

基层适宜技术

浮针技术的临床应用

浮针技术是运用一次性浮针在患肌周围或邻近四肢的皮下进行大面积扫散的针刺法，具有通经活络、行气活血、祛瘀止痛等作用，主要用于治疗软组织疼痛和部分内科病症、妇科病症。

适应范围浮针技术主要适用于可导致肌肉紧张或疼痛的病症（肌肉前病痛），如类风湿关节炎、哮喘、痛风、帕金森病、面神经麻痹、头痛、慢性前列腺炎、尿失禁、呃逆、失眠、慢性咳嗽、功能性便秘等；肌肉病痛，如脊柱退行性病变、胫骨外上髁炎、踝部劳损或扭伤、肩关节周围炎等；肌肉病理性紧张或病变导致的病症（肌肉后病痛），如眩晕、心律失常、周围神经病、局限性水肿、糖尿病足、特发性无菌性股骨头坏死、脊柱畸形等。

病案举例

项痹（颈椎病）：冈上肌、斜方肌、肩胛提肌、头夹肌、颈夹肌、斜方肌、三角肌、肱桡肌等为主要嫌疑肌。

如肱桡肌为患肌，进针点选取上臂外侧中部，针尖朝向近心端进针，运针，扫散；如冈上肌、斜方肌为患肌，进针点选取冈上肌外侧缘，针尖朝向颈部进针，运针，扫散；如肩胛提肌、头夹肌、颈夹肌为患肌，进针点选取第七胸椎旁开约3厘米，针尖朝向头部进针，运针，扫散。

腰痹（腰椎间盘突出症）：竖脊肌、腰方肌、臀大肌、臀中肌、梨状肌、阔筋膜张肌、股二头肌、腓肠肌等为主要嫌疑肌。

如竖脊肌为患肌，进针点选取竖脊肌下段，针尖朝向臀部方

向进针，运针，扫散；如腰方肌为患肌，进针点选取腰方肌外侧，针尖朝向脊柱方向进针，运针，扫散；如臀大肌为患肌，进针点选取臀部内上方，针尖朝向臀大肌肌腹方向进针，运针，扫散；如臀中肌为患肌，进针点选取髂后上棘下方约15厘米处，针尖朝向臀中肌方向进针，运针，扫散；如梨状肌为患肌，进针点选取股骨大转子内上方，针尖朝向骶骨方向进针，运针，扫散；如阔筋膜张肌为患肌，进针点选取髂前上棘后方约8厘米处，针尖朝向阔筋膜张肌肌腹方向进针，运针，扫散；如腓肠肌为患肌，进针点选取腓肠肌外侧头中下段，针尖朝向近心端进针，运针，扫散。

膝痹（膝关节炎）：膝关节周围相连的肌肉为主要嫌疑肌，如股直肌、股外侧肌、股内收肌群、腓肠肌、股二头肌、胫骨前肌、腓骨长肌等。

如股直肌为患肌，进针点选取大腿前面中下1/3交界处，针尖朝向近心端进针，运针，扫散；如股外侧肌为患肌，进针点选取髂前上棘下方约10厘米处，针尖朝向股外侧肌肌腹方向进针，运针，扫散；如股内收肌群为患肌，进针点选取大腿内侧中下1/3交界处，针尖朝向大腿根部进针，运针，扫散；如腓肠肌为患肌，进针点选取腓肠肌外侧头中下段，针尖朝向近心端进针，运针，扫散；如股二头肌为患肌，进针点选取大腿后面外侧中下1/3交界处，针尖朝向臀部进针，运针，扫散；如胫骨前肌为患肌，进针点选取外侧膝眼

下方约15厘米处，针尖朝向足背方向进针，运针，扫散；如腓骨长肌为患肌，进针点选取腓骨头下，约方10厘米处，针尖朝向外踝方向进针，运针，扫散。

禁忌证

- 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。
- 小儿囟门未闭合时，囟门附近不宜针刺。
- 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。
- 凝血功能障碍者不宜针刺。

