

王建伟治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折经验介绍

王高祥, 华臻 指导: 王建伟

南京中医药大学研究院无锡附院, 江苏 无锡 214000

[关键词] 骨质疏松性胸腰椎压缩骨折; 非手术治疗; 经验介绍; 王建伟

[中图分类号] R683.2; R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 03-0289-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.03.091

王建伟是南京中医药大学教授, 博士研究生导师, 无锡市名医, 无锡市非物质文化遗产“刘氏骨伤疗法”第4代传人, 无锡市中医医院骨伤科主任。王教授致力于骨伤科疾病诊治30余年, 在非手术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折方面颇有心得, 笔者有幸作为其学生, 有机会侍诊学习, 受益匪浅, 兹以简介, 以求共鉴。

1 骨质疏松性胸腰椎压缩骨折概况

骨质疏松症是以骨量低下、骨微观结构破坏, 导致骨脆性增加, 从而易发生骨折为特征的一种全身性骨骼疾病^[1]。骨质疏松症是中老年人的常见病、多发病, 其导致的骨折是中老年人致残、病死的主要原因之一, 严重影响患者的生活质量^[2]。随着人口老龄化的发展, 因骨质疏松导致的胸腰椎压缩骨折越来越多, 骨质疏松性胸腰椎压缩骨折主要表现为有较为严重骨质疏松症的患者在轻微暴力或无明显暴力的情况下出现腰部疼痛, 活动受限, 摄X片多提示个别或部分椎体楔形变。王教授认为, 尽管目前经皮椎体后凸成形术临床开展较多且疗效较好, 但对于部分患者仍建议优先采用非手术治疗方案, 优先采用非手术治疗方案的骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者应有适应症: ①椎体压缩高度不高于40%、椎体后凸角度不大于20°、无明显脊髓神经损伤的稳定型骨折; ②年老体弱、不能耐受手术治疗、患者经济负担较难以承受手术费用的不稳定骨折。

2 骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的治疗理念

2.1 内外兼治

王教授认为在非手术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折时应坚持内外兼治原则, 他作为“刘氏骨伤疗法”第4代传人, 继承并将“刘氏骨伤”内外兼治的特色疗法广泛应用于临床。

王教授治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折时最常用的内服药物为刘氏正骨丹, 刘氏正骨丹主要由三七、土鳖虫、当归、赤芍、锻自然铜、川续断、党参、白芍、熟地黄、甘草、白术、陈皮、制川乌、木香、儿茶、血竭、杜仲、紫苏木、牛膝等中

药组成, 具有利气血、消肿止痛、补肝肾、壮筋续骨等功效。根据其药味及药量的加减, 可分为I号和II号两种, 正骨丹I号主要偏重于利气血、消肿止痛, 多用于骨折早期, 正骨丹II号主要偏重于补肝肾、壮筋续骨, 多用于骨折中晚期。正骨丹服用方法为每次5粒, 每天2次。

王教授治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折时最常用的外用药物为消肿膏与和伤散。消肿膏主要由天花粉、生栀子、生川乌、生大黄、生半夏、紫荆皮、芙蓉叶各30g, 黄柏、苍术、姜黄、白芷各20g等中药研末后与滑石粉、甘油等共同搅拌均匀和后储存备用, 使用前将准备好的药膏均匀涂抹于一方形蓝色棉料上(棉料的大小约10cm×10cm, 涂抹的药膏大小约6cm×6cm×0.7cm), 涂抹后用8cm×8cm大小的半透明棉料覆盖于药膏上, 消肿膏具有散热消炎、行气止痛功效, 主要用于各种跌打损伤、急性肿痛, 在使用时, 将消肿膏贴敷于已经清洁好的疼痛肿胀部位, 贴敷过程中不需要将药膏表面的半透明棉纸揭开, 膏药与皮肤之间隔着一层薄棉纸, 使膏药慢慢渗透, 贴好后用绷带或胶布予以固定, 消肿膏通常2~3天1换, 1周为1个疗程。

