

成都中医药大学

(临床医学院)

背部循经走罐联合附子理中丸治疗脾肾阳虚型慢性疲劳综合征
的临床研究

**Clinical study on the treatment of chronic fatigue syndrome of
spleen and kidney yang deficiency type with moving cupping
following meridians on the back combined with Fuzi Lizhong
pills**

二〇一七届硕士研究生学位论文

研究生姓名：苟千了

指导教师：刘宁

学科专业：中医外科学（美容方向）

二〇一七年五月

学 位 论 文

背部循经走罐联合附子理中丸治疗脾肾阳虚型慢性疲劳综合征
的临床研究

**Clinical study on the treatment of chronic fatigue syndrome of
spleen and kidney yang deficiency type with moving cupping
following meridians on the back combined with Fuzi Lizhong
pills**

苟千了

指导教师姓名：_____刘宁 教授

申请学位级别：_____硕士学位_____专 业 名 称：中医外科学（美容）

论文提交时间：_____2017 年 4 月_____论文答辩时间：_____2017 年 5 月

二〇一七年五月

中文摘要

目的：研究背部循经走罐联合口服附子理中丸对于四川地区脾肾阳虚型慢性疲劳综合征的临床治疗效果。

方法：将纳入本课题的 60 名四川地区脾肾阳虚证的慢性疲劳综合征患者随机分成两组，治疗组和对照组各 30 人。两组患者均予以口服附子理中丸的方式进行治疗，治疗组在此基础上加用背部循经走罐。两组均以 6 周作为一个疗程，一个疗程开始前与结束后观察患者的主症、兼症、中医证候的变化及疲劳量表（Fatigue Scale-14, FS-14）、躯体及心理健康报告（Somatic and Psychological Health Report, SPHERE）、抑郁自评量表（Self-Rating Depression Scale, SDS）、匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI）的评分。

结果：（1）治疗后两组的 FS-14 评分对比，有明显差异（ $P<0.05$ ），治疗组优于对照组；

（2）治疗后两组的 SPHERE 评分对比，有明显差异（ $P<0.05$ ），治疗组优于对照组；

（3）治疗后两组的 SDS 评分对比，两组没有明显差异（ $P>0.05$ ）；

（4）治疗后两组的 PSQI 评分对比，有明显差异（ $P<0.05$ ），治疗组优于对照组；

（5）两组均有比较明显的疗效，治疗组的总有效率为 93.3%，对照组的总有效率为 56.7%，两组有明显的差异（ $P<0.05$ ），治疗组的疗效优于对照组。

结论：治疗组与对照组对四川地区脾肾阳虚型慢性疲劳综合征均有疗效，背部循经走罐联合口服附子理中丸的疗效较单纯口服附子理中丸相比更为显著，背部循经走罐联合附子理中丸在治疗慢性疲劳综合征方面值得临床进行进一步的研究与优化。

关键词：慢性疲劳综合征；背部循经走罐；脾肾阳虚。

Abstract

Objective: To study the clinical effect of the treatment of chronic fatigue syndrome of spleen kidney yang deficiency syndrome in Sichuan area by the combination of moving cupping following meridians on the back combined with Fuzi Lizhong pills.

Methods: The 60 patients with chronic fatigue syndrome of spleen and kidney deficiency type in Sichuan area were randomly divided into treatment group and control group, each with 30 cases. The two groups were treated with Fuzi Lizhong pills, and the treatment group was added with the back cupping. Two groups were treated for a course of 6 weeks, a course of treatment for clinical observation.

Results: (1) After treatment, there was significant difference between the two groups in the FS-14 score ($P < 0.05$), the treatment group was better than the control group;

(2) After treatment, there was significant difference between the two groups in the SPHERE score ($P < 0.05$), the treatment group was better than the control group;

(3) There was no significant difference in the SDS scores between the two groups after treatment ($P > 0.05$);

(4) After treatment, there was significant difference between the two groups in the PSQI score ($P < 0.05$), the treatment group was better than the control group;

(5) The two groups have obvious curative effect, the total effective rate of the treatment group is 93.3%, the total effective rate of the control group is 56.7%, the two groups have obvious difference ($P < 0.05$), the curative effect of the treatment group is better than that of the control group.

Conclusion: Moving cupping following meridians on the back combined with Fuzi lizhong pills and only eat Fuzi lizhong Pill on spleen deficiency type of chronic fatigue syndrome in Sichuan area have the curative effect, curative effect of moving

cupping following meridians on the back combined with Fuzi Lizhong pill is better than just eat Fuzi lizhong pill, moving cupping following meridians on the back combined with Fuzilizhong pills in the treatment of chronic fatigue syndrome, worthy of further clinical research and promotion.

Keywords: Chronic fatigue syndrome; moving cupping following meridians on the back; deficiency of spleen and kidney yang.

