

基层适宜技术

皮肤针技术的临床应用

皮肤针技术是以针具刺激人体体表特定部位或穴位，激发经络功能、调和脏腑气血，以达到防治疾病目的的中医外治操作技术。皮肤针根据针体所含针数不同，可分为梅花针、七星针、罗汉针、丛针等多种类型。

临床应用

皮肤针技术的主要适应症包括头痛、带状疱疹后遗神经痛、肩背痛、腰痛、痛经等痛证，呃逆、胃脘痛、腹痛等脾胃病证，鼻塞、哮喘等肺系病证，遗尿、遗精等肾系病证，失眠、面瘫、脑瘫等心脑血管疾病，斑秃、荨麻疹、皮肤麻木、小儿惊风等其他病证。

病证举例

感冒（急性上呼吸道感染）：取肺经、膀胱经、督脉等处穴位为主。常规消毒后沿督脉、胃经（胸腹部的循行路线）、膀胱经（背部的循行路线）、肺经（列缺穴）、大肠经（曲池穴）进行叩刺。头痛甚者，加百会穴；胸闷呕吐者，加内关穴、公孙穴；鼻塞流涕者，加迎香穴。

皮肤针叩刺，自上而下，手法宜轻快，每日治疗1次，7次为1个疗程。

内伤头痛（偏头痛）：取阿是穴、督脉、膀胱经、胆经等处穴位为主。沿督脉、患侧头部的膀胱经、胆经，依次由前发际向后发际叩刺，每条经叩刺3次~5次；在四神聪穴、太阳穴、率谷穴、悬颅穴、颞颥穴、风池穴等处用丛针中度叩刺，以微出血为度；阿是穴处需要重度叩刺，以出血为度。健侧头

部的督脉、膀胱经、胆经予以轻度叩刺，以头皮潮红为度。10次为1个疗程，两个疗程之间休息2天，连续治疗两三个疗程。

痛经（原发性痛经）：取腰骶部膀胱经膈俞穴、任脉、肾经、脾经等腹部的循行部位。重点叩刺气海穴、关元穴、肝俞穴、肾俞穴、三阴交穴等。按经期前叩刺，程度由轻到重，以局部皮肤微红为度。根据刺激强度和病情，梅花针治疗可以每日或隔日进行1次，以10次为1个疗程，连续治疗两三个月经周期。

禁忌证

1. 孕妇的下腹、腰骶部，以及肩井穴、合谷穴、三阴交穴、至阴穴等胎前不宜针刺。
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。

操作前准备和操作步骤

操作前准备
确保皮肤针的针尖呈松针状，全束针尖需要平齐，避免偏斜、钩曲、锈蚀。检查针具时，可用干棉球轻沾针尖，如针尖有钩曲或有缺损，则棉絮易被

带动。针具应用高压消毒法处理，或选择一次性皮肤针。

操作步骤

1. 严格无菌操作。
针具：应达到灭菌水平。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—修针—整理—灭菌—无菌保存”的处置。
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。
手卫生：应严格执行《医务人员手卫生规范》。

2. 扣刺部位选择方法。
扣刺可分为循经叩刺、穴位叩刺和局部叩刺3种方法。

循经叩刺：沿经络循行路线进行叩刺。较为常用的部位是循行于项背腰骶部的督脉及膀胱经。

穴位叩刺：即在穴位处进行叩刺。较为常用的部位是特定穴位，如背俞穴、募穴、郄穴、络穴、华佗夹脊穴等。

局部叩刺：即在患病局部进行叩刺，主要包括发痛部位、压痛点、敏感点、感觉异常区、以及阳性反应物（通过触摸所发现的皮下结节状、条索状物）等，如扭伤局部、瘀血肿痛、

顽癣、斑秃等，可在局部进行叩刺。

操作方法

施术者以右手拇指、中指、无名指、小指握住硬柄皮肤针的针柄，无名指、小指将针柄末端固定于小鱼际处，拇指、中指夹持针柄，食指伸直压在针柄上，针对对准皮肤叩刺部位，运用腕部的弹力，使针尖垂直地叩打在皮肤后立即弹出，如此反复叩击，以局部皮肤略见潮红或隐晦出血为度。

