

· 手法介绍 ·

骶髂关节错位的手法治疗

栾龙¹, 闻英奎²

(1.鞍山市中医院推拿科, 辽宁 鞍山 114004; 2.岫岩县中心人民医院)

关键词 骶髂关节; 椎间盘移位; 正骨手法**Treatment of sacroiliac joint dislocation with bone setting manipulation** LUAN Long*, WEN Ying-kui. *Department of Manipulation, the Traditional Chinese Medical Hospital of Anshan, Anshan 114004, Liaoning, China**Key words** Sacroiliac joint; Intervertebrae disc displacement; Bone setting manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(4): 311-313 www.zggszz.com

骶髂关节是骶骨和髂骨耳状面相互交错嵌插的滑膜关节,是组成骨盆的重要关节。骶骨关节面为凹面,髂骨关节面呈凸面,关节面上有关节软骨,两侧参差不齐的关节面相互交错,为一微动的关节,一般认为不易发生错位,但是笔者在临床诊疗过程中,发现骶髂关节错位的发病率非常高,是引发腰腿痛的主要原因之一。患者往往以腰椎间盘突出出来诊,自诉腰及臀部疼痛或伴有受累侧下肢疼痛麻木,临床上极易误诊为腰椎间盘突出症。如按腰椎间盘突出症治疗,无明显疗效,笔者于 2006 年 1 月至 2007 年 12 月采用整脊手法治疗骶髂关节错位患者 126 例,取得满意疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 126 例骶髂关节错位患者均经 X 线、CT 检查,并结合《中医病症诊断疗效标准》^[1]中关于骶髂关节损伤的诊断标准进行确诊,其中男 51 例,女 75 例;年龄 14~75 岁,平均 40 岁;病程 1 d~15 年。髂骨错位 58 例,骶骨错位 18 例,二者同时错位 31 例,同时合并耻骨错位 19 例。有外伤史 31 例,无明显外伤史 95 例。合并有腰椎间盘突出 86 例,腰椎间盘突出 8 例(其中 3 例曾做髓核摘除术)。骶髂关节处疼痛或反射痛,局部深压痛;俯卧位双侧髂后上棘不等高,髂嵴不等高,双下肢不等长,结合 X 线片可诊断。

1.2 临床分型 ①髂骨前错位 58 例:髂骨前错位 27 例,病变侧髂后上棘比对侧凹陷,如无骶骨错位时下肢可变长。如髂后上棘至后正中线距离增宽,为髂骨向前向外错位,髂骨至后正中心距离变窄,为髂骨向前向内错位^[2]。髂骨后错位 31 例,病变侧髂后上棘比对侧隆突,如无骶骨错位时下肢可变短,如髂后上棘至后正中线距离变窄为髂骨向后向内错位^[2]。②骶骨错位 18 例:骶骨一侧向上向后旋转错位(侧摆式)5 例,病变侧髂嵴上移, L₅S₁ 椎间隙变窄,可伴耻骨上移,下肢变短。一侧向下向后旋转错位(侧摆式)2 例,与上述相反。骶骨仰式(仰头)错位 6 例,腰骶曲度变直或反弓。骶骨倾式(点头)错位 5 例,腰骶成角^[3]。③混合式错位(骨盆旋转)50 例:上述两项以上错位同时存在,或伴有耻骨联合错位(骶髂关节错位不同致使耻骨联合前后、上下、扭转、分离错位)^[3]。

1.3 特殊检查 骶髂关节试验阳性 101 例,床边试验阳性

93 例,单腿跳跃试验阳性 96 例,“4”字试验阳性 93 例,骨盆挤压分类试验阳性 97 例。

1.4 X 线检查 骨盆正位片:观察腰骶关节,可显示 L₅S₁ 椎间隙左右不等宽,此时骶椎一侧向上向后或向下向后错位。两侧髂嵴不等高,与“长短腿”表现吻合。髂骨旋前时横径变窄,闭孔变大,旋后时横径变宽,闭孔变小。腰椎侧位片观察到腰骶成角(点头式错位),腰骶曲度变直或反弓(仰头式错位);腰骶、骶髂关节错位不同,致使耻骨联合转动方向各异,可见耻骨联合上下扭转分离错位,骨盆矢状位可见耻骨联合前后滑移错位^[3]。

