

益气健运汤加减结合针灸治疗痰湿体质肥胖症的临床观察^{*}

宋昊翀, 段好阳, 郭 刚, 张 帅, 李 伟, 李 品, 王 琦[△]

(北京中医药大学基础医学院, 北京 100029)

摘要: **目的** 观察益气健运汤结合针灸加减治疗痰湿体质肥胖的临床疗效。**方法** 将 48 例痰湿体质肥胖患者随机分为治疗组和对照组各 24 例, 2 组患者均给予针灸治疗, 治疗组在此基础上联合益气健运汤加减煎服, 比较 2 组的治疗效果。**结果** 治疗组治疗后的体重、BMI、腰围和痰湿体质量化积分显著小于治疗前和对照组治疗后, 治疗组的总有效率比对照组高, 两者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 益气健运汤结合针灸加减治疗痰湿体质肥胖的临床疗效较好。

关键词: 益气健运汤; 针灸; 痰湿体质; 肥胖

中图分类号: R246.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2016)05-0054-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2016.05.014

肥胖症是指体内脂肪堆积过多和(或)分布异常, 通常伴有体重增加。世界卫生组织(WHO)将肥胖定义为可能导致健康损害的异常或过多的脂肪堆积。作为一种由多因素引起的慢性代谢性疾病, 肥胖早在 1948 年被 WHO 列入疾病分类名单^[1]。2005 年, WHO 估计全球 15 岁以上肥胖患者超过 4 亿人, 5 岁以下儿童中也有超过两千万的肥胖者。有研究表明^[2], 我国肥胖人群也呈蔓延趋势。肥胖的成因复杂, 与遗传、环境和某些基因表型密切相关, 其基本原因是摄入和消耗的能量不均衡, 与饮食结构和现代化、城市化、交通方式的改变, 导致摄入过多, 基础代谢减慢有关。肥胖造成的危害是多方面的, 包括心脑血管疾病, 如冠心病、脑卒中; 糖尿病; 肌肉骨骼疾病, 如骨关节炎; 与乳腺癌、结肠癌和子宫内膜癌等的发病也有一定的相关性。肥胖的治疗成为医学界关注的焦点, 早期预防和治疗肥胖症已成为医学研究的热点。

传统中医学对于肥胖的治疗有明显优势。如汤药、针灸、气功、导引、中药外用等方法可以联合运用, 对于成因复杂, 治疗困难的肥胖症可以建立起立体的诊疗方案, 多途径多靶点进行干预治疗, 可以达到事半功倍的效果。

肥胖的预防和治疗首先应该传播健康的养生观念, 做到提前干预, 提早预防, 防患未然。有研究者表明^[3], 痰湿体质是肥胖亚型存在的内在因素, 痰湿体质更是适合衡量代谢紊乱的倾向性。而中医体质辨识为痰湿体质人群中有肥胖倾向和趋势者提供了未病先防的可能, 为已经发病的肥胖患者能够更好的改善内环境和代谢问题, 从而从根本清除肥胖产生的内在土壤, 为肥胖的系统治疗提供了很好的抓手。

目前, 对于痰湿体质与肥胖之间的关系研究是深入而广泛的^[4-7], 为调理痰湿体质治疗肥胖提供了理论的支持。而针灸治疗肥胖也有不少的文献报道^[8-10]。

在跟诊临床的过程中, 笔者发现运用益气健运汤配合针灸治疗肥胖症效果明显, 在此基础上借鉴一定的研究方^[11], 设计进行此次临床试验。本研究采用益气健运汤结合针灸加减治疗痰湿体质肥胖 48 例, 取得较满意的疗效, 总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 8 月-2016 年 5 月北京东洲中医门诊部治疗的中医辨证为痰湿体质的肥胖患者 48

^{*} 基金项目: 国家自然科学基金项目(30960476)

收稿日期: 2016-07-06

作者简介: 宋昊翀(1984-), 男, 山东济南人, 在读博士研究生, 研究方向: 中医基础理论中医体质学。

[△]通信作者: 王琦, E-mail: wangqi710@126.com

例作为研究对象。

纳入标准:①所有患者均符合《中国成人肥胖症防治专家共识》中的相关诊断标准,且依据中华中医药学会《中医体质分类与判定》标准^[12]判定为痰湿体质;②年龄 ≥ 18 岁;③1个月内没有进行过调脂和减肥等治疗;④患者及家属均知情同意且签署知情同意书。

