

主 编：忻志平

副主编：裘敏蕾 邵 萍

编 委：车 涛 王慧新

孙 剑 朱雅君

汤慈德 刘 佳

应云城 何永淮

杨克敏 李岩峰

杜 震 郑 晓

胡 栋 秦秀珍

徐晓君 曹 贺

樊天佑 戴琪萍



序

忻志平谈腰椎间盘突出症

□□腰椎间盘突出症（简称腰突症）发病原因较为复杂，是以治疗手法虽有多种，而临床疗效总欠理想。故众多病者辗转求医，寻求于忻志平医生。

□□忻医生以为该病与中医经络学说有关。根据多年临床经验，辨证施治，大多患者属督虚太实，即督脉经虚，太阳经实。是以直取华佗夹脊，标本同治，补督疏太，取得满意效果。

□□实践是检验真理的唯一标准。小银针，奇治腰突，疗效卓著。足以证明千年中医在中华民族卫生保健事业中的作用与价值。

□□忻医生，尚为年青，古言后生可畏，其前程不可估量。我老矣，喜看长江后浪推前浪，中医要在承继中发扬创新。愿广大医者崇尚精诚文化，与时俱进吧！是为序。

鹤臾 王若水于丁亥年十一月

'作后盾 施工快又稳

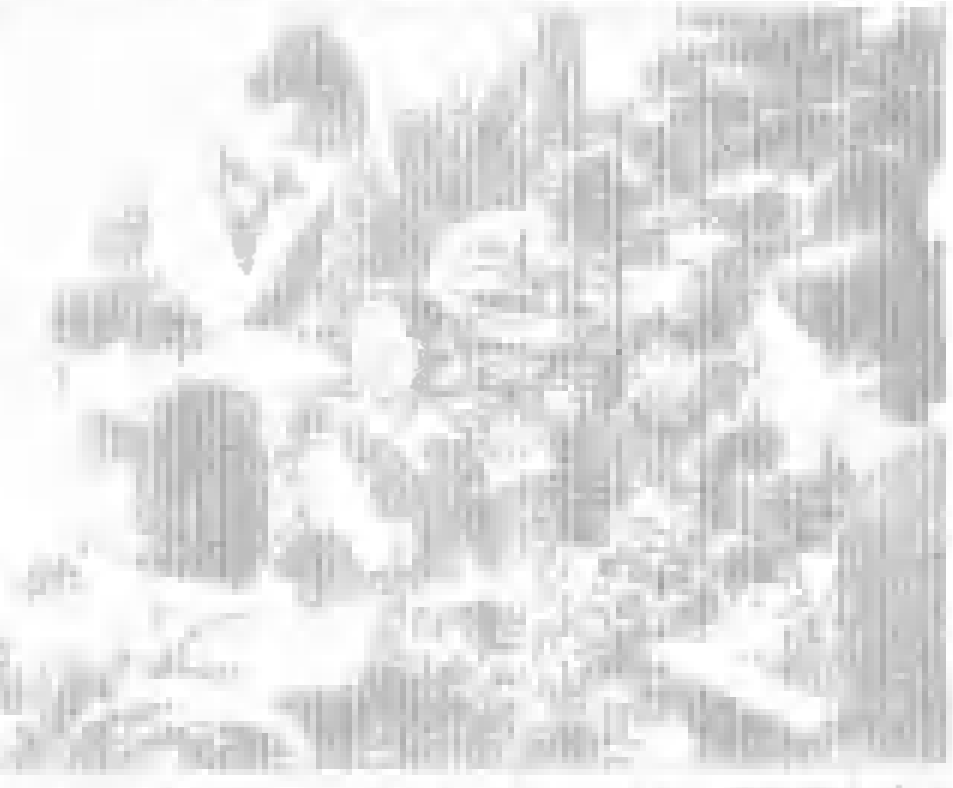
首席科技成果成为国家工程"助推器"



名师工程"生效

学烈士事迹

做四有新



注意 治疗脑血管病



今年41岁的忻志平外表朴实无华,乍见,你想不到他"身体绝技",

作为上海市中医医院的主任医师,忻志平学通中西。在西医的手术台上,他是第一助手;而中医的搭脉开方,推拿接骨,亦不在话下。他的"绝技"是用电针治疗腰椎间盘突出症,十几年下来,给他治愈的不下五六百人。

他有两根"长眼睛"的电针

——记腰椎间盘突出症医生忻志平

腰椎间盘突出症是常见疾病,患者以中老年人居多。得这病的人,轻者下肢酸痛,行走不便,坐卧不宁,重者弯腰曲背,膝床不起,彻夜疼痛。由于这种疼痛是椎间盘内部破裂,髓核突出压迫神经根

引起的,所以疼起来不堪忍受。忻医师把患者的痛苦看在眼里,急在心里,他想寻找一种既能镇痛解疾,又不伤病人元气的稳妥疗法。

从1980年起,忻志平自创用电针治疗腰椎间盘突出症的方法。他根据中医的人体气血经络理论和西医解剖学及电生理学原理,用两根电针接通能发出高频脉冲

波的电麻仪,在病人患处旁把电针直刺进3寸,用电流刺激病人感觉神经末梢,活血化肿,镇痛消炎,最终达到治愈病人的目的。电针疗法,最难的是针刺的手感,刺好了,见效很快;刺不好,没有疗效不说,还会加剧病人的痛苦。忻志平凭借

西医的临床经验和中医的深厚功底,他手中的电针如长了眼睛一样有准头。病人只要找上门来,忻志平不论是门诊还是出诊,都没有二话,只要一上手,治不好的绝少。

渐渐地,忻志平做出名气来了,登门求医的纷至沓来。今年10月,33岁的重患者严雪强从浙江嘉善慕名而来,忻志平仅用电针给他治了3次,他就"能抵鞍"行走了,病人啧啧称奇。因为此前好几家医院都说他的病不开刀难治。上海西门子公司有位49岁的德籍总经理,腰椎间盘突出病复发,疼得坐立不安,忻志平用电针治了十多次,病人又能生龙活虎地工作了,对忻医师高超的医术,这位德国人打心眼里佩服。 本报记者 黄建新

白来水纯净水

碱性离子水

对外开放

请到"药补"

他有两根"长眼睛"的电针

——记腰椎间盘突出症医生忻志平

序

腰椎间盘突出症(简称“腰突症”)发病原因较为复杂,是以治疗方法虽有种种,而临床疗效总欠理想。故众多病者辗转多途,复求诊于忻志平医生。

忻医生以为该病与中医经络功能失调有关。根据多年临床经验,辨证施治,大多患者属“督虚太实”,即督脉经虚,太阳经实。是以直取华佗夹脊,标本同治,补督疏太,取得满意效果。

实践是检验真理的唯一标准。小小银针,奇治腰突,疗效卓著。足以证明千年中医在中华民族卫生保健事业中的作用与价值。

忻医生,尚为年轻,古言后生可畏,其前程不可估量。我老矣,喜看长江后浪推前浪,中医学在继承中发扬创新。愿广大医生崇尚精诚文化,与时俱进吧!是为序。

鹤叟 王若水
于丁亥年十一月

前 言

腰椎间盘突出症是骨伤科的常见病之一。约 20% 的腰腿痛患者患腰椎间盘突出症, 发病率约为门诊腰腿痛患者的 15%。本病多见于壮年男性体力劳动者, 易发于 20~40 岁之间, 平均年龄为 30 岁左右, 男女之比约为 8~10:1。发病的部位以腰 4、5 之间最多, 腰 5 骶 1 次之, 腰 3、4 较少见。由于如此高的发病率, 几十年来受到临床医师和基础医学研究工作者的广泛重视。自 20 世纪 30 年代从宏观上认识此疾病起, 直至当今以微观的角度观察细胞分子结构的变化, 进一步探索此病的本质, 已经做了大量卓有成效的工作。

本病为非根治性疾病, 严重影响人们的生活质量, 危害性极大。但是长期以来由于对腰椎间盘突出症防治的基础知识普及不够, 人们对该病的发病原因、发病机理、诊断等认识不够, 预防保健措施不多, 甚至有许多人对这一病名感到陌生, 临床误诊、漏诊率也较高, 从而

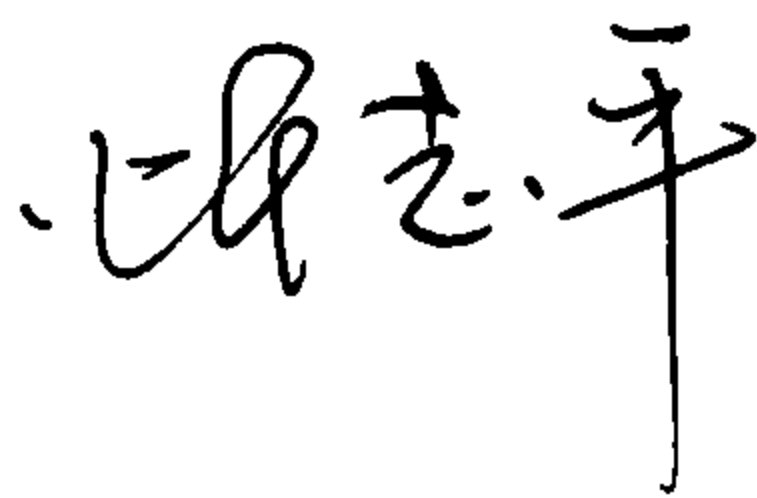
延误了治疗时间,因此,普及腰椎间盘突出症防治的知识,提高对腰椎间盘突出症的诊疗水平就显得尤为重要。

根据国内外文献报道,90%的腰椎间盘突出症患者可以通过非手术治疗取得疗效。非手术治疗腰椎间盘突出症方法很多,非甾体类消炎镇痛药在急性发作期有一定疗效,但往往存在胃肠道等副作用而让患者顾虑重重,传统中医药可以通过中药内服、外敷、针灸、推拿等方法治疗绝大多数患者。这些治疗方法的有效性、多样性、预防性、持续性被广大患者所接受,中医药可以治愈或缓解本病的临床症状,在治疗过程中,多重气血、脏腑、经络,并从痹、痿证等进行辨证施治,寓防于治,防治并重,使预防、治疗和康复统于一体。

笔者长期以来在上海市中医医院从事中医诊治腰椎间盘突出症的临床及研究工作,所在科室的腰椎间盘突出症专科被评为上海市中医特色专科。在阅读了国内外大量文献资料的基础上,结合多年临床经验与心得,撰写了这本书。本书的内容包括腰椎间盘突出症的基础知识、致病因素及发病原理、临床表现、检查方法与诊断依据、治疗方法与康复指导、中医治疗、预防措施七

大部分。这里要特别提出的是：我们把腰椎间盘突出症的中医治疗单列以专题阐述，特别是将几十年来电针华佗夹脊穴治疗该病的临床经验与大家一起交流分享，以期通过阅读上述的内容，对此病有一个比较全面的了解。同时也望能给予临床和科研工作者一些启示，以便研究解决一些当前尚未解决的问题，最终达到在预防上获得有力的措施，在治疗上达到更为满意的效果。

囿于我们的学术水平有限，与国内对此疾病有丰富临床经验和大量科研成果的同行相比，我们做的工作还很少。同时近年来对腰椎间盘突出症的研究还在不断深入，本书难免有疏漏和不足之处，谬误也恐难尽免，恳请读者批评指正。



2008年5月8日

目 录

基础知识

1. 脊柱有多少块骨骼？它们是怎样连接的？ 3
2. 腰椎椎体基本结构有哪些？ 4
3. 腰背部主要肌肉有哪些？腰椎的韧带有哪些？ 5
4. 腰椎疾病主要涉及哪些肌肉，怎样检查？ 6
5. 腰部活动和腹肌有关吗？ 8
6. 腰部活动和臀肌有关吗？ 9
7. 腰部活动和腿部的肌肉有关吗？ 10
8. 人站立不动时腰椎是绝对静止的吗？ 10
9. 腰椎椎管内部由哪些结构组成？ 11
10. 腰丛是如何组成的？ 11
11. 骶丛是如何组成的？ 12
12. 各段脊髓对皮肤感觉是如何分布的？ 13
13. 椎间盘是由什么构成的？它们的作用是什么？ 14
14. 腰椎间盘有哪些功能？ 15
15. 椎间盘有血液供应吗？椎间盘与椎体的关系如何？

- 16
- 16. 为什么说椎间盘是一种特殊的结缔组织? 16
- 17. 蛋白多糖的分布和年龄有关吗? 17
- 18. 胶原蛋白是如何分布排列的? 17
- 19. 弹性蛋白的特性是什么? 18
- 20. 椎间盘、椎间孔与神经根的关系如何? 19
- 21. 腰椎间盘邻近有哪些重要结构? 22
- 22. 人体的姿势对椎间盘的形态有什么影响? 22
- 23. 什么是正常的脊柱生理曲度? 23
- 24. 如何保持脊柱的稳定? 24
- 25. 人体的重心是恒定的吗? 26
- 26. 腰椎有几种基本运动方式? 椎间盘在脊柱活动时是
如何变化的? 27
- 27. 脊柱活动时对椎管内结构有影响吗? 28
- 28. 为什么随年龄增加身体高度会降低? 29
- 29. 什么是腰椎间盘突出症? 29
- 30. 腰椎间盘突出症与腰椎间盘突出是一回事吗? 30
- 31. 腰椎间盘突出症分哪些类型? 30
- 32. 哪些人容易患腰突症? 31
- 33. 腰椎骨质增生是怎么回事? 32
- 34. 腰椎骨质增生和腰突症是一回事吗? 32
- 35. 为什么腰椎容易发生骨质增生? 33

36. 什么是“骨桥”？它与骨质增生是什么关系？ 34
37. 腰突症不及时治疗会是什么后果呢？ 34
38. 腰痛伴下肢症状必须马上去医院吗？ 35
39. 如何获得腰突症的知识？ 36

致病因素与发病原理

1. 腰突症的病因是什么？ 39
2. 腰椎间盘是如何退变的？ 39
3. 腰椎间盘的病理变化是怎样的？ 40
4. 腰椎间盘突出与相邻结构的关系如何？ 40
5. 腰椎间盘突出后脊柱有何改变？ 41
6. 腰椎间盘突出后神经根有何改变？ 43
7. 神经根受压后会出现哪些躯体症状？ 43
8. 突出的腰椎间盘可以复位与回纳吗？ 44
9. 人们常说的坐骨神经痛是怎么回事？ 44
10. 什么叫椎间关节退变？ 46
11. 什么叫椎管狭窄？ 47
12. 中心型椎管狭窄的特征是什么？ 48
13. 周围型椎管狭窄的特征是什么？ 49
14. 椎间盘病变对周围组织有何影响？ 50
15. 腰突症与年龄有关系吗？ 51
16. 腰突症是老年人特有的疾病吗？ 52

- 17. 为什么中学生也患腰突症? 52
- 18. 腰突症与运动有关系吗? 53
- 19. 腰突症与工作性质有关系吗? 53
- 20. 腰突症的诱发因素有哪些? 54
- 21. 腰突症与寒冷有关系吗? 54
- 22. 腰突症与姿势有关系吗? 55
- 23. 驾驶员为什么好发腰突症? 55
- 24. 腰突症与身高、种族、遗传有关系吗? 56
- 25. 妊娠次数与腰突症有关吗? 56
- 26. 吸烟者是否易发腰突症? 57
- 27. “办公室一族”为什么容易患腰突症? 58

临床表现

- 1. 腰突症有哪些主要临床表现? 61
- 2. 什么是疼痛? 62
- 3. 疼痛发生的神经机制是什么? 63
- 4. 疼痛发生的生化机制是什么? 64
- 5. 疼痛的心理机制是什么? 65
- 6. 中医对疼痛是如何分类的? 65
- 7. 中医对疼痛病因是如何分析的? 67
- 8. 中医对疼痛病机是如何分析的? 69
- 9. 腰痛一定是身体有病吗? 70

10. 腰痛就是腰突症吗? 71
11. 腰腿疼痛会涉及哪些科室的疾病? 72
12. 患者应该如何向医生讲述病情? 73
13. 腰痛的性质有什么不同? 疾病的轻重与疼痛程度
一致吗? 77
14. 急性腰痛有什么特征? 78
15. “闪腰”是腰突症吗? 78
16. 静卧不动时的腰痛是腰突症吗? 79
17. 起床时腰痛是腰突症吗? 81
18. 慢性腰痛会反复发作吗? 82
19. 腰突症患者腰与腿哪个先出现疼痛? 83
20. 为什么大部分腰突症患者有腰背痛? 83
21. 外伤与症状有关吗? 84
22. 腰突症有前驱症状吗? 84
23. 为什么腰突症会出现大腿前侧痛? 85
24. 为什么会出现间歇性跛行? 85
25. 什么叫马尾综合征? 86
26. 腰突症会造成瘫痪吗? 87
27. 小腿外侧麻木与后侧麻木有什么区别? 87
28. 腰突症会影响大小便吗? 88
29. 腰突症会影响性功能吗? 89
30. 患肢发凉与腰突症有关吗? 89

- 31. 腰突症会引起小腿水肿吗? 89
- 32. 腰突症好发于哪些部位? 90
- 33. 腰椎间盘突出都有临床表现吗? 90
- 34. 为什么同患腰突症,有人疼痛剧烈,而有人疼痛不明显? 91
- 35. 腰突症是否都有神经压迫症状? 92
- 36. 不同部位腰突症的临床表现有何不同? 93

检查方法与诊断依据

- 1. 腰突症有几种脊柱外形? 97
- 2. 腰突症压痛点主要在哪里? 97
- 3. 正常的腰部活动度是多少? 98
- 4. 怎样才算下肢肌肉萎缩? 98
- 5. 患者自己感觉下肢麻木是否有临床价值? 99
- 6. 腰突症患者仰卧伸膝时为什么腿抬不起来? 99
- 7. 什么是直腿抬高试验及加强试验? 对诊断腰突症有何意义? 100
- 8. 为什么有些腰突症患者坐位两下肢伸直时不能屈颈? 101
- 9. 利用 X 线片能诊断腰突症吗? 102
- 10. 腰突症在 X 片上有什么表现? 102
- 11. 哪些患者需要做 CT 检查? 103

12. 什么时候需做核磁共振检查? 103
13. 什么叫椎间盘膨出、突出、脱出? 104
14. 腰突症患者是否一定要同时做 X 线片、CT、核磁
共振检查? 104
15. 什么是肌电图检查? 105
16. 如何选择合理的检查方法? 105
17. 腰突症的诊断要点是什么? 107
18. 怎样判断腰突症的突出部位? 108
19. 腰突症应与哪些疾病相鉴别? 109
20. 如何通过观察脊柱与腰椎的形态来判断
疾病? 109
21. 如何通过观察患者习惯姿势来判断疾病? 110
22. 腰椎管狭窄症为什么会出现间歇性跛行? 111
23. 如何诊断少年儿童腰突症? 112
24. 如何诊断极外侧型腰突症? 113
25. 如何诊断高位腰突症? 113
26. 如何诊断前方腰椎间盘突出? 114

治疗方法与康复指导

1. 腰突症能治愈吗? 117
2. 腰突症的治疗目的是什么? 117
3. 治疗腰突症有哪些方法? 118

4. 腰突症需要卧床休息吗? 118
5. 治疗腰突症的常用药物有哪些,如何使用? 119
6. 腰突症药物治疗的原则是什么? 119
7. 合并用药效果一定好吗? 120
8. 糖皮质激素类药物可以长期或大量使用吗? 121
9. 阿片类药物能治疗一切疼痛吗? 121
10. 治疗腰腿痛药物的常见毒副作用有哪些? 122
11. 用药剂量越大越好吗? 123
12. 单纯止痛治疗腰突症可行吗? 123
13. 家庭如何正确使用止痛药? 124
14. 常用的理疗方法有哪些? 125
15. 哪些患者可综合运用各种理疗? 126
16. 如何选购理疗仪? 127
17. 热疗法的机理是什么? 127
18. 红外线疗法的机理是什么? 128
19. 用红外线等治疗时应注意什么? 129
20. 电疗可治疗哪些腰部疾病,其作用机理是什么? 129
21. 神经阻滞疗法的作用机理是什么? 130
22. 神经阻滞疗法有哪几种,如何操作? 131
23. 硬膜外类固醇注射疗法的原理是什么? 132
24. 腰突症患者怎样自我治疗? 132

25. 牵引疗法的作用机理是什么? 133
26. 可以在家中做腰椎牵引吗? 在家做腰椎牵引时
要注意什么? 134
27. 腰突症患者在日常生活中怎样减轻疼痛和
不适? 135
28. 腰突症都需要手术吗? 135
29. 哪些腰突症患者需要手术治疗? 136
30. 腰突症手术可怕吗? 136
31. 腰突症手术会引起截瘫吗? 137
32. 腰突症手术以后能干重活吗? 137
33. 腰突症术后会影响腰部活动吗? 138
34. 腰突症术前要作什么准备吗? 139
35. 腰突症术后护理应注意什么? 139
36. 腰突症术后会复发吗? 140
37. 为什么腰突症术后同节段还会复发呢? 140
38. 腰突症术后复发与年龄有关吗? 141
39. 腰突症术后复发与初次手术髓核组织残留多少
有关吗? 141
40. 腰突症术后复发与侧隐窝大小有关吗? 142
41. 腰突症术后复发与黄韧带肥厚和关节突增生
有关吗? 142
42. 瘢痕粘连是腰突症术后复发的主要原因吗? 143

腰突症点津

- 43. 腰突症术后腰椎会不稳定吗? 143
- 44. 术后如何避免腰突症复发? 144
- 45. 如何评定腰突症手术的效果? 145
- 46. 腰突症手术有哪些可能的并发症? 146

中 医 疗 法

- 1. 中医古籍中有哪些与腰突症有关的论述? 149
- 2. 中医药治疗腰突症有什么优势? 149
- 3. 中医是如何对腰突症进行分型的? 150
- 4. 治疗腰突症的常用中成药有哪些? 151
- 5. 治疗腰突症的常用中成药的药物组成如何? 152
- 6. 中药汤剂由哪几部分组成? 153
- 7. 风寒湿痹型腰痛的常用方剂有哪些? 154
- 8. 瘀血型腰痛的常用方剂有哪些? 156
- 9. 肾虚型腰痛的常用方剂有哪些? 157
- 10. 肾阳虚腰痛的常用方剂有哪些? 157
- 11. 肾阴虚腰痛的常用方剂有哪些? 158
- 12. 治疗风寒湿痹型腰痛的民间单验方有哪些? 159
- 13. 治疗瘀血型腰痛的民间单验方有哪些? 160
- 14. 治疗肾虚型腰痛的民间单验方有哪些? 161
- 15. 虫蛇类药物对腰突症患者有什么好处? 161
- 16. 虫类药物如何加减使用? 162

17. 腰突症可以外敷膏药吗?	163
18. 如何正确使用外敷膏药?	164
19. 针灸治疗科学吗?	165
20. 针灸治疗可怕吗?	165
21. 针灸治疗有什么特点?	166
22. 针灸疗法有哪些?	168
23. 针灸治疗的机理是什么?	169
24. 什么是针灸穴位针感传导?	170
25. 什么是经络系统?	171
26. 什么是经气?	172
27. 什么是十二经脉?	172
28. 十二经脉的主要特点是什么?	174
29. 什么是奇经八脉?	175
30. 奇经八脉的主要特点是什么?	176
31. 奇经八脉与十二经脉之间有什么关系?	177
32. 经络的四诊要点是什么呢?	178
33. 中医学有哪些辨证论治的方法?	178
34. 什么是经络辨证?	179
35. 对腰突症如何进行经络辨证?	180
36. 腰突症主要与哪些经脉相关?	181
37. 足太阳膀胱经是如何循行的?	183
38. 足太阳膀胱经的主病是什么?	185

腰突症点津

39. 督脉的主要功能是什么? 185
40. 督脉是如何循行的? 186
41. 中医对腰突症是怎样认识的? 187
42. 腰突症的针灸治疗依据是什么? 188
43. 针灸治疗腰突症的常用穴位有哪些? 190
44. 取穴的原则有哪些? 191
45. 什么是针刺的补泻手法? 191
46. 针刺治疗的注意事项有哪些? 192
47. 什么是电针治疗? 193
48. 常用的电针仪有哪些? 194
49. 电针仪的参数如何选择? 194
50. 脉冲电的波型、频率不同,作用有什么不同? 195
51. 电针治疗对腰突症有效吗? 196
52. 电针治疗的作用机理是什么? 197
53. 治疗腰突症的电针参数如何选择? 198
54. 电针治疗时间越长越好吗? 199
55. 电针治疗间隔时间越短越好吗? 199
56. 电针华佗夹脊穴治疗腰突症的特点是什么? 200
57. 电针华佗夹脊穴应怎样操作? 200
58. 华佗夹脊穴有哪些基本解剖结构? 202
59. 华佗夹脊穴最早是由谁提出来的? 202
60. 华佗夹脊穴与神经根之间有何关系? 203

61. 什么是夹脊针疗法? 204
62. 夹脊针疗法的作用原理是什么? 204
63. 电针华佗夹脊穴疗法是单纯镇痛吗? 205
64. 手术治疗后可以进行电针治疗吗? 205
65. 电针操作时要注意哪些问题? 206
66. 小针刀治疗腰突症的作用机理及注意事项是什么?
..... 207
67. 如何操作小针刀? 207
68. 芒针治疗腰突症的作用机理是什么? 208
69. 如何操作芒针? 208
70. 刺法治疗腰突症的作用机理是什么? 210
71. 刺法应该如何操作? 210
72. 针刺拔罐法治疗腰突症的作用机理是什么? 211
73. 针刺拔罐法应该如何操作? 212
74. 家里可以进行拔罐治疗吗? 212
75. 拔罐治疗应该如何操作? 213
76. 拔罐治疗应注意什么? 214
77. 手法治疗有哪些方法? 215
78. 用于腰部的基本手法有哪些? 216
79. 用于腿部的基本手法有哪些? 218
80. 腰椎整复的手法有哪些? 219
81. 松解坐骨神经粘连的手法有哪些? 220

- 82. 腰突症都可以用手法治疗吗? 221
- 83. 哪些腰突症患者不可以采用手法治疗? 221
- 84. 腰突症患者手法治疗后要注意哪些问题? 222
- 85. 为什么推拿能减轻疼痛和不适? 222
- 86. 推拿时要注意什么? 223
- 87. 食疗对于腰突症有作用吗? 225

预 防 措 施

- 1. 防治腰突症的意义是什么? 229
- 2. 腰突症应从什么时候开始预防? 230
- 3. 青年人预防的重点是什么? 应采取什么措施? 230
- 4. 老年人预防的重点是什么? 应采取什么措施? 231
- 5. 运动对预防腰突症起什么作用? 232
- 6. 体育锻炼与体力劳动一样吗? 233
- 7. 运动时怎样预防腰部损伤? 234
- 8. 哪些患者不适宜运动疗法? 234
- 9. 运动疗法需要注意哪些问题? 235
- 10. 怎样锻炼腰背部肌肉力量? 235
- 11. 办公室一族该如何进行锻炼? 236
- 12. 腰突症患者可以游泳吗? 237
- 13. 保暖防寒对预防腰突症有用吗? 238
- 14. 弯腰、下蹲有讲究吗? 239

15. 长期从事弯腰工作的人要注意什么? 239
16. 头顶重物无所谓吗? 240
17. 站立姿势也有标准吗? 240
18. 坐位姿势没有标准吗? 241
19. 腰突症患者的睡姿有什么特别要求吗? 243
20. 如何避免起床时的腰部不适呢? 244
21. 经常看电视会加重腰突症吗? 245
22. 看电视时应注意什么? 246
23. 腰突症患者性生活时应该注意什么? 246
24. 腰突症该如何积极防治? 247
25. 需要定期进行腰椎的健康检查吗? 248
26. 家庭生活中如何预防腰突症呢? 248
27. 健康教育课程很重要吗? 248
28. 如何在腰突症的不同临床阶段进行自我保
健呢? 249
29. 如何制作简易的腰围? 250
30. 佩戴腰围要注意些什么? 250
31. 办公室工作人员要如何预防腰突症? 251
32. 长期站立的工作人员该如何预防腰突症? 253
33. 汽车司机该如何预防腰突症? 254
34. 孕妇应该如何预防腰突症? 255
35. 产妇应该如何预防腰突症? 256

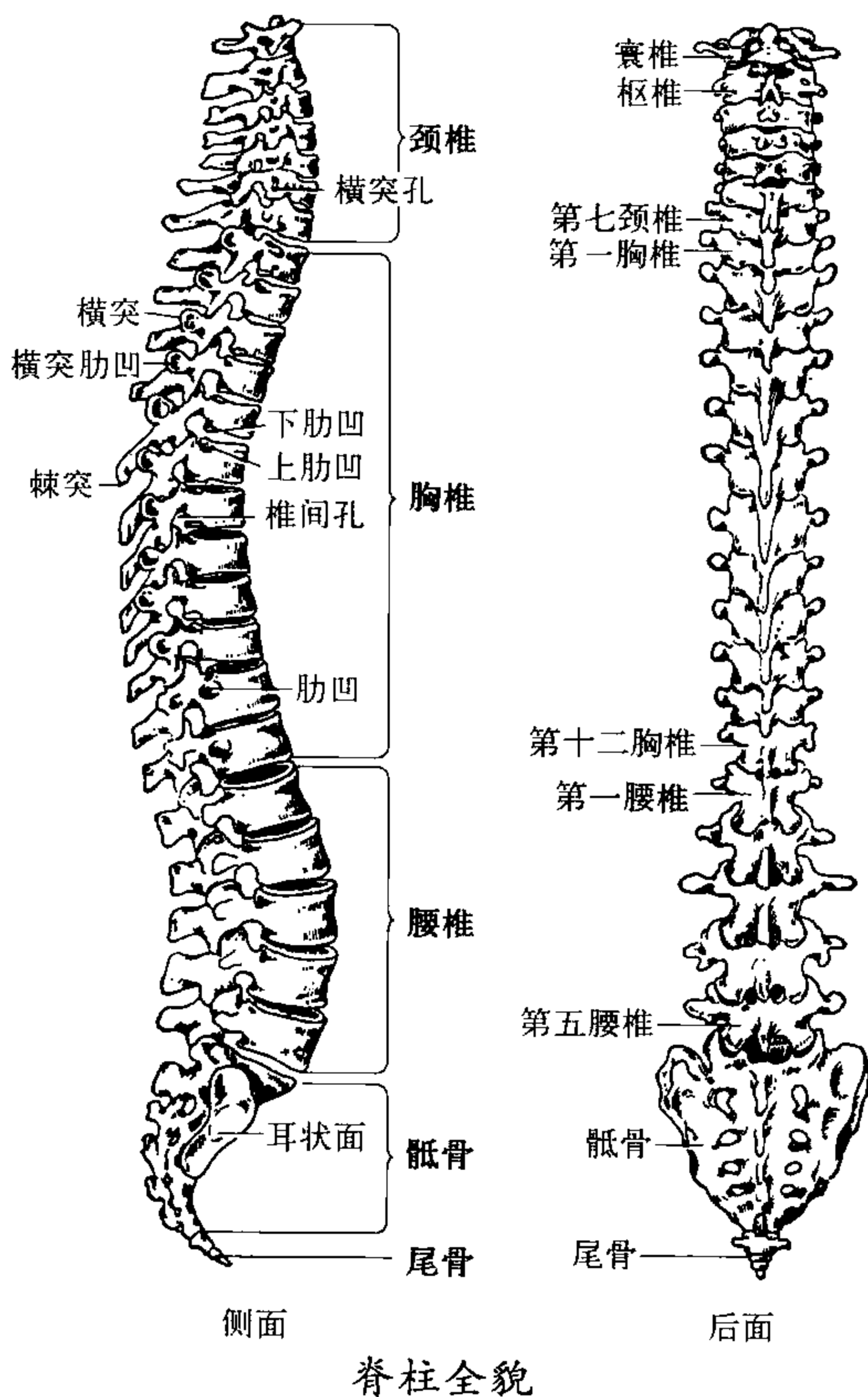
- 36. 女性腰突症患者能穿高跟鞋吗? 257
- 37. 为什么卧硬板床能防治腰突症呢? 258
- 38. 腰突症患者外出时应注意什么? 259
- 39. 吸烟对腰突症有影响吗? 260

基础知识



脊柱有多少块骨骼？它们是怎样连接的？

正常人的脊柱由 33 个脊椎构成，包括颈椎 7 个，胸椎 12 个，腰椎 5 个，骶椎 5 个，尾椎 4 个。到成年，5 个骶椎相互融



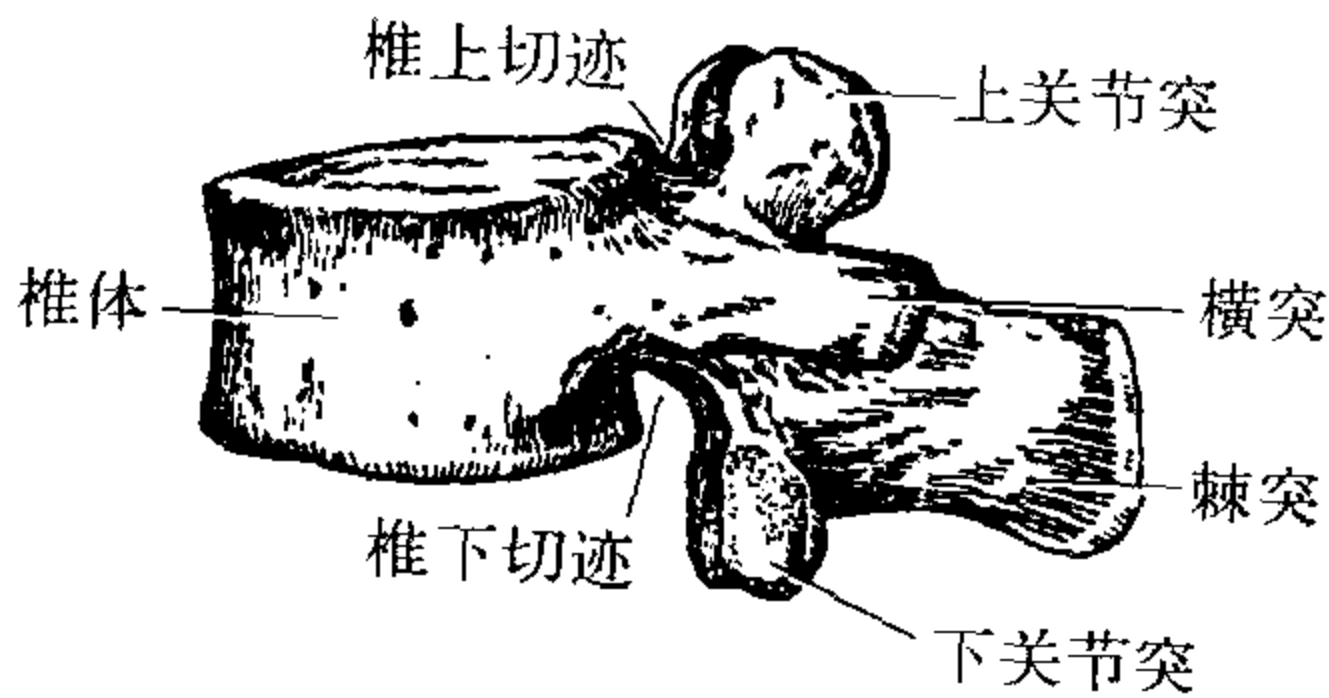
合成为骶骨,4个尾椎相互融合为尾骨。脊柱的功能是支持体重、维持一定姿势和保护脊髓。

相邻椎体间由椎间盘、椎间关节、韧带及脊柱周围附着的肌肉相连接。椎间盘是连接椎体最重要的组织,为数23个,由颈椎枢椎至骶骨,分布于每个椎间隙。



腰椎椎体基本结构有哪些?

脊椎骨可分为椎体和椎弓两部分,前部是椎体,呈圆柱形,是脊柱支撑的主要部分。椎体后方呈弓状的部分叫做椎弓,椎体与椎弓共同围成椎孔,所有椎孔相连成



腰椎(侧面)

椎管,容纳脊髓。前后两部分相连接处较细小,其上下方各有切迹,此处为椎弓根。相邻椎弓根部上下切迹共同围成椎间孔,孔内有脊神

经通过。椎弓上有7个突起,即伸向两侧的一对横突,伸向上下的各一对关节突,伸向后方的一个棘突。组成

椎管后部的呈板状的椎弓部叫做椎板,此处为手术治疗时进入椎管的常用入路。



腰背部主要肌肉有哪些? 腰椎的韧带有哪些?

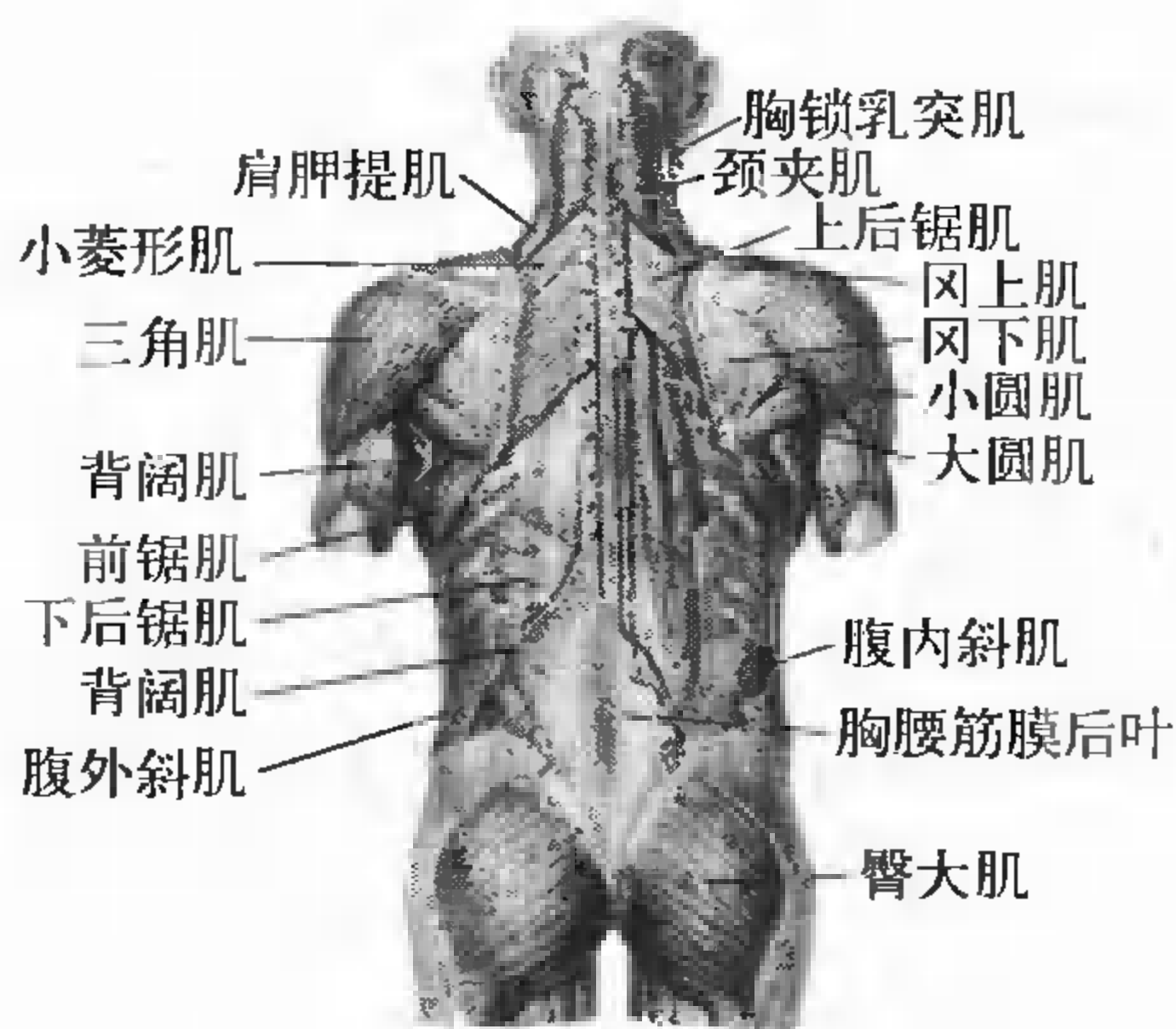
(1) 腰部的肌肉可以分为直接作用于腰脊柱和间接作用于腰脊柱两类。

直接作用的有:

① 背肌: 背肌浅层—背阔肌、下后锯肌; 背肌深层—骶棘肌、横突间肌、棘肌。② 腰肌: 腰大肌、腰方肌。

间接作用的有:

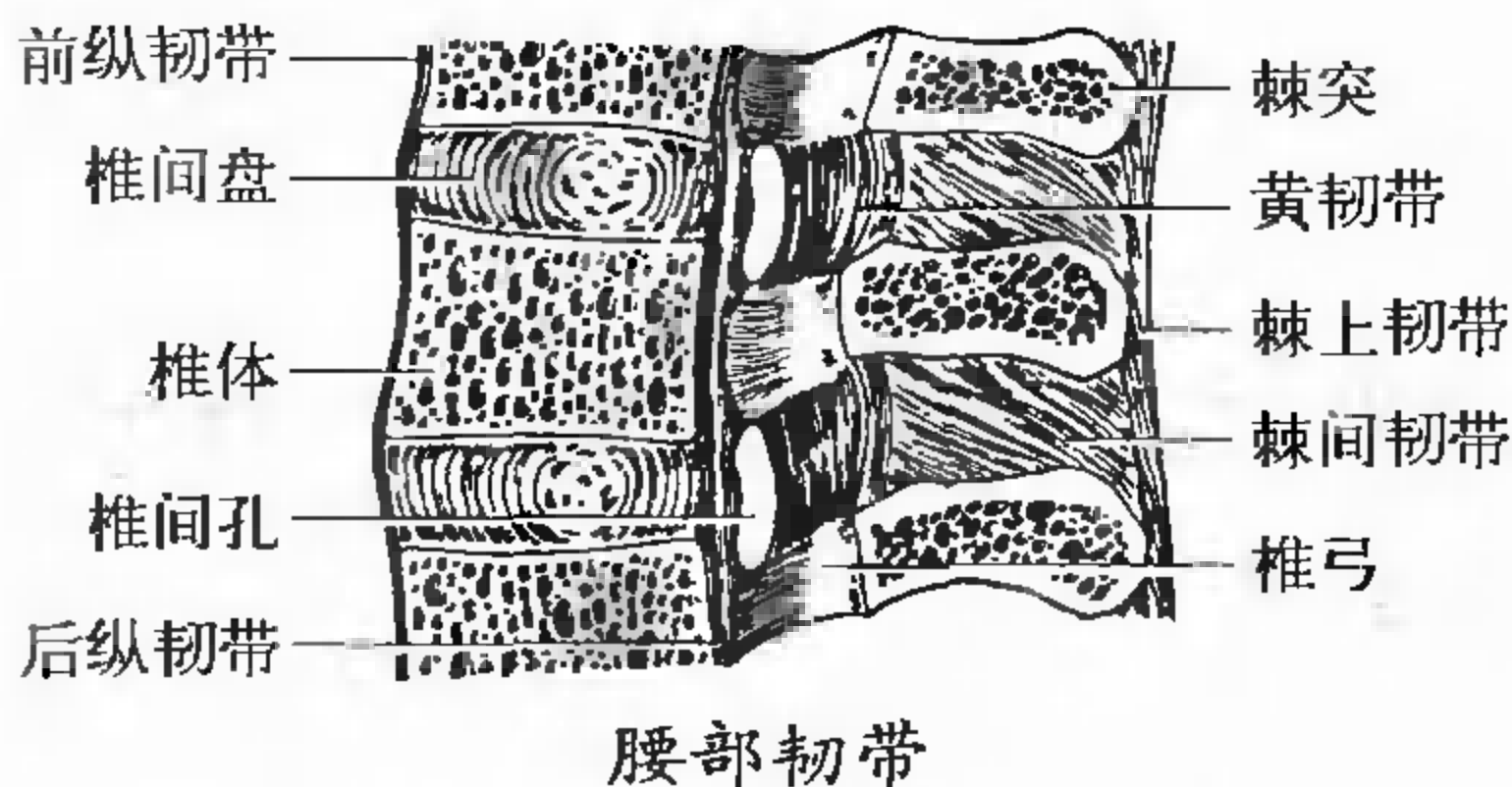
① 腹前外侧壁肌—腹直肌、腹内斜肌、腹外斜肌、腹横肌。② 臀肌—臀大肌。③ 股后肌—股二头肌、半腱肌、半膜肌。



腰部肌肉

(2) 腰椎的韧带有关纵韧带、后纵韧带、椎体侧方韧带、

黄韧带、关节囊韧带、横突间韧带、棘上韧带、棘间韧带和骶腰韧带。



腰椎疾病主要涉及哪些肌肉,怎样检查?

单就腰椎病而言并不需要将全身骨骼肌的肌力逐一检查,主要涉及的肌群包括:

(1) 腹前肌群: 检查时让患者平卧,检查者压住两侧大腿使患者在无支撑情况下坐起;可观察及触摸腹肌并注意脐孔的位置。

(2) 骶棘肌: 患者俯卧,双上肢置于身体两侧,之后让患者挺胸伸背即可触及该组肌群。

(3) 骶腰肌: 患者仰卧位(或坐位)时嘱其髋关节屈曲,检查者给予阻力,或嘱其仰卧位坐起。

(4) 股四头肌：患者仰卧，下肢用力伸直，检查者用力使其屈膝；或患者取坐姿，使其伸直下肢，检查者用力使其屈膝；或患者取坐姿，双足底平行着地，让其伸直膝关节，并给予阻力。

(5) 股内收肌：患者仰卧，双下肢伸直及维持并拢，检查者分别用双手使其分开；或者让患者侧卧，先抬起上方下肢，再让下方下肢内收靠近上方下肢，检查者托住上方下肢，并给下方下肢以阻力。

(6) 臀中肌和臀小肌：患者取仰卧位，下肢伸直，使其分开双膝，检查者给予阻力；或是让患者侧卧，使大腿外展，检查者给予阻力。

(7) 臀大肌：患者俯卧、小腿屈曲，让其提起大腿，检查者给予阻力，并触摸收缩的肌肉。

(8) 股二头肌、半腱肌及半膜肌：患者取俯卧位，让其维持膝部屈曲位，检查者手握踝部并向足部方向拉其小腿。

(9) 胫前肌：嘱患者足背伸、内收，并提伸足内侧缘；检查者在足背处给予阻力，并用另一手触摸收缩的肌肉。

(10) 伸踇长肌：将患者足部固定于中间位，嘱患者伸直踇趾，检查者对此动作给予阻力，并触摸紧张的肌腱。

(11) 伸趾长肌：嘱患者伸直第二至第五趾的近侧端趾节，检查者给予阻力，并触摸紧张的肌腱。

(12) 腓肠肌：患者俯卧，膝关节屈伸到 15 度，检查者对

此动作给予阻力；或是让患者仰卧，嘱其屈足，检查者对此动作给予阻力，并触摸收缩的肌肉。

(13) 比目鱼肌：患者俯卧，使其膝关节屈曲至 90 度位，再使足跖屈，检查者给予阻力，并触摸收缩的肌肉和紧张的肌腱。

(14) 屈踇长肌：患者屈曲踇趾末节，检查者对此动作给予阻力，并保持近侧趾节伸直。

(15) 屈趾长肌：患者将第 2~5 趾末节屈曲，检查者将给予阻力，并保持近节跖趾关节伸直。

(16) 胫后肌：患者保持足部跖屈位，内旋足部，检查者在足的内缘加以阻力。

(17) 腓骨长短肌：患者足部跖屈，然后外旋，检查者在足的外侧缘加以阻力。



腰部活动和腹肌有关吗？

腰椎在前屈时，虽由腹部肌群发动，但主要由背深肌控制其活动，使前屈适度。腹肌只有在过伸位前屈或抗阻力前屈以及仰卧起坐时才起较大作用。腰椎过屈后背肌即不再收缩，此时姿势靠椎间盘及韧带来维持，腰部由屈位变直或

后伸时,主要由背伸肌做铰链式牵引。阻力大或持重物时,腹肌收缩,使腰腹部变成一圆柱体,以辅助背肌,同时臀肌与股后肌拉骨盆旋转,使躯干直立。在腰部过伸时,腹肌收缩协助维持位置并防止过伸。

腰椎侧倾时,同侧腹壁肌及腰方肌收缩,对侧逐渐放松,臀中肌亦协助维持姿势。转身则靠一侧腹外斜肌及一侧腹内斜肌共同作用,而回旋运动则是各组肌协同运动的共同作用。



腰部活动和臀肌有关吗?

由上面我们可以知道,除了腰部和腹部的肌群之外,臀部和腿部后侧的一部分肌肉亦参与腰部的运动。臀肌中与腰部运动关系较大的是臀大肌,它是维持人类直立姿势最为关键的肌肉之一。臀大肌呈方形,起于髂骨翼外面、骶骨和尾骨后面以及骶结节韧带,肌纤维斜向外下,上半纤维越过大转子以腱膜连续与髂胫束,下半以腱板止于大转子下的臀肌粗隆。臀大肌收缩时主要后伸及外旋下肢,当下肢固定时,可防躯干过屈;弯腰位时则拉骨盆后伸,协助腰部由前屈变为直立。



腰部活动和腿部的肌肉有关吗？

大腿后侧肌群主要有股二头肌、半腱肌及半膜肌，统称为腓绳肌。股二头肌长头起自坐骨结节，与短头合并后止于腓骨小头；半腱肌、半膜肌上端均起于坐骨结节，半腱肌下端以长腱止于胫骨上端内侧，半膜肌上端为长的腱膜，居半腱肌之后，下端肌腱分三束止于胫骨内面、腓肌筋膜及腓斜韧带。这三块肌肉均由坐骨神经支配，收缩时可后伸大腿、屈小腿。当下肢站立固定时，它们协助稳定骨盆；而在躯干由屈位伸直时，它们拉骨盆由前屈位至直立位，以协助竖起躯干。



人站立不动时腰椎是绝对静止的吗？

腰椎在安静站立状态时，靠关节传导重力，靠韧带紧张维持姿势。但站立的静止不是绝对的，人体经常处于少许的摆动状态，借助髂腰肌、臀肌、股后肌及背部短肌经常短暂调整来维持站立姿势。

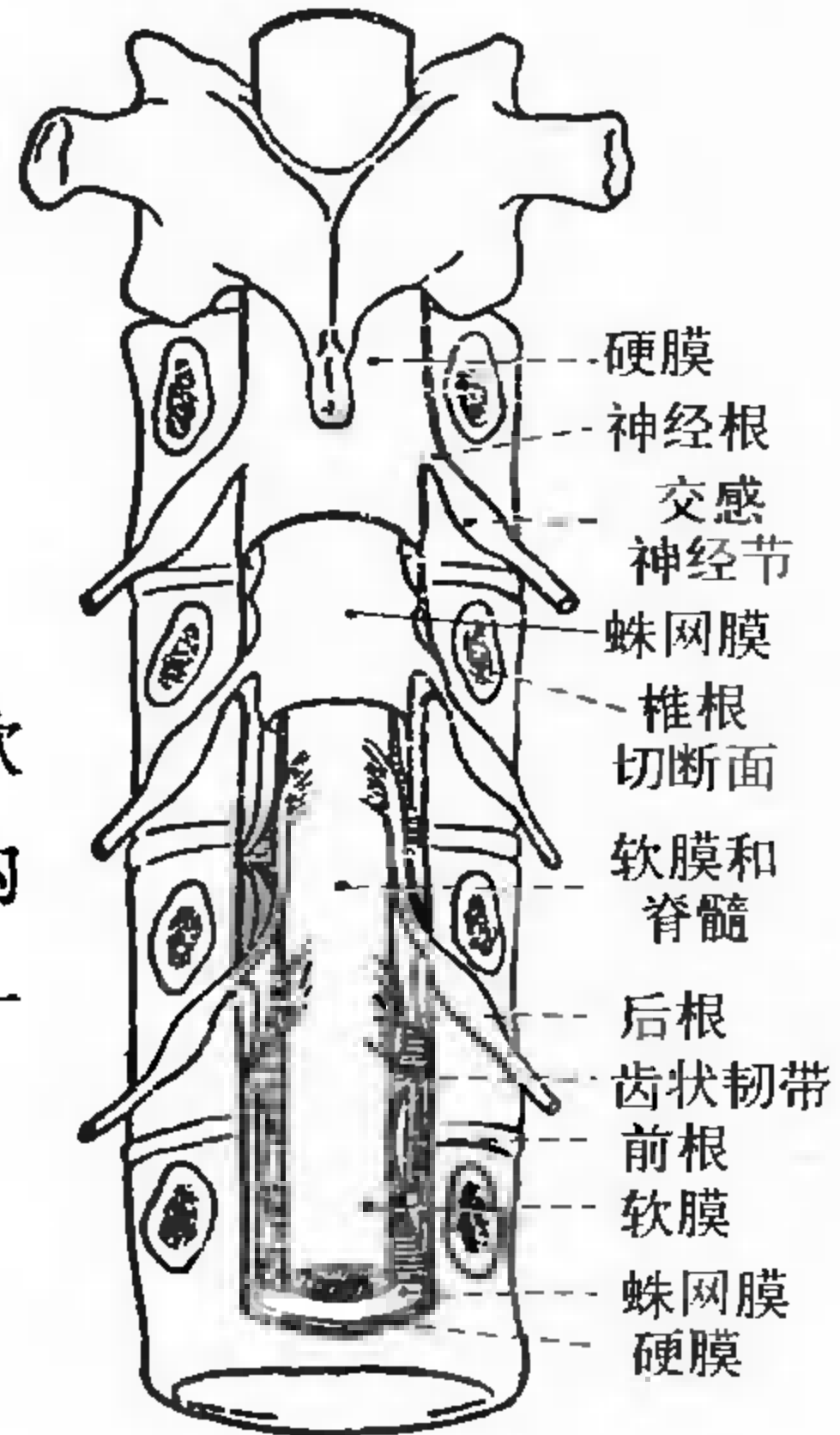
正是由于腰部的运动需要有赖于各部位肌群的协作运动，

一处的肌肉劳损往往会引起腰部运动的障碍,从而引起其他肌群的继发劳损。所以保持各肌群的功能完整显得尤为重要。



腰椎椎管内部由哪些结构组成?

