

中医药治疗男性骨质疏松及其股骨颈骨折

萧劲夫 李昂

摘要 当今,男性OP日益引起社会重视,但现代医学仍无较多有特效的治疗方法。本文应用祖国传统医学理论,归纳总结了男性OP的辨证论治、病因病机、症状表现、药物治疗。同时针对老年男性OP特点,对其最常见且最严重的并发症——股骨颈骨折,提出并探讨了中医药防治措施。并根据老年男性OP生物力学要求,探讨了手术方式的选择,介绍了中西医结合治疗方法。

关键词 骨质疏松 男性 股骨颈骨折 中医药治疗 手术治疗 预防

Traditional Chinese medical treatment of osteoporosis and femoral neck fracture in senile males

Xiao Jinfu and Li Ang

Abstract Currently, the senile males' osteoporosis has drawn increasing social attention. Based on the theory of traditional Chinese medicine (TCM), the article summarizes the differentiation of syndromes, etiology, pathogenesis, symptoms and medical treatment of males' osteoporosis. The paper also discusses the choice of operative technique, introduces the methods and experiences of TCM treatment and prevention of femoral neck fracture, the most common and serious complication of osteoporosis.

Key words Osteoporosis Senile males Femoral neck fracture TCM treatment Operation Prevention

男性骨质疏松症(OP)多发生在70岁以上老年人,因男性终身不存在骨量快速丢失阶段,在发生髌部骨折等严重后果前,多没有女性腰背疼痛、驼背畸形、身高降低等明显症状,其发病率也仅为女性OP患者的1/10左右^[1],故过去常常为人们所忽视。但据统计,1990年全世界男性与OP密切相关的髌部骨折约为70万,随着今后人均寿命的逐渐增加,男性OP的发病率呈持续上升趋势,预测至2025年将达116万例^[2~5]。男性发生髌部骨折后,其较高的致残率和严重的后遗症、高昂的治疗费用和长久的治疗周期,对患者所造成的痛苦和社会危害性往往超过慢性腰椎压缩性骨折对女生的影响。因此,有必要对男性OP进行深入细致的研究。我们为充分利用中医药的天然优势,在祖国医学宝库中寻求探索一种疗效理想、作用全面、副作用小的男性骨质疏松治疗方法作了一些初

步探索。

1 祖国医学辨证论治

祖国医学认为“肾主骨,生髓”,《黄帝内经》指出“骨萎”的发生是老年人精血衰竭,“骨枯而髓虚”的结果,认为“肾不生则髓不能满”、“肾气热则腰脊不举,骨枯而髓减发为骨萎”、“骨者髓之府,不能久立,行则振掉,骨将惫矣”。据我们临床诊治经验,对男性OP应用祖国医学辨证可归纳总结为以下六证^[6~7]。

1.1 肝肾阴虚

朱丹溪提出“肾热痿软”,人过四十,阴气自半,阳气偏盛,若男子长期烦劳过度,或“远行劳倦,大热而渴”(《素问·痿论》),阳气内伐,客热内燔,耗劫肾阴,筋骨失其濡润而退变。症见腰背酸痛,腿膝无力,关节肌肉痿软微热,遇劳则甚,眩晕耳鸣,发脱齿摇,烦热咽干,盗汗颧红,失眠多梦,阳强易举,遗精早泄,溲黄便干,舌红苔少,脉细数。治宜滋肾养肝,泻火养骨。可用左归丸或滋阴大补丸加减,偏重于阴虚内热可

用知柏地黄丸或滋阴补髓汤加减。

1.2 肾阳衰微

试验表明,阳虚患者或雄性“阳虚”动物模型 OP 发生率明显增加,而补肾温阳药物能明显改善 OP 骨质丢失状态^[11]。肾阳即命门之火,为精神之舍,元气之根,能温养全身和防御外邪。若男子年老体弱,肾阳虚衰,命火不足,督脉失充,骨气不振,则不能充分激发经气,气化精血,熏泽骨体,可致筋骨懈惰,形体皆极。症见腰背、髋、膝关节等处冷痛,伸屈不利,面目虚浮,腰以下为甚,按之甚则凹陷不起,遇寒加重,神疲倦怠,气短喘促,面色白或黧黑,食入停滞,夜尿频多,滑泻阳痿,舌淡胖苔白润,脉沉微迟。治宜温肾壮阳,强筋健骨。方用右归丸加减。

