

中西医结合治疗对脊柱压缩性骨折患者临床疗效、疼痛症状及骨折愈合效果的影响

刘伯昊 冼庆章 霍翰源

(广东省广州市番禺区中医院骨七科, 广州, 511400)

摘要 目的:分析中西医结合治疗脊柱压缩性骨折的临床疗效,及对患者治疗过程中疼痛评分、骨折愈合效果的影响,为临床脊柱压缩性骨折患者的临床治疗方案的选择提供参考。方法:选取2016年9月至2018年8月广州市番禺区中医院收治的脊柱压缩性骨折患者138例作为研究对象,采取抽签法随机分为对照组和观察组,每组69例。2组患者均行日常生活指导、常规药物治疗及分阶段康复锻炼,观察组在常规治疗的基础上予以分阶段辨证中药汤剂辅助治疗。2组患者均以连续治疗2个月为1个疗程。比较2组患者治疗前、治疗3 d、治疗7 d、治疗1个月时疼痛评分(VAS)变化,治疗前、治疗后椎体前缘高度、矢状面指数、Cobb角变化比较,治疗前、治疗1个月、治疗2个月后骨密度变化,完成治疗后,2组患者骨折愈合临床疗效判断并比较。结果:1)2组患者治疗前VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗3 d、7 d、1个月后2组患者VAS评分均较治疗前明显降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。2)2组患者椎体在治疗前,椎体前缘高度、矢状面指数和Cobb的椎体角比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后2组患者的椎体前缘高度明显增加,且观察组高于对照组($P<0.05$),2组患者矢状面指数、Cobb角均较治疗前降低,且观察组均低于对照组($P<0.05$)。3)2组患者治疗前骨密度比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后1、2个月骨密度均较治疗前明显提升,且观察组均高于对照组($P<0.05$)。4)完成治疗后观察组治疗有效率(94.4%)显著高于对照组(75.3%),2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:采用中西医结合治疗脊柱压缩性骨折患者,可有效降低患者治疗期间骨关节疼痛,提升骨密度,促进骨折结构恢复,提高临床治疗效果,具有较高的临床价值。

关键词 脊柱压缩性骨折;骨折愈合;疼痛;骨密度;分阶段中药汤剂;骨折愈合;临床疗效

Effects of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine on Clinical Efficacy, Pain Symptoms and Fracture Healing of Patients with Spinal Compression Fracture

Liu Bohao, Xian Qingzhang, Huo Hanyuan

(Seventh Department of Bone, Guangzhou Panyu District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 511400, China)

Abstract Objective: To analyze the clinical effects of integrated traditional Chinese and Western Medicine on spinal compression fracture, and the effects of pain score and fracture healing in the course of treatment, so as to provide reference for clinical treatment of spinal compression fracture. **Methods:** A total of 138 patients with spinal compression fractures admitted in Guangzhou Panyu District Hospital of Traditional Chinese Medicine from September 2016 to August 2018 were selected as the research objects. They were randomly divided into an observation group and a control group by lottery, with 69 cases in each group. Two groups of patients were given daily life guidance, routine drug treatment and staged rehabilitation exercise. The observation group was given staged differentiation of traditional Chinese medicine decoction adjuvant treatment on the basis of the routine treatment. Two groups of patients were treated for 2 months for a course of treatment. The changes of pain score (VAS) before treatment, 3 days after treatment, 7 days after treatment and 1 month after treatment were compared between the 2 groups. The changes of anterior vertebral height, sagittal index and Cobb angle before and after treatment were compared. The changes of bone mineral density before treatment, 1 month after treatment and 2 months after treatment were compared. After treatment, the curative effects on fracture in the 2 groups were determined and compared. **Results:** 1) There was no significant difference in VAS score between the 2 groups before treatment ($P>0.05$). The VAS score of the 2 groups 3 days, 7 days and 1 month after treatment was significantly decreased than that before treatment, and the observation group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). 2) Before treatment, there was no significant difference in the height of anterior vertebral body, sagittal index and Cobb vertebral angle in the 2 groups ($P>0.05$). After treatment, the height of anterior vertebral body of the 2 groups increased significantly, and the treatment group was higher than the control group ($P<0.05$), and the sagittal index and Cobb angle of the 2 groups were lower than before treatment, and the observation group were lower than the control group ($P<0.05$). 3) There was no significant difference in BMD before treatment between

the 2 groups ($P > 0.05$). After 1 month, 2 months of treatment, bone mineral density (BMD) of the observation group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). 4) After treatment, the effective rate of the observation group (94.4%) was significantly higher than that of the control group (75.3%) ($P < 0.05$). **Conclusion:** The treatment of spinal compression fracture with integrated traditional Chinese and western medicine can effectively reduce the pain of bone and joint, improve bone mineral density, promote fracture structure recovery, improve the clinical treatment effect, with high clinical value.

