

附录

中国急/慢性非特异性腰背痛诊疗专家共识

Expert consensus on acute/chronic nonspecific low back pain in China

中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会专家组

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2016.12.16

中图分类号: R681.5 文献标识码: 文章编号: 1004-406X(2016)-12-1134-05

腰背痛(low back pain, LBP)是一类严重影响患者生活质量的常见病症,可导致患者运动功能障碍,甚至丧失生活自理能力。每年由腰背痛所产生的直接或间接经济损失数额巨大。据统计,仅1998年,美国因腰背痛治疗的总医疗支出较上一年增加了263亿美元^[1],每年用于支付腰背部损伤性疼痛的劳动赔偿费用占年度总赔偿额度的2%^[2]。

目前欧美国家已制定了各种腰背痛相关临床诊疗指南^[3-5],我国腰背痛临床诊疗尚缺乏统一的标准。为提高我国腰背痛临床诊疗水平,优化临床治疗方案,由中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会专家组组织制定了《中国急/慢性非特异性腰背痛诊疗专家共识》。本共识参考欧美国家近年相关指南,并结合中国国情及流行病学现状,旨在形成符合中国临床实际的腰背痛诊疗标准,更好地指导临床实践。

1 慢性非特异性腰背痛诊疗共识

慢性非特异性腰背痛是指病程持续12周以上,病因不明的、除脊柱特异性疾病及神经根性疼痛以外原因所引起的肋缘以下、臀横纹以上及两侧腋中线之间区域内的疼痛与不适,伴或不伴大腿牵涉痛^[3,5,6]。目前尚无确切的非特异性腰背痛的患病率。一项系统综述报道,全球成人慢性腰背痛的时点患病率:1个月的患病率为23.2%,1年的患病率为38%,终生患病率为38.9%^[7]。

1.1 临床表现

慢性非特异性腰背痛的临床表现多样,以腰背部、腰骶部疼痛为主要表现。多数患者可同时存在腰部无力、僵硬感、活动受限或协调性下降,严重者可发生睡眠障碍^[8,9]。疼痛症状多于卧床休息后减轻或消失,弯腰、久坐、久站后加重。经热敷、

按摩等保守治疗后疼痛症状多可暂时缓解。体格检查常可发现疼痛部位存在肌张力增高或明显局限性压痛点(扳机点),研究证实扳机点的数量与疼痛程度和睡眠质量密切相关^[10]。

1.2 病因及发病机制

慢性非特异性腰背痛无特异性病理改变,可导致腰背痛的病因较多,机制比较复杂。其病因主要可分为机械性因素、化学性因素及社会心理学因素等^[11,12]。

1.3 诊断与预后评估

慢性非特异性腰背痛首要检查目的是重复筛查与特异性腰背痛高度相关的症状和体征即红色警示(red flag)^[6],并评估可导致腰背痛恶化或慢性化的因素即黄色警示(yellow flag)^[6],以判断临床转归。

红色警示指腰背痛患者既往病史或复合症状中与危险程度较高的严重疾病密切相关的高危因素(表1)。发现红色警示后必须进一步检查以排除潜在的严重疾病,例如感染、炎性风湿性疾病或肿瘤^[6]。

黄色警示主要指可导致疼痛慢性化或进行性加重、功能障碍及工作能力丧失、迁延不愈的各类危险因素(表2)^[5,6]。发现黄色警示后应当鼓励患者改变行为和对腰背痛的认识,让患者认识到每周保持运动锻炼的重要性,可能有助于减少腰背痛的发生,减轻严重程度^[6]。

1.3.1 病史采集 详细病史采集对于明确慢性非特异性腰背痛的诊断具有重要意义。病史采集内容包括疼痛部位、疼痛程度、发病时间、发病原因(推测)、既往史、治疗史、对疼痛的态度、发病前从事工作以及患者提供的其他信息(如单位和家庭中的人际关系等)^[13]。临床病史采集应特别关注是否存在与严重脊柱疾病密切相关的红色警示^[14]。

表 1 红色警示^[6]

年龄	病史	症状	体检
<20 岁 >55 岁	暴力损伤 肿瘤 全身性使用类固醇激素 药物滥用 HIV	持续进展性的非机械性疼痛 神经系统症状 全身不适 (如发热等) 体重下降 胸痛	持续严重的腰椎弯曲限制 神经系统体征 腰椎结构变形

表 2 黄色警示^[6]

