



急性下背痛的門診評估和處置

方慧芳 李純瑩



前言

衛生福利部2011年統計，在台灣曾因下背痛就診的人，大概有十分之一左右，且高達一年台幣117億醫療費，全國門、住診醫療費用支出中皆排名第七，並居外科類前茅。許多人在病灶剛發生時，可能不會立即尋求醫療。根據統計，75%至90%的患者在1個月內症狀都會改善^[1]，但大部份患者在接下來一年中可能會再發作。儘管復發常見，大多患者預後都良好。因此，衛教其如何預防再發作是有幫助的。

評估和治療的變化

當患者有需要求診時，詳細病史詢問和理學檢查通常可以替罕見、但可能嚴重病因提供線索。初始評估，通常不需要高階影像診斷。治療重點應該採保守、加強衛教。目前建議是於下背痛嚴重時，儘可能避免過度肢體活動。對於2至4週內

症狀無改善者，建議物理治療，包括整骨療法，脊椎按摩，針灸和按摩等。對於有神經功能缺損的患者，應考慮轉診到相關醫師，做進一步評估。

目前，很少有研究關於初診醫師對於急性下背痛處置結果和成本去進行比較。在一項比較門診醫師、脊椎按摩師和骨科醫師的大型研究中，診斷方式的應用，治療方式，和患者滿意度在不同醫師中呈現很大的差異^[2]。研究顯示，當初給予較少藥物、建議患者多臥床休息，反而是成本較低且具有患者滿意度較高的醫師。

病因學和病理生理學

下背是由第一到第五節腰椎及薦椎所組成的區域。下背痛可分為急性（小於6週）、亞急性（6-12週）及慢性（大於12週）三種。鑑別診斷很廣泛，包括機械和非機械原因（表1）^[3]。

大多數初診患者，病因常涉及脊柱和周圍結構的機械原因。不幸的是，通過理學檢查常無法確認病因。相反的，非機械原因（例如腫瘤、感染和發炎性關節炎，如僵直性脊椎炎）可以經由影像學檢查確診出來。

高雄醫學大學附設中和紀念醫院家庭醫學部

關鍵詞：lower back pain, evaluation, management

通訊作者：李純瑩



表1 下背痛鑑別診斷

原因 (盛行率)	症狀及徵候
機械性下背痛 (97%) 腰部扭傷 (≥70%) 退化性椎間盤 (10%) 椎間盤突出 (4%) 骨質疏鬆導致的壓迫性骨折 (4%) 脊椎狹窄 (3%) 脊椎滑脫 (2%)	廣泛性的腰肌疼痛，有時會輻射至臀部 侷限性的腰部疼痛，與腰部扭傷相似 腿痛大於背痛，輻射至膝蓋以下 脊椎僵硬疼痛，通常有外傷病史 脊椎屈曲或坐時疼痛會改善，步行下坡時會更加疼痛 通常是雙側、間歇性跛行 活動時疼痛改善
非機械性脊椎疾病 (1%) 腫瘤 (0.7%) 發炎性關節炎 (0.3%) 感染 (0.01%)	脊椎僵硬疼痛，體重減輕，休息痛 晨間僵硬，運動後會改善 脊椎僵硬疼痛，感染本身的症狀
非脊椎或內臟疾病 (2%) 骨盆腔器官 前列腺炎、骨盆腔發炎、子宮內膜異位 腎臟 結石、腎盂腎炎 主動脈瘤 腸胃道系統 胰臟炎、膽囊炎、消化道潰瘍 帶狀疱疹	通常為下腹痛 通常有腹部症狀；異常的尿液檢查原因及症狀相對應 上腹痛：有脈動的腹部mass 上腹痛：噁心、嘔吐 單側：皮節疼痛；特殊疹子、水泡

資料來源：參考資料3

病史與理學檢查

除了詳細理學檢查外，問診部分也可能影響後續治療選擇。對於大多數患者，病史和理學檢查，足以排除潛在具「危險信號」的嚴重疾病 (表2)^[4]。

對於有腿部症狀的患者，檢查的部分在確定有無神經系統的異常。直腿抬高檢查也是神經根刺激的篩檢試驗。它雖然不具特異性，但敏感性高。對於有癌症病史、不明原因體重減輕、50歲以上或保守治療失敗者常常要考慮危險因子，大多

數涉及脊椎的癌症常是從乳腺，肺或前列腺轉移來的。其他與脊椎感染相關的因素包括近期或持續有泌尿道或皮膚感染的病史、長期導尿管留置、或(曾經)靜脈注射吸毒劑者。發燒通常不是常見的症狀 (低敏感性)，但如果存在，則會增加感染性病因的可能性。其他包括壓迫性骨折伴有明顯的創傷、年齡超過50歲、使用皮質類固醇或具有骨質疏鬆症者。另外，臨床可見的僵直性脊椎炎，其相關表徵包括晨僵，運動後改善，年齡小於40歲，發病較晚，以及疼痛期持



