基层适宜技术

耳针技术的临床应用

耳针技术是用特定针具或丸状物在耳郭相应穴位进行刺激，以防治疾病的一种技术。刺激耳郭穴位，具有调整脏腑功能、疏通经络的作用。耳针技术适用于内科疾病、外科疾病、妇科疾病、儿科疾病等的治疗，也可用于美容保健。

适应证

耳针技术主要适用于心脏神经症、心律不齐、高血压、眩晕、失眠、癔症等心脑疾病；神经性疼痛，头痛，以及各种扭挫伤、牙周炎等所致的疼痛；功能性胃肠病、荨麻疹、肥胖、月经病、结膜炎等其他疾病。

1. 不寐（原发性失眠）：取皮质下耳穴、心穴、肾穴、肝穴、神门穴、垂前穴、耳背心穴等穴位。耳穴毫针法每次选3处穴位，行针手法要轻。出针后可以选用耳穴埋针法或耳穴压丸法，以巩固治疗。

2. 痛经（原发性痛经）：取内生殖器穴、肾等穴位。发作期施耳穴毫针法，每次选两三个穴位，行针手法要轻。缓解期可以选用耳穴压丸法，嘱患者定时按压，留置2天~4天。

3. 癔疹（荨麻疹）：取心穴、风溪穴、交感穴、神门穴、脾穴等穴位。发作期施耳穴毫针法，每次选个3穴位，行针手法要轻。缓解期可以选用耳穴埋针法或耳穴压丸法巩固治疗。

禁忌证

1. 耳穴局部有溃疡或炎症者，禁用耳针技术。

2. 习惯性流产者，禁用耳针技术。

3. 凝血功能障碍者，禁用耳穴刺血法。

操作方法

根据患者的实际情况，选用不同的耳针器具。常用的器具为直径0.18毫米~0.3毫米，长13毫米~25毫米的一次性针灸针或揿针，以及王不留行籽、磁珠、莱菔子等丸状物。

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；可以重复使用的针具，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%乙醇擦拭2遍，皮肤消毒范围应超过5厘米。

手卫生：应严格执行《医务人员手卫生规范》。

2. 耳穴定位与选穴方法。

耳穴定位参照国家标准的《耳穴名称与定位》。

选穴方法包括：根据所患疾病部位选穴，如胃痛选胃穴、肺病选肺穴、肩痛选肩穴等。

根据中医理论选穴，如皮肤病选肺穴，是根据“肺主皮毛”的理论；耳鸣选肾穴，是因“肾开窍于耳”；偏头痛选胆穴，是因胆经“上抵头角”，循行于侧头；目赤肿痛选肝穴，是因“肝开窍于目”等。

根据临床经验选穴，如目赤肿痛选耳尖穴等。

3. 体位选择。

根据所取的穴位，让患者保持舒适、方便施术者操作的体位。

4. 操作方法

（1）耳穴毫针法：常规消毒，施术者一手固定患者耳郭，另一手拇指、食指、中指持针刺入耳穴。针刺方向视耳穴所在部位灵活掌握，针刺深度宜为0.1厘米~0.3厘米，以不穿透对侧皮肤为度。针刺手法与留针时间应视患者的病情、体质及耐受度综合考虑。宜留针15分钟~30分钟，留针期间应间断行针一两次。出针时一手固定患者的耳郭，另一手将针拔出，应用无菌干棉球或棉签按压针孔。

（2）耳穴压丸法：常规消毒，将表面光滑、质硬、大小适中的王不留行籽（或磁珠、莱菔子）等固定在胶布上。耳穴定位后，施术者左手固定患者的耳郭，右手持止血钳夹住带有压丸的胶布贴敷在穴位上，适当按压使耳郭有热感，留针2天~4天，嘱咐患者根据病情适当按压。

