

温阳健脾祛湿综合疗法（中药汤剂+艾灸+泡脚）治疗单纯性肥胖病的临床疗效观察

邵欣欣 朱晨颖

赤峰市妇产医院 内蒙古 赤峰 024005

【摘要】：目的：观察温阳健脾祛湿综合疗法（中药汤剂+艾灸+泡脚）治疗单纯性肥胖病的临床疗效，为临床治疗该病提供有效方案。方法：选取2023年1月至2024年6月收治的100例单纯性肥胖病患者作为研究对象，所有患者年龄均在25-35岁之间，采用随机数字表法分为观察组和对照组，每组各50例。对照组给予常规饮食运动干预，观察组在对照组基础上采用温阳健脾祛湿综合疗法治疗，疗程为8周。比较两组患者治疗前后的体重、体质指数（BMI）、腰围、臀围及中医证候积分，统计两组临床疗效及不良反应发生情况。结果：治疗前，两组患者体重、BMI、腰围、臀围及中医证候积分比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。治疗后，两组患者上述指标均较治疗前显著改善（ $P<0.05$ ），且观察组改善程度显著优于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组临床总有效率为94.00%，显著高于对照组的68.00%（ $P<0.05$ ）。两组患者治疗期间均未出现严重不良反应，不良反应发生率比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：温阳健脾祛湿综合疗法（中药汤剂+艾灸+泡脚）治疗25-35岁单纯性肥胖病患者疗效确切，能有效减轻体重、改善体型及中医临床症状，且安全性较高，值得临床推广应用。

【关键词】：单纯性肥胖病；温阳健脾祛湿；中药汤剂；艾灸；中药泡脚；临床疗效

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.059

引言

单纯性肥胖病是临床常见的慢性代谢性疾病，指无明确器质性病变，因遗传及生活方式等多种因素共同作用导致能量摄入大于消耗，进而引起体内脂肪异常堆积的疾病，其发病率在全球范围内呈持续上升趋势^[1]。据流行病学调查数据显示，我国成人单纯性肥胖病发病率已从1992年的不足3%攀升至2025年的9%，其中25-35岁青年群体因长期高热量饮食、久坐少动等不良生活习惯，发病占比逐年升高^[2]。单纯性肥胖病不仅会导致体型改变，还会显著增加2型糖尿病、心血管疾病、痛风及某些肿瘤的发病风险，严重影响患者身心健康及生活质量^[3]。目前，临床治疗单纯性肥胖病多以饮食控制、运动干预为基础，部分患者辅以西药治疗，但西药存在副作用明显、易反弹等问题，手术治疗则因创伤性及并发症风险，临床应用受限^[4]。

中医理论认为，单纯性肥胖病的核心病机为阳气亏虚、脾虚失运、痰湿内生，《素问·奇病论》提出“肥贵人则膏粱之疾”，明确指出饮食不节与肥胖的关联，金元时期李东垣进一步提出“脾胃俱虚，少食而肥”的观点，强调脾虚气陷、痰湿壅滞是肥胖的关键病机^[5]。现代中医研究表明，青年单纯性肥胖病患者多因饮食不节、作息失调损伤脾胃功能，导致阳气亏虚、脾虚失运、水湿运化失常，痰湿积聚体内而发病，故温阳健脾祛湿为其核心治疗原则。本研究基于温阳健脾祛湿理论，采用中药汤剂、艾灸联合中药泡脚的综合疗法治疗25-35岁单纯性肥胖病患者，通过观察体重、BMI等指标变化，探讨该综合疗法的临床疗效，为青年单纯性肥胖病的中医临床治疗提供实践依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2024年6月在我院中医科就诊的100例单纯性肥胖病患者作为研究对象，所有患者年龄均在25-35岁之间，其中男性42例，女性58例。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组，每组各50例。观察组中男性21例，女性29例，年龄25-34岁，病程6个月-5年；对照组中男性21例，女性29例，年龄25-35岁，病程5个月-5年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准，所有患者均知情同意并签署知情同意书。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《肥胖症基层诊疗指南（2019年）》：BMI $\geq 28\text{kg/m}^2$ ，或男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ 、女性腰围 $\geq 85\text{cm}$ ，排除药物、内分泌疾病等导致的继发性肥胖；中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》，辨证为脾肾阳虚、痰湿内蕴证，主症为体型肥胖、神疲乏力、肢体困重，次症为脘腹胀闷、食少纳呆、大便溏薄、畏寒肢冷，舌淡胖、苔白腻或水滑，脉濡缓或沉迟。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准：符合上述中西医诊断标准；年龄25-35岁；病程 ≥ 3 个月；近4周末使用影响体重的药物；自愿参与本研究并配合治疗及随访。