表2 危險信號

發作年紀小於20歲或大於55歲
 非機械性的疼痛（與時間或活動無關）
 胸部疼痛
 有癌症、HIV或使用類固醇
 自覺健康惡化
 體重減輕
 廣泛的神經學症狀
 脊椎結構異常
 休息痛、夜痛

資料來源：參考資料4

續至少3個月^[5]。其他因素如果與活動無關，但卻具有胃腸道或泌尿生殖系統症狀，則可能有助於其他潛在的內臟或其他系統性病因的考慮。

坐骨神經痛

疼痛從下背部往腿部放射性延伸通常稱為「坐骨神經痛」。通常是輻射到腳部或踝部，而且改變姿勢或咳嗽或打噴嚏時疼痛也會加劇。由於腰椎狹窄症所引起的坐骨神經痛在老年患者中更為典型，症狀通常是雙側的，也會導致站立或行走時出現腿部疼痛，但是坐下來疼痛會緩解。其中，與缺血性腿部疼痛不同的是，坐骨神經痛在休息時，並不能緩解疼痛。

對於具有坐骨神經痛症狀或直腿抬高試驗陽性的患者，需要更詳細的神經學檢查，包括下肢運動，感覺和反射檢查（表3）^[6]。例如，患有坐骨神經痛的患者最可能同時具有椎間盤突出的病因。因為超過95%的椎間盤突出涉及

L4-5或L5-S1間，L5或S1神經根壓迫，因此，絕大多數椎間盤突出的患者同時也會有坐骨神經痛。

診斷性檢查

在考慮安排進一步檢查時，影像結果與症狀通常很不相關^[7]，且X光片有時無法辨識重要病因。例如，腰椎間盤退化的患病率是隨著年齡的增長而增加，特別是從40歲開始。但在沒有腰痛的患者中也很常見。30歲以下患者中有三分之一患者具有椎間盤退化，40至60歲患者為60%，大部分均為60歲以上^[7]。在患有椎體關節炎、骨刺的患者也有類似的發現^[7]。

一般X光片

當存在椎骨骨折的危險因素（表2）^[4]，或採保守治療沒有改善者，常規脊椎X光片是合適的。

高階診斷影像

斷層掃描或核磁共振應用於有強烈嚴重背痛的病史，例如馬尾症候群，感染或腫瘤。對於可能因椎間盤突出或腰椎狹窄症引起的坐骨神經痛患者，除非發現神經系統異常，否則早期影像是必要的，因為許多患者會隨著保守治療而改善^[7]。但如果出現以下情況，斷層掃描（無對比）可能是首選的測試，例如（1）需要評估骨骼（如懷疑骨折）



表3 神經根壓迫與相對應牽涉的肌肉群與神經學檢查

神經根	牽涉的肌肉群肌力	牽涉的感覺肌肉群	神經反射
L2	髂腰肌	大腿前部	無
L3	股四頭肌	大腿前、外側	足底
L4	股四頭肌、踝關節背屈、 腳跟走路	內側腳踝/腳	足底
L5*	第一腳趾背屈	腳背	無
S1*	腳踝蹠屈	足底外側	跟腱

*大部分是椎間盤突出
資料來源：參考資料7

(2) 患者的金屬物體不能使用核磁共振，或(3) 有嚴重的幽閉恐怖症。

如果患者先前進行脊柱手術，或者存在腰椎狹窄症、骨髓炎、硬膜外膿瘍、腫瘤或近期無移位骨折的病史，則核磁共振成像可能是首選。雖然核磁共振可能提供更好的診斷準確性，而且沒有輻射暴露。但一般不應由初診醫師提供。

治療

短時間的臥床休息

自1950年以來，臥床休息一直是背部疼痛治療的基石之一，主要基於生理學研究顯示仰臥位的椎間盤壓力最小^[8]。隨機試驗測試急性下背痛患者，臥床休息2天與7天呈現相似的結果，其中2天臥床休息的患者，反而更快恢復工作^[9]。對於坐骨神經痛，臥床休息仍是常見的建議。最近一項隨機試驗顯示2週臥床休息與維持日常活動，在12週內呈現相似的結果^[10]。

藥物

非類固醇抗炎藥 (NSAIDs) 和乙醯氨基酚 (acetaminophen) 是治療急性背痛的首選藥物^[11]。此兩種藥物已被證明在治療膝關節退化同樣有效^[12]。非類固醇抗炎藥物是最常用的處方藥，但對於消化不良、或已知對阿司匹靈、或對其他NSAIDs過敏的患者，應優先選乙醯氨基酚。但其它研究中並未顯示乙醯氨基酚比NSAIDs更有效^[13]。其它像肌肉鬆弛劑和鴉片類藥物通常也用於治療下背痛。

