

- [2] 何学梅. 调和肝脾法促进妇科腹部术后患者胃肠功能恢复的临床应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(62): 124.
- [3] 孙艳梅, 肖静, 张伟璇. 口服中药对妇科腹部术后胃肠功能恢复作用的 Meta 分析[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(6): 631-634.
- [4] 关在德. 外科学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 67-68.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 135.
- [6] 秦新裕, 刘凤林. 术后胃瘫的诊断与治疗[J]. 中华消化杂志, 2005, 25(7): 441-442.
- [7] 刘薇薇. 中医定向透药疗法治疗妇科腹腔镜术后腹胀腹痛的效果[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(1): 51-53.
- [8] 蒋泽斌, 高鹏, 杨晓军, 等. 莫沙必利和胃复安治疗胃癌术后胃瘫综合征的疗效比较[J]. 中国癌症防治杂志, 2015, 7(6): 224-226.
- [9] 韩继龙, 王国鑫, 刘金钢. 腹部手术后胃瘫综合征病因及治疗分析[J]. 中国医药导报, 2008, 5(4): 165-167.
- [10] 张永顺, 管莉文, 刘新荣, 等. 窦氏八穴子午捣臼刺法治疗腹部术后胃肠功能障碍的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(1): 90-94.
- [11] 赵奕. 李东垣的针灸学术思想初探[J]. 新中医, 2017, 49(10): 162-164.
- [12] 黄盈, 苏红侠, 李春梅, 等. 中脘穴点按对泌尿外科腹腔镜术后胃肠功能紊乱的治疗效果[J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(7): 47-53.
- [13] 向国初. 针灸治疗术后胃瘫综合征 36 例的临床观察[J]. 中国社区医生, 2018, 34(10): 117-118.
- [14] 方臻臻, 郑寒丹, 黄艳, 等. 古代文献中胃肠道疾病相关性腹痛的灸法经脉腧穴应用规律[J]. 世界科学技术中医药现代化, 2018, 20(5): 762-768.
- [15] 中国中西医结合学会麻醉专业委员会. 隔穴位刺激防治术后恶心呕吐专家指导意见[J]. 临床麻醉学杂志, 2019, 35(6): 696-699.
- [16] 陈文剑, 樊春华, 胡瑾君, 等. 半夏泻心汤加味配合穴位贴敷对功能性消化不良患者血清胃动素的影响及疗效分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(7): 530-533.
- [17] 汪洋, 杨海明, 刘莹露, 等. 倒马针配合麦粒灸法治疗胃癌术后胃瘫综合征的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(11): 47-50.
- [18] 胡雄丽, 陈峭, 李力. 背俞指针疗法联合半夏泻心汤治疗寒热错杂证功能性消化不良疗效及对胃肠激素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(11): 1157-1161.

【责任编辑: 宋威】

毫火针治疗屈指肌腱腱鞘炎的临床观察

郭蓓宁¹, 童基伟², 张志玲², 赵鑫伟³, 黎晓静²(1. 广州中医药大学第四临床医学院, 广东深圳 518033; 2. 深圳市中医院, 广东深圳 518033;
3. 香港大学中医药学院, 香港 999077)

摘要:【目的】观察毫火针治疗屈指肌腱腱鞘炎的临床疗效。【方法】将 80 例屈指肌腱腱鞘炎患者随机分为观察组和对照组, 每组各 40 例, 观察组给予毫火针针刺治疗, 对照组给予毫针针刺治疗。2 组均隔日治疗 1 次, 共治疗 10 d, 并于治疗后 1 个月进行随访。治疗后, 评价 2 组临床疗效, 观察 2 组患者治疗前后视觉模拟量表(VAS)评分的变化情况, 以及疼痛缓解时间的情况, 并评价 2 组的安全性及不良反应的发生情况。【结果】(1)研究过程中, 观察组失访 3 例, 对照组失访 10 例。最终观察组 37 例、对照组 30 例纳入疗效统计。(2)观察组总有效率为 91.89%(34/37), 对照组为 73.33%(22/30)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗 10 d 后以及治疗后 1 个月随访, 2 组患者的 VAS 评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善 VAS 评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗后, 观察组的疼痛缓解时间明显优于对照

