


国家中医药管理局
中医临床适宜技术推广计划项目

中医临床 基层适宜技术

ZHONGYILINCHUANG
JICENGSHIYIJISHU

主编 于文明



国家中医药管理局
中国中医药科技开发交流中心

吉林科学技术出版社

国家中医药管理局
第二批中医临床适宜技术推广计划项目

中医临床基层适宜技术

主编 于文明

国家中医药管理局
中国中医药科技开发交流中心

吉林科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

中医临床基层适宜技术 / 于文明主编. —长春: 吉林科学技术出版社, 2008. 8

国家中医药管理局第二批中医临床适宜技术推广计划项目

ISBN 978-7-5384-2248-1

I. 中… II. 于… III. 中医学临床 IV. R24

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第123480号

中医临床基层适宜技术

主 编: 于文明

责任编辑: 王忆卓 赵兵

封面设计: 名晓设计

*

吉林科学技术出版社

地 址: 100044 北京市西城区西直门外大街1号西环广场A座17-18层

联系电话: 010-58302828 转 6886

电子邮件: wyz1301@sohu.com

传 真: 010-58302828 转 6629

网 址: www.sqys.com

印 刷: 廊坊市安次区码头镇光辉纸品印刷厂

*

开 本: 787×1092 毫米 16 开本

印 张: 9.5

字 数: 200 千字

版 次: 2008年9月第1版 2008年9月第1次印刷

定 价: 38.00 元

ISBN 978-7-5384-2248-1

编 委 会

主 编 于文明

副 主 编 高思华 许志仁 苏钢强

查德忠 莫用元 杨德昌

执行主编 杨龙会 陆建伟 吴 凯 王思成

严华国 魏 伟 范劲松 董继开

编 审(按姓氏笔画排列)

王映辉 付建华 张 军

赵吉平 雷仲民 谢雁鸣

编 委(按姓氏笔画排列)

于文明 万富安 王思成 王映辉 王麟鹏

田丰伟 付建华 孙永强 李华山 李 宁

李 珊 刘 恒 许志仁 朱立国 谷 霞

陆建伟 陆金根 苏钢强 吴 凯 严华国

杨德昌 杨华元 杨 骏 杨龙会 杨明路

张必清 张 军 范劲松 周秋芳 周宜强

查德忠 郭 义 洪佳璇 荣文舟 赵吉平

赵时碧 赵喜新 高思华 高维滨 高希言

莫用元 黄 蜀 雷仲民 董福慧 董继开

焦 平 鲍铁周 谢雁鸣 路 玫 薛立功

魏 伟

序

(代前言)

中医药在世界的东方传承发展了几千年，为中华民族的繁衍生存和世界人民的生产健康做出了不可磨灭的贡献。通过几千年的实践总结和不断完善，中医已成为具有完整理论体系和丰富临床实践经验的医学学科，尤其积淀了一大批独特的卓有疗效的中医临床实用技术，这些技术至今仍有很多散落在各个地区和民间，亟需发掘推广。

2000年，国家中医药管理局设立了中医临床诊疗技术整理与研究项目，决定对中医临床诊疗技术进行系统的整理与科学严谨的技术规范研究，最终鉴定筛选出一批临床安全、有效、规范的诊疗技术，加以推广，从而进一步提高中医临床疗效，提高中医服务能力。

诊疗技术专项实施以来，在社会上引起很大反响，尤其是中医行业内部，许多单位和中医药从业人员普遍开始重视诊疗技术和独特疗法的挖掘整理，并根据“凝练技术关键要素、规范技术临床操作和安全经济适于推广”的思路，开始对独具中医特色和优势的诊疗项目进行规范整理。部分省还设立了省级诊疗技术项目，许多地市级中医单位也积极开展诊疗技术的整理工作，全国上下形成了对中医临床诊疗技术整理、规范和推广的热潮，很大程度上促进了中医特色和优势的发挥。

为指导和规范诊疗技术专项的实施，国家中医药管理局制定了《中医临床诊疗技术整理与研究项目课题工作原则》，提出诊疗技术课题研究方向、研究目的和基本方法。并根据项目目标，参照循证医学的原则，补充《中医临床诊疗技术整理与研究项目临床科研设计指导原则》，进一步明确了课题的研究方法和课题设计、质量管理等方面的要求，保证了课题设计和实施的科学性、规范性。

