

团 体 标 准

T/HAICWM XXXX—XXX

经筋推拿治疗非特异性颈痛的临床诊疗 专家共识

Expert consensus on clinical diagnosis and treatment of non-specific neck pain
utilizing meridian-sinew Tuina

（公示稿）

（本草案完成时间：2026 年 7 月 31 日）

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

湖南省中医药和中西医结合学会 发 布

目次

前言 II

引言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 诊断标准 2

5 诊疗技术操作规范 3

6 适应证 4

7 禁忌证 4

8 异常情况及处理 5

附录 A（资料性）手阳明经筋型非特异性颈痛经筋推拿诊疗操作流程 6

附录 B（资料性）手阳明经筋型非特异性颈痛触诊操作示例 8

附录 C（规范性）经筋推拿治疗非特异性颈痛操作手法 10

参考文献 11

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。

本文件由湖南中医药大学提出。

本文件由湖南省中医药和中西医结合学会归口。

本文件起草单位：湖南中医药大学、湖南中医药大学第二附属医院、湘南学院、湘南学院附属医院、湖南中医药大学附属益阳中医医院（益阳市第一中医医院）、北京中医药大学东直门医院、成都中医药大学、长春中医药大学、辽宁中医药大学、山西中医药大学、陕西中医药大学、新疆医科大学、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、黑龙江中医药大学附属第二医院、北京中医药大学东方医院、天津中医药大学第一附属医院、山东中医药大学附属医院（山东省中医院）、湖北中医药大学附属医院（湖北省中医院）、河南中医药大学第三附属医院、广州中医药大学第二附属医院（广东省中医院）、广西中医药大学附属防城港医院、浙江中医药大学第三附属医院、湖南中医药大学附属岳阳医院（岳阳市中医医院）、福建中医药大学附属康复医院、江西中医药大学附属医院、云南中医药大学第一附属医院（云南省中医医院）。

本文件主要起草人：李江山、李武、陈菁、熊暑霖、刘松涛、罗友民、于长禾、冯祥、龚智超、黄文韬、李鑫、王春林、吕立江、孙武权、刘明军、刘俊昌、吴山、陈水金、李同军、李华南、李华东、张玮、国生、赵焰、郭现辉、唐宏亮、袁海光、董宝强、蒋学余、彭德忠、翟春涛。

引言

0.1 背景信息

非特异性颈痛（non-specific neck pain, NSNP），中医称“项痹”，归属于经筋病的范畴，流行病学显示其年发病率高达20%~50%，且呈逐年上升趋势，是造成近二十年全球医疗负担加重的主要原因之一。国内外权威循证临床指南及专家共识均推荐手法治疗（包括中医推拿）作为干预NSNP的有效手段。推拿从业者在NSNP的临床诊疗中多以“经筋理论”为指导，使用经筋推拿技术治疗NSNP，但目前国内尚无经筋推拿治疗NSNP的规范化临床指南或专家共识，推拿从业者对NSNP的诊疗多依赖个人经验，以局部对症治疗为主，没有充分发挥中医整体观念、辨证论治和治病求本的诊疗理念。基于此，为科学指导经筋推拿诊疗NSNP的临床实践，奠定下一步经筋推拿临床循证研究基础，推动推拿学科的规范化发展，特制定本共识，供中医师、中西医结合医师、康复治疗师、盲人按摩师、手法治疗从业人员、临床及基础科研人员、方法学研究专业人员、非特异性颈痛患者、医疗行业政策制定者及执行者使用。

0.2 资金资助及利益冲突情况

本专家共识得到湖南省中医药管理局重点课题（A2024005）、湖南省卫生健康科研课题（20254186）及湖南省财政厅专项经费资助；制定工作组成员均签署了《利益冲突声明书》，均声明不存在与本专家共识相关的经济利益冲突或非经济利益冲突。

