

内容简介

《社区中医常见病诊疗精要》立足社区医疗卫生服务阵地，紧扣“简、便、验、廉”的中医药特色，贴合基层医务人员临床实操需求，系统梳理社区中医诊疗体系建设与各类常见病的中医诊疗规范。全书共十章，开篇阐述社区中医药服务的政策环境、功能定位、人才建设及技术整合路径，筑牢社区中医诊疗发展根基；后续章节按系统分类，详细涵盖呼吸、消化、心脑血管、妇科、骨关节、代谢性、皮肤过敏、儿科等八大类社区高发常见病，以及社区疑难病症的中医综合治疗。

本书以辨证论治为核心，结合社区诊疗特点，针对每种疾病明确辨证要点、中药治疗、针灸、穴位贴敷、推拿、艾灸等适宜技术的应用方法，兼顾治疗与调护、预防与康复，内容详实、条理清晰、实用性强。既可为社区中医医师、全科医师、乡村医师提供规范的诊疗指导，也可作为基层中医药从业人员的培训参考，同时为社区居民了解常见病中医防治知识、开展自我健康调理提供有益借鉴，助力推动中医药服务下沉基层，提升社区中医药诊疗服务能力与规范化水平。

社区中医常见病诊疗精要

徐建升 著

Essentials of Diagnosis and Treatment of Common Diseases in Community Traditional Chinese Medicine

社区中医常见病诊疗精要

徐建升 著

作者简介



徐建升，农工党党员，副主任医师，近 30 年一直从事社区基层中医药工作。师承齐鲁伤寒流派，侍诊多位名老中医，精研针灸、推拿、及中医药适宜技术，擅长社区常见病、多发病的中医诊疗，尤以呼吸系统疾病、胃肠病、妇科及皮肤病见长。对中医药治疗其优势病种每获佳效，及疑难杂症的治疗亦有很深的研究。曾获“全国中医临床适宜技术骨干人才”“山东省基层名中医”“东营市青年名中医”“首届齐鲁工程山东省卫健委健康人才项目健康人才”等荣誉。



International
Union of Scientific and
Technological Scholars

Essentials of Diagnosis and Treatment of Common
Diseases in Community Traditional Chinese Medicine

社区中医常见病诊疗精要

徐建升 著



International
Union of Scientific and
Technological Scholars

CIP INFORMATION

Title: Essentials of Diagnosis and Treatment of Common Diseases in Community

Traditional Chinese Medicine

题目：社区中医常见病诊疗精要

Author: Jiansheng Xu

作者：徐建升

ISBN: 979-8-90040-269-7

Publisher: CYPEDIA INTERNATIONAL UNION OF SCIENTIFIC AND
TECHNOLOGICAL SCHOLARS

Price: \$60.00

定价：60 美金



**International
Union of Scientific and
Technological Scholars**

**Essentials of Diagnosis and Treatment of Common Diseases in
Community Traditional Chinese Medicine**

社区中医常见病诊疗精要

Address: 100 N Howard St Ste R, Spokane, Wa, 99201. United States

Tel: +888-754-5177

Email: contact@cypedia.net

Format: 170mmx240mm 1/16 Sheets: 15.5

Word Counts: 200.000

Edition: First edition in July 2026

Printing: First printing in July 2026

**CYPEDIA INTERNATIONAL UNION OF SCIENTIFIC AND TECHNOLOGICAL
SCHOLARS**

非开放获取·电子版请联络出版社购买·版权归出版社所有·侵权必究

Not Open Access. For the electronic version, please contact the publisher for purchase. The copyright belongs to the publisher.
Infringement will be prosecuted.

前言

PREFACE



随着“健康中国”战略的深入推进，基层医疗卫生服务体系不断完善，社区作为医疗卫生服务的“最后一公里”，承载着保障居民基本健康、防治常见病多发病的重要使命。中医药作为我国医疗卫生事业的独特优势和宝贵财富，在社区卫生服务中发挥着不可替代的作用，其整体观念、辨证论治的核心思想，以及简便易行、疗效确切、副作用小的诊疗特点，契合社区居民对优质、便捷、经济医疗服务的需求，也符合基层医疗卫生服务的发展方向。

当前，我国基层中医药服务能力持续提升，99%的社区卫生服务中心、98%的乡镇卫生院已能提供中医药服务，但基层中医药从业人员仍面临诊疗规范化不足、适宜技术应用不熟练、病种覆盖不全面等问题，亟需一部贴合社区临床实际、兼具系统性与实用性的诊疗指南类书籍，规范诊疗行为、提升业务能力。基于此，我们结合多年基层中医药临床、教学与科研经验，紧扣国家中医药发展规划要求，围绕社区高发常见病、多发病及疑难病症，编写了《社区中医常见病诊疗精要》一书。

本书编写秉持“立足社区、突出实用、注重规范、兼顾普及”的原则，严格遵循中医理论体系，结合现代社区医疗卫生服务特点，构建了清晰的内容框架。第一章聚焦社区中医诊疗体系建设，从政策环境、功能定位、人才队伍、技术整合四个维度，明确社区中医药服务的发展方向与实践路径，为基层中医药工作开展提供宏观指导；第二章至第九章按系统分类，详细阐述呼吸、消化、心脑血管、妇科、骨关节、代谢性、皮肤过敏、儿科等八大类常见病的中医诊疗规范，每种疾病均明确辨证要点、治疗方法及调护措施，重点突出针灸、穴位贴敷、推拿、艾灸等社区适宜中医药技术的应用，力求内容具体、可操作性强；第十章针对社区疑难病症，提出中医综合治疗方案，助力基层医务人员解决临床难点问题。

在编写过程中，我们参考了大量国家权威政策文件、中医经典著作、核心期刊文献及行业诊疗指南，吸纳了近年来基层中医药领域的研究成果与实践经验，反复打磨内容，力求做到理论与实践结合、传统与创新并重，确保书籍的科学性、规范性与实用性。本书既能作为社区中医医师、全科医师、乡村医师的临床工具书，也可作为基层中医药从业人员的培训教材，同时为社区居民提供通俗易懂的中医健康科普知识，助力中医药文化在基层传播，推动中医药更好地服务于社区居民健康。

限于作者水平，书中难免存在疏漏及不妥之处，敬请读者批评指正。

作者

目录

CONTENTS



第一章 社区中医诊疗体系的建设和发展	1
第一节 社区中医药服务的政策环境与功能定位	1
第二节 社区常见病的中医诊疗特点与流程	5
第三节 社区中医药人才队伍建设	12
第四节 中医药技术在社区卫生服务中的整合路径	18
第二章 呼吸系统常见病的中医诊疗	25
第一节 感冒的中医辨证与中药治疗	25
第二节 咳嗽的针灸与穴位贴敷技术应用	31
第三节 慢性支气管炎的中药方剂与艾灸疗法	37
第四节 哮喘的推拿联合中药综合治疗方案	42
第三章 消化系统常见病的中医诊疗	49
第一节 慢性胃炎的中药调理与饮食禁忌	49
第二节 功能性消化不良的针灸与穴位贴敷	54
第三节 便秘的中药方剂与腹部推拿疗法	60
第四节 肠易激综合征的艾灸联合中药治疗	66
第四章 心脑血管系统常见病的中医诊疗	73
第一节 高血压病的中药辨证治疗	73
第二节 冠心病的针灸与穴位贴敷技术	79
第三节 脑卒中后遗症的中药联合推拿康复	85
第四节 心悸失眠的艾灸与中药安神疗法	91
第五章 妇科常见病的中医诊疗	99
第一节 月经不调的中药周期疗法	99

第二节 更年期综合征的针灸与情志调理·····	105
第三节 慢性盆腔炎的穴位贴敷与中药外治·····	111
第四节 乳腺增生的推拿与中药疏肝散结治疗·····	118
第六章 骨关节系统常见病的中医诊疗·····	121
第一节 颈椎病的中药内服外敷综合疗法·····	121
第二节 腰椎间盘突出症的针灸与推拿技术·····	127
第三节 膝关节骨性关节炎的艾灸与中药熏洗·····	131
第四节 肩周炎的穴位贴敷与功能锻炼指导·····	135
第七章 代谢性疾病的中医诊疗·····	141
第一节 2型糖尿病的中药调理与饮食管理·····	141
第二节 高脂血症的针灸与穴位贴敷疗法·····	145
第三节 肥胖症的中药联合推拿减重方案·····	150
第四节 痛风性关节炎的艾灸与中药外治·····	155
第八章 皮肤病与过敏性疾病的中医诊疗·····	163
第一节 湿疹的中药内服与外洗疗法·····	163
第二节 荨麻疹的针灸与穴位贴敷技术·····	169
第三节 过敏性鼻炎的艾灸与中药调理·····	175
第四节 痤疮的推拿与中药面膜外治·····	181
第九章 儿科常见病的中医诊疗·····	191
第一节 小儿反复呼吸道感染的中药预防·····	191
第二节 小儿厌食症的推拿与穴位贴敷·····	196
第三节 小儿夜啼的艾灸与安神中药调理·····	202
第四节 小儿遗尿的针灸与中药固本疗法·····	210
第十章 社区疑难病症的中医综合治疗·····	219
第一节 慢性疲劳综合征的中药调理与情志疗法·····	219
第二节 肿瘤术后康复的中医支持治疗·····	224
第三节 老年认知障碍的针灸与中药益智方案·····	229
第四节 多病共存患者的综合治疗与长期管理·····	234
参考文献·····	241

第一章 社区中医诊疗体系的建设和发展

第一节 社区中医药服务的政策环境与功能定位

本节系统梳理新时代社区中医药服务的顶层设计与政策支撑，结合国家与地方层面的制度安排、建设标准与保障机制，阐明社区中医药服务的核心定位、服务边界与实践方向。立足基层卫生健康体系全局，明确中医药在常见病诊疗、慢病管理、健康促进与康复护理中的功能作用，为社区中医诊疗体系建设提供政策依据与实践遵循。

一、社区中医药服务的政策演进与制度框架

本节梳理国家层面中医药下沉基层的政策脉络，从顶层规划、专项行动到标准规范形成完整制度体系，明确社区中医药服务的建设要求、发展目标与实施路径，为基层机构开展中医诊疗提供稳定政策支撑与操作依据。

（一）国家顶层规划与政策体系构建

1. 以《“十四五”中医药发展规划》《中医药振兴发展重大工程实施方案》为统领，将基层中医药服务体系建设纳入健康中国建设整体布局，确立中医药在基本医疗卫生制度中的法定地位与功能定位，推动资源配置、服务供给与人才培养向基层倾斜。

2. 《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》作为核心专项政策，提出中医馆全覆盖、服务能力达标、适宜技术普及与人才队伍配齐等刚性目标，构建国家、省、市、县四级联动的推进机制，明确社区卫生服务中心与服务站的建设标准与考核要求。

3. 地方层面围绕国家规划制定实施细则，在中医馆建设、设备配置、技术推广、医保支付等方面出台配套政策，形成上下衔接、区域协同的政策支撑格局，保障社区中医药服务可持续运行。

（二）建设标准与服务规范体系完善

1. 国家中医药管理局印发《社区卫生服务中心 乡镇卫生院中医馆服务能力

提升建设标准》《社区卫生服务站 村卫生室中医阁建设标准》，统一场地设置、设备配备、人员资质与服务流程，推动社区中医药服务标准化、规范化运行。

2. 围绕常见病诊疗、慢病管理、中医治未病、康复护理等场景，制定技术操作规范与质量控制标准，明确针刺、推拿、艾灸、拔罐等适宜技术的适用范围、操作流程与安全要点，提升基层服务同质化水平。

3. 将中医药服务纳入基层医疗卫生机构绩效考核体系，设置服务量、技术覆盖率、群众满意度、优势病种疗效等核心指标，以考核倒逼服务能力提升与质量持续改进。

二、社区中医药服务的核心功能与服务定位

本节立足基层首诊与健康管理需求，界定社区中医药服务的核心功能与服务边界，突出预防—治疗—康复一体化优势，明确在常见病、多发病与慢病管理中的主体作用，契合基层医疗资源配置与群众就医需求。

（一）常见病与多发病中医诊疗主体功能

1. 聚焦呼吸、消化、妇科、皮肤等社区高发疾病，发挥中医药辨证论治与简便廉验优势，提供规范的中药处方、针灸、推拿等综合诊疗服务，减少向上转诊压力，提升基层首诊率。国家中医药管理局数据显示，全国 99% 的社区卫生服务中心可提供中医药服务，成为基层常见病诊疗的重要力量（数据来源：国家中医药管理局 2025 年新闻发布会）。

2. 遵循整体观念与辨证论治原则，针对社区人群发病特点优化诊疗方案，兼顾治标与治本，降低药物依赖与不良反应，提升临床疗效与长期健康获益，契合基层持续、稳定、可及的服务需求。

3. 整合中医诊断与现代医学评估手段，建立标准化诊疗路径，实现症状评估、证型判别、方案制定、疗效随访的闭环管理，提升社区中医诊疗的规范性与可操作性。

（二）治未病与全生命周期健康促进功能

1. 以中医体质辨识为基础，面向老年人、孕产妇、儿童与慢病高危人群开展健康评估、养生指导、干预调理，推动疾病关口前移。2024 年全国已有 1.54 亿 65 岁以上老年人接受中医药健康管理服务（数据来源：国家中医药管理局 2025 年统计通报）。

2. 将中医药融入家庭医生签约服务，提供个性化调养方案、季节养生指导与慢病高危人群干预，形成预防、诊疗、康复、宣教衔接的全链条服务模式，提升居民健康素养与自我管理能力。

3. 开展中医药健康宣教，普及膳食、运动、情志调理等实用知识，推动中医药文化融入社区生活，提升居民对中医服务的认可度与依从性。

（三）慢病管理与中医康复协同服务功能

1. 针对高血压、糖尿病、胃肠疾病等社区常见慢性病，采用中西医结合模式，以中医药改善症状、调节体质、减少并发症，提升慢病控制率与生活质量。

2. 开展术后康复、慢病康复、老年功能康复等服务，运用针灸、推拿、中药外治等技术改善躯体功能，降低残疾发生率，减轻家庭与社会照护负担。

3. 依托县域医共体与专科联盟，建立双向转诊、远程会诊、技术指导机制，推动上级中医院优质资源下沉，提升社区慢病与康复服务能力。

三、社区中医药服务的保障机制与发展支撑

本节从资源配置、人才支撑、医保支付、信息化建设四个维度，阐述社区中医药服务的保障体系，明确政策落地的关键支撑条件，为服务能力提升与可持续发展提供坚实保障。

（一）资源配置与服务网络建设保障

1. 以县级中医医院为龙头、社区卫生服务中心为主体、服务站为网底，建成覆盖城乡的基层中医药服务网络。截至 2024 年底，全国基层中医馆覆盖率达 97%，县办中医医疗机构覆盖率超 96%（数据来源：国家中医药管理局 2025 年公报）。

2. 推进中医馆、中医阁标准化建设，配备诊疗设备与常用中药，改善基层服务条件，保障诊疗、康复、养生等服务有序开展。

3. 鼓励社会力量参与社区中医药服务，形成公立主导、多元补充的格局，扩大服务供给，满足差异化需求。

（二）医保与价格政策激励保障

1. 将符合规定的中药饮片、中成药、中医适宜技术纳入医保支付范围，提高基层报销比例，引导居民首诊在社区。多地对针灸、推拿等非药物疗法予以倾斜，降低群众就医负担。

2. 完善中医药服务价格形成机制，体现技术劳务价值，调动基层机构与医师提供中医药服务的积极性，推动服务提质增效。

3. 支持中药制剂、配方颗粒在基层规范使用与医保报销，丰富临床用药选择，提升中医药特色优势。

（三）信息化与基层协同机制保障

1. 建设基层中医药信息系统，实现电子病历、辨证论治、处方管理、随访监测一体化，提升服务效率与管理水平。

2. 依托区域卫生信息平台，打通上下级机构数据共享，支持远程会诊、技术指导与双向转诊，推动优质资源下沉。

3. 运用大数据开展社区疾病谱、证型谱分析，优化服务供给与资源配置，提升精准服务能力。

四、社区中医药服务的发展方向与实践要求

本节立足政策导向与基层实际，明确社区中医药服务高质量发展方向，聚焦能力提升、特色强化、机制创新，提出可落地的实践要求，为基层开展工作提供清晰指引。

（一）突出特色优势与服务能力升级

1. 做强呼吸、胃肠、妇科、皮肤等社区优势病种诊疗，优化方案、总结经验、形成规范，提升疗效与品牌影响力。

2. 普及推广安全有效、基层适用的中医药适宜技术，实现中心 10 项以上、站 6 项以上的全覆盖要求，提升综合服务能力。

3. 加强药事管理与饮片质量管控，规范采购、储存、调剂与煎煮全流程，保障用药安全有效。

（二）强化中西医协同与整合服务

1. 建立社区机构中西医协作机制，在诊疗、慢病管理、康复中实现优势互补，提升综合疗效。

2. 推进多专业一体化诊疗模式，为患者提供一站式、连续性服务，改善就医体验。

3. 加强与上级医院专科协作，引进技术与经验，提升疑难病例识别与转诊处置能力。

（三）坚守基层定位与惠民服务导向

1. 坚持公益属性与便民导向，优化流程、缩短等候、延伸上门服务，提升可及性与满意度。
2. 聚焦老年、慢病、妇幼等重点人群，提供精准化、个性化服务，发挥中医药在健康保障中的独特作用。
3. 以群众需求为导向，持续改进服务质量，推动社区中医药服务从“有”向“优”转变，筑牢基层健康屏障。

第二节 社区常见病的中医诊疗特点与流程

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦中医在常见病、多发病诊疗中的核心优势，结合社区人群发病规律与基层医疗服务特点，系统阐述社区常见病中医诊疗的整体特征、辨证核心与实践要点，规范诊疗全流程各环节操作，重点融入呼吸、胃肠、妇科、皮肤等优势病种的诊疗经验，兼顾规范性与实操性，为基层中医医师开展诊疗工作提供精准指引，推动社区中医常见病诊疗标准化、同质化、高效化发展。

一、社区常见病的中医诊疗核心特点

本点结合社区人群结构、发病特点与基层医疗资源禀赋，立足中医整体观念与辨证论治核心思想，提炼社区常见病中医诊疗的核心特征，突出简便廉验、辨证精准、防治结合、适配基层的鲜明特点，贴合基层诊疗实际需求，凸显中医在社区常见病诊疗中的独特优势与实践价值。

（一）辨证论治为核心，兼顾个体化适配

社区常见病多以慢性迁延、反复发作、多证型交织为特点，如慢性支气管炎、慢性胃炎、更年期综合征等，中医诊疗始终以辨证论治为核心，摒弃“一病一方”的机械模式，立足患者体质、发病诱因、病程阶段与生活习惯，精准判别证型、优化诊疗方案。与上级医院相比，社区医师更易掌握辖区居民长期健康状况，可实现“一人一证一方”的个体化诊疗，兼顾治标与治本，减少疾病复发。国家中医药管理局数据显示，社区中医辨证论治准确率达 89.6%，个体化诊疗方案的患者依从性较常规方案提升 32%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药诊疗质量报告》）。同时，注重辨证与辨病相结合，整合现代医学检查结果，

既坚守中医辨证精髓，又规避漏诊、误诊风险，提升诊疗精准度。

（二）简便廉验显优势，适配基层需求

社区中医诊疗严格契合基层居民就医需求与经济承受能力，凸显“简、便、廉、验”的核心优势，适配基层医疗资源配置现状。“简”即诊疗流程简便，无需复杂检查，依托望闻问切四诊合参即可完成辨证，适配社区快诊快治、便民利民的需求；“便”即诊疗手段便捷，中药汤剂、中成药、针灸、推拿、艾灸、拔罐等技术操作简便，可在社区门诊快速开展，部分技术可指导患者居家自行操作，提升服务可及性；“廉”即诊疗成本低廉，中药饮片、中成药价格亲民，适宜技术收费偏低，且多纳入医保报销范围，减轻居民就医负担，契合基层人群消费特点；“验”即疗效确切，针对社区高发的呼吸、消化、妇科、皮肤等常见病，中医诊疗可快速缓解症状、控制病情、减少复发，临床疗效得到辖区居民广泛认可。《中国基层医药》2025年第3期研究显示，社区中医诊疗社区常见病的有效率达91.2%，患者满意度达93.5%（数据来源：《中国基层医药》2025年第3期《基层中医诊疗常见病疗效观察》）。

（三）防治结合重调理，凸显治未病思想

社区中医诊疗打破“重治疗、轻预防”的传统模式，深度融入中医治未病思想，实现“预防—治疗—康复—调理”一体化诊疗，契合社区健康管理的核心需求。针对社区常见病的发病规律，注重病因预防，结合季节变化、体质差异，为居民提供膳食调理、情志调节、运动养生等指导，从源头减少疾病发生；针对急性期患者，快速缓解症状、控制病情，避免病情加重或向上转诊；针对慢性迁延性患者，侧重体质调理，优化中药方剂与外治方案，改善体质、减少复发，实现“治病求本”；针对康复期患者，运用中医康复技术，促进机体功能恢复，提升生活质量。尤其针对老年人群、慢病患者、孕产妇等重点人群，将调理贯穿诊疗全过程，推动疾病关口前移，筑牢社区健康屏障。

（四）诊疗服务接地气，贴合社区场景

社区中医诊疗立足社区场景，贴合辖区居民生活习惯与健康认知水平，摒弃晦涩难懂的专业表述，用通俗语言解读病情、指导用药与调理，提升患者依从性。社区医师长期服务辖区居民，熟悉居民体质特点、生活环境与发病规律，可精准把握发病诱因，如饮食不节导致的胃肠疾病、情志不畅引发的妇科不适、季节变化诱发的呼吸道疾病等，针对性制定诊疗与调理方案，更具针对性与实用性。同

时，优化诊疗流程，减少挂号、等候、取药时间，推行预约诊疗、上门服务等模式，适配社区老年、慢病等行动不便人群的就医需求；结合社区健康宣教，将诊疗与健康知识普及相结合，引导居民树立“中医养生、科学防病”的理念，推动中医药文化融入社区生活。

二、社区常见病中医诊疗的通用流程

本点结合社区诊疗实操场景，规范社区常见病中医诊疗的通用流程，明确四诊合参、辨证分型、方案制定、疗效评估、随访调理各环节的核心要求与操作要点，兼顾规范性与实操性，确保基层医师可参照执行，同时为后续具体病种诊疗流程奠定基础。

（一）四诊合参，全面采集病情信息

四诊合参是社区中医辨证的基础，也是诊疗流程的首要环节，核心是通过望、闻、问、切四种诊断方法，全面、系统采集患者病情信息，为辨证分型提供可靠依据。望诊重点观察患者神、色、形、态，尤其是面色、舌苔、脉象相关体征，如面色苍白多提示气虚、舌苔黄腻多提示湿热、脉象弦紧多提示寒凝气滞；闻诊侧重听声音、嗅气味，如咳嗽声重多提示风寒犯肺、口臭多提示胃热炽盛；问诊是核心环节，重点询问主诉、现病史、既往史、个人史、家族史，尤其是发病诱因、病程长短、症状特点、饮食睡眠、二便情况等，精准把握病情细节；切诊重点触摸脉象，结合社区常见病特点，重点辨别浮、沉、迟、数、虚、实等常见脉象，辅助辨证分型。同时，结合现代医学常规检查结果，如血常规、尿常规、腹部超声等，规避中医四诊局限性，避免漏诊严重器质性疾病，确保诊疗安全。

（二）辨证分型，明确病因病机

辨证分型是在四诊合参采集病情信息的基础上，结合中医理论，对患者病情进行综合分析、归纳，明确病因、病机、病位与证型的核心环节，是制定诊疗方案的前提。社区常见病中医辨证以常见病证型为主，避免复杂证型的过度辨析，贴合基层诊疗实际，如呼吸系统疾病重点辨别风寒、风热、痰湿、气虚等证型，胃肠疾病重点辨别脾胃虚弱、胃热、寒凝、食积等证型，妇科疾病重点辨别肝郁、脾虚、肾虚、血瘀等证型。辨证过程中，注重区分主次证型，明确核心病因病机，如慢性支气管炎急性发作多以“外感风寒、内蕴痰湿”为核心病机，慢性胃炎多以“脾胃虚弱、气机不畅”为核心病机，同时兼顾患者体质差异，避免辨证偏差。

辨证完成后，明确辨证结论，规范书写辨证意见，为后续诊疗方案制定提供明确依据。

（三）精准施策，制定个性化诊疗方案

诊疗方案制定是社区中医诊疗的核心环节，立足辨证分型结果，结合患者体质、病程、生活习惯与经济承受能力，制定个性化、可操作、低成本的诊疗方案，凸显中医简便廉验优势。诊疗方案以“标本兼顾、防治结合”为原则，核心包括药物治疗与非药物治疗两大板块，根据患者病情轻重、证型特点合理搭配。药物治疗优先选用中成药、中药汤剂，中成药选用需贴合证型、方便服用，适配社区患者居家调理需求；中药汤剂可根据辨证结果灵活加减，凸显个体化优势，同时兼顾口感与煎服便捷性，指导患者正确煎药、服药。非药物治疗重点选用针灸、推拿、艾灸、拔罐、穴位贴敷等适宜技术，操作简便、疗效确切，可在社区门诊开展，部分技术可指导患者居家自行操作。同时，明确诊疗疗程、服药方法、注意事项，确保患者规范执行。

（四）疗效评估，动态优化诊疗方案

疗效评估是社区中医诊疗的重要环节，核心是定期对患者诊疗效果进行综合评估，根据评估结果动态优化诊疗方案，确保疗效持续提升，避免无效诊疗。评估时间结合病情轻重确定，急性常见病如感冒、急性肠胃炎，可在诊疗后 1-3 天评估，重点观察症状缓解情况；慢性常见病如慢性支气管炎、慢性胃炎，可在诊疗后 1 周、2 周逐步评估，重点观察症状改善、体质变化与疾病复发情况。评估内容包括症状缓解程度、证型变化、体征改善等，采用“有效、好转、无效”三级评估标准，有效即核心症状基本消失、证型改善；好转即核心症状缓解、证型无明显加重；无效即核心症状无缓解甚至加重。根据评估结果，有效者可维持原方案，巩固疗效；好转者可微调方案，优化药物剂量或非药物治疗频次；无效者需重新辨证，调整诊疗方案，必要时建议向上级医院转诊，避免延误病情。

（五）随访调理，巩固疗效减少复发

随访调理是社区中医诊疗的延伸环节，核心是通过定期随访，跟踪患者病情变化，强化健康指导与体质调理，巩固诊疗疗效，减少疾病复发，契合社区健康管理核心需求。随访方式结合社区实际，采用门诊随访、电话随访、上门随访相结合的模式，优先选用电话随访，便捷高效，针对行动不便的老年、慢病患者，推行上门随访。随访频次根据病情确定，急性常见病治愈后随访 1 次，确认无复

发即可；慢性常见病随访周期为 1-3 个月，长期跟踪病情变化。随访内容包括患者症状恢复情况、服药依从性、生活习惯调整情况，同时开展针对性健康指导，如膳食调理、情志调节、运动养生、居家护理等，指导患者规避发病诱因；针对体质虚弱者，制定长期调理方案，通过中药、艾灸、穴位按摩等方式改善体质，从源头减少疾病复发，实现“治病求本”的诊疗目标。

三、社区重点常见病中医诊疗流程详解

本点聚焦社区高发、中医疗效确切的重点常见病，结合呼吸、胃肠、妇科、皮肤等优势病种，详解各病种的具体中医诊疗流程，明确辨证要点、诊疗方案与随访重点，贴合基层诊疗实际，确保基层医师可直接参照执行，提升社区重点常见病中医诊疗规范化水平。

（一）社区常见呼吸系统疾病诊疗流程

社区常见呼吸系统疾病以慢性支气管炎、过敏性鼻炎、感冒为主，发病与季节变化、体质虚弱、外感邪气密切相关，诊疗流程重点围绕“辨证解表、化痰止咳、益气固表”展开。四诊合参环节，重点询问咳嗽、咳痰、鼻塞、流涕等症状特点，观察舌苔、脉象，结合有无发热、恶寒等外感表现，区分风寒、风热、痰湿、气虚等证型；辨证分型核心是区分外感与内伤，外感者侧重辨寒热，内伤则侧重辨虚实。诊疗方案方面，外感风寒者，予辛温解表、宣肺止咳，选用麻黄汤加减或通宣理肺丸，配合艾灸大椎、肺俞穴位；外感风热者，予辛凉解表、清热止咳，选用银翘散加减或银翘解毒片，配合拔罐肺俞、膻中穴位；内伤痰湿者，予燥湿化痰、理气止咳，选用二陈汤加减，配合推拿背部膀胱经；气虚易感者，予益气固表，选用玉屏风散加减，配合穴位按摩足三里、气海。疗效评估重点观察咳嗽、咳痰等症状缓解情况，随访期间重点指导患者保暖、避风寒，清淡饮食，适当运动，提升机体免疫力，减少复发。

（二）社区常见胃肠疾病诊疗流程

社区常见胃肠疾病以慢性胃炎、消化性溃疡、功能性消化不良为主，发病与饮食不节、情志不畅、脾胃虚弱密切相关，诊疗流程重点围绕“辨证调脾、理气和胃、消食导滞”展开。四诊合参环节，重点询问胃痛、胃胀、嗝气、反酸、纳差等症状特点，观察舌苔、脉象，结合饮食、情志情况，区分脾胃虚弱、胃热、寒凝、食积、肝郁气滞等证型；辨证分型核心是区分实证与虚证，实证多与饮食、

情志相关，虚证多为脾胃虚弱、久病迁延所致。诊疗方案方面，脾胃虚弱者，予益气健脾、和胃止痛，选用补中益气汤加减或香砂六君丸，配合艾灸中脘、足三里；胃热者，予清热和胃、理气止痛，选用清胃散加减或牛黄清胃丸，配合穴位按摩内庭；寒凝胃痛者，予温中散寒、和胃止痛，选用良附丸加减，配合艾灸神阙、中脘；食积者，予消食导滞、和胃降逆，选用保和丸加减；肝郁气滞者，予疏肝理气、和胃止痛，选用柴胡疏肝散加减。疗效评估重点观察胃痛、胃胀等症状缓解情况，随访期间重点指导患者规律饮食、清淡易消化，避免辛辣刺激、生冷油腻食物，调节情志，避免熬夜，养成良好生活习惯。

（三）社区常见妇科疾病诊疗流程

社区常见妇科疾病以更年期综合征、月经不调、盆腔炎为主，发病与肝郁、脾虚、肾虚、血瘀密切相关，诊疗流程重点围绕“辨证调肝、健脾、补肾、活血化瘀”展开。四诊合参环节，重点询问月经周期、经量、经色、经期腹痛，以及潮热、盗汗、烦躁、乏力等症状，观察舌苔、脉象，结合年龄、体质，区分肝郁气滞、脾虚失运、肾阴亏虚、肾阳虚衰、血瘀阻滞等证型；辨证分型核心是结合月经特点与全身症状，兼顾体质差异。诊疗方案方面，更年期综合征肾阴亏虚者，予滋阴补肾、养心安神，选用六味地黄丸加减或坤泰胶囊，配合穴位按摩肾俞、太溪；月经不调肝郁气滞者，予疏肝理气、调经止痛，选用逍遥丸加减；脾虚失运者，予健脾益气、养血调经，选用归脾汤加减；盆腔炎血瘀阻滞者，予活血化瘀、清热解毒，选用少腹逐瘀汤加减，配合艾灸关元、三阴交。疗效评估重点观察月经恢复情况、全身症状缓解程度，随访期间重点指导患者调节情志、规律作息，避免劳累，饮食均衡，适当开展舒缓运动，提升生活质量。

（四）社区常见皮肤病诊疗流程

社区常见皮肤病以湿疹、荨麻疹、痤疮为主，发病与湿热、血虚、风邪、气滞密切相关，诊疗流程重点围绕“辨证清热利湿、养血润燥、祛风止痒”展开。四诊合参环节，重点观察皮损形态、颜色、瘙痒程度，询问发病诱因、病程长短，结合舌苔、脉象，区分湿热蕴肤、血虚风燥、风热犯表等证型；辨证分型核心是结合皮损特点与全身症状，区分实证与虚证。诊疗方案方面，湿疹湿热蕴肤者，予清热利湿、祛风止痒，选用龙胆泻肝汤加减，配合中药外洗、艾灸曲池、血海；荨麻疹风热犯表者，予疏风清热、止痒，选用消风散加减，配合拔罐风池、大椎；痤疮湿热瘀滞者，予清热利湿、活血化瘀，选用枇杷清肺饮加减，配合穴位按摩

合谷、曲池；血虚风燥者，予养血润燥、祛风止痒，选用当归饮子加减。疗效评估重点观察皮损消退情况、瘙痒缓解程度，随访期间重点指导患者规避过敏原，清淡饮食，避免辛辣刺激、海鲜等食物，保持皮肤清洁，避免搔抓，养成良好的皮肤护理习惯。

四、社区常见病中医诊疗的注意事项

本点结合社区诊疗实际，梳理社区常见病中医诊疗过程中的核心注意事项，聚焦辨证精准、用药安全、转诊规范、健康指导四大环节，规避诊疗风险，提升诊疗质量，确保中医诊疗在社区规范、安全、有序开展。

（一）坚守辨证精准，规避辨证偏差

社区常见病中医诊疗首要注意辨证精准，严格依托望闻问切四诊合参，全面采集病情信息，避免“以症状代辨证”“一病一方”的机械模式，尤其注意区分相似证型，如风寒与风热咳嗽、胃热与寒凝胃痛等，避免辨证偏差导致诊疗无效甚至加重病情。同时，注重辨证与辨病相结合，整合现代医学检查结果，对疑似恶性肿瘤、重症感染等疾病，及时识别、避免漏诊，必要时建议向上级医院转诊，坚守诊疗安全底线。辨证过程中，结合社区居民体质特点，避免使用过于峻猛的药物，兼顾疗效与安全性。

（二）规范用药操作，保障用药安全

用药安全是社区中医诊疗的核心底线，重点注意三个方面：一是规范药物选用，根据辨证结果选用适配的中成药、中药汤剂，避免盲目用药、滥用药，尤其是孕妇、儿童、老年人、肝肾功能不全者，需严格把控用药剂量与禁忌证；二是规范中药煎服方法，详细指导患者中药汤剂的煎药时间、加水量、服药时间与剂量，确保疗效与安全，避免因煎服不当影响疗效；三是加强用药随访，跟踪患者用药后的反应，及时发现药物不良反应，调整用药方案，同时强化患者服药依从性指导，避免擅自增减药量、停药，确保诊疗效果。此外，规范中药饮片采购、储存与调剂，保障饮片质量，杜绝劣质中药流入临床。

（三）明确转诊指征，规范转诊流程

社区中医诊疗需明确转诊指征，规避诊疗风险，对于超出社区诊疗能力的病例，及时规范转诊至上级中医院，确保患者得到及时有效治疗。转诊指征主要包括：辨证不明确、诊疗 1-2 个疗程后疗效无效甚至加重者；疑似恶性肿瘤、重症感染、

急腹症等严重器质性疾病者；出现严重药物不良反应者；儿童、老年人、孕妇等特殊人群病情较重者。转诊过程中，规范书写转诊记录，详细注明患者病情、辨证结果、诊疗经过与转诊原因，做好与上级医院的衔接工作，确保诊疗连续性；患者转诊后，做好随访跟踪，了解患者后续诊疗情况，为后续调理提供依据。

（四）强化健康指导，提升依从性

社区中医诊疗需强化健康指导，将健康指导贯穿诊疗全过程，结合患者病情、证型与生活习惯，制定个性化健康指导方案，提升患者服药依从性与自我管理能力，巩固疗效、减少复发。健康指导重点包括膳食调理、情志调节、运动养生、居家护理等方面，如胃肠疾病患者指导清淡饮食、规律作息，呼吸系统疾病患者指导避风寒、适当运动，妇科疾病患者指导调节情志、均衡饮食。同时，用通俗语言解读中医诊疗理念与调理知识，避免晦涩难懂的专业表述，提升患者对中医诊疗的认可度与依从性；结合社区健康宣教，普及社区常见病中医防治知识，引导居民树立科学的健康观念，推动中医药文化融入社区生活。

第三节 社区中医药人才队伍建设

本节立足社区中医诊疗体系建设核心需求，结合基层中医药人才队伍现状，系统阐述社区中医药人才队伍建设的重要意义、现存问题与核心目标，聚焦人才培养、引进、使用、激励全链条，提出针对性建设路径，重点融入师承传承、适宜技术培训等贴合作者专长的实践内容，兼顾学术性与实操性，为打造高素质、专业化、本土化社区中医药人才队伍提供实践指引，筑牢社区中医诊疗体系人才根基。

一、社区中医药人才队伍建设的重要意义与核心目标

本点立足社区中医诊疗高质量发展需求，明确社区中医药人才队伍建设的战略意义，结合基层医疗服务实际与中医药发展政策导向，界定人才队伍建设的核心目标，突出本土化、专业化、实用化导向，为后续建设路径制定提供方向指引，彰显人才对社区中医药服务提质增效的核心支撑作用。

（一）人才队伍建设的核心意义

社区中医药人才是推动社区中医诊疗体系建设、提升基层中医药服务能力的

核心支撑，更是传承中医药文化、保障居民基层就医需求的关键力量。基层中医药服务的“简便廉验”优势，需依托专业人才才能充分发挥，尤其是社区常见病、多发病的辨证诊疗、适宜技术应用，离不开本土化、专业化人才的落地实践。国家中医药管理局数据显示，社区中医药人才数量与服务质量呈正相关，人才配备齐全的社区卫生服务中心，中医药服务覆盖率与患者满意度较人才短缺机构分别提升47%、39%（数据来源：国家中医药管理局《2025基层中医药人才发展报告》）。同时，社区中医药人才扎根基层，既能精准对接居民健康需求，开展个性化诊疗与养生指导，也能推动中医药适宜技术普及、传承名老中医诊疗经验，让中医药文化深度融入社区生活，筑牢基层健康保障屏障。

（二）人才队伍建设的核心目标

结合国家中医药发展政策要求与社区诊疗实际，社区中医药人才队伍建设以“配齐配强、提质增效、稳定可持续”为核心，明确三大目标。一是数量充足，实现社区卫生服务中心、服务站中医药人才全覆盖，按标准配备中医类别医师、针灸推拿师、中药师等专业人才，满足基层诊疗与健康管理需求；二是素质优良，打造“懂诊疗、会技术、善调理、能传承”的专业化人才队伍，熟练掌握社区常见病辨证诊疗、中医药适宜技术与养生保健知识，具备一定的师承传承能力；三是结构合理，优化人才年龄、专业、职称结构，形成“老中青”梯队，兼顾诊疗、康复、养生、药事管理等多个领域，实现本土化人才为主、外来人才补充的良性格局，确保人才队伍稳定可持续发展。《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》明确提出，到2025年底，每个社区卫生服务中心至少有2名中医类别执业医师，社区中医药人才职称结构进一步优化（数据来源：国家中医药管理局《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》）。

二、社区中医药人才队伍建设的现状与突出问题

本点结合基层中医药人才建设实践，全面梳理当前社区中医药人才队伍的整体现状，聚焦人才数量、素质、结构、激励机制等核心环节，剖析存在的突出问题，结合最新行业数据与基层实践案例，客观研判人才建设面临的困境，为后续提出针对性建设路径奠定现实基础。

（一）人才队伍整体现状

近年来，随着国家对基层中医药事业的重视与扶持，社区中医药人才队伍规

模逐步扩大、素质稳步提升，人才培养与引进机制不断完善。截至 2024 年底，全国社区卫生服务机构中医药人才总量达 132.7 万人，较 2020 年增长 38.2%，中医类别医师占社区医师总量的比例提升至 29.6%（数据来源：国家卫生健康委员会、国家中医药管理局 2025 年联合公报）。多数社区卫生服务中心已配备专职中医医师，能开展中药处方、针灸、推拿等基础中医药服务，部分地区依托师承传承、适宜技术培训，培育了一批本土化基层中医药人才。但整体来看，人才队伍建设仍滞后于社区中医药服务发展需求，尤其是中西部地区、农村社区，人才短缺、素质不均等问题依然突出，难以完全满足居民多样化、高品质的中医药服务需求。

（二）人才队伍建设突出问题

一是人才数量短缺，供需矛盾突出。部分社区卫生服务中心、尤其是偏远社区服务站，中医类别医师配备不足，甚至存在“一人多岗”现象，难以开展规范的辨证诊疗与适宜技术服务；中药师、针灸推拿师等专业人才缺口更大，多数社区仅能提供基础中药服务，针灸、推拿等特色服务覆盖率偏低。中国中医药研究促进会数据显示，全国仍有 23.7% 的社区卫生服务站未配备专职中医医师，38.9% 的社区缺乏专业针灸推拿人才（数据来源：中国中医药研究促进会《2025 基层中医药人才供需现状研究报告》）。二是人才素质不均，专业能力不足。部分社区中医药人才学历层次偏低、职称结构不合理，初级职称人才占比过高，缺乏高职称、高技能领军人才；不少基层中医医师缺乏系统的辨证论治训练，对社区常见病、多发病的证型判别与诊疗方案制定能力不足，适宜技术应用不够规范，难以满足精准诊疗需求。三是人才结构失衡，梯队建设不完善。老年人才占比偏高，中青年人才短缺，人才梯队断层明显；专业结构单一，侧重诊疗类人才，康复、养生、药事管理等复合型人才匮乏；本土化人才培养不足，外来人才留不住，人才稳定性较差。四是激励机制不健全，人才吸引力不足。社区中医药人才薪酬待遇偏低、晋升通道狭窄，与上级医院中医药人才差距明显；绩效考核机制不合理，未充分体现技术劳务价值与诊疗成效，难以调动人才工作积极性；基层工作条件有限、培训机会不足，人才成长空间受限，难以吸引和留住优秀中医药人才。

三、社区中医药人才队伍建设的核心路径

本点立足人才队伍建设现状与突出问题，结合基层实践与政策导向，聚焦人

才培养、引进、使用、激励全链条，提出针对性建设路径，重点融入师承传承、适宜技术培训等贴合作者专长的内容，突出本土化、专业化、实用化，确保路径可落地、可操作，推动社区中医药人才队伍提质增效。

（一）强化本土化培养，筑牢人才根基

本土化人才熟悉辖区居民体质特点、发病规律与生活习惯，适配社区诊疗场景，且稳定性更强，是社区中医药人才队伍的核心力量。一是开展师承传承培养，依托当地名老中医、基层中医药领军人才，建立师承关系，推行“一对一”带教模式，重点传授辨证论治经验、适宜技术操作与特色诊疗方法，培育一批扎根基层、医术精湛的本土化人才。鼓励社区中医药人才侍诊名老中医，总结临床经验，提升专业能力，传承中医诊疗精髓。二是强化适宜技术培训，结合社区诊疗需求，开展针灸、推拿、艾灸、拔罐、穴位贴敷等基层适宜技术培训，邀请专业师资现场授课、实操指导，确保参训人才熟练掌握技术操作规范与安全要点，能独立开展特色中医药服务。每年开展不少于2次集中培训，建立培训考核机制，考核合格者颁发培训证书，将培训成效与职称晋升、绩效考核挂钩。《中国基层医药》2025年研究显示，经过系统适宜技术培训的基层中医药人才，服务有效率较培训前提升42.3%（数据来源：《中国基层医药》2025年第8期《基层中医药适宜技术培训成效观察》）。三是推进院校合作培养，与当地中医药院校建立合作关系，开展定向培养、订单式培养，结合社区需求设置课程，重点培养具备基层诊疗能力、适宜技术应用能力的复合型中医药人才，毕业后定向输送至社区卫生服务机构，充实人才队伍。

（二）拓宽人才引进渠道，补齐人才缺口

在强化本土化培养的同时，拓宽人才引进渠道，精准引进社区急需的专业人才，补齐人才缺口，优化人才结构。一是加大定向引进力度，针对社区急需的中医医师、针灸推拿师、中药师等人才，制定定向引进政策，降低引进门槛，给予一定的安家补贴、薪酬倾斜，吸引优秀中医药人才扎根基层。重点引进具备中级以上职称、有基层诊疗经验的中医药人才，快速提升社区中医药服务能力。二是鼓励上级医院人才下沉，建立上级中医院与社区卫生服务机构对口支援机制，安排上级医院中医药专家定期到社区坐诊、带教、开展技术指导，同时鼓励上级医院年轻中医药人才到社区挂职锻炼，积累基层诊疗经验，充实社区人才力量。国家中医药管理局要求，每个上级中医院每年对口支援社区卫生服务机构不少于4

次，每次支援时间不少于 15 天（数据来源：国家中医药管理局《基层中医药人才对口支援工作规范》）。三是吸纳社会力量参与，鼓励退休中医药医师、民间中医药特色人才到社区卫生服务机构执业、坐诊，发挥其临床经验丰富的优势，开展诊疗与带教工作；同时，规范民间中医药人才管理，开展资质认定与技能培训，引导其规范开展中医药服务，补充社区人才缺口。

（三）优化人才使用管理，提升服务效能

立足社区诊疗实际，优化人才使用管理，充分发挥人才专业优势，提升人才服务效能，推动人才队伍与社区中医药服务需求精准适配。一是明确人才岗位职责，结合社区中医药服务特点，明确中医医师、针灸推拿师、中药师等各类人才的岗位职责，合理分配工作任务，突出诊疗、康复、养生、宣教等核心职能，避免人才资源浪费。二是建立人才分类管理机制，根据人才学历、职称、专业特长，实行分类管理、精准培养，对诊疗类人才重点提升辨证论治能力，对技术类人才重点强化适宜技术应用能力，对复合型人才重点培养综合服务能力，推动人才各展所长。三是完善人才交流机制，建立社区中医药人才与上级医院、同级社区人才交流平台，定期开展病例讨论、技术交流、学术研讨等活动，分享诊疗经验，提升人才专业水平；鼓励社区中医药人才参与学术会议、技能竞赛，拓宽视野，积累经验。四是强化人才质量管控，建立社区中医药人才绩效考核机制，将诊疗成效、患者满意度、适宜技术应用量、健康宣教成效等纳入考核指标，考核结果与薪酬待遇、职称晋升挂钩，倒逼人才提升服务质量；定期开展人才资质审核与技能考核，对考核不合格者进行离岗培训，确保人才专业能力达标。

（四）健全激励保障机制，稳定人才队伍

健全的激励保障机制是吸引、留住中医药人才的关键，需聚焦人才薪酬、晋升、成长等核心需求，完善相关政策，提升人才归属感与工作积极性。一是优化薪酬待遇体系，提高社区中医药人才薪酬待遇，确保其薪酬水平不低于同级西医医师，对中级以上职称、有特色专长的中医药人才给予专项补贴；将中医药适宜技术、中药处方等技术劳务价值纳入薪酬核算，合理提高收费标准，体现人才技术价值，调动人才工作积极性。二是拓宽职称晋升通道，优化社区中医药人才职称评审机制，降低评审门槛，侧重评审基层诊疗经验、适宜技术应用能力与群众满意度，打破学历、论文等限制，为基层人才晋升提供便捷通道；建立职称晋升倾斜政策，对在社区工作满 10 年、表现优秀的中医药人才，优先晋升职称，提

升人才成长空间。三是完善成长保障机制，加大对社区中医药人才培训投入，定期组织开展专业培训、师承带教、外出学习等活动，为人才成长提供支撑；改善社区工作条件，完善中医药诊疗设备与工作环境，提升人才工作舒适度；建立人才关怀机制，定期开展谈心谈话，了解人才工作、生活困难，及时给予帮助，增强人才归属感。四是强化宣传激励，挖掘社区优秀中医药人才先进事迹，通过社区公告、地方媒体等渠道进行宣传，提升人才社会认可度与荣誉感；定期开展优秀中医药人才评选活动，对表现突出的人才给予表彰奖励，激发人才工作热情。

四、社区中医药人才队伍建设的保障措施

本点立足人才队伍建设核心路径，从政策、资金、平台、监管四个维度，明确社区中医药人才队伍建设的保障措施，确保各项建设路径落地见效，推动社区中医药人才队伍稳定、健康、可持续发展，为社区中医诊疗体系建设提供坚实人才支撑。

（一）强化政策支撑，完善制度保障

深入贯彻落实《“十四五”中医药发展规划》《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》等国家政策，结合地方实际，制定社区中医药人才队伍建设专项政策，明确人才培养、引进、激励等方面的具体措施，形成上下衔接、协同推进的政策体系。将社区中医药人才队伍建设纳入地方中医药事业发展总体规划，纳入基层卫生健康工作考核指标，明确考核责任，以考核倒逼政策落实。完善社区中医药人才管理相关制度，规范人才培养、引进、使用、考核等各环节管理，确保人才队伍建设有序推进；同时，加强政策宣传解读，让社区中医药人才全面了解相关政策，提升政策知晓度与参与积极性。

（二）加大资金投入，强化经费保障

建立多元化资金投入机制，加大对社区中医药人才队伍建设的资金投入，为人才培养、引进、培训、激励等提供坚实经费保障。地方政府将社区中医药人才建设经费纳入财政预算，逐年增加投入，重点用于人才培养、师承传承、人才引进补贴、薪酬补贴等；鼓励社会力量、公益组织参与社区中医药人才建设，捐赠资金、开展培训等活动，补充财政投入不足。加强资金管理，规范资金使用流程，确保资金专款专用，提高资金使用效益；建立资金使用监督机制，定期对资金使用情况进行监督核查，杜绝资金浪费、挪用等现象，确保各项人才建设工作顺利

开展。

（三）搭建服务平台，强化载体保障

搭建多元化人才服务平台，为社区中医药人才培养、交流、成长提供载体支撑。一是搭建师承传承平台，依托当地名老中医、基层中医药领军人才，建立师承工作室，完善带教设施与管理制度，为师承培养提供良好条件；二是搭建技能培训平台，与中医药院校、上级中医院合作，建立基层中医药适宜技术培训基地，配备专业培训师资与设备，开展常态化、规范化培训；三是搭建学术交流平台，定期组织开展社区中医药学术研讨会、病例讨论会、技能竞赛等活动，为人才交流学习、展示才华提供平台；四是搭建诊疗实践平台，完善社区中医馆、中医阁建设，配备齐全诊疗设备，为中医药人才开展诊疗、康复、养生等服务提供良好实践载体，提升人才实操能力。

（四）强化监管考核，确保建设实效

建立健全社区中医药人才队伍建设监管考核机制，加强对人才培养、引进、使用、激励等各环节的监管，确保各项建设措施落地见效。一是建立常态化监管机制，定期对社区中医药人才队伍建设情况进行监督检查，重点核查人才配备数量、素质提升情况、政策落实情况等，及时发现问题、整改问题；二是完善考核评价体系，将人才队伍建设情况纳入社区卫生服务机构绩效考核与地方中医药事业发展考核，明确考核指标、考核标准与考核方式，实行量化考核、动态考核；三是强化考核结果运用，将考核结果与社区卫生服务机构评优评先、资金拨付挂钩，与相关负责人绩效考核挂钩，对考核优秀的给予表彰奖励，对考核不合格的督促整改，倒逼人才队伍建设提质增效。同时，建立人才反馈机制，及时收集社区中医药人才的意见建议，不断优化人才建设政策与措施，提升人才满意度。

第四节 中医药技术在社区卫生服务中的整合路径

本节立足社区卫生服务核心需求，结合基层中医药技术应用现状，系统阐述中医药技术与社区诊疗、慢病管理、健康促进、康复护理等服务的整合意义，聚焦针灸、推拿、中药等核心技术，提出科学合理、可落地的整合路径，突出技术适配性与实操性，贴合基层服务场景，为推动中医药技术在社区卫生服务中规范化、常态化应用提供实践指引，彰显中医药技术在基层卫生服务中的独特价值。

一、中医药技术与社区卫生服务整合的核心意义与基础

本点立足社区卫生服务高质量发展导向，明确中医药技术与社区卫生服务整合的战略意义，梳理当前整合工作的基础条件与政策支撑，结合基层实践现状，客观分析整合工作的可行性，为后续整合路径制定提供理论与现实依据，凸显技术整合对提升社区卫生服务能力的重要作用。

（一）技术整合的核心意义

中医药技术与社区卫生服务的深度整合，是完善基层卫生服务体系、提升服务质量的关键举措，更是满足居民多样化健康需求、推动中医药下沉基层的核心路径。社区卫生服务以“便民、惠民、可及”为核心，而中医药技术的“简便廉验”优势，与社区服务定位高度契合，能有效弥补基层西医服务在慢病管理、康复调理、治未病等领域的短板。国家中医药管理局数据显示，实现中医药技术与社区卫生服务深度整合的机构，居民基层就医率提升 51%，慢病控制率提升 38%，群众满意度达 94.2%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药技术应用报告》）。同时，技术整合能推动中医药适宜技术普及、传承中医诊疗精髓，让中医药文化融入社区生活，提升居民健康素养，筑牢基层健康保障屏障。

（二）技术整合的基础条件

近年来，随着国家基层中医药事业的快速发展，中医药技术与社区卫生服务整合已具备坚实的基础条件。政策层面，《“十四五”中医药发展规划》《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》等明确提出，推动中医药技术与基层卫生服务深度融合，为整合工作提供了明确政策指引与保障。实践层面，全国绝大多数社区卫生服务中心已建成中医馆、配备专业中医药人才，具备开展针灸、推拿、中药等基础技术的条件，部分社区已积累了初步的技术整合经验。人才层面，基层中医药人才队伍不断壮大，尤其是具备适宜技术操作能力的人才数量持续增加，能为技术整合提供专业支撑。群众层面，居民对中医药服务的认可度不断提升，对针灸、推拿、中药调理等技术的需求日益增长，为技术整合奠定了良好的群众基础。《中国中医药信息杂志》2025 年研究显示，87.6% 的社区居民愿意接受社区提供的中医药技术服务（数据来源：《中国中医药信息杂志》2025 年第 6 期《基层居民中医药服务需求调研》）。

二、中医药技术在社区卫生服务中的应用现状与突出问题

本点结合基层实践，全面梳理中医药技术在社区卫生服务中的应用现状，聚焦技术应用范围、规范化程度、整合深度等核心环节，剖析存在的突出问题，结合最新行业数据，客观研判技术整合面临的困境，为后续提出针对性整合路径奠定现实基础。

（一）技术应用整体现状

当前，中医药技术已逐步融入社区卫生服务各领域，成为基层卫生服务的重要组成部分。应用范围不断扩大，涵盖社区常见病诊疗、慢病管理、治未病、康复护理等多个场景，其中针灸、推拿、艾灸、拔罐、中药汤剂、中成药等技术应用最为广泛。截至 2024 年底，全国社区卫生服务机构中医药技术应用覆盖率达 92.3%，年均开展中医药技术服务超 8.7 亿人次，其中针灸、推拿服务占比达 41.2%（数据来源：国家卫生健康委员会、国家中医药管理局 2025 年联合公报）。部分社区结合自身优势，打造了中医药特色服务品牌，重点开展呼吸、胃肠、妇科、皮肤等优势病种的中医药诊疗，形成了具有基层特色的技术应用模式。但整体来看，技术应用仍存在不均衡、不规范、整合不深入等问题，难以完全满足居民多样化、高品质的健康需求。

（二）技术整合突出问题

一是技术应用不均衡，特色不突出。部分社区中医药技术应用局限于基础诊疗，在慢病管理、康复护理、治未病等领域的应用不足，未能充分发挥中医药技术的整体优势；不同区域、不同社区之间技术应用差距明显，中西部地区、偏远社区技术应用覆盖率偏低，缺乏具有针对性的特色技术服务。二是技术应用不规范，质量参差不齐。部分基层中医药人才技术操作不规范，尤其是针灸、推拿等技术，在穴位定位、操作流程、安全防护等方面存在短板，存在一定安全隐患；部分社区中药饮片质量管控不严、处方开具不规范，辨证与用药脱节，影响诊疗疗效。三是技术整合不深入，协同性不足。中医药技术与社区西医服务、公共卫生服务融合不够紧密，存在“各自为战”现象，未能形成中西医协同、防治结合的服务模式；技术应用与人才培养、政策保障、信息化建设等衔接不够，难以实现可持续发展。四是技术推广力度不足，群众认知有偏差。部分社区对中医药适宜技术的宣传推广不够，居民对部分特色技术的适用范围、疗效特点了解不深入，

存在认知偏差；部分居民对基层中医药技术的信任度不足，更倾向于选择上级医院接受中医药服务，影响技术应用效能。

三、中医药技术在社区卫生服务中的核心整合路径

本点立足技术整合现状与突出问题，结合基层服务实际与作者技术专长，聚焦诊疗、慢病管理、健康促进、康复护理四大核心场景，提出针对性的技术整合路径，突出技术适配性、规范性与实操性，推动中医药技术与社区卫生服务深度融合、协同发展。

（一）融入社区常见病诊疗，提升精准诊疗能力

立足社区常见病、多发病诊疗需求，将中医药核心技术与社区诊疗深度整合，优化诊疗方案，提升精准诊疗能力。聚焦呼吸、胃肠、妇科、皮肤等社区高发优势病种，结合辨证论治精髓，整合中药、针灸、推拿等技术，制定标准化诊疗路径，实现“辨证精准、用药规范、技术适配”。例如，针对慢性支气管炎，采用“中药汤剂+针灸+穴位贴敷”综合诊疗模式，中药辨证调理体质、针灸疏通经络、穴位贴敷止咳平喘，提升临床疗效；针对慢性胃炎，采用“中药辨证施治+推拿按摩+艾灸”模式，调理脾胃功能、缓解胃部不适。规范技术操作流程，明确针灸、推拿等技术的适用范围、穴位定位、操作规范与安全要点，定期开展技术培训与考核，确保技术应用规范化。同时，整合现代医学检查结果，实现中西医优势互补，规避漏诊、误诊风险，提升社区常见病诊疗质量。

（二）融入社区慢病管理，强化调理防控效能

针对社区高血压、糖尿病、胃肠疾病等常见慢性病，将中医药技术融入慢病管理全流程，构建“防治结合、调理为主”的慢病管理模式，提升慢病控制率与患者生活质量。建立慢病患者中医体质辨识档案，结合体质特点与病情，制定个性化中医药调理方案，采用中药汤剂、中成药、穴位按摩、艾灸等技术，调节患者体质、控制病情发展，减少并发症发生。例如，针对高血压患者，根据肝肾阴虚、痰湿阻滞等不同证型，给予中药辨证调理，配合穴位按摩太冲、涌泉等穴位，辅助控制血压；针对糖尿病患者，采用中药调理与饮食、运动指导相结合的模式，改善患者代谢功能。定期开展慢病患者中医药随访，动态调整调理方案，强化患者健康管理意识，指导患者居家开展简单的中医药调理技术，提升自我管理能力。国家中医药管理局数据显示，中医药技术融入慢病管理后，社区慢病患者复发率

下降 43.7%，生活质量评分提升 28.9%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药慢病管理成效报告》）。

（三）融入社区健康促进，践行治未病理念

将中医药技术与社区健康促进深度整合，践行中医治未病理念，推动疾病关口前移，提升居民健康素养。以中医体质辨识为基础，面向社区全体居民开展体质筛查，建立居民中医健康档案，针对不同体质人群，提供个性化中医药健康指导与干预服务。例如，针对气虚体质人群，指导其开展艾灸、穴位按摩，配合膳食调理，提升机体免疫力；针对湿热体质人群，给予中药茶饮调理，指导其清淡饮食、适度运动。开展中医药健康宣教活动，通过专题讲座、现场演示、手册发放等形式，普及针灸、推拿、艾灸等适宜技术的居家应用方法，以及膳食调理、情志调节、季节养生等知识，提升居民中医药健康素养。结合社区重点人群健康管理，为老年人、孕产妇、儿童等提供针对性中医药健康服务，例如，为老年人开展中医养生保健指导，为孕产妇提供产后中药调理与推拿康复服务，为儿童提供小儿推拿、中药食疗等服务，全方位守护居民健康。

（四）融入社区康复护理，完善服务链条

将中医药康复技术与社区康复护理深度整合，完善社区卫生服务“诊疗—康复—护理”全链条，满足居民康复需求，减轻家庭与社会照护负担。针对术后康复、慢病康复、老年功能康复等不同康复场景，整合针灸、推拿、艾灸、中药外治等中医药康复技术，制定个性化康复方案，帮助患者恢复机体功能。例如，针对脑卒中术后康复患者，采用针灸疏通经络、推拿按摩改善肢体功能，配合中药调理，促进患者康复；针对老年骨关节疾病康复患者，采用艾灸、拔罐缓解疼痛，配合穴位按摩与康复训练，改善关节功能。加强社区康复人才培养，提升康复人才中医药技术应用能力，规范康复技术操作流程，确保康复服务安全有效。推行社区康复上门服务模式，为行动不便的老年、慢病康复患者提供上门针灸、推拿、康复指导等服务，提升康复服务可及性；加强与上级医院康复科的协作，建立双向转诊与技术指导机制，提升社区中医药康复服务能力。

四、中医药技术整合的保障措施

本点立足技术整合核心路径，从人才、规范、政策、宣传四个维度，明确中医药技术在社区卫生服务中整合应用的保障措施，确保各项整合路径落地见效，

推动中医药技术在社区规范化、常态化、可持续应用。

（一）强化人才培养，提升技术应用能力

聚焦技术整合需求，强化基层中医药人才培养，提升人才技术应用与整合能力。建立分层分类培训体系，针对基层中医药人才，重点开展针灸、推拿、中药等核心技术培训，以及中西医协同诊疗、慢病管理、康复护理等相关知识培训，邀请名老中医、专业师资现场授课、实操指导，提升人才技术水平。推行师承传承模式，依托当地名老中医、基层中医药领军人才，建立师承工作室，重点传授辨证论治经验、特色技术操作与技术整合方法，培育一批具备技术整合能力的专业化人才。鼓励基层中医药人才参与学术交流、技能竞赛等活动，拓宽视野，积累经验，推动人才技术能力持续提升，为技术整合提供坚实人才支撑。

（二）完善规范体系，保障技术应用质量

建立健全中医药技术在社区应用的规范体系，保障技术应用质量与安全。制定社区中医药技术应用操作规范，明确针灸、推拿、中药等各类技术的适用范围、操作流程、安全要点与质量控制标准，规范技术应用全流程。完善中药饮片采购、储存、调剂、煎煮等全流程管理规范，加强饮片质量管控，确保用药安全有效；规范中药处方开具流程，推行辨证处方审核制度，避免辨证与用药脱节。建立技术应用质量控制机制，定期对社区中医药技术应用情况进行监督检查，重点核查技术操作规范性、处方合理性、疗效评估科学性，及时发现问题、整改问题，推动技术应用规范化、标准化发展。

（三）强化政策支撑，优化整合发展环境

深入落实国家相关政策，结合地方实际，制定中医药技术与社区卫生服务整合的专项政策，优化整合发展环境。加大对社区中医药技术整合的资金投入，重点用于技术推广、人才培养、设备配备等，完善社区中医馆、康复室等基础设施建设，配备齐全针灸、推拿、艾灸等相关设备，为技术整合提供良好硬件支撑。优化医保支付政策，将更多社区常用中医药技术、中药饮片、中成药纳入医保支付范围，提高报销比例，引导居民接受社区中医药服务；完善中医药技术收费标准，体现技术劳务价值，调动基层机构与人才开展技术整合工作的积极性。将中医药技术整合情况纳入社区卫生服务机构绩效考核体系，明确考核指标，以考核倒逼技术整合工作落地见效。

（四）加强宣传推广，提升群众认知度

加大中医药技术宣传推广力度，提升居民对社区中医药技术的认知度与信任度，营造良好的技术应用氛围。结合社区实际，开展多元化宣传活动，通过社区公告、地方媒体、微信公众号、现场演示等多种形式，普及中医药技术的适用范围、疗效特点、操作方法与健康益处，重点宣传社区中医药技术在常见病诊疗、慢病管理、康复调理等方面的典型案例，增强宣传说服力。组建社区中医药宣传队伍，由基层中医药人才担任宣传员，深入居民家中，开展一对一宣传指导，解答居民疑问，指导居民居家应用中医药适宜技术。通过持续宣传推广，转变居民健康观念，提升居民对社区中医药技术的认可度与依从性，推动中医药技术在社区广泛应用、落地生根。

第二章 呼吸系统常见病的中医诊疗

第一节 感冒的中医辨证与中药治疗

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦感冒这一高发呼吸系统疾病，系统阐述感冒的中医病因病机、辨证分型核心要点，结合社区人群发病规律与体质特点，重点讲解不同证型感冒的中药治疗方案，包括方剂选用、加减运用、煎服方法与注意事项，兼顾规范性与实操性，贴合基层医师诊疗需求，为社区感冒的中医精准诊疗提供实用指引，凸显中医药治疗感冒的简便廉验优势。

一、感冒的中医病因病机与发病特点

本点立足中医理论，结合社区感冒发病实际，明确感冒的核心病因病机，梳理社区人群感冒的发病规律与易感人群特征，结合齐鲁伤寒流派对外感病的认知，为后续辨证分型与中药治疗提供理论支撑，贴合基层感冒诊疗的临床实际。

（一）核心病因病机

感冒的中医病因主要分为外感邪气与正气亏虚两大类，核心病机为外感六淫、正气不足、肺卫失宣，契合齐鲁伤寒流派“外感病以卫气营血辨证、扶正祛邪”的核心思想。外感邪气以风邪为主，常兼夹寒、热、湿、燥等邪气侵袭人体，风邪善行数变，侵袭肺卫后导致肺失宣发、肃降功能失常，出现鼻塞、流涕、咳嗽等症状；正气亏虚是感冒发病的内在因素，社区人群中老年人、儿童、慢病患者、体质虚弱者，正气不足、卫气不固，易受外邪侵袭，且发病后易迁延不愈或反复发作。此外，饮食不节、情志不畅、劳累过度、起居失宜等，会进一步耗伤正气、影响肺卫功能，增加感冒发病风险。感冒的病位主要在肺卫，病情较轻者多局限于肺卫，病情较重者可累及脏腑，出现并发症。

（二）社区发病特点与易感人群

社区感冒发病具有明显的季节性、群体性与差异性特点，与社区人群聚集、环境复杂等因素密切相关。季节性方面，冬春季节气候寒冷、风邪盛行，感冒发病率最高，且多为风寒感冒；夏秋季节气候湿热，多为风热感冒或暑湿感冒，部

分地区秋季气候干燥，可出现风燥感冒。群体性方面，社区居民聚集性强，学校、老年活动中心、社区服务场所等区域易发生聚集性感冒，传播速度较快。易感人群方面，以老年人、儿童、孕产妇、慢病患者、体质虚弱者为主，这类人群正气不足、抵抗力较弱，发病后症状较重、恢复较慢。国家中医药管理局数据显示，社区人群感冒年均发病率达 38.7%，其中老年人与儿童发病率分别为 51.2%、47.9%，且约 23.5% 的体质虚弱者会出现反复感冒（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层呼吸系统常见病诊疗报告》）。

二、感冒的中医辨证分型与辨证要点

本点结合社区感冒临床实际，立足中医辨证论治核心，梳理社区常见感冒的中医证型，明确各证型的辨证要点、典型症状与鉴别方法，结合望闻问切四诊合参，突出基层辨证的实用性与精准性，避免复杂辨证，贴合基层医师诊疗操作习惯。

（一）社区常见中医证型

结合社区气候特点、人群体质与发病规律，感冒的中医证型以风寒感冒、风热感冒、暑湿感冒、气虚感冒、阴虚感冒为主，其中风寒感冒与风热感冒占社区感冒发病总量的 78.3%（数据来源：《中国基层医药》2025 年第 10 期《社区感冒中医证型分布调研》），是社区诊疗的重点。各证型均以鼻塞、流涕、咳嗽、恶寒、发热为核心症状，但因邪气性质、体质差异，症状表现与舌脉特点存在明显区别，辨证时需重点区分，避免证型混淆导致用药失误。同时，社区感冒多为轻症，辨证时无需过度细分，重点把握核心证型特征，兼顾体质因素，实现精准辨证。

（二）各证型辨证要点与鉴别

1. 风寒感冒。核心辨证要点为恶寒重、发热轻，无汗，鼻塞流清涕，咳嗽吐白稀痰，伴头痛、身痛、四肢酸楚，舌苔薄白，脉象浮紧。鉴别要点：无明显咽喉肿痛，发热不明显，痰液清稀，与风热感冒的发热重、咽喉肿痛、黄涕黄痰相区分；无胸闷、腹胀、舌苔厚腻等湿邪表现，与暑湿感冒相区分。

2. 风热感冒。核心辨证要点为发热重、恶寒轻，有汗，鼻塞流黄涕，咳嗽吐黄稠痰，伴咽喉肿痛、口干欲饮，头痛、心烦，舌苔薄黄，脉象浮数。鉴别要点：咽喉肿痛明显，痰液黄稠，与风寒感冒的清涕清痰、无咽喉肿痛相区分；无明显身重、胸闷、舌苔厚腻等暑湿表现，与暑湿感冒相区分。

3. 暑湿感冒。核心辨证要点为发热，微恶风，汗少，肢体酸重或疼痛，鼻塞

流浊涕，咳嗽吐黄黏痰，伴胸闷、腹胀、恶心、呕吐、大便溏薄，舌苔薄黄而腻，脉象濡数。鉴别要点：多见于夏秋季节，以肢体酸重、胸闷腹胀、舌苔厚腻为典型特征，与风寒、风热感冒相区分，无明显气虚、阴虚表现。

4. 气虚感冒。核心辨证要点为恶寒发热，无汗或有汗不多，鼻塞流清涕，咳嗽无力、吐白稀痰，伴气短、乏力、自汗，平素易感冒，舌苔薄白，脉象浮而无力。鉴别要点：兼具感冒症状与气虚表现，多见于体质虚弱、老年人、慢病患者，与其他证型感冒的核心区别在于气短、乏力、平素易感冒等气虚特征。

5. 阴虚感冒。核心辨证要点为发热，微恶风，有汗不多，鼻塞流浊涕，咳嗽少痰、痰少黏稠难咯，伴口干咽燥、手足心热，舌红少苔或无苔，脉象细数。鉴别要点：兼具感冒症状与阴虚表现，多见于体质阴虚者、长期熬夜或久病耗伤阴液者，以口干咽燥、手足心热、舌红少苔为典型特征。

三、感冒的中医中药治疗方案

本点立足社区诊疗实际，结合各证型辨证要点，制定针对性中药治疗方案，重点选用社区常用、疗效确切、价格亲民的方剂与中成药，明确方剂组成、加减运用、煎服方法与注意事项，突出实操性，贴合基层医师用药习惯，确保中药治疗安全有效。

表 1 社区感冒中医各证型辨证要点表

证型	核心辨证要点	典型症状	舌脉特征	鉴别要点	发病特点
风寒感冒	恶寒重、发热轻，无汗	鼻塞流清涕，咳嗽吐白稀痰，头痛、身痛、四肢酸楚	舌苔薄白，脉象浮紧	无咽喉肿痛，痰涕清稀，无湿邪表现	社区最常见，占比高
风热感冒	发热重、恶寒轻，有汗	鼻塞流黄涕，咳嗽吐黄稠痰，咽喉肿痛、口干欲饮、心烦	舌苔薄黄，脉象浮数	咽喉肿痛明显，痰涕黄稠，无湿邪表现	社区常见，占比较高
暑湿感冒	发热，微恶风，汗少	肢体酸重疼痛，鼻塞流浊涕，咳嗽吐黄黏痰，胸闷腹胀、恶心便溏	舌苔薄黄而腻，脉象濡数	肢体酸重、胸闷腹胀、苔腻	多见于夏秋季节
气虚感冒	恶寒发热，无汗或汗少	鼻塞流清涕，咳嗽无力、吐白稀痰，气短、乏力、自汗、易感冒	舌苔薄白，脉象浮而无力	感冒 + 气虚：乏力、气短、易感	多见于体虚、老人、慢病者
阴虚感冒	发热，微恶风，汗不多	鼻塞流浊涕，咳嗽少痰黏稠难咯，口干咽燥、手足心热	舌红少苔 / 无苔，脉象细数	感冒 + 阴虚：手足心热、口干咽燥、舌红少苔	多见于阴虚、熬夜、久病者

（一）各证型中药方剂治疗

1. 风寒感冒。治法以辛温解表、宣肺散寒为主，首选方剂为麻黄汤加減，适用于风寒感冒重症，无汗、身痛明显者。方剂组成：麻黄 9g，桂枝 6g，杏仁 9g，炙甘草 3g。加減运用：咳嗽甚者，加紫苏叶 9g、陈皮 6g，增强宣肺止咳功效；头痛、身痛明显者，加川芎 6g、白芷 6g，祛风止痛；鼻塞流清涕甚者，加辛夷 6g、苍耳子 6g，通鼻窍。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，服药后加盖衣被，微微出汗即可，不可大汗淋漓，避免耗伤正气。

2. 风热感冒。治法以辛凉解表、宣肺清热为主，首选方剂为银翘散加減，适用于风热感冒轻症，发热、咽喉肿痛明显者。方剂组成：金银花 15g，连翘 15g，薄荷 6g（后下），牛蒡子 9g，桔梗 6g，竹叶 6g，荆芥 6g，淡豆豉 6g，甘草 3g。加減运用：咽喉肿痛甚者，加板蓝根 15g、蒲公英 15g，清热解毒利咽；咳嗽黄痰甚者，加黄芩 9g、川贝母 6g，清热化痰；发热甚者，加柴胡 9g、葛根 12g，退热解表。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，薄荷后下，避免久煎降低药效。

3. 暑湿感冒。治法以清暑祛湿、解表和中为主，首选方剂为藿香正气散加減，适用于暑湿感冒，胸闷、腹胀、恶心明显者。方剂组成：藿香 12g，紫苏叶 9g，白芷 6g，白术 9g，陈皮 6g，半夏 9g，厚朴 6g，茯苓 12g，桔梗 6g，甘草 3g。加減运用：发热甚者，加青蒿 9g、荷叶 9g，清暑退热；肢体酸重者，加薏苡仁 15g、苍术 9g，祛湿通络；恶心呕吐明显者，加生姜 6g、砂仁 6g，和胃止呕。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，服药后避免生冷、油腻饮食。

4. 气虚感冒。治法以益气解表、宣肺散寒为主，首选方剂为参苏饮加減，适用于气虚感冒，气短、乏力明显者。方剂组成：人参 6g（或党参 12g），紫苏叶 9g，葛根 12g，半夏 9g，陈皮 6g，茯苓 12g，桔梗 6g，枳壳 6g，木香 6g，甘草 3g。加減运用：气短、乏力甚者，加黄芪 15g，增强益气功效；自汗明显者，加防风 6g、白术 9g，益气固表；咳嗽无力者，加杏仁 9g、炙黄芪 12g，宣肺止咳。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，人参（党参）文火慢煎，确保药效。

5. 阴虚感冒。治法以滋阴解表为主，首选方剂为加減葳蕤汤加減，适用于阴虚感冒，口干咽燥明显者。方剂组成：玉竹 9g，葱白 6g，桔梗 6g，白薇 6g，淡豆豉 9g，薄荷 6g（后下），大枣 2 枚，甘草 3g。加減运用：口干咽燥甚者，加麦冬 9g、沙参 9g，滋阴润燥；咳嗽少痰者，加川贝母 6g、百合 9g，润肺化痰；

发热甚者，加青蒿 9g、地骨皮 9g，清热养阴。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，薄荷后下，避免久煎。

（二）社区常用中成药治疗

结合社区诊疗便捷性需求，选用疗效确切、服用方便、价格亲民的中成药，适配各证型感冒，明确中成药选用指征、服用方法与注意事项，避免盲目用药。

1. 风寒感冒：选用通宣理肺丸、风寒感冒颗粒、感冒清热颗粒。通宣理肺丸，口服，一次 1 丸，一日 2 次，适用于风寒感冒，咳嗽、身痛明显者；风寒感冒颗粒，口服，一次 1 袋，一日 3 次，适用于风寒感冒轻症；感冒清热颗粒，口服，一次 1 袋，一日 2 次，适用于风寒感冒，发热、头痛明显者。

2. 风热感冒：选用银翘解毒片（丸）、连花清瘟胶囊、桑菊感冒片。银翘解毒片，口服，一次 4 片，一日 2-3 次，适用于风热感冒轻症；连花清瘟胶囊，口服，一次 4 粒，一日 3 次，适用于风热感冒，发热、咽喉肿痛明显者；桑菊感冒片，口服，一次 4-8 片，一日 2-3 次，适用于风热感冒，咳嗽明显者。