中英文缩略词表

英文缩写	英文全称	中文名称
CFS	chronic fatigue syndrome	慢性疲劳综合征
CDC	Center for Disease Control	疾控中心
FS-14	Fatigue Scale-14	疲劳量表-14；疲劳量表
SPHERE	Somatic and Psychological Health Report	躯体及心理健康报告
SDS	Self-Rating Depression Scale	抑郁自评量表
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index	匹兹堡睡眠质量指数

目录

中文摘要.....	3
Abstract.....	4
中英文缩略词表.....	6
1.引言	9
2.正文	11
2.1 临床资料.....	11
2.1.1 研究对象.....	11
2.1.2 诊断标准.....	11
2.1.3 纳入标准.....	12
2.1.4 排除标准.....	12
2.1.5 剔除标准.....	13
2.1.6 脱落标准.....	13
2.1.7 中止标准.....	13
2.2 研究方法.....	13
2.2.1 样本量.....	13
2.2.2 随机分组方法.....	14
2.2.3 观察量表及评分.....	14
2.2.4 操作要求.....	14
2.2.5 研究流程图.....	14
2.3 治疗方法.....	15
2.3.1 基础治疗方法.....	15
2.3.2 对照组.....	16
2.3.3 治疗组.....	16
2.3.4 疗程.....	16
2.3.5 注意事项.....	16
2.4 临床观察标准.....	17
2.4.1 观察指标.....	17
2.4.2 疗效判断标准及评分.....	18
2.5 统计分析方法.....	19
2.6 研究结果.....	19
2.6.1 安全性观察情况.....	19
2.6.2 病例一般资料基线分析.....	19
2.6.3 疗效分析.....	22
2.7 总结.....	24
2.8 典型病例.....	25
3.讨论	27
3.1 脾肾阳虚型慢性疲劳综合征的探讨.....	27
3.1.1 祖国医学中的慢性疲劳综合征.....	27
3.1.2 慢性疲劳综合征的病因病机.....	27
3.1.3 慢性疲劳综合征与脾肾.....	28
3.2 立项依据.....	31

3.3 背部循经走罐的作用探讨	32
3.3.1 罐法的历史沿革	32
3.3.2 走罐的作用	32
3.3.3 走罐的现代机理	33
3.3.4 背部循经走罐的作用	34
3.4 附子理中丸的方义	35
3.5 中医美容与慢性疲劳综合征	36
4. 结论	37
5. 问题与展望	38
致谢	40
参考文献	41
附录	43
文献综述	43
附件一：疲劳量表(FS-14)	49
附件二：躯体和心理健康报告(SPHERE)	50
附件三：抑郁自评量表(SDS)	52
附件四：匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)	53
附件五：中医脾肾阳虚证候量化积分表	56
附件六：随机数字表分组	57
附件七：知情同意书	58
附件八：在读期间公开发表的学术论文、专注及研究成果	59
附件九：申明及授权书	60

1. 引言

慢性疲劳综合征(Chronic Fatigue Syndrome, CFS)是一组以超过半年的疲劳症状为主,并常常伴有周身肌肉酸痛、咽喉痛、头部疼痛、关节痛但不红肿、自觉发热、低热、注意力难集中或持续时间短、记忆能力比以往有所下降、抑郁、嗜睡或睡眠障碍等一系列症状的综合征,并且体格检查、实验室检查常常没有明显的阳性指征^[1]。慢性疲劳综合征令患者长期疲劳,对其身体各脏器均有不良影响,对患者的生活质量、身心健康、社会交往均产生严重的影响。据流行病学调查^[2],体力劳动者患病率较低,而脑力劳动者比如科研工作者、职员、学生等职业患病率较高。近年来,随着社会经济的发展,人们生活水平的提高,社交活动的增多,人们对生活质量、经济条件、自身的社会形象等要求也逐渐提高,工作、家庭、经济等各方面的压力随之增大,尤其是社会压力与学业压力,因此慢性疲劳综合征的发病率也随之逐年攀升,并且受到了越来越广泛的关注。

中医美容是大美容观,认为美是建立在健康的基础上的^[3],一个人如果外表或心理不健康的话也是不美的,并且认为美不仅包括容貌美,还包括形体美和精神美、神韵美。而慢性疲劳综合征患者的长期疲劳影响其精神美,疲劳及睡眠障碍可导致容颜憔悴无华,引起皮肤质地、色泽的改变。若伴有身体上的疼痛不适,可能会导致形体的姿势不自然,精神不佳,会影响其形体美。若有抑郁、焦虑等心理则常常双眉紧锁,愁云惨淡,或者常常呈现面无表情的状态,给人的感觉不美,对容貌美、精神美产生不好的影响,并影响了心理的内在美,更是影响了神韵之美。CFS 严重影响人体的外在美,同时又破坏了内在美,必定破坏整体美。

西医对于 CFS 没有特定的治疗,主要在针对当前所出现的症状进行相应的治疗,比如睡眠障碍用阿普唑仑,关节痛用布洛芬等。这样针对症状的治疗有一定的疗效,但是也存在一些问题,比如有一定副作用,停药之后效果维持时间不长,易产生耐药性,有的心理比较敏感的患者精神上不能接受等。而 CFS 患者各自的症状有所差异,除了基础的疲劳症状外,伴随症状各不相同,有的肌肉痛,有的关节痛,有的睡眠障碍,个体差异比较大^[4],而中医可以通过不同症状进行辨证论治,给予症状不甚相同的患者个性化的治疗,往往疗效显著,副作用少、方法众多,易于被心理较为敏感的患者接受。

