

ICS 11.020

CCS C05

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 001-2026

蝶腭神经节刺激技术规范

Technical Operation Specifications for Sphenopalatine Ganglion
Stimulation

2026-09-08 发布

2026-09-08 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前 言	III
引 言	4
1 范围	5
2 规范性引用文件	5
3 术语和定义	5
3.1 蝶腭神经节 (Sphenopalatine ganglion, SPG)	5
3.2 毫针 (filiform needle)	6
3.3 刺手 (needling hand)	6
3.4 押手 (pressing hand)	6
3.5 针刺角度 (angle of needle insertion)	6
3.6 行针 (manipulating needle)	6
3.7 手法 (needling manipulation)	6
3.8 得气 (arrival of qi)	6
3.9 留针 (needle retaining)	7
3.10 出针 (needle withdrawal)	7
4 操作步骤与要求	7
4.1 针具选择与检查	7
4.2 患者体位与准备	8
4.3 操作部位选择及定位	7
4.4 消毒	8
4.5 进针	8
4.6 行针	9
4.7 留针	9
4.8 出针	9
4.9 废物处理	102
5 操作注意事项	10
5.1 操作前	10
5.2 操作过程中	10
5.3 操作后	10
6 适应症	10
7 禁忌症	10
8 不良反应及处理	11
8.1 血肿	11
8.2 晕针	11
8.3 滞针	11
8.4 弯针和断针	115
9 操作者资质	12
附录 A	13
附录 B	14
附录 C	15
参考文献	16

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》、GB/T 7714-2015《信息与文献 参考文献著录规则》、《世界卫生组织指南制定手册》（第二版）的规定起草（参见网址 <http://www.sac.gov.cn/>）；

本文件的制定旨在为蝶腭神经节刺激提供标准化操作的推荐方案。

本文件依据中国中西医结合学会标准工作委员会制定的技术流程和规则研制。

本文件由中国中西医结合学会（CAIM）提出并归口管理。

本文件起草单位：中国中医科学院中医基础理论研究所、中国中医科学院西苑医院、首都医科大学附属北京同仁医院、中日友好医院、中国中医科学院针灸研究所、陕西中医药大学、天津中医药大学、青海省中医院、中国中医科学院西苑医院济宁医院、中国中医科学院西苑医院山西医院。

本文件负责人：杨金生（中国中医科学院中医基础理论研究所）

本文件主要执笔人：杨金生（中国中医科学院中医基础理论研究所）、李汪（中国中医科学院中医基础理论研究所）、张路（中国中医科学院西苑医院）、陈陆泉（首都医科大学附属北京同仁医院）、史榕苻（中日友好医院）、王莹莹（中国中医科学院针灸研究所）

本文件工作组成员：杨金生（中国中医科学院中医基础理论研究所）、李汪（中国中医科学院中医基础理论研究所）、张路（中国中医科学院西苑医院）、陈陆泉（首都医科大学附属北京同仁医院）、史榕苻（中日友好医院）、王莹莹（中国中医科学院针灸研究所）、杜元灏（天津中医药大学第一附属医院）、胡锦涛（中国中医科学院中医基础理论研究所）、娄卓然（中国中医科学院中医基础理论研究所）、李莎（中国中医科学院中医基础理论研究所）、刘奇（陕西中医药大学）、王渊（陕西中医药大学）、沈建武（中国中医科学院西苑医院）、胡光迪（中国中医科学院西苑医院）、王乐荣（中国中医科学院西苑医院济宁医院）、刘书立（山西省中医院）

本文件主审人：余曙光（成都中医药大学）、杨晓航（陕西中医药大学）、吕文良（中国中医科学院广安门医院）、苏祥飞（中华中医药学会）、王志福（福建中医药大学）、李志刚（北京中医药大学）、何丽云（中国中医科学院中医临床基础医学研究所）、杨才德（兰州大学第一医院）、许世闻（北京市平谷区中医医院）。

本文件讨论专家：杨骏、冀来喜、周美启、唐巍、侯献兵、储浩然、陈尚杰、陈少宗、方继良、倪光夏、刘明军、邱连利、赵喜新、刘宪彤、刘炜宏、付勇、赵宏、刘清国、沈永勤、张阳、张海燕

引 言

近年来，我国学者在现代中医非药物研究领域进行了大量探索，主要为针对各种非药物疗法的临床应用研究，证明其有效性。其中，起源于北京同仁医院李新吾教授的“新吾穴”针刺方法的蝶腭神经节刺激技术，是新型非药物疗法的代表之一，在针灸临床领域已取得广泛应用。蝶腭神经节位于颅骨侧部翼腭窝内，直径3~6mm，包括副交感、交感神经，主要用于头面五官病症，尤其是鼻部疾病，如过敏性鼻炎、慢性鼻窦炎等。但由于其位置较深，临床操作难度大，目前尚无适用的国家或团体技术操作规范，影响该技术临床进一步推广与应用。

