

# 麻黄附子细辛汤联合腰四味治疗老年性腰腿痛 70 例

赵艳<sup>1\*</sup>, 符颖<sup>2</sup>, 陈天壮<sup>1</sup>

(1. 海南省东方市中医院, 海南 东方 572600; 2. 海南省中医院, 海口 570203)

**[摘要]** **目的:**观察麻黄附子细辛汤联合腰四味加减治疗老年性腰腿痛的近期疗效。**方法:**将 137 例患者随机按数字表法分为观察组 70 例和对照组 67 例。对照组服用杜仲壮骨胶囊, 4 粒/次, 3 次/d。观察组采用麻黄附子细辛汤联合腰四味加减, 1 剂/d。两组疗程均为 4 周。进行治疗前后简式疼痛问卷表(SF-MPQ)评分, 腰痛 Oswestry 功能障碍指数问卷表(ODI), 世界卫生组织生存质量量表简表(WHOQOL-BREF), 日常生活力量表(ADL)和肾阳不足, 寒湿痹阻证辨证评分。**结果:**治疗后两组 SF-MPQ 各维度评分均比治疗前下降( $P < 0.01$ ), 观察组 SF-MPQ 各维度评分均低于对照组( $P < 0.01$ ); 治疗后观察组 ODI 和肾阳不足, 寒湿痹阻证辨证评分均低于对照组( $P < 0.01$ ), ADL 评分上升幅度高于对照组( $P < 0.01$ ); 治疗后观察组 WHOQOL-BREF 生理、心理、社会关系 3 个维度及总分均高于对照组( $P < 0.01$ ); 两组治疗前后环境维度评分变化无统计学意义。**结论:**麻黄附子细辛汤联合腰四味加减能减轻老年性腰腿痛患者的疼痛, 改善病情, 提高患者生活能力和生活质量, 近期治疗疗效明显。

**[关键词]** 腰腿痛; 麻黄附子细辛汤; 腰四味

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2015)17-0186-04

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2015170186

**Addition and Subtraction of Mahua Fuzi Xixin Tang Combined With Yaosiwei in Treating 70 Cases With Senile Lumbocrural Pain** ZHAO Yan<sup>1\*</sup>, FU Ying<sup>2</sup>, CHEN Tian-zhuang<sup>1</sup> (1. Hainan Province Dongfang Traditional Chinese Medicine Hospital, Dongfang 572600, China; 2. Hainan Province Traditional Chinese Medicine Hospital, Haikou 570203, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the short-term effects of addition and subtraction of Mahua Fuzi Xixin Tang combined with Yaosiwei in treating senile lumbocrural pain. **Method:** Totally 137 patients were divided into the control group (67 cases) and the observation group (70 cases) by random number table. The control group took Duzhong Zhuanggu capsules, 4 grains/time, 3 times/day. The observation group received the therapy of addition and subtraction of Mahua Fuzi Xixin Tang combined with Yaosiwei, 1 dose/day. The courses of treatment were 4 weeks in both groups. Before and after the treatment, short form-McGill pain questionnaire (SF-MPQ), Oswestry disability index (ODI), World Health Organization's quality of life questionnaire-Brief version (WHOQOL-BREF), activity of daily living (ADL) and scores of kidney yang insufficiency and cold dampness syndrome were measured. **Result:** Before and after the treatment, both groups showed declines in all SF-MPQ dimensions ( $P < 0.01$ ). All SF-MPQ dimensions in the observation group were lower than that in the control group ( $P < 0.01$ ). After the treatment, the scores of SF-MPQ, ODI, kidney yang insufficiency and cold dampness syndrome in the observation group were lower than that in the control group ( $P < 0.01$ ), with a higher growth in ADL score than the control group ( $P < 0.01$ ). After the treatment, the observation group showed higher WHOQOL-BREF scores in physical, psychological and social dimensions and total score than the control group ( $P < 0.01$ ), but with no statistical significance in differences in environment scores between the two groups. **Conclusion:** Addition and subtraction of Mahua Fuzi Xixin Tang combined with Yaosiwei can relieve pain of patients with senile lumbocrural pain, ameliorate their conditions and improve their viability and quality of live, with an obvious short-term effect.