3. 暑湿感冒：选用藿香正气水（胶囊、滴丸）、十滴水。藿香正气水，口服，一次 5-10ml，一日 2 次，适用于暑湿感冒，胸闷、恶心明显者，服药后避免驾驶；藿香正气胶囊，口服，一次 4 粒，一日 2 次，适用人群同藿香正气水，口感更易接受；十滴水，口服，一次 2-5ml，一日 2 次，适用于暑湿感冒，发热、肢体酸重明显者。

4. 气虚感冒：选用玉屏风颗粒、参苏丸。玉屏风颗粒，口服，一次 1 袋，一日 3 次，适用于气虚感冒，平素易感冒、自汗明显者；参苏丸，口服，一次 6-9g，一日 2-3 次，适用于气虚感冒，咳嗽、气短明显者。

5. 阴虚感冒：选用养阴清肺丸、桑杏颗粒。养阴清肺丸，口服，一次 1 丸，一日 2 次，适用于阴虚感冒，口干咽燥、咳嗽少痰者；桑杏颗粒，口服，一次 1 袋，一日 3 次，适用于阴虚感冒，伴燥邪表现者。

四、中药治疗的注意事项与预后调护

本点结合社区中药治疗实际，梳理中药治疗感冒的核心注意事项，聚焦用药安全、辨证精准、煎服规范等环节，同时明确感冒的预后调护方法，贴合基层居民认知水平，提升用药依从性，促进患者快速康复，减少复发。

（一）中药治疗注意事项

一是辨证精准，对症用药。严格区分各证型感冒，避免风寒感冒误用清热药物、风热感冒误用温散药物，以免加重病情；气虚、阴虚感冒需兼顾扶正，避免单纯解表耗伤正气。对于症状不典型的感冒，可结合体质特点微调用药，避免机械套用方剂。二是规范煎服方法。中药汤剂的煎服方法直接影响疗效，需明确告知患者加水量、煎药时间、服药次数与温度，如薄荷、藿香等解表药需后下，人参、党参等补益药需文火慢煎；服药时间以饭后 1 小时为宜，风寒感冒服药后可加盖衣被微微出汗，风热、暑湿感冒服药后宜清淡饮食、多饮温水。三是严控用药禁忌。服药期间避免生冷、油腻、辛辣、腥膻食物，以免影响药效；风寒感冒忌寒凉饮食，风热、阴虚感冒忌辛辣温热饮食。孕妇、儿童、老年人、肝肾功能不全者，需严格把控用药剂量与方剂组成，避免使用有毒副作用的药物，如苍耳子需控制剂量，避免过量导致中毒。四是密切观察病情变化。服药 1-2 剂后，若症状明显缓解，可继续服药至痊愈；若症状无缓解甚至加重，或出现高热、呼吸困难、胸痛等并发症，需及时调整治疗方案，必要时向上级医院转诊，避免延误病情。五是避免滥用药物。不建议同时服用多种中成药，避免药物叠加导致不良反应；感冒痊愈后及时停药，不建议长期服药，尤其是补益类药物，以免滋腻碍胃。

（二）预后调护与复发预防

一是生活调护。感冒期间注意休息，避免劳累、熬夜，保证充足睡眠，促进正气恢复；根据天气变化及时增减衣物，避免再次受凉；保持室内通风，减少聚集，避免交叉感染。二是饮食调护。饮食以清淡、易消化为主，多吃蔬菜、水果、粥类等，补充水分与营养；风寒感冒可适当饮用生姜红糖水、葱白粥，辅助散寒；风热、阴虚感冒可适当饮用金银花茶、麦冬茶，辅助清热养阴；避免暴饮暴食、生冷油腻饮食。三是情志调护。保持心情舒畅，避免情志不畅、焦虑烦躁，以免影响肺卫功能，延缓康复。四是复发预防。对于体质虚弱、平素易感冒者，可在感冒痊愈后服用玉屏风散、补中益气汤等方剂调理体质，增强正气；冬春季节易发病期间，可适当饮用生姜红糖水、金银花茶等，预防感冒发生；加强体育锻炼，适度开展太极拳、散步等运动，提升机体免疫力。社区感冒预后良好，多数患者经规范中药治疗 3-5 天可痊愈，少数体质虚弱者可迁延 1 周左右，若及时调理，一般不会留下后遗症。

第二节 咳嗽的针灸与穴位贴敷技术应用

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦咳嗽这一高发呼吸系统常见病，系统阐述咳嗽的中医病因病机与临床分型，结合社区人群发病特点，重点讲解针灸、穴位贴敷两种核心适宜技术的操作规范、辨证应用、注意事项，突出实操性与安全性，贴合基层医师技术应用习惯，彰显中医药适宜技术治疗咳嗽的简便廉验优势，为社区咳嗽的精准、安全诊疗提供实用指引。

一、咳嗽的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区咳嗽临床实践，明确咳嗽的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，结合齐鲁伤寒流派对外感咳嗽、内伤咳嗽的辨证认知，区分不同分型的核心特征，为后续针灸与穴位贴敷技术的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性需求。

（一）核心病因病机

咳嗽的中医病因主要分为外感与内伤两大类，核心病机为肺失宣降、肺气上逆，契合齐鲁伤寒流派“肺主气、司呼吸，肺气不畅则发为咳嗽”的核心认知。外感咳嗽多由风、寒、热、燥等六淫邪气侵袭肺卫所致，风邪为先导，兼夹他邪侵袭，导致肺失宣发、肃降失常，肺气上逆引发咳嗽，多起病急、病程短，伴外感表证；内伤咳嗽多由饮食不节、情志不畅、久病体虚等所致，饮食不节致痰湿内生、壅塞肺气，情志不畅致肝气郁结、上逆犯肺，久病体虚致肺脾两虚、肺肾亏虚，均会导致肺气上逆，多起病缓、病程长，反复发作。病位主要在肺，与脾、肝、肾关系密切，外感咳嗽以实证为主，内伤咳嗽多虚实夹杂。

（二）社区常见临床分型

结合社区咳嗽发病规律、人群体质特点及临床实践，咳嗽主要分为外感咳嗽与内伤咳嗽两大类，其中外感咳嗽占社区咳嗽发病总量的 67.8%，内伤咳嗽占 32.2%（数据来源：《中国基层医药》2025 年第 11 期《社区咳嗽中医分型及诊疗效果观察》）。外感咳嗽常见分型为风寒袭肺、风热犯肺、风燥伤肺；内伤咳嗽常见分型为痰湿蕴肺、肝火犯肺、肺脾气虚，各分型症状、舌脉特征鲜明，是针灸与穴位贴敷辨证应用的核心依据，基层诊疗中需重点区分，避免技术应用失当。

表 2 社区咳嗽各分型针灸与穴位贴敷治疗汇总表

分型	辨证要点	针灸主穴 + 配穴	穴位贴敷药物	贴敷穴位
风寒袭肺	咳嗽声重，咳痰稀薄色白，恶寒无汗	肺俞、膻中、天突、列缺、合谷配：风门、风池	细辛、白芥子、生姜、紫苏子	肺俞、膻中、天突、风门
风热犯肺	咳嗽频剧，咳痰黄稠，咽痛口渴	主穴同上配：曲池、大椎、鱼际	川贝母、杏仁、金银花、连翘	肺俞、膻中、天突、曲池
风燥伤肺	干咳少痰，咽干鼻燥，舌红少津	主穴同上配：太溪、照海	沙参、麦冬、川贝母、杏仁	肺俞、膻中、天突、太溪
痰湿蕴肺	咳嗽痰多，痰白黏稠，胸闷脘痞	主穴同上配：脾俞、足三里、丰隆	半夏、陈皮、茯苓、白芥子	肺俞、膻中、天突、脾俞、丰隆
肝火犯肺	咳时面赤，胁肋胀痛，痰少黏稠	主穴同上配：肝俞、太冲、期门	柴胡、黄芩、杏仁、川贝母	肺俞、膻中、天突、肝俞、太冲
肺脾气虚	咳嗽无力，气短懒言，自汗易感	主穴同上配：脾俞、足三里、气海	黄芪、党参、白术、川贝母	肺俞、膻中、天突、脾俞、足三里

二、咳嗽的针灸治疗技术规范与辨证应用

本点立足基层针灸技术应用实际，明确咳嗽针灸治疗的核心原则、常用穴位，重点讲解不同临床分型咳嗽的针灸操作规范、手法技巧与疗程安排，突出实操性与安全性，贴合基层医师技术水平，同时兼顾社区诊疗便捷性，确保针灸技术在社区规范、安全应用。

（一）针灸治疗核心原则与常用穴位

针灸治疗咳嗽以“宣肺降气、止咳平喘”为核心原则，外感咳嗽侧重解表宣肺，内伤咳嗽侧重调理脏腑、扶正祛邪，结合辨证分型调整取穴与手法。常用穴位以肺经穴位为主，兼顾脾、肝、肾相关穴位，均为社区针灸实操中常用、安全、疗效确切的穴位，便于基层医师掌握。主穴包括肺俞、膻中、天突、列缺、合谷，肺俞穴调理肺气、止咳平喘，为治疗咳嗽的核心穴位；膻中穴理气宽胸、宣肺化痰；天突穴利咽、降气、止咳；列缺穴疏风解表、宣肺止咳，为肺经络穴；合谷穴疏风解表、通络止痛，辅助调理肺气。配穴根据辨证分型灵活选用，确保辨证取穴、精准施治。

（二）不同分型针灸操作规范

1. 风寒袭肺型咳嗽。取穴以主穴肺俞、膻中、天突、列缺、合谷为主，配穴加风门、风池。操作方法：患者取俯卧位或仰卧位，穴位皮肤常规消毒，采用 0.30×25mm 毫针，肺俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法，留针 20 分钟；膻中穴

平刺 0.3-0.5 寸，避免刺入胸腔，行捻转平补平泻法；天突穴先直刺 0.2 寸，再沿胸骨柄后缘向下斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转泻法，避免刺伤气管；列缺穴斜刺 0.3-0.5 寸，合谷穴直刺 0.5-1.0 寸，风门、风池穴斜刺 0.5-0.8 寸，均行捻转泻法，留针 20 分钟，每日 1 次，5 次为 1 个疗程，疗程间休息 2 天，可配合艾灸肺俞、风门穴，增强散寒止咳功效。

2. 风热犯肺型咳嗽。取穴以主穴为主，配穴加曲池、大椎、鱼际。操作方法：穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，肺俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转泻法；膻中穴平刺 0.3-0.5 寸，行捻转泻法；天突穴操作同前，行捻转泻法；列缺穴斜刺 0.3-0.5 寸，合谷、曲池、鱼际穴直刺 0.5-1.0 寸，大椎穴向上斜刺 0.5-0.8 寸，均行捻转泻法，留针 20 分钟，每日 1 次，5 次为 1 个疗程，避免艾灸，防止加重热象。

3. 风燥伤肺型咳嗽。取穴以主穴为主，配穴加太溪、肺俞（双侧）、照海。操作方法：穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，肺俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转平补平泻法；膻中、天突穴操作同前，行捻转平补平泻法；列缺、合谷穴斜刺或直刺，行捻转平补平泻法；太溪、照海穴直刺 0.3-0.5 寸，行捻转补法，留针 20 分钟，每日 1 次，5 次为 1 个疗程，可配合穴位按摩，增强滋阴润燥功效。

4. 痰湿蕴肺型咳嗽。取穴以主穴为主，配穴加脾俞、足三里、丰隆。操作方法：穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，肺俞、膻中、天突穴操作同前，行捻转平补平泻法；列缺、合谷穴直刺或斜刺，行捻转平补平泻法；脾俞、足三里穴直刺 0.8-1.0 寸，行捻转补法；丰隆穴直刺 1.0-1.5 寸，行捻转泻法，留针 20 分钟，每日 1 次，7 次为 1 个疗程，疗程间休息 3 天，可配合艾灸脾俞、足三里穴，增强健脾化痰功效。

5. 肝火犯肺型咳嗽。取穴以主穴为主，配穴加肝俞、太冲、期门。操作方法：穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，肺俞、膻中、天突穴行捻转泻法；列缺、合谷穴行捻转泻法；肝俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，太冲穴直刺 0.5-0.8 寸，期门穴平刺 0.3-0.5 寸，均行捻转泻法，留针 20 分钟，每日 1 次，5 次为 1 个疗程，避免艾灸，防止加重肝火。

6. 肺脾气虚型咳嗽。取穴以主穴为主，配穴加脾俞、足三里、气海。操作方法：穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，肺俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；膻中、天突穴行捻转平补平泻法；列缺、合谷穴行捻转平补平泻法；脾俞、足三里、

气海穴直刺 0.8-1.0 寸，行捻转补法，留针 20 分钟，每日 1 次，7 次为 1 个疗程，可配合艾灸肺俞、脾俞、气海穴，增强益气固表、止咳功效。

三、咳嗽的穴位贴敷技术规范与辨证应用

本点立足社区穴位贴敷技术应用实际，重点讲解穴位贴敷的核心原理、常用药物与贴敷穴位，明确不同临床分型咳嗽的贴敷规范、操作流程、疗程安排与注意事项，突出简便性、安全性与实操性，适配社区诊疗场景，同时兼顾居民居家操作的可行性，彰显穴位贴敷“无创、便捷、廉验”的优势。

（一）穴位贴敷核心原理与常用药物

穴位贴敷是中医外治法的重要组成部分，核心原理是通过药物刺激穴位，使药物经皮肤渗透吸收，调节脏腑功能、疏通经络气血，实现宣肺降气、止咳平喘的功效，契合中医“内病外治”“辨证施治”的核心思想。社区贴敷常用药物以温肺、化痰、止咳、解表、益气类为主，选用价格亲民、疗效确切、刺激性小的中药，避免使用有毒、刺激性强的药物，适配基层居民体质。常用基础药物包括细辛、生姜、白芥子、紫苏子、杏仁、川贝母、黄芪等，根据辨证分型灵活调整药物配伍，制成贴敷药膏，确保药物与证型精准适配，提升贴敷疗效。国家中医药管理局数据显示，穴位贴敷治疗社区咳嗽的有效率达 89.7%，其中外感咳嗽有效率达 92.3%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型穴位贴敷操作规范

1. 风寒袭肺型咳嗽。药物配伍：细辛 3g、白芥子 6g、生姜 9g、紫苏子 6g，共研细末，加适量生姜汁调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴敷穴位：肺俞、膻中、天突、风门，均为双侧（膻中、天突除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，待皮肤干燥后，将药饼贴敷于穴位上，用医用胶布固定，贴敷时间成人 4-6 小时，儿童 2-3 小时，每日 1 次，5 次为 1 个疗程，贴敷期间避免受凉、食用生冷食物，贴敷后若皮肤出现轻微发红、瘙痒，为正常反应，无需特殊处理。

2. 风热犯肺型咳嗽。药物配伍：川贝母 6g、杏仁 6g、金银花 9g、连翘 9g，共研细末，加适量蜂蜜调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴敷穴位：肺俞、膻中、天突、曲池，均为双侧（膻中、天突除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，待干燥后贴敷药饼，医用胶布固定，贴敷时间成人 3-4 小时，儿童 1-2 小时，

每日1次，5次为1个疗程，贴敷期间避免食用辛辣、温热食物，若皮肤出现灼热感，及时取下药饼，用温水清洗局部皮肤。

3. 风燥伤肺型咳嗽。药物配伍：沙参9g、麦冬9g、川贝母6g、杏仁6g，共研细末，加适量蜂蜜调成糊状，制成直径1-1.5cm的药饼。贴敷穴位：肺俞、膻中、天突、太溪，均为双侧（膻中、天突除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，贴敷药饼并固定，贴敷时间成人4-5小时，儿童2小时，每日1次，5次为1个疗程，贴敷期间多饮温水，避免食用辛辣、干燥食物，保持皮肤清洁。

4. 痰湿蕴肺型咳嗽。药物配伍：半夏6g、陈皮6g、茯苓9g、白芥子6g，共研细末，加适量生姜汁调成糊状，制成直径1-1.5cm的药饼。贴敷穴位：肺俞、膻中、天突、脾俞、丰隆，均为双侧（膻中、天突除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，贴敷药饼并固定，贴敷时间成人4-6小时，儿童2-3小时，每日1次，7次为1个疗程，贴敷期间避免食用油腻、甜腻食物，防止加重痰湿。

5. 肝火犯肺型咳嗽。药物配伍：柴胡6g、黄芩6g、杏仁6g、川贝母6g，共研细末，加适量米醋调成糊状，制成直径1-1.5cm的药饼。贴敷穴位：肺俞、膻中、天突、肝俞、太冲，均为双侧（膻中、天突除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，贴敷药饼并固定，贴敷时间成人3-4小时，儿童1-2小时，每日1次，5次为1个疗程，贴敷期间避免情绪激动、熬夜，食用清淡饮食。

6. 肺脾气虚型咳嗽。药物配伍：黄芪9g、党参9g、白术6g、川贝母6g，共研细末，加适量蜂蜜调成糊状，制成直径1-1.5cm的药饼。贴敷穴位：肺俞、膻中、天突、脾俞、足三里，均为双侧（膻中、天突除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，贴敷药饼并固定，贴敷时间成人5-6小时，儿童2-3小时，每日1次，7次为1个疗程，贴敷期间可配合温和饮食，避免劳累，增强体质。

四、针灸与穴位贴敷的注意事项与安全防护

本点结合社区诊疗安全需求，梳理针灸与穴位贴敷技术应用的核心注意事项，聚焦操作安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与居民居家应用需求，确保两种技术安全、规范、有效应用。

（一）针灸治疗注意事项

一是严格无菌操作，穴位皮肤、毫针、针灸器械需彻底消毒，采用一次性毫针，避免交叉感染；毫针使用前检查针尖是否光滑、针身是否完好，避免断针、

弯针。二是辨证取穴、精准操作，严格掌握各穴位的解剖位置，避免刺伤重要脏器，如天突穴、膻中穴操作时需控制深度与角度，防止刺伤气管、胸腔；根据患者体质调整针刺深度与手法，老年人、儿童、体质虚弱者宜浅刺、轻手法，避免强刺激。三是明确禁忌人群，孕妇禁用针刺腹部、腰骶部穴位，如脾俞、气海等；有出血倾向、凝血功能障碍者、皮肤感染、溃疡者禁用针灸；精神疾病患者、不配合治疗者慎用针灸。四是密切观察反应，针刺过程中观察患者面色、神态，若出现头晕、恶心、心慌、出冷汗等晕针反应，立即起针，让患者平卧休息，饮用温水，必要时对症处理；起针后按压针孔 1-2 分钟，避免出血、皮下血肿。五是规范术后护理，针灸后嘱患者休息 15-30 分钟，避免受凉、吹风，忌生冷、辛辣食物，避免剧烈运动，确保疗效。

（二）穴位贴敷注意事项

一是严格辨证配药，根据咳嗽分型调整药物配伍，避免药物与证型不符，加重病情；药物需新鲜配制，研末细腻，避免使用变质、过期药物，减少皮肤刺激。二是规范贴敷操作，贴敷前清洁穴位皮肤，待皮肤干燥后再贴敷，药饼大小适中、厚度均匀，固定牢固但避免过紧，防止压迫皮肤；严格控制贴敷时间，根据年龄、体质调整，避免贴敷时间过长导致皮肤红肿、起泡。三是明确禁忌人群，皮肤过敏者、皮肤感染、溃疡、破损者禁用穴位贴敷；孕妇、哺乳期妇女慎用腹部、腰骶部穴位贴敷；儿童、老年人贴敷时需专人看护，及时观察皮肤反应。四是做好不良反应处理，贴敷后若皮肤出现轻微发红、瘙痒、灼热感，为正常反应，取下药饼后用温水清洗皮肤，避免搔抓；若出现明显红肿、水泡，立即取下药饼，用碘伏消毒水泡周围皮肤，小水泡无需挑破，大水泡用无菌针头刺破引流，涂抹红霉素软膏，避免感染；若出现严重过敏反应，及时对症处理。五是规范居家指导，对于居家贴敷的居民，详细告知贴敷方法、时间、注意事项与不良反应处理方法，确保居家贴敷安全有效，定期随访了解贴敷效果。

第三节 慢性支气管炎的中药方剂与艾灸疗法

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦慢性支气管炎这一高发、易复发的呼吸系统常见病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区老年人群为主的发病特点，重点讲解中药方剂的辨证选用、加减运用及艾灸疗法的操作规范、辨证应用，突出实操性、安全性与实用性，彰显中医药在慢性支气管炎防治中的独特优势，为社区医师开展精准诊疗、居民居家调理提供实用指引。

一、慢性支气管炎的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区慢性支气管炎临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续中药方剂与艾灸疗法的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性与针对性需求。

（一）核心病因病机

慢性支气管炎属中医“咳嗽”“喘证”“痰饮”范畴，核心病因分为外感与内伤，病机以肺、脾、肾三脏功能失调，痰湿、寒邪、热邪、气滞等阻滞肺络，肺失宣降、肺气上逆为主，契合齐鲁伤寒流派“外感久病入里、内伤脏腑亏虚”的辨证认知。外感多由风寒、风热、燥邪反复侵袭肺卫，迁延不愈伤及脏腑；内伤多由饮食不节、情志失调、久病体虚所致，饮食不节致痰湿内生、壅塞肺气，情志失调致肝气郁结、上逆犯肺，久病体虚致肺脾两虚、肺肾亏虚，气不化津、痰浊内蕴。该病病程绵长、反复发作，多以虚实夹杂为主要病机，急性发作期以实证为主，缓解期以虚证或虚实夹杂为主，病位在肺，与脾、肾关系最为密切。

（二）社区常见临床分型

结合社区慢性支气管炎发病规律、人群体质（以老年人、体质虚弱者为主）及临床实践，该病临床分型主要分为急性发作期与缓解期两大类，其中急性发作期以风寒犯肺型、风热犯肺型、痰湿阻肺型为主，缓解期以肺脾气虚型、肺肾亏虚型为主。据《中国基层医药》2025年第12期调研数据显示，社区慢性支气管炎急性发作期以痰湿阻肺型占比最高（41.2%），缓解期以肺脾气虚型最为常见（38.7%）（数据来源：《中国基层医药》2025年第12期《社区慢性支气管炎中医分型分布及诊疗效果分析》），各分型症状、舌脉特征鲜明，是中药方剂与

艾灸疗法辨证应用的核心依据。

二、慢性支气管炎的中药方剂治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗实际，结合慢性支气管炎不同分期、分型特点，明确中药治疗的核心原则，重点讲解各分型常用中药方剂的组成、加减运用、煎服方法，选用社区常用、疗效确切、价格亲民、毒副作用小的方剂，突出辨证施治与实操性，贴合基层医师用药习惯与居民用药可及性需求。

（一）中药治疗核心原则与用药要点

慢性支气管炎中药治疗以“急则治其标、缓则治其本”为核心原则，急性发作期侧重祛邪止咳、化痰平喘，根据外感邪气性质选用散寒、清热、化痰等治法；缓解期侧重扶正固本、调理脏腑，重点调理肺、脾、肾三脏功能，增强机体正气，减少复发。用药需兼顾辨证精准与安全性，避免使用有毒、峻猛之品，老年人、体质虚弱者需减量使用，兼顾扶正与祛邪，防止单纯祛邪耗伤正气或单纯扶正助邪。同时，结合社区诊疗便捷性，兼顾汤剂与中成药的合理应用，急性发作期以汤剂为主，缓解期可选用中成药长期调理，提升居民用药依从性。

（二）不同分型中药方剂治疗规范

1. 急性发作期—风寒犯肺型。治法以辛温解表、宣肺散寒、化痰止咳为主，首选方剂为麻黄汤合二陈汤加减。方剂组成：麻黄 6g，桂枝 6g，杏仁 9g，炙甘草 3g，陈皮 6g，半夏 9g，茯苓 12g，紫苏子 6g。加减运用：咳嗽剧烈、痰多清稀者，加细辛 3g、干姜 6g，增强温肺化痰止咳功效；胸闷、气喘明显者，加枳壳 6g、厚朴 6g，理气平喘；头痛、身痛者，加川芎 6g、白芷 6g，祛风止痛。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，麻黄先煎 10 分钟，服药后加盖衣被微微出汗，避免大汗淋漓，服药期间忌生冷、寒凉饮食，7 天为 1 个疗程。

2. 急性发作期—风热犯肺型。治法以辛凉解表、宣肺清热、化痰止咳为主，首选方剂为银翘散合桑白皮汤加减。方剂组成：金银花 15g，连翘 15g，薄荷 6g（后下），牛蒡子 9g，桔梗 6g，桑白皮 12g，黄芩 9g，杏仁 9g，川贝母 6g，炙甘草 3g。加减运用：发热甚者，加柴胡 9g、葛根 12g，退热解表；咽喉肿痛者，加板蓝根 15g、蒲公英 15g，清热解毒利咽；痰黄黏稠、难以咯出者，加瓜蒌 12g、竹茹 6g，清热化痰。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，薄荷后下，避免久煎，服药期间忌辛辣、温热饮食，7 天为 1 个疗程。

3. 急性发作期—痰湿阻肺型。治法以燥湿化痰、理气止咳、宣肺平喘为主，首选方剂为二陈汤合三子养亲汤加减，该型为社区最常见分型，适配多数老年患者。方剂组成：陈皮 6g，半夏 9g，茯苓 12g，炙甘草 3g，紫苏子 6g，白芥子 6g，莱菔子 9g，苍术 9g，厚朴 6g。加减运用：痰多黏稠、胸闷明显者，加枳实 6g、瓜蒌 9g，理气化痰；气喘甚者，加麻黄 6g、杏仁 9g，宣肺平喘；食欲不振、腹胀者，加白术 9g、神曲 9g，健脾消食。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，服药期间忌油腻、甜腻、生冷饮食，避免加重痰湿，7-10 天为 1 个疗程。

4. 缓解期—肺脾气虚型。治法以益气健脾、补肺化痰为主，首选方剂为玉屏风散合补中益气汤加减。方剂组成：黄芪 15g，白术 9g，防风 6g，党参 12g，炙甘草 3g，当归 9g，陈皮 6g，升麻 6g，柴胡 6g，杏仁 9g。加减运用：气短、乏力甚者，加西洋参 6g（另煎），增强益气功效；咳嗽、痰多者，加半夏 6g、川贝母 6g，化痰止咳；自汗明显者，加牡蛎 15g（先煎）、浮小麦 12g，益气固表。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，西洋参另煎取汁冲服，20 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程，巩固疗效。

5. 缓解期—肺肾亏虚型。治法以补肺益肾、止咳平喘为主，首选方剂为补肺汤合肾气丸加减。方剂组成：黄芪 15g，党参 12g，熟地黄 12g，五味子 6g，紫菀 9g，桑白皮 9g，附子 6g（先煎），肉桂 3g，山药 12g，山茱萸 9g。加减运用：腰膝酸软明显者，加杜仲 9g、牛膝 9g，补肾强腰；气喘、动则加重者，加蛤蚧 1 对（研末冲服），补肺益肾平喘；口干咽燥者，加麦冬 9g、沙参 9g，滋阴润燥。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，附子先煎 30 分钟，确保用药安全，20 天为 1 个疗程，缓解期可间断服用，减少复发。

三、慢性支气管炎的艾灸疗法规范与辨证应用

本点立足社区艾灸技术应用实际，结合作者艾灸专长与慢性支气管炎不同分型特点，重点讲解艾灸疗法的核心原理、常用穴位、操作规范，明确不同分型的艾灸方案、疗程安排与注意事项，突出简便性、安全性与实操性，适配基层医师实操与居民居家调理，彰显艾灸“温通经络、扶正祛邪”的优势，辅助中药提升疗效、减少复发。

（一）艾灸治疗核心原理与常用穴位

艾灸治疗慢性支气管炎的核心原理是通过艾灸的温热刺激，作用于相关穴位，

温通经络、调和气血、调理脏腑功能，实现宣肺降气、化痰止咳、益气固表的功效，契合中医“温则通、温则散”的理论，尤其适用于慢性支气管炎急性发作期风寒、痰湿型及缓解期虚证患者。社区艾灸常用穴位以肺、脾、肾相关穴位为主，选用操作简便、安全、疗效确切的穴位，便于基层医师与居民掌握。主穴包括肺俞、膻中、天突、足三里、脾俞、肾俞，肺俞穴调理肺气、止咳平喘，为核心穴位；膻中穴理气宽胸、化痰平喘；天突穴利咽降气、止咳；足三里穴益气健脾、增强机体正气；脾俞、肾俞穴分别调理脾、肾功能，从根源上减少痰湿内生、增强肺卫功能。配穴根据辨证分型灵活选用，精准适配不同证型需求。国家中医药管理局数据显示，艾灸联合中药治疗社区慢性支气管炎的有效率达 91.5%，复发率较单纯中药治疗下降 47.3%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型艾灸操作规范

1. 急性发作期—风寒犯肺型。艾灸原则以温肺散寒、宣肺止咳为主，取穴以主穴肺俞、膻中、天突、足三里为主，配穴加风门、大椎。操作方法：采用温和灸，选用纯艾条，点燃后距离穴位皮肤 2-3cm，以皮肤感觉温热、无灼痛为宜，每个穴位艾灸 15-20 分钟，每日 1 次，7 天为 1 个疗程。艾灸顺序为先背部后胸部、先上后下，艾灸时避免烫伤皮肤，艾灸后嘱患者饮用温水，避免受凉、吹风，忌生冷饮食，可配合生姜红糖水饮用，增强散寒功效。

2. 急性发作期—风热犯肺型。该型以热邪为主，艾灸需慎用，仅适用于风热兼夹痰湿、体质偏虚者，取穴以主穴肺俞、膻中、天突为主，配穴加曲池、鱼际，采用温和灸，每个穴位艾灸 10-15 分钟，每日 1 次，5 天为 1 个疗程，避免艾灸时间过长、穴位过多，防止加重热象，艾灸后多饮温水，忌辛辣、温热饮食。

3. 急性发作期—痰湿阻肺型。艾灸原则以温化痰湿、宣肺止咳为主，取穴以主穴肺俞、膻中、天突、脾俞、足三里为主，配穴加丰隆、中脘。操作方法：采用温和灸或隔姜灸，隔姜灸可增强温化痰湿功效，将生姜切片（厚 0.3-0.5cm），中间扎孔，放置于穴位上，艾条点燃后在姜片上方温和灸，每个穴位艾灸 15-20 分钟，每日 1 次，7-10 天为 1 个疗程，艾灸后清洁皮肤，避免油腻、甜腻饮食，促进痰湿运化。

4. 缓解期—肺脾气虚型。艾灸原则以益气健脾、补肺固表为主，取穴以主穴肺俞、脾俞、足三里、膻中为主，配穴加气海、关元。操作方法：采用温和灸，

每个穴位艾灸 20-25 分钟，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续艾灸 2-3 个疗程，巩固疗效。艾灸时间可选择上午 9-11 点（脾经当令），增强健脾功效，艾灸后避免劳累，饮食以温和、易消化为主，适当进行轻度运动，提升机体正气。

5. 缓解期—肺肾亏虚型。艾灸原则以补肺益肾、止咳平喘为主，取穴以主穴肺俞、肾俞、足三里、天突为主，配穴加命门、太溪。操作方法：采用温和灸，每个穴位艾灸 20-25 分钟，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，缓解期可每月艾灸 1 个疗程，减少复发。艾灸时重点艾灸背部肺俞、肾俞穴，可配合腰部热敷，增强补肾功效，老年人艾灸时需专人看护，控制艾灸温度，避免烫伤。

四、中药与艾灸联合应用的注意事项与预后调护

本点结合社区诊疗安全与居民调理需求，梳理中药与艾灸联合应用的核心注意事项，聚焦用药安全、艾灸安全、辨证适配等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，同时讲解慢性支气管炎的预后调护措施，贴合基层居民认知水平，提升诊疗效果与复发防控能力。

（一）联合应用注意事项

一是辨证精准，适配分型。中药与艾灸需严格遵循辨证施治原则，避免证型不符导致病情加重，如风热犯肺型急性发作期，避免过度艾灸与使用温热性中药；虚证患者中药与艾灸兼顾扶正，避免单纯祛邪。对于症状不典型的患者，需结合舌脉精准辨证，微调方剂与艾灸方案，贴合个体体质差异。二是规范用药，严控安全。中药汤剂需严格按照方剂组成与煎服方法操作，明确药物剂量与服用时间，避免自行增减剂量、更改煎服方法；附子、细辛等有毒药物需严格控制剂量与煎煮时间，确保用药安全。中成药需根据分型选用，避免盲目服用，不建议同时服用多种功效相似的中成药，防止药物叠加产生不良反应。三是规范艾灸，防范风险。艾灸时严格控制温度与时间，避免烫伤皮肤，尤其是老年人、皮肤敏感者，需选用温和灸，控制艾灸距离；艾灸时保持室内通风，避免艾烟过多刺激呼吸道；艾灸后及时清洁皮肤，避免受凉、吹风，饮用温水补充水分。四是明确禁忌，规避风险。孕妇禁用腹部、腰骶部艾灸与活血化瘀类中药；有出血倾向、凝血功能障碍者、皮肤感染、溃疡者禁用艾灸，慎用活血化瘀类中药；肝肾功能不全者、过敏体质者，需严格把控中药剂量与艾灸方案，必要时咨询专业医师。五是密切观察，及时调整。治疗期间密切观察患者症状变化，若中药与艾灸治疗 1 个疗程

后症状无缓解甚至加重，或出现高热、呼吸困难、胸痛等并发症，需及时调整治疗方案，必要时向上级医院转诊，避免延误病情。

（二）预后调护与复发防控

一是生活调护。慢性支气管炎患者需注意休息，避免劳累、熬夜，保证充足睡眠，减少急性发作诱因；根据天气变化及时增减衣物，避免受凉、感冒，尤其冬春季节，减少外出聚集，做好呼吸道防护。保持室内空气湿润，避免干燥、粉尘、油烟等刺激，戒烟戒酒，减少呼吸道刺激。二是饮食调护。饮食以清淡、易消化、营养均衡为主，多吃蔬菜、水果、粥类、瘦肉等，补充营养与水分；避免食用生冷、油腻、甜腻、辛辣刺激性食物，避免加重痰湿与呼吸道刺激。风寒、痰湿型患者可适当食用生姜、葱白等温热性食物，风热、阴虚型患者可适当食用梨、百合等清热滋阴食物。三是情志与运动调护。保持心情舒畅，避免情志不畅、焦虑烦躁，以免肝气郁结、上逆犯肺，诱发咳嗽、气喘；缓解期适当进行轻度运动，如太极拳、散步、八段锦等，提升机体免疫力与肺功能，避免剧烈运动。四是复发防控。缓解期坚持中药与艾灸调理，巩固疗效，提升机体正气；冬春季节易发作期间，可提前服用玉屏风散、补中益气丸等中成药，或进行预防性艾灸，减少急性发作；定期监测病情，出现咳嗽、咳痰加重等先兆症状时，及时干预治疗，避免病情迁延。社区慢性支气管炎经规范中药与艾灸联合治疗，多数患者可有效控制症状，缓解期调理得当，可显著降低复发率，提升生活质量。

第四节 哮喘的推拿联合中药综合治疗方案

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦哮喘这一反复发作的呼吸系统疑难常见病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群发病特点，重点讲解推拿疗法的操作规范、辨证应用及与中药方剂的协同配合方案，突出综合诊疗优势，兼顾实操性、安全性与实用性，彰显中医药在哮喘防治中的独特价值，为社区医师开展精准诊疗、居民居家调理提供科学实用的指引，助力提升哮喘控制率、减少复发。

一、哮喘的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区哮喘临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确

该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，阐明推拿与中药协同治疗的理论依据，为后续综合治疗方案的制定提供坚实支撑，贴合基层诊疗的精准性需求。

（一）核心病因病机

哮喘属中医“哮证”“喘证”范畴，核心病因分为先天禀赋不足与后天失养，病机以肺、脾、肾三脏亏虚为本，痰、气、寒、热等邪气阻滞为标，契合齐鲁伤寒流派“标本兼顾、扶正祛邪”的辨证治疗思想。先天禀赋不足者，肺、脾、肾三脏功能先天薄弱，气不化津、痰浊内生，为哮喘发病奠定内在基础；后天失养多由饮食不节、情志失调、外感邪气、劳累过度所致，饮食不节致痰湿内生、壅塞肺气，情志失调致肝气郁结、上逆犯肺，外感邪气（尤以风寒、风热为主）诱发痰邪阻滞气道，劳累过度耗伤正气、加重脏腑亏虚。该病发作期以邪气阻滞、气道挛急为主，属实证或虚实夹杂；缓解期以脏腑亏虚、痰邪伏留为主，属虚证，病位在肺，与脾、肾、肝关系密切，反复发作则正气愈虚、痰邪愈盛，形成恶性循环。

（二）社区常见临床分型

结合社区哮喘发病规律、人群体质及临床实践，该病临床分型主要分为发作期与缓解期两大类，其中发作期以寒哮、热哮最为常见，缓解期以肺脾气虚、肺肾亏虚为主。据《中国中医药信息杂志》2025年第8期调研数据显示，社区哮喘发作期以寒哮占比最高（45.3%），热哮占32.7%，缓解期以肺脾气虚型占比达40.1%（数据来源：《中国中医药信息杂志》2025年第8期《社区哮喘中医分型及综合诊疗效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是推拿与中药协同治疗、辨证施治的核心依据，基层诊疗中需重点区分，确保治疗方案精准适配。

二、哮喘的中药方剂治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗实际，结合哮喘不同分期、分型特点，明确中药治疗的核心原则，重点讲解各分型常用中药方剂的组成、加减运用、煎服方法，选用社区常用、疗效确切、价格亲民、毒副作用小的方剂，兼顾发作期治标与缓解期治本，为与推拿疗法协同配合奠定基础，贴合基层医师用药习惯与居民用药可及性需求。

（一）中药治疗核心原则与用药要点

哮喘中药治疗以“发时治标、缓时治本”为核心原则，发作期侧重祛邪平喘、

化痰开窍，根据邪气性质选用温化寒痰、清化热痰等治法，快速缓解气道痉挛、减轻喘息症状；缓解期侧重扶正固本、调理脏腑，重点调理肺、脾、肾三脏功能，增强机体正气、清除伏痰，从根源上减少发作。用药需兼顾辨证精准与安全性，避免使用有毒、峻猛之品，老年人、儿童、体质虚弱者需减量使用；发作期以汤剂为主，起效迅速，缓解期可选用汤剂或中成药长期调理，提升居民用药依从性。同时，中药用药需与推拿疗法协同配合，发作期侧重祛邪协同，缓解期侧重扶正互补，提升综合诊疗效果。

（二）不同分型中药方剂治疗规范

1. 发作期—寒哮。治法以温肺散寒、化痰平喘、开窍解痉为主，首选方剂为射干麻黄汤加减。方剂组成：射干 9g，麻黄 6g，生姜 6g，细辛 3g，紫菀 9g，款冬花 9g，大枣 2 枚，半夏 9g，五味子 6g，炙甘草 3g。加减运用：喘息剧烈、气道痉挛明显者，加苏子 6g、白芥子 6g，增强化痰平喘、解痉功效；痰多清稀、胸闷甚者，加陈皮 6g、茯苓 12g，燥湿化痰、理气宽胸；形寒肢冷、阳虚明显者，加附子 6g（先煎）、肉桂 3g，温阳散寒。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，麻黄、附子先煎 30 分钟，确保用药安全，服药后加盖衣被微微出汗，避免受凉，忌生冷、寒凉饮食，5-7 天为 1 个疗程，直至喘息症状缓解。

2. 发作期—热哮。治法以清热宣肺、化痰平喘、开窍解痉为主，首选方剂为定喘汤加减。方剂组成：麻黄 6g，白果 9g，苏子 6g，甘草 3g，款冬花 9g，杏仁 9g，桑白皮 12g，黄芩 9g，半夏 9g。加减运用：喘息剧烈、高热甚者，加石膏 15g（先煎）、柴胡 9g，清热平喘、退热解表；痰黄黏稠、难以咯出者，加川贝母 6g、瓜蒌 12g，清热化痰；咽喉肿痛、口干甚者，加金银花 15g、连翘 15g，清热解毒利咽。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，石膏先煎 30 分钟，麻黄后下，避免久煎降低药效，服药期间忌辛辣、温热、油腻饮食，5-7 天为 1 个疗程。

3. 缓解期—肺脾气虚型。治法以益气健脾、补肺化痰、固表止哮为主，首选方剂为玉屏风散合六君子汤加减。方剂组成：黄芪 15g，白术 9g，防风 6g，党参 12g，茯苓 12g，陈皮 6g，半夏 9g，炙甘草 3g。加减运用：气短、乏力甚者，加西洋参 6g（另煎），增强益气功效；咳嗽、痰多者，加紫菀 9g、款冬花 9g，化痰止咳；自汗明显、易感冒者，加牡蛎 15g（先煎）、浮小麦 12g，益气固表。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，西洋参另煎取汁冲服，20 天为 1

个疗程，可连续服用 2-3 个疗程，巩固疗效、减少复发。

4. 缓解期—肺肾亏虚型。治法以补肺益肾、纳气平喘、化痰除根为主，首选方剂为补肺汤合肾气丸加减。方剂组成：黄芪 15g，党参 12g，熟地黄 12g，五味子 6g，紫菀 9g，桑白皮 9g，附子 6g（先煎），肉桂 3g，山药 12g，山茱萸 9g，炙甘草 3g。加减运用：腰膝酸软、肾虚明显者，加杜仲 9g、牛膝 9g，补肾强腰；喘息、动则加重者，加蛤蚧 1 对（研末冲服），补肺益肾、纳气平喘；口干咽燥、阴虚者，加麦冬 9g、沙参 9g，滋阴润燥。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，附子先煎 30 分钟，确保用药安全，20 天为 1 个疗程，缓解期可间断服用，每 1-2 个月服用 1 个疗程，预防复发。

三、哮喘的推拿疗法规范与辨证应用

本点立足社区推拿技术应用实际，结合作者推拿专长与哮喘不同分型特点，重点讲解推拿疗法的核心原理、常用手法与穴位，明确不同分型的推拿操作规范、疗程安排，突出简便性、安全性与实操性，适配基层医师实操与居民居家调理，阐明推拿与中药的协同配合要点，提升综合诊疗效果。

（一）推拿治疗核心原理与常用手法、穴位

推拿治疗哮喘的核心原理是通过手法刺激相关穴位，疏通经络、调和气血、调理脏腑功能，缓解气道痉挛、化痰平喘，同时增强机体正气、清除伏痰，与中药治疗形成协同互补。社区推拿常用手法以轻柔、舒缓、见效快为主，包括揉法、按法、推法、搓法、捏法、拍法，避免强刺激手法，适配各年龄段人群。常用穴位以肺、脾、肾、肝相关穴位为主，主穴包括肺俞、膻中、天突、足三里、脾俞、肾俞、太渊、太冲，肺俞穴调理肺气、止咳平喘，为核心穴位；膻中穴理气宽胸、解痉平喘；天突穴利咽开窍、缓解喘息；足三里穴益气健脾、增强正气；太渊穴宣肺理气、调和气血；太冲穴疏肝理气、缓解气道痉挛。配穴根据辨证分型灵活选用，精准适配不同证型需求。国家中医药管理局数据显示，推拿联合中药治疗社区哮喘的有效率达 93.2%，复发率较单纯中药治疗下降 51.7%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型推拿操作规范

1. 发作期—寒哮。推拿原则以温肺散寒、化痰平喘、解痉开窍为主，取穴以主穴肺俞、膻中、天突、太渊为主，配穴加风门、大椎、合谷。操作方法：患者

取仰卧位与俯卧位交替，先俯卧位，用掌根揉法揉按背部肺俞、风门、大椎穴，每穴 3-5 分钟，力度轻柔，以皮肤温热为度；再仰卧位，用拇指按法按揉膻中、天突穴，每穴 2-3 分钟，力度适中，避免压迫气管；用食指、中指推法推揉太渊、合谷穴，每穴 2 分钟，力度轻柔。整套手法每日 1 次，每次 20-30 分钟，5-7 天为 1 个疗程，与中药协同使用，快速缓解喘息症状，推拿后嘱患者饮用温水，避免受凉。

2. 发作期—热哮。推拿原则以清热宣肺、化痰平喘、解痉开窍为主，取穴以主穴肺俞、膻中、天突、太渊、太冲为主，配穴加曲池、鱼际。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，先俯卧位，用掌根揉法揉按背部肺俞穴，3-5 分钟，力度适中；再仰卧位，用拇指按法按揉膻中、天突穴，每穴 2-3 分钟，力度轻柔；用食指、中指推法推揉太渊、太冲、曲池、鱼际穴，每穴 2 分钟，力度适中，以局部酸胀为度。整套手法每日 1 次，每次 20-30 分钟，5-7 天为 1 个疗程，避免使用温热性强的手法，推拿后多饮温水，忌辛辣、温热饮食，与中药协同清热平喘。

3. 缓解期—肺脾气虚型。推拿原则以益气健脾、补肺固表、化痰除根为主，取穴以主穴肺俞、脾俞、足三里、膻中为主，配穴加气海、关元。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，先俯卧位，用掌根揉法揉按背部肺俞、脾俞穴，每穴 3-5 分钟，力度轻柔，以皮肤温热为度；再仰卧位，用拇指按法按揉膻中、气海、关元穴，每穴 2-3 分钟，力度适中；用拇指按揉足三里穴，每穴 3 分钟，力度以局部酸胀为度。整套手法每日 1 次，每次 25-30 分钟，10 天为 1 个疗程，可连续推拿 2-3 个疗程，与中药协同调理，增强机体正气，推拿后避免劳累，饮食以温和、易消化为主。

4. 缓解期—肺肾亏虚型。推拿原则以补肺益肾、纳气平喘、化痰除根为主，取穴以主穴肺俞、肾俞、足三里、太渊为主，配穴加命门、太溪。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，先俯卧位，用掌根揉法揉按背部肺俞、肾俞、命门穴，每穴 3-5 分钟，力度轻柔，以皮肤温热为度；再仰卧位，用拇指按法按揉太渊、太溪穴，每穴 2-3 分钟，力度适中；用拇指按揉足三里穴，每穴 3 分钟，力度以局部酸胀为度。整套手法每日 1 次，每次 25-30 分钟，10 天为 1 个疗程，缓解期可每月推拿 1 个疗程，与中药协同调理，补肺益肾、减少复发，老年人推拿时力度需更轻柔，避免过度刺激。

四、推拿联合中药的综合治疗方案与注意事项

本点立足社区综合诊疗实际，明确推拿与中药联合治疗的协同方案，区分发作期与缓解期的治疗重点，梳理联合治疗的核心注意事项，聚焦诊疗安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与居民居家调理需求，确保综合治疗方案安全、规范、有效。

（一）推拿与中药联合综合治疗方案

1. 发作期联合治疗方案。核心目标是快速缓解喘息症状、解除气道痉挛、清除邪气，采用“中药为主、推拿为辅”的协同模式。中药选用对应证型方剂，每日1剂，分2次温服，快速发挥祛邪平喘功效；推拿每日1次，每次20-30分钟，选用对应证型推拿手法，重点刺激平喘、解痉穴位，缓解气道痉挛、减轻喘息症状，缩短发作病程。联合治疗期间，密切观察患者喘息、呼吸情况，若症状无缓解甚至加重，及时调整中药方剂与推拿手法，必要时向上级医院转诊。

2. 缓解期联合治疗方案。核心目标是扶正固本、清除伏痰、减少复发，采用“中药与推拿并重”的协同模式。中药选用对应证型方剂或中成药，20天为1个疗程，连续调理2-3个疗程，调理脏腑功能、增强正气；推拿每日1次，每次25-30分钟，选用对应证型推拿手法，调理肺、脾、肾三脏，增强机体免疫力、清除伏痰。同时，结合季节变化，冬春易发作期可适当增加推拿频次、调整中药剂量，强化预防效果，实现“标本兼顾、减少复发”的治疗目标。

（二）联合治疗注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。推拿与中药需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符导致病情加重，如寒哮避免使用清热类中药与寒凉性推拿手法，热哮避免使用温热类中药与温热性推拿手法；对于症状不典型、虚实夹杂的患者，需结合舌脉精准辨证，微调中药方剂与推拿手法，贴合个体体质差异。二是规范操作，严控安全。中药汤剂需严格按照方剂组成与煎服方法操作，明确药物剂量与煎煮时间，附子、细辛等有毒药物需严格控制剂量与煎煮时间，确保用药安全；中成药需根据分型选用，避免盲目服用，不建议同时服用多种功效相似的中成药。推拿时严格控制手法力度与操作时间，避免强刺激，尤其是老年人、儿童、体质虚弱者，力度需轻柔，避免按压损伤皮肤、骨骼；推拿前清洁皮肤，推拿时保持室内温暖，避免患者受凉。三是明确禁忌，规避风险。孕

妇禁用腹部、腰骶部推拿与活血化瘀类中药；有出血倾向、凝血功能障碍者、皮肤感染、溃疡者禁用推拿，慎用活血化瘀类中药；哮喘急性发作期出现呼吸困难、口唇发绀等严重症状时，需先急救处理，待症状缓解后再进行推拿与中药治疗；肝肾功能不全者、过敏体质者，需严格把控中药剂量与推拿方案，必要时咨询专业医师。四是密切观察，及时调整。联合治疗期间，密切观察患者症状变化、呼吸情况及不良反应，若出现头晕、恶心、皮肤过敏、喘息加重等情况，立即停止推拿、暂停服用中药，及时对症处理；若联合治疗 1 个疗程后症状无缓解甚至加重，需及时调整治疗方案，必要时向上级医院转诊，避免延误病情。五是居家指导，规范调理。对于居家进行推拿与中药调理的患者，详细告知中药煎服方法、推拿手法、操作规范与注意事项，确保居家调理安全有效；定期随访了解患者调理情况，及时调整中药与推拿方案，指导患者做好日常防护，减少哮喘诱发因素。

第三章 消化系统常见病的中医诊疗

第一节 慢性胃炎的中药调理与饮食禁忌

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦慢性胃炎这一高发、易复发的消化系统常见病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群饮食作息特点，重点讲解不同证型的中药调理方案，包括方剂选用、加减运用及中成药适配，同时明确针对性饮食禁忌与调理原则，突出实操性、安全性与实用性，彰显中医药在慢性胃炎调理中的独特优势，为社区医师开展精准诊疗、居民居家调理提供科学实用的指引。

一、慢性胃炎的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区慢性胃炎临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续中药调理与饮食禁忌的制定提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性需求。

（一）核心病因病机

慢性胃炎属中医“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”范畴，核心病因分为饮食不节、情志失调、脾胃虚弱、外感邪气四类，病机以脾胃功能失调、气血运行不畅、湿邪痰浊阻滞为核心，契合齐鲁伤寒流派“脾胃为后天之本、气血生化之源”的辨证认知。饮食不节（暴饮暴食、嗜食辛辣生冷、烟酒过度）是社区人群发病的首要诱因，易损伤脾胃气机、滋生湿热或寒湿；情志失调（焦虑、烦躁、抑郁）致肝气郁结、横逆犯胃，影响脾胃运化；脾胃虚弱者（老年人、体质虚弱者）正气不足，脾胃运化失常，易受外邪侵袭，形成虚实夹杂之证；外感寒、热、湿邪，侵袭脾胃，致脾胃气机阻滞，迁延不愈则耗伤气血、损伤胃黏膜。该病病位在胃，与肝、脾关系最为密切，多以虚实夹杂为主要病机，急性发作期以实证为主，缓解期以虚证或虚实夹杂为主，反复发作则脾胃功能愈弱、邪气愈盛。

（二）社区常见临床分型

结合社区慢性胃炎发病规律、人群体质（以中老年人、饮食作息不规律者为主）及临床实践，该病临床分型主要分为肝胃不和型、脾胃虚弱型、脾胃湿热型、胃阴不足型，其中肝胃不和型与脾胃虚弱型占社区慢性胃炎发病总量的 76.8%。据《中国基层医药》2025 年第 9 期调研数据显示，社区慢性胃炎患者中，肝胃不和型占 42.3%，脾胃虚弱型占 34.5%，脾胃湿热型占 15.7%，胃阴不足型占 7.5%（数据来源：《中国基层医药》2025 年第 9 期《社区慢性胃炎中医证型分布及调理效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是中药调理与饮食禁忌制定的核心依据，基层诊疗中需重点区分。

二、慢性胃炎的中药调理方案与辨证应用

本点立足社区诊疗实际，结合慢性胃炎不同临床分型特点，明确中药调理的核心原则，重点讲解各证型常用中药方剂的组成、加减运用、煎服方法，同时适配社区诊疗便捷性需求，推荐常用中成药，突出辨证施治与实操性，贴合基层医师用药习惯与居民用药可及性。

（一）中药调理核心原则与用药要点

慢性胃炎中药调理以“调理脾胃气机、扶正祛邪、标本兼顾”为核心原则，根据不同证型选用对应的治法，肝胃不和型侧重疏肝理气、和胃止痛，脾胃虚弱型侧重益气健脾、和胃养胃，脾胃湿热型侧重清热化湿、和胃降逆，胃阴不足型侧重滋阴养胃、和胃止痛。用药需兼顾安全性与实用性，选用社区常用、疗效确切、价格亲民、毒副作用小的中药，避免使用峻猛、苦寒之品，防止进一步损伤脾胃功能；老年人、体质虚弱者需减量使用，兼顾扶正与祛邪。同时，中药调理需循序渐进，缓解期可选用中成药长期调理，提升居民用药依从性，避免急于求成。

（二）不同分型中药调理规范

1. 肝胃不和型。治法以疏肝理气、和胃止痛为主，首选方剂为柴胡疏肝散加减。方剂组成：柴胡 9g，白芍 12g，枳壳 6g，川芎 6g，香附 6g，陈皮 6g，炙甘草 3g。加减运用：胃脘胀痛明显、嗝气频繁者，加厚朴 6g、半夏 6g，理气和胃、降逆止呕；反酸、烧心者，加乌贼骨 15g、煅瓦楞子 15g，抑酸止痛；情志抑郁明显者，加郁金 6g、合欢皮 9g，疏肝解郁。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，饭后 1 小时服用，避免空腹服药，服药期间忌情绪激动、熬夜，7-10

天为1个疗程，可连续服用2个疗程。中成药可选用气滞胃痛颗粒、胃苏颗粒，气滞胃痛颗粒口服，一次1袋，一日3次；胃苏颗粒口服，一次1袋，一日3次，均适用于胃脘胀痛、暖气频繁者。

2. 脾胃虚弱型。治法以益气健脾、和胃养胃为主，首选方剂为四君子汤合补中益气汤加减。方剂组成：党参12g，白术9g，茯苓12g，炙甘草3g，黄芪15g，当归9g，陈皮6g，升麻6g，柴胡6g。加减运用：胃脘隐痛、喜温喜按者，加干姜6g、桂枝3g，温中散寒、和胃止痛；食欲不振、消化不良者，加神曲9g、麦芽9g，健脾消食；大便溏薄者，加山药12g、薏苡仁15g，健脾止泻。煎服方法：水煎服，每日1剂，分2次温服，饭后1小时服用，服药期间忌生冷、油腻饮食，20天为1个疗程，可连续服用2-3个疗程。中成药可选用香砂六君丸、补中益气丸，香砂六君丸口服，一次6-9g，一日2-3次；补中益气丸口服，一次1丸，一日2次，均适用于气短乏力、胃脘隐痛者。

3. 脾胃湿热型。治法以清热化湿、和胃降逆为主，首选方剂为三仁汤合连朴饮加减。方剂组成：杏仁9g，滑石15g，通草6g，白蔻仁6g，竹叶6g，厚朴6g，薏苡仁15g，半夏9g，黄连6g，藿香9g。加减运用：胃脘灼热、口苦口臭者，加黄芩9g、蒲公英15g，清热燥湿、解毒止痛；反酸、恶心呕吐者，加竹茹6g、赭石15g，降逆止呕、抑酸止痛；大便黏腻不爽者，加苍术9g、黄柏6g，清热燥湿。煎服方法：水煎服，每日1剂，分2次温服，饭后1小时服用，服药期间忌辛辣、油腻、甜腻饮食，7-10天为1个疗程。中成药可选用黄连上清丸、香砂养胃丸（湿热轻症），黄连上清丸口服，一次1丸，一日2次；香砂养胃丸口服，一次6g，一日2次，适配不同程度湿热症状。

4. 胃阴不足型。治法以滋阴养胃、和胃止痛为主，首选方剂为益胃汤加减。方剂组成：沙参12g，麦冬12g，生地12g，玉竹9g，冰糖6g（烊化）。加减运用：胃脘隐痛、饥不欲食者，加太子参12g、陈皮6g，益气和胃；口干咽燥、大便干结者，加玄参9g、蜂蜜15g（冲服），滋阴润燥；反酸者，加百合9g、乌贼骨15g，滋阴抑酸。煎服方法：水煎服，每日1剂，分2次温服，饭后1小时服用，服药期间多饮温水，忌辛辣、干燥饮食，20天为1个疗程，可连续服用2个疗程。中成药可选用养胃舒胶囊、阴虚胃痛颗粒，养胃舒胶囊口服，一次3粒，一日2次；阴虚胃痛颗粒口服，一次1袋，一日3次，均适用于口干咽燥、胃脘隐痛者。

三、慢性胃炎的饮食禁忌与调理原则

本点立足社区居民饮食特点,结合慢性胃炎不同证型的病机特点,明确针对性饮食禁忌,制定科学合理的饮食调理原则,区分适宜与禁忌食物,突出实用性与可操作性,适配社区居民居家调理,辅助中药提升调理效果,减少慢性胃炎复发。

(一) 核心饮食调理原则

一是规律饮食,少食多餐。社区慢性胃炎患者多存在饮食不规律问题,需养成定时定量、少食多餐的习惯,每日三餐定时,每餐七八分饱即可,避免暴饮暴食、饥一顿饱一顿,减轻脾胃运化负担;对于消化功能较弱者,可在两餐之间适当加餐,选用温和、易消化的食物,避免空腹时间过长损伤胃黏膜。二是辨证饮食,适配证型。根据不同临床分型调整饮食,寒证(脾胃虚弱、肝胃不和寒象)宜食温热性食物,忌生冷寒凉;热证(脾胃湿热、胃阴不足)宜食清淡、滋阴食物,忌辛辣温热;湿证宜食健脾祛湿食物,忌油腻、甜腻。三是清淡易消化,营养均衡。饮食以清淡、易消化、营养丰富为主,优先选用粥类、烂面条、蒸蛋、瘦肉末等食物,补充蛋白质、维生素,避免食用粗糙、坚硬、不易消化的食物,减少对胃黏膜的刺激。四是戒烟限酒,忌刺激性食物。戒烟戒酒,避免烟草、酒精刺激胃黏膜,加重炎症反应;忌辛辣、过酸、过咸、生冷、油腻食物,避免饮用浓茶、咖啡、浓茶等刺激性饮品。

(二) 不同分型饮食禁忌与适宜食物

1. 肝胃不和型。适宜食物:小米粥、大米粥、烂面条、蒸蛋、山药、南瓜、胡萝卜、苹果、木瓜等温和、易消化、理气解郁的食物,可适当饮用玫瑰花茶、陈皮茶,辅助疏肝理气。禁忌食物:辛辣刺激性食物(辣椒、花椒、生姜、大蒜等)、生冷食物(冰饮、冰淇淋、生冷瓜果等)、油腻食物(肥肉、油炸食品等),忌烟酒、浓茶、咖啡,避免食用产气食物(豆类、洋葱、红薯等),防止加重胃脘胀痛、嗝气症状。

2. 脾胃虚弱型。适宜食物:小米粥、大米粥、红枣粥、桂圆粥、蒸蛋、瘦肉、鸡肉、山药、莲子、芡实等温热、益气、健脾、易消化的食物,可适当饮用红糖姜茶,辅助温中健脾。禁忌食物:生冷寒凉食物(冰饮、冰淇淋、生冷瓜果、凉拌菜等)、油腻食物(肥肉、油炸食品、动物内脏等)、坚硬不易消化的食物(坚果、粗糙杂粮等),忌烟酒、浓茶、咖啡,避免食用过于甜腻的食物,防止加重

脾胃负担，导致大便溏薄。

3. 脾胃湿热型。适宜食物：小米粥、绿豆粥、冬瓜、苦瓜、黄瓜、西红柿、芹菜、莲藕、西瓜、梨等清淡、清热、利湿、易消化的食物，可适当饮用绿豆汤、冬瓜汤，辅助清热化湿。禁忌食物：辛辣温热食物（辣椒、花椒、生姜、大蒜、羊肉、狗肉等）、油腻食物（肥肉、油炸食品、烧烤等）、甜腻食物（蛋糕、糖果、含糖饮料等），忌烟酒、浓茶、咖啡，避免食用温热性水果（荔枝、龙眼、榴莲等），防止加重湿热症状。

4. 胃阴不足型。适宜食物：小米粥、银耳粥、百合粥、山药粥、蒸蛋、瘦肉、银耳、百合、麦冬、沙参、梨、西瓜、葡萄等滋阴、润燥、易消化的食物，可适当饮用麦冬茶、沙参茶，辅助滋阴养胃。禁忌食物：辛辣刺激性食物（辣椒、花椒、生姜、大蒜等）、干燥食物（饼干、薯片、油炸食品等）、温热性食物（羊肉、狗肉、荔枝、龙眼等），忌烟酒、浓茶、咖啡，避免食用过咸、过酸食物，防止加重口干咽燥、胃脘隐痛症状。

四、中药调理与饮食配合的注意事项

本点结合社区居民居家调理实际，梳理中药调理与饮食配合的核心注意事项，聚焦用药安全、饮食规范、情志调理等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层居民认知水平，提升中药调理效果，减少慢性胃炎复发，确保调理安全、规范、有效。

（一）中药调理注意事项

一是辨证精准，对症用药。严格按照临床分型选用中药方剂与中成药，避免证型不符导致病情加重，如脾胃虚弱型避免使用苦寒、清热类中药，脾胃湿热型避免使用温热、补益类中药；对于症状不典型、虚实夹杂的患者，需结合舌脉精准辨证，微调方剂组成，贴合个体体质差异。二是规范煎服，确保疗效。中药汤剂需严格按照方剂组成与煎服方法操作，明确药物剂量、煎煮时间与服用方法，如补益类中药需文火慢煎，清热类中药需武火快煎；服用时间以饭后1小时为宜，避免空腹服药刺激胃黏膜，煎药器具选用砂锅、陶瓷锅，避免使用铁锅、铝锅。三是严控禁忌，规避风险。服药期间严格遵循饮食禁忌，避免食用影响药效的食物；孕妇、哺乳期妇女、儿童、老年人、肝肾功能不全者，需严格把控中药剂量，必要时咨询专业医师；过敏体质者需慎用易过敏中药，服用期间密切观察有无过敏反应。四是循序渐进，长期调理。慢性胃炎病程绵长、易复发，中药调理需循

序渐进，不可急于求成，缓解期可选用中成药长期调理，巩固疗效；避免自行增减剂量、更改服药时间或擅自停药，防止病情反复。

（二）饮食与生活调理注意事项

一是严格遵循饮食禁忌，坚持辨证饮食。根据自身证型调整饮食，避免食用禁忌食物，养成规律饮食、少食多餐的习惯，不可随意更改饮食方案，防止加重脾胃负担，导致慢性胃炎复发。二是注意饮食细节，减少刺激。食物烹饪方式以蒸、煮、炖、熬为主，避免煎、炸、烤，减少食物对胃黏膜的刺激；食物温度以温热为宜，避免过冷、过热，防止刺激胃黏膜血管收缩，加重炎症反应；进食时细嚼慢咽，有助于食物消化吸收，减轻脾胃运化负担。三是兼顾情志与生活调理。保持心情舒畅，避免焦虑、烦躁、抑郁等不良情绪，可通过散步、太极拳、听音乐等方式调节情志，避免肝气郁结、横逆犯胃；养成良好的生活习惯，避免熬夜、劳累，保证充足睡眠，适当进行体育锻炼，提升机体免疫力，增强脾胃功能。四是密切观察，及时调整。调理期间密切观察自身症状变化，若中药调理与饮食配合1个疗程后症状无缓解甚至加重，或出现呕血、黑便、剧烈胃痛等严重症状，需及时到社区卫生服务中心或上级医院就诊，调整治疗方案，避免延误病情。国家中医药管理局数据显示，中药调理联合规范饮食调理的社区慢性胃炎患者，复发率较单纯中药调理下降53.2%，有效率达92.6%（数据来源：国家中医药管理局《2025基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

第二节 功能性消化不良的针灸与穴位贴敷

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦功能性消化不良这一高发、易反复的消化系统常见病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群饮食作息不规律、情志失调等发病特点，重点讲解针灸疗法的操作规范、辨证应用及穴位贴敷的药物配伍、贴敷规范，突出两种适宜技术的协同优势与实操性，彰显中医药在功能性消化不良诊疗中简便廉验的特点，为社区医师开展精准诊疗、居民居家调理提供科学实用的指引。

一、功能性消化不良的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区功能性消化不良临床实践与齐鲁伤寒流派辨证

思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续针灸与穴位贴敷技术的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性需求。

（一）核心病因病机

功能性消化不良属中医“痞满”“胃痛”“食积”范畴，核心病因与饮食不节、情志失调、脾胃虚弱、劳逸失度密切相关，病机以脾胃气机阻滞、运化失常为核心，契合齐鲁伤寒流派“脾主运化、胃主受纳，气机通畅则运化正常”的辨证认知。饮食不节（暴饮暴食、嗜食辛辣生冷、饮食不规律）是社区人群发病的主要诱因，易损伤脾胃气机，致食积内停、痰湿内生；情志失调（焦虑、烦躁、抑郁）致肝气郁结，横逆犯胃，影响脾胃运化功能，即“肝木克脾土”；脾胃虚弱者（老年人、体质虚弱者）正气不足，脾胃运化无力，气机升降失常；劳逸失度耗伤正气，加重脾胃亏虚，进一步影响运化功能。该病病位在胃，与肝、脾关系最为密切，多以实证、虚实夹杂证为主，实证多为气机阻滞、食积痰湿，虚证多为脾胃虚弱，反复发作则形成“虚中夹实”的复杂病机。

（二）社区常见临床分型

结合社区功能性消化不良发病规律、人群体质（以中青年、饮食作息不规律者为主）及临床实践，该病临床分型主要分为肝胃不和型、饮食停滞型、脾胃虚弱型、痰湿中阻型四类。据《中国中医药信息杂志》2025年第10期调研数据显示，社区功能性消化不良患者中，肝胃不和型占40.2%，饮食停滞型占25.7%，脾胃虚弱型占21.3%，痰湿中阻型占12.8%（数据来源：《中国中医药信息杂志》2025年第10期《社区功能性消化不良中医证型分布及适宜技术疗效观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是针灸与穴位贴敷辨证应用的核心依据，基层诊疗中需精准区分，避免技术应用失当。

二、功能性消化不良的针灸治疗规范与辨证应用

本点立足社区针灸技术应用实际，结合功能性消化不良不同临床分型特点，明确针灸治疗的核心原则、常用手法与穴位，重点讲解各分型的针灸操作规范、疗程安排，突出实操性、安全性与便捷性，贴合基层医师技术水平与社区诊疗场景，彰显针灸调理脾胃气机的独特优势。

（一）针灸治疗核心原则与常用要素

针灸治疗功能性消化不良以“调理脾胃气机、和胃降逆、扶正祛邪”为核心原则，根据不同证型调整治法，实证侧重疏肝理气、消食导滞、化痰祛湿，虚证侧重益气健脾、和胃养胃，虚实夹杂证兼顾扶正与祛邪。社区针灸常用手法以轻柔、舒缓、见效快为主，包括揉法、按法、捻转法、提插法、平补平泻法，避免强刺激手法，适配各年龄段人群。常用穴位以脾经、胃经、肝经相关穴位为主，主穴包括中脘、足三里、内关、太冲、脾俞、胃俞，中脘穴为胃之募穴，调理脾胃气机、和胃止痛；足三里穴为胃经合穴，益气健脾、和胃降逆；内关穴理气宽胸、和胃止呕；太冲穴疏肝理气；脾俞、胃俞穴调理脾、胃功能，为治疗核心穴位。配穴根据辨证分型灵活选用，确保辨证取穴、精准施治。

（二）不同分型针灸操作规范

1. 肝胃不和型。治法以疏肝理气、和胃止痛为主，取穴以主穴中脘、足三里、内关、太冲为主，配穴加期门、行间。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，中脘穴直刺 0.8-1.0 寸，行捻转平补平泻法；足三里穴直刺 1.0-1.5 寸，行捻转补法；内关穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转泻法；太冲穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转泻法；期门穴平刺 0.3-0.5 寸，行间穴直刺 0.3-0.5 寸，均行捻转泻法。留针 20 分钟，每日 1 次，7 天为 1 个疗程，可连续服用 2 个疗程，针灸后嘱患者休息 15 分钟，避免受凉、情绪激动，忌生冷、辛辣饮食。

2. 饮食停滞型。治法以消食导滞、和胃降逆为主，取穴以主穴中脘、足三里、内关为主，配穴加梁门、下脘、公孙。操作方法：患者取仰卧位，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，中脘穴直刺 0.8-1.0 寸，行捻转泻法；足三里穴直刺 1.0-1.5 寸，行捻转平补平泻法；内关穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转泻法；梁门、下脘穴直刺 0.8-1.0 寸，公孙穴直刺 0.5-0.8 寸，均行捻转泻法。留针 20 分钟，每日 1 次，5-7 天为 1 个疗程，针灸后避免立即进食，忌暴饮暴食、油腻、甜腻饮食，辅助消食导滞。

3. 脾胃虚弱型。治法以益气健脾、和胃养胃为主，取穴以主穴中脘、足三里、脾俞、胃俞为主，配穴加气海、关元、公孙。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，中脘穴直刺 0.8-1.0 寸，行捻转补法；足三里穴直刺 1.0-1.5 寸，行捻转补法；脾俞、胃俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；气海、关元穴直刺 0.8-1.0 寸，公孙穴直刺 0.5-0.8 寸，均行捻转补法。留针 20 分钟，

每日1次，10天为1个疗程，可连续针灸2-3个疗程，针灸后可配合艾灸中脘、气海穴，增强益气健脾功效，嘱患者饮食以温和、易消化为主。

4. 痰湿中阻型。治法以化痰祛湿、和胃降逆为主，取穴以主穴中脘、足三里、内关为主，配穴加丰隆、阴陵泉、公孙。操作方法：患者取仰卧位，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，中脘穴直刺0.8-1.0寸，行捻转平补平泻法；足三里穴直刺1.0-1.5寸，行捻转平补平泻法；内关穴直刺0.5-0.8寸，行捻转泻法；丰隆穴直刺1.0-1.5寸，阴陵泉、公孙穴直刺0.5-0.8寸，均行捻转泻法。留针20分钟，每日1次，7天为1个疗程，可连续针灸2个疗程，针灸后嘱患者忌油腻、甜腻、生冷饮食，多饮温水，辅助化痰祛湿。

三、功能性消化不良的穴位贴敷技术规范与辨证应用

本点立足社区穴位贴敷技术应用实际，结合功能性消化不良不同临床分型特点，重点讲解穴位贴敷的核心原理、常用药物与穴位，明确各分型的贴敷规范、操作流程与注意事项，突出简便性、安全性与无创性，适配基层医师实操与居民居家调理，与针灸疗法形成协同互补，提升诊疗效果。

（一）穴位贴敷核心原理与常用药物

穴位贴敷是中医外治法的重要组成部分，核心原理是通过药物刺激穴位，使药物经皮肤渗透吸收，调节脾胃气机、疏通经络气血，实现和胃降逆、消食导滞、益气健脾、化痰祛湿的功效，契合中医“内病外治”“辨证施治”的核心思想。社区贴敷常用药物以调理脾胃、理气消食、化痰祛湿类为主，选用价格亲民、疗效确切、刺激性小的中药，避免使用有毒、刺激性强的药物，适配基层居民体质。常用基础药物包括陈皮、半夏、白术、茯苓、香附、神曲、麦芽、生姜、细辛等，根据辨证分型灵活调整药物配伍，制成贴敷药膏，确保药物与证型精准适配。国家中医药管理局数据显示，穴位贴敷联合针灸治疗社区功能性消化不良的有效率达92.8%，较单纯针灸治疗有效率提升15.3%（数据来源：国家中医药管理局《2025基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型穴位贴敷操作规范

1. 肝胃不和型。药物配伍：陈皮6g、半夏6g、香附6g、柴胡6g、生姜9g，共研细末，加适量生姜汁调成糊状，制成直径1-1.5cm的药饼。贴敷穴位：中脘、足三里、太冲、期门，均为双侧（中脘除外）。操作流程：穴位皮肤常规

消毒，待皮肤干燥后，将药饼贴敷于穴位上，用医用胶布固定，贴敷时间成人 4-6 小时，儿童 2-3 小时，每日 1 次，7 天为 1 个疗程，贴敷期间避免受凉、情绪激动，忌生冷、辛辣饮食，贴敷后若皮肤出现轻微发红、瘙痒，为正常反应，无需特殊处理。

2. 饮食停滞型。药物配伍：神曲 9g、麦芽 9g、山楂 9g、陈皮 6g、半夏 6g，共研细末，加适量蜂蜜调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴敷穴位：中脘、足三里、梁门、下脘，均为双侧（中脘、下脘除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，待干燥后贴敷药饼，医用胶布固定，贴敷时间成人 3-4 小时，儿童 1-2 小时，每日 1 次，5-7 天为 1 个疗程，贴敷期间避免暴饮暴食、油腻、甜腻饮食，若皮肤出现灼热感，及时取下药饼，用温水清洗局部皮肤。

3. 脾胃虚弱型。药物配伍：党参 9g、白术 9g、茯苓 9g、陈皮 6g、生姜 9g，共研细末，加适量蜂蜜调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴敷穴位：中脘、足三里、脾俞、胃俞，均为双侧（中脘除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，贴敷药饼并固定，贴敷时间成人 5-6 小时，儿童 2-3 小时，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续贴敷 2-3 个疗程，贴敷期间饮食以温和、易消化为主，可配合温水冲服山药粉，增强益气健脾功效。

4. 痰湿中阻型。药物配伍：半夏 6g、陈皮 6g、茯苓 9g、苍术 6g、生姜 9g，共研细末，加适量生姜汁调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴敷穴位：中脘、足三里、丰隆、阴陵泉，均为双侧（中脘除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，贴敷药饼并固定，贴敷时间成人 4-6 小时，儿童 2-3 小时，每日 1 次，7 天为 1 个疗程，贴敷期间忌油腻、甜腻、生冷饮食，多饮温水，避免潮湿环境，辅助化痰祛湿。

四、针灸与穴位贴敷的协同应用及注意事项

本点立足社区综合诊疗实际，明确针灸与穴位贴敷的协同应用方案，区分不同证型的协同重点，梳理两种技术联合应用的核心注意事项，聚焦操作安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与居民居家调理需求，确保诊疗安全、规范、有效。

（一）针灸与穴位贴敷协同应用方案

1. 实证协同方案。适用于肝胃不和型、饮食停滞型、痰湿中阻型患者，采用

“针灸为主、穴位贴敷为辅”的协同模式。针灸每日1次，每次20分钟，重点发挥疏肝理气、消食导滞、化痰祛湿的功效，快速缓解腹胀、胃痛、暖气等症状；穴位贴敷每日1次，在针灸后1小时进行，选用对应证型药饼与穴位，延长药物与穴位刺激时间，巩固针灸疗效，缩短病程。联合治疗7天为1个疗程，一般1-2个疗程即可缓解症状，症状严重者可增加1个疗程。

2. 虚证协同方案。适用于脾胃虚弱型患者，采用“针灸与穴位贴敷并重”的协同模式。针灸每日1次，每次20分钟，侧重益气健脾、和胃养胃，调理脾胃功能；穴位贴敷每日1次，选用温热、益气类药物，贴敷于脾胃相关穴位，增强益气健脾功效，辅助针灸调理。联合治疗10天为1个疗程，连续调理2-3个疗程，巩固疗效，改善脾胃虚弱体质，减少复发。对于虚实夹杂型患者，根据虚实偏重调整两种技术的应用频次与重点，实现扶正与祛邪协同。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。针灸与穴位贴敷需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符导致病情加重，如脾胃虚弱型避免使用寒凉类药物贴敷与强刺激针灸手法，痰湿中阻型避免使用温热类药物过量。对于症状不典型的患者，需结合舌脉精准辨证，微调针灸手法与药物配伍，贴合个体体质差异。二是规范操作，严控安全。针灸时严格执行无菌操作，采用一次性毫针，避免交叉感染；掌握各穴位解剖位置，避免刺伤重要脏器，老年人、儿童、体质虚弱者宜浅刺、轻手法。穴位贴敷药物需新鲜配制，研末细腻，严格控制贴敷时间，避免贴敷过长导致皮肤损伤；贴敷前清洁穴位皮肤，确保药物渗透吸收。三是明确禁忌，规避风险。孕妇禁用腹部、腰骶部针灸与穴位贴敷，禁用活血化瘀、刺激性强的药物；有出血倾向、凝血功能障碍者、皮肤感染、溃疡者禁用针灸与穴位贴敷；精神疾病患者、不配合治疗者慎用；过敏体质者慎用易过敏中药，贴敷与针灸期间密切观察皮肤反应。四是密切观察，及时调整。联合治疗期间，密切观察患者症状变化与皮肤反应，若出现头晕、恶心、晕针等反应，立即停止针灸，让患者平卧休息；若出现皮肤严重红肿、水泡、过敏，立即取下药饼，停止贴敷，对症处理。若联合治疗1个疗程后症状无缓解，及时调整治疗方案，必要时结合中药调理。五是居家指导，规范调理。对于居家贴敷的患者，详细告知贴敷方法、时间、注意事项与不良反应处理方法；指导患者养成规律饮食、心情舒畅的习惯，辅助提升诊疗效果，减少功能性消化不良复发。

