

# 益肾补骨汤、椎体成形术联用对老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折治疗的临床观察

张伟

(河北省沧州中西医结合医院,河北 沧州 061000)

**【摘要】目的:**探讨老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折治疗采用益肾补骨汤联合椎体成形术治疗后的具体效果。**方法:**选取2021年1-12月医院收治的50例骨质疏松性胸腰椎压缩骨折老年患者作为研究对象,予以随机抽签法分为对照组和观察组,各25例。对照组实施椎体成形术,观察组实施益肾补骨汤联用椎体成形术,对比两组胸腰椎功能恢复有效率、骨折恢复情况、疼痛情况、肢体功能障碍调节情况和并发症情况。**结果:**观察组胸腰椎功能恢复优良率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组骨密度、Cobb角改善效果优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,观察组疼痛程度轻于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组Oswestry功能障碍指数(负重情况、坐位功能、站立功能及行走功能恢复情况)优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:**将益肾补骨汤与椎体成形术联用于老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折治疗过程中,对胸腰椎功能的调节效果更佳理想,可减轻疼痛,同时促进骨折部位尽快恢复,最大程度减少并发症产生,提高老年患者生存质量,具有值得推广的价值。

**【关键词】** 益肾补骨汤;椎体成形术;老年人;骨质疏松;胸腰椎压缩骨折;治疗效果

中图分类号:R274.1

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2023)07-0088-03

在老年人群中,胸腰椎压缩骨折的发生率非常高,这是因为大多数老年人都伴有不同程度骨质疏松症,这也是造成骨折发生率升高的原因之一<sup>[1]</sup>。对于老年人来说,许多医生选择保守治疗,但是骨折愈合效果不佳,所以越来越多医生开始应用椎体成形术进行治疗,但许多患者反映手术后疼痛程度难以缓解,且容易诱发各种并发症,严重影响胸腰椎功能改善<sup>[2]</sup>。为了减轻骨质疏松性胸腰椎压缩骨折术后疼痛,加快肢体功能康复速度,本次研究在椎体成形术的基础上联合益肾补骨汤治疗,该药物的使用能够达到补肾壮骨的功效,取得理想的治疗效果<sup>[3]</sup>。本次研究选取2021年1-12月我院收治的50例骨质疏松性胸腰椎压缩骨折老年患者作为研究对象,针对益肾补骨汤和椎体成形术的联用效果实施分析,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2021年1-12月我院收治的

50例骨质疏松性胸腰椎压缩骨折老年患者作为研究对象,予以随机抽签法分为对照组和观察组,各25例。对照组男14例,女11例;年龄60~82岁,平均(72.3±2.4)岁。观察组男16例,女9例;年龄61~84岁,平均(74.3±2.5)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。(1)纳入标准:本次研究择取50例患者均满足胸腰椎压缩骨折相关标准,入院时经检查均出现不同程度骨质疏松<sup>[4]</sup>;患者及家属均熟知本次研究内容、流程以及目的,自愿签署研究知情同意书。(2)排除标准:合并全身其他位置骨折患者排除;合并精神疾病、认知障碍等情况患者排除;存在凝血功能障碍患者排除;原发性脊柱肿瘤患者排除;治疗依从性较差患者排除;存在肝脏、肾脏严重损伤患者排除<sup>[5]</sup>。

1.2 方法:对照组采用椎体成形术实施治疗,详细流程如下:手术开始前,利用X线、C型臂对受损胸

椎进行定位,在透视机辅助下从双侧进行穿刺,由前上方向前下方穿刺,在椎弓根影外上缘进针,随后将扩张套管一次防治在椎弓根后缘骨皮质前方,扩张钻头顺着正位直到棘突影,侧边直到椎体前部。将精细钻拔除后,置入扩张球囊,达到合适位置后,扩张球囊,完成后,退出球囊,在椎体中灌注骨水泥,确保无渗漏情况后,将穿刺套管取出,对手术切口进行消毒清洁,通过无菌敷料覆盖以免感染。观察组采用益肾补骨汤联用椎体成形术实施治疗,具体操作流程如下:手术方法与对照组一致。手术第二天开始服用益肾补骨汤,配方包括葛根 60 g、黄芪 30 g、补骨脂 30 g、穿山甲 30 g、川续断 30 g、山药 30 g、淫羊藿 30 g、鹿角霜 20 g、茯苓 20 g、熟地黄 15 g、当归 15 g、红花 10 g。加入 400 ml 清水煎煮,取 200 ml 汤汁,分为早晚服用。连续服用 3 个月。

