

肘管减压术

肘管减压术可解除尺神经在肘部内侧受压的情况——缓解此处所示的压力。

Mcstrother / Wikimedia Commons, CC BY 3.0



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。

快速恢复概览。综合自45项已发表的研究——您的实际恢复速度可能会有所不同。

轻度工作 办公工作、驾驶、日常任务	大多数日常活动 体力劳动、运动、健身	最终结果平台期 疼痛和力量
2-6 weeks 恢复办公室工作和轻度活动通常在术后2至6周内实现，早期活动可加速重返工作岗位。	3-6 months 恢复体力工作和体育运动通常在术后3至6个月内实现，投掷类运动员通常在中期随访时即可重返赛场。	12-24 months 术后12至24个月，功能改善和症状缓解通常达到平台期，严重病例尤为明显。

为何建议进行此手术

本页面反映了罗克汉普顿 Mater 私人医院上肢外科医生 Kieran Hirpara 博士在门诊中处理此问题的方法。当非手术治疗未能带来足够改善时，我们通常建议进行尺管减压术。您可能已先尝试过调整活动、物理治疗、夹板固定或注射治疗。若上述措施未能缓解您的症状，则建议进行手术。

该手术涉及切断肘部尺神经上方紧绷的纤维组织带。我们采用单一传统切口，为神经提供更多空间，从而减轻对神经的压力。大多数患者在该手术后症状得到缓解。在翻修病例中，77% 的患者感觉或力量有所改善。主要益处在于恢复功能并减轻您手部和手臂的不适。

手术前

您的外科医生将安排血液检查或影像学扫描等测试，以评估您术前的健康状况。请按照外科医生指定的时间禁食。仅在外科医生明确指示后，方可停用任何抗凝药物。就诊时请携带当前所有用药清单。手术当天请穿着宽松、舒适的衣物。您必须安排他人接送回家，因为术后您无法自行驾驶。我们采用肘部单一常规切口进行此开放入路。这可直接暴露神经。我们将与您详细回顾所有步骤，确保您做好充分准备。

手术当天

本手术在全麻下进行。您在手术期间将完全处于睡眠状态。部分患者可能还会接受区域神经阻滞以缓解术后疼痛——麻醉医生会根据您的具体情况在手术当天决定。您抵达医院后，将在前往手术室前与您的主刀医生见面。您的主刀医生将通过开放入路、在手术部位做一个常规切口来实施该手术。这种方法可清晰暴露需要治疗的区域。

手术后，您将在复苏室苏醒。我们的团队将在麻醉作用消退期间密切监测您。在此期间，您将得到良好的疼痛控制。大多数患者能够很好地耐受该手术。我们将为您提供清晰的离院初期指导。您无需担心手术本身的技术细节；我们的重点在于您在康复开始阶段的舒适与安全。

手术过程

您的外科医生将通过开放入路进行此手术。这意味着我们将在您肘部前方做一个切口，以直接到达目标区域。本手术不使用钥匙孔或内镜技术。

在手术区域内，我们定位尺神经，该神经穿过肘部一个狭窄的组织隧道。这个隧道有时可能会压迫神经，导致疼痛或麻木。我们会小心地将神经从狭窄的组织中松解出来，为其提供更多空间并减轻压力。如果您的体格检查显示您在屈肘时神经会发生半脱位（subluxation），我们可能会将神经移至皮下或肌肉下的新位置以保持其稳定。这称为前移术（anterior transposition）。如果神经保持稳定，我们仅松解狭窄的隧道，这称为原位减压术（in situ decompression）。

一旦神经被松解或重新定位，我们将用缝线或医用胶闭合切口并敷上敷料。该手术过程简单，并能提供清晰的手术视野。

术后

您将在复苏室苏醒，手臂用吊带固定并覆盖软性敷料。本手术为日间手术，您将在当天回家。我们通过常规药物控制疼痛，以确保您的舒适。请安排他人在术后24小时内陪伴您，以协助您居家照护。如果您的反应时间减慢，则不得驾驶。大多数患者在疼痛缓解至足以握持方向盘并快速反应后，于术后2至3周内恢复驾驶。更多详情请参见[上肢手术后驾驶](#)。

恢复

在术后的头几天，您可能会感到肘部周围有些肿胀和疼痛。这是正常现象。我们通过简单的止痛措施来确保您的舒适。您将佩戴柔软的敷料以保护该区域，直至其稳定；不使用硬质支具或夹板。休息时请将手臂抬高，以帮助减轻肿胀。大多数人会发现，随着初期肿胀的消退，不适感会显著缓解。

