DB34/ XXXXX—XXXX

ICS
CCS

T/CRACM

中 国 中 医 药 研 究 促 进 会 标 准

T/CRACM/ XXXXX—XXXX

推拿治疗颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块操作规范

Operation Specifications for Treating Cervical Spondylosis with Atherosclerotic Plaques Through TuinaTherapy

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX - XX - XX 发布　　XXXX - XX - XX 实施

中国中医药研究促进会　　发布

目　次

前言 ..... 错误！未定义书签。
1 范围 1
2 规范性引用文件 1
3 术语和定义 1
4 服务人员要求 1
5 基本要求 2
6 基本手法操作步骤与要求 3
7 注意事项 3
8 施术禁忌 3
9 疗程设计 4
10 疗效评价 5

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。

本文件由安徽中医药大学第二附属医院(安徽省针灸医院)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：安徽中医药大学第二附属医院(安徽省针灸医院)、上海中医药大学附属曙光医院安徽医院、芜湖市中医医院、马鞍山市中医院、杭州市红十字会医院(浙江省中西医结合医院、浙江中医药大学附属中西医结合医院)

本文件主要起草人：蒋涛、高大红、倪璐、栾国瑞、王肖煜、陈飞、海兴华、郭庆军、王聪、潘亚萍、桂美琳、何雨霞、周梦雨、胡俊杰、袁钰、李金泉、姚宽、熊博文、黄海燕、陈芳、刘芳

推拿治疗颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块的操作规范

1.范围

本文件规定了推拿治疗颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块的操作人员要求、基本要求、操作流程、疗程与注意事项、与预防及疗效评价等内容，明确了推拿治疗颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块中的技术规范与质量管控要求。

本文件适用于各级中医院、中西医结合医院、社区卫生服务中心及具备相应资质的中医诊所中，由符合资质的医务人员开展的推拿治疗颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块临床操作。

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。

GB15982　医院消毒卫生标准

WS/T 313　医务人员手卫生规范

3.术语和定义

T/CACM 1457-2023 下列术语和定义适用于本文件（暂定）。

3.1 颈椎病 Cervical Spondylosis

颈椎病是一种由颈椎部位的退行性病理改变引发的疾病，主要原因由颈椎长期劳损、骨质增生或椎间盘突出、韧带增厚等因素导致压迫颈脊髓、神经根、椎动脉而引发的疾病。

3.2 颈动脉粥样硬化型斑块 carotid atherosclerotic plaques

颈动脉斑块是颈动脉内壁发生脂肪和钙类物质沉积，是颈动脉粥样硬化的重要表现，好发于颈总动脉分叉处，认为与老年人缺血性脑卒中的发生密切相关。

3.3 推拿（按摩）Tuina

在人体体表一定部位或穴位施以各种手法，或借助一定器械，或配合药物等外用介质，或配合特定肢体活动，或配合功法练习的中医诊疗方法。

3.4 推拿手法 Tuina Manipulation

医者运用手或肢体其它部位或借助器械，在患者体表进行操作以防治疾病的规范化技巧动作，以力的形式作用于体表的特定部位或穴位，以达到防治疾病和强身健体目的的一种治疗方法。

4 服务人员要求

4.1 资质要求

对于颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块的患者开展推拿治疗的操作人员需具备以下资质，缺一不可：

执业资质：持有有效的《医师执业证书》，执业范围为中医类别，且在医疗机构注册执业。

专业职称：具备医师及以上职称，其中住院医师需在主治医师及以上职称医师指导下开展操作，独立操作需具备主治医师及以上职称。

专项培训：完成推拿治疗颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块专项培训（培训时长≥36学时，含理论培训12学时、实操培训24学时），考核合格并取得培训合格证书；

实操经验：独立开展推拿治疗颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块操作前，需在指导下完成≥20例推拿治疗颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块操作，且无不良事件记录。

4.2 技能要求

操作人员需熟练掌握以下技能，确保操作安全与疗效：

穴位定位：100%准确定位本文件规定的主穴与配穴，误差≤0.5cm（按骨度分寸法测量），可通过体表标志、指压法辅助定位；

手法选择：根据患者体型、年龄、耐受程度选择适合的手法，避免直接作用于颈动脉、胸锁乳突肌等处的手法，避免强刺激、暴力操作及快速旋转、扳动等高风险手法；

手法参数选择：根据患者体型、年龄、耐受程度选择适合的手法力度大小、作用力深度、旋转角度、治疗频次等；

应急处理：熟练掌握皮肤破损及瘀斑、软组织损伤、疼痛等异常情况的处理，并密切关注患者肢体麻木、晕厥等意外情况的发生，能及时启动应急措施。

4.3 职业素养

4.3.1 知情告知

操作前需向患者详细说明推拿治疗对于颈椎病伴动脉粥样硬化型斑块患者的原理、操作流程、预期效果、可能的术后反应及风险，对应的术后反应及风险处理方式，签署《知情同意书》。