经筋推拿治疗非特异性颈痛的临床诊疗专家共识

1 范围

本文件规定了非特异性颈痛的诊断标准、经筋推拿诊疗技术操作规范、适应证、禁忌证和异常情况处理。

本文件适用于非特异性颈痛经筋推拿临床诊疗。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

非特异性颈痛 non-specific neck pain

没有明确的特定病因及诊断的颈部疼痛或伴随颈部活动功能障碍。

3.2

筋病变型非特异性颈痛 meridian sinew disorder-type non-specific neck pain

非特异性颈痛中同时具有经筋病变典型病理表现的类型。

3.3

经筋 meridian sinews

人体经络系统中附属十二经脉，具有连属和运动作用，从四肢末端走向头身，结聚于关节、骨骼部的筋肉系统。

注：经筋是多种人体组织器官（如皮肤、肌肉、筋膜、神经）在结构与功能上的整合。

3.4

经筋病变 meridian-sinew disorders

人体十二经筋由于感受外邪、劳损内伤等因素，在经筋循行分布区域出现筋脉牵引、拘挛、疼痛、弛缓、无力等症状，同时循筋诊查能够发现特征性的病理表现。

3.5

经筋推拿 meridian-sinew Tuina

以中医经筋理论为指导，在经筋辨证的基础上，应用特定的推拿治疗技术治疗临床疾病的一种中医外治法。

3.6

经筋结点 meridian-sinew binding site

十二经筋循行与骨骼、关节部相联结的位置相对固定的特殊节点。

注：经筋结点是经筋气血结聚、筋骨活动的关键部位，经筋病变时可转化为筋结点。

3.7

筋结点 meridian-sinew node

在病变经筋循行分布区域，触诊有局限性高张力感，按压时局部有明显酸胀感，甚至可牵涉到更深及循筋更远端区域的特异性反应点。

3.8 施术者 operator

使用经筋推拿技术进行非特异性颈痛临床诊疗的从业者。

3.9

受术者 recipient

接受经筋推拿诊疗的非特异性颈痛患者。

4 诊断标准

4.1 非特异性颈痛临床诊断标准

同时符合a)和b)，且c)或d)至少符合1项，可诊断为经筋病变型非特异性颈痛。

- a) 颈部僵硬、疼痛，主动活动受限。
- b) 排除因创伤、肿瘤、感染、神经损伤等特异性病因导致的颈部疼痛。
- c) 查体关节活动度评估显示活动度降低，颈部一个或多个节段存在关节活动障碍，颈椎关节突关节、椎体或相关肌肉存在压痛。
- d) 影像学检查可见颈椎生理曲度变直和（或）颈椎小关节的增生等退行性改变。

4.2 非特异性颈痛经筋辨证诊断通则

同时符合a)～d)，且e)～h)至少符合1项，可诊断为经筋病变型非特异性颈痛。

- a) 以颈项部经筋循行所过区域钝痛为主，多伴有颈项部紧张、僵硬感，劳累后加重，休息或适当运动后缓解。
- b) 经筋循行所过的颈部及其邻近区域出现特定方向的主动及被动活动受限。
- c) 急性、慢性颈部损伤病史或长期保持不良姿势。
- d) 颈项部疼痛区域软组织张力增高，局部及相应循行远端区域可触及明显筋结点。
- e) 疼痛常在特定动作或体位下被诱发或加重，多见于软组织受牵拉或挤压时。
- f) 筋结点分布在软组织与骨关节的连接处以及肌肉筋膜组织中，其深浅位置与所在区域软组织厚度相匹配。
- g) 筋结点触诊有局限性高张力感，按压以局部酸胀痛为主，可牵涉到更深及循筋更远端区域。
- h) 影像学检查提示疼痛区域局部软组织硬度增高，筋结点处有明显形态学改变。

