内科简介

社旗县中医院内科建科30余年，开放床位45张；属中医院重点临床科室。科室医疗护理团队结构合理，现有医护人员18人，本科学历2人，大专学历16人。目前我科有副主任医师1名，主治医师4名，住院医师6人；主管护师2人，护师5人。已形成平衡发展、老中青结合人才骨干梯队。以心脑血管疾病、呼吸、消化、泌尿、内分泌系统等内科疾病为重点综合诊疗、临床研究方向，突出中西医结合优势和特色。在继承发掘传统医学精髓的同时，注重吸收和运用现代医学先进诊疗手段，与中医学相互补充，有机结合，做到诊断精确、治疗及时、疗效显著。

内科全体医护人员在本职岗位上尽职尽责工作，无私奉献；以院为家，敏思好学，爱岗敬业，创造中医院名医、名科、名牌效应。时刻牢牢树立“以病人为中心，患者至上”的科室理念，微笑服务，视病人为亲人。以高质量的诊疗技术、优质护理、就医环境、文明礼仪、健康教育等一系列人文关怀为前提，更好的满足全县患者的就医需求，全心全意为人民服务，不断提升人民群众的满意度。

科室人员花名册

社旗县中医院内科医护人员一览表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 学历 | 专业 | 职称 |
| 王运雨 | 男 | 科主任 | 专科 | 中医学 | 主治医师 |
| 景永峰 | 男 | 副院长 | 专科 | 中医学 | 副主任医师 |
| 李省玉 | 男 | 医务科副科长 | 专科 | 中医学 | 主治医师 |
| 丁应梅 | 女 |  | 专科 | 中西医学 | 主治医师 |
| 朱珍珍 | 女 |  | 本科 | 中医学 | 主治医师 |
| 曹青松 | 男 |  | 专科 | 临床医学 | 主治医师 |
| 李国良 | 男 |  | 专科 | 中医学 | 执业医师 |
| 郭医 | 男 |  | 专科 | 中医学 | 执业医师 |
| 李岩 | 女 |  | 专科 | 临床医学 | 住院医师 |
| 李沛 | 女 | 护士长 | 专科 | 护理 | 护师 |
| 刘燕 | 女 |  | 本科 | 护理 | 主管护师 |
| 贾真 | 女 |  | 专科 | 护理 | 护师 |
| 陈振清 | 女 |  | 专科 | 护理 | 护师 |
| 陶石林 | 女 |  | 专科 | 护理 | 护师 |
| 贺倩 | 女 |  | 专科 | 护理 | 护师 |
| 赵文君 | 女 |  | 专科 | 护理 | 护士 |
| 崔华钰 | 女 |  | 专科 | 护理 | 护士 |
| 张亚楠 | 女 |  | 专科 | 护理 | 护士 |

科室开展的中医特色服务项目

按照科室建设与管理指南要求，本科室应开展的中医特色服务项目13项，实际开展的中医特色服务项目。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 编号 | 项目 | 操作人员 |
| 1 | 毫针针刺 | 内科医师 |
| 2 | 艾灸 | 内科护士 |
| 3 | 拔火罐 | 内科医师 |
| 4 | 中医推拿 | 内科医师 |
| 5 | 中药塌渍 | 内科护士 |
| 6 | 三棱针针刺 | 内科医师 |
| 7 | 熏洗 | 内科护士 |
| 8 | 耳穴压豆 | 内科护士 |
| 9 | 刮痧 | 内科护士 |
| 10 | 穴位贴敷 | 内科护士 |
| 11 | 电子生物反馈疗法 | 内科护士 |
| 12 | 中医定项透药疗法 | 内科护士 |
| 13 | 红外线治疗 | 内科护士 |

眩晕病（原发性高血压）中医诊疗方案

一、诊断（一）疾病诊断

1．中医诊断：参照中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南》（中国中医药出版社，2008年8月）与《中药新药临床研究指

导原则》（中国医药科技出版社，2002年5月）。

主要症状：头晕目眩，头痛。

次要症状；头如裹，面红目赤，口苦ロ干，耳鸣耳聋，汗出，腰

膝酸软等。

2．西医诊断：参照卫生部疾病预防控制局、中国高血压联盟和国家心血管病中心制定的《中国高血压防治指南（2010年修订版）》

(1）未应用抗高血压药物情况下，平均收缩压（ SBP ))≥140mmHg和（或）平均舒张压（ DBP ))≥90mmHg;

