

基层适宜技术

穴位注射技术的临床应用

穴位注射技术是以中西医理论为指导,依据穴位作用和药物性能,将药物注入穴位以防治疾病的一种方法,又称“水针”。该技术具有操作简便、用量小、适应范围广、作用迅速等特点,在临床中主要用于疼痛类疾病、消化系统疾病及皮肤科疾病等。

适应症

穴位注射技术主要适用于以下病证:漏肩风、关节炎、腰肌劳损等导致的疼痛;消化不良、泄泻、便秘等;瘾疹、痤疮、神经性皮炎等皮肤科疾病。

病案举例

漏肩风(肩关节周围炎)
取穴:肩贞穴、肩前穴、肩髃穴、肩井穴、天宗穴、曲池穴。
药物配制:当归注射液或丹参注射液9毫升。
操作方法:局部消毒后,用规格为2毫升的一次性无菌注射器,在肩贞穴、肩髃穴、肩前穴各缓慢注射2毫升,曲池穴、肩井穴、天宗穴各缓慢注射1毫升,以局部酸胀为度。每3日1次,3次~5次为1个疗程。

泄泻(胃肠炎)
取穴:天枢穴、上巨虚穴。
药物配制:维生素B₁₂或维生素B₆注射液4毫升。
操作方法:局部消毒后,用规格为2毫升的一次性使用无菌注射器在上述穴位缓慢注射2毫升,以局部酸胀为度。每3日1

次,3次~5次为1个疗程。
瘾疹(荨麻疹)
取穴:曲池穴、血海穴、大椎穴、合谷穴、膈俞穴。
药物配制:当归注射液或丹参注射液10毫升。
操作方法:局部消毒后,用规格为2毫升的一次性使用无菌注射器在上述穴位缓慢注射2毫升,以局部酸胀为度。每3日1次,3次~5次为1个疗程。

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.凝血功能障碍者不宜针刺。
5.婴儿、体质过分虚弱者、意识障碍者禁用穴位注射技术。
6.对注射药物过敏者,禁用该药物。

操作准备

操作前应做好以下检查和准备:核查患者姓名、年龄、药物名称、浓度、剂量、有效期限、用法及有无用药禁忌,配制注射所需的药物。
根据病情、注射部位及药量需求,选择合适型号的一次性使用无菌注射器、一次性使用无菌

注射针和药物。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《中医医院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或等于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。
运用穴位注射治疗疾病时,应根据中医针灸理论进行辨证论治,同时遵循腧穴的主治特点和治疗规律取穴。体位选择以患者舒适、方便施术者操作为原则。
3.取药与穿刺进针。
仔细核对患者科别、姓名、年龄、药物名称、浓度、剂量、保质期、用法及用药禁忌证。从包装中取出注射器,将针头斜面与注射器刻度调到同一水平面后旋紧,检查注射器是否漏气。遵医嘱取药,药液吸入针筒后再次核对。将注射器内空气排尽,依据穴位所在部位、注射器规格等因

素选择不同的持针方式、进针方式及进针角度。施术者用前臂带动腕部的力量,将针头迅速刺入患者穴位处皮肤。进针后要通过针头获得各种不同感觉,并注意握持注射器的手指感应及患者反应的进针情况,从而调整进针的方向和角度。
4.调整得气。
针头刺入穴位后应细心观察针下是否得气。针尖到达一定深度后若得气感尚不明显,可将针退至浅层,调整针刺方向后再次深入,直至患者出现酸、胀的得气反应。

5.注入药物。
患者产生得气反应后回抽针芯,无回血、无回液时即可注入药物。注射过程中应随时观察患者反应。
6.出针处理。
根据针刺的深浅选择不同的出针方式。浅刺穴位出针时,施术者用左手持无菌棉签或无菌棉球压于穴位旁,右手快速拔针而出;深刺穴位出针时,先将针退至浅层,稍微等待后缓慢退出。若针下沉紧或滞针,不应用力猛拔,宜循经按压或拍打穴位外周以宣散气血,待针下感觉轻滑后方可出针。出针后如发现针孔溢液或出血,可用无菌棉签或无菌棉球压迫0.5分钟~2分钟。最后整理用物,嘱患者保持舒适体位休息。

5分钟~10分钟,以便观察是否出现不良反应。
出针后,若见针孔溢液或出血,可用无菌棉球或无菌棉签压迫0.5分钟~2分钟。

注意事项

一、检查并确保注射药物在有效期内使用。注射前应明确药物的性能、药理作用、剂量,以及药物禁忌证、不良反应和过敏反应等情况。注射操作应在药敏试验结束并合格的前提下进行。注射两种药物时,应注意药物的配伍禁忌,最好不要在同一部位注射。

