

## • 骨关节病康复 •

## 下腰痛的诊断与康复

王安庆

[关键词] 腰痛;康复;社区康复

中图分类号:R493,R681 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2002)04-0197-02

下腰痛不是病名,而是由多种疾病引起的一系列症状,在骨科门诊患者中,以下腰痛为主诉症状的约占 20%—30%,其中大部分为中老年人。近年来,随着参加体育运动的人群不断扩大,部分体育爱好者出现下腰痛的也不少见。对腰痛患者,如何给予正确的诊断,选择何种检查,进而采取何种适合的治疗,这是社区医生经常要面临和解决的问题。

## 1 致病因素

### 1.1 脊柱疾患

1.1.1 创伤:①急、慢性腰部扭伤:扭伤是腰痛最常见的病因,在日常生活中,抬物不当、摔倒或体育运动等都可能扭伤腰部,特别是人到中年后,体重增加、运动减少,所以扭伤很常见。扭伤造成肌肉、筋膜受损,故可引起疼痛。②压缩性骨折:此种骨折通常是由坠落摔伤所致,常发生在胸腰段的椎体,X光片上可见楔形变。当很小的外伤就导致椎体压缩性骨折时,应该考虑病理性骨折的可能性,此种骨折通常是骨质疏松或肿瘤破坏所致。③小关节半脱位(小关节紊乱症):小关节的半脱位或部分脱位,小关节滑膜嵌顿,常引起严重的腰痛,腰部活动明显受限,X光片上可无异常表现,通常采用推拿、按摩治疗可改善症状。

1.1.2 腰椎间盘突出症 腰椎间盘突出退变和突出多见于青壮年,以 L<sub>4</sub>—L<sub>5</sub> 椎间盘突出最常见。早期椎间盘的纤维环破裂形成髓核膨出,当反复外伤导致纤维环破裂增大呈放射状时,髓核突出,严重者可掉入椎管内,形成脱出。当突出的椎间盘压在神经根上,可形成神经根卡压综合征,出现沿神经根分布区的疼痛、麻木、肌力减弱或瘫痪。患者最突出的主诉是伤后即刻或数小时后出现严重的下腰痛,伴下肢放射痛、麻木。由于突出的椎间盘压迫神经根的部位、数量不同,因而可出现不同的症状,最常见的放射痛是向臀部、大腿后侧、小腿外侧放射,甚至可放射到足部。典型的腰椎间盘突出症通过仔细询问病史,严格的查体就能诊断,而肌电图、CT、MRI 则可明确诊断。椎管造影通常作为术前检查(确定手术方案),需入院后进行。

1.1.3 椎管狭窄 腰椎的退行性改变、椎间盘变性、脊柱小关节的增生硬化和肥大、椎体或小关节周围骨赘形成,都可导致腰椎管狭窄,使马尾神经或神经根受压,形成“神经根卡压综合征”。患者常有腰痛伴间歇性跛行,下蹲休息后疼痛缓解。脊髓造影、CT 检查可明确诊断。

1.1.4 峡部裂和椎体滑脱 先天性或后天性腰椎峡部出现应力性骨折,可导致峡部裂,随着病变的进展,个别患者可出现椎体滑脱而导致腰痛,并出现相应神经功能障碍。在 X 线检查中,斜位片可见“狗脖子上挂项链,或狗脖子断裂征”,侧位片可见椎体滑脱。

1.1.5 骨质疏松症 骨质疏松是最常见的导致腰痛的代谢性疾病。由于骨密度降低,骨小梁变细、变小,常出现椎体多处压缩性骨折,椎体楔形变,严重者出现“驼背”畸形。通过 X 光片、骨密度检查可明确诊断。