1.3 肾精不足

肾主骨,生髓,若肾精充足,则骨髓充盈,骨骼充实健壮,肢体活动轻劲有力。早在春秋时期,祖国医学就认识到筋骨坚强者在同样外力作用下不易发生骨折损伤^[12]。若老年男子肾精枯竭,充养乏源,骨失滋涵,则骨体枯槁,无以作强,骨枯而髓减发为骨痿,故《灵枢·本神》指出:“精伤则骨酸痿厥”,张景岳归因于“元气败伤,精血虚不能灌溉”。该型患者不表现为明显的阴阳偏盛偏衰,是临床上最多见的一证。症见关节隐痛,腰膝酸软,爪甲干枯不荣,筋骨痿弱无力,发脱齿摇,目涩耳聋,健忘恍惚,精少,性欲减退,甚则腿胫大肉消脱,痿废不起,舌红少苔,脉细弱。治宜填精补髓,益肾壮骨。方用虎潜丸或河车大造丸加减。

1.4 脾虚气弱

脾胃为后天之本,生化之源,阳明“主润宗筋”、“主束骨而利机关”,《灵枢·决气》曰“谷入气满,淖泽注于骨,骨属屈伸,泄泽,补益脑髓”。《丹溪心法》认为“痿之不足,乃阴血也”,王清任谓“气虚不能周流”。若脾胃衰惫,摄食不足,或饮食偏嗜,嗜溺烟酒,均可致脾胃失调,化源不振,无力升降气机,精微无以四布周流,骨骼失其溉濡营养,则脆弱不健,在外力作用下容易发生骨折损伤。症见关节胀痛,肌瘦乏力,四肢不温,神疲体倦,少气懒言,乏力自汗,腹胀喜按,

纳少便溏,面色少华或萎黄,舌淡苔白,脉虚细无力。治宜健脾开胃,益气补骨。方用归脾汤或十全大补汤加减。

1.5 气滞血瘀

肝肾精血空虚日久,气虚疏泄无力,脉络凝涩,易成挟瘀之候;或因阴虚内热,血热互结;或阳虚内寒,寒凝血瘀;或年老精志失调,肝失疏泄,气机不调,则脉道闭阻,气血壅塞,骨失血养,骨质稀疏。症见周身骨骼疼痛,日轻夜重,关节凝滞强直,筋骨痿弱麻木,口唇爪甲晦暗,肌肤甲错,发脱目涩,舌暗有瘀斑,脉沉细而涩。治宜活血化瘀,养血濡骨。方用身痛逐瘀汤加减。

1.6 寒湿侵袭

寒为阴邪,主收引,湿为重着之邪,若老年男性素体不足,气血偏虚,腠理不密,卫外不固,易受寒湿侵袭,邪滞经络,痹阻气血,则经络闭塞不通,气血运行不畅,诸邪停留于筋骨关节之中,泛溢肌肤,则肌肉不仁,筋骨失其溉濡营养。症见关节筋骨重着痛疼,伸屈不利,畏寒肢冷,日轻夜重,遇寒加剧,得温痛减,倦怠乏力,肌肤麻木肿胀,食入不消,脘闷不舒,便溏尿清,舌白苔腻,脉沉迟。治宜祛风除湿,补气温骨。方用独活寄生汤加减。

2 骨质疏松及其股骨颈骨折防治

股骨颈骨折为老年男性 OP 患者最常见的并发症,发病率随年龄增加而明显上升。早期多无明显症状,多在轻微外力或不慎跌倒后自诉髋部疼痛、不敢站立和行走才引起足够重视。其卧床治疗周期长,并发症多(如骨折不愈合、股骨头缺血坏死、感染、坠积性肺炎、褥疮、泌尿系结石等),患者痛苦大,治疗费用高。对男性 OP,若在股骨颈骨折发生后才开始治疗,则譬之如渴而穿井,斗而铸锥,故对老年男性 OP 应不治已病治未病,防重于治。同时 Cummings 等人报道^[12]:在所有老人摔跌中只有 1~2% 的人发生髋部骨折,说明骨折发生与否固然与受伤姿势有关,但骨质疏松导致骨的力学强度下降才是骨折发生的内在因素。对不同年龄组人群进行的 BMD 测定也表明中医辨证为肾虚者其 BMD 值明显低于同年龄组健康人,髋部骨折发

