

## 基层适宜技术

# 火针技术的临床应用

火针技术是用特制的针具,经加热烧红后快速刺入人体腧穴或患处的一种针灸灸技术。它具有温通经络、扶正助阳、祛邪引热等作用,主要适用于外科疾病、痛证、内科疾病、妇科疾病等。

### 适应证

火针技术主要适用于痤疮、带状疱疹、下肢静脉曲张、湿疹、皮炎、乳腺结节、乳腺炎、前列腺增生等疾病;偏头痛及关节炎、肩关节周围炎、颈椎病、腰椎病等导致的疼痛;脑卒中、面神经炎、腹泻、消化不良等内科疾病。

膝痹(膝关节炎):取膝眼穴、内膝眼穴、阳陵泉穴、梁丘穴、血海穴、足三里穴、阿是穴。采用细火针,进行点刺法操作,进针深度约5毫米,两三天治疗1次。

蛇串疮(带状疱疹):取疱疹局部阿是穴。采用细火针、中粗火针、多头火针,用点刺法、围刺法及刺络法进行操作,以刺破疱疹为宜;可局部加用火罐,每罐留置5分钟。疱疹内液体流出后,用消毒干棉球擦拭;针后局部皮肤可外涂碘伏,以防止感染并减少渗出。每两三天治疗1次。对存在全身症状者,可结合其他中药疗法。

精囊(前列腺增生):取关元穴、水道穴(双侧)、曲骨穴。嘱咐患者排尿后取仰卧位,采用中粗

火针,用点刺法进行操作,进针深度为10毫米~20毫米,每周治疗两三次。

### 禁忌证

1.孕妇的下腹部、腰骶部及肩井穴、合谷穴、三阴交穴、至阴穴等腧穴不宜针刺。

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.大失血、凝血功能障碍者不宜针刺。

5.孕妇,精神过于紧张者,饥饿、劳累及醉酒者。

6.严重的心脏病、糖尿病血糖控制效果不佳者。

### 操作前准备和操作步骤

#### 操作前准备

根据不同病证和患者的体质强弱,选择不同粗细及针尖类型的火针,包括粗火针、中粗火针、细火针、平头火针、多头火针、三棱火针6类。针尖应圆利、无倒钩,针体应光滑、无锈蚀,针柄与

针体缠绕应牢固、无松动。

烧针工具:打火机或火柴用于点火,酒精灯或其他安全方式(如乙醇棉火把等)用于加热针体。

#### 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;可重复使用的针具,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.选穴方法:运用火针技术治疗疾病时,要求根据中医针灸理论进行辨证论治;同时,需要遵循腧穴的主治特点和治疗规律取穴,根据所选的腧穴选取患者舒适、便于施术者操作的位置。

3.烧针:右手以握笔式持针,用火焰外焰烧红针尖及针体,根

据针刺深度确定烧针长度。

4.进针:针体烧红后,应迅速、准确地刺入针刺部位。

5.火针常用刺法:按照进针方法,分为点刺法、密刺法、散刺法、围刺法及刺络法。

点刺法:在腧穴上施以单针点刺。

密刺法:在体表病灶上施以多针密集刺激,每针间隔距离不超过1厘米。

散刺法:在体表病灶上施以多针疏散刺激,每针间隔距离2厘米左右。

围刺法:围绕体表病灶施以多针刺激,针刺点通常在病灶与正常组织交界处。

刺络法:用火针刺入体表血液瘀滞的血络,以放出适量血液。

按照是否留针,分为快针法和慢针法。

快针法:进针后迅速出针的一种常用的刺法,即进针后不停留,迅速出针。

慢针法:火针刺入穴位或部位后,留针1分钟~5分钟后出针。

6.出针:针体达到治疗深度

后,即可出针。

7.出针后处理。

针具灭菌及保存:为避免由针体产生的交叉感染,应重新用酒精灯从针根沿针体到针尖连续移动将其烧红,消毒备用。

处置针孔:为减轻疼痛,促进愈合,出针后可用无菌棉球或棉签按压针孔。针孔如有出血或渗出物,可用无菌棉球或棉签擦拭按压。

### 注意事项

1.操作时注意避开大血管、神经干、内脏,以及重要的器官。

2.防止烧伤或火灾等意外事故。

3.体质虚弱的患者,在治疗过程中应采取取位。

4.必须向患者交代以下内容:治疗结束后针孔可发红、瘙痒,或有高出皮肤的红点,一般可自行消退;应注意针孔局部清洁,忌用手搔抓,不宜用油、膏类药物涂抹;针孔当天不宜沾水;穿宽松衣服,避免过度摩擦针孔。

