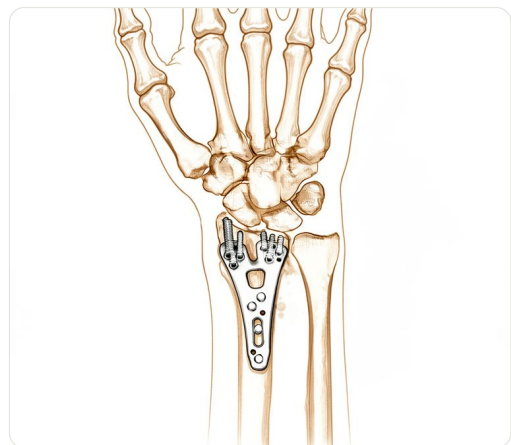


桡骨远端切开复位内固定术

切开复位内固定术后X线片：骨碎片已重新对齐，掌侧锁定钢板及螺钉将其固定于原位，以促进愈合。

Kieran Hirpara © ① ③ 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12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 早期活动有利于功能恢复，在6周时可观察到DASH评分的显著改善。	3-6 months 切开复位内固定（钢板固定）可提供持续的功能恢复，在6个月时可观察到显著改善。	12 months 功能恢复在术后第一年内持续改善，在12个月时可观察到持续的结果。

为何建议进行此手术

本页面反映了罗克汉普顿 Mater 私立医院上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生在门诊中对此类情况的处理方式。我们通过全科医生或物理治疗师的转诊接诊患者。门诊评估用于确立诊断。对于急性骨折，我们通常建议立即进行手术。对于长期存在的退行性磨损，我们通常首先尝试非手术治疗。如果休息和康复治疗未能带来足够的改善，您可能需要进行此手术。

切开复位内固定术是一种手术，外科医生在此过程中重新对齐断裂的骨骼，并使用钢板和螺钉将其固定。我们通过常规切口采用开放入路。有时我们会使用小型摄像头检查关节。对于桡骨远端骨折的成年患者，该方法在早期和持续的functional恢复方面能提供最理想的结果，同时还能减少骨折愈合相关的并发症。后续可能需要取出内固定物的概率为 28%。主要益处在于恢复腕关节的稳定性和功能。

手术前

您需要进行血液检查和麻醉评估，以确保您适合接受手术。您的外科医生可能还会在手术前安排X线或MRI检查，以评估您的腕骨和韧带。请在手术前一晚午夜开始禁食。仅在您的外科医生给出具体指示后，才停止服用任何抗凝药物。请安排专人开车送您回家，因为您在麻醉后无法立即驾驶。请携带所有当前用药的清单，并穿着舒适、宽松的衣物。这些准备工作有助于我们安全、高效地进行切开复位内固定术。

手术当天

您将抵达医院办理入院手续。您的主刀医生将与您会面，确认您的信息并解答任何最后的疑问。随后，您将见到麻醉医生，其将回顾您的健康史并为您的麻醉做准备。本手术采用全身麻醉。在手术过程中，您将完全处于睡眠状态。部分患者可能还会接受区域神经阻滞以用于术后镇痛——麻醉医生将根据您的具体情况在手术当天决定。

一旦您进入睡眠状态，我们将把您送入手术室。您的主刀医生通过常规切口进行开放入路手术。我们有时会使用关节镜辅助观察关节内部，确保骨骼对位正确。手术结束后，您将在复苏室苏醒。我们的团队将监测您的舒适度，并在您转入病房病床前检查您的手部情况。您将在此处休息，直至麻醉效果消退。

手术内容

您的外科医生将在手腕掌侧做一个切口，以到达骨折的骨骼。这种开放入路可直接进入骨折部位。我们仔细将骨碎片重新对位，使其恢复到正确的解剖位置。这一步骤称为复位。

骨骼对位后，我们使用金属接骨板和螺钉进行固定。这种内固定可使骨折块在愈合过程中保持稳定。我们通常使用位于手腕掌侧的接骨板，但如果您的特定骨折类型需要，我们可能会选择不同的放置位置。该方法被认为是安全的，并有助于降低愈合并发症的风险。对于复杂的骨折，这种接骨板技术是恢复稳定性的有效手段。

如果内固定物引起刺激，您有28%的可能性需要在日后接受一个较小的二次手术将其取出。我们在放置螺钉时会格外小心，以避免损伤关节面。固定好骨骼后，我们用缝线或钉合器闭合切口，并敷上敷料。