	发病	慢性化
个体因素	年龄	肥胖
	体质状况	文化程度低
	背部和腹部肌肉强度	疼痛和残疾较严重
	吸烟	
心理因素	应激	
	焦虑	悲痛
	情绪/情感	抑郁
	认知功能	躯体化症状
职业因素	疼痛行为	
	体力劳动	
	经常弯腰、扭腰	工作满意度低
	操作震动性工具	重返工作岗位时无法提供较低强度的工作
	工作满意度低	
	单一重复性工作	工作需要频繁上举重物
	工作关系/社会支持	
	管理情况	

1.3.2 体格检查 脊柱触诊和活动度试验的检查内容包括脊柱的对称性、脊柱的活动范围和角度、椎旁组织是否正常等。该项检查的结果可用于判断患者是否适合手法治疗并评估治疗效果,但因缺乏精确度和可靠性,不能仅依靠脊柱触诊结果来诊断慢性非特异性腰背痛。

1.3.3 影像学评估 影像学评估的主要目标是对存在红色警示或神经根性疼痛的患者进行评估,并为拟进行外科治疗的患者确定术式提供依据。常用的影像学评估包括:X 线片、CT 断层扫描、磁共振成像(MRI)、单光子发射计算机断层成像术(SPECT)和骨密度检查。

X 线片是腰椎最基本的影像学检查,可反映腰椎生理曲度变化、畸形、失稳、椎体形态以及椎旁软组织等改变。

CT 在脊柱影像学评估中发挥重要作用,可产生不同层面的脊柱横断面影像,精确判断神经根

位置,可用于神经根性疼痛的诊断。

MRI 在显示软组织方面具有独特优势,可区分椎间盘的髓核和纤维环、显示韧带。MRI 可直接从矢状位和冠状位显示椎管狭窄等情况^[15]。MRI 不产生电离辐射,安全性较高,可用于腰背痛的诊断、严重程度和恢复情况的评估、治疗目标的制定等。

SPECT 可用于全身性骨骼显像,明确不易被发现的骨折、感染、骨肿瘤以及肿瘤分期。

骨密度检查可用于确定患者有无骨质疏松的情况^[15],以排除骨质疏松性腰背痛。目前常用的骨密度测量技术包括双能 X 线骨密度测量(DXA)、四肢 DXA(pDXA)和定量 CT(QCT)等^[16]。

1.3.4 预后因素 预后因素是指可以预测慢性非特异性腰背痛患者疼痛持续时间、功能障碍、恢复工作情况及复发风险的相关因素,包括个人因素、心理因素和社会因素^[17]。

1.4 治疗

慢性非特异性腰背痛的主要治疗目标是改善患者的躯体功能、恢复正常活动、预防残疾及维持工作能力^[9]。治疗方法包括药物治疗、物理/康复治疗 and 认知行为疗法等。

1.4.1 药物治疗 常用的治疗药物包括非甾体类抗炎药(NSAIDs)、肌松剂及麻醉类镇静剂等。腰背痛症状较重的患者更适合使用肌松剂和镇痛镇静类药物,而功能障碍严重的患者较宜选择麻醉类镇静剂。

1.4.1.1 NSAIDs NSAIDs 具有镇痛、抗炎的药理作用,是临床上治疗慢性腰背痛的常用药物。但此类药物可能会有胃肠道和心血管系统损害、增加心肌梗死的风险,使用前应对胃肠道和心血管系统风险进行评估。药物治疗时应在最短必需疗程内使用最小有效剂量,建议使用时间不超过 3 个月。

1.4.1.2 肌松剂 肌松剂包括苯二氮卓类药物(如安定、四氢西泮等)和非苯二氮卓类药物(如乙哌立松、环苯扎林、托哌酮等)。对合并肌肉痉挛者可酌情使用,临床以非苯二氮卓类较常用。

1.4.1.3 阿片类药物 包括弱阿片类药物(如曲马多、可待因等)和强阿片类药物(如吗啡、羟考酮、氢化吗啡酮、芬太尼等)。通常在其他治疗方法无效时推荐使用阿片类药物治疗。为降低药物蓄积风险,优先选择缓慢释放的弱阿片类药物,并采

用规律给药代替疼痛时给药。

1.4.1.4 抗抑郁药 抗抑郁药是治疗慢性腰背痛的辅助用药,常选择三环类抗抑郁药。该类物质缓解疼痛的具体机制尚不清楚。患者合并有肾脏疾病、青光眼、慢性阻塞性肺病、心衰等疾病或妊娠时禁用。

