

中医“治未病”综合干预措施对亚健康疲劳症的影响

林晓生¹, 尹建平², 王海燕², 刘汉娇², 曾纪斌², 邓友泉², 王健²

1. 深圳市宝安区沙井人民医院, 广东 深圳 518000; 2. 深圳市宝安区中医院, 广东 深圳 518000

[摘要] 目的: 观察中医“治未病”综合干预措施对亚健康疲劳症的影响。方法: 将符合纳入标准的 72 例体检结果为亚健康疲劳症的患者按照随机原则分为干预组和对照组各 36 例, 干预组给予中医“治未病”综合干预措施, 对照组给予常规干预措施。干预前、干预 6 月后评定 2 组患者的疲劳评定量表 (FAI) 评分。结果: 干预后 2 组 FAI 评分均较干预前下降, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。干预组干预后 FAI 评分与对照组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 中医“治未病”综合干预措施对亚健康疲劳症患者有很好的疗效, 且安全、有效、便捷, 值得推广。

[关键词] 亚健康; 疲劳症; 治未病; 疲劳评定量表 (FAI)

[中图分类号] R211 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 04-0084-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.035

亚健康是指人体处于健康和疾病之间的一种状态。处于亚健康状态者, 不能达到健康的标准, 表现为一定时间内的活力降低、功能和适应能力减退, 但没有达到疾病的临床或亚临床诊断标准。亚健康的临床表现分为以疲劳、睡眠紊乱、疼痛等为主要症状的躯体亚健康; 以焦躁不安、急躁易怒、记忆力下降、注意力不集中等为主要症状的心理亚健康; 以人际交往频率减低、人际关系紧张等社会适应能力下降为主要症状的社会交往亚健康。其中疲劳是亚健康状态的典型表现^[1]。笔者自 2010 年 3 月~2012 年 5 月, 对体检结果为亚健康疲劳症的患者运用中医“治未病”综合手段干预, 取得很好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 72 例亚健康疲劳症患者均来源于深圳市宝安区中医院体检科, 按照就诊时间的先后顺序进行编号, 查随机数字表分为 2 组。干预组 36 例, 男 18 例, 女 18 例; 年龄 17~35 岁, 平均(25.8±5.5)岁; 疲劳评定量表(FAI)评分平均(136.86±32.56)分。对照组 36 例, 男 18 例, 女 18 例; 年龄 17~35 岁, 平均(25.2±5.7)岁; FAI 评分平均(134.27±33.49)分。2 组性别、年龄、FAI 评分等比较, 差异

均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 亚健康疲劳状态目前尚未有明确的定义, 参照杨志敏等^[2]对于国内相关知名学者研究的综述, 对亚健康疲劳状态进行如下界定: 持续的或难以恢复的疲劳状态, 持续 3 月以上, 但能维持正常工作; 无重大器质性疾病及精神心理疾病; 尽管有非重大器质性疾病诊断, 但无需用药维持, 且与目前不适状态或适应能力的减退无因果联系。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准; ②年龄 18~60 岁; ③整个病程没有在其他医院或场所接受过与本研究相类似的治疗措施; ④愿意参加本次研究, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①原发病的原因可以解释的慢性疲劳; ②临床诊断明确, 但在现有的医学条件下治疗困难的一些疾病持续存在而引起的慢性疲劳; ③双相情感障碍、精神分裂症、妄想症、痴呆、神经厌食症患者; ④妊娠期或哺乳期妇女; ⑤体质指数 > 40 的肥胖症患者。

2 干预措施

2.1 对照组 给予常规干预手段。①科学饮食, 均衡营养; ②合理休息, 劳逸结合; ③适当运动, 坚

[收稿日期] 2013-11-26

[基金项目] 广东省中医药局建设中医药强省科研课题 (编号: 2009027)

