

浮针治疗新型冠状病毒感染相关症状专家共识(第1版)

世界中医药学会联合会浮针专业委员会

【摘要】 本共识综合国内外多名浮针专家的临床经验和建议,规定了应用浮针治疗新型冠状病毒感染相关症状的适用条件和排除标准,针对新型冠状病毒感染后出现的头痛头昏、嗅觉味觉减退、咳嗽、纳差、腹胀、躯体疼痛等临床症状,确定嫌疑患肌、进针点和再灌注活动,并指出浮针治疗新型冠状病毒感染相关症状的注意事项,为临床一线的医务工作者提供规范的、可操作性好的治疗方案。

【关键词】 新型冠状病毒感染;浮针;专家共识

中图分类号:R245 文献标识码:A DOI: 10.19621/j.cnki.11-3555/r.2023.0101

2019年底新型冠状病毒感染(coronavirus disease, COVID-19)疫情暴发,持续而广泛地影响着人们的生活。随着病毒危害性的减弱和传播力的加强,持续了近3年的疫情管控从“乙类甲管”调整为“乙类乙管”,短时间内大量感染人群出现头痛、咳嗽、躯体疼痛、纳差、腹胀等临床症状。前期的临床探索已显示出浮针治疗这些症状安全有效、可重复性好。面对大量的临床治疗需求,为了给奋斗在一线的广大医务工作者提供规范的、可操作性好的浮针临床治疗方案,世界中医药学会联合会浮针专业委员会组织、综合国内外浮针专家的意见,达成此共识,以供临床医生参考应用。

一、概述

浮针可以针对新型冠状病毒感染后出现的相关症状进行治疗,其中包括:头痛头昏、鼻塞、咽痛、嗅觉味觉减退、咳嗽、胸痛、消化系统症状(纳差、腹胀、腹痛、腹泻、便秘、排气增多)、月经紊乱、躯体疼痛(颈肩痛、腰背痛、下肢痛)、全身症状(畏寒、乏力、多汗)等。

浮针治疗需要在患者生命体征稳定、体温正常($\leq 37.2^{\circ}\text{C}$)的情况下进行。须排除新型冠状病毒感染重症患者,或合并重大基础疾病、生命体征不稳定的患者,包括呼吸困难、紫绀,呼吸频率 >30 次/分,血氧饱和度 $<95\%$,需要辅助呼吸,心率持续 >100 次/分,以及超高龄老人、孕妇等。存在上述情况的患者需要综合救治,不得单独使用浮针治疗。

二、新型冠状病毒感染相关症状的浮针治疗方案

(一)头痛头昏

可能患肌:胸锁乳突肌、斜角肌、枕下肌群。

进针点及再灌注活动:①胸锁乳突肌。进针点:胸骨柄下方,由下向上进针。再灌注活动:坐位,低头向对侧旋转抗阻5~10 s;或仰卧位,前屈头颈抗阻5~10 s。②斜角肌。进针点:锁骨上窝外侧,由外向内进针。再灌注活动:头颈侧屈抗阻5~10 s。③枕下肌群。进针点:枕骨粗隆最高处,由上向下进针。再灌注活动:仰头抗阻5~10 s。

(二)鼻塞

可能患肌:胸锁乳突肌。

进针点及再灌注活动同上。

(三)咽痛

可能患肌:胸锁乳突肌、二腹肌、下颌舌骨肌。

进针点及再灌注活动:①胸锁乳突肌。进针点及再灌注活动同上。②下颌舌骨肌、二腹肌。进针点:下颌角处,从外向内进针。再灌注活动:张嘴,舌尖上顶,内收下颌抗阻5~10 s。

(四)嗅觉味觉减退

可能患肌:胸锁乳突肌、二腹肌。

进针点和再灌注活动同上。

(五)咳嗽

可能患肌:胸锁乳突肌、腹直肌上段、胸大肌、前锯肌、斜角肌、竖脊肌上段。

进针点及再灌注活动:①上臂肱桡肌。进行“远程轰炸”。②胸锁乳突肌。进针点及再灌注活动同上。③腹直肌上段。进针点:上段腹直肌外侧,由外向内进针。再灌注活动:挺腹抗阻5~10 s。④胸大肌。进针点:锁骨下窝,由外向内下进针。再灌注活动:肩关节水

平内收抗阻5~10 s。⑤前锯肌。进针点：腋中线，从下向上进针。再灌注活动：上肢水平前推抗阻5~10 s。⑥斜角肌。进针点及再灌注活动同上。⑦竖脊肌上段。进针点：平肩胛下角水平线，由下向上进针。再灌注活动：俯卧位仰头挺胸5~10 s。

(六) 胸骨痛

可能患肌：胸大肌。

进针点和再灌注活动同上。

(七) 消化道症状(纳差、腹胀、腹痛、腹泻、便秘、排气增多)

