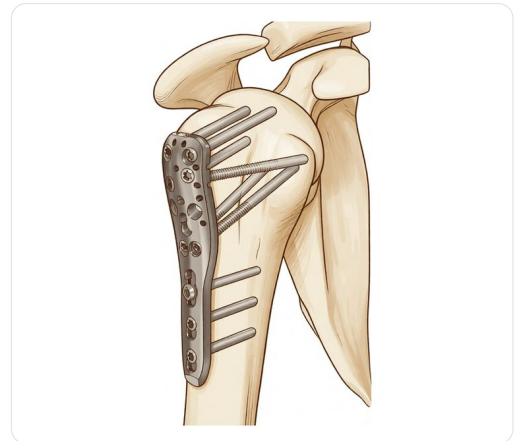


肱骨近端骨折切开复位内固定术（钢板及髓内钉固定）

肱骨上端骨折，靠近肩部。

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
4-6 weeks 从事办公室工作的人在钢板固定术后约四至六周重返工作岗位。	3-6 months 从事体力要求较高工作的人平均在术后约四个月恢复全部工作职责，几乎所有工作者在六个月时均已重返工作。	12 months 肩关节功能在第一年内改善最多，此后变化不大。

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损伤情况匹配治疗方案。患者通常由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。在您的首次就诊时，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以明确病因。

此手术称为切开复位内固定术。这意味着将您上臂顶端的骨折骨块复位并加以固定，通常使用金属钢板和螺钉，有时则使用骨内髓内钉。我们通常在骨折严重移位或骨折成多块时建议进行此手术，因为此类骨折很少能自行保持稳定。许多肩部骨折无需手术即可愈合，因此我们总会与您共同权衡两种治疗路径。对于某些人群，尤其是其他方面身体健康者，手术能提供更好的机会以保持肩部的活动度和功能。目标很简单：一个稳定、疼痛较少且能完成您所需功能的肩部。

术前准备

一旦确定手术方案，我们将安排必要的扫描以明确骨折情况。这通常包括从多个角度拍摄的X光片，有时还需进行CT扫描，以构建骨骼的详细影像。若需更仔细地观察关节周围的软组织（如肌腱），可能会使用MRI扫描或超声检查。大多数人无需其他检查。如果您有其他基础疾病，可能需要进行血液检查或由麻醉医生（负责手术期间您监护的医生）进行评估。在手术前的几天内，我们会告知您哪些药物需要暂停，哪些药物需继续服用。术前需禁食禁水七小时。我们要求七小时而非更短时间，以便在手术排程提前时能尽早安排您的手术。请安排他人术后驾车送您回家，因为您将无法自行驾驶。请携带您目前服用的药物清单，并穿着宽松、舒适且易于穿脱的衣物。

手术当天

您将抵达医院的手术入院单元，在那里办理入院手续并做术前准备。您将在该处见到麻醉医生。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见面，并向您详细讲解这两部分内容。

随后，您将被带入手术室进行手术。术后，您将在复苏区苏醒，护士会在此监测您的状况，直至麻醉作用消退。待您的生命体征稳定后，您将被转入病房。

手术内容

该手术称为切开复位内固定术。“切开”是指外科医生在手术区域上方做一个切口，以暴露骨折部位。“复位”是指将骨折断端移回其正常解剖位置。“内固定”是指使用金属材料将其固定在该位置。

外科医生最常使用以螺钉固定在骨骼上的钢板；有时则改用放置在肱骨髓腔内的髓内钉。两者均能在骨折愈合期间保持骨折断端稳定。具体选择取决于骨折形态及骨质状况。如果骨折延伸至肱骨远端，有时会使用较长的钢板。如果骨质较薄，外科医生可能会增加额外的支撑结构，以确保修复的牢固性。

一旦骨折断端对位良好并牢固固定，伤口将以缝合方式关闭。伤口上方覆盖敷料，该敷料需保留约10天。

术后

大多数患者在此手术后需在医院住一至两晚。您将在恢复区苏醒，随后转入病房。护士会定期查看您的情况，并为您用药以缓解不适。您的手臂将佩戴简易吊带，进行锻炼和清洗时需取下。在您出院前，护士会向您演示如何安全活动。回家后，最初24小时内应有人陪同。我们通常保留敷料约10天；除非我们告知您，否则请勿在此之前自行拆除。我们将在复诊时为您更换或拆除敷料。

恢复

在最初几天和几周内，预计会出现一些疼痛和肿胀。这是愈合过程中的正常现象，通常随着骨骼愈合而逐渐消退。休息、冰敷以及为您开具的止痛药将有助于缓解不适。请尽早活动您的手、手腕和肘部，理疗师会向您演示具体方法。

