

T/CRACM

中国中医药研究促进会团体标准

T/CRACM 0025—2026

内热针松解术操作规范

Internal heat needle percutaneous skeletal muscle release code of practice

2026 - 7 - 29 发布

2026 - 8 - 29 实施

中国中医药研究促进会 发布

目 次

前 言 II

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 基本要求 1

5 禁忌证与注意事项 3

6 操作流程 3

7 应急处理 5

8 附 录 A（资料性）内热针松解术治疗原则和常用治疗部位进针图示 7

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。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由四川省中医药科学院中医研究所提出。

本文件由中国中医药研究促进会归口。

本文件起草单位：四川省中医药科学院中医研究所(四川省第一中医医院 四川省中医药科学院针灸经络研究所)、济宁市现代针灸研究所、成都中医药大学附属医院（四川省中医医院）、浙江省人民医院、广西中医药大学第一附属医院(广西中医医院)、河北医科大学第一医院、中国人民解放军陆军军医大学陆军特色医学中心（大坪医院）、中国人民解放军西部战区总医院、眉山市中医医院、西南医科大学附属中医医院、成都大学附属医院、淄博市第一医院、山西省针灸研究所、中国人民解放军陆军军医大学第二附属医院（新桥医院）、重庆市中医院、中山火炬开发区人民医院、宜宾市第二人民医院、四川中科前沿康复医疗中心有限公司。

本文件主要起草人：刘波、荣洪贺、漆涛、刘文龙、王开龙、姚军、高长越、隋大鸣、熊国龙、闫爵、张春龙、文建、王东、郑艳艳、苟春雁、曾宪明、王跃斌、袁显清

内热针松解术操作规范

1 范围

本文件规定了内热针松解术的术语和定义、操作人员要求、治疗范围、操作前准备、操作流程、治疗时间及疗程、禁忌症与注意事项、应急处置。

本文件适用于全国各级中医、中西医结合、疼痛、康复、骨伤科医疗机构开展内热针松解术。

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。（排序：全文引用不注日期）

GB 46034-2025 公众聚集场所投入使用营业消防安全检查规则

GB 28232-2020 臭氧消毒器卫生要求

GB 28235-2020 紫外线消毒器卫生要求

GB/T 7543-2020 一次性使用灭菌橡胶外科手套

GB 15810-2019 一次性使用无菌注射器

GB/T 9056-2004 金属直尺

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件

3.1

内热针 Internal Heated Needle

从古代“九针”发展而成的一种针具，由电极、针柄和针体组成，针具材质为不锈钢，针体内置发热材料，通过使用内热式针灸仪器进行加热，可实现针体全段恒温发热。

3.2

内热针松解术 Internal heat needle percutaneous skeletal muscle release

又名内热针软组织松解术，是在密集型银质针疗法的基础上对针具及加热方法进行改进，通过用内热针在软组织处进行密集型针刺，并直接对针体进行加热，从而达到消除炎症反应、松解肌肉痉挛、增加局部血供、调节生物力学平衡、促进能量释放和能量补充的目的。

3.3

直刺 perpendicular insertion

指针身与皮肤表面呈90°垂直刺入体内。一般用在肌肉比较丰满的部位，比如腰部或臀部等。

3.4

斜刺 oblique insertion

指针身与皮肤表面呈45°左右刺入体内，此法适用于肌肉浅薄处或深部有重要脏器。主要用于颈椎或背部等。

3.5

平刺 transverse insertion

指针身与皮肤表面呈15°左右的角度刺入体内。此法适用于肌肉比较薄或膝关节部位。

4 基本要求

4.1 操作人员要求

4.1.1 资质要求

开设有中医骨伤科、疼痛科、针灸康复科等临床科室的各级医疗机构，操作者应具备执业医师资格（中医类别或临床类别），并具有一定年限的针灸或微创治疗操作经验，同时应接受过正规内热针技术的专项培训并获得相关合格证明。

