

A watercolor illustration of a person from the waist up, holding a large bouquet of flowers. The person is rendered in warm tones of orange, red, and yellow. The bouquet consists of several large, light-colored flowers with green stems and leaves. The background is a soft, light blue wash. The text 'KNOW LOW BACK PAIN' is overlaid in the center in a bold, white, sans-serif font.

**KNOW
LOW BACK
PAIN**

编委会

Mario H. Cardiel, MD, MSc

风湿病学家

Morelia, Mexico

Andrei Danilov, MD, DSc

神经病学家

Moscow, Russia

Smail Daoudi, MD

神经病学家

Tizi Ouzou, Algeria

João Batista S. Garcia, MD, PhD

麻醉学家

São Luis, Brazil

Yuzhou Guan, MD

神经病学家

Beijing, China

Supranee Niruthisard, MD

疼痛专家

Bangkok, Thailand

Germán Ochoa, MD

骨科，脊柱外科医生
和疼痛专家

Bogotá, Colombia

Milton Raff, MD, BSc

麻醉顾问

Cape Town, South Africa

Raymond L. Rosales, MD, PhD

神经病学家

Manila, Philippines

Ammar Salti, MD

麻醉顾问

Abu Dhabi, United Arab
Emirates

Jose Antonio San Juan, MD

整形外科医生

Cebu City, Philippines

Xinping Tian, MD

风湿病学家

Beijing, China

Işin Ünal-Çevik, MD, PhD


神经学家，神经病学家
和疼痛专家

Ankara, Turkey

学习目标

- 此单元结束后，学员应达到如下目标：
 - 讨论急性和慢性腰痛的患病率
 - 理解腰痛对患者功能和生活质量的影响
 - 使用合适的工具诊断腰痛
 - 识别应转诊或进行进一步检查的红色警告和黄色警告
 - 解释不同腰痛类型背后的机制
 - 选择合适的药物和非药物治疗

目录

- 什么是腰痛？
 - 腰痛的发生率？
 - 临床实践中如何区分不同类型的腰痛？
 - 有哪些提示转诊或进行进一步检查的红色警告和黄色警告？
 - 如何根据病理生理学治疗腰痛？
- 

什么是腰痛？

- 肋缘以下臀沟以上的疼痛，可辐射或不辐射到下肢¹
- 急性 vs. 慢性腰痛根据持续时间分类：
 - 急性： 不到3个月^{2,3}
 - 亚急性： 6到12周¹
 - 慢性： 超过3个月^{2,3}



问题讨论

您一周中通常会接诊
多少名腰痛患者？

腰痛的流行病学

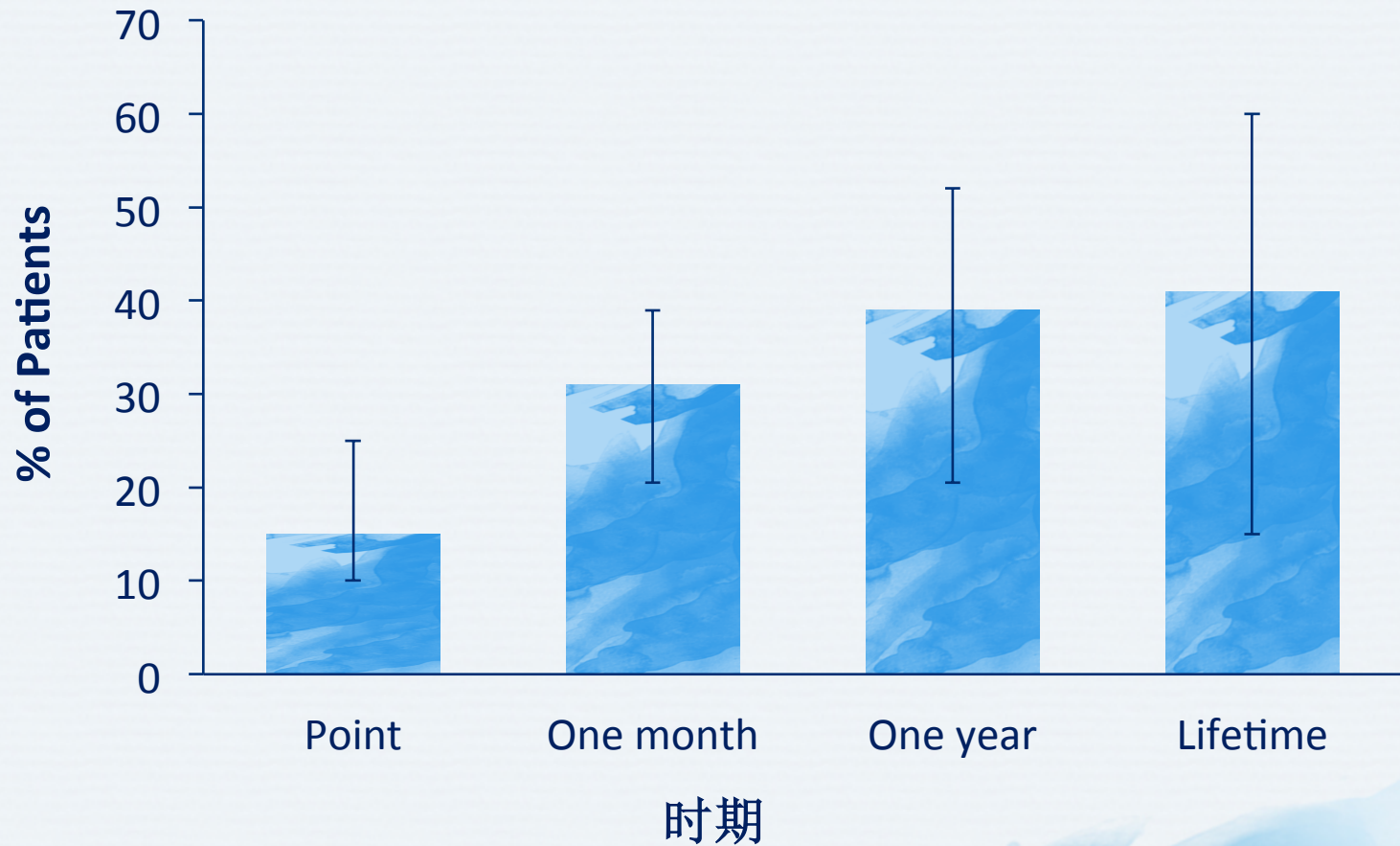
- **>80%** 成人在一生中会发生腰痛¹
- 三十到四十岁发病率最高²
- **60-65岁前**总患病率随年龄增长²
- 男性和女性患病几率相当³
- 导致患者就诊的**第5**大病因⁴
- 导致患者就诊的**第2**大常见症状（仅次于呼吸系统疾病）⁴
- 导致工伤的**最**常见原因⁵



KNOW PAIN

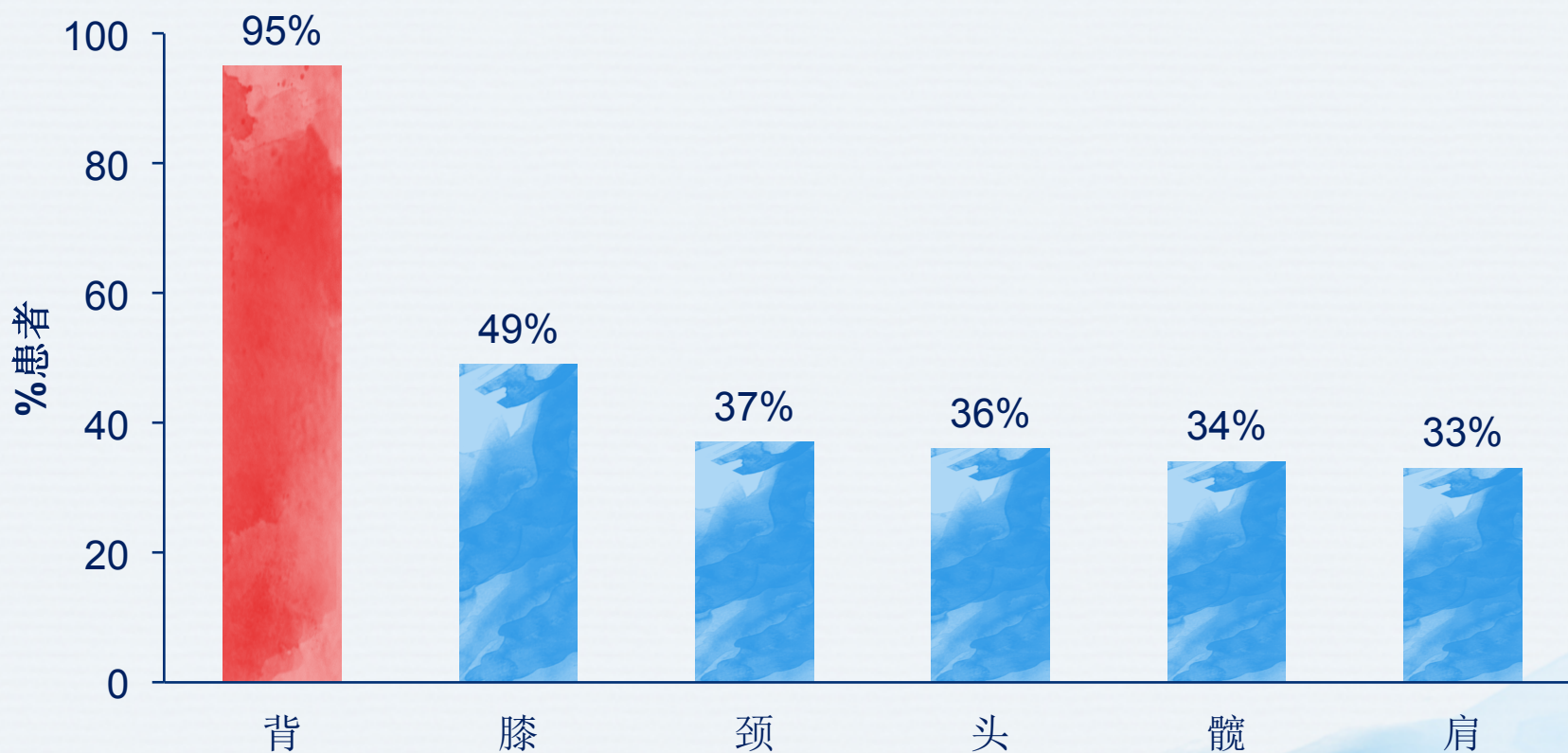
A Practical Guide to Understanding,
Assessing and Managing Pain

