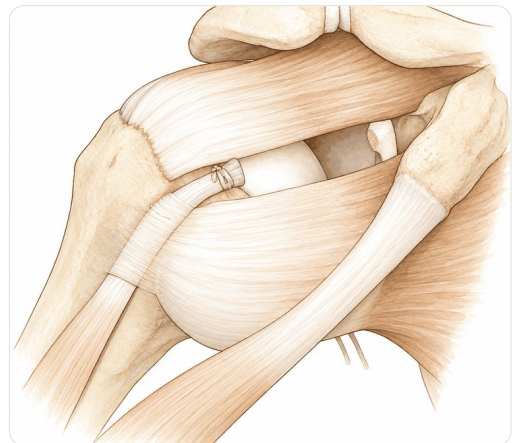


肱二头肌腱固定术

肱二头肌长头腱——锚定于肩胛孟顶部，是腱固定术所针对的常见疼痛来源。

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。

恢复概览。综合自85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	5-8 months	13 months
患者通常可在2至6周内恢复案头工作和轻度活动，吊带佩戴时间约为3至4周。	大多数患者在术后5至8个月达到具有临床意义的疗效，并恢复至术前的活动水平。	通常在术后13个月达到具有临床意义的疗效，功能完全达到平台期。

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最微创方案开始。患者通常由其全科医生转诊至我们的诊所；如果物理治疗师建议您就诊，您仍需获得全科医生的转诊才能符合 Medicare 报销资格。就诊时，我们会采集病史、检查您的肩部，并在需要查明疼痛原因时安排影像学检查。

肱二头肌腱固定术是将肱二头肌长头腱（位于肩部前方的肌腱）重新固定到肱骨上一个新位置的手术。当调整活动方式和物理治疗等较简单的治疗未能带来足够改善，或者您本来就要接受另一项肩部手术而肱二头肌腱是问题的一部分时，我们通常会建议进行此手术。大多数人在术后 5 至 8 个月之间获得明显改善，到 13 个月时效果趋于稳定。手术旨在缓解您的疼痛，帮助您的肩部恢复正常功能。

术前

手术前，我们会依据影像学检查来规划手术，例如 X 线、MRI 或超声检查，这些检查可能已在您首次就诊时安排好。在手术前一周，您会收到我们团队的明确指示。您需要在手术前七小时停止进食和饮水。我们要求七小时而不是更短的时间，是为了在手术室排程提前时，您的手术也可以提前进行。请告诉我们您所服用的全部药物，包括任何抗凝药（血液稀释剂），并在手术当天携带一份书面药物清单。有些药物需要在手术前暂停，我们会告诉您是哪些药物以及何时暂停。请安排他人在术后驾车送您回家。请穿着宽松舒适的衣物。如果您有其他健康状况，可能需要进行血液检查，或接受麻醉医生（负责为您实施麻醉的医生）的评估，但大多数人两者都不需要。

手术当日

手术当天，您将前往医院的手术入院单元。我们的团队会为您办理入院手续，并为您进入手术室做好准备。麻醉医生将在手术前与您见面，并向您详细讲解这两部分麻醉方案。本手术在全身麻醉联合区域神经阻滞下进行。随后，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情况，直至麻醉作用消退。待您的情况平稳后，根据您的接受的手术及恢复情况，您将被转入病房或直接回家。

手术内容

这是一种关节镜（微创）手术。您的外科医生会在肩部周围做几个小切口，包括后方的一个切口，并借助一个伸入关节内的小型摄像头进行操作。外科医生会通过这些切口找到肱二头肌长头腱，即位于肩前方、一直引起您疼痛的那条肌腱。

外科医生会将受损的肌腱从其磨损的部位松解，然后重新固定到肱骨上更低处的一个新位置。肌腱通过植入骨中的小型锚钉或螺钉固定在那里。这样可以使肌腱在一个新的、健康的位置上愈合，有点像把一根磨损的绳子移到柱子上更结实的地方。肌腱仍然附着在骨上，因此肱二头肌能保持其外形和力量。

如果您同时接受另一项肩部手术，例如肩袖修复术，肱二头肌的处理将在您已身处手术室时，通过相同的关节镜切口完成。您的外科医生会在术前与您详细讨论这一点。

手术结束时，器械会被取出，小切口会用缝线关闭。缝线位于敷料之下，我们的团队会与您一起护理敷料。您回家时会收到关于敷料和最初几天注意事项的书面说明。

肌腱的具体固定方式可能有所不同，您的外科医生会选择适合您的肩部和个人情况的方法。不变的是目标：将肌腱的疼痛部分移出关节，并锚定在坚固的骨骼上，使其能够平复下来，不再疼痛。

术后

大多数患者在此手术后需住院一晚，但部分患者可当日出院。您将在复苏室醒来，护士会密切观察您的情况，并给您用药让您保持舒适。您的手臂将佩戴一个简单的吊带以提供支撑，清洗和锻炼时可取下。请安

排有人在前 24 小时内陪伴您。敷料需保留约 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。从第一天起您就可以在家中走动，但至少六周内不得驾驶。一旦外科医生确认您可以驾驶（通常在术后六周复诊时），您就可以重新开始驾驶。详情请参阅[上肢手术后驾驶](#)。

