

基层适宜技术

穴位埋线技术的临床应用

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的一种技术,具有疏通经络、调和气血、补虚泻实的作用,主要适用于各种慢性病的治

禁忌证

1.有出血倾向或精神疾病不能配合者。

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证;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。

病案举例

哮喘(哮喘):选取定喘穴、肺俞穴。将可吸收性外科缝线(一两厘米)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。

泄泻(胃肠炎):选取中脘穴、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(一两厘米)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。

肥胖(肥胖症):选取中脘穴、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(一两厘米)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。

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:根据患者病情选取穴位,应选择肌肉丰富部位,常用腹部、腰背部穴位,慎用头面部穴位。

3.体位选择:注意操作台环境卫生,避免污染,有条件者应设立独立的埋线诊室。

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;一只手握指和食指固定拟进针穴位,另一只手持针刺入;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,一只手持镊子将线中央置于穴位上,另一只手持埋线针,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,一只手持针,另一只手持钳,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

1.严格无菌操作,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。

2.若发生晕针,应立即停止治疗,按照晕针处理。

3.穴位埋线时,拟留置体内的可吸收性外科缝线线头不应露出体外。如有线体露出皮肤外,一定要拔出,重新定位、消毒、操作,以免感染。

4.穴位埋线后1天~3天内禁止进行剧烈运动,防止埋线部位

出现肿胀。

5.穴位埋线后1周内尽量减少海鲜等高蛋白饮食,防止埋线后发生过敏反应。埋线后,若出现硬结反应,则慎用埋线技术。

6.每次埋线前都要对患者进行埋线前评估及知情同意告知,排除不适宜埋线的患者。

7.在术后1天~5天内,由于损伤及线的刺激,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,伤口处有少量渗出血,此为正常现象,一般不需要处理。若渗出血较多,可按疖肿化脓处理,进行局部的排脓、消毒、换药,直至愈合。

8.局部出现血肿时,一般先予以冷敷止血,再进行热敷消瘀。

9.少数患者可有全身反应,表现为埋线后4小时~24小时体温上升,一般约为38摄氏度,局部无感染现象,持续2天~4天后体温可恢复正常。如果出现高热不退,应酌情给予抗炎、退热治疗。

10.如果患者对线过敏,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,则应适当做抗过敏处理,必要时切开取线。

【文章来源于《基层中医适宜技术手册》(2025版)】

指导患者日常防护:坚持补钙与维生素D、适度晒太阳,适度运动,戒烟限酒,预防跌倒;出现持续腰背疼痛,身高明显下降或轻微外伤后疼痛剧烈,应及时就诊排查骨折。

案例:女性患者,68岁,绝经后身高较前变矮,常感腰背痛,一次提重物后突发剧烈腰痛、活动受限。医生询问患者病史后建议转诊至上级医院进行DXA检查,结果提示腰椎T值3.1,被诊断为骨质疏松症合并椎体压缩性骨折,经规范抗骨质疏松治疗与康复后疼痛缓解。此后该患者在辖区医生指导下坚持补钙、适度锻炼并定期随访。

骨质疏松症可防可治,关键在于早发现、早干预。风险人群应主动筛查,已经确诊者须在医生指导下长期规范治疗。

(作者供职于河南省人民医院)

急性胸痛起病急、进展快,可迅速危及生命,是临床须重点防范的急症。临床5类致命性胸痛包括急性冠状动脉综合征、主动脉夹层、肺栓塞、张力性气胸与急性心脏压塞,以急性冠状动脉综合征较为多见。其关键在于早期识别高危病因、规范处置与及时转诊。

急性冠状动脉综合征发病前,患者可有乏力、胸部不适等前驱表现;既往心绞痛者若发作频繁、疼痛加重、持续时间延长、硝酸甘油疗效下降,提示急性心肌梗死。典型表现为胸骨后或心前区压榨性疼痛,放射至左肩、上肢、下颌或上腹,伴大汗、恶心、呼吸困难;若持续不缓解,须警惕急性ST段抬高型心肌梗死。以多导联ST段抬高、心肌损伤标志物升高为特征,须落实“两个120”原则(立即拨打120急救,抢抓120分钟“黄金救治窗口期”)。