【文章来源于《基层中医适宜技术》(2025版)】

## 每周一练

(感染性心内膜炎、心脏瓣膜病、心肌疾病)

一、亚急性感染性心内膜炎的发病机制中不包括哪一项

- A.血流动力学改变
- B.暂时性菌血症
- C.血液的高凝状态
- D.细菌感染无细菌性赘生物
- E.非细菌性血栓性心内膜炎

二、急性感染性心内膜炎最常见的致病菌是

- A.草绿色链球菌
- B.金黄色葡萄球菌
- C.淋球菌
- D.肺炎链球菌
- E.肠球菌

三、亚急性自体瓣膜感染性心内膜炎的主要致病菌是

- A.淋球菌
- B.草绿色链球菌
- C.肺炎链球菌
- D.葡萄球菌
- E.流感嗜血杆菌

四、患者为男性,40岁,因感染性心内膜炎引起急性主动脉瓣关闭不全。在以下体征中,错误的是

- A.心动过速常见
- B.有明显的周围血管征
- C.P2增强,第三心音常见
- D.收缩压、舒张压和脉压可以正常
- E.主动脉瓣区舒张期杂音

五、亚急性感染性心内膜炎最常见的并发症是

- A.心力衰竭
- B.肾小球肾炎
- C.迁移性脓肿
- D.细菌性动脉瘤
- E.脑栓塞与脑脓肿

六、患者为女性,32岁,反复胸痛半年,进行性活动后呼吸困难2个月,否认慢性咳嗽、咯痰及心脏病史。查体:血压120/80毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),双肺呼吸音低,未闻及干湿啰音,P2>A2,三尖瓣区可闻及3/6级收缩期杂音,剑突下可见心脏搏动,右下肢水肿。为确定诊断最有意义

- A.感染性心内膜炎
- B.扩张型心肌病
- C.急性心肌梗死
- D.急性心包炎
- E.病毒性心肌炎

九、患者为男性,35岁,活动后气短2年,加重伴双下肢水肿2个月。查体:颈静脉怒张,双肺底可闻及少量湿性啰音,心界扩大,心率100次/分,心律齐,心尖部可闻及2/6级收缩期吹风样杂音,肝肋下4厘米。超声心动图检查结果显示:全心扩大,室壁运动呈弥漫性减弱。实验室检查:尿蛋白(+)。该患者最可能的诊断是

- A.缩窄性心包炎
- B.肝硬化
- C.心包积液
- D.慢性肾炎
- E.扩张型心肌病

的检查是

- A.CT肺动脉造影
- B.胸部X线片
- C.肺通气功能检查
- D.血气分析
- E.超声心动图

七、患者为男性,62岁,劳累时气短,进行性加重3年,既往无高血压病、糖尿病病史,无吸烟史。查体:血压110/70毫米汞柱,双肺呼吸音清,心率79次/分,心律齐,胸骨右缘第2肋间可闻及4/6级收缩期喷射样杂音,向颈部传导,超声心电图提示LVEF(左心室射血分数)60%。该患者气短的最可能原因是

- A.肺动脉高压
- B.肺血栓栓塞
- C.主动脉瓣狭窄
- D.主动脉瓣关闭不全
- E.肺动脉瓣关闭不全

八、患者为男性,19岁,约2周前曾咳嗽、流涕,近3天感觉心悸。查体:心界不大,P2>A2,心率96次/分,可闻及频发期前收缩,心脏各瓣膜区未闻及杂音和附加音。心电图检查结果提示,室性期前收缩,血清肌钙蛋白升高。该患者最可能的诊断是