收稿日期: 2021-01-12

作者简介: 郭蓓宁(1994-), 女, 硕士研究生; E-mail: 1264388967@qq.com

组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)治疗后1个月随访, 观察组复发率为13.51%(5/37), 对照组为36.67%(11/30)。观察组复发率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(6)2组患者在治疗及随访过程中均未出现感染、皮疹瘙痒、胃肠道不适等不良反应情况。【结论】毫火针治疗屈指肌腱鞘炎可明显改善患者疼痛症状, 且复发率低, 临床效果显著。

关键词: 毫火针; 屈指肌腱鞘炎; 视觉模拟量表评分; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)08-1650-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtm.2021.08.021

Clinical Observation of Filiform-fire Needling for Treatment of Tenosynovitis of Finger Flexor Tendon

GUO Bei-Ning¹, TONG Ji-Wei², ZHANG Zhi-Ling²,
ZHAO Xin-Wei³, LI Xiao-Jing²

(1. The Fourth Clinical Medical School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518033 Guangdong, China; 2. Shenzhen Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen 518033 Guangdong, China;
3. Chinese Medicine School, the University of Hongkong, Hongkong 999077, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of filiform-fire needling for the treatment of tenosynovitis of finger flexor tendon. **Methods** Eighty cases of patients were randomly divided into observation group and control group, 40 cases in each group. The observation group was treated with filiform-fire needling, and the control group was treated with filiform needle, once every other day, lasting 10 days. After treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated. Before and after treatment, the changes of Visual Analogue Scale (VAS) score and time to pain relief of the two groups were observed, and safety and adverse reactions of the two groups were evaluated. **Results** (1) During the trial, 3 cases from the observation group were lost to follow-up, and 10 cases from the control group. Ultimately, 37 cases in the observation group and 30 cases in the control group completed the test. (2) The total effective rate of the observation group was 91.89% (34/37), while that of the control group was 73.33% (22/30). The therapeutic efficacy of the observation group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (3) After 10-day treatment, and one-month follow-up after treatment, the VAS scores of the two groups were improved ($P < 0.05$), and the improvement in VAS scores of the observation group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (4) After treatment, the time to pain relief of the observation group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (5) One-month follow-up after treatment, the reoccurrence rate of the observation group was 13.51% (5/37), while that of the control group was 36.67% (11/30). The reoccurrence rate of the observation group was lower than that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (6) There were no adverse reactions such as infection, skin pruritus, gastrointestinal disorder during treatment and follow-up in both groups. **Conclusion** Filiform-fire needling has an effect on improving pain symptoms of the patients with tenosynovitis of finger flexor tendon, and it is of lower reoccurrence rate.

Keywords: filiform-fire needling; tenosynovitis of finger flexor tendon; Visual Analogue Scale (VAS) score; clinical observation

屈指肌腱鞘炎是发生在拇指、中指和环指的一种慢性炎症反应。在手指的伸屈活动中常发生“咔嗒”样弹响声和扳机样屈指, 故又名“弹响指”“扳机指”^[1]。临床主要表现为掌指关节部位

疼痛, 严重者出现自主屈伸活动受限, 而X线检查无阳性发现^[2]。本病常见于中年妇女及手工劳动者, 但随着电脑、手机的广泛使用, 越来越多的年轻人罹患本病, 影响正常的工作与生活。

