基层适宜技术

平衡针技术的临床应用

平衡针技术是基于病位选取交叉或对应的特殊穴位进行治疗的针灸技术。这些特殊穴位是在长期临床实践中，依据人体的对称性和神经功能的关联性总结、验证而形成的。其取穴多避开病变局部，而以与病变部位相对应的远端穴位为主，并遵循“上病下取、左病右取”的取穴思路，通过刺激体表特定穴位，激发机体的自我调节与修复能力。该技术取穴精简、操作简便，具有“安全简便、一穴多病、快速见效”的特点，主要适用于痛证、心脑血管疾病、肝胆脾胃病证等各系统疾病，操作简便、易于掌握。

适应证

平衡针技术适用范围较为广泛：疼痛类病证，如头痛、坐骨神经痛、肋间神经痛、三叉神经痛，以及颈椎病、肩关节周围炎、腰椎间盘突出症、梨状肌综合征、膝骨关节炎、关节扭伤、风湿性关节炎等所致的疼痛；心脑血管疾病，如冠心病、高血压病、眩晕、周围性面神经麻痹、面肌痉挛、脑卒中后遗症、失眠、癔症、癫痫等；肝胆脾胃病证，如胃痉挛、急性胃肠炎、慢性胃炎、胃溃疡、消化不良、胆囊炎、便秘等；其他疾病，如感冒、支气管炎、荨麻疹、假性近视、过敏性鼻炎、神经性耳鸣、糖尿病等。

病案举例

项痹(颈椎病)。多因肝肾不足、跌仆劳损或感受外邪，致气血瘀滞、筋骨失养而成，以颈肩疼痛、上肢麻木无力为主要表现。取颈痛穴，该穴位于手背部，握拳时第四、第五掌骨之间，掌指关节前凹陷处。局部皮肤常规消毒后，采用三步到位手法或强化针感手法，出现局限性、强化性针感后即可出针。每周治疗3次，10次为1个疗程。

漏肩风(肩关节周围炎)。多因外伤劳损、肝肾不足或感受外邪，致气血凝滞、筋脉失养而成，以肩部疼痛、活动受限为主要表现。取肩痛穴，该穴位于腓骨小头与外踝高点连线的上1/3处。局部皮肤常规消毒后，采用一步到位手法或提插手法，出现触电式针感向足背、足趾放射后即可出针。每周治疗3次，10次为1个疗程。

腰痹(腰椎间盘突出症)。多因感受外邪、跌仆损伤或肝肾不足，致气滞血瘀、筋脉失养而成，以腰痛及下肢放射痛、腰部活动受限为主要表现。取腰痛穴，该穴位于前额正中。局部皮肤常规消毒后，右侧腰痛向左平刺40毫米，左侧腰痛向右平刺40毫米，双侧腰痛向下平刺40毫米，出现局限性、强化性针感后即可出针。每周治疗3次，10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.过于饥饿、饱食、疲劳，以及精神过度紧张者，均不宜施术。

操作准备

常用器具为直径0.25毫米~0.35毫米、长40毫米~75毫米的一次性针灸针。施术前应备齐消毒用品，做好针具与施术部位的消毒准备，并严格执行手卫生标准。

操作步骤

严格无菌操作

针具：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，按“清洗-修针-整理-灭菌-无菌保存”的流程处置。