在课题研究过程中，国家中医药管理局组织专家分片区对课题的研究进行重点指导，部分省市还聘请了省级指导专家，对当地课题进行具体指导，提高了课题研究的质量。课题验收依照《国家中医药管理局中医临床诊疗技术整理与研究项目课题验收鉴定规程及标准》进行，并提出课件制作的标准和开放式推广的模式，尤其是突出了“科研与推广应用一体化”的理念，明确提出项目成功与否不仅看临床试验的疗效和安全性评价结果，更重要的是看今后推广应用的前景和成效，使通过验收鉴定的课题和临床推广工作紧密衔接。

希望这些中医技术能够被更多的中医人员学习、掌握和应用，真正促进中医技术的推广。

编委会

目 录

“长圆针解结法”治疗膝关节骨痹技术 / 薛立功 /	1
“益气通经”指针法治疗腰椎间盘突出症技术 / 路玫 /	4
B超引导下注射鸦胆子油乳治疗卵巢囊肿技术 / 谷霞 /	8
髌骨抱聚器治疗髌骨骨折技术 / 孙永强 /	12
磁圆针(经穴磁导疗法)治疗高脂血症技术 / 周秋芳 /	16
管灸疗法为主治疗疱疹病毒性面神经炎技术 / 田丰伟 /	20
滚针疗法治疗神经衰弱病睡眠障碍症技术 / 李宁 /	23
毫针深刺治疗吊阴痛技术 / 刘恒 /	27
经皮钳治疗胫腓骨不稳定型骨折技术 / 杨明路 /	30
铍针治疗皮神经卡压性腰臀部疼痛技术 / 董福慧 /	35
牵弹三步法治疗腰椎盘突出症技术 / 鲍铁周 /	39
撬式架固定治疗肱骨髁上尺偏型骨折技术 / 万富安 /	43
塑性弹力夹板治疗桡骨远端伸直型骨折技术 / 周宜强 /	47
孙氏旋转手法治疗神经根型颈椎病技术 / 朱立国 /	50
项针治疗假性延髓麻痹技术 / 高维滨 /	55
赵氏雷火灸治疗常年性变应性鼻炎技术 / 赵时碧 /	59
主管拖线法治疗单纯性肛瘘技术 / 陆金根 /	63
“万应点灸笔”点灸治疗功能性消化不良(痞满型)技术 / 杨骏 /	67
成人完全性直肠脱垂的消痔灵双层四步注射技术 / 李华山 /	70
调卫健脑针法治疗失眠症技术 / 高希言 /	74
儿童哮喘的火罐疗法防治技术 / 洪佳璇 /	78
肛裂的扩肛治疗技术 / 荣文舟 /	81

隔姜灸治疗化疗所致白细胞减少症技术 / 赵喜新 /	84
贺氏针灸三通法治疗缺血性中风病技术 / 王麟鹏 /	87
火针治疗结节性囊肿性痤疮技术 / 黄蜀 /	99
急性中风病意识障碍的手十二井穴刺络放血急救治技术 / 郭义 /	103
经穴电体操疗法治疗中风偏瘫技术 / 杨华元 /	104
梅花磁针灸综合疗法治疗良性前列腺增生症技术 / 张必清 /	107
皮神经卡压性颈肩部疼痛的铍针治疗技术 / 雷仲民 /	110
伤食性婴幼儿腹泻的推拿治疗技术 / 焦平 /	114
附录 1	
诊疗技术中涉及到的腧穴定位	121
附录 2	
临床常用的消毒方法	129
附录 3	
针刺异常情况的处理	130
附录 4	
常用推拿手法	134

“长圆针解结法”治疗膝关节骨痹技术

薛立功

中国中医研究院针灸研究所

中国中医科学院(推荐)

前 言

疾病简要概述 由于膝关节处于股骨与胫骨两个长骨之间,在屈伸活动过程中承受体重与加载重量数倍的杠杆力,经数十年的劳损,致使关节软骨、半月板均有不同程度的磨损,因此,关节间隙变窄。由于内分泌的变化和运动量的减少,骨量也在不断丢失,出现不同程度的骨质疏松。尤其是膝关节周围肌腱附着点的骨皮质、腱周附属组织的长期疲劳损伤及其纤维化、骨化性修复,使腱附着点处逐渐出现骨性赘生物,从而发生骨性关节炎。膝骨性关节炎的X线表现为增生性、狭窄性改变。

