

肩袖关节病

肩袖关节病：长期肩袖撕裂后出现的关节炎。

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。

您正在感受到的症状

肩袖关节病是在长期存在的肩袖撕裂之后发生的肩关节炎。肩袖是一组肌腱，在您抬起手臂时使肩关节的球体保持居中。当这些肌腱不复存在时，关节会以一种原本并非为之设计的方式磨损，而这种磨损正是您所感受到的。

疼痛通常位于肩关节本身的深处，即球体与关节窝相接的部位。疼痛往往也会出现在上臂外侧。将手臂举过头顶、伸手够架子，或用患侧提购物袋，都会使疼痛加重。许多人发现疼痛在夜间加剧，侧卧压到患侧肩部可能会使您痛醒。起床活动后疼痛通常会稍有缓解，但在忙碌的一天之后又会再次加重。

由于肩袖已无法发挥作用，手臂的活动方式也会随之改变。您可能会注意到的不只是疼痛，还有无力：即使借助摆动将手臂甩起，也很难把手臂抬到肩膀高度或更高。把手伸到身后戴项链、晾晒衣物或从头上套毛衣，都可能感到别扭或无法完成。有些人会在肩部顶端附近出现一个光滑的圆形隆起，这是球体向上移位所致。

在数周和数月间，这些问题通常是逐渐加重的，而不是一下子全部出现。伸手拉安全带、用水壶倒水或穿外套等简单的事情，可能会成为一天中最困难的部分。

有些信号需要紧急处理。如果您的肩部变得发热、发红、肿胀并疼痛，尤其是伴有发烧时，请当天前往急诊科。如果您的手臂变得苍白、冰冷、发白或发蓝，或者突然失去感觉或无法活动，也请当天前往急诊科。如果您的症状没有缓解、在数周内逐渐加重，或在夜间将您痛醒，请咨询您的全科医生或要求我们进行专科评估。

实际发生了什么

健康的肩关节就像一个球体靠在一个浅窝中。肩袖肌腱包绕着球体，在您抬臂时使其保持居中。可以把它们想象成固定帐篷支杆的拉绳。拉绳一旦没有了，支杆就会倾斜。

在您的肩部，位于肩部外侧的强壮三角肌在您抬起手臂时仍会发力牵拉。由于没有肩袖将球体向下压住并保持居中，这种牵拉会把球体向上拉。随后，球体会与其上方的骨头——肩峰，即肩部顶端的骨性顶棚——相互摩擦。这两个表面本不应相互接触，因此会彼此磨损。这种磨损就是关节炎，这也解释了为什么您的疼痛位于关节深处，以及为什么球体会向上移位，形成您可能摸到的那个圆形隆起。

这种磨损也解释了无力的原因。抬起手臂依赖于球体保持居中，而您的球体已不再居中。因此，您虽然用了力，手臂却无法像应有的那样抬起。

有一种方法可以解决这个问题。反式肩关节置换术将球体和关节窝的位置互换：球体被安装在关节窝一侧，而关节窝被安装在手臂一侧。这一改变降低了关节的中心，使三角肌获得更长的杠杆来发力，有点像在离门铰链更远的地方握住门把手。这样，三角肌就能独立抬起手臂，而不需要已缺失的肩袖肌腱。新关节的设计还使球体无法滑脱，从而在您活动时保持稳定。

由于三角肌接管了这项工作，术后肩部的活动方式会有所不同。您的肩胛骨会比以前承担更多的活动。大多数人会在不知不觉中适应这一点，这也是新关节恢复活动能力的方式之一。

我们可以采取的措施

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生会从最适合您病情的微创方案入手。患者通常由全科医生（GP）转诊至我们的诊所；如果物理治疗师建议您就诊，您仍需获得全科医生的转诊才能符合 Medicare 报销资格。诊所评估包括了解您的病史、进行体格检查，并在必要时安排影像学检查，以明确诊断。

