

引言

防癆會辦中醫診所始於 2006 年，至今已十多年，本會在這方面的服務得到醫院管理局及香港大學的幫助，能有現時的規模，使本會感激非常。

回想初衷，本會開辦中醫診所的宗旨，除服務廣大市民外，更要兼顧“教研”的責任。

中醫這方面的經營及發展，本人是親自參與的，眼看一批批青年中醫畢業後進入本會的中醫診所實習成長，深感欣慰，總想這些年青人能更上一層樓。為了更能肯定他們的努力，我認為有效的記載下來是不可缺少的支持，因此我不斷地鞭策，軟硬兼施，硬把一份通訊刊出來。

中醫的發展不如西醫的成就，是不可否認的事實，其最重要的原因就是未能分享成就，以及有系統地記載成果。因此我不斷地鼓勵中醫也應有其具有學術性的定期刊物。

這個概念遇到不少的挑戰，首先是經費問題，其次是其他的專業人士認為本會未夠份量等等。可是我認為經費並不是大數目，應該可以解決，“份量”的確是個大問題，可是本人想中醫是本會由零做起，現在服務及教研都甚有水準，為甚麼辦學術刊物不可為？於是大膽地出了第一期，現在是第二期，希望大家支持使本通訊有更大的發展。現時本會為轄下中醫師提供撰寫學術文獻的練習機會，也歡迎其他的有學之仕投稿，從而凝聚經驗逐步使本通訊成為具有學術性的刊物，更希望漸漸擴大投稿的篇幅，從而引起中醫界的重視。

展望本刊的前途，本人希望篇幅增加之餘也能由半年刊發展成為季刊，甚至月刊。這些發展也帶來更多的工作量，希望將來可以另組有學之士作為編輯委員會，而使本刊能成為中醫界有價值的文獻。

藍義方先生

香港防癆心臟及胸病協會董事會主席

編輯委員會名單

督印人

藍義方先生

醫務編輯

談依菱博士

馬俊豪博士

項目統籌

朱遠婷醫師

劉浩基先生

顏智輝先生

本期作者

梁鍵敬醫師

吳昕樺醫師

林瑞容醫師

周庭譽醫師

吳偉麟醫師

李景群醫師

中醫治療媽媽手的研究進展-吳昕樺醫師

橈骨莖突狹窄性腱鞘炎(De Quervain's Disease, DQD)，是指發生在橈骨莖突骨纖維腱鞘管處，拇長展肌腱與拇短伸肌腱在橈骨莖突部位的腱鞘內過度摩擦或反復損傷，導致該部位的無菌性炎症，引起腱鞘管壁增厚、粘連或狹窄而出現的症狀[1]。

本病好發於哺乳期女性及長期從事手部勞動者，女性發病率高於男性，約為 6：1，所以亦稱為媽媽手。DQD 是臨床常見疾病，隨著手機等電子產品的普及，橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的發病率不斷升高並呈現年輕化趨勢。

本病多起病緩慢並出現進行性加重。主要表現為腕部橈側疼痛，提物乏力，嚴重者可放射至全手，甚至活動受限；橈骨莖突處可有腫脹，病程長者甚至會出現有局部隆起或結節和橈骨莖突遠端壓痛等。本病的治療方法分為保守療法和手術療法。目前多採用口服及外用非甾體類抗炎藥、鞘內注射、局部制動等方法，具有一定的療效，但對病程較長、較重的患者療效不甚理想，且易復發，而手術治療創傷大、費用高，患者接受度有限。

中醫藥治療 DQD 具有獨特的優勢，針灸治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎療效顯著，操作簡便、不良反應少。有研究對針灸治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的臨床研究進行收集、檢查和匯總，以求找到取穴的共性和規律，為臨床上針灸療法治療 DQD 提供相關的選穴依據和參考。研究結論為治療以針刺阿是穴為主穴，並結合具體情況配合使用列缺、陽溪、合谷等穴位進行施治。[2-3]

針刀作為中醫特色微創療法，近年來廣泛用於本病的治療中，但傳統盲視下針刀治療本病，雖能有效改善患者症狀，但針刀操作上尚未有統一的標準，甚則有些操作對患者具有一定的傷害，造成肌腱損傷、斷裂、粘連，血管、神經損傷等併發症[4-5]。

故此，有研究引入肌骨超聲，以達到對病變腱鞘更為精確的鬆解，減少盲視下針刀治療帶來的風險及潛在併發症。[6]另外有採用浮針療法配合肌肉能量技術治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎。

參照《浮針醫學綱要》[7]。針具採用中號一次性使用浮針（南京派福醫學科技有限公司生產），借助浮針進針器入皮。確定患肌及肌筋膜觸發點（Myofascial Trigger Point, MTrP），主要患肌為拇短伸肌、拇長展肌、肱橈肌等，通常可在患肢前臂掌面肱骨外上髁下方約 3~4 cm 處（約手三裡穴）觸及緊硬條索或痛性結節。

根據病情、MTrP、局部皮膚情況等選擇進針點，如在前臂掌面橈側中央，朝 MTrP 點進針。患者取坐位，患側上肢置於軟枕上，虎口朝上。進針點常規消毒後，針尖與皮膚呈 15~25° 刺入皮膚，調整針體使沿皮下向前推行，針尖指向 MTrP，待軟套管沒入皮下後，將針尖退回軟管內並鎖定。手持針座，針尖上翹，做扇形的掃散運動。

待疼痛緩解或觸發點硬結鬆軟後，抽出針芯，將軟套管留置皮下，5~8 h 後出針。肌肉能量技術治療是在浮針掃散時配合操作。

引導患者做拇指背伸、屈曲、外展、內收及腕關節橈偏、尺偏與背伸等動作，自主活動至最大幅度，使患肌產生等張收縮。患者在活動拇指及腕關節時，醫者予適當加壓，均抗阻活動至最大強度，使患肌產生等長收縮[8]。操作時囑患者配合呼吸，每個動作均重複 3 次，每次均持續 8~10 s，間隔休息 30 s。

其中浮針針至病所,可緩解痙攣,鬆解橫絡,消除 MTrP,疏通經絡。肌肉能量技術可在浮針掃散時配合操作,是引導患者進行定向的抗阻力收縮與舒張目標肌肉的一種運動療法,可牽張攣縮的患肌,延長縮短的肌筋膜,解除關節源性肌肉抑制,恢復生物力學平衡,增加關節活動範圍,並對缺血組織再灌注,濡養筋脈[9-11]。

