

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.36.008

文章编号: 1005-8982 (2018) 36-0037-07

新进展研究·论著

补虚劳经典药膳粥改善脾肾阳虚证慢性疲劳综合征患者临床症状研究*

钟懿珠, 高静, 叶艳, 吴晨曦, 柏丁兮, 吕俭霞, 贺恋词
(成都中医药大学 护理学院, 四川 成都 611137)

摘要: **目的** 探讨补虚劳经典药膳粥对脾肾阳虚证慢性疲劳综合征(CFS)患者临床症状的改善效果。**方法** 在成都市某三甲中医院门诊选取符合纳入标准的 CFS (脾肾阳虚证) 患者 86 例, 采用随机数字表法分成试验组和对照组, 各 43 例。对照组采用发放健康教育手册、面对面交谈的个体指导与讲座、微信群的集体指导相结合的形式实施为期 8 周的健康教育, 每 2 周 1 次, 共 4 次; 试验组在此基础上食用改良后的补虚劳经典药膳粥, 隔天 1 次, 每次 400 ~ 500 ml, 4 周为 1 个疗程, 共 2 个疗程。两组患者均于干预前、干预 4 周末、干预 8 周末采用疲劳量表-14 (FS-14)、躯体和心理健康报告 (SPHERE) 分别评价患者疲劳症状和伴随症状, 采用脾肾阳虚中医证候积分评价患者中医证候的改善情况。**结果** 试验组干预后各时间点 FS-14 总分和 SPHERE 评分均低于同期对照组 ($P < 0.05$); FS-14 总分和 SPHERE 评分组间效应、时间效应及两者交互效应差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。试验组干预后各时间点中 FS-14 总分和 SPHERE 评分两两比较, 后一时间点得分均低于前一时间点 ($P < 0.05$)。中医证候: 干预 4 周后, 试验组脾肾阳虚证候总分、倦怠乏力、食少纳呆、脘腹胀满条目低于对照组 ($P < 0.05$), 干预 8 周后, 除腰部冷痛条目外, 其余条目及总分试验组均低于对照组 ($P < 0.05$); 中医证候总分组间效应、时间效应及两者交互效应差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。试验组干预后各时间点中医证候总分两两比较, 后一时间点得分均低于前一时间点, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 补虚劳经典药膳粥可改善 CFS 患者的疲劳, 减少伴随症状, 并能有效改善患者的中医证候。

关键词: 疲劳综合征, 慢性; 补虚劳经典药膳粥; 脾肾阳虚证; 临床症状

中图分类号: R256.3

文献标识码: A

Role of classical restorative porridge on clinical symptoms in patients with chronic fatigue syndrome caused by spleen and kidney yang deficiency*

Yi-zhu Zhong, Jing Gao, Yan Ye, Chen-xi Wu, Ding-xi Bai, Jian-xia Lü, Lian-ci He
(College of Nursing, Chengdu University of TCM, Chengdu, Sichuan 611137, China)

Abstract: Objective To explore the therapeutic effects of classical restorative porridge (CRP) on clinical symptoms in patients with chronic fatigue syndrome (CFS) caused by spleen and kidney yang deficiency. **Methods** A total of 86 patients with CFS caused by spleen and kidney yang deficiency admitted in our hospital were included, who were randomly divided into experimental group ($n = 43$) and control group ($n = 43$). All patients received health education with individual and collective guidance for a period of eight weeks by health education instruction manuals, lectures and online learning. Patients in experimental group received additional CRP (400-500 ml) for 8 weeks once every other day. Clinical syndrome was recorded pre and post treatment by several scales such as the Fatigue Scale-14

收稿日期: 2018-04-09

* 基金项目: 四川省教育厅自然科学重点项目 (No: 17ZA0150); 四川省科技厅重点研发项目 (No: 2018SZ0376)