第一步通常是非手术治疗。改变肩部的使用方式会有所帮助：避免举过头顶够取物品、用另一只手臂提举，以及合理安排事务，避免用患侧提重物。物理治疗旨在保持肩部的活动能力，增强仍能发挥作用的肌肉，并缓解疼痛。我们通常会给予数月的充分尝试，然后再考虑进一步的措施。

止痛药物可以作为辅助。简单的止痛药和抗炎药（即可减轻肿胀和刺激的药物）通常是起始选择。您的全科医生可以指导哪些药物对您来说是安全的。

如果这些措施未能带来足够的改善，可以考虑手术。对于肩袖关节病，手术方式是反式肩关节置换术，它将球体和关节窝的位置互换，使三角肌能够在没有肩袖肌腱的情况下抬起手臂。我们会与您详细讨论手术涉及哪些内容、它能为您做到什么和做不到什么，以及它是否符合您的目标。这个决定由您与我们共同做出，取决于您的疼痛、您的活动能力以及对您日常生活而言重要的事情。

预期情况

肩袖关节病通常在数月乃至数年间缓慢进展，而不是突然出现。如果不治疗，疼痛和无力往往会持续妨碍您的生活。关节内的磨损不会自行逆转，因此大多数人会发现，随着时间推移，肩部对他们的限制会越来越多，而不是越来越少。

在恰当的治疗下，前景则有所不同。物理治疗和简单止痛药等非手术治疗可以在一段时间内缓解症状，许多人借助这些方法能在数月甚至更长时间内应对良好。如果需要手术，反式肩关节置换术在治疗这种病症方面有着良好的记录。它能够可靠地缓解疼痛并恢复活动能力，因为三角肌接管了缺失肌腱原本承担的工作。大多数术前活动能力正常的人术后能够恢复其活动，重返运动也很常见。

术后恢复需要时间和努力。在物理治疗师指导下尽早进行主动康复是安全且有效的，与较缓慢、较谨慎的方式相比，它可以更早带来益处。物理治疗在最初几周之后也同样重要：它决定了您能恢复多少活动度，以及在数月乃至数年后您应对日常活动的难易程度。有些人发现自行进行的居家训练计划与正式的监督性训练效果相当，因此做好这部分康复的方法不止一种。

请对手术能做到什么、不能做到什么抱有现实的期望。因肩袖关节病而置换的肩关节，其起点比因单纯关节炎而置换的肩关节更差，因此效果往往比这些较简单的病例稍逊一些。任何肩关节置换术都可能发生并发症。最常见的是关节不稳定（即关节以不应有的方式移动）和感染。部分并发症一旦发生可以得到成功治疗；翻修手术（即重做部分或全部置换）仍能在疼痛、活动度和功能方面带来切实改善，尽管效果通常不如第一次手术。

您自身的起点很重要。术前肩部的状况是预测术后肩部状况的最有力因素之一，我们会据此与您一起规划康复。

何时就医

肩袖关节病通常进展缓慢，因此大多数人是在肩部开始限制日常生活时前来就诊，而不是作为急诊。如果疼痛在休息和服用简单止痛药后仍未缓解、在数周内逐渐加重，或在夜间将您痛醒，请要求专科医生评估。如果无力或肩部顶端的圆形隆起使您无法工作或使用手臂，也同样适用。

有些信号需要当天就医。如果您的肩部变得发热、发红、肿胀并疼痛，尤其是伴有发烧时，或者您的手臂变得苍白、冰冷、发白或发蓝，请前往急诊科。手臂突然失去感觉或无法活动，也需要急诊评估。

如果您已经接受过肩关节置换术，并注意到肩峰基底部出现新的疼痛、新出现的无力，或疼痛突然加剧或功能丧失，请及时告诉我们。如果无法联系到诊所，请前往离您最近的急诊科。

深入探讨

本节内容超出了您做出自身治疗决策所需的深度。肩袖撕裂性关节病和巨大不可修复撕裂值得额外阅读，因为针对这两种情况所描述的手术数量本身便是最具信息量的事实：当多种术式相互竞争时，没有任何一种被明确证明为最佳。