總結而言,橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的治療以保守治療為主,多能取得不錯效果。由於本病為運動相關損傷性疾病,重複的職業相關的姿勢容易誘發本病。因此,患者教育應為重要的一環,通過患者教育來普及相關知識以引導患者避免長期的誘發姿勢,能夠有效降低發病率。

參考文獻:

1. Goel R, Abzug JM, de Quervain's tenosynovitis: a review of the rehabilitative options [J]. Hand (NY), 2015, 10(1):1-5.
2. 肖敏. 正反阿是穴針刀治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的臨床療效觀察 [D]. 福州: 福建中醫藥大學, 2019.
3. 胡明岸, 劉邁蘭, 黃河, 等. 從阿是穴與穴位敏化的關係探討針灸治病選穴原則 [J]. 中華中醫藥雜誌, 2020, 35(11): 5477 - 5479.
4. 王莉, 李義凱, 劉強. 針刀治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎中存在的問題 [J]. Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2011, 3(26): 275-277.
5. 胡向林, 張昶, 郭文歆. 狹窄性腱鞘炎針刀治療失敗原因及對策分析 [J]. 中國醫藥導報, 2018, 15(15): 147-149.
6. 申毅鋒, 周俏吟, 賈雁, 等. 橈骨莖突的解剖學觀察及其在針刀治療腱鞘炎中的臨床意義 [J]. 中日友好醫院學報, 2019, 33(5): 288-292.
7. 符仲華. 浮針醫學綱要 [M]. 北京: 人民衛生出版社, 2016: 109-124, 138-156.
8. 張董喆, 孔超, 於世超, 等. 小針刀結合臭氧治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎臨床研究 [J]. 中醫學報, 2016, 31(9): 1412-1414.
9. 方征宇, 熊亮, 高春華, 等. 體外衝擊波聯合肌肉能量技術治療肱骨外上髁炎的臨床研究 [J]. 中國康復, 2016, 31(5): 362-364.
10. Tanwar R, Moitra M, Goyal M. Effect of muscle energy technique to improve flexibility of gastro-soleus complex in plantar fasciitis: a randomised clinical, prospective study design [J]. Indian J Physiother Occupational Ther, 2014, 8(4): 26-30.
11. Franke H, Fryer G, Ostelo RW, et al. Muscle energy technique for non-specific low-back pain [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2015, (2): CD009852.

吳昕樺醫師簡介:

- 香港註冊中醫師
- 畢業於香港大學(中醫全科學士及中醫針灸碩士)
- 現職於香港防癆會-香港大學中醫診所暨教研中心 (灣仔區)

媽媽手，正式病名為「橈骨莖突狹窄性腱鞘炎」，是一種由於拇長展肌腱和拇短伸肌腱於腱鞘中長期過度摩擦，以致滑膜水腫、腱鞘壁增厚而病位狹窄，最終累及肌腱發生痙攣、疼痛及局部功能障礙的無菌性炎症。從中醫角度，本病病在筋，屬「筋凝症」、「筋痹」、「傷筋病」等範疇。病因多見於久勞傷筋，經絡失於溫養，加之外感寒濕之邪或氣滯血瘀，因而痹阻筋脈，瘀濁交結，不通而痛。治療上應以舒筋通絡、溫通氣血為原則。由於本病的針灸治療多樣，故現作綜述闡明。

1.常規毫針治療

1.1. 取穴

本病常用穴位包括：阿是穴、陽溪、列缺、合谷、魚際、手三里等。當中，阿是穴能局部疏通經脈氣血，餘穴合用則有解痙止痛、舒筋活絡、行氣活血之效。另外，董氏奇穴五虎穴主治全身骨性腫痛，其位於手太陰經筋的起點，而患處亦屬手太陰經筋範圍，取之有「筋病治筋」之意，有利於消腫止痛、疏通經絡。

1.2.針灸手法

除了對以上穴位進行傳統的直刺、斜刺、平刺，有學者提出使用「傍針橫刺法」，尤適用於嚴重氣滯血瘀者。運用時，一針對正壓痛點（阿是穴）橫刺，另一針由旁路橫刺刺入穴中，可增強協同作用。另外，可考慮使用「滯針術」：沿經脈循行按壓，尋找明顯疼痛的條狀或塊狀硬結後直刺之，行右捻轉至針下沉緊後，提拉針體 5 次，出針時向左捻轉，至肌纖維鬆解後徐徐出針。此法有明顯催氣效果，並能鬆解黏連，效果並不遜於封閉治療。

對於五虎穴，宜直刺 2-5mm 到達骨膜，針刺時要求強烈針感；針後需囑患者活動腕部。也有建議配合繆刺法，取之健側，見效亦速。

2.艾灸

溫針灸為本病常用灸法，在上述常用穴及五虎穴皆可使用。一般艾灸 3 柱，以局部穴位感覺溫熱為度。此法能溫經散寒、祛風除濕。從現代醫學角度，溫針灸有效改善橈骨莖突腱鞘局部微循環，治療效果甚至優於常規針刺。

此外，也可在疼痛處進行隔薑灸。利用生薑溫經散寒的特性，加強艾灸消腫止痛的效果，有利於肌腱功能的恢復。除了局部取穴，有學者建議從治本角度出發，艾灸肝俞。因肝藏血又主筋，灸之能溫通氣血、扶正祛邪。

3.電針

同樣選取上述穴位，常規建議選用連續波，頻率約 2.4-2.8Hz 之間，以留針 30 分鐘為宜。透過電流可提升局部皮下組織的溫度，從而改善血液循環及組織代謝；並能興奮神經及其支配的肌肉，以降低神經變性的程度，由此，具有理想的抗炎、鎮痛、消腫效果。

4.火針

火針選用阿是穴、列缺、陽溪、太淵、經渠等均有記載。術前術後均需於穴位塗上萬花油，以減輕痛楚，保護針孔。針刺時間控制在 0.5 秒為宜，必須避開血管，預防燒傷。

治療頻率限制在：1 周 2 次，每次 5-6 穴。

火針屬溫通療法，能疏通氣血、溫陽祛寒。從現代醫學角度，其原理與電針相近——透過局部組織溫度的提升，從而改善血液循環及組織的修復。唯火針風險較高，術者必須熟悉解剖，並具備一定的臨床經驗。

5. 浮針

浮針以術間疼痛少、操作安全簡便見稱。在橈骨莖突屬找條索狀壓痛點（又稱：肌筋膜觸發點）後，選用特定浮針針具，在觸發點上下方各 3-5cm 處，往觸發點方向進針。

進針時往皮下疏鬆結締組織推行，並作左右搖擺掃散，頻率約 100Hz。待疼痛消失或明顯減輕後，抽出針芯，並用膠布固定，6-8 小時後拔出。

研究顯示，此法對患者腕關節功能恢復及止痛效果均優於常規電針治療。如能加上再灌注操作（掃散時術者向腕部尺側施加壓力，並囑患者對抗，持續 10 秒）更能快速增加組織周圍的血液灌注，因而令止痛消腫的效果更為持久。

