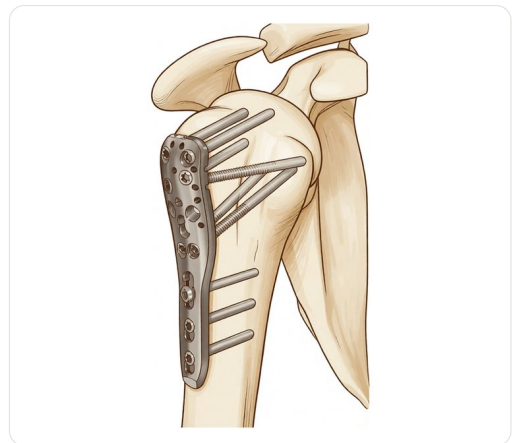


肱骨近端骨折切开复位内固定术（钢板与髓内钉固定）

肱骨近端骨折，靠近肩部。

Kieran Hirpara © ① ④ 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45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	12 months	120 months
早期主动运动康复不劣于限制性方案，患者通常在2至6周内恢复轻度活动。	患者在术后1年时，大部分恢复至基线功能状态。	锁定钢板固定术后10年，患者显示出良好至优秀的预后，与1年时的功能相比无显著下降。

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。我们通过全科医生或物理治疗师的转诊接诊患者。门诊评估用于明确诊断。对于急性结构性问题，我们可能会立即建议手术。对于长期存在的问题，我们通常先尝试非手术治疗。当非手术治疗未能带来足够改善时，才会进行手术。

您的外科医生可能会建议采用切开复位内固定术，以将骨折块固定在原位。该方法通过一个常规切口使用接骨板和螺钉进行固定。我们提供此项手术，旨在帮助您恢复稳定性和功能。证据表明，对于非骨质疏松性骨折，锁定接骨板在术后 10 年能提供有利的预后结果。然而，在 60 岁以上的患者中，并发症发生率为 44%，失败率为 34%。我们会与您讨论这些数据，以支持您参与医疗决策。

手术前

您需要进行血液检查和麻醉评估，以确认您是否适合手术。可能会安排X线或MRI检查以明确骨折情况。您必须在到达前禁食六小时。仅在您的外科医生给出具体指示后，方可停用抗凝药物。请安排他人接送回家，因为您术后无法立即驾驶。请携带所有当前用药清单，并穿着宽松舒适的衣物。您的外科医生将通过手术部位上方的一个常规切口进行手术，使用钢板或髓内钉固定骨折。这种开放入路可直接到达骨折部位，实现稳定固定。

手术当天

您将抵达医院办理入院手续。我们的团队将指导您完成登记流程。该手术在全身麻醉联合区域神经阻滞下进行。手术期间您将完全入睡，而神经阻滞（在苏醒前注射以麻醉支配手臂的神经）可在术后前12至24小时内提供镇痛效果。麻醉医师将在术前与您会面，并向您详细说明这两个部分。

准备就绪后，您将进入手术室。您的外科医生采用开放入路进行该手术，在手术部位做一个常规的单一切口。这有助于直接显露骨折端以恢复对位。术后，您将在复苏室苏醒。护士将密切监测您的舒适度及生命体征。您将在复苏室留观，直至病情稳定并准备转入病房床位。

手术内容

您的外科医生将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部位。通过该切口，您的外科医生会仔细将肌肉和组织移开，以便直接观察骨折处。

一旦骨折块显露，您的外科医生会将其复位至正确位置。此步骤称为复位。为在愈合过程中保持骨骼稳定，您的外科医生会使用金属板和螺钉。钢板贴合于您的肱骨（上臂骨）表面。螺钉穿过钢板并进入骨折块，以牢固固定所有结构。这种方法称为切开复位内固定，可为愈合中的骨骼提供稳定的支撑。

固定牢固后，您的外科医生会检查对位是否正确。随后，将肌肉和组织移回其正常位置。切口使用缝线或钉合器闭合。敷料覆盖于该区域以提供保护。此手术使您的外科医生能够直接恢复肩关节的结构。

术后

您将在复苏室苏醒，等待麻醉效果消退。我们将通过药物控制您的疼痛，以确保您的舒适。您的肩部将使用吊带或支具固定，切口处覆盖无菌敷料。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。请安排他人在术后前24小时陪护您。任何肩部手术后至少六周内严禁驾驶，无论手术涉及哪一侧手臂。经您的外科医生评估许可后（通常在六周复查时），您可恢复驾驶。详见[上肢手术后驾驶](#)。

