

肩关节不稳

孟唇是加深肩关节窝的软性软骨边缘。当它撕裂时——通常发生在脱位过程中——关节会失去其关键的约束结构，并开始出现不稳定感。

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

肩关节不稳是指肩关节的肱骨头在关节盂内的活动范围超出正常限度。有时它会部分滑出，这称为半脱位。有时它会完全脱出，这就是脱位。有些人是在跌倒或受伤后注意到这一点的。另一些人的肩关节则一直比较松弛、让人觉得不可靠，却说不出有哪一次具体的受伤。

疼痛通常位于肩关节深处，根据关节滑脱的方向，可能在前方或后方。有些人感到的是模糊的酸痛而非锐痛，有些人则感到沿手臂向下的麻刺感或针刺感。当您手臂向侧方或头顶上方抬起时，可能会注意到弹响或爆裂感，或感觉肩关节即将滑脱。投掷动作可能会很困难，在投掷的引臂蓄力阶段出现疼痛很常见。

肩关节在夜间常常出状况。许多人发现侧卧于患侧会不舒服，而且睡眠中肩关节可能感觉松动或发生移位。携带重物，例如购物袋或年幼的孩子，可能会引发疼痛。举物过头，例如伸手够高处的架子，也是一个常见的诱因。

日常任务可能会在不知不觉中变得更加困难。向身后伸手、晾晒衣物，或从高处的架子上取物，都可能让您下意识地绷紧或犹豫。如果您从事运动，可能已在擒抱、游泳划水或过头击球时对肩关节失去信心。有些人开始回避那些感觉有风险的姿势，例如将手臂向外展开并向外旋转。

如果您的肩关节已完全脱位，周围肌肉通常会发生痉挛，在关节复位之前疼痛剧烈。如果您的肩关节自行滑回原位，或感觉松动但从未完全脱位，问题可能较为隐匿。无论哪种情况，这些症状都值得认真对待，因为它们能让您的外科医生充分了解关节内部正在发生的情况。

实际发生了什么

您的肩部结构更多是为活动而设计，而非为了力量。关节盂天然较浅，大小约为其所容纳的肱骨头的三分之一。可以把它想象成一个放在球座上的高尔夫球，而不是放在一个深杯里。这种形态让您的手臂能够伸向各个方向，但也意味着关节要依靠软组织来保持在位。

主要的软组织稳定结构是围绕关节盂边缘的一圈坚韧软骨，称为盂唇（labrum）。它的作用就像浅盘边缘凸起的唇缘或缓冲垫，使关节盂的深度增加 50%，并为肱骨头提供依靠。在这圈软骨周围是关节囊，即一个疏松的组织袖套，其中增厚的束带像缆绳一样将关节固定在位。肩袖肌肉则在您活动时保持肱骨头居中，提供另一层控制。

当这些约束结构不再发挥作用时，就会发生不稳。有些人的关节囊四周都松弛，这就是肩关节会向不止一个方向滑脱的原因。另一些人则因受伤导致前方或后方的盂唇和关节囊被拉伸或撕裂，使这道“缓冲垫”无法再挡住肱骨头。反复滑脱会进一步磨损盂唇。脱位还可能在肱骨头撞击关节盂边缘的位置，使其光滑表面形成凹陷；在某些肩关节中，关节盂边缘本身也会出现骨质丢失，使肱骨头可依靠的部分更少。上述每一种改变都会让关节更容易滑脱，也更难让人信赖。

这就是为什么您感受到的症状与问题的方向相吻合。如果关节前方受累，将手臂向外展开并向外旋转时，肱骨头会向前滑出。如果后方受累，向前方或跨过身体伸手可能会把它向后推。当整个关节囊都松弛时，肩关节可能向多个方向移位，包括向下，这解释了麻刺感以及关节下坠的感觉。您注意到的弹响，往往是肱骨头在关节盂内活动时盂唇或关节囊被卡住所致。

我们能做什么

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生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，才有资格享受 Medicare 报销。诊所评估包括询问病史、体格检查以及必要时的影像学检查，以明确诊断。

对于大多数肩关节不稳，我们首先采用物理治疗。理疗师会指导您进行锻炼，以增强肩袖的力量，肩袖是一组将肱骨头保持在关节盂中心的肌肉。该方案还会训练您肩胛骨周围的肌肉，并重新训练您对手臂在空间中位置的感知，这称为本体感觉。对于没有单次受伤、却向多个方向松弛的肩关节，物理治疗是主要治疗手段，约 80% 的人会因此改善。我们通常会请您先认真坚持 6 至 9 个月，再考虑手术。如果您的肩关节是在受伤后滑脱的，短期使用吊带（通常为 3 至 7 天）可让情况稳定下来，然后再开始康复训练。对于首次向关节后方的脱位，手臂需固定 1 至 2 周，肘部保持贴于体侧，然后开始治疗。在早期，简单的止痛药和抗炎药会有所帮助，调整会诱发肩部症状的活动也是治疗计划的一部分。

