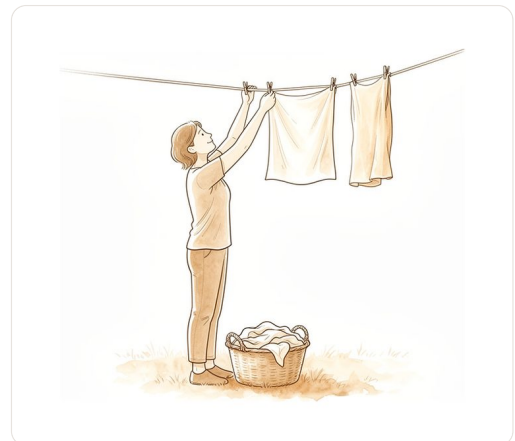


肩峰下减压术

肩峰下囊——位于肩峰下方、充满液体的缓冲垫，在肩峰撞击综合征中会发生炎症。

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 大多数患者在 6 周内恢复工作；任何肩部手术后，通常在 6 周后经复查确认后方可恢复驾驶。	3-6 months 主观肩部功能的恢复平均通常需要近 3 个月，完全恢复至无限制活动通常需长达 6 个月。	12 months 疼痛和功能的最大改善通常在术后第一年内观察到，部分研究显示改善可持续长达 10 年。

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 医生在我们诊所处理此类情况的方式。当您的肩部存在机械性卡压，且经过非手术治疗后疼痛未见改善时，我们通常会建议进行肩峰下减压术（也称为肩峰撞击综合征手术）。您需通过全科医生或物理治疗师转诊至我们诊所。门诊评估将确立诊断。对于病程较长的病例，我们首先尝试调整活动方式、物理治疗、夹板固定和注射治疗。若上述措施未能带来足够的改善，我们会考虑手术治疗。

若您疼痛持续至少 6 个月，特定体格检查试验呈阳性，且影像学检查显示存在机械性撞击，我们提供此手术。根据丹麦国家指南，对于符合手术指征的患者，关节镜下肩峰下减压术是一种有效的治疗方法，可减轻疼痛并提高生活质量。我们的外科医生采用关节镜入路，通过两到三个小切口将小型摄像头置入关节内。此举旨在缓解肩部组织所受的压迫。

手术前

您必须在麻醉前禁食六小时。请按照外科医生的建议停止服用抗凝药物。请安排专人术后驾车送您回家。请携带您目前服用的所有药物的完整清单，并穿着舒适、宽松的衣物。您可能需要进行术前检查，如X光、MRI扫描或血液检查，以确认诊断并评估您的手术耐受性。可能还需要进行麻醉评估，以讨论疼痛管理方案。这些步骤有助于确保您的手术安全有效地进行。

手术当天

您需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。手术过程中您将完全入睡，而神经阻滞（在麻醉苏醒前注射以阻断支配上肢的神经）可提供术后12至24小时的镇痛效果。麻醉医师将在手术前与您会面，并详细解释这两个部分。

随后，您将被送往手术室。我们的外科医生采用关节镜技术进行该手术。这意味着我们会做两到三个小切口。通过这些小切口，我们插入微型摄像头和特殊工具以治疗肩部。该手术属于微创手术。手术完成后，您将在恢复室苏醒。在麻醉效果消退期间，护士将监测您的舒适度及生命体征。待您病情稳定并准备出院后，您将可以见到家属。

手术内容

您的外科医生采用关节镜（微创）方式实施该手术。这需要在肩部做两个或三个小切口，每个切口长约1厘米。通过这些微小的开口，您的外科医生会插入一个小摄像头和专用器械。这使得无需进行大切口即可观察关节内部情况。

主要目的是减轻肩部骨性顶盖下方结构的压力。您的外科医生会仔细去除该区域少量的骨骼和发炎组织。通过平整该空间，我们为肌腱的自由活动创造了更多空间。这有助于减轻导致您疼痛的挤压或撞击。

减压完成后，您的外科医生会缝合这些小切口。切口通常使用缝线（缝合线）、钉合器或医用胶闭合，随后覆盖敷料以保护该区域。整个手术在您全身麻醉（睡眠状态）下进行，您不会感到任何疼痛。这种方法能够在最小化切口的前提下，精准治疗撞击综合征。