4.1.2 技能要求

操作人员应熟练掌握体位选取、针具匹配、进针方向与深度把控、针刺手法及断针、晕针等不良事件应急处置技能，保障操作安全与临床疗效。

4.1.3 职业素养

a) 知情告知：操作前需向患者详细说明内热针松解术的原理、流程、预期效果、可能的术后反应及风险，签署《内热针松解术治疗知情同意书》。

b) 无菌观念：严格遵守无菌操作规范，包括手部消毒、皮肤消毒、器械灭菌，避免交叉感染。

c) 记录规范：完整记录患者基本信息、治疗方案、操作过程、术后反应，记录需及时（操作后1小时内完成）、准确（数据无涂改）、可追溯。

d) 随访意识：按规定开展随访，跟踪患者术后反应，及时调整治疗方案。

4.2 环境与设施

治疗室消防安全符合GB 46034-2025，配备臭氧或紫外线消毒系统，应符合GB 28232-2020或GB 28235-2020。

4.3 用品准备

4.3.1 针具

内热针针具应符合产品技术要求编号：鲁械注准 20172200321。内热针针具应为一次性使用。内热针针体常用直径0.4mm、0.5mm、0.7mm、1.1mm；针身长度40mm、60mm、80mm、100mm，统一配40mm针柄。临床使用时，应根据患者的治疗部位及体形胖瘦选择合适长度的内热针。

4.3.2 其他物品

内热式针灸治疗仪、碘伏、棉签、外科手套符合GB/T 7543-2020、无菌纱布、局麻药（盐酸利多卡因注射液 5ml 0.1g）、一次性使用无菌注射器符合GB 15810-2019、记号笔、金属直尺符合GB/T 9056-2004等。

4.4 治疗护理

4.4.1 治疗前

评估患者生理、心理状态；健康教育；患者沐浴更衣，排空二便。

4.4.2 治疗中

观察患者神志及生命体征变化。

4.4.3 治疗后

嘱托患者48小时之内保持施术部位清洁，避免接触水或其他不洁物品以免发生感染。术后观察施针部位有无皮下瘀斑、硬结等。

4.5 治疗时间及疗程

每次治疗20分钟，可根据患者病情部位选择治疗次数，同一区域治疗需相隔5-7天。每疗程1~3次。

5 禁忌证与注意事项

5.1 禁忌症：

- a) 凝血机制异常者；
- b) 施术部位有红肿、灼热、皮肤感染、肌肉坏死，或在深部有脓肿者；
- c) 严重心脑血管疾病以及多器官衰竭者；
- d) 患有糖尿病、高血压病且控制不佳者；
- e) 严重代谢性疾病，如肝硬化、活动性结核患者；
- f) 施术部位有重要神经血管、重要脏器而施术时无法避开者；
- g) 精神病患者及不能配合治疗者。

5.2 注意事项

- a) 准确选择治疗范围，严格掌握禁忌证；
- b) 严格无菌操作，所有物品必须达到相应要求；
- c) 妇女月经期、妊娠期及产后慎用本疗法；
- d) 瘢痕体质者慎用本疗法；
- e) 施术部位的皮肤感染，全身急性感染性疾病者得到有效控制，内脏疾病及高血压得到有效控制后可谨慎实施本疗法；
- f) 患者精神紧张、劳累后或饥饿时不宜运用本疗法。

6 操作流程

6.1 一般流程

内热针治疗操作全过程一般包括操作前准备、体位、布点、消毒、进针、加热及取针七个方面

6.2 操作前准备

6.2.1 针具

根据患者的治疗部位及体形胖瘦选择合适长度的内热针。具体选针标准如下：腰臀部1.1、0.7、0.5、0.4*80mm，对于体形肥胖人群可采用100mm；颈部及四肢、胸背部、头部1.1、0.7、0.5*60mm或0.5*40mm；。