CFS 的病机主要是脏腑功能的失调^[3]。脑力上的疲劳与心脾关系密切^[5],心

主神明，人的思维活动、意识、精神都通过心主神明的功能来实现^[6]；而脑主管高级神经机能的控制与活动，脑得到血的供养则思维敏捷、神思活跃，心主血，血上行供于脑，脾生血、统血，化生气血输布于脑濡养于脑。体力上的疲劳与肝脾肾关系密切，肝主筋，脾主肉、主四肢，均与体力活动密切相关，脾生成气血以濡养四肢筋肉，肾为一身阴阳的根基之所在，肾阳推动、温煦机体以进行各种活动。若脾的功能失调，脾失健运，则气血无以化生，日久势必影响及肾。从气血阴阳角度来说，气虚则神疲乏力，少气懒言，倦怠嗜卧，日久可致血行不畅，造成血瘀；血虚则一身之筋骨肌肉濡养不够，运动无力，日久又可致气虚；病势日渐发展，使病情趋于复杂。本课题研究选择四川地区脾肾阳虚型的 CFS 患者来进行观察。

人体之后背部面积宽广，肌肉与其他部位相比较为丰厚，有督脉、膀胱经第一二侧线和夹脊穴^[7]。督脉主全身的阳气^[8]，六条阳经无一不与督脉交汇，全都汇在位处第七颈椎下的大椎，并且督脉络于肾，肾阳又是全身阳气之根基所在，故在督脉上走罐可调节一身之阳气。膀胱经靠正中的第一条侧线上有五脏六腑的背俞穴，比如肺俞、肝俞、小肠俞等，在这条线上走罐可全面地调节机体各个脏腑的功能；膀胱经在外侧的第二条侧线上有脏腑神气所注的穴位^[9]，并且名字与神志密切相关，比如魂门、膏肓、意舍等，在这条线上走罐可整体全面地调节各个脏腑的神气，调畅气机。夹脊穴紧靠脊柱两旁，是经外奇穴，有着广泛的治疗作用，可用来调节脏腑的功能。走罐可全面地刺激上述经脉穴位，整体调节五脏六腑气血功能，双相调节可以广泛用于各种证型，是以中医走罐治疗 CFS 将有广泛的前景。附子理中丸温中健脾益肾，扶后天之阳以助先天之阳，脾肾同补，阴阳并调，为治疗脾肾阳虚证之良方。

本研究是在祖国医学的指导下，以四川地区脾肾阳虚型慢性疲劳综合征患者为对象，进行背部循经走罐联合口服附子理中丸的治疗，观察治疗效果，并对治疗的细节做一些初步探讨与论述。同时希望通过对祖国医学临床实践的研究和总结，为今后的临床工作提供一些帮助和指导，为治疗慢性疲劳综合征增添新的思路。

2.

2.1 临床资料

2.1.1 研究对象

本课题的受试病例来源于 2016 年 1 月至 12 月就诊于成都中医药大学附属医院的美容科及针灸科的患者以及在四川地区所招募的愿意参加的志愿者。

2.1.2 诊断标准

2.1.2.1 西医诊断标准

(1) 采用于 1994 年由美国疾病控制中心 (CDC) 带头的国际 CFS 研究专家组所修订的该病的诊断标准^[10]:

下列症状中, 至少有 4 项是在同一时间出现的, 并且是在疲劳症状出现之后才出现的, 所出现的这些症状至少出现了 6 个月, 为一直存在或者反复发生:

①短期记忆力较以前相比严重减退, 集中注意力十分困难并且集中度较以前下降, 并且已造成工作能力、专业能力、学习能力、为人处世能力及作息和活动等各方面较发病前有确实存在的下降;

②咽喉痛;

③颈部或腋下淋巴结触痛;

④肌肉疼痛;

⑤多关节疼痛, 但不伴关节红肿;

⑥头痛的发作类型、疼痛方式、发作时的严重程度较发病前有所不同;

⑦睡眠后不能恢复精力;

⑧活动后疲劳持续超过 24h。

(2) 观察指标: 观察记录患者疲劳量表 (Fatigue Scale-14, FS-14)、躯体及心理健康报告 (Somatic and Psychological Health Report, SPHERE)、抑郁自评量表 (Self-Rating Depression Scale, SDS)、匹兹堡睡眠质量指数 (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) 的评分。

(3) 疗效评定: 由于 CFS 目前尚无国际公认的完全统一的疗效评定标准, 故参考《国外医学中医中药分册》“中医诊治慢性疲劳综合征的疗效标准探讨”^[9], 以该病的中医诊断中的主症及兼症的消失程度拟定。