腰椎椎管内由硬膜、蛛网膜、软膜、脑脊液、脊髓圆锥和马尾神经构成。腰椎椎管的形状和容积,存在一定的个体差异。

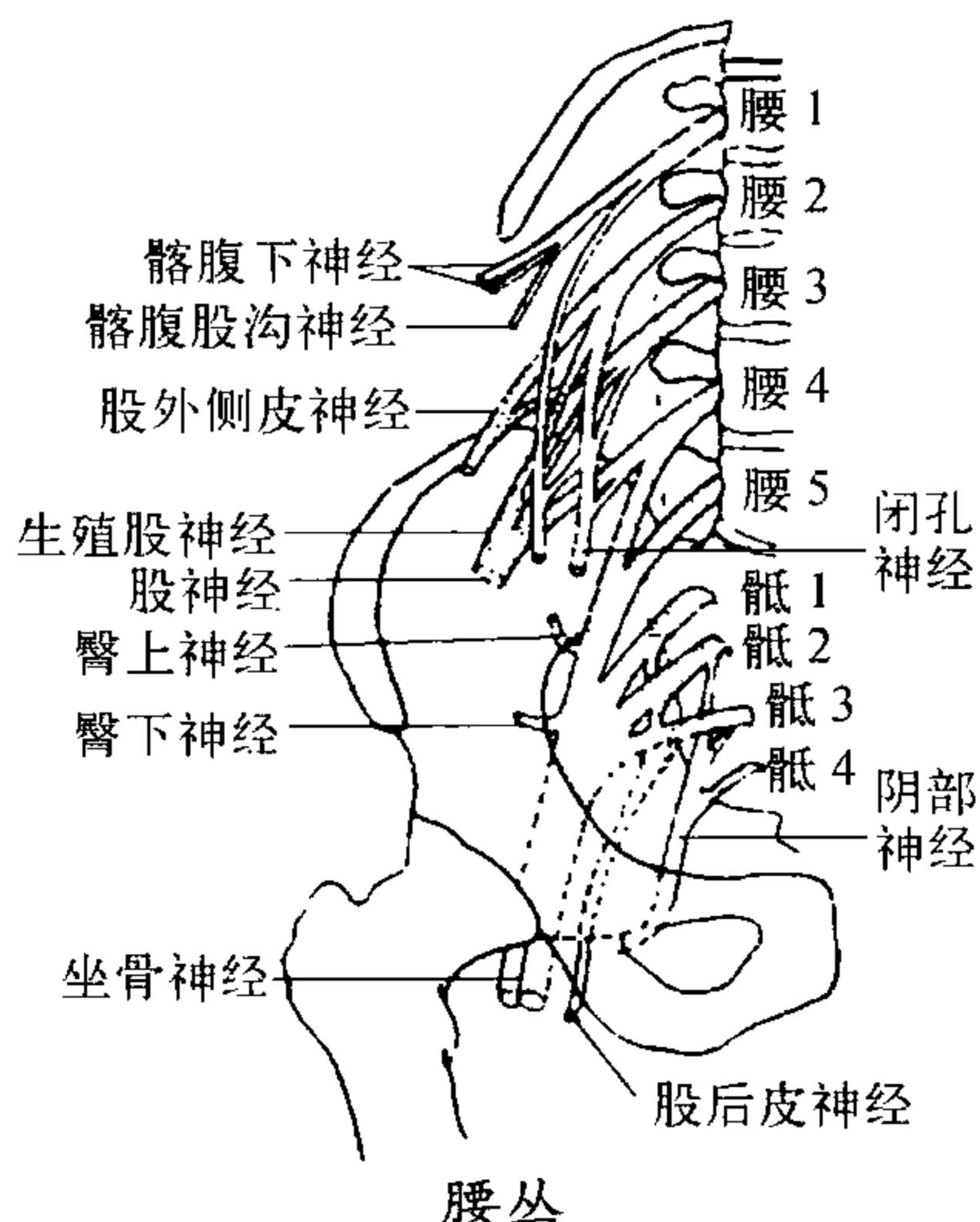


椎管纵剖面



腰丛是如何组成的?

腰丛由第 12 胸神经前支的一部分、第 1 至第 3 腰神经前支和第 4 腰神经前支的一部分组成。第 4 腰神经前支的余部和第 5 腰神经前支合成腰骶干向下加入骶丛。腰丛位于腰大肌深面,除发出肌支支配髂腰肌和腰方肌外,还发出分支分布于腹股沟区及大腿的前部和内侧部。股神经(L2~4)

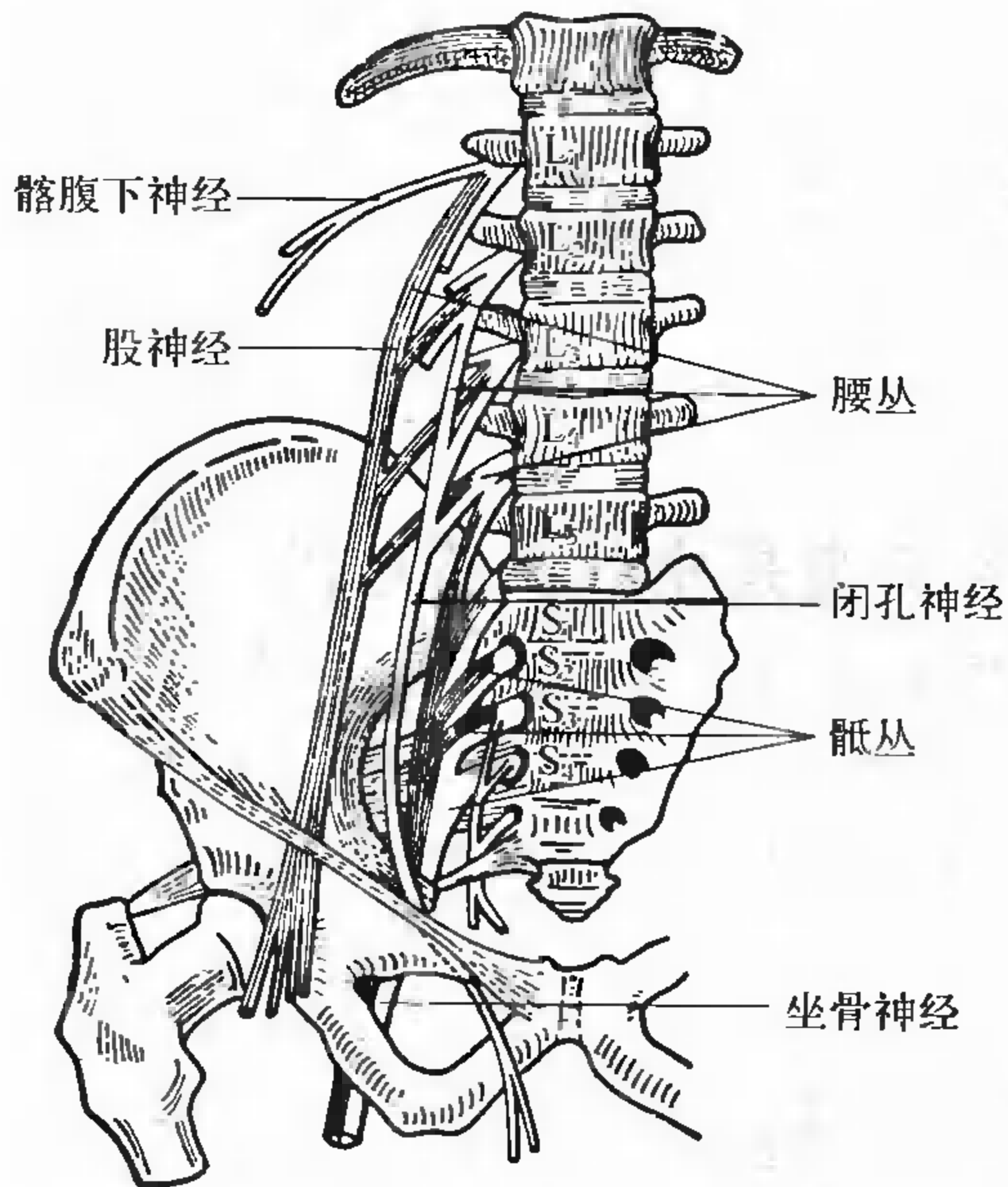


是腰丛中最大的神经。



骶丛是如何组成的？

骶丛由腰骶干(L4、5)以及全部骶神经和尾神经的前支组成。骶丛位于盆腔内,在骶骨及梨状肌前面,髂内动脉的后方。骶丛分支分布于盆壁、臀部、会阴、股后部、小腿以及足肌和皮肤。骶丛除直接发出许多短小的肌支支配梨状肌、闭孔内肌、股方肌等肌肉外,还发出一些分支,其中的坐骨神



腰骶丛构成

经(L4、5,S1~3)是全身最粗大的神经。



各段脊髓对皮肤感觉是如何分布的？

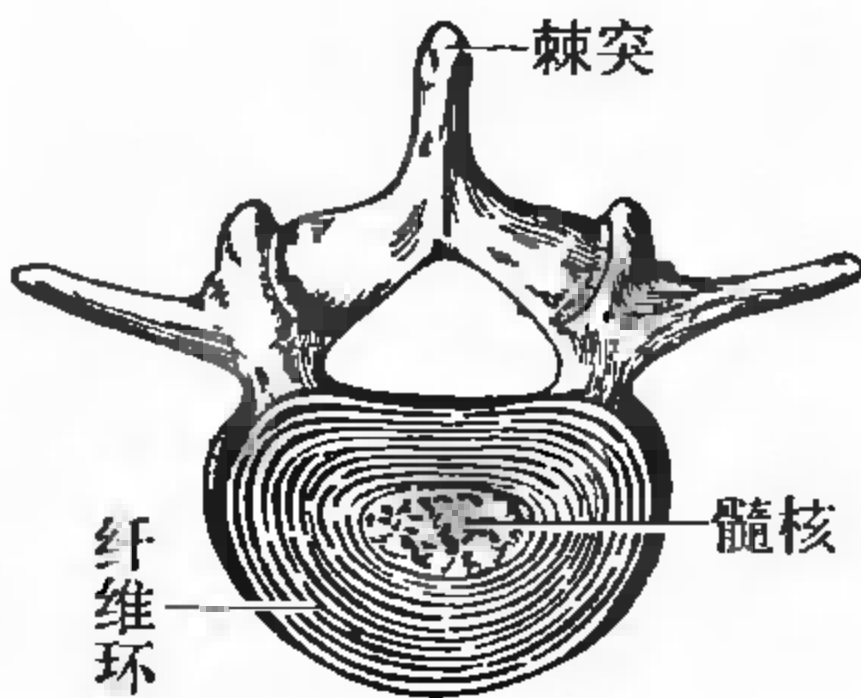
胸髓第4节相当于乳头平面；胸髓第7节相当于肋下缘

平面；胸髓第 10 节相当于脐平面；胸髓第 12 节相当于腹股沟平面；腰髓 1~5 节主要分布于下肢前面；骶髓 1~5 节主要分布于下肢后面，臀部及肛门周围。



椎间盘是由什么构成的？它们的作用是什么？

椎间盘由软骨板(也叫软骨终板)、纤维环和髓核三部分构成,纤维环由坚硬的密胶质纤维形成,围绕髓核。



椎间盘切面

软骨盘在青少年时为软骨源性生长带,在成人时为纤维环的纤维附着固定环。软骨盘可以保护椎骨在承受压力下免于发生压迫性骨萎缩。椎体与椎间盘的液体

营养交换,通过软骨盘进行。

由于纤维环有少许弹性和纤维环纤维的特殊分层排列方向,使每个脊椎间有一定的活动度,并可限制脊柱的前屈、后伸、侧倾和旋转运动。纤维环还能保存髓核水分,吸收振荡。

髓核有吸收振荡、作为脊柱运动时的支柱、调节应力平

衡作用。



腰椎间盘突出有哪些功能?

腰椎间盘突出在介入脊柱承受躯干重量、联系肢体、保持整个身体正常的生理姿势、进行躯干的各种运动时,发挥着特殊的功能,如:

(1) 保持脊柱的高度,维持身高。随椎体的发育,椎间盘增长,以此增加了脊柱的长度。

(2) 连接椎间盘上下两椎体,并使椎体间有一定活动度。

(3) 使椎体表面承受相同的力。即使椎体间仍然有一定的倾斜度,但通过髓核半液状的成分使整个椎间盘承受相同的应力。

(4) 缓冲作用。① 由于椎间盘弹性结构特别是髓核具有可塑性,在压力下可变扁平,使加于其上的力可以平均向纤维环及软骨板各方向传递;② 椎间盘是脊柱吸收震荡的主要结构,起着弹性垫的作用。使由高处坠落或肩、背、腰部突然负荷时,起着力传导的缓冲作用,起到保护脊髓及脑部重要神经的作用。

(5) 维持侧方关节突一定的距离和高度。

(6) 保持椎间孔的大小,正常情况下椎间孔的大小是神经根直径的 3~10 倍。

(7) 维持脊柱的曲度,不同部位的椎间盘厚度不一,同一腰椎间盘其前方厚,后方薄,使腰椎出现生理性前凸曲线。



椎间盘有血液供应吗? 椎间盘与椎体的关系如何?

成人椎间盘无血管组织,亦无血液供应,其本身的营养及代谢产物的处理,是通过椎间盘以外的血管进行的。

椎间盘位于两个椎体之间,即上一个椎体的下缘和下一个椎体的上缘之间,椎间盘通过薄层的透明软骨与椎体相连。



为什么说椎间盘是一种特殊的结缔组织?

椎间盘主要由三种主要结构构成,即纤维环、软骨盘和髓核。而这三种结构都是由蛋白多糖复合物、胶原纤维和弹

性蛋白这三种主要化学成分组成。在椎间盘突出或不同的年龄段,这几种基本成分在类型和数量上都会有所改变。



蛋白多糖的分布和年龄有关吗?

蛋白多糖是椎间盘的主要成分,在髓核中的含量远较纤维环多。由纤维环的外层到髓核的中央区氨基多糖浓度递增。有研究表明,椎间盘蛋白多糖分子的大小及水分随年龄增加而下降,同时硫酸软骨素与硫酸角质素之比亦下降。这些特性成分的改变可能是造成椎间盘水分随年龄增加而丢失的原因。



胶原蛋白是如何分布排列的?

胶原蛋白是构成椎间盘组织的纤维支架的主要成分。胶原是动物体内最常见、最丰富的蛋白质,大多数脊椎动物体内的胶原约占体重的 1/3。在椎间盘的纤维环中,胶原纤维按同心圆方式紧密分层排列,每层纤维方向相交成直角,与脊柱构

成 30° 角。这种分层结构适于在脊柱弯曲、旋转时耐受压力和张力。应力越大纤维环分层结构越紧,直到胶原纤维不能再进一步伸展。纤维环中两种类型胶原的功能是不同的。I型胶原提供纤维环的张力强度有如肌腱,II型胶原提供承受压力弧度,即缓解纵轴压力。当椎间盘退变时,其中仅有I型胶原。软骨盘由透明软骨附于邻近上、下椎体,使整个椎间盘组织固定于椎体上。因此在软骨盘和透明软骨的表面,胶原纤维与关节面排列平行,但在邻近软骨的深层,胶原纤维与关节面垂直。髓核由于呈凝胶样的性质,以逐渐变形将力传导至纤维环,因此髓核内的胶原较少。比较而言,髓核的胶原相似于软骨的胶原,而纤维环的胶原则类似于皮肤和肌腱的胶原纤维。



弹性蛋白的特性是什么?

弹性蛋白是细胞外结缔组织间质中的主要纤维性蛋白成分之一,是弹性组织的纤维蛋白成分,只存在于哺乳类动物体内。弹性蛋白是弹性纤维的中央核心,是承受低强度原始负荷应力的成分,其张力强度小于胶原纤维。纤维环的弹性纤维几乎均呈同样菱形状平行排列,与胶原纤维紧密镶

嵌。髓核中的弹性纤维较粗,形状不规整。纤维环和髓核的弹性纤维的不同排列方向和形状,反映了两者不同的功能。纤维环中的胶原和弹性纤维能承受与纤维纵轴平行负荷的张力;而髓核的弹性纤维则承受负荷的压力。这就构成了髓核承受纵向压力膨胀变形,将力传导至纤维环使其膨出这一系列动作的物质基础。另外,椎间盘组织负重后产生应力或应变,但也具有恢复原先形态的能力,其中除了髓核和纤维环解剖学上的生物力学作用外,从生物化学角度来看胶原和弹性蛋白亦发挥了重要作用。青少年椎间盘的液态弹性是由于胶状的髓核功能,而成年和老年的椎间盘虽然大部分为纤维软骨性,但还具有一定的弹性,其原因可能就和弹性纤维有关。弹性纤维所占的弹性比例不高,但对于胶原纤维恢复变形的功能是重要的。

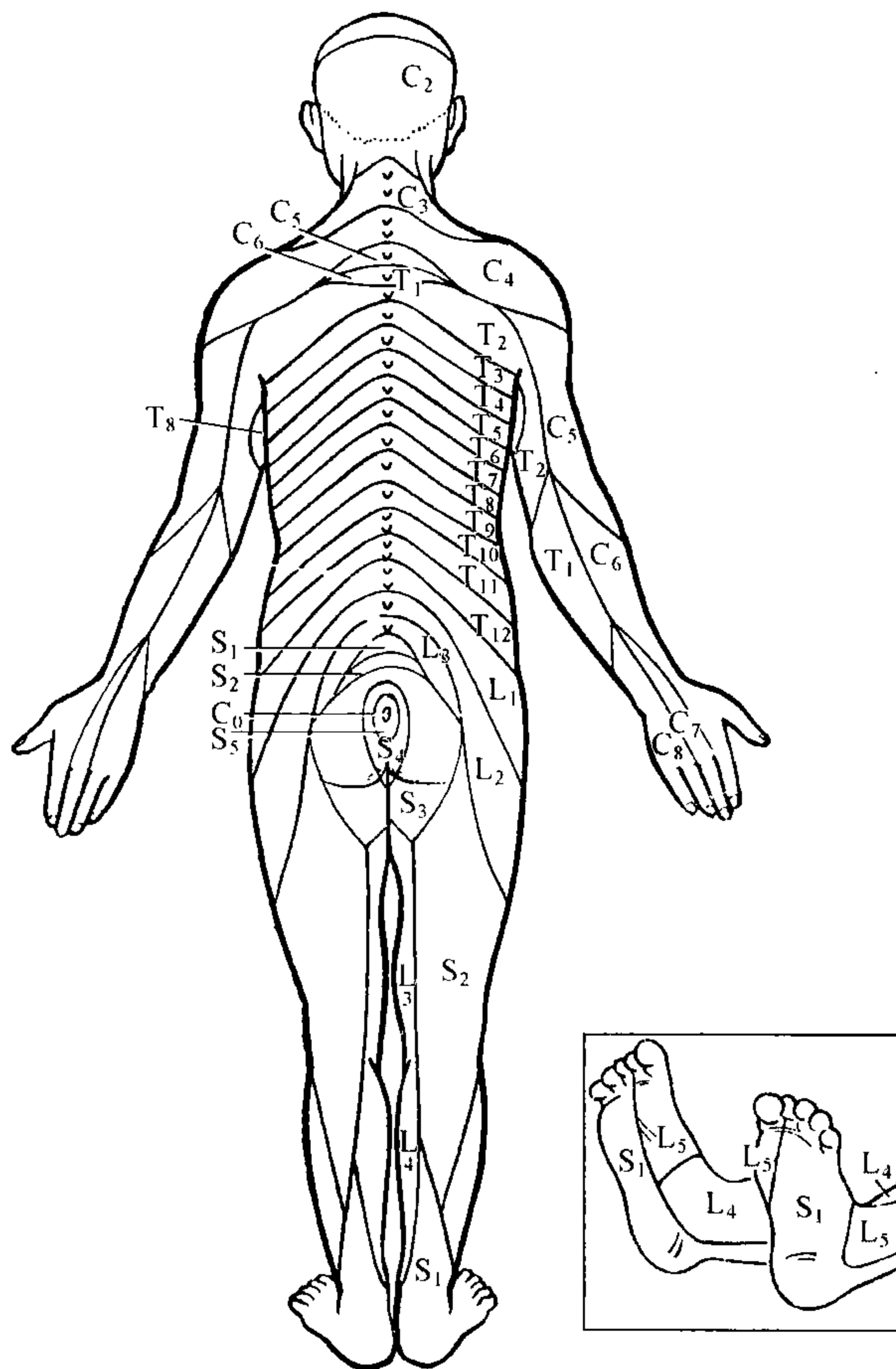


椎间盘、椎间孔与神经根的关系如何?

脊髓的背神经纤维和腹神经纤维,在背神经节的远端处组合在一起,成为混合神经干,经椎间孔出椎管。一般情况下,腰3、4椎间盘突出,压迫腰4神经根;腰4、5椎间盘突出压迫腰5神经根;腰5骶1椎间盘突出压迫骶1神经根。若

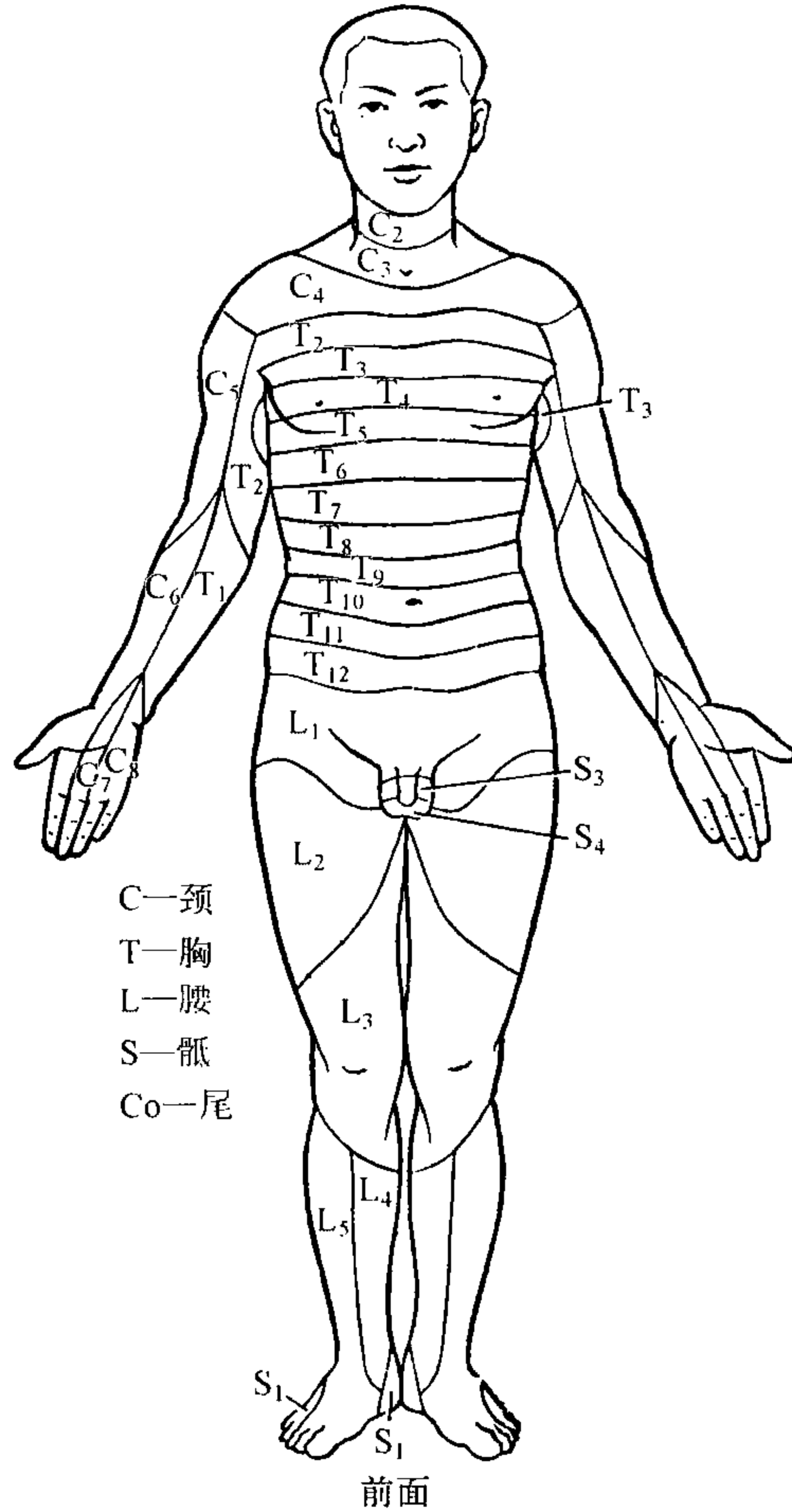
腰突症点津

腰椎间盘突出较大并且偏于椎管中央部分,则不表现为单一腰或骶神经根受压症状,而是大部分马尾神经受压。



后面

皮肤的节段性神经分布



皮肤的节段性神经分布



腰椎间盘突出邻近有哪些重要结构？

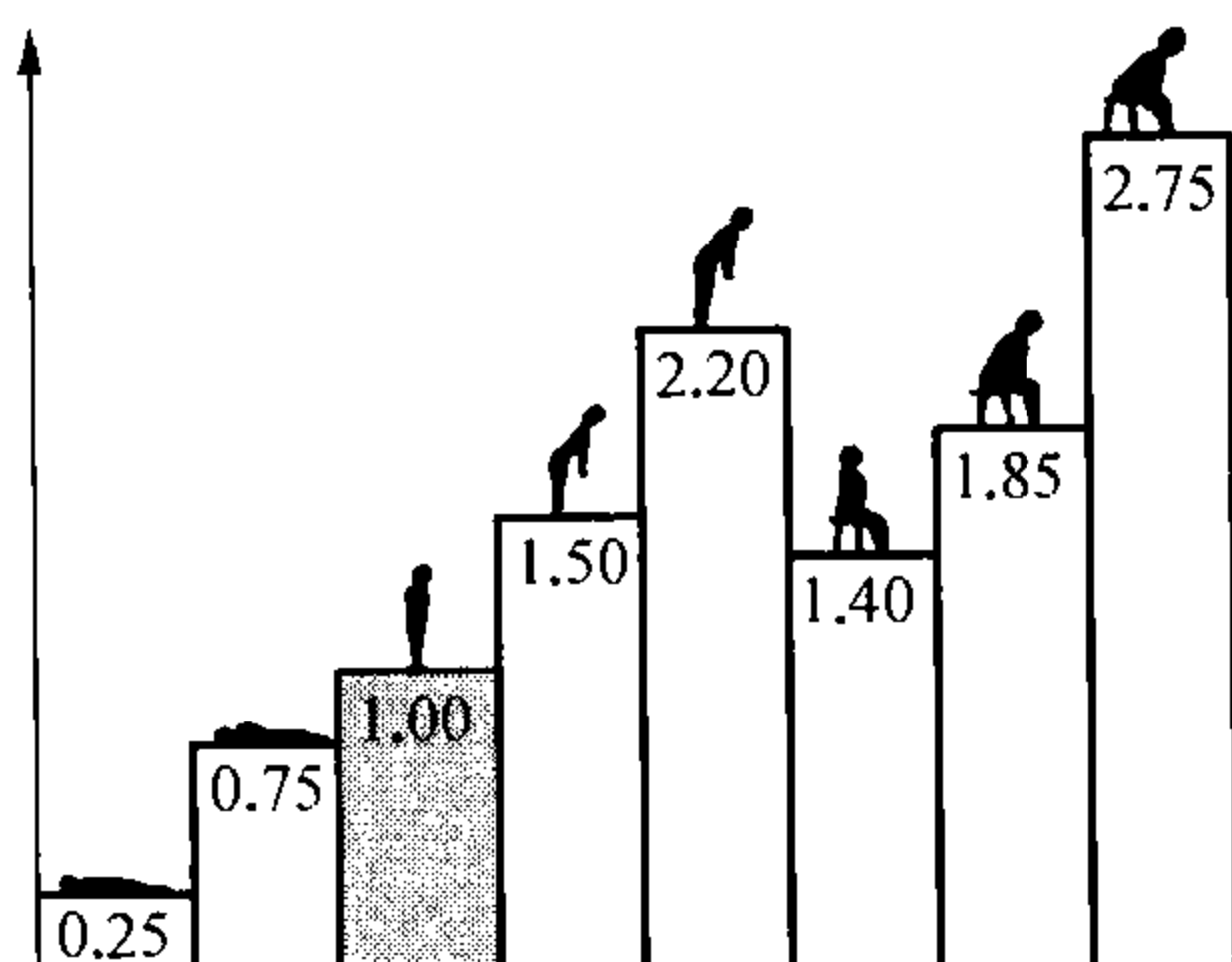
腰椎间盘突出前侧最重要的结构是中线附近的大动静脉。腹主动脉与腰 1~3 椎间盘相接触，腹主动脉在腰 4 椎体下缘分叉为髂总动脉，左侧髂总动脉在中线偏左与腰 4 椎间盘相接触。腰 5 椎间盘前面有骶中动静脉通过，并有骶前血管丛位于前方。椎间盘的侧方与起于腰椎横突的腰大肌相邻，在腰大肌内侧缘有输尿管，紧贴腰椎侧方的有交感神经链。椎间盘的后方与椎体一并构成椎管的前壁。



人体的姿势对椎间盘的形态有什么影响？

当人在仰卧位的时候椎间盘所受到的压力最小，而侧卧位、直立位、前倾直立位、端坐位和前倾坐位时椎间盘所受到的压力逐渐增加。以人体直立位的椎间盘内压为 1 的话，人体前倾位椎间盘内压为 1.5，而前倾坐位时椎间盘所受到的压力为 2.75。这也就给我们一个提示，腰突症

的患者应尽量取卧位、直立位,而少取坐位,以减小椎间盘的内压,减缓椎间盘的退变,防止疾病的发生。



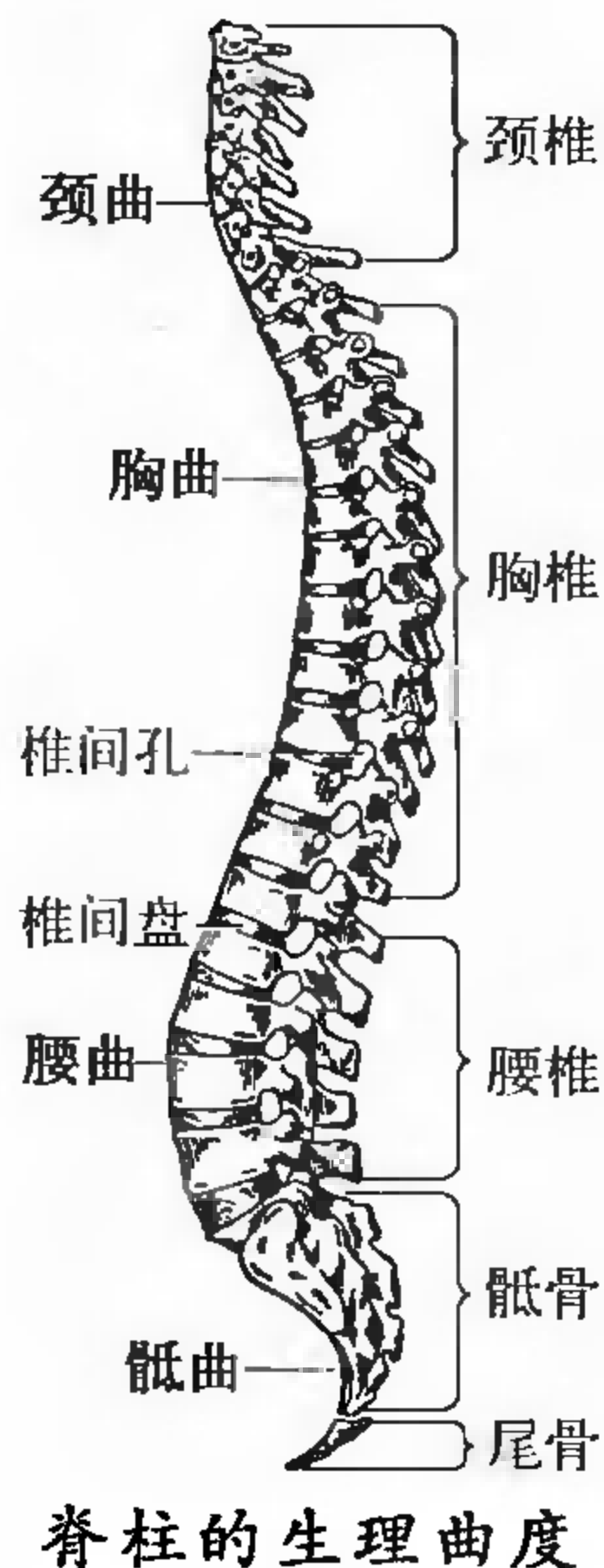
人体不同体位对椎间盘
内压的影响



什么是正常的脊柱生理曲度?

脊柱处于静力状态时,会表现出生理曲度。正常成人的脊柱从侧面观表现为四个生理曲度,即颈椎前突、胸椎后突、腰椎前突和骶尾椎后突。但在胚胎和婴幼儿时期,脊柱只呈一个完整的后突;出生后5个月,婴儿因爬行或坐位仰头而形成了继发的颈椎前突;出生后9~13个月,婴儿开始站立,腰椎后突逐渐消失;到3岁以

后,腰椎又继发形成前突;到 8 岁时,腰椎前突明显;到 10 岁时,腰椎前突表现和成人一样。与此同时,脊椎原发的整体后突仅在胸椎和骶尾椎处保留,以平衡脊柱的生理前突。自此,人体的脊柱形成了 4 个生理曲度。这样的生理曲度,在直立的脊椎动物中(包括灵长类)唯有人类具有。



如何保持脊柱的稳定?

脊柱不仅要保持身体呈直立位,同时还要承受纵轴压应力、剪力、张应力、弯曲和旋转的力量。因此脊柱的稳定就显得极为重要。脊柱的稳定性可分为内源稳定性和外源稳定性。前者为椎间盘和韧带,后者为有关的肌肉,尤其是胸腹肌。

内源性稳定是由于椎间盘髓核内的压应力挤压相邻两椎体使其分开,而同时纤维环及周围的韧带却使相邻椎体靠拢,这两种不同方向的综合力使脊柱得到较大的稳

定性。

外源性稳定是由脊柱周围的肌肉以及胸腔和腹腔内外的肌肉来维持的。胸廓及附着其上的肌肉对维持上段脊柱的稳定有重要的作用。脊柱后侧的伸肌主要发挥后伸的作用,而前侧有腹直肌负责前屈,腹内、外斜肌负责旋转,共同拮抗背侧的肌肉。这同样是以一个综合平衡的力来维持脊柱的外源性稳定。

从某种意义上说,脊柱外源性稳定较内源性稳定重要。失去内源性稳定,脊柱的变化比较缓慢,而失去外源性稳定,脊柱当即不能维持其正常的功能。比如外伤性截瘫后造成肌肉瘫痪,脊柱当即难以发挥正常的功能。又如脊柱侧突,无论是麻痹型或特发型,当失去外源性稳定时,脊柱便开始出现原发侧弯,继而出现代偿性侧弯,整个脊柱表现的畸形非常明显。而失去内源性稳定的畸形比较小。实验也证明,没有肌肉附着而仅有韧带联结的脊柱在负荷 2.04 公斤的重量时即可出现侧弯。

所以,肌肉是维持脊柱稳定的关键。在患腰突症后,适当锻炼腰背肌可以加强脊柱的稳定,帮助减轻腰椎间盘的压力,缓解症状,加速康复。这就是为什么医师总是指导腰突症患者多进行静态的腰背肌锻炼的原因。



人体的重心是恒定的吗？

人体的重心不像物体那样恒定在一个点上，而是随呼吸、消化、血液循环等生理过程的进行，在一定范围内移动的。一般站立时，人体的重心通常位于第3骶椎上缘前方7厘米处。

同时，从解剖学角度来看，人体的重心并不是在正中线上的。尽管人从外表上看基本是对称的，但由于体内脏器部位的关系，左右两半身体的重量大约相差半市斤。因此，人体的重心是在正中偏右的位置。

另外，年龄、性别、身体结构特殊都会影响到重心的位置。如儿童的躯干和头比较重，重心的位置比成人高；女性骨盆较大，重心位置就相对偏低；下肢骨骼及肌肉发达的足球运动员的重心就相对上肢发达的体操运动员的重心低。

人体双足站立时，重力线落在由双足组成的支持面内，使人体处于平衡状态。要保持稳定，重力线必须在支持面内，同时，支持面越大，稳定性也越大。而良好地保持重心可以有效减轻脊柱的负荷，避免软组织的扭伤和劳损。



腰椎有几种基本运动方式？椎间盘在脊柱活动时是如何变化的？

腰椎因为骨性结构的原因，可以有较大幅度的前屈，一定幅度的后伸和侧弯，以及小幅度的旋转。而腰椎间盘一般起到承受压力，连接椎体的作用。因此在脊柱运动时，椎间盘的形态也会相应发生改变以保障整个运动的完成。

(1) 前屈运动：腰椎前屈时，上椎体前倾并向前轻度滑动，椎间盘受压前窄后宽，髓核向后移动。由于后侧椎间隙张开，腰椎上下关节突对合面减小，关节囊以及椎弓间韧带受最大程度牵张，以限制屈曲。

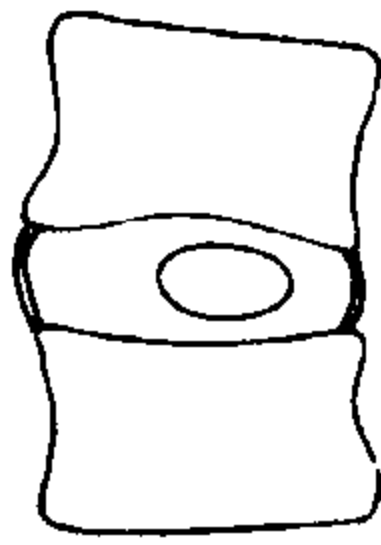
(2) 后伸运动：上椎体向后倾，按后伸方向移动，椎间盘受压后窄前宽，髓核向前移动。此时小关节突紧密对合，后侧棘突等骨性结构的阻挡和前纵韧带的紧张起到限制作用。

(3) 侧弯运动：椎体向侧弯方向倾斜，椎间盘受压一侧宽一侧窄，髓核向侧弯对侧方向轻度移位。此时两侧小关节相应上下移位，侧弯对侧关节囊以及横突间韧带等结构紧张起到限制作用。

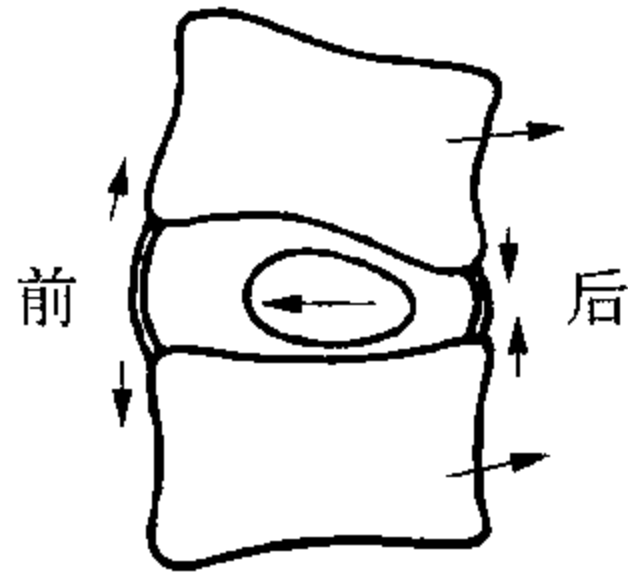
(4) 旋转运动：上腰椎在下腰椎上进行滑动。在纵轴旋转时，理论上椎间盘应该有一定的活动度，而实际上椎间盘并不运动，有学说认为髓核可能有轻度的滚动，但整体的位置不

发生改变。由于所受的剪力及腰椎关节突方向的关系,腰椎旋转运动范围甚小,左右纵轴旋转共 10 度,每一节段仅为 2 度。

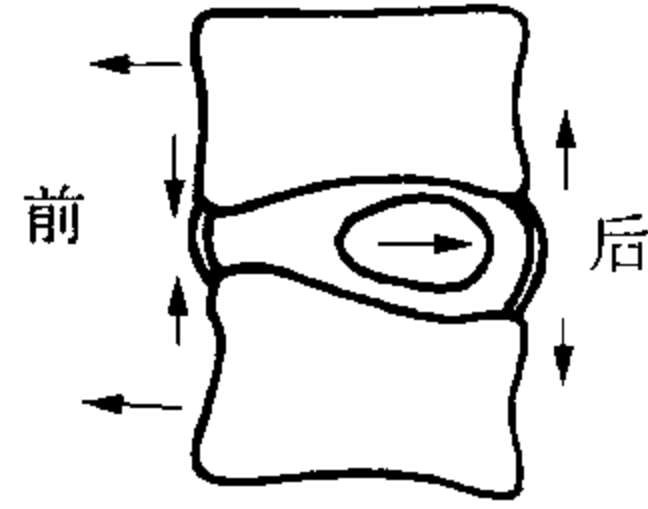
不难看出,腰部是躯干相对活动度和负荷量相对较大的部位,并且腰椎间盘的活动直接关系到整个脊柱的运动。因此一旦腰椎间盘发生病变,其正常生理功能受到影响,那么脊柱的运动,乃至整个人体的活动都将受到限制。



正常站立时
髓核位置



腰后伸时
椎间隙前宽后窄,
髓核前移



腰前屈时
椎间隙前窄后宽,
髓核后移

髓核随椎体的运动



脊柱活动时对椎管内结构有影响吗?

脊柱运动时,位于椎管内的脊髓和马尾神经当然也会相对运动。由于马尾神经没有韧带固定,所以处于游离状态。这使得腰椎处于极度屈曲的状态时,马尾神经也不会紧张。同时,硬脊膜也有一定的延展性,前壁一般能延长 5 毫米,后壁能延

长 11 毫米。所以在正常情况下,脊柱的运动不会影响到椎管内的结构。但是,当椎管周围结构发生病变,比如腰椎骨质增生或腰椎间盘突出时,由于椎管局部狭窄,在脊柱运动时,有可能造成椎管内马尾神经的卡压,造成一系列症状。



为什么随年龄增加身体高度会降低?

椎间盘在人 18 岁时,纤维环含水约 70% 而髓核含水约 80%,到 35 岁时则分别降到 65% 和 78%,随着年龄的增长纤维环和髓核的含水量进一步下降,进而造成椎间盘变扁,使脊柱的长度缩短,身高降低。



什么是腰椎间盘突出症?

腰椎间盘突出症简称腰突症,是指因腰椎间盘纤维环部分或全部破裂,髓核突出压迫腰骶神经、脊髓等而产生的证候群。以腰痛伴下肢放射性酸、麻、痛为常见症状,也可表现为单纯的腰痛或下肢症状。



腰椎间盘突出症与腰椎间盘突出是一回事吗？

这里要说明“腰椎间盘突出”与“腰椎间盘突出症”是两个不同的概念。前者是一个病理改变，而后者是一个疾病名称。一个人有腰椎间盘突出，并不等于是一个腰突症的患者，只有当相邻组织受到影响而出现一系列临床症状时，他才是腰突症患者。有人曾做过尸体解剖，在尸检中腰椎间盘突出或脱出的发生率占 10%~15%，而 40 岁以上的占 1/3 左右，这些人许多生前并没有症状，这可能是由于腰椎椎管比较大，或者是突出的髓核比较小，从而并没有影响到相邻的组织，也就没有任何临床的症状。

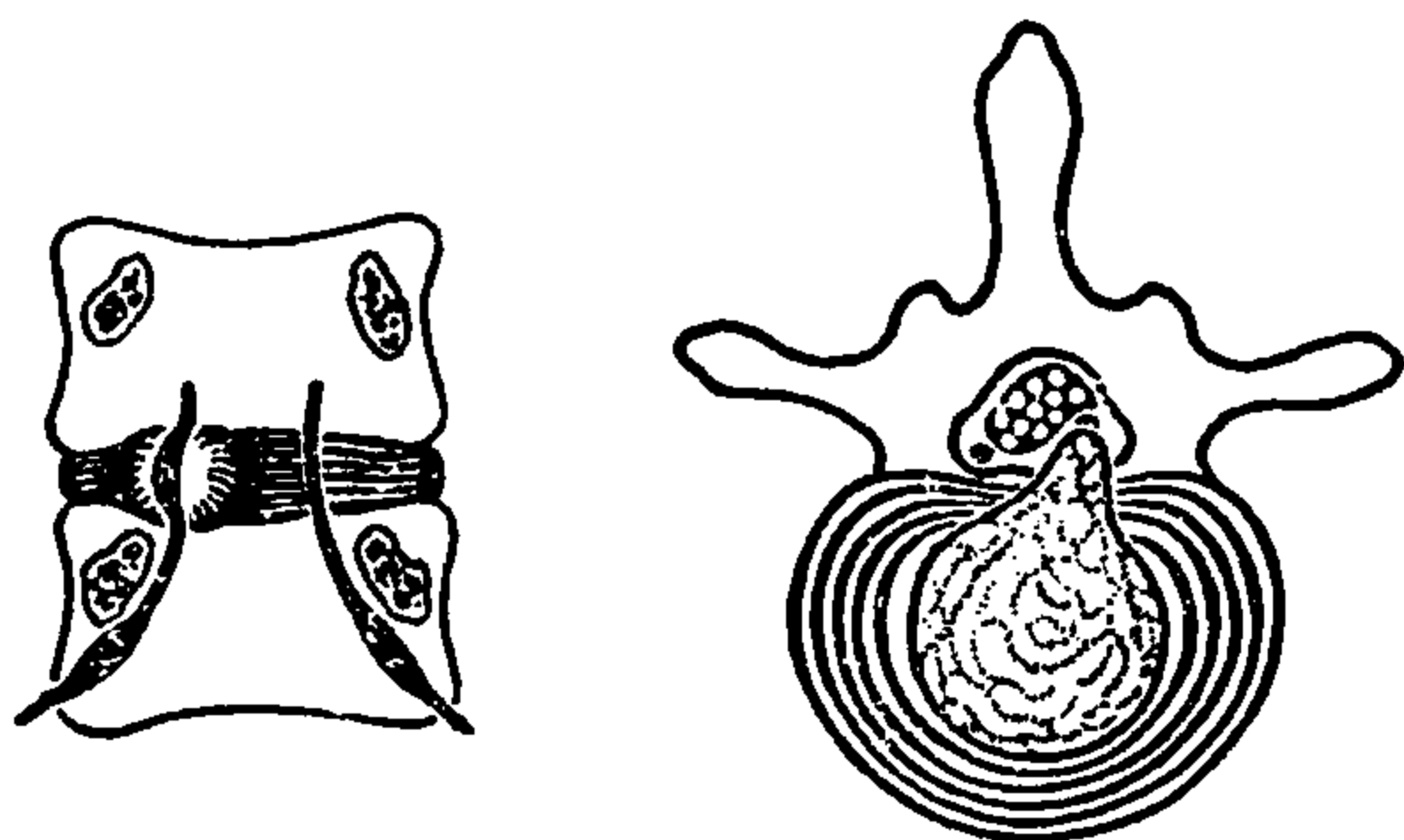


腰椎间盘突出症分哪些类型？

腰椎间盘突出症有四种病理类型：① 纤维环膨出；② 椎间盘突出：移位的髓核限于很少几层的纤维环内，切开纤维环自行突出；③ 椎间盘脱出：移位的髓核穿过纤维环而位于

后纵韧带之下；④ 椎间盘游离：突出的椎间盘髓核物质游离于椎管内，或硬膜内、椎间孔等处压迫神经根和马尾神经。

一般所称椎间盘突出实际指后突型，根据突出的部位分为以下三型：单侧型——临床最为多见，髓核突出和神经根受压只限于一侧；双侧型——髓核自后纵韧带两侧突出，两下肢皆有神经放射症状；中央型——椎间盘自后中部突出，压迫下行的马尾神经。



单侧突出的髓核压迫神经根



哪些人容易患腰突症？

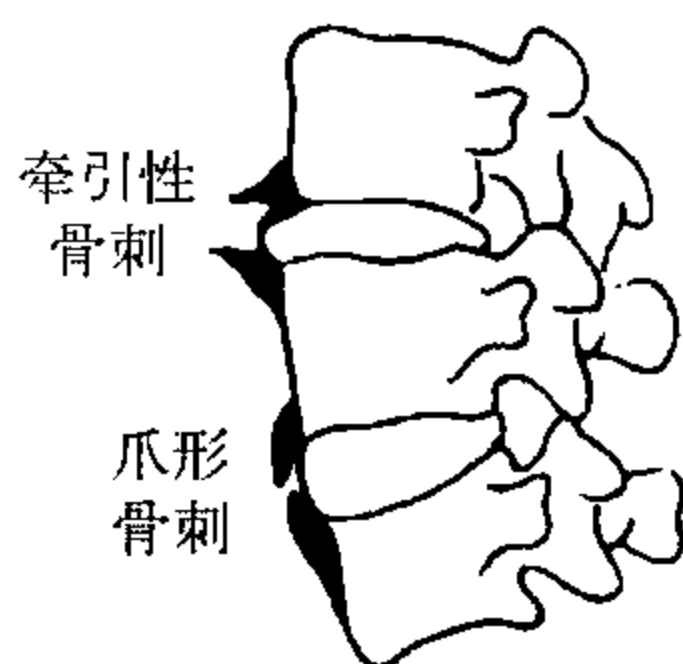
脊柱畸形或脊柱生理曲度改变的人易发生椎间盘退变；长期从事重体力劳动和腰部过度负荷的人，较易发生纤

纤维环破裂；急性损伤会使髓核进一步穿过纤维环而位于后纵韧带之下或游离到椎管中；长期处于震荡状态的人、腰椎穿刺的人、中年人、怀孕妇女、吸烟及糖尿病患者也易发腰突症。



腰椎骨质增生是怎么回事？

腰椎骨质增生俗称腰椎骨刺，是随年龄的增长，腰椎所发生的退行性改变，可发生于椎体和小关节，椎体边缘的唇形变或骨赘形成。



腰椎骨刺



腰椎骨质增生和腰突症是一回事吗？

腰突症与腰椎骨质增生从病因、发病机理、诊断标准、治疗原则等各方面都有明显区别，不是一回事。

腰突症是由于各种原因造成纤维环破裂，髓核突出压迫神经根，产生腰腿痛的症状。而腰椎骨质增生则是骨骼衰

老、退行性改变的表现。当椎体骨质增生,特别是椎体后缘的骨质增生向椎管内突出时,必然要占据椎管内的部分空间,从而造成神经压迫,产生腰腿疼痛症状。通过临床各种检查方法可以鉴别。



为什么腰椎容易发生骨质增生?

腰椎骨质增生和它的生理作用有着直接关系。腰椎的生理特点是:活动幅度大、承受压力大、受伤机会多。脊柱在活动时,牵涉到腰背部的许多肌肉随之一起运动,这些肌肉都有肌腱或筋膜与椎骨相连,从而对骨骼有牵拉作用。长期反复的牵拉是腰椎出现骨质增生的原因。脊柱是人体中持重最大的骨骼,长期承受过大的压力促使骨骼出现退行性改变,而骨骼退行性改变的结果之一就是出现骨质增生。



X线平片所示的腰椎骨质增生



什么是“骨桥”？它与骨质增生是什么关系？

“骨桥”是骨质增生的一种特殊形式，是骨质增生发展到比较严重程度的表现。“骨桥”顾名思义是由骨骼搭成的桥。在邻近的骨骼出现骨质增生后，增生的骨质越来越大，最后联结成一体，就形成了“骨桥”。

“骨桥”与骨刺一样都可以刺激局部的组织，使其产生无菌性炎症，出现疼痛不适。骨桥将相邻的骨骼固定，使其不能活动或活动后出现疼痛、躯体僵直等。



X线平片所示的骨桥



腰突症不及时治疗会是什么后果呢？

腰突症时间一长，就将发生如下病理变化：

(1) 突出组织脱水萎缩：髓核组织及纤维环在突出后，会失去大量的水分而逐渐萎缩变小。从这个角度看，对于减轻症状是有利的。

(2) 纤维化甚至钙化：长时间的突出，突出组织会产生炎症反应，逐渐形成纤维化甚至钙化。这种病理改变可以延及腰椎间盘内部，钙化完全时，突出物可以变成骨性结节。

(3) 椎间隙变窄：当刚刚发生腰椎间盘突出时，该节段的椎间隙并不变窄。但是随着时间的延长，纤维环继续变性，使椎间盘组织变扁，最终使椎间隙也变窄了。



腰痛伴下肢症状必须马上去医院吗？

这里所说的下肢症状是指下肢感觉、运动功能障碍，包括下肢酸痛、麻木、无力，多数是单侧的，也有双下肢都有神经症状的。这些症状往往是腰椎椎管内占位性病变的首发信号，这表明患者腰椎椎管内的神经根或脊髓受到压迫，并且神经根可能有一定程度的变性，预后不良。坐骨神经痛、腰突症、腰椎椎管内肿瘤、腰椎滑脱症等都会引起这些症状。所以有这些症状的患者须提高警惕，尽早去医院明确

诊断,以便得到及时正确的治疗,制定长期的预防保健计划。



如何获得腰突症的知识?