《医学世家》中记载：“手屈而不伸者，病在筋是也。”指出本病属于中医“伤筋”范畴。《素问·调经论篇》中提到：“病在筋，调之筋，病在骨，调之骨，燔针劫刺。”而火针又称“燔针”“烧刺”“焮刺”。毫火针，兼具毫针之纤细及火针之火力，具有加强刺激、解痉养肌的功效^[3]。毫火针治疗本病操作简单，创口小，恢复快。本研究采用毫火针治疗屈指肌腱腱鞘炎，取得显著疗效，现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2018年9月至2020年6月深圳市中医院筋伤科门诊收治的80例明确诊断为屈指肌腱腱鞘炎的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组，每组各40例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《实用骨科学》^[4]及国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》^[5]中有关屈指肌腱腱鞘炎的诊断标准拟定。①患者有手指劳损病史和慢性疼痛史，好发于拇指、中指、无名指；②患指活动不灵活呈屈曲位，不同程度活动受限，局限性酸痛，晨起或劳累后症状明显，严重者手指固定于伸直位不能屈曲或屈曲后不能自行伸直，需要辅助伸直；③掌指关节掌侧处压痛，或可触及一结节状物，手指屈曲时产生扳机样动作及弹响。

中医辨证标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》^[5]拟定。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准；②年龄18~70岁；③发病期间未使用其他与治疗本病相关的药物，如止痛药、中药药膏贴剂等；④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①不符合上述诊断标准及纳入标准者；②因骨折、风湿、类风湿性关节炎、痛风等疾病对本研究有影响者；③合并有心、脑血管、肝、肾等原发性疾病或脏器功能衰竭的患者；④患有糖尿病及其严重并发症的患者；⑤患有精神异常或无

自主能力等严重疾病的患者；⑥过敏体质的患者；⑦孕妇或哺乳期妇女。

1.5 剔除标准

①不能按照要求完成研究者；②研究资料不齐全而影响疗效判定者；③记录不全或随访过程中患者自动中止治疗者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组

给予毫针针刺治疗。具体操作如下：患者取坐位，患肢置于治疗桌上，术者站立于其患侧，左手扶托患手，右手按压患手寻找明显疼痛点，即阿是穴，选取合谷穴、养老穴、外关穴、外劳宫穴，并用蓝色记号笔标记定点，以记号点为中心使用75%医用酒精局部常规消毒，范围是穴位周围直径5 cm范围。施术者进行手部消毒，选用一次性使用无菌毫针（苏州针灸用品有限公司生产，规格：0.30 mm×40 mm）进行针刺。针刺以上穴位，并对阿是穴周围进行数针围刺，根据患者标记点的肌肉厚薄程度及组织结构情况，垂直刺入或斜刺进针以达到皮下筋膜层为度，得气后行提插捻转泻法数次，提插幅度稍大，频率快，行针1 min后留针20 min，并使用红外线灯光照射。出针后按压针孔数十秒，以免出血水肿。隔日治疗1次，共治疗10 d。

1.6.2 观察组

给予毫火针针刺治疗。具体操作如下：患者取坐位，患肢置于治疗桌上，术者站立于其患侧，左手扶托患手，右手按压患手寻找明显疼痛点，即阿是穴，选取合谷穴、养老穴、外关穴、外劳宫穴，并用蓝色记号笔标记定点，以记号点为中心使用75%医用酒精局部常规消毒，范围是穴位周围直径5 cm范围。施术者进行手部消毒，选用一次性使用无菌毫针（苏州针灸用品有限公司生产，规格：0.30 mm×40 mm）进行针刺。术者左手持酒精灯靠近针刺部位，右手持握笔式持针，将针尖深入点燃的酒精灯外焰中，直至针尖及针身烧热至发白，对准标记点，根据标记点的肌肉厚薄程度及组织结构情况，快速垂直刺入或斜刺进针，以达到皮下筋膜层为度，并对阿是穴周围进行围刺数针，进针深度为2~3 mm。治疗中应避免开血管及神经，不可深刺。施术者在患者皮肤表