2 治疗方法

2.1 放松手法 患者俯卧位,医生采用放松手法,松解腰骶部及臀部软组织,以缓解肌肉韧带和筋膜的挛缩及粘连,为手法复位做准备。

2.2 整复手法

(1)髂骨前错位:以左侧移位为例,患者侧卧位,患侧在上,健侧在下,右下肢自然伸直,左侧下肢屈膝屈髋,足背放在右下肢腘窝处。医者立于背后以右手握住患者右手腕部向后牵拉。左手豆状骨按在左侧坐骨隆突上,当右手掌拉力传导到左侧坐骨时,左手同时由后向前向上方向巧力推动常可听见复位弹响声。

髂骨向前向外(向前向内)错位:以左侧为例,患者侧卧位,患侧在上,患者右手放在左上臂上,左手肘弯曲放在胸腹之间,右下肢微弯自然摆放在治疗床上,左腿弯曲脚背勾住右腿腘窝,膝盖伸出床外,医者立于患者前侧,以右手豆状骨贴压在坐骨隆突外侧(坐骨隆突内侧上)手指朝向患者 L₅ 棘突(手指头朝向患者左外侧)手肘尽量靠近患者的身体,左手贴压在患者左上臂的右手背上,向背后方向推,右手将患者左侧的坐骨往医者身体方向推,并兼有向治疗床上压,压到极限。医者豆状骨瞬间发力,发力方向由后向前,兼带由外向内的力度,(由后向前兼带由内向外)完成矫正正常可听到弹响声。

(2)髂骨后错位:以左侧为例,患者侧卧位,患侧在上,右侧下肢微弯自然摆放在治疗床上,左侧下肢屈膝、屈髋,足背放在右下肢腘窝处,医者立于患者后侧,以右手通过患者左上

肢内侧握住患者右手手腕部向后牵拉,左手豆状骨按压左侧骶髂后上棘处,当右手拉力传导到右侧髂后上棘时,左手同时用巧劲向前向下推动完成矫正,可听到弹响声。

向后向内错位:左侧为例,患者俯卧位,医者立于患者的右侧,大腿外侧,以右手豆状骨贴压在患者左侧髂骨内缘,手指朝向患者腰部左侧外,左手掌抓住患者左脚踝关节,并让患者左膝关节弯曲向上并向后前方向旋转拉提。拉提到左侧髂骨离开治疗床时,医者的右手豆状骨按住髂骨内缘转到极限瞬间,发出顿力完成矫正,发力方向由后向前兼向外,常可听到弹响声。

(3)骶骨向上向后(向下向后)旋转错位:以左侧为例,患者侧卧位,右手掌放在左上臂,左上臂弯曲,放在胸腹之间,右腿微弯,自然摆放在治疗床上,左腿弯曲,脚背勾在右腿腘窝处,膝盖伸出床外,医者立于患者的前侧,以右腿贴在患者小腿上,右手豆状骨贴在骶椎左上方处,手指与脊椎平行(豆状骨贴在 S₂ 后上面,手指斜向床面上)手肘弯曲尽量靠近医者身体,左手掌压在患者左上臂的右手背上,固定患者上半身,医者以右大腿将患者左腿往头部方向推,右手豆状骨将患者左侧骶椎往治疗床上压,将患者腰椎锁住瞬间,医者将自身的重量,以豆状骨发出顿力,完成矫正,发力方向是由后向前兼带由上向下(下压到右手豆状骨上,并加上顺时针旋转,瞬间发力,发力方向由后向前,由下向上)。

骶骨倾式(仰式)错位:患者侧卧位,右侧在下,右手放在左上臂上,左手肘弯曲放在胸腹间,右下肢自然摆放,左下肢屈膝屈髋,足背勾住左下肢腘窝处,膝盖伸出床外,医者立于患者前侧,医者以膝盖压住患者伸出床外膝关节向下压,以右手豆状骨贴压在 S₄ 上面(仰式错位, S₂ 的上面)手肘尽量靠近患者身体,左手掌贴压在患者左上臂的右手背上,向背后方向牵引,当力传导到骶椎时,医者以自身重力传导到豆状骨上,由后向前兼带由下向上瞬间发力完成矫正(仰式错位由后向上向下)。

(4)混合式错位可综合运用上述手法治疗。

整复手法完成后,检查髂后上棘是否恢复等高,髂骨距后正中中线距离是否恢复相等,双下肢是否等长,骶髂关节处压痛是否减轻或消失,来判定整复是否成功,不成功可重复整复。慢性病程长可隔日矫正 1 次。典型病例见图 1。

