

再论西方手法医学治疗骶髂关节功能障碍*

于红 侯树勋 吴闻文

解放军第三〇四医院 (北京 100037)

在初步总结了应用西方手法 (由前任德国全国手法医学协会主席 Dr. Hanns-Dieter Wolff 所教授) 治疗骶髂关节功能障碍 (Sacroiliac joint dysfunction, SIJD) 的经验^[1]以后, 作者在临床上继续使用该手法治病的同时, 查阅有关文献, 并对骶髂关节部位病变的临床表现、治疗方法进行了更进一步的研究与观察, 完善了治疗手段, 从而提高了手法治疗的疗效。

临床资料

1. 一般资料: 本组 48 例中男 21 例, 女 27 例; 年龄 15~42 岁。均为单侧发病, 其中左侧 29 例, 右侧 19 例。平均随访 18.2 月 (4~26 月)。治疗前病史最短 1 个月, 最长 8 年。本组有明确外伤史的 27 例, 其中腰部撞伤 8 例, 扭伤 15 例, 摔伤并骨盆坐、耻骨支无移位骨折 1 例, 其它类型损伤 3 例。

2. 临床表现和检查: 本组大部分病人主诉腰部钝痛, 久坐不适或坐位时症状加重。疼痛可向大腿外侧放散, 但无根性损伤体征。女性患者在经期时感疼痛加重, 并影响月经量。

所有患者在治疗前均拍骨盆正位和双骶髂关节斜位 X 线片。除 1 例有坐、耻骨支无移位骨折外, 其余 X 线检查均未见结构异常影像。

体格检查在 SIJD 中占有重要的地位。几乎所有患者的骶髂关节背侧均有深压痛, 并有明显的叩击痛。“4”字试验阳性, Gaenslen 试验阳性, 站立位弯腰时两侧髂后上棘不等高。骶尾骨与髂后上棘顿压试验 (前臂交叉试验) 可使疼痛症状缓解。

治疗方法

确诊后即行“卧式旋压”手法治疗, 同时给与普通理疗和口服非甾体类药物配合治疗。4~5 天后复查, 再行手法治疗。每 2~4 次手法治疗为一个疗程。在治疗期间要求患者禁止参加剧烈体育活动, 禁止弯腰搬、扛重物及长途驾驶或坐车。在行“卧式旋压”松解手法治疗之前, 先行前臂交叉试验,

以活动骶髂关节。在治疗过程中, 嘱患者白天尽量佩带骶骨带。对某些病史较长或疼痛症状极重而无法实施手法治疗的患者, 可以先行骶髂关节周围封闭, 使疼痛症状减轻、反射性肌肉痉挛解除后再行手法治疗。

“卧式旋压”手法简介: 以左侧 SIJD 患者为例。患者向右侧卧于床边, 双臂环抱。头颈部、左肩及左上胸腹部极度向左后方旋转。右下肢伸直。左膝屈曲 90°, 左髋关节屈曲 45°, 并极度内收。术者面对患者站立于右侧床旁, 抬起右下肢, 用右膝内侧压在患者左膝的外侧。术者身体略向前倾, 左前臂插入患者的左臂中, 同时左手拇指固定在患者第 5 腰椎棘突上, 右肘顶在患者左侧髂后上棘处。嘱患者缓慢深呼吸, 术者逐渐用力, 直到患者达到扭转“极限”为止。待呼气末时, 术者快速实施适当压力, 即可听到“咔嚓”声, 此时患者常感到疼痛症状顿然消失。力量要求稳重而不粗暴。

治疗结果

疗效评定标准: 显效: 症状完全缓解, 无复发。进步: 症状短期内完全缓解, 经过一段时间后复发, 但症状较前为轻。无效: 症状经手法治疗后即刻缓解, 经短时期后复发, 且症状与治疗前相同。本组显效 36 例, 进步 8 例, 无效 4 例。

有些病史较短者, 经过一次手法松解即可达到完全治愈的结果。而对病史较长和合并骨盆骨折的患者, 虽然手法松解可取得较好的即刻效果, 但大部分病人的症状都很快复发。另外, 对体操、武术、舞蹈等特殊职业的患者, 因其韧带过分松弛, 手法治疗时很难达到扭转的“极限”状态, 也影响治疗效果。