**[Key words]** lumbocrural pain; Mahua Fuzi Xixin Tang; Yaosiwei

**[收稿日期]** 20150506(165)

**[基金项目]** 2014 年东方市科技人才创新创业专项(2014033)

**[通讯作者]** \* 赵艳, 硕士, 副主任中医师, 从事中医老年病的临床工作, Tel:13307633424, E-mail:bctcm92045@163.com

腰腿痛是一组症候群,主要表现为腰部和腿部疼痛,见于多种疾病,如腰椎间盘突出症、腰椎椎管狭窄症、骨质疏松、腰椎滑脱症、慢性腰肌劳损、腰椎小关节紊乱等。因现代生活、工作方式的改变以及人口老年化的进展,老年患者的发病率日益升高,严重威胁了老年人的健康和生活质量。轻者情绪低落,自信心下降,正常社会活动减少;重者可导致瘫痪,完全丧失劳动能力,给社会和家庭造成了严重的负担<sup>[1]</sup>。手术治疗可根除病因,但在我国,尤其是基层医院,由于医疗技术水平、经济发展水平、社会观念及患者本身合并症等原因,许多老年性腰腿痛患者无法接受手术治疗而与疼痛伴随终身。多数患者通过保守治疗都能减轻症状,甚至明显好转。现代医学采用以镇痛麻醉药的使用为主,用药途径除口服,肌注外,尚有经硬膜外腔用药等,但副作用多,且部分疗法费用较高<sup>[2-3]</sup>。

本病属于中医“腰痛”、“痹证”等的范畴,其病位在腰骶、脊柱,与肝肾、督脉关系密切,多因老年肝肾亏虚、督脉受损,外感风寒湿邪侵袭督脉及膀胱经络气失调,导致经络痹阻、气血瘀滞所致<sup>[4]</sup>。采用中医药、针灸、推拿等技术是常用保守治疗手段,有着较好的临床疗效。麻黄附子细辛汤具有温经散寒之功,腰四味能补肾壮骨止痛,笔者以二方加减治疗老年性腰腿痛(肾虚衰,寒湿痹阻证)在缓解近期疼痛、促进功能恢复,提高患者生活质量方面取得较好的效果。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究共筛选150例患者,均来源于海南省东方市中医院2013年5月—2015年2月骨科及按摩科门诊。采用门诊登记随机按数字表法1:1的比例分为观察组和对照组各75例。除去脱落和失访患者,对照组完成67例,其中男37例,女30例;年龄55~75岁,平均(60.8±7.5)岁;病程6个月~7.5年,平均(3.1±3.6)年。其中腰椎间盘突出症18例,腰椎椎管狭窄症15例,腰椎滑脱症11例,慢性腰肌劳损11例,骨质疏松12例。观察组完成70例,其中男38例,女32例;年龄55~75岁,平均(61.2±8.0)岁;病程6个月~9年,平均(3.3±3.7)年。其中腰椎间盘突出症20例,腰椎椎管狭窄症15例,腰椎滑脱症10例,慢性腰肌劳损11例,骨质疏松14例。两组患者年龄、性别、病因、病程等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>制定,有腰部外

伤、慢性劳损或受寒湿史,大部分患者在发病前有慢性腰痛史;腰痛向臀部及下肢放射,腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重;脊柱侧弯,腰椎生理弧度消失,病变部位椎旁有压痛,并向下肢放射,腰部活动受限;下肢受累神经支配区域感觉迟钝,病程长者可出现肌肉萎缩,直腿抬高试验或加强试验阳性,膝腱或跟腱反射减弱或消失;X射线片检查,脊柱侧弯,腰椎生理弯曲消失,病变椎间隙变窄或前窄后宽,相邻边缘有骨赘增生;CT或核磁共振成像(MRI)检查,可显示椎间盘突出的部位及程度。