6. 小針刀

針刀的原理主要是沿患處肌腱行走施行鬆解，減少橈骨莖突部對肌腱的壓逼並解除黏連。術位應定於橈骨莖突掌側緣骨嵴最高點的背側；對於因肥胖而未能尋得骨性標誌者，可在靠近莖突尖部受力最大及壓痛最明顯處進針。

針刀應直刺皮下，抵住腱鞘表面後，沿肌腱行走方向由近向遠端作縱行切割，切割時可感覺針尖有味響及阻力感，直至阻力感消失、拇指活動自如，即為鬆解成功。切割長度應以 2mm 為宜，以防肌腱滑脫。

治療時必須禁止作橫向切割、直接在腫大硬結上切割及於骨面溝進行鏟剝，以免傷及骨膜及切斷肌腱。術間禁行腕部尺偏牽拉，否則可令宿有磨損的肌纖維斷裂。

術者亦不應在鼻煙窩內操作，避免傷及橈動脈。

針刀治療可單獨或配合封閉治療進行，惟兩者兼用時病人痛苦較輕，更易被患者接受。針刀雖能即時解除肌腱卡壓，鬆解黏連，但術中痛楚及風險都較上述療法為高，術者應有十足把握才施行操作。

除了以上針灸治療，近年本病的治療方法仍有創新。

有研究顯示：治療魚際肌勞損能有效減輕腱鞘摩擦，從而消滅橈骨莖突上的炎症反應，對往後針灸治療亦具啟發性。

總括言之，針灸在治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎方面，有效性、安全性、簡便度都具有相當優勢。惟病程長、局部症狀明顯、非手術方法治療無效者，非傳統針灸治療可及，則需採用手術治療。

參考文獻:

1. 王莉, 李義凱, 劉強. 針刀治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎中存在的問題 [J]. 中國康復醫學雜誌, 2011,26(3):275-277.
2. 王楠勝, 廖勝凱, 黃林軒, 等. 橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的針灸治療思路建構 [J]. 世界臨床醫學, 2016,10(13):147-148.
3. 田浩文, 孫善斌, 陳衝, 等. 溫針灸五虎穴治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎臨床研究 [J]. 實用中醫藥雜誌, 2019,35(11):1372-1373.
4. 何聯民. 針刀、阻滯、手法綜合治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 52 例 [J]. 針灸臨床雜誌, 2009,25(11):27-28.
5. 胡安華, 陳國慶, 吳耀持. 滯針術治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的臨床研究 [J]. 針灸臨床雜誌, 2017,33(1):30-32.
6. 高志勇, 牟春玲. 繆刺五虎穴治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 [J]. 中國灸, 2011,31(9):860.
7. 陳柏淳, 賴鵬輝, 鍾衡, 等. 浮針治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的療效觀察 [J]. 浙江中醫藥大學學報, 2018,42(9):744-747.
8. 張彩嫻, 熊同學, 曾紅梅, 等. 火針治療橈骨莖突部狹窄性腱鞘炎 30 例 [J]. 中醫研究, 2011,24(2):63-65.

林瑞容醫師簡介:

- 香港註冊中醫師
- 畢業於香港中文大學(中醫學學士)
- 現職於香港防癆會-香港大學中醫診所暨教研中心 (南區)

媽媽手的預防與調護-周庭譽醫師

「媽媽手」，醫學名稱為「狄奎凡氏症」(De Quervain Disease, DQT)，根據解剖部位，又稱為「橈骨莖突狹窄性腱鞘炎」，由瑞士外科醫生 Fritz de Quervain 於 1895 年發現並提出。

此病是由於橈骨莖突腱鞘內「拇長展肌」和「拇短伸肌」肌腱發生病變，導致橈骨莖突處腫脹疼痛和腕關節活動受限。隨著電子產品普及，此病的發病率不斷增長。

據研究指出，女性發病率明顯較高，尤其好發於懷孕後期和哺乳期。2016 年的一項研究統計，在 16 至 30 歲的手提電話使用者中，58% 患有此病，當中不乏年輕男性，可見因使用手機而患上此症的人數亦相當多。

長期受「媽媽手」的慢性疼痛所困擾的患者，不僅嚴重影響日常生活，還可能產生焦慮、抑鬱等精神問題。橈骨莖突狹窄性腱鞘炎是一種過度使用手腕和拇指而導致的疾病。

從解剖學上，「拇長展肌」控制拇指向外或向內移離食指；「拇短伸肌」負責控制豎起拇指動作。

反覆的腱鞘勞損導致局部組織出現慢性無菌性炎症，誘發結締組織增生、粘連、肥厚和變形。隨著病程延長，隨著鞘管壁加厚及局部肌腱變粗，增加摩擦及炎症，導致橈骨莖突部位出現疼痛、腫脹等症狀，逐漸引起腕部活動障礙。

目前「媽媽手」的治療方案，大致可分為保守治療和手術治療，其中保守治療主要以改善臨床症狀為主，包括休息、早期固定、藥物治療、手法治療、針灸及理療等。但不去除易感病因，則易遷延復發。故此，此病的預防及調護在治療及功能恢復上更顯重要。

1. 休息及固定

「媽媽手」的基本病理目前主要認為是肌腱的反复磨損引起的無菌性炎症，故患者應避免重複受傷動作，減少過度使用拇指，增加休息及制動，從而減少局部持續勞損。治療時可配合使用肌內效貼或手部矯形器，以固定及限制腕關節，有助支持、促進及放鬆受損軟組織。

2. 冰敷與熱敷

於急性發炎期可適當進行冰敷，以限制血流及減少滲出。慢性期可對患腕每日進行 20-30 分鐘的熱敷，或結合中藥熏洗，以促進局部血管擴張，改善血液循環，加快受損部位的代謝及修復。熏蒸中藥讓有效成分能滲透皮膚而作用於病變部位，發揮除痺痛、祛風濕、溫經散寒通絡的作用。

3. 拉伸，按摩及肌力訓練

平常多做手部拉筋運動，可減少手部不適及降低受傷機會。在手部及前臂肌肉蹦緊的位置，配合按摩放鬆肌肉，亦有助舒緩痛楚。適當手部肌肉力量訓練，結合關節的主動運動及抗阻運動，能減輕腕關節負擔，並增加橈骨莖突附近的血流量，提高關節的活動範圍。

