

# 针刺治疗腱鞘囊肿

福建省中医药研究院(350003) 蔡宗敏

腱鞘囊肿(Thecal cyot)是常见的关节囊或腱鞘附近所发生的粘液样病变。患者因长期劳损等因素,因手足等部位痠胀微痛,软弱乏力而影响工作,对生活带来痛苦与不便。国内有关针灸治疗本病的方法繁多,效果也较满意,但缺乏有关国外治疗本病的情况和系统的疗效分析。1983年以来,作者在塞内加尔工作期间,先后用循经感传、五虎擒羊和三棱针刺等法,治疗180例塞内加尔黑人患者的197个腱鞘囊肿,取得了理想的效果,兹分述如下。

## 观察方法

1. 观察对象:180例(197个)腱鞘囊肿中男84例,女96例;年龄最小4岁,最大85岁,其中以10~39岁为最多,占89.99%;病程最短6天,最长20年,一般都在1年以上。

2. 检查方法:仔细观察囊肿的皮色、形态、大小、发生部位以及触诊时的饱胀感、活动性、波动情况等。根据囊肿形态与大小,具体分为5个类型。

1级:囊肿大于蜜桃(4cm×4cm)者。2级:囊肿大于核桃(3cm×3cm)者。3级:囊肿大于葡萄(2cm×2cm)者。4级:囊肿大于黄豆(1cm×1cm)者。5级:囊肿小于绿豆(0.9cm×0.9cm)者。

## 治疗方法

1. 循经感传刺:在中医辨证的基础上,选取与囊肿发生部位有关经脉所过的远端穴位为主穴。取直径为0.32~0.38mm,长度为25~50mm的镀银毫针,用传统的雀啄、捣针、摇针、催气等手法,激发感传使痠、胀、麻、热等针感到达囊肿,持续运针15~20分钟,一般不再针刺囊肿部位。每日或隔日1次。

2. 五虎擒羊刺:取与上述相同的毫针,分别在囊肿的最高点的正中和囊肿外壁四周各刺1针(共计5针),深刺入囊腔,以刺透囊壁

为度,再用手指挤压,挤出囊内粘液,随后局部加压包扎,一般不取远端穴位。

3. 三棱针刺:用0.75%碘酒和75%酒精消毒囊肿和周围皮肤。术者洗净双手后,左手紧捏囊肿,右手呈执笔式持消毒的三棱针,避开血管,快速刺入囊肿,刺透囊壁后出针,双手挤尽胶性粘液,盖上棉花后,再用消毒的金属片或硬币按压其上,用3~5cm的胶布作环形加压固定,2日内不沾水。

## 治疗结果

痊愈:囊肿完全消失,随访1~2年未复发者;显效:囊肿基本消失,或较治疗前缩小2级以上者;好转:囊肿较治疗前缩小不及2级者;无效:治疗前后囊肿无明显变化者。

治疗结果:1. 腱鞘囊肿的分布部位:囊肿分布以腕关节背侧,足背,手背和腘窝部为最多,占87.31%。

2. 针刺前后腱鞘囊肿的形态与大小的变化:197个囊肿在治疗前有21个大于蜜桃者,治疗后全部消失。治疗前全部囊肿均大于黄豆,而且有90.86%的囊肿均大于葡萄。治疗后,有64.97%的囊肿小于绿豆,其中53.29%的囊肿全部消失。

3. 疗效分析:根据上述疗效标准,197个囊肿三种方法的痊愈率在46.43~56.76%之间,总痊愈率为48.73%。总有效率为98.48%。

4. 随访结果:对治疗后的197个囊肿随访1~2年,有16个囊肿出现复发,复发率为8.12%。复发时间最短7天,最长11个月。

## 典型病例

I. Diallo,男,44岁,服务员,1984年1月24日初诊。右腘窝患1个似水蜜桃大小的囊肿2个月,检查局部呈卵圆形,与皮肤无粘连,质软,无压痛。用循经感传刺右股门、承山,针感可感传到达病所,并穿过囊肿,直终止于右足

窍阴。针 1 次囊肿完全消失，一切活动自如，随访 2 年未见复发。

### 讨 论

1. 腱鞘囊肿古代称“筋结”或“筋聚”。多因局部软组织扭伤后，引起损伤性炎症。手术治疗容易复发。本文采用三种针刺方法，能直接疏通病处的经络气血而消散筋结，且有旺盛阳明气血，促进病情康复。

