

肘关节镜

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。

恢复概览。综合自112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	大多数日常活动	最终结果平台期
办公工作、驾驶、日常任务	体力劳动、运动、健身	疼痛和力量
—	—	—

为何建议进行此手术

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生会从适合您病情的微创方案开始。患者通常由其全科医生（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，方有资格享受 Medicare 报销。在您的预约就诊时，我们会采集病史、检查您的肘部，并在必要时安排影像学扫描。对于长期存在的问题，我们通常首先尝试非手术治疗，例如改变活动方式、物理治疗或手部治疗、支具固定以及注射治疗。当这些步骤未能为您提供足够的改善时，我们才会考虑手术。

肘关节镜手术是一种微创手术。医生通过小切口在关节内进行操作，使用细长的摄像头清晰观察整个肘关节。当关节内存在可通过此方式治疗的明确问题时，我们会建议进行该手术，例如导致卡顿和交锁的游离骨块或软骨碎片、肘关节僵硬，或损伤后的组织损伤。该手术并不适用于所有肘部问题，因此我们仅在符合您的诊断时才提供此手术。其目标是减轻疼痛、增加活动自由度，并使肘关节在日常活动中更加稳定。

术前

在手术前的几周，我们会通过影像学检查来确认手术方案。大多数人已经拍过X光片，这是骨骼的基本影像。部分患者还需要进行磁共振成像（MRI）扫描，以显示韧带、肌腱和软骨等软组织，或者进行超声检查。如果您有其他基础疾病，可能需要进行血液检查或与麻醉师（负责实施麻醉的医生）进行术前评估。大多数人无需进行这些检查。

手术当天，请提前七小时停止进食和饮水。我们要求提前七小时禁食禁水，以便在手术排程提前时能够尽早安排您的手术。您的外科医生会告知您平时服用的哪些药物需要暂停。请携带一份您正在服用的所有药物的书面清单。请安排他人在术后驾车送您回家，并穿着宽松舒适的衣物，袖子应能轻松滑过肘部。

手术当日

您抵达医院的手术入院单元，在此办理入院手续并进行术前准备。随后，您将见到麻醉师，即负责为您实施麻醉的医生。本手术在全身麻醉下进行。有时会追加区域神经阻滞以缓解术后疼痛；麻醉师将在手术当日就此与您沟通。

随后，您将被带入手术室进行手术。术后，您将在复苏区苏醒，护士会在此监护您直至麻醉作用消退。待您的生命体征平稳后，根据手术类型及恢复情况，您将被转入病房或于当日出院。

手术内容

肘关节镜手术是一种微创手术。您的医生会在肘部周围做两到三个小切口，每个切口长约一厘米。其中一个切口用于放置细长的摄像头，其余切口则用于让小型器械进入关节。在器械进入之前，约25至30毫升的液体被注入关节内。这种液体可以撑开操作空间，以便摄像头清晰观察。切口位置避开了经过肘部的主要神经和血管，您的医生会先在您的皮肤上标记出骨性标志，以确保每个切口都安全放置。

关节内部的具体操作取决于您的诊断。可以移除卡在关节内并导致锁住的游离骨块或软骨碎片。如果肘关节僵硬，可以松解关节周围的紧张组织以恢复活动度。受损的软骨可以被修整平滑，在某些情况下，还可以使用可吸收钉将一小块骨或软骨固定回原位，这些钉子会随时间溶解。由于摄像头能提供整个关节的清晰视野，您的医生还可以处理在扫描中未显示的问题。

小切口用缝合线关闭并覆盖敷料。手术通过微创切口进行，而非一个长切口，因此与开放手术相比，对肘部周围软组织的干扰更小。

术后

您将在复苏室醒来，护士会在麻醉消退期间密切观察您的状况。您的手臂将佩戴吊带或简单敷料，待您感觉平稳后即可下床活动。在离开手术室前已为您安排了镇痛方案，因此若您的肘部感到疼痛，请告知护士，以便他们为您调整。回家后最初的24小时内，应有人陪同在您身边。您的医疗团队会告知您是当天出院还是需在医院留观一夜。我们通常保留敷料约10天；除非我们另行通知，否则请勿提前拆除。我们将在复诊时为您更换或拆除敷料。

恢复

在最初几天，您的肘部会感到疼痛和肿胀。这种情况会逐渐缓解。休息、在可能的情况下抬高您的手部，以及为您开具的止痛药都有助于缓解症状。许多人发现不适感在早期最为严重，并随着肿胀消退而逐渐减轻。