中位腰痛患病率



腰部是非癌性疼痛最常发部位

慢性疼痛患者常见主诉身体区域的百分比*



*基于医生调查

Boulangier A et al. *Pain Res Manage* 2007; 12(1):39-47.

腰痛常见病因

机械性（80-90%）

（如椎间盘退变、椎体骨折、不稳定、原因不明[大多数情况]）

神经性（5-15%）

（如椎间盘突出、椎管狭窄、骨赘损害神经根）

非机械性脊髓疾病（1-2%）

（如肿瘤、感染、炎症性关节炎、佩吉特氏病）

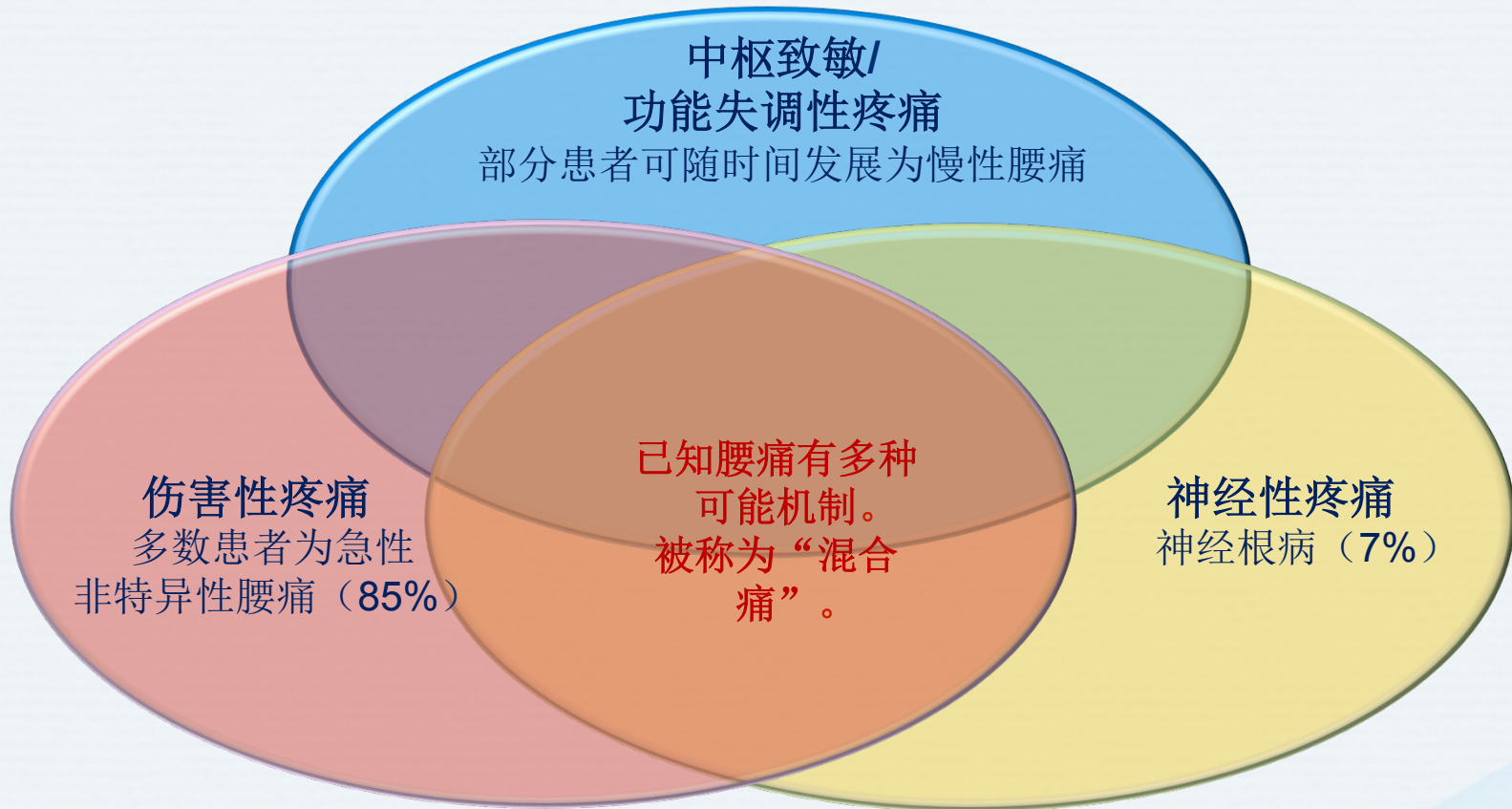
内脏牵涉痛（1-2%）

（如胃肠道疾病、肾脏疾病、腹主动脉动脉瘤）

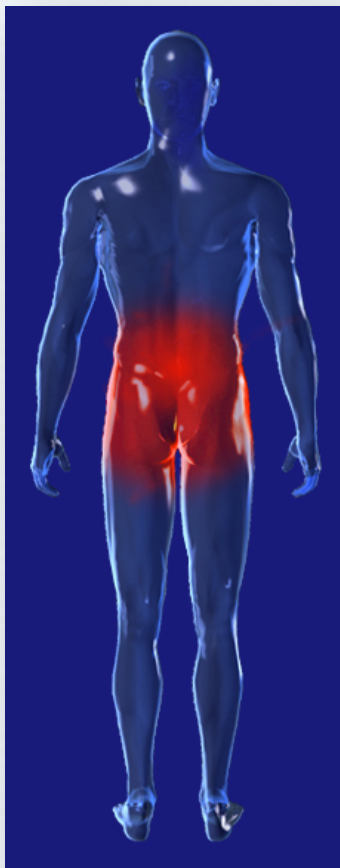
其他（2-4%）

（如纤维肌痛、躯体形式障碍、“伪装”疼痛）

腰痛的病理生理学



腰痛中可能存在伤害性和神经疼痛



伤害性疼痛



神经性疼痛

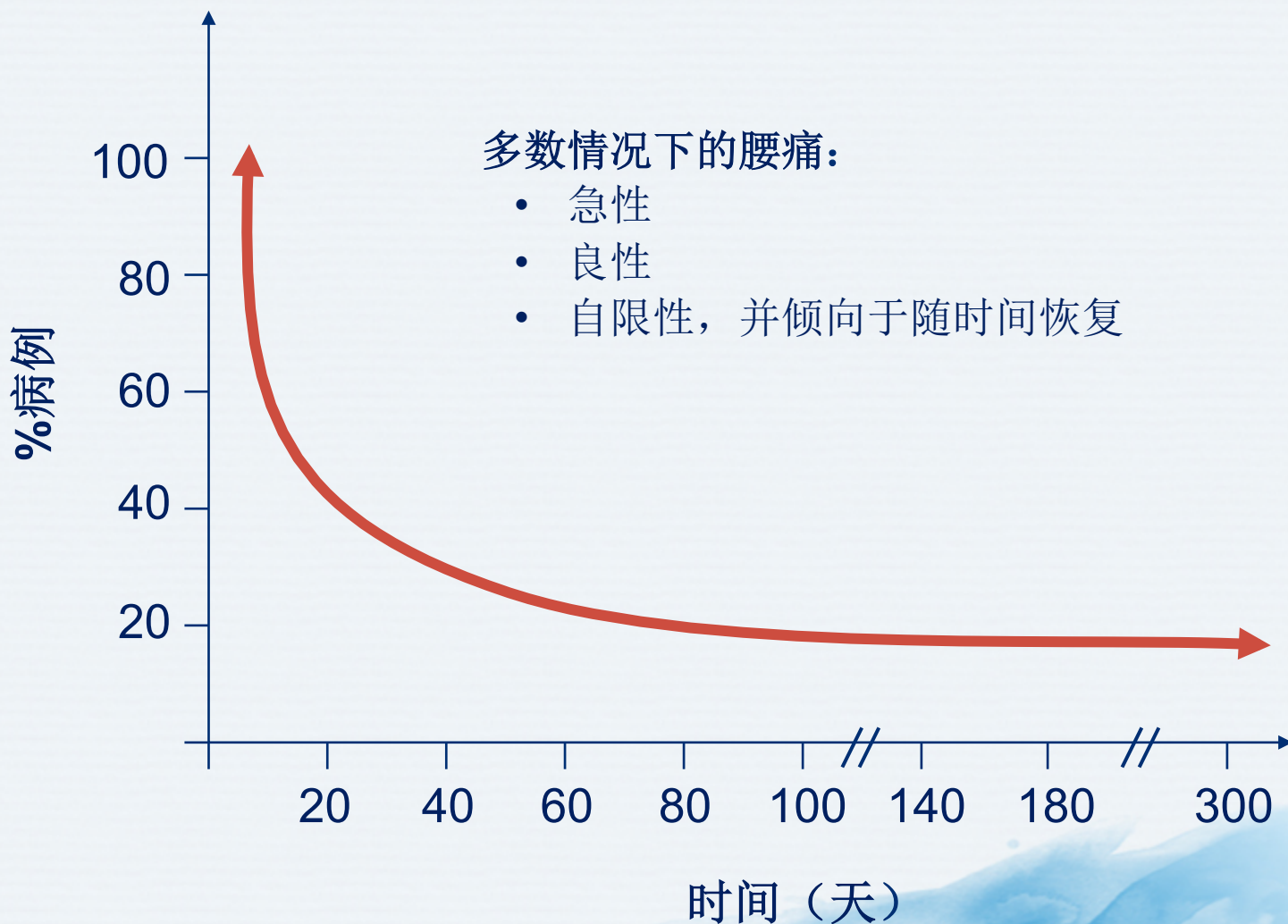
神经性腰痛

- 引起神经性腰痛的原因可能有：
 - 退变椎间盘内伤害性神经再支配损伤（局部神经性疼痛）
 - 神经根机械性压迫（机械性神经性神经根痛）
 - 退化的椎间盘释放炎症介质（炎症性神经性神经根痛）但没有机械性压迫

