

·短篇论著·

骶髂关节半脱位的临床研究

梁善皓¹ 叶淦湖² 陈焕亮² 刘小红² 李义凯^{1,3}

骶髂关节病变所引发的腰腿痛是近年临床关注的热点之一^[1-2],据报道,骶髂关节在某种因素的作用下,使正常的关节发生了微小错缝,即发生半脱位,诱发腰腿痛。这种改变在X线摄片上目前还不易得到反映。解剖结构改变以后,影响到骶髂关节的生理功能,故出现肿胀疼痛^[3-5]。但在临床实际工作中,我们发现骶髂关节半脱位缺乏客观的诊断标准,诊断过程中医生的主观性太强,缺少可操作性。而一些被用来诊断骶髂关节半脱位的症状和体征,也同样会出现在腰部其他疾病当中^[6]。因此,为了明确目前临床报道较多的骶髂关节半脱位究竟是一种独立存在的疾病,还是多种腰部疾病所共有的症候群。我们对148例骶髂关节半脱位病例进行体格检查、影像学 and 实验室检查,以及治疗效果等方面的研究,以进一步分析病因。

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部148例病例来自2005年1月—2006年4月南方医院正骨科门诊和东莞石碣医院骨科门诊患者。其中男60例,女88例,年龄11—76岁,平均31.3岁。病程1小时—5年。所有患者均无明显外伤史。

1.2 病例选择和诊断标准

根据临床报道较多的骶髂关节半脱位的诊断标准,确定本研究骶髂关节半脱位的纳入标准:腰腿痛症状(无坐骨神经痛)、骶髂关节部有局部明显的压痛及叩击痛、两侧髂后上棘不等高、“4”字试验或骨盆挤压或分离试验阳性等。由于多数文献认为骶髂关节X线摄片大多数无明显变化,故未以骶髂关节X线片改变作为骶髂关节半脱位的诊断标准,而只作为参考。臀中肌筋膜炎的诊断标准参照Simons DG等的标准^[7];强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)的诊断标准参照曾庆馀的临床筛选标准^[8];致密性髂骨炎的诊断参照杨克勤的骨科手册^[9];椎间盘源性的腰痛则参考相关文献而定^[10]。

1.3 检查方法

全部病例进行了专科检查,采取疼痛视觉模拟评分(VAS)评定患者的疼痛程度。部分患者拍摄了骨盆或骶髂关

节X线片、CT或MRI或实验室检查(血沉和C反应蛋白等)。

1.4 治疗

对诊断为臀中肌筋膜炎的患者给予肌筋膜扳机点注射等;对AS患者予以柳氮磺吡啶(750mg,2次/d)、布洛芬(0.2g,2次/d)或免疫抑制剂(甲氨蝶呤片7.5mg,1次/周)等;致密性髂骨炎患者口服布洛芬片(0.2g,2次/d)等;对腰椎间盘突出性腰痛给予骶管注射(1次/周)等。

2 结果

2.1 骶髂关节半脱位的病因

本研究148例患者均符合骶髂关节半脱位的诊断标准。而在这些患者中有58例符合臀中肌筋膜炎的诊断、50例符合强直性脊柱炎的诊断、20例符合致密性髂骨炎诊断标准、10例符合腰椎间盘突出性腰痛,其他10例为不明原因骶髂关节病变。

2.2 引起骶髂关节部痛各疾病的临床特点

58例符合臀中肌筋膜炎的患者最主要的临床特征是患侧臀中肌处有明显的压痛和紧张的肌束(压痛位于髂嵴最高点下4横指左右),行痛点或扳机点注射后全部患者症状消失或明显缓解。AS患者的主要临床特征是患者腰椎变直,活动度减小。骶髂关节有特异性的影像学征象,以及实验室改变,如ESR(6—96mm/h)和CRP(2—52mg/L)升高以及HLA-B27阳性等。患者骶髂关节的检查,如“4”字实验、骨盆挤压分离实验和叩击痛均为阳性,全部患者以柳氮磺吡啶加布洛芬治疗有效。致密性髂骨炎患者均为女性,无腰椎强直现象,非甾体类抗炎制剂(布洛芬)治疗有显效。影像学检查可见其骶髂关节部有骶骨和或髂骨骨质硬化,尤以髂骨下2/3更为明显,出现高度致密的骨硬化现象,但无关节间隙改变,实验室检查无改变。椎间盘源性腰腿痛临床表现为腰骶部疼痛,但无明显的坐骨神经痛,叩击腰椎时疼痛向骶部放散。仰卧挺腹试验阳性,CT有明确的病变节段突出,全部患者经骶管注射后疼痛消失或缓解。其他10例为未确定病因的骶髂关节病变,均有骶髂关节的X线改变,见表1。

