基层适宜技术

“靳三针”技术的临床应用

“靳三针”(岭南针灸的一个学术流派,由广州中医药大学教授靳瑞创立,操作简捷且疗效显著)技术是用三穴为一组治疗一种疾病的技术。

临床上,“靳三针”技术以治神调神、辨气补泻、用穴精当为主要特色,适用于内科疾病、痛证及五官科疾病等。

适应证

“靳三针”技术主要适用于脑卒中、眩晕、偏头痛、原发性失眠等内科疾病,急性腰扭伤、腰肌劳损、漏肩风、颈椎病、腰椎病、痛经、带状疱疹等导致的疼痛,鼻炎、咽喉炎等五官科疾病。

病案举例

鼻鼽(过敏性鼻炎):取鼻三针,患者取仰卧位。迎香穴:针尖向鼻翼平刺10毫米至20毫米。上迎香穴:即鼻通穴,鼻唇沟上端尽处,针尖向下平刺10毫米至20毫米。印堂穴:针尖向下平刺5毫米至10毫米。进针得气后施以捻转补泻法,中等刺激。每天1次,1周为1个疗程。

腰痹(腰肌劳损或腰椎病):取双侧腰三针,患者取俯卧位。诸穴均直刺25毫米至30毫米,进针得气后施以提插捻转补泻法,中等刺激。每天1次,1周为1个疗程。

脑卒中之中经络。取颞三针。虚证,用平补平泻法;实证,用捻转泻法。用直径0.3毫米、长50毫米的毫针,针尖与穴位成15度至30度角,向下沿皮平刺40毫米左右,使局部产生麻胀酸感或放射至整个头部。风痰瘀血、闭阻脉络者,加舌三针、手三针、足三针,用泻法,可灸;肝阳暴亢、风火上扰者,加足三针;痰热腑实、风痰上扰者,加肠三针、大肠俞穴,用泻法;气虚血瘀者,加胃三针、阳三针,行补法;阴虚风动者,加四神聪穴,针刺时针尖向百会穴沿皮刺入25毫米,用平补平泻法。

“靳三针”选取头部穴位时,一般选偏瘫对侧。“靳三针”技术,主张对侧和患侧交替进行,可以防止机体产生耐受性,常应用于脑卒中各期。

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

常选用直径0.3毫米、长15毫米至50毫米的一次性针灸针。

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

运用“靳三针”技术治疗疾病时,主要根据患者的不同症状选择不同的穴位组合。

体位选择

根据所选取的穴位,选取患者感觉舒适、方便施术者操作的体位。

“靳三针”针刺法

进针和行针。“靳三针”技术常用小幅度捻转、缓慢压针进针法。施术者以右手拇指、食指、中指夹持针柄,将针体垂直于皮肤刺入穴位。然后,将拇指、食指互相推前退后,小幅度捻动针柄(捻转幅度小于90度),在捻转时适当用力下压,边压边捻边体会手下针感,得气即止。捻转时,要求施术者集中精神运用腕力和指力到针体,并注意针体垂直,不要弯曲。

补泻手法。“靳三针”技术,常用补泻手法(包括大补大泻法、小补小泻法和导气同精法)。大补大泻法是进针得气后,“三进一退”为补,“一进三退”为泻。总体原则是慢入快出为补,快入慢出为泻,进退频次可结合患者具体病情增减。小补小泻法只操作1度。补法操作是进针得气后将针身缓慢压至地部(皮肤深层),紧压穴位30秒后快速出针;泻法操作是进针得气后快速将针推至地部,而后立刻缓慢将针退出。导气同精法则是进针在卫部(皮肤浅层)得气后,通过“三进三退”,使气至病所。

留针与出针。施术者可以根据病情确定留针时间,一般病证宜留针15分钟至30分钟。出针时,施术者右手持针柄轻微捻转,缓慢将针退至皮下,然后迅速拔出,用无菌干棉球按压针孔,防止出血。

注意事项

对身体虚弱、气血亏虚的患者,手法不宜过强,并尽量选用卧位。针刺眼区和颈部穴位时,要注意掌握一定的角度和深度,不宜大幅提插、捻转和长时间留针,以免伤及重要的组织器官。对尿潴留的患者,针刺下腹部穴位时,应注意针刺角度及深度。

安全提示

针刺治疗一般比较安全,若存在患者体位不当、操作不慎、有针刺禁忌证、针刺手法不当、施术者对人体解剖部位不熟悉,以及针具质量差等情况,可能出现晕针、滞针、弯针、断针、血肿、创伤性气胸、刺伤其他内脏组织、刺伤脑脊髓、刺伤神经干等,应根据病情需要给予对症处理。治疗前,施术者应详细询问患者病史,注意有无晕针史及出血倾向,并向患者简要说明治疗过程,减少其紧张情绪。施术者应严格掌握适应证与禁忌证,规范操作,熟悉上述异常情况的识别与处置,确保治疗安全。