所有治疗均有一定效果，但无一明确更优

在2,000例患者中，针对不可修复的后上肩袖撕裂所研究的**十一种不同治疗方式均显示出具有临床意义的治疗效果**，但患者特征、联合干预措施、结局报告及随访时长的差异使得任何可靠的比较都变得复杂 [1]。另一项针对**3,363**例患者的独立综述发现，**所有六种非关节置换选项**在一年或更长时间内均使关节活动度和患者报告结局产生具有统计学意义的改善，且翻修率较低 [2]。

十一种方式，六种选项，均产生改善，无一明确更优。这种模式通常表明两件事：自然病程本身包含一定程度的改善，且研究异质性过大，无法区分不同治疗的效果。

早期改善，后期下降

有一项发现值得强调，因为它在短期报告中容易被忽视。在 **2,790** 例接受上关节囊重建、部分修复、移植物间置及相关手术的患者中，**尽管再撕裂率高，所有术式在肩关节评分上均显示出显著的初始改善，且肩关节评分在中长期随访中可能出现下降** [3]。

因此，同一手术在一年时可能看起来是成功的，而在五年时则可能不那么成功。当阅读某术式效果良好的报告时，随访间隔与数值本身同样重要。

2026 年一项针对 **4,963** 例患者的分析试图通过按失败率而非结果评分对治疗进行排名来解决这一问题。虽然该研究未确定出单一的最佳治疗方案，但产生了一个可靠性层级 [4]。当早期评分趋于一致时，按失败率排名可以说是更诚实的衡量标准。

为何肩袖缺失后关节会发生磨损

该机制解释了为何这是一种独立疾病，而不仅仅是巨大的撕裂。当三角肌上举时，肩袖将肱骨头保持在关节盂的中心位置。失去肩袖后，三角肌的牵拉会将肱骨头向上推，使其撞击肩峰的下表面。

这会产生一种特征性的模式：在X光片上肱骨头向上移位，肩峰与肱骨头在原本不应接触的部位相互磨损，关节面继发性退化。这是由力学因素而非原发性关节疾病引起的关节炎，因此，如果不解决力学问题而仅治疗关节炎，是无效的。

这也是反式肩关节置换术解决了该问题的原因，它使得仅靠三角肌即可发挥作用，无需依赖肩袖。当关节病已确立时，该手术在单独页面中介绍。

以正确的预期解读结局数据

解读结果时需留意一点：在此类适应证下，反式置换术后的结局**相较于其他适应证有所下降**，涉及 **6,698** 例患者 [5]。该手术是有效的，但不应期望因肩袖关节病而进行置换的肩关节能达到因单纯性关节炎且肩袖完整而进行置换的肩关节的效果，因为前者的起始状况更差。

参考文献

[1] Kooistra B, Gurnani N, Weening A, van den Bekerom M, van Deurzen D. 所有针对不可修复的后上肩袖撕裂的治疗方式证据水平均较低. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2019;27(12):4038-48. <https://doi.org/10.1007/s00167-019-05710-0>

- [2] Hughes JD, Davis B, Whicker E, Sprowls GR, Barrera L, Baradaran A, et al. 针对巨大且不可修复的肩袖撕裂的非关节置换选择改善了患者报告结局。Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2022;31(5):1883-902. <https://doi.org/10.1007/s00167-022-07099-9>
- [3] Davies A, Singh P, Reilly P, Sabharwal S, Malhas A. 上关节囊重建、部分肩袖修复、移植物间置、肩峰下球囊间隔物或结节成形术：系统综述。J Orthop Surg Res. 2022;17(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03411-y>
- [4] Cooke SP, Koh JL, Amirouche F. 针对大型至巨大不可修复肩袖撕裂的治疗选择失败率分析。J Shoulder Elbow Arthroplasty. 2026;10(1-2):100019. <https://doi.org/10.1016/j.jsea.2026.100019>
- [5] Yazdanpanah S, Soth BT, Eskew JR, Dancy M, Fu MC, Taylor SA, et al. 针对肩袖撕裂关节病行反式全肩关节置换术后临床及功能结局下降：系统综述。JSES Rev Rep Tech. 2026;6(2):100691. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2026.100691>