

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2024.04.006

“两穴一法”治疗骨盆旋移综合征回顾性分析

马隽晖 陈世忠 苏健[△]

广东省中山市中医院骨四科,广东中山 528400

摘要 目的 回顾性分析“两穴一法”治疗骨盆旋移综合征的临床疗效及安全性。方法 收集 2021 年 1 月—2022 年 12 月在本院诊断为骨盆旋移综合征且采用两穴一法(针刺气海俞、环跳穴结合腰椎旋转扳法)治疗的 187 例患者的临床资料,比较治疗前、疗程结束时和疗程结束后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月的视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分、Oswestry 功能障碍指数(Oswestry disability index, ODI),比较治疗前、疗程结束时和疗程结束后 6 个月的双侧髋骨闭孔大小(obturator foramen size, OFS),计算总有效率,记录治疗过程中不良反应发生情况。结果 与治疗前比较,疗程结束时和疗程结束后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月的 VAS 评分及 ODI 评分均显著降低($P < 0.05$)。与治疗前比较,疗程结束时和疗程结束后 6 个月 OFS 均显著升高($P < 0.05$)。总有效率为 94.12%。未观察到严重不良反应。结论 两穴一法治疗骨盆旋移综合征可显著改善患者疼痛症状,提高机体功能,临床疗效确切,且无明显不良反应,具有较高的临床应用价值。

关键词 骨盆旋移综合征;双侧髋骨闭孔大小;气海俞;环跳穴;斜扳手法

中图分类号 R274.9 **文献标志码** A

骨盆旋移综合征指因髋骨对称性失衡所致骨盆异常旋转,出现骨盆力线旋转偏移、力学失衡,包含骶髂关节紊乱、耻骨联合分离、腰骶关节紊乱、尾骨脱位等疾病在内的一系列临床症状表现^[1]。随着工作形式改变,久坐、跷二郎腿等固定姿势所致退行性改变成为骨盆旋移综合征的重要发病因素之一,发病特点呈现年轻化趋势^[2],其发病率也在不断升高^[3-5]。为调整髋骨对称性失衡,笔者采用两穴一法(针刺气海俞、环跳穴结合腰椎旋转扳法)治疗骨盆旋移综合征患者共 187 例,取得良好临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2021 年 1 月—2022 年 12 月在本院脊柱科门诊确诊为骨盆旋移综合征且采用两穴一法治疗的 187 例患者的病历资料,其中男 55 例,女 132 例,年龄(46.56±12.49)岁,病程 1.50(0.53, 12.34)个月。其中完整随访 161 例,失访 26 例。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:符合骨盆旋移综合征诊断标准,且双侧髋骨闭孔大小(obturator foramen size, OFS)^[6] <

88%;年龄 18~70 岁;意识清晰,能够配合完成治疗;CT 或 MRI 检查未见明显异常;患者知情同意,通过本院伦理委员会审批。

排除标准:由其他原因引起的腰痛;合并心脑血管、肝肾不全者;试验过程服用其他影响本研究临床疗效的药物;临床资料记录不完整者。

1.3 治疗方法

针刺气海俞、环跳穴:患者取俯卧位,取骨盆正位片闭孔较小一侧的气海俞,针刺得气后行输刺、合谷刺,即将针深刺至骨面,随后退至浅层又依次再向两旁斜刺,以局部有酸麻胀感为度,即可出针;随后患者取侧卧位,骨盆正位片闭孔较小一侧髋关节在上,屈髋屈膝 90°取环跳穴,以定位附近压痛最明显处进针,以 0.35 mm×75 mm 针具进针得气后,行输刺、提插补法 3 次,即将针深刺至骨面,随后退针,重插轻提,以局部有酸麻胀感或放电感为度,即可出针。

腰椎旋转扳法:患者取俯卧位,医者行中医推拿手法使脊柱两侧肌肉充分放松;随后患者取侧卧位,在下的下肢放松自然伸直,在上的下肢屈髋屈膝,医者一手肘部放于患者臀部,另一手抵住患者肩前部;两肘或两手协调施力,待腰部扭转至有明显阻力时,略停片刻,然后施以“巧力寸劲”,做一个突发的、增大幅度的快速扳动,此时可听到“咔嚓”声响。先做骨盆正

[△]通信作者, Corresponding author, E-mail: 7065578@qq.com

位片闭孔较大一侧,后做骨盆正位片闭孔较小一侧。

指导患者进行功能锻炼。以上治疗每周 2 次,每次相隔 3 d,共治疗 4 周。

1.4 观察指标

记录治疗前、疗程结束时和疗程结束后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月的视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分、Oswestry 功能障碍指数 (Oswestry disability index, ODI)。VAS 评分取值精确到小数点后 1 位,评分越高代表疼痛程度越重。ODI 评分共 8 个项目(去除性生活问题),每个问题由轻到重依次评分为 0~5 分,评分越高代表功能障碍程度越重。