生率则明显升高^[13,14]。故治疗男性 OP 及降低其骨折发生率的关键在于提高骨量,改善骨的生物力学性能。

2.1 药物治疗

老年男性骨质疏松多属低转换型,故临床多采用成骨促进疗法为主,破骨抑制疗法为辅的治疗方法^[15],药物主要选用雄性激素、氟化物、钙剂、VitD 制剂等^[16]。但这些药物在改善骨的生物力学性能、降低髌部骨折发生率及提高生活质量等方面疗效仍不尽人意,部份药物长期应用也还存在一定毒副作用,故我们在临床中多采用祖国医药治疗为主,现代医学治疗为辅的治疗方法。由于男性髌部 BMD 丢失较腰椎明显^[17],故对老年男性髌部 BMD 值减少 $>13\%$ 或中医辨证成立者均应开始治疗,以杜渐防微;对髌部 BMD 值减少 $>25\%$ 或 Ward 三角区 BMD 值接近 $0.5\text{g}/\text{cm}^3$ 者是治疗的绝对适应症^[18],可运用中医辨证论治治疗,并可采用中药热敷、熏洗、离子导入或针灸、按摩等方法配合治疗。据我们诊治体会,应用传统医药为主治疗对缓解临床症状,提高生活质量,避免骨量进一步丢失方面优于雌激素替代疗法等治疗方法,并可避免其长期使用所产生的脂质代谢紊乱、前列腺肥大、肝功损害等毒副作用。

2.2 中医药配合手术治疗

老年股骨颈骨折后成骨修复活动较为低下,故需准确复位,若一旦对线对位不良,即会使骨折端血运重建及骨质愈合的过程减慢,甚至停止,同时不稳定的骨折端对周边组织造成持续的不良刺激,常导致肌肉萎缩,骨质疏松加剧,甚至关节粘连僵硬或股骨头缺血坏死,故应尽可能做到解剖复位。据我们临床体会,因老年人局部肌肉力量较弱,股骨颈骨折患者通过皮肤牵引加以传统中医手法大多能得到满意复位。我们在整复中,配合使用了根据祖国伤科传统正骨手法研制的“中医正骨机械”^[19],与徒手整复相比,具有动作轻柔稳妥,对组织及血循环损伤更小,病人痛苦轻和使用安全等优越性,可在一定程度上缩短骨折愈合时间和降低不愈合发生率,故对骨质疏松患者尤为适用。

老年骨质疏松股骨颈骨折患者因其局部血循环较差,力学强度下降,故三刃钉或加压螺纹钉等对局部血循环破坏大,手术操作时需较大力量进入的内固定器械均不适合采用。同时,因患者 Ward 三角区 BMD 降低明显,故经过该部位的内固定物抓持力减小,固定效果从而大为降低。并常因术后较长卧床治疗周期,废用性骨质疏松继发率高,内固定物周围骨质吸收而有较多固定器械松动脱出。我们对骨质疏松股骨颈骨折患者,采用传统中医手法或“正骨机械”整复移位后,选用 3~4 枚折断式加压螺纹钉或斯氏针,在 X 线图象扫描引导下,分别经股骨颈上缘骨皮质下张力骨小梁方向及股骨矩上缘压力骨小梁方向进入股骨头内。此术式符合老年骨质疏松患者生物力学特点^[20,21],术后滑针较少,可获得坚强可靠的内固定,骨折断端所受剪切力小,并且对局部血管损伤小,血运干扰少,从而能减少骨折不愈合及股骨头坏死率。同时在手术操作时,定位及穿针简便易行,能避免因针位不良而反复多次穿针,从而延长手术时间,增加术中并发症发生率。

术后穿防外旋鞋或布单法维持下肢骨折远折段旋中位^[22],维持牵引 2~4 周,解除牵引后,作 1~2 周床上功能锻炼,然后视骨折愈合情况,扶双拐下地,开始作适量患肢不负重下床活动。根据我们诊治体会,对老年 OP,一定的应力刺激能促进骨折愈合,防止废用性骨质疏松发生,但其同时也存在骨折部位修复重建较慢,新生骨质强度低的特点,故应早期但不应过早下床活动。在整个治疗过程中,我们在对患者骨质疏松中医辨证论治的同时,并根据祖国伤科学早期活血化淤,行气止痛,中期养血通络,强筋健骨;晚期补益肝肾,壮筋益髓的治疗原则,加入适当的药物对症治疗。对针孔感染者,加入清热解毒药物,配合适量抗菌素治疗。