1.3 观察指标:(1)在 Neer 评定系统对胸腰椎功能恢复情况进行评估,该量表评分为 100 分,标准如下:若评分 $\geq 90$ 分,则为优;若评分 $\geq 60$ 分,则为良;若评分 $< 60$ 分,则为差<sup>[6]</sup>。(2)对比手术前后骨折恢复情况,症状包括:骨密度、Cobb 角。(3)利用视觉模拟疼痛量表分别在治疗前、治疗后 1 个月、治疗后 2 个月、治疗后 4 个月对疼痛情况予以评估,分数越高,疼痛程度越严重<sup>[7]</sup>。(4)通过 Oswestry 功能障碍指数对肢体功能恢复情况进行评估,其中分成下列多个方面:负重情况、坐位功能、站立功能及行走功能,分数越低,恢复越好<sup>[8]</sup>。(5)观察两组手术后并发症发生情况,症状包括:骨水泥渗透、高热、切口感染<sup>[9]</sup>。

1.4 统计学方法:采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组胸腰椎功能恢复优良率比较:观察组胸腰椎功能恢复优良率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

2.2 两组骨折恢复情况比较:观察组骨密度、Cobb 角改善效果优于对照组,差异有统计学意义

( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 1 两组胸腰椎功能恢复优良率比较[例(%)]

组别	例数	优	良	差	优良率
观察组	25	14(56.0)	9(36.0)	2(8.0)	23(92.0)
对照组	25	8(32.0)	10(40.0)	7(28.0)	18(72.0)
$\chi^2$					4.4668
$P$					$< 0.05$

表 2 两组骨折恢复情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数		骨密度(g/cm <sup>2</sup> )	Cobb 角(°)
观察组	25	治疗前	0.77 $\pm$ 0.14	21.57 $\pm$ 3.11
		治疗后	0.96 $\pm$ 0.25	10.18 $\pm$ 2.65
对照组	25	治疗前	0.78 $\pm$ 0.12	21.66 $\pm$ 3.18
		治疗后	0.84 $\pm$ 0.26	17.46 $\pm$ 2.89

2.3 两组疼痛程度比较:治疗前,两组疼痛程度比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,观察组疼痛程度轻于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 3。

表 3 两组疼痛程度比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后 1 个月	治疗后 2 个月	治疗后 4 个月
观察组	25	8.84 $\pm$ 0.46	6.14 $\pm$ 0.37	4.26 $\pm$ 0.29	2.41 $\pm$ 0.17
对照组	25	8.80 $\pm$ 0.37	7.49 $\pm$ 0.41	5.88 $\pm$ 0.30	3.52 $\pm$ 0.19
$t$		0.3387	12.2223	19.4126	21.7688
$P$		$> 0.05$	$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.05$

2.4 两组 Oswestry 功能障碍指数比较:观察组 Oswestry 功能障碍指数(负重情况、坐位功能、站立功能及行走功能恢复情况)优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 4。

表 4 两组 Oswestry 功能障碍指数比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	负重情况	坐位功能	站立功能	行走功能
观察组	25	20.76 $\pm$ 2.44	17.38 $\pm$ 2.12	19.65 $\pm$ 2.17	18.67 $\pm$ 2.65
对照组	25	25.86 $\pm$ 2.18	22.72 $\pm$ 2.09	23.91 $\pm$ 2.09	24.96 $\pm$ 2.72
$t$		7.7933	8.9687	7.0698	8.2817
$P$		$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.05$	$< 0.05$

2.5 两组术后并发症情况比较:观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 5。

表 5 两组术后并发症情况比较[例(%)]

组别	例数	骨水泥渗透	高热	切口感染	总发生率
观察组	25	0(0.0)	1(2.0)	1(2.0)	2(8.0)
对照组	25	1(2.0)	2(4.0)	3(12.0)	6(24.0)
$\chi^2$					2.3810
$P$					$< 0.05$

