

肱骨内上髁炎（高 尔夫球肘）

高尔夫球肘：屈肌-旋前肌腱在其附着于肘部内侧骨性突起（内上髁）处发生磨损。尺神经在其后方走行。

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。

本页面旨在指导您在基兰·希尔帕拉医生（Dr Kieran Hirpara）于洛克汉普顿 Mater 私人医院（Mater Private Hospital Rockhampton）的诊疗下，从内侧上髁炎（俗称**高尔夫球肘**）中康复。大多数人无需手术即可完全康复，治疗的核心是循序渐进的负荷训练计划，而非休息。康复从您的家庭锻炼计划开始，随后是专为您的**物理治疗师或手部治疗师**制定的结构化临床方案；请在首次就诊时携带此页面或其 PDF 文件，以确保您的康复过程协调一致。您的治疗师可能会根据您的康复进展调整该计划。

如果您在小指和无名指出现针刺感、麻木或无力，请告知诊室或您的治疗师；尺神经走行于肘内侧后方，有时需要单独处理。

预期情况

高尔夫球肘是肘关节内侧肌腱的磨损（退行性）问题：即屈肌-旋前肌腱，它们负责屈腕和使手掌向下，附着于被称为内上髁的骨性突起处。尽管旧称“外上髁炎”，但这实际上并非炎症；肌腱因过度负荷而变得薄弱且结构紊乱。因此，现代治疗并非休息和抗炎药物，而是一个逐步负荷肌腱以恢复其全部力量的计划。

恢复需要耐心。高尔夫球肘通常具有自限性，但完全缓解可能需要 6 到 18 个月。好消息是，绝大多数患者通过良好的保守治疗计划即可康复，且无需手术。只有在至少六个月的高质量治疗后仍无效时，才会考虑手术。

内侧肘关节与外侧（网球）肘关节的一个不同之处在于**尺神经**（即“麻筋”神经），它走行于内上髁后方紧邻的沟槽内。约半数高尔夫球肘患者同时伴有该神经的刺激症状，因此您的治疗师会在每次就诊时检查该神经，并可能添加特定的神经滑动练习。

注意事项与限制

建议：

- 在舒适范围内，继续使用患肢进行日常活动。
- 对诱发症状的活动进行调整，而非完全停止。
- 若有帮助，在进行可能加重症状的活动时，可在前臂肌肉处佩戴反作用力护具。
- 规律进行拉伸和负荷训练；坚持比强度更重要。

不建议：

- 不要完全休息肘部或将其打石膏固定；肌腱需要适度的负荷才能愈合。
- 早期避免进行重度外翻负荷活动：如高尔夫、投掷（尤其是引臂和加速阶段）、游泳和球拍类运动，直至力量恢复。
- 不要将任何练习推进至剧烈疼痛，也不要将神经滑动练习推进至刺痛或麻木感。
- 如果尺神经症状（小指和环指的刺痛或麻木）加重，请退阶并寻求复查，然后再增加负荷。

您的锻炼

这些是您讲义中的锻炼项目。请按照 Hirpara 医生和治疗师的指导开始锻炼。在早期阶段，重点是缓解疼痛、进行轻柔的活动以及等长收缩练习；随着您的改善，将加入离心反向泰勒扭转（eccentric reverse Tyler twist）和握力强化训练。尺神经滑动练习被纳入其中，因为该神经在内肘部位常受累；请保持动作轻柔。

您的临床方案

本页面其余部分为临床康复方案。此部分应提供给您的物理治疗师或手治疗师。该方案基于达标标准而非单纯的时间节点：各阶段之间的进展取决于是否达成所列目标，而非仅仅依据日历时间。每次就诊时均筛查尺神经（Tinel征、半脱位），因为约50%–60%的内侧病例伴有尺神经症状，这是保守治疗失败的主要原因。

以下提供两条路径：**非手术方案**（一线方案，适用于绝大多数患者）和**术后方案**（适用于少数保守治疗失败后接受手术的患者）。

非手术路径

第一阶段：急性期/疼痛控制（0–2周）

目标：控制疼痛；恢复完全无负重的活动范围。

- **相对休息和活动调整**：以疼痛为限制因素；避免固定。调整高尔夫、投掷、游泳、球拍类运动、举重和重复性抓握活动。

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 • office@cqupperlimb.com.au • cqupperlimb.com.au

- 可选的**加压护具**覆盖共同屈肌群；若急性疼痛明显，可使用腕部夹板。
- 疼痛控制辅助措施：冰敷、软组织手法/IASTM（冲击波或筋膜松解）、轻柔的无痛主动活动范围（AROM）、神经滑动练习。
- **筛查尺神经**（Tinel征、半脱位）。
- 进阶标准：无痛的完全无负重主动活动范围；能够独立执行家庭锻炼计划。