面沿肌腱循行的走向按摩数下,缓解患者因火针刺入皮肤带来的灼热感及疼痛。留针 20 min 并使用红外线灯光照射,用无菌棉签或无菌棉球取针并按压针孔数十秒,避免出血水肿。嘱患者治疗后维持 6 h 以上,针刺处避水,以免出现感染,若皮肤出现轻微瘙痒为正常现象。隔日治疗 1 次,共治疗 10 d。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 疼痛程度评估

观察 2 组患者治疗前、治疗 10 d 后以及治疗后 1 个月随访时视觉模拟疼痛量表(VAS)评分的变化情况。使用一条长约 10 cm 的游动标尺,一面标有 10 个刻度,两端分别为“0”分端和“10”分端,0 分表示无痛,10 分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。每间距 1 cm 为相差 1 分,分数越高表明疼痛情况越严重。

1.7.2 疼痛缓解时间

观察并记录 2 组患者既往来就诊时的疼痛强度,到治疗后自我感觉疼痛持续减轻 30% 以上所需的时间。

1.7.3 随访

在治疗后 1 个月对 2 组患者进行电话或预约门诊随访,记录复发情况,包括疼痛评分及关节活动情况。复发率 = 复发例数/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.7.4 疗效判定标准

参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[5]进行评定。显效:指掌侧部无肿痛,无压痛,屈伸活动正常,无弹响声及交锁现象;好转:局部肿痛减轻,活动时仍有轻微疼痛,或有弹响声,但无交锁现象;无效:症状无改善。总有效率 = (显效例数 + 好转例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.7.5 安全性评价

观察 2 组患者治疗期间及治疗后的不良反应发生情况。

1.8 统计方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用 Ridit 分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者基线资料比较

观察组 40 例患者中,男 12 例,女 28 例;年龄 18 ~ 69 岁,平均(44.65 ± 14.13)岁;病程 1 ~ 35 周,平均(14.19 ± 8.54)周。对照组 40 例患者中,男 13 例,女 27 例;年龄 19 ~ 67 岁,平均(41.27 ± 13.01)岁;病程 1 ~ 37 周,平均(13.07 ± 9.62)周。2 组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明 2 组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2 组患者失访情况比较

研究过程中,观察组失访 3 例,对照组失访 10 例。最终观察组 37 例、对照组 30 例纳入疗效统计。

2.3 2 组患者临床疗效比较

表 1 结果显示:观察组总有效率为 91.89% (34/37),对照组为 73.33% (22/30)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组屈指肌腱鞘炎患者临床疗效比较

		finger flexor tendon			
		[例(%)]			
组别	例数 (例)	显效	好转	无效	总有效
观察组	37	21(56.75)	13(35.14)	3(8.11)	34(91.89) ^①
对照组	30	14(46.67)	8(26.67)	8(26.67)	22(73.33)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.4 2 组患者治疗前后 VAS 评分比较

表 2 结果显示:治疗前,2 组患者 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 10 d 后以及治疗后 1 个月随访,2 组患者的 VAS 评分明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善 VAS 评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组屈指肌腱鞘炎患者治疗前后 VAS 评分比较

		finger flexor tendon		
		($\bar{x} \pm s$, 分)		
组别	例数 (例)	治疗前	治疗 10 d 后	治疗后 1 个月 随访
观察组	37	6.32 $\pm$ 1.31	3.00 $\pm$ 1.25 ^{①②}	3.03 $\pm$ 1.42 ^{①②}
对照组	30	5.83 $\pm$ 1.21	3.77 $\pm$ 1.63 ^①	4.10 $\pm$ 1.77

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与同期对照组比较

2.5 2组患者疼痛缓解时间比较

表3结果显示:治疗后,观察组的疼痛缓解时间明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组屈指肌腱腱鞘炎患者疼痛缓解时间比较