排除标准：继发性肥胖患者（如库欣综合征、甲状腺功能减退症、多囊卵巢综合征等）；合并严重肝肾功能障碍、心血管疾病、精神疾病及肿瘤患者；妊娠或哺乳期女性；对本研究

使用的中药、艾灸材料过敏者；不配合治疗或随访者。

1.4 治疗方法

两组患者均给予常规饮食运动干预，饮食干预：根据患者体重及活动量制定个性化饮食方案，控制每日总热量摄入，减少高糖、高脂、高热量食物，增加优质蛋白、膳食纤维及蔬菜摄入，每日饮水量 1500-2000mL；运动干预：指导患者进行中等强度有氧运动，如快走、慢跑、游泳等，每次 30-40min，每周 5-6 次，持续干预 8 周。观察组在上述基础上采用温阳健脾祛湿综合疗法治疗，具体方案如下：①中药汤剂：自拟温阳健脾祛湿汤，药物组成：炙黄芪 20g，炒白术 15g，茯苓 15g，附子 6g（先煎），干姜 10g，陈皮 12g，半夏 10g，泽泻 12g，薏苡仁 20g，山药 15g，甘草 6g。每日 1 剂，由我院中药房统一煎制，每剂煎取药液 300mL，分早晚两次温服，每次 150mL，疗程 8 周。②艾灸：选取中足三里、阴陵泉、关元、中脘等穴位，采用纯艾条悬灸，艾条距离皮肤 2-3cm，以局部皮肤温热、无灼痛为宜，每个穴位艾灸 10-15min，每日 1 次，每周治疗 6 次，休息 1 次，疗程 4 周。③中药泡脚：自拟泡脚方，药物组成：艾叶 30g，生姜 20g，红花 10g，花椒 6g，茯苓 20g，桂枝 15g。每日 1 剂，加水 2000mL 煮沸后，转小火煎煮 20min，取药液倒入泡脚盆中，待水温降至 40-45℃时，患者进行泡脚，每次 20-30min，每日 1 次，疗程 8 周。

1.5 观察指标

①体格指标：分别于治疗前及治疗 8 周后，测量两组患者的体重、身高、腰围、臀围，计算 BMI（BMI=体重/身高²，单位 kg/m²），测量时采用统一测量工具，由专人负责，确保测量数据准确。②中医证候积分：参照《中医病证诊断疗效标准》制定证候积分量表，对患者治疗前及治疗后神疲乏力、肢体困重、脘腹胀闷、食少纳呆、大便溏薄、畏寒肢冷等症状进行评分，症状无（0 分）、轻度（1 分）、中度（2 分）、重度（3 分），总分越高提示中医症状越严重，计算证候积分改善率，证候积分改善率=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。③临床疗效：根据患者体重减轻情况及中医证候积分改善情况判定疗效，疗效标准分为痊愈、显效、有效、无效四个等级。痊愈：体重减轻≥15%，中医临床症状及体征完全消失或基本消失，证候积分改善率≥90%；显效：10%≤体重减轻<15%，中医临床症状及体征明显改善，70%≤证候积分改善率<90%；有效：5%≤体重减轻<10%，中医临床症状及体征有所好转，30%≤证候积分改善率<70%；无效：体重减轻<5%，中医临床症状及体征无明显改善甚至加重，证候积分改善率<30%。总有效率=（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数×100%。④安全性指标：观察两组患者治疗期间不良反应发生情况，包括胃肠道不适、皮肤过敏、头晕等，记录不良反应发生例数及严重程度。

1.6 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件对本研究数据进行分析处理，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以例数（率）[n（%）]表示，组间比较采用 χ^2 检验；等级资料采用秩和检验。以 P<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后体格指标比较

治疗前，两组患者体重、BMI、腰围、臀围比较，差异均无统计学意义（P>0.05）；治疗后，两组患者体重、BMI、腰围、臀围均较治疗前显著降低（P<0.05），且观察组上述指标降低幅度显著大于对照组，差异具有统计学意义（P<0.05）。详见表 1。

组别	观察组	观察组	对照组	对照组
例数	50	50	50	50
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
体重(kg)	82.36±6.42	72.15±5.36	81.98±6.35	77.32±5.42
BMI(kg/m ²)	29.85±2.13	26.23±1.85	29.72±2.08	28.15±1.92
腰围(cm)	96.54±5.21	85.21±4.32	95.87±5.13	90.56±4.45
臀围(cm)	102.36±4.85	93.45±4.21	101.98±4.78	97.63±4.36

注：与本组治疗前比较，P<0.05；与对照组治疗后比较，P<0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前，两组患者中医证候总积分比较，差异无统计学意义（P>0.05）；治疗后，两组患者中医证候总积分均较治疗前显著降低（P<0.05），且观察组证候总积分显著低于对照组，差异具有统计学意义（P<0.05）。

2.3 两组患者临床疗效比较

治疗后，观察组痊愈 12 例，显效 20 例，有效 15 例，无效 3 例，总有效率为 94.00%；对照组痊愈 4 例，显效 12 例，有效 18 例，无效 16 例，总有效率为 68.00%。观察组总有效率显著高于对照组，差异具有统计学意义（P<0.05）。

