

基层适宜技术

穴位注射技术的临床应用

穴位埋线技术是将可吸收性外科缝线置入穴位内，利用线体对穴位产生的持续刺激作用防治疾病。该技术以中医经络学说为指导，通过可吸收线体在穴位内的缓慢分解，产生柔和而持久的针刺样刺激，起到疏通经络、调和气血、补虚泻实的作用。因其操作简便、作用持久、费用低廉，尤其适用于基层，防治各种慢性病。

适应证

穴位埋线技术主要适用于原发性高血压病、中风偏瘫、癫痫等心脑血管疾病；支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张等肺系病；功能性胃肠病、溃疡性结肠炎、脂肪肝等肝胆脾胃病证；肥胖症、糖尿病、甲状腺疾病等气血津液病证。临床选用穴位注射技术时，需要根据患者的具体证型与体质辨证取穴，不宜千篇一律。

病案举例

哮喘（支气管哮喘）

取穴：定喘穴、肺俞穴。将可吸收性外科缝线剪成一两厘米的短线，装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定的穴位。2周埋线1次，3次为1个疗程。若处于急性发作期或伴明显感染者，需要先控制感染，待病情稳定后再埋线。

泄泻（慢性胃肠炎）

取穴：中脘穴、天枢穴、关元穴、足三里穴、脾俞穴、大肠俞穴。将可吸收性外科缝线剪

成一两厘米的短线装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定的穴位。一两周埋线1次，3次为1个疗程。伴脱水、高热或脓血便者需要先明确病因，以排除痢疾等急性传染病。

肥胖症

取穴：中脘穴透下脘穴、滑肉门穴、天枢穴、大横穴、气海穴、胆俞穴、胃俞穴、大肠俞穴、气海俞穴、足三里穴、阿是穴。将可吸收性外科缝线剪成一两厘米的短线装入一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定的穴位。一两周埋线1次，6次为1个疗程。肥胖症患者需要配合饮食控制和适度运动，单靠埋线难以取得稳定的效果。

禁忌证

1.有出血倾向或精神疾病不能配合者。
2.瘢痕组织处以及皮肤局部有皮肤病、炎症、溃疡、破损处。

3.患糖尿病且血糖不稳定者，对蛋白过敏者，以及其他疾病导致皮肤和皮下组织吸收与修复功能障碍者。

4.孕妇的下腹部和腰骶部。
5.严重心、肝、肾功能不全及体质极度虚弱者。

操作步骤

线体选用各种型号的可吸收性外科缝线，应符合《可吸收性外科缝线》（YY 1116-2020）的要求。埋线针根据病情需要和操作部位选择不同种类和型

号，套管针可由一次性使用无菌注射针配合适当粗细的磨平针尖的针灸针改造而成，或用适当型号的腰椎穿刺针代替，也可选用一次性成品注射埋线针。一次性使用无菌注射针应符合《一次性使用无菌注射针》（GB 15811-2016）的要求；针灸针应符合《针灸针》（GB 2024-2016）的要求；腰椎穿刺针应符合《腰椎穿刺针》（YY/T 1148-2024）的要求。

操作环境需要注意清洁卫生，避免污染，有条件时应设立独立埋线诊室。施术者应严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T 313-2019），并按《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发〔2017〕22号）落实无菌要求。

操作步骤

1.可吸收性外科缝线处理：开包后即剪即用，剪成长度为一两厘米的线体备用。

2.穴位选择：根据患者的病情选取穴位，以肌肉丰富部位为佳，常用腹部、腰背部穴位，头面部穴位要慎用。

3.体位选择：根据所选取的穴位，选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

4.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，可重复使用针具应遵循“清洗—修针—整理—灭菌—无菌保存”流程处置。皮肤消

毒采用碘伏或75%乙醇擦拭2遍，消毒范围不应小于5厘米。

5.套管针埋线法：术者打开埋线包及外科缝线包，将外科缝线剪成一两厘米的短线备用，取一次性注射针头接一次性平头针灸针针芯。将可吸收性外科缝线放入一次性注射针头的前端，线头勿超出针头；一手拇指和食指固定拟进针穴位，另一手持针刺入；选择适当针刺方向刺入达到所需的深度后，边推针芯边退针管，将线体埋植在穴位的皮下组织或肌层内。拔针后用无菌干棉签按压针孔止血，再用输液贴外敷。

