

壮骨祛痹膏并过伸复位治疗骨质疏松性胸腰椎骨折的临床研究

祝海滨 胡建强 丁相龙 史德功 高万万

(青岛市黄岛区中医医院骨科 山东 青岛 266000)

【摘要】目的:探讨壮骨祛痹膏并过伸复位治疗骨质疏松性胸腰椎骨折的临床疗效。**方法:**选取我院2020年1月-2021年6月收治入院的60例骨质疏松性胸腰椎骨折患者作为研究对象,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,各30例,治疗组采用壮骨祛痹膏并过伸复位法治疗,对照组采用口服美洛昔康胶囊。其他常规处理方法相同。分别于治疗前、治疗后3天、治疗后3个月观察椎体前缘高度压缩率、后凸角评估疗效和观察治疗后3个月的临床疗效,并进行统计学分析。**结果:**治疗前,治疗组椎体前缘高度压缩率(41.47 ± 6.89)%同对照组椎体前缘高度压缩率(46.32 ± 7.92)%比较,未呈现出显著差异($P > 0.05$);治疗后3d,治疗组椎体前缘高度压缩率(25.33 ± 9.27)%低于对照组椎体前缘高度压缩率(32.42 ± 6.25)%;治疗后3个月,治疗组椎体前缘高度压缩率(16.58 ± 6.98)%低于对照组椎体前缘高度压缩率(22.95 ± 7.82)%;($P < 0.05$);治疗前,治疗组后凸角(16.27 ± 2.75)°同对照组后凸角(15.89 ± 3.24)°比较,未呈现出明显差异($P > 0.05$);治疗后3d,治疗组后凸角(8.57 ± 2.19)°低于对照组后凸角(10.01 ± 2.08)°($P < 0.05$);治疗后3个月,治疗组后凸角(5.28 ± 1.32)°低于对照组后凸角(7.32 ± 2.45)°($P < 0.05$)。结论:壮骨祛痹膏并过伸复位治疗骨质疏松性胸腰椎骨折的疗效明显,且安全可靠。

【关键词】壮骨祛痹膏;过伸复位;骨质疏松性;胸腰椎骨折

【中图分类号】R687.3

【文献标识码】B

【文章编号】1002-8714(2022)03-0270-02

骨质疏松作为骨病综合征一种,受到社会广泛关注。伴随骨质疏松病情逐渐发展,会导致患者骨质韧性以及强度呈现出显著降低,导致骨折发生率显著增加。并且于胸腰椎位置存在较高概率表现出骨质疏松情况。伴随年龄增长,会导致患者骨质量以及骨密度降低,对应导致骨强度呈现出一定程度降低,从而使骨折风险显著增加。骨质疏松性胸腰椎骨折作为常见骨折类型,往往合并表现出显著疼痛感,对患者日常活动造成影响,导致生活质量降低,采取有效措施给予积极治疗,具有重要意义。目前社会老龄化,骨质疏松性胸腰椎骨折发病率上升,常伴基础病较多,临床多采用保守治疗。但西医保守多采用对症药物、卧床等,手段单一,且肠道不良反应等并发症较常见。近年来,中医保守治疗方法日渐受到重视和运用。我院2020年1月-2021年6月收治入院的60例骨质疏松性胸腰椎骨折患者采用壮骨祛痹膏并过伸复位法治疗的疗效,取得了良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取我院2020年1月-2021年6月收治入院的60例骨质疏松性胸腰椎骨折患者,所有患者根据《中医病症诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)中胸腰椎骨折诊断标准。随机分为治疗组和对照组各30例,治疗组:男12例,女18例;平均年龄 70.6 ± 14.8 岁;受损部位:T11 6例,T12 9例,L1 8例,L2 7例;受伤原因:自己摔伤者9例,蹲坐伤者14例,交通伤者7例。对照组:男11例,女19例;平均年龄 68.9 ± 12.5 岁;受损部位:T11 5例,T12 10例,L1 7例,L2 8例;受伤原因:自己摔伤者10例,蹲坐伤者15例,交通伤者5例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准:(1)符合中医气滞血瘀证诊断标准和西医胸腰椎压缩骨折标准(2)伤后入院时限 ≤ 7 d(3)X线显示椎体前柱骨折,中柱完好,压缩高度不超过1/2的稳定性骨折(4)骨密度测定符合骨质疏松。所有患者均行X线、CT、骨密度测定。

1.3 排除标准:(1)存在神经损伤(2)病理性骨折(3)严重原发性基础病、精神病等(4)研究期间再次骨折(5)不符合纳入标准或未按既定方法治疗或复查随访资料不全者。