- (1) 门诊、住院期间医护人员的传授;
- (2) 腰突症书刊、报纸、宣传资料;
- (3) 医疗机构组织的专门腰突症教育课程和活动;
- (4) 亲戚、朋友、患者之间的交流;

大部分患者容易忽视的是腰突症健康宣教书刊的翻阅,而这些书刊往往能帮助患者全面地了解腰突症的基本知识。

致病因素与 发病原理



腰突症的病因是什么？

主要是由于腰椎间盘本身退行性变,再加上某种外因,如外伤、慢性劳损,以及寒湿侵袭等因素综合作用的结果,使腰椎间盘纤维环发生破裂,以致髓核突出,压迫神经根、脊髓等而产生相应的症状。



腰椎间盘是如何退变的？

腰椎间盘组织承受人体躯干及上肢的重量,在日常的生活及劳动中,劳损较其他的组织为重,又因其仅有少量血液供应,营养极为有限,从而极易退变。椎间盘在最初形成时几乎全部为髓核占据,其外周仅有薄层纤维环包围。随着年龄的增长,髓核脱水而逐渐缩小至中心部,周围纤维环亦增厚。髓核中的变化较纤维环中的更明显,由于胶样髓核的蛋白多糖下降,胶原纤维增加,髓核与纤维环中出现不同宽度的过渡区,使髓核不能将压缩力转化为纤维环的切线应力,导致纤维环受力不均匀,而容易破裂。



腰椎间盘的病理变化是怎样的？

纤维环和髓核组织含水 70%~80%，这些组织突出后因为逐渐失去水分和缺乏营养而皱缩。皱缩后的椎间盘组织可仅有其原体积的 1/4，突出组织尚可被肉芽组织吞噬，突出组织的萎缩变小，在突出组织的表面，有血管包绕侵入，产生炎症反应，最终导致突出组织的纤维化及钙化。纤维化及钙化可延伸至纤维环甚至椎间盘内部，可使突出物缩小。



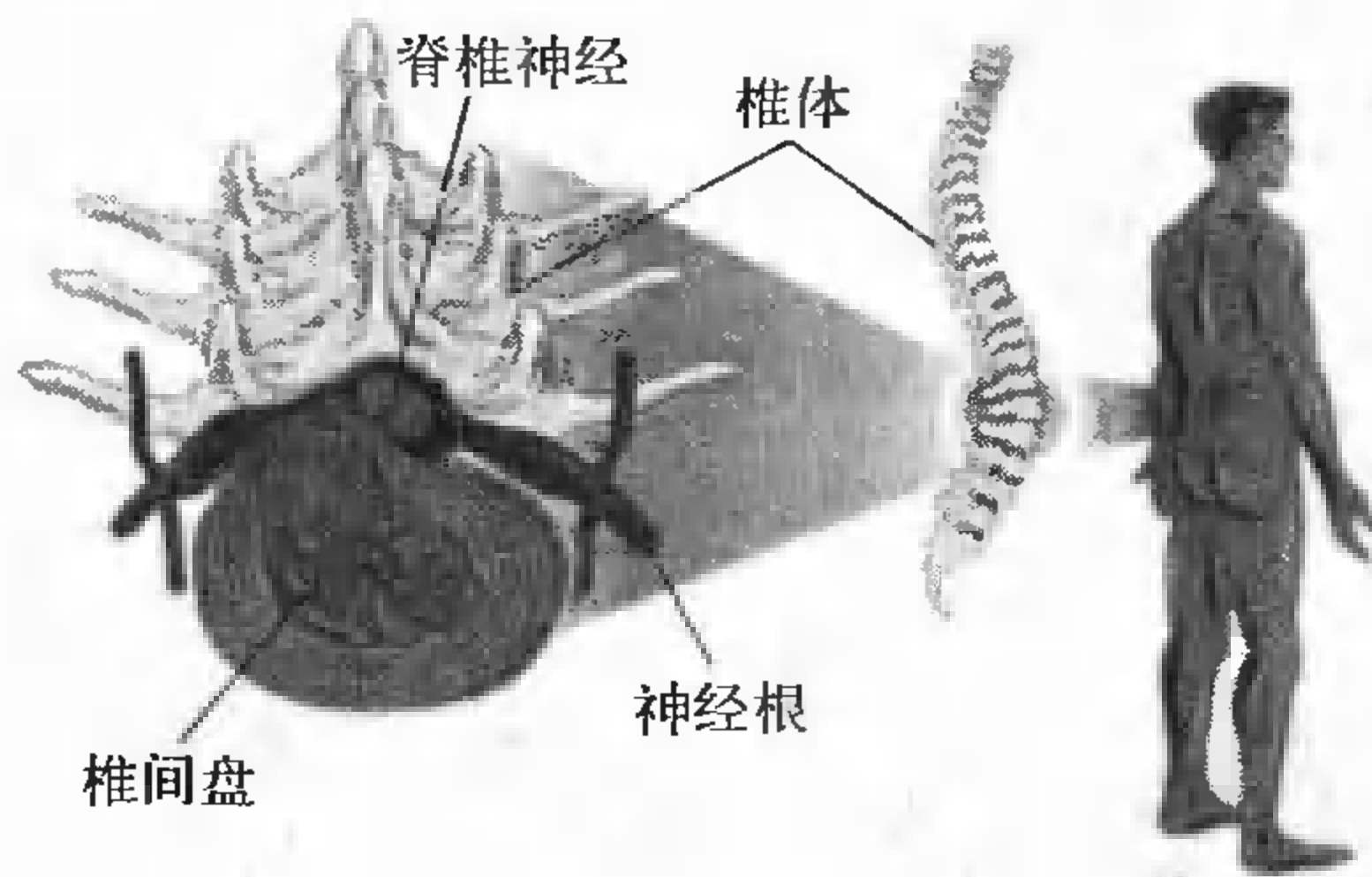
腰椎间盘突出与相邻结构的关系如何？

突出椎间盘除直接突入椎体，和突出到前纵韧带下以外，其余主要向外后侧及后方突入椎管，侵及后纵韧带、硬膜前层、神经根及马尾神经，产生一系列腰腿痛症状及相应体征。

当侵及纤维环表层及后纵韧带，后纵韧带及纤维环表层窦椎神经受到刺激，可出现腰骶部及臀部疼痛。

当侵及硬膜囊及马尾神经,可引起反应性腰痛,如突出物较大侵及马尾神经时,则会产生相应区域的感觉障碍以及运动功能丧失。

当侵及硬膜静脉丛及脂肪,硬膜外脂肪因受压而减少或消失,或因缺血、缺氧及渗出物刺激而产生炎症反应,有时可造成神经根周围水肿或粘连,目前认为无菌性炎症是椎间盘突出症产生疼痛的主要原因。



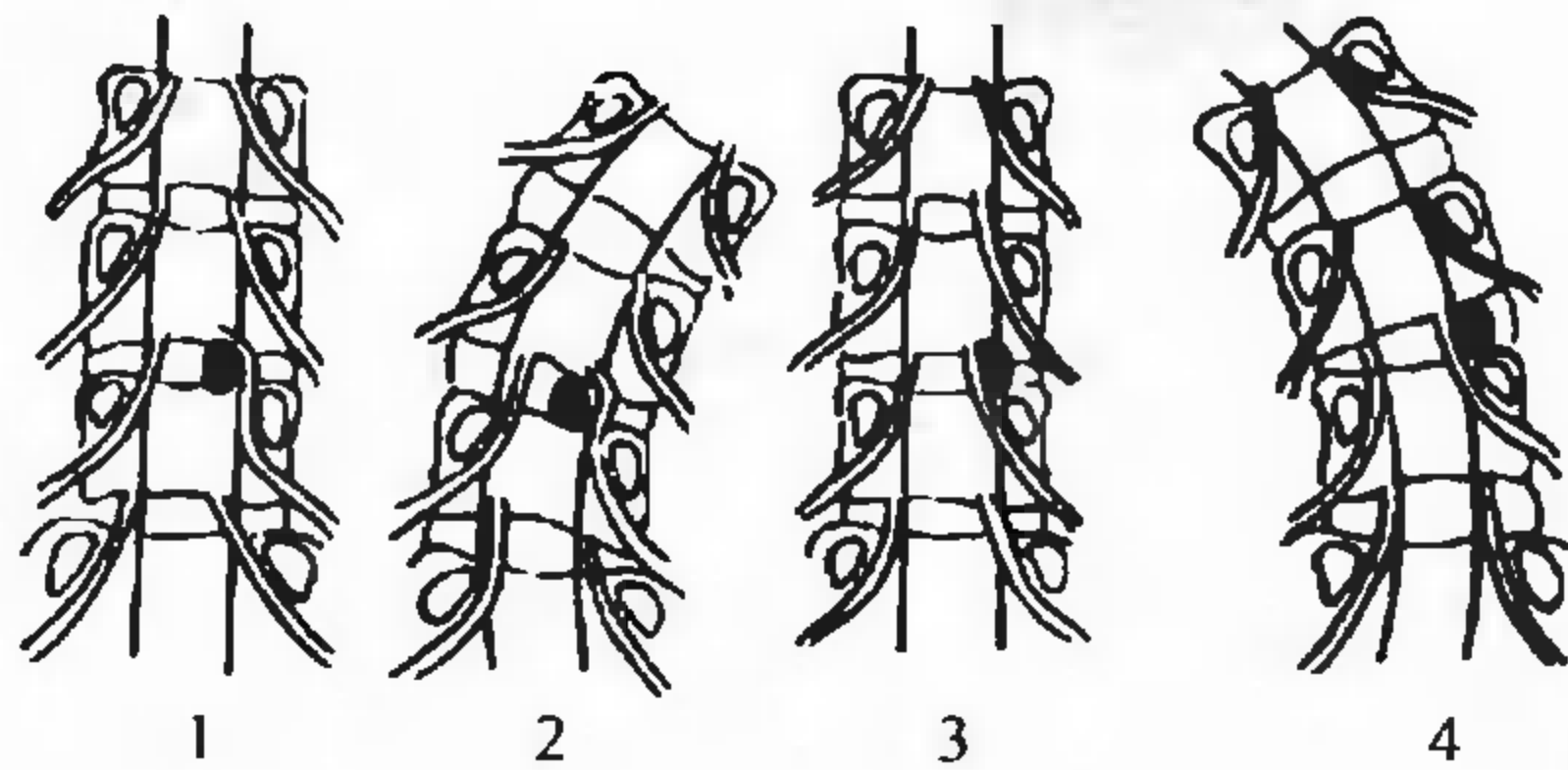
椎间盘与周围结构关系



腰椎间盘突出后脊柱有何改变?

腰椎间盘突出后,主要的保护性代偿改变表现为腰椎

生理前突变平甚至后突。生理弧度的前突改变一般与突出的类型有关。由于腰椎间盘突出就不再还纳,此时脊柱弧度变平甚至后突可增宽椎间隙,从而使得后纵韧带及表层纤维环紧张,黄韧带拉紧,这样可以一定程度增加椎管局部的容积,减少对神经根的压迫。侧突的机制就更为复杂一些,不同节段、不同突出位置、不同病理时期等因素会导致侧弯的方向不同。但大致上来说,当突出物在神经根前外侧时,脊柱向患侧侧弯;当突出物在神经根前内侧时,脊柱向健侧侧弯;当突出物在神经根前方时,侧弯方向可随二者的位置交替而不断改变。这一规律主要适用于腰4~5椎间盘突出时,腰5骶1椎间盘突出时,侧弯较轻,只有1/3符合此规律。



1. 腰椎间盘突出在神经根内侧
2. 神经根所受压力可因脊柱侧弯突向健侧而缓解
3. 腰椎间盘突出在神经根外侧
4. 神经根所受压力可因脊柱侧弯突向患侧而缓解

突出物与脊柱侧弯的关系



腰椎间盘突出后神经根有何改变?

突出的椎间盘压迫刺激了相邻的神经根,刺激神经根较细的向心性纤维,产生疼痛;压迫还会使神经根缺血、缺氧而充血水肿,对疼痛更加敏感;持续性压迫则可使神经根萎缩,导致其支配区感觉运动丧失,除非及时减压,否则将使损害成为不可逆。如果一根神经受损,可由相邻神经代偿,而两根以上受损时,则会出现难以代偿的感觉、运动丧失。



神经根受压后会出现哪些躯体症状?

基于神经根的发出点、行径以及与椎间盘的比邻关系,椎间盘突出时一般压迫的是将要发出的神经纤维或马尾神经。而腰4~5和腰5骶1椎间盘突出为偏中心或中央型时,可影响再下一根或更多的马尾神经。因而常见的神经功能障碍在腰5神经根为小腿前外侧及足背痛觉减退,踇及趾背伸力减弱;在骶1神经根则为足背

外侧及小腿后外侧痛觉减退,跗跖屈力减弱,跟腱反射减弱或消失。如涉及更多的骶神经,则会产生马鞍区麻木及因直肠、膀胱括约肌功能障碍而导致的二便障碍、阳痿等症状。这种情况必须及早行椎板减压才有可能恢复。



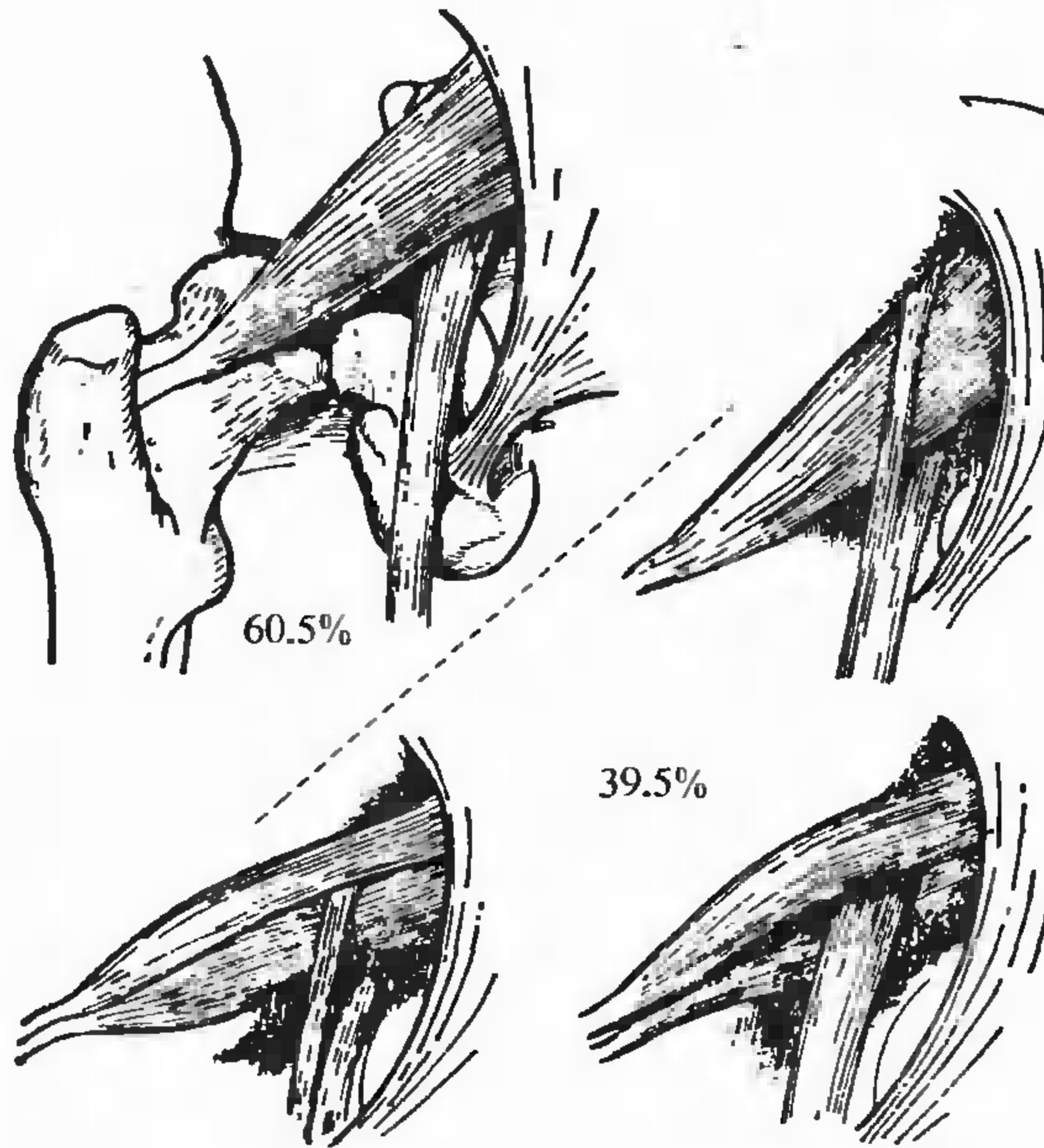
突出的腰椎间盘突出可以复位与回纳吗?

根据目前影像学检查,保守治疗后突出的椎间盘不能复位或回纳,只有通过手术才能摘除髓核,任何保守治疗只能通过改善受压神经根局部血液循环、消除无菌性炎症、抑制疼痛介质等方式来改善症状。



人们常说的坐骨神经痛是怎么回事?

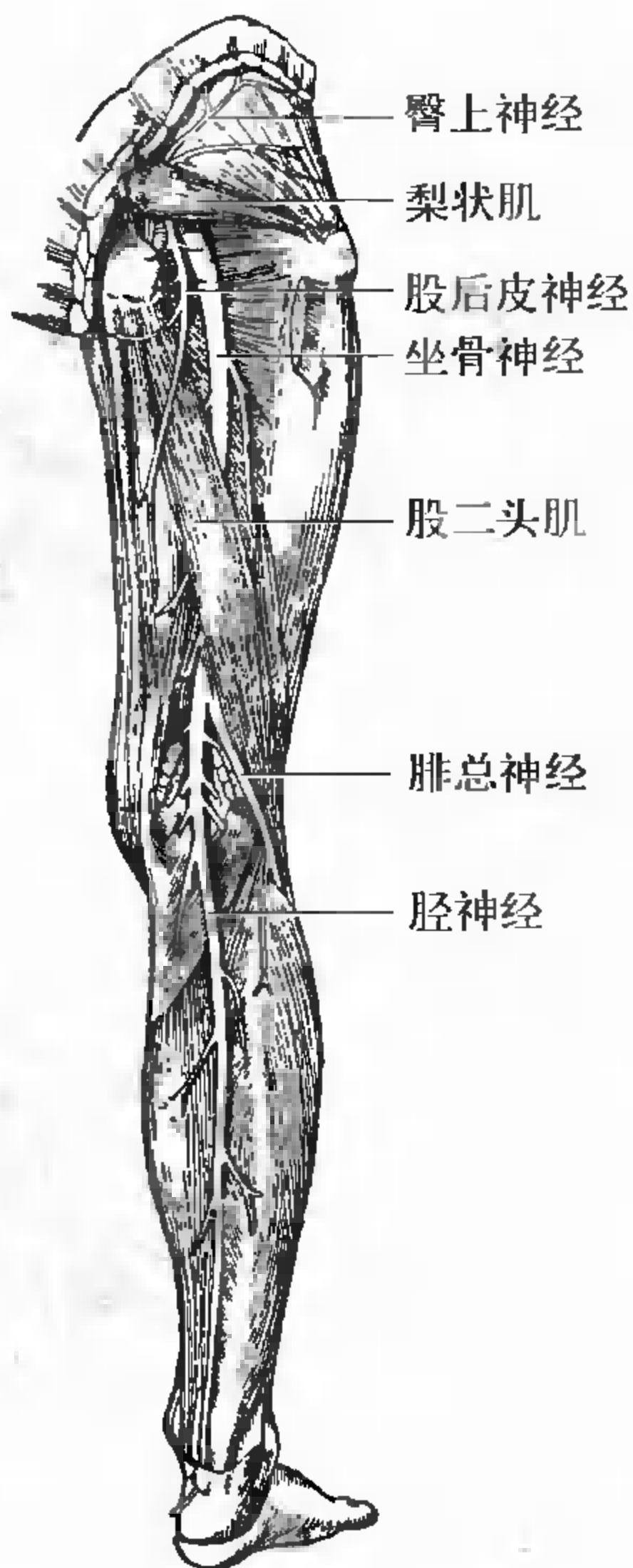
坐骨神经痛是一种通俗而广泛的说法。其中提到的坐骨神经是下肢乃至全身最粗的神经。它主要有来自腰4、腰5和骶1~3神经根发出的神经纤维构成。经梨状肌下孔出骨



坐骨神经与梨状肌的关系

盆到臀部,从臀大肌深面向下沿大腿后侧行至腘窝上方,途中发出肌支支配臀部及大腿后侧的屈肌;在腘窝上方,坐骨神经分为胫神经和腓总神经继续下行,支配小腿及足的全部肌肉,以及除小腿前内侧以外的皮肤感觉。坐骨神经由多个神经根构成,行走距离长,支配范围广,所以就有很多原因会导致坐骨神经受压疼痛,而疼痛的表现形式和部位也会

有很多不同。最常见的压迫隐患存在于坐骨神经发出和穿过梨状肌下孔的时候。发出时的隐患主要来自对构成坐骨神经的各神经根的压迫，腰突症、椎间关节退变、骨质增生等都有可能压迫神经根，导致局部疼痛和该节段神经根所发纤维支配区域的皮肤感觉及运动异常。穿过梨状肌下孔时，坐骨神经在不同人身上会有几种不同的方式，但归根结底都会与梨状肌相邻。梨状肌收缩压迫影响而产生疼痛症状的病症被称为梨状肌综合征，可通过局部的体格检查与神经根受压的坐骨神经痛相鉴别。



坐骨神经行走示意



什么叫椎间关节退变？

椎间关节的退变一般是指椎间盘突出、退变，或是椎体小

关节软骨增生所导致的椎间关节退行性病变。

椎间盘突出或退变后会造造成椎间隙变窄,使椎间关节所受应力改变。一方面椎间盘纤维环松弛,使椎体间有较大的滑动度,导致上下关节突之间压力及摩擦力增加;另一方面因椎体下沉,上下关节面的对合面加大,导致由上下关节突参与围成的椎间孔变小,神经根管狭窄,压迫神经根产生类似椎间盘突出的症状。当这种病变发生在腰5骶1椎间盘时,由于关节突成额状排列并向后倾斜,可使腰5椎体沿斜面向后滑,产生退变性椎体后滑脱。

当小关节软骨面因损伤退变时,会产生关节缘的增生。大的骨赘可与下一椎骨的椎板形成假关节,干扰椎骨间的正常活动。上关节突的增生还可使椎间孔进一步狭窄,增加神经根受压机会。



什么叫椎管狭窄?

椎管狭窄主要是指在椎管发育性狭小的基础上并发骨质增生,以致椎管容量进一步狭小的病症。可分为原发性(发育性)、继发性(获得性)和混合性。由于腰突症也是因为

椎间盘突入椎管后造成椎管容积减小而引发症状,各种原因引起的黄韧带肥厚、脊柱后突以及小关节增生也都能导致椎管进一步狭窄,故均属于继发性椎管狭窄症。因此从广义上说腰突症是椎管狭窄的病因之一。反之,发育性狭小的椎管又可以促成、加重腰突症的发生。两者互为因果,交替复杂。症状上,继发性中心型椎管狭窄的症状常与中央型椎间盘突出症有相似之处,而周围型则与后外侧型椎间盘突出症相并存。腰突症的症状本书已有详尽表述,这里主要讲讲椎管狭窄症不同于腰突症的地方。



中心型椎管狭窄的特征是什么?

中心型椎管狭窄患者常无明显体征,症状和体征之间的差异也是该症特点之一。有的患者会出现类似腰突症的脊柱生理弧度变平或侧凸,但一般较轻。直腿抬高试验阳性者较少。由于狭窄累及的神经根与腰突症一样,所以感觉障碍区域与腰突症相同,但一般较轻。跟腱反射减弱或消失是椎管狭窄有价值的体征,较为多见。椎管狭窄患者伸腰时或活动后检查,体征可能较明显。



周围型椎管狭窄的特征是什么？

周围型椎管狭窄又称侧隐窝狭窄。侧隐窝在椎管侧部，其构成前为椎体及椎间盘后面，后为上关节突、椎间关节囊及黄韧带，外为椎弓根，内为硬膜囊，向下外即为椎间孔内口。内含神经根袖及神经根，故亦称为神经根管。此管狭窄可嵌压其中的神经根产生颇似腰突症的坐骨神经痛症状，主要依靠年龄来鉴别。有人认为在40岁以下腰突症可能性大，40~50岁间腰突症与侧隐窝狭窄参半，50岁以上则侧隐窝狭窄较多。症状上，增生性狭窄不一定产生跛行性疼痛，活动在某一特定姿势时疼痛加重。该症病程长，近期加重。检查中虽有坐骨神经痛，但直腿抬高受限轻，多发狭窄时，可有多个神经根受累。

虽然这里对椎管狭窄的鉴别症状作了较详细的阐述，但由于腰突症与之在症状和体征上有类似之处，所以一旦有了相关症状还是应该及时就医，由医生鉴别腰突症与椎管狭窄，避免盲目猜测造成不必要的心理负担或是耽误疾病的诊治。



椎间盘病变对周围组织有何影响？

因椎间盘变性，椎体间高度变低，椎间盘向四周膨出，并出现异常活动，周围组织出现各种病变。

(1) 椎体可出现增生和骨赘，也就是人们通常所说的“骨刺”，一般有以下几种类型：

牵引骨刺：前后纵韧带通过纤维伸入椎体深层组织，当椎间盘病变后椎体间出现侧方移动，前后纵韧带纤维牵拉骨皮质而产生骨刺，其特点是向水平方向，高达2~3毫米层状突起即属此类。

骨膜下骨化：当病变椎间盘向四周膨出，前后纵韧带也向四周膨出拉紧，牵拉骨膜脱离椎体，骨膜下水肿，骨化形成，特点是骨赘呈弧形向上或向下，在椎体皮质骨表面，有的可形成骨桥。

纤维环变性成骨：在纤维环和软骨板交界处，纤维环纤维变性成纤维骨，以后再骨化，此骨赘不在骨膜下，而在骨上。

纤维环微血管侵入而骨化：椎间盘的微小病变，肉芽组织侵入，而后骨化，在纤维环中部形成骨结节。

(2) 对后关节的影响：后关节的损害与椎间盘病变

相互影响,同其他骨性关节炎一样,先是关节表面出现微小裂隙,逐渐加深加宽,关节面不平滑,呈颗粒样外观,小块关节软骨剥落可形成游离体,到后期关节面软骨剥脱,软骨下骨裸露,骨面变得致密,硬化。

(3) 对韧带的影响:由于椎间盘病变使椎体间出现异常活动特别是椎间盘变窄,椎体前屈,后部受到异常张力,或超重的扭力使这些韧带产生撕裂扭伤。黄韧带会因为椎体间距离缩短而收缩变厚,也会因为长期的扭力损害而增生增厚,从而影响椎管容积。

(4) 椎间盘病变对椎管容量的影响:椎间盘病变、椎间隙狭窄、纤维环松弛、椎体间异常运动、黄韧带增厚,以及纤维环膨出均可以影响椎管容量。站立时脊柱伸展,椎间隙前宽后窄,椎间盘膨出更大,黄韧带缩短增厚,前后均压向椎管,使椎管更小。若此时腰椎有异常活动,伸展屈曲时椎管容量相差将更大,可造成间歇性跛行。因而多节段椎间盘病变易产生椎管狭窄。



腰突症与年龄有关系吗?

腰突症和年龄是有一定关系的。因为椎间盘退变是腰

突症的一个重要因素。腰突症的发病率在中年最高,据国内统计20~40岁的人占腰突症患者的64.46%,40岁以上占34.92%;国外有统计腰突症患者平均年龄为40.8岁。



腰突症是老年人特有的疾病吗?

腰突症并不是老年人特有的疾病,腰突症的发病率在中年最高。由于老年人的髓核进一步脱水,发生腰突症的发病率呈逐渐下降趋势。而单纯腰突症患者的症状也会随年龄增长而缓解。



为什么中学生也患腰突症?

与中老年人所患的在椎间盘退变基础上产生的腰突症不同,儿童和青少年腰突症多有明显外伤史。腰部扭伤、肌肉猛烈收缩等强大外力可导致椎间盘损伤,从而导致腰突症。



腰突症与运动有关系吗？

腰突症与腰部过度负荷及急性损伤有密切关系。举重运动常因过度负荷造成椎间盘早期退变，极易使纤维环破裂。即使是在保龄球、高尔夫这些不那么剧烈的运动中，参与者也会因姿势不当而导致腰部扭伤，从而引发腰突症。



腰突症与工作性质有关系吗？

因腰突症的发生与腰椎退变有密切关系，长期从事弯腰工作或坐位工作的人椎间盘内压力明显增加，引起椎间盘退变，并在早期使纤维环破裂。比如驾驶、文书、电脑等职业的从业者，均因长期的体位关系而成为腰突症的易发人群。



腰突症的诱发因素有哪些？

构成椎间盘突出基本因素是椎间盘退变，但导致椎间盘突出症的诱发因素尚未有明确定论，目前研究表明，可能与以下因素有关：脊柱畸形或脊柱生理曲度改变、腰椎过度负荷、腰椎穿刺、腰部急性损伤、感受寒湿之邪、长期震动、年龄、身高、种族、遗传因素、妊娠、吸烟、糖尿病等。



腰突症与寒冷有关系吗？

从临床发病来看有一部分腰突症患者的发病与受寒有关。有学者认为感受寒湿之所以能引起腰突症，是因为风寒湿可使小血管收缩、肌肉痉挛，二者都可能影响局部的血循环，进而影响椎间盘的营养。肌肉的紧张或痉挛会增加对椎间盘的压力，故对已有变性的椎间盘，无疑可以造成更进一步的损害，甚至导致髓核的突出。



腰突症与姿势有关系吗？

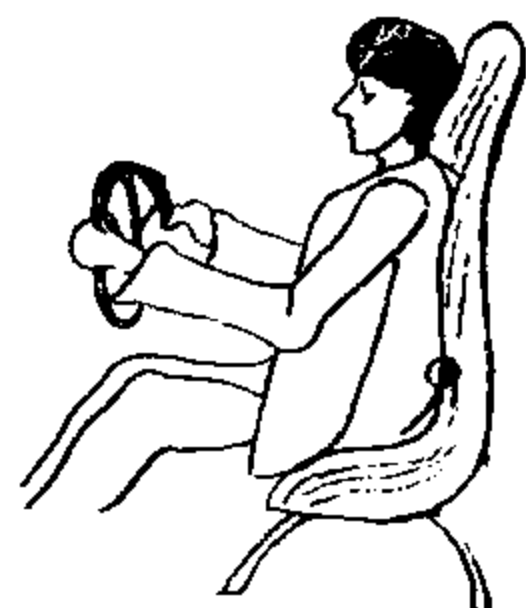
目前研究表明腰突症与腰部的姿势有密切关系，椎间盘内压增加可能是引起腰突症的重要原因。人体在不同姿势下椎间盘内压也会随之改变，人体前倾坐位时的椎间盘内压是平卧时的 21 倍，腰椎间盘突出可能性大大增加，所以临床发现司机等长期坐位工作的人员易发腰突症。



驾驶员为什么好发腰突症？

临床发现驾驶员腰突症的发病率明显偏高，这与驾驶员的工作姿势有密切关系。因为椎间盘内压的增加是造成椎

间盘突出的原因之一,驾驶员平时工作时的姿势是前倾坐位,这时椎间盘内压是平卧时的 21 倍,椎间盘过高的内压易造成纤维环破裂,形成腰椎间盘突出,这就是驾驶员好发腰突症的原因。



驾驶员的正确坐姿



腰突症与身高、种族、遗传有关系吗?

超过正常平均身高者腰突症发病率也增加,也就是身高越高,发病机会越大。印第安人、爱斯基摩人和非洲黑人发病率较其他民族的发病率低。目前研究表明腰突症与遗传有一定的关系,有阳性家族史的患者中,21 岁以前发生腰椎间盘突出相对危险性,估计高出正常人大约 5 倍。



妊娠次数与腰突症有关吗?

国外学者研究发现,妊娠的次数越多则腰突症发病率越

高。由于妊娠期间整个韧带处于松弛状态,后纵韧带退变使椎间盘易膨出,故而易发腰突症。



吸烟者是否易发腰突症?

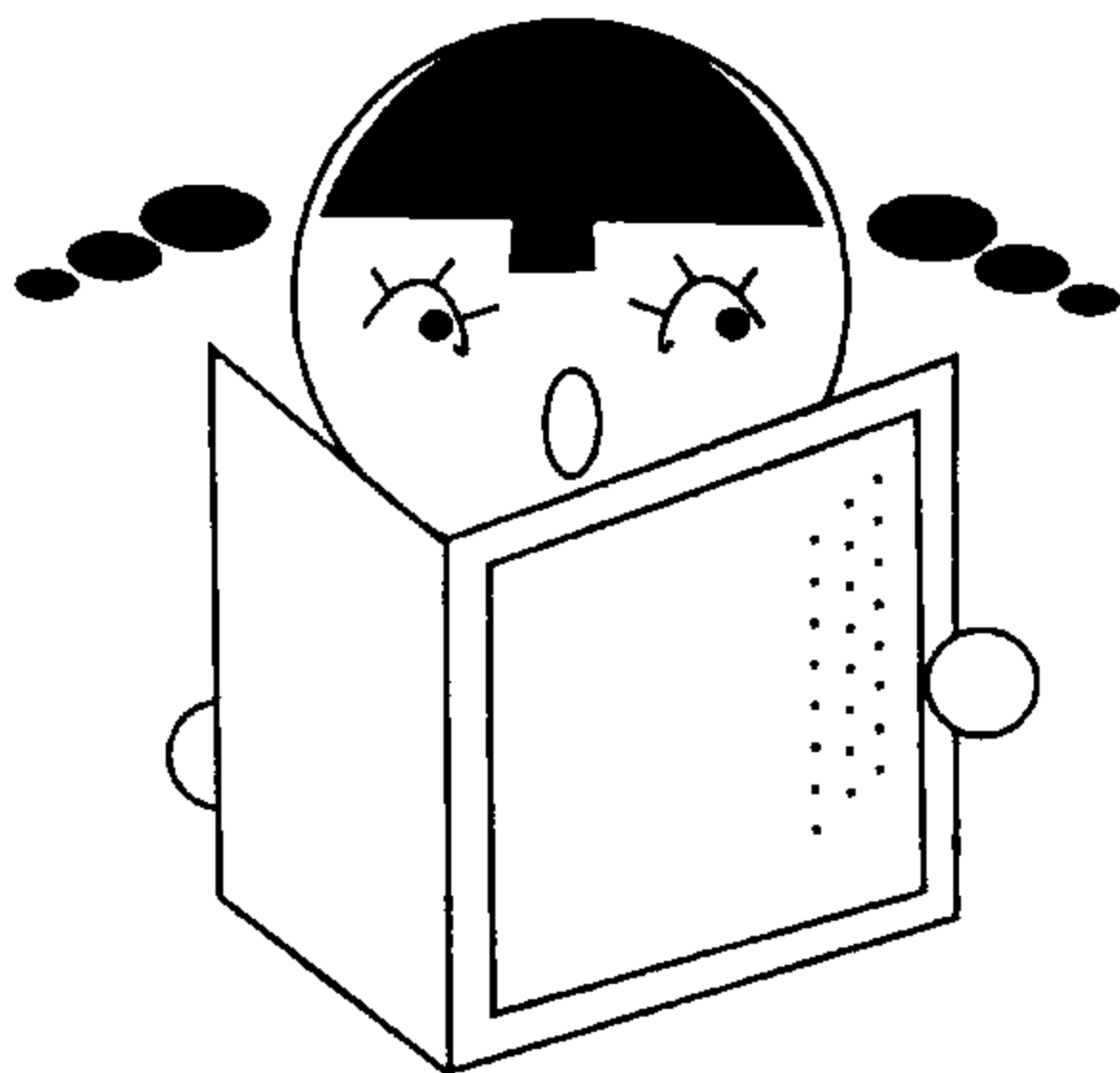
吸烟者较非吸烟者更易发腰突症。椎间盘的营养依靠周围血管提供,吸烟对血液流变学,即血黏度有影响,从而减少了椎间盘的血供,加速了椎间盘的退变,造成椎间盘突出,所以吸烟者易发腰突症。





“办公室一族”为什么容易得腰突症？

人的身体有四个生理弯曲，颈椎前突、胸椎后突、腰椎前突、骶椎后突，这样的弯曲主要是缓冲身体的重力和弹跳后的压力。原本腰椎是向前突，可是由于坐姿不正确，老是驼背，结果使腰部肌肉、椎间盘与韧带组织长期受到牵拉状态，造成慢性损伤。而办公室工作人员最容易“坐不正，站不直”，由于坐着工作的时间长，不可能时刻保持腰部的挺直，造成腰椎间盘弹性减低，结构松弛，容易导致腰突症。一些人下班回家后就躺在沙发上或床上看书，腰部长期后突没有支撑，极其容易患病。



临 床 表 现



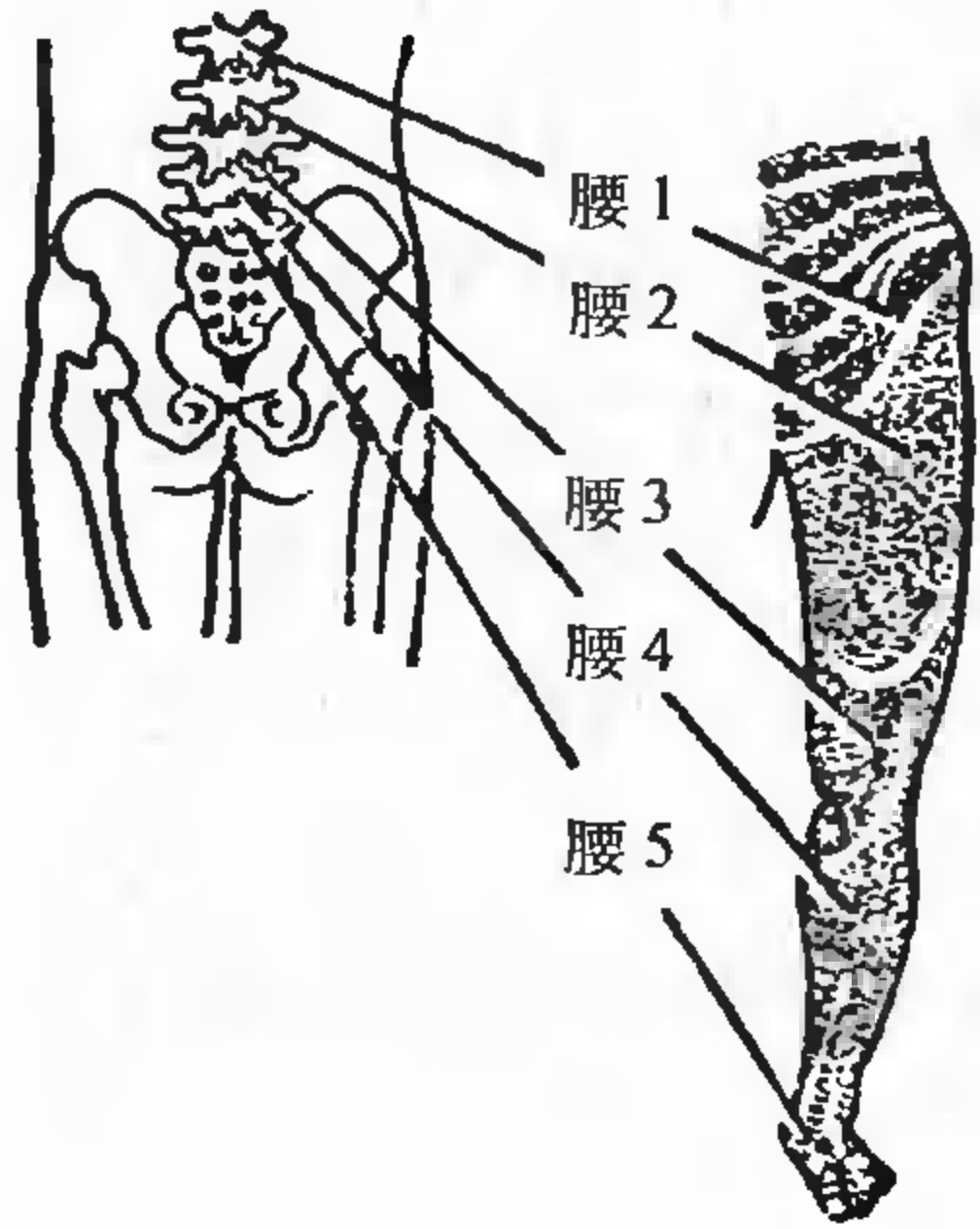
腰突症有哪些主要临床表现?

腰突症的主要症状为腰部疼痛及下肢放射性疼痛,影响行走,久坐久行后加重,严重者可有马鞍区麻木及二便功能障碍。疼痛是困扰腰突症患者的主要症状之一。

下肢放射性疼痛出现的时间各有不同,有的在腰损伤后的同时出现;也有当时只感腰痛,一两天后才感到下肢有放射性疼痛;也可数周数月后,才出现坐骨神经痛。下肢痛常伴有大腿、小腿及足部感觉异常。腰痛、下肢窜痛可同时存在,也可单独发生。腰痛多在下腰部、腰骶部或局限于一侧。疼痛和肌肉痉挛又会影响腰部伸屈活动。

根据资料统计,先腰痛而后腿痛者最多,占53.3%;先腿痛后腰痛者为20.8%;同时发生者占8.3%;只有腿痛者为15%;只有腰痛者为2.5%。

下腰痛来源于腰部受伤的组织,下肢窜痛是因神经根受



腰痛可引起下肢牵涉性痛

压所致,严重者影响生活和工作,但多经过充分卧床休息后能够缓解。以后又因劳累、扭腰、着凉等因素而复发。如此反复发作,时轻时重,可延续多年而不愈,但也有的经休息和治疗后,多年内不再复发。

放射性疼痛多因站立、用力、咳嗽、喷嚏或运动而加剧,休息后可减轻;但个别在站立、行走时疼痛减轻,也有夜间休息时症状加重,但经过充分休息后疼痛多能减轻;病程较久或神经根受压较重者,常有下肢麻木感觉,麻木区与受累神经根的分布区域是一致的,限于小腿的外侧或足部。中央型突出可发生马鞍区麻木;有的患者感到下肢发凉,从无温暖的感觉,客观检查患肢温度较健侧为低;有的足背动脉搏动减弱,此为交感神经受刺激所致。

坐骨神经痛的表现:疼痛沿下肢坐骨神经或某个神经根的分布区向下放射,一般由臀部开始向下肢放射至大腿后外侧、小腿的外侧至跟部或足背,疼痛区域较固定,患者多能指出其具体的部位。



什么是疼痛?

疼痛是由损伤或破坏组织的刺激所引起的感觉体验。

是患者的一种常见自觉症状,在临床中十分常见,可出现在局部或全身,也是人体对损伤所发出的一种自我保护信号。任何对人体的伤害性刺激都会引起疼痛。疼痛包括“痛觉”和“痛反应”两种成分。痛觉:是机体受到损伤后出现的一种疼痛性感觉。这种感觉是患者的主观感觉,是一种不愉快的感觉,常伴随着痛苦、不安、焦躁等情绪色彩。痛觉提醒人们机体的某部位受到了损伤,从而让人们能及时地采取预防和治疗措施。痛反应:是机体对疼痛刺激所产生的一系列生理、生化、行为和心理反应。可表现为血压升高、呼吸急促、心率加快、汗腺分泌增多或肌肉收缩等,甚至出现休克、心跳骤停,还可出现生物物质的改变和免疫功能的下降等。痛反应还包括行为和心理反应,如易怒、烦躁、逃跑、躲避等。因此可从人体因病刺激而发生的生理生化反应来判断疼痛的轻重程度。痛反应又与人们的痛阈值有关。



疼痛发生的神经机制是什么?

目前对产生疼痛的神经机制有不同的看法。特异学说认为,神经系统对伤害性刺激具有特异的感受器,通过特异的神经传导通路,传送到特异的中枢细胞,并由中枢细胞传

出相应的反应。有学者认为,任何神经末梢过度活动均可引起痛觉,是由外周的伤害性刺激而产生的一种神经冲动,传入中枢后被确认为疼痛感觉,而没有特异的痛感觉神经系列。闸门控制学说在吸收以上两种学说的精华后认为外周所接受伤害性刺激的信息,在传入并诱发痛觉和痛反应之前,已受调制,然后再传入中枢,通过中枢输出痛觉和痛反应信号。闸门控制学说认为疼痛是由闸门控制系统、中枢控制系统和作用系统之间的相互作用产生的。腰突症的机械压迫致神经根变性,产生一系列的神经组织反应,而产生神经损伤及疼痛。



疼痛发生的生化机制是什么?

疼痛发生的生化机制是一种十分复杂的机制。一般认为,当伤害性刺激作用于人体时,使细胞释放出某些致痛性化学物质,又称为内源性致痛物质,如5-羟色胺、组胺、乙酰胆碱、去甲肾上腺素、钾离子、钙离子、氢离子、缓激肽和前列腺素等,这些物质达到一定浓度时,刺激神经感受器而发生痛觉和痛反应。腰突症髓核脱出释放的髓核液对神经根具有强烈的刺激,这种异性神经对疼痛异常敏感。除以上致痛

性物质增多可造成疼痛外,某些物质的降低也可引起疼痛,如内啡肽是人体中十分重要的镇痛物质,当其含量降低时,使人体镇痛功能降低也会发生疼痛。



疼痛的心理机制是什么?

由于疼痛除含有感觉的成分外,还有心理和情绪的成分。心理因素和情绪始终反应到疼痛全过程的各个环节上,因此说疼痛感觉受到心理因素的调控。心理因素可影响疼痛的传递、反应和镇痛效果,可增强痛感或降低痛感,心理性疼痛还可以影响到疼痛的发生与否。



中医对疼痛是如何分类的?

中医学认为,疼痛的性质主要与其致病因素密切相关。其致痛因素不外六淫(风、寒、暑、湿、燥、火)、七情(喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)、跌仆损伤等。由不同的病因阻滞了脏腑经络气血的正常运行,导致了经气运行障碍,则会引发不同

性质的痛感,即中医所说的“通则不痛,痛则不通”之理。临床常见的有哪几种情况呢?

(1) 刺痛:是指疼痛如锥刺或针刺,时作时止,疼痛部位明确固定,而疼痛时间不定。多为血瘀所致。

(2) 灼痛:是指疼痛有烧灼感或热感,疼痛部位大多固定。多为火热之邪所致。

(3) 钝痛:是指疼痛较剧,且持续时间较长,疼痛部位不明确、固定,但觉疼痛部位较深,多伴有其他临床症状。属本虚标实之证,多由气血虚弱、痰湿阻滞、湿热入侵造成脏腑之气不调所致。

(4) 窜痛:是指疼痛部位不固定,从一个部位向另一个部位放射或游走。多因风邪入侵所致。

(5) 隐痛:是指痛势不甚,绵绵作痛或隐隐作痛,喜按,疼痛时间持续,但经久不愈。多为虚性疼痛,如气虚、血虚、阴虚。

(6) 酸痛:是指痛势不甚,但酸楚重着,坐立不安,难以名状。多因湿邪为患。

(7) 胀痛:是指疼痛时伴有胀感,时甚时止,疼痛大体部位明确,但找不到明确的压痛点。多因气滞所致。

(8) 重痛:是指痛而兼沉重感,如重物压体,或有沉重或下沉感,常常伴有疲乏、倦怠等症,但痛点不明确,多为某一片区重痛。多由痰湿之邪所致。

(9) 冷痛：是指疼痛而兼有冷感，痛势较剧，遇冷加剧，得热则痛减，甚则冷痛渗骨，难以忍受。多因外感寒邪或阳虚内寒所致。

(10) 坠胀疼痛：又称为坠痛，是指疼痛的同时伴有下坠感，常常伴见疲乏、倦怠等症。多因气虚下陷所致。



中医对疼痛病因是如何分析的？

中医认为，凡外感六淫、七情内伤、饮食劳逸、脏腑功能失调、跌仆损伤，均可成为疼痛的病因。细述如下。

(1) 风邪串扰经络致痛：疼痛多表现为游走性，疼痛部位多不固定，且易伤人上部。

(2) 湿邪壅滞经络致痛：疼痛多表现为重痛、酸痛，迁延日久，不易速愈。

(3) 寒邪凝滞经络致痛：多表现为痉挛冷痛，痛剧且部位固定。

(4) 火热之邪烧灼经络致痛：疼痛多表现为烧灼样红肿热痛。

(5) 燥邪损伤津液，灼伤经络致痛：疼痛多表现为灼痛或抽掣痛。

(6) 暑邪灼津伤络, 损阳耗阴致痛: 疼痛多表现为烧灼痛、绞痛或抽掣痛。

(7) 疫毒之邪伤人, 正邪相搏致痛: 疼痛多突然发生, 剧痛或重痛。

(8) 七情所伤脏腑气机失调致痛: 多表现为钝痛, 且痛势较盛, 定位不甚明确。

(9) 劳逸失度, 阴阳失调, 正气受损致痛: 多表现为绵绵作痛, 痛势不甚, 但消除缓慢。

(10) 饮食失节或不洁, 阻滞气机致痛: 多表现为剧烈腹痛, 常有饮食不节或不洁的病史。

(11) 水湿痰饮阻滞停留, 经络阻滞致痛: 多表现为重着疼痛或酸痛, 痛点不明确, 缠绵难愈, 气候变化时容易复发。

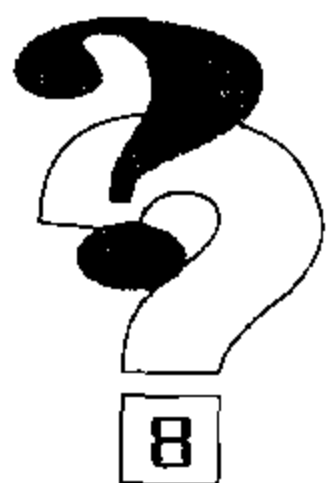
(12) 瘀血阻滞, 气血运行不畅致痛: 多表现为刺痛, 痛处多固定。

(13) 气血不足, 组织失养致痛: 多表现为绵绵作痛, 痛处不甚明确。

(14) 外来伤害、跌仆扭挫、硬物撞击, 伤及皮肉筋骨而致痛: 多表现为刺痛或胀痛, 与外伤同时并见。

(15) 虫兽伤及皮肉骨脉, 毒邪入侵致痛: 多表现为剧烈胀痛或刺痛, 有虫兽伤病史。

(16) 寄生虫阻滞腑气致痛: 多表现为腹部绞痛。



中医对疼痛病机是如何分析的？

中医学认为,由于病因不同,产生疼痛的机制也有异同之分。常见情况如下:

(1) 气滞血瘀:多因为情志所伤,使肝气郁结,疏泄失职,气血运行受阻,形成气滞血瘀,经气不通,不通则痛。

(2) 寒邪凝滞:外感寒邪,入侵经络,寒邪留滞于经络,使经气凝滞,致使经络气血运行不畅,不通则痛。

(3) 痰湿阻络:外感湿邪入里,脾阳受困,聚湿成痰;或脾胃虚弱,运化失司,聚湿成痰。痰湿之邪入于经络,使经气运行受阻,不通则痛。

(4) 火热伤络:火热之邪入侵,或脏腑功能失调火热内生,火热之邪灼伤脉络,脉络受损产生疼痛;或火热之邪煎熬津液,阴血耗损,组织失养,产生疼痛。

(5) 气虚血瘀:血的正常运行要依赖气的推动,当某些原因造成气虚时,气运血无力,血行障碍,而形成瘀血,瘀血阻滞,又影响气行,因果相应,形成恶性循环,经络不通则痛,阻滞失养则痛。

(6) 血虚失养:久病血虚,或大失血后,或气虚不能生血,均可形成血虚之象,阴血不足,不能正常濡养脏腑经络组

织,出现虚性疼痛。

(7) 阳虚寒凝:素体阳虚,或他病伤阳,使阳气虚弱,阳虚生内寒,失去温煦,寒凝气虚凝滞,使脏腑经络失温,气血运行不畅产生疼痛。

(8) 阴虚失濡:热病伤阴,或久病伤阴,阴虚脏腑经络失去濡养,产生虚性疼痛。

(9) 外伤:因跌仆损伤、利器所伤,均可引起脏腑经络或组织破坏,气血瘀阻而产生疼痛。

(10) 虫兽伤:多因毒蛇、毒虫咬伤、犬咬伤等损伤经络系统,使毒邪入侵,正邪相争兼气血瘀阻,产生疼痛。



腰痛一定是身体有病吗?

不一定。不仅腰突症,其他的腰椎疾病也会引起腰痛,一些脊柱伤病以外的原因也会引起腰痛,心理因素同样会导致腰痛。当静静地待着也觉得不舒服或疼痛持续1个月以上也没有减轻时,就应该尽早做详细的检查以查明疼痛的原因。当经过详细检查也找不出特别的原因或者检查的伤病严重程度明显低于感受疼痛程度时,就有可能是在心理方面的因素造成的。腰痛是患者提及最多的不适,这也是患者求助

的信号。在这种情况下,调节环境和帮助他们具体解决现实中的问题可以提高治疗效果。



腰痛就是腰突症吗?