第二阶段：亚急性期/早期负荷（2-4周）

目标：开始屈肌-旋前肌群负荷；处理近端动力链。

- **等长腕屈肌和旋前肌负荷**（轻量）。
- 在肘关节屈曲90°位对腕屈肌进行渐进性拉伸。
- **近端动力链**：肩胛稳定肌（前锯肌、中/下斜方肌）和肩袖肌群，对于投掷运动员至关重要，因为其内侧肘部过载是由 valgus（外翻）应力驱动的。
- 进阶标准：维持完全活动范围；耐受90°拉伸位；达到对侧力量的约70%。

第三阶段：强化/回归（4-6周及以上）

目标：恢复负荷耐受性，回归功能和运动。

- 腕屈曲和前臂旋前的**离心-向心负荷**：内侧版的Tyler twist是“**反向Tyler twist**”（在FlexBar上进行腕屈曲离心训练）。推荐联合离心-向心负荷；等长收缩在早期镇痛方面仍有价值。
- 伴随运动的关节松动术；渐进性拉伸逐渐过渡至肘关节伸直位。
- **握力强化**，随后进行专项运动负荷；对于投掷运动员，实施**分级投掷计划**；增强式训练（Plyometrics）放在最后。
- 随着肘部症状消失，逐步停用加压护具；检查并调整器材和技术动作。
- 回归运动标准：达到对侧力量的约90%，无痛功能，具备自我管理能力。

术后路径（屈肌-旋前肌清创术 ± 修复术 ± 尺神经手术）

手术仅适用于保守治疗 ≥6 个月失败的患者。开放式 Nirschl 型手术清创病变的屈肌-旋前肌起点，并通常进行修复/重新附着；**评估并保护尺神经**，在部分病例中同期进行减压或前移术。

第一阶段：保护期（0-2 周）

- **后侧长臂夹板**（肘部 + 腕部）固定 **10-14 天**；外出时使用悬臂带。
- 抬高患肢并控制水肿；手指/肌腱滑动主动活动度（AROM）训练；肩关节主动活动度训练；轻柔的颈椎主动活动度训练。
- 注意事项：禁止提举、推、拉或用力抓握：以保护修复部位。

第二阶段：活动度恢复（2-6 周）

- 约 2 周复诊：拆除缝线；全天佩戴**腕部中立位支具**（洗漱时取下）；肘部使用 Tubigrip 弹性绷带以控制肿胀。

- 开始肘关节主动活动度 (AROM) 屈曲/伸展 (2-4 周)，随后进行腕关节 4 向主动活动度 + 前臂旋转以及手指/拇指主动活动度训练 (4-6 周)。
- 第 4-6 周引入尺神经滑动练习 (这是针对内侧的特有添加内容)。
- 肩胛骨稳定训练 (抗重力)。6 周前不进行抗阻力量训练。

第三阶段：力量强化 (6-12 周)

- 根据耐受情况逐渐停用支具 (早期夜间可能仍需佩戴)。
- 渐进式抗阻力量训练腕部及前臂。早期避免抗阻旋后/旋前；开始提举时保持旋后/中立位，约第 9 周开始进行轻度旋前位提举。

第四阶段：恢复活动/运动 (12-16+ 周)

- 根据耐受情况在所有前臂位置下增加提举负荷；约 12-16 周完全恢复活动；运动员需进行专项运动/间歇性投掷训练计划。完全恢复通常需要 3-6 个月。

尺神经注意事项：若进行了前移术，**早期限制肘关节屈曲末端活动**，并逐步增加神经滑动幅度。若尺神经症状持续或加重，在增加负荷前需由外科医生复查。

重返工作与活动

您恢复的速度取决于您所处的康复路径以及您工作和运动的需求。

非手术治疗。 您通常在整个过程中可以继续工作并保持活跃，通过调整那些会诱发肘部疼痛的任务，而不是完全停止活动。在强化阶段，当您的力量恢复到健侧的约 90% 且功能无痛时，可逐步恢复高尔夫、投掷类运动、游泳和球拍类运动。由于高尔夫球肘具有自限性，尽管日常功能会较早改善，但完全恢复可能需要 6 到 18 个月。

术后。 早期开始轻度、受限的使用，但会推迟重体力劳动和抓握，以保护修复部位。大多数人约在 12 到 16 周时恢复全部活动，完全康复通常需要 3 到 6 个月。投掷类运动员在重返比赛前需遵循渐进式间隔投掷计划。

驾驶： 在佩戴支具或悬吊带期间，或肘部疼痛严重到无法安全控制车辆时，应避免驾驶。在复查确认您已取下支具并能舒适地活动手臂后，可恢复驾驶。

协议之后

本协议与诊所的一般康复建议并行；请参阅[术后疼痛管理](#)、[伤口护理](#)和[手部治疗基础](#)。高尔夫球肘与网球肘（其外侧肘部对应病症）共享基于负荷的方法；如果您需要相应的[肱骨外上髁炎](#)指导，请咨询您的治疗师。您的持续康复由您的物理治疗师或手部治疗师根据您的肘部进展情况进行个性化指导。