1.4 终止试验标准:①临床呈现出系列严重不良事件,经临床医师展开对应鉴别,停止临床试验;②针对所有骨质疏松性胸腰椎骨折患者在实施干预试验期间,呈现出其他可能对临床体征、症状造成影响系列现象,医生对于此试验有权终止,处理方式为无效病例;③针对所有骨质疏松性胸腰椎骨折患者在展开干预试验期间,呈现出严重偏差现象,患者依从性较差;④针对所有骨质疏松性胸腰椎骨折患者在实施干预试验期间,所有受试对象不愿继续本次试验,从而对主管医师提出将试验终止要求。

1.5 脱落标准以及处理原则:①针对所有骨质疏松性胸腰椎骨折患者在实施干预试验期间,对于本次研究,所有研究对象自愿退出,或者自主向主管医师提出将知情同意书撤回要求;②呈现出的用药依从性较差,无法坚持完成本次治疗;③研究人员针对病例病情、病因以及脱落情况展开详细、清晰记录,并且对于病例相关数据均保存,创建档案,以供后期数据分析。

1.6 治疗方法:治疗组采用壮骨祛痹膏并过伸复位治疗。患者取俯卧位,两名助手站立位抬起双侧腋下及双踝部,对抗牵引,维持胸腰段过伸位,以患者能耐受为度。复位者双上肢伸直位、借助身体重力、掌根按压患椎棘突处,按压幅度4-5cm,期间询问有无下肢麻木或其他不适感,以期矫正椎体塌陷,恢复高度。取壮骨祛痹膏适量,以损伤节段长短准备合适尺寸医用纱布多层,涂抹于纱布表面,药膏厚度约2mm,微火稍微加热药膏,敷于患处并固定,每日更换。之后仰卧位,中单垫高胸腰椎维持过伸。对照组采用口服美洛昔康胶囊(四川科伦药业,批号:B060501023)。其他如预防便秘、垫枕患处、指导腰背肌功能锻炼等相关治疗,组间无区别。

1.7 观察指标:分别于治疗前、治疗后3天、治疗后3个月观察椎体前缘高度压缩率、后凸角、观察治疗后3个月的临床疗效,评估疗效。

1.8 统计学处理:采用SPSS 13.0统计软件包进行统计学分析,数据以 $\bar{x} \pm s$ 形式表示,组间比较采用t检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察治疗后3个月的临床疗效,分为无效、有效、显效。总有

效 = 有效 + 显效。

无效:治疗后主要症状未见改善,骨折部位局部畸形未见任何改变,甚至出现功能障碍;

有效:治疗后疼痛症状基本消失,椎体形态与腰段外观显著改善;

显效:治疗后患者不适症状消失,骨折部位愈合,腰椎功能恢复。

表1 治疗组的总有效率为93.33%,显著高于对照组的83.33%,比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	例数	无效	有效	显效	总有效
对照组	30	5(16.67%)	13(43.33%)	12(40.00%)	25(83.33%)
治疗组	30	2(6.67%)	12(40.00%)	16(53.33%)	28(93.33%)

2.2 两组治疗前后影像学参数比较:两组治疗后3天、治疗后3月观察椎体前缘高度压缩率、后凸角与组内治疗前比较差异均具有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后3天、治疗后3月观察椎体前缘高度压缩率、后凸角与对照组比较明显优于对照组,且比较差异有统计学意义($P < 0.05$),两组治疗前比较无统计学意义($P > 0.05$),见表2,表3。

表2 椎体前缘高度压缩率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后3天	治疗后3月
对照组	30	46.32 ± 7.92	32.42 ± 6.25	22.95 ± 7.82
		46.32 ± 7.92	32.42 ± 6.25	22.95 ± 7.82
治疗组	30	41.47 ± 6.89	25.33 ± 9.27	16.58 ± 6.98
		41.47 ± 6.89	25.33 ± 9.27	16.58 ± 6.98
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

表3 后凸角比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后3天	治疗后3月
对照组	30	15.89 ± 3.24	10.01 ± 2.08	7.32 ± 2.45
治疗组	30	16.27 ± 2.75	8.57 ± 2.19	5.28 ± 1.32
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

骨质疏松性胸腰椎骨折如果治疗不当,杨惠林等^[1,2]总结具有较高骨折不愈合、褥疮、坠积性肺炎、泌尿系感染、深静脉血栓等并发症发病率,成为患者慢性背痛和残疾的根源^[3]。此类患者多伴基础疾病,保守治疗是比较好的选择^{[4][5]}。

自拟“壮骨祛痹膏”已获国家发明专利证书一项,组方主要包含川断30份、威灵仙30份、川芎20份、透骨草30份、元胡20份、乳香20份、川牛膝30份、木瓜20份、鸡血藤30份、没药20份、蜂蜡25份、香油550份等。方中威灵仙、透骨草、鸡血藤通经活络。元胡、川芎、乳香、没药活血化瘀、行气舒筋。木瓜、川断、川牛膝补肝肾、强筋骨,可助活血化瘀、软坚散结。其能渗透肌肤、直达病所,共奏行气祛痛、活血化瘀、补肝肾、强筋骨的作用,疗效显著、不易过敏,无内服西药肠道不良反应。