术后

您将在复苏室苏醒，手臂用吊带固定，伤口处覆盖敷料。大多数患者在此手术后需住院一晚，但部分患者可于当天出院。我们使用标准药物管理您的疼痛，以确保舒适。任何肩部手术后至少六周内请勿驾驶，无论手术哪一侧手臂。您必须等待外科医生许可，通常在六周复查时获得许可。参见[上肢手术后驾驶](#)。前24小时需有人陪伴协助。保持敷料干燥清洁。您可轻柔活动手指和手腕以减轻肿胀。此初期阶段避免提重物或将手臂举过肩高。

恢复

您将接受两到三个小型的微创切口。一个微型摄像头可帮助您的外科医生观察肩部内部情况。在最初几天，您可能会出现一些肿胀和疼痛，这是正常现象。您的医疗团队将为您提供药物以保持舒适。休息时支撑手臂有助于减轻肿胀。

愈合期间，您需要佩戴吊带以保护肩部。佩戴吊带期间不得驾驶车辆。根据我们的政策，无论治疗哪一侧手臂，您在任何肩部手术后至少需等待六周方可驾驶。通常在六周复查时，经您的外科医生许可后，您可恢复驾驶。有关更多详细信息，请参阅我们的指南 [上肢手术后驾驶](#)。

您的物理治疗师将指导您的康复过程。您将尽早开始轻柔的活动以防止僵硬。这些练习有助于恢复力量 and 活动范围。随着疼痛减轻和活动能力改善，您将逐渐恢复日常活动。您的恢复时间可能有所不同；您的外科医生和物理治疗师将根据您的愈合情况为您提供指导。

可能出现的问题

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。

如果您在减压的同时清除了钙化沉积物，您的恢复时间可能会延长。您可能会注意到，在能够恢复 unrestricted（无限制）活动之前，疼痛持续时间更长。这与仅进行组织修整的病例不同。请耐心等待您的愈合过程，并遵循团队关于逐步恢复日常活动的建议。

如果您在此手术的同时进行肩袖修复，请注意，增加减压步骤并不总能改善长期结果。在某些情况下，与单独进行肩袖修复相比，结果可能较差。您的外科医生将讨论这一额外步骤是否对您特定的肩部状况有必要。

锁骨下方静脉形成血栓的风险很小。这可能导致肺栓塞，即肺部血管阻塞。您可能会出现突然的呼吸困难、胸痛或咳血。这是医疗紧急情况。如果您注意到这些症状，请立即拨打急救电话或前往最近的急诊科。

既往的减压手术可能会增加未来需要进行反式全肩关节置换术时肩胛骨发生应力性骨折的风险。这意味着您的骨骼在承受压力时可能更容易出现裂纹。如果您将来需要进一步手术，您的外科医生会考虑这一病史。

本页的并发症表格列出了典型的发生率，如果您需要具体数据，请参阅该表格。

何时联系我们

如果您出现发热、伤口红肿加重或渗出，或突发剧烈疼痛，请立即联系我们。若发现小腿肿胀或呼吸困难，请前往急诊。若出现感觉丧失或无法活动肢体，请立即联系我们。这些症状需要紧急评估，以确保您的康复进程不受影响。

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 • office@cupperlimb.com.au • cupperlimb.com.au

肩峰下减压术

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
粘连性关节 囊炎	10.0-14.5%	粘连性关节囊炎是一种常见并发症，特别是在接受肩袖修复联合肩峰成形术的患者中。
异位骨化	3.1%	异位骨化是一种罕见但有报道的并发症。
僵硬	2.9-22%	术后僵硬的发生率在钙化性肌腱炎病例中为 2.9%，在肩峰外侧成形术研究中高达 22%。
再撕裂	2.9-38.0%	再撕裂率因研究而异，且取决于是否同时进行了肩袖修复。
翻修手术	1.5-22.2%	翻修手术率因适应证和随访时间不同，范围从 1.5% 到超过 20%。
肩峰应力性 骨折	0.9-2.2%	肩峰应力性骨折是一种风险，特别是在既往接受过肩下减压术且随后进行反式全肩关节置换术的患者中。
血栓栓塞	0.4%	血栓栓塞事件罕见，但在肩关节镜术后有报道。
感染	0.2-0.4%	深部感染率较低，在大型队列研究中通常为 0.2% 至 0.4%。
神经损伤	0.1%	神经损伤罕见，在大型队列中发生率约为 0.1%。
血肿	0.1%	术后血肿形成不常见。
伤口并发症	0.07-0.27%	伤口并发症罕见，发生率因手术入路而异。
三角肌剥离	Rare	采用关节镜技术时三角肌剥离罕见；历史上高达 37% 的发生率与开放减压术有关。
假性瘫痪	Rare	减压后主动上举功能丧失；可能提示未识别的肩袖撕裂。

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