

颈椎前路椎间盘切除融合术

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	大多数日常活动	最终结果平台期
办公工作、驾驶、日常任务	体力劳动、运动、健身	疼痛和力量
—	—	—

为何建议进行此手术

该手术称为颈椎前路椎间盘切除融合术。通俗地说，外科医生将从您颈部的正面进行操作，移除压迫神经或脊髓的退化椎间盘，并将相邻的两节椎骨连接起来，使其愈合为一个坚固的整体。我们通常在非手术治疗（如活动方式调整或物理治疗）未能带来足够改善时建议进行此手术。它适用于症状与影像学检查结果相符的患者，特别是因神经受压引起的上肢疼痛、脊髓受压，或伴有神经症状的颈部疼痛。如果您出现明显的肌肉无力，我们可能会建议尽早手术。手术的目的是缓解您的疼痛，稳定神经症状，并帮助您恢复日常活动。

手术前

一旦您的手术预约确定，我们将为您提供清晰的术前指导，请在就诊前的几天内遵照执行。您需要在手术前禁食禁水七小时。我们要求七小时而非更短的时间，以便在手术室手术安排提前完成时，能够让您提前进行手术。某些药物可能会影响您的手术，因此请告知我们您正在服用的所有药物，我们将告知您需要暂停哪些药物以及何时暂停。请携带一份您目前用药的书面清单。请安排他人在术后送您回家，因为您将无法自行驾驶。手术当天请穿着宽松、舒适的衣物。如果您有其他健康状况，可能还需要在手术前进行血液检查或接受麻醉医生的评估。

手术当日

您将抵达医院的手术入院病区，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，麻醉师负责让您进入睡眠状态并在手术期间照料您。本手术在全身麻醉下进行。有时会追加区域神经阻滞以缓解术后疼痛；麻醉师将在手术当日就此与您讨论。之后，您将被带入手术室进行手术。术后，您将在复苏区苏醒，护士会在麻醉消退期间密切观察您的状况。一旦您的生命体征稳定，根据手术类型及恢复情况，您将被转入病房或直接回家。

手术内容

“anterior”（前入路）一词意为“从前方”。您的外科医生会在颈部前方做一个小切口，并由此进入脊柱。这种接近脊柱的方式意味着可以在不干扰椎管（容纳脊髓的空间）的情况下移除磨损的椎间盘。您的外科医生会在导致症状的确切节段移除椎间盘，然后将两个椎骨连接在一起，使其愈合为一个坚固的整体。这种连接过程称为融合。

为了在骨骼愈合期间将其固定在一起，您的外科医生会将由安全植入材料制成的支撑器放入椎间盘原先所在的间隙中。有时，为了提供额外支撑，会在脊柱前方添加一个小钢板。具体选择取决于需要治疗的椎间盘节段数量，您的外科医生将向您解释哪种方案适合您。如果多个椎间盘磨损，外科医生可能会从椎骨上移除一小块骨头以到达受压的神经或脊髓，然后用支撑器填充该间隙。

颈部切口将用缝线缝合，并覆盖敷料。正如恢复部分所述，您需要保留该敷料约10天。

这一切的目的是简单的：解除神经或脊髓的压力，并在磨损的椎间盘位置为您的颈部提供一个稳定、愈合的结构。

术后

您将在恢复区醒来，随着麻醉消退，护士会密切观察您的情况。您的医疗团队会告知您是当天出院还是在医院留观一晚。在您离院前，我们会为您安排止痛方案，护士会定期查看以确保止痛效果。您颈部的小切口处会覆盖敷料。敷料需保留约10天；除非我们告知您，否则请勿提前拆除。我们会在复诊时为您更换或拆除敷料。大多数患者在手术后数小时内即可下床行走，在家中进行温和的活动有助于康复。请安排有人在您回家后的最初24小时内陪伴您。

恢复

手术后的头几天，您颈部前方会出现一些酸痛，并伴有吞咽困难。这是预期内的现象。随着肿胀消退，吞咽通常会变得更容易，在此期间，食用软食并补充充足的水分会有所帮助。您在医院制定的镇痛方案将确保您在家中活动时保持舒适。

如上所述，您将在手术后不久下床行走，在家中进行温和活动有助于您的康复。随着恢复进程，您的物理治疗师将指导您进行简单的颈部和肩部运动。您无需佩戴支具。您可以进行轻度的日常家务，但在外科

