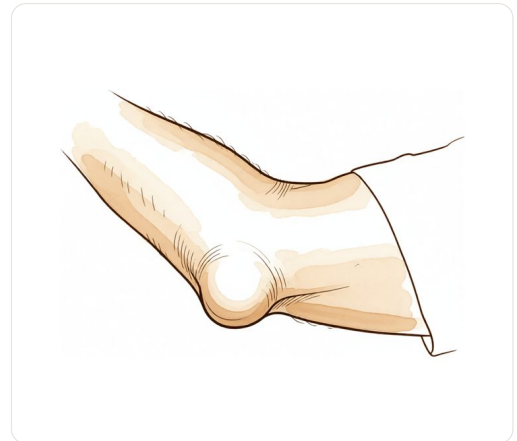


鹰嘴滑囊切除术 (Bursectomy)

鹰嘴滑囊炎：鹰嘴尖端上方肿胀、充满液体的滑囊，需通过滑囊切除术切除。

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。

快速恢复概览。综合自15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
1-2 weeks	3-6 weeks	6 weeks
Light use and desk-based work are often manageable within a week or two, taking care never to lean on the elbow.	Most normal activities and full use of the elbow return over roughly three to six weeks, once the wound has settled and the stitches are out.	Swelling has usually settled fully by around the six-week mark; pressure through the elbow tip is the last thing to reintroduce.

鹰嘴滑囊是一个位于肘部骨性尖端正上方的小型、充满滑液的囊袋。它的作用是使皮肤在屈伸肘关节时能够顺畅地在骨面上滑动。当滑囊发生炎症（由撞击、长期肘部支撑、痛风或类风湿关节炎或感染引起）时，滑囊内可积聚液体并肿胀，在肘尖形成一个触痛明显、有时外观令人担忧的肿块。这被称为鹰嘴滑囊炎，非常常见。

需要首先了解的重要一点是，大多数滑囊炎可自行缓解或通过简单措施得到控制，手术确实是最后的选择。我们仅在问题顽固不愈、其他所有治疗均无效的情况下才考虑切除滑囊。本页面将解释该手术的具体内容、术后恢复过程，以及最重要的是，诚实地说明为何该特定手术在愈合和复发方面遇到的问题比人们预期的更多。

为什么要切除滑囊？

在我们的诊所，Kieran Hirpara 医生会引导患者进行仔细评估，以明确诊断并首先探讨非手术选项。通常，我们仅在保守治疗未能对长期存在的问题提供足够缓解时才推荐手术。

肿胀滑囊的一线治疗几乎总是非手术的：休息肘部、避免倚靠肘部、服用抗炎药片，有时用针头抽吸液体（穿刺抽液），随后偶尔进行类固醇注射。对已发表证据的回顾发现，与非手术治疗相比，直接手术的问题缓解率较低且并发症较多，这正是我们首先尝试这些途径的原因。

仅在以下情况下考虑切除滑囊（“滑囊切除术”）：

- 尽管在数月的合理时间内进行了休息、活动调整、穿刺抽液和/或类固醇注射，滑囊炎仍呈**慢性或反复发作**，且确实给您带来困扰。
- 存在**复发性或已确立的感染**（化脓性滑囊），且未通过抗生素和引流得到清除。即使在此情况下，外科医生通常也先尝试引流和抗生素；研究表明，手术并不能可靠地为感染提供更好的长期结果，因此仅保留给那些无法缓解、有无法用针头引流的浓稠脓液或形成指向性脓肿的病例。
- 肘尖的骨赘反复刺激滑囊，此时可同期修整骨赘。

简而言之：此手术仅适用于那些确实无法控制的少数滑囊病例。如果您的肿胀是新发的、无痛且未感染，则手术极可能不是正确的选择。

手术内容

这通常作为日间手术进行，因此您预计当天即可回家，尽管偶尔患者需过夜留观。该手术采用**开放手术**方式：在肘尖处做一个小切口，仔细切除整个发炎的滑囊，然后缝合皮肤。如果滑囊下方存在骨性突起，可在此同时将其磨平。

麻醉通常采用**全身麻醉**（您完全入睡）或**区域神经阻滞**（手臂麻木，您保持清醒或轻度镇静），有时两者联合使用。您的麻醉师将在手术当天与您讨论最适合您的方案。

该手术相对较快，但技术难点不在于切除本身，而在于轻柔地处理脆弱的皮肤并良好地缝合；如下文所述，皮肤是容易出现问题的部分。

诚实的部分：愈合与复发

这是需要阅读两遍的部分，因为这是我们对该手术持谨慎态度的主要原因。

肘尖上方的皮肤薄、活动度大，且血液供应相对较差。此外，每当您将手臂靠在桌子、椅子或车门上时，该部位都会承受持续的压力。这种组合意味着**伤口愈合问题和滑囊复发（recurrence）是最可能出问题的两个方面**，其风险高于大多数同类规模的手术。并非手术难度大，而是肘部是一个对伤口极不友好的部位。

证据究竟说了什么？诚实地说，已发表的文献大多为小型病例系列研究，因此数据存在差异。一项针对接受滑囊切除术患者的较大型综述报告称，约九分之一的患者需要再次（翻修）手术，而患有类风湿关节

炎、糖尿病或双侧肘部滑囊炎的患者需要进一步手术的风险更高。特别是类风湿关节炎患者，更可能需要通过皮瓣移植来促进伤口愈合。研究报告显示，伤口并发症（如愈合延迟、伤口裂开、再次积液[血清肿]和感染）的发生率具有临床意义。核心要点并非某个精确的百分比，而是模式：该手术出现缓慢或棘手伤口的可能性高于常规，且肿胀复发的可能性确实存在。