记录治疗前、疗程结束时和疗程结束后 6 个月 OFS。OFS 是测量左右髌骨闭孔大小是否一致的临床指标,利用 Image J 的增强对比及寻找边界技术确定站立位骨盆正位 X 线片中左右髌骨闭孔面积,通过计算髌骨闭孔面积比值(小值/大值)来衡量两者的一致性,比值越接近于 1 代表一致性越好。

疗效评定标准参照《中医病证诊断疗效标准》制定:痊愈 治疗后疼痛完全消失, VAS 评分减分率 $\geq 75\%$; 显效 疼痛较治疗前明显缓解, $50\% \leq \text{VAS}$ 评分减分率 $< 75\%$; 有效 疼痛较治疗前减轻, $25\% \leq \text{VAS}$ 评分减分率 $< 50\%$; 无效 疼痛无减轻或轻度缓解, VAS 评分减分率 $< 25\%$ 。VAS 评分减分率 = $[(\text{治疗前 VAS 评分} - \text{治疗后 VAS 评分}) / \text{治疗前 VAS 评分}] \times 100\%$ 。总有效率 = $[(\text{痊愈} + \text{显效} + \text{有效}) \text{例数} / \text{总例数}] \times 100\%$ 。

观察 2 组患者治疗过程中不良反应发生情况,记录患者基本生命体征变化情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理,符合正态分布的计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,不符合正态分布的计量资料以中位数(下四分位数,上四分位数) $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,组内各时间点比较采用重复测量方差分析;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS、ODI 评分比较

与治疗前比较,疗程结束时和疗程结束后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月的 VAS 评分及 ODI 评分均显著降低 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 OFS 比较

与治疗前比较,疗程结束时和疗程结束后 6 个月的 OFS 显著升高 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 治疗前后 VAS、ODI 评分比较 ($n=161$, 分, $\bar{x} \pm s$)

时间	VAS	ODI
治疗前	6.46 \pm 0.92	32.24 \pm 5.28
疗程结束时	2.95 \pm 1.06*	20.69 \pm 4.96*
疗程结束后 1 周	2.50 \pm 1.27*	16.50 \pm 4.53*
疗程结束后 1 个月	2.16 \pm 0.96*	14.89 \pm 3.21*
疗程结束后 3 个月	2.03 \pm 0.96*	14.07 \pm 3.50*
疗程结束后 6 个月	1.96 \pm 1.00*	13.87 \pm 4.28*

与治疗前比较 * $P < 0.05$

表 2 治疗前后 OFS 比较 ($n=161$, %, $\bar{x} \pm s$)

时间	OFS
治疗前	71.38 \pm 5.94
疗程结束时	89.45 \pm 2.86*
疗程结束后 6 个月	89.60 \pm 3.12*

与治疗前比较 * $P < 0.05$

2.3 临床疗效

疗程结束时,患者痊愈 28 例,显效 77 例,有效 71 例,无效 11 例,总有效率为 94.12% (176/187)。

2.4 不良反应发生情况

治疗过程中,有 3 例患者出现晕针反应,经卧床休息后症状缓解,无严重不良反应发生。

3 讨论

骨盆是由骶骨、尾骨及 2 块髌骨相连接而成的完整骨环,其连接处由坚强的韧带支持。骨盆旋移综合征是指由于急慢性损伤引起骨盆周围韧带松弛,骨盆稳定性下降,导致骨盆移位并出现相应力学改变和一系列临床症状的总称^[7]。骨盆与脊柱间存在很强的相互依赖性^[8],因骨盆稳定性下降导致骨盆异常旋转可直接影响腰椎及椎旁肌群稳定性,从而引发腰部酸痛。此时,双侧髌骨在影像学中可表现为髌骨对称性失衡,即双髌前后位置、左右宽度及上下缘高度的差异。研究^[9]表明,以 OFS 小于 88% 为代表的髌骨对称性失衡与非特异性下腰痛的发生存在显著相关性。因此,调整髌骨对称性使 OFS 高于 88% 并使骨盆恢复稳定性,对于治疗骨盆旋移综合征有着不可忽视的重要性。

中医学认为骨盆旋移综合征属“骨错缝”“筋出槽”范畴^[10],中医正骨手法为治疗骨盆旋移综合征的传统方法,在治疗骨盆旋移综合征中通过借助外力来调整骨盆的整个结构,重新分布移位紊乱的关节组织,改善骨盆周围及髌髻关节周围的受力,以恢复骨盆周围肌肉的协调性^[11]。在《医宗金鉴》中就有相关记载:“骨错者,臀努斜行,宜手法推按胯骨复位,将所

