



## 急性下背痛的診斷與治療

呂忠祐<sup>1</sup> 劉智仰<sup>2</sup> 陳鵬升<sup>3</sup>



### 前言

下背痛在開發國家已成為值得注意的健康問題，民眾在日常生活中經常遇到，亦為第一線醫療照護機構中常見疾患之一。在美國，每日受下背痛影響的成人約為5.6%；一生中的盛行率至少60~70%。下背痛會增加許多醫療及社會資源支出，因此我們更須重視下背痛及其所帶來的影響。

### 定義

背部下肋緣至下臀區域的疼痛、肌肉緊繃或僵硬都可以稱之為下背痛。此外，以症狀持續的時間分為急性（小於4週）、亞急性（4週至12週）與慢性（大於12週以上）。

### 臨床進程及預後

一般來說，急性下背痛的預後是相

當不錯的，大多數的疼痛與不舒服會在幾週內消失。30~60%的症狀會在1週內好轉，60~90%會在6週內復原，而95%會在12週內康復。然而，下背痛容易復發，1年內復發率高達73%。經過多次的復發，恐怕會成為慢性下背痛。

### 下背痛診斷

下背痛的診斷必須從病史、理學檢查、實驗室檢查及影像學檢查綜合評估，僅憑單一面向可能會導致錯誤的診斷。（圖一）

### 病史方面

必須包括疼痛位置、程度及持續時間、發作的原因、疼痛的加重及緩解因子、姿勢的相關性、疼痛的特殊表現（如：轉移痛、清晨僵硬、麻痺或無力）。若是在詢問病史時擔心會遺漏項目，不妨使用PQRST。P：加重及緩解因子（Provocative and Palliative factors），Q：疼痛的特性（Quality of pain），R：轉移（Radiation），S：嚴重度與系統症狀（Severity and Systemic symptoms），T：時間（Timing）。

