**现代针刺麻醉技术操作规范**

**编制说明**

提出单位：中国针灸学会

归口单位：中国针灸学会标准化工作委员会

主要起草单位：上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、上海中医药大学附属曙光医院、复旦大学中西医结合研究院针灸研究所、北京大学神经科学研究所、南京中医药大学中西医结合学院、浙江中医药大学附属第三医院、中国中医科学院针灸研究所、浙江中医药大学、华中科技大学同济医学院

主要起草人：周嘉、李璟、王珂、侯文光、陈彤宇、冯寿全、顾群浩、袁岚、魏绪强、王景潇、王彦青、邢国刚、吕志刚、邵晓梅、高昕妍、李熳、万有、景向红、方剑乔、梁宜、于心同、李悦、冯晨晨

二〇二五年八月

**目次**

[一、工作简况 2](#_Toc209643482)

[二、指南的编制原则和关键技术内容 3](#_Toc209643483)

[三、主要工作过程 4](#_Toc209643484)

[四、采用国际标准的程度及水平的简要说明 19](#_Toc209643485)

[五、重大分歧意见的处理经过和依据 19](#_Toc209643486)

[六、贯彻学会标准的要求和措施建议 33](#_Toc209643490)

[七、相关附录 35](#_Toc209643491)

**现代针刺麻醉技术规范编制说明**

一、工作简况

**1. 任务背景**

针刺麻醉是一门结合了针灸学、外科手术学、麻醉学、神经生理学等富有生机的交叉学科，其技术及理论是在针灸治疗疼痛性疾病和抑制、预防损伤性疼痛的传统针灸学宝贵经验基础上，将针刺疗法与外科手术相结合而创新的一种有中医特色的麻醉方法。21世纪至今，在针药复合麻醉技术支持下的针灸相关疗法在优化术前、术中、术后管理的应用，称为“现代针刺麻醉”。

现代针刺麻醉是融合传统中医针刺与西医麻醉学理论，运用于术前综合评估与应用、术中针药复合、术后加速康复的一种中西医结合麻醉方式。该技术适用于各种外科择期手术患者，尤其对麻醉药物过敏的手术患者、战争、灾难等缺少麻药的特定情况下，可发挥独特的优势和重要作用。该技术在多家医院的临床科室广泛展开，在各种手术中的独特优势也已得到广泛认可。目前，已制定《无气管插管针刺复合药物麻醉下心脏瓣膜手术的临床应用规范》、《针刺复合全麻应用于不停跳冠状动脉搭桥手术临床规范》、《甲状腺手术针刺麻醉及针药复合麻醉应用指南》等，2017年10月中华医学会麻醉学分会正式发布《穴位刺激围术期应用专家共识》。为进一步规范围手术期针刺麻醉临床实践方案，明确病例选择、术前评估、术中注意、术后处理与管理，以及针刺麻醉方案的适应症、禁忌症、注意事项、针刺时间、方式、强度及穴位配伍等临床规范标准，根据中国针灸学会团体标准管理办法等相关要求，按照循证临床实践指南的标准方法与步骤，结合临床需求及中国实际情况特点，制定符合临床实际、便于实施、且具有中国针灸诊疗特色的围手术期针刺麻醉临床实践指南。

本规范是用于指导和规范针灸介入外科手术围手术期的临床操作规范性文件。编写和颁布本规范的目的是指导并规范针灸及康复医师正确使用现代针刺麻醉技术全程干预外科手术围手术期防治疾病。

本规范是根据现代针刺麻醉的临床优势，参照古代文献、名医经验以及现代最佳临床研究证据，结合患者价值观和意愿，系统研制针刺麻醉在外科手术围手术期规范操作的指导性意见。

本规范制定的总体思路是：项目组在针刺麻醉临床实践与临床试验基础上，临床遵循循证医学的理念与方法，用国际公认的证据质量评价及推荐方案分级规范与古代文献证据、专家临床证据相结合，形成标准初稿，并将临床研究证据与大范围专家共识性意见相结合，制定出现代针刺麻醉技术操作规范，用以指导并规范临床针刺麻醉技术现代化应用。

本规范推荐方案的证据等级主要采用世界卫生组织（World Health Organization，WHO）规范制定的国际循证实践指南，基于PICO（Patient、IIntervention、Comparison、Outcome）原则，通过文献查阅、问卷调查和专家共识会相结合的方式，应用GRADE（Grading of recommendations assessment，development and evaluation）系统对所形成的证据体进行分级，即推荐分级的评价、制定与评估的系统，其中推荐等级分为强推荐与弱推荐两级。强推荐的方案是估计变化可能性较小、个性化程度低的方案，而弱推荐方案则是估计变化可能较大、个性化程度高、受术者价值观差异大的方案。对于针灸在外科手术围手术期应用中，缺乏随机对照临床研究证据或文献支持的疾病预防推荐方案采用2001年国际感染论坛提出的Delphi分级标准，并通过改良的德尔菲专家共识法，广泛吸纳不同学科专家意见，制定现代针刺麻醉技术临床实践规范。本规范推荐方案仅将目前获取到的最新证据以附件形式列在操作规范后面，供本规范使用者参考。

**2. 任务来源**

说明本任务来源于中国针灸学会，由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院单位负责组织完成，立项时间是2025年3月。

**3. 起草单位**

本文件起草单位：上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、上海中医药大学附属曙光医院、复旦大学中西医结合研究院针灸研究所、北京大学神经科学研究所、南京中医药大学中西医结合学院、浙江中医药大学附属第三医院、中国中医科学院针灸研究所、浙江中医药大学、华中科技大学同济医学院。

二、指南的编制原则和关键技术内容

**1. 指南的编制依据和原则**

本指南编制流程和方法严格依据《中华中医药学会中医指南制定方案》，同时参考《循证中医药临床实践指南制定的技术流程和规范》和《国际实践指南报告规范》，按照临床问题构建、文献检索与筛选、资料提取、证据综合分析、证据分级、专家共识、推荐意见形成、撰写指南草案、征求意见等步骤进行，结合针灸临床运用特点进行整理。

本指南文本撰写依据《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》、《中华中医药学会中医指南报告清单》的规定。

**2. 指南的关键技术内容**

本规范遵循指南制订规范和技术要求，经广泛临床调研和专家访谈，结合文献学习，根据实际情况，按照基于循证医学的“PICO”原则构建了指南的重要临床问题。围绕重要临床问题，从围手术期针刺麻醉病例选择、术前评估、术中注意、术后处理与管理，以及针刺麻醉方案的适应症、禁忌症、注意事项、针刺时间、方式、强度及穴位配伍等方面，全面检索和整理循证证据，并通过专家共识方式形成推荐意见。经专家讨论达成共识，对于外科手术围手术期防治管理，指导和规范针灸介入外科手术围手术期的临床操作规范，使用现代针刺麻醉技术全程干预外科手术围手术期。

本规范的主要内容:在针刺麻醉临床实践与临床试验基础上，临床遵循循证医学的理念与方法，用国际公认的证据质量评价及推荐方案分级规范与古代文献证据、专家临床证据相结合，形成标准初稿，并将临床研究证据与大范围专家共识性意见相结合，制定出现代针刺麻醉技术操作规范，用以指导并规范临床针刺麻醉技术现代化应用。对指南文本中关键技术内容作出总结或阐释，可包括指南问题、推荐意见、治疗原则、治疗方法等。

三、主要工作过程

**1. 提案、申请、立项**

1.1 提案

引言：简要介绍针刺麻醉标准化工作的背景和意义，包括当前存在的问题和需要解决的挑战。

目标：明确提出针刺麻醉标准化的目标和预期成果，例如提高麻醉效果、减少并发症等。

方法：概述实施针刺麻醉标准化的方法和步骤，例如制定操作规范、培训医护人员、建立监测和评估机制等。

预期效益：说明实施针刺麻醉标准化后预计获得的效益和影响，如提高临床质量、降低风险等。

时间计划：列出实施针刺麻醉标准化工作的时间安排和阶段性目标。

1.2 申请

申请表格：根据组织或机构的要求，填写相关的申请表格，并确保准确地记录项目的名称、负责人、预算等信息。

提案附件：将提案作为附件提交，包括详细的提案内容、目标和方法等。

1.3 立项

项目描述：在立项文件中详细描述针刺麻醉标准化主要工作的背景、目标、方法和预期效益等，以便决策者全面了解项目。

预算计划：列出实施针刺麻醉标准化工作所需的预算，包括人力资源、培训费用、设备购置和运营成本等。

时间计划：进一步细化时间安排，并设置阶段性的里程碑和评估指标，以便监督和评估项目的进展和成果。

推进措施：说明如何推动和支持针刺麻醉标准化工作，包括组织支持、资源保障、团队协作等方面的安排。

风险管理：识别可能的风险和障碍，并提供相应的风险管理策略，以确保项目顺利进行。

**2. 成立指南起草组**

**2.1 指南起草组成立方式**

本指南由中国针灸学会发起。启动时间为2024年11月21日，定稿时间为2024年12月30日。

指南工作组：指南工作组由指南指导委员会，指南共识专家组，指南秘书组，指南证据评价组，以及指南外部评审组组成；见图1。



图1：指南工作组

**2.2 指南起草组组成情况**

保证指南的行业代表性及广泛性，本指南的参与人员主要包括指导专家、起草专家、参与制订专家和秘书组等，专家成员构成包括来自航上海多所大学附属医院、三级甲等医院的中医临床专家、针灸临床专家、循证方法学专家、麻醉学专家、康复医学专家等多学科专家余名，还邀请了中国针灸学会标准专业委员会等多学会专家参与。

