

基层适宜技术

腕踝针技术的临床应用

腕踝针技术是指在腕踝部选取特定的进针点,用毫针循肢体纵轴沿真皮下刺入一定长度以治疗疾病的针刺技术。腕踝针技术针刺部位浅,通过调整经气,达到祛邪扶正、行气止痛的目的,适用于痛证、神经系统疾病等。

临床应用

适应证:腕踝针技术主要用于紧张性头痛、偏头痛等痛证,以及急性腰扭伤、肩关节周围炎、胃炎等导致的疼痛、失眠、焦虑障碍、抑郁障碍、创伤后应激障碍等疾病。

病证举例

内伤头痛(偏头痛):如图取手1、手2。局部消毒后用毫针沿手1、手2真皮下缓慢刺入,留针30分钟,可以根据病情适当延长留针时间。隔日治疗1次。

腰痹(急性腰扭伤):取脚5、脚6。局部消毒后用毫针沿脚5、脚6真皮下缓慢刺入,留针30分钟。

不寐(原发性失眠):针刺点以两侧手1为主,辨证取穴。心脾两亏证,加脚3和脚4;肝肾不足证,加脚1和脚2;心肾不交证,加脚1和脚6;肝胆火旺证,加脚2和脚5。局部消毒后用毫针沿刺激点真皮下缓慢刺入,留针24小时。左右肢体的相同刺激点交替使用。每日治疗1次。

禁忌证

1. 孕妇的下腹、腰骶部,以及肩井穴、合谷穴、三阴交穴、至阴穴等穴位不宜针刺。
2. 小儿囟门未闭合时,囟门附近不宜针刺。
3. 皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤部位,除特殊治疗需要外,均不应在患部直接针刺。
4. 凝血功能障碍者不宜针刺。
5. 腕踝部位肌肉痉挛者不宜针刺。

操作前准备和操作步骤

操作前准备

根据患者的病情和进针点,选择直径0.2毫米~0.25毫米、长25毫米~40毫米的一次性不锈钢毫针。针身必须保持光滑、无锈蚀,针尖必须确保锋利、无倒钩。

操作步骤

1. 严格无菌操作。针具:应达到灭菌标准。一次性针具,严禁重复使用;可以重复使用针具,应遵循《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南(试行)》的要求,进行“清洗-修剪-整理-灭菌-无菌保存”的处置。
2. 皮肤消毒:采用碘伏或75%乙醇擦拭2遍,皮肤消毒范围应大于等于5厘米。
3. 手卫生:应严格执行《医务人员手卫生规范》。

人员手卫生规范》。
2. 选穴方法及体位。
运用腕踝针技术治疗疾病时,要求术者根据中医针灸理论辨证论治,同时需要遵循腕踝针刺激部位的主治特点和治疗规律取穴。根据所选取的穴位,让患者保持舒适、方便术者操作的体位。腕踝针进针点如图示。

操作方法

进针:选定进针点后,以押手固定进针部位皮肤,另一只手持拇指、食指、中指持针,针身与皮肤成15°~30°角快速刺入真皮下,然后压平针身,使针身循肢体纵轴沿真皮下缓慢刺入30毫米~35毫米。针刺方向一般朝向近心端。病变位于四肢末端时,针刺方向朝向远心端,此时进针点位置可沿纵轴向近心端移动,使毫针刺入适宜长度,针尖不超过腕踝部高骨近端起点为宜。

