

骨质疏松症的中医病因病机的理论基础

Theoretical foundation of etiology and pathogenesis of osteoporosis in TCM

邹本贵¹ 刘宏奇²

ZOU Ben-gui, LIU Hong-qi

【关键词】 骨质疏松; 病因学 【Key words】 Osteoporosis; Etiology

骨质疏松症是西医学名词,在中医学古代医籍中,虽有与骨质疏松症表现相似的论述,但没有关于骨质疏松症病因病机的系统认识。近代学者在长期的临床工作中,不断总结经验,逐步完善了骨质疏松症的病因病机理论。

1 肾精亏虚

关于肾与骨的关系,中医古文献中论述甚丰,早在《黄帝内经》中对“肾主骨生髓”已有理论阐述,后世医家发挥《黄帝内经》理论,对肾与骨的关系论述更加详尽。认为骨之强弱与肾中精气盛衰的关系密切,肾中精气充盛,则骨髓生化有源,骨才能得到骨髓的滋养,骨矿含量正常而骨骼强健。老年人由于肾气衰,肾精虚少,骨髓化源不足,不能营养骨骼而致骨髓空虚,骨矿含量下降,发生骨质疏松。基于上述理论,众多中医科学工作者进行了大量的研究工作,许志奇等^[1]对肾虚患者的骨矿含量的研究表明:肾虚症患者骨矿含量普遍低于正常人,肾虚组与正常人组相比较,骨矿含量有显著性差异,各年龄组肾虚证的发生率同年龄成正相关,即随着年龄的增长,而发病率增高。李泉玉等^[2]的研究结果提示:肾主骨,骨功能低下者,骨矿含量普遍降低。现代医学研究表明:肾虚者有下丘脑-垂体-性腺轴功能的减退,性激素水平下降,进而引起成骨功能下降,使单位体积内骨组织含量减少,发生骨质疏松症^[3]。谢可永^[4]对 55 例骨质疏松症患者进行中医辨证后,发现其均存在不同程度的肾虚症状,其中肾阳虚者 29 例,肾阴虚者 26 例。对前者使用温补肾阳法治疗,对后者使用滋阴益肾法治疗。结果显效 32 例,有效 16 例,无效 7 例,总有效率 87.3%。梁立^[5]使用自制的以补肾为基础方,根据辨证分型进行加减治疗骨质疏松症 58 例,治疗 10~12 周后,患者肾虚症状的积分平均值较治疗前降低,桡骨 1/3 骨密度减少积分平均值也较治疗前降低。宋献文等^[6]以股骨矿物质含量和股骨抗弯强度为指标,评价补肾中药对骨质疏松症大鼠模型的防治作用。实验结果表明,补肾中药对绝经后骨质疏松大鼠模型有防治作用。丁桂芝等^[7]探讨补肾法对骨质疏松大鼠骨代谢影响的作用机理。使用补肾方剂(补肾健骨胶囊)对切除卵巢后引起大鼠骨质疏松的雌性成年大鼠进行了雌激素和补肾健骨胶囊的治疗。观察了大鼠雌激素、黄体生成素、子宫重量,以及股骨计量学和胫骨组织形态计量学的变化,统

计学结果显示:补肾健骨胶囊能改善卵巢切除后大鼠的骨质丢失状态,起到保护骨骼的作用。其作用机理可能与其具有①性激素样作用;②增强成骨细胞活性,使骨生成增强;③调节机体内环境微量元素的平衡,促使矿物质在骨中的沉积,进而发挥抗骨质疏松症作用有关。

2 脾气虚弱

脾的运化功能正常是饮食水谷消化、吸收,滋养骨骼的保证,饮食水谷摄入不足,无以滋养骨骼亦是骨质疏松症的发生原因。谢林等^[8]从中医理论角度探讨骨质疏松症的病理机制和历史沿革,并结合当前研究成果,提出健脾养胃法能促进骨形成,抑制骨吸收,是治疗骨质疏松症的有效方法。卢心宇^[9]论述,脾胃虚弱无以运化水谷,气血生化不足,无以资助肾中精血,而致髓少骨松。