非ST段抬高型急性冠脉综合征包含不稳定型心绞痛与非ST段抬高型心肌梗死,症状多不典型,可仅表现为气短、乏力、上腹不适。老年人、糖尿病患者与女性常无明显胸痛,以恶心、背痛、极度乏力为主,漏诊风险高。按危险分层,明确转诊优先级:合并血流动力学不稳定、难治性胸痛、致命性心律失常、心源性休克、急性心力衰竭等极高危者,须紧急处置并即刻转诊;

征稿

周一练

(腹部损伤、肾小球疾病)

一、女性患者,50岁,因车祸导致腹部损伤3小时,受伤后腹痛、腹胀。患者在急诊室非手术治疗观察期间,最重要的措施是

A.实验室检查的动态监测

B.全面了解损伤经过

C.腹部X线检查

D.腹部B超的动态检查

E.观察腹部体征的变化

二、男性患者,19岁,右上腹被汽车撞伤2小时。查体:脉搏为138次/分,血压为80/60毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),面色苍白,四肢厥冷,腹肌紧张,压痛及反跳痛阳性,肠鸣音减弱。实验室检查显示:血红蛋白为85克/升,白细胞计数为2.8×10⁹/升。最有可能的诊断是

A.小肠破裂

B.胃破裂

C.结肠损伤

D.肝破裂

E.十二指肠和胰损伤

三、男性患者,45岁,腹部被撞伤后脐周痛2小时,呈持续性,伴恶心,无呕吐,腹部疼痛范围迅速扩大。查体:脉搏为126次/分,血压为146/90毫米汞柱,全腹肌紧张,压痛和反跳痛阳性,肠鸣音消失。准备剖腹探查。手术治疗的原则不包括

A.尽量分离粘连组织

B.处理原发病灶

C.关腹前用生理盐水反复冲洗腹腔

D.留置引流管,保证引流通畅

E.术后禁食并胃肠减压

四、男性患者,45岁,8个月前骑电动车时摔倒,上腹部被车把撞伤并疼痛,经治疗后缓解。6个月前,患者感觉上腹部逐渐隆起,伴上腹胀,近来经常恶心、呕吐。查体:上腹部可触及直径约10厘米的包块,无肌紧张、压痛、反跳痛。应首选的检查是

A.腹部CT(计算机层析成像)

B.腹部B超

C.立位腹部X线平片

D.腹部磁共振成像

E.胃镜

五、男性患者,27岁,头晕1周,加重伴乏力、心悸、牙龈出血就诊。查体:血压为165/105毫米汞柱,血红蛋白为69克/升,肌酐为879毫摩尔/升。B超检查结果显示:左肾8.9厘米×4.8厘米×4.2厘米,右肾8.6厘米×4.7厘米×3.9厘米,双肾皮质变薄。该患者最可能的诊断为

A.慢性肾小球肾炎(慢性肾脏病Ⅲ期)

B.急性肾小球肾炎

C.急性肾小球肾炎

D.慢性肾小球肾炎(慢性肾脏病Ⅳ期)

E.慢性肾小球肾炎(慢性肾脏病Ⅴ期)

本期答案			
一、E	二、D	三、A	四、B
五、B			

急治疗

急性冠脉综合征的现场处置方法

□张群英

其余三类特点各异:主动脉夹层为突发胸背部撕裂样剧痛,多伴明显高血压、双上肢血压差明显,常规镇痛治疗无效,须快速调控血压心率后转诊;肺栓塞多见于长期卧床、术后或下肢血栓者,以突发呼吸困难、胸痛、咯血为表现,疑似者立即进行氧疗并转诊;张力性气胸突发重度呼吸困难、发绀、烦躁,患侧胸廓膨隆,须紧急减压后转诊。

识别流程:详细询问患者的胸痛部位、性质、时长、诱因及伴随症状,核实慢性病史、吸烟史与家族史;快速监测血压、心率、血氧,完成心肺查体,若条件允许立即做心电图,重点观察ST段、T波动态改变,必要时上传图像、评估危险等级。