4.3 非特异性颈痛分筋辨证诊断细则

符合下列任意一项，可诊断为该项所对应的经筋病变型非特异性颈痛。

注：可能出现多条经筋病变同时存在的情况。

- a) 手阳明经筋型非特异性颈痛，主要表现为颈前部疼痛，颈后伸及旋转功能障碍，上肢手阳明经筋循行远端区域可触及筋结点。
- b) 足阳明经筋型非特异性颈痛，主要表现为颈前部疼痛，颈后伸功能障碍，下肢足阳明经筋循行远端区域可触及筋结点。
- c) 足少阳经筋型非特异性颈痛，主要表现为颈侧方疼痛，颈侧屈功能障碍，下肢足少阳经筋循行远端区域可触及筋结点。
- d) 足太阳经筋型非特异性颈痛，主要表现为颈后部疼痛，颈前屈功能障碍，下肢足太阳经筋循行远端区域可触及筋结点。
- e) 手太阳经筋型非特异性颈痛，主要表现为颈后部疼痛，颈前屈及旋转功能障碍，上肢手太阳经筋循行远端区域可触及筋结点。
- f) 手少阳经筋型非特异性颈痛，主要表现为颈侧后部疼痛，颈前屈、侧屈或旋转功能障碍，上肢手少阳经筋循行远端区域可触及筋结点。
- g) 足少阴经筋型非特异性颈痛，主要表现为颈后部疼痛，颈后伸功能障碍，下肢足少阴经筋循行远端区域可触及筋结点。

5 诊疗技术操作规范

5.1 施术前准备

5.1.1 环境要求

治疗室应卫生洁净、安静，避免噪声干扰，光线应充足、柔和，避免强光刺激，有助于受术者放松。室内温度宜保持在 24℃~30℃，室内应保持空气流通的同时应避免直接的对流风或让风扇、空调直吹受术者，防止其感受风邪。

5.1.2 施术者的规范准备

施术者应在操作前修剪指甲、清洁双手，摘掉戒指、手链、手表等硬物，防止划伤受术者皮肤。必要时施术者预先暖和双手，避免对受术者的冷刺激。

5.1.3 受术者体位选择

受术者通常采用坐位（如端坐位、俯坐位）或俯卧位。坐位时嘱受术者颈部自然放松，卧位时头部可稍垫高，保持颈部处于舒适的生理曲度；充分暴露颈肩部施术部位，根据需要为受术者盖上按摩巾，注意保暖及保护患者隐私。

5.1.4 施术前宣教

向受术者说明治疗步骤、治疗过程中可能产生的酸、麻、胀、痛等正常得气感，消除其紧张情绪。明确告知受术者过饥、过饱、酒后及剧烈运动后不宜立即接受推拿治疗。指导受术者在治疗过程中尽量放松，并及时反馈不适感。嘱咐受术者术后应注意休息与保暖，避免颈部过度活动或劳累。告知受术者治疗后短时间内受术部位若出现轻微出痧（皮肤出现散在红色或紫红色斑点），属于手法刺激后的正常反应，一般会自行消退，无需担心。部分受术者（尤其是初次接受经筋推拿治疗者）可能在治疗后短时间内出现受术部位不同程度的酸痛，这是手法治疗后组织修复过程中的常见现象，通常可自行缓解，不必过于紧张。

5.2 诊疗操作

5.2.1 操作原则

施行诊疗手法操作时，由表到里，由轻到重，远近兼顾，以受术者耐受为度，防止损伤局部软组织。

5.2.2 病变经筋判定

按照4.2和4.3确定病变经筋。

5.2.3 诊疗流程

5.2.3.1 评估（精准定位）

评估患者颈痛症状及功能障碍情况，结合循筋触诊，初步判定病变经筋。触诊方法：沿着病变经筋循行路径，由远及近分段触诊经筋循行所过区域，重点诊查经筋结点所在区域，经筋病变时经筋结点常转化为筋结点。当触诊到有局限性高张力手感的位置，由浅入深逐层触压，根据是否能诱发出阳性反应（以酸胀痛为主，可牵涉到更深及循筋更远端区域）来确定筋结点的存在，再进一步触诊感知其具体位置、深浅、大小、硬度及质感。若评估结果提示有多条经筋同时出现病变，则结合患者主诉及查体结果，确定主要病变经筋和次要病变经筋，治疗时遵循先主后次的原则。

