

## 脊椎後路減壓及融合術

### 簡介

脊椎後路減壓及融合術是一項大手術，為脊髓或神經根減壓。如手術前出現脊椎不穩，脊椎畸形，或減壓後出現脊椎不穩，可以同時進行融合術。內固定裝置可即時穩定脊椎和加強融合。手術一般會全身麻醉，手術縱切口通常在身體背部的中央。但不同種類的內固定器系統所採用的技術各異。

### 適應症（須由骨科醫生評估手術相對於保守治療而言所帶來的好處）

- 重大的脊椎功能或脊椎神經受損的病變，如椎管狹窄、退化性腰椎滑脫。
- 其他疾病引致脊髓受壓，如頸椎後縱韌帶骨化或黃韌帶骨化、脊椎感染。
- 脊椎骨折、脫位，或脊椎骨折脫位
- 脊椎腫瘤，如脊椎轉移瘤引致有合理預期壽命的患者脊髓受壓。
- 各種不同病理因素引致脊柱畸形
- 炎症引致嚴重脊椎不穩或脊髓受壓

### 手術程序

- 手術切口一般在身體背部的中央
- 脊柱旁的肌肉鬆動後，顯露出脊椎骨後側。
- 透過椎板切開術、椎板切除術或椎間孔切開術，以達至脊髓或神經減壓之效。
- 醫生如有意進行脊椎融合術，便需要在脊骨裡植骨，自體骨移植或異體骨移植均可。
- 現時最常用的內固定裝置為螺絲和金屬棒，但有時也會用到鈎、鋼纜或金屬絲。大部分內固定裝置為鈦金屬，與磁力共振相容。

### 手術風險與併發症

#### 1. 麻醉

- 大多數脊椎手術都會全身麻醉。麻醉師是最合適人選，講解與麻醉有關的併發症。

#### 2. 手術以外出現的一般併發症

- 心血管意外、中風、肝功能失調、死亡等等。

### 3. 手術可能出現的併發症

- 手術後傷口發炎
- 神經受損。視乎手術位置，嚴重者可四肢癱瘓、下肢癱瘓或馬尾症候群。如併發症出現在上頸椎，患者可能會呼吸困難。活動能力、感覺、自主神經、泌尿系統、腸道和性功能皆可能受影響。
- 大量出血引致中風，甚或死亡。大量輸血也會帶來併發症。
- 脊髓硬膜撕裂導致持續或非持續脊水外漏
- 手術後形成的血腫需要撒除
- 傷口久未癒合
- 內固定裝置凸出
- 內固定裝置錯位
- 脊椎遲未融合或不融合，這或會導致內固定裝置鬆脫。
- 肥厚性疤痕
- 如有需要進行自體骨移植，採骨處可能會長期或持續疼痛、感染或積血。
- 僅脊椎減壓可能會導致隨後脊椎不穩

#### 手術前準備

- 改善已患有某種疾病的情況，如心臟病、高血壓、糖尿病、貧血、哮喘等。
- 量度外部輔助裝置（如頸托、胸腰骶椎支架），以便手術後固定脊椎。
- 驗血和於合適部位照x光片
- 手術前至少六小時禁食
- 清潔手術部位，可能需要剃毛

#### 手術後須知

- 手術後一般不得立即進食
- 處方止痛藥以減輕痛楚，加快復原。
- 或要插上導尿管，以準確評估體液平衡。
- 盡早活動手腳關節
- 咳嗽和呼吸練習減低呼吸系統併發症
- 或需靜脈滴注（即吊鹽水）或輸血

#### 可能需要的額外手術

- 由手術中的醫生判斷或需額外的內固定和融合術。
- 或需施行額外的手術程序應付併發症，譬如因傷口深部感染而進行清創手術、撒除血腫手術、重新植入骨等。

- 移除內固定裝置並非例行程序。關於移除植入的適應症，請聯絡你的醫生查詢。

### 另類治療

- 很多時候，手術並非唯一的治療方法。請向你的醫生查詢，瞭解手術或保守治療的利弊。

### 手術後跟進

- 總體來說，一般患者的脊椎後路傷口大多數在兩週內痊癒。但如果患者有糖尿病、腎功能紊亂或傷口感染，治癒時間會較長。如傷口清潔，毋需每日更換包紮。相反，如包紮鬆脫或滲了血，便要更換包紮。
- 如果神經功能受損，或不明原因發熱與傷口劇烈痛楚及／或傷口出血有關，便應立即向你的醫生求診，或前往附近的急症室。

### 備註

本單張只提供有關手術的基本資料，可能發生的風險或併發症不能盡錄。不可預計的併發症亦偶有發生。病人的風險程度亦因身體情況而各有不同。在手術期間如有必要醫生可能會施行特別的治療程序。如有查詢，請聯絡你的醫生。