（3）耳穴埋针法：常规消毒，穴位定位后，施术者左手固定患者的耳郭，右手持止血钳夹住针柄对准耳穴刺入，外敷胶布固定，一般留针两三天。

（4）耳穴刺血法：施术者佩戴一次性乳胶手套或塑料薄膜手套，刺血前宜按摩患者的耳郭使所刺部位充血，常规消毒，一手固定耳郭，另一手持针点刺耳穴，挤压使之适量出血。

施术后，以无菌干棉球或棉签压迫止血并消毒刺络部位。

注意事项

1. 严格消毒，防止感染。

2. 紧张、疲劳、虚弱患者宜取卧位针刺，预防晕针。

3. 湿热天气，耳穴压丸、耳穴埋针留置时间不宜过长（耳穴压丸宜三五天，耳穴埋针宜两三天）。

4. 耳穴压丸，要选择表面光滑、质硬、大小适中的压丸；耳穴压丸、耳穴埋针留置期间，应防止胶布脱落或污染。对普通胶布过敏者，宜改用脱敏胶布。

5. 对于严重心脏病患者、高血压病患者，手法要轻；妊娠期患者，慎用耳针。

6，对扭伤和运动障碍者，进针后配合运动疗法，有助于提高疗效。

〔文章来源《基层中医适宜技术》（2025版）〕

每周一练

（《药品管理法》《麻醉药品管理条例》《突发公共卫生事件应急条例》）

一、药品所含成分的名称与国家药品标准或者省（自治区、直辖市）药品标准规定不符合的是

A.劣药
B.假药
C.保健药品
D.非处方药
E.特殊管理药品

二、依法按劣药论处的是

A.未注明有效期的药品
B.不良反应大的药品
C.以他种药品冒称此种药品
D.有禁忌证的药品
E.因药品包装不方便医疗使用的药品

三、医疗机构在药品购销中暗中收受回扣或其他利益，依法对其给予罚款处罚的机关是

A.卫生行政部门
B.药品监督管理部门
C.工商行政管理部门
D.劳动保障行政部门
E.中医药管理部门

四、对在药品购销活动中给予、收受贿赂，情节严重的，卫生行政管理部门

A.可吊销药品生产或经营企业的营业执照
B.可吊销药品生产或经营企业的许可证
C.可吊销医疗机构执业许可证
D.可对构成犯罪的，依法追究刑事责任
E.可吊销违法医师的执业医师证书

五、对在药品购销活动中给予、收受贿赂，情节严重的，工商行政管理部门

A.可吊销药品生产或经营企业的营业执照
B.可吊销药品生产或经营企业的许可证
C.可吊销医疗机构执业许可证
D.可对构成犯罪的，依法追究刑事责任
E.可吊销违法医师的执业医师证书

六、对在药品购销活动中给予、收受贿赂，情节严重的，药品监督管理部门

A.可吊销药品生产或经营企业的营业执照
B.可吊销药品生产或经营企业的许可证
C.可吊销医疗机构执业许可证
D.可对构成犯罪的，依法追究刑事责任
E.可吊销违法医师的执业医师证书

七、对收受药品生产经营企业或其他代理人财物且情节严重的医师，卫生行政部门应当做的处理是

A.注销执业证书
B.暂停执业活动
C.吊销执业证书
D.记过
E.警告

八、具有麻醉药品处方权的执业医师被追究法律责任的情形是

A.未依照规定进行麻醉药品处方专册登记
B.未依照规定保存麻醉药品专用处方
C.未依照规定储存麻醉药物
D.紧急借用麻醉药品后未备案
E.未按照临床应用指导原则使用麻醉药品