4.3.2 无菌观念

严格遵守无菌操作规范，包括手部消毒、治疗巾消毒等。

4.3.2 记录规范

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

4.3.3 随访意识

按规定开展随访，跟踪患者为期1个月的术后反应、肢体麻木、头晕等症状，观察心脑血管不良事件发生情况，使患者及家属能及时采取应急措施。

5 基本要求

5.1 诊疗环境要求

5.1.1 空间要求

a) 治疗室面积：单张治疗床占地面积≥6㎡（床间距≥1.5m），避免操作时相互干扰。
b) 分区设置：治疗室需划分操作区、患者休息区，各区功能明确，有明显标识。
c) 通风采光：自然通风≥2 次/天（每次≥30 分钟），或配备机械通风系统（换气次数≥6 次/小时）；采光充足，照度≥300lx（操作区），避免强光直射。

5.1.2 清洁与消毒

a) 日常清洁：治疗室地面、治疗床、治疗凳，每日用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭 1 次；床单、枕套等织物每日更换，污染时立即更换。
b) 空气消毒：每日治疗前、后用紫外线灯（辐照强度≥70μW/cm²）照射消毒 30 分钟，或采用空气净化设备（洁净度≥8 级），消毒后空气中菌落总数≤4cfu/皿（沉降法，30 分钟）。

5.1.3 设备与设施

a） 基础设备：配备治疗床（可调节高度，床垫防水、易清洁）、治疗凳、经消毒或一次性使用治疗巾、紫外线消毒灯、血压计。

b） 应急设备：配备急救箱（含肾上腺素、抗组胺药、止血带、无菌纱布）、吸氧设备、心电监护仪（用于高危患者监测），所有应急设备需定期检查（每月 1 次），确保功能正常。

6 基本手法操作步骤与要求

6.1 施术体位要求

应选择受术者舒适，施术者便于操作的体位。应按照先坐位，再仰卧位的顺序进行施术，避免受术者体位反复变动。

6.2 操作方法

6.2.1 穴位选择

穴位基本处方可选择风府、风池（双）、肩井（双）、肩外俞（双）、天宗（双）等。

6.2.2 手法操作步骤

a） 患者取坐位，先以一指禅推法施术于双侧风池穴；接着以拇指尺侧推法沿寰枕关节向风府方向推按，左手推右侧，右手推左侧；再按揉双侧颈臂穴，并一指禅推法双侧肩臂。

b） 患者取仰卧位，以大鱼际揉前额区域；接着依次按揉印堂、睛明、太阳、百会、四神聪，分抹前额，自头向足拿五经（督脉、膀胱经、胆经），最后用拇指偏峰快速扫散颞侧胆经循行区域。

6.3 施术后处理

受术者宜短暂休息 5～10 分钟，可饮适量温开水。嘱受术者注意局部保暖。

7 注意事项

a） 施术前 1 小时内，受术者避免进餐及过多饮水。

b） 操作者应手法柔和，力度应先轻后重，避免受术者出现不适（如头晕、心慌、乏力、肢体疼痛等）。若受术者出现不适应立即停止施术，并注意观察神志、血压、心率等。

c） 操作者在操作时不应戴戒指等首饰，指甲应保持短而圆润。

d） 施术中，如出现皮肤破损则应及时涂龙胆紫等以防感染，并保护创面。如出现肌肉等软组织损伤（如组织水肿等）则应停止操作必要时进行相关医学观察处理。

e） 施术中，如对异性患者胸部、下腹部、臀部等敏感部位进行操作时，应对患者进行告知并征得患者同意，同时应有辅助人员在场。

8 施术禁忌

a) 传染病患者不宜施术。

b) 施术部位有严重皮肤破损/皮肤病或恶性肿瘤者不宜施术。

c) 有颈椎骨折或脱位/颈椎肿瘤/颈椎感染/严重骨质疏松/椎动脉型颈椎病（急性期）/严重心血管疾病等者禁止施术。

d) 有循环/呼吸/神经等系统严重疾病者禁止施术。

e) 急性脊柱损伤或伴有脊髓症状，手法可能加剧脊髓损伤者禁止施术。
f) 出凝血功能障碍者禁止施术。
g) 月经期/妊娠期妇女不宜施术。
h) 有精神病/不能配合医生操作的受术者禁止施术。
i) 过饥/过饱/酗酒者禁止施术。

9.疗程设计

9.1 治疗原则

本疗程设计以中医整体观和辨证施治为指导原则，在确保操作安全性的前提下，通过规范化推拿手法，改善颈项局部力学失衡状态，缓解神经与血管受压或刺激，促进颈部及脑部血液循环，降低炎症反应水平，达到缓解临床症状、改善功能状态及降低脑血管事件风险的目的。

疗程设计应遵循循序渐进、个体化调整原则，避免直接作用于颈动脉、胸锁乳突肌等处的手法，避免强刺激、暴力操作及快速旋转、扳动等高风险手法，确保对颈动脉粥样硬化型斑块患者的安全性与可重复性。

