

# 中西医结合研究骨质疏松的思路与方法

李恩

(河北医科大学中西医结合基础理论研究室,河北 石家庄 050017)

骨质疏松发病机理与防治研究已成为中老年人保健的重要课题,并列为国家“九五”重点攻关项目。同时,由于发病机理尚不完全清楚,而带来的治疗方法多样性,缺乏特效性。因此,引起了中、西医和中西医结合研究者的极大兴趣,广泛地进行了研究。

中西医结合对骨质疏松的研究,欲求得突破性进展,其指导思想是:根据现代医学对骨质疏松发病机理的认识和研究方法,运用中医整体观和辩证观,在思路与方法上要有一个突破。

## 1 骨质疏松发病多因多果与中医的整体观

在中医的古典医籍中,类似骨质疏松名称相当的有“骨痿”、“骨枯”、“骨痹”、“骨蚀”、“骨极”和“骨缩病”等,均有其特定的含义。从定性和定位比较准确的当属“骨缩病”。宋代《扁鹊心书》对骨缩病有如下描述:“此由肾气虚惫,肾主骨,肾水既涸,则诸骨皆枯,渐至短缩,治迟则死,须加艾灸,内服丹附之药,非寻常草木药所能治也”。“凡人年老逐渐矮矮,其犹骨缩之病乎”。根据《内经》五行系统理论,作者提出“肾-骨-髓-血-脑一体”的观点。肾主骨的理论属于整体观念的范畴。而肾与髓、骨、脑之间生理和病理之间的联系有一个中间的通道即是经络(足少阴肾经和足太阳膀胱经)。我们从临床经络辨证中,对足少阴肾经、足太阳膀胱经与足太阴脾经和足厥阴肝经进行比较研究,证明骨质疏松属于足少阴和足太阳经病之列,说明骨质疏松发病与肾有关。

现代医学认为,原发性骨质疏松发病是多因的,与各种内分泌紊乱(包括性激素、甲状旁腺素、降钙素、前列腺素、活性维生素 D 以及相关的促激素等)、营养因素(钙缺乏或吸收不良)、废用因素(活动减少)、遗传因素(维生素 D 受体基因等基因突变)以及吸烟、大量酗酒等生活习惯等有着密切的关系。

上述中西医的论述和研究结果,对骨质疏松发病的认识,从某一个方面提供了依据。但有不少研究资料提出了难以解释的矛盾现象,甚至是对立的观点。如:用雌激素替代疗法并非是治疗骨质疏松的有效方法;甲状旁腺素(PTH)在骨质疏松发病中的作用,通过测定老年人血中 PTH 含量并不

高;降钙素(CT)降低认为与骨质疏松发生有关,但有的老年人同时存在骨质增生为 CT 增多所致;多种激素可直接或间接作用肾脏 1-羟化酶,影响其活性,而使  $1,25(\text{OH})_2\text{-D}_3$  生成减少,从而影响钙的代谢,但将  $1,25(\text{OH})_2\text{-D}_3$  引入骨质疏松治疗,有的效果并不理想;钙剂在骨质疏松治疗中的作用也有较多争议,如南非班图人每日进食钙只有 200 ~ 450mg,但发生骨质疏松和所致骨折发生率不到白人 10%,且男女发病率相等;前列腺素( $\text{PGE}_2$ )对 1-羟化酶及对骨代谢的作用存在更多矛盾,有的认为它可抑制 1-羟化酶活性,促进骨吸收,有的则认为相反或两者兼而有之,等等。

上述从不同角度研究得出的结果,说明骨质疏松是一种全身性代谢性疾病,单用还原论的分析方法,有很大的局限性,不象传染性疾病的单因单果,而代谢性疾病是多因多果,必须根据“生物-自然-社会-心理-个体医学模式”和中医的整体观,探讨骨质疏松发病多因相关性的因果关系,寻找结合点的共性物质基础,以针对机体在不同情况下,分析主要矛盾方面,探讨骨质疏松发病因素的多样性和发病机理的统一性,为治疗和预防该病提供理论依据。

另外,继发性骨质疏松可由多种疾病引起,属于异病同证,亦可从中寻找不同变化的结合点。

## 2 探讨多层次指标的相关性与中医同病异证变化

通过整体、器官和细胞水平研究,提供了多项指标。从其相关性应分析始动因与果的关系,此果又可作为因引起下一个果的连锁反应,以及相关指标对立统一的代偿与失代偿的变化。如补肾方药能增加实验动物小肠粘膜 CaBP-D9K mRNA 的生成,同时发现用 12 月龄大鼠与 2 月龄、6 月龄大鼠比较,其 CaBP-D9K mRNA 生成明显减少,说明不同年龄同病异证变化的基础。可用中医同病异治的思想加以研究。

## 3 整体慢性动物实验与机体的整体调节

机体病症的表现,是机体接受内外刺激整合后的反应。出现代偿和失代偿的变化。为了观察动物的生理和病理的动态变化,最好选用慢性的动物模型。目

前采用的骨质疏松动物模型多为应用地塞米松、去卵巢、维甲酸或动物悬吊等造模,各有优缺点,应根据研究目的,选用不同模型,并注意中医药治疗在于调动机体内因的“调动疗法”,而不单是替代疗法。