和伤散是主要由生草乌、鸡血藤、五加皮、海桐皮、路路通、野桂枝、积雪草、石菖蒲、威灵仙、地骨皮各30g^[3]等中药制成的散剂, 具有温经散寒、祛瘀通络的功效, 主要用于损伤后期的肌肉酸胀、僵硬等。和伤散每次使用时取30g左右放入适量沸水中冲和搅拌, 在水温较高时, 可将患处置于药水产生的蒸汽中熏蒸, 水温适中时患处放入药水中浸泡, 如患处不适宜放入水中浸泡, 可用在药水中浸泡过的热毛巾捂于患处, 一般每次30min左右, 每天2次, 可酌情加减。

2.2 分期治疗

王教授主张在非手术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折时应坚持分期治疗原则, 在早中晚期应根据病情变化, 采取不同的治疗方案。

2.2.1 早期: 复位及垫枕

在骨折早期结合病人体征及影像

[收稿日期] 2018-05-31

[作者简介] 王高祥 (1992-), 男, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医骨伤科脊柱疾病。

学等病史资料后决定是否需采取手法复位,手法复位通常采用双人牵拉法。让患者放松肌肉,俯卧在复位床上,由1名术者及2名助手共同完成,1助手双手拉住患者腋下,另一助手双手分别握住患者的两踝,轻柔而持续地牵引,术者用手掌根部,按压患椎棘突,力度由轻到重,使椎体逐渐复于原位,复位后患处贴敷消肿膏消肿止痛,让患者仰卧于硬板床上,以伤椎为中心,垫一软枕垫(软枕垫的厚薄取决于椎体压缩程度、脊柱后凸角度、患者耐受程度),一般情况较差或不能耐受的患者也可单纯予后背部软枕垫姿势复位。骨折3天后,可指导患者在床上屈髋屈膝并收缩腰背肌,作挺胸直腰锻炼。在以上治疗的同时,予正骨丹I号内服配合治疗以利气血、消肿止痛。

2.2.2 中期:功能锻炼 王教授认为在保守治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的过程中不能单纯地注重制动平卧,而应动静结合。单纯的制动平卧不但会使患者骨质疏松情况进一步加重,不利于骨折的恢复,且易导致下肢静脉血栓、褥疮、坠积性肺炎等因长期卧床而引起的并发症,所以在骨折中后期应根据患者的实际情况进行适当的功能锻炼。骨折1周后,可指导患者将挺胸直腰锻炼慢慢过渡到5点式腰背肌锻炼,每组8~10次,每天2组。骨折2周后功能锻炼可适度加量。骨折3周后,大部分患者全身症状逐步得到缓解,腰背部肿痛减轻,部分一般情况较好的患者可以由5点式腰背肌锻炼逐步过渡3点式锻炼,开始锻炼的次数和幅度可视患者的具体情况而定,循序渐进,次数逐步增多,幅度逐步增大。在功能锻炼的同时继续配合消肿膏、正骨丹I号治疗以消肿止痛、活血化瘀。

2.2.3 后期:药物熏洗 骨折4周后,当患者疼痛大部分缓解,指导患者进一步加强功能锻炼,并用正骨丹II号补肾强骨,和伤散局部熏洗患处缓解局部肌肉酸胀不适。骨折6周后,一般即使在床上慢慢转动伤椎棘突处也没有明显疼痛,可带腰围下床作挺胸直、后伸、转侧等动作,但此时仍需注意不要作弯腰曲背、俯身动作。骨折8周后,如大部分脊柱疼痛完全消失,腰背部无明显叩击痛时,可作全面的腰背部功能锻炼,并恢复正常的工作、生活。

2.3 标本兼顾 王教授认为在治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折时应标本兼顾,不能只注重治疗骨折,也应对患者的骨质疏松情况采取积极的治疗方案。在治疗骨质疏松情况时对患者的健康宣教与中西医药物治疗应同等重要。

