

髋关节镜

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。

恢复概览。综合自100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
2-4 weeks	3-4 months	12-60 months
术后2至4周恢复驾驶通常被认为是安全的，右侧手术患者的制动功能通常在1-2周内恢复正常。	恢复工作的平均时间为115天（约3.5个月），运动员通常在此时间范围内以较高的比例恢复运动。	具有临床意义的疗效以及患者报告改善的平稳期通常在术后1至5年进行评估。

为何建议进行此手术

我们建议进行此手术的主要原因是由髋关节前方多余骨质引起的盂唇和软骨磨损，这种情况称为股骨髋臼撞击综合征（FAI）。该手术也可用于治疗盂唇撕裂、游离软骨碎片以及某些导致髋关节不稳定的病因。

我们通常首先尝试非手术治疗，例如改变活动方式并与理疗师合作。当这些措施未能带来足够改善时，才会考虑手术。手术的目的是缓解您的腹股沟疼痛，并帮助您在行走、坐位、跑步和转身时减少挤压感。在具备适当手术指征的情况下，各年龄段的患者均可获得改善，且该手术旨在延缓关节炎的进展。

术前

在手术前的几周，我们将通过影像学检查（如X光、MRI或超声）来确认手术方案，并告知您需要完成哪些扫描检查。手术当天，请提前七小时停止进食和饮水。我们要求提前七小时禁食禁水，以便如果手术室排班提前，可以提前安排您的手术。某些药物需要在术前暂停使用，您的外科医生会就您个人的用药情况提供具体指示。请携带一份您正在服用的所有药物的书面清单，包括任何补充剂。请安排他人在术后送您回家，因为您将无法自行驾驶。请穿着宽松、舒适且易于穿脱的衣物。如果您有其他基础疾病，可能还需要在手术日前进行血液检查或接受麻醉医生的评估。

手术当天

您将抵达医院的手术入院病区，在此办理入院手续并进行术前准备。随后，您将与麻醉师见面，麻醉师负责实施麻醉并在手术期间照看您。该手术在全身麻醉下进行。有时会追加区域神经阻滞以缓解术后疼痛；麻醉师将在当天就此与您讨论。之后，您将被带入手术室进行手术。

手术结束后，您将在复苏区苏醒。护士会在此监测您的状况，直至麻醉消退。一旦您的生命体征平稳，根据手术类型及恢复情况，您将被转入病房或当天出院。

手术内容

髋关节镜手术是一种微创手术。外科医生会在您的髋部周围做两个或三个小切口，每个切口长约1厘米。通过这些切口，医生将细长的摄像头和小型器械置入关节内。

在器械置入之前，您的腿部会被施加轻柔的牵引。这意味着腿部会被稳定地牵拉以打开关节，在股骨头与髌臼之间创造出一个小的操作空间。X射线引导有助于外科医生找到小切口的正确位置，并在髋关节内安全地进行操作。

进入关节后，外科医生将处理影像学检查中发现的问题。对于髋关节撞击综合征（FAI），这意味着修剪髋关节前方多余的骨骼，这些骨骼正在挤压盂唇和软骨。撕裂的盂唇可以被磨平或修复。松动的软骨碎片可以被移除。目标是防止骨骼在运动过程中发生卡压，并保护关节面。

手术结束时，外科医生会缝合关节周围的组织层，即关节囊。将此层缝合有助于在愈合过程中保持髋关节的稳定。随后，小的皮肤切口会用缝线闭合，并覆盖敷料。

该手术处理髋关节不同部位的问题：中央间室（主要的球窝关节）、周间室（关节衬里外侧）以及大转子周围间室（髋关节外侧，部分肌腱附着处）。您的外科医生将解释您的病例涉及哪些区域。

术后

您将在恢复区苏醒，待病情稳定后转入病房。您的髋部会感到疼痛和僵硬，护士会为您给予镇痛药物以缓解不适。回家后，前24小时内需有人陪护。切口处会覆盖敷料，敷料通常保留约10天；除非我们告知您，否则请勿提前拆除。我们会在复诊时为您更换或拆除敷料。大多数患者在手术后不久即可开始使用拐杖行走，物理治疗师将指导您的最初步态。医疗团队会告知您是当天出院还是在医院留观一晚。

恢复

术后最初几天，您的髋部会感到疼痛和僵硬。髋部和大腿周围的肿胀属于正常现象，并会随着时间推移而消退。休息、冰敷以及为您开具的止痛药将有助于缓解不适。请按照前文所述，保持敷料约10天。

在早期阶段，您将使用拐杖行走，物理治疗师将指导您的最初几步。您将在术后不久开始进行温和的锻炼。这些锻炼可以在家中进行，也可以参加正式的物理治疗课程；两种方式均有效，您可以根据自身情况

选择。您的康复计划将围绕您个人的目标和日常需求制定，物理治疗师将密切监测您的进展，以避免刺激髋部周围的软组织。

随着疼痛的消退，您会首先注意到步态的恢复。在康复早期阶段，随着活动的增加，您的步幅、步行速度和日常步数将逐渐恢复。一旦您的外科医生允许您驾驶，且您已停用强效止痛药并能在紧急制动时做出反应，您即可恢复驾驶。我们单独的指南详细说明了相关规定。当您的力量和活动能力恢复后，您可以按照团队与您共同设定的里程碑，返回工作岗位，并在稍后恢复体育运动。

