

De Quervain 腱鞘炎

De Quervain 病中受累的拇指肌腱解剖结构——拇长展肌和拇短伸肌在跨越腕部的形态。

Kieran Hirpara © ① ③ 4.0



本页面由机器翻译，尚未经临床医生审核。**英文版本**为权威版本。

您的感受

桡骨茎突狭窄性腱鞘炎（De Quervain's stenosing tenosynovitis）是手腕拇指侧两条肌腱出现的问题。这两条肌腱所穿行的隧道变得肿胀、狭窄，因此肌腱在其中滑动时会引起疼痛。您会在手腕拇指侧、靠近拇指基底部的骨性隆起处感到酸痛和压痛。该部位常常还会出现肿胀。

某些动作会加重疼痛。将手腕向小指方向弯曲、在将手腕向拇指侧弯曲的同时用力抓握，或将拇指与食指捏合，都可能诱发疼痛。需要用到这些动作的日常事务会变得困难：提水壶、转动门把手、抱起小孩、拧干抹布或使用剪刀。有些人在按压疼痛部位时，会感到皮肤下有一种粗糙的摩擦感。

大多数人发现疼痛在使用手部时加剧，休息后缓解。在频繁使用手部的忙碌一天之后，疼痛可能更重。有些人在清晨刚起床时或夜间注意到疼痛。

少数人（约每 100 人中有 1 人）除了疼痛之外，还会发现拇指出现卡住或锁住的情况。这一点值得告诉医生，因为它可能会改变哪些治疗方法效果较好。

何时就医

如果疼痛没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间使您痛醒，或使您无法工作或使用手部，请去看全科医生或要求专科医生评估。

如果您的手或手臂变得发烫、发红、肿胀且疼痛，尤其是伴有发烧时，请当天前往急诊科。这可能是需要当天处理的感染，而且您无需全科医生转诊。如果您的手指或手变得苍白、冰冷、发白或发青，或者在受伤后突然失去感觉或活动能力，也请当天前往急诊科。

如果您无法联系到诊所，例如在非工作时间或周末，请前往离您最近的急诊科。

实际发生了什么

有两条肌腱负责将拇指从手掌旁移开并将其伸直。它们并排穿过手腕拇指侧的一条狭窄隧道。这条隧道有一个坚韧的顶盖，将肌腱固定在靠近骨骼的位置，就像一个导环把两根绳子固定在原位。

问题在于肌腱及其隧道发生了炎症。肿胀的内衬占据了原本就很狭窄的空间，因此肌腱在滑动时会发生摩擦。这种摩擦会引起更多的肿胀和更多的疼痛，隧道本身也可能随着时间推移而变窄。穿过这条狭窄通道的血液供应很差，这使得刺激更难自行平息。

有些人天生在隧道内多出一道壁，将其分隔成两条独立的通道。这一点很重要，因为两条肌腱都需要空间来滑动。如果其中一条肌腱位于自己单独封闭的通道内，那么即使主隧道得到了治疗，这条通道仍可能保持狭窄。

这就解释了您的感受。手腕拇指侧的疼痛部位就是这条隧道本身。抓握、捏取和提物时的疼痛，是肌腱在变窄的空间中被牵拉滑过所致。由于肌腱无法自由滑动，捏力和拇指力量可能会下降。有些人感到的粗糙摩擦感，是变得粗糙的肌腱表面在皮肤下移动所致。

当拇指除了疼痛还出现卡住或锁住时，说明狭窄已严重到足以使肌腱被短暂卡住。这是同一问题较为进展的形式，值得尽早告知医生，因为它会改变哪些治疗方法效果较好。

这里的疼痛也可能来自隧道周围的结构，而非隧道本身：拇指基底部的关节炎、前臂较高处受刺激的肌腱，或穿过手腕这一部位的一条浅表神经。这些情况需要不同的治疗，这就是为什么确定疼痛的确切来源很重要。