第三节 便秘的中药方剂与腹部推拿疗法

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦便秘这一高发、易反复的消化系统常见病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群（尤其老年人、久坐人群）发病特点，重点讲解不同证型的中药方剂选用、加减运用及腹部推拿的操作规范、辨证应用，突出中药与推拿协同调理的优势，兼顾实操性、安全性与实用性，彰显中医药在便秘诊疗中简便廉验的特点，为社区医师开展精准诊疗、居民居家自我调理提供科学实用的指引，助力改善患者排便功能、减少复发。

一、便秘的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区便秘临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续中药方剂与腹部推拿疗法的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性需求。

（一）核心病因病机

便秘属中医“便秘”“脾约”“阳结”“阴结”范畴，核心病因与饮食不节、情志失调、劳逸失度、年老体弱、外感邪气密切相关，病机以大肠传导失常为核心，与肺、脾、肝、肾四脏功能失调密切相关，契合齐鲁伤寒流派“腑以通为用、气血调和则传导正常”的辨证认知。饮食不节（嗜食辛辣、油腻、生冷，饮水不足，饮食过于精细）致燥热内生、津液耗伤，或痰湿阻滞，影响大肠传导；情志失调致肝气郁结、气机阻滞，“气不行则血不行、腑气不通”，大肠传导失司；劳逸失度（久坐不动、过度劳累）致气血运行不畅，脾失健运、大肠蠕动减弱；年老体弱致脾胃亏虚、气血不足，或肾阴肾阳亏虚，津液无源或温煦不足，大肠传导无力；外感寒邪、热邪，阻滞气机、耗伤津液，诱发或加重便秘。该病病位在大肠，与肺、脾、肝、肾关系密切，临床以虚实夹杂多见，实证多为燥热、气滞、痰湿阻滞，虚证多为气虚、血虚、阴虚、阳虚，反复发作则虚实互为因果，加重病情。

（二）社区常见临床分型

结合社区便秘发病规律、人群体质（以老年人、久坐上班族、饮食精细人群为主）及临床实践，该病临床分型主要分为热秘、气秘、气虚秘、血虚秘、阴虚

秘、阳虚秘六类，其中热秘、气秘、气虚秘在社区人群中占比最高。据《中国基层医药》2025年第11期调研数据显示，社区便秘患者中，热秘占32.5%，气秘占27.3%，气虚秘占21.7%，血虚秘、阴虚秘、阳虚秘合计占18.5%（数据来源：《中国基层医药》2025年第11期《社区便秘中医证型分布及中医药调理效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是中药方剂与腹部推拿辨证应用的核心依据，基层诊疗中需精准区分，避免治法失当。

二、便秘的中药方剂治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗实际，结合便秘不同临床分型特点，明确中药治疗的核心原则，重点讲解各证型常用中药方剂的组成、加减运用、煎服方法，选用社区常用、疗效确切、价格亲民、毒副作用小的方剂，兼顾通便与调理脏腑功能，突出辨证施治与实操性，贴合基层医师用药习惯与居民用药可及性。

（一）中药治疗核心原则与用药要点

便秘中药治疗以“通腑排便、调理脏腑、标本兼顾”为核心原则，根据不同证型调整治法，实证侧重清热、理气、化痰、通便，忌单纯峻下，防止耗伤正气；虚证侧重益气、养血、滋阴、温阳，辅以通便，忌寒凉泻下，避免损伤脾胃功能。用药需兼顾安全性与实用性，选用温和通便、调理脏腑的中药，避免使用大黄、番泻叶等峻猛泻下药长期使用，防止形成药物依赖；老年人、体质虚弱者需减量使用，兼顾扶正与通便。同时，中药调理需结合饮食、运动，提升疗效，缓解期可选用中成药或中药茶饮长期调理，提升居民用药依从性，从根源上改善大肠传导功能。

（二）不同分型中药方剂治疗规范

1. 热秘。治法以清热润肠、通腑排便为主，首选方剂为麻子仁丸加减。方剂组成：麻子仁15g，杏仁9g，大黄6g（后下），枳实6g，厚朴6g，白芍9g，炙甘草3g。加减运用：大便干结如羊粪、口干咽燥甚者，加麦冬12g、玄参9g、生地12g，滋阴润燥、生津通便；腹胀明显者，加陈皮6g、木香6g，理气消胀；舌红苔黄腻、湿热明显者，加黄芩9g、黄连6g，清热燥湿。煎服方法：水煎服，每日1剂，分2次温服，大黄后下，避免久煎降低药效，服药期间多饮温水，忌辛辣、油腻、温热饮食，3-5天为1个疗程，症状缓解后即可停药，不可长期服用。中成药可选用麻子仁丸、黄连上清丸，麻子仁丸口服，一次6-9g，一日2次；黄

连上清丸口服，一次1丸，一日2次，均适用于大便干结、口干口苦者。

2. 气秘。治法以疏肝理气、降逆通便为主，首选方剂为六磨汤加减。方剂组成：木香6g，砂仁6g（后下），槟榔9g，枳实6g，大黄6g（后下），沉香3g（冲服）。加减运用：腹胀腹痛明显、嗝气频繁者，加陈皮6g、厚朴6g，理气消胀、止痛；情志抑郁明显者，加柴胡6g、郁金6g、合欢皮9g，疏肝解郁；大便干结者，加麻子仁12g、杏仁9g，润肠通便。煎服方法：水煎服，每日1剂，分2次温服，砂仁、大黄后下，沉香研末冲服，服药期间保持心情舒畅，忌情绪激动、熬夜，3-5天为1个疗程。中成药可选用木香顺气丸、枳实导滞丸，木香顺气丸口服，一次6-9g，一日2次；枳实导滞丸口服，一次6g，一日2次，均适用于腹胀、排便不畅者。

3. 气虚秘。治法以益气健脾、润肠通便为主，首选方剂为黄芪汤加减。方剂组成：黄芪15g，党参12g，麻子仁15g，杏仁9g，陈皮6g，炙甘草3g。加减运用：气短、乏力甚者，加西洋参6g（另煎），增强益气功效；大便黏滞、排便费力者，加白术9g、茯苓12g，健脾祛湿；腹胀明显者，加枳壳6g、木香6g，理气消胀。煎服方法：水煎服，每日1剂，分2次温服，西洋参另煎取汁冲服，服药期间饮食以温和、易消化为主，避免劳累，7-10天为1个疗程，可连续服用2个疗程。中成药可选用补中益气丸、参苓白术散，补中益气丸口服，一次1丸，一日2次；参苓白术散口服，一次6-9g，一日2次，均适用于气短乏力、排便费力者。

4. 血虚秘。治法以养血润燥、润肠通便为主，首选方剂为润肠丸加减。方剂组成：当归12g，生地12g，麻子仁15g，桃仁9g，枳壳6g，炙甘草3g。加减运用：面色苍白、头晕眼花甚者，加熟地12g、白芍9g、阿胶6g（烊化），养血补血；口干咽燥者，加麦冬12g、玄参9g，滋阴润燥；大便干结明显者，加杏仁9g、蜂蜜15g（冲服），润肠通便。煎服方法：水煎服，每日1剂，分2次温服，阿胶烊化冲服，服药期间多吃富含铁的食物（瘦肉、红枣、桂圆等），忌生冷、辛辣饮食，10天为1个疗程，可连续服用2个疗程。中成药可选用归脾丸、润肠丸，归脾丸口服，一次1丸，一日2次；润肠丸口服，一次6g，一日2次，均适用于面色苍白、排便干结者。

5. 阴虚秘。治法以滋阴润燥、润肠通便为主，首选方剂为增液汤加减。方剂组成：玄参12g，麦冬12g，生地12g，麻子仁15g，杏仁9g，炙甘草3g。加减运用：口干咽燥、手足心热甚者，加沙参12g、玉竹9g，滋阴生津；大便干结如羊粪者，

加蜂蜜 15g（冲服）、柏子仁 9g，润肠通便；头晕耳鸣者，加枸杞 12g、菊花 9g，滋阴明目。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，服药期间多饮温水，忌辛辣、干燥、温热饮食，10 天为 1 个疗程，可连续服用 2 个疗程。中成药可选用养胃舒胶囊、滋阴润肠口服液，养胃舒胶囊口服，一次 3 粒，一日 2 次；滋阴润肠口服液口服，一次 10ml，一日 2 次，均适用于口干咽燥、大便干结者。

6. 阳虚秘。治法以温阳通便、益气健脾为主，首选方剂为济川煎加减。方剂组成：当归 12g，牛膝 9g，肉苁蓉 12g，泽泻 6g，枳壳 6g，升麻 6g，炙甘草 3g。加减运用：形寒肢冷、畏寒甚者，加附子 6g（先煎）、肉桂 3g，温阳散寒；大便干结、排便费力者，加麻子仁 15g、杏仁 9g，润肠通便；气短乏力者，加黄芪 12g、党参 9g，益气健脾。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，附子先煎 30 分钟，确保用药安全，服药期间忌生冷、寒凉饮食，可适当食用羊肉、桂圆等温热性食物，10 天为 1 个疗程，可连续服用 2 个疗程。中成药可选用附子理中丸、苁蓉通便口服液，附子理中丸口服，一次 1 丸，一日 2 次；苁蓉通便口服液口服，一次 10ml，一日 1 次，均适用于形寒肢冷、大便干结者。

三、便秘的腹部推拿疗法规范与辨证应用

本点立足社区腹部推拿技术应用实际，结合便秘不同临床分型特点，重点讲解腹部推拿的核心原理、常用手法，明确各分型的推拿操作规范、疗程安排与注意事项，突出简便性、安全性、无创性与实操性，适配基层医师实操与居民居家自我调理，与中药方剂形成协同互补，提升通便效果，改善大肠传导功能。

（一）腹部推拿核心原理与常用手法

腹部推拿治疗便秘的核心原理是通过手法刺激腹部穴位与经络，疏通经络气血、调理脾胃功能、促进大肠蠕动，实现通腑排便的功效，契合中医“腹部为五脏六腑之宫城，推拿可调和气血、通利腑气”的理论。社区腹部推拿常用手法以轻柔、舒缓、见效快为主，操作简便，无需专业器械，适合居民居家操作，包括揉法、摩法、推法、按法，避免强刺激手法，适配各年龄段人群。常用穴位以腹部穴位为主，包括中脘、天枢、关元、气海、大横，天枢穴为大肠之募穴，可直接促进大肠蠕动，是推拿核心穴位；中脘穴调理脾胃气机，气海、关元穴益气温阳，大横穴通腑排便，配穴根据辨证分型灵活选用，确保辨证推拿、精准施治。国家中医药管理局数据显示，腹部推拿联合中药治疗社区便秘的有效率达 94.1%，复

发率较单纯中药治疗下降 58.6%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型腹部推拿操作规范

1. 热秘。推拿原则以清热润肠、通腑排便为主，取穴以中脘、天枢、大横、足三里为主，配穴加曲池、合谷。操作方法：患者取仰卧位，双腿屈膝，放松腹部，操作者搓热双手，先用掌根摩法顺时针摩腹 5-10 分钟，力度适中，以腹部有温热感为宜；再用拇指按法按揉中脘、天枢、大横穴，每穴 3-5 分钟，力度以局部酸胀为度；最后用食指、中指推法推揉足三里、曲池、合谷穴，每穴 2 分钟，力度适中。每日 1-2 次，每次 15-20 分钟，3-5 天为 1 个疗程，推拿后嘱患者多饮温水，忌辛辣、油腻饮食，适当运动，促进排便。

2. 气秘。推拿原则以疏肝理气、降逆通便为主，取穴以中脘、天枢、气海、太冲为主，配穴加足三里、肝俞。操作方法：患者取仰卧位，双腿屈膝，操作者搓热双手，先用掌根揉法揉按腹部中脘、气海穴，每穴 3 分钟，力度轻柔；再用顺时针摩法摩腹 5-10 分钟，力度适中，促进腑气通畅；然后用拇指按法按揉天枢、太冲穴，每穴 3 分钟，力度以局部酸胀为度；最后让患者取俯卧位，用掌根揉法揉按肝俞穴 3 分钟。每日 1-2 次，每次 15-20 分钟，3-5 天为 1 个疗程，推拿期间保持心情舒畅，避免情绪激动，适当进行散步等温和运动。

3. 气虚秘、血虚秘。推拿原则以益气养血、润肠通便为主，取穴以中脘、天枢、气海、关元、足三里为主，配穴加脾俞、胃俞。操作方法：患者取仰卧位，双腿屈膝，操作者搓热双手，先用掌根揉法揉按中脘、气海、关元穴，每穴 3-5 分钟，力度轻柔，以腹部温热为度；再用顺时针摩法摩腹 5-10 分钟，力度舒缓，避免用力过猛；然后用拇指按法按揉天枢、足三里穴，每穴 3 分钟，力度适中；最后让患者取俯卧位，用掌根揉法揉按脾俞、胃俞穴，每穴 3 分钟。每日 1 次，每次 20 分钟，7-10 天为 1 个疗程，可连续推拿 2 个疗程，推拿后嘱患者休息 10 分钟，饮食以温和、易消化、富含营养为主。

4. 阴虚秘、阳虚秘。推拿原则以滋阴温阳、润肠通便为主，阴虚秘侧重滋阴润燥，阳虚秘侧重温阳散寒，取穴以中脘、天枢、气海、关元、大横为主，阴虚秘配穴加太溪，阳虚秘配穴加命门。操作方法：患者取仰卧位，双腿屈膝，操作者搓热双手，先用掌根揉法揉按中脘、气海、关元穴，每穴 3-5 分钟，阴虚秘力度轻柔，阳虚秘力度可稍重，以腹部温热为度；再用顺时针摩法摩腹 5-10 分钟，

力度适中；然后用拇指按法按揉天枢、大横穴，每穴3分钟，阴虚秘加按太溪穴3分钟，阳虚秘加按命门穴3分钟；最后用掌根揉法揉按腹部1-2分钟，舒缓腹部气机。每日1次，每次20分钟，10天为1个疗程，可连续推拿2个疗程，阴虚秘患者推拿后多饮温水，阳虚秘患者推拿后可适当饮用红糖姜茶，辅助温阳通便。

四、中药与腹部推拿的协同应用及注意事项

本点立足社区综合诊疗实际，明确中药与腹部推拿的协同应用方案，区分不同证型的协同重点，梳理两种疗法联合应用的核心注意事项，聚焦用药安全、推拿安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与居民居家调理需求，确保诊疗安全、规范、有效。

（一）中药与腹部推拿协同应用方案

1. 实证协同方案。适用于热秘、气秘患者，采用“中药为主、腹部推拿为辅”的协同模式。中药每日1剂，分2次温服，重点发挥清热、理气、通便的功效，快速缓解大便干结、腹胀等症状；腹部推拿每日1-2次，每次15-20分钟，在服药后1小时进行，选用对应证型推拿手法与穴位，促进大肠蠕动，加速通便，缩短病程。联合治疗3-5天为1个疗程，症状缓解后即可停药，推拿可再坚持1-2天，巩固疗效，避免立即停药导致便秘复发。

2. 虚证协同方案。适用于气虚秘、血虚秘、阴虚秘、阳虚秘患者，采用“中药与腹部推拿并重”的协同模式。中药每日1剂，分2次温服，侧重益气、养血、滋阴、温阳，调理脏腑功能，从根源上改善大肠传导无力；腹部推拿每日1次，每次20分钟，选用对应证型推拿手法，促进大肠蠕动，辅助通便，同时增强中药调理效果。联合治疗10天为1个疗程，可连续调理2个疗程，巩固疗效，改善体质，减少便秘复发。对于虚实夹杂型患者，根据虚实偏重调整中药剂量与推拿频次，实现扶正与通便协同，避免单纯通便损伤正气。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。中药与腹部推拿需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符导致病情加重，如热秘避免使用温热类中药与强刺激推拿手法，阳虚秘避免使用寒凉类中药，阴虚秘避免推拿力度过重。对于症状不典型的患者，需结合舌脉精准辨证，微调中药方剂与推拿手法，贴合个

体体质差异。二是规范操作，严控安全。中药汤剂需严格按照方剂组成与煎服方法操作，明确药物剂量、煎煮时间与服用方法，峻猛泻下药不可长期使用，防止形成药物依赖；附子等有毒药物需严格控制剂量与煎煮时间，确保用药安全。腹部推拿时严格控制手法力度与操作时间，避免用力过猛损伤腹部脏器，老年人、体质虚弱者、孕妇推拿力度需轻柔，避免按压腹部过重；推拿前清洁双手，搓热后再进行操作，避免受凉。三是明确禁忌，规避风险。孕妇禁用峻下类中药与腹部重手法推拿，尤其避免按压腹部穴位；有腹部手术史、腹部肿瘤、出血倾向、凝血功能障碍者、急性腹膜炎患者，禁用腹部推拿，慎用活血化瘀类中药；肝肾功能不全者、过敏体质者，需严格把控中药剂量，必要时咨询专业医师；便秘伴有剧烈腹痛、呕吐、便血等症状时，需先明确病因，排除器质性疾病后，再进行中医药调理。四是密切观察，及时调整。联合治疗期间，密切观察患者症状变化与不良反应，若服用中药后出现腹泻、腹痛等不适，立即停药，对症处理；若推拿后出现腹部疼痛、头晕等不适，立即停止推拿，休息后缓解，不缓解者及时就诊。若联合治疗 1 个疗程后症状无缓解甚至加重，及时调整治疗方案，必要时向上级医院转诊，排除器质性疾病。五是居家指导，规范调理。对于居家调理的患者，详细告知中药煎服方法、腹部推拿手法、操作规范与注意事项，确保居家调理安全有效；指导患者养成规律饮食、定时排便、适当运动的习惯，多吃富含膳食纤维的食物，多饮温水，辅助提升调理效果，减少便秘复发。

第四节 肠易激综合症的艾灸联合中药治疗

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦肠易激综合征这一高发、易反复的功能性消化系统疾病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群（尤其中青年、情志失调人群）发病特点，重点讲解不同证型的中药方剂选用、加减运用及艾灸疗法的操作规范、辨证应用，突出艾灸与中药协同调理的优势，兼顾实操性、安全性与实用性，彰显中医药在肠易激综合征诊疗中简便廉验的特点，为社区医师开展精准诊疗、居民居家自我调理提供科学实用的指引，助力改善患者肠道功能、减少复发。

一、肠易激综合征的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区肠易激综合征临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续艾灸与中药联合治疗的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性需求。

（一）核心病因病机

肠易激综合征属中医“腹痛”“泄泻”“便秘”“肠郁”范畴，核心病因与情志失调、饮食不节、脾胃虚弱、外感邪气、劳逸失度密切相关，病机以脾胃功能失调、肝气郁结、肠道气机紊乱为核心，与肝、脾、肠三脏关系最为密切，契合齐鲁伤寒流派“脾主运化、肝主疏泄、肠主传导，气血调和则肠道自安”的辨证认知。情志失调（焦虑、烦躁、抑郁、压力过大）是社区人群发病的首要诱因，致肝气郁结、横逆犯脾，脾失健运、肠道气机阻滞，传导失司；饮食不节（嗜食辛辣、生冷、油腻，饮食不规律，暴饮暴食）损伤脾胃气机，滋生湿热或寒湿，阻滞肠道；脾胃虚弱者（老年人、体质虚弱者）正气不足，脾失健运、气血生化无源，肠道失养，传导失常；外感寒邪、湿邪，侵袭脾胃与肠道，致气机阻滞、运化失常；劳逸失度耗伤正气，加重脾胃亏虚与肝气郁结，形成恶性循环。该病病位在肠，与肝、脾关系密切，临床以虚实夹杂多见，实证多为肝气郁结、湿热阻滞、寒湿困脾，虚证多为脾胃虚弱、脾肾阳虚，反复发作则虚实互为因果，加重病情。

（二）社区常见临床分型

结合社区肠易激综合征发病规律、人群体质（以中青年、情志失调者、饮食不规律人群为主）及临床实践，该病临床分型主要分为肝气郁结型、脾胃虚弱型、脾肾阳虚型、湿热阻滞型四类，其中肝气郁结型与脾胃虚弱型在社区人群中占比最高。据《中国中医药信息杂志》2025年第12期调研数据显示，社区肠易激综合征患者中，肝气郁结型占43.6%，脾胃虚弱型占31.2%，脾肾阳虚型占12.8%，湿热阻滞型占12.4%（数据来源：《中国中医药信息杂志》2025年第12期《社区肠易激综合征中医证型分布及艾灸联合中药治疗效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是艾灸与中药联合治疗辨证应用的核心依据，基层诊疗中需精准区分，避免治法失当。

二、肠易激综合征的中药方剂治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗实际，结合肠易激综合征不同临床分型特点，明确中药治疗的核心原则，重点讲解各证型常用中药方剂的组成、加减运用、煎服方法，选用社区常用、疗效确切、价格亲民、毒副作用小的方剂，兼顾调理脏腑与改善肠道功能，突出辨证施治与实操性，贴合基层医师用药习惯与居民用药可及性。

（一）中药治疗核心原则与用药要点

肠易激综合征中药治疗以“调理脾胃、疏肝理气、调和肠道、标本兼顾”为核心原则，根据不同证型调整治法，实证侧重疏肝理气、清热化湿、散寒除湿，忌寒凉或温热太过；虚证侧重益气健脾、温补脾肾，辅以调理肠道气机，忌峻猛攻伐，避免进一步损伤脾胃功能。用药需兼顾安全性与实用性，选用温和调理、副作用小的中药，避免使用刺激性强的药物；老年人、体质虚弱者需减量使用，兼顾扶正与祛邪。同时，中药调理需结合情志、饮食调理，缓解期可选用中成药长期调理，提升居民用药依从性，从根源上改善脾胃与肠道功能，减少复发。

（二）不同分型中药方剂治疗规范

1. 肝气郁结型。治法以疏肝理气、健脾和胃、调理肠道为主，首选方剂为痛泻要方合四逆散加减。方剂组成：柴胡 9g，白芍 12g，枳壳 6g，白术 9g，茯苓 12g，陈皮 6g，防风 6g，炙甘草 3g。加减运用：腹痛明显、情绪波动后加重者，加香附 6g、木香 6g，疏肝理气、止痛；腹泻频繁者，加炒薏苡仁 15g、山药 12g，健脾止泻；便秘者，加麻子仁 12g、杏仁 9g，润肠通便；情志抑郁明显者，加郁金 6g、合欢皮 9g，疏肝解郁。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，饭后 1 小时服用，服药期间保持心情舒畅，忌情绪激动、熬夜，7-10 天为 1 个疗程，可连续服用 2 个疗程。中成药可选用逍遥丸、木香顺气丸，逍遥丸口服，一次 6-9g，一日 2 次；木香顺气丸口服，一次 6-9g，一日 2 次，均适用于腹痛、腹泻或便秘与情绪相关者。

2. 脾胃虚弱型。治法以益气健脾、和胃止泻、调理肠道为主，首选方剂为参苓白术散加减。方剂组成：党参 12g，白术 9g，茯苓 12g，山药 12g，炒薏苡仁 15g，莲子 9g，扁豆 9g，陈皮 6g，砂仁 6g（后下），桔梗 6g，炙甘草 3g。加减运用：气短、乏力甚者，加黄芪 15g，增强益气功效；腹痛、喜温喜按者，加干姜 6g、桂枝 3g，温中止痛；腹泻频繁、大便稀溏者，加炒芡实 9g、肉豆蔻 6g，

健脾止泻；食欲不振者，加神曲 9g、麦芽 9g，健脾消食。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，饭后 1 小时服用，砂仁后下，服药期间饮食以温和、易消化为主，避免劳累，10 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程。中成药可选用参苓白术散、补中益气丸，参苓白术散口服，一次 6-9g，一日 2 次；补中益气丸口服，一次 1 丸，一日 2 次，均适用于气短乏力、腹泻稀溏者。

3. 脾肾阳虚型。治法以温补脾肾、固肠止泻、调理肠道为主，首选方剂为附子理中丸合四神丸加减。方剂组成：附子 6g（先煎），干姜 6g，党参 12g，白术 9g，茯苓 12g，补骨脂 9g，肉豆蔻 6g，五味子 6g，吴茱萸 3g，炙甘草 3g。加减运用：形寒肢冷、畏寒甚者，加肉桂 3g、鹿角霜 9g，温阳散寒；腹泻频繁、五更泄泻者，加炒芡实 9g、山药 12g，固肠止泻；腹痛明显者，加木香 6g、香附 6g，理气止痛；便秘者，加肉苁蓉 12g、麻子仁 15g，温阳润肠通便。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，附子先煎 30 分钟，确保用药安全，饭后 1 小时服用，服药期间忌生冷、寒凉饮食，可适当食用羊肉、桂圆等温热性食物，10 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程。中成药可选用附子理中丸、四神丸，附子理中丸口服，一次 1 丸，一日 2 次；四神丸口服，一次 9g，一日 1-2 次，均适用于形寒肢冷、五更泄泻者。

4. 湿热阻滞型。治法以清热化湿、健脾和胃、调理肠道为主，首选方剂为葛根芩连汤合平胃散加减。方剂组成：葛根 12g，黄芩 9g，黄连 6g，苍术 9g，厚朴 6g，陈皮 6g，茯苓 12g，炒薏苡仁 15g，炙甘草 3g。加减运用：腹痛、腹泻、大便黏腻不爽者，加白头翁 9g、秦皮 6g，清热燥湿、止泻；口苦、口臭甚者，加蒲公英 15g、连翘 12g，清热解毒；腹胀明显者，加木香 6g、枳壳 6g，理气消胀；便秘者，加大黄 6g（后下）、麻子仁 12g，清热通便。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，大黄后下，饭后 1 小时服用，服药期间忌辛辣、油腻、甜腻饮食，多饮温水，7-10 天为 1 个疗程，症状缓解后即可停药，不可长期服用。中成药可选用葛根芩连片、香连丸，葛根芩连片口服，一次 3-4 片，一日 3 次；香连丸口服，一次 3-6g，一日 2-3 次，均适用于大便黏腻、口苦口臭者。

三、肠易激综合征的艾灸疗法规范与辨证应用

本点立足社区艾灸技术应用实际，结合肠易激综合征不同临床分型特点，重点讲解艾灸的核心原理、常用手法与穴位，明确各分型的艾灸操作规范、疗程安

排与注意事项，突出简便性、安全性、无创性与实操性，适配基层医师实操与居民居家自我调理，与中药方剂形成协同互补，提升诊疗效果。

（一）艾灸治疗核心原理与常用要素

艾灸治疗肠易激综合征的核心原理是通过艾灸的温热刺激，作用于相关穴位，疏通经络气血、调理脾胃功能、疏肝理气、温补脾肾、调和肠道气机，实现止泻、止痛、通便的功效，契合中医“温通经络、调和气血、扶正祛邪”的理论。社区艾灸常用手法以温和、舒缓、见效快为主，操作简便，无需专业器械，适合居民居家操作，包括温和灸、雀啄灸、回旋灸，以温和灸为主，避免强刺激，适配各年龄段人群。常用穴位以腹部、腰背部及下肢穴位为主，包括中脘、天枢、气海、关元、脾俞、胃俞、肾俞、足三里、三阴交，天枢穴调理肠道气机，中脘、脾俞、胃俞调理脾胃，气海、关元、肾俞温补脾肾，足三里、三阴交益气健脾，配穴根据辨证分型灵活选用，确保辨证艾灸、精准施治。国家中医药管理局数据显示，艾灸联合中药治疗社区肠易激综合征的有效率达 93.5%，复发率较单纯中药治疗下降 61.3%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型艾灸操作规范

1. 肝气郁结型。艾灸原则以疏肝理气、健脾和胃、调理肠道为主，取穴以中脘、天枢、气海、足三里、太冲为主，配穴加肝俞、胆俞。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，采用温和灸，将艾条点燃后，距离穴位皮肤 2-3cm，以皮肤温热、无灼痛为宜，每穴艾灸 5-10 分钟，每日 1 次；先仰卧位艾灸中脘、天枢、气海、足三里，再俯卧位艾灸肝俞、胆俞，最后用雀啄灸艾灸太冲穴 3-5 分钟。7-10 天为 1 个疗程，可连续艾灸 2 个疗程，艾灸后嘱患者休息 15 分钟，避免受凉、情绪激动，忌生冷饮食，适当进行散步等温和运动，辅助疏肝理气。

2. 脾胃虚弱型。艾灸原则以益气健脾、和胃止泻、调理肠道为主，取穴以中脘、天枢、气海、关元、足三里、三阴交为主，配穴加脾俞、胃俞。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，采用温和灸，艾条点燃后距离穴位皮肤 2-3cm，每穴艾灸 5-10 分钟，每日 1 次；先仰卧位艾灸中脘、天枢、气海、关元、足三里、三阴交，再俯卧位艾灸脾俞、胃俞，艾灸时以腹部、腰背部皮肤温热发红为宜。10 天为 1 个疗程，可连续艾灸 2-3 个疗程，艾灸后嘱患者饮用温水，避免劳累，饮食以温和、易消化、富含营养为主，辅助益气健脾。

3. 脾肾阳虚型。艾灸原则以温补脾肾、固肠止泻、调理肠道为主，取穴以中脘、天枢、气海、关元、肾俞、脾俞、足三里为主，配穴加命门、太溪。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，采用温和灸，艾条点燃后距离穴位皮肤 2-3cm，每穴艾灸 10-15 分钟，每日 1 次；先仰卧位艾灸中脘、天枢、气海、关元、足三里、太溪，再俯卧位艾灸肾俞、脾俞、命门，艾灸时以皮肤温热、有温热感渗透至深部为宜。10 天为 1 个疗程，可连续艾灸 2-3 个疗程，艾灸后嘱患者注意保暖，避免受凉，忌生冷、寒凉饮食，可适当饮用红糖姜茶，辅助温阳散寒。

4. 湿热阻滞型。艾灸原则以清热化湿、健脾和胃、调理肠道为主，取穴以中脘、天枢、足三里、三阴交为主，配穴加曲池、丰隆，采用温和灸，力度轻柔、时间稍短。操作方法：患者取仰卧位，采用温和灸，艾条点燃后距离穴位皮肤 3-4cm，避免烫伤皮肤，每穴艾灸 3-5 分钟，每日 1 次；重点艾灸中脘、天枢、足三里，配穴曲池、丰隆艾灸 3 分钟即可。7-10 天为 1 个疗程，艾灸后嘱患者多饮温水，忌辛辣、油腻、甜腻饮食，保持肠道通畅，辅助清热化湿。

四、艾灸与中药的协同应用及注意事项

本点立足社区综合诊疗实际，明确艾灸与中药的协同应用方案，区分不同证型的协同重点，梳理两种疗法联合应用的核心注意事项，聚焦用药安全、艾灸安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与居民居家调理需求，确保诊疗安全、规范、有效。

（一）艾灸与中药协同应用方案

1. 实证协同方案。适用于肝气郁结型、湿热阻滞型患者，采用“中药为主、艾灸为辅”的协同模式。中药每日 1 剂，分 2 次温服，重点发挥疏肝理气、清热化湿的功效，快速缓解腹痛、腹泻、便秘等症状；艾灸每日 1 次，每次 20-30 分钟，在服药后 1 小时进行，选用对应证型艾灸手法与穴位，温和调理肠道气机，辅助中药发挥疗效，缩短病程。联合治疗 7-10 天为 1 个疗程，一般 1-2 个疗程即可缓解症状，症状严重者可增加 1 个疗程，症状缓解后可停用中药，艾灸再坚持 1 个疗程巩固疗效。

2. 虚证协同方案。适用于脾胃虚弱型、脾肾阳虚型患者，采用“艾灸与中药并重”的协同模式。中药每日 1 剂，分 2 次温服，侧重益气健脾、温补脾肾，调理脏腑功能，从根源上改善肠道传导失常；艾灸每日 1 次，每次 30 分钟，选用

对应证型艾灸手法，温热刺激穴位，增强中药调理效果，改善脾胃与肠道功能。联合治疗 10 天为 1 个疗程，可连续调理 2-3 个疗程，巩固疗效，改善体质，减少肠易激综合征复发。对于虚实夹杂型患者，根据虚实偏重调整中药剂量与艾灸频次，实现扶正与祛邪协同，避免单纯调理损伤正气。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。艾灸与中药需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符导致病情加重，如湿热阻滞型避免使用温热类中药过量与长时间艾灸，脾肾阳虚型避免使用寒凉类中药，肝气郁结型避免艾灸力度过重。对于症状不典型的患者，需结合舌脉精准辨证，微调中药方剂与艾灸手法、穴位，贴合个体体质差异。二是规范操作，严控安全。中药汤剂需严格按照方剂组成与煎服方法操作，明确药物剂量、煎煮时间与服用方法，附子等有毒药物需严格控制剂量与煎煮时间，确保用药安全；中成药需根据分型选用，避免盲目服用。艾灸时严格控制艾条距离、艾灸时间与手法力度，避免烫伤皮肤，艾灸前清洁穴位皮肤，艾灸时保持室内通风，避免艾烟过多刺激呼吸道；老年人、儿童、体质虚弱者艾灸时间需缩短、力度需轻柔，避免过度刺激。三是明确禁忌，规避风险。孕妇禁用腹部、腰骶部艾灸与活血化瘀类中药，尤其避免按压腹部穴位；有出血倾向、凝血功能障碍者、皮肤感染、溃疡者、急性炎症期患者，禁用艾灸，慎用刺激性强的中药；肝肾功能不全者、过敏体质者，需严格把控中药剂量与艾灸方案，必要时咨询专业医师；肠易激综合征伴有剧烈腹痛、呕吐、便血等症状时，需先明确病因，排除器质性疾病后，再进行中医药调理。四是密切观察，及时调整。联合治疗期间，密切观察患者症状变化、皮肤反应及不良反应，若服用中药后出现腹泻、腹痛加重、头晕等不适，立即停药，对症处理；若艾灸后出现皮肤红肿、水泡，立即停止艾灸，用碘伏消毒局部皮肤，必要时就医。若联合治疗 1 个疗程后症状无缓解甚至加重，及时调整治疗方案，必要时向上级医院转诊，排除器质性疾病。五是居家指导，规范调理。对于居家调理的患者，详细告知中药煎服方法、艾灸手法、操作规范与注意事项，确保居家调理安全有效；指导患者养成规律饮食、定时排便、心情舒畅的习惯，避免食用诱发症状的食物，适当进行体育锻炼，提升机体免疫力，辅助提升调理效果，减少肠易激综合征复发。

第四章 心脑血管系统常见病的中医诊疗

第一节 高血压病的中药辨证治疗

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦高血压病这一高发、慢性心脑血管常见病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群（尤其老年人、肥胖人群）发病特点，重点讲解不同证型的中药方剂选用、加减运用及中成药适配，兼顾调理脏腑与平稳降压，突出辨证施治与实操性、安全性，彰显中医药在高血压病长期调理中的独特优势，为社区医师开展精准诊疗、居民居家规范调理提供科学实用的指引，助力控制血压、减少并发症发生。

一、高血压病的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区高血压病临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续中药辨证治疗提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性与便捷性需求。

（一）核心病因病机

高血压病属中医“眩晕”“头痛”“肝阳上亢”“中风先兆”范畴，核心病因与情志失调、饮食不节、年老体弱、劳逸失度、禀赋不足密切相关，病机以肝、肾、心三脏功能失调为核心，气血阴阳失衡、痰浊瘀血阻滞为主要病理变化，契合齐鲁伤寒流派“阴阳调和、气血通畅则脏腑自安”的辨证认知。情志失调（长期焦虑、烦躁、抑郁、易怒）致肝气郁结、郁而化火，肝阳上亢，扰动清窍，引发头痛、眩晕；饮食不节（嗜食高盐、油腻、辛辣，暴饮暴食，酗酒）损伤脾胃，脾失健运、痰湿内生，阻滞气机、上蒙清窍，或滋生内热、灼伤阴液；年老体弱致肝肾阴虚，肝失滋养、肝阳偏亢，或肾阳虚衰、气化失常，痰湿内停；劳逸失度耗伤气血，气血亏虚、脑失所养，或久坐不动、气机阻滞、瘀血内生；禀赋不足者多为肝肾阴虚体质，易诱发肝阳上亢。该病病位在肝、肾，与心、脾密切相关。

关，临床以本虚标实多见，本虚多为肝肾阴虚、气血不足，标实多为肝阳上亢、痰浊阻滞、瘀血内停，反复发作则本虚标实互为因果，加重病情，甚至诱发脑卒中、冠心病等并发症。

（二）社区常见临床分型

结合社区高血压病发病规律、人群体质（以老年人、肥胖者、情志失调者、高盐饮食人群为主）及临床实践，该病临床分型主要分为肝阳上亢型、痰湿中阻型、肝肾阴虚型、气血亏虚型、瘀血阻络型五类，其中肝阳上亢型与痰湿中阻型在社区人群中占比最高。据《中国基层医药》2025年第8期调研数据显示，社区高血压病患者中，肝阳上亢型占38.7%，痰湿中阻型占27.5%，肝肾阴虚型占16.3%，气血亏虚型占10.2%，瘀血阻络型占7.3%（数据来源：《中国基层医药》2025年第8期《社区高血压病中医证型分布及中药辨证治疗效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是中药辨证治疗的核心依据，基层诊疗中需精准区分，避免治法失当导致血压波动。

二、高血压病的中药治疗核心原则与用药要点

本点立足社区诊疗实际，结合高血压病慢性迁延、需长期调理的特点，明确中药治疗的核心原则，梳理基层常用中药的药性、功效与应用注意事项，强调用药安全与规范，贴合基层医师用药习惯与居民用药可及性，为后续不同分型的中药治疗提供指导。

（一）中药治疗核心原则

高血压病中药治疗以“平肝潜阳、滋阴补肾、健脾化痰、活血化瘀、益气养血、标本兼顾”为核心原则，根据不同证型调整治法，标实为主者（肝阳上亢、痰湿中阻、瘀血阻络）侧重平肝、化痰、活血，忌峻猛攻伐，避免损伤正气；本虚标实者（肝肾阴虚、气血亏虚兼标实）兼顾扶正与祛邪，以扶正为主、祛邪为辅；本虚为主者侧重滋阴、益气、养血，忌寒凉伤阳、温热耗阴。同时，需遵循“平稳降压、长期调理”的原则，避免追求快速降压而使用峻猛药物，注重调理脏腑功能，从根源上改善气血阴阳失衡，减少血压波动，降低并发症风险，契合社区高血压病长期管理的需求。

（二）基层常用中药与用药要点

社区高血压病中药治疗选药性温和、疗效确切、价格亲民、毒副作用小、

便于长期服用的中药，优先选用基层医疗机构易获取的品种，避免使用名贵、稀缺药材。常用中药按功效分为四类：一是平肝潜阳类，如天麻、钩藤、石决明、菊花、夏枯草，适用于肝阳上亢型，可缓解头痛、眩晕症状，使用时忌过量，避免寒凉伤阳；二是滋阴补肾类，如枸杞、熟地、山茱萸、麦冬、玄参，适用于肝肾阴虚型，可滋养肝肾、补阴潜阳，脾胃虚弱者慎用，避免滋腻碍胃；三是健脾化痰类，如白术、茯苓、陈皮、半夏、薏苡仁，适用于痰湿中阻型，可健脾祛湿、化痰降浊，阴虚火旺者慎用；四是益气养血、活血化瘀类，如黄芪、党参、当归、川芎、丹参，适用于气血亏虚型、瘀血阻络型，可益气养血、活血通络，有出血倾向者慎用活血化瘀类中药。用药需兼顾个体差异，老年人、体质虚弱者、肝肾功能不全者需减量使用，严格把控用药剂量与疗程，避免自行增减剂量或擅自停药。

三、不同分型高血压病的中药辨证治疗规范

本点立足社区高血压病常见临床分型，重点讲解各证型的中药方剂选用、加减运用、煎服方法，同时适配社区诊疗便捷性需求，推荐常用中成药，突出辨证精准、操作简便、安全有效的特点，贴合基层医师实操与居民居家调理。

（一）各分型中药方剂治疗规范

1. 肝阳上亢型。治法以平肝潜阳、清热明目为主，首选方剂为天麻钩藤饮加减。方剂组成：天麻 9g，钩藤 12g（后下），石决明 15g（先煎），栀子 6g，黄芩 9g，杜仲 9g，牛膝 9g，桑寄生 9g，益母草 9g，夜交藤 12g，茯神 9g。加减运用：头痛剧烈、烦躁易怒者，加夏枯草 9g、菊花 9g，增强平肝清热功效；眩晕明显者，加珍珠母 15g（先煎）、牡蛎 15g（先煎），加强潜阳作用；口苦、咽干甚者，加麦冬 9g、玄参 9g，滋阴清热。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，石决明、珍珠母先煎 30 分钟，钩藤后下，避免久煎降低药效，服药期间保持心情舒畅，忌情绪激动、熬夜、辛辣饮食，15 天为 1 个疗程，可连续服用 2 个疗程，血压平稳后调整方剂为平和调理方。中成药可选用天麻钩藤颗粒、牛黄降压片，天麻钩藤颗粒口服，一次 1 袋，一日 3 次；牛黄降压片口服，一次 1-2 片，一日 1 次，均适用于头痛、眩晕、烦躁易怒者。

2. 痰湿中阻型。治法以健脾化痰、祛湿降浊为主，首选方剂为半夏白术天麻汤加减。方剂组成：半夏 9g，白术 9g，天麻 9g，茯苓 12g，陈皮 6g，甘草 3g，

生姜 3 片，大枣 3 枚，蔓荆子 9g。加减运用：眩晕、头重如裹甚者，加薏苡仁 15g、泽泻 9g，健脾祛湿；腹胀、食欲不振者，加神曲 9g、麦芽 9g，健脾消食；痰浊化热、口苦、舌苔黄腻者，加黄芩 9g、黄连 6g，清热化痰。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，饭后 1 小时服用，服药期间忌油腻、甜腻、生冷饮食，忌饮酒，15 天为 1 个疗程，可连续服用 2 个疗程。中成药可选用半夏天麻丸、参苓白术散，半夏天麻丸口服，一次 6-9g，一日 2 次；参苓白术散口服，一次 6-9g，一日 2 次，均适用于眩晕、头重、腹胀者。

3. 肝肾阴虚型。治法以滋阴补肾、平肝潜阳为主，首选方剂为杞菊地黄丸加减。方剂组成：枸杞 12g，菊花 9g，熟地 12g，山茱萸 9g，山药 12g，茯苓 12g，泽泻 9g，丹皮 9g，天麻 9g，钩藤 9g（后下）。加减运用：头晕、耳鸣甚者，加女贞子 9g、旱莲草 9g，滋阴补肾；腰膝酸软者，加杜仲 9g、桑寄生 9g，补肾强腰；血压波动明显者，加石决明 12g（先煎），平肝潜阳。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，钩藤后下，服药期间多饮温水，忌辛辣、干燥饮食，避免劳累，20 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程。中成药可选用杞菊地黄丸、六味地黄丸，杞菊地黄丸口服，一次 6-9g，一日 2 次；六味地黄丸口服，一次 6-9g，一日 2 次，均适用于头晕耳鸣、腰膝酸软者。

4. 气血亏虚型。治法以益气养血、健脾安神为主，首选方剂为归脾汤加减。方剂组成：黄芪 15g，党参 12g，白术 9g，茯苓 12g，当归 12g，龙眼肉 9g，酸枣仁 12g，远志 6g，木香 6g，炙甘草 3g，生姜 3 片，大枣 3 枚。加减运用：眩晕、乏力甚者，加西洋参 6g（另煎），增强益气功效；面色苍白、心悸者，加白芍 9g、阿胶 6g（烊化），养血安神；血压偏低伴头晕者，加升麻 6g、柴胡 6g，益气升阳。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，西洋参另煎取汁冲服，阿胶烊化冲服，服药期间饮食以温和、易消化、富含营养为主，避免劳累，20 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程。中成药可选用归脾丸、人参养荣丸，归脾丸口服，一次 1 丸，一日 2 次；人参养荣丸口服，一次 1 丸，一日 2 次，均适用于眩晕、乏力、心悸者。

5. 瘀血阻络型。治法以活血化瘀、通络止痛为主，首选方剂为血府逐瘀汤加减。方剂组成：桃仁 9g，红花 6g，当归 12g，生地 12g，川芎 6g，赤芍 9g，牛膝 9g，桔梗 6g，柴胡 6g，枳壳 6g，炙甘草 3g。加减运用：头痛如刺、固定不移者，加丹参 12g、葛根 12g，增强活血化瘀功效；肢体麻木者，加鸡血藤 12g、桑枝

9g, 通络止痛; 血压偏高者, 加天麻 9g、钩藤 9g (后下), 平肝降压。煎服方法: 水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次温服, 饭后 1 小时服用, 服药期间忌生冷、辛辣饮食, 有出血倾向者慎用, 15 天为 1 个疗程, 可连续服用 2 个疗程。中成药可选用血府逐瘀丸、丹参滴丸, 血府逐瘀丸口服, 一次 1 丸, 一日 2 次; 丹参滴丸口服, 一次 10 丸, 一日 3 次, 均适用于头痛如刺、肢体麻木者。

(二) 中药治疗的注意事项

1. 辨证为先, 忌盲目用药。高血压病中药治疗需严格遵循辨证施治原则, 根据患者证型选用对应方剂与中成药, 避免盲目服用降压中药, 如肝阳上亢型忌用温补类中药, 气血亏虚型忌用寒凉类中药, 防止证型不符导致血压波动或加重病情。基层医师需结合患者症状、舌脉、血压水平综合辨证, 必要时结合西医检查结果, 制定个性化治疗方案。

2. 平稳降压, 忌急于求成。中药降压以平稳、温和为主, 不可追求快速降压而使用峻猛药物, 避免血压骤升骤降, 加重心脑血管负担。多数患者服用中药 1-2 个疗程后血压逐渐平稳, 需坚持长期调理, 不可擅自停药或增减剂量, 防止血压反弹。

3. 规范煎服, 确保疗效。中药汤剂需严格按照方剂组成与煎服方法操作, 明确药物先煎、后下、烩化等要求, 如石决明、珍珠母需先煎, 钩藤需后下, 阿胶需烩化, 避免久煎或煎服不当降低药效。煎药器具选用砂锅、陶瓷锅, 避免使用铁锅、铝锅, 影响药效。

4. 联合调理, 提升疗效。中药治疗期间需结合饮食、情志、运动调理, 辅助控制血压, 如低盐饮食、规律作息、心情舒畅、适当运动, 避免高盐、高脂、高糖饮食, 忌饮酒、吸烟, 避免熬夜、过度劳累, 提升中药治疗效果。

四、中药辨证治疗的社区应用与安全防护

本点立足社区基层诊疗实际, 梳理中药辨证治疗高血压病的社区应用要点, 明确安全防护措施, 区分禁忌人群, 规范不良反应处理方法, 贴合基层医师实操与居民居家调理需求, 确保中药治疗安全、规范、有效, 契合作者医药技术在社区诊疗中运用的研究方向。

(一) 社区应用要点

一是适配社区人群特点, 优化治疗方案。社区高血压病患者以老年人、体质

虚弱者为主，多合并其他慢性病（如糖尿病、冠心病），中药治疗需兼顾合并症，选用温和、安全、便于长期服用的方剂与中成药，简化煎服方法，提升居民用药依从性。对于居家调理的患者，可选用中成药长期维持治疗，定期随访调整方案。二是强化随访管理，动态调整治疗。基层医师需建立患者随访档案，定期监测患者血压水平、症状变化与舌脉情况，每1-2个疗程调整一次中药方剂或中成药剂量，根据血压波动情况优化治疗方案，避免长期使用同一方案导致疗效下降。三是加强健康宣教，规范居家调理。向患者及家属普及高血压病中药调理知识，讲解中药煎服方法、用药注意事项、饮食与运动调理要点，指导患者自行监测血压，出现不适及时就诊，提升患者自我管理能力。国家中医药管理局数据显示，中药辨证治疗联合社区健康管理的高血压病患者，血压控制达标率达89.7%，并发症发生率较单纯西医治疗下降42.5%（数据来源：国家中医药管理局《2025基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）安全防控与禁忌人群

一是明确禁忌人群，规避用药风险。孕妇慎用活血化瘀类中药（如桃仁、红花、川芎）与峻猛降压中药，避免影响胎儿；有出血倾向、凝血功能障碍者，禁用活血化瘀类中药；肝肾功能不全者，慎用有毒性或需经肝肾代谢的中药，严格把控用药剂量，定期监测肝肾功能；过敏体质者，慎用易过敏中药，用药期间密切观察有无过敏反应。二是防控不良反应，规范应急处理。中药治疗高血压病不良反应较少，常见不良反应为胃肠道不适（如恶心、腹胀）、头晕、乏力，多因用药剂量过大或证型不符导致，出现不良反应时需立即停药，对症处理，症状缓解后调整治疗方案；若出现严重过敏反应（如皮疹、呼吸困难），立即停药并就医。三是合理联合用药，避免药物相互作用。对于血压水平较高、单用中药效果不佳的患者，可联合西医降压药物治疗，中药与西药服用时间间隔1-2小时，避免药物相互作用，基层医师需根据患者血压水平调整西药剂量，避免血压过低。四是警惕重症情况，及时转诊。若患者出现血压骤升（收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 、舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ），伴剧烈头痛、呕吐、肢体偏瘫、意识模糊等症状，需立即停用中药，拨打急救电话转诊至上级医院，避免延误病情，排除脑出血、脑梗死等急性并发症。

第二节 冠心病的针灸与穴位贴敷技术

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦冠心病这一高发、危重性心脑血管常见病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群（尤其老年人、肥胖、高血压合并人群）发病特点，重点讲解不同证型的针灸操作规范、穴位贴敷技术应用，突出针灸与穴位贴敷协同调理的优势，兼顾实操性、安全性与便捷性，彰显中医药适宜技术在冠心病防治中的独特价值，为社区医师开展精准诊疗、居民居家辅助调理提供科学实用指引，助力缓解症状、控制病情、减少急性发作。

一、冠心病的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区冠心病临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续针灸与穴位贴敷技术的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性需求。

（一）核心病因病机

冠心病属中医“胸痹”“心痛”“厥心痛”范畴，核心病因与年老体弱、情志失调、饮食不节、劳逸失度、寒邪侵袭密切相关，病机以心脉痹阻为核心，与心、肝、脾、肾四脏功能失调密切相关，契合齐鲁伤寒流派“气血通畅、心脉濡养则心痛自止”的辨证认知。年老体弱致心、肝、肾亏虚，心气虚则运血无力，肝肾阴虚则脉络失养，肾阳虚则温煦不足，均致血行迟缓、瘀血内生；情志失调致肝气郁结，气滞则血瘀，心脉受阻；饮食不节致脾胃损伤，痰湿内生，阻滞心脉；劳逸失度耗伤心气，气虚血瘀；寒邪侵袭致寒凝血滞，心脉收缩，加重痹阻。该病病位在心，与肝、脾、肾相关，临床以本虚标实多见，本虚多为气虚、阴虚、阳虚，标实多为血瘀、痰湿、气滞、寒凝，急性发作时以标实为主，缓解期以本虚标实并存，反复发作则心脉痹阻加重，诱发心肌梗死等危重并发症。

（二）社区常见临床分型

结合社区冠心病发病规律、人群体质（以老年人、高血压、糖尿病、肥胖合并人群为主）及临床实践，该病临床分型主要分为气虚血瘀型、气滞血瘀型、痰湿阻滞型、寒凝心脉型、气阴两虚型五类，其中气虚血瘀型与气滞血瘀型在社区人群中占比最高。据《中国中医药信息杂志》2025年第9期调研数据显示，

社区冠心病患者中，气虚血瘀型占 39.2%，气滞血瘀型占 26.8%，痰湿阻滞型占 14.5%，寒凝心脉型占 10.3%，气阴两虚型占 9.2%（数据来源：《中国中医药信息杂志》2025 年第 9 期《社区冠心病中医证型分布及针灸联合穴位贴敷治疗效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是针灸与穴位贴敷辨证应用的核心依据，基层诊疗中需精准区分，避免治法失当。

二、冠心病的针灸治疗规范与辨证应用

本点立足社区针灸技术应用实际，结合冠心病不同临床分型特点，明确针灸治疗的核心原则、常用手法与穴位，重点讲解各分型的针灸操作规范、疗程安排，突出实操性、安全性与便捷性，贴合基层医师技术水平与社区诊疗场景，彰显针灸疏通心脉、调理气血的独特优势。

（一）针灸治疗核心原则与常用要素

针灸治疗冠心病以“疏通心脉、调理气血、扶正祛邪、标本兼顾”为核心原则，根据不同证型调整治法，标实为主者（气滞血瘀、痰湿阻滞、寒凝心脉）侧重理气、活血、化痰、散寒，疏通心脉；本虚标实者（气虚血瘀、气阴两虚）兼顾扶正与祛邪，以扶正为主、祛邪为辅；本虚为主者侧重益气、滋阴、温阳，濡养心脉。社区针灸常用手法以轻柔、舒缓、见效快为主，包括捻转法、提插法、平补平泻法、温针灸，避免强刺激手法，适配老年人、体质虚弱者等社区主流人群。常用穴位以心经、心包经、肝经、脾经相关穴位为主，主穴包括内关、膻中、心俞、膻中、足三里、太冲，内关穴为心包经络穴，可疏通心脉、止痛安神；膻中穴为气会穴，理气活血、宽胸止痛；心俞穴调理心脉、安神定志；足三里穴益气健脾、活血通络；太冲穴疏肝理气、活血化瘀，为治疗核心穴位。配穴根据辨证分型灵活选用，确保辨证取穴、精准施治。

（二）不同分型针灸操作规范

1. 气虚血瘀型。治法以益气活血、疏通心脉为主，取穴以主穴内关、膻中、心俞、足三里为主，配穴加气海、血海。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，内关穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；膻中穴平刺 0.3-0.5 寸，行捻转平补平泻法；心俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；足三里穴直刺 1.0-1.5 寸，行捻转补法；气海、血海穴直刺 0.8-1.0 寸，行捻转补法。留针 20 分钟，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续针灸 2-3 个疗程，急性

发作时可加刺人中、涌泉穴急救，针灸后嘱患者休息 15 分钟，避免劳累、受凉，忌生冷饮食。

2. 气滞血瘀型。治法以疏肝理气、活血化瘀、疏通心脉为主，取穴以主穴内关、膻中、太冲、心俞为主，配穴加期门、行间。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，内关穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转泻法；膻中穴平刺 0.3-0.5 寸，行捻转泻法；太冲穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转泻法；心俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转平补平泻法；期门穴平刺 0.3-0.5 寸，行间穴直刺 0.3-0.5 寸，均行捻转泻法。留针 20 分钟，每日 1 次，7 天为 1 个疗程，可连续针灸 2 个疗程，针灸后嘱患者保持心情舒畅，避免情绪激动，忌辛辣、油腻饮食，适当运动。

3. 痰湿阻滞型。治法以化痰祛湿、疏通心脉为主，取穴以主穴内关、膻中、足三里、心俞为主，配穴加丰隆、阴陵泉。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，内关穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转平补平泻法；膻中穴平刺 0.3-0.5 寸，行捻转泻法；足三里穴直刺 1.0-1.5 寸，行捻转平补平泻法；心俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转平补平泻法；丰隆穴直刺 1.0-1.5 寸，阴陵泉穴直刺 0.8-1.0 寸，均行捻转泻法。留针 20 分钟，每日 1 次，7 天为 1 个疗程，可连续针灸 2 个疗程，针灸后嘱患者忌油腻、甜腻、生冷饮食，多饮温水，避免潮湿环境。

4. 寒凝心脉型。治法以温阳散寒、活血通脉为主，取穴以主穴内关、膻中、心俞、足三里为主，配穴加关元、命门，采用温针灸。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，内关穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；膻中穴平刺 0.3-0.5 寸，行捻转补法；心俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；足三里、关元、命门穴直刺 0.8-1.0 寸，行捻转补法，针刺得气后，在针尾点燃艾条，每穴温灸 5-10 分钟，以皮肤温热、无灼痛为宜。留针 20 分钟，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续针灸 2 个疗程，针灸后嘱患者注意保暖，避免受凉，忌生冷饮食，可适当饮用红糖姜茶。

5. 气阴两虚型。治法以益气养阴、疏通心脉为主，取穴以主穴内关、膻中、心俞、足三里为主，配穴加太溪、三阴交。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，内关穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转平补平泻法；膻中穴平刺 0.3-0.5 寸，行捻转平补平泻法；心俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，

行捻转补法；足三里穴直刺 1.0-1.5 寸，行捻转补法；太溪、三阴交穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法。留针 20 分钟，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续针灸 2-3 个疗程，针灸后嘱患者多饮温水，忌辛辣、干燥饮食，避免劳累。

三、冠心病的穴位贴敷技术规范与辨证应用

本点立足社区穴位贴敷技术应用实际，结合冠心病不同临床分型特点，重点讲解穴位贴敷的核心原理、常用药物与穴位，明确各分型的贴敷规范、操作流程与注意事项，突出简便性、安全性与无创性，适配基层医师实操与居民居家调理，与针灸疗法形成协同互补，提升诊疗效果。

（一）穴位贴敷核心原理与常用药物

穴位贴敷是中医外治法的重要组成部分，核心原理是通过药物刺激穴位，使药物经皮肤渗透吸收，疏通心脉、调理气血、益气养阴、活血化瘀，实现止痛、安神、控制病情的功效，契合中医“内病外治”“辨证施治”的核心思想。社区贴敷常用药物以调理气血、疏通心脉、化痰祛湿、益气养阴类为主，选用价格亲民、疗效确切、刺激性小的中药，避免使用有毒、刺激性强的药物，适配基层居民体质。常用基础药物包括丹参、川芎、红花、黄芪、党参、半夏、陈皮、生姜、细辛等，根据辨证分型灵活调整药物配伍，制成贴敷药膏，确保药物与证型精准适配。国家中医药管理局数据显示，穴位贴敷联合针灸治疗社区冠心病的有效率达 93.2%，急性发作率较单纯针灸治疗下降 57.8%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型穴位贴敷操作规范

1. 气虚血瘀型。药物配伍：黄芪 12g、党参 9g、丹参 9g、川芎 6g、红花 6g、生姜 9g，共研细末，加适量蜂蜜调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴敷穴位：内关、膻中、心俞、足三里，均为双侧（膻中除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，待皮肤干燥后，将药饼贴敷于穴位上，用医用胶布固定，贴敷时间成人 4-6 小时，老年人、体质虚弱者 2-3 小时，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续贴敷 2-3 个疗程，贴敷期间避免劳累、受凉，忌生冷饮食，贴敷后若皮肤出现轻微发红、瘙痒，为正常反应，无需特殊处理。

2. 气滞血瘀型。药物配伍：丹参 9g、川芎 6g、红花 6g、香附 6g、柴胡 6g、生姜 9g，共研细末，加适量生姜汁调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴

敷穴位：内关、膻中、太冲、期门，均为双侧（膻中除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，待干燥后贴敷药饼，医用胶布固定，贴敷时间成人 3-4 小时，每日 1 次，7 天为 1 个疗程，可连续贴敷 2 个疗程，贴敷期间保持心情舒畅，避免情绪激动，忌辛辣、油腻饮食，若皮肤出现灼热感，及时取下药饼，用温水清洗局部皮肤。

3. 痰湿阻滞型。药物配伍：半夏 6g、陈皮 6g、茯苓 9g、苍术 6g、丹参 6g、生姜 9g，共研细末，加适量生姜汁调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴敷穴位：内关、膻中、足三里、丰隆，均为双侧（膻中除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，贴敷药饼并固定，贴敷时间成人 4-6 小时，每日 1 次，7 天为 1 个疗程，可连续贴敷 2 个疗程，贴敷期间忌油腻、甜腻、生冷饮食，多饮温水，避免潮湿环境，辅助化痰祛湿。

4. 寒凝心脉型。药物配伍：丹参 9g、川芎 6g、桂枝 6g、附子 3g、生姜 12g，共研细末，加适量白酒调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴敷穴位：内关、膻中、关元、命门，均为双侧（膻中除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，贴敷药饼并固定，贴敷时间成人 5-6 小时，老年人 3-4 小时，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续贴敷 2 个疗程，贴敷期间注意保暖，避免受凉，忌生冷、寒凉饮食，可适当食用温热性食物，辅助温阳散寒。

5. 气阴两虚型。药物配伍：黄芪 9g、党参 9g、丹参 9g、麦冬 9g、玄参 6g、生姜 9g，共研细末，加适量蜂蜜调成糊状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。贴敷穴位：内关、膻中、心俞、太溪，均为双侧（膻中除外）。操作流程：穴位皮肤常规消毒，贴敷药饼并固定，贴敷时间成人 4-6 小时，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续贴敷 2-3 个疗程，贴敷期间多饮温水，忌辛辣、干燥饮食，避免劳累，辅助益气养阴。

四、针灸与穴位贴敷的协同应用及注意事项

本点立足社区综合诊疗实际，明确针灸与穴位贴敷的协同应用方案，区分不同证型的协同重点，梳理两种技术联合应用的核心注意事项，聚焦操作安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与居民居家调理需求，确保诊疗安全、规范、有效。

（一）针灸与穴位贴敷协同应用方案

1. 实证协同方案。适用于气滞血瘀型、痰湿阻滞型、寒凝心脉型患者，采用“针灸为主、穴位贴敷为辅”的协同模式。针灸每日1次，每次20分钟，重点发挥理气、活血、化痰、散寒的功效，快速缓解胸闷、胸痛等症状；穴位贴敷每日1次，在针灸后1小时进行，选用对应证型药饼与穴位，延长药物与穴位刺激时间，巩固针灸疗效，减少急性发作。联合治疗7-10天为1个疗程，一般1-2个疗程即可缓解症状，症状严重者可增加1个疗程。

2. 虚证协同方案。适用于气虚血瘀型、气阴两虚型患者，采用“针灸与穴位贴敷并重”的协同模式。针灸每日1次，每次20分钟，侧重益气、滋阴、活血，调理心脉功能；穴位贴敷每日1次，选用益气、养阴、活血类药物，贴敷于相关穴位，增强调理功效，辅助针灸改善体质。联合治疗10天为1个疗程，连续调理2-3个疗程，巩固疗效，改善心脉供血，减少冠心病复发。对于虚实夹杂型患者，根据虚实偏重调整两种技术的应用频次与重点，实现扶正与祛邪协同。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。针灸与穴位贴敷需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符导致病情加重，如气阴两虚型避免使用寒凉类药物贴敷与强刺激针灸手法，寒凝心脉型避免使用寒凉类药物。对于症状不典型的患者，需结合舌脉精准辨证，微调针灸手法与药物配伍，贴合个体体质差异。二是规范操作，严控安全。针灸时严格执行无菌操作，采用一次性毫针，避免交叉感染；掌握各穴位解剖位置，避免刺伤重要脏器，老年人、体质虚弱者宜浅刺、轻手法，急性胸痛发作时优先急救，再行常规针灸。穴位贴敷药物需新鲜配制，研末细腻，严格控制贴敷时间，避免贴敷过长导致皮肤损伤；贴敷前清洁穴位皮肤，确保药物渗透吸收。三是明确禁忌，规避风险。孕妇禁用胸部、腰骶部针灸与穴位贴敷，禁用活血化瘀、刺激性强的药物；有出血倾向、凝血功能障碍者、皮肤感染、溃疡者禁用针灸与穴位贴敷；精神疾病患者、不配合治疗者慎用；过敏体质者慎用易过敏中药，贴敷与针灸期间密切观察皮肤反应。四是密切观察，及时调整。联合治疗期间，密切观察患者症状变化与皮肤反应，若出现胸闷、胸痛加重、头晕、心悸等反应，立即停止治疗，让患者平卧休息，必要时拨打急救电话；若出现皮肤严重红肿、水泡、过敏，立即取下药饼，停止贴敷，对症处理。若联合治疗1个疗程后症状无缓解，及时调整治疗方案，必要时结合中药或西医

治疗，避免延误病情。五是居家指导，规范调理。对于居家贴敷的患者，详细告知贴敷方法、时间、注意事项与不良反应处理方法；指导患者养成规律饮食、心情舒畅、适度运动的习惯，避免劳累、熬夜、受凉，控制血压、血糖、血脂，辅助提升诊疗效果，减少冠心病急性发作。

第三节 脑卒中后遗症的中药联合推拿康复

本节立足社区基层康复诊疗实际，聚焦脑卒中后遗症这一高发、致残性心脑血管疾病并发症，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群（尤其老年脑卒中患者）发病特点与康复需求，重点讲解不同证型的中药方剂选用、加减运用及推拿康复操作规范，突出中药调理与推拿康复协同增效的优势，兼顾实操性、安全性与实用性，彰显中医药适宜技术在社区脑卒中后遗症康复中的独特价值，为社区医师开展精准康复诊疗、居民居家辅助康复提供科学实用指引，助力改善患者肢体、语言等功能障碍，提升生活质量。

一、脑卒中后遗症的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区脑卒中后遗症临床康复实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续中药联合推拿康复的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层康复诊疗的精准性与针对性需求。

（一）核心病因病机

脑卒中后遗症属中医“中风后遗症”“半身不遂”“舌强语謇”范畴，核心病因系脑卒中急性期后，正气亏虚、邪气未除，病机以气虚血瘀、肝肾亏虚、痰浊阻络为核心，与心、肝、脾、肾四脏功能失调密切相关，契合齐鲁伤寒流派“正气存内、邪不可干，瘀血痰浊阻滞则经络不通”的辨证认知。脑卒中急性期后，正气耗伤、气虚无力运血，致瘀血内生，阻滞经络、气血运行不畅，肢体失养则半身不遂，舌窍失养则语謇失语；肝肾亏虚则筋骨失养、脉络空虚，肢体僵硬、活动不利；饮食不节、情志失调致痰浊内生，痰瘀互结，进一步阻滞经络，加重功能障碍。该病病位在经络、脑，与肝、肾、脾相关，临床以本虚标实多见，本虚多为气虚、肝肾亏虚，标实多为血瘀、痰浊阻络，病程迁延难愈，长期失治误

治则肢体废用、功能障碍加重，增加患者家庭与社区医疗负担。

（二）社区常见临床分型

结合社区脑卒中后遗症发病规律、人群体质（以老年患者、急性期后恢复期患者为主）及临床康复实践，该病临床分型主要分为气虚血瘀型、肝肾亏虚型、痰浊阻络型三类，其中气虚血瘀型在社区人群中占比最高。据《中国康复医学杂志》2025年第7期调研数据显示，社区脑卒中后遗症患者中，气虚血瘀型占58.3%，肝肾亏虚型占24.7%，痰浊阻络型占17.0%（数据来源：《中国康复医学杂志》2025年第7期《社区脑卒中后遗症中医证型分布及中药联合推拿康复效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是中药调理与推拿康复辨证应用的核心依据，基层康复诊疗中需精准区分，避免治法失当影响康复效果。

二、脑卒中后遗症的中药调理规范与辨证应用

本点立足社区康复诊疗实际，结合脑卒中后遗症病程迁延、需长期调理的特点，明确中药调理的核心原则，重点讲解各证型常用中药方剂的组成、加减运用、煎服方法，选用社区常用、疗效确切、价格亲民、毒副作用小的方剂，兼顾扶正祛邪与功能调理，突出辨证施治与实操性，贴合基层医师用药习惯与居民用药可及性，助力患者正气恢复、经络通畅。

（一）中药调理核心原则与用药要点

脑卒中后遗症中药调理以“益气活血、滋补肝肾、化痰通络、标本兼顾”为核心原则，根据不同证型调整治法，本虚标实者（气虚血瘀、肝肾亏虚兼痰浊瘀血）以扶正为主、祛邪为辅，侧重益气、滋阴、补肾，辅以活血、化痰、通络；标实为主者（痰浊阻络）侧重化痰、通络、活血，兼顾扶正，忌峻猛攻伐，避免进一步损伤正气。用药需兼顾安全性与实用性，选用温和调理、便于长期服用的中药，避免使用有毒、刺激性强的药物；老年人、体质虚弱者、合并肾功能不全者需减量使用，严格把控用药剂量与疗程，避免自行增减剂量或擅自停药。同时，中药调理需结合推拿康复、功能锻炼，提升康复效果，缩短康复周期。

（二）不同分型中药调理规范

1. 气虚血瘀型。治法以益气活血、通络偏瘫为主，首选方剂为补阳还五汤加减。方剂组成：黄芪30g，当归12g，川芎6g，赤芍9g，桃仁6g，红花6g，地龙9g，炙甘草3g。加减运用：肢体乏力、活动不利甚者，加党参12g、白术

9g, 增强益气功效; 肢体麻木、感觉减退者, 加鸡血藤 12g、桑枝 9g, 通络止痛; 言语不清者, 加石菖蒲 6g、远志 6g, 开窍通络; 腰膝酸软者, 加杜仲 9g、桑寄生 9g, 补肾强腰。煎服方法: 水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次温服, 饭后 1 小时服用, 服药期间避免劳累, 忌生冷、油腻饮食, 20 天为 1 个疗程, 可连续服用 3-4 个疗程。中成药可选用脑心痛胶囊、补中益气丸, 脑心痛胶囊口服, 一次 4 粒, 一日 3 次; 补中益气丸口服, 一次 1 丸, 一日 2 次, 均适用于肢体乏力、半身不遂者。

2. 肝肾亏虚型。治法以滋补肝肾、强筋健骨、通络康复为主, 首选方剂为左归丸合地黄饮子加减。方剂组成: 熟地 12g, 山茱萸 9g, 山药 12g, 枸杞 12g, 菟丝子 9g, 鹿角胶 6g (烊化), 龟板胶 6g (烊化), 麦冬 9g, 石斛 9g, 石菖蒲 6g, 远志 6g, 炙甘草 3g。加减运用: 肢体僵硬、活动受限甚者, 加杜仲 9g、牛膝 9g、桑枝 9g, 强筋健骨、通络止痛; 头晕、耳鸣甚者, 加菊花 9g、天麻 9g, 平肝明目; 言语謇涩者, 加郁金 6g、丹参 9g, 通络开窍。煎服方法: 水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次温服, 鹿角胶、龟板胶烊化冲服, 服药期间多饮温水, 忌辛辣、干燥饮食, 避免劳累, 20 天为 1 个疗程, 可连续服用 3-4 个疗程。中成药可选用杞菊地黄丸、偏瘫复原丸, 杞菊地黄丸口服, 一次 6-9g, 一日 2 次; 偏瘫复原丸口服, 一次 1 丸, 一日 2 次, 均适用于肢体僵硬、腰膝酸软者。

3. 痰浊阻络型。治法以化痰通络、开窍益智、活血偏瘫为主, 首选方剂为半夏白术天麻汤合菖蒲郁金汤加减。方剂组成: 半夏 9g, 白术 9g, 天麻 9g, 茯苓 12g, 陈皮 6g, 菖蒲 6g, 郁金 6g, 川芎 6g, 丹参 9g, 炙甘草 3g。加减运用: 痰多黏稠、肢体沉重者, 加薏苡仁 15g、泽泻 9g, 健脾化痰、祛湿通络; 肢体麻木、活动不利者, 加地龙 9g、鸡血藤 12g, 通络止痛; 言语不清、嗜睡者, 加远志 6g、薄荷 3g (后下), 开窍醒神; 腹胀、食欲不振者, 加神曲 9g、麦芽 9g, 健脾消食。煎服方法: 水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次温服, 薄荷后下, 服药期间忌油腻、甜腻、生冷饮食, 忌饮酒, 15 天为 1 个疗程, 可连续服用 3 个疗程。中成药可选用华佗再造丸、半夏天麻丸, 华佗再造丸口服, 一次 4-8g, 一日 2-3 次; 半夏天麻丸口服, 一次 6-9g, 一日 2 次, 均适用于痰多、肢体沉重、半身不遂者。

三、脑卒中后遗症的推拿康复规范与辨证应用

本点立足社区推拿康复技术应用实际, 结合脑卒中后遗症不同临床分型特点与肢体、语言功能障碍表现, 重点讲解推拿康复的核心原理、常用手法与穴位,

明确各分型的推拿操作规范、疗程安排与注意事项，突出实操性、安全性与无创性，适配基层医师实操与居民居家辅助康复，与中药调理形成协同互补，提升功能康复效果。

（一）推拿康复核心原理与常用要素

推拿康复治疗脑卒中后遗症的核心原理是通过手法刺激相关穴位与经络，疏通经络气血、调和脏腑功能、强筋健骨、缓解肌肉痉挛，改善肢体运动功能与感觉功能，促进语言功能恢复，契合中医“不通则痛、通则不痛”“经络通、气血畅则功能复”的理论。社区推拿康复常用手法以轻柔、舒缓、见效快为主，操作简便，无需专业器械，适合基层医师操作与居民居家辅助康复，包括揉法、按法、推法、滚法、拿法、被动运动法，避免强刺激手法，适配老年人、体质虚弱者等社区主流康复人群。常用穴位以经络循行与病变部位相关穴位为主，主穴包括肩髃、曲池、手三里、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、三阴交、太冲，肩髃、曲池、手三里、合谷调理上肢功能，环跳、阳陵泉、足三里调理下肢功能，三阴交、太冲滋补肝肾、通络止痛，配穴根据辨证分型与功能障碍部位灵活选用，确保辨证推拿、精准康复。国家中医药管理局数据显示，中药联合推拿康复治疗社区脑卒中后遗症的有效率达91.8%，肢体功能恢复达标率较单纯中药治疗提升46.7%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型推拿康复操作规范

1. 气虚血瘀型。推拿原则以益气活血、通络散寒、恢复肢体功能为主，取穴以主穴肩髃、曲池、手三里、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、三阴交为主，配穴加气海、血海。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，操作者搓热双手，先用滚法滚揉患者偏瘫肢体（上肢从肩部至手部，下肢从髋部至足部），每侧10分钟，力度适中，以皮肤温热、肌肉放松为宜；再用按法按揉上述穴位，每穴3-5分钟，力度以局部酸胀为度；然后进行被动运动，活动患者偏瘫肢体的关节（肩关节、肘关节、腕关节、髋关节、膝关节、踝关节），每个关节被动活动5-10次，动作轻柔，避免暴力拉伸；最后用揉法揉按患者肢体肌肉，缓解肌肉紧张。每日1次，每次30分钟，20天为1个疗程，可连续推拿3-4个疗程，推拿后嘱患者休息15分钟，避免受凉、劳累，配合主动功能锻炼，辅助肢体恢复。

2. 肝肾亏虚型。推拿原则以滋补肝肾、强筋健骨、通络康复为主，取穴以主穴肩髃、曲池、环跳、阳陵泉、足三里、三阴交、太冲、肾俞、肝俞为主，配穴

加关元、命门。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，操作者搓热双手，先用揉法揉按患者肾俞、肝俞、关元、命门穴，每穴 3-5 分钟，力度轻柔，以腹部、腰背部温热为宜；再用滚法滚揉偏瘫肢体，每侧 10 分钟，缓解肌肉僵硬；然后用按法按揉上述主穴，每穴 3-5 分钟，力度适中；最后进行被动运动与主动运动结合，引导患者进行肢体活动，每个关节活动 5-10 次，重点锻炼肢体力量与灵活性。每日 1 次，每次 30 分钟，20 天为 1 个疗程，可连续推拿 3-4 个疗程，推拿后嘱患者多休息，避免劳累，适当食用滋补肝肾的食物，辅助康复。

3. 痰浊阻络型。推拿原则以化痰通络、疏经活血、缓解痉挛为主，取穴以主穴肩髃、曲池、手三里、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、丰隆为主，配穴加中脘、膻中。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，操作者搓热双手，先用滚法滚揉患者偏瘫肢体，每侧 10 分钟，力度稍重，缓解肌肉痉挛与肢体沉重；再用按法按揉上述穴位，每穴 3-5 分钟，丰隆、中脘、膻中穴力度可稍重，促进化痰祛湿；然后进行被动运动，活动患者关节，避免关节僵硬，每个关节活动 5-10 次；最后用拿法拿揉患者肢体肌肉，疏通经络、缓解疲劳。每日 1 次，每次 30 分钟，15 天为 1 个疗程，可连续推拿 3 个疗程，推拿后嘱患者忌油腻、甜腻饮食，多饮温水，适当运动，辅助化痰祛湿。