“靳三针”技术选穴

疾病	选穴	具体穴位组合	
内科疾病	脑卒中	颞三针	耳尖直上发际上2寸(此为同身寸,下同)及左、右旁开1寸,共3针
	眩晕	晕痛针	四神针(穴位分别在百会穴的前、后、左、右4个方向,各旁开1.5寸)、印堂穴、太阳穴
	偏头痛	颞三针+晕痛针	颞三针:耳尖直上发际上2寸及左、右旁开1寸,共3针 晕痛针:四神针、印堂穴、太阳穴
	原发性失眠	四神针+手智针	四神针:百会穴前、后、左、右各旁开1.5寸 手智针:内关穴、神门穴、劳宫穴
痛证	腰椎病	腰三针	肾俞穴、大肠俞穴、委中穴
	漏肩风	肩三针	肩髃穴,以及左、右旁开2寸
	颈椎病	颈三针	天柱穴、百劳穴、大杼穴
	胃痛	胃三针	中脘穴、内关穴、足三里穴
	痛经	阴三针	关元穴、归来穴、三阴交穴
五官科疾病	鼻炎	鼻三针	迎香穴、上迎香穴(即鼻通穴,鼻唇沟上端尽处)、印堂穴
	耳鸣	耳三针	听宫穴、听会穴、完骨穴

〔文章来源于《基层中医适宜技术手册》(2025版)〕

每周一练

(女性生殖系统炎症和肿瘤)

一、患者为女性,40岁,患糖尿病7年,外阴瘙痒1个月有余,白带无异味。妇科检查:阴道黏膜充血,白带多,呈凝乳块状。最可能的诊断为

A.细菌性阴道炎
B.老年性阴道炎
C.外阴硬化性苔藓
D.滴虫性阴道炎
E.链球菌阴道炎

二、关于滴虫性阴道炎的描述,下列哪项不正确

A.主要症状是阴道分泌物增多及外阴瘙痒
B.主要治疗药物为第二代头孢类药物
C.阴道分泌物常为稀薄液体或黄绿色脓性泡沫状分泌物
D.传播方式有直接传播和间接传播
E.潜伏期为4天至28天

三、关于老年性阴道炎的描述,错误的是

A.雌激素水平低
B.阴道黏膜抵抗力减弱
C.局部抵抗力降低
D.阴道内pH(酸碱度)值升高
E.白带增多,呈白色凝乳样

四、患者为女性,35岁,下腹痛伴发热2天,紧急到医院就诊。查体:急性病容,体温38.9摄氏度,下腹部有压痛、反跳痛及肌肉紧张。妇科检查:可见脓性阴道分泌物,宫颈有举痛,双侧附件区增厚,有压痛。最可能的诊断是

A.急性盆腔炎
B.卵巢囊肿破裂
C.宫外孕
D.急性宫颈炎
E.卵巢囊肿继发感染

五、患者为女性,48岁,外阴瘙痒伴灼热感3天。妇科检查:外阴红肿,小阴唇内侧及阴道黏膜表面有白色凝乳状物覆盖。该患者首先考虑为

A.外阴阴道假丝酵母菌病
B.淋菌性阴道炎
C.滴虫性阴道炎
D.前庭大腺炎
E.细菌性阴道炎

六、宫颈癌较为常见的主要病理类型是

A.腺鳞癌
B.腺癌
C.原位癌
D.浆液腺癌
E.鳞癌

七、宫颈癌常见的转移途径为

A.淋巴转移
B.种植转移
C.直接蔓延
D.血行转移
E.以上都不是

八、下列表现属于宫颈癌Ⅱ期的是

A.有宫旁浸润,但未达到盆腔
B.肿瘤累及阴道下1/3,但未达到盆腔
C.超出宫颈,未及盆壁,侵及阴道上2/3
D.肿瘤超越子宫,但未达盆壁或未达到阴道下1/3
E.肿瘤超越骨盆,或累及直肠、膀胱

九、对早期确诊宫颈癌最有价值的检查方法是

A.宫颈刮片细胞学检查
B.阴道镜检查
C.宫颈活组织检查
D.妇科“三合诊”检查
E.宫颈碘试验

本期答案

一、E	二、B	三、E	四、A
五、A	六、E	七、C	八、D
九、C			

合理用药

镇静安眠药的规范应用

□李文峰

睡眠障碍人群出现失眠症状时,镇静催眠药是临床常用干预药物。部分患者将其作为改善睡眠的首选手段,期待服药后可获得连续睡眠;也有患者存在顾虑,担忧用药后产生药物依赖、认知损害、停药困难等问题。实际上,镇静催眠药既非高风险禁用药物,也不可自行随意服用。掌握药物分类、药理特点及规范使用原则,方可发挥药物治疗作用,规避相关用药风险。