通过与本领域专家共同探讨，制定蝶腭神经节刺激技术的操作规范，推动从体表到翼腭窝深部神经节的针刺路径规范化，提供更为安全、有效、简便的操作技法。

本项目依托于“十四五”国家重点研发计划—中医药现代化：“针刀与神经节刺激疗法的理论构建和现代诠释”（编号：2023YFC3502700），利益冲突声明：所有作者均声明不存在利益冲突。

蝶腭神经节刺激技术操作规范

1 范围

本文件适用于成人蝶腭神经节刺激的临床操作。

本文件规定了蝶腭神经节刺激的相关定义、适用人群、适应范围、操作步骤及要求、操作注意事项、操作者资质、安全性要求等。

本文件适用于医疗机构中的中医科、针灸科、耳鼻喉科等临床科室医师对成年人开展蝶腭神经节刺激技术操作时参考使用。

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。

GB/T 21709.20—2009 针灸技术操作规范 第 20 部分：毫针基本刺法

GB/T 21709.21—2013 针灸技术操作规范 第 21 部分：毫针基本手法

ISO17218:2014 一次性无菌针灸针

GB/T 33415-2016 针灸异常情况处理

GB/T 33416-2016 针灸技术操作规范 编写通则

ISO/TR 20520:2018 中医针刺疗法的感染控制（世界卫生组织标准《针灸经穴定位（西太平洋地区）》（2008））

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

3.1

蝶腭神经节 sphenopalatine ganglion, SPG

也称翼腭神经节，左右面部各 1 个，对称分布，位于翼腭窝内，上颌神经的下方，呈不规则的扁平形，大小约为 3~6 毫米，是头颈部最大的副交感神经节^[1]。其节前副交感神经纤维起源于上泌涎核，通过面神经到达膝状神经节，分出岩大神经。其节后交感纤维则起源于颈上神经节，穿过颈内动脉丛形成岩深神经，与岩大神经合并后形成翼管神经。此外，蝶腭神经节还接收来自上颌神经的感觉纤维。蝶腭神经节发出的节后分支包括鼻支（鼻腭神经）和腭神经（腭大、小神经），这些分支分布于泪腺、腭部和鼻黏膜，负责传导一般感觉及控制相关腺体的分泌。