操作准备

浮针技术所使用的针具为特殊的一次性浮针，并且配有专门的进针器。浮针为复式结构，由内至外分为3个部分：针芯及芯座，软套管，保护套管。一次性针具严禁重复使用。

浮针进针器包括底座、控制按钮、传动杆、固定槽。通过进针器底座一侧的控制按钮，控制一次性浮针快速进针。

操作步骤

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%酒精擦拭2遍，皮肤消毒范围应大于或等于5厘米。

手卫生：严格执行《医务人员手卫生规范》。

确定患肌：根据患者提供的临床资料认真分析，明确诊断，查找和触摸相关患肌，确定患肌，进行针对性治疗。

患肌的特点：一是在运动中躯正常的患者相关肌肉放松的情况下，施术者触摸该肌肉时，指腹有“紧、僵、硬、滑”的感觉，患者局部常有酸胀不适感；二是该肌肉的相关活动范围减小，偶尔还有乏力现象。

确定进针点：在浮针技术操作过程中，进针点的选择是根据病痛部位查找相应患肌，进而确定治疗部位。进针点的选择与患肌相关，可选择患肌周边区域（上下左右或斜取皆可），针尖指向患肌，方向不能与患肌相反；避开皮肤上的瘢痕、关节，尽量选择在平坦易操作的部位进针。

进针：操作时，进针器与进针点皮肤成10度~15度角，进针器前端皮肤向前稍推起，施术者另一手放于浮针针具上方以防浮针弹起。针尖进入皮下后，施术者左手提起并固定浮针，右手持进针器后撤出；之后放下浮针，调整浮针至浮针自由卧倒于皮肤，使浮针处于皮下组织层。

运针：完成浮针进针后，上提皮肤，顺势推进针体，以软管完全进入皮下为宜。在操作过程中避免误入肌层，并且尽量避开血管。如果出现刺痛，可能是针体触碰到了血管壁，需要调整针体角度。运针的操作要点为平稳、匀速、上提、滑进。

扫散：扫散是浮针操作的核心环节。运针结束后，芯座后退

旋内，软套管的点状凸起固定在塑料芯座的凹槽内，此时软套管完全把不锈钢针芯包裹，然后可以开始扫散操作。扫散操作时，施术者用拇指、中指夹持针柄，以拇指为支点固定在皮肤上，食指、无名指自然放在软套管座和芯座处，均匀有节奏地进行扇形扫散。出针和留管：经过浮针技术治疗后，患肌与症状改善即可以出针结束治疗。出针时，外旋芯座，使软套管和芯座分离；拔出针芯，把软套管留在皮下，以达到疗效更持久的目的。留管时间一般以4小时~6小时为宜。留管位置通常选择在平坦且不影响活动的部位。

注意事项

一、触摸患肌时，应使目标肌肉保持放松状态；进针点的选择，应避开瘢痕、破损处、关节等。

二、选择平坦不影响活动的地方留管，针孔周围避免浸水，以防感染。

三、如出现皮下血肿，微量皮下瘀血可自行吸收，充分安抚患者即可；若皮下血肿范围较大，可先出针按压止血，安抚患者并告知冷敷止血，24小时后再进行热敷促进瘀血吸收。

四、对于初次治疗、体质虚弱，或在精神紧张、饥饿等状态下的患者，应进行充分解释，同时选取合适的体位，降低出现晕针的可能性；若出现晕针，应立即起针并停止操作，嘱咐患者平卧休息，饮少许温开水。

〔文章来源于《基层中医适宜技术手册》(2025版)〕

每周一练

（周围血管疾病）

一、患者为男性，35岁，长距离步行后感觉右小腿疼痛，因肌肉抽搐而跛行，稍事休息后症状消失，平时感觉右足发凉、怕冷、有麻木感，右足背动脉搏动减弱。应考虑

- A.血栓性静脉炎
- B.深静脉血栓形成
- C.血栓闭塞性脉管炎（营养障碍期）
- D.血栓闭塞性脉管炎（局部缺血期）
- E.动脉粥样硬化症

二、患者为男性，42岁，左下肢疼痛（行走后加重）3年。患者早期常感觉患肢麻木，行走后疼痛，短暂休息后可缓解，近来疼痛日益加重。患者有吸烟史（20余年）。查体：体温36.3摄氏度，血压100/70毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕）。该患者最可能的诊断是