2.2.1 指南指导委员会：

指南指导委员会由2名具有针刺麻醉临床经验的权威专家组成。设立1名首席主席，1名方法学主席。主要职责是：1）确定指南范围；2）确定其他小组成员，并管理其利益冲突声明；3）批准指南计划书；4）监督指南制订流程；5）对指南制订过程中产生争议的问题进行裁决；6）批准推荐意见和指南发表；7）评估指南的更新需求。

2.2.2 指南共识专家组：

指南共识专家组由9名具有学科、领域和学术代表性的专家组成。共识专家组将设立主席2名，副主席3名。共识专家组的主席、副主席同为本指南的主编和副主编，对指南的制订总负责。指南共识专家组的主要职责包括：1）拟纳入的临床问题；2）形成推荐意见共识；3）起草和修改指南全文；4）定期对指南推荐意见进行更新。

2.2.3 指南秘书组：

秘书组由1名针灸临床专家和1名方法学专家成员组成。主要职责包括：1）全面负责指南各个工作组的协调统筹；2）注册指南，撰写指南计划书。

2.2.4 指南证据评价组：

证据评价组由17名针灸临床专业人员组成。主要职责包括：1）开展临床问题的调研；2）进行证据检索、收集、评价和GRADE分级；3）制作证据总结表和推荐意见决策表。

2.2.5 指南外部评审组：

外部评审组由2名（中国针灸标准化专家2名）参与本指南制订的成员组成，主要负责对指南初稿进行评审，提出意见与建议，外部评审组的工作在指南正式发布之前将结束。

保证指南的行业代表性及广泛性，本指南的参与人员主要包括指导专家、起草专家、参与制订专家和秘书组等，专家成员构成包括来自航上海多所大学附属医院、三级甲等医院的中医临床专家、针灸临床专家、循证方法学专家、麻醉学专家、康复医学专家等多学科专家余名，还邀请了中国针灸学会标准专业委员会等多学会专家参与。

**2.3 指南起草组成员名单及分工**

以表格形式列出，见表1。

表1 指南起草组成员及其工作内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 单位 | 职称/职务 | 专业 | 工作内容 |
|  | 周嘉 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 主任医师/首席专家 | 心胸外科 | 负责人 |
|  | 李璟 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 主任医师/主任 | 针灸学 | 针灸协调 |
|  | 王珂 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 研究员/主任 | 中西医结合临床 | 问卷设计 |
|  | 侯文光 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 主任医师/支部副书记 | 针灸学 | 问卷设计 |
|  | 陈彤宇 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 主任医师/主任 | 心胸外科 | 外科指导 |
|  | 冯寿全 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 主任医师/主任 | 普通外科 | 外科指导 |
|  | 顾群浩 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 主任医师/主任 | 胃肠外科 | 外科指导 |
|  | 袁岚 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 主任医师/主任 | 麻醉学 | 麻醉协调 |
|  | 魏绪强 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 副主任医师 | 方法学 | 问卷设计 |
|  | 王景潇 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 副主任医师 | 方法学 | 证据评价组 |
|  | 王彦青 | 复旦大学中西医结合研究院针灸研究所 | 主任医师 | 中西医结合基础 | 共识专家库 |
|  | 邢国刚 | 北京大学神经科学研究所 | 主任医师 | 疼痛医学 | 共识专家库 |
|  | 吕志刚 | 南京中医药大学中西医结合学院 | 教授 | 中西医结合基础 | 共识专家库 |
|  | 邵晓梅 | 浙江中医药大学附属第三医院 | 副主任医师 | 针灸学 | 共识专家库 |
|  | 高昕妍 | 中国中医科学院针灸研究所 | 研究员 | 针灸学 | 外部评审组 |
|  | 李熳 | 华中科技大学同济医学院 | 教授 | 疼痛医学 | 外部评审组 |
|  | 万有 | 北京大学神经科学研究所 | 教授 | 疼痛医学 | 外部评审组 |
|  | 景向红 | 中国中医科学院针灸研究所 | 研究员/所长 | 针灸学 | 外部评审组 |
|  | 方剑乔 | 浙江中医药大学 | 教授 | 针灸学 | 外部评审组 |
|  | 梁宜 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 副主任医师 | 针灸学 | 证据评价组 |
|  | 于心同 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 主任医师/科主任 | 针灸学 | 执笔人 |
|  | 李悦 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 主治医师 | 中西医结合康复 | 执笔人 |
|  | 冯晨晨 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 助理研究员 | 中西医结合基础 | 执笔人 |

**2.4 利益冲突声明**

指南未受资金资助，无相关利益冲突。指南制订小组成员将按要求填写利益冲突声明表，有利益冲突的成员将根据其严重程度决定是否参与及以何种方式在哪个阶段参与指南的制订。利益冲突声明表将作为指南的附件或通过其他途径进行公开。

**3. 确定指南的题目和范围**

**3.1 题目：**现代针刺麻醉技术规范

**3.2 范围：**本文件明确现代针刺麻醉的定义、适用范围、基本原则，并系统规范其核心操作流程，包括但不限于术前评估与准备、穴位选择与定位、针刺操作技术、刺激参数设定、术中针药复合方案、术后管理以及质量控制等关键环节为相关医师提供实用指南。适用于全国各级医疗机构及科研院所专业人员科学研究及临床将针灸方案应用于外科手术围手术期。

**4. 构建指南问题**

**4.1 专家访谈**

访谈方案确定过程及方法，见图2。



图2：访谈方案确定过程及方法

**4.2 受访专家名单**

建议表格的形式列出，见表2。

表2 专家访谈受访专家名单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 单位 | 职称/职务 | 专业 |
|  | 安立新 | 首都医科大学附属北京友谊医院 | 主任医师/副主任 | 麻醉学 |
|  | 曲宁 | 青海省中医院 | 主任医师/副院长 | 麻醉学 |
|  | 王均炉 | 温州医科大学附属第一医院 | 主任医师/荣誉科主任 | 临床麻醉学 |
|  | 朱俊 | 成都中医药大学 | 副教授 | 中医学 |
|  | 刘成勇 | 溧阳市中医院 | 副主任医师 | 中医临床 |
|  | 郑家豪 | 上海交通大学医学院附属仁济医院 | 主任医师 | 胸外科 |
|  | 吴卫东 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 主任医师/住培外科基地教学主任 | 普外胃肠疝外科 |
|  | 张必萌 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 主任医师/科主任 | 针灸调节免疫机制研究 |
|  | 刘金琰 | 上海市机械工程学会标准专委会 | 教高/秘书长 | 标准化与机械工程 |
|  | 桑珍 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 主任医师 | 中西医结合临床 |
|  | 龚航军 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 主任医师/科主任 | 胃肠肿瘤中西医结合治疗 |
|  | 张云 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 副主任医师 | 中西医结合 |
|  | 梁艳 | 上海中医药大学附属龙华医院 | 主任医师 | 中西医结合 |
|  | 彭生 | 上海中医药大学附属龙华医院 | 主任医师/科主任 | 麻醉学 |
|  | 纪军 | 上海市针灸经络研究所 | 研究员/研究室主任 | 针灸文献研究、针灸治疗皮肤病临床研究 |
|  | 赵琛 | 上海中医药大学 | 主任医师 | 中医学 |
|  | 杨文佳 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 副主任医师 | 针灸学 |
|  | 陈轶菁 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 副主任医师 | 麻醉学 |
|  | 王振宜 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 主任医师/科主任 | 中西医结合治疗肛肠良性疾病 |
|  | 孙粼希 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 助理研究员 | 针灸推拿学 |

**4.3 访谈提纲**

在前期研究结果的基础上，结合研究需求，课题组成立访谈小组，访谈小组有方法学专家、统计学专家、相关技术人员、针灸医生等多领域专家。根据目前研究结果、所面临问题及下一步工作计划，制定访谈提纲。如下：

|  |
| --- |
| 访谈提纲 |
| 1. 个人基本信息(包含年龄、学历、职称、从事针灸临床的时间、临床运用针刺麻醉的时间) |
| 2. 现代针刺麻醉是否需要辨证？如果需要辩证，如何进行辨证？ |
| 3. 临床针刺麻醉运用过程中，术中、术前、术后有何注意事项？ |
| 4. 针刺麻醉临床运用，针对不同的手术，术前、术中、术后针灸取穴方案是否应该区分，穴位选取的依据及意义是什么？ |
| 5.您如何看待术前、术中、术后针刺运用围手术期的频次？ |
| 6.您如何看待术中针刺是否需要持续刺激，协同至手术结束？ |
| 7. 您认为影响现代针刺麻醉技术运用外科手术围手术期的因素有哪些？ |
| 8. 您认为针刺治疗后疗效是否有持续效应？如果有，您如何看待这种效应？ |
| 9. 您认为现代针刺麻醉临床运用不足以及未来研究的方向？ |

