

# 腰椎间盘突出:脊柱里的“果酱面包危机”

调整坐站卧姿 学习正确搬物 锻炼核心肌群让脊柱更稳固挺拔

## 健康观点

主持人  
王静

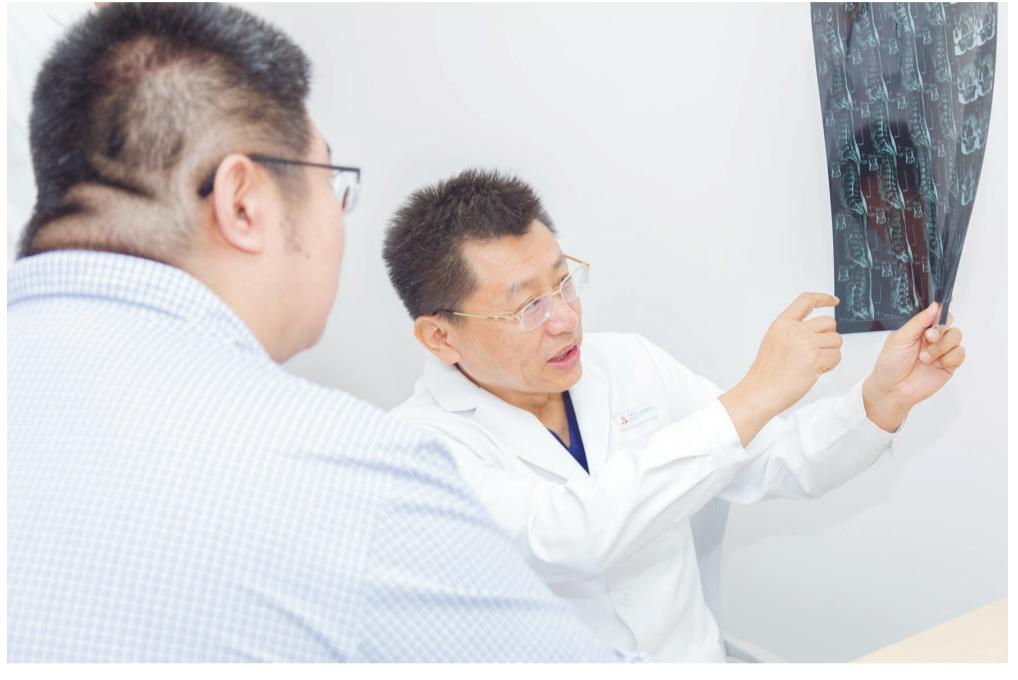
67岁的李先生多年前被诊断为腰椎间盘突出，一直保守治疗，但腰腿痛的问题总是时好时坏。两个月前，李先生病情突然加剧，服用止痛药都难以缓解腰痛。他找到市人民医院（南开大学第一附属医院）脊柱外科孙天威主任团队寻求治疗。腰椎核磁共振检查显示，李先生的腰椎4/5椎管狭窄和间盘突出并存，严重压迫神经，才引发了剧烈疼痛。专家们认为这样的情况，仅手术摘除腰椎间盘，疾病难以根治。经过周密的术前讨论，孙天威团队为李先生制定了一套“一箭双雕”的微创手术方案，“经皮椎弓根钉内固定术+内镜下椎间融合术”两种微创术式同期进行。通过1个微小切口和4个小孔，一次手术既摘除了脱出的椎间盘又彻底解除神经压迫。手术非常成功，李先生恢复良好，很快康复出院。

孙天威说，现代生活，越来越多的人被腰腿痛折磨，腰椎间盘突出正是幕后重要元凶。然而腰椎间盘突出早已不是李先生这样的中老年人“专利”，久坐、少动的生活方式正让年轻患者的比例逐年攀升。他提醒市民，要想老了腰杆硬、远离腰椎间盘突出，从年轻时就要学会善待脊柱。从现在开始，调整坐站卧姿、设定手机提醒定时起身活动、学习正确的搬物姿势、坚持核心肌群锻炼，让脊柱更稳固更挺拔，远离腰椎间盘突出。