临床上西医治疗骨质疏松的药物主要分为钙剂和维生素、抑制破骨细胞活性的药物如双磷酸盐和降钙素、促进骨化的药物如氯化物和甲状旁腺激素,西医药治疗骨质疏松有一定疗效但疗程过长且副作用较为明显,中医学治疗骨质疏松临床疗效显著,所以适当地减少西药的量,辅以中医中药,中西医结合治疗骨质疏松是王教授治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的一重要观点,王教授在临床中通常使用龟鹿二仙汤补肾壮骨,钙尔奇D、骨化三醇、鲑鱼降钙素,增加钙吸收,促进钙沉积,共同治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者的骨质疏松情况。

骨质疏松的相关宣教,主要有:①平时应低盐饮食并多摄入富含钙、蛋白质的食物;②多晒太阳,保证充足的日照;③戒烟戒酒、少喝咖啡及碳酸饮料;④应慎重并尽量减少使用糖皮质激素等影响骨代谢的药物。

3 病案举例

王某,女,78岁,2017年3月3日初诊。腰背痛5年,加剧2天,5年前腰背部原因不明疼痛,经针灸、理疗及芬必得、地塞米松等西药治疗,疼痛缓解。2天前无明显诱因下出现腰背部疼痛加重。患者自诉有骨质疏松症病史5年,查X线片示:腰椎侧弯,棘突后凸,腰椎体骨质密度极度减少,骨小梁稀疏,腰2椎体压缩性骨折。查体:脊柱稍向右侧弯,生理后凸明显,胸11、12及腰5~骶1椎棘突压痛(+),叩击痛(+),下肢放射痛阴性。舌质淡、苔白,脉沉迟。首周指导患者卧于硬板床上静养并予垫枕使椎体自行慢慢复位,予消肿膏外敷,正骨丹I号内服利气血、消肿止痛,予鲑鱼降钙素鼻喷剂、骨化三醇胶囊抗骨质疏松,并指导患者骨折3天后在床上屈髋屈膝并收缩腰背肌,作挺胸直腰锻炼,并嘱家属在骨折1周后代为复诊。

2017年3月10日二诊:骨折1周后,家属代为就诊,诉患者腰背部疼痛较前缓解,建议功能锻炼慢慢过渡到5点式腰背肌锻炼,每组10次,每天2组,余治疗同前,并嘱家属在骨折4周后代为复诊。

2017年4月3日三诊:骨折4周后,家属代为就诊,诉患者腰背部疼痛较前缓解,全身症状逐步得到缓解,一般情况较好。王教授指导并建议患者家属让患者由5点式腰背肌锻炼逐步过渡3点式锻炼,予浸泡过和伤散的热毛巾热敷,改用正骨丹II号补肾强骨,继续予鲑鱼降钙素鼻喷剂、骨化三醇胶囊抗骨质疏松,禁腰背部前屈动作,并嘱骨折6周后患者本人带腰围下床在家属陪同下前来复诊。

2017年4月17日四诊:骨折6周后,腰背痛诸症缓解,腰背部无明显压痛叩击痛,查X线片示骨折恢复较好。嘱其继续功能锻炼,继续抗骨质疏松治疗,可逐渐恢复正常工作、生活。在生活方式上建议:多钙少盐高蛋白饮食;充足日照;谨慎使用地塞米松。并嘱骨折8周后患者本人带腰围下床前来复诊。

2017年5月8日五诊:骨折8周后,患者腰背部不适感完全消失,恢复良好。

按:本案为王教授非手术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折病案之一,本例患者年老体弱,有骨质疏松病史多年,在无明显暴力下发现骨折,早期予垫枕复位并予消肿膏外敷、正骨丹内服活血祛瘀、消肿止痛。中期指导功能锻炼预防卧床并发症并促进康复。后期予和伤散熏洗缓解腰背肌,舒筋活络,正骨丹II号补肾强骨,以鲑鱼降钙素、骨化三醇抗骨质疏松治疗贯穿全程,达到标本兼治。随访1年,患者恢复较好,无明显不适。

