

肘管综合征

肘管综合征：尺神经在肘部内侧受压。

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 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。

您正在感受到的症状

肘管综合征发生在尺神经受到挤压时。尺神经是穿过肘部内侧一条隧道的神经。典型的感覺是小指以及无名指尺侧（即靠近小指的一侧）出现麻木和刺痛。有些人还会感到肘部内侧骨性突起周围有烧灼样疼痛。肘部或前臂上部也可能出现酸痛，但对大多数人来说，疼痛并不是主要特征。

弯曲肘部会使症状加重。把电话贴在耳边、把肘部支在桌面或扶手上，或蜷着肘部睡觉，都可能诱发症状。许多人在夜间注意到刺痛，有些人还会因此醒来。伸直肘部通常可以使这种感觉再次缓解。

随着病情进展，手部本身也可能受到影响。您可能会发现握力变弱或手部笨拙。扣纽扣、用钥匙、拧瓶盖和握笔都可能变得更困难。在较严重的情况下，手部的小肌肉可能会萎缩，这会使精细动作变得确实困难，并可能使手指呈爪形姿势。有些人会注意到弯曲肘部时肘部内侧有弹响感，这是神经从其沟槽中滑出时发生的。

如果您的症状没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间把您弄醒，或使您无法工作或使用手部，请就诊于您的全科医生，或要求专科医生评估。

实际发生了什么

尺神经是手臂的主要神经之一。它从颈部发出，经过肘部内侧的后方，向下进入手部。它负责小指和手部无名指一侧的感觉，并支配手内大部分小肌肉的活动。

在肘部，神经穿过一条由骨骼和一层坚韧的纤维组织构成的短隧道。可以把神经想象成一根放在狭窄沟槽中的花园水管。肘部伸直时，水管在沟槽中较为宽松，血液可以沿着它自由流动。肘部弯曲时，沟槽会收紧包围水管，神经同时受到牵拉和挤压。肘部弯曲超过直角后，隧道变得最窄，这就是为什么拿着电话或夜间蜷着手臂睡觉会引起刺痛。

随着时间推移，这种反复的挤压和牵拉会减少神经内部的血液供应。在您活动肩部、肘部、手腕和手指时，神经需要滑动和伸展超过 2 cm，因此任何把它固定住的因素都会造成摩擦。神经会受到刺激并肿胀，其信号传导开始变差。这就是为什么您会感到小指和无名指麻木和刺痛，也是为什么如果挤压持续下去，随之会出现握力减弱和手部笨拙。

有多种因素会使隧道变得拥挤。肘部两块骨头之间的一条纤维组织带可能会增厚并压迫神经。有些人天生有一块额外的小肌肉，可能位于隧道上方并占据空间。少数人的神经在每次弯曲肘部时都会从沟槽中滑出，这就是有些人感到的弹响。

好消息是，松解神经通常可以使症状缓解。接受手术的人中，超过 90% 得到治愈或有所改善。

我们能做什么

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 博士会从适合您病情的最微创方案入手。患者通常由全科医生（GP）转诊至我们的诊所；如果物理治疗师建议您就诊，您仍需获得全科医生的转诊，才有资格享受 Medicare 报销。在诊所，我们会采集病史，检查您的肘部和手部，并在需要时安排检查。由于这是一个长期存在的问题，我们通常会先尝试非手术治疗，在其未能带来足够改善时再考虑手术。

第一步是改变您使用肘部的方式。避免长时间弯曲肘部、避免把肘部支在桌面或扶手上，或避免把电话贴在耳边，都会有所帮助。另一种选择是使用夹板，防止夜间肘部蜷曲。手部治疗的目的是缓解刺激，并让神经保持应有的活动和滑动。在决定任何进一步措施之前，请先给予这些改变充分的尝试时间。

抗炎药可以帮助缓解肘部周围的酸痛。对于这种病症，我们不提供注射治疗。

如果非手术治疗未能带来足够的改善，手术就是下一步。常用的手术是简单松解：打开隧道的顶部，使神经不再受到挤压。将神经移至肘部前方的手术很少进行，仅用于会从沟槽中滑出的神经。如果您已经做过松解手术而症状复发，我们会谨慎地与您设定预期：第二次手术的效果平均而言较为有限，而持续存在的症状往往反映的是神经本身的状况。术后康复是在 Extend Rehabilitation 由 Ruby Doolan 进行手部治疗，她会指导您进行锻炼，并制作您所需的任何夹板。

预期情况

肘管综合征的症状往往是缓慢累积的，而不是一下子出现。早期，刺痛时有时无，常在夜间或长时间弯曲肘部后出现。如果置之不理，挤压会持续下去，随着神经本身逐渐受损，麻木和无力可能会变成永久性的。这就是为什么值得在出现无力或肌肉萎缩之前采取行动。

经过治疗，预后取决于最初病情的严重程度。治疗前的症状是判断您能改善多少的最佳依据。如果症状较轻，往往很快就能缓解。如果症状严重，神经恢复会较慢：感觉和力量可能需要数周、数月甚至数年才能恢复，而且部分变化可能是逐渐出现的，而不是一个明确的转折点。许多症状严重的人仍然会有显著改善，即使恢复比较缓慢。

大多数需要手术的人效果良好。在术后接受测量的手臂中，大多数神经功能有所改善；到术后三个月时，简单松解手术与神经移位手术的效果大致相同。感染发生率约为 2.17%。如果您注意到手指、手部或手臂发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧，请当天前往急诊科。