您出院时，手臂将佩戴吊带或简单的敷料。一旦感觉舒适，您即可使用手部进行轻度活动，例如进食、打字或扣纽扣。术后手部治疗由 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 负责。Ruby 是一名手部治疗师：她将指导您的锻炼，并为您制作所需的夹板。这些锻炼旨在确保在愈合过程中肘部和腕部保持活动，其重要性不亚于手术本身。请遵照指示进行锻炼，如果某个动作引起剧烈疼痛，请告知您的治疗师。

日常活动将分阶段恢复。一旦肿胀消退，您会注意到握力增强，伸展动作变得更加容易。当您的外科医生对肘部的活动和愈合情况感到满意时，您将被允许驾驶；我们的指南 [上肢手术后的驾驶](#) 解释了适用的规则，包括手臂佩戴吊带时不得驾驶，以及停用强效止痛药。当您可以无疼痛地进行工作和运动时，即可恢复这些活动，您的外科医生或治疗师会告知您何时达到这一阶段。

恢复情况因人而异。您的时间表可能有所不同，您的外科医生和手部治疗师将在整个过程中为您提供指导。

可能出现的问题

大多数患者恢复良好，但偶尔可能会出现并发症。您的外科医生和医疗团队会密切监测您的状况，以便尽早发现任何问题。

神经刺激是最常见的问题。您可能会注意到刺痛感、针刺感、麻木感，或感觉异常的皮肤区域。这通常是暂时的，会自行缓解。如果出现这种情况，请在下次复诊时告知您的外科医生。

感染可能在术后几天内发生。请留意以下症状：不随普通止痛药缓解的深部搏动性疼痛、从伤口向外扩散的红肿，或液体透过敷料渗出。如果您发现其中任何症状，请立即致电诊所。深部感染需要及时治疗。

某些因素会增加感染风险。如果您患有糖尿病、吸烟或体重超标，您的风险较高。在手术前不久或手术结束时向关节内注射类固醇也会增加风险。您的外科医生会事先与您权衡所有这些因素。

罕见情况下，神经损伤可能是永久性的。这种情况不常见，但一旦发生，其影响将持续终生。您的外科医生会在您同意手术前与您讨论这一风险。

有时，骨骼会在不该形成的地方形成，即在关节内或关节周围。这被称为异位骨化。您可能会感到肘部附近有一个坚硬的肿块，或注意到关节弯曲或伸直的程度不如以前。请在复诊时提及此事，以便进行检查。

其他问题虽不常见，但已为人所知。摄像头或器械可能会触碰并刮伤关节的光滑表面。可能会形成一条从关节通向皮肤的小液体通道。器械可能会在关节内断裂。手术期间使用的止血带可能会压迫手臂，并短暂刺激其下方的皮肤。

如果在术后几天内您感觉不适，或者您的肘部有任何不对劲的地方，请致电诊所，而不是等待下次预约。如果您想了解具体数据，本页的并发症表格列出了典型发生率。

何时联系我们

大多数问题都会较早出现，我们更希望您在当天告知我们，而不是让您等待。如果您的肘部变得发热、肿胀加重或疼痛加剧，如果伤口周围的发红范围扩大，或者如果有液体渗出敷料，请致电我们。如果您感到发热，如果麻木或刺痛感没有缓解反而加重，或者如果您无法像以前那样活动手部或手指，请致电我们。

如果您出现突发的剧烈疼痛、小腿新出现的肿胀或呼吸困难，请前往医院急诊科。这些症状可能提示血栓形成，需要立即检查。如果有任何感觉不对劲的地方，请致电我们。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。肘关节镜手术值得额外阅读，因为其已发表的并发症率并非单一数值，而是一个范围极宽、看似存在错误的区间；理解其原因有助于阐明该手术的大部分关键点。

同一手术，两种截然不同的答案

一项系统综述汇总了**16,815**例肘关节镜手术，报告并发症中位率为**3%**，各研究间的范围为**0%至71%** [1]。再手术率呈现相同模式：中位数为**2%**，范围为**0%至59%** [1]。另一项针对**14,289**例手术的荟萃分析合理地得出结论：肘关节镜手术是一种相对安全、并发症发生率较低的手术 [2]。

两者均正确。其调和之处在于第一项综述自身的发现：更复杂的手术后并发症发生率更高 [1]。“肘关节镜”并非单一手术。从宽敞的关节腔内取出游离体，与在距尺神经和桡神经仅毫米之处的挛缩关节囊进行松解，二者仅共享名称和器械，几乎别无共同之处。除非所引用的风险数值与具体实施的手术相关联，否则该数值几乎毫无意义。

