

压迫性神经病

正中神经（手掌中央）支配拇指、食指、中指及环指靠近中指的一半；尺神经（沿小指侧走行）支配小指及环指靠近小指的一半。腕部或肘部的神经压迫会表现为这些特定的感觉分布模式。

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

神经压迫是指神经在穿过手腕、肘部或前臂的狭窄空间时受到挤压。症状取决于受影响的是哪条神经以及挤压发生在何处，因此两个同样患有神经压迫的人，感受可能大不相同。

大多数人会注意到手的某个部位出现刺痛、针扎感或麻木。有些人会感到前臂或手腕酸痛或烧灼样疼痛。症状常在夜间加重，并可能把您从睡梦中弄醒。在您大量使用手部之后，例如书写、握持工具或打字之后，症状也可能加重。甩手或改变手的姿势可能会让症状暂时缓解。

这种挤压可能使日常事务变得更困难。您可能会掉落东西、扣纽扣时手忙脚乱，或难以拧开罐盖。精细的手指动作可能感觉笨拙，抓握力也可能比平时弱。有些人会注意到受影响的手指麻木，尽管手看起来完全正常。

神经压迫有一个特点值得了解。当一条神经在某个部位受到挤压时，同一条神经在其走行的其他部位也更容易受到挤压。这意味着症状有时来自不止一个部位，这也解释了为什么您的外科医生会检查您的整条手臂，而不仅仅是疼痛的部位。

由于几条神经和一些细小结构共用一个狭窄的空间，症状可能难以描述，也容易被归咎于错误的原因。找出真正的病因要靠细致的检查，有时还需要影像学检查或神经传导检查，后者用于测量信号沿神经传导的情况。

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，或使您无法工作或无法使用手部或手臂，请去看您的全科医生或要求专科评估。

实际发生了什么

神经有点像一根从颈部一直延伸到手指的电线。它双向传递信息：把皮肤的感觉向上传回大脑，把大脑的指令向下传给肌肉。在走行途中，这根电线必须穿过骨骼、韧带和其他组织之间的几处狭窄间隙。

当神经在这些狭窄部位之一长时间受到挤压时，电线本身就开始发生变化。神经的保护性外膜会增厚，神经在其通道内肿胀，使空间变得更小。神经自身的血液供应也会受到挤压，因此每当压力增大时，神经的某些部分就会缺氧。这就是为什么症状起初常常时有时无：当您将手腕或肘部保持在一个姿势一段时间后症状加重，改变姿势后症状缓解。

如果挤压持续，损伤就会深入。单根神经纤维周围的绝缘层开始分解，压力更大时，纤维本身也可能受损。神经的各个部分并不会同时受到影响。最靠近最紧部位的纤维最先受损，这就是为什么麻木常常先出现在某些手指，然后才出现在其他手指。早期，您会感到时有时无的刺痛。后来，麻木变成持续性的，因为神经已无法正常传递信号。

还有一点值得了解。一条在某个部位（例如颈部）受到挤压的神经，难以沿其长度输送营养物质。这使它更难承受更下方的第二处挤压，例如在手腕处。这就是为什么您的外科医生会检查神经的整个走行路径，也是为什么松解一个部位有时不能解决所有问题。

好消息是，这一过程是分阶段发生的。如果在神经纤维本身严重受损之前解除压力，神经就有切实的机会恢复。

我们如何处理该问题

Mater Private Hospital Rockhampton（罗克汉普顿马特私立医院）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。患者通常由其全科医生（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，才有资格享受 Medicare（澳大利亚公共医疗保险）的报销。在您就诊时，我们会采集病史、检查您的手臂，并在必要时安排影像学检查或神经传导检查，以确定是哪条神经受到挤压。

对于近期出现的轻度症状，我们通常从简单的自我管理开始。了解这条神经、引起您症状的原因以及应避免哪些动作，本身就可能使症状缓解。改变您使用手的方式、减轻神经所受的压力以及进行神经滑动练习，都能以同样的方式起作用。对于肘部尺神经的轻度压迫，当神经所受的压力减轻后，约有一半的人无需手术即可恢复。早期的轻度症状仅凭这些知识就可能缓解。我们通常会给予这种方法相当长的尝试时间，因为轻度病例常常会在数月内自行恢复。

下一步取决于挤压的严重程度。对于中度压迫，非手术治疗无效，因此我们会转而讨论手术，而不是继续等待。如果您的症状轻微但在数周内没有缓解，或正在加重，请去看您的全科医生或要求专科评估。

当手术是合适的选择时，目的很简单：打开狭窄的空间，使神经不再受到挤压。这被称为减压术。这是一项小型、安全的手术，可以在神经穿过其通道的部位解除神经所受的压力。对于大多数神经压迫问题，仅这一松解就已足够，神经随后就有空间恢复。手术本身以及康复过程的内容，另有专门的页面介绍。

如果您患有复杂性区域疼痛综合征（一种在受伤或手术后出现持续疼痛和敏感的病症），我们会以不同的方式规划您的治疗。我们可能会在手术前后使用药物来缓解疼痛，用细致的敷料保护手部，并尽早开始手部治疗。在这种情况下，恢复需要更长时间，并且可能会残留一些僵硬。