6.埋线针埋线法：术者打开埋线包及外科缝线包，取适当长度的可吸收性外科缝线，一手持镊将线中央置穴位上，另一手持埋线针，缺口向下压线，以15度~45度角刺入，将线推入皮内；也可将线套在埋线针尖后的缺口上，两端用血管钳夹住，一手持针，另一手持钳，针尖缺口向下以15度~45度角刺入皮内。当针头缺口进入皮内后，持续进针直至线头全部埋入穴位皮下，再适当进针后退出。拔针后用无菌干棉球或无菌干棉签按压针孔止血。保持创口干燥24小时。

注意事项

穴位埋线后24小时内局部禁止接触水，创面应保持干燥、清洁，防止感染。若发生晕针，应立即停止治疗，按晕针处

理。埋线时，拟留置在体内的可吸收性外科缝线线头不应露出体表；如有线体露出皮肤外，需要拔出后重新定位、消毒、操作，以免感染。埋线后1日~3日内禁止进行剧烈运动，防止埋线部位出现肿胀。埋线后1周内，尽量减少海鲜等高蛋白饮食，防止发生过敏反应；若出现硬结反应，慎用埋线技术。

每次埋线前都要对患者进行埋线前评估及知情同意告知，排除不宜宜埋线的患者。术后1日~5日，由于损伤及线体的刺激，埋线局部可能出现红、肿、热、痛等无菌性炎症反应，少数患者反应较重，伤口处有少量渗液，此为正常现象，一般不需要处理；若渗液较多，可按疖肿化脓处理，进行局部排脓、消毒、换药，直至愈合。局部出现血肿时，一般先予以冷敷止血，再进行热敷消散。

少数患者可有全身反应，表现为埋线后4小时~24小时内体温上升，一般为38摄氏度，局部无感染现象，持续2日~4日后体温可恢复正常。如出现高热不退，应酌情给予抗炎、退热治疗。如患者对线过敏，治疗后出现局部红肿、瘙痒、发热等过敏反应较为严重，甚至切口处脂肪液化、线体溢出，则应当做抗过敏处理，必要时切开取线。

〔文章来源于《基层中医适宜技术手册》（2025版）〕

每周一练

（肠道疾病）

一、女性患者，30岁，反复便秘、腹痛10年。患者便前腹痛、腹部不适，便后缓解；工作紧张时，症状加重；无便血及消瘦，睡眠质量差。最有可能的诊断是

A.肠易激综合征
B.克罗恩病
C.肠结核
D.结肠癌
E.溃疡性结肠炎

二、男性患者，76岁，无排便7天，腹痛、呕吐2天。患者平素便秘。查体：肠鸣音亢进。最可能的诊断是

A.急性胃炎
B.急性腹膜炎
C.急性阑尾炎
D.急性胰腺炎
E.急性肠梗阻

三、男性患者，64岁，乏力、消瘦，伴大便秘次数增多4个月。查体：患者面色苍白，腹平软，右侧腹部可触及直径约5厘米的包块。实验室检查：血红蛋白为80克/升，粪便血试验（+）。最可能的诊断是

A.十二指肠癌
B.胆囊癌
C.阑尾类癌
D.升结肠癌
E.胰头癌

四、男性患者，25岁，腹痛，脓血便，发热2个月，大便10次/日，体温39摄氏度。粪镜检及培养未见病原体。结肠镜检查结果显示：结肠弥漫性分布糜烂及浅溃疡面。病理学检查结果提示：重度慢性炎症。左

氧氟沙星联合甲硝唑治疗1周，症状无缓解。最适宜的治疗药物是

A.泼尼松
B.柳氮磺吡啶
C.硫唑嘌呤
D.美沙拉嗪
E.美沙拉嗪联合硫唑嘌呤

五、女性患者，30岁，腹胀、便秘、发热、乏力7个月。1周末，患者症状加重。查体：体温37.7摄氏度，右下腹触及4厘米×5厘米的肿块（质地中等，边界不清，轻触痛），粪常规（-）。结肠镜检查：回盲部环形溃疡。最可能的诊断是

