

肩关节前侧稳定术

关节镜下Bankart损伤图像——肩关节脱位后前唇撕裂。

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。

快速恢复概览。综合自80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	大多数日常活动	最终结果平台期
办公工作、驾驶、日常任务	体力劳动、运动、健身	疼痛和力量
2-6 weeks	4-6 months	12-24 months
术后2至6周内通常可恢复办公室工作及轻度日常活动。	通常预计术后4至6个月可恢复运动及重体力劳动，尽管接触性运动员面临较高的复发风险。	患者报告结局的功能改善达到峰值及进入平台期通常在术后12至24个月观察到。

为何建议进行此项手术

本页面反映了罗克汉普顿 Mater 私人医院上肢外科医生 Kieran Hirpara 博士在诊所中对此类手术的处理方式。当您的肩膀反复脱位时，我们建议进行肩关节前侧稳定术。该手术采用关节镜技术，通过两个或三个小切口，并将小型摄像头置入关节内，以修复受损组织。

我们通常首先尝试非手术治疗。这包括调整活动方式、物理治疗、夹板固定和注射治疗。当这些方法未能带来足够改善时，我们会考虑手术。对于结构性或急性问题，我们可能会立即建议手术。主要益处在于恢复稳定性，以防止进一步脱位。这有助于您恢复功能并减轻疼痛。

手术前

您必须在手术前禁食六小时。仅在您的外科医生建议后，才停止服用抗凝药物。安排一位负责任的成年人开车送您回家。带上所有当前用药的清单，并穿着宽松、舒适的衣物。您的外科医生会开具X光或MRI检查，以评估是否存在骨质流失或孟唇撕裂。您可能还需要进行血液检查和麻醉评估，以确保您适合接受手术。该手术采用关节镜（钥匙孔）入路，通过两个或三个小切口，并将小型摄像头置入关节内。

手术当天

您将在手术当天抵达医院办理入院，并在手术前与麻醉医生见面。该手术将在全身麻醉联合区域神经阻滞下进行。手术过程中您将完全处于睡眠状态，而神经阻滞（在麻醉苏醒前注射以阻断支配手臂的神经，从而提供术后12至24小时的镇痛效果）将在您苏醒后提供疼痛缓解。麻醉医生将在手术前与您见面，并向您详细解释这两个部分。

您的外科医生将采用关节镜技术进行手术。这意味着我们将使用两到三个小切口，并将微型摄像头置入关节内以引导修复操作。本手术不使用大型开放切口。手术完成后，您将在复苏区苏醒，我们的团队将在此监测您的舒适度，并确保您在出院前生命体征稳定。

手术过程

您的外科医生采用关节镜技术进行此手术，即微创手术。这需要在您肩膀前方做两到三个小切口，每个切口长约1厘米。通过这些小切口，您的外科医生将微型摄像头和专用器械插入关节。这使您的外科医生能够在保持切口较小的同时清晰地观察关节内部。

在关节内部，您的外科医生修复撕裂的孟唇，即帮助将肩胛骨固定在位的软骨环。为此，您的外科医生将小型锚钉植入骨骼。这些锚钉像微型钩子或螺钉一样，将修复部位固定到位。您的外科医生确保使用至少四个锚钉点来固定肩膀。锚钉之间的间距为5至8毫米，以提供稳定的固定。

如果您的肩膀存在明显的骨质缺损，您的外科医生可能会进行关节镜下Latarjet手术。在这种情况下，您的外科医生会将锁骨区域的一小块骨头移至肩胛盂前方。这块骨块用两枚螺钉固定。该技术使您的外科医生能够通过关节镜治疗不稳，而无需进行传统的大切口手术。

修复完成后，您的外科医生使用缝线或医用胶闭合小切口。并敷上敷料以保护该区域。整个手术均通过这些小型微创通道完成，避免了传统大切口手术的需要。

术后

您将在复苏室苏醒。我们会使用常规药物为您管理疼痛。您的肩部会用吊带固定，并覆盖无菌敷料。大多数患者在此手术后需住院一晚，但部分患者可在当天回家。术后24小时内需有人陪同。我们采用关节镜（微创）技术，通过两到三个小切口并在关节内置入小型摄像头进行操作。任何肩部手术后至少六周内不得驾驶，无论手术哪一侧手臂。佩戴吊带者严禁驾驶。经您的外科医生评估许可后（通常在六周复查时），方可恢复驾驶。详见[上肢手术后驾驶](#)。

恢复

您的肩部会有两到三个小切口，关节内会置入微型摄像头。早期出现肿胀和僵硬是正常的。我们通过冰敷、抬高患肢以及处方止痛药来控制症状。您的手臂需佩戴吊带以保护修复部位，促进组织愈合。

