

健脾益肾方联合西药治疗骨质疏松症 45 例临床观察

余献忠

义乌市第二人民医院骨科, 浙江 义乌 322002

[摘要] 目的: 观察健脾益肾方联合西药治疗骨质疏松症的临床疗效。方法: 选取 90 例脾肾亏虚型骨质疏松症患者, 随机分为对照组和治疗组各 45 例, 2 组均以常规药物进行治疗, 治疗组在此基础上加用健脾益肾方, 2 组均连续治疗 3 月, 比较 2 组的临床疗效, 观察治疗前后血钙、血磷、碱性磷酸酶及骨密度的变化。结果: 总有效率对照组为 73.3%, 治疗组为 95.6%, 治疗组总有效率高于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后, 2 组血钙水平均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 治疗组升高较对照组显著 ($P < 0.05$); 2 组碱性磷酸酶均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 治疗组降低更为显著 ($P < 0.05$); 2 组 L_{2-4} 、股骨颈及股骨粗隆的骨密度均较治疗前增加 ($P < 0.05$), 治疗组 3 处骨密度的增加均较对照组显著 ($P < 0.05$)。结论: 在常规治疗的基础上加用健脾益肾方治疗脾肾亏虚型骨质疏松症患者, 可明显改善患者的血钙、碱性磷酸酶水平, 增加骨密度, 提高临床治疗效果。

[关键词] 骨质疏松症; 中西医结合疗法; 脾肾亏虚; 健脾益肾方; 骨密度

[中图分类号] R589.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0139-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.066

骨质疏松症系由多种原因引起的以骨量减少、骨微结构破坏、容易骨折为主要特征的代谢性骨病, 临床常表现为疼痛、驼背、骨折、身长缩短、呼吸功能下降等, 骨质疏松症在中老年人中具有较高的发病率, 尤其在绝经后妇女更为常见。笔者在常规治疗的基础上加用健脾益肾方对骨质疏松症患者进行治疗, 取得了较好的临床效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例为 2012 年 1 月—2013 年 12 月本院骨科收治的 90 例骨质疏松症患者, 将其按照随机数字表法分为对照组和治疗组各 45 例。对照组男 21 例, 女 24 例; 年龄 50~68 岁, 平均 (60.9 ± 8.6) 岁; 病程 1~10 年, 平均 (5.4 ± 1.8) 年。治疗组男 22 例, 女 23 例; 年龄 51~69 岁, 平均 (61.2 ± 8.9) 岁; 病程 1~12 年, 平均 (5.8 ± 1.9) 年。2 组性别、年龄、病程等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中国人骨质疏松症建议诊断标准(第二稿)》^[1]及《中药新药治疗脾虚证的临床研究指导原则》^[2]中关于骨质疏松症的临床诊断标准。临床出现腰酸、骨痛、驼背、小腿抽筋、脊柱畸形、易骨折等症状; 检查结果显示骨量减少、骨密度减少 2 个标准差以上。

1.3 中医辨证标准 参照文献^[2]辨证属脾肾亏虚证。

1.4 纳入标准 符合原发性骨质疏松症的临床诊断标准, 中医辨证属脾肾亏虚证; 年龄 50~70 岁; 同意参加临床

研究并签署知情同意书。

1.5 排除标准 不符合原发性骨质疏松症临床诊断标准者; 对药物出现严重过敏而不宜纳入临床者; 有精神疾患而未按照临床治疗方案治疗者; 有甲状腺功能亢进、骨髓瘤、类风湿性关节炎等严重并发症者; 近期已使用药物进行治疗者; 有严重的心血管、肝、肾等疾病者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予阿法骨化醇软胶囊(华润双鹤药业股份有限公司, 规格: 0.25 μ g)、阿仑膦酸钠片(北京万生药业有限责任公司, 规格: 10 g)及牡蛎碳酸钙片(济川药业集团有限公司, 规格: 25 mg)进行治疗, 药物用法用量: 阿法骨化醇软胶囊: 每次 2 粒, 每天 1 次; 阿仑膦酸钠片: 每次 1 片, 每天 1 次, 第一次于进食前 30 min 服用; 牡蛎碳酸钙片: 每次 3 片, 每天 3 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用健脾益肾方, 处方: 太子参 30 g, 熟地黄、制首乌各 20 g, 女贞子、旱莲草、淫羊藿、茯苓、续断各 15 g, 骨碎补、山茱萸、土鳖虫各 10 g。每天 1 剂, 加水煎煮, 取药汁 400 mL, 分早、晚 2 次服用。每周复诊 1 次, 开药 7 剂。

2 组均连续治疗 3 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 临床症状变化情况; L_{2-4} 、股骨颈及股骨粗隆的骨密度; 主要生理指标血钙、血磷及碱性磷酸酶的