皮肤消毒：采用碘伏或75%乙醇擦拭2遍，皮肤消毒范围不应小于5厘米。

手卫生：应严格执行《医务人员手卫生规范》(WS/T 313-2019)。

选穴方法及体位

特异性取穴：在临床实践、验证中确定的、治疗疑难病的特定靶点取穴方法。

交叉取穴：在上下肢之间进行左右交叉取穴，即上肢的病变取下肢的相应穴位，下肢的病变取上肢的相应穴位。

对应取穴：基于人体解剖结构和功能的对称性或关联性，选取与病变部位相对应的穴位。

区域性取穴：针对某一特定区域采取的取穴方法。

体位选择：根据取穴选取患者舒适、方便施术者操作的体位。

针刺方法

提插手法：包括上提和下插两个部分，操作中通过改变针尖的方向、角度、深浅以获得针感，主要适用于有特殊针感要求的平衡针穴位。

强化针感手法：指针刺深度达到要求后采用的一种捻转手法，主要适用于病情较重、有特殊针感要求的平衡针穴位。

一步到位手法：指针刺深度在25毫米以内的针刺手法，适用于比较浅表的穴位，进针后即可出针。

两步到位手法：指针刺深度在50毫米以内的针刺手法。第一步将针尖刺入体内，第二步将针体刺入达到要求的深度，进针后即可出针，不提插、不捻转。

三步到位手法：指针刺深度在75毫米以内的针刺手法。第一步将针尖刺入体内，第二步将针体刺入25毫米~50毫米，第三步再将针体刺入62.5毫米左右，即可出针。

针感说明：触电式针感，即针刺后出现的类似电击样感觉，向远端放射；放射性针感，即针刺后出现的由局部向上或向下的放射性麻胀针感；局限性针感，即针刺后在局部出现的酸麻胀痛感；强化性针感，即针刺后未出现上述针感时，可通过单方向旋转捻动针体，使局部纤维组织适度缠绕针体，从而快速产生局部酸麻胀痛的针感。

注意事项

1.针刺量要适度，提插时间不超过3秒。出现针感即可出针，不要反复进行强刺激，以免造成患者的心理恐惧；关键在于减少对软组织的破坏，避免造成新的损伤。

2.出针之后，让患者继续休息；留观3分钟~5分钟，观察有无针孔出血及晕针现象。

安全提示

在施术过程中，可能发生晕针、滞针、弯针、断针、血肿、创伤性气胸、刺伤内脏、刺伤脑脊髓、刺伤神经干等异常情况，应根据病情给予对症处理。施术前，操作者应详细询问患者既往史，注意有无晕针史及出血倾向，并向患者简要说明治疗过程，以减轻其紧张情绪。操作者应严格掌握适应证与禁忌证，规范操作，并熟悉上述异常情况的识别与处置，确保治疗安全。

〔文章来源于《基层中医适宜技术手册》(2025版)〕

每周一练

(泌尿系统梗阻)

一、急性尿潴留病因中，属于非机械性梗阻的是

A.尿道结石
B.外伤性高位截瘫
C.尿道断裂
D.尿道肿瘤
E.前列腺增生

二、前列腺增生患者最重要的症状是

A.尿潴留
B.排尿困难
C.尿失禁
D.无痛性肉眼血尿
E.尿频、尿急、尿痛

三、前列腺增生患者最早出现的症状是

A.肉眼血尿
B.尿频
C.尿潴留
D.进行性排尿困难
E.尿急

四、男性患者，68岁，进行性排尿困难5年，夜尿每晚4次~6次。患者近期曾发生急性尿潴留2次，既往体健，心肺功能正常，前列腺Ⅱ度肿大，血清前列腺特异性抗原3.1微克/升，膀胱残余尿80毫升。首选的手术方法是

A.双侧睾丸切除
B.经会阴前列腺切除
C.经尿道前列腺切除
D.耻骨上前列腺切除
E.耻骨后前列腺切除

五、男性患者，70岁，进行性排尿困难10年，夜尿每晚三四次。直肠指检：前列腺体积增大，中央沟消失，表面尚光滑，质地中等。B超检查：双肾无积水，输尿管未见扩张。最大尿流率10毫升/秒。首选的治疗方法是

A.膀胱造瘘
B.根治性前列腺切除术
C.口服多沙唑嗪+非那雄胺
D.经尿道前列腺切除术
E.膀胱切开取石

本期答案			
一、B	二、B	三、B	四、C
五、C			

经验交流

碳酸锂治疗双相障碍注意事项

□海 帆

碳酸锂是双相障碍治疗中应用时间较长、循证证据较为充分的心境稳定剂，至今仍是临床一线用药。由于其治疗窗较窄，治疗浓度与中毒浓度接近，用药期间需要定期监测血药浓度，不少患者对此顾虑较多。