治愈：临床主症和兼症都消失，能承受日常的工作强度以及生活节奏；

显效：临床主症及兼症消失 $\geq 2/3$ ；

有效：临床主症及兼症消失 $1/3-2/3$ ；

无效：临床主症和兼症消失 $\leq 1/3$ ，没有明显的好转，甚至有所加重。

2.1.2.2 中医诊断标准

(1) 参考新世纪全国高等中医药院校中医美容系列教材《中医美容学》^[3]一书中 CFS 章节中的内容，CFS 的定义：CFS 是一组全身症状的症候群，其主要临床表现为主观感到非常疲劳，并且病程都不短，通常还伴随有头痛、咽喉痛、淋巴结肿大或压痛、肌肉酸痛、关节疼痛和多种神经精神症状如失眠、嗜睡等，该病的基础特性为一直存在的或者反复出现的虚弱性疲劳，持续时间至少 6 个月，然而卧床休息并不会使上述表现得到减轻，并且体格检查往往找不到较为显著的阳性体征，实验室检查的结果也常常呈阴性。

(2) 脾肾阳虚证是由于患病时间过长以致耗气或者机体受到了较强的寒邪入侵等缘故，造成机体的阳气受到损伤，或别的脏腑阳气亏虚累及脾肾二脏，脾阳虚与肾阳虚相互影响，程度日渐加深，因此可观察到的症状较为繁多。在本课题中笔者以新世纪全国高等中医药院校中医美容系列教材《中医美容学》^[3]作为参考拟定了脾肾阳虚型 CFS 的中医伴随症状如下：

倦怠乏力，少气懒言，形寒肢冷，腰腹冷痛，腰酸膝软，完谷不化，五更泄泻，夜尿清长，性功能障碍，不孕不育，舌体胖大可伴齿痕，舌质淡，苔白滑，脉沉细等症状。

CFS 主症加上以上两个或多个症状，可诊断为脾肾阳虚型。

2.1.3 纳入标准

- (1) 长期居住在四川地区（至少半年）；
- (2) 符合上述 CFS 的中、西医诊断标准；
- (3) 经检查无器质性病变者；
- (4) 年龄在 18-60 岁之间（包括 18 岁和 60 岁）；
- (5) 自愿参加本实验，能够配合治疗，并且签署了知情同意书。

临床中不符合以上任意一项的均不纳入。

2.1.4 排除标准

- (1) 不符合病例纳入标准者；
 - (2) 正在接受其他本试验以外的治疗，以致无法评估疗效者；
 - (3) 患有各种心脑血管、尿毒症、糖尿病、肝病、精神病、恶性肿瘤等严重的、危急病症的患者以及传染病患者；
 - (4) 患有血小板过敏性紫癜、白血病及血友病等易出血且不易止住的疾病，因为这些原因不能实施罐法的患者；
 - (5) 妊娠期、哺乳期妇女，分娩未满一年者，外科手术不足一年者；
 - (6) 背部皮肤有过敏、溃疡、水肿者；
 - (7) BMI>40 的肥胖症患者。
- 临床中符合以上任意一项的均排除。

2.1.5 剔除标准

- (1) 试验期间符合排除标准；
 - (2) 试验期间因各种原因（如：未按规定接受治疗、接受其它方案治疗等），干扰研究结果，以致无法进行疗效统计者；
 - (3) 试验期间资料、数据不全且影响结果统计。
- 剔除病例不参加研究结果的统计。

2.1.6 脱落标准

- (1) 试验期间发生严重不良事件；
- (2) 试验期间因自身原因退出本课题、失访。

脱落病例完成的试验部分数据可以加入研究结果的统计。

2.1.7 中止标准

- (1) 试验期间自行要求退出本课题；
- (2) 试验期间发生严重不良反应；
- (3) 试验期间出现突发的危急重症或怀孕。

中止病例必须说明原因，完成的部分数据可以加入研究结果的统计。

2.2 研究方法

2.2.1 样本量

采用随机分组对照试验的方法^[12]进行研究，两组患者人数相同，各占 50%，

本课题计划需要 CFS 患者 60 人，其中归入治疗组的有 30 人，归入对照组的也是 30 人。

2.2.2 随机分组方法

采用随机数字分组的方法对纳入病例进行分组，具体操作如下：

- (1) 按照纳入病例就诊的先后顺序，对其进行编号：1.2.3.....60;
- (2) 查随机数字表（选用《中医药统计学与软件应用》^[12]附表），在表内随机确定一处开始，抄录 60 个随机数字于纳入者编号下；
- (3) 将 60 个随机数从小到大进行排列，前 30 号对应的纳入者归入治疗组，后 30 号对应的纳入者归入对照组。

