

胫骨高位截骨术

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120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
6 weeks 在保守康复方案中，完全负重步行通常始于术后6周。	6-12 months 大多数患者恢复运动水平等于或高于术前水平，良好的临床结果允许其恢复休闲活动。	12 months 疼痛/力量结局的最大改善和平台期通常在术后第一年内出现。

为何建议进行此手术

该手术涉及对小腿主要骨骼——胫骨进行切割和重塑，以使您的体重从膝关节磨损部位转移开。我们通常建议年龄较轻且活动量较大（通常 60 岁以下）的人群进行此手术，特别是那些膝关节仅部分区域而非整个关节存在关节炎的患者。该手术适合从事体力劳动或希望继续参与体育运动的人群。

手术的目的是缓解疼痛，让您在保留自身膝关节的同时保持活动能力。该手术在 5 年时的存活率超过 96%。我们将与您讨论该手术是否适合您，并共同做出决定。

术前准备

一旦决定进行手术，我们会仔细制定手术计划。您需要拍摄站立位X光片，有时还需要进行磁共振成像（MRI）扫描，该检查利用磁场显示膝关节的软组织。这些影像可显示磨损软骨的位置，帮助我们精确确定骨骼重塑的程度。大多数患者无需其他检查。如果您有其他基础疾病，可能需要进行血液检查或由麻醉师（负责实施麻醉的医生）进行评估。在手术前的几天内，我们会告知您需要停用哪些药物以及停用的时间。手术前7小时内请勿进食或饮水；我们要求禁食时间略长于常规，以便如果手术排程提前，您的手术时间可以相应提前。请安排他人驾车送您回家，并穿着宽松舒适的衣物。

手术当天

您抵达医院的手术入院单元，在此办理入院手续并进行术前准备。您将见到麻醉师，即负责让您进入睡眠状态的医生。本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。随后，您将被带入手术室，手术在此进行。

您将在复苏区醒来，护士会在此看护您，直至麻醉药效消退。一旦您的生命体征稳定，根据手术类型及您的恢复情况，您将被转入病房或直接回家。

手术内容

手术通过膝关节内侧、胫骨上部的切口进行，胫骨是下肢的主要骨骼。外科医生将大部分切开该骨骼，然后轻轻撑开切口，从而改变膝关节下方骨骼的角度。这会将您的体重转移到关节中更健康、磨损较少的侧面上。

一旦骨骼处于预定位置，带有螺钉的金属板将固定骨骼直至其愈合。金属板保留在您的膝关节内。在某些情况下，它后来会通过同一区域取出，这可以缓解部分患者的症状。随后，切口被缝合并用敷料覆盖。

这一切的目的是减轻膝关节磨损部分的负荷，这正是缓解疼痛的原因。外科医生在手术前会根据您的站立位X光片仔细规划矫正方案，以确保骨骼被精确地打开至为您腿部计算出的量。

术后

您将在复苏病房醒来，护士会在此监护您直至麻醉消退。您的膝关节将覆盖敷料，随着麻木感消退，您可能会感到一些疼痛。护士会为您用药以缓解不适。物理治疗师可能会在手术当天或次日早晨协助您使用拐杖站立并行走几步。回家后，前24小时内应有人陪伴您。您的医疗团队会告知您是当天回家还是在医院过夜。我们会保留敷料约10天；除非我们告知您，否则请勿在此之前拆除。我们会在复诊时为您更换或拆除敷料。

恢复

最初几天以舒适为主。您的膝盖会疼痛、肿胀，切口附近的皮肤可能会感觉紧绷。止痛药有助于控制疼痛，抬高腿部休息有助于减轻肿胀。有些人最初会注意到肿胀在傍晚时更为明显。用毛巾包裹冰袋敷敷可以缓解这种情况。

起初您需要使用拐杖行走，在骨骼愈合期间，仅将部分体重通过腿部传递。物理治疗师将指导您的锻炼。这些锻炼从轻柔的动作开始，活动膝盖并保持大腿肌肉工作，然后随着骨骼愈合逐渐加强。敷料大约保留10天；我们在复诊时会更换或拆除敷料。

在日常生活中，您在一段时间内需要他人协助上下楼梯和购物。您可以在屋内活动，抬高腿部休息，并每天多次进行锻炼。通常仰卧并支撑腿部是最舒适的睡姿。一旦我们告知可以拆除敷料，您就可以淋浴了。