二、禁止将药物注入血管内。若回抽针芯见血或积液时,应立即出针,用无菌棉球或无菌棉签压迫针孔;如果情况允许,应更换注射器及药液后再进行注射。

三、针刺胸部、背部穴位时,宜平刺或斜刺。在穴位注射过程中,患者不可随意变换体位。

四、发生过敏反应时,应立即停止注射,必要时应用脱敏药物。如遇过敏性休克,需要迅速组织抢救。

五、气胸发生后,患者需要半卧位休息,严密观察、动态观察其情况。少量胸腔积气,可自然吸收;积气量较大时,应进行胸腔排气引流,促使肺脏尽早膨胀。

〔文章来源于《基层中医适宜技术手册》(2025版)〕

每周一练

(食管、胃、十二指肠疾病,肝脏疾病)

一、患者为男性,70岁,突发剧烈头痛、呕吐,左侧肢体活动障碍6小时,昏迷5小时,1小时前呕暗红色血液1次。该患者应首先考虑的呕血原因是

A.急性胃黏膜病变
B.Dieulafoy病变(恒径小动脉畸形)
C.胃癌
D.肝硬化食管胃底静脉曲张破裂
E.十二指肠溃疡

二、下列符合小胃癌的肿瘤大小是

A.直径1.6厘米
B.直径1.2厘米
C.直径0.8厘米
D.直径0.4厘米
E.直径2.0厘米

三、下列符合胃微小癌的肿瘤大小是

A.直径1.6厘米
B.直径1.2厘米
C.直径0.8厘米
D.直径0.4厘米
E.直径2.0厘米

四、消化性溃疡穿孔的早期临床表现中不包括

A.寒战、高热
B.恶心、呕吐
C.有局限性压痛和反跳痛
D.腹肌紧张
E.肠鸣音减弱或消失

五、患者为男性,62岁,进食哽噎1月有余。胃镜检查结果显示:距门齿30厘米~32厘米处食管后壁肿物,黏膜表面破溃;距

门齿38厘米~40厘米处黏膜粗糙、隆起,两处活检均为高分化鳞癌。心、肺及肝功能正常,未见其他部位转移征象。该患者的最佳治疗方案是

A.二线药物化疗
B.静脉营养支持
C.食管癌根治术
D.食管癌放疗治疗
E.胃造瘘肠内营养

六、患者为男性,64岁,上腹部不适、隐痛2个月,逐渐加重,有胀满感,食欲下降,曾服用多种药物治疗均无好转,无胃病史。查体:略消瘦,腹部未见阳性体征。实验室检查:血红蛋白100克/升,粪隐血(+)。该患者首先考虑的诊断是

A.慢性胃炎
B.胃溃疡
C.胃黏膜脱垂
D.胃癌
E.急性胃黏膜病变

七、患者为男性,64岁,上腹饱胀不适4个月,皮肤进行性黄染3个月。查体:皮肤、巩膜明显黄染,右上腹肋缘下可触及囊性包块,无触痛。为明确能否手术切除病灶,患者首选的检查是

A.上消化道X线钡剂造影
B.腹部B超
C.PET-CT(正电子发射计算机断层显像)
D.胃镜
E.腹部CT

本期答案

一、A	二、C	三、D	四、C
五、C	六、D	七、E	

2型糖尿病的

规范化管理方法

□张秋艳

2型糖尿病是我国常见的慢性病,患病率逐年上升,且呈年轻化趋势。基层医疗机构承担着2型糖尿病筛查、随访和长期管理的主要任务。规范化的基层管理,对延缓并发症、改善患者预后至关重要。

诊断标准:典型症状包括多饮、多尿、多食和体重下降。空腹血糖≥7.0毫摩尔/升,或口服葡萄糖耐量试验2小时血糖≥11.1毫摩尔/升,或糖化血红蛋白≥6.5%,或随机血糖≥11.1毫摩尔/升伴典型症状,满足上述任何一条即可诊断。无症状者需要不同日重复检测确认。空腹血糖在6.1毫摩尔/升~7.0毫摩尔/升,为空腹血糖受损,口服葡萄糖耐量试验2小时血糖在7.8毫摩尔/升~11.1毫摩尔/升,为糖耐量异常,两者均属于糖尿病前期,需要干预。

初诊评估:新诊断的患者需要进行全面评估。详细询问家族史、生活方式、用药史和并发症。体格检查重点测量血压、体重指数、腰围,检查足背动脉搏动和皮肤感觉。实验室检查包括糖化血红蛋白、空腹血糖、肝肾功能、尿常规和尿微量白蛋白等。

治疗原则:生活方式干预是基础。总热量按理想体重和劳动强度计算,主食定量,粗细搭配,减少精制糖和高脂食物摄入量,食盐每天不超过5克。每周中等强度有氧运动

(作者供职于河南省人民医院)

