基层适宜技术

醒脑开窍技术的临床应用

中医认为，中风的基本病机是瘀血、肝风、痰浊等蒙蔽脑窍，导致“窍闭神匿，神不导气”。醒脑开窍技术据此确立“醒神、调神、安神”的思路，选穴以阴经和督脉穴位为主，尤其强调针刺手法量学规范，对针刺方向、深度、补泻手法和施术时间做出量化规定。该技术主要适用于中风及其并发症，也可用于疑难脑病、郁证、痛证等，取穴相对固定，便于掌握。

适应证

醒脑开窍技术主要适用于脑梗死、脑出血、短暂性脑缺血发作及其并发症，多发性硬化症，进行性肌营养不良，帕金森病，重症肌无力，周围性面神经麻痹，梅杰综合征，脊髓损伤，失眠，焦虑障碍，抑郁障碍，癔症等心脑血管疾病；坐骨神经痛、臂丛神经痛、三叉神经痛等痛证；干眼症、突发性耳聋等五官科疾病。

中风急性期，应先经过CT（计算机层析成像）检查或核磁共振检查明确诊断，待生命体征平稳后方可施术。醒脑开窍技术不能替代溶栓、取栓等急救措施，应与基础治疗配合使用；有手术指征的脑出血患者，须手术与针刺结合治疗。

病案举例

中风（脑卒中）。主穴取内关穴、水沟穴、三阴交穴，辅穴取极泉穴、尺泽穴、委中穴。各穴按基本操作规范及手法量学规范操作。

郁证（抑郁障碍）。主穴取内关穴、水沟穴、印堂穴，上星穴透百会穴、四神聪穴、四白穴。四神聪穴平刺13毫米~25毫米，采用捻转补法。余穴同上法操作，留针20分钟~30分钟。

痿证（重症肌无力）。主穴取内关穴、水沟穴；辅穴取上星穴、印堂穴、百会穴，按基本操作规范操作，留针20分钟~30分钟。针刺后予关元穴、足三里穴艾条灸，用温和灸补法，每穴10分钟，每天1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.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

临床常选用一次性不锈钢毫针，型号以直径0.25毫米、长40毫米居多，也可采用直径0.30毫米、长40毫米，直径0.30毫米、长75毫米等型号。医生应根据患者形体强弱选择毫针型号，针身须光滑、无锈蚀，针尖须锋利、无倒钩。施术前备齐消毒用品，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

主穴：内关穴（双侧）、水沟穴、三阴交穴（患侧）。

辅穴：极泉穴（患侧）、尺泽穴（患侧）、委中穴（患侧）。

配穴：椎基底动脉供血不足，加风池穴、完骨穴、天柱穴、颈椎夹脊穴；吞咽障碍，加风池穴、完骨穴、翳风穴，咽后壁点刺；语言不利，加上廉泉穴，金津穴、玉液穴点刺放血；手指握固，加合谷穴、八邪穴；足内翻，加丘墟穴透刺照海穴。

操作手法

针刺顺序：按照内关穴、水沟穴、三阴交穴至其他腧穴的顺序针刺。

内关穴：直刺13毫米~25毫米，采用提插捻转泻法，双侧同时操作，施手法1分钟。

水沟穴：向鼻中隔方向斜刺7毫米~13毫米，刺入后将针体向一个方向捻转360度，使肌纤维缠绕在针体上，施重雀啄手法，至眼球湿润或流泪为度。

三阴交穴：沿胫骨内侧缘与皮肤成45度角斜刺，进针25毫米~37毫米，采用提插补法，以患侧下肢抽动3次为度。

极泉穴（下极泉）：沿经下移1寸（同身寸，下同），避开腋毛，直刺25毫米~37毫米，采用提插泻法，以患侧上肢抽动3次为度。

尺泽穴：屈肘成120度角，直刺25毫米，用提插泻法，使患者前臂、手指抽动3次为度。

委中穴：仰卧直腿抬高取穴，刺入后针尖向外15度，直刺13毫米~25毫米，施提插泻法，使患侧下肢抽动3次为度。

风池穴、完骨穴、天柱穴、颈椎夹脊穴：双侧风池穴向对侧眼角直刺25毫米~40毫米；双侧完骨穴、双侧天柱穴直刺25毫米~40毫米；颈椎夹脊穴直刺13毫米~20毫米。上穴均采用小幅度、高频率捻转补法，手法操作1分钟，双手同时操作，留针15分钟。

