骶髂關節損傷中醫診治策略與經驗

Strategy and experience of Chinese medicine diagnosis and treatment for sacroiliac joint injury

朱 恩 *ZHU En*

（香港註冊中醫學會永遠會長 醫學博士）

[摘要] 骶髂關節的前後側有長短不等的韌帶保護，在髂骨粗隆與骶骨粗隆之間有骶骨間韌帶加強。因而，骶髂關節只有少量有限的活動，超過生理功能外的扭轉活動，則可引起關節扭傷和半脫位。骶髂關節扭傷使骶髂關節周圍韌帶被牽拉而引起的損傷，臨床較多見，常造成腰痛，甚至坐骨神經痛，多見於中年以上患者。本病屬於中醫「腰腿痛」範疇。出現的錯位中以骶髂關節前錯位錯縫為主。本人對此病的治療以針刺推拿為主，配以中藥治療，臨床效果滿意。

[關鍵詞] 骶髂關節損傷；中醫治療；策略；經驗

骶髂關節由於外傷、勞損等因素，致關節周圍的韌帶撕裂，滑膜嵌入甚至骶髂關節產生解剖位置的移動並引起相應的臨床症狀，即稱之為骶髂關節損傷，骶髂關節損傷是臨床常見的導致腰腿痛的原因之一，多發生于青壯年和婦女。

1 病因病機

骶髂關節是一個極穩定的關節。骶結節韌帶、骶棘韌帶和骶髂前韌帶，能穩定骶椎，限制骶椎向骨盆內移動，因而骶髂關節只有極小量的有限活動。但當彎腰拿取重物時，下肢腘繩肌緊張牽拉坐骨向下向前，髂骨被旋向後，易引起骶髂關節損傷。女性在妊娠期間，由於內分泌的改變，骶髂關節附近的肌腱和韌帶變得鬆弛體重和腰椎前凸增加，容易導致骶髂關節的慢性損傷。解剖結構的變異，如第5腰椎橫突骶化，特別在單側橫突骶化的情況下，常因用力不平衡而使一側骶髂關節發生急性損傷或慢性勞損[1]。

中醫認為骶髂關節損傷與如下因素有關：(1)瘀血阻滯。跌打損傷、猛然搬動過重物體、或姿勢不當驟然用力，損傷筋肉、脈絡，血脈破損血溢脈外，瘀血凝滯，脈絡阻塞，則產生瘀血性痛、活動受限等症。(2)氣血虛弱。勞力過度或長久彎腰工作，耗傷氣血，筋骨失於氣血的溫煦、濡養，即因虛而不榮，因不榮而不通，因不通而生痛。(3)肝腎虧虛。先天不足，或房勞過度，或久行傷筋，久坐傷骨，導致精血虧損，筋骨失養發為腰骶部疼痛。

2 臨床症狀及診斷

2.1 臨床症狀

2.1.1 症狀

骶髂關節損傷的症狀表現與損傷後的局部病理改變有關，有僅表現為局部症狀，有表現為梨狀肌損傷和腰骶神經幹受刺激的症狀，有表現為盆腔自主神經受刺激症狀。以上症狀可單獨出現，也可混合出現。①骶髂關節局部症狀：表現為患側骶髂關節的酸脹或不適，腰骶部酸軟乏力，需經常更換坐姿或站立的重心，有時兼有患側下肢牽涉痛、麻木，部分患者表現為骶尾部頑固性疼痛和觸痛。②坐骨神經痛：急性病例表現為驟然起病，患側臀部及下肢脹痛麻木，以及沿坐骨神經走向的放射性痛或「觸電感」，翻身起坐和改變體位時疼痛加劇，咳嗽、打噴嚏時患側下肢放射痛明顯，有的患者自覺下腰部隱痛乏力，患肢有縮短感和酸軟、麻脹、怕冷等。③盆腔臟器功能紊亂症狀：表現為患側下腹部脹悶不適和深壓痛（女性易誤認為附件炎），肛門有急脹感，大便習慣改變（便秘或排便次數增多），尿頻、尿急，甚至排尿困難，會陰部不適、陽痿、痛經等。

2.1.2 體征

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

急性患者呈「歪臀跛行」的特殊姿勢，腰脊柱側彎畸形（向健側凸）患側豎脊肌痙攣，骶髂關節壓痛，叩痛並往同側下肢放射，兩側髂後下棘不在同一水準線，患側「4」字試驗陽性，直腿抬高受限。慢性患者，只有關節局部的鈍厚及壓痛患側臀大肌和下肢肌肉可有肌肉鬆弛或萎縮。