您的外科医生将指导您何时开始进行轻柔的活动。早期活动有助于防止僵硬并促进愈合。我们与 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 合作为您提供手部治疗。她将教您一些简单的练习，以恢复力量和灵活性。通常，在您感觉良好时即可恢复轻度的日常活动。在您的外科医生允许之前，请避免提重物或重复性抓握动作。

当您能够安全地握住方向盘并迅速做出反应时，即可恢复驾驶。这通常发生在术后两到三周内，但具体取决于您的疼痛水平和反应时间。您的恢复时间表可能有所不同；您的外科医生和物理治疗师将根据您的进展为您提供指导。

可能发生的問題

大多数患者恢复良好，但偶尔也会出现并发症。您的外科医生和医疗团队会密切监测您，以便尽早发现任何问题。

感染并不常见。您可能会注意到肘部切口周围出现加重的红肿或发热。该区域可能感到触痛或搏动性疼痛。您可能还会看到伤口有渗出液或出现发热。如果您注意到这些迹象，请立即联系诊所。不要等到下一次预约复查。

神经损伤是已知的风险。您可能会感到无名指和小指出现新的或加重的麻木、刺痛或无力。疼痛可能表现为锐痛或烧灼感，且与术前症状不同。如果您注意到这些变化，请在下次就诊时告知您的外科医生。他们将检查您的神经功能以确定下一步措施。

如果神经移位，可能会出现尺神经不稳定。您可能会感到肘部有弹响或 snapping（弹跳）感。该区域可能会变得触痛或肿胀。如果神经在转位后从其新位置滑脱，可能会发生这种情况。请将任何异常活动或疼痛报告给您的外科医生。他们可以评估神经是否需要调整。

前臂内侧皮神经损伤可能导致感觉改变。您可能会感到前臂内侧出现麻木或刺痛。该区域的症状与手部症状不同。如果您注意到前臂感觉持续改变，请向您的医疗团队提及。他们可以帮助管理不适，或确认其是否会随时间自行缓解。

症状可能会复发或持续存在。您可能会发现原始症状复发或未如预期改善。即使手术成功，也可能发生这种情况。如果您的症状加重或未改善，请与您的外科医生讨论。他们可以评估是否需要进一步治疗。

本页的并发症表格列出了典型的发生率，如果您需要了解具体数据，可参考该表格。

何时联系我们

如果您出现发热、伤口红肿加重或渗出，或突发剧烈疼痛，请立即联系我们。如发现小腿肿胀或呼吸困难，请前往急诊。如果您出现感觉丧失或肢体无法活动，请联系诊所。我们将帮助您安全康复。

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

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

肘管减压术

已发表文献中的并发症发生率

汇总自45项已发表的研究。这些是人群水平的发生率，而非您的个人风险——您的主刀医生将讨论适用于您的具体情况。

并发症	报告率	备注
持续性疼痛	11.8%	在后侧尺骨鹰嘴内侧髁切除术的研究中报告有轻度肘内侧疼痛。
切口麻木	5-10%	前臂内侧皮神经分支导致切口周围麻木；通常可改善。
暂时性神经功能障碍	5-15%	术后早期尺神经症状暂时加重；通常在数周内缓解。
血肿	5.0%	肘管手术前瞻性队列研究中报告的血肿发生率。
持续性或复发性症状	3.6%	症状可能持续3个月以上或复发，原位松解的长期翻修率为25%，而神经前置术为12%；成功率因疾病严重程度而异。
伤口裂开或血清肿	2.5%	伤口可能裂开或形成积液，通常采取保守治疗。
感染	2.17%	伤口感染可能需要抗生素治疗和伤口护理，深部感染可能需要手术清创；糖尿病、慢性肾病和肥胖患者风险较高。
尺神经不稳定或半脱位	1.9%	肘关节屈曲时，尺神经可能变得不稳定并在内侧髁上方半脱位，导致疼痛性弹响；这仅发生在原位松解术后，需翻修行神经前置术。
愈合延迟	1.9%	内镜下神经松解系列报道中有伤口愈合延迟。
翻修手术率	1.4%	约2.5%-11.1%的患者需要翻修手术，大多数翻修（78%）发生在术后3年内。
前臂内侧皮神经损伤	1.1%	该感觉神经可能在手术中受损，导致前臂内侧麻木、疼痛性神经瘤或触痛性瘢痕。
症状缓解不彻底	Rare	如果尺神经损伤时间较长，可能出现症状缓解不彻底。
主尺神经损伤	Rare	操作谨慎时，直接损伤主尺神经干的情况罕见。

并发症	报告率	备注
肘关节僵硬	Rare	通常通过物理治疗缓解。

我已阅读上述信息，并有机会向Hirpara医生询问了关于该手术、预期恢复过程以及上述并发症的问题。

患者 — 打印姓名

签名

日期