

腰薦椎神經根病變與藥物治療

藥劑部藥師 曾郁茹

腰痠、腿麻、電到腳？一次搞懂「腰薦椎神經根病變」

許多民眾都有過這樣的經驗：原本只是腰痠，沒想到疼痛卻一路延伸到臀部、大腿，甚至小腿或腳底，走路、坐下、翻身都變得困難。很多人會直覺地說「醫師！我是不是坐骨神經痛？」

然而，坐骨神經痛是一種症狀描述，醫師還是想辦法找出疼痛的原因。在醫學上，這類疼痛最常見的是急性腰薦椎神經根病變（lumbosacral radiculopathy）。

為什麼會發生「腰薦椎神經根病變」？

我們的脊椎就像一座精密的 101 大樓，每一節脊椎之間都有一個避震墊，稱為「椎間盤」。而從脊椎延伸出去、負責控制肌肉感覺與動作的「木偶線」，就是神經根。當這些腰椎或薦椎的神經根受到擠壓、發炎或刺激時，就可能產生臀、腿部劇烈疼痛與麻木感，就是「腰薦椎神經根病變」。

常見腰薦椎神經根病變的原因包括：

1. 椎間盤突出：椎間盤因老化、姿勢不良、彎腰搬重物或突然受力，導致內部的軟組織向外突出，壓迫到附近的神經根。是急性發作最常見的原因。
2. 脊椎退化與管腔變窄：隨著年齡增加，脊椎關節可能出現骨刺、韌帶變厚，使神經通過的空間變小，長期下來造成神經壓迫。
3. 其他原因：包含外傷、感染（如脊椎膿瘍）、發

炎性疾病、腫瘤、血管病變，甚至部分糖尿病相關神經病變，也可能出現類似症狀。

有沒有哪些人比較容易發生呢？研究顯示，約 3~5% 的成年人一生中會經歷腰薦椎神經根病變。危險因子包括：年齡增長、長期久坐或重體力工作、肥胖、吸菸、核心肌群無力，以及缺乏運動。

常見症狀

神經根病變最典型的特徵，是從腰往腿放射的疼痛，但實際表現會依受影響的神經位置而不同。疼痛可能呈現刺痛、電擊感、灼熱感或深層痠痛，常伴隨麻木、刺麻感，甚至局部感覺變鈍。

不同神經位置的病變會有典型表現，如果是腰

椎第 2 節到第 4 節神經根，疼痛多在大腿前側，可能覺得上下樓梯、從椅子站起來變得吃力。如果是腰椎第 5 節神經根（最常見），疼痛從臀部延伸到大腿外側、小腿外側，甚至腳背，還可能出現腳趾無力、腳背抬不起來（俗稱垂足）。如果是薦椎第 1 節神經根，疼痛沿著大腿後側、小腿到腳底，可能發現踮腳困難，跟腱反射變弱。若出現以下情況：兩條腿同時嚴重無力或麻木、排尿、排便控制困難、會陰或肛門周圍麻木，這可能是嚴重的馬尾症候群，需要緊急處理，請立刻就醫或前往急診。

診斷方式

多數情況下，診斷是以病史與理學檢查為主。醫師會檢查肌力、感覺、反射，並進行「直抬腿測試」：當抬腿到 30-70 度時若誘發放射性

疼痛，代表神經可能受到壓迫。影像檢查則是最常使用磁共振造影（MRI），可清楚看到椎間盤、神經與周圍結構。另外電腦斷層（CT）可以做為 MRI 無法執行時的替代選項。神經檢查中的肌電圖（EMG）、神經傳導檢查（NCS）是在症狀持續、診斷不明確，或有明顯無力，可能進一步安排檢查神經受損程度。