[通信作者] 高静, E-mail: 729012934@qq.com

(FS-14), Somatic and Psychological Health Report (SPHERE). **Results** Patients in both group experienced improvement in scores of FS-14 and SPHERE ($P < 0.05$). However, scores of FS-14 and SPHERE and the total score of spleen and kidney yang deficiency syndrome were decreased significantly when compared with those in control group ($P < 0.05$). Repeated ANOVA analysis showed those scores were significant in group effect, time effect and interactive effect ($P < 0.05$). Four weeks post intervention, 9 items of spleen and kidney yang deficiency syndromes in experimental group were lower than control group, among which fatigue poor appetite and abdominal distention experienced dramatic improvement ($P < 0.05$). Eight weeks post intervention, the total score and 8 items (except waist cold and pain) in experimental group were lower than control group ($P < 0.05$). **Conclusions** CRP can relieve fatigue symptoms and TCM syndrome.

Keywords: fatigue syndrome; chronic; classical restorative porridge; spleen and kidney yang deficiency; clinical symptoms

慢性疲劳综合征 (chronic fatigue syndrome, CFS) 是一组病因不明, 以躯体疲劳和脑力疲劳为主的症候群; 常伴有头痛、关节肌肉痛、睡眠障碍、认知功能损害等^[1], 其慢性持久性或反复发作的疲劳、全身不适等症状常导致患者劳动能力和生活质量下降^[2]。近年来, CFS 发病率呈上升趋势, 2006 年《The Lancet》显示 CFS 发病率为 0.23% ~ 0.50%^[3], 而 2013 年一项 Meta 分析显示, 全球 CFS 患病率达 3.3%^[4], 且有研究表明^[5], 若不对 CFS 进行干预, 其症状缓解率极低。因此, 应积极有效干预 CFS, 提高患者生活质量。目前, CFS 病因尚不明确, 多认为其与病毒感染、神经内分泌紊乱、免疫功能异常、营养素缺乏及氧化应激等有关。国外多项研究证实^[6-7], 营养素缺乏是 CFS 的重要危险因素, 通过营养干预可缓解 CFS 患者疲劳、关节肌肉疼痛等症状。这种寓医于食的思想在我国传统医学中古已有之, 即中医药膳。中医学认为 CFS “因虚致病, 久虚不复而成劳”, 其病位在五脏, 尤以脾肾二脏为重。研究证实, 中医药膳干预 CFS 有一定的疗效, 但目前还存在缺乏经典方研究、未重视脾肾共调及药膳的烹饪、评价指标不全面等不足^[8-9]。经查阅古籍, 发现出自于《敦煌卷子》的“神仙粥”具有补脾益肾功效, 是补虚劳的经典药膳方^[10]。同时临床工作中也发现该药膳粥在疲劳患者中有一定应用, 但未进行临床试验。因此, 本研究基于营养干预 CFS 的思想, 以辨证施膳为指导, 使用疲劳症状、伴随症状及中医证候作为评价指标, 采用经科学改良的补虚劳经典药膳粥对脾肾阳虚证 CFS 患者进行整体调治, 探究其对脾肾阳虚证 CFS 患者临床症状的改善效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2016 年 1 月—2016 年 8 月在成都市某三甲

中医院门诊诊治的 CFS 患者 (脾肾阳虚证) 86 例。纳入标准: ①符合西医慢性疲劳综合征诊断标准; ②符合中医脾肾阳虚证型诊断标准; ③年龄 18 ~ 60 岁; ④自愿参加本研究并签订知情同意书。排除标准: ① BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ 的病态性肥胖; ②处于妊娠期或哺乳期的妇女; ③过敏体质及对药膳粥中已知成分过敏者; ④认知功能障碍者。将符合标准的 86 例患者随机分为试验组和对照组, 每组 43 例。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 采用个体指导与集体指导相结合的形式对患者实施健康教育指导。

(1) 指导内容: ①疾病相关知识指导: 包括 CFS 的概念、危险因素、发病机制、危害等; ②饮食指导: 指导患者应饮食清淡, 均衡营养, 多食富含维生素、必需氨基酸的食物; ③休息及运动指导: 告知患者起居有常, 劳逸适度等; ④心理指导: 指导患者适当调节情绪, 正确认识并积极面对压力, 并给予适当鼓励。

