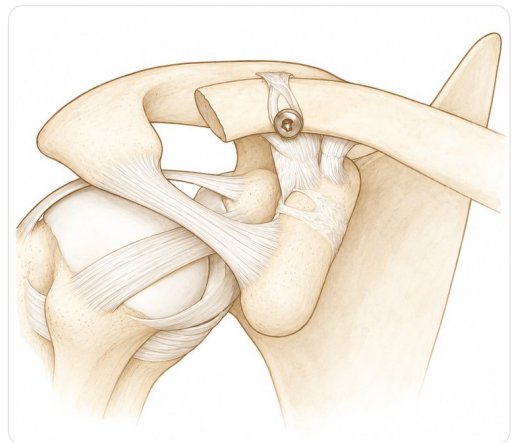


肩锁关节稳定术

肩关节解剖。肩锁关节是肩部顶端的小关节，位于锁骨外端与肩胛骨上一个骨性平台交汇处——肩锁关节损伤时，此处结构会发生破坏。

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。

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 非手术治疗或术后早期阶段，通常2至6周即可恢复案头工作及轻度活动。	4-6 months 肩关节完全功能恢复及回归活动通常在手术稳定后4至6个月；低级别（I型和II型）损伤若未行手术治疗，恢复速度通常快得多。	12-20 months 达到最大临床改善并回归完全对抗性运动或重体力劳动可能需要12至20个月，且部分残留症状可能长期存在。

为何建议进行此手术

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生会根据您的具体伤情制定治疗方案。肩锁关节位于锁骨的外侧端，即锁骨与肩部顶端相接之处。当该关节严重撕裂并脱位时，我们称之为高级别分离。将锁骨复位并固定在其正常位置的手术称为肩锁关节稳定术。我们通常建议对严重分离（即锁骨明显移位）的患者进行此手术。若不进行手术，此类损伤往往会导致持续疼痛和肩部功能受限。对于较轻的损伤，我们通常首先采用非手术治疗，如使用悬吊带和进行温和的锻炼。大多数轻度损伤患者通过这种方式可在 4 至 6 周内恢复完全的肩部功能。当非手术治疗未能带来足够的改善，或损伤过于严重导致非手术治疗无效时，则需考虑手术。患者通常由其全科医生转诊至我们的诊所；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。我们将检查您的肩部并安排扫描，以评估损伤的严重程度。此手术的目的是缓解疼痛、恢复稳定性，并帮助您的肩部正常运作。手术是否适合您，是我们共同做出的决定。

手术前

在手术前，我们将为您提供明确的指示以供遵循。您需要在手术前七小时停止进食和饮水。我们提出此要求，以便若当日手术进度提前，您的手术顺序可以提前。如果您正在服用常规药物，请携带一份您所用所有药物的书面清单，我们将告知您哪些药物需要暂停以及暂停的时间。请安排他人在术后驾车送您回家，因为您将无法自行驾驶。请穿着宽松、舒适且易于穿脱的衣物。我们已拥有您肩部的扫描影像，如X光片，以及可能的磁共振成像（MRI）或超声检查，我们将利用这些影像来规划手术。如果您有其他健康状况，可能需要进行血液检查或接受麻醉科医生的评估。

手术当天

您将抵达医院的手术入院单元，在此办理入院手续并做术前准备。随后，您将与麻醉医生会面，医生将向您说明手术期间保障您舒适度的方案。该手术在全身麻醉联合区域神经阻滞下进行。麻醉医生将在手术前与您会面，并详细讲解这两部分麻醉方案。准备就绪后，您将被带入手术室进行手术。手术结束后，您将在复苏区苏醒，护士会在此监测您的状况，直至麻醉作用消退。待您的生命体征稳定后，根据具体手术类型及恢复情况，您将被转入病房或当天出院。

手术内容

手术通过一个切口进行，该切口沿锁骨外侧端延伸，位于肩部上方及前方。通过此切口，外科医生可触及锁骨及其下方肩胛骨上的小型骨性突起，即喙突。

修复过程使用一种名为“Lockdown”的装置固定。该装置为编织合成韧带，两端各有一个环。外科医生将其绕过喙突并穿回自身，随后将其置于锁骨后方，并用一枚小型螺钉和垫圈将其固定于锁骨前方，类似帐篷桩的固定方式。此操作可将锁骨维持在正常位置。在接下来的数月内，您自身的组织将长入编织结构中，从而使修复效果永久化。

切口以缝合线关闭，并在其上方覆盖敷料。您需保留该敷料约10天。

术后

苏醒后，您将被安置在恢复病房，护士会密切观察您的状况。您的手臂将佩戴简单的吊带以提供舒适感，进行锻炼和清洗时需取下。您可以立即活动手部、腕部和肘部，并即刻开始轻柔的钟摆运动。大多数患者在此手术后需在医院过夜，但部分患者可于当日出院。我们将为您提供镇痛治疗以确保舒适，护理团队会定期查看您的情况。敷料需保留约10天；除非我们告知您，否则请勿提前拆除。我们将在复诊时为您更换或拆除敷料。请安排有人在您回家后的最初24小时内陪伴您。您至少六周内无法驾驶；请参阅我们的指南[上肢手术后的驾驶](#)。