组别	例数(例)	疼痛缓解时间
观察组	37	6.65 $\pm$ 2.76 ^①
对照组	30	9.37 $\pm$ 5.40

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.6 2组患者复发率比较

表4结果显示:治疗后1个月随访,观察组有5人复发,再次出现关节屈伸不利及疼痛感,复发率为13.51%(5/37);对照组有11人复发,复发率为36.67%(11/30)。观察组复发率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组屈指肌腱腱鞘炎患者复发情况比较

组别	例数(例)	复发
观察组	37	5(13.51) ^①
对照组	30	11(36.67)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.7 安全性评价

2组患者在治疗及随访过程中均未出现感染、皮疹瘙痒、胃肠道不适等不良反应情况。

3 讨论

屈指肌腱腱鞘炎是由于手指的反复屈伸,肌腱与腱鞘过度摩擦,引起肌腱与腱鞘发生炎症反应,出现水肿、变性、肌腱纤维化和增粗,造成肌腱在鞘管内滑动困难,因此出现屈伸困难、疼痛、弹响,甚至不能屈伸而出现“绞锁”现象。针对本病西医常用的治疗方式是使用固醇类药物和透明质酸钠,封闭治疗或开放性手术等切开狭窄的腱鞘,治疗虽有一定的疗效,但均有其局限性。封闭治疗对早期减少炎症反应有显著效果,但对于中后期严重腱鞘炎,治疗效果较差,复发率高^[6]。针刀手术是在盲视下进行的,需要依赖术

者的经验,因此,容易出现由于操作不当引起的屈指肌腱断裂、指神经损伤、肌腱与腱鞘再次粘连等情况^[7-8]。而开放手术容易出现更多的并发症,如感染、医源性神经病变等,安全性低,恢复时间长^[9]。

屈指肌腱腱鞘炎属于中医学“伤筋”的范畴。本病缘于手部劳作过度,伤筋耗气,气血不行,经络不畅,不通则痛而发病;或因反复感受寒凉,寒凝气滞,气血不能濡养经筋,不荣则痛而发病。《素问·调经论》:“血气者,喜温而恶寒,寒则注不能流,温则消而去之。”寒气留驻,得温而去”。毫火针治疗需要将针尖烧至发白,此时针尖及针身温度极高,针刺时可将热力透过肌肤传至经络,祛除关节的寒气,或促进气血运行,通行经脉,直至病所。毫火针与火针一样,都具有温经通络、扶正助阳的功效,是对火针的创新和延伸,但毫火针针细痛微,火针针粗痛甚,创口大且易感染^[10-11]。研究^[12]认为,针灸治疗能够通过改变局部血流从而减轻炎症肿胀,改善疼痛症状,恢复功能活动。

在选穴方面,选取了阿是穴,并选取合谷穴、养老穴、外关穴、外劳宫穴等活血特效穴位,加强了针刺效果。阿是穴是指以患者最痛的反应点作为穴位的一类腧穴,“以痛为输”,能促进痛处的气血经络运行通畅。合谷穴位于手掌背面第一、二掌骨之间,第二掌骨桡侧中点处,主要有通经活络,镇静止痛的功效,属于手阳明大肠经。阳明经脉具有多气多血的特点,而合谷又为手阳明经之原穴,能够充分的调理人体气机,促进气血的运行,理气活血达到治疗痛症的功效^[13]。《素问·热论》曰:“巨阳者,诸阳之属也。其脉连于风府,故诸阳之主气也。”巨阳即太阳,是诸阳之首,养老穴为手太阳经小肠经上郄穴,针刺养老穴对治疗血症、腕臂痛有特殊效果^[14]。外关穴位于腕背侧远端横纹上2寸,尺骨与桡骨间隙中点,《铜人腧穴针灸图经》中认为外关穴:“治肘臂不得屈伸,手五指尽痛不能握物。”五指尽痛正是屈指肌腱腱鞘炎的发病特点。现代医学采用功能性磁共振成像(functional magnetic resonance imaging, FMRI)技术发现,针刺外关穴对调控上肢运用的脑区有显著激活,也就解释了外关能够治疗上肢痛的作用机理^[15]。外劳宫为经外奇穴,出

