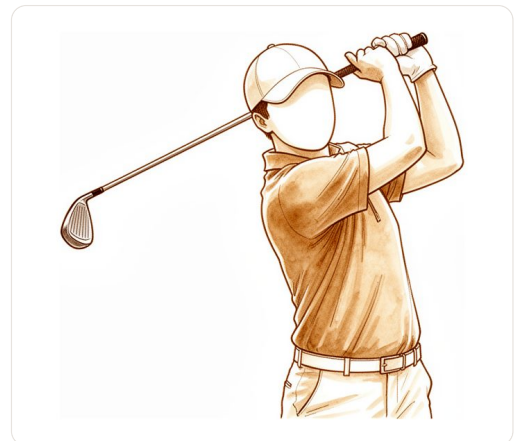


高尔夫球肘

高尔夫球肘：屈曲手腕和手指的肌腱附着于肘部内侧的骨性突起处，过度使用会导致肌腱与骨骼连接处出现疼痛和退变。

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

疼痛位于肘部内侧的骨性突起处，并常向下扩散到其正下方的前臂肌肉。疼痛通常逐渐出现，而非由某次明确的损伤引起，即使在休息时也往往持续存在。高尔夫、投掷、网球、举重和保龄球都可能诱发疼痛。涉及反复用力抓握、搬运 20 公斤或更重的负荷，或使用振动工具的工作也是如此。

某些日常动作会变得不舒服。拧门把手、握手、提购物袋或提起水壶都可能使疼痛加重，因为这些动作会对附着在该内侧骨性突起上的同一组肌肉施加负荷。您的握力可能感觉比另一侧弱。大多数人的肘部和手腕仍能完成全范围活动，但有些人会发现肘部略有僵硬，无法完全伸直。

疼痛常在引发它的活动期间或之后发作，并可能在第二天早上或刚开始抓握东西时最为严重。有些人在挥动高尔夫球杆或投掷时最能感觉到疼痛，尤其是在动作的初始阶段。

有一点需要特别留意。尺神经负责环指和小指的感觉，它恰好从肘部这一部位的后方经过。如果您在肘部内侧疼痛的同时，这两根手指还出现麻木或刺痛，请告知您的全科医生或要求专科医生评估，因为这会改变可能有效的治疗方法。

如果疼痛没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间使您痛醒，或使您无法工作或使用手和手臂，请咨询您的全科医生或要求专科医生评估。如果您的手或手臂变得发热、发红、肿胀并疼痛，尤其是伴有发热时，或您的手指变得苍白、发冷、发白或发青，请在当天前往急诊科。

实际发生了什么

高尔夫球肘是肌腱的问题，而不是关节的问题。肌腱是连接肌肉与骨骼的坚韧索状组织。在您的肘部内侧有一组前臂肌肉，负责弯曲手腕和手指，并帮助您将手掌转向下方。它们都通过一条共同的肌腱附着在那个骨性突起上，有点像几根绳子系在同一根系统缆桩上。

当您挥杆、投掷，或反复抓握和提举时，这些肌肉会一次又一次地牵拉同一个部位。肌腱会出现微小撕裂。您的身体会尝试修复，但修复并不完整，新生组织也比原来的组织薄弱。随着时间推移，肌腱会增厚并变得结构紊乱，就像一根被磨损后又重新打结了许多次的绳子。这就是为什么即使休息后疼痛仍会反复出现，以及为什么抓握或提举会使疼痛加重：这些动作恰好对肌腱难以愈合的部位施加负荷。

尽管名称如此，疼痛部位通常并没有肿胀或炎症。问题在于磨损和愈合失败，而不是感染或关节炎。没有任何东西断裂，关节本身也没有受损。

附近有一个结构在这里很重要。尺神经负责环指和小指的感觉，它就从这条肌腱的正后方经过。由于两者距离很近，同样的刺激也可能影响这根神经，这就是为什么有些人在肘部疼痛的同时，这两根手指还会出现刺痛感。