### 腰椎间盘突出是脊柱减震器坏了 含胸驼背跷二郎腿加速病变

“如果把脊椎比作一列火车，椎间盘就是连接每节车厢的‘减震弹簧’。椎间盘由纤维环、髓核和帮助营养交换的软骨终板组成。纤维环形如面包圈，由约二三十层交错的胶原纤维构成，像洋葱皮一样包裹着内部结构；髓核形如果酱，是含水量高达88%的凝胶状物质，像一颗水球负责缓冲压力。当纤维环长期磨损出现裂缝，髓核就会像果酱从面包圈溢出来一样，这个‘果酱泄漏危机’也就是腰椎间盘突出。约30%的正常人存在无症状腰椎间盘突出。只有当突出的‘果酱’压迫神经引起腿麻、疼痛等症状时，才是需要治疗的腰椎间盘突出。”孙天威解释说。

孙天威说，导致纤维出现裂缝根本原因是退变老化。随着年龄增长，椎间盘水分减少、弹性下降，纤维环变脆就可能出现裂隙。但久坐不动，尤其是各种不良坐姿；反复弯腰、扭转，包括体力劳动、错误的搬重物姿势；



孙天威(右一)为患者诊治

图片由受访单位提供

长期负重、长时间驾驶都会加速纤维环老化早发生腰椎间盘突出。另外，肥胖及妊娠增加腰椎负荷、椎间盘结构先天薄弱等遗传因素、吸烟等损害椎间盘营养的行为、缺乏运动导致的核心肌群无力、经常有跷二郎腿和含胸驼背等不良姿势都加速了腰椎间盘突出的进程。

### 腰痛是信号勾脚困难早就医 直腿抬高试验阳性要警惕

孙天威说，腰椎间盘突出的首发信号是腰痛。通常是下腰部深部酸痛、钝痛或锐痛，弯腰、活动时加重。下肢放射痛即坐骨神经痛也是典型的疼痛症状，疼痛从臀部→大腿后侧→小腿外侧/后侧→足背/足底，像一条“带电的线”，咳嗽、打喷嚏、排便时疼痛加剧。如果出现小腿外侧、足背/足底麻木、发凉、针刺感；脚踝上抬无力(勾脚困难)、踮脚费力，则可能是神经受压迫的警报，要尽早就医。

核磁共振能清晰显示椎间盘突出、神经受压情况，是腰椎间盘突出诊断金标准。但医生还会结合病人多方面情况判断病情，绝非只看片子。包括详细问诊，了解疼痛特点、诱因、缓解/加重因素、伴随症状等，同时要进行体格检查，观察患者的姿势、步态、活动度，还要检查感觉、肌力、反射(包括膝跳反射、跟腱反射)。直腿抬高试验是腰椎间盘突出非常重要的检查手段，具体做法是让患者平躺伸直腿缓慢抬高，小于70度出现下肢放射痛

或麻木即为阳性，是腰椎间盘突出重要的诊断线索。

孙天威还特别提醒，腰痛≠腰椎间盘突出。腰痛的原因众多，不仅腰椎间盘突出，肌肉劳损、感染、结石、肿瘤、小关节问题等都可能有腰痛症状，需专业鉴别。另外，影像学检查，片子显示椎间盘突出≠要治疗。无症状的“影像学突出”无需干预。治疗决策基于症状+体征+影像综合判断。

### 阶梯治疗原则保守是首选 马尾综合征需尽快急诊手术

孙天威说，腰椎间盘突出治疗的目标是缓解疼痛、解除压迫、恢复功能。80%以上患者通过保守治疗可以缓解。因此对于多数患者来说，首选保守治疗。急性期要多休息，可以睡硬板床，但不是纯硬板，可放置厚一些的床垫，并在膝盖下垫薄枕。要避免久坐、弯腰、负重。卧床休息最好不要超过1周以免引发肌肉萎缩。也可以选择物理治疗如超短波、干扰电、热疗，但急性期48小时内需冷敷，慢性期可以热敷。药物治疗通常包括非甾体抗炎药以缓解疼痛炎症、肌肉松弛剂以缓解肌肉痉挛、甲钴胺等神经营养药物，严重的疼痛短期可使用弱阿片类药物等。