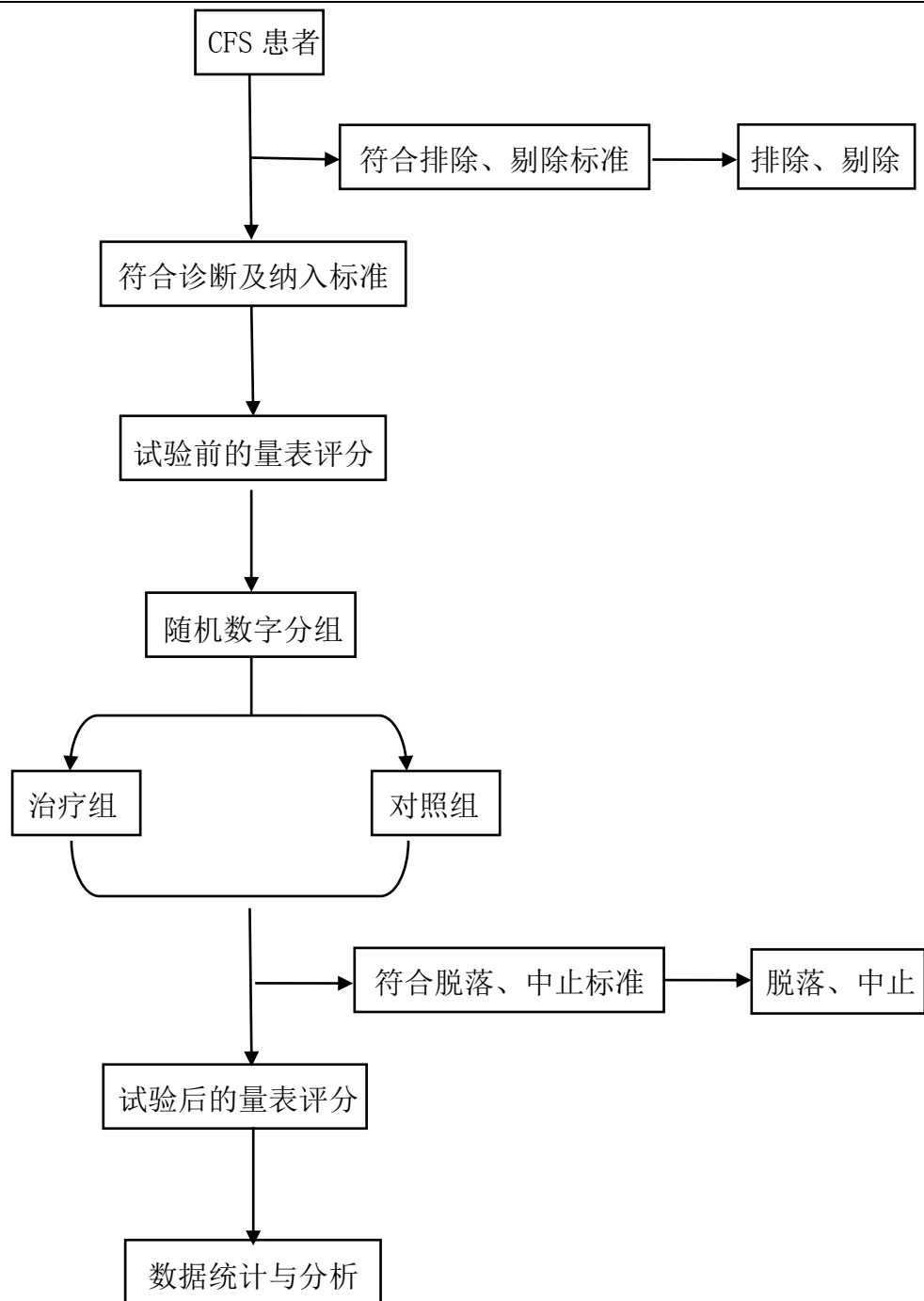
2.2.3 观察量表及评分

- (1) 疲劳量表（FS-14）评分（见附件一）：对研究对象进行疲劳程度的评估；
- (2) 躯体及心理健康报告（SPHERE）评分（见附件二）：对研究对象进行潜在可能出现的疲劳症状评定以及对生活质量好坏的评定；
- (3) 抑郁自评量表（SDS）评分（见附件三）：对被测试者的心理抑郁程度的高低进行评估，用来观察患者主观思想情况；
- (4) 匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）评分（见附件四）：对被测试者的睡眠质量好坏做出评定^[13]。

2.2.4 操作要求

本课题整个过程全部由两名获得执业医师资格证的医师共同完成，并且要求在通风、干燥、没有易燃易爆物的室内进行。

2.2.5 研究流程图



2.3 治疗方法

2.3.1 基础治疗方法

试验期间强调：

- (1) 规律作息，早睡早起，清晨 9 点前起床，夜间 11 点前睡觉；
- (2) 清淡饮食，多食新鲜蔬菜和水果，少食荤腥，少辛辣，少饮酒，戒烟；

(3) 每天进行有氧运动 30 分钟，可根据患者生活环境及兴趣爱好随意选择步行、慢跑、骑车、跳舞、打太极等；

(4) 尽量保持心情舒畅愉悦。

2.3.2 对照组

对照组（纯药组）：口服附子理中丸（北京同仁堂科技发展股份有限公司制药厂，国药准字号 Z20044273），一日 3 次，一次一袋（6g），餐后半小时口服，并配合基础治疗方法。

2.3.3 治疗组

治疗组（罐药组）：除了对照组的治疗方法外，再加上背部循经走罐。

操作方法：走罐的部位选取背部督脉以及膀胱经的两条侧线的所在位置，选取罐口较厚且光滑的 4 号玻璃罐。嘱患者俯卧，先于背部皮肤涂上适量凡士林，以止血钳固定住 95%酒精棉球，单手握住罐，罐的开口向下，待棉球在酒精灯上点燃后以最快的速度从罐口伸入罐内，转动摇晃几圈随后取出，迅速将罐口向下扣于背部督脉上，待罐吸附后，以适当的力度用手掌握稳罐体，以适度的力道将罐沿督脉的循行来回推拉，用力均匀，刺激所在经脉，直至施术的位置皮肤潮红为度，减压放气，起罐，接着用相同的方法在膀胱经的两条侧线上走罐。全部结束后将背部擦拭干净。每周 1 次。