预期情况

神经压迫的症状起初常常时有时无。当您手腕或肘部保持在一个姿势时，症状会加重；改变姿势后，症状会缓解。如果挤压持续，麻木就会变成持续性的，而不再时有时无。

恢复得好坏在很大程度上取决于时机。如果在神经纤维本身严重受损之前及早解除压力，神经就有切实的机会恢复。如果治疗拖得太晚，恢复可能不完全，而且无论最初是什么原因引起压迫，情况都是如此。这就是为什么如果症状没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间把您弄醒，或使您无法工作或无法使用手部或手臂，就需要由您的全科医生或专科医生进行评估，而不是等待。

经过治疗，许多人的预后是稳步改善。有些人在压力解除后三个月内症状完全缓解。另一些人则需要更长时间才能改善，随着神经恢复，麻木和刺痛会逐渐减轻。糖尿病患者在接受腕管松解术后，可以获得与非糖尿病患者同样持久的改善。麻木的缓解往往是最明显的变化，许多人也会注意到疼痛减轻、针扎感减少。

如果压迫较轻，仅靠简单的措施，在数月内就可能足够。如果压迫为中度或重度，不做手术症状通常不会缓解，手术内容已在上一节中介绍。

坦白地说，并非每次恢复都是完全的。有些人会遗留一些麻木或无力，尤其是在治疗较晚的情况下。少数人在松解手术操作得当的情况下仍有症状。出现这种情况时，首先要考虑的是同一条神经上是否有第二个受压部位被遗漏，因为一条神经可能在不止一处受到挤压。进一步的评估，有时再做一次松解，仍然可能有帮助。手术后症状持续存在，值得重新审视诊断，而不是就此放弃。

您的外科医生会在就诊时根据您的检查结果和影像学检查，与您讨论您处于这个范围中的哪个位置。

何时就医

神经压迫很少需要急诊处理，但也有例外。如果您的手或手臂变得发热、发红、肿胀和疼痛，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，请在当天前往急诊科。受伤后突然失去感觉或活动能力，也需要急诊评估。短时间内出现的剧烈疼痛可能意味着压迫神经的是出血而不是肿胀，这需要紧急减压，以减少对神经的损害。

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，或使您无法工作或无法使用手部或手臂，请去看您的全科医生或要求专科评估。手部新出现的无力，或麻木从时有时无变成持续性的，也值得接受评估，而不是继续等待。

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。手臂神经受压值得额外阅读，因为有一个关键数据解释了令人失望的治疗结果中相当大的一部分：相当一部分患者存在多条神经受压的情况，而松解了错误的神经则不会带来任何改变。

百分之三的患者在一年内需要松解另一条不同的神经

在一项针对 **7,867** 名接受神经卡压手术患者的队列研究中，约 **3%** 的患者在一年内接受了同侧手臂另一条神经的减压手术，且同时患有腕管和肘管综合征的患者可能从同时减压手术中获益，因为其疗效与单一减压手术相当 [1]。

从绝对数值来看，百分之三很小，但其隐含的意义却很大。该统计仅涵盖在十二个月内进行了第二次手术的患者；未计入那些仍有症状但未进行手术的患者，也未计入那些在第一次手术前就已识别出第二个卡压部位的患者。多部位卡压的真实发生率高于手术率。

临床后果是关键所在：当手部在技术上成功的松解术后仍表现异常时，问题不仅在于“手术是否失败”，还在于“是否从一开始就存在第二个卡压部位”。

同时进行两项手术似乎并无额外代价

对同时减压术的本能反对意见认为，在同一肢体上同时进行两项手术必然会增加风险，尤其是复杂性区域疼痛综合征（CRPS）的风险。这是一种病因尚不明确、表现为持续性疼痛和功能障碍的疾病，历史上在联合手术后的报告发生率较高。

这一担忧已得到直接检验。对**753**例患者的分析显示，在需要筋膜切除术的患者中增加腕管松解术，仅导致**CRPS**发生率出现轻微增加，这与最初显示发生率显著升高的报告相矛盾，表明同时手术不存在明确的临床风险 [2]。

结合联合减压术的效果与单一减压术相当这一发现 [1]，在一次麻醉下处理两个已证实的病变部位是合理的，而非鲁莽的。

双重卡压概念，以及它能解释和不能解释的内容

沿神经某一部位的压迫使其在另一部位更易受损伤的现象被称为双重卡压。其提出的机制是，压迫会损害沿神经纤维进行的物质运输，因此近端已受累的神对第二次损伤的耐受性较差。

该概念很有用，但常被过度应用。它真实地解释了为何颈部病变患者可能在低于预期的阈值下出现腕管综合征症状，以及为何多部位卡压常聚集于同一批个体中。但这并非将任何无法解释的上肢症状归因于假设的第二处病变的许可，它也无法预测哪些患者将从哪种松解手术中获益。

实际意义

由此可得出两点。在手术前，与拟松解神经不符的症状——例如计划进行腕管松解术时，环指和小指出现麻木，或反之——值得明确提出，因为这种模式是识别第二个病变部位的关键。

术后，持续存在的症状值得重新评估诊断，而非假定是技术失败。上述证据表明，第二根神经受累是一种真实且已被认可的可能性，而非不寻常的借口。

参考文献

- [1] Mendelaar NH, Hundepool CA, Hoogendam L, Duraku LS, Zöphel OT, Selles RW, et al. 同一上肢的多重压迫综合征：患病率、危险因素及预后. J Hand Surg Am. 2023;48(5):479-88. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.01.024>
- [2] Buller M, Schulz S, Kasdan M, Wilhelmi BJ. 腕管综合征与杜普伊特伦挛缩同时手术治疗中复杂性区域疼痛综合征的发生率. Hand (N Y). 2017;13(4):391-4. <https://doi.org/10.1177/1558944717718345>