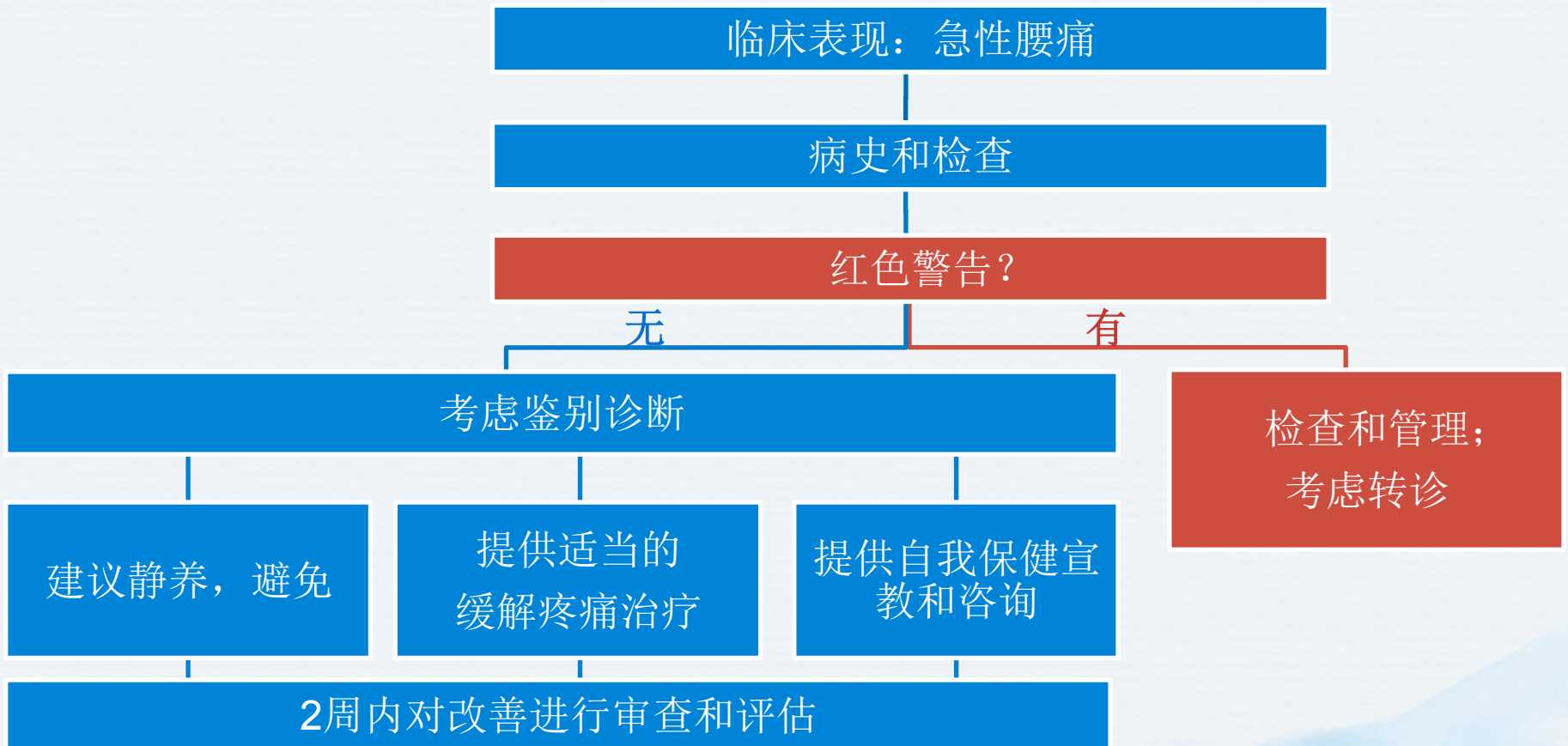
问题讨论

腰痛需多长时间才能康复？

腰痛自然发展史



急性腰痛的处理



问题讨论

何时需要将急性腰痛患者转
诊至专科医生处？



“红色警告” 需立刻检查和/或转诊

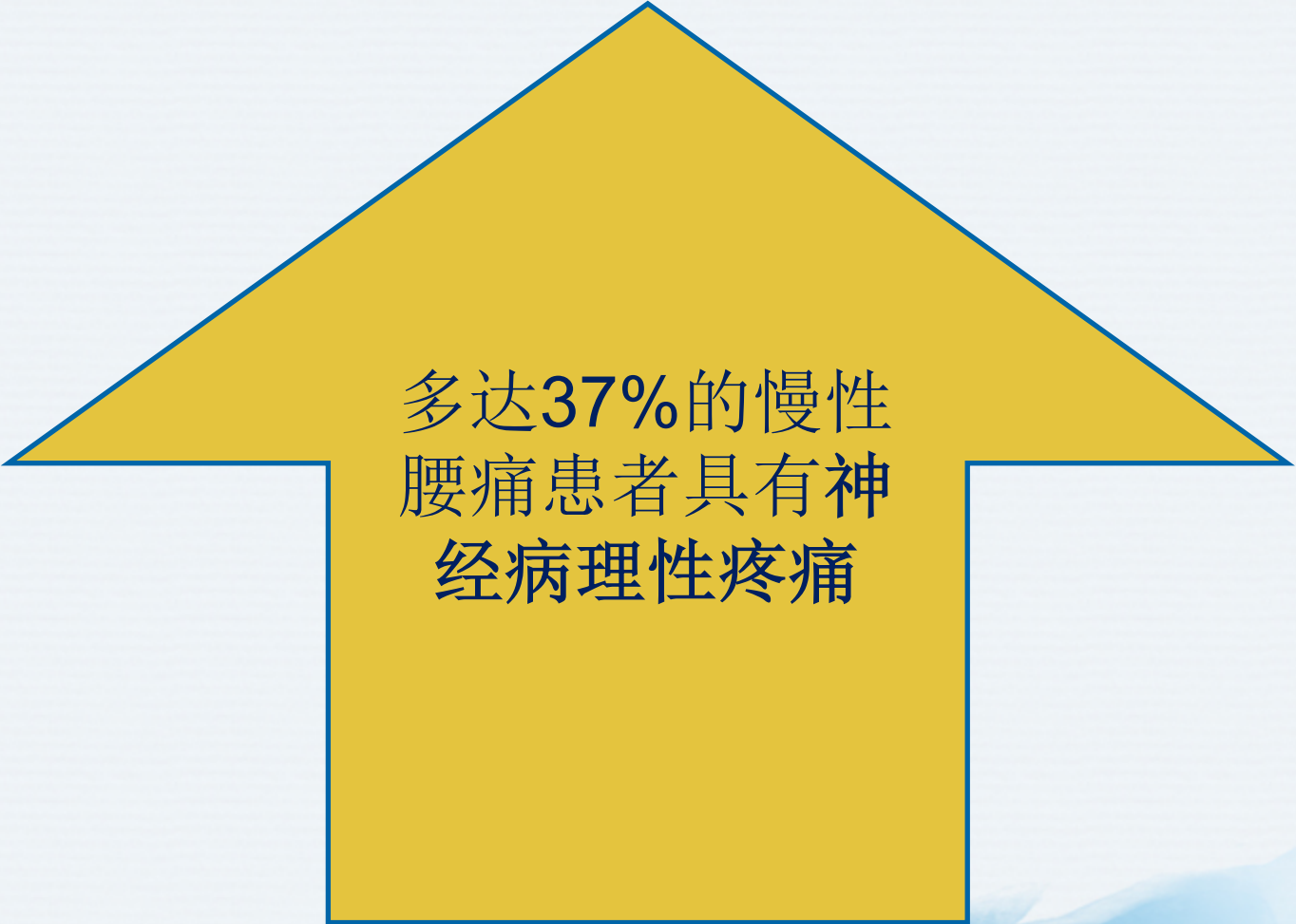
可能情况	红色警告	
癌症	<ul style="list-style-type: none">• 个人患癌病史• 体重减轻	<ul style="list-style-type: none">• 年龄>50周岁
感染	<ul style="list-style-type: none">• 发热• 静脉用药	<ul style="list-style-type: none">• 新近感染
骨折	<ul style="list-style-type: none">• 骨质疏松• 使用类固醇	<ul style="list-style-type: none">• 创伤• 年老
局灶性神经功能缺损	<ul style="list-style-type: none">• 症状进展或残疾症状	
马尾综合征	<ul style="list-style-type: none">• 尿潴留• 多级运动缺陷	<ul style="list-style-type: none">• 排便失禁• 鞍麻

急性腰痛的鉴别诊断

脊柱源	全身性	牵涉痛
<ul style="list-style-type: none">• 压缩性骨折• 腰椎劳损/扭伤• 椎间盘突出• 椎管狭窄• 脊椎脱位• 峡部裂• 椎关节强硬椎间盘或腰椎后关节退变)	<ul style="list-style-type: none">• 恶性肿瘤• 感染（如脊椎椎间盘炎/骨髓炎）• 结缔组织病 炎性脊椎关节病	<ul style="list-style-type: none">• 胃肠道疾病（如胰腺炎、消化性溃疡、胆囊炎）• 盆腔疾病（如子宫内膜异位症、盆腔炎、前列腺炎）• 腹膜后疾病（例如肾绞痛、肾盂肾炎）• 带状疱疹

尽可能识别和治疗疼痛的潜在病因非常重要！

慢性腰痛中的神经病理性疼痛



多达37%的慢性
腰痛患者具有神
经病理性疼痛

认识神经病理性疼痛

注意对神经性疼痛的常见描述



烧灼
电击感



麻刺感
麻木



刺痛



- 存在多种神经性疼痛筛选工具
- 虽然一些工具也包括体格检查，但主要依赖对疼痛的常见口头描述
- 根据易用性选择工具

精神病理性疼痛筛查工具

	LANSS	DN4	NPQ	painDETECT	ID Pain
症状					
麻刺感、刺痛、针刺感	X	√	√	√	X
电击感	X				