(2）既往有高血压史，目前近4周内应用抗高血压药物治疗的个体。

（二）证候诊断

1．肾精不足：腰脊酸痛（外伤性除外）、胫酸膝软或足跟痛、耳鸣或耳聋、心悸或气短、发脱或齿摇、夜尿频、尿后有余沥或失禁、舌淡苔白、脉沉细弱。2．痰浊中阻；头如裹、胸闷、呕吐痰涎、食少、舌胖苔腻脉滑。

3．肝阳上亢：眩晕、头痛、急躁易怒、少寐多梦、舌红苔黄、脉弦数。

4．气血亏虚：、劳累即发、面色恍白、爪甲无华、神疲心悸、失眠、健忘、舌淡少苔、脉细弱。

二、治疗方案

本方案适用于18岁以上原发性高血压人群，不适用于儿童高血压、妊娠高血压、合并严重慢性肾脏疾病的高血压以及继发性高血压人群。

（一）辨证选择口服中药汤剂或中成药

眩晕病（原发性高血压）的辨证论治应以整体观念为指导，标本

兼治，强调长期治疗时应以治本为主。

1．肾精不足证

治法：平补肾气。

推荐方药：左归丸、右归丸加减。熟地、山萸肉、菟丝子、桑寄

生、仙灵脾、炒杜仲、女贞子、怀牛膝、等。

2．痰浊中阻证

治法：祛痰化浊，健脾和胃。

推荐方药：半夏白术天麻汤。生半夏洗、苍术、白术、天麻、陈

皮、茯苓、薏苡仁、地龙、等。

3．气血亏虚证

治法；补养气血，健运脾胃。

推荐方药：归脾汤加减。党参、黄芪、当归、白术、甘草、木香、龙眼肉等4．肝阳上亢证

治法：滋阴补肾，平肝潜阳。

推荐方药：天麻钩藤饮加减。明天麻、双钩藤（后下）、石决明（先

煎）、炒桅子、川牛膝、益母草、桑寄生、夜交藤、茯神、牡丹皮

等。

（二）外治法

中药足浴

(1）夏枯草30g、钩藤20g、桑叶15g、菊花20g。上药制成煎剂，用时加温至50℃左右，浸泡双足、两足相互搓动，每次浴足2030分钟，每日2次，10n15天为1个疗程。

（三）其他疗法

1.养生调摄方法

1防治眩晕（原发性高血压）的调摄法

减重：减少热量，膳食平衡。增加运动，体质指数保持2024kg/m2

1．修体态

膳食食盐：北方首先将每人每日平均食盐量降至8g，以后再降至6g：南方可控制在6g以下。

减少膳食脂肪：总脂肪く总热量的30%，饱和脂肪＜10%，增加新鲜蔬菜400500g/ d ，水果100g，肉类50100g，鱼虾蛋50g，蛋类每周3-4个，奶类250g/ d ，少吃糖类和甜食。增加及保持适当体力活动：一般每周运动35次，每次持续2060分钟。如运动后自我感觉良好，且保持理想体重，则表明运动力量和运动方式合适。

保持乐观心态，提高应急能力：通过宣传和咨询，提高人群自我防病能力。提倡选择适合个体的运动、绘画等文化活动，增加老年人社交机会，提尚生活质量。

2．调节饮食3．适当劳逸

4．畅情志戒烟：限酒：不提倡饮酒（特别是高度烈性酒），尽可能戒酒：如饮酒，男性每日饮酒精量不超过25g，即葡萄酒＜100150ml，或啤酒＜250500ml，或白酒＜2550ml，女性则减半，孕妇不饮酒。

5．忌烟酒门诊健康教育和照顾受试者利益：主动热情服务、最大限度保护受试者利益、及时处理可能的严重不良事件、积极向受试者及其亲属或陪人宣传高血压防治知识、随时帮助病人解决医疗有关问题、密切与受试者的联系从而提高治疗依从性。