软柄皮肤针的持针方法是将针柄末端固定在掌心，拇指在上，食指在下，其余手指呈握拳状握住针柄。手持针柄以腕力进行弹叩，遵循先轻后重、着力均匀、由上而下、自内而外的原则，至皮肤潮红充血或有微量出血为度。注意叩刺频率要均匀。

叩刺强度可分为轻叩、中叩、重叩。轻叩为补法，重叩为泻法。

轻叩：叩打时腕力较轻，患者有轻度疼痛感，皮肤局部潮红。轻叩适用于小儿、年老体弱者、初诊患者，以及面部等敏感度高的部位、虚证或病程较长的慢性病患者。

中叩：叩打时腕力稍大，患者有痛感，局部皮肤潮红或有

出血点。中叩适用于治疗一般常见病。

重叩：叩打时腕力较重，患者有明显痛感，局部皮肤发红并有轻度出血。重叩多用于体格强壮者、痛证、慢性皮肤病局部病灶，以及背、肩、臀部等肌肉丰厚的部位。

出针后处理：操作后，一般任其自然止血即可；若出血不止，可用无菌干棉球或棉签擦拭，或按压止血。

常见不良反应的处理

1. 治疗前检查针具，凡针面不平整、针锋参差不齐者，或针尖有毛刺或缺损、锈钝者不可用。

2. 针具及针刺局部皮肤应消毒，以防感染。

3. 叩刺时，针尖要垂直上下，用力均匀，避免斜、钩、挑等，以减少患者疼痛。初次治疗的患者宜予轻叩。

4. 针刺治疗后如皮肤有过敏样丘疹，应向患者解释清楚，待过敏样丘疹消退后可继续治疗。
5. 重叩有出血者，先用消毒干棉球将渗血擦拭干净，保持清洁，随后再用75%乙醇棉球消毒，以防止感染。