5.2.3.2 松筋（远端调气）

经筋辨证确定病变经筋后，先选取病变经筋循行远端的经筋结点作为操作靶点，施以点按、拨揉法等操作，力度以患者能耐受的酸胀疼痛感为度，操作中以出现循筋更远端区域的牵涉感为佳。

5.2.3.3 舒筋（局部解结）

以循筋触诊确定的筋结点为操作靶点，施以推按、弹拨、按揉和震颤法等操作，用指端精准着力于筋结点上，逐层渗透按压发力，以解结散结。力度以患者能耐受的酸胀疼痛感为度，出现循筋更远端区域的牵涉感为佳。

5.2.3.4 柔筋（循筋放松）

先于颈、肩、背部经筋病变区域，施以滚法、拿捏、按揉、搓擦等手法操作，放松紧张的局部经筋；随后沿着经筋循行，以弹拨、按揉法从远端到近端循筋操作，柔顺整条经筋以促进气血运行。

5.2.3.5 抻筋（运动牵伸）

将经筋推拿手法松解与运动牵伸相结合，在手法操作的同时或间歇期，控制引导患者颈部缓慢、有控制地进行前屈、后伸、侧屈、旋转等主动或被动运动，在活动到最大耐受角度时停留5秒，缓慢回到中立位，再进行下一方向，每个方向反复操作2次～3次。

5.2.3.6 治疗后再评估（疗效复验）

治疗后再次评估患者颈痛症状及功能障碍情况，并且再次触诊病变局部及循筋远端的筋结点，评估其位置、深浅、大小、硬度及质感的变化，据此验证疗效，为后续治疗方案的调整提供参考。

5.2.3.7 诊疗操作具体流程

诊疗操作具体流程见附录A。

5.2.4 诊疗操作方法

经筋病变触诊操作示例见附录B。

经筋推拿治疗操作手法按附录C执行。

5.2.5 经筋推拿治疗频率、时长

每天或隔天1次，每次20分钟～30分钟。

5.2.6 疗程

一般5次治疗为1个疗程。如治疗1个疗程后颈部经筋病变区域无明显疼痛，功能恢复正常，软组织张力明显降低，筋结点触诊的异常性状（如硬结、紧张、结节、条索等）发生明显变化，按压痛阈明显提高时，可考虑终止治疗。若上述指标未达明显改善，则考虑增加1个疗程继续治疗。若增加1个疗程治疗后疗效仍不理想，可联合针灸、药物、运动等其他治疗方式综合干预。

6 适应证

非特异性颈痛伴有经筋病变，符合第4章的经筋辨证诊断标准。

7 禁忌证

7.1 禁用

符合下列任意一项即满足禁用标准：

- a) 颈椎骨折、脱位或严重失稳者；
- b) 颈动脉存在不稳定斑块者；
- c) 局部皮肤破损、严重皮肤病、凝血功能障碍者；
- d) 患有传染性或感染性疾病者；
- e) 患有恶性肿瘤、结核及关节畸形者；
- f) 患有严重基础疾病者；
- g) 严重骨质疏松者；
- h) 严重抑郁、焦虑等心理及认知功能障碍者。

7.2 慎用

符合下列任意一项即满足慎用标准：

- a) 既往有颈部创伤及手术病史者；
- b) 妊娠期、月经期女性；
- c) 术后体虚或过度疲劳等身体状况不佳者；
- d) 老人、婴幼儿等皮肤脆弱者。

8 异常情况处理

8.1 症状暂时加重

因手法刺激量较大所致推拿后局部组织出现酸胀、疼痛加重，属正常生理应激反应。此类症状通常具有自限性，嘱患者注意休息，避免颈部过度劳累，1日至2日内可自行缓解。可采用热敷促进血液循环，加速症状消退。若48小时后症状未见缓解或出现进行性加重，应及时就医，以排除其他器质性病变。

8.2 皮下瘀斑

因手法刺激过重、时间过长，致使局部毛细血管破裂所致。局部小块瘀斑，注意保暖，避免搓揉，通常在几天内会自行吸收消散，无需特殊处理。如果局部青紫严重，可先制动、冷敷；待渗血停止后，再在局部及其周围使用轻柔的按揉、摩、擦等手法治疗，同时配合湿热敷以消肿、止痛，促进局部瘀血消散、吸收。