疼痛缓解后尽早开始康复锻炼，但需在医生或专业物理治疗师指导下进行，循序渐进，以不引起或加重疼痛为原则。可以进行核心肌群训练，推荐平板支撑以增强脊柱稳定性。

初学者务必注意姿势正确，如保持身体呈直线，不塌腰不撅臀，可从短时间开始，如10秒至15秒，逐渐增加，切记错误姿势反而伤腰。急性期要避免做小燕飞、仰卧起坐、深蹲、举重、剧烈跑跳。保守治疗效果不佳时可以考虑硬膜外精准注射消炎药到神经根附近，效果通常可持续几周至几个月，主要用于缓解疼痛以便进行康复锻炼。

第二步才是考虑手术治疗。腰椎间盘突出的手术指征有以下几方面：保守治疗四到八周效果不佳，影响正常工作生活；进行性神经损害，如肌力持续下降、足下垂；剧烈疼痛无法忍受，保守治疗无效。“手术治疗是大家都关心的问题，微创手术与开放手术各有优缺点，适应证也各有不同，具体术式选择需由医生根据患者具体情况综合判断。特别需要重视的是，如果出现会阴区麻木、大小便功能障碍或双下肢严重无力等马尾综合征的表现，属于脊柱外科急症，要尽快急诊手术减压受损神经，否则可能导致永久性神经损伤。”孙天威说。

### 保持姿势正确坚持肌肉锻炼 守护腰椎间盘防大于治

孙天威说，和大多数疾病一样，腰椎间盘突出防大于治。其预防的核心是从年轻的时候就要有保护脊柱的意识，减轻脊柱负荷，维持脊柱健康稳定。

第一要保持正确姿势。坐要腰背挺直靠椅背，双脚平放，电脑屏幕与视线平齐。每30分钟至60分钟起身活动，务必起身活动5分钟至10分钟，做做伸展运动，避免沙发瘫坐、坐矮板凳。站要抬头挺胸收腹，避免骨盆前倾。搬重物尽量避免单人搬运超过20千克至25千克的重物，搬重物的正确姿势是屈膝、下蹲—挺直腰背—重物贴近身体—靠腿部力量站起，可以想象后背贴着一张纸不能掉。睡硬板床，双腿夹枕。起床时先侧身→用手肘支撑起身→再下床，避免平卧直起。床垫不宜过软，应选择能提供足够支撑的硬质床垫，不是直接睡在木板上，可以在硬板床上铺垫5厘米至10厘米左右厚度的舒适垫褥。

第二锻炼核心肌群。规律进行桥式、平板支撑、腹横肌激活等训练；控制体重，将体重指数(BMI)控制在18.5至24的正常范围内；日常规律适度运动，推荐游泳、快走、瑜伽、太极拳。

第三建立良好生活习惯。戒烟以保护椎间盘营养供应；腰部保暖，避免受风受凉；避免危险动作，减少反复弯腰、扭转，杜绝跷二郎腿。

另外，对于已经确诊的腰椎间盘突出患者来说，无论是选择保守治疗还是手术治疗，长期坚持正确的坐站卧姿势、科学的核心肌群锻炼和维持良好的生活习惯是康复的基石，是预防复发、巩固疗效的终极法宝。

记者 赵津

我市渐冻症患者

接受首个靶向药物治疗

早诊早治为新疗法赢得等待时间

## 医疗前沿

近日，一名患渐冻症10年、确诊携带超氧化物歧化酶1(SOD1)基因突变的女性患者在我市南开医院进行了渐冻症首个靶向药物治疗。这也是该药物今年6月在国内上市以来，我市接受治疗的首位患者。该院神经内科主任张静表示：“此次药物注射后，我们将紧密随访患者，跟踪治疗效果，以确定下一步治疗方案。研究显示，早期发现SOD1突变并及时用药，理论上可阻止神经元进一步坏死，延缓疾病进展。”