九、省级人民政府在接到突发公共卫生事件报告后，向国务院卫生行政部门报告的时限是

A.以最快速度
B.1小时
C.2小时
D.6小时
E.12小时

十、突发事件监测机构、医疗卫生机构和有关单位在发现突发公共卫生事件后，向所在地县级人民政府卫生行政主管部门报告的时限是

A.以最快速度
B.1小时
C.2小时
D.6小时
E.12小时

本期答案			
一、B	二、A	三、B	四、E
五、A	六、B	七、C	八、E
九、B	十、C		

英克司兰的药理机制与适用人群

□张 梦

随着生活方式的转变，高脂血症已经成为潜伏在人群中的“隐形杀手”，其核心致病因子低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C，俗称“坏胆固醇”）是动脉粥样硬化的关键驱动因素，显著增加心脑血管疾病风险。传统他汀类药物作为降脂治疗基石，虽然应用数十年，却面临着诸多临床困境：部分患者应用较大的耐受剂量，LDL-C仍无法达标；部分患者因肌肉疼痛、肝酶升高等不良反应，难以耐受；加之每天口服给药的依从性短板，导致长期血脂管理效果欠佳。在此背景下，全球首款靶向前蛋白转化酶枯草溶菌素9（PCSK9）的小干扰核糖核酸（siRNA）药物英克司兰应运而生，以“一年两针”的超长效特性被誉为“血脂疫苗”，为血脂管理带来重大利好，其临床价值与应用范围值得深入探析。

英克司兰的创新之处，在于独特的作用机制与给药方案。作为siRNA类药物，它精准靶向肝细胞，通过核糖核酸（RNA）干扰技术在信使核糖核酸（mRNA）水平特异性抑制PCSK9蛋白合成。PCSK9蛋白会加速肝脏低密度脂蛋白（LDL）受体降解，受体减少则LDL-C清除能力下降，英克司兰从源头阻断这一过程，促使LDL受体数量增多，高效降低LDL-C水平。有临床数据显示，我国人群用药后LDL-C降幅可达61%，6年随访达标率稳定，血脂波动较PCSK9单抗更小。给药时采用皮下注射方式，首次给药后3个月注射第二针，后续每半年注射一次，从根本上解决了传统口服药物的依从性难题。世界研究结果证实，患者年平均用药仅2针，治疗覆盖面大幅提升。该药安全性优异，不良反应发生率与安慰剂组相近，仅注射部位可能出现一过性疼痛、红斑，可自行消退，且中国患者中未检出抗药抗体阳性。

尽管优势突出，英克司兰并非万能降脂方案，需要理性认知其局限性与适用人群。价格方面，作为创新生物制剂，原单针价格近万元，虽然已经纳入我国2025年医保目录，单价降至约2790元，年治疗费约5580元，患者负担显著减轻，但时相较于传统口服药仍有经济门槛，新增单药适应证暂未纳入医保。在适用范围上，相关指南明确他汀类药物仍是多数患者的一线基础治疗方案，英克司兰主要用于他汀类药物不耐受、他汀类药物治疗后LDL-C未达标的动脉粥样硬化性心血管疾病高危患者和极高危患者，或传统治疗效果不佳的杂合子型家族性高胆固醇血症患者；2026年新增单药适应证后，英克司兰也适用于动脉粥样硬化性心血管疾病低风险、中风险且LDL-C升高的患者，但是孕妇、哺乳期女性、重度肝功能不全者及终末期肾病患者应慎用英克司兰，18岁以下儿童安全性数据尚未明确。同时，英克司兰10年以上的超长期安全性数据仍在积累，且无法替代健康饮食、规律运动等生活方式干预，后者仍是血脂管理的核心。

英克司兰的问世，标志着血脂管理从“每天服药”迈入“长效精准干预”的阶段。它凭借独特的药理机制、便捷的给药方式与优异的疗效，丰富了临床降脂武器库，为治疗困境患者提供了新选择，却并非传统治疗的替代者，而是补充强化手段。临床用药需要在医生或药师指导下进行，结合患者风险等级、他汀类药物耐受情况、经济状况等个体化决策。

