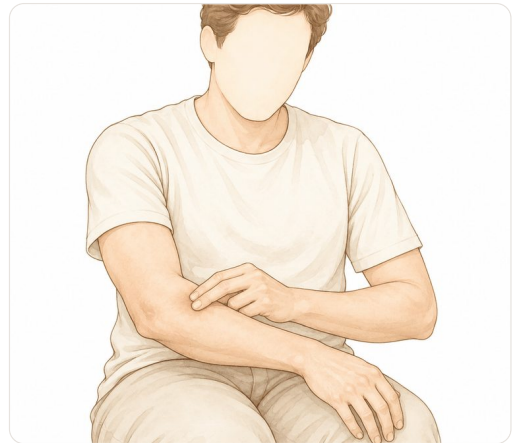


桡骨管综合征

桡骨管综合征导致前臂外侧上部（肘部稍下方）出现酸痛。

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。

您的感受

主要症状是前臂外侧靠近肘部的位置出现疼痛。疼痛通常在肘部外侧骨性隆起下方几厘米处的一个压痛点最为明显。按压该部位时往往会有酸痛。疼痛可能沿前臂后侧向手腕方向放射。

某些动作会使疼痛加重。在有阻力的情况下把手掌转向上方，或在有阻力的情况下伸直中指，都可能诱发疼痛。持续让前臂承受负荷的活动也会如此。许多人注意到，疼痛往往在工作或运动之后加剧，而不是在休息时。

本病累及的是一条支配肌肉而非皮肤的神经。这意味着您不太可能出现麻木或刺痛，神经本身通常也工作正常。问题在于疼痛，而不是无力或感觉丧失。

在日常生活中，疼痛往往出现在需要抓握和扭转的任务中。提水壶、转动门把手、使用螺丝刀或拧干毛巾都可能引起疼痛。由于压痛点靠近肘部外侧，本病常被误认为网球肘，而且两者也可能同时存在。

没有哪一项检查可以确诊本病。您的外科医生会根据您的病史和体格检查做出诊断，检查是否存在那个特定的压痛点以及您的疼痛规律。

请留意以下信号。如果您的症状没有缓解、在数周内逐渐加重、让您夜间痛醒，或使您无法工作或无法使用手臂，请去看您的全科医生（GP），或要求专科医生评估。如果您的手臂变得发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧，或者您的手变得苍白、发冷、发白或发青，请当日前往急诊科。如果在下班时间或周末无法联系到诊所，请前往离您最近的急诊科。

实际发生了什么

疼痛来自一条神经，而不是肘关节本身。神经就像一根电缆，在大脑和肌肉之间传递信号。桡神经的一个分支沿前臂外侧下行，经过肘部，支配那些伸直手腕和手指的肌肉。

在这一段路径上，有几个不同的结构紧挨着神经。肌肉的边缘、一条纤维带，或一小组横跨的血管，都可能各自压迫神经。这并不是一条单一的狭窄通道。它更像一条步道，沿途有几个可能的卡压点，其中任何一个都可能挤压旁边经过的这根电缆。

当其中某个结构压迫神经时，神经就会受到刺激并产生酸痛。这就是为什么疼痛位于肘部外侧骨性隆起下方的一个压痛点，也是为什么在有阻力的情况下把手掌转向上方或伸直中指会使疼痛加重。这些动作会牵拉这条神经所支配的肌肉，而受刺激的神经就会“发出抱怨”。

神经仍在工作，所以您的肌肉仍能正常工作，您也不会感到麻木或刺痛。问题在于刺激和疼痛，而不是信号丧失。由于酸痛点非常靠近肘部外侧，这种疼痛很容易被误认为网球肘，后者累及的是同一区域的一条肌腱。两者甚至可能同时发生。