2.1.3 輔助檢查

X線檢查腰骶椎正位片上可見患側骶髂關節骨質密度增高或降低，兩側關節間隙寬窄不等。斜位片可見患側關節間隙較健側寬（正常關節間隙平均值為3mm），其高低不平的關節面排列紊亂，失去關節面凸起部和凹陷部之間正常的排列關係。

2.2 診斷要點

（1）有急慢性腰腿痛病史或外傷史，並具有程度不同的坐骨神經痛、盆腔臟器功能紊亂症狀、骶髂關節炎症的一種或多種臨床表現和相應體征。

（2）骶髂關節位置錯位的確定。①骶髂關節後錯位：局部觸診有患側骶髂關節壓痛或叩痛，局部組織較健側隆起，患側髂後上棘（或下棘）較健側偏下；「4」字試驗患側陽性。骨盆平片顯示患側髂後下棘偏下，患側閉孔變小者，可診為骶髂關節後錯位。骶髂關節後錯位以左側多見。②骶髂關節前錯位：局部觸診有患側骶髂關節壓痛或叩痛，局部組織較健側凹陷，患側髂後上棘（或下棘）較健側偏高，「4」字試驗患側為陽性。骨盆平片顯示：患側髂後上棘較健側偏高，閉孔較健側小，可診斷為骶髂關節前錯位。骶髂關節前錯位以右側為多。

3 治療

3.1 針灸療法

3.1.1 瘀血阻滯

主症：扭傷之後，腰骶部驟然疼痛，疼痛激烈，呈刺痛或脹痛性質，痛有定處日輕夜重，俯仰受限轉側步履困難。舌紫黯，脈弦細。治則：活血化瘀，通經止痛。處方：十七椎穴、關元俞、次髎、阿是穴、委中、殷門、陽陵泉。操作法：阿是穴、委中殷門尋找血脈明顯處用三棱針點刺出血，病在出血後加拔火罐。其餘諸穴均直刺撚轉瀉法。

方義：本證屬於瘀血阻滯引起的腰骶部疼痛，位於足太陽經，治療當活血化瘀，以太陽經穴為主。所以取瘀血結聚處阿是穴、血之郤穴委中和衡絡殷門點刺出其惡血，通絡止痛。殷門位於膕橫紋上8寸，主治腰骶部疼痛，《針灸大成》股門「主腰脊不可俯仰舉重，惡血泄注，外股腫。」殷門穴位於股後浮郤穴之上，衡絡處，《素問·刺腰痛論》：「衡絡之脈，令人腰痛，不可以俯仰，仰即恐僕，得之舉重傷腰，衡絡絕，惡血歸之，刺之在郤陽筋之間，上郤屬寸，衡居為二痏出血。」所以衡絡應屬於股後殷門附近橫行的脈絡，點刺出血可治療扭傷性腰骶部疼痛。十七椎穴、關元俞位於腰骶連接處，可疏通此關節的瘀血阻滯。陽陵泉屬於足少陽經，其經筋「結於尻」，可治療第五章腰骶部筋骨疼痛，腰骶部的疼痛，尤其善於治療腰骶部左右轉側困難的證候。

3.1.2 氣血虛弱

主症：腰骶部酸痛，連及臀部和下肢，痛而隱隱，遇勞則甚，體倦乏力，面色無華。舌質淡，脈沉細。治則：補益氣血，養筋通脈。處方：膈俞、肝俞、脾俞、腎俞、關元俞、次髎、秩邊、三陰交。操作法：膈俞、肝俞、脾俞、腎俞均淺刺補法，關元俞、次髎、秩邊均採用平補平瀉手法，三陰交直刺撚轉補法。

方義：膈俞為血之會，肝俞補肝益肝，二穴配合，調理營血濡養筋骨。脾俞、腎俞、三陰交調後天補先天，益氣血生化之源，溫煦筋骨。關元俞、次髎、秩邊補瀉兼施，補法可調氣血濡筋養骨，瀉法可通經止痛。以上諸穴相配，可達補益氣血，濡養筋骨，通脈止痛的功效。

3.1.3 肝腎虧虛

主症：腰骶部酸軟疼痛，腰背乏力，遇勞則甚，臥則減輕，喜按喜揉。舌質淡，脈沉細。治則：補益肝腎，濡養筋骨。處方：腎俞、肝俞、關元俞、關元、次髎、陽陵泉、懸鐘、太溪。操作法：次髎直刺採用平補平瀉手法，其餘諸穴均用撚轉補法，並在腎俞、關元俞、次加用灸法，每穴艾灸3-5分鐘。

