

基于“骨盆牵正”手法分期治疗腰椎间盘突出症 30例临床研究

孔士琛 张仕年 陶琦

(南京中医药大学附属医院,江苏省中医院,江苏南京210029)

摘要 目的:观察基于“骨盆牵正”手法分期治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:60例腰椎间盘突出症患者随机分为治疗组与对照组,每组30例。对照组给予松解类手法结合腰椎后扳拔伸法治疗;治疗组急性炎症期给予松解类手法治疗,炎症缓解期给予松解类手法结合“骨盆牵正”手法治疗。2组患者均每周治疗5次,每次20min,共治疗3周。比较2组患者治疗前后Oswestry功能障碍指数(ODI)评分和简式McGill疼痛(MPQ)评分改变情况,评价临床疗效。结果:2组患者治疗各时期ODI积分均明显低于治疗前($P<0.05$);治疗组治疗2周、3周后ODI积分明显低于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。治疗2周、3周后,2组患者MPQ积分明显低于治疗前($P<0.05$),治疗组明显低于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。治疗组临床总有效率93.33%,明显高于对照组的73.33%($P<0.05$)。结论:对于腰椎间盘突出症患者应用“骨盆牵正”手法分期治疗,可显著提高临床疗效,改善患者生活质量。

关键词 腰椎间盘突出症;骨盆牵正;分期治疗;推拿疗法;Oswestry功能障碍指数评分;简式McGill疼痛评分

中图分类号 R681.530.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)01-0048-03

基金项目 江苏省中医药局重点项目(ZD201707)

腰椎间盘突出症为推拿临床常见疾病,是引发下腰痛和坐骨神经痛的最常见原因^[1],其发病机制复杂,椎间盘退变突出压迫腰骶丛神经根是公认的引发症状的始动性因素。腰椎间盘突出症的主要治疗目标在于促进患者症状的改善和缓解,最大限度恢复日常生活功能,大多数病例经保守治疗可缓解甚至消除症状^[2]。推拿疗法是保守治疗的主要手段,可改善椎间盘突出组织和被压迫神经根的位置关系,消除炎性神经根水肿^[3]。腰椎后扳拔伸法是传统推拿疗法治疗腰椎间盘突出症的常用手法之一,主要针对腰椎小关节进行复位,总体临床疗效较好,然而针对大部分顽固性腰腿痛患者疗效欠佳。张仕年教授发现多数腰椎间盘突出症患者存在骨盆不正现象,调整骨盆的错位后,总体疗效明显优于传统推拿疗法,由此创立“骨盆牵正”手法体系,将滚法、四指推法、揉法等软组织松解类手法与俯卧屈膝屈髋复位法、仰卧屈膝屈髋复位法、侧卧骨盆扭转复位法等骨盆复位手法相结合,获得较好的临床疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2017年12月至2018年6月期间在江苏省中医院推拿科门诊接受治疗的腰椎间盘

突出症患者60例,运用随机数字表法随机分为治疗组与对照组,每组30例。治疗组男14例,女16例;平均年龄(37.70 ± 7.22)岁;平均病程(2.13 ± 0.73)周;可耐受行走距离(47.23 ± 15.70)m;可耐受坐立时间(1.05 ± 0.25)h;VAS评分(5.67 ± 1.30)分。对照组男15例,女15例;平均年龄(37.53 ± 6.24)岁;平均病程(2.17 ± 0.70)周;可耐受行走距离(46.52 ± 11.80)m;可耐受坐立时间(1.01 ± 0.29)h;VAS评分(5.67 ± 1.10)分。2组患者性别、年龄、病程、可耐受行走距离和坐立时间等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过江苏省中医院伦理委员会审核。

1.2 诊断标准 参考北美脊柱外科学会《腰椎间盘突出症诊疗指南》^[4]拟定。(1)症状:腰痛、下肢放射性疼痛及马尾神经相关症状;(2)体征:腰椎侧凸,腰部局部压痛及功能运动受限,叩痛及骶棘肌痉挛,直腿抬高试验及加强试验阳性,股神经牵拉试验阳性,感觉障碍,肌力下降以及反射改变;(3)影像学检查:腰椎CT或MRI检查提示椎间盘突出。

