

急性肱骨近端骨折的肩关节置换术

复杂肩关节骨折的治疗与关节置换术。

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	3-6 months	12-24 months
恢复轻度活动和办公室工作通常在术后2至6周内进行，早期活动范围训练通常在术后立即开始。	恢复体力劳动和完全力量通常在3至6个月内实现，随着结节愈合和肌肉力量的改善而逐步恢复。	疼痛缓解和功能平台期通常在12至24个月内达成，此后长期结果趋于稳定。

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 博士在门诊中对此类病例的处理方式。患者通常由全科医生或物理治疗师转诊至我们门诊。门诊评估用于明确诊断。对于急性骨折，可能会立即建议手术治疗。

该手术通过替换受损的上臂骨来恢复稳定性。我们通常向伴有复杂骨折的老年患者提供此手术。其目的是缓解疼痛并改善肩关节活动度。现有证据表明，与半肩关节置换术相比，反式肩关节置换术能提供更好的长期功能。在这些病例中，非手术治疗往往导致较差的预后。我们通过共同决策，旨在实现令人满意的疼痛缓解和改善日常功能。

手术前

我们通过X线检查、血液检查和麻醉评估为您做好手术准备，以确保您的安全。您必须在手术前禁食，并遵照外科医生的指示停用某些药物。请携带所有当前用药的清单，并穿着舒适的衣物。安排专人开车送您回家，因为术后您不能独自乘车。我们采用肩部上方的单一传统切口进行这种开放入路手术。该方法使我们能够仔细修复骨碎片并恢复功能。您的外科医生将提供关于暂停哪些药物以及何时停止进食和饮水的具体指示。

手术当天

您将抵达医院办理入院并进行术前准备。本手术在全身麻醉联合区域神经阻滞下进行。手术期间您将完全处于睡眠状态，而神经阻滞（在苏醒前注射以麻木支配手臂的神经）可提供术后最初12至24小时的镇痛效果。麻醉医师将在手术前与您会面，并向您详细解释这两个部分。

我们采用开放入路，在手术部位做一个常规切口进行此手术。这可直接进入肩关节。术后，您将在复苏室苏醒，我们的团队将监测您的舒适度和稳定性。在神经阻滞的初始镇痛效果发挥作用期间，您将在医院接受观察。出院前，您的主刀医师将评估您的恢复情况，并提供清晰的术后最初几天康复指导。

手术过程

您的外科医生会在您肩部前方做一个长约 8 至 10 厘米的切口。这种开放入路可清晰暴露骨折骨块。我们仔细将周围组织移开，以清晰显露骨折部位。

如果进行反式肩关节置换术，我们将移除您肱骨头部受损的球状部分。随后，我们将一个新的金属盂杯固定于您的肩胛骨上。一个金属球状组件则固定于您肱骨的上端。这种新关节改变了肩部的运动方式，使您能够利用不同于常规的肌肉来抬起手臂。

如果进行自体骨修复，我们将骨折块重新复位至正确位置。我们使用接骨板和螺钉固定骨骼，直至其愈合。此步骤的关键部分是将肌腱和肌肉（大结节）重新附着于骨骼。我们将这些软组织缝合固定于植入物或骨块周围。正确完成此附着对于您未来的肩部活动至关重要。

骨骼稳定且组织固定后，我们缝合切口。我们使用皮内和皮外缝线对合切口边缘。无菌敷料覆盖该区域，以在您开始康复期间提供保护。

术后

您将在复苏室苏醒，手臂用吊带固定，伤口处覆盖敷料。大多数患者术后需住院一晚，但部分患者可在当天回家。我们将使用常规药物控制您的疼痛。术后24小时内需有人陪同照顾您。本手术采用开放入路，在手术部位做单一常规切口。任何肩部手术后至少六周内不得驾驶，无论哪侧手臂接受手术。请阅读我们关于[上肢手术后驾驶](#)的指南以获取更多信息。请按照外科医生的指示佩戴吊带。

恢复过程

您的肩部将有一个切口。在最初几天，疼痛和肿胀是正常的。我们通过处方药物和冰敷来管理这些症状。始终将手臂支撑在悬吊带中。这有助于保护正在愈合的骨骼和软组织。您将无法使用该手臂进行提举或推压动作。