如果第一次手术未能使症状缓解，第二次手术对一些人有帮助，但效果平均而言较为有限，而持续的症状往往反映的是神经本身的状况，而不是可以修复的问题。约 75% 的人在翻修手术后疼痛和刺痛减轻。如果您已经在从事过头或投掷类水平的运动，大多数人术后能够重返运动，但并非每个人都能恢复到之前的水平。

如果您的症状没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间把您弄醒，或使您无法工作或使用手部，请就诊于您的全科医生，或要求专科医生评估。

何时就医

如果您的症状没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间把您弄醒，或使您无法工作或使用手部，请就诊于您的全科医生，或要求专科医生评估。对于这种病症，最重要的征象是小指和手部无名指一侧的麻木和刺痛、肘部内侧周围的烧灼样酸痛，以及握力减弱或手部笨拙。手部无力和小肌肉萎缩是需要迅速采取行动的征象，因为一旦出现，它们可能会变成永久性的。肘部内侧的弹响感也值得告诉医生。术后，如果手指、手部或手臂变得发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧，需要当天前往急诊科；无需全科医生转诊。如果在非工作时间或周末无法联系到诊所，请前往最近的急诊科。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。肘管综合征值得额外阅读，因为关于该病的手术争论目前已基本尘埃落定，主流观点倾向于采取更保守（更少干预）的策略；这一结论与一种强烈的直觉相悖，即认为脱位的神经必须被放置到更安全的位置。

最简手术与最复杂手术疗效相当

主要有两大类手术方案。**简单减压术**切开隧道顶板，神经保留在原位。**转位术**将神经移至肘部前方，置于皮下或肌肉下，使其不再位于屈肘时会拉伸的骨槽中。转位术手术范围更大，且在力学原理上更具说服力。

汇总**906**例患者的数据显示，简单减压术与两种转位术在临床结局上**无统计学显著差异**，趋势上倾向于转位术，但未达到统计学显著性水平 [1]。在**352**例患者中比较两种转位术，现有证据**不足以确定最佳术式** [2]。

内侧髁切除术（切除神经后方的骨嵴）也未能解决这一问题：一项针对**886**例患者的综述发现，相关文献方法学质量有限，无法得出其相对于简单减压术疗效的确切结论 [3]。

而在神经已不稳定的情况下，额外的手术是有代价的

这一发现最能改变临床实践，因为它针对的是转位术似乎有明显有适应证的唯一情况：即屈肘时神经已在骨性突起上发生半脱位。

在 768 例患者中，减压组与转位组显示出 **相似的 symptomatic 改善**，且 **转位组的并发症发生率更高** [4]。作者对局限性持谨慎态度，因为很少有研究报告神经不稳定性，且研究设计存在偏倚——但结果的方向与直觉相反。对不稳定神经进行转位并未带来更好的症状缓解，反而导致了更多问题。

微创与开放手术并非关键问题

在进行减压手术时，技术选择所受到的关注超出了其应有的程度。在 981 例患者中，内镜与开放肘管松解术显示出**相似的疗效、相似的并发症谱以及相似的再手术率** [5]。

为何翻修手术是另一回事

如果初次手术未能缓解症状，则应谨慎设定对二次手术的预期。一项针对**192**例接受难治性肘管综合征翻修手术患者的回顾性研究发现，其**平均功能预后**一般，神经前置术是最常见的翻修术式，且由于各研究间的异质性，无法确定最佳的翻修术式 [6]。

这与腕管切开术存在显著差异，在后者中，二次探查常可发现未完全松解的部位并予以纠正。在此处，持续存在的症状更多反映的是初次手术前神经本身的状态、受压持续时间以及已发生的肌肉萎缩程度，而非可通过手术逆转的技术性失败。这是最有力的论据，说明一旦出现肌力减弱或肌肉萎缩，不应推迟治疗。

参考文献

- [1] Macadam SA, Gandhi R, Bezuhly M, Lefaivre KA. 简单减压术与肘管综合征尺神经前皮下及肌下移位术的对比：一项荟萃分析. J Hand Surg Am. 2008;33(8):1314.e1-1314.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.03.006>
- [2] Liu C, Chen C, Xu J, Wang H, Ke X, Zhuang Z, et al. 肘管综合征尺神经前皮下移位术与肌下移位术的对比：一项系统综述和荟萃分析. PLoS One. 2015;10(6):e0130843. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130843>
- [3] O' Grady EE, Vanat Q, Power DM, Tan S. 内侧髁切除术作为肘管综合征手术治疗方法系统综述. J Hand Surg Eur Vol. 2017;42(9):941-5. <https://doi.org/10.1177/1753193417724351>
- [4] Clark DM, Piscocoy AS, Dunn JC, Nesti LJ. 术前尺神经不稳定对肘管综合征手术治疗的影响：一项系统综述. J Shoulder Elbow Surg. 2020;29(11):2339-46. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.05.028>
- [5] Aldekhayel S, Govshievich A, Lee J, Tahiri Y, Luc M. 内镜与开放肘管松解术的对比：一项系统综述和荟萃分析. Hand (N Y). 2016;11(1):36-44. <https://doi.org/10.1177/1558944715616097>
- [6] Kholinne E, Alsharidah MM, Almutair O, Aljasser S, Alhothali W, Kwak J, et al. 难治性肘管综合征的翻修手术：一项系统综述. Orthop Traumatol Surg Res. 2019;105(5):867-76. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.03.020>