**4.4 访谈结论**

中医和西医是在不同社会文化背景下发展起来的两种医学体系，中医注重整体观念和系统科学，与强调完整流程管理的围手术期医学理念非常契合，现代针刺麻醉运用过程主要考虑手术为流程化，根据不同情况和人群以主穴为主，辨证取穴，临床辨证过程主要在针灸施术者，通过望、闻、问、切四诊评估患者的整体情况后再施以针灸干预。

临床针刺麻醉运用过程中，术中注意患者的生命体征，机体氧饱和、血压、心率、麻醉用量等，术前关注患者应激状态，术后重点加速康复，防治术后疼痛、恶心呕吐、胃肠功能、肠梗阻、尿潴留等并发症。

针刺麻醉临床运用，针对不同的手术，术前、术中、术后针灸取穴方案应根据手术部位、手术方式的不同方案不一，这是中国原创中西医结合技术，该技术仍处于不断前进发展的阶段，目前，已制定《无气管插管针刺复合药物麻醉下心脏瓣膜手术的临床应用规范》、《针刺复合全麻应用于不停跳冠状动脉搭桥手术临床规范》、《甲状腺手术针刺麻醉及针药复合麻醉应用指南》、《穴位刺激围术期应用专家共识》。

经临床实践术前针灸2次，术中持续针灸刺激，但是由于穴位的敏化，建议术中持续刺激50分钟后，暂停20分钟，如此循环，直至手术结束，术后3天连续针灸加速康，临床效果显著。

外科手术围手术期受多因素影响，针灸干预后可明显防治术后并发症，调整术后脏器紊乱，减轻术后不良反应，且针灸具有持续性效应，极大程度上优化病情管理，加速术后恢复，减轻医保和经济压力。

随着社会经济和医学的发展，针灸学已经从单纯传统中医针灸发展成为关注术前评估优化、术中患者安全、术后快速康复的围手术期针药结合医学科，而中医药理念和现代针刺麻醉技术的应用在术前优化及促进患者术后快速康复和转归方面具有重要价值。随着国家对中医药理念和技术的发展愈加重视，希望掌握中医药理念和技术的专业人才能够充分调动开展中医药围手术期应用基础研究的积极性，推动传统医学与现代麻醉学的深度融合，助力实现中西医结合技术的大跃进。

**5. 证据的检索、筛选、提取与综合**

**5.1 证据检索**

5.1.1 检索方法

采用Cochrane系统评价手册中的方法全面检索中、英文数据库。英文数据库包括Pubmed、Embase和Cochrane。中文数据库包括中国生物医学文献数据库（CBM）、中国期刊全文数据库（CNKI）、中文科技期刊数据库（维普）和万方数据库。数据库检索自收录起始时间至2023年5月期间的文献，未设任何限定条件。检索词如有对应的主题词则使用主题词检索，同时作为关键词检索。为全面检索，除电子数据库，我们还查阅了检索出的系统评价中纳入的研究的参考文献，以确保检索的完整性。

1）中文数据库检索式

CNKI检索式：( SU%="针刺" OR SU%="针灸" OR SU%="电针" OR SU%="经皮穴位电刺激" OR SU%="耳针" OR SU%="穴位") AND (SU%="麻醉")

维普检索式：M=(针刺 OR 针灸 OR 电针 OR 经皮穴位电刺激 OR 耳针 OR 穴位) AND M=(麻醉)

CMB检索式：( "针刺"[不加权:不扩展] OR "针灸"[不加权:不扩展] OR "电针"[不加权:不扩展] OR "经皮穴位电刺激"[不加权:不扩展] OR "耳针"[不加权:不扩展] OR "穴位"[不加权:不扩展]) AND "麻醉"[不加权:不扩展]

2）英文数据库检索式

Pubmed、Cochrane检索式：(Acupuncture OR Acupoint OR Acupressure OR Electroacupuncture OR Auricular Acupuncture OR Auricular Point OR Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation) AND (Anesthesia OR Anesthetics OR Anesthesiology)

5.1.2 检索结果

维普：1172篇

CNKI：3858篇（研究论文：613篇）

Pubmed：8110篇（clinical trial：1592篇）

万方数据库：3815篇

Cochrane：1372篇

CBM：86篇

**5.2 证据筛选和资料提取**

5.2.1 证据筛选和资料提取方法

完成文献检索后，每个临床问题均由两位证据评价组成员按照题目、摘要和全文的顺序独立逐级筛选文献并核对，如存在分歧，则通过讨论或咨询第三方解决。

文献证据提取、分析、汇总证据主要来源于随机对照研究。基于研究结果，编制《现代针刺麻醉技术规范》。应用Stata 12.0对研究类型相同、干预措施相同、结局指标相同、数据类别相同的随机对照试验原始研究的数据进行整合分析。

5.2.2 纳入排除标准

纳入标准：

1）择期外科手术，术中协同使用麻醉药；

2）年龄≥18岁；

3）治疗组围手术期干预措施为针灸穴位刺激疗法。

排除标准：

1）对照措施为中药疗法或非标准西医治疗的对照研究；

2）重复的文献；

3）综述类文献。

**5.3 证据筛选流程及结果**

证据筛选流程及结果，如图3。

总文献量

n=18413

阅读全文

n=121

阅读题目摘要

n=8058

排除重复

n=10355

阅读题目摘要排除

n=7937

n=2131

阅读全文共排除

①年龄<18岁 n=27

②对照组为非标准西医治疗 n=45

③干预时间不在围术期内 n=10

纳入

n=39

**图3 证据筛选流程图**

**6. 证据分级**

**6.1 证据分级方法**

证据分级标准参考刘建平教授在《中医药循证医学》中提出的传统医学证据体的构成及证据分级的建议，本指南结合临床实际作适当修订。

Ia：在随机对照试验、队列研究、病例对照研究、病例系列这四种研究中，至少2种不同的类型的研究构成的证据体，且不同研究结果的效应一致；实施较好的Meta分析或系统评价

Ib：具有足够把握度的单个随机对照试验

IIa：非随机对照研究或队列研究(有对照的前瞻性研究)

IIb：病例对照研究

Ⅲa：历史性对照的系列病例研究

Ⅲb：自身前后对照的病例系列

IV：长期在临床上广泛运用的病例报告和史料记载的疗法；专家共识意见

V：未经系统研究验证的专家观点和临床经验，以及没有长期在临床上广泛运用的病例报告和史料记载的疗法

**6.2 证据概要表**

**表3 临床问题证据概要表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床问题** | **P（研究对象）** | **I（干预措施）** | **C（对照措施）** | **O（结局指标）** |
| 与单纯全麻患者相比，经皮穴位电刺激是否可以改善全麻患者术后疼痛VAS量表评分？ | 全麻患者 | 全麻加经皮穴位电刺激 | 全麻加常规护理 | 术后疼痛VAS量表评分 |
| **研究类型及数量** | 5个RCT |
| **效应值及可信区间** | RR 0.73 [95%CI:0.55-0.93] |
| **证据等级** | B级证据 |
| **是否升级或降级** | 未升级或降级 |
| **升级或降级因素** | 无 |
| **结论** | 全麻加经皮穴位电刺激与单纯全麻相比可以改善全麻患者术后疼痛VAS量表评分。 |
| **临床问题** | **P（研究对象）** | **I（干预措施）** | **C（对照措施）** | **O（结局指标）** |
| 与单纯全麻患者相比，电针是否可以改善全麻患者术后恶心、呕吐的发生？ | 全麻患者 | 全麻加电针 | 全麻加常规护理 | 术后恶心、呕吐的发生 |
| **研究类型及数量** | 2个RCT |
| **效应值及可信区间** | RR 0.9 [95%CI:0.78, 1.04] |
| **证据等级** | B级证据 |
| **是否升级或降级** | 未升级或降级 |
| **升级或降级因素** | 无 |
| **结论** | 全麻加电针与单纯全麻相比可以改善全麻患者术后恶心、呕吐的发生。 |
| **临床问题** | **P（研究对象）** | **I（干预措施）** | **C（对照措施）** | **O（结局指标）** |
| 与单纯术前访视相比，耳穴按摩是否可以改善术前焦虑STAI量表评分？ | 择期手术患者 | 术前访视加耳穴按摩 | 术前访视 | 术前焦虑STAI量表评分 |
| **研究类型及数量** | 3个RCT |
| **效应值及可信区间** | RR 0.72 [95%CI:0.62, 0.83] |
| **证据等级** | B级证据 |
| **是否升级或降级** | 未升级或降级 |
| **升级或降级因素** | 无 |
| **结论** | 术前访视加耳穴按摩与单纯术前访视相比可以改善择期手术患者的术前焦虑STAI量表评分。 |
| **临床问题** | **P（研究对象）** | **I（干预措施）** | **C（对照措施）** | **O（结局指标）** |
| 与单纯全麻相比，电针是否可以减少术中麻醉药的使用？ | 全麻患者 | 全麻加电针 | 全麻加常规护理 | 术中麻醉药的消耗量 |
| **研究类型及数量** | 3个RCT |
| **效应值及可信区间** | RR0.89 [95%CI:0.75, 1.24] |
| **证据等级** | C级证据 |
| **是否升级或降级** | 未升级或降级 |
| **升级或降级因素** | 无 |
| **结论** | 全麻加电针在减少术中麻醉药消耗量方面与全麻加常规护理相比无显著差异。 |