[作者简介] 林晓生 (1970-), 男, 主任医师, 主要从事中西医结合防治骨与关节疾病的研究。

持锻炼；④自我调节，保持平衡心态；⑤坚持定期体检^[3]。

2.2 干预组 在常规干预的前提下，给予如下个性化的干预：①建立亚健康人群追踪卡：为首次体检发现处于亚健康疲劳症的患者建立信息化健康管理档案，规范亚健康患者的管理，指导和排除潜在的致病因素，定期电话通知或短信息提示复查、追踪，教会患者们如何调整生活方式，调节饮食结构，适时锻炼和定期体检，在疾病没有出现明显症状之前，早发现、早预防，或需要进一步的治疗。

②给予多种形式的健康宣传教育：开展院内、社区的健康宣传栏及发放宣传小册子：每月发放2~4份中医“治未病”健康宣传小册子资料，在院内、社区健康宣传栏中增加中医“治未病”内容，并在免费发放的院刊中增加这部分内容；在院内、电视等以多种形式进行中医“治未病”健康宣传，增加宣传的覆盖面；开通健康咨询电话，向体检结果为亚健康的人群开放。同时，定期进行回访，加强宣传的力度和对亚健康人群的健康管理；开展个性化健康管理，针对体质辨识内容，给予针对性的经络、饮食、情志、音乐调理处方等。

③药茶、药膳调理：广东地区历来有饮用凉茶和煲药膳调理的习惯，依据患者体质和症状的不同，给予相应的药茶、药膳指导。

④康复调理：对于需要康复调理的患者，指导其在深圳市宝安区中医院的康复科及养生保健中心进行干预调理。包括：针刺、艾灸、按摩、药袋热敷、刮痧、拔罐等。

2组疗程均为6月。临床症状突出的患者给予相应对症处理。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 疗程开始和结束时进行FAI评分。FAI是由美国精神行为科学研究室的Joseph E. Schwartz及神经学研究室的Lina Jandouf等人于1993年制定的。FAI由29个陈述句及相应的答案选项组成，每一条目都是与疲劳有关的描述，按1~7级评分。请受试者仔细阅读每一条陈述句后，根据自己的实际情况进行选择。完全同意选择“7”，完全不同意选择“1”，介于两者之间者选择“4”，偏于不同意选择“2”、“3”，偏于同意选择“5”、“6”。将每一条目分值简单相加，算出总分值。总分值越

高，反映疲劳程度越重。

3.2 统计学方法 利用SPSS15.0软件进行统计处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验。

4 治疗结果

2组干预前后FAI评分比较，见表1。干预后2组FAI评分均较干预前下降，差异均有显著性意义($P < 0.05$)。干预组干预后FAI评分与对照组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。经过中医“治未病”综合手段的相对个性化干预，亚健康疲劳症患者的疲劳程度显著减轻，且优于对照组。

表1 2组干预前后FAI评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	干预前	干预后
干预组	36	136.86 \pm 32.56	122.04 \pm 29.52 ^②
对照组	36	134.27 \pm 33.49	132.98 \pm 14.10 ^①

与治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

5 讨论

亚健康是指介于“健康”与“疾病”之间的一种“中间状态”、“第三状态”，是指人的身心处于疾病与健康之间的一种低质量状态，是机体虽无明确的疾病，但在躯体上、心理上出现种种不适应的感觉和症状，从而呈现活力和对外界适应力降低的一种生理状态。因其主诉症状多种多样，且不固定，也被称为“不固定陈述综合征”。它的发生、发展常与社会、心理等因素密切相关，既可表现为有自觉症状但各种检查结果正常，也可表现为检查结果有所偏离却不符合临床疾病诊断标准或尚够不上亚临床标准。据统计，中国人口中只有5%的人属于健康人，20%的人属于疾病人群，75%的人属于亚健康人群。通俗地说，75%的人通常没有“病”，但是感觉不适，疲劳乏力，反应迟钝，活力降低，适应力下降，经常处在抑郁、焦虑、失眠的状态中。城市人口、中青年人、白领阶层、脑力工作者是亚健康的高发群体^[4]。