行针:在针刺过程中,不提插捻转,以针下松软、患者无针感为宜。如果患者有酸、麻、重、胀等感觉时,说明针刺入筋膜下层,进针过深,须将针退至皮下,重新沿真皮下刺入。

留针:一般情况下留针20分钟~30分钟。若病情较重或病程较长者,可以适当延长留针时间,但是不宜超过48小时。留针期间,

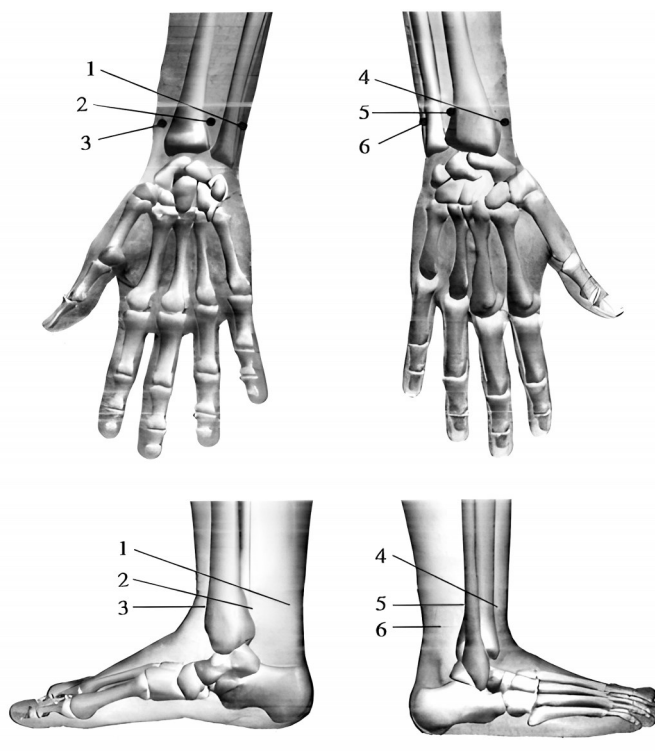
不自行。

出针:出针时,术者一手用无菌干棉球轻压进针点,另一只手将针拔出。

常见不良反应的处理

1. 如穴位皮下有较粗的血管,或针刺入后出现显著疼痛时,进针点宜适当移动。移动进针点,应注意遵循“移点不离线”的原则,即沿纵线方向移动,不能向两旁移点。
2. 针刺时如果出现针感,应将针退至真皮下重新刺入;留针期间,可以用医用胶布固定针柄。
3. 注意防止晕针。

〔文图来源于《基层中医适宜技术》(2025版)〕



家庭用药的五大风险与对策

□黄艳丽

家庭用药是全民健康管理的关键末端,也是用药风险的高发场景。国家药品监督管理局监测数据显示,我国超过80%的家庭存在不合理用药行为,用药错误已经成为居民健康的重大隐患。本文主要介绍家庭用药五大高风险点,并给出相应的解决方案,帮助大家筑牢安全用药防线。

科学选择,不盲目跟风、不随意更换仿制药与原研药

原研药是经完整临床试验获批的原创新药;通过国家仿制药一致性评价的药物,在国家药品监督管理局严格监管下,与原研药活性成分、剂型、疗效、安全性基本等效,符合世界卫生组织仿制药等效标准。

高血压病、2型糖尿病等慢性病常规维持治疗,选择通过一致性评价的仿制药,可在保障疗效安全的同时,大幅降低患者长期用药负担。但是,需要警惕抗凝药、免疫抑制剂、抗凝药等治疗窗口期较短的药物,有效剂量与

中毒剂量极接近,剂量波动容易引发严重不良反应;危重疾病治疗用药,血药浓度的微小变化即可影响治疗结局,替换风险更高。无论更换厂家、剂型还是规格,必须提前咨询医师或药师,严禁自行替换药品。

保健食品不等于药品,不能替代药物治疗疾病

人们俗称的保健品,法定规范名称为保健食品。《中华人民共和国食品安全法》明确规定,保健食品是以补充营养或以保健功能为目的的食品,审批核心为食用安全性,无须完成药品级别的临床试验,严禁声称疾病预防、治疗功效,与国药准字药品有本质的区别。

临床大量案例显示,慢性病患者擅自停用处方药改用保健食品,易导致血糖、血压的剧烈波动,引发酮症酸中毒、心脑血管意外等严重不良事件。保健食品仅可作为营养补充的辅助手段,无任何疾病治疗的作用,不能替代窗口期较短的药物,有效剂量与

规范使用抗生素,遏制细菌耐药性

国家卫生健康委发布的《遏制细菌耐药国家行动计划(2022-2025年)》明确指出,我国细菌耐药形势依然严峻,家庭自行滥用抗生素是耐药菌产生的主要原因。人们必须牢记用药原则:抗生素仅对细菌、支原体、衣原体等敏感病原体有效,对占普通感冒90%以上的病毒感染完全无效,盲目使用抗生素会破坏肠道正常菌群,增加耐药菌感染的风险。