3 结果

3.1 疗效判定标准 依据改良的 Macnab^[4]标准评价:优,症状、体征完全消失,无运动受限,恢复正常工作和活动,X 线片示结构正常;良,偶有疼痛,骶髂关节处有轻微不适,重压有疼痛,能做较轻工作,X 线片示结构明显改善;可,腰骶部及下肢疼痛症状有改善,骶髂关节处压痛存在,行走基本正常,X 线片结构有改善;差,症状、体征无改善,须做进一步治疗。

3.2 治疗结果 126 例患者,治疗时间 3~45 d,平均 15 d;随访时间 6~12 个月,平均 9 个月。疗效结果见表 1~2。

4 讨论

骶髂关节是脊柱和下肢联系的枢纽,躯干重力须经过骶髂关节传到两侧下肢,其承受巨大的剪应力,易发生劳损、退变、失稳、错位。另外,女性由于骨盆较为宽大,其骶髂关节的应力也就更大,而且由于妇女妊娠和分娩等因素使骶髂关节



图 1 男性患者,52 岁,骶髂关节混合式错位 1a.治疗前骨盆正位 X 线片示:髂嵴左高右低,坐骨结节左高右低,骶骨中轴线与耻骨联合的连线不垂直,骨盆不对称,左侧髂骨横径变宽,闭孔变小,为髂骨向后旋转并向前移位,右侧髂骨横径变窄,闭孔变大,为髂骨向前旋向后移位 1b.治疗后正位片示:双侧髂嵴等高,坐骨结节等高,骶骨中轴线与耻骨联合的连线基本垂直,双侧髂骨横径等宽,双侧闭孔等大

表 1 126 例患者不同临床症状及疗效评估(例)

临床症状	病例数	优	良	可	差
单纯下腰痛	33	26	5	2	0
腰痛伴下肢疼痛	56	42	9	4	1
腰痛伴下肢麻木	25	14	5	5	1
腰痛伴下肢疼痛麻木	12	4	4	2	2

表 2 126 例患者临床分型及疗效评估(例)

诊断分型	病例数	优	良	可	差
髂骨前错位	27	23	4	0	0
髂骨后错位	31	24	5	2	0
骶骨侧摆式错位	7	3	3	1	0
骶骨仰式错位	6	3	2	1	0
骶骨倾式错位	5	3	1	1	0
混合式错位	50	30	8	8	4

变得较为松弛,故在受到牵拉、碰撞、扭转时就更易发生错位,故临床上女性多于男性^[5]。组成坐骨神经和股外侧皮神经的神经束紧贴骶髂关节和梨状肌前侧通过,梨状肌起于第 2~4 骶椎前面,梨状肌后内侧 1/3 紧邻骶髂关节囊下部,盆腔内有泌尿生殖器官和结肠、肛门、尿道。骶髂关节错位后,破坏了骨盆及脊柱的生理力学和功能力学,造成脊柱序列改变,使腰肌、腰部韧带、臀筋膜、梨状肌等周围软组织受到不同程度牵拉刺激,导致肌肉韧带、筋膜等软组织痉挛,而周围软组织的痉挛进一步加重脊柱的失稳以及腰椎间盘的异常改变。骶髂

关节错位和软组织的挛缩导致邻近神经受到机械性压迫和化学刺激,在临床上出现一系列神经症状,如腰、臀、腿的沉麻酸痛及反射痛,与腰椎间盘突出症极其相似,此时如按腰椎间盘突出症治疗,症状可能会日渐加重^[6]。因此,应对此引起足够重视,如植物神经受到损伤后可引发植物神经功能紊乱,引起盆腔内脏功能障碍而发生多种疾病,如:月经不调、痛经、闭经、排尿异常、结肠炎等。