**7. 项目组发起征求意见**

**《现代针刺麻醉技术规范》**

**内容设置的调查**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 条目 | 条目设置意见 | 项目补充意见 |
| 同意 | 如有补充，请在此提出宝贵意见*仅在选择“同意”时填写（选填）* | 不同意 | 请简述修改评分依据的缘由和修改意见*仅在选择“不同意”时填写（必填）* | 项目下未考虑到但有重要意义而需进一步补充的条目 |
| 1 范围 |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 2 规范性引用文件 |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 3 术语与定义 | 3.1.现代针刺麻醉 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 3.2.围术期医学 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 3.3电针 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 4. 基本要求 | 4.1 操作人员资质要求 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 4.2 操作环境设施和操作室安全管理要求 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 4.3 操作手法 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 4.4 知情同意 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 4.5 主要适应症和禁忌症 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 5. 操作步骤与要求 | 5.1操作流程 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 5.2 术前评估 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 5.3 术前宣教 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 5.4 疼痛耐受量化测评 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 5.5 术前针刺应用 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 5.6 术中针刺应用 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 5.7 术后常见并发症防治 | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 6 不良反应处理 |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |
| 7 注意事项 |  | [ ]  |  | [ ]  |  |  |

四、采用国际标准的程度及水平的简要说明

**1. 采用结构框架**

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》编制，与ISO/IEC Directives Part 2（2021）的篇章结构保持对应，便于今后转化为ISO/TC249或IEC标准。

**2. 与现行国家标准的对应关系**

本文件在编制过程中，系统引用并整合以下五项现行国家标准，作为针刺麻醉技术操作的基础技术条款和安全底线，并与国际先进标准对标，形成具有可操作性和前瞻性的技术文件。

**GB 15982-2012**《医院消毒卫生标准》，规定了针刺麻醉操作室的布局分区、空气洁净度、物体表面和手卫生等微生物限量要求。**GB/T 21709.9-2008**《针灸技术操作规范 第9部分：穴位贴敷》，明确了针刺相关不良反应的分类、识别要点和紧急处置流程。**GB/T 21709.11-2009**《针灸技术操作规范 第11部分：电针》，给出了电针的定义、输出参数、电极放置及安全要求。**GB/T 21709.20-2009**《针灸技术操作规范 第20部分：毫针基本刺法》，规定了毫针基本刺法、进针角度、深度分级及针具选择。**GB/T 21709.21-2013**《针刺技术操作规范 第21部分：毫针基本手法》，明确了提插、捻转等基本手法的幅度、频率和一致性评价方法。