1 行政院衛生署桃園醫院家庭醫學科住院醫師

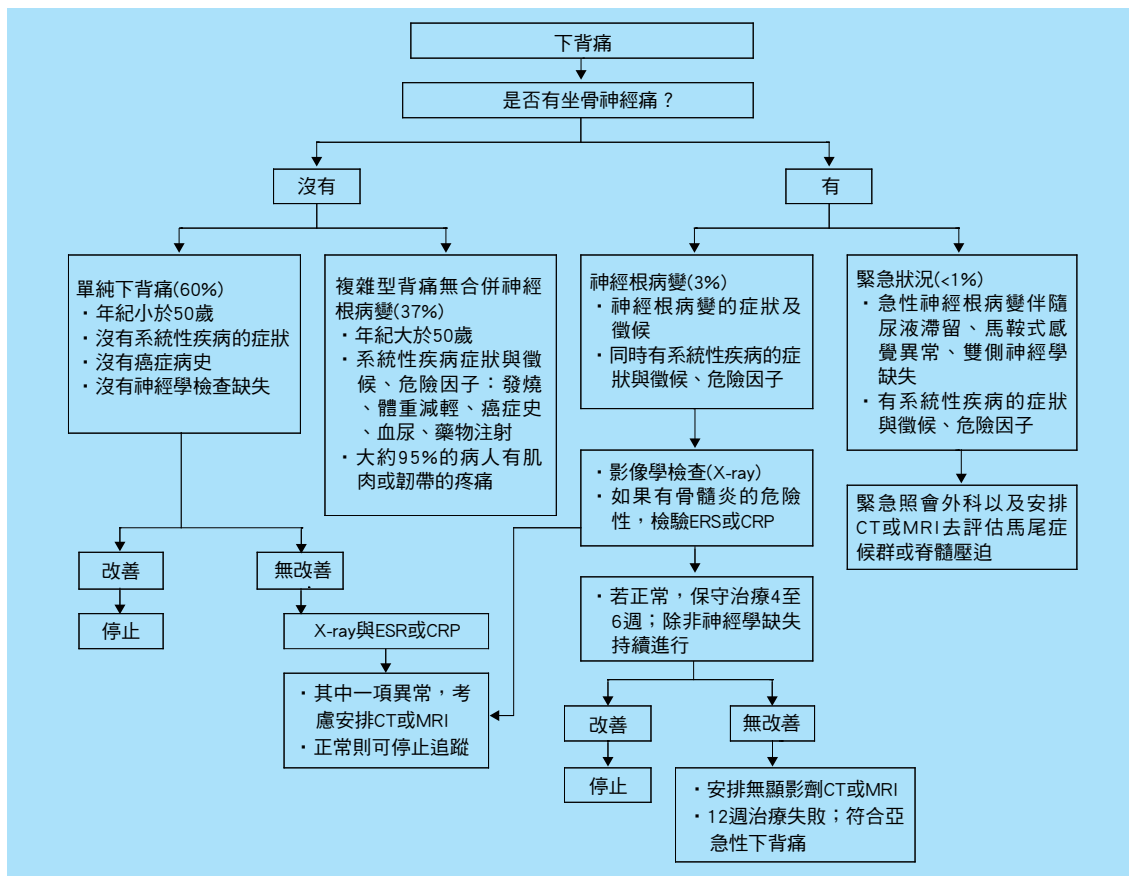
2 行政院衛生署桃園醫院神經內科主任醫師

3 行政院衛生署桃園醫院家庭醫學科主任

關鍵字：acute low back pain



圖一 下背痛診斷流程表



資料來源：參考資料8

## 理學檢查

包含一般理學檢查與神經學檢查。

一般理學檢查：診視全背部（皮膚缺失、脊椎變形）、有無壓痛點、關節活動度。

神經學檢查：有感覺及運動功能檢查、肌腱反射、肌力、步態與SLRT（straight leg rising test）。感覺及運動功能檢查需包含幾個重要的神經及神經根，如：股神經、腓神經、脛神經、腰神經根（L2-L5）與薦神經根（S1）。肌腱反射包含阿基里斯腱（足跟）、膝反

射與足底反射。SLRT通常在腰薦神經根病變的患者可以見到，此時再做足背彎曲可以使疼痛更容易表現出來。因為拉緊受傷的神經時，藉由改變軸突的細胞膜而增加膜傳導性，使得疼痛加劇。（表一）

## 實驗室檢查

並非常規性的檢查。不過，針對某些情況下的確是有幫助的，如：發炎性關節炎、骨髓炎、腫瘤或骨轉移。所以某些情況下必須藉由實驗室檢查來排除。



表一 神經根與肌力及反射改變的相關對照表

神經根	肌力變弱	反射改變
L2	髖關節屈曲，外展	
L3	膝關節伸直	膝反射
L4	膝關節伸直	膝反射
	足背屈曲	
L5	足部內翻	
	大腳趾往上翹	
	膝關節屈曲	
S1	足底屈曲	足跟反射
	膝關節屈曲	

資料來源：參考資料4

## 影像學檢查

有 X 光 檢 查、電 腦 斷 層 掃 描 (computed tomography, CT) 與磁振造影 (magnetic resonance imaging, MRI)。如果僅用影像學去診斷急性下背痛，由於偽陽性高，診斷的準確率可能會降低。有學者指出影像學檢查中40~50%有退化性關節炎或脊椎滑脫的人並無下背痛的症狀，而很多下背痛的病患在影像學檢查下並無異常。若是病患具有以下red flag情形（表二），那麼就必須考慮影像學檢查。

異常的影像學檢查與神經功能受損程度的比對甚為重要。當保守治療無效須考慮開刀時，可以藉助神經電生理檢查（神

## 表二 Red flag情形

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

資料來源：參考資料3

經傳導及針極肌電圖），評估神經受傷部位的範圍、時程、嚴重度以及神經功能復原的情形。

## 鑑別診斷

下背痛的鑑別診斷範圍相當大，其中包含有神經、骨骼與其他的原因（表三）。雖然下背痛常見的原因為機械性與神經根病變，但是我們不能忘記其他可能的原因，如：尿路結石、腫瘤與腹腔內疾病。

另外，我們可以藉由疼痛的部位去縮小鑑別診斷，並且下背痛與腿部疼痛最好分別評估。如果疼痛的位置為局部脊椎疼痛再加上腿部轉移疼痛，那麼疼痛的原因大概為該脊椎部位所造成的神經根病變或神經叢病變。另一方面，單純的下背痛（無合併腿部疼痛）其原因包含韌帶或肌肉扭傷、骨骼受傷、關節痛與發炎反應。但是只有腿痛卻無合併下背痛，我們則要考慮幾個重要常見的原因，如：坐骨神經病變、股神經病變、腓骨神經病變、周邊神經病變與周邊動脈阻塞性疾病。