4.注意手指發力及姿勢

日常需照顧嬰兒或反覆使用拇指的人士，要避免拇指肌肉過度用力。無論是抱嬰兒或做其他事，可交替雙手使用，讓手腕和拇指得到定期及充分休息。

參考文獻:

1. 金晗 (2021)。〈理筋正骨手法聯合肌內效貼治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的臨床療效觀察〉。《海南醫學院學報》，2021 年 16 期，1218-1222
2. 賈曉丹，王丹 (2021)。〈推拿手法結合中藥熏洗治療橈骨莖突腱鞘炎臨床觀察〉。《實用中醫藥雜誌》，2021 年 09 期，1466-1468
3. 陳啟豪 (2019 年 6 月 10 日)。〈長玩手機傷拇指 少男都有「媽媽手」〉。《明報》。取自 <https://health.mingpao.com/長玩手機傷拇指-少男都有媽媽手/>
4. 陶紅成 黃英如 金貴根 (2021)。〈橈骨莖突狹窄性腱鞘炎治療進展〉。《實用中醫藥雜誌》，2021 年 04 期，第 709-712 頁
5. 楊天穎 何澎 朱恪材 (2021)。〈浮針聯合肌肉力量訓練治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎臨床觀察〉。《實用中醫藥雜誌》，2021 年 01 期，第 114-115 頁。

周庭譽醫師簡介:

- 香港註冊中醫師
- 畢業於香港中文大學(中醫學學士)
- 中醫學深造文憑(疼痛學)
- 現職於香港防癆會-香港大學中醫診所暨教研中心 (南區)

外用中藥治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎-吳偉麟醫師

橈骨莖突狹窄性腱鞘炎為骨科常見病種的其中一種。

臨床症狀為橈骨莖突處疼痛、腫脹、活動時加劇、嚴重則可觸及結節。

主要病因是拇長展肌腱與拇短伸肌腱在骨性纖維鞘管內不斷摩擦導致肌腱水腫、粘連，從而引起功能障礙。中藥外治法不僅在臨床上治療該病取得了良好療效，而且更有操作簡單、安全廉價、副作用小等優勢。

1. 橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的中藥外治法

《素問·至真要大論》指出：「內者內治，外者外治」。

這為中醫外治法的形成及發展奠定了理論依據。中醫外治法是運用非口服藥物的方法，以中醫基礎理論為指導，將中藥以相應的治療方式刺激經絡、穴位、皮膚、黏膜、肌肉、筋骨等以達到疏通經絡、活血化瘀等作用的的一種傳統醫學療法[1]。

目前治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎常用的中藥外治法包括中藥膏/膏藥外敷、中藥熏洗、中藥熱熨及中藥離子導入療法等。[2]

2. 中藥膏/膏藥外敷

中藥膏是由中草藥經植物油煎煮去渣而成的劑型[3]，利用膏藥外敷於患處或特定穴位，達到舒筋活絡、消腫止痛等作用。不少學者通過研究證實中藥膏外敷對於橈骨莖突狹窄性腱鞘炎有明確的療效。於禕睿[4]等學家用地龍、半夏及蘆薈混合碾碎成糊狀敷於患處治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 16 例，治率 81.25%，總有效率 100%。

除了單獨使用中藥外敷治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎，亦有不同的文獻研究中藥外敷配合不同的療法對於橈骨莖突狹窄性腱鞘炎有更顯著的療效，當中包括前臂正骨理筋手法、推拿點穴、火針療法針刺阿是穴、局部封閉療法。以上療法配合中藥外敷比單獨使用該療法的療效更為顯著。

林亞軍[5]治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎患者 87 例，隨機分為對照組 43 例和試驗組 44 例，對照組僅以封閉療法治療，試驗組在封閉治療的基礎上，按中醫辨證分型分為寒濕阻絡型和氣滯血瘀型，分別以桂枝湯加減和桃紅四物湯加減外敷患處。

結果表明聯合療法治療該病在緩解疼痛，改善功能及活動方面，均優於對照組。

3. 中藥熏洗

中藥熏洗是將中藥用水煮沸後熏洗患處的方法，透過具有祛風除濕、溫經散寒、通絡止痛作用的藥物促使局部氣血運行，開達腠理，使有效成分更好滲入皮膚，直達病灶[6]。

劉燦坤等[7]觀察對於患有橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的患者前臂行推拿手法治療後配合中藥熏洗法 30 例，結果顯示採用推拿手法配合中藥熏洗法治療在長期療效上有一定優勢，復發率較低。

4.熱熨療法

熱熨療法是將藥物炒熱或蒸熱後用布袋包裹放置身體患處，或者是將藥物做成泥糊、藥餅、藥膏直接放置患處後用器具在藥上加熱。以達消腫止痛、溫筋通絡的方法[8]。

童燕等[9]通過自制溫經通絡方予患處行熱熨治療後結合理筋手法治療哺乳期橈骨莖突狹窄性腱鞘炎患者 52 例，有效率達 94.23 %，明顯高於對照組的有效率 68.23%。

周立武[10]將養血榮筋丸軟化敷於橈骨莖突上，使用艾條熏灸橈骨莖突狹窄性腱鞘炎患者前臂 45 例，總有效率為 95.6%。

5.中藥離子導入法

中藥離子導入法是透過直流電將中藥有效成分離子化，再利用電極定位將離子化的藥物導入皮膚，滲入病灶，從而獲得藥物和穴位雙重治療刺激的療效[11]。

朱其等[12]通過超聲電導中藥活血止痛方透入與傳統封閉療法分別治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎患者 40 例藥離子導入療法組有效率 95.0%，明顯高於傳統封閉療法組的 67.5%。

6.展望

橈骨莖突狹窄性腱鞘炎是臨床上的常見病，中藥外治法因為藥物不會被胃腸道吸收，不存在胃腸道刺激和影響肝腎功能的弊端，故適用於不可以口服中藥的患者，例如哺乳期的婦女[13]，同時可避免封閉治療的不良反應，如局部皮組織萎縮及皮膚色素減退[14]。

外用藥物大多由溫經通絡、活血化瘀、祛濕止痛等功效的藥物組成，臨床上需根據不同患者的證型靈活配伍應用。

中藥外用治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎同樣根據中醫辨證論治的原則，與內服中藥的理法方藥是一致的，不同之處在於外用治療相較於口服身體吸收藥物的量偏少，所以外用藥物劑量普遍偏大。單一的中藥外用療程較長，臨床上多結合其他療法綜合應用。