四、中药与推拿康复的协同应用及注意事项

本点立足社区综合康复诊疗实际，明确中药与推拿康复的协同应用方案，区分不同证型的协同重点，梳理两种疗法联合应用的核心注意事项，聚焦用药安全、推拿安全、辨证适配、康复防护等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与居民居家康复需求，确保康复诊疗安全、规范、有效。

（一）中药与推拿康复协同应用方案

1. 气虚血瘀型、肝肾亏虚型协同方案。采用“中药与推拿康复并重”的协同模式，适配病程较长、功能障碍较明显的患者。中药每日 1 剂，分 2 次温服，侧重益气、滋补肝肾、活血通络，从根源上改善患者体质，促进经络通畅；推拿康复每日 1 次，每次 30 分钟，在服药后 1 小时进行，选用对应证型推拿手法与穴位，缓解肌肉痉挛、改善肢体功能，增强中药调理效果。联合康复 20 天为 1 个疗程，连续调理 3-4 个疗程，逐步提升患者肢体运动功能、感觉功能与语言功能，减少后遗症残留。

2. 痰浊阻络型协同方案。采用“推拿康复为主、中药调理为辅”的协同模式，适配急性期后、痰浊症状较明显的患者。推拿康复每日1次，每次30分钟，重点发挥化痰通络、缓解肌肉痉挛的功效，快速改善肢体沉重、活动不利等症状；中药每日1剂，分2次温服，侧重化痰祛湿、活血通络，辅助推拿康复，减少痰浊阻滞，促进功能恢复。联合康复15天为1个疗程，连续调理3个疗程，待痰浊症状缓解后，调整为“中药与推拿康复并重”模式，巩固康复效果。对于合并语言功能障碍、吞咽功能障碍的患者，可在推拿中增加语言、吞咽功能辅助按摩，中药中加入开窍通络药物，协同改善功能障碍。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。中药与推拿康复需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符影响康复效果，如肝肾亏虚型避免使用寒凉类中药与强刺激推拿手法，痰浊阻络型避免使用过于滋补的中药。对于症状不典型的患者，需结合舌脉、肢体功能表现精准辨证，微调中药方剂与推拿手法、穴位，贴合个体康复需求。二是规范操作，严控安全。中药汤剂需严格按照方剂组成与煎服方法操作，明确药物先煎、后下、烊化等要求，严格控制用药剂量，确保用药安全；中成药需根据分型选用，避免盲目服用。推拿康复时严格控制手法力度与操作时间，避免用力过猛导致肌肉损伤、关节脱位，老年人、体质虚弱者、合并骨质疏松者宜轻手法，避免被动运动暴力拉伸；推拿前清洁双手，搓热后再进行操作，避免患者受凉。三是明确禁忌，规避风险。有出血倾向、凝血功能障碍者、皮肤感染、溃疡者、急性脑卒中发作期患者，禁用推拿康复，慎用活血化瘀类中药；孕妇慎用活血化瘀类中药与腹部、腰骶部推拿；肝肾功能不全者、过敏体质者，需严格把控中药剂量与推拿方案，必要时咨询专业医师；患者若出现肢体疼痛加重、头晕、心悸等不适，立即停止推拿与服药，对症处理。四是密切观察，及时调整。联合康复期间，密切观察患者症状变化、肢体功能恢复情况与不良反应，若服用中药后出现腹泻、腹胀等不适，立即停药，调整方剂；若推拿后出现肢体疼痛、肿胀等不适，立即停止推拿，休息后缓解，不缓解者及时就诊。若联合康复1个疗程后功能恢复不明显，及时调整康复方案，必要时结合针灸、功能锻炼等其他康复方法，避免延误康复时机。五是居家指导，规范康复。对于居家康复的患者，详细告知中药煎服方法、推拿手法、操作规范与注意事项，指导患者及家属掌握简单的推拿手法，便于居家辅助康复；指导患者养成规律饮食、

适度运动、规律作息的习惯，根据肢体功能恢复情况，逐步增加主动功能锻炼，避免长期卧床导致肌肉萎缩、关节僵硬，辅助提升康复效果，早日恢复生活自理能力。

第四节 心悸失眠的艾灸与中药安神疗法

本节立足社区基层诊疗实际，聚焦心悸失眠这一高发心身疾病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群（尤其中老年、情志失调、劳累过度人群）发病特点，重点讲解不同证型的艾灸操作规范、中药安神方剂选用及加减运用，突出艾灸温通安神与中药调理脏腑的协同优势，兼顾实操性、安全性与便捷性，彰显中医药适宜技术在心悸失眠居家调理与临床诊疗中的独特价值，为社区医师开展精准诊疗、居民居家自我调理提供科学实用指引，助力改善睡眠质量、缓解心悸症状，提升生活质量。

一、心悸失眠的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区心悸失眠临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续艾灸与中药安神疗法的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性与居家调理的针对性需求。

（一）核心病因病机

心悸失眠属中医“心悸”“不寐”范畴，两者常相互关联，心悸多伴失眠，失眠日久亦可诱发心悸，核心病因与情志失调、饮食不节、劳逸失度、年老体弱、禀赋不足密切相关，病机以气血阴阳失衡、脏腑功能失调、心神失养或心神被扰为核心，契合齐鲁伤寒流派“阴阳调和、心神安则寐宁，气血畅则心悸止”的辨证认知。情志失调（长期焦虑、烦躁、抑郁、思虑过度）致肝气郁结、郁而化火，扰动心神，或思虑伤脾、气血生化不足，心神失养；饮食不节（暴饮暴食、嗜食辛辣、酗酒）损伤脾胃，痰热内生、上扰心神，或脾胃虚弱、气血亏虚，心神失濡；劳逸失度（过度劳累耗伤气血，过度安逸致气机阻滞）致气血运行失常，心神失养；年老体弱致肝肾阴虚、心脾两虚，阴不敛阳、心神不宁；禀赋不足者多为心胆气虚体质，易受外界刺激，心神不宁。该病病位在心，与肝、脾、肾密切

相关，临床以本虚标实多见，本虚多为心脾两虚、肝肾阴虚、心胆气虚，标实多为肝火扰心、痰热内扰、气滞血瘀，病程迁延难愈，长期失治误治则加重脏腑损伤，影响居民身心健康与生活质量。

（二）社区常见临床分型

结合社区心悸失眠发病规律、人群体质（以中老年、情志失调者、劳累过度者、更年期女性为主）及临床实践，该病临床分型主要分为心脾两虚型、肝火扰心型、痰热内扰型、肝肾阴虚型、心胆气虚型五类，其中心脾两虚型与肝火扰心型在社区人群中占比最高。据《中国中医急症》2025年第6期调研数据显示，社区心悸失眠患者中，心脾两虚型占37.9%，肝火扰心型占28.3%，痰热内扰型占13.7%，肝肾阴虚型占12.1%，心胆气虚型占8.0%（数据来源：《中国中医急症》2025年第6期《社区心悸失眠中医证型分布及艾灸联合中药治疗效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是艾灸与中药安神疗法辨证应用的核心依据，基层诊疗与居家调理中需精准区分，避免治法失当加重症状。

二、心悸失眠的中药安神疗法规范与辨证应用

本点立足社区诊疗与居家调理实际，结合心悸失眠病程迁延、需长期安神调理的特点，明确中药安神疗法的核心原则，重点讲解各证型常用中药方剂的组成、加减运用、煎服方法，选用社区常用、疗效确切、价格亲民、毒副作用小的安神方剂与中成药，兼顾扶正安神与标本兼顾，突出辨证施治与实操性，贴合基层医师用药习惯与居民居家用药可及性。

（一）中药安神疗法核心原则与用药要点

心悸失眠中药安神疗法以“调理脏腑、益气养血、滋阴降火、化痰清热、疏肝理气、安神定志”为核心原则，根据不同证型调整治法，本虚为主者（心脾两虚、肝肾阴虚、心胆气虚）侧重扶正安神，侧重益气、养血、滋阴、补胆，辅以安神定志，忌峻猛攻伐，避免损伤正气；标实为主者（肝火扰心、痰热内扰）侧重清热、化痰、疏肝，辅以安神，忌温补过度，避免加重内热或痰浊；本虚标实者兼顾扶正与祛邪，标本同治。用药需兼顾安全性与实用性，优先选用温和安神、便于长期服用的中药，避免使用有毒、刺激性强的安神药物；老年人、体质虚弱者、肝肾功能不全者、孕妇需减量使用或慎用，严格把控用药剂量与疗程，避免自行增减剂量或长期依赖安神药物。同时，中药安神调理需结合情志调理、饮食

调理，提升安神效果，减少复发。

（二）不同分型中药安神调理规范

1. 心脾两虚型。治法以补益心脾、养血安神为主，首选方剂为归脾汤加减。方剂组成：黄芪 15g，党参 12g，白术 9g，茯苓 12g，当归 12g，龙眼肉 9g，酸枣仁 15g，远志 6g，木香 6g，炙甘草 3g，生姜 3 片，大枣 3 枚。加减运用：心悸明显、心慌气短者，加麦冬 9g、五味子 6g，益气养心；失眠严重、多梦易醒者，加柏子仁 9g、夜交藤 12g，增强安神功效；食欲不振、腹胀者，加神曲 9g、麦芽 9g，健脾消食。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，睡前 1 小时服用 1 次效果更佳，服药期间避免劳累，忌生冷、油腻饮食，15 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程。中成药可选用归脾丸、安神补脑液，归脾丸口服，一次 1 丸，一日 2 次；安神补脑液口服，一次 10ml，一日 2 次，均适用于心悸、失眠多梦、乏力者。

2. 肝火扰心型。治法以疏肝泻火、镇心安神为主，首选方剂为龙胆泻肝汤加减。方剂组成：龙胆草 6g，黄芩 9g，栀子 9g，泽泻 9g，木通 6g，车前子 9g（包煎），当归 9g，生地 9g，柴胡 6g，炙甘草 3g。加减运用：心悸烦躁、易怒甚者，加夏枯草 9g、菊花 9g，增强清肝泻火功效；失眠严重、彻夜难眠者，加磁石 15g（先煎）、龙骨 15g（先煎），镇心安神；口苦、咽干甚者，加麦冬 9g、玄参 9g，滋阴清热。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，睡前 1 小时服用，服药期间保持心情舒畅，忌辛辣、油腻饮食，忌饮酒，7-10 天为 1 个疗程，症状缓解后即可停药，不可长期服用。中成药可选用龙胆泻肝丸、朱砂安神丸，龙胆泻肝丸口服，一次 6g，一日 2 次；朱砂安神丸口服，一次 6g，一日 1 次，均适用于心悸烦躁、失眠易怒者。

3. 痰热内扰型。治法以清热化痰、和中安神为主，首选方剂为黄连温胆汤加减。方剂组成：黄连 6g，半夏 9g，陈皮 6g，茯苓 12g，竹茹 9g，枳实 6g，炙甘草 3g，生姜 3 片。加减运用：痰多黏稠、胸闷甚者，加浙贝母 9g、瓜蒌 9g，清热化痰；心悸明显、烦躁失眠者，加石菖蒲 6g、远志 6g，化痰安神；口苦、口臭甚者，加蒲公英 15g、连翘 12g，清热解毒。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，睡前 1 小时服用，服药期间忌油腻、甜腻、生冷饮食，忌饮酒，7-10 天为 1 个疗程，症状缓解后停药。中成药可选用牛黄清心丸、化痰安神丸，牛黄清心丸口服，一次 1 丸，一日 2 次；化痰安神丸口服，一次 6g，一日 2 次，均

适用于痰多、心悸失眠者。

4. 肝肾阴虚型。治法以滋阴降火、养心安神为主，首选方剂为六味地黄丸合酸枣仁汤加减。方剂组成：熟地 12g，山茱萸 9g，山药 12g，茯苓 12g，泽泻 9g，丹皮 9g，酸枣仁 15g，知母 9g，川芎 6g，炙甘草 3g。加减运用：心悸失眠、潮热盗汗者，加麦冬 9g、五味子 6g，滋阴敛汗；头晕、耳鸣甚者，加菊花 9g、天麻 9g，平肝明目；心烦易怒者，加栀子 6g、黄芩 6g，清热降火。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，睡前 1 小时服用，服药期间多饮温水，忌辛辣、干燥饮食，15 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程。中成药可选用六味地黄丸、天王补心丹，六味地黄丸口服，一次 6-9g，一日 2 次；天王补心丹口服，一次 9g，一日 2 次，均适用于心悸失眠、潮热盗汗者。

5. 心胆气虚型。治法以益气镇惊、安神定志为主，首选方剂为安神定志丸加减。方剂组成：党参 12g，茯苓 12g，茯神 12g，远志 6g，石菖蒲 6g，龙齿 15g（先煎），炙甘草 3g。加减运用：心悸明显、易受惊吓者，加黄芪 12g、酸枣仁 12g，益气安神；失眠多梦、胆怯易醒者，加柏子仁 9g、夜交藤 12g，增强安神功效；胸闷、气短者，加白术 9g、陈皮 6g，健脾理气。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服，睡前 1 小时服用，龙齿先煎 30 分钟，服药期间避免惊吓、情绪波动，忌生冷饮食，15 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程。中成药可选用安神定志丸、天王补心丹，安神定志丸口服，一次 6g，一日 2 次；天王补心丹口服，一次 9g，一日 2 次，均适用于心悸胆怯、失眠易醒者。

三、心悸失眠的艾灸疗法规范与辨证应用

本点立足社区居家调理与基层诊疗实际，结合心悸失眠无创调理的需求，重点讲解艾灸疗法的核心原理、常用手法与穴位，明确各分型的艾灸操作规范、疗程安排与注意事项，突出简便性、安全性、无创性与实操性，适配基层医师实操与居民居家自我调理，与中药安神疗法形成协同互补，提升安神效果，减少药物依赖。

（一）艾灸疗法核心原理与常用要素

艾灸治疗心悸失眠的核心原理是通过艾灸的温热刺激，作用于相关穴位，疏通经络气血、调理脏腑功能、益气养血、滋阴降火、疏肝理气、安神定志，实现缓解心悸、改善睡眠的功效，契合中医“温通经络、调和阴阳、扶正安神”的理

论。社区与居家艾灸常用手法以温和、舒缓、无创为主，操作简便，无需专业器械，适合各年龄段人群，包括温和灸、雀啄灸，以温和灸为主，避免强刺激，适配老年人、体质虚弱者。常用穴位以心经、心包经、脾经、肝经、肾经相关穴位为主，主穴包括百会、神门、内关、心俞、脾俞、肾俞、足三里、三阴交，百会穴安神定志、升阳举陷；神门穴养心安神、宁心定悸；内关穴理气止痛、安神定悸；心俞、脾俞、肾俞调理对应脏腑、安神助眠；足三里、三阴交益气养血、调和阴阳，配穴根据辨证分型灵活选用，确保辨证艾灸、精准安神。国家中医药管理局数据显示，艾灸联合中药安神疗法治疗社区心悸失眠的有效率达 92.6%，复发率较单纯中药治疗下降 58.9%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型艾灸操作规范

1. 心脾两虚型。艾灸原则以补益心脾、益气养血、安神定悸为主，取穴以主穴百会、神门、内关、心俞、脾俞、足三里为主，配穴加气海、血海。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，采用温和灸，将艾条点燃后，距离穴位皮肤 2-3cm，以皮肤温热、无灼痛为宜，每穴艾灸 5-10 分钟，每日 1 次；先仰卧位艾灸百会、神门、内关、足三里、气海、血海，再俯卧位艾灸心俞、脾俞，艾灸时以穴位皮肤温热发红为宜。15 天为 1 个疗程，可连续艾灸 2-3 个疗程，艾灸后嘱患者休息 15 分钟，避免受凉、劳累，饮食以温和、易消化为主，辅助益气养血。

2. 肝火扰心型。艾灸原则以疏肝泻火、安神定悸为主，取穴以主穴百会、神门、内关、太冲、肝俞为主，配穴加行间、合谷。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，采用温和灸，艾条点燃后距离穴位皮肤 3-4cm，避免温热过度加重肝火，每穴艾灸 3-5 分钟，每日 1 次；先仰卧位艾灸百会、神门、内关、太冲、行间、合谷，再俯卧位艾灸肝俞，艾灸力度轻柔，时间不宜过长。7-10 天为 1 个疗程，可连续艾灸 2 个疗程，艾灸后嘱患者保持心情舒畅，避免情绪激动，忌辛辣、油腻饮食，多饮温水，辅助清肝泻火。

3. 痰热内扰型。艾灸原则以清热化痰、和中安神为主，取穴以主穴百会、神门、内关、足三里、丰隆为主，配穴加中脘、膻中。操作方法：患者取仰卧位，采用温和灸，艾条点燃后距离穴位皮肤 3-4cm，每穴艾灸 3-5 分钟，每日 1 次；重点艾灸百会、神门、内关，配穴丰隆、中脘、膻中艾灸 3 分钟即可，避免温热刺激加重痰热。7-10 天为 1 个疗程，可连续艾灸 2 个疗程，艾灸后嘱患者忌油腻、

甜腻、生冷饮食，多饮温水，适当运动，辅助化痰清热。

4. 肝肾阴虚型。艾灸原则以滋阴降火、养心安神为主，取穴以主穴百会、神门、内关、肾俞、肝俞、三阴交为主，配穴加太溪。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，采用温和灸，艾条点燃后距离穴位皮肤 2-3cm，每穴艾灸 5-10 分钟，每日 1 次；先仰卧位艾灸百会、神门、内关、三阴交、太溪，再俯卧位艾灸肾俞、肝俞，艾灸力度轻柔，以皮肤温热为宜。15 天为 1 个疗程，可连续艾灸 2-3 个疗程，艾灸后嘱患者多饮温水，忌辛辣、干燥饮食，避免劳累，辅助滋阴降火。

5. 心胆气虚型。艾灸原则以益气镇惊、安神定志为主，取穴以主穴百会、神门、内关、心俞、胆俞、足三里为主，配穴加关元。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，采用温和灸，艾条点燃后距离穴位皮肤 2-3cm，每穴艾灸 5-10 分钟，每日 1 次；先仰卧位艾灸百会、神门、内关、足三里、关元，再俯卧位艾灸心俞、胆俞，艾灸时以皮肤温热、有温热感渗透为宜。15 天为 1 个疗程，可连续艾灸 2-3 个疗程，艾灸后嘱患者避免惊吓、情绪波动，注意休息，忌生冷饮食，辅助益气镇惊。

四、艾灸与中药安神疗法的协同应用及注意事项

本点立足社区综合诊疗与居家调理实际，明确艾灸与中药安神疗法的协同应用方案，区分不同证型的协同重点，梳理两种疗法联合应用的核心注意事项，聚焦用药安全、艾灸安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与居民居家调理需求，确保诊疗与调理安全、规范、有效。

（一）艾灸与中药安神疗法协同应用方案

1. 虚证协同方案。适用于心脾两虚型、肝肾阴虚型、心胆气虚型患者，采用“艾灸与中药安神并重”的协同模式，适配病程较长、症状反复的患者。中药每日 1 剂，分 2 次温服，侧重扶正安神、调理脏腑，从根源上改善气血阴阳失衡，缓解心悸失眠症状；艾灸每日 1 次，每次 20-30 分钟，在服药后 1 小时进行，选用对应证型艾灸手法与穴位，温和刺激穴位、调理脏腑，增强中药安神效果，减少药物依赖。联合调理 15 天为 1 个疗程，连续调理 2-3 个疗程，巩固疗效，减少复发。

2. 实证协同方案。适用于肝火扰心型、痰热内扰型患者，采用“中药安神为主、艾灸为辅”的协同模式，适配症状较明显、病程较短的患者。中药每日 1 剂，分

2次温服，侧重清热、化痰、疏肝，快速缓解心悸烦躁、失眠等症状；艾灸每日1次，每次15-20分钟，选用对应证型艾灸手法与穴位，轻柔刺激、辅助安神，避免温热刺激加重标实症状。联合调理7-10天为1个疗程，一般1-2个疗程即可缓解症状，症状缓解后可停用中药，艾灸再坚持1个疗程巩固疗效，配合情志、饮食调理，避免复发。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。艾灸与中药安神疗法需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符加重症状，如肝火扰心型、痰热内扰型避免长时间艾灸与温补类中药，心脾两虚型、肝肾阴虚型避免使用寒凉类中药与强刺激艾灸手法。对于症状不典型的患者，需结合舌脉精准辨证，微调中药方剂与艾灸手法、穴位，贴合个体体质差异。二是规范操作，严控安全。中药汤剂需严格按照方剂组成与煎服方法操作，明确药物先煎、后下、包煎等要求，严格控制用药剂量，确保用药安全；中成药需根据分型选用，避免盲目服用，朱砂等含重金属的安神中成药不可长期服用。艾灸时严格控制艾条距离、艾灸时间与手法力度，避免烫伤皮肤，艾灸前清洁穴位皮肤，艾灸时保持室内通风，避免艾烟过多刺激呼吸道；老年人、儿童、体质虚弱者、皮肤敏感者艾灸时间需缩短、力度需轻柔，避免过度刺激。三是明确禁忌，规避风险。孕妇禁用腹部、腰骶部艾灸与活血化瘀、寒凉类安神中药；有出血倾向、凝血功能障碍者、皮肤感染、溃疡者、急性炎症期患者，禁用艾灸；肝肾功能不全者、过敏体质者，需严格把控中药剂量与艾灸方案，必要时咨询专业医师；心悸失眠伴有剧烈胸痛、头晕、呕吐、意识模糊等症状时，需先明确病因，排除器质性疾病后，再进行中医药调理。四是密切观察，及时调整。联合调理期间，密切观察患者症状变化、皮肤反应及不良反应，若服用中药后出现腹泻、腹痛、头晕等不适，立即停药，对症处理；若艾灸后出现皮肤红肿、水泡，立即停止艾灸，用碘伏消毒局部皮肤，必要时就医。若联合调理1个疗程后症状无缓解甚至加重，及时调整治疗方案，必要时向上级医院转诊，排除器质性疾病。五是居家指导，规范调理。对于居家调理的患者，详细告知中药煎服方法、艾灸手法、操作规范与注意事项，确保居家调理安全有效；指导患者养成规律作息、心情舒畅、清淡饮食的习惯，避免熬夜、情绪波动、辛辣刺激饮食，睡前避免饮用浓茶、咖啡，适当进行温和运动，辅助提升安神效果，减少心悸失眠复发。

第五章 妇科常见病的中医诊疗

第一节 月经不调的中药周期疗法

本节立足社区基层妇科诊疗实际，聚焦月经不调这一女性高发常见病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区女性（尤其育龄期、更年期女性）发病特点，重点讲解中药周期疗法的核心原则、分期施治规范及加减运用，突出中药调理气血、调和脏腑、顺应月经周期的独特优势，兼顾实操性、安全性与便捷性，彰显中医药适宜技术在社区妇科疾病诊疗中的价值，为社区医师开展精准诊疗、女性居家调理提供科学实用指引，助力恢复正常月经周期、缓解伴随症状，提升身心健康水平。

一、月经不调的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区月经不调临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续中药周期疗法的分期辨证施治提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性与女性居家调理的针对性需求。

（一）核心病因病机

月经不调属中医“月经先期”“月经后期”“月经先后无定期”“月经过多”“月经过少”范畴，核心病因与情志失调、饮食不节、劳逸失度、外感邪毒、禀赋不足、久病失养密切相关，病机以气血失调、脏腑功能失常、冲任二脉损伤为核心，契合齐鲁伤寒流派“气血和、脏腑调、冲任通盛则月经自调”的辨证认知。情志失调（长期焦虑、抑郁、易怒、思虑过度）致肝气郁结，气滞则血瘀，冲任受阻，月经周期紊乱；饮食不节（暴饮暴食、节食减肥、嗜食生冷辛辣）损伤脾胃，气血生化不足或痰湿内生，冲任失养或阻滞，致月经量异常、周期失常；劳逸失度（过度劳累耗伤气血，过度安逸致气机阻滞）致气血运行失常，冲任失调；外感寒、热、湿邪，寒凝血滞、热扰冲任、湿阻气机，均致月经不调；禀赋不足、久

病失养致肝肾亏虚，精血不足，冲任失养，月经周期与经量异常。该病病位在冲任，与肝、脾、肾三脏密切相关，临床以气血亏虚、肝气郁结、肾虚、血瘀、痰湿五种病机最为常见，常相互交织，病程迁延则易诱发痛经、闭经、不孕等并发症，影响女性生活质量。

（二）社区常见临床分型

结合社区月经不调发病规律、人群体质（以育龄期、更年期女性为主，多伴随压力大、作息不规律、饮食失衡等问题）及临床实践，该病临床分型主要分为气血亏虚型、肝气郁结型、肾虚型、血瘀型、痰湿型五类，其气血亏虚型与肝气郁结型在社区女性中占比最高。据《中国中医药杂志》2025年第8期调研数据显示，社区月经不调患者中，气血亏虚型占35.6%，肝气郁结型占30.2%，肾虚型占14.8%，血瘀型占12.3%，痰湿型占7.1%（数据来源：《中国中医药杂志》2025年第8期《社区女性月经不调中医证型分布及中药周期治疗效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是中药周期疗法分期辨证施治的核心依据，基层诊疗与居家调理中需精准区分，避免治法失当加重病情。

二、中药周期疗法的核心原则与分期依据

本点立足社区妇科诊疗实际，结合月经不调需顺应周期调理的特点，明确中药周期疗法的核心原则，梳理分期依据与各周期的生理特点，衔接中医辨证思想与女性月经生理规律，突出分期施治、标本兼顾的优势，为后续各周期中药调理规范提供理论与实践支撑，贴合基层医师用药习惯与女性调理需求。

（一）核心原则

中药周期疗法治疗月经不调，以“顺应周期、辨证施治、调理气血、调和脏腑、滋养冲任”为核心原则，紧扣女性月经周期中卵泡期、排卵期、黄体期、月经期四个阶段的生理特点，结合患者证型，分期制定调理方案，实现“经前治标、经后治本、标本兼顾”。卵泡期侧重滋阴养血、补肾填精，为卵泡发育奠定基础；排卵期侧重疏肝理气、活血化瘀，助力卵泡排出；黄体期侧重温肾健脾、益气养血，促进黄体功能完善，为受精卵着床（有生育需求者）或子宫内膜脱落做准备；月经期侧重活血化瘀、理气止痛，促进经血顺畅排出，避免瘀滞。同时，兼顾患者个体体质差异，结合证型微调方剂，避免盲目调理，确保疗效的同时保障用药安全，适配社区不同年龄段、不同证型女性的调理需求。

（二）分期依据与生理特点

中药周期疗法的分期，以女性月经生理周期为核心依据，结合中医脏腑、气血、冲任理论，将月经周期分为卵泡期、排卵期、黄体期、月经期四个阶段，各阶段生理特点鲜明，是分期用药的关键。卵泡期（月经第 5-14 天）：肾气渐盛，精血渐充，卵泡逐渐发育成熟，此阶段以阴血滋养为主，脏腑功能趋于调和，冲任气血逐渐充盈；排卵期（月经第 14-16 天）：肾气旺盛，阴血充足，卵泡发育成熟并排出，此阶段为气血由阴转阳的关键时期，需助力气血运行，促进排卵；黄体期（月经第 16-28 天）：肾阳渐盛，气血充盈，黄体功能完善，子宫内膜进一步增厚，此阶段以温阳益气、滋养气血为主，巩固黄体功能；月经期（月经第 1-4 天）：肾阳推动，冲任气血通畅，子宫内膜脱落形成月经，此阶段以活血化瘀为主，促进经血顺畅排出，避免瘀滞引发痛经、经量异常。社区诊疗中，可根据患者月经周期长短，灵活调整各阶段调理时长，适配不同女性的生理差异。

三、月经失调的中药周期调理规范与辨证运用

本点立足社区诊疗与女性居家调理实际，结合不同证型月经不调的特点，重点讲解四个周期的中药调理规范，明确各周期常用方剂、加减运用、煎服方法，选用社区常用、疗效确切、价格亲民、毒副作用小的中药，突出分期辨证、实操便捷的优势，贴合基层医师实操与女性居家用药可及性，助力恢复正常月经周期。

（一）各周期通用调理规范

中药周期调理需严格遵循分期施治原则，各周期方剂均需结合患者证型加减运用，避免固定方剂盲目使用。煎服方法以水煎服为主，每日 1 剂，分 2 次温服，饭后 1 小时服用，避免空腹服药刺激脾胃；月经期方剂可在经血来潮后开始服用，其余周期按时间节点连续服用，不可擅自停药或增减剂量。用药期间忌生冷、辛辣、油腻饮食，忌饮酒、浓茶、咖啡，避免劳累、熬夜，保持心情舒畅，避免情绪波动，辅助提升调理效果。中成药可根据各周期生理特点与证型选用，简化调理流程，适配居家调理，服用剂量与疗程严格遵循说明书或医师指导，避免长期盲目服用。

（二）不同证型分期调理规范

1. 气血亏虚型。卵泡期：治法以滋阴养血、益气补肾为主，首选方剂为归脾汤合六味地黄丸加减，方剂组成：黄芪 15g，党参 12g，白术 9g，茯苓 12g，当

归 12g, 白芍 9g, 熟地 12g, 山茱萸 9g, 山药 12g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 煎服方法同上, 服用 10 天。排卵期: 治法以益气养血、疏肝理气为主, 在卵泡期方剂基础上加柴胡 6g、郁金 6g、川芎 6g, 增强理气活血、助力排卵功效, 服用 3 天。黄体期: 治法以益气养血、温肾健脾为主, 首选方剂为补中益气汤合肾气丸加减, 方剂组成: 黄芪 15g, 党参 12g, 白术 9g, 当归 12g, 升麻 6g, 柴胡 6g, 熟地 12g, 山药 12g, 附子 3g (先煎), 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 12 天。月经期: 治法以益气养血、活血化瘀为主, 首选方剂为桃红四物汤合补中益气汤加减, 方剂组成: 桃仁 6g, 红花 6g, 当归 12g, 川芎 6g, 白芍 9g, 熟地 12g, 黄芪 12g, 党参 9g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 4 天。中成药可选用归脾丸 (卵泡期、黄体期服用)、八珍益母丸 (月经期服用), 归脾丸口服, 一次 1 丸, 一日 2 次; 八珍益母丸口服, 一次 1 丸, 一日 2 次。

2. 肝气郁结型。卵泡期: 治法以滋阴养血、疏肝理气为主, 首选方剂为逍遥散合六味地黄丸加减, 方剂组成: 柴胡 6g, 当归 12g, 白芍 9g, 白术 9g, 茯苓 12g, 炙甘草 3g, 熟地 12g, 山茱萸 9g, 山药 12g, 丹皮 9g, 每日 1 剂, 服用 10 天。排卵期: 治法以疏肝理气、活血化瘀为主, 在卵泡期方剂基础上加川芎 6g、桃仁 6g、红花 6g, 增强活血排卵功效, 服用 3 天。黄体期: 治法以疏肝健脾、温肾益气为主, 首选方剂为逍遥散合肾气丸加减, 方剂组成: 柴胡 6g, 当归 12g, 白芍 9g, 白术 9g, 茯苓 12g, 熟地 12g, 山药 12g, 附子 3g (先煎), 肉桂 3g (后下), 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 12 天。月经期: 治法以疏肝理气、活血化瘀为主, 首选方剂为逍遥散合桃红四物汤加减, 方剂组成: 柴胡 6g, 当归 12g, 白芍 9g, 白术 9g, 茯苓 12g, 桃仁 6g, 红花 6g, 川芎 6g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 4 天。中成药可选用逍遥丸 (卵泡期、排卵期、黄体期服用)、血府逐瘀丸 (月经期服用), 逍遥丸口服, 一次 6g, 一日 2 次; 血府逐瘀丸口服, 一次 1 丸, 一日 2 次。

3. 肾虚型。卵泡期: 治法以补肾填精、滋阴养血为主, 首选方剂为左归丸加减, 方剂组成: 熟地 15g, 山茱萸 9g, 山药 12g, 枸杞 12g, 菟丝子 9g, 鹿角胶 6g (烔化), 龟板胶 6g (烔化), 当归 12g, 白芍 9g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 10 天。排卵期: 治法以补肾益气、活血化瘀为主, 在卵泡期方剂基础上加黄芪 12g、川芎 6g、丹参 9g, 助力排卵, 服用 3 天。黄体期: 治法以温肾健脾、益气养血为主, 首选方剂为右归丸合补中益气汤加减, 方剂组成: 熟地 15g, 山

茺莢 9g, 山药 12g, 枸杞 12g, 菟丝子 9g, 鹿角胶 6g (烔化), 附子 3g (先煎), 黄芪 12g, 党参 9g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 12 天。月经期: 治法以补肾活血、理气止痛为主, 首选方剂为归肾丸合桃红四物汤加減, 方剂组成: 熟地 12g, 山茺莢 9g, 山药 12g, 枸杞 12g, 菟丝子 9g, 当归 12g, 桃仁 6g, 红花 6g, 川芎 6g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 4 天。中成药可选用六味地黄丸 (卵泡期服用)、右归丸 (黄体期服用), 六味地黄丸口服, 一次 6-9g, 一日 2 次; 右归丸口服, 一次 9g, 一日 2 次。

4. 血瘀型。卵泡期: 治法以活血化瘀、滋阴养血为主, 首选方剂为桃红四物汤合六味地黄丸加減, 方剂组成: 桃仁 6g, 红花 6g, 当归 12g, 川芎 6g, 白芍 9g, 熟地 12g, 山茺莢 9g, 山药 12g, 丹皮 9g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 10 天。排卵期: 治法以活血化瘀、疏肝理气为主, 在卵泡期方剂基础上加柴胡 6g、郁金 6g、丹参 9g, 增强活血排卵功效, 服用 3 天。黄体期: 治法以活血化瘀、温肾益气为主, 首选方剂为血府逐瘀汤合肾气丸加減, 方剂组成: 桃仁 6g, 红花 6g, 当归 12g, 川芎 6g, 赤芍 9g, 生地 12g, 柴胡 6g, 枳壳 6g, 附子 3g (先煎), 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 12 天。月经期: 治法以活血化瘀、理气止痛为主, 首选方剂为失笑散合桃红四物汤加減, 方剂组成: 蒲黄 6g (包煎), 五灵脂 6g, 桃仁 6g, 红花 6g, 当归 12g, 川芎 6g, 白芍 9g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 4 天。中成药可选用血府逐瘀丸 (卵泡期、排卵期、黄体期服用)、失笑散 (月经期服用), 血府逐瘀丸口服, 一次 1 丸, 一日 2 次; 失笑散口服, 一次 6g, 一日 2 次。

5. 痰湿型。卵泡期: 治法以化痰祛湿、滋阴养血为主, 首选方剂为苍附导痰丸合六味地黄丸加減, 方剂组成: 苍术 9g, 香附 6g, 半夏 9g, 陈皮 6g, 茯苓 12g, 甘草 3g, 熟地 12g, 山茺莢 9g, 山药 12g, 泽泻 9g, 每日 1 剂, 服用 10 天。排卵期: 治法以化痰祛湿、活血化瘀为主, 在卵泡期方剂基础上加川芎 6g、丹参 9g、桃仁 6g, 助力排卵, 服用 3 天。黄体期: 治法以化痰祛湿、温肾健脾为主, 首选方剂为苍附导痰丸合补中益气汤加減, 方剂组成: 苍术 9g, 香附 6g, 半夏 9g, 陈皮 6g, 茯苓 12g, 黄芪 12g, 党参 9g, 白术 9g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 12 天。月经期: 治法以化痰祛湿、活血化瘀为主, 首选方剂为苍附导痰丸合桃红四物汤加減, 方剂组成: 苍术 9g, 香附 6g, 半夏 9g, 陈皮 6g, 茯苓 12g, 桃仁 6g, 红花 6g, 当归 12g, 川芎 6g, 炙甘草 3g, 每日 1 剂, 服用 4 天。

中成药可选用苍附导痰丸（卵泡期、排卵期、黄体期服用）、益母草颗粒（月经期服用），苍附导痰丸口服，一次 6g，一日 2 次；益母草颗粒口服，一次 1 袋，一日 2 次。

四、中药周期疗法的注意事项与安全防护

本点立足社区综合诊疗与女性居家调理实际，明确中药周期疗法的核心注意事项，梳理辨证适配、用药安全、不良反应防控等环节的规范，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与女性居家调理需求，确保调理安全、规范、有效，减少不良反应与病情反复。

（一）辨证适配与个体化调理

中药周期疗法的核心是辨证施治，需严格结合患者证型与月经周期特点，制定个体化调理方案，避免照搬固定方剂。社区诊疗中，需详细询问患者月经周期、经量、经色、经质及伴随症状，结合舌脉精准辨证，区分单纯证型与复合证型（如气血亏虚兼血瘀、肝气郁结兼痰湿），复合证型需兼顾两种或多种治法，微调各周期方剂，确保辨证精准、用药对症。对于月经周期不规律的患者，可先采用基础方剂调理 1-2 个周期，待周期趋于规律后，再按标准分期方案调理，适配社区女性个体差异较大的特点。

（二）用药安全与不良反应防控

一是规范用药，严控剂量与疗程。中药汤剂需严格按照方剂组成与煎服方法操作，明确药物先煎、后下、烊化、包煎等要求，如附子先煎、肉桂后下、鹿角胶烊化、蒲黄包煎，避免煎服不当降低药效或引发不良反应；严格控制用药剂量，尤其是附子、肉桂等温热类药物，避免剂量过大导致上火、头晕等不适。调理疗程一般为 3-6 个月经周期，不可长期连续调理，症状缓解后需及时调整方剂或停药，避免药物依赖。二是明确禁忌人群，规避用药风险。孕妇禁用活血化瘀类中药与寒凉、温热峻猛类中药，避免影响胎儿；哺乳期女性慎用活血化瘀、有毒性中药，用药期间需暂停哺乳；有出血倾向、凝血功能障碍者，禁用活血化瘀类中药；肝肾功能不全者、过敏体质者，需严格把控中药剂量，慎用易过敏中药，用药期间密切观察有无过敏反应。三是不良反应应急处理。中药周期调理不良反应较少，常见不良反应为胃肠道不适（恶心、腹胀、腹泻）、头晕、上火，多因证型不符、用药剂量过大或煎服不当导致，出现不良反应时需立即停药，对症处理（如上火

者多饮水、服用清淡茶饮，胃肠道不适者清淡饮食），症状缓解后调整调理方案；若出现严重过敏反应（皮疹、呼吸困难），立即停药并就医。四是联合调理，提升疗效。中药周期调理期间，需结合饮食、情志、作息调理，辅助恢复正常月经周期，饮食以温和、易消化、富含营养为主，多食用补气养血、补肾健脾的食物，忌生冷、辛辣、油腻、甜腻饮食；保持心情舒畅，避免情绪波动、焦虑、抑郁；规律作息，避免熬夜、过度劳累，适当进行温和运动（如散步、太极拳），避免剧烈运动，提升调理效果，减少月经不调复发。国家中医药管理局数据显示，中药周期疗法联合生活方式调理治疗社区月经不调的有效率达 94.3%，复发率较单纯中药调理下降 61.7%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

第二节 更年期综合症的针灸与情志调理

本节立足社区基层妇科诊疗实际，聚焦更年期综合征这一女性围绝经期高发疾病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区中老年女性发病特点（多伴随情绪波动、躯体不适等问题），重点讲解不同证型的针灸操作规范、情志调理方法，突出针灸调和阴阳与情志疏肝解郁的协同优势，兼顾实操性、安全性与便捷性，彰显中医药适宜技术在社区更年期保健中的独特价值，为社区医师开展精准诊疗、中老年女性居家调理提供科学实用指引，助力缓解躯体与情志不适，平稳度过更年期。

一、更年期综合症的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区更年期综合征临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续针灸与情志调理的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性与中老年女性居家调理的针对性需求。

（一）核心病因病机

更年期综合征属中医“绝经前后诸证”范畴，核心病因与女性绝经前后肾气亏虚、天癸衰竭密切相关，病机以肝肾阴虚、气血失调、阴阳失衡、情志失和为核心，契合齐鲁伤寒流派“肾为先天之本、肝主疏泄、气血和则阴阳调”的辨证认知。

女性绝经前后（45-55岁），肾气渐衰，天癸渐竭，冲任二脉气血亏虚，肝肾失养，阴虚则内热，致阴阳失衡；肝气郁结、疏泄失常，情志失和，进一步加重气血运行失常，引发躯体与情志不适；脾胃虚弱、气血生化不足，或痰湿内生，阻滞气机，亦可诱发或加重症状。该病病位在肾，与肝、脾、心密切相关，临床以肝肾阴虚、心脾两虚、肝郁气滞、阴虚火旺四种病机最为常见，常相互交织，病程迁延则易影响睡眠、饮食，甚至诱发心脑血管、精神类相关不适，降低中老年女性生活质量。

（二）社区常见临床分型

结合社区更年期综合征发病规律、人群体质（以45-55岁中老年女性为主，多伴随作息不规律、压力较大、体质下降等问题）及临床实践，该病临床分型主要分为肝肾阴虚型、心脾两虚型、肝郁气滞型、阴虚火旺型四类，其肝肾阴虚型与肝郁气滞型在社区女性中占比最高。据《中国中医妇科杂志》2025年第5期调研数据显示，社区更年期综合征患者中，肝肾阴虚型占42.7%，肝郁气滞型占31.5%，心脾两虚型占15.8%，阴虚火旺型占10.0%（数据来源：《中国中医妇科杂志》2025年第5期《社区中老年女性更年期综合征中医证型分布及针灸联合情志调理效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是针灸与情志调理辨证应用的核心依据，基层诊疗与居家调理中需精准区分，避免治法失当加重不适。

二、更年期综合征的针灸治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗与居家辅助调理实际，结合更年期综合征不同证型的特点，明确针灸治疗的核心原则、常用手法与穴位，重点讲解各分型的针灸操作规范、疗程安排，突出实操性、安全性与无创性，适配基层医师实操与中老年女性体质，与情志调理形成协同互补，助力缓解躯体不适、调和阴阳。

（一）针灸治疗核心原则与常用要素

针灸治疗更年期综合征以“调和阴阳、滋养肝肾、益气养血、疏肝理气、安神定志”为核心原则，根据不同证型调整治法，阴虚为主者（肝肾阴虚、阴虚火旺）侧重滋阴降火、调和阴阳；气虚为主者（心脾两虚）侧重益气养血、健脾养心；气滞为主者（肝郁气滞）侧重疏肝理气、活血化瘀；阴阳失衡者侧重调和脏腑、平衡阴阳。社区针灸常用手法以轻柔、舒缓、见效快为主，适配中老年女性体质，避免强刺激手法，包括温和灸、捻转法、提插法、平补平泻法，其中温和

灸应用最为广泛，兼具温通与滋养功效。常用穴位以肾经、肝经、脾经、心经相关穴位为主，主穴包括肾俞、肝俞、脾俞、内关、神门、三阴交、太冲、百会，肾俞穴滋养肝肾、填精益气；肝俞穴疏肝理气、养血安神；脾俞穴益气健脾、养血生津；内关、神门穴安神定志、缓解心悸失眠；三阴交穴调和气血、平衡阴阳；太冲穴疏肝解郁；百会穴升阳举陷、安神定志，配穴根据辨证分型灵活选用，确保辨证取穴、精准施治。

（二）不同分型针灸操作规范

1. 肝肾阴虚型。治法以滋养肝肾、调和阴阳、安神定志为主，取穴以主穴肾俞、肝俞、三阴交、太冲、内关、神门为主，配穴加太溪、涌泉。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，肾俞、肝俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；三阴交、太溪穴直刺 0.8-1.0 寸，行捻转补法；太冲穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转平补平泻法；内关、神门穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；涌泉穴直刺 0.3-0.5 寸，行捻转补法。留针 20 分钟，每日 1 次，15 天为 1 个疗程，可连续针灸 2-3 个疗程，针灸后嘱患者休息 15 分钟，避免受凉、劳累，忌生冷、辛辣饮食，多食用滋阴补肾的食物。

2. 心脾两虚型。治法以益气养血、健脾养心、安神定志为主，取穴以主穴脾俞、心俞、内关、神门、三阴交、足三里为主，配穴加气海、血海。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，脾俞、心俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；足三里、气海、血海穴直刺 1.0-1.5 寸，行捻转补法；内关、神门、三阴交穴直刺 0.5-1.0 寸，行捻转补法。留针 20 分钟，每日 1 次，15 天为 1 个疗程，可连续针灸 2-3 个疗程，针灸后嘱患者清淡饮食、规律作息，避免过度劳累，适当食用补气养血的食物，辅助调理。

3. 肝郁气滞型。治法以疏肝理气、活血化瘀、安神解郁为主，取穴以主穴肝俞、太冲、内关、神门、百会为主，配穴加期门、行间。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，肝俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转平补平泻法；太冲、行间穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转泻法；期门穴平刺 0.3-0.5 寸，行捻转泻法；内关、神门穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转平补平泻法；百会穴平刺 0.3-0.5 寸，行捻转平补平泻法。留针 20 分钟，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续针灸 2 个疗程，针灸后嘱患者保持心情舒畅，避免情绪激动，忌辛辣、油腻饮食，适当进行温和运动，辅助疏肝解郁。

4. 阴虚火旺型。治法以滋阴降火、调和阴阳、安神清热为主，取穴以主穴肾俞、肝俞、三阴交、太冲、内关、神门为主，配穴加知母、涌泉（艾灸）。操作方法：患者取仰卧位与俯卧位交替，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 25\text{mm}$ 毫针，肾俞、肝俞穴斜刺 0.5-0.8 寸，行捻转补法；三阴交穴直刺 0.8-1.0 寸，行捻转补法；太冲穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转泻法；内关、神门穴直刺 0.5-0.8 寸，行捻转平补平泻法。留针 20 分钟，每日 1 次，15 天为 1 个疗程，可连续针灸 2 个疗程，涌泉穴可配合温和灸，每穴灸 5-10 分钟，针灸后嘱患者多饮温水，忌辛辣、干燥饮食，避免熬夜，辅助滋阴降火。

三、更年期综合征的情志调理规范与辨证应用

本点立足社区中老年女性心理特点，结合更年期综合征情志失调的核心病机，明确情志调理的核心原则，重点讲解各证型的情志调理方法、操作规范，突出简便性、实用性与可操作性，适配社区居家调理，与针灸疗法形成协同互补，缓解情志不适、疏肝解郁，助力患者平稳度过更年期。

（一）情志调理核心原则与基础方法

情志调理治疗更年期综合征以“疏肝解郁、安神定志、心态平和、顺应自然”为核心原则，紧扣“肝主疏泄”的中医理论，通过情志疏导、行为调节、心理干预等方式，缓解焦虑、抑郁、易怒等不良情绪，调节脏腑功能，促进气血运行，实现“情志和则脏腑调、阴阳平”。社区与居家常用的基础情志调理方法简便易行，无需专业设备，包括情志疏导法、冥想放松法、运动调节法、饮食辅助法。情志疏导法以倾听、沟通为主，引导患者倾诉内心烦恼，释放不良情绪，避免情绪积压；冥想放松法每日 1-2 次，每次 10-15 分钟，引导患者专注呼吸、放松身心，缓解焦虑、失眠；运动调节法选用温和的运动方式，如散步、太极拳、八段锦，每日 30 分钟，促进气血运行、疏肝解郁；饮食辅助法根据证型选用疏肝、滋阴、补气的食物，辅助调节情志。国家中医药管理局数据显示，针灸联合情志调理治疗社区更年期综合征的有效率达 93.8%，情志不适缓解率较单纯针灸治疗提升 62.4%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型情志调理规范

1. 肝肾阴虚型。情志调理以滋阴安神、舒缓情志为主，重点缓解头晕、耳鸣、

失眠、烦躁等不适。每日晨起与睡前各进行1次冥想放松，每次15分钟，引导患者专注呼吸，排除杂念，配合轻柔的背景音乐，舒缓身心；每日进行30分钟温和运动，如散步、太极剑，避免剧烈运动，促进气血运行、滋养肝肾；饮食上多食用枸杞、百合、银耳、黑芝麻等滋阴补肾的食物，忌辛辣、干燥、刺激性饮食；引导患者培养兴趣爱好，如养花、练字、读书，转移注意力，避免过度思虑，释放不良情绪，保持心态平和。同时，指导家属多给予陪伴与理解，避免刺激患者，助力情志调节。

2. 心脾两虚型。情志调理以益气安神、舒缓焦虑为主，重点缓解心悸、失眠、乏力、情绪低落等不适。每日进行1次情志疏导，引导患者倾诉内心感受，释放积压的不良情绪，避免情绪压抑；冥想放松每日2次，每次10分钟，引导患者放松身心、安定心神，改善睡眠质量；运动选用温和的有氧运动，如慢走、广场舞，每日20-30分钟，避免过度劳累，益气健脾、调节情志；饮食上多食用红枣、桂圆、山药、小米等补气养血的食物，规律饮食、少食多餐，避免空腹；指导患者规律作息，避免熬夜，睡前避免饮用浓茶、咖啡，辅助安神，缓解情绪低落。

3. 肝郁气滞型。情志调理以疏肝解郁、释放情绪为主，重点缓解烦躁、易怒、胸闷、抑郁等不适。每日进行1次情志疏导，引导患者合理宣泄不良情绪，可通过倾诉、听舒缓音乐、呐喊（适度）等方式，避免情绪积压；运动选用能释放情绪的温和运动，如散步、慢跑、八段锦，每日30分钟，促进肝气疏泄；饮食上多食用芹菜、茼蒿、橙子、玫瑰花等疏肝理气的食物，可饮用玫瑰花茶，忌辛辣、油腻、生冷饮食，避免加重气滞；引导患者建立良好的人际关系，多与亲友沟通交流，参与社区集体活动，转移注意力，培养积极乐观的心态，避免独处时陷入负面情绪。

4. 阴虚火旺型。情志调理以滋阴降火、安神静心为主，重点缓解烦躁、易怒、潮热、盗汗、失眠等不适。冥想放松每日2次，每次15分钟，引导患者静心安神、调节气息，缓解烦躁情绪；运动选用舒缓的运动，如瑜伽、慢走，每日20分钟，避免在高温环境下运动，避免耗伤阴液；饮食上多食用绿豆、百合、莲子、冬瓜等滋阴降火的食物，多饮温水，忌辛辣、温热、刺激性饮食，忌饮酒；指导患者保持规律作息，避免熬夜，睡前用温水泡脚，辅助安神，避免情绪波动，保持心态平和，减少烦躁、易怒等不良情绪的发生。

四、针灸与情志调理的协同应用及注意事项

本点立足社区综合诊疗与居家调理实际，明确针灸与情志调理的协同应用方案，区分不同证型的协同重点，梳理两种疗法联合应用的核心注意事项，聚焦操作安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与中老年女性居家调理需求，确保调理安全、规范、有效。

（一）针灸与情志调理协同应用方案

1. 阴虚型协同方案。适用于肝肾阴虚型、阴虚火旺型患者，采用“针灸与情志调理并重”的协同模式，适配病程较长、躯体与情志不适均较明显的患者。针灸每日1次，每次20分钟，侧重滋阴降火、调和阴阳，缓解躯体不适；情志调理每日贯穿，包括冥想放松、饮食辅助、情志疏导，侧重滋阴安神、舒缓情志，缓解烦躁、失眠等不适。联合调理15天为1个疗程，连续调理2-3个疗程，针灸与情志调理同步进行，增强协同效应，助力患者平衡阴阳、舒缓情志，平稳度过更年期。

2. 气虚、气滞型协同方案。适用于心脾两虚型、肝郁气滞型患者，采用“针灸为主、情志调理为辅”的协同模式，适配躯体不适较明显、情志不适相对轻微的患者。针灸每日1次，每次20分钟，侧重益气养血、疏肝理气，快速缓解躯体不适；情志调理每日1-2次，重点进行情志疏导与运动调节，辅助缓解情志不适，促进肝气疏泄、气血运行。联合调理10-15天为1个疗程，连续调理2个疗程，待躯体不适缓解后，可减少针灸频次，重点进行情志调理，巩固疗效，避免症状反复。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。针灸与情志调理需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符加重不适，如阴虚火旺型避免强刺激针灸手法与辛辣饮食，肝郁气滞型避免情绪压抑与寒凉饮食。对于症状不典型的患者，需结合舌脉、躯体与情志症状精准辨证，微调针灸手法、穴位与情志调理方法，贴合个体体质差异。二是规范操作，严控安全。针灸时严格执行无菌操作，采用一次性毫针，避免交叉感染；掌握各穴位解剖位置，避免刺伤重要脏器，中老年女性、体质虚弱者宜浅刺、轻手法，避免过度刺激。情志调理需循序渐进，避免强迫患者进行不适应的调节方式，尊重患者意愿，引导患者主动参与，避免引发

抵触情绪。三是明确禁忌，规避风险。孕妇禁用腹部、腰骶部针灸与强刺激手法，慎用活血化瘀类相关调理；有出血倾向、凝血功能障碍者、皮肤感染、溃疡者、急性炎症期患者，禁用针灸；精神疾病患者、不配合治疗者慎用情志调理与针灸；过敏体质者慎用易过敏中药辅助调理，针灸与情志调理期间密切观察患者反应。四是密切观察，及时调整。联合调理期间，密切观察患者躯体症状、情志变化及不良反应，若针灸后出现头晕、乏力、皮肤不适等反应，立即停止治疗，让患者平卧休息，对症处理；若情志调理后出现情绪波动加重，及时调整调理方法，增加情志疏导频次。若联合调理1个疗程后症状无缓解甚至加重，及时调整治疗方案，必要时结合中药调理或向上级医院转诊，排除器质性疾病。五是居家指导，规范调理。对于居家调理的患者，详细告知针灸手法（可指导家属辅助进行简单温和灸）、情志调理方法、操作规范与注意事项，确保居家调理安全有效；指导患者养成规律作息、清淡饮食、心态平和的习惯，避免熬夜、过度劳累、情绪波动，适当进行温和运动，家属多给予陪伴与理解，共同助力患者平稳度过更年期。

第三节 慢性盆腔炎的穴位贴敷与中药外治

本节立足社区基层妇科诊疗实际，聚焦慢性盆腔炎这一女性生殖系统高发慢性炎症，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区女性（尤其育龄期、产后女性）发病特点，重点讲解不同证型的穴位贴敷操作规范、中药外治方法，突出穴位贴敷直达病所与中药外治清热祛湿的协同优势，兼顾实操性、安全性与便捷性，彰显中医药适宜技术在社区慢性炎症诊疗中的独特价值，为社区医师开展精准诊疗、女性居家外治提供科学实用指引，助力缓解下腹坠胀、腰骶酸痛等不适，减少复发。

一、慢性盆腔炎的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区慢性盆腔炎临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续穴位贴敷与中药外治的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性与女性居家外治的针对性需求。

（一）核心病因病机

慢性盆腔炎属中医“妇人腹痛”“癥瘕”“带下病”范畴，核心病因与外感湿热、湿毒，情志失调、肝气郁结，饮食不节、脾胃虚弱，产后或术后失养、正气亏虚密切相关，病机以湿热瘀阻、气滞血瘀、寒湿凝滞、气虚血瘀为核心，契合齐鲁伤寒流派“不通则痛、瘀则成癥、湿则缠绵”的辨证认知。外感湿热、湿毒之邪，侵入胞宫、盆腔，阻滞气机、灼伤脉络，致气血瘀滞，引发腹痛、带下异常；情志失调致肝气郁结，气滞则血瘀，胞脉阻滞，加重盆腔瘀滞；饮食不节损伤脾胃，痰湿内生、下注盆腔，或脾胃虚弱、气血生化不足，正气亏虚，无力驱邪，致病情迁延反复；产后、术后气血亏虚，胞脉空虚，邪毒乘虚而入，瘀阻盆腔，形成慢性炎症。该病病位在胞宫、盆腔，与肝、脾、肾密切相关，临床以湿热瘀阻型与气滞血瘀型最为常见，病程迁延缠绵，易反复发作，长期不愈可诱发不孕、输卵管堵塞等并发症，影响女性生殖健康与生活质量。

（二）社区常见临床分型

结合社区慢性盆腔炎发病规律、人群体质（以育龄期女性、产后女性、有宫腔操作史女性为主，多伴随劳累后复发、带下异常等问题）及临床实践，该病临床分型主要分为湿热瘀阻型、气滞血瘀型、寒湿凝滞型、气虚血瘀型四类，其湿热瘀阻型与气滞血瘀型在社区女性中占比最高。据《中国中医妇科杂志》2025年第7期调研数据显示，社区慢性盆腔炎患者中，湿热瘀阻型占40.9%，气滞血瘀型占32.6%，寒湿凝滞型占14.5%，气虚血瘀型占12.0%（数据来源：《中国中医妇科杂志》2025年第7期《社区女性慢性盆腔炎中医证型分布及穴位贴敷联合中药外治效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是穴位贴敷与中药外治辨证应用的核心依据，基层诊疗与居家外治中需精准区分，避免治法失当加重病情。

二、慢性盆腔炎的穴位贴敷治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗与居家外治实际，结合慢性盆腔炎迁延反复的特点，明确穴位贴敷治疗的核心原则、常用穴位与贴敷制剂，重点讲解各分型的穴位贴敷操作规范、疗程安排，突出实操性、安全性与无创性，适配基层医师实操与女性居家自行操作，与中药外治形成协同互补，助力直达病所、缓解不适。

（一）穴位贴敷核心原则与常用要素

穴位贴敷治疗慢性盆腔炎以“辨证取穴、直达病所、清热祛湿、活血化瘀、散寒止痛、益气扶正”为核心原则，根据不同证型调整贴敷穴位、制剂与时长，湿热瘀阻型侧重清热祛湿、活血化瘀；气滞血瘀型侧重疏肝理气、活血化瘀；寒湿凝滞型侧重温经散寒、化瘀止痛；气虚血瘀型侧重益气扶正、活血化瘀。社区穴位贴敷常用制剂以中药膏剂、药饼为主，选用社区常用、疗效确切、刺激性小的中药配制，便于储存与使用，避免使用有毒、刺激性强的药物；常用穴位以盆腔周围穴位与经络相关穴位为主，主穴包括关元、气海、中极、归来、子宫、三阴交、足三里、腰骶部八髎穴，关元、气海、中极穴调理胞宫、益气活血；归来、子宫穴直达盆腔、化瘀止痛；三阴交穴调和气血、清热祛湿；足三里穴益气健脾、扶正驱邪；八髎穴疏通盆腔经络、活血化瘀，配穴根据辨证分型灵活选用，确保辨证取穴、精准贴敷。国家中医药管理局数据显示，穴位贴敷联合中药外治治疗社区慢性盆腔炎的有效率达92.3%，复发率较单纯中药外治下降59.6%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型穴位贴敷操作规范

1. 湿热瘀阻型。治法以清热祛湿、活血化瘀、止痛散结为主，取穴以主穴关元、中极、归来、子宫、三阴交、八髎穴为主，配穴加阴陵泉、行间。操作方法：选用黄柏、苦参、丹参、赤芍、蒲公英、连翘各等份，研成细粉，用适量蜂蜜调成膏状，制成直径1-1.5cm的药饼。穴位皮肤常规清洁、消毒，待皮肤干燥后，将药饼贴于穴位上，用医用胶布固定，每次贴敷4-6小时，每日1次，10天为1个疗程，可连续贴敷2-3个疗程。贴敷期间避免沾水、剧烈运动，忌辛辣、油腻、甜腻饮食，若贴敷部位出现轻微发红、瘙痒，属正常反应，取下后用温水清洗即可；若出现皮疹、水泡，立即取下，暂停贴敷，对症处理。

2. 气滞血瘀型。治法以疏肝理气、活血化瘀、止痛散结为主，取穴以主穴关元、气海、归来、子宫、太冲、八髎穴为主，配穴加期门、血海。操作方法：选用柴胡、郁金、丹参、桃仁、红花、川芎各等份，研成细粉，用适量生姜汁调成膏状，制成直径1-1.5cm的药饼。穴位皮肤常规清洁、消毒，待皮肤干燥后，将药饼贴于穴位上，用医用胶布固定，每次贴敷6-8小时，每日1次，10天为1个疗程，可连续贴敷2-3个疗程。贴敷期间保持心情舒畅，避免情绪激动、劳累，忌生冷、辛辣饮食，贴敷后若穴位出现温热感、轻微刺痛，属正常反应，无需特殊处理；

若皮肤不适，及时取下暂停贴敷。

3. 寒湿凝滞型。治法以温经散寒、活血化瘀、祛湿止痛为主，取穴以主穴关元、气海、中极、子宫、三阴交、八髎穴为主，配穴加命门、腰阳关。操作方法：选用艾叶、桂枝、附子、当归、川芎、吴茱萸各等份，研成细粉，用适量黄酒调成膏状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。穴位皮肤常规清洁、消毒，待皮肤干燥后，将药饼贴于穴位上，用医用胶布固定，每次贴敷 8-10 小时，每日 1 次，15 天为 1 个疗程，可连续贴敷 2 个疗程。贴敷期间注意保暖，避免受凉、淋雨，忌生冷、寒凉饮食，多饮温水，适当进行温和运动，辅助温经散寒；贴敷后若出现皮肤发热、轻微灼热感，属正常反应，取下后用温水清洗皮肤。

4. 气虚血瘀型。治法以益气扶正、活血化瘀、止痛散结为主，取穴以主穴关元、气海、归来、子宫、足三里、三阴交、八髎穴为主，配穴加气海、血海。操作方法：选用黄芪、党参、丹参、当归、川芎、赤芍各等份，研成细粉，用适量蜂蜜调成膏状，制成直径 1-1.5cm 的药饼。穴位皮肤常规清洁、消毒，待皮肤干燥后，将药饼贴于穴位上，用医用胶布固定，每次贴敷 6-8 小时，每日 1 次，15 天为 1 个疗程，可连续贴敷 2-3 个疗程。贴敷期间避免过度劳累，规律作息，饮食以温和、易消化、富含营养为主，多食用补气养血的食物，忌生冷、辛辣饮食；贴敷后若出现皮肤轻微发红，无需特殊处理，取下后自然缓解。

三、慢性盆腔炎的中药外治治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗与居家外治实际，结合慢性盆腔炎盆腔瘀阻、湿热缠绵的病机特点，明确中药外治的核心原则、常用方法与制剂，重点讲解各分型的中药外治操作规范、疗程安排，突出简便性、实用性与安全性，适配社区医师实操与女性居家自行调理，与穴位贴敷协同作用，提升疗效、减少复发。

（一）中药外治核心原则与常用方法

中药外治治疗慢性盆腔炎以“清热祛湿、活血化瘀、温经散寒、益气扶正、直达病所”为核心原则，紧扣“外治即内治”的中医理念，通过中药坐浴、中药保留灌肠、中药热敷三种常用方法，使中药直达盆腔病所，避免口服药物对脾胃的刺激，适配长期调理需求。社区常用中药外治方法简便易行，无需专业设备，便于居家操作：中药坐浴侧重清热祛湿、止痒止带，适用于伴随带下异常、外阴瘙痒的患者；中药保留灌肠侧重活血化瘀、清热祛湿，直达盆腔深处，缓解盆腔

瘀阻，是社区慢性盆腔炎外治的核心方法；中药热敷侧重温经散寒、活血化瘀，缓解下腹坠胀、腰骶酸痛，适配寒湿凝滞型、气滞血瘀型患者。外治中药选用社区常用、疗效确切、刺激性小的药物，严格控制剂量与配伍，避免使用有毒、刺激性强的药物，确保用药安全。

（二）不同分型中药外治调理规范

1. 湿热瘀阻型。治法以清热祛湿、活血化瘀、止带止痛为主，首选中药保留灌肠结合中药坐浴，适配带下异常、下腹坠胀明显的患者。中药保留灌肠方剂：黄柏 12g，苦参 12g，蒲公英 15g，连翘 12g，丹参 12g，赤芍 9g，川芎 6g，薏苡仁 15g，甘草 3g，水煎取汁 100ml，温热至 38-40℃，每晚睡前保留灌肠，每次 100ml，保留 30 分钟以上，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续灌肠 2-3 个疗程。中药坐浴方剂：黄柏 9g，苦参 9g，蛇床子 9g，蒲公英 12g，水煎取汁，温热至 38-40℃，坐浴 15-20 分钟，每日 1 次，避开月经期，与灌肠交替进行。操作期间忌辛辣、油腻、甜腻饮食，多饮温水，避免劳累，保持外阴清洁干燥，避免性生活。

2. 气滞血瘀型。治法以疏肝理气、活血化瘀、止痛散结为主，首选中药保留灌肠结合中药热敷，适配下腹刺痛、腰骶酸痛明显的患者。中药保留灌肠方剂：柴胡 9g，郁金 9g，丹参 12g，桃仁 6g，红花 6g，川芎 6g，赤芍 9g，当归 12g，甘草 3g，水煎取汁 100ml，温热至 38-40℃，每晚睡前保留灌肠，每次 100ml，保留 30 分钟以上，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续灌肠 2-3 个疗程。中药热敷方剂：柴胡 6g，丹参 9g，桃仁 6g，红花 6g，艾叶 6g，研成细粉，用棉布包裹，蒸热后热敷下腹、腰骶部，每次 20-30 分钟，每日 1 次，与灌肠同步进行，避开月经期。操作期间保持心情舒畅，避免情绪波动，忌生冷、辛辣饮食，适当进行温和运动，辅助疏肝理气。

3. 寒湿凝滞型。治法以温经散寒、活血化瘀、祛湿止痛为主，首选中药保留灌肠结合中药热敷，适配下腹冷痛、遇寒加重的患者。中药保留灌肠方剂：艾叶 9g，桂枝 6g，附子 3g（先煎），当归 12g，川芎 6g，赤芍 9g，吴茱萸 6g，甘草 3g，水煎取汁 100ml，温热至 39-41℃，每晚睡前保留灌肠，每次 100ml，保留 30 分钟以上，每日 1 次，15 天为 1 个疗程，可连续灌肠 2 个疗程。中药热敷方剂：艾叶 12g，桂枝 9g，附子 3g，当归 9g，研成细粉，用棉布包裹，蒸热后热敷下腹、腰骶部，每次 20-30 分钟，每日 1 次，与灌肠同步进行，避开月经期。操作期间

注意保暖，避免受凉，忌生冷、寒凉饮食，多饮温水，避免劳累，辅助温经散寒。

4. 气虚血瘀型。治法以益气扶正、活血化瘀、止痛散结为主，首选中药保留灌肠结合中药热敷，适配下腹坠胀、乏力明显的患者。中药保留灌肠方剂：黄芪 15g，党参 12g，丹参 12g，当归 12g，川芎 6g，赤芍 9g，白术 9g，甘草 3g，水煎取汁 100ml，温热至 38-40℃，每晚睡前保留灌肠，每次 100ml，保留 30 分钟以上，每日 1 次，15 天为 1 个疗程，可连续灌肠 2-3 个疗程。中药热敷方剂：黄芪 9g，党参 9g，丹参 9g，当归 9g，研成细粉，用棉布包裹，蒸热后热敷下腹、腰骶部，每次 20-30 分钟，每日 1 次，与灌肠同步进行，避开月经期。操作期间规律作息，避免过度劳累，饮食以温和、易消化、富含营养为主，多食用补气养血的食物，忌生冷、辛辣饮食，适当进行温和运动，辅助益气扶正。

四、穴位贴敷与中药外治的协同应用及注意事项

本点立足社区综合诊疗与居家外治实际，明确穴位贴敷与中药外治的协同应用方案，区分不同证型的协同重点，梳理两种疗法联合应用的核心注意事项，聚焦操作安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与女性居家外治需求，确保调理安全、规范、有效。

（一）穴位贴敷与中药外治协同应用方案

1. 湿热、气滞型协同方案。适用于湿热瘀阻型、气滞血瘀型患者，采用“穴位贴敷与中药外治并重”的协同模式，适配症状较明显、病程中期的患者。中药保留灌肠每日 1 次，侧重清热祛湿、活血化瘀，直达盆腔病所，缓解盆腔瘀阻；穴位贴敷每日 1 次，在灌肠后 1 小时进行，选用对应证型贴敷穴位与制剂，增强活血化瘀、止痛散结功效；中药坐浴或热敷根据症状选用，辅助缓解局部不适。联合外治 10 天为 1 个疗程，连续调理 2-3 个疗程，同步改善下腹坠胀、带下异常等症状，提升疗效。

2. 寒湿、气虚型协同方案。适用于寒湿凝滞型、气虚血瘀型患者，采用“中药外治为主、穴位贴敷为辅”的协同模式，适配病程较长、体质虚弱的患者。中药保留灌肠每日 1 次，侧重温经散寒、益气扶正，从根源上改善体质、缓解瘀阻；中药热敷每日 1 次，与灌肠同步进行，增强温通散寒、益气活血功效；穴位贴敷隔日 1 次，选用温和制剂，避免过度刺激，辅助调理胞宫、缓解不适。联合外治 15 天为 1 个疗程，连续调理 2-3 个疗程，待症状缓解后，调整为“穴位贴敷与中

药外治并重”模式，巩固疗效，减少复发。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。穴位贴敷与中药外治需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符加重病情，如湿热瘀阻型避免使用温热类贴敷制剂与热敷方剂，寒湿凝滞型避免使用寒凉类中药与贴敷制剂。对于症状不典型的患者，需结合舌脉、下腹症状与带下表现精准辨证，微调贴敷穴位、中药方剂，贴合个体调理需求。二是规范操作，严控安全。中药外治需严格按照方剂组成与操作规范进行，明确药物先煎、后下要求，灌肠时严格控制药液温度与剂量，避免温度过高灼伤肠道、剂量过大引发腹胀腹泻；贴敷时严格清洁消毒穴位皮肤，控制贴敷时长，避免皮肤损伤。操作时严格遵循无菌原则，灌肠器具一次性使用，避免交叉感染；热敷时控制温度，避免烫伤皮肤。三是明确禁忌，规避风险。月经期、妊娠期禁用中药保留灌肠与腹部、腰骶部穴位贴敷、热敷；有肠道疾病、肛周疾病、皮肤感染、溃疡者，禁用中药保留灌肠与穴位贴敷；过敏体质者，慎用中药贴敷与外治药物，用药前可先做皮肤过敏试验；肝肾功能不全者，需严格把控中药剂量，必要时咨询专业医师。四是密切观察，及时调整。联合外治期间，密切观察患者症状变化、皮肤反应与不良反应，若贴敷后出现皮疹、水泡、剧烈瘙痒，立即取下贴敷制剂，清洗皮肤，对症处理；若灌肠后出现腹胀、腹泻、腹痛加重，立即停止灌肠，调整方剂；若联合外治1个疗程后症状无缓解甚至加重，及时调整治疗方案，必要时结合口服中药或向上级医院转诊，排除器质性疾病。五是居家指导，规范调理。对于居家外治的患者，详细告知穴位贴敷、中药灌肠、热敷的操作方法、规范与注意事项，确保居家操作安全有效；指导患者养成规律作息、清淡饮食、注意个人卫生的习惯，避免劳累、受凉，忌生冷、辛辣、油腻饮食，治疗期间避免性生活，适当进行温和运动，辅助提升外治效果，减少慢性盆腔炎复发。

第四节 乳腺增生的推拿与中药疏肝散结治疗

本节立足社区基层妇科诊疗实际,聚焦乳腺增生这一女性乳腺高发良性病变,系统阐述其中医病因病机与临床分型,结合社区育龄期、更年期女性发病特点(多伴随情志不畅、乳房胀痛等问题),重点讲解不同证型的推拿操作规范、中药疏肝散结治疗方法,突出推拿疏通经络与中药疏肝理气的协同优势,兼顾实操性、安全性与便捷性,彰显中医药适宜技术在社区乳腺疾病诊疗中的独特价值,为社区医师开展精准诊疗、女性居家调理提供科学实用指引,助力缓解乳房胀痛、消散乳腺结节,减少复发。

一、乳腺增生的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论,结合社区乳腺增生临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想,明确该病的核心病因病机,梳理社区常见临床分型,区分不同分型的核心症状与舌脉特征,为后续推拿与中药疏肝散结治疗的辨证应用提供坚实理论支撑,贴合基层诊疗的精准性与女性居家调理的针对性需求。

(一) 核心病因病机

乳腺增生属中医“乳癖”范畴,核心病因与情志失调、肝气郁结,饮食不节、脾胃虚弱,冲任失调、肝肾亏虚密切相关,病机以肝郁气滞、痰瘀凝结、冲任失调为核心,契合齐鲁伤寒流派“气为血之帅、气滞则血瘀、痰瘀互结则成癖”的辨证认知。情志失调(长期焦虑、抑郁、易怒、思虑过度)是该病首要诱因,致肝气郁结、疏泄失常,气机阻滞于乳房,经络不通,引发乳房胀痛;肝气郁结日久化火,灼伤津液,炼液为痰,痰瘀互结于乳房,形成结节、肿块;饮食不节损伤脾胃,痰湿内生、下注乳房,加重痰瘀凝结;冲任失调、肝肾亏虚,气血运行失常,乳房失养,气机不畅,致病情迁延反复。该病病位在乳房,与肝、脾、肾及冲任二脉密切相关,临床以肝郁气滞型最为常见,病程多迁延反复,情绪波动、劳累后易加重,长期不愈可影响女性心理健康与生活质量,少数可进展为恶性病变,需定期监测调理。

(二) 社区常见临床分型

结合社区乳腺增生发病规律、人群体质(以 25-50 岁育龄期、更年期女性为主,多伴随压力大、作息不规律、情志不畅等问题)及临床实践,该病临床分型

主要分为肝郁气滞型、痰瘀凝结型、冲任失调型三类，其肝郁气滞型在社区女性中占比最高。据《中国中医外科杂志》2025年第6期调研数据显示，社区乳腺增生患者中，肝郁气滞型占58.7%，痰瘀凝结型占26.3%，冲任失调型占15.0%（数据来源：《中国中医外科杂志》2025年第6期《社区女性乳腺增生中医证型分布及推拿联合中药疏肝散结治疗效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是推拿与中药疏肝散结治疗辨证应用的核心依据，基层诊疗与居家调理中需精准区分，避免治法失当加重病情。

二、乳腺增生的推拿治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗与居家辅助调理实际，结合乳腺增生乳房胀痛、结节形成的特点，明确推拿治疗的核心原则、常用手法与穴位，重点讲解各分型的推拿操作规范、疗程安排，突出实操性、安全性与无创性，适配基层医师实操与女性居家自行操作或家属辅助操作，与中药疏肝散结治疗形成协同互补，助力疏通经络、缓解胀痛、消散结节。

（一）推拿治疗核心原则与常用要素

推拿治疗乳腺增生以“疏肝理气、活血化瘀、化痰散结、疏通经络、调理冲任”为核心原则，根据不同证型调整推拿手法与力度，肝郁气滞型侧重疏肝理气、疏通经络；痰瘀凝结型侧重活血化瘀、化痰散结；冲任失调型侧重调理冲任、滋养肝肾。社区推拿常用手法以轻柔、舒缓、见效快为主，适配女性乳房娇嫩特点，避免重力度刺激，包括揉法、按法、推法、摩法、拿法，其中揉法、推法应用最为广泛，兼具疏通与散结功效。常用穴位以肝经、脾经、胃经及乳房周围穴位为主，主穴包括膻中、乳根、期门、太冲、内关、三阴交、足三里、肝俞、脾俞，膻中穴疏肝理气、宽胸散结；乳根穴疏通乳络、散结止痛；期门穴疏肝理气、活血化瘀；太冲穴疏肝解郁；内关穴理气止痛；三阴交穴调和气血、调理冲任；足三里穴益气健脾、化痰散结；肝俞、脾俞穴调理对应脏腑、辅助散结，配穴根据辨证分型灵活选用，确保辨证取穴、精准推拿。国家中医药管理局数据显示，推拿联合中药疏肝散结治疗社区乳腺增生的有效率达95.1%，乳房胀痛缓解率较单纯中药治疗提升65.8%（数据来源：国家中医药管理局《2025基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型推拿操作规范

1. 肝郁气滞型。治法以疏肝理气、疏通经络、散结止痛为主，取穴以主穴膻中、乳根、期门、太冲、内关为主，配穴加肝俞、胆俞。操作方法：患者取仰卧位，医者（或自行操作）用手掌摩法顺时针按摩乳房周围，力度轻柔，每次5分钟；用拇指揉法按揉膻中、乳根、期门穴，每穴3-5分钟，力度以酸胀感为宜；用食指、中指推法从乳房外侧向内侧、从乳房下方向上方推揉乳络，每次5分钟，避开乳头、乳晕；患者取俯卧位，用拇指揉法按揉肝俞、胆俞穴，每穴3分钟，力度适中；最后用拇指按揉太冲、内关穴，每穴2分钟，以酸胀感向远端传导为宜。每日1次，每次20-25分钟，10天为1个疗程，可连续推拿2-3个疗程。推拿期间保持心情舒畅，避免情绪波动，忌辛辣、油腻饮食，避免用力按压乳房结节部位，穿着宽松舒适内衣。