五、重大分歧意见的处理经过和依据

意见汇总处理表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 标准名称 | 负责起草单位 | 承办人：周嘉 | 电话：13477009095 |
| 现代针刺麻醉技术规范 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、复旦大学中西医结合研究院针灸研究所、北京大学神经科学研究所、南京中医药大学中西医结合学院、浙江中医药大学附属第三医院、中国中医科学院针灸研究所、浙江中医药大学、华中科技大学同济医学院 | 　　　　共17页　　第　页　　　2025年8月13日填写 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 阶段 | 序号 | 标准章条编号 | 标准内容 | 意见内容及理由 | 专家 | 提出单位 | 处理意见 | 备注 |
| 征求意见阶段 |  | 引言 | 具有生理干扰少、安全、简便…. | 建议修改成“生理干扰小”，而不是少。 | 安立新 | 首都医科大学附属北京友谊医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 3.3 | 术语： | 里面仅谈到了电针，是否添加目前常用的其他的中西医结合的手段，例如：揿针、颊针？此外：经皮穴位电刺激也是目前麻醉领域应用最为广泛的技术手段之一，是否也涵盖呢？ | 安立新 | 首都医科大学附属北京友谊医院 | 不采纳，本标准主要聚焦于电针技术的应用及其相关规范。揿针、颊针以及经皮穴位电刺激虽然也是中西医结合的常用手段，但它们各自的技术特点、应用场景和操作规范与电针存在较大差异。如果在本标准中一并涵盖，可能会导致标准内容过于复杂，缺乏针对性，影响标准的实用性和可操作性。针对揿针、颊针以及经皮穴位电刺激等技术单独制定相应的标准，以确保每种技术都能得到更精准、更全面的规范和指导。 |  |
| 征求意见阶段 |  | 5.1 | 图1.针刺麻醉临床操作流程图 | 术前30min针刺诱导、术中持续针刺，这一针刺方式是否有权威的文献支持？有关针刺的持续时间，是比较有争议的一个学术问题，建议不必绝对。 | 安立新 | 首都医科大学附属北京友谊医院 | 部分采纳，术前30分钟针刺诱导及术中持续针刺的方式在部分研究中确实被提及并应用于临床实践。临床上每次治疗大多采用20~30分钟的治疗时间。然而，针刺的持续时间确实是存在争议的学术问题，不同研究和应用场景中针刺时间的设定有所不同。因此，在实际操作中也可根据具体临床情况和患者个体差异进行调整。 |  |
|  | 5.2 | 术前评估中添加： | e）术前明确患者的凝血功能障碍无异常、针刺应用过程中无肝素等抗凝药物的大量应用。 | 安立新 | 首都医科大学附属北京友谊医院 | 采纳，该意见具有重要的临床指导意义。针刺技术的应用需要考虑患者的凝血功能状态，以避免在凝血功能异常的患者中使用针刺可能导致的出血风险。明确患者术前凝血功能正常以及针刺过程中无大量抗凝药物应用，能够有效降低针刺操作的风险，确保患者安全。此外，这一补充内容符合临床实践中的风险评估要求，有助于规范针刺技术的应用范围，提高标准的实用性和安全性。 |  |
|  | 5.4 | c) 测三次可以得出疼痛对应的平均值； | 改为：c) 测量三次可以得出疼痛对应的平均值； | 龚航军 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 采纳，使本文件更加通顺、规范。 |  |
| 征求意见阶段 |  | 5.1 | 操作流程 | 流程图中，术后胃肠功能障碍是对术后胃肠功能恢复延迟的统称，术后肠梗阻应属于术后胃肠功能障碍的一个临床类型，可不单独列出，如需列出，建议对术后肠梗阻（post-operative ileus, POI）的定义做出解释 | 龚航军 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 采纳，该意见具有科学性和合理性。术后胃肠功能障碍确实是一个更广泛的术语，涵盖了术后肠梗阻等多种临床表现。将术后肠梗阻作为术后胃肠功能障碍的一个临床类型进行统一描述，可以使流程图更加简洁明了，避免重复和冗余。采纳该意见后，将对流程图进行相应调整性。 |  |
|  | 5.7 | 术后常见并发症防治 | 建议增加常见术后不适的防治，如疼痛、呃逆 | 龚航军 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 部分采纳，5.7.2术后加速康复中提到了“降低疼痛程度”“减轻药物不良反应”。 |  |
|  | 5.7 | 5.7.2术后加速康复5.7.4术后胃肠功能障碍 | “加速康复”不属于并发症名词，5.7.2和5.7.4两部分的核心内容都是针对“加速术后胃肠功能恢复”，建议整合一下 | 龚航军 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 部分采纳，“加速康复”是一种重要的围术期管理理念，其目标是通过优化围术期的处理措施，促进患者快速康复。加速康复理念涵盖了多个方面，包括但不限于术后胃肠功能恢复。 |  |
|  | 引言 | 传统针刺麻醉在理念、技术与应用范围上形成更科学、规范、安全的现代针刺麻醉 | 改为：传统针刺麻醉在理念、技术与应用范围上逐步拓展，形成更科学、规范、安全的现代针刺麻醉 | 纪军 | 上海市针灸经络研究所 | 采纳，该意见准确地反映了针刺麻醉的发展历程和现状。 |  |
|  | 5.5.25.6.25.7.2.25.7.3.25.7.4.25.7.5.25.7.6.2 | 宜安神镇痛，调和气血。宜镇静安神，通络止痛。宜调和气血，通络止痛。宜宽胸理气，和胃降逆。宜理气通滞，调理肠胃。宜安神定志，调神开窍。宜温阳化气，疏利三焦。 | 改为：安神镇痛，调和气血。改为：镇静安神，通络止痛。改为：调和气血，通络止痛。改为：宽胸理气，和胃降逆。改为：理气通滞，调理肠胃。改为：安神定志，调神开窍。改为：温阳化气，疏利三焦。【理由：作为标准，应明确、肯定】 | 纪军 | 上海市针灸经络研究所 | 采纳 |  |
|  | 5.7.3.1 | 术后穴位刺激能更显著有效的降低术后恶心呕吐的方法，且具有较好的安全性。 | 改为：术后针刺刺激能更显著有效地改善术后恶心呕吐，且具有较好的安全性。 | 纪军 | 上海市针灸经络研究所 | 采纳，使本文件更加通顺、规范。 |  |
|  | 5.7.6.1 | 术后易出现膀胱内尿液充盈而不能自主排出，针刺可加速术后膀胱功能的恢复,促进尿液自行顺利排出。 | 改为：术后针刺可加速术后膀胱功能的恢复,促进尿液自行顺利排出。【与前文风格统一】 | 纪军 | 上海市针灸经络研究所 | 采纳 |  |
|  | 引言 | 亟需规范化指导 | 改为：亟需规范 | 梁艳 | 上海中医药大学附属龙华医院 | 采纳，使本文件更加通顺、规范。 |  |
|  | 5.6.1 | 手术麻醉开始前，对穴位预先进行一段时间刺激， |  建议时间明确时间范围，可据针刺镇痛起效时间、以及前期临床试验所做的术前预测时间而定 | 梁艳 | 上海中医药大学附属龙华医院 | 部分采纳，后文5.6.3操作要点中有时间表述。 |  |
|  | 5.7.3.1 | 术后穴位刺激能更显著有效的降低术后恶心呕吐的方法 | 调整表述：术后穴位刺激是一种能更有效的降低术后恶心呕吐的方法；或：术后穴位刺激是一种能更显著的降低术后恶心呕吐的方法；或术后穴位刺激能更有效的降低术后恶心呕吐 | 梁艳 | 上海中医药大学附属龙华医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 6.4 | 严重过失引起的应考虑撤销考核合格。 | “撤销考核合格”含义不明确 | 梁艳 | 上海中医药大学附属龙华医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 引言引言引言3.13.23.3 | Acupuncture Anesthesia,AAModern Acupuncture Anesthesia,MAAmodern acupuncture anesthesiaperioperative medicineelectroacupuncture | 字体更改为西文。Acupuncture Anesthesia, AAModern Acupuncture Anesthesia, MAA术语的英文对应词字体更改为西文。modern acupuncture anesthesiaperioperative medicineelectroacupuncture | 刘金琰 | 上海市机械工程学会标准专委会 | 采纳并修改 |  |
|  | 4.14.8-4.9 | 具体培训要求见附录A。针刺麻醉技术的主要适应症见附录D。针刺麻醉技术的禁忌症见附录E。 | 因附录A是规范性附录，不应用“见”。所以更改如下：具体培训要求应符合附录A的规定。因为附录D和E为（规范性），所以建议修改为：针刺麻醉技术的主要适应症应按附录D。针刺麻醉技术的禁忌症应按附录E。 | 刘金琰 | 上海市机械工程学会标准专委会 | 采纳并修改 |  |
|  | 4.44.5 | 应参照GB/T 21709.21执行。应参照GB/T 21709.20执行。 | 应按照GB/T 21709.21执行。应按照GB/T 21709.20执行。 | 刘金琰 | 上海市机械工程学会标准专委会 | 采纳并修改 |  |
| 征求意见阶段 |  | 5.1 | 应按图 1的流程开展针刺麻醉临床操作。 | 太简单。建议补充描述如下：针刺麻醉临床操作分术前、术中和术后三个阶段。术前阶段包括术前评估、术前宣教、术前禁饮禁食、术前麻醉用药、疼痛耐受量化测评和术前针刺应用。术中阶段包括术前30分钟针刺诱导、术中针刺持续刺激和术中疗效评价。术后阶段包括加速术后康复、术后并发症防治等。应按图 1的流程开展针刺麻醉临床操作。 | 刘金琰 | 上海市机械工程学会标准专委会 | 采纳并修改 |  |
|  | 1  | 范围 | 建议改为：本文件适用于医疗机构规范针刺麻醉技术的业务开展与临床应用。 | 桑珍 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.5.15.6.15.7.1 | 概述概述概述 | 删除可改为5.6.1术中针刺要求：手术麻醉开始前应对穴位预先进行一段时间刺激，诱导时间根据术前评估后制定。并删除后续“经过一定的手法和诱导时间，发挥针刺的一系列调整作用，可加强针刺感应及镇痛作用，以适应各种手术，相应减少麻醉药物用量、甚至减少术中插管”这一类论述性内容。删除节标题，直接跟上“术后针刺取穴应避开切口部位，根据辨病、辨证、辨经取穴，选择肢体远端穴位为宜。术后疗效评价宜参考附录 G”。 | 桑珍 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.7.2.1 | 作用原理 | 删除这一类描述性文字 | 桑珍 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 引言 | ...关键关节进行了规范 | 关键环节进行了规范 | 张云 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 引言 | ...等关键环节为相关医师提供实用指南。 | 等关键环节，为相关医师提供实用指导。 | 张云 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 3.2 | 从确定手术治疗时起，至该次手术及有关治疗结束为止。 | 从确定手术治疗时起，至该次手术及有关治疗结束为止的整体化医学管理。 | 张云 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.7 | 5.7.2术后加速康复 | “加速康复”不属于并发症名词范畴，本部分与“5.7.4术后胃肠功能障碍”是同质的内容，建议合并，供参考 | 张云 | 上海中医药大学附属曙光医院 | 部分采纳，“加速康复”是一种重要的围术期管理理念，其目标是通过优化围术期的处理措施，促进患者快速康复。加速康复理念涵盖了多个方面，包括但不限于术后胃肠功能恢复。。 |  |
|  | 引言 | 包括但不限于术前评估与准备、穴位选择与定位、针刺操作技术、刺激参数设定、术中针药复合方案、术后管理以及质量控制等关键环节为相关医师提供实用指南 | 改为：包括但不限于术前评估与准备、穴位选择与定位、针刺操作技术、刺激参数设定、术中针药复合方案、术后管理以及质量控制等关键环节，为相关医师提供实用指南 | 吴卫东 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 采纳，使本文件更加通顺、规范。 |  |
|  | 5.6.3 | 持续电针刺激50min | 请确认这个时间是否准确 | 吴卫东 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 不采纳，根据临床实践得出的电针参数 |  |
|  | 附录B | 针刺麻醉操作环境设施要求 | 抢救设施中除颤仪（AED）作为重要抢救手段建议写入 | 吴卫东 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 采纳并修改 |  |
|  |  | G.2.1.1G.2.1.2G.2.1.3G.2.2.1G.2.2.2G.2.2.3G.2.3.1G.2.3.2G.2.3.3 | Ⅰ级优：为过程平稳……Ⅱ级良：为有反抗，……Ⅲ级差：为经过不平稳，……Ⅰ级优：为无明显的应激反应与呼吸循环的抑制，……Ⅱ级良：为心率、……Ⅲ级差：为应激反应激烈，……Ⅰ级优：为苏醒期平稳，……Ⅱ级良：为麻醉缝皮时病人略有躁动，……Ⅲ级差：为病人苏醒冗长伴有呼…… | 改为：Ⅰ级优：过程平稳……改为：Ⅱ级良：有反抗，……改为：Ⅲ级差：经过不平稳，……改为：Ⅰ级优：无明显的应激反应与呼吸循环的抑制，……改为：Ⅱ级良：心率、……改为：Ⅲ级差：应激反应激烈，……改为：Ⅰ级优：苏醒期平稳，……改为：Ⅱ级良：麻醉缝皮时病人略有躁动，……改为：Ⅲ级差：病人苏醒冗长伴有呼…… | 吴卫东 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 采纳并修改 |  |
