

引用:陈声斌,豆贵,吴小辉,刘晓岚. 补阳还五汤加减治疗高龄骨质疏松性椎体压缩性骨折 PVP 术后患者 49 例[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1):50-52.

补阳还五汤加减治疗高龄骨质疏松性椎体压缩性骨折 PVP 术后患者 49 例

陈声斌¹,豆贵²,吴小辉²,刘晓岚²

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;2. 湖南省中医院,湖南 长沙,410005)

[摘要] 目的:观察补阳还五汤加减治疗脾肾两虚兼血瘀型高龄骨质疏松性椎体压缩性骨折(OVCF)经皮椎体成形术(PVP)术后患者的临床疗效。方法:将 98 例高龄 OVCF 并行 PVP 术后患者随机分为 2 组,每组各 49 例。对照组采用骨康颗粒治疗,治疗组在对照组基础上加用补阳还五汤加减治疗。对 2 组患者术后 3d、1 个月及 3 个月的视觉模拟疼痛评分(VAS)及 Oswestry 功能障碍指数(ODI)及骨密度(BMD)进行比较。结果:总有效率治疗组为 91.84% (45/49),对照组为 79.59% (39/49),组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 1 个月及术后 3 个月 2 组 VAS 评分、ODI、骨密度组间比较及 2 组术后 1 个月与术后 3d 组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:补阳还五汤加减能够显著提高脾肾两虚兼血瘀型高龄 OVCF 术后患者的临床疗效。

[关键词] 椎体压缩性骨折;骨质疏松;中医药疗法;补阳还五汤加减;经皮椎体成形术

[中图分类号]R274.93 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.020

骨质疏松症(osteoporosis, OP)是一种因骨代谢异常,导致骨量减少、骨脆性增加、骨折风险增高的疾病。目前国内 60~69 岁 OP 患者中男性少于女性^[1]。脆性骨折是 OP 目前公认最严重的并发症之一,就骨折发生部位而言髋部和脊柱为多发部位,髋部低于脊柱^[2]。骨质疏松性椎体压缩性骨折(osteoporotic vertebral body compression fractures, OVCF)可导致患者脊柱严重后凸畸形,持续性腰背部疼痛,少许严重患者可因脊髓受压迫致瘫痪。我国当今已处于老龄化社会,OVCF 患者越来越多,而

目前的诊疗现状尚不理想。本病治疗大多以手术、药物及卧床休息制动等为主,其中经皮椎体成形术(PVP)或经皮椎体后凸成形术在一定程度上改善了椎体自身强度和稳定性,能快速缓解疼痛,同时减少了并发症。这两种手术方式相比之前的传统治疗以及切开复位椎弓根螺钉内固定手术方式,其所带来的手术创伤、术中风险以及缓解疼痛的速度均要明显优于后者^[3]。PVP 治疗 OVCF 的有效率达 64%~100%^[4]。据资料显示,肝肾不足证型占 15.12%,脾肾两虚证型占 21.88%,脾肾两虚兼血

第一作者:陈声斌,男,2016 级硕士研究生,研究方向:中医药防治脊柱脊髓疾病

通讯作者:刘晓岚,男,医学博士,教授,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治脊柱脊髓疾病,E-mail:366188049@qq.com

本观察结果显示,治疗组的总有效率、症状改善率及直腿抬高 60°情况均优于对照组,说明外星舱非手术脊柱减压系统牵引配合推拿治疗 LDH 安全系数高、无毒副作用、显效快、费用低,又具有时代先进性,具有临床推广价值。

参考文献

[1] 张志南,武文. 针灸推拿治疗腰椎间盘突出症的疗效分析[J]. 辽宁中医杂志,2014,41(11):2438-2440.

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京中医药大学出版社,1994:201.

[3] 王志峰. 腰椎牵引加定点旋转复位治疗腰椎间盘突出临床观察[J]. 临床合理用药,2014,7(12):127-128.

[4] 范德辉,苏美意,刘建,等. 倒悬牵引治疗腰椎间盘突出症疗效的正交设计临床研究[J]. 湖南中医杂志,2014,30(10):6-8.

[5] 陆艳天. 牵引配合推拿治疗腰椎间盘突出症临床疗效分析[J]. 亚太传统医药,2014,10(21):71-72.

[6] 胡追成,沈丽华,吴耀持. 电针治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2010,29(11):722-724.

[7] 刘邦忠,李泽兵. 躯干肌群在腰椎稳定性中的作用[J]. 中华物理医学与康复杂志,2003,25(1):47-48.

[8] 张为民. 推拿牵引联合治疗腰椎间盘突出症临床效果观察[J]. 中医临床研究,2014,6(25):27-28.

[9] 廖康兴,王明杰,赵明明. 显微内镜椎间盘切除术早期功能锻炼临床观察[J]. 广西中医学院学报,2009,12(1):5-7.