医生确认骨骼已牢固愈合之前，请避免提重物 and 剧烈活动。在恢复初期，睡觉时多垫几个枕头以保持半卧位可能会更舒适。

康复里程碑是以事件而非具体日期来衡量的。一旦肿胀消退，进食和说话会恢复正常。一旦您自己的外科医生允许您驾驶，您即可重返道路；颈部手术后，关键在于：您能否将头部转动到足以查看后视镜和盲区的程度，能否毫不犹豫地紧急制动，以及是否已停用强效止痛药。如果医生为您开具了颈托，请在尝试佩戴颈托驾驶之前先咨询您的外科医生。随着颈部力量的恢复，您可以逐步恢复工作和您喜欢的活动。

每个人的恢复情况各不相同。您的时间线可能有所不同，您的外科医生和物理治疗师将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，但偶尔也会出现问题。您的外科医生和医疗团队会密切监测您，以便尽早发现任何问题。

颈前路手术意味着在手术过程中，脊柱附近的一些结构会被移开。这可能会刺激控制您发声和吞咽的神经。您可能会注意到声音嘶哑，或者感觉食物或液体吞咽缓慢、有滞留感。这在术后最初几天很常见，通常随着肿胀消退而缓解。如果早期过后吞咽仍然困难，或您的声音未恢复正常，请在下次复诊时告知我们。

有些人术后最初几天感受到的颈部疼痛比预期更严重。这通常可通过您的镇痛方案缓解。少数人会出现持续时间长得多的颈部深层酸痛。如果数月后疼痛仍困扰您，请在复诊时告知我们，以便我们进一步调查。

两个椎体本应愈合为一个坚固的整体。有时它们未能完全融合。您可能会注意到反复出现的颈部疼痛，或疼痛未能如您期望的那样真正稳定下来。如果发生这种情况，我们可以在复诊时检查骨骼是否已愈合。

用于固定骨骼的支撑器或钢板在融合愈合前偶尔会发生移位。警示信号包括新的或加重的颈部疼痛，或感觉颈部有变化。感染也是可能的。请留意伤口周围发红扩散、肿胀、发热或切口渗液。如果您注意到其中任何症状，请立即联系诊所。如果您伴有发热且感觉不适，请前往急诊科。

由于融合节段上方或下方一个椎间盘水平承受了额外负荷，它可能会随时间磨损。这可能导致数年后出现新的手臂或颈部疼痛。如果发生这种情况，请在复诊时提出，我们可以安排影像学检查。

如果您想了解具体数据，本页上的并发症表格列出了典型发生率。

何时联系我们

如果您发现伤口发红、肿胀、发热或有液体渗出，或感到发热和发烧，请致电我们。如果疼痛突然明显加剧，或出现之前没有的新疼痛，请致电我们。如果您出现小腿肿胀或疼痛，或呼吸急促，请前往急诊。如果您失去手臂或腿部的感觉，或无法活动，请立即前往急诊。

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 • office@cqupperlimb.com.au • cqupperlimb.com.au

颈椎前路椎间盘切除融合术

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
吞咽困难	1.7-71%	术后常见主诉，发生率范围较广；与融合器加钢板系统相比，自锁式独立融合器可能降低其发生率。
相邻节段病变	5.9%	一项针对288例患者、随访14.5年的多中心回顾性研究中相邻节段翻修率；预测15年累积发生率为6.3%。
翻修手术	12.6%	初次颈椎融合术后192个月内至少接受一次翻修手术的概率；翻修手术的中位时间为24.5个月。
假关节形成	—	针对假关节形成的前路翻修手术可实现80%的融合率，但可能无法带来具有临床意义的改善。
轴性颈部疼痛	35.1%	单节段颈椎前路椎间盘切除融合术（ACDF）术后3天颈部疼痛增加；2.1%的患者轴性疼痛持续至1年。
感染	—	在针对多节段颈椎病行ACDF治疗的系统综述中，被报告为手术并发症。
声音嘶哑	—	在针对多节段颈椎病行ACDF治疗的系统综述中，被报告为手术并发症，通常与喉神经损伤有关。
移植物脱位	—	在针对多节段颈椎病行ACDF治疗的系统综述中，被报告为手术并发症。
出血	—	与颈椎人工椎间盘置换队列的24.4 mL相比，ACDF队列报告的平均失血量为43.6 mL。
神经功能缺损	—	脊髓T2信号强度增加是神经功能恢复不良的独立危险因素。

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