

后肩关节稳定

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48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
—	4.3-8.6 months	12 months
	关节镜下肩关节后方稳定术后重返运动通常发生在术后4.3至8.6个月之间。	患者报告结局的临床显著改善在12个月时得以维持并达到平台期，长期随访证实了其持久性。

为何建议进行此手术

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生会从最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；如果理疗师建议您前来就诊，您仍需获得全科医生的转诊才能符合 Medicare 报销资格。在评估过程中，我们会采集病史、检查您的肩部，并在必要时安排影像学检查。后肩关节不稳是指肱骨上端从肩关节盂后方滑脱或感觉即将滑脱。这是一种不常见的问题，且初期常被漏诊，这可能导致正确诊断的延迟。

对于许多患者，我们首先尝试非手术治疗，例如改变活动方式和物理治疗。当非手术治疗未能带来足够改善，或您的肩部反复失稳时，我们会考虑手术。如果您的肩部在其他治疗后仍存在疼痛或不稳，或者关节盂的骨性结构需要处理，我们可能会建议进行此手术。该手术是一种微创（关节镜）修复术，旨在收紧肩部后方的软组织，以维持关节的稳定性。其目标是缓解疼痛、恢复稳定性，并帮助您恢复日常活动，包括体育运动。

术前准备

在您的手术之前，我们将确认用于制定手术方案的必要扫描检查。通常，肩部的普通X光片就足够了。CT扫描能更清晰地显示您关节盂的骨骼情况，而MRI或超声检查则可以显示盂唇和肩袖等软组织。您无需进行所有检查，只需完成那些能解答关于您肩部问题的检查即可。

手术当天，请在手术时间前七小时停止进食和饮水。我们要求七小时而非六小时，以便在手术室排程提前时，您的手术可以提前进行。您的外科医生会告知您哪些常规药物需要暂停服用。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驶送您回家，并穿着宽松舒适的衣物。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进行术前评估。

手术当天

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。您将见到麻醉师，即负责让您进入睡眠状态并在手术期间确保您舒适安全的医生。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；麻醉师将在当天就此与您沟通。

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，直至麻醉药效消退。待您的生命体征稳定后，根据手术类型及恢复情况，您将被安排转入病房或直接回家。

手术内容

该手术最常见的形式是关节镜（微创）修复。外科医生会在肩部周围做两到三个小切口，每个切口约1厘米。通过其中一个切口置入细长的摄像头，以便在屏幕上观察关节内部。其他切口用于置入小型器械。

在肩关节内部，外科医生修复盂唇（盂缘处的软骨环）撕裂脱开的部位，并收紧衬覆关节的松弛组织囊。这种收紧可通过一种将松弛组织折叠并固定的缝合方法实现，有时也可通过单个小切口完成。修复部位通过置入骨骼的小型锚钉固定。小切口用缝线缝合，并覆盖敷料。

部分患者需要超出软组织修复范围的处理。如果盂后方的骨块磨损或缺失，外科医生可能会添加一小块骨块以重建盂缘并固定肱骨。这可以通过关节镜手术完成，使用导向框架和小型纽扣在骨块愈合期间将其固定。在其他情况下，会矫正盂本身的角度。外科医生将解释哪种方法适合您的肩部以及原因。

手术期间您采取的姿势，无论是略微坐起还是侧卧，均由外科医生根据您的手术方式选择。

术后

您将在复苏区醒来，护士会在麻醉消退期间看护您。您的肩部会感到疼痛，护士会给您服用药物以缓解不适。您的手臂将置于吊带中，以在愈合期间保护修复部位。肩部周围的小切口已用缝线缝合并覆盖敷料。敷料通常保留约10天；除非我们告知您，否则请勿提前拆除。我们会在复诊时为您更换或拆除敷料。护士会协助您起身并活动，通常在数小时内完成。请确保回家后最初的24小时内有人陪伴。您的医疗团队会告知您是当天出院还是在医院留观一晚。

