

• 中医药研究 •

(文章编号) 1007-0893(2023)01-0059-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.01.018

推拿复位手法治疗产后耻骨联合分离症临床效果

李智惠 葛江涛 毕宝日

(郑州市中医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨推拿复位手法对产后耻骨联合分离症患者的疼痛、生活质量及腰骶功能的改善效果。**方法:** 选择郑州市中医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月期间收治的 102 例产后耻骨联合分离症患者, 随机分为对照组和观察组, 各 51 例。对照组患者采用传统西医治疗, 观察组患者在对照组的基础上采用推拿复位手法治疗, 比较两组患者的临床疗效、耻骨联合分离宽度、日本骨科协会评估治疗分数 (JOA)、视觉模拟评分法 (VAS) 以及生活质量综合评定量表 (GQOLI-74) 评分。**结果:** 观察组患者总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组患者耻骨联合分离宽度低于对照组, JOA 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后第 1、3、7 天的 VAS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组患者日常活动、睡眠、精神、社会功能评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 基于传统西医治疗, 采用推拿复位手法治疗可有效提高产后耻骨联合分离症患者的临床疗效, 缩小耻骨联合分离宽度, 提高 JOA 评分和 GQOLI-74 量表评分, 降低 VAS 评分, 对改善患者疼痛、生活质量及腰骶功能均有较好的作用。

〔关键词〕 产后耻骨联合分离症; 推拿复位手法; 骨盆束带固定; 鱼肝油; 超短波

〔中图分类号〕 R 714.46 **〔文献标识码〕** B

产后耻骨联合分离症是因胎儿分娩引起耻骨联合分离或脱位, 引起剧烈疼痛和活动受限, 不仅影响患者的身心健康, 也影响其日常生活^[1]。近年来, 人们的生活水平不断提升, 许多孕产妇营养过剩, 巨大婴的数量增加, 产后耻骨联合分离症的发生率也随之增加^[2]。当前, 临床常用的疗法包括基础制动、骨盆束带固定和手术治疗等, 疗效较理想, 但因缺乏特异性, 恢复缓慢^[3]。推拿通过机械力直接作用于局部组织, 使其变形, 置换组织中的液体, 产生体液调节, 促进患者新陈代谢, 刺激穴位, 调节人体各组织器官的生理功能, 达到治疗目的^[4]。当前, 复位手法是治疗该病的有效方法, 在产后耻骨联合分离症的治疗中, 复位手法操作相对简单。助产士在产妇产娩过程中使用不会影响分娩过程的进展, 也不会增加并发症的发生, 可根据不同的临床分类选择不同的复位手法^[5]。目前关于推拿复位手法治疗产后耻骨联合分离症的文献较少, 基于此, 本研究探讨了推拿复位手法治疗产后耻骨联合分离症对患者疼痛、生活质量及腰骶功能的改善效果, 旨在为临床治疗提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择郑州市中医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月期间收

治的 102 例产后耻骨联合分离患者, 随机分为对照组和观察组, 各 51 例。对照组年龄 22~35 岁, 平均 (25.12 ± 5.17) 岁; 孕周 (39.27 ± 5.06) 周; 初产妇 36 例, 经产妇 15 例; 耻骨联合分离程度: I 度 17 例, II 度 19 例, III 度 15 例。观察组年龄 22~36 岁, 平均 (26.03 ± 5.12) 岁; 孕周 (39.29 ± 5.08) 周; 初产妇 37 例, 经产妇 14 例; 耻骨联合分离程度: I 度 18 例, II 度 20 例, III 度 13 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 诊断标准 产后耻骨联合分离的诊断标准^[6], X 线显示分离宽度为 ≥ 10 mm, 疼痛显著, 运行或负重时疼痛加重, 单腿站立和骨盆挤压分离试验阳性, 下肢以鸭子步态移动, 很难蹲下翻身, 大腿外展受限。

1.1.2 纳入标准: (1) 符合产后耻骨联合分离的诊断标准; (2) 低龄产妇, 年龄 < 40 岁; (3) 均为自然生产; (4) 患者及家属知晓并同意参与本研究。

1.1.3 排除标准 (1) 存在骨盆外伤史; (2) 合并重要器官功能障碍和盆腔内疾病; (3) 合并恶性肿瘤; (4) 存在精神障碍; (5) 治疗依从性差, 无法配合研究。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用下述方法治疗。(1) 基础制动: 疼痛剧烈者卧硬板床, 指导患者仰卧位和患侧健侧