风池穴、完骨穴、翳风穴（吞咽障碍）：向喉结方向斜刺，进针50毫米~63毫米，采用小幅度、高频率捻转补法，每穴施手法1分钟，双手同时操作，留针15分钟。咽后壁点刺，用长75毫米毫针或圆利针。

上廉泉穴：位于舌骨上缘至下颌之间1/2处，针向舌根刺37毫米~50毫米，用提插泻法，使舌部麻胀为度。

金津穴、玉液穴：用三棱针点刺放血，以出血1毫升~3毫升为度。

合谷穴：针向三间穴，进针25毫米~37毫米，采用提插泻法，以握固的手指自然伸展或食指不自主抽动3次为度。

八邪穴：分别在第2~第3、第3~第4、第4~第5掌指关节上1寸，向掌指关节基底部斜刺，进针25毫米~37毫米，用提插泻法，以各手指分别不自主抽动3次为度。

丘墟穴透刺照海穴：进针45毫米~60毫米，行手法30秒，手法结束后将针体提出25毫米~37毫米，留针15分钟。

疗程

每日治疗1次，14天为1个疗程。

注意事项

1.对初次接受治疗者做好解释工作，消除恐惧心理，医患双方均应“宁神”后再进行针刺。

2.针刺眼区、项部风府穴、哑门穴及背部穴位时注意角度，不宜大幅度提插、捻转和长时间留针，以免伤及重要组织器官。

3.尿潴留患者针刺小腹部穴位时，应掌握方向、角度、深度，以免误伤膀胱。

4.胸、胁、腰、背及脏腑所居之处的穴位，不宜直刺、深刺；肝脾肿大、肺气肿患者，更应注意。

5.所有手法须严格按基本操作规范及手法量学规范进行，针刺深度、补泻手法、施针时间不得随意更改。

安全提示

施术中，患者可能发生晕针、滞针、弯针、断针、血肿、创伤性气胸、刺伤内脏、刺伤脑脊髓等情况，应根据病情对症处理。施术前，医生应详细询问患者病史，注意有无晕针史及出血倾向。医生须严格掌握适应证与禁忌证，熟悉异常情况的识别与处置；患者出现意识改变、剧烈头痛、呕吐或肢体无力加重时，应立即停止操作；发生创伤性气胸、刺伤内脏或脑脊髓等严重情况，须就地处置并尽快转诊。

〔文章来源于《基层中医适宜技术手册》（2025版）〕

经验交流

透析患者顽固性瘙痒症的用药管理

□黄艳丽

维持性血液透析患者常伴发皮肤瘙痒症。临床资料显示，约82%的血液透析患者发生过瘙痒症，中度以上占39%~46%。此类瘙痒症多在夜间加重，影响睡眠与日常活动。常规抗组胺药物应答率偏低，盐酸纳呋拉啡口崩片（口腔崩解片）为现有治疗效果不理想者提供了新的用药选择。

适用范围与用药前评估

盐酸纳呋拉啡口崩片用于改善血液透析患者的瘙痒症，说明书明确限定“仅限现有治疗疗效不理想的情况”。用药前应由医师评估瘙痒原因，排查皮肤干燥、透析充分性不足、钙磷代谢紊乱、药物因素及原发性皮肤病等可纠正因素，确认常规处理效果不理想后再考虑使用，不宜作为止痒首选药物。

盐酸纳呋拉啡口崩片为高选择性阿片κ-受体激动剂。透析相关顽固性瘙痒症多为中枢性瘙痒，与内源性阿片系统失衡、μ受体过度激活有关；盐酸纳呋拉啡口崩片通过激动κ受体在中枢层面抑制瘙痒信号传导，作用途径与传统抗组胺药不同。

