

骨盆矫正治疗骨盆倾斜的临床疗效

任艳慧

内蒙古妇幼保健院

[摘要]目的: 研究骨盆矫正法治疗腰椎间盘突出症骨盆倾斜的临床疗效。方法: 选取符合本科研腰椎间盘突出症诊断标准的患者60例, 采用SPSS20.0软件随机分为治疗组和对照组各30例, 治疗组采用骨盆矫正法治疗, 对照组采用传统推拿腰部斜板法治疗。所有患者在治疗前后相同体位下拍摄骨盆正位DR片, 分别测量治疗前后患者的骨盆倾斜度, 统计治疗前后患者的JOA和VAS评分, 并对所得数据进行统计分析。结果: 治疗组和对照组治疗前骨盆倾斜度分别为 $2.59^{\circ} \pm 1.21^{\circ}$ 和 $2.51^{\circ} \pm 1.09^{\circ}$, JOA评分分别为 11.53 ± 3.26 和 12.80 ± 2.46 , VAS评分分别为 5.33 ± 2.44 和 4.00 ± 2.08 ; 治疗后骨盆倾斜度分别为 $1.04^{\circ} \pm 0.49^{\circ}$ 和 $2.09^{\circ} \pm 1.03^{\circ}$, JOA评分分别为 18.07 ± 4.68 和 18.27 ± 4.18 , VAS评分分别为 2.60 ± 1.85 和 2.40 ± 2.33 ; 组间差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 骨盆矫正法对改善腰椎间盘突出症的骨盆倾斜具有良好疗效。

[关键词]骨盆矫正法; 腰椎间盘突出症

[DOI] 10.12252/j.issn.2096-6288.2021.11.1437

提出腰椎间盘突出症存在腰椎-骨盆-髋关节整体生物力学失衡的观点, 认为腰突症发病机制为腰-盆-髋之间筋骨生物力学失衡, 临床多表现为腰肌痉挛、脊柱保护性侧弯、骨盆倾斜旋转等, 是临床常见病、多发病, 给患者和社会带来严重医疗负担, 影响患者的生活质量。

一、研究对象与方法

1. 研究对象。2019年1月至2021年1月期间收集市中医院推拿科符合纳入标准的患者60例, 采用SPSS20.0进行随机数字分组, 将符合本研究要求的60例患者按照就诊时间先后顺序进行1~60的编号, 采用SPSS20.0生成60个随机数字, 并以随机数字进行重新排序, 重新排列后1~30位归入治疗组, 31~60位归入对照组。

2. 诊断标准。据国家中管局颁布《中医病证诊断疗效标准》制定: 1) 有腰部慢性劳损史、受寒湿史、慢性腰痛史; 2) 多发生于青壮年; 3) 具有腰部疼痛或/且向臀部及下肢放射痛等症状; 4) 有脊柱侧弯, 腰椎生理曲度变直或消失, 腰部活动受限, 腰肌呈条索状结节或交叉痉挛等体征; 5) 患侧下肢受累神经支配区感觉异常, 病程长者可出现肌肉萎缩、肌力减退、感觉异常和生理反射异常改变四种神经功能障碍体征(直腿抬高或加强试验阳性, 跟腱反射减弱, 拇趾背伸力减弱); 6) X线检查示脊柱代偿性侧弯, 腰生理曲度消失, 椎间隙变窄, 两侧骶髂关节不对称等; 7) 腰椎CT或MR检查确诊为腰椎间盘突出, 并可显示突出部位及程度。

3. 纳入标准。1) 符合上述诊断标准且无精神障碍、严重重心、肝、肾脏等疾病, 能配合检查及接受治疗的住院或门诊病人; 2) 年龄20~60岁, 性别不限; 3) 符合诊断标准自愿参加本科研前2周内未接受其他相关治疗措施者; 4) 经我院伦理委员会批准, 签署知情同意书, 自愿接受本治疗方案者。必须同时符合以上4项的患者方可纳入。

4. 排除标准。1) 不符合上述诊断标准或纳入标准的腰腿痛; 2) 已出现马尾神经功能障碍、足下垂或肌肉严重萎缩等并发症, 具有手术指征, 不适合保守治疗的腰突症; 3) 依从性较差, 不能坚持治疗及难以随访, 不能配合科研研究的腰突症; 4) 孕妇及哺乳期的腰突症。凡有上述任何一种情