2.3 饮食调养

注意均衡饮食,多食含钙及蛋白质丰富的食物及蔬菜、水果,保证每日足量蛋白质摄入。但同时也不应摄入过多蛋白质,因其酸性代谢产物能促进尿钙排出,增加体内钙的丢失。酒精

能抑制成骨细胞活性,减少钙的摄入,吸烟也可引起骨矿含量丢失,有吸烟、饮酒嗜好的男性骨量明显低于无烟酒嗜好者^[20-22],故应戒除烟酒,并尽量避免含咖啡因饮料。

2.4 体育锻炼

对老年男性 OP,应增加日照时间,并应根据“因人而异,量力而行”原则进行适合老年人的合理适量的户外体育锻炼,如气功、太极、步行、原地踏脚等,以动养身,以适当应力刺激促进骨质代谢^[26],减少骨质丢失。但应注意安全,避免跌跤等意外发生。

参 考 文 献

- 1 Riggs BL. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. *Bone*, 1997, 17(5):505.
- 2 Joseph M. Osteoporosis: diagnosis and treatment. *J Bone and Joint Surg*, 1996, 78(4):618.
- 3 Kannus P. Epidemiology of hip fractures. *Bone*, 1996, 18:57.
- 4 Ego Seeman. Osteoporosis in men: Epidemiology, pathophysiology, and treatment possibilities. *Am J Med*, 1993, 95(suppl 5A):255.
- 5 Nevitt MC. Epidemiology of osteoporosis. *Rheum Dis Clin Nor Am*, 1994, 20(3):535.
- 6 李昂. 骨质疏松症的中医药治疗. 见刘忠厚, 主编. 骨质疏松研究与防治. 北京: 化工出版社, 1994: 235~238.
- 7 张贵有. 老年性骨质疏松症中医证治探讨. 浙江中医学院学报, 1996, 20(1):8.
- 8 李青南. 淫羊藿顶防羟基豚致大鼠骨质疏松的定量研究. 中国中医骨伤科杂志, 1996, 4(3):1.
- 9 黄连芳. 不同致阳虚药对雄大鼠骨代谢影响的实验研究. 中国中医骨伤科杂志, 1996, 4(5):1.
- 10 窦永起. 补肾法防治骨质疏松症临床与实验研究. 中国骨质疏松杂志, 1996, 2(2):65.
- 11 李昂. 先秦伤科史略. 中华医史杂志, 1996, 26(2):79.
- 12 Cummings SR. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fracture. *Epidemiol Rev*, 1985, 7:178.
- 13 蒋协运. 1365例股骨颈骨折病例分析. 见: 刘忠厚, 主编. 骨质疏松研究与防治. 北京: 化工出版社, 1994: 100~102.
- 14 王际孝. 成年人骨矿含量及中老年肾虚对骨矿影响的研究. 中医杂志, 1990, 31(9):27.
- 15 Newwöhner CB. Osteoporosis in men. *Postgrad Med*, 1993, 93(8):39.
- 16 Armstrong AL. The epidemiology of hip fractures and methods of prevention. *Acta Orthop Belg*, 1994, 60(1):85.
- 17 何郁泉. 男性骨质疏松. 中国骨质疏松杂志, 1995, 1(1):63.
- 18 张华伟. 老年髋部骨折患者骨密度阈值的初步探讨. 中国骨质疏松杂志, 1996, 2(2):19.
- 19 萧劲夫. 模拟中医正骨手法机械的研究和制造. 见: 萧劲夫, 著. 岭南正骨精要. 广州: 广东高等教育出版社, 1995: 154~164.
- 20 戴克戎. 股骨距的解剖研究及其临床意义. 中华骨科杂志, 1983, 3(2):111.
- 21 胥少汀. 斯氏针内固定治疗股骨颈骨折的实验研究与临床应用. 中华外科杂志, 1986, 24(8):471.
- 22 萧劲夫. 关于维持下肢骨折远折段旋中位问题. 见: 萧劲夫, 著. 岭南正骨精要. 广州: 广东高等教育出版社, 1995: 46~47.
- 23 Laitiner K. Effects of 3 weeks moderate alcohol intake on bone and mineral metabolism in normal men. *Bone Miner*, 1991, 13:139.
- 24 Secman E. Risk factors for spinal osteoporosis in men. *Am J Med*, 1983, 75:977.
- 25 Johnston JD. Smokers have less dense bones and fewer teeth. *J R Soc Health*, 1994, 14(5):265.
- 26 Greendale-GA. Lifetime leisure exercise and osteoporosis. *Am J Epidemiol*, 1995, 141(10):951.