2．治疗般备：根据病情需要和临床症状，可配备多功能艾灸仪和针灸器具（针灸针、艾条、刮痧板、拔火罐等），可选用腿浴治疗器、足疗仪等中药浸浴设备。

（四）内科基础治疗

参照《中国高血压防治指南（2010年修订版）》，合理控制多重心血管危险因素。

三、疗效评价

（一）评价标准

1．中医证侯学评价

采用《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2010年5月）的证候评分标准，动态观察证候变化，重点于评价患者己有或新发的头晕目眩、头痛等主要症状是否明显缓解（证候计分下降≥50%)

6．常随诊

2．病情评价

推荐来用世界卫生组织生活质量测定简表中文版（ World Health Orgqnization Quality of Life Assssment ）和杜氏高血压生活质量量表进行成人原发性高血压的生活质量评分，采用《中国高血压防治指南（2p10年修订版）进行成人原发性高血压的病因鉴别诊断、心血管危险因素的评估，并指导诊断措施及预后判断。

降压归标：年轻人或合并糖尿病、慢性肾脏病＜130/80mnHg:6069岁＜140/90mmHg，如能耐受，还可进一步降低：7079岁＜150/9OmmHg ，如能耐受，还可进一步降低：肾功能受损蛋白尿＜ lg / d 者＜

130/85mmH：肾功能受损蛋白尿＞ lg / d 者＜125/75mmHg。

（二评价方法

推荐同时采用肱动脉血压和24小时动态血压评定降压疗效，采

用尿微量白蛋白评价早期肾功能损害情况。

1．肱动脉血压

单纯收缩期高血压：根据偶侧 SBP 平均值下降＞10mmHg以上作为疗效判定，分别计算治疗有效率和血压达标率。治疗有效； SBP 下降＞10mmHg；降压达标： SBP く140mmHg，且 PP く6mmHg，同时舒张压适度下降不低于60o70mmHg)。

单纯舒张期高血压：(1）显效： DBP 下降≥10mmHg并降至＜8

5mmHg，或降低20mmHg以上；(2）有效： DBP 下降＜10mmHg但降至<85mmHg:(3）无效：未达到上述标准。

双期高血压：参照单纯收缩期高血压和单纯舒张期高血压的降压疗效标准，综合判定。

2．动态血压负荷值和昼夜节律

监测24h、日间、夜间的 SBP 和 DBP ，日间和夜间的 SBP 负荷、 DBP 负荷，24h平均动脉压（24h mean blood pressure ,24hMAP),心率。

定义（1）降压值为治疗后每小时平均血压减去观察期相同小时内的平均血压得到的差值。(2)24h MAP =24h SBP /3+24h DBP 。(3）根据脉压＝平均 SBP ﹣平均 DBP ，计算24pp。(4）负荷值为血压高于正常的决数百分率，以血压负荷值＞30％作为诊断血压升高的指标之。

(5）动态血压昼夜节律；血压波动的昼夜节律采用夜间血压下降率表示，即日间平均值﹣夜间平均值）／日间平均值，以＜10％为血压昼夜节律异常。血压规律变化即夜间平均收缩压较日间平均收缩压下降白分率或／（和）夜间平均舒张压较日间平均舒张压下降百分率≥

10%，为正常构型血压节律；否则为血压非规律变化，即非构型血压节律。

3.早期肾功能改变

肾功能受损蛋白尿＞ lg / d 的肾功能正常，或与治疗前比较肾功能好转／无变化，尿微量白蛋白＜300mg/ L 或转阴：肾功能受损蛋白尿＜ lg / L 者的肾功能正常，或与疗前比较肾功能好转／无变化，尿微量白蛋较治疗前降低至少1个等级（即由300mg／降至100mg/ L 、

50mg/ L 、2mg/ L 或阴性）。

眩晕中医诊疗方案总结评估

(202)

一、临床资料

眩晕，临床上以头晕、眼花为主证的一类病症。轻者闭目即止；重者如坐车船，旋转不定，不能站立，或有恶心、呕吐、汗出，甚则昏倒等症状。高血压病、脑动脉硬化症、贫血、美尼尔氏综合征等疾病出现上述临床表现着，可参考本病辨证论治。

我科在2020年1月﹣2020年12月共收治门诊及住院眩晕病人224例，其中男性119例，女性105例，其中高血压病共108人，脑供血不足共86人，美尼尔氏病12人，颈性眩晕16人，贫血2人。