6.2.2 操作人员准备

6.2.2.1 手部消毒：严格遵循 WS/T 313 执行，手消结束后佩戴无菌手套（手套无破损、无滑石粉）。

6.2.2.2 着装要求：穿戴一次性帽子、口罩（覆盖口鼻）、无菌手术衣。

6.2.2.3 环境检查：确认治疗室温度（22℃~26℃）、湿度（40%~60%）适宜，紫外线消毒已完成，无无关人员在场，确保操作不受干扰。

6.3 体位

根据患者病情选择合适体位。体位选择一般遵循患者舒适，医生便于操作的原则。临床常用的体位有俯卧低头位、仰卧位、侧卧位、坐位。俯卧低头位适用于头颈部疾病的内热针治疗，仰卧位适用于人体前面部位的内热针治疗，侧卧位适用于人体背腰部的内热针治疗，坐位适用于肘部、前臂部及腕手部疾病的内热针治疗。

6.4 布点

内热针治疗常用的布点部位多位于肌肉起止点及肌腹部、关节囊、韧带行径及附着处等。根据患者病情，选择相应治疗部位，严格采用记号笔、直尺定点。有多排布点时在保证安全的情况下，应尽量均匀交错布点，以使治疗范围内组织均匀受热，提高疗效。

6.5 消毒

按照外科手术的消毒方式，从布点中心向四周消毒，消毒范围应大于布点范围上、下、左、右各5cm。施术部位常规需消毒2遍。

6.6 进针

6.6.1 持针方法

常用的进针方法有单手进针法、双手进针法两种。

a) 单手进针法

即是用刺手拇、食指持针，中指指端紧靠穴位，指腹抵住针身中部，当拇、食指向下用力时，中指也随之屈曲，将针刺入，直至所需的深度。此外，还有用拇、食指夹持针身，中指指端抵触穴位，拇、食指所夹持的内热针沿中指指尖端迅速刺入。

b) 双手持针法

即是刺手与押手相互配合，将针刺入穴位的方法。常用的双手进针法即为夹持进针法，即用押手拇、食二指持捏针身下端，将针尖固定在拟刺痛点的皮肤表面，刺手向下捻动针柄，押手同时向下用力，将针刺入痛点皮肤。

6.6.2 进针方法

根据针刺部位的不同可采取直刺、斜刺、平刺和钻刺。

6.6.3 进针深度

进针匀速推进，遇骨面阻力立即停针，该深度为本次治疗有效深度；未达骨膜但患者出现原有固定痛点酸胀放射，可停止进针；若进针过程出现剧烈放射痛、胸闷、心慌、下肢电击样麻木，立即退针，减小深度。具体深度范围如下：

a) 头枕部

枕骨上项线布点：斜刺 2~3 cm；骨突浅表点位限 2 cm 以内，平刺头皮 1 cm 内。

b) 颈段（C2~T4）

椎旁内排直刺 3~4 cm；外排斜刺 2~3 cm；项平面浅层≤2.5 cm，禁止突破横突孔、椎管。

c) 胸段（T5~T12）：统一 45° 浅斜刺，深度 2~3.5 cm，严禁>4 cm，规避气胸风险。

d) 腰段（L1~L5）：棘突旁 2 cm 垂直直刺 4~5 cm；旁 3 cm 斜刺 4~6 cm，以触及横突骨膜为终止标志。

e) 骶髂、臀部：臀中肌、臀大肌直刺 5~10 cm；骶髂内侧斜刺 1~3 cm，髂骨边缘滑行深度≤1 cm。

f) 四肢：大腿臀下肌群：5~8 cm；小腿后侧：4~6 cm；膝周肌腱韧带：斜刺 1~2.5 cm；四肢浅表筋膜平刺：0.5~1.5 cm。

6.7 加热

全部进针完毕后，连接加热线时，应一只手固定内热针，一只手安装连接线，避免安装连接线时针尖移动而伤及内脏、血管、神经等。全部内热针连接加热线针帽后，42℃恒温加热，时间20分钟。