A.阑尾周围脓肿
B.克罗恩病
C.右卵巢囊肿
D.肠结核
E.结肠癌

六、女性患者，30岁，腹痛伴低热、腹泻便秘交替1个月。查体：右下腹压痛，可触及边界不清的包块，活动度差。对明确诊断最有意义的检查是

A.腹部CT
B.B超引导下腹部包块穿刺

C.结肠X线钡剂造影
D.腹腔血管造影
E.结肠镜

七、最易诱发中毒性巨结肠的电解质紊乱是

A.低钾血症
B.高钙血症
C.低钠血症
D.低钙血症
E.低磷血症

本期答案			
一、A	二、E	三、D	四、A
五、D	六、E	七、A	

应急治疗

低血糖

现场应急处置

□陈贺

低血糖是糖尿病患者的常见急性并发症。血糖低于3.9毫摩尔/升，即应按低血糖处理；若未及时纠正可导致脑功能障碍，甚至危及生命。

常见诱因

降糖药或胰岛素使用后未按时进食、进食量明显减少、运动量突然增加、空腹饮酒等。

识别与检测

低血糖的典型表现为心悸、震颤、出冷汗、强烈饥饿感、头晕、乏力、面色苍白，系交感神经兴奋所致；重度者可出现意识模糊、言语含糊、抽搐、昏迷。老年患者及糖尿病患者症状常不典型，容易被误诊为急性脑血管事件。有条件者，应立即检测指端血糖；无血糖仪但临床高度怀疑低血糖者，先按低血糖处置，不必等待检测结果。

处理方法

意识清醒者：立即给予15克~20克速效碳水化合物（糖水约15克，三四块方糖，一汤匙蜂蜜或150毫升含糖果汁，任选其一），避免巧克力及饼干。患者坐下休息，约15分钟后复测血糖；若仍低于3.9毫摩尔/升，重复补糖。

意识障碍者：意识不清或吞咽困难者严禁经口喂食，以免误吸。患者侧卧位，头部偏向一侧，以保持气道通畅；立即启动急救转运，在转运途中持续监测患者呼吸及意识；具备救治条件的乡镇卫生院或社区卫生服务中心可以静脉推注

50%葡萄糖注射液20毫升~40毫升，随后以10%葡萄糖注射液静脉滴注维持，直至患者意识恢复、血糖稳定，再过渡至经口补糖。50%葡萄糖注射液黏度高，静脉推注宜缓以防外渗。

分级处理

轻度，经口补糖可缓解；中度，须重复补糖并密切观察；重度（意识丧失），立即启动急救转运并静脉推注高渗葡萄糖。

胰高血糖素（成年人剂量为1毫克）可肌肉注射或皮下注射（一般家庭少有储备），可应急使用，仍然以启动急救转运为首选。

预防措施

使用胰岛素后须按时进餐，饭菜未备好时先进食少量主食；规律进餐（定时定量），按时服药；运动前后监测血糖，适当加餐；随身携带速效糖与“低血糖识别卡”；睡前血糖偏低者，宜进食少量主食。反复发生不明原因低血糖者，应转诊到上级医院调整降糖方案。

老年患者的肝肾功能减退，降糖药容易蓄积，是低血糖的高发人群；1型糖尿病患者，以胰岛素治疗为主；糖尿病患者从事驾驶或高空作业前应监测血糖，低于5.6毫摩尔/升者先加餐再进行工作；夜间低血糖常在睡眠中发生，表现为出汗、做噩梦、清晨头痛、身体乏力，照护者应唤醒患者并补糖。

（作者供职于郑州人民医院）

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

经验交流

幽门螺杆菌感染的规范化治疗

□马晓辉

幽门螺杆菌感染与慢性胃炎、消化性溃疡及胃癌密切相关，规范进行根除治疗，对降低相关疾病负担意义重大。根除治疗前须明确检测方式与检测前准备：碳13尿素呼气试验或碳14尿素呼气试验为非侵入性检测的主要方法，准确性较高；检测前患者须停用质子泵抑制剂至少2周（停用抗菌药物及铋剂至少4周），否则假阴性率升高。血清抗体仅反映既往感染状态，不能明确是否为现症感染，故不宜用于根除治疗后复查。

根除治疗标准方案为含铋剂四联疗法，一个疗程14天，可依据当地药物背景与患者情况选用。

方案一（青霉素不过敏、当地克拉霉素耐药率不高）：奥美拉唑20毫克，每日2次，餐前服用；枸橼酸铋钾220毫克，每日2次，餐前服用；阿莫西林1000毫克，每日2次；克拉霉素500毫克，每日2次。一个疗程14天。

方案二（克拉霉素高耐药地区，或方案一既往失败）：甲硝唑400毫克，每日三四次，替换克拉霉素；其余药物，同方案一。患者服用甲硝唑期间及停药后2周内须严格禁酒，预防双硫仑样反应。

方案三（青霉素过敏，阿莫西林禁用）：四环素500毫克（每日三四次），联合甲硝唑400毫克（每日三四次），并加用质子泵抑制剂和铋剂；亦可选用左氧氟沙星500毫克（每日1次），替换甲硝唑。一个疗程14天。

