

肩关节炎

肩关节炎是指球窝关节中起缓冲作用的软骨逐渐磨损，从而引起疼痛和僵硬。

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。

您的感受

肩关节炎是发生在肩部主要球窝关节的磨损性关节炎。疼痛通常在数年内逐渐加重，而不是突然出现。疼痛深居肩部内部，并且往往伴有僵硬，僵硬会慢慢缩小关节的活动范围。

某些动作和姿势会使症状加重。举手向上、将手臂向身体侧面抬起，或通过肩部用力推东西，都可能使其加重。活动之后，常会出现持续的隐痛。夜间是常见的发作时段，许多人发现肩部会让自己痛醒，或难以找到舒适的睡姿。醒来时，关节可能会感到僵硬，需要较长时间才能活动开。

需要伸手够取的日常事务会变得困难。洗头、关掉身后的电灯，或在穿衣时把手臂抬起并绕过来，都可能变成真正的苦差事。无力往往会伴随僵硬悄然出现，因此提举和搬运东西不再像以前那样得心应手。

关节炎引起的僵硬与冻结肩的僵硬不同，后者是在数周至数月内出现，而非数年。其他疾病也可能表现得与关节炎相似，包括类风湿关节炎引起的炎症，它除了肩部疼痛和肿胀外，常伴有疲劳、其他关节疼痛和体重下降。您的外科医生会通过病史和检查加以区分，有时还会借助扫描或血液检查。

有些征象需要更快处理。如果肩部变得发热、发红、肿胀并剧烈疼痛，尤其是伴有发烧时，请当天前往急诊科就诊，无需全科医生转诊。如果肩部症状没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间使您醒来，或使您无法使用手臂或无法工作，请咨询您的全科医生或要求专科医生评估。如果在非工作时间或周末无法联系到诊所，请前往最近的急诊科。

实际发生了什么

您的肩关节是一个球窝关节。“球”是上臂骨圆形的顶端，“窝”是肩胛骨上一个较浅的碟状结构。这个窝天生较小，只有它所容纳的球的约三分之一大小。窝的边缘有一圈富有弹性的软骨，称为孟唇，它使窝

加深，从而让球保持在位。两个表面都覆盖着一层光滑、润滑的软骨，使两块骨头几乎无摩擦地相互滑动。

患关节炎时，这层光滑的软骨会逐渐磨损。可以把它想象成两块骨头之间的减震垫逐渐变薄，直到骨头开始相互摩擦。身体的应对方式是在关节边缘长出额外的骨质，这些骨刺会加重僵硬。关节的内膜也可能发炎和肿胀。骨与骨之间的摩擦、骨刺和炎症共同解释了您在上文读到的深部隐痛、活动范围逐渐缩小以及夜间疼痛。

磨损并不总是均匀的。在许多患关节炎的肩关节中，球会向窝的后方偏移，因此窝的后缘比其他部位磨损得更快。随着时间推移，关节前方的组织也会变得紧绷，使球进一步向后扭转，并使磨损区域承受更大的负荷。在这种类型的关节炎中，关节周围被称为肩袖的肌腱通常仍然完好，但在其他类型的关节炎中可能会受到影响。

关节炎有多种起因。大多数病例没有单一明确的原因，但家族倾向可能起一定作用。另一些则继发于陈旧性骨折、以前做过的关节手术、反复脱位，或类风湿关节炎等炎症性疾病——在这类疾病中，人体自身的防御系统会攻击关节滑膜并破坏软骨。无论起因如何，关节最终的结果大致相同，而这正是引起您症状的原因。

我们能做什么

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 博士会从适合您病情的最微创方案入手。患者通常由全科医生（GP）转诊至我们的诊所；如果理疗师建议您就诊，您仍需获得全科医生的转诊才能符合 Medicare 报销资格。在您的首次就诊时，我们会采集病史，检查肩部，并在必要时安排影像学检查。X光片几乎总是足以制定治疗方案。在某些情况下，CT或MRI扫描可以提供更多细节，例如检查肩袖，或在手术前测量骨质磨损程度。

