

- community-based study[J].Stroke,1999,30(5):930.
- [6] 黄燕.关于发展中医特色的卒中单元的思考[J].广州中医药大学学报,2002,19(3):243—244.
- [7] 姚菊峰.脑卒中患者生活满意度及其影响因素调查分析[J].中华护理杂志,2000,35(11):684—684.
- [8] Javier CA,Jose AE,JoseE LG,et al. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke [J].Stroke(S0039-2499),2000,31:2995—3000.
- [9] Samsa GP,Matchar DB.How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke [J]? J Rehabil ResDev,2004,41:279—282.
- [10] Dorman P,Waddell F,Slattery J.Is the Euroqol a valid measure of health-related quality of life after stroke? [J].Stroke,1997,28(10):1876.
- [11] Vestling M,Ramel E,Iwarsson S.Quality of life after stroke: well-being,life satisfaction,and subjective aspects of work[J].Scand J Occup Ther,2005,12:89—95.
- [12] Hochstenbach J, Prigatano G, Mulder T. Patients and relatives reports of disturbances 9 months after stroke:subjective changes in physical functioning,cognition,emotion,and behavior[J].Arch Phys Med Rehabil,2005,86:1587—1593.
- [13] Samson RH.Hypertension and the vascular patient [J]. Vasc Endovascular Surg,2004,38(2):103—119.
- [14] McKevitt C,Redfern J,La-Placa V,et al.Defining and using quality of life:a survey of health care professionals [J].Clin Rehabil,2003,17:865—870.
- [15] Teasdale TW, Engberg AW. Psychosocial consequences of stroke:a long-term population-based follow-up [J].Brain Inj, 2005,19:1049—1058.

·传统医学与康复·

温肾补阳法治疗原发性骨质疏松症的临床研究

刘红健¹ 邓伟¹ 吴国珍¹ 黄惠珍²

摘要 **目的:**观察温肾补阳法治疗原发性骨质疏松症的临床疗效。**方法:**将58例原发性骨质疏松症的患者随机分为治疗组和对照组,每组29例,治疗组以常规治疗加上温肾补阳的中药治疗,对照组则给予常规治疗(钙尔奇,每日1次,每次1粒),两组疗程均为3个月。对比两组治疗前后临床疗效,止痛效果,骨密度(BMD)及生化指标血钙素(BGP)、尿吡啶酚(PYD)的变化。**结果:**治疗组临床疗效、止痛效果明显优于对照组($P<0.05$),生化指标血钙素(BGP)及骨密度测定两组治疗后均有明显提高,但治疗组的BGP及BMD的提高程度优于对照组($P<0.05$),而PYD两组治疗后均较治疗前降低,治疗组的改变优于对照组($P<0.05$)。**结论:**温肾补阳法对原发性骨质疏松症具有良好的止痛效果,能提高临床疗效。

关键词 骨质疏松症;温肾补阳;骨密度

中图分类号: R681.R28 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2007)-11-1028-02

原发性骨质疏松症(osteoporosis primary, OP)是以骨量减少,骨组织显微结构退化为特征,从而导致骨的脆性增加及骨折危险性增加的一种全身性骨病^[1]。它是一种生理性退行性病变,且发病率逐年增高。自2005年8月—2006年8月,我们利用中医的优势,结合西医的治疗对原发性骨质疏松症58例进行治疗并比较,效果满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共纳入符合下列诊断标准的骨质疏松症患者58例,随机分成治疗组和对照组,每组29例。治疗组年龄为50—72岁,平均 62.4 ± 12.6 岁;病程2—7年,平均 4.2 ± 2.2 年。对照组年龄53—71岁,平均 63.2 ± 10.8 岁;病程2—8年,平均 4.8 ± 2.5 年,两组在年龄和病程上差异无显著性,具有可比性($P<0.05$)。排除继发性骨质疏松症。

1.2 诊断标准

参照1997年中华人民共和国卫生部制定发布《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定:①腰脊疼痛明显,逐渐加重。②脊椎常有后凸畸形。③X线表现骨质普遍稀疏,以脊椎、骨盆、