Key Words Spinal compression fracture; Fracture healing; Pain; Bone mineral density; Staged Chinese herbal decoction; Fracture healing; Clinical efficacy

中图分类号: R285.6; R242 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.07.019

脊柱压缩性骨折是临床常见病而多发的疾病,其中以胸腰椎压缩性骨折最为常见,而且随着社会建筑业和交通运输业发展,以及人口老龄化的进程逐渐加快,发病率逐渐提高。本病属于中医学“躯干骨折”范畴,缘患者遭受暴力,机体损伤,骨折筋断,气血不循常道,积而成瘀,气滞血瘀,不通则痛。现代医学也认为脊柱压缩性骨折多因外力作用导致,也有由于疾病等原因发生的骨折,以脊柱疼痛、椎体形态改变和局部肌肉关节可能出现功能退化为主要表现。患者一旦发生了脊柱骨折,家庭的生命质量就会随之下降,所以及早治疗是关键。临床实践表明单纯常规西医治疗,部分患者不敏感,效果不佳。而当前对于脊柱压缩性骨折治疗的研究中,多认为无明显椎体占位的患者应尽早开展保守治疗^[1]。采用保守治疗的患者的耐受性高,治疗费用低^[2],是很多患者的选择。中医药在压缩性骨折的保守治疗方面有很多临床经验^[3],尤其是在骨折不同阶段分期辨证施治,具有消肿止痛、促进骨折愈合和康复等优势。为探讨中西医结合治疗脊柱压缩性骨折患者的疗效,我们以我院脊柱骨科患者作为研究对象进行观察。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年9月至2018年8月在广东省广州市番禺区中医院脊柱骨科接受诊治的患有严重脊柱骨折患者138例作为研究对象。按照就诊顺序编号,采用随机数字表法分配原则将其分为对照组和观察组,每组69例。2组患者年龄、性别、体质量、体质量指数、骨折部位、骨折节段、受伤原因等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 诊断标准 所有患者均符合《实用脊柱外科学》^[4]中关于记住压缩性骨折的临床症状:明确的外

伤史,局部肿痛、压痛、畸形、功能障碍,严重者合并脊髓损伤,患者主诉背痛、不能随意活动,行走站立受到有不同程度的阻碍。压缩程度较重者出现后柱棘突或韧带损伤,导致局部后凸畸形,骨折除可出现肿胀瘀斑。患者常出现压痛或叩击痛,胸腰椎活动受限。X线正、侧、斜位摄片检查可明确骨折部位及类型,确诊为脊柱压缩性骨折后,再由同一位高年资中医骨科医生《中医病证诊断疗效标准》^[5]中椎体压缩性骨折诊断标准对患者进行诊断:局部肿痛,压痛,叩击痛,屈曲型骨折可见后突畸形,腰部活动障碍。

1.3 纳入标准 1) 年龄18~65岁; 2) 均符合西医中医脊柱压缩性骨折诊断标准; 3) 骨折后至就诊时间 ≤ 3 d; 4) 患者符合药物保守治疗指征; 5) 患者具有正常的认知功能,能理解医护人员关于疼痛量表的解释工作,并配合医护人员完成疼痛程度的测试工作; 6) 患者信任中医药治疗,并无多种药物过敏史者; 7) 患者了解参加此次研究利弊,愿意配合工作条件,并原因配合各项研究工作,签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 合并有其他严重疾病如: 肢体残缺、活动能力受限、严重呼吸系统、消化系统、血液系统、泌尿系统、神经系统疾病、恶性肿瘤患者等无法配合治疗工作者; 2) 不能完成医护人员功能锻炼方案者; 3) 有脊柱神经损伤、颅脑损伤史者; 4) 严重骨质疏松患者; 5) 明显椎体占位性病变更者; 6) 哺乳期或妊娠期妇女。

1.5 脱落与剔除标准 1) 受试者无法按照既定治疗方案治疗,影响治疗的有效性和安全性评价者; 2) 治疗过程中患者出现严重不良事件、并发症和特殊生理变化者; 3) 因非治疗原因致疗程未结束患者退出试验、失访或死亡者; 4) 无法测得有效疼痛评分者; 5) 随访资料不完整者。