骶髂关节错位是根据解剖和运动特点,结合临床症状、体征、X 线检查三步做出正确诊断。由于过分依赖精密仪器检查,CT、MRI 检查介入,医生过于注重腰椎间盘的影像改变,而把患者临床症状误诊为腰椎间盘突出所致或腰椎间盘突出所致。笔者治疗 126 例骶髂关节错位患者中有腰椎间盘突出膨出的患者 86 例,全部按骶髂关节错位进行手法整复治疗,未采用对腰椎间盘突出膨出治疗,取得了满意的疗效。对其中 8 例腰椎间盘突出症患者,也主要采用骶髂关节错位的整复手法治疗,配合人工牵引也取得了很好疗效。因此,骶髂关节错位是引起腰腿痛的主要原因之一。而大部分 CT、MRI 检查出的腰椎间盘突出可不引起明显的临床症状,若将椎间盘突出与临床腰腿痛症状必然化,势必导致临床诊断与治疗的失误^[7]。通过对骶髂关节错位的手法复位治疗,恢复骨盆的正常结构及稳定性,从而恢复脊椎序列和生理曲度,在临床上取得满意疗效。本组疗效差的 4 例均为骶髂关节增生硬化、间隙狭窄严重、病程较长。由于对本病认识还不足,还须进一步总结和完美,因

此,要做好相关检查和认真细致全面分析是治疗本病的关键,避免误诊误治。同时在诊治过程中要注意鉴别诊断排除腰椎间盘突出症、肿瘤、结核、强直性脊柱炎、股骨头坏死、类风湿、骨质疏松症等。对于急性损伤、病程短的患者,常能起到立竿见影功效,治愈率高。慢性损伤,病程长者常需多次整复并配合理筋、松解手法才能收到疗效。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994. 203.
- [2] 郭健红,林木楠,高晖,等. 手法整复治疗骶髂关节错位 240 例. 福建中医药,2005,36(6):19-20.
- [3] 龙层花,钟士元,王廷臣,等. 骨盆旋移综合征. 颈腰痛杂志,2004,25(3):198-202.
- [4] Macnab I. Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve root involvement in sixty-eight patients. J Bone Joint Surg (Am), 1971,53(5):891-903.
- [5] 王春林,杨云才,郭军,等. 分型治疗骶髂关节错位 34 例. 中医外治杂志,2002,11(1):8-9.
- [6] 朱才兴,焦伟国,成忠实,等. 骶髂关节错位误诊单纯腰间盘突出症原因分析. 中国康复理论与实践,2004,10(4):234-235.
- [7] 黄仕荣,石印玉,詹红生,等. 对腰椎间盘突出症传统机械压迫刺激观的质疑与思考. 中国骨伤,2006,19(5):291-293.

(收稿日期:2008-11-20 本文编辑:王玉蔓)

折顶成角手法在 Colles 骨折复位中的应用

程延¹,李成²

(1. 西电集团医院骨科,陕西 西安 710077;2. 汉中市中医医院骨伤科)

关键词 Colles 骨折; 正骨手法

Treatment of Colles fracture with manipulation of angulation CHENG Yan*, LI Cheng. *Department of Orthopaedics, the Hospital of Xidian Group, Xi'an 710077, Shaanxi, China

Key words Colles fracture; Bone setting manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(4): 313-314 www.zggszz.com

2004 年 8 月至 2007 年 7 月,采用折顶成角手法治疗 Colles 骨折 68 例,效果满意,报告如下。

1 临床资料

本组 68 例,男 27 例,女 41 例;年龄 21~69 岁,平均 56 岁;左侧 45 例,右侧 23 例。损伤原因:均为行走不慎摔倒,手掌触地致伤。经 X 线片确诊,其中伴下尺桡关节脱位 15 例,伴尺骨茎突骨折 7 例,两者兼有 3 例。伤后至就诊时间 0.5~48 h,平均 3.5 h。

2 治疗方法

2.1 体位及麻醉 患者坐于椅上,患肢被动外展约 70°,肘关节屈曲 90°。2%盐酸利多卡因注射液 5~10 ml 于骨折畸形

处血肿腔内注射,局部麻醉,3~5 min 后,开始操作。

2.2 手法复位(双人操作) 术者双手拇指并列置于骨折远端背侧,其余指及手掌置于患肢腕、手掌、手背部,扣紧大鱼际,顺势拔伸牵引,结合手摸心会。助手立于患者患侧,双手握住患肢前臂近端,并逐步使前臂旋至旋前位进行对抗,持续牵引 4~5 min,使骨折断端的嵌入或重叠移位、旋转移位得以矫正。维持牵引下轻度尺偏,术者一手拇指由骨折远端背侧移至远端桡侧,向尺侧用力以矫正桡侧移位,使骨折由背桡侧移位变为单纯背侧移位。然后术者双手拇指在背侧按住骨折远端突出部分,在较轻的牵引下,使远折端背伸,加大掌侧成角,同时双手拇指由背侧推按突出的骨折端,感到骨折远端