有些患者往往认为腰痛就是腰突症,其实不然。腰痛固然是腰突症的主要临床表现,但也有许多疾病会有腰痛症状出现。会引起腰痛的腰部疾病就有很多种类,如腰肌劳损、腰部扭伤、腰椎结核等等。另外一些内科及妇科疾病也会表现为腰痛,如肾或输尿管结石、肾盂肾炎、膀胱炎、肾炎、子宫附件炎症等。所以,要按具体的疼痛部位、性质来加以鉴别、判断,疼痛较表浅的一般为皮肤或软组织疾病,比如皮疹、带状疱疹等;有外伤史,且与体位改变及腰部活动相关的疼痛多提示为腰椎相关疾病;疼痛部位仅在脊柱两侧的,可能为肌肉的扭伤,疼痛部位在脊柱深层的可能为腰椎疾病;而腰突症的腰痛多从脊柱向单侧或双侧腰部及下肢放射,疼痛以牵掣痛和刺痛为多见。与内科疾病鉴别的方法是观察伴随症状,如泌尿系统疾患所引起的腰痛,往往伴有血尿、蛋白尿等尿液改变;妇科子宫附件炎症所致腰痛则往往伴有月经或白带的异常。因此,只要能够细心观察,就不难鉴别腰痛的原因。



腰腿疼痛会涉及哪些科室的疾病？

腰椎疾病的主要症状是腰痛或腰腿痛，但是不光腰椎疾病会引起这些症状，其他的许多疾病也会引起类似症状。那么，对于一个有腰痛的患者，该如何自我判断属于哪一类的疾病呢？该到哪一个科去求医呢？这就牵涉到要明确腰腿痛类型的问题。当然，要明确诊断，鉴别清楚，还有待于医生的全面检查和判断。作为患者，主要是自己从症状上有一个初步的鉴别。

导致腰痛或腰腿痛的最主要原因是腰椎的疾病，这里主要讨论非腰椎疾病引起的腰痛。

(1) 泌尿科疾病：包括尿路结石、多囊肾、肾积水、肾结核、肾输尿管肿瘤、肾小球肾炎、肾盂肾炎、前列腺疾病等等，此类疾病除了会出现腰痛以外，还会有泌尿系统的症状，如尿频、尿急、尿痛、血尿、蛋白尿等。

(2) 妇科疾病：如盆腔感染、子宫癌、子宫肌瘤、子宫脱垂、妊娠期腰痛等。

(3) 神经科疾病：如腰骶神经根炎、脊髓炎等。

(4) 普外科疾病：如腹膜后肿瘤、腹膜后感染、结肠扭转、乙状结肠癌、直肠癌、阑尾炎等。

(5) 血管外科疾病：如多发性大动脉炎、闭塞性动脉硬化症、血管闭塞性脉管炎等。

(6) 内科疾病：如糖尿病、甲状旁腺功能亢进症等。



患者应该如何向医生讲述病情？

准确而详细的病情描述对疾病性质的判断非常关键，而这些情况只有患者本人最清楚，所以如何准确地向医生表达就显得非常重要。其中有几个需要注意的方面，如职业、起病原因、外伤史、过去病史、疼痛状况、下肢情况及是否有间歇性跛行和二便功能障碍等。

(1) 职业：腰椎疾病与职业因素都有哪些关系呢？从事重体力劳动者，如挑夫、搬运工、翻砂工等容易发生腰扭伤、腰椎滑脱等；长期弯腰工作者，如矿工、纺织工等腰肌劳损、腰椎退变性疾病较多见；长期前倾坐位工作者，如机关工作者、驾驶员、文员等腰突症较多见；举重运动员和芭蕾舞男演员由于一直需要单手或双手托举重物，就容易发生腰椎弓根崩裂、腰椎滑脱；在寒冷、潮湿环境工作生活者则易产生腰骶关节病变等等。

(2) 起病原因：什么情况下发病对诊断有直接的关系？

如搬重物用力不当、腰部突然旋转、突然失足踏空等扭伤常导致急性腰扭伤；气候变化、寒冷潮湿易引发腰肌劳损、腰椎骨质增生症、强直性脊柱炎等；劳累后症状加重，休息后减轻则多见于腰椎退行性病变等等。

(3) 外伤史：关于外伤应讲清受伤的时间，暴力的大小、暴力作用的方式、受伤时的姿势、受伤后的情况等。如果是刚受伤的应考虑一些急性的病变，如急性腰扭伤、腰椎压缩性骨折等；而受伤时间已很长了，则考虑急性损伤遗留的问题，如腰肌劳损等；暴力小的考虑软组织的损伤，暴力大的则多为骨骼损伤，并应考虑脊髓神经是否有损伤；高处坠下造成腰椎骨折，如果当时是弯腰的，则多为屈曲性骨折，而向后跌倒的，则是伸直性骨折；受伤后有肢体麻木、活动障碍、大小便改变的，则应考虑脊髓损伤可能，预后较差，而没有上述情况的则预后一般较好。

(4) 过去史和家族史：就是要讲清过去曾经生过什么病，做过什么治疗，结果怎么样等。如过去生过肿瘤，则要讲清楚是什么肿瘤？做过什么治疗？后来复查过没有？因为有些肿瘤容易发生骨转移，而治疗是否彻底也会影响到转移的可能性。再如过去得过结核病，则要考虑脊柱结核的可能等等。关于家族史，最主要的是家族中是否有类似的疾病发生情况。

(5) 疼痛特点：疼痛是腰椎疾病最常见的症状，患者就

诊时应尽可能对疼痛作准确详细的描述。但要做到这一点并不容易。

疼痛发生的时间：是间歇性的还是持续性的，是突发的还是缓慢发生的，是夜间疼痛还是白天疼痛，是逐渐减轻还是逐渐加重，是否有诱发因素等。一般的腰椎疾病，如腰肌劳损、腰突症等，多为间歇性的疼痛，而肿瘤性疾病多为持续性疼痛，且多为夜间明显，并呈进行性加重趋势。

疼痛的性质：可有胀痛、酸痛、刺痛、灼痛、钝痛、隐痛、窜痛等，是轻微痛、剧痛，还是难以忍受的疼痛。如腰椎退行性疾病、腰肌劳损等多表现为酸痛，脊柱肿瘤多为剧烈的灼痛等。

疼痛的部位：可以在腰部的中间，或是旁边，或是腰骶部，或是臀部；疼痛部位是局限的还是牵连到其他部位；疼痛部位是固定不变的还是游走的。如腰肌劳损、腰椎骨质增生症等，疼痛多局限于腰部、腰骶部；而牵涉到其他部位，如臀部、下肢，则多为椎间盘病变或椎管内肿瘤等。

放射痛的情况：是否有放射痛，放射痛的部位和方向。有放射痛说明脊神经根受到影响，可见于腰突症、腰椎管狭窄症、椎管内神经鞘瘤等；沿下肢后外侧放射的，多提示是下腰椎病变；而沿下肢前内侧放射的，病变多在上腰椎。

疼痛缓解和加重的因素：这是指在什么情况下疼痛会加重或减轻。如咳嗽、打喷嚏时疼痛加重，则说明多为腰椎间盘突出病变；直立行走时会加重，而下蹲、弯腰时减轻多提示是腰椎管狭窄症；卧床后疼痛加剧，下地活动后反而减轻，多见于马尾神经瘤。

(6) 下肢情况：是否感觉有疼痛、麻木、发凉、乏力、肌肉萎缩等。如感觉麻木，说明脊神经根受到了压迫；而感觉发凉则说明影响到了椎管内的交感神经纤维；有肌肉萎缩说明患病的时间已较长。

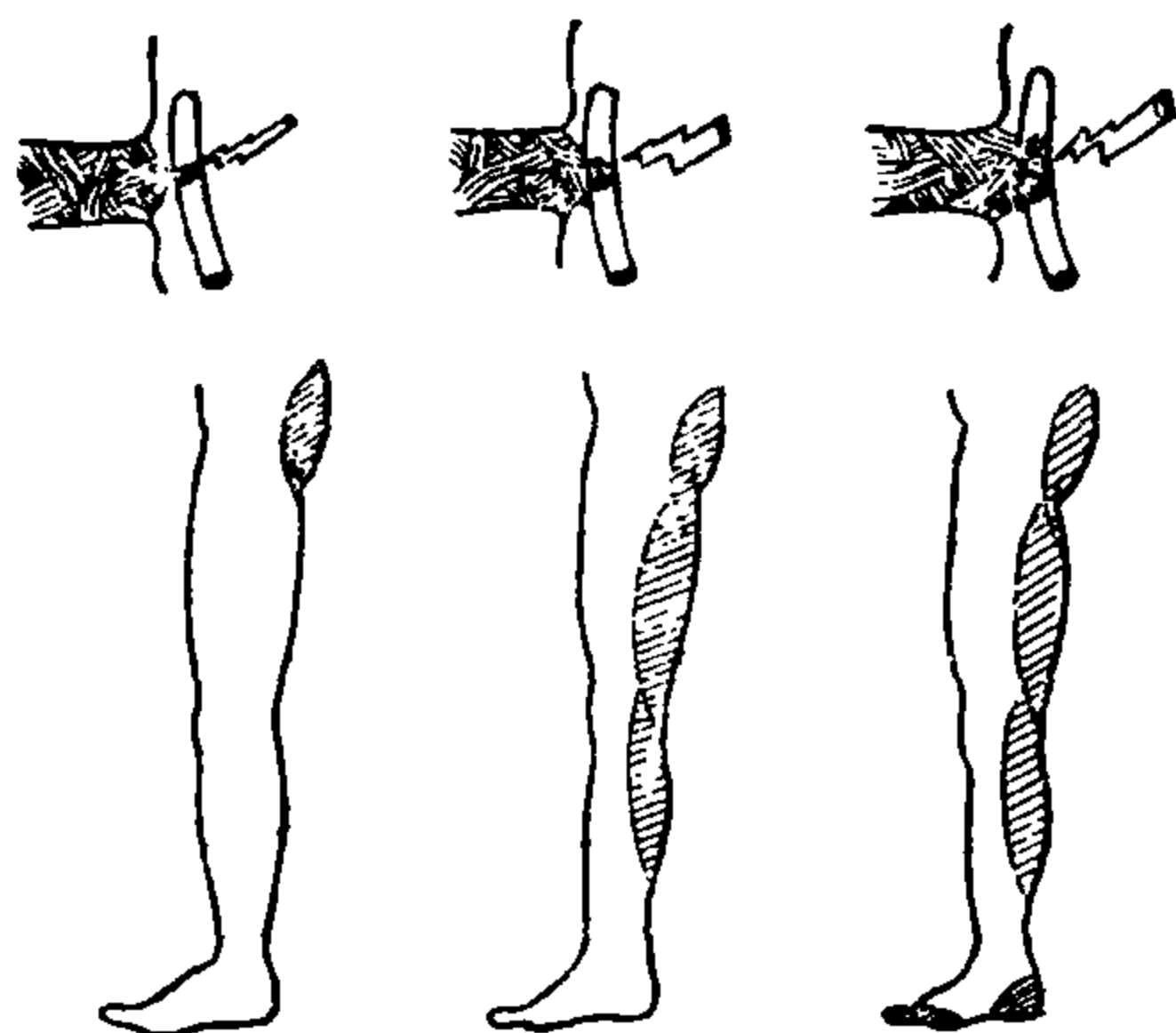
(7) 有无间歇性跛行：这是一种特别的症状，是指当患者行走一段距离后，会出现腰痛不适，下肢酸胀、疼痛、无力、麻木等，而当患者下蹲或平卧一些时间后，疼痛会逐渐减轻甚至完全消失，而再行走后又会重复上述情况，并且随着病情的加重，行走的距离会越来越短。多见于腰椎管狭窄症。

(8) 有无大小便障碍：大小便性状、感觉有异常和改变往往提示脊髓或马尾神经受损。具体的如排便无力，小便淋漓不尽，便秘，大便失禁，尿潴留等等，上述表现都属于大小便功能障碍，只是它们的程度不同而已；另外大便习惯的改变也应引起注意。



腰痛的性质有什么不同？疾病的轻重与疼痛程度一致吗？

根据疼痛产生的原因临床上将腰痛分为局部痛、牵涉性痛和放射性痛。局部痛是局部组织如肌肉、韧带和关节囊等受到损害而直接发生的疼痛；牵涉性痛是腰部软组织受到损害后，影响到其他部位，如臀部、腿部，也发生疼痛放射性痛是起源于神经根，是因参与坐骨神经组成的神经根直接受压，所产生的根性痛或坐骨神经痛。



- (1) 突出髓核对神经根的中度压迫，疼痛往往只放射到臀部。
- (2) 突出髓核对神经根的中度压迫，疼痛可放射至腿后部。
- (3) 放射至足部的疼痛，多是较大的突出物所引起，并有明显的分划。

放射性痛与神经根受刺激轻重关系

从目前临床总结看,疾病的轻重与疼痛程度未必一致,有些急性损伤的疼痛较剧烈,而一些退行性疾病的疼痛较轻,即使腰突症的疼痛与轻重程度也不一致。



急性腰痛有什么特征?

急性腰痛的发作往往并不是由于重体力劳动扭伤引起,而是因一些轻微的动作而诱发。例如弯腰去捡地上的东西或弯腰洗脸时突然腰部剧烈疼痛而不敢活动,患者常认为是闪了腰、扭了腰。轻的还能勉强小心翼翼地行走,而重的则卧床不起。这种发作,经卧床或服些止痛的药物甚至不经治疗而渐渐自愈。



“闪腰”是腰突症吗?

“闪腰”并不是腰突症。“闪腰”是急性损伤性腰痛的俗称,指做某事时腰部突然疼痛不已,无法动弹。比如说在洗脸或下台阶的时候,没有做什么特别的动作却突然发生急性

腰痛。

“闪腰”临床多见于腰肌筋膜扭伤、急性腰部韧带扭伤和急性腰后关节扭伤(滑膜嵌顿)。老年人“闪腰”还有可能是由于腰部退行性脊椎病,或者是由于骨质疏松引起椎体破损的脊椎压缩骨折引起的。有少数腰突症也是由“闪腰”引起的,此时多伴随下肢疼痛。

“闪腰”终究是在某一天突然发作的,因此无从预防,这也是其主要特征之一。但是如果有下述风险或者是遗传基因的话,人们就很容易引起急性腰痛。比如缺乏锻炼,肌肉薄弱的人,由于年龄增加导致肌肉力量自然下降等。对于有上述情况的人来说,不经意的动作,也就是说对老化的脊柱不太适宜的动作,以及做某一动作时准备活动不充分都是引起“闪腰”的直接原因。



静卧不动时的腰痛是腰突症吗?

脊柱支撑着身体并使身体能够行动起来,的确是身体的“顶梁柱”。如果是由于脊柱承受负担和外力而导致的疼痛,当解除这些压力时,腰部就应该不再疼痛了。事实上,绝大多数腰突症引起坐骨神经痛的患者和急慢性腰痛患者在静

卧休息时都会感觉很舒服。如果静卧休息仍不能缓解腰痛的话,应考虑以下三种情况:

(1) 脊柱以外其他部位的疾病。如大动脉瘤以及消化器官和泌尿生殖器官的肿瘤、炎症、结石等。尤其是大动脉瘤引起的疼痛最为剧烈,就是睡觉和安静休息时疼痛也不能减轻,除麻醉药以外的其他镇痛药都无法缓解疼痛。大动脉瘤长在胸部会引起背痛,长在腰部就会引起腰痛。而其他内脏器官的疾病还会有特殊的伴随症状。

(2) 脊柱方面的疾病中也包括脊柱被逐渐破坏的疾病。比如椎体和椎间盘受到肿瘤或细菌的侵袭。不管是哪种情况,随着破坏程度加剧和速度加快,腰痛也会越来越剧烈。当病情波及神经时,不止是腰痛,也常会出现坐骨神经痛。在这种情况下,静卧休息有时就只能缓解一部分腰痛。

(3) 神经性或心因性腰痛。严格来说,这是“心理因素起主导作用的腰痛”,是忧郁症的表面现象,即精神忧郁表现为腰痛。当在家庭或工作中有烦恼时,本来很轻的腰痛,患者会觉得疼得很厉害,且久不痊愈。

因此,腰突症的疼痛静卧时一般多能好转,若不见好转时应引起一定的注意。



起床时腰痛是腰突症吗？

许多 45 岁以上的人都反映早晨起床时腰痛。这种情况俗称“寢腰”，大多是以退行性脊柱病为代表的脊椎加龄性变化或风湿性病变引起的症状。但是，具体原因尚须进一步探讨，可能与以下因素有关：

(1) 局部痉挛，循环不良：许多退行性脊柱病、退行性关节炎、慢性风湿性关节炎的患者都反映不仅在刚起床时，在诸如由坐姿变为站立并开始行走等，身体开始活动的时候，都会感到由僵硬或轻微的疼痛。由于睡眠中身体几乎不活动，所以关节、肌肉都处于僵硬痉挛状态。起床后，随着身体的活动，肌肉开始发挥像泵一样的作用，当局部循环得到改善后，腰痛就在不知不觉中消失了。

(2) 就寝时的不良姿势：由于床垫过软，睡眠时沉重的臀部深陷于床垫中。结果导致腰椎超过人的自然生理弯曲程度，而向前弯曲，给处于病变中或发炎的脊椎周围的韧带、椎间关节增加了负担，所以早晨起床后会感到腰痛。在这种情况下，应该换掉床垫，在床板与褥子之间垫一块复合板，采取侧卧上身略向前弯的睡眠姿势，这样，腰痛就会逐渐得到

改善。

(3) 气温下降：寒冷会使疼痛加剧。一天中气温最低的时候是黎明。因此，早晨容易感到腰部僵硬，痛感也会更加强烈。所以，必须注意保暖。

(4) 人体生物钟的变化：由于体内交感神经和副交感神经的平衡，我们的身体得到了控制和调整。昼夜、早晚，这种平衡都有一些差异。黎明时人体的副交感神经最活跃，炎症疼痛加重，超出寻常时的程度，一般表现为早晨起床时难以控制的疼痛。在这种情况下，应该在睡前服用消炎镇痛剂，效果会很好。

实际上，正是因为上述各种因素相互交织在一起，才导致了起床时的腰痛，并不全是因为腰突症引起的。患者应该根据自己的实际情况进行判断。



慢性腰痛会反复发作吗？

慢性腰痛的形成有各种原因，由于腰突症所引起的慢性腰痛有可能会反复发作。由于腰椎退行性改变，腰椎结构产生不稳定性，不正确的用腰姿势和外伤都可能引起腰痛，所以腰突症的患者一定要注意做好腰部的防护，尽量防止腰痛

的再次发作。



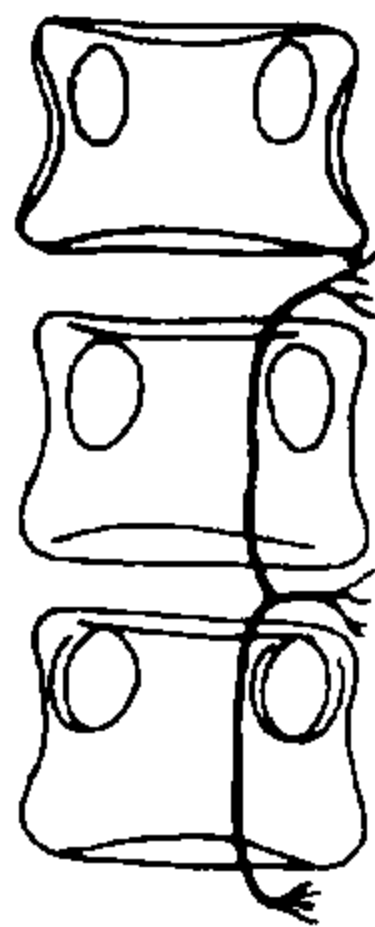
腰突症患者腰与腿哪个先出现疼痛？

腰突症的表现主要是腰腿痛，而据统计，约有一半的患者表现为先腰背疼痛后腿痛，约 $1/3$ 的患者表现为腰背痛和腿痛同时发生，另外 $1/6$ 的患者先腿痛后腰背痛。



为什么大部分腰突症患者有腰背痛？

腰突症患者大部分有腰背痛的症状。发生腰背痛的原因主要是因为椎间盘突出时，刺激了外层纤维环及后纵韧带中的窦椎神经纤维。如果椎间盘突出较大，刺激硬膜产生硬膜痛。



窦椎神经走向



外伤与症状有关吗？

在腰突症的患者中，有一半以上的患者有不同程度的腰部慢性损伤史，如从事重体力劳动，经常弯腰工作、抬举重物或突然转腰等。经常咳嗽、打喷嚏、便秘、冬天在水中作业等情况下，也可由于腹压增高和脊柱两旁肌肉收缩，而诱发椎间盘突出症。从高空坠落，腰部严重外伤能引起腰椎骨折或脱位，却少有引起腰椎间盘突出。这表明相对于直接外伤，慢性损伤是引发腰突症的根本原因。



腰突症有前驱症状吗？

腰椎间盘突出症是在椎间盘退行性改变的基础上发展而来的。故在发生腰椎间盘突出症以前，在一段相当长的时间内，就可有由于椎间盘退行性改变而引起的症状。腰椎退行性改变可以一直没有明显的症状，亦可有以下的前驱症状，而这些前驱症状并无特异性，其他疾病也可有类似表现，

如：急性腰痛、腰痛的反复发作、慢性持续性腰痛以及颈腰综合征。



为什么腰突症会出现大腿前侧痛？

腰突症的患者大多数会感到大腿后外侧疼痛麻木，而有一部分患者也会感到大腿前侧疼痛，这是由于支配大腿前侧的神经受到椎间盘突出压迫引起，而支配大腿前侧的神经是由腰 1、2、3 神经根的分支，所以在高位的腰突症会出现大腿前侧疼痛的症状。



为什么会出现间歇性跛行？

间歇性跛行是指患者从开始走路，或走了一段路程以后（一般为数百米），出现单侧或双侧腰酸腿痛，下肢麻木无力，以至跛行，但稍许蹲下或坐下休息片刻后，症状可以很快缓解或消失，患者仍可继续行走，再走一段时间后，上述症状再度出现。因为在这一过程中，跛行呈间歇性出现，故称为间

歇性跛行。

间歇性跛行的出现,主要是由于在腰椎管已有狭窄的病理基础上,因直立时椎体及神经根的压力负荷增大,再加上行走时下肢肌肉的舒缩活动进一步促使椎管内相应脊神经节的神经根部血管生理性充血,继而静脉瘀血以及神经根受牵拉后,相应部位微循环受阻而出现缺血性神经根炎,从而出现腰腿疼痛、下肢麻木、无力等症状,当患者蹲下、坐下或平卧休息后,神经根的压力负荷降低,消除了肌肉活动时的刺激来源,脊髓及神经根缺血状态得以改善,因此症状也随之减轻、消失。再行走时,再度出现上述症状,再休息,症状再缓解,如此反复,交替出现,形成了间歇性跛行。它是腰椎管狭窄症的主要临床特点之一。



什么叫马尾综合征?

因腰骶部的马尾神经受压而导致的一系列症状称为马尾综合征。在中央型腰突症,突出物巨大或突然突出时,常会压迫到马尾神经。早期表现为双侧严重坐骨神经痛,会阴部麻木,排便、排尿无力。有时坐骨神经痛可交替出现,时左时右。随后,坐骨神经痛消失,而表现为双下肢不完全瘫痪,

比如不能伸趾或足下垂。同时双下肢后外侧及会阴部痛觉消失,大小便功能障碍(多表现为急性尿潴留和排便不能控制)。在女性患者可有假性尿失禁,男性患者出现阳痿。



腰突症会造成瘫痪吗?

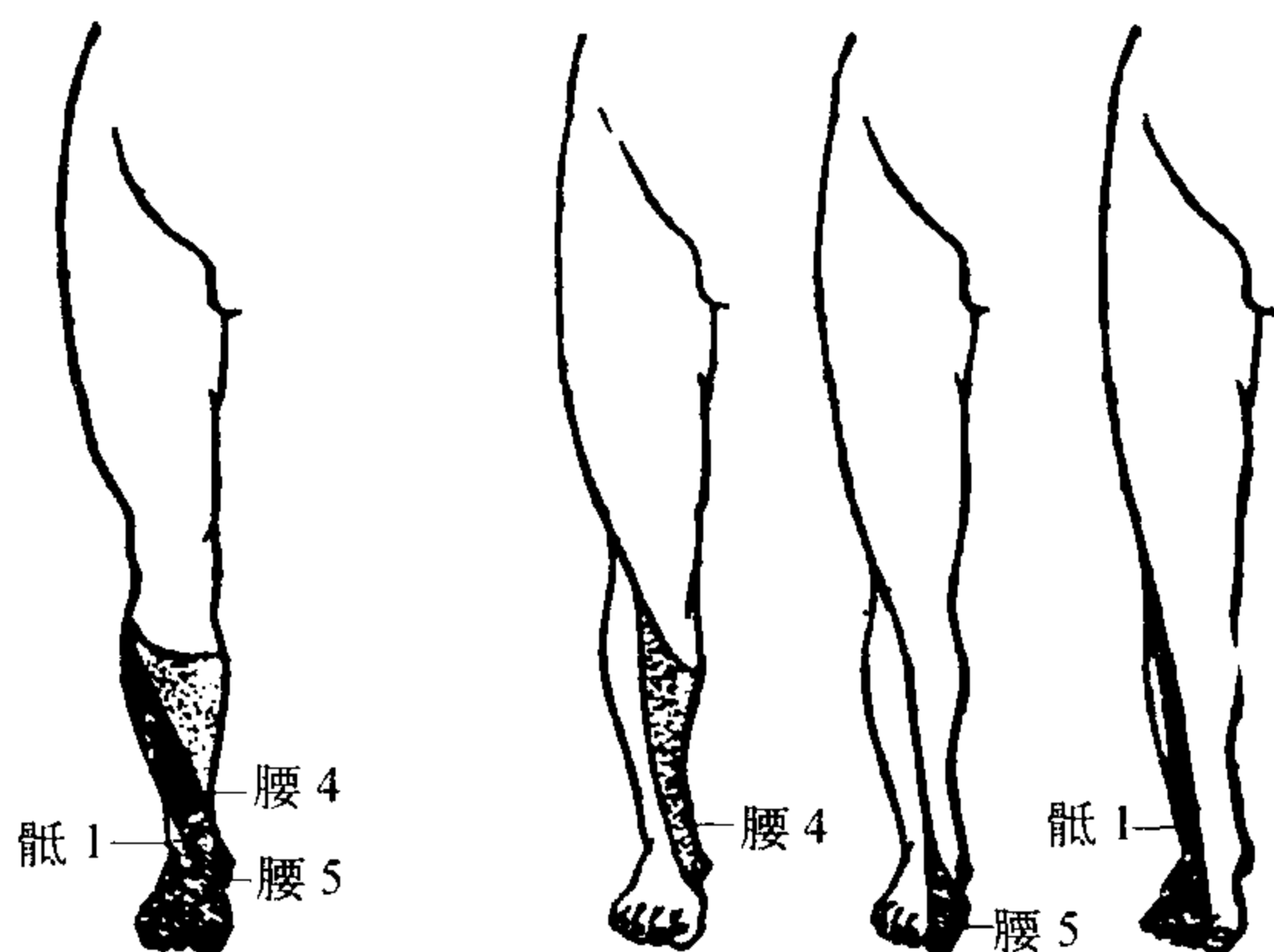
当腰椎间盘突出压迫神经根严重时,可出现神经麻痹、肌肉瘫痪。较多见的为腰4、5椎间盘突出,腰5神经麻痹所致的胫前肌、腓骨长短肌、伸踝长肌、伸趾长肌麻痹,表现为足下垂。至于腰5骶1神经麻痹所致小腿三头肌瘫痪,临床较为少见。



小腿外侧麻木与后侧麻木有什么区别?

腰突症有部分患者,出现下肢肢体麻木感,这是由于椎间盘组织压迫刺激了本体感觉和触觉纤维引起麻木。而小腿外侧麻木和小腿后侧麻木是由于不同节段的神经根受压迫造成的,小腿外侧麻木主要是腰4/5椎间盘突出压迫腰5

神经根引起的,而小腿后侧麻木是由于腰 5 骶 1 椎间盘突出压迫骶 1 神经根引起。



神经根因髓核突出受压后,常见的感觉障碍区域



腰突症会影响大小便吗?

当严重的中央型腰突症时,巨大突出的髓核压迫突出平面下的马尾神经,当骶部脊髓骶 3~5 节段和尾髓 1 节段病损时,会出现会阴及肛门周围的皮肤感觉缺失,由于节前副交感神经损害引起膀胱平滑肌的松弛性瘫痪和不能自动排空,造成大小便功能障碍。



腰突症会影响性功能吗？

严重的高位腰突症时，形成脊髓圆锥综合征，影响大量腰骶神经纤维，女性患者可有假性尿失禁，男性患者出现性功能障碍。



患肢发凉与腰突症有关吗？

绝大多数腰突症患者会自感患肢发凉，而且患肢温度变低以足趾的远端明显。这是因为腰椎间盘突出时，刺激了椎旁的交感神经纤维，反射性引起下肢血管壁的收缩而至。



腰突症会引起小腿水肿吗？

有少部分腰突症的患者会出现患侧小腿水肿，这可

能是神经根在受到机械性及局部无菌性炎症的化学刺激时,粘连水肿,影响交感神经的传导功能,椎窦神经也可能发生异常短路,而使下肢相应的血管神经功能障碍。



腰突症好发于哪些部位?

95%的腰突症发生于腰4、5及腰5骶1椎间隙,这是由于脊柱的生理弧度使最下面两个椎间盘受到的压力最大,这两个椎间盘的退变也是最明显,故大部分的椎间盘突出在这两个节段。



腰椎间盘突出都有临床表现吗?

不是的。利用现代影像学检查,发现有一部分的正常人群的椎间盘有突出现象,但这部分人群没有腰突症的症状,这是因为虽有椎间盘突出,但由于椎管较大,突出的组织未能造成神经根的无菌性炎症,故有些患者可能在影像学检查

出有很大的椎间盘突出,但却无临床表现。



为什么同患腰突症,有人疼痛剧烈,而有人疼痛不明显?

腰突症的患者有的人感到疼痛剧烈而有人疼痛不明显,这是由于突出的椎间盘压迫神经根,造成神经根的充血水肿,引起无菌性炎症,炎症刺激神经形成疼痛,也就是炎症的严重程度决定了腰突症患者的疼痛程度,所以腰突症患者有人疼痛剧烈而有人疼痛不明显。





腰突症是否都有神经压迫症状？

腰突症是因腰椎间盘纤维环破裂，髓核等突出物压迫或累及到椎管周围相应的脊髓、神经或血管而产生的证候群。腿痛重于腰背痛是腰突症病人的重要临床表现，因腰骶神经受累为主要矛盾，所以腰突症都有神经压迫症状。

凡大医治病，必当安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍蚩，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命，见彼苦恼，若己有之，深心凄怆，勿避险巇、昼夜、寒暑、饥渴、疲劳，一心赴救，无作功夫形迹之心。如此可为苍生大医，反此则是含灵巨贼。

——《大医精诚》



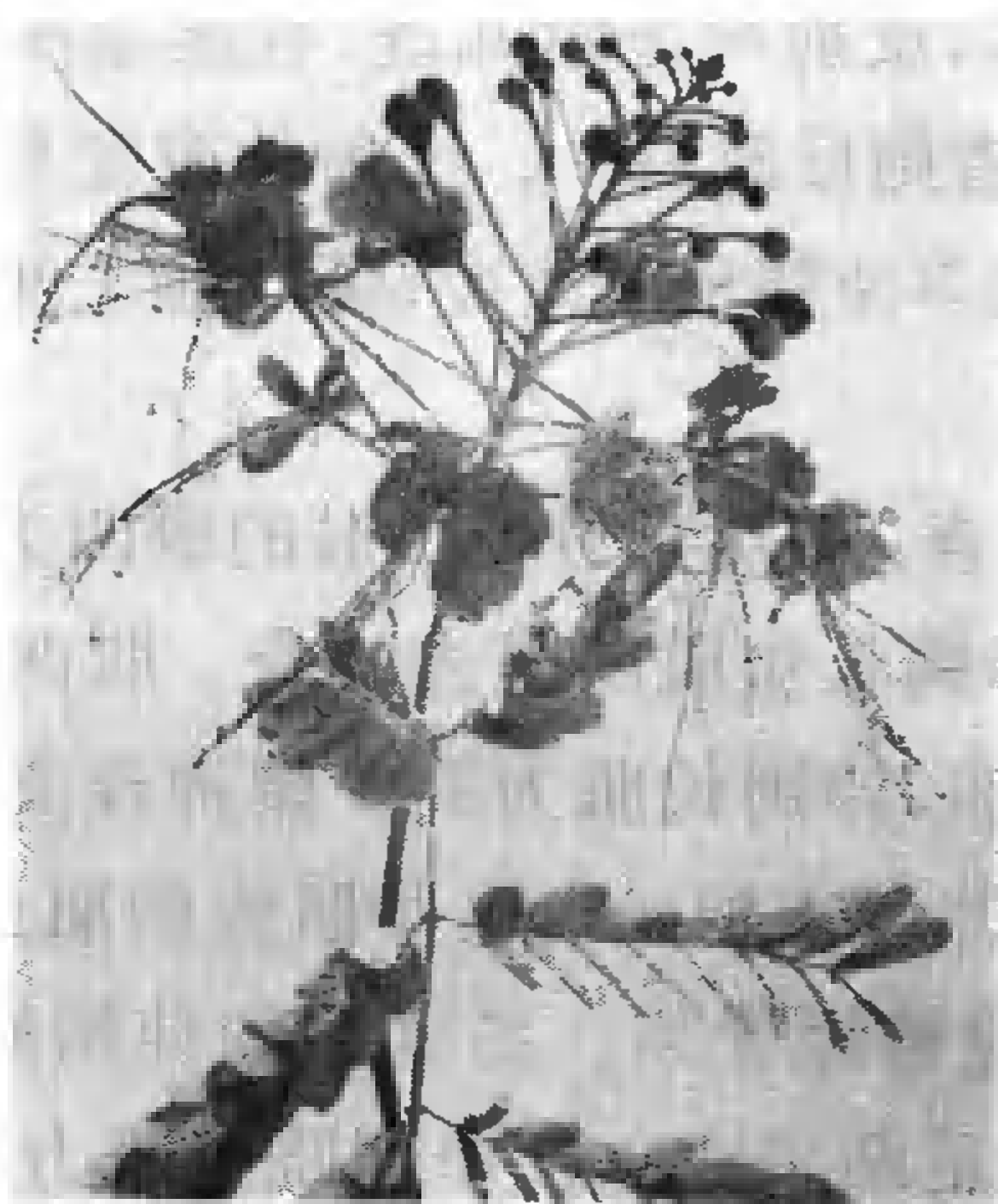
不同部位腰突症的临床表现有何不同?

通过神经肌肉系统检查可以判断突出的椎间盘。突出物压在神经根上,可使其支配区域的感觉障碍,肌力减弱,腱反射减弱或消失,肌肉萎缩,这对进一步证实诊断提供了重要依据。

(1) 腱反射:约有 70%~80% 的患者有膝、跟腱反射异常表现。检查时应两侧对比,反射可减弱、亢进或消失。神经根仅受刺激时,反射可显示亢进;有压迫而不严重者显示减低;压迫严重者则反射消失。反射的改变与突出部位有关系,腰 4~5 突出多使膝反射改变;腰 5 骶 1 间盘突出多使跟腱反射改变。

(2) 肌力检查:临床常进行下肢的股四头肌、腓绳肌、腓肠肌、胫前肌、伸踝长短肌的肌力检查。股四头肌由第 3 腰神经支配;胫前肌、伸踝长肌为第 5 腰神经支配;腓绳肌、腓肠肌、由第 1 骶神经支配。当这些肌肉的肌力减弱时,说明支配该肌的相应神经受累。足背伸和伸踝肌力减弱,是腰 4~5 间盘突出;足跖屈或立位单腿踮起肌力减弱,则为腰 5 骶 1 间盘突出。

(3) 感觉检查：感觉检查应包括痛觉、温度觉及触觉的检查。神经根被突出的椎间盘挤压时，其支配区有感觉的改变。感觉的改变因神经根受累的程度而不同，轻微的刺激可使感觉过敏，较重的刺激或压迫则可使感觉减退。如隐藏型突出一般不引起感觉障碍；突出物较小者，可使神经根受刺激而致感觉过敏；较大的突出物压迫神经根或粘连者，多有明显感觉减退。感觉障碍区与神经分布区是一致的，并与主观麻木区一致。如腰4、5椎间盘突出感觉障碍常在小腿的外侧及足背；腰5骶1椎间盘突出则出现在小趾、足外侧及小腿后侧。检查后应画图表示感觉障碍区。



检查方法与 诊断依据



腰突症有几种脊柱外形？

正常脊柱的外形从后面观察是直的，而从侧面观察有颈椎、胸椎、腰椎和骶椎 4 个生理弯曲。腰突症患者由于突出物刺激神经根而引起疼痛，为了使突出物后突的张力减小以减轻对神经根的刺激，椎间隙的后方就变宽，在外形上出现腰椎生理性前突变浅。除了前突变浅，脊柱还出现侧弯，这样可使疼痛减轻，侧弯主要产生在腰段，而方向可以凸向患侧，也可以凸向健侧。具体形态前文已有介绍，此处不再重复。



腰突症压痛点主要在哪里？

腰突症的压痛点多在病变间隙的棘突旁。如病变发生在腰 4/5 间隙，则在腰 4/5 棘突旁有深压痛。这样的压痛向同侧臀部及沿坐骨神经分布区域放射，但放射的远近程度不一。这是因为在作深压时刺激背部肌肉的背神经纤维，使原来敏感性已增高的神经根产生感应痛。



正常的腰部活动度是多少？

腰部在正常情况下的活动度前屈可达 90 度，向后、向左、向右皆可达 30 度。但老年人或很少参加活动的人，他们的活动度可能会小一些。而体操运动员，舞蹈及杂技演员的活动度则可超过上述活动范围。



怎样才算下肢肌肉萎缩？

下肢肌肉萎缩有两方面因素。一是由于坐骨神经痛使患者在行走或站立时就很自然地以健肢来负重，患肢的肌肉由于废用而逐渐发生萎缩。二是由于神经根受压所至，属于

下神经单位的腰骶神经根受到损害时,此神经根所支配的肌肉皆可不同程度的肌萎缩。



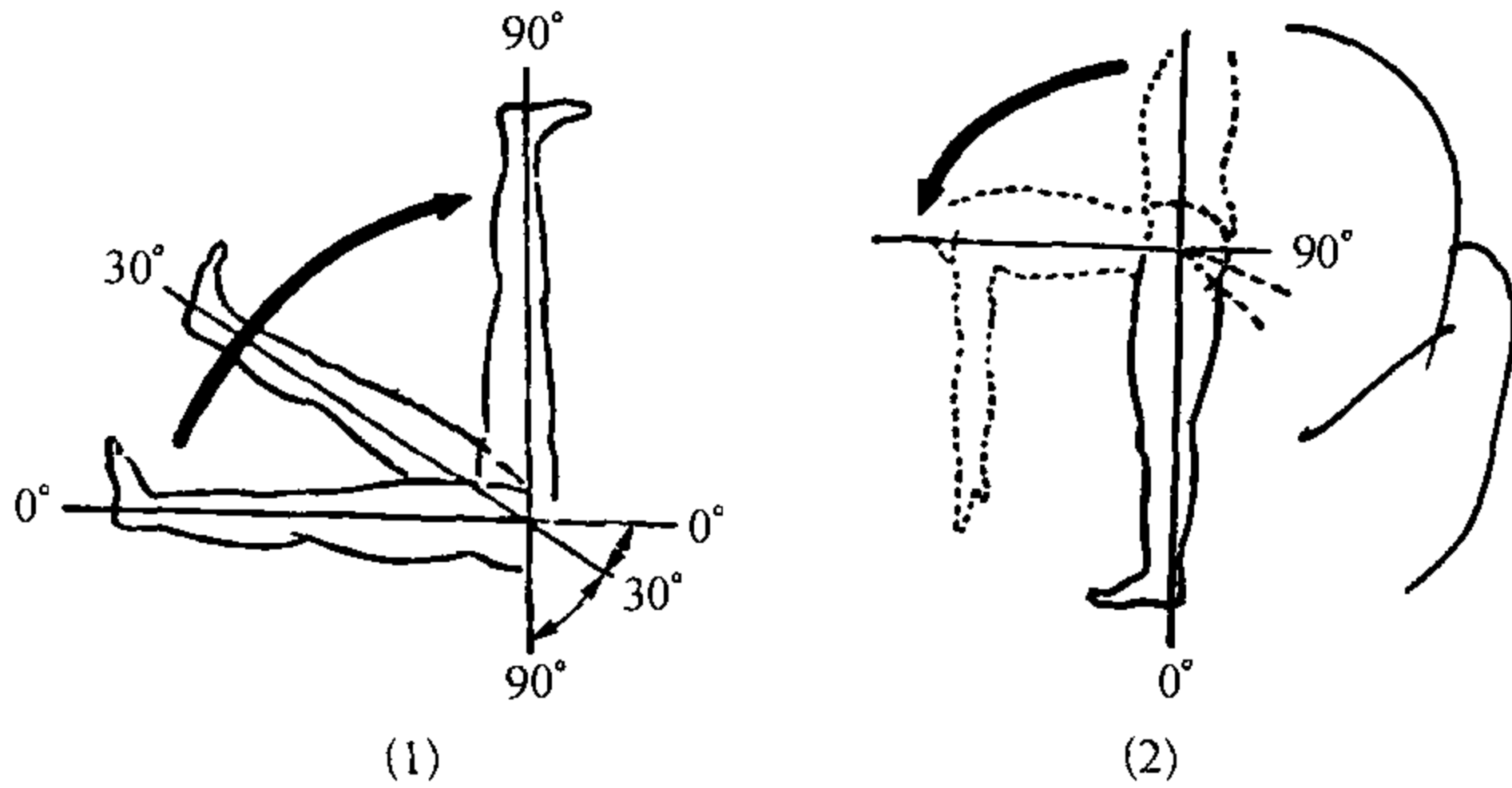
患者自己感觉下肢麻木是否有临床价值?

腰突症患者的麻木感可以是主观的,也可以是客观的,二者都有参考价值。自觉麻木的患者常会感到小腿外侧麻木,然而用针刺检查小腿外侧皮肤的痛觉时,其痛觉和其他部位的皮肤完全一样并无减退或消失。这是因为皮肤痛觉由几根神经重叠支配,单一的神经根损害并不一定能查出痛觉减退区。



腰突症患者仰卧伸膝时为什么腿抬不起来?

这是因为突出的椎间盘组织压迫神经根后,限制了神经根的活动度,当患者仰卧伸膝抬腿时超过了神经根原有已减小的移动度,刺激神经导致疼痛,所以大部分腰突症患者,仰卧伸膝时腿抬不起来。



- (1) 直腿抬高: 0~30°神经根在椎管内无移动。30°~90°腰 2、3 神经根无移动,腰 4 移动约 0~2 毫米,腰 5 移动约 3~5 毫米。
- (2) 弯腰运动: 当弯腰 90°时,腰 2、3 神经根移动最大,腰 4 移动较小,腰 5 骶 1 无移动。

直腿抬高和弯腰运动所引起神经根的移动



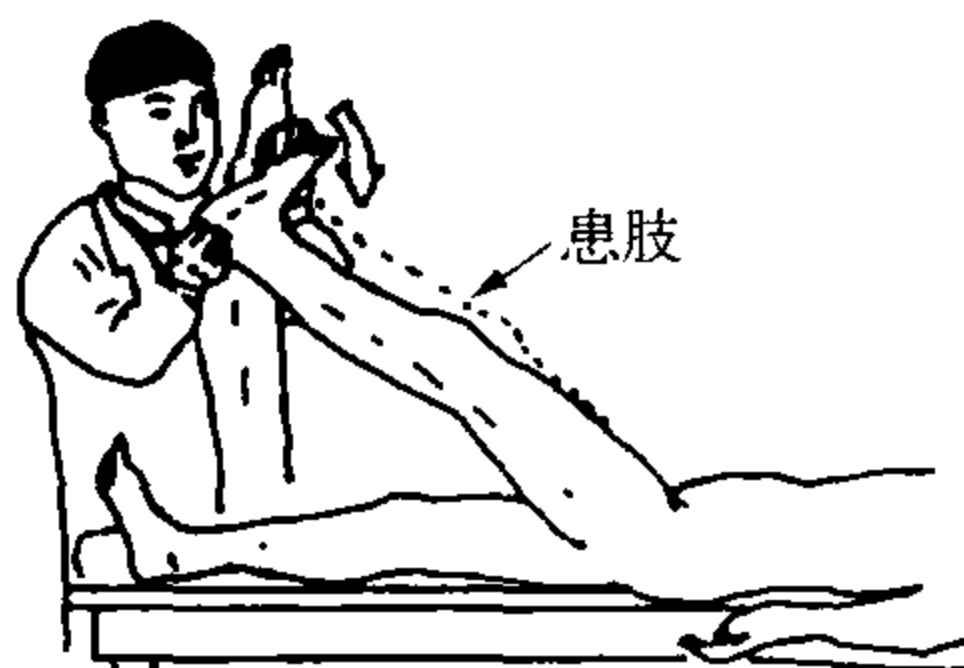
什么是直腿抬高试验及加强试验? 对诊断腰突症有何意义?

(1) 直腿抬高试验 正常人仰卧位下肢完全伸直,被动抬高一侧下肢为 70 至 120 度(通常为 90 度),当椎间盘突出时,椎间盘压迫神经根使之处于固定或半固定状态,直腿抬高牵拉神经根向远端移动困难,所以诱发坐骨神经痛。

(2) 直腿抬高加强试验 仰卧,将患者直腿抬高到一定程度,出现坐骨神经痛,将抬高的患肢降低使坐骨神经痛消失,此时被动背伸踝关节,又再次出现坐骨神经痛表现为阳性。



直腿抬高试验



直腿抬高加强试验



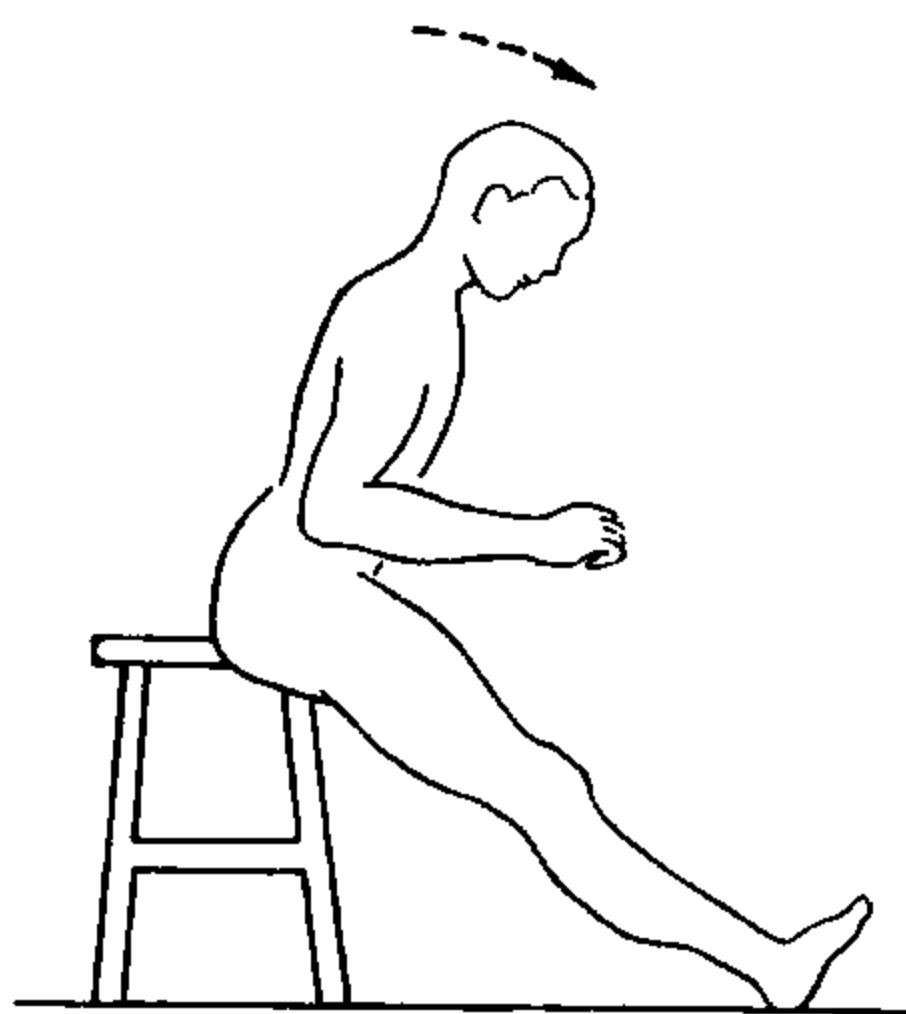
健腿抬高试验

直腿抬高试验



为什么有些腰突症患者坐位两下肢伸直时不能屈颈？

腰突症的一部分患者坐位两下肢伸直时不能屈颈，向前屈颈则引起患侧下肢放射痛。这是因为屈颈动作从上方牵扯硬脊膜和脊髓而刺激了神经根。



屈颈试验



利用 X 线片能诊断腰突症吗？

腰突症的诊断主要依靠病史、体征。但是 X 线片在诊断腰突症时有重要的诊断价值，需结合临床。临床研究发现，正常人群中亦有腰椎退变的 X 线征象，如果不结合临床，仅依靠 X 线是不能诊断腰突症的。



腰突症在 X 片上有什么表现？

腰突症的 X 片大部分会出现腰椎退行性改变，正位片上

可见腰椎侧弯,腰椎侧位片对腰突症的诊断价值较大,当腰椎间盘突出时,腰椎生理前凸减小或消失,严重者甚至反常后凸,这是为了减轻神经根受压所至的疼痛,而造成的继发畸形。椎间隙表现前窄后宽,有的相邻椎体之间形成骨桥。



哪些患者需要做 CT 检查?

有些患者的症状与腰突症的典型症状不尽一致,或症状明显而体征不明显,或症状与体征不相符,这样的病例一般要做 CT 检查以明确诊断,以排除其他疾病。另外在行手术治疗前也应做 CT 检查,以了解突出的部位、大小等。



什么时候需做核磁共振检查?

由于核磁共振(MRI)检查的费用比较贵,临床应用有一些限制,如受检患者不能带有心脏起搏器、金属异物等。所以并不是每个患者都需要做核磁共振检查,当腰突症的诊断无法明确时,该检查可以帮助确诊;对怀疑肿瘤、炎症、神经

系统等疾病的患者也需做核磁共振检查以排除这些病变。另外在椎间盘突出节段大于3个节段、一次CT检查无法确诊的情况下也应做核磁共振检查。



什么叫椎间盘膨出、突出、脱出？

根据临床影像学检查结果，椎间盘外周呈弥漫性膨出，是椎间盘退变的一种早期征象，此称为椎间盘膨出；而椎间盘一部分向外突出，且外围有后纵韧带相连，突出部分与椎间盘相连续者，称为椎间盘突出；当纤维环破裂，髓核组织穿透至后纵韧带外面，与椎间盘失去连续性，并从纤维环的破裂处游离时，则称为椎间盘脱出。



腰突症患者是否一定要同时做X线片、CT、核磁共振检查？

当腰突症的患者经X片、CT、磁共振其中一种检查明确诊断后，其余检查可以不做，这样不但可以避免放射性损伤，

也可以减少不必要的经济花费。



什么是肌电图检查?

肌电图是根据容积导电的原理,运用一定的引导电极,记录一定范围内肌肉电活动的变化。对于腰突症患者来说,由于相应的神经根受到损伤,影响到所支配的肌肉并在肌电图上表现出来。因此肌电图检查对于确定神经根压迫症的诊断具有独特价值。



如何选择合理的检查方法?

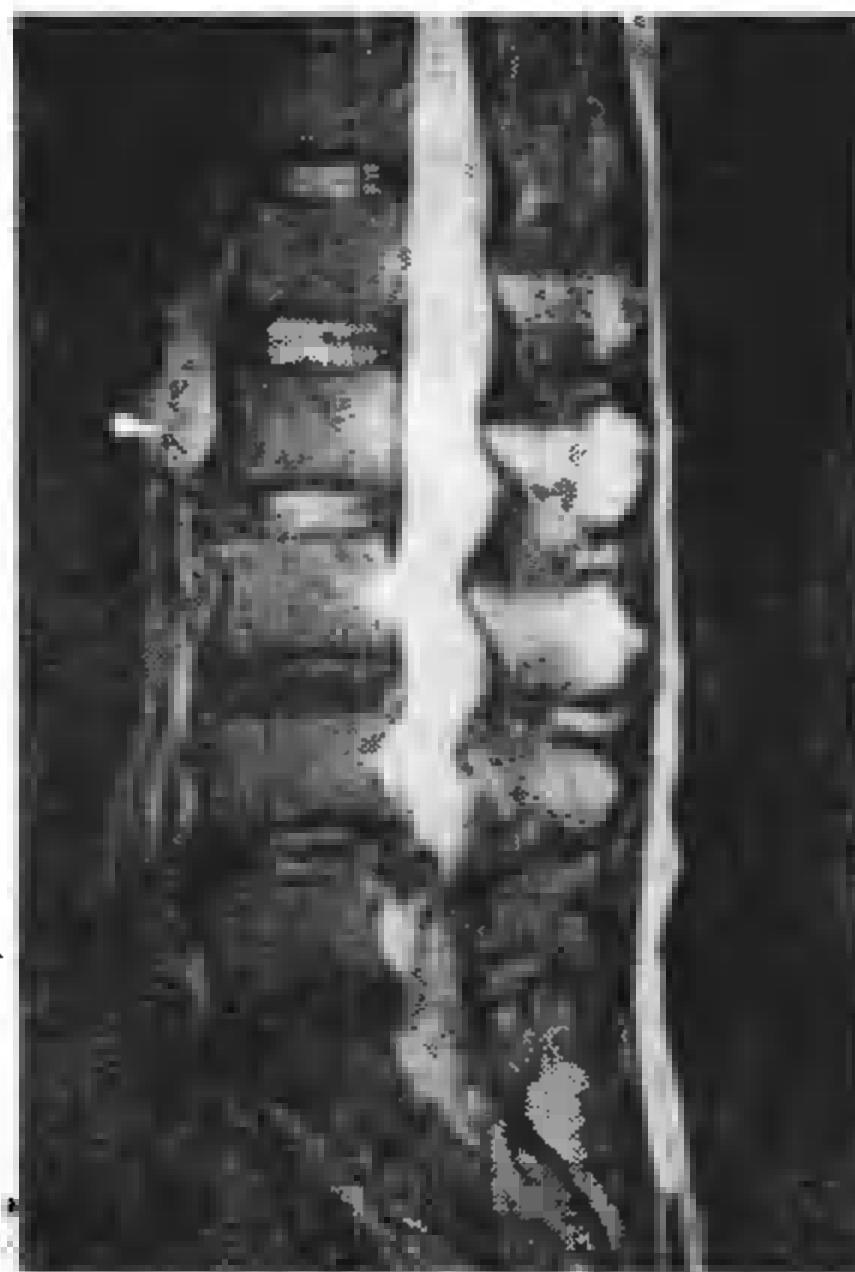
一般来讲,诊断首先是靠临床症状和医生详细、正确的体格检查。大部分的腰椎疾病通过这两项步骤都能获得比较明确的诊断,特别是腰椎的软组织疾病,如腰肌劳损、急性腰扭伤,及腰突症、腰椎管狭窄症、腰椎骨质增生症等,临床诊断的准确率有时要比CT、MRI等影像检查的准确率高,所以要非常重视患者的自觉症状和医生的体格检查。

普通 X 线摄片应作为常规检查,也是其他影像检查的基础。它主要反映腰椎的骨性改变情况,能发现腰椎的骨折、脱位;骨的退行性病变、发育畸形、炎症性病变、肿瘤性病变等。当怀疑有上述病变时,应首先考虑此项检查。

各种造影摄片,如脊髓造影、椎间盘造影、腰椎关节突关节造影、硬膜外造影、神经根管造影等,由于有一定的风险,技术要求也比较高,目前已很少单独使用,常常与 CT、MRI 联合应用。



腰椎 CT



腰椎 MRI

当通过症状、体检、X 片,仍然不能明确诊断时;或某些疾病的早期 X 线不显示,而 CT 较灵敏的,如强直性脊柱炎骶髋关节的破坏情况,椎体肿瘤的早期等;或想进一步了解椎管内的情况、疾病程度的,如椎间盘突出程度、椎管狭窄

的情况、神经受压的程度、椎体肿瘤的范围等,这个时候可以考虑做 CT 检查。但是 CT 检查有辐射效应,而且一次只能观察几个层面,不利于大面积的检查。

如果想进一步了解腰部软组织、韧带、椎间盘、椎管内容物、脊髓、椎体等情况,尤其是想了解整个第 1~5 腰椎椎间盘的退变、突出程度,椎管内肿瘤的形态,脊髓的变性程度,椎体肿瘤对周围组织的浸润程度等,这时可以考虑做 MRI 检查。但是它的费用比较昂贵,对骨组织的显影不如 CT 和 X 光检查。

所以,一般的诊断过程应该是按临床、X 线摄片、CT、MRI 这一先后顺序进行;如果条件允许,可将 MRI 检查放到 CT 检查前面,因为 CT 毕竟要受辐射,而 MRI 对人体无大碍。



腰突症的诊断要点是什么?

腰突症的诊断要点是:①腰腿痛,腿痛重于腰痛,腿痛呈典型的坐骨神经分布的疼痛;②按神经分布区域的皮肤感觉麻木;③有神经根受压体征;④与临床检查一致的影像学检查发现,包括 CT、MRI 等。



怎样判断腰突症的突出部位？

由于 95% 以上的腰突症发于腰 4/5、腰 5/骶 1, 压迫腰 5 或骶 1 神经根, 故主要表现为坐骨神经痛症状, 另有 1%~2% 腰椎间盘突出发生在腰 3/4 椎间隙, 压迫腰 4 神经根, 可出现股神经痛症状。根据不同部位腰突症的临床表现, 可大致判断腰椎间盘突出部位。

不同部位腰突症的临床表现特点

椎间盘突出部位 受累神经	腰 3/4 之间 腰 4 神经根	腰 4/5 之间 腰 5 神经根	腰 5 骶 1 之间 骶 1 神经根
疼痛部位	骶髂部、髋部、 大腿前外侧、 小腿前侧	骶髂部、髋部、 大腿和小腿后 外侧	骶髂部、髋部、 大腿、小腿及 足跟外侧
麻木部位	小腿前内侧	小腿外侧或足 背、包括跗趾	小腿及足外 侧, 包括外侧 三足趾
肌力改变	伸膝无力	跗趾背伸无力	偶有足跖屈及 屈跗无力
反射改变	膝反射减弱或 消失	无改变	踝反射减弱或 消失



腰突症应与哪些疾病相鉴别？

腰突症应与以下疾病相鉴别：脊柱疾病如骨发育异常（腰骶椎隐裂、关节突异常、移行椎、钩状棘突），慢性损伤性疾病（椎弓崩裂与崩裂性滑脱、硬膜外血肿），炎症性疾病（硬膜外脓肿、腰椎结核、强直性脊柱炎），脊柱肿瘤，脊柱慢性退变及劳损（腰椎骨关节病、退变性腰椎滑脱症、腰椎管狭窄症、吻合棘、小关节综合征）；脊柱旁肌肉筋膜疾病如损伤性疾病（急性腰扭伤、腰部慢性劳损、棘间韧带损伤），肌筋膜炎（腰肌筋膜炎、第三腰椎横突综合征、臀上皮神经损伤）；椎管内疾病，如神经根异常、粘连性蛛网膜炎、椎管内肿瘤；骶髂关节及臀部疾病，如骶髂关节劳损、梨状肌综合征、骶髂关节结核；内脏反射性及血管性腰腿痛如盆腔内脏疾病、血管源性疼痛等。



如何通过观察脊柱与腰椎的形态来判断疾病？

脊柱与腰部形态宜脱衣检查。让患者处于立正位，自头

颈至骶尾部及双下肢全面进行检查,可适当进行坐、蹲、跳等活动。

(1) 圆背畸形:多系椎体骨骺炎后遗症、强直性脊柱炎或老年性骨质疏松症等。

(2) 短腰畸形:以腰椎椎弓崩裂合并椎体滑脱及腰椎胸椎化畸形者多见。

(3) 板状腰:多见于急性腰部扭伤或神经根受压(刺激)者。

(4) 侧弯畸形:除多见于特发性脊柱侧弯者外,尚可见于先天性半椎体畸形者。



如何通过观察患者习惯姿势来判断疾病?