2.3.4 疗程

6 周为一个疗程，两组 CFS 患者均在一个疗程结束后观察疗效，与开始前进行对比。

2.3.5 注意事项

(1) 将酒精棉球拧干至不滴酒精，以免造成烧伤、烫伤，若造成烧伤、烫伤，按外科烧烫伤常规处理；

(2) 若操作过程中患者突感施术部位疼痛等不适，则减压放气，迅速起罐；

(3) 若操作中出现头晕欲倒、胸闷气紧、躯体无力、恶心欲呕、顷刻冷汗甚至发生瞬间意识模糊等晕罐现象，立即停止操作，起罐，移动患者使之处于卧位，并且抬高双腿，移低头部，待患者恢复片刻后可让其饮用一些温开水或温糖水，或掐水沟穴等。时刻注意观察心率、血压等体征的变化，严重时立刻按晕厥

处理。

(4) 女性走罐需避开经期；

(5) 服用药物后出现不适，如轻微恶心、腹痛、腹泻，请电话咨询本课题研究者，经观察后决定继续治疗或中止治疗；

(6) 如出现严重的过敏反应，请及时就诊；

(7) 在本试验期间不得接受其它方案治疗。

2.4 临床观察标准

2.4.1 观察指标

(1) 疲劳量表 (FS-14)：疲劳量表是 1992 年由英国 King's College Hospital 心理医学研究室的 Trudie Chalder 和 Queen Mary's University Hospital 的 G. Berelowitz 等众多行家学者共同制定而成的，其作用是评估受试者一系列疲劳症状的严重程度，继而对临床疗效进行相应的评判。该量表共有 14 个条目，每个条目都是针对一项有关于疲劳的症状向受试者进行提问，分别从不同的方面反应受试者疲劳症状的轻重。这些条目又可以分为两类，前 8 项反应躯体疲劳的状况，后面的 6 项反应脑力疲劳的状况。受试者根据自身情况是否与问题符合回答是或否，回答是则计 1 分，回答否则计 0 分，最高为 14 分。得分越高，则表示明疲劳症状越重，需要引起重视^[14]。

(2) 躯体及心理健康报告 (SPHEPE)：躯体及心理健康报告是由 34 个条目组成，每个条目用 0 或者 1 来计分，0 表示没有该症状，1 表示有该症状，可较为准确、全面地反映患者严重的、已引起症状的疲劳，以及躯体的疼痛和心理的症状，可用来评估受试者目前的症状及潜在症状。总分越高，表示疲劳的表现越多，应该引起重视^[15]。

(3) 抑郁自评量表 (SDS)：抑郁自评量表是由 Zung 氏量表经过演变而来，它一共包括 20 个条目，每一个又分为 4 级评分，测试简单方便，能较为直接了当地评价受试者的主观心理感受，任何有抑郁症状的成年人都适用。其乘以指数后的总分的正常上限为 50 分，不到 50 则表示在正常范围内，得分越高，表示抑郁的症状越严重，反之亦然^[16]。

(4) 匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI)：是 1989 年由 Pittsburgh University 的精神科医生 Buysse 博士等人制定的，经常用来测试睡眠障碍的患者，帮助临床

评判他们往前推一个月内睡眠质量的好坏，由 9 道题组成，需要被测试者回答 18 项自评条目，一共分为 7 个部分，每个部分按 0-3 分算，几个部分相加所得总分即为最后的 PSQI 评分，分值从 0 到 21 分不等，总分越高，说明该患者睡眠质量越差，需要重视，反之亦然，得分越低越好^[17]。

(5) 中医临床伴随症状观察：分别记录治疗前、治疗后的主要伴随症状^[18]（如倦怠乏力，神疲，不喜言语，畏寒肢冷，腰背、腹部冷痛，腰酸膝软，完谷不化，五更泄泻，夜尿清长，面肢浮肿，性功能障碍，不孕不育，舌体胖大，可伴齿痕，舌淡白，脉沉细等症状），并按照无、轻、中、重分级。

(6) 安全性观察：1) 试验期间有任何问题均可向本课题研究者咨询、反映，并进行记录；2) 每周进行一次回访，并记录出现的不适。

2.4.2 疗效判断标准及评分

2.4.2.1 症状分级量化

参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[19]和《中医证候诊断治疗学》^[20]拟定脾肾阳虚证的症状分级量化标准细则，并将主症、兼症分别按严重程度计分。

主要症状：畏寒肢冷，倦怠乏力，少气懒言，食少纳呆。

次要症状：腰酸膝软，腰部冷痛，大便不实，脘腹胀满，夜尿清长。

按症状的严重程序计分，其中主要症状的每一项分别计为无（0 分）、轻（2 分）、中（4 分）、重（6 分），次要表现的每一项分别计为无（0 分）、轻（1 分）、中（2 分）、重（3 分），最后各项加在一起，得到的分值则为症状分组量化的总分。