7.參考資料

1. 姚血明,馬武開,唐芳,等.中醫外治法在痹證中的應用 [J].風濕病與關節炎,2014(5):73-75.
2. 閻連傑 黃肖華,柯輝雄,黃傑 中藥外用治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎的現狀 [J].大眾科技,2019,21(06):100-102.
3. 何詠梅,邱國俊,張孟生,等.黑膏藥新製作方法探討 [J].中國藥業.2012(16):107-108

4. 于禕睿,叢燕妮.中藥外敷治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 16 例
[J].中國民族民間療法,2012(8):19.
5. 林亞軍.中藥外敷配合局部封閉治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 44 例療效觀察
[J].四川中醫,2014(7):131-132
6. 張恆.熏洗療法原理探究
[J].中醫藥研究,1994(2):10-11.
7. 劉燦坤,唐流剛,秦雪飛,等.中藥熏洗法配合推拿手法治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎療效
觀察[J],四川中醫,2014(9): 125-127.
8. 柴忠,李可畏,針刀結合中藥熱敷療法治療膝關節骨性關節炎臨床觀察
[J],遼寧中醫藥大學學報,2016(8):239-241.
9. 童燕,郭峭峰,黃凱,熨藥療法聯合理筋手法治療哺乳期婦女橈骨莖突狹窄性腱鞘炎
52 例[J],浙江中醫雜誌,2018(2):114.
10. 周立武.熨貼法治療橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 45 例
[J].中國針灸,2009.29(11):944.
11. 張欣悅,高明利.中藥離子導入法治療膝骨關節炎研究進展
[J],河北中醫.2017(1):152-155,160.
12. 朱其,吳建偉,李慧輝,等.超聲電導中藥透入與傳統封閉療法在橈骨莖突狹窄性腱鞘炎
治療中的比較研究[J],新中醫,2015(12):121-123.
13. 蔣鵬,黃菲.膏摩加理療治療哺乳期橈骨莖突狹窄性腱鞘炎 20 例
[J],中國中醫骨傷科雜誌, 2012(9):37.
14. 張作仁,李國輝.橈骨莖突狹窄性腱鞘炎局部封閉致手指壞死(附 3 例報告)
[J],中國矯形外科雜誌, 2005(5):72.

吳偉麟醫師簡介:

- 香港註冊中醫師
- 畢業於香港浸會大學(中醫學學士及生物醫學榮譽理學士)
- 現職於香港防癆會-香港大學中醫診所暨教研中心 (灣仔區)

譚氏平衡針分享-李景群醫師

譚氏天應穴平衡針法是由譚特夫醫師創建的。

譚醫師原為一位系統工程專家工程師，然而一直鐘情於中國醫學，並以針灸為首。譚醫師取得中醫針灸執照後，便開始於美國掛牌行醫。其後經過不斷的和歸納，研發出一套獨特的針法，並流傳至今。

譚醫師在台灣、美國行醫及教學三十多年。他對易經八卦、中藥及針灸有深入的研究並運用於臨床治病。譚醫師不只教洋人醫師針灸，而且還教他們八字和風水。譚醫師著寫了五本英文書，當中四本為針灸書，一本為地理風水書。

平衡針法是一個簡單有效的針灸方法，主要強調三個簡單的步驟，便能達到立竿見影的效果。因此，在學習平衡針法的過程中，是不需要死記硬背，反而是著重靈活的思維。

譚氏平衡針法的課程主要分為兩個階段：初級班和高級班。初級班的主要內容為局部平衡，而高級班的主要內容為整體平衡。

運用譚氏平衡針法治療痛症有以下特點：

- (1) 不在疼痛局部施針、
- (2) 治療效果立竿見影、
- (3) 無痛療法、
- (4) 容易操作、無需手法。

它的局限亦有以下幾項，臨床效果會較差

- (1) 結構損傷，例如骨折和斷筋、
- (2) 退行性病變，例如老人的關節退化、
- (3) 持續性勞損。

譚氏平衡針的具體操作主要分為三個步驟，簡稱針灸 123 (Acupuncture 123)

針灸 1:找出病變經絡

針灸 2:根據病變經絡找出平衡經絡

針灸 3:在平衡經絡上找出天應穴施針

譚醫師強調天應穴 (阿是穴) 的真正定義不應是在疼痛處上尋找阿是點下針，而是在不痛的其他區域尋找壓痛點。此針法與傳統針法的最大區別為是傳統針法通常沒有針灸 2 這個步驟，而是從針灸 1 跳至針灸 3，故不是每次均有立竿見影的療效。

至於如何找出平衡經絡呢？譚醫師主張六大系統，分別為同名經平衡法、別經平衡法、表裏經平衡法、子午平衡法、相鄰經平衡法，及本經經絡平衡法。筆者在此簡單介紹一下首兩個系統。

系統一為同名經平衡法，顧名思義手三陽對足三陽，手三陰對足三陰。歸納如下：手太陰肺經對足太陰脾經，手厥陰心包經對足厥陰肝經，手少陰心經對足少陰腎經，手陽明大腸經對足陽明胃經，手少陽三焦經對足少陽膽經，手太陽小腸經對足太陽膀胱經。

系統二為別經平衡法，歸納如下：手太陰肺經對足太陽膀胱經，手厥陰心包經對足陽明胃經，手少陰心經對足少陽膽經，手陽明大腸經對足厥陰肝經，手少陽三焦經對足少陰腎經，手太陽小腸經對足太陰脾經。

系統一是取對側肢體的穴位，左手取右足，左足取右手，反之亦然。系統二則是取對側肢體或同側肢體均可。總括而言，若疼痛處在上肢，則取下肢的穴位；若疼痛處在下肢，則取上肢的穴位。

找到平衡經絡後，接下來便是找天應穴了。取天應穴的方法稱為全息，主要分為兩大類：鏡像和投影。鏡像細分為正鏡像和反鏡像，強調四肢反射在四肢；投影細分為正投影和反投影，強調顏面及軀幹反射在四肢。

正鏡像：

反鏡像：

髖關節=肩關節

髖關節=腕關節

膝關節=肘關節

膝關節=肘關節

踝關節=腕關節

踝關節=肩關節

正鏡像與反鏡像均是以膝關節及肘關節作中心點，因此這兩點維持不變。

正投影：

反投影：

軀體以肚臍左中心點，對應膝關節及肘關節。

頸項=髖關節=肩關節

肚臍=膝關節=肘關節

會陰部=踝關節=腕關節

顏面部以眼睛中心，對應膝關節及肘關節

前額頭最高處水平線=髖關節=肩關節

眼睛=膝關節=肘關節

下頰最低處水平線=踝關節=腕關節

頸項=踝關節=腕關節

肚臍=膝關節=肘關節

會陰部=髖關節=肩關節

前額最高處水平線=踝關節=腕關節

眼睛=膝關節=肘關節

下頰最低處水平線=髖關節=肩關節

以上是找天應穴所在範圍的方法，但切記平衡針還是非常著重醫師的手感，施針前應在相對應的關節上進行觸診，找到壓痛點或皮下的筋結後再進行施針，這樣才能做到立竿見影。

參考資料

1. Tan,R.T.-F(2007).Acupuncture 123. Tan, Richard

李景群醫師簡介:

