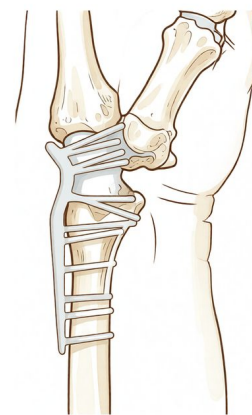


全腕关节融合术

腕关节全融合术：钢板将腕骨固定，使其融合为单一整体。此举消除了因骨关节炎引起的疼痛性活动，代价是丧失腕关节屈伸功能，而前臂旋转——驱动大多数日常任务的功能——得以保留。

Kieran Hirpara © ① ③ 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156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 轻度单手持物任务可较早恢复，手指、拇指和前臂从一开始就保持活动；腕关节本身需固定在支具中直至骨性愈合。	6-12 months 患者通常在6至12个月内获得稳定的内固定物并显著缓解疼痛，握力恢复至未受累侧的80%左右。	12-24 months 长期随访显示功能结果良好且患者满意度高，大多数病例在12个月时达到影像学融合。

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。通过诊所评估，包括病史采集、体格检查以及在必要时进行的影像学检查，以确立诊断。

腕关节炎会导致疼痛、握力减弱，有时还会导致手腕无法保持稳定。对于许多人来说，非手术治疗是首选：活动调整、手部治疗、支具固定或注射治疗。当这些措施未能为您提供足够的改善时，我们建议进行全腕关节融合术。该手术将腕骨连接在一起，使其愈合为一个坚固的整体。这可以阻止磨损的关节面之间产生疼痛性摩擦。该手术通常适用于创伤后严重的退行性（磨损性）关节炎，或适用于因类风湿性关节炎导致不稳定或畸形的腕关节。如果之前的腕关节置换术失败，也可考虑此手术。目标是获得一个稳定、有力的手腕，疼痛大幅减轻，从而让您能自信地使用手部。

手术前

您的外科医生将使用手腕的影像学检查（如X光片或磁共振成像）来规划手术。磁共振成像利用强磁场获取详细的图像，能够显示普通X光片可能遗漏的问题。术前，您将收到关于用药的明确指导。某些药物可能需要暂停服用一段时间，您的外科医生会告知您具体是哪些药物以及暂停多久。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，以便在手术排程提前时能够提前安排您的手术。请安排他人在术后驾车送您回家。请携带您目前用药的清单。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的评估。

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做术前准备。您将在该处见到麻醉医生。本手术在全身麻醉下进行。手术期间您将处于完全睡眠状态。部分患者可能还会接受区域神经阻滞以缓解术后疼痛；麻醉医生将根据您当天的具体情况决定是否实施。随后，您将被带入手术室进行手术。

您将在复苏室醒来，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，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

您的外科医生会在手腕背侧做一个切口。通过这个开口，医生会到达前臂骨末端与腕部小骨之间磨损的关节面。医生会移除这些关节面上残留的光滑软骨以及任何硬化的骨质，使每个待融合的关节两侧都暴露出新鲜、有出血的骨质。这种“生骨对生骨”的接触是使骨骼愈合为一个整体所必需的。

随后，您的外科医生会将骨骼对齐至功能性位置，并在愈合期间将其固定。一块成形的金属板会被安装在手腕背侧，并用螺钉固定在骨骼上。该钢板将所有结构保持在原位，防止骨骼在愈合过程中移位。在某些情况下，您的外科医生可能会添加少量额外的骨移植以促进愈合。

骨骼固定后，您的外科医生会用缝合线关闭切口并敷上敷料。

术后

麻醉消退期间，您将在复苏区醒来，护士会全程看护。您的手腕将使用夹板或石膏固定，伤口处覆盖敷料。敷料需保留约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。在您出院前，我们会为您安排镇痛方案，若感到不适，护士可为您调整。手术当天您即可下床活动，并可使用健侧手辅助支撑。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。请安排他人在您回家后最初24小时内陪同。

恢复

在最初几天，您的手腕会感到疼痛和肿胀。这种情况会逐渐缓解。将手垫高放在枕头上（即使在夜间）有助于减轻肿胀和不适。请按照为您制定的计划服用止痛药，而不是等到疼痛加剧后再服用。

在骨骼愈合期间，您的手腕将佩戴夹板或石膏。您会使用另一只手完成穿衣、进食和洗漱等日常任务。您可以在家中走动并进行轻度活动，但在手腕固定期间严禁驾驶。一旦拆除石膏或夹板且您的外科医生允许，您即可开始驾驶；我们关于[上肢手术后驾驶](#)的页面对此有更详细的说明。

手部治疗通常在手术后不久开始，有助于预防手指、手腕和前臂的僵硬。您的手部治疗师、Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 将指导您进行锻炼，并为您制作所需的任何夹板。早期开始温和的活动有助于您更快恢复有用的活动范围，通常也意味着整体治疗次数更少。