1.3 纳入标准 符合诊断标准;年龄20~60岁;急性发作3周以内(含3周);签署知情同意书且能配合完成课题调查问卷。

1.4 排除标准 大块髓核突出引起进行性神经功能损害及有其他手术指征者;无症状腰椎间盘突出、非椎间盘源性腰腿痛患者;合并严重骨质增生、腰椎椎管狭窄、腰椎滑脱、骨质疏松、脊柱隐裂者;精神疾病以及不能坚持治疗者;既往已行腰椎相关手术治疗者;正在参加其他临床试验者;据分析,具有降低入组可能性或使入组复杂化的其他因素,如工作环境经常变动等易造成失访的情况^[5]。

2 治疗方法

2.1 治疗组 急性炎症期:受试者主观的疼痛视觉评分(VAS)超过5分以上,治疗的目标在于缓解疼痛,推拿采用松解类手法为主,手法参照《推拿手法学》^[6]。受试者取俯卧位,医者立于患侧,施揉法、揉法、推法于腰臀部及下肢,要求手法柔和深透,频率为120~150次/min(手法测定仪考核),共操作15min。炎症缓解期:受试者主观的疼痛视觉评分(VAS)5分以下,治疗的目标在于促进受试者功能恢复,推拿采用基于“骨盆牵正”的手法治疗。具体操作包括:俯卧屈膝屈髋:受试者俯卧位,单侧下肢屈髋屈膝,医者双手叠压于屈曲下肢侧的髻后上棘上方,均匀用力冲压5次,力量由小到大,以受试者能承受为度,然后交换操作另一侧。仰卧屈膝屈髋:受试者平卧,单侧下肢屈髋屈膝,医者双手叠压于屈曲下肢的膝关节上方,均匀用力冲压5次,力量由小到大,以受试者能承受为度,然后交换操作另一侧。侧卧位骨盆扭转:受试者侧卧位,单侧下肢屈膝屈髋,医者立于受试者对侧,一手固定受试者肩部,另一手扶住髻前上棘,均匀用力做骨盆扭转,力量由小到大,以受试者能承受为度,然后交换操作另一侧。在操作过程中要求施术者动作轻柔,帮助受试者逐步达到最大关节活动度,不宜强行按压冲击。

2.2 对照组 采用传统推拿治疗方法^[6-7]。(1)受试者俯卧位,医者立于患侧,施揉法、四指推法于腰臀部及下肢,共5min;(2)拇指点按、弹拨夹脊、肾俞、命门、环跳、秩边、承扶、委中、昆仑各穴10~15s;(3)后扳拔伸法:医者立其患侧,以一手拇指指腹或掌根部为着力点按压病变棘旁压痛点或发生小关节紊乱的腰椎棘旁,并向健侧用力顶推;另一手的前臂环抱健侧下肢,使受试者膝部固定于医者肘内侧,并向后上方用力缓慢拔伸,以受试者耐受为度,至一定幅度后再向后上方快速扳动。此时医者大拇指下受试者

腰部有“咯吱”关节弹响声,以示复位成功。

2组患者均每周治疗5次,每次20min,共治疗3周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 Oswestry功能障碍指数(ODI)评分^[8] 包含疼痛强度、单项功能和综合功能3方面的评定。分别在治疗前和治疗1周、2周、3周后运用ODI问卷对2组患者的功能障碍程度进行评分,总分50分,评分分值和受试者功能障碍程度呈正相关。

3.1.2 简式McGill疼痛(MPQ)评分^[9] 包含11个感觉类和4个情感类对疼痛的描述词(疼痛分级指数PRI)以及PPI(现有疼痛强度)和VAS(疼痛视觉模拟定级)。分别在治疗前和治疗1周、2周、3周后运用MPQ问卷对2组患者的疼痛程度进行评分,评分分值和受试者疼痛程度呈正相关。