- A.感染性心内膜炎
- B.扩张型心肌病
- C.急性心肌梗死
- D.急性心包炎
- E.病毒性心肌炎

九、患者为男性,35岁,活动后气短2年,加重伴双下肢水肿2个月。查体:颈静脉怒张,双肺底可闻及少量湿性啰音,心界扩大,心率100次/分,心律齐,心尖部可闻及2/6级收缩期吹风样杂音,肝肋下4厘米。超声心动图检查结果显示:全心扩大,室壁运动呈弥漫性减弱。实验室检查:尿蛋白(+)。该患者最可能的诊断是

- A.缩窄性心包炎
- B.肝硬化
- C.心包积液
- D.慢性肾炎
- E.扩张型心肌病

### 本期答案

一、C	二、B	三、B	四、B
五、A	六、E	七、C	八、E
九、E			

# 如何治疗慢性胃炎

□郭晓峰

### 规范化诊断

慢性胃炎症状缺乏特异性,近半数患者无明显的自觉症状,诊断需结合病史、辅助检查综合判断,胃镜联合胃黏膜病理活检是诊断“金标准”。

病史采集与临床表现:基层医疗卫生人员接诊此类患者,需要系统询问具体症状与诱因。常见症状包括上腹部隐痛、餐后饱胀、嗝气、泛酸、食欲减退等,症状多与饮食失节、情绪波动、过度劳累相关,无典型节律性。重点排查致病因素。长期服用非甾体抗炎药、烟酒无度、饮食不规律、幽门螺杆菌(Hp)感染史、胃癌家族史等。同时,必须识别机体“报警”征象。进行性体重下降、黑便、呕血、不明原因贫血、吞咽困难、腹部包块等,出现上述表现需要立即转诊排除恶性病变。

辅助检查的合理选择:Hp检测是慢性胃炎基层诊疗的必查项目,首选碳13呼气试验或碳14尿素呼气试验,该方法无创、操作简便、准确率高,适配基层医疗场景。患者检测前应停用质子泵抑制剂2周、抗生素及铋剂4周,避免假阴性结果。

具备胃镜检查资质的医疗卫生机构,应将胃镜检查列为常规检查项目,镜下可分为慢性非萎缩性胃炎与慢性萎缩性胃炎,需要规范多活检明确病理类型,评估肠上皮化生、异型增生等癌前病变。暂无胃镜检查条件的机构,可结合症状与Hp检测结果进行初步临床诊断,但对症状持续2个月以上不缓解、存在报警征象或胃癌家族史者,应及时转诊,进行胃镜检查明确诊断。

常见鉴别诊断:重点与三类

疾病鉴别。功能性消化不良症状与慢性胃炎高度重叠,需要依靠胃镜检查进行区分;消化性溃疡多呈节律性、周期性上腹痛,抑酸药物可明显缓解;慢性胆囊炎疼痛多位于右上腹,进食油腻食物后加重,腹部超声可辅助鉴别。

### 个体化治疗方案

慢性胃炎的治疗,目标是排除病因、缓解临床症状,改善胃黏膜炎症状态。其中,萎缩性胃炎需要重点延缓病变进展,预防癌变发生。

病因治疗:Hp阳性慢性胃炎均推荐根除治疗,尤其伴胃黏膜萎缩、肠上皮化生、顽固性消化不良症状及有胃癌家族史者。基层首选铋剂四联根除方案:质子泵抑制剂,如奥美拉唑20毫克(每日2次)、艾司奥美拉唑20毫克(每

日2次),枸橼酸铋钾220毫克(每日2次),再加两种抗生素。抑酸药物与铋剂餐前半小时服用,抗生素餐后服用。抗生素优先选用阿莫西林联合呋喃唑酮,该组合耐药率较低、根除效果稳定;对青霉素过敏者可选用克拉霉素联合甲硝唑,标准疗程为10天~14天,不可随意缩短疗程。根除治疗结束4周后,患者需要复查评估疗效。