为何肘关节不同于膝关节

在常规进行关节镜手术的关节中，肘关节的关节与神经关系最为紧密。尺神经、桡神经和正中神经均位于标准入路部位的数毫米范围内，且操作空间狭小；在那些最需要手术的僵硬、挛缩肘关节中，操作空间更是极为有限。正是这种解剖结构，使得一过性神经症状在并发症统计中占据主导地位，并且风险随松解范围的扩大而增加，而非随手术时间的延长而增加。

关节镜技术与开放手术的对比

对于**关节炎性肘关节**，一项纳入**1,097**例患者的系统综述发现，清创成形术后中期功能良好，且与开放手术相比，采用关节镜技术并未增加并发症发生率 [3]。这是一项真实的等效性结果，而非优越性的证明。

对于**网球肘**，一项纳入**1,604**例患者、比较开放、关节镜及经皮松解术的综述发现，开放和关节镜松解术的功能可能优于经皮松解术，而关节镜和经皮入路的疼痛更低。无论采用何种技术，并发症风险相似 [4]。

两者共同的模式：关节镜本身并不更安全或更有效。其优势在于围手术期的恢复，而非手术结果本身。

诚实的阴性结果

在另一台手术中“顺便看看”而额外进行关节镜检查，并不划算。一项针对 **2,118** 例患者的荟萃分析显示，在尺侧副韧带重建术前常规进行诊断性关节镜检查，**并未**显著降低后续因其他外翻伸展过度问题而需再次手术的风险 [5]。仅仅观察并不等同于发现值得治疗的问题，且每一个额外的关节镜入口都会带来上述的神经损伤风险。

参考文献

- [1] de Klerk HH, Verweij LP, Sierevelt IN, Priester-Vink S, Hilgersom NF, Eygendaal D, et al. 成人和儿科患者肘关节镜术后并发症发生率范围广泛：系统综述。Arthroscopy. 2023;39(11):2363-87. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.04.015>
- [2] Ahmed AF, Alzobi OZ, Hantouly AT, Toubasi A, Farsakoury R, Alkhelaifi K, et al. 肘关节镜手术的并发症：系统综述和荟萃分析。Orthop J Sports Med. 2022;10(11). <https://doi.org/10.1177/23259671221137863>
- [3] White CHR, Ravi V, Watson J, Badhrinarayanan S, Phadnis J. 关节镜与开放清创术治疗退行性肘关节的系统综述。Arthroscopy. 2020;37(2):747. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.09.005>
- [4] Pierce TP, Issa K, Gilbert BT, Hanly B, Festa A, McInerney VK, et al. 网球肘手术的系统综述：开放、关节镜与经皮松解共同伸肌起点。Arthroscopy. 2017;33(6):1260. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2017.01.042>
- [5] Looney AM, Bovill JD, Huffman SS, Najarian RG. 常规诊断性关节镜联合肘关节尺侧副韧带重建并不能降低未来与外翻伸展过度负荷相关手术的需求：系统综述和荟萃分析。J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(1):e22-e36. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.08.004>

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@cqupperlimb.com.au • cqupperlimb.com.au

肘关节镜

已发表文献中的并发症发生率

汇总自112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	报告的发生率	备注
总体并发症发生率	11.0%	来自14,289例手术荟萃分析的加权发生率；系统综述报道中位数为3%，范围广泛，为0-71%。
神经损伤	3.4%	来自荟萃分析的加权发生率；一过性神经麻痹是最常见的特定并发症，在系统综述中占有所有报道并发症的约31%。
尺神经损伤	2.6%	肘关节镜手术中最常受损的神经，荟萃分析数据中的加权发生率为2.6%。
僵硬/关节纤维化	4.5%	来自荟萃分析的加权发生率；被确定为影响肘关节活动最常见的并发症。
翻修手术	4.1%	需要后续手术程序的加权发生率；系统综述报道中位再手术率为2%。
感染（浅表）	2.0%	浅表伤口感染的加权发生率；来自大型队列的30天数据显示手术部位感染率为0.9%。
感染（深部）	0.7%	深部伤口感染的加权发生率；深部感染是某项30天术后概况中最常见的并发症（0.57%）。
异位骨化	6.3%	回顾性队列中的患病率；通常位于肘关节内侧间室。
血栓栓塞	0.4%	30天队列中深静脉血栓/血栓性静脉炎的发生率；肺栓塞是一种罕见但可能严重的并发症。
伤口愈合并发症	1.5%	引流或裂开的加权发生率；包括关节镜入路切口持续渗漏和浅表蜂窝织炎。
肘关节不稳定	2.6%	来自荟萃分析的加权发生率；罕见，但被报道为影响关节稳定性的并发症。
永久性神经损伤	0.8%	系统综述中永久性神经麻痹的发生率；罕见但意义重大，具有终身后果。

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 — 姓名（正楷）

签名

日期