6.8 取针

加热20分钟结束后将听到三声报警声，此时关闭内热式针灸治疗仪电源。取加热线针帽时也应一只手固定内热针，另一只手取连接线，避免针尖移动而伤及内脏、血管、神经等。加热线针帽取完后，取出全部内热针，局部按压止血3分钟，碘伏消毒1遍。

7 应急处理

7.1 晕针

7.1.1 发生原因

- a) 体质因素：多有晕厥史或肌肉注射后的类似晕针史。
- b) 生理因素：在饥饿、过度疲劳、大汗后容易导致晕针。
- c) 精神因素：恐惧、精神过于紧张容易导致晕针。
- d) 体位因素：正坐位、俯伏坐位、仰靠坐位内热针治疗时，晕针发生率较高。
- e) 刺激部位：在肩背部、四肢末端部位治疗时，刺激量大，针感强，易出现晕针。
- f) 环境因素：严冬酷暑，天气变化、气压明显降低时，易致晕针。

7.1.2 临床表现

- a) 轻度晕针：表现为头晕胸闷、上腹不适、乏力哈欠，站立时步态不稳，偶见一过性意识障碍。
- b) 重度晕针：突然昏厥或摔倒，面色苍白，大汗淋漓，四肢厥冷，口唇紫绀，双目上视，大小便失禁，脉细微。

7.1.3 处理方法

- a) 立即停止治疗，将内热针一并迅速取出，针刺部位严格消毒。
- b) 让患者平卧，头部放低，松开衣带，注意保暖。
- c) 立即给予温开水送服，静卧休息，选取水沟、合谷、内关等穴进行针刺或指压。
- d) 重者应给予吸氧，必要时配合其他急救措施。

7.2 断针

7.2.1 发生原因

- a) 术者用力过猛容易造成弯针的部位，也是断针易发部位（进针时使用寸劲，避免强行用力导致弯针断针）；
- b) 因长期放置而发生氧化反应，致使针体生锈，操作前又疏于检查（操作前注意核对内热针的有效使用日期）；
- c) 患者精神过于紧张，肌肉强烈收缩，或内热针治疗时针感过于强烈。患者不能耐受而突然大幅度改变体位；
- d) 因发生滞针而暴力取针：内热针插入骨间隙，刺入较硬较大的变性软组织中，治疗部位肌肉紧张痉挛时，仍强行大幅度摆动针体或猛拔强抽内热针。

7.2.2 临床表现

内热针针体折断，残端留在患者体内，或部分内热针针体露在皮肤外面，或全部残端陷没在皮肤、肌肉之内。

7.2.3 处理方法

- a) 术者应冷静，做好解释及安慰工作，减轻患者紧张及恐惧情绪，嘱患者保持原有体位，防止针体残端向肌肉深层陷入；
- b) 若皮肤外尚露有针体残端，可用镊子钳出；
- c) 若残端与皮肤相平或稍低，但仍能看到残端时，可用拇、食两指按压针体旁皮肤，使之下陷，以使残端露出皮肤，再用镊子将内热针钳出；
- d) 针体残端完全没入皮肤下面，若残端下面是坚硬的骨面，可用力下压内热针针孔两侧皮肤，借骨面将残端顶出皮肤；若残端下面是软组织，可捏住该部肌肉将残端向上托出；若断端很短，埋入人体深部，在体表无法触及，应采用外科手术方法取出。治疗宜就地进行，不宜搬动移位。必要时，可借助X线定位。

7.3 出血

内热针刺入人体内寻找病变部位，而细小的毛细血管无处不在，出血是不可避免的。但刺破较大血管或深部血管时可引起大出血或造成深部血肿。

7.3.1 发生原因

- a) 对施治部位血管分布情况了解不够，或对血管分布情况的个体差异估计不足而盲目下针。
- b) 在血管比较丰富的部位治疗不注意针刺方向，也不问患者感受，强行操作，一味追求速度。
- c) 血管本身病变，如动脉硬化使血管壁弹性下降，壁内因附着粥样硬化物而致肌层受到破坏，管壁变脆，受到突然的刺激容易破裂。
- d) 血液本身病变，如有些患者血小板减少，凝血时间延长，血管破裂后，出血不宜停止。凝血功能障碍的患者，一旦出血，常规止血方法难以遏制。
- e) 某些肌肉丰厚处，深部血管刺破后易造成深部血肿。