8.3 晕推

因手法刺激强度过大或刺激到颈部动脉窦、交感神经节等敏感结构而引发的一过性反应。施术者应立即停止操作，让受术者平卧休息，保持空气流通，饮用温开水或糖水，一般可快速缓解。若按上述流程处理未能缓解，甚至出现晕厥，可选人中、内关、足三里等穴针刺或指压，或灸百会、关元、气海等穴即可恢复。若仍不省人事，需配合其他治疗或急救措施。

8.4 皮肤破损

因手法力度过大、局部操作过久，加之老人、婴幼儿等皮肤脆弱者缺乏介质保护，导致表皮损伤。操作区出现破皮情况，施术者应立即停止手法治疗，对局部皮肤进行清创和消毒。

小范围（小于等于5 cm²）轻度皮肤破损，嘱受术者注意避免皮损局部浸水，无需做其他特殊处理，一般2天~5天可自愈；大面积皮肤破损（大于5 cm²），应做常规外科处理，皮肤未愈前避免在破损处再次操作，防止感染。

8.5 皮肤过敏

因介质成分、敷料致敏叠加摩擦刺激，导致操作区出现红斑、丘疹、瘙痒等过敏反应。施术者应立即停止操作，局部用清水擦净，用纱布浸泡生理盐水冷敷于患处，冷敷后局部擦拭外用糖皮质激素软膏，可配合口服抗组胺药；若出现大面积水疱、渗出或全身反应，则转专科进一步处理。

附录 A (资料性)

手阳明经筋型非特异性颈痛经筋推拿诊疗操作流程

A.1 经筋辨证

评估患者颈痛症状及功能障碍情况，结合循筋触诊，确定病变经筋。触诊方法详见附录B。

A.2 松筋

通过触诊定位经筋结点，操作者一手固定患者受术部位，另一手拇指以点按法垂直作用于经筋结点，力量由轻到重，以产生能耐受的明显酸胀感为度，以此力度持续点按10秒，之后以每次1秒的频率垂直于经筋走向小幅弹拨3次，再行震颤法操作3秒后缓慢撤力至皮肤浅层。每个经筋结点按上述方法反复操作3分钟，从远端经筋结点开始，由远及近依次操作。

A.3 舒筋

通过循筋触诊确定筋结点，筋结点的推拿操作方法同经筋结点。若点按筋结点患者无法耐受，可改为揉法操作，以产生能耐受的明显酸胀感为度。若患者能耐受手法操作，以刺激筋结点产生牵涉到更深及循筋更远端区域的酸胀感为佳。

A.4 柔筋

A.4.1 手腕部操作方法

操作者一手托握患侧手掌，另一手拇指伸直，指端着力于作用点，从指端循筋缓慢推按至腕部，循筋反复操作3遍~5遍。手法操作时以产生适度酸胀感为宜，避免诱发明显疼痛。

A.4.2 前臂部操作方法

操作者一手托握患侧手腕，另一手拇指伸直，指端着力于作用点，从腕部循筋缓慢拨揉至肘部，每秒拨揉1次，循筋反复操作3遍~5遍。

A.4.3 上臂部操作方法

操作者一手托握患者肘部，另一手以揉法循筋由肘外侧向肩部方向操作，重复2遍~3遍。手法操作时以产生适度酸胀感为宜，避免诱发明显疼痛。

A.4.4 肩颈部操作方法

操作者一手扶住患者头部，另一手以推按法自肩峰端沿颈旁向上循筋推至下颌角，之后以拿捏法轻提颈前外侧肌群，每5秒~10秒拿捏一次，反复操作2分钟~3分钟。

A.4.5 头面部操作方法

操作者一手扶住患者头部，另一手以拇指按揉法沿颞部（颞）向鼻旁、前额方向操作。手法操作时以产生适度酸胀感为宜，避免诱发明显疼痛。

A.5 抻筋

操作者一手固定患者肩部或上肢，另一手控制引导患者颈部缓慢、有控制地进行前屈、后伸、侧屈、旋转等运动，运动过程可为被动或主动辅助，待活动至最大耐受角度时嘱患者放松颈部，由术者维持被动伸展位，保持约30秒，其间患者自然呼吸，勿憋气，以产生适度牵拉感为度，避免诱发明显疼痛或保护性紧张。被动伸展30秒后，嘱患者颈部反向与术者之手行静力性对抗，不产生颈部位移，维持等长收缩5秒~10秒后放松。以上述“抻展—对抗—放松”流程为1次操作，每一方向重复操作2次~3次。

