

# 手法整复为主治疗骶髂关节错位

## 144例临床分析

桂林市中医院外科 李 焕 然

骶髂关节错位或半脱位,在临床上并非少见,但由于未受到应有的注意,故常被误诊而影响治疗。近5年来,我们在门诊及病房用中医手法整复为主,治疗本病144例,收到较好效果,现报道如下。

### 临 床 资 料

#### 一、一般情况

144例中,男性83例,女性61例。年龄最小者21岁,最大者66岁,其中30~50岁之间占65.9%。从事体力劳动者58例,占40.3%。病程最短者1天,最长者20年,平均2.3年。发病原因中有损伤史者79例,占54.9%。按关节错动的位置分型,骶髂关节前错位型10例,占6.9%,后错位型112例,占77.8%,错位型22例,占15.3%。左侧错位者73例,占50.7%,右侧错位者71例,占49.3%。

#### 二、症状与体征

本组病例患侧腰部或下肢放射性疼痛放射至大腿者占18.7%,沿坐骨神经干放射者占52.7%。腰痛伴双下肢疼痛者占16%,腰痛伴双下肢交叉疼痛者占2.1%。患侧不能坐卧者占42.3%。腰痛伴有盆腔脏器功能紊乱如尿频、尿急、排尿困难、便秘或腹泻者占14.6%。患者站立时常以健肢负重,患侧足尖着地呈“歪臀跛行”的特殊姿势者占47.2%,严重者常卧床不起,患肢呈屈髋屈膝位。骶棘肌痉挛,脊柱侧弯或后凸畸形者占43.1%。腰部活动前屈受限者占64.6%,后伸受限者占31.9%,侧弯受限者占27.8%。

#### 三、局部检查

患侧髂后上棘较健侧上移或下移者占65.3%,凹陷或隆起者占41.7%,患侧骶髂关节压痛或叩痛者占66%,直腿抬高试验阳性者占73.6%,单髋后伸试验阳性者占50%，“4”字试验阳性者占63.2%，骨盆旋转试验阳性者占29.9%，患侧骶髂后韧带肿胀或条束剥离伴压痛者占24.3%。慢性患者上述症状和体征较轻或不典型，常诉下腰部胀痛不能久坐或久站。X线检查常无明显改变。

#### 四、诊断依据

有急慢性腰腿痛史或外伤史。患侧骶髂关节压痛,髂后上棘较健侧凹陷与位置上移(示前错位);反之隆起与位置下移(示后错位)。骶髂关节的试验检查,有一项以上阳性。复位时从该关节发出响声,症状在整复后迅速消失。骶髂后韧带钝厚或有条束剥离、压痛明显者(如髂后上棘无明显凹陷或隆起与位置改变,但具有上述几项者示为错位型)。排除骶髂关节其它疾患如髌骨致密性骨炎、强直性脊柱炎、结核、肿瘤。如合并有腰椎间盘突出症(必要时X线片或椎管内对比剂造影检查)者应分清主次,辨证施治。

#### 五、常见并发症

本组病例伴发腰椎后关节紊乱症者占35.4%，梨状肌损伤者占34%，臀筋膜损伤者占12.5%，棘间韧带损伤者占11.8%，腰背筋膜损伤者占10.3%，臀大肌损伤者占6.3%，腰椎间盘突出症占4.9%。

### 治疗方法和效果

#### 一、手法治疗(均以右侧为例)

1. 屈髋屈膝冲击法:适用于骶髂关节前错

位的复位。患者仰卧,两手置于枕部,术者立于患者右侧(助手按压健侧大腿),术者右腋下夹住患者右足踝部,以右前臂托住小腿后侧,右手掌心朝下,虎口顶住腘窝,左手掌按膝关节的前侧。以强力过屈髌膝关节,可连续冲击2~5次(患侧下肢稍外展以免引起季肋部挫伤)。

2. 侧卧斜搬伸髓法:适用于骶髂关节后错位的复位。患者侧卧,病侧在上,术者立于患者后侧左足跟顶于患侧髂后上棘,用力向前蹬顶;右手持握患者右踝上部,向后强力牵拉患肢过伸;左手掌按压患者右肩前侧,使患者躯体旋转贴向床面(双人法:术者左手的作用可由助手代替)。整复时术者左、右手,左脚同时瞬间用力“蹬,拉,按旋”可连续2~3次,此时可在腰骶部听到弹响。

