非典型性胸廓出口綜合征的診斷及治療

Diagnosis and treatment of atypical thoracic outlet syndrome

齊逸凡[1]　程亭秀[2]　*QI Yifan, CHENG Tingxiu*

（1.空軍軍醫大學基礎醫學院；2.東寧市第一人民醫院）

[摘要]　隨着社會的進步、科技的發展，數字化的普及，康復醫學科門診因「手麻木」就診的患者日益增多，而且呈現年輕化，甚至有部分青少年；多數診斷為頸椎病，但按照頸椎病治療效果不佳，有時遷延不愈，對患者的工作及生活造成不同程度的影響，甚至影響着患者身心健康。臨床發現許多患者不是單純的頸椎病，而是非典型性胸廓出口綜合征。

[關鍵詞]　非典型；胸廓出口綜合征；診斷；治療

典型的胸廓出口綜合征診斷較容易，但非典型性胸廓出口綜合征診斷較困難。加之許多臨床醫生對非典型性胸廓出口綜合征了解較少，極易造成漏診；多數患者在手外科就診時確診，但骨科醫生診斷率較低。因此，筆者對非典型性胸廓出口綜合征進行總結，旨在於提高對非典型性胸廓出口綜合征的認識。

1　資料與方法

1.1　一般資料

本組86例患者，均來自2019年1月-2023年1月東寧市第一人民醫院康復醫學科頸腰痛康復門診就診患者，男39例，女47例，年齡17-65歲，平均42.5歲；病程2周-5年，平均11月；主要臨床表現為肩、臂及手的麻木、脹痛；雙側50例，單側36例；伴頸背部疼痛不適28例，胸悶、胸痛12例；均行頸部MRI檢查提示頸椎曲度改變、退行性改變、頸椎間盤膨出、突出等，首診診斷頸椎病66例，冠心病8例，胸廓出口綜合征12例。

1.2　肌肉檢查方法

1.2.1　肌肉壓痛點檢測[1]　分別對頸胸及背部相關肌肉進行壓痛點檢測；其中胸大肌壓痛80例（93.02%），胸小肌壓痛78例（90.70%），斜角肌壓痛76例（88.37%），鎖骨下肌壓痛58例（67.44%），斜方肌壓痛36例（41.86%），岡上肌壓痛30例（34.88%），胸鎖乳突肌壓痛28例（32.56%），前鋸肌壓痛26例（30.23%），菱形肌壓痛24例（27.9.%），提肩胛肌壓痛18例（20.93%），背闊肌壓痛13例（15.11%），三角肌壓痛13例（15.11%），胸骨肌壓痛12例（13.95%），枕下肌壓痛10例（11.62%）。

1.2.2　肌肉長度檢測[2]　分別對斜角肌、胸大肌、胸小肌進行肌肉長度檢測；胸小肌短縮78例（90.70%），胸大肌短縮76例（88.37%），斜角肌短縮74例（86.05%）。

1.2.3　特殊試驗檢測[3,4]　進行胸廓出口綜合征相關特殊試驗檢測，抬臂加壓試驗陽性36例（41.86%），斜角肌擠壓試驗陽性30例（34.88%），肋鎖關節試驗陽性20例（23.25%），過度外展試驗陽性20例（23.25%）。

1.3　治療方法

採用中醫推拿手法對僵硬短縮的頸部肌群及胸背部肌群進行按摩治療，重點治療斜角肌、胸大肌、胸小肌等肌肉；同時對斜角肌、胸大肌、胸小肌等短縮僵硬的肌肉進行牽伸；並對其拮抗肌群進行相應的肌力訓練；同時對肩鎖關節進行鬆動治療；2周為1療程。

1.4　療效判定標準

參照國家中醫藥管理局頒佈的《中醫病證診斷療效標準》[5]擬定。治癒：肩、臂及手的麻木、脹痛等症狀消失，伴隨症狀也隨之消失；好轉：肩、臂及手的麻木、脹痛等症狀減輕，伴隨症狀也隨之消失或減輕；無效：肩、臂及手的麻木、脹痛等症狀無改善，伴隨症狀無改善。有效率 =（治癒 + 好轉）/n ×100%。