况, 则不能参加本研究。

5. 方法。(1) 治疗方法。治疗组: 骨盆矫正法治疗。首先患者俯卧于治疗床上, 术者立于患者一侧用、按揉等手法松解患者主症对应的局部肌群, 重点松解有条索状结节或摩擦音的部位, 放松局部软组织粘连及肌肉痉挛, 共10~15 min, 达到“肉松”的效果。其次用弹拨法, 由上而下弹拨腰部经脉循行部位, 疏通经络、行气活血; 尤在臀大肌、臀中肌、髂腰肌、梨状肌、阔筋膜张肌等腰部主要肌肉及腰阳关、肾俞、环跳、承扶、委中、阿是穴等穴位处施以点按、肘按法重点刺激, 以患者感到酸胀痛感为宜, 解除肌群痉挛、改善肌肉营养代谢, 促进炎症介质代谢和水肿吸收, 缓解神经血管的“卡压”症状, 每穴5~10 s, 达到“筋软”的目的。后予骨盆矫正法整复骨盆: 通过视诊、触诊确定患侧骶髂关节后, 使患者端坐于专门的复位椅上, 术者坐专门复位凳于患者身后, 嘱患者一手放于同侧头后枕部, 一手自然轻抱于腹部; 术者用一手掌根准确的按压在患侧骶髂关节处(手掌按压方向据骶髂关节错缝方式, 因人而异)作为定位手, 另一手从患者腋下穿过, 绕过颈前, 抱按在对侧肩后部, 作为发力手; 在此过程中术者定位手掌始终按压在患侧骶髂关节旁, 令助手一手放于患者肩部, 一手放于患者对侧腋下; 引导患者挺胸收腹将躯干挺直向前小角度倾斜并随术者发力手自然旋转, 倾斜角度以感患侧骶髂关节松动为度, 旋转过程中患者躯干及前倾角度基本保持不变, 以定位手掌始终能感觉到病变骶髂关节在旋转扭力的中心位置为度。当旋转到最大角度时, 术者靠旋转惯性施加压力(不可用爆发力), 助手与术者配合协调施加轻微助力, 并注意保护患者以防跌倒, 此时常可听到关节弹响声, 然后缓慢旋回到初始体位, 再予脊柱定点旋转复位法微调位移腰椎, 纠正“骨错缝”。患者在治疗期间通过合适的矫形鞋或姿势矫正调整人体重心, 加速脊柱整体力学再平衡重建; 并鼓励患者在缓解期加强腰腹核心肌群的锻炼, 最终达到“筋骨骨正”的目的。对照组: 传统推拿腰部斜板法治疗。前期放松、理筋类手法同治疗组。腰部斜板具体操作如下。让患者侧卧位在治疗床上, 患侧下肢在上, 屈髋屈膝, 健侧下肢在下, 自然伸直。医生站在患者腹侧, 以一肘或手抵住其肩前

部,另一肘或手抵于臀部,作为两发力点。医生两肘或两手协调施力,先做数次腰部小角度的旋转活动,使其腰部放松,然后相对用力并逐渐加大患者腰部旋转角度,至最大限度时瞬间用力,加大旋转的角度,常可听到“喀”的弹响声。辅助类方法同治疗组。两组治疗方法:推拿治疗每周5次,正骨治疗每周2次;1周为1个疗程,共治疗2个疗程。

(2)评价标准。1)采用日本矫形外科学会(JOA)下腰痛评分表进行功能症状评分,分别记录两组患者治疗前后下腰痛评分量表的变化。2)视觉类比量表(VAS):VAS评分采用统一制定VAS疼痛评分尺,两端标记刻度,一端标记“0”,另一端标记“10”,“0”代表无痛,“10”代表最痛;由患者在治疗前后分别在评分尺上指出代表自己当前疼痛程度的位置,分别记录治疗前后VAS数据。3)骨盆倾斜度:采用冯伟等测量骨盆倾斜度的方法,治疗组和对照组分别在治疗前后相同体位下拍摄骨盆正位片,并测量治疗前后数据。

4)疗效评价标准:据《中医新药临床研究指导原则》有关“腰突症”的疗效标准制定:治愈为腰腿痛等临床症状消失,直腿抬高试验(一),恢复日常正常生活工作;显效为临床症状基本消失,直腿抬高试验超过60°,可独立日常生活和工作;有效为临床症状减轻,体格检查直腿抬高试验较治疗前改善,可进行部分日常生活和工作,需有人陪护;无效为症状、体征毫无改善,严重影响日常生活,不能胜任工作。总有效率=[(治愈数+显效数+有效数)/患者总数]×100%;治愈率=(治愈数/患者总数)×100%。在治疗完成后进行评估。