〔文图源于《基层中医适宜技术》（2025版）〕

每周一练

（心力衰竭）

一、引起左心室后负荷增高的主要因素是

- A. 肺循环增加
- B. 体循环高压
- C. 回心血量增加
- D. 主动脉瓣关闭不全
- E. 红细胞比容增大

二、老年心力衰竭患者症状加重的最常见诱因是

- A. 过度劳累
- B. 摄入液体过多
- C. 心肌缺血
- D. 室性期前收缩
- E. 呼吸道感染

三、冠心病引起心力衰竭的原因是

- A. 高脂饮食
- B. 心肌收缩无力
- C. 高血糖
- D. 长期吸烟
- E. 高血压

四、患者为女性，30岁，主动脉瓣关闭不全，左心室扩大，快速走路或上楼时感觉心慌气短。超声心动图检查结果示：左心室射血分数为40%。该患者的心功能诊断为

- A. 心功能Ⅰ级
- B. 心功能Ⅱ级
- C. 心功能Ⅲ级
- D. 心功能Ⅳ级
- E. 无症状性心力衰竭

C. 心功能Ⅲ级

D. 心功能Ⅳ级

E. 无症状性心力衰竭不全
五、患者为男性，68岁，陈旧性前壁心肌梗死5年，劳累后心悸、气短3年，双下肢水肿半年，近一周气短加重，体力活动明显受限，从事一般家务活动即感喘憋，入院时心电图检查与2个月前相比无变化，该患者的心功能分级为

A. NYHA（纽约心脏病学会）分级Ⅱ级

B. NYHA分级Ⅲ级

C. Killip（急性心肌梗死患者的心功能分级）分级Ⅱ级

D. Killip分级Ⅲ级

E. Killip分级Ⅳ级

六、患者为女性，65岁，有风湿性心脏病5年，最近感冒后出现胸闷、气急，不能平卧，伴双下肢水肿。该患者的心功能为

A. Ⅰ级

B. Ⅱ级

C. Ⅲ级

D. Ⅳ级

E. V级

本期答案

一、B	二、E	三、B	四、B
五、B	六、D		

经验交流

胸部贯通伤 临床救治分析

□李红社 赵明 车佳龙

胸部贯通伤具备伤情危重、病死率较高的临床特征，加之受伤方式存在多样性，临床救治难度大。该创伤常引发生命性休克，易合并心脏、肺脏、大血管等重要脏器损伤，病情进展迅猛且极易危及生命，临床医务人员需要保持高度警惕。只要抢救及时、处置规范，能够较大程度挽救患者生命。笔者所在医院成功救治一例胸部贯通伤患者，现将该病例分享如下。

患者为35岁，男性，在高速公路桥梁施工工地作业时，被坠落的斜拉钢索击中右胸引发生命性休克，患者受伤后即出现胸部剧烈疼痛、呼吸困难等症状。工作人员锯断钢索后，患者由急救车紧急转运至笔者所在医院急诊科就诊。体格检查结果显示：脉搏99次/分，呼吸18次/分，血压130/68毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），血氧饱和度94%。患者神志清醒，面色苍白，呈侧卧位，右侧前胸壁锁骨中线第四至第五肋间可见长度90厘米的钢索外露，钢索贯通右侧胸腔，背部肩胛角下胸壁长约15厘米的外露钢索，伤口存在渗血表现。患者呼吸幅度减小，左肺呼吸音清晰，右肺呼吸音减低，心率99次/分，心律齐整。急救人员在未到医院前已经对患者进行急救（在建立静脉通路的基础上，为患者新增一条静脉通路）。患者身上的外露钢索长度过长，无法开展CT（计算机断层扫描）检查，急诊科联合消防救援人员使用断丝钳处理钢索，期间患者无法耐受疼痛，出现呼吸急促症状，血氧饱和度降至88%。医务人员为患者使用止痛药物后，改用电锯截断钢索，随后完善胸部CT检查，检查结果提示右胸金属异物贯通胸腔，右侧液气胸、肋骨骨折，最终确诊为右胸部贯通伤、肋骨骨折、右侧血气胸、肺损伤。

医院立即开通急诊绿色通道，并组织外科、骨科、麻醉科、重症医学科等科室专家协同制定抢救方案，决定为患者实施急诊全身麻醉下右胸开胸探查术。术中患者维持左侧卧位，在该体位下完成麻醉操作，经右侧第七至第八肋间进胸探查，可见钢索经前胸壁穿透右肺中叶，贯通至背部胸腔，胸腔内积血约500毫升，患者用设备清洁胸腔积血并固定右肺中叶后，缓慢逐段取出钢索，精准修补受损的肺组织，清理背部胸膜肋骨折断碎片，常规放置胸腔闭式引流管，手术顺利完成。术后，患者转入重症医学科接受监护治疗，第6天转入普通病房继续治疗，第31天患者康复出院。

胸部贯通伤在临床中较为罕见，多属于严重多发伤，容易造成多器官联合损伤，多学科协作救治是提升救治成功率的核心关键，需要在最短时间内组织多学科专家会诊，制定科学的手术方案。在救治该患者期间，从患者转运阶段便启动了应急流程，多学科专家提前在急诊科待命，患者入院后快速开通绿色通道，结合生命体征完善床旁彩超、胸部CT检查后，即送入手术室开展手术。为救治争取了宝贵时间。临床接诊胸壁贯通伤患者时，需要快速完成病情评估，优先维持患者呼吸、循环等生命体征稳定，结合各项检查指标制定紧急抢救措施，严禁贸然拔出体内异物，需要妥善固定异物避免二次损伤。CT检查为首选影像学检查手段，其异物检出率与损伤评估效果均优于X线检查，但是检查前需要保障患者血流动力学指标稳定。胸部贯通伤手术方案需要个体化制定，基层医院更需要强化多学科协作，针对危重患者果断处置，全力挽救患者生命。