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。大多数高尔夫球肘无需手术即可缓解，因此我们从这里开始。休息和改变使用手臂的方式比我们能提供的任何其他措施都更重要。这意味着减少会使疼痛加重的抓握、提举或挥动动作，并找到其他方式来完成那些会引起疼痛的任务。在考虑手术之前，请认真坚持至少 6 个月，因为手术仅适用于经过这么长时间治疗后症状仍持续存在的情况。

物理治疗的目的是强化与疼痛肌腱协同工作的肌肉，从而减轻肌腱承受的负荷。通常的做法是循序渐进地增强前臂、手腕和握力的训练计划。如果您的疼痛源于高尔夫或投掷等运动，恢复的一部分是检查您的技术动作，因为挥杆或投掷方式上的缺陷可能会持续对同一部位施加负荷。

止痛药和抗炎药（称为 NSAIDs）可以帮助您在肌腱缓解期间保持活动。我们不为高尔夫球肘提供注射治疗，因此不会将其作为下一步建议。

如果经过 6 个月或更长时间规范的非手术治疗后症状仍未改善，我们可能会讨论手术。手术会清除肌腱在肘部内侧骨骼附着处受损、磨损的部分，并保留健康组织完好。手术通过一个小切口进行，您可在当天回家。手术是一项共同决定，只有在我们一致认为较简单的措施已经尽其所能之后，我们才会建议手术。

患者通常由其全科医生（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能符合 Medicare 报销资格。就诊时，我们会采集病史，检查您的肘部，并在影像学检查会改变我们的建议时，安排超声或磁共振成像（MRI）扫描等检查。超声通常是用于确诊高尔夫球肘的首选扫描；如果诊断不明确，MRI 可以更清楚地显示肌腱及附近的尺神经。

如果进行手术，术后的康复是由 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 提供的手部治疗，而不是物理治疗。Ruby 会指导您的锻炼，并在过程中为您制作所需的任何夹板。

预期情况

对于大多数人来说，高尔夫球肘会随着时间和正确的护理而缓解。减少会使疼痛加重的活动，然后循序渐进地恢复力量，通常是有效的方法。许多人的好转需要数月而非数周，因此最好预期缓慢而稳定的变化，而不是立竿见影的效果。

如果尽管已经休息并改变了使用手臂的方式，疼痛仍已持续数月，那么除非有所改变，否则疼痛往往会继续存在。到了这个阶段，我们会讨论手术。当症状经过 6 个月或更长时间规范的非手术治疗后仍未缓解而进行手术时，大多数人表示术后一年内疼痛减轻、功能改善，并且大多数人能恢复日常活动。在一组术前有工作的患者中，12 人中有 11 人在八周内重返工作岗位。

恢复并非一帆风顺。有些日子会感觉比其他日子好，在肌腱重建期间，抓握或提举时仍可能隐隐作痛。如果您的环指和小指同时有刺痛感，即使肌腱本身恢复良好，这种神经刺激也可能持续存在，因此值得在计划任何治疗之前（而非之后）提出。

如果您的症状没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间使您痛醒，或使您无法工作或使用手和手臂，请咨询您的全科医生或要求专科医生评估。

何时就医

大多数高尔夫球肘通过休息和改变使用手臂的方式即可缓解，因此在预约任何紧急就诊之前，请先认真尝试这些方法。如果疼痛在数周后仍未缓解、逐渐加重，或使您无法工作或使用手和手臂，请咨询您的全科医生或要求专科医生评估。如果您的握力感觉比另一侧弱，或肘部无法完全伸直，也同样如此。

有一个迹象需要更早关注。如果您在肘部内侧疼痛的同时，注意到环指和小指麻木或刺痛，请在就诊时提出。尺神经恰好从疼痛的肌腱后方经过，当它也受到刺激时，可能有效的治疗方法会随之改变。

