

〔文章编号〕 1007-0893(2022)04-0051-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.04.015

# 血府逐瘀汤联合针刺治疗老年人骨质疏松性 脊椎压缩性骨折的临床效果

谢结玲 刘少玲 夏佩彦

(佛山市高明区中医院, 广东 佛山 528500)

〔摘要〕 目的: 分析血府逐瘀汤联合针刺治疗老年人骨质疏松性脊椎压缩性骨折的临床效果。方法: 选择佛山市高明区中医院 2019 年 5 月至 2021 年 5 月收治的 106 例老年骨质疏松性脊椎压缩性骨折患者作为研究对象, 根据随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 53 例。对照组采取西药阿仑膦酸钠片治疗, 观察组在对照组基础上采用血府逐瘀汤联合针刺治疗, 对两组患者的临床效果进行分析。结果: 经治疗后, 观察组患者的治疗总有效率为 88.68%, 高于对照组的 64.15%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 两组患者的骨密度值、疼痛程度评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者的骨密度值高于对照组, 疼痛程度评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前及治疗后 3 d, 两组患者的下肢肿胀程度比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后 5 d、7 d, 观察组患者的下肢肿胀程度均低于对照组患者, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者下肢深静脉血栓发生率为 5.66% (3/53), 低于对照组患者的 26.42% (14/53), 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 血府逐瘀汤联合针刺治疗老年人骨质疏松性脊椎压缩性骨折的临床效果良好, 能够改善患者疼痛程度, 提升其骨密度。

〔关键词〕 骨质疏松性脊椎压缩性骨折; 血府逐瘀汤; 针刺; 老年人

〔中图分类号〕 R 274.1 〔文献标识码〕 B

脊椎压缩性骨折指的是椎体受到外力或病理改变而引发的脊椎骨折, 其病因分为两类, 一类外力介入是指受到纵向压迫力而产生椎体变形性骨折, 另一类机体功能性病变则为骨质疏松、退行性病变等产生的椎体压缩性骨折<sup>[1-2]</sup>。近年来, 我国老龄化现象加剧, 老年人骨质疏松性脊椎压缩性骨折的发生率也明显上升, 主要是由于骨量减少、骨微结构退化、骨强度下降而引起的脊椎压缩性骨折<sup>[3-4]</sup>。老年患者的身体机能相对较弱, 加之骨质量、骨密度低, 极易出现脊椎压缩性骨折, 且术后疼痛感明显, 严重影响其生活质量<sup>[5]</sup>。本研究对佛山市高明区中医院近 2 年来收治的老年骨质疏松性脊椎压缩性骨折患者分组应用血府逐瘀汤联合针刺治疗的临床效果进行研究, 现报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选择佛山市高明区中医院 2019 年 5 月至 2021 年 5 月收治的 106 例老年骨质疏松性脊椎压缩性骨折患者作为研究对象, 根据随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 53 例。对照组: 男女比例 28:25; 年龄 61~89 岁,

平均 (75.62 ± 12.36) 岁; 体质量指数 18~34 kg·m<sup>-2</sup>, 平均 (28.18 ± 4.73) kg·m<sup>-2</sup>; 骨密度评分平均 (-3.71 ± 0.48) 分; 病变部位: 椎间盘 L4~L5 15 例, 椎间盘 L3~L4 18 例, 椎间盘 LS~S1 20 例。观察组: 男女比例 29:24; 年龄 62~90 岁, 平均 (75.54 ± 12.49) 岁; 体质量指数 18~34 kg·m<sup>-2</sup>, 平均 (28.25 ± 4.81) kg·m<sup>-2</sup>; 骨密度评分平均 (-3.67 ± 0.31) 分; 病变部位: 椎间盘 L4~L5 16 例, 位于椎间盘 L3~L4 19 例, 椎间盘 LS~S1 18 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究已获得医学伦理委员会批准 (医学伦理批号 20190426)。

