

杭州地区老年性骨质疏松症 流行病学调查报告

杭州市第三人民医院 (310009) 张业成

随着人口老年化,老年性骨质疏松症的调查研究,要提到议事日程上来。

我们采用随机抽样的办法,从1988年9月至1991年9月三年中,观察杭州地区120例老年性腰痛病人和同期观察100例青年腰痛病人的X线腰椎侧位片,按照日本学者慈大法提出分类,观察第三腰椎侧位骨小梁变化,判定有无骨质疏松及其程度:(1)早期:早期骨小梁清晰,但阴影已变浅。(2)一度:横小梁数目减少,纵小梁仍清晰。(3)二度:横小梁数目进一步减少,纵小梁变得稀疏。(4)三度:横小梁大部分消失,纵小梁影像模糊。调查结果如下表。

从以上两表,可以看出,老年性腰痛病人和青年腰痛病人骨质疏松情况有显著的不同。在老年性病人中,几乎100%的存在骨质疏松,而青年腰痛病人中,只占10%,其程度是早期。追问病史,多是外伤骨折后,长期卧床引起的。而老年性腰痛病人中,几乎无明显原因,腰痛骨质疏松症和骨质增生三者同时存在,病程长达15年以上,最短有4月余,平均2年左右。

120例老年腰痛病人骨质疏松情况

年龄组	性别	总数	骨质疏松情况			增生	楔变
			早期	I	II		
60~69	男	25	9	16		25	19
	女	55	19	26	10	55	6
70~79	男	7		6	1	7	
	女	23	2	12	9	23	
80岁以上	男	2		1	1	2	2
	女	8		2	6	8	7
总计		120	30	63	27	120	34

100例青年腰痛病人骨质疏松情况

年龄组	性别	总数	骨质疏松情况			增生	楔变
			早期	I	II		
20~29	男	46	4			1	5
	女	54	6			3	6
总计		100	10			4	11

据W. A. Peck et al报道,骨密至少减少20%以上时,才可在X片上观察出骨质疏松,标准的脊柱侧位片,能看出骨质疏松,说明有钙丢失,老年性腰痛和钙不足有明显关系。是骨质疏松症引起腰痛,还是腰痛引起骨质疏松症,谁是因果?应该辨证地讲,互为因果关系,在治疗上,除镇痛、活血外,还应该补充钙剂和其他康复治疗及教育。本文120例中有25例病人,服用安尔康每日两粒,半年以上,自觉症状有明显改善。

骨质疏松症,可分为两大类:即生理性和病理性,从纯理论讲,病理性骨质疏松症,只要消除致病原因,症状就会改善。相反,生理性骨质疏松症,治疗就很困难,因生理性骨质疏松症是骨骼老化的一种表现和其他器官老化一样,是一个不可逆的过程。目前,医生对此尚无能为力,我们只能延缓衰老的发展,而不能阻止老化的进展。

杭州地区老年性骨质疏松的发生除了公认的性激素水平下降,特别是雌激素水平下降和钙摄入量减少原因外,尚有下列因素:

1. 老年人常有多器官疾病同时存在,如萎缩性胃炎、慢性胆囊炎、结肠炎等消化系统疾病,影响钙的吸收。

2. 生活水平提高,特别是改革10年来,人民生活水平普遍提高,高蛋白质、高碳水化合物

物食物增多,影响钙的吸收。

3. 交通现代化,居住高楼化,家庭电气化,单元楼、活动量减少;有的老人数月不下楼,心肺功能下降,肌肉明显萎缩,有的老人术中见肌纤维中有大量脂肪组织,有的只是皮包骨头,从而加速骨钙吸收。

4. 生活习惯改变:退休后,无工作压力,生活不规律;吸烟、饮酒、饮茶增多,促进骨质疏松。

5. 老年人常多种药物同时应用,往往影响钙的吸收,特别是肾上腺皮质素等药物应用,导致骨质疏松等。

肩周炎治疗方法的新探讨

中国人民解放军总后第一门诊部(100842) 桂治涛 林正海

郭凤阁 韩林璋 杨健 孙博*

肩关节周围炎又称冻结肩。我们通过解剖学的实验研究,找到了一条给药到病损区的新途径,调整了药液配方,使药液合理地分配到病损之肩袖,配合中医手法治疗,解除软组织粘连,达到改善功能的目的。现报告如下。

临床资料

201例中,男94例,女107例;年龄,40~49岁38例,50~59岁95例,60~69岁61例,70岁以上7例;患左肩95例,右肩101例,双肩5例;疗程1~6月147例,7~12月41例,1~2年6例,2年以上7例。

临床表现

1. 所有患者均有不同程度肩痛,少数患者伴有背部及颈部疼痛。2. 活动受限(均以低于正常范围 15° 以上计算),各方向活动均明显受限已形成冻结肩150例,以外展活动受限为主4例,以后伸打背活动受限为主39例,以前屈活动受限为主2例。3. 压痛点:肱骨结节间沟33例,肩胛骨喙突15例,肩峰下滑囊8例,大小圆肌11例,肩周多处压痛点133例。4. X线肩关节正位片以排除其他骨性疾患,发现1例骨肿瘤病人。5. 选择性行心电图检查防止心源性肩痛。

治疗方法

1. 注射治疗

(1) 新入路注射点的选择:病人坐位背向医师(以右肩为例),在肩胛冈与肩峰结合部与斜方肌上部内侧缘所形成角的内侧1cm处为注

射点。

(2) 注射方法:取20ml注射器一副,抽药液20ml,用肌注 $6\frac{1}{2}$ -7号针头,常规消毒皮肤,持注射器垂直向下进针,针头可直达肌层深部,抽吸无回血后,缓缓推入药液。注射后病人休息20分钟,使药液充分扩散后,再行手法治疗。

(3) 药物配方: I号液0.5%—1%利多卡因20ml加氟美松5mg加维生素 B_{12} 200 μ g; II号液0.5%—1%利多卡因20ml加强的松1.0—1.5ml加维生素 B_{12} 200 μ g; III号液0.5%布比卡因20ml加氟美松5mg加维生素 B_{12} 200 μ g。利多卡因有一定毒性,每次用量不得超过200mg,对有 II° — III° 房室传导阻滞的病人禁用,可用III号液。

(4) 治疗次数:一般每周一次,三次为一疗程。

2. 手法治疗

(1) 坐姿手法:病人端坐,术者在患肩部分作软组织松解手法,然后针对肩关节功能障碍方向作一定的抻拉、旋转手法。①外展受限:术者坐在患肩侧面,面向患者。病人患侧手搭在术者同侧肩上(伸直肘关节),术者双手加压在病人的患侧肩峰上,限制肩胛骨活动。术者可缓慢分次做站起动作,使病人患肩加大外展范围。②后伸受限:术者坐在病人身后,术者一手固定患肩肩峰,另侧手握住患者