张静介绍，渐冻症学名肌萎缩侧索硬化(ALS)，是一种会逐渐夺走患者行动能力的神经退行性疾病。患病后，患者会像被“冻住”一样，逐渐失去行动能力，从无法说话、吞咽到不能自主呼吸，直至死亡。ALS发病机制尚不明确，只有5%至10%的ALS患者有明确的遗传背景，超过90%的人病因不明。

“我国ALS患者确诊时多已进入中晚期，可能已失去30%至50%的运动神经元，通常生存时间在5年左右。早期发现早期干预可延长生存期6个月至3年，为等待新疗法赢得时间。ALS有三大关键信号需要引起人们关注。”张静说。

第一是局部肌肉无力和萎缩，通常从手部肌肉不明原因变薄开始；第二是持续性肉跳，多为肢体肌肉不自主颤动；第三是虽有颈肩等运动障碍，但没有疼痛等感觉异常，这是区别于颈椎病的重要特征。一旦出现了ALS可疑症状，要尽早到有该病治疗经验的医疗机构排查。目前，肌电图是辅助诊断ALS的重要工具，但需由经验丰富的神经科医生操作。

目前建议ALS一旦确诊，所有患者都应进行相关基因检测，以明确是否与特定基因突变相关，这对于疾病的精准诊断、预后判断和精准治疗具有重要意义。张静表示，我国约2%的ALS患者携带SOD1突变，尽早的专业诊治可锁定精准化诊疗的受益人群，把握宝贵的治疗窗口。此次注射的靶向药物突破了ALS传统对症治疗的局限，首次实现对因干预。其核心机制在于通过抑制SOD1蛋白合成，减少毒性蛋白蓄积，从源头减轻运动神经元的损伤，延缓疾病进展。目前国内外多项ALS治疗研究也取得了良好进展，未来会为ALS的治疗带来更多可能性。

记者 赵津

## 微创新技术

### 跨越食管癌手术禁区

特殊患者赢得治疗新选择

## 医疗前沿

近日，天津医科大学肿瘤医院唐鹏团队成功为一名63岁女性患者实施了微创充气纵隔食管癌根治术。该术式通过颈部及腹部入路完成手术，避开患者因结核病导致的胸腔粘连，结合术中喉返神经监测技术，实现肿瘤精准切除。这一突破性进展为高龄、肺功能差等传统手术禁忌证患者提供了新的治疗选择。

据介绍，该患者因进行性吞咽困难就诊，经胃镜发现距门齿25厘米食管内有溃疡性肿物，病理诊断为鳞状细胞癌。唐鹏团队给予患者两周期新辅助治疗，症状显著改善后准备手术治疗。传统微创术需要经胸腔切除食管肿瘤，但该患者患有结核病，肺功能无法满足手术需要。唐鹏团队决定采用微创充气式纵隔食管癌根治术，经颈部及腹部，通过后纵隔入路切除食管肿瘤，避免了经胸腔手术可能造成的肺组织损伤，也有效降低了手术对肺功能的依赖。另外，经颈部手术，为保护喉返神经功能，唐鹏团队应用了术中喉返神经监测技术，有效避免了淋巴结清扫造成的患者术后声音嘶哑。手术仅用时3.5小时就实现了肿瘤完整切除、淋巴结清扫以及消化道重建。术后患者顺利进食并康复出院，呼吸功能未受到明显影响。

该院食管肿瘤科负责人唐鹏指出，目前食管癌微创手术主要包括胸腔镜、机器人辅助及充气式纵隔镜等术式，其中充气式纵隔镜技术的应用，避免了经胸腔对肺组织的损伤，在缩短手术时间、减少出血量和并发症方面优势显著。