A.6 治疗后再评估

治疗后再次评估患者颈痛症状及功能障碍情况，并且再次触诊经筋结点及筋结点。对比治疗前后颈痛症状、功能障碍及触诊反应的变化，对治疗效果进行评估。

A.7 补充说明

其他经筋病变型非特异性颈痛参考手阳明经筋型非特异性颈痛的诊疗流程操作。

附录 B

(资料性)

手阳明经筋型非特异性颈痛触诊操作示例

B.1 循筋触诊方法

B.1.1 触诊目的

沿经筋循行路线，感知经筋的整体张力、手下特殊质感及可能诱发的异常病理反应。

B.1.2 触诊路线

顺经筋走向从远端至近端：手食指端→腕背部→前臂外侧前缘→肘外侧→上臂外侧前缘→肩峰端→颈胸夹脊部→颈旁→下颌角→同侧鼻旁→颞下颌部→同侧额角→前额。

B.1.3 操作方法

主要采用拇指指腹触诊，辅以食指、中指指腹触诊，在肌肉丰厚处（如上臂）可用拇指与其余四指对合触诊。患侧取仰卧位，完全放松。医师在触诊时，先轻触皮肤及皮下软组织，感受皮肤温度、湿度及浅层软组织的平滑度，再以中等力度按压，感知经筋的张力、弹性及有无条索、结节等特殊改变，最后再沉按至骨膜或深层肌层，体会深层肌肉及附着点的硬度及诱发疼痛情况。医师亦可在触诊特定部位时，让患者配合做适当的关节活动，感受关节运动带动经筋活动的滑动度、摩擦感及疼痛变化。先触诊患侧，再触诊健侧，对比两侧经筋的张力、粗细、温度及压痛等体征的差异。

B.2 经筋结点触诊方法

B.2.1 触诊目的

针对经筋循行上的经筋结点（即经筋之“结”“聚”处），重点探查经筋结点的特异性触感及压痛等病理反应，判断经筋结点是否转化为筋结点。

B.2.2 触诊方法

B.2.2.1 腕部经筋结点触诊方法

患者采取坐位，操作者站在患侧。患者腕关节尺偏，操作者在患者腕背桡侧，两筋凹陷中，可触及黄豆大小的骨性突起，即为手舟骨结节。操作者一手拇指定位手舟骨结节，另一手握住患者手背使其腕关节尺偏，拇指轻揉手舟骨结节骨面同时向近端方向推按，推按时酸胀感最明显之处即为经筋结点。

B.2.2.2 肘部经筋结点触诊方法

患者采取坐位，操作者站在患侧。操作者用拇指从患者肱骨干外侧缘近端向肱骨外侧髁方向滑动，触摸到肱骨干逐渐变宽的骨缘，即肱骨外侧髁上嵴。之后，用拇指在患者肱骨外侧髁上嵴做沿肱骨干纵向的上下滑推，只在骨面上滑动而不与皮肤之间发生摩擦，推按时酸胀感最明显之处即为经筋结点。

B.2.2.3 肩部经筋结点触诊方法

患者采取坐位或仰卧位，操作者站在患侧。医生拇指定位患者肩关节的锁骨肩峰端，垂直向下滑动1厘米~2厘米可触及突起的骨性结节，即肱骨大结节。之后，用拇指在肱骨大结节上部、中部、下部做肱骨纵轴垂直方向的推拨，力量不可过重，推拨时酸胀感最明显之处即为经筋结点。