3 脾肾两虚

肾中之精气为后天形体之基础,而肾中所藏精气,亦有赖于水谷精微的不断化生与补充。脾气虚弱,水谷精微化生不足,不能滋养先天之精,则可导致先后天之精俱虚,无以充养骨髓,发生骨质疏松。赵咏芳等^[10]对 62 例年龄在 50~80 岁的女性进行了桡骨骨密度测量,同时按照中医虚证诊断标准进行中医辨证分型,结果发现,在 37 例骨量减少的患者中,肾虚者 34 例,脾肾两虚者 3 例。罗为民^[11]在总结魏指薪经验基础上,采用健脾补肾法治疗原发性骨质疏松症取得了较好疗效。同时采用动物实验的方法研究了健脾补肾法对骨质疏松计量学方面的影响,证明健脾补肾法能提高骨代谢转换,增加骨量,延长成骨细胞成骨期,恢复骨骼的正常功能。刘炎等^[12]应用针刺补肾健脾法治疗绝经后骨质疏松症 51 例,均伴有股骨颈骨折。前后对照症状积分值具有显著性差异($P < 0.01$),缓解了骨质疏松造成的腰背痛和骨痛的临床症状,血清雌二醇水平提高,而血清睾酮降低($P < 0.01$)。尿钙与尿肌酐比值下降($P < 0.01$),前后对照有显著性差异。

4 风寒湿痹阻 瘀血阻滞

明·张璐、陈士铎等人在论述肾虚腰痛时指出肾虚为本,风寒湿邪、瘀血等为标。论述了肾精不足、下元虚寒、风寒湿邪乘虚而入的病理变化。近代学者据此深入研究,卢心宇^[9]认为:肾中精气不足,风寒湿邪乘虚深侵入骨,也可导致经络痹阻,骨失所养。

骨质疏松症的主要并发症为骨折,而骨折的主要病机是

1. 山西中医学院中医系,山西 太原 030024; 2. 山西中医学院第二中医院

瘀血阻滞。据报道 25% 以上骨质疏松症的妇女发生一个或几个椎体的骨折。在美国 45 岁以上人群每年有 1500~2000 万人患骨质疏松症, 而其中超过 20 万人发生骨折^[13]。张玉生等^[14]将 66 例骨质疏松症患者分为肾虚骨瘦型, 治以补肾壮骨。肾虚血瘀型, 治以补肾壮骨、化瘀通络, 2~3 个月后, 经 X 线片前后对照, 有 38 例患者骨质疏松程度明显改善 ($P < 0.05$)。罗国衣^[15]治疗骨质疏松症导致的骨折 102 例, 将其分为: 肾虚骨瘦型 39 例, 治以益肾壮骨、活血止痛。肾虚血瘀型 63 例, 治以益肾逐瘀。后经 X 线摄片观察, 骨痂愈合良好, 骨质疏松症状消失或好转, 其中 4~15 天疼痛得以抑制的有 78 例, 偶尔再犯的 21 例, 再发生率 1%。陈继平^[16]认为虚中夹瘀是骨质疏松症的病变机理, 采用健脾补肾、活血化瘀法治疗骨质疏松症 38 例, 显效 20 例(痛止或明显好转, 功能基本恢复, Singh 指数改善), 好转 14 例, 无效 4 例。

参考文献

- 1 许志奇, 郭素华, 杨定焯, 等. 肾虚证骨矿物质含量的初步研究. 中西医结合杂志, 1991, 11(3): 222.
- 2 李泉玉, 刘玉槐, 徐文贵, 等. 肾虚者骨矿含量测定的意义. 白求恩医科大学学报, 1992, 18(3): 296.
- 3 村上元孝, 龟山正邦著, 邹元植译. 老年病学. 北京: 人民卫生出版社, 1981. 11.
- 4 谢可永. 补肾法治疗骨质疏松症 55 例疗效观察. 中医杂志, 1986, 27(6): 40.

- 5 梁立. 补肾中药治疗骨质疏松症的临床观察. 中医杂志, 1992, 33(1): 39.
- 6 宋献文, 石印玉, 沈培芝, 等. 补肾中药防治绝经后骨质疏松症的实验研究. 上海铁道医学院学报, 1995, 9(3): 141-145.
- 7 丁桂芝, 周勇, 李榕, 等. 补肾法对骨质疏松大鼠骨代谢影响的作用机理探讨. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3(3): 1-4.
- 8 谢林, 姚共和, 郭振球. 健脾养胃法治疗骨质疏松症初探. 湖南中医学院学报, 1996, 16(4): 7-9.
- 9 卢心宇. 辨证治疗老年性骨质疏松症. 福建中医学院学报, 1994, (1): 25-26.
- 10 赵咏芳, 张戈, 史万忠, 等. 骨质疏松症中医证型的初步临床报告. 中医正骨, 1998, 10(5): 9-10.
- 11 罗为民. 健脾补肾法防治绝经后骨质疏松症的计量学研究. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3(2): 1-4.
- 12 刘炎, 王健维. 针刺补肾健脾法治疗骨质疏松症的临床观察. 针灸临床杂志, 1996, 12(7, 8): 24.
- 13 李安荣, 周婴, 周晓琳. 骨质疏松症. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1998. 239.
- 14 张玉生, 朱晓波, 张志平, 等. 中药治疗老年性脊椎骨质疏松所致腰背痛. 中医正骨, 1997, 9(6): 28.
- 15 罗国衣. 绝经后骨折与骨质疏松症 102 例中医治疗. 中国骨伤, 1996, 9(6): 33.
- 16 陈继平. 虚中夹瘀论治老年性骨质疏松症 38 例. 黑龙江中医药, 1999, 30(6): 29-30.