3.2 疗效评定标准 临床治愈:治疗7d以内症状减轻,21d以内症状体征消失,ODI积分为0分;显效:治疗14d以内ODI积分减少2/3以上;进步:治疗14d以内ODI积分减少1/3以上;无效:治疗14d以内ODI积分减少不足1/3或病情加重^[10]。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行数据处理,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 作为差异有统计学意义,以 $P < 0.01$ 作为差异有高度统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后ODI、MPQ积分比较 2组患者治疗前ODI、MPQ积分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),治疗后组内及组间比较见表1。

表1 治疗组与对照组治疗各时期 ODI、MPQ 积分比较 分

组别	例数	时间	ODI积分	MPQ积分		
				PRI	PPI	VAS
治疗组	30	治疗前	15.97±6.88	4.93±4.00	2.97±0.72	5.67±1.30
		治疗1周后	12.87±6.10*	4.50±3.73	2.73±0.87	3.27±1.20
		治疗2周后	6.83±3.94**	2.50±1.89**	2.50±1.89**	1.97±0.76**
		治疗3周后	4.33±3.91***	1.67±1.58**	1.23±0.97***	1.30±0.75***
对照组	30	治疗前	15.76±7.13	5.03±3.53	3.03±0.76	5.67±1.10
		治疗1周后	14.40±6.84*	4.70±3.49	2.83±0.87	3.33±1.27
		治疗2周后	10.43±6.44*	3.90±3.40*	3.90±3.41*	2.63±1.03*
		治疗3周后	8.83±6.86*	3.17±3.23*	1.87±0.82*	2.10±1.21*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗同时期比较,** $P < 0.05$,*** $P < 0.01$ 。

3.4.2 2组患者临床疗效比较 结果见表2。

表2 治疗组与对照组临床疗效比较 例

组别	例数	临床治愈	显效	进步	无效	总有效率(%)
治疗组	30	8	12	8	2	93.33 [#]
对照组	30	3	5	14	8	73.33

注:与对照组比较,** $P < 0.05$ 。

4 讨论

推拿作为腰椎间盘突出症的常用保守疗法,国内文献报道认为有较好的临床疗效,但目前存在2个主要问题:(1)大部分研究缺少手法的质量控制、严格的随机对照、疗效评估,未能按照腰椎间盘突出症的临床特点分期治疗,未能明确关节整复类手法的适用范围,故临床疗效仍然备受争议;(2)腰椎正骨手法是推拿治疗腰椎间盘突出症的关键,但大部分手法复位的重点仅针对错位的腰椎小关节,而忽略了调整骨盆的重要性。我们对既往推拿手法进行系统梳理,并结合腰椎间盘突出症病理机制的研究进展,提出基于“骨盆牵正”为理论指导的分期推拿治疗方案。

本研究选用Oswestry积分(ODI)和McGill疼痛积分(MPQ)作为研究指标,以评估患者日常生活功能障碍程度。结果显示,治疗1周后,2组患者ODI积分轻度下降($P<0.05$),但MPQ积分改变不明显($P>0.05$),组间比较差异均无统计学意义($P>0.05$),提示在腰椎间盘突出症急性炎症期,使用松解手法即可获得较好的临床疗效。在中后期(治疗2周和3周后),2组患者ODI积分和MPQ积分均较治疗前明显下降,治疗组评分明显低于对照组,提示在炎症缓解期,采用“骨盆牵正”疗法和传统推拿疗法均有明显疗效,而“骨盆牵正”疗法更能有效缓解受试者疼痛症状,恢复正常活动能力。在对临床疗效的观察中也说明,“骨盆牵正”分期治疗总有效率明显高于传统推拿,进一步提示对于腰椎间盘突出症患者应用“骨盆牵正”手法分期治疗,可显著提高临床疗效,改善患者生活质量,促进患者康复。