给药方案与服药方法

成年人常规剂量为每日1次2.5微克，晚饭后或睡前口服；可根据症状与耐受情况调整，每日总剂量不超过5微克。应从小剂量起始，疗效不足时再考虑增量。

口崩片置于舌面，让唾液浸润，用舌尖轻轻压碎，待崩解后以唾液咽下，也可用少量水送服。盐酸纳呋拉啡口崩片虽然在口腔内崩解，但是并非经口腔黏膜吸收起效，必须咽下才能发挥作用，不能含服后吐出。该剂型不必大量饮水，对液体摄入量有严格限制的透析患者较为便利。

服药时间须与透析时间错开。盐酸纳呋拉啡口崩片可以经过血液透析被清除，若服药后距透析开始时间过短，血药浓度可能下降、影响疗效；按临床用药建议，两者宜留出8小时以上间隔，腹膜透析患者换液前后同样应留出足够时间。具体服药时间节点由医师结合透析时间来确定，患者不要自行调整。

不良反应与监测

常见不良反应有失眠、便秘、血催乳素升高，少见嗜睡、头晕、头痛、恶心、皮疹等。患者用药期间应定期检查血催乳素等内分泌指标，并关注肝功能，若出现食欲下降、皮肤或眼白发黄，须及时就诊排查肝功能障碍、黄疸。患者服药期间不能驾驶车辆或操作机械。用药后瘙痒未见改善者，不应无目的长期服用，应复诊重新评估方案。

合并用药应谨慎。盐酸纳呋拉啡口崩片主要经肝脏CYP3A4酶代谢，与伊曲康唑、环孢素、硝苯地平及葡萄柚汁等合用，可能升高血药浓度；与催眠药、抗抑郁药、抗精神病药合用，可能加重中枢神经系统不良反应。重度肝损伤患者用药须权衡利弊，并密切观察；中度肝损伤患者血药浓度可能升高，应加强监测。

处方管理与用药安全

盐酸纳呋拉啡口崩片自2024年7月1日起被列入第二类精神药品目录，按《麻醉药品和精神药品管理条例》监管。开具时必须使用第二类精神药品专用处方，单张处方一般不超过7日用药量。该药已经纳入国家基本医疗保险药品目录（乙类），限定支付范围为“现有治疗疗效不理想的血液透析患者的瘙痒症”。

患者须凭专用处方在医师或药师指导下合规使用，不可自行购药、加量、延长疗程或转借他人。若患者瘙痒持续加重，伴黄疸或意识改变，或出现严重不良反应，应及时转诊至上级医院肾内科或皮肤科评估。

（作者供职于信阳市人民医院）

老年人肺结核的预防要点

□王 侃

肺结核是由结核分枝杆菌感染引起的慢性呼吸道传染病，经咳嗽、打喷嚏产生的飞沫传播。老年人免疫功能减退，又常合并糖尿病、慢阻肺等慢性病，是结核病的易感高发人群。老年人肺结核症状常不典型，容易被当作慢性支气管炎等常见病而延误诊治时机。做好预防、主动筛查和及时转诊，是降低老年人发病与传播风险的关键。

为什么老年人更易患病

一是随年龄增长，自身免疫功能减退，对结核分枝杆菌的防御能力下降；二是多合并基础疾病，感染机会增加；三是部分老年人体内潜伏结核分枝杆菌，可随免疫功能减退重新活跃而发病；四是参加集体文娱活动较多，接触传染性肺结核患者的机会相应增加。

老年人肺结核容易被误诊、漏诊，发热、盗汗等典型症状少见，更多表现为疲劳、消瘦、贫血、食欲不振；影像学上，下野肺结核相对多见，有时呈类似肺癌的结节或肿块样病变、广泛的支气管肺炎。因此，不能因为没有低热、盗汗就排除结核病。