王教授认为,在胸腰椎压缩性骨折微创手术广泛开展的今天,因手术费用较高、部分患者身体情况较差,中西医结合非手术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折作为一种治疗手段,在临床上仍有其不可替代的地位。在非手术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折时,王教授提倡内外兼治、标本兼治、分期治疗,尤强调早期功能锻炼的重要性,作为刘氏骨伤的第四代传人,他在治疗疾病时,充分发挥刘氏骨伤疗法的特色,将传统中医与现代医学结合起来,达到中西医优势互补,尽最大努力为患者缓解疾病带来的痛苦。

[参考文献]

- [1] 章振林,金小岚,夏维波.原发性骨质疏松症诊疗指南(2017)要点解读[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2017,10(5):411-412.
- [2] 游利.骨质疏松症的现状、筛查和预防[J].中国全科医学,2016,19(14):1616-1619.
- [3] 刘秉夫.伤科指要[M].上海:上海中医药大学出版社,2007:6.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)

何灵芝中西医结合治疗特发性膜性肾病经验介绍

王安妮¹ 指导:何灵芝²

1. 浙江中医药大学第一临床医学院,浙江 杭州 310053
2. 浙江中医药大学附属第一医院,浙江 杭州 310006

[关键词] 膜性肾病;肾病综合征;中西医结合

[中图分类号] R692; R249.2

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2019) 03-0291-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.03.092

特发性膜性肾病是指病因不明的,以肾小球基底膜上皮皮下免疫复合物沉积伴基底膜弥漫性增厚为主要病理特征的原发性肾脏疾病。约80%的患者出现典型的肾病综合征,以水肿、大量蛋白尿、低蛋白血症为主要临床表现,可归为中医水肿病范畴。何灵芝,浙江中医药大学附属第一医院肾内科主任医师,师承国家级名老中医肾病专家李学铭主任,在中医诊疗上随李主任沿袭浙派名医叶熙春之辨证思维,同时潜心研究现代医学理论,善于中西医结合治疗肾脏疾病。笔者跟诊何主任2年有余,总结何主任中西医结合治疗特发性膜性肾病经验,并附验案1则。

1 病因病机

西医认为特发性膜性肾病病因不清,其发病机制可能为上皮细胞自身抗原、抗体结合后脱落,沉积于上皮,激活补体系统,形成膜攻击复合物,诱导足细胞损伤,从而造成肾脏损害^[1]。中医各家则根据自身经验,对膜性肾病的病机有不同认识。赵玉庸提出“肾络瘀阻”病机学说;叶传蕙、刘玉宁认为其基本病机为脾肾气虚,水、热、瘀互结;陈志强认为是阳不

化气,湿瘀阻络;程晓霞认为气虚、血瘀、风湿是膜性肾病发病的三大基本机制;各医家据己所长,在膜性肾病的诊治上均取得较好的疗效^[2-6]。

何主任认为,特发性膜性肾病起病隐匿,病程较长,逐步进展。《医学刍言》“久病多虚”,故该病患者本质为虚,常表现为因虚致实、虚实夹杂之证。其水肿,多由下及上,按之如泥,凹陷不起,皮色晦暗,是属水肿之阴水范畴。其起始病机多为脾肾阳虚,或先天禀赋不足,或饮食起居不节,或内伤七情,或外感时毒,均会损伤先后天之本。《景岳全书》曰:“水为至阴,故其本在肾;水惟畏土,故其制在脾。脾虚则水不制土而反克;肾虚则水无所主而妄行。”脾阳虚弱者,运化失司,水湿壅盛,更损其阳;肾阳不足者,无以温养脾土,水无所主,又会加重水液输布障碍。倘若不慎外感风邪,侵及肺卫,肺气失宣,不能通调水道,内外相引为害,会导致水肿的急性加重。反复感受风邪,易使风邪入里,潜伏于肾,

肾络即肾小球毛细血管团及肾小管周围血管等组织,是构成肾脏的主要结构。阳气不足,机体各项机能减弱。一则阳气

[收稿日期] 2018-06-14

[基金项目] 浙江省自然科学基金项目(LY16H270007)

[作者简介] 王安妮(1992-),女,在读硕士研究生,研究方向:中西医结合肾病方向。