(收稿: 2001-05-10 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

切吸疗法治疗腰椎间盘突出术后椎间隙感染 3 例报告

唐兆宏 段延民 张留宪

(莘县第三人民医院外科, 山东 莘县 252427)

椎间隙感染是腰椎间盘突出后一种严重并发症, 我们自 1995 年 1 月至 1999 年 12 月, 行椎板开窗髓核摘除术 165 例, 感染 2 例; 行经皮穿刺腰椎间盘切吸术 62 例, 感染 1 例, 此 3 例均采用切吸并椎间隙置管冲洗进行治疗, 效果满意, 报告如下。

例 1, 男, 45 岁, 因 L_{4,5} 椎间盘突出, 于 1995 年 4 月住院, 行椎板开窗髓核摘除术, 术中顺利, 术后腿痛消失, 术后第 5 日出现腰部剧烈疼痛并向患侧下腹部及腹股沟区放射, 夜间重不能入眠。查体: 体温 37.4℃, 刀口无红肿, 两骶棘肌痉挛, 第 6 日查 WBC 10.0 × 10⁹/L, N 0.75, ESR 40mm/h, 考虑为椎间隙感染, 即在局麻下行患侧 L_{4,5} 椎间盘切吸, 见有少量黄色液体流出, 灭滴灵, 庆大霉素, 盐水冲洗后, 椎间隙置入一粗细相当的双腔导尿管(两端剪除), 细孔接输液器滴入灭滴灵, 庆大霉素盐水, 粗孔接引流袋, 冲洗 3 天拔除, 同时全身应用大剂量抗生素等治疗。患者于切吸后第 1 天疼痛减轻, 4 周基本消失, 复查 ESR 18mm/h, 出院。

例 2, 女, 36 岁, 因 L_{4,5} 椎间盘突出, 于 1996 年 5 月住院, 行经皮穿刺腰椎间盘切吸术, 术后症状减轻, 至第 7 日腰腿痛加重, 不敢翻身, 且逐渐加重, 第 9 日剧痛, 病床振动即引起发

作。查体: 体温 37.6℃, 两骶棘肌痉挛, L_{4,5} 压痛明显, 查 WBC 13.0 × 10⁹/L, N 0.78, ESR 52mm/h, 考虑为椎间隙感染, 即行同间隙再次切吸并置管冲洗, 方法、用药同例 1, 术后第 1 日疼痛减轻, 5 周腰腿痛较入院前明显减轻, 复查 ESR 20mm/h, 出院, 5 个月随访腰腿痛消失。

例 3, 男, 48 岁, 因 L₅S₁ 椎间盘突出于 1998 年 10 月住院, 行椎板开窗髓核摘除术, 术后腿痛消失, 至第 6 日出现腰痛并向臀部放射, 第 7 日剧痛, 不敢翻身。查体: 体温 37.5℃, 两骶棘肌痉挛, 查 WBC 12.0 × 10⁹/L, N 0.76, ESR 40mm/h, 考虑为椎间隙感染, 即行切吸置管冲洗, 方法、用药同前 2 例。术后第 1 日疼痛减轻, 5 周基本消失, 复查血沉 16mm/h, 出院。

讨论

椎间隙感染重在预防, 我们认为要注意以下几点: (1) 手术间卫生及消毒, 尤其是在放射科进行经皮穿刺腰椎间盘切吸者。(2) 严格无菌操作, 最小创伤, 彻底止血, 认真冲洗椎间隙并放引流管。(3) 术前检查病人有无远处感染灶, 如皮肤、呼吸道、泌尿系感染及盆腔炎等, 一旦发现要延期手术。

(收稿: 2000-10-23 编辑: 李为农)