交接的区域找深部压痛点 2~3 个。

2. 操作：把针放在定点处快速进皮，缓慢逐层到达骨面上。所有的点上全部用针定好，注意：坐骨结节和大转子连线的中点到髂后下棘的 5 针中第 4 针容易在坐骨大孔里面，当针体的深度差不多的时候还没到骨面的话就需要调整角度

向下或向上探索，达到骨面为止。全部定好位置后开始行针切割松懈，由下而上，手法为纵向上下点刺，幅度不要提插过高。上下点刺完直接出针，当到第3针的时候上下点刺完后还要左右点刺，直到患者出现下肢放电感的时候出针，全部切割松懈完毕后让患者尽快俯卧位，用力按压所有的针眼10分钟以上。

3. 出针后以无菌敷料用力压迫所有针孔十分钟以上。施术周围拔火罐3~5分钟。

5.7 腰痛病（腰部劳损）

腰部劳损系指腰部积累型的肌肉、筋膜、韧带、骨与关节等组织的慢性损伤，是引起慢性腰痛的常见疾患。引起腰部劳损的原因很多，有腰部急性损伤病史或某些能使腰肌长期处于高张力状态的职业特点。主诉腰痛，疼痛多为隐痛，时轻时重，经常反复发作，休息后减轻，劳累后加重。适当活动或变动体位时减轻，弯腰工作困难，若勉强弯腰则腰痛加剧，常喜双手捶腰，以减轻疼痛，少数患者有臀部和大腿后上部胀痛。兼有风寒湿邪者，疼痛多与气候变化有关，重着乏力，喜温畏冷，腰痛如折，转侧活动不利。检查时脊柱外观一般正常，俯仰活动多无障碍、压痛点常在骶棘肌处、髂骨肌后部或骶骨后面腰背肌至点处，亦有压痛点在脊突上或棘突间。病情严重时疼痛加重，活动稍有受限。神经系统检查多无异常，直腿抬高试验阴性。X线检查有时可见腰骶椎先天畸形改变，如曲度变直，左右侧弯或腰椎骶化、隐性脊柱裂及见有骨质增生。

【治则治法】

舒筋通络，活血导滞。

【操作步骤】

1. 定位：双侧髂嵴最高点。患者俯卧位，摸到髂嵴高点骨面平行向下1-2厘米。

2. 常规消毒后快速进针到骨面，从骨面上点刺向上落空后左右铲切几下，出针。

3. 出针后以无菌敷料压迫针孔1~2分钟。施术周围拔火罐3~5分钟。

5.8 膝痛（骨质增生性骨性关节炎）

骨性关节炎是一种慢性、进展性的关节疾病，临床以膝关节多见。初期有轻度或中度间断性隐痛，休息后好转，活动后加重，疼痛常与

天气变化有关。晚期可出现持续性疼痛或夜间痛。关节局部有压痛，

在伴有关节肿胀时尤为明显。早晨起床时关节有僵硬及发紧感，也称之为晨僵，活动后可缓解。关节僵硬在气压降低或空气湿度增加时加重，持续时间一般较短，常为五至十分钟，很少超过 30 分钟。关节肿大变形明显，部分膝关节因骨赘形成或关节积液也会造成关节肿大。由于关节软骨破坏、关节面不平，关节活动时出现骨摩擦音(感)。病程较长的患者关节疼痛、活动度下降、肌肉萎缩、软组织挛缩可引起关节无力，行走时腿软或关节绞锁，不能完全伸直或活动障碍，严重患者可有关节畸形。膝关节周围有广泛压痛或可触及硬结、条索。临床常见压痛点在：股骨内、外髁，胫骨内、外髁，腓骨小头，髌骨四周，胫骨结节，部分患者股四头肌，特别是股内侧肌轻度萎缩；也有部分患者膝关节功能明显受限，或不能伸直膝关节，或不能屈曲膝关节；大部分患者行走跛行。

【治则治法】

舒筋通络，减张止痛。

【操作步骤】

1. 以人体弓弦力学系统和病理构架的网眼理论为指导，采用针刺整体松解术进行治疗，打破疾病的病理构架，从而恢复膝关节的动态与力学平衡。膝关节经络微创治疗首先排除颈胸部、腰臀部的筋膜挛缩紧张而形成的腿部膝关节代偿后劳损引起的疼痛。所以治疗首选腰臀部的阳性反应点，然后再在局部针刺治疗。

2. 第 1 次针刺松解膝关节前侧病变点：患者取仰卧位，腋窝下垫枕垫使膝关节屈曲 60°，双足平放在手术床上，主要松解髌上囊、髌下脂肪垫、髌骨内外侧支持带、内外侧髌骨韧带、膝关节前交叉韧带内外侧缘的粘连瘢痕。

3. 常规消毒，铺无菌洞巾。

4. 第 2 次针刺松解膝关节内、外侧病变点：患者取仰卧位，腘窝下垫枕垫使膝关节屈曲 60°，双足平放在手术床上，主要松解腓侧副韧带起止点、胫侧副韧带起止点、鹅足囊的粘连瘢痕。

5. 常规消毒，铺无菌洞巾。

6. 出针后以无菌敷料压迫所有针孔 2 分钟以上。施术周围拔火罐 3~5 分钟。

6 禁忌症

-
1. 施术部位或全身有感染、发热。
 2. 施术部位有重要的血管、神经或脏器难以避开。
 3. 出血、凝血功能异常。
 4. 有严重内脏病发作期患者。
 5. 体质极度虚弱等患者应慎用。

7 注意事项

1. 医生必须掌握局部解剖、筋膜链分布、针刀技术要领。
 2. 施术部位有重要的血管、神经或脏器难以避开不得施术，施术时不得使用麻醉药品。
-