7.3.2 临床表现

- a) 表浅血管损伤：内热针起出，针孔迅速涌出色泽鲜红的血液，多为刺中浅部较小动脉血管。若是刺中浅部小静脉血管，针孔溢出的血多是紫红色且发黑、发暗。
- b) 肌层血管损伤：内热针治疗刺伤四肢深层的血管后多造成血肿。损伤较严重，血管较大者，则出血量也会较多，使血肿非常明显，致局部神经、组织受压而引起症状，可表现局部疼痛、麻木，活动受限。
- c) 椎管内血管损伤：内热针松解黄韧带时，如果用力过猛或刺入过深可刺破椎管内动脉，易在椎管内形成血肿压迫脊髓。因压迫部位不同而表现不同的脊髓节段压迫症状。严重者可致截瘫。若在颈椎上段损伤，可影响脑干血供，而出现生命危险。

7.3.3 处理方法

- a) 表浅血管出血：用消毒干棉球压迫止血。手足、头面、后枕部等小血管丰富处，内热针松解后，无论出血与否，都应常规按压针孔 3~5 分钟。若少量出血导致皮下青紫瘀斑者，可不必特殊处理，一般可自行消退。
- b) 深部血肿：一般较小的血肿，无须特殊处理，经过 1-2 周左右多能自行吸收。若局部肿胀疼痛明显或仍继续加重，可先做局部冷敷止血或肌注止血敏（酚磺乙胺），48 小时后，局部热敷，外擦活血化瘀药物等以加速瘀血的消退和吸收。较大的血肿可在 B 超定位下穿刺抽除，同时局部用弹力绷带加压包扎。穿刺治疗无效，血肿不消或继续增大时，可切开引流并止血。
- c) 有重要脏器的部位出血：椎管内、胸腹腔内出血较多或不易止血者，需立即进行外科手术。

7.4 创伤性气胸

针具刺穿了胸腔且伤及肺组织，气体积聚于胸腔，从而造成气胸，出现呼吸困难等现象。

7.4.1 发生原因

主要是内热针刺入胸部、背部和锁骨附近的穴位过深，针具刺穿了胸腔且伤及肺组织，气体积聚于胸腔而造成气胸。

7.4.2 临床表现

患者突感胸闷、胸痛、气短、心悸，严重者呼吸困难、发绀、冷汗、烦躁、恐惧，到一定程度会发生血压下降、休克等危机现象。检查：患侧肋间隙变宽，胸廓饱满，叩诊鼓音，听诊肺呼吸音减弱或消失，气管可向健侧移位。如气窜至皮下，患侧胸部、颈部可出现握雪音，X 线胸部透视可见肺组织被压缩现象。

7.4.3 处理方法

一旦发生气胸，应立即出针，采取半卧位休息，要求患者心情平静，切勿恐惧而反转体位。一般漏气量少者，可自然吸收。同时要密切观察，随时对症处理，如给予镇咳消炎药物，以防止肺组织因咳嗽扩大创孔，加重漏气和感染。对严重病例如发现呼吸困难、发绀、休克等现象需组织抢救，如胸腔排气、少量慢速输氧、抗休克等。

附录A
(资料性)
内热针松解术治疗原则和常用治疗部位进针图示

A.1 头颈部疾病治疗原则

头颈部疾病诊断明确后，应确定是否需要手术治疗，如不需手术，则采取非手术治疗。非手术治疗主要针对损伤的软组织，如神经是否受刺激或损伤，肌肉软组织是否有炎症、痉挛，关节是否存在错位，血管是否痉挛等，采取相应治疗，才能取得好的治疗效果。如肌肉软组织的损伤，选用内热针治疗，就有针对性。