排除标准:①不同意针灸治疗者;②不符合纳入标准者;③近3月接受其它方式减肥;④患有心、脑、肾、肺、血液等严重疾病者。

终止标准:①未能完成疗程,中途要求退出的受试者;②未能严格按照治疗方案执行的受试者;③治疗期间采用其它治疗药物或疗法者。

对48例患者随机分为治疗组和对照组,每组各24例。治疗组中,男性11例,女性13例;年龄25~60岁,平均 (43.1 ± 4.2) 岁;病程9个月~17年,平均 (4.5 ± 1.7) 年。对照组中,男性10例,女性14例;年龄24~61岁,平均 (41.9 ± 3.9) 岁;病程9个月~17年,平均 (4.5 ± 1.7) 年。2组一般资料比较无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。痰湿质判定,见表1、表2。

表1 痰湿质判定题目

请根据近一年的体验和感觉,回答以下问题。	没有(根本不)	很少(有一点)	有时(有些)	经常(相当)	总是(非常)
(1)您感到胸闷或腹胀满吗?	1	2	3	4	5
(2)您感到身体沉重不轻松或不爽快吗?	1	2	3	4	5
(3)您腹部肥满松软吗?	1	2	3	4	5
(4)您有额部油脂分泌多的现象吗?	1	2	3	4	5
(5)您上眼睑比别人肿(上眼睑有轻微隆起的现象)吗?	1	2	3	4	5
(6)您嘴里有黏黏的感觉吗?	1	2	3	4	5
(7)您平时痰多,特别是咽喉部总感到有痰堵着吗?	1	2	3	4	5
(8)您舌苔厚腻或有舌苔厚厚的感觉吗?	1	2	3	4	5
判断结果:	☐ 是	☐ 倾向是	☐ 否		

注:判定方法:原始分=各个条目分值相加;转化分数 $=[(原始分-8)/(8 \times 4)] \times 100$

表2 痰湿体质判定标准表

	转化分 ≥ 40 分	是
痰湿体质	转化分30~39分	倾向是
	转化分 < 30 分	否

1.2 治疗方法

治疗组和对照组2组患者均采用针灸治疗,主穴主要包括中脘、天枢、大横、太冲、气海、血海、足三里、三阴交。具体操作:用75%酒精棉球对穴位消毒后,接着用0.30mm $\times$ 40mm一次性针灸针对不同的穴位分标本主次灵活运用,以补泻的手法——“盛则泻之,虚则补之”为依据,如针刺深度以患者得气为度,每10min行平补平泻针法1次,每次留针30min左右。每日行针1次,7次为1个疗程,共8周,即8个疗程。8个疗程后,统计治疗效果。

治疗组在上述治疗的基础上加益气健运汤^[13]加减煎服:生黄芪60g,制苍术20g,肉桂(后下)10g,冬瓜皮30g,干荷叶20g,姜黄10g,茯苓30g,泽泻

15g,生山楂30g,昆布20g,海藻20g,生蒲黄(布包)10g。用法:纳诸药,冷水泡饮片半小时,大火煮开,小火煎煮30min,水煎2次,取汁400mL,兑匀后每日分早晚2次温服,共8周。

1.3 观察指标

身高、体重、体重指数(BMI)以及中医体质量表积分。

1.4 疗效标准

临床疗效评价^[14]:①痊愈:临床症状完全消失,体重和BMI均降低至正常范围;②显效:临床症状大部分消失,体重降低 $> 5\text{kg}$,BMI降低 $\geq 4\text{kg/m}^2$;③有效:临床症状有所缓解,且体重降低 $> 2\text{kg}$,BMI降低 $\geq 2\text{kg/m}^2$;④无效:治疗后均未达到上述标准。总有效=治愈+显效+有效。

1.5 统计学方法

采用SPSS19.0软件数据进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用秩和检验(Mann-Whitney U检验),样本以 P 值 < 0.05 的差

异,具有统计学意义。

2 结果

治疗组以 91.67% 的总有效率,显著高于对照组的 70.83%,其差异具有统计学意义($P<0.05$)。2 组治疗结果及疗效比较见表 3,治疗前后痰湿体质积分比较表 4。

表 3 2 组治疗结果及疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	24	8	9	5	2	91.67 ^a
对照组	24	4	8	5	7	70.83

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

表 4 2 组治疗前后痰湿体质积分差比较

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	24	74.71±10.83	32.65±7.06 ^a
对照组	24	73.94±10.59	55.48±9.21