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

雾化吸入治疗的规范操作流程

□王旭阳

雾化吸入治疗是将药液转化为气溶胶微粒,经口鼻吸入并沉积于呼吸道的给药方式。与口服给药相比,雾化吸入具有起效快、用药剂量小、全身不良反应少等优势。药物以微粒形式直接作用于气道黏膜,局部药物浓度较高,能较快缓解气道痉挛与炎症。气溶胶微粒的沉积部位与粒径关系密切,直径1微米~5微米的微粒能有效沉积于下呼吸道,是发挥治疗作用的关键粒径范围;粒径过大易滞留于口咽部,粒径过小则随呼气排出,难以沉积。气溶胶进入气道后,一方面舒张支气管平滑肌缓解痉挛,另一方面抑制气道炎症反应、稀释呼吸道分泌物,从而改善通气与换气功能。

雾化装置:临床常用雾化装置主要有3类。射流雾化器以压缩氧气或空气为动力,高速气流通过细孔形成负压,将药液卷吸

并撞击成微粒,结构简单、价格低廉,是临床应用较多的类型。超声雾化器利用高频超声波振动将药液化为微粒,雾化量较大但可能影响某些药物的稳定性,对混悬液类药物效果欠佳。振动筛孔雾化器通过压电陶瓷驱动筛孔网片振动,将药液挤过微孔形成微粒;残余药量少、雾化效率较高,但价格偏高、筛孔易堵塞。选用雾化装置时,应结合药物的性质与患者的条件综合判断。

雾化药物:常用雾化药物包括以下几类。布地奈德混悬液为吸入性糖皮质激素,具有较强的局部抗炎作用,常用于支气管哮喘及慢性阻塞性肺疾病急性加重期;特布他林雾化液为短效 β_2 受体激动剂(β_2 受体为分布于支气管平滑肌的肾上腺素能受体亚型),能迅速松弛支气管平滑肌、缓解气道痉挛;异丙托溴铵雾化

液为抗胆碱能药物,通过阻断M受体(毒蕈碱型乙酰胆碱受体)舒张气道,常与 β_2 受体激动剂联合使用;乙酰半胱氨酸雾化液为黏液溶解剂,能降低痰液黏度、促进悬液类药物效果欠佳。振动筛孔雾化器通过压电陶瓷驱动筛孔网片振动,将药液挤过微孔形成微粒;残余药量少、雾化效率较高,但价格偏高、筛孔易堵塞。选用雾化装置时,应结合药物的性质与患者的条件综合判断。

适用范围:雾化吸入主要用于支气管哮喘急性发作期及维持治疗,慢性阻塞性肺疾病急性加重期,急性喉炎、急性支气管炎、肺炎伴气道痉挛,以及上呼吸道感染伴排痰困难等。对于痰液黏稠、排痰困难者,雾化吸入可稀释痰液、促进咯痰。相较于定量气雾剂,雾化吸入对吸气流速要求较低,更适合病情较重、吸气费力或无法配合协调吸气的患者。但是,雾化吸入亦有禁忌证,对雾化药物严重过敏者、严重气胸未

处理者不宜使用。

操作流程:规范的操作流程是保证疗效与安全的重要环节。治疗前,医务人员应全面评估患者病情,清除患者口鼻分泌物,对意识清醒者指导其缓慢深呼吸。药液配制,严格遵医嘱抽取药液,常用配制量为2毫升~4毫升,以无菌注射用水或生理盐水稀释;不同药物联用前,应确认无配伍禁忌。体位选择,患者取坐位或半坐卧位,有利于膈肌下降,增加肺通气量;卧床患者,床头可抬高30度~45度。操作步骤,连接雾化器与气源,调节气流量或压缩空气流量为每分钟6升~8升,将面罩或口含器置于患者口鼻处,嘱咐患者经口吸气、经鼻呼气。治疗时间,单次雾化时间为10分钟~20分钟,药液雾化完毕即结束。

注意事项:雾化吸入治疗应注意以下事项。口腔护理方面,

雾化吸入治疗结束后医者要嘱咐患者进行漱口,使用面罩者应清洁面部,防止药物残留刺激皮肤及口腔黏膜;利用含糖皮质激素进行雾化吸入治疗后,及时漱口可以减少口腔真菌感染。患者应用雾化器配件应“一人一用一消毒”,使用后用清水冲洗、晾干,定期进行高水平消毒,防止交叉感染。老年人与儿童进行雾化吸入治疗时应加强监护,控制雾化量及速度,防止因雾量过大诱发支气管痉挛;慢性阻塞性肺疾病患者进行氧气驱动雾化时,应控制氧流量,防止二氧化碳潴留;心力衰竭患者雾化时,应注意控制液体摄入量;孕妇用药,应权衡利弊。规范操作与细致护理,是发挥雾化吸入作用、保障患者安全的基本前提。

(作者供职于濮阳市人民医院)