除此之外，若是彎腰時會疼痛，則要考慮椎間盤的問題；腰部轉動或伸展的疼痛，則要想到脊椎關節、脊椎滑脫、薦腸關節問題；行走逐漸加劇的跛行則要考慮脊椎狹窄；如果是進行性雙側神經學缺失與括約肌問題，則需考慮椎間盤突出、馬尾症候群、脊髓壓迫與脊椎血管缺血問題。



表三 下背痛鑑別診斷

原因（盛行率）	症狀及徵候
<b>機械性下背痛（97%）</b> 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 活動時疼痛改善
<b>非機械性脊椎疾病（1%）</b> 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 晨間僵硬，運動後會改善 脊椎僵硬疼痛，感染本身的症狀
<b>非脊椎或內臟疾病（2%）</b> 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 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

資料來源：參考資料1

## 治療

### 藥物治療

#### 1. 非類固醇抗發炎藥物 (NSAIDs) 與 acetaminophen

研究指出口服非類固醇抗發炎藥物對於急性下背痛的疼痛控制是有效的；acetaminophen對於疼痛控制亦是有效的，不過劑量可能要達到4gm/天。如果病人有腎臟與腸胃道的疾病可以為替代藥物，但要注意是否有肝臟疾病。

#### 2. Opioids

對於急性下背痛或有坐骨神經痛的病人，可能需要用到口服Opioids來控制疼痛。而Opioids是被列為第二線或第三線藥物，並且只能短期使用，避免長期使

用。此外要注意副作用，例如：皮膚搔癢、便秘、意識昏沉及成癮。

#### 3. 肌肉鬆弛劑 (muscle relaxants)

強烈的證據指出肌肉鬆弛劑對於非特異的急性下背痛是有用的，尤其是在前一至二週內。另外，可以與NSAIDs合併使用，效果會更好。而肌肉鬆弛劑的副作用包括意識昏沉、暈眩。低劑量的Cyclobenzaprine (Flexer或Musgud)等，可以有效緩解症狀，並減少副作用。

#### 4. corticosteroids

口服類固醇對於急性下背痛並沒有研究支持此觀點；不過，硬脊膜外類固醇注射對於那些保守治療2至6星期無效，但有神經根症狀的病人是有效的。然而，硬脊膜外類固醇注射是不能長期使用的。



### 5. 抗憂鬱劑(antidepressants)

三環抗憂鬱劑對於治療憂鬱與減輕下背痛是有效的，但是Bupropion或SSRI，與安慰劑相比卻沒有更多的療效。

#### 臥床休息

其實，臥床休息對於急性下背痛或坐骨神經痛並沒有實質上的助益。強烈的證據指出保持活動會比臥床休息來的好。但是，如果真的需要臥床休息，時間不超過2至3天為佳。

#### 病患的教育

有限的研究證實簡單的教育手冊可以改善病人主觀上的疼痛及促進功能。對於病患的衛教著重在特殊活動、加重因子、疾病的自然病程、病因、預期恢復的時間與快慢、以及如何預防變成慢性下背痛。此外，建議病患要保持活動但避免提重物、彎腰、扭腰及長時間久坐。然而，如果可以的話，也要建議病患調整工作型態。最後，可以鼓勵病患做些較輕鬆的工作，以待症狀復原重返工作崗位。（表四）

#### 物理治療與運動治療

對於多數有下背痛的病人，保守治療是第一首選。如果在4週內症狀沒有改善者，很多的醫療人員會建議病患接受物理治療。特殊的背部運動對於急性下背痛是沒有幫助的；但是對於亞急性的疼痛有些許的效果。