把可疑症状识别出来

老年人出现咳嗽、咯痰2周以上，或痰中带血、咯血，应高度警惕肺结核；伴有午后低热、夜间盗汗、不明原因体重减轻、乏力时，更应尽快检查。部分患者仅表现为持续疲倦、体重下降或原有慢性咳嗽加重，也不可大意。

按我国结核病防治要求，对咳嗽、咯痰2周以上的患者须开展结核病筛查，非定点医疗机构应将患者和疑似患者转诊至结核病定点医疗机构，并依法登记报告。65岁以上老年人年度健康体检、糖尿病患者季度随访时，均应落实结核病症状筛查；有条件者，建议每年做1次胸部影像学检查。发现可疑症状或胸部影像学检查结果异常，应转诊至定点医疗机构，做痰涂片、痰培养或分子生物学检测及胸部CT检查等方法来明确诊断，不宜按普通气管炎长期对症处理。

主动筛查与密切接触者管理

与传染性肺结核患者有密切接触的老年人，应及时到定点医疗机构筛查，可做结核菌素皮肤试验或γ-干扰素释放试验，必要时结合胸部影像学检查。确诊为新近感染者，可由专科医师评估后考虑预防性治疗，降低进展为活动性结核病的风险。

已确诊的患者，在规范抗结核治疗2周以上且连续痰涂片阴性之前，应尽量避免与家人近距离接触；需要照料时，患者与照护者均建议佩戴口罩，并保持居室通风。家有儿童的，尤应避免密切接触。

日常防护的措施

一是改善居室通风条件。每天分时段开窗通风两三次，每次不少于30分钟，冬季或开启空调时同样不可省略，可降低室内飞沫浓度。衣物被褥勤晒日光。

二是减少暴露机会。尽量少去人员拥挤、空气流通差的公共场所，必须前往时缩短停留时间并规范佩戴医用口罩；避免与已知的传染性肺结核患者面对面交谈、近距离活动，也尽量避免去医院探视住院的结核病患者。咳嗽、打喷嚏时用纸巾或手帕遮掩口鼻，不随地吐痰。

三是增强自身免疫力。饮食营养均衡，每日注意补充优质蛋白质和新鲜蔬果；适度运动，如每天散步30分钟、打一套太极拳，以自身能耐受为度，避免过度劳累；规律作息，睡眠时间保持7小时~8小时；保持乐观情绪，不吸烟、不饮酒、不熬夜。

四是管控好慢性病。糖尿病、慢阻肺、高血压病等控制效果不佳会降低免疫力，应按医嘱规律治疗、定期复查。长期使用免疫抑制剂或糖皮质激素者，应与主诊医师沟通结核病风险并加强随访。

规范治疗与家庭支持

一旦确诊肺结核，应尽早开始规范的抗结核治疗，遵循“早期、联合、规律、全程、适量”的原则，常用药物包括异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺等。多数患者坚持规范用药，6个月~8个月可以治愈；随意减量、漏服或提前停药，容易诱发耐药性。治疗期间，患者应按照医嘱定期检查血常规、肝肾功能，观察有无胃肠道反应、皮疹、视力改变、皮肤或眼白发黄等药物不良反应，出现异常及时就诊，由定点医疗机构调整方案，患者不可自行停药。

家属应提醒并协助老年人按时服药、记录用药时间，观察用药后反应，给予心理支持。有条件的家庭可安排患者单独居住，或至少分床睡，居室保持通风。照护者若出现咳嗽、咯痰2周以上等症状，也应主动接受筛查。

这些情况要及时转诊

出现咯血、胸痛、呼吸困难、持续高热，或咳嗽、咯痰持续2周以上不缓解，不明原因的明显消瘦，以及有明确传染性肺结核接触史者，应及时转诊至结核病定点医疗机构；治疗期间出现严重药物不良反应、症状加重或怀疑耐药，同样须转诊评估。把营养、通风、筛查、规范治疗和转诊这几道防线落实到位，可有效保护老年人健康。