在临床中,仅在出现明确细菌感染证据(如发热超过3天不缓解,咯脓痰,血常规检查结果提示感染指标异常),医生才会开具抗生素处方。严禁自行购买、使用抗生素,也不能症状稍有缓解就擅自停药——抗生素必须足疗程、足量使用,否则残留的细菌容易产生耐药性,且增加后续治疗难度。

慢性病患者需要长期用药,严禁擅自停药、换药

高血压病、2型糖尿病、冠心

病等慢性病,主要治疗原则是长期规范用药,控制病情,降低靶器官损害与并发症的风险。很多患者存在用药误区:血压、血糖等指标恢复了正常,就代表疾病痊愈,便可以停药、换药了。事实上,指标正常是药物规范控制的结果,擅自调整药物治疗方案会导致病情快速反弹,指标剧烈波动,大幅提升心肌梗死、脑梗死等严重不良事件的发生率。

慢性病患者应建立专属用药档案,记录用药信息、监测指标与检查结果,复诊时供医师精准调整药物治疗方案,不能凭自身感受或他人经验自行调整药物治疗方案。

药品规范储存与处置,守住用药安全关口

药品的稳定性直接影响疗效与安全性。研究显示,储存环境温度每升高10摄氏度,药品有效成分降解速度加快2倍~4倍,不当储存会导致药效降低或失效,甚至产生有害物质。因此,需要严格按照说明书标注条件规范储存药物。

需要注意药品说明书的有效期为未开封状态,开封后使用期限会缩短。总之,安全用药是家庭健康管理的关键环节,每一个用药细节都关乎家人的健康安危。建议每个家庭每年开展1次药箱整理与用药回顾,定期咨询药师,及时清理过期药品,纠正不合理用药习惯,主动守护全家用药安全。

〔作者供职于信阳市人民医院〕



本刊自由河南省卫生健康委药政与食品安全处指导

每周一练

(胸腔积液)

一、患者为男性,18岁,两周前受寒后出现咳嗽、发热、左胸痛,近4天来活动后气短。查体:左下胸叩诊浊音,浊音上方可听到支气管呼吸音,其下方呼吸音减弱,甚至消失。最可能的诊断是

- A. 左下大叶性肺炎
- B. 支原体肺炎
- C. 化脓性胸膜炎
- D. 渗出性胸膜炎
- E. 左下干酪性肺炎

二、胸腔积液患者,胸腔积液检查:比重1.018,蛋白37克/升,李凡他试验结果为阳性,红细胞 2×10^6 /升,白细胞 610×10^6 /升,细菌培养结果为阴性,积液的性质应首先考虑为

- A. 漏出性
- B. 血性
- C. 渗出性
- D. 乳糜性
- E. 化脓性

三、患者为男性,20岁,3天前患感冒后高热(38摄氏度左右)未退,左侧胸部刺痛。查体:左腋下、下胸部可听到胸膜摩擦音,最合适的诊断为

- A. 肺炎球菌肺炎
- B. 葡萄球菌肺炎
- C. 癌性胸膜炎
- D. 干性胸膜炎
- E. 渗出性胸膜炎

四、进行性血胸表现为

- A. 反常呼吸运动
- B. 胸腔腔压力持续升高
- C. 呼吸时纵隔左右扑动
- D. 静脉压升高,心搏微弱,动脉压降低
- E. 胸腔腔引流血量>200毫升/小时,连续3小时

五、急性脓胸经胸穿刺

后,脓液又迅速增多,其适当的治疗方法是

- A. 加大抗生素用量
- B. 增加胸穿次数
- C. 胸腔闭式引流
- D. 周身支持疗法
- E. 开胸手术清除脓液

六、患者为男性,62岁,左胸痛4天,胸闷、气促2天。查体:左下肺呼吸音消失,心率100次/分,心律齐。为明确诊断首选的检查是

- A. 超声心电图
- B. 心肌坏死标志物
- C. 胸部X线
- D. D-二聚体
- E. 胸部B超

七、患者为男性,26岁,发热、咳嗽3天,胸部X线检查结果显示右下肺炎,右侧少量胸腔积液。白细胞 14.5×10^9 /升,中性粒细胞 0.85×10^9 /升。给予静脉点滴头孢曲松钠抗感染治疗3天,体温无明显变化。查体:右肩胛线第8肋以下语颤减弱,叩诊实音。此时应采取的措施为