〔收稿日期〕 2022-11-21

〔作者简介〕 李智惠, 女, 住院医师, 主要研究方向是针灸推拿。

交替，以防恶露流入伤口；避免负重和运行，产后留置尿管，进食高钙食物，服用鱼肝油（浙江海力生制药有限公司，国药准字 H33021075）促进吸收，口服， $2 \sim 10 \text{ mL} \cdot \text{次}^{-1}$ ， $3 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 。（2）骨盆束带固定（成都新澳冠医疗器械有限公司，XAG/GDZJ-A）：采用骨盆束带束缚骨盆，使耻骨联合活动受限，根据患者骨盆尺寸调节医用外固定支具气囊袋位置，将医用外固定支具上气囊部分放置腹部及骨盆两侧，以大粗隆为中心，布带穿过口型扣后粘贴好魔术粘，使用充气手球对气囊袋进行充气，建议压力表显示数值在 0.005 MPa 或 5 kPa 时停止对气囊袋进行加压。扯下带表充气手球对其他 2 个气囊袋进行同种方式充气， $15 \sim 30 \text{ min} \cdot \text{次}^{-1}$ ， $4 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 。（3）超短波治疗：将 DL-C-B 超短波电疗机（广州苏锐科技有限公司）电极置于耻骨联合处前后对置，微热量， $15 \text{ min} \cdot \text{次}^{-1}$ ， $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ ，治疗 3 周。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上采用推拿复位手法治疗，推拿：指导患者俯卧，用四指推拿放松患侧腰骶肌和髋部肌肉 10 min。手法柔软、持久、强劲且均匀。然后用拇指腹尖按压患侧环跳、环中、承扶、秩边、委中、阿是穴 5 min。复位手法：（1）俯卧悬肢牵引法：让患者躺在高位治疗床，将双手固定。将一侧患肢放在床边，对侧自然垂悬，靠下肢重量牵引 20 min，然后用同样的方法治疗患肢的另一侧。（2）髋关节屈曲和膝关节屈曲交叉挤压法：嘱患者仰卧，将双手固定，将一侧腘窝置于对侧膝关节，站在患者一侧，一只手托住右腘窝，另一只手按压左膝关节，同时进行被动髋关节屈曲和膝关节屈曲，以最大化地提高两个关节的屈曲，并重复进行 3~5 次。上述两种方法适用于左右分离。（3）髋关节屈曲和膝关节屈曲按压法：要求患者仰卧，站在患者患侧，左手托住患侧小腿背部，右手握住踝关节，并对踝关节最大化被动屈曲。双手用力按压，重复 3~5 次。（4）屈膝髌髂按压法：让患者俯卧并站在其患侧，将患侧下肢置于对侧腘窝，双手叠于患侧髌后上棘，向下向后用力挤压，重复 3~5 次。上述两种方法适用于前后脱位。推拿复位手法 $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ ，治疗 3 周。

1.3 观察指标

（1）疗效评定标准，治愈：治疗 14 d 后症状消失，21 d 后复查恢复；有效：治疗 14 d 后症状消失，21 d 后复查未完全恢复；无效：治疗 14 d 后症状仍未消失，21 d 后复查仍未恢复^[7]。总有效率 = (治愈 + 有效) / 总例数 × 100%。（2）采用 X 线摄像机测量耻骨联合分离宽度，采用日本骨科协会评估治疗分数（Japanese Orthopaedic Association scores, JOA）^[8] 评价腰骶功能，包括主观症状（9 分）、临床体征（6 分）、日常活动受

限度（14 分）及膀胱功能（-6~0 分），分为 0~29 分，分值越高则腰骶功能越好。（3）分别在治疗前、治疗后第 1、3、7 天，采用视觉模拟评分法（visual analogue scales, VAS）^[9] 评价患者疼痛程度，评分 0~10 分，分数越高则疼痛程度越高。（4）分别在治疗前后，采用生活质量综合评定量表（generic quality of life inventory, GQOLI-74）^[10] 评价患者生活质量，包括日常活动、睡眠、精神、社会功能等，各项评分为 0~20 分，分数越高生活质量越高。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

