

# 针灸治疗原发性骨质疏松症的临床研究近况

张月峰 综述 韩景献\* 审校

[关键词] 骨质疏松症; 针灸疗法; 综述

中图分类号: R246.2 文献标识码: A 文章编号: 1006-9771(2005)01-0032-02

[本文著录格式] 张月峰, 韩景献. 针灸治疗原发性骨质疏松症的临床研究近况[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(1): 32-

33.

原发性骨质疏松症是绝经后妇女和老年人常见疾病,并随着我国人口的老齡化,其发病呈上升趋势。针灸治疗骨质疏松症,疗效可靠,副作用小,作用全面。现将近年来针灸治疗原发性骨质疏松症的临床研究做一综述。

## 1 诊断标准

目前针灸防治骨质疏松症的病例纳入标准尚不统一。刘广霞等依靠 X 光片及 SD-1000 型光子骨密度仪检测骨密度选择病例<sup>[1]</sup>。熊芳丽等用本田超声波骨密度仪检测骨密度<sup>[2]</sup>。吴明霞等用双能 X 线骨密度仪诊断骨质疏松症<sup>[3]</sup>。陈丽仪等根据刘忠厚编《骨质疏松症》一书制定的骨质疏松症综合分析诊断评分指数进行诊断<sup>[4]</sup>。王东岩等<sup>[5]</sup>、卓铁军等<sup>[6]</sup>参照中国老年学会骨质疏松委员会骨质疏松诊断标准学科组于 1999 年 1 月制定的《中国人原发性骨质疏松症诊断标准(试行)》,以骨密度作为诊断和分级标准。所有病例应排除内分泌疾病及影响骨代谢的慢性病,肝肾功能正常,未服用雄激素、肾上腺皮质激素、降钙素及二膦酸盐类影响骨代谢的药物。

## 2 治疗原则

中医治疗原则是根据病证而定的。祖国医学无“骨质疏松症”这一病名,从其发病部位及临床症状来看,应属中医“骨痹”、“骨痿”范畴。

2.1 补肾为主 根据中医肾主骨、生髓理论,骨质疏松症发生与发展与肾气密切相关;同时,本病的发生也与督脉有关<sup>[1,3]</sup>。因此,治疗多以补肾为主,兼以健脾,温阳通脉。

2.2 健脾为主 本病的发生与脾胃关系密切,原因为:①原发性骨质疏松症与衰老密切相关,衰老除与肾虚有关外,与脾胃等其他脏器的功能减退有着密切的关系。若脾胃虚弱,生化乏源,则五脏之精不足,必然会影响五脏六腑的功能,加速人体的衰老,从而加速骨质疏松症的发生。②在原发性骨质疏松症患者中,有 80% 为女性,冲脉在维持妇女经、孕、产中有重要作用。冲脉隶于阳明,若脾胃虚弱,气血生化乏源,则任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,从而加速骨质疏松症的发生。③研究表明,体重的轻重和肌肉的发达与否与骨质疏松症的发病有关,体重较重的患者与体重较轻的患者相比,骨质疏松症的发病率明显降低。中医认为体重的轻重和肌肉的发达与否与脾胃密切相关,脾旺则四肢强健,四肢不健当责之于脾。④健脾

和胃不仅能进一步增强胃肠对营养物质的利用度,同时有利于药物的吸收,更好地发挥药物的功效,从而提高临床疗效。因此,补益脾胃法是治疗骨质疏松症的重要方法之一<sup>[7]</sup>。

2.3 祛瘀生新 瘀血内停,经络阻滞,新血不生,脏腑、经脉、骨髓无以营养,发为本病。治以足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经经穴为主,或补或泻,以益气养血,理气活血,祛瘀生新<sup>[8]</sup>。

## 3 治疗方法

3.1 选穴 在补肾、健脾、养骨增髓、祛瘀生新等治疗原则的指导下,临床多以用肾经、膀胱经背俞穴、脾经、胃经及任、督二脉穴位为主,配合对症治疗。虽然各家学者多以补肾为主,但选穴频率最高的还是足三里,可见健补脾胃在骨质疏松治疗中的重要性,肾俞穴次之,脾俞穴又次之,其他则为关元、太溪、三阴交、大椎等穴及命门、悬钟、气海、腰阳关、大杼等穴。耳穴取子宫、肾、内分泌、卵巢、脾等穴<sup>[2]</sup>。