[收稿日期] 2014-12-10

[作者简介] 余献忠 (1967-), 男, 副主任医师, 主要从事骨科的临床工作。

水平。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 17.5 统计软件对数据进行分析处理, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3] 拟定。显效: 临床症状显著改善, 骨密度较治疗前明显提高; 有效: 临床症状有所改善, 骨密度较治疗前有所提高; 无效: 临床症状及骨密度等较治疗前未改善。临床总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率对照组为 73.3%, 治疗组为 95.6%, 治疗组总有效率高于对照组 ($\chi^2=8.458, P < 0.01$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	9	24	12	73.3
治疗组	45	16	27	2	95.6

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.3 2组治疗前后血钙、血磷及碱性磷酸酶变化比较 见表2。治疗前, 2组血钙、血磷及碱性磷酸酶比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2组血钙水平均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 治疗组升高较对照组显著 ($P < 0.05$); 2组碱性磷酸酶均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 治疗组降低更为显著 ($P < 0.05$); 2组血磷治疗前后比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表2 2组治疗前后血钙、血磷及碱性磷酸酶变化比较 $(\bar{x} \pm s, n=45)$

组别	时间	钙(mmol/L)	磷(mmol/L)	碱性磷酸酶(IU/L)
对照组	治疗前	2.19 \pm 0.16	1.08 \pm 0.14	129.86 \pm 11.28
	治疗后	2.31 \pm 0.12	1.10 \pm 0.12	108.28 \pm 10.25
治疗组	治疗前	2.14 \pm 0.15	1.09 \pm 0.13	130.21 \pm 10.96
	治疗后	2.39 \pm 0.13	1.08 \pm 0.11	89.95 \pm 9.52

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后 L_{2-4} 、股骨颈及股骨粗隆的骨密度变化比较 见表3。治疗前, 2组 L_{2-4} 、股骨颈及股骨粗隆的骨密度比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2组 L_{2-4} 、股骨颈及股骨粗隆的骨密度均较治疗前增加 ($P < 0.05$), 治疗组 3 处骨密度的增加均较对照组显著 ($P < 0.05$)。

5 讨论

骨质疏松症为中、老年人的常见疾病之一, 据文献报道, 我国罹患骨质疏松症的患者已超过 3000 万, 其中近半数均为低骨量患者^[4]。因骨质疏松症为进展性疾病, 症状不甚明显, 大部分患者因出现骨折才发现骨密度及骨量已发生质的变化, 严重影响患者的生活质量。目前临床治疗骨质疏松症的药物主要分为 3 类: 抑制破骨细胞形成, 减少骨量丢失的药物, 如阿

表3 2组治疗前后 L_{2-4} 、股骨颈及股骨粗隆的骨密度变化比较 $(\bar{x} \pm s, n=45)$

组别	时间	L_{2-4}	股骨颈	股骨粗隆
对照组	治疗前	0.621 \pm 0.075	0.682 \pm 0.065	0.573 \pm 0.057
	治疗后	0.641 \pm 0.084	0.697 \pm 0.069	0.592 \pm 0.056
治疗组	治疗前	0.619 \pm 0.068	0.677 \pm 0.064	0.569 \pm 0.054
	治疗后	0.712 \pm 0.072	0.749 \pm 0.071	0.621 \pm 0.059

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

仑膦酸钠、降钙素等; 提高骨细胞活力, 促进骨形成的药物, 如单氟磷酸谷氨酰胺; 提高骨密度和骨量的药物, 如维生素 D、钙等。治疗过程中, 常联合使用不同作用机制的药物, 以达到最佳治疗效果, 但长期服用有较大的副作用, 影响临床治疗的顺应性^[5]。中医药治疗骨质疏松症具有较大的优势, 不仅可提高临床治疗的效果, 还可减少西药的用量, 能够有效降低不良反应的发生率, 受到了广大医疗工作者的认可。

中医学将骨质疏松症归属于骨痹、骨痿的范畴, 认为骨质疏松症与脾虚、肾虚有较为密切的关系, 因肾主骨生髓, 肾藏精, 精能生髓, 髓以养骨, 故骨及骨髓的生长、发育等均有赖于肾气的滋养; 脾为后天之本、气血生化之源, 肾精依赖脾精滋养才能不断得以补充, 若脾精不足, 则肾精乏源, 亦可造成骨髓失养。中、老年患者元气渐衰, 气血瘀滞, 肾精不足等均可导致骨骼失养, 出现骨质疏松症^[6-7]。

健脾益肾方中以太子参、茯苓健脾益气, 补后天之本。熟地黄、山茱萸、制首乌补肾益精血, 女贞子、旱莲草补肝肾之阴, 淫羊藿补肾助阳, 骨碎补补肾助阳、强骨壮筋, 续断补肝肾、强筋骨, 土鳖虫破血逐瘀、续筋接骨。全方共奏健脾益肾、补肾强骨之功。本研究结果显示, 在常规治疗骨质疏松症的基础上加上健脾益肾方, 有效改善了患者的血钙、碱性磷酸酶水平, 增加了骨密度, 提高了临床治疗的效果, 为防治骨质疏松症提供了较好的治疗方案, 具有一定的借鉴意义。

