

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2018.04.013

中药健骨汤联合手术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的效果分析

杨俊芳

郑州市新郑市第二人民医院骨科, 河南新郑 451100

骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折是骨质疏松患者较为常见的并发症,其发病率随着骨质疏松患者数量的不断增加而逐渐升高,临床常表现为不同程度的运动功能障碍及疼痛,对患者生活质量造成严重影响。以往,临床上常采取佩戴支具、口服药物、长期卧床休息等非手术方式治疗,但疗效不佳。近年来,随着医学技术不断发展,经皮椎体成形术逐渐在临床上广泛应用,且在骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的治疗中取得良好成效,但部分患者术后可能出现胸腰背痛等后遗症。研究^[1]发现,补肾健骨汤结合西药治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床疗效要显著优于单纯西药治疗。鉴于此,本研究观察中药健骨汤联合经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 8 月—2018 年 2 月在本医院就诊的骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折患者 112 例,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 56 例。对照组,其中男 31 例,女 25 例;年龄 58~74 岁,平均年龄(65.83±6.74)岁。观察组,其中男 32 例,女 24 例;年龄 59~75 岁,平均年龄(66.17±6.82)岁。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①符合《中国人骨质疏松症诊断标准专家共识(2014 版)》^[2]中相关诊断标准;②经胸腰椎 X 线片、CT、MRI 或同位素骨扫描等影像学检查确诊;③患者及家属均同意并签署知情同意书。排除标准:①继发性骨质疏松;②骨肿瘤;③脊髓损伤或神经根损伤;④伴有凝血功能异常等手术禁忌症。

1.3 治疗方法

2 组患者均采用经皮椎体成形术治疗,方法如下:患者取俯卧位,常规消毒铺巾后,利用 C 臂 X 线透视明确椎体病变及进针部位,做好标记,局部浸润麻醉

至骨膜,于标记处做 5 mm 切口,在透视下将穿刺针置入,达到骨折椎体前 1/3 时,将针芯拔除,并将骨水泥注入,注入量为 2.0~3.5 mL,始终观察骨水泥注入情况,防止椎管内后渗,待骨水泥硬化后,方可拔出穿刺针,避免骨水泥顺骨道溢出,并将切口缝合。术后,叮嘱患者卧床休息,对照组患者采取对症处理及功能锻炼,观察组患者在此基础上加用中药健骨汤治疗,药物组成为川续断、穿山甲、淫羊藿、山药、黄芪、补骨脂各 30 g,熟地黄、茯苓、当归、鹿角霜各 20 g,红花 10 g,葛根 60 g,水煎取汁 300 mL,早晚温服,1 剂/d。2 组疗程均为 3 个月。

1.4 观察指标及疗效判定标准

对比 2 组患者术后疼痛、功能障碍、并发症发生情况及临床疗效。①疼痛情况,分别于术前及术后 6 个月利用视觉模拟评分法(VAS)^[3]进行判定,分值 0~10 分,分值越高代表疼痛越剧烈;②功能障碍情况,分别于术前及术后 6 个月利用 Oswestry 功能障碍指数问卷表(ODI)^[4]进行判定,共包括负重、站立、坐位、行走、睡眠、疼痛程度等方面,分值越高代表功能障碍程度越严重;③术后并发症,包括呕吐、腹痛、感染、骨水泥渗漏等。

参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]制定临床疗效判定标准:显效 压缩椎体恢复,骨折完全愈合,患者无不适症状,功能恢复;有效 压缩椎体、骨折基本恢复,患者无不适症状,功能基本恢复;无效 上述临床指标均未改善甚至加重。总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS 及 ODI 评分比较

术前,2 组患者 VAS 及 ODI 评分比较,差异无统

计学意义($P>0.05$);术后 6 个月,2 组患者 VAS 及 ODI 评分均显著降低,且观察组明显低于对照组,差

异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者 VAS 及 ODI 评分比较($n=56$,分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	VAS	ODI
对照组	术前	7.94±1.36	38.25±3.34
	术后 6 个月	3.62±1.14*	28.14±2.37*
观察组	术前	8.13±1.42	37.97±3.06
	术后 6 个月	2.57±0.93*△	25.23±1.64*△

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较△ $P<0.05$

2.2 临床疗效比较

观察组总有效率 94.64%,明显高于对照组的 80.36%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 术后并发症比较

2 组患者术后并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者临床疗效比较($n=56$,例,%)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	27(48.21)	18(32.14)	11(19.64)	45(80.36)
观察组	34(60.71)	19(33.93)	3(5.36)	53(94.64)△

与对照组比较△ $P<0.05$

表 3 2 组患者术后并发症比较($n=56$,例,%)

组别	呕吐	腹痛	感染	骨水泥渗漏	并发症发生率
对照组	0(0.00)	0(0.00)	3(5.36)	3(5.36)	6(10.71)
观察组	2(3.57)	1(1.79)	2(3.57)	2(3.57)	7(12.50)△