恢复

您的肩部在最初几天和几周内会感到疼痛和肿胀。这是关节镜修复术后的正常现象。休息、冰敷以及您的医疗团队开具的止痛药将有助于缓解不适。随着组织愈合，肿胀会逐渐消退。

起初您需要佩戴悬吊带，以在愈合期间保护修复部位。您的物理治疗师将指导您进行温和的练习，以逐步恢复活动度，随后恢复力量。在家中，您可以走动、自己穿衣，并用另一只手完成轻体力任务。您不能用患肢提起重物，且在修复部位准备好之前，不得进行推、拉或举过头顶的动作。一段时间内睡眠可能会感到别扭；许多人发现靠在椅子上或背后垫着枕头睡觉会更舒适。

随着疼痛消退和活动度恢复，您将能更多地使用该手臂。随着肩部条件允许，您的物理治疗师会增加难度更大的练习。当您的外科医生对您的恢复进度感到满意时，您将获准重新驾驶。规则很简单：佩戴悬吊带期间禁止驾驶，且您必须能够双手握住方向盘，并在脱离强效止痛药的情况下，能在紧急制动时做出反应。我们的指南[上肢手术后的驾驶](#)提供了更多说明。

重返体育运动所需的时间比日常恢复更长，因为修复部位需要时间变得牢固。您的时间表可能与他人不同；您的外科医生和物理治疗师将逐步指导您。

可能出现的问题

大多数患者恢复良好，但偶尔可能出现并发症。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。

本次手术后的主要担忧是肩部再次变得不稳定。您可能会注意到与术前相同的滑脱或失稳感，或者感觉关节即将向后脱位。如果这种情况再次出现，请在下次复诊时告知医生。有时需要进一步手术以固定关节。

如果添加了骨块以重建您的关节盂，在愈合过程中偶尔可能出现一些问题。骨块可能未能与您的自身骨组织融合，或者固定骨块的小螺钉可能弯曲或断裂。您可能会感到尖锐的卡顿感、新的弹响或摩擦感，或肩部深部持续不缓解的疼痛。骨块也可能随时间萎缩或磨损，导致金属部件突出，关节可能逐渐发展为退行性关节炎。如有任何这些变化，请告诉您的外科医生，以便他们通过影像学检查肩部。

肩部周围的神经位于放置骨块的区域附近。如果手术期间神经受到刺激，您可能会注意到手臂麻木、刺痛或无力，或手腕和手指抬举困难。大多数神经刺激会自行消退，但请立即报告，而不要等到复诊时再说。

骨块修复术也可能导致肩部比术前更僵硬。您可能会发现向后背伸或向侧方抬举手臂更加困难。您的物理治疗师会与您一起进行训练，但如果活动度没有改善，请提及此情况。

某些不稳定模式，即在特定动作中肩部滑脱但没有明确损伤，对手术反应不佳。如果这听起来像您的肩部情况，您的外科医生会在任何手术前与您讨论这一点。

本页上的并发症表列出了典型发生率，如果您想了解具体数据。

何时联系我们

大多数问题在您告知我们时都能及早发现。如果您出现发热、伤口变得更红或开始渗出液体，或疼痛突然明显加重，请致电我们。如果您手臂出现麻木、刺痛或无力，或无法活动，请致电我们。如果您的小腿肿胀或疼痛，或出现呼吸急促，请立即前往急诊。如果您的肩部感觉再次向后脱位，请通知我们，不要等到下次复查。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。后肩关节不稳定值得额外阅读，因为其表现与大多数人听说的前向不稳定类型不同，且这种差异的方向往往出人意料。

后方修复更为稳定，但重返运动更为困难

一项比较关节镜修复后前方与后方不稳定的荟萃分析发现，**前方**不稳定患者的**重返运动率更高**，但术后不稳定的可能性**更大** [1]。后方不稳定患者则相反：修复效果更持久，但重返运动的比例较低 [1]。

这一点值得深思，因为它区分了患者往往将两者混为一谈的两个问题。“我的肩膀还会脱位吗？”和“我能恢复到受伤前的状态吗？”在这里有着不同的答案，而后者是更难实现的目标。

手术本身的基础结果是良好的。一项针对**2,307**例关节镜后方稳定术的系统综述报告称，该手术疗效良好，患者满意度高，且复发性不稳定、翻修手术及残余疼痛的发生率较低 [2]。另一项针对**1,047**名运动员的综述发现，其重返运动率较高，且恢复到受伤前水平的比例也相对较高 [3]。这两个结论可以同时成立：后方稳定术是一种可靠的手术，但它比前方对应手术的重返之路更为艰难。