| 征求意见阶段 |  | 1.1 | 电针 electroacupuncture | 为何只有电针内容？针刺麻醉技术是否还能有相应的扩展内容？ | 张必萌 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 不采纳，本标准主要聚焦于电针在针刺麻醉中的应用。电针作为一种结合了传统针刺和现代电刺激技术的手段，具有明确的操作规范和临床应用价值。虽然针刺麻醉技术还包括其他形式（如传统手工针刺等），但这些技术在操作方法、效果评估和适用范围上与电针存在显著差异。为了确保标准的专业性和可操作性，本标准专注于电针技术的规范制定。对于其他针刺麻醉技术，可根据其特点和需求单独制定相应的标准，以避免内容过于复杂和冗长，确保每种技术都能得到精准和全面的指导。 |  |
|  | 5.2 | 术前评估 | 是否还得考虑到评估患者对应用针灸技术是否敏感？ | 张必萌 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 部分采纳，后文5.4疼痛耐受量化测评。 |  |
|  | 5.5.2 | 取穴原则：宜安神镇痛，调和气血。 | 为何需要镇痛？理由？ | 张必萌 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 不采纳，骨科患者，术前需镇痛 |  |
|  | 5.7.5.1 | 作用原理：术后早期针刺穴位可提高认知水平，减轻疼痛，进而降低血栓及褥疮风险，增进饮食。 | 这个条目的原理需要重新写？ | 张必萌 | 上海交通大学医学院附属第一人民医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.6.1 | 术中针刺应用-概述 发挥针刺的一系列调整作用 | 表述过于空泛，未精准传达针刺在麻醉准备阶段的核心医学价值和预期生理学效应。 | 赵琛 | 上海中医药大学 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.7.1 | 术后常见并发症防治-概述 术后针刺取穴应避开切口部位，选择肢体远端穴位为宜，根据辨病、辨证、辨经取穴促进术后快速康复，减少并发症、缩短住院时间。术后疗效评价宜参考附录 G。 | 原文内容表述不清晰、缺乏医学依据和临床支持，建议从医学依据、临床依据、语言规范性等方面进行修改，以提高其科学性和可操作性。 | 赵琛 | 上海中医药大学 | 采纳并修改 |  |
| 征求意见阶段 |  | 5.7.3.1 | 术后恶心呕吐-作用原理 能更显著有效的降低术后恶心呕吐的方法 | 表述语义逻辑不通，建议修改为显著降低术后恶心呕吐情况。 | 赵琛 | 上海中医药大学 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.7.4.4 | 波型宜设置为疏波，20Hz | 与前文不一致，请斟酌 | 赵琛 | 上海中医药大学 | 不采纳，根据临床实践得出的电针参数 |  |
|  | 7.1 | 电针仪在首次使用前 | 改为：在首次使用电针仪前 | 朱俊 | 成都中医药大学 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.7.4.1 | 术后穴位刺激能更显著加快术后肠蠕动恢复，可预防术后腹胀的发生。 | 改为：术后针刺刺激能更显著加快术后肠蠕动恢复，可预防术后腹胀的发生。 | 朱俊 | 成都中医药大学 | 采纳 |  |
|  | 5.6.3  | 操作：按毫针基本手法和刺法完成操作，并连接电针仪，波型宜设置为疏密波，20/100 Hz，刺激强度适应患者耐受，持续电针刺激50 min， | 刺激强度适应患者耐受，此时，患者正处于麻醉状态，无法自我评估是否耐受，应当给与一个相对轻柔的刺激，或者改为：以患者在清醒时能耐受的刺激强度为度。 | 朱俊 | 成都中医药大学 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.5.45.5.55.6.45.6.55.7.15.7.2.35.7.3.35.7.4.35.7.5.35.7.6.3 | 宜参考附录 F。宜参考附录 G宜参考附录 F。宜参考附录 G。术后疗效评价宜参考附录 G。宜参考附录 F。宜参考附录 F。宜参考附录 F。宜参考附录 F。宜参考附录 F。 | 改为：参考附录 F。改为：参考附录 G。改为：参考附录 F。改为：参考附录 G。改为：术后疗效评价参考附录 G。改为：参考附录 F。改为：参考附录 F。改为：参考附录 F。改为：参考附录 F。改为：参考附录 F。 | 朱俊 | 成都中医药大学 | 部分采纳，资料性附录有特定的书写规范。 |  |
|  | 附录B.2.1 | 应配备抢救器械，包括但不限于：医用给氧设备、血压计、听诊器、手电筒、备用电池、无纱布、无菌手套、输液器、心内注射针和各型注射器。 | 无菌纱布 | 郑家豪 | 上海交通大学医学院附属仁济医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.7.6.1 | 术后常见并发症防治作用原理术后易出现膀胱内尿液充盈而不能自主排出，针刺可加速术后膀胱功能的恢复,促进尿液自行顺利排出。 | 可否改为“术后易出现尿潴留” | 郑家豪 | 上海交通大学医学院附属仁济医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 附录D.1.2 | 对麻醉药物过敏或存在禁忌，或不能耐受常规药物麻醉及手术创伤的患者； | 这句话里“及”字表达的含义是什么？是“和”，“以及”…… | 郑家豪 | 上海交通大学医学院附属仁济医院 | 采纳并修改 |  |
| 征求意见阶段 |  | 附录E.1.3 | 施术部位破损、局部肿瘤、孕妇腹部、心脏附近、心脏起搏器者、颈动脉窦附近禁用。 | 可否为“心脏起搏器植入者” | 郑家豪 | 上海交通大学医学院附属仁济医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 目次 | 目次的内容 | 参考文献后应写上图1的信息 | 刘成勇 | 溧阳市中医院 | 待修改目次 |  |
|  | 引言 | 尤其对麻醉药物过敏的手术患者，战争、灾难等缺少麻醉药物的特定情况下， | 改为：尤其对麻醉药物过敏的手术患者，以及战争、灾难等缺少麻醉药物的特定情况下， | 刘成勇 | 溧阳市中医院 | 采纳，使本文件更加通顺、规范。 |  |
|  | 5.6.2 | 取穴原则宜镇静安神，通络止痛。 | 建议添加：且依据不同手术类型及患者脏器功能，选取特异的脏器功能保护的穴位。 | 刘成勇 | 溧阳市中医院 | 部分采纳，推荐取穴可参照附录F。 |  |
|  | 引言 | 具有生理干扰少、安全、简便、术后恢复快和并发症少的优点，适用于各种外科择期手术患者，尤其对麻醉药物过敏的手术患者，战争、灾难等缺少麻醉药物的特定情况下，可发挥独特的优势。 | 缺少主语 | 杨文佳 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 4.1 | 实施针刺麻醉技术的操作人员，应具有高级专业技术职称或具有中级专业技术职称，且有五年以上的中医执业医师。。。。。。 | 表述不够清晰和严谨 | 杨文佳 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.5.1 | 术前针刺可优化术前机体状态，减少手术应激，缩短术前禁食时间、稳定患者术中生命体征及防治术后不良反应等。 | 这段话需要逻辑需要调整 | 杨文佳 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 引言 | 以期推动其规范化，助力中西医结合麻醉事业发展。 | 改为：有利于推动其规范化，助力中西医结合麻醉事业发展。 | 陈轶菁 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳，使本文件更加通顺、规范。 |  |
|  | 4.7 | 操作前，操作医师应向患者详细说明针刺麻醉技术的操作流程 | “操作医师”建议改为“操作人员”，与4.1保持一致 | 陈轶菁 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |
|  |  | 5.5.3 | 波型宜设置为疏波，2Hz | 5.4中为“波型宜设置为疏密波，20/100 Hz”，应前后统一 | 陈轶菁 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 不采纳，根据临床实践得出的电针参数 |  |
| 征求意见阶段 |  | 5.4 | c) 其次测量疼痛对应程度，受试者感觉疼痛不能忍受时可以按一下按钮。测三次可以得出疼痛对应的平均值； | 测量三次，和b）保持一致描述 | 彭生 | 上海中医药大学附属龙华医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.7.3.1 | 术后穴位刺激能更显著有效的降低术后恶心呕吐的方法 | 表述有问题 | 彭生 | 上海中医药大学附属龙华医院 | 采纳并修改 |  |
|  |  | 3.1 | 在围术期（术前、术中、术后）整合运用传统针刺技术与现代药物麻醉原理，通过针药协同/复合，旨在优化麻醉管理、减少麻醉药物用量及相关副作用、促进患者加速康复的一种中西医结合麻醉技术。 | 与引言中的定义不完全一致，是否需要统一，请斟酌。 | 彭生 | 上海中医药大学附属龙华医院 | 采纳，使本文件更加通顺、规范。 |  |
|  |  | 引言 | 关键关节 | 关键节点 | 曲宁 | 青海省中医院 | 采纳并修改 |  |
| 征求意见阶段 |  | 5.5.3 | 5.5.3 操作要点5.5.4 术前取穴 | 这两个顺序换一下 | 曲宁 | 青海省中医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.5.4 | 5.5.4 术前取穴 | 改为“推荐取穴”，与后文表述一样 | 曲宁 | 青海省中医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.6.1 | 经过一定的手法和诱导时间，发挥针刺的一系列调整作用 | 这段话没有讲清楚 | 王振宜 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.4 | e) 按毫针操作规范要求进行出针操作，具体操作应符合GB/T 21709.20出针的规定； | 应遵守 | 王振宜 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 6.1 | 针刺不良反应的处理应符合GB/T 21709.9的要求。 | 应遵守 | 王振宜 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.4 | 术前应对患者进行体感诱发电位测量仪量化评估，通过电流刺激引起疼痛来测量痛阈，对知觉、痛觉及疼痛耐受程度给出客观的数据分值，了解患者疼痛耐受程度，以明确术中刺激量与时间：a) 受试者取仰卧位，擦干皮肤上的汗液或水份，将传感器固定于前臂内侧；b) 先测量感知阈值，受试者感知到传感器带来的感觉时可以按一下按钮。测量三次可以得出感知阈值的平均值；c) 其次测量疼痛对应程度，受试者感觉疼痛不能忍受时可以按一下按钮。测三次可以得出疼痛对应的平均值； | 受试者都改为患者，前后对应 | 王均炉 | 温州医科大学附属第一医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 6.4 | 6.4　不良反应涉及操作不当的，应对治疗人员进行教育、批评，严重过失引起的应考虑撤销考核合格。 | “治疗人员”改为“操作人员”，“应考虑撤销考核合格”改为“操作资格” | 王均炉 | 温州医科大学附属第一医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 引言 | 适用于各种外科择期手术患者，尤其对麻醉药物过敏的手术患者，战争、灾难等缺少麻醉药物的特定情况下，可发挥独特的优势。 | 有些不通顺，修改语句如下：适用于各种外科择期手术患者。尤其对麻醉药物过敏的手术患者，或在战争、灾难等缺少麻醉药物的特定情况下，MAA均可发挥独特的优势。 | 孙粼希 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 引言 | 本文件就现代针刺麻醉的基本流程提供技术指导,对该技术规范操作流程中的关键关节进行了规范。 | 改为：本文件就现代针刺麻醉的基本流程以及其中的关键环节进行了规范。 | 孙粼希 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳，使本文件更加通顺、规范。 |  |
|  | 5.3 | 应向患者及家人介绍现代针刺麻醉的特点 | “家人”改为“家属”，避免口语化 | 孙粼希 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |
|  | 5.7.2.5 | 干预时间术后12小时内1次，每日1-2次。 | 持续干预时间未明确 | 孙粼希 | 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 | 采纳并修改 |  |