(收稿日期:2019-02-13)

瘀证型占 63.00%,其中脾肾两虚兼血瘀证型所占比例最多^[3]。本研究对行 PVP 术后脾肾两虚兼血瘀证高龄骨质疏松性椎体压缩骨折患者采用补阳还五汤加减治疗,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2016 年 12 月至 2018 年 10 月于湖南中医药大学第二附属医院就诊并行 PVP 手术治疗的 98 例脾肾两虚兼血瘀型高龄 OVCF 患者随机分为治疗组与对照组。治疗组 49 例中,男 29 例,女 20 例;平均年龄(75.24 ± 8.45)岁。对照组 49 例中,男 28 例,女 21 例;平均年龄(74.49 ± 7.82)岁。2 组患者性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《临床诊疗指南·骨质疏松症和骨矿盐疾病分册》^[6]拟定。骨密度检测:用双能 X 线骨密度仪进行测定,骨质疏松 $T \leq -2.5$ 。QCT 测量的骨密度(BMD)绝对值 $\leq 80\text{mg}/\text{cm}^3$;有明确外伤史,经 X 线片(CT 及 MRI)检查确诊为椎体压缩性骨折。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定脾肾两虚兼血瘀证的辨证标准。主症:腰背酸痛或周身疼痛,不能手持重物,易抽筋。次症:四肢乏力,眼花齿摇发脱,食欲不振,肌肤甲错或干燥,口唇紫暗,疼痛有定处,夜间加重,痛如针刺,舌暗有瘀斑,舌下静脉瘀血,脉沉细无力或涩。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;2)患者均行 PVP 术,且术后时间 $< 3\text{d}$;3)行 PVP 术前表现为椎体局部活动障碍、肿痛、压痛及后凸畸形;4)患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)不符合上述纳入标准;2)合并心、脑血管等重要器官严重损伤、精神疾病;3)妊娠或哺乳期妇女;4)过敏体质或对本观察药物过敏;5)依从性较差。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用骨康颗粒治疗。骨康颗粒(辽宁康辰药业有限公司,批准文号:国药准字 Z20003255,规格:10g/袋),每次 1 袋,每天 2 次,早晚餐后 1h 温水冲服。

2.2 治疗组 在对照组基础上口服补阳还五汤加减治疗。方药组成:黄芪 30g,川芎 10g,赤芍 10g,

地龙 10g,当归 10g,红花 5g。由湖南中医药大学第二附属医院制成汤剂,每天 2 次,每次 100 ~ 200ml,早晚餐后 1h 服用。

2 组均治疗 3 个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)疼痛程度:采用视觉模拟疼痛评分(VAS)法^[7]进行疼痛程度评估,分别记录 2 组患者术后 3d、1 个月及 3 个月的 VAS 评分。2)功能障碍情况:采用 Oswestry 功能障碍指数(ODI)^[8]进行肢体活动能力评估,分别记录 2 组患者术后 3d、1 个月及 3 个月的 ODI。3)BMD 测定:采用双能 X 线吸收法对 2 组患者术后 3d、1 个月及术后 3 个月的病椎相邻椎体 BMD 进行测定,并分别记录相关数值。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定。显效:症状消失或明显改善,骨折基本愈合,脊椎椎体功能明显改善;有效:症状体征明显好转,骨折大部分已愈合,脊椎椎体功能有所改善;无效:症状体征无明显改善,甚或加重。

3.3 统计学方法 所有数据均采用 SPSS 21.0 软件进行分析,计量数据采用 t 检验,以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用 χ^2 检验,以率或构成比(%)表示。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 91.84%,对照组为 79.59%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	49	14(28.57)	31(63.27)	4(8.16)	45(91.84) ^a
对照组	49	9(18.37)	30(61.22)	10(20.41)	39(79.59)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组不同时间 VAS 评分、ODI、骨密度比较 2 组术后 3d VAS 评分、ODI、骨密度组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。2 组术后 1 个月与术后 3d 比较,及术后 1 个月、术后 3 个月组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

4 讨论

骨质疏松症可归属于中医学“骨枯”范畴,病因病机主要是肾亏、脾虚和瘀阻经脉,治疗应以补肾强骨为先,兼顾益气健脾,而后养血活血、祛瘀通络。此外,瘀血也是骨质疏松症的重要病机。《医林改错》

表2 2组不同时间VAS评分、ODI、BMD比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	VAS评分(分)	ODI	BMD
治疗组	49	术后3d	4.03 ± 0.53	40.32 ± 0.65	-2.62 ± 0.16
		术后1个月	3.45 ± 0.34 ^{ab}	37.83 ± 0.56 ^{ab}	-2.49 ± 0.04 ^{ab}
		术后3个月	3.07 ± 0.65 ^c	36.75 ± 0.70 ^c	-2.08 ± 0.31 ^c
对照组	49	术后3d	4.11 ± 0.44	40.12 ± 0.71	-2.61 ± 0.12
		术后1个月	3.21 ± 0.52 ^a	38.19 ± 0.60 ^a	-2.48 ± 0.03 ^a
		术后3个月	3.28 ± 0.54	37.31 ± 0.58	-2.25 ± 0.11