疗法简要介绍 长圆针疗法是从《黄帝内经》挖掘整理的新疗法,是在经筋理论指导下,运用长圆针,以解结法,辨证松解结筋病灶点,以治疗关节顽痛及筋性经络、内脏疾病的诊治疗法。关刺法:《灵枢·官针》云:“直刺左右尽筋上,以治筋痹。”即直刺腱末端结筋病灶点浅层,然后向左再向右刮剥数次,以松解结筋病灶点表层的粘连。恢刺法:《灵枢·官针》云:“直刺傍之,举之前后,恢筋急,以治筋痹。”指关刺法之后,再移向腱两侧,对腱周结筋病灶点进行解结治疗,即深刺至结筋病灶点深面,然后沿肌腱向前和向后挑割,以松解腱周结筋病灶。

本方法可快速消除关节顽固疼痛,大部分可以根治或明显减轻疼痛,可明显改善膝关节功能,可避免本病长期服药带来的不良反应。该方法不仅具有中医理论的创新,同时具有西医解剖学、病理学与生物力学理论上的明晰解释。本方法定位易于掌握,手法操作简便、安全,临床疗效显著,且与手术疗法、药物疗法相比具有明显的经济优势。

诊断标准

一、西医标准

- (1) 1个月来大多数时间膝关节痛;
- (2) X线片见关节边缘骨赘;
- (3) OA性滑液(透明,黏性), $WBC < 2000 / ml$;
- (4) 不能查滑液,年龄 ≥ 40 岁;
- (5) 晨僵 ≤ 30 分钟;

(6)关节活动时弹响声。

符合(1)(2)或(1)(3)(5)(6)或(1)(4)(5)(6)者可诊断为骨关节炎。

二、中医标准

(1)具有劳损史者；

(2)多见于中、老年人；

(3)患者膝关节站立、上下楼梯时关节出现疼痛，当半蹲位时膝关节疼痛加重；

(4)X线平片、CT片可见膝关节“退行性变”。

适应证

一、具有劳损史者；

二、多见于中、老年人；

三、患者膝关节站立、上下楼梯时关节出现疼痛，当半蹲位时膝疼痛加重；

四、X线平片、CT片可见膝关节“退行性变”；

五、膝OA III期内。

禁忌证

一、有利多卡因等药物过敏史者；

二、有发热症状者；

三、合并严重内脏疾病者；

四、施术部位有皮肤感染、肌肉坏死者；

五、施术部位有红肿、灼热或深部有脓肿者；

六、施术部位有重要神经、血管，施术时无法避开者；

七、患血友病等出血性疾病者；

八、年老体弱、妇女妊娠期者；

九、关节内感染或积液者。

技术操作方法

一、器械准备

长圆针。

二、操作步骤及方法

(1)患者取仰(或俯)卧位。将检出的结筋病灶点用紫碘做出标记。

(2)常规消毒皮肤：2%碘酊消毒，75%酒精脱碘。

(3) 针具：长圆针高压灭菌后使用。

(4) 解结方法：进行长圆针治疗操作时，医护人员均应戴无菌口罩、帽子和手套。逐一每个结筋病灶点进行局部浸润麻醉：用 0.25%~0.5% 利多卡因，首先在相应体表作注射，形成直径 2 mm 皮丘(防止长圆针进针疼痛)，然后缓慢逐层进针，探查并直至结筋病灶点，回吸无回血后，再注入 0.5~2 ml (防止用长圆针进行关刺法、恢刺法操作时的疼痛)。注射后，稍作按压，减少出血，促进利多卡因扩散浸润。

选相应刃型的长圆针，注意针刃方向和针尾指示标识方向。刺入时应全刃接触体表皮丘，若用斜刃型长圆针刺入时，先倾斜针体，使针刃平行接触皮丘并全刃向下缓慢逐渐加力，使皮肤形成深沟，让长圆针入路上的神经、血管、肌腱等重要组织挤离进针入路。深按至一定深度后，竖直针体，再缓慢刺入，并逐层进针至结筋病灶点，进行关刺法、恢刺法等治疗。关刺法：直刺至结筋病灶点表层，左右刮拨，以解除表层粘连。恢刺法：直刺肌腱旁侧结筋病灶点粘连组织中，直至深面，再用针尖向上举针，挑拨结筋病灶点周边粘连，以松解减压。短刺法：对有骨膜下出血和渗出的患者，直刺结筋病灶点深层，做磨骨样切割，使近骨膜横络松解减压。以上操作均根据结筋病灶点所在部位选择采用。出针后给予按压，敷无菌敷料包扎 2 天，防止可能的感染。