预测手术失败的因素

近期最有价值的研究聚焦于哪些患者预后较差。一项针对**960**例患者的系统综述确定了关节镜下后方关节囊盂唇修复术后失败或翻修的三个危险因素：**女性**、**孟骨宽度减小**，以及术前**孟骨缺损大于 11% 至 15%** [4]。

同样具有参考价值的是哪些因素未预测到手术失败：孟骨版本、运动类型、孟唇宽度及孟唇版本均无显著影响 [4]。特别是孟骨版本，常被讨论得仿佛具有决定性作用，但根据现有证据，它并非如此。

其实际意义在于，术前应对孟骨骨量进行充分评估。一旦缺损超过 11-15% 的大致界限，单纯软组织修复便是在对抗其无法纠正的生物力学缺陷。这一问题应在术前而非术后失败后再行讨论。

为何常被漏诊

后方不稳定很少表现为脱位。更常见的表现是负重屈肘位手臂、卧推、俯卧撑或手撑椅子起身时出现疼痛，且无肩部明显脱出的病史。这种表现容易引导医生将其诊断为肩峰下撞击综合征或肌腱病，导致诊断常被延误。

如果患者在屈肘位推撑时出现疼痛，且针对肩袖的治疗无效，则应特别排查后方不稳定。

参考文献

- [1] Vopat ML, Coda RG, Giusti NE, Baker J, Tarakemeh A, Schroeppe JP, et al. 关节镜Bankart修复后肩关节前向与后向不稳结局的差异：系统综述与Meta分析。Orthop J Sports Med. 2021;9(5). <https://doi.org/10.1177/23259671211006437>
- [2] Ralph JE, Hurley ET, Lunn K, Levin JM, Klifto CS, Owens BD, et al. 关节镜稳定术治疗肩关节后向不稳的结局：系统综述。J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(11):2530-8. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.006>
- [3] Matar RN, Shah NS, Gardner TJ, Grawe BM. 肩关节后向不稳手术治疗后重返运动：系统综述。JSES Int. 2020;4(4):797-802. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2020.08.002>
- [4] Afetse EK, Noonan J, Munro A, Waterman BR, Ruzbarsky JJ, Kanakamedala AC, et al. 女性、肩胛盂骨宽度减小以及肩胛盂骨丢失大于11%至15%可能会增加关节镜后向关节囊盂唇修复术后失败的风险：系统综述。Arthroscopy. 2025;41(12):5332-42.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2025.07.023>

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

后肩关节稳定

已发表文献中的并发症发生率

汇总自48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
复发性不稳定	7.4%	在一项纳入2307例接受关节镜稳定术肩关节的系统性综述中报告；孟骨骨缺损时风险更高。
翻修手术	5.2%	在一项纳入2307例肩关节的系统性综述中的总体翻修率；长期研究表明，翻修率可能在10年间逐渐增加。
需要干预的僵硬	—	术后僵硬是已知的并发症，有时需要关节囊松解或麻醉下手法松解；在网球运动员和军事队列中有报告。
内固定物并发症	11.1%	骨块增强术中最常见的并发症，包括有症状的内固定物、螺钉断裂或移位。
移植物并发症	2.75%	包括移植物不愈合、吸收或溶解，特别是在后方不稳定的骨块增强术中。
残余疼痛	16.6%	在一项系统性综述中，598例肩关节中有99例报告；即使肩关节稳定，疼痛也可能持续存在。
感染（浅表）	0.5%	骨块手术中罕见的并发症，通常通过抗生素治疗解决。
神经损伤	0.5%	孟骨骨增强期间对肌皮神经、腋神经或肩胛上神经的风险；在移植物取骨期间可能发生股外侧皮神经损伤。
骨关节炎	33.0%	在骨块手术的长期随访中报告了影像学退行性改变；可能与复发性不稳定或自然老化有关。
气胸	0.5%	骨块取骨或放置期间的罕见并发症，通过肋间引流管治疗。
血肿	0.5%	在骨块手术中报告为轻微并发症。

并发症	报告的发生率	备注
缝线反应	—	对关节内缝线材料的反应可能需要再次手术取出，前提是愈合充分。

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