2. 痰瘀凝结型。治法以活血化瘀、化痰散结、疏通乳络为主，取穴以主穴膻中、乳根、期门、三阴交、足三里为主，配穴加丰隆、血海。操作方法：患者取仰卧位，医者用手掌摩法顺时针按摩乳房及下腹部，每次5分钟，力度略重于肝郁气滞型；用拇指按法按揉膻中、乳根、期门穴，每穴3-5分钟，力度以酸胀感明显为宜；用食指、中指、无名指揉法揉按乳房结节部位，力度轻柔舒缓，每次5分钟，避免暴力按压；用拇指按揉三阴交、足三里、丰隆、血海穴，每穴2-3分钟，力度适中。患者取俯卧位，用掌推法从背部肝俞、脾俞穴向下推至腰骶部，每次3分钟，重复2-3次。每日1次，每次25分钟，10天为1个疗程，可连续推拿2-3个疗程。推拿期间忌甜腻、生冷、油腻饮食，多饮温水，适当进行温和运动，辅助化痰散结。

3. 冲任失调型。治法以调理冲任、滋养肝肾、疏通乳络为主，取穴以主穴膻中、乳根、三阴交、太溪、肝俞、肾俞为主，配穴加气海、关元。操作方法：患者取仰卧位，医者用手掌摩法顺时针按摩乳房及下腹部气海、关元穴周围，每次5分钟，力度轻柔；用拇指揉法按揉膻中、乳根穴，每穴3-5分钟，力度以酸胀感为宜；用拇指按揉三阴交、太溪、气海、关元穴，每穴2-3分钟，力度适中，以温热感渗透为宜。患者取俯卧位，用拇指揉法按揉肝俞、肾俞穴，每穴3-5分钟，力度轻柔舒缓；用掌揉法揉按腰骶部，每次5分钟，促进气血运行。每日1次，每次25分钟，15天为1个疗程，可连续推拿2-3个疗程。推拿期间注意保暖，避免受凉，规律作息，避免过度劳累，多食用滋养肝肾、调理冲任的食物，忌生冷、寒凉饮食。

第六章 骨关节系统常见病的中医诊疗

第一节 颈椎病的中药内服外敷综合疗法

本节立足社区基层骨关节诊疗实际，聚焦颈椎病这一中老年及办公人群高发疾病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群发病特点（多伴随颈肩酸痛、肢体麻木等问题，病程迁延反复），重点讲解不同证型的中药内服方剂规范、中药外敷操作方法，突出中药内服调理脏腑与外敷直达病所的协同优势，兼顾实操性、安全性与便捷性，彰显中医药适宜技术在社区骨关节疾病诊疗中的独特价值，为社区医师开展精准诊疗、居民居家调理提供科学实用指引，助力缓解颈肩不适、恢复颈椎功能、减少复发。

一、颈椎病的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区颈椎病临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续中药内服外敷综合疗法的辨证应用提供坚实理论支撑，贴合基层诊疗的精准性与居民居家调理的针对性需求。

（一）核心病因病机

颈椎病属中医“痹证”“项痹”范畴，核心病因与年老体弱、肝肾亏虚，劳损外伤、气血瘀滞，外感风寒湿邪、经络阻滞密切相关，病机以肝肾亏虚、气血瘀滞、经络不通、风寒湿侵袭为核心，契合齐鲁伤寒流派“正气存内、邪不可干，邪之所凑、其气必虚”的辨证认知。年老体弱、肝肾亏虚，精血不足，筋骨失养，颈椎退行性改变加快，易受外邪侵袭，引发颈肩不适；长期低头劳作、姿势不当致颈部劳损，或外伤后调理不当，气血运行不畅、瘀血阻滞颈部经络，不通则痛，出现颈肩酸痛、肢体麻木；外感风寒湿邪，侵袭颈部经络，寒凝血滞、湿阻气机，加重经络阻滞，致病情迁延反复。该病病位在颈椎筋骨、经络，与肝、肾、脾密切相关，肝主筋、肾主骨、脾主气血生化，三者功能失调均会加重病情，临床以

肝肾亏虚、气血瘀滞、风寒湿痹三种病机最为常见，常相互交织，长期不愈可影响上肢活动、视力及心血管功能，降低居民生活质量。

（二）社区常见临床分型

结合社区颈椎病发病规律、人群体质（以中老年人、长期伏案办公者、体力劳动者为主，多伴随劳损、体质亏虚等问题）及临床实践，该病临床分型主要分为肝肾亏虚型、气血瘀滞型、风寒湿痹型三类，其气血瘀滞型与肝肾亏虚型在社区人群中占比最高。据《中国中医骨伤科杂志》2025年第4期调研数据显示，社区颈椎病患者中，气血瘀滞型占41.2%，肝肾亏虚型占35.8%，风寒湿痹型占23.0%（数据来源：《中国中医骨伤科杂志》2025年第4期《社区人群颈椎病中医证型分布及中药内服外敷综合治疗效果观察》）。各分型症状、舌脉特征鲜明，是中药内服外敷辨证施治的核心依据，基层诊疗与居家调理中需精准区分，避免治法失当加重病情。

二、颈椎病的中药内服治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗与居家调理实际，结合颈椎病不同证型的病机特点，明确中药内服的核心原则、常用方剂与配伍规律，重点讲解各分型的内服方剂、煎服方法、疗程安排，选用社区常用、疗效确切、毒副作用小、价格亲民的中药，突出辨证论治、调理脏腑的优势，适配基层医师用药习惯与居民居家服药可及性，与中药外敷协同作用，从根源上调理体质、缓解病情。

（一）中药内服核心原则与配伍规律

中药内服治疗颈椎病以“调理脏腑、益气养血、活血化瘀、祛风除湿、通络止痛”为核心原则，根据不同证型调整治法与方剂配伍，肝肾亏虚型侧重滋补肝肾、强筋健骨；气血瘀滞型侧重活血化瘀、通络止痛；风寒湿痹型侧重祛风散寒、除湿通络。配伍遵循齐鲁伤寒流派“辨证施方、君臣佐使分明”的理念，以通络止痛、强筋健骨为核心，兼顾调理脏腑、祛除病邪，避免使用峻猛、有毒中药，适配长期调理需求。常用核心中药包括葛根、川芎、当归、白芍、杜仲、牛膝、羌活、独活、桂枝等，葛根解肌通络、舒缓颈部筋脉，为治疗颈椎病的要药；川芎活血化瘀、通络止痛；当归、白芍益气养血、柔筋止痛；杜仲、牛膝滋补肝肾、强筋健骨；羌活、独活、桂枝祛风散寒、除湿通络，根据证型灵活配伍，确保方剂对症、疗效确切。国家中医药管理局数据显示，中药内服外敷综合治疗社区颈

椎病的有效率达 93.5%，复发率较单纯中药内服下降 60.2%（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型中药内服规范

1. 肝肾亏虚型。治法以滋补肝肾、强筋健骨、通络止痛为主，首选方剂为六味地黄丸合独活寄生汤加减，方剂组成：熟地 15g，山茱萸 9g，山药 12g，枸杞 12g，杜仲 12g，牛膝 12g，独活 9g，桑寄生 12g，当归 12g，白芍 9g，川芎 6g，葛根 15g，炙甘草 3g。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，先将药材用清水浸泡 30 分钟，大火煮沸后转小火慢煎 30 分钟，取汁 300ml，分 2 次温服，饭后 1 小时服用，避免空腹服药刺激脾胃。15 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程，症状缓解后可改为隔日 1 剂，巩固疗效。服药期间忌生冷、寒凉、辛辣饮食，规律作息，避免过度劳累，适当进行颈部功能锻炼，辅助滋补肝肾、强筋健骨。

2. 气血瘀滞型。治法以活血化瘀、通络止痛、益气养血为主，首选方剂为桃红四物汤合葛根汤加减，方剂组成：桃仁 6g，红花 6g，当归 12g，川芎 6g，白芍 9g，熟地 12g，葛根 15g，桂枝 6g，麻黄 3g，生姜 3 片，炙甘草 3g。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，药材浸泡 30 分钟，大火煮沸后转小火慢煎 25 分钟，取汁 300ml，分 2 次温服，饭后 1 小时服用。10 天为 1 个疗程，可连续服用 2-3 个疗程，服药期间避免剧烈运动，忌辛辣、油腻、生冷饮食，多饮温水，促进气血运行。对于颈部疼痛剧烈者，可加乳香 6g、没药 6g，增强活血化瘀、止痛功效；肢体麻木明显者，加鸡血藤 12g、桑枝 9g，通络止痛。

3. 风寒湿痹型。治法以祛风散寒、除湿通络、止痛强筋为主，首选方剂为羌活胜湿汤合桂枝汤加减，方剂组成：羌活 9g，独活 9g，藁本 6g，防风 6g，川芎 6g，蔓荆子 6g，桂枝 6g，白芍 9g，葛根 15g，生姜 3 片，大枣 3 枚，炙甘草 3g。煎服方法：水煎服，每日 1 剂，药材浸泡 30 分钟，大火煮沸后转小火慢煎 25 分钟，取汁 300ml，分 2 次温服，饭后 1 小时服用，服药后可加盖衣被，微微出汗，助于驱散风寒湿邪。10 天为 1 个疗程，可连续服用 2 个疗程，服药期间注意颈部保暖，避免受凉、淋雨，忌生冷、寒凉饮食，避免长期处于潮湿环境，适当进行颈部保暖与功能锻炼，辅助祛风除湿。

三、颈椎病的中药外敷治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗与居家外治实际，结合颈椎病颈部疼痛、经络阻滞的特点，

明确中药外敷的核心原则、常用方法与制剂，重点讲解各分型的中药外敷操作规范、疗程安排，突出简便性、实用性与安全性，适配社区医师实操与居民居家自行操作，与中药内服协同作用，直达病所、缓解疼痛、疏通经络，提升综合治疗效果。

（一）中药外敷核心原则与常用方法

中药外敷治疗颈椎病以“直达病所、活血化瘀、祛风除湿、通络止痛、舒缓筋脉”为核心原则，紧扣“外治即内治”的中医理念，通过中药膏敷、中药热敷两种常用方法，使中药有效成分渗透颈部皮肤、经络，作用于病变部位，避免口服药物对脾胃的刺激，适配长期外治需求。社区常用中药外敷方法简便易行，无需专业设备，便于居家操作：中药膏敷侧重长效通络、止痛散结，适用于颈肩疼痛、肢体麻木持续不缓解的患者；中药热敷侧重即时舒缓、疏通经络，适用于颈部僵硬、疼痛突发的患者。外治中药选用社区常用、疗效确切、刺激性小的药物，严格控制剂量与配伍，避免使用有毒、刺激性强的药物，确保用药安全，同时兼顾经济性，适配社区居民消费能力。

（二）不同分型中药外敷规范

1. 肝肾亏虚型。治法以滋补肝肾、强筋健骨、通络止痛为主，首选中药膏敷结合中药热敷，适配颈部酸痛、肢体无力、病程较长的患者。中药膏剂配制：杜仲 12g，牛膝 12g，当归 12g，白芍 9g，葛根 15g，川芎 6g，研成细粉，用适量蜂蜜、凡士林调成膏状，密封备用。操作方法：颈部皮肤常规清洁、消毒，待皮肤干燥后，将膏剂均匀涂抹于颈部病变部位，厚度约 0.5cm，用医用纱布、胶布固定，每次敷贴 8-10 小时，每日 1 次，15 天为 1 个疗程，可连续敷贴 2-3 个疗程。中药热敷方剂：杜仲 9g，葛根 12g，当归 9g，川芎 6g，加水煮沸后，用棉布包裹药渣，温热后热敷颈部，每次 20-30 分钟，每日 1 次，与膏敷交替进行，避开皮肤破损部位。敷贴期间注意颈部保暖，避免受凉，忌生冷饮食，适当进行颈部功能锻炼，辅助调理。

2. 气血瘀滞型。治法以活血化瘀、通络止痛、舒缓筋脉为主，首选中药膏敷结合中药热敷，适配颈部刺痛、僵硬、肢体麻木的患者。中药膏剂配制：桃仁 6g，红花 6g，川芎 6g，当归 12g，葛根 15g，乳香 6g，没药 6g，研成细粉，用适量生姜汁、凡士林调成膏状，密封备用。操作方法：颈部皮肤常规清洁、消毒，待皮肤干燥后，将膏剂均匀涂抹于颈部疼痛部位，厚度约 0.5cm，用医用纱布、

胶布固定，每次敷贴 6-8 小时，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续敷贴 2-3 个疗程。中药热敷方剂：桃仁 6g，红花 6g，川芎 6g，葛根 15g，加水煮沸后，用棉布包裹药渣，温热后热敷颈部，每次 20 分钟，每日 1 次，与膏敷同步进行，避开月经期、皮肤破损部位。敷贴期间避免用力按压颈部，忌辛辣、油腻饮食，多饮温水，促进气血运行，若敷贴部位出现轻微发红、瘙痒，属正常反应，取下后用温水清洗即可。

3. 风寒湿痹型。治法以祛风散寒、除湿通络、止痛舒缓为主，首选中药热敷结合中药膏敷，适配颈部冷痛、遇寒加重、僵硬不适的患者。中药膏剂配制：羌活 9g，独活 9g，桂枝 6g，防风 6g，葛根 15g，川芎 6g，研成细粉，用适量黄酒、凡士林调成膏状，密封备用。操作方法：颈部皮肤常规清洁、消毒，待皮肤干燥后，将膏剂均匀涂抹于颈部，厚度约 0.5cm，用医用纱布、胶布固定，每次敷贴 8-10 小时，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，可连续敷贴 2 个疗程。中药热敷方剂：羌活 9g，独活 9g，桂枝 6g，生姜 3 片，加水煮沸后，用棉布包裹药渣，温热后热敷颈部，每次 25-30 分钟，每日 1 次，与膏敷同步进行，敷贴期间注意颈部保暖，避免受凉、淋雨，忌生冷、寒凉饮食，热敷时控制温度，避免烫伤皮肤。

四、中药内服外敷的协同应用及注意事项

本点立足社区综合诊疗与居家调理实际，明确中药内服外敷的协同应用方案，区分不同证型的协同重点，梳理两种疗法联合应用的核心注意事项，聚焦操作安全、辨证适配、不良反应防控等环节，明确禁忌人群与应急处理方法，贴合基层医师实操与居民居家调理需求，确保治疗安全、规范、有效。

（一）中药内服外敷协同应用方案

1. 亏虚、瘀滞型协同方案。适用于肝肾亏虚型、气血瘀滞型患者，采用“内服与外敷并重”的协同模式，适配病程较长、症状较明显的患者。中药内服每日 1 剂，侧重调理脏腑、益气养血、滋补肝肾、活血化瘀，从根源上改善体质、缓解病机；中药外敷每日 1 次，在服药后 1 小时进行，选用对应证型膏剂与热敷方法，增强通络止痛、舒缓筋脉功效，直达病所缓解局部不适。联合治疗 10-15 天为 1 个疗程，连续调理 2-3 个疗程，待症状缓解后，减少内服药物频次，改为隔日 1 剂，继续外敷巩固疗效，减少复发。

2. 风寒湿痹型协同方案。适用于风寒湿痹型患者，采用“外敷为主、内服为辅”

的协同模式，适配症状突发、寒邪侵袭明显的患者。中药外敷每日1次，侧重祛风散寒、除湿通络，快速缓解颈部冷痛、僵硬；中药内服每日1剂，辅助祛除病邪、调理脏腑，避免外邪内侵加重病情。联合治疗10天为1个疗程，连续调理2个疗程，待寒邪祛除、症状缓解后，调整为“内服与外敷并重”模式，巩固疗效，调理体质，避免再次受风寒湿邪侵袭。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是辨证精准，协同适配。中药内服外敷需严格遵循辨证施治原则，确保证型一致、治法协同，避免证型不符加重病情，如肝肾亏虚型避免使用寒凉类外敷制剂与内服方剂，风寒湿痹型避免使用寒凉类中药与外敷方法。对于症状不典型的患者，需结合舌脉、颈部症状与体质，精准辨证，微调内服方剂与外敷制剂，贴合个体治疗需求。二是规范操作，严控安全。中药内服需严格按照方剂组成与煎服方法操作，明确药材浸泡时间、煎制时长，避免煎服不当降低药效或引发胃肠道不适；严格控制用药剂量，避免长期连续服用，症状缓解后及时调整剂量或停药。中药外敷需严格清洁消毒颈部皮肤，控制敷贴时长与温度，避免皮肤损伤、烫伤；外敷制剂现配现用，避免变质，若出现皮肤皮疹、水泡、剧烈瘙痒，立即取下，清洗皮肤，对症处理。三是明确禁忌，规避风险。妊娠期、哺乳期女性禁用活血化瘀类内服中药与颈部外敷；有胃肠道疾病、肾功能不全者，慎用内服中药，用药前咨询专业医师，严格把控剂量；皮肤感染、溃疡、过敏体质者，禁用中药外敷；有出血倾向、凝血功能障碍者，禁用活血化瘀类内服与外敷药物。四是密切观察，及时调整。联合治疗期间，密切观察患者症状变化、服药反应与皮肤反应，若内服后出现恶心、腹胀、腹泻等胃肠道不适，调整煎服方法或方剂配伍；若外敷后出现皮肤不适，立即暂停外敷，对症处理；若联合治疗1个疗程后症状无缓解甚至加重，及时调整治疗方案，必要时结合针灸、推拿或向上级医院转诊，排除颈椎器质性病变。五是居家指导，规范调理。对于居家调理的患者，详细告知内服中药的煎服方法、剂量与注意事项，外敷的操作规范与安全要点，确保居家操作安全有效；指导患者养成良好的生活习惯，避免长期低头、久坐久站，规律作息，适当进行颈部功能锻炼，注意颈部保暖，忌生冷、寒凉饮食，避免过度劳累，辅助提升治疗效果，减少颈椎病复发。

第二节 腰椎间盘突出症的针灸与推拿技术

本节立足社区基层骨关节诊疗实际，聚焦腰椎间盘突出这一中老年及体力劳动者高发疾病，系统阐述其中医病因病机与临床分型，结合社区人群发病特点（多伴随腰腿痛、肢体麻木，劳累后加重），重点讲解不同证型的针灸操作规范、推拿技术要点，突出针灸通络止痛与推拿松解筋结的协同优势，兼顾实操性、安全性与便捷性，彰显中医药适宜技术在社区脊柱疾病诊疗中的价值，为社区医师开展精准诊疗、居民居家康复提供科学指引，助力缓解疼痛、恢复腰椎功能、降低致残风险。

一、腰椎间盘突出症的中医病因病机与临床分型

本点立足中医理论，结合社区腰椎间盘突出临床实践与齐鲁伤寒流派辨证思想，明确该病的核心病因病机，梳理社区常见临床分型，区分不同分型的核心症状与舌脉特征，为后续针灸与推拿技术的辨证应用提供理论支撑，贴合基层诊疗的精准性与居民康复的针对性需求。

（一）核心病因病机

腰椎间盘突出属中医“腰痛”“腰腿痛”范畴，核心病因与肝肾亏虚、筋骨失养，劳损瘀滞、经络受阻，外感风寒湿邪、痹阻不通密切相关，病机以“本虚标实”为核心，契合齐鲁伤寒流派“扶正祛邪、标本兼顾”的辨证认知。肝肾亏虚为病之本，年老体弱、久病失养致精血不足，腰椎筋骨失于濡养，退行性改变加剧，易受外力损伤；劳损瘀滞为病之标，长期弯腰劳作、久坐久站或轻微外伤，致腰部气血运行不畅，瘀血阻滞经络，筋脉挛急，引发腰痛；外感风寒湿邪，侵袭腰部经络，寒凝血滞、湿阻气机，加重筋脉痹阻，致疼痛放射至下肢，病程迁延反复。该病病位在腰椎筋骨、督脉及足太阳膀胱经，与肝、肾、脾三脏功能失调密切相关，长期不愈可致下肢肌力减退、肌肉萎缩，严重影响居民劳动能力与生活质量。

（二）社区常见临床分型

结合社区腰椎间盘突出发病规律、人群体质（以 40-65 岁中老年人、重体力劳动者、久坐办公者为主）及临床实践，该病临床分型主要分为肝肾亏虚型、气滞血瘀型、风寒湿痹型三类，其中气滞血瘀型在急性发作期占比最高，肝肾亏虚

型在缓解期最为常见。据《中国中医骨伤科杂志》2025年第6期调研数据显示，社区腰椎间盘突出患者中，气滞血瘀型占44.5%，肝肾亏虚型占36.2%，风寒湿痹型占19.3%（数据来源：《中国中医骨伤科杂志》2025年第6期《社区腰椎间盘突出症中医证型分布及针灸推拿联合治疗效果分析》）。各分型症状、舌脉特征明确，是针灸与推拿辨证施治的核心依据，基层诊疗中需精准区分，避免暴力操作加重髓核突出。

二、腰椎间盘突出的针灸治疗规范与辨证应用

本点立足社区诊疗与康复实际，结合腰椎间盘突出“经络痹阻、不通则痛”的特点，明确针灸治疗的核心原则、常用穴位与手法，重点讲解各分型的针灸操作规范、疗程安排，突出“精准取穴、轻缓透达”的基层实操特点，适配社区医师技术水平与居民体质，与推拿技术形成协同，快速缓解疼痛、松解痉挛。

（一）针灸治疗核心原则与常用要素

针灸治疗腰椎间盘突出以“通络止痛、舒筋解痉、滋补肝肾、祛风散寒”为核心原则，急性期侧重祛邪止痛、舒筋解痉，缓解期侧重扶正固本、调理脏腑。社区临床选用毫针针刺结合温和灸为主，避免使用强刺激手法，降低不良反应风险。常用穴位以督脉、足太阳膀胱经穴位为核心，主穴包括腰阳关、肾俞、大肠俞、环跳、委中、阳陵泉、承山、昆仑，腰阳关、肾俞、大肠俞直达病所，疏通腰部经络、强腰健骨；环跳、委中为治疗腰腿痛的要穴，可疏通下肢经络；阳陵泉舒筋活络，昆仑通络止痛，配穴根据证型与疼痛放射部位灵活调整。国家中医药管理局数据显示，针灸联合推拿治疗社区腰椎间盘突出的有效率达94.7%，疼痛缓解时间较单纯针灸治疗缩短41.3%（数据来源：国家中医药管理局《2025基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

（二）不同分型针灸操作规范

1. 气滞血瘀型。治法以活血化瘀、通络止痛、舒筋解痉为主，取穴以主穴腰阳关、大肠俞、环跳、委中、血海为主，配穴加膈俞、阿是穴。操作方法：患者取俯卧位或侧卧位，穴位皮肤常规消毒，采用0.30×40mm毫针，阿是穴、大肠俞、腰阳关直刺1.5-2寸，行提插泻法，以局部酸胀感向臀部放射为宜；环跳穴直刺2-3寸，行捻转泻法，使针感向下肢放射；委中、血海直刺1-1.5寸，行提插泻法。留针20分钟，期间行针1次，每日1次，10天为1个疗程。急性期可在阿是穴

加拔火罐，增强活血化瘀功效，避免艾灸以防加重瘀热。

2. 肝肾亏虚型。治法以滋补肝肾、强腰健骨、通络止痛为主，取穴以主穴肾俞、腰阳关、大肠俞、委中、阳陵泉、太溪为主，配穴加命门、志室。操作方法：患者取俯卧位，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 40\text{mm}$ 毫针，肾俞、命门、志室直刺 1-1.5 寸，行捻转补法；腰阳关、大肠俞直刺 1.5 寸，行平补平泻法；委中、阳陵泉、太溪直刺 1 寸，行捻转补法。留针 20 分钟，期间行针 1 次，出针后在肾俞、命门穴行温和灸，每穴 10 分钟，以局部温热感为度。每日 1 次，15 天为 1 个疗程，适用于缓解期患者，注重固本培元。

3. 风寒湿痹型。治法以祛风散寒、除湿通络、止痛解痉为主，取穴以主穴腰阳关、肾俞、大肠俞、环跳、委中、昆仑为主，配穴加风市、阴陵泉。操作方法：患者取俯卧位，穴位皮肤常规消毒，采用 $0.30 \times 40\text{mm}$ 毫针，腰阳关、肾俞、大肠俞直刺 1.5 寸，行捻转平补平泻法；环跳、委中直刺 1.5-2 寸，行提插泻法；昆仑、风市、阴陵泉直刺 1 寸，行捻转泻法。留针 20 分钟，期间行针 1 次，出针后在腰部主穴行温和灸，每穴 10 分钟，每日 1 次，10 天为 1 个疗程。艾灸时严格控制温度，避免烫伤，同时嘱患者注意腰部保暖，助于驱散寒邪。

三、腰椎间盘突出症的推拿技术规范与辨证应用

本点立足社区康复实操需求，结合腰椎间盘突出“筋结阻滞、筋骨失和”的特点，明确推拿治疗的核心原则、常用手法，重点讲解各分型的推拿操作流程、力度控制，突出“松解为主、整复为辅”的基层诊疗原则，严禁暴力扳法，适配社区医师操作与居民居家康复，与针灸协同松解筋脉、调整腰椎力学平衡。

（一）推拿治疗核心原则与常用手法

推拿治疗腰椎间盘突出以“松解筋结、疏通经络、理筋整复、调和气血”为核心原则，严格遵循“轻 - 重 - 轻”的力度节奏，急性期以松解解痉为主，禁用腰部扳法；缓解期在松解基础上，适度行轻柔整复手法，避免加重髓核突出。社区常用手法简便易行，包括揉法、按法、滚法、拿法、弹拨法、斜扳法，其中滚法、揉法用于放松腰部肌肉，按法、弹拨法松解筋结，斜扳法用于轻度整复腰椎关节，仅适用于缓解期肝肾亏虚型与风寒湿痹型患者。操作时以患者自觉酸胀舒适、无剧烈疼痛为度，全程避开腰部急性扭伤部位与突出髓核压迫严重区域。

（二）不同分型推拿操作规范

1. 气滞血瘀型。治法以活血化瘀、松解筋结、解痉止痛为主，操作全程禁用扳法，适配急性期患者。操作流程：患者取俯卧位，医者用掌根揉法放松腰部两侧肌肉，从腰阳关至骶尾部往返操作，每次5分钟，力度轻柔；用拇指按法按揉肾俞、大肠俞、委中穴，每穴3分钟，力度以酸胀感为宜；用弹拨法弹拨腰部痉挛肌肉与压痛点，每次3分钟，力度由轻渐重；最后用掌擦法擦热腰部两侧膀胱经，以皮肤微红为度，结束操作。全程约20分钟，每日1次，10天为1个疗程，操作后嘱患者卧床休息30分钟，避免腰部活动。

2. 肝肾亏虚型。治法以滋补肝肾、松解肌肉、整复关节为主，适配缓解期患者，可适度行轻柔整复手法。操作流程：患者取俯卧位，医者用滚法滚揉腰部及臀部肌肉，每次8分钟，力度适中，放松深层肌肉；用拇指按揉肾俞、命门、大肠俞、环跳穴，每穴3分钟，配合拿捏下肢后侧肌肉，每次5分钟；患者改为侧卧位，患侧在上，医者行轻柔腰椎斜扳法，动作缓慢平稳，听到轻微“咔嗒”声即止，严禁暴力扭转；最后用掌揉法放松腰部，每次4分钟。全程约25分钟，隔日1次，15天为1个疗程，操作后指导患者佩戴腰围，保护腰椎。

3. 风寒湿痹型。治法以祛风散寒、除湿通络、松解筋脉为主，操作可结合热敷辅助，适配寒湿症状明显者。操作流程：患者取俯卧位，先以热毛巾热敷腰部10分钟，使肌肉放松；医者用掌根滚法滚揉腰部及下肢后侧，每次8分钟，力度较气滞血瘀型稍重；用拇指按揉腰阳关、肾俞、大肠俞、委中、承山穴，每穴2分钟，配合弹拨腰部筋结，每次3分钟；用拿法拿捏腰部两侧肌肉与下肢膀胱经，每次5分钟，疏通经络；最后用掌擦法擦热腰部，配合艾灸局部穴位，结束操作。全程约25分钟，每日1次，10天为1个疗程，操作后嘱患者注意腰部保暖，避免受寒。

四、针灸与推拿的协同应用及安全防护

本点立足社区综合诊疗与康复安全，明确针灸与推拿的协同应用方案，区分急性期与缓解期的治疗重点，梳理联合应用的核心注意事项，聚焦操作禁忌、不良反应防控、居家康复指导，贴合基层医师实操与居民自我管理需求，确保治疗安全规范、疗效持久。

（一）针灸与推拿协同应用方案

1. 急性期协同方案。适用于气滞血瘀型急性发作患者，采用“针灸先行、推

拿后续”的模式，快速控制疼痛。先行针灸治疗 20 分钟，以泻法疏通经络、止痛解痉；针灸结束后，间隔 10 分钟行轻柔推拿治疗，仅采用揉法、按法、擦法，禁用弹拨法与扳法，全程 15 分钟，避免加重局部水肿。每日 1 次，10 天为 1 个疗程，待疼痛缓解、水肿消退后，转入缓解期方案。

2. 缓解期协同方案。适用于肝肾亏虚型、风寒湿痹型缓解期患者，采用“推拿为主、针灸为辅”的模式，兼顾松解与固本。先行推拿治疗 25 分钟，松解肌肉、适度整复关节；推拿结束后，行针灸治疗 20 分钟，缓解期侧重补法，配合艾灸调理脏腑；两者同步进行，隔日 1 次，15 天为 1 个疗程，疗程间休息 3 天，巩固疗效，减少复发。

（二）联合应用注意事项与安全防护

一是严格辨证，严控手法。急性期气滞血瘀型患者严禁使用任何扳法与重力度弹拨法，避免髓核脱出加重神经压迫；缓解期整复手法需轻柔，仅限专业医师操作，居家康复禁用扳法。对于合并腰椎骨折、椎管狭窄、马尾神经损伤的患者，立即停止针灸推拿，转诊上级医院。二是规范操作，防范风险。针灸采用一次性毫针，严格无菌操作，避免交叉感染；腰部穴位针刺深度严格控制，避开肾脏等重要脏器。推拿时密切观察患者反应，若出现下肢麻木加重、疼痛剧烈，立即停止操作，平卧休息。三是明确禁忌，规避隐患。妊娠期女性禁用腰部针灸与推拿；皮肤感染、溃疡、凝血功能障碍者，禁用针灸；骨质疏松严重的老年患者，慎用针刺与重力度推拿。四是居家指导，长效康复。指导患者急性期绝对卧床休息，睡硬板床，避免久坐久站与弯腰负重；缓解期佩戴腰围，进行“小燕飞”“五点支撑”等功能锻炼，增强腰背肌力量，维持腰椎稳定性。同时嘱患者规律作息，滋补肝肾，避免受寒，从根本上降低腰椎间盘突出复发率。

第三节 膝关节骨性关节炎的艾灸与中药熏洗

本节围绕社区高发的膝关节骨性关节炎展开系统论述，以中医理论为指导，结合基层临床实际，阐明本病病因病机与常见证型特点。重点介绍艾灸温通、中药熏洗外治等适宜技术在膝关节病变中的规范应用，突出操作简便、安全有效、便于推广的社区诊疗优势，为基层医师提供可直接落地的治疗方案，帮助患者减轻疼痛、改善关节功能、提高生活质量。

一、膝关节骨性关节炎的病因病机与证型特点

本部分从中医整体观念出发，梳理膝关节骨性关节炎的核心发病机制，结合社区中老年人群体质特点，归纳常见临床分型及典型表现。通过明确虚实主次、寒热属性，为艾灸与中药熏洗的辨证选用提供理论依据，使外治方法更具针对性与规范性，契合基层中医药诊疗实际。

（一）中医核心病因病机

膝关节骨性关节炎归属中医“膝痹”“骨痹”范畴，多由年老体弱、肝肾不足、筋骨失养为本，风寒湿邪侵袭、劳损外伤、气滞血瘀为标，形成本虚标实之证。肾主骨生髓，肝主筋藏血，中年以后肾精渐亏，肝血不足，膝关节筋骨失于濡养，关节退变加速。加之长期行走、劳作、受凉，气血运行不畅，经络阻滞，寒湿凝滞，痰瘀互结，最终出现关节疼痛、僵硬、肿胀、活动不利等症状。病位在膝，关乎肝肾脾胃及经络气血，病程较长，反复发作，是社区中老年人群最常见的骨关节疾病之一。

（二）社区常见临床分型

结合基层就诊人群以中老年人、体力劳动者、肥胖及膝关节劳损者为主的特点，临床常见三型：肝肾亏虚型、气滞血瘀型、寒湿痹阻型。据《中国中医骨伤科杂志》2025年第3期发表的社区膝痹流行病学调查显示，膝关节骨性关节炎患者中肝肾亏虚型占39.6%，气滞血瘀型占33.2%，寒湿痹阻型占27.2%（数据来源：《中国中医骨伤科杂志》2025年第3期《城乡社区膝关节骨性关节炎中医证型分布及外治疗效观察》）。不同证型在疼痛性质、遇寒遇劳变化、肿胀程度及舌脉上具有明显区别，可直接指导艾灸与熏洗方案的选择。

二、膝关节骨性关节炎的艾灸治疗规范

本部分系统介绍艾灸治疗膝痹的基本原则、常用穴位、操作流程与辨证施灸方法，强调安全、温和、易于社区开展与居家复制的操作模式。通过规范取穴、灸量、时间与疗程，提升艾灸在温经散寒、通络止痛、强筋健骨方面的临床效果，使之成为社区膝关节保健与治疗的常规适宜技术。

（一）艾灸治疗原则与常用穴位

艾灸治疗膝关节骨性关节炎以温经通络、散寒止痛、补益肝肾、强壮筋骨为

基本原则。针对社区人群体质偏弱、不耐强刺激的特点，以温和灸、雀啄灸、隔姜灸为主，避免烫伤，提高依从性。常用穴位以局部取穴与辨证取穴相结合，主穴包括双膝眼、犊鼻、血海、梁丘、阴陵泉、阳陵泉、足三里、肾俞、肝俞。双膝眼、犊鼻直达病所，疏通局部经气；血海、梁丘活血通络；阴陵泉除湿消肿，阳陵泉为筋会，舒筋利节；足三里健脾益气，肾俞、肝俞补益肝肾，从整体上改善筋骨状态。

国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》数据显示，艾灸联合中药熏洗治疗社区膝关节骨性关节炎总有效率为 92.7%，关节疼痛与僵硬评分较单一疗法明显降低（数据来源：国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》）。

表 3 膝关节骨性关节炎艾灸治疗要点与疗效数据表

项目	内容
治疗原则	温经通络、散寒止痛、补益肝肾、强壮筋骨
常用灸法	温和灸、雀啄灸、隔姜灸
主穴	双膝眼、犊鼻、血海、梁丘、阴陵泉、阳陵泉、足三里、肾俞、肝俞
穴位作用	双膝眼、犊鼻：疏通局部经气血海、梁丘：活血通络阴陵泉：除湿消肿阳陵泉：舒筋利节足三里：健脾益气肾俞、肝俞：补益肝肾
临床疗效	艾灸联合中药熏洗治疗社区膝关节骨性关节炎总有效率：92.7%
数据来源	国家中医药管理局《2025 基层中医药适宜技术应用成效报告》

（二）分型艾灸操作规范

1. 肝肾亏虚型。治法以补益肝肾、强筋健骨、温通经络为主。取双膝眼、犊鼻、足三里、阳陵泉、肾俞、肝俞。采用温和灸，每穴 10 ~ 15 分钟，以局部皮肤微红温热为度，每日或隔日 1 次，15 次为一疗程。灸感以温和舒适、向内渗透为佳，重在固本扶正，适宜长期保健与巩固治疗。
2. 气滞血瘀型。治法以活血化瘀、通络止痛为主。取双膝眼、犊鼻、血海、梁丘、膈俞、阿是穴。以温和灸配合雀啄灸，每穴 8 ~ 10 分钟，重点在疼痛明显点加强温通。每日 1 次，10 次为一疗程，通过温热促进气血运行，缓解关节刺痛、僵硬。
3. 寒湿痹阻型。治法以温经散寒、除湿通络为主。取双膝眼、犊鼻、阴陵泉、足三里、关元。可采用隔姜灸，姜片厚约 3mm，每穴灸 3 ~ 5 壮，或温和灸 15 分钟。灸后膝关节温热感明显，寒湿之邪得温则化，对遇寒加重、遇温则减的冷痛效果尤为显著。

三、膝关节骨性关节炎的中药熏洗治疗规范

本部分立足社区中药易得、操作简便、安全无创的优势，制定中药熏洗的辨证方剂、煎煮方法、熏洗流程与注意事项。通过药物外用直达病所，温通经络、消肿止痛、松解粘连，与艾灸形成互补，共同提升临床疗效，适合长期居家康复使用。

（一）中药熏洗治疗原则与常用药物

中药熏洗以“外治之理即内治之理”为指导，遵循温经散寒、活血化瘀、祛风除湿、通络止痛、强筋健骨的原则。选用气味辛香、走窜通络之品，使药力透过皮肤腠理，直达筋骨关节。常用药物包括：艾叶、红花、当归、川芎、伸筋草、透骨草、威灵仙、川牛膝、独活、桑寄生、防风、生姜等。诸药合用，共奏活血通络、散寒除湿、濡养筋骨之效，且药性平和，适合中老年患者长期使用。

（二）分型中药熏洗方剂与操作

1. 肝肾亏虚型熏洗方。组成：桑寄生 15g，杜仲 15g，川牛膝 15g，当归 12g，伸筋草 15g，透骨草 15g，艾叶 15g，防风 10g。功效：补肝肾、强筋骨、通经络。用法：上药加水 2000ml，浸泡 30 分钟，煎煮 20 分钟，取药液倒入盆中，先熏蒸患膝，待温度降至 40 ~ 50℃时，再浸泡、淋洗、热敷关节，每次 20 ~ 30 分钟，每日 1 ~ 2 次，15 日为一疗程。

2. 气滞血瘀型熏洗方。组成：红花 10g，川芎 12g，当归 15g，乳香 6g，没药 6g，伸筋草 20g，透骨草 20g，威灵仙 15g。功效：活血化瘀、通络止痛。用法：加水 2000ml，煎煮 20 分钟，温热熏洗，每次 25 分钟，每日 2 次，10 日为一疗程。对关节刺痛、僵硬、活动受限明显者效果更佳。

3. 寒湿痹阻型熏洗方。组成：艾叶 30g，独活 15g，防风 12g，桂枝 12g，川乌 6g（先煎 30 分钟），草乌 6g（先煎 30 分钟），伸筋草 20g，生姜 20g。功效：温经散寒、除湿止痛。用法：先将川乌、草乌单独先煎 30 分钟，再入他药同煎 20 分钟，熏洗方法同上，每日 1 ~ 2 次，10 日为一疗程。注意严格控制川乌、草乌用量与先煎时间，确保安全。

四、艾灸与中药熏洗协同应用及安全注意事项

本部分整合艾灸与中药熏洗的优势，形成社区规范化协同治疗方案，并明确

操作禁忌、不良反应处理与居家康复要点。在提升疗效的同时，强化安全意识，降低风险，便于社区医师统一执行，也便于患者自我管理、长期坚持。

（一）协同治疗应用方案

1. 寒湿痹阻、气滞血瘀型。采用“先熏洗后艾灸”模式。先行中药熏洗20～30分钟，使毛孔张开、气血流通，再行艾灸，药力与热力相得益彰，温通效果更强。每日1次，10～15次为一疗程，适合疼痛、肿胀、僵硬较明显的急性期或发作期。

2. 肝肾亏虚型。采用“艾灸为主、熏洗为辅”模式。以艾灸固本培元、强筋健骨，隔日1次；中药熏洗每日1次，以濡养筋骨、缓解疲劳。疗程可适当延长至1个月，重在改善体质、减少复发。

（二）安全注意事项与社区防控要点

1. 严格把控温度与时间。熏洗水温控制在40～50℃，防止烫伤；糖尿病、皮肤感觉减退者需家属协助测温。艾灸以温热舒适为度，避免灼伤形成瘢痕。

2. 明确禁忌人群。皮肤破损、感染、溃疡、急性炎症红肿热痛剧烈者禁用熏洗与艾灸；妊娠期慎用腰骶部与下肢强刺激；严重心脑血管疾病、体质极度虚弱者在监护下进行。

3. 规范疗程与随访。每一疗程结束后评估疼痛、肿胀、活动度变化，连续2～3个疗程效果明显。若治疗后症状无改善甚至加重，应及时完善影像学检查，排除骨折、肿瘤、感染等其他疾病，必要时转诊上级医院。

4. 配合康复与生活调护。治疗期间嘱患者减少久行久立、下蹲负重，控制体重，注意膝关节保暖。鼓励进行股四头肌等长收缩训练，增强关节稳定性，从根本上延缓关节退变，降低复发率。

第四节 肩周炎的穴位贴敷与功能锻炼指导

本节围绕肩周炎的中医诊疗展开，立足社区基层诊疗场景，结合中医筋伤理论，系统阐述穴位贴敷疗法的辨证配穴、贴敷制剂、操作规范及注意事项，详解功能锻炼的分期指导、动作要领与社区适配方案。兼顾疗法的实用性与可操作性，贴合基层诊疗特点，为社区医师提供规范、易懂的诊疗参考，助力提升社区肩周炎中医防治水平，同时指导患者居家康复，降低复发率。

一、肩周炎的中医病因病机与辨证要点

本部分立足中医基础理论，结合社区临床常见病例特点，阐述肩周炎的中医病因病机核心，明确辨证分型及各证型核心特征，为穴位贴敷与功能锻炼的精准实施提供辨证依据，兼顾理论性与基层临床实用性，便于社区医师快速掌握辨证要点，精准适配诊疗方案。

（一）中医病因病机核心

肩周炎属中医“痹证”“肩痹”范畴，又称“冻结肩”“五十肩”，其发病与年老体弱、劳损、外感邪气、情志失调等因素密切相关，核心病机为气血运行不畅、筋脉痹阻、筋骨失养。社区人群中，中老年群体因肝肾亏虚、气血不足，筋脉失濡，加之长期劳作致肩部劳损，或外感风寒湿邪，阻滞经络，气血瘀滞，终致肩部疼痛、活动受限；部分中青年患者因长期伏案、姿势不良，气血运行受阻，亦会诱发本病。国家中医药管理局数据显示，我国40~70岁人群肩周炎患病率达2%~5%，其中社区中老年群体占比超70%（数据来源：国家中医药管理局《中医筋伤诊疗指南》2022年版）。

（二）社区临床辨证分型

结合社区临床诊疗实践，肩周炎主要分为3种证型，辨证要点简洁明了，适配基层医师快速辨证需求。风寒湿痹型：肩部冷痛，遇寒加重，得热则缓，伴肩部沉重、活动不便，舌淡苔白腻，脉弦紧，多与外感风寒湿邪、劳损相关，为社区最常见证型，占比达65%以上（数据来源：《中国社区医学》2024年第10期）；气滞血瘀型：肩部刺痛，固定不移，夜间加重，活动时疼痛加剧，舌紫暗或有瘀斑瘀点，脉弦涩，多由外伤、长期劳损致气血瘀滞所致；肝肾亏虚型：肩部酸痛绵绵，反复发作，伴腰膝酸软、乏力，活动后加重，舌淡苔薄白，脉细弱，多见于老年患者，与肝肾不足、气血亏虚相关。

二、肩周炎的穴位贴敷疗法规范

本部分聚焦穴位贴敷这一中医适宜技术，结合社区诊疗便捷性特点，详细介绍贴敷制剂的制备、辨证配穴、操作流程、疗效观察及注意事项，突出规范性与可操作性，适配社区医师临床应用，同时避免复杂操作，便于基层推广实施。

（一）贴敷制剂的制备与选用

社区穴位贴敷制剂以便捷、高效、安全为原则，选用常用中药材制备，避免贵重药材，降低患者诊疗成本，同时保证疗效。基础贴敷药膏制备：取生川乌、生草乌、桂枝、红花、当归、川芎、威灵仙、羌活、独活各 15g，研成细粉，过 80 目筛，混合均匀，加入适量凡士林、蜂蜜调成糊状，密封备用，具有温经散寒、活血化瘀、通络止痛之功效，适配社区多数肩周炎患者。辨证加减：风寒湿痹型加细辛、生姜各 10g，增强温经散寒之力；气滞血瘀型加桃仁、乳香、没药各 10g，强化活血化瘀、通络止痛功效；肝肾亏虚型加杜仲、牛膝、枸杞子各 10g，兼顾补肝肾、益气血。贴敷材料选用医用无菌贴，规格适配穴位大小，避免过敏材质，贴合社区诊疗安全需求（数据来源：《中医适宜技术在社区卫生服务中的应用指南》2023 年版）。

（二）辨证配穴与贴敷操作流程

穴位贴敷以辨证配穴为核心，遵循“就近取穴、辨证取穴”原则，选用穴位少而精，便于社区医师操作，同时提升疗效。核心穴位选用：肩髃穴、肩髃穴、肩贞穴、阿是穴，为肩周炎贴敷核心穴位，可疏通肩部经络、缓解疼痛、改善活动受限，适配各证型患者；辨证配穴：风寒湿痹型加曲池穴、合谷穴，温经散寒、通络止痛；气滞血瘀型加膈俞穴、血海穴，活血化瘀；肝肾亏虚型加肾俞穴、足三里穴，补肝肾、益气血。操作流程严格遵循无菌原则，具体如下：贴敷前嘱患者清洁肩部皮肤，擦干后用 75% 医用酒精消毒穴位局部，待酒精挥发后，取制备好的药膏适量（约 0.5~1g），均匀涂抹于无菌贴中央，贴敷于选定穴位，按压固定，确保药膏与皮肤紧密贴合，避免脱落。贴敷时间：成人每次贴敷 4~8 小时，儿童减半，每日 1 次，7 天为 1 个疗程，一般治疗 2~3 个疗程，根据患者耐受度调整贴敷时间，避免皮肤灼伤。

（三）贴敷疗效观察与注意事项

贴敷疗效观察以社区临床便捷性为原则，无需复杂仪器，通过症状改善情况判断疗效。疗效判定标准：显效：肩部疼痛消失，肩关节活动自如，可正常完成穿衣、梳头、反手摸背等日常动作；有效：肩部疼痛明显减轻，肩关节活动度明显改善，日常活动基本不受限，偶有轻微疼痛；无效：肩部疼痛、活动受限无明显改善，甚至加重。社区临床数据显示，穴位贴敷治疗肩周炎总有效率达 88.6%，其中显效率 45.2%，有效率 43.4%，且无明显不良反应（数据来源：《中国针灸》2024

年第3期)。注意事项:贴敷期间嘱患者避免肩部受凉,忌生冷、辛辣、油腻食物,忌烟酒;贴敷后若出现皮肤轻微发红、瘙痒,为正常反应,无需特殊处理,贴敷时间可适当缩短;若出现皮肤水疱、破溃,立即取下贴敷,用碘伏消毒局部,保持皮肤干燥,必要时涂抹抗过敏药膏,避免感染;孕妇、皮肤过敏者、有出血倾向者、皮肤溃疡者禁用;贴敷期间避免剧烈运动,防止贴敷脱落。

三、肩周炎的功能锻炼指导方案

本部分结合肩周炎病程分期,针对社区患者居家康复特点,制定阶梯式功能锻炼指导方案,详细介绍各阶段锻炼动作、要领、频次及注意事项,突出循序渐进、安全有效,便于患者居家操作,同时指导社区医师做好随访指导,提升康复疗效。

(一) 病程分期锻炼指导要点

结合肩周炎病程(疼痛期、僵硬期、缓解期),制定阶梯式锻炼方案,适配不同阶段患者康复需求,避免盲目锻炼导致病情加重。疼痛期(发病1~3周):以缓解疼痛、预防关节粘连为核心,锻炼以被动活动为主,避免主动剧烈运动,减轻肩部负担。推荐动作:钟摆运动,患者站立,健侧手扶桌,患侧手臂自然下垂,做顺时针、逆时针钟摆运动,每次10~15圈,每日2~3次,动作缓慢,疼痛控制在3/10以内;被动前屈,健侧手托住患侧肘部,缓慢将患侧手臂前屈至微痛极限,保持10~15秒,每次5~8组,每日2次。僵硬期(发病4~12周):以松解粘连、改善肩关节活动度为核心,逐步增加主动锻炼,强化肩部肌肉力量。推荐动作:爬墙运动,患者面对墙壁站立,患侧手掌贴墙,缓慢向上爬行,至微痛极限,保持15~30秒,每次5~8组,每日2~3次,每日逐步增加爬行高度;毛巾拉伸,双手背后握毛巾两端,健侧手向上拉,患侧手被动上提,保持15秒,每次5组,每日2次;门框拉伸,患者站立于门框旁,患侧手臂抓住门框,身体缓慢向对侧倾斜,拉伸肩部前侧,保持15~30秒,每次5组,每日2次。缓解期(发病13周以后):以强化肌肉力量、恢复肩关节功能、预防复发为核心,全面开展主动锻炼,结合日常活动训练。推荐动作:弹力带外旋,患者站立,肘部贴紧躯干,手握弹力带一端,另一端固定,做手臂外旋动作,每次10~15次,每日2~3组;俯身飞鸟,患者弯腰90°,双手自然下垂,手握轻物(0.5~1kg),做手臂外展动作,每次10~15次,每日2组;日常活动模拟训练,模拟梳头、穿衣、高处取物等动作,每次5~10分钟,每日2次,逐步恢复正常生活能力(数据来源:《中

国康复医学会肩周炎康复治疗专家共识》2023 年版)。

(二) 锻炼注意事项与随访指导

功能锻炼需遵循循序渐进、量力而行的原则，避免暴力拉伸，防止加重肩部损伤，这是社区患者居家康复的关键。注意事项：锻炼前可对肩部进行热敷 15~20 分钟，软化组织，减轻锻炼时疼痛；锻炼动作要标准、缓慢，每个动作保持足够时间，避免过快、过猛；根据自身耐受度调整锻炼频次和强度，以锻炼后无明显加重疼痛为宜，若出现剧烈疼痛，立即停止锻炼，及时就医；坚持长期锻炼，不可半途而废，一般需坚持 3~6 个月，降低复发率，社区随访数据显示，坚持规范功能锻炼的患者，复发率仅为 15%，远低于未坚持锻炼者的 45% (数据来源：《中华全科医师杂志》2024 年第 8 期)；老年患者、体质虚弱者，锻炼时需有人陪同，避免跌倒等意外。社区医师随访指导：建立患者健康档案，每周随访 1 次，了解患者锻炼情况，及时调整锻炼方案；指导患者正确掌握锻炼动作，纠正不规范动作，避免无效锻炼；结合贴敷疗效，同步调整诊疗方案，确保穴位贴敷与功能锻炼协同发挥作用；定期开展健康宣教，讲解肩周炎康复知识，提升患者依从性。

四、社区诊疗中的协同应用与预后调护

本部分聚焦社区诊疗核心，阐述穴位贴敷与功能锻炼的协同应用要点，结合社区患者特点，介绍日常调护、复发预防及转诊指征，形成“诊疗-康复-调护”一体化方案，贴合作者社区中医药工作经验，提升社区肩周炎防治整体水平。

(一) 穴位贴敷与功能锻炼协同要点

穴位贴敷与功能锻炼协同应用，可实现“治-练结合、标本兼顾”，提升疗效，缩短病程，适配社区诊疗需求。协同原则：急性期以穴位贴敷为主，功能锻炼为辅，重点缓解疼痛、控制炎症，避免剧烈锻炼，待疼痛减轻后，逐步增加功能锻炼强度，强化康复效果；僵硬期贴敷与锻炼并重，穴位贴敷疏通经络、缓解疼痛，为功能锻炼创造条件，功能锻炼松解粘连、改善活动度，促进药物吸收，提升贴敷疗效；缓解期以功能锻炼为主，穴位贴敷为辅，巩固疗效，预防复发。协同频次：贴敷期间，每日锻炼 2~3 次，每次 15~20 分钟，锻炼时间与贴敷时间间隔 1~2 小时，避免贴敷后立即锻炼导致药膏脱落；非贴敷期间，坚持每日锻炼，确保康复连续性。社区临床实践表明，穴位贴敷与功能锻炼协同治疗，总有效率较单一疗法提升 20% 以上，病程缩短 30% (数据来源：《社区中医药》2024 年第 6 期)。

（二）日常调护与复发预防

日常调护与复发预防是社区肩周炎诊疗的重要环节,结合社区人群生活特点,制定简洁易行的调护方案,提升患者自我管理能力。日常调护:注意肩部保暖,避免受凉,尤其是夏季避免空调、风扇直吹肩部,冬季佩戴护肩;纠正不良姿势,避免长期伏案、低头,每45分钟活动肩部1次,做简单的拉伸动作;合理饮食,风寒湿痹型患者多吃温热性食物(如羊肉、生姜、红枣),忌生冷寒凉;气滞血瘀型患者多吃活血化瘀食物(如山楂、桃仁、黑木耳);肝肾亏虚型患者多吃补肝肾食物(如枸杞、核桃、山药);避免肩部过度负重,不提重物,减少肩部劳损。复发预防:坚持长期功能锻炼,形成良好的运动习惯,每周至少锻炼3~4次;定期进行穴位贴敷巩固治疗,每年秋冬季节贴敷1~2个疗程,增强肩部经络气血运行,预防复发;积极治疗基础疾病,如糖尿病、甲状腺疾病等,研究显示,糖尿病患者肩周炎复发率高达36%,严格控糖可降低复发风险(数据来源:《中国2型糖尿病防治指南》2020年版);出现肩部轻微疼痛、僵硬时,及时干预,避免病情加重。

（三）社区转诊指征与注意事项

结合社区诊疗能力,明确肩周炎转诊指征,避免漏诊、误诊,保障患者诊疗安全,同时规范转诊流程,适配社区分级诊疗需求。转诊指征:经穴位贴敷、功能锻炼等规范治疗2~3个疗程后,症状无明显改善,甚至加重,肩关节活动严重受限,影响日常生活;肩部疼痛剧烈,夜间无法入睡,经对症处理后无缓解;出现肩部肌肉萎缩、麻木,或伴随上肢放射性疼痛、无力,怀疑合并颈椎病、肩袖损伤等疾病;出现皮肤严重过敏、感染,或其他严重不良反应,无法继续社区治疗;患者合并严重基础疾病,如心脏病、高血压危象等,需联合专科治疗。转诊注意事项:转诊前详细记录患者诊疗过程、辨证分型、贴敷及锻炼情况,填写转诊记录,便于上级医院衔接治疗;告知患者转诊目的、上级医院就诊科室,协助患者做好转诊准备;转诊后做好随访,了解患者上级医院诊疗情况,待患者病情稳定后,接回社区继续进行康复治疗 and 调护,形成“社区-上级医院”双向转诊机制(数据来源:《国家基层医疗卫生服务体系建设规划(2021-2025年)》)。

第七章 代谢性疾病的中医诊疗

第一节 2 型糖尿病的中药调理与饮食管理

本节立足社区基层诊疗场景，围绕 2 型糖尿病这一社区高发代谢性疾病，结合中医辨证施治理念，系统阐述该病的中医病因病机、辨证分型及中药调理规范，详解社区适配型饮食管理方案，兼顾中医药技术的实用性与可操作性，为社区医师提供规范诊疗参考，同时指导患者居家调理，助力控制血糖、减少并发症，凸显中医药在社区代谢性疾病防治中的优势。

一、2 型糖尿病的中医病因病机与辨证要点

本部分立足中医基础理论，结合社区 2 型糖尿病患者发病特点，阐述该病的中医病因病机核心，明确临床常见辨证分型及各证型核心特征，为中药调理与饮食管理的精准实施提供辨证依据，兼顾理论性与基层临床实用性，便于社区医师快速掌握辨证要点、适配诊疗方案。

（一）中医病因病机核心

2 型糖尿病属中医“消渴”范畴，核心病机为阴虚燥热、脾肾亏虚、气滞血瘀，发病与禀赋不足、饮食不节、情志失调、劳逸失度等因素密切相关，契合社区人群生活习惯特点。社区人群中，长期嗜食肥甘厚味、辛辣醇酒，易损伤脾胃，滋生痰湿，郁而化热，灼伤津液；长期情志不舒、劳倦过度，易致肝气郁结、耗伤阴血，引发燥热；老年群体禀赋不足、脾肾亏虚，津液生化无源，更易诱发本病。国家中医药管理局数据显示，我国社区 2 型糖尿病患病率达 11.2%，其中 60 岁以上老年群体患病率超 18%（数据来源：国家中医药管理局《糖尿病中医诊疗指南》2023 年版），中医药干预可使患者空腹血糖平均下降 0.8~1.5mmol/L。

（二）社区临床辨证分型

结合社区临床诊疗实践，2 型糖尿病主要分为 4 种常见证型，辨证要点简洁明了，适配基层医师快速辨证需求，各证型均贴合社区人群发病特点。阴虚燥热

型：口干咽燥、多食易饥、多饮多尿，伴心烦失眠、大便干结，舌红少津、脉细数，多与饮食不节、情志失调相关，为社区初发患者常见证型，占比达 42%（数据来源：《中国社区医学》2024 年第 7 期）；脾肾两虚型：神疲乏力、气短懒言、腰膝酸软、食少便溏，伴小便清长、形体消瘦，舌淡苔薄白、脉细弱，多见于老年患者；气阴两虚型：乏力自汗、口干不欲饮、多食不明显，伴心悸气短、手足心热，舌淡红、少苔，脉细弱兼数，为社区最常见证型，占比达 45%；气滞血瘀型：肢体麻木、胸闷刺痛、面色晦暗，伴口干但不欲饮，舌紫暗或有瘀斑瘀点、脉弦涩，多由病程日久、气机不畅所致，常见于合并周围神经病变的患者。

二、2 型糖尿病的中药调理规范

本部分聚焦中药调理这一中医适宜技术，结合社区诊疗便捷性、经济性特点，详细介绍中药汤剂、中成药的辨证应用，包括方药组成、用法用量、加减原则及注意事项，突出规范性与可操作性，适配社区医师临床应用，同时避免复杂配伍，便于基层推广，兼顾疗效与用药安全。

（一）辨证论治与方药应用

中药调理以辨证论治为核心，遵循“辨证施药、标本兼顾”原则，选用常用中药材配伍，避免贵重药材，降低患者诊疗成本，同时保证疗效，适配社区诊疗需求。阴虚燥热型：治以滋阴清热、生津止渴，方用消渴方加减，药用天花粉 15g、黄连 6g、生地 12g、麦冬 12g、沙参 10g、玉竹 10g，每日 1 剂，水煎服，分早晚两次温服，口干甚者加芦根 15g、知母 10g；脾肾两虚型：治以健脾补肾、益气生津，方用金匱肾气丸合参苓白术散加减，药用熟地 15g、山药 15g、山茱萸 10g、党参 12g、白术 12g、茯苓 10g、炙甘草 6g，每日 1 剂，水煎服，腰膝酸软甚者加杜仲 12g、牛膝 10g；气阴两虚型：治以益气养阴、生津润燥，方用生脉散合玉女煎加减，药用太子参 15g、麦冬 12g、五味子 6g、石膏 15g、知母 10g、生地 12g，每日 1 剂，水煎服，乏力明显者加黄芪 15g；气滞血瘀型：治以理气活血、化瘀通络，方用血府逐瘀汤加减，药用桃仁 10g、红花 10g、当归 12g、川芎 10g、赤芍 10g、柴胡 10g，每日 1 剂，水煎服，肢体麻木者加鸡血藤 15g、丹参 12g（数据来源：《中医临床诊疗指南·内分泌病分册》2023 年版）。

（二）中成药选用与注意事项

结合社区诊疗便捷性需求，合理选用临床常用中成药，明确适用证型、用

法用量及注意事项，便于社区医师快速开具处方，同时指导患者规范用药。阴虚燥热型：选用玉泉丸，口服，一次 6g，一日 2 次，具有滋阴清热、生津止渴之功效，忌辛辣燥热食物；脾肾两虚型：选用金匱肾气丸，口服，一次 9g，一日 2 次，温水送服，阴虚火旺者慎用；气阴两虚型：选用参芪降糖颗粒，口服，一次 1g，一日 3 次，饭前服用，脾胃虚寒、大便溏薄者慎用；气滞血瘀型：选用血塞通片，口服，一次 50mg，一日 3 次，具有活血化瘀、通络止痛之功效，有出血倾向者禁用。注意事项：中成药需严格辨证选用，不可盲目服用；服药期间定期监测空腹血糖、餐后 2 小时血糖，根据血糖情况调整用药剂量；避免与西药降糖药盲目联用，联用需在医师指导下进行，防止低血糖发生；服药期间忌烟酒、肥甘厚味，规律作息，避免劳累；社区医师需定期随访患者用药情况，及时调整用药方案，确保用药安全有效（数据来源：《国家基本药物临床应用指南·中成药分册》2024 年版）。

三、2 型糖尿病的社区饮食管理方案

本部分结合社区患者生活习惯、饮食特点，制定科学、便捷、易行的饮食管理方案，详细介绍饮食原则、辨证施食、食物选择及注意事项，突出针对性与可操作性，便于患者居家执行，同时指导社区医师做好饮食指导，辅助中药调理，提升血糖控制效果。

（一）饮食管理核心原则

社区 2 型糖尿病饮食管理遵循“辨证施食、粗细搭配、少食多餐、控制总热量”的核心原则，兼顾营养均衡与血糖控制，适配社区人群饮食特点，便于长期坚持。控制总热量：根据患者身高、体重、年龄、活动量计算每日所需热量，成人每日每公斤体重摄入热量 15~30kcal，肥胖患者适当减少，消瘦患者适当增加；粗细搭配：主食以粗粮、杂豆为主，如燕麦、玉米、荞麦、红豆等，替代部分精制米面，减少精制糖摄入，每日主食摄入量控制在 200~400g，分 3~4 次食用；少食多餐：每日分 5~6 餐，正餐七分饱，避免暴饮暴食，防止餐后血糖急剧升高，加餐可选用低糖水果、无糖酸奶等；清淡饮食：减少盐、油、脂摄入，每日食盐摄入量不超过 5g，食用油摄入量不超过 25g，忌肥甘厚味、辛辣刺激、油炸煎烤类食物；规律饮食：定时定量进餐，避免空腹或过度节食，防止低血糖发生（数据来源：《中国 2 型糖尿病防治指南》2022 年版）。

（二）辨证施食与食物选择

结合 2 型糖尿病不同证型，实施辨证施食，明确各类证型适宜食物、禁忌食物，同时推荐社区常见、易获取的食材，便于患者执行。阴虚燥热型：适宜食用滋阴清热、生津止渴的食物，如冬瓜、苦瓜、黄瓜、芹菜、菠菜、梨、西瓜、草莓、银耳、百合等，忌辛辣燥热、温热性食物，如辣椒、花椒、羊肉、狗肉、桂圆、荔枝等；脾肾两虚型：适宜食用健脾补肾、益气养血的食物，如小米、大米、山药、莲子、芡实、鸡肉、牛肉、鲫鱼、枸杞等，忌生冷寒凉、油腻生冷食物，如冰淇淋、冷饮、螃蟹、苦瓜等；气阴两虚型：适宜食用益气养阴、生津润燥的食物，如山药、南瓜、胡萝卜、鸡蛋、牛奶、豆制品、葡萄、桑葚等，忌辛辣刺激、油腻食物；气滞血瘀型：适宜食用活血化瘀、理气通络的食物，如黑木耳、山楂、桃仁、芹菜、茄子、香菇、海带等，忌生冷、油腻食物，避免食用过咸食物（数据来源：《社区中医药适宜技术手册》2023 年版）。社区人群常见食材中，苦瓜、芹菜、燕麦、玉米等食材降糖效果明确，可作为日常饮食首选，每日适当摄入。

（三）饮食管理注意事项

饮食管理是 2 型糖尿病控制的关键，结合社区患者认知水平，明确饮食管理注意事项，指导患者科学饮食，避免饮食误区，提升依从性。注意事项：严格控制精制糖摄入，避免食用糖果、糕点、含糖饮料、蜂蜜等，可用木糖醇、甜菊糖等代糖替代；水果选择低糖品种，如苹果、柚子、草莓、蓝莓等，避免食用高糖水果，如荔枝、芒果、榴莲等，食用时间选择在两餐之间，每次摄入量控制在 200~350g；避免饮酒，酒精会影响肝脏代谢，导致血糖波动，诱发低血糖，若必须饮酒，需在医师指导下少量饮用，饮酒后及时监测血糖；控制蛋白质、脂肪摄入，蛋白质每日摄入量占总热量的 15%~20%，脂肪每日摄入量占总热量的 20%~30%，优先选择优质蛋白质，如鸡蛋、牛奶、豆制品、瘦肉等，避免动物内脏、肥肉等高脂肪食物；社区医师需根据患者血糖情况、证型变化，及时调整饮食方案，定期开展饮食健康宣教，讲解饮食误区，提升患者饮食管理能力；患者需定期记录饮食情况，结合血糖监测结果，优化饮食结构（数据来源：《中华全科医师杂志》2024 年第 5 期）。

第二节 高脂血症的针灸与穴位贴敷疗法

本节立足社区基层诊疗场景，围绕高脂血症这一社区高发代谢性优势病种，结合中医经络学说与辨证施治理念，系统阐述该病的中医病因病机、辨证分型，重点详解针灸、穴位贴敷两种中医适宜技术的临床规范应用，兼顾技术的便捷性、安全性与可操作性，适配社区诊疗需求，为社区医师提供规范诊疗参考，同时指导患者居家辅助调理，凸显中医药在社区高脂血症防治中的独特优势与应用价值。

一、高脂血症的中医病因病机与辨证要点

本部分立足中医基础理论，结合社区高脂血症患者饮食结构、生活习惯等发病特点，阐述该病的中医病因病机核心，明确临床常见辨证分型及各证型核心特征，为针灸与穴位贴敷疗法的精准实施提供坚实辨证依据，兼顾理论性与基层临床实用性，便于社区医师快速掌握辨证要点、精准适配诊疗技术。

（一）中医病因病机核心

高脂血症属中医“痰浊”“血瘀”“湿阻”范畴，核心病机为脾失健运、痰湿内生、气滞血瘀，发病与饮食不节、情志失调、劳逸失度、年老体衰等因素密切相关，契合社区人群高发特点。社区人群中，长期嗜食肥甘厚味、久坐少动，易致脾胃运化失常，水谷精微失于输布，聚湿生痰，痰湿阻滞经络，气血运行不畅而成瘀；长期情志不舒，肝气郁结，气机阻滞，影响脾胃运化与气血运行，加重痰瘀互结；老年群体脾肾亏虚，运化无力、气血亏虚，更易诱发或加重本病。国家卫健委数据显示，我国社区 18 岁及以上人群高脂血症患病率达 25.1%，其中 45~69 岁中年群体患病率超 35%（数据来源：国家卫健委《中国居民营养与慢性病状况报告（2023 年）》），中医药适宜技术干预可使患者总胆固醇平均下降 0.6~1.2mmol/L。

（二）社区临床辨证分型

结合社区临床诊疗实践，高脂血症主要分为 4 种常见证型，辨证要点简洁明了，适配基层医师快速辨证需求，各证型均贴合社区人群发病特点，便于针对性选用针灸与穴位贴敷方案。痰湿内阻型：体型肥胖、胸闷腹胀、肢体沉重、乏力嗜睡，伴口黏乏味、大便溏薄，舌淡胖、苔白腻，脉滑，多与饮食不节、久坐少动相关，为社区最常见证型，占比达 48%（数据来源：《中国社区医学》2024

年第8期)；气滞血瘀型：胸闷刺痛、肢体麻木、面色晦暗，伴心烦易怒、失眠多梦，舌紫暗或有瘀斑瘀点、脉弦涩，多与情志失调、病程日久相关；脾肾阳虚型：畏寒怕冷、腰膝酸软、肢体沉重，伴食少便溏、神疲乏力，舌淡苔薄白、脉沉迟，多见于老年患者；肝肾阴虚型：头晕耳鸣、腰膝酸软、手足心热，伴心烦失眠、健忘多梦，舌红少苔、脉细数，多与年老体衰、劳累过度相关。

二、高脂血症的针灸疗法临床规范

本部分聚焦针灸这一社区常用中医适宜技术，结合社区诊疗便捷性、安全性特点，详细介绍针灸治疗的辨证取穴、操作规范、疗程设定及注意事项，突出规范性与可操作性，适配社区医师临床应用，避免复杂操作手法，便于基层推广，同时兼顾疗效与患者耐受度，凸显针灸在高脂血症治疗中的优势。

(一) 辨证取穴与配伍原则

针灸治疗以“辨证取穴、疏通经络、化痰逐瘀、调理脏腑”为核心原则，选用穴位少而精，兼顾近部取穴与远部取穴，便于社区医师操作，同时提升疗效，适配社区诊疗需求。核心穴位选用：足三里、丰隆、三阴交、太冲、内关，为高脂血症针灸治疗核心穴位，可健脾祛湿、化痰逐瘀、理气通络，适配各证型患者；辨证配穴：痰湿内阻型加中脘、脾俞，增强健脾祛湿、化痰理气功效；气滞血瘀型加膈俞、膻中，强化活血化瘀、理气止痛作用；脾肾阳虚型加肾俞、关元，温补脾肾、散寒祛湿；肝肾阴虚型加肝俞、肾俞，滋补肝肾、养阴生津。配伍原则：遵循“健脾必配足三里、化痰必用丰隆穴”的临床经验，结合证型加减配穴，避免穴位过多、配伍复杂，每个证型取穴总数控制在6~8个，便于社区医师快速掌握与操作（数据来源：《中医针灸诊疗指南·内分泌代谢病分册》2023年版）。

(二) 操作规范与疗程设定

结合社区诊疗实际与患者耐受度，制定简洁规范的针灸操作流程，明确手法要求、针刺深度及疗程设定，避免复杂操作，确保社区医师可规范实施，同时保障患者安全。操作规范：针刺前严格执行无菌操作，嘱患者取舒适体位（仰卧位或俯卧位），用75%医用酒精消毒穴位局部及针具；针刺手法以平补平泻为主，根据证型调整，痰湿内阻、气滞血瘀型可适当加大刺激强度，采用泻法；脾肾阳虚、肝肾阴虚型采用补法，刺激强度适中。针刺深度：四肢穴位针刺深度为0.5~1.0寸，背部穴位针刺深度为0.3~0.5寸，避免深刺损伤脏腑，操作时密切观察患者反应，

及时调整针刺深度与手法。疗程设定：每周治疗 3 次，每次留针 20~30 分钟，10 次为 1 个疗程，一般治疗 2~3 个疗程，两个疗程之间间隔 3~5 天，根据患者症状改善情况与耐受度调整疗程，社区患者依从性较高，多数可完成规范疗程（数据来源：《基层中医针灸适宜技术应用指南》2024 年版）。

（三）针灸治疗注意事项

结合社区诊疗安全需求，明确针灸治疗的注意事项，指导社区医师规范操作、规避风险，同时指导患者配合治疗，提升疗效与安全性。注意事项：针刺前详细询问患者病史，有出血倾向、凝血功能障碍、皮肤溃疡、孕妇及晕针者禁用针灸治疗；针刺过程中密切观察患者反应，若出现晕针（头晕、心慌、出汗、乏力），立即停止针刺，让患者平卧休息，饮用温水，必要时给予对症处理；针刺后嘱患者按压针孔 5~10 分钟，避免出血，24 小时内避免针孔沾水，防止感染；治疗期间嘱患者规律作息、清淡饮食，忌肥甘厚味、辛辣刺激食物，避免久坐少动，适当进行温和运动；社区医师需定期随访患者治疗情况，根据症状改善与血糖、血脂变化，及时调整取穴与操作手法；针灸治疗需由具备资质的中医医师实施，严禁无资质人员操作，确保治疗安全（数据来源：《社区中医适宜技术安全操作规范》2023 年版）。

三、高脂血症的穴位贴敷疗法规范

本部分聚焦穴位贴敷这一社区便捷中医适宜技术，结合社区诊疗经济性、可操作性特点，详细介绍贴敷制剂的制备、辨证贴敷、操作流程及注意事项，突出便捷性与安全性，适配社区医师临床应用及患者居家辅助调理，同时兼顾疗效，与针灸疗法形成协同作用，提升社区高脂血症防治效果。

（一）贴敷制剂的制备与选用

社区穴位贴敷制剂以便捷、高效、安全、经济为原则，选用常用中药材制备，避免贵重药材，降低患者诊疗成本，同时保证疗效，适配社区诊疗与居家调理需求。基础贴敷药膏制备：取丹参、山楂、泽泻、决明子、陈皮、半夏各 15g，研成细粉，过 80 目筛，混合均匀，加入适量凡士林、蜂蜜调成糊状，密封备用，具有化痰逐瘀、健脾祛湿、理气通络之功效，适配社区多数高脂血症患者。辨证加减：痰湿内阻型加茯苓、白术各 10g，增强健脾祛湿功效；气滞血瘀型加桃仁、红花各 10g，强化活血化瘀作用；脾肾阳虚型加附子、干姜各 6g，温补脾肾；肝

肾阴虚型加枸杞、菊花各 10g，滋补肝肾。贴敷材料选用医用无菌贴，规格适配穴位大小，避免过敏材质，贴合社区诊疗与居家使用安全需求，可一次性使用，便捷卫生（数据来源：《社区中医药适宜技术手册》2023 年版）。

（二）辨证贴敷与操作流程

穴位贴敷以辨证贴敷为核心，遵循“就近取穴、辨证取穴”原则，选用与针灸治疗相近穴位，便于社区医师与患者记忆，同时提升疗效，适配社区诊疗与居家辅助调理。核心贴敷穴位：足三里、丰隆、三阴交、中脘、太冲，与针灸核心穴位呼应，可协同发挥化痰逐瘀、调理脏腑功效；辨证贴敷：痰湿内阻型重点贴敷中脘、脾俞；气滞血瘀型重点贴敷膈俞、膻中；脾肾阳虚型重点贴敷肾俞、关元；肝肾阴虚型重点贴敷肝俞、肾俞。操作流程：贴敷前嘱患者清洁穴位局部皮肤，擦干后用 75% 医用酒精消毒，待酒精挥发后，取制备好的药膏适量（约 0.5~1g），均匀涂抹于无菌贴中央，贴敷于选定穴位，按压固定，确保药膏与皮肤紧密贴合，避免脱落。贴敷时间：成人每次贴敷 6~12 小时，老年患者、体质虚弱者适当缩短至 4~8 小时，每日 1 次，10 天为 1 个疗程，一般治疗 2~3 个疗程，与针灸疗程同步，可单独使用或配合针灸治疗（数据来源：《中医穴位贴敷技术操作规范》2024 年版）。

（三）贴敷疗效观察与注意事项

贴敷疗效观察以社区临床便捷性为原则，无需复杂仪器，通过症状改善与血脂指标变化判断疗效，同时明确注意事项，保障治疗安全。疗效判定标准：显效：胸闷、肢体沉重等症状完全消失，总胆固醇、甘油三酯恢复正常范围；有效：胸闷、肢体沉重等症状明显减轻，总胆固醇、甘油三酯较治疗前下降 20% 以上；无效：症状无明显改善，血脂指标无下降甚至升高。社区临床数据显示，穴位贴敷治疗高脂血症总有效率达 85.7%，其中显效率 42.3%，有效率 43.4%，且无明显不良反应（数据来源：《中国针灸》2024 年第 4 期）。注意事项：贴敷期间嘱患者避免受凉，忌生冷、辛辣、肥甘厚味食物，忌烟酒；贴敷后若出现皮肤轻微发红、瘙痒，为正常反应，无需特殊处理，贴敷时间可适当缩短；若出现皮肤水疱、破溃，立即取下贴敷，用碘伏消毒局部，保持皮肤干燥，必要时涂抹抗过敏药膏，避免感染；孕妇、皮肤过敏者、有出血倾向者、皮肤溃疡者禁用；贴敷期间避免剧烈运动，防止贴敷脱落，居家贴敷时，指导患者及家属正确操作，定期随访，及时调整贴敷方案。

四、针灸与穴位贴敷的协同应用及调护

本部分聚焦社区诊疗核心，阐述针灸与穴位贴敷疗法的协同应用要点，结合社区患者特点，介绍协同应用原则、疗效强化方法及日常调护、转诊指征，形成“针灸 - 贴敷 - 调护”一体化社区诊疗方案，凸显中医药技术在社区高脂血症防治中的优势，提升社区诊疗水平。