观察患者的站姿、坐姿、行走等有利于对各种疾病的诊断。例如腰椎结核的患者在站立时始终保持腰段的略微前曲伸直状,坐位时腰段常见向后的弧度;下腰部神经根损伤产生疼痛时则表现出患者不自觉地伸直腰部,并保持患肢的屈髋、屈膝的特有的体位,前者是为减轻椎间盘髓核后突对神经根的压迫,后者则是为了降低坐骨神经的张力以减轻疼痛的发生;脊柱侧弯的患者常可见到站立和坐位时两侧肩膀

的高低不对称。骶尾部损伤者,多一侧臀部依椅而坐,且再由坐位站起或由站位坐下必须有扶持动作,否则疼痛较为剧烈。如髂腰肌有刺激症者(急性炎症或结核),患者取屈膝屈髋位。坐骨神经出口狭窄症者,喜取侧卧位,以降低出口局部的压力。腰椎管狭窄症者可出现间歇性跛行。



腰椎管狭窄症为什么会出现间歇性跛行?

腰椎管狭窄症是指由于腰椎管狭窄致神经根受压迫引起的一系列症状。支配下肢感觉和运动的神经纤维通过腰椎椎管,从相应节段的神经根管、椎间孔发出。当神经根管、椎间孔有病变时,出现椎管梗阻或狭窄,轻症患者在休息时基本不影响神经的功能而不出现症状;但步行时,重力的负荷、脑脊液灌注、活动的脊柱骨的位置变动、椎管内的滋养血管充血,会使椎管容积减小,内容增多,从而压迫某条神经根,出现疼痛症状。休息后,由于脑脊液、血液回流压迫减少,疼痛又会减轻或消失。故患者行走百米左右即要下蹲休息片刻后再继续行走。倘若病变不及时治疗,压迫越来越明显,则可由间歇性发展成持续性,造成神经支配区域的感觉异常,甚至肌肉萎缩、感觉消失、大小便失禁,直至瘫痪。



如何诊断少年儿童的腰突症？

儿童和少年腰突症较少见，多有明显的外伤史，并且表现在外伤后即开始出现腰腿痛症状。一般来说，少年儿童腰突症的症状少，体征多，少数既有症状又有体征。症状仍为腰痛和坐骨神经痛，可仅有其中任一症状，也可完全没有疼痛。但检查时所有的病例均有明显的体征。腰椎生理弧度可表现为前突减少或后突、腰椎侧弯、骶棘肌痉挛、腰椎运动受限；直腿抬高试验阳性，且多限于30度以下，较多患者健侧也表现为阳性，少数病例直腿抬高明显受限却无放射性疼痛；感觉障碍和腱反射改变较少，主要是因为少年儿童的脊柱活动度较大，避免了神经根严重受压。

诊断的确定，主要以症状和体征为主，X线平片有时可见椎体后下缘钙化阴影向椎管内突出，椎体后部椎间盘显示边缘粗糙不平，后部椎体高度较前部略低，椎间隙可有进行性变窄趋势。



如何诊断极外侧型腰突症？

此种类型的椎间盘突出在椎间孔处或椎间孔外对神经造成压迫,其表现类似于上一节段后外侧椎间盘突出。临床上容易造成误判,是造成腰突症手术失败的原因之一。该型患者的下腰痛症状和体征不及后侧和后外侧型腰突症严重。疼痛主要来自对受压神经根的刺激,而不累及后纵韧带和前方硬膜,牵涉痛则主要是髓核对神经根的直接接触。随病程发展,腰背痛可逐渐缓解,由下肢放射痛成为主要症状。X线检查可表现椎间隙狭窄,脊髓造影可表现在根袖处不充盈,近侧神经根肿胀,比在斜位平片上明显;另一表现为根袖处中断并在硬膜囊或下方神经根出口处有小的充盈缺损。



如何诊断高位腰突症？

高位腰突症一般指腰 1~2、腰 2~3 和腰 3~4 节段椎间盘突出,发病率低。该型大约半数病例有外伤史,既往的低位腰突症手术也可能是诱发高位腰突症的原因。症状主要

有下腰痛、大腿前侧痛、坐骨神经痛、截瘫 4 大类。X 线价值不大,偶可见有钙化影。诊断以 CT 为主。



如何诊断前方腰椎间盘突出?

椎间盘前方突出是由于先天性前纵韧带薄弱或存在破口造成的,可有前方和侧前方突出。腰椎间盘突出向前方一般不引起症状,仅有少数患者有腰背痛症状,多数患者是在进行 X 线平片检查后发现的。



治疗方法与 康复指导



腰突症能治愈吗？

经过保守或手术治疗，一部分的腰突症患者可以治愈。腰突症的治愈标准是患者的症状体征消失，可以恢复正常的工作生活。从目前的影像学检查看，经保守治疗而治愈者的髓核不会因症状的消失回纳，也就是说腰突症治愈者的CT、MRI等检查仍可见椎间盘突出。换句话说，这种治愈确切地应称作“临床治愈”。



腰突症的治疗目的是什么？

腰突症神经症状机制是因为神经根受压后产生充血、水肿、炎症变化及突出的髓核发生的自身免疫反应，所以治疗腰突症的目的是通过各种疗法消除神经根的炎性水肿，抑制自身免疫，而非单纯的解除压迫。



治疗腰突症有哪些方法？

治疗腰突症可分为非手术疗法和手术疗法。

非手术疗法又包括卧床休息、牵引治疗、针灸治疗、推拿治疗、封闭治疗、中西药物内服外敷等。

手术治疗包括：① 经皮穿刺椎间盘切除术；② 开窗椎间盘切除术；③ 全椎板切除椎间盘摘除术；④ 半椎板切除椎间盘摘除术；⑤ 伴椎体间植骨的椎间盘切除术；⑥ 经椎间隙髓核切除术（前路）；⑦ 椎体间植骨术及髓核切除术（前路）；⑧ 椎节融合术（前路或后路）；⑨ 显微外科椎间盘切除术；⑩ 腰椎间盘假体置换术等。



腰突症需要卧床休息吗？

临床实践证明，大部分的腰突症患者经过卧床休息后可使症状明显缓解或逐步消失。由于椎间盘压力在卧床时最低，有利于椎间盘的营养，有利于椎间盘周围静脉回流，有利于神经根水肿的消退，这也是保守治疗的基础，因此腰突症的患者

需要卧床休息。



治疗腰突症的常用药物有哪些,如何使用?

治疗腰突症的常用药物有:

- (1) 非甾体类消炎镇痛药,如布洛芬、双氯芬酸钠等,此类药物多为口服,也可肛塞消炎痛栓。
- (2) 神经营养药物,如弥可保等,这类药物可以口服也可以肌肉、静脉注射。
- (3) 脱水剂,如甘露醇等用于静脉注射。
- (4) 中药制剂,如丹参注射液、红花注射液等用于静脉注射。



腰突症药物治疗的原则是什么?

用药避免长期、大剂量和同类药合用。疼痛严重或病程久者,在限量之内适当增加药物用量是允许的,但认为药量

超过限量,血内药物浓度相应升高,疗效更好的认识是错误的。根据饱和力学,在一定范围内,血液药物浓度与用药量呈线性关系,但超过此剂量后,血液所含药物代谢酶能力有限,简单根据用药量观察机体反应会出错的,即使正常治疗量也可有不良反应。



合并用药效果一定好吗?

有些药物合并应用可增加毒副作用,如糖皮质激素配伍吲哚美辛、吡罗昔康与阿司匹林合用,易增加胃溃疡的发生率,阿司匹林与吲哚美辛有交叉过敏性,即对阿司匹林过敏时,改吲哚美辛也会过敏。腰腿痛患者病程长,药物种类繁多,在避免同类药合用有可能增加毒副作用情况下,根据患者个体特殊性和有效药物排列组合,经常更换,少用或不用止痛药。长期用药使累积性毒副作用机会增多可产生药物依赖性,应更换药物或改用理疗、推拿、针灸等。中医镇痛方法多,毒副作用少。



糖皮质激素类药物可以长期或大量使用吗？

必须慎用糖皮质激素类药物。治疗量糖皮质激素超过生理浓度的几倍至几十倍，易诱发胃肠溃疡、出血、穿孔，免疫力低下，感染扩散，水钠潴留，结核复发扩散，血压升高，骨质疏松，骨无菌性坏死等并发症。对需长期治疗的，如类风湿关节炎，激素应作为药物治疗的最后措施。诊断不明时不能盲目使用，局部封闭或关节腔内注药每次部位不宜太多，剂量不宜太大，再次封闭间隔时间应 7~10 天，3~4 次为 1 个疗程，用药过程注意中应观察毒副作用。



阿片类药物能治疗一切疼痛吗？

阿片类药物对阿片耐受性疼痛无效，即肌痉挛痛对阿片类药物不起反应，而需用抗抑郁或抗惊厥药、肌肉松弛药，以缓解疼痛，必要时可适当加用阿片类药物。

对阿片类药物效果好的叫阿片反应性疼痛，应遵循世界卫

生组织的“三阶梯”治疗法合理应用。骨痛是阿片半反应性疼痛,骨肿瘤引起的前列腺素分泌,造成骨质溶解并降低外周的痛阈,非类固醇抗炎药可抑制前列腺素的产生,故应用阿片和非胆固醇抗炎药配伍治疗。神经受压疼痛,属于阿片半反应性疼痛,单独给阿片类药,效果不会满意。如每天给地塞米松(氟美松)4~8毫克,常可在48小时内出现治疗反应。如效果仍不满意,应考虑神经阻滞或松解术。如为肿瘤压迫神经,应加放疗或化疗。



治疗腰腿痛药物的常见毒副作用有哪些?

(1) 胃肠道刺激:治疗腰腿痛的常用药,如吡罗昔康(炎痛喜康)、吲哚美辛(消炎痛)、保泰松、布洛芬等,均可损伤胃黏膜,用久可引起胃炎、溃疡、出血或穿孔。

(2) 肝脏损害:常用的阿司匹林、吲哚美辛、布洛芬及水杨酸钠等,久之对肝脏有损害。

(3) 肾脏损害:保泰松、阿司匹林及吡罗昔康等可对肾脏有损害。

(4) 有的中药,如活络丹中的朱砂为汞化合物,久用蓄积中毒,发生蛋白尿、口炎等,药酒长期服用对胃、肝有刺激。

一些特殊药、新药、限制性药、剧毒药和麻醉用药,应根据病情、适应证、禁忌证、毒副作用、个体差异、患者体质等具体情况区别对待,用药过程中注意肝肾功能及血象的变化,为减少不良反应可配伍其他药物。



用药剂量越大越好吗?

任何药物的使用剂量都有一定范围,药物剂量使用不足则药物作用达不到效果,但是药物剂量并不是越大越好,当药物剂量超过一定范围后,剂量的增加不但不能增加药效,反而会产生明显的毒副作用整合,所以使用药物的剂量应遵照医嘱,不能盲目增加用药剂量。



单纯止痛治疗腰突症可行吗?

腰突症的症状表现极为复杂,不同于一般的肌肉拉伤之类的单纯疾病,其疼痛的本因并非来自局部,而是突出髓核对神经根的刺激所引起的一系列的反应。而止痛药只能暂

时减轻疼痛,长期滥用会造成肝肾等功能损害,诱发胃溃疡,并影响凝血功能。最危险的还是掩盖病情,延误诊断,耽误最佳治疗时机。所以腰突症一定要尽早明确诊断,抓住病因并采取针对性的治疗措施。单纯止痛治标不治本,只会延误病情。



家庭如何正确使用止痛药?

止痛药是家庭常用药,是解除患者疼痛的一类药物。腰痛患者用止痛药应注意以下几点:

(1) 首先要知道自己患腰痛的病因,这当然要到医院就诊,或已有医生的明确诊断,要对症下药。

(2) 有过不良用药记录,如在以前应用止痛药的过程中出现过过敏反应或白细胞减少者,不宜再次使用同类止痛药。

(3) 有胃痛或溃疡病出血史者,忌服去痛片等含非那西汀、氨基比林、苯巴比妥和咖啡因成分的止痛药。因为这些成分在正常情况下对胃和十二指肠黏膜有较强刺激性。如需用时,可采用肠溶片或抗酸止痛药等复方制剂。

(4) 止痛药应选曾用过的药物,以小剂量为宜,大剂量并不能增加效果,而不良反应可随剂量加大而相应增多。

(5) 若用止痛药后疼痛消失,应及早减量,以免产生成瘾性或药物依赖性。对麻醉性止痛药更不能长期服用。

(6) 到药店选购止痛药时,须仔细阅读说明书,最好在专业人员指导下使用。

(7) 一些特殊腰痛患者服止痛药要特别注意,如孕妇一般不要用止痛药,以免危害胎儿,若服用必须在医生指导下用药;老年患者肝肾功能减退,常伴有其他疾病,药物代谢速度慢,吃药更应慎重,最好在医生指导下使用。

(8) 家庭选择治疗腰腿痛的药物应首选外用药,如无效再考虑内服药。



常用的理疗方法有哪些?

14

应用物理刺激治疗疼痛性疾病的方法称为物理疗法,其内容包括应用天然和人工的各种物理因素,人工的包括电、光、声、磁、冷、热、机械力等,天然的包括日光、空气、海水、矿泉、气候景观等。物理疗法可降低神经兴奋性,调

节自主神经功能,缓解肌肉痉挛,促进血液循环,改善组织代谢,加速致痛物质排泄,对消除或减轻炎症、创伤、肌肉痉挛,调节局部代谢,改善精神性疼痛均有较好疗效。由于物理疗法多作用于局部,具有操作简便、疗效确切、全身副作用少等优点,故不失为腰突症患者家庭自疗的最佳选择之一。



哪些患者可综合运用各种理疗?

(1) 炎症: 软组织损伤和劳损造成的无菌性炎症,热疗均可选用,如短波、微波、红外线、蜡疗,也可用激光、磁疗、超声波等。

(2) 疼痛: 选用热疗,加用低、中频电疗中的直流电药物离子导入、间动电、干扰电、等幅正弦中频电、音乐电疗、经皮神经电刺激、激光及磁疗等。

(3) 粘连和瘢痕: 早期理疗效果好。如等幅正弦中频电、直流电碘离子导入、超声波、蜡疗、水疗和推拿等。

(4) 失神经和废用性肌萎缩: 用低、中频电疗刺激,以兴奋和修复神经、增强肌张力。



如何选购理疗仪？

目前供腰突症患者选择的理疗方法层出不穷，患者可进行治疗后比较，选择一种适合于自己的理疗方法。医疗用品市场出现了不少家庭保健小型理疗仪，具有操作简单、携带方便的特点，患者选购时首先要看清生产厂家和品牌，看有无“械准字”国家批号。其次需要判断器械的理疗原理，是否适合患者本人使用，会不会有副作用和不良反应。此外，还应注意器械自行操作的难易度。其实患者最好在理疗科医生的指导下选择购买，切勿盲目轻信广告，否则不但不能治好自己的疾病，反而带来更多的副作用和不良反应。



热疗法的机理是什么？

热疗法是目前临床上治疗腰突症的最为常用理疗方法之一。热疗法分为表浅加温及深部加温，治疗时将温度控制在 $40\sim 45^{\circ}\text{C}$ 最为适宜。温度过高将造成组织损伤。进行热疗时出现疼痛是超越安全范围的信号。热疗治疗腰痛的机

制是：

(1) 改变胶原组织的物理性能,增加肌腱、韧带及关节囊的延展度,减轻关节僵硬。

(2) 使小动脉及毛细血管扩张,局部血流量增加,增加毛细血管的通透性,有利于血肿、水肿及渗出液的吸收。

(3) 提高神经末梢的痛阈(即神经末梢感受器对疼痛刺激的敏感度),从而达到止痛的目的。

(4) 减轻肌肉对牵拉刺激的敏感性,消除肌肉痉挛,从而改善肌肉痉挛造成的疼痛及活动障碍。



红外线疗法的机理是什么?

红外线是应用于治疗疾病的一种不可见光线,主要由热光源产生。短波红外线其穿透能力强,可穿入组织 3~8 厘米。其作用于人体组织,可使细胞分子运动加速,局部产热,局部毛细血管扩张充血,新陈代谢加快,促进组织愈合,恢复正常生理功能。

通常用红外线灯局部照射治疗时,患者可将红外线灯对着腰部疼痛部位照射,灯距一般为 30~50 厘米左右,可根据灯的功率大小与治疗局部具体情况随时调整,治疗量可根据

患者的感觉、皮肤红斑及测定皮温等来判定。一般患者感到腰背部有舒适的温热感,皮肤出现均匀的桃红色斑,皮温不超过 45°C 为适宜,照射量大小可通过改变灯距来调节,每次照射时间为 15~30 分钟,每日 2~3 次。



用红外线等治疗时应注意什么?

腰痛患者在用红外线等治疗时应注意以下几点:

- (1) 注意防止过热烫伤,对有皮肤感觉障碍、局部植皮或疤痕组织慎用。
- (2) 治疗时不要随便移动肢体,以防触碰灯具而引起烧烫伤。
- (3) 患有出血倾向、高热、肿瘤、结核等疾病的患者禁用。



电疗可治疗哪些腰部疾病,其作用机理是什么?

- (1) 急性腰扭伤:可解痉消肿止痛,常用电兴奋疗法、间

腰突症点津

动电流疗法、超短波,每日 10 分钟。恢复期用红外线和热疗。

(2) 慢性腰部劳损:有活血止痛,舒筋活络,减轻功能障碍等作用。常用红外线、直流电疗,加热疗、经皮神经电刺激疗法。

(3) 腰突症:有舒筋活血,消肿止痛等作用,常用超短波、间动电流、热疗。有神经根粘连时用超声波、碘离子导入。

(4) 肌筋膜炎:有消肿活血,解痉止痛等作用,常用间动电流、电兴奋、超声波加导热疗法。

(5) 骨关节炎:作用同上。常用药物导入、红外线、超短波、微波、加热疗、经皮神经电刺激疗法。



神经阻滞疗法的作用机理是什么?

疼痛是通过伤害感受径路与内分泌神经应激反应两条途径起作用的。神经阻滞可阻断伤害性感受器径路的疼痛过程,调整机体内在的调节机制。慢性疼痛患者血浆中镇痛物质之一的 β -内啡肽(β -EP)水平降低,对疼痛的敏感性增加,痛阈降低。硬膜外神经阻滞,后 β -EP明显增高,作用于

阿片肽受体产生比等量吗啡高 20 倍的直接镇痛效应。 β -EP 还抑制 P 物质的释放和抑制交感神经系统活动及其介质释放,发挥间接镇痛作用。硬膜外阻滞神经轴索可抑制应激反应,而外周神经阻滞不能抑制神经内分泌的应激反应。



神经阻滞疗法有哪几种,如何操作?

(1) 局部痛点阻滞:局部痛点包括患椎有压痛的后关节或椎旁深部压痛点,臀大肌深部,臀中肌、臀小肌压痛点,梨状肌坐骨神经压痛点,臀上皮神经、大粗隆外下方臀肌滑囊区、髂后上棘内侧、腓总神经即阳陵泉、承山等穴。同时,有重点或交替阻滞。治疗过程中痛点逐渐下移,可追踪阻滞,每点均有胀感、发散感。

(2) 椎间孔阻滞:找准患椎椎间孔略向中线得针感后注入 0.25%利多卡因 8.0~10 毫升,维生素 B₁ 20.5 毫克,地塞米松 5 毫克,2~3 日 1 次,5 次为 1 个疗程,后 3 个疗程不用地塞米松。先痛减,然后痛下移、消失。

(3) 骶管阻滞:骶管阻滞水平可达 L₂,但以下两个椎间隙较集中,对伴有椎间隙狭窄和溶核术、椎间盘髓核摘除术

后遗留疼痛者效果较好。



硬膜外类固醇注射疗法的原理是什么？

有学说认为腰突症的神经症状不仅单纯因为突出的椎间盘压迫了神经根，破裂的纤维环所释放出的一些物质还会导致神经根产生无菌性炎症，从而使神经根缺血、粘连，对疼痛更为敏感。而类固醇注射疗法可使神经根炎症消退，肿胀消除。同时，硬膜外腔注射起着“液体剥离”的作用，它使神经根从突出的椎间盘组织剥离下来，并分离神经根及硬膜腔周围的粘连。因此硬膜外类固醇注射疗法可以针对病因改善或消除症状。



腰突症患者怎样自我治疗？

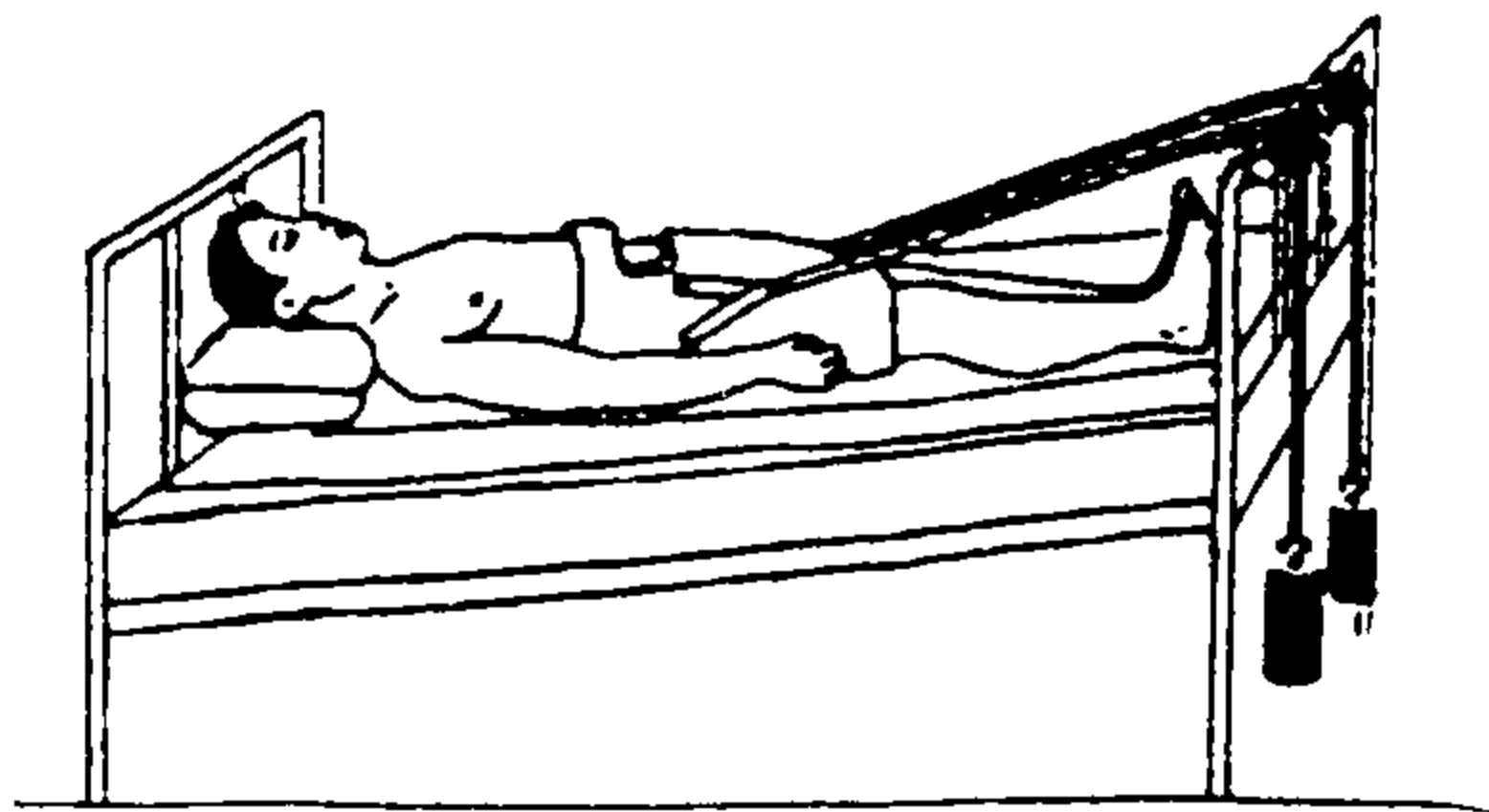
腰突症患者在医院的治疗总是有限的，大部分时间需要患者自我治疗。因此，如果患者能掌握一些简易的自我治疗方法，往往能起到事半功倍的效果。治疗腰突症的自我按摩疗法、简易自我牵引疗法、物理疗法、气功疗法、运动疗法、饮

食疗法都是很好的选择,可以使患者无论在工作时,还是在休息时都能进行自我治疗,早日康复。



牵引疗法的作用机理是什么?

古希腊有采用牵引和按压背部的方法来治疗腰椎病的记载。而我国传统医学亦有“单阴沉海”、“雷霆开弓”、“单阳分身”等牵引手法治疗腰椎病的记载。目前,牵引疗法因其副作用小,操作简便,疗效确切而被广大腰突症患者所接受。



腰椎牵引

牵引疗法之所以有效,主要是由于以下作用:

(1) 对腰部的制动作用: 由于牵引过程中使腰部处于相对固定状态,使腰部处于不负重状态而自然放松。

(2) 降低椎间盘压力：牵引使椎间隙增大，后纵韧带紧张，使椎间盘压力降低。

(3) 恢复腰椎的正常列线：牵引使腰部处于生理曲线状态，随着时间延长，病变腰椎不正常排列状态可以逐渐改变。但如果病程过久而有器质性改变者（如腰椎间骨桥形成等）例外。

(4) 减轻和消除局部的炎症水肿反应：腰椎病变处的椎间盘、肌肉筋膜以及神经根一般会有充血水肿，渗出增加等炎症反应，通过牵引所产生的制动和固定作用，可以使之较迅速地消退。



可以在家中做腰椎牵引吗？在家做腰椎牵引时要注意什么？

有一些腰突症的患者症状较轻，且牵引治疗有一定效果的，可以在家中行腰椎牵引治疗。

注意的问题是：首先，左右两根牵引绳的距离（在床脚处）最好较患者骨盆的横径增加 $1/2$ 。如过窄，易使患者感到髋部疼痛；如过宽，则易使牵引力量分散。其次，可将床脚（患者足侧）抬高 15~25 厘米，以形成斜面。床脚愈高，牵引

力愈大。但如有头晕眼花等症状的患者,可不必将床脚抬高,保持水平位即可。另外,在牵引时,可用箱子或垫子垫于患者腿部,使患者双侧髋、膝关节保持屈曲位,以减少腰骶部的前屈。另外,牵引重量以每侧 5~10 公斤为宜。



腰突症患者在日常生活中怎样减轻疼痛和不适?

在腰突症的急性发作期,要适当注意休息,重者需要卧床休息,平躺可减轻椎间的压力,有利于神经根水肿的消退。热疗可解除痉挛,促进局部血液循环,可减轻疼痛。常用的方法有热水袋、湿热敷、红外线等。佩戴合适的腰托亦可减轻疼痛症状。



腰突症都需要手术吗?

腰突症的治疗方法很多,根据患者的实际病情选择治疗方法,临床资料显示绝大多数的腰突症患者经治疗可使病情缓解

或治愈,只有少部分有手术指征的患者需行手术治疗。



哪些腰突症患者需要手术治疗?

有一小部分的腰突症的患者经半年以上非手术治疗无效,影响工作或生活的;经影像学检查证实突出的髓核巨大者;出现单根神经麻痹或马尾神经麻痹者;腰椎间盘突出造成椎管狭窄的。以上患者可行手术治疗。



腰突症手术可怕吗?

目前腰突症手术治疗的方法很多,有些手术方法已经非常成熟,只要术前准备充分,手术风险较小,所以腰突症手术并不可怕。为了提高手术的成功率,必须强调手术适应证及采用适当的手术方法。



腰突症手术会引起截瘫吗？

许多腰突症患者在听到自己需要手术治疗时都会问医生：“手术会引起截瘫吗？”其实，在了解了腰椎及其周围神经的结构关系后就会发现，这种担心是多余的。在腰椎的椎管内容纳的是脊髓的圆锥及马尾神经，圆锥及马尾神经的主要功能是支配大小便功能及马鞍区的感觉，即使手术时不慎损伤，也只会引起大小便功能失常或马鞍区麻木。腰神经根的主要功能是支配一定区域的下肢感觉及活动，如果手术时损伤了一侧腰神经根，也只会引起同侧下肢某一区域的感觉和运动障碍，这与双下肢感觉及肌力均丧失的截瘫有本质的区别。因此，腰突症手术，只要选择正规医院施行，一般情况下不必担心会有截瘫的风险。



腰突症手术以后能干重活吗？

有许多从事重体力工作的患者会担心腰突症手术后还能不能干体力活了，这个问题必须由手术医生来回答。因为

只有手术医生了解具体手术对腰椎稳定性的影响有多大,从而建议患者术后能否从事重体力工作。一般来说,单节段的腰椎椎板开窗去髓核手术等一些对腰椎稳定性影响不大的手术正常愈合后患者还能继续从事重体力工作,但腰椎全椎板切除减压手术、多节段腰椎融合术等对椎体稳定性影响较大的手术患者最好能听从医生的建议,术后只从事一些轻体力工作。



腰突症术后会影响腰部活动吗?

很多腰椎不稳定患者在腰椎融合术后都非常担心术后会影响腰椎活动度。的确,在腰椎融合术后,患者的腰椎前俯后仰及侧弯都会有不同程度的影响。腰椎的主要功能是支持躯干的重量,因此,医生一般在权衡利弊后,把稳定腰椎放在第一位,然后考虑尽可能保留腰椎的活动度。患者也不必过分担心,因为腰椎余下的节段及胸椎会代偿一部分的腰椎活动功能。



腰突症术前要作什么准备吗？

腰突症患者术前首先要有良好的心理准备。在从医护人员那里详细了解手术后，患者必须消除恐惧害怕的心理，这样才能在手术前一晚保证有良好充足的睡眠，使术前有一个良好的状态，这样也有利于术后的恢复。其次，患者术前同时要作好身体准备，如为了降低感染风险，在术前作好皮肤清洁，遵从医嘱术前严格禁食或禁水，有糖尿病或高血压等并发症的患者遵从医嘱术前服药，术前避免着凉而引起上呼吸道感染，避免食用不洁食物引起胃肠道感染等。在这里，我们要特别提醒腰突症患者在术前要养成在床上大小便的习惯，因为绝大部分腰突症手术术后必须绝对卧床，如果术前不养成在床上大小便的习惯，那患者术后就不能顺畅地排便，造成排便时腹压增高，从而影响切口愈合。



腰突症术后护理应注意什么？

有些腰突症患者在手术治疗以后认为突出的椎间盘已摘

除,身体已恢复健康,从此可以一劳永逸了。也有一些腰突症患者,在手术治疗后,认为再也不能从事正常工作和体育运动了。其实这两种观念都是极为错误的。手术完毕后,并不意味着整个治疗的结束,也不意味着从此丧失了工作和体育运动的能力。因为手术只不过是突出的椎间盘摘除了,还需患者进一步用其他康复手段,如功能锻炼等来巩固和增强疗效,避免复发。



腰突症术后会复发吗?

腰突症术后症状仍会复发,术后复发原因与手术后粘连、腰椎结构改变及术后训练不当等有关。腰突症术后的患者虽然该节段髓核已摘除,但手术后该节段上、下的脊椎稳定性欠佳,故在手术节段上、下两节段的椎间盘易脱出,从而导致腰突症的复发。



为什么腰突症术后同节段还会复发呢?

同节段腰突症术后复发的原因是复杂多样的。其中年

龄、椎间盘退变程度、残存髓核组织多少、侧隐窝发育大小等是关键性因素。此外,黄韧带肥厚内皱、关节突增生内聚、神经根周围瘢痕粘连及腰椎不稳等继发性病理改变相互联系,共同影响腰突症术后的远期疗效。



腰突症术后复发与年龄有关吗?

年龄越小,越容易复发。因为年龄越小,髓核组织退变、脱水越轻,初次手术难以完整摘除髓核组织,而腰椎负荷仍较大,在有害应力作用下加速残存髓核组织退变突出,引起症状复发。



腰突症术后复发与初次手术髓核组织残留多少有关吗?

关于初次腰椎间盘髓核摘除手术中髓核组织残留多少,常见有两种观点:一种认为只摘除突出间隙处凸入椎管部分;另一种认为除摘除突入椎管内髓核组织,还应尽量摘除

间隙内退变髓核组织。我们赞成后者观点。因初次手术对椎间隙内游离、变性的髓核组织切除不够,当椎体载荷时椎间盘内压力与髓核遗留多少和承受应力大小成正比,特别是旋转外力作用下,原残留退变的椎间盘组织易从手术后薄弱处再突出而导致症状复发。



腰突症术后复发与侧隐窝大小有关吗?

正常椎间盘膨出不应产生症状,当椎管有发育性狭窄或退变增生时,后缘的膨出可促成椎管狭窄症,当椎间盘突出症作髓核摘除后,则膨出将更为严重。侧隐窝外、后侧为骨性组织,前内侧的突出占位挤压神经根,引起症状复发。



腰突症术后复发与黄韧带肥厚和关节突增生有关吗?

腰突症髓核摘除术后,相应椎间隙狭窄,纤维环膨出将更加严重。后部的黄韧带及关节突出现继发性改变,表现为

黄韧带肥厚内皱,椎间隙变小。腰椎小关节关节囊松弛,同位椎体上关节突向内、上位移,长期的应力改变促使关节突增生肥大、内聚,引起侧隐窝及神经根管继发性狭窄,导致症状复发。



瘢痕粘连是腰突症术后复发的主要原因吗?

腰突症术后,突出的髓核组织刺激、创伤、手术引流不彻底等因素使术后硬膜外及神经根周围瘢痕形成粘连是难以避免的。由于椎间盘术后残留髓核组织退变突出,纤维环膨出、黄韧带肥厚、关节突增生等继发性病理改变引起神经根管狭窄,神经根因为瘢痕粘连活动度差,容易受到挤压引起症状复发。



腰突症术后腰椎会不稳定吗?

腰椎节段的稳定性主要由相应节段椎间盘、椎间关

节、韧带以及周围神经、肌肉、腹压等维持。椎体间的活动范围取决于椎间盘，椎间盘的弹性、强度是制约椎体间异常活动的主要因素。腰椎后路手术对后柱韧带组织、椎板进行了不可避免的损伤，同时对椎间盘的切除造成了中柱的损伤。椎间盘术后，正常的腰椎间盘节段的活动度显著增加，以及三点抗弯强度的明显降低，加速了原手术间隙内残存髓核组织退变、碎裂、突出。节段不稳引起小关节的应力改变、关节囊松弛、小关节退变增生等，所有这些均可导致症状复发。



术后如何避免腰突症复发？

术后康复手段是否适当，不仅影响疗效，而且在某种程度上能避免椎间盘突出症的复发。因此，术后应注意如下几个方面：

(1) 应循序渐进地加强腰背肌功能锻炼，以增强腰椎稳定性，防止复发。

(2) 手术后需严格卧床休息，最好是硬板床。卧床时间一般视手术范围而定，约1~4周。

(3) 注意营养，每日的饮食除保证足够的热量外，蛋白质

及维生素也应有足够的供应与补充。

(4) 术后卧床期间应由医护人员协助每两小时行轴位翻身一次,不宜自行强力扭转翻身,以保证腰部的筋膜、韧带、肌肉的良好愈合。避免损伤软组织。

(5) 在卧床时,应行仰卧抬脚、空中蹬车活动,以避免神经根粘连,并注意纠正不正确的姿势。

(6) 在充分卧床休息后,可在适宜的腰围保护下,下地做轻度活动。但下床时,应先仰卧位戴好腰围后,先向健侧或较轻一侧侧卧,同时屈髋、膝关节,由他人扶起坐于床边,待适应后再下地行走。

(7) 术后,脑力劳动者一般可在2~3个月后逐渐恢复工作,体力劳动者一般在3~4个月后才能开始工作。



如何评定腰突症手术的效果?

目前腰突症手术效果评定主要可分为简单评定和量化评定,其评定方法是根据患者的症状、体征、功能和检查结果来进行评定。临床多以优、良、差对手术效果进行评定:

优——术后症状缓解,腰椎活动度、直腿抬高试验、神经

功能均恢复,并能恢复原来的工作和生活;

良——术后症状部分缓解,腰椎活动度、直腿抬高试验、神经功能部分改善,不能恢复原来的工作和生活;

差——治疗无效或症状加重,有关体征无改善。



腰突症手术有哪些可能的并发症?

腰突症的手术治疗已经有很长历史,但对手术并发症的报道仍不少见,常见的手术并发症有感染、血管损伤、神经损伤、脏器损伤、脊膜假性囊肿、脊柱不稳等,各种并发症的发生率各家报道也不尽相同。



中 医 疗 法



中医古籍中有哪些与腰突症有关的论述？

古人对“腰突症”，很早就有叙述。如《素问·刺痛篇》中说：“衡络之脉令人腰痛，不可以俯仰，仰则恐仆，得之举重伤腰”，又云：“肉里之脉令人腰痛，不可以咳，咳则筋缩急。”清代程国彭《医学心悟》也说：“腰痛拘急，牵引腿足。”以上均说明，本病可由外伤引起，症状为腰痛合并下肢痛，咳嗽时加重。这与西医所说的有关腰椎间盘突出出的症状基本相似。中医称之为“腰腿痛”或“腰痛连膝”等。



中医药治疗腰突症有什么优势？

中医药综合治疗腰突症具有安全、有效、价廉、简便等优势，适合运用于大多数患者。在临床上可以根据中医辨证论治理论，通过针灸、推拿、导引、中药内服、膏药外敷等不同的方法进行治疗，有效率在95%左右。通过实验研究发现，退变椎间盘的软骨终板与椎体连接处存在微循环障碍，导致椎间盘营养供应降低，椎间盘不断退变。实验研究也证实益

气、化痰、补肾等中药可以增加局部血液供应,可以抑制退变椎间盘中前列腺素等炎症因子、降低胶原酶活性、增强Ⅱ型胶原的表达等,从而说明益气、化痰补肾等中药对延缓椎间盘的退变有积极作用。大量临床观察也证实中医药各种治疗方法可以治愈或缓解腰突症的临床症状,在手术治疗失败或疗效不佳时,中医药往往可以弥遗补救,寓防于治,使预防、治疗和康复统一于一体。全面普及医学科学知识及自我保健意识,发扬中医学“未病先防”的预防、康复思想,更有利于提高人类总体素质及健康水平。



中医是如何对腰突症进行分型的?

中医根据临床辨证来进行分型,一般分为以下几型:

(1) 寒湿型:腰部疼痛,有冷重感,每逢阴雨天或遇寒时腰痛加重,腰部转动不灵活,局部热敷或气温升高可使疼痛减轻,伴有小便次数减少,尿量少,尿色清,舌苔白腻。

(2) 湿热型:腰部疼痛,痛处有发热感或局部皮肤红热,局部冷敷后疼痛减轻,伴有口渴但饮水不多,小便次数增多,尿色黄,舌苔黄腻。

(3) 瘀血型:腰部有针刺样疼痛,痛点固定,拒按,轻者

腰部活动受限,重者可见腰部强迫体位。伴有大便秘结,舌体呈紫暗色,或舌边有瘀斑瘀点。

(4) 肾虚型:肾虚型又分为肾阳虚及肾阴虚。

肾阳虚:腰部冷痛酸胀,时轻时重,喜欢将热水袋置于腰部取暖,或喜欢用拳轻叩腰背。兼见容易疲劳,怕冷或肢体浮肿,面色苍白,小便次数增多,尿量多,尿色清,舌体胖大,舌苔薄白或白腻。

肾阴虚:腰部酸痛沉重,时轻时重,兼见心烦易怒,口渴但饮水不多,面色潮红,手足心热,夜间盗汗,失眠多梦,肢体浮肿,小便次数减少,尿量少,舌体红赤。

(5) 气血不足型:腰部酸痛,四肢无力,易疲劳,动则气喘吁吁,面色苍白或萎黄,易受惊,手脚怕冷,经常感到头晕、心慌,舌体胖大,或见舌边有齿印,舌苔薄白。



治疗腰突症的常用中成药有哪些?

根据以上辨证分型分别选用不同的中成药。风寒湿痹型可选用四妙丸、风湿液、大活络丸、活络效灵丹、追风透骨丸等,具有祛风除湿、活血舒筋的功效;瘀血型可选用七厘胶囊、云南白药胶囊、三七粉、血府逐瘀胶囊等,具有活血化

瘀、行气止痛的功效；肾阳虚者可选用金匱肾气丸、青娥丸、益肾补骨液、益肾蠲痹丸等，具有温补肾阳，散寒利水的功效；肾阴虚者可选用六味地黄丸、左归丸、大补阴丸、二至丸、知柏地黄丸等，具有滋阴补肾的功效；阴阳两虚者可选用无比山药丸、河车大造丸、十补丸等，具有滋阴补阳、益肾填精的功效。



治疗腰突症的常用中成药的药物组成如何？

风湿液：由鳖甲胶、鹿角胶、独活、红花等组成。

大活络丸：由地龙、全蝎、羌活、独活、胆南星、白芷、僵蚕、天麻、防风、川草乌、麝香等组成。

活络效灵丹：由丹参、当归、乳香、没药组成。

七厘胶囊：由麝香、血竭、冰片、儿茶、乳香、没药等组成。

血府逐瘀胶囊：由生地、赤芍、当归、川芎、牛膝、桔梗、枳壳、生甘草、桃仁、红花、柴胡等组成。

金匱肾气丸：由熟地、山萸肉、怀山药、茯苓、丹皮、泽泻、附子、肉桂等组成。

青娥丸：由补骨脂、熟地、大茴香、萆薢、青盐、杜仲、巴戟天、核桃肉等组成。

益肾补骨液：由黄芪、当归、熟地、仙灵脾、煅自然铜等组成。

益肾蠲痹丸：由仙灵脾、地龙、麝虫、全蝎、蕲蛇等组成。

六味地黄丸：由熟地、山萸肉、怀山药、茯苓、丹皮、泽泻等组成。

左归丸：由熟地、山萸肉、怀山药、龟板、枸杞子、菟丝子、杜仲等组成。

大补阴丸：由黄柏、知母、熟地、龟板、猪脊髓等组成。

二至丸：由女贞子、旱莲草组成。



中药汤剂由哪几部分组成？

方剂是由药物组成的，是在辨证审因、决定治法之后，选择适宜的药物，按着组方原则，酌定用量、用法，妥善配伍而成。药物的功用各有所长，也各有所偏，通过合理的配伍，增强或改变其原有的功用，调其偏性，制其毒性，消除或缓解其对人体的不利因素，使各具特性的药物发挥综合作用。临证组方时遵照君臣佐使的原则，君药是针对主病或主证起主要治疗作用的药物。臣药有两种意义，一是辅助君药加强治疗主病或主证的药物，二是针对兼病或兼证起治疗作用的药

物。佐药有三种意义,一是佐助药,即协助君、臣药以加强治疗作用,或直接治疗次要的兼证;二是佐助药,即用以消除或缓解君、臣药的毒性与烈性;三是反佐药,即根据病情需要,用与君药性味相反而又能在治疗中起相成作用的药物。使药有两种意义,一是引经药,即能引方中诸药以达病所的药物;二是调和药,即具有调和诸药作用的药物。组成一首方剂,首先是依据辨证、治法的需要选定恰当的药物,并酌定用量,明确君臣佐使的不同地位及其相互配伍关系,发挥其综合作用,制约其不利因素。使之用药适宜,配伍严谨,主次分明,恰合病情,才能取得良好的治疗效果。



风寒湿痹型腰痛的常用方剂有哪些?

(1) 祛风胜湿汤:羌活 6 克,独活 6 克,炒防风 9 克,左秦艽 4.5 克,威灵仙 9 克,川桂枝 3 克,豨莶草 12 克,炒丹参 9 克,鹿蹄草 12 克,炒米仁 2 克,宣木瓜 9 克,全当归 9 克,炒白芍 9 克,海风藤 9 克。功效:祛风除湿散寒、活血止痛通络。主治风寒湿互阻之腰痛。

(2) 独活寄生汤:熟地 15 克,当归 10 克,川芎 10 克,白芍 10 克,秦艽 10 克,防风 10 克,细辛 3 克,肉桂 6 克,杜仲 10

克,牛膝 15 克,党参 20 克,生甘草 9 克。功效:益气血、补肝肾、祛风湿、舒经络。主治风寒湿痹兼气血肝肾不足型腰痛。

(3) 蠲痹汤:五加皮 10 克,独活 10 克,羌活 10 克,乌梢蛇 10 克,川断 10 克,桑寄生 10 克,川乌 6 克,草乌 6 克,狗脊 10 克,廑虫 6 克,杜仲 12 克,防风 10 克,苍术 15 克,海桐皮 10 克。功效:祛风除湿、舒筋活血。主治风寒湿痹型腰痛。

(4) 宣痹汤:防风 15 克,桂枝 15 克,制川乌 3 克,制草乌 3 克,络石藤 15 克,当归 15 克,苍术 12 克,薏仁 12 克,独活 9 克,桑寄生 9 克。对风胜者可再加秦艽、羌活,对湿胜者加木瓜、防己,寒胜者则加干姜、制附子,如风寒湿邪兼以血瘀,则可加乳香、没药、桃仁、红花等。功效:祛风散寒、化湿除痹。主治风寒湿痹型腰痛。

(5) 舒筋活血汤:羌活 6 克,独活 6 克,荆芥 6 克,防风 6 克,当归 9 克,续断 9 克,青皮 4.5 克,牛膝 9 克,五加皮 9 克,炒杜仲 9 克,川红花 4.5 克,枳壳 4.5 克。功效:舒筋活血、祛风止痛。主治风寒腰痛。

(6) 羌活胜湿汤:羌活 15 克,独活 15 克,藁本 15 克,防风 15 克,甘草 6 克,川芎 10 克,蔓荆子 10 克。功效:祛风除湿。主治风湿型腰痛。

(7) 麻桂温经汤:麻黄 9 克,桂枝 9 克,红花 6 克,白芷 15 克,细辛 3 克,桃仁 6 克,赤芍 9 克,甘草 6 克。功效:温经散寒通络。主治寒邪偏重之腰痛。



瘀血型腰痛的常用方剂有哪些？

(1) 桃仁承气汤：桃仁 9 克，大黄(后下)15 克，芒硝(冲服)6 克，当归 9 克，芍药 9 克，丹皮 9 克。功效：活血祛瘀、通腑泄热。主治瘀血大便不通之腰痛。

(2) 身痛逐瘀汤加味：当归尾 15 克，炙乳香 9 克，炙没药 9 克，五灵脂 9 克，川芎 9 克，桃仁 9 克，香附 9 克，牛膝 9 克，地龙 9 克，鸡血藤 9 克，羌活 9 克，红花 6 克，甘草 6 克。如气滞症状明显，还可加枳壳、砂仁等药。功效：活血化瘀、行气止痛。主治瘀血疼痛较剧的腰痛。

(3) 理气活血止痛汤：青皮 4.5 克，陈皮 4.5 克，枳壳 4.5 克，当归 9 克，生地 12 克，白芍 12 克，麝虫 4.5 克，炙乳香 6 克，炙没药 6 克，王不留行 9 克，延胡索 9 克，参三七 3 克，甘草 3 克。功效：理气活血、通络止痛。主治瘀血气滞之腰痛。

(4) 桃红四物汤：桃仁 9 克，红花 6 克，赤芍 10 克，生地 15 克，川芎 10 克，当归 10 克。功效：活血化瘀、消肿止痛。主治瘀血肿胀之腰痛。

(5) 补肾活血祛瘀汤：乳香 10 克，没药 10 克，当归 12 克，丹参 15 克，杜仲 15 克，牛膝 15 克，骨碎补 30 克，麝虫 15 克，川断 10 克。功效：益肾强筋，活血化瘀。主治瘀血肾虚

之腰痛。



肾虚型腰痛的常用方剂有哪些？

(1) 益肾汤：鹿角片 10 克，制龟板 10 克，熟地 15 克，杜仲 10 克，川断 10 克，桑寄生 10 克，五加皮 10 克，羌活 10 克，独活 10 克，防风 10 克，肉桂 3 克，山萸肉 10 克，怀山药 15 克。功效：益肾填精、祛风活络。

(2) 益肾壮筋汤：川断肉 9 克，千年健 12 克，厚杜仲 9 克，巴戟天 9 克，桑寄生 9 克，仙灵脾 9 克，制狗脊 9 克，枸杞子 9 克，全当归 9 克，川牛膝 9 克，五加皮 9 克，杭白菊 12 克。功效：补益肝肾、活血强筋、通络止痛。



肾阳虚腰痛的常用方剂有哪些？

(1) 加味阳和汤：熟地 30 克，鹿角霜 10 克，麝虫 10 克，炮姜炭 6 克，肉桂 6 克，麻黄 4 克，黄芪 20 克，白芥子 8 克，蜈蚣 1 条，甘草 6 克。如疼痛剧烈可加入乳香、没药、川断，肾虚

明显则可加杜仲、狗脊、桑寄生。功效：温阳益气、补肾填精兼以活血通络。

(2) 杜仲散：厚杜仲 9 克，川断肉 9 克，补骨脂 9 克，肉苁蓉 9 克，骨碎补 9 克，炙黄芪 15 克，川牛膝 9 克，全当归 9 克，乳香 6 克，没药 6 克。功效：温补肾阳、益气活血止痛。

(3) 益阳壮腰汤：熟地 15 克，山萸肉 10 克，怀山药 15 克，肉桂 6 克，熟附片 9 克，川断 10 克，杜仲 10 克，桑寄生 12 克，细辛 3 克，鹿角片 10 克，麻黄 3 克。功效：补肾温阳、强筋健骨。



肾阴虚腰痛的常用方剂有哪些？

(1) 滋阴活络汤：熟地 30 克，山萸肉 10 克，怀山药 30 克，菟丝子 10 克，枸杞子 12 克，桑寄生 10 克，当归 10 克，怀牛膝 15 克，制龟板 15 克，独活 10 克，羌活 10 克，防风 10 克。功效：滋阴补肾、舒筋活络。

(2) 加味地黄汤：生地 12 克，山萸肉 9 克，怀山药 9 克，泽泻 6 克，云茯苓 9 克，丹皮 6 克，枸杞子 9 克，女贞子 9 克，桑寄生 9 克，芡实米 9 克，延胡索 9 克。功效：滋阴补肾、强

壮筋骨。



治疗风寒湿痹型腰痛的民间单验方有哪些？

- (1) 地肤子 9 克,炒黄研末,用黄酒冲服,即可。
- (2) 中药千年健、追地风各 25 克用 500 毫升二锅头酒泡 7 天后服用,每天喝 3~4 次,每次 50 毫升左右。
- (3) 用 0.5 公斤红果(去核)加 0.5 公斤红糖,加水煮熬成糊状,趁热服用,以出汗为宜,并用棉被盖上双腿。这样连服 3~5 次即见成效。如果效果不显,可多服几次。
- (4) 萆薢 90 克,杜仲 30 克,捣末,空腹酒服 6 克,禁食牛肉。
- (5) 羊脊骨 1 具,捶碎,熬取浓汁,和盐料食。
- (6) 猪腰(洗净破开去白筋)一对,茯苓 6 克,切片夹入,蒸出自然汁(不放水),食尽。
- (7) 白扁豆根洗净,不拘多少,酒煮服。
- (8) 橘子仁炒研成末,每次 3 克,用酒煮后,和渣空腹服用。
- (9) 取黄狗皮灸裹腰痛处,取暖。

(10) 用威灵仙 500 克, 晒干, 好酒浸 7 日, 为末, 面糊丸为梧桐子大小, 以浸药酒下 20 丸。

(11) 羊胫骨 250 克, 炙黄后研末, 每次 6 克, 日服 2 次, 黄酒温服。

(12) 丝瓜藤 15~30 克, 煎汤内服。



治疗瘀血型腰痛的民间单验方有哪些?

(1) 大茴香, 研末, 将猪腰子剖开, 掺末在内, 湿纸裹煨熟, 空腹盐酒送下。

(2) 藕实 6 枚, 炒黄色研末, 以熟水半盏和服。

(3) 蒺藜子捣末, 蜜丸如胡豆大, 酒服。每服 2 丸, 每日 3 次。

(4) 取皂荚子 1 200 枚, 洗净晾干, 酥熬令香, 研末, 蜜丸如梧桐子大小, 空心蒺藜子、酸枣仁汤下 30 丸。

(5) 冬瓜皮适量, 炒焦, 研为细末, 每次用酒冲服 3 克(不能饮酒者亦可用温开水送服), 每天 2~3 次。

(6) 赤包 1 味研成细末, 每次 3 克, 早晚 2 次, 开水调服。

(7) 生韭菜(或韭菜根) 30 克, 切细, 加黄酒 100 毫升, 温后趁热服用。



治疗肾虚型腰痛的民间单验方有哪些？

(1) 骡子修下蹄爪甲，烧灰存性，研末，黄酒调服。

(2) 胡桃仁捣碎，和温酒顿服。

(3) 杜仲 90 克，浓煎水，煮羊腰子 4 枚至熟，加盐、椒作羹，空腹食之。

(4) 羊腰一对，去白筋切片，以盐腌去腥水，入杜仲 9 克，蒸酒服下。或用荷叶包火中煨食亦可。

(5) 用菟丝子(洗)30 克，牛膝 30 克，酒浸于银器中，浸过 5 日，暴干为末。将浸酒再入少许醇酒，做糊和丸，如梧桐子大小。每服空心酒下 20 丸。

(6) 鹿角屑，蜜浸，焙至稍带有黄色，晒干，捣筛为末 90 克，空心酒服 1~3 克，3 次/日。



虫蛇类药物对腰突症患者有什么好处？

现代药理研究表明，虫蛇类药有搜风、祛瘀、攻毒三大功效。可消肿、抗炎、活血、降低致炎致痛物质浓度(解毒)；作用

较强,其行走攻窜,以通达经络、疏逐搜剔,为草本植物所不逮。

地龙其性寒,下行以治疾而通经络也;全蝎治诸风瘾疹、中风半身不遂;蜈蚣走窜最速,内而脏腑,外而经络,凡气血凝集之处,皆能开之;穿山甲善窜,专能行散、通经络达病所;虻虫(地鳖虫)疗折伤瘀血。

叶天士的久病人络、久痛入络的论断,认为久则邪正混处其间,草本不能见效,当虫蚁疏逐,以搜剔络中混处之邪。认为全蝎、蜈蚣为治顽痹之要药,若病变在腰背部,蜂房、蕲蛇合用有特殊效果。虫蛇类药剂量较小时有兴奋强壮之作用,剂量大时可有镇静、抑制作用。如全蝎、乌梢蛇、蜣螂虫等,小剂量加入补益药中有利于麻痹、痿证之恢复,增加到一定量后都有解痉、镇静、抑制作用。僵蚕、白花蛇等亦如是。虫蛇类药均含有生物活性物质和多种氨基酸,大多具有兴奋骨骼肌、平滑肌、解痉抗炎作用,增加剂量都有镇痛、镇静和抑制作用。其中地龙(蚯蚓),含有蚯蚓素,它有一定的抗组胺作用,主要用于腰腿痛中的痹症和瘀阻。



虫类药物如何加减使用?

如证兼挟痰,则重用僵蚕,加用胆星等化痰药;挟瘀血则

增加麝虫、红花用量。化热则重用地龙、僵蚕，加用桑枝；肝肾不足则重用当归、熟地、枸杞子、河车、白芍等；气血不足用人参、黄芪、当归、生(熟)地。

虫蛇类药一般不入煎剂，否则疗效降低，多用丸、散，部分药有燥血动血之弊，应从小剂量开始，逐渐增加，中病即止，勿使过之。

损伤性腰痛：气机失于条理而瘀血作痛。麝虫、全蝎能活血、化瘀、通络。方用麝虫 30 克，全蝎 6 克，研细末，每日 3 次，黄酒冲服。

慢性腰痛：地龙、苏木、桃仁各 9 克，肉桂 6 克，麻黄 3 克，黄柏 3 克，当归 12 克，甘草 6 克，水煎，饭前服。



腰突症可以外敷膏药吗？

在日常生活中，人们遇到身体关节或肌肉出现酸痛不适，首先会想到用膏药进行自疗。这也是大部分腰突症患者在腰痛发作时首先使用的自疗方法之一。的确，膏药外贴在治疗腰痛方面有着独特的功效，具有操作简单、针对局部、副作用小的优点，对治疗急性腰扭伤、慢性腰肌劳损、腰背肌膜炎、腰突症、腰三横突综合征等腰椎疾患均

有疗效。其治疗原理与热疗基本相同,同时运用中药渗透到局部组织从而起到活血化瘀、祛风止痛、舒经活络的作用。



如何正确使用外敷膏药?