(2) 指导方法: 采用个体指导与集体指导相结合的形式, 具体为: ①个体指导: 患者入组时, 发放自制的《CFS 健康教育手册》、面对面交谈患者存在的与 CFS 有关的危险因素, 对患者进行针对性的健康教育, 时间约为 10 ~ 15 min; ②集体指导: 主要通过讲座实施, 并辅以微信群定时发布 CFS 相关健康教育。2 周/次, 时间约为 30 ~ 40 min, 共 4 次。(3) 疗程: 4 周为 1 个疗程, 共 2 个疗程。

1.2.2 试验组 在对照组的基础上, 食用经科学调整和合理改良后的补虚劳经典药膳粥。

(1) 补虚劳经典药膳粥药膳包准备: ①材料及剂量: 本研究在参照《敦煌卷子》原方以及咨询临床中医专家的基础上, 经过预试验, 将原方中的新鲜山药、南芪更换为炮制后的成品以便临床操作实施, 并选择同一厂商提供的同一批次道地药食材料, 针对脾肾阳

虚证 CFS 最终确定补虚劳经典药膳粥药膳材料配比为: 淮山药(无硫炮制) 10 g、南芡 10 g、韭菜子(盐制) 10 g、粳米 50 g; ②材料加工: 淮山药、南芡打磨成粉, 过 200 目筛。③材料包装: 按药膳材料配比将每次熬制所需的山药、芡实粉和韭菜子分别装入 8 cm × 12 cm 中药无纺包煎袋, 再根据每次用量进行再次包装, 以帮助患者明确每次所需剂量。本研究的粳米采用自供方式, 并向患者提供自制量杯以确保粳米的剂量。

(2) 制作《补虚劳经典药膳粥烹饪及食用指导手册》: ①烹饪方法: 将粳米和装有韭菜籽的中药无纺包煎袋洗净入砂锅, 加入 800 ml 水, 武火煮沸后再以文火熬 25 min 左右, 将韭菜子包煎袋丢弃, 以 800 ml 的冷水将山药和芡实粉浸湿后入锅, 再熬制 3 ~ 5 min 成粥, 统一选取白砂糖改善药膳粥的口感, 白砂糖性平味甘, 具有补益脾胃、和中缓急的作用, 最终药膳粥每次的成形量为 400 ~ 500 ml。②食用方法: 将熬制成形的药膳粥盛放于瓷碗中晾至 50 ~ 60℃, 于辰时(早上 7:00 ~ 9:00)空腹服下。③食用频次与疗程: 隔天 1 次, 每次 1 剂, 4 周为 1 个疗程, 共 2 个疗程。

(3) 具体实施: ①发放药膳包。于每周一将药膳包发放给患者, 首次发放时将药膳包及《补虚劳经典药膳粥烹饪及食用指导手册》一并交付, 由研究者打开药膳包, 向患者介绍烹饪、食用方法, 再请患者复述, 确认患者完全掌握后嘱其及时返院领取下周的药膳包。②食用情况监测。1) 依从性监测。通过微信群督促患者将每次熬制的药膳粥以图片的形式及时通过微信反馈给研究者; 2) 不良反应监测。告知患者若在食用药膳期间出现过敏、恶心等不良反应时应立即停药, 并通知研究者, 严重时及时就医。

1.3 评价指标及工具

1.3.1 疲劳症状 采用疲劳量表 14 (fatigue scale-14, FS-14) 评价患者疲劳症状。该量表由 TRUDIE CHALDER 及 G.BERELOWITZ 等^[11]于 1992 年共同编制而成, 用于评价疲劳的类型及严重程度。共包括 14 个条目, 其中第 1 ~ 8 条目反映躯体疲劳 (physical fatigue, PF); 第 9 ~ 14 条目反映脑力疲劳 (mental fatigue, MF)。根据其内容与被试者的实际情况是否符合, “是”者计为“1”分, “否”者计为“0”分; 其中第 10、13 和 14 3 个条目为反向计分, 即“是”者计为“0”分, “否”者计为“1”分; 总分为 0 ~ 14 分。

