

网球肘

网球肘：前臂肌腱附着于肘部外侧处的炎症。

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

网球肘会导致肘部外侧疼痛，疼痛位于该处一个称为肱骨外上髁的骨性突起上或其周围。疼痛常向下放射至前臂，有时也会向上扩散至上臂。疼痛通常由需要前臂背侧肌肉用力的活动引发，因为这些肌肉共用位于该骨性突起处的同一个附着点。

疼痛程度可从轻微、偶发到持续、剧烈不等。严重时，疼痛可能影响您所有的日常活动。它还可能影响您的睡眠。许多人发现疼痛在活动后或醒来时加剧。

需要扭转或抓握的日常事务会变得困难。转动门把手、拿咖啡杯、握手或提水壶都可能诱发疼痛。您的肘部通常仍能完成全范围的活动，所以问题不在于僵硬，而在于疼痛。

对大多数人来说，网球肘会自行缓解。约90%的人发现，无需手术，症状在一年内即已缓解。您不必急于接受任何治疗。

有些迹象需要尽早处理。如果您的症状没有缓解、在数周内不断加重、在夜间把您痛醒，或使您无法工作或使用手或手臂，请咨询您的全科医生或要求专科医生评估。

实际发生了什么

疼痛部位是肌腱附着于肘部外侧骨骼的地方。肌腱是连接肌肉与骨骼的坚韧条索。此处涉及的肌腱沿前臂背侧向下走行，并共用位于该骨性突起处的同一个附着点。

尽管名为网球肘，但它其实并不是一种炎症问题。在显微镜下检查肌腱时，组织显示的是磨损和纤维散乱，而不是肿胀和发红。可以把它想象成一根用久了的绳索：部分纤维已经断裂，绳索尝试自我修复，但修复并没有真正完成。所形成的修复组织杂乱无序，且比原来的组织更弱。这就是为什么该部位持续有疼痛，以及为什么抓握或扭转会引起疼痛：这些动作会直接牵拉受损的条索。

它的医学名称是肱骨外上髁炎，您也可能看到它被称为肘外侧肌腱病。这两个名称描述的是同一回事：该肌腱附着处因反复使用而磨损。它在肘部外侧远比内侧常见，这就是为什么网球肘这一名称通常指的是这个部位。

损伤位于这组肌腱中的某一条特定肌腱，即在您抓握时稳定手腕的那条肌腱。由于所有伸展手腕的前臂肌肉都共用这一个附着点，当您使用手部时，该处的疼痛会向下扩散至前臂。

其他情况也可能在同一部位引起疼痛，而且并不总是容易区分。这就是为什么对您的肘部进行仔细的体格检查很重要，也是为什么有时会使用扫描来检查磨损的程度。这种病症还可能使您对关节位置的感知略受影响，物理治疗可以帮助改善这一点。

关键在于：肌腱是磨损了，而不是被毁坏了，只要给予时间和适当的负荷，组织仍有自我修复的能力。

我们可以采取的措施

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 报销。在就诊时，我们会采集病史，检查您的肘部，并且仅在扫描会改变我们的处理方案时才安排扫描。对于这类长期存在的问题，我们通常先尝试非手术治疗，仅在其未能带来足够改善时才考虑手术。

第一步是改变您给肌腱施加负荷的方式。也就是说，减少会诱发疼痛的抓握和扭转动作，然后通过循序渐进的负荷训练方案让肌腱重新强健起来。物理治疗的目的是让您更快地度过疼痛的数月，而不是改变最终结局，因为无论如何，大多数肘部都会随着时间推移而好转。请给它真正、长期的尝试，以月为单位来衡量。正如您在本页前文所读到的，十个肘部中约有九个无需手术即可在一年内好转，这就是我们为手术设定高门槛的原因。

我们在此不将皮质类固醇（可的松）注射作为默认治疗。可能的原因是，疼痛在肌腱愈合之前就已缓解，于是您又开始给尚未准备好的肌腱施加负荷。如果考虑注射，那也是一个关于短期功能的审慎决定，而不是常规步骤。其他注射，例如富血小板血浆或从您自己手臂抽取的血液，不推荐用于这种病症。

只有对于在真正尝试非手术治疗后仍存在功能障碍的少数人，才会考虑手术。手术会清除肌腱附着于肘部外侧骨骼处的磨损、毛糙部分。手术可通过小的钥匙孔切口或一个小的开放切口完成，目前没有哪一种方法被证明优于其他方法。是否手术是一个共同的决定，在您了解手术内容以及恢复对您的要求之后，由我们一起做出。

预期情况

对大多数人来说，网球肘的病程缓慢但稳定。症状往往在数月而非数日内逐渐减轻，其规律通常是逐步好转，期间伴有反复发作。所需时间与您患病多久无关：已经疼痛一年的肌腱，与只疼痛了几个月的肌腱，缓解的可能性是一样的。