目前市场上所出售的膏药品种繁多,目前常用的外敷贴膏有:天和骨通贴膏、代温灸膏、麝香壮骨膏、关节镇痛膏、奇正消痛贴、筋伤宁贴剂等。这些膏药均有舒筋活血、祛风止痛、祛湿活络之功效。其中药理成分基本相同,患者可选择使用。在购买和使用之前,首先要看清膏药是否有药准字号、生产厂家和生产日期(包括保质期),包装是否有破损。膏药外贴部位可选择体表压痛点或根据经络穴位来选择。膏药外贴时间一般不超过8~12小时。如外贴时间过久,即便是正常的皮肤也会出现皮肤过敏,从而带来不必要的副作用。

若局部皮肤有炎症或表皮破损,则不能使用膏药外贴治疗,若使用膏药后,局部皮肤出现红肿、水泡、瘙痒,则必须立即停止使用膏药治疗,去医院皮肤科就诊。



针灸治疗科学吗？

针灸学是中医学的重要组成部分，它有着悠久的历史。用针灸方法治疗疾病，是我国独特的一种医疗技术。近年来针刺治病的机理，不断被实验研究所证实，通过现代生理学、生化学、微生物学、免疫学等多学科的协作，深入研究了针灸治病原理，证明针灸对机体各系统的功能有双向调整作用，调整免疫功能，增强机体抗病能力。针刺镇痛原理的研究已深入至神经细胞、电生理、神经递质，如脑啡肽等分子生化学水平。

这些针刺机理的阐明，不仅具有极其珍贵的史学意义，而更重要的是它本身具有对于人类医疗的实用价值。使针刺疗法不仅在国内日益受到欢迎，而且也得到了国外医学界的公认，并正在为人类的保健事业作出更大的贡献。



针灸治疗可怕吗？

在很多患者印象中，针灸是用毫针刺入皮肤、肌肉，并配合

手法或电针等相关的辅助治疗,好像十分疼痛的样子。加上针灸刺激穴位以酸胀为宜,这就更加深了患者对针灸治疗的恐惧感。其实,针灸并不可怕。由于毫针的直径极细,所以在针灸过程中,只有在破皮的一瞬间会有感觉,而这种感觉并不会比被蚊子叮咬更疼。其次,在穴位得气后所体会到的酸胀感与患病时肌肉的酸胀不适有本质的区别。穴位得气后经络为之疏通,会产生一种舒适的酸胀感。经常治疗的患者还会因为这种酸胀感而对针灸欲罢不能。最后是关于损伤组织的忧虑,由于毫针极细极软,只会起到必要的刺激作用,而不会对组织造成很大的破坏。只要手法得当,一般不会损伤血管、神经以及内部脏器,仅在进针、起针的过程中偶尔会碰破一些皮下的毛细血管,造成微量的出血,只需用棉球按压即可止血。

在了解了针灸治疗过程中的种种感受和机理之后,患者应该在治疗过程中放下心理包袱,放松身体,这样不但可以进一步减少针灸刺激所产生的痛觉,提高疗效,更有助于避免断针、晕针、出血等针灸不良反应的发生。



针灸治疗有什么特点?

针刺和药灸是中医学防治疾病中最常用的一种简便而

有效的治疗方法。

针刺法即采用不同的针具刺激人体的特定部位(穴位),使体内的经络、气血得以疏通,使人体脏腑、器官的功能得到调整,而达到治愈疾病目的的治疗方法。

药灸法是选用艾绒等不同药物,以烧、熨体表的特定部位(穴位),通过经络的调整作用,而达到治疗效果的治疗方法。

针和灸刺激的方法尽管各不相同,但治疗疾病的理论依据都是经络学说,在临床上针和灸经常配合应用,故合称“针灸”,在我国古代临床上针和灸一直是相互补充的两种治疗方法。可见当时的医家就已认识到运用机械性的针刺刺激,治疗效果达不到的话,还可以运用温热性的艾灸刺激方法加以补充或辅助治疗,以提高其治疗效果。

针刺和药灸疗法,使用的工具比较简单,携带和治疗极为方便,适应证很多,疗效又很显著,深受广大病员欢迎。针灸随着中医学的发展而复兴,尤其是针灸临床工作,通过中西医结合共同研究,获得了较大的进展,临床实践表明,针灸对内科、外科、妇科、儿科、伤科等科的 300 多种病证有不同程度的效果,对其中 100 多种病证有较好或显著的疗效。



针灸疗法有哪些？

针刺疗法自古至今已发展分化出二十余种独特有效的疗法，这些不同的针刺方法分别都有各自的治疗范围和主要适应证，目前已是中医学临床治疗学中的重要组成部分。近年来随着社会科技不断的进步，使针灸治疗的内容更为丰富，范围更加广泛。常用针法有体针法、耳针法、电针法、水针法、芒针法、火针法、皮肤针法、皮内针法、三棱针法、巨针法、指针法、针刺麻醉法、针挑法；特殊针法有头针法、面针法、眼针法、鼻针法、手针法、足针法、腕踝针法、陶针法、漆针法；穴位疗法有穴位贴药法、穴位埋线法、穴位电疗法、穴位磁疗法、激光穴位照射法、红外穴位照射法、微波穴位照射法。

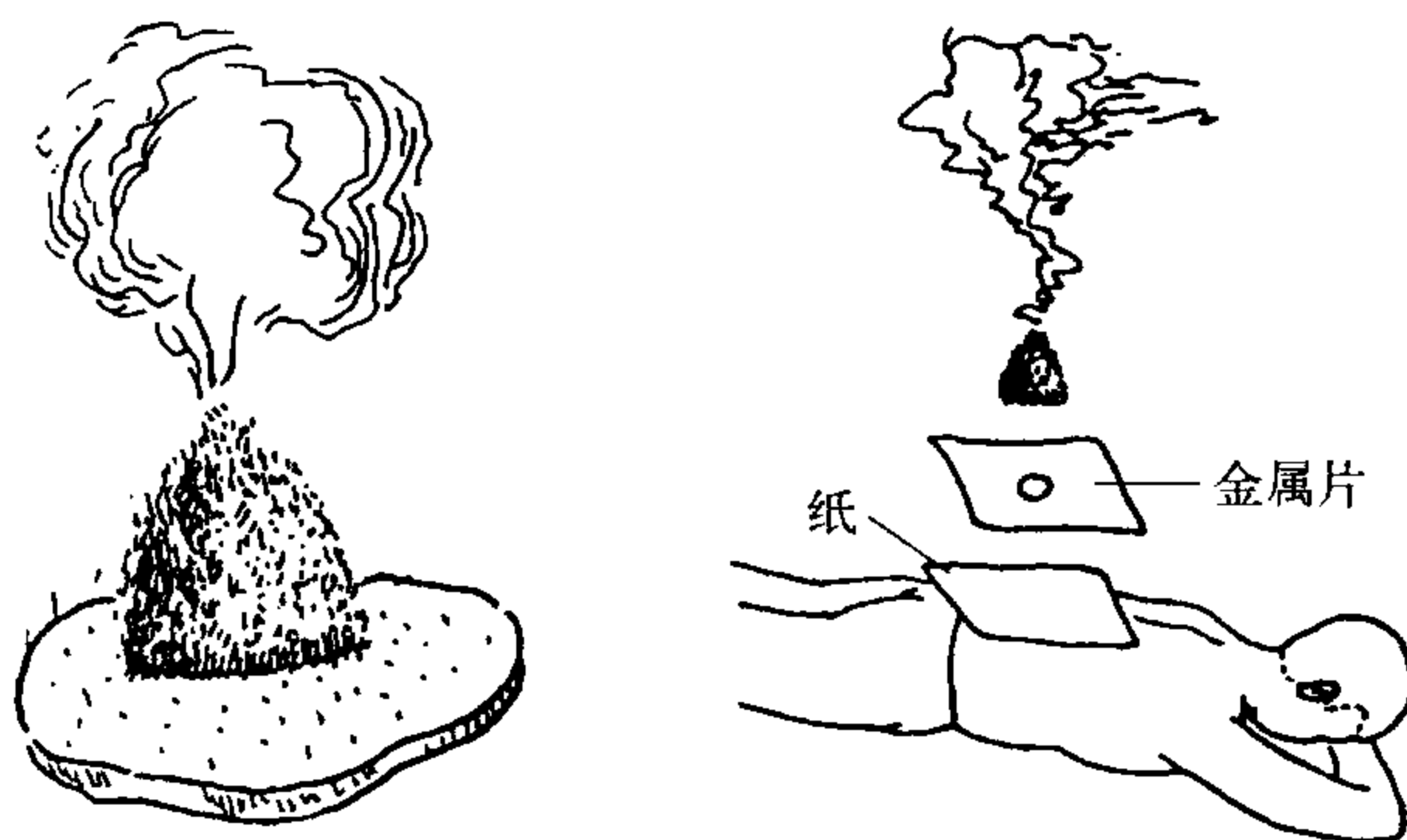
常用灸法有艾炷灸法、艾条灸法、温灸法、灯火灸法、天灸法、保健灸法等。



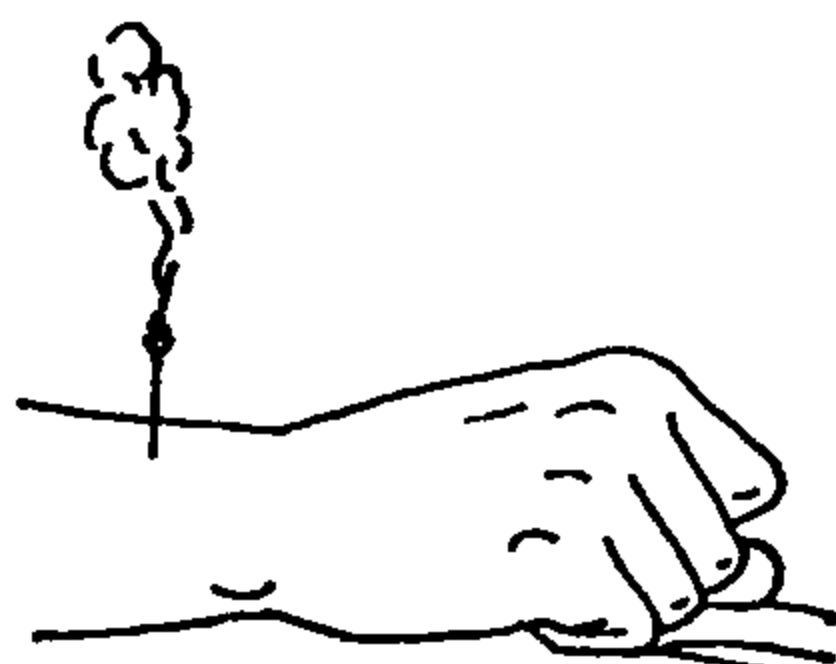
艾条灸



艾柱灸



间接灸



温针灸

常用灸法



针灸治疗的机理是什么？

针灸是祖国医学的瑰宝。早在远古时代,就有人类以砭石代针治病的记载。针灸治疗以腧穴为刺激点,以经络关系

为基础。经络是经脉与络脉的总称,是指人体运行气血,联络脏腑,沟通内外,贯穿上下的通道。针灸则是通过对穴位的刺激来调整经络的传输联络,或深或浅,或强或弱,激发经络气血,调节整体功能,从而起到疏通经络、调节脏腑、舒筋活血的作用。在治疗过程中,针灸通过补与泻的手法,虚者补之,实者泻之,从根本上治疗以达到扶正祛邪、治疗疾病的目的。另外,针灸还具有缓解局部肌肉痉挛、活血祛瘀、消炎消肿、促进组织修复等作用,能够标本兼顾。



什么是针灸穴位针感传导?

随着对针灸穴位针感传导的观察,加深了穴位有其内部联系通路的认识,这种联系通路是呈线状分布的,而在线状的联系通路上,有“脉气”的运行。所以《素问》称穴位为“脉气所发”和“气穴”,后来又有“腧穴”(气血转输的部位的含义)和“孔穴”等名称。由于同一条“线”上的穴位在主治功能上有共同之处,提示了人们以“线”为基础,将穴位系统分类,从而深化了人们对穴位的认识,这时人们已不把穴位看成是各个孤立的、局部的、单一的作用,而是把它看成是互相联系的、整体的、多种的作用了。经络学说,无疑就是对这一整体

观念的具体论述。



什么是经络系统？

经络是人体气血运行的通路，内属于脏腑，外布于全身，将各部组织、器官联结成为一个有机的整体。经，指经脉，犹如直通的径路，是经络系统中的主干；络，指络脉，犹如网络，是经脉的细小分支。经络，是经脉和络脉的总称。经络理论是古人在长期临床实践的基础上总结出来的。一般认为，其形成与疾病的证候、针感的传导、推拿和导引的应用以及古代解剖知识的结合等有关。这一理论与脏腑、气血等基础理论一起，对中医各科特别是对针灸的临床辨证和治疗，有着极为重要的指导意义。

经络系统密切联系周身的组织和脏器，在生理、病理和防治疾病方面都起着重要的作用。《黄帝内经》中曾指出：“经脉者，所以决死生，处百病，调虚实，不可不通。”这里概括说明了经络系统的重要性，可理解为经络系统有三方面的功能：在生理方面，有运行气血、协调阴阳的功能；在病理方面，有抗御病邪、反映证候的功能；在防治疾病方面，有传导感应、调整虚实的功能。



什么是经气？

经气泛指在经脉中运行的“气”，亦即指经脉的主要功能，代表人体内的“真气”或“正气”，指人体的正常生活能力与防御疾病的能力，也是和作为致病病原的“邪气”相对立的一个名称。如《素问·离合真邪论》谓：“真气者，经气也。”《素问·阴阳别论》：“淖则刚柔不和，经气乃绝。”



什么是十二经脉？

十二经脉是经络系统的主体，具有表里经脉相合，与相应脏腑络属的主要特征。包括手三阴经（手太阴肺经、手厥阴心包经、手少阴心经）、手三阳经（手阳明大肠经、手少阳三焦经、手太阳小肠经）、足三阳经（足阳明胃经、足少阳胆经、足太阳膀胱经）、足三阴经（足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经），也称为“正经”。

十二经脉的体表分布规律：十二经脉在体表左右对称地分布于头面、躯干和四肢，纵贯全身。六阴经分布于四肢内

侧和胸腹,六阳经分布于四肢外侧和头面、躯干。十二经脉在四肢的分布规律是,三阴经上肢分别为手太阴肺经在前、手厥阴心包经在中、手少阴心经在后,下肢分别为足太阴脾经在前、足厥阴肝经在中、足少阴肾经在后,其中足三阴经在足内踝以下为厥阴在前、太阴在中、少阴在后,至内踝8寸以上,太阴交出于厥阴之前。三阳经上肢分别为手阳明大肠经在前、手少阳三焦经在中、手太阳小肠经在后,下肢分别为足阳明胃经在前、足少阳胆经在中、足太阳膀胱经在后。十二经脉在躯干部的分布是,足少阴肾经在胸中线旁开2寸,腹中线旁开0.5寸处;足太阴脾经行于胸中线旁开6寸,腹中线旁开4寸处;足厥阴经循行规律性不强。足阳明胃经分布于胸中线旁开4寸,腹中线旁开2寸;足太阳经行于背部,分别于背正中线旁开1.5寸和3寸;足少阳胆经分布于身之侧面。

十二经脉表里属络关系:十二经脉在体内与脏腑相连属,其中阴经属脏络腑,阳经属腑络脏,一脏配一腑,一阴配一阳,形成了脏腑阴阳表里属络关系。即手太阴肺经与手阳明大肠经相表里,手厥阴心包经与手少阳三焦经相表里,手少阴心经与手太阳小肠经相表里,足太阴脾经与足阳明胃经相表里,足厥阴肝经与足少阳胆经相表里,足少阴肾经与足太阳膀胱经相表里。互为表里的经脉在生理上密切联系,在病理上相互影响,在治疗时相互为用。

十二经脉的循行走向:手三阴经从胸走手,手三阳经从

手走头,足三阳经从头走足,足三阴经从足走腹(胸)。

十二经脉的交接规律: 阴经与阳经(互为表里)在手足末端相交,阳经与阳经(同名经)在头面部相交,阴经与阴经在胸部相交。

十二经脉的流注顺序: 十二经脉的流注是从手太阴肺经开始,阴阳相贯,首尾相接,逐经相传,到肝经为止,从而构成了周而复始、如环无休的流注系统。将气血周流全身,起到濡养的作用。



十二经脉的主要特点是什么?

十二经脉是经络系统中的重要组成部分。经络系统中的经别、奇经和络脉都是以十二经脉为主体,彼此互相配合发挥作用。十二经脉的主要特点是:

- (1) 各条经脉的分布部位都有一定的规律;
- (2) 每条经脉都有内属脏腑,与外络肢节两个部分;
- (3) 每条经脉隶属于一个内脏,在脏与腑之间有表(腑)、里(脏)相互属、络的关系;
- (4) 每条经脉在经气发生病理变化时都有其特殊的证候群表现;

(5) 各条经脉在体表都有腧穴的分布。

十二经脉对于维持人体生命活动,处理各种疾病,调整集体虚实等方面,具有极为重要的意义。中医学中的整体观点和辨证施治的方法,就是以十二经脉为主体的经络学说和脏腑学说紧密结合而形成的。



什么是奇经八脉?

奇经八脉是人体内的任脉、督脉、冲脉、带脉、阴跷脉、阳跷脉、阴维脉、阳维脉等八条经脉的统称,它们交错地循行分布于十二经之间。《难经·二十七难》说:“凡此八者,皆不拘于经,故曰奇经八脉。”也就是说奇经八脉与十二正经不同,奇经八脉不隶属于脏腑,又无表里配合关系。

这八条经脉的命名均与各脉循行特点及功能有关。督脉总督诸阳经,为阳脉之海,诸阳经皆交会于督脉;任脉妊养诸阴经,为阴脉之海,诸阴经皆交会于任脉;冲脉其经气占有冲要之位置,为十二经之海,又为经络之海,五脏六腑之海,又为血海;带脉总束诸经,状若束带,使诸经气血不得妄行;阳维脉联络诸阳经交会于督脉,主维护一身之表,阴维脉联络诸阴经交会于任脉,主维护一身之里,从而使身体内外相互协调;

躄者，矫健、敏捷之意，故阴阳躄脉行身体阴阳两侧，与诸阴经及诸阳经交叉交会，主一身肢体之运动和整体之平衡。



奇经八脉的主要特点是什么？

奇经八脉的主要特点是：不拘于正经，不属络脏腑，无表里关系，主要起调节气血，调节阴阳的作用，其沟通了十二经脉之间的联系，有涵蓄十二经气血和调节十二经盛衰的作用。当十二经脉及脏腑气血旺盛时，奇经八脉能加以蓄积；当人体功能活动需要时，奇经八脉又能渗灌供应。故《难经》二十七、二十八难把正经比作沟渠，奇经比作湖泽，正经之气隆盛则溢入奇经。八脉中除任、督二脉有本经所属腧穴外，其他六脉都附丽于正经。奇经八脉通过十二经脉与脏腑相联系，但它们有自己的循行路线与特定功能和所主病证。

“奇”，有“离奇”、“单”、“另外”、“寄”之含义，因在其特点和功能上均有别于十二经脉，故称为奇经。奇经病候给人们一个非常重要的启示——即十二经脉中，某些性质相近的经脉在病理上还存在着内在的、更加密切的有机联系，它指导人们在中医辨证时不仅要看到个别的脏腑和经络的病证，还应联系到性质相近或相关的脏腑和经络的病例联系。因此

奇经的理论,不仅补充和完善了中医辨证论治的方法,更重要的是,它指导人们全面地去分析、观察病情,更好地体现了中医的整体观点,把中医辨证论治提高到一个更高的阶段。



奇经八脉与十二经脉之间有什么关系?

奇经八脉对十二经脉中不同性质的经脉起着分类作用,对类同性质的经脉起着组合的作用。

奇经八脉在全身经络中不仅有联系、调节和组合等作用,最重要的还在于它对十二经脉通过系统分类以后起着统帅和主导作用,如督脉是人体诸阳经脉的总汇,同时和肾、脑也有密切关系,对足厥阴肝经亦有一定影响,它起到了督率阳气和统帅中元的作用。

所以,从气血分布循行的主干路线方面来说,十二经脉是全部经络的主体,若从经脉的性质和作用的重要性方面来说,奇经八脉则是十二经脉的主导者和统率者,故十二经脉和奇经八脉在经脉学说中具有同等重要的意义。

奇经八脉将十二经脉中某些性质相近的几条经脉联合组织起来,如前所述,其主要作用,是担任着联系、调节、组合和主宰这个经脉系统的功能,因此,奇经的病候,主要是概括

了各条奇经所统辖的经脉所主病候的某些合并疾病。换句话说，奇经的病候，就是十二经脉病候的分类归纳。



经络的四诊要点是什么呢？

经络诊法与中医传统诊法相似，但是诊察的重点部位不同。经络诊察的重点部位是：十二经脉、奇经八脉、十五络脉、经筋、皮部、穴位和全息穴位等。

- (1) 望诊：① 望经脉；② 望络脉；③ 望经筋；④ 望皮部；⑤ 望全息部位；⑥ 望动作。
- (2) 闻诊。
- (3) 问诊。
- (4) 切诊：① 切脉搏；② 切经脉；③ 切皮部；④ 切经筋；⑤ 切穴位。



中医学有哪些辨证论治的方法？

中医学之精髓在于辨证论治。辨证论治是指导针灸临

床诊治疾病的基本法则。中医辨证方法主要有：经络辨证、八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、病邪辨证等。诸法各具特点，运用各有侧重，但就学术渊源及理论内容而论，经络辨证是基础，脏腑辨证是核心，八纲辨证是纲纪。

针灸临床中，尤当重视经络辨证，临证诊疗宜以循经辨证为纲；病候辨证为纬；兼及奇经辨证及皮部、经筋等有关理论；并需与脏腑辨证、八纲辨证等紧密结合，融会贯通，灵活运用。



什么是经络辨证？

经络辨证是以经络学说和脏腑学说为指导理论；而以经络学说为基础的一种综合性的临床辨证方法。经络辨证的主要特点是：用十二经脉和奇经八脉去分析，归纳证候；结合脏腑等理论，推究病机，判断病变性质和正邪盛衰的状况。根据不同的经脉脏腑的生理功能及病理变化，来分析症状，辨证分经，这是经络辨证的基本方法。人体经脉内系脏腑，外络肢体，经络系统能够有规律地反映出若干证候。临床根据这些证候以判断疾病发生于何经、何脏、何腑，从

而进一步推求疾病病因、病位、病性、虚实之所在及其发展趋势。正如《灵枢·卫气》云：“能别阴阳十二经者，知病之所生。”

经络辨证是在中医四诊所得的基础上，通过八纲分析进一步判断出经络的证候，即人体患病经脉及其气血的虚实状况，以便为针灸、推拿和药物归经等疗法提供依据。古人云：学习针灸医学有四难，针刺容易辨证难；辨证容易补泻难；补泻容易选穴难；选穴容易辨气难。以上这四难中以经络辨证为最难，如果不懂经络辨证是很难理解《内经》的。不懂经络辨证，也很难在临床上实现针灸的神效、速效。



对腰突症如何进行经络辨证？

腰突症多因素体虚弱，肝肾不足，气血亏损，致经脉失养，加之腰部感受风寒湿邪，邪滞经络，或跌扑损伤经络所致。从受累经脉分析，督脉行于背后正中，统帅一身阳气，故阳气亏虚或受损受邪皆首累督脉。督脉亏虚则累及全身阳脉，六阳脉中，足三阳经脉发于上，行于下，通行腰腹，容易受累。而足三阳经中，胃经行于身前，胆经行于身侧，膀

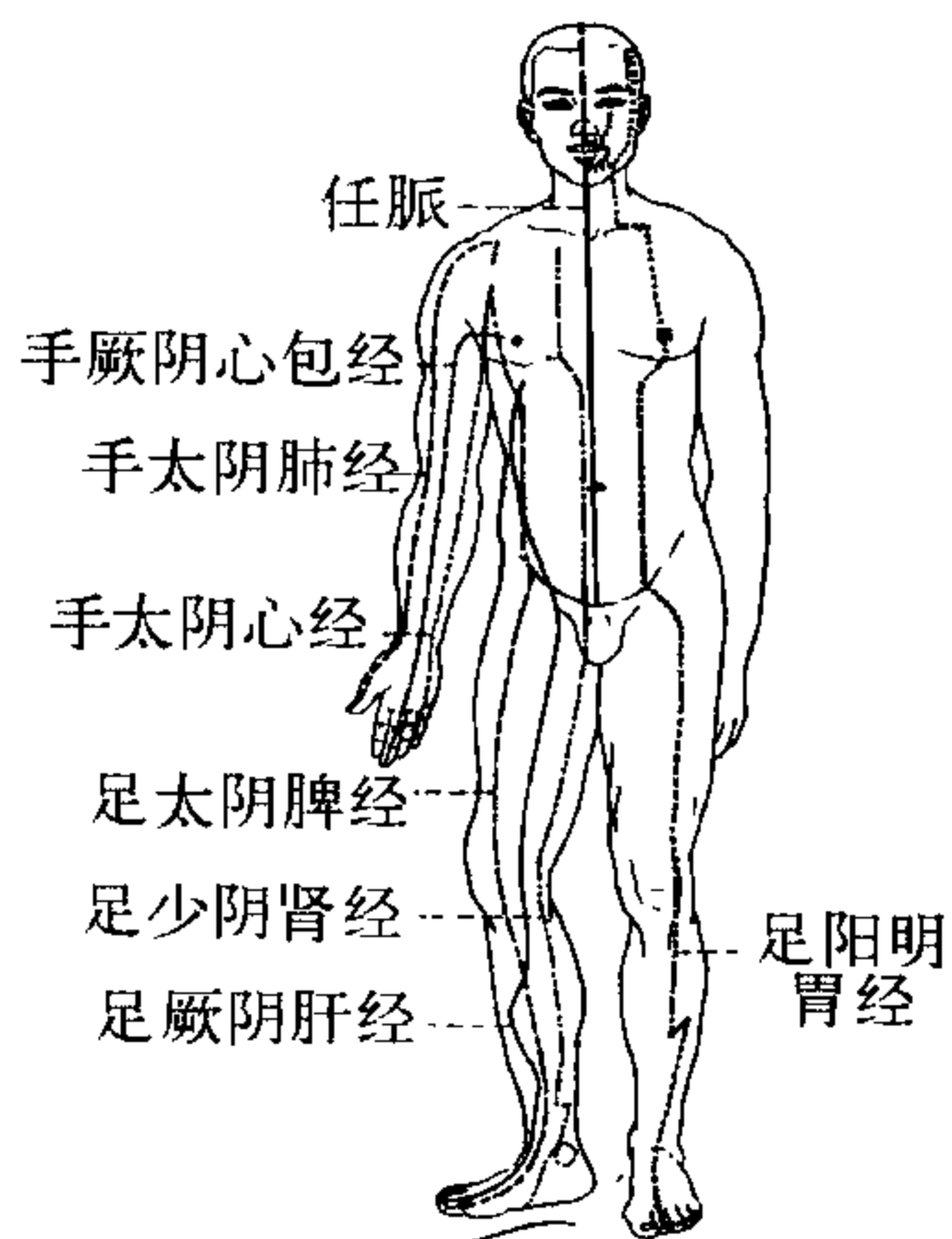
膀胱经行于腰部，故受累几率亦依次增加。同时，胆、膀胱与肝、肾互为表里，肝肾不足，两经气血亏虚又必然累及胆经、膀胱经。因此本病与督脉、胆经、膀胱经三者关系最为密切。再从虚实分析，督脉气血亏虚，以虚为主；胆经、膀胱经两经本身气血亏虚不显，但受督脉及肝肾经所累，又因外邪滞留或跌扑损伤而致气血运行不畅，故以实为主。综上所述，腰突症经络辨证多为督虚太实之证，可见腰部及下肢酸痛，行动不利。若以督脉阳气亏虚为主，则见全身乏力，腰部无力寒冷，喜暖喜按，下肢寒冷，酸胀拘急，疼痛不显等症；若以胆经、膀胱经受邪，气血不畅为主，则见腰部板滞，疼痛拒按，下肢牵制疼痛等症。



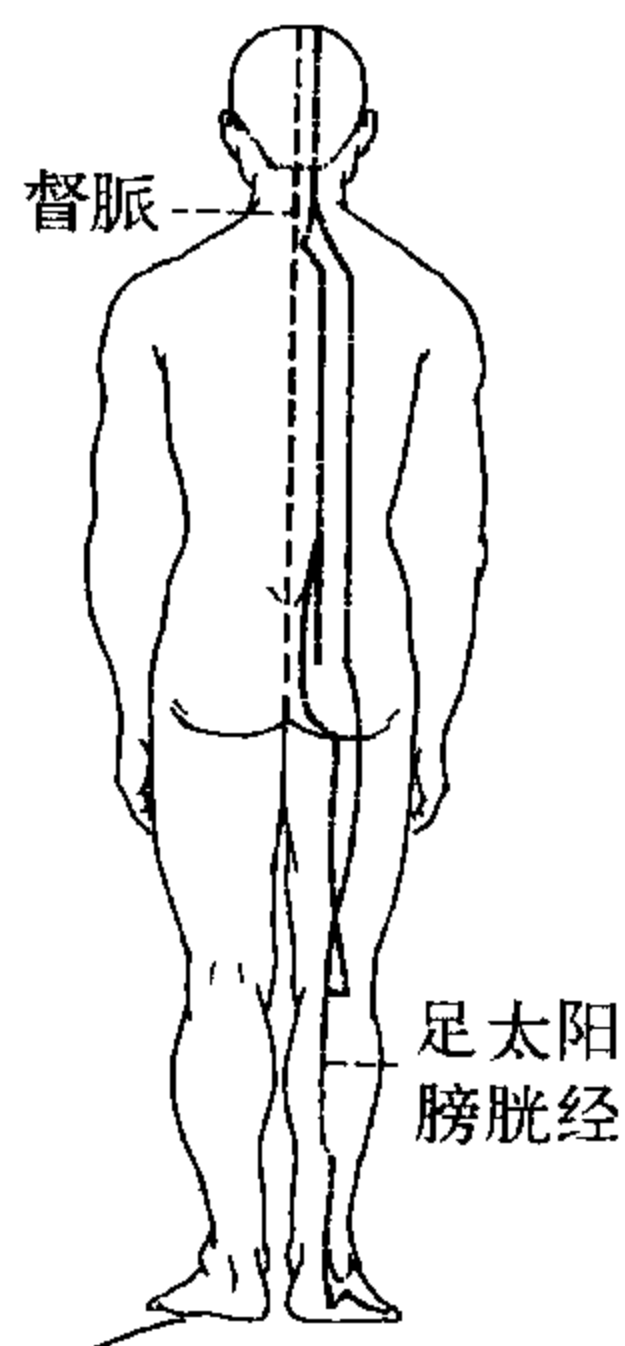
腰突症主要与哪些经脉相关？

36

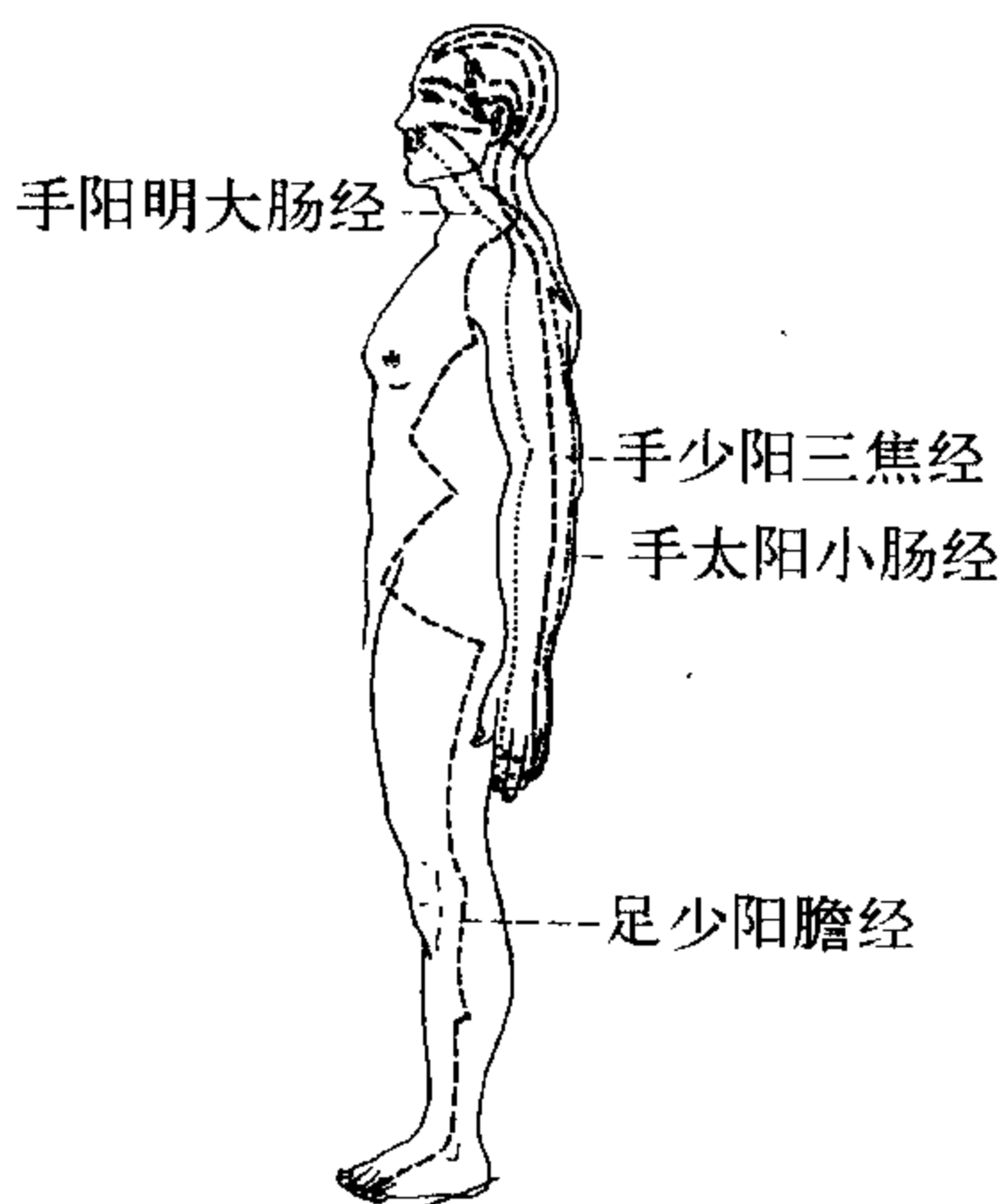
腰突症的主要病证是腰背腿痛，根据其疼痛的具体部位，本病经络辨证当以足太阳膀胱经、督脉为主，次为足少阳胆经及足阳明胃经及足太阴脾经、阳维、阳跷脉。腰突症，当以经络辨证为指导，临证具体分析，圆机活法。下面我们将详细阐述与之相关的两条主要经脉。



十四经分布概况(正面)图



十四经分布概况(背面)图

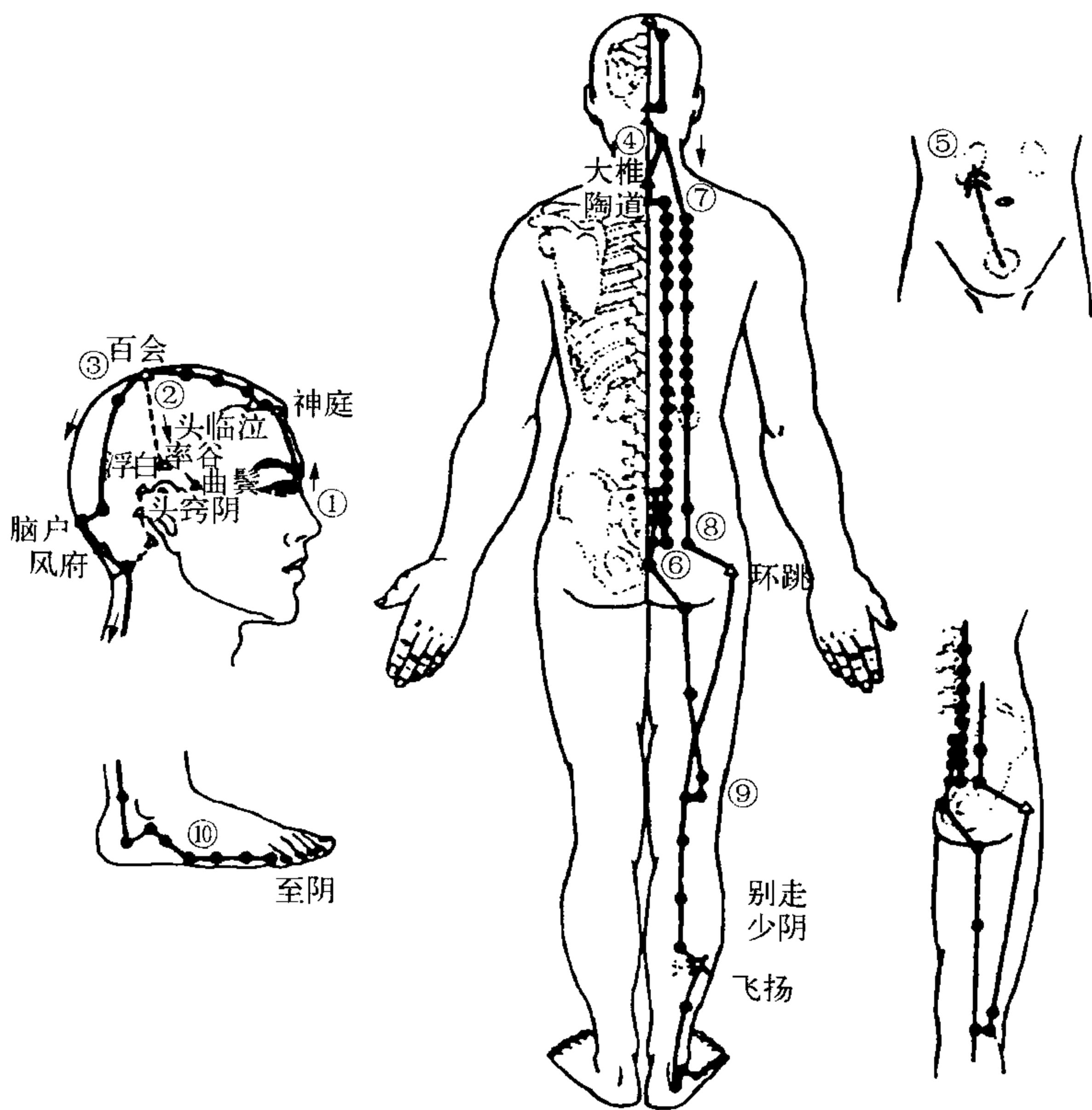


十四经分布概况(侧面)图



足太阳膀胱经是如何循行的？

足太阳膀胱经是十二经脉之一。它的循行路线是：起于眼睛内眦角，沿眶上切迹上行，到额部同督脉交会于神庭穴，并与足少阳经交会于头临泣穴，本经距矢状缝 1.5 寸，上至头顶，再和督脉交会于百会穴。它的分支，从头顶部分出，走向耳上角部，与足少阳交会于曲鬓、率谷、浮白、头窍阴、完骨等穴。直行的脉，从头顶向里通于脑，回出来沿枕骨旁距顶后中线 1.3 寸的位置向下循行到顶部，沿着肩胛肌肉的内侧，交督脉于大椎、陶道穴、傍柱旁 1.5 寸的位置，沿骶棘肌，直下抵达腰部，脉气入循挟腰骶棘旁的肌肉后，入里属内行线。它有一分支，从腰部向下行，沿脊椎旁经过臀部，再进入到膝腘窝中的股二头肌腱与半腱肌腱之间。它另一条分支，从肩胛内缘向下行，挟脊柱 3 寸，通过肩胛，沿着脊柱，经过股部大转子，交会于足少阳胆经的环跳穴，穿过臀大肌、梨状肌，沿着大腿外侧的后面，通过股二头肌，沿股二头肌腱内缘进入腘窝，同上一条腘窝的脉会合，从此再向下分布，通过腓肠肌中，浅出于外踝后面，沿跟骨—骰骨粗隆—第五趾骨粗隆—第五跖趾关节—到足小趾外侧末端。



足太阳膀胱经循行路线图



足太阳膀胱经的主病是什么？

关于足太阳膀胱经的主病在中医古典文献中有很多记载。《灵枢·经脉》云：“脊痛腰似折，髀不可以曲，膈如结，踠如裂……是主筋所生病者……项背腰尻胛脚皆痛，小指不用。”《素问·刺腰痛篇》云，“足太阳脉令人腰痛，引项脊尻背如重状。”“解脉（指足太阳膀胱经从项分为两支下行至胛中的部分）令人腰痛，痛引肩，目吭吭然，时遗洩。”“解脉令人腰痛如引带，常如折腰状，善恐。”“衡络之脉（足太阳之外络，横出于腰中，从髀外后廉下合于膈中的部分）令人腰痛，不可以俯仰，仰则恐仆，得之举重伤腰，衡络绝，恶血归之。”“飞阳之脉（足太阳别络）令人腰痛，痛上怫怫然，甚则悲以恐。”



督脉的主要功能是什么？

督脉是奇经八脉之一。“督”有“督率”、“总督”、“督促”、“总”、“都”之含义，亦做“中”字解。督脉总督一身之阳

气,为阳脉之督纲;手足三阳经经气皆会于督脉,是阳经经气之海。它的主要功能:①统摄全身阳气;②维系人体元阳。督脉又称阳脉之海。因为手、足三阳经都有分支直接会合于督脉,起着调节全身阳气的作用,故称。督之为病,脊强而厥。



督脉是如何循行的?

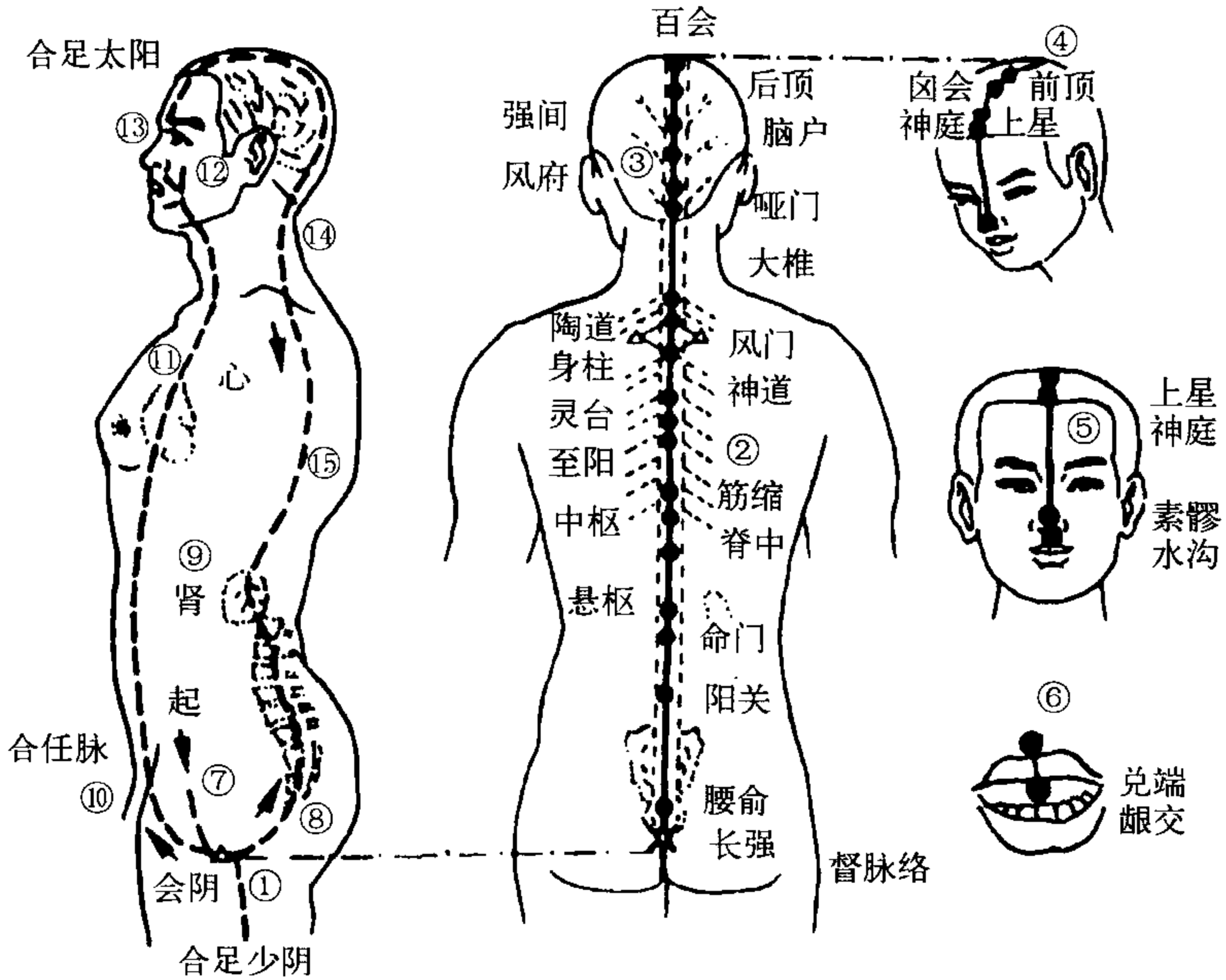
督脉的分布路线共有四条:

(1) 起于少腹下的会阴部,循着脊柱向上分布,至顶后风府穴处,入脑,上行颠顶,沿头额下达鼻柱。

(2) 起于少腹胞中,下抵阴器,到会阴部,经尾间骨端,由尾间骨端分出,斜绕臀部,与足少阴从股内后廉上行的脉及足太阳的经脉相会合,再回过来贯脊深入,属于肾脏。

(3) 与足太阳经脉同起于目内眦处,上额交会于头顶部,入络于脑,再分别下颈项,沿脊柱两旁下行至腰中,同肾脏联系。

(4) 从少腹部直上,通过肚脐,向上连贯心脏,进入喉部,向上到达面颊,环绕嘴唇,抵达目下的中央部位。



督脉循行路线图



中医对腰突症是怎样认识的？

腰突症属西医学病名，中医学无相应的病名。根据腰突症的临床表现及其病理，本病病位在腰脊与经络。本病的主

要临床表现为：腰痛及坐骨神经分布区域的臀部和下肢疼痛。腰为肾之府，肾主骨而生髓，故本病位在腰脊，其本在肾。腰椎间盘突出性病变是腰突症的病理基础，腰椎间盘突出变与遗传、体质及后天劳损有关。骨髓相贯，为肾精所化生。先天不足、后天失养以及劳损致使肾精亏损，骨髓筋脉失养。这一中医学理论与西医学认识相吻合。因此肾精亏损是病之本，是内因，是辨证的基础和依据；腰突症可因跌仆闪挫、寒湿邪淫而发病，并出现临床症状，此为外因，属标证。因此辨证时一定要辨识标本，不可混淆。至于腰椎间盘突出压迫神经根出现臀及下肢疼痛，病本在腰，病位在经络。《灵枢·本藏》云：“经脉者，所以行气血而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。”经络有传注气血以营养脏腑组织器官，抵御外邪，保卫机体的作用，故无论内、外因素导致经脉气血不通则痛，则引起经脉循行部位的疼痛，所以病因为本，经脉气血不通为病机，疼痛为标。



腰突症的针灸治疗依据是什么？

本病以腰背腿痛为主证。正如《证治准绳·腰痛》所云：“有风，有寒，有热，有挫伤，有瘀血；有气滞，有痰积，皆标也；

肾虚其本也。”可见肾虚为本病发生的病理基础,亦是辨证的关键所在。肾虚日久,可因跌仆闪挫、感受外邪而发病;而跌仆闪挫,感受外邪,劳损日久亦可损伤肾元,病因病证互为因果。

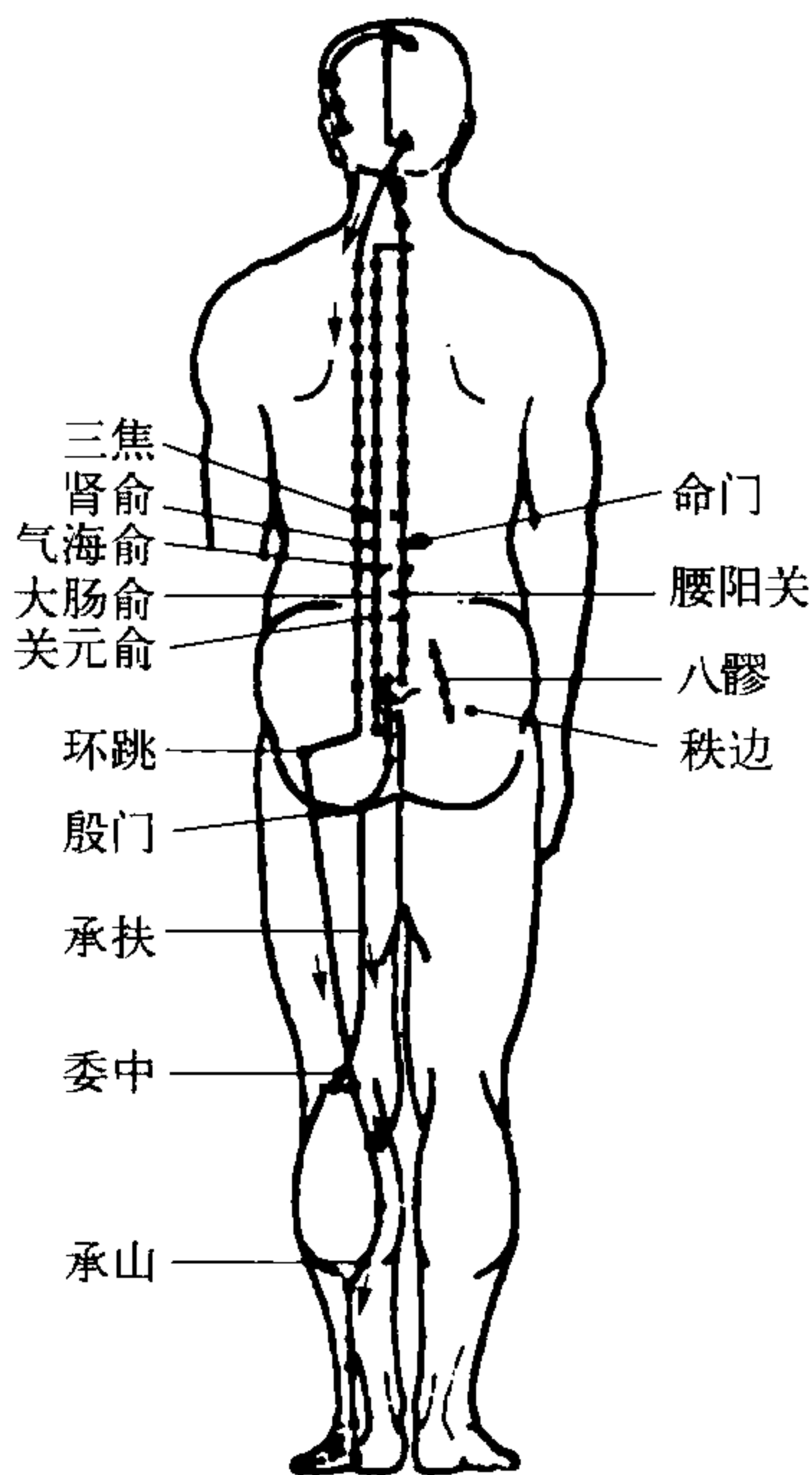
针灸疗法临床上应用的主要依据是中医基础理论,具有通表里、贯上下、行气血、营阴阳的作用。针灸治病,是直接作用于腧穴,通过经络的传导和反应,来调整人体的营养气血和脏腑功能,治愈疾病。本经有病,兼调子母经:根据病变部位,先确定其病变所属经脉,在调其本经气血的基础上,根据“虚则补其母,实则泻其子”的原则,调其子母经,亦属循经辨证的范畴。

针灸应用于腰突症,也正是根据中医学对腰突症所引起的腰腿痛的认识,循经取穴,辨证施治,尤其是通过调整督脉和足太阳膀胱经这两条贯穿腰背部的经脉的气血阴阳,达到治疗目的。辨证的目的是为了了解病证的原因、性质、部位及邪正盛衰情况以指导施治,是治疗的依据。因此,从临床治疗的实际出发,本病辨证应重在病因辨证和经络辨证,病因辨证适用于药物内治治疗,亦指导经络辨证;经络辨证适用于针灸、推拿等外治法治疗,既以病因辨证为指导,亦与病因辨证相协互补。



针灸治疗腰突症的常用穴位有哪些？

常用穴位有：① 三焦俞：第 1 腰椎棘突下，旁开 1.5 寸；
② 肾俞：第 2 腰椎棘突下，旁开 1.5 寸；③ 气海俞：第 3 腰椎棘突下，旁开 1.5 寸；④ 大肠俞：第 4 腰椎棘突下，旁开 1.5 寸；⑤ 关元俞：第 5 腰椎棘突下，旁开 1.5 寸；⑥ 八髎：第 1、2、3、4 骶后孔中（分别称为上髎、次髎、中髎、下髎）；⑦ 秩边：第 4 骶椎下，旁开 3 寸；⑧ 委中：腘窝横纹中央；⑨ 承山：腓肠肌两肌腹之间凹陷的顶端；⑩ 阳陵泉：腓骨小头前下方凹陷中；⑪ 腰阳关：第 4 腰椎棘突下；⑫ 命门：第 2 腰椎棘突下；⑬ 阿是穴：腰部压痛点；⑭ 夹脊穴：在第 1 胸椎至第 5 腰椎棘突下两侧，后正中线旁开 0.5 寸。



常用腧穴



取穴的原则有哪些？

针灸治疗腰突症，注重远近结合取穴，即局部选穴和远端循经选穴相结合。

(1) 局部取穴主要是以夹脊穴、阿是穴和腰背部穴位为主，局部取穴不仅有明显的镇痛效果，而且有直接的解除肌肉痉挛、活血祛瘀、消炎消肿的作用。

(2) 远端循经取穴是根据腧穴具有远治作用而得，不仅能治疗局部病症，还可以治疗本经循行路线上其他部位的疾病，尤其是四肢肘、膝关节以下的经穴。循经取穴有疏通经络、协调经气平衡、祛邪止痛的功效。

(3) 还可采用前后、左右交叉取穴配合治疗，如左侧疼痛取右侧经穴，腰背后侧痛取腹部对应穴位，更能起到意外之功效。



什么是针刺的补泻手法？

针刺补泻就是通过针刺腧穴，采用适当的手法激发经

气,以补益正气、疏散病邪,从而调节人体脏腑经络功能,促使阴阳平衡,使机体恢复健康的方法。补能鼓舞人体正气,泻能疏泻病邪,临床上常用以下几种补泻手法。

(1) 捻转补泻: 针下得气后,捻转角度小、用力轻、频率慢、操作时间短者为补法;捻转角度大、用力重、频率快、操作时间长者为泻法。顺时针捻转为补,逆时针捻转为泻。

(2) 提插补泻: 针下得气后,先浅后深、重插轻提、提插幅度小、频率慢、操作时间短者为补法;先深后浅、轻插重提、提插幅度大、频率快、操作时间长者为泻法。

(3) 徐疾补泻: 进针徐徐刺入、快速出针者为补法;反之,进针时急速刺入、徐徐出针者为泻法。

(4) 平补平泻: “平”即“均”的意思,也就是说对于虚实不太显著,或虚实兼有的病症,得气后可使用均匀的提插捻转手法,即为平补平泻。



针刺治疗的注意事项有哪些?