表1 2组患者临床基线资料比较

组别	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	体质量 ($\bar{x} \pm s$, kg)	BMI ($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	骨折部位(例)		受伤原因(例)			骨折节段(例)					
	男	女				胸椎	腰椎	车祸伤	坠落伤	砸伤	T ₁₁	T ₁₂	L ₁	L ₂	L ₃	L ₄
对照组(n=69)	30	39	41.6 ± 5.9	71.81 ± 7.66	23.27 ± 4.11	33	36	29	27	13	17	19	11	8	8	6
观察组(n=69)	29	40	43.6 ± 6.3	71.90 ± 7.73	23.31 ± 4.08	36	33	22	26	21	18	15	11	12	9	4

1.6 治疗方法 2组患者入组后,均给与日常行为指导、常规脊柱压缩性骨折西药治疗及对症治疗。向患者讲解治疗期间用枕注意事项,应保持垫枕过伸,睡硬板床,循序渐进的功能锻炼在病情康复中的重要作用。所有患者均予以肌肉注射鲑鱼降钙素(深圳大佛药业有限公司,国药准字 H20052507);口服二磷酸盐制剂阿仑膦酸钠片(海南全星制药有限公司,国药准字 H19980099),2~3粒/次,3次/d,温水吞服;维生素 D(国药控股星鲨制药(厦门)有限公司,国药准字 H20173093),2~3粒/次,3次/d,温水吞服。服药期间同时实施腰背部肌肉功能训练,早期嘱患者做蹬双下肢、踩单车动作,待骨折3周后疼痛缓解后,进行腰背肌功能锻炼,蹬腿锻炼,1次/d,0.5 h/次。观察组患者在对照组药物治疗及康复锻炼基础上联合中医汤剂治疗,内服中药按照骨折分期中药辨证治疗。用药方案:骨折发生后第1至2周,按早期治疗服药:桃仁 10 g、田七 10 g、红花 5 g、赤芍 10 g、枳壳 5 g、防风 15 g、蝉蜕 5 g、薏苡仁 30 g、甘草 10 g,水煎早晚温服,每日 1 剂;骨折发生后第3至5周,按中期治疗服药:党参 30 g、桑寄生 30 g、茯苓 20 g、山药 20 g、白术 15 g、续断 15 g、龟甲 15 g(先煎)、土鳖虫 5 g、威灵仙 15 g、丹参 15 g、鳖甲 15 g(先煎)、炙甘草 10 g,水煎早晚温服,每日 1 剂;第5周以后,按晚期治疗服药:肉苁蓉 30 g、熟地黄 20 g、山萸肉 15 g、菟丝子 20 g、黄芪 20 g、白术 15 g、木瓜 15 g、炙甘草 10 g。水煎早晚温服,每日 1 剂。2组患者均以2个月为1个疗程。

1.7 观察指标

1.7.1 VAS 评分 患者治疗前、治疗3 d、治疗7 d、治疗1个月时疼痛评分(VAS)变化。

1.7.2 疼痛评分 治疗前、治疗3 d、治疗7 d、治疗1个月时测定患者疼痛变化,测定变化采用视觉模拟评分法(VAS),评分区间为0~10分,评分越高,代表疼痛程度越高疼痛越明显。

1.7.3 椎体结构 所有患者均分别在治疗前后由同一位放射室 X 线检查人员对患者进行脊柱检查,每次检查记录椎体前缘高度、矢状面指数和 Cobb 角变化。

1.7.4 骨密度 2组患者治疗前、治疗后1个月、治疗后2个月由同一名经培训的医师,选择病椎相邻的同一椎体,采用双能 X 线吸收测定法(DEXA)测定患者骨密度。

1.7.5 临床疗效 比较2组患者骨折愈合临床疗效。

1.8 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]中胸腰椎脊柱骨折疗效评定标准,2组患者完成2个月治疗后,由同一位骨科医师对患者进行临床疗效判定。治愈:压缩椎体大部分恢复正常形态,骨折愈合,胸腰部无不适,截瘫消失,功能完全或基本恢复,患者疼痛完全消失,X线检查显示骨折愈合,椎体形态恢复;好转:骨折愈合,胸腰痛基本消失,胸腰段外观及椎体形态较治疗前改善,截瘫好转;未愈:局部疼痛,X线显示局部畸形无改变,截瘫无改善,功能障碍。临床总有效率 = 治愈率 + 好转率。