可能患肌：腹直肌、腹斜肌、竖脊肌中下段。

进针点及再灌注活动：①腹直肌。进针点：剑突旁，由上向下进针。再灌注活动：仰卧位卷腹5~10 s。②腹斜肌。进针点：侧腹部，从外向内进针。再灌注活动：仰卧位，半起身，手摸对侧膝关节5~10 s。③竖脊肌中下段。进针点：平肩胛下角水平线从上向下进针。再灌注活动：俯卧位双下肢抬腿抗阻5~10 s。

(八) 月经紊乱

可能患肌：腹直肌下段、腹斜肌、内收肌群、竖脊肌下段。

进针点及再灌注活动：①腹直肌下段。进针点：脐旁，由上向下进针。再灌注活动：仰卧位，双下肢伸直，上抬抗阻5~10 s。②腹斜肌。进针点及再灌注活动同上。③内收肌群。进针点：大腿内侧中下1/3由下向上进针。再灌注活动：仰卧位，内收髋关节抗阻5~10 s。④竖脊肌下段。进针点：T₁₂棘突外侧，从上向下进针。再灌注活动：俯卧位抬腿抗阻5~10 s。

(九) 躯体疼痛(颈肩痛、腰背痛、下肢痛)

颈肩痛可能患肌：上斜方肌、头颈夹肌、肩胛提肌、斜角肌。

进针点及再灌注活动：①上斜方肌。进针点：上臂外侧，由下向上进针。再灌注活动：耸肩抗阻5~10 s。②头颈夹肌。进针点：T₃棘突旁，由下向上进针。再灌注活动：仰头抗阻5~10 s。③肩胛提肌。进针点：肩胛骨内上角，由外下斜向内上进针。再灌注活动：头颈侧屈抗阻5~10 s。④斜角肌。进针点及再灌注活动同上。

腰背痛可能患肌：竖脊肌中下段、腰方肌。

进针点及再灌注活动：①竖脊肌中下段。进针点及再灌注活动同上。②腰方肌。进针点：侧腰部，由外向内进针。再灌注活动：俯卧位，同侧下肢上抬抗阻5~10 s。

下肢痛可能患肌：股四头肌、胫骨前肌、腓绳肌群、臀大肌、臀中肌。

进针点及再灌注活动：①股四头肌。进针点：髌骨上缘，从下向上进针。再灌注活动：仰卧位，伸膝抗阻5~10 s。②胫骨前肌。进针点：髌骨下缘外下方，由上向下进针。再灌注活动：踝关节背屈抗阻5~10 s。③腓绳肌群。进针点：腓窝下方，由下向上进针。再灌注活动：俯卧位，屈膝抗阻5~10 s。④臀大肌。进针点：臀横纹下方，由下向上进针。再灌注活动：俯卧位，伸髋抗阻5~10 s。⑤臀中肌。进针点：髂嵴外侧缘，从上向下进针。再灌注活动：侧卧位，外展髋关节抗阻5~10 s。

(十) 全身症状(畏寒、乏力、多汗)

可能患肌：腹直肌、竖脊肌。

进针点及再灌注活动：根据患肌出现的上、中、下不同部位，参考上述腹直肌和竖脊肌的对应进针点和再灌注活动。

三、注意事项

浮针治疗新型冠状病毒感染相关症状时，需与其他疾病相鉴别。如长期反复的咳嗽咳痰，除新型冠状病毒感染所致的症状外，也可能是慢性阻塞性肺疾病、肺癌等疾病的临床症状；如咳嗽伴有咯黄脓痰，需警惕病毒感染后合并细菌感染；沉默性缺氧的临床表现具有一定的隐匿性，遇到过于安静的患者，需常规测血氧饱和度。

浮针治疗新型冠状病毒感染相关症状疗效确切，且见效较快，但部分患者症状可能反复出现，需要一定的疗程，一般治疗3~6次。如1~2次治疗完全无效，需进行血常规、X线片、CT等相关检查以明确和鉴别诊断。

患者处于发热阶段时，不推荐浮针治疗；待其体温恢复正常，仍有上述相关症状，可采用浮针作为安全有效的非药物疗法。

患者感染后需注重休息与营养均衡，补充蛋白与营养，调和气血，避免剧烈运动发生组织急性缺血、缺氧，甚至心肌炎等危急重症；在患者体能允许的情况下，推荐患者做气血操等轻度康复运动。

浮针操作者临床操作中需注意自我防护避免感染。

利益冲突：所有专家均声明不存在利益冲突。

执笔人：孙健。

参与讨论制定本共识的专家(按姓名汉语拼音排序)：蔡斌(美国大纽约浮针医学会)、符仲华(南京中医药(下转第29页))