2. 塞内加尔黑人患者的腱鞘囊肿，不但发病率高，而且发病部位广泛，囊肿的形态与大小远较国内为大，据本文所述，大于蜜桃者占 10.66%，大于葡萄者竟达 90.86%，国内尚未

见有类似报导，可能与当地处于赤道附近热带，气候四季炎热如夏以及黑人特殊体质等因素有关。

3. 循经感传显著程度与针刺疗效有一定关系。针刺治疗本病的效果也十分满意，采用循经感传、五虎擒羊和三棱针刺方法，治疗本病，不仅治愈率高(48.73%)，有效率可达 98.48%，而且复发率也较低，尤其采用循经感传刺法，不但简便易行，而且治疗效果也十分卓越，值得推广应用。

(本文承王和鸣教授审阅，并得到陈道亮副研究员的帮助，特此致谢。)

## 外伤性筋膜内巨大囊肿一例

江苏省泰州市中医院(225300)宋正 陆秉泰

于×，男，39岁，战士。1990年10月被汽车碾挫右小腿，在外院诊为右小腿上段外伤性血肿，经多次血肿抽吸、抗感染治疗，病情有所好转。遗有患肢乏力，伤处酸痛坠胀并发麻，尤以行立时为明显，息后稍缓。1991年7月在他院作B超检查，见“右小腿外侧中部肌行性紊乱，并可见24×19cm<sup>2</sup>边缘不清低回声区，内部光点分布不均、强弱不等，考虑为血肿机化所致。”肿块穿刺液涂片见成片红细胞中有少数散在淋巴细胞及嗜中性粒细胞。1991年8月1日来院以右小腿外伤性囊肿而收治入院。查体见右小腿肤色正常，中上段外侧漫肿，界限欠清，波动感不太明显，皮肤触痛觉减退，关节功能正常。病灶探查术中见深筋膜间有潜在腔隙，内有淡黄色液体约30ml，腔上界为腓骨小头，下界至小腿中段，前界为胫骨前嵴，后界至小腿后正中中部，约25×19cm<sup>2</sup>大小。筋膜呈灰白色，明显水肿肥厚，术中予以大部切除。冲洗后缝合，弹力绷带加压包扎，平卧抬高患肢，两周后拆线。病理报告为结缔组织增生伴有胶原

化。诊断为右小腿外伤性筋膜内囊肿。术后患者酸痛坠胀及肿胀均消失，1月后恢复原工作，半年后小腿感觉恢复。随访至今，未见复发。

### 讨 论

外伤性筋膜内巨大囊肿临床少见。因外伤时碾挫致筋膜间剥脱，出血和血肿形成。诊疗时虽多次抽吸但未能正确加压及抬高，加之站立、行走、过量活动的反复损伤刺激形成组织间潜在腔隙，由于无菌性炎症和腔内负压的存在，渗出物不能完全吸收，形成慢性囊性变。囊壁水肿肥厚，囊肿内压增高，刺激压迫皮神经，致使小腿中上段腓侧皮肤感觉减退。由于囊肿由外伤所致，位于深筋膜内，而此处并无滑囊存在，故定为筋膜内囊肿。此巨大囊肿需手术切除水肿肥厚之囊壁，使筋膜间形成新鲜创面，间隙消失，方能如期愈合。术后弹力绷带加压包扎，患肢抬高，促进愈合。(本文指导：薛必祥)