恢复的关键节点取决于事件，而非具体日期。一旦骨骼愈合到足以承受完全体重，行走会变得更加稳定，拐杖会逐渐停用。随着力量恢复，您可以开始更长的步行，然后根据膝盖状况返回工作和运动。大多数人恢复到与术前相同或更好的运动水平。

每个人的恢复情况各不相同。您的外科医生和物理治疗师将指导您的恢复时间表。

可能出现的问题

大多数患者恢复良好，但偶尔也可能出现问题。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。

骨骼可能愈合缓慢，或在极少数情况下完全无法愈合。您可能会注意到切口部位出现持续不缓解的疼痛，或感觉膝关节不稳。如果发生这种情况，请在下次复诊时告知医生。

金属内固定板有时可能会引起不适。这通常表现为内固定板区域的酸痛或压痛，尤其在寒冷天气或活动后更为明显。如果这让您感到困扰，日后可以通过同一区域的小切口将内固定板取出。请在复诊时提及此情况。

感染并不常见，但有可能发生。请留意伤口周围发红扩散、局部发热、肿胀加重而非减轻，或切口有液体渗出。您可能会感到发热。如果发现上述任何症状，请立即致电诊所。

腿部深静脉可能形成血栓。这表现为小腿突然肿胀和压痛，有时皮肤感觉发热。如果发现这种情况，请在当天联系诊所。如果您出现呼吸困难或胸痛，请前往急诊科。

膝关节附近的神经可能在手术过程中受到挫伤。这可能表现为足部或脚趾麻木、刺痛或无力，或抬脚困难。其中许多症状会自行缓解。如果您注意到这些情况，请在下次复诊时告知您的外科医生。

矫正后的骨骼在极少数情况下可能滑回原来的位置。您可能会注意到膝关节逐渐再次感觉错位，或磨损侧疼痛复发。请在复诊时提及此情况。

其他问题可能包括手术过程中发生骨折、膝关节僵硬，或一种罕见的疼痛状况，该状况会导致在正常愈合期之后出现烧灼感、敏感性和肿胀。您的医疗团队会及时发现这些问题并与您共同管理。

本页上的并发症表格列出了典型发生率，如果您想了解具体数据，可查阅该表。

何时联系我们

大多数问题会在早期出现，我们更希望尽早得知。如果您出现发热、伤口周围发红范围扩大，或切口有液体渗出，请致电我们。如果您的小腿突然肿胀且触痛，请在当天联系我们。如果您出现呼吸困难或胸痛，请立即前往急诊。如果您腿部或足部失去感觉，或无法活动，请立即前往急诊。如果疼痛突然明显加重，或肿胀在最初几天后持续增大，请致电我们。

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

胫骨高位截骨术

已发表文献中的并发症发生率

汇总自120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
一般并发症	10-15%	胫骨高位截骨术的预期术后并发症发生率。
需要非计划手术的严重并发症	6.5%	使用Tomofix锁定钢板的研究中发现严重并发症发生率较低。
骨不连	—	在开放楔形截骨术中更为常见，尤其是矫正角度较大的病例；内侧开放楔形病例中93%获得了无并发症的愈合。
深静脉血栓	44.7%	开放楔形胫骨高位截骨术后早期深静脉血栓的总体发生率；危险因素包括女性、糖尿病和高脂血症。
腓总神经损伤	—	最常与腓骨截骨有关；在闭合楔形截骨术中更为常见；部分系列报道了暂时性功能障碍。
感染（浅表）	2.9%	感染的术后并发症发生率；危险因素包括人工骨移植和麻醉时间较长。
感染（深部）	—	在年轻且活跃的患者队列中，已记录到通过清创和抗生素治疗处理的深部感染。
矫正丢失	1.2%	术后并发症发生率；复发归因于初始矫正不足，可通过过度矫正至正常外翻角以上来缓解。
内固定物取出	33.3%	接受内侧开放楔形胫骨高位截骨术的患者因不耐受而取出钢板的发生率；内侧闭合楔形病例中报告了67.2%的内固定物取出。
铰链骨折	2.9%	内侧闭合楔形胫骨高位截骨术中发生术中外侧铰链骨折，需要额外固定。
髌骨低位	—	在胫骨高位截骨术后更为常见；因素包括髌腱缩短和截骨部位的新骨形成。
僵硬	—	部分病例中的残余僵硬通过非手术方式管理；由于腓肠肌张力增加，可发生暂时性膝关节屈曲挛缩。

并发症	报告的发生率	备注
血管损伤	—	胸动脉断裂和桡神经麻痹罕见但有记录；保护取决于牵开器的放置。

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