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。患者通常由全科医生（GP）转诊至我们的诊所；如果理疗师建议您就诊，您仍需获得全科医生的转诊才能符合 Medicare 报销资格。在诊所，我们会采集病史、检查您的手臂，并在有帮助时安排影像学检查。针对此病症，我们通常先尝试非手术治疗，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手臂的方式。减少那些会使疼痛加剧的抓握和扭转任务，能让受刺激的神经有机会平复下来。手部治疗旨在缓解疼痛，并重建您前臂承受负荷的耐受力，使工作和日常任务重新变得舒适。在考虑任何进一步措施之前，我们请您对这些措施进行充分的尝试。

止痛药和抗炎药可以帮助您度过疼痛发作期。它们能在其他措施发挥作用的同时缓解酸痛。但它们并不能解除神经本身所受的压迫。

如果非手术治疗未能带来足够改善，手术是一个选择。这种手术称为桡骨管松解术。它的原理是在每一个有邻近结构压迫神经的部位把神经松解出来。在建议手术之前，我们会仔细检查神经在哪里受到挤压，使手术针对正确的部位，并尽量少地扰动周围组织。由于诊断依赖的是您的病史和体格检查，而不是某一项明确的检查，我们把是否手术视为一个共同的决定，在您了解手术能解决什么、不能解决什么之后，与您一起做出。

预期情况

对大多数人来说，本病不会损伤神经。神经仍在工作，所以您的肌肉仍能正常工作，您也不会丧失感觉。问题在于疼痛，而受刺激的神经引起的疼痛可能需要很长时间才能平复。它很少在一夜之间消失，而且往往会在抓握和扭转任务中反复加剧，然后才逐渐缓解。

坦白地说，本病的病程很难预测。有些人通过休息、调整活动和手部治疗就能好转。另一些人尽管接受了良好的非手术治疗，仍然持续疼痛。目前没有可靠的检查可以确诊，这使得我们更难事先判断您会属于哪一类。我们可以说的是，疼痛往往随您前臂承受的负荷时轻时重，而不是持续加重。

如果非手术治疗有效，随着神经所受的刺激减轻，疼痛会在数周至数月内逐渐缓解。您通常会先发现提水壶或转动门把手等日常任务没那么痛了，然后较重的工作才会重新感觉正常。如果是在非手术治疗帮助不够之后才进行手术，恢复同样是渐进的而不是立竿见影的，而且有些人术后仍会有一些疼痛。

如果对本病置之不理，它可能会自行缓解，但也可能持续存在，或每当您重新进行诱发疼痛的任务时就反复发作。无法事先知道会是哪种情况。通常重要的是对治疗进行充分的尝试，不要在疼痛没有缓解时硬撑着继续用力。

如果您的症状没有缓解、在数周内逐渐加重、让您夜间痛醒，或使您无法工作或无法使用手臂，请去看您的全科医生，或要求专科医生评估。如果您的手臂变得发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧，或者您的手变得苍白、发冷、发白或发青，请当日前往急诊科。如果在下班时间或周末无法联系到诊所，请前往离您最近的急诊科。

何时就医

本病的警示信号关乎的是无法缓解的疼痛，而不是危险。如果经过充分的休息和调整活动后，您的前臂疼痛仍未缓解，或者它总是使您无法工作或无法使用手臂，请去看您的全科医生，或要求专科医生评估。如果肘部外侧下方的压痛点是一个突出的特征，或者在有阻力的情况下把手掌转向上方或伸直中指总会诱发疼痛，请尽早就诊，不要拖延。这些规律提示的是本病而不是网球肘，值得好好弄清楚。

本病通常不会损伤神经，因此手腕或手指突然无力并不是它的典型表现。如果您确实发现伸直手腕、手指或拇指时出现新的无力，请及时要求专科医生评估，不要等待，因为这种表现提示的是另一种神经问题，需要按其自身的时间安排进行评估。

如果您的手臂变得发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧，或者您的手变得苍白、发冷、发白或发青，请当日前往急诊科。如果在下班时间或周末无法联系到诊所，请前往离您最近的急诊科。

