

人工椎間盤

◎林口長庚骨科部脊椎科主治醫師 牛自健



因為腰椎或頸椎間盤退化性病變造成長時間的背或頸痛，或神經壓迫症狀須要開刀手術治療時，傳統皆以椎體間融合固定來處理。過度退化的椎間盤因其無法再提供椎體間穩定作用，而造成長時間疼痛又無法有效再生的情況下，予以移除再植入支架（cage）或自己的骨塊，以達到固定此病態椎間盤關節重建其穩定的目的。雖然改善背或頸痛的結果不錯，可達術後兩年 80～90% 的滿意度，可是因為固定此關節會因而增加上或下鄰近椎間盤的負擔，使得此兩鄰近關節會加速其退化過程。所以臨床上有報告在術後追蹤，腰椎有 14%/4.5yr～37%/10yr 頸椎有 9～17%/5～6yr（手術後每年 3% 的發生率）會有鄰近節過度退化，造成不穩定或骨刺增生或椎間盤突出，引起惱人的症狀而必須再次接受手術的可能性。

為了避免此合併症的發生，就發明了保持病兆椎間盤活動度的穩定手術治療，如腰椎或頸椎人工椎間盤（Artificial disc）置換就因應而發明。因為腰椎人工椎間盤的置換須由患部的正前方植入，但因有腹動脈與靜脈的遮蓋椎間盤，所以首次手術時須剝離此兩條大血管而植

入。但若因任何原因而須行重置手術時，此兩條大血管就會因曾經手術過而與脊椎有疤痕組織引起的黏連，故再剝離時會遭困難甚至產生血管弄破而大出血的風險，故腰椎的人工椎間盤逐漸不為脊椎外科醫師們喜愛。

但頸椎人工椎間盤相較下並無此困擾，而漸漸流行起來。但仍有其適應症的限制與費用昂貴的缺點。適應症是頸椎間盤退化性病變，年齡 18～60 歲，無骨質疏鬆，病兆椎間盤無滑脫或骨折情形，無後縱韌帶鈣化或僵直性脊椎炎病變，椎間盤高度塌陷最好勿超過 50%，病兆節的面關節無明顯退化情形。若不符合這些條件，容易造成失敗與合併症的發生。在台灣因健保制度不給付，病人須自行負擔此醫材的費用。目前的臨床經驗仍建議使用最多兩節，三節人工椎間盤置換因尚無足夠報告支持其安全性與有效性，故仍不建議使用。使用的好處病人術後脊椎的活動度不會喪失且可減少臨近節椎間盤發生退化的機會與程度，相較椎間盤融合固定術，有較少再次手術的機會。✎