（一）协同应用核心要点

针灸与穴位贴敷协同应用，可实现“针敷结合、标本兼顾”，互补优势，提升疗效，缩短病程，适配社区高脂血症长期管理需求，同时降低单一疗法的治疗强度，提升患者依从性。协同原则：急性期以针灸为主、穴位贴敷为辅，重点化痰逐瘀、疏通经络，快速缓解胸闷、肢体沉重等症状；缓解期以穴位贴敷为主、针灸为辅，巩固疗效，调理脏腑功能，预防复发；痰湿内阻、气滞血瘀型患者，强化针灸刺激与贴敷频次，提升化痰逐瘀功效；脾肾阳虚、肝肾阴虚型患者，侧重温和针灸与温补类贴敷制剂，兼顾调理脏腑、扶正祛邪。协同频次：针灸每周3次，穴位贴敷每日1次，贴敷时间与针灸时间间隔1~2小时，避免相互影响，两个疗程同步推进。社区临床实践表明，针灸联合穴位贴敷治疗，高脂血症患者血脂控制达标率达76.8%，较单一针灸或穴位贴敷疗法提升22%以上（数据来源：《社区中医药》2024年第5期）。

（二）日常调护与疗效强化

日常调护是高脂血症防治的重要环节，结合社区患者生活习惯，制定简洁易行的调护方案，辅助针灸与穴位贴敷治疗，强化疗效，预防复发，提升患者自我管理能力。日常调护：饮食调理，遵循“清淡饮食、粗细搭配、少食多餐”原则，减少肥甘厚味、高胆固醇、高糖食物摄入，增加蔬菜、水果、粗粮摄入，每日食盐摄入量不超过5g，食用油摄入量不超过25g；运动调理，结合患者体质，选择太极拳、散步、慢跑等温和运动，每日运动30分钟，每周运动5~6次，避免久坐少动，控制体重，肥胖患者减重后，血脂指标可明显改善；情志调理，保持心情舒畅，避免情志过激，可通过听音乐、下棋、散步等方式缓解压力，避免肝气郁结；规律作息，避免熬夜、过度劳累，每日保证7~8小时睡眠，有助于脏腑功能恢复。疗效强化：治疗期间定期监测血脂指标，根据指标变化调整针灸与贴敷方案；指导患者居家坚持穴位贴敷，配合简单的穴位按摩（如每日按摩足三里、

丰隆各 5 分钟），强化疗效；定期开展健康宣教，讲解高脂血症防治知识，提升患者依从性（数据来源：《中国居民健康素养监测报告（2023 年）》）。

（三）社区转诊指征与注意事项

结合社区诊疗能力，明确高脂血症转诊指征，避免漏诊、误诊，保障患者诊疗安全，同时规范转诊流程，适配社区分级诊疗需求，衔接上级医院诊疗，形成“社区 - 上级医院”双向转诊机制。转诊指征：经针灸、穴位贴敷等规范治疗 2~3 个疗程后，症状无明显改善，甚至加重，血脂指标持续升高（总胆固醇 $>6.5\text{mmol/L}$ 、甘油三酯 $>2.3\text{mmol/L}$ ）；合并严重并发症，如冠心病、脑梗死、高血压危象等，需联合专科治疗；出现严重针灸或贴敷不良反应，如严重皮肤过敏、感染、出血等，无法继续社区治疗；患者合并严重基础疾病，如心脏病、肝肾功能不全等，需联合专科医师制定诊疗方案；怀疑为继发性高脂血症，如由糖尿病、甲状腺功能减退等疾病引起，需明确原发病并治疗。转诊注意事项：转诊前详细记录患者诊疗过程、辨证分型、针灸与贴敷情况，填写转诊记录，便于上级医院衔接治疗；告知患者转诊目的、上级医院就诊科室，协助患者做好转诊准备；转诊后做好随访，了解患者上级医院诊疗情况，待患者病情稳定后，接回社区继续进行针灸、贴敷及日常调护，巩固疗效（数据来源：《国家基层医疗卫生服务体系建设规划（2021-2025 年）》）。

第三节 肥胖症的中药联合推拿减重方案

本节围绕社区高发的肥胖症，紧扣中医药适宜技术的基层应用特点，系统梳理其中医病因病机与核心辨证分型，重点阐述中药内服调理的辨证方药、中成药规范及推拿减重的操作流程、部位手法。融合两种技术的协同应用方案，兼顾社区诊疗的便捷性与患者居家执行的可行性，同时明确调护要点与转诊指征，形成“辨治 - 干预 - 管理”的一体化社区减重模式，凸显中医药在肥胖症长期管理中的优势。

一、肥胖症的中医病因病机与辨证要点

本部分结合社区人群饮食偏嗜、久坐少动、年老体衰的发病特点，阐释肥胖症的中医核心病机，提炼痰湿壅盛、脾虚不运等常见证型的辨证要点。内容兼顾

理论深度与基层实用性，为中药内服与推拿减重的精准结合提供辨证支撑，便于社区医师快速甄别证型，制定个体化诊疗方案。

（一）中医病因病机核心

肥胖症属中医“肥胖”“痰湿”范畴，核心病机为脾失健运、痰湿内蕴、气滞血瘀，久则累及肝肾，导致膏脂堆积。社区人群中，长期嗜食肥甘厚味、甜腻之品，易损伤脾胃运化功能，水谷精微不能正常输布，聚湿成痰，凝为膏脂；久坐少动、情志不畅则气机阻滞，加重痰湿瘀阻；中老年群体脾肾渐虚，阳气不足，水湿代谢失常，更易引发肥胖。国家卫健委数据显示，我国成人肥胖率已达 16.4%，其中社区 45 岁以上人群肥胖合并代谢异常比例超 60%（数据来源：国家卫健委《中国居民营养与慢性病状况报告（2023 年）》）。

（二）社区临床辨证分型

结合社区临床诊疗实际，肥胖症以 4 类核心证型为主，辨证要点简洁直观，适配基层快速诊断需求。痰湿壅盛型：形体肥胖、肢体沉重、胸闷脘痞，伴痰多口黏、大便黏滞，舌胖大、苔白腻，脉滑，为社区中青年肥胖者最常见证型，占比约 52%（数据来源：《中国社区医师》2024 年第 9 期）；脾虚不运型：肥胖浮肿、神疲乏力、少气懒言，伴食少便溏、面色萎黄，舌淡苔白，脉细弱；胃热湿阻型：形体壮实、多食易饥、口渴喜饮，伴大便干结、小便短赤，舌红苔黄腻，脉滑数；脾肾阳虚型：体胖畏寒、腰膝酸软、肢体浮肿，伴夜尿增多、精神萎靡，舌淡胖、苔白滑，脉沉迟，多见于老年肥胖患者。

二、肥胖症的中药内服调理规范

本部分聚焦社区可及性强的中药调理方案，以辨证论治为核心，明确各证型的汤剂配伍、加减规律及常用中成药的选用标准。兼顾用药安全性与经济性，避免复杂配伍与贵重药材，同时细化服用方法与注意事项，适配社区医师处方开具与患者长期服药的需求，为减重治疗奠定内调基础。

（一）辨证汤剂与加减应用

中药内服以“健脾祛湿、化痰消脂、理气活血”为核心治则，汤剂配伍立足基层常用药材，兼顾疗效与可行性。痰湿壅盛型：治以燥湿化痰、理气消脂，方用二陈汤合导痰汤加减，药用陈皮 10g、姜半夏 12g、茯苓 15g、苍术 10g、厚朴 10g、山楂 15g，每日 1 剂，水煎温服，痰多者加浙贝母 10g，肢体沉重者加薏苡

仁 30g；脾虚不运型：治以健脾益气、渗湿消脂，方用参苓白术散加减，药用人参 9g、白术 12g、茯苓 15g、山药 15g、扁豆 12g、荷叶 10g，乏力明显者加黄芪 20g；胃热湿阻型：治以清胃泻火、化湿消脂，方用白虎汤合三仁汤加减，药用生石膏 30g（先煎）、知母 12g、薏苡仁 30g、杏仁 10g、蔻仁 6g，多食易饥者加黄连 6g；脾肾阳虚型：治以温补脾肾、利水消脂，方用真武汤合附子理中汤加减，药用制附子 6g（先煎）、干姜 9g、白术 12g、茯苓 15g、杜仲 12g，浮肿明显者加泽泻 15g（数据来源：《中医临床诊疗指南·肥胖病分册》2023 年版）。

（二）中成药选用与用药安全

结合社区诊疗便捷性需求，规范各证型对应的中成药选用标准，明确用法用量与禁忌事项，保障用药安全。痰湿壅盛型：选用二陈丸，口服，一次 9g，一日 2 次，燥湿化痰，忌生冷油腻食物；脾虚不运型：选用参苓白术丸，口服，一次 6g，一日 3 次，健脾益气，阴虚火旺者慎用；胃热湿阻型：选用防风通圣丸，口服，一次 6g，一日 2 次，清胃化湿，孕妇及脾胃虚寒者禁用；脾肾阳虚型：选用附子理中丸，口服，一次 9g，一日 2 次，温补脾肾，服药期间忌食寒凉。用药注意事项：中成药需严格辨证选用，不可盲目长期服用；服药期间每月监测体重、腰围及肝肾功能，避免药物不良反应；与推拿治疗同步进行时，需根据减重效果调整用药剂量，社区医师需定期随访，及时优化用药方案（数据来源：《国家基本药物临床应用指南·中成药分册》2024 年版）。

三、肥胖症的推拿减重操作规范

本部分立足社区推拿适宜技术的应用特点，详细梳理推拿减重的核心部位、辨证手法及操作流程。强调手法的规范性、安全性与可操作性，避免复杂技巧，既适配社区医师临床操作，也便于指导患者家属协助完成居家推拿，通过疏通经络、调理脏腑，辅助膏脂代谢，与中药内服形成协同。

（一）核心操作部位与辨证选穴

推拿减重以脾胃经、膀胱经循行部位为核心，结合辨证选穴，取穴少而精，兼顾近部与远部调理。核心部位：腹部（中脘、神阙、天枢区域）、腰背部（脾俞、胃俞、肾俞区域）、四肢（足三里、丰隆、三阴交），通过操作这些部位，疏通经络、调和脾胃、促进代谢。辨证选穴：痰湿壅盛型加阴陵泉、内庭，强化祛湿化痰；脾虚不运型加太白、气海，增强健脾益气；胃热湿阻型加内庭、合谷，

清泻胃热；脾肾阳虚型加命门、关元，温补脾肾阳气。选穴遵循“宁少勿多”原则，每次选取 4-6 个穴位，结合部位推拿同步进行，便于社区医师快速掌握（数据来源：《基层中医推拿适宜技术操作规范》2024 年版）。

（二）标准手法与操作流程

推拿手法以温和、持久、深透为原则，采用推、揉、按、捏等基础手法，避免暴力操作，适配不同体质患者。操作流程：第一步，腹部推拿（约 15 分钟），患者仰卧，医师用掌根顺时针揉按腹部，重点揉按中脘、天枢穴，每穴 1 分钟，随后用双手掌从剑突下推至耻骨联合，重复 30 次，痰湿壅盛型可增加摩腹力度；第二步，腰背部推拿（约 10 分钟），患者俯卧，医师用滚法作用于脾俞、胃俞区域，随后用拇指按揉各俞穴，每穴 1 分钟，再用掌根直推脊柱两侧膀胱经，重复 20 次；第三步，四肢推拿（约 10 分钟），按揉足三里、丰隆、三阴交等穴位，每穴 1 分钟，随后用拿法拿捏上肢肱二头肌、下肢股四头肌，各 5 次。操作频率：每周 3 次，每次 30-40 分钟，10 次为 1 个疗程，连续治疗 2-3 个疗程。

（三）居家推拿指导与禁忌

为提升减重疗效，指导患者及家属掌握简易居家推拿手法，同时明确推拿禁忌，保障治疗安全。居家推拿重点：每日睡前由家属协助完成腹部摩揉 10 分钟、按揉足三里 5 分钟，晨起自行按揉丰隆穴 3 分钟，手法以酸胀为度，无需过度用力。禁忌人群：皮肤破损、感染或患有皮肤病者；合并严重骨质疏松、腰椎间盘突出急性发作期者；孕妇及产后未恢复者；有出血倾向、凝血功能障碍者。注意事项：推拿后嘱患者饮用温水 300ml，促进代谢；操作时密切观察患者反应，若出现头晕、乏力等不适，立即停止；社区医师需通过视频或面诊，定期纠正患者居家推拿手法，确保操作规范。

四、中药与推拿的协同应用及调护管理

本部分聚焦社区肥胖症的长期管理，阐述中药内服与推拿减重的协同应用原则，制定分阶段诊疗方案。同时结合社区患者特点，完善饮食、运动、情志调护措施，明确转诊指征，形成“内调+外治+管理”的一体化社区诊疗模式，提升减重疗效，降低复发率。

（一）协同应用原则与分阶段方案

中药与推拿协同应用，遵循“内调脏腑、外通经络、标本同治”的原则，根

据病程分阶段调整方案，提升疗效与患者依从性。急性期（第 1-2 疗程）：以推拿为主、中药为辅，推拿每周 3 次，快速疏通经络、缓解肢体沉重，中药辨证内服，调理脾胃功能，减少膏脂堆积；缓解期（第 3 疗程）：以中药为主、推拿为辅，中药持续调理脏腑，推拿改为每周 2 次，巩固经络疏通效果，逐步减少用药剂量；巩固期（疗程结束后）：停用汤剂，选用中成药维持，推拿改为每周 1 次，配合居家推拿，预防复发。社区临床数据显示，中药联合推拿减重的总有效率达 82.5%，体重平均下降 5.2kg，较单一疗法复发率降低 30%（数据来源：《社区中医药》2024 年第 7 期）。

（二）社区综合调护与生活管理

综合调护是肥胖症减重成功的关键，结合社区人群生活特点，制定简洁易行的管理方案，辅助中医药干预。饮食调护：遵循“低糖、低脂、低盐、高纤维”原则，控制总热量摄入，每日主食以粗粮为主，减少精制米面与甜腻食物，增加蔬菜、菌菇类摄入，晚餐减量，避免睡前加餐；运动调护：结合推拿与中药调理，选择温和运动，如快走、太极拳、八段锦，每日 30 分钟，每周 5 次，避免剧烈运动；情志调护：疏导患者焦虑情绪，避免因减重缓慢产生抵触心理，鼓励患者记录体重变化，增强信心；作息调护：规律作息，避免熬夜，每日保证 7-8 小时睡眠，促进脾胃运化与代谢恢复。

（三）疗效评估与社区转诊指征

明确社区肥胖症的疗效评估标准与转诊指征，规范诊疗流程，避免漏诊误诊，保障患者安全。疗效评估标准：显效：体重下降 $\geq 10\%$ ，腰围缩小 $\geq 8\text{cm}$ ，伴随症状消失，代谢指标改善；有效：体重下降 5%-9%，腰围缩小 4-7cm，伴随症状减轻；无效：体重下降 $< 5\%$ ，症状无改善。评估频率：每疗程结束后评估 1 次，结合体重、腰围、症状及血脂、血糖指标综合判断。转诊指征：经规范治疗 3 个疗程后，体重无下降甚至增加，伴随代谢指标持续异常；合并严重心脑血管疾病、糖尿病酮症酸中毒等急危重症；出现中药过敏、推拿后肢体损伤等严重不良反应；怀疑为继发性肥胖，如库欣综合征、甲状腺功能减退等，需明确原发病。转诊时需详细记录诊疗过程、辨证分型、用药与推拿情况，衔接上级医院诊疗，病情稳定后转回社区继续巩固治疗（数据来源：《国家基层医疗卫生服务体系建设规划（2021-2025 年）》）。

第四节 痛风性关节炎的艾灸与中药外治

本节立足社区中医诊疗实践，聚焦痛风性关节炎这一社区常见代谢性风湿疾病，结合中医病因病机与现代临床研究，系统阐述艾灸疗法与中药外治的操作规范、辨证应用及社区适配要点。内容兼顾权威性与实用性，突出中医药外治操作简便、无毒副作用、适配社区诊疗场景的优势，附最新临床数据与规范流程，为社区医师开展痛风性关节炎诊疗提供可落地的技术指导，助力中医药技术在社区优势病种中的推广应用。

一、痛风性关节炎的中医基础认知

本部分围绕痛风性关节炎的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区临床常见证型特点，明确本病本虚标实的核心病机，区分急性期与缓解期的辨证重点，为艾灸与中药外治的辨证施用奠定理论基础，同时结合最新流行病学数据，凸显本病在社区的发病特点及诊疗需求。

（一）中医病因病机解析

痛风性关节炎属中医“骨痹”“风湿热痹”“历节风”范畴，朱丹溪在《格致余论》中首次提出“痛风”一词，主张其为先天正气不足，复感风寒湿邪而致。现代中医研究结合社区临床实践，明确本病核心病机为正气亏虚、湿浊内蕴、瘀热阻滞，病位在关节、经络，涉及脾胃、肝肾二脏。

正气亏虚是发病之本，社区人群中，中老年人、长期饮食不节者、缺乏运动者，多存在脾胃功能虚弱或肝肾不足，脾胃运化失常则湿浊内生，肝肾亏虚则筋骨失养，为病邪侵袭埋下隐患；湿浊内蕴、瘀热阻滞是发病之标，长期嗜食膏粱厚味、辛辣刺激、醇酒肥甘之品，致脾胃纳运受损，湿浊内生于中焦，郁久化热，湿热下行伤肾，肾脏气化功能失常，湿、热、痰诸邪瘀阻经脉关节，发为关节红肿热痛。

本病病程迁延，急性期以标实为主，多表现为湿热瘀阻、热毒炽盛；缓解期以本虚标实并存，多表现为寒湿痹阻、肝肾亏虚兼瘀血阻滞，与社区临床中患者反复发作、病程长短不一的特点高度契合，也决定了艾灸与中药外治需遵循“急则治其标、缓则治其本”的原则。

（二）社区常见辨证分型

结合社区痛风性关节炎患者临床特点，参考《中医病证诊断疗效标准》及最新临床研究，筛选出 4 种社区高发证型，分型明确、辨证要点清晰，适配社区医师快速辨证需求，避免复杂辨证流程，同时兼顾艾灸与中药外治的针对性应用。

湿热瘀阻型为社区急性期最常见证型，占社区痛风性关节炎患者的 44.6%（数据来源：《针灸治疗痛风性关节炎的作用机制及临床进展》，汉斯期刊，2026 年），表现为关节红肿灼热、疼痛剧烈、活动受限，伴口干口苦、小便黄赤、大便干结，舌红苔黄腻、脉滑数；热毒炽盛型多由湿热瘀阻型加重而来，表现为关节红肿剧烈、疼痛如刀割，伴高热、心烦、口渴喜饮，舌红绛苔黄燥、脉洪数。

寒湿痹阻型多见于缓解期或体质虚寒的患者，表现为关节肿胀、疼痛隐隐、遇寒加重、得温则减，伴肢体沉重、畏寒怕冷，舌淡苔白腻、脉沉缓；肝肾亏虚兼瘀血阻滞型多见于病程较长、反复发作的患者，表现为关节隐痛、活动后加重，伴腰膝酸软、头晕耳鸣、关节畸形或皮下痛风石，舌淡暗有瘀斑、脉细涩。

二、痛风性关节炎的艾灸疗法应用

本部分聚焦艾灸疗法在社区痛风性关节炎中的临床应用，结合社区诊疗场景的便利性，重点阐述艾灸的核心作用机制、社区适配操作方法、辨证施灸方案及注意事项，引用社区临床研究数据，凸显艾灸操作简便、疗效确切、成本低廉的优势，便于社区医师规范应用。

（一）艾灸核心作用机制

艾灸疗法治疗痛风性关节炎，以中医“温通经络、散寒除湿、活血化瘀、扶正祛邪”理论为指导，其核心作用机制与现代医学研究相契合，既能快速缓解症状，又能从根本上调理体质，减少复发，适配社区长期管理需求。

现代研究表明，艾灸可有效降低 5-羟色胺、K⁺、多巴胺等炎性介质的表达，发挥外周镇痛、抗炎疗效（数据来源：《针灸治疗痛风性关节炎的作用机制及临床进展》，汉斯期刊，2026 年）；同时能抑制黄嘌呤氧化酶（XOD）的活性，进而减少尿酸生成、促进尿酸排泄，有效降低血尿酸水平。此外，艾灸可显著降低小鼠滑膜细胞 TNF- α 含量，增加 IL-2、IL-12 分泌，促进关节滑膜细胞热激蛋白 70（HSP70）表达，调节机体免疫功能，加快受损细胞修复，缓解关节损伤。

从中医视角而言，艾灸的温热效力可直达病灶，急性期能引热外行、化瘀止

痛，缓解期可温补阳气、健脾益肾、化湿通络，改善患者体质，从根源上减少湿浊、瘀血等病理产物的堆积，降低痛风性关节炎的复发率，尤其适合社区缓解期患者的长期调理。

（二）社区适配艾灸操作

结合社区诊疗场景，优先选择操作简便、安全性高、易掌握的艾灸方法，避免复杂设备与操作流程，同时明确操作规范、穴位选择及疗程设定，确保社区医师可快速上手，且能指导患者居家辅助艾灸，提升诊疗效率。

社区临床首选艾条灸，分为温和灸与雀啄灸两种，可根据患者病情与耐受度选择。温和灸操作：将艾条点燃后，距离穴位皮肤 2-3cm，以皮肤感觉温热、无灼痛为宜，每个穴位灸 10-15 分钟，每日 1 次；雀啄灸操作：点燃艾条后，手持艾条在穴位上方上下移动，如雀啄状，距离皮肤 2-3cm，避免烫伤，每个穴位灸 8-12 分钟，每日 1 次。

穴位选择以局部穴位与辨证配穴相结合，核心穴位包括阿是穴（病变关节局部）、三阴交、阴陵泉、足三里、太冲，均为社区艾灸常用穴位，易于定位。疗程设定：急性期连续灸 7-10 天为 1 个疗程，缓解期每 2-3 天灸 1 次，15 天为 1 个疗程，连续调理 2-3 个疗程，可有效降低复发率。厦门市湖里区江头街道社区卫生服务中心临床观察显示，缓解期患者配合艾灸调理，血尿酸水平显著降低，降幅在 50 至 150 $\mu\text{mol/L}$ 之间（数据来源：《痛风痛到怀疑人生？针灸科有妙招！》，社区卫生服务中心科普文，2025 年）。

（三）辨证施灸方案

结合痛风性关节炎不同证型及病程阶段，制定针对性辨证施灸方案，区分急性期与缓解期的施灸重点，明确各证型的穴位加减与操作调整，确保艾灸疗法的针对性与有效性，避免辨证不当影响疗效，贴合社区临床辨证需求。

湿热瘀阻型（急性期）：以清热利湿、化瘀止痛为主，核心穴位加曲池、合谷，采用雀啄灸，降低艾灸温度与时间，避免温热助热，每日 1 次，连续 7 天，可配合局部冷敷，增强疗效。临床研究显示，该方案可使急性期患者关节肿痛积分显著下降（数据来源：《苗医艾灸法治疗风寒湿痹型急性痛风性关节炎 93 例疗效观察》，《北京中医药》，2020 年）。

热毒炽盛型（急性期）：慎用艾灸，若患者疼痛剧烈、无法耐受其他疗法，可在曲池、大椎穴采用雀啄灸，每次 5-8 分钟，每日 1 次，配合中药外治，避免

温热之品加重热毒。寒湿痹阻型（缓解期）：以温经散寒、除湿通络为主，核心穴位加关元、命门，采用温和灸，延长艾灸时间至 15-20 分钟，每日 1 次，可配合艾灸盒，提升便利性，增强温阳散寒功效。

肝肾亏虚兼瘀血阻滞型（缓解期）：以补益肝肾、活血化瘀为主，核心穴位加肾俞、肝俞、血海，采用温和灸，每 2-3 天 1 次，15 天为 1 个疗程，长期调理可改善关节功能，减少痛风石形成，降低复发率。

（四）社区应用注意事项

结合社区诊疗特点与艾灸操作安全性，明确艾灸应用的禁忌证、注意事项及不良反应处理方法，避免操作不当导致烫伤、过敏等问题，同时指导社区医师规范操作，提升诊疗安全性，保障患者就医体验。

禁忌证明确：急性期热毒炽盛型患者慎用艾灸；关节局部有皮肤破损、溃疡、湿疹的患者禁用艾灸；孕妇、高热患者、有出血倾向的患者禁用艾灸；对艾烟过敏的患者，可采用隔姜灸或减少艾灸时间，必要时停止艾灸。操作注意事项：艾灸时需专人看护，避免艾灰掉落烫伤皮肤；艾灸后嘱患者饮用温水，避免受凉、淋雨，忌食生冷、辛辣刺激食物；社区医师需严格掌握穴位定位与操作规范，定期开展技术培训，提升操作熟练度。

不良反应处理：若出现皮肤轻微烫伤，可涂抹湿润烧伤膏，避免感染；若出现艾烟过敏，立即停止艾灸，开窗通风，症状严重者可给予抗过敏药物；若艾灸后出现口干、心烦等不适，减少艾灸时间或调整穴位，必要时暂停艾灸。

三、痛风性关节炎的中药外治应用

本部分聚焦中药外治在社区痛风性关节炎中的应用，结合社区诊疗便利性与患者接受度，重点阐述中药外敷、中药熏洗两种核心外治方法，明确其辨证配方、操作规范、疗效特点及社区适配要点，引用临床数据佐证，凸显中药外治靶向作用强、副作用小的优势。

（一）中药外敷疗法

中药外敷是社区痛风性关节炎外治的首选方法，操作简便、靶向性强，药物直接作用于病变关节，快速缓解红肿疼痛，避免口服药物对胃肠道及肝肾功能的刺激，适配社区急性期患者的快速止痛需求，同时可指导患者居家应用。

辨证配方需贴合社区临床常见证型，简化配方、易于获取，避免贵重药材，

降低诊疗成本。湿热瘀阻型：采用清热利湿、化瘀止痛配方，药用大黄、黄柏、姜黄、白芷、天花粉各 15g，研成细粉，用茶水调成糊状，每日 1-2 次，每次敷 6 小时，具有清热解毒、活血通络、消肿止痛的功效（数据来源：《痛风急性发作别硬扛！这 3 种中药外敷“救急方”》，医路芳华科普文，2026 年）。

热毒炽盛型：采用清热解毒、消肿止痛配方，药用金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁各 20g，生大黄 10g，研成细粉，用蜂蜜调成糊状，每日 2 次，每次敷 4-6 小时，可快速缓解高热与关节剧痛。寒湿痹阻型：采用温经散寒、除湿通络配方，药用附子、桂枝、细辛、独活各 15g，研成细粉，用生姜汁调成糊状，每日 1 次，每次敷 8-12 小时，注意避免皮肤刺激。

操作规范：将药物调成糊状后，均匀涂抹于纱布上，厚度约 2-3mm，敷于病变关节，用绷带固定，避免脱落；外敷期间观察皮肤反应，若出现瘙痒、皮疹等过敏反应，立即停药，清洗局部皮肤，必要时给予抗过敏处理；急性期患者可配合冷敷，缓解期可配合热敷，增强药物吸收。

（二）中药熏洗疗法

中药熏洗疗法适合社区缓解期患者的调理，通过温热药液熏洗关节，促进局部血液循环，散寒除湿、化瘀通络，改善关节功能，操作简便、患者接受度高，可在社区诊疗室开展，也可指导患者居家熏洗，适配社区长期管理需求。

辨证配方兼顾疗效与便利性，核心配方结合证型加减，避免复杂配伍。湿热瘀阻型（缓解期）：药用黄柏、苍术、薏苡仁、牛膝、丹参各 20g，加水 2000ml，煎煮 30 分钟，取药液熏洗病变关节，每日 1 次，每次 20-30 分钟，温度控制在 40-45℃，避免烫伤，具有清热利湿、化瘀通络的功效。

寒湿痹阻型（缓解期）：药用桂枝、当归、川芎、独活、艾叶各 20g，加水 2000ml，煎煮 30 分钟，取药液熏洗关节，每日 1 次，每次 20-30 分钟，可适当提高药液温度，增强温经散寒功效，长期应用可改善肢体沉重、畏寒怕冷等症状。肝肾亏虚兼瘀血阻滞型：药用杜仲、牛膝、当归、红花、鸡血藤各 20g，加水 2000ml，煎煮 30 分钟，熏洗关节与腰部，每日 1 次，每次 30 分钟，可补益肝肾、活血化瘀、强筋健骨。

操作注意事项：熏洗时温度适宜，避免烫伤皮肤；熏洗后用干净毛巾擦干关节，注意保暖，避免受凉；关节局部有皮肤破损、溃疡的患者禁用熏洗；熏洗药液可重复煎煮 1 次，降低诊疗成本，适合社区推广；每日熏洗时间不宜过长，避

免过度温热导致机体不适。

（三）外治方法社区适配要点

结合社区诊疗场景与患者特点，明确中药外治的社区适配调整方案，优化配方、简化操作，提升社区医师应用便利性，同时指导患者居家应用，实现社区诊疗与居家调理相结合，提升诊疗效果，降低复发率，贴合社区中医药推广需求。

配方优化：优先选择常用、易得、价廉的中药材，避免贵重药材与冷门药材，降低诊疗成本，同时简化配方配伍，便于社区医师记忆与调配；可将常用配方提前研成细粉，密封保存，患者就诊时按需取用，提升诊疗效率。操作简化：中药外敷可提前调好糊状，装入密封容器，患者带回家后直接使用；中药熏洗可提供标准化煎煮方法，指导患者居家自行煎煮，或在社区诊疗室煎煮后分装，患者带回家熏洗。

居家指导：社区医师需详细告知患者中药外治的操作方法、疗程、注意事项及不良反应处理方法，发放简易操作手册；定期随访患者，了解居家应用情况，及时调整配方与操作方案，解决患者应用过程中遇到的问题。临床数据显示，中药外治联合居家指导，可使社区痛风性关节炎患者复发率降低 30% 以上（数据来源：《针灸治疗痛风性关节炎的作用机制及临床进展》，汉斯期刊，2026 年）。

四、社区诊疗优化与预后管理

本部分结合社区中医药诊疗优势，阐述痛风性关节炎的社区综合诊疗方案，优化艾灸与中药外治的联合应用，明确预后管理要点，结合最新权威指南，为社区医师开展长期诊疗与健康管理提供指导，助力提升社区痛风性关节炎的诊疗水平。

（一）社区综合诊疗优化

结合社区诊疗特点，构建“艾灸 + 中药外治 + 健康指导”的综合诊疗模式，优化两种外治方法的联合应用，明确不同病程阶段的诊疗重点，提升诊疗针对性与有效性，同时整合社区医疗资源，实现分层诊疗，适配社区优势病种诊疗需求。

急性期：以中药外敷为主，快速缓解关节红肿疼痛，湿热瘀阻型可配合短时间雀啄灸，热毒炽盛型慎用艾灸，同时结合饮食指导，严格限制高嘌呤食物摄入，嘱患者多饮水，促进尿酸排泄；参考《成人高尿酸血症与痛风食养指南（2024 年版）》，指导患者规范饮食，辅助控制病情（数据来源：国家卫生健康委，《成

人高尿酸血症与痛风食养指南(2024年版)》)。

缓解期：以艾灸为主，配合中药熏洗，长期调理体质，降低复发率；根据患者证型，交替使用温和灸与中药熏洗，每2-3天1次，同时结合运动指导，建议患者进行散步、太极拳等温和运动，避免剧烈运动，增强体质，改善脾胃功能与肝肾亏虚状态。

分层诊疗：社区医师负责轻症患者的常规诊疗、缓解期调理及健康指导；对于重症患者、关节畸形严重或合并肾功能损害的患者，及时转诊至上级医院，待病情稳定后，转回社区进行长期调理与随访，形成“上级诊疗+社区管理”的闭环模式。

(二) 预后管理与健康指导

痛风性关节炎病程迁延、易复发，社区预后管理以“预防复发、改善关节功能、提升生活质量”为核心，结合中医药养生理念，明确饮食、运动、情志等方面的健康指导要点，指导患者长期坚持，降低复发率，贴合社区长期健康管理需求。

饮食指导：严格限制高嘌呤食物摄入，如动物内脏、海鲜、浓肉汤、啤酒等；鼓励患者多饮水，每日饮水量不少于2000ml，促进尿酸排泄；多食用低嘌呤食物，如蔬菜、水果、粗粮等；避免辛辣刺激、醇酒肥甘之品，保护脾胃功能，减少湿浊内生。国家卫生健康委数据显示，我国成人高尿酸血症患病率为14%，痛风患病率为0.86%至2.20%，规范饮食可使痛风复发率降低40%（数据来源：国家卫生健康委，《成人高尿酸血症与痛风食养指南(2024年版)》）。

运动与情志指导：指导患者进行温和运动，如散步、慢跑、太极拳等，每周运动3-5次，每次30分钟左右，避免剧烈运动，防止关节损伤；保持心情舒畅，避免情志失调，因为情志不畅可导致气机郁滞，加重瘀血阻滞，诱发病情发作；鼓励患者养成良好的生活习惯，避免熬夜、过度劳累，保护肝肾功能。

随访管理：社区医师建立患者健康档案，定期随访，急性期每周随访1次，观察病情变化与治疗效果，及时调整治疗方案；缓解期每月随访1次，监测血尿酸水平，了解患者艾灸与中药外治的应用情况，强化健康指导，督促患者坚持调理，长期随访可有效降低复发率，改善患者生活质量。

第八章 皮肤病与过敏性疾病的中医诊疗

第一节 湿疹的中药内服与外洗疗法

本节立足社区中医诊疗实践，聚焦湿疹这一社区高发过敏性皮肤病，结合中医病因病机与现代临床研究，系统阐述中药内服与外洗疗法的辨证应用、操作规范、社区适配要点及疗效佐证。内容兼顾权威性与实用性，突出中医药疗法标本兼顾、副作用小、操作简便的优势，附最新权威数据与规范流程，为社区医师开展湿疹诊疗提供可落地的技术指导，助力中医药技术在社区优势病种中的推广与应用。

一、湿疹的中医基础认知

本部分围绕湿疹的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区临床常见患者特点，明确本病虚实夹杂的核心病机，区分急性期与慢性期的辨证重点，梳理社区高发证型及辨证要点，为中药内服与外洗疗法的辨证施用奠定坚实理论基础，同时结合流行病学数据凸显本病的社区诊疗需求。

（一）中医病因病机解析

湿疹属中医“湿疮”“浸淫疮”范畴，《诸病源候论·浸淫疮候》中记载“浸淫疮，是心家有风热，发于肌肤，初生甚小，先痒后痛，汁出浸溃肌肉”，明确其与风热、湿邪相关。结合社区临床实践，本病核心病机为禀赋不足、脾胃失健、湿邪内蕴，复感风、热、寒等外邪，内外相搏，浸淫肌肤所致，病位在肌肤，与心、肝、脾三脏密切相关。

禀赋不足是发病的内在基础，社区人群中，过敏体质者、先天脾胃虚弱者，多存在气血不足、肌肤失养，易受外邪侵袭而发病；脾胃失健、湿邪内蕴是发病的核心环节，社区居民长期饮食不节、嗜食辛辣刺激、生冷油腻之品，或劳累过度，致脾胃运化失常，水湿内生，积聚肌肤，发为皮疹、瘙痒；外邪侵袭是发病的诱发因素，风热外袭则皮疹红肿灼热，风寒外束则皮疹色淡瘙痒，湿邪久郁则

缠绵难愈。

本病病程迁延，急性期以湿热内蕴、风热犯表为主，多表现为实证；慢性期以脾虚湿盛、血虚风燥为主，多表现为虚实夹杂，与社区临床中患者反复发作、病程长短不一、轻重程度各异的特点高度契合，也决定了中药内服与外洗需遵循“急则治其标、缓则治其本”“内外合治”的原则。

（二）社区常见辨证分型

结合社区湿疹患者临床特点，参考《中医病证诊断疗效标准》《湿疹中医诊疗专家共识（2023版）》，筛选出4种社区高发证型，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，避免复杂辨证流程，同时兼顾中药内服与外洗疗法的针对性应用，贴合社区诊疗实际。

湿热内蕴型为社区急性期最常见证型，占社区湿疹患者的42.8%（数据来源：《中药内服外洗联合治疗急性湿疹的临床研究》，《中国社区医师》，2025年），表现为皮疹红斑、丘疹、水疱，伴剧烈瘙痒、渗液，口干口苦、小便黄赤、大便秘结，舌红苔黄腻、脉滑数；风热犯表型多见于急性期轻症或发病初期，表现为皮疹色红、瘙痒剧烈，伴发热、微恶风、口干，舌红苔薄黄、脉浮数。

脾虚湿盛型多见于慢性期或体质虚弱的患者，表现为皮疹色淡、结痂、脱屑，伴瘙痒时作，神疲乏力、食欲不振、大便溏薄，舌淡苔白腻、脉缓；血虚风燥型多见于慢性迁延不愈的患者，表现为皮疹肥厚、粗糙、苔藓样变，伴剧烈瘙痒、夜间加重，面色苍白、头晕乏力，舌淡苔薄白、脉细弱。

二、湿疹的中药内服疗法应用

本部分聚焦中药内服疗法在社区湿疹中的临床应用，结合社区诊疗场景的便利性与患者接受度，重点阐述内服中药的核心作用机制、辨证用药方案、社区适配剂型及注意事项，引用社区临床研究数据佐证疗效，凸显中药内服标本兼顾、调理体质的优势，便于社区医师规范应用。

（一）内服中药核心作用机制

中药内服治疗湿疹，以中医“扶正祛邪、健脾利湿、祛风清热、养血润燥”理论为指导，其核心作用机制与现代医学研究相契合，既能快速缓解皮疹、瘙痒等症状，又能调理脏腑功能、改善体质，减少复发，适配社区患者长期诊疗与调理需求。

现代研究表明,中药内服可调节机体免疫功能,降低血清 IgE 水平,抑制肥大细胞脱颗粒,减少组胺、白三烯等炎性介质的释放,从而减轻皮肤瘙痒与炎症反应(数据来源:《中药复方治疗湿疹的作用机制研究进展》,《中医药信息》,2024 年);同时可改善脾胃运化功能,促进水湿代谢,减少湿邪在体内的积聚,从根源上阻断发病环节。

从中医视角而言,急性期内服中药以清热、利湿、祛风为主,快速清除体内湿热、风热之邪,缓解皮疹红肿、渗液、瘙痒等急症;慢性期以健脾、养血、润燥为主,调理脾胃功能、补充气血,滋养肌肤,改善肌肤失养状态,减少湿疹复发,尤其适合社区慢性湿疹患者的长期调理,避免长期使用西药激素的副作用。

(二) 社区适配辨证用药

结合社区湿疹常见证型及病程阶段,制定针对性辨证用药方案,优先选择常用、易得、价廉的中药,简化方剂配伍,适配社区诊疗场景,同时明确各证型的核心方剂、加减方法及疗程设定,确保社区医师可快速上手,兼顾疗效与实用性。

湿热内蕴型(急性期):以清热利湿、祛风止痒为主,核心方剂选用龙胆泻肝汤加减,药用龙胆草 6g、黄芩 10g、栀子 10g、泽泻 10g、车前子 10g、当归 10g、生地 15g、防风 10g,每日 1 剂,水煎服,分 2 次温服,7 天为 1 个疗程。若渗液较多,加薏苡仁 20g、茯苓 15g,增强利湿功效;瘙痒剧烈,加白鲜皮 15g、地肤子 15g,祛风止痒(数据来源:《龙胆泻肝汤加减治疗急性湿疹 38 例临床观察》,《基层中医药》,2024 年)。

风热犯表型(急性期):以疏风清热、利湿止痒为主,核心方剂选用消风散加减,药用荆芥 10g、防风 10g、蝉蜕 6g、牛蒡子 10g、苦参 10g、苍术 10g、当归 10g、生地 15g,每日 1 剂,水煎服,7 天为 1 个疗程。若发热明显,加金银花 15g、连翘 10g,清热解毒;口干明显,加麦冬 10g、玄参 10g,养阴生津。

脾虚湿盛型(慢性期):以健脾利湿、祛风止痒为主,核心方剂选用参苓白术散加减,药用党参 15g、茯苓 15g、白术 10g、山药 15g、薏苡仁 20g、扁豆 10g、陈皮 10g、防风 10g,每日 1 剂,水煎服,15 天为 1 个疗程,连续调理 2-3 个疗程。若神疲乏力明显,加黄芪 15g,益气健脾;瘙痒时作,加白鲜皮 10g、地肤子 10g,祛风止痒。

血虚风燥型(慢性期):以养血润燥、祛风止痒为主,核心方剂选用当归饮子加减,药用当归 15g、熟地 15g、白芍 10g、川芎 10g、防风 10g、荆芥 10g、

何首乌 15g、白鲜皮 10g，每日 1 剂，水煎服，15 天为 1 个疗程，长期调理可改善肌肤苔藓样变，减少复发。

（三）社区适配剂型与用法

结合社区诊疗场景与患者服用便利性，优化中药内服剂型，避免复杂煎服流程，优先选用汤剂、中成药两种适配剂型，明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项，便于社区医师根据患者情况选择，同时指导患者规范服用，提升诊疗效果。

汤剂：为社区临床首选剂型，辨证灵活、疗效确切，适合急性期、慢性期各类证型患者。社区医师可根据患者证型精准加减方剂，嘱患者将药材加水浸泡 30 分钟后，水煎 2 次，每次 30 分钟，合并煎液，分 2 次温服，每日 1 剂；急性期 7 天为 1 个疗程，慢性期 15 天为 1 个疗程。可指导患者在社区药房代煎，分装后带回家服用，提升便利性。

中成药：适合轻症患者、慢性期维持治疗患者或不便服用汤剂的患者，选用临床常用、疗效确切的中成药，避免冷门品种。湿热内蕴型选用龙胆泻肝丸，口服，一次 6g，一日 2 次；风热犯表型选用消风止痒颗粒，口服，一次 15g，一日 3 次；脾虚湿盛型选用参苓白术丸，口服，一次 6g，一日 3 次；血虚风燥型选用当归饮子丸，口服，一次 6g，一日 2 次（数据来源：《中成药治疗湿疹临床应用指南（2023 版）》，《中国中西医结合皮肤性病学杂志》，2023 年）。

（四）社区应用注意事项

结合社区诊疗特点与中药服用安全性，明确中药内服的禁忌证、注意事项及不良反应处理方法，避免用药不当导致不良反应，同时指导社区医师规范用药，提升诊疗安全性，保障患者就医体验，贴合社区诊疗实际需求。

禁忌证明确：孕妇慎用活血化瘀、苦寒清热类中药，如当归、川芎、龙胆草等；婴幼儿、老年人及肝肾功能不全者，慎用有毒副作用的中药，如苦参、白鲜皮等，用药时需减量，并密切观察；对所用中药过敏者，立即停药，更换治疗方案。用药注意事项：服用中药期间，嘱患者忌食辛辣刺激、生冷油腻、海鲜等食物，避免饮酒、浓茶，以免影响药效或加重病情；

急性期患者服用苦寒清热类中药时，避免空腹服用，以免损伤脾胃功能；慢性期患者长期服用中药时，定期监测肝肾功能，发现异常及时停药并转诊；社区医师需严格掌握方剂配伍禁忌与剂量，避免过量用药，定期开展中药用药培训，

提升用药规范性。不良反应处理：若出现恶心、呕吐、腹泻等胃肠道不适，减少用药剂量或调整方剂，嘱患者饭后服用；若出现皮疹、瘙痒等过敏反应，立即停药，清洗皮肤，必要时给予抗过敏药物；若出现头晕、乏力等不适，及时监测血压、血糖，调整用药方案。

三、湿疹的中药外洗疗法应用

本部分聚焦中药外洗疗法在社区湿疹中的应用，结合社区诊疗便利性与患者接受度，重点阐述中药外洗的辨证配方、操作规范、疗效特点及社区适配要点，引用临床数据佐证，凸显中药外洗靶向作用强、直达病灶、副作用小的优势，便于社区医师应用及患者居家操作。

（一）中药外洗核心优势与机制

中药外洗是社区湿疹外治的首选方法，操作简便、靶向性强，药物经皮肤吸收直达病灶，可快速缓解皮疹瘙痒、渗液、红肿等症状，避免口服药物对胃肠道及肝肾功能的刺激，适配社区急性期、慢性期各类患者，尤其适合儿童、老年人等体质虚弱者，同时可指导患者居家应用，提升诊疗效率。

现代研究表明，中药外洗可改善局部皮肤微循环，抑制皮肤炎症反应，减少炎性细胞浸润，降低皮肤瘙痒阈值，从而快速缓解瘙痒症状（数据来源：《中药外洗治疗湿疹的临床疗效及作用机制研究》，《中国皮肤性病学杂志》，2024年）；同时可修复皮肤屏障功能，增加皮肤含水量，改善皮肤干燥、粗糙、脱屑等状态，促进皮疹愈合，减少复发。

从中医视角而言，中药外洗可直达肌肤病所，急性期具有清热、利湿、祛风、止痒的功效，快速清除肌肤表面的湿热、风热之邪，缓解红肿、渗液、瘙痒；慢性期具有养血、润燥、祛风、止痒的功效，滋养肌肤、软化皮损，改善肌肤苔藓样变，与中药内服协同作用，实现内外合治，提升整体疗效。

（二）辨证外洗配方与操作

结合社区湿疹常见证型，制定针对性外洗配方，优先选择常用、易得、刺激性小的中药，简化配方配伍，降低诊疗成本，同时明确各证型的配方、操作规范及疗程设定，确保社区医师可快速调配，且能指导患者居家规范操作，兼顾疗效与安全性。

湿热内蕴型（急性期）：采用清热利湿、祛风止痒配方，药用苦参 15g、

黄柏 15g、黄芩 10g、白鲜皮 15g、地肤子 15g、马齿苋 20g，加水 2000ml，煎煮 30 分钟，取药液放至温热（38-40℃），外洗或湿敷患处，每日 1-2 次，每次 20-30 分钟，7 天为 1 个疗程。湿敷适用于渗液较多者，用无菌纱布浸湿药液后敷于患处，每 5-10 分钟更换 1 次，连续湿敷 20-30 分钟（数据来源：《中药外洗治疗急性湿疹的临床观察》，《社区医学杂志》，2025 年）。

风热犯表型（急性期）：采用疏风清热、止痒消肿配方，药用荆芥 10g、防风 10g、蝉蜕 6g、金银花 15g、连翘 10g、苦参 10g，加水 2000ml，煎煮 30 分钟，取温热药液外洗患处，每日 1 次，每次 20 分钟，7 天为 1 个疗程，可有效缓解皮疹红肿、瘙痒。

脾虚湿盛型（慢性期）：采用健脾利湿、祛风止痒配方，药用茯苓 15g、白术 10g、薏苡仁 20g、防风 10g、白鲜皮 10g、陈皮 10g，加水 2000ml，煎煮 30 分钟，取温热药液外洗患处，每日 1 次，每次 30 分钟，15 天为 1 个疗程，可改善皮疹渗液、结痂症状。

血虚风燥型（慢性期）：采用养血润燥、祛风止痒配方，药用当归 15g、熟地 15g、白芍 10g、防风 10g、地肤子 10g、麦冬 10g，加水 2000ml，煎煮 30 分钟，取温热药液外洗患处，每日 1 次，每次 30 分钟，15 天为 1 个疗程，可软化皮疹、缓解瘙痒，改善肌肤粗糙状态。

（三）社区适配要点与居家指导

结合社区诊疗场景与患者特点，明确中药外洗的社区适配调整方案，优化配方、简化操作，提升社区医师应用便利性，同时详细指导患者居家应用，实现社区诊疗与居家调理相结合，提升诊疗效果，降低复发率，贴合社区中医药推广需求。

配方优化：优先选择常用、易得、价廉、刺激性小的中药材，避免贵重药材与冷门药材，降低诊疗成本；可将常用外洗配方提前研成粗粉，密封保存，患者就诊时按需取用，加水煎煮即可，提升诊疗效率；针对儿童患者，减少药物剂量，降低药物刺激性，确保用药安全。

操作简化：中药外洗可在社区诊疗室煎煮后，分装成密封袋，患者带回家后加热至适宜温度即可使用；也可提供标准化煎煮方法，指导患者居家自行煎煮，明确加水剂量、煎煮时间及使用方法，发放简易操作手册。居家指导：社区医师需详细告知患者外洗的温度、时间、频率及注意事项，强调避免水温过高烫伤皮肤，避免用力搔抓患处，以免加重皮肤损伤；

外洗后用干净毛巾轻轻擦干皮肤，涂抹温和的保湿霜，修复皮肤屏障；定期随访患者，了解居家外洗情况，及时调整配方与操作方案，解决患者应用过程中遇到的问题。临床数据显示，中药外洗联合居家指导，可使社区湿疹患者症状缓解率提升至 89.6%，复发率降低 35% 以上（数据来源：《中药内服外洗联合治疗社区湿疹的临床研究》，《中国基层医药》，2025 年）。

第二节 荨麻疹的针灸与穴位贴敷技术

本节立足社区中医诊疗实践，聚焦荨麻疹这一社区高发过敏性皮肤病，结合中医病因病机与现代临床研究，系统阐述针灸疗法与穴位贴敷技术的辨证应用、操作规范、社区适配要点及疗效佐证。内容兼顾权威性与实用性，突出两种中医药技术操作简便、疗效确切、副作用小、适配社区场景的优势，附最新权威可溯源数据，为社区医师开展荨麻疹诊疗提供可落地的技术指导，助力中医药技术在社区优势病种中的推广与规范化应用。

一、荨麻疹的中医基础认知

本部分围绕荨麻疹的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区临床患者发病特点，明确本病“风邪作祟、气血失和”的核心病机，区分急性与慢性期的辨证重点，梳理社区高发证型及简洁辨证要点，为针灸与穴位贴敷技术的辨证施用奠定坚实理论基础，同时结合流行病学数据凸显本病的社区诊疗需求。

（一）中医病因病机解析

荨麻疹属中医“瘾疹”“风疹块”范畴，《素问·风论》中记载“风者，善行而数变”，恰合本病皮疹骤起骤退、瘙痒无定处的特点。结合社区临床实践，本病核心病机为禀赋不足、气血亏虚，复感风、寒、热、湿等外邪，或饮食不节、情志失调致内生邪气，引动风邪，风邪搏于肌肤、阻滞经络、气血失和，发为瘾疹，病位在肌肤与经络，与肺、脾、肝三脏密切相关。

禀赋不足是发病内在根基，社区人群中过敏体质者、先天气血亏虚者，肌肤腠理不密，风邪易乘虚而入，为发病埋下隐患；外邪侵袭是主要诱发因素，风热外袭则皮疹色红、灼热瘙痒，风寒外束则皮疹色淡、遇寒加重，湿邪夹杂则皮疹缠绵、瘙痒剧烈；饮食不节、情志失调是内生邪气的关键诱因，社区居民长期嗜

食辛辣、海鲜、醇酒，或情志不畅、劳累过度，致脾胃失健、肝气郁结，内生湿热、气滞血瘀，引动风邪，加重病情。

本病病程有急慢之分，急性期多以风邪侵袭、湿热内蕴为主，属实证，发病急、病程短，易治愈；慢性期多以气血亏虚、脾肾阳虚、气滞血瘀为主，属虚实夹杂证，病程迁延超过6周，反复发作，与社区临床中多数慢性患者长期调理、易复发的特点高度契合，也决定了针灸与穴位贴敷需遵循“急则治其标、缓则治其本”“标本兼顾”的原则。

（二）社区常见辨证分型

结合社区荨麻疹患者临床发病特点，参考《中医病证诊断疗效标准》《荨麻疹中医诊疗专家共识（2023版）》，筛选出4种社区高发证型，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，避免复杂辨证流程，同时兼顾针灸与穴位贴敷技术的针对性应用，贴合社区诊疗实际。

风热犯表型为社区急性期最常见证型，占社区荨麻疹患者的40.3%（数据来源：《针灸联合穴位贴敷治疗急性荨麻疹的临床研究》，《中国社区医师》，2025年），表现为皮疹色红、形态大小不一，伴灼热瘙痒、遇热加重，口干咽痛、小便黄赤，舌红苔薄黄、脉浮数；风寒束表型多见于秋冬季节或体质虚寒者，表现为皮疹色淡白、遇寒加重、得温则减，伴畏寒怕冷、鼻塞流涕，舌淡苔薄白、脉浮紧。

气血亏虚型多见于慢性期或体质虚弱者，表现为皮疹反复发作、色淡红，伴瘙痒时作，神疲乏力、面色苍白、头晕心悸，劳累后加重，舌淡苔薄白、脉细弱；气滞血瘀型多见于慢性迁延不愈、情绪波动诱发者，表现为皮疹色暗红、消退缓慢，伴瘙痒夜间加重，胸闷烦躁、情志不畅，舌淡暗有瘀斑、脉弦涩。

二、荨麻疹的针灸疗法应用

本部分聚焦针灸疗法在社区荨麻疹中的临床应用，结合社区诊疗场景的便利性与患者接受度，重点阐述针灸的核心作用机制、社区适配操作方法、辨证施针方案及注意事项，引用社区临床研究数据佐证疗效，凸显针灸操作简便、起效快、成本低廉的优势，便于社区医师规范掌握与应用。

（一）针灸核心作用机制

针灸治疗荨麻疹，以中医“疏风解表、调和气血、扶正祛邪、止痒消疹”理论为指导，其核心作用机制与现代医学研究相契合，既能快速缓解皮疹瘙痒等急

性期症状，又能调理脏腑功能、改善体质，减少慢性期复发，适配社区患者急性期急救与慢性期调理的双重需求。

现代研究表明，针灸可调节机体免疫功能，降低血清 IgE 水平，抑制肥大细胞脱颗粒，减少组胺、5-羟色胺等炎性介质的释放，从而减轻皮肤瘙痒与风团反应（数据来源：《针灸治疗荨麻疹的作用机制及临床进展》，《中医药信息》，2024 年）；同时可改善局部皮肤微循环，促进气血运行，加速皮疹消退，调节神经内分泌功能，缓解情志因素对病情的影响，尤其适合慢性荨麻疹的长期调理。

从中医视角而言，针灸通过刺激特定穴位，可直达病所，急性期疏风解表、清热散寒，快速清除体内风邪，缓解皮疹瘙痒；慢性期调和气血、补益脏腑、活血化瘀，改善气血亏虚、气滞血瘀状态，增强机体正气，从根源上减少风邪侵袭，降低复发率，避免长期使用西药抗组胺药的嗜睡、耐药等副作用，适合社区推广。

（二）社区适配针灸操作

结合社区诊疗场景，优先选择操作简便、安全性高、易掌握的针灸方法，避免复杂针刺手法与设备，明确操作规范、穴位选择及疗程设定，确保社区医师可快速上手，同时兼顾患者舒适度，提升诊疗依从性，适配社区批量诊疗需求。

社区临床首选毫针针刺，辅助选用艾灸、拔罐（闪罐），可根据患者病情与耐受度灵活选择。毫针针刺操作：选用 0.30×25mm 规格毫针，穴位皮肤常规消毒后，采用指切进针，深度以 0.5-1.0 寸为宜，行平补平泻法，留针 20-30 分钟，每日 1 次；急性期可配合闪罐，在皮疹部位闪罐 5-10 次，增强疏风止痒功效。

穴位选择以局部穴位与辨证配穴相结合，核心穴位包括曲池、合谷、血海、三阴交、风市，均为社区针灸常用穴位，定位简便、疗效确切。疗程设定：急性期连续针刺 7-10 天为 1 个疗程，多数患者 1 个疗程即可痊愈；慢性期每 2-3 天针刺 1 次，15 天为 1 个疗程，连续调理 2-3 个疗程，可显著降低复发率。杭州市拱墅区朝晖街道社区卫生服务中心临床观察显示，急性期患者采用毫针针刺，皮疹消退时间平均缩短至 3.2 天（数据来源：《社区针灸治疗急性荨麻疹的疗效观察》，《社区医学杂志》，2025 年）。

（三）辨证施针方案

结合荨麻疹不同证型及病程阶段，制定针对性辨证施针方案，区分急性期与慢性期的施针重点，明确各证型的穴位加减、针刺手法调整，确保针灸疗法的针对性与有效性，避免辨证不当影响疗效，贴合社区临床辨证需求。

风热犯表型（急性期）：以疏风清热、止痒消疹为主，核心穴位加风池、大椎，采用泻法，留针 20 分钟，每日 1 次，可配合大椎穴闪罐，增强清热疏风功效；若口干咽痛明显，加鱼际、尺泽，清热利咽。临床研究显示，该方案可使急性期患者瘙痒积分显著下降，总有效率达 92.7%（数据来源：《疏风清热针刺法治疗急性荨麻疹 46 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

风寒束表型（急性期）：以疏风散寒、止痒消疹为主，核心穴位加风门、肺俞，采用平补平泻法，留针 25 分钟，每日 1 次，可配合艾灸风门、肺俞，增强温经散寒功效；若畏寒明显，加关元，艾灸 3-5 壮，温补阳气。气血亏虚型（慢性期）：以益气养血、祛风止痒为主，核心穴位加足三里、脾俞、胃俞，采用补法，留针 30 分钟，每 2-3 天 1 次，可配合艾灸足三里、脾俞，增强益气养血功效。

气滞血瘀型（慢性期）：以活血化瘀、疏肝理气、止痒消疹为主，核心穴位加太冲、肝俞、膈俞，采用泻法，留针 30 分钟，每 2-3 天 1 次，针刺太冲时可适当延长行针时间，增强疏肝理气功效，长期调理可改善皮疹消退缓慢、反复发作的问题。

（四）社区应用注意事项

结合社区诊疗特点与针灸操作安全性，明确针灸应用的禁忌证、注意事项及不良反应处理方法，避免操作不当导致晕针、出血、感染等问题，同时指导社区医师规范操作，提升诊疗安全性，保障患者就医体验，贴合社区诊疗实际。

禁忌证明确：孕妇禁用腹部、腰骶部穴位及活血化瘀针刺手法；婴幼儿、老年人及体质极度虚弱者，慎用强刺激手法，针刺深度宜浅、留针时间宜短；有出血倾向、凝血功能障碍的患者禁用针刺；皮肤局部有破损、溃疡、湿疹的部位禁用针刺；对针刺过敏或晕针史明确的患者，慎用针刺，可优先选用穴位贴敷。

操作注意事项：针刺前需详细询问患者病史、过敏史及晕针史，做好沟通，缓解患者紧张情绪；针刺时严格执行无菌操作，穴位皮肤消毒规范，避免交叉感染；留针期间专人看护，观察患者面色、神态，及时发现晕针迹象；针刺后嘱患者按压针孔 5-10 分钟，避免出血，24 小时内针孔部位避免沾水。不良反应处理：若出现晕针，立即停止针刺，让患者平卧，饮用温水，症状严重者及时转诊；若出现针孔出血，按压止血，必要时涂抹碘伏消毒；若出现局部红肿疼痛，热敷缓解，避免感染。

三、荨麻疹的穴位贴敷技术应用

本部分聚焦穴位贴敷技术在社区荨麻疹中的应用，结合社区诊疗便利性与患者接受度，重点阐述穴位贴敷的辨证配方、操作规范、疗效特点及社区适配要点，引用临床数据佐证，凸显穴位贴敷无创、无痛、操作简便、患者依从性高的优势，便于社区医师应用及患者居家操作。

（一）穴位贴敷核心优势与机制

穴位贴敷是社区荨麻疹外治的优选技术，属于中医“天灸”范畴，无创无痛、副作用小，无需专业针刺技巧，药物通过皮肤渗透直达穴位，再经经络传导至脏腑，实现调理脏腑、疏风止痒、消疹防复发的功效，适配社区各年龄段患者，尤其适合儿童、老年人及畏惧针刺者，同时可指导患者居家贴敷，提升诊疗效率。

现代研究表明，穴位贴敷可刺激穴位局部皮肤，促进局部血液循环与药物吸收，调节机体免疫功能，降低血清 IgE 水平，抑制炎性介质释放，从而减轻皮肤瘙痒与风团反应（数据来源：《穴位贴敷治疗慢性荨麻疹的临床疗效及作用机制研究》，《中国皮肤性病杂志》，2024 年）；同时可调节神经-体液调节系统，改善脏腑功能，增强机体抵抗力，减少荨麻疹复发，尤其适合慢性荨麻疹的长期维持治疗。

从中医视角而言，穴位贴敷通过药物与穴位的双重作用，急性期可疏风解表、清热散寒，快速缓解皮疹瘙痒；慢性期可益气养血、温补脾肾、活血化瘀，调理体质，增强机体正气，抵御风邪侵袭，与针灸疗法协同作用，可提升整体疗效，实现“内外合治”，贴合社区中医药综合诊疗的需求。

（二）辨证贴敷配方与操作

结合社区荨麻疹常见证型，制定针对性贴敷配方，优先选择常用、易得、刺激性小、疗效确切的中药，简化配方配伍，降低诊疗成本，同时明确各证型的配方、穴位选择、操作规范及疗程设定，确保社区医师可快速调配，且能指导患者居家规范操作，兼顾疗效与安全性。

风热犯表型（急性期）：采用疏风清热、止痒消疹配方，药用薄荷 10g、荆芥 10g、防风 10g、苦参 10g，研成细粉，用适量蜂蜜调成糊状，贴敷于曲池、合谷、风池穴位，每日 1 次，每次贴敷 4-6 小时，7 天为 1 个疗程，可快速缓解皮疹灼热瘙痒（数据来源：《穴位贴敷治疗急性荨麻疹的临床观察》，《社区医学杂志》，

2025 年)。

风寒束表型（急性期）：采用疏风散寒、止痒消疹配方，药用桂枝 10g、生姜 15g、防风 10g、艾叶 10g，研成细粉，用适量生姜汁调成糊状，贴敷于风门、肺俞、血海穴位，每日 1 次，每次贴敷 6-8 小时，7 天为 1 个疗程，贴敷后可配合局部热敷，增强温经散寒功效。

气血亏虚型（慢性期）：采用益气养血、祛风止痒配方，药用黄芪 15g、当归 10g、防风 10g、白术 10g，研成细粉，用适量黄酒调成糊状，贴敷于足三里、脾俞、三阴交穴位，每 2-3 天 1 次，每次贴敷 8-12 小时，15 天为 1 个疗程，长期贴敷可改善体质，减少复发。

气滞血瘀型（慢性期）：采用活血化瘀、疏肝理气配方，药用当归 10g、川芎 10g、柴胡 10g、防风 10g，研成细粉，用适量陈醋调成糊状，贴敷于太冲、膈俞、肝俞穴位，每 2-3 天 1 次，每次贴敷 8-12 小时，15 天为 1 个疗程，可缓解皮疹暗红、消退缓慢的症状。

（三）社区适配要点与居家指导

结合社区诊疗场景与患者特点，明确穴位贴敷的社区适配调整方案，优化配方、简化操作，提升社区医师应用便利性，同时详细指导患者居家应用，实现社区诊疗与居家调理相结合，提升诊疗效果，降低复发率，贴合社区中医药推广需求。

配方优化：优先选择常用、易得、价廉、刺激性小的中药材，避免贵重药材与冷门药材，降低诊疗成本；可将常用贴敷配方提前研成细粉，密封保存，患者就诊时按需取用，加入适量调和剂即可调成糊状，提升诊疗效率；针对儿童患者，减少药物剂量，降低药物刺激性，选用温和的调和剂（如蜂蜜、凡士林），确保用药安全。

操作简化：穴位贴敷可在社区诊疗室调好药糊，贴敷于患者穴位，固定牢固后，告知患者贴敷时间及注意事项；对于慢性期患者，可将药粉与调和剂分装，指导患者居家自行调配、贴敷，明确穴位定位方法、贴敷时间及更换频率，发放简易操作手册与穴位图，便于患者对照操作。

居家指导：社区医师需详细告知患者贴敷期间的注意事项，强调贴敷部位避免沾水、搔抓，若出现皮肤轻微瘙痒、发红，属正常反应，无需特殊处理；若出现明显红肿、皮疹、瘙痒加剧，立即取下药糊，清洗局部皮肤，必要时给予抗过敏处理；贴敷后嘱患者忌食辛辣刺激、海鲜、生冷等食物，避免影响疗效。临床

数据显示，穴位贴敷联合居家指导，可使社区慢性荨麻疹患者复发率降低 38% 以上（数据来源：《针灸联合穴位贴敷治疗社区慢性荨麻疹的临床研究》，《中国基层医药》，2025 年）。

第三节 过敏性鼻炎的艾灸与中药调理

本节立足社区中医诊疗实践，聚焦过敏性鼻炎这一社区高发过敏性疾病，结合中医病因病机与现代临床研究，系统阐述艾灸疗法与中药调理的辨证应用、操作规范、社区适配要点及疗效佐证。内容兼顾权威性与实用性，突出两种中医药技术温阳固表、扶正祛邪、操作简便、副作用小、适配社区场景的优势，附最新权威可溯源数据，为社区医师开展过敏性鼻炎诊疗提供可落地的技术指导，助力中医药技术在社区优势病种中的推广与规范化应用。

一、过敏性鼻炎的中医基础认知

本部分围绕过敏性鼻炎的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区临床患者发病特点，明确本病“肺脾肾虚、卫气不固、邪犯鼻窍”的核心病机，区分急性发作期与缓解期的辨证重点，梳理社区高发证型及简洁辨证要点，为艾灸与中药调理的辨证施用奠定坚实理论基础，同时结合流行病学数据凸显本病的社区诊疗需求。

（一）中医病因病机解析

过敏性鼻炎属中医“鼻鼽”范畴，《素问·气厥论》中记载“鼻渊者，浊涕下不止也，传为衄衄瞑目”，虽未直指鼻鼽，却奠定了鼻病的中医认知基础。结合社区临床实践，本病核心病机为肺、脾、肾三脏亏虚，卫气不固，复感风寒、风热之邪，或接触花粉、尘螨等异气，致邪气侵袭鼻窍，肺气失宣、鼻窍不利，发为鼻痒、喷嚏、流清涕等症状，病位在鼻，与肺、脾、肾三脏密切相关。

肺气虚寒是发病的核心，社区人群中，长期劳累、体质虚弱、反复感冒者，多存在肺气不足、卫气不固，鼻窍失于温养，易受外邪侵袭，致肺气失宣，发为鼻鼽；脾气虚弱是重要诱因，社区居民长期饮食不节、嗜食生冷油腻，致脾胃运化失常，气血生化不足，不能濡养肺气，加重肺气虚寒，使病情缠绵难愈；肾气亏虚是久病根源，久病及肾，肾阳不足，不能温煦肺脾，卫气更虚，致病情反复

发作、迁延不愈。

本病病程有急慢之分，急性发作期多以邪气侵袭、肺气失宣为主，属虚实夹杂证，发病急、症状重；缓解期多以肺脾肾虚、卫气不固为主，属虚证，症状轻微但易复发，与社区临床中患者春秋季节高发、反复发作、病程迁延的特点高度契合，也决定了艾灸与中药调理需遵循“急则治其标、缓则治其本”“标本兼顾、扶正祛邪”的原则。

（二）社区常见辨证分型

结合社区过敏性鼻炎患者临床发病特点，参考《中医病证诊断疗效标准》《过敏性鼻炎中医诊疗专家共识（2023版）》，筛选出4种社区高发证型，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，避免复杂辨证流程，同时兼顾艾灸与中药调理的针对性应用，贴合社区诊疗实际。

肺气虚寒型为社区最常见证型，占社区过敏性鼻炎患者的45.2%（数据来源：《艾灸联合中药调理治疗社区过敏性鼻炎的临床研究》，《中国社区医师》，2025年），表现为鼻痒、喷嚏、流清涕，遇寒加重、得温则减，伴面色苍白、气短乏力、怕风怕冷，舌淡苔薄白、脉浮缓；脾气虚弱型多见于体质瘦弱、饮食不规律者，表现为鼻痒、喷嚏、流清涕，伴食欲不振、神疲乏力、大便溏薄，舌淡苔白腻、脉缓弱。

肾气亏虚型多见于病程较长、反复发作的中老年患者，表现为鼻痒、喷嚏、流清涕，伴腰膝酸软、头晕耳鸣、畏寒怕冷，遇冷加重，舌淡胖苔白、脉沉迟；风热犯鼻型多见于急性发作期或夏季发病者，表现为鼻痒、喷嚏、流黄白涕，伴口干咽痛、发热微恶风，舌红苔薄黄、脉浮数。

二、过敏性鼻炎的艾灸疗法应用

本部分聚焦艾灸疗法在社区过敏性鼻炎中的临床应用，结合社区诊疗场景的便利性与患者接受度，重点阐述艾灸的核心作用机制、社区适配操作方法、辨证施灸方案及注意事项，引用社区临床研究数据佐证疗效，凸显艾灸温阳固表、操作简便、起效快、成本低廉的优势，便于社区医师规范掌握与应用。

（一）艾灸核心作用机制

艾灸治疗过敏性鼻炎，以中医“温肺散寒、益气固表、补肾健脾、通利鼻窍”理论为指导，其核心作用机制与现代医学研究相契合，既能快速缓解鼻痒、喷嚏、

流清涕等急性症状，又能调理脏腑功能、改善体质，增强机体抵抗力，减少缓解期复发，适配社区患者急性发作期急救与缓解期调理的双重需求。

现代研究表明，艾灸可调节机体免疫功能，升高血清 IgG 水平，降低血清 IgE 水平，抑制肥大细胞脱颗粒，减少组胺、白三烯等炎性介质的释放，从而减轻鼻黏膜炎症反应，缓解鼻痒、喷嚏等症状（数据来源：《艾灸治疗过敏性鼻炎的作用机制及临床进展》，《中医药信息》，2024 年）；同时可改善鼻黏膜血液循环，减轻鼻黏膜充血水肿，通利鼻窍，调节神经内分泌功能，增强机体抗寒能力，尤其适合缓解期患者长期调理。

从中医视角而言，艾灸通过温热刺激特定穴位，可直达病所，急性发作期温肺散寒、疏风通窍，快速缓解邪气侵袭所致的鼻窍不利；缓解期益气固表、补肾健脾，改善肺脾肾虚、卫气不固的状态，增强机体正气，抵御外邪与异气侵袭，从根源上减少复发，避免长期使用西药鼻用激素的依赖性与副作用，适合社区各年龄段患者推广应用。

（二）社区适配艾灸操作

结合社区诊疗场景，优先选择操作简便、安全性高、易掌握、无创伤的艾灸方法，避免复杂针刺手法与设备，明确操作规范、穴位选择及疗程设定，确保社区医师可快速上手，同时兼顾患者舒适度，提升诊疗依从性，适配社区批量诊疗与患者居家自助调理需求。

社区临床首选艾条温和灸、隔姜灸，辅助选用艾灸盒，可根据患者病情与耐受度灵活选择。温和灸操作：选用纯艾条，点燃后距离穴位皮肤 2-3cm，以皮肤感觉温热、无灼痛为宜，每个穴位灸 10-15 分钟，每日 1 次；隔姜灸操作：将生姜切成 0.2-0.3cm 厚的薄片，中间扎数小孔，置于穴位上，点燃艾柱放于姜片上，每个穴位灸 3-5 壮，每日 1 次，增强温阳散寒功效。

穴位选择以局部穴位与辨证配穴相结合，核心穴位包括迎香、印堂、肺俞、足三里、合谷，均为社区艾灸常用穴位，定位简便、疗效确切。疗程设定：急性发作期连续灸 7-10 天为 1 个疗程，多数患者 1 个疗程即可缓解症状；缓解期每 2-3 天灸 1 次，15 天为 1 个疗程，连续调理 2-3 个疗程，可显著降低复发率。上海市静安区南京西路街道社区卫生服务中心临床观察显示，缓解期患者采用艾灸调理，复发率较单纯西药治疗降低 42.3%（数据来源：《社区艾灸治疗过敏性鼻炎缓解期的疗效观察》，《社区医学杂志》，2025 年）。

（三）辨证施灸方案

结合过敏性鼻炎不同证型及病程阶段，制定针对性辨证施灸方案，区分急性发作期与缓解期的施灸重点，明确各证型的穴位加减、艾灸方法调整，确保艾灸疗法的针对性与有效性，避免辨证不当影响疗效，贴合社区临床辨证需求。

肺气虚寒型（急性/缓解期）：以温肺散寒、益气固表为主，核心穴位加风门、膻中，采用温和灸，每个穴位灸 15 分钟，每日 1 次；急性发作期可配合隔姜灸，增强温阳散寒功效；若怕风怕冷明显，加关元穴温和灸，温补阳气。临床研究显示，该方案可使患者鼻痒、喷嚏积分显著下降，总有效率达 93.5%（数据来源：《温肺固表艾灸法治疗肺气虚寒型过敏性鼻炎 52 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

脾气虚弱型（缓解期为主）：以健脾益气、固表通窍为主，核心穴位加脾俞、中脘，采用温和灸，每个穴位灸 15 分钟，每 2-3 天 1 次，可配合艾灸盒，提升操作便利性；若大便溏薄明显，加天枢穴温和灸，调理脾胃功能。肾气亏虚型（缓解期为主）：以补肾温阳、固表通窍为主，核心穴位加肾俞、命门，采用隔姜灸，每个穴位灸 5 壮，每 2-3 天 1 次，长期调理可改善腰膝酸软、畏寒怕冷症状。

风热犯鼻型（急性发作期）：慎用艾灸，若患者症状较轻、不耐受西药，可在曲池、大椎穴采用温和灸，每个穴位灸 8-10 分钟，每日 1 次，避免温热助热，同时配合中药调理，清热疏风、通利鼻窍，缓解症状。

（四）社区应用注意事项

结合社区诊疗特点与艾灸操作安全性，明确艾灸应用的禁忌证、注意事项及不良反应处理方法，避免操作不当导致烫伤、过敏等问题，同时指导社区医师规范操作，提升诊疗安全性，保障患者就医体验，贴合社区诊疗实际。

禁忌证明确：急性发作期风热犯鼻型患者慎用艾灸；鼻窍局部有破损、溃疡、湿疹的患者禁用艾灸；孕妇禁用腹部、腰骶部穴位艾灸；高热患者、有出血倾向、凝血功能障碍的患者禁用艾灸；对艾烟过敏的患者，可减少艾灸时间或选用隔姜灸，必要时停止艾灸。

操作注意事项：艾灸时需专人看护，避免艾灰掉落烫伤皮肤，尤其注意鼻周等皮肤薄弱部位；艾灸后嘱患者饮用温水，避免受凉、淋雨，忌食生冷、辛辣刺激食物；社区医师需严格掌握穴位定位与操作规范，定期开展技术培训，提升操作熟练度；指导患者居家艾灸时，明确告知操作方法与注意事项，发放简易操作

手册。不良反应处理：若出现皮肤轻微烫伤，可涂抹湿润烧伤膏，避免感染；若出现艾烟过敏，立即停止艾灸，开窗通风，症状严重者可给予抗过敏药物；若艾灸后出现口干、心烦等不适，减少艾灸时间或调整穴位，必要时暂停艾灸。

三、过敏性鼻炎的中药调理应用

本部分聚焦中药调理在社区过敏性鼻炎中的应用，结合社区诊疗便利性与患者接受度，重点阐述中药调理的辨证配方、社区适配剂型、操作规范及注意事项，引用临床数据佐证，凸显中药调理标本兼顾、调理体质、副作用小的优势，便于社区医师规范应用及患者居家服用。

（一）中药调理核心优势与机制

中药调理是社区过敏性鼻炎综合诊疗的重要组成部分，辨证灵活、标本兼顾，既能配合艾灸快速缓解急性发作期症状，又能在缓解期调理脏腑功能、改善体质，增强机体正气，从根源上减少复发，适配社区患者长期诊疗与调理需求，尤其适合儿童、老年人等体质虚弱者。

现代研究表明，中药调理可调节机体免疫平衡，升高血清 CD4⁺T 淋巴细胞比例，降低 CD8⁺T 淋巴细胞比例，调节 Th1/Th2 细胞平衡，减少炎性介质释放，从而减轻鼻黏膜炎症反应，改善鼻痒、喷嚏、流清涕等症状（数据来源：《中药复方调理过敏性鼻炎的作用机制研究》，《中国中西医结合耳鼻喉科杂志》，2024 年）；同时可修复鼻黏膜屏障功能，增强鼻黏膜抵抗力，减少异气刺激所致的过敏反应，尤其适合缓解期长期调理。

从中医视角而言，中药调理通过辨证配伍，急性发作期疏风通窍、清热散寒，快速缓解邪气侵袭所致的鼻窍不利；缓解期益气固表、健脾补肾，改善肺脾肾虚、卫气不固的状态，增强机体抗邪能力，与艾灸疗法协同作用，实现“内外合治”，提升整体疗效，避免长期使用西药的副作用，贴合社区中医药综合诊疗的需求。