## 3 讨论

据不完全统计调查发现,老年骨质疏松性骨折

是常见类型之一,主要发生于椎体,而老年骨质疏松性脊柱压缩性骨折是发生率较高的类型之一,典型症状包括腰背部胀痛、胸腰椎活动障碍、椎体凸畸形,对老年患者行为能力与生命质量有较大影响<sup>[10]</sup>。临床经常采用椎体成形术进行治疗,这种手术方式具有损伤性小、预后效果好等优点,但是老年患者身体耐受度比较差,手术效果很难达到预期值,并发症和骨折再发生率均比较高。椎体成形术后,老年患者需要长时间卧床休养,会导致骨质疏松持续发展,不利于病情恢复,骨代谢情况难以改善<sup>[11]</sup>。因此本次研究除了为患者采用椎体成形术进行治疗外,术后联合益肾补骨汤进行治疗,在中医领域中,骨质疏松性胸腰椎压缩骨折和肾气亏虚有直接关系,应该采用活血化瘀和益肾补脾汤进行治疗,而益肾补骨汤可有效达到理想治疗效果,该药方中各个药材功能如下:葛根具有解肌退热功效;熟地黄、山药、当归和茯苓能够益气健脾,促进骨痂生长,加快骨折愈合速度<sup>[12]</sup>;鹿角霜可达到收敛止血及温肾助阳的效果;山药的服用可促进骨细胞、骨保护素表达;当归能够活血化瘀<sup>[13]</sup>;补骨脂、淫羊藿具有补肾活血;而补骨脂可发挥出类激素样作用,减少骨细胞活性被破坏,将上述药材联合使用可在很大程度上加快骨折部位愈合,有效调节机体内环境,重建骨结构力学特性,提高胸腰椎结构稳定性,同时药物渗入骨纤维细胞后,还能够益气止血,消除血肿情况,加快肉芽组织形成,减轻患者疼痛程度<sup>[14-15]</sup>。

综上所述,将益肾补骨汤与椎体成形术联用于老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折治疗过程中,对胸腰椎功能的调节效果更佳理想,可减轻疼痛,同时促进骨折部位尽快恢复,最大程度减少并发症产生,提高老年患者生存质量,具有值得推广的价值。

#### 【参考文献】

- [1] 柯阳春,肖杰,张小玉. 补肾壮骨汤加减联合椎体成形术治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的临床效果[J]. 临床合理用药杂志,2022,15(22):103-105.
- [2] 邢晶伟. 单侧入路经皮椎体后凸成形术治疗单节段骨质疏松性胸腰椎压缩骨折效果分析[J]. 河南外科学杂志,2022,28(4):81-84.
- [3] 耿成武,张继超,田忠固,等. 超微针刀结合椎体后凸成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的临床观察[J]. 北京中医药,2022,41(6):654-658.
- [4] 王雷,王娜,王步焕,等. 益肾健脾壮骨汤在老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折经皮椎体成形术后的应用[J]. 中国中医药科技,2022,29(3):426-428.
- [5] 周舟. 补肾壮骨汤联合椎体成形术治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折患者的效果[J]. 中国民康医学,2022,34(5):104-106,116.
- [6] 宋体忠. PVP与PKP治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折临床效果对比[J]. 系统医学,2022,7(5):95-98.
- [7] 许杰. 补肾健骨汤联合经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者的效果[J]. 中国民康医学,2022,34(2):105-107.
- [8] 郭亮. 益肾健骨汤联合经皮穿刺椎体成形术对骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折患者骨密度及功能康复的影响[J]. 中国民康医学,2022,34(1):81-84.
- [9] 彭涛,魏庆中,李利超,等. 桃红四物汤辅助经皮椎体强化术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的Meta分析[J]. 云南中医学院学报,2021,44(6):45-53.
- [10] 王金庆,艾为民. 益肾健骨汤联合PVP术对骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者骨密度及功能康复的影响[J]. 当代医学,2021,27(34):151-153.
- [11] 葛伟进. 益肾补骨汤联合椎体成形术治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床效果[J]. 内蒙古中医药,2021,40(11):40-42.
- [12] 柳启清. 益肾补骨汤联合PKP治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的临床效果及VAS评分分析[J]. 名医,2021(20):32-33.
- [13] 陈建颖. 益肾补骨汤联合经皮椎体后凸成形术对骨质疏松性椎体压缩骨折患者骨代谢指标和生活质量的影响[J]. 医学理论与实践,2021,34(20):3563-3566.
- [14] 刘毅,孙瑞. 补肾健骨汤在骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折椎体成形术后的应用效果[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(29):163-165.
- [15] 吴晓旺,林向晖. 加味复元活血汤联合椎体成形术对老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者炎症指标及疼痛程度的影响[J]. 中外医疗,2021,40(22):181-184.

(收稿日期:2022-09-13)