

归挤拍打手法联合盆底肌功能锻炼 治疗产后耻骨联合分离症 19 例

王宝剑¹ 朱立国¹ 郭玲² 王尚全³ 杨克新¹ 孙武¹
金哲峰¹ 孟州令¹ 高景华^{1△} 高春雨^{1△}

【摘要】 目的:基于筋骨并重思想观察归挤拍打手法联合盆底肌功能锻炼治疗产后耻骨联合分离症的临床疗效。**方法:**19 例产后耻骨联合分离症患者采用归挤拍打手法联合盆底肌功能锻炼治疗,每周 1 次,连续 3 周。于治疗前、治疗第 1 周、第 2 周、第 3 周及疗程结束后 1 个月记录 VAS 评分和 ODI 评分,于治疗前及治疗 3 周后测量耻骨联合距离。**结果:**患者的 VAS 评分和 ODI 评分在上述观察点时间效应差异均有统计学意义($P<0.001$);患者耻骨联合距离治疗前(12.54 ± 1.63)mm 与治疗后(8.50 ± 1.77)mm 差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后 1 个月随访,VAS 评分有效率为 89.47%,ODI 评分有效率为 84.21%。**结论:**归挤拍打手法联合盆底肌功能锻炼治疗产后耻骨联合分离症有显著的疗效,可以减轻患者耻骨联合的疼痛程度,恢复腰骶部及下肢活动功能。

【关键词】 归挤拍打手法;盆底肌功能锻炼;产后耻骨联合分离症;筋骨并重

【中图分类号】 R681.6 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1005-0205(2020)12-0057-03

产后耻骨联合分离症是妇女产后骨盆耻骨联合处韧带损伤、耻骨联合距离增宽或产生位移,以局部疼痛和行走困难等功能障碍为主要症状的软组织损伤性疾病^[1]。近年来随着人民生活水平的提高,孕足月巨大胎儿的发生概率升高,该病的发病率也呈上升趋势^[2]。该病所表现出的局部剧烈疼痛、行走困难,甚至排尿障碍等症状严重影响孕产妇的身心健康。但目前主流的卧床休息及骨盆制动等保守方法疗程长且易产生并发症,疗效并不理想^[3]。临床研究发现,归挤拍打手法是一项起效快、安全可行的中医正骨技术^[4]。然而,目前该手法虽可完成对产后妇女耻骨联合分离的复位,但该类患者的盆底肌肉、韧带、筋膜等软组织系统的恢复程度仍有待提高。因此,笔者以“筋骨并重”理论为指导,应用归挤拍打手法联合盆底肌功能锻炼治疗产后耻骨联合分离症,疗效较佳,现报告如下。

基金项目:北京市中医药管理局资助项目

北京市中西医结合骨伤研究所创新能力建设及筋骨退行性疾病研究的平台构建

¹ 中国中医科学院望京医院脊柱二科(北京,100102)

² 中国中医科学院望京医院超声科

³ 中国中医科学院望京医院骨伤综合科

△通信作者 E-mail:gaojinghua2019@hotmail.com(高景华)
gaochunyu8526@sina.com(高春雨)

1 临床资料

1.1 一般资料

在中国中医科学院望京医院骨科门诊于 2017 年 7 月至 2020 年 6 月收集产后耻骨联合分离患者共 22 例,最终 19 例完成本研究的治疗和随访(脱落或剔除患者 3 例),年龄(27.54 ± 8.75)岁,病程(83.04 ± 19.52)d,新生儿体质量(3.64 ± 0.21)kg。

1.2 诊断标准

综合既往文献^[5-6]制定以下诊断标准:1)妇女产后耻骨联合部位疼痛,翻身或下地活动时加重,严重时放射至腰骶部和腹股沟部位;2)触诊耻骨联合部位有压痛且间隙变宽,或有骨盆挤压-分离试验阳性;3)X 线片或超声提示耻骨联合分离宽度 >10 mm,或有上下错位现象。慢性患者 X 线片可见耻骨联合处关节面毛糙不平或增生等。