三、治疗时间及疗程

7 天 1 次，1 次为 1 疗程。1~3 疗程(7~21 天)。

四、关键技术环节

经筋辨证论治，即用长圆针对结筋病灶点施以解结法。

不良反应 / 事件及处理

(1) 局部出血：按压，亦可在解结处注入生理盐水等以加压止血。

(2) 感染：严格按无菌操作进行，遇有感染者可用敏感抗生素治疗。

(3) 神经、血管损伤：①准确定位结筋病灶点，严格控制解结幅度，控制在结筋病灶点内解结，松解操作幅度严格控制，不能超出结筋病灶点范围。②熟悉各结筋病灶点局部解剖，对周围有重要神经、血管者应提前在体表画出标识，作为长圆针操作时的警示。③操作时应沿神经、血管走行方向挑剥，避免垂直横行。④凡进针或解结操作遇有电击感、剧痛感者，应停止操作。结筋病灶点多接近肌肉、韧带末端，无大神经血管、微小神经损伤而麻木者，可用神经营养修复药物(如维生素 B 族)治疗。⑤出血用按压法可以防止。⑥在委阳穴附近有腓总神经通过，在合阳穴下有胫神经通过，在气冲穴下有股神经通过，故对有重要神经通过者应在术前、术后检查并记录其功能状况，踝伸屈功能、肌力、运动感觉等如实记录。

“益气通经”指针法治疗腰椎间盘突出症技术

路玫

河南中医学院第三附属医院

河南省中医管理局(推荐)

前 言

疾病简要概述 腰椎间盘突出症多在椎间盘退变的基础上,因劳累、扭伤或其他原因而引发,约 1/5 的腰腿痛病人患有腰椎间盘突出症。尤其是近十几年来,该病更成为临床常见病、多发病,全世界每年有数以百万计的病人就诊。在 40 岁以上死者的尸检中,发现约有 1/3 有椎间盘突出。本病临床表现以腰部疼痛、下肢放射痛或神经根受压而出现的下肢麻木、发凉甚至肌肉萎缩、运动障碍为主要特征。属祖国医学“痹证”、“痿证”的范畴,多因肝肾亏虚,复感寒湿,或外力伤害,致局部气血阻滞不通而引起。

目前虽然治疗腰椎间盘突出症的非药物方法较多,但有的疗法患者感到痛苦大,有的疗程长,有的费用较高;有的操作方法复杂,技术要求较高;有的尚需配合器械;有的医者用力较大,消耗体力,且个别的因手法不当,还会造成病情加重等。我院著名老中医冉淑芳教授集 40 多年临床经验,在长期的临床实践中,运用中医之基础理论,注重整体辨证论治,逐步探索出指针气海穴为主,治疗腰椎间盘突出症的独特疗法,冠以“益气通经”指针法之名。本法强调整体调理,治病求本,重用气海,益气通经。在临床应用过程中,其疗效之快捷、显著,方法之安全、舒适,曾使众多患者赞不绝口。

疗法简要介绍 本疗法与一般推拿、点穴方法的不同之处在于选取主穴及手法运用方面具有独到之处。病位虽在腰(阳位、督脉),但选用腹部气海穴(阴位、任脉)点按长达 40 分钟,以益气通经,行气活血,补益肝肾,于“阴中求阳”,加之取肾俞、命门、大肠俞、至阳,强肾壮骨,疏利腰脊;取患、健双侧足太阳经、足少阳经穴,通经活络,行气活血,平衡阴阳,从而达到治疗疾病的目的。现代医学认为,长时间指针气海穴可以使腰部肌肉松弛,缓解韧带紧张,从而消除神经根周围的炎症和水肿,改善损伤组织周围的血液循环;指针下肢坐骨神经支配区,可促进局部血液循环,淋巴流动,松解痉挛的肌肉,还可对神经系统产生抑制调节作用,从而起到镇痛效应。