分值越高, 反映疲劳越严重。TRUDIE CHALDER 等对其进行了信、效度检验, 其各条目 Cronbach's α 系数为 0.88 ~ 0.90, 内部一致性满意。

1.3.2 伴随症状 采用躯体和心理健康报告 (somatic and psychological health report, SPHERE) 对 CFS 患者的伴随症状进行总体评价。该量表由 HICKIE 等^[12]于 2001 年编制, 用于识别常见躯体及精神障碍并可评估持续性疲劳的常见伴随症状, 具有可接受的信度及效度。包括 34 个条目, 每个条目以“1”或“0”计分。其中 1 表示有此症状, 0 表示没有此症状; 得分越高, 说明 CFS 的伴随症状越多。石玲等^[13]用其在我国青少年中进行信效度检验, 发现其内部一致性系数 $\alpha=0.97$, 分半信度 $\alpha=0.96$, 可作为身体和躯体健康状况的评估工具。

1.3.3 中医证候 根据 2002 年《中药新药临床研究指导原则》^[14], 采取脾肾阳虚证中医证候积分评定表评价。该量表包括主症和次症 2 个方面, 主症包括倦怠乏力、畏寒肢冷、气短懒言、食少纳呆、腰膝酸软 5 个条目的评价, 采用 0、2、4 及 6 分的 4 级计分方法; 次症包括腰部冷痛、脘腹胀满、大便不实、夜尿清长 4 个条目的评价, 采用 0、1、2 及 3 分的 4 级计分方法。得分范围为 0 ~ 42 分, 分值越高, 提示中医证候越严重。

1.4 盲法设计

本研究对资料收集者实施盲法, 资料收集者不知患者的组别及干预方法, 受试患者的所有资料由两组资料收集者独立进行采集。

1.5 资料收集

患者签署知情同意后发放一般资料调查表和 FS-14 量表、SPHERE 量表和中医证候评定表收集干预前资料; 为避免测量性偏倚, 干预后第 4 和 8 周的资料由经过培训的非本组成员专门负责。

1.6 质量控制

为确保研究的科学性与真实性, 本研究在试验全程进行质量控制。①干预前, 对本研究的病例收集者、试验实施者、资料收集者进行统一规范培训; 与患者建立良好的护患关系, 以取得患者的信任与配合。②干预中, 本研究根据随机数字表法产生的随机序列进行随机分组, 并且在分组时采用不透明、密封的信封严格执行分配隐藏方案, 在一定的程度上避免研究对象的选择性偏倚; 整个疗程的药膳包并非入组时一次性发放给患者, 有利于研究者及时了解患者的食用

情况,并对患者在药膳粥烹饪或食用中遇到的问题进行指导;对照组和试验组的健康教育讲座分开进行,微信群分开建立,防止沾染。③干预后,督促资料收集者严格按照培训要求收集相应资料;资料录入后进行交叉核对与复审,保证所得数据的准确与可靠。

1.7 统计学方法

数据分析采用 SPSS 20.0 统计软件,计量资料服从正态分布的数据以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,不服从正态分布的数据采用 $M(P_{25}, P_{75})$,比较采用两独立样本 t 检验、Wilcoxon 秩和检验或重复测量设计的方差分析,计数资料以频数表示,比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

干预结束后,试验组完成全部资料收集者共 37

例(4例患者因个人原因自动退出而脱落,1例患者因未按要求食用药膳以及1例患者因填写资料不全予以剔除),对照组 39 例(1例患者因个人原因主动退出以及2例患者因失访而脱落,1例患者因进入研究后发现严重心肺功能障碍而予以剔除)。两组患者在性别、年龄、身体质量指数(BMI)、文化程度、工作性质、工作压力、睡眠时间及工作时间方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者不同时间点 FS-14 评分比较

