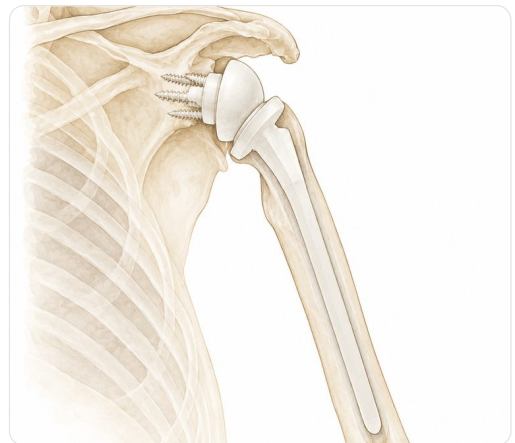


翻修肩关节置换术

翻修肩关节置换术。长柄假体绕过因先前假体而骨量减弱的区域，将新的关节固定在手臂远端更健康的骨质中。

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
2 weeks 大多数患者在2周内通常可达到非常低的疼痛评分。	12 months 肩关节置换术后，功能恢复在术后12个月达到峰值。	12 months 改善通常会在术后第一年内持续。

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（GP）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，才有资格享受 Medicare 报销。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。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、物理治疗或支具固定，当这些方法未能带来足够改善时，我们才会考虑手术。

翻修肩关节置换术是一种二次手术，用于更换先前肩关节置换术的部分或全部部件。当初次置换效果不佳时，我们建议进行此手术，最常见的原因包括部件松动、关节不稳定或关节盂磨损。剧烈疼痛和僵硬是人们因该手术前来就诊的主要原因。手术目标是减轻疼痛、改善活动度并增强肩部的稳定性。翻修反式肩关节置换术的假体十年生存率为 85%。我们将与您详细讨论该手术能为您做什么以及不能做什么，并共同决定其是否适合您。

术前

您的肩部需要进行影像学检查，以便我们制定手术方案。通常，从几个角度拍摄的普通X光片就足够了。有时，会额外进行MRI（一种显示软组织的扫描）或超声检查。在手术日之前，您将从我们的团队那里获得明确的指示。您需要提前七小时停止进食和饮水。我们要求七小时而非通常的六小时，以便如果手术室手术列表提前完成，您可以被提前安排。请携带一份您目前所有药物的书面清单，因为某些药物可能需要暂停服用。请安排有人开车送您回家。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由麻醉师（负责实施麻醉的专家）进行评估。

手术当日

您将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，您将与麻醉师见面。该手术在全身麻醉联合区域神经阻滞下进行。麻醉师将在手术前与您见面，并向您详细讲解这两部分内容。

之后，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，直至麻醉消退。一旦您的生命体征平稳，您将被转入病房。

手术内容

翻修肩关节置换术是一种开放手术，通过手术区域上方的单一切口进行。外科医生通过此单一切口到达关节。

具体步骤取决于初次置换失败的原因。外科医生可能会移除部分或全部磨损或松动的部件，并用新的金属和塑料表面进行替换。如果关节窝骨质已磨损，可植入一小块骨移植（用于重建缺失区域的骨块），以便安装新的关节窝部件。在可能的情况下，外科医生会尽量安装新的关节窝组件，而不是将其省略。如果关节不稳定，外科医生可能会将置换设计更改为反置式，即交换球头和关节窝的位置，以使关节更稳定。有时，肱骨侧部件周围的旧骨水泥会被保留，并在其内部填充新骨水泥，而不是移除所有残留物。

一旦新部件就位并检查完毕，即关闭伤口。首先，在闭合的伤口上覆盖一层细薄的自粘网状物，以固定皮肤边缘。然后，在网状物上涂抹液体皮肤粘合剂，待其凝固后密封整个区域。该装置通常保留一至两周，随后自行脱落剥离，无需取出。

术后

您将在恢复区苏醒，由护士监护。情况稳定后，您将被转入病房。大多数患者在此手术后住院一至两晚。镇痛方案将根据您的具体情况定制，手术室中实施的神经阻滞通常能初期保持肩部舒适。您的手臂将佩戴简易吊带以提供舒适感；进行锻炼和清洗时需取下吊带。敷料将保留约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。物理治疗师可能会上门指导开始轻柔的活动。请安排有人在您回家后的最初24小时内陪伴您。

恢复

最初几天以休息和舒适为主。您的肩部会出现疼痛和肿胀，手术室中实施的神经阻滞通常在初期能保持其相对平静。随着阻滞效果消退，您将感受到更多的酸痛。为您量身定制的镇痛方案、休息以及温和的活动均有助于缓解症状。肿胀会在早期数周内逐渐消退。

您的手臂将佩戴一个简单的吊带以提供舒适感。进行锻炼和清洗时需取下吊带。理疗师将在早期指导您进行温和的活动，随后根据您的肩部恢复情况逐步增强力量和活动范围。在家庭环境中，初期您需要他人协助完成较重的任务，但手臂的轻度使用会稳步恢复。在最初几天，保持直立睡眠或用枕头支撑通常更为舒适。