（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

每周一练

（孕期监护与孕期保健）

一、产妇分娩时主要的产力是
A.子宫收缩力
B.膈肌收缩力
C.腹壁肌收缩力
D.骨骼肌收缩力
E.肛提肌收缩力

二、胎先露进入骨盆的关键径线
A.坐骨棘间径
B.入口前口径
C.坐骨结节间径
D.入口横径
E.中骨盆前后径

三、临产开始的标志，错误的是
A.规律且逐渐增强的宫缩
B.进行性宫颈管消失
C.宫口扩张
D.胎先露部下降
E.胎儿下降感

四、正常分娩，保护会阴最佳时间是
A.宫口开全
B.胎头着冠时
C.胎头可见到时
D.胎头复位时
E.胎头拨露使阴唇后联合紧张时

五、不属于新生儿窒息Apgar（阿普加）评分内容的是
A.拥抱反射
B.肌张力
C.皮肤颜色
D.呼吸
E.心率

六、患者为女性，26岁，初产妇。妊娠38周，规律腹痛8小时，胎膜破裂，骨盆外测量正常，枕左前位，胎心率146次/分，宫口开大6厘米，S+1（胎头最低点在坐骨棘下方1厘米）。该产妇的产程进展最可能是
A.活跃期延长
B.产程进展正常
C.胎心下降停滞
D.活跃期延长
E.羊膜腔感染

七、关于产力的描述正确的是
A.产力只包括子宫收缩力、腹壁肌及膈肌收缩力
B.子宫收缩力的特点有节律性、不对称性、极性
C.第二产程主要是膈肌收缩力的作用
D.子宫收缩力只在第一产程起作用
E.肛提肌收缩力协助胎先露在骨盆腔内进行内旋转

八、符合产褥期正常临床表现的是
A.产后呼吸浅快、脉率缓慢
B.血性恶露持续1个月
C.宫底在产后第1日略上升至脐平
D.产后5日~7日出现宫缩痛
E.产后24小时有低于39摄氏度的泌乳热

九、患者为女性，30岁，初产妇。孕期检查无异常。妊娠35周自然分娩后第2天，母婴分离，乳房胀痛，无红肿，体温37.1摄氏度，要求继续母乳喂养。首选的处理方法是
A.生麦芽煎服
B.按时挤奶
C.抗生素治疗
D.芒硝外敷用
E.少喝水

十、早期流产最常见的原因是
A.黄体功能不足
B.染色体异常
C.甲状腺功能减退
D.过多接触放射线
E.严重感染、高热

十一、患者为女性，28岁，停经50多天，阴道流血伴下腹隐痛5天（加剧半天），停经后有恶心、食欲不振等不适。妇科检查：阴道内有较多的血块，宫颈口开大，可见血块及组织块堵塞于宫颈口内，最可能的诊断是
A.不全流产
B.难免流产
C.先兆流产
D.完全流产
E.稽留流产

十二、初产妇，26岁，平素月经周期规律，停经42周，血压110/70毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），无水肿，胎心率120次/分，腹部左前方触及胎儿形体，头先露。本例的诊断是
A.过期妊娠，枕右前位
B.足月妊娠，枕右后位
C.过期妊娠，枕右后位
D.足月妊娠，枕右前位
E.足月妊娠，枕左前位

十三、初孕妇，24岁。妊娠38周。既往血压正常，5天前觉得头痛且逐渐加重。血压166/112毫米汞柱，双下肢水肿（++），24小时尿蛋白5克，血细胞比容0.42。此时首选处理是
A.硫酸镁缓慢静脉注射
B.呋塞米静脉注射
C.硝普钠静脉注射
D.头颅CT检查
E.立即进行剖宫产

十四、初孕妇，24岁，妊娠33周，头痛6天，经检查血压160/110毫米汞柱，治疗3天无显效。今晨5时突然出现剧烈腹痛。检查子宫板状硬。最可能的诊断是
A.痉挛性子宫收缩
B.胎盘早剥
C.前置胎盘
D.先兆子宫破裂
E.先兆早产

本期答案

一、A	二、B	三、E	四、E
五、A	六、B	七、E	八、C
九、B	十、B	十一、B	十二、C
十三、A	十四、B		

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