1.3 纳入标准

1)符合产后耻骨联合分离症的诊断;2)孕产妇年龄 20~45 岁;3)已签署知情同意书,并有较好的依从性以配合治疗和随访。

1.4 排除标准

1)产后疼痛剧烈,难以保持坐位;2)合并盆腔感染、骨盆骨折、骨肿瘤、骨质疏松等;3)合并严重的循环、神经、消化、内分泌等系统疾病;4)有聋、哑、盲或精神等障碍的特殊人群。

1.5 脱落标准

1)因各种原因主动放弃并向主管医生提出退出者;2)依从性不佳,无法定期接受治疗或随访失败者。受试者满足以上任意一项,均为脱落病例。

1.6 剔除标准

1)入组后合并其他治疗方案者;2)入组后缺乏任何试验记录者。受试者满足以上任意一项,均为剔除病例。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 归挤拍打手法^[7] 1)准备动作:患者上身微微后倾,以屈膝屈髋、髋关节外展外旋位坐在床边,其右手捂在耻骨联合处,左手叠于上方。第一助手站于其身后,双手轻扶其背。第二助手面向患者蹲立,双手分别紧握其双踝,使患者保持好屈膝屈髋、髋关节外展外旋位。医者与患者同坐床边,以自身右髋紧抵患者的左髋,右手紧扣其右侧髂前上棘处。两助手准备听医者指挥(图 1a)。

2)医者发出“1,2,3”的命令,当数到 3 时,第一助手推按患者使上身前倾,第二助手以向后下方的拉力使患者双下肢内旋并伸直,医者左手拿患者左手拍打其右手,同时右手用力提拉、挤压患者右髂前上棘。整个过程中医者与两助手同时发力,三力合一,并重复 2~3 次。力度与次数据患者承受度调整(图 1b)。该手法每周治疗 1 次,疗程 3 周,共 3 次。



图 1 归挤拍打手法操作示意图^[7]

2.1.2 盆底肌功能锻炼 患者可采取站立、仰卧或坐位,双臂自然放于身体两侧,深吸气的同时进行肛门收缩,且保持腹肌紧张,时间维持 5 s 后,缓慢呼气,放松肛门及腹肌 5 s,以上过程重复 20 组,每天早、中、晚各练习 1 组,共 3 组/d,持续 3 周。

2.2 观察指标

1)耻骨联合疼痛 VAS 评分。2)Oswestry 功能障碍指数(ODI)。3)耻骨联合距离:于治疗前及治疗 3 周后测量患者骨盆正位 X 线片或者超声图像上的耻骨联合距离(哺乳期患者首选超声检查)。于治疗前、每次治疗后(治疗第 1,2,3 周)、全部疗程结束后 1 个月(随访)评价患者耻骨联合疼痛 VAS 评分及 ODI 评分。

2.3 疗效评定标准

VAS 评分疗效指数=[(原始积分-访视积分)/(满分 10-原始积分)]×100%;ODI 疗效指数=[(原

始积分-访视积分)/(满分 50-原始积分)]×100%。VAS 评分及 ODI 疗效指数标准^[8]:1)临床控制为疗效指数≥90%,即症状体征基本消失;2)显效为 70%≤疗效指数<90%,即症状体征显著改善;3)有效为 30%≤疗效指数<70%,即症状体征轻度改善;4)无效为疗效指数<30%,即症状体征无明显改善。

2.4 统计学方法

所有统计计算用 SPSS 22.0 软件进行分析。VAS 评分及 ODI 指数以 $\bar{x} \pm s$ 描述,不同时间点的对比用单因素重复测量方差分析。治疗前后的耻骨联合距离比较用配对样本 *t* 检验。*P*<0.05 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 观察指标比较