作用与长期用药

碳酸锂属于心境稳定剂，主要作用是稳定情绪。双相障碍患者的情绪常在躁狂“高峰”与抑郁“低谷”之间剧烈波动，碳酸锂既能控制躁狂发作，又能预防抑郁复发，是双相障碍全程治疗中的基础药物。临床资料表明，在规范监测的前提下，多数患者可以长期安全用药，并维持正常的工作与生活，不必因担心副作用而自行停药。碳酸锂的血药浓度可受饮食、饮水、合并用药及机体状态等多种因素影响，保持相对稳定的生活方式，坚持规律作息，避免过度劳累，有助于其平稳发挥疗效，减少不良反应。

为什么必须定期监测血药浓度

碳酸锂的有效浓度与中毒浓度较为接近，且不同个体对药物的吸收、排泄差异较大。因此，患者需要定期检测血药浓度。碳酸锂的有效治疗浓度为0.6毫摩尔/升~1.2毫摩尔/升。医师根据血药浓度检测结果及时调整药物剂量，使血药浓度稳定在该窗口之内，既有利于发挥疗效，又可尽量避免中毒。一般在用药初期、调整剂量后，以及出现可疑症状时检测较为频繁；待血药浓度稳定后，可适当延长检测间隔，但是需要按医嘱定期复查。患者不应因惧怕抽血而擅自停药或拒绝复查。

用药初期反应与长期影响

服药初期，部分患者会出现恶心、食欲下降，多与药物对胃肠道的刺激有关，改为饭后服用可减轻症状。有的患者会出现双手细颤，一般随用药时间延长可逐渐减轻或消失，必要时可在医师指导下调整药物剂量。有的患者会出现口渴、排尿增多，这与锂影响肾脏浓缩尿液的功能有关，可适量增加饮水量，既缓解口渴，也有助于锂的排出。上述反应多为暂时性，多数患者可以随身体适应逐渐缓解。

长期服用碳酸锂对甲状腺和肾脏确实可能产生影响，但有影响并不等于会造成损伤。部分患者可能出现甲状腺功能减退或夜尿增多。因此，定期复查甲状腺功能和肾功能非常重要，一般每3个月~6个月复查1次。只要按时复查、发现异常及时处理，多数患者不会遗留明显后遗症。真正需要警惕的，不是药物本身的影响，而是不复查、不监测。

锂中毒的识别与常见诱因

锂中毒一般不会突然发生，常有先兆表现。如突然加重的恶心、呕吐、腹泻，或手抖由细微颤动发展为整个手臂难以控制的大幅震颤，同时可伴全身乏力、嗜睡、言语含糊、走路不稳等。这些并非状态不好，而是身体发出的警报，患者应立即就医，切勿拖延。常见诱因包括脱水(持续呕吐、腹泻、大量出汗后只补水不补盐)、刻意减少食盐摄入量，以及联用布洛芬等止痛药物。了解这些诱因，有助于患者在日常生活中主动规避。

合并用药与饮食注意事项

患者服用碳酸锂期间，不宜自行服用感冒药。布洛芬、双氯芬酸钠等药物可升高血药浓度，可能加重毒性反应；如确定需要药物联用，应在医师指导下加强血药浓度监测。用药前，患者应先咨询医师或药师。此外，医师常叮嘱患者不要刻意追求低盐饮食。锂与钠在肾脏经同一途径排泄，体内缺钠时，肾脏在回收钠的同时也会潴留锂，导致血药浓度升高。因此，服用碳酸锂期间不宜刻意减盐或节食，正常饮食本身就是一种保护方式；出现呕吐、腹泻、大量出汗时，应及时补充含钠电解质。

坚持规范用药

碳酸锂的疗效与用药依从性密切相关。患者应遵医嘱定时、定量服药，不可自行加量(减量)或突然停药，否则可能引起情绪波动甚至病情反复。如发生漏服，患者应按医师事先交代的方法处理，不宜在下一次自行补服双倍剂量。用药期间，患者如果出现发热、腹泻、大量出汗等可能影响血药浓度的情况，应主动告知医师，以便及时评估和处理。

碳酸锂并非完美，但是它提示了慢性病管理的一条重要原则：以科学和规律守护健康。只要坚持治疗，碳酸锂就能成为帮助患者在情绪波动中稳定下来的“压舱石”。

(作者供职于郑州市第八人民医院)