二、结果

在所有患者中，肝阳上亢82人，占36.6%，痰浊中阻69人，占

30.8%；气血亏虚证42人，占18.8%；肾精不足证16人，占7.1%;新增证型：瘀血阻络15人，占6.7.%。从性别分布统计，痰浊中阻组男性分布多于女性，男女组构成比具有差异；而肝阳上亢证多见于女性，瘀血阻络型男女性别差异不显著；从年龄分布上看，肝阳上卡坤宁宫组主要分布在60岁以内的年龄段，其余两型年龄分布无明显规律。五种证型总有效率均在93％以上，中医证候疗效均在87％以上。

三、分析、总结及评价

眩晕病，病在清窍，与肝、脾、肾三脏功能失常关系密切。以肝肾阴虚、气血不足为本，风、火、痰、瘀为标，以虚证居多，携痰携火亦兼有之。治疗当虚补实泻，调整阴阳，临床应权衡标本缓急轻重，酌情论治。在临床上我们主要分为肝阳上亢、痰湿中阻、气血亏虚、肾精不足、淤血阻窍五证。肝阳上亢证选用天麻钩藤饮；痰湿中阻证选用半夏白术天麻汤；淤血阻窍证选用通窍活血汤；肾精不足用左归丸加减。

四、难点

目前主要的困难在于：1、汤剂服用不方便，有部分患者不愿意口服中药；2、有少部分患者抵制中药，认为疗效不肯定；3、急性期

患者多伴有呕吐，服用中药问题；4、颈性眩晕治疗效果不理想。五、方案优化

1、通过对收住眩晕病人观察，痰湿中阻型约占总数的35%，选方半夏白术天麻汤。但一部分患者疗效不甚满意，针对此类患者可根据病情对该方药进行加减优化。若患者舌苔白腻比较重，可加白豆蔻、砂仁，增强温脾化湿作用，若患者行走时，头眩较重，出现阵欲僻地，

且舌苔水滑者，可合真武汤温阳利水提高疗效。

2、无论哪型患者，同时合并颈项肌肉强，局部出汗。合方：桂枝＋葛根汤，解肌升津。

心悸（心律失常）中医诊疗方案

(2021)

一、诊断（一）疾病诊断

1．中医诊断标准：参照中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南》（中国中医药出版社，2008年8月）与《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，

2002年5月）。

(1）主要症状和脉象：自觉心搏异常，或快速，或缓慢，或跳动过重，或忽跳忽止。呈阵发性或持续不解，神情紧张，心慌不安，不能自主。脉象见数、促、结、代、缓、沉、迟等。

(2）次要症状：胸闷不舒，易激动，心烦寐差，颤抖乏力，头晕等。中老年患者，可伴有心胸疼痛，甚则喘促，汗出肢冷，或见晕厥。

(3）常有情志刺激、惊恐、紧张、劳倦、烟酒等诱发因素。

2．西医诊断标准：（鉴于室性早搏多并发于冠心病、高血压病、心脏结构或功能异常、内分泌或电解质异常，所以本科室对于该类病人常选择血液化验、心脏彩超、冠脉

造影等助诊。)

(1）临床表现

症状：最常见的症状是心悸不适，部分病人还可以出现心前区重击感、头晕、乏力、

胸闷，甚至晕厥；较轻的室性期前收缩常无临床症状。

体征：心脏听诊有提前出现的心搏，其后有较长的间歇，提前出现的室性期前搏动的第一心音增强，第二心音减弱或消失，有时仅能听到第一心音。桡动脉搏动有漏搏现

象。

(2）心电图特征

①提前出现的宽大畸形的 QRS 波群，时限＞0.12s，其前无 P 波，其后常有完全性

代偿间期， T 波方向与 QRS 波群主波方向相反。

②室性早搏的类型：室性早搏可孤立或规律出现。每1个窦性搏动后跟随一个室性早搏，并有规律出现两次以上者称为室性早搏二联律；每2个窦性搏动后出现一个室性早搏，并有规律出现两次以上者称为室性早搏三联律；连续3个以上室性早搏称短阵室性心动过速。位于两个窦性心律之间的室性早搏称为间位性室性早搏。若室性早搏在同一导联内形态相同，且偶联间期固定者，称为单形性室性早搏。若同一导联中室性早搏的形态不同，但配对间期相等者称多形性室性早搏。若室性早搏在同①按发作频率分类频发室性期前收缩： ECG 示＞5次/ min , DCG 示＞30次／ h 。