如表 1 所示,患者的耻骨联合疼痛 VAS 评分、ODI 评分在治疗前、第 1 周、第 2 周、第 3 周、治疗后 1 个月的时间效应差异有统计学意义(*P*<0.001),说明 ODI 评分和 VAS 评分有随时间变化的趋势。经 LSD 法多重比较分析,患者的 ODI 评分和 VAS 评分在治疗第 1 周、第 2 周、第 3 周、治疗后 1 个月随访与治疗前差异均有统计学意义(*P*<0.05),治疗第 2 周、第 3 周、治疗后 1 个月随访与治疗第 1 周差异也有统计学意义(*P*<0.05),治疗第 3 周、治疗后 1 个月随访与治疗第 2 周差异有统计学意义(*P*<0.05)。耻骨联合疼痛 VAS 评分在治疗第 3 周与治疗后 1 个月随访间差异有统计学意义(*P*<0.05),而 ODI 评分间差异无统计学意义(*P*>0.05)。可见手法联合盆底肌功能锻炼可以逐渐缓解耻骨联合疼痛、恢复腰骶活动功能。

表 1 两观察指标在 5 个时间点的比较($\bar{x} \pm s$)

| 时间点 | VAS 评分 | ODI 评分 |
|--------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 治疗前 | 6.57±1.36 | 34.37±4.82 |
| 治疗第 1 周 | 4.91±1.43 ¹⁾ | 26.35±7.58 ¹⁾ |
| 治疗第 2 周 | 2.38±1.07 ¹⁾²⁾ | 18.21±3.69 ¹⁾²⁾ |
| 治疗第 3 周 | 2.02±0.88 ¹⁾²⁾³⁾ | 9.41±0.63 ¹⁾²⁾³⁾ |
| 治疗后 1 个月(随访) | 1.75±0.20 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ | 9.27±1.01 ¹⁾²⁾³⁾ |
| <i>F</i> | 98.46 | 87.24 |
| <i>P</i> | <0.001 | <0.001 |

注:1)与治疗前比较,*P*<0.05;2)与治疗第 1 周比较,*P*<0.05;3)与治疗第 2 周比较,*P*<0.05;4)与治疗第 3 周比较,*P*<0.05。

患者治疗前耻骨联合距离为(12.54±1.63)mm,治疗后为(8.50±1.77)mm,前后比较差异有统计学意义(*P*<0.05),说明经过 3 次手法治疗及持续 3 周的盆底肌功能锻炼后,耻骨联合距离已恢复正常。

3.2 临床疗效比较

如表 2 所示,19 例患者治疗后 1 个月随访,VAS

评分显效率为 42.11%，有效率为 89.47%；ODI 评分显效率为 47.37%，有效率为 84.21%。

表 2 治疗后 1 月随访临床疗效评定[例(%)]

| 指标 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 显效率/% | 有效率/% |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|-------|
| VAS 评分 | 2(10.53%) | 6(31.58%) | 9(47.37%) | 2(10.53%) | 42.11 | 89.47 |
| ODI 评分 | 2(10.53%) | 7(36.48%) | 7(36.48%) | 3(15.79%) | 47.37 | 84.21 |