自《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》,位于手背的第二、三掌骨间,指掌关节后0.5寸凹陷中,布有桡神经浅支。《针灸孔穴及其疗法便览》认为:“外劳宫,奇穴,手背中央。主治掌指麻痹,五指不能伸屈,亦治手背红肿发痛。”外关穴治疗掌指关节疼痛、五指不能屈伸、手指麻木等疾病^[16]。以上穴位为近端取穴,对于治疗本病具有舒经通络、活血止痛的功效。有学者通过针刺合阳穴(位于委中与承山的连线上,委中下2寸。浅层布有小隐静脉,股后皮神经和腓肠神经内侧皮神经;深层有胫动、静脉和胫神经)治疗本病,亦取得显著疗效^[17]。

本研究结果显示,观察组总有效率为91.89%(34/37),对照组为73.33%(22/30)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗10 d后以及治疗后1个月随访,2组患者的VAS评分明显改善($P<0.05$),且观察组在改善VAS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,观察组的疼痛缓解时间明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后1个月随访,观察组复发率为13.51%(5/37),对照组为36.67%(11/30)。观察组复发率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组患者在治疗及随访过程中均未出现感染、皮疹瘙痒、胃肠道不适等不良反应情况。

综上所述,毫火针治疗屈指肌腱腱鞘炎可明显改善患者疼痛症状,临床效果显著,值得在临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 杨翊,周光涛,张德清.针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2011,30(7):467-468.
- [2] 陈萍.小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(21):152-160.
- [3] 庄娟娜,方灿途,白伟杰,等.毫火针治疗痛症的临床研究进展及其在癌性疼痛方面应用的可能性[J].浙江中医药大学学报,2017,41(12):1015-1018.
- [4] 李茂华,于国平,周勇,等.实用骨科学[M].长春:吉林科学技术出版社,2016:398.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:199-200.
- [6] 周光涛,杨翊.针刀与封闭治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效对照观察[J].中国针灸,2011,31(9):840-842.
- [7] 张文兵,姚东文,吴韦贤.超声引导下小针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效观察[J].中国针灸,2019,39(8):867-870.
- [8] 欧阳洁,李义凯,岳永斌.针刀治疗扳机指操作方法对手指掌侧面局部解剖结构损伤情况的研究[J].中国康复医学杂志,2010,25(6):523-526.
- [9] HANSEN R L, SØNDERGAARD M, LANGE J. Open surgery versus ultrasound-guided corticosteroid injection for trigger finger: a randomised controlled trial with one year follow-up [J]. J Hand Surg Am, 2017, 42(5): 359-366.
- [10] 蔡科达,彭旭明.毫火针留针治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎的临床观察[J].中医药导报,2018,24(12):74-76.
- [11] 刘恩明,周凌云.无痛针灸——毫火针[J].中国针灸,2006,26(S1):87-89.
- [12] MOTOHIRO I, MIWA N, TATSUYA H, et al. The efficacy of acupuncture for the treatment of snapping finger in adults [J]. 日本温泉气候物理医学会雑誌,2013,76(4):263-272.
- [13] 王婧,田素领,吴娟娟,等.合谷穴穴性剖析[J].中国针灸,2017,37(5):565-566.
- [14] 任璐璐.阳经郄穴治疗痛症规律探讨[D].广州:广州中医药大学,2016.
- [15] 曾统军,赖新生,黄泳,等.针刺外关穴和非穴fMRI脑功能成像的比较研究[J].中国医学影像学杂志,2010,18(6):532-537.
- [16] 李梦娇.针灸治疗腕管综合征研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(100):61-62.
- [17] 李昌植,叶明柱.针刺合阳穴治疗屈指肌腱腱鞘炎36例[J].长春中医药大学学报,2012,28(3):494-495.

【责任编辑:宋威】