强化生活方式干预:戒烟限酒,避免长期服用损伤胃黏膜的药物,规律饮食,避免摄入辛辣刺激、过冷过热等食物,减少浓茶、浓咖啡摄入量,保持情绪稳定。

对症治疗:以上腹痛、泛酸、烧心为主要临床表现者,选用质子泵抑制剂或H2受体拮抗剂抑酸治疗,症状缓解后可改为按需用药;以上腹胀、早饱、暖

气为主要临床表现者,选用莫沙必利、多潘立酮等促胃肠动力的药物;胃黏膜糜烂、症状明显者,加用铝碳酸镁、瑞巴派特等胃黏膜保护剂,兼具中和胆汁、修复黏膜屏障;伴进食后腹胀、食欲减退者,可补充复方消化酶制剂改善消化功能。

萎缩性胃炎的长期管理:慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生者,在根除Hp基础上,酌情应用胃黏膜保护剂与抗氧化营养素,如维生素C、叶酸与硒元素,部分患者胃黏膜萎缩可得到逆转或延缓进展。

总之,慢性胃炎是基层临床最常见的消化系统疾病,其诊疗关键在于规范化诊断、实施个体化治疗方案。

(作者供职于焦作市人民医院)

## 合理用药

# 了解药物半衰期 选合适的助眠药物

□张格艳

《中国睡眠研究报告》的相关数据显示,我国成年人失眠发生率已超过38%,其中近30%的成年人曾自行服用助眠药物改善睡眠质量。很多失眠的人群都在吃助眠药物,可是为什么有些人吃完助眠药物睡得香,白天精神好,而有些人却一整天昏昏沉沉、反应变慢呢?其实,关键在于所吃的助眠药物在身体里存留的时间不一样。下面,笔者结合临床用药规范,给大家讲明白其中的奥秘。

一、先懂一个核心知识:药物半衰期。

简单说,药物半衰期全称为药物消除半衰期,指的是药物进入血液后,血液浓度下降至最高值一半所需的时间。它决定了药效维持时长、代谢残留程度,以及是否会影响次日精神状态。这一参数是临床选药、制定服药剂量与间隔的主要依据,也是区分不同助眠药物作用特点的重要标准。

人们常用的苯二氮革类助眠药物,临床就严格按照半衰期分成了四类,分别对不同的失眠类型,疗效与药物的副作用差异很大。一般临床划分标准,半衰期小于6小时为短效

药,6至24小时为中短效药,24小时~48小时为中长效药,超过48小时则为长效药。

二、药物半衰期不同,到底有啥不一样?

短效药:快速入睡,醒得也快。

特点:这类药物半衰期普遍在2小时~6小时,服药后15分钟~30分钟即可快速起效;但是,药效消失快,服药后3小时~5小时血药浓度会降至有效浓度以下,基本失去助眠作用。

提醒:无法帮助患者维持整夜睡眠,对半夜容易醒、早醒的人群基本无效,甚至可能因药效提前消退而加重夜间觉醒。

中短效药:整夜安睡,白天无负担。

特点:这类药物半衰期多在6小时~24小时,起效速度适中,服药后30分钟左右起效,药效刚好能覆盖一整晚的睡眠时间,早上起床时,体内药物大多已代谢完毕,残留量极低。代表药物如艾司唑仑、阿普唑仑,也是目前临床主流的助眠药物。

适用人群:大多数失眠患者,不论是入睡困难的,还是半夜容易醒、睡不踏实的混合性失眠患者,均可适用。

好处:临床治疗较为常用、稳妥的药物选择,药物不良反应发生率在10%左右,安全性与适用性平衡度较高。

中长效药:药效久,易残留。

特点:这类药物半衰期在24小时~48小时,药效持续时间较长,不仅管晚上睡觉,第二天白天患者体内仍有明显的药物残留,镇静作用会持续存在。代表药物如地西泮、硝西泮,同时兼具一定的抗焦虑作用。

适用人群:整夜频繁醒、凌晨易醒,醒后无法入睡的严重失眠人群,需要医生严格评估后使用,普通失眠人群不推荐作为首选药物。

提醒:白天容易出现头晕、没精神、注意力不集中,走路不

稳、容易跌倒。老年人群服用此药,服药后30分钟左右起效,药效刚好能覆盖一整晚的睡眠时间,早上起床时,体内药物大多已代谢完毕,残留量极低。代表药物如艾司唑仑、阿普唑仑,也是目前临床主流的助眠药物。