热或烧灼感	X	X	X	X	X
麻木感		X	X	X	X
神经病理性疼痛筛查工具主要依赖于对疼痛的常用言语描述					
基于使用的便利性 和当地语言验证来选择工具					
临床检查					
轻擦触摸痛	X	X			
轻柔触摸阈值提高					
针刺疼痛阈值	X	X			
一些筛选工具还包括床边神经系统检查					

DN4 = Douleur神经病变疼痛4问题调查表;
 LANSS = 神经病理性症状和体征 (LANSS) 疼痛诊断量表; NPQ = 神经性疼痛调查表
 Bennett MI et al. Pain 2007; 127(3):199-203; Haanpää M et al. Pain 2011; 152(1):14-27.

问题讨论

您对前来就诊的急性腰痛患者多久进行一次随访？

对急性腰痛患者随访频率推荐

患者人群	随访频率
所有患者	<ul style="list-style-type: none">• 初次就诊后2周• 随访选择：电话、电子邮件或访视• 有指征时安排额外随访
具有发生慢性疼痛的高风险*患者	<ul style="list-style-type: none">• 更早随访或更频繁随访更为合适
老年患者或由以下情形的患者： <ul style="list-style-type: none">• 症状进展或未见显著改善• 重度疼痛或功能缺陷• 神经根疾病或腰椎管狭窄症的体征	<ul style="list-style-type: none">• 更早随访或更频繁随访更为合适
转诊接受脊柱推拿、针灸或按摩的患者	<ul style="list-style-type: none">• 4周后，患者转诊至专业医生处，确定功能是否改善

*参见黄色警告；如患者持续接受充分治疗但疼痛仍然持续，则可能也需考虑为高危人群；

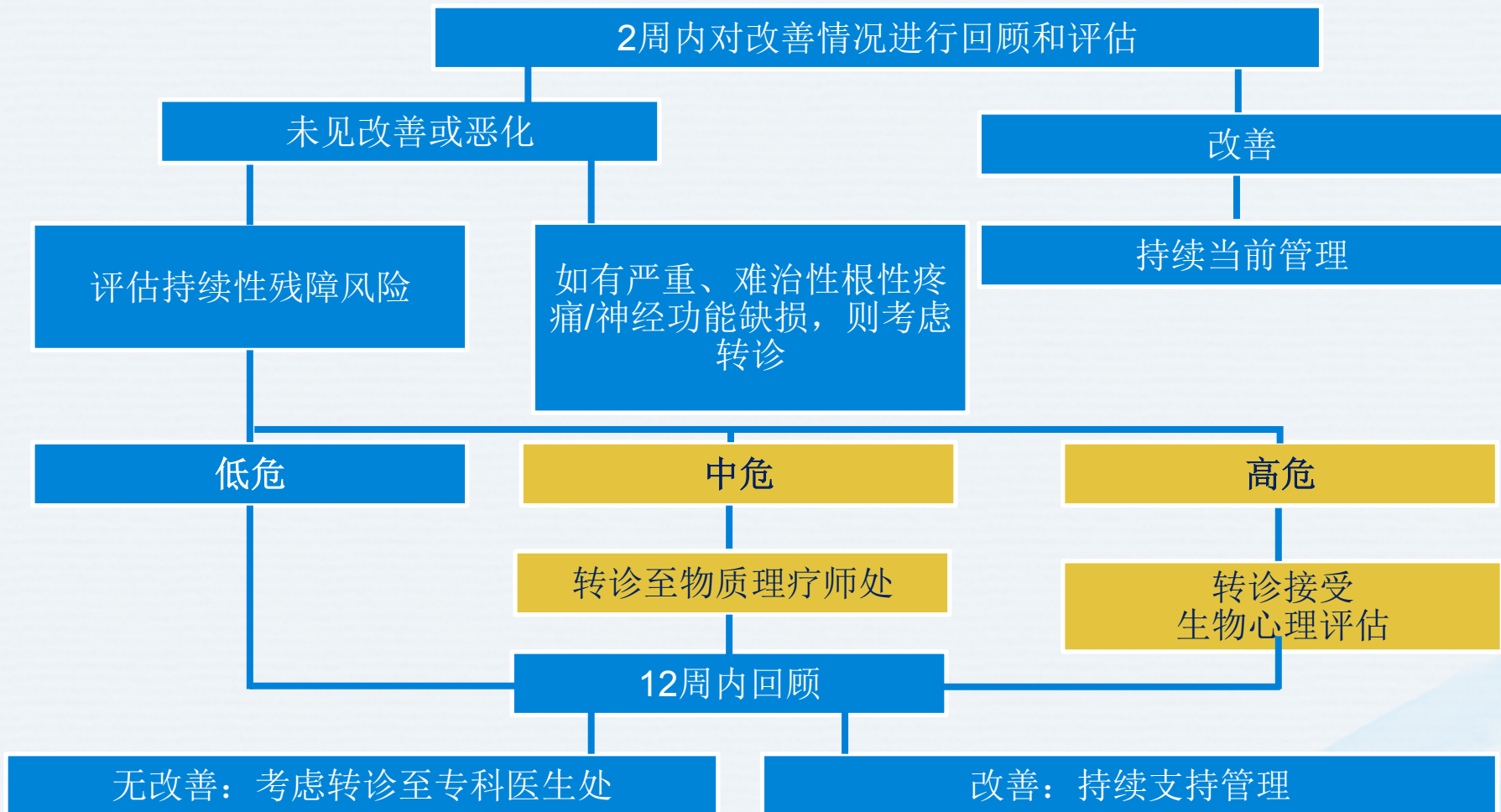
儿童和青少年，女性<30岁，男性> 60岁，患者有特定合并症（如糖尿病）和免疫功能低下或免疫抑制患者

Ochoa G. In: Díaz Barriga JS, Gamarra AI (eds). *Libro Dolor Musculoesquelético*. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED;

Bogotá, Colombia: 2010; Savigny P et al. *Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating

Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009.