由于腕骨已融合，您手腕的该部分将不再弯曲。大多数人适应良好，通过养成一些新习惯即可管理日常活动。您的前臂仍然可以旋转，因此许多任务依然舒适。一旦骨骼愈合且您的抓握力感觉强劲，您可以逐步恢复工作及其他活动。

每个人的愈合速度各不相同，因此您的时间表可能有所不同。您的外科医生和手部治疗师将在每个步骤为您提供指导。

可能出现的问题

大多数患者恢复良好，但偶尔也可能出现问题。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。

金属板和螺钉在骨骼愈合期间保持骨骼稳定。有时，这些内固定物会引起不适或轻微移位。您可能会感觉到皮肤下有尖锐的边缘，或者在钢板上方感到持续的疼痛，而简单的止痛药无法缓解。如果这让您感到困扰，请在下次复诊时提及。骨骼愈合后，可以移除内固定物。

偶尔，腕骨可能未按预期愈合。这被称为骨不连。许多患有此问题的人完全没有感觉，也不会出现任何症状。如果骨间隙确实引起无法缓解的疼痛，您的外科医生将在复诊时与您讨论治疗方案。

穿过手腕中部的神经在手术后可能因肿胀而受到压迫。这被称为腕管综合征。您会注意到拇指、食指和中指出现刺痛、麻木或蚁走感，夜间往往更为严重。如果发生这种情况，请告知您的外科医生。通常可以通过一个小手术来释放对神经的压力进行治疗。

伤口愈合可能出现问题。请观察敷料周围皮肤是否有红肿扩散、温度升高、渗液或异味。如果伤口未正常愈合，可能需要治疗。如果您注意到这些迹象，请立即联系诊所，不要等到下次预约。

肌腱是连接肌肉和骨骼的索状结构，偶尔可能在手腕附近受到刺激或撕裂。您可能会注意到突然的无力，例如手指无法完全伸直，并伴有手背肿胀或压痛。请尽早将此情况告知您的外科医生。

如果您之前做过失败的腕关节置换术，随后进行的融合术仍然可以稳定病情，尽管恢复过程可能比初次融合术稍慢一些。

本页上的并发症表格列出了典型发生率，如果您想了解具体数据，请参阅该表格。

何时联系我们

大多数问题会在最初几周内出现。如果您出现发热，或伤口周围皮肤变得更红、更热或有渗液，请致电我们。如果您的疼痛突然加剧，或您注意到之前没有的刺痛或麻木感，请致电我们。如果您的腿肿胀且疼痛，或出现呼吸急促，请前往急诊。如果您完全无法感觉或活动手部或手指，请前往急诊。

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，将在[腕骨关节炎](#)页面中作更详细的介绍。

全腕关节融合术

已发表文献中的并发症发生率

汇总自156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
握力减弱	20-30%	腕关节融合术后预期的握力下降。
再手术率	16%	约19%的患者在6-7年内需要再手术，通常原因是有症状的内固定物（27%）、内固定物失效（20%）、感染（17%）或不愈合（15%）。
内固定物失效	14%	钢板或螺钉可能断裂或松动，特别是在骨骼未能连接或跌倒后；占再手术的20%。
有症状的内固定物	11%	钢板可能引起压痛或疼痛，一旦骨骼连接即需取出钢板；这是再手术最常见的原因（占再手术的27%）。
持续性疼痛	10-15%	尽管融合牢固，仍可能存在残余腕部疼痛。
软组织并发症	9.3%	手部肿胀很常见；包括血肿形成（3.7%）、伤口起疱（2.3%）和伤口裂开（1.9%）；吸烟会显著增加风险。
不愈合	8.9%	腕骨可能未能连接在一起，在腕关节置换术失败后发生率更高（17.5%）；吸烟会增加不愈合风险。
伸肌腱并发症	8.3%	手背的肌腱可能粘连于钢板，导致僵硬、腱鞘炎或罕见的肌腱断裂；现代低轮廓钢板已降低了此风险。
感染	7.69%	伤口感染可能需要清创、抗生素治疗，或在严重情况下取出内固定物；吸烟者和免疫功能低下患者的风险更高。
腕管综合征	5-10%	腕管综合征可能由钢板位置或肿胀引起。
远端桡尺关节问题	5-10%	融合术后远端桡尺关节（DRUJ）疼痛或不稳。

并发症	报告的发生率	备注
假体周围骨折	Rare	骨骼可能在钢板或螺钉周围断裂，特别是在跌倒后或完全愈合前，可能需要额外手术。
神经损伤	Rare	感觉神经损伤可能导致麻木、感觉异常或疼痛性神经瘤；后骨间神经损伤可能影响腕背部的感觉。

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