急治疗

癫痫发作时现场如何急救

□石 鑫

癫痫是神经内科常见的急症，患者可突然意识丧失、跌倒、四肢抽搐，也可能仅表现为短暂凝视、动作中断或局部肢体异常活动。由于癫痫发作形式多样，现场人员既可能漏判，也可能因急于施救而采取撬嘴、按压肢体、强行喂药等不当措施。正确识别癫痫类型、判断危险程度并规范急救，是减少继发性损伤、争取救治时间的关键。

正确识别癫痫发作

癫痫发作由脑神经元异常放电引起，可分为局灶性起源、全面性起源及起源不明等类型。局灶性发作可表现为单侧肢体抽动、异常感觉或短暂行为异常，意识可保留或受损；全面性强直-阵挛发作典型表现为突然意识丧失、全身强直，继而出现节律性抽动，部分患者伴口吐白沫、舌咬伤或尿失禁，发作后可有嗜睡、头痛及短暂意识模糊。需要注意，抽搐与癫痫并不等同，一次抽搐并不必然意味着患有癫痫；低血糖、电解质紊乱、急性脑卒中、中枢神经系统感染及某些药物或毒物影响，均可引起急性症状性发作。因此，不能仅以有无全身抽搐作为判断依据。

现场处置的规范流程

一是确保环境安全。施救者应协助患者避开交通要道、火源、水域及尖锐物品，清除周围障碍，在头下垫柔软物品，松开过紧的领口，并记录发作开始时间；不要强行限制患者抽动，也不要试图通过掐人中穴或摇晃等方式让患者清醒。

二是保持气道安全。癫痫发作期间，施救者不要强行撬开患者口腔，不要塞入筷子、勺子、毛巾或手指，也不要灌水、喂食或强行喂口服药。患者一般不会咬断舌头，撬嘴反而可能造成牙齿损伤、异物堵塞及施救者受伤。患者抽搐停止后，如呼吸正常而意识尚未恢复，可帮助其侧卧，观察呼吸及意识恢复情况；若没有正常呼吸，应立即拨打120急救电话，并在调度员指导下实施心肺复苏。

三是避免不必要搬动。除非存在火灾、车流量大等即时危险，不要在抽搐过程中强行转移患者；现场人员应保持陪伴，注意保护患者隐私，条件允许时可简短记录发作视频，以供医师判断癫痫发作形式。

紧急呼救的情况

多数患者强直-阵挛发作会自行终止，但是持续抽搐可造成缺氧、外伤等并发症。

出现下列情况应立即拨打120急救电话：抽搐持续时间达到5分钟以上，或反复发作且发作间意患者识未恢复；首次疑似发作；发作后持续呼吸困难；发生明显外伤；在水中发作；妊娠期发作；或发作表现明显不同于以往。对已经确诊且发作短暂、恢复符合既往规律者，可按其个体化急救计划处理，一旦出现上述危险信号，仍须紧急求助。

总之，癫痫急救的关键是保护患者安全、准确计时、观察呼吸，并识别需要紧急转诊的情况。牢记“不撬嘴、不塞物、不强按、不喂食”，对持续性强直-阵挛发作等高危情形，及时拨打120急救电话救援。

(作者供职于河北省心脑血管病医院)

怎样防控HIV合并结核分枝杆菌感染

□李明菊

艾滋病病毒(HIV)感染者合并结核分枝杆菌感染，是临床重点关注的问题。结核病是HIV感染者常见的机会性感染之一，也是其重要死亡原因。二者相互影响：HIV感染削弱细胞免疫功能，使潜伏体内的结核分枝杆菌更易发展为活动性结核病，而结核病又会加快HIV感染病程进展。对HIV感染者开展潜伏性结核感染的筛查与预防性治疗，是降低结核病发生风险的重要措施。

HIV感染者为何更易发生活动性结核病

结核分枝杆菌主要经呼吸道传播。健康人吸入含菌飞沫后，免疫系统将细菌局限、包裹，形成潜伏感染状态。此时，感染者无结核病相关症状，不具有传染性，可与细菌长期“和平共处”。