恢复是分阶段进行的，而非一蹴而就。一旦外科医生允许您驾驶，通常是在术后六周的复查时，您即可重新上路；请参阅我们关于[上肢手术后驾驶](#)的指南。随着活动能力的恢复，穿衣和烹饪等日常任务会变得更加容易。当您的肩部足够强壮时，大多数人可以重返工作岗位，许多人也能恢复他们喜爱的运动或活动。许多人在第一年内会注意到肩部持续改善。

您的恢复时间表可能与他人不同。您的外科医生和理疗师将在每次复查时为您提供指导，并根据您肩部的愈合情况调整计划。

可能出现的并发症

大多数患者恢复良好，但偶尔可能会出现一些问题。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。

有时，新的假体部件可能会松动，或者关节变得不稳定。您可能会感到术前疼痛复发，或者出现术后本不应有的新疼痛。有些人会注意到咔哒声、研磨感或撞击感，或者感觉肩部脱位。如果发生这种情况，请在下次复诊时提出，或者如果疼痛加剧，请提前联系诊所。

任何置换手术都存在感染的风险。请留意以下症状：不随普通止痛药缓解的深层搏动性疼痛、从伤口向外扩散的红肿、肩部局部发热或发烧。如果您注意到其中任何一项，请立即联系诊所。如果您感到不适并伴有发烧，或者红肿迅速扩散，请前往急诊科。

有时，新假体周围的骨骼可能会发生骨折，这通常在术后早期的X光片上被发现。您会感到突然的剧烈疼痛，比通常的术后疼痛更严重，有时伴有断裂声或错位感。如果发生这种情况，请告知您的外科医生或诊所。

某些健康状况和情况会增加出现问题的风险。这些包括帕金森病、术前营养不良、术前发生的脆性骨折（由轻微跌倒引起的骨折）、既往肩部手术史、炎症性关节炎（由免疫系统过度活跃引起的关节炎）、术后需要使用抗凝药物，以及双侧肩部在较短时间内相继接受手术。如果您符合上述任何情况，我们会将其纳入治疗计划，并对您进行更密切的监测。

本页上的并发症表格列出了典型的发生率，如果您想了解具体数据，可以参考该表格。

何时联系我们

如果您出现发热、伤口红肿加重或渗液，或疼痛持续加剧，请致电诊所。如果您突然感到呼吸困难、小腿肿胀或疼痛，或肩部疼痛突然变得剧烈，请前往急诊科。如果您手臂或手部失去感觉，或无法活动，请立即联系我们。如有任何疑虑，请致电我们。我们更希望尽早收到您的反馈。

关于该疾病的更多阅读

本页介绍手术本身。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[肩关节炎](#)页面上有更详细的介绍。

翻修肩关节置换术

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
异位骨化	28.0%	报道的异位骨化（HO）发生率高，但仅有2.0%需要翻修手术。
血肿	15.0%	血肿在反式全肩关节置换（rTSA）翻修队列中被报道为一种显著并发症。
再手术率	11.0-41.2%	常见指征包括不稳定、感染、松动、骨折和持续性疼痛；每次后续翻修的结果均逐渐变差。
僵硬或活动范围受限	10-20%	由于广泛的软组织松解和瘢痕形成而常见；与初次手术相比，功能改善有限。
肩胛骨切迹或应力性骨折	5-36%	肩胛骨切迹发生率差异很大（5-77%），取决于植入物设计；肩胛冈应力性骨折发生率约为5%。
医源性肱骨骨折	3.5-40%	术中并发症的40%，发生在植入物取出或植入过程中；需要环扎钢丝、钢板或长柄固定。
假体周围骨折	2.0-18.0%	包括肱骨、关节盂、肩胛冈或肩峰骨折；治疗范围从保守治疗到手术固定不等。
神经损伤	2.0-9.0%	腋神经最常见（三角肌无力，肩部外侧麻木），由牵拉、直接创伤或骨水泥外渗引起；大多数在3-6个月内恢复，但可能出现永久性缺损。
底座失败	1.7-9.2%	与初次手术相比，翻修关节置换中底座失败率显著更高。
持续性疼痛	1-3%	尽管翻修成功，仍有1-3%报道持续性疼痛；可能与神经损伤、瘢痕形成或生物力学改变有关。
伤口并发症	1-8%	包括伤口裂开和愈合延迟在内的伤口并发症；在接受治疗性抗凝治疗的患者中发生率升高。

并发症	报告的发生率	备注
不稳定或脱位	0.9-22.0%	最常见的并发症（占有所有并发症的26%），由软组织张力不足、部件位置不良或外展肌功能不全引起。
感染	0.5-3.9%	显著高于初次手术（0.5-3%）；痤疮丙酸杆菌常见但难以诊断；治疗包括清创、分期翻修或永久取出植入物。
关节盂部件松动	0.3-6.0%	表现为疼痛和部件移位，需要骨移植或更大底座进行翻修。
血管损伤	0.1%	罕见但严重，在瘢痕分离或感染翻修期间更常见，需要立即进行血管外科处理。

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