肾阳不足,寒湿痹阻证辨证,腰腿冷痛/酸痛,转侧不利,静卧痛不减,受寒及阴雨天加重,肢体发凉,腿膝乏力,劳累更甚,手足不温,少气懒言,腰腿发凉。舌质淡,脉沉细。

**1.3 纳入标准** ①符合腰腿痛的诊断标准,经病史、理化、影像学检测明确病因;②符合肾阳不足,寒湿痹阻证辨证;③年龄55~75岁;④患者均不愿意手术治疗,同意接受并配合保守治疗,取得知情同意;⑤腰腿疼痛评分(VAS)≥5分。

**1.4 排除标准** ①有明显手术指征者;②外伤导致脊柱骨折者;③腰椎骨和软组织的肿瘤、炎症、结核所致者;④合并心、肝、肾、消化、血液等系统严重功能不全者;⑤严重的骨质疏松,合并骨折者。

**1.5 治疗方法** 对照组服用杜仲壮骨胶囊(贵州汉方药业有限公司,国药准字Z52020444),4粒/次,3次/d。观察组采用麻黄附子细辛汤联合腰四味加减,药物组成:麻黄6g,熟附子20g<sup>(先煎)</sup>,细辛3g,狗脊15g,杜仲15g,牛膝15g,威灵仙15g,续断10g,桑寄生20g,淫羊藿15g,制乳香10g,制没药10g,甘草10g。1剂/d,由本院煎药机统一煎煮,煮取药液400mL,分早晚2次服用。两组疗程均为4周。

**1.6 观察指标** ①简式疼痛问卷表(SF-MPQ)评分<sup>[6]</sup>,包括疼痛分级指数,疼痛感觉评分(PRIA),疼痛情绪评分(PRIS),疼痛总分(PRIT);目测类比疼痛评分(VAS)和现在疼痛状况(PPI)。②Oswestry功能障碍指数问答表(ODI)<sup>[7]</sup>,问卷由9个问题组成,包括疼痛的强度、生活自理、提物、步行、坐立、干扰睡眠、社会生活、旅游等9个方面的情况,每项评分是0~5分(0,1,2,3,4,5级),计分方法是,实际得分/45×100%,分数越高功能越差,最差为45分,因此0%为正常,越接近100%为功能障碍越严重。③生存质量量表,采用世界卫生组织生存质量量表简表(WHOQOL-BREF)<sup>[8]</sup>。④日

常生活能力量表 (ADL)<sup>[9]</sup>, 采用日常生活能力评定量表 (Barthel) 指数, ADL > 60 分为患者生活基本自理, ADL > 40 ~ 60 分为患者生活需要部分帮助, ADL < 40 分为患者生活完全需要帮助。⑤肾阳不足, 寒湿痹阻证辨证, 分级评分标准参照《中药新药临床研究指导原则》。以上观察指标均采用治疗前后各评价 1 次。

1.7 统计学处理 采用 SPSS 16.0 统计分析软件,

计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用 *t* 检验, 计数资料比较采用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗前后 SF-MPQ 评分比较 治疗后两组 SF-MPQ 各维度评分 (PRIA, PRIS, PRIT, VAS, PPI) 均比治疗前下降 ( $P < 0.01$ ), 治疗后观察组 SF-MPQ 各维度评分均低于对照组 ( $P < 0.01$ ), 见表 1。

表 1 两组治疗前后 SF-MPQ 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 1 Comparison of scores of SF-MPQ in two groups before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	例数	PRI A	PRI S	PRI T	VAS	PPI
对照	治疗前	67	6.62 ± 1.15	3.84 ± 1.26	10.06 ± 2.57	6.92 ± 1.39	2.72 ± 0.95
	治疗后		3.15 ± 1.71 <sup>1)</sup>	1.15 ± 0.53 <sup>1)</sup>	4.53 ± 1.55 <sup>1)</sup>	3.01 ± 1.20 <sup>1)</sup>	1.15 ± 0.63 <sup>1)</sup>
观察	治疗前	70	6.59 ± 1.42	3.77 ± 1.08	10.12 ± 2.68	6.89 ± 1.42	2.81 ± 0.86
	治疗后		1.37 ± 0.85 <sup>1,2)</sup>	0.74 ± 0.46 <sup>1,2)</sup>	2.14 ± 1.04 <sup>1,2)</sup>	1.67 ± 1.13 <sup>1,2)</sup>	0.67 ± 0.34 <sup>1,2)</sup>

注: 与本组治疗前比较<sup>1)</sup>  $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较<sup>2)</sup>  $P < 0.01$ 。表 2 ~ 3 同。

2.2 两组治疗前后 ODI, ADL 和肾阳不足, 寒湿痹阻证辨证评分比较 治疗后两组 ODI 和肾阳不足, 寒湿痹阻证辨证评分均比治疗前明显降低 ( $P <$