3.2 刺激方式 临床上以毫针刺为主,灸法包括艾灸、隔药灸、天灸;二者配合使用包括温针和针上加灸;局部疼痛较甚者,可加用皮肤针轻叩痛处,而后用艾盒温灸<sup>[1]</sup>;耳穴疗法以耳穴埋针为主;此外还有辅以 TDP 照射、穴位注射等,配合中西药物治疗。欧阳钢等发现,针刺和艾灸均能提高患者腰椎部的骨密度,但针刺优于艾灸<sup>[9]</sup>。

3.3 手法 中医认为本病以虚证为主,故临床多施以补法。王东岩令患者呼气时,将针缓慢刺入,得气后行重插轻提手法 1 min,其间行针 1 次,出针时令患者吸气,将针急速提至皮下,出针后按压针孔<sup>[5]</sup>。刘炎等令患者咳嗽一声,随咳缓慢进针,进针得气后施以提插、捻转等手法,提插顺时向前,频率 120/min,各穴分别施行以上手法 5 min,然后留针 20 min,留针时针尖向着该经脉循行走向而刺,出针时亦令患者咳嗽一声,随吸气而快速出针,出针后按揉针孔<sup>[10]</sup>。

3.4 治疗间隔 一般每日 1 次或隔日 1 次。蔡红对 3 组原发性骨质疏松患者分别每周针灸治疗 1 次、2 次、3 次,共治疗 6 个月,结果显示,每周治疗 1 次组骨密度无变化,每周 2 次组和每周 3 次组均能提高腰椎和股骨骨密度,而且两组之间疗效无差异<sup>[11]</sup>。

一般 10 d 或 12 d 为 1 个疗程,疗程间休息 5~7 d。由于骨代谢周期较长,整个骨重建过程持续约 3~4 个月,且只有 70% 的骨基质矿化,完全矿化还需 4 个月左右时间。故整个针灸疗程至少需要 3~6 个月。

## 4 疗效评价标准

目前尚无统一的评价标准,有待规范。陈丽仪等以刘忠厚编《骨质疏松症》制定的骨质疏松综合分析诊断评分指数进行

基金项目:天津市自然科学基金资助项目(No. 033606811)。

作者单位:300193 天津市,天津中医学院第一附属医院分子生物学实验室。作者简介:张月峰(1968-),女,山东临清市人,在读硕士生,主治医师,主要研究方向:老年病研究,\*通讯作者:韩景献。

分析,主要观察骨密度变化、腰背痛改善情况评定治疗效果<sup>[4]</sup>。其余多自拟疗效标准,根据临床症状、骨代谢生化指标、骨密度中的 1 种或 2 种以上来判定治疗效果。刘明霞等以治疗前后症状、体征平均积分及骨密度的改变作为疗效评价标准<sup>[3]</sup>。刘炎等选择了 20 项能够反映人体衰老程度的指标,按轻重程度采用积分法自身对照<sup>[8]</sup>。王宁等根据症状自拟治疗标准<sup>[12]</sup>。

## 5 小结

原发性骨质疏松症是一种衰老性疾病,主要表现为骨量减少,骨组织纤维结构退化,以至骨的脆性增加,骨的强度降低,骨折危险性增加。虽然其发病机制尚不完全明了,但已知与遗传、雌激素缺乏、系统激素和调节因子、营养、运动和制动等因素有关,使骨代谢平衡遭到破坏。

目前治疗原发性骨质疏松症的西药一般分为两大类:骨吸收抑制剂和骨形成促进剂,前者主要包括雌激素、降钙素、二膦酸盐、活性维生素 D、雌激素拮抗剂和依普拉芬,后者主要包括氟化物、甲状旁腺激素、胰岛素样生长因子和雄性激素及蛋白同化激素,这些药物,或疗效并不确切,临床使用有争议;或有严重的副作用,患者不能耐受;或价格昂贵,或给药不便,不宜长期使用,在骨质疏松症的防治过程中给患者造成各种负担。而且,上述药物都是针对骨质疏松的某一环节而起作用的,而原发性骨质疏松症是一种衰老性疾病,是一个全身性的、系统性的涉及多系统、多环节、且相互之间影响的复杂病变,而非单纯线性因果关系。

