

骨质增生之探讨

北京市东城区干休所门诊部 海内胜

北京中医学院 海内厚

四川泸州大树硫铁矿医院 海内勇

随着医学的发展, X光的普及, 诊断为骨质增生的患者越来越多。特别是脊椎慢性疼痛性疾病与骨质增生有非常密切的关系。据笔者三年来的统计, 颈椎和腰腿慢性疼痛性疾病中约40%伴有骨质增生。围绕骨质增生这一课题, 各地学者作了大量临床研究, 对骨质增生有不同的认识。进一步探讨它的发生原因, 病理机制, 对指导临床治疗有很大的意义。

人类骨质增生十分多见。国外有人作了4325例脊椎尸解, 发现49岁时男性为80%, 女性为60%, 70岁两性均为95%。国内盛氏对276例腰椎正侧位片分析对比, 50岁年龄组占89%。

北京运动医学研究所认为骨刺的形成是骨端韧带受到过多牵拉所致。故推断向四周膨隆的椎间盘组织挤推椎体骨膜与韧带, 使之受到张力牵拉, 即可形成骨赘。有学者认为韧带和关节囊的松弛, 继而引起椎体磨损失稳, 是骨刺形成的原因。冯氏认为损伤和退变是骨刺的主要原因。多数学者认为是机体的退行性改变, 是一种退变后稳定脊柱的代偿结构。

骨质增生的确认以X线诊断为主要依据。大量的资料证明。骨质增生的发生率显著高于临床症状的发生率。很大部分属于退变的增生是无症状的, 而病理性的增生则症状是明显的。显然, 作为一个独立的疾病名称, 它已失去临床上的意义, 给区别病与非病增加了困难。

根据形态结构与功能现象相统一的理论, 老年性单纯性骨质增生是机体的退行性改变的结果, 增生是维护机体的稳定性。近三年来笔者对骨赘与症状的关系进行了比较系统的观察, 发现骨质增生的部位、形态、发展速度与症状有非常密切的关系。单纯性的老年退变性增生往往是比较缓慢的, 形态是比较均匀柔和的呈唇样或钝圆, 且随年龄逐步向其它椎体漫延。其症状轻微, 甚至毫无症状; 而病理性增生其发展速度较快, 发病年龄相对提早, 增生的部位较集中, 形态独特, 往往呈锐角, 为刺状或不规则状态, 临床症状较严重。我们认为笼统地称为骨质增生, 忽视了一系列病理因素, 使临床不易区别病与非病, 因此, 将上述两种情况分别称为: 老年性骨退变和骨赘综合症较为合适。

病理性骨刺发生的部位往往是骨与软组织的交界处(如颈5—6, 腰3—4), 是机体动静的临

界点, 牵拉应力的集中区。从生物力学的原理看, 也是最容易发生损伤的部位。正是这些微小的积累性损伤导致一种慢性炎性反应, 造成慢性刺激因素, 产生一种从量变到质变的过程。据我们多年的临床观察, 很多病理性骨赘都先有症状出现。如反复落枕样症状的出现可导致以后的颈椎骨质增生; 多年前的腰扭伤反复发作可以发展为腰椎骨质增生, 压缩性骨折、腰椎间盘突出症经过一段时间的演变, 也可产生骨质增生。病理性骨赘多发生在应力集中, 结构薄弱之处, 病变多在韧带与骨的附着点上。我们设想, 损伤后的淤血和渗出, 产生无菌性炎症。这种炎症的吸收和清除是不完全的, 平时可以处于静止状态, 一旦机体内环境变化, 抵抗力下降, 这种微小病灶则活跃起来, 形成一种慢性刺激性因素。从慢性化脓性腰脊炎伴有骨质增生现象中不难看出, 炎症是刺激骨质增生的因素(这就给中医血淤、痰饮找到了病理基础)。骨赘既是病理性的产物, 又进一步产生新的病理变化。即: 慢性积累性损伤导致骨赘, 骨赘又刺激或压迫周围组织、神经, 使局部充血、水肿、粘连, 产生无菌性炎症。炎性产物又刺激骨赘的生长, 形成恶性病理循环。骨赘形态越尖锐, 刺激压迫和磨损越厉害。宣执人氏在椎管探索术中单纯压迫刺激神经根。随压迫程度不同只引起麻木到麻痹。只有在神经根有炎症的情况下引起疼痛。说明骨赘产生麻木、疼痛是在双重因素下发生的。治疗颈椎病常使用的牵引疗法对肢端麻木有效, 而对缓解疼痛效果不佳, 也说明了这个问题。

通过很多学者的研究证明, 增生的骨赘与正常骨组织无异, 目前尚无化掉骨赘的药物出现。然而, 大量的临床病例证明, 通过合理的治疗, 是完全能消除症状达到临床痊愈的。合理的治疗能中断骨赘发生发展的病理循环。从各种治疗骨赘的方法中, 我们体会到。很大部分都具有活血化瘀, 改善微循环的作用。这些药物和治疗措施虽不能化掉骨刺, 却能有效地消除疼痛, 缓解症状。这说明治疗是针对最后一个环节, 即消除骨赘周围组织的炎症而起作用的。根据骨赘发生的病理机制, 我们筛选了几十种中药, 经反复试验。最后选用了辛温走窜, 渗透力很强的中草药作为基本方, 经上百次试验, 配制成骨刺灵软膏。经临床试用, 疗效很好。为发展外敷剂型积