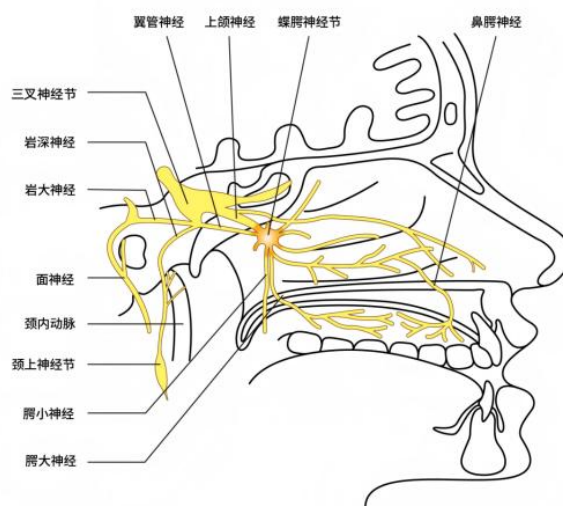


图 1 蝶腭神经节解剖定位

3.2

毫针 filiform needle

针灸临床使用最多的一种针具，分为针尖、针体、针根、针柄、针尾 5 部分。通常由不锈钢、银或其他金属制成，针身细长、柔韧。

如需电针刺激，可使用在毫针基础上对针身进行绝缘涂层修饰，仅针尖可导电的“一次性无菌使用电极针灸针”。

3.3

刺手 needling hand

针刺治疗中，执针进行操作的手称为“刺手”，一般为右手。

3.4

押手 pressing hand

针刺治疗中操作的辅助手，配合刺手按压穴位局部、协同刺手进针、行针的手称为“押手”，一般为左手。

3.5

针刺角度 angle of needle insertion

针灸针刺入皮肤的角度。

3.6

行针 manipulating needle

毫针进针后，为了使患者产生针刺感应，或进一步调整针感的强弱，以及使针感向某一方向扩散、传导而采取的操作方法。

3.7

手法 needling manipulation

主要包括提插法。

3.8

得气 arrival of qi

接受针刺治疗的患者与医师各自的主观感觉和反应。患者方面的感觉主要有酸、麻、胀、重、凉、热、触电、跳跃，以及特定条件下的疼痛等。医师方面的感觉主要指针下沉、涩、

紧等感觉的变化。蝶腭神经节刺激时，一般以患者面部出现电击感或麻胀感并传至同侧鼻部或唇部，或鼻腔内明显的酸胀或鼻腔喷水样或喷砂样感觉作为得气标志^[2]。

3.9

留针 needle retaining

将针刺入腧穴并施行手法得气后，使针留置穴内称为留针。

3.10

出针 needle withdrawal

起针、退针。在施行针刺手法或留针达到针刺目的和治疗要求后，即可出针。

4 操作步骤与要求

4.1 针具选择与检查

4.1.1 针具选择

①普通针具：通常为一次性消毒包装的针具，规格为（0.25~0.35）mm×60 mm^[3-4]。

②绝缘针具：通常为一次性消毒包装的针具，针身上带有绝缘层，以防止针具与外部电源或其他设备产生电流接触。规格为 0.35 mm×60 mm^[5]。

以“一次性使用无菌电极针灸针”为代表的特殊针具可实现对穴位不同组织层次（深部神经、筋膜等）精准的电刺激治疗，能够减小所需的电流强度；该针具只有针尖导电，能够精准刺激目标区域，减轻患者治疗中的不适感。

4.1.2 针具检查

检查其包装及有效期，在有效期内，包装完好者方可使用。如发现有损坏等不合格者，应予剔除。

4.2 患者体位与准备

4.2.1 体位选择

①卧位：患者侧卧位或仰卧位^[6]，保持便于医生操作的姿势，医者坐在患者的侧方。

②坐位：患者端坐在椅子上，医者坐在患者的侧后方。

4.2.2 患者准备

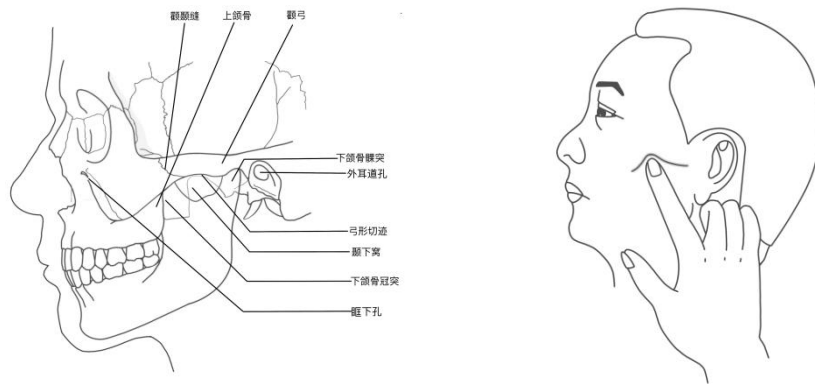
①患者采取侧卧位或仰卧位^[6]，将身体和头部调整至便于医生操作的姿势，并将需要刺激的一侧脸部完全暴露。

②患者采取坐位，头稍后仰^[7]，并微微向对侧倾斜，将需要刺激的一侧脸部充分暴露。

4.3 操作部位选择及定位

①操作部位选择：针刺部位选择在颧骨下方、上颌骨体后方、下颌骨髁突前方这个面颊区域内（即颧下窝），具体目标是穿过咀嚼肌群、到达翼腭窝的深部区域。见图 2。

②进针点定位：使用解剖定位法确定进针点，采用弓形切迹最高点下约 2 mm 处（此点相当于目外眦至下颌角连线与颧弓外下缘交点，或外关穴前 10 mm 左右）作为进针点^[8]，并朝着内、上、前的方向进针。见图 2。



注：食指所指位置为弓形切迹。

图 2 操作部位选择及进针点定位

4.4 消毒

4.4.1 施术者消毒

在针刺操作之前，施术者应按照标准洗手流程清洁双手，待干燥后再用 75%乙醇棉球擦拭，确保手部清洁后方可进行持针操作。

4.4.2 操作部位消毒

在患者针刺部位，用 75%乙醇或 0.5%~1%碘伏棉球或棉签进行局部消毒，消毒时，应从针刺部位的中心点向外绕圈消毒。消毒完成后，避免该部位接触任何污物，保持清洁，以防再次污染。