- A.动脉硬化性闭塞症
- B.下肢静脉曲张
- C.多发性动脉炎
- D.雷诺综合征
- E.血栓闭塞性脉管炎

三、判断血栓闭塞性脉管炎的闭塞部位的准确方法是

- A.肢体位置试验
- B.静脉输注硫酸镁注射液10毫升
- C.仔細检查肢体各动脉搏动情况
- D.行交感神经阻滞
- E.行动脉造影

四、患者为女性，40岁，教师，右下肢静脉迂曲扩张15年，长期站立有酸胀感，近2年右足靴区颜色加深、肿胀，大隐静脉瓣膜功能试验（+），深静脉通畅试验（-）。该患者可能的诊断是

- A.单纯性下肢静脉曲张
- B.原发性下肢深静脉

瓣膜功能不全

- C.下肢深静脉血栓形成
- D.静脉曲张
- E.血栓性浅静脉炎

五、广泛的下肢深静脉血栓形成最严重的并发症为

- A.下肢溃疡
- B.肺栓塞
- C.下肢浅静脉曲张
- D.伴动脉痉挛、肢体缺血
- E.腔静脉阻塞

六、患者为男性，14岁，右大腿深部巨大血管瘤，术后情况良好，伤口一期愈合，拆线后下床活动，5分钟后突然晕倒，经抢救无效死亡。该患者应考虑为

- A.脑血管意外
- B.心肌梗死
- C.休克致死
- D.肺动脉栓塞
- E.脂肪栓塞

七、患者为男性，62岁，左侧胸痛（伴呼吸困难1天，疼痛呈持续性锐痛，咳嗽时加剧），无放射痛、发热。查体：血压110/80毫米汞柱，呼吸急促，口唇发绀，双肺未闻及干性（湿性）啰音，P2（在肺动脉瓣区所听到的心脏第二心音）亢进，各瓣膜区未闻及杂音，左下肢水肿（血栓形成）。该患者胸痛最可能的原因是

- A.肺炎
- B.气胸
- C.肺梗死
- D.胸膜炎
- E.心绞痛

八、下肢浅静脉曲张最主要的原因是

- A.盆腔内占位性病变
- B.长时间站立活动
- C.静脉壁薄弱
- D.妊娠后期子宫压迫
- E.髂股静脉血栓形成

应急治疗

老年人跌倒的预防与应急处理

□刘建华

跌倒

急救

急救

急救

急救

急救

急救

急救

急救

急救

急救

进入盛夏，气温日益攀升，人体出汗量大幅增加，水分和电解质持续流失。很多人只有感到口干舌燥时才想起喝水，这已经是身体缺水的预警信号。只有掌握科学的补水方法，才能平安度过高温季节。

缺水信号

轻度缺水：口干、咽喉发紧、尿液发黄、疲惫头晕等都是身体缺水的信号，及时补水，半小时左右即可缓解。判断缺水程度可观察尿液颜色：淡黄色，说明水分充足；深黄色，提示需要补水；茶色，则提示严重缺水。