治療與預後

大多數急性腰薦椎神經根病變會自行改善，治療的方式包括藥物治療、活動調整及輔助治療，治療的目標是減輕疼痛、維持活動能力、避免神經進一步受損。

一、 藥物治療：幫助撐過最痛的時期，藥物的角色無法直接治療病變的原因，而是減少發炎與疼痛，讓身體有時間自然修復。常用藥品如

下：

1. 非類固醇消炎止痛藥 (NSAIDs)：是第一線治療藥物，例如：布洛芬 (ibuprofen)、雙氯芬酸 (diclofenac)、萘普生 (naproxen) 等。其作用是消炎與止痛。常見副作用包括胃痛、胃潰瘍、腸胃出血、腎功能惡化，有胃潰瘍病史者需特別小心，必要時合併胃藥服用；腎臟病病人、長期使用利尿劑或降血壓藥者要與醫師討論；與抗凝血藥 (如：warfarin)、抗血小板藥 (如：aspirin) 併用時，出血風險增加。
2. 乙醯胺酚 (Acetaminophen)：作用是止痛但不能消炎，可作為止痛輔助藥物，但對於神經壓迫型疼痛效果可能不如消炎止痛藥。對腸胃刺激較小，但有肝病或長期飲酒者須小心，每日的總劑量需較常人低。
3. 口服類固醇：例如腎上腺皮質酮 (prednisolone)、甲基普立朗

(methylprednisolone) ，其作用為抗發炎，可能副作用包括血糖升高、血壓上升、失眠、情緒波動、胃部不適。糖尿病病人需監測血糖，不可自行突然停藥（需依醫囑減量）。目前研究顯示，口服類固醇可短期減輕疼痛，但對長期預後幫助有限，因此通常只短期使用。

4. 神經止痛藥：若疼痛呈現電擊、灼熱或刺麻感，醫師可能會開立加巴噴丁

(gabapentin)、普瑞巴林 (pregabalin) ，屬於中樞神經系統調節劑。常見副作用包括嗜睡、頭暈、下肢水腫。服藥初期避免開車，腎功能不好者需調整劑量。

5. 肌肉鬆弛劑：適用於合併明顯肌肉痙攣者。副作用包括嗜睡、頭暈。不建議長期使用。
6. 鴉片類止痛藥（短期、重度疼痛）：例如曲馬多 (tramadol) 或其他嗎啡類，僅在嚴重疼痛且其他藥物無效時短期使用。副作用包括噁心、便秘、嗜睡、成癮風險，不建議作

為常規治療。

二、 活動調整：很多人以為「躺著休息就會好」。其實研究顯示，長期臥床反而會延緩復原。保持輕度活動、避免搬重物與彎腰、找到舒適姿勢、每隔 30-60 分鐘起身活動。

三、 輔助治療：若使用藥物治療後，疼痛持續超過 1 到 2 週且影響生活，可以加入輔助治療。

7. 物理治療：核心肌群訓練、姿勢矯正、神經滑動運動，有助於改善功能與預防復發。

8. 硬脊膜外類固醇注射：可減少神經周圍發炎，對短期（數週）止痛效果較明顯，長期效果有限。可能風險包括感染、短暫血糖升高、頭痛等。

9. 手術：必須緊急手術的時機包含出現馬尾症候群（大小便失禁、會陰麻木）或是進行性肌肉無力；非緊急手術，若 6~8 週保守治療仍劇烈疼痛影響生活，可與醫師討論外科手術。研究發現手術短期止痛效果較快，但 1~2

年後，手術與未手術病人功能差異不大。

約 70~80%病人在數週內會明顯改善，約 3 個月後大多恢復正常生活，多數椎間盤突出會自然縮小。預防復發的關鍵包括：強化核心肌群、維持健康體重、戒菸、避免久坐、正確搬重物姿勢等。

參考文獻

10. Hsu PS, Armon C, Levin K. Acute lumbosacral radiculopathy: Etiology, clinical features, and diagnosis. In: Shefner JM, editor. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; updated Jul 01, 2025. Accessed Feb 12, 2026.
11. Levin K, Hsu PS, Armon C. Acute lumbosacral radiculopathy: Treatment

and prognosis. In: Shefner JM, editor.
UpToDate. Waltham (MA): UpToDate
Inc.; updated Sep 02, 2025. Accessed Feb
12, 2026.

NTUHF