（作者供职于阜外华中心血管病医院药学部）

药师说药

本栏目由河南省卫生健康委药物政策与食品安全处指导

阵发性睡眠性血红蛋白尿症的预防

□石 琳

在全球已经发现的7000余种罕见病中，阵发性睡眠性血红蛋白尿症（PNH）是一种容易被临床忽视的血液系统疾病，以隐匿起病、症状繁杂且缺乏特异性为典型特征，临床误诊率居高不下。据临床数据估算，我国PNH患者数千名，其中20岁~40岁青壮年群体占比接近80%，这一群体正处于社会生产与家庭责任的核心阶段，却因疾病备受困扰。多数患者因症状模糊、自身认知及医务人员认知不足，往往先就诊于内科、泌尿外科、消化科等科室，辗转多家医院反复就医，平均确诊周期长达数月甚至数年，严重延误了最佳治疗时机。基层医疗机构因检测条件有限、医务人员对罕见病诊疗缺乏经验，更是成为疾病识别的薄弱环节，进一步加剧了确诊延迟的问题。

清晨醒来尿液呈现浓茶色乃至酱油色，是PNH标志性的临床表现，该症状多在夜间或清晨发作，白天随活动量增加逐渐减轻甚至消退，容易被患者误判为“上火”或“尿路感染”，进而拖延就诊。

除了尿液颜色异常外，患者还会出现一系列严重影响生活质量的症状，中重度乏力几乎贯穿全病程，表现为活动后气短、爬楼费力，即使是日常行走也难以维持，伴随头晕、心悸、面色苍白等贫血症状，严重时可以引发晕厥，此类症状常被误诊为缺铁性贫血或亚健康状态，导致患者接受补铁治疗等无效干预，既浪费医疗资源，又延误疾病诊治。更加需警惕的是，PNH患者的血栓发生风险显著高于普通人群，发生率比普通人高60多倍，以腹部静脉血栓较为常见，临床表现为突发剧烈腹痛、恶心呕吐，部分患者还会出现腹水、黄疸等并发症，若血栓累及脑部或肺部血管，可能诱发脑卒中、肺栓塞，在短时间内可危及生命。

此外，部分患者会伴随平滑肌功能障碍相关症状，包括吞咽困难、反复胃肠道不适及生殖系统异常等。其中，吞咽困难表现为进食时咽喉梗阻感、饮水不畅，严重时需要借助流食维持营养；胃肠道不适以反复腹痛、腹泻为主要症状；青壮年男性患者可能出现阳痿等性功能障碍，此类症状因涉及隐私常让患者羞于启齿，不仅加剧就诊延误，还会给患者带来沉重的心理负担，甚至引发焦虑、抑郁等心理问题。

与多数先天遗传性罕见病不同，PNH属于后天获得性造血干细胞基因突变所致的疾病，其发病机制核心为患者红细胞表面失去了正常的“保护屏障”——即糖基磷脂酰肌醇锚定蛋白，导致自身免疫系统对红细胞产生错误的识别与破坏。被破坏的红细胞释放出的血红蛋白随尿液排出，形成特征性的酱油色尿，长期的血红蛋白尿还会对肾脏造成损伤，加重病情复杂性。在靶向治疗技术出现前，PNH的治疗手段较为局限，临床多采用输血、激素等对症支持治疗，仅能暂时缓解贫血、控制症状，无法从根本上阻断疾病进展，患者生活质量极差，长期面临血栓、肾衰竭等致命并发症风险，5年生存率相对较低。令人欣慰的是，近年来PNH诊疗领域取得突破性进展，疾病治疗正式迈入靶向时代，我国已经获批多款补体抑制剂类创新药物，此类药物可以精准阻断补体激活途径，从根源上阻止红细胞被破坏，不仅能快速减少酱油色尿发作频次，还能显著降低血栓概率，使血栓发生率下降超80%，有效改善乏力、吞咽困难等临床症状。更加具临床价值的是，这类药物无须患者频繁住院输液，部分剂型支持居家自行皮下注射，大大提升了治疗便利性，帮助患者逐步回归正常工作与生活。同时，随着医保工作的推进，部分补体抑制剂已被纳入医保目录，大幅降低患者的用药负担，提升了药物的可及性。有临床案例显示，多数患者接受靶向治疗后，尿液颜色可以恢复正常，持续数年的乏力、吞咽梗阻感等症状得到明显缓解，部分患者已经成功返回工作岗位，实现了疾病控制与生活质量提升的双重目标，生存期也得到显著延长。