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨论

痰湿体质为一种中医体质类型,是由于津液运化失司,脾不散精,精微物质运行输布障碍与转化失调,痰湿凝聚、互蕴,迁延日久而逐渐形成,津液运化不全为内在病理机制^[5],以“苔白腻,舌胖,痰多黏白”等特征为外在表现。在临床上易感湿邪,湿聚生痰,易患冠心病、高血压、中风等疾病,肥胖也与痰湿体质密切相关^[6]。目前,痰湿体质是一种具有现代社会“高水平”下的“产物”,虽然说表现为先天的个体差异性,但是与当下社会发展节奏快、生存相对压力大以及心理相对承受力关系密切,有着综合性的指标考量标准。相应地,治疗痰湿体质就要综合考察这些因素,做到有的放矢;其中,益气健运汤是针对之的一个临床实践经验方。

王琦教授临床常用益气健运汤治疗气虚阳弱,进而气滞、血瘀兼夹为患的病机的痰湿体质肥胖患者,常伴随高血压、高血脂、高血糖、高尿酸等代谢综合征的表现。方中生黄芪益气健脾,配合制苍术燥湿运脾,茯苓、泽泻、冬瓜皮、干荷叶渗泄泄浊;肉桂温肾助阳,所谓“病痰饮者,当以温药和之”,昆布、海藻化痰散结;生山楂合姜黄、生蒲黄活血化痰,水血同调,使血行而水化。诸药合用,杜绝生痰之本源,又使痰湿之邪有外达之机,共奏温阳益气、利水祛湿、活血消水之功。

针灸减肥组穴原则:痰湿体质的肥胖患者,多

因水湿代谢失常所致,故健脾利湿,调节痰湿体质,是组穴大法。其中,中脘为胃经募穴,又为八会穴之腑会,足三里为胃经合穴,二穴相配在于运健中州,加强运化,以为化痰之本;气海为培养固本,增加气化的要穴,与足三里相配可补气化湿;血海为生血活血要穴,经言“血不利则为水”,故祛湿要活血,以增加流通,与气海相配,补气生血,活血祛湿;天枢可理气行滞,大横通调脾气,二穴相配调动肠腑气化,以利津液疏布,并可交通身体上下气机,以利大气流行;水分乃利水主穴,以治其标;三阴交乃足三阴经交汇之穴,可健脾利湿、调肝补肾,太冲疏肝解郁,以利气道,二穴相配可调补肝肾,培补下元,助气利行。以上诸穴相配,调畅三焦,补气生血,行气利水,化湿和胃。故利水化湿不伤正气,可长时间使用。

本研究结果,治疗 8 周后,治疗组以 91.67% 的总有效率显著高于对照组的 70.83%,差异具有统计学意义($P<0.05$);治疗后痰湿体质积分为(32.65±7.06)分,低于治疗前的(74.71±10.83)分,也明显低于对照组治疗 8 周后 55.48±9.21 分,差异明显,有统计学的意义($P<0.05$)。表明采用益气健运汤结合针灸加减治疗痰湿体质肥胖的有效率高于单纯针灸治疗。

本研究的几点启示:①在治疗复杂性疾病时要充分发挥中医优势,采取多种手段和治疗方法,使治疗取得更好的效果;②要深刻认识中医体质学的科学本质,灵活把握,在运用不同方法的同时,时刻不忘体质土壤,使各个靶点有一个共同的朝向,形成合力;③益气健运汤与针灸两种方法虽然在方法上有差异,但是因为二者从不同的角度调节痰湿体质的土壤,改善了人体水液代谢的内环境,同中有异,异中有同,相得益彰,因此收效明显;④治疗组与对照组相比,治疗组更具实效性,为临床普及提供理论与实践依据,也为我们进一步治疗和研究其他复杂性疾病提供了参考。

综上所述,采用益气健运汤结合针灸加减治疗痰湿体质肥胖疗效确切显著,值得临床进一步推广。

参考文献:

- [1] 中华医学会内分泌学分会肥胖学组. 中国成人肥胖症防治专家共识[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2011, 27(9): 711-717.

