

肩峰下减压

肩峰下囊——位于肩峰下方、充满液体的衬垫，在肩峰撞击综合征中会发生炎症。

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
1-3 weeks 从事办公室工作的人通常在一至两周内恢复工作。其他工作需要更长时间。任何肩部手术后，至少需等待6周才能驾驶，并且要等到外科医生许可。	3-6 months 重体力劳动、需要举手过头的工作、健身房锻炼和体育运动通常在约三个月时恢复。有些人需要长达六个月。	12 months 疼痛和功能的最大改善通常在术后第一年内观察到，部分研究显示改善可持续至10年。

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微创方案入手。患者通常由其全科医生（GP）转诊至我们的诊所；如果理疗师建议您就诊，您仍需获得全科医生的转诊，方可符合 Medicare 报销资格。门诊就诊时，我们会采集您的病史、检查您的肩部，并在需要时安排影像学检查。这样可以排除肩部疼痛的其他原因，例如冻结肩或肌腱撕裂。

肩峰下减压术是一种扩大肩袖（负责活动肩部的一组肌腱）上方空间的手术。当您的疼痛符合撞击的特征（即抬起手臂时肌腱受到挤压），且非手术治疗未能带来足够改善时，才会考虑此手术。非手术治疗通常包括改变活动方式、物理治疗和注射。我们只有在与您一起查看您的体格检查和影像学检查结果之后，才会建议手术。在因正确的原因而采用此手术时，大多数人（70% 至 75%）认为手术有帮助。手术的目的是减轻您抬起手臂时的疼痛，并让您的肩部更好地发挥作用。

术前准备

一旦计划手术，做一些简单的准备有助于手术当天顺利进行。您的外科医生已经掌握规划手术所需的影像学检查结果，例如X光、磁共振成像（MRI）或超声检查。手术前七小时请勿进食或饮水。我们要求七小时而非六小时，以便如果手术排程提前，可以提前安排您的手术。如果您定期服用药物，请携带一份书面的药物清单，并询问您的外科医生是否有任何药物需要在术前暂停。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。如果您有其他基础疾病，可能需要在手术当天之前进行血液检查或由麻醉师进行评估。

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，麻醉师是负责您的麻醉和镇痛的医生。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，并向您说明这两部分麻醉的具体内容。

一切准备就绪后，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，护士会在此看护您，直至麻醉作用消退。他们会检查您的肩部、您的舒适程度以及您从麻醉中恢复的情况。待您的状况平稳后，根据您所接受的手术及您的恢复情况，您将被转入病房或直接回家。患者通常的住院时间请参阅“术后”部分。

手术内容

肩峰下减压术是一种微创（锁孔）手术。您的外科医生会在肩部周围做几个小切口，包括后侧的一个，并通过这些切口借助小型摄像头和细长的器械进行操作。摄像头可让外科医生在屏幕上看到肩袖（负责活动肩部的一组肌腱）上方的空间。

进入后，外科医生会切除部分称为滑囊的肿胀组织，并从肩峰（肌腱上方的骨性顶板）的下表面磨去一小块骨质。切除这些骨质和组织可以扩大空间，使您抬起手臂时肌腱不再受到挤压。这部分手术称为肩峰成形术。如果您的外科医生发现其他任何需要处理的问题，例如肌腱撕裂，他们会事先与您讨论。

操作完成后，外科医生会冲洗肩部，并用缝线闭合每个小切口。伤口上覆盖敷料，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过夜，但部分患者可于当日出院。您将在复苏区苏醒，随后转入病房过夜。您的手臂将佩戴简易吊带以提供舒适支撑；进行锻炼和清洗时需取下吊带。护士会帮助您用药物控制疼痛。您回家后的最初24小时内应有人陪伴您。如果您接受了神经阻滞，您的手臂起初可能会感到沉重或麻木；这是正常现象，会在约24小时内消退。如果神经阻滞消退后麻木或无力仍持续存在，请致电诊所。我们通常会保留敷料约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。

恢复

最初几天，您的肩部会感到酸痛和肿胀。肿胀会在随后几周内逐渐消退，疼痛也会随之减轻。医疗团队开具的药物、冰袋和休息在早期都有帮助。您的手臂将佩戴简易吊带以提供舒适支撑；进行锻炼和清洗时需取下吊带。

术后不久，您将在物理治疗师的指导下开始轻柔的锻炼。这些锻炼可防止肩部在组织愈合期间变得僵硬。穿衣、进食和伏案打字等日常事务通常在早期就可以应付。提举任何比一杯茶更重的物品，或将手臂伸到肩部高度以上，都要等到您的肩部准备好之后。起初睡眠可能会不太舒适；许多人发现靠坐在椅子上或在身后垫上枕头会更容易入睡。