1.1.6 类风湿性关节炎 该病是慢性非特异性炎症,是自身免疫性疾病,常严重影响手部和髋部关节,也可因椎间盘和结缔组织变性导致下腰痛。

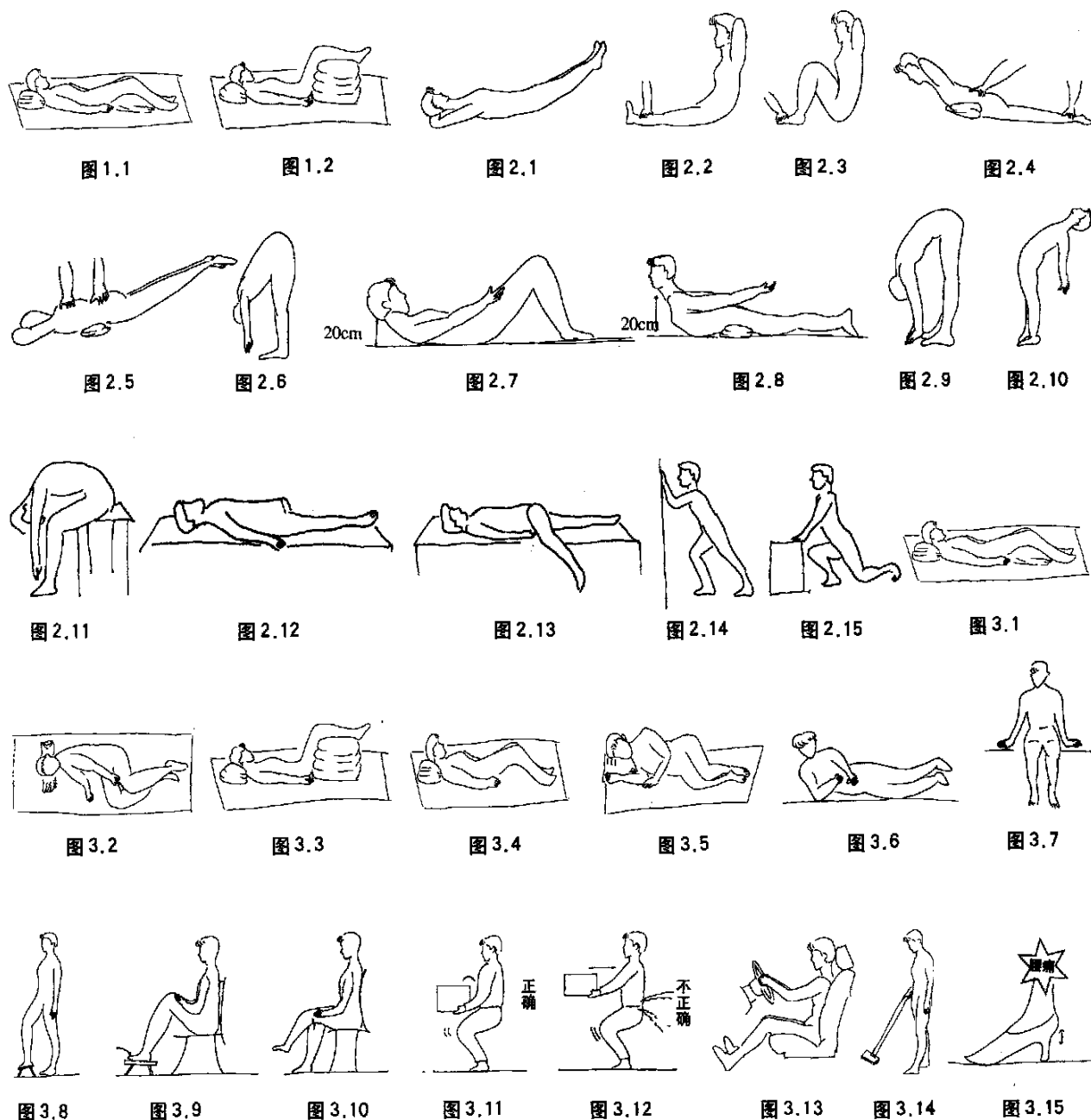
1.1.7 强直性脊柱炎 该病是一种早期侵犯骶髂关节,随之侵袭脊柱小关节的非特异性关节炎,脊柱常呈竹节样改变,好发于 20 岁左右的男性,病变呈进展性,近年来发现大部分患者的组织相容性抗原(HLA-B<sub>27</sub>)呈阳性。

1.1.8 感染:①急性化脓性感染:通常是体内原发感染病灶经血—骨途径传播。原发病灶年轻人以呼吸道感染为主,常见致病菌为葡萄球菌;而老年人以泌尿道感染为主,致病菌大多为革兰氏阴性菌;术后伤口感染均可形成脓肿并导致感染扩散。感染可以没有全身或局部症状,而只是单纯疼痛,甚至体温、白细胞计数均可正常,只是血沉加快,必要时需手术引流排脓。②椎体结核:腰椎结核曾是导致下腰痛的主要病因,但近年来由于我国对结核病的有效控制,已很少见。结核感染可发生在椎体的松质骨部分,导致渗出性炎症反应,使感染进一步发展,骨质破坏,并可形成椎旁脓肿,脓肿可沿筋膜间隙达腹股沟部形成腰大肌脓肿、髂窝脓肿。患者有厌食、体弱、低热、盗汗、腰僵直和拾物试验阳性等症状和体征。