两组干预前、干预后 4 周、干预后 8 周 FS-14 评分比较,采用重复测量设计的方差分析,结果:①不同时间点的 FS-14 评分有差异($F = 238.01, P = 0.000$)。②两组 FS-14 评分有差异($F = 38.378, P = 0.000$),试验组 FS-14 评分较低,疲劳症状的缓解效果较好。③两组 FS-14 评分变化趋势有差异($F = 35.156, P = 0.000$)。见表 2。

表 1 两组一般资料的比较

组别	n	男/女 例	年龄/ (岁, $\bar{x} \pm s$)	BMI/(kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	文化程度/例			工作性质/例	
					初中及以下	高中/中专	大专及以上	以体力劳动为主	以脑力劳动为主
试验组	37	12/25	40.19 \pm 8.06	24.14 \pm 1.88	4	8	25	10	27
对照组	39	9/30	37.67 \pm 7.31	24.391 \pm 1.62	9	6	24	14	25
t/χ^2 值		0.831	1.431	-0.630		2.178		0.691	
P 值		0.362	0.157	0.531		0.337		0.406	

组别	n	工作压力/例			睡眠时间 >6 h/例			工作时间 >10 h/例		
		经常	有时	偶尔	经常(\geq 4次/周)	有时(2、3次 /周)	偶尔(\leq 1次/周)	经常(\geq 4次/周)	有时(2、3 次/周)	偶尔(\leq 1次/周)
试验组	37	20	11	6	9	12	16	18	11	8
对照组	39	19	13	7	11	15	13	21	13	5
t/χ^2 值			0.217			0.792			1.038	
P 值			0.897			0.673			0.595	

2.3 两组患者不同时间点 SPHERE 评分比较

两组干预前、干预后 4 周、干预后 8 周 SPHERE 评分比较,采用重复测量设计的方差分析,结果:①不同时间点的 SPHERE 评分有差异($F = 329.415, P = 0.000$)。②两组 SPHERE 评分有差异($F = 12.139, P = 0.000$),试验组 SPHERE 评分较低,疲劳伴随症状的缓解效果较好。③两组 SPHERE 评分变化趋势有差异($F = 22.372, P = 0.000$)。见表 3。

2.4 两组患者中医证候各条目得分及总分比较

试验组与对照组干预前、干预后 4 周、干预后 8 周中医证候各条目得分比较,试验组在干预后第 4 周

末开始,倦怠乏力、食少纳呆、脘腹胀满 3 个条目的改善情况均优于对照组($Z = -2.413, -2.791$ 及 $-2.551, P = 0.016, 0.005$ 及 0.011),而畏寒肢冷、气短懒言、腰膝酸软、大便不实、夜尿清长条目改善效果在干预后第 8 周末才优于对照组($Z = -2.225, -3.527, -3.256,$

表 2 两组患者不同时间点 FS-14 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后 4 周	干预后 8 周
试验组	37	11.35 \pm 1.42	8.70 \pm 1.58	5.76 \pm 1.61
对照组	39	11.38 \pm 1.37	10.38 \pm 1.37	8.90 \pm 1.47

表 3 两组患者不同时间点 SPHERE 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后 4 周	干预后 8 周
试验组	37	26.65 ± 2.42	21.65 ± 1.62	17.08 ± 2.37
对照组	39	25.92 ± 2.47	23.08 ± 2.14	20.31 ± 2.13

-4.134 及 -2.369, $P=0.026$ 、 0.000 、 0.001 、 0.000 及 0.017)。

表 4 两组患者干预前后中医证候各条目评分比较 [M (P₂₅, P₇₅)]