#### 4 中药单体成分与复方配伍研究

中医治疗是根据理法方药的理论,君、臣、佐、使配伍的原则,立法、组方和选药。单味药单体成分的

分析是研究中药的一个方面,有其特殊的价值,而中药复方并不是单味药的相加,是多味药的有序组合,做复方整体成分的分析对中医的研究,更有其理论价值和实用意义。对细胞培养观察其作用,则可采用中药单体或血清药理学的方法。中医药在防治骨质疏松方面,将有广阔的发展前景。

(收稿:1999-11-30 编辑:李为农)

## 手法介绍

### 手法整复治疗桡骨远端骨折 357 例

黄献民 邓木旺 钟祥章 李林忠

(韶关市中医院,广东 韶关 512026)

1990 年以来,我们采用手法整复治疗桡骨远端骨折 357 例,获得满意效果,现报告如下。

#### 1 临床资料

357 例中男 131 例,女 226 例;年龄 21 ~ 82 岁。新鲜骨折 325 例,陈旧性骨折 32 例。无移位或轻度移位 81 例,严重移位 183 例,粉碎性骨折 93 例。其中合并尺骨茎突骨折 73 例,下尺桡关节半脱位 67 例,急性腕管综合征 57 例。

#### 2 治疗方法

无移位骨折:用前后小夹板固定,前臂中位,三角巾悬吊胸前。新鲜移位骨折:血肿麻醉或臂丛麻醉下,桡骨远端骨折用牵压回抖法复位。一助手握持患者前臂近端,术者双手紧握手掌,两拇指并列置于骨折端背侧,其余四指握腕掌部扣紧大小鱼际,对抗牵引纠正重叠移位,然后双拇指用力下压加大原骨折成角,继而回抖屈腕尺偏复位骨折。用手检查骨折对位对线良好,小夹板固定于旋后位,三角巾悬吊,检查指末端血运,X片复查。陈旧性骨折骨痂稀少者,在臂丛麻醉下,手法轻旋摇动松解骨折端,然后用牵压回抖法复位骨折,固定同新鲜骨折。陈旧性骨折骨痂较多或骨折畸形愈合者,可手术清除骨痂,松解骨折端,再手法复位,克氏针交叉内固定,石膏夹保护。骨折复位后用接骨油纱(接骨油纱为我院自备用药,用茶子油加热炸桃仁、红藤、紫草。炸浸出有效成分后去渣,加入少许冰片、血竭制成接骨油纱备用。具有活血祛瘀,消肿止痛,清热解毒的作用)敷药,每 2 天换药调整夹板一次。手术病人常规使用抗菌素 3 天,外科换药至术口愈合后改用接骨油纱换药。每 2 ~ 3 周复查 X 光照片一次。拆除外固定后用舒筋通络中药外洗。内服中药早期以活血行气、消肿止痛为主,用桃红四物汤加味。中后期以补肾接骨、舒筋通络为主。

#### 3 治疗结果

本组 357 例中,优:接近解剖对位,X片示骨折对位对线佳,关节正常,患手无麻木疼痛,恢复正常工作,241 例。良:骨折近似解剖复位,X片示骨折有轻度掌倾角畸形,关节功能基本正常,患手无麻痛感,96 例。可:桡骨远端骨折嵌入缩短

较明显,下尺桡关节后旋时有活动痛,20 例。优良率 94.4%。

#### 4 讨论

桡骨远端骨折是常见骨折,诊断治疗并不困难,但仍有前臂旋转障碍、腕管综合征、外观畸形的发生。

据我们观察,前臂旋转功能障碍是桡骨远端骨折向桡侧移位使下尺桡关节关系不稳致尺骨小头半脱位,更多见的是桡骨远端骨折嵌入,当桡骨腕关节面低于尺骨小头关节面 0.8cm 时,腕关节远侧的球状关节面对尺骨小头产生一个向尺侧的分力而使之半脱位,引致前臂旋转功能障碍、疼痛,严重影响前臂功能。因而在骨折复位时要充分对抗牵引,纠正桡骨远端骨折重叠移位,复位侧方移位,对减少下尺桡关节半脱位致前臂旋转功能障碍十分重要。我们采用牵引下压回抖的牵抖法复位桡骨远端骨折,可使嵌入的骨折端松开并在回抖的过程中,骨折支点重新排列对合,对防止骨折复位固定后骨折端按“原路”重新嵌入缩短有好的治疗作用。凡有移位的克雷氏骨折多合并有下尺桡关节的脱位<sup>[1]</sup>,采用旋后位固定科雷氏骨折,可防止下尺桡关节半脱位,且固定效力最大,断端最稳定,移位倾向最少<sup>[2]</sup>。

复位固定桡骨远端骨折,充分的牵引纠正缩短畸形,用屈腕尺偏以纠正桡骨骨折端的掌倾角和桡侧移位,回抖复位使骨折端重新排列,防止骨折端按“原路”重新嵌入缩短、前臂固定于旋后位置,可有效地防止腕管综合征、前臂旋转障碍、手腕活动痛、手腕畸形的发生。

牵抖法一般用于复位科雷氏骨折,笔者用牵抖法复位史密斯骨折亦取得了好的效果,其要点是:术者双手握持时,双拇指按压住骨折的近端,当牵抖复位时双拇指下压,将骨折近端向下压,其它四指将远端向上端提而达到复位目的。

#### 参考文献

- [1] 张安桢,武春发. 中医骨伤科学. 北京:人民卫生出版社,1988. 266.
- [2] 王国平. Colle's 骨折旋后固定机理探讨. 中医正骨,1994,6(1): 15.

(编辑:连智华)