方義：腎俞是腎的背俞穴，肝俞是肝的背俞穴，太溪是足少陰腎經的原穴，旨在補肝腎益精血。關元是任

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMR All Rights Reserved

脈與足三陰經的交會穴，有補益元氣的作用，關元俞是元氣輸注的部位，二穴前後配合，補元氣益精血，善於治療虛性腰痛，《針灸大成》關元俞：「主風勞腰痛」。陽陵泉乃筋之會穴，懸鐘乃髓之會穴，補之可柔筋養骨而止痛。[2]

3.2 推拿治療

3.2.1 手法復位

手法復位前應根據患者的傷勢、症狀和體征等，明確患側髂骨的旋轉方向，並先做腰臀部痛點的手法分理揉按，以鬆弛腰臀部肌肉，為復位作準備。骶髂關節錯位的復位方法很多，各有優點。一般而言，骶髂關節前錯位多採用屈膝屈髖按壓法，後錯位多採用單髖過伸復位法。

（1）骶髂關節前錯位復位手法（以右側為例）：患者仰臥床沿，兩下肢伸直。助手按壓左下肢膝關節處，不讓患者臀部移動。醫者立于患者右側，右手握患者右踝或小腿近端，左手扶按右膝，先屈曲右側髖膝關節，內收外展5~7次，再往對季肋部過屈右側髖膝關節，在患者呼氣末時趁其不備，用力下壓，此時常可聞關節復位響聲或有關節移動感，手法完畢。

（2）骶髂關節後錯位復位手法（以左側為例）。

俯臥單髖過伸復位法之一：患者俯臥床沿，醫者站于患者左側，右手扶托患肢膝上部，左掌根按壓於左骶髂關節處，先緩緩旋轉患肢5~7次，醫者盡可能上提患者左側大腿過伸患肢，左手同時用力下壓骶髂關節，兩手成相反方向的推按，此時可聞關節複位響聲或手下有關節復位感，手法完畢。此法適於用體弱及肌肉欠發達的患者。

俯臥單髖過伸復位法之二：患者俯臥位。醫者站立於床上，左足立于患者右側，面向患者下身，右足跟置於患側骶髂關節處，然後雙手過伸提拉患肢至最大限度（即患側骨盆距床面10~15cm），並保持這一高度，右足跟猛力下蹬患側骶髂關節，可聞關節移動響聲或足下有關節移動感，手法完畢。此法適用于身體強壯，肌肉發達的患者。

（3）妊娠期患者骶髂關節錯位復位手法：根據患者骶髂關節周圍韌帶鬆弛和下腹部不宜加壓的特點，採用「患肢牽抖手法復位」。患者仰臥床沿，患肢靠外側，兩手拉住床頭或由助手牽拉其兩腋下，醫者右腋夾住患肢踝部，右手繞過患肢小腿後側搭在左前臂中段，左手緊握患肢小腿中上段，如此對抗牽拉1~2min，用力往下牽抖即可。

3.2.2 輔助手法

（1）腰臀部痛點的分理揉按法：骶髂關節的損傷，多少均合併有腰臀部軟組織的損傷故腰臀部軟組織損傷的治療應作為骶髂關節損傷治療的常規，同時也利於鞏固療效。常見痛點：第3腰椎橫突末端、臀上皮神經入臀處、臀中肌、環跳穴、八髎穴。治療時以拇指在疼痛部位做分理揉按。

（2）腘繩肌牽拉手法：用於長期臥床腘繩肌緊張攣縮的患者。牽拉時要逐漸增加高度，不可操之過急，反把腘繩肌拉傷。

（3）髂脛束推散手法：用於下肢外側麻木，直腿抬高受限，髂脛束緊張挛縮的患者。治療時患者側臥，患側下肢在上，醫者用掌根自上而下沿髂脛束走向推按，反復5次。

（4）患肢牽踢手法：該法既是復位手法，又是輔助手法。作患肢縱向牽踢動作，一可糾正髂骨的旋轉和向上的殘餘錯位，二可緩解因復位手法所致的腰臀部的疼痛不適。[3]

3.3 中藥內治

臨床上按四種分型進行辨証施治：

3.3.1 氣滯血瘀

主症：扭傷後，腰骶部疼痛驟作、劇烈，刺痛或脹痛，痛有定處，日輕夜重，俯仰受限、轉側步履困難。舌紅或紫暗，脈弦細。治法：活血散瘀，行氣止痛。方藥：和營通氣散。組方：當歸6g、丹參20g、香附12g、川芎9g、延胡索12g、青皮12g、枳殼12g、郁金15g、制半夏12g，木香6g。日一劑，水煎分2次服。