但是，感染HIV后的情形就会变化。HIV主要攻击CD4阳性T淋巴细胞，导致细胞免疫功能持续下降。免疫功能受损后，原本被“禁锢”的结核分枝杆菌重新活跃、大量繁殖，发展为活动性结核病。研究结果表明，HIV感染者一旦合并潜伏性结核感染，发展为活动性结核病的风险约为普通人群的二三十倍。即便接受规范抗病毒治疗、免疫功能恢复后，潜伏性结核再激活的风险依然存在，不可放松警惕。

预防性治疗的意义

HIV感染者体内如果潜伏着结核分枝杆菌，应尽早干预。预防性治疗(又称结核预防性治疗)指在尚未发生活动性结核病时，给予一段时间抗结核药物治疗，以清除体内潜伏的结核分枝杆菌，或使其长期处于静止状态，从而降低日后发展为活动性结核病的风险。对HIV感染者而言，预防性治疗相当于为受损的免疫系统增设一道防线。研究结果表明，规范开展预防性治疗可明显降低HIV感染者发展为活动性结核病风险。

需要强调的是，预防性治疗应在排除活动性结核病后启动。患者治疗前须经规范筛查与评估，明确无活动性结核病，方可实施结核预防性治疗。

主要方案与安全监护

结核预防性治疗方案较多，常用药物包括异烟肼、利福平等，具体方案因个体情况而异。既往疗程较长，近年已有短程方案可供选择，部分方案三四个月即可完成。此外，还有免疫预防措施，如注射母牛分枝杆菌制剂等，为不宜或不愿长期服用抗结核药物者提供更多的选择。具体方案由专科医师根据感染者年龄、肝肾功能、合并用药及药物耐受情况综合确定。

关于用药安全，尤其是肝损伤，患者不必过度担忧。医师会根据实际情况选择干预方案，用药期间定期监测肝功能；一旦指标异常，医师会及时调整方案。患者用药期间应遵医嘱按时服药、定期复查，不可自行减量或停药。医师指导下规范用药，相关风险总体可控。

哪些人更需要预防性治疗

以下HIV感染者应主动向医师咨询是否需要进行结核预防性治疗：

1.新诊断HIV感染，且结核菌素皮肤试验(PPD)或γ干扰素释放试验(IGRA)结果为阳性者。这说明患者体内已存在结核分枝杆菌潜伏感染，宜尽早干预。

2.CD4阳性T淋巴细胞计数较低者，或计数虽然不低，但是长期生活在结核病高发地区者，暴露风险较高，也应提前防护。

3.家庭中有活动性结核病患者，或本人为结核病患者密切接触者，应及时接受筛查。

此外，既往有结核病史、影像学检查结果提示陈旧性结核病灶者，也应在医师评估后决定是否实施预防性治疗。

日常管理与随访

患者在接受结核预防性治疗期间，应保持规律作息与合理饮食，避免酗酒和过度劳累，减轻肝脏负担；如出现乏力、食欲下降、皮肤或巩膜黄染、尿色加深等异常，应及时就医。同时，患者须坚持规范的抗病毒治疗，两者应统筹安排、相互协调。日常还应注意保持环境通风，减少与活动性结核病患者的密切接触。定期随访有助于评估治疗效果与药物不良反应，是保障患者安全的重要环节。

总之，HIV感染与结核病常相互伴发，现代医学对其发生规律已有较为清晰的认识。结核预防性治疗是降低HIV感染者结核病发生风险的重要手段，虽日常管理可能增加一些不便，但是获益明确。

需要提醒的是，预防性治疗不能替代日常防护，感染者仍应注意规律作息、营养均衡、坚持抗病毒治疗，维持较好免疫状态；同时，医师定期随访，患者出现不适及时就医。HIV感染者随访时可主动向医师咨询是否需要进行结核预防性治疗，做到早筛查、早干预。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心)

全面行动 全力投入 全民参与 终结结核
结防那些事
开展终结结核行动 共建共享 健康中国

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。欢迎您踊跃投稿，并提供宝贵的意见和建议。

邮箱：5615865@qq.com 联系人：朱忱飞
电话：13783596707

本版治疗方法需要在医生专业指导下应用