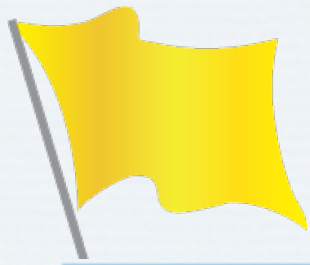
急性腰痛患者的随访



问题讨论

在临床实践中，您是否常规评估患者有无转为慢性疼痛的风险？

如果有，您是如何评估的？

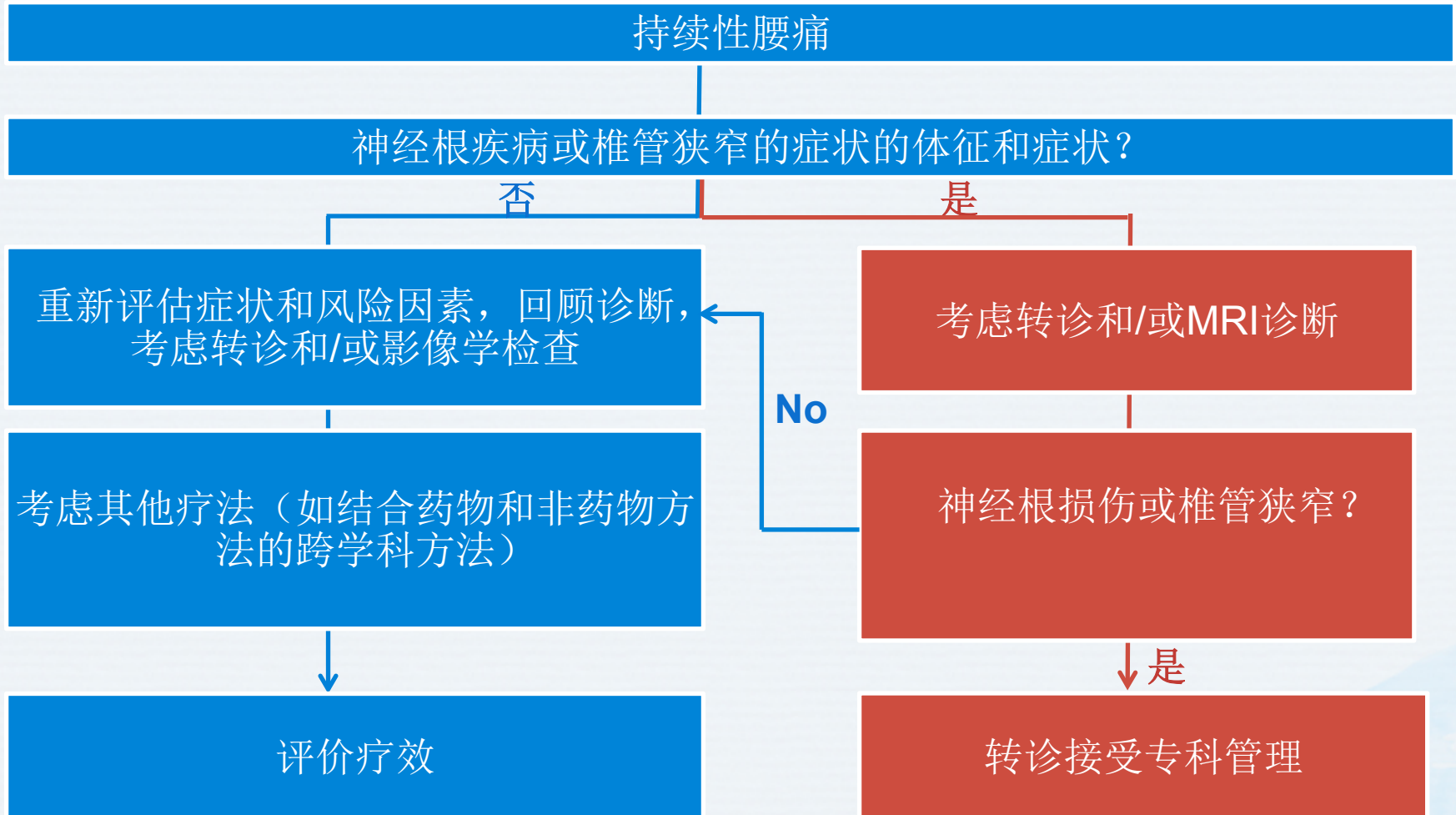


具有发生慢性疼痛风险的患者

黄色预警信号是指表明存在需要医师进一步关注的长期问题的患者特征，尤其是在重返工作方面。

- 对待疼痛的悲观态度，对运动和活动过度恐惧，对改善不抱希望
- 与工作有关的问题（如不满、冲突）
- 情绪问题（如抑郁、焦虑、担忧）
- 全身疼痛（如头痛、乏力、头晕）
- 渴望接受被动治疗，表现不积极
- 前几次腰背痛发作接受了长期随访

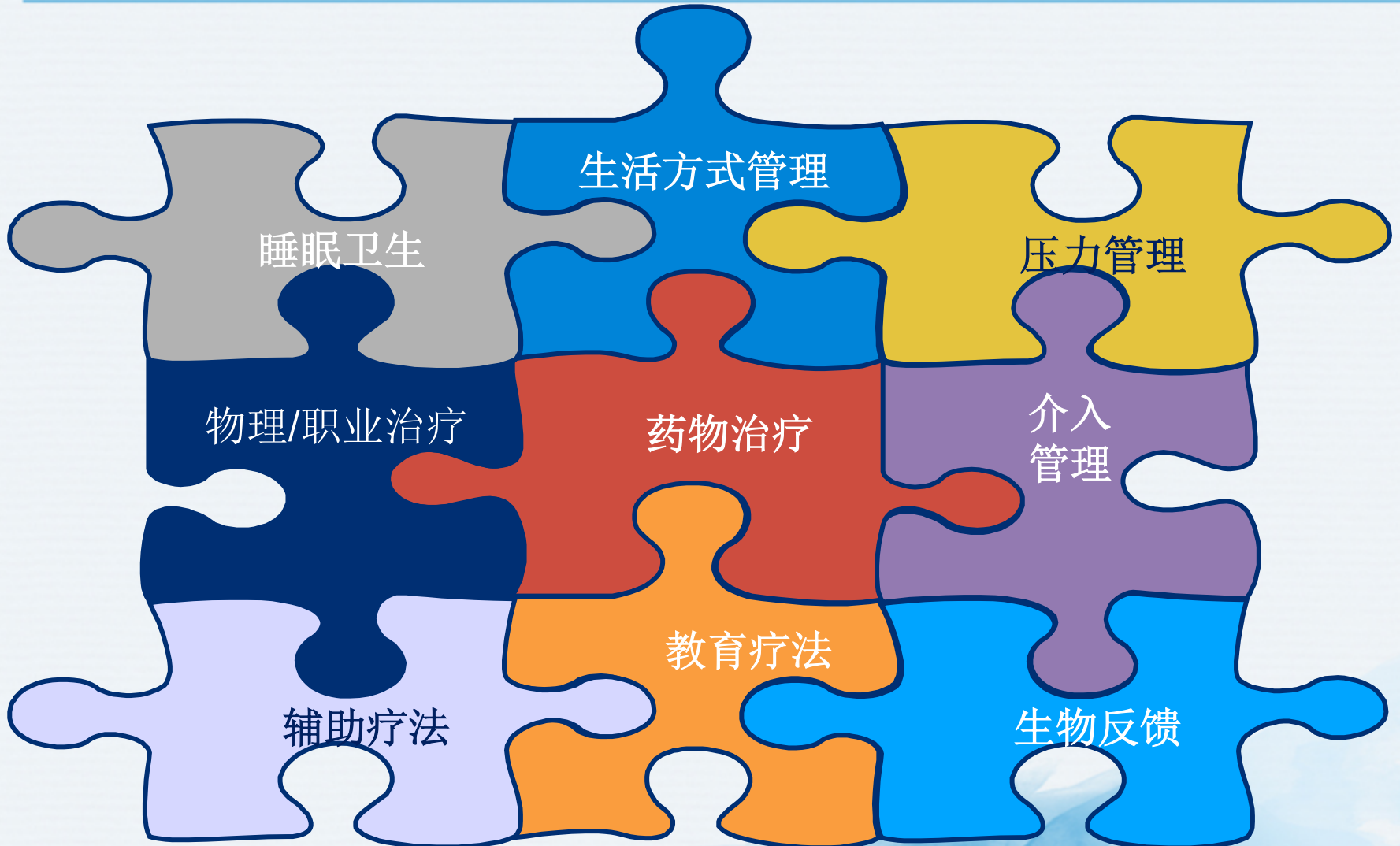
持续性腰痛的管理*



*美国医师协会和美国疼痛协会

Adapted from: Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7): 478-91.