#### 按摩

雖然沒有足夠的研究把按摩列為可信賴的建議，但是按摩治療對於某些族群而言可說是一種安全的療法。

#### 針灸

有限的證據可以把針灸列為治療急性下背痛的治療方法，但是並沒有足夠的系列研究能夠證實針灸的療效。

#### 冰敷或熱敷

就冰敷而論，它對於急性下背痛有些許的療效；另一方面，熱敷已經被證實對於減輕疼痛及增加功能是有幫助的。

#### 脊椎推拿

如果脊椎推拿是由適當的醫療人員所施行的話，通常是相當安全的。

#### 局部注射

對於急性肌肉疼痛的病患，局部注射類固醇或混合局部麻醉劑是有幫助的，唯可能會引起局部組織的壞死或凹陷，應避免經常注射。

#### 護具及貼紮

對於預防背痛或急性傷害是有幫助的。

#### 開刀治療

多數下背痛的病患是不需要接受開刀治療。但是，若有急性神經根病變伴隨尿液滯留、馬鞍式感覺異常或雙側神經學缺失時，需懷疑馬尾症候群或脊髓壓迫，此時是需要接受緊急手術。另外，病患症狀在保守治療下惡化或失敗伴隨神經學缺失，而懷疑為脊椎狹窄所引起；可以





表四 急性下背痛病患重返工作的原則

活動程度	工作未調整下，預期重返工作的時間			調整工作內容
	輕微下背痛	嚴重下背痛	坐骨神經痛	
輕度工作 <sup>a</sup>	0天	0~3天	2~5天	1. 避免每小時超過3次提超過2.25公斤的物品。 2. 避免長時間久坐、站立或走動，至少30分鐘休息5分鐘。
中度工作 <sup>b</sup>	—	14~17天	21天	—
重度工作 <sup>c</sup>	需7~10天	35天	35天	1. 避免每小時超過15次提超過11.25公斤的物品。 2. 避免長時間久坐、站立或走動，至少每小時休息10分鐘。 3. 駕駛汽車或輕型貨車不超過6小時/天；駕駛重機械或操作重機具不超過4小時/天。

注意：

35至55歲重返工作的時間因嚴重度及工作角色而異；年輕人重返工作的時間則可以縮短約20到30%左右。

a. 輕度工作：多數為坐，偶爾站立與走動；提與攜帶約9公斤的物品。

b. 中度工作：坐、站立與走動是平均的，偶爾彎腰駝背及扭腰；提與攜帶約22.5公斤的物品。

c. 重度工作：持續站立與走動，經常彎腰駝背及扭腰；提與攜帶達45公斤的物品。

資料來源：參考資料1

建議病患接受椎板切除減壓術。

## 結語

對於診斷急性下背痛，並非一開始就需要影像學與實驗室檢驗，必須由詳細病史詢問及理學檢查與神經學檢查後再決定。如果有red flag或是神經根及坐骨神經典型的疼痛，則需要進一步檢查。要注意是否有進行性的或嚴重的神經學症狀，以免錯失治療良機。至於一般的急性下背痛，開始以保守治療加上臥床休息（不超過3天）為主，而且建議病患保持正常的活動。不過，要根據病患的工作型態予以調整，以利於盡快重返工作。最重要的是找出下背痛的原因並予以衛教，避免加重病情，變成慢性下背痛。

## 參考資料

1. Kinkade S: Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain. Am Fam Physician 2007; 75: 1181-8.
2. McCamey K, Evans P: Low Back Pain. Prim Care Clin Office Pract 2007; 34: 71-82.
3. Koes BW, Tulder MW, Thomas S: Diagnosis and treatment of low back pain. BMJ 2006; 332: 1430-4.
4. Cathy Speed: Low back pain. BMJ 2004; 328:1119-21.
5. Richard AD, James NW: Low back pain. N Engl J Med 2001; 344: 363-70.
6. Jeffrey NK, Mitchel BH: Lumbar spinal stenosis. N Engl J Med 2008; 358: 818-25.
7. UpToDate: Diagnostic testing for low back pain. ( www.uptodate.com, latest accessed on August 1, 2008).
8. UpToDate: Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain in adults. ( www.uptodate.com, latest accessed on August 1, 2008).
9. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel G, Jankovic J.: Neurology in Clinical Practice. 4th ed. Butterworth Heinemann, 2003; 445-56.
10. Wilson JF: In the clinic: Low back pain. Ann Int Med 2008; 148(9):ITC5-1-ITC5-16.