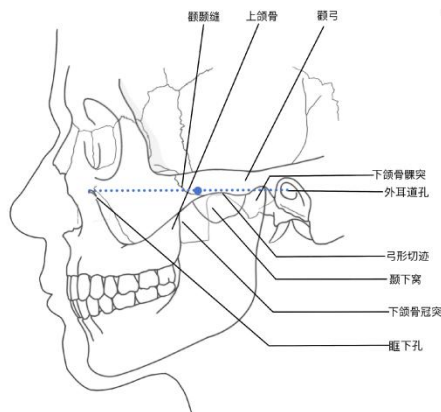
4.5 进针

4.5.1 进针方法

施术者用押手的拇指和食指夹持消毒干棉球，将其覆盖在针体下端，仅露出针尖，使针尖对准进针部位。刺手持针柄，同时用刺手和押手协同力量缓慢刺入。

4.5.2 进针方向

以估算出的蝶腭神经节位置为目标，针尖斜向内上方推进。如图 3 所示，以眶下孔与同侧外耳道孔中央，途经颞骨弓表面的连线为指示线（蓝色虚线）；该指示线中点纵深约 55 mm 处即为蝶腭神经节实际位置，以此估算的位置为毫针刺入皮肤后的目标。注意：指示线中点为理论上的空间参照，而非实际进针点，由此处可估算蝶腭神经节的实际位置。但由于此点常位于颞弓上，故针刺时不可从此点垂直刺入。最终针体向前与冠状面、向内与矢状面、向上与水平面分别保持约 13° 、 85° 、 15° ^[9]。



注：蓝色虚线为眶下孔与同侧外耳道孔中央连线，蓝色圆点为连线中点，该点纵深约 55 mm 为蝶腭神经节实际位置。

图 3 进针目标

4.5.3 调针

在针刺难以成功时，可根据进针深度和手下感觉，判断目前针尖所处位置，并进行相应调整^[10]。①刺入 2 mm 左右，针尖多位于颧弓下缘，尚未进入深层组织，进针遇阻挡，应退针至皮下，下拉皮肤后进针。②刺入 10 mm 左右感到明显阻力，可能为嚼肌腱紧张所致，可嘱患者放松。③刺入 15~20 mm 触及硬物，多因过宽的下颌骨冠突遮挡，宜先将针向外退出 10~20 mm 至肌腱层外，再嘱患者微张口，待冠突前移后重新进针。④刺入约 30 mm 触及硬物，提示针尖刺中蝶骨颞面，宜向后退针，减少针尖向上倾斜的角度再继续进针。⑤刺入 45~50 mm 触及硬物，提示针尖刺中上颌骨后缘或翼突外侧板，此时应在该深度附近微调（针尖调动距离都不宜超过 3 mm），直至针体没入或针尖下出现落空感即为刺入目标。

针刺时避免反复针刺，若均未成功，必要时可于超声引导下进行针刺（详见附录 A）。

4.5.4 针刺深度

针刺深度约 45~55 mm^[11-12]。

4.6 行针

进针得气后不再行针。若未得气时，可进行小幅度提插手手法。

4.7 留针

一般不留针^[13]，亦可视情况留针约 10 分钟^[6, 14-15]。

①不留针：针刺得气后即可出针。

②静留针：针刺得气后留针 10 分钟。

③接电留针：接通电针针疗仪，留针 5~10 分钟。具体步骤如下：

a 连接电针仪：使用针身绝缘针灸针，将针的一端与电针仪相连。另一极连接 3M 皮肤电极贴片，形成完整的电流回路。

b 设置电针仪参数：采用疏密波^[16]，频率 1~10 Hz^[17]，以患者耐受为度^[5]。

c 调节电流强度：缓慢逐步增大电流，在 0.1~0.8 mA 范围内，观察患者反应，直至患者面部深层出现明显的电流感为止^[5]。

d 电流刺激时间：电流刺激过程中，保持电针状态 5~10 分钟，以达到治疗效果。

4.8 出针

押手持消毒干棉球轻压针刺部位，刺手拇、食指持针柄，将针退出皮肤后，立即用棉球按压针孔 1~3 分钟，以确保针孔闭合并防止出血。

4.9 废物处理

- ①针具处理：使用后的针具立即放入利器专用回收桶，避免意外伤害。
- ②医疗垃圾处理：所有与操作相关的医疗垃圾放入医疗垃圾桶，按医疗废物管理标准进行处置。

5 操作注意事项

5.1 操作前

- ①确认患者情况：了解患者的既往病史、当前身体状况及对电针治疗的耐受性，确保患者无严重心脏病、金属过敏等相关禁忌症。
- ②环境检查：确保治疗室环境清洁、无污染且通风良好。
- ③设备检查：检查电针仪是否能正常使用，并确保使用一次性消毒的针具。
- ④与患者沟通：向患者讲解治疗流程和可能的感觉，例如可能出现电击感或麻胀感并传至同侧鼻部或唇部，或鼻腔内明显的酸胀或鼻腔喷水样或喷砂样感觉，以便患者能配合治疗并避免不必要的紧张情绪。