[参考文献]

- [1] 刘忠厚, 杨定焯, 朱汉民, 等. 中国人骨质疏松症建议诊断标准(第二稿)[J]. 中国骨质疏松杂志, 2000, 6(1): 1-4.
- [2] 中华人民共和国卫生部药政局. 中药新药治疗脾虚证的临床研究指导原则[J]. 中国医药学报, 1988, 3(5): 71-72.
- [3] 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: 356-362.
- [4] 罗燕楠, 薛传疆. 健脾益肾方治疗绝经后骨质疏松症临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(6): 78-79.
- [5] Lau RY, Guo X. A review on current osteoporosis research: with special focus on disuse bone loss [J]. J Osteoporosis,

2011, 16(9): 348-357.

- [6] 栾小红. 强骨胶囊结合仙灵骨葆胶囊治疗骨质疏松性股骨骨折 34 例[J]. 河南中医, 2014, 34(10): 1949-1950.

- [7] 王昌兴, 何建能, 董黎强, 等. 补肾活血中药结合金葡液局部注射治疗骨质疏松性骨折的实验研究[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(10): 2184-2187.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

五味消毒饮在预防四肢骨折术后感染中的应用研究

陈渊, 张音, 胡龙均, 张宏超

新昌县中医院骨伤科, 浙江 新昌 321500

[摘要] 目的: 观察五味消毒饮在预防四肢骨折术后感染中的临床应用价值。方法: 选择择期行四肢骨折手术的 128 例患者作为研究对象, 并随机分为观察组 65 例和对照组 63 例。对照组仅采用常规抗生素治疗, 而观察组则在对照组治疗的基础上联合五味消毒饮治疗。观察 2 组的治愈时间、创面愈合情况、感染情况等, 比较 2 组的临床疗效。结果: 观察组的治愈时间为 (7.21±1.26) 天, 明显短于对照组的 (21.63±3.18) 天, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组的愈合率、总有效率均高于对照组 ($P < 0.01$), 感染率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 五味消毒饮应用于预防四肢骨折术后感染, 可有效提高患者的切口愈合率, 减少感染情况的发生, 其效果显著优于单纯采用常规抗生素治疗。

[关键词] 四肢骨折; 术后; 感染; 五味消毒饮

[中图分类号] R683.4 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0141-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.067

四肢骨折是临床骨伤科的常见病之一, 而四肢骨折手术后切口感染是临床所面临的重大难题之一。术后切口感染一般发生于术后的数天或数月内, 虽然其感染的发生率不高, 但一旦发生术后切口感染, 将导致骨折移位、不愈合、畸形愈合、甚至骨髓炎等不良现象^[1], 严重影响患者的身心健康, 并且给临床的治疗带来了一定的难度。基于传统抗生素的疗效不甚理想^[2], 本研究对五味消毒饮预防四肢骨折术后感染的临床效果进行探讨, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入本院 2013 年 7 月—2014 年 7 月收治的择期行四肢骨折手术的患者, 共 128 例, 按随机数字表法分为观察组 65 例和对照组 63 例。观察组男 45 例, 女 20 例; 年龄 18~73 岁, 平均(41.72±3.81)岁; 开放性骨折 49 例, 闭合性骨折 16 例; 骨折部位: 左上肢者 11 例, 右上肢者 20 例, 左下肢者 19 例, 右下肢者 15 例。对照组男 44 例, 女 19 例; 年龄 17~71 岁, 平均(42.03±3.91)岁; 开放性骨折 48 例, 闭合性骨折 15 例; 骨折部位: 左上肢者 10 例, 右上

肢者 21 例, 左下肢者 18 例, 右下肢者 14 例。2 组性别、年龄、骨折情况以及骨折部位等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 符合诊断标准, 为四肢骨折患者; 自愿签署知情同意书。

1.3 排除标准 年龄 < 16 岁或 > 75 岁的患者; 不能坚持服药或对五味消毒饮有排斥的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 仅采用常规抗生素治疗。正常骨折手术首选第 1 代头孢菌素作为预防用药, 若存在感染高危因素或存在易发生感染的合并症时, 如手术大量出血等, 选择第 2 代头孢菌素进行替代, 或者两者联合使用。治疗时间为 1 月。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上联合五味消毒饮治疗, 方剂组成: 当归、赤芍、蒲公英、野菊花、紫花地丁、金银花各 15 g, 生地黄 12 g, 川芎、天葵子各 10 g。用药剂量可根据患者的具体情况酌情增减, 每天 1 剂, 水煎成 300 mL, 分早晚 2 次口服。治疗时间为 1 月。

[收稿日期] 2014-12-12

[作者简介] 陈渊 (1977-), 男, 主治中医师, 研究方向: 中医骨伤。