1.4.2 物理/康复治疗

1.4.2.1 运动疗法 主要形式包括主动运动和有氧运动^[18]。主动运动包括运动控制训练、核心稳定训练、瑜伽以及普拉提等,有氧运动包括步行、慢跑、骑自行车、太极拳等。建议患者在康复治疗师或医生的指导下进行运动治疗。

1.4.2.2 物理治疗 包括经皮神经电刺激^[19]、干扰电疗法、超声波疗法、低强度激光疗法^[20]、短波透热疗法^[21]等,但其疗效仍存在争议,有待于临床研究的验证。

1.4.2.3 其他康复治疗 在进行常规治疗的同时可辅以针灸治疗^[22],但不建议单独使用针灸治疗。可进行短期推拿治疗^[23]。

1.4.3 有创治疗 包括封闭注射、射频消融、脊柱融合术等,但其疗效有待于进一步验证。

1.4.4 认知行为疗法 认知行为疗法是指通过改变患者的错误认知、去除导致不良情绪和行为的认知根源,结合行为训练和技能学习,达到缓解病情、提高患者生活质量的目的^[24]。

2 急性非特异性腰背痛诊疗共识

急性非特异性腰背痛是指病程小于 6 周,病因不明的、除脊柱特异性疾病及神经根性疼痛以外其他原因引起的,位于肋缘以下、臀横纹以上及两侧腋中线之间区域内的疼痛与不适,伴或不伴大腿牵涉痛^[3,4,6]。亚急性腰背痛的病程在 6~12 周内。本指南中所指腰背痛如未特别说明,则指急性或亚急性腰背痛。

急性腰背痛通常具有自限性(6 周内约有 90% 的患者会出现好转),但 2%~7% 的患者会发展为慢性腰背痛^[4]。

2.1 临床表现

急性非特异性腰背痛临床表现多样,发病较急,多伴有机械性外力损害,如搬提重物、扭转腰部等;疼痛程度多较为剧烈,可伴局限性或弥漫性压痛;腰椎活动多可引发腰背痛,伴或不伴有下肢放射性疼痛;多数患者有腰部僵硬感、活动受限或

协调能力下降^[9]。

2.2 病因及发病机制

非特异性腰背痛虽无特异性病理改变,但病因较多、机制复杂,主要包括机械性因素、化学性因素及社会心理学因素等^[11,12]。

2.3 诊断及评估

2.3.1 病史采集 参见“慢性非特异性腰背痛”部分 1.3.1。

2.3.2 体格检查 包括姿势、步态、腰背部压痛、腰及下肢的关节活动度、下肢的肌力感觉与反射、直腿抬高试验等骨科常规检查。

2.3.3 影像学检查 影像学检查(包括 X 线、CT、MRI)不是急性非特异性腰背痛的常规检查项目,指南不推荐其在急性非特异性腰背痛诊断中的应用。有红色警示或黄色警示症状的患者,需要做相关检查。

2.3.4 心理评估 临床实践中需要重视心理因素在急性腰背痛功能障碍发展中的重要作用,在腰背痛未缓解时对患者进行心理因素的评估。

2.4 治疗

急性非特异性腰背痛的治疗目标是:缓解疼痛,改善活动度,改善功能,预防复发,避免向慢性转归。一般包括:(1)充分告知患者疾病情况并安抚患者,提供足够信息,使患者意识到急性非特异性腰背痛不是严重疾病,并有望快速康复;(2)如需要,最大程度地控制相关症状;(3)建议患者尽可能保持活动状态,尽早恢复正常生活和工作^[13]。

2.4.1 保守治疗 急性期不强调卧床休息,研究显示,与维持正常活动的患者相比,卧床休息不仅对患者没有益处,还可能产生不良影响^[25-27]。建议患者保持活动状态,可减少患者的功能障碍、疼痛以及恢复正常工作的时间^[29]。不推荐特异性运动疗法如伸展运动、屈曲运动等用于急性腰背痛治疗。

2.4.2 药物治疗 NSAIDs 是临床较常选用的缓解疼痛药物,其临床疗效较好,但需要注意防治胃肠道不良反应。不同 NSAIDs 的疗效无显著性差异。NSAIDs 无法有效缓解疼痛或者疗效不佳时建议加用肌松剂。

2.4.3 认知行为疗法 患者在急性期的个人感受和应对疼痛的方式会影响疼痛发展及预后,心理因素会促进急性腰背痛向慢性发展^[24],因此对于急性非特异性腰背痛患者应开展认知行为治疗。