版權所有 中醫學會 Copyright ICROM All Rights Reserved

2 結果

治療1-2個療程；平均治療18天，治癒52例，好轉34例，有效率100%。

3 討論

胸廓出口綜合征（thoracic outlet syndrome, TOS）是指在胸廓出口處，由於某種原因導致臂叢神經或鎖骨下動脈或鎖骨下靜脈受壓迫而產生的一系列上肢神經、血管症狀的統稱。臨床表現主要有肩、臂及手部出現疼痛，麻木，無力，甚至肌萎縮，手部發冷、清紫，橈動脈搏動減弱、消失等[6]。非典型性胸廓出口綜合征由於症狀較輕，臨床特異性檢查少，頸椎磁共振檢查大部分提示頸椎病，加之許多臨床醫生對本病的認識不足，多診斷為頸椎病，本組患者多數首診診斷為頸椎病，按照頸椎病保守治療效果不佳，後來我康復醫學門診就診，後按照胸廓出口綜合征治療後緩解、治癒；部分患者在三級醫院手外科就診後確診。分析86例非典型性胸廓出口綜合征患者存在很多特點，現總結如下，旨在於提高對本病的認識。

3.1 病因

不良的生活姿勢是造成非典型性胸廓出口綜合征最常見的原因。多數患者含胸駝背或/和伴有頭前引/和伴肩胛帶下垂。典型的可出現「上交叉綜合征」姿勢；含胸駝背可造成胸骨肌、胸小肌以及胸大肌適應性短縮，卡壓臂叢神經及壓迫血管；頭前引可使斜角肌適應性短縮，斜角肌間隙變窄，卡壓臂叢神經及壓迫血管；肩胛帶下垂使臂叢神經緊張，肋鎖間隙狹窄，鎖骨下肌適應性縮短，卡壓臂叢神經及壓迫血管。由於神經、血管的卡壓程度不同從而表現出相應的症狀，由於多數患者神經、血管卡壓較輕，長時間固定一個姿勢或睡眠後出現手臂麻木、脹痛，握拳費力，手臂發涼等症狀，由於患者症狀時輕時重，極易容易漏診。

3.2 臨床表現

臨床上主要表現為肩、臂及手的麻木、脹痛；多數五個手指均麻木或/和脹痛，部分患者表現為四指或三指麻木或/和脹痛；大部分患者出現雙側肩、臂及手的麻木、脹痛；晨起手脹、手脹痛，握拳困難，抓握物品受限，活動後緩解。大部分患者長時間低頭工作或勞累後症狀加重；多數患者晨起手脹痛、麻木明顯，活動後反而減輕。部分病人肘關節屈曲90度，同時外展、外旋90時，症狀加重，部分患者症狀反而減輕。過頂運動受限或過頂運動時症狀加重。

多數患者含胸駝背或/和伴有頭前引/和伴肩胛帶下垂；典型的可出現「上交叉綜合征」體征。多數患者在斜角肌、胸小肌、胸大肌及鎖骨下肌部位有明確的壓痛點，按壓壓痛點可誘發症狀或減輕症狀。

肩外展試驗多數可引起肩、臂及手的麻木、脹痛加重；部分患者出現酸脹、無力。肌肉長度檢測可見斜角肌、胸小肌、胸大肌緊張短縮。

單側肩、臂及手的麻木、脹痛患者可見輕度斜頸。

非典型性胸廓出口綜合征患者多數有高枕睡眠史。不能用單一神經卡壓解釋症狀。顧玉東教授研究表明如果無明顯誘因的正中神經與尺神經同時受損（1-5指均麻木、大小魚際及骨間肌均萎縮），應考慮為臂叢神經下幹受壓；但非典型性胸廓出口綜合征症狀較輕，一般出現手指麻木、脹痛，晨起握拳困難，未見肌肉萎縮情況及皮膚感覺異常改變。

3.3 診斷

非典型性胸廓出口綜合征沒有明確的診斷標準，但根據病史、臨床症狀、以及壓痛點檢測、肌肉長度檢測、特殊試驗檢查可初步診斷；但由於臨床醫師對此病的認識不足，首診多診斷為頸椎病；臨床中發現最好的診斷方法是試驗性治療，單次治療症狀有所改善即可確診。本組患者首診診斷頸椎病66例，冠心病8例，胸廓出口綜合症12例；均單次治療後症狀有所好轉，經治療後診斷為非典型性胸廓出口綜合征。