我们鼓励您在术后尽早开始活动手腕。与长期制动相比，早期活动有助于您更快地恢复功能。这种方法支持持续的康复过程，并减少初始愈合阶段的僵硬。

术后

您将在恢复室苏醒，并接受疼痛管理。术后24小时内必须有人陪同。我们采用经传统切口的开放入路，有时辅以关节镜技术以评估并优化关节复位。您的手腕将包扎厚实的敷料；固定后通常无需使用夹板。早期活动有助于功能更快恢复。大多数患者术后需住院一晚，但部分患者可于当天出院。在您的外科医生允许且您能够舒适地抓握并转动方向盘后，方可恢复驾驶；若使用了夹板，则需待夹板拆除后方可驾驶。详见[上肢手术后驾驶](#)。

恢复

术后您的手腕和手部会出现肿胀和僵硬，这是正常现象。我们会抬高患处以促进液体引流。钢板可将骨骼固定于原位，因此无需打石膏，也不常规使用夹板；我们鼓励早期进行手腕活动。起初疼痛较为常见，但通常通过休息和药物即可缓解。

我们尽早开始轻柔的活动以保护您的关节。您将进行简单的练习以保持手指和肩部的活动度。这有助于减少僵硬并促进血液循环。您的手部康复治疗由 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 负责。她将指导您进行与愈合阶段相匹配的安全动作。我们希望您在不过度牵拉修复部位的前提下恢复力量。

愈合期间，日常活动会发生变化。您可能需要单手完成进食或穿衣。起初睡眠可能会有困难；用枕头垫高手臂会有所帮助。在您的外科医生许可，且您能舒适地抓握和转动方向盘后，方可驾驶。有关更多详情，请参阅[上肢手术后驾驶](#)。

您的恢复过程每天的感觉都不同。有些日子会比其他日子更轻松。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根据您身体的反应为您提供指导。我们注重稳步进展，而非速度。随着肿胀消退和活动度恢复，您将发现重新使用手部变得更加容易。

可能出现的问题

大多数患者恢复良好，但偶尔也会出现一些问题。您的外科医生和医疗团队会密切监测您的情况，以便尽早发现任何异常。

内固定物刺激 部分患者会在皮下金属钢板所在位置感到尖锐或钝痛。您可能会感觉到内固定物压迫皮肤，尤其是在活动手腕时。这是因为身体将金属视为异物。如果疼痛变得持续或干扰您的日常活动，请告知我们。我们可以讨论是否适合为您取出内固定物。约四分之一的患者需要进行第二次手术以取出钢板和螺钉。

腕关节对线恶化 在复杂的骨折中，当骨骼碎裂成多块时，腕骨可能会随时间推移发生轻微移位。您可能会注意到腕部外观不平整，或以一种新的方式感到僵硬。如果螺钉放置得过于靠近关节面，这种情况可能会发生。您的外科医生会小心确保所有部件位置正确，但仍可能发生微小移位。如果您发现腕部形状改变或感到新发疼痛，请在下次复诊时提出。我们将通过 X 线检查您的对线情况，以确定是否需要进行调整。

一般并发症

虽然大多数人恢复顺利，但少数患者会出现其他问题。这些问题可能从轻微的皮肤刺激到需要额外治疗的更严重问题不等。您的外科医生通过精心规划和操作技术，旨在将这些风险降至最低。如果您注意到任何异常症状，请不要等到下次预约。请联系诊所，以便我们及时评估您的情况。

本页面上的并发症表格列出了典型的发生率，供您参考具体数据。

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、感觉丧失或肢体无法活动，请立即前往急诊。这些症状需要紧急评估。一旦出现上述症状，请勿等待下一次预约。

桡骨远端切开复位内固定术

已发表文献中的并发症发生率

汇总自12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
僵硬	10-20%	腕关节僵硬常见于早期；通过治疗在3-6个月内改善。
内固定物敏感	5-10%	钢板突出导致肌腱刺激或不适。
内固定物取出	2.7-27.8%	取出率因技术而异；桡侧柱钢板固定的取出率为28%，而掌侧锁定钢板固定的取出率为2.7%。
伤口相关问题	2.2%	在一项包含822名患者的大型回顾性研究中报告了特定的伤口相关问题。
骨折再移位	2-5%	复位丢失需要再次手术。
腕管综合征	1.9%	在一项包含822名患者的回顾性研究中报告为特定并发症。
肌腱刺激	1.7%	在一项包含822名患者的回顾性研究中报告为特定并发症。
屈肌腱断裂	0.9%	在一项使用大型持骨钳进行复位的病例系列报告中有所报道。
感染	0.0-12.3%	掌侧锁定钢板固定的总体并发症率包括4.8%的主要并发症和7.5%的次要并发症，感染是其中的一部分。
植入物松动	Rare	汇总结果显示，早期活动和晚期活动组之间的植入物松动率无差异性。
尺骨变异加重	Rare	与在粉碎性关节内骨折中将远端螺钉置于距软骨下骨>3mm处有关。
钢板移位	Rare	在儿童桡骨远端骨折中报告了一例罕见的近端钢板移位。

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