台灣手冊中醫學會 版權所有 Copyright TKRCM All Rights Reserved

3.3.2 氣虛血凝

主症：腰骶部拘急不舒，疼痛隱隱，活動不利，時輕時重，腰肌板硬。舌質暗紅，脈弦細或澀。治法：益氣活血通絡。方藥：補陽還五湯加減。組方：黃芪20g，當歸6g，赤芍12g，地龍10g，川芎9g，紅花6g，桃仁12g，白芍12g，熟地黃15g。若疼痛較重者可加入全蝎9g，制草烏6g，桂枝9g。日一劑，水煎分2次服。

3.3.3 氣血兩虧

主症：腰骶部疼痛，痛連臀腿，遇勞則甚，動作不利，體倦乏力，面色無華。舌質淡，脈細無力。治法：補益氣血。方藥：補中益氣湯加減。組方：黃芪20g，柴胡12g，白術12g，當歸10g，川芎10g，甘草9g，熟地15g。日一劑，水煎分2次服。

3.3.4 肝腎虧虛

主症：腰骶隱痛，遇勞更甚，臥則減輕，腰肌痛軟無力，喜按喜揉。偏陽虛者面色無華，手足不溫，陽痿或早洩，舌質淡，脈沉細；偏陰虛者面色潮紅，手足心熱，失眠遺精，舌質紅、脈弦細數。①陽虛者。治法：溫補腎陽。

方藥：青娥丸加減。組方：杜仲20g，補骨脂15g，胡核桃20g，當歸6g，赤芍12g，地龍10g，川芎9g，紅花6g，桃仁12g。②陰虛者。治法：滋陰補腎。方藥：大補陰丸。組方：熟地黃15g，龜板15g，黃柏10g，知母10g，當歸10g，川芎10g，甘草9g。日一劑，水煎分2次服。[4]

4 典型病例

患者周某某，女，30歲。初診：2020年3月5日

主訴：左側腰骶部疼痛1周。

現病史：患者自訴1周前做運動時後伸腿時聽到「咯噔」一聲，左腰骶部出現疼痛，腰部活動受限，行走跛行狀態，自行腰圍固定，口服「必理痛」止痛藥，今晨疼痛未見緩解，無其他異常，為進一步治療遂來就診。既往史無特殊。檢查：左側髂後上棘壓痛陽性，叩擊痛陽性，僵硬，俯臥位垂直皮膚方向左髂後上棘較右側髂後上棘略低。左側直腿抬高及加強試驗陰性，「4」字試驗左側陽性、右側陰性；骨盆擠壓（分離）試驗陽性。x片檢查：骨質未見異常。舌紅或紫暗，脈弦細。

中醫診斷：骶髂關節前錯位錯縫（氣滯血瘀型）

西醫診斷：骶髂關節損傷

治療：

（1）針灸療法：取穴：十七椎穴、關元俞、次髎、阿是穴、委中、陽陵泉。操作法：諸穴均用直刺捻轉瀉法。針刺每2天1次。（2）推拿治療：患者仰臥床沿，兩下肢伸直。助手按壓左下肢膝關節處，不讓患者臀部移動。醫者立于患者右側，右手握患者右踝或小腿近端，左手扶按右膝，先屈曲右側髖膝關節、內收外展5~7次，再往對季肋部過屈右側髖膝關節，在患者呼氣末時趁其不備，用力下壓，此時常可聞關節復位響聲或有關節移動感，手法完畢。之後的推拿以點穴、松筋為主。每隔2天一次。（3）中藥內治：治法：活血散瘀，行氣止痛。方藥：和營通氣散加減。當歸6g、丹參20g、香附12g、川芎9g、延胡索12g、青皮12g、枳殼12g、郁金15g、制半夏12g，木香6g。日一劑，水煎分2次服。隨後復診時，視其症狀的變化，進行辨証加減。

經過1次治療後，患者自覺左側腰骶部疼痛減半，并且活動好轉；經過1周治療後，左側腰骶部疼痛明顯減輕，左側髂後上棘壓痛陰性，叩擊痛陰性，并且活動明顯好轉；功能基本恢復正常，達臨床治癒。半年後隨電話隨訪未見復發。