纳入标准: (1) 西医诊断确诊为骨质疏松性脊椎压缩性骨折<sup>[6]</sup>, 患者骨骼广泛密度降低, 骨小梁变细, 骨皮质变薄。椎体侧位片显示明显垂直呈栅栏状、双凹面状骨小梁, 椎间隙呈双凸状, 可见 1 个或多个椎体楔形状病变。(2) 符合中医辨证的气滞血瘀型<sup>[7]</sup>, 具有骨节疼痛、痛有定处、筋肉挛缩, 常因外伤或久病, 舌质紫暗, 存在瘀斑或瘀点, 脉涩等症状;(3) 受伤至入院治疗时间不超过 3 d;(4) 患者年龄超过 60 岁;(5) 意识清楚, 可正常交流;(6) 患者本人及其家属知情同意。排除标

〔收稿日期〕 2021-11-20

〔作者简介〕 谢结玲, 女, 主治中医师, 主要研究方向是中医针灸。

准：(1) 存在严重性心、肝、肾、胃肠道等疾病史的患者；  
(2) 存在认知、行为功能障碍表现的患者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 给予阿仑膦酸钠维 D3 片（石药集团欧意药业有限公司，国药准字 H20110079）治疗，70 mg · 次<sup>-1</sup>，每周 1 次，口服，连续用药 1 个月。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予血府逐瘀汤联合针刺治疗，其中阿仑膦酸钠片治疗同对照组。血府逐瘀汤具体方药如下：柴胡 20 g，生地黄 15 g，川牛膝 12 g，当归 12 g，赤芍 12 g，枳壳 9 g，川芎 9 g，红花 9 g，桃仁 9 g，甘草 6 g。每日 1 剂，水煮取汁每剂 400 mL，取汁 200 mL，分早晚 2 次温服。连续用药 1 个月。在此基础上运用针刺方式，取腰阳关、肾俞、气海、大椎、命门、足三里、关元等穴位，经针刺得气后采用换位捻转补法进行行针，注意捻转角度不宜过大，轻柔操作，保持较慢的频率，以此行针手法，每间隔 10 min 行针 1 次，留针 40 min，每日行针 1 次，连续进行 1 个月的治疗。

### 1.3 观察指标

(1) 对两组患者治疗前后腰椎 L3 ~ S1 的骨密度通过 EXA-3000 型双能 X 线 BMD 骨密度检测仪进行检测；

(2) 采用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 对治疗前后的疼痛程度进行评价，总分 0 ~ 10 分，评价分值越高，说明疼痛感觉越强烈。(3) 综合评价两组患者的治疗效果。经治疗后，患者的临床表现、体征等完全消失，直腿抬高试验在 70° 以上评价为显效；经治疗后，患者的临床表现、体征等与治疗前相比明显改善，直腿抬高试验在 30° ~ 70° 评价为有效；经治疗后，患者的临床表现、体征、直腿抬高试验均达不到以上标准或加重可评价为无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。(4) 对于两组患者治疗后 3 d、5 d、7 d 的下肢肿胀程度进行测量，用软尺测量患肢膝关节、膝关节下 5 cm、膝关节下 10 cm 位置的肿胀程度，再将其相加取其平均值。(5) 记录患者下肢深静脉血栓的发生情况。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计软件分析数据，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗总有效率比较

治疗后，观察组患者的治疗总有效率为 88.68 %，高于对照组的 64.15 %，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 (*n* = 53, *n*(%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	19(35.85)	15(28.30)	19(35.85)	34(64.15)
观察组	24(45.28)	23(43.40)	6(11.32)	47(88.68) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

### 2.2 两组患者治疗前后骨密度值与疼痛程度评分比较

治疗前，两组患者的骨密度值、疼痛程度评分比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，观察组患者的骨密度值高于对照组，疼痛程度评分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后骨密度值与疼痛程度评分比较 (*n* = 53,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	骨密度值 / g · cm <sup>-2</sup>	疼痛程度评分 / 分
对照组	治疗前	0.71 ± 0.12	6.54 ± 1.17
	治疗后	0.82 ± 0.17	4.51 ± 1.03
观察组	治疗前	0.70 ± 0.17	6.82 ± 1.21
	治疗后	0.93 ± 0.19 <sup>b</sup>	3.32 ± 0.92 <sup>b</sup>