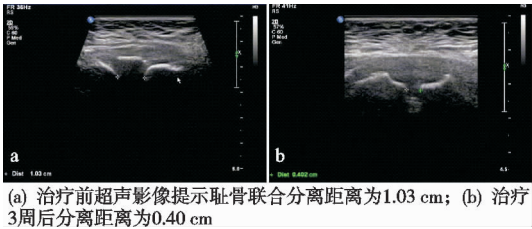


图 2 患者 1,女,35 岁,产后耻骨联合分离症

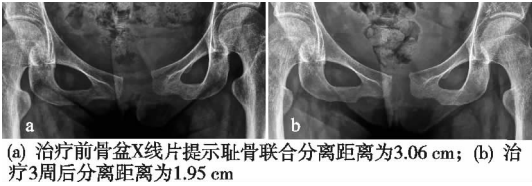


图 3 患者 2,女,33 岁,产后耻骨联合分离症



图 4 患者 3,女,32 岁,产后耻骨联合分离症

4 讨论

4.1 筋骨并重的思想

《灵枢·经脉》曰:“骨为干,脉为营,筋为刚,肉为墙,皮肤坚而毛发长。”说明筋与骨在生理和病理上密切相关,相互为用,筋刚则骨强,骨强则筋坚。而《素问·生气通天论》曰:“骨正筋柔,气血以流,腠理以密,如是则骨气以精,谨道如法,长有天命。”这便是对筋骨并重思想最早的阐述,指出了筋与骨的最佳状态,认为只有骨结构的对位正常及筋组织的舒展柔顺,机体才能运动自如,气血得以畅通,皮肤腠理得以致密,方可长命延年。由此可见“筋骨并重”是中医骨伤科一贯传承的思想理论,即软组织与骨应共同调治,不宜偏废。从生物力学的角度来看,骨盆的肌肉、筋膜构成动力平衡系统,骨、软骨、韧带等构成静力平衡系统,只有两种平衡系统的共同稳定才能保证骨盆的正常活动功能。

4.2 盆底肌功能锻炼

妊娠晚期孕激素和松弛素水平升高所导致的韧带柔弱是导致产后耻骨联合分离症发生的重要原因^[9],非妊娠期的女性耻骨联合处的宽度约 4~6 mm,妊娠后可增加 2~3 mm,而当耻骨联合分离>10 mm 时,普遍会引起耻骨联合处疼痛、行走困难等骨盆失稳的症状^[10]。因此,骨盆关节间隙以及韧带在激素调节的

3.3 典型病例

典型病例影像资料见图2-4。

影响下变得增大和松弛,盆底肌群的力量也开始下降,整个骨盆的稳定性变差,导致患者出现腰骶或耻骨联合部疼痛,下肢行走无力。因此在“筋骨并重”思想指导下,一方面需要采用正骨手法或骨盆绑带等方法来恢复耻骨联合处的正常对位,另一方面也需要功能锻炼以增强盆底肌、韧带、筋膜等软组织的力量,提高骨盆的稳定性。

盆底肌功能锻炼即提肛运动,有研究发现该锻炼能够促进初产妇自然分娩进程及盆底功能的恢复^[11]。另外,在指导患者进行该锻炼时,特别强调缩肛的同时要保持腹肌的紧张,即在骨盆稳定性训练中加入了核心肌群的训练,以促进核心肌肉力量的恢复。

4.3 归挤拍打手法

耻骨联合分离症属于祖国医学的“筋伤”范畴,其病理状态主要表现为“骨错缝、筋出槽”,传统正骨手法是中医治疗本病的最主要方法,而归挤拍打手法作为著名的清宫正骨手法具有一定的代表性。该手法是中国中医科学院首席研究员孙树椿教授所创,孙树椿教授在长期的临床实践中,遵从“欲合先离,离而后合”的中医正骨理论,创造出了本手法。该手法通过使骨盆前倾的推力、骨盆两侧的挤压力以及向下的牵引力联合完成对耻骨联合分离的复位,其巧妙之处在于将骨盆的离心力和向心力结合,使其欲合先离,分而后合,最终达到复位的目的。

综上所述,在筋骨并重思想指导下,归挤拍打手法结合盆底肌功能锻炼治疗产后耻骨联合分离症具有显著的疗效,可以减轻患者耻骨联合部的疼痛程度,恢复腰骶部及下肢活动功能,值得进一步研究及临床应用。

参考文献

[1] 庄依亮,李笑天. 病理产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:693.
[2] 胡芬娜,王慧,张三元. 妊娠相关骨盆环疾病研究进展[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2017,11(5):834-836.
[3] EE C C,MANHEIMER E,PIROTTA M V,et al. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy:a systematic review[J]. American Journal of Obstetrics & Gynecology,2008,198(3):254-259.