过伸复位充分发挥中医传统复位的优点,机理在于过伸位下通过前纵韧带维持椎体前部的张力,产生复位效应,Denis提出的“三柱”学说是其生物力学基础。复位很好开展,可以有效减少相关的后遗症,比如慢性腰痛,同时维持良好的脊柱生理弯曲^[6]。顾云五等^[7]认为当脊柱过伸复位时,支点落在椎体后方,不在关节突关节,故合并有关节突骨折、椎体骨折时,垫枕练功等亦不致挤压脊髓,为过伸复位的安全性提供了理论依据。郑平等^[8]认为

前纵韧带的充分伸展可提供足够的过伸整复矫正力,可有效地整复骨折、脱位、后弓角,恢复其生理弯曲和椎体高度,从而增加椎管和神经孔的面积。垫枕疗法的应用,可实现在撑开的同时恢复脊柱的生理前凸,使骨块复位到正常并有效的持续减压^[9]。利用牵引、手法、垫枕等对脊柱产生的后伸力、按压力使脊柱承受自身重力牵拉和三点弯曲联合负荷^[10],使前柱产生较大的张应力,中柱及后柱的应变、应力都较小。

本次研究发现,治疗前,治疗组椎体前缘高度压缩率(41.47 ± 6.89)%同对照组椎体前缘高度压缩率(46.32 ± 7.92)%比较,未呈现出显著差异($P > 0.05$);治疗后3d,治疗组椎体前缘高度压缩率(25.33 ± 9.27)%低于对照组椎体前缘高度压缩率(32.42 ± 6.25)%;治疗后3个月,治疗组椎体前缘高度压缩率(16.58 ± 6.98)%低于对照组椎体前缘高度压缩率(22.95 ± 7.82)%; $(P < 0.05)$;治疗前,治疗组后凸角(16.27 ± 2.75)°同对照组后凸角(15.89 ± 3.24)°比较,未呈现出明显差异($P > 0.05$);治疗后3d,治疗组后凸角(8.57 ± 2.19)°低于对照组后凸角(10.01 ± 2.08)°($P < 0.05$);治疗后3个月,治疗组后凸角(5.28 ± 1.32)°低于对照组后凸角(7.32 ± 2.45)°($P < 0.05$),充分表明壮骨祛痹膏并过伸复位治疗骨质疏松性胸腰椎骨折疾病临床价值。

此方法疗效可靠,无明显毒副作用及不良反应,而且有利于降低医保压力、手术费用,减轻国家及患者经济负担。以期在临床上进一步推广应用。

参考文献

- [1] 朱俊昭,王福贵,邹扬道,等.经伤椎椎弓根螺钉内固定治疗胸腰椎骨折脱位[J].实用骨科杂志,2011,17(5):391-393
- [2] 罗杰,许军,后路伤椎置钉与跨节段椎弓根螺钉内固定术治疗胸腰椎骨折的临床疗效比较[J].国际医药卫生导报,2014,20(05):656-659
- [3] 王正祥,刘卫华,潘绍松,等.经椎旁肌间隙入路伤椎内固定治疗无神经损伤胸腰椎骨折临床效果观察[J].国际医药卫生导报,2014,20(15):2294-2296
- [4] 杨莎莎,陈邦菊,余兮,等.经伤椎椎弓根螺钉内固定治疗胸腰椎骨折的护理[J].局解手术学杂志,2011,20(4):443
- [5] 林健泽,余铮,杨欣建,等.经伤椎椎弓根螺钉内固定治疗胸腰段爆裂骨折的疗效研究[J].深圳中西医结合杂志,2012,22(3):137-140
- [6] 陈勇喜,农新盛,黄超,等.经伤椎椎弓根螺钉内固定治疗胸腰椎骨折35例[J].广西医科大学学报,2013,30(1):140-141
- [7] 张文捷,张亮,赵春明,等.经皮附加伤椎椎弓根螺钉内固定治疗腰椎骨折[J].中国骨与关节外科,2012,5(2):128-133
- [8] 黄嘉乐.经伤椎椎弓根螺钉内固定术治疗中青年腰椎爆裂性骨折[D].汕头大学,2013.
- [9] 马立敏,周焯,张余,等.伤椎椎弓根螺钉内固定治疗胸腰段椎体压缩骨折的三维有限元分析[J].中国数字医学,2013,8(10):54-57
- [10] 梅伟,王春丽,王庆德.微创经皮椎弓根螺钉内固定治疗胸腰椎骨折[J].中国实用医刊,2013,40(20):103-104