5.2 操作过程中

- ①保持消毒规范：严格按照操作规范执行消毒措施，确保操作中不发生二次污染。施术者双手及操作部位应保持无菌，避免触碰非消毒物品。
- ②观察患者反应：在针刺及电流刺激过程中，密切观察患者的反应。如出现不适，及时停止操作并出针。
- ③控制电流强度：逐步调节电流强度，确保患者在治疗过程中能够耐受。若患者反应过于强烈或感到不适，应及时降低电流强度或调整针具位置。
- ④针具稳定：在行针及留针过程中，保持针具的稳定，避免针具松动或移位，以确保针刺效果及患者舒适度。
- ⑤定时观察：在电流刺激留针过程中，施术者需定时检查电针仪参数，确保频率和强度保持稳定。

5.3 操作后

- ①出针过程谨慎：出针时，操作应轻柔，避免对患者造成不适。确保针具完全拔出后，按压针孔以促进闭合，防止出血或感染。
- ②拔针部位观察：拔针后应仔细检查针孔部位，观察有无出血或其他异常反应。如有出血，按压1~3分钟直至止血。
- ③废物处理规范：所有废弃针具立即放入专用利器回收桶，其他医疗垃圾放入医疗垃圾桶，并按医疗废物管理规定处理，避免环境污染和交叉感染。
- ④患者关怀：操作结束后，询问患者的感受，确认无不适反应。向患者提供必要的术后注意事项说明，并安排必要的复诊或跟踪。

6. 适应症

变应性鼻炎（ICD-11 编码：CA08.0）^[10-11]、慢性鼻窦炎（ICD-11 编码：CA0A）^[5]、慢性鼻炎（ICD-11 编码：CA09.0）^[18]、嗅觉障碍（ICD-11 编码：MB41）^[19]、三叉神经痛（ICD-11 编码：8B82.0）^[20]、三叉自主神经性头痛（ICD-11 编码：8A82）^[21]、面神经功能障碍（ICD-11 编码：8B88）^[22]等。

7. 禁忌症

凝血缺陷、紫癜或其他出血或相关情况（ICD-11 编码：L1-3B1）、长期服用抗凝药物、精神分裂症（ICD-11 编码：6A20）等严重精神类疾病、严重心脏病及心功能不全、操作区

域皮肤有破损感染、金属过敏等。孕妇慎用，妊娠小于3个月及大于6个月内的孕妇不建议进行本操作。

8. 不良反应及处理

8.1 血肿

8.1.1 表现

出针后针刺部位出现肿胀，继之皮肤呈现青紫色。

8.1.2 处理措施

出针时出血者，可用干棉球按压出血部位1~2min，切忌揉动。若微量的皮下出血而出现局部小块青紫时，一般不必处理，可自行消退；若局部肿胀较重，青紫面积较大者，可先做冷敷以止血，24h后再做热敷，以促使局部瘀血消散吸收。过深针刺可能经翼腭窝穿透蝶腭孔进入鼻咽侧壁，引起鼻出血，一般能自行停止，必要时也可冷敷头颈部；如果针尖方向偏向同侧眼球，且过深可能会从同侧眶下裂刺入，引起下眼睑淤血，一般无需处理，瘀血可自行吸收^[1]。若损伤蝶腭动脉、上颌动脉（主干）或翼管动脉，导致出血不止者，应在针孔处加压包扎^[23]。

8.1.3 预防方法

针刺时应避开血管，行针时避免手法过强，并嘱患者不可随意改变体位。针刺时避免反复针刺，必要时可于超声引导下进行针刺（详见附录A）。

8.2 晕针

8.2.1 表现

在针刺过程中，患者突然出现头晕目眩、面色苍白、心慌气短、倦怠乏力、恶心欲吐、身出冷汗甚至晕厥的现象。

8.2.2 处理措施

轻度晕针的处理：立即停止针刺，将针全部取出，使患者平卧，头部稍低，注意通风和保暖，给饮温水或糖水，静卧片刻至症状消失。

重度晕针的处理：在上述处理基础上，指压水沟、合谷、足三里等穴；出现晕厥现象时应采取相应的急救措施^[1]。病情缓解后，适当休息。

8.2.3 预防方法

对于初次接受针灸治疗和精神紧张者，应先做好解释工作，尽量采取卧位，刺激切勿过重。对于饥饿、过度疲劳者，应待其进食、体力恢复后再进行针刺。在行针时医生要密切注意患者，见稍有晕针征兆，如面色有变化、额角微见汗、语言应答蹇涩等，应立即点刺水沟，令其平卧，则可解除晕针于前兆之中。

8.3 滞针

8.3.1 表现

在行针或留针过程中，医者感觉针下涩滞，提插、捻转、出针均感困难，患者出现疼痛的现象。

8.3.2 处理措施

对于患者精神紧张的情况，要做好解释工作。帮助患者消除紧张情绪，循按拍打滞针局部；或适当延长留针时间，缓解肌肉紧张状态；对于因单向捻转过度的情况，应向相反方向回捻，并用刮柄、弹柄法；对于因患者移动体位引起的情况，嘱患者慢慢恢复原来的体位；必要时可在滞针远端浅刺1针。不强力硬拔。