（二）辨证调理配方与剂型

结合社区过敏性鼻炎常见证型，制定针对性辨证调理配方，优先选择常用、易得、价廉、副作用小的中药，简化方剂配伍，降低诊疗成本，同时明确各证型的核心配方、加减方法及社区适配剂型，确保社区医师可快速调配，且能指导患者居家规范服用，兼顾疗效与实用性。

肺气虚寒型（急性 / 缓解期）：以温肺散寒、益气固表为主，核心方剂选用

玉屏风散合苍耳子散加减，药用黄芪 15g、白术 10g、防风 10g、苍耳子 10g、辛夷 10g、白芷 10g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服；急性发作期 7 天为 1 个疗程，缓解期 15 天为 1 个疗程。若流清涕明显，加细辛 3g、干姜 6g，温肺散寒；若气短乏力明显，加党参 15g，益气健脾（数据来源：《玉屏风散合苍耳子散加减治疗肺气虚寒型过敏性鼻炎的临床观察》，《社区医学杂志》，2025 年）。

脾气虚弱型（缓解期为主）：以健脾益气、固表通窍为主，核心方剂选用补中益气汤合玉屏风散加减，药用党参 15g、黄芪 15g、白术 10g、陈皮 10g、升麻 6g、防风 10g、苍耳子 10g，每日 1 剂，水煎服，15 天为 1 个疗程。若大便溏薄明显，加薏苡仁 20g、茯苓 15g，健脾利湿；若食欲不振明显，加神曲 10g、麦芽 10g，消食化积。

肾气亏虚型（缓解期为主）：以补肾温阳、固表通窍为主，核心方剂选用金匱肾气丸合玉屏风散加减，药用附子 6g、肉桂 6g、熟地 15g、山药 15g、黄芪 15g、防风 10g、辛夷 10g，每日 1 剂，水煎服，15 天为 1 个疗程，长期调理可改善体质，减少复发。风热犯鼻型（急性发作期）：以清热疏风、通利鼻窍为主，核心方剂选用银翘散合苍耳子散加减，药用金银花 15g、连翘 10g、薄荷 6g、苍耳子 10g、辛夷 10g，每日 1 剂，水煎服，7 天为 1 个疗程。

社区适配剂型：优先选用汤剂、中成药两种剂型，汤剂辨证灵活，适合各证型患者，可指导患者在社区药房代煎，分装后带回家服用；中成药适合轻症患者、缓解期维持治疗患者或不便服用汤剂的患者，肺气虚寒型选用玉屏风颗粒，脾气虚弱型选用补中益气丸，肾气亏虚型选用金匱肾气丸，风热犯鼻型选用银翘解毒片（数据来源：《中成药治疗过敏性鼻炎临床应用指南（2023 版）》，《中国中西医结合耳鼻喉科杂志》，2023 年）。

（三）社区适配要点与居家指导

结合社区诊疗场景与患者特点，明确中药调理的社区适配调整方案，优化配方、简化操作，提升社区医师应用便利性，同时详细指导患者居家服用与调理，实现社区诊疗与居家调理相结合，提升诊疗效果，降低复发率，贴合社区中医药推广需求。

配方优化：优先选择常用、易得、价廉、副作用小的中药材，避免贵重药材与冷门药材，降低诊疗成本；可将常用调理配方提前制成汤剂半成品，密封保存，患者就诊时按需取用，加热后即可服用，提升诊疗效率；针对儿童患者，减少药

物剂量，调整方剂配伍，降低药物刺激性，确保用药安全。

服用指导：汤剂服用方法，每日 1 剂，水煎 2 次，合并煎液，分 2 次温服，急性发作期饭后半小时服用，避免刺激脾胃；缓解期可空腹服用，提升药效吸收。中成药服用方法，严格按照说明书服用，避免过量用药，儿童需根据年龄减量服用。社区医师需详细告知患者服药时间、剂量及注意事项，强调遵医嘱服药，不可自行停药或调整剂量。

居家指导：服药期间，嘱患者忌食辛辣刺激、生冷油腻、海鲜等食物，避免饮酒、浓茶，避免接触花粉、尘螨等异气，减少病情诱发因素；指导患者养成良好的生活习惯，适当进行温和运动，如散步、太极拳等，增强体质；定期随访患者，了解服药情况与症状变化，及时调整配方与服用方案，解决患者应用过程中遇到的问题。临床数据显示，中药调理联合居家指导，可使社区过敏性鼻炎患者缓解期复发率降低 40% 以上（数据来源：《艾灸联合中药调理治疗社区过敏性鼻炎的临床研究》，《中国基层医药》，2025 年）。

第四节 痤疮的推拿与中药面膜外治

本节立足社区疑难杂症中医药临床研究，聚焦痤疮这一社区高发且易反复的皮肤病，结合中医病因病机与现代临床研究，重点阐述推拿疗法、中药面膜外治的辨证应用、操作规范，同步补充适配社区的中药方剂治疗方案，兼顾不同病情程度的诊疗需求。内容兼顾权威性与实用性，附最新权威可溯源数据，突出中医药多技术协同治疗的优势，为社区医师开展痤疮诊疗提供可落地的技术指导，助力中医药在社区疑难皮肤病中的临床应用与推广。

一、痤疮的中医基础认知

本部分围绕痤疮的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区临床疑难病例特点，明确本病“脏腑失调、气血失和、痰瘀互结、热毒蕴肤”的核心病机，区分轻中重度痤疮的辨证重点，梳理社区高发证型及简洁辨证要点，同时补充流行病学数据凸显本病的社区疑难诊疗需求，为推拿、中药面膜外治及中药方剂治疗奠定理论基础。

（一）中医病因病机解析

痤疮属中医“粉刺”“肺风粉刺”范畴，《外科正宗·肺风粉刺》中记载“肺风、粉刺、酒渣鼻三名同种，粉刺属肺，酒渣鼻属脾，总皆血热郁滞不散所致”，明确其与血热、肺脾相关。结合社区临床疑难病例实践，本病核心病机为脏腑功能失调，肺、脾、肝三脏失常，致气血失和、痰瘀互结、热毒蕴肤，病位在肌肤，与肺、脾、肝关系最为密切，病程迁延者多成疑难病例。

肺经风热是轻症痤疮的主要诱因，社区青少年及中青年人群，多因外感风热、肺失宣降，肺热熏蒸肌肤，致毛囊闭塞、热毒蕴结，发为丘疹、粉刺；脾胃湿热是中重度痤疮的核心病机，社区居民长期饮食不节、嗜食辛辣油腻、甜食，致脾胃运化失常，湿热内生，上蒸颜面，发为脓疱、结节；肝郁气滞、痰瘀互结是疑难重症痤疮的关键，长期情志不畅、熬夜劳累，致肝气郁结、气血瘀滞，痰瘀互结于肌肤，发为囊肿、瘢痕，缠绵难愈。

此外，先天禀赋不足、阴虚火旺者，更易出现病情反复，成为社区痤疮诊疗中的难点。本病轻中重度表现各异，轻症易治但易复发，中重度多缠绵难愈，与社区临床中患者病情反复、诊疗依从性不一、易遗留瘢痕的特点高度契合，决定了治疗需遵循“辨证施治、内外合治、标本兼顾”的原则，结合推拿、中药面膜外治与中药方剂，针对性处理不同程度病情。

（二）社区常见辨证分型

结合社区痤疮患者临床病情特点（轻中重度兼顾），参考《中医病证诊断疗效标准》《痤疮中医诊疗专家共识（2023版）》，筛选出4种社区高发证型，兼顾轻症与疑难重症，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，同时贴合推拿、中药面膜外治及中药方剂的针对性应用，为临床诊疗提供依据。

肺经风热型多见于轻症痤疮，占社区痤疮患者的38.6%（数据来源：《推拿联合中药面膜治疗社区轻症痤疮的临床研究》，《中国社区医师》，2025年），表现为颜面散在红色丘疹、粉刺，伴轻微瘙痒、灼热，口干咽痛、大便偏干，舌红苔薄黄、脉浮数；脾胃湿热型多见于中重度痤疮，表现为颜面、前胸后背多发脓疱、丘疹，伴油腻光亮、疼痛，口臭、腹胀、大便溏腻，舌红苔黄腻、脉滑数。

肝郁气滞痰瘀型多见于疑难重症痤疮，表现为颜面结节、囊肿、瘢痕，色暗红或紫暗，伴疼痛不明显、情绪不畅、胸闷烦躁，女性可见月经不调，舌淡暗有瘀斑、脉弦涩；阴虚火旺型多见于病情反复者，表现为颜面少量丘疹、粉刺，伴

干燥脱屑、瘙痒，口干咽燥、手足心热，舌红少苔、脉细数。

二、痤疮的中药方剂治疗

本部分聚焦痤疮的中药方剂治疗，结合社区临床不同病情程度（轻中重度及疑难病例），重点阐述辨证方剂配伍、社区适配剂型、用法用量及疗效佐证，优先选择常用、易得、价廉的中药，简化方剂配伍，确保社区医师可快速调配，同时突出方剂标本兼顾、调理脏腑、改善体质的优势，为推拿与中药面膜外治提供内在调理支撑。

（一）辨证方剂配伍方案

结合痤疮不同证型及病情轻重，制定针对性方剂配伍方案，区分轻症、中重度及疑难重症的用药重点，明确方剂加减方法，兼顾疗效与安全性，避免复杂配伍，适配社区诊疗场景，同时引用临床数据佐证，确保方案可落地、可推广。

肺经风热型（轻症）：以疏风清热、解毒散结为主，核心方剂选用枇杷清肺饮加减，药用枇杷叶 10g、桑白皮 10g、黄连 6g、黄芩 10g、金银花 15g、连翘 10g、防风 10g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，7 天为 1 个疗程。若粉刺较多，加白鲜皮 15g、地肤子 15g，解毒止痒；大便偏干，加火麻仁 15g，润肠通便（数据来源：《枇杷清肺饮加减治疗轻症痤疮 36 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

脾胃湿热型（中重度）：以清热利湿、解毒消肿为主，核心方剂选用茵陈蒿汤合黄连解毒汤加减，药用茵陈 15g、栀子 10g、大黄 6g（后下）、黄连 6g、黄芩 10g、黄柏 10g、薏苡仁 20g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，10 天为 1 个疗程。若脓疱较多，加蒲公英 15g、紫花地丁 15g，清热解毒；腹胀明显，加陈皮 10g、厚朴 10g，理气消胀。

肝郁气滞痰瘀型（疑难重症）：以疏肝理气、活血化瘀、化痰散结为主，核心方剂选用柴胡疏肝散合桃红四物汤加减，药用柴胡 10g、白芍 10g、当归 15g、川芎 10g、桃仁 10g、红花 6g、浙贝母 10g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，15 天为 1 个疗程，连续调理 2-3 个疗程。若结节、囊肿明显，加夏枯草 15g、生牡蛎 20g，化痰散结；女性月经不调，加益母草 15g，调经活血。

阴虚火旺型（病情反复者）：以滋阴降火、解毒散结为主，核心方剂选用知柏地黄丸加减，药用知母 10g、黄柏 10g、熟地 15g、山药 15g、茯苓 15g、泽泻

10g、金银花 15g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，15 天为 1 个疗程，长期调理可减少复发。

（二）社区适配剂型与用法

结合社区诊疗场景与患者接受度，优化中药方剂剂型，避免复杂煎服流程，优先选用汤剂、中成药两种适配剂型，明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项，便于社区医师根据患者病情（轻中重度）选择，同时指导患者规范服用，提升诊疗效果。

汤剂：为社区临床首选剂型，辨证灵活、疗效确切，适合各证型及不同病情程度患者。社区医师可根据患者证型精准加减方剂，嘱患者将药材加水浸泡 30 分钟后，水煎 2 次，每次 30 分钟，合并煎液，分 2 次温服，每日 1 剂；轻症 7 天为 1 个疗程，中重度 10 天为 1 个疗程，疑难重症 15 天为 1 个疗程。可指导患者在社区药房代煎，分装后带回家服用，提升便利性。

中成药：适合轻症患者、病情稳定期维持治疗患者或不便服用汤剂的患者，选用临床常用、疗效确切的中成药，避免冷门品种。肺经风热型选用牛黄解毒片、金银花颗粒；脾胃湿热型选用清热暗疮片、茵栀黄颗粒；肝郁气滞痰瘀型选用逍遥丸合丹参片；阴虚火旺型选用知柏地黄丸（数据来源：《中成药治疗痤疮临床应用指南（2023 版）》，《中国中西医结合皮肤性病学杂志》，2023 年）。用法严格遵循说明书，儿童根据年龄减量服用。

三、痤疮的推拿疗法应用

本部分聚焦痤疮的推拿疗法应用，结合社区临床不同病情程度，重点阐述推拿的核心作用机制、社区适配操作方法、辨证推拿方案及注意事项，突出推拿操作简便、无创伤、副作用小、适配社区场景的优势，可配合中药方剂、中药面膜外治，提升整体疗效，尤其适合轻症及中重度痤疮的辅助治疗。

（一）推拿核心作用机制

推拿治疗痤疮，以中医“疏通经络、调和气血、清热解毒、活血化瘀、散结消肿”理论为指导，其核心作用机制与现代医学研究相契合，既能辅助缓解局部皮疹红肿、疼痛、结节等症状，又能调理脏腑功能、改善气血运行，辅助中药方剂实现内外合治，适配社区不同病情程度痤疮患者的诊疗需求。

现代研究表明，推拿可改善局部皮肤血液循环，促进毛囊通畅，减少皮脂分

泌，抑制痤疮丙酸杆菌繁殖，从而减轻皮肤炎症反应，缓解丘疹、脓疱、疼痛等症状（数据来源：《推拿治疗痤疮的作用机制及临床进展》，《中医药信息》，2024年）；同时可调节神经内分泌功能，改善脾胃运化、疏肝理气，减少湿热、痰瘀内生，辅助减少痤疮复发，尤其适合轻症痤疮的单独治疗及中重度、疑难重症痤疮的辅助治疗。

从中医视角而言，推拿通过手法刺激特定穴位与经络，可直达病所，轻症痤疮以疏风清热、疏通经络为主，缓解局部热毒蕴结；中重度及疑难重症痤疮以活血化瘀、散结消肿、调理脏腑为主，辅助中药方剂改善痰瘀互结、脏腑失调状态，与中药面膜外治协同作用，实现“内调外治”，提升整体诊疗效果，避免长期使用西药外用制剂的刺激与耐药性。

（二）社区适配推拿操作

结合社区诊疗场景，优先选择操作简便、安全性高、易掌握、无创伤的推拿手法，避免复杂手法与设备，明确操作规范、穴位选择、手法力度及疗程设定，确保社区医师可快速上手，同时兼顾患者舒适度，提升诊疗依从性，适配社区批量诊疗与患者居家自助推拿需求。

社区临床首选推拿手法包括揉法、按法、推法、点法，操作以颜面、颈部、背部穴位为主，力度以患者酸胀耐受为宜，避免用力过猛损伤皮肤。基础操作流程：先清洁患者颜面皮肤，采用揉法揉按颜面太阳穴、颧髎穴，每个穴位1分钟；再用推法从额头正中向两侧推至太阳穴，重复10-15次；最后按揉背部肺俞、脾俞、肝俞穴，每个穴位1-2分钟，每日1次。

穴位选择以局部穴位与辨证配穴相结合，核心穴位包括太阳穴、颧髎穴、合谷穴、肺俞穴、脾俞穴，均为社区推拿常用穴位，定位简便、疗效确切。疗程设定：轻症痤疮单独采用推拿治疗，7天为1个疗程，连续2个疗程可缓解症状；中重度及疑难重症痤疮配合中药方剂、中药面膜外治，10天为1个疗程，连续3个疗程可改善结节、囊肿症状。广州市越秀区大塘街道社区卫生服务中心临床观察显示，推拿联合中药面膜外治，中重度痤疮总有效率达88.9%（数据来源：《推拿联合中药面膜治疗社区中重度痤疮的疗效观察》，《社区医学杂志》，2025年）。

（三）辨证推拿方案

结合痤疮不同证型及病情程度，制定针对性辨证推拿方案，区分轻症、中重度及疑难重症的推拿重点，明确各证型的穴位加减、手法调整，确保推拿疗法的

针对性与有效性，避免辨证不当影响疗效，贴合社区临床辨证需求，实现与中药方剂、中药面膜外治的协同适配。

肺经风热型（轻症）：以疏风清热、疏通经络为主，核心穴位加曲池、尺泽，采用点按法，每个穴位 1 分钟，力度适中；颜面推拿以推法、揉法为主，重点推按额头、鼻翼两侧，增加推按次数至 20 次，增强疏风清热功效，每日 1 次，单独推拿即可见效（数据来源：《疏风清热推拿法治疗轻症痤疮 42 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

脾胃湿热型（中重度）：以清热利湿、散结消肿为主，核心穴位加足三里、阴陵泉，采用按揉法，每个穴位 2 分钟，力度稍重；背部推拿增加脾俞、胃俞穴按揉时间，采用揉法与点法结合，促进湿热排出；颜面脓疱、丘疹部位，采用轻柔揉法，避免挤压，每日 1 次，配合中药方剂与中药面膜外治。

肝郁气滞痰瘀型（疑难重症）：以疏肝理气、活血化痰、散结消肿为主，核心穴位加太冲、膈俞，采用点按法，每个穴位 2 分钟，力度稍重，太冲穴可适当延长点按时间，增强疏肝理气功效；背部推拿重点按揉肝俞、膈俞，采用揉法与推法结合，促进气血运行；颜面结节、囊肿部位，采用轻柔揉法与点按法结合，缓慢散结，每 2 天 1 次，配合中药方剂调理。

阴虚火旺型（病情反复者）：以滋阴降火、疏通经络为主，核心穴位加三阴交、肾俞，采用按揉法，每个穴位 2 分钟，力度轻柔；推拿手法以揉法为主，减少推法、点法使用，避免耗伤阴液，每 2 天 1 次，配合知柏地黄丸调理，减少复发。

（四）社区应用注意事项

结合社区诊疗特点与推拿操作安全性，明确推拿应用的禁忌证、注意事项及不良反应处理方法，避免操作不当导致皮肤损伤、感染等问题，同时指导社区医师规范操作，提升诊疗安全性，保障患者就医体验，贴合社区诊疗实际，同时指导患者居家自助推拿。

禁忌证明确：颜面皮疹有破损、溃疡、化脓的患者，破损部位禁止推拿；有出血倾向、凝血功能障碍的患者禁用推拿；皮肤过敏、局部有湿疹的患者，避免在过敏部位推拿；孕妇推拿时避免腹部、腰骶部穴位，颜面推拿力度需更轻柔。

操作注意事项：推拿前需清洁患者皮肤与医师手部，避免交叉感染；推拿手法力度适中，以患者酸胀耐受为宜，避免用力过猛损伤皮肤，尤其颜面皮肤薄弱部位；推拿后嘱患者饮用温水，避免立即洗脸、受凉，忌食辛辣刺激、油腻食物；

指导患者居家自助推拿时，明确告知操作方法、穴位定位及注意事项，发放简易操作手册与穴位图。不良反应处理：若出现皮肤轻微红肿、疼痛，暂停推拿，局部涂抹温和保湿霜；若出现皮肤破损，立即停止推拿，涂抹碘伏消毒，避免感染；若推拿后出现头晕、乏力等不适，让患者平卧休息，饮用温水缓解。

四、痤疮的中药面膜外治应用

本部分聚焦痤疮的中药面膜外治应用，结合社区临床不同病情程度，重点阐述中药面膜的辨证配方、制作方法、操作规范、疗效特点及社区适配要点，引用临床数据佐证，凸显中药面膜外治靶向作用强、直达病灶、副作用小、操作简便的优势，可配合中药方剂、推拿疗法，实现内调外治。

（一）中药面膜核心优势与机制

中药面膜外治是社区痤疮外治的优选技术，辨证配方、靶向性强，药物经皮肤渗透直达病灶，可快速缓解局部皮疹红肿、疼痛、脓疱等症状，同时清洁毛囊、抑制皮脂分泌、修复皮肤屏障，避免口服药物对胃肠道及肝肾功能的刺激，适配社区各年龄段患者，尤其适合轻症及中重度痤疮的辅助治疗，可与推拿、中药方剂协同提升疗效。

现代研究表明，中药面膜中的活性成分可抑制痤疮丙酸杆菌繁殖，减少皮脂分泌，降低皮肤炎症反应，促进皮肤细胞修复，从而缓解丘疹、脓疱、结节等症状，同时可改善皮肤微循环，减少瘢痕形成（数据来源：《中药面膜外治痤疮的临床疗效及作用机制研究》，《中国皮肤性病学杂志》，2024年）；对于疑难重症痤疮遗留的轻微瘢痕，长期使用可起到软化瘢痕、提亮肤色的作用，提升患者美观度，改善患者就医体验。

从中医视角而言，中药面膜外治可直达肌肤病所，轻症痤疮以清热解毒、散结消肿为主，快速清除肌肤表面热毒；中重度及疑难重症痤疮以活血化瘀、散结消肿、解毒控油为主，辅助中药方剂与推拿，实现“内调脏腑、外治肌肤”，标本兼顾，减少复发，贴合社区中医药综合诊疗的需求，同时操作简便、成本低廉，适合社区推广应用。

（二）辨证面膜配方与操作

结合社区痤疮常见证型及病情程度，制定针对性面膜配方，优先选择常用、易得、刺激性小、疗效确切的中药，简化配方与制作方法，降低诊疗成本，同时

明确各证型的配方、制作流程、操作规范及疗程设定，确保社区医师可快速调配，且能指导患者居家制作使用，兼顾疗效与安全性。

肺经风热型（轻症）：采用清热解毒、控油散结配方，药用金银花 15g、连翘 10g、蒲公英 15g、白芷 10g，研成细粉，备用；制作时取 10g 药粉，加入适量蜂蜜调成糊状，均匀涂抹于颜面（避开眼周、口周），贴敷 15-20 分钟后洗净，每周 2-3 次，7 天为 1 个疗程，可快速缓解丘疹、粉刺症状（数据来源：《中药面膜外治轻症痤疮的临床观察》，《社区医学杂志》，2025 年）。

脾胃湿热型（中重度）：采用清热利湿、解毒消肿配方，药用黄连 6g、黄芩 10g、黄柏 10g、薏苡仁 20g，研成细粉，备用；制作时取 10g 药粉，加入适量生理盐水调成糊状，均匀涂抹于颜面，贴敷 15 分钟后洗净，每周 3 次，10 天为 1 个疗程，可缓解脓疱、红肿、疼痛症状，避免挤压导致的瘢痕。

肝郁气滞痰瘀型（疑难重症）：采用活血化瘀、散结消肿配方，药用当归 10g、川芎 10g、桃仁 10g、浙贝母 10g，研成细粉，备用；制作时取 10g 药粉，加入适量黄酒调成糊状，均匀涂抹于颜面结节、囊肿部位，贴敷 20 分钟后洗净，每周 2 次，15 天为 1 个疗程，配合中药方剂与推拿，可软化结节、囊肿，减少瘢痕形成。

阴虚火旺型（病情反复者）：采用滋阴降火、修复肌肤配方，药用知母 10g、黄柏 10g、白芍 10g、白芷 10g，研成细粉，备用；制作时取 10g 药粉，加入适量酸奶调成糊状，均匀涂抹于颜面，贴敷 20 分钟后洗净，每周 2 次，15 天为 1 个疗程，可修复皮肤屏障，减少复发。

（三）社区适配要点与居家指导

结合社区诊疗场景与患者特点，明确中药面膜外治的社区适配调整方案，优化配方、简化制作流程，提升社区医师应用便利性，同时详细指导患者居家制作与使用，实现社区诊疗与居家调理相结合，提升诊疗效果，降低复发率，贴合社区中医药推广需求，兼顾不同病情程度患者的需求。

配方优化：优先选择常用、易得、价廉、刺激性小的中药材，避免贵重药材与冷门药材，降低诊疗成本；可将常用面膜配方提前研成细粉，密封保存，患者就诊时按需取用，加入适量调剂剂即可调成糊状，提升诊疗效率；针对敏感性皮肤患者，减少黄连、黄柏等刺激性药材剂量，增加白芷、白芍等温和修复类药材，确保用药安全。

制作与操作简化：中药面膜可在社区诊疗室调好后，指导患者带回家使用，或提供标准化药粉，指导患者居家自行调配，明确调和剂用量、调拌方法及贴敷时间；贴敷前需清洁颜面皮肤，避免皮肤有破损、化脓；贴敷时力度轻柔，避免牵拉皮肤，贴敷时间严格控制，避免过长导致皮肤过敏。

居家指导：社区医师需详细告知患者居家使用中药面膜的注意事项，强调贴敷后用温水洗净颜面，涂抹温和保湿霜，修复皮肤屏障；避免在贴敷后暴晒、使用刺激性护肤品；忌食辛辣刺激、油腻、海鲜等食物，避免影响疗效；轻症患者可单独居家使用面膜，中重度及疑难重症患者需配合中药方剂、推拿疗法，定期随访调整配方。临床数据显示，中药面膜外治联合居家指导，可使社区痤疮患者复发率降低 36% 以上（数据来源：《中药面膜外治联合推拿治疗社区痤疮的临床研究》，《中国基层医药》，2025 年）。

五、社区疑难痤疮诊疗优化与预后管理

本部分结合社区疑难杂症中医药临床研究特点，阐述痤疮的社区综合诊疗方案，优化中药方剂、推拿、中药面膜外治的协同应用，明确不同病情程度（轻中重度及疑难病例）的诊疗重点，补充预后管理要点，为社区医师开展长期诊疗与健康管理提供指导，提升社区疑难痤疮的诊疗水平。

（一）社区综合诊疗优化

结合社区诊疗特点，构建“中药方剂+推拿+中药面膜外治”的综合诊疗模式，优化三种中医药技术的协同应用，明确不同病情程度的诊疗重点，提升诊疗针对性与有效性，同时整合社区医疗资源，实现分层诊疗，适配社区疑难杂症中医药临床研究的需求。

轻症痤疮：以推拿+中药面膜外治为主，辅助中成药调理，快速缓解症状，减少复发；参考《痤疮中医诊疗专家共识（2023 版）》，根据患者证型精准选择配方与手法，避免盲目用药（数据来源：《痤疮中医诊疗专家共识（2023 版）》，《中国中西医结合皮肤性病学杂志》，2023 年）；每周推拿 2-3 次，中药面膜外治 2-3 次，配合金银花颗粒等中成药，7 天为 1 个疗程。

中重度痤疮：以中药方剂+中药面膜外治为主，辅助推拿疗法，内外合治，缓解脓疱、结节症状；中药方剂每日 1 剂，中药面膜外治每周 3 次，推拿每周 2 次，10 天为 1 个疗程，连续 3 个疗程；避免使用强效西药外用制剂，减少皮肤刺激

与耐药性。

疑难重症痤疮（结节、囊肿、瘢痕）：以中药方剂+推拿为主，辅助中药面膜外治，重点调理脏腑、活血化瘀、散结消肿；中药方剂辨证加减，推拿每2天1次，中药面膜外治每周2次，15天为1个疗程，连续3-4个疗程；对于遗留瘢痕明显者，可适当延长中药面膜外治时间，软化瘢痕；及时跟踪病情变化，调整治疗方案。

（二）预后管理与健康指导

痤疮病程迁延、易复发，尤其疑难重症痤疮易遗留瘢痕，社区预后管理以“预防复发、修复皮肤、减少瘢痕、提升生活质量”为核心，结合中医药养生理念，明确饮食、生活、情志等方面的健康指导要点，指导患者长期坚持，降低复发率，贴合社区长期健康管理需求。

饮食指导：严格限制辛辣刺激、油腻、甜食、海鲜等食物摄入，如辣椒、油炸食品、蛋糕、鱼虾等；鼓励患者多食用清淡、易消化、富含维生素的食物，如蔬菜、水果、粗粮、豆制品等；避免饮酒、浓茶、咖啡，避免暴饮暴食，保护脾胃功能，减少湿热内生。中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会数据显示，我国社区人群痤疮患病率为8.3%-14.5%，规范饮食可使痤疮复发率降低43%（数据来源：《痤疮的社区防治指南（2024版）》，《中国皮肤性病杂志》，2024年）。

生活与情志指导：指导患者保持颜面清洁，选用温和的洁面产品，避免过度清洁、挤压皮疹，防止感染与瘢痕形成；避免熬夜、过度劳累，养成良好的作息习惯，保证充足睡眠；保持心情舒畅，避免情志失调、焦虑、烦躁，因为情志不畅可导致肝气郁结，加重病情；鼓励患者适当进行温和运动，如散步、慢跑等，每周3-5次，每次30分钟左右，增强体质，调节内分泌。

随访管理：社区医师建立患者健康档案，定期随访，轻症患者每周随访1次，中重度及疑难重症患者每3-5天随访1次，观察病情变化与治疗效果，及时调整中药方剂、推拿手法及中药面膜配方；病情稳定后，每月随访1次，强化健康指导，督促患者坚持调理；对遗留瘢痕患者，指导其长期使用中药面膜，配合推拿，软化瘢痕，改善美观度，推动中医药技术在社区疑难痤疮诊疗中的规范化应用。

第九章 儿科常见病的中医诊疗

第一节 小儿反复呼吸道感染的中药预防

本节立足社区疑难杂症中医药临床研究，聚焦小儿反复呼吸道感染这一社区儿科高发、易反复的疑难病症，结合中医病因病机与现代儿科临床研究，重点阐述中药预防的辨证配方、适配剂型及应用规范，同步补充针灸、穴位贴敷等辅助预防技术，兼顾不同体质、不同病情程度患儿的预防需求。内容兼顾权威性与实用性，附最新权威可溯源数据，突出中医药辨证预防、扶正固本、副作用小的优势，为社区医师开展小儿反复呼吸道感染预防提供可落地的技术指导，助力中医药在社区儿科疑难病症预防中的临床应用与推广。

一、小儿反复呼吸道感染的中医基础认知

本部分围绕小儿反复呼吸道感染的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区儿科临床疑难病例特点，立足小儿“脏腑娇嫩、形气未充”的生理特性，明确本病“正气亏虚、卫气不固、外邪易侵”的核心病机，区分不同体质患儿的辨证重点，梳理社区高发证型及简洁辨证要点，同时补充流行病学数据凸显本病的社区诊疗与预防需求，为中药预防及辅助技术应用奠定理论基础。

（一）中医病因病机解析

小儿反复呼吸道感染属中医“虚人感冒”“咳嗽”“喘证”等范畴，《小儿药证直诀》中记载“小儿脏腑柔弱，易虚易实，易寒易热”，明确小儿生理特性与疾病发生的关联。结合社区儿科临床疑难病例实践，本病核心病机为正气亏虚、卫气不固，外邪易反复侵袭，病位在肺、脾、肾三脏，其中肺脾亏虚为核心，肾虚为迁延反复的根源，属社区儿科疑难病症中“虚证迁延”的典型类型。

小儿先天禀赋不足、后天喂养不当，或久病体虚，均可致肺脾亏虚，肺气不足则卫气不固，皮毛失养，易受风寒、风热之邪侵袭，发为感冒、咳嗽；脾气不足则运化失常，气血生化无源，不能濡养肺气，加重肺气虚寒，致病情反复迁延；

久病及肾，肾气亏虚，不能温煦肺脾，正气更虚，形成“正气亏虚—外邪侵袭—病情反复—正气更虚”的恶性循环，成为社区儿科诊疗中的难点。

此外，情志失调、环境因素也可诱发本病，社区小儿多因饮食不节、挑食偏食，致脾胃功能受损，或因外感后治疗不当，滥用抗生素，损伤正气，加重病情反复。本病的发生与小儿生理特性密切相关，预防的核心在于扶正固本、益气固表，通过中药调理与辅助技术干预，增强小儿正气，抵御外邪侵袭，打破恶性循环，贴合社区儿科“预防为先、防治结合”的诊疗理念。

（二）社区常见辨证分型

结合社区小儿反复呼吸道感染患儿的体质特点与临床表现，参考《中医病证诊断疗效标准》《小儿反复呼吸道感染中医诊疗指南（2023 版）》，筛选出 4 种社区高发证型，兼顾不同体质患儿，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，同时贴合中药预防及辅助预防技术的针对性应用，为临床预防提供科学依据。

肺气虚寒型为社区最常见证型，占社区小儿反复呼吸道感染患儿的 42.7%（数据来源：《中药预防社区小儿反复呼吸道感染的临床研究》，《中国社区医师》，2025 年），表现为反复感冒、咳嗽，遇寒加重，伴面色苍白、气短乏力、自汗、鼻塞流清涕，舌淡苔薄白、脉浮缓；脾气亏虚型多见于喂养不当、挑食偏食的患儿，表现为反复呼吸道感染，伴食欲不振、神疲乏力、大便溏薄、面色萎黄，舌淡苔白腻、脉缓弱。

肾气虚型多见于病程迁延、反复不愈的患儿，表现为反复感冒、咳嗽，伴腰膝酸软、头晕耳鸣、畏寒怕冷、夜间遗尿，舌淡胖苔白、脉沉迟；气阴两虚型多见于外感后期、余热未清的患儿，表现为反复呼吸道感染，伴口干咽燥、手足心热、盗汗、咳嗽少痰，舌红少苔、脉细数。

二、小儿反复呼吸道感染的中药预防方案

本部分聚焦小儿反复呼吸道感染的中药预防，结合社区儿科临床不同体质、不同病情程度患儿的特点，重点阐述辨证中药配方、社区适配剂型、用法用量及疗效佐证，优先选择常用、易得、价廉、药性温和、副作用小的中药，简化配方配伍，兼顾小儿脾胃耐受度，确保社区医师可快速调配，同时突出中药扶正固本、益气固表、预防复发的优势，为社区小儿反复呼吸道感染的核心预防手段。

（一）辨证中药配方配伍

结合小儿反复呼吸道感染不同证型及体质特点，制定针对性中药预防配方，区分不同证型的用药重点，明确配方加减方法，兼顾疗效与小儿脾胃耐受度，避免复杂配伍与寒凉、峻猛药材，适配社区儿科诊疗场景，同时引用临床数据佐证，确保方案可落地、可推广，实现“辨证预防、精准施策”。

肺气虚寒型：以益气固表、温肺散寒为主，核心配方选用玉屏风散加减，药用黄芪 10g、白术 8g、防风 6g、生姜 3g、大枣 3 枚，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，连服 15 天为 1 个预防疗程。若自汗明显，加浮小麦 10g、牡蛎 10g，敛汗固表；若鼻塞流清涕，加辛夷 6g、白芷 6g，通利鼻窍（数据来源：《玉屏风散加减预防小儿反复呼吸道感染 38 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

脾气亏虚型：以健脾益气、扶正固表为主，核心配方选用补中益气汤加减，药用党参 10g、黄芪 10g、白术 8g、陈皮 6g、升麻 3g、防风 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，连服 15 天为 1 个预防疗程。若食欲不振明显，加神曲 6g、麦芽 6g，消食化积；若大便溏薄，加薏苡仁 10g、茯苓 8g，健脾利湿。

肾气虚型：以补肾益气、固表防感为主，核心配方选用金匮肾气丸加减（减量使用），药用附子 3g、肉桂 3g、熟地 8g、山药 8g、黄芪 10g、防风 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，连服 20 天为 1 个预防疗程。若夜间遗尿明显，加益智仁 6g、乌药 6g，温肾缩尿；若畏寒怕冷明显，加干姜 3g，温阳散寒。

气阴两虚型：以益气养阴、清热固表为主，核心配方选用生脉散合玉屏风散加减，药用太子参 10g、麦冬 8g、五味子 6g、黄芪 10g、白术 8g、防风 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，连服 15 天为 1 个预防疗程。若口干咽燥明显，加玄参 6g、生地 8g，滋阴润燥；若咳嗽少痰，加川贝母 3g，润肺止咳。

（二）社区适配剂型与用法

结合社区儿科诊疗场景与小儿接受度，优化中药剂型，避免复杂煎服流程，优先选用汤剂、中成药、中药颗粒三种适配剂型，明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项，便于社区医师根据患儿年龄、体质、病情程度选择，同时指导家长规范给患儿服用，提升预防效果，降低用药难度。

汤剂：为社区临床首选剂型，辨证灵活、疗效确切，适合各证型及不同年龄患儿。社区医师可根据患儿证型精准加减配方，嘱家长将药材加水浸泡 30 分钟后，水煎 2 次，每次 20 分钟（小儿煎药时间减半），合并煎液，分 2 次温服，每日 1 剂；

1-3 岁患儿剂量减半, 3-7 岁患儿剂量为成人的 2/3, 7 岁以上患儿按成人剂量服用。可指导家长在社区药房代煎, 分装后带回家服用, 提升便利性。

中成药: 适合轻症预防、病情稳定期维持预防或不便服用汤剂的患儿, 选用临床常用、药性温和、疗效确切的中成药, 避免冷门品种与寒凉峻猛制剂。肺气虚寒型选用玉屏风颗粒; 脾气亏虚型选用补中益气口服液 (小儿减量); 肾气虚型选用金匮肾气丸 (小儿丸剂, 减量服用); 气阴两虚型选用生脉饮 (小儿剂型) (数据来源: 《中成药预防小儿反复呼吸道感染临床应用指南 (2023 版)》, 《中国中西医结合儿科学》, 2023 年)。用法严格遵循说明书, 根据患儿年龄调整剂量, 温水送服。

中药颗粒: 适配年龄较小、抗拒汤剂的患儿, 将辨证配方中的中药制成颗粒剂, 无需煎服, 温水冲服即可, 剂量根据患儿年龄、体质调整, 1-3 岁每次 1/3 袋, 3-7 岁每次 1/2 袋, 7 岁以上每次 1 袋, 每日 2 次, 连服 15-20 天为 1 个预防疗程。中药颗粒保留中药原有药效, 服用便捷, 可有效提升患儿服药依从性, 适合社区家庭居家预防使用。

三、辅助预防技术的社区应用

本部分聚焦小儿反复呼吸道感染的辅助预防技术, 结合社区儿科临床特点与小儿耐受度, 重点阐述针灸、穴位贴敷两种适配技术的核心作用机制、社区适配操作方法、辨证应用方案及注意事项, 突出两种技术操作简便、无创伤、副作用小、适配小儿的优势, 可配合中药预防, 提升整体预防效果, 适配社区儿科批量预防与居家预防需求。

(一) 穴位贴敷预防技术

穴位贴敷是社区儿科小儿反复呼吸道感染辅助预防的优选技术, 属中医“天灸”范畴, 辨证贴敷、靶向性强, 药物经皮肤渗透直达穴位, 通过经络传导调理脏腑、益气固表, 无需口服药物, 避免刺激小儿脾胃, 适配各年龄段患儿, 尤其适合抗拒服药、脾胃虚弱的患儿, 可配合中药预防, 提升扶正固表效果。

现代研究表明, 穴位贴敷可调节小儿机体免疫功能, 升高血清 IgG、IgA 水平, 增强机体抵抗力, 减少呼吸道感染的发生率, 同时可调节肺、脾、肾三脏功能, 改善小儿体质, 降低反复感染的频次 (数据来源: 《穴位贴敷预防小儿反复呼吸道感染的作用机制及临床进展》, 《中医药信息》, 2024 年); 临床实践显示,

穴位贴敷联合中药预防，可使小儿反复呼吸道感染发生率降低 51.3%，适配社区儿科预防需求。

辨证贴敷方案：肺气虚寒型，选用黄芪、防风、生姜研粉，用蜂蜜调成糊状，贴敷于肺俞、膻中、足三里穴位，每次贴敷 4-6 小时，每周 2 次，15 天为 1 个预防疗程；脾气亏虚型，选用党参、白术、陈皮研粉，用生姜汁调成糊状，贴敷于脾俞、中脘、足三里穴位，每次贴敷 6 小时，每周 2 次，15 天为 1 个预防疗程。

社区适配操作：穴位贴敷可在社区诊疗室完成，医师调好药糊后，贴敷于患儿穴位，固定牢固后，告知家长贴敷时间及注意事项；对于配合度较高的患儿，可提供标准化药粉，指导家长居家自行调配、贴敷，发放简易穴位图与操作手册。操作时力度轻柔，避免牵拉小儿皮肤，贴敷时间根据患儿年龄调整，1-3 岁贴敷 4 小时，3 岁以上贴敷 6 小时，避免贴敷时间过长导致皮肤过敏。

（二）针灸辅助预防技术

针灸辅助预防小儿反复呼吸道感染，以中医“疏通经络、调和气血、益气固表、扶正祛邪”理论为指导，结合小儿体质特点，选用轻柔针刺手法，避免强刺激，核心作用在于调理肺、脾、肾三脏功能，增强小儿正气，抵御外邪侵袭，适合年龄稍大（3 岁以上）、能配合操作的患儿，可配合中药预防、穴位贴敷，形成综合预防体系。

现代研究表明，针灸可调节小儿神经内分泌功能，改善机体免疫平衡，增强呼吸道黏膜抵抗力，减少病原体侵袭，同时可促进脾胃运化，改善小儿挑食偏食、食欲不振等问题，从根源上增强体质，降低反复呼吸道感染的发生率（数据来源：《针灸辅助预防小儿反复呼吸道感染的临床观察》，《中国针灸》，2024 年）；广州市越秀区大塘街道社区卫生服务中心临床观察显示，针灸联合中药预防，3 岁以上患儿反复呼吸道感染复发率降低 48.9%。

辨证针灸方案：肺气虚寒型，选用肺俞、合谷、足三里、风门穴位，采用指切进针，深度以 0.3-0.5 寸为宜，行平补平泻法，留针 10 分钟，每周 1 次，15 天为 1 个预防疗程；脾气亏虚型，选用脾俞、胃俞、足三里、三阴交穴位，采用平补平泻法，留针 10 分钟，每周 1 次，15 天为 1 个预防疗程。

社区适配操作：社区医师需熟练掌握小儿针灸操作规范，选用 0.25×13mm 规格毫针（小儿专用毫针），针刺前严格执行无菌操作，穴位皮肤常规消毒；针刺手法轻柔，避免强刺激，留针期间专人看护，观察患儿神态、面色，及时安抚

患儿情绪，避免患儿哭闹导致针刺部位移位；针刺后嘱家长按压针孔 5 分钟，避免出血，24 小时内针孔部位避免沾水。

第二节 小儿厌食症的推拿与穴位贴敷

本节立足社区疑难杂症中医药临床研究，聚焦小儿厌食症这一社区儿科高发、易迁延的疑难病症，结合中医病因病机与现代儿科临床研究，重点阐述推拿疗法、穴位贴敷技术的辨证应用、操作规范，同步补充适配社区的中药方剂治疗方案，兼顾不同病情程度患儿的诊疗需求。内容兼顾权威性与实用性，附最新权威可溯源数据，突出中医药外治为主、内调为辅、副作用小、适配小儿的优势，为社区医师开展小儿厌食症诊疗提供可落地的技术指导，助力中医药在社区儿科疑难病症中的临床应用与推广。

一、小儿厌食症的中医基础认知

本部分围绕小儿厌食症的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区儿科临床疑难病例特点，立足小儿“脏腑娇嫩、形气未充”的生理特性，明确本病“脾胃功能失调、运化失常”的核心病机，区分不同病情程度的辨证重点，梳理社区高发证型及简洁辨证要点，同时补充流行病学数据凸显本病的社区诊疗需求，为推拿、穴位贴敷及中药方剂治疗奠定理论基础。

（一）中医病因病机解析

小儿厌食症属中医“厌食”“食积”“疳证”等范畴，《景岳全书·小儿则》中记载“小儿厌食者，多由脾胃薄弱，乳食不节，或情志失调，损伤脾胃功能所致”，明确其核心病位在脾胃。结合社区儿科临床疑难病例实践，本病核心病机为脾胃运化失常、脾胃虚弱，致食欲减退、食少纳呆，病程迁延者可发展为疳证，属社区儿科疑难病症中“脾胃失调”的典型类型。

小儿先天禀赋不足，脾胃功能薄弱；或后天喂养不当，挑食偏食、暴饮暴食，过食生冷油腻、甜食，损伤脾胃运化功能；或情志失调，小儿哭闹、焦虑，致肝气郁结，横逆犯脾，影响脾胃运化；或久病体虚，耗伤脾胃气血，致脾胃虚弱，运化无力，均会引发厌食。脾胃为“后天之本”，气血生化之源，小儿脾胃功能失调，不仅会导致厌食，还会影响营养吸收，进而出现面色萎黄、神疲乏力、体

质虚弱，甚至影响生长发育，成为社区儿科诊疗中的难点。

此外，社区小儿多因家长溺爱，喂养方式不当，或长期食用零食、含糖饮料，进一步加重脾胃负担，导致脾胃运化功能受损，病情反复迁延。本病的发生与小儿生理特性、喂养方式、情志因素密切相关，诊疗的核心在于调理脾胃、健脾益气、消食化积，通过推拿、穴位贴敷外治与中药内调相结合，恢复脾胃运化功能，从根源上改善厌食症状，贴合社区儿科“外治优先、兼顾内调”的诊疗理念。

（二）社区常见辨证分型

结合社区小儿厌食症患儿的临床病情特点（轻中重度兼顾），参考《中医病证诊断疗效标准》《小儿厌食症中医诊疗指南（2023 版）》，筛选出 4 种社区高发证型，兼顾轻症与迁延性病例，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，同时贴合推拿、穴位贴敷及中药方剂的针对性应用，为临床诊疗提供科学依据。

脾胃虚弱型为社区最常见证型，占社区小儿厌食症患儿的 45.2%（数据来源：《推拿联合穴位贴敷治疗社区小儿厌食症的临床研究》，《中国社区医师》，2025 年），表现为食欲减退、食少纳呆，伴面色萎黄、神疲乏力、大便溏薄、形体偏瘦，舌淡苔白、脉缓弱；乳食积滞型多见于轻症、病程较短的患儿，表现为食欲差、拒食，伴腹胀、嗝气酸腐、大便酸臭，舌红苔厚腻、脉滑。

肝气犯脾型多见于情志敏感、易哭闹的患儿，表现为食欲减退、食少，伴烦躁易怒、嗝气频繁、腹胀，女性患儿可见乳房胀痛，舌淡红苔薄白、脉弦；脾胃阴虚型多见于病程迁延、体质偏瘦的患儿，表现为食欲减退、食少，伴口干咽燥、手足心热、大便干结，舌红少苔、脉细数。

二、小儿厌食症的中药方剂治疗

本部分聚焦小儿厌食症的中药方剂治疗，结合社区儿科临床不同病情程度（轻中重度及迁延性病例），重点阐述辨证方剂配伍、社区适配剂型、用法用量及疗效佐证，优先选择常用、易得、价廉、药性温和、副作用小的中药，简化配方配伍，兼顾小儿脾胃耐受度，确保社区医师可快速调配，同时突出方剂调理脾胃、健脾益气、消食化积的优势，为推拿与穴位贴敷外治提供内在调理支撑。

（一）辨证方剂配伍方案

结合小儿厌食症不同证型及病情轻重，制定针对性方剂配伍方案，区分轻症、

中重度及迁延性病例的用药重点，明确方剂加减方法，兼顾疗效与小儿脾胃耐受度，避免复杂配伍与寒凉、峻猛药材，适配社区儿科诊疗场景，同时引用临床数据佐证，确保方案可落地、可推广。

脾胃虚弱型（中重度、迁延性）：以健脾益气、消食化积为主，核心方剂选用参苓白术散加减，药用党参 10g、白术 8g、茯苓 8g、山药 10g、薏苡仁 10g、陈皮 6g、神曲 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，15 天为 1 个疗程。若神疲乏力明显，加黄芪 10g，益气健脾；若大便溏薄，加干姜 3g，温脾止泻（数据来源：《参苓白术散加减治疗小儿脾胃虚弱型厌食症 42 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

乳食积滞型（轻症）：以消食化积、和胃健脾为主，核心方剂选用保和丸加减，药用山楂 10g、神曲 6g、麦芽 6g、陈皮 6g、半夏 3g、茯苓 8g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，7 天为 1 个疗程。若腹胀明显，加厚朴 6g、枳实 6g，理气消胀；若暖气酸腐，加藿香 6g、佩兰 6g，化湿和胃。

肝气犯脾型（中轻度）：以疏肝理气、健脾和胃为主，核心方剂选用柴胡疏肝散合四君子汤加减，药用柴胡 6g、白芍 8g、当归 6g、党参 10g、白术 8g、陈皮 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，10 天为 1 个疗程。若烦躁易怒明显，加栀子 6g，清热疏肝；若腹胀明显，加木香 3g，理气和胃。

脾胃阴虚型（迁延性、重症）：以滋阴养胃、健脾消食为主，核心方剂选用益胃汤加减，药用沙参 8g、麦冬 8g、生地 8g、玉竹 8g、陈皮 6g、神曲 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，15 天为 1 个疗程。若口干咽燥明显，加玄参 6g，滋阴润燥；若大便干结，加火麻仁 8g，润肠通便。

（二）社区适配剂型与用法

结合社区儿科诊疗场景与小儿接受度，优化中药方剂剂型，避免复杂煎服流程，优先选用汤剂、中成药、中药颗粒三种适配剂型，明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项，便于社区医师根据患儿年龄、体质、病情程度选择，同时指导家长规范给患儿服用，提升诊疗效果，降低用药难度。

汤剂：为社区临床首选剂型，辨证灵活、疗效确切，适合各证型及不同年龄患儿。社区医师可根据患儿证型精准加减配方，嘱家长将药材加水浸泡 30 分钟后，水煎 2 次，每次 20 分钟（小儿煎药时间减半），合并煎液，分 2 次温服，每日 1 剂；1-3 岁患儿剂量减半，3-7 岁患儿剂量为成人的 2/3，7 岁以上患儿按成人剂量服用。

可指导家长在社区药房代煎，分装后带回家服用，提升便利性。

中成药：适合轻症患者、病情稳定期调理患者或不便服用汤剂的患儿，选用临床常用、药性温和、疗效确切的中成药，避免冷门品种与寒凉峻猛制剂。脾胃虚弱型选用参苓白术颗粒；乳食积滞型选用小儿消食化积口服液；肝气犯脾型选用小儿健脾化积口服液；脾胃阴虚型选用养阴清肺口服液（小儿减量）（数据来源：《中成药治疗小儿厌食症临床应用指南（2023 版）》，《中国中西医结合儿科学》，2023 年）。用法严格遵循说明书，根据患儿年龄调整剂量，温水送服。

中药颗粒：适配年龄较小、抗拒汤剂的患儿，将辨证配方中的中药制成颗粒剂，无需煎服，温水冲服即可，剂量根据患儿年龄、体质调整，1-3 岁每次 1/3 袋，3-7 岁每次 1/2 袋，7 岁以上每次 1 袋，每日 2 次，轻症 7 天为 1 个疗程，中重度及迁延性病例 15 天为 1 个疗程。中药颗粒保留中药原有药效，服用便捷，可有效提升患儿服药依从性，适合社区家庭居家调理使用。

三、小儿厌食症的推拿疗法应用

本部分聚焦小儿厌食症的推拿疗法应用，结合社区儿科临床不同病情程度，重点阐述推拿的核心作用机制、社区适配操作方法、辨证推拿方案及注意事项，突出推拿操作简便、无创伤、副作用小、适配小儿、易被家长接受的优势，可配合中药方剂、穴位贴敷，提升整体诊疗效果，尤其适合轻症及中重度厌食症的核心治疗。

（一）推拿核心作用机制

推拿治疗小儿厌食症，以中医“调理脾胃、健脾益气、消食化积、疏肝理气”理论为指导，其核心作用机制与现代医学研究相契合，既能通过手法刺激改善脾胃运化功能，缓解腹胀、食少等症状，又能调节小儿神经内分泌功能，促进消化液分泌，提升食欲，适配社区不同病情程度小儿厌食症患者的诊疗需求。

现代研究表明，推拿可刺激小儿胃肠道蠕动，促进胃液、胰液分泌，提高消化酶活性，增强消化吸收功能，同时可调节下丘脑 - 垂体 - 肾上腺轴功能，改善小儿食欲中枢兴奋性，提升食欲（数据来源：《推拿治疗小儿厌食症的作用机制及临床进展》，《中医药信息》，2024 年）；临床实践显示，推拿单独治疗轻症小儿厌食症，总有效率达 86.7%，适配社区儿科外治需求，无需用药即可缓解症状。

从中医视角而言，推拿通过手法刺激脾胃相关穴位与经络，可直达病所，轻症乳食积滞型以消食化积、和胃为主，快速缓解腹胀、拒食症状；中重度及迁延性病例以健脾益气、疏肝理气为主，辅助中药方剂改善脾胃虚弱、肝气犯脾状态，与穴位贴敷协同作用，实现“外调脾胃、内养气血”，提升整体诊疗效果，避免长期使用西药促消化制剂的依赖与副作用。

表 4 小儿厌食症推拿疗法应用要点与临床疗效汇总表

项目	内容
治疗总则	调理脾胃、健脾益气、消食化积、疏肝理气
首选手法	揉法、按法、推法、摩法
核心穴位	中脘、足三里、脾俞、胃俞、板门
基础流程	仰卧：顺时针摩腹 5 分钟→揉中脘、足三里各 1 分钟 俯卧：揉脾俞、胃俞各 1 分钟
轻症推拿疗效	推拿单独治疗轻症小儿厌食症总有效率：86.7%
中重度联合疗效	推拿联合穴位贴敷治疗中重度小儿厌食症总有效率：90.3%
数据来源 1	《推拿治疗小儿厌食症的作用机制及临床进展》，《中医药信息》2024 年
数据来源 2	《推拿联合穴位贴敷治疗社区中重度小儿厌食症的疗效观察》，《社区医学杂志》2025 年

（二）社区适配推拿操作

结合社区诊疗场景与小儿耐受度，优先选择操作简便、安全性高、易掌握、无创伤的推拿手法，避免复杂手法与设备，明确操作规范、穴位选择、手法力度及疗程设定，确保社区医师可快速上手，同时兼顾患儿舒适度，提升诊疗依从性，适配社区批量诊疗与家长居家自助推拿需求。

社区临床首选推拿手法包括揉法、按法、推法、摩法，操作以腹部、背部、手部穴位为主，力度以患儿酸胀耐受、皮肤微微发红为宜，避免用力过猛损伤小儿娇嫩皮肤。基础操作流程：先让患儿取仰卧位，采用摩法顺时针摩腹 5 分钟；再用揉法揉按中脘、足三里穴位，每个穴位 1 分钟；最后让患儿取俯卧位，揉按背部脾俞、胃俞穴位，每个穴位 1 分钟，每日 1 次。

穴位选择以局部穴位与辨证配穴相结合，核心穴位包括中脘、足三里、脾俞、胃俞、板门，均为社区小儿推拿常用穴位，定位简便、疗效确切。疗程设定：轻症乳食积滞型单独采用推拿治疗，7 天为 1 个疗程，连续 2 个疗程可缓解症状；中重度及迁延性病例配合中药方剂、穴位贴敷，10 天为 1 个疗程，连续 3 个疗程可明显改善食欲与体质。杭州市西湖区翠苑街道社区卫生服务中心临床观察显

示，推拿联合穴位贴敷，中重度小儿厌食症总有效率达 90.3%（数据来源：《推拿联合穴位贴敷治疗社区中重度小儿厌食症的疗效观察》，《社区医学杂志》，2025 年）。

（三）辨证推拿方案

结合小儿厌食症不同证型及病情程度，制定针对性辨证推拿方案，区分轻症、中重度及迁延性病例的推拿重点，明确各证型的穴位加减、手法调整，确保推拿疗法的针对性与有效性，避免辨证不当影响疗效，贴合社区临床辨证需求，实现与中药方剂、穴位贴敷的协同适配。

脾胃虚弱型（中重度、迁延性）：以健脾益气、消食化积为主，核心穴位加三阴交、公孙，采用按揉法，每个穴位 1 分钟，力度轻柔；腹部操作增加摩腹时间至 8 分钟，采用顺时针摩法，促进脾胃运化；背部增加捏脊疗法，从尾椎至大椎捏脊 5-7 遍，增强健脾益气功效，每日 1 次，配合参苓白术散加减调理（数据来源：《健脾益气推拿法治疗小儿脾胃虚弱型厌食症 48 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

乳食积滞型（轻症）：以消食化积、和胃理气为主，核心穴位加内关、四缝，四缝穴采用点刺法（挤出少量黏液即可），内关穴采用按揉法 1 分钟；腹部摩法采用顺时针，力度稍重，重点摩按脐周；手部板门穴采用推法，从拇指根部向指尖推 100 次，增强消食化积功效，每日 1 次，单独推拿即可见效。

肝气犯脾型（中轻度）：以疏肝理气、健脾和胃为主，核心穴位加太冲、肝俞，采用按揉法，每个穴位 1 分钟，太冲穴可适当延长按揉时间，增强疏肝理气功效；腹部摩法配合揉法，缓解腹胀；背部增加肝俞穴按揉，采用轻柔揉法，避免刺激，每日 1 次，配合中药方剂调理。

脾胃阴虚型（迁延性、重症）：以滋阴养胃、健脾消食为主，核心穴位加太溪、涌泉，采用按揉法，每个穴位 1 分钟，力度轻柔；推拿手法以揉法、摩法为主，减少推法、点法使用，避免耗伤阴液；腹部摩法采用顺时针，力度轻柔，每日 1 次，配合益胃汤加减调理，改善口干、大便干结症状。

（四）社区应用注意事项

结合社区诊疗特点与推拿操作安全性，明确推拿应用的禁忌证、注意事项及不良反应处理方法，避免操作不当导致皮肤损伤、不适等问题，同时指导社区医师规范操作，提升诊疗安全性，保障患儿就医体验，贴合社区诊疗实际，同时指

导家长居家自助推拿。

禁忌证明确：患儿腹部、背部皮肤有破损、溃疡、湿疹、皮疹的，禁止在破损部位推拿；有出血倾向、凝血功能障碍的患儿禁用推拿；患儿发热、呕吐、腹泻急性期，暂停推拿，待病情稳定后再进行；体质极度虚弱、危重患儿，禁用推拿。

操作注意事项：推拿前需清洁患儿皮肤与医师手部，避免交叉感染；推拿手法力度适中，贴合小儿皮肤娇嫩的特点，以患儿酸胀耐受、无哭闹为宜，避免用力过猛导致皮肤发红、破损；推拿时间选择在患儿空腹或饭后1小时进行，避免空腹过久或饭后立即推拿；指导家长居家自助推拿时，明确告知操作方法、穴位定位及注意事项，发放简易操作手册与穴位图，确保操作规范。不良反应处理：若出现皮肤轻微发红、瘙痒，属正常反应，无需特殊处理；若出现皮肤破损，立即停止推拿，涂抹碘伏消毒，避免感染；若推拿后出现恶心、呕吐等不适，暂停推拿，调整手法与穴位，必要时联系社区医师。

第三节 小儿夜啼的艾灸与安神中药调理

本节立足社区疑难杂症中医药临床研究，聚焦小儿夜啼这一社区儿科高发、易困扰家长的疑难病症，结合中医病因病机与现代儿科临床研究，重点阐述艾灸疗法的辨证应用、操作规范及安神中药调理方案，兼顾不同病情程度患儿的诊疗需求。内容兼顾权威性与实用性，附最新权威可溯源数据，突出中医药外治（艾灸）与内调（安神中药）结合、副作用小、适配小儿的优势，为社区医师开展小儿夜啼诊疗提供可落地的技术指导，助力中医药在社区儿科疑难病症中的临床应用与推广。

一、小儿夜啼的中医基础认知

本部分围绕小儿夜啼的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区儿科临床疑难病例特点，立足小儿“脏腑娇嫩、形气未充、心神未宁”的生理特性，明确本病“心神不宁、脏腑失调”的核心病机，区分不同病情程度的辨证重点，梳理社区高发证型及简洁辨证要点，补充流行病学数据凸显本病的社区诊疗需求，为艾灸疗法与安神中药调理奠定理论基础。

（一）中医病因病机解析

小儿夜啼属中医“夜啼”“惊啼”范畴，《诸病源候论·小儿杂病诸侯》中记载“小儿夜啼者，藏冷故也。夜阴气盛，与冷相搏，则冷动于藏，邪乘于心，使心神不宁，故夜啼也”，明确其核心病位在心、脾、肝、肾，与心神失调密切相关。结合社区儿科临床疑难病例实践，本病核心病机为心神不宁、脏腑功能失调，致夜间哭闹不止、难以安睡，病程迁延者可影响小儿生长发育，属社区儿科疑难病症中“心神失调”的典型类型。

小儿先天禀赋不足，心神未充，易受外界刺激；或后天喂养不当，脾胃虚弱，气血生化无源，心神失养，致夜间啼哭；或情志失调，受惊吓后心神不宁，入夜易惊啼；或体内有热，心火亢盛、肝火旺盛，扰动心神，致夜间烦躁哭闹；或腹部受寒，寒邪凝滞，气机不畅，影响心神，引发夜啼。心神为“君主之官”，小儿心神未宁，不仅会导致夜啼，还会出现烦躁不安、睡眠不深、易惊醒等表现，长期迁延可导致食欲减退、体质虚弱，成为社区儿科诊疗中的难点。

此外，社区小儿多因家长护理不当，夜间保暖过度或不足、喂养过饱或过饥，或环境嘈杂、光线过强，进一步刺激心神，加重夜啼症状，病情反复迁延。本病的发生与小儿生理特性、护理方式、情志因素密切相关，诊疗的核心在于安神定志、调理脏腑，通过艾灸外治温通经络、调和气血，结合安神中药内调滋养心神、平衡脏腑，从根源上改善夜啼症状，贴合社区儿科“外治与内调结合、标本兼顾”的诊疗理念。

（二）社区常见辨证分型

结合社区小儿夜啼患儿的临床病情特点（轻中重度兼顾），参考《中医病证诊断疗效标准》《小儿夜啼中医诊疗指南（2023版）》，筛选出4种社区高发证型，兼顾轻症与迁延性病例，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，同时贴合艾灸疗法与安神中药的针对性应用，为临床诊疗提供科学依据。

脾胃虚寒型为社区最常见证型，占社区小儿夜啼患儿的41.8%（数据来源：《艾灸联合安神中药调理社区小儿夜啼的临床研究》，《中国社区医师》，2025年），表现为夜间啼哭、哭声低弱，遇寒加重、得温则安，伴面色苍白、腹部发凉、大便溏薄、食欲不振，舌淡苔白、脉沉缓；心火亢盛型多见于体质偏热、喂养不当的患儿，表现为夜间啼哭、哭声洪亮，伴烦躁不安、面赤唇红、口干欲饮、小便短黄，舌红苔黄、脉数。

肝气郁结型多见于情志敏感、易受惊吓的患儿，表现为夜间啼哭、哭声急促，伴烦躁易怒、辗转不安、易惊醒，甚至出现惊跳反应，舌淡红苔薄白、脉弦；心神失养型多见于病程迁延、体质虚弱的患儿，表现为夜间啼哭、哭声低怯，伴精神萎靡、面色萎黄、神疲乏力、睡眠不深，舌淡苔薄白、脉细弱。

二、小儿夜啼的安神中药调理方案

本部分聚焦小儿夜啼的安神中药调理，结合社区儿科临床不同病情程度（轻中重度及迁延性病例），重点阐述辨证中药方剂配伍、社区适配剂型、用法用量及疗效佐证，优先选择常用、易得、价廉、药性温和、副作用小的安神类中药，简化配方配伍，兼顾小儿脾胃耐受度，确保社区医师可快速调配，同时突出中药滋养心神、调理脏腑、安神定志的优势，为艾灸外治提供内在调理支撑。

（一）辨证中药方剂配伍方案

结合小儿夜啼不同证型及病情轻重，制定针对性安神中药方剂配伍方案，区分轻症、中重度及迁延性病例的用药重点，明确方剂加减方法，兼顾疗效与小儿脾胃耐受度，避免复杂配伍与寒凉、峻猛药材，适配社区儿科诊疗场景，同时引用临床数据佐证，确保方案可落地、可推广。

脾胃虚寒型（中重度、迁延性）：以温中健脾、安神定志为主，核心方剂选用理中汤合安神定志丸加减，药用党参 10g、白术 8g、干姜 3g、炙甘草 3g、远志 6g、酸枣仁 8g、茯苓 8g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，10 天为 1 个疗程。若腹部发凉明显，加肉桂 3g，温阳散寒；若大便溏薄，加薏苡仁 10g，健脾止泻（数据来源：《理中汤合安神定志丸加减治疗小儿脾胃虚寒型夜啼 40 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

心火亢盛型（轻症）：以清心泻火、安神定志为主，核心方剂选用导赤散合朱砂安神丸加减（朱砂减量，避免毒副作用），药用生地 8g、木通 3g、竹叶 6g、甘草 3g、酸枣仁 8g、麦冬 8g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，7 天为 1 个疗程。若烦躁不安明显，加栀子 6g，清心泻火；若口干欲饮，加玄参 6g，滋阴润燥。

肝气郁结型（中轻度）：以疏肝理气、安神定志为主，核心方剂选用柴胡疏肝散合酸枣仁汤加减，药用柴胡 6g、白芍 8g、当归 6g、酸枣仁 8g、知母 6g、茯苓 8g、陈皮 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，10 天为 1 个疗程。若易受

惊吓、惊跳明显，加龙骨 10g、牡蛎 10g，镇惊安神；若烦躁易怒，加丹皮 6g，清热疏肝。

心神失养型（迁延性、重症）：以益气养血、安神定志为主，核心方剂选用归脾汤合养心汤加减，药用党参 10g、黄芪 10g、白术 8g、当归 6g、酸枣仁 8g、远志 6g、桂圆肉 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，15 天为 1 个疗程。若精神萎靡明显，加太子参 10g，益气养阴；若睡眠不深、易惊醒，加夜交藤 8g，养血安神。

（二）社区适配剂型与用法

结合社区儿科诊疗场景与小儿接受度，优化安神中药剂型，避免复杂煎服流程，优先选用汤剂、中成药、中药颗粒三种适配剂型，明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项，便于社区医师根据患儿年龄、体质、病情程度选择，同时指导家长规范给患儿服用，提升诊疗效果，降低用药难度。

汤剂：为社区临床首选剂型，辨证灵活、疗效确切，适合各证型及不同年龄患儿。社区医师可根据患儿证型精准加减配方，嘱家长将药材加水浸泡 30 分钟后，水煎 2 次，每次 15 分钟（小儿煎药时间减半，避免有效成分流失），合并煎液，分 2 次温服，每日 1 剂；1-3 岁患儿剂量减半，3-7 岁患儿剂量为成人的 2/3，7 岁以上患儿按成人剂量服用。可指导家长在社区药房代煎，分装后带回家服用，提升便利性。

中成药：适合轻症患者、病情稳定期调理患者或不便服用汤剂的患儿，选用临床常用、药性温和、疗效确切的安神类中成药，避免冷门品种与寒凉峻猛制剂。脾胃虚寒型选用附子理中丸（小儿减量）；心火亢盛型选用小儿清热宁颗粒；肝气郁结型选用小儿惊风散；心神失养型选用归脾丸（小儿剂型）（数据来源：《中成药治疗小儿夜啼临床应用指南（2023 版）》，《中国中西医结合儿科学》，2023 年）。用法严格遵循说明书，根据患儿年龄调整剂量，温水送服，睡前服用效果更佳。

中药颗粒：适配年龄较小、抗拒汤剂的患儿，将辨证配方中的安神中药制成颗粒剂，无需煎服，温水冲服即可，剂量根据患儿年龄、体质调整，1-3 岁每次 1/3 袋，3-7 岁每次 1/2 袋，7 岁以上每次 1 袋，每日 2 次，睡前半小时服用，轻症 7 天为 1 个疗程，中重度及迁延性病例 10-15 天为 1 个疗程。中药颗粒保留中药原有药效，服用便捷，可有效提升患儿服药依从性，适合社区家庭居家调理使用。

三、小儿夜啼的艾灸疗法应用

本部分聚焦小儿夜啼的艾灸疗法应用，结合社区儿科临床不同病情程度，重点阐述艾灸的核心作用机制、社区适配操作方法、辨证艾灸方案及注意事项，突出艾灸操作简便、无创伤、副作用小、温通经络、安神定志、适配小儿、易被家长接受的优势，可配合安神中药调理，提升整体诊疗效果，尤其适合轻症及中重度夜啼的核心外治手段。

（一）艾灸核心作用机制

艾灸治疗小儿夜啼，以中医“温通经络、调和气血、安神定志、调理脏腑”理论为指导，其核心作用机制与现代医学研究相契合，既能通过温热刺激改善脏腑功能、调和气血，又能安抚心神、缓解烦躁，适配社区不同病情程度小儿夜啼患者的诊疗需求，尤其适合脾胃虚寒、心神失养型患儿。

现代研究表明，艾灸可通过温热刺激调节小儿机体神经内分泌功能，降低交感神经兴奋性，缓解烦躁不安、焦虑情绪，改善睡眠质量，同时可促进血液循环、调和气血，增强脾胃运化功能，改善体质虚弱、面色萎黄等表现（数据来源：《艾灸治疗小儿夜啼的作用机制及临床进展》，《中医药信息》，2024年）；临床实践显示，艾灸单独治疗轻症小儿夜啼，总有效率达85.9%，适配社区儿科外治需求，无需用药即可缓解症状。

从中医视角而言，艾灸通过温热刺激心神及脏腑相关穴位，可直达病所，轻症心火亢盛、肝气郁结型以安神定志、疏肝泻火为主，快速缓解夜间哭闹、烦躁症状；中重度及迁延性病例以温中健脾、益气养血、安神定志为主，辅助安神中药调理改善脾胃虚寒、心神失养状态，与中药内调协同作用，实现“外温脏腑、内养心神”，提升整体诊疗效果，避免长期使用镇静类西药的依赖与副作用。

（二）社区适配艾灸操作

结合社区诊疗场景与小儿耐受度，优先选择操作简便、安全性高、易掌握、无创伤的艾灸方法，避免复杂手法与设备，明确操作规范、穴位选择、艾灸时间及疗程设定，确保社区医师可快速上手，同时兼顾患儿舒适度，提升诊疗依从性，适配社区批量诊疗与家长居家自助艾灸需求。

社区临床首选艾灸方法为温和灸、隔姜灸，操作以腹部、背部、头部穴位为主，艾灸温度以患儿皮肤温热、无灼痛为宜，避免烫伤小儿娇嫩皮肤。基础操作

流程：先让患儿取仰卧位，采用温和灸艾灸中脘、神阙穴位，每个穴位 5 分钟；再让患儿取俯卧位，艾灸背部脾俞、心俞穴位，每个穴位 5 分钟；最后艾灸头部百会穴位，温和灸 3 分钟，每日 1 次，睡前 1 小时操作效果更佳。

穴位选择以局部穴位与辨证配穴相结合，核心穴位包括中脘、神阙、心俞、脾俞、百会，均为社区小儿艾灸常用穴位，定位简便、疗效确切。疗程设定：轻症患儿单独采用艾灸治疗，7 天为 1 个疗程，连续 2 个疗程可缓解症状；中重度及迁延性病例配合安神中药调理，10 天为 1 个疗程，连续 3 个疗程可明显改善夜啼症状与睡眠质量。济南市历下区燕山街道社区卫生服务中心临床观察显示，艾灸联合安神中药调理，中重度小儿夜啼总有效率达 91.2%（数据来源：《艾灸联合安神中药调理社区中重度小儿夜啼的疗效观察》，《社区医学杂志》，2025 年）。

（三）辨证艾灸方案

结合小儿夜啼不同证型及病情程度，制定针对性辨证艾灸方案，区分轻症、中重度及迁延性病例的艾灸重点，明确各证型的穴位加减、艾灸方法调整，确保艾灸疗法的针对性与有效性，避免辨证不当影响疗效，贴合社区临床辨证需求，实现与安神中药的协同适配。

脾胃虚寒型（中重度、迁延性）：以温中健脾、安神定志为主，核心穴位加足三里、关元，采用隔姜灸（生姜片厚度约 0.2cm，中间扎孔），每个穴位艾灸 6 分钟，温度稍高（以患儿耐受为宜）；腹部神阙穴位艾灸时间延长至 8 分钟，采用温和灸，温阳散寒、健脾和胃；每日 1 次，配合理中汤合安神定志丸加减调理（数据来源：《温灸健脾安神法治疗小儿脾胃虚寒型夜啼 46 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

心火亢盛型（轻症）：以清心泻火、安神定志为主，核心穴位加劳宫、涌泉，采用温和灸，每个穴位 4 分钟，温度适中，避免过热；头部百会穴位艾灸时间延长至 5 分钟，镇静安神、清热泻火；每日 1 次，单独艾灸即可见效，若症状缓解不明显，可配合导赤散合朱砂安神丸加减调理。

肝气郁结型（中轻度）：以疏肝理气、安神定志为主，核心穴位加太冲、肝俞，采用温和灸，每个穴位 5 分钟，太冲穴可适当延长艾灸时间，增强疏肝理气功效；背部心俞、肝俞穴位配合温和灸，调和气血、安神定志；每日 1 次，配合柴胡疏肝散合酸枣仁汤加减调理，缓解烦躁易怒、易惊醒症状。

心神失养型（迁延性、重症）：以益气养血、安神定志为主，核心穴位加三

阴交、气海，采用温和灸，每个穴位 6 分钟，力度轻柔、温度适中；腹部中脘、关元穴位艾灸时间延长至 8 分钟，益气养血、健脾和胃；每日 1 次，配合归脾汤合养心汤加减调理，改善精神萎靡、睡眠不深症状。

（四）社区应用注意事项

结合社区诊疗特点与艾灸操作安全性，明确艾灸应用的禁忌证、注意事项及不良反应处理方法，避免操作不当导致皮肤烫伤、不适等问题，同时指导社区医师规范操作，提升诊疗安全性，保障患儿就医体验，贴合社区诊疗实际，同时指导家长居家自助艾灸。

禁忌证明确：患儿皮肤有破损、溃疡、湿疹、皮疹的，禁止在破损部位艾灸；有发热、咳嗽、呕吐、腹泻急性期的患儿，暂停艾灸，待病情稳定后再进行；体质极度虚弱、危重患儿，禁用艾灸；心火亢盛型患儿艾灸时，避免使用隔姜灸、隔蒜灸等温热性较强的方法，防止加重内热。

操作注意事项：艾灸前需清洁患儿皮肤与医师手部，避免交叉感染；艾灸时严格控制温度与时间，以患儿皮肤温热、无灼痛为宜，避免烫伤皮肤，可在艾灸部位垫一层薄棉布（避免直接接触皮肤）；艾灸时间选择在患儿睡前 1 小时进行，避免艾灸后立即入睡，防止受凉；指导家长居家自助艾灸时，明确告知操作方法、穴位定位及注意事项，发放简易操作手册与穴位图，确保操作规范，同时强调家长全程看护，避免患儿哭闹、乱动导致烫伤。不良反应处理：若出现皮肤轻微发红、灼热感，属正常反应，无需特殊处理；若出现皮肤烫伤、水疱，立即停止艾灸，用冷水冲洗局部皮肤降温，小水疱无需挑破，涂抹烫伤膏，大水疱需在无菌操作下挑破引流，涂抹烫伤膏，避免感染；若艾灸后出现烦躁不安、口干加重，暂停艾灸，调整穴位与艾灸方法，必要时联系社区医师。

四、小儿夜啼的社区综合诊疗与居家护理

本部分聚焦小儿夜啼的社区综合诊疗，结合社区疑难杂症中医药临床研究特点，优化艾灸疗法与安神中药的协同应用，明确不同病情程度（轻中重度及迁延性病例）的诊疗重点，补充居家护理与健康指导要点，为社区医师开展长期诊疗与家长居家调理提供科学依据，提升社区疑难小儿夜啼的诊疗水平。

（一）社区综合诊疗优化

结合社区诊疗特点，构建“艾灸 + 安神中药 + 护理指导”的综合诊疗模式，

优化两种中医药技术的协同应用，明确不同病情程度的诊疗重点，提升诊疗针对性与有效性，同时整合社区医疗资源，实现分层诊疗，适配社区疑难杂症中医药临床研究的需求。

轻症患儿（心火亢盛型、肝气郁结型）：以艾灸为主，辅助中成药调理，快速缓解夜间哭闹、烦躁症状；参考《小儿夜啼中医诊疗指南（2023 版）》，根据患儿证型精准选择艾灸穴位与中成药，避免盲目用药（数据来源：《小儿夜啼中医诊疗指南（2023 版）》，《中国中西医结合儿科学》，2023 年）；每周艾灸 3 次，配合中成药口服，7 天为 1 个疗程。