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吊带。理疗师最初会指导您进行轻柔的活动，随后随着骨折愈合，逐步过渡到强度更大的锻炼。在家中，您可以行走、制作简单餐食，并用另一只手处理轻便任务。避免用受伤的手臂提重物，在被告知安全之前，请勿让该手臂承重。

最初睡眠可能会感到不适。许多人发现靠在椅子上休息或使用额外的枕头会更容易入睡。

恢复里程碑以事件而非具体日期为标志。一旦肿胀消退，活动通常会感觉更轻松。当您的外科医生对骨骼愈合情况感到满意时，吊带将永久取下。一旦外科医生确认您符合驾驶条件，您即可恢复驾驶，这通常发生在六周复查时；请参阅我们关于[上肢手术后驾驶](#)的指南。随着力量恢复，您将开始进行过头顶的伸展动作，并用该手臂完成更多活动。

每个人的恢复情况各不相同。您的时间表可能有所不同，您的外科医生和理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，但偶尔会出现问题。您的外科医生和团队会密切监测您，以便尽早发现任何问题。

有时骨骼未能按预期愈合。您可能会注意到骨折部位持续疼痛，或感觉手臂随时间推移未逐渐增强力量。如果疼痛未缓解，请在下次复诊时告知我们。

肩关节球部的血供有时可能因受伤而受到影响。如果发生这种情况，关节可能在数月后变得疼痛和僵硬，且活动度可能未按预期改善。请在复诊时提出此问题，以便我们安排影像学检查。

固定骨骼的金属物可能会移位或松动。您可能会感到新的弹响、研磨感，或在一段良好改善期后疼痛复发。有些人会感觉到皮肤附近的螺钉或钢板。如果出现上述任何情况，请联系诊所。有时需要进行小手术来移除或调整金属物。

肩周肌腱可能会受到刺激。您可能会在抬臂时感到疼痛，或在特定角度出现卡顿感。请在复诊时提及此情况。

肩部可能会变得僵硬和紧绷。像向后伸手这样的简单动作可能会变得困难。早期锻炼有助于预防这种情况，因此请坚持进行物理治疗，如果活动度没有改善，请告知您的物理治疗师。

伤口可能出现并发症。请注意观察伤口周围红肿扩散、液体渗出，或简单的止痛药无法缓解的深层搏动性疼痛。出现这些迹象需立即致电诊所。伤口下的小血肿也可能导致肿胀；如果出现，请告知我们。

手臂附近的神经可能在手术中受到挫伤。您可能会注意到手腕或手部出现之前没有的麻木、刺痛或无力。请迅速报告此情况。

肩关节手术后可能形成血凝块。小腿突然肿胀和压痛，或呼吸急促，意味着需前往急诊科。

本页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

如果您出现发热，或伤口周围皮肤变得更红、肿胀或开始渗出液体，请立即致电我们。如果您出现突发的剧烈疼痛、小腿突发肿胀和压痛，或呼吸困难，请前往急诊。这些可能是血凝块的征兆。如果您的手或手臂出现麻木、感觉发冷或无法活动，请致电我们。手腕或手部新出现的麻木或刺痛感也需要及时致电。如果您不确定，请致电诊所，我们将为您提供指导。

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，包括证据显示手术在何时有效、何时无效，在[肱骨近端骨折](#)页面上有更详细的介绍。

肱骨近端骨折切开复位内固定术（钢板及髓内钉固定）

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
任何并发症	24%	在2026年一项针对移位骨折的荟萃分析中，约四分之一的人在钢板固定术后出现了某种并发症。
取出钢板	23%	在72名工作年龄的患者中，有17名取出了钢板，主要原因是撞击或患者本人要求。
骨折移位	4-16%	骨折在愈合前发生下沉或倾斜：一项较早的锁定钢板系统评价中为16.3%，2026年一项荟萃分析中为4.3%。
再次手术	14%	在一项锁定钢板固定的系统评价中，13.8%的患者需要再次手术。
缺血性坏死	5-11%	肱骨头失去血液供应：一项较早的系统评价中为10.8%，2026年一项荟萃分析中为4.8%。
螺钉尖端穿入关节	7.5%	螺钉穿透进入关节，常发生在肱骨头下沉时；一项锁定钢板系统评价中为7.5%。
感染	4%	在一项锁定钢板固定的系统评价中，感染发生率约为4%。
僵硬	2.7%	2026年一项荟萃分析报告了钢板固定术后的僵硬或冻结肩。

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