这里介绍的一些关于针刺的知识比较简单,仅为参考了解之用。若的确有病痛需进行针刺治疗,最好在正规医院,由专业医师治疗。并且针刺时必须注意以下几点:

(1) 穴位刺激强度当视患者情况而定,一般儿童、孕妇、年老体弱、神经衰弱者宜用轻刺激手法,急性疼痛患者宜用强刺激法。

(2) 按证选方、取穴要准。

(3) 无菌操作,防止感染。

(4) 针刺深浅则根据胖瘦及肌肉丰厚程度不同而定。

(5) 患者避免过饱过饥等身体状态不佳时勉强治疗,若有不适应及时告知医师,尽早处理。



什么是电针治疗?

电针法是将毫针刺入穴位后,再输入微量脉冲电流作用于人体治疗疾病的一种新方法。

本法是毫针法的进一步发展。这种在针刺作用基础上,加上脉冲电代替手法的机械的治疗方法,能提高对某些慢性、顽固性疾病的治疗。电针在针刺麻醉法推广应用后,充分显示了其刺激强度、波型、频率等刺激参数可随临床需要随意选择和调节,以及能代替人力进行长时间刺激的特点。合理地选择穴位是提高治疗效果的关键,电针法的治疗范围也较广泛。随着针刺临床的进展,电针的应用正在不断扩

大,目前耳针、头针、面针、皮肤针等针刺疗法,普遍采用加上脉冲电流作为提高该法疗效的有效手段,因此电针是当前很受欢迎的治疗方法。



常用的电针仪有哪些?

目前电针仪种类繁多,通常有电子管式、蜂鸣式、半导体等数种,根据笔者临床应用体会,以4~6个输出插口的台式半导体电针仪在门诊使用最为合适,家庭或个人使用则以袖珍式带有1~2个输出插口的半导体电针仪为最佳。因其使用干电池,耗电省,不受电源限制,其体积较小,携带方便,更重要的是用干电池的半导体电针仪比电子管式的更为安全,故目前临床使用以半导体电针仪为最普遍。



电针仪的参数如何选择?

电针仪的参数:包括输出电压(电流)强度、频率、范围、波型种类等。输出电压在0~40伏(电流在0~1毫安)以内

连续可调。频率应在1~5次/秒(低频或称疏波)和50~100次/秒(高频或称密波)可调节。有的电针仪装有频率旋钮可任意选择疏密波型。有的则分别装置可选择密波、疏波、疏密、继续波、锯齿波的开关,供临床根据病情适当选用,十分方便。电针仪输出的电压强度、频率、波型和持续时间共同形成为电针的刺激量,这种刺激量如同针刺的手法和药物的剂量一样,对治疗的效果起着决定性的作用。



脉冲电的波型、频率不同,作用有什么不同?

当一种波型、频率不断变换的脉冲电流作用于人体时,组织中的离子会产生运动,改变细胞内外的离子浓度,从而影响人体组织功能。所以电针时脉冲电流通过毫针刺刺激穴位,就产生了调整人体功能的治疗作用。

疏波: 刺激作用较强,起兴奋作用,能引起肌肉收缩,提高韧带的张力。常用于治疗各种痿症,肌肉、韧带、肌腱损伤等。

密波: 能产生抑制效应,降低神经应激功能,先对感觉神经起抑制作用,接着对运动神经也产生抑制作用。常用于止痛、镇静、缓解肌肉和血管痉挛、针刺麻醉等。

疏密波：是疏波和密波自动交替出现的波型。能克服治疗中单一波型易产生适应的缺点。治疗时兴奋效应占优势。能促进代谢，改善组织营养，消除炎性水肿。常用于止痛、扭挫伤、关节周围炎、坐骨神经痛、面瘫、肌无力、局部冻伤等。

断续波：为自动出现时断、时续的一种疏波，断时在 1.5 秒内无电脉冲输出，续时脉冲电连续工作 1.5 秒。断续波能避免长时间电针产生的电刺激适应（患者对电针刺激产生适应，感到刺激强度变弱），能提高肌肉组织的兴奋性，对横纹肌有良好的刺激收缩作用。常用于治疗中风瘫痪、截瘫、痿症、肌肉萎缩、麻痹、小儿麻痹后遗症等。



电针治疗对腰突症有效吗？

由增生物直接刺激压迫引起症状的仅占极少数，绝大多数是由增生物刺激周围的软组织，导致这些组织充血、水肿、渗出等炎症反应，进而间接刺激或压迫邻近的神经血管而引发症状。临床研究发现神经根性症状有时不与机械压迫程度一致，而与神经根局部炎症程度一致。神经根由于没有神经外膜，受到刺激后反应明显，尤其是椎间盘

突出髓核组织的刺激,故认为根性症状是一种炎症的结果。

目前的一系列研究表明神经根型腰突症的产生有其复杂的病理、生理和生物化学过程,单纯的机械性压迫因素不能充分阐释起发病机理,生化机理在椎间盘退变和神经根型腰突症的产生中发挥必要作用。髓核的化学刺激、椎间盘组织外露引起的自身免疫反应,椎间盘组织中各种细胞因子和炎症介质均会刺激神经根并与神经根病的临床病理相关。电针具有消炎、镇痛、解痉等作用,故其治疗对腰突症是有效的。



电针治疗的作用机理是什么?

电针的作用机理在于改善神经根周围的微循环,消除炎性介质,抑制伤害性信息的传导,缓解肌痉挛,减轻或消除神经根炎症、水肿。有人应用动物实验证实了脉冲刺激后动物脊髓和神经的血流增加,促进免疫物质向深部组织渗透,加强网状内皮系统的功能,加速病理致病物质的排出,从而使软组织、椎间盘、神经根的水肿、充血得以消退,同时减轻局部机械压迫。此外,电针还可通过促进外周炎

性组织阿片肽的释放而发挥免疫调控作用。由于炎性介质对神经根产生强烈的刺激,其化学刺激导致患者剧烈疼痛。针刺可通过高位中枢传入途径,进而刺激脑垂体,释放内源性鸦片样物质、5-羟色胺、乙酰胆碱等神经介质而达到镇痛作用。针刺还可抑制交感神经的活动,从而有利于针刺镇痛。在治疗过程中发现对急性期疼痛剧烈患者止痛效果明显。



治疗腰突症的电针参数如何选择?

电针参数方面,目前对于电针频率在镇痛方面的作用仍无明确说法,临床上大多使用频率在30赫兹以下的疏波。主要是因为疏波能引起肌肉收缩,提高肌肉韧带的张力,对感觉和运动神经的抑制发生较迟。对脊柱病而言,疏波可以牵拉椎体,使椎间关节的位置得到调整,减少椎间盘压力。实际操作中,患者也更愿意接受疏波。因此临床选择20赫兹疏波对患者进行治疗。而对于电针强度的选择,由于身体不同部位的敏感度不同,加之针刺深度和个体差异等因素的干扰,临床上很难用同一电针强度对所有患者进行治疗。



电针治疗时间越长越好吗？

不是的，电针治疗时间是有一定科学依据的。电针的镇痛效果是一个缓升缓降的生理过程。镇痛效应的产生至少需要 30 分钟的诱导时间，一般在针后 40 分钟达到最高点，30~50 分钟内保持高水平，在连续针刺 50 分钟后则痛阈缓慢回降，其镇痛作用的后效应可持续 30 分钟以上。



电针治疗间隔时间越短越好吗？

不是的。选择合适的治疗间隔时间可以将电针效果的叠加程度最大化，从而提高远期疗效。但是，如果间隔时间太短，不仅会给患者带来额外的针刺痛苦，还会导致针刺耐受过早地出现，降低后续治疗的效果，从而降低远期疗效。同样，如果间隔时间太长会导致两次针刺效果得不到有效的累积，降低远期疗效。一般可隔天治疗 1 次。



电针华佗夹脊穴治疗腰突症的特点是什么？

目前针灸治疗本病多采用循经取穴法，根据病变区域针刺足部经络，或配以经外奇穴，目的在于通过刺激经络系统而达到调节气血、疏通经脉的作用，但由于治疗者对于经络的认识差异和取穴的习惯，腧穴的定位临床很难统一，这也造成循经取穴临床疗效差异较大，不便于临床推广和实施。

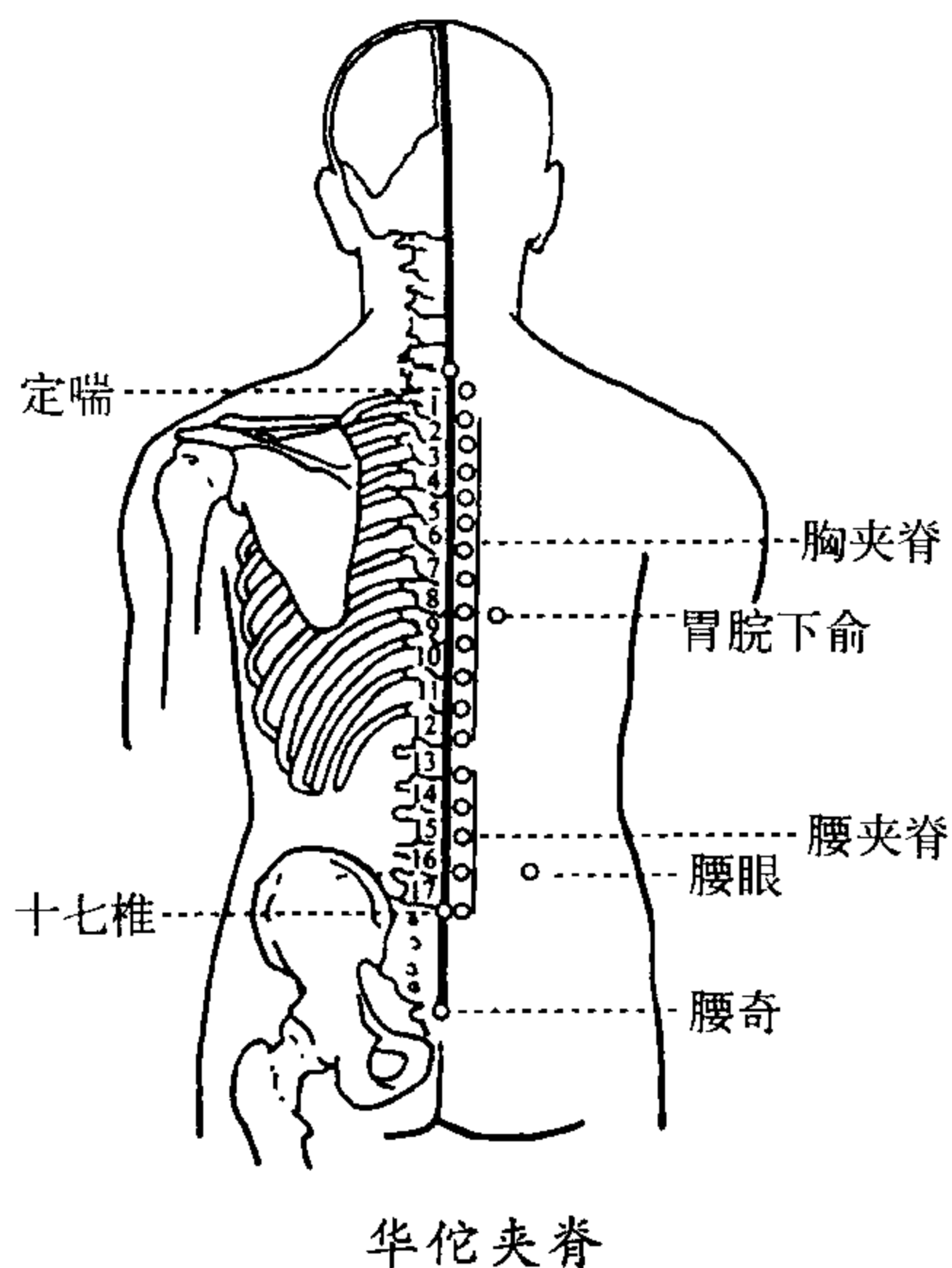
我们科室经过近 20 年的努力探索，采用电针华佗夹脊穴治疗腰突症，通过电针病变部位夹脊穴，以及电刺激直接作用于病变神经根周围，取得良好的消炎镇痛效果，大量临床病例观察统计，电针华佗夹脊穴疗效优于传统取穴法，且操作简便，价格低廉，便于推广。



电针华佗夹脊穴应怎样操作？

患者俯卧位，局部皮肤常规消毒后取 0.45 毫米×75 毫

米毫针在取穴处直刺进针，进针深度一般为 55~70 毫米。当毫针进入一定深度后，针尖可触及相应椎体的横突或椎弓根，此时将针尖向上下左右微调，以寻找间隙深刺。当针尖经横突间到达神经根出口时，行雀啄法至患者得气。向外旁开约 1 厘米处以傍针刺法刺入第 2 枚毫针，两针连线基本垂直于脊柱。同样行针至得气。两针得气后接电针仪，强度以患者感觉合适为度，每次 45 分钟。10 次为 1 个疗程，休息一周后再进行第 2 个疗程治疗，可以根据病情延长治疗时间。





华佗夹脊穴有哪些基本解剖结构？

了解华佗夹脊穴的局部解剖对于了解电针该穴治疗腰突症的作用机理具有一定的意义。夹脊穴是腰背部常用奇穴，在第1胸椎至第5腰椎棘突下两侧，后正中线旁开0.5寸。腰部华佗夹脊的局部解剖结构由表及里，依次为：皮肤、皮下组织、胸腰筋膜浅层和背阔肌腱层、骶棘肌、上下横突间的横突棘肌、各相应椎体后下方发出的脊神经根及其伴行血管、腰大肌、壁腹膜、腹腔。因此电针病变部位的夹脊穴疗效显而易见。



华佗夹脊穴最早是由谁提出来的？

夹脊穴，亦称华佗夹脊穴、佗脊穴，系经外奇穴。夹脊一名首见于《素问·刺疟》篇：“十二疟者……又刺项以下夹脊者必已。”晋代葛洪的《肘后备急方》中“夹背脊大骨之中，去脊各一寸”最早明确提出了夹脊穴的位置所在。而现在使用的“华佗夹脊穴”这一名称则是由近代针灸名家承淡安先生

首先提出,并被确定为自第一胸椎至第五腰椎棘突下旁开0.5寸处,左右共包含34穴,列入经外奇穴范围。



华佗夹脊穴与神经根之间有何关系?

从解剖学角度来看,腰部的华佗夹脊穴下有竖脊肌,深部有相应椎骨下方发出的脊神经后支及其伴行的动脉和静脉。脊神经后支自椎间孔处由脊神经分出,绕上关节突外侧向后行,其外侧支进入竖脊肌,其后内侧支在横突基部平面发出分支至椎间关节的关节囊,主干继续下行发出分支至棘突旁的肌肉、韧带和皮肤,同时又发出细支至下一平面的椎间关节囊的内上部。这样,每个内侧支就至少要连接同一平面和下一平面的两个椎间关节,而每个椎间关节也同样要接受至少两个腰神经后内侧支所发出的关节支,上下往复,形成了一个神经小网络。因此在电针华佗夹脊穴时,一方面可以直接作用于病变神经根,改善神经根周围组织的微循环,激发神经冲动的传导,促进无菌性炎症的吸收,缓解疼痛;另一方面,可以通过神经网络调节椎间关节的紊乱,进而调整三关节复合体的平衡状态,恢复脊柱动、静力平衡,有效地改善腰椎功能。



什么是夹脊针疗法？

夹脊针疗法，是针刺夹脊穴以治疗全身疾病的一种方法。

夹脊穴是在华佗夹脊的基础上，增加了颈夹脊和骶夹脊，总计为 56 穴。《素问·缪刺论》：“邪客于足太阳之络，令人拘挛背急，引胁而痛，刺之从顶始，数脊椎，夹脊，疾按之。”三国名医华佗将其用于临床并加以系统整理，提出明确定位。针刺夹脊穴治病不仅适应范围广泛，而且疗效卓著，针刺安全。近几十年来，应用夹脊穴针刺治疗内、外、妇、儿、伤、神经等科疾患尤为普遍并取得显著的疗效。



夹脊针疗法的作用原理是什么？

从经络理论来阐述，脊柱与经络有广泛的联系，足太阳经“夹脊”，足少阴经“贯脊”，足阳明之经“上循胁属脊”，足太阳之经“内者著于脊”；足少阴之经“循脊内”；手阳明之经，支者“夹脊”；督脉“夹脊”、“贯脊”，诸阳经并与此交

会。骶段夹脊穴则直接通过膀胱经起作用,脊柱通过经络系统与五脏六腑相关联,针刺之可以调节全身脏腑气血。



电针华佗夹脊穴疗法是单纯镇痛吗?

不是。电针华佗夹脊穴疗法并不只是单纯的镇痛治疗。电针治疗可放松腰背部肌群,恢复腰椎动、静力平衡,消除造成神经复合体损伤的因素,促进其功能恢复。针刺华佗夹脊穴能够调整三关节复合体的平衡状态,恢复脊柱动、静力平衡,有效地改善腰椎活动功能;并通过刺激深层的交感神经来改善下肢麻木、发凉等症状。



手术治疗后可以进行电针治疗吗?

有学者在手术摘除腰椎间盘突出髓核后,用中药辨证施治防止术后瘢痕粘连压迫神经,炎症增生造成椎管狭窄,后遗腰腿痛及术后复发方面亦取得了较好的疗效。我们对手术后

不同时期的患者进行了电针治疗,发现在术后 2 个月左右介入效果最佳。



电针操作时要注意哪些问题?

在胸、腹、背部使用电针时,不能将两个电极跨接在身体两侧,以免电刺激影响心脏等重要脏器。开启电源后,选定治疗所需的波型和频率,最后将输出调节器逐步调大,至患者感到能耐受的电流强度为宜。不能突然变动输出调节器,以免给病员造成突然的刺激,受惊而晕针或出现弯针、断针,影响治疗。通电时间一般持续 40~50 分钟为宜,用于针麻镇痛者可适当延长。有时选用疏波治疗时,患者电针一侧可出现随电针频率的跳动,并不妨碍治疗。治疗完毕,应先将输出调节器置零位后,再关机,拆下输出导线,取出毫针。如作较长时间的电针,在针至一半时间后,可适当增加刺激强度,以避免患者产生电适应现象。在靠近神经部位进行电针时针感强,故电刺激强度不宜太大。电针不能直接刺激神经干,以免损伤神经及引起肌肉强烈抽动,造成事故。



小针刀治疗腰突症的作用机理及注意事项是什么？

小针刀治疗腰突症,主要是通过松解肌肉与韧带间的粘连,镇痉止痛,再配合手法牵引及适当休息,使脊柱内外生物力学平衡得以恢复。治疗前除必要的现代化仪器检查,明确诊断外,还须进行细致的临床检查,找准敏感压痛点。临床观察发现,压痛点多在患椎棘突和棘突旁3~4厘米处,为深在性压痛,常沿脊神经放射臀股至足趾。小针刀疗法方法简单,费用较低,疗效确切。但因其为闭合手术,术者必须熟悉解剖,掌握适应证,严格无菌操作。使用的小针刀必须经过高压灭菌处理,以免造成深部乃至骨膜的感染。必须由专业医生进行操作。



如何操作小针刀？

(1) 患者俯卧位,在棘突、棘突旁找敏感压痛点,用龙胆紫做好标记。

(2) 局部常规消毒,铺洞巾,戴手套,从标记处垂直进刀。将小针刀迅速刺入皮肤,然后避开深部血管和神经缓慢进针(当患者敏感疼痛或有触电感时可微调进针方向),直达病变层次,做纵行疏剥,在疏剥横突间韧带时,小针刀必须达横突骨面,方可沿骨面下滑疏剥。

(3) 术后用无菌纱布包扎。卧硬板床休息5~7天。



芒针治疗腰突症的作用机理是什么?

芒针治疗腰突症,主要是通过宣通气血,解痉定痛,揉筋正骨来缓解症状的,芒针不但能使痉挛的软组织得以松解以利于手法的顺利进行;而且能促进炎症、水肿吸收和变性组织的修复。配合手法可使粘连松解,改变神经根的受压状态。



如何操作芒针?

俯卧,腰部取两侧大肠俞,各透气海俞,肾俞,用5寸长

芒针行爪刺(即多向透刺)。病侧臀部取承扶透环跳、环中(位于臀部,在环跳于腰俞连线之中点)、会明、殷门等穴,用7~10寸芒针,向足太阳膀胱经、足少阴肾经、足厥阴肝经行爪刺。针具及皮肤常规消毒,刺入皮下后,徐徐进针至所要求的部位及深度,捻转强刺激后,退针至皮下,再向另一方透刺,均不留针。针后采用手法效果更好,具体手法分三步:

(1) 坐式顶腰法:患者端坐,尽量挺胸挺腹。术者立于其后,用一膝顶住患椎后凸的棘突,双肘托患者双腋,边用力向上托提上身,边用膝顶压。

(2) 坐位扳腰法:患者端坐位,术者立于其患侧后方,一手经患者腋下横抱其胸,另一手拇指顶压偏歪的棘突。助手以双手卡住患者对侧大腿,同时以膝顶住患者膝部。术者双手同时用力,右偏左扳,左偏右扳,后凸者微挺腰,前凸者微屈腰,使椎间关节面对合。

(3) 沉腰矫型法:患者俯卧,用2个枕头(实心,高约20厘米)与毛毯(折叠,高约30厘米)置于胸及大腿部,使之背伸腰沉,在腰部加沙袋,重量(一般为5~20公斤)以患者耐受为度,使腰脊徐徐下沉。每次30分钟左右。上述手法逐步进行,隔日1次,5次为1个疗程。



刺法治疗腰突症的作用机理是什么？

刺法治疗腰突症，主要是通过调整气血，疏通经络来缓解症状的。椎间盘九针刺，可使紧张的软组织、韧带松弛，能调整气血，疏通经络，促进患部血液循环，加速神经根周围炎性水肿的吸收。刺法简便，易于掌握，缓解患者痛苦较快，患者易接受，因此值得一试。



刺法应该如何操作？

(1) 椎间盘九针：是指以突出的椎间盘为中心，在突出椎间盘和上下椎间盘之棘间隙针 3 针，同时在 3 个椎间盘之外开 1 寸各针 1 针，共 9 针。针刺深度为 1.5~2.5 寸。

(2) 痛胀、麻木点针刺：即早期在患侧腰部出现的压痛点或放射性麻痛点，针刺深度为 1.5~2.5 寸。臀部的痛胀点有的范围较大，可在压痛点中心针 1 针，外开 1~2 寸向四周各针 1 针，深度为 2~3 寸。大小腿的痛胀点有时呈一线，针刺部位可选择在压痛点或痛胀的线上。恢复期在患侧的小

腿、足部有胀麻点,可在明显的胀麻点针刺。

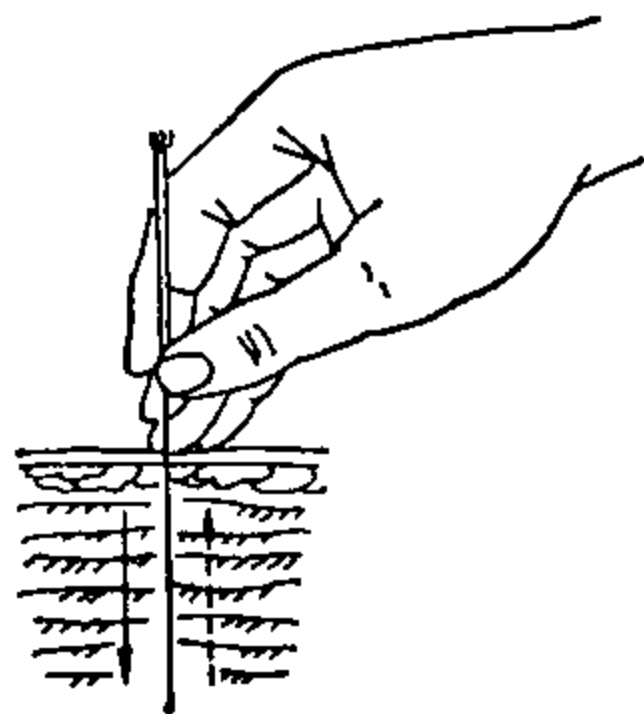
(3) 配穴:腰部症状明显患者配患侧腰眼穴;臀部症状明显者配环中穴;大腿有症状者配承扶、殷门、风市、委中;小腿有症状者配阳陵穴、足三里、承山、绝骨、三阴交;足部有症状者配太溪、解溪、侠溪、涌泉。

(4) 注意事项:椎间盘九针刺,要轻度捻转向下送针,不能提插针;痛胀麻木点和穴位的针刺有酸麻胀痛感,针感不紧不松就可出针;针刺时不留针,针后卧床休息 2 小时,2 小时内禁饮食及吸烟。每日 1 次,10 次为 1 个疗程。



针刺拔罐法治疗腰突症的作用机理是什么?

针刺拔罐法治疗腰突症,主要是通过疏通气血经络来缓解症状。现代医学认为针刺具有促进血液循环、解除局部肌肉痉挛、止痛、消除神经根部水肿的作用,可减轻椎间隙的压力,还可促进腰肌的恢复。使用提插手手法,针刺刺激了相应的感受器、神经末梢和神经干,以达到镇痛效应。



提插法



针刺拔罐法应该如何操作？

(1) 处方组成：1组(单纯腰4、5间盘突出)方：大肠俞、白环俞，配取承山昆仑穴；2组(腰4、5与腰5骶1突出)方：气海、关元俞，配取三阴交。

(2) 治疗方法：令患者俯卧位，头部不枕枕头，胸腹贴床卧平，用75%酒精棉球消毒皮肤后，立即将针刺入穴位浅层，然后针尖向椎体方向斜刺，用提插手法，要求患侧下肢有通电感，同时肌肉有不自主的收缩运动，提插1~3次反复刺激之后立即出针。针后加拔火罐，留罐15分钟。治疗完毕，令患者自由活动腰部。每日1次，1组5天为1个疗程，2组10天为1个疗程。

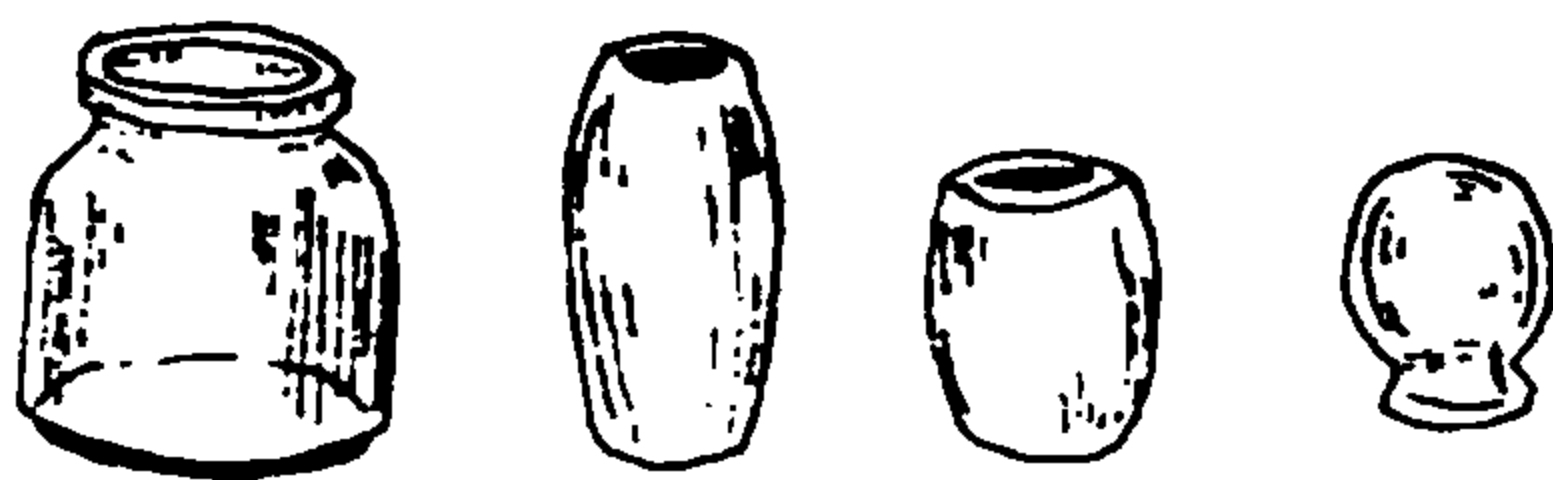


家里可以进行拔罐治疗吗？

拔罐疗法是中医治疗腰痛的一种手段，它是利用各种罐子，使其内部形成负压后吸着体表来治病的一种物理疗法，适用于腰部急慢性软组织损伤性腰痛。所以，腰突症患者可

将拔罐疗法作为缓解腰部酸痛的辅助治疗。只要操作得当，注意安全，患者也可以在家自行进行治疗。

临床上常用的罐子有竹罐、陶罐、玻璃罐、抽气罐等，不过最常用的还是玻璃罐，其优点是质地透明，拔后内部皮肤的瘀血程度可以看见，便于掌握治疗时间。玻璃罐的外形如球状，罐口圆滑，分大、中、小三号，患者可在药房或医疗器械商店购买。



常用罐子



拔罐治疗应该如何操作？

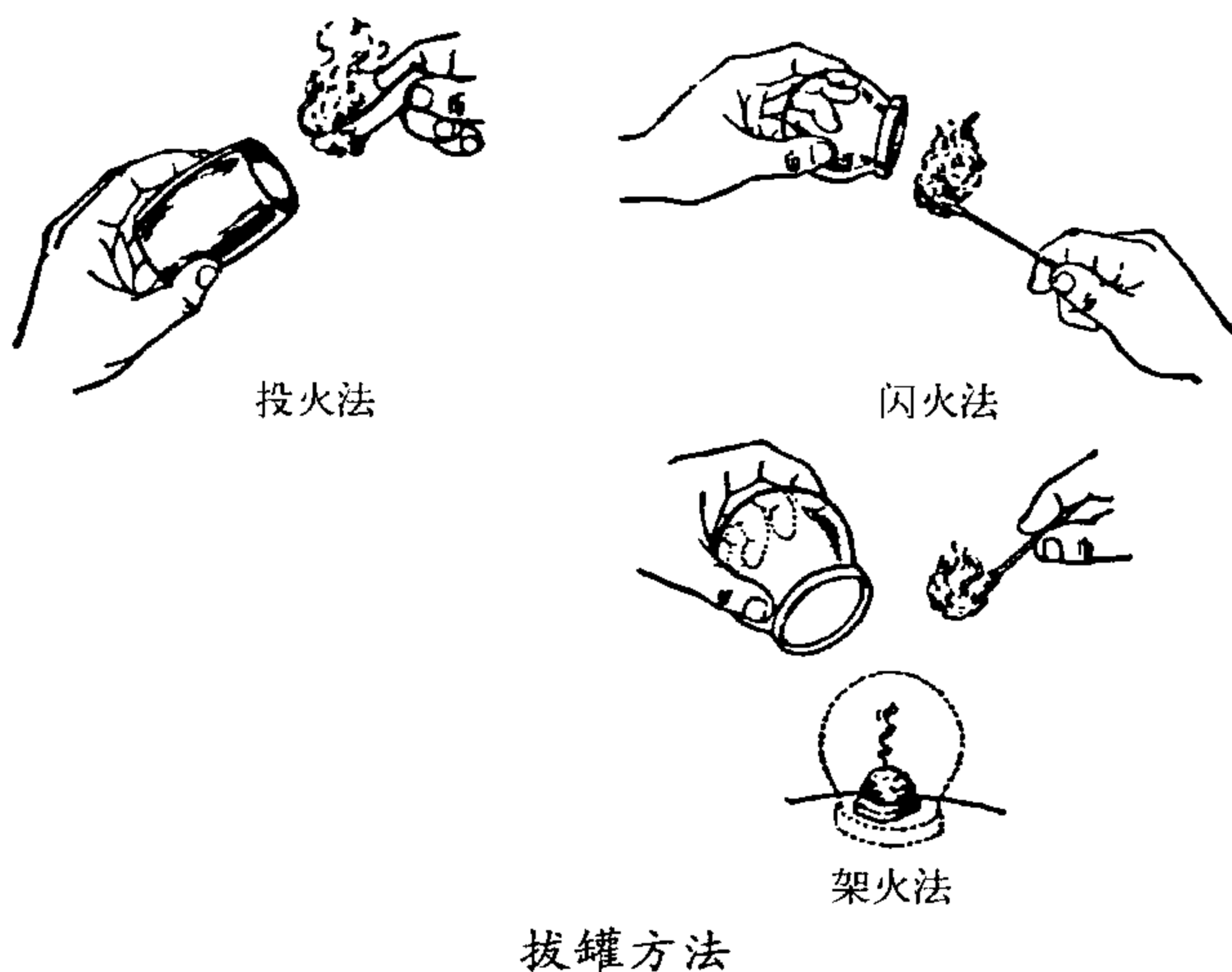
(1) 根据腰部压痛点选择皮下组织丰富、肌肉丰厚和毛发较少处拔罐，通常选用腰部压痛点、足太阳膀胱经及督脉腧穴拔罐，亦可按神经节段拔罐。

(2) 患者取舒适体位，使肌肉放松，暴露治疗部位。

(3) 治疗前先检查一下玻璃罐是否完好无缺，有无裂损。选好后，用镊子夹取 95% 的酒精棉球，点燃后在罐内绕 3 圈，

再急速抽出,同时迅速将罐扣在选定部位的皮肤上,即可吸附稳妥。拔罐后吸附 10~15 分钟。

(4) 治疗完毕起罐时,一手持罐,一手挤压皮肤,使罐口与皮肤间形成小的空隙,让空气缓慢进入罐内,火罐即自行脱落。



拔罐治疗应注意什么?

(1) 拔罐时应询问患者感觉,如感觉局部有发热、酸胀、

冷气外出、温暖舒适感觉,为正常现象。若有烧灼感或疼痛感时,应及时将罐取下检查后再拔,以免烫伤。

(2) 拔罐部位要避开皮肤细嫩、血管浅显及骨性突出处,局部皮肤破损、有炎症或患皮肤病者禁用拔罐。

(3) 治疗过程中若患者出现头晕、面色苍白、脉搏弱而快、呼吸急促时,应立即起罐,让患者休息,必要时请医生处理。

(4) 凡有中、重度心脏病、全身水肿、血友病及有出血倾向者、极度衰弱者、消瘦及皮肤失去弹性者禁用拔罐疗法。



手法治疗有哪些方法?

从整体上来说,推拿手法可分为单式手法、复合手法及特殊操作手法三类。单式手法中又有摆动手法,包括一指禅推法、一指禅偏峰推法、大鱼际揉法、指骨间关节滚法、擦法;揉动运动手法,包括揉法、掌揉法;平面运动手法,包括推法、擦法、抹法、摩法;振动运动手法,包括抖法和振法;垂直用力手法,包括按法和掐法;对称用力手法,包括拿法、捻法、搓法和捏法;叩击运动手法,包括击法(拳击法、掌击法、指击法、棒击法)和拍法;被动运动手法,包括摇法、伸屈法;整复手法,

即扳法；以及拔伸运动手法几类。复式手法则主要有踩跷法、推摩法、推揉法、推扳法、按揉法、牵抖法、拿揉法、掐揉法和拨揉法。特定操作法种类与名称繁多，在这里不一一介绍。

腰突症治疗中运用的手法主要有滚法、掌揉法、弹拨法、推法、擦法、击法、腰椎斜扳法、腰椎后伸扳法等。



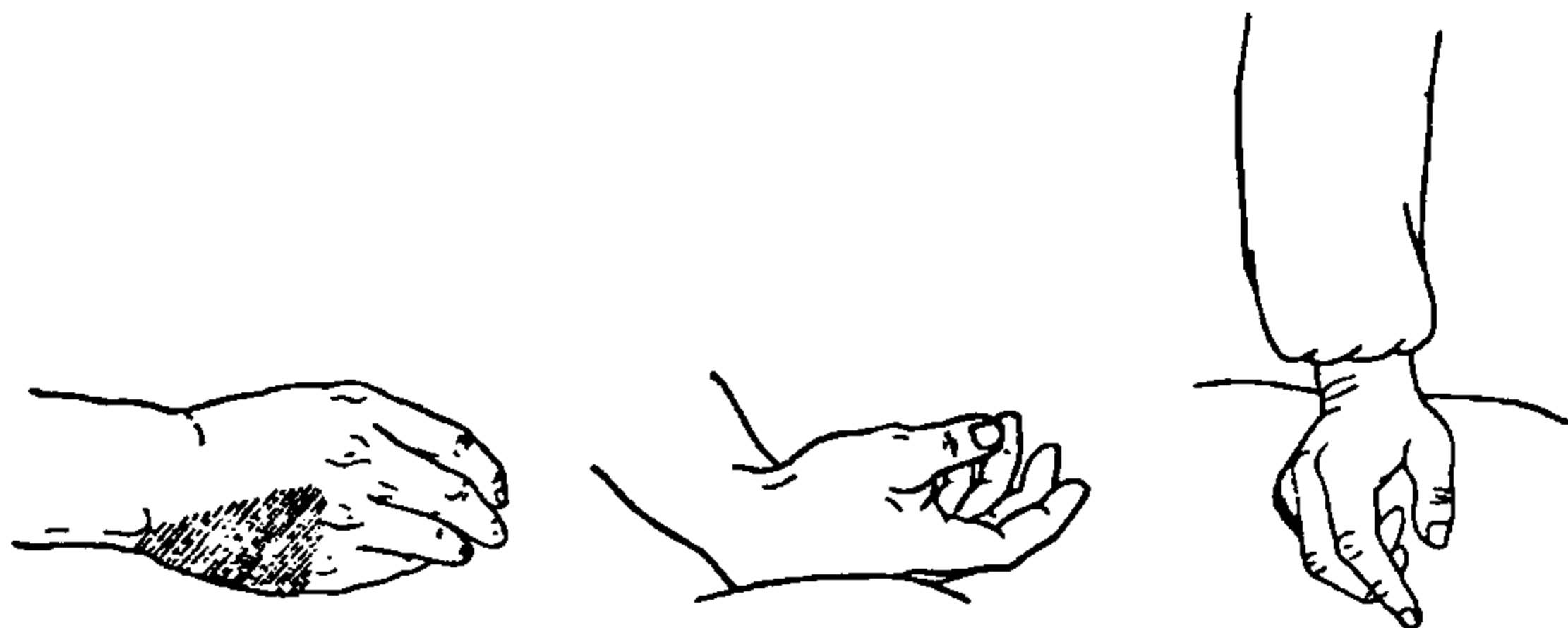
用于腰部的基本手法有哪些？

(1) 滚腰

1) 滚督脉：双手分别置于胸腰棘突及骶骨中线，以掌指关节着力，沿棘突间隙作滚法 2~3 分钟，有行气止痛作用。用于腰椎后关节错缝或滑膜嵌顿、棘间或棘上韧带扭伤、腰骶关节扭伤。

2) 滚膀胱经：双手分别置于腰部同侧三焦俞、肾俞及小肠俞。膀胱俞处，以掌指关节着力，作滚法 2~3 分钟，有舒筋解挛、行气止痛的作用。用于急性腰扭伤腰部肌肉痉挛、腰背筋膜嵌顿、骶髂关节扭伤。

3) 滚肾俞、环跳：双手分别置患侧肾俞、环跳穴处，以掌指关节着力，作滚法 2~3 分钟，有行气活血、疏通经络的作用。



(1) 揉法吸定部位和接触部位

(2) 屈腕和前臂旋后

(3) 伸腕和前臂旋前

揉法

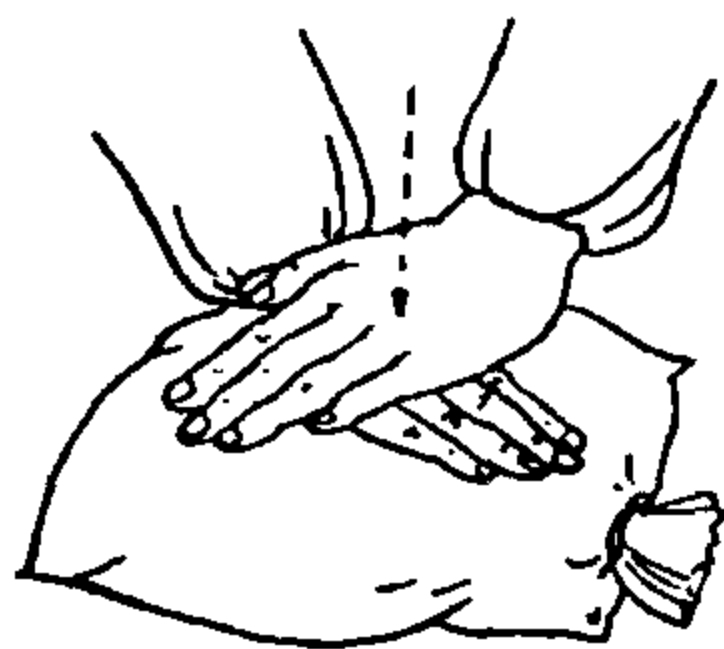
(2) 揉腰

1) 揉督脉：双手分别置于脊中、阳关穴处，以食中环指末节指面着力，一手由棘中揉至阳关，另一手由阳关揉至腰俞。反复揉督脉 2~3 分钟，有调和气血的作用；用于棘间、棘上韧带扭伤，骶髂关节扭伤。

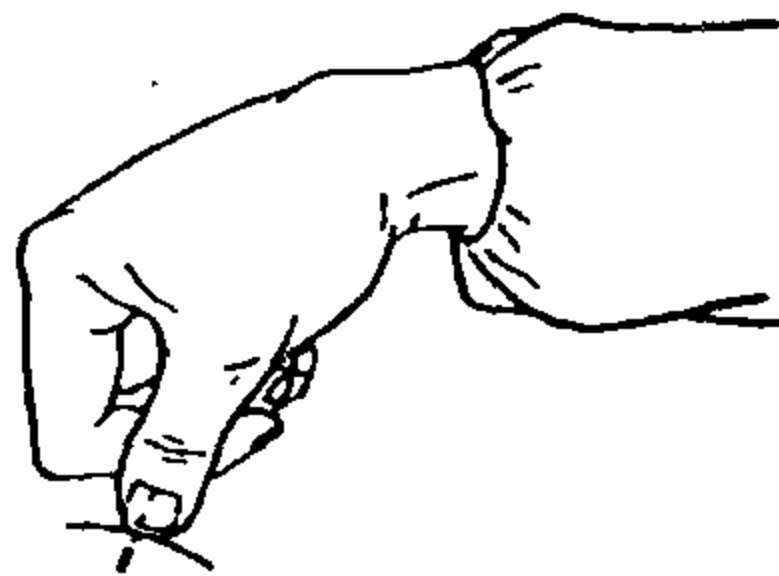
2) 揉膀胱经：双掌根分别置于三焦俞、膀胱俞处，以小鱼际掌根着力，一手由三焦俞揉至膀胱俞，另一手由膀胱俞揉至腰俞止，反复揉膀胱经 2~3 分钟，有调和气血、舒筋解挛的作用。

3) 揉肾俞、环跳：双手分别置于患侧肾俞、环跳穴处，以食指中环指末节指腹着力，作顺时针方向的揉法 2~3 分钟，有调和气血、疏通经络的作用。

(3) 拿腰：双手分别置于双侧肾俞穴处，作拿法 2~3 分钟，有行气通经的作用。



(1) 掌按法



(2) 指按法

按法



用于腿部的基本手法有哪些？

(1) 揉臀部

1) 揉环跳、委中：双手分别置于患侧环跳、委中穴处，以掌指关节着力，作揉法 2~3 分钟，有疏通经络的作用。

2) 揉承扶、委中：双手分别置于患侧承扶、委中穴处，作揉法 2~3 分钟，有疏通经络的作用。

3) 揉委中、承山：双手分别置于患侧委中、承山穴处，作揉法 2~3 分钟，有疏通经络的作用。

(2) 揉腿

1) 揉环跳、委中：双手分别置于患侧环跳、委中穴处，以食中环指末节指腹着力，作顺时针方向揉法 2~3 分钟，有调节经气的作用。

2) 揉承扶、委中：双手分别置于患侧承扶、委中穴处，以食中环指末节指腹着力，顺时针方向揉承扶，反时钟方向揉委中，有调节经气的作用。

3) 揉委中、承山：双手以食中环指末节指腹着力，反时钟方向揉委中，顺时针方向揉承山，各揉 2~3 分钟，有调节经气的作用。



腰椎整复的手法有哪些？

(1) 扳肩：患者俯卧位。术者一手按压患者下腰部，另一手扳住患者肩部，向内上方（术者胸前提拉）。双肩依次进行。

(2) 颤腰：患者俯卧位，胸部和下腹部各垫一枕头，使腰部悬空。两助手分别牵引双腋窝和双踝处，以加宽椎间隙。术者双手重叠压在腰病变处，进行有力的快速按压，使腰部受到震颤。每次持续 1 分钟，可重复进行 6~8 次。此法为治疗本症的重要手法。

(3) 斜扳：患者侧卧，上面的腿屈曲，下面的腿伸直。术者一手扶肩部，一手扶臀部，两手呈反方向有力作有弹性



斜扳法

的推摇,数次后,骤然加大运动幅度,使腰部呈扭转状态,常可听到响声。此法扳一侧后,再扳另侧。



松解坐骨神经粘连的手法有哪些?

(1) 扳腿:患者俯卧,术者一手按腰骶部,另一手以前臀部托住大腿向后上提扳,同时在腰骶部进行有节奏的按压。另侧依法进行。

(2) 抖臀:患者侧卧,健肢在下呈髋膝伸直位,患肢在上呈屈膝屈髋位。术者一手握患侧踝部,作对抗牵引,另手掌根在坐骨结节处向腰骶部作轻重交替的斜抖,可反复进行2~3分钟。

(3) 绷腿法:患者仰卧,术者立患侧,一手扶膝部,另一手扶足跟,使患肢呈屈膝屈髋状。然后按顺、反时针方向旋转摇晃患侧髋关节。每次摇晃后强力屈髋,使患侧膝关节接近腹部。然后在髋膝关节伸直过程中,扶足跟的手向上提拉,扶膝之手用力按压,使患肢成直腿抬高,至患者不能忍受的高度停留片刻,再猛力将足背伸后,缓缓放下,可重复进行4~5次。此法有牵拉、松解坐骨神经粘连的作用。



腰突症都可以用手法治疗吗？

手法治疗具有活血化瘀、舒经活络、整复腰椎畸形之功效，达到松解神经根受压的目的，因而能取得比较满意的效果。通过调整突出物与受压神经根之间相对位置，提供神经缓冲空间，消除或减轻神经机械压迫；抑制脊柱肌群紧张，阻断病理循环链；消除椎管内外无菌性炎症，根除痛源，促进神经传导功能恢复来缓解症状。手法适用于初次发作，病程尚短，或病程长但症状较轻的单侧隐藏型和突出型，并以青壮年患者为宜。



哪些腰突症患者不可以采用手法治疗？

- (1) 中央型突出的患者；
- (2) 骨质增生明显，或突出物有钙化者；
- (3) 病程长，多次手法治疗不佳或反复发作作者。



腰突症患者手法治疗后要注意哪些问题？

- (1) 推拿治疗时,对突出物巨大或有钙化者、马尾神经受压者、继发椎管狭窄者,不宜用后伸扳法或踩跷法。
- (2) 保守治疗期间可用腰围保护,但不宜长期使用。
- (3) 慢性患者应卧硬板床并进行腰背肌功能锻炼。
- (4) 避免久坐,忌坐沙发、矮凳;避免腰部遭受震荡,不宜重体力劳动或剧烈运动;避免剧烈咳嗽或打喷嚏,保持大便通畅。
- (5) 正规保守治疗半年以上,放射性腰痛症状未见好转,甚至加重者;或症状严重,有明显神经根传导功能障碍,尤其是肌力明显减弱并影响工作生活者;或有马尾受压,二便功能障碍者应建议手术治疗。



为什么推拿能减轻疼痛和不适？

现代医学研究表明推拿可以促使病变部位毛细血管扩张,增加体内止痛物质(如内啡肽等)含量。恢复细胞膜基及

钾离子通道结构稳定性,从而使疼痛症状缓解。推拿还可以对神经系统产生抑制调节作用,起到镇痛效应。



推拿时要注意什么?