(下转第 61 页)

The Research of the Relevance of TCM Syndromes of CAG Patients with Gastroscopy, Gastric Mucosal Pathology and H. pylori Infection

AI Chunhua¹, HUANG Minghan²

(1. Ninghua Hospital of Traditional Chinese Medicine of Fujian Province, Ninghua 365400, China;

2. The Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou 350003, China)

ABSTRACT: Objective To explore the relevance of TCM syndromes of CAG patients with gastroscopy, gastric mucosal pathology and H. pylori infection. **Methods** One hundred and thirty-eight diagnosed CAG patients were randomly selected as the research subjects so as to investigate their TCM syndromes as well as study the relationship of the distribution characteristics each syndrome with gender, age, gastroscopy, gastric mucosal pathology and H. pylori infection. **Results** 1. The highest distribution percentage of TCM syndrome was reported in deficiency of the spleen and stomach, followed by spleen-stomach damp-heat syndrome; most cases of spleen-stomach damp-heat syndrome were males, while females were mainly affected by the rest syndromes; the highest average age was distributed in stagnated blood of stomach meridian syndrome. 2. Subject to the endoscopic manifestations of various syndromes, the highest percentage of simple atrophy morphology was reported in deficiency of the spleen and stomach syndrome, the highest percentage of accompanied erosion and bile reflux in spleen-stomach damp-heat syndrome, and the highest percentage of accompanied mucosal entorrhagia in stagnated blood of stomach meridian syndrome. 3. According to the gastric mucosal pathological manifestations of various syndromes, rank sum test showed that deficiency of the spleen and stomach syndrome was associated with the least overall atrophy, which was significantly different compared with syndrome of disharmony between liver and stomach, spleen-stomach damp-heat syndrome and stagnated blood of stomach meridian syndrome ($P < 0.05$ or $P < 0.01$); of them, the highest percentage of atrophy was found in stagnated blood of stomach meridian syndrome, which was also associated with the highest percentage of intestinal metaplasia and dysplasia. 4. The overall infection rate of H. pylori was 47.8%, where the highest infection rate (69.4%) was found in spleen-stomach damp-heat syndrome, which was significantly different compared with stomach yin deficiency syndrome and deficiency of the spleen and stomach syndrome ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** The distribution law of TCM syndromes of CAG patients is correlated to a certain extent with gender, age, electronic gastroscopy, gastric mucosal pathological features, H. pylori infection and other factors. This study has positive significance both for the clinical diagnosis and treatment as well as the progress in CAG prevention.

KEY WORDS: CAG; TCM syndromes; gastroscopy; gastric mucosal pathology; H. pylori infection; correlation; clinical research

(上接第56页)

- [2] 倪国华, 张璟, 郑风田. 中国肥胖流行的现状与趋势[J]. 中国食物与营养, 2013, 19(10): 70-74.
- [3] 李玲孺. 痰湿体质与肥胖亚型的相关性及其易发代谢综合征的氧化应激机制研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2012.
- [4] 王丽娟. 原发性血脂异常的体质类型及其与血脂指标的相关性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2012.
- [5] 杨玲玲. 痰湿体质人群胰岛素抵抗相关因子表达研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2013.
- [6] 刘孝忠. 台湾都会人群体质分布特点及相互关系与影响因素研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2013.
- [7] 郑璐玉. 痰湿体质人群炎症相关机制研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2013.
- [8] 吕显威. 针灸调理气虚痰湿体质治疗单纯性肥胖症的临床效果[J]. 中国当代医药, 2015, 22(34): 154-156.
- [9] 李艳芬, 庄礼兴, 朱晓平. 穴位埋线治疗高脂血症的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(1): 142-146.

- [10] 吴军君, 王海燕, 周启棣. 针刺配合刮痧治疗单纯性肥胖108例临床观察[J]. 医药产业资讯, 2006, 3(18): 107-108.
- [11] 黄倩. 不同体质常年性变应性鼻炎患者血清Th1/Th2细胞因子的变化及相关性研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2011.
- [12] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(4): 303-304.
- [13] 王琦. 王琦治疗62种疑难病[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 164.
- [14] 赵李清, 施茵. 电针结合饮食和运动疗法治疗胃肠实热型单纯性肥胖症临床研究[J]. 安徽中医学院学报, 2010, 29(4): 33-37.
- [15] 李玲孺, 王济, 李英帅, 等. 从痰湿体质角度研究肥胖亚型[J]. 世界中医药, 2013, 8(1): 18-20.
- [16] 王琦, 龚海洋, 高京宏. 肥胖人痰湿体质外周血基因表达谱特征研究[J]. 中医杂志, 2006, 47(11): 851-858.

(编辑: 徐建平)