6.统计学方法。研究运用统计学软件SPSS20.0进行数据统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

二、结果

1.一般资料。纳入研究患者共60例:治疗组男12例,女18例,平均年龄(41.67±10.81)岁,病程最短1d,最长3年,平均(152.93±48.34)d。对照组男14例,女16例,平均年龄(44.20±10.42)岁,病程最短7d,最长3年,平均(220.97±55.59)d。组间资料具有可比性($P > 0.05$),

2.临床疗效。骨盆矫正法治疗组总有效率93.3%,治愈率66.7%;常规推拿法对照组总有效率83.3%,治愈率40%。经SPSS20.0分析,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明两组在总临床疗效上存在差异,骨盆矫正法治疗的总体疗效优于常规推拿治疗,见表1。

表1 两组患者临床疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	30	20	5	3	2	93.3
对照组	30	12	6	7	5	83.3

注:两组患者临床疗效分布经秩和检验, $Z = -2.191$, $P = 0.028 < 0.05$ 。

3.疗效指标比较。两组治疗前后疗效指标比较见表2。经

t检验分析,治疗前两组JOA评分和VAS评分及骨盆倾斜度组间对比,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组治疗前后JOA评分和VAS评分及骨盆倾斜度分别组内对比,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后两组JOA评分和VAS评分及骨盆倾斜度组间对比,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明骨盆矫正法和腰部斜板法均可改善患者的疼痛及骨盆倾斜,但骨盆矫正法改善患者疼痛及骨盆倾斜的效果优于常规推拿治疗。

表2 两组患者治疗前后疗效指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	JOA 评分	VAS 评分	骨盆倾斜度/(°)
治疗组治疗前	11.53±3.56	5.33±2.44	2.59±1.21
治疗组治疗后	18.07±4.68	2.60±1.85	1.04±0.49
对照组治疗前	12.80±2.46	4.00±2.08	2.51±1.09
对照组治疗后	18.27±4.18	2.40±2.33	2.09±1.03

三、讨论

腰突症属于中医“腰痛”“腰腿痛”“痹症”范畴,“不荣则痛、不通则痛”是其发病机制,肝肾亏虚失去濡养是发病的基础,外力损伤、风寒湿邪侵袭等致使机体气血经络循环受阻是发病的诱因;在两者长期相互影响的发病过程中导致“筋出槽、骨错缝”,因此调理筋骨平衡是其治疗的基本大法。矫形鞋可调整患者重心,明显改善两侧腰部竖脊肌不对称收缩,平衡腰肌,加速脊柱筋骨再平衡的重建,缩短临床治愈时间;核心肌群的锻炼可增强机体的核心稳定性,尤其是腰椎稳定性,巩固脊柱的稳定系统,减小疾病复发的可能性骨盆作为腰—盆—髋生物力学的基点,其两侧髂嵴最高点为人体较明显的体表标志,采用冯伟等的方法测量出的骨盆倾斜度,作为骨盆倾斜程度的指标,既形象直观易理解,又可区别于矢状位的骨盆参数,可一定程度上代表骨盆倾斜的程度。JOA评分系统是对患者临床状态的一个综合评价,可较全面地概括患者病情,目前我国已广泛应用;VAS评分具有很好的灵敏度和信效度,且简便高效,是对疼痛程度的一种主观感受,临床亦广泛应用。三个临床疗效指标易统计、简便高效,且具有较高的可信度,能够很好地反映临床疗效。

总之,通过临床疗效观察,骨盆矫正法对改善腰突症患者的疼痛及骨盆倾斜具有良好疗效,值得临床广泛推广及应用。

参考文献

- [1]尹文,关于骨盆矫正治疗骨盆倾斜的临床疗效.2018.
- [2]刘新宇,浅谈骨盆矫正治疗骨盆倾斜的临床疗效.2019.
- [3]刘沂.骨盆与髌白骨折[M].上海:上海科学技术出版社,2004,13.
- [4]周志道.重度骨盆骨折的现代救治[J].中华创伤杂志,2000,8:453-456.
- [5]张伟佳,侯树勋,张健,等.骨盆骨折的手术治疗[J].中国矫形外科杂志,2003,21:1451-1453.