②按形态分类

单源（单灶）：同一导联中室性早搏的形态及配对间期均相同

多源（多灶）：同一导联中室性早搏的形态及配对间期均不相同；

多形（联律间期相同，形态迥异）：同一导联中室性早搏的形态不同，但配对间期

相等。

（二）证候诊断

1．心血不足证：心悸气短，头晕乏力，面色不华，腹胀纳呆，舌淡苔薄白，脉细弱结代。2．心虚胆怯证：心悸不宁，善惊易怒，坐卧不安，不寐多梦，易惊醒，食少纳呆，苔薄白，脉细数或弦细。

3．阴虚火旺证：心悸、易惊，心烦失眠，五心烦热，口干盗汗，伴有头晕目眩，耳鸣、腰酸，急躁易怒，舌红少津，苔少，脉细数。

4．痰火扰心证：心悸，呕恶，口苦尿赤，痰多气短，舌暗红苔黄腻，脉滑数。（三）鉴别诊断：

(1）中医鉴别诊断

1．心悸与怔忡的鉴别

心悸发病，多与情绪因素有关，可由骤遇惊恐，忧思恼怒，悲哀过极或过度紧张而诱发，多为阵发性，病来虽速，病情较轻，实证居多，病势轻浅，可自行缓解，不发时如常人。怔忡多由久病体虚，心脏受损所致，无精神等因素亦可发生，常持续心悸，心中惕惕，不能自控，活动后加重，每属实证，或虚中夹实，病来虽渐，病情较重，不发时亦可兼见脏腑虚损症状。

2．心悸与奔豚的鉴别

奔豚发作之时，亦觉心胸躁动不安，但心悸为心中剧烈跳动，发自于心；奔豚乃上下冲逆，发自少腹。

(2）西医鉴别诊断：

1．房性过早搏动 P 波提早出现，其形态与基本心律的 P 波不同， P - R 间期＞0.12s。 QRS 波大多与窦性心律的相同，有时稍增宽或畸形，伴 ST 及 T 波相应改变的称为心室内差异性传导，需与室性过早搏动鉴别。

2．房室交接处性过早搏动除提早出现外，其心电图特征与房室交接处性逸搏相似。早搏冲动侵入窦房结的形成不完全性代偿间歇，不干扰窦房结自发除极的则形成完全性代偿间歇。

二、治疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂

1．心血不足证

治法：健脾益气，养心安神。方药：归脾汤加减。

组成：党参15g白术10g炒枣仁10g黄芪15g茯神15g石菖蒲10g当归10g远志10g浮小麦15g龙眼肉10g木香10g炙甘草6g

水煎至400ml，早晚分次服

2．心虚胆怯证

治法：镇静安定，养心安神。方药：安神定志丸加减。

组成：炙甘草9g远志15g黄芪10g人参6g石菖蒲12g甘松10g茯苓15g龙齿20g炒枣仁10g山药20g阿胶10g（烊化）

水煎至400m，早晚分次服

3．阴虚火旺证

治法：滋阴清火，养心安神。

方药：天王补心丹合朱砂安神丸加减。组成：生地15g丹参18g赤芍10g茯苓15g玄参12g炙甘草9g酸枣仁30g麦冬15g川芎10g黄连6g天冬15g当归10g朱砂3g

水煎至400ml，早晚分次服

4．痰火扰心证

治法：清热化痰，宁心定悸。方药：黄连温胆汤加味。组成：黄连9g半夏9g枳实10g竹茹10g远志10g石菖蒲10g胆南星9g陈皮10g

丹皮10g焦山楂10g茯苓10g郁金10g全瓜萎15g

水煎至400ml，早晚分次服

（二）基础治疗

各种心律失常、冠心病、内分泌及植物神经功能紊乱等均可导致心悸不适，需行动态心电图、冠脉造影、电生理等检查助诊。治疗方面以对症、对因为主，但多数抗心律失常药物可导致心律失常，且易致心功能不全。在积极查找心律失常病原的基础上，选用药物治疗。药物治疗缓慢心律失常一般选用增强心肌自律性和加速传导的药物，如似交感神经药、迷走神经抑制药物或碱化剂。治疗快速心律失常则选用减慢传导和延长不应期的药物，如迷走神经兴奋剂、拟交感神经药间接兴奋迷走神经或抗心律失常约物。