注意：舌脉之象仅根据情况描述即可，不纳入计分。

2.4.2.2 疗效判断标准

参照《国外医学中医中药分册》的“中医诊治慢性疲劳综合征的疗效标准探讨”^[11]自行拟定：

治愈：临床主症和兼症都消失，目前能承受日常的工作强度以及生活节奏；

显效：临床主症及兼症消失 $\geq 2/3$ ；

有效：临床主症及兼症消失 $1/3-2/3$ ；

无效：临床主症及兼症消失 $\leq 1/3$ ，没有明显好转，甚至出现症状加重的情

况。

2.4.2.3 临床疗效评价

临床疗效评价采用总有效率作为最后的分析指标，其计算公式为：

总有效率=（临床治愈数+显效数+有效数）/总例数×100%，算出的数字用百分比写。

2.5 统计分析方法

本课题将各数据输入 Excel 数据库进行初步整理，然后以 SPSS19.0 软件进行统计分析处理。其中计量材料全部以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）的方式来呈现，若数据同时满足正态分布及方差齐性，则采用 T 检验；若不满足正态分布或方差齐性的数据，则采取非参数检验的方式来处理，以上。计数材料中分类数据采用卡方检验来处理，等级数据则采用秩和检验来处理。显著性检验水准为 $P < 0.05$ 。

2.6 研究结果

2.6.1 安全性观察情况

试验期间，罐药组和纯药组均未出现腹痛、腹泻、恶心、烧伤、烫伤等不良事件。

2.6.2 病例一般资料基线分析

2.6.2.1 性别比较

对两组的 CFS 患者的性别进行对比，以确定是否可以试验，结果见表 1-1。两组在性别情况（ $\chi^2 = -0.257$ ， $P = 0.797 > 0.05$ ）的对比，证明两组 CFS 患者在性别分布上无显著性差异，具有可比性。

表 1-1 治疗前两组的性别差异对比（人）

组别	男	女	总计
治疗组	17	13	30
对照组	16	14	30

2.6.2.2 年龄比较

对两组的 CFS 患者的年纪进行对比，见表 1-2。罐药组 CFS 患者中最小的 23 岁，最大的 55 岁，平均年纪为 38.70 ± 10.84 ；纯药组 CFS 患者中年纪最小的 22 岁，最大的 59 岁，平均年纪为 40.40 ± 10.41 。两组在年龄分布情况（ $\chi^2 = -0.674$ ，

$P=0.501>0.05$) 的比较, 表明两组在年龄分布状况上无显著性差异, 具有可比性。

表 1-2 治疗前两组的年龄分布对比 (例)

组别	总计	年龄区间分布					平均年纪 (岁)
		<20	20-29	30-39	40-49	>49	
治疗组	30	0	10	6	6	8	38.70 ± 10.84
对照组	30	0	6	10	5	9	40.40 ± 10.41

2.6.2.3 治疗前患者 FS-14 量表得分比较

对两组 CFS 患者的治疗前 FS-14 得分情况做程度归纳及分析对比, 见表 1-3。两组在疲劳程度 ($t=0.111$, $P=0.912>0.05$) 的比较, 表明两组 CFS 患者在治疗前的疲劳程度上无显著性差异, 具有可比性。

表 1-3 治疗前两组的 FS-14 评分对比

组别	列数 (n)	治疗前	t	P
治疗组	30	8.43 ± 2.269	$t=0.111$	$P=0.912$
对照组	30	8.37 ± 2.385		

2.6.2.4 治疗前患者 SPHERE 量表得分比较

对两组 CFS 患者的治疗前 SPHERE 得分情况做程度归纳及分析比较, 见表 1-4。两组在疲劳症状严重程度 ($t=-0.726$, $P=0.471>0.05$) 的比较, 表明两组在治疗前的疲劳症状严重程度无显著性差异, 具有可比性。

表 1-4 两组治疗前 SPHERE 评分对比

组别	列数 (n)	治疗前	t	P
治疗组	30	18.63 ± 3.459	$t=-0.726$	$P=0.471$
对照组	30	19.40 ± 4.636		

2.6.2.5 治疗前患者 SDS 量表得分比较

对两组 CFS 患者的治疗前 SDS 得分情况做一个程度归纳及分析比较, 见表 1-5。两组在抑郁程度 ($t=0.04$, $P=0.986>0.05$) 的比较, 表明罐药组和纯药组 CFS 受试者在治疗前的抑郁程度上无显著性差异, 具有可比性。

表 1-5 两组治疗前 SDS 得分对比

组别	列数 (n)	治疗前	t	P
治疗组	30	52.77 \pm 6.981	t=0.04	P=0.986
对照组	30	52.70 \pm 5.760		

2.6.2.6 治疗前患者 PQSI 量表得分比较

对两组 CFS 患者的治疗前 PQSI 得分情况做出程度归纳及分析对比, 见表 1-6。两组在睡眠障碍程度 ($t=1.251$, $P=0.216>0.05$) 的比较, 表明两组 CFS 受试者在治疗前的睡眠障碍程度上无显著性差异, 具有可比性。