注：与对照组治疗后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

### 2.3 两组患者治疗前后不同时间点的下肢肿胀程度比较

治疗前及治疗后 3 d，两组患者的下肢肿胀程度比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后 5 d、7 d，观察组患者的下肢肿胀程度均低于对照组患者，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后不同时间点的下肢肿胀程度比较 (*n* = 53,  $\bar{x} \pm s$ , cm)

组别	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 5 d	治疗后 7 d
对照组	56.75 ± 6.42	44.34 ± 8.47	42.78 ± 5.91	38.17 ± 3.22
观察组	57.13 ± 6.34	44.79 ± 8.65	36.13 ± 4.66 <sup>c</sup>	34.85 ± 2.71 <sup>c</sup>

注：与对照组同时间比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

### 2.4 两组患者下肢深静脉血栓发生率比较

观察组患者下肢深静脉血栓发生率为 5.66 % (3/53)，低于对照组患者的 26.42 % (14/53)，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

## 3 讨论

老年人骨质疏松性脊椎压缩性骨折属于代谢性骨病，骨量低、骨组织微结构退行性病变为其主要特征，临床多采用保守治疗方案。阿仑膦酸钠在临床广泛应用于骨质疏松症的治疗中，经口服能够于骨矿物质表面紧密吸附，并且对于破骨细胞的附着产生影响，对其结构进行破坏，从而达到抑制破骨细胞前体的转化，并增加骨密度的功效。阿仑膦酸钠具备良好改善骨代谢微环境的作用。血府逐瘀汤的主要成分包括柴胡、生地、川牛膝、当归、

赤芍、枳壳、川芎、红花、桃仁、甘草等，其中柴胡可理气疏肝、升达清阳，生地黄与当归合用可滋养阴血、清瘀热，川牛膝促进血脉畅通，引瘀血下行，枳壳行气开胸，赤芍、红花可活血祛瘀<sup>[8]</sup>，桃仁、枳壳能够改善患者的微循环，促进血液流变性，甘草用来调和诸药，药方中各药配合使用达到调和气血，升降兼顾，祛瘀养血的功效<sup>[9]</sup>。

针刺穴位可通络疏经、化瘀活血、解痉缓急。有研究指出针刺改善老年人骨质疏松性疼痛症状的同时，还可促进血清雌激素水平及骨密度的提升，对于异常的骨代谢予以改善<sup>[10-11]</sup>。针刺疗法是中医常用的外治法，以中医基础理论为指导，具有疏通经络、调和阴阳、增强身体机能、防病治病等，将其应用于老年人骨质疏松性脊椎压缩性骨折中效果明显，可通过刺激腧穴产生镇痛作用。腧穴主要通过经络与邻近部位或者不同脏腑发生联系，因此，针刺腧穴时能对患者身体的内脏器官或疾病等均具备较强的特异作用。本研究选择的腰阳关穴、大椎穴均为督脉穴位，位于人体后背正中线上，其中腰阳关穴具有祛寒除湿、舒筋活络的作用；大椎穴主治腰骶疼痛、脊背强急。气海穴、命门穴、关元穴均为任脉穴位，其中气海穴位为人体先天元气聚会之处，具有行气散滞之功效，命门穴具有理气止痛之功效<sup>[12]</sup>，针刺后调节人体气机，促进气血运行；关元穴是足三阴经和任脉的交会之所，具有补肾培元、强身健体之功效，能提高老年患者的机体功能；肾俞为足太阳膀胱经常用腧穴，具有通利腰脊之功效，临床常与气海等穴位联用治疗腰痛等证；足三里是足阳明胃经的主要穴位，对各种外科疾患导致的双下肢疼痛、萎软效果明显。对上述穴位进行针刺治疗，不但能快速达到止痛的效果，还能行气活血化瘀、舒经活络，与血府逐瘀汤联合应用，能缩短起效时间、提高治疗效果，在短时间内改善其疼痛、肿胀等临床症状<sup>[13-15]</sup>。