翻之筋向前归之,其患乃除。”该法通过理筋整复,加快损伤肌肉组织修复,缓解肌肉痉挛,使错位的关节得以复位,髋骨对称性得到调整,骨盆稳定性提高,从而达到筋柔骨正、恢复其正常生物力学性能的目的^[12-13]。

“皮脉肉筋骨”是中医对于病位最基本的层次结构认识,《素问》中言:“病在脉,调之血……病在筋,调之筋;病在骨,调之骨。”对于病位所在层次的不同,应当选择相应的层次进行治疗^[14]。《灵枢·官针》记载:“输刺者,直入直出,深内之至骨,以取骨痹,此肾之应也。”输刺法采取直入直出模式,深刺至骨,直达病灶,而肾主骨,输刺可激发经气,与肾相应,用以治疗腰椎间盘突出症疗效甚佳。目前,输刺法多用于治疗具有渐进性或反复发作性的骨痹^[15]。现代研究^[16]发现,针刺到椎板和后关节突的骨膜及关节囊可以间接刺激受到压迫的脊髓神经或神经根,能够起到抑制其相关组织细胞凋亡的作用,进而修复神经系统传导指令的通道,使指令正确、顺利地传输,从而减轻疼痛。输刺、合谷刺作为古针法之一,具有镇痛疗效显著的优点^[17]。输刺法由于针刺较深,能够直刺至深层组织而到达病灶处,产生“气达病所、针至病消”的疗效^[18]。《灵枢·官针》:“合谷刺者,左右鸡足,针于分肉之间,以取肌痹,此脾之应也。”合谷刺在患部肌肉针刺,主要用于治疗肌肉痹症等疾患^[19]。

从解剖结构来看,气海俞穴位于第 3 腰椎棘突下,后正中线上旁开 1.5 寸,浅层有第 3、4 腰神经后支的内侧皮部,深层有第 3、4 腰神经后支的肌支。现代研究^[20]表明气海俞具有益肾壮阳、通络止痛、调理气血、强健腰膝的作用,在腰骶等部位疾病的治疗中效果突出。同时,针刺腰部穴位还可通过降低机体白介素-6、肿瘤坏死因子- α 和高敏 C 反应蛋白等炎症因子水平以缓解腰痛^[21]。环跳穴在股骨大转子最高点与骶骨裂孔的连线上,当外 1/3 与中 1/3 的交点处。浅层布有臀上皮神经,深层有坐骨神经、臀下神经、股后皮神经。动物实验^[22]证实针刺环跳穴可促进家兔坐骨神经纤维髓鞘及血管内皮细胞的再生,改善局部血液循环,减轻细胞水肿。可见,针刺环跳穴具有活血通脉、理筋止痛功效。依据腰-盆-髋整体学说^[23],腰与臀为一个整体,当骨盆位置发生变化,腰臀部肌肉也会发生代偿性改变。骨盆闭孔较小一侧因失代偿腰部肌肉紧张挛缩,臀部肌肉松弛、肌张力降低。当屈髋 90° 时,髋关节外旋肌群的肌肉止点至骶管裂孔都会汇聚在一条直线上,而环跳穴正处于其上,通过输刺环跳穴同时行提插补法,一方面直刺至骨,通过刺激沿途

各肌肉,产生“气达病所、针至病消”的疗效;另一方面刺激神经干使患者产生麻电感和放射感,能使臀部肌肉产生强烈收缩,改善臀部肌肉肌张力^[24];同时还能扩张坐骨神经周围的血管,改善炎性渗出及水肿,从而达到缓解肌肉疼痛的作用^[25]。

骨盆旋移综合征以腰痛、臀痛、下肢牵拉痛等筋伤为标,而究其本则为筋骨失衡,治疗应力求“标本同治”。本研究结果显示,治疗后患者 VAS 评分及 ODI 评分均显著降低,OFS 均显著升高,总有效率为 94.12%,且未观察到严重不良反应;表明两穴一法治疗骨盆旋移综合征具有较高的有效性及较好的远期疗效,且有较高的安全性。考虑其原因可能为,本研究以针刺气海俞、环跳穴治筋,以中医正骨手法调骨,筋骨并重,于气海俞行输刺、合谷刺,于环跳穴行输刺、提插补法可以强效镇痛,缓解腰臀部肌肉痉挛,促进局部微循环的改善,减少炎性介质的渗出,从而缓解或消除症状。