3. 骶髂关节错位型治疗手法:用骶髂关节前、后错位整复手法交替进行(或者左侧用后错位手法,右侧用前错位手法)。

4. 按摩骶髂后韧带。术者双手拇指自上而下弹拨舒顺骶髂后韧带。

## 二、辅助治疗

局部热醋外敷。手法后可配合理疗或药物封闭骶髂关节和骶髂后韧带,以促进炎症消退与组织修复。内服中药以活血化瘀行气止痛为主。

每4天作手法治疗1次,直到复位完全为止,本组病例手法最多7次,平均2.5次。

## 三、疗效观察

1. 疗效评定标准:① 治愈:主要症状及体征完全消失,恢复原工作;② 近愈:主要症状及体征基本消失,恢复原工作,但劳累后局部有轻微酸痛;③ 好转:主要症状及体征部分好转;④ 无效:症状及体征未见改善者。

2. 近期疗效:本组治愈87例,占60.4%;近愈18例,占12.5%;好转34例,占23.6%;无效5例,占3.5%。近期总有效率为96.5%。

3. 远期疗效:来院复查者92例,占63.9%。观察疗效最长者4年,最短者3个月,平均18.9月。随访结果:治愈70例,占76.1%;近愈14例,占15.2%;好转5例,占5.4%。

复发3例,占3.3%。远期总有效率为96.7%。

## 四、典型病例

例一:马××,男,47岁,职工。1978年4月5日就诊。主诉:腰及右腿疼痛半年。40余天未能下床,有腰部扭伤史,外院X线摄片诊断为“腰椎间盘突出症”,经服药、封闭、脊柱旋转复位法等治疗无效,车送入院。检查:右侧臀肌萎缩,骶棘肌痉挛,直腿抬高试验左侧90°,右侧0°,“4”字试验阳性,右侧髂后上棘较左侧凹陷并上移,压痛明显并向下肢放射,骶髂后韧带肿痛。诊断:右骶髂关节前错位。经手法整复后,患者腰及下肢疼痛锐减,即刻能下床步行。共施手法4次,强地松龙局部封闭3次后,腰部前屈90°,后伸30°,直腿抬高试验左右均90°,查两侧髂后上棘已等高,骶髂后韧带肿痛消失,痊愈出院。随访2年半,疗效巩固。

例二:蔡××,女,36岁,职工。1978年4月8日就诊。主诉:腰及左腿疼痛3月。有跌伤史。左侧不能坐卧,外院检查诊断为“坐骨神经痛”,经按摩、推拿等治疗无效,来院就诊。检查:患者歪臀跛行,腰部前屈45°,后伸10°,直腿抬高试验左侧60°,右侧85°,“4”字试验阳性,左侧髂后上棘较右侧隆起并下降,骶髂后韧带钝厚,伴压痛,并放射至左臀部。诊断:左骶髂关节后错位。手法整复中可听到关节弹响,再弹拨舒顺骶髂后韧带。术后,患者腰腿疼痛消失,步态平稳,腰部前屈90°,后伸35°,直腿抬高试验左右均90°。共施手法2次,治愈。随访2年半,疗效巩固。

## 体会与讨论

一、骶髂关节系软骨结合,有滑膜附丽,且有坚强的骨间韧带,可作轻微的上下及前后运动,于前后运动伴随关节的旋转运动。妊娠妇女关节运动范围可增加。骶髂关节是脊柱与下肢重力传递的枢纽,其关节面较垂直,骶骨呈楔形,构成了物理学上“劈力”的存在(髂骨向上、向外移位)。腰骶关节面向前倾斜产生前滑剪力(髂骨向后旋转)。韧带不同程度的退行性变化或关节积累性劳损均成为该关节损伤的发生基础,也是许多患者无明显外伤史的原因之一。