恢复

在术后的前几天，您的肩部和上臂可能会出现酸痛和肿胀。这是身体从开放手术中愈合的正常现象。我们采用一个常规切口置于手术部位以放置固定装置。使用冰袋和处方止痛药有助于缓解这种不适。休息时请将手臂抬高以减轻肿胀。

愈合期间，您将佩戴悬带以支撑手臂。佩戴悬带期间请勿驾驶。我们的政策要求您至少等待六周才能驾驶，无论哪一侧手臂接受了手术。通常在六周复查时，您的外科医生会评估并允许您驾驶。有关更多详细信息，请参阅我们的指南 [上肢手术后的驾驶](#)。

您的物理治疗师将指导您进行康复锻炼。这些轻柔的动作有助于恢复活动范围和力量。通常鼓励早期主动运动以防止僵硬。随着疼痛减轻和活动能力恢复，您将逐渐恢复日常活动。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恢复的每一步。

可能发生的问题

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，以便尽早发现任何问题。

感染是手术后的一种严重风险。您可能会注意到伤口周围出现扩散的红斑、局部发热或脓液流出。如果剧烈疼痛无法通过常规止痛药缓解，这也是一个警示信号。一旦出现这些迹象，请立即联系诊所或前往急诊科。早期治疗对于保护您的骨骼和关节至关重要。

您的骨骼可能无法正确愈合，这种情况称为骨不连。您可能会感到持续性疼痛，或在术后数周仍感觉手臂不稳定。有时，骨骼会在不良位置愈合，称为畸形愈合，这可能会限制您肩部的活动范围。如果在随访期间您的疼痛未按预期改善，请告知您的外科医生。

供应您肱骨头（上臂骨顶端）的血液供应可能受损，导致缺血性坏死。这意味着由于缺乏血液供应，骨组织发生死亡。您可能会经历肩部深处、呈酸痛性质的疼痛，且随时间推移而加重。您的外科医生将在定期复查中通过影像学检查来排查这种情况。

用于固定骨骼的金属内植物可能会引起问题。您可能会感到钢板放置处的皮下有刺激感。在某些情况下，螺钉或钢板可能会松动或断裂。这可能导致活动时突然出现疼痛或咔哒声。请将任何新的机械性不适或锐痛报告给您的医疗团队。

存在一般性的健康风险，尤其是对于老年患者。手术可能会增加您在住院期间发生不良事件的风险。请注意胸痛、呼吸困难或腿部突然肿胀等迹象。这些情况需要立即就医。您的医疗团队将在手术前后采取措施以最大限度地降低这些风险。

本页的并发症表格列出了典型的发生率，如果您需要了解具体数据，请参阅该表格。

何时联系我们

如果您出现发热、伤口红肿加重或分泌物，请立即联系我们。如突发剧烈疼痛、小腿肿胀或呼吸困难，请前往急诊。如出现感觉丧失或肢体无法活动，请立即寻求紧急医疗救助。这些症状需要立即评估，以确保您的康复进程不受影响。

肱骨近端骨折切开复位内固定术（钢板与髓内钉固定）

已发表文献中的并发症发生率

汇总自45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
总体并发症	44%	见于接受锁定钢板治疗的60岁以上患者。
失败率	34%	见于接受锁定钢板治疗的60岁以上患者。
大结节并发症	25.9%	骨折反向肩关节置换术中的并发症，包括骨不连或畸形愈合。
僵硬	25%	肱骨干骨折髓内钉固定组中最常见的并发症。
内固定物取出	22.2%	骨折脱位系列中内固定物取出的翻修率。
缺血性坏死	20%	肱骨近端骨折脱位患者中观察到的高发生率。
植入物失败	20%	早期锁定钢板系列中翻修的主要原因。
翻修手术	13.7%	锁定钢板应用综述中报告的总体翻修率。
螺钉切割穿出	11.6%	锁定钢板固定中常见的内固定物并发症。
内翻塌陷	6-15%	锁定钢板固定中有6-15%的患者报道出现内翻复位丢失；危险因素包括内侧粉碎性骨折和支撑不足。
骨不连	2.8%	髓内钉固定系列中最常见的骨折并发症。
感染	1.9%	锁定钢板内固定系统综述中报告的总体感染率。
神经损伤	1.3%	反向肩关节置换术中的总体神经损伤率，适用于复杂骨折病例。

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