多模式治疗腰痛



问题讨论

在您实践中采用过什么非药物方法治疗腰痛？

您的患者经常询问的非药物方法有哪些？

腰痛的非药物治疗

中等效力的有效性证据

治疗和锻炼 对成人腰痛患者缓解疼痛和改善功能中度有效

认知行为疗法 可减少有慢性或亚急性腰痛患者的疼痛和残疾

多学科生物心理社会序

按摩

瑜伽

热疗

中等硬度的床垫

经皮神经电刺激

存在争议，有支持证据和反对证据

证据提示卧床休息和牵引无效

效力充分的有效性证据

以功能为中心的治疗 就增加亚急性腰背痛超过6周患者的的工作天数而言，比以疼痛为中心的治疗更有效

针灸 比常规治疗更有效，但是不及假针灸有效

Chou R et al. Spine (Phila PA 1976) 2009; 34(10):1066-77; Dagenais S et al. Spine J 2008; 8(1):203-12; Gay RE, Brault JS. Spine J 2008; 8(1):234-42; Hagen KB et al. Spine (Phila PA 1976) 2005; 30(5):542-6; Oleske D et al. Spine 2007; 32(19):2050-7; Pillastrini P et al. Joint Bone Spine 2012; 79(2):176-85; Ramos-Remus CR et al. Curr Med Res Opin 2004; 20(5):691-8; Romanò CL et al. J Orthop Traumatol 2009; 10(4):185-91; Sakamoto C, Soen S. Digestion 2011; 83(1-2):108-23; Savigny P et al. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009; Toward Optimized Practice. Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain. Edmonton, AB: 2009.

腰痛的药物治疗

- 了解患者对疼痛缓解的预期以及治疗可能发挥的镇痛效果。
- 患者应接受有关药物、治疗目标和预期结果的宣教
- 与体格检查结果或持续时间和疼痛严重程度相比，社会心理因素和情绪困扰是更有效的治疗结果预测因子

炎症性疼痛的治疗



CNS = 中枢神经系统; coxib = cox-2抑制剂; nsNSAID =非选择性非甾体抗炎药

Hochberg MC et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64(4):465-74; Scholz J et al. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.

对乙酰氨基酚

疗效	安全性	作用机制
<ul style="list-style-type: none">• 有效• 合用nsNSAID或昔布类后疗效提高	<ul style="list-style-type: none">• 安全性好，成本低• 剂量高于4 g/日可能导致肝损伤	<ul style="list-style-type: none">• 尚不清楚

对乙酰氨基酚是治疗急性和慢性腰痛的一线选择。

Coxib = cox-2特异性抑制剂； nsNSAID =非选择性非甾体抗炎药

Chou R *et al. Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee C *et al. Arthritis Rheum* 2004; 51(5):746-54; Lee J *et al. Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Mattia A, Coluzzi F. *Minerva Anestesiol* 2009; 75(11):644-53; Watkins PB *et al. JAMA* 2006; 296(1):87-93.

nsNSAID类/昔布类

疗效	安全性	作用机制
<ul style="list-style-type: none">• 有效• 比对乙酰氨基酚单用更有效• 当与对乙酰氨基酚联用时疗效提高	<ul style="list-style-type: none">• 胃肠道风险• 心血管风险• 肾脏风险	<ul style="list-style-type: none">• 阻断COX-2酶的作用，COX-2酶由炎症刺激诱导产生，导致前列腺素生成增加• 昔布类选择性抑制COX-2，而nsNSAID类阻断COX-2和COX-1酶的作用，后者具有胃肠细胞保护和血小板活性相关

治疗急性和慢性腰痛的一线用药

CI = 置信区间；coxib = COX-2特异性抑制剂；
nsNSAID = 非选择性非甾体抗炎药；RR = 相对风险

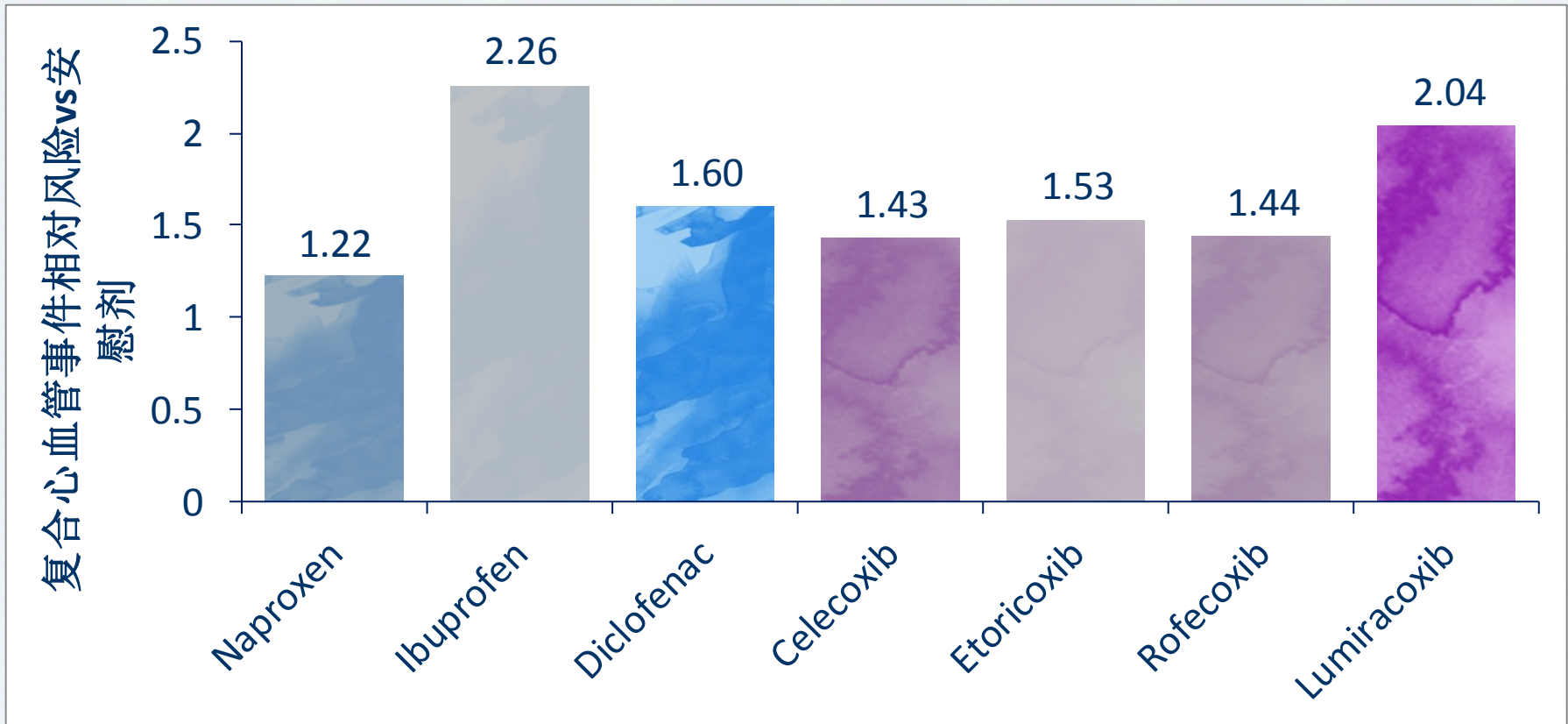
Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Schnitzer TJ et al. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(1):72-95;

van Tulder M et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000396; Vane JR, Botting RM. *Inflamm Res* 1995;44(1):1-10.

