

肱二头肌腱固定术

肱二头肌长头腱——锚定于孟顶，是常见的疼痛来源，可通过肱二头肌腱固定术进行处理。

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85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 患者通常在术后2至6周内可恢复办公室工作和轻度活动，期间需佩戴悬吊带约3至4周。	5-8 months 大多数患者在术后5至8个月内达到具有临床意义的结果，并恢复至术前的活动水平。	13 months 具有临床意义的结果通常在术后13个月时获得，功能在此时达到完全稳定平台期。

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 博士在门诊中的诊疗思路。您需经全科医生或物理治疗师转诊至我院门诊。门诊评估用于明确诊断。对于病程较长的病例，我们通常首先尝试非手术治疗。若非手术治疗未能带来足够改善，则考虑手术治疗。

肱二头肌腱固定术将肱二头肌长头肌腱重新固定于上臂骨（肱骨）。此举可缓解疼痛并恢复功能。大多数患者在单纯肱二头肌腱固定术后 5 至 8 个月内获得显著改善。部分患者需至 13 个月方可达到最终疗效。术后 2 年时，该手术显示出较高的长期存活率。我们采用关节镜技术进行此手术，通过两个或三个小切口及置入关节内的小型摄像头进行操作。该入路旨在缓解疼痛并改善您的肩关节功能。

手术前

您需要进行普通的X光检查，可能还需要进行MRI检查，以在手术前评估您的肩部和肱二头肌肌腱。这些影像检查有助于您的外科医生规划手术。请安排一名人员于术后驾车送您回家。在麻醉前，您必须禁食禁水一段规定时间。请携带所有当前用药清单与您的外科医生讨论，因为某些药物可能需要暂停。手术当天请穿着宽松舒适的衣物。我们将提前与您一起评估您的健康状况和麻醉需求，以确保您为关节镜微创手术做好准备。

手术当天

您到达医院后，将由我们的护理团队办理入院手续。他们将协助您调整至舒适体位，并为您的手术做好准备。本手术采用全身麻醉联合区域神经阻滞。手术过程中您将完全处于睡眠状态；神经阻滞（在苏醒前注射以麻醉支配手臂的神经）可在术后最初12至24小时内提供镇痛效果。麻醉医师将在术前与您会面，并向您详细说明麻醉的两个部分。

准备就绪后，我们的团队将带您进入手术室。您的主刀医生将通过关节镜技术进行手术，使用两到三个小切口。将微型摄像头置入关节内以引导修复操作。手术完成后，您将在我们的复苏区苏醒。医护人员将监测您的舒适度，并在您启程回家前确保您生命体征平稳。

手术内容

您的外科医生将采用关节镜技术进行此手术。这意味着使用两个或三个长约1厘米的小钥匙孔切口，而不是一个大的切口。一个小摄像头通过其中一个开口插入，以便您的外科医生可以在屏幕上观察肩关节内部。

首先，您的外科医生将检查关节以识别受损组织。如果肱二头肌肌腱发生半脱位（滑出原位）或有明显的磨损，关节内的受损部分将被移除。在极少数情况下，如果肩袖健康，肌腱可能会被放回其沟槽中并用缝线固定。更常见的情况是，手术涉及将肱二头肌长头肌腱从其位于肩顶部的附着点分离。

接下来，您的外科医生移至上臂骨（肱骨）前方的小切口处。分离的肌腱被向下拉并牢固地固定在骨骼上准备好的槽中。这是通过使用小锚钉或螺钉将肌腱固定在原位来完成的。这种重新附着稳定了肌腱，防止其滑动或引起疼痛。

一旦固定牢固，您的外科医生将用缝线缝合小切口。在该区域敷上敷料。整个过程通常需要45到90分钟，具体取决于您特定肩部病情的复杂程度。

术后

您将在复苏室苏醒，手臂用吊带固定。大多数患者术后需住院一晚，但部分患者可在当天回家。我们会提供止痛药以确保您的舒适。在前几天，请保持敷料干燥且完整。前24小时内必须有人陪伴您。这是一种关节镜（钥匙孔）手术，通过两个或三个小切口，并将一个小摄像头置入关节内。任何肩部手术后至少六周内均不得驾驶，无论哪一侧手臂接受了手术。详情请参阅[上肢手术后的驾驶](#)。