本研究结果显示，治疗后，观察组患者的骨密度值高于对照组，疼痛程度评分低于对照组，观察组患者的治疗有效率高于对照组，差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。经治疗 5 d、7 d 后，观察组患者的下肢肿胀程度均低于对照组，而下肢深静脉血栓发生率低于对照组( $P < 0.05$ )。

综上所述，血府逐瘀汤联合针刺治疗老年人骨质疏松性脊椎压缩性骨折的临床效果良好，能够改善患者疼

痛程度，提升其骨密度值。

#### 〔参考文献〕

- (1) 潘高明. 血府逐瘀汤联合股骨近端防旋髓内钉内固定治疗老年股骨粗隆间骨折的临床观察 (J). 中国民间疗法, 2019, 27(17): 44-46.
- (2) 王志奇, 陈军, 王守刚, 等. 血府逐瘀汤治疗老年骨质疏松性脊柱压缩性骨折的临床效果 (J). 临床医学研究与实践, 2018, 3(27): 136-137.
- (3) 田贺晓, 殷飞鸽, 王功磊. 血府逐瘀汤联合综合护理预防老年股骨颈骨折术后下肢深静脉血栓的效果研究 (J). 海峡药学, 2018, 30(2): 217-219.
- (4) 孙琰, 王雷, 李芹. 中药氧疗配合呼吸功能训练预防老年髌骨骨折患者术后谵妄的效果观察 (J). 护理实践与研究, 2019, 16(8): 87-88.
- (5) 粟茂, 高雁鸿, 何志坚. 益气补肾养阴利湿清热法治疗脊柱骨折后小便不利疗效观察 (J). 按摩与康复医学, 2015, 6(18): 76-78.
- (6) 安成方, 王永红. 脊椎压缩性骨折 X 线分析及诊断 (J). 医用放射技术杂志, 2002, 3(9): 2.
- (7) 麦春华, 叶梓彪, 杨玉琼, 等. 脊柱原发骨质疏松性压缩骨折 MRI 特征及诊断价值 (J). 中华生物医学工程杂志, 2004, 10(4): 292-294.
- (8) 王庆敏, 吴志君, 郑庆丰. 中医治疗老年骨质疏松性脊柱压缩性骨折的效果分析 (J). 中外医学研究, 2016, 14(32): 3.
- (9) 宋翠侠. 中医综合调护对胸腰椎骨折患者胃肠功能恢复的影响 (J). 新中医, 2014, 46(12): 101-102.
- (10) 谢建荣, 林彬, 赖华祯, 等. 兴化针刀法配合金天格胶囊治疗骨质疏松性脊椎压缩性骨折疼痛 45 例 (J). 福建中医药, 2021, 52(2): 6-8.
- (11) 李璇, 汤金环. 骨科外洗方联合针刺推拿治疗肘关节骨折术后功能障碍临床研究 (J). 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(24): 82-83.
- (12) 王胜芳, 张小容, 张海波. 补肾活血汤加减、针刺联合高压氧对脊柱骨折并脊髓损伤术后患者康复效果研究 (J). 世界中医药, 2019, 14(11): 3040-3044.
- (13) 魏广洲. 针灸治疗骨质疏松性腰椎压缩性骨折的临床观察 (J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(23): 1.
- (14) 李焱. 针灸治疗骨质疏松性腰椎压缩性骨折的效果观察 (J). 内蒙古中医药, 2020, 39(10): 2.
- (15) 申军. 中药穴位贴敷对于胸腰椎压缩性骨折早期患者预防和治疗作用探讨 (J). 中国伤残医学, 2019, 27(6): 2.