慢阻肺急性加重的识别与处理方法

□刘振海

慢性阻塞性肺疾病简称慢阻肺,是常见的慢性呼吸系统疾病。慢阻肺多与长期吸烟、空气污染、职业粉尘和有害气体接触有关,表现为持续的气流受限,且呈缓慢进展。不少患者早期认知只是“上了年纪容易喘”,没能及时就诊,等到活动明显受限才发现,错过了最佳干预时机。村卫生室、乡镇卫生院处在慢阻肺筛查和长期管理的第一线,早期识别、规范管理、及时转诊,能显著减少急性加重和肺功能恶化。需要留意的是,慢阻肺并非老年人的“专利”,长期吸烟者四五十岁即可出现肺功能下降;女性因柴草灶、煤炉等生物燃料暴露,同样是高危人群。筛查时不能只盯住老年男性。

识别与诊断

慢阻肺的主要症状是慢性咳嗽、咯痰和进行性加重的活动后气促,起初多在劳累时出现,后来平地走路、穿衣也会喘;常伴胸闷,冬天或感冒后加重。有长期吸烟史、生物燃料暴露史(如柴草灶)、职业粉尘接触史的人属于高危人群。部分患者出现体重下降、食欲减退,是全身炎症消耗的表现,提示病情偏重,要引起警

惕。

确诊靠肺功能检查。吸入支气管扩张剂后,第一秒用力呼气容积占用力肺活量比值小于0.7,提示存在持续气流受限,是诊断的“金标准”。基层若暂无条件做只是“上了年纪容易喘”,没能及时就诊,等到活动明显受限才发现,错过了最佳干预时机。村卫生室、乡镇卫生院处在慢阻肺筛查和长期管理的第一线,早期识别、规范管理、及时转诊,能显著减少急性加重和肺功能恶化。需要留意的是,慢阻肺并非老年人的“专利”,长期吸烟者四五十岁即可出现肺功能下降;女性因柴草灶、煤炉等生物燃料暴露,同样是高危人群。筛查时不能只盯住老年男性。

稳定期管理

稳定期管理的首要措施是戒烟,远离粉尘和油烟。戒烟是延缓肺功能下降最有效的方法,哪怕已经确诊,戒烟仍能减缓恶化速度,要反复劝导并协助患者联合戒烟门诊。对确诊患者,长期吸入支气管扩张剂是基础用药,常用长效 β_2 受体激动剂或长效抗胆碱能药物,症状重者可两药联合,部分频繁急性加重者加用吸入糖皮质激素。要教会患者正确

吸入方法,如果吸入方法不到位,疗效会减弱。

对静息血氧分压不超过55毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),或血氧饱和度不超过88%的重度患者,可考虑长期家庭氧疗。每年接种流感疫苗、肺炎球菌疫苗和新冠病毒疫苗,能减少呼吸道感染诱发的急性加重。医务人员要鼓励患者做呼吸训练、缩唇呼吸和适度有氧锻炼,改善活动耐力。营养不良会削弱呼吸肌力量,医务人员应提醒患者合理饮食,保证蛋白质摄入量;体重偏低者,适当加餐,把全身状态一起管好。运动以散步、打太极拳等缓和项目为宜,循序渐进,以不引起明显气促为度。

吸入装置的选择与使用

市面上的吸入装置主要有定量气雾剂、干粉吸入器和软雾吸入器等,这些设备各有特点。定量气雾剂需要手口配合,呼气后深吸气同步按压,再缓慢屏气;干粉吸入器靠患者深吸气动带药粉,小巧但力量弱的患者更易掌握;软雾吸入器对吸气流速要求低,适合高龄患者或呼吸无力者。选用设备不能只看价格,要结合患者的手口协调能力、吸气

流速和视力。无论哪种设备,都要在每次随访时让患者当面演示一遍,发现错误当场纠正。装置临近用完前要及时提醒复诊,避免因断药诱发症状加重;长期使用后要对口腔进行清理,减少局部真菌感染。

并发症识别

慢阻肺常合并其他慢性病,彼此加重。长期缺氧可继发肺源性心脏病,出现下肢水肿、颈静脉过度充盈;活动耐量下降、少动又会导致骨质疏松和肌肉萎缩。部分患者因长期憋喘、外出减少而出现焦虑、抑郁情绪,需要家人多陪伴,及时就诊。如有患者合并睡眠呼吸暂停,夜间缺氧更明显。基层随访时要兼顾这些问题,必要时转相关科室协同处理,不能只盯着肺一个器官。

急性加重识别

急性加重是指患者呼吸道症状超出日常变异、持续恶化,常见表现为痰量明显增多、气促突然加重等,可伴发热、胸闷。最常见的诱因是呼吸道感染,其次是空气污染、患者自行停药和过度劳累。当症状在一天到数天内迅速加重、日常用药难以控制时,就应