每个人的恢复情况各不相同。您的时间表可能有所不同，您的外科医生和物理治疗师将在每个阶段为您提供指导。

可能出现的问题

大多数患者恢复良好，但偶尔会出现问题。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。

一些患者在手术后可能会注意到髋部、腹股沟或大腿周围出现麻木、刺痛或感觉异常的斑块。这被称为神经失用症（neurapraxia），是一种暂时的神经刺激。它通常会自行缓解，但如果未缓解，请在下次复诊时告知您的外科医生。如果突然出现麻木或无力且未缓解，应更早报告。

手术期间，腿部会保持在牵引状态，这意味着会持续牵拉以打开关节。这种压力偶尔会刺激神经或影响腹股沟或臀部附近的皮肤。如果您注意到皮肤出现疼痛斑块，或腹股沟或生殖器区域出现刺痛，请告知您的医疗团队。

器械通过小切口置入关节内部，在置入过程中偶尔可能会划伤软骨或盂唇。您的外科医生会仔细操作以避免这种情况。如果手术后几周内您的髋部感觉变差而非变好，请在复诊时提出。

此手术后，髋关节偶尔会变得不稳定，在极少数情况下可能发生脱位。脱位意味着股骨头从髋臼中脱出。如果您的髋部突然失去支撑、卡住或无法活动，请前往急诊科。

髋部下方股骨骨折是一种罕见的并发症。手术后大腿或腹股沟出现突然的剧烈疼痛，尤其是在腿部负重时，需要紧急处理。

任何手术后，腿部静脉中都可能形成血凝块。注意观察小腿是否出现突然的肿胀、发热或压痛。如有这些迹象，请立即报告。您的医疗团队将评估您自身的风险因素，并决定您是否需要服用预防血凝块的药物。

感染并不常见。如果小切口周围的皮肤发红、发热、肿胀或渗出液体，或者您感觉发烧，请立即联系诊所。

一些髋关节会发展为僵硬，或关节周围软组织中出现新骨形成的小斑块。如果感觉有咔哒声或研磨感，或者运动后活动度仍无法改善，值得在复诊时提出。

少数人后来需要进一步手术，无论是另一种关节镜手术，还是在某些情况下进行髋关节置换术。如果您的疼痛复发或从未完全缓解，您的外科医生将重新评估您并讨论相关选项。

如果您想了解具体细节，本页的并发症表列出了典型的比率。

何时联系我们

大多数问题会在术后最初几天或几周内出现。如果您感到发热，或切口周围的皮肤发红、发热、肿胀或开始渗出液体，请致电我们。如果您的腿部突然肿胀、发热或压痛，请致电我们。如果您突然出现呼吸急促或胸痛，请前往急诊。如果您腿部出现新的麻木、刺痛或无力且未缓解，或腹股沟或臀部附近出现疼痛的皮肤斑块，请告知我们。如果您髋部、大腿或腹股沟出现突然的剧烈疼痛，尤其是在腿部负重时，请前往急诊。如果您的髋部突然失去支撑、锁定或无法活动，请前往急诊。

髌关节镜

已发表文献中的并发症发生率

汇总自100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	报告的发生率	备注
主要并发症	0.41-0.58%	总体主要并发症发生率较低，具体研究报告的发生率在0.41%至0.58%之间。
次要并发症	4.1%	在初次髌关节镜手术研究中，次要并发症发生率报告为4.1%。
总体并发症	6.9%	部分研究报告总体并发症发生率为6.9%，高于文献中此前报告的数据。
神经损伤	0.21-0.54%	神经损伤的发生率从6个月时的0.21%到24个月时的0.54%不等；大多数神经问题是暂时的，永久性损伤很少见。
神经失用	1.9-3.8%	一过性神经感觉异常或神经失用（例如，股外侧皮神经、阴部神经）发生在1.9%至3.8%的髌关节中，部分系列研究报告发生率接近50%。
静脉血栓栓塞	2.0%	有症状的术后静脉血栓栓塞（VTE）发生率较低，部分研究报告为2.0%，提示对于低风险患者可能无需预防。
感染	<0.5%	手术部位感染率较低；术前关节内注射后发生术后感染的情况罕见（<0.5%）。
异位骨化	0.07-0.21%	异位骨化发生率从6个月时的0.07%到24个月时的0.21%不等。
翻修手术	3.7-5.2%	髌关节镜翻修手术的发生率在3.7%至5.2%之间，5年二次手术率为4.9%。
转换为全髌关节置换术	2.1-9.3%	2.1%至9.3%的患者转换为全髌关节置换术，平均转换时间约为45.7个月。
医源性软骨-孟唇损伤	—	医源性软骨-孟唇损伤是系统综述中报告最多的并发症，发生在进入中央间隙的过程中。
僵硬	—	与膝关节镜相比，髌关节镜队列在术后6、12和24个月的僵硬程度显著更高。
骨坏死	—	无血管坏死是报告的并发症之一，其发生率在髌关节镜队列中高于膝关节镜。

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 — 姓名（正楷）

签名

日期