

肱骨外上髁炎（网球肘）

网球肘影响附着于肘部外侧骨性突起（外上髁）的伸肌总腱。

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。

本页介绍网球肘的管理与康复方法，无论您是接受非手术治疗（绝大多数患者均属此类），还是术后进行肌腱清理术后的恢复。本页面由罗克汉顿 Mater 私人医院的 Kieran Hirpara 医生负责监督。内容首先介绍您的家庭锻炼计划，随后是专为您物理治疗师或手部治疗师编写的结构化临床方案；请将此页面或其 PDF 文件带给您的治疗师，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恢复进展调整该计划。

预期情况

网球肘（肱骨外上髁炎）是肘部外侧肌腱的问题，具体涉及总伸肌腱，尤其是名为桡侧腕短伸肌（ECRB）的一块小肌肉。尽管名称中带有“-itis”（炎），但它**并非**可以通过休息缓解的炎症。它是一种**肌腱的磨损性改变**（肌腱病变），肌腱纤维变得紊乱且未能正确愈合。

这一点至关重要，因为它完全改变了治疗方案。通过休息和保护肘部并不能使病情好转；事实上，长期休息往往会使肌腱变得更弱且恢复更慢。病情的改善依赖于逐渐对肌腱进行负荷训练，使其重塑并重建对工作和抓握的耐受性。治疗模式为：首先控制疼痛，然后逐步加强力量训练，从轻柔的等长收缩（isometric）练习开始，逐渐过渡到受控的缓慢力量训练，例如泰勒扭转（Tyler twist）练习。

好消息是，网球肘通常通过正确的负荷训练计划即可自行缓解。约 80-90% 的患者在一年内病情好转，尽管偶尔可能需要 12-18 个月才能完全痊愈。只有在至少六个月高质量、持续一致的康复治疗仍无效的情况下，才会考虑手术，且只有极少数人（约 4-11%）会发展到需要手术的地步。

注意事项与限制

建议：

- 继续使用手臂：对肌腱施加负荷，不要休息。

- 以疼痛为指引：运动期间及运动后出现轻微酸痛是正常的、可预期的；若出现尖锐或加剧的疼痛，请减轻负荷。
- 掌心向上提起物品（如端着一碗汤），以减轻患肌腱的负荷。
- 在进行抓握和提举任务时，在前臂肌肉处使用反作用力护具。

不建议：

- 不要将肘部用石膏或吊带固定不动；对于肌腱病变，这是错误的治疗方式。
- 不要进行肘部伸直且手腕弯曲的重度诱发性抓握动作（例如，掌心向下提举重物）。
- 不要急于进行类固醇注射。皮质类固醇可能在几周内让人感觉良好，但证据表明，与物理治疗或单纯观察等待相比，它在 6–12 个月时会导致更差的结果和更高的复发率。它不是一线治疗方法。

您的锻炼

这些是您讲义中的锻炼项目。它们按照康复顺序排列：对抗力护具和等长收缩有助于早期缓解疼痛，拉伸动作保持前臂柔软，而泰勒扭转、前臂旋转和握力训练则帮助肌腱恢复强度。请按照希帕拉医生（Dr Hirpara）和治疗师的指导开始锻炼，不必从第一天起就完成所有项目；治疗师会告知您从哪些项目开始，以及何时加入力量训练。

您的临床方案

本页面其余部分为肱骨外上髁炎（网球肘）的临床康复方案。本节内容需提供给您的物理治疗师或手部治疗师，每个阶段均以通俗易懂的语言说明当前阶段的康复重点。

本方案包含两条路径：**非手术治疗路径**（适用于绝大多数患者的首选方案）和**术后路径**（适用于少数在经历六个月以上规范保守治疗失败后接受桡侧腕短伸肌（ECRB）清创术的患者）。

非手术路径

核心原则是在疼痛指导下进行渐进性肌腱负荷训练。目标是缩短症状病程并恢复负荷耐受性，而非让肌腱休息。

第一阶段——急性期/疼痛控制（0–2周）

此阶段的重点是控制疼痛并恢复无负重活动。无需固定；此为相对休息，而非石膏固定。

治疗师须知：

- **目标：**控制疼痛；恢复完全无负重的主动关节活动度（AROM）。
- **管理措施：**活动调整、关节保护及人体工学建议。可选在伸肌总腱上方佩戴**对抗力护具**，以在抓握时减轻桡侧腕长伸肌（ECRB）起点的负荷；若伸展活动时急性疼痛，可使用腕部（背伸）夹板。辅助镇痛措施包括：冰敷、软组织/仪器辅助软组织松动术（IASTM）、无痛范围内的轻柔主动关节活动度训练、可选的干针疗法及神经滑动练习。