项目	组别	n	干预前	干预后	
				4 周	8 周
倦怠乏力	试验组	37	4.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)	2.00 (0.00, 2.00)
	对照组	39	4.00 (2.00, 4.00)	4.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)
畏寒肢冷	试验组	37	4.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 2.00)
	对照组	39	4.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)
气短懒言	试验组	37	2.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 2.00)	2.00 (2.00, 2.00)
	对照组	39	2.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)
食少纳呆	试验组	37	4.00 (2.00, 4.00)	2.00 (1.00, 2.00)	0.00 (0.00, 2.00)
	对照组	39	4.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)
腰膝酸软	试验组	37	4.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 2.00)
	对照组	39	4.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)	2.00 (2.00, 4.00)
腰部冷痛	试验组	37	2.00 (1.00, 2.00)	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (1.00, 2.00)
	对照组	39	2.00 (1.00, 2.00)	2.00 (1.00, 2.00)	2.00 (1.00, 2.00)
脘腹胀满	试验组	37	2.00 (2.00, 2.00)	1.00 (1.00, 1.00)	0.00 (0.00, 1.00)
	对照组	39	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (1.00, 2.00)	1.00 (1.00, 2.00)
大便不实	试验组	37	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (1.00, 2.00)	1.00 (0.00, 1.00)
	对照组	39	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (1.00, 2.00)	1.00 (1.00, 2.00)
夜尿清长	试验组	37	3.00 (2.00, 3.00)	2.00 (2.00, 2.00)	1.00 (1.00, 2.00)
	对照组	39	2.00 (2.00, 3.00)	2.00 (2.00, 2.00)	2.00 (1.00, 2.00)

表 5 两组患者不同时间点中医证候总分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后	
			4 周	8 周
试验组	37	23.73 ± 3.26	17.86 ± 2.39	12.37 ± 1.71
对照组	39	23.33 ± 2.84	21.03 ± 2.10	19.10 ± 2.00

3 讨论

3.1 中医学干预脾肾阳虚证 CFS 的理论基础

中医学将 CFS 归为“虚劳”的范畴,常描述其为“倦”、“身重”、“四肢劳倦”等^[15]。CFS 主要病因为

试验组与对照组干预前、干预后 4 周、干预后 8 周中医证候总分比较,采用重复测量设计的方差分析,结果:①不同时间点的中医证候总分有差异 ($F=481.32, P=0.000$);②两组间中医证候总分有差异 ($F=43.701, P=0.000$),试验组总分低于对照组,改善效果好于对照组;③两组中医证候总分变化趋势有差异 ($F=100.430, P=0.000$)。见表 4、5。

饮食失常、劳逸失度、情志失调。病机以虚为主,导致脏腑功能衰退,气血阴阳亏损。《病机沙篆》指出:“夫人之虚,不输于气,……而独举脾肾者。”脾主运化,为后天之本,气血生化之源,脾运化功能正常方可保证气血精微濡养肢体脏腑,然脾阳虚则无力运化水谷精微,肌肉失养,倦怠乏力,如《素问·太阴阳明论》记载:“今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气……筋骨肌肉皆无气以生,故不用焉。”肾藏精,为先天之本,《素问·通评虚实论》:“精气夺则虚。”肾主骨生髓,肾虚而骨失所养则腰膝酸软,脑髓失养则健忘头晕;阳虚则无力运行气血,畏寒肢冷。以上均

揭示了脾肾两脏功能衰退与 CFS 临床症状的关系。脾之运化赖以肾阳之温煦，肾精需得后天水谷精微之充养，两者相互资生，相互促进。若脾肾二脏之一出现阳气虚衰，则易累及另一脏，两脏在病理上相互影响，导致脾肾之功能俱损，人体机能下降，最终出现 CFS 的一系列症状。由此可见，脾肾阳虚所致的阴阳失和、运化失常是 CFS 发生的内在病因，故中医应以补脾益肾的原则改善 CFS 患者的临床症状。