- A. 继续目前治疗
- B. 胸腔穿刺抽液检查
- C. 痰培养+药敏试验
- D. 换用阿奇霉素
- E. 换用喹诺酮类药物

八、患者为男性,62岁,咳嗽、胸闷、气促2周,高血压病史长达10年。查体:血压150/90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),气管左移,右胸叩诊实音,右肺呼吸音消失。该患者最可能的诊断是

- A. 胸腔积液
- B. 肺炎
- C. 冠心病
- D. 心力衰竭
- E. 肺血栓栓塞

本期答案

| | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| 一、D | 二、C | 三、D | 四、E |
| 五、C | 六、E | 七、B | 八、A |

经验交流

口腔扁平苔藓的临床诊疗要点

□杜泓宇

口腔扁平苔藓是口腔黏膜最常见的慢性炎症性自身免疫性疾病,好发于中年女性,病程较长,易反复发作,是口腔黏膜病临床诊疗的主要病种之一。

口腔扁平苔藓的核心发病机制为CD4⁺T细胞介导的上皮基底细胞免疫损伤,发病与精神心理应激、免疫功能紊乱、局部机械刺激、局部化学刺激、感染及遗传易感性密切相关;在临床诊疗中,需要明确患者的症状分型与病理特征,再制定规范化的诊疗方案。

口腔扁平苔藓的病损多呈对称性分布,可累及全口腔黏膜,其中以颊黏膜较为多见,核心临床分型及特征如下。

网状损害:口腔扁平苔藓的典型病损表现,多见于磨牙区颊黏膜与前庭沟,病损呈珠光样灰白色交织条纹,黏膜柔软度与弹性基本正常,患者多自觉黏膜粗糙、牵拉痛,临床可据此与白色角化病鉴别。口腔扁平苔藓的核心病理改变为基底细胞液化变性,固有层淋巴细胞带状浸润,白纹密集区易出现充血、上皮下水疱,水疱破裂后形成浅表性糜烂,愈合后白纹可复现。

丘疹型:病损为针头大小

的微隆起丘疹,多伴白纹出现;临床需要与皮脂腺异位症鉴别,后者为淡黄色黏膜下颗粒,患者多无自觉症状。

斑块型:圆形或椭圆形均质白色斑块,多见于舌背,常对称分布,伴舌乳头萎缩,吸烟患者颊黏膜、附着龈出现的方块状斑块多为白色角化病,戒烟后可消退。

水疱型:病损为粟粒状水疱,多见于软腭,水疱易破裂,且可在短时间内复发。

糜烂型:临床较为常见,病损范围广泛,可累及全口腔黏膜,患者伴明显疼痛,附着龈糜烂可出现上皮剥脱样表现,需与天疱疮、类天疱疮等自身免疫性大疱病鉴别。

口腔扁平苔藓的治疗以控制症状、消除糜烂、预防恶变、改善患者生活质量为核心,首要措施为消除局部刺激因素。根据患者的病损分级,选用局部糖皮质激素、钙调磷酸酶抑制剂等药物进行局部治疗,重症患者需要联合全身免疫调节治疗,同时对患者进行长期随访,监测病损的恶变风险。

〔作者供职于濮阳市人民医院〕

科学饮食守护罕见病患者健康

□龚淑梅

今年,我们迎来了第19个国际罕见病日,并确立了“不止罕见”的主题,传递出“罕见病不罕见,每一份生命都值得被珍视”的温暖理念。我国围绕“看见生命的万分之一”开展公益宣传活动,致力于打破大众对罕见病的认知壁垒,聚焦罕见病患者群体的健康需求。

对于罕见病患者而言,日常健康防护的每一个细节都至关重要,尤其是饮食安全,更是直接关系到病情的稳定与生命质量。春节假期结束后,不少家庭仍囤积有腊肉、香肠、腌制泡菜等高蛋白、高脂肪的食材,这些食材若储存不当,食用方法不科学,极易引发食源性疾病,也就是俗称的食物中毒。对于免疫力较弱的罕见病患者,以及老年人、儿童等特殊