 |

六、贯彻学会标准的要求和措施建议**（包括组织措施、技术措施、过渡办法等内容）**

**1. 组织措施**

标准发布后，拟在上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、复旦大学中西医结合研究院针灸研究所、北京大学神经科学研究所、南京中医药大学中西医结合学院、浙江中医药大学附属第三医院、中国中医科学院针灸研究所、浙江中医药大学、华中科技大学同济医学院等单位率先开展示范应用。示范区域覆盖覆盖华东、华北、华中、华南等重点区域，构建“东—中—西”联动、“医—研—教”协同的标准贯彻网络，推动标准在全国范围内的有序推广与落地实施。

在学会层面，成立“针刺麻醉标准实施委员会”，由中国针灸学会标准化办公室牵头，联合标准牵头医院、麻醉质控中心、针灸质控中心共同组成。该委员会主要承担以下三项职能：1）标准解释：对标准条文进行权威解读，统一理解；2）争议仲裁：对标准实施过程中出现的争议进行专业裁定；3）修订动议：根据实施反馈，提出标准修订建议。

本团体标准经审查批准发布后，将通过多渠道、多形式开展宣传、贯彻与实施工作，具体措施包括：1）行业主导：由国家中医药管理局政策法规与监督司统一组织，在行业内开展标准的推荐与贯彻工作，确保政策引导与行政推动相结合；2）学会平台：依托中国针灸学会，在国内、国际学术会议及相关活动中积极介绍标准内容，组织专题解读，提升行业认知度与影响力；3）学术推广：鼓励在核心期刊发表与标准相关的研究论文、技术解读与案例分析，推动标准内容的科学传播与持续优化；4）培训认证：定期举办标准培训班，面向相关从业人员开展系统化培训。计划每年组织1–2期培训，每期培训规模约200人，确保标准内容在基层落地生根；5）人员资质认定：建立“针刺麻醉标准岗位证书”制度，实行培训-考核-发证一体化管理，培训时长≥24学时，考核合格率≥90%可获得独立操作资格；证书有效期3年，到期后须接受再评估及新技术模块的补充培训，确保从业人员持续符合标准要求。

**2. 技术措施**

标准化作业包（SOP Kit）：随标准同步发布，内含“流程图+核查表+操作视频”。流程图：将全过程拆解为六大节点——术前评估→术前宣教→疼痛耐受量化测评→术前针刺→术中针刺→术后常见并发症防治，一张图即可速览全周期。核查表：A表“术前准入”，B表“术中质控”，C表“术后康复”，均采用打钩式，30秒完成。操作视频：穴位定位动画、电针参数设置、针药麻醉实景操作。统一生成二维码，扫码即看，离线可缓存，实现碎片化学习。

信息化质控：核心基地统一接入“针药复合麻醉智能决策系统”，具备多模态数据融合能力，实现穴位选择、刺激参数、生命体征、麻醉用药四字段实时抓取；平台内置标准阈值与风险预警模型，偏离即刻弹窗提醒，并同步推送处置建议；术后自动生成结构化质控报告，一键导出，用于科室自查、行业飞检与科研回顾。

**3. 过渡办法**

本标准为首次制定的团体标准，无既往版本或旧规可循，因此不设过渡期。文件自发布之日起即行实施，所有应用单位应自实施日期开始全面执行本标准各项条款。为确保平稳落地，编制组同步发布“宣贯与实施配套包”（培训大纲、操作视频、核查表），供使用单位即时参照执行。

七、相关附录

**（一）调研问卷**

**现代针刺麻醉技术操作规范的构建专家咨询问卷（第一轮）**

**专家致谢信**

尊敬的专家：

您好！首先非常感谢您能在百忙之中抽出时间参与本次问卷填写，我们对您的帮助表示衷心的感谢！该问卷大概需要花费您10分钟的阅读时间。

我们正在进行的是现代针刺麻醉技术操作规范的构建研究，悉知您在相关研究领域及临床工作中有着丰富的经验，故特邀您作为专家顾问填写本次专家函询问卷，期盼您能对本研究给予指导和帮助，我们十分重视您所提出的建议，您给予的宝贵意见将作为我们修订完善该标准草案的重要参考依据，衷心感谢您的参与。以下为本标准制定的相关背景：

一、标准制定目的

现代针刺麻醉是融合针刺与麻醉理论，运用于术前综合评估，术中针药复合，术后加速康复的一种中西医结合的麻醉方式。该技术尚未建立完善的现代针刺麻醉技术操作规范。因此，本规范编写的目的是指导针刺麻醉相关医务人员正确开展外科手术围手术期现代针刺麻醉技术，亦为各级各类医院及机构提供现代针刺麻醉技术操作规范，使针刺麻醉的应用更规范、更安全。

二、标准制定过程

《现代针刺麻醉技术操作规范》项目由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院提出并组织实施，中国针灸学会归口。项目组由周嘉、李璟等人参与起草。项目组在针刺麻醉临床实践与临床试验基础上，遵循循证医学的理念与方法，用国际公认的证据质量评价及推荐方案分级规范与古代文献证据、专家临床证据相结合，形成标准初稿，开展了文献标准起草、专家论证、同行征求意见等工作，并在项目工作组多次分析研究的基础上，目前初步形成了《现代针刺麻醉技术操作规范》的草案，内容包括范围、规范性引用文件、术语和定义、术语与定义、总体要求、操作步骤与要求、注意事项、不良反应处理等的7个部分。目前本量表围绕现代针刺麻醉技术操作规范的各级要素进行专家咨询问卷调查，为标准的优化和构建提供参考依据。

三、问卷填写说明

本课题咨询问卷共分为两部分，第一部分为函询问卷，第二部分为专家相关信息表。本咨询分为两轮，此次为第一轮专家咨询，请您根据填表说明，将自己独立的意见逐项填入相应的栏目中。本次以匿名方式进行函询，对于您提供的基本资料仅用于统计分析，研究者绝对不会泄露您的相关信息。您在问卷填写过程中有任何疑问可随时与本研究组成员联系，为确保问卷的可靠性与及时性，热切期盼您能在两周内给予答复。衷心感谢您对我们课题的支持与配合！

祝您身体健康，工作顺利！

上海中医药大学岳阳中西医结合医院

 联系人：

 电话：

 邮箱：

**一、函询问卷**

填表说明：本问卷旨在确定《现代针刺麻醉技术操作规范》，评估体系包括7个部分。现就各个要素设置是否合理，条目重要性程度征求您的意见。

1. 条目的纳入程度选项分为：5=必须纳入，4=应该纳入，3=考虑纳入，2=可不纳入，1=不纳入。请您根据判断在相应的框内用“√”进行勾选。
2. 如若您认为该内容不合适、表达不正确、应该删除或有需要补充请在“修改、补充、删除建议”栏中写明，请勿空项和漏项。
3. 如果您认为该部分要素下尚有其他需要补充的症状，请在最后一行“您认为需要增加的项目”所对应的空格处发表您的意见，并列举出相应的参考文献。

**缩略词：**

**针刺麻醉Acupuncture Anesthesia, AA：**指用针刺止痛效应预防手术中的疼痛及减轻生理功能紊乱的一种方法，其作用类似于西医学的麻醉，故称针刺麻醉，又称“针刺经络穴位麻醉疗法”，简称“针麻疗法”。

**现代针刺麻醉Modern Acupuncture Anesthesia, MAA**：指融合针刺与麻醉的原理，应用于术前综合评估，术中针药复合，术后加速康复的一种中西医结合的麻醉方式。

**围术期医学Perioperative-medicine, POM：**指围绕手术的一个全过程，从病人决定接受手术治疗开始，到手术治疗直至基本康复，包含手术前、手术中及手术后的一段时间，具体是指从确定手术治疗时起，直到与这次手术有关的治疗基本结束为止，时间约在术前5-7天至术后7-12天。

**加速康复外科Enhanced Recovery After Surgery, ERAS：**指采用一系列有循证医学证据支持的围手术期处理优化措施，以有效降低手术患者机体应激反应，达到快速康复的目的。

**电针Electroacupuncture, EA:** 指在毫针得气的基础上，应用电针仪输出脉冲电流，通过毫针作用于人体一定部位以达到预防疾病的一种针刺方法。

**经皮穴位电刺激Percutaneous Acupoint Electrical Stimulation, TEAS:** 指将欧美国家的经皮电神经刺激疗法(transcutaneous electric nerve stimulation, TENS)与针灸穴位相结合，通过皮肤将特定的低频脉冲电流输入人体以刺激穴位，治疗疾病的一种方法。