3 急性腰背痛的诊疗流程

见图 1。

4 参考文献

1. Luo X, Pietrobon R, X Sun S, et al. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States[J]. Spine, 2004, 29(1): 79-86.
2. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain[J]. The Lancet, 1999, 354(9178): 581-585.
3. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society[J]. Ann Intern Med, 2007, 147(7): 478-491.
4. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care[J]. Eur Spine J, 2006, 15(Suppl 2): S169-S191.
5. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain[J]. Eur Spine J, 2006, 15(Suppl 2): S192-300.
6. Krismer M, van Tulder M. Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategies for Europe Project. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions: low back pain (non-specific)[J]. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2007, 21(1): 77-91.
7. Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain [J]. Arthritis Rheum. 2012, 64(6): 2028-2037.
8. 周秉文. 退变性慢性腰痛的诊治[J]. 颈腰痛, 2003, 24(5): 257-261.
9. Delitto A1, George SZ, Van Dillen LR. Low back pain[J]. J Orthop Sports Phys Ther, 2012, 42(4): A1-A57.
10. Iglesias-González JJ, Muñoz-García MT, Rodrigues-de-Souza DP, et al. Myofascial trigger points, pain, disability, and sleep quality in patients with chronic nonspecific low back pain[J]. Pain Medicine, 2013, 14(12): 1964-1970.
11. 孙松峰, 李希臣, 时荣海, 等. 非特异性腰痛的原因探讨[J].

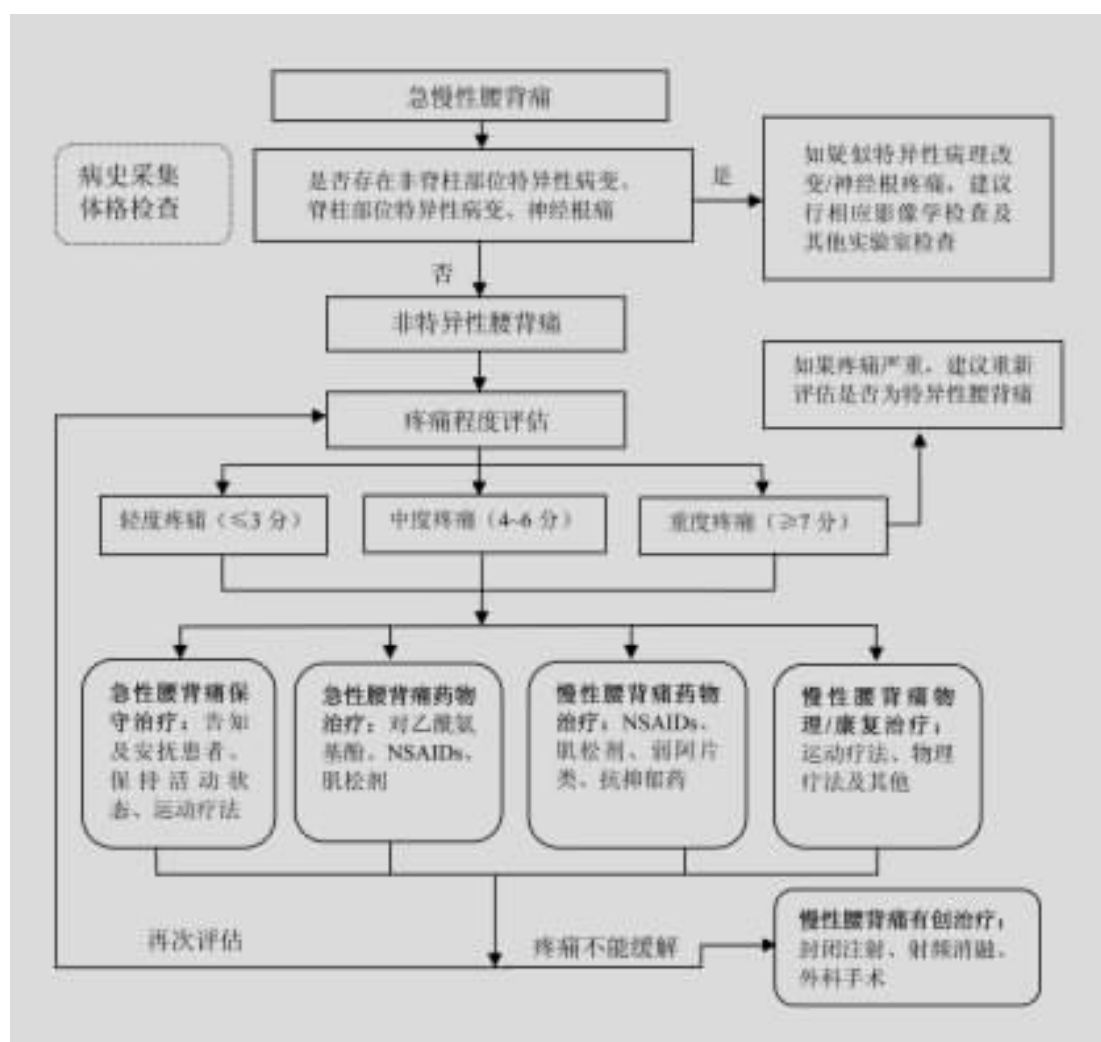


图 1 急性慢性非特异性腰背痛诊疗流程^[4,5,28]