腰突症推拿治疗时,应遵循辨证施治,不宜千篇一律,必须按患者自身的病期、腰部活动受限的方位、X线和CT情况以及治疗过程和治疗后患者的反应,采用不同手法。切忌过重手法,以免造成纤维环破裂髓核脱出,引起病情进一步加重。

(1) 施行推拿手法之前必须明确腰突症的性质,充分了解病情,如有化脓性脊柱炎、结核性脊柱炎、老年性驼背、腰椎良恶性肿瘤、椎管狭窄症、腰椎骨折脱位及脊髓马尾受压型腰突症不宜用手法治疗。

(2) 对有出血倾向的血液病患者,不宜作推拿治疗。

(3) 局部皮肤有损伤、炎症、溃烂、明显皮肤病患者不宜在此局部作推拿治疗。

(4) 对年老体弱者推拿手法宜轻,对高血压、心血管疾病患者慎用手法治疗。

(5) 对孕妇禁用手法治疗。

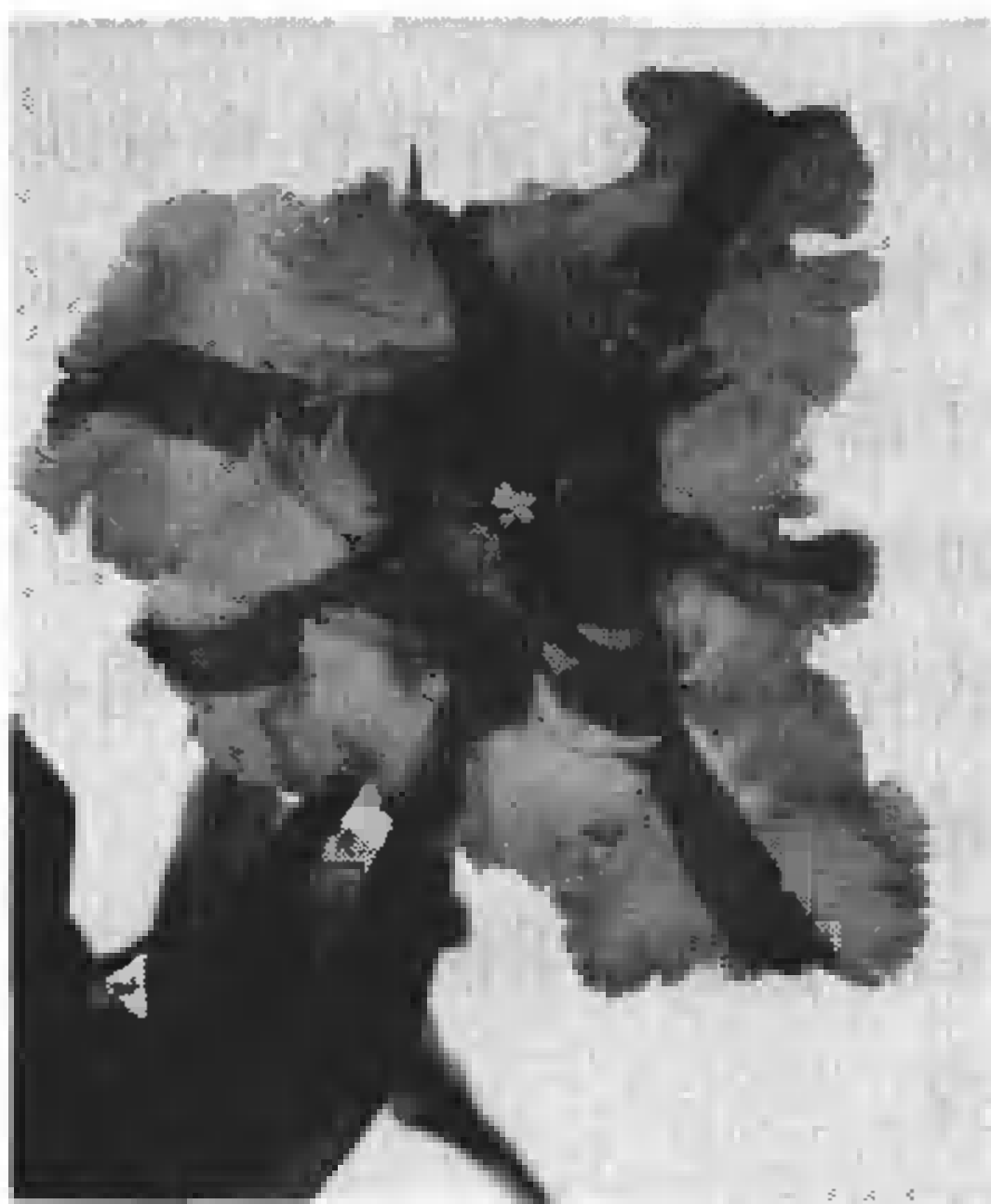
(6) 在推拿治疗时,手法力度要轻重适宜,在身体肌肉丰厚部位可用较重手法,但在肌肉不丰满处,手法宜轻。手法力度应从轻到重,幅度亦由小到大。腰椎活动度在治疗时应控制在生理活动范围内进行。

(7) 推拿时环境要温暖,切勿受凉,身体要处在舒适的体位,自然放松。过饥过饱不宜行推拿治疗。

(8) 为增强推拿疗效,可用红花油、风油精、正骨水、扶他林乳液等介质在局部涂抹,但这些介质多对黏膜有刺激,因而颜面部、会阴部、肛门不能使用,以免刺激黏膜。

(9) 对骨质疏松的腰突症患者,手法宜轻柔,禁用斜扳、牵、抖等大力手法,以免造成骨折。

(10) 推拿后可予局部热敷或理疗,可巩固或增强疗效。





食疗对于腰突症有作用吗？

饮食疗法是在中医基础理论指导下,用药物与食物相配合,通过烹调加工,制成既能防病治病又美味可口的食品。我国有饮食疗法的传统,而药膳正是在继承和发掘“饮食疗法”的基础上不断总结和提高,使之系统化和科学化。饮食疗法在应用上以中医基础理论为指导,对疾病进行辨证施膳;在组成上,根据药物食物的不同性味、功能及宜忌,灵活搭配;在制作上,则主要采用我国各种传统烹调技巧。依据中医学对腰突症的认识,其主要病机为风寒、湿邪侵袭、气血瘀阻经络及肾虚劳伤等,通过中药、针灸、推拿等疗法,可对其进行辨证施治。同样,根据其不同病机和类型,选用适当的药膳加以服用,也能对疾病产生辅助治疗作用。俗话说“药补不如食补”。饮食疗法同时具有食物的营养和药物的治疗,且可由患者及家属在一定指导下自行烹制服用,简单方便,易于坚持。因此,饮食疗法作为一种副作用小、操作方便的治疗保健方法,深受广大腰突症患者欢迎。腰突症患者可根据自己所患腰突症的中医分型,选用适合自己病症的食疗方案,以达到治疗和调养的目的。

春三月，此谓发陈，天地俱生，万物以荣，夜卧早起，广步于庭，被发缓形，以使志生，生而勿杀，予而勿夺，赏而勿罚，此春气之应，养生之道也。逆之则伤肝，夏为寒变，奉长者少。

夏三月，此谓蕃秀，天地气交，万物华实，夜卧早起，无厌于日，使志无怒，使华英成秀，使气得泄，若所爱在外，此夏气之应，养长之道也。逆之则伤心，秋为痃疟，奉收者少，冬至重病。

秋三月，此谓容平，天气以急，地气以明，早卧早起，与鸡俱兴，使志安宁，以缓秋刑，收敛神气，使秋气平，无外其志，使肺气清。此秋气之应，养收之道也。逆之则伤肺，冬以飧泄，奉藏者少。

冬三月，此谓闭藏，水冰地坼，无扰乎阳，早卧晚起，必待日光，使志若伏若匿，若有私意，若已有得，去寒就温，无泄皮肤，使气亟夺，此冬气之应，养藏之道也。逆之则伤肾，春为痿厥，奉生者少。

——《素问·四气调神论》

预 防 措 施



防治腰突症的意义是什么？

腰突症在整个脊柱病中占很大的比例，发病年龄从青少年、壮年到老年，几乎涵盖所有年龄段，轻者给工作、生活带来不便，重者给社会、家庭、个人造成严重危害。脊柱病是多病之源，脊柱是人体的支柱，与中枢神经、周围神经、自主神经有密切的关系，尤其与脊髓和神经根唇齿相依。近年的研究发现，约 1/3 的脊柱病患者伴有自主神经功能紊乱和相应的内脏疾病，当脊柱病治疗好转后，这些相应脏器疾病也好转和痊愈。因此，腰椎病除了有众所周知的腰腿痛症状外，还可导致肠痉挛、肠麻痹、习惯性便秘、肠功能紊乱、排尿障碍及痛经等。

腰突症虽然多发生于中老年人，但其病变过程往往开始于青壮年，甚至少年时期。由于人体的代偿能力，在病变的早期可能不表现出症状，随着时间的推移，各种致病因素的影响，破坏了人体的代偿能力，就会产生腰突症的一系列临床症状。随着人类平均寿命的不断延长，交通运输事业的发展，腰突症的发病率将有上升趋势。如果能对腰突症的各种致病因素及时采取有效的预防措施，对疾病的早期进行积极有效的治疗，将可以减少腰突症的发病率。



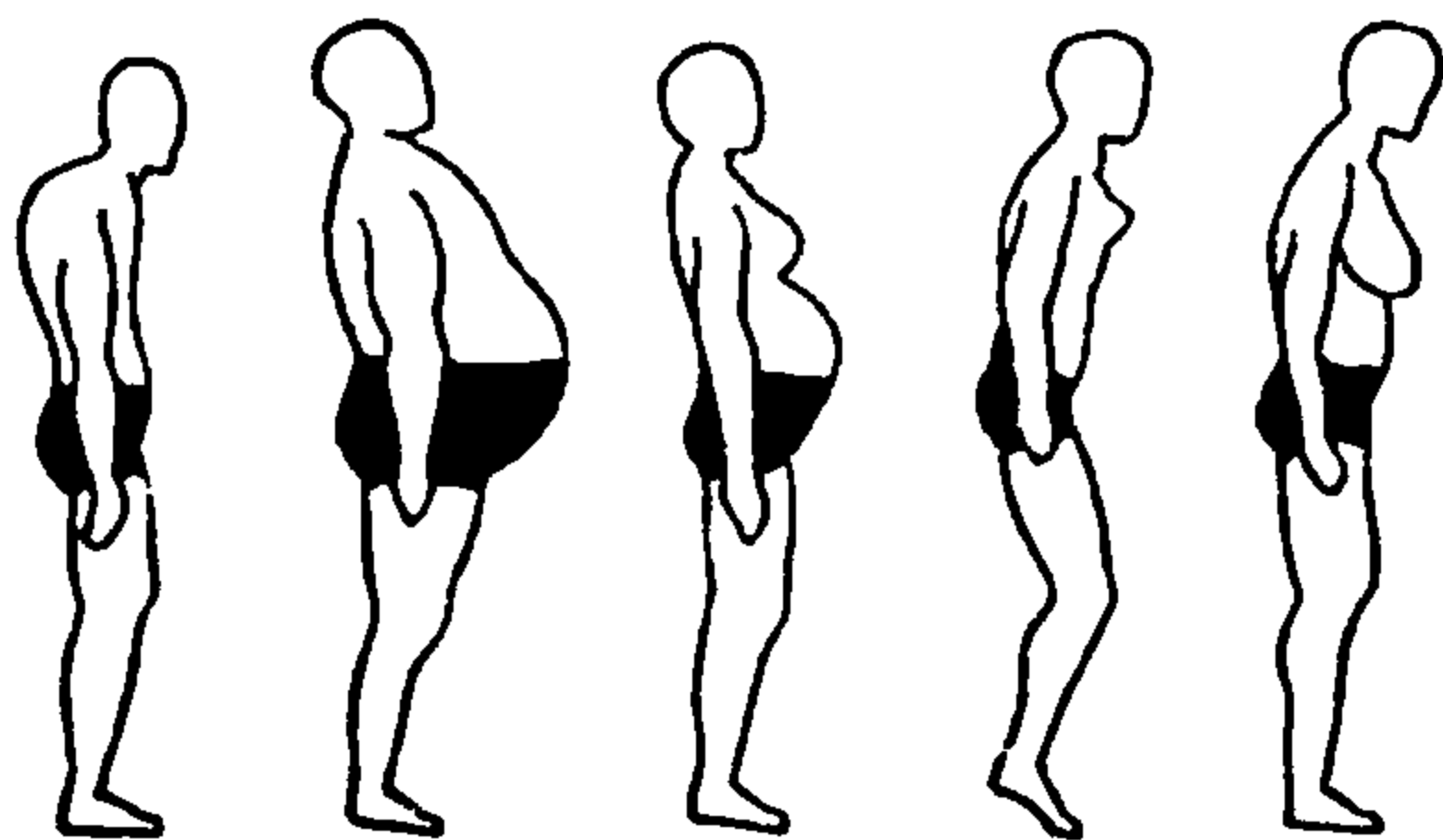
腰突症应从什么时候开始预防？

从腰突症的发病来看，目前青少年发病率有增高趋势，由于不合理的姿势和错误的运动方式，造成患腰突症的青少年逐渐增多，为个人和社会增加了严重负担，所以腰突症的预防应该从青少年开始，对青少年进行健康教育，不但可以减少发病，也可以使治疗腰突症的医疗费用大大下降。



青年人预防的重点是什么？应采取什么措施？

青年人腰突症的发生多是由于外伤后纤维环破裂、髓核脱出造成的，所以对于青年人的预防应着重对腰部外伤的防护，尤其是运动中的保护，避免不正确的用腰姿势和过度的腰部负重，运动前的准备活动对于预防腰突症的发生有积极作用。



常见不良姿势



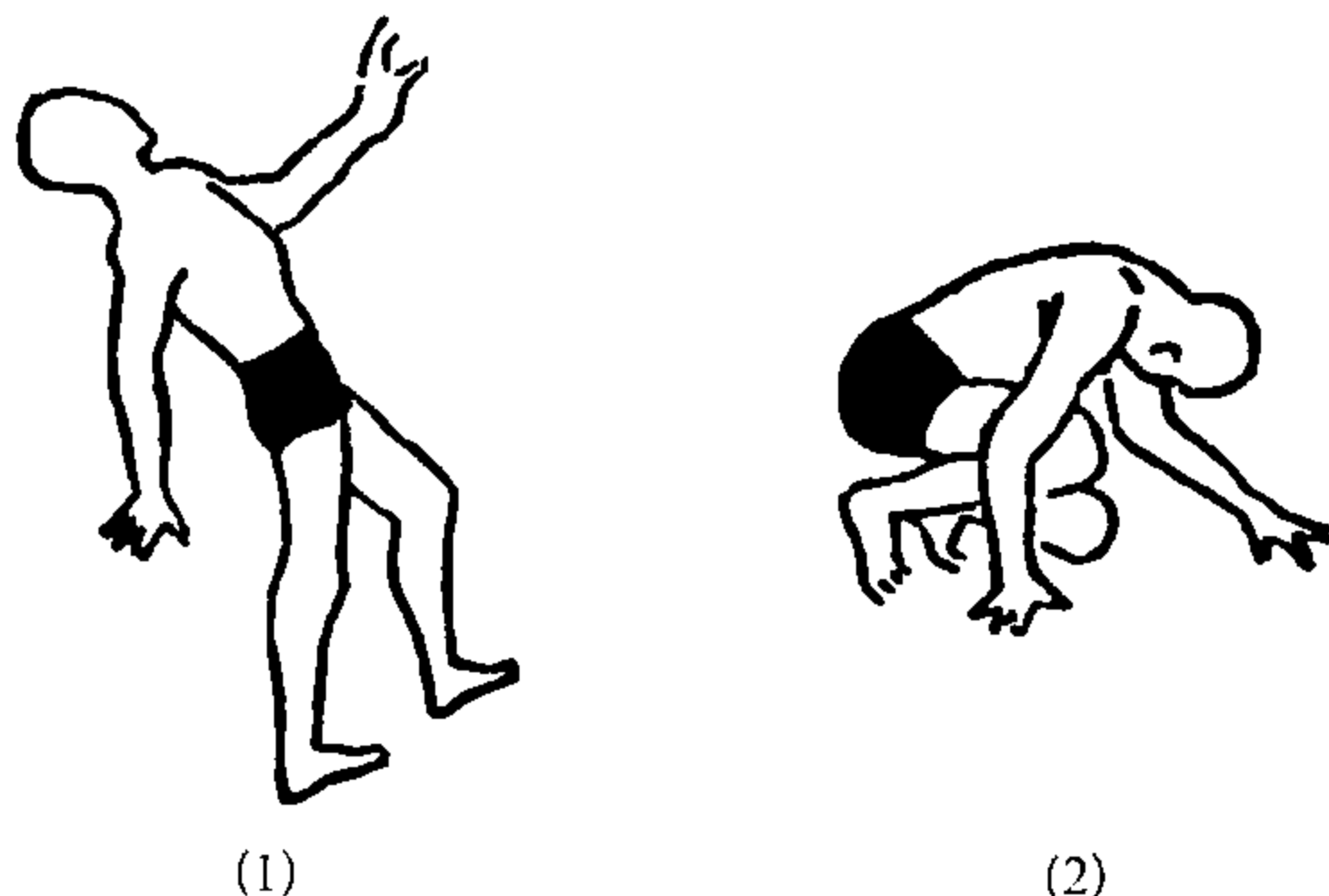
老年人预防的重点是什么？应采取什么措施？

老年人对于腰突症的预防重点是要注意生活姿势、睡眠姿势和劳动姿势。由于老年人很少参加体育锻炼，脊柱退变也处于加速期，所以很容易发生腰痛。老年人应适当参加一些体育运动，做了一段时间家务后要休息几分钟，不要长时间坐在沙发上或打牌、打麻将，睡觉的床不要太软，不宜搬动重物。



运动对预防腰突症起什么作用？

根据年龄特点、体力强弱和工作差异等因素开展不同类型的体育活动，加强腰背部及腹部肌肉锻炼，可预防和减少腰突症的发病。强有力的背部肌肉可防止腰背部软组织的损伤，腹肌和肋间肌的锻炼，可增加腹内压和胸内压，此有助于减轻腰椎负荷。腰、腹肌强壮后，在站立、坐位或睡眠时，均保持良好的张力，维持脊柱在良好的生理状态；在运动时，保护及控制脊柱不致超过正常的屈伸范围；作跑跳运动时，脊柱肌肉亦可与四肢肌肉协调，增强腰椎的稳定性及灵活性；在劳动时易于增加腹、胸压力，减少腰突症发生的机率。



- (1) 不正确姿势，跟部着地，躯干后伸，失去保护，最容易造成脊柱四肢和头部的严重损伤，是很危险的姿势。
- (2) 正确的姿势，身体做卷曲状，足的前部着地，头向下望，为安全的姿势。

跳跃时着地的姿势



体育锻炼与体力劳动一样吗？

有人认为平时从事体力劳动者，不需要再进行体育锻炼了，其实，这种观点是错误的。虽然劳动和锻炼都是活动，但二者的运动形式却有很大的差异，产生的效果也不同。在体力劳动中，人的肢体关节并非都在运动，这就造成了肌肉运动量的不均衡。这就使得经常活动的肌肉特别发达，甚至因负担过重而劳损，而相对活动较少的肌肉则逐渐发生废用性萎缩。另外，因为劳动时人的姿势相对比较固定，也会造成韧带和关节囊一侧松、一侧紧。长期绷紧的韧带，会像弹簧拉长一样失去弹性，而长期松弛的韧带，也会短缩而不能伸展，结果使关节变得一边松一边紧，正常的稳定性、灵活性都受到破坏。体育运动则不然，它正好克服了体力劳动的缺点。锻炼的形式多样，姿势多变，各部位的肌肉关节得到充分的活动，特别是有些运动是专门针对平时活动较少的一侧而设计的。这样，平时运动较少的肌肉得到了锻炼，而绷得过紧的韧带和关节也得以松弛，短缩韧带和关节更得以拉长，在一松一紧的运动中，增强了它们的柔韧性。因此在体力劳动之余，适当地增加一些锻炼运动，可以有效地预防和治疗腰突症。



运动时怎样预防腰部损伤？

很多腰突症的患者，特别是青壮年患者的发病是由于不正确的运动而引发，故运动时应避免腰部受伤，在运动前要做好准备活动，时间一般为 20 分钟，以自身感觉发热、四肢关节灵活、腰部充分活动为度。在体育活动中应合理安排腰部运动负荷量，中间有一定的时间间歇，不能使腰部过度疲劳，运动量应循序渐进。运动时更应注意正确的运动姿势，必要时可利用宽腰带加强防护。



哪些患者不适宜运动疗法？

有些腰椎疾病患者，经过运动后，反而疼痛加重。如：

- (1) 脊柱化脓炎症；
- (2) 脊柱结核；
- (3) 脊柱恶性肿瘤；
- (4) 严重的脊柱骨折脱位；
- (5) 腰突症发作疼痛期、急性期。



运动疗法需要注意哪些问题？

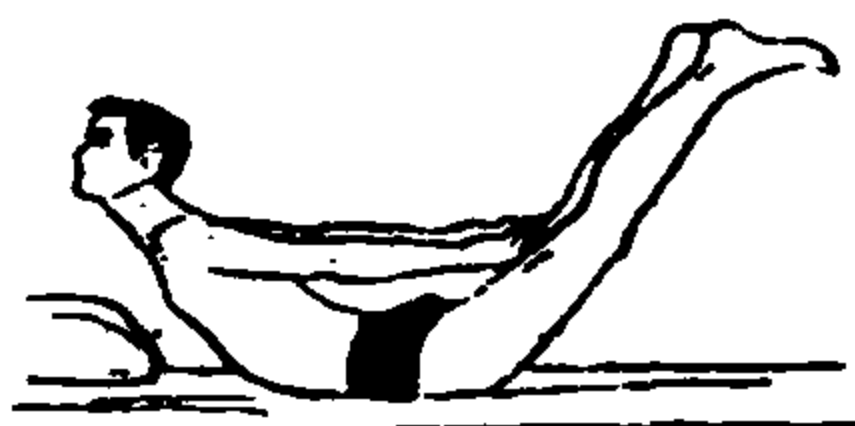
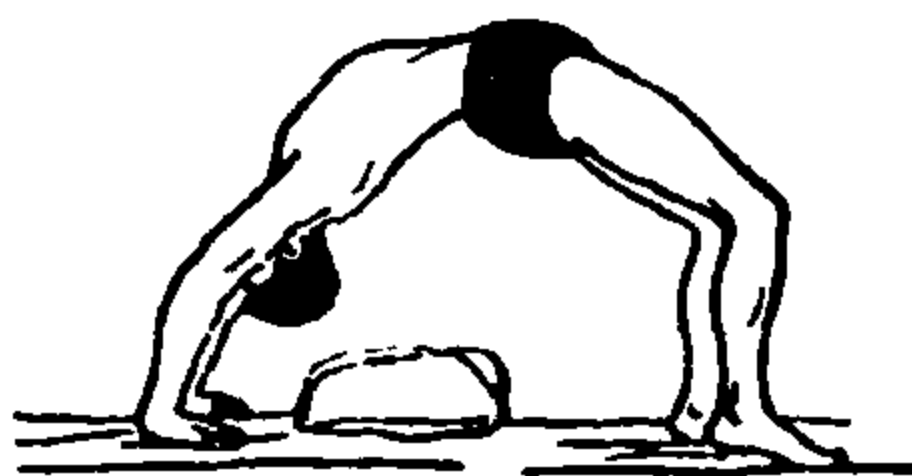
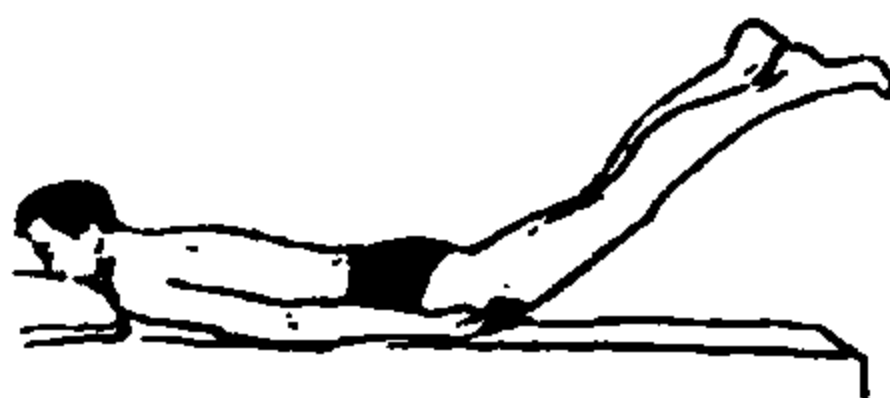
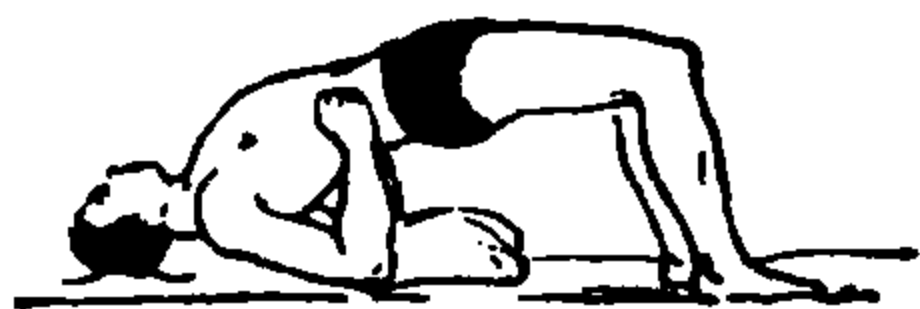
- (1) 腰突症为慢性病，锻炼应长期坚持，才能收效，患者必须树立信心，持之以恒。
- (2) 为了避免连续锻炼造成肌肉过度疲劳，可采用动力和静功结合或各组肌肉交替进行锻炼。
- (3) 锻炼运动量应根据年龄、体质、疾病情况而定，因人而异。动作由简到繁，运动量由小到大，循序渐进。
- (4) 急性腰突症发作、疼痛剧烈的患者，应注意休息，减少或停止锻炼。



怎样锻炼腰背部肌肉力量？

增加腰背部肌肉的力量不但可以增强腰椎的稳定性，还可以减轻椎间盘的退变，所以锻炼腰背部肌肉的力量对于腰突症的预防和治疗有积极的作用。这里介绍三种腰背部肌肉的锻炼方法：

- (1) 飞燕运动，取俯卧位，双手后伸，上半身和双腿向后



仰卧位腰背肌锻炼法

俯卧位腰背肌锻炼法

腰背肌及臀肌功能锻炼

抬起,坚持3~5分钟后还原动作,每次重复 15 次;

(2) 后伸运动,分腿自然站立,双手叉腰,身体向后仰,用力并坚持3~5 分钟后还原动作,每次重复 15 次;

(3) 挺腹运动,取屈膝平卧位,双肘双足跟作为支撑点做挺腹动作,坚持挺腹 3~5 分钟后还原动作,每次重复 15 次。



办公室一族该如何进行锻炼?

对于长期久坐的人,腰突症的发病率相对较高。根据运

动医学的研究,腰部的绕环运动以及倒步走对治疗和预防腰突症疗效非常明显。所谓的绕环运动,基本动作如下:两腿略微分开,两手叉在后腰部,以腰为轴心绕圈转动身体,若疼得厉害的话,可以动作缓慢一点儿,先往左边转,再往右边转。这个方法虽然简单,但是很管用。

还有一个办法,是目前国际上较为推行的一种治疗腰椎疾病的运动疗法,那就是倒步走。倒步走时两腿交替向后迈步,增强了大腿后肌群和腰背部肌群的力量,可使腰部韧带的弹性增强,腰椎的稳定性增强,使骨骼、肌肉、韧带的功能得到恢复,因此能使腰椎疼痛减轻甚至消失。倒步走现在已广泛用于健身,还适用于腰伤、腰部肌肉疼痛以及小脑平衡能力差的人。

倒步走疗法动作简单,容易掌握,不论年龄大小、男女老少,都可以进行锻炼。倒步走应每天早、晚各1次,每次20~30分钟,要循序渐进。



腰突症患者可以游泳吗?

游泳,对预防和治疗腰突症有很好的作用。其好处在于,游泳不仅是全身运动,能使全身的肌肉都能得到很好的

锻炼,而且由于在水中移动需要有相当强的力量,所以每个细小的动作都可锻炼肌肉增强肌力。同时,因为人是在水中活动,使腰部的受力大为减轻,尤其是对腰椎间盘的压力变小。在水中移动身体前进时还会受到水的阻力,使动作变得缓慢,关节和肌肉不会受强制性的牵拉。这些因素又都能缓解腰突症的症状,对腰突症起到很好的防治作用。从这个角度来讲,不单是游泳,就是在水里走走也是很好的锻炼方法。

但游泳锻炼时也应注意运动量和水温。如果像游泳选手那样追求速度的话,就会对腰部增加负担。寒冷是诱发腰突症的因素之一,因此在较凉的季节里,应避免长时间的游泳,从水中出来后应立即用毛巾擦干身上的水分,防止受寒。



保暖防寒对预防腰突症有用吗?

寒冷本身是一种物理刺激,可使肌肉和小血管收缩。肌肉的长时收缩,可产生较多的代谢产物,这些产物如乳酸等的大量堆积,对肌肉又是一种刺激,使肌肉发生痉挛,诱发腰痛发作。肌肉痉挛和血管收缩造成局部微循环不畅,并可引起椎间盘的血供不足,加速椎间盘的退变,所以保暖防寒对

于预防腰突症有一定的作用。



弯腰、下蹲有讲究吗？

腰突症的患者弯腰下蹲时应注意避免搬负重物，下蹲时应尽量直腰，如果弯腰拾物品的时候，应先屈曲髋关节和膝关节，充分下蹲后再弯腰拾物品，这样可以使腰部屈曲度减小，使椎间盘的压力不致过大，可防止腰腿痛的发生。



长期从事弯腰工作的人要注意什么？

长期从事弯腰工作的人如矿工、农民等，由于弯腰时椎

间盘承受的压力较一般站立时增大一倍,如果再提重物,椎间盘压力可增大至5倍,故此类人群的腰椎系统疾病发病率很高,对于从事弯腰工作的人应注意腰部的防护,保持正确的腰部用力姿势,工作间期做保健操。



头顶重物无所谓吗?

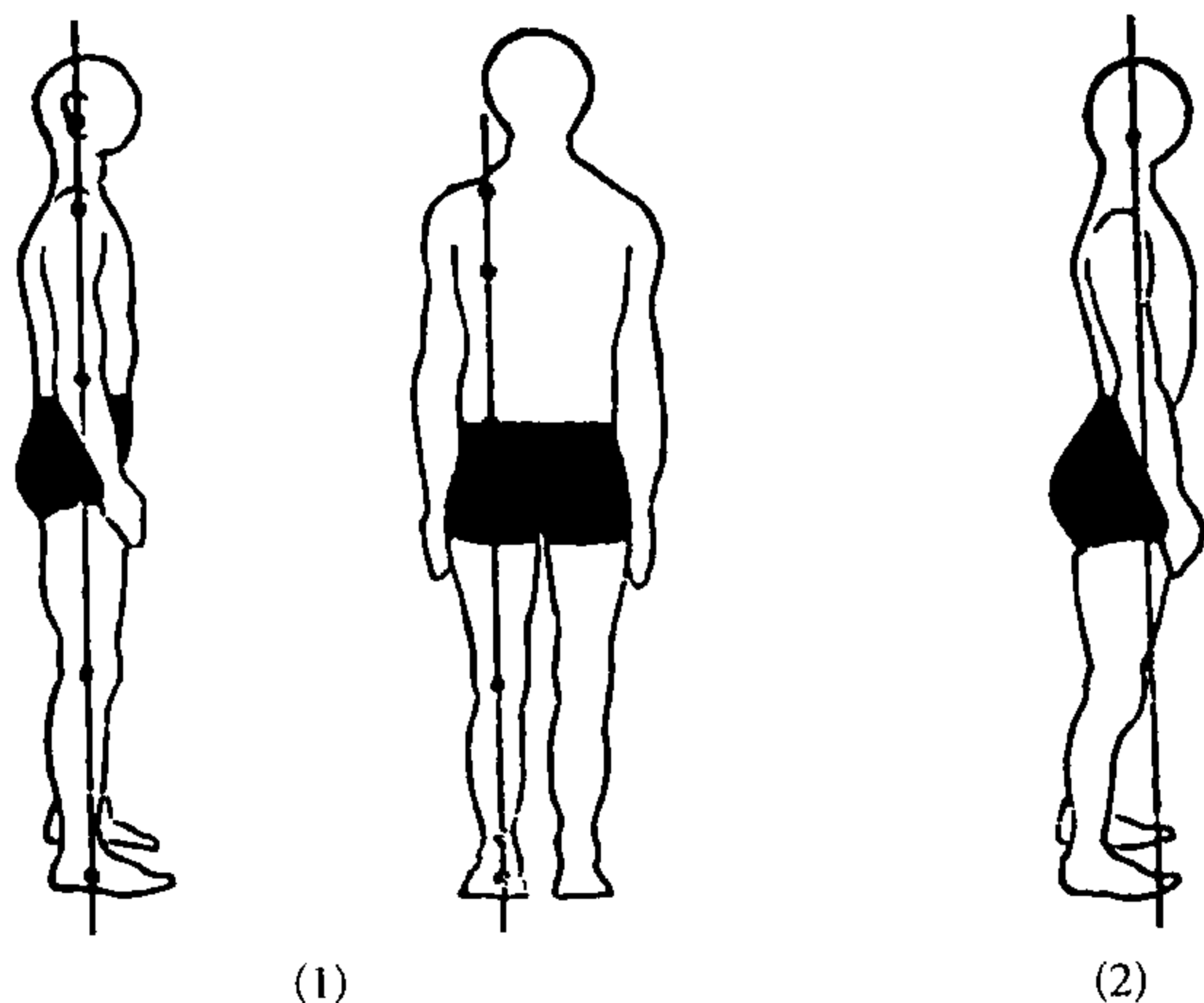
由于人体头部所受的压力经脊柱传导可达腰部,所以头顶重物可使脊柱椎间盘压力增加,加速椎间盘的退变。有些少数民族习惯于头顶重物运送物品,统计显示,这类人群的脊柱系统疾病发病率较普通人多。



站立姿势也有标准吗?

正确的站立姿势对预防腰突症很重要,不正确的姿势可使腰椎间盘内压力增加,加速椎间盘的退变,故站立时也应保持正确体位,即:臀大肌轻轻收缩,自然收缩腹肌。此位置与标准站立体位相似,这样使骨盆轻微后倾,腰椎轻度变直,

减小腰骶角,增加脊柱支撑力,使椎间盘不受或少受劳损。



(1) 正常姿势 (2) 不正常姿势

站姿



坐位姿势没有标准吗?

根据腰椎间盘压力测定的结果来看,坐位的时候椎间盘压力较大,但是在坐位时腰部应略后倾,腰部垫个靠垫,这样可以使腰椎间盘压力相对减小,对预防腰突症有一定帮助。

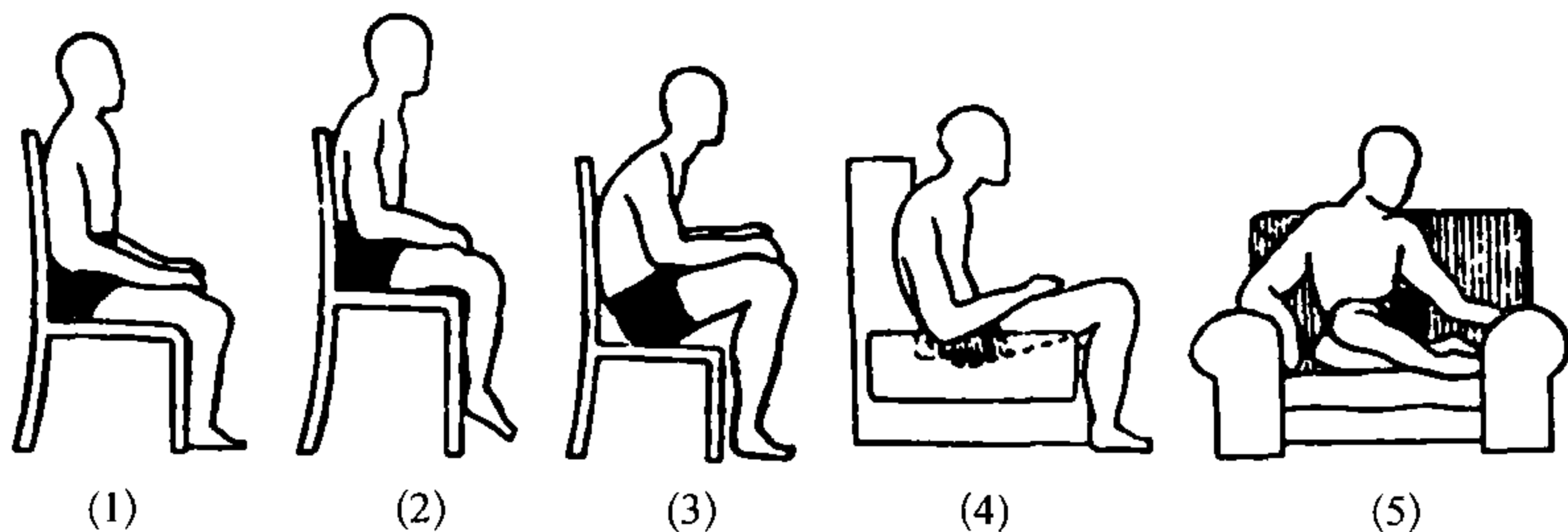
正确的坐姿应该是上身挺直、收腹、下颌微收、双下肢并拢。如果可能的话,在双脚下垫一踏脚或脚凳,使膝关节微

微高出髌部,这样可以使腰背部更加平直而不易弯曲。这种坐姿由于腰骶部韧带、肌肉等不受到过度的牵拉,所以能使腰椎乃至整个脊柱保持正直,而且身体所消耗的能量也较少。坐在有靠背的椅子上时,则应在上述姿势的基础上,尽量将腰背紧贴并依靠于椅背,这样,腰骶部的肌肉就不至于太疲劳。

即使坐姿良好也应经常活动一下,比如说,久坐以后,人们常常喜欢将一条腿搁在另一条腿上,不断地交换,其实这就是一种较好的活动。这样可以使下肢部分的肌肉交替获得松弛。除此之外,久坐时还应经常直直腰板,两肩往后扩展一下,侧侧身,以补救长时间弯腰前倾的缺陷。

总之,正确的坐姿要求为:

- (1) 腰背部平直不弯;
- (2) 头颅、背部和腰三者呈一条直线,不要扭曲。



(1) 正确;(2)~(5) 错误

坐位姿势

此外,坐下和起立的动作也应有一定的要求。坐下时,最好先走到座位边上,一足放在另一足的后面,然后上身微微向前倾,缓缓坐下。起立时,最好先将一足放在另一足的后方几寸之处,轻轻蹬地,使上身离位而起,随之上半身略向前倾,但腰背尽量保持正直,同时臀部不要上翘,应处于收缩状态。



腰突症患者的睡姿有什么特别要求吗?

人的睡姿大致可有仰卧位、侧卧位、俯卧位 3 种方式。如果睡姿不当,不仅可诱发腰痛,而且可引起腰突症。仰卧位时,只要卧具合适,四肢保持自然伸展,就不会引起脊柱生理曲度的太大变化。侧卧位时,有些人认为右侧卧位较好,原因是右侧卧位不会压迫心脏,而且不影响胃肠蠕动,这对于有心血管系统或消化系统疾病的人来说可能有一定的好处。但对于一般人来说,不必过于讲究是采取左侧还是右侧卧位,因为人在睡眠之中总是要不断翻身(一夜之间要翻身 20~45 次),翻身的目的主要是为了求得舒适的体位,否则长时间维持一种姿势,会使一部分肌肉松弛的同时,相对使其他一些肌肉处于紧张状态,而且也会使与卧具接触的那一部

分躯体因受压而血运不通畅,神经受压而产生麻木感。所以是否要采取右侧卧位,对于正常人来说似乎无关紧要。俯卧位时,因需歪头侧颈,胸部受压,腰椎前突增大,易产生多方面的不适。虽然在美国常让婴儿保持俯卧位睡眠,并认为这有助于婴儿的生长、呼吸等,但对于有腰突症的患者来说,这种体位一般不宜采取。从上面所讲不难看出,睡眠姿势以仰卧位和侧卧位较好,以使人感到舒适和全身放松为宜,没有什么特别要求。



如何避免起床时的腰部不适呢?

有许多腰突症患者的腰痛常因起床时不注意引起,或因起床动作不当而加重症状,还有一些因风湿引起的腰痛患者(如强直性脊柱炎患者)或老年患者在清晨起床时会发现身体是僵硬的。在这种僵硬的状态下起床,怎么会不加重腰部疼痛的症状呢?而为了减少或避免起床时产生腰痛,患者又应该做些什么呢?

正如开车的时候需待引擎预热,润滑油充分发挥作用后车子才能顺利开动一样,人体通过一夜休整之后,起床前必须先做一些热身运动。这对于腰痛患者来说,不仅可以预防

起床可能产生的腰痛症状,而且对于整个白天腰部能否保持较好的功能都起到十分重要的作用。

因此,腰突症患者清晨醒来后可在床上做一些腰部医疗体操活动,如先做一些腹式呼吸,使腹部肌肉松弛收缩,然后做双髋双膝屈曲,双手抱膝的动作和腰部扭转的动作。床上活动腰部约 10 分钟后,由仰卧位转成侧卧位,再一手撑起上半身缓慢起身。也就是说,在早晨起床时,不要直接由仰卧位的姿势用腰部的力量起床,而是要借助手脚的力量,这样起床时腰痛的机会就会大大减少了。



经常看电视会加重腰突症吗?

在现代生活中,电视已成为都市人不可缺少的一部分,电视节目花样百出,再加上影碟机和音响,人们看电视的时间越来越长。观看电视节目等以调剂生活固然是好事,但长时间地看电视势必造成许多不良后果。看电视时,有些人喜欢用头横躺在沙发上、倚靠着沙发、半起半靠在床头等不良姿势,加重了腰部的负担,造成腰痛。少年儿童身体正处于生长发育阶段,如长期以不良的姿势看电视,就有可能造成驼背或脊柱侧弯等后果,老年人腰椎已有不同程度的退行性

改变,再加之长时间以不良的姿势观看电视,其后果是相当严重的。



看电视时应注意什么?

(1) 电视机放置的高度要适当,即电视机的高度和人体坐位视线相平。过高或过低都会导致人体的脊柱曲度发生改变,造成肌肉紧张。

(2) 要选择合适的坐具,要求坐具高低适中,并有一定后倾角度的靠背,有扶手更好,最好再采取一些辅助性的措施,如腰部加靠垫,脚凳垫着下肢等。

(3) 要注意经常调整身体的姿势,适当时候,站起来活动活动腰部,这样可以避免腰痛。



腰突症患者性生活时应该注意什么?

腰痛患者在腰痛急性发作期,疼痛剧烈,腰部活动受到限制,性欲降低,一段时间内减少或终止性生活有利于身体

康复。慢性期或轻症患者不会影响性生活。女性患者最好采取髋关节和膝关节屈曲位的姿势过性生活,男性患者则可改变相对位置,由女方在上,男方在下,亦取屈髋屈膝位置。

少数中央型腰突症男性患者可发生阳痿,女性患者会有阴唇、阴蒂感觉迟钝,性快感下降,需及时手术治疗。某些止痛药物,长期服用可抑制精子形成,对生育功能有一定的影响,育龄女性患者腰椎手术后一年方可怀孕。



腰突症该如何积极防治?

腰突症的治疗目的是恢复腰椎的正常生理功能,战胜疼痛及相关神经症状。所以关键在于未发病时积极预防,发病后及早诊治。手段就是配合治疗、自我治疗及制定长期保健策略。正确防治腰突症的手段包括以下四条:

- (1) 腰突症的知识教育,了解身患疾病的知识;
- (2) 配合治疗,了解腰突症的非手术疗法和手术疗法;
- (3) 自我治疗,掌握一些简单易行的自疗方法;
- (4) 长期保健,制定一个预防腰突症或减少复发的保健方案。



需要定期进行腰椎的健康检查吗？

腰椎的退行性改变是一个持续发展的过程，从青壮年开始，人体的脊柱就开始发生退变，进行腰椎定期检查，不但可以发现有无脊柱的先天性或特发性畸形，还可以观察是否因此诱发腰突症，从而引起相应的重视，加以防护。



家庭生活中如何预防腰突症呢？

在家庭生活中应尽量避免弯腰，如厨房等操作台面高度要适宜，取物应避免弯腰或扭腰，将重物放到地面或低位时，应下蹲平放，以减少腰部负荷。



健康教育课程很重要吗？

健康教育课程在国外已经比较普及，对于高危人群进行

普及教育,不但可以减少工伤,也可以使治疗腰突症的医疗费用大大下降,由此看来健康教育课程对个人和社会都是十分重要的。



如何在腰突症的不同临床阶段进行自我保健呢?

(1) 急性期保健: 卧床是急性发作期保健的重要内容,但长期卧床给人体生理代谢带来一定影响,使机体免疫功能与体质下降。居室要经常开窗换气,注意饮食调整,多吃蔬菜、水果,保证体内维生素摄入充足,多饮用开水,保持二便通畅,在体力所及的情况下,可在仰卧位进行展臂扩胸等活动,以增强血液循环与心肌功能,保持正常的身体素质,并时常注意体温、血压及身体各方面的变化,避免由于卧床引发的其他疾病。

(2) 缓解期保健: 最好佩戴腰围进行保护,防止由于腰部的自然活动对治疗后的椎间盘产生影响。并注意避免腰部活动,也不要有意意识的活动腰部试其疼痛情况。

(3) 恢复期保健: 此期应避免腰部过度或剧烈运动与搬抬重物。由于肌力不足,不能适应较强的肌肉牵拉锻炼,可

进行适应性腰腿自然活动锻炼。随着组织的恢复,肌力的加强,关节的稳定,可逐渐进行较强的腰腿运动功能与肌力训练。



如何制作简易的腰围?

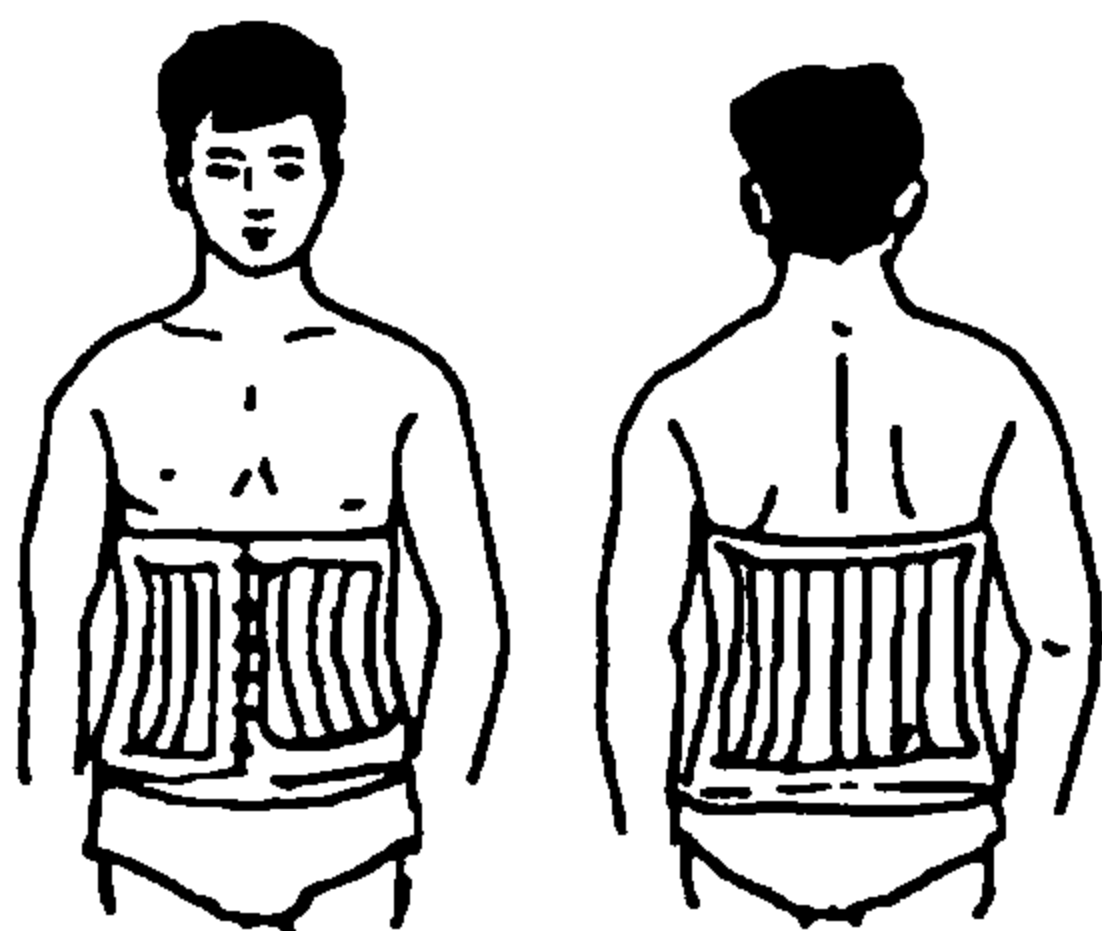
先用皮尺测量患者腰部周径,加 10 厘米即为腰围的长度。然后以长轴将原材料(一般多用皮革)对折,裁剪成两端略窄,逐步向中间弧形增宽的形状。将裁剪加工后的半成品置于腰部试戴,修改合适后,用较透气、柔软的纱布或绒布做一外套,并在两端缝上搭扣。这样一个简易的腰围就制作完成了。为了提高保护效果,可在腰部的部分用铝条等加以支撑。



佩戴腰围要注意些什么?

腰围作为一种腰背支架,广泛地运用于腰突症,在使用时应注意以下几点:首先,腰围的规格要与自身相适应,其上

缘达到肋弓下缘,下缘达到臀裂。腰围后侧应以平坦或略向前突为好;其次,在腰部症状较重时,如果没有特殊不适,应长期戴用,并配合牵引、理疗、推拿等疗法。病情较轻者,可在久坐、久站时佩戴,在休息或睡眠时解除,当症状消除后,应及时除去腰围,循序进行腰背肌功能锻炼;再次,佩戴腰围期间,仍应减少腰部的过度活动。



腰围固定后的前后面观



31 办公室工作人员要如何预防腰突症?

办公室工作人员工作时,腰椎所承受的负荷远比体力劳动者小得多,但办公室工作人员腰痛的发病率并不比体力劳动者低。原因何在呢?造成这一情况的原因是多方面的,坐姿不合适、坐具与办公桌的高度比例不协调、固定姿势过久、缺乏腰背部的锻炼等,都可成为引发办公室工作人员腰痛的因素。那么,为了预防腰突症应采取哪些措施呢?

(1) 选择办公桌椅：办公室工作人员应选择较好的办公桌椅。这里所说的“较好”，并不是讲究奢华，去选择皮质转椅等高档办公用具，而是选择符合人体生物力学原理的桌椅。有可能的话，可以选择带有扶手的椅子，以便起到支撑作用。另外，还可以在办公桌下面放一可以垫脚的物体。

(2) 加强自身防护：对于办公室工作人员来说，预防腰突症最主要的措施是加强自身防护。首先，在坐的姿势上，可根据前面介绍的正确坐姿办公，并且在工作一段时间后，酌情调整自己的工作体位。其次，要加强腰背部的活动，办公室工作人员最大的问题就是坐得太久，活动得太少，这样除了会造成腰突症之外，还会由此产生其他一些不良后果。不时地离开办公桌，做做后伸、左右旋转等腰部活动，可以预防和缓解腰痛，或者每天定期进行加强腰背部肌肉力量的锻炼活动，这不仅可以预防腰突症，还有利于锻炼身体。

(3) 合理使用空调：应引起办公室工作人员注意的是，现在许多办公室都配备了空调，这无疑在炎热的夏季为办公人员创造了一个清凉的工作环境，但如果久坐在这样的房间里，凉气会增加办公人员腰痛的机会。因此，在使用空调时要对这一问题加以注意。



长期站立的工作人员该如何预防腰突症？

许多工种都需要在站立姿势下进行较长时间的工作，如果不注意站立的姿势，长期处于不良体位，这些从事站立位职业的人士十分容易产生腰痛，更有腰突症的隐患。因此，劳动防护也就显得十分必要。

(1) 上班时注意站立姿势：为了避免由于长期站立而造成的腰痛，从事站立位职业的人首先应该注意站立时的姿势，尽量避免不良姿势，以减少对腰椎关节的压力。还可以做一些腰背部的活动和锻炼体操，以松弛支撑体重肌肉的力量。在站立工作一段时间后，应该做一些腰部后伸运动、左右旋转运动，以及下肢的踢腿、下蹲等运动。这些预防措施应该经常性地运用，并持之以恒。

(2) 下班后避免腰部过劳：长期站立位工作的人除了在工作时要注意预防腰突症之外，下班之后在日常生活中也要十分注意各种动作，以避免给本已过度疲劳的腰部再增加负担。只要很好地加以注意，积极采取预防措施，即使长久站立，腰痛的发生率也是可以减少的。



汽车司机该如何预防腰突症？

汽车司机的腰突症发病率较高,这主要是由于开车时腰部的不良姿势及腰骶部长期受到上下振动所致。有不少司机在开车时,尤其是开长途车时,为了减少疲劳,总是习惯将座位往后倾,坐垫往后挪,使身体成为平躺的姿势,伸直腿开车。然而用这种姿势虽然开始时可以有轻松感,但随着时间的推移,就会觉得不轻松了。因为这样会使腰椎及腰背肌负担增大,很容易使腰背部产生疲劳感。本想轻松,却反而采用了一种最容易疲劳的姿势。那么,司机为了预防腰突症,可以采取什么样的对策呢?

(1) 注意座位倾斜度:不要使座位过度倾斜,坐垫适当地移向方向盘,使方向盘尽量靠近胸前;同时膝关节屈曲,并使之超过髌关节的高度。这样的姿势,即使出车时间长一些,也不容易引起腰痛。另外,坐垫要选择硬一些的。

(2) 避免连续长时间开车:要尽量避免连续开车1小时以上。需要长时间开车时,要在中途停车休息5~10分钟,最好是走出驾驶室,在外面稍活动一下,做一些腰部的活动体操。另外,还可以顺带做一下颈部活动体操,这样可以在很大程度上避免或减轻由于颈部疲劳而涉及的腰痛。



孕妇应该如何预防腰突症？

妇女怀孕后,腹部随妊娠月份的增加而逐渐增大,尤其是到了妊娠中晚期。此时,一方面由于腹部重量的增加以及距离腰椎间盘中央的力臂延长,从而使腰部负荷增大,这种负荷的增大与腹部增大部分的体积成正比;另一方面,由于妊娠时腹部的肌肉松弛无力而不能正常地支持内脏,致使支撑内脏的腰椎负担加重。这两方面的因素使得腰椎生理曲度发生明显的改变,即后伸过度。在这一基础上,孕妇只要稍微失去身体的平衡,就会患腰痛,而且有时这种疼痛还会成为腰突症的先兆,逐渐放射到下肢,引起一侧或双侧下肢疼痛。

孕妇预防腰突症的一般措施如下:

(1) 较好的方法是休息,充分的休息可在很大程度上减少腰部的负担。休息时可将枕头、坐垫一类柔软物体垫在腘窝下面以使自己感到比较舒适。

(2) 睡眠时可采取双腿屈曲的侧卧位姿势,以减少腰部的负荷。

(3) 应注意身体的姿势,避免腰部过多或过度的活动。

(4) 鞋子要穿柔软、轻便的平底鞋。

对于妇女来说,也许怀孕期间的腰痛是难以避免的,但

如果能很好地加以注意,大多数孕妇还是可以将腰痛减少到最低程度,顺利地度过妊娠期,并且避免产后发生腰突症。



产妇应该如何预防腰突症?

妇女在分娩时,机体内部的内分泌系统会发生一定程度的改变,使连接骨盆的韧带松弛,这是一种为了帮助分娩的自然作用。但是,在产后,由于这种内分泌的改变尚未得到调整,骨盆还处于松弛状态,而分娩后的腹部肌肉也较为松弛,这些就成为产妇容易腰痛,甚至导致腰突症的主要因素。另外,产妇为了照顾小孩,要经常做一些诸如换尿布、洗澡、抱起婴儿之类的动作,而这些弯腰动作都是在上述生理改变因素的基础上进行的。更加大了产生腰痛,导致腰突症的机率。

针对以上的原因,产后预防的一般措施是:

- (1) 避免搬运较重的物体。
- (2) 加强腹部及腰背部肌肉的力量,以尽快保持腰部稳定,减少腰部受损害的机会。
- (3) 在照顾小孩时,要注意腰部的姿势。例如想办法在台子上给孩子洗澡,以减少弯腰动作等。
- (4) 应较好地注意休息。当孩子睡觉时,自己最好也跟

着一起休息。

(5) 适当控制体重。有些妇女产后体重明显增加,这会使腰部的负担增加,而成为腰突症的诱因。

(6) 不要过早地穿高跟鞋。因为穿高跟鞋可使腰部后伸的程度加重,会增加腰椎间关节的压力而引起腰痛,尤其是双手抱孩子时,更应避免穿高跟鞋。

(7) 即使产后身体已有很大程度的恢复,在抱孩子等情况下也应注意腰部的防护。例如抱孩子时让孩子叉开双腿坐在骨盆上,母亲的腰部不会后伸,从而可避免腰痛。



女性腰突症患者能穿高跟鞋吗?

对腰突症患者来说,穿高跟鞋是不适宜的。穿上高跟鞋之后,鞋跟的高度使得身体的重心相应提高前移,骨盆的前倾随之增强,腰部为支撑体重而增加负担,随之后伸增强。这种过度的腰椎后伸可使连接椎间关节之间的关节囊处于紧张状态,长期持续,就会造成腰背肌的过度收缩而导致腰痛。鞋跟的高度增加1厘米,腰椎的后伸及腰背肌的收缩就会成倍增加。对于腰突症患者而言,腰椎后伸易使突出的椎间盘刺激神经根,同时,肌肉韧带的劳损和关节囊的紧张都

会导致腰腿痛的症状加重。

因此,腰突症患者,甚至是一般人,都应该尽量避免穿高跟鞋。如果偶尔穿了一次,穿后做一些预防腰痛的体操则是十分必要的。如下蹲双手抱膝呈跳跃状运动或仰卧双髋双膝屈曲、双手抱膝运动,可以消除骨盆前倾和腰部过度后伸引起的肌肉酸痛。

那么,腰突症患者穿什么样的鞋较好呢?是不是平底鞋更好一些?事实上,平底鞋也不一定有利,较合适的鞋跟高度以3厘米左右最为理想。腰突症患者不妨换一下鞋子,选一双高度适宜的鞋子可能会有助于避免或缓解腰痛症状。



为什么卧硬板床能防治腰突症呢?

37

一些腰突症患者在长期使用较软的床垫后出现或加重的腰腿痛症状,在改用硬板床后便有一定程度的缓解甚至消失。这说明卧硬板床比较有利于腰部的肌肉和韧带放松。腰突症患者应该卧硬板床休息,既能起到制动的目的,又能放松腰部肌肉,还能维持腰部正常生理弧度,从而起到良好的治疗作用。因此,无论从预防还是从治疗的角度出发,卧硬板床都不失为一种简单有效的方法。



腰突症患者外出时应注意什么？

腰突症患者因事外出时，应随时观察自己的病情，并加以保护，避免病情的复发或加重，需注意以下几点：

(1) 在外出长时间坐车或行走时最好佩戴腰围，加强腰部的保护，同时起到支撑作用，避免腰部再次出现扭伤。

(2) 注意避免长时间固定于某种姿势，以免腰背肌出现疲劳而加重腰腿痛症状。

(3) 注意保暖、防寒、防潮。在外出期间尤其是秋冬两季，应随天气的变化增加衣服，尤其注意腰背部及下肢的保暖，在冬季最好睡铺有电褥或类似保暖床。

(4) 在外出期间除注意适当休息外，还应注意身体的锻炼，利用临时场所可进行腰背肌的功能锻炼，如前屈、后伸、旋转运动，同时双下肢也应进行相应的功能锻炼。

(5) 在外出期间如腰部有不适感或不慎再次扭伤腰部时，应及时到当地医院进行诊治。千万不可忽视或强忍痛苦，以免延误病情。



吸烟对腰突症有影响吗？

主动或被动吸烟不但可诱发心肺疾病，也是多种恶性肿瘤的促发因素，对男女生育功能也有危害。最近，越来越多的资料表明，吸烟还是慢性腰痛的发病原因之一，而且影响治疗效果。吸烟时，许多有害物质，尤其是尼古丁，被吸收进入血液，使小血管收缩痉挛，口径变细，减少血液供应。另一种有害物质一氧化碳，则能置换血液红细胞内的氧，使腰椎间盘本来就不充足的营养更加减少，促使退变过程加重。在此基础上，可发生腰突症。椎间盘中央的髓核，突破了纤维环，压迫后方的神经根，发生无菌性炎症，引起腰腿疼痛，并伴有麻木和跛行，这就是许多人熟知的坐骨神经痛。嗜烟还可引起慢性支气管炎，引起咳嗽，咳嗽使腰椎间盘受到的压力增加，这也是腰椎间盘退化的一个诱发因素。临床观察发现腰突症患者吸烟的比例较高，其症状也往往较重。国外统计资料表明，同样是腰突症使用相同的手法治疗，吸烟者恢复情况不如不吸烟者，而且吸烟者还容易遗留部分症状，但戒烟后可以消除。另外，吸烟还是骨质疏松的发病因素。腰椎骨质疏松往往引起微细骨折，这也是腰腿痛的重要原因。所以，预防腰椎病，切不可忽视最容易做到的一条——戒烟。