A.1.1 颈项部进针点图示

A.1.1.1 颈项部定位

颈2棘突以下及棘突连接线画一直线到胸椎棘突的上段位置，靠近连线部位左右定点（可选择夹脊穴、膀胱经等穴位），针距约为2cm。

A.1.1.2 体位

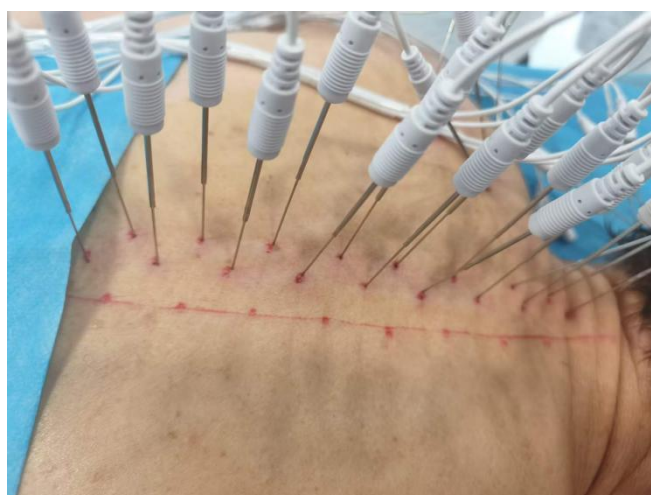


图 A.1 俯卧位

A.1.1.3 针刺操作

颈2棘突以下靠近棘突的针向下45°斜刺，外排针向内下斜刺，避免直刺伤到硬膜囊，针尖可抵达骨面，但不要求针到骨面。

A.2 腰骶部疾病治疗原则

腰骶部疾病，确定为腰椎间盘突出性疾病等相关疾病，如无手术治疗指征，可采取非手术治疗。非手术治疗主要针对腰部损伤的靶组织，如肌肉神经、关节和血管等解剖层次，以及患者腰骶部病变处于不同的阶段，选择相应的治疗方法。如腰骶部肌肉损伤，早期痉挛疼痛，症状较轻，可采取药物、理疗、按摩等治疗，后期出现肌肉僵硬、变性，症状严重的，以内热针松解治疗为主；神经有炎症刺激或压迫损伤的，应采取药物治疗，配合牵引等缓解神经压迫的方法；关节错位的，可采取手法复位或牵引；血管存在痉挛的，可用扩血管药物或理疗等治疗方法。同时，要根据患者病变处于功能障碍期、不稳定期、稳定期的不同发展阶段，采取适当治疗。功能障碍期应用理疗、按摩等方法即可；不稳定期则采取药物注射、手法松动、内热针松解治疗、功能锻炼等综合、长期治疗；稳定期主要采取内热针松解治疗、药物治疗