服药时间须规范：质子泵抑制剂与铋剂餐前半小时服用，两种抗生素餐后1小时服用，可减轻胃肠反应并维持胃内有效药物浓度。4种药物均须整片吞服，不可嚼碎；一个疗程14天，不可缩短。服药中大便发黑、舌苔灰黑为铋剂着色，无须处理；口苦、轻度腹泻通常不影响疗程，出现皮疹、心悸期间立即停药。患者服用甲硝唑、呋喃

唑酮期间，必须禁酒；阿莫西林用药前须询问患者的青霉素过敏史，必要时进行皮肤试验。

选药策略上，阿莫西林、四环素、呋喃唑酮耐药率较低（多低于5%），应优先作为基础用药；克拉霉素、甲硝唑、左氧氟沙星在部分地区耐药率已经超过15%，高耐药地区此类方案治疗失败风险增高。医务人员须详细询问患者既往根除治疗史，以及近期抗菌药物使用史；既往根除治疗失败者标注“可能耐药”，及时进行细菌培养与药敏检测，避免反复沿用原方案。

一个疗程结束，患者停用相关药物至少4周后，再进行呼气试验（检查时间过早可出现假阴性）。检查结果仍为阳性者视为根除治疗失败，应转按含呋喃唑酮或左氧氟沙星的补救方案；连续2次失败者，须进行细菌培养与药敏检测。

初次治疗如果失败，原则上保

留阿莫西林和替换另外一种抗生素；方案一失败者，可改用阿莫西林1000毫克（每日2次）、联合左氧氟沙星500毫克（每日1次），或联合呋喃唑酮100毫克（每日2次）；既往克拉霉素失败者要避免克拉霉素，既往甲硝唑失败者要避免甲硝唑；连续2次失败者必须进行细菌培养与药敏检测，然后再制定新的治疗方案。阿莫西林用药前，必须确认患者有无青霉素过敏史，有青霉素过敏性休克史者禁用。

年龄在14岁以下、有胃癌家族史、出现消瘦、黑便、贫血或吞咽困难者，不应仅满足于根除治疗，须进行胃镜检查以排除溃疡、萎缩或占位性病变。备孕、妊娠及哺乳期女性，非紧急情形可暂缓进行根除治疗或转至相关专科进行病情评估。铋剂经肾脏排泄，肾功能明显受损者慎用。儿童须按体重计算阿莫西林剂量，并在儿科医生指导下使用。

医院应建立根除治疗档案，记录检测日期、方案、疗程与复查结果。首次失败者，标注耐药并及时转诊到上级医院；高危人群根除治疗成功后，亦应遵上级医院意见定期进行胃镜检查，不应因无症状忽视随访。一名家庭成员在根除治疗成功后，同住家属若反复出现上腹部不适，建议一并筛查；家庭分餐、公筷、餐具煮沸可降低再感染。质子泵抑制剂除了奥美拉唑以外，还有艾司奥美拉唑、雷贝拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、艾普拉唑等药物可用，餐前半小时服用，标准剂量各异（奥美拉唑20毫克、艾司奥美拉唑20毫克、雷贝拉唑10毫克、泮托拉唑40毫克、兰索拉唑30毫克、艾普拉唑5毫克，均每日2次），患者不得擅自更改药物剂量。钾离子竞争性酸阻滞剂伏诺拉生20毫克（每日2次），可替代质子泵抑制剂。

（作者供职于新乡市红旗区人民医院）

抗血小板药物的用药安全

□谢保林

用药指征

已确诊冠心病、陈旧性心肌梗死、缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作、症状性外周动脉粥样硬化者，若无禁忌证，应长期口服一种抗血小板药物。单纯高血压病、糖尿病而无动脉粥样硬化证据者，不属于常规用药对象。无心血管病证据的老年人勿将阿司匹林作为保健用药，其出血风险将超过潜在获益。已经进行支架植入术或有脑梗死病史者，二级预防获益明确，不得擅自停药。用药前，医务人员应向患者是否有消化道出血史、活动性消化性溃疡史、近期是否手术史、出血性疾病史，以及药物过敏史。

药物选择

常用药物有阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷。阿司匹林小剂量（每日75毫克~100毫克）即可达到抗栓效果；肠溶片应空腹服（餐前半小时或睡前），使药物快速通过胃部，于肠道崩解，以减少对胃黏膜的刺激。氯吡格雷每日75毫克，适于阿司匹林不耐受者，或用于急性冠脉综合征及支架术后联合治疗。两药联用（双联抗血小板治疗）抗栓更强，出血风险亦增，并非人人适用。