1.9 统计学方法 采用 Microsoft Excel 表格软件将相关的数据资料罗列,运用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析。治疗前及治疗后3 d、7 d、1个月的VAS评分和椎体高度等指标用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;治疗效果采用百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后 VAS 评分比较 2组患者治疗前 VAS 评分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05),治疗3 d、7 d、1个月后2组患者 VAS 评分均较治疗前明显降低,且观察组明显低于对照组(*P* < 0.05)。见表2。

表2 2组患者治疗前后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	VAS 评分
对照组(<i>n</i> = 69)	
治疗前	8.04 ± 1.63
治疗后3 d	7.42 ± 1.35*
治疗后7 d	6.16 ± 1.02*
治疗后1个月	4.37 ± 1.28*
观察组(<i>n</i> = 69)	
治疗前	8.05 ± 1.26
治疗后3 d	6.16 ± 1.36* [△]
治疗后7 d	4.52 ± 0.87* [△]
治疗后1个月	2.01 ± 0.96* [△]

注:与治疗前比较,**P* < 0.05;与对照组比较,[△]*P* < 0.05

2.2 2组患者治疗前后椎体结构变化比较 2组患者椎体在治疗前,椎体前缘高度、矢状面指数和 Cobb 的椎体角差异无统计学意义(*P* > 0.05)。治疗后2组患者的椎体前缘高度明显增加,且观察组高于对照组(*P* < 0.05),2组患者矢状面指数、Cobb 角均较治疗前降低,且观察组均低于对照组(均 *P* < 0.05)。见表3。

2.3 2组患者治疗前后骨密度变化比较 治疗后1、2个月骨密度均较治疗前明显提升,且观察组患

者均高于对照组患者($P < 0.05$)。见表4。

表3 2组患者治疗前后椎体结构变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	椎体前缘高度(%)	矢状面指数	Cobb角(度)
对照组($n=69$)			
治疗前	62.15 ± 11.36	9.98 ± 4.16	13.13 ± 4.52
治疗后	72.15 ± 5.22*	9.37 ± 3.01*	11.06 ± 3.67*
观察组($n=69$)			
治疗前	63.23 ± 11.63	10.02 ± 4.36	13.23 ± 4.16
治疗后	86.41 ± 6.35* [△]	7.75 ± 3.21* [△]	8.48 ± 2.96* [△]

注:组内与治疗前比较,* $P < 0.05$;组间与对照组比较,[△] $P < 0.05$

表4 2组患者治疗前后骨密度变化比较($\bar{x} \pm s, g/cm^3$)

组别	骨密度
对照组($n=69$)	
治疗前	-2.94 ± 0.29
治疗后1个月	-2.76 ± 0.27*
治疗后2个月	2.49 ± 0.23*
观察组($n=69$)	
治疗前	-2.92 ± 0.29
治疗后1个月	-2.54 ± 0.26* [△]
治疗后2个月	-2.21 ± 0.21* [△]

注:组内与治疗前比较,* $P < 0.05$;组间与对照组比较,[△] $P < 0.05$

2.4 2组患者完成治疗后骨折康复疗效比较 完成治疗后观察组患者治疗有效率(94.4%)显著高于对照组(75.3%)($P < 0.05$)。见表5。

表5 2组患者完成治疗后骨折康复疗效比较[例(%)]

组别	治愈	好转	未愈	有效率
观察组($n=69$)	41(59.4)	24(34.7)	4(5.8)	65(94.2)*
对照组($n=69$)	31(44.9)	21(30.4)	17(24.6)	52(75.4)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

当前在脊柱压缩性骨折治疗的研究中,针对非合并脊神经损伤、脊髓损伤的患者,一般实施非手术治疗^[4]。在本组研究中2组患者均实施了西医常规治疗,也能够促进功能锻炼,促进骨吸收。然而,在本研究中对照组患者单纯使用西药治疗效果并不理想,说明常规治疗手段在恢复腰背部高度方面效果非常有限,无法促进椎体高度的恢复,患者可能出现腰痛后遗症。相反,本组研究中,观察组在常规治疗基础上联合中药制剂治疗,根据骨折不同阶段采用辨证论治给予相应的汤剂口服,从研究结果中可以看出,与常规治疗相比而言,中西医结合治疗脊柱压缩性骨折能够促进骨折愈合、提高疗效,同时缓解患者疼痛效果明显,与以往研究结果吻合相一致。