现场处置:嘱咐患者静卧、减少活动,鼻导管吸氧,维持血氧饱和度不低于94%,开通静脉通路并监护。无禁忌证者可嚼服阿司匹林,过敏性出血、活动性出血、重度高血压及疑似夹层者禁用阿司匹林。高危者立即拨打120急救,专人陪护转运,携带心电图与病历对接上级医院。

患者应慎用镇痛药物,以防掩盖病情,低血压者禁用硝酸甘油;不典型胸痛者应严格评估,避免漏诊。

(作者供职于阜外华中心血管病医院)

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

本版治疗方法需要在医生专业指导下应用

经验交流

骨质疏松症的识别与治疗措施

□刘新斌

骨质疏松症是常见的骨骼系统疾病,早期常无明显症状,往往在出现腰背疼痛或发生骨折后才被察觉。随着年龄增长,骨量逐渐流失,骨折风险上升,给老年人生活质量带来严重影响。掌握危险因素、早期筛查与规范干预方法,是做好老年人健康管理的重要工作。

正确认识骨质疏松症

骨质疏松症以骨量低下、骨微结构破坏、骨脆性增加、易发生骨折为特征。中老年人,尤其是女性在绝经后雌激素水平下降,骨流失加快。主要表现包括腰背疼痛、身高变矮、驼背、轻微外力甚至日常活动即可导致骨折,常见部位为椎体、髋部与腕部。需要留意,部分老年人仅表现为乏力、活动受限,并无典型疼痛,更易被忽视。

我国50岁以上人群骨质疏松症患病率约为19.2%,女性约为32.1%,随着年龄增长明显升高。脆性骨折是严重后果,髋部骨折

后长期卧床可引发多种并发症,对健康威胁较大。

危险因素与风险筛查

下列因素可增加患病风险:年龄增长,女性绝经,体重偏低,钙与维生素D摄入量不足,缺乏运动,吸烟,过量饮酒,长期使用糖皮质激素等,以及甲状腺功能亢进症、糖尿病等慢性病。符合多项者须提高警惕。

符合条件者建议进行风险评估。国际骨质疏松基金会一分钟测试(10F问卷),涵盖父母骨折史、体重偏低、吸烟、长期使用糖皮质激素等条目,可作为初筛工具;亚洲人骨质疏松自我筛查工具(OSTA),依据年龄与体重快速估算风险;骨折风险评估工具,第三, (FRAX),结合临床危险因素与骨密度,预测未来10年主要脆性骨折概率,辅助临床决策。

诊断主要依靠双能X线吸收法(DXA)测定骨密度,其结果以

T值表示。T值不低于-1,为正常;-1~-2.5,为骨量低下;不高于-2.5,可以被诊断为骨质疏松;伴有一处及以上脆性骨折,无论T值如何均被诊断为严重骨质疏松症。DXA测量腰椎与髋部,是目前“金标准”。

基础措施与药物干预

基础干预贯穿治疗始终。其一,足量摄入钙。成年人每日钙摄入量宜达到800毫克~1200毫克,优先通过牛奶、豆制品、深色蔬菜等食物补充钙,不足者可在医师指导下使用钙剂。其二,补充维生素D。维生素D有助于钙吸收,每日推荐800国际单位~1200国际单位,缺乏者须额外补充并定期检测血清水平。其三,合理运动与预防跌倒。适度负重运动与平衡训练可增强肌肉力量、改善平衡,居家应改善照明条件、清除地面障碍、浴室加装扶手,降低跌倒风险。

药物治疗用于确诊患者或骨折高风险者。双膦酸盐类,如阿仑膦酸钠、唑来膦酸,抑制骨吸收、减少骨折风险,是临床一线药物,须按说明空腹、直立位送服并多饮水,以减少食管刺激。地舒单抗(RANKL抑制剂)为皮下注射药物的替代选择;活性维生素D制剂适用于钙吸收障碍者;雌激素受体调节剂、降钙素、甲状旁腺素类似物等适用于特定人群,由专科医师评估选用。长期使用双膦酸盐者须关注药物假期,由医师根据骨折风险定期复查后决定。

随访管理与宣传教育

应将辖区内老年人、绝经后女性、长期用糖皮质激素者纳入重点管理范围,定期开展风险筛查,对疑似者建议转诊至上级医院完成骨密度检查。已经确诊患者须规范用药、定期复诊,治疗开始后一两年复查DXA评估疗效,同时监测血钙、肾功能。

