

## 疾病介紹-

### 濕性關節炎合併上頸椎病變之手術治療原則

頸部疼痛和脊髓壓迫症狀，如手腳酸麻、反射增強等，是類風濕性關節炎（rheu-matoid arthritis）常見的表徵。當炎症反應波及頸椎時，嚴重程度可由較輕微的肉芽腫塊形成、脊椎體腐蝕和滑脫引起的脊髓壓迫或演變成嚴重的第二頸椎齒狀突往上脫位，而引起的腦幹壓迫。因頸椎罹病率於類風濕性關節炎病患中占了8成以上，也因為上頸椎（枕骨至第二頸椎）罹患的比率更占了其中大部分，何時處理及如何處理此類上頸椎併發症，也就成了治療的一大課題。

#### 頸椎合併症的病理機轉

類風濕性關節炎引起的免疫反應在關節滑膜囊易產生炎症反應，使得纖維形成細胞增生形成血管翳，然後再由此血管翳分泌出骨有機質酵素及蛋白質分解酵素，破壞臨近的軟骨、肌腱及骨骼。產生的病變，包括肌腱斷裂、韌帶鬆弛、軟骨流失及骨骼腐蝕。發生在頸椎的疾病最常見的就是：1. 寰椎（第一頸椎）——軸椎（第二頸椎）滑脫症（atlanto-axis instability）。2. 齒狀突（odontoid）往上突入枕骨大孔。3. 肉芽腫塊（granulation mass）。4. 下頸椎（第三至第七頸椎）脫位等（subaxidl subluxation）。

#### 外科手術前題

有頸椎合併症的類風濕性關節炎病人不一定需要手術矯治，臨床上神經外科醫師是將此類病患分成二大類：1. 有症狀病患：包括持續性神經缺損（占症狀人數的25%）及疼痛（占症狀人數的75%）。2. 無症狀的病患。在上頸椎病變的此類病患中，有些雖無嚴重的神經缺損或疼痛，但如果在放射線檢查中發現第一、第二頸椎因橫韌帶鬆弛滑脫超過6到8毫米，在臨床統計上有近一半的病人於兩年內會產生脊髓壓迫或持續滑脫情形，醫師通常會建議病患作預防性固定手術，因為一旦有脊髓壓迫產生後，手術矯治常已挽回不了病患的酸麻疼痛及僵直等脊髓退化症狀了。而且臨床上如果不以手術固定骨骼，且因為在持續神經壓迫下而造成病患無法自由活動，須靠輪椅代步時，開刀死亡率在30天會內超過10%，在兩年內的死亡率更高達50%。

#### 手術前注意事項

除了對顱頸交界區要有詳細的放射線檢查，包括磁振攝影（MRI）、電腦斷層（CT）和動力 X 光檢查（dynamic X-ray），另外手術前應注意：1. 營養狀態，由總淋巴數目及肝功能檢查。淋巴球數目如果小於 1,000，當被視為蛋白質缺乏。2. 所有水揚酸鹽及非類固醇消炎藥（NSAIDS），應在手術前一個星期前停用而改用 Me-thotraxate 和類固醇）來控制疼痛。3. 評估心肺功能。

### 外科手術方式

在手術房麻醉時，最好是在病患清醒時來施氣管內管插入，並且是在病患清醒時擺好病患手術時所採取的姿勢，這樣才不致於在手術前因搬運病患而使脊髓壓迫更嚴重。同時準備好體感覺激發電位（somato-sensory evoked potential），來作為手術中神經功能的評估。

一、復位：用頭骨牽引方式，使脫位的頸椎骨和枕骨的結構回復正常的關係。

二、減壓：在有前側肉芽腫塊壓迫或無法復位的病患而在放射線檢查有明顯脊髓壓迫的情形，可在固定前予以手術移除病灶來減壓。

三、固定：在僅有第一、第二頸椎不穩定者施予後位固定，包括金屬線或椎板間夾及歐美最近愈來愈盛行的經關節螺絲固定術。若是有枕骨和頸椎間不穩定的考量時，則手術就必須就枕骨一起固定，且至少需往下至第三頸椎。

### 手術種類

1. 經口咽前位減壓術（transoral approach）：移除齒狀突及其周圍的肉芽腫塊

2. 枕骨頸椎後位固定法（occiput-cervical fixation）：用鋼絲或鈦金屬絲固定椎板及史坦門釘從後枕骨固定到第三頸椎或更下方（圖 1）。

3. 第一、二頸椎後位固定加融合術：利用仍可使用的後位骨骼來使用不鏽鋼或鈦金屬骨釘或骨板固定此二頸椎並植入自體骨（圖 2）。

類風濕性關節炎是多發性、對稱性的大小關節病變，肢體關節的腫痛常會掩蓋住頸椎病變的臨床表徵，而一旦在發現頸椎（尤其是上頸椎）有嚴重病灶時，又常常因為多節脊椎體已腐蝕的很嚴重，神經

髓鞘已退化，這時往往已成為外科手術無法挽回的神經缺損了，這是病患本身及臨床醫生所不得不注意的。