3.2 补虚劳经典药膳粥可改善脾肾阳虚证 CFS 患者的疲劳，减少伴随症状

由于目前尚无完全治愈 CFS 的方法，因此改善患者疲劳，减少伴随症状是临床治疗和护理的关键。结果显示：试验组干预后各时间点 FS-14 总分及 SPHERE 评分均低于对照组。该药膳粥为补虚劳经典药膳方，方中山药健脾补肾固精，芡实健脾祛湿、益肾涩精，《神农本草经》将其两者归为上品；韭菜子可温肾助阳，如《圣惠方》中：“治虚劳，泄精，用韭菜子二两，温酒服。”以上 3 药针对 CFS 脾肾阳虚之根本病机，再借粳米健补脾胃、滋养“后天”的作用，根据其性味归经循络直达脏腑之所在从而发挥疗效。现代药理学研究显示，组方山药、芡实、韭菜子具有清除自由基、抗疲劳，增强人体免疫力、提高记忆力等作用^[16-18]，同时粳米具有促进消化吸收的功效，从而达到改善 CFS 疲劳及伴随症状的效果。结果显示，FS-14 总分、SPHERE 评分组间效应、时间效应及两者交互效应差异有统计学意义，以上说明补虚劳经典药膳粥对 CFS 患者疲劳及伴随症状的改善随着时间的延长效果愈佳。国外学者 SULLIVAN 等^[19]使用含益生菌产品对 CFS 患者进行营养干预，发现患者伴随症状的改善情况随着时间的延长疗效逐渐增强，与本研究结论类似。

3.3 补虚劳经典药膳粥可有效改善 CFS 患者的脾肾阳虚证候

补虚劳经典药膳粥以中医学整体观念为核心，在辨证施膳的基础上，以“肾脾共调”为指导，改善 CFS 患者脾肾阳虚证候。结果显示，试验组在干预后第 4 周末，倦怠乏力、食少纳呆、脘腹胀满 3 个条目及脾肾阳虚证候总分的改善情况均优于对照组，而畏寒肢冷、气短懒言、腰膝酸软、大便不实、夜尿清长条目改善效果在干预后第 8 周末才优于对照组；此外，脾肾阳虚证候倦怠乏力、食少纳呆、大便不实条目以及总分的时间效应，组间效应和交互效应有差异，可

见补虚劳经典药膳粥可改善 CFS 患者的脾肾阳虚证候，且改善的效果随时间延长而增强。分析其原因可能与该药膳粥的组方性味及服用时间相关，①组方性味上：补虚劳经典药膳粥组方味甘性平和；味甘者，善走脾，补益脾气^[20]，脾气盛则运化有力，气血生化有源，而后水谷精微不断充养先天之精，达到脾肾共调的目的；②服用时间上：患者在辰时空腹服用该药膳粥，而从辰时开始脾胃所对应经络的气血循行逐渐旺盛^[21]，此时服用可增强药膳粥补中益气，健脾和胃的功效。综上所述，补虚劳经典药膳粥在组方性味及服用时间上的协同效应可改善脾肾阳虚证 CFS 患者倦怠乏力、畏寒肢冷、气短懒言、食少纳呆、腰膝酸软、脘腹胀满、大便不实、夜尿清长的证候。此外，本研究还发现试验组干预第 8 周末仅腰部冷痛条目未得到改善，该结果在一定程度上表明补虚劳经典药膳粥在改善腰部冷痛方面效果不明显，这可能与腰部冷痛主要是由肾阳虚所致，而该药膳粥组方的整体功效为健脾益肾，直接温补肾阳的作用欠佳，加之药膳粥食材多样性平温，作用缓和，中医药膳注重调与养的结合，对机体的作用是循序渐进的^[22]。因此，该研究结果也提示在进一步的临床研究中，应延长干预时间以观察补虚劳经典药膳粥对腰部冷痛的影响。

本研究以传统医学辨证施膳为指导，以脾肾阳虚证为切入点，使用补虚劳经典药膳粥对该证型 CFS 患者的临床症状进行整体调治，显著改善 CFS 患者疲劳症状及脾肾阳虚证候，并减少其伴随症状。该药膳粥融药食功效与膳食美味为一体，充分展现中医药膳色、香、味、形、效以及安全性原则，值得在临床进一步推广，以弘扬中医特色食疗法干预 CFS 的优势。但本研究存在研究证型单一，干预时间短等不足，因此在以后的研究中应纳入其他证型，延长干预时间进一步研究。