脾虚日久伤阳,故畏寒。治疗上,“木郁达之”,北柴胡、麸炒枳壳一升一降,白芍、炙甘草一柔一缓,可运转中焦枢机,调和气血。思虑伤脾,脾失健运,胃失和降,茯苓、百合健脾养阴,补而不滞,醋延胡索、佛手可助脾运化而不伤阴,同时二者联合厚朴花可行气止痛。丹参活血,木香、砂仁理气醒脾,三者合称丹参饮,乃治疗胃脘诸痛、化瘀行气止痛之良方。本案患者脾阳不足,中焦失于温煦,虚寒内生,用桂枝、黄芪、酒萸肉以温中补虚,加沉香以降气和胃,止暖气、止胃痛。二诊时,患者气滞减轻故痛缓,但仍中阳不足,去佛手,延胡索加量以固行气止痛之功,同时加乌药温阳行气,与百合配伍,奏行气和血之效。三诊时,患者气行血运,但有津伤,出现大便干结,乌药药性辛温,荔枝核同为温药,但味甘不燥,兼能润肠,故易之。四诊时,予前方14剂以巩固疗效。

4 小结

依据病理学检查结果常将CAG黏膜萎缩程度分为轻、中、重度,重度萎缩与胃癌相关性最高,也是胃癌防治的重点,一旦确诊应引起重视并干预。有效的中医治疗能将其稳定在“安全范围”内,如四逆散可在一定程度上通过影响癌基因Bcl-2和促凋亡基因BAX的表达,抑制CAG癌前病变的发生^[15-16],从而降低肿瘤的发病率。相比于胃癌,CAG在治疗上更具有主动性和多样性,临床应充分利用胃镜并将其作为望诊的延伸,治疗时重视胃镜病理结果,辨证施治,根据CAG不同阶段灵活用药。初期重视从肝论治,解肝郁,理肝气,使其疏泄有度,以恢复胃黏膜原本的结构和调和人体气血的内环境;后期当以“既病防变”为目标,将防治胃癌发生作为治疗的目标之一,同时仍需固护肝脾,不能忽视疏肝和胃对本病的正性作用。

参考文献

[1] 张云桐,谢琪.慢性萎缩性胃炎癌前病变病因病机研究进展[J/CD].世界最新医学信息文摘,2019,19(8):130-131.

- [2] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [3] 刘洪,谢彬,李海文,等.胃癌癌前病变细胞模型研究进展[J].中药新药与临床药理,2016,27(4):592-595.
- [4] 徐伟超,李佃贵,杜艳茹.基于当代京津冀名老中医药专家经验的慢性萎缩性胃炎病因病机及证素规律研究[J].辽宁中医杂志,2021,48(4):28-31.
- [5] 王庆其,李孝刚,邹纯朴,等.裘沛然辨治慢性萎缩性胃炎经验[J].安徽中医药大学学报,2017,36(1):30-32.
- [6] 程传奇,王晓素.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的研究进展[J].当代医学,2019,25(32):190-192.
- [7] 赵晓丹,孙静晶,周斌.慢性萎缩性胃炎中医证型分布规律[J].环球中医药,2015,8(1):18-21.
- [8] 杨振华,孙波,黄傲霜,等.慢性萎缩性胃炎中医证候的胃镜及病理特征分析研究[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(1):58-61.
- [9] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [10] 王淋,杨慧萍,朱梦佳,等.柴胡疏肝散加减治疗慢性萎缩性胃炎肝胃不和证的Meta分析[J].云南中医学院学报,2020,43(1):26-33.
- [11] 马燕,唐伟,陈久红.加味逍遥散治疗肝郁脾虚型慢性萎缩性胃炎的临床价值研究[J/OL].中华中医药学刊:1-6[2021-11-11].http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.r.20211009.1826.004.html.
- [12] 马莹,陶春晖,邱明义教授治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生经验[J].环球中医药,2021,14(2):292-295.
- [13] 张磊,马骏,张培.马骏运用宏观辨证结合胃黏膜相治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].河南中医,2019,39(9):1334-1337.
- [14] 刘玲,王道坤,王丽园,等.王道坤教授应用疏肝和胃汤治疗慢性萎缩性胃炎医案举隅[J].中医药信息,2019,36(6):60-63.
- [15] 朱玉侠,赵明星,姜登鸽,等.抑癌基因p53、凋亡抑制基因Bcl-2、促凋亡基因Bax在胃癌及癌前病变中的表达[J].胃肠病学和肝病学杂志,2016,25(9):1040-1043.
- [16] 钱元霞,汤玲璐,钱祯,等.四逆散对慢性萎缩性胃炎癌前病变大鼠的作用及机制研究[J].陕西中医,2019,40(8):990-994.

(收稿日期:2021-11-02)

(上接第2页)

大学浮针医学研究所)、甘秀伦(北京中医药大学浮针研究所)、高友玲(江苏省扬州市中医院)、贺青涛(广东省第二中医院)、焦春杰(山东省聊城市人民医院)、孙健(广州中医药大学第二附属医院/广东省中医院)、孙玉芝(广州中医药大学第二附属医院/广东省中医院)、吴笛(加拿大浮针医学会)、吴继东(欧洲浮针医学会)、周立伟(中国台湾浮针医学会)。

(收稿日期:2022-12-29)