诊断标准

一、疾病诊断标准

出自国家中医药管理局 1995 年颁布实施的《中医病证诊断疗效标准》。

(1)有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史。大部分患者在发病前有慢性腰痛史。

(2)常发生于青壮年。

(3)腰痛向臀部及下肢放射，腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重。

(4)脊柱侧弯，腰生理弧度消失，病变部位椎旁有压痛，并向下肢放射，腰活动受限。下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝，病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性，膝、跟腱反射减弱或消失，拇趾背伸力减弱。

(5)X线摄片检查：脊柱侧弯，腰生理前凸消失，病变椎间盘可能变窄，相邻边缘有骨赘增生。CT检查可显示椎间盘突出部位及程度。

二、中医辨证分型

出自国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》。

(1)血瘀型：腰腿痛如刺，痛有定处，日轻夜重，腰部板硬，俯仰旋转受限，痛处拒按。舌质暗紫，或有瘀斑，脉弦紧或涩。

(2)寒湿型：腰腿冷痛重着，转侧不利，静卧痛不减，受寒及阴雨加重，肢体发凉。舌质淡，苔白或腻，脉沉紧或濡缓。

(3)肝肾亏虚型：腰酸痛，腿膝乏力，劳累更甚，卧则减轻。偏阳虚者，面色㿔白，手足不温，少气懒言，腰腿发凉，或有阳痿、早泄，妇女带下清稀，舌质淡，脉沉细；偏阴虚者，咽干口渴，面色潮红，倦怠乏力，心烦失眠，多梦或有遗精，妇女带下色黄味臭，舌红少苔，脉弦细数。

三、病理分型

出自国家中医药管理局1995年颁布实施的《中医病证诊断疗效标准》。

(1)单侧椎间盘突出：下腰痛伴一侧下肢放射痛、脊柱侧弯，腰生理前凸减少或消失，病变椎间盘患侧椎旁压痛，可沿坐骨神经向下肢放射，直腿抬高试验阳性。CT检查：椎间盘向椎管一侧突出。

(2)双侧椎间盘突出：下腰痛，伴双侧下肢放射痛，腰生理前凸减少或消失，病变椎间盘两侧椎旁均有压痛，可沿坐骨神经向下肢放射，双下肢直腿抬高试验阳性。CT检查：椎间盘向左右突出，并可见游离块。

(3)中央型椎间盘突出：除出现腰腿痛的症状外，还可出现会阴部麻木和大小便功能障碍等马尾神经压迫症。CT检查：椎间盘向正中方向突出。

适应证

- 一、符合上述疾病和证候分型诊断标准；
- 二、经影像学检查及病理分型确诊为腰椎间盘突出症的患者；

三、年龄 20~65 岁。

禁忌证

- 一、不符合诊断标准和纳入标准者；
- 二、虽符合诊断标准和纳入标准，但有下列情况之一者：
 - (1) 合并有严重的心脑血管、肝、肾等疾病危及生命者，以及意识不清者；
 - (2) 合并有严重感染者；
 - (3) 妇女妊娠期。
- 三、老年退行性腰椎管狭窄；
- 四、腰椎结核、腰肌劳损、腰椎肿瘤。

技术操作方法

(1) 嘱病人仰卧在床上，松开腰带，全身放松。医者着衣宽松，将手洗净，面对病人，坐在放置于病床右侧的椅子上(椅子放在平行于病人腰部的右侧)。

(2) 医者集中精力，将示指(或中指)放于气海穴上，顺时针旋转点按(手指不能离开皮肤)。指针力度以病人全身放松、舒适为准。医者用力均匀，点按时间为 40 分钟。

提示：指针 10 分钟后，患者自觉病变部位(腰、臀、下肢)出现酸困沉重感，或有热感向下肢传导。

(3) 点按气海 40 分钟后，再依次点按双侧风市、阳陵泉、足三里、丘墟、太冲，一般每穴逆时针点按 30 秒(约 60 次)。点按力度以病人能耐受为佳。

(4) 再让患者俯卧，以腰部压痛点为准(临床上 4、5 腰椎间盘突出占腰椎间盘突出症的 90%以上，见胡有谷著《腰椎间盘突出症》)，取上、下各相隔 3 椎为起、止点，分别用双手示指、中指同时点按各椎棘突下旁开 1.5 寸处(包括肾俞、命门、大肠俞、至阳)，一般每穴 30 秒(约 60 次)，虚证顺时针点按，实证逆时针点按。之后重点指针阿是穴(压痛点处)，点按力度以病人能耐受为佳。

