

手法治疗骶尾痛症的临床观察

赵国东*

(中国中医科学院望京医院脊柱二科, 北京 100102)

骶尾痛是临床常见症状,常因臀部跌伤、撞击伤或被踢伤而致骶尾部骨折、脱位、骶尾韧带、软组织损伤及其他肿痛引起^[1]。由于臀大肌的部分纤维附着于尾骨上,故患者在坐位、站位或是在行走、跨台阶时,由于肌肉的牵拉而出现疼痛加重。在临床上以女性为多见,往往因为忽视治疗而遗留长时间的骶尾痛症。临床中,一般采用外用药物及卧床休息对症治疗;自 2008~2010 年,采用孙树椿教授骶尾部手法,治疗骶尾痛症 50 例,并与外用扶他林(双氯芬酸二乙胺乳胶剂,北京诺华制药有限公司,国药准字 H19992091)对 50 例进行对照,疗效颇佳。

1 临床资料

1.1 入选病例 治疗组(手法组)50 例,男 20 例,女 30 例;年龄 16~55 岁,平均 34.5 岁,发病时间为 2 h-12 月;对照组(外用扶他林乳胶剂)50 例,男 18 人,女 32 人,年龄平均 33.2 岁,发病时间 1 h-10 月。全部病例均有明确外伤史。受伤姿势为仰身跌倒臀部着地,或骑自行车颠簸、滑冰摔倒等,受伤特点均为尾部冲击损伤。

1.2 症状与体征 两组受伤后 2 周内就诊者为急性外伤性尾骨痛,有较重尾骨痛症状,伴有典型的坐位疼痛,站坐姿势变换时疼痛加剧,尤其是坐位起立时,重者只能一侧臀部坐凳,尾骨压痛明显,拒按;如就诊时已受伤 2 周以上为慢性外伤性尾骨痛,最长 12 个月,表现为不能长时间坐位,按压尾骨时疼痛较轻,取坐位后仰时,多有尾骨痛表现。全部病例均行尾骨正侧位 X 线检查。侧位片示尾骨屈曲角度大,以尾椎末 2、3 节明显。

2 治疗方法

骶尾部手法^[2]:患者俯卧位,骨盆下垫一枕头。医者立于患者一侧,双手拇指在骶尾部轻揉轻顺,以患者能忍受为度,反复多次。一助手握踝部牵引,医者一手抱起患者双下肢,一手以大鱼际置于骶尾部,摇晃下肢数次。助手拉直下肢上抬,使腰部过伸,同时医者以大鱼际在骶尾部揉捻戳按。可重复数次。最后,患者仰卧位,助手握双踝;医者在一旁一手按膝前,一手按于骶尾部,两手相对用力按之。而后助手拉下肢伸直,并使患者骶尾部在医者大鱼际上滚过,结束治疗。嘱其卧床

休息,局部避免受压。治疗组经上述手法复位治疗,每周 2 次,共 4 次;2 周后按疗效标准进行评定;对照组,每日外用扶他林乳胶剂 1 次,涂擦于骶尾患处,用药 2 周;2 周后进行评定。

3 治疗结果

疗效评分标准:参照《中医病证诊断疗效标准》拟定。治愈:尾骨痛症状完全消失,压痛不明显、不影响正常坐位等日常姿势;好转:尾骨痛症状缓解,压痛减轻、坐位轻度疼痛或久坐疼痛;未愈:尾骨部疼痛、压痛无大变化。

结果:运用手法对 50 例骶尾痛症患者进行治疗,并与外用药物对照比较,观察疗效。手法治疗 50 例中,控制 24(48%);好转 23(46%);无效 3 例(6%);对照组 50 例中,控制 16(32%);好转 19(34%);无效 15(30%)。

4 讨论

尾骨痛多为外伤所致骶骨下部、尾骨部及其相邻肌肉或其他软组织的急慢性疼痛。按中医学应归属于“伤筋”范畴。其主要病机是气滞血瘀,脉络不通,瘀血阻滞肿胀,气滞不通则痛;气滞血阻,郁而发热。故治疗以活血化瘀、消肿通络、行气止痛为则。中医通常选非手术疗法是治疗尾骨痛的首选疗法。此操作手法主要针对尾骨周围软组织痉挛,首先以轻揉轻顺的理筋手法,舒缓因外伤所带来的软组织的紧张状态,促进致痛物质的吸收;然后以腰部过伸、揉捻戳按的连贯手法借助后伸时肌肉韧带的牵拉使错位的尾骨尽量恢复正常位置。最后屈髋、并巧以大鱼际肌为软性支点,在伸直下肢过程中弹压骶尾骨近端,从而达到理筋正骨,活络止痛的目的,使外伤受损的骶尾骨尽可能恢复正常解剖位置及正常生理功能,受损的组织尽快得以修复^[3]。临床观察结果显示,骶尾手法治疗外伤性骶尾部损伤疗效颇好,方法简单,安全可靠,适宜推广。

[参考文献]

- [1] 张霖. 手法为主治疗尾骨痛 87 例[J]. 四川中医, 1999, 17(9): 55.
- [2] 孙树椿. 实用推拿手法彩色图谱[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1990: 60261.
- [3] 杨克勤, 过邦辅. 矫形外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 633.
- [4] 张洪佑, 马玲. 对教科书中“肛指复位治疗尾骨骨折脱位”作用的商榷[J]. 中华骨科杂志, 1996, 16(11): 737.

[收稿日期] 2010-04-01

[通讯作者] * 赵国东, Tel: (010) 84739194; E-mail: health99992003@ yahoo. com cn