**一、****基本要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本要求 | 纳入程度赋值 | 修改、补充、删除建议 |
| 实施针刺麻醉技术的操作人员，应具有高级专业技术职称或具有中级专业技术职称，且有五年以上的中医执业医师、中西医结合执业医师或经过系统中医培训的西医师相关工作经验。操作人员上岗前，应接受针刺辅助麻醉技术专业培训并考核合格。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 针刺麻醉技术操作的环境与设施配备应符合附录B的规定。 |  |  |  |  |  |  |
| 针刺麻醉技术操作的安全管理应符合附录C的规定。 |  |  |  |  |  |  |
| 针刺麻醉技术操作应参照GB/T 21709.21执行。 |  |  |  |  |  |  |
| 基本刺法应参照GB/T 21709.20执行。 |  |  |  |  |  |  |
| 所使用的针具选择应符合GB/T 21709.20的规定。 |  |  |  |  |  |  |
| 操作前，操作医师应向患者详细说明针刺麻醉技术的操作流程、拟定方案、预期效果、相关医疗风险以及替代治疗方案等信息。患者应在充分理解上述信息后，签署书面知情同意书。 |  |  |  |  |  |  |
| 针刺麻醉技术的主要适应症见附录D。 |  |  |  |  |  |  |
| 针刺麻醉技术的禁忌症见附录E |  |  |  |  |  |  |
| 您认为需要增加的项目 |  |  |  |  |  |  |

**二、****操作步骤与要求**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 阶段 | 条目 | 纳入程度赋值 | 修改、补充、删除建议 |
| 术前针刺准备 | 术前应评估患者身体状况，应满足下列要求：a)符合外科疾病诊断标准，择期行外科手术；b)入院完善辅助检查后，经评估符合麻醉医师协会分级Ⅰ～Ⅲ级且无其他系统严重合并疾患的：1)Ⅰ级：体格健康，发育营养良好，各器官功能正常；2)Ⅱ级：除外科疾病外，有轻微并存病，功能代偿健全；3)Ⅲ级：并存病情严重，体力活动受限，但尚能应付日常活动。c)年龄大于等于18岁且小于等于90岁，术前均需经麻醉科、针灸科、外科手术医师联合会诊评估；d)术前针麻效果预测良好；e)签署知情同意书。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| 术前宣教 |  |  |  |  |  |  |
| 疼痛耐受量化测评 |  |  |  |  |  |  |
| 术前针刺应用：取穴宜参考附录 F。按毫针进针和行针方法完成操作，并连接电针仪，波型宜设置为疏波，2 Hz，刺激强度适应患者耐受，持续30 min，具体应符合GB/T 21709.11-2009电针的要求。 |  |  |  |  |  |  |
| 您认为需要增加的项目 |  |  |  |  |  |  |
| 术中针刺 | 麻醉前针刺诱导：诱导时间一般在20～30min。 |  |  |  |  |  |  |
| 术中持续针刺刺激：取穴宜参考附录 F。按毫针基本手法和刺法完成操作，并连接电针仪，波型宜设置为疏密波，20/100 Hz，刺激强度适应患者耐受，持续电针刺激50 min，暂停刺激20 min，重复以上操作，直至手术结束，具体应符合GB/T 21709.11-2009电针的要求。 |  |  |  |  |  |  |
| 您认为需要增加的项目 |  |  |  |  |  |  |
| 术后针刺 | 加速术后康复：取穴宜参考附录 F。选取穴位后，按毫针基本手法和刺法完成操作，并连接电针仪，波型宜设置为疏密波，20/100 Hz，刺激强度适应患者耐受，持续电针刺激30 min，具体应符合GB/T 21709.11-2009电针的要求。术后12小时内1次，每日1-2次。 |  |  |  |  |  |  |
| 术后恶心呕吐：取穴宜参考附录 F。选取穴位后，按毫针基本手法和刺法完成操作，并连接电针仪，波型宜设置为疏密波，20/100 Hz，刺激强度适应患者耐受，持续电针刺激30 min，具体应符合GB/T 21709.11-2009电针的要求。术后12小时内1次，术后1-2次/天，持续3天。 |  |  |  |  |  |  |
| 术后胃肠功能障碍：取穴宜参考附录 F。选取穴位后，按毫针基本手法和刺法完成操作，并连接电针仪，波型宜设置为疏波，20 Hz，刺激强度适应患者耐受，持续电针刺激30 min，具体应符合GB/T 21709.11-2009电针的要求。术后1-2次/天，持续3天。 |  |  |  |  |  |  |
| 术后认知障碍、谵妄：取穴宜参考附录 F。选取穴位后，按毫针基本手法和刺法完成操作，并连接电针仪，波型宜设置为疏密波，20/100 Hz，刺激强度适应患者耐受，持续电针刺激30 min，具体应符合GB/T 21709.11-2009电针的要求。术后1次/天，持续3天。 |  |  |  |  |  |  |
| 术后尿潴留：取穴宜参考附录 F。选取穴位后，按毫针基本手法和刺法完成操作，并连接电针仪，波型宜设置为疏密波，20/100 Hz，刺激强度适应患者耐受，持续电针刺激30 min，具体应符合GB/T 21709.11-2009电针的要求。术后1次/天，持续3天。 |  |  |  |  |  |  |
| 您认为需要增加的项目 |  |  |  |  |  |  |
| 注意事项 | 电针仪在首次使用前应仔细阅读产品使用说明书，掌握电针仪的性能、参数、使用方法、注意事项及禁忌症等内容。 |  |  |  |  |  |  |
| 靠近延脑、脊髓等部位使用电针时，电流量宜小，并注意电流的回路不要横跨中枢神经系统，不可过强刺激。 |  |  |  |  |  |  |
| 电流不得直接流过心脏，如不允许左右上肢的两个穴位同时接受一路输出治疗。 |  |  |  |  |  |  |
| 电针治疗过程中病人出现晕针现象时，应立即停止电针治疗，关闭电源，按毫针晕针的处理方法处理。 |  |  |  |  |  |  |
| 电针治疗过程中应确保每组输出电流回路通畅，电针仪输出端与电极线，电极线与毫针之间不应产生任何接触不良现象。 |  |  |  |  |  |  |
| 使用毫针的注意事项，同样适用于电针。 |  |  |  |  |  |  |
| 电针仪的日常保养和维护规则参考产品使用说明书。 |  |  |  |  |  |  |
| 您认为需要增加的项目 |  |  |  |  |  |  |

**三、其他内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 阶段 | 条目 | 纳入程度赋值 | 修改、补充、删除建议 |
| 技术人员要求评价 | 现代针刺麻醉技术实施需要一定经验和技术，临床医生必须取得相应的医师资格证书，，针刺操作及穴位选择应由具有丰富临床经验的主治医师以上专业技术职务任职资格的中医类别执业医师拟定。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |
| A.1 培训内容应包括针刺操作方法、穴位定位、操作规范、治疗禁忌、意外事件处理等内容；A.2 培训时间不少于24学时；A.3 培训考核涉及针灸学、麻醉学、围术期医学等基本内容；A.4 考核范围参照培训内容，力求全面具体；A.5 考核内容应以操作考为主，辅以理论知识考核；A.6 考核合格的医师应由医院或地方针灸学会颁发证书并盖章存档；A.7其他。 |  |  |  |  |  |  |
| 工作期间应着白大褂或统一的工作服，仪表端庄。 |  |  |  |  |  |  |
| 对待患者态度认真仔细，举止大方得体，言语诚恳亲切。 |  |  |  |  |  |  |
| 您认为需要增加的项目 |  |  |  |  |  |  |
| 治疗室环境 | 操作环境要求评价 |  |  |  |  |  |  |
| 针刺麻醉手术室操作区应符合GB 15982规定的Ⅰ类或Ⅱ类环境标准，符合洁污分开的原则。  |  |  |  |  |  |  |
| 针刺麻醉病房操作区应符合GB 15982规定Ⅲ类环境标准,符合洁污分开的原则。 |  |  |  |  |  |  |
| 治疗室安全 | 应配备抢救器械，包括但不限于：医用给氧设备、血压计、听诊器、手电筒、备用电池、无纱布、无菌手套、输液器、心内注射针和各型注射器。 |  |  |  |  |  |  |
| 应有最基本的急救药物，包括但不限于：肾上腺素、阿托品、洛贝林、尼可刹米、硝酸甘油、利多卡因、多巴胺、阿拉明、西地兰、呋塞米、安定、地塞米松。 |  |  |  |  |  |  |
| 您认为需要增加的项目 |  |  |  |  |  |  |
| 不良反应处理评价 | 针刺不良反应的处理应符合GB/T 21709.9的要求。 |  |  |  |  |  |  |
| 处理过程仔细认真，动作轻柔，避免造成二次伤害。 |  |  |  |  |  |  |
| 记录不良反应类型、具体症状、处理方法，应及时向药监部门上报并备案存档。 |  |  |  |  |  |  |
| 不良反应涉及操作不当的，应对治疗人员进行教育、批评，严重过失引起的应考虑撤销考核合格。 |  |  |  |  |  |  |
| 您认为需要增加的项目 |  |  |  |  |  |  |