8.3.3 预防方法

对精神紧张者，应先做好解释工作，消除顾虑。注意患者的体位和针刺的强度。

8.4 弯针和断针

8.4.1 表现

弯针是指将针刺入腧穴后，针身在体内形成弯曲的现象。断针，即折针，是在针刺过程中针身折断在肌体中的现象。

8.4.2 处理措施

出现弯针后，不再进行提插、捻转等手法。因患者移动体位所致，嘱患者慢慢恢复原来的体位。针身轻微弯曲，将针身慢慢退出；弯曲角度较大，先使局部的组织皮肤放松，再顺着弯曲的方向将针退出；针身弯曲不止一处，观察针身弯曲的方向，分段逐渐退出。不强力硬拔。断针时，嘱患者不要移动体位，以防折针向肌肉深层陷入。断端露在体表，用手指或镊子将针取出；断端与皮肤相平，用拇、食二指顺针身方向挤压针孔两旁，使断针暴露体外，持镊子将针取出；断端全部陷入肌肉，应请外科会诊。

8.4.3 预防方法

术者进针手法要熟练，运针要轻巧。患者的体位要选择恰当，并嘱其在留针时不要随意变动体位。针前应仔细检查针具，特别是针根部分，更应认真擦拭。因针根部是最易折针的地方，针刺时不应将针体全部刺入腧穴，体外应留一定的长度。行针和出针时，如果发现有弯针、滞针等异常情况，应按规定方法处理，不可强力硬拔。

9. 操作者资质

操作者资质应符合各国家及地区对针灸操作人员资格规定的要求。

①教育背景：必须完成针灸或中医专业的正规教育，并获得相应的学位或资格证书（如中医针灸师执业资格）。系统掌握针灸操作、经络学和解剖学知识，能够熟练识别常用腧穴及相关解剖结构。

②操作培训：经过专业的蝶腭神经节刺激技术培训，能够运用超声引导下进针技术，熟练掌握蝶腭神经节刺激技术。需通过临床实践的考核，确保具备标准操作的能力，能够在规范监督下安全进行针刺治疗。

③临床经验：有一定年限的临床操作经验，尤其是面部针刺、神经节针刺等特殊部位操作的经历。在正式独立操作前，须接受过专业的培训与实操训练，并在有经验的施术者指导下进行操作。

④安全意识与急救技能：熟悉常见不良反应的表现、处理措施及预防方法，能在紧急情况下应对如血肿、晕针、滞针等突发状况。具备基本急救技能，掌握相应的急救知识，能够在特殊状况下与西医急救措施相配合。

⑤职业操守与规范：施术者需遵守职业道德，严格执行针刺治疗操作的无菌规范、消毒流程和医疗垃圾处置标准，确保操作环境的安全性和清洁度。保持医患沟通顺畅，向患者详细解释针刺过程及可能的感觉，确保患者知情且配合。

⑥继续教育：定期参加继续教育和培训，更新并完善蝶腭神经节刺激技术的专业知识与技能，确保技术水平符合临床操作的标准和安全要求。

附录 A（资料性附录）

超声可视化引导操作方法

A.1 体位

侧卧位，治疗侧朝上，头侧倾斜，低于同侧肩关节。

A.2 设备选择

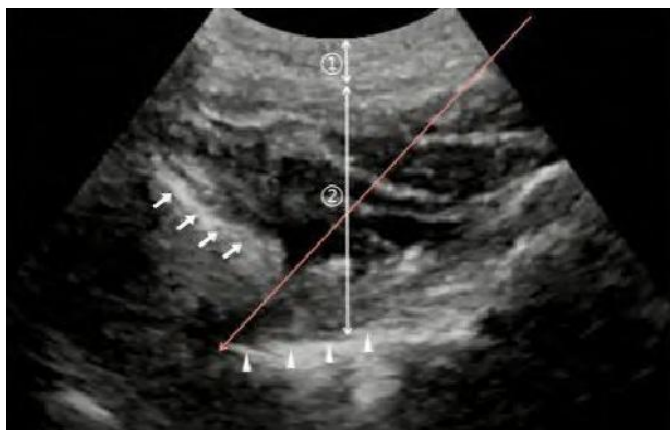
超声探头选择低频探头。

A.3 探头放置位置

颞下窝。

A.4 具体操作

- （1）首先探查颞弓、头侧下颌骨冠突和尾侧下颌骨髁突；
- （2）嘱患者缓慢张口，可看到下颌骨冠突滑动移出超声显示平面，同时显见头侧上颌骨后壁、尾侧蝶骨翼突外侧板，并见两骨性标志物之间的翼腭窝；
- （3）探查上颌动脉所在平面，缓慢上移探头，将上颌动脉移出超声显示平面，如不可移除，在后续进针过程中，要注意躲避动脉；
- （4）将探头向头侧移动，给进针留出必要空间；
- （5）从尾侧向头侧实施平面内进针，通过超声直接显影或抖动针身在超声显示器上全程监测进针路径，将针逐步刺入翼腭窝内，见图 4。