- 香港註冊中醫師
- 畢業於香港浸會大學(中醫學學士及生物醫學理學士)
- 現職於香港防癆會-香港大學中醫診所暨教研中心 (南區)

Sinew acupuncture for de Quervain's Tenosynovitis (dQt): a randomised controlled trial-Mr.Leung Kin King

Background

De Quervain's tenosynovitis (橈骨莖突狹窄性腱鞘炎) is a disorder characterized by pain on the radial (thumb) side of the wrist, impairment of thumb function, and thickening of the ligamentous structure covering the tendons in the first dorsal compartment of the wrist. It is caused by impaired gliding of the abductor pollicis longus (APL) and extensor pollicis brevis (EPB) tendon sheaths.

It can cause chronic radial-sided wrist pain, spasms, tenderness, occasional burning sensation in the hand, and swelling over the radial side of the wrist, and may cause difficulty in gripping hence affects the patient's quality of life.

This disease is also known as the “texting thumb” or “mommy’s thumb” referring to the nature of movements of the thumb which result in repetitive stress injury. Current lifestyle of citizens such as increasing usage of smart phones and computer will increase these possible risk factors to the disease. The other risk factors of dQt include gender and age. DQt has a higher incidence rate in females than in males. Prevalence is estimated at 0.5% among men and 1.3% among women [1]. It also has the highest incidence rate in age ≥ 40 [2].

Current treatment of De Quervain's tenosynovitis can be conservative(保守) or surgical. Conservative managements including rest, early immobilization, strapping, heat, cold, diathermy, transverse friction massage, medications such as nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in the early stages, tendon gliding, and strengthening and eccentric exercises [3]. Local corticosteroid injection is one of the most effective conservative treatments to the disease. It is used when NSAIDs and immobilization fail to relieve the symptoms [4].

Its possible complications(併發症) include fat necrosis, subcutaneous atrophy, and skin depigmentation [3]. The public has a common avoidance of corticosteroid usage [5]. Although the surgical treatment of the disease is reported to be effective in providing long term relief, its complications include radial sensory nerve injury, incomplete decompression, and volar subluxation of the tendons [3], [6]. The above factors raised the need of alternative treatments.

Sinew Acupuncture (SA)(筋針) is a new acupuncture technique developed based on the Jing-jin(經筋) theory from “Huangdi Neijing” (黃帝內經)the tradition Chinese Medicine classic literature [1]. This technique targets the jing-jin system – the musculotendinous level of the meridian(經脈) system. According to its theory, this technique focuses on subcutaneous(皮下) acupuncture (nearly parallel to the skin), on 1. the tender spots(壓痛點), 2.the spots which induce relief of symptoms (舒痛點)and 3.the elevated spots of the soft tissues named as “knots”(筋結點)along the “jing-jin”, and the tip of needles pointing towards the painful spot ,which activates the “Wei-Qi”(衛氣), a protective energy which

The utilisation of SA minimises the sensation and increases the safety of acupuncture, as it does not require deep insertion of needles or the Deqi sensation such as soreness or numbness. Though shared some similarities, SA is different from the Fu's Subcutaneous Needling (FSN) which found the acupoints based on the Myofascial Trigger Point (激痛點) theory.

Previous observational studies indicated that sinew acupuncture SA has immediate analgesic effects on soft tissue injuries at various locations including wrists, but no diagnosis of dQt and no controls were used in the previous observational studies. [3]. A controlled study includes longer follow-up and diagnosis of dQt is needed for providing evidence for this alternative treatment.

This study aimed to evaluate whether or not SA could reduce pain intensity, improve strengths and disabilities of hands, and quality of life in patients with dQt.

Methodology

Study Design

This study was a randomized(隨機), repeated measures(重覆量度), waitlist-controlled trial.(等候對照試驗) Subject recruitment and follow-up were conducted from June 6th, 2018 to September 1st, 2019. Subjects were recruited by referral from CMPs of The Hong Kong Tuberculosis Association – The University of Hong Kong Chinese Medicine Clinic cum Training and Research Centre (Southern District) or the clinical teams of the Department of Orthopaedics and Traumatology at the University of Hong Kong (HKU) or through advertisements in newspapers, social media, and health talks. All subjects were scheduled for an eligibility assessment in Queen Mary Hospital.

The assessment was conducted by licensed Chinese medicine practitioners and orthopaedists from the Department of Orthopaedics' and Traumatology, HKU. Eligible subjects were randomized once written informed consents were obtained. The study flow and participant progression through the study were shown in Figure 1.

