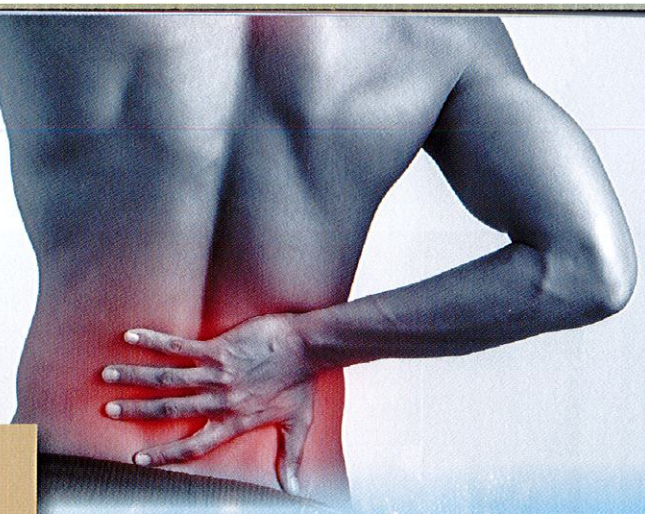


下背痛，停看聽

文/骨科部 賴韋丞 主治醫師



賴韋丞 醫師

學經歷｜

- 台大醫院雲林分院骨科部主治醫師
- 台中榮總脊椎外科研究醫師
- 台大醫院骨科部研究醫師
- 中山附醫骨科部住院醫師、總醫師
- 台中榮總一般科住院醫師
- 中華民國骨科醫學會 專科醫師
- 中華民國骨質疏鬆症學會專科醫師

專長｜

- 一般骨科
- 創傷骨科
- 人工膝關節置換
- 人工髖關節置換
- 脊椎外科

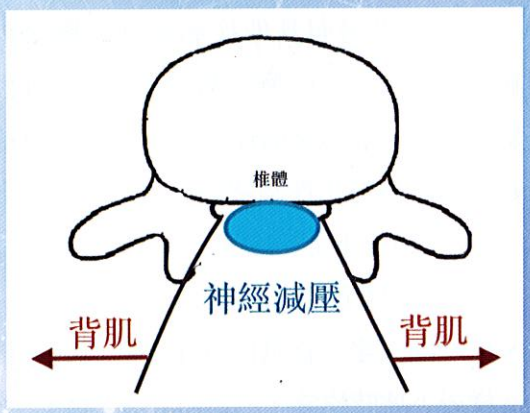
下背痛俗稱『腰痛』，為腰椎兩側疼痛，可能只侷限於特定的壓痛點，也可能大範圍的腰臀間疼痛。根據文獻資料，下背痛為民眾第二常見的就醫原因，約八成的人一生中曾受腰痛困擾。大部分的成因是肌肉的過度使用，引起肌肉、筋膜發炎，其他為脊椎退化、外傷、感染或腫瘤。當然不同的病因，治療的方向就不相同。

而脊椎退化是種退化現象，有椎間盤高度降低、椎間盤突出、骨刺增生、黃韌帶增生與鈣化、椎孔狹窄、脊椎滑脫，若同時壓迫神經，會造成下背痛、下肢的痠麻抽痛（俗稱『坐骨神經痛』）、及間接性跛行。這些症狀按病程可為急性與慢性，急性下背痛大部分會於六週內緩解，而慢性下背痛會持續十二週以上，日後即使症狀好轉，仍有高機率會復發。

治療方面首先建議採保守治療，最佳的居家治療為休息及熱敷，軟式背架減輕疼痛指數，但不建議長時間穿戴，容易造成腰部肌肉萎縮。藥物治療常使用止痛藥階梯式的給藥方式，第一線的用藥為普拿疼及非類固醇類消炎止痛藥，並且合併使用肌肉鬆弛劑。慢性頑固的下背痛則可考慮加上類嗎啡類藥物、三環抗憂鬱劑、BZD類抗憂鬱劑或抗癲癇藥物，在使用之前，須先瞭解及討論這些藥物的副作用，必要時立即停藥。

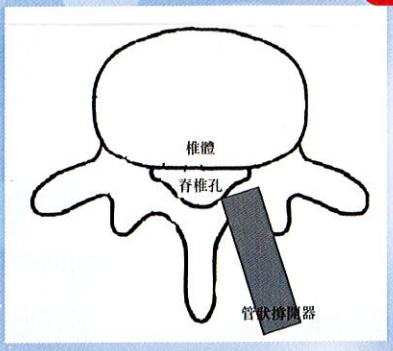
非藥物治療包括了物理治療及運動治療，物理治療可以運用紅外線、超音波、震波、熱敷、電療等方式，運動治療則是透過瑜伽、皮拉提斯和太極等活動，可以改善關節柔軟度、伸展攣縮的背肌、增加肌肉力量，進而改善症狀及恢復功能。此外推拿、針灸、按摩搭配治療也有一定的效果。

一般接受保守治療超過六個月，或疼痛難耐導致生活品質及功能下降之患者，可考慮接受手術治療。脊椎手術不外乎神經壓迫就做神經減壓，椎體不穩定就需骨釘固定、脊柱融合術，而過去手術往往造成背部肌肉大範圍破壞(圖一)，進而使背肌纖維化及萎縮，導致日後的腰痠背痛。



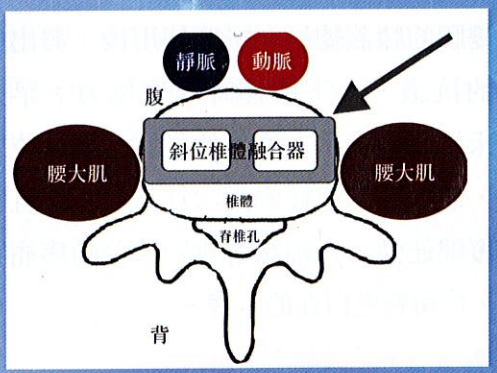
圖一、傳統術式撥開背肌及清除正後方骨頭組織。

因此，現今新式的脊椎手術降低了肌肉組織破壞，術中失血量少、術後恢復快、傷口感染率低、住院天數少、術後背部肌力量喪失少。如脊椎經皮內視鏡手術(PELD)，藉由內視鏡將病灶移除，解決椎間盤突出或因黃韌帶增生及骨刺產生的椎管狹窄。對於較不穩定的脊椎滑脫，則可利用管狀撐開器及顯微鏡(圖二)，便可將手術傷口縮小，由背側進入行神經減壓及脊椎融合術。



圖二、在管狀撐開器內，行神經減壓及椎體融合術。

另外，前位脊椎融合(ALIF)及斜位脊椎融合手術(OLIF)則是從前側進入脊椎，雖須通過腹斜肌及拉開腹膜腔，經由天然解剖通道行椎間盤切除及脊椎融合，但術中不會撥開神經組織，因此可置放較大尺寸的椎體融合墊片(圖三)，一來增加椎間盤高度而恢復腰椎前凸角度，二來矯正脊椎側彎，手術過程皆不需破壞骨頭及脊椎關節，因此縮短骨頭癒合時間、降低假性關節生成機率、減少術後背部疼痛，進而及早返回工作。



圖三、由腹側進入，從天然通道置入較大尺寸的椎體融合器。

最後，我們必須了解沒有任何一種治療是一勞永逸或者不會復發的。選擇手術前，必須了解下背痛原因，明白各術式之優缺點，以病灶解除為前提，盡可能採破壞性小、結構保留多的方式為上策。