2.4 两组患者安全性比较

治疗期间，观察组有 2 例患者出现轻微胃肠道不适（腹胀、恶心），1 例患者出现局部皮肤轻微发红，不良反应发生率为 6.00%；对照组有 1 例患者出现轻微胃肠道不适，不良反应发

生率为 2.00%。两组患者不良反应均较轻微，未采取特殊处理，均自行缓解，无严重不良反应发生。两组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

3 讨论

中医对单纯性肥胖病的认识根植于整体观念与辨证论治，其核心病机明确为阳气亏虚、脾虚失运、痰湿内生，这与青年群体长期高热量饮食、久坐少动等不良生活习惯密切相关——此类习惯易直接损伤脾胃阳气，导致脾失运化、水湿代谢失常，痰湿作为病理产物积聚体内，进而引发脂肪异常堆积。《素问·奇病论》“肥贵人则膏粱之疾”与《景岳全书》“肥人多气虚”“肥人多痰湿”的经典论述，既印证了饮食不节与肥胖的关联，也凸显了“阳气不足、脾虚失运”在病机中的核心地位，故温阳健脾祛湿成为中医治疗该病的核心治法，其核心逻辑在于通过温通阳气、强健脾胃功能，从根源上恢复水湿运化，消除痰湿积聚，而非单纯减重。现代医学虽以饮食运动干预为基础治疗，但该方案仅能从能量平衡层面调控体重，难以改善患者体质层面的阳气亏虚与痰湿内蕴状态，故临床常面临疗效有限、易反弹等问题，而中医综合疗法通过多途径、多靶点的协同干预，恰好能弥补这一不足。

本研究采用温阳健脾祛湿综合疗法（中药汤剂+艾灸+泡脚）治疗 25-35 岁单纯性肥胖病患者，其中自拟温阳健脾祛湿汤中，炙黄芪、炒白术、山药益气健脾，增强脾胃运化功能；附子、干姜温阳散寒，助脾运化水湿；茯苓、薏苡仁、泽泻利

水渗湿，消除体内痰湿；陈皮、半夏理气化痰，改善脘腹胀闷症状；甘草调和诸药，全方共奏温阳健脾、祛湿化痰之功效。艾灸选取足三里、阴陵泉、关元、中脘等穴位，中脘为胃之募穴，可健脾和胃、消食化积；关元为元气之根，能温补肾阳、益气固本；足三里为胃经合穴，可健脾益气、祛湿通络；阴陵泉为脾经合穴，专于健脾渗湿、利水消肿，四穴配伍精准契合“温阳健脾祛湿”的治疗原则，通过艾灸的温热刺激，可直接疏通经络、调和气血，快速激发穴位功效，增强温阳健脾祛湿之效，且仅需 4 周疗程即可发挥显著作用，更符合青年患者的治疗依从性需求。中药泡脚方中，艾叶、生姜、桂枝温阳散寒、通络祛湿；茯苓利水渗湿，花椒温中散寒，诸药合用，通过足部穴位的透皮吸收与温热刺激，可温通下肢经络、散寒祛湿，辅助改善阳虚痰湿所致的肢体困重、畏寒肢冷等症状，与中药汤剂的内服调理、艾灸的穴位刺激形成“内服-外灸-外泡”的三维协同体系，全方位作用于病机关键环节，较单一干预方案疗效更显著。

温阳健脾祛湿综合疗法（中药汤剂+艾灸+泡脚）治疗 25-35 岁单纯性肥胖病患者疗效确切，能有效减轻体重、改善体型及中医临床症状，且安全性较高，无严重不良反应，符合青年患者对治疗疗效及安全性的需求，值得临床推广应用。但本研究样本量有限，且未进行长期随访观察，后续需扩大样本量、延长随访时间，进一步探讨该综合疗法的长期疗效及作用机制，为临床治疗单纯性肥胖病提供更可靠的依据。

参考文献：

- [1] 王雅琴,孙璞.四君子汤联合捏脊、耳穴改善脾虚痰湿型肥胖儿童的效果研究[J].中医学,2025,14(10):890-894.
- [2] 谢晓燕.自拟中药泡脚方对肥胖脑卒中重度偏瘫患者的康复效果分析[J].反射疗法与康复医学,2025,6(18):84-86.
- [3] 黄慧婷,张闽光,李文科.基于肠道菌群分析中医药治疗非酒精性脂肪性肝病的研究进展[J].中医学临床杂志,2025,17(9):135-139.
- [4] 王雪娟,覃艳新,潘红霞,黄小丽,黄瑞成,张永琴.中医治疗及护理干预 2 型糖尿病合并非酒精性脂肪性肝病研究概况[J].河南中医,2019,39(12):1937-1940.
- [5] 李骁群,张裕,李江林,张东枢,杨亚伟,赵瑞珍.健脾消浊方联合揠针治疗脾虚湿阻型向心性肥胖的效果[J].中国医药导报,2024,21(11):100-103.