基础和临床研究证实,针灸可提高男性血中睾酮含量,降低血中雌二醇含量,提高女性血中雌二醇含量<sup>[13]</sup>,促进骨形成,抑制骨吸收,防止骨丢失,增加骨质疏松患者的骨密度。针灸可以提高机体抵抗力和免疫功能,促使机体内环境趋于保健状态的平衡稳定<sup>[8]</sup>,改善各种衰老症状,延缓人体的衰老过程,对患者机体起到一种整体调节的作用,从各个环节上延缓或阻止骨质疏松症的病理进程,起到治疗作用。而且,针灸不仅能增强胃肠对营养物质的利用度,同时有利于药物的吸收,更好地发挥药物的功效,从而提高临床治疗效果。再者,骨质疏松症虽是一种老年性疾病,但其预防比治疗更重要,除合理的膳食、提高钙的摄入量、适量的运动和接受光照外,实验与临床研

究证明,针灸也是一种良好的预防措施<sup>[8,10]</sup>。

在针灸治疗骨质疏松症的临床研究中,还存在一些问题:①偏重于绝经后骨质疏松症的研究,而对老年性骨质疏松症则较少涉及;②诊断标准不一致,骨密度检测手段不先进: X 线平片、单光子或单能 X 线吸收法、定量超声不能准确地检测全身各部位的骨密度;国际公认的诊断骨质疏松和评定疗效的“金指标”为双能 X 线骨吸收仪测定的骨密度<sup>[14]</sup>,建议采用;③临床研究中生化指标的检测不特异、不先进;④在疗效评价中,多数不设对照组,仅做治疗前后的自身对照,说服力不足。

同时,针灸治疗原发性骨质疏松症还应在统一诊断及评价标准、设立严格对照、运用可靠观察指标的前提下,观察不同穴位、不同刺激方式、不同治疗频次及不同治疗时机等因素对骨质疏松症的影响,筛选出最佳治疗方案,并研究治疗机理,以掌握针灸治疗本症的规律,以利于广泛应用。

## [参考文献]

- [1] 刘广霞. 针灸督脉为主治疗老年性骨质疏松症 28 例临床报道[J]. 中国针灸, 2000, 20(9): 529 - 530.
- [2] 熊芳丽, 肖亚平. 耳针治疗老年妇女骨质疏松症 60 例临床观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2000, 22(2): 33 - 34.
- [3] 吴明霞, 吴炳煌, 刘献祥, 等. 艾灸对绝经后骨质疏松症影响的实验和临床研究[J]. 中国针灸, 2002, 22(5): 334 - 336.
- [4] 陈丽仪, 郭元琦. 温针为主治疗绝经后骨质疏松症的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2000, 16(8): 35 - 36.
- [5] 王东岩, 蔡红, 卓铁军. 针刺背俞穴对原发性骨质疏松症骨密度的影响[J]. 安徽中医临床杂志, 2001, 13(1): 26 - 27.
- [6] 卓铁军, 欧阳钢, 申志祥, 等. 针药结合对绝经后骨质疏松症骨密度的影响[J]. 针灸临床杂志, 2000, 16(11): 1 - 2.
- [7] 欧阳钢, 谢碧红. 论原发性骨质疏松症从脾胃论治[J]. 南京中医药大学学报(自然科学版), 2000, 16(5): 269 - 270.
- [8] 吴成长. 骨质疏松症针灸辨治探析[J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13(1): 77 - 78.
- [9] 欧阳钢, 王玲玲, 卓铁军, 等. 不同刺激方法对原发性骨质疏松症骨密度的影响[J]. 中国针灸, 2004, 24(1): 49 - 50.
- [10] 刘炎, 王维健. 针刺补肾健脾法治疗骨质疏松症的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 1996, 12(8): 24 - 25.
- [11] 蔡红. 不同治疗频次对原发性骨质疏松症骨密度的影响[J]. 中国针灸, 2003, 23(1): 15 - 16.
- [12] 王宁, 敖学艳. 针药并治更年期骨质疏松腰背痛 40 例临床观察[J]. 职业与健康, 2002, 18(9): 176 - 177.
- [13] 艾迎春. 电热隔药灸对老年人性激素的影响[J]. 中国针灸, 2002, 22(3): 169 - 170.
- [14] 丛芳, 纪树荣. 继发性骨质疏松的预防和治疗[J]. 中国康复理论与实践, 2004, 10(3): 172 - 174.

(收稿日期: 2004-09-24)