一旦肿胀消退、活动能力恢复，日常活动会感觉更加自然。在您的外科医生许可后（通常在六周复查时），您就可以驾驶；请参阅我们的[上肢手术后的驾驶指南](#)。恢复工作、运动和较重的活动需要循序渐进，您的外科医生和物理治疗师会告诉您每一步何时是安全的。

每个人的恢复情况各不相同。您的时间表可能与上表所示的典型范围有所不同，您的外科医生和物理治疗师会在整个过程中为您提供指导。

可能出现的并发症

大多数患者恢复良好，但偶尔可能出现一些问题。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。

有时在磨去小块骨质的部位会长出新骨。这可能会让您感觉原来的挤压痛又回来了，抬起手臂时伴有卡住或摩擦的感觉。如果出现这种情况，请在下次复查时提出。

肩部也可能变得僵硬和疼痛，即使进行轻柔的锻炼，活动也无法放松。如果这种情况没有改善，请告知您的物理治疗师或致电诊所。

偶尔，疼痛实际上是由其他原因引起的，例如肌腱撕裂或邻近关节的关节炎。如果在早期愈合完成后，您的肩部仍然像术前一样疼痛，我们会在复查时与您一起重新审视最初的诊断。

在极少数情况下，可能会形成血凝块。如果您出现一侧小腿肿胀或疼痛，或突然出现呼吸急促或胸痛，请前往急诊科。这些可能是血凝块的征兆。

如果您出现发热、伤口周围发红范围向外扩散，或伤口有渗液或流脓，请在当天致电诊所。如果尽管服用了止痛药，疼痛仍在持续加重，也请在当天致电诊所。

如果神经阻滞消退后（约24小时），您的手臂、手或手指的麻木或无力仍持续存在，请致电诊所。最初24小时内出现麻木和无力是正常现象。

如果您想了解具体数据，本页面中的并发症表格列出了典型发生率。

何时联系我们

大多数问题会在早期出现，因此了解需要留意哪些情况会有所帮助。如果您出现一侧小腿肿胀或疼痛，或突然出现呼吸急促或胸痛，请前往急诊科。这些可能是血凝块的征兆。如果您出现发热、伤口周围发红范围向外扩散，或伤口有渗液或流脓，请在当天致电诊所。如果尽管服用了止痛药，疼痛仍在持续加重，也请在当天致电诊所。如果神经阻滞消退后（约24小时），您的手臂、手或手指的麻木或无力仍持续存在，请致电诊所。最初24小时内出现麻木和无力是正常现象。如果您无法联系到诊所，请前往离您最近的急诊科。

在哪里阅读更多关于该疾病的资料

本页介绍的是手术本身。该手术所治疗的疾病，包括关于手术何时有效、何时无效的证据，在[肩峰下撞击和滑囊炎](#)页面上有更详细的介绍。

肩峰下减压

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
关节囊炎	10.0-14.5%	关节囊炎是一种常见并发症，特别是在接受肩袖修复联合肩峰成形术的患者中。
异位骨化	3.1%	异位骨化是一种罕见但有报道的并发症。
僵硬	2.9-22%	术后僵硬率从钙化性肌腱炎病例中的2.9%到肩峰外侧成形术研究中的22%不等。
再撕裂	2.9-38.0%	再撕裂率因研究不同以及是否同时进行了肩袖修复手术而有显著差异。
翻修手术	1.5-22.2%	翻修手术率根据手术指征和随访时长不同，从1.5%到超过20%不等。
肩峰应力性骨折	0.9-2.2%	肩峰应力性骨折是一种风险，特别是在既往接受过肩峰下减压术且随后接受反式全肩关节置换术的患者中。
血栓栓塞	0.4%	血栓栓塞事件罕见，但在肩关节镜手术后有报道。
感染	0.2-0.4%	深部感染率较低，在大型队列研究中通常约为0.2%至0.4%。
神经损伤	0.1%	神经损伤罕见，在大型队列中发生率约为0.1%。
血肿	0.1%	该手术后形成血肿不常见。
伤口并发症	0.07-0.27%	伤口并发症罕见，发生率因手术入路而异。
三角肌撕脱	Rare	关节镜技术下三角肌撕脱罕见；高达37%的历史发生率与开放减压术有关。
假性瘫痪	Rare	减压术后主动上举功能丧失；可能提示未识别的肩袖撕裂。

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