药物用法

剂量宜低不宜高：阿司匹林75毫克~100毫克每日1次，不可自行增量；氯吡格雷75毫克每日1次，服药时间应固定。双联抗血小板治疗的疗程由介入科（心内科）制定，基层不得擅自缩短或延长，药物剂量调整须征得原诊疗科室同意。

漏服处理：若距下次给药时间尚早，可按原剂量补服；若已接近下次给药时间，则无需补服，切勿一次服用双倍剂量。

特定场景用药：急性冠脉综合征或支架植入术后，常给予阿司匹林100毫克联合氯吡格雷75毫克每日1次双联治疗，必要时首剂给予负荷剂量（阿司匹林300毫克；氯吡格雷300毫克，具体遵医嘱）；药物洗脱支架（药物涂层支架）双联疗程多为6个月~12个月（部分病例可延长至1年），由心内科权衡出血风险后确定。缺血性脑卒中二级预防以单药为主（阿司匹林75毫克~100毫克，或氯吡格雷75毫克，每日1次），仅高危且短程者才考虑双联疗法。心房颤动需要抗凝治疗者，应使用华法林或达比加群酯、利伐沙班、阿哌沙班、艾多沙班等直接口服抗凝药，其机制与抗血小板不同，不可混用或相互替

代。双联治疗期间，任何一种药物均不可自行停用，否则支架内再血栓风险显著升高；裸金属支架植入手术者，双联疗程约1个月。

出血处理

牙龈渗血、皮下瘀斑、鼻出血属轻度出血，注意观察即可。出现黑便、呕血（上消化道）、血尿、头痛伴视物模糊（警惕颅内出血）时，应立即停药并就医。长期服药者平时应关注大便颜色，有条状黑便、呕血（上消化道）、血尿、头痛伴视物模糊（警惕颅内出血）时，应立即停药并就医。长期服药者平时应关注大便颜色，有肠梗阻者定期进行粪便潜血试验，有黑便史者加做胃镜检查；服用氯吡格雷者，应警惕呼吸困难。

术前停药

高出血风险的择期手术：阿司匹林术前停用7天，氯吡格雷停用5天；低出血风险的小手术（如牙

科、皮肤科、眼科操作）部分可在不停药情况下进行，须遵从手术医师意见。华法林术前停用5天，待凝血酶原时间国际标准化比值降至1.5以下再进行手术。

达比加群酯：低出血风险手术，停用24小时~48小时；高出血风险或肾功能差者，停用48小时~96小时。

利伐沙班、阿哌沙班、艾多沙班：低出血风险术前停用24小时，高出血风险停用48小时。是否停药用药物、停用药物多久，由手术医师与心内科共同权衡血栓与出血风险后决定，患者不可自行停药，否则可能诱发支架内血栓或脑梗死。

药物联用

氯吡格雷须经肝脏细胞色素P450酶系中的CYP2C19活化后才能起效，与奥美拉唑同服可能削弱其疗效；如需护胃，宜选相互作用较小的泮托拉唑，或错开服药时间。阿司匹林不宜长期与糖皮质激素及其他非甾体抗炎药同用，以免加重胃黏膜损伤。患者需要加用其他药物时，应主动告知医师、药师正在服用抗血小板药物。

特殊人群

肝、肾功能明显异常者，药物

代谢与排泄受影响，品种与剂量须个体化。服用多种慢性病药物者，应梳理用药清单，预防相互作用与重复用药。肠溶片应整片吞服，不可嚼碎；空腹服用的目的是使药物快速通过胃部至肠道释放，服药后不宜立即平卧。氯吡格雷受食物影响较小，固定一个时间服用即可。长期服药者每3个月~6个月进行一次血常规检查及粪便潜血试验，有溃疡史者加用质子泵抑制剂护胃；每年至少复核1次用药指征是否成立。症状缓解后自行停药，是导致支架再狭窄、脑梗复发的常见诱因；建立用药档案，记录药名、剂量、起始日期，每次随访时核对。

阿司匹林疗效存在显著个体差异，少数患者可出现“阿司匹林抵抗”（血小板抑制不足）；若反复发生血栓事件，可考虑换用氯吡格雷。双联治疗出血多于单药治疗，轻度出血可以先局部处理、暂不停药，严重出血必须停药并就医；出血风险评估应综合年龄、既往出血史、是否合用抗凝药或非甾体抗炎药等因素，高危者要长期加用质子泵抑制剂护胃。

（作者供职于河南省肿瘤医院）