(5) 腰部治疗结束后，再依次点按双侧环跳、委中、承筋、承山、昆仑，每穴逆时针点按 30 秒(约 60 次)。点按力度以病人能耐受为佳。

(6) 嘱病人侧卧，下腿伸直，上腿屈曲，医者握拳捶打环跳穴 8 下，力度以病人能耐受为佳。

(7) 最后让病人慢慢起身、下床活动 5 分钟，医者观察其疗效。如可以行走者，可尽量行走。

疗程：每天 1 次，20 次 1 个疗程。

一、关键技术环节

(1) 选取穴位要准确(腧穴位置以《针灸学》教材为准)。主穴：气海。辅穴：风市、阳陵泉、足三里、丘墟、太冲、肾俞、命门、大肠俞、至阳、环跳、委中、承筋、承山、昆仑。

(2) 掌握指针气海穴的力度、频率和时间。指针气海穴力度以病人舒适、无痛感为度，指针其他穴的力度以病人能耐受为度；频率在 146~159 次 / 分之间，平均 157 次 / 分；时间约 40 分钟。

(3) 点按腰部和腿部的辅穴时间不宜长，一般每穴 30 秒(约 60 次)。

(4) 治疗结束后，嘱患者要及时下床行走活动。

二、使用注意事项

(1) 医者穴位选取要准确，指针点按时一定要注意吸定，使之有一定的渗透力，避免摩擦皮肤，指针力度要掌握适当。

(2) 治疗时病人必须全身放松，情绪平稳。

(3) 治疗结束后，嘱患者要及时下床行走。并注意适当行走锻炼。

(4) 嘱病人治疗期间及平时一定要注意腰、背、腹肌的适当锻炼。

(5) 嘱病人治疗期间及平时要平卧硬板床。

(6) 对有心脏病、脑血管病意外病史者，治疗时要慎重，并注意观察。

四、治疗过程中可能出现意外情况时的处理方案

本疗法经长期临床应用，未出现过因治疗而导致的不良反应和意外情况，是一种安全的治疗方法。

不良反应 / 事件

本疗法经长期临床应用，未出现因治疗而导致的意外情况，是一种安全的治疗方法。

B超引导下注射鸦胆子油乳治疗卵巢囊肿技术

谷霞

四川省成都市中西医结合医院

四川省中医药管理局(推荐)

前言

疾病简要概述 卵巢囊肿是妇科常见疾病之一,其中大部分为良性肿块,包括卵巢巧克力囊肿、输卵管系膜囊肿、卵巢冠囊肿及炎症性囊肿(如输卵管积液)和良性黏液性囊腺瘤、浆液性囊腺瘤等。既往此类囊肿主要靠手术治疗,但手术具有一定创伤性,术后可能形成新的粘连,尤其是卵巢巧克力囊肿常与周围组织粘连,手术完全摘除较困难,囊肿易破裂造成扩散,而单纯药物治疗如囊肿直径 >2 cm,很难使囊肿消失。而且手术需住院,费用高。

疗法简要介绍 本疗法在B超引导下行卵巢囊肿穿刺,抽出囊液后,于囊腔内注入中药鸭胆子油乳剂,利用鸭胆子的作用使囊腔粘连、闭合,有较好的疗效。本疗法具有创伤小、痛苦少、费用低、不需住院、不影响工作学习的优势,有较好的经济效益和社会效益,有临床推广应用的价值。

诊断标准

一、西医标准

参照全国高等医药院校教材《妇产科学》(乐杰主编,人民卫生出版社,2002年1月第5版)。

1. 单纯性囊肿

(1) 多无症状,生长缓慢。

(2) 妇科检查:在子宫一侧或双侧能触及球形肿块,囊性,表面光滑,与子宫无粘连,活动度好。

(3) B超表现:直径5~10 cm,囊壁薄,内为无回声区,常为单侧,可有薄隔,表面光滑。囊肿后方回声增强。

符合以上三点者诊断为单纯性囊肿。

2. 巧克力囊肿

(1) 多有进行性痛经和不孕史。

(2) 妇科检查:在子宫一侧或双侧附件区扪及囊性包块,张力大,多与子宫粘连,活动度差,往往有轻压痛。

(3)B超表现：圆形、张力较大的囊性肿物，有时因与周围器官粘连挤压而呈不规则状，囊肿包膜厚而不光滑，常与子宫粘连密切，内为无回声含低回声光点，时间较长的囊肿含密集光点，有时同时可见数个囊肿回声不同。