累了经验。

我们还注意到一个问题，颈椎病的发病年龄多在50岁年龄组，比退变严重的70岁年龄组还高，而且颈椎病合并肩周炎也多见。无论急性或慢性损伤，只有在40—60岁这一特定年龄组才容易发病。40岁前比较少见，60岁以后发病率下降。进一步探索这一特定时期的生理变化，寻找它的内在因素和发病条件具有很大意义。我们推测，人体从中年进入老年，在生理上是一个更替点，脆弱期。有资料表明，男女进入更年期体内抵抗力，全身代谢和内分泌都有改变。祖国医学认为：“邪之所凑其气必虚，正气存内邪不可干。”我们也观察到很大部分患者呈现一种虚的表现，即中医肾气虚，肝肾不足的表现。人体的机能状态与发病因素关系密切。其生理指标有待进一步探讨。

人类对骨质增生的认识不断深入。祖国医学中虽无骨质增生这一病名。但早在二千多年前的《内经》中就有关于痹症的记载，叙述了颈椎病、肩周炎、慢性腰腿痛的临床表现。《素问》指出：“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣。”论述了肾虚与腰痛的关系。《金匱要略》指出：“人年五六十，其病大脉者，痹夹背行……皆为劳得之。”说明了发病与年龄，劳损有关。“年四十者，肝肾渐衰，外邪侵袭经络不通，则肩痛指麻。”更简明地指出了颈椎病的病因表现。

祖国医学为认肾主骨生髓。

肾精化生骨髓对骨骼有濡养作用。督脉起于胞中，由下而上贯脊属肾，总督全身阳气，有温养脊柱之功能。40岁以后肾气渐衰，骨疏髓亏督脉无力温养脊柱，“正虚之处，便是留邪之地”致使寒邪客于脊俞之脉，出现项强，腰痛摇转不能的表现。肾主骨的理论是祖国医学的精华，一直有效地指导骨科临床诊断和治疗，现代医学研究发现“肾”在骨的代谢、内分泌、免疫功能与衰老方面都有重要作用。

治疗方面。仲景立八味肾气丸，华佗创“夹背灸”《肘后方》运用酒调杜仲外敷腰痛。巢元方主张用熨熨针灸及导引。这些方法至今仍广泛用于临床。

随着现代医学的发展，骨质增生这一困扰人类的古老疾病，必将为医学家们揭示，攻克。

参考文献：

1. 杨克勤等：颈椎病 1985·人民卫生出版社
2. 潘之清等：颈椎病 1980·山东科技出版社
3. 善昭荣：腰病的发病机理及诊治 贵州人民出版社
4. 冯天友：中西医结合治疗软组织损伤 1977·人民卫生出版社
5. 王革：压痛点强刺激推拿治疗458例软组织损伤性疼痛 1988·(资料)
3. 盛家福：腰椎骨质增生与临床观察分析——附276例腰椎正侧位片结果对比《中国中医骨伤科杂志》4卷4期

(上接第7页)

④有时令前臂处于旋后位有益于整复。

从解剖学观点分析，中1/3和下1/3骨折整复效果较为满意，上1/3骨折解剖对位率较低，但骨折发生率也低，只要纠正旋转畸形与力线后亦可满足治疗要求，仍以中西医结合治疗为好。相反前臂中1/3或下1/3骨折在整复过程中必须严格要求，因任何一点成角畸形与旋转移位都会影响到将来功能恢复和治疗。

局部外固定应用小夹板加纸垫在伤肢处包扎固定，通过三点作用原理而发挥效能，在外固定控制下，通过肢体肌肉有节制的收缩与舒张活动，把一些不利有成角与侧方移位倾向变成积极固定和矫正残余移位的有效作用。上1/3骨折位于一端，杠杆作用，固定效果差，可适当延长小夹板长度，捆扎好上端布带能收到一定效果。小夹板加纸垫外固定装置为伤肢功能锻炼提供了有利条件，伤肢在外固定的控制下有节制的活动，使其维持动态平衡，同时以解剖学观点的要求恰如其分使用纸垫(大小，厚薄，形状和放置

的位置)和外固定布带的约束力(不发生皮肤疮和影影响血运)，在小夹板固定下于新的基础上(骨折整复后)达到新的动态平衡。这是长臂石膏管型固定所不能比拟的。

十余年来，经过临床实践证明：只要对病员的受伤机制，骨折部位，类型，移位方向有全面的分析才能很好整复，并适时投入中药治疗。正如《医宗金鉴》所曰：“必素知其体象，识其部位，一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”。用解剖学观点与采用中西医结合疗法，前臂骨折的治疗一定会获得满意的效果。

参考资料

1. 《临床骨科学》[1] 创伤，人民卫生出版社，73年版
2. 《中西医结合治疗骨折》临床经验集，天津科学技术出版社，84年版
3. 《实用外科手术解剖学》，人民卫生出版社，72年版。