9.2 治疗频次与疗程安排

9.2.1 治疗频次

每周治疗 3～5 次，原则上隔日1次；症状较重但生命体征平稳者，可在医师评估后适当增加至每周 5 次；高龄或合并多系统慢性疾病者，宜控制在每周3 次。

9.2.2 单次治疗时间

每次治疗时间控制在20～30分钟，其中坐位操作约10～15分钟，仰卧位操作约10～15分钟，不宜超过30分钟，以防诱发疲劳或不适反应。

9.2.3 疗程设置

以10次治疗为1个疗程。一般建议连续完成1～2个疗程后进行阶段性疗效评估，根据评估结果决定是否继续治疗或调整方案。

9.2.4 疗程间隔

连续完成1个疗程后，如需继续治疗，疗程间可间隔3～7天，以利于机体调节与恢复。

9.3 疗程分期与调整

9.3.1 初期阶段（第 1～3 次）

以舒筋通络、缓解肌肉痉挛、改善局部微循环为主，手法宜轻柔、均匀，避免深压颈动脉走行区域，重点观察患者对推拿刺激的耐受情况及不良反应。

9.3.2 中期阶段（第 4～7 次）

在患者耐受良好的前提下，逐步加强对颈肩部软组织紧张点及相关经筋的松解，手法力度由轻至中等，以症状改善为度，不得追求“强刺激”效果。

9.3.3 后期阶段（第 8～10 次）

以巩固疗效、改善功能状态及预防复发为主，手法以协调、柔和为原则，可适当减少刺激强度，加强整体经络调节。

9.4 合并治疗与综合管理

推拿治疗期间，可在医师指导下联合常规西医基础治疗（如降脂、抗血小板治疗），推拿不得替代必要的药物治疗。

治疗期间应同步开展生活方式干预，包括颈部功能锻炼指导、姿势管理、饮食与血脂管理宣教等，以提高整体疗效和远期获益。

9.5 疗程中止与调整指征

疗程中如出现明显头晕、心悸、血压异常波动、肢体麻木加重或其他不良反应，应立即中止治疗，并进行相应医学评估与处理。

若连续1个疗程治疗后症状无明显改善，或影像学及相关指标提示风险增加，应重新评估适应证，必要时终止推拿治疗。

10 疗效评价

10.1 评价指标

疗效评价应坚持客观性、可重复性和安全性原则，采用临床症状、功能状态及辅助检查指标相结合的多维度综合评价体系。

10.1.1 临床症状指标

包括但不限于：

a) 颈项部疼痛程度：疼痛程度可采用视觉模拟评分法（VAS）进行评定；
b) 头晕、头痛、眩晕发作频率与持续时间；
c) 上肢麻木、乏力等神经症状；
d) 日常生活活动受限程度。

10.1.2 功能评价指标

采用颈椎功能障碍指数（Neck Disability Index，NDI）或同类经验证量表，对患者颈椎活动功能及生活质量进行量化评估。

10.1.3 血流动力学及影像学指标

在条件允许时，应结合颈动脉彩色多普勒超声检查，评价以下指标：

颈总动脉、颈内动脉血流速度；

血管内径及血流阻力指数；

动脉粥样硬化斑块的位置、大小及稳定性特征（如回声性质）。

10.1.4 实验室指标

在具备条件的情况下，可检测炎症相关指标，如白细胞介素-1β（IL-1β）、白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）等，用于辅助评价治疗前后炎症状态变化

10.2 评价方法与流程

10.2.1 评价方法

基线评价：治疗前应对患者进行全面评估，包括病史采集、体格检查、症状评分、功能量表评定及必要的影像学或实验室检查，作为疗效评价的基线资料。

疗程后评价：在完成 1 个疗程治疗后，采用与基线评价相同的方法和工具，对患者进行再次评估，比较治疗前后各项指标的变化。

随访评价：对完成治疗的患者，可在治疗结束后 1～3 个月进行随访评估，观察疗效维持情况及复发情况。

10.2.2 评价流程

a) 治疗前完成基线评估并建立病例档案；
b) 严格按照本标准实施推拿治疗并完成既定疗程；
c) 疗程结束后进行阶段性疗效评估；
d) 必要时开展随访评价，综合判断近期及中期疗效；
e) 根据评价结果决定是否继续治疗、调整方案或终止治疗。

10.3 疗效评价记录与存档

10.3.1 疗效评价记录

疗效评价记录应包括但不限于：
患者基本信息；
诊断依据及分型情况；
治疗方案与疗程安排；
治疗前、治疗后及随访阶段的评价指标数据；
治疗过程中出现的不良反应及处理情况。

10.3.2 记录要求

疗效评价记录应真实、完整、准确，字迹清晰，不得随意涂改；电子病历应具备可追溯性。

10.3.3 资料存档

疗效评价相关资料应按照医疗机构档案管理制度统一保存，保存期限不少于 5 年；涉及科研或质量控制用途的资料，应在患者知情同意的前提下规范使用。