中度缺水：皮肤干燥紧绷、小腿抽筋、心慌乏力、食欲下降，户外工作者及运动人群易出现。

重度缺水：尿量极少、恶心反胃、体温升高，伴随中暑症状，需要补充电解质并及时降温休息。

补水原则

拒绝猛灌暴饮：一次性喝下大量水会加重肠胃与心脏负担，容易腹胀、胸闷。正确方式是每次喝100毫升~200毫升，间隔15分钟~20分钟饮用。

水温适宜：冰镇饮料和冰水会刺激胃肠道血管收缩，影响吸收，还可引发腹痛、腹泻。30摄氏度左右的温水吸收效率较高。

固定饮水时段：晨起空腹一杯温水；三餐前后半小时少量饮水；上午10点、下午3点定时补水；睡前少量喝水。

人群差异

办公室久坐人群每日饮水1500毫升左右即可，高糖饮品会加速脱水，少用奶茶、碳酸饮料代替饮用水。

户外劳动者及运动人群大量

出汗，需要搭配淡盐水或电解质水。可自制补盐水：1升温水加一小撮食盐，少量分次饮用。每日饮水量建议2000毫升~3000毫升。

老年人口渴感知能力下降，需要定时少量喝水，每日饮水1500毫升~1700毫升；儿童贪玩易忘记饮水，家长需要定时提醒。

高血压、肾病患者需要遵医嘱控制饮水量。

慎喝饮品

冰镇汽水及甜奶茶：大量糖分利尿，加速水分流失。啤酒、酒精可以扩张血管，加速脱水；冰镇啤酒刺激肠胃，容易引发急性胃肠炎。浓茶及黑咖啡：含咖啡因，利尿效果强，不能作为日常补水主力。冰水：刺激肠胃，脾胃虚弱人群容易胃痛、腹泻。

饮食辅助

日常食材也能补充水分。丝瓜汤、冬瓜豆腐汤、绿豆汤可以补水；西瓜、桃子、黄瓜含水量高，既解渴又补充维生素；煲汤时少盐少油，高盐饮食会加快水分消耗。

误区纠正

不出汗就不用喝水，即便待在空调房，皮肤和呼吸也会持续蒸发水分，仍需要定时补水。

口渴了一次性喝一大瓶水：



河南疾控CDC

奥氮平的临床用药方法

□海帆

在精神科的临床治疗中，有一种药物几乎每天都在被应用、被讨论，也被许多误解所围绕——它就是奥氮平。作为第二代抗精神病药物的代表之一，奥氮平自问世以来，帮助了无数精神分裂症患者和双相情感障碍患者重返正常生活。然而，“吃这个药会变胖”“是不是把人吃傻了”等传言，也让不少患者和家属望而却步。要想真正理解奥氮平的价值与风险，需要从它治疗的对象和原理说起。

作用机制

精神分裂症的主要原因在于脑内多巴胺和5-羟色胺（血清素）系统的失衡：中脑边缘通路的多巴胺过度活跃，会导致幻觉、妄想等阳性症状；而前额叶多巴胺功能不足，则会引发情感淡漠、思维贫乏等阴性症状。奥氮平通过拮抗多巴胺D2受体和5-羟色胺2A（5-HT2A）受体，对大脑信号进行双向调节：抑制过度表达的多巴胺信号，减轻阳性症状；借助5-HT2A受体拮抗作用，间接促进前额叶多巴胺释放，从而改善阴性症状。与此同时，其对组胺H1受体（组胺1型受体）、毒蕈碱M1受体（毒蕈碱1型受体）和α1肾上腺素能受体的拮抗作用，也解释了嗜睡、体

重增加、口干等副作用的来源。

临床应用

基于上述作用机制，奥氮平的临床应用范围十分广泛。除用于精神分裂症的急性期与维持期治疗，它还可以控制双相情感障碍的躁狂发作和复发预防，有时也会作为难治性抑郁发作的辅助治疗手段。常规起始剂量为每日5毫克~10毫克，口服，睡前服用。根据患者的临床反应和耐受性，可逐步调整剂量，每次调整间隔不少于1周。精神分裂症的推荐治疗剂量为每日10毫克~20毫克，双相情感障碍躁狂发作的推荐剂量为每日5毫克~20毫克。奥氮平可空腹或随餐服用，食物不影响其吸收。对于依从性差的患者，可考虑使用口腔崩解片或长效肌内注射剂型。需要强调的是，剂量调整必须在精神科医师指导下进行，患者不可自行增减剂量。