综上所述,两穴一法治疗骨盆旋移综合征可显著改善疼痛症状,提高机体功能,临床疗效确切,且无明显不良反应,具有较高的临床应用价值。

参 考 文 献

- [1] 王小峰,刘佩军,杜锐,等. 骨盆旋移综合征[J]. 按摩与康复医学,2022,13(7):43-47.
- [2] 张荣,张向东,赵明宇. 平乐正骨筋滞骨错理论在骨盆旋移综合征的临床应用[J]. 中医药通报,2020,19(2):32-34,69.
- [3] Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain [J]. *Arthritis Rheum*, 2012, 64(6):2028-2037.
- [4] Hoy D, Brooks P, Blyth F, et al. The epidemiology of low back pain [J]. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2010, 24(6):769-781.
- [5] Thawrani DP, Agabegi SS, Asghar F. Diagnosing sacroiliac joint pain [J]. *J Am Acad Orthop Surg*, 2019, 27(3):85-93.
- [6] 高明月,朱立国,朱波. 髋骨对称性失衡及其影像学评价 [J]. 影像研究与医学应用,2019,3(18):17-19.
- [7] 龙层花,钟士元,王廷臣. 骨盆旋移综合征 [J]. 颈腰痛杂志,2004,25(3):198-202.
- [8] Chaléat-Valayer E, Mac-Thiong JM, Paquet J, et al. Sagittal spino-pelvic alignment in chronic low back pain [J]. *Eur Spine J*, 2011, 20 Suppl 5(Suppl 5):634-640.
- [9] 高明月,朱立国,王毅,等. 髋骨对称性失衡与非特异性腰痛相关性的病例对照研究 [J]. 实用骨科杂志,2020,26(5):416-420.

- [10] 印杰,曹涤平,李超,等.三藤四物汤加减联合体外冲击波对骨盆旋移综合征患者影像学指标及血清炎症因子的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(28):3126-3130.
- [11] 苏美意,范德辉,于水英,等.基于 DIERS 评估系统的诊断准确性探讨中医正骨手法联合针刺治疗产后腰痛的临床疗效[J].广州中医药大学学报,2023,40(2):393-399.
- [12] 马隽晖,许潇颖,周达君,等.方氏头皮针对腰椎间盘突出症急性期即时止痛效应观察[J].辽宁中医杂志,2023,50(7):216-220,256.
- [13] 金灵青,郎伯旭,刘珏.腰椎斜扳法的研究进展[J].中医正骨,2012,24(6):42-44.
- [14] 张亚男,马桂琴.温针输刺法治疗第三腰椎横突综合征 30 例临床观察[J].中国民族民间医药,2023,32(5):115-118.
- [15] 马隽晖,许潇颖,周达君,等.方氏头皮针对腰椎间盘突出症急性期即时止痛效应观察[J].辽宁中医杂志,2023,50(7):216-220,256.
- [16] 白俊嫒,万玉婉,魏清琳.《灵枢·官针》输刺法探析及其临床应用[J].中医临床研究,2018,10(5):76-77.
- [17] Ji S,Shao Q,Wang Y,et al. Efficacy comparison between minimally invasive and conventional surgery for lumbar disc herniation in Chinese Han population;a meta-analysis [J]. Spinal Cord,2014,52(10):734-739.
- [18] 林敏婷,杨轩,张蕾,等.输刺腰夹脊穴结合经皮椎间孔镜下髓核摘除术对腰椎间盘突出症患者疗效、肌电图及中医证候积分影响研究[J].四川中医,2023,41(1):197-200.
- [19] 叶勇,罗容,范升,等.针刀合谷刺法联合三维整脊手法治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2023,43(5):885-890.
- [20] 陈蓉,张继玉,况雪松,等.龙虎交战针法气海俞治疗腰椎间盘突出症镇痛效果研究[J].云南中医中药杂志,2023,44(1):68-71.
- [21] 吕小龙,张聪伟,杨莉.夹脊穴针刺联合腰部“桥式”运动疗法对腰椎间盘突出症患者的治疗效果观察[J].贵州医药,2022,46(3):399-401.
- [22] 杨宗保,吴翔,谢宇锋,等.电针“环跳”穴对腰椎间盘突出症家兔坐骨神经超微结构的影响[J].针刺研究,2013,38(3):214-219.
- [23] 潘之清.实用脊柱病学[M].济南:山东科技出版社,1996:865-870.
- [24] 邱玲,胡小丽,赵学宇,等.针刺坐骨神经干治疗腰椎间盘突出症所致坐骨神经痛的疗效观察[J].针刺研究,2016,41(5):447-450,473.
- [25] 蔡国伟,傅怀丹.神经根干同刺治疗坐骨神经痛 40 例疗效观察[J].针灸临床杂志,1995,11(2):28-29.

(收稿日期:2024-05-03)

《中西医结合研究》实行网站投稿

《中西医结合研究》杂志自 2020 年 1 月 1 日起实行网上投稿系统投稿,登录网址 <http://ritcwm.com>,按要求注册成为本刊作者即可投稿,欢迎广大作者踊跃投稿!咨询电话:027-69378380,E-mail:ritcwm@163.com。

(本刊编辑部)