我们如何处理该问题

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生会从适合您病情的最微创方案入手。我们通常从调整您使用手部的方式开始，并通过手部治疗来平息刺激、减轻肌腱的负荷。将拇指和手腕固定不动的夹板可以让肌腱得到休息，并减少引起疼痛的摩擦。在进入下一步之前，请先认真尝试这些方法；如果情况没有改善，请告诉我们。

针对这种病症证据最充分的治疗是皮质类固醇注射。皮质类固醇是一种抗炎药物，可减轻隧道内的肿胀。单次注射可使 82% 的患者症状得到缓解，其中超过半数患者在至少 12 个月内保持无症状状态。在超声引导下进行注射可以改善效果，也有助于我们确认所治疗的确切部位。注射联合将手腕固定不动的夹板，效果优于单独注射。如果症状复发，第二次注射仍是一个合理的选择，而不意味着注射治疗已经失败。如果您患有糖尿病，单次注射成功的可能性低于其他人，但之后的每一次注射仍会与前一次同样有效。

大多数人不需要手术。当非手术治疗未能带来足够的改善，或拇指除了疼痛还出现卡住和锁住（这种情况往往不会自行缓解）时，我们会考虑手术。手术会松解隧道狭窄的顶盖，使肌腱能够再次自由滑动。这是一项小手术，另有专门页面介绍其具体内容。

预期情况

对大多数人来说，这种病症不会很快自行消失。大多数患上这种病症的人，如果不做任何处理，一年后仍有症状，而且疼痛往往会随着使用而反复发作，而不是逐渐稳定地消退。少数人（约三分之一）最终会在两年内需要手术，其中大多数需要手术的人在第一年内就到了这一步。

如实来说，接受治疗后的前景是良好的。单次皮质类固醇注射可使 70% 的患者症状完全缓解，第二次注射可再治愈 10% 的患者。综合来看，在两次注射之内，注射治疗的成功率为 73.4%。当需要手术时，手术效果良好：88% 的人术后完全满意，手术在 91% 的病例中治愈了这一问题。

恢复的感受取决于您选择哪种治疗途径。注射后，随着隧道内的肿胀消退，酸痛通常会在数天至数周内减轻。手术后，肌腱能够再次自由滑动；与开放手术相比，采用锁孔（内镜）手术时，改善通常来得更早。术后的手部治疗由 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 负责。Ruby 是一名手部治疗师：她会指导您的治疗，并为您制作所需的任何夹板。

有些事情值得事先了解。如果您患有糖尿病或代谢综合征（一组健康问题，包括高血压和腹部肥胖），注射对您成功的可能性低于其他人。您对该病症的认知也很重要：预期最坏结果的人往往报告更多的疼痛和更差的功能，因此对这种病症意味着什么抱有准确的预期，而不是心存恐惧，会有所帮助。

如果您的症状没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间使您痛醒，或使您无法工作或使用手部，请去看全科医生或要求专科医生评估。

何时就医

这种病症的大多数警示征象已在上文第一部分中介绍：疼痛没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间使您痛醒，或使您无法工作或使用手部。如果其中任何一项符合您的情况，请去看全科医生或要求专科医生评估。

有一个征象值得在这里再次提及。如果您的拇指除了疼痛还出现卡住或锁住，请告诉为您诊治的医生。这种形式的问题往往无法仅靠休息或夹板缓解，而且它会改变哪些治疗方法效果较好，因此值得尽早告知，而不是等着看它是否会自行消退。

如果疼痛的位置稍微偏离通常的部位，例如位于前臂较高处或拇指基底部上方，同样的建议也适用。其他几种病症可能与这种病症相似，而它们需要不同的治疗。仔细的检查可以确定您患的是哪一种。