表1 骶髂关节部痛各疾病的临床特点

病名	例数	平均年龄 (岁)	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)	骶髂关节检查	骶髂关节X线	腰椎叩击痛	臀部压痛
臀中肌筋膜炎	58	35.6	15或20	10	(-)	(-)	(-)	6.81±1.76
AS	50	22.8	6—96	2—52	5.15±1.98	骶髂关节改变	(-)	3.87±1.59
致密性髂骨炎	20	34.4	15或20	10	4.02±2.11	致密髂骨硬化	(-)	4.55±2.31
腰椎间盘突出性腰痛	10	40.3	15或20	10	(-)	(-)	5.202±1.83	(-)

3 讨论

3.1 骶髂关节半脱位的诊断

骶髂关节半脱位又称“骶髂关节错缝”、“半掉环”、“骨节半掉环”或“骨节关闭不严”等。骨节间开合不利,可以看作筋伤、筋错位、筋出槽、筋扭转^[11]。

1 香港中文大学,南方医科大学中医药学院,广州,510515

2 广东省东莞市石碣医院

3 通讯作者:李义凯(南方医科大学中医药学院,广州,510515)

作者简介:梁善皓,女,硕士研究生,中医师

收稿日期:2006-06-19

多数文献认为骨关节错缝是指某些原因使两个关节面之间解剖关系产生轻度的偏移、旋转等错移位,或使关节内结构的位置发生微小的异常(最微小者只有1—2mm的错移),发生疼痛和功能障碍仍不能复位的关节,这种关节的紊乱称为关节错缝、错落或称参差(比关节半脱位的错移要小得多)^[12]。而骶髂关节错缝是指骶骨与髂骨的耳状关节在外力和其他致病因素的作用下,造成其周围韧带肌肉损伤和超出生理活动范围使耳状关节面产生微小移动而不能自行复位,导致该关节内外力学环境失衡和相关软组织损伤,并出现临床症状者^[13]。

就目前看有关骶髂关节半脱位的诊断标准都缺乏客观性,也无统一的诊断标准,且特异性不强。很多临床医生仅凭触诊和X线平片来诊断有无骶髂关节半脱位。由于引起骶髂关节部疼痛的疾病较多,且所表现的临床症状都有类似骶髂关节半脱位的征象。从本研究的结果看,文献所介绍的骶髂关节半脱位的诊断标准并不是本病所特有的,而是一组可以引起腰骶部疼痛疾病所共有的症候群。

3.2 骶髂关节的结构特点

体重与地面的反作用力关系使得骶髂关节紧密相接。骶骨底运动朝向前下,而骶骨内侧面运动朝向后上。这种排列与拱桥上拱心石的作用相似,所施加的压力越大,其抵抗力就越大。此外,骶髂关节的关节面并非为矢状面,而是呈螺旋状,即耳状关节面的上后方较前上方宽大,而其下方的前部较后部增宽。这种解剖学上的结构特点,可增加骶骨屈伸时的稳定性^[14]。总之,骶髂关节的特点,如楔形的骶骨、粗糙的关节面、对称性的凸凹和强大的骨间韧带等,所有这些组织结构都增加了骶髂关节的稳定性,限制了骶髂关节的活动性。因而骶髂关节不大容易发生旋转或位移。由于骶髂关节特殊的解剖位置及形态特点,关节活动度很小,而放射学检查难以清晰显示,增加了认识和诊断其疾患的难度,骶髂关节的研究显得极为欠缺^[15]。

3.3 骶髂关节部常见的病变

根据本研究,引起腰骶部出现类似骶髂关节半脱位的疾病有很多,按照发病高低依次主要为:臀中肌筋膜炎、AS、致密性骨炎、腰椎间盘突出症等。可能还有骶髂关节结核,以及少数原因不明的骶髂关节部损伤或病变等。确定骶髂关节部发病率最高的臀中肌筋膜炎最可靠的证据是本病患者的臀中肌有明显的压痛、腰椎无叩击痛、无神经根征象,以及痛点封闭后症状消失或明显缓解。由于臀上皮神经跨越髂嵴后分布于臀部,一旦损伤需要与臀中肌筋膜炎相鉴别。一般讲,臀上皮神经的压痛点多见于髂嵴下1—2横指处,而臀中肌的压痛点多见于髂嵴下4横指处,所以根据压痛点所在的部位可以确定是臀上皮神经还是臀中肌损伤。本病的发病年龄可见于各个年龄段。另一个需要与其鉴别的病变是梨状肌综合征,本病压痛点的位置较低,很容易与臀中肌区分开来。AS患者多见于青少年,男女比例相同。患者呈隐匿发病,多有晨僵,活动后缓解。4字试验、骨盆挤压和分离实验阳性、骶髂关节部叩击痛明显。X线片或CT上骶髂关节有改变。实验室检查,如血沉、C反应蛋白等升高。需要与AS鉴别的疾病是致密性髂骨骨炎,后者主要见于生育期女性,是以骶骨和或髂