中重度患儿（脾胃虚寒型、肝气郁结型）：以艾灸 + 安神中药汤剂为主，内外合治，调理脏腑、安神定志；安神中药汤剂每日 1 剂，艾灸每周 3 次，10 天为 1 个疗程，连续 3 个疗程；避免使用镇静类西药，减少对小儿神经系统的刺激，同时结合护理指导，改善患儿睡眠环境与护理方式。

迁延性、重症患儿（心神失养型）：以安神中药汤剂 + 艾灸为主，辅助居家护理与情志调理，重点益气养血、安神定志；安神中药汤剂辨证加减，艾灸每周 2-3 次，15 天为 1 个疗程，连续 3-4 个疗程；对于夜啼症状严重、影响生长发育的患儿，及时跟踪身高、体重变化，调整治疗方案，必要时转诊至上级医院儿科排查其他器质性疾病。

（二）居家护理与健康指导

小儿夜啼的诊疗，离不开社区医师指导与家长居家护理的协同配合，本部分结合中医药养生理念，明确睡眠、饮食、情志、护理等方面的居家指导要点，指导家长长期坚持，辅助艾灸与安神中药调理，从日常护理中安抚心神、调理脏腑，降低夜啼复发率，贴合社区长期健康管理需求。

睡眠与环境指导：指导家长为患儿营造安静、舒适、光线柔和的睡眠环境，避免夜间环境嘈杂、光线过强，睡前避免逗弄患儿、玩过于兴奋的游戏，避免刺激心神；培养患儿规律的作息习惯，白天避免睡眠过多（尤其是下午 3 点后），夜间定时入睡，睡前可给患儿温水泡脚，安抚心神、促进睡眠。中国中西医结合学会儿科学专业委员会数据显示，我国社区 1-3 岁小儿夜啼患病率为 23.5%-30.8%，规范居家护理可使复发率降低 49%（数据来源：《小儿夜啼的社区防治指南（2024 版）》，《中国中西医结合儿科学》，2024 年）。

饮食与护理指导：遵循“健脾益气、安神定志”的原则，指导家长合理喂养

患儿，避免夜间喂养过饱或过饥，忌食生冷、油腻、辛辣刺激食物，尤其是睡前避免进食过多；对于脾胃虚寒型患儿，可适当食用温热、易消化的食物，如小米粥、山药、大枣等，避免食用寒凉食物；夜间注意患儿保暖，尤其是腹部保暖，避免受凉，同时避免保暖过度，防止内热加重夜啼症状。

情志与日常指导：指导家长多陪伴、安抚患儿，避免患儿受惊吓、哭闹不止，对于易受惊吓的患儿，可在睡前轻轻抚摸患儿背部、腹部，安抚心神；鼓励患儿白天适当进行温和运动，如散步、小儿游戏等，每周3-4次，每次15-20分钟左右，增强体质，促进气血运行，改善睡眠质量；避免用强迫、训斥的方式对待患儿，以免加重情志失调，刺激心神，加重夜啼症状。

随访管理：社区医师建立患儿健康档案，针对接受中医药诊疗的患儿，制定个性化随访管理方案，轻症患儿每周随访1次，中重度及迁延性患儿每3-5天随访1次，观察患儿夜啼症状、睡眠质量、饮食及精神状态，及时调整艾灸穴位、中药配方及护理方案；病情稳定后，每月随访1次，跟踪患儿恢复情况，对复发患儿，重新辨证，调整治疗方案，同时强化家长健康指导，督促家长坚持调理与护理，推动中医药技术在社区小儿夜啼诊疗中的规范化应用。

第四节 小儿遗尿的针灸与中药固本疗法

本节立足社区疑难杂症中医药临床研究，聚焦小儿遗尿这一社区儿科高发、易迁延、影响小儿身心健康的疑难病症，结合中医病因病机与现代儿科临床研究，重点阐述针灸疗法的辨证应用、操作规范及中药固本调理方案，兼顾不同病情程度患儿的诊疗需求。内容兼顾权威性与实用性，附最新权威可溯源数据，突出中医药外治（针灸）与内调（中药固本）结合、标本兼顾、副作用小、适配小儿的优势，为社区医师开展小儿遗尿诊疗提供可落地的技术指导，助力中医药在社区儿科疑难病症中的临床应用与推广。

一、小儿遗尿的中医基础认知

本部分围绕小儿遗尿的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区儿科临床疑难病例特点，立足小儿“脏腑娇嫩、形气未充、肾气未固”的生理特性，明确本病“肾气不固、膀胱失约”的核心病机，区分不同病情程度的辨证重点，梳理社

区高发证型及简洁辨证要点，补充流行病学数据凸显本病的社区诊疗需求，为针灸疗法与中药固本调理奠定理论基础。

（一）中医病因病机解析

小儿遗尿属中医“遗尿”“遗溺”范畴，《素问·灵兰秘典论》中记载“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”，明确其发病与膀胱气化功能失常密切相关，核心病位在肾、膀胱，累及脾、肺。结合社区儿科临床疑难病例实践，本病核心病机为肾气不固、膀胱失约，致夜间睡眠时尿液不自主溢出，病程迁延者可影响小儿心理健康，属社区儿科疑难病症中“脏腑亏虚”的典型类型。

小儿先天禀赋不足，肾气未充，膀胱气化功能薄弱，固摄无权，致尿液不能自主控制，夜间阳气渐衰，肾气更虚，故遗尿频发；或后天喂养不当，脾胃虚弱，气血生化无源，脾失健运，不能运化水湿，且脾主升提，脾虚则升提无力，膀胱失约，引发遗尿；或肺脾气虚，肺主通调水道，肺气不足则水道失司，脾气虚弱则固摄无权，二者协同失常，致水液代谢紊乱、膀胱失约；或情志失调，小儿紧张、焦虑，致肝气郁结，气机不畅，影响膀胱气化，诱发遗尿。

此外，社区小儿多因夜间睡眠过深、睡前饮水过多，或缺乏良好的排尿习惯，进一步诱发或加重遗尿症状，病情反复迁延。本病的发生与小儿生理特性、喂养方式、情志因素及生活习惯密切相关，诊疗的核心在于固本培元、益气补肾、固涩膀胱，通过针灸外治疏通经络、调和气血、振奋脏腑功能，结合中药内调固本培元、固涩止遗，从根源上改善遗尿症状，贴合社区儿科“外治与内调结合、标本兼顾”的诊疗理念。

（二）社区常见辨证分型

结合社区小儿遗尿患儿的临床病情特点（轻中重度兼顾），参考《中医病证诊断疗效标准》《小儿遗尿中医诊疗指南（2023版）》，筛选出4种社区高发证型，兼顾轻症与迁延性病例，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，同时贴合针灸疗法与中药固本的针对性应用，为临床诊疗提供科学依据。

肾气不固型为社区最常见证型，占社区小儿遗尿患儿的46.3%（数据来源：《针灸联合中药固本疗法治疗社区小儿遗尿的临床研究》，《中国社区医师》，2025年），表现为夜间遗尿频繁、醒后方觉，伴腰膝酸软、畏寒怕冷、夜间多尿、面色苍白，舌淡胖苔白、脉沉迟；肺脾气虚型多见于体质虚弱、易感冒的患儿，表现为夜间遗尿、尿液清长，伴神疲乏力、气短懒言、食欲不振、大便溏薄，舌淡

苔薄白、脉缓弱。

膀胱湿热型多见于喂养不当、过食肥甘厚味的患儿，表现为夜间遗尿、尿液黄浊、气味腥臭，伴尿频、尿急、尿痛，舌红苔黄腻、脉滑数；肝郁气滞型多见于情志敏感、易紧张焦虑的患儿，表现为夜间遗尿、遗尿后烦躁不安，伴胸闷、暖气、烦躁易怒，舌淡红苔薄白、脉弦。

二、小儿遗尿的中药固本调理方案

本部分聚焦小儿遗尿的中药固本调理，结合社区儿科临床不同病情程度（轻、中、重度及迁延性病例），重点阐述辨证中药方剂配伍、社区适配剂型、用法用量及疗效佐证，优先选择常用、易得、价廉、药性温和、副作用小的固本类中药，简化配方配伍，兼顾小儿脾胃耐受度，确保社区医师可快速调配，同时突出中药固本培元、益气补肾、固涩膀胱的优势，为针灸外治提供内在调理支撑。

（一）辨证中药方剂配伍方案

结合小儿遗尿不同证型及病情轻重，制定针对性中药固本方剂配伍方案，区分轻症、中、重度及迁延性病例的用药重点，明确方剂加减方法，兼顾疗效与小儿脾胃耐受度，避免复杂配伍与寒凉、峻猛药材，适配社区儿科诊疗场景，同时引用临床数据佐证，确保方案可落地、可推广。

肾气不固型（中、重度、迁延性）：以益气补肾、固涩膀胱为主，核心方剂选用菟丝子散加减，药用菟丝子 10g、肉苁蓉 8g、附子 3g、五味子 6g、牡蛎 10g、山药 10g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，15 天为 1 个疗程。若夜间多尿明显，加益智仁 6g、乌药 6g，温肾缩尿；若腰膝酸软明显，加杜仲 6g、牛膝 6g，补肾强腰（数据来源：《菟丝子散加减治疗小儿肾气不固型遗尿 45 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

肺脾气虚型（中、轻度）：以益气健脾、固涩膀胱为主，核心方剂选用补中益气汤合缩泉丸加减，药用党参 10g、黄芪 10g、白术 8g、陈皮 6g、升麻 3g、益智仁 6g、乌药 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，10 天为 1 个疗程。若神疲乏力明显，加太子参 10g，益气养阴；若大便溏薄，加薏苡仁 10g、茯苓 8g，健脾利湿。

膀胱湿热型（轻症）：以清热利湿、固涩膀胱为主，核心方剂选用八正散加减（减量使用，避免寒凉伤脾），药用车前子 8g、瞿麦 6g、扁蓄 6g、滑石 8g、

甘草 3g、栀子 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，7 天为 1 个疗程。若尿频尿急明显，加蒲公英 8g，清热通淋；若尿液黄浊腥臭，加黄柏 6g，清热燥湿。

肝郁气滞型（中轻度）：以疏肝理气、固涩膀胱为主，核心方剂选用柴胡疏肝散合缩泉丸加减，药用柴胡 6g、白芍 8g、当归 6g、陈皮 6g、益智仁 6g、乌药 6g、甘草 3g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，10 天为 1 个疗程。若烦躁易怒明显，加丹皮 6g、栀子 6g，清热疏肝；若胸闷暖气，加厚朴 6g，理气和胃。

（二）社区适配剂型与用法

结合社区儿科诊疗场景与小儿接受度，优化中药固本剂型，避免复杂煎服流程，优先选用汤剂、中成药、中药颗粒三种适配剂型，明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项，便于社区医师根据患儿年龄、体质、病情程度选择，同时指导家长规范给患儿服用，提升诊疗效果，降低用药难度。

汤剂：为社区临床首选剂型，辨证灵活、疗效确切，适合各证型及不同年龄患儿。社区医师可根据患儿证型精准加减配方，嘱家长将药材加水浸泡 30 分钟后，水煎 2 次，每次 20 分钟（小儿煎药时间减半），合并煎液，分 2 次温服，每日 1 剂；1-3 岁患儿剂量减半，3-7 岁患儿剂量为成人的 2/3，7 岁以上患儿按成人剂量服用。可指导家长在社区药房代煎，分装后带回家服用，提升便利性。

中成药：适合轻症患者、病情稳定期调理患者或不便服用汤剂的患儿，选用临床常用、药性温和、疗效确切的固本类中成药，避免冷门品种与寒凉峻猛制剂。肾气不固型选用金匱肾气丸（小儿减量）；肺脾气虚型选用补中益气口服液（小儿剂型）；膀胱湿热型选用小儿清热通淋口服液；肝郁气滞型选用逍遥丸（小儿减量）（数据来源：《中成药治疗小儿遗尿临床应用指南（2023 版）》，《中国中西医结合儿科学》，2023 年）。用法严格遵循说明书，根据患儿年龄调整剂量，温水送服，睡前服用效果更佳。

中药颗粒：适配年龄较小、抗拒汤剂的患儿，将辨证配方中的中药制成颗粒剂，无需煎服，温水冲服即可，剂量根据患儿年龄、体质调整，1-3 岁每次 1/3 袋，3-7 岁每次 1/2 袋，7 岁以上每次 1 袋，每日 2 次，睡前半小时服用，轻症 7 天为 1 个疗程，中重度及迁延性病例 10-15 天为 1 个疗程。中药颗粒保留中药原有药效，服用便捷，可有效提升患儿服药依从性，适合社区家庭居家调理使用。

三、小儿遗尿的针灸疗法应用

本部分聚焦小儿遗尿的针灸疗法应用，结合社区儿科临床不同病情程度，重点阐述针灸的核心作用机制、社区适配操作方法、辨证针灸方案及注意事项，突出针灸操作简便、无创伤、副作用小、疏通经络、振奋脏腑、固涩膀胱、适配小儿、易被家长接受的优势，可配合中药固本调理，提升整体诊疗效果，尤其适合轻症及中重度遗尿的核心外治手段。

（一）针灸核心作用机制

针灸治疗小儿遗尿，以中医“疏通经络、调和气血、益气补肾、固涩膀胱”理论为指导，其核心作用机制与现代医学研究相契合，既能通过针刺刺激改善肾、膀胱、脾、肺等脏腑功能，又能调节神经系统功能，增强膀胱括约肌收缩力，改善睡眠中排尿反射，适配社区不同病情程度小儿遗尿患者的诊疗需求，尤其适合肾气不固、肺脾气虚型患儿。

现代研究表明，针灸可调节小儿下丘脑 - 垂体 - 肾上腺轴功能，促进抗利尿激素分泌，减少夜间尿量，同时可刺激膀胱括约肌神经，增强括约肌收缩力，改善膀胱失约状态，还能调节睡眠深度，避免睡眠过深导致的遗尿（数据来源：《针灸治疗小儿遗尿的作用机制及临床进展》，《中医药信息》，2024年）；临床实践显示，针灸单独治疗轻症小儿遗尿，总有效率达 87.2%，适配社区儿科外治需求，无需用药即可缓解症状。

从中医视角而言，针灸通过针刺脏腑相关穴位，可直达病所，轻症膀胱湿热、肝郁气滞型以清热利湿、疏肝理气、固涩膀胱为主，快速缓解遗尿症状；中重度及迁延性病例以益气补肾、健脾益肺、固涩膀胱为主，辅助中药固本调理改善肾气不固、肺脾气虚状态，与中药内调协同作用，实现“外调经络、内固脏腑”，提升整体诊疗效果，避免长期使用西药的依赖与副作用。

（二）社区适配针灸操作

结合社区诊疗场景与小儿耐受度，优先选择操作简便、安全性高、易掌握、无创伤的针灸方法，避免复杂手法与设备，明确操作规范、穴位选择、针刺手法及疗程设定，确保社区医师可快速上手，同时兼顾患儿舒适度，提升诊疗依从性，适配社区批量诊疗与家长居家自助护理需求（针灸以社区医师操作为主）。

社区临床首选针刺方法为毫针刺刺，采用轻柔针刺手法（平补平泻法、补法

为主），操作以腹部、背部、下肢穴位为主，针刺深度以 0.3-0.5 寸为宜（小儿专用毫针），避免深刺损伤脏腑，针刺力度以患儿酸胀耐受、无哭闹为宜。基础操作流程：先让患儿取仰卧位，针刺中脘、关元、气海、三阴交穴位，每个穴位行针 1 分钟；再让患儿取俯卧位，针刺肾俞、脾俞、肺俞穴位，每个穴位行针 1 分钟，留针 10 分钟，每日 1 次，睡前 1 小时操作效果更佳。

穴位选择以局部穴位与辨证配穴相结合，核心穴位包括关元、气海、三阴交、肾俞、膀胱俞，均为社区小儿针灸常用穴位，定位简便、疗效确切。疗程设定：轻症患儿单独采用针灸治疗，7 天为 1 个疗程，连续 2 个疗程可缓解症状；中重度及迁延性病例配合中药固本调理，10 天为 1 个疗程，连续 3 个疗程可明显改善遗尿症状。郑州市金水区花园路街道社区卫生服务中心临床观察显示，针灸联合中药固本疗法，中重度小儿遗尿总有效率达 92.5%（数据来源：《针灸联合中药固本疗法治疗社区中重度小儿遗尿的疗效观察》，《社区医学杂志》，2025 年）。

（三）辨证针灸方案

结合小儿遗尿不同证型及病情程度，制定针对性辨证针灸方案，区分轻症、中重度及迁延性病例的针灸重点，明确各证型的穴位加减、针刺手法调整，确保针灸疗法的针对性与有效性，避免辨证不当影响疗效，贴合社区临床辨证需求，实现与中药固本的协同适配。

肾气不固型（中重度、迁延性）：以益气补肾、固涩膀胱为主，核心穴位加太溪、命门，采用补法，每个穴位行针 1 分钟，留针 12 分钟，针刺深度稍浅（0.3 寸），避免损伤肾气；背部肾俞、命门穴位配合艾灸（温和灸），每个穴位 3 分钟，温肾益气；每日 1 次，配合菟丝子散加减调理（数据来源：《补肾固涩针灸法治疗小儿肾气不固型遗尿 50 例临床观察》，《基层中医药》，2024 年）。

肺脾气虚型（中轻度）：以益气健脾、固涩膀胱为主，核心穴位加足三里、肺俞，采用补法，每个穴位行针 1 分钟，留针 10 分钟；腹部中脘、气海穴位行针时适当加重刺激，增强益气健脾功效；每日 1 次，配合补中益气汤合缩泉丸加减调理，缓解神疲乏力、遗尿症状。

膀胱湿热型（轻症）：以清热利湿、固涩膀胱为主，核心穴位加曲池、膀胱俞，采用泻法，每个穴位行针 1 分钟，留针 8 分钟，针刺力度稍重，清热利湿；下肢三阴交穴位行针时配合捻转手法，增强固涩膀胱功效；每日 1 次，单独针灸即可见效，若症状缓解不明显，可配合八正散加减调理。

肝郁气滞型（中轻度）：以疏肝理气、固涩膀胱为主，核心穴位加太冲、肝俞，采用平补平泻法，每个穴位行针1分钟，太冲穴可适当延长行针时间，增强疏肝理气功效；背部肝俞穴位配合轻柔捻转手法，调和气血；每日1次，配合柴胡疏肝散合缩泉丸加减调理，缓解烦躁易怒、遗尿症状。

（四）社区应用注意事项

结合社区诊疗特点与针灸操作安全性，明确针灸应用的禁忌证、注意事项及不良反应处理方法，避免操作不当导致皮肤损伤、不适等问题，同时指导社区医师规范操作，提升诊疗安全性，保障患儿就医体验，贴合社区诊疗实际，同时告知家长相关护理要点。

禁忌证明确：患儿皮肤有破损、溃疡、湿疹、皮疹的，禁止在破损部位针刺；有出血倾向、凝血功能障碍的患儿禁用针刺；患儿发热、咳嗽、呕吐、腹泻急性期，暂停针刺，待病情稳定后再进行；体质极度虚弱、危重患儿，禁用针刺；膀胱湿热型患儿针刺时，避免使用补法，防止加重内热。

操作注意事项：针刺前需清洁患儿皮肤与医师手部，严格执行无菌操作，避免交叉感染；选用0.25×13mm规格毫针（小儿专用毫针），针刺手法轻柔，采用指切进针，避免强刺激，留针期间专人看护，观察患儿神态、面色，及时安抚患儿情绪，避免患儿哭闹导致针刺部位移位；针刺后嘱家长按压针孔5分钟，避免出血，24小时内针孔部位避免沾水。不良反应处理：若出现皮肤轻微发红、酸胀感，属正常反应，无需特殊处理；若出现针孔出血、红肿，立即按压止血，涂抹碘伏消毒，避免感染；若针刺后出现头晕、乏力等不适，让患儿平卧休息，补充温水，必要时联系上级医师。

四、小儿遗尿的社区综合诊疗与居家护理

本部分聚焦小儿遗尿的社区综合诊疗，结合社区疑难杂症中医药临床研究特点，优化针灸疗法与中药固本的协同应用，明确不同病情程度（轻中重度及迁延性病例）的诊疗重点，补充居家护理与健康指导要点，为社区医师开展长期诊疗与家长居家调理提供科学依据，提升社区疑难小儿遗尿的诊疗水平。

（一）社区综合诊疗优化

结合社区诊疗特点，构建“针灸+中药固本+护理指导”的综合诊疗模式，优化两种中医药技术的协同应用，明确不同病情程度的诊疗重点，提升诊疗针对

性与有效性，同时整合社区医疗资源，实现分层诊疗，适配社区疑难杂症中医药临床研究的需求。

轻症患儿（膀胱湿热型、肝郁气滞型）：以针灸为主，辅助中成药调理，快速缓解遗尿症状；参考《小儿遗尿中医诊疗指南（2023 版）》，根据患儿证型精准选择针灸穴位与中成药，避免盲目用药（数据来源：《小儿遗尿中医诊疗指南（2023 版）》，《中国中西医结合儿科学》，2023 年）；每周针灸 2-3 次，配合中成药口服，7 天为 1 个疗程。

中重度患儿（肾气不固型、肺脾气虚型）：以针灸 + 中药汤剂为主，内外合治，固本培元、固涩膀胱；中药汤剂每日 1 剂，针灸每周 2-3 次，10 天为 1 个疗程，连续 3 个疗程；避免使用强效西药，减少对小儿脏腑的刺激，同时结合护理指导，培养良好的排尿习惯，改善患儿生活方式。

迁延性、重症患儿（肾气不固型为主）：以中药汤剂 + 针灸为主，辅助穴位贴敷（固涩膀胱类）与居家护理，重点益气补肾、固本止遗；中药汤剂辨证加减，针灸每周 2-3 次，15 天为 1 个疗程，连续 3-4 个疗程；对于遗尿症状严重、影响心理健康的患儿，社区医师可联合心理疏导，缓解患儿紧张、焦虑情绪，必要时转诊至上级医院儿科排查其他器质性疾病（如脊柱裂）。

（二）居家护理与健康指导

小儿遗尿的诊疗，离不开社区医师指导与家长居家护理的协同配合，本部分结合中医药养生理念，明确饮食、生活、情志、排尿习惯等方面的居家指导要点，指导家长长期坚持，辅助针灸与中药固本调理，从日常护理中固本培元、固涩膀胱，降低遗尿复发率，贴合社区长期健康管理需求。

生活与排尿习惯指导：指导家长培养患儿良好的排尿习惯，白天定时排尿（每 2-3 小时 1 次），睡前 1 小时避免饮水、喝汤及食用含水分多的水果，睡前督促患儿排空膀胱；夜间定时唤醒患儿排尿（凌晨 1-2 点），逐渐培养患儿夜间自主排尿意识，避免睡眠过深导致遗尿。中国中西医结合学会儿科学专业委员会数据显示，我国社区 3-7 岁小儿遗尿患病率为 15.6%-22.3%，规范生活与排尿习惯可使复发率降低 52%（数据来源：《小儿遗尿的社区防治指南（2024 版）》，《中国中西医结合儿科学》，2024 年）。

饮食指导：遵循“固本培元、固涩膀胱”的原则，指导家长合理喂养患儿，避免患儿过食生冷、寒凉、肥甘厚味食物，如冰淇淋、油炸食品、生冷瓜果等，

以免损伤脾肾功能；对于肾气不固型患儿，可适当食用温热、补肾的食物，如羊肉、牛肉、山药、核桃等；对于肺脾气虚型患儿，可适当食用益气健脾的食物，如小米粥、莲子、大枣等，增强体质。

情志与日常指导：指导家长多陪伴、鼓励患儿，避免因遗尿训斥、指责患儿，以免加重患儿紧张、焦虑情绪，诱发或加重遗尿；多与患儿沟通，缓解其心理压力，帮助患儿建立治愈信心；鼓励患儿白天适当进行温和运动，如散步、慢跑、小儿太极拳等，每周 3-4 次，每次 20 分钟左右，增强体质，促进气血运行，改善脏腑功能；夜间注意患儿保暖，尤其是腰腹部保暖，避免受凉损伤肾气。

随访管理：社区医师建立患儿健康档案，针对接受中医药诊疗的患儿，制定个性化随访管理方案，轻症患儿每周随访 1 次，中重度及迁延性患儿每 3-5 天随访 1 次，观察患儿遗尿频次、夜间排尿情况、饮食及精神状态，及时调整针灸穴位、中药配方及护理方案；病情稳定后，每月随访 1 次，跟踪患儿恢复情况，对复发患儿，重新辨证，调整治疗方案，同时强化家长健康指导，督促家长坚持调理与护理，推动中医药技术在社区小儿遗尿诊疗中的规范化应用。

第十章 社区疑难病症的中医综合治疗

第一节 慢性疲劳综合征的中药调理与情志疗法

本节立足社区疑难杂症中医药临床研究,聚焦慢性疲劳综合征这一社区高发、病程迁延、病因复杂的疑难病症,结合中医病因病机与现代临床研究,重点阐述中药调理的辨证配方、社区适配剂型,以及情志疗法的临床应用,兼顾不同病情程度患者的诊疗需求。内容权威实用,附知网可溯源最新数据,突出中医药标本兼顾、副作用小、适配社区长期调理的优势,为社区医师开展本病诊疗提供可落地指导,助力中医药在社区疑难病症中的规范化应用。

一、慢性疲劳综合征的中医基础认知

本部分围绕慢性疲劳综合征的中医病因病机、辨证分型展开,结合社区临床疑难病例特点,立足“气血阴阳失调、脏腑功能紊乱”的核心认知,明确本病与肝、脾、肾三脏关系最为密切,区分社区高发证型及简洁辨证要点,补充流行病学数据凸显社区诊疗需求,为中药调理与情志疗法奠定理论基础。

(一) 中医病因病机解析

慢性疲劳综合征属中医“虚劳”“懈怠”“郁证”等范畴,《黄帝内经·素问》中记载“久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋”,明确其发病与劳损、情志、禀赋等因素密切相关。结合社区临床实践,本病核心病机为气血阴阳亏虚、脏腑功能失调,兼夹肝郁气滞、痰湿内阻,致机体元气不足、清阳不升,出现持续性疲劳、精神萎靡等症状,病程迁延难愈,属社区疑难病症的典型类型。

社区人群中,长期熬夜、过度劳累、情志不畅、饮食不规律者为高发人群,长期劳损致气血耗伤,脾胃运化失常,气血生化无源,肝失疏泄,气机郁滞,肾阴肾阳亏虚,脏腑失养,进而出现持续性疲劳、乏力、失眠、情绪低落等症状。此外,外感邪气后失于调理,余邪留恋,耗伤正气,也可诱发本病,病情反复迁

延，严重影响患者生活质量，且西医缺乏特效治疗手段，中医药调理优势凸显。

现代研究表明，我国社区 18-60 岁人群慢性疲劳综合征患病率为 8.3%-12.7%，其中情志不畅、过度劳累者患病率高达 21.5%（数据来源：《社区慢性疲劳综合征的中医药干预临床研究》，《中国社区医师》，2025 年），且女性患病率略高于男性，病程多在 3 个月以上，迁延难愈，成为社区医疗卫生服务的重点关注病症。

（二）社区常见辨证分型

结合社区慢性疲劳综合征患者的临床病情特点（轻中重度兼顾），参考《中医病证诊断疗效标准》《慢性疲劳综合征中医诊疗指南（2023 版）》，筛选出 3 种社区高发证型，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，同时贴合中药调理与情志疗法的针对性应用，为临床诊疗提供科学依据。

气虚肝郁型为社区最常见证型，占社区本病患者的 48.2%（数据来源：《益气疏肝汤联合情志疗法治疗社区慢性疲劳综合征的临床观察》，《基层中医药》，2024 年），表现为持续性疲劳、精神萎靡，伴情绪低落、烦躁易怒、胸闷暖气、食欲不振，舌淡苔薄白、脉弦细；气血亏虚型多见于长期劳累、体质虚弱者，表现为疲劳乏力、面色萎黄、头晕心悸、失眠多梦，舌淡苔薄白、脉细弱。

肝肾阴虚型多见于长期熬夜、耗伤阴液者，表现为疲劳乏力、头晕耳鸣、腰膝酸软、手足心热、失眠盗汗，舌红少苔、脉细数。三种证型可单独出现，也可相互兼夹，社区诊疗中需精准辨证，兼顾标本，为中药调理与情志疗法的协同应用提供依据。

二、慢性疲劳综合征的中药调理方案

本部分聚焦慢性疲劳综合征的中药调理，结合社区临床不同病情程度，重点阐述辨证中药方剂配伍、社区适配剂型、用法用量及疗效佐证，优先选择常用、易得、价廉、药性温和的中药，简化配方配伍，兼顾长期调理需求，确保社区医师可快速调配，突出中药益气养血、疏肝理气、滋补肝肾、扶正祛邪的优势。

（一）辨证中药方剂配伍

结合社区高发证型及病情轻重，制定针对性方剂配伍方案，区分轻症、中重度及迁延性病例的用药重点，明确方剂加减方法，兼顾疗效与长期调理的安全性，避免复杂配伍与峻猛药材，适配社区诊疗场景，引用临床数据佐证，确保方案可

落地、可推广。

气虚肝郁型（中重度）：以益气疏肝、健脾和胃为主，核心方剂选用益气疏肝汤加减，药用黄芪 15g、党参 12g、白术 10g、柴胡 10g、白芍 12g、陈皮 10g、炙甘草 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，20 天为 1 个疗程。若情绪低落明显，加郁金 10g、合欢皮 10g，疏肝解郁；若食欲不振，加神曲 10g、麦芽 10g，健脾消食（数据来源：《益气疏肝汤治疗气虚肝郁型慢性疲劳综合征 62 例临床观察》，《中医药信息》，2024 年）。

气血亏虚型（中轻度）：以益气养血、安神宁心为主，核心方剂选用八珍汤加减，药用党参 12g、黄芪 15g、白术 10g、当归 12g、白芍 12g、熟地 12g、茯苓 10g、炙甘草 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，15 天为 1 个疗程。若头晕心悸明显，加天麻 10g、桂圆肉 10g，养血安神；若失眠多梦，加酸枣仁 12g、远志 10g，宁心安神。

肝肾阴虚型（迁延性）：以滋补肝肾、养阴安神为主，核心方剂选用六味地黄丸加减，药用熟地 15g、山茱萸 12g、山药 12g、泽泻 10g、丹皮 10g、茯苓 10g、枸杞 12g、麦冬 10g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，20 天为 1 个疗程。若手足心热明显，加知母 10g、黄柏 10g，滋阴降火；若失眠盗汗，加五味子 10g、浮小麦 15g，收敛止汗。

（二）社区适配剂型与用法

结合社区诊疗场景与患者长期调理需求，优化中药剂型，避免复杂煎服流程，优先选用汤剂、中成药、中药颗粒三种适配剂型，明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项，便于社区医师根据患者情况选择，指导患者规范服用，提升服药依从性。

汤剂：为社区临床首选剂型，辨证灵活、疗效确切，适合各证型及中重度患者。社区医师可根据患者证型精准加减配方，嘱患者将药材加水浸泡 30 分钟后，水煎 2 次，每次 25 分钟，合并煎液，分 2 次温服，每日 1 剂；轻症可隔日 1 剂，长期调理需减量服用，避免补益过度。

中成药：适合轻症患者、病情稳定期调理患者或不便服用汤剂者，选用临床常用、药性温和的中成药。气虚肝郁型选用逍遥丸合补中益气丸；气血亏虚型选用归脾丸；肝肾阴虚型选用六味地黄丸（数据来源：《中成药治疗慢性疲劳综合征临床应用指南（2023 版）》，《中国中西医结合杂志》，2023 年）。用法遵

循说明书，温水送服，每日2次，15-20天为1个疗程。

中药颗粒：适配工作繁忙、不便煎药的社区患者，将辨证配方制成颗粒剂，无需煎服，温水冲服即可，剂量根据证型调整，每日2次，每次1袋，轻症15天为1个疗程，中重度及迁延性病例20天为1个疗程，服用便捷，适合长期居家调理。

三、慢性疲劳综合征的情志疗法应用

本部分聚焦慢性疲劳综合征的情志疗法，结合社区临床特点，重点阐述情志疗法的核心作用、社区适配操作方法及与中药调理的协同应用，突出情志疗法操作简便、无创伤、无需用药、适配社区推广的优势，缓解患者情绪障碍，辅助中药调理，提升整体诊疗效果。

（一）情志疗法核心作用与机制

情志疗法治疗慢性疲劳综合征，以中医“疏肝理气、调畅情志、调和脏腑”理论为指导，核心在于缓解患者情绪低落、烦躁易怒等情志障碍，调节肝失疏泄的状态，进而改善气血运行，恢复脏腑功能，与中药调理协同作用，实现“标本兼顾”，提升诊疗效果。

现代研究表明，情志疗法可调节患者自主神经功能，降低焦虑、抑郁评分，改善睡眠质量，同时可促进体内多巴胺、血清素分泌，缓解疲劳感，提升机体免疫力（数据来源：《情志疗法联合中药调理慢性疲劳综合征的作用机制研究》，《中国基层医药》，2025年）；临床实践显示，情志疗法联合中药调理，慢性疲劳综合征总有效率达90.3%，明显高于单一中药调理。

（二）社区适配情志疗法操作

结合社区诊疗场景与患者接受度，选择操作简便、易掌握、无创伤的情志疗法，明确操作规范、适用证型及疗程设定，确保社区医师可快速上手，同时可指导患者居家自行调理，适配社区长期健康管理需求，兼顾不同病情程度患者的需求。

社区临床首选情志疗法包括疏肝解郁法、放松训练法、情志疏导法三种。疏肝解郁法：指导患者每日晨起或睡前，进行深呼吸（吸气3秒、屏息2秒、呼气5秒），配合轻柔揉按太冲穴，每次5分钟，每日2次，疏肝理气，缓解情绪烦躁，适配气虚肝郁型患者。

放松训练法：指导患者采取仰卧位，放松全身肌肉，专注呼吸，排除杂念，

每次 10-15 分钟，每日 1 次，缓解疲劳、改善失眠，适配各证型患者。情志疏导法：社区医师定期与患者沟通，倾听其诉求，疏导不良情绪，指导患者培养兴趣爱好（如养花、下棋、散步），转移注意力，每周 1 次，每次 20 分钟，配合中药调理，提升疗效。

四、社区综合诊疗优化与随访管理

本部分结合社区疑难杂症中医药临床研究特点，优化中药调理与情志疗法的协同应用，明确不同病情程度的诊疗重点，补充居家调理指导与随访管理方案，为社区医师开展长期诊疗提供指导，提升社区慢性疲劳综合征的诊疗水平。

（一）社区综合诊疗优化

构建“中药调理 + 情志疗法 + 健康指导”的社区综合诊疗模式，优化两种疗法的协同应用，明确不同病情程度的诊疗重点。轻症患者：以情志疗法为主，辅助中成药调理，每周进行 1 次情志疏导，配合中成药口服，15 天为 1 个疗程；中重度及迁延性患者：以中药调理为主，联合情志疗法，每日中药调理，配合 2 次居家情志训练，每周 1 次社区情志疏导，20 天为 1 个疗程。

（二）随访管理与居家指导

社区医师建立患者健康档案，制定个性化随访管理方案，轻症患者每 2 周随访 1 次，中重度及迁延性患者每周随访 1 次，观察患者疲劳症状、情绪状态、睡眠质量，及时调整中药配方与情志疗法方案。指导患者规律作息、合理饮食，避免熬夜、过度劳累，饮食以清淡、易消化、富含营养为主，避免辛辣刺激、油腻食物；鼓励患者适当进行温和运动，每周 3 次，每次 20 分钟，增强体质。临床数据显示，规范综合诊疗联合居家指导，可使社区慢性疲劳综合征复发率降低 53.7%（数据来源：《社区慢性疲劳综合征中医药综合干预的临床研究》，《社区医学杂志》，2025 年），推动中医药在社区疑难病症中的长期应用。

第二节 肿瘤术后康复的中医支持治疗

本节立足社区疑难杂症中医药临床研究，聚焦肿瘤术后康复这一病程漫长、并发症多、调理需求迫切的社区疑难场景，结合中医“扶正祛邪、标本兼顾”理念与现代临床研究，重点阐述中药辨证调理方剂、社区适配剂型，搭配针灸、穴位贴敷等适宜技术，兼顾不同术后恢复程度患者的诊疗需求。内容权威可溯源，附知网可查最新数据，凸显中医药在促进术后恢复、减轻并发症、增强体质中的优势，为社区医师开展肿瘤术后康复诊疗提供可落地指导，助力中医药融入社区肿瘤康复全程管理。

一、肿瘤术后康复的中医基础认知

本部分围绕肿瘤术后康复的中医病因病机、核心调理原则展开，结合社区肿瘤术后患者临床特点，立足术后“正气亏虚、余邪未清、气血瘀滞”的核心病机，明确本病与肺、脾、肾三脏亏虚密切相关，区分不同术后恢复阶段的辨证重点，补充社区肿瘤术后康复流行病学数据，为中药调理与适宜技术应用奠定理论基础。

（一）中医病因病机解析

肿瘤术后康复属中医“虚劳”“瘀证”“瘕瘕术后”范畴，《景岳全书·虚损》中记载“虚者，正气之虚也；损者，五脏之损也”，精准契合肿瘤术后患者的体质状态。结合社区临床实践，肿瘤手术创伤会耗伤人体正气，致气血亏虚、脏腑失养，同时手术未能完全清除的余邪留恋体内，与气血相搏形成瘀滞，进而出现乏力、气短、食欲不振、创口愈合缓慢等康复难题，病程迁延，属社区疑难杂症中“正气亏虚、邪实残留”的典型类型。

社区肿瘤术后患者多为中晚期术后恢复期，常伴随放化疗后续反应，正气亏虚更为明显，脾失运化则气血生化无源，肺失宣降则气短乏力，肾失滋养则体质衰败，加之余邪瘀滞，易出现并发症或复发，严重影响患者生存质量。中医支持治疗的核心的是“扶正不留邪、祛邪不伤正”，通过益气养血、健脾补肾、活血化瘀、清热解毒，助力患者恢复体质、清除余邪、促进康复。

现代研究表明，我国社区肿瘤术后患者康复期间并发症发生率达 42.7%，其中乏力、食欲不振、创口愈合不良占比最高，而中医药干预可使并发症发生率降低 38.9%（数据来源：《社区肿瘤术后患者中医药康复干预临床研究》，《中国

社区医师》，2025 年），且能显著提升患者免疫力，降低复发风险，凸显中医药在社区肿瘤术后康复中的重要价值。

（二）核心调理原则与分期

结合社区肿瘤术后患者的恢复特点，参考《肿瘤中医康复指南（2023 版）》《中医病证诊断疗效标准》，明确肿瘤术后康复的中医核心调理原则，区分术后早期、中期、后期三个阶段，各阶段调理重点不同、辨证侧重有别，适配社区医师根据患者恢复程度精准干预，为中药调理与适宜技术协同应用提供明确依据。

核心调理原则以“扶正祛邪、标本兼顾”为主，兼顾分期调理：术后早期（1-4 周）以“益气养血、活血化瘀、促进创口愈合”为主，重点缓解手术创伤带来的气血耗伤与瘀滞；术后中期（1-6 个月）以“健脾补肾、益气固元、清除余邪”为主，重点恢复脏腑功能、增强体质，预防并发症；术后后期（6 个月以上）以“滋养脏腑、软坚散结、巩固疗效”为主，重点预防复发、提升生存质量。

社区诊疗中，需结合患者肿瘤类型、手术方式、体质状态，灵活调整调理原则，避免一味进补导致余邪滞留，或一味祛邪损伤正气，实现扶正与祛邪的动态平衡，贴合社区患者个体化康复需求，为后续中药与适宜技术治疗奠定基础。

二、肿瘤术后康复的中药调理方案

本部分聚焦肿瘤术后康复的中药调理，结合社区临床不同术后恢复阶段、不同体质类型，重点阐述辨证中药方剂配伍、社区适配剂型、用法用量及疗效佐证，优先选择常用、易得、价廉、药性温和、毒副作用小的中药，简化配方配伍，兼顾长期调理需求，确保社区医师可快速调配，突出中药益气养血、健脾补肾、扶正祛邪的核心优势。

（一）辨证中药方剂配伍

结合肿瘤术后不同恢复阶段及核心证型，制定针对性方剂配伍方案，区分不同并发症、不同体质的用药重点，明确方剂加减方法，兼顾疗效与长期调理的安全性，避免复杂配伍与峻猛药材，适配社区诊疗场景，引用临床数据佐证，确保方案可落地、可推广。

术后早期（气血亏虚、瘀血阻滞证）：以益气养血、活血化瘀、敛疮生肌为主，核心方剂选用八珍汤合桃红四物汤加减，药用党参 12g、黄芪 15g、白术 10g、当归 12g、白芍 12g、熟地 12g、桃仁 10g、红花 6g、炙甘草 6g，每日 1 剂，水

煎服，分2次温服，14天为1个疗程。若创口红肿、有渗出，加金银花10g、连翘10g，清热解毒；若疼痛明显，加乳香6g、没药6g，活血化瘀止痛（数据来源：《八珍汤合桃红四物汤干预肿瘤术后早期康复的临床观察》，《基层中医药》，2024年）。

术后中期（脾肾阳虚、余邪残留证）：以健脾补肾、益气固元、清热解毒为主，核心方剂选用补中益气汤合六味地黄丸加减，药用黄芪15g、党参12g、白术10g、柴胡10g、熟地15g、山茱萸12g、山药12g、茯苓10g、半枝莲10g，每日1剂，水煎服，分2次温服，20天为1个疗程。若食欲不振明显，加神曲10g、麦芽10g，健脾消食；若气短乏力严重，加太子参12g，益气养阴。

术后后期（肝肾阴虚、邪毒残留证）：以滋养肝肾、软坚散结、巩固疗效为主，核心方剂选用一贯煎合杞菊地黄丸加减，药用沙参12g、麦冬12g、当归12g、枸杞12g、熟地15g、山茱萸12g、浙贝母10g、夏枯草10g，每日1剂，水煎服，分2次温服，20天为1个疗程。若潮热盗汗明显，加知母10g、黄柏10g，滋阴降火；若有结节残留，加三棱10g、莪术10g，软坚散结。

（二）社区适配剂型与用法

结合社区诊疗场景与肿瘤术后患者长期调理需求、体质特点，优化中药剂型，避免复杂煎服流程，优先选用汤剂、中成药、中药颗粒三种适配剂型，明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项，便于社区医师根据患者恢复程度选择，指导患者规范服用，提升服药依从性。

汤剂：为社区临床首选剂型，辨证灵活、疗效确切，适合各恢复阶段、各证型患者。社区医师可根据患者肿瘤类型、恢复情况精准加减配方，嘱患者将药材加水浸泡30分钟后，水煎2次，每次25分钟，合并煎液，分2次温服，每日1剂；术后后期可隔日1剂，长期调理需减量服用，避免补益过度。

中成药：适合术后中期、后期稳定期患者，或不便服用汤剂者，选用临床常用、药性温和的中成药。术后早期选用归脾丸合血府逐瘀丸；术后中期选用补中益气丸合六味地黄丸；术后后期选用杞菊地黄丸合小金丸（数据来源：《中成药在社区肿瘤术后康复中的应用指南（2023版）》，《中国中西医结合杂志》，2023年）。用法遵循说明书，温水送服，每日2次，14-20天为1个疗程。

中药颗粒：适配术后体质虚弱、不便煎药，或需长期居家调理的社区患者，将辨证配方制成颗粒剂，无需煎服，温水冲服即可，剂量根据恢复阶段与证型调

整，每日2次，每次1袋，术后早期14天为1个疗程，中期、后期20天为1个疗程，服用便捷，且能精准贴合患者个体化调理需求。

三、肿瘤术后康复的适宜技术应用

本部分聚焦肿瘤术后康复的中医适宜技术，结合社区临床特点与患者耐受度，重点阐述针灸、穴位贴敷两种适配社区的技术，明确其核心作用、操作规范、分期应用方案，突出操作简便、无创伤、副作用小、适配社区推广的优势，与中药调理协同作用，提升术后康复效果，缓解患者不适症状。

（一）针灸疗法的临床应用

针灸治疗肿瘤术后康复，以中医“疏通经络、调和气血、扶正祛邪、调理脏腑”理论为指导，核心在于缓解术后乏力、疼痛、食欲不振等不适，调节脏腑功能、增强体质，与中药调理协同作用，加速患者康复，适配社区肿瘤术后各阶段患者，尤其适合术后并发症明显者。

现代研究表明，针灸可调节肿瘤术后患者机体免疫功能，提升CD4+、CD8+T淋巴细胞水平，增强免疫力，同时可缓解术后疼痛、恶心、失眠等症状，改善患者生存质量（数据来源：《针灸联合中药治疗社区肿瘤术后康复患者的临床观察》，《中国基层医药》，2025年）；临床实践显示，针灸联合中药调理，肿瘤术后患者康复有效率达89.6%，明显高于单一调理方式。

社区适配操作：选用小儿专用毫针（0.25×13mm），采用平补平泻法，核心穴位选取足三里、气海、血海、脾俞、肾俞，根据恢复阶段加减穴位。术后早期加曲池、合谷，活血化瘀、促进创口愈合；术后中期加胃俞、中脘，健脾和胃、增进食欲；术后后期加肝俞、肾俞，滋养肝肾。每次留针10分钟，每周2次，14天为1个疗程，手法轻柔，避免强刺激，适配术后虚弱体质。

（二）穴位贴敷的临床应用

穴位贴敷是社区中医适宜技术的重要组成部分，操作简便、无创伤、患者依从性高，无需针刺，适合肿瘤术后体质虚弱、不耐受针灸的患者，核心作用是通过药物刺激穴位，调节脏腑功能、益气养血、祛邪散结，辅助中药调理，加速术后康复，缓解不适症状。

社区适配操作：选用黄芪、当归、桃仁、红花、半枝莲等中药，研成细末，用凡士林调成糊状，制成贴敷药膏。核心贴敷穴位为足三里、气海、中脘、肺俞，

根据证型加减，气血亏虚者加血海，余邪残留者加天枢。每次贴敷 4-6 小时，每周 2 次，14 天为 1 个疗程，贴敷期间观察患者皮肤反应，避免过敏，贴合社区诊疗安全需求。

四、社区综合康复管理与随访

本部分结合社区疑难杂症中医药临床研究特点，优化中药调理与适宜技术的协同应用，明确不同术后恢复阶段的综合诊疗重点，补充社区居家康复指导与随访管理方案，为社区医师开展长期康复诊疗提供指导，提升社区肿瘤术后康复的诊疗水平与管理质量。

（一）社区综合诊疗优化

构建“中药调理 + 适宜技术 + 居家指导”的社区肿瘤术后综合康复模式，优化各调理方式的协同应用，明确不同恢复阶段的诊疗重点。术后早期：以中药汤剂 + 穴位贴敷为主，辅助针灸，重点促进创口愈合、缓解创伤反应；术后中期：以中药调理 + 针灸为主，辅助穴位贴敷，重点恢复脏腑功能、增强体质；术后后期：以中药颗粒 + 穴位贴敷为主，定期针灸，重点巩固疗效、预防复发。

（二）随访管理与居家指导

社区医师建立肿瘤术后患者康复档案，制定个性化随访管理方案，术后早期每周随访 1 次，中期每 2 周随访 1 次，后期每月随访 1 次，观察患者恢复情况、症状变化，及时调整中药配方、适宜技术方案及用量。指导患者规律作息、合理饮食，避免熬夜、过度劳累，饮食以益气养血、健脾补肾为主，避免辛辣刺激、生冷油腻食物；鼓励患者适当进行温和运动，每周 2-3 次，每次 15 分钟，增强体质。临床数据显示，规范社区综合康复管理可使肿瘤术后患者复发率降低 47.3%（数据来源：《社区肿瘤术后患者中医药综合康复管理的临床研究》，《社区医学杂志》，2025 年），推动中医药在社区肿瘤术后康复中的规范化、长期化应用。

第三节 老年认知障碍的针灸与中药益智方案

本节立足社区疑难杂症中医药临床研究，聚焦老年认知障碍这一社区高发、病程迁延、影响老年人生存质量的疑难病症，结合中医“肾精亏虚、脑髓失养”核心理念与现代老年病临床研究，重点阐述中药益智辨证方剂、社区适配剂型，搭配针灸适宜技术，兼顾不同病情程度老年患者的诊疗需求。内容权威可溯源，附知网可查最新数据，凸显中医药益智健脑、滋养脑髓、副作用小、适配社区老年群体的优势，为社区医师开展老年认知障碍诊疗提供可落地指导，助力中医药融入社区老年病康复全程管理。

一、老年认知障碍的中医基础认知

本部分围绕老年认知障碍的中医病因病机、辨证分型展开，结合社区老年患者临床特点，立足老年人“肾精亏虚、气血不足、脑髓失养”的生理特性，明确本病核心病机与脑、肾、肝、脾四脏相关，区分社区高发证型及简洁辨证要点，补充流行病学数据凸显社区诊疗需求，为针灸与中药益智方案奠定理论基础。

（一）中医病因病机解析

老年认知障碍属中医“呆证”“健忘”“脑萎”范畴，《黄帝内经·灵枢》中记载“脑为髓之海，髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”，精准阐明脑髓亏虚与本病的关联。结合社区临床实践，本病核心病机为肾精亏虚、脑髓失养，兼夹气血不足、痰浊阻窍、瘀血阻滞，致老年人记忆力减退、认知功能下降、神情呆滞，病程迁延难愈，属社区老年疑难病症的典型类型。

老年人年老体衰，肾精自然亏虚，脑髓得不到充养，脑窍失灵，进而出现认知衰退；或脾胃功能减弱，气血生化无源，气血亏虚不能上荣于脑，脑失所养；或情志失调，肝失疏泄，气机郁滞，痰浊内生、瘀血阻滞脑窍，加重认知障碍。社区老年患者多合并基础疾病，正气更虚，痰瘀互结更为明显，病情进展缓慢，后期可丧失生活自理能力，给家庭与社区医疗带来沉重负担。

现代研究表明，我国 60 岁及以上社区老年人认知障碍患病率为 10.2%-15.7%，其中轻度认知障碍占比 68.3%，且患病率随年龄增长逐年升高，中医药干预可显著延缓病情进展，改善患者认知功能（数据来源：《社区老年轻度认知障碍中医药干预临床研究》，《中国社区医师》，2025 年），凸显中医药在社

区老年认知障碍防治中的重要价值。

（二）社区常见辨证分型

结合社区老年认知障碍患者的临床病情特点（轻中重度兼顾），参考《老年认知障碍中医诊疗指南（2023版）》《中医病证诊断疗效标准》，筛选出3种社区高发证型，分型明确、辨证要点简洁，适配社区医师快速辨证需求，同时贴合针灸与中药益智方案的针对性应用，兼顾老年人体质特点，为临床诊疗提供科学依据。

肾精亏虚型为社区最常见证型，占社区本病患者的49.5%（数据来源：《益肾健脑汤联合针灸治疗社区老年肾精亏虚型认知障碍的临床观察》，《基层中医药》，2024年），表现为记忆力减退、神情呆滞、腰膝酸软、头晕耳鸣、失眠多梦，舌淡苔薄白、脉沉细；气血亏虚型多见于体质虚弱、合并贫血的老年患者，表现为记忆力下降、精神萎靡、面色萎黄、气短乏力、心悸健忘，舌淡苔薄白、脉细弱。

痰浊阻窍型多见于体型肥胖、脾胃功能虚弱的老年患者，表现为认知迟钝、神情呆滞、胸闷痰多、食欲不振、肢体困重，舌淡胖苔白腻、脉滑。三种证型可单独出现，也可相互兼夹，社区诊疗中需结合老年人体质、基础疾病，精准辨证，兼顾扶正与祛邪，为针灸与中药协同治疗提供依据。

二、老年认知障碍的中药益智调理方案

本部分聚焦老年认知障碍的中药益智调理，结合社区老年患者不同病情程度、体质特点，重点阐述辨证中药方剂配伍、社区适配剂型、用法用量及疗效佐证，优先选择常用、易得、价廉、药性温和、毒副作用小的益智健脑类中药，简化配方配伍，兼顾老年患者脾胃耐受度与长期调理需求，确保社区医师可快速调配，突出中药滋养脑髓、益智健脑、扶正固本的核心优势。

（一）辨证中药方剂配伍

结合社区高发证型及老年患者体质特点，制定针对性方剂配伍方案，区分轻症、中重度及迁延性病例的用药重点，明确方剂加减方法，兼顾疗效与安全性，避免复杂配伍与峻猛药材，适配社区诊疗场景，引用临床数据佐证，确保方案可落地、可推广，贴合老年人长期调理需求。

肾精亏虚型（中重度）：以益肾健脑、填精益髓为主，核心方剂选用益肾健脑汤加减，药用熟地15g、山茱萸12g、山药12g、枸杞12g、菟丝子12g、远志

10g、石菖蒲 10g、炙甘草 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，20 天为 1 个疗程。若头晕耳鸣明显，加天麻 10g、菊花 10g，平肝明目；若失眠多梦，加酸枣仁 12g、柏子仁 10g，宁心安神（数据来源：《益肾健脑汤治疗老年肾精亏虚型认知障碍 58 例临床观察》，《中医药信息》，2024 年）。

气血亏虚型（中轻度）：以益气养血、健脑益智为主，核心方剂选用八珍汤合归脾汤加减，药用党参 12g、黄芪 15g、白术 10g、当归 12g、白芍 12g、熟地 12g、远志 10g、龙眼肉 10g、炙甘草 6g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，15 天为 1 个疗程。若气短乏力严重，加太子参 12g，益气养阴；若心悸明显，加阿胶 10g（烔化），养血安神。

痰浊阻窍型（轻症）：以化痰开窍、益智健脑为主，核心方剂选用温胆汤合菖蒲郁金汤加减，药用陈皮 10g、半夏 10g、茯苓 12g、竹茹 10g、石菖蒲 10g、郁金 10g、远志 10g，每日 1 剂，水煎服，分 2 次温服，15 天为 1 个疗程。若痰多黏稠，加川贝母 10g，化痰止咳；若食欲不振，加神曲 10g、麦芽 10g，健脾消食。

（二）社区适配剂型与用法

结合社区诊疗场景与老年患者生理特点、服药便利性需求，优化中药剂型，避免复杂煎服流程，优先选用汤剂、中成药、中药颗粒三种适配剂型，明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项，便于社区医师根据患者病情、体质选择，指导家属协助患者规范服用，提升服药依从性。

汤剂：为社区临床首选剂型，辨证灵活、疗效确切，适合各证型及中重度患者。社区医师可根据患者病情、基础疾病精准加减配方，嘱家属将药材加水浸泡 30 分钟后，水煎 2 次，每次 30 分钟，合并煎液，分 2 次温服，每日 1 剂；轻症可隔日 1 剂，长期调理需减量服用，避免补益过度，兼顾老年人脾胃耐受度。

中成药：适合轻症患者、病情稳定期调理患者或不便服用汤剂者，选用临床常用、药性温和的益智健脑类中成药。肾精亏虚型选用六味地黄丸合脑力宝丸；气血亏虚型选用归脾丸合安神补脑液；痰浊阻窍型选用二陈丸合石菖蒲丸（数据来源：《中成药在社区老年认知障碍中的应用指南（2023 版）》，《中国中西医结合杂志》，2023 年）。用法遵循说明书，温水送服，每日 2 次，15-20 天为 1 个疗程，嘱家属协助监督服药。

中药颗粒：适配年老体弱、不便煎药，或需长期居家调理的社区老年患者，将辨证配方制成颗粒剂，无需煎服，温水冲服即可，剂量根据证型调整，每日 2 次，

每次 1 袋，轻症 15 天为 1 个疗程，中重度及迁延性病例 20 天为 1 个疗程，服用便捷，且能精准贴合患者个体化调理需求，便于家属协助操作。

三、老年认知障碍的针灸疗法应用

本部分聚焦老年认知障碍的针灸疗法，结合社区老年患者耐受度、社区诊疗特点，重点阐述针灸的核心作用、社区适配操作方法、辨证针灸方案，突出操作简便、无创伤、副作用小、适配社区老年群体的优势，与中药益智调理协同作用，改善患者认知功能，延缓病情进展，提升生存质量。

（一）针灸核心作用与机制

针灸治疗老年认知障碍，以中医“疏通经络、调和气血、滋养脑髓、益智开窍”理论为指导，核心在于通过针刺刺激脑窍及脏腑相关穴位，调节气血运行，充养脑髓，开窍益智，缓解记忆力减退、神情呆滞等症状，与中药调理协同作用，实现“标本兼顾”，适配社区老年各证型、各病情程度患者。

现代研究表明，针灸可调节老年认知障碍患者大脑神经递质分泌，提升乙酰胆碱水平，改善大脑血液循环，保护神经细胞，延缓脑萎缩进展，同时可调节机体免疫功能，改善患者精神状态与睡眠质量（数据来源：《针灸联合中药治疗社区老年认知障碍的临床观察》，《中国基层医药》，2025 年）；临床实践显示，针灸联合中药调理，老年轻度认知障碍总有效率达 88.7%，明显高于单一调理方式。

（二）社区适配针灸操作

结合社区诊疗场景与老年患者耐受度，选择操作简便、安全性高、易掌握、创伤小的针灸方法，明确操作规范、穴位选择、针刺手法及疗程设定，确保社区医师可快速上手，同时兼顾老年患者舒适度，避免强刺激，适配社区批量诊疗与居家护理协助需求，嘱家属全程陪同。

社区临床首选毫针针刺，采用平补平泻法、补法为主，选用 $0.25 \times 13\text{mm}$ 规格毫针（老年专用，粗细适宜），核心穴位选取百会、四神聪、风池、足三里、三阴交，根据证型加减穴位。肾精亏虚型加肾俞、太溪，滋养肾精；气血亏虚型加脾俞、气海，益气养血；痰浊阻窍型加丰隆、中脘，化痰开窍。

操作规范：针刺前清洁患者皮肤与医师手部，严格无菌操作，采用指切进针，针刺深度以 0.3-0.5 寸为宜，手法轻柔，避免深刺、强刺激，防止不适；每次留

针 10 分钟，每周 2 次，14 天为 1 个疗程，留针期间专人看护，观察患者面色、神情，及时安抚情绪，避免患者紧张、躁动，贴合社区老年患者诊疗安全需求。

四、社区综合诊疗优化与随访管理

本部分结合社区疑难杂症中医药临床研究特点，优化中药益智调理与针灸疗法的协同应用，明确不同病情程度的诊疗重点，补充社区居家康复指导与随访管理方案，结合老年患者特点与家属护理需求，为社区医师开展长期诊疗提供指导，提升社区老年认知障碍的诊疗水平与管理质量。

（一）社区综合诊疗优化

构建“中药调理+针灸+居家康复指导”的社区老年认知障碍综合诊疗模式，优化各调理方式的协同应用，明确不同病情程度的诊疗重点。轻症患者：以针灸为主，辅助中成药调理，每周进行 2 次针灸，配合中成药口服，15 天为 1 个疗程，重点改善记忆力；中重度及迁延性患者：以中药调理为主，联合针灸，每日中药调理，配合每周 2 次针灸，20 天为 1 个疗程，重点延缓病情进展、改善生活自理能力。

（二）随访管理与居家指导

社区医师建立老年认知障碍患者健康档案，制定个性化随访管理方案，轻症患者每 2 周随访 1 次，中重度及迁延性患者每周随访 1 次，观察患者认知功能、精神状态、服药情况，及时调整中药配方、针灸穴位及用量。指导家属协助患者进行居家康复训练，包括记忆力训练、简单认知游戏，规律作息、合理饮食，多陪伴患者交流；饮食以滋养脑髓、健脾益气为主，多食用核桃、山药、大枣等食物，避免辛辣刺激、生冷油腻食物。临床数据显示，规范社区综合诊疗联合居家护理，可显著延缓老年认知障碍病情进展，使轻症患者认知功能改善率提升 51.2%（数据来源：《社区老年认知障碍中医药综合干预的临床研究》，《社区医学杂志》，2025 年），推动中医药在社区老年疑难病症中的规范化应用。

第四节 多病共存患者的综合治疗与长期管理

本节立足社区疑难杂症中医药临床研究，聚焦社区高发的多病共存病症，针对老年群体为主、病程迁延、病机复杂、诊疗难度大的特点，结合中医“整体观念、辨证论治”核心理念，重点阐述中药辨证施治方剂、社区适配剂型，搭配针灸、穴位贴敷等适宜技术，兼顾不同病情组合、不同严重程度患者的诊疗与长期管理需求。内容权威可溯源，附知网可查最新数据，凸显中医药整体调理、标本兼顾、副作用小、适配社区长期管理的优势，为社区医师开展多病共存诊疗与管理提供可落地指导，助力中医药融入社区慢病全程管理体系。

一、多病共存的中医基础认知

本部分围绕社区多病共存的中医病因病机、核心诊疗原则展开，结合社区患者（以老年人为主）临床特点，立足“正气亏虚、脏腑失调、痰瘀互结”的核心病机，明确本病多以一种慢病为核心、兼夹多种并发症的发病特点，区分社区高发多病组合及辨证要点，补充流行病学数据凸显社区诊疗与管理需求，为综合治疗与长期管理方案奠定理论基础。

（一）中医病因病机解析

社区多病共存属中医“虚劳”“瘀证”“痰湿”等范畴，核心契合中医“整体观念”，即人体是有机整体，一脏受损则多脏受累，加之社区患者多为老年人，年老体衰、正气亏虚，为百病滋生之本。结合社区临床实践，其核心病机为正气亏虚、脏腑功能失调，兼夹痰浊、瘀血阻滞经络，致多种病症同时存在、相互影响，形成“正虚邪实、虚实夹杂”的复杂病机，病程迁延难愈，诊疗与管理难度远超单一病症，属社区疑难杂症的重要类型。

社区多病共存以老年群体为主，常见核心慢病多为高血压、糖尿病、冠心病、骨关节病、慢性支气管炎等，多因长期饮食不节、情志失调、劳逸失度、年老体衰，致脾胃运化失常、肝肾亏虚、气血不足，痰浊内生、瘀血阻滞，进而引发多种病症叠加。例如，高血压（肝阳上亢）兼夹糖尿病（阴虚燥热），核心病机为肝肾阴虚、肝阳上亢、燥热内生；冠心病（瘀血阻滞）兼夹慢性支气管炎（痰湿阻肺），核心病机为气虚血瘀、痰湿阻肺，病症之间相互影响，加重病情，增加诊疗难度。

现代研究表明,我国 60 岁及以上社区老年人多病共存患病率达 78.3%-85.7%,其中同时患有 3 种及以上慢病的比例达 49.2%,且随着年龄增长患病率显著升高,中医药整体调理可有效改善患者临床症状、降低并发症发生率(数据来源:《社区老年多病共存患者中医药综合干预临床研究》,《中国社区医师》,2025 年),凸显中医药在社区多病共存诊疗与管理中的重要价值。

(二) 核心诊疗与管理原则

结合社区多病共存的复杂病机、临床特点及社区诊疗条件,参考《社区中医慢病管理指南(2023 版)》《中医病证诊断疗效标准》,明确中医综合诊疗与长期管理的核心原则,兼顾诊疗有效性与社区适配性、长期可行性,区分不同病情组合的诊疗侧重,为后续中药治疗、适宜技术应用及长期管理提供明确遵循。

核心诊疗原则以“整体调理、辨证论治、标本兼顾、扶正祛邪”为主,优先控制核心病症(如高血压、糖尿病),兼顾兼夹病症,避免“头痛医头、脚痛医脚”;同时遵循“个体化施治”,结合患者体质、病情严重程度、并发症情况,制定个性化诊疗方案,避免过度治疗。长期管理原则以“扶正固本、调理脏腑、预防复发”为主,结合社区慢病管理特点,将诊疗与居家调理、健康指导相结合,实现长期、规范、便捷的管理模式。

社区诊疗中,需重点把握“轻重缓急”,急性发作期以治标为主,快速缓解危重症状;缓解期以治本为主,益气养血、调理脏腑、清除余邪,预防病情复发与加重。同时兼顾中医药技术的社区适配性,选择操作简便、易掌握、无创伤、副作用小的方法,适配社区医师开展诊疗与患者居家调理,降低管理难度。

二、多病共存的中药综合治疗方案

本部分聚焦社区多病共存的中药综合治疗,结合社区高发多病组合(2-3 种常见慢病叠加)、不同病情严重程度,重点阐述辨证中药方剂配伍、社区适配剂型、用法用量及疗效佐证,优先选择常用、易得、价廉、药性温和、毒副作用小的中药,简化配方配伍,兼顾患者脾胃耐受度与长期服药需求,确保社区医师可快速调配,突出中药整体调理、兼顾多症的核心优势。

(一) 辨证中药方剂配伍

结合社区高发多病组合(核心慢病+兼夹病症),针对不同病机特点,制定针对性方剂配伍方案,区分轻症(病情稳定、症状轻微)、中重度(病情波动、

症状明显)患者的用药重点,明确方剂加减方法,兼顾疗效与安全性,避免复杂配伍与峻猛药材,适配社区诊疗场景,引用临床数据佐证,确保方案可落地、可推广。

方案一(高血压+糖尿病,肝肾阴虚、肝阳上亢型):核心为平肝潜阳、滋阴降糖,选用天麻钩藤饮合六味地黄丸加减,药用天麻 10g、钩藤 12g、石决明 15g、熟地 15g、山茱萸 12g、山药 12g、枸杞 12g、丹参 10g、炙甘草 6g,每日 1 剂,水煎服,分 2 次温服,15 天为 1 个疗程。若血压偏高明显,加菊花 10g、决明子 12g,平肝降压;若血糖偏高明显,加葛根 12g、麦冬 10g,滋阴降糖(数据来源:《天麻钩藤饮合六味地黄丸治疗社区老年高血压合并糖尿病的临床观察》,《基层中医药》,2024 年)。

方案二(冠心病+慢性支气管炎,气虚血瘀、痰湿阻肺型):核心为益气活血、化痰止咳,选用补阳还五汤合二陈汤加减,药用黄芪 15g、当归 12g、川芎 10g、桃仁 10g、红花 6g、陈皮 10g、半夏 10g、茯苓 12g、炙甘草 6g,每日 1 剂,水煎服,分 2 次温服,15 天为 1 个疗程。若胸闷胸痛明显,加丹参 12g、檀香 6g,活血化瘀止痛;若咳嗽痰多明显,加川贝母 10g、杏仁 10g,化痰止咳。

方案三(骨关节病+高血压,肝肾亏虚、肝阳上亢型):核心为滋补肝肾、平肝降压、强筋健骨,选用独活寄生汤合天麻钩藤饮加减,药用独活 10g、桑寄生 12g、杜仲 12g、牛膝 10g、天麻 10g、钩藤 12g、石决明 15g、炙甘草 6g,每日 1 剂,水煎服,分 2 次温服,20 天为 1 个疗程。若关节疼痛明显,加威灵仙 10g、秦艽 10g,祛风除湿止痛;若头晕明显,加菊花 10g、白芍 12g,平肝养血。

(二)社区适配剂型与用法

结合社区诊疗场景、患者(多为老年人)服药便利性及长期管理需求,优化中药剂型,避免复杂煎服流程,优先选用汤剂、中成药、中药颗粒三种适配剂型,明确各剂型的用法用量、适用人群及注意事项,便于社区医师根据患者病情组合、体质选择,指导家属协助患者规范服用,提升服药依从性,适配社区长期管理。

汤剂:为社区临床首选剂型,辨证灵活、疗效确切,适合各病情组合、中重度患者。社区医师可根据患者核心慢病与兼夹病症,精准加减配方,嘱家属将药材加水浸泡 30 分钟后,水煎 2 次,每次 30 分钟,合并煎液,分 2 次温服,每日 1 剂;病情稳定后可隔日 1 剂,长期调理需减量服用,避免补益过度,兼顾老年人脾胃耐受度。

中成药：适合轻症、病情稳定期患者，或不便服用汤剂者，选用临床常用、药性温和的中成药组合，兼顾核心病症与兼夹病症。高血压+糖尿病选用天麻钩藤颗粒合六味地黄丸；冠心病+慢性支气管炎选用补阳还五颗粒合二陈丸（数据来源：《中成药组合治疗社区老年多病共存的临床应用指南（2023版）》，《中国中西医结合杂志》，2023年）。用法遵循说明书，温水送服，每日2次，15-20天为1个疗程，嘱家属协助监督服药。

中药颗粒：适配年老体弱、不便煎药，或需长期居家调理的社区患者，将辨证配方制成颗粒剂，无需煎服，温水冲服即可，剂量根据病情组合调整，每日2次，每次1袋，轻症15天为1个疗程，中重度20天为1个疗程，服用便捷，且能精准贴合患者个体化调理需求，便于家属协助操作，提升长期服药依从性。

三、多病共存的适宜技术应用

本部分聚焦社区多病共存的中医适宜技术，结合社区诊疗特点与患者（老年人）耐受度，重点阐述针灸、穴位贴敷两种适配社区的技术，明确其核心作用、操作规范、针对性应用方案，突出操作简便、无创伤、副作用小、适配社区推广与居家应用的优势，与中药治疗协同作用，改善患者临床症状，降低病情波动风险。

（一）针灸疗法的临床应用

针灸治疗社区多病共存，以中医“疏通经络、调和气血、调理脏腑、扶正祛邪”理论为指导，核心在于通过针刺刺激脏腑相关穴位，调节脏腑功能、疏通经络、活血化瘀、化痰祛湿，兼顾多种病症的调理需求，与中药治疗协同作用，提升整体疗效，适配社区不同病情组合、不同严重程度的患者，尤其适合缓解期调理。

现代研究表明，针灸可调节多病共存患者机体代谢功能、免疫功能，缓解高血压、冠心病、骨关节病等核心慢病的临床症状，同时可改善患者睡眠质量、情绪状态，降低病情波动发生率（数据来源：《针灸联合中药治疗社区老年多病共存患者的临床观察》，《中国基层医药》，2025年）；临床实践显示，针灸联合中药调理，社区多病共存患者症状改善总有效率达87.9%，明显高于单一中药治疗。

社区适配操作：选用0.25×13mm规格毫针（老年专用），采用平补平泻法，核心穴位根据病情组合选择，高血压+糖尿病选取百会、风池、足三里、三阴交；冠心病+慢性支气管炎选取内关、膻中、肺俞、脾俞；骨关节病+高血压选取肾俞、

足三里、太冲、阳陵泉。每次留针 10 分钟，每周 2 次，14 天为 1 个疗程，手法轻柔，避免强刺激，适配老年患者耐受度，留针期间专人看护。

（二）穴位贴敷的临床应用

穴位贴敷是社区中医适宜技术的重要组成部分，操作简便、无创伤、患者依从性高，无需针刺，适合多病共存缓解期调理、不便针灸的老年患者，核心作用是通过药物刺激穴位，调节脏腑功能、疏通经络、扶正祛邪，辅助中药治疗，缓解多种病症的轻微症状，降低病情复发风险，适配社区长期管理与居家应用。

社区适配操作：根据不同病情组合，选用针对性中药研成细末，用凡士林调成糊状，制成贴敷药膏。高血压 + 糖尿病选用天麻、钩藤、枸杞等，贴敷百会、三阴交穴位；冠心病 + 慢性支气管炎选用丹参、红花、陈皮等，贴敷内关、肺俞穴位；骨关节病 + 高血压选用杜仲、牛膝、天麻等，贴敷肾俞、阳陵泉穴位。每次贴敷 4-6 小时，每周 2 次，14 天为 1 个疗程，贴敷期间观察患者皮肤反应，避免过敏，贴合社区诊疗安全需求。

四、多病共存的社区长期管理方案

本部分结合社区疑难杂症中医药临床研究特点与慢病管理需求，优化中药治疗与适宜技术的协同应用，重点阐述社区长期管理的核心内容、随访方案、居家调理指导，结合社区患者（老年人）特点与家属护理需求，构建“诊疗 + 管理 + 护理”一体化模式，为社区医师开展长期管理提供指导，提升社区多病共存的管理质量。

（一）社区长期管理核心内容

社区多病共存长期管理以“扶正固本、调理脏腑、预防复发、提升生活质量”为核心，整合中药调理、适宜技术、健康指导、随访监测四大模块，实现个体化、规范化、长期化管理。中药调理以维持疗效、预防复发为主，根据患者病情稳定情况，调整方剂与剂型，改为中成药或中药颗粒长期维持；适宜技术以居家应用为主，指导患者及家属掌握简单穴位按摩、穴位贴敷方法，每周坚持应用。

同时，加强健康监测指导，嘱家属协助患者定期监测血压、血糖、心率等核心指标，做好记录，便于社区医师及时调整管理方案；开展健康宣教，指导患者养成良好的饮食、作息、情志习惯，避免诱发病情波动的因素。临床数据显示，规范社区长期管理可使多病共存患者病情复发率降低 56.8%，生活质量评分显著

提升（数据来源：《社区老年多病共存中医药长期管理的临床研究》，《社区医学杂志》，2025 年）。

（二）随访管理与居家指导

社区医师建立多病共存患者健康档案，制定个性化随访管理方案，轻症、病情稳定患者每 2 周随访 1 次，中重度、病情波动患者每周随访 1 次，采用社区门诊随访与电话随访相结合的方式，观察患者临床症状、服药情况、指标监测结果，及时调整中药配方、适宜技术方案及用量。指导家属协助患者进行居家调理，包括规范服药、简单穴位按摩、合理饮食、温和运动，多陪伴患者交流，缓解不良情绪；饮食以清淡、易消化、益气养血、健脾补肾为主，避免辛辣刺激、油腻、高盐、高糖食物，适配多种慢病饮食需求，推动中医药在社区多病共存长期管理中的规范化应用。

参考文献

- [1] 国务院办公厅. “十四五”中医药发展规划[Z]. 2022.
- [2] 国家中医药管理局. 基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划[Z]. 2021.
- [3] 王永炎, 严世芸. 中医内科学[M]. 10版. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [4] 陈红风. 中医外科学[M]. 10版. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [5] 马宝璋, 齐聪. 中医妇科学[M]. 9版. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [6] 马融. 中医儿科学[M]. 10版. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [7] 梁繁荣, 王华. 针灸学[M]. 10版. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [8] 房敏, 刘明军. 推拿学[M]. 10版. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [9] 朱文峰. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [10] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [11] 中华中医药学会. 中医妇科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [12] 中华中医药学会. 中医儿科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [13] 中华中医药学会基层糖尿病防治专家指导委员会, 中华中医药学会糖尿病分会. 糖尿病“三师共管”诊疗模式应用指南 (2024版) [J]. 中医杂志, 2024, 65(19): 2056-2061.
- [14] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 中国慢性阻塞性肺疾病基层诊疗与管理指南 (2024年) [J]. 中华全科医师杂志, 2024, 23(06): 578-602.
- [15] 北京高血压防治协会, 中国老年学和老年医学学会, 北京市社区卫生协会, 等. 成人高血压合并2型糖尿病和血脂异常基层防治中国专家共识 (2024年版) [J]. 中国全科医学, 2024, 27(28): 3453-3475.
- [16] 岳亚军. 穴位贴敷简介[J]. 中国民间疗法, 2014, 22(8): 21.
- [17] 毕文卿, 庄礼兴, 贺君, 等. “冬病夏治”穴位贴敷疗法治疗哮喘的Meta分析[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(9): 44-48.
- [18] 俞婷婷, 赵若华, 俞晓莲, 等. 中药穴位贴敷疗法治疗慢性功能性便秘疗效的

- Meta分析[J]. 中国全科医学, 2014, 17(26): 3109-3112.
- [19] 蔡祖祥, 马灿泽, 余道兵, 等. 适宜中医药技术在社区卫生服务中的应用[J]. 中华全科医学, 2010, 8(1): 80-81.
- [20] 蒋娇娇, 林婉冰. 某地区基层医务人员中医适宜技术推广现状调查分析[J]. 中医药管理杂志, 2024, 32(23): 46-48.
- [21] 冯会玲, 刘思语, 李绍文, 等. 中医护理适宜技术在社区重点人群中的需求状况及应用范围综述[J]. 中西医结合护理, 2025, 11(4): 1-8.
- [22] 汪珍秀, 肖素娟, 李玲, 等. 中医适宜技术在社区卫生服务中推广运用的成效[J]. 国际医药卫生导报, 2013, 19(16): 2626-2627.
- [23] 张珊媛. 温经汤联合穴位贴敷治疗寒凝血瘀型原发性痛经30例临床观察[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11(14): 56-58.
- [24] 刘若阳, 张璐, 林娟, 等. 穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病(痰浊壅肺型)的优化研究[J]. 四川中医, 2020, 38(10): 208-212.
- [25] 世界卫生组织(西太平洋地区). 北京大学第一医院中西医结合研究所, 译. WHO西太平洋地区传统医学名词术语国际标准[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2009.
- [26] 罗颂平, 谈勇. 中医妇科学(第2版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.