（作者供职于卢氏县中医院外科）

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

乳糖不耐受与乳糖过敏用药区分

□陈晓慧

近期，常有乳糖不耐受患者咨询，进食乳制品后易出现腹胀、腹泻等症状，若服用辅料中含有乳糖的药品，是否会诱发相关症状、是否需要停药。该问题直接关系到临床用药安全，本文结合权威研究及专业共识，为大家答疑解惑。

乳糖不耐受的主要原因是人体乳糖酶分泌不足或活性缺失。乳糖作为天然双糖，广泛存在于各类乳制品中，需要经小肠乳糖酶分解为单糖后才能被吸收。未被分解的乳糖进入大肠后，会被肠道菌群发酵产气，同时升高肠道渗透压，最终诱发腹胀、腹痛、腹泻、排气增多等胃肠道症状。

临床将乳糖不耐受分为原发性、继发性、先天性与发育性，其中原发性较为常见，多由遗传因素导致。乳糖酶活性随年龄增长而逐渐衰退。此类人群的症状轻重，与乳糖摄入量、自身酶活性直接相关，并非接触微量乳糖就会出现强烈反应，这也是药用乳糖具备安全性的关键前提。

乳糖在药品中仅为药用辅料，并非治疗有效成分。作为片剂、胶囊剂的常用辅料，乳糖主要用作填充剂、黏合剂，作用是助力药物成型、保障制剂稳定性，优化药物崩解速度与口感，不会发挥药理作用，也不会与药物有效成分发生相互作用。

剂量差异是判断药用乳糖安全性的主要依据。数据显示，多数乳糖不耐受人群单次可耐受约12克乳糖，而药品中乳糖添加量极低。常规口服片剂、胶囊剂单剂乳糖含量多以毫克计算，普遍不超过400毫克，部分制剂仅含微量乳糖；对比之下，200毫升牛奶

乳糖含量约10克，二者剂量差距悬殊，药用乳糖远达不到诱发不耐受症状的阈值。

有权威临床试验已经证实这一结论。研究以乳糖不耐受人群为受试者，分别给予含低剂量乳糖药物与安慰剂，监测可客观反映乳糖发酵情况的呼气氢水平，并记录胃肠道症状。结果显示，两组受试者呼气氢排泄量、不适症状发生率无任何差异，充分证明常规剂量的药用乳糖，无法引发不耐受反应。

综上所述，绝大多数乳糖不耐受人群，无须规避微量乳糖辅料的常规药物，切勿擅自停药、换药，避免延误治疗时机。但是，有两类特殊情况需要高度警惕：一是乳糖过敏人群，该病属于免疫异常反应，与乳糖不耐受的消化障碍本质不同，微量乳糖即可

诱发皮疹、呼吸困难等过敏症状，需要严格禁用所有含乳糖药品，此类人群临床较为罕见，需要专业检查确诊。二是先天性乳糖酶完全缺乏的重症患者，虽然药用乳糖剂量较低，仍建议在医师、药师指导下选用无乳糖替代药物。

若服用药物后出现胃肠道不适，切勿直接归咎于乳糖辅料，应优先排查药物自身不良反应、病情进展或饮食等诱因，必要时及时就医明确病因。特殊人群用

药，需要提前咨询专科医师，结合自身不耐受程度制定个体化方案。

乳糖不耐受并非用药的绝对禁忌，药用乳糖因剂量微小、作用单一，不会对多数人群造成健康风险。理性看待药用辅料，遵循科学用药原则，方能兼顾治疗效果与用药安全，消除不必要的用药顾虑。

（作者供职于郑州市第八人民医院药学部）



手足口病的流行病学特征与综合防控

□张艳君

手足口病是由肠道病毒感染引起的急性传染性传染病，具有明显的季节性高发特点，高发时段集中在每年的4月~7月，易感人群为学龄前儿童，其中5岁以下幼儿为重点易感群体，3岁以下儿童的发病率居于全年龄段首位。该病传播迅速、传染性强，易在人员密集的公共场所引发聚集性疫情，是儿童群体重点防控的常见传染病之一。