长效药:慎选,残留风险高。

特点:这类药物半衰期普遍超过48小时,部分药物甚至可达72小时以上,药效特别持久,能持续一两天,药物很容易在体内堆积,连续服用3天~5天后就可能出现体内药物蓄积。代表药物如氯硝西泮,仅用于特殊临床场景。

适用人群:仅用于极少数严重失眠、合并严重焦虑或惊厥等特殊状况。

风险:白天宿醉感极强,整天昏昏欲睡、反应迟钝,认知能力与反应速度会明显下降;长期服用还会加重肝肾代谢负担,药物依赖性也更强,戒断难度远高于短效药物和中短效药物。

三、给失眠患者的4个重要提醒。

不自己选药、不随便换药:失眠分为入睡困难、睡眠维持障碍、早醒等多种类型,不同类型患者适用的药物完全不同,自行选药的有效率不足40%,还可能扰乱正常睡眠结构。患者一定要遵循医生的建议用药,不要随

意更换药物品类。

不长期吃药、不擅自增减剂量:助眠药物连续服用4周以上,药物依赖风险会升至20%以上,停药后还可能出现反跳性失眠、焦虑等戒断反应。务必遵循医嘱服药,临床常规推荐连续使用时不超过2周~4周,禁止自行增减药物剂量。

吃药后别做这些事:服药期间禁止喝酒、开车、操作精密仪器。酒精会放大药物的中枢抑制作用,呼吸抑制风险会升高5倍以上;服用中长效药、长效药的患者,白天反应速度会下降20%~30%,犯困状态下极易发生危险。

特殊人群注意事项:老年人、肝肾功能不好者,药物代谢速度会减慢30%~50%,长效药物蓄积风险是正常人的两到三倍,优先选短效药、中短效药,且需要在医生指导下调整剂量,减少药物残留风险。

总之,助眠药物只是改善睡眠的短期辅助方式,认知行为疗法才是临床公认的失眠一线治疗方案,长期有效率可达到70%以上。

(作者供职于郑州市第八人民医院药学部)

## 误诊误治

# 儿童传染性软疣的常见认知误区

□李宏

传染性软疣是由传染性软疣病毒感染引起的病毒性皮肤病,在儿童群体中较为常见。笔者在临床诊疗中发现,不少患儿家长对该病存在认知偏差。现将常见误区整理如下,帮助家长科学认识、规范应对。

第一,不轻信“千日疮自愈”而拖延治疗时机。部分家长发现孩子皮肤只有少量疣体时,认为该病属于“千日疮”,数年后可自行痊愈,因而选择观望。事实上,传染性软疣虽然有一定的自限性,但是具体消退时间个体差异较大,期间疣体可能持续增多、扩散。早期疣体数量少时积极进行治疗,孩子的痛苦小、恢复快;等到疣体大面积扩散后再处理,不仅治疗难度增加,孩子承受的痛苦也会明显加重。

第二,外用药物治疗效果有限,不可作为首选药物使用。目前,外用药物种类较多,但是多数药物仅能起到辅助治疗作用,疗效不确切。单纯依赖外用药物很容易延误最佳治疗时机,导致疣体越长越多。该病的主要治疗方法以物理消除为主,如刮除术、冷冻治疗等。

第三,口服药物仅为辅助治疗,并非主要治疗手段。口服药物多用于调节免疫、减少复发,无法直接清除疣体,不能替代物理治疗。

第四,单次治疗难以治愈。由于病毒潜伏期长短不一,潜伏的病毒可能后续诱发新疣体。因此,一般需要多次规范治疗,才能彻底清除病灶。

总之,传染性软疣虽然不属于严重疾病,但是若疣体数量较多或累及眼部等特殊部位,治疗起来会十分棘手,也会给孩子带来不必要的痛苦。家长一旦发现孩子患病,应尽早带孩子至正规医院皮肤科就诊,遵医嘱规范治疗。

(作者供职于开封市儿童医院)