如果您的手或手臂变得发热、发红、肿胀并疼痛，尤其是伴有发热时，或您的手指变得苍白、发冷、发白或发青，请在当天前往急诊科。这些并不是高尔夫球肘本身的特征，但需要当天就医。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。高尔夫球肘值得额外阅读，因为它通常被描述为网球肘的内侧肘部对应形式，且从两个方面来看，这种表述具有误导性：其预测因素仅部分与机械因素相关，且伴随的第二种问题会改变手术所能达到的效果。

大多数情况无需手术即可缓解

最关键的数字令人安心。在对内侧肘部疼痛的综述中，**保守治疗可使十分之九的患者得到改善**，而手术清创的成功率为**80%至85%** [1]。

应将这两个数字放在一起而非分开来看。非手术治疗的成功率更高。手术并非同一治疗方案的更优版本，而是针对少数经时间推移和负荷管理后仍失败的患者所采用的选择，且其成功率略低于一线治疗。

就运动成分而言，证据支持力量训练可减轻肌腱病症状，手法技术可提供短期镇痛效果，从而可能允许进行更剧烈的拉伸和强化训练，尽管作者描述这些结果尚不具有决定性 [2]。

危险因素不仅关乎手臂的使用程度

肱骨上髁炎在劳动年龄人群中很常见，**体力负荷因素、吸烟和肥胖是重要的决定因素** [3]。吸烟和体重并非大多数人预期会在肌腱问题中听到的因素，这两者都指向肌腱的血供和代谢环境，而非肌腱承受多大的牵拉力。

职业数据提供了进一步的证据。在 **1,824** 名工人中，研究发现众多个人和职业心理社会因素与肱骨内上髁炎和肱骨外上髁炎之间存在统计学显著的相关性，且这种相关性在校正人口统计学特征和职业体力暴露后依然存在。最强的关联是**工作后的体力耗竭与肱骨外上髁炎之间，其比值比为 7.04**，以及**工作后的精神耗竭与肱骨内上髁炎之间** [4]。

该句中的“校正”是关键部分。这种关联并非简单地因为疲劳的人从事更繁重的体力劳动，因为该关系在控制体力暴露因素后依然存在。这并未确立耗竭导致肌腱病变的因果关系，但它确实意味着，仅围绕负荷构建治疗方案，而忽视工作一天后个体的耗竭程度，只是处理了问题的一部分。

尺神经对预后的影响

肘部内侧疼痛需要广泛的鉴别诊断，尺神经病变、颈椎神经根病和韧带损伤均会在同一部位引起疼痛 [1]。该病症本身源于反复的离心负荷和肘外翻过载，初始治疗以活动调整和康复为主，手术仅保留用于症状持续不缓解的情况 [5]。尺神经是影响结果的关键因素，因为它紧邻所治疗肌腱的起点后方走行。

在进行清创术时，其成功率**可能因合并尺神经炎而受到负面影响** [1]。其实际意义在于，技术操作成功的清创术后若疼痛持续，并不一定意味着手术失败，可能是神经而非肌腱一直在产生部分症状。因此，在计划任何手术之前（而非之后），肘部内侧疼痛伴随环指和小指麻木或刺痛感的情况值得报告。

参考文献

- [1] Barco R, Antuña SA. 肘内侧疼痛。EFORT Open Rev. 2017;2(8):362-71. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.2.160006>
- [2] Hoogvliet P, Randsdorp MS, Dingemanse R, Koes BW, Huisstede BMA. 运动疗法和松动技术的有效性是否为外侧和内侧肱骨上髁炎的治疗提供指导？一项系统综述。Br J Sports Med. 2013;47(17):1112-9. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091990>
- [3] Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliovaara M. 外侧和内侧肱骨上髁炎的患病率及其决定因素：一项人群研究。Am J Epidemiol. 2006;164(11):1065-74. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj325>
- [4] Thiese MS, Hegmann KT, Kapellusch J, Merryweather A, Bao S, Silverstein B, et al. 与外侧和内侧肱骨上髁炎相关的心理社会因素。J Occup Environ Med. 2016;58(6):588-93. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000701>
- [5] Amin NH, Kumar NS, Schickendantz MS. 肱骨内上髁炎：评估与管理。J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(6):348-55. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00145>