



# 容易忽略卻嚴重的胸椎狹窄

## 1 胸椎主要是脊椎支撐功能，較僵直，活動性少，為何會發生胸椎狹窄？

胸椎的下端三分之一是較具活動性，因為肋骨的固定於胸骨效力較差(第十一與十二肋骨不與胸骨相連，第八至十肋骨僅軟骨連至胸骨下端)，加上下端胸椎後方關節面較矢狀水平，較像腰椎易於活動，隨著年齡老化與粗重工作，韌帶與骨刺增生，終至壓迫神經。一般在第八胸椎以下，本院脊椎外科于國藩醫師之臨床診療個案，有四例都是在下胸椎九、十、十一、十二節造成壓迫。

## 2 為何胸髓神經病變(Thoracic myelopathy)會發生？

結構上因為胸髓大小與胸椎管的比例較大且胸椎較駝背彎曲(Kyphosis)，易受外部壓迫，加上胸髓血循環較少，胸髓容易損傷，所幸胸椎下半段尚比上半段輕，否則手術風險更高，預後更差。

## 3 胸椎狹窄(Thoracic stenosis)造成胸髓神經病變(Thoracic myelopathy)症狀為何？

與腰椎不同，軸心性的中段背痛較少，也無坐骨神經痛，但下肢神經麻木出現較早，再來繼之下肢無力，有肌肉抽筋與高張力的現象，因無上肢症狀可與頸椎狹窄區別，排尿排便困難與性功能異常是晚期症狀，此時恐無法走路，及早接受胸椎核磁共振MRI檢查為佳。

## 4 何謂前後脊椎狹窄(Tandem spinal stenosis)，會影響診斷與手術嗎？

脊椎有多段狹窄，如頸椎與腰椎同時狹窄最多，占25%，胸椎與腰椎同時狹窄只占2%，圖1 胸椎與腰椎的前後狹窄。于國藩醫師的臨床診療個案，(1)先手術治療腰椎，再手術治療胸椎；(2)同時手術；(3)先手術治療胸椎及追蹤腰椎輕度狹窄。一般而言，胸椎狹窄手術先行較佳，因腰椎退化脊病數目最多，在腰椎核磁共振MRI檢查一併篩檢胸椎，有助早期診斷。

胸椎狹窄(Thoracic stenosis)造成的胸髓神經病變(Thoracic myelopathy)，雖然在脊椎退化性疾病並不常見，機率少於腰椎與頸椎狹窄；然而，常被延誤診斷與手術，造成下肢永久性神經後遺症，不可不慎。



圖 1

前後脊椎狹窄 Tandem Spinal Stenosis (TSS)  
胸椎10-11與腰椎2-5  
兩部位狹窄神經壓迫



圖 2 MRI 術前影像

胸椎11-12節狹窄造成胸髓神經缺血或壞死病變(箭頭處)

## 5 手術注意事項

- ✓ 胸椎在脊椎中段，術中影像定位要仔細確定，神經減壓要精確徹底。
- ✓ 考慮減壓較多部分關節面，與駝背彎曲(Kyphosis)嚴重可加上骨釘固定。
- ✓ 術中神經監測可降低風險。

## 6 最後叮嚀與提醒

下肢症狀出現，特別是突發性且無法行走(多是外傷與粗重工作)，須儘早就醫，安排核磁共振與手術。于國藩醫師診療之少見手術個案：術前輪椅代步，術後經復健有長足進步，可單拐走路。病人大多症狀由輕轉重幾個月，加上開刀遲疑，有可能已有胸髓神經缺血甚至壞死(圖2 術前、圖3 術後)，術後留下後遺症，無法至正常狀態。

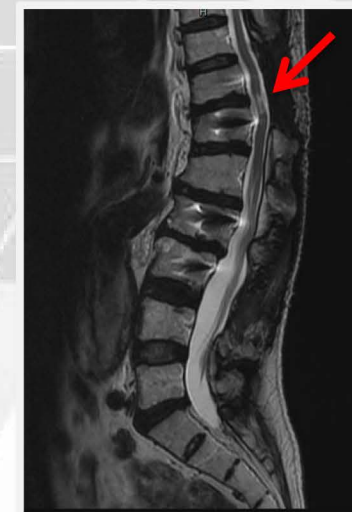


圖 3 MRI 術後影像

術後雖胸髓減壓良好，但胸髓神經缺血壞死病變併脊髓空洞症造成神經後遺症(右下肢麻木、輕度無力)(箭頭處)