问题讨论

在考虑开具**nsNSAID**类或昔布类药物时，如何评估患者的胃肠道和心血管风险？

nsNSAID类/昔布类和心血管风险

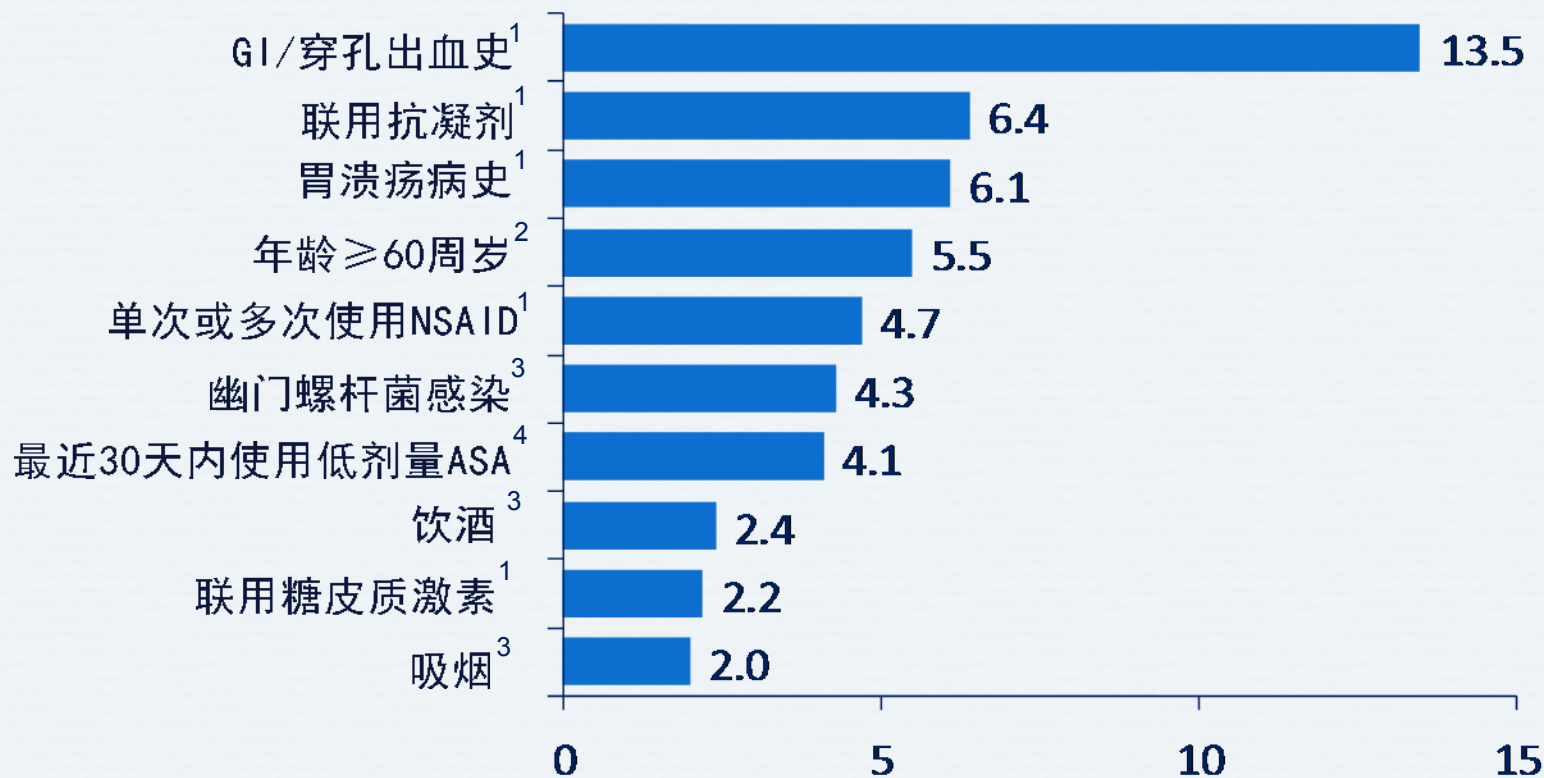


复合事件指与安慰剂相比发生非致死性心梗、非致死性卒中或心血管死亡；
图表基于对包括30项临床试验在内的超过100,000例患者的网络荟萃分析。

Coxib = COX-2抑制剂； nsNSAID =非选择性非甾体抗炎药

Trelle S et al. *BMJ* 2011; 342:c7086.

nsNSAID类/昔布类相关的胃肠道并发症风险因素



溃疡并发症的风险比/相对风险

ASA = 乙酰水杨酸; coxib = COX-2特异性抑制剂; GI = 胃肠道; NSAID = 非甾体抗炎药; nsNSAID = 非选择性非甾体抗炎药; SSRI = 选择性无羟色胺再摄取抑制剂

1. Garcia Rodriguez LA, Jick H. *Lancet* 1994; 343(8900):769-72; 2. Gabriel SE et al. *Ann Intern Med* 1991; 115(10):787-96;

3. Bardou M, Barkun AN. *Joint Bone Spine* 2010; 77(1):6-12; 4. Garcia Rodríguez LA, Hernández-Díaz S. *Arthritis Res* 2001; 3(2):98-101.

nsNSAID类/昔布类对上消化道以外的消化道作用

- 虽然当前采取的策略似乎能有效降低上消化道出血
 - 但强有力证据提示潜在的消化道临床副作用不仅限于上消化道
- 研究显示服用NSAID的患者发生下消化道*临床事件的风险增加



*下消化道指十二指肠悬韧带或十二指肠第四段向后

Coxib = COX-2特异性抑制剂；**NSAID** =非甾体抗炎药；

nsNSAID =非选择性非甾体抗炎药

Allison MC et al. N Engl J Med 1992; 327(11):749-54; Chan FK et al. N Engl J Med 2002; 347(26):2104-10; Fujimori S et al. Gastro Endoscopy 2009; 69(7):1339-46; Laine L et al. Gastroenterology 2003; 124(2):288-92; Lanás A, Sopeña F. Gastroenterol Clin N Am 2009; 38(2):333-53.

阿片类药物

急性或慢性重度腰痛的短期治疗

疗效	安全性	作用机制
<ul style="list-style-type: none">• 有效• 证据不足以推荐一种阿片类药物比另一种药物治疗好• 辅以对乙酰氨基酚和/或nsNSAID、昔布类可增加疗效	<ul style="list-style-type: none">• 多重副作用• 有滥用或成瘾风险	<ul style="list-style-type: none">• 改变大脑边缘系统活动• 调节疼痛的感官和情感方面• 激活脊髓痛觉传递的下行通路• 影响疼痛刺激向神经冲动的转化

Coxib = COX-2特异性抑制剂；**nsNSAID = 非选择性非甾体抗炎药**；

Chou R *et al. J Pain Symptom Manage* 2003; 26(5):1026-48; Chou R *et al. J Pain* 2009; 10(2):113-30;

Furlan AD *et al. CMAJ* 2006; 174(11):1589-94; Kalso E *et al. Pain* 2004; 112(3):372-80; Lee J *et al. Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20;

Martell BA *et al. Ann Intern Med* 2007; 146(2):116-27; Rauck RL *et al. J Opioid Manag* 2006; 2(3):155-66; Reisine T, Pasternak G. In:

Hardman JG *et al (eds). Goodman and Gilman's: The Pharmacological Basics of Therapeutics*. 9th ed. McGraw-Hill; New York, NY: 1996;

Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7; Trescot AM *et al. Opioid Pharmacol Pain Phys* 2008; 11(2 Suppl):S133-53.

曲马多

- “非典型”阿片类镇痛药
- 独特的作用机制
 - 去甲肾上腺素和血清素途径
 - 阿片作用取决于向活性代谢产物M1的转化
- 与 μ 阿片受体的结合力弱
- 用于腰痛治疗有效性的临床研究