符合以上三点者诊断为巧克力囊肿。

二、中医诊断标准

参照《中医临床诊疗术语》，国家中医药管理局医政司编制，1997年10月1日实施。

1. 肠覃、痰湿凝聚证(单纯性囊肿)

(1)小腹部肿块，按之不坚，推揉不散。

(2)胸胀痞满，时有恶心，身倦无力。

(3)苔薄滑或白腻，脉玄滑。

2. 肠覃、湿热郁毒证(巧克力囊肿)

(1)小腹部肿块，腹胀或痛，或满，或不规则阴道流血。

(2)大便干燥，尿黄灼热，口干，口苦不欲饮。

(3)舌质黯红，苔厚腻，脉弦滑或滑数。

适应证

一、年龄>18岁，<50岁；

二、单纯性囊肿直径>5cm，≤10cm者；

三、巧克力囊肿直径>4cm，≤10cm者。

禁忌证

一、急性炎症期；

二、妊娠期及哺乳期妇女；

三、有多次手术史，肠与囊肿粘连，穿刺时可能损伤肠道者；

四、囊肿有多个分隔者；

五、卵巢实性包块或疑有恶化之囊性包块；

六、对乙醇或同类药物有过敏史者；

七、合并有心、肝、肾和造血系统疾病及精神病患者；

八、诊断不清者。

技术操作方法

一、药物、器械准备

(1) B超仪：美迪逊 6000 超声诊断仪(韩国生产)或 RT-FINO 超声诊断仪(日本)等。

(2) 穿刺针：PTC 导管针 16G 或 18G×15 cm。

(3) 药物：鸦胆子油乳注射剂 10 ml×3~5 支(沈阳药大集琦药业有限责任公司生产)。1%~2%利多卡因 5 ml×2 支。

(4) 消毒包：止血钳 1~2 把，弯盘、量杯各 1 个，有孔治疗巾 1 张，纱布 2 张，100ml 标本瓶 1 个。

(5) 注射器：5 ml、20 ml 注射器各 1 支。

(6) 消毒液：探头用诗乐氏消毒液消毒，皮肤用碘酒、酒精或碘伏消毒。

二、操作步骤

(1) B超监测：常规行 B 超检查测量囊肿大小(3 个径线)、囊壁的厚度、囊肿距皮肤的厚度、囊肿边界等，并做记录。部位是贴近腹壁或贴近后穹隆确定穿刺点，注意避开肠管、膀胱、髂动脉等大血管，腹壁穿刺点做标记。探头用诗乐氏消毒液消毒，经阴道或腹部由超声监测整个穿刺过程。

(2) 患者排空膀胱，妇科医生再次行妇科检查，核实囊肿部位，确认穿刺点。

(3) 取仰卧位或膀胱截石位，常规消毒铺巾，穿刺点用 1%~2%利多卡因局部浸润麻醉。

(4) 用 16G 或者 18G 的穿刺针于穿刺点垂直进针直至囊肿深度的 1/2~2/3 处，在近皮肤处用卡子或止血钳固定穿刺针。

(5) 拔出针芯，吸尽囊液(如囊液黏稠不易抽出，可先抽出部分囊液，用与抽出量等量的生理盐水稀释后抽出)。如确定针尖在囊腔内(注入少量生理盐水，B 超可见囊腔长大，囊肿周围是否有液体渗漏影像，囊液可否回抽)，用鸦胆子油乳剂反复冲洗囊腔，直至囊液较清亮。

(6) 保留药物：囊腔内注入鸦胆子油乳 10 ml，注入过程中应回抽囊液以确定针尖在囊腔中。

(7) 注药毕，再注入 1%~2%利多卡因 1 ml。插入针芯，抽出穿刺针。穿刺点消毒后用无菌纱布覆盖。B 超测量残余囊肿大小并做记录。

(8) 静卧 5 分钟后反复转动体位数次，留院观察至少 1 小时。

(9) 详细记录操作过程及不良反应。

(10) 抽出之囊液送病理检查。

(11) 口服抗生素及止血药 3 天，预防感染。

三、注意事项

(1) 严格掌握适应证、禁忌证。

(2) 术前常规全面体检，常规做心电图、胸透、肝肾功、血尿常规检查。