群体而言,食物中毒不仅会带来强烈的躯体痛苦,还可能诱发原有基础疾病急性加重,埋下安全隐患。

当前,全球已知的罕见病已超过7000种,我国罕见病患者总数超过2000万人,每年新增罕见病患者超过20万人。绝大多数罕见病为遗传性疾病,约八成患者与基因遗传缺陷相关,多数罕见病会累及全身多器官、多系统,患者需要长期依赖药物治疗与专业的特殊照护,部分罕见病患者还需要长期服用免疫抑制剂类药物,自身免疫功能普遍较健康人群显著低下,对各类致病菌的抵御能力更弱。罕见病患者是食源性疾病的极高危人群,一旦发生食源性感染,病情进展速度更快,出现重症的风险也远高于普通人群。春季气温逐步回升,环境中细菌的繁殖速度显著加快,节日期间囤积的高蛋白肉类食材,若在储存、加工、烹饪的任何一个环节出现疏漏,都会迅速成为沙门氏菌、金黄色葡萄球菌等致病菌大量繁殖的“温床”,这些致病菌产生的外毒素稳定性极强,即便经过常规高温消毒也难以被彻底破坏,这也是节后食源性疾病进入高发期的核心原因。

食源性疾病的典型症状多在进食后数小时内急性发作,以恶心、呕吐、腹痛、腹泻等急性胃肠道症状为主要表现,病情严重时还可引发机体脱水、持续高热,甚至造成不可逆的肝肾功能损伤。对于病情长期处于稳定控制状态的罕见病患者而言,这类突发的急性感染,不仅会打破原本平稳的病情状态,还可能诱发多器官并发症,大幅提升诊疗难度,同时也会给患者家庭带来沉重的经济负担与照护压力。因此,做好饮食安全防护,不仅是大众维护自身健康的必修课,更是守护罕见病群体生命健康的重要防线。

守护好“舌尖上的安全”,需要牢牢把好三道核心防护关。首先是储存关,这是预防食源性疾病的底线。腊肉、腊肠等腌制加工食品,在冷藏条件下的安全存放时长不超过1个月,冷冻条件下不超过3个月,一旦食材出现发霉、异常异味、质地发黏等变质迹象,要立即完整丢弃,切勿仅切除发霉变质部分后继续食用。剩菜剩饭在室温环境下的存放时长不得超过2小时,超过该时长必须及时用密封容器分装后冷藏保存,且生食与熟食要分层、分区存放,避免交叉污染。

其次是烹饪关,这是保障饮食安全的关键。剩菜再次食用前,必须彻底加热,确保食材中心温度达到70摄氏度以上,且每份剩菜全程仅可加热一次,反复加热不仅会加速细菌繁殖,还会加剧营养成分流失,进一步提升安全风险。处理各类食材时,要做到生熟案板、刀具等器具分开使用,处理完生肉等生鲜食材后,要及时用流动清水配合肥皂清洁双手,从源头切断致病菌的污染途径。最后是饮食关,这是维护机体健

康的根本保障。春节期间的高脂肪、高蛋白饮食,会让人体肠胃长期处于“超负荷”运转状态,若若延续大鱼大肉的饮食模式,会进一步降低肠道黏膜的防御能力,削弱机体免疫力。笔者建议日常饮食做到营养均衡(以清淡饮食为主),多食用新鲜的蔬菜、水果与粗粮,补充足量的膳食纤维与维生素,促进肠道蠕动,帮助患者调节肠道菌群平衡,增强机体免疫力。同时,优先选择蒸、煮、炖等温和的烹饪方式,减少油炸、烧烤类食物的摄入,减轻肠胃的消化负担,为机体健康筑牢基础。

健康无小事,饮食是根基。让我们从每一餐开始,践行规范储存、合理烹饪、清淡饮食的科学饮食原则,以科学的饮食习惯为帆,践行“看见生命的万分之一”的初心,为大众的健康保驾护航,让每一个人都能远离食源性疾病的威胁,安心享受健康美好的生活,也让每一位罕见病患者都能在细节处得到守护,拥有更有质量的生命体验。

〔作者供职于郑州大学第五附属医院〕



河南疾控CDC

征稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,来稿应注重实践操作,介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等;栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。
邮箱:5615865@qq.com
联系人:朱忱飞 电话:13783596707