- **进阶标准：** 无疼痛的完全无负重主动关节活动度；能够独立完成家庭训练计划。

第二阶段——亚急性期/早期负荷（2-4周）

肌腱负荷开始轻柔施加，同时处理近端动力链（肩胛骨和肩袖），因为上臂近端的无力会导致肘部负荷过重。

供您物理治疗师参考：

- **目标：** 开始肌腱负荷；处理近端动力链。
- **练习：** 等长腕伸肌和腕屈肌负荷（轻负荷；等长收缩在反应性肌腱病中耐受性良好且具有镇痛作用）；肘关节屈曲90°时，腕屈肌和腕伸肌的**渐进性拉伸**；近端训练：前锯肌、中下斜方肌、肩袖肌群和肩胛稳定肌。
- **进阶标准：** 维持全范围关节活动度；能耐受肘关节屈曲90°时的拉伸；握力/力量达到对侧的约**70%**。

第三阶段——强化/回归（4-6+周，常持续至12周）

此阶段旨在重建肌腱，并恢复工作与运动所需的负荷耐受能力。离心-向心负荷是核心的治疗驱动因素。

致您的物理治疗师：

- **目标：** 恢复负荷耐受能力及运动/工作能力。
- **练习：** 腕背伸及前臂旋前/旋后的**离心-向心**负荷；**Tyler Twist (FlexBar)** 是典型的居家离心训练工具。将拉伸进展至**肘关节伸直位**；动态关节松动术（Mulligan）。进行**握力强化**及任务/运动特异性负荷；运动员进行增强式训练。随着患者症状消失，逐渐**停用反作用力护具**。对运动员进行器械调整（握柄尺寸、网线张力、技术动作）。
- **进阶（回归运动）标准：** 约为**对侧力量的90%**，无痛功能，以及具备自我管理能力。

术后路径（ECRB清创术 ± 松解术）

手术仅适用于约4%-11%在≥6个月规范保守治疗失败的患者。开放式Nirschl型清创术与关节镜下ECRB清创术疗效相当。以下时间线遵循 Brigham & Women's 医院针对肱骨外上髁清创术的标准护理方案。

第一阶段 — 保护（第1-7天）

在第一周内，仅使用吊带以提供舒适。

致您的物理治疗师：

- 使用吊带以提供舒适；冰敷20分钟，每日2-3次；切口处覆盖肘部护垫。
- 轻柔的**无痛**手、腕和肘关节主动关节活动度（AROM）训练；肩关节主动活动度（ROM）训练；肩胛周围肌群练习。
- 尽量减少增加伸肌机制负荷的日常活动（如提举重物、肘关节完全伸直伴腕关节屈曲）；掌心向上提举以减轻伸肌负荷；若急性疼痛明显，可酌情使用腕部支具。

第二阶段——早期活动（第2-4周）

给您的物理治疗师：

- **停止使用吊带。** 在疼痛耐受范围内开始**被动活动（PROM）和辅助主动活动**。
- 轻柔的力量训练：主动活动及**次最大等长收缩**。开始瘢痕管理。

阶段3——强化训练（第5-7周）

供您物理治疗师参考：

- **逐步增加抗阻强化训练**（使用哑铃/治疗带），重点加强腕伸肌耐力（轻负荷，高次数）。恢复全范围主动和被动关节活动度（ROM）。
- 向桡侧腕长、短伸肌总腱引入**对抗力护具**（并教育患者避免神经受压）；进行轻柔的横向纤维按摩；开始功能性准备训练。

第四阶段 — 功能恢复/回归（第8-12周）

供您物理治疗师参考：

- **任务特异性功能训练**；回归更高级别的工作和娱乐活动。
- 根据需要在无痛日常生活活动（ADL）和强化训练期间继续佩戴反作用力护具。

重返工作与活动

如果您在不进行手术的情况下治疗网球肘，则没有固定的“停工”期；您可以继续使用手臂，同时调整最重的抓握和提举任务，并使用对抗力护具来应对这些任务。现实的预期是肘部症状会在 6-12 个月内逐渐缓解，大多数人（80-90%）在一年内会有所改善。由于这是肌腱的慢性问题，因此进展是以周和月为单位衡量的，而不是以天为单位。坚持负荷训练计划是实现康复的关键；期间出现的症状加重是正常现象，只要轻微的酸痛在第二天能消退，就不视为倒退。

如果您接受了手术，术后第一周的吊带仅用于舒适，随着肘部症状缓解即可停用。强化训练在第 5-7 周逐步进行，大多数人会在第 8-12 周左右实现工作和娱乐活动的功能性回归。更重和特定于运动的需求会在此时间窗内逐步引入，具体取决于肌腱对负荷的耐受情况。

重返运动（适用于两种治疗途径）的指导原则是达到健侧手臂约 90% 的力量，具备无痛功能以及自我管理的信心，而不是仅依据日历时间。

协议之后

本协议与诊所的一般康复建议并行；请参阅[管理术后疼痛](#)，如果您已接受手术，请参阅[伤口护理](#)和[手部治疗基础](#)。上述分阶段计划反映了网球肘（渐进式肌腱负荷而非休息）的最新最佳证据，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体化指导。