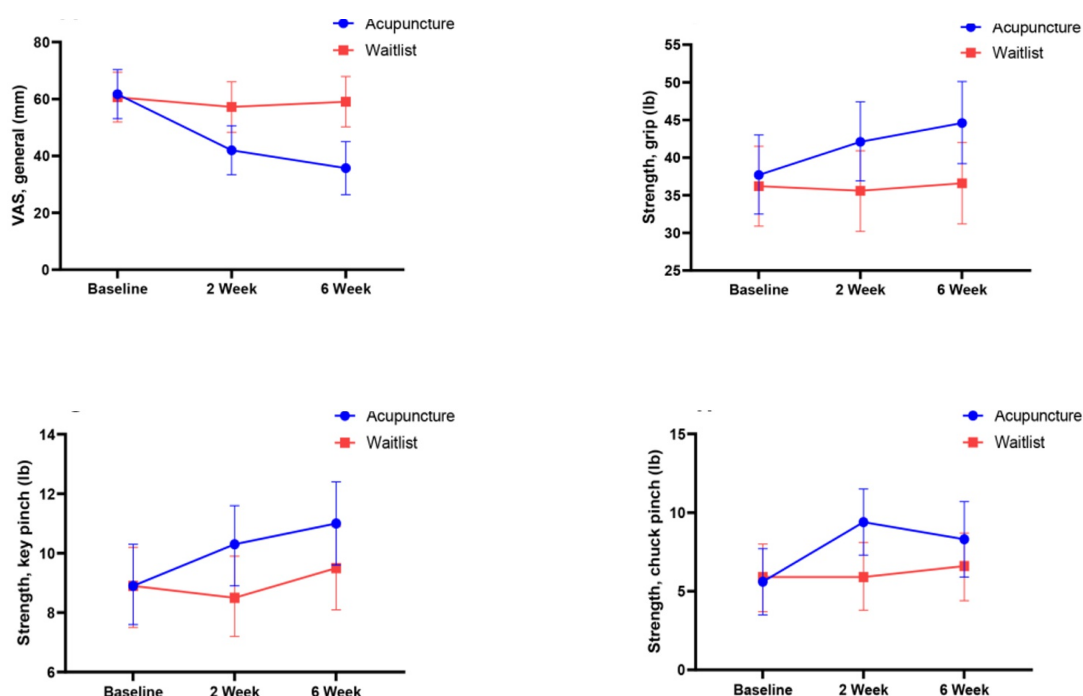
Intervention

Subjects received Sinew Acupuncture 2-3 times in two weeks, a total of 5 sessions. Needles were inserted into the Sinew Acupoints located on the “Jing-Jin” of the Lung meridian (肺經筋) and the Large Intestine meridian (大腸筋) on affected wrist and forearm. 4-6 sinew acupoints were used. The tip of needles were pointing towards the painful spot. (Figure 2) Subjects were asked to move the affected wrist during treatment every ten minutes. The duration of each treatment session will be 25 minutes. Inc. single-use stainless steel needles (0.30mm x 30mm) were used. All the procedures will be performed by CMPs with over 3 years of experiences in acupuncture and received training in Sinew Acupuncture by its founder, Professor Liu Nongyu.

(Figure 2)



Results



Primary outcome

Compared with baseline, the mean observed general VAS score (疼痛視覺類比量表) was -19.5 points (-26.9 to -12.2, $p < 0.001$) lower (reduced pain) at 2 weeks in the acupuncture group, -3.4 points (-10.9 to 4.1, $p = 0.374$) lower in the waitlist control group, with differences in adjusted 2-week mean general VAS scores between acupuncture vs waitlist of -16.2 points (95% CI, -26.7 to -5.6, $p = 0.003$).

Thus, the study results rejected the null hypothesis that acupuncture generated the same outcomes as waitlist control.

Secondary outcomes

In terms of general VAS score, patients randomized to the acupuncture had statistically significant improved (統計學上顯著性改善) symptom scores compared with those randomized to the waitlist control group at 6 weeks (after adjustment, mean difference -23.8, 95% CI -34.8 to -12.8, $p < 0.001$). At 2 weeks, patients randomized to the acupuncture group compared with the waitlist group had significant improvement in the Finkelstein's test by VAS measures, grip and pinch strength, and Q-DASH (簡短版上肢功能受損程度問卷) measures.

Compared with the waitlist control group, patients randomized to the acupuncture group had improved all VAS related measures (Finkelstein's test, open cap test, extension (伸展), and abduction (外展) of thumb tests) at week 6, but no significant improvement in WHOQOL-BREF (簡短版世界衛生組織生存質量問卷) measures at 2 and 6 weeks.

Post Hoc Analysis

The proportion of patients experiencing an improvement of greater than 30% in general VAS at 2 weeks was 52.9% ($n=18$) for the acupuncture group, 15.5% ($n=5$) for the waitlist group (adjusted RR, 3.4 [95% CI, 1.4 to 8.0]; $p=0.006$). The incidence of responders was significantly higher in the acupuncture group. Similar results by the acupuncture group were evident for the 6 weeks (adjusted RR, 3.9 [95% CI, 1.7 to 9.2]; $p=0.002$).

Safety

Two patients who received acupuncture treatment had dizziness and fainting, they recovered after the removal of needles and left the clinic independently. No serious adverse events occurred during the study.

DISCUSSION

In this randomized clinical trial with a modest sample size, there were statistically significant and moderate improvements (Cohen's $d=0.52$) in pain scores with acupuncture administered 5 times for 2 weeks compared with waitlist control.

In addition, acupuncture showed long-term effects for at least 10 weeks after 2-week treatment. However, the difference between acupuncture and waitlist at 12 weeks was missed due to the waiting period is 6-week. A post hoc hypothesis-generating, responder analysis suggested that the proportion of responders (a 30% reduction of general VAS score) in the acupuncture (52.9%) was greater than that in the waitlist group (15.6%) at 2 weeks. Notably, the proportion of responders in the acupuncture group increased to 61.5% at 6 weeks.

As pain is a subjective perception, the gauge meters were employed to measure the strength of grip and pinch of fingers objectively. Acupuncture improved the strengths of grip and key pinch at weeks 2 and 6, and enhanced the strength of chuck pinch at week 6 but not at week 2.

It may imply that the chuck pinch test is less sensitive than the key pinch test to reflect the impaired function of DQt. The Q-DASH indicated acupuncture improved the ability of activities and reduced the severity of symptoms and impact on work at weeks 2 and 6. However, acupuncture did not improve the scores of WHOQOL-BREF domains (physical health, psychological health, social relationships, and environment). The WHOQOL-BREF questionnaire has been validated for assessing the daily function and quality of life of patients with stenosing flexor tenosynovitis.

It probably indicates that the quality of life in patients with hand problems is less affected by DQt compared to stenosing flexor tenosynovitis. It remains unknown if the WHOQOL-BREF questionnaire could be used for assessing quality of life of patients with DQt.

Conclusion

Our findings support that 2-week of SA is safe, effective and has relatively long-term effects in the reduction of pain intensity, improvement of strengths and disabilities of hand in dQt patients.