错位使关节面发生扭错状态导致关节间隙相应的加宽,关节滑膜可发生嵌顿,关节周围韧带也受到牵拉均可引起剧烈疼痛。

二、骶髂关节附近的韧带肌肉或其它软组织受4、5腰神经和骶神经支配(骶1~5神经前支与副交感神经的节前纤维,从骶前孔发出,参与骶丛及盆丛的组成),而这些神经的前支和其少数的后支组成坐骨神经、股后侧皮神经等,其位置上紧贴骶髂关节和梨状肌的前侧,当该关节挫伤或周围软组织损伤出血、肿胀等均可直接或间接刺激神经束,引起下肢放射性神经痛或伴有盆腔脏器功能紊乱。

三、某些梨状肌损伤综合症的患者久治不愈,经手法治疗骶髂关节错位后,常获治愈。本组病例约有半数患者合并有其它软组织损伤,均应同时施治才能提高疗效。

四、整复手法是使髂骨移动,移动的方向与原来引起错位的暴力方向相反。手法整复时用力要恰当,用力过小不能使之复位,用力过大易造成损伤。复位时疼痛较甚是本法不足之处,但治疗手法简单,能立即取效。

## 温经通络活血化瘀法治疗可逆性低温冷凝集素症

内科 吴连生 陶荣亚  
蚌埠医学院附属医院 中医科 宋 安

我院自1961年以来应用中医温经通络、活血化瘀法治疗可逆性低温冷凝集素症8例,取得较好疗效,现报道如下。

**一般资料:**本组病例均在寒冷环境下,身体暴露部位,如手指、足趾、鼻尖、耳翼等处,发生青紫、发凉、麻木,甚至刺痛感。血清冷凝集素价最低1:256,最高1:32768。患者均为男性,年龄最小17岁,最大48岁。发病季节以冬、春为多见,占62.5%。病程最短1个月,最长20年,多数在1年以内。8例中并发椎基底动脉供血不足、血红蛋白尿各1例。

**治疗方法及结果:**根据本病临床表现颇符合中医的寒凝血瘀阻络之证,故采用温经通络、活血化瘀法治疗。药用:淡附片3~9克,桂枝3~9克,鹿角霜15克,黄芪30克,党参30克,赤芍15克,丹参15~30克,鸡血藤15~30克,桃仁9克,红花9克,当归9克,川芎9克等(本方孕妇忌服)。本组病例疗程最短9天,最长45天,平均26天。治疗后症状基本消失2例;症状减轻、发作减少3例;症状依旧3例。伴有血红蛋白尿及椎基底动脉供血不足各1例,治疗后症状均消失。治疗后8例冷凝集素价均有不同程度降低,降低2个稀释倍数以上者6例。

**典型病例:**李××,男性,17岁,1961年4月8日初诊。治疗前冷凝集素价1:32768。上肢自手指达前臂2/3处,下肢自足趾至小腿2/3处,皮肤呈青紫色网

状斑痕。经服温经通络、活血化瘀药3剂后,病情好转,皮肤青紫现象上肢消退至手腕以下,下肢消退至踝以下,冷凝集素价降至1:40。继服中药6剂,症状全部消失。半年后复查冷凝集素价1:1024,遇冷后指(趾)端稍有轻度紫绀。

**讨论:**本病病因未明,近年来倾向与免疫有关,目前尚无特效疗法。文献曾报道用苯海拉明、烟酰胺、妥拉苏林、强的松、胎盘组织液、青霉素等治疗,但疗效均不肯定。近年来据国外报道,试用环磷酰胺、瘤可宁等获得较满意效果,但需长期服药,且副作用较大,有抑制骨髓可能。国内也有报道个别病例应用中药治疗有效者。我们采用温经通络活血化瘀法治疗本病取得较好疗效,伴有血红蛋白尿者治疗过程中也未发现任何副作用。

《内经》认为:“血气者喜温而恶寒,寒则泣不能流,温则消而去之”。《巢氏病源》谓:“人虚为寒邪所伤,又搏于阴,阴气久不泄,其病之状,……爪青,体作有时,至冬便剧”。根据祖国医学理论,本病系寒因于内,中阳不振,寒凝血涩,经失所养,由于脾气不运,脉络不畅,阳气不能达于四肢,以致四肢青紫,麻木不仁,故治以温经通络、活血化瘀药物。

鉴于本病病因未明,目前尚无特效疗法,我们采用中医温经通络、活血化瘀法治疗,取得较满意效果,可供临床验证参考。