从药理机制划分,临床用于失眠治疗的镇静催眠药主要包含苯二氮䓬受体激动剂、双食欲素受体拮抗剂、褪黑素受体激动剂三大类。苯二氮䓬类药物包含三唑仑、艾司唑仑、阿普唑仑、劳拉西泮、地西泮、氯硝西泮;佐匹克隆、右佐匹克隆、唑吡坦、扎来普隆,简称“Z药”。上述品种均属于第二类精神药品管理范畴。苯二氮䓬类药物通过作用于γ-氨基丁酸受体发挥镇静催眠效应,依据药物半衰期分为短效、中效、长效制剂。短效制剂(如三唑仑)起效迅速,可改善入睡困难,但药物依赖风险需要重点关注;中长效制剂(如氯硝西泮)更适合维持睡眠,依赖风险相对偏低,较易出现宿醉效应,表现为次日困倦、反应迟钝、注意力减退。因此,服用该类药物后,次日禁止驾驶车辆等,禁止从事高空作业及操作危险机械设备。“Z药”适用于入睡困难的患者,起效快,次日药物残留不良反应相对较轻。用药时机,建议在洗漱完毕、准备卧床休息时服用;服药后不宜继续活动,不要使用电子设备,防止跌倒及顺行性遗忘发生。

双食欲素受体拮抗剂,代表药物为达利雷生、莱博雷生、苏沃雷生。该类药物通过阻断食欲素受体,降低觉醒信号以诱导睡眠,作用机制区别于传统苯二氮䓬类药物,可以同时改善入睡困难与睡眠维持障碍。部分使用者可以出现剂量相关的晨起警觉性下降,未完全清醒前禁止驾驶车辆等。该类药物无明显呼吸抑制作用,对于肥胖、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征合并失眠患者,具备较好的安全性与适用性。

褪黑素受体激动剂,代表药物雷美替胺,已经在美国、日本获批上市,国内现阶段处于Ⅲ期临床试验阶段。该药物主要针对入睡困难型失眠者,对睡眠维持改善作用有限,通过作用于下丘脑视交叉上核褪黑素受体,调节昼夜节律、促进入睡,不良反应少,无药物滥用风险,具备较好的临床应用前景。

失眠干预优先采取非药物方案:调整作息节律,营造安静适宜的睡眠环境。确定需要药物治疗者,必须在医师指导下规范使用镇静催眠药。长期失眠可以引发注意力损害、情绪异常、血压波动、免疫功能下降、意外事件风险升高等不良后果,其危害高于规范用药的不良反应。药物依赖多与长期大剂量服用、自行加量、无医嘱频繁用药相关。遵医嘱规范用药,不擅自增量、不随意长期自行服用、不骤然停药,多数患者的治疗获益大于潜在用药风险。

(作者供职于郑州市第八人民医院)

急治疗

气道异物梗阻怎样施救

□李 强

气道异物梗阻是门诊常见急症,多因进食时说话、嬉闹,或老年人吞咽功能减退导致。异物堵塞气道后,患者可能在数分钟内因严重缺氧危及生命,而急救人员往往难以在这么短时间内赶到现场,第一时间正确施救至关重要。

判断严重梗阻,关键看能否说话、咳嗽和呼吸。患者若还能大声咳嗽,说明气道未完全阻塞,应鼓励其用力咳嗽,借助气流自行排出异物。若突然不能说话、咳嗽、呼吸,或双手抓住颈部,面色及口唇青紫,即为严重梗阻,必须立即施救,并拨打120急救电话。

成年人及1岁以上儿童,可以采用腹部冲击法:施救者站到患者身后,双臂环绕其腰部;一只手握拳,拇指侧抵在肚脐上方两横指处,另一只手抓住拳头,快速向内、向上冲击腹部,连续做5次,直到异物排出或患者失去意识。孕妇及重度肥胖者改用胸部冲击,双手移至胸骨下半段,注意不要偏离胸骨,以免造成肋骨骨折。

1岁以下婴儿,可以采用拍背和胸部按压法:婴儿气道脆弱,不可用成年人手法。让婴儿面朝下骑跨在施救者前臂,头部低于躯干,用手掌根拍击两肩胛骨之间的背部5次;若未排出异物,翻转婴儿身体面朝上,用食指和中指按压两乳头连线中点下方一横指处5次,两种操作方法交替使用,直至排出异物。

对昏迷者,应立即进行心肺复苏:患者失去意识后应立即让患者平卧,检查口腔,当看到异物时尝试取出,切忌盲目掏挖,以免将异物推得更深。若呼吸停止,立即实施心肺复苏,直到急救人员到达现场。