如果您的手或手臂变得发烫、发红、肿胀且疼痛，尤其是伴有发烧时，或者您的手指变得苍白、冰冷、发白或发青，请当天前往急诊科。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。De Quervain 腱鞘炎值得进一步阅读，原因在于存在一种小的解剖学变异，这种变异是导致该手术（尽管通常可靠）后患者满意度低的主要原因；此外，最佳的非手术治疗效果并非在两种疗法中二选一，而是将两种疗法联合使用。

联合疗法优于单一疗法

第一背侧骨筋膜室在腕部拇指侧的隧道内容纳两条肌腱。治疗旨在消除该隧道内的炎症，并减少通过该隧道的负荷。

一项针对 823 名患者的网状荟萃分析得出结论，**皮质类固醇注射联合短期固定仍是主要且有效的治疗方法**，体外冲击波疗法为次要选择 [1]。直接观察各组成部分，**联合支具与皮质类固醇注射的方法比单独使用任一干预措施更有效** [2]。

这比“先尝试夹板，若无效再注射”的指令更为具体。证据支持两者联合使用，即在注射后佩戴夹板一段特定的短期时间。

第二次注射仍然值得进行

当症状复发时，本能的反应是认为注射治疗失败并转向手术。然而，针对大样本队列的数据表明情况并非如此：尽管**多次注射的成功率会下降，但重复注射具有较高的成功率，且是一种可行的临床选择** [3]。

随着注射次数增加，成功率下降是预期之中的。但较低的成功率并不等同于无效，第二次注射仍然是一个合理的步骤，而非拖延战术。

解释大多数手术失望的最主要变异

第一背侧间隙松解术是有效的，若疗效未达预期，通常存在特定原因。不满意可能源于**松解不完全、肌腱半脱位、神经损伤，或仅仅是恢复期的时长，且未被识别且未松解的拇短伸肌亚腱鞘是独立的不满意来源** [4]。

这一点值得深入剖析，因为它是本节中单一最有用的事实。在相当比例的人群中，该间隙并非单一隧道，而是两个，其中拇短伸肌腱在另一肌腱旁运行于其独立的腱鞘内。仅打开主间隙即停止的松解术会保留该第二腱鞘完好无损，其内部的肌腱仍处于受压状态。腕部被切开，手术按描述完成，但症状持续存在。

这也是为何上述另外两个列出的原因至关重要：松解过宽会导致肌腱在腕部活动时从骨沟中半脱位，产生疼痛性弹响；且桡神经浅支恰好横跨手术野上方。该间隙必须完全但不过度地打开，而神经又位于其间，这正是为何看似轻微的手术也需要与较大手术同等的谨慎对待。

桡侧腕部并非所有病变都是德奎尔万病

该区域的疼痛存在值得了解的鉴别诊断，因为治疗方法各不相同：拇指基底部关节炎、前臂近端数厘米处的交叉综合征以及桡神经刺激，均可能在重叠区域引起疼痛。在腱鞘正上方出现局限性压痛，且在拇指收于掌心时腕关节尺偏可复现疼痛，这些特征提示病变位于腱鞘而非其邻近结构。

参考文献

- [1] Chong HH, Pradhan A, Dhingra M, Liong W, Hau MY, Shah R. Advancements in de Quervain tenosynovitis management: a comprehensive network meta-analysis of randomized controlled trials. J Hand Surg Am. 2024;49(6):557-69. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.03.003>
- [2] Cavaleri R, Schabrun SM, Te M, Chipchase LS. Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain's disease: a systematic review and meta-analysis. J Hand Ther. 2016;29(1):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.10.004>

[3] Hassan K, Sohn A, Shi L, Lee M, Wolf JM. De Quervain tenosynovitis: an evaluation of the epidemiology and utility of multiple injections using a national database. J Hand Surg Am. 2022;47(3):284.e1-284.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.04.018>

[4] Rogozinski B, Lourie GM. Dissatisfaction after first dorsal compartment release for de Quervain tendinopathy. J Hand Surg Am. 2016;41(1):117-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.09.003>