對於沒有劇烈疼痛的患者，肌肉鬆弛劑 (diazepam 或 cyclobenzaprine 等藥物) 和麻醉止痛藥 (含有codeine或oxycodone) 幾乎沒有優點，反而副作用更大。當開立肌肉鬆弛劑和鴉片類藥物處方時，應著重於短期治療，對於更嚴重的疼痛，鎮靜劑可能會有所幫助。肌肉鬆弛劑也可以幫助因疼痛而夜間難以入眠者。

物理治療

對於轉診做物理治療，包括脊椎推



拿^[13]，可能會加速恢復，但3至6個月及以後的結果與保守治療的患者卻沒有差別^[14]。然而，患者對物理治療通常滿意度都高。

其他治療方法

其他治療包括對坐骨神經痛患者進行硬膜外類固醇注射的隨機試驗顯示相互矛盾的結果^[4]。硬膜外類固醇注射有時是免於手術的另一方式。在沒坐骨神經痛的患者，硬膜外或韌帶注射是未經證實有效的。對於小關節慢性下背痛者，隨機對照試驗顯示沒有優於安慰劑注射^[15]。其他未經證實的治療，如口服類固醇，經皮神經電刺激（transcutaneous electrical nerve stimulator），生物反饋和牽引不應推薦於急性下背部患者^[5]，及其對慢性疼痛的療效尚不確定者。

另外，針灸長期一直被用於治療疼痛，包括下背痛。很少有高品質的研究針對針灸在急性下背痛中的作用^[4]。像硬膜外類固醇注射一樣，針灸可用於治療坐骨神經痛，但建議用在其他保守治療都無法緩解時。

何時轉介專家

對於潛在需要外科手術、診斷不確定、對治療無反應、神經檢查異常者或懷疑有嚴重的脊柱疾病（腫瘤，感染，骨折或其他可疑的脊椎病灶），應考慮轉診。

何時做手術評估

馬尾症候群，雖然罕見但卻是嚴重神經損害，是外科急症。患者可能以尿滯留或尿失禁，漸進性腿部或足部無力（通常為雙側）或大便失禁來表現。其他常見的原因包括是由於惡性腫瘤引起的神經壓迫。腰椎間盤突出或腰椎狹窄症導致的坐骨神經痛患者的手術幾乎是不可避免的。如果患者有嚴重神經功能缺損，或符合以下四項標準，則應考慮接受手術治療：（1）腿痛程度等於或大於背痛；（2）直腿抬高試驗陽性；（3）對於腰椎間盤突出的患者，保守治療4至6週無效，對於腰椎狹窄症患者則8至12週無效；（4）影像顯示與症狀相對應的病變。

結論

急性下背痛，大多數是自限性、非特異性的機械原因。有效的病史和理學檢查是有跡可循的，再評估是否需要進一步檢查，進階的影像學和實驗室檢查通常不需要。相反的，在對於保守治療2到4週的患者，若仍不見改善者，則推薦物理治療。手術評估通常會保留給患有神經系統檢查異常或保守治療無效的患者，再轉介專科評估。

參考資料

1. Coste J, Delecoeuillerie G, Cohen de Lara A, et al: Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in



- primary care practice. *BMJ* 1994; 308: 577-80.
2. Carey TS, Garrett J, Jackman A, et al: The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. The North Carolina Back Pain Project. *N Engl J Med* 1995; 333: 913-7.
 3. Kinkade S: Evaluation and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician* 2007; 75: 1181-8.
 4. Koes BW, Tulder MW, Thomas S: Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 332: 1430-4.
 5. Batchelor TT, Louis DN: A 67-year-old woman with the cauda equina syndrome. *N Engl J Med* 1997; 337: 1829-37.
 6. Andersson GB, Deyo RA: History and physical examination in patients with herniated lumbar discs. *Spine* 1996; 21:10S-18S.
 7. Powell MC, Wilson M, Szypryt P, et al: Prevalence of lumbar disc degeneration observed by magnetic resonance in symptomless women. *Lancet* 1986; 2:1366-7.
 8. Nachemson A: The load on lumbar disks in different positions of the body. *Clin Orthop Relat Res* 1966; 45:107-22.
 9. Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M: How many days of bed rest for acute low back pain? *N Engl J Med* 1986; 315:1064-70.
 10. Vroomen P, de Krom MC, Wilmink JT, et al: Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N Engl J Med* 1999; 340: 418-23.
 11. Koes BW, Scholten RJ, Mens JM, et al: Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: 214-23.
 12. Bradley JD, Brandt KD, Katz BP, et al: Comparison of an antiinflammatory dose of ibuprofen, an analgesic dose of ibuprofen, and acetaminophen in the treatment of patients with osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 1991; 325: 87-91.
 13. Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR, et al: Spinal manipulation for low-back pain. *Ann Intern Med* 1992; 117: 590-8.
 14. Cherkin DC, Deyo RA, Battie M, et al: A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. *N Engl J Med* 1998; 339: 1021-9.
 15. Carette S, Marcoux S, Truchon R, et al: A controlled trial of corticosteroid injections into facet joints for chronic low back pain. *N Engl J Med* 1991; 325: 1002-7.