功能锻炼等方法。

总之，腰骶部疾病的治疗，应分层分期进行综合判断，采取针对性的治疗，才能取得好的效果。

A. 2. 1 进针点图示

A. 2. 1. 1 腰骶部定位

腰部棘突连接线（后正中中线）、骶正中嵴、髂嵴线、髂嵴最高点连接线-腰部安全三角参照。

A. 2. 1. 2 体位

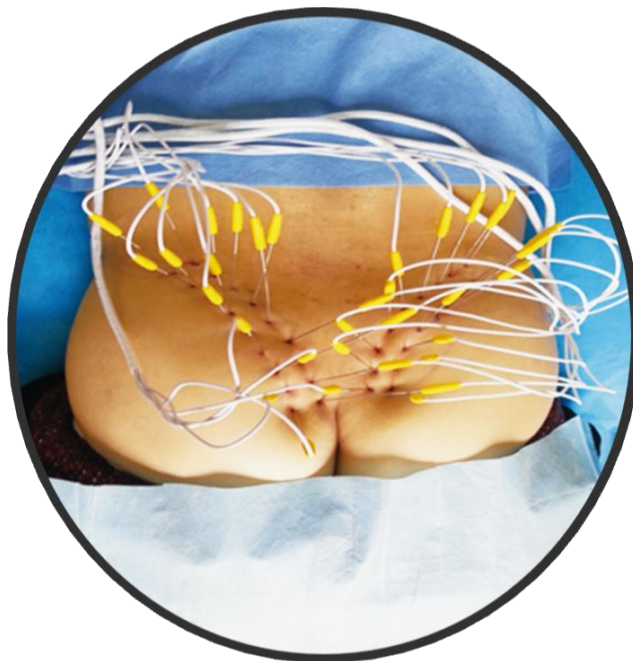


图 A. 2 俯卧位

A. 2. 1. 3 针刺操作

靠近棘突针尖向骶髂关节方向，避免直刺落空刺破硬膜囊，主要松解腰骶部软组织，严格按照安全三角范围内布针。

A. 3 髋髂部疾病治疗原则

髋部的症状许多是由软组织急慢性损伤引起的，按照软组织损伤的处理原则进行治疗；对于轻度髋关节软组织挛缩，可以用手法牵伸的方法进行治疗；对于继发性的髋关节炎，在治疗原发病的基础上，内热针松解髋关节周围的软组织，可取得较好的效果。髋部的软组织肌群较多，松解要分次分批进行，达到彻底松解的目的。

A. 3. 1 进针点图示

A. 3. 1. 1 髋髂部定位

标记股骨大转子最高点，在其上缘定 A 点，然后垂直躯体纵轴自 A 点向髂后上棘定 B 点、向髂前

上棘 C 点，在 A、B、C 连线区域进针点范围。B、C 连线及髂棘最高点定 5-8 个进针点，A、B 连线区域点定 3-5 个进针点，在 A、C 连线区取 3-5 个进针点。其余区域 2cm 间距取压痛点

A. 3. 1. 2 体位

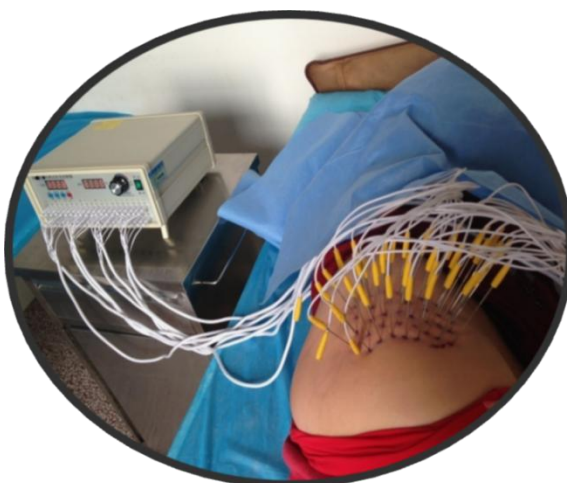


图 A. 3. 1 侧卧位



图 A. 3. 2 俯卧位

A. 3. 1. 3 针刺操作

髂嵴最高点到大转子最高点连线外侧可以直达骨面，阔筋膜张肌出现炎症可以引起下肢外侧疼痛；**坐骨结节区域围刺，针尖抵达骨面后即停止深入**；坐骨大切迹周围深度以髂骨外侧深度为参考，不要求到骨面，避免针刺到臀上动脉及盆腔脏器。