通讯员 弓磊 周妍

## 相关链接

### 少吃烫食预防食管癌

8月24日是食管癌患者关爱日。世界卫生组织统计显示，2022年中国食管癌新发病率22.4万例，约占全球新发病率的一半。据唐鹏介绍，虽然食管癌早期症状并不明显，但也有迹可循。进行性吞咽困难是食管癌的典型症状，起始阶段是吞咽食物偶尔有阻挡感、哽咽感，阻挡频次逐渐增加。引起吞咽困难的食物也会随着病情发展逐渐变化，先是难咽固体食物，继而是半流质食物，最后水和唾液也不能咽下。此外，胸骨后有烧灼样痛、针刺样痛、牵拉摩擦样痛，声音嘶哑、咽喉干燥紧绷、腹部有饱胀感等也是早期食管癌多见的症状。预防食管癌要避免常吃烫食、抽烟喝酒、重口味饮食。因为这些习惯会刺激食道黏膜，甚至造成溃疡，长期的刺激就会增加罹患食管癌的风险。

通讯员 弓磊 周妍



血糖控制不佳 患有并发症 应用特定药物

### 三类糖尿病患者要严格戒酒

#### 健康红绿灯

得了糖尿病还能喝酒吗？这是很多“糖友”的困惑。天津医科大学朱宪彝纪念医院代谢病科孟东主任医师表示，糖尿病患者戒酒是最安全的选择，有三种情况则需绝对戒酒。第一，血糖控制不佳者。空腹血糖>7.0mmol/L或餐后血糖>11.1mmol/L时，饮酒可能加剧血糖波动。第二，已经有并发症患者。伴高血压、肝病、胰腺炎、肾病等。

或神经病变者，饮酒会显著加重器官负担。

第三，应用特定药物者。使用胰岛素、磺脲类药物或GLP-1受体激动剂的患者，酒精可增加低血糖风险。

孟东说，酒精会使糖尿病患者的血糖发生剧烈波动，这是因为酒精抑制肝脏释放葡萄糖，尤其空腹饮酒时会出现头晕、心悸甚至昏迷等低血糖反应。发生低血糖后，身体代偿性释放葡萄糖，又导致血糖反跳升高。另外，酒精与胰岛素、磺脲

类药物等降糖药反应，可能改变药效，加剧血糖失控。长期饮酒也会增加糖尿病患者的并发症风险，还可能导致胰腺炎或功能衰退，加重糖尿病病情。酒精升高血压、加速动脉硬化，可能诱发心梗、脑卒中。视网膜病变、神经病变、肾病等糖尿病并发症，也可能因酒精的炎症刺激或代谢紊乱而加速恶化。

糖尿病患者偶尔饮酒也需严格遵循以下原则。男性每次饮酒≤25克(≈500毫升啤酒)，女性≤15克(≈350毫升啤酒)，每周≤2次。饮酒前摄入蛋白质(如坚果)或低GI零食，避免空腹饮酒。饮酒前后监测血糖，警惕酒后数小时发生的延迟性低血糖。优先干红/干白葡萄酒，避免甜酒、鸡尾酒。

通讯员 郭敏桢

或大病初愈者；学生等用脑过度者、教师等言语耗气者、经常熬夜人群；夜间易口干或伴有咽干、咽痛的老年人，西洋参可起到一定的滋补作用。

另外，西洋参尤其适合清补。天气炎热心阳旺盛，汗出过多、食欲不振、大便干结等适宜服用西洋参。

西洋参性凉，根据中医辨证论治原则，以下人群需慎用或禁用西洋参。有腹泻、胃寒、腹痛等症状的脾胃虚寒者；平素畏寒肢冷、阳气不足者；小儿发育迟缓、消化不良者；健康的青壮年、婴幼儿。孕产妇、过敏体质者使用前务必咨询医生。感冒、急性感染期间最好不用。

通讯员 刘克臻

### 西洋参不是“万能补品”

#### 脾胃虚寒者要慎用

现代医学研究发现西洋参可能具有抗肿瘤、保护心脑血管、增强免疫等多种功效。天津医院药学部专家提醒市民，西洋参并非可随意服用的“神药”。中医强调“药有偏性”，服用有明确的宜与忌。专家建议食用西洋参前，结合自身体质和具体状况，

通讯员 陆静 雷春香