高血压病患者的健康管理要点

□罗云礼

高血压病是常见慢性病,也是心脑血管疾病防治中关键的可干预危险因素。规范测量血压、合理选用降压药物、长期随访管理,是日常医务人员管理工作的重要内容。只有掌握诊断标准、药物特点与用药安全要点,才能指导患者平稳控压、减少心脑血管事件风险。

主要降压药物类别

常用口服降压药主要有五大类:

钙通道阻滞剂:如氨氯地平、硝苯地平控释片、非洛地平,降压作用较强、耐受性好,对老年高血压病、单纯收缩期高血压病效果较好,常见不良反应为踝部水肿、面部潮红、头痛,多数可逐渐耐受。

血管紧张素转换酶抑制剂:如依那普利、贝那普利、培哚普利等,兼具心脏与肾脏保护作用,适合合并糖尿病、慢性肾脏病、心力衰竭的患者;常见不良反应为干咳,不能耐受者可换用血管紧张素受体拮抗剂。

血管紧张素受体拮抗剂:如缬沙坦、氯沙坦、厄贝沙坦等,作用与前者相近而干咳少见,适应证相似。

利尿剂:如氢氯噻嗪、呋达帕胺,尤其适合老年高血压病、盐敏感性高血压病,常作为联合治疗的基础;长期使用利尿剂者须关注血钾、血钠与尿酸水平,痛风患者应慎用。

β受体阻滞剂:如美托洛尔、比索洛尔,适合合并冠心病、快速性心律失常、心力衰竭的患者;支气管哮喘、严重心动过缓者须慎用。

此外,血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(沙库巴曲缬沙坦)用于特定心力衰竭或难治性高血压病患者,由专科医师进行评估使用。单片复方制剂将两种药物合于一粒,服用方便,有助于提高患者用药依从性。

合理用药管理要点

小剂量起始,优先选用长效药物;多数患者须联合用药,优先选择每日一次的长效制剂,有利于24小时平稳控压,提高患者用药依从性。

按时服药,不可自行停药;高血压病须长期甚至终身管理,血压降至正常后也不可擅自停药或减量,否则易出现血压反

弹。建议晨起后服用,除非医师根据个体情况另有安排。

限制食盐摄入量:每日食盐摄入量应低于5克,远离腌制食品、酱菜与加工肉类,有助于增强降压效果、减少药物剂量。

关注不良反应与相互作用:血管紧张素转换酶抑制剂引起明显干咳,应及时复诊,调整治疗方案;长期应用利尿剂的患者,须定期检测电解质;多种药物合用时注意药物相互作用,所有方案调整均应由专科医师确定。

定期监测与随访:血压未达标者每2周~4周随访一次,直至达标;达标后,每3个月~6个月随访一次。患者家庭自测血压并记录,复诊时携带记录,供医师参考;随访中应测量血压,了解患者用药依从性,询问有无头晕、乏力、踝部水肿等不适,定期复查血脂、血糖、肾功能与心电图,必要时评估靶器官损害。

特殊人群与急症识别

老年高血压病患者收缩压往往明显升高而舒张压不高,降压宜平稳(避免过快或过慢),防止体位性低血压与跌倒。合并糖尿病或慢性肾脏病者,血压控制目标相对更严,药物选择须兼顾保护脏器。

中医药在高血压病管理中可以作为辅助手段。部分具有平肝潜阳、活血化痰作用的中成药,如天麻钩藤颗粒、松龄血脉康胶囊,对轻中度高血压病有一定辅助治疗效果,须在中医师辨证指导下使用,不能替代规范降压治疗,也不可用于服用中成药而停用西药。

警惕高血压病急症:若患者收缩压突然不低于180毫米汞柱或舒张压不低于120毫米汞柱,伴剧烈头痛、视物模糊、胸闷、呼吸困难、恶心呕吐、意识障碍等,须立即休息、拨打120转送上级医院,途中持续监测血压与生命体征,避免剧烈活动与情绪激动。

降压药物的选择应结合患者年龄、血压分级、合并疾病与靶器官损害,由专科医生确定个体化方案。

(作者供职于青岛大学附属医院)