B.2.2.4 颞下经筋结点触诊方法

患者采取坐位或仰卧位，操作者站在患侧。操作者在被检查者面部，沿颞弓向后上方滑动，可触及骨性突起，即为颞骨上颌突。之后，用拇指定位颞骨上颌突，揉按或沿骨面滑推，揉按或滑推时酸胀感最明显之处即为经筋结点。

B.3 筋结点触诊方法

B.3.1 触诊目的

针对经筋病变在经筋循行分布区域的特异性反应点进行重点探查。

B.3.2 触诊方法

操作者拇指微屈，指腹紧贴皮肤，根据触诊部位的软组织丰厚程度施加适当的按压力，沿经筋走行方向做匀速、轻柔的滑推。当指下感觉由柔软变为紧绷、涩滞，或出现沙粒感、条索感、硬结感等局限性高张力触感时，用拇指按揉或弹拨手法由浅入深进一步触诊，感知高张力区域的具体位置、深浅、大小及硬度，随后对该区域施加较大按压力，重点观察有无明显的局部酸胀痛感，以及是否引及深层或沿筋肉走向远端的牵涉性疼痛。若存在上述阳性反应，即可确认为筋结点。

B.4 补充说明

其他经筋病变型非特异性颈痛参考手阳明经筋型非特异性颈痛的触诊方法操作。

附录 C

(规范性)

经筋推拿治疗非特异性颈痛操作手法

C.1 操作体位

患者取仰卧位或坐位，操作者站在患侧。

C.2 操作方法

C.2.1 推按法

操作者一手固定患侧操作部位，另一手拇指伸直，指端着力于作用点，前臂和上臂协同发力，使拇指在保持一定深度的按压力的同时，沿经筋循行方向缓慢推进。

C.2.2 拨揉法

操作者一手固定患侧操作部位，另一手拇指伸直，指端缓慢按压至组织深层后做与经筋循行方向垂直的横向拨动，拨动后顺势转为小幅度环形揉动。

C.2.3 按揉法

操作者一手固定患侧操作部位，另一手掌指自然放松，以掌根或拇指指腹为着力点，垂直向下施加压力至组织深层后，带动皮下组织做轻柔缓和的顺时针或逆时针环形揉动，揉动过程中保持压力稳定、频率均匀。

C.2.4 点按法、弹拨法、震颤法、揉法、拿捏法、搓擦法

操作手法见全国中医药行业高等教育“十五五”规划教材《推拿手法学》。

参 考 文 献

- [1] GB 15982—2012 医院消毒卫生标准
- [2] GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病
- [3] GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候
- [4] GB/T 16751.3—2021 中医临床诊疗术语 第3部分：治法
- [5] GB/T 20348—2006 中医基础理论术语
- [6] WS/T 313—2019 医务人员手卫生规范
- [7] WS/T 368—2025 医院空气净化管理标准
- [8] ZY/T 001.1~001.9—94 中医病证诊断疗效标准
- [9] T/CACM 1457—2023 中医推拿术语
- [10] World Health Organization. WHO international standard terminologies on traditional Chinese medicine[M]. Geneva: World Health Organization, 2022.
- [11] 中国康复医学会. 颈椎病诊治与康复指南[M]. 北京: 中国康复医学会, 2010: 1-13.
- [12] BLANPIED P R, GROSS A R, ELLIOTT J M, et al. Neck pain: revision 2017[J]. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 2017, 47(7): A1-A83.
- [13] EL-ALLAWY A, HECHT N, LUEDTKE K, et al. Clinical Practice Guideline: Nonspecific Neck Pain[J]. Dtsch Arztebl Int, 2025, 122(20): 552-557.
- [14] BIER J D, SCHOLTEN-PEETERS W G M, STAAL J B, et al. Clinical Practice Guideline for Physical Therapy Assessment and Treatment in Patients With Nonspecific Neck Pain[J]. Phys Ther, 2018, 98(3): 162-171.
- [15] 周运峰, 于天源. 推拿手法学[M]. 6版. 北京: 中国中医药出版社, 2026.
-