恢复

在最初几天，您的肩部会感到疼痛，切口周围可能出现肿胀。这种情况会稳定好转。止痛药可帮助您保持舒适，将手臂固定在吊带中可减轻对修复部位的牵拉。按照物理治疗师的建议使用冰敷也有助于缓解症状。

您需要立即活动手部、腕部和肘部，并立即开始轻柔的钟摆运动。物理治疗师将指导您完成每个阶段。起初，运动是轻柔且被动的，即由他人移动您的手臂。随着愈合进程，您将开始自主活动肩部，待外科医生确认修复部位恢复良好后，再开始进行强化训练。在运动间隙需佩戴吊带，洗澡和进行运动训练时取下吊带。

日常生活需围绕吊带进行调整。早期睡觉时垫高枕头通常更为舒适。您可以使用另一只手臂处理家中大多数事务，但在外科医生许可之前，请勿用手术侧手臂进行提举、推压或伸展动作。驾驶需等待您在复诊时获得外科医生许可后方可进行，且佩戴吊带期间严禁驾驶；请参阅我们的指南 [上肢手术后的驾驶](#)。

恢复情况因人而异。您的时间表可能有所不同，外科医生和物理治疗师将在每一步为您提供指导。

可能出现的问题

大多数患者恢复良好，但偶尔会出现问题。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。

有时锁骨可能会部分或完全从其矫正后的位置滑脱。您可能会注意到肩部顶部出现隆起，或者在活动时感觉关节松动或移位。如果您注意到这种情况，请在下次复诊时告知您的外科医生。

修复也可能以仅在扫描中显示而非通过肩部感觉体现的方式失败。其中一些变化可能永远不会引起麻烦，可能完全不需要治疗。您的外科医生将通过复查X光片密切关注这些变化。

修复部位周围的骨骼可能会出现小骨折，有时会在数周或数月后发生。这通常会导致锁骨上方或肩部顶部附近突然出现疼痛和压痛。如果发生这种情况，请立即联系诊所。

固定修复部位的小螺钉和垫圈可能会引起问题，某些技术中使用的金属植入物可能会断裂或移位。锁骨附近出现深层酸痛或新的研磨感值得报告。有时需要进一步手术来解决器械问题。

感染不常见，但需要迅速处理。注意观察伤口周围发红扩散、肿胀加剧、发热或渗出。如果伴有上述任何症状的发热，意味着您应立即致电诊所，或在非工作时间前往急诊科。

可能会发生神经刺激。这可能表现为手臂部分区域的刺痛、麻木或无力。部分神经刺激可自行消退，无需治疗。在复诊时提及任何新的麻木或无力，如果症状严重，则应更早告知。

在愈合过程中，关节周围组织有时可能会形成额外的骨。这可能显示在扫描中，并不总是引起症状。如果该区域感觉僵硬或酸痛，请与您的外科医生沟通。

当并发症发生时，有时可能需要一次或多次进一步手术来修复。如果在早期发现并处理问题，结果往往更好，因此请大声说出任何异常情况。

本页上的并发症表列出了典型发生率，如果您想了解具体细节。

何时联系我们

大多数问题在您主动反映时都能及早发现。如果您出现发热，或伤口变得更红、更肿，或开始渗液，请致电我们。如果您感到锁骨或肩部上方出现突发的剧烈疼痛，请致电我们。如果您的腿部出现肿胀或疼痛，或您感到呼吸急促，请前往急诊。如果您手臂或手部失去感觉，或手臂完全无法活动，请前往急诊。肩部上方出现新的麻木、刺痛、无力，或肿块复发，即使看似轻微，也值得致电咨询。

关于该病症的更多阅读

本页主要介绍手术本身。该手术所治疗的病症，包括关于手术何时有效、何时无效的证据，在[肩锁关节损伤（肩关节脱位）](#)页面上有更详细的介绍。

肩锁关节稳定术

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	报告的发生率	备注
复位丢失	56.0%	见于V型脱位的非手术治疗，导致Rockwood 3型状态。
重建失败	19.1%	初次喙锁重建后的总体失败率，不同研究报告的范围为8%至52.6%。
创伤后骨关节炎	17%	III型损伤中，手术组的发病率高于非手术组，部分研究报告在特定队列中高达66.7%。
异位骨化	17%	见于III型损伤的手术组。
植入物刺激	16.0%	按压植入物上方时出现压痛，常需非计划性取出。
翻修手术	14.3%	关节镜辅助解剖学喙锁重建后，至少10年随访时的肩锁关节（ACJ）稳定翻修率。
持续性疼痛	5-8%	手术稳定后，5-8%的患者出现持续性疼痛或不适。50%这一较高比例适用于非手术治疗的I型/II型损伤。
喙突骨折	2-3%	与喙突钻孔相关的风险；最大临床系列（n=43）中为2.3%。早期小型研究和尸体生物力学模型中报告了更高的发生率。
感染	1.9%	手术队列中报告的浅表或深部感染率。
神经损伤	1%	罕见，包括肩胛上神经或臂丛神经损伤。
锁骨骨折	Rare	在一项无隧道重建研究（n=22）中报告为20%；使用标准隧道或无钻孔技术时罕见。

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