注：①为皮肤和皮下脂肪层，②为肌层（由浅入深依次为咬肌、颞肌、翼外侧肌），白色三角为翼突外侧板，白色箭头为上颌骨后壁，橙色箭头示针刺进针路径。

图 4：超声引导经翼腭窝蝶腭神经节穿刺^[5]

附录 B（资料性附录）

编制方法

本项目严格按照中医药标准制定方法，进行文献查阅与调研，系统地回顾蝶腭神经节刺激相关临床研究，参照《GB/T 33416-2016 针灸技术操作规范 编写通则》等相关文件，经过组内起草人员讨论，并对蝶腭神经节的操作步骤与要求进行梳理及提炼，涵盖禁忌症及安全性等相关内容，形成建议稿。

在建议稿基础上，并采用文献检索-调查问卷-专家访谈的操作规范研究方法，从建议稿、修订稿到送审稿共修改 10 余次，形成送审稿，主要包括：（1）范围；（2）规范性引用文件；（3）术语和定义；（4）操作步骤与要求：针具选择与检查、患者体位与准备、操作部位选择及定位、消毒、进针、行针、留针、出针、废物处理；（5）操作注意事项；（6）适应症；（7）禁忌症；（8）不良反应：血肿、晕针、滞针、弯针和断针；（9）操作者资质；（10）附录。上述详细内容见编制说明，技术路线如图 5 所示。

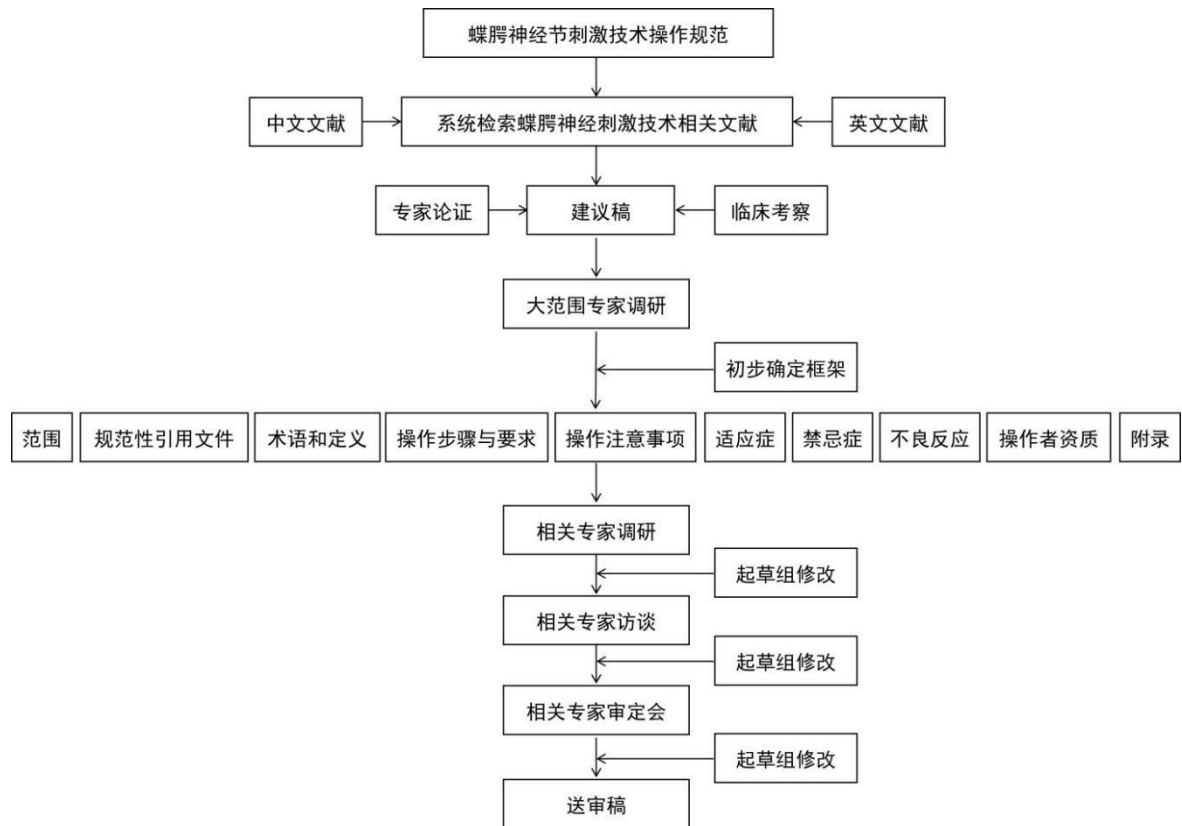


图 5 技术路线图

附录 C（资料性附录）

缩略词对照表

缩略词	英文全称	中文全称
CAIM	Chinese Association of Integrative Medicine	中国中西医结合学会
ISO	International Organization for Standardization	国际标准化组织
SPG	Sphenopalatine ganglion	蝶腭神经节