1类药阻断快速钠通道，如奎尼丁、普罗帕酮： IT 类药阻断肾上腺素能受体，如美托冶尔、阿替洛尔： III 类药阻断钾通道与延长复极，如胺碘酮： IV 类药阻断慢钙通道，如维拉帕米。药物治疗原则：①先单独用药，然后联合用药。②以最小剂量取得满意的治疗效果。③先考虑降低危险性，再考虑缓解症状。④充分注意药物的不良反应、致心律失常的作用。

（三）辨证调护

1．慎起居：居室环境安静；生活起居规律，适当休息，避免过劳。2．节饮食：适当饮食调养，可辨证选用红枣、莲子、银耳、黑木耳、牛奶等食品。水肿者，低盐或无盐饮食，适当限制水的摄入量。戒烟忌酒，限制茶、咖啡的饮入量，忌食辛辣刺激性食品；体胖者应清淡饮食，忌肥甘厚腻多形之品。

3．畅情志：调整心态，减轻紧张情绪，避免精神刺激。当病人心悸发作时，患者常心情恐惧，最好有人陪护，使病人心情放松，情绪稳定。

4．适寒温：避免感受外邪。三、疗效评价

评价标准

1．中医证候疗效评价标准：

显效：临床症状、体征明显改善，证候积分减少＞70%。

有效：临床症状、体征均有好转，证候积分减少＞30%。

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少＜30%;

2．西医疗效判断标准：

显效：室早完全不发作或偶有发作（ ECG 示く5次／分， DCG 示く30次／小时）。

有效：室早发作减少60％以上（时间和次数）。

无效：达不到显效或有效标准者。

心悸病疗效分析评估优化措施

(2021)

一、疗效分析：

2020年1月﹣-12月份，收治心悸病住院253人，住院病人的中医治疗率95%。中药包括中药饮片辩证施治和中成药辩证施治。同时加强护理与宣教。收到理想的效果。心悸（心律失常）治愈60例，治愈率24%，好转173例，好转率68%，无效19例，治愈好转率92%。

二、总结：

本病中药及中成药辨证论治方案：

1．心血不足证治法：健脾益气，养心安神；方药：归脾汤加减：中成药：归脾丸，柏子养心丸，参松养心胶囊。2．心虚胆怯证治法：镇静安定，养心安神，方药：安神定志丸加减。中成药：稳心颗粒。

3．阴虚火旺证治法：滋阴清火，养心安神。方药：天王补心丹合朱砂安神丸加减。中成药：天王补心丹

4．痰火扰心证治法：清热化痰，宁心定悸。方药：黄连温胆汤加减。中成药；安宫牛黄丸，牛黄清心丸。

5．心阳不振证治法：温补心阳，安神定悸。方药：桂枝甘草龙骨牡蛎汤合参附汤加减。中成药：心宝丸

6．瘀阻心脉证治法：活血化瘀，理气通络。方药：桃仁红花汤合桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减。中成药：血府逐瘀颗粒。

三、评价

心悸（心律失常）在现代医学药物治疗中没有很好的办法，彻底治疗是安装起搏器或行射频消融术，但临床中有些患者由于各种原因不能接受起搏器或行射频消融术，所以中医中药的治疗多年来在临床中取得了很好的效果。

四、方案优化：

患者心悸的同时若合并脉代结，舌质偏红，舌面有纵横裂纹。活动后心悸加重，可诊断为心阴不足。方选：炙甘草汤加减进行治疗。临床疗效满意。

对顽固性且一般药物疗效不满意者，可配合针灸，主选手少阴心经。手厥阴心包经相关穴位进行治疗。同时可配合足阳明胃经的井穴进行针刺，通过临床观察，可明显提高疗效。

加强护理与宣教：调情志、节饮食、适劳逸、避风寒。提倡心态豁达、适当运动、充足睡眠、坚持服药。

社旗县中医院内科