对于轻度至中度关节炎，我们通常先尝试非手术治疗。改变肩部的使用方式会有帮助，因此我们会查看哪些动作和任务会给关节带来负荷，并找到规避的办法。物理治疗的目的是保持关节的活动度，并增强其周围的力量。抗炎药物可以缓解隐痛，向关节内注射可的松可以在数周至数月内平息炎症。在讨论手术之前，我们会对这些方法进行充分的尝试，因为在真正尝试过保守治疗之后再行手术，效果会更好。

当非手术治疗未能带来足够改善，且疼痛或僵硬持续限制您的活动时，手术便会进入讨论范围。主要的手术是肩关节置换术，即用人工部件替换球和窝的磨损表面。我们讨论哪种类型的置换，取决于您的年龄、肩袖的状况以及窝的骨质情况，我们会与您共同做出这一选择。

预期情况

关节炎不会逆转。磨损的软骨不会再生，因此潜在的磨损会一直存在。可以改变的是肩部在日常生活对您困扰程度，而这一点是可以朝着有利于您的方向改善的。

若不治疗，病情通常是在数年内缓慢走下坡路，而不是突然恶化。隐痛和僵硬往往会逐渐加重，您之前注意到的事情，例如举手过头够东西和朝那一侧睡觉，通常会变得越来越难，而不是越来越容易。有些人会在很长一段时期内保持稳定，但未经治疗的关节炎肩关节总体趋势是走下坡路。

在妥善的治疗下，大多数人的情况会比这好。在理疗师的指导下保持关节活动并增强其周围的力量，可以缓解症状，让您更长时间地保持更多活动能力。许多人多年来都能控制自己的关节炎，而根本不需要手术。

如果手术确实成为合适的选择，肩关节置换术在治疗这一问题有着长期的良好记录。对于晚期肩关节炎，它是在缓解疼痛和改善功能方面效果最可预期的治疗。人们通常在术后较短时间内就会注意到肩部功能改善，整体健康感受也更好。在最初两年左右，力量也会持续改善，但肩部前方的肌腱并不总能恢复到完全正常的力量。

任何治疗都无法作出保证。大多数人能获得真正的缓解，但有些人会遗留僵硬或无力，少数人日后需要再次手术。假体是人工部件，随着时间推移可能会松动或磨损；您越年轻、越活跃，这一点就越需要考虑。您的外科医生会针对您的肩部具体讨论现实的结果是什么样的。

有一点值得了解：如果您的关节炎在X光片上仍属轻度，手术带来的改善往往不如严重关节炎那么明显。这不是回避手术的理由，但它提醒您要清楚自己希望从手术中获得什么。

如果您的肩部症状没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间使您醒来，或使您无法使用手臂或无法工作，请咨询您的全科医生或要求专科医生评估。

何时就医

大多数关节炎肩关节可以等待预约就诊，但有些征象不能等。如果肩部变得发热、发红、肿胀并剧烈疼痛，尤其是伴有发烧时，请当天前往急诊科。关节感染刻不容缓，且无需全科医生转诊。如果您在非工作时间或周末无法联系到诊所，同样如此：请前往最近的急诊科。

如果肩部症状没有缓解、在数周内逐渐加重、在夜间使您醒来，或使您无法工作或使用手臂，请咨询您的全科医生。如果疼痛和僵硬在数年间逐渐加重，现在已经影响到洗头、穿衣或向身后伸手，请要求专科医生评估。

有些情况值得尽早仔细检查。快速、严重的磨损可能发生在肩痛悄然加重的老年女性身上。曾患痛风的人如果出现严重侵蚀，提示肩部本身患有痛风。此外，如果肩部发热、疼痛并伴有发烧，这就是上文所述需要当天就诊的征象。

您的外科医生还会想了解您是否有颈部疼痛，或肘部以下的麻木和刺痛，因为这些症状可能来自颈部而不是肩部。

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。肩关节关节炎值得额外阅读，因为主要决策——选择哪种类型的置换术——近期已从明确的答案转变为真正的权衡取舍，且这种权衡因年龄不同而异。