恢复

术后最初几天，您的肩部会感到疼痛，并可能伴有肿胀感。这些症状会在随后的几周内逐渐缓解。止痛药、休息和冰敷有助于让您保持舒适。您的手臂佩戴一个简单的吊带，清洗和锻炼时可取下。

从第一天起您就可以在家中走动。您的物理治疗师起初会指导您进行轻柔的活动，然后随着肌腱愈合逐步增强您的力量。对肱二头肌施加负荷的强化锻炼，例如抗阻屈肘或伸直手臂向前方举物，需推迟到肌腱牢固愈合之后进行。一旦外科医生确认您可以驾驶（通常在术后六周复诊时），您就可以重新开始驾驶。详情请参阅[上肢手术后驾驶](#)。

轻度日常活动会最先恢复。随着时间一周周过去，您会注意到疼痛逐渐减轻，穿衣、伸手够物等日常动作也会变得更容易。较重的工作、体育运动和健身房锻炼则会在之后恢复，前提是您的力量和活动度已经建立起来，并且您的物理治疗师和外科医生对您的进展感到满意。起初睡觉可能会不舒服；在肩部平复之前，靠坐在椅子上或仰卧睡觉通常会有帮助。

每个人的恢复情况各不相同。您的恢复时间线可能有所不同，您的外科医生和物理治疗师会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，但偶尔也会出现并发症。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。

任何手术都有感染的风险。您可能会注意到从伤口向外扩散的发红、伤口渗液或流脓，或者出现发烧。如果发生这种情况，请在当天致电诊所。大多数伤口感染可通过伤口护理或抗生素得到控制，但少数需要进一步治疗。

神经在手术区域附近走行，因此神经可能在手术过程中受到刺激。这可能表现为手臂或手部麻木、刺痛或无力。神经阻滞最初 24 小时内出现一些麻木和无力是预料之中的正常现象。在神经阻滞作用消退后（约 24 小时），如果您的手臂、手部或手指仍然麻木，或者无法活动，请致电诊所。

此手术后肩部可能会变得僵硬。您可能会发现难以向上够物、将手伸到背后或向侧方伸展，而且活动可能感觉紧绷或受阻。请在下次复诊时提出这一问题，因为在物理治疗师指导下尽早活动有助于使肩部放松。

固定肌腱的螺钉或锚钉偶尔会引起问题。肌腱可能在固定处受损，或者固定可能失效，这可能表现为突然“啪”的一下、屈肘时出现新的无力，或者肱二头肌在肩部前方附近隆起成团。在极少数情况下，上臂的肱骨也可能在植入物附近发生骨折，这会导致突然剧烈疼痛、肿胀以及手臂外形改变。如果您的手臂外形突然改变或完全无法使用，请前往急诊科。如果出现“啪”的一下或新的无力，请致电诊所。

有些人即使在愈合后，肩部前方仍持续疼痛，或者肱二头肌出现痉挛。请在复诊时提及这一点。如果疼痛持续，有时需要再做一次手术。

如果您想了解具体数据，本页的并发症表格列出了典型的并发症发生率。

何时联系我们

大多数问题会在最初几周内出现。了解需要留意的情況有助于您及早采取行动。

如果您出现小腿肿胀或疼痛，或者呼吸急促或胸痛，请前往急诊科。这些可能是血栓的迹象。如果您的手指或手部变得苍白、冰冷、发白、发青或发黑，或者您的手臂外形突然改变且完全无法使用，也请前往急诊科。

如果您出现发烧、伤口周围发红扩散，或者伤口渗液或流脓，请在当天致电诊所。如果尽管服用了止痛药，疼痛仍持续加重，也请在当天致电诊所。

神经阻滞最初 24 小时内出现一些麻木和无力是预料之中的正常现象。在神经阻滞作用消退后（约 24 小时），如果您的手臂、手部或手指仍然麻木，或者无法活动，请致电诊所。

如果在下班时间或周末无法联系到诊所，请前往离您最近的急诊科。

关于该疾病的更多阅读

本页主要介绍手术本身。关于该手术所治疗的疾病，包括现有证据显示手术在何时有效、何时无效，将在[肱二头肌肌腱病及长头撕裂](#)页面中作更详细的介绍。

肱二头肌腱固定术

已发表文献中的并发症发生率

汇总自85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
再手术	<18%	再手术率差异较大，与SLAP修复（3-15%）相比，肱二头肌腱固定术通常显示出较低的再手术率（0-6%）。
固定失败	<13%	腱固定结构失效或肌腱回缩发生在少数患者中，具体比例因固定方法而异。
血肿	<10%	部分队列中报告有血肿形成，但极少需要外科干预。
肱二头肌疼痛	5-17%	肱二头肌沟处的持续性疼痛或痉挛是一种常见并发症，特别是在腱切断术后或特定固定组中。
僵硬	3-26%	报告有需干预（关节镜下松解/手法松解）的术后僵硬，关节镜下胸大肌上入路技术的僵硬率较高。
感染	<2%	浅表感染率较低（0-2%），深部感染罕见。
大力水手畸形 (Popeye畸形)	1-23%	发生率因固定技术和患者群体不同而有显著差异，范围从1.0%到23.0%不等。
神经损伤	<1%	一过性神经损伤或神经失用发生在不到1%的病例中。
伤口并发症	<1%	浅表伤口问题，如红斑或裂开，并不常见。

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