0.01), 观察组下降更为显著 ( $P < 0.01$ ), 治疗后两组 ADL 评分较治疗前升高, 观察组上升幅度高于对照组 ( $P < 0.01$ ), 见表 2。

表 2 两组治疗前后 ODI, ADL 和肾阳不足, 寒湿痹阻证评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 2 Comparison of scores of ODI, ADL, insufficiency of kidney-yang and cold dampness syndrome in two groups before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	ODI	ADL	肾阳不足、寒湿痹阻证
对照	67	治疗前	41.63 ± 7.38	46.73 ± 6.78	22.65 ± 3.73
		治疗后	12.75 ± 2.42 <sup>1)</sup>	58.18 ± 8.85 <sup>1)</sup>	10.51 ± 2.29 <sup>1)</sup>
观察	70	治疗前	43.52 ± 8.14	45.29 ± 6.91	23.15 ± 3.38
		治疗后	8.45 ± 1.85 <sup>1,2)</sup>	65.62 ± 9.75 <sup>1,2)</sup>	7.07 ± 2.15 <sup>1,2)</sup>

2.3 两组治疗前后生活质量 (WHOQOL-BREF) 评分比较 治疗后两组生活质量 (WHOQOL-BREF) 生理、心理、社会关系 3 个维度及总分均较治疗前上

升 ( $P < 0.01$ ), 观察组 3 个维度上升更为显著 ( $P < 0.01$ ); 两组治疗前后环境维度评分变化无统计学意义, 见表 3。

表 3 两组治疗前后 WHOQOL-BREF 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 3 Comparison of scores of WHOQOL-BREF in two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	生理	心理	环境	社会关系	总分
对照	67	治疗前	14.15 ± 2.16	14.38 ± 2.04	15.51 ± 2.86	13.82 ± 2.14	57.48 ± 6.55
		治疗后	16.47 ± 2.43 <sup>1)</sup>	16.62 ± 2.35 <sup>1)</sup>	16.24 ± 2.73	16.73 ± 2.49 <sup>1)</sup>	65.52 ± 7.27 <sup>1)</sup>
观察	70	治疗前	14.30 ± 2.06	14.15 ± 2.16	16.05 ± 2.75	13.75 ± 2.19	57.46 ± 6.82
		治疗后	17.85 ± 2.54 <sup>1,2)</sup>	17.94 ± 2.47 <sup>1,2)</sup>	16.47 ± 2.80	18.02 ± 2.63 <sup>1,2)</sup>	69.63 ± 7.76 <sup>1,2)</sup>

## 3 讨论

腰腿痛病因较多, 多为急慢性炎症、退变性疾病、急慢性软组织损伤、代谢障碍、肿瘤侵袭等原因, 导致局部水肿、粘连从而产生无菌性炎症及局部血液循环障碍, 刺激相应的神经节段, 产生神经冲动传

入中枢在大脑整合后产生疼痛感。腰腿痛患者有意减少娱乐活动的患者占 40%, 日常生活活动明显受限的患者占 20%, 日常生活活动严重受限的患者占 5%, 且反复发作, 严重影响患者的日常生活和工作能力<sup>[10]</sup>。

早在《内经》便有“腰腿痛”的病名。《素问·脉要精微论篇》曰：“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣”，说明本病与肾密切关系。《金匱要略》载“肾著”之病，“其人身体重，腰中冷，如坐水中…腰以下冷痛…是为寒湿内侵所致”。《诸病源侯论·腰背病诸侯》指出“肾主腰脚，肾经虚，风冷乘之”，“劳损于肾，动伤经络，又为风冷所侵，血气击搏，故腰痛也”，更是指出了肾虚复感风寒湿邪乃发为本病。腰为肾府，足少阴肾之经也。其脉贯脊属肾抵腰。肾藏精，精生髓，髓养骨，若年老，肾精不足，骨髓空虚，风湿冷气乘虚内攻，经脉蕴滞，不能荣于腰脚，经络拘急，腰髓强直而痛，屈伸步履皆疼痛，拘挛不能俯仰《圣济总录》<sup>[11]</sup>。