与对照组比较△ $P>0.05$

3 讨论

骨质疏松性骨折,是指受到轻微创伤或日常活动情况下发生的骨折,是骨质疏松症的严重后果,发生多与钙吸收障碍、矿物质丢失、脊椎骨量减少、骨纤维结构退化等有关。骨质疏松性骨折的危害巨大,是老年患者致残和致死的主要原因之一^[6]。骨质疏松症属中医“骨痿”“骨痹”等范畴。肾主骨,可生髓,若肾精、肾气不足,则骨髓失充,骨骼失养,脆弱无力;受到外伤后,致局部瘀血阻滞,气血不通。因此,治疗本病应以补脾益肾、强筋健骨为主。

临床上常采取经皮椎体成形术对骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折进行治疗,主要利用骨水泥的聚合反应产生热量,可有效破坏受伤椎体的感觉神经末梢,从而缓解患者疼痛。但骨水泥的填充只能增加锥体的强度,对椎体高度的恢复效果较差^[7],且无法纠正骨质疏松及改善骨代谢。本研究结果显示,观察组患

者术后 6 个月 VAS 及 ODI 评分显著低于对照组,治疗总有效率较对照组高,表明中药健骨汤联合经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床效果显著,在减轻患者疼痛、改善功能障碍等方面具有重要意义。分析其原因在于中医健骨汤中的川续断有行血止痛、续筋接骨、补益肝肾之效;穿山甲疏通经络,活血散结;淫羊藿补肾壮阳,强健筋骨;山药滋肾益精;黄芪利水消肿,益气固表;补骨脂温肾助阳;熟地黄益精填髓,补血滋润;茯苓健脾和胃,渗湿利水;当归、红花活血化瘀,补血止痛;鹿角霜收敛止血,补肾助阳;葛根有升阳之效。诸药合用,共同起到补脾益肾、强筋健骨的作用。体外研究^[8]发现,补肾健骨汤能促进成骨细胞的增殖及分化;川续断、穿山甲、黄芪可有效促进纤维细胞、骨内膜细胞及骨外膜细胞生长;山药、熟地黄、茯苓、当归可有效促进骨痂生长,进而促进骨折愈合。本研究结果显示,2 组患者术后并发症发生率比较,差异无统计学意义,表明中药健

骨汤联合经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折不会增加术后并发症的发生率,安全性较高。

综上所述,骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折患者采用中药健骨汤联合经皮椎体成形术治疗,可有效提升临床疗效,减轻患者疼痛,促进功能恢复,值得推广应用。

参 考 文 献

- [1] 范宏元,孙琚,赵婧,等.补肾健骨汤联合西药治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床研究[J].中国现代医学杂志,2015,25(13):69-72.
- [2] 中国老年学学会骨质疏松委员会,骨质疏松症诊断标准学科组.中国人骨质疏松症诊断标准专家共识(第三稿·2014 版)[J].中国骨质疏松杂志,2014,20(9):1007-1010.
- [3] 戚春潮,吴明.老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折采用中

西医结合治疗的临床疗效分析[J].中华中医药学刊,2015,33(3):735-737.

- [4] 邓宇,刘奎,陈廖斌.补肾壮骨汤联合经皮椎体后凸成形术治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折[J].中医学报,2017,32(10):1890-1894.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.
- [6] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会.原发性骨质疏松症诊疗指南(2017)[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2017,10(5):413-444.
- [7] 姚良阔,陈明,李继忠,等.经皮椎体成形术治疗骨质疏松椎体压缩骨折[J].河南外科学杂志,2010,16(1):14-15.
- [8] 邢国胜,谈志龙,王淑云,等.补肾健骨汤对成骨细胞增殖与分化影响的实验研究[J].中国实验方剂学杂志,2002,8(1):50-52.

(收稿日期:2018-07-08)

(上接第 202 页)

- [4] 中国医师协会内分泌代谢科医师分会.糖尿病周围神经病变诊疗规范(征求意见稿)[J].中国糖尿病杂志,2009,17(8):638-640.
- [5] 中华中医药学会糖尿病分会.糖尿病周围神经病变中医临床诊疗指南(2016 年版)[J].中医杂志,2017,58(7):625-630.
- [6] 常湛,冯红,孟令华,等.不同评分法在糖尿病周围神经病变诊断中的应用价值[J].成都医学院学报,2016,11(1):65-68.
- [7] 陆舒婷,张雪芳,高小莉,等.糖尿病周围神经病变风险评估工具的研究进展[J].护理研究,2017,31(11):1285-

1287.

- [8] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [9] 迟家敏.实用糖尿病学(第 4 版)[M].北京:人民卫生出版社,2015.
- [10] 郑琪蓉,苏青.依帕司他的药理作用及临床应用[J].中国新药与临床杂志,2006,25(11):876-884.
- [11] 张翥宇,谢春光,杜联.活血化痰通络法防治糖尿病周围神经病变的机制探讨[J].天津中医药,2016,33(1):55-58.

(收稿日期:2018-07-10)