臨床上發現下列各項有利於診斷非典型性胸廓出口綜合征：A.單側或雙側肩、臂及手的麻木、脹痛； B.麻木、脹痛範圍不能用單一神經卡壓解釋；C.肌肉壓痛點檢測胸背部肌肉存在廣泛壓痛點，主要分佈如下：①

香港醫科中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

胸大肌、②胸小肌、③斜角肌、④鎖骨下肌，單一肌肉或多條肌肉；D.肌肉長度檢測肌肉縮短：①胸大肌、②胸小肌、③斜角肌，單一肌肉或多條肌肉；E.特殊試驗檢測：①抬臂加壓試驗、②斜角肌擠壓試驗、③肋鎖關節試驗、④過度外展試驗，其中一項或多項陽性；F.單次試驗性治療有效。

3.4 康復治療

肌肉按摩技術可以將僵硬短縮的頸部肌群及胸背部肌群進行放鬆，使短縮的肌肉得以伸展和緊張的筋膜鬆弛，減輕局部神經、血管壓迫，增加局部血液循環，加快新陳代謝，緩解症狀；肌肉牽伸技術主要牽伸適應性短縮的斜角肌、胸大肌、胸小肌等肌肉，使肌肉筋膜恢復初長度及柔軟度，減輕局部神經、血管卡壓；肩鎖關節鬆動技術可以增大肋鎖間隙，減輕局部神經、血管卡壓；肌力訓練技術可增強增加肌肉力量，改善平衡。

3.5 預防

許多不良姿勢，是懶散的表現，也是不自信的表現，例如含胸駝背或/和伴有頭前引/和伴肩胛帶下垂姿勢，都可以導致或加重非典型性胸廓出口綜合征。首先，養成良好姿勢的習慣是預防非典型性胸廓出口綜合征最好的方法；避免含胸、圓肩、駝背的「懶人」姿勢，改善不良姿勢可使斜角肌間隙、肋鎖間隙、胸小肌間隙擴大及臂叢神經鬆弛；其次，保持肩關節的活動度也是預防非典型性胸廓出口綜合征較好的措施，例如每天打20-30分鐘的羽毛球或乒乓球等；最後，避免長時間一個姿勢工作或學習；隨着科技的進步，生活方式的改變，許多以電腦或手機為伴的職業人群，長時間面對電腦和手機，手、肘及肩關節不能得到適當的休息，也是非典型性胸廓出口綜合征的發病因素之一；長時間工作或學習時，每20-30分鐘適當的活動活動肩關節、肘關節和手也是預防非典型性胸廓出口綜合征較好的措施。

總之，非典型性胸廓出口綜合征多由不良姿勢引起，造成局部肌肉的適應性短縮，進而使斜角肌間隙、肋鎖間隙、胸小肌間隙變窄，壓迫血管及神經引起臨床症狀，通過軟組織按摩、肌肉牽伸及肌力訓練等軟組織平衡技術治療。

參考文獻：

[1] Jeffrey Gross，Joseph Fetto，Elaine Risen.主編，陳統一主譯，肌骨骼檢查法（第3版）[M]，瀋陽：遼寧科學技術出版社，2015，1：52-56，141-156.

[2] M.Lynn Palmer, Marcia E. Epler, Marcia F. Epler.Fundamentals of Musculoskeletal Assessment Techniques，2nd ed[M]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998，86—89，225—227.

[3] David J,Magee.主編，羅卓荊主譯，骨科檢查評估（第4版）[M]，北京：人民軍醫出版社，2007，11：254—256.

[4] Steven D，Waldman主編，倪家驤，何明偉主譯，疼痛物理診斷—症狀與體征圖譜（第2版）[M]，北京：北京大學醫學出版社，2011，5：102—105.

[5] 國家中醫藥管理局， 中醫病證診斷療效標準〔S〕， 南京:南京大學出版社，1994:186，

[6] 項傑，陳肖肖，王章富等.胸廓出口綜合征的診斷治療進展[J].中國骨傷，2019,32（2）：190—194.

（編委：朱洪民審校 2024.04.16）

香港中醫醫學會版權所有 Copyright HKCMP All rights reserved