解剖型与反肩型，70岁以上人群

解剖型置换重建正常的解剖排列，依赖于功能良好的肩袖。反肩型置换交换了球与窝的位置，使三角肌承担抬举功能，且不依赖肩袖。历史上，反肩型置换仅保留给无肩袖的肩部；如今其应用范围已大大扩展。

在**70岁及以上**且肩袖功能完好的患者中，针对**1,716**例患者的比较结果清晰明确。解剖型置换提供了**更优的旋转活动度，超过了最小临床重要差异**，并可能支持穿衣和如厕等活动；而反肩型置换则提供了**更优的假体存活率和更低的翻修率** [1]。

这是两种不同的价值维度。解剖型置换换取的是日常生活中可感知的旋转功能；反肩型置换换取的是耐用性。两者互不占优，因此这如今已是一场讨论，而非默认选择。

在此背景下，反式假体伴随更多早期并发症

当反式假体用于普通关节炎时，其耐久性优势伴随着近期的代价。在 **8,846** 例患者中，与解剖型假体相比，反式假体在初次肩盂肱关节炎治疗中表现出 **早期并发症发生率升高**，包括 **不稳定、肩胛骨骨折、感染及全因并发症**，且在该随访期内 **翻修率无差异** [2]。

结合上述生存率发现，其模式为：反式假体以较高的早期问题风险换取较低的晚期问题风险。哪方面更为重要，在很大程度上取决于假体需要维持多少年。

同时置换关节盂与肱骨头

半肩关节置换术仅置换肱骨头，保留磨损的关节盂。这是一种较小的手术，避免了关节盂假体，而关节盂假体是随时间推移最易发生松动的部件。

现有证据并不支持该术式。在伴有完整肩袖的原发性盂肱骨关节炎患者中，对 **1,317** 例患者的研究显示，在临床疗效、翻修风险及术后并发症方面，**全肩关节置换术优于半肩关节置换术** [3]。

其解释在于，磨损的关节盂会持续对新肱骨头产生摩擦，从而引发疼痛。避免使用关节盂假体虽然规避了一种长期失效模式，但代价是接受一种短期失效模式。

对于年轻患者，计算方式完全不同

在60岁以下，每个选项在特定方面都不令人满意，这一点在文献中得到了诚实的反映，而非被其解决。关节置换术很可能在一生内需要翻修，而肩关节翻修手术比初次手术要困难得多。关节保留选项，如关节镜清理、关节囊松解、骨赘切除，并不能阻止关节炎，但可以推迟置换，对于年轻患者而言，这本身就是一个合理的目标。

关于曾接受不稳定手术者的一个发现

肩关节稳定术后在影像学上出现关节炎很常见，且大多无症状。在关节镜下 Bankart 修复术后，**任何程度关节炎性改变的患病率为 60%，中重度改变的患病率为 28%**，但**通常无症状**，且与已确立的危险因素之间**未发现显著相关性** [4]。

如果您曾接受过稳定手术，且后续扫描报告提示关节炎，这一发现很常见，通常并非症状的来源，且仅凭此发现本身不构成采取干预措施的理由。

参考文献

[1] Gupta MS, Krishan A, Rashid A, Lee MH. 70岁以上原发性盂肱骨关节炎患者反式与解剖型全肩关节置换术：系统综述与荟萃分析. J Shoulder Elbow Surg. 2026;35(5):1370-86. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.10.015>

- [2] Givens JM, Malkani AL, Ong KL, Watson HN, Harreld KL. 原发性盂肱关节炎患者反式与解剖型肩关节置换术后的并发症发生率. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(2):273-80. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.06.017>
- [3] Singh Jagdev B, McGrath J, Cole A, Gomaa A, Chong HH, Singh HP. 肩袖完整的原发性盂肱关节炎患者全肩关节置换术与半肩关节置换术：使用修订版Cochrane偏倚风险工具的荟萃分析. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(12):2657-70. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2022.07.012>
- [4] Yeo MH, Seah SJ, Ang G, Arce G, Lie D. 关节镜Bankart修复术后盂肱骨关节炎的发生率及危险因素：系统综述与荟萃分析. J Shoulder Elbow Surg. 2025;34(12):e1224-e1233. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.03.011>