1.1.9 脊柱肿瘤 良性的脊柱骨样骨瘤可导致严重

的腰痛,特别是夜间痛为其特点,肿瘤常发生在椎弓根或椎板。原发性恶性肿瘤以多发性骨髓瘤多见,肿瘤侵蚀椎体松质骨,常出现严重的下腰痛,好发于老年人,血清球蛋白增高,白蛋白/球蛋白比值倒置,血清电泳可见“M”骨髓瘤带,骨髓穿刺检查可确诊。继发性

恶性肿瘤主要见于乳腺癌、前列腺癌和肺癌等转移癌,当椎体的转移病灶变能被 X 线检查发现时,肿瘤已经侵犯了大约 25%—30% 的椎体。所以,此类患者常在拍片发现肿瘤之前出现腰痛。



1.2 神经疾患 中枢神经系统疾病也可引起腰痛,如丘脑肿瘤可产生腿的灼性痛;蛛网膜粘连和硬脊膜肿瘤可有腰痛;神经纤维瘤、神经鞘膜瘤、室管膜瘤和其他血管瘤,以及神经根纤维囊肿都可波及神经根产生神经症状,其中包括腰痛。但这些疼痛都是夜间较剧烈,常迫使患者起床活动,以缓解疼痛。诊断以 CT、MRI 检查为主。

1.3 血管疾患: ①动脉瘤:腹主动脉瘤可造成严重的腰背痛,酷似腰椎间盘突出或脊柱肿瘤引起的疼痛。由于动脉瘤有发生致命性破裂的危险,因此,早期正确诊断非常重要。②血栓闭塞性动脉炎:这种类型的闭塞可产生勒里施综合征(Leriche's syndrome),可出现类似于椎间盘突出的症状,随着肢体的运动可发生腰背部、臀部和下肢的疼痛,可出现疲(下转第217页)

(上接第198页)劳、软弱无力和肌肉萎缩。血管性疾病通常行血管造影检查可以诊断。

1.4 脏器性疾病 消化道、肾脏、盆腔内脏器疾患,以及后腹膜肿瘤等也可以出现腰痛,但腰痛往往不是唯一症状,经详细询问病史和体检,不难加以鉴别。脏器疾患引起的腰痛不能通过制动和休息缓解,而常需通过躯干的翻滚来缓解。

1.5 精神因素 精神因素所致的腰痛不多见。在未排除器质性病变之前,不能轻易做出这类诊断。虽然有癔病性腰痛,但诊断要极为慎重,不排除个别人为了得到某些补偿或达到个人目的伪装成腰痛。

## 2 诊断

根据患者的病史、体征、实验室检查以及影像学检查结果,通常能诊断出下腰痛的病因。实验室检查项目有血常规、尿常规、血沉、血清钙磷和碱性磷酸酶等。X线检查需摄腰椎的正、侧位片和双斜位片,必要时还需摄骨盆正位、髋关节位、髌关节正位、腰椎的过伸、过屈位片。对脊髓、神经系统的疾病,需做CT、MRI检查。

## 3 康复治疗

3.1 急性期的治疗 在腰痛急性期,首先要根据其病因给予相应的治疗。如果一旦判明是其他科室的疾病,应及时转诊。急性期最好的治疗是绝对卧床休息,大部分患者可在家中治疗,只有个别患者需住院治疗。

卧位应采取舒适的姿势(如图1.1、1.2),将髋关节、膝关节屈曲,以减小腰前凸,膝关节下方可垫枕垫。对疼痛的治疗可用药物外敷、热盆浴、口服止痛剂,或采用硬板床、电疗、按摩、局部痛点封闭等方法,个别患者可以给予腰围支具,但不能配戴时间过长。

3.2 康复锻炼 当急性期过后,患者的症状有所改善时,即应开始进行康复锻炼,锻炼的次数和程度随着肌力的增强逐渐增加,当肌肉恢复至正常的张力和肌力后,围腰支具配戴时间应逐渐减少。通过康复锻炼,大部分急性腰扭伤患者都能恢复正常的工作和运动功能。慢性期腰肌劳损的最好治疗方法是每日进行下腰部锻炼,如腰背肌的强化训练和腰肌伸展训练(如图2.1—2.15);此外,控制体重,在日常生活动作中注意正确的姿势(如图3.1—3.15)也十分重要。睡硬板床、参加适合患者年龄组的体育运动对下腰痛的治疗也有帮助。

3.3 手术治疗 对由于脊柱不稳定引起下腰痛的患者,必要时需进行脊柱融合术,但手术应在专科医院进行。

总之,下腰痛是患者常常来医院寻求治疗及康复的一个症状。随着诊疗技术的发展和提高,人们对这一症状的认识及其康复效果也有了更进一步的提高。愿社区医生和居民共同做好本症的防治工作,以提高社区居民的生活质量。

(收稿日期:2002-03-12)