骨骨质硬化为特点的非特异性炎症,尤其以髂骨下2/3更为明显,出现高度致密的骨硬化现象,但无关节间隙改变,预后以及非甾体抗炎制剂治疗效果良好^[16]。至于本组的腰椎间盘突出症多是无坐骨神经痛的椎间盘源性腰痛或腰型椎间盘突出症,临床并非少见^[17]。其致痛机制可能是:①椎间盘纤维环破裂,髓核突出压迫、刺激椎管内的窦椎神经,而诱发腰背的疼痛;②椎间盘的蜕变,椎间隙高度的下降,出现小关节的紊乱,刺激了小关节内的反应神经纤维,而出现腰背痛;③椎间盘突出压迫被根神经节,而引起腰背痛;④椎间盘突出压迫神经,出现牵涉性腰背痛;⑤椎间盘纤维环破裂,椎间盘内释放炎性化学物质、疼痛因子、刺激神经而诱发腰背痛等^[18]。而目前椎间盘源性腰痛尚无诊断的金标准。除上述引起骶髂关节部疼痛的常见疾病外,还有少数疾患鉴于诊疗水平和其他客观因素的限制还不能明确诊断。

实际上骶髂关节半脱位是多种疾患所共有的一组症候群,而不是一种单独的疾病。在临床上我们也发现一些腰椎间盘突出症或其他疾患也可出现严重臀中肌压痛。如何更好的鉴别诊断和阐明其机制是今后需要进一步研究的内容。

参考文献

- [1] 赵树军,赵辉. 关于手法整复骶髂关节半脱位的疗效观察[J]. 中国社区医师(综合版),2005,7(7):40—41.
- [2] 白晓东,张韶峰,庞晓东,等. 骶髂关节半脱位患者功能障碍及影像学变化的164例2年随访[J]. 中国临床康复,2005,9(22):201.
- [3] 郭健红,林木南,高晖,等. 手法整复治疗骶髂关节错缝240例[J]. 福建中医药,2005,36(6):19—20.
- [4] 金富坤,高文伟. 牵引侧推复位手法治疗骶髂关节半脱位[J]. 中国骨伤,2004,17(8):480.
- [5] 汪习奎. 手法治疗骶髂关节半错位53例[J]. 实用中医药杂志,2005,21(4):223.
- [6] 樊洪冬,邓俊琴,张杰. 骶髂关节骨错缝误诊误治21例[J]. 中国骨伤,2001,14(8):503.
- [7] Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell & Simons's myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual, Volume 1. Upper Half of Body[M]. Ed. 2. Baltimore: Williams & Wilkins, 1999:39.
- [8] 曾庆余主编. 强直性脊柱炎和其他血清学阴性脊柱关节病[M]. 北京:华夏出版社,1994:64.
- [9] 杨克勤主编. 骨科手册[M]. 上海:上海科技出版社,1983:424.
- [10] 胡有谷主编. 腰椎间盘突出症[M]. 北京:人民卫生出版社,1985:208.
- [11] 栾明拥,栾明义,汪超,等. 栾氏正骨诊治骨关节错缝的特点[J]. 辽宁中医杂志,2002,29(8):462—463.
- [12] 田纪钧. 骨错缝的诊断与治疗[M]. 太原:山西科学教育出版社,1987:16.
- [13] 莫东明. 骶髂关节错缝的临床分型和治疗[J]. 按摩与导引,1997,5:30—31.
- [14] 李义凯主编. 脊柱推拿的脊柱与临床[M]. 北京:军事医学科学出版社,2001:172.
- [15] 钱齐荣,贾连顺. 骶髂关节的解剖及生物力学研究进展[J]. 中国临床解剖学杂志,1997,15(3):235—237.
- [16] 丁健. 女性强直性脊柱炎与女性致密性骶髂关节炎患者临床特点比较[J]. 浙江医学,2004,26(4):299—300.
- [17] 丁开云. 推拿治疗“单纯腰痛型”腰椎间盘突出症70例[J]. 江苏中医药,2004,25(3):42.
- [18] 兰图. 中西医结合治疗腰痛型腰椎间盘突出症40例[J]. 湖南中医杂志,2003,19(5):23.