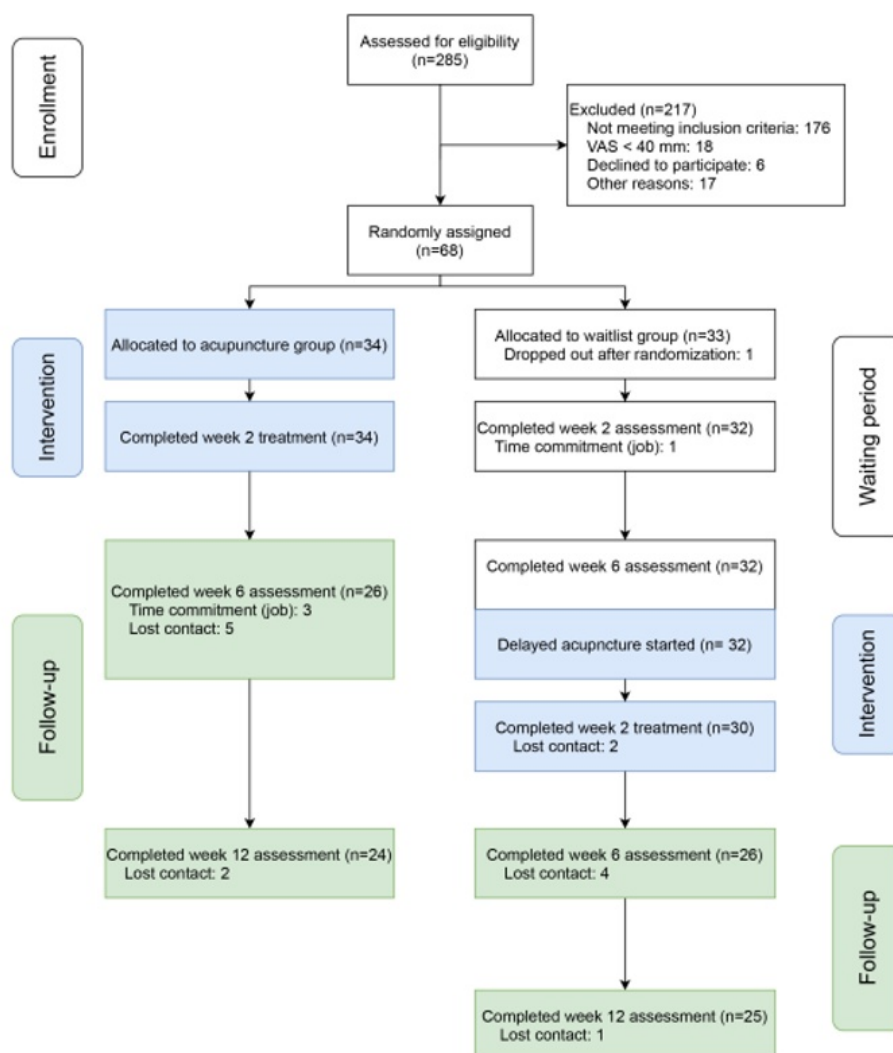
Limitations:

- 1) This study did not include a sham acupuncture control group(假針對照組) so the placebo effect (安慰劑效應)of acupuncture cannot be determined.
- 2) The control group had a relatively short waitlist period (six weeks) to reduce the dropout of patients.
- 3) The sample size is modest which may limit the robustness of the conclusion.

Acknowledgement

The research was funded by the Hospital Authority Chinese Medicine Department under the Research Practical Training Programme.

The Hong Kong Tuberculosis Association – The University of Hong Kong Chinese Medicine Clinic cum Training and Research Centre (Southern District) provided a platform for the young CMPs to get trained with a new acupuncture technique from experienced teacher, practiced in clinical services and studied the effects of the treatment through this research. The research was supervised and manuscript was written by Haiyong CHEN, assistant professor from HKU School of Chinese Medicine.



References:

- [1] Walker-Bone, K., Palmer, K. T., Reading, I., Coggon, D., & Cooper, C. (2004). Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, 51(4), 642-651.
- [2] Wolf, JM., Sturdivant, RX., Owens, BD. (2009). Incidence of de Quervain's Tenosynovitis in a Young, Active Population. *J Hand Surg*, 34A, 112-115.
- [3] Ilyas, A. M., Ilyas, A., Ast, M., Schaffer, A. A., & Thoder, J. (2007). De quervain tenosynovitis of the wrist. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 15(12), 757-764.

- [4] Tallia, AF., Cardone, DA. (2003). Diagnostic and therapeutic injection of the wrist and hand region. Am Fam Physician, 15;67 (4), 745-750.
- [5] Hadianfard, M., Ashraf, A., Fakheri, M., & Nasiri, A. (2014). Efficacy of acupuncture versus local methylprednisolone acetate injection in de quervain's tenosynovitis: A randomized controlled trial. Journal of Acupuncture and Meridian Studies, 7(3), 115-121.
- [6] Scheller, A., Schuh, R., Hönle, W., & Schuh, A. (2009). Long-term results of surgical release of de Quervain's stenosing tenosynovitis. International Orthopaedics, 33(5), 1301–1303.
- [7] Liu, N. (2015). Exploration and analysis on the mechanism of sinew acupuncture. Zhongguo Zhen Jiu = Chinese Acupuncture & Moxibustion, 35(12), 1293-1296.
- [8] Liu, N., Ren, T., & Xiang, Y. (2015). Immediate analgesic effects of tendon acupuncture on soft tissue injury. Zhongguo Zhen Jiu = Chinese Acupuncture & Moxibustion, 35(9), 927-929.
- [9] Liu N, Ren T, Xiang Y. Immediate analgesic effects of tendon acupuncture on soft tissue injury. Zhongguo Zhen Jiu. 2015;35(9):927–929.

梁鍵敬醫師簡介:

- 香港註冊中醫師
- 畢業於香港浸會大學-中醫學學士及生物醫學理學士 (榮譽)
香港大學-中醫學碩士 (針灸學)
- 現職於香港防癆會-香港大學中醫診所暨教研中心 (南區)

免責聲明

本通訊上載的文章內容只代表作者的意見,與「香港防癆心臟及胸病協會」無關。
如對本通訊的內容有任何疑問,請向相關專業人士查詢。

香港防癆會梁仲清中醫診所	香港防癆會--香港大學中醫診所暨教研中心 (灣仔區) (簡稱「灣仔區中醫診所」)	香港防癆會--香港大學中醫診所暨教研中心 (南區) (簡稱「南區中醫診所」)
📍 地址：香港灣仔 灣仔道 83 號 18 樓 (即由大有商場, 向灣仔街市方向走) ☎ 電話：2861 0902 🕒 服務時間 <u>星期一至五：</u> 上午 10 時至下午 2 時 下午 3 時至晚上 8 時 <u>星期六：</u> 上午 9 時至下午 1 時 下午 2 時至下午 5 時 <u>星期日及公眾假期休息</u>	📍 地址：香港灣仔皇后大道東 282 號 鄧肇堅醫院社區日間醫療中心二樓 ☎ 電話：3553 3238 🕒 服務時間 <u>星期一至五：</u> 上午 9 時至晚上 8 時 <u>星期六：</u> 上午 9 時至下午 5 時 <u>星期日及公眾假期休息</u>	📍 地址：香港仔水塘道 10 號 香港仔賽馬會診療所 2 樓 ☎ 電話：2580 8158 🕒 服務時間 <u>星期一至五：</u> 上午 9 時至晚上 8 時 <u>星期六：</u> 上午 9 時至下午 5 時 <u>星期日及公眾假期休息</u>