股骨上端明显。单能骨密度检查低于健康年龄成人,峰值骨量2个标准差以上。

1.3 治疗方法

治疗组常规疗法,给予钙尔奇(惠氏制药有限公司生产的,批号0510091,规格:0.6g)每天1粒口服,另服中药:仙灵脾20g,鹿角胶10g,杜仲15g,菟丝子15g,续断10g,北芪15g,白术10g,龟板10g,牡蛎30g,当归10g,五味子9g,全蝎6g,每日1剂,复渣,水煎服。对照组则按常规疗法,钙尔奇,每天1粒口服,疗程均为3个月。

1.4 疗效观察

1.4.1 骨密度检测:治疗前后采用双能力线吸收仪扫描同侧跟骨的骨密度。

1.4.2 疼痛评分:采用患者自评的方法,疼痛程度记为0—9分,0为无疼痛,9为严重疼痛,难以忍受,疼痛缓解评分标

1 中山大学附属第一医院中医科,510080

2 广东省卫生防疫站

作者简介:刘红健,女,讲师

收稿日期:2007-01-30

准,显效:疼痛积分减少 $\geq 80\%$;有效:疼痛积分减少 $\geq 50\%$;无效:疼痛积分减少 $<50\%$ 。

1.4.3 临床疗效评价标准:参照1997年中华人民共和国卫生部制定发布《中药新药临床研究指导原则》^[2]与《骨质疏松学》^[3]制定。显效:腰脊疼痛症状积分减少 $\geq 80\%$,且骨密度检查显示骨密度增加 $\geq 0.05\text{g/cm}^2$;有效:腰脊疼痛症状积分减少 $\geq 50\%$ 而 $<80\%$,且骨密度检查显示骨密度增加 $<0.05\text{g/cm}^2$;无效:和治疗前对比,腰脊疼痛症状积分减少 $<50\%$,且骨密度检查无改善。

1.4.4 生化指标测定:血钙素(BGP)选用RIA法测定,于治疗前后各测定1次,尿吡啶酚(PYD)则选用ELISA法于治疗前后各测定1次。

1.5 安全性观测

治疗前后进行血常规、尿常规、肝肾功能检查,观察用药副作用。

1.6 统计学分析

应用SPSS8.0统计软件,治疗效果用Radit分析,骨密度采用t检验。

2 结果

见表1。两组患者经治疗,按上述标准评定,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。止痛效果治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。两组治疗前后骨密度比较见表2。两组患者经治疗,治疗后骨密度均有显著的提高,而治疗组骨密度的提高程度明显优于对照组($P<0.05$)。两组治疗前后BGP各测定1次,两组治疗后BGP均较治疗前有显著提高($P<0.05$),而治疗组的BGP提高程度明显优于对照组($P<0.05$)。

两组治疗前后PYD各测定1次,两组治疗后PYD均较治疗前有显著降低,($P<0.05$),而治疗组的PYD降低效果明显优于对照组($P<0.05$)。不良反应两组治疗过程中无特殊不良反应,对照组有1例出现便秘。

表1 两组临床疗效及止痛疗效比较 (例)									
组别	例数	止痛疗效				临床疗效			
		显效	有效	无效	总有效率(%)	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	29	16	9	4	86.2 ^①	13	13	3	89.7 ^①
对照组	29	8	12	9	69.0	6	14	9	69.0

①与对照组比较 $P<0.05$

表2 两组治疗前后BMD、BGP、PYD变化比较 ($\bar{x}\pm s$)							
组别	例数	BMD(g/m^2)		BGP(ng/ml)		PYD(mmol/mmol)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	29	0.504 $\pm$ 0.083	0.668 $\pm$ 0.094 ^{①②}	5.2 $\pm$ 3.5	9.0 $\pm$ 3.4 ^{①②}	47.1 $\pm$ 15.6	24.5 $\pm$ 14.1 ^{①②}
对照组	29	0.512 $\pm$ 0.078	0.609 $\pm$ 0.086 ^①	5.4 $\pm$ 3.7	8.2 $\pm$ 3.0 ^①	46.9 $\pm$ 15.5	28.9 $\pm$ 13.7 ^①