观察组患者总有效率高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较（ $n = 51$ ，例）

| 组别 | 治愈 | 有效 | 无效 | 总有效 / n (%) |
|-----|----|----|----|------------------------|
| 对照组 | 12 | 26 | 13 | 38(74.51) |
| 观察组 | 16 | 30 | 5 | 46(90.20) ^a |

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后的耻骨联合分离宽度、JOA 评分比较

治疗后，两组患者耻骨联合分离宽度均低于治疗前，JOA 评分均高于治疗前，且治疗后观察组患者耻骨联合分离宽度低于对照组，JOA 评分高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后的耻骨联合分离宽度、JOA 评分比较（ $n = 51$ ， $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别 | 时间 | 耻骨联合分离宽度 / mm | JOA 评分 / 分 |
|-----|-----|----------------------|-----------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 15.13 ± 3.12 | 15.23 ± 2.12 |
| | 治疗后 | 9.25 ± 2.06^b | 20.16 ± 5.17^b |
| 观察组 | 治疗前 | 15.12 ± 3.09 | 15.22 ± 2.03 |
| | 治疗后 | 6.12 ± 1.02^{bc} | 25.16 ± 5.22^{bc} |

注：JOA 日本骨科协会评估治疗分数。与同组治疗前比较，^b $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后的 VAS 评分比较

两组患者治疗后第 1、3、7 天的 VAS 评分均低于治疗前，且观察组患者治疗后第 1、3、7 天的 VAS 评分均低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后的 VAS 评分比较 (n = 51, $\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 治疗前 | 治疗后第 1 天 | 治疗后第 3 天 | 治疗后第 7 天 |
|-----|-------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 7.56 ± 2.06 | 7.07 ± 2.04 ^d | 5.88 ± 1.24 ^d | 4.36 ± 1.24 ^d |
| 观察组 | 7.57 ± 2.07 | 5.92 ± 1.22 ^{de} | 3.36 ± 1.22 ^{de} | 2.05 ± 0.22 ^{de} |

注: VAS 一视觉模拟评分法。

与同组治疗前比较, ^dP < 0.05; 与对照组治疗后同时间比较, ^eP < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后的 GQOLI-74 评分比较

治疗后, 两组患者日常活动、睡眠、精神、社会功能评分均高于治疗前, 且治疗后观察组患者日常活动、睡眠、精神、社会功能评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后的 GQOLI-74 评分比较 (n = 51, $\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 时间 | 日常活动 | 睡眠 | 精神 | 社会功能 |
|-----|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 5.43 ± 1.26 | 7.90 ± 1.23 | 7.79 ± 2.06 | 7.45 ± 1.06 |
| | 治疗后 | 10.22 ± 2.36 ^f | 12.23 ± 2.26 ^f | 12.65 ± 2.16 ^f | 11.22 ± 2.16 ^f |
| 观察组 | 治疗前 | 5.42 ± 1.22 | 7.89 ± 1.22 | 7.82 ± 2.03 | 7.43 ± 1.03 |
| | 治疗后 | 14.32 ± 2.22 ^g | 16.22 ± 2.16 ^g | 17.62 ± 2.26 ^g | 14.22 ± 2.22 ^g |

注: GQOLI-74 一生活质量综合评定量表。

与同组治疗前比较, ^fP < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^gP < 0.05。

3 讨论

产后耻骨联合分离症的原因可能是: (1) 产妇产黄雌激素分泌过多致韧带过度松弛, 分娩时耻骨联合更易分离。

(2) 如分娩过程过长、胎儿过大、用力不当或姿势错误、腰骶部受寒等, 可能会致分娩时或分娩后骨盆收缩力失衡, 致骶髂关节软骨表面脱位。(3) 妊娠期体质量增加, 盆底负担增加也是该病的原因。由于以上原因, 会致骶髂关节脱位, 耻骨联合长期不能恢复正常, 甚至症状加重, 导致产后耻骨联合分离^[11]。产后耻骨联合分离使产妇感到剧烈疼痛, 活动受限, 对产后康复产生了不良影响, 严重影响患者的生活质量, 甚至可致残, 骨盆束带是一种传统的治疗方法, 需患者长时间卧床且进行基础制动, 带来很多不便。手术治疗作为侵入性疗法, 具有很高的风险, 且术中可能损伤盆腔内其他重要器官, 出现并发症等, 仅适用于骨盆束带无效或合并盆腔脏器严重受损等的患者。采用四指推拿法联合手法复位对产后耻骨联合分离的治疗效果理想, 起效快, 且操作简单, 无侵入性, 临床医生应引起高度关注。