- 临床医学, 2003, 23(5): 54-56.
12. Mannion AF, Dolan P, Adams MA. Psychological questionnaires: do "abnormal" scores precede or follow first-time low back pain[J]. *Spine*, 1996, 1(22): 2603-2611.
 13. 清水克时[日]. 腰痛诊断与治疗[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2014. 1-15.
 14. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F. Non-specific low back pain[J]. *Lancet*, 2012, 379(9814): 482-491.
 15. 梁新军, 夏仁云, 夏侃. 下腰痛的诊断与治疗[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2005, 11(1): 41-44.
 16. 张智海, 刘忠厚, 李娜, 等. 中国人骨质疏松症诊断标准专家共识(2014 版)[J]. *中国骨质疏松杂志*, 2014, 20(9): 1007-1010.
 17. Kendall N, Linton S, Main C. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss[M]. *Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee*. Wellington, New Zealand: 1997. 1-70
 18. van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain[J]. *Eur Spine J*, 2011, 20(1): 19-39.
 19. Khadilkar A, Milne S, Brosseau L, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation(TENS) for chronic low-back pain[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005, (3): CD003008.
 20. Yousefi-Nooraie R, Schonstein E, Heidari K. Low level laser therapy for nonspecific low-back pain[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, (2): CD005107.
 21. Ahmed MS, Shakoor MA, Khan AA. Evaluation of the effects of shortwave diathermy in patients with chronic low back pain[J]. *Bangladesh Med Res Counc Bull*, 2009, 35(1): 18-20.
 22. 许世波, 王连成, 李平. 针灸治疗对慢性非特异性下背痛患者肌肉力量和疼痛的影响[J]. *天津医科大学学报*, 2015, (2): 176-179.
 23. Kumar S, Beaton K, Hughes T. The effectiveness of massage therapy for the treatment of nonspecific low back pain: a systematic review of systematic reviews [J]. *Int J Gen Med*, 2013, (6): 733-741.
 24. 张雅坤, 周玲君, 郭振华, 等. 认知行为疗法在疼痛治疗中的运用现状及展望[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2003, 9(3): 163-166.
 25. 林建强, 龚艳菲, 吴立红, 等. 卧床休息对急性非特异性腰痛的影响[J]. *中国康复理论与实践*, 2007, 13(3): 285-286.
 26. Wilkinson MJ. Does 48 hours' bed rest influence the outcome of acute low back pain[J]. *Br J Gen Pract*, 1995, 45(398): 481-484.
 27. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, et al. The Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica [J]. *Spine*, 2000, 25(22): 2932-2939.
 28. 中华医学会骨科学分会. 骨科常见疼痛的处理专家建议[J]. *中华骨科杂志*, 2008, 28(1): 78-81.

(收稿日期:2016-11-20)

参与制定本共识的专家(按姓氏拼音先后顺序排列):

陈伯华(青岛大学附属医院) 陈其昕(浙江大学医学院附属第二医院) 陈允震(山东大学齐鲁医院)
 冯世庆(天津医科大学总医院) 黄东生(中山大学孙逸仙纪念医院) 姜建元(复旦大学附属华山医院)
 李淳德(北京大学第一医院) 李锋(华中科技大学同济医学院附属同济医院) 李明(第二军医大学附属长海医院)
 李中实(中日友好医院) 刘忠军(北京大学第三医院) 罗卓荆(第四军医大学西京医院)
 吕国华(中南大学湘雅二医院) 宋跃明(四川大学华西医院) 孙天胜(北京军区总医院) 王春(福建医科大学附属闽东医院)
 王义生(郑州大学第一附属医院) 夏群(天津医院) 徐杰(福建省立医院) 薛庆云(北京医院)
 殷国勇(南京医科大学第一附属医院) 张宁(南京医科大学第一附属医院) 郑召民(中山大学附属第一医院)
 周跃(第三军医大学新桥医院) 朱庆三(吉林大学中日联谊医院)