我们会采取多项措施来增加您的有利因素，而**您的配合与我们的努力同等重要**：

- 手术期间**轻柔操作和仔细缝合**，并且（在适合病情的情况下）将切口避开肘尖正上方。
- 术后使用**加压包扎**以防止积液，有时还会使用**夹板**使肘部保持静止，直至皮肤愈合。
- 最重要的是：**不要倚靠肘部**。对愈合中肘部的压力是导致伤口裂开和滑囊复发的最大单一因素。在数周内避免对其施加重量，确实能改变您的手术结果。

以上内容并非为了吓退您。其目的是确保如果进行手术，您能清醒地认识风险，并理解术后康复指导并非可有可无的繁琐要求，而是保护手术效果的关键措施。

您的恢复过程

每个人的愈合速度各不相同，且您的主刀医生的具体指示始终优先，但以下是大致的恢复时间线。

第一至两周。 您的肘部会有厚厚的加压敷料覆盖，通常还配有夹板。保持敷料清洁干燥，在可能时抬高患肢以减轻肿胀，并按建议服用简单的止痛药。在最初这几周里，最有用的事情是**保持肘部静止并避免其后方受压**：不要将体重压在肘部上，不要倚靠桌子或扶手。通常允许进行轻柔的手指、手腕和肩部活动，这有助于防止僵硬。

缝线和敷料。 加压包扎通常在前几天保持，许多医生会要求您在之后数周内继续佩戴轻度加压（如弹性绷带）以预防积液再次形成。通常在术后 7 至 10 天在门诊拆除缝线，此时皮肤已有机会闭合。我们将在此时仔细检查伤口，因为肘部愈合可能较慢。

重新活动。 一旦伤口稳定且缝线拆除，您将逐渐恢复使用手臂。许多人可在大约**三至六周**内恢复大多数正常活动并完全使用肘部，肿胀完全消退通常需至六周左右。在皮肤成熟之前，您的医生可能会在早期限制提重物。

驾驶。 当您能够舒适地活动肘部、停用强效止痛药，并且能够安全地操控车辆及执行紧急制动时，即可恢复驾驶；对许多人来说，这大约需要几周时间，但这取决于哪一侧手臂以及您的愈合情况，因此请先咨询我们。

工作。 这完全取决于您的职业。从事办公室工作的人通常在一两周内即可胜任（注意不要倚靠肘部）。涉及重体力劳动、跪姿（肘部着地）或任何对肘部施加压力或牵拉的工作通常需要更长时间（数周），有时需要分阶段重返工作岗位。请告知我们您的工作内容，我们将提供针对性的建议。

始终牢记这一核心原则：**保护肘尖**。所有恢复规则的存在，都是为了给这块薄而辛勤工作的皮肤提供最好的愈合机会，使其一次性愈合且不再复发。

何时寻求帮助

术后出现轻微肿胀、瘀伤和不适是正常的。但是，如果您发现伤口愈合不良或出现感染迹象，请立即联系您的外科医生、全科医生或夜间急诊诊所，迹象包括：

- 术后前几天后，伤口周围出现扩散的**发红**、加重的**发热**或加剧的**疼痛**。
- 伤口**裂开**、渗出**液体或脓液**，或有难闻的气味。
- **发烧**、全身不适或发冷。
- 肘部再次明显肿胀：这可能意味着液体重新积聚。

另外，与任何手术一样，血栓是一种罕见但严重的风险。如果出现疼痛、肿胀、发热的小腿，或（更紧急地）突然出现的**呼吸急促、胸痛或咳血**，请**直接前往急诊科**（或拨打急救电话）。这些可能是腿部或肺部血栓的迹象，需要立即评估。

如果您不确定某些情况是否正常，咨询总是更好的选择。我们宁愿尽早检查伤口并让您放心，也不愿小问题演变成大问题，尤其是在肘部，早期关注愈合不良的伤口能产生显著影响。

鹰嘴滑囊切除术 (Bursectomy)

已发表文献中的并发症发生率

汇总自15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
Wound-healing problems	4-30%	The thin skin over the elbow tip heals slowly. A large modern series reported delayed wound healing in 4% of 191 bursectomies; a dedicated complications series of 37 operations found prolonged wound ooze in 27%, lasting a month on average, and a recent series reported wound complications in about 30%. Keeping all pressure off the elbow is the biggest protector.
Recurrence (the swelling returns)	22%	In a dedicated complications series, the bursa re-formed in 22% of operations, on average about seven weeks afterwards. Most were managed with aspiration, but a few needed further surgery. Pressure returning to the elbow tip too early is a major driver.
Uneventful healing	43%	In that same series, fewer than half of operations (43%) healed straightforwardly with no complication at all — the clearest single reason we treat this operation as a last resort.
Further (revision) surgery	11.5%	Around one in nine patients needs a further operation; women, rheumatoid arthritis, diabetes and bursitis on both elbows raise this risk, and flap surgery to close the wound was needed in 2.6%.
Deep infection (osteomyelitis)	4%	Infection reaching the bone occurred in 4% of a large series; wound infection risk is why pressure and knocks on the healing elbow matter so much.
Ongoing pain or dissatisfaction	—	Some people remain dissatisfied even after a technically successful excision. Manual workers whose bursitis came from years of leaning on the elbow, and who have a bone spur at the elbow tip, tend to do less well than those whose bursitis followed an infection or a one-off problem.

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