当物理治疗未能解决问题，或症状持续影响工作或运动时，就需要考虑手术。同样值得了解的是，发生脱位的年轻运动员如果不接受手术，不稳往往会复发，因此我们可能会讨论尽早手术。在任何手术之前，我们都会仔细检查肩关节，并通过扫描来检查盂唇、关节面，以及关节盂边缘是否有骨质丢失。手术类型取决于检查结果。许多肩关节适合通过微创（关节镜）手术修复撕裂的盂唇和关节囊。如果关节盂边缘已有相当多的骨质磨损，或肱骨头上的凹陷较大，我们可能会建议一种在关节盂前方植骨以恢复其深度的手术。如果您的肩关节向不止一个方向滑脱，并且您能够故意使其脱位，通常不建议手术，物理治疗仍是主要治疗手段。任何手术都是您与我们在您了解各种选择之后共同做出的决定。

预期情况

肩关节不稳一旦开始，很少会自行好转。对一些人来说，它时好时坏，在滑脱发作之间有较长的平静期。对另一些人，尤其是较年轻的人来说，它会成为反复发作的模式。在 22 岁以下发生脱位的患者中，70% 会继续出现不稳，其中一半最终需要手术来稳定关节。反复发作的病史是预测肩关节在未经治疗的情况下会继续滑脱的最强指标。

置之不理除了滑脱本身之外，还有实际的风险。每一次新的发作都可能磨损更多关节盂边缘的骨质，损伤关节的光滑表面，并使日后的手术更加复杂。从长期来看，曾发生脱位的人中有三分之二在 25 年内出现了该肩关节的退行性（磨损性）关节炎，无论年龄大小。这就是为什么即使是首次脱位，我们也会认真对待，而不是观望等待。

在妥善管理的治疗下，前景通常更为稳定。物理治疗是松弛肩关节的主要治疗手段，40 岁以下、坚持物理治疗 6 个月的人中，大多数无需手术即可得到治疗。如果需要手术，其目的是恢复稳定性，让您重新信赖自己的肩关节。运动员通常在力量和活动度恢复后即可重返赛场。在针对关节后方不稳的手术后，90% 的运动员在 3 年时已重返运动，67% 恢复到以前的水平。重体力劳动和对抗性运动通常要等到这类修复术后 6 个月。

坦诚在这里很重要，因为没有任何治疗能完全消除风险。在肩关节前方进行关节镜修复后，30% 的肩关节在中期随访时出现了再次不稳，约三分之一在 8 至 10 年内至少发生过一次再脱位。如果关节囊收得过紧，可能会出现僵硬，但这并不常见。对于向多个方向松弛的肩关节，无论采用关节镜手术还是开放手术，7% 的病例会再次出现不稳。这些数字并非为了让您灰心。它们是我们所依据的实际情况，我们会结合您的年龄、运动项目和扫描结果，制定出能让您的肩关节最有可能保持稳定的方案。

何时就医

如果您的肩关节已脱位且无法复位，或者受伤后您无法将手臂外旋或抬起，请及时就诊您的全科医生（GP）。如果肩关节反复滑脱、发作越来越容易被诱发，或者首次脱位发生在运动中，请要求专科医生评估。如果脱位后您发现手臂出现麻木、刺痛或无力，请前往急诊科，因为从关节旁经过的神经可能受到牵拉或压迫。如果疼痛和松动感干扰您的睡眠、限制您的工作，或使您无法投掷、举物过头或搬运物品，也应寻求评估。如果您的肩关节在没有任何受伤的情况下也感觉不可靠，同样值得评估，而不是等到它恶化。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。肩关节不稳值得额外阅读，因为真正关键的决策并非“是否手术”，而是选择哪种手术，而这取决于骨骼的测量值，而非肩关节的主观感受。

骨缺损是决定性变量

软组织修复可重新附着撕裂的盂唇并收紧关节囊。它无法替代肩胛盂前方缺失的骨质，一旦该边缘缺损达到一定程度，无论软组织修复得多么完善，肩关节都可能越过缺损处脱位。

一项针对 **19,307** 例患者的系统综述确定了关节镜下 Bankart 修复术后复发的既定危险因素：**年轻年龄、肩胛盂骨缺损以及脱轨的 Hill-Sachs 损伤**，同时接触性和竞技性运动、固定装置数量及性别也常被报告 [1]。