问题讨论

在开具阿片类药物时，
您会告知患者什么副作用？

阿片类药物的不良作用

系统	副作用
胃肠道	恶心、呕吐、便秘
CNS	认知障碍、镇静、头昏、头晕
呼吸系统	呼吸抑制
心血管	体位性低血压，昏厥
其他	荨麻疹、瞳孔缩小、多汗、尿滞留

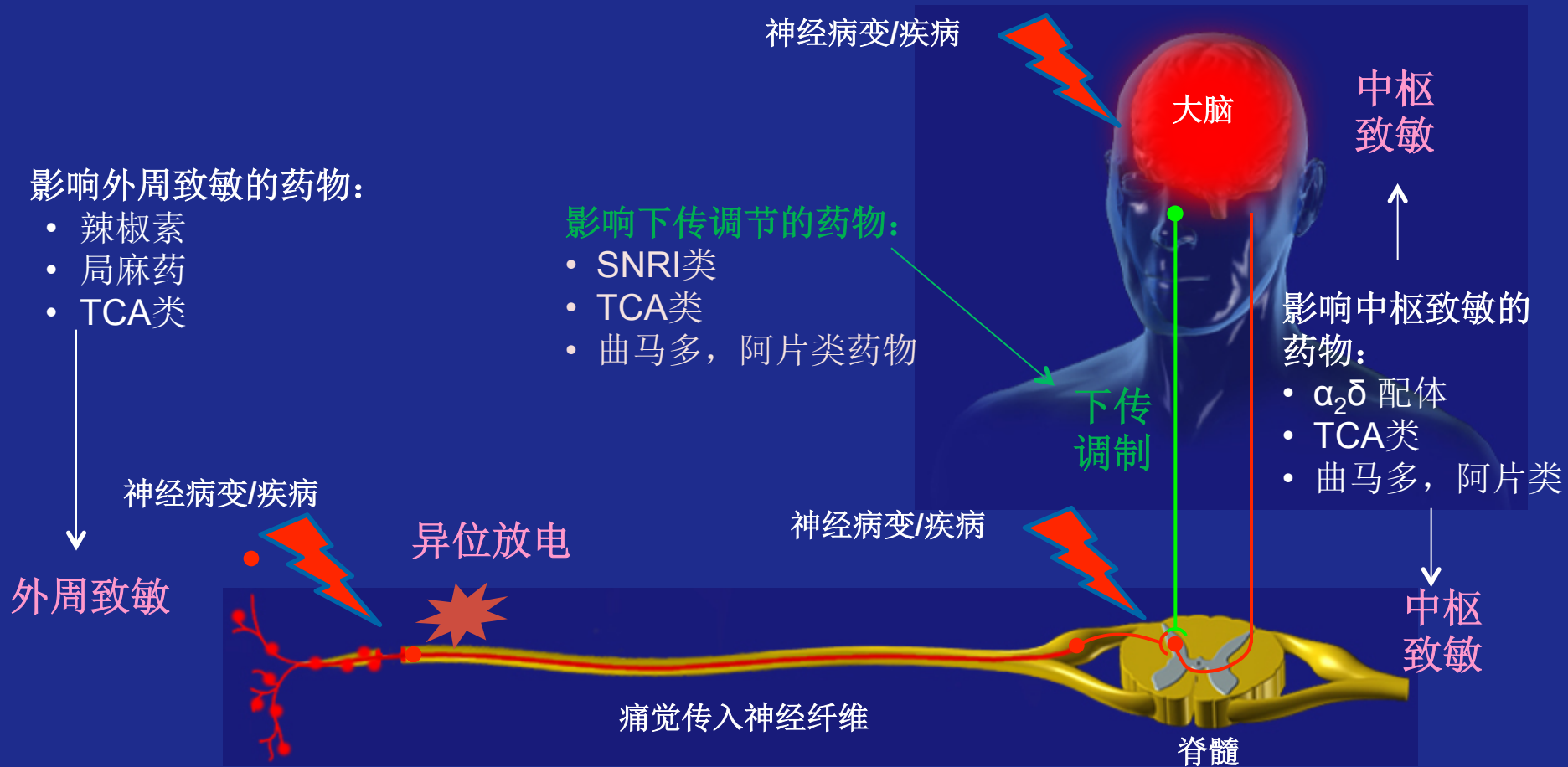
CNS = 中枢神经系统

Moreland LW, St Clair EW. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(1):153-91; Yaksh TL, Wallace MS. In: Brunton L et al (eds). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. (online version). McGraw-Hill; New York, NY: 2010.

肌松剂管理腰痛

- 药物种类多样
- 作用机制尚不明确
- 作用存疑，主要担心其副作用、潜在滥用和依赖性
- 指南不推荐腰痛管理中普遍使用肌松药
- 提供腰痛短期缓解
 - 有效性和安全性无差异
 - 极少数短期研究
 - 无证据支持其长期使用或推荐某种药物优于其他

神经病理性疼痛机制



SNRI = 五羟色胺，去甲肾上腺素再摄取抑制剂；TCA = 三环类抗抑郁药

Adapted from: Attal N *et al.* *Eur J Neurol* 2010; 17(9):1113-e88; Beydoun A, Backonja MM. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25(5 Suppl):S18-30; Jarvis MF, Boyce-Rustay JM. *Curr Pharm Des* 2009; 15(15):1711-6; Gilron I *et al.* *CMAJ* 2006; 175(3):265-75; Moisset X, Bouhassira D. *NeuroImage* 2007; 37(Suppl 1):S80-8; Morlion B. *Curr Med Res Opin* 2011; 27(1):11-33; Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.

$\alpha 2\delta$ 配体*用于腰痛管理

与其他治疗联用，对具有神经病理性腰痛有效

疗效	安全性	作用机制
<ul style="list-style-type: none">用于慢性腰痛管理时，普瑞巴林+ 昔布类组合比单药更有效	<ul style="list-style-type: none">最常见的副作用为头晕和嗜睡	<ul style="list-style-type: none">与钙离子通道的$\alpha 2\delta$亚基结合，该亚基在神经性疼痛时上调结合降低了神经递质的释放和疼痛敏感

*加巴喷丁和普瑞巴林是 $\alpha 2\delta$ 配体

Coxib = COX-2-特异性抑制剂

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Bauer CS et al. *J Neurosci* 2009; 29(13):4076-88;

Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Romanó C et al. *J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185.

抗抑郁药

与其他治疗联用，对具有神经病理性腰痛有效

有效性	安全性	作用机制
<ul style="list-style-type: none">• 不推荐用于非特异性急性腰痛• 具有神经病理性腰痛患者或可考虑使用	<ul style="list-style-type: none">• TCA类可导致认知障碍，意识模糊，步态不稳和跌倒• SNRI类的禁忌症为严重肝功能障碍或不稳定的高血压	<ul style="list-style-type: none">• 抑制血清素和去甲肾上腺素再摄取，增加下行调节

TCA = 三环类抗抑郁药； **SNRI** = 五羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-2; Skljarevski V et al. *Eur J Neurol* 2009; 16(9):1041-8; Verdu B et al. *Drugs* 2008; 68(18):2611-32.

不推荐用于腰痛的治疗

ASA	苯二氮卓	全身用皮质类固醇
<ul style="list-style-type: none">证据不充分，不推荐用于腰痛患者止痛	<ul style="list-style-type: none">滥用，成瘾性和耐受的风险	<ul style="list-style-type: none">口服或肠外给药疗效不及安慰剂

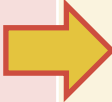


ASA = 乙酰水杨酸

Arbus L *et al. Clin Trials J* 1990; 27:258-67; Chou R *et al. Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Derry S *et al. BMJ* 2000; 321(7270):1183-7; Evans DP *et al. Curr Med Res Opin* 1980; 6(8):540-7; Finckh A *et al. Spine (Phila PA 1976)*. 2006; 31(4):377-81; Friedman BW *et al. J Emerg Med* 2006; 31(4):365-70; Haimovic IC, Beresford HR. *Neurology* 1986; 36(12):1593-4; Medina Santillán R *et al. Proc West Pharmacol Soc* 2000; 43:69-70.

对急性腰痛治疗的重要建议

A类 (证据一致)	B类 (证据不一致)	C类 (共识)
<ul style="list-style-type: none">• 不推荐卧床休息• nsNSAID类/昔布类，对乙酰氨基酚和肌松剂均为非特异性急性腰背痛的有效治疗	<ul style="list-style-type: none">• 患者教育有一定益处• 脊柱稳定可减少复发风险和对医疗服务的需要• 不推荐进行脊柱推拿、按摩技术	<ul style="list-style-type: none">• 红色信号常见，但不一定提示严重病变• 在无提示严重病变的发现时无需拍片

腰痛管理的治疗推荐

	非特异性腰痛	神经根痛
急性	<ul style="list-style-type: none">• 对乙酰氨基酚• nsNSAID类/昔布类<ul style="list-style-type: none">• 对年龄>45周岁的患者，同时开具PPI• 弱阿片类• 肌肉松弛剂 	如神经根痛显著，则考虑增加： <ul style="list-style-type: none">• $\alpha^2\delta$配体• TCA类
慢性	转诊至专科医生处接受：  <ul style="list-style-type: none">• 认知行为疗法• 综合药物管理，包括阿片类和神经性疼痛药物• 考虑介入疼痛治疗• 考虑手术治疗	

Coxib = COX-2特异性抑制剂； nsNSAID = 非选择性非甾体抗炎药；

PPI = 质子泵抑制剂； TCA = 三环类抗抑郁药

Adapted from: Lee J *et al.* *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20.

要点

- 大多数患者在人生的某一阶段都会发生腰痛
- 90% 的情况下，腰痛呈良性和自限性
 - “黄色警告”可帮助识别具慢性疼痛风险的个体
- 需要立即采取措施的“红色危险信号”应在出现腰痛的所有患者中进行评估
- 疼痛应采用跨学科手段解决，包括患者教育和非药物治疗

要点（续）

- 急性腰痛的药物治​​疗可包括对乙酰氨基酚，**nsNSAID**类/昔布类，弱阿片类和/或肌肉松弛剂
 - 对存在神经根痛的患者，考虑增加 **$\alpha 2\delta$** 配体类或**TCA**类药物
- 对长病程的慢性腰痛患者，应接受神经性和中枢致敏/功能失调性疼痛的评估
 - 这类患者可能需转诊到专科医生处