您已经读到了关键数据：十个肘部中约有九个无需手术即可在一年内好转。这是一个实事求是的起点，无论您什么都不做、遵循负荷训练方案，还是尝试其他非手术治疗，都是如此。治疗能够改变的是过程，而不是终点。一个好的方案旨在让您更舒适地度过疼痛的数月，而肌腱则在背后慢慢完成修复。

如果您的肘部属于少数在真正尝试非手术治疗后仍然疼痛的情况，手术仍然可以带来真正的缓解。

术后恢复是循序渐进的。疼痛最先改善，随后握力以及用手完成日常事务的信心会在数周至数月内恢复。术后手部治疗由 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 负责；她将指导您进行锻炼，并为您制作所需的任何夹板。

少数人在术后仍有疼痛，约1.5%的人需要再次手术。术前接受过三次或更多次注射会增加这一可能性。如果您的症状没有缓解、在数周内不断加重、在夜间把您痛醒，或使您无法工作或使用手或手臂，请咨询您的全科医生或要求专科医生评估。

何时就医

大多数网球肘会自行好转，十个肘部中约有九个无需手术即可在一年内好转。但有些迹象表明是时候寻求帮助了。如果您的疼痛在几个月后仍未缓解、正在加重、在夜间把您痛醒，或使您无法工作或正常使用手和手臂，请咨询您的全科医生或要求专科医生评估。患有这种病症的人中，约五分之一的人疼痛严重到限制其工作和日常生活，所以需要帮助并不罕见。如果您已经在肌腱处接受过三次或更多次注射，而疼痛仍然限制着您，请要求专科医生评估，因为这一病史会改变外科医生需要与您讨论的内容。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。网球肘值得额外阅读，因为它是那些在第一个月感觉最有效的治疗方法，到年底时效果反而最差的病症之一。

该病症大多会缓慢自愈

若不予干预，网球肘通常会自行缓解。在下文讨论的试验中，被随机分配至单纯观察组（未接受注射或物理治疗）的患者在52周时接受再评估，**62例中有56例（90%）**报告症状显著改善或完全康复 [1]。

这一数据是衡量所有治疗手段的基准。只有当干预措施的效果优于自然恢复时，才具有价值，而自然恢复通常是最终结果。

皮质类固醇悖论

一项里程碑式的随机对照试验比较了皮质类固醇注射、物理治疗以及单纯等待，并对受试者进行了为期一年的随访 [1]。

在六周时，注射效果看起来极佳。注射组报告成功率为 **65 人中的 51 人（78%）**，而等待组为 **60 人中的 16 人（27%）**，需治数为 2 [1]。

随后情况发生逆转。在早期成功者中，**65 人中的 47 人（72%）** 随后出现病情反复。到 52 周时，注射组在所有结局指标上均显著差于物理治疗组，并且在三项主要指标中的两项上差于**未采取任何措施**的人群 [1]。

作者自己的解释值得重申：注射迅速缓解疼痛，导致人们在肌腱实际上尚未愈合的情况下恢复负荷。该试验的结论是，在网球肘中皮质类固醇“应谨慎使用”，对于大多数人预期会提供的这种治疗而言，这是一个引人注目的说法。

这就是为什么在此处进行注射是一个关于短期功能的审慎决策，而非默认选项，也是为什么它不能替代负荷训练方案的原因。

那么，哪些措施值得采取

在六周时，物理治疗在所有指标上均优于等待观察；到52周时，两组已无法区分，因为两组中几乎所有人都已康复 [1]。因此，其价值在于让您更快地度过疼痛的数月，而非改变最终结局。值得注意的是，物理治疗组在过程中寻求的额外治疗也更少 [1]。鉴于此，合理的方案是负荷管理和渐进性肌腱训练，并接受以月为单位的时间线。

手术仅保留给极少数在真正且长期尝试非手术治疗后仍存在功能障碍的患者。设定这一高门槛的原因正是上述自然病程：若过早手术，您将与一种在十例中有九例本会自行缓解的疾病相竞争。

培养肌腱细胞注射

您可能被提供，或可能阅读到，自体肌腱细胞植入术（ATI，在澳大利亚以 OrthoATI 的名称销售），即注射您自身在实验室中培养的肌腱细胞。它是安全的，在生物学上是合理的，且在顽固性网球肘中报告的疗效持续了四年多。此外，在全球文献中，它仅由五项研究支持，这五项研究共包含 50 名患者，其中没有一项设有对照组。将其与上述自然病程相对照，谨慎对待的原因便显而易见。关于已知与未知内容的完整说明（含参考文献），请参见 [自体肌腱细胞植入术](#) 页面。

参考文献

[1] Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. 网球肘的运动中松动术与锻炼、皮质类固醇注射或观察等待：随机对照试验。BMJ. 2006;333(7575):939. <https://doi.org/10.1136/bmj.38961.584653.ae>