日常生活将迅速发生变化。您需要他人协助穿衣、做饭和洗澡。睡眠可能受到影响；用枕头垫高上半身通常会有所帮助。在物理治疗师的指导下，您将很快开始进行轻柔的活动。我们专注于安全的关节活动度练习，以防止僵硬，同时避免对修复部位造成应力。随着肿胀消退，您将逐渐恢复对肩部肌肉的控制。

恢复日常活动的时间取决于您的愈合情况，而非单纯的时间推移。佩戴吊带期间不能驾驶。我们的政策规定，任何肩部手术后至少六周内不得驾驶，无论手术哪一侧手臂。经您的外科医生评估许可后（通常在六周复查时），方可恢复驾驶。详见[上肢手术后的驾驶](#)。

个体间的恢复情况存在差异。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指导您完成康复的每个阶段。

可能出现的并发症

大多数患者恢复良好，但偶尔也会出现一些问题。您的外科医生和医疗团队会密切监测您的情况，以便尽早发现任何异常。

您可能会感到肩膀僵硬或紧绷。这是关节愈合过程中的常见现象。轻柔的活动有助于缓解，但切勿强行活动。如果僵硬感未随处方锻炼改善，请在下次复诊时告知我们。

部分患者可能会感到肩膀不稳定或松弛。在日常活动中，您可能会感觉关节有滑脱或无力感。如果修复未能牢固固定，可能会出现这种情况。如果您出现这种感觉，请联系我们的诊所获取建议。

任何手术都存在感染风险。您可能会注意到小切口周围出现加重的红肿或发热。该区域可能会变得更痛，而不是疼痛减轻。您还可能出现发热。如果出现这些迹象，请立即致电我们的诊所或前往急诊科。

神经刺激可能导致手臂或手部出现刺痛、麻木或无力。这种感觉通常像针刺感或烧灼感。虽然这种情况通常会自行缓解，但持续性症状需要关注。请立即向您的外科医生报告任何新的麻木或无力症状。

肩关节手术后血栓形成虽罕见，但后果严重。如果您在手臂或手部出现突发肿胀、疼痛或发红，请立即寻求紧急医疗护理。切勿忽视这些症状。

如果用于修复组织的锚钉或螺钉松动或刺激周围组织，可能会出现内固定相关问题。您在活动手臂时可能会感到咔哒声、摩擦感或锐痛。如果您注意到特定活动时出现新发疼痛，请在下次检查时提出。

本页面底部的并发症表格列出了典型的发生率，如需具体数据请参阅。

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。若发现小腿肿胀、呼吸困难、感觉丧失或肢体无法活动，请前往急诊。这些症状需要紧急评估。我们将协助您在康复期间确保安全。

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@cupperlimb.com.au • cupperlimb.com.au

肩关节前侧稳定术

已发表文献中的并发症发生率

汇总自80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
长期骨关节炎	20-47%	在长期随访（10年以上）中，20-47%的患者会出现盂肱关节骨关节炎，具体比例取决于术前软骨损伤程度、术前脱位次数以及锚钉类型。
复发性不稳	17.0%	肩关节复发性不稳是最常见的并发症；年轻患者（20-25岁以下）、接触性运动员、存在骨缺损患者以及术前脱位次数超过5次的患者复发风险较高。
肩胛下肌功能障碍	10.0%	尽管关节镜技术避免了切断肩胛下肌，但仍罕见发生功能障碍，导致内旋活动时力量减弱。
需翻修手术的治疗失败	7.8%	约2.4-5%的患者因复发性不稳、持续性疼痛或其他并发症需要接受肩关节翻修稳定术。
神经压迫综合征	5%	约5%的患者术后手部出现麻木感，可能是腕管综合征或肘管综合征，大多数患者在手臂脱离悬吊带后症状改善。
血肿	1.6%	需清除或观察的术后血肿；在Latarjet手术中更为常见。
活动度丧失及僵硬	0.32%	术后僵硬很常见；关节活动极限处（通常为外旋5-10度）发生轻微的永久性活动度丧失，但通常不会导致功能障碍。
持续性疼痛或满意度低	0.17%	尽管稳定术成功，部分患者仍经历持续的肩部不适，表现为疼痛、功能受限或无法恢复到之前的活动水平。
神经损伤	0.07%	腋神经损伤是最常见的神经损伤，可能导致肩部无力、肩部外侧麻木以及抬臂困难。
锚钉相关并发症	0.05%	缝合锚钉可能从骨中拔出、移位、刺激肩关节或损伤关节软骨，可能需要再次手术。
感染	0.03%	关节镜肩关节术后深部感染罕见，可能需要多次冲洗并移除缝合锚钉，同时长期静脉注射抗生素。

并发症	报告率	备注
软骨损伤	Rare	在放置锚钉过程中或脱位本身可能导致肱骨头或孟唇关节软骨损伤。这会增加长期骨关节炎的风险。
邮票样骨折	Rare	由缝合锚钉放置引起的孟唇边缘小骨折；通常不影响稳定性，但可能需要重新定位锚钉。

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