需要提醒的是,即使排出异物,施救后也应就医检查,警惕气胸等迟发性并发症。

(作者供职于郑州人民医院)

结核分枝杆菌感染的识别与预防

□谢春雨

结核分枝杆菌可以在宿主体内长期存在,逃避机体免疫监视,待免疫屏障受损后发病,是一种致病机制复杂的古老致病菌。考古证据显示,结核分枝杆菌感染可追溯至数千年前,古埃及木乃伊骨骼标本中已检出结核病相关病理损害。迄今,结核病仍是全球重点关注的公共卫生问题,其流行特征与结核分枝杆菌独特的潜伏、持留及致病特性密切相关。

免疫逃逸与潜伏感染

结核分枝杆菌主要经过呼吸道侵入人体,最先接触固有免疫核心细胞——巨噬细胞。巨噬细胞的生理功能为吞噬、清除外源性病原体,而结核分枝杆菌可以分泌特异性蛋白,抑制巨噬细胞内吞噬体成熟,阻断胞内杀菌降解通路,规避清除作用,以巨噬细胞为寄生场所,形成潜伏性结核分枝杆菌感染。

进入潜伏状态的结核分枝杆菌增殖受抑制,呈低代谢休眠样状态。机体免疫系统识别病原体后,集聚多种免疫细胞包裹受感染的巨噬细胞,形成结核病特征性病理结构——结核肉芽肿。肉芽肿病灶内细菌呈静息蛰伏状态,感染者无咳嗽、咯痰等临床症状,外观与健康人群无明显差异,多数感染者并不知晓自身感染。此阶段无活动性病变,不具备传染性,但是病原菌已经在体内形成潜在感染灶。

发病启动与播散特点

潜伏感染并非永久稳定,结核分枝杆菌可在机体免疫功能下降时启动致病过程。免疫受损诱因包括长期熬夜、精神应激、过度劳累、营养不良,以及糖尿病、人类免疫缺陷病毒(HIV)感染、恶性肿瘤等疾病,或长期应用糖皮质激素、免疫抑制剂等。上述因素可能造成肉芽肿防御结构破坏。

病灶内的结核分枝杆菌大量增殖,突破免疫屏障。结核分枝杆菌喜好氧供丰富的肺组织,故以肺结核较为多见。活动性肺结核的典型临床表现为持续性咳嗽、咯痰、午后低热、夜间盗汗、全身乏力等。肺部病灶破溃后,结核分枝杆菌可以随着咳嗽、打喷嚏排出体外,易感人群吸入带菌飞沫即可发生新的感染。除了肺部以外,结核分枝杆菌还会入侵淋巴结、骨骼、肾脏、脑膜等组织器官,诱发淋巴结核、骨结核、结核性脑膜炎等肺外结核。

耐药形成机制

结核分枝杆菌增殖周期显著长于常见致病菌,单次分裂周期可达10多个小时,甚至20多个小时。该生物学特点决定了结核病治疗周期远长于普通细菌性感染,需要多种抗结核药物联合使用、持续规范治疗。

若患者服药依从性较差,擅自停药、减量或间断服药,体内药物浓度无法达到有效杀菌水平,部分结核分枝杆菌得以存活。在药物选择压力下,菌株发生基因突变产生耐药性,从而发展为耐药结核病。常规一线抗结核药物对耐药菌株失效,需要更换二线抗结核治疗方案,疗程延长,治愈率降低。耐药菌株可以进行人际传播,造成原发性耐药菌株感染,显著增加结核病防控难度。

感染转归与潜伏期特点

从结核分枝杆菌感染发展为活动性结核病,潜伏期跨度较大,甚至长达数十年,部分感染者难以追溯感染时间及传染源。暴露于结核分枝杆菌的人群多数不会即刻发病;仅有5%至10%的潜伏感染者会进展为活动性结核病,其余感染者依靠自身免疫力可以终身维持潜伏状态。部分感染者在感染后短期内因免疫力快速下降,数月内发病;也有人在青年时期发生隐匿性感染,直至老年免疫功能衰退后才首次出现活动性结核病症状,传染源溯源困难。

针对结核分枝杆菌这一“潜伏病原体”,首要防控策略是维持机体免疫稳态:规律作息、合理饮食、适度运动、调节情绪,降低发病风险。同时,早期筛查至关重要,活动性肺结核密切接触者等高危人群应主动接受结核病筛查;新生儿规范接种卡介苗,可以显著降低儿童结核病的重症发病率。若咳嗽、咯痰持续2周以上,必须及时就诊排查结核病。

确诊结核病后,患者应严格遵医嘱完成全程规范治疗,在促进自身康复的同时,减少耐药结核病的发生与传播。

(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