讨 论

骶髂关节功能障碍是引起下腰痛的重要原因之一。Schmid 总结了 1344 名腰背部疾患病人的临床资料, 发现属于骶髂关节病损的占 21.6%^[2]。Gemmell

* 95 全军医药卫生科研基金课题

对在校的健康大学生进行了普查，发现下腰痛的发生率为 26.5%，而 SIJD 的发病率为 19.3%^[3]。此类疾病多数是功能性的可以通过保守治疗的方法治愈，其中手法推拿、按摩具有良好的治疗效果。我国用手法治病的历史渊源流长，在秦汉时期的《黄帝歧伯按摩十卷》其记载的按摩史距今已有千年。直至目前各种中医门派的手法医学方法仍在广为流传。虽然与祖国传统医学相比西方手法医学才有近 40 年的历史，但是他们基于对功能解剖学、神经生物力学、神经生理学、疼痛学等基础医学的研究，使得西方手法医学的治疗确有其独到之处。

大部分骶髂关节疾病是功能性的，此类疾病如若早期给予系统的保守治疗就可以取得很好的疗效。关键是骨科医生应对这类疾病有充分的认识，在腰痛的病人就诊时，不应遗漏对骶髂关节的检查。对 SIJD 的诊断方法，主要是依靠病史和特殊的手法检查。已有学者归纳总结了 12 种骶髂关节的特殊检查方法^[4]，但我们认为在临床实践中不宜单独使用这些检查而应综合判断。Cibulka 指出以下 4 种试验中只要有 3 种阳性，即可确诊 SIJD。(1) 站立位弯腰试验。(2) 髂后上棘不等高。(3) 久坐试验。(4) 俯卧屈膝试验^[5]。

近年来，很多学者对骶髂关节的机械力学特性、功能解剖、影像学检查以及相关的手法治疗等方面进行了广泛而深入的研究，使人们对骶髂关节病变的病理生理基础和临床表现及治疗有了更明确的认识。DonTigny 指出当人在站立位前屈而骨盆前方又无支撑物时，最易发生 SIJD。体疗师可以通过手法使髂骨后方相对骶骨转动而纠正这种功能障碍^[6]。侯筱魁等人提出，斜扳手法是一种复杂的三维自由度运动^[7]。正确的手法可使小关节的粘连松解，改

善局部血循环，有利于症状缓解。由于骶髂关节是有 6 个三维自由动度的关节^[8]，所以正确的手法必定会使骶髂关节产生相对的活动。Wolf 教授曾经指出骶髂关节与颈、腰椎小关节不同，周围无肌肉附着，所以单纯使用松解手法就可以取得较好的疗效。但我们在实践中体会到，在手法治疗期间配合使用普通理疗、非甾体类消炎和肌松剂甚至关节周围封闭，可以使因为发生 SIJD 而导致的其它一些反射性痉挛的肌肉得到放松，局部炎性反应减轻，因而提高手法治疗的疗效，这对疼痛较重患者的症状缓解及病史较长患者的功能恢复尤为重要。

参考文献

1. 于红, 侯树勋, 吴闻文. 应用西方手法医学治疗骶髂关节功能障碍. 中国骨伤, 1994, (增刊): 219
2. Schmid HJA. Sacroiliac diagnosis and treatment 1972 - 1978 (Germ). Man Med, 1985, 23: 101
3. Gemmel HA, Jacobson BH. Incidence of sacroiliac joint dysfunction and low back pain in fit college students. J Manip Physiol Ther, 1990, 13: 63
4. Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, et al. The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. Spine, 1996, 21: 2594
5. Cibulka MT. Changes in innominate tilt after manipulation of the sacroiliac joint in patients with low back pain. An experimental study. Phys Ther, 1988, 68: 1359
6. DonTigny RL. Function and pathomechanics of the sacroiliac joint. A review. Phys Ther, 1985, 65: 35
7. 侯筱魁, 董凡, 戴克戎, 等. 斜扳时腰椎后部结构的动态观察和生物力学分析. 中华骨科杂志, 1993, 13: 51
8. Alderink GL. The sacroiliac joint: Review of anatomy, mechanics, and function. J Orthop Sport Phys Ther, 1991, 13: 17

(收稿: 1998- 08- 21)