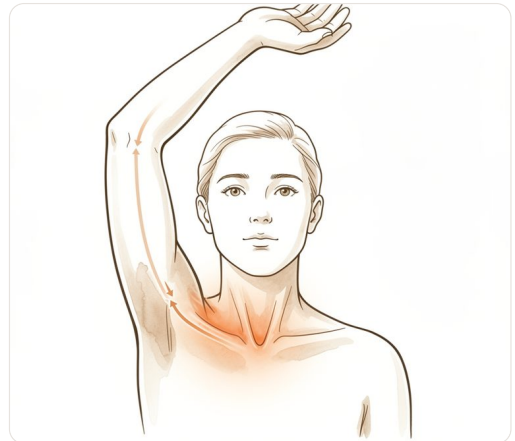


胸廓出口综合征

在胸廓出口综合征中，神经和血管在颈部基部受到挤压——通常在上肢抬高时症状加重。

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。

您的症状

胸廓出口综合征通常表现为手臂感觉异常。您可能会感到肩部、颈部侧面及手臂出现酸痛，并伴有麻木、针刺感或刺痛，症状常累及环指和小指。手臂可能感觉沉重、无力或笨拙，导致您拿取物品时失误，或握力迅速疲劳。一个非常典型的线索是，**当手臂抬起或举过头顶时（如晾晒衣物、伸手取高处架子上的物品、驾驶或肩背背包），症状会加重**，而当手臂下垂休息时症状可缓解。部分患者还会伴有后枕部头痛。

较少见的情况下，问题出在血管而非神经。如果静脉受压，整个手臂可能突然肿胀、感觉沉重并呈现青紫色。如果动脉受压（这种情况罕见），手部可能变得苍白、发冷且疼痛。这些血管性表现很重要，因为它们需要尽快评估（见最后一节）。

实际发生了什么

从颈部到手臂，神经和血管必须通过颈部基部的一个狭窄间隙，该间隙位于锁骨、第一肋骨和颈部斜角肌之间。这个间隙被称为“胸廓出口”。当这个间隙变得过窄时，这些结构会受到压迫，这种压力就是产生症状的原因。

根据受压结构的不同，胸廓出口综合征（TOS）分为三种类型。**神经源性胸廓出口综合征**（臂丛神经受压）是最常见的，占绝大多数病例；表现为酸痛、麻木、刺痛和无力。**静脉性胸廓出口综合征**涉及主要静脉，导致手臂肿胀、沉重、发绀，有时伴有血栓。**动脉性胸廓出口综合征**较为罕见，涉及动脉，导致手部苍白、发冷。

某些因素会使该间隙变得更窄。有些人天生在颈部有**额外的肋骨（颈肋）**或致密的纤维带。姿势也很重要：圆肩、垂肩会使间隙变窄，颈部和胸部肌肉粗壮或紧张也会导致间隙变窄，这就是为什么该病症在从事重复性 overhead 工作或运动的人群中更为常见。既往的颈部或锁骨损伤也可能成为诱因。

我们能做什么

在罗克汉普顿 Mater 私人医院，Kieran Hirpara 医生主导我们对这种病症的治疗。我们接诊由全科医生或物理治疗师转诊的患者，并通过全面的评估来确诊。对于长期存在的症状，我们通常首先采取非手术治疗，仅在非手术治疗未能提供足够缓解时才考虑手术。

好消息是，对于常见的神经源性类型，一线治疗是物理治疗，而非手术。一个旨在打开胸廓出口的目标性方案承担主要治疗作用：纠正姿势，强化将肩胛骨向后下方固定的肌肉，放松紧张的颈部和胸部肌肉，并学习避免压迫手臂的姿势。这能缓解大多数人的症状，值得认真投入数月的时间进行努力。

手术仅保留用于两种情况。第一种是血管型（静脉性或动脉性），通常需要减压，且减压是主要治疗方法。第二种是神经源性胸廓出口综合征，在经过规范的物理治疗试验后仍未缓解，且确实干扰生活。该手术通过切除第一肋骨（以及任何额外的颈肋）并松解斜角肌来减压胸廓出口，从而为神经和血管提供空间。手术可通过腋下、锁骨上方或辅助腹腔镜方式进行。对于选择性的患者，效果良好。

预期情况

胸廓出口综合征（TOS）的诊断颇具挑战性。目前没有任何单一检查能够确诊。该诊断主要依靠临床评估：结合您的病史以及使手臂处于诱发体位的体格检查。影像学检查和神经电生理检查通常既用于排除更常见的病因（如腕部腕管综合征、肘部肘管综合征或颈部/椎间盘问题），也用于确认 TOS 本身。因此，诊断过程的一部分是耐心梳理症状的真正来源，而答案并不总是非黑即白。

对于**神经型**，大多数患者通过改善姿势和物理治疗即可好转，且无需手术，但可能需要数月时间，并需要您坚持养成相关习惯。当**血管型**或顽固性神经型病例确实需要手术时，对于经过仔细筛选的患者，减压手术可缓解大多数人的症状，恢复期持续数周。由于 TOS 位于神经通路的最近端（位置高于腕部腕管综合征或肘部肘管综合征），它有时只是整个诊断拼图的一部分，治疗方案将根据您的具体情况量身定制。

何时就诊

- 手臂突然肿胀、沉重或发绀：这可能意味着静脉阻塞或形成血栓，需要**紧急**评估，应在当天就诊。
- 手部苍白、发冷、疼痛，或手指颜色发生改变：可能存在动脉问题，需寻求**紧急**医疗护理。
- 手臂或手部出现持续存在、加重或影响工作、睡眠或日常活动的**麻木、刺痛、无力或笨拙**。
- 手部**肌肉萎缩（肌肉体积减少）**，或尽管经过良好的物理治疗试验后症状仍反复发作：值得寻求专科医生意见。
- 如果您被告知患有颈肋并出现手臂症状，值得进行评估。