手足口病的主要临床特征为发热，同时伴随后躯、口腔、足部，以及肛周部位的疱疹症状，托幼机构、中小学校等儿童聚集场所

是该病暴发流行的高频区域。目前，已知可引发手足口病的肠道病毒有20余种，其中肠道病毒71型和柯萨奇病毒A16型为临床常见的致病毒株，重症病例与死亡病例绝大多数由肠道病毒71型感染导致。该类病毒偏好温暖潮湿的生存环境，在此环境下具备较强的存活与传播能力；同时，病毒对紫外线与干燥环境较为敏感，环境温度达到50摄氏度以上时，可快速将病毒灭活，这一特性也为日常消杀防控提供了科学依据。

密切接触是手足口病主要的

传播途径，儿童接触被病毒污染的手部、毛巾、手绢、水杯、玩具、餐具、奶具，以及床上用品、贴身衣物等物品，均有可能发生接触性感染。除此之外，病毒还可以通过呼吸道飞沫进行传播，饮用或通过呼吸道泡沫进行传播，饮用或食用被病毒污染的水源、食物，同样会造成消化道感染。手足口病的潜伏期为2天~10天，平均潜伏期3天~5天，潜伏期内患儿无明显的临床症状，但是已经具备病毒传播能力，患儿发病后7天内的传染性达到峰值。多数儿童感染后会呈现感冒样发热症状，后续伴随咽喉疼痛，逐步在手部、足部、口腔、臀部等部位出现斑丘疹与疱疹；部分患儿会呈现非典型症状，表现为无发热或低热，手足臀部无皮疹或仅出现散在皮疹，仅伴随疱疹性咽峡炎症状，临床需要结合体征精准鉴别。

做好全方位防控是阻断手足口病传播的主要手段，首要措施是培养幼儿良好的个人卫生习惯。家长与照护儿童的工作人员需要教导儿童规范洗手，饭前便后、触摸公共物品后必须清洁手部，使用肥皂或洗手液遵循“七步洗手法”揉搓双手至少20秒；避免与患儿密切接触，杜绝共用玩具、餐具等；儿童的衣物、被褥需要定期清洗晾晒，保持洁净干燥，减少病毒滋生。同时，需要做好室内环境卫生管控，家庭、幼儿园、学校等场所需要每日开窗通风两三次，每次通风时长30分钟左右，保障室内空气流通；定期对儿童高频接触的玩具、桌椅、门把手等物体表面清洁消毒，疾病高发期减少儿童前往游乐场等拥挤公共场所的频次。

食品卫生管理与免疫防护同样关键，日常需要为儿童搭配富含蛋白质、维生素和矿物质的膳食，保障牛奶、鸡蛋、时令果蔬的足量摄入，维持营养均衡，严格把控饮食卫生，禁止食用生冷食物、饮用生水。接种疫苗是预防重症

手足口病的有效手段，儿童对手足口病普遍易感，肠道病毒71型母源抗体在婴幼儿出生后逐步衰减，5月龄至11月龄时抗体水平较低，而6月龄至2岁为该病高发年龄段。因此，6月龄儿童即可接种肠道病毒71型手足口病疫苗，建议6月龄至5岁儿童尽早完成预防接种，基础免疫为2剂次，接种间隔1个月。此外，需要引导儿童养成健康生活方式，兼顾合理饮食、适度运动与睡眠充足，全面提升机体免疫力，增强抗病毒能力。

手足口病虽然在儿童群体中高发，但是具备完善的防控体系，属于可防可控的传染性疾病。全社会需要协同发力，严格落实卫生防护措施，筑牢儿童健康防线，全方位降低手足口病的发病风险，切实守护广大儿童的健康与正常生长发育。

（作者供职于焦作市疾病预防控制中心）



河南疾控CDC