起初睡眠可能会感到困难。尝试在躺椅上休息，或用枕头垫高身体。这种姿势可以减少关节的压力。随着肿胀消退，您将开始进行轻柔的活动。我们的物理治疗师将指导您完成这些练习。这些练习的重点是在不牵拉修复部位的情况下恢复基本活动度。您将学习如何使用另一只手穿衣和进食。

您的恢复进度取决于身体的愈合情况。有些日子感觉较好，有些则较差。这是正常现象。在随访期间，我们会密切监测您的愈合情况。一旦您的外科医生批准（通常在六周复查时），您可以恢复驾驶。请注意，在佩戴悬吊带或疼痛限制您的控制能力时，不得驾驶。更多详情，请参阅[上肢手术后的驾驶指南](#)。

恢复过程因人而异。您的时间线可能有所不同；您的外科医生和物理治疗师将为您提供指导。我们将在此过程中支持您，陪伴您度过每一步。

可能发生的問題

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

疼痛与愈合问题 术后您可能会发现肩关节活动度仍然受限或不可预测。这很常见，因为愈合过程因人而异。对于老年患者，大结节等骨块的适当愈合有助于改善肩关节功能。如果您感到剧烈、搏动性疼痛，且普通止痛药无法缓解，请告知我们。这可能意味着骨骼愈合不良。

全身健康风险 老年人的骨折常发生于体质虚弱的患者。无论是否接受手术，这一群体在受伤后一年内面临更严重的健康问题甚至死亡的风险较高。您可能需要因全身医疗问题住院，而不仅仅是针对肩部的治疗。大多数再入院是由于全身内科原因，而非肩部本身的问题。如果您感到全身不适、呼吸急促或意识模糊，请立即寻求紧急医疗救助。

手术部位并发症

与钢板内固定相比，此类关节置换术后发生并发症的可能性更高。您可能会看到伤口周围出现红斑扩散、突然肿胀或出现引流液。这些迹象可能提示感染或其他愈合问题。如果发现这些变化，请立即致电诊所。不要等到下次预定复诊时间。

长期预后

虽然疼痛缓解效果通常良好，但关节活动度的改善结果可能不太可预测。您可能会感到肩关节僵硬或出现弹响感。部分患者可能需要进一步手术来纠正这些问题。如果肩关节出现新的不稳定或疼痛，请在复诊时告知我们。我们将评估是否需要进一步治疗。

如需具体数据，请参阅本页的并发症表格，其中列出了典型的发生率。

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、感觉丧失或无法活动肢体，请前往急诊。这些症状需要紧急评估。我们致力于帮助您在康复期间保持安全。如出现上述任何症状，请立即联系我们的诊所。

急性肱骨近端骨折的肩关节置换术

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
结节不愈合	9.6-36.8%	报道的变异度较高；在荟萃分析中发生率为9.6%，在特定反式肩关节置换术（RSA）系统评价中高达36.8%。
肩峰骨折	4-9.4%	肩峰或肩胛冈应力骨折在RSA病例中的发生率为4%至9.4%。
翻修手术	3.4-15%	翻修率从3.4%到15%不等，通常由不稳定、感染或松动驱动。
肺栓塞	1.7%	罕见但严重的并发症；在一项系统评价中报道发生率为1.7%。
感染（深部）	1.6-6.8%	深部感染率因研究而异，部分研究报告在RSA队列中低至1.6%，高至6.8%。
假体周围骨折	1.6-11.9%	包括术中骨折和术后骨折；发生率因研究和固定方法而异。
血肿	1.6-13.5%	术后血肿发生率范围为1.6%至13.5%，有时需要引流。
不稳定/脱位	1.5-10.2%	不稳定发生率范围为1.5%至10.2%，通常需要翻修手术。
神经损伤	0.64-1.3%	总体神经损伤率约为1.3%，其中腋神经损伤是最常见的特定类型。
肩胛骨切迹	0-40%	报道范围广泛（0-40%），取决于植入物设计和随访时间；在RSA中常见。
肩胛盂松动	0-19%	松动率差异很大；在较旧的解剖型全肩关节置换术（aTSA）研究中报道高达19%，在RSA中较低。

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