四指推拿法以拇、示、中、无名指为受力面, 通过摆动前臂带动腕关节屈伸, 四指作往返直线推动。拇指和其他三个手指相对用力来提拿。可改变四个手指的力分布和力方向, 接触面积可以大也可以小, 刺激量可以强也可以弱^[12]。推拿患侧腰骶和臀部, 可放松患侧肌肉韧带, 产生抗炎镇痛效果。俯卧悬肢牵引法、髌关节屈

曲和膝关节屈曲交叉挤压法、髌关节屈曲和膝关节屈曲按压法、屈膝按压骶髂法等手法, 利用骶髂关节小活动特点, 推揉患侧下肢痉挛的内收肌群并放松, 进行髌关节屈曲、内收内旋, 加速耻骨联合分离复位^[13]。

本研究结果显示, 观察组患者治疗总有效率高于对照组, 两组患者耻骨联合分离宽度、JOA 评分、VAS 评分及 GQOLI-74 量表评分均有所改善, 且观察组改善程度更大, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。提示在传统西医治疗的基础上, 采用推拿复位手法治疗可有效提高产后耻骨联合分离症患者的临床疗效, 改善患者的腰骶功能、疼痛程度和生活质量。四指推拿法可放松肌腱, 激活络脉, 温暖气血, 促进血液循环, 缓解疼痛。研究表明, 中医推拿可抑制 α 神经元活动, 减小肌张力, 改善肌肉力学, 促进血液和淋巴循环, 增加镇痛因子, 从而缓解肿胀和疼痛等^[14]。通过推拿等可达药物所无法起到的温通作用。与药物相比, 其还可以促进血液循环、祛瘀、舒筋通络、解痉止痛。手法复位耻骨联合分离, 后继续进行四指推拿, 可持续改善肌组织力学, 促进局部微循环, 加速耻骨联合分离愈合。四指推拿结合手法复位治疗耻骨联合分离症可最大化地发挥两者的优势。在复位前, 四指推拿可放松患侧肌肉韧带, 有助于手法复位执行, 提高疗效^[15]。

综上所述, 在传统西医治疗方法的基础上, 采用推拿复位手法治疗可有效提高产后耻骨联合分离症患者的临床疗效, 缩小耻骨联合分离宽度, 提高 JOA 评分和 GQOLI-74 量表评分, 降低 VAS 评分, 对改善患者疼痛、生活质量及腰骶功能均有较好的作用。

〔参考文献〕

- (1) 张斌. 仿生物电技术在顺产后耻骨联合分离症患者中的应用 (J). 河北医科大学学报, 2018, 39(2): 185-188.
- (2) 陆庆旺, 周红海, 田君明, 等. 孕产妇耻骨联合分离的研究进展 (J). 中国中西医结合杂志, 2021, 41(7): 890-896.
- (3) 唐芳, 姚丽娜, 王玉坤, 等. 中药外敷联合骨盆带与单纯使用骨盆带治疗产后耻骨联合分离效果及安全性比较 (J). 中国妇幼保健, 2018, 33(22): 5082-5085.
- (4) 李治慧. 穴位刺激神经调节机制与机体炎症调控的研究进展 (J). 临床与病理杂志, 2022, 42(3): 738-743.
- (5) 王宝剑, 朱立国, 郭玲, 等. 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 (J). 中国中医骨伤科杂志, 2020, 28(12): 57-59, 63.
- (6) 张金慧, 杜洪灵, 丁小兰, 等. 围产期耻骨联合分离的诊断与治疗 (J). 中国妇幼健康研究, 2014, 25(2): 322-324.
- (7) 沈文清, 李俊滔, 罗博智. 综合方法治疗产后耻骨联合分离症疗效分析 (J). 实用中医药杂志, 2020, 36(7): 828-829.
- (8) 杨剑, 康建平, 冯大雄, 等. IL-1 和 IL-6 的表达增强且与