中医治疗骨折可谓源远流长、应用广泛,并且明

显展现出其有效性^[5],在治疗脊柱压缩性骨折中主张实施辨证治疗,脊柱压缩性骨折的患者实施中药汤剂治疗取得很好的治疗效果^[6],具体体现在消肿止痛、促进骨折愈合和功能康复等方面。许多研究^[7-8]表明,部分中药可以改善骨折部位的血运,加速血肿吸收、机化;促进钙磷离子的沉积,改善骨痂质量;增加细胞因子如 VEGF 的表达,促进 IGF-1 的生成,提高 BMPS 的骨量等,从而促进骨折愈合^[9-10]。

本研究观察组患者所使用的早、中、晚期的方剂是基于中医骨伤三期辨证施治原则,结合临床症状来拟定的。骨折早期,骨折后骨折端附近的血管损伤,血瘀集于骨折部位,影响局部血液循环。而骨折部位的血液循环和血供情况,又会直接影响骨折的愈合^[11]。骨折愈合,需要新生血管参与,而骨折愈合过程中起关键作用的成骨细胞的生长功能也依赖于良好的血液供应^[12]。骨折愈合需要应用活血化瘀类的药物可以加快微循环血流速度,改善骨折端血液循环,从而清除血凝块等代谢物^[13]。有研究表明^[14-15]骨折后尽早使用活血化瘀类中药能够缓解患者疼痛,故观察组中患者骨折早期使用方剂以行气止痛、活血化瘀为主,以实现利水行气、活血化瘀的效果。中医学认为活血化瘀药能行气活血、接经续脉,使气机通畅,通则不痛,不但可以缓解疼痛,而且还改善了骨折端血液循环的状态,还能促进骨折端附近软组织的恢复以及水肿的改善,为后期骨折愈合起到基础作用^[16-17]。骨折中期,患者局部疼痛以及肿胀等症状已经有所缓解,血瘀气滞等情况相对较轻,而早期所使用的活血祛瘀药物会导致患者一定的气血亏虚,当以补益气、接骨续筋为主,本研究中观察组患者中期使用了续断,现代研究^[18]发现其能够促进成骨细胞的分化和增殖,防止成骨细胞凋亡,从而促进骨折愈合。骨折后期,骨折已经进入临床愈合阶段,但机体仍然气血亏虚、筋骨痿软,治疗当以“补”为重点,故以舒筋活络补益肝肾、强壮筋骨为主。现代研究证实^[19]补益肝肾、强壮筋骨中药能够明显改善骨折部位的生物力学性能,对骨痂内骨胶原的积累和钙盐沉积有促进作用,改善蛋白和代谢,促进蛋白质多糖合成钙化,以迅速完成新骨的爬行和替代过程,能够有效促进骨折愈合和机体功能恢复^[20]。

综上所述,脊柱压缩性骨折实施中西医结合治疗能够提高疗效,改善局部血供,缓解疼痛,加快骨折愈合和恢复机体功能,具有推广价值。

参考文献

[1] 彭家全, 曹文彬. 壮骨汤治疗老年骨质疏松性脊柱压缩性骨折的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(51): 38, 40.

[2] 吴磊, 朱晶洁, 沈龙山, 等. MRI 鉴别诊断老年骨质疏松与骨转移瘤所致脊柱椎体压缩性骨折[J]. 牡丹江医学院学报, 2018, 39(3): 69-71, 59.

[3] 凡洪伦. 中西医结合治疗脊柱压缩性骨折临床效果评价[J]. 按摩与康复医学, 2018, 9(5): 58-59.

[4] 张铎安. 骨折延迟愈合患者血清 TGF-β1、BMP-2、ALP 及血液流变学指标研究[J]. 实验与检验医学, 2017, 35(5): 658-660, 683.

[5] 邹娟. 围手术期限制性输血在单侧全膝关节置换术患者中的应用研究[J]. 实验与检验医学, 2017, 35(5): 803-805.

[6] 李宏九. 使用阿仑膦酸钠治疗骨质疏松性脊柱压缩性骨折(OVCF)椎体成形术后残余疼痛的早期效果[J]. 北方药学, 2017, 14(8): 133-134.

[7] 陈旭鸿, 王桔, 刘阳灿, 等. 椎体成形术和椎体后凸成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床效果观察[J]. 中国当代医药, 2017, 24(19): 71-73, 80.

[8] 刘业伟. 展筋活血方结合脊柱固定支架治疗单纯胸腰椎压缩性骨折 25 例[J]. 河南中医, 2017, 37(4): 681-683.