不良反应

除了疗效，不良反应也是医患共同关注的重点。常见不良反应的是体重增加和嗜睡，其次为口干、便秘、头晕等，多数副作用可通过饮食控制、规律运动、调整服药时间得到缓解。罕见的严重反应如迟发性运动障碍（长期用药后出现的自主运动）、粒细胞缺乏等，发生率较低。因此，患者用药期间，要遵

医嘱定期检查体重、空腹血糖、血脂等指标，以便及时发现并处理问题。对于体重增加明显的患者，医师可考虑联用二甲双胍等药物干预，或调整治疗方案。嗜睡明显的患者，可将服药时间调整至睡前，既减少白天困倦，又利用其镇静作用改善睡眠质量。

常见误区

围绕奥氮平的误解相当普遍，以下三个误区尤为常见。

误区一：“吃了会变瘦。”奥氮平治疗的是精神疾病本身带来的认知功能损害，规范用药有助于患者恢复清晰的思维。部分患者服药后“看起来反应慢”，多与疾病自身影响、药物镇静作用或剂量偏高有关，可随治疗方案优化而改善，绝非药物把大脑“吃坏”了。

误区二：“感觉好了就可以自己停药。”精神分裂症和双相情感障碍均属于高复发性疾病，擅自停药是病情反复的首要原因。即使症状缓解，患者也应在医生指导下维持治疗；减药必须缓慢递减，贸然停药可能对大脑功能造成不可逆性损害。

误区三：“吃这个药会发胖，干脆别吃了。”体重增加确实是奥氮平较突出的代谢副作用，通过调整饮食、规律运动、定期监测代谢指标，大多数患者的体重

问题可有效管理；必要时，可联用二甲双胍等药物干预。

特殊人群

老年患者对奥氮平的中枢抑制作用更为敏感，起始剂量应减至每日5毫克，并且密切监测镇静、体位性低血压和跌倒风险。妊娠期妇女使用奥氮平的安全性尚不明确，需要权衡母婴获益与风险后方可使用；哺乳期妇女服药期间，不建议哺乳。18岁以下人群使用奥氮平属于超说明书用药，需由儿童精神科专家严格评估。肝肾功能不全者需要根据损伤程度调整剂量，重度肝功能不全者起始剂量不应超过5毫克。合并帕金森病、路易体痴呆等锥体外系疾病的患者应慎用奥氮平，因为它可能加重运动症状。

相互作用

吸烟（特别是重度吸烟）会加速奥氮平代谢，使血药浓度降低约40%。因此，吸烟者可能需要更高剂量。

卡马西平、苯妥英钠等强效CYP1A2（细胞色素P450 1A2酶）诱导剂，同样会降低奥氮平血药浓度；氟伏沙明、环丙沙星等CYP1A2抑制剂则会升高血药浓度，联合使用时需要减量。奥氮平与苯二氮卓类药物、阿片类镇痛药、酒精等中枢抑制剂联合使用时，可增强镇静作用并增

加呼吸抑制风险。

奥氮平与降压药联用可能加重体位性低血压。奥氮平与延长QT间期（心电图上心室除极至复极的时间间期）的药物（如某些抗生素、抗心律失常药）联用时，需要监测心电图。

用药监测

患者服药期间，应戒烟或限酒。如果患者联合使用卡马西平、氟伏沙明、环丙沙星等药物，要主动告知医生。用药前，患者需要完善基线检查，包括体重、身高、体质指数、空腹血糖、血脂、肝肾功能、心电图等；用药后，前3个月每周监测1次体重和空腹血糖，之后每3个月监测1次；血脂每6个月检查1次。患者出现不明原因的发热、咽痛，需要立即查血常规，警惕粒细胞缺乏。

归根结底，奥氮平是一把“双刃剑”，规范使用是重建生活秩序的得力工具，不当使用则会带来代谢等方面的额外负担。药物终究只是康复拼图中的一块，真正起决定作用的，是患者的信任与坚持、家属的理解与陪伴，以及后期复诊带来的动态调整。理性看待药物的利弊，既不自甘从恐惧，也不掉以轻心，只有这样才能把握康复的机会。

（作者供职于郑州市第八人民医院）