- 盘源性下腰痛改良日本骨科学会 (mJOA) 评分负相关 (J). 细胞与分子免疫学杂志, 2016, 32(1): 88-91.
- (9) 严广斌. 视觉模拟评分法 (J). 中华关节外科杂志 (电子版), 2014, 8(2): 273.
- (10) 张强. 康复疗法与情志疗法对高龄脑梗死患者 GQOLI-74 评分的影响 (J). 当代护士 (下旬刊), 2020, 27(10): 37-39.
- (11) 陆庆旺, 周红海, 田君明, 等. 孕产妇耻骨联合分离的研究进展 (J). 中国中西医结合杂志, 2021, 41(7): 890-896.
- (12) 张王华, 王峰, 金诚久, 等. 刺腰夹脊联合四指推脊柱调整手法对腰椎间盘突出症患者腰椎功能及疼痛程度的影响 (J). 陕西中医, 2021, 42(1): 109-111.
- (13) 于栋, 王尚全, 孙树椿, 等. 归挤拍打正骨手法治疗产后耻骨联合分离病例对照研究 (J). 中国骨伤, 2018, 31(5): 431-435.
- (14) 刘志凤, 焦谊, 于天源, 等. 中医推拿的镇痛机制近十年研究进展 (J). 环球中医药, 2022, 15(3): 526-530.
- (15) 于志国, 关睿, 吴文刚. 颈椎复位联合经筋推拿手法治疗气滞血瘀型颈椎病的临床研究 (J). 中医药信息, 2022, 39(1): 46-50.

[文章编号] 1007-0893(2023)01-0062-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.01.019

莲蓢消癭汤联合中药透药治疗甲状腺炎的疗效观察

李超 崔亚君 张宝珠

(开封市人民医院, 河南 开封 475000)

[摘要] **目的:** 探讨莲蓢消癭汤联合中药透药治疗甲状腺炎的疗效。**方法:** 选择开封市人民医院 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间接诊的 92 例甲状腺炎患者, 将所有患者进行随机分对照组和观察组, 各 46 例。对照组患者单纯应用莲蓢消癭汤实施治疗, 观察组患者采用莲蓢消癭汤联合中药透药方法进行治疗, 比较两组患者治疗效果。**结果:** 两组患者治疗前后的血清游离三碘甲状腺原氨酸 (FT3)、血清游离甲状腺素 (FT4)、促甲状腺激素 (TSH) 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者的现代中西医结合症状积分均低于治疗前, 且观察组患者的现代中西医结合症状积分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 应用莲蓢消癭汤联合中药透药方式治疗甲状腺炎患者, 可显著降低现代中西医结合症状积分, 获得较高的治疗有效率。

[关键词] 甲状腺炎; 莲蓢消癭汤; 中药透药

[中图分类号] R 581.4 **[文献标识码]** B

甲状腺炎主要是在多样化原因的影响下, 表现为累及机体甲状腺的一种异质性病症^[1]。甲状腺炎的病因存在差异, 在患病阶段, 患者的临床表现和预后特征并不相同, 按照甲状腺功能的具体表现, 可呈现出正常、亢进、减退三种情况, 有时在整个病程中, 上述三种功能异常的情况都有可能发生, 并且在受到病症的影响下, 有些患者可能发展成为永久性甲状腺功能减退^[2]。因此, 为了有效降低甲状腺炎对机体健康带来的影响, 临床需采取有效的治疗方法。现阶段, 西医针对甲状腺炎病症并没有明确的特效治疗方法, 按照中医药治疗理念, 则倡导从整体出发对患者进行有效调节, 并尽可能避免发生不良反应状况, 实现对该病症的治疗和预防^[3-4]。基于此, 本研究结合接诊的有关甲状腺炎患者, 探讨研究莲蓢消

癭汤联合中药透药方法的治疗效果, 具体内容报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择开封市人民医院 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间接诊的 92 例甲状腺炎患者, 将所有患者进行随机分对照组和观察组, 各 46 例。观察组男性 26 例, 女性 20 例, 年龄 33~65 岁, 平均 (48.20 ± 5.30) 岁; 对照组男性 25 例, 女性 21 例, 年龄 32~66 岁, 平均 (48.50 ± 5.50) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 基于中医诊断标准, 上述患者均已确诊为甲状腺炎患者^[5]; (2) 患者及其家属均了

[收稿日期] 2022-11-16

[作者简介] 李超, 女, 主治医师, 主要研究方向是内分泌疾病中医诊疗。