[9] 赵长安. 老年性骨质疏松脊柱压缩性骨折应用壮骨汤治疗的临床探析[J]. 北方药学, 2016, 13(12): 64-65.

[10] 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): 46-48.

[11] 李真. 壮骨片对再发脊柱椎体压缩性骨折的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26(17): 82-84.

[12] 李钦柱, 李德. 中西医结合治疗脊柱压缩性骨折 49 例[J]. 中医研究, 2016, 29(7): 16-18.

[13] 曾春荣. 经皮球囊扩张椎体后凸成形术(PKP)与非手术治疗老年胸腰椎压缩性骨折的疗效研究[D]. 昆明: 云南中医药大学, 2016.

[14] 张立全, 刘小卫, 吴凯, 等. 不同术式治疗脊柱胸腰段压缩性骨折的临床效果观察[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(6): 1133-1134.

[15] 何美容, 袁春燕, 李娟. 骨松宝胶囊治疗骨质疏松性脊柱压缩性骨折 46 例临床分析[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(2): 45.

[16] 李力夫, 陈建冲, 陆科群. 经方柴胡剂辨治骨质疏松性脊柱压缩性骨折[J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(9): 21-22.

[17] 张龙生, 吴维毅, 唐霸. 壮骨汤治疗老年性骨质疏松性脊柱压缩性骨折临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(7): 163-164.

[18] 洪菊芹, 潘国标, 王卫, 等. 唑来膦酸钠对椎体压缩性骨折术后脊柱源性疼痛及骨密度的影响[J]. 浙江中西医结合杂志, 2015, 25(6): 604-605.

[19] 夏同敬. 老年人脊柱椎体压缩性骨折与骨密度相关性研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2015: 67.

[20] 周威. 仙灵骨葆胶囊联合 PKP 技术治疗老年骨质疏松性脊柱压缩性骨折的疗效分析[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2015: 54.

(2018-08-31 收稿 责任编辑: 芮莉莉)

(上接第 1713 页)

原发性抑郁症肾虚肝郁型进行了临床干预, 研究结果显示, 观察组显示了以下几点优势: 1) 起效较快: 观察组第 1 周的有效率即达 47.2%, 至第 2 周时有效率达到 63.6%, 而西药氟西汀组 1 周时有效率仅为 4%, 在第 4 周时方达到 58% 的有效率, 也符合抗抑郁药物起效需 2~4 周的特点; 2) 疗效较好: 在试验结束时, 观察组的总有效率达 90%, 西药对照组为 77%, 中药较抗抑郁西药提高了 13 个百分点; 3) 避免了抗抑郁药的不良反应: 抗抑郁药大多具有头晕、恶心呕吐、腹胀便秘、体质量增加等不良反应, 观察组未见上述症状的产生。

唐启盛教授在临床上发现, 颞脑解郁方加减治疗肾虚肝型抑郁症^[8-9], 能够迅速地缓解抑郁情绪, 对于抑郁伴发的躯体症状, 也具有较好的作用。

本研究结果提示, 中医药辨证治疗抑郁症具有一定的优势和确切的疗效, 今后应当在临床研究的基础上, 进一步规范其治疗方案, 寻找高级的临床证据, 揭示其抗抑郁的网络机制, 提高临床疗效。

参考文献

[1] Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al. Grand challenges in global mental health[J]. Nature, 2011, 475(7354): 27-30.

[2] Lee S, Tsang A, Huang YQ, et al. The epidemiology of depression in metropolitan China[J]. Psychol Med, 2009, 39(5): 735-747.

[3] 刘强, 马爱霞. 4 种不同机制的临床常用抗抑郁药治疗中国抑郁症患者有效率的单组率 Meta 分析[J]. 中国现代应用药学, 2016, 33(8): 1066-1070.

[4] 朱建峰, 金卫东. 抗抑郁药物的不良反应[J]. 医药导报, 2018, 37(10): 1198-1202.

[5] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 4th R ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2003: 135-140.

[6] 中华中医药学会. 中医内科常见疾病诊疗指南·西医药证部分[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 294-296.

[7] 张景岳. 中医临床必读丛书·景岳全书(上)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 181-184.

[8] 孙文军, 曲森, 田青, 等. 唐启盛教授治疗抑郁障碍的学术经验[J]. 天津中医药, 2016, 33(1): 1-4.

[9] 唐启盛. 抑郁障碍中西医基础与临床[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 210-212.

(2019-04-23 收稿 责任编辑: 王明)