5 經驗及體會

骶髂關節是由骶骨與髂骨的耳狀面組合而成，其關節面凹凸不平，二者之間的結合十分緊密。骶髂關節面

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCOM All Rights Reserved

上覆有關節軟骨，兩側參差不齊的關節面相互交錯，藉以穩定關節。骶髂關節的前後側有長短不等的韌帶保護，在髂骨粗隆與骶骨粗隆之間有骶骨間韌帶加強。因而，骶髂關節只有少量有限的活動，超過生理功能外的扭轉活動，則可引起關節扭傷和半脫位。骶髂關節扭傷使骶髂關節周圍韌帶被牽拉而引起的損傷，臨床較多見，常造成腰痛，甚至坐骨神經痛，多見於中年以上患者。本病屬於中醫「腰腿痛」範疇。本人治療經驗及體會如下：

5.1　針灸方面

治療本病的常用穴位有：十七椎穴、關元俞、次髎、阿是穴、委中、殷門、陽陵泉。氣血虛弱型加：膈俞、肝俞、脾俞、腎俞；肝腎虧虛型加：腎俞、肝俞、懸鐘、太溪。此外還可配合灸法。本病無論是氣血虛弱證或肝腎虧虛證，採用灸法治療都可取得良好效果。艾灸的主要穴位是關元俞、八髎、阿是穴、腎俞，每次選擇2-3個穴位，每穴艾灸3-5分鐘。另外瘀血嚴重的還可配合刺血絡法。緩解灼熱感即瘀血證可在病變的部位和有關穴位處尋找可見的絡脈點刺出血，不一定是經穴的位置，如本病可在次髎穴、膀胱俞、殷門、委中等穴位處的血絡點刺出血。血絡可以是橫行的，也可以是縱行的，如殷門穴處的衡脈即使橫行的；也可以是一個瘀血點，即「結絡」。委中穴處的解脈即是如此。

5.2　推拿方面

推拿方面假如病人有骶髂關節錯縫時，應先做手法復位，然後再做針灸治療，效果較好。本病的推拿手法以拔伸和整複較有技巧性。拔伸手法的要領是拔實。所謂拔實是指勁真正用到了髖部，而又通過髖關節作用到骶髂關節。整複類手法是借助腰髖伸屈過程中的力量使骶髂關節發生相應的前後和旋轉運動。注意事項：①有嚴重心血管疾患及骨關節結核、腫瘤患者禁用手法。②有腰椎峽部裂和腰椎間盤突出症腰生理弧度沒有恢復者，不宜採用過伸復位手法。③對有骨質疏鬆症患者，不要施以暴力，避免發生股骨近端等處的骨折。本病手法治療效果好，但如果手法復位後仍常出現錯位，說明骶髂關節鬆動不穩，不可反復多次手法復位。復位後可用下腰圍環繞，可增加穩定性而鞏固療效，也有因局部長期重複損傷而充血機化，填滿關節腔隙，造成復位困難，而引起頑固性下腰痛。

5.3　中藥內服方面

臨床上按四種分型進行辨証施治：（1） 氣滯血瘀型；(2)氣虛血凝型；(3)氣血兩虧型；(4)肝腎虧虛型。証型方面以氣滯血瘀型為主。因此治法以活血化瘀，通經止痛為主。

5.4　預防調攝方面

本病係骶髂關節韌帶的勞損鬆弛，複受暴力損傷而發病，因此，平時加強腰背部肌肉功能鍛煉，並防止腰骶部及臀部外傷是預防的關鍵。對於已發病患者，療效鞏固程度與勞作姿勢和生活習慣有關。一般而言，新傷復位後，應臥床休息1周，下肢不要負重，陳傷應臥床休息3周，平時不宜睡過軟床墊和坐矮凳子，不宜長時間下蹲，治療期間應配合功能鍛煉。功能鍛煉：①前錯位患者做患肢前壓腿鍛煉：患側下肢伸直，將足跟擱置床上，雙手掌重疊按壓於膝上，勿使膝關節屈曲；健側屈膝下蹲，如此反復進行。②後錯位者做患肢後伸按壓腿鍛煉：患肢往後伸，健肢向前邁一步，一手掌按壓于患者骶髂關節處，另一手掌按壓於健側膝上，挺胸直腰，然後健肢屈膝屈髖下壓，如此反復進行，每次鍛煉3-5m。

香港針灸中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

參考文獻：

[1] 呂少傑. 傷科疾病針灸療法[M]. 北京：人民衛生出版社，2004：129.

[2] 何樹槐，王淑蘭，何斌. 筋骨疼痛的針灸治療[M]. 北京：人民衛生出版社，2013：151.

[3] 羅才貴. 推拿治療學[M]. 北京：人民衛生出版社，2005：96.

[4] 張建福，羅小鵬，李沛. 骨傷疼痛疾病的中西醫診療[M]. 北京：中醫古籍出版社，2002：497.

（編委：彭波審校 2022.01.02）