麻黄附子细辛汤出自《伤寒论》，具有温经散寒、助阳解表之功，临床广泛用于治疗各种疼痛顽疾，如咽痛、头痛、牙痛、肢痛、腰痛、痛痹等证，药理研究显示具有抗炎、镇痛作用<sup>[12]</sup>。腰四味（狗脊、杜仲、牛膝、威灵仙）为江西徐汝奇医师拟定的治疗腰椎病的经验方，有补肾壮骨止痛之用。

本组方中以麻黄解表散寒，熟附子重用补火助阳、散寒止痛，细辛祛风散寒止痛，淫羊藿补肾壮阳、祛风除湿，狗脊、杜仲、续断、桑寄生补肝益肾、强筋壮骨，牛膝补肝肾、强腰膝、活血通经，威灵仙有祛风湿、通经止痛，制乳香、制没药活血通经止痛，甘草缓急止痛、调和诸药。全方标本兼顾，共奏补肾助阳，散寒止痛，强筋壮骨，活血通络之功<sup>[13]</sup>。

SF-MPQ 量表具有较好的可靠性、客观性、全面性，能够准确评估慢性疼痛患者的全面信息，简便易行，且定性与定量相结合。ODI 是评价腰痛患者的功能障碍的金标准，具有较好的效度、信度和反应度，可较好地反映患者病情和功能状况的变化。ADL 能反映患者的生活能力。WHOQOL-BREF 反映患者的生活质量。本研究从疼痛、功能状态、生活能力和生活质量四个方面评价了麻黄附子细辛汤联合腰四味加减治疗老年患者腰腿痛的疗效。

研究结果表明，麻黄附子细辛汤联合腰四味加减降低了 SF-MPQ 各维度评分，降低 ODI 和肾阳不足，寒湿痹阻证评分，升高 ADL 和 WHOQOL-BREF

量表生理、心理、社会关系 3 个维度评分及总分，提示了本方加减能减轻疼痛、改善病情，提高患者生活能力和生活质量，近期疗效显著。

#### [参考文献]

- [1] 贺志亮,李金学,顾骥,等. 中医药治疗腰椎管狭窄症的研究进展[J]. 中国现代医生,2013,51(12):30-33.
- [2] 倪力军,张强祖,朱立中,等. 腰痛宁胶囊治疗腰腿痛、腰肌劳损和风湿性关节炎临床研究的 Meta 分析[J]. 中成药,2012,34(9):1653-1660.
- [3] 尹殿胜,袁德生,张远鹰,等. 腰腿痛的诊断和治疗选择[J]. 中国实用医药,2010,5(35):15-16.
- [4] 李鉴,李莉,耿春梅,等. 中医辨证水针治疗中老年腰腿痛疗效观察[J]. 中国民间疗法,2014,22(12):15-16.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:201-204.
- [6] 陈秋菊,王文远,李瑞,等. 平衡针对腰椎间盘突出症镇痛作用的多中心随机对照临床观察与评价[J]. 针灸临床杂志,2012,28(7):1-6.
- [7] 郑光新,赵晓鸥,刘广林,等. Oswestry 功能障碍指数评定腰痛患者的可信性[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2002,12(1):13-14.
- [8] 邢海燕,谈荣梅,高向华,等. WHOQOL-BREF 量表在流动人口生存质量评价中的应用[J]. 中国卫生事业管理,2011,28(6):471-473.
- [9] 李奎成,唐丹,刘晓艳,等. 国内 Barthel 指数和改良 Barthel 指数应用的回顾性研究[J]. 中国康复医学杂志,2009,24(8):737-740.
- [10] 刘颖,杨少峰,陈丽霞,等. 慢性腰痛患者功能障碍与生存质量的研究[J]. 中国康复医学杂志,2010,25(1):31-34.
- [11] 朱少兵,张龙君,陈建良,等. 腰痛病因病机述略[J]. 浙江中医杂志,2012,47(7):502-503.
- [12] 李森,白正勇. 麻黄附子细辛汤治疗痛证探析[J]. 辽宁中医学院学报,2005,7(2):103-104.
- [13] 唐锋,梁少瑜,陈飞龙,等. 血清药物化学和血清药理学相结合的方法探讨麻黄附子细辛汤抗炎和免疫抑制的物质基础[J]. 中国中药杂志,2015,40(10):1971-1976.

[责任编辑 何希荣]