参考文献

- [1] 林威,林璐璐,陈陆泉. 针刺蝶腭神经节治疗变应性鼻炎专家共识[J]. 北京中医药, 2025, 44(10): 1292-1297.
- [2] 王奎吉, 陈陆泉, 王阳, 等. 针刺蝶腭神经节对正常人鼻腔神经功能的影响[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2016, 23(8): 483-486.
- [3] 张鹏, 商晓娟, 谭翊, 等. 针刺蝶腭神经节对 222 例变应性鼻炎患者症状改善的临床观察[J]. 北京中医药大学学报, 2021, 44(6): 569-576.
- [4] 刘莉莉, 马惠芳, 卢婧. 针刺蝶腭神经节配合局部取穴治疗变应性鼻炎疗效观察[J]. 针刺研究, 2017, 42(3): 259-262.
- [5] 秦玲利, 张路, 孙唯嘉, 等. 超声引导电针翼腭窝区治疗慢性鼻 - 鼻窦炎 12 例[J]. 中国针灸, 2023, 43(7): 781-782.
- [6] 薛庆华, 张志斌, 南志勇, 等. 针刺蝶腭神经节治疗过敏性鼻炎研究进展[J]. 光明中医, 2025, 40(15): 3368-3372.
- [7] 主中国, 周卫红, 李文卫, 等. 针刺蝶腭神经节联合督脉长龙灸治疗肺气虚寒型变应性鼻炎临床观察[J]. 广西中医药, 2025, 48(5): 36-39.
- [8] 杨慧珺, 徐一新, 吴革平, 等. 针刺蝶腭神经节与皮下免疫治疗变应性鼻炎的临床疗效对比[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2022, 30(6): 436-440.
- [9] 吴玉林, 孔祥玉, 孙义清. 应用自身比例法针刺翼腭神经节的应用解剖[J]. 承德医学院学报, 1995, (1): 6-8.
- [10] 李新吾. 针刺蝶腭神经节——“治鼻 3” 穴位治疗鼻部疾病的机制分析及有关针刺方法的介绍[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(5): 193-196.
- [11] 刘金勇, 王建民, 孙刚毅, 等. 艾灸结合针刺蝶腭神经节治疗顽固性面瘫 32 例[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(9): 1618-1619.
- [12] 许智先, 张路, 陈立和, 等. 针刺蝶腭神经节对变应性鼻炎患者生活质量的改善: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(6): 565-570.
- [13] 李石良, 刘乃刚, 金银花. 针刺蝶腭神经节治疗变应性鼻炎远期疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(8): 971-973.
- [14] 田昊旻. 宣肺通窍法联合针刺蝶腭神经节治疗单纯性鼻炎的临床研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2024.
- [15] 杨萍. 针刺蝶腭神经节联合热敏灸治疗肺气虚寒型过敏性鼻炎的临床疗效观察[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2023.
- [16] 李月梅, 赖新生, 庄礼兴, 等. 电针蝶腭神经节为主治疗常年性变应性鼻炎 50 例疗效观察[J]. 新中医, 2007, (3): 51-52, 8.
- [17] 李月梅. 电针治疗常年性变应性鼻炎的临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2003, (12): 18-19, 59.
- [18] 张文兰. 针刺蝶腭神经节为主治疗慢性肥厚性鼻炎的临床研究[D]. 广州: 暨南大学, 2020.
- [19] 李金飞, 丁雷, 王嘉玺. 针刺蝶腭神经节联合嗅觉训练治疗上呼吸道感染后嗅觉障碍临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29(11): 120-124.
- [20] 刘敏, 石岩, 徐欣雨. 灵枢针治疗原发性三叉神经痛的相关研究[J]. 中国实用医药, 2023, 18(13): 178-180.
- [21] 宰风雷, 冀来喜, 程江慧, 等. 针刺蝶腭神经节联合常规针刺治疗发作性丛集性头痛: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2022, 42(6): 603-607, 612.
- [22] 程鹏, 张继玉, 王弟红, 等. 针刺蝶腭神经节结合穴位注射治疗周围性面瘫后遗症的临床研究[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(24): 3554-3556.
- [23] 王启华. 实用耳鼻咽喉解剖学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 341.