“脱轨”一词值得解释一下。Hill-Sachs 损伤是肱骨头在越过肩胛盂边缘脱位时，在其后部形成的凹陷。其重要性取决于该损伤在关节活动范围内是否始终与肩胛盂保持接触（即“在轨”），还是滑出边缘并发生嵌合。预测修复失败的是这两个缺损之间的相互作用，而非其中任何一个单独存在。

更大手术带来的收益及其代价

当骨缺损显著时，骨移植可解决修复术无法解决的问题。直接比较显示，Latarjet 术的**复发率更低**，患者报告结局更好，且重返运动的速度快于关节镜下 Bankart 修复术，但其**并发症发生率更高** [2]。一项针对 **3,088** 名患者的长期比较研究发现，开放 Latarjet 术后的复发性不稳定和翻修率较低，且两种术式之间的**关节炎发生率相当** [3]，这回应了通常认为将骨骼跨越关节移动必然会加速磨损的异议。

其代价已得到量化：汇总 **7,175** 名患者的数据，Latarjet 术后的总体并发症发生率为 **6-7%**，主要与移植物相关，且开放术式与关节镜术式之间无显著差异 [4]。

中间选项

选择并非非此即彼。在 **2,100** 例患者中，联合 **remplissage**（填充术）——即用关节囊和肌腱填充 Hill-Sachs 缺损以防止其嵌顿——相较于单纯 Bankart 修复，降低了复发率，且未显著损失外旋功能，并可能相较于 Latarjet 手术降低再手术率 [5]。

这对投掷类运动员以及任何运动依赖于最后几度外旋功能的人群至关重要，因为传统上对稳定手术的担忧一直是以僵硬为代价换取稳定。

以怀疑的态度阅读结局文献

有两项发现应使我们对任何向您引用的自信数字保持审慎。

一项针对 **19,156** 名患者的综述得出结论，报告 Bankart 修复术结局的大量研究在**方法学质量和证据等级方面均较低** [6]。

此外，医疗资源获取并不均衡：在 **43,054** 名患者中，少数族裔或种族、公共保险、较低收入以及更高的社会剥夺程度均**降低了接受** Bankart 修复术的可能性，且公共保险还与更长的等待时间相关 [7]。已发表结局的部分差异反映了谁接受了手术以及何时接受，而非手术本身的效果。

参考文献

[1] Bulleit CH, Hurley ET, Jing C, Hinton ZW, Doyle TR, Anakwenze OA, et al. 关节镜下 Bankart 修复术后复发的危险因素：系统综述. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(11):2539-49. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.017>

[2] Hossein Zadeh R, Daliri M, Sadeghi M, Hossein Zadeh R, Sahebi M, Moradi A, et al. 关节镜下 Bankart 修复术与 Latarjet 术治疗复发性肩关节不稳：荟萃分析. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(12):e652-e674. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.06.024>

- [3] Meyer AM, Lorentz SG, Klifto CS, Bradley KE, Lau BC, Dickens JF, et al. 长期随访显示，开放Latarjet术的复发性不稳和翻修率低于关节镜下Bankart修复术. *Arthroscopy*. 2025;41(9):3693-705. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2024.12.038>
- [4] Hurley ET, Schwartz LB, Mojica ES, Campbell KA, Matache BA, Meislin RJ, et al. Latarjet术的短期并发症：系统综述. *J Shoulder Elbow Surg*. 2021;30(7):1693-9. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.01.024>
- [5] Gonzalez-Morgado D, Ardebol J, Noble MB, Galasso LA, Menendez ME, Denard PJ. 单独Bankart修复术、Remplissage术或Latarjet术后外旋功能丧失无差异：系统综述与荟萃分析. *Am J Sports Med*. 2025;53(2):493-500. <https://doi.org/10.1177/03635465241241825>
- [6] Moran FG, Hurley ET, Storme JG, Karavan MP, Downey SA, Klifto CS, et al. 关于Bankart修复术治疗前向肩关节不稳的研究显示数据报告质量差且证据水平低：系统综述. *Arthroscopy*. 2023;40(3):963. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.07.010>
- [7] Gentile B, Muo E, Saraf SM, Rumps MV, Mulcahey MK. 健康社会决定因素对肩关节不稳及手术可能性的影响：系统综述. *JSES Rev Rep Tech*. 2025;5(4):828-33. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.05.006>