恢复

您将会有两到三个小型的微创切口。一个微型摄像头帮助您的外科医生在肩关节内引导器械。这种方法使切口保持较小，并帮助您的身体从内而外愈合。

在最初几天，您的肩膀会感到酸痛和肿胀。这是正常的。您将佩戴悬带以保护修复部位，同时组织开始稳定。您的物理治疗师将指导您进行轻柔的活动，以保持关节活动度，同时不拉伤新的附着点。您可以使用处方药物和放在悬带上的冰袋来缓解不适。

随着肿胀消退，您将开始更积极的锻炼。您将学习如何安全地移动手臂以完成穿衣或进食等日常任务。起初睡眠可能会有些困难；用枕头支撑自己通常会有所帮助。在佩戴悬带期间，您不能开车。您的外科医生会在六周复查时确认您可以开车，前提是已完全控制手臂且无疼痛。您可以在我们的[上肢手术后驾驶指南](#)中阅读更多内容。

恢复是一个渐进的过程。随着您完成康复锻炼，您会感到越来越强壮。您的恢复时间可能与他人不同；您的外科医生和物理治疗师将根据您肩膀的反应为您提供指导。

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，以便尽早发现任何异常。

上臂疼痛或抽筋是翻修手术的常见原因。您可能会感到深部的酸痛或紧绷感，且普通止痛药无法缓解。如果这种疼痛在初步恢复期后持续存在或加重，请致电诊所讨论您的症状。

肌腱再次断裂是另一种可能出现的问题。您可能会听到突然的“啪”声，随后手臂疼痛加剧并出现无力。这可能导致您难以提起物体或弯曲肘部。如果出现这种情况，请立即联系诊所进行评估。

肩关节僵硬是已知的风险，尤其在使用某些手术技术时。您可能会发现难以抬起手臂或伸手到背后。轻柔的活动对康复至关重要，但在进行处方锻炼时，如果您感到明显的阻力或疼痛，请在下次复查时提出，以便我们调整您的康复计划。

虽然严重并发症罕见，但您应始终留意感染的迹象。观察小切口周围是否出现扩散的红斑、发热，或伤口有脓液流出。您还可能出现发热。如果发现这些迹象，请立即前往急诊科或致电诊所。

本页的并发症表格列出了典型的发生率，供您参考具体数据。

何时联系我们

如果您出现发热、伤口红肿加重或分泌物增多，或突发剧烈疼痛，请立即联系我们。如出现小腿肿胀、呼吸困难、感觉丧失或无法活动肢体，请前往急诊。我们希望确保您的康复进程顺利进行。如您对愈合过程或新出现的任何症状有疑虑，请立即联系我们的团队。

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

肱二头肌腱固定术

已发表文献中的并发症发生率

汇总自85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
再次手术	<18%	再次手术率差异较大，与SLAP修复（3-15%）相比，肱二头肌腱固定术的再次手术率通常较低（0-6%）。
固定失败	<13%	腱固定结构失败或肌腱回缩发生在少数患者中，具体比例因固定方法而异。
血肿	<10%	部分队列报告了血肿形成，但极少需要手术干预。
肱二头肌疼痛	5-17%	肱二头肌沟内的持续性疼痛或痉挛是常见的并发症，特别是在肌腱切断术后或特定固定组中。
僵硬	3-26%	报告了需要干预（手法松解/麻醉下手法松解）的术后僵硬，在关节镜下肱骨上窝固定技术中观察到较高的发生率。
感染	<2%	浅表感染率低（0-2%），深部感染罕见。
庞皮畸形（Popeye畸形）	1-23%	发生率因固定技术和患者人群差异显著，范围在1.0%至23.0%之间。
神经损伤	<1%	一过性神经损伤或神经失用发生在不到1%的病例中。
伤口并发症	<1%	浅表伤口问题（如红斑或裂开）不常见。

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