深入探讨

本节内容超出了您做出自身治疗决策所需的深度。桡骨管综合征值得额外阅读，原因令人不适：该网站所涉疾病中，其证据基础最为薄弱，且不存在可确诊该病的检查手段。明确告知其不确定性，应成为任何手术决策的一部分。

无确诊试验

大多数神经卡压均可被证实。腕管综合征表现为腕部传导速度减慢；肘管综合征表现为肘部传导速度减慢。桡骨管综合征通常不表现出此特征，因为受累的神经分支支配肌肉而非皮肤，因此没有麻木区域可供定位，且神经传导研究通常正常。

因此，诊断依赖于疼痛模式、位于外上髁远端数厘米处（而非外上髁上方）的压痛，以及对局部麻醉阻滞的反应。上述每一项均具有提示意义；但无一具有决定性。当代综述指出**关于诊断和预后均存在持续争议** [1]。

其实际后果是与网球肘的高混淆率，后者位置紧邻且可共存。对良好治疗无反应的持续性“网球肘”是最终考虑桡骨管综合征的最常见情况之一。

治疗该疾病的证据确实非常薄弱

一项关于干预措施的系统性综述发现，**手术减压可能有效**，而更引人注目的发现是，**保守治疗的有效性尚不明确，因为其中大多数根本没有相关研究** [2]。

这并非通常所说的“证据有限”的表述。对于该疾病提供的多数非手术治疗，相关研究尚未开展。目前的综述仍将非手术治疗置于首位，将减压手术作为难治性病例的可行选择 [1]，这种排序反映的是合理的谨慎态度，而非已证实的优越性。

这对决策意味着什么

由此可得出两点结论，且二者方向相反。

反对早期手术：由于诊断无法确诊，手术可能是在减压一个并非病源来的神经。当减压手术失败时，往往难以判断是手术操作不充分，还是诊断本身有误。

支持在合适患者中考虑手术：同样缺乏支持替代方案的循证依据，因此等待并非人们所假设的有循证支持的选项。它仅仅是风险较低的选择。

合理的立场是：在此处，一个有把握的诊断比本站其他任何地方都更为重要。这包括：病史一致、体格检查将病变定位至桡骨管而非外上髁、影像学检查排除占位性病变，以及理想情况下，在采取不可逆步骤之前，诊断性神经阻滞产生令人信服的疗效反应。

相关但不同的问题

骨间后神经**麻痹**（表现为手指和拇指伸肌无力，而非疼痛）是一种独立的疾病实体，其管理策略更为明确。当影像学检查未发现压迫性病变时，应首先尝试保守治疗，手术仅保留用于已证实存在压迫性病变以及保守治疗失败的情况 [3]。若不存在占位性病变，建议先尝试非手术治疗；若观察**6周后肌肉恢复无迹象**，或肌无力呈进行性加重，则建议进行探查手术 [4]。

这些是具体的阈值，它们的存在最清晰地体现了这种对比：当神经功能明显停止工作时，文献可以明确说明该做什么以及何时做。而当仅表现为疼痛时，文献则无法给出明确指引。

参考文献

[1] Wolf JM, Patel R, Ghosh K. Radial tunnel syndrome: review and best evidence. J Am Acad Orthop Surg. 2023;31(15):813-9. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-23-00314>

[2] Huisstede B, Miedema HS, van Opstal T, de Ronde MT, Verhaar JA, Koes BW. Interventions for treating the radial tunnel syndrome: a systematic review of observational studies. J Hand Surg Am. 2008;33(1):72.e1-72.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2007.10.001>

- [3] McGraw I. Isolated spontaneous posterior interosseous nerve palsy: a review of aetiology and management. J Hand Surg Eur Vol. 2018;44(3):310-6. <https://doi.org/10.1177/1753193418813788>
- [4] Sigamoney KV, Rashid A, Ng CY. Management of atraumatic posterior interosseous nerve palsy. J Hand Surg Am. 2017;42(10):826-30. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.07.026>