A. 4 肩部疾病治疗原则

肩关节活动度大，相关肌肉软组织极易出现损伤，使用内热针分部位进行松解可达到较好效果。

A. 4. 1 进针点图示

A. 4. 1. 1 肩部定位

沿肩肱关节画 U 型、针距约 1cm，肘关节内侧垫枕约 45°

A. 4. 1. 2 体位



图 A. 4. 1 侧卧位

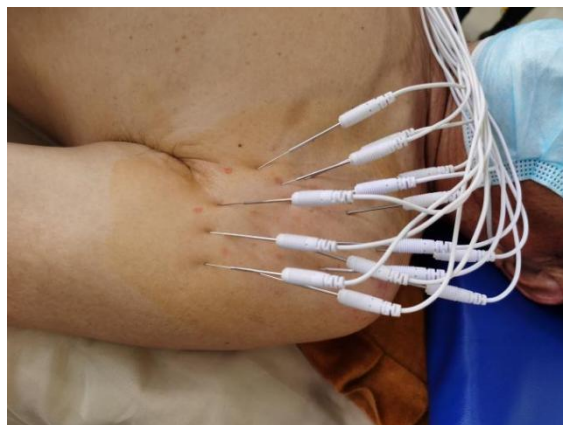


图 A. 4. 2 仰卧位

A. 4. 1. 3 针刺操作

所有针尖先达到关节囊关节，再通过小幅度提插最后针尖沿着肱骨骨面滑刺。

A 5 膝部疾病治疗原则

膝关节活动量大，过度负重及运动后易发生局部损伤，利用内热针可对损伤组织进行修复。

A. 5. 1 进针点图示

A. 5. 1. 1 膝部定位

膝前痛沿髌骨画一 U 型，可按痛点交叉定点；膝后侧痛可按痛点定点；膝内侧痛可按痛点交叉定点。

A. 5. 1. 2 体位



图 A. 5. 1 仰卧位



图 A. 5. 2 仰卧位



图 A. 5. 3 俯卧位

A. 5. 1. 3 针刺操作

膝前痛针尖向关节腔方向，针尖到关节腔有落空感就停；膝后侧痛避开大的神经、血管，针尖可达骨面；膝内侧痛可按痛点针刺需避开大的神经、血管，可按痛点针刺；

A. 6 踝部疾病治疗原则

踝关节是人体最重要的负重关节之一，关节周围韧带分布广泛，运动时是损伤好发部位。

A. 6. 1 进针点图示

A. 6. 1. 1 踝部定位

按痛点定点、疼痛范围如果比较大，针距可以加大，针刺范围不能小。

A. 6. 1. 2 体位



图 A. 6. 1 仰卧位

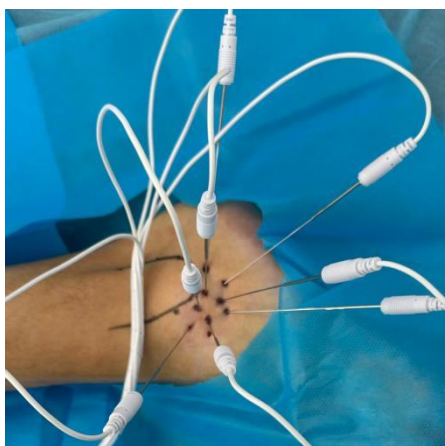


图 A. 6. 2 侧卧位

A. 6. 1. 3 针刺操作

可按痛点针刺斜刺到骨面，避免烫伤、针刺术后加压避免血肿形成。

A 7 背部疾病（菱形肌为例）

A. 7. 1 进针图示

A. 7. 1. 1 定位

人体后正中线 C6-T4 棘突旁 0.5cm 区域与肩胛骨内侧缘区域，隔 1cm 布一点。

A. 7. 1. 2 体位



图 A. 7 俯卧位

A. 7. 1. 3 针刺操作

在布点部位垂直于皮肤进针，经皮肤、皮下、筋膜直达骨面。

A 8 头部疾病

A. 8. 1 进针图示

A. 8. 1. 1 头部定位

以颞骨乳突尖为界，上排沿枕骨一排针针距约 2cm,下排针在第一排下约 2cm，交叉定点。

A.8.1.2 体位



图 A.8 俯卧位

A.8.1.3 针刺操作

第一排针深度 2-2.5cm 可枕骨骨面下行，第二排直刺深度 2-2.5cm。

A.9 腹部疾病

A.9.1 进针图示

A.9.1.1 腹部定位

避开股动脉，沿耻骨上支画定位线，一般 1-2 排进针点，交叉定点。

A.9.1.2 体位



图 A.9 仰卧位

A.9.1.3 针刺操作

针尖可直达骨面，针尖离开耻骨上支骨面有落空感即停；