对于基层医务人员而言，应提升PNH的识别与筛查能力。在临床工作中，若遇到青壮年患者出现“不明原因乏力+酱油色尿+腹痛加吞咽困难”的症状组合，需要高度警惕PNH的可能性，及时建议患者前往血液科就诊，并完善流式细胞术检测——该检测是目前确诊PNH的“金标准”，具有检测样本量少、结果精准、操作便捷等优势，仅需要抽取少量外周血液即可完成检测，能为疾病确诊提供可靠依据。同时，医疗机构应加强罕见病防治知识培训，尤其是基层医务人员，应利用病例研讨、专题讲座等形式，提升对PNH等罕见病的认知与鉴别能力，减少误诊、漏诊情况。临床实践证实，早期明确诊断并及时启动靶向治疗，可以显著改善患者长期预后，降低致命并发症发生率，延长患者生存期，使患者5年生存率提升至80%以上。在国际罕见病日来临之际，我们既呼吁社会各界关注PNH这一“小众”罕见病，消除对患者的认知误区与歧视，为公众营造包容的社会环境，也希望基层公共卫生医务人员加强罕见病知识学习，提升疾病识别能力，筑牢早诊早治第一道防线。同时，期待相关部门进一步完善罕见病诊疗保障体系，加快创新药物纳入医保的进程，优化检测技术的普及与应用，构建“早识别、早诊断、早治疗、强保障”的全链条诊疗模式。

随着靶向创新药物的临床普及与医保覆盖推进，曾经“无药可医”的PNH患者已迎来诊疗新希望。未来，唯有提升社会认知、强化医疗能力、提高药物可及性等多方联动，才能让每一位PNH患者能够享受规范治疗。

（作者供职于河南省中医院血液科）

疾控专家话健康

河南疾控CDC

经验交流

中医治疗带状疱疹

□徐 磊

带状疱疹，民间称为“蜘蛛疮”“缠腰蛇”等，由水痘-带状疱疹病毒引起。病毒潜伏于神经节，当机体免疫力下降（如过度劳累、感染、感冒）时被激活，沿神经移行至皮肤，引发神经及皮肤炎症。

带状疱疹全年均可发生，夏秋季多见。发病初期以神经痛为主，无疱疹容易被忽视；一两天后，受侵神经区域出现成簇米粒至豆粒大皮疹，基底发红，部分患者剧痛难忍，严重时皮疹破溃渗液，影响工作和生活。

临床采用中西医结合方法治疗带状疱疹，疗效显著：口服阿昔洛韦片抑制病毒，用转移因子胶囊调节患者的免疫功能，外用自拟复方青黛散抗炎收敛，协同治疗缩短病程。

方药：青黛、黄柏各20克，煅石膏、滑石各50克。

制备方法：将上述4味药材分别净选、炮制合格后，共研为极细的粉末，过120目筛，去除粗渣后装入洁净的容器内密封，置于阴凉干燥处备用，避免受潮影响药效。

用法及护理：患者应忌食辛辣油腻之物，多饮水，注意休息，提高自身免疫力。

用药方案要根据患处局部情况辨证调整：若患处有渗液、糜烂，取适量药粉直接均匀撒布于创面，每天用药2次，可以快速收敛渗液；若患处皮肤干燥、无渗液，以适量纯香油将药粉调制成均匀的膏状，薄涂于患处并轻轻揉按，每天2次，促进药物吸收。

（作者供职于巩义市鲁庄镇丁树村卫生室）

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