我们对“骨盆牵正”手法治疗腰椎间盘突出症的治疗机理作如下分析:依据脊柱生物力学的研究成果,腰椎间盘突出发生前,受试者存在脊柱应力等方面的改变;腰椎间盘突出后,腰骶部结构改变,力学关系也出现紊乱。因此,腰椎间盘突出症患者大多数存在“骨盆不正”,故“骨盆牵正”成为临床治疗的关键。John Gibbons^[11]运用肌肉能量技术治疗腰椎间盘突出症时强调:“腰椎间盘突出症引发的腰臀部疼痛和麻木,不能只考虑突出的椎间盘造成的神经压迫,骨盆带和髋关节的不平衡是重要原因。在腰椎间盘突出发生之前,骨盆带周围软组织因患者姿势不当等因素已发生短缩和痉挛,引发骨盆失衡和功能障碍,因该阶段大多数患者无相关症状,故容易被忽视。腰椎间盘突出症发生后,应重视根源性治疗,重点纠正骨盆带的不平衡,而不是仅着眼于椎间盘突出造成的神经压迫。”上述观点与“骨盆牵正”疗法的治疗理念相吻合。治疗上从骨盆入手,

消除或缓解骨盆带软组织的短缩和痉挛,再纠正骨盆的错位,可修复损伤的髂腰韧带。髂腰韧带修复后,腰椎的平衡性和稳定性会明显改善,腰痛和下肢神经卡压状态会明显缓解或消除。因此,与传统推拿治疗相比,“骨盆牵正”疗法更能从根源上缓解患者相关症状。

综上,“骨盆牵正”分期治疗腰椎间盘突出症疗效显著,可有效缓解患者疼痛、麻木症状,促进患者恢复正常活动能力,改善患者生活质量。“骨盆牵正”理论的核心在于树立推拿治疗的基准,以改善受试者最终的临床结局为目标,改变既往只关注椎间盘突出造成的物理性压迫,为推拿手法治疗骨关节疾病提供新的思路。下一步计划联合多家医院推拿科,进行多中心随机对照研究,进一步探讨“骨盆牵正”手法治疗腰椎间盘突出症的机理。

参考文献

- [1] 张仕年,刘德华,万兴,等.疏经通督法推拿对腰椎间盘突出症患者主要体征的影响[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(9):12.
- [2] 罗莎,李军文.中医治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J].江苏中医药,2017,49(8):83.
- [3] 汤艺,邹光宗,于滨,等.按摩治疗的生物力学效应及血液动力学改变[J].颈腰痛杂志,1997,18(4):223.
- [4] North American Spine Society.Evidenced-based Clinical Guideline for the Diagnosis and Treatment for the Lumbar Disc Herniation with Radiculopathy[J].The Spine Journal,2014(14):180
- [5] 周贤忠,刘仁沛.临床试验的设计与分析:概念与方法学[M].北京:北京大学医学出版社,2010:45.
- [6] 赵毅,季远.十三五规划教材:推拿手法学[M].北京:中国中医药出版社:88.
- [7] 邵铭熙.实用推拿学[M].北京:人民军医出版社,2006:60.
- [8] FAIRBANK J C T, PYNSENT P B.The oswestry disability index[J].Spine,2000,25(22):2940.
- [9] MELZACK R.The short-form McGill pain questionnaire[J].Pain,1987,30(2):191.
- [10] 中华医学会.临床诊疗指南:疼痛学分册[M].北京:人民卫生出版社,2007:44.
- [11] JOHN GIBBONS.Functional anatomy of the pelvis and the sacroiliac joint[M].Chichester:Lotus Publishing,2017:191.

第一作者:孔士琛(1993—),男,硕士研究生,研究方向为脊柱相关疾病推拿、针灸治疗。

通讯作者:张仕年,医学博士,主任中医师,副教授,博士研究生导师。zhangshinian@sina.com

收稿日期:2018-07-25

编辑:吴宁