注:与本组术后3d比较,^a $P < 0.05$;与对照组术后1个月比较,^b $P < 0.05$;与对照组术后3个月比较,^c $P < 0.05$ 。

中提到:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”清代唐容川提出:“瘀血在经络脏腑之间,则周身作痛,以其堵塞气之往来,故滞障而痛,所谓痛则不通也”,老年患者肾气亏虚,无力推动血液运行则留瘀。

补阳还五汤源自清代医家王清任,该方是治疗中风半身不遂和痿病的名方,其方补气而不壅滞,化瘀而不伤正,配伍精炼得当,临床运用疗效显著。从历代使用该方的病案分析,病症虽然不尽相同,但特点均表现为气滞血瘀。气滞血瘀乃日久所成,非一朝一夕可改之,不可一时一药而愈,但脾肾两虚兼血瘀型高龄OVCF术后患者的临床愈合受全身状况、活动能力的影响,骨密度升高缓慢。《医林改错》中明确指出“药味要紧,分量更要紧”,故在运用此方中以黄芪为君药,再根据病情调整药材用量。故补阳还五汤重用黄芪,快速补气,以期在治疗早期较快地缓解全身性骨痛,加强气血的运动能力,是所谓“有形之血不能速生,无形之气所当急固”。治疗时间的长短也与疗效密切相关。据调查研究

表明,选用此方治疗后的患者多在治疗数月之后方可见效,是故临床运用当中应根据病情选择合理的疗程。如果治疗时间较短,则难以达到理想疗效。

本次临床观察采用补阳还五汤加减治疗脾肾两虚兼血瘀型高龄OVCF PVP术后患者,取得满意效果。肾为先天精气之源,脾为后天土谷运化之源,高龄OVCF患者脾肾两虚实为气虚之本,气虚则血瘀,故临床以补阳还五汤治疗,病证相合,故可收良效,且未见明显毒副作用,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 邱明才. 骨质疏松研究的现状与展望[J]. 中华医学杂志, 2001,81(14):4-6.
- [2] 柴旭斌,周英杰. 老年骨质疏松性胸腰椎骨折的治疗进展[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2015,30(9):1006-1008.
- [3] 程权,刘洋,陈方舟,等. 单侧与双侧经皮椎体成形术治疗骨质疏松椎体压缩骨折的疗效比较[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2016,24(5):29-32.
- [4] WANG H,SRIBASTAV SS,YE F,et al. Comparison of percutaneous vertebroplasty and kyphoplasty for the treatment of single level vertebral compression fractures:a meta-analysis of the literature[J]. Pain Physician,2015,18(3):209-222.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第3辑)[S]. 1997:149.
- [6] 中华医学会. 临床诊疗指南·骨质疏松症和骨矿盐疾病分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:12.
- [7] WOODFORDE JM,MERSKEY H. Some relationships between subjective measures of pain[J]. J Psychosom Res,1972,16(3):173-178.
- [8] 宋仁谦,周英杰,赵刚,等. 高黏度骨水泥经皮椎体成形术与经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松压缩骨折的临床疗效观察[J]. 中国矫形外科杂志,2016,24(8):692-696.

(收稿日期:2019-01-25)

打饱嗝也要分虚实

嗝气俗称打饱嗝,是一种常见的消化系统症状,指胃中气体上逆,从咽喉所发出的声响,其声多闷而长,有别于呃逆的声高而短促。中医学认为,脾胃虚弱、饮食停滞、肝气犯胃导致胃气上逆,是嗝气常见的三种原因。脾胃虚弱证:嗝气声低而缓,病程长,伴有面色萎黄、神疲乏力、舌质淡、脉弱。饮食停滞证:嗝气声闷而长,有酸腐味,多于伤食后出现,舌苔厚腻,脉象有力。肝气犯胃证:嗝气声响,于生气或紧张后发病,患者平时性子急、易郁易怒。

打饱嗝的治疗方法:1)按压内关和足三里。将右手食指、中指、无名指并拢贴在小臂上,且无名指齐腕横纹,食指与小臂的交接处正中即为内关穴。足三里穴的取穴方法:坐在凳子上,小腿与地面垂直,摸到膝眼的凹陷处,四个手指并拢,将食指放在膝眼上,小指对应的地方即是。按压2个穴位时,可适当用力,每个穴位按压10min。2)中药调理。不同原因引起的嗝气,中药调理方法各异。脾胃虚弱证可选六君子丸,配合胃苏颗粒;饮食停滞证可选加味保和丸;肝气犯胃证选择六君子丸,配合胃苏颗粒。一般服药3d,若症状无缓解或逐渐加重时,应尽快到医院消化科就诊。

需要提醒的是,嗝气虽然只是小毛病,但往往提示消化系统已出现问题。如果条件允许,应该尽早到正规医院就诊,并在消化科医师指导下有针对性地检查、治疗,以免贻误病情。此外,规律的生活起居,合理的饮食调理,坚持适当锻炼,保持身心放松,对于预防和缓解嗝气也很重要。(http://www.cntcm.com.cn/2019-12/10/content_69116.htm)