参 考 文 献：

- [1] KEIJI FUKUDA, STEPHEN E, STRAUS, IAN HICKIE, et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International chronic fatigue syndrome study group[J]. Annals of Internal Medicine, 1994, 121(12): 953.
- [2] KINGDON C C, BOWMAN E W, CURRAN H, et al. Functional status and well-being in people with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome compared with people with multiple sclerosis and healthy controls[J]. Pharmacoeconomics, 2018(3): 1-12.
- [3] JUDITH B, PRINS, JOS W M, van der MEER, GIJS

- BLEIJENBERG. Chronic fatigue syndrome[J]. *The Lancet*, 2006, 367(9507): 346-355.
- [4] SAMANTHA JOHNSTON, EKUA W BRENU, DONALD STAINES, et al. The prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a meta-analysis[J]. *Clinical Epidemiology*, 2013(5): 105.
- [5] ADAMOWICZ J L, CAIKAUSKAITE I, FRIEDBERG F. Defining recovery in chronic fatigue syndrome: a critical review[J]. *Quality of Life Research*, 2014, 23(9): 2407-2416.
- [6] ARROLL M A, Howard A. A preliminary prospective study of nutritional, psychological and combined therapies for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) in a private care setting[J]. *BMJ*, 2012, 2(6): 231-239.
- [7] OSTOJIC S M, STOJANOVIC M, DRID P, et al. Supplementation with guanidinoacetic acid in women with chronic fatigue syndrome[J]. *Nutrients*, 2016, 8(2): 72.
- [8] 何慧颖. 中医辨体施膳对于亚健康疲劳综合征痰湿体质的干预研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2012.
- [9] 许建梅. 参芪益气散对气虚型亚健康疲劳状态的干预研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2012.
- [10] 袁仁智, 潘文. 敦煌医药文献真迹释录[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2015: 440-441.
- [11] CHALDER T, BERELWITZ G, PAWLIKOWSKA T, et al. Development of a fatigue scale[J]. *J Psychosom, Res*, 1993, 37(2): 147-153.
- [12] HICKIE I B, DAVENPORT T A, HADZIPAVLOVIC D, et al. Development of a simple screening tool for common mental disorders in general practice[J]. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175(Suppl 2): 10-17.
- [13] SHI L, WU F, YE L, et al. Psychometric evaluation of somatic and psychological health report: a sample from chinese adolescents[J]. *Twin Research & Human Genetics*, 2017, 20(2): 147-149.
- [14] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 346-349.
- [15] 钟延进, 张锦华, 杨慧琳, 等. 从“治未病”理论浅谈慢性疲劳综合征的中医防治[J]. *湖南中医杂志*, 2016, 32(1): 126-127.
- [16] 陈蓉, 吴启南. 芡实种皮多酚抗疲劳耐缺氧作用研究[J]. *食品工业科技*, 2015, 36(24): 100-103.
- [17] 周庆峰, 姜书纳, 马亢, 等. 铁棍山药多糖抗疲劳及耐缺氧作用研究[J]. *时珍国医国药*, 2014(2): 284-285.
- [18] 陶永梅, 陈凤杰, 胡爽, 等. 韭菜子水提取物耐缺氧和抗疲劳作用的实验研究[J]. *中国中医药科技*, 2015, 22(4): 391-392.
- [19] ÅSA SULLIVAN, CARL E NORD, BIRGITTA EVENGÅRD. Effect of supplement with lactic-acid producing bacteria on fatigue and physical activity in patients with chronic fatigue syndrome[J]. *Nutrition Journal*, 2009, 8(1): 4.
- [20] 叶琴, 杨洋, 周雅琴, 等. 中药甘味成分的研究进展[J]. *湖南中医杂志*, 2015, 31(11): 205-207.
- [21] 高静, 弋新, 吴晨曦, 等. 子午流注择时五行音乐疗法在慢性心力衰竭焦虑患者中的应用效果[J]. *中华护理杂志*, 2016, 51(4): 443-448.
- [22] 汪洋, 范瑾. 中药膳食辅助治疗对 2 型糖尿病患者临床炎症状态, 临床症状, 生活质量及临床生化指标的影响[J]. *中华中医药学刊*, 2017(12): 3227-3229.

(王荣兵 编辑)