中医学中虽无亚健康这一名词，但是早在《内经》中就已有“治未病”的概念，强调了“上工治未病”，“圣人不治已病治未病”，包括未病先防、已病防变、已变防渐等多个方面的内容^[5]。其中的“未病先防”强调人们应该注重保养身体，培养正气，提高机体的抗邪能力，达到未生病前预防疾病的发生，就包括了对亚健康状态进行干预的内容。在本研究中，笔者采用健康宣教、药茶、药膳等多种人们易于接受

和坚持的方式,采取建卡跟踪观测的方式,对亚健康疲劳症患者进行干预,FAI 评分明显降低,同时优于单纯给予常规饮食、运动调养指导的对照组,显示出良好的临床疗效,且采用干预手段也是广东地区群众习惯和乐于接受的方式,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 中华中医药学会. 亚健康中医临床指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 10.

- [2] 杨志敏, 周雯. 亚健康疲劳状态的研究现状[J]. 江西中医学院学报, 2009, 21(3): 95- 97.
- [3] 李丹, 李明今. 亚健康状态研究进展[J]. 中国民康医学, 2011, 23(23): 2954- 2957.
- [4] 傅善来, 蒋有倩. 走出亚健康: 21 世纪健康新视角[M]. 上海: 上海科学技术教育出版社, 2000.
- [5] 齐颖. 运用中医“治未病”理论干预亚健康状态[J]. 中国医药导报, 2009, 6(24): 69, 72.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

基于关联规则的中医经验方加减法运用思路研究

张锦祥, 罗士针, 邱芬梅, 杨志敏

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 总结中医师在经验方基础上进行加减药物的运用思路, 为推广应用经验方提供客观依据。方法: 收集广东省中医院杨志敏教授运用“四逆汤加桂甘龙骨牡蛎汤”加减治疗失眠症的患者临床特征。按疗效评价标准, 对有效组患者, 运用关联规则 (GRI 算法), 分析加减药物与临床特征之间的关联规则。并将结果反馈专家, 总结加减法运用思路。结果: 共收集杨志敏教授运用“四逆汤加桂甘龙骨牡蛎汤”加减治疗的失眠症患者 40 例及其临床特征共 106 个。按疗效评价标准, 有效患者 28 例, 无效患者 12 例, 总有效率为 70%。对有效组患者, 运用关联规则 (GRI 算法), 分别分析除经验方固定药物外的 28 个加减药物与 81 个临床特征之间的关联规则, 得出关联规则 12 条, 包含了 5 种加减药物。结论: 用关联规则 GRI 算法, 把临床特征设定为前置项, 把加减药物设定为后置项, 是一种有效的探索经验方加减法运用思路的客观方法。

[关键词] 经验方; 加减法; 运用思路; 关联规则

[中图分类号] R289.5 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0086-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.036

经验方是中医师通过长期反复的临床实践, 对行之有效的病例进行总结, 所形成的相对固定的方剂, 对临床有重要指导意义。在实际运用中, 中医师常在相对固定的经验方基础上, 根据患者的个体化临床特征进行药物加减运用, 从而达到最佳的个体化治疗和提高临床疗效, 这正是中医师辨证思维的关键。然而, 目前对经验方加减法运用思路的研究, 多见于中医师本人或其徒弟的主观总结, 这为经验方运用方法

的传承提供了基础资料, 但主观总结所需时间通常较长, 因个人领悟的差异而产生偏倚, 缺乏客观性。这将制约第三方应用经验方的疗效, 不利于中医经验的传承。有鉴于此, 本研究以广东省中医院杨志敏教授治疗阳虚型失眠的经验方“四逆汤加桂甘龙骨牡蛎汤”为研究对象, 探讨利用关联规则分析中医经验方加减法运用思路的可行性, 并总结杨教授在经验方基础上进行加减药物的运用思路, 现报道如下。

[收稿日期] 2013-12-18

[基金项目] 广东省财政厅项目 (编号: 2012KT1420, 2012KT1015); 广东省中医药局项目 (编号: 2011KT1960, 2012KT1284)

[作者简介] 张锦祥 (1984-), 男, 住院医师, 研究方向: 中医药综合疗法治疗急危重症及疑难杂症。

[通讯作者] 杨志敏, E-mail: yangyo@163.net。