①与治疗前比较 $P<0.01$; ②与对照组比较 $P<0.05$

3 讨论

骨质疏松症的发病机制复杂,源于内分泌失调,以成骨细胞和破骨细胞之间的生物学行为失调、钙磷代谢紊乱、局部骨组织生物力学负载失衡、电信号传导不良为微观病理机制^[4]。传统医学认为:骨质疏松症按其临床表现属于中医的“骨痿”范畴。中医理论认为肾为先天之本,主藏精,主骨生髓,骨的生长发育、强弱与肾精盛衰关系密切,骨痿与肾气虚衰密切相关。正如《医精经义》所说:“肾者,水脏也,今水不胜火,则骨痿而髓虚,故足不任身,发为骨痿。”因此,补肾为治疗骨痿的主要法则,同时,肝藏血,肝肾同源,肝主筋束骨利关节;而脾胃为后天之本,气血生化之源,先天赖后天之滋养,若脾胃虚衰,则肾失所养故本病与肾肝脾三脏有关,肾阳虚则温煦功能减退,可导致气虚血瘀,故在本方中,仙灵脾功能温肾壮阳、强筋骨、祛风湿;鹿角胶温补肾阳、益精血;两药合用以温补肾阳、强壮筋骨为君药;杜仲,菟丝子,续断,龟板补肝肾,益精血、强筋骨为臣药;佐以北芪,白术益气健脾,牡蛎收敛固涩,当归活血补血,五味子滋补肾阴,收敛固涩,为阴中求阳之品,全蝎活血通络并止痛。诸药合用,共求温补肾阳,强壮筋骨之功。此方所选主要药物经药理研究证实均有调节机体矿物质代谢,减少骨质疏松发生,促使骨质疏松改善或恢复,抑制或纠正下丘脑-垂体系统功能减退,改善内分泌失调,延缓机体衰老的过程。

综上所述,我们总结以往的经验,大量的文献认为OP的病因病机与脾肾有关,尤其与肾虚的关系尤为密切,肾虚骨密度、骨矿含量密切相关^[5-6],肾主骨生髓,肾虚是骨质疏松的

主要原因,治疗应以补肾为主^[7],补肾不仅可以纠正免疫系统低下,恢复下丘脑-垂体-靶器官的功能活动,促进骨钙的沉积,同时具有促进骨吸收和加快骨形成的作用,不但可以延缓骨量丢失,甚至可以增加骨量^[8],研究表明,中药与西药合用,疗效高,不但促进骨质恢复,而且可以提高骨量,毒副作用小,几乎没有不良反应,可以长期应用,它作用全面,能够调理内分泌、免疫等多个系统的功能状态,在综合治疗作用的优势下,不但可以用于近期治疗,还可以用于预防原发性骨质疏松。

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2稿)[J].中国骨质疏松,2000,6(1):1—3.
[2] 中华人民共和国卫生部药政局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中华人民共和国卫生部,1997.149.
[3] 刘忠厚.骨质疏松学[M].北京:科学出版社,1998.217.
[4] 韩麦鲜,杜良杰.综合疗法治疗原发性骨质疏松症的临床观察[J].中医正骨,2004,16(8):12.
[5] 张波,刘向前,姚共和.原发性骨质疏松症肾虚髓亏证与骨密度相关性分析[J].中医正骨,2004,16(10):9—10.
[6] 赵玉堂,刘凯军,李金花,等.骨矿含量与肾虚、肾主骨关系的研究[J].中国骨质疏松杂志,1996,2(3):19.
[7] 梁立,汪正玉,刘中厚.补肾中药治疗骨质疏松症临床观察[J].中医杂志,1992,33(11):676.
[8] 喻永新,冯新送,刘庆思,等.骨质疏松的防治研究近况[J].中国中医骨伤科杂志,2001,9(2):60.