



医疗程序须知

简介

脊椎后路减压及融合术是一项大手术，为脊髓或神经根减压。如手术前出现脊椎不稳，脊椎畸形，或减压后出现脊椎不稳，可以同时进行融合术。内固定装置可即时稳定脊椎和加强融合。

适应症

- 重大的脊椎功能或脊椎神经受损的病变，如椎管狭窄、退化性腰椎滑脱。
- 其他疾病引致脊髓受压，如颈椎后纵韧带骨化或黄韧带骨化、脊椎感染。
- 脊椎骨折、脱位，或脊椎骨折脱位。
- 脊椎肿瘤，如脊椎转移瘤引致有合理预期寿命的患者脊髓受压。
- 各种不同病理因素引致脊柱畸形。
- 炎症引致严重脊椎不稳或脊髓受压。

手术 / 程序过程

1. 手术一般会全身麻醉。
2. 手术纵切口通常在身体背部的中央。
3. 脊柱旁的肌肉松动后，显露出脊椎骨后侧。
4. 透过椎板切开术、椎板切除术或椎间孔切开术，以达至脊髓或神经减压之效。
5. 医生如有意进行脊椎融合术，便需要在脊骨里植骨，自体骨移植或异体骨移植均可。
6. 不同种类的内固定器系统所采用的技术各异。最常用的内固定装置为螺丝和金属棒，但有时也会用到钩、钢缆或金属丝。大部分内固定装置为钛金属，与磁力共振相容。

手术 / 程序前须知

1. 需签署手术同意书。
2. 改善已患有某种疾病的情况，如心脏病、高血压、糖尿病、贫血、哮喘等。
3. 量度外部辅助装置（如颈托、胸腰骶椎支架），以便手术后固定脊椎。
4. 手术前须按医嘱接受身体检查，例如：验血及于合适部位照 X 光等。
5. 由医护人员协助清洁手术部位的皮肤，或有需要剃掉毛发。
6. 手术前至少六小时禁食。

手术 / 程序后须知

1. 术后初期，不可进食，需要接受静脉输入以作补充。由医生视乎术后进展，逐渐回复正常饮食。
2. 可使用止痛针药，减少痛楚可增加病人活动能力，加速复原。
3. 病人多数需要在床上排便，最好在手术前于床上练习使用便壶或便盘。如不能自行小便，需要用导尿管。导尿管一般可望在二至三天内拔除。
4. 要多活动脚关节，防止小腿静脉栓塞。
5. 咳嗽和呼吸练习减低呼吸系统并发症。
6. 一般情况下，手术后几天内可自行转身，无须担心伤口爆裂。
7. 术后可按医嘱短期配带腰封坐立，接着可以练习步行。
8. 伤口位置如有引流管排出渗液，当渗液流量减少便可把引流管移除。
9. 要保持伤口干爽及清洁。
10. 总体来说，一般患者的脊椎后路伤口大多数在两周内痊愈。但如果患者有糖尿病、肾功能紊乱或伤口感染，治愈时间会较长。
11. 如大量出血、休克、剧烈痛楚、伤口红肿发炎、发烧等，则应尽快求诊。

Patient's Label

Patient Name: _____

Hospital No: _____

Episode No: _____



风险及并发症

1. 一般风险
 - 1.1 手术时大量出血或心血管意外，导致休克、中风、心肌梗塞或肝功能失调等并发症，严重者可能导致死亡。
 - 1.2 与麻醉有关的并发症，请向麻醉科医生查询。
2. 与此手术有关的风险
 - 2.1 手术后伤口发炎。
 - 2.2 神经受损。视乎手术位置，严重者可四肢瘫痪、下肢瘫痪或马尾症候群。如并发症出现在上颈椎，患者可能会呼吸困难。活动能力、感觉、自主神经、泌尿系统、肠道和性功能皆可能受影响。
 - 2.3 大量出血引致中风，甚或死亡。大量输血也会带来并发症。
 - 2.4 脊髓硬膜撕裂导致持续或非持续脊水外漏。
 - 2.5 手术后形成的血肿需要撤除。
 - 2.6 伤口久未愈合。
 - 2.7 内固定装置凸出或错位。
 - 2.8 脊椎迟未融合或不融合，这或会导致内固定装置松脱。
 - 2.9 肥厚性疤痕。
 - 2.10 如有需要进行自体骨移植，采骨处可能会长期或持续疼痛、感染或积血。
 - 2.11 仅脊椎减压可能会导致随后脊椎不稳。

免责声明

本单张只提供有关手术 / 程序的基本资料，并列出常见的风险或并发症；可能发生的风险或并发症不能尽录，亦可因人而异。如需详细资料或个别查询，请联络你的医生。

参考资料

医管局「智友站」网页手术程序资料单张：脊椎后路减压及融合术 (4/2021)

病人签署：_____ 签署日期：_____

<p>Patient's Label Patient Name: _____ Hospital No: _____ Episode No: _____</p>
--