表 1-6 两组治疗前 PQSI 得分比较

组别	列数 (n)	治疗前	t	P
治疗组	30	7.07 \pm 2.363	t=1.251	P=0.216
对照组	30	6.27 \pm 2.586		

2.6.2.7 治疗前两组 CFS 患者的中医症候量化得分比较

对两组 CFS 患者疗程开始前各中医伴随症状进行分析对比, 见表 1-7。两组 CFS 患者在各个中医伴随症状的对比中表明疗程开始前两组在各伴随症状程度分布情况上均无显著性差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

表 1-7 两组治疗前中医症候分布情况对比 (人)

症状	P 值	治疗组				对照组			
		无	轻	中	重	无	轻	中	重
畏寒肢冷	0.372	6	12	10	2	4	11	12	3
少气懒言	0.962	7	21	2	0	6	23	1	0
倦怠乏力	0.232	0	25	5	0	0	28	2	0
食少纳呆	0.783	21	9	0	0	20	10	0	0
腰膝酸软	0.202	18	9	3	0	11	19	0	0
腰背冷痛	0.355	19	10	1	0	21	9	0	0
脘腹胀满	0.226	21	9	0	0	17	11	2	0
大便不实	0.933	9	11	6	4	12	5	7	6
夜尿清长	0.797	14	16	0	0	13	17	0	0

综上所述，经过从病例一般资料基线：性别、年龄、治疗前的 FS-14 评分、SPHERE 评分、SDS 评分、PSQI 评分、中医症候评分方面比较分析，结果显示本试验在疗程开始前的两组 CFS 受试者的情况，两组比较的 P 值均大于 0.05，无显著性差异，具有可比性。

2.6.3 疗效分析

2.6.3.1 CFS 症状的疗效分析

(1) 治疗后两组 FS-14 评分比较

对疗程开始前与结束后两组 CFS 患者的 FS-14 评分进行对比，结果见表 2-1。两组 CFS 患者在疗程开始前无显著性差异 ($P>0.05$)，无统计学意义，可进行对比。疗程结束后两组 CFS 受试者的 FS-14 得分相比较，罐药组 ($t=8.283$, $P=0.000<0.05$) FS-14 评分明显降低，纯药组 ($t=4.693$, $P=0.000<0.05$) FS-14 评分明显降低，说明两组均有效。而两组治疗后的 FS-14 得分相比较，有显著性差异 ($t=-2.358$, $P=0.022<0.05$)，有统计学意义，说明罐药组疲劳症状的减轻程度显著超过了纯药组。

表 2-1 治疗前后两组 FS-14 得分的对比 (分)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	8.43±2.269	4.27±2.050
对照组	8.37±2.385	5.83±3.007

(2) 治疗后两组 SPHERE 评分比较

对治疗前后两组 CFS 患者的 SPHERE 评分进行对比，具体数字见表 2-2。两组 CFS 患者在疗程开始前无显著性差异 ($P>0.05$)，无统计学意义，具有可比性。疗程结束后两组 CFS 受试者的 SPHERE 得分相比较，罐药组 ($t=8.400$, $P=0.000<0.05$) SPHERE 评分明显降低，纯药组 ($t=5.484$, $P=0.000<0.05$) SPHERE 评分明显降低，说明两组均有效。疗程结束后两组的 SPHERE 得分相比较，有显著性差异 ($t=-2.811$, $P=0.007<0.05$)，有统计学意义。说明罐药组疲劳症状的减轻程度显著明显比纯药组更多。

表 2-2 治疗前后两组 SPHERE 得分的对比（分）

组别	治疗前	治疗后
治疗组	18.63±3.459	9.30±4.403
对照组	19.40±4.636	13.37±6.589

（3）治疗后两组 SDS 评分比较

对治疗前后两组 CFS 患者的 SDS 得分进行对比，见表 2-3。两组在治疗前无显著性差异（ $P>0.05$ ），无统计学意义，具有可比性。疗程结束后两组 CFS 受试者的 SDS 得分相比较，罐药组（ $t=6.692$ ， $P=0.000<0.05$ ）SDS 评分明显降低，纯药组（ $t=4.127$ ， $P=0.000<0.05$ ）SDS 评分明显降低，说明两组均有效。治疗后两组的 SDS 得分相比较，无显著性差异（ $t=-1.128$ ， $P=0.264>0.05$ ），无统计学意义。说明两组在抑郁症状的缓解疗效相似，并没有明显的区别。

表 2-3 治疗前后两组 SDS 评分的对比（分）

组别	治疗前	治疗后
治疗组	52.77±6.981	45.50±7.510
对照组	52.70±5.760	47.60±6.896

（4）治疗后两组 PSQI 评分比较

治疗前后两组 CFS 患者的 PSQI 总分进行对比，见表 2-4。两组在治疗前差异不明显（ $P>0.05$ ），无统计学意义，可将之做出对比。疗程结束后两组 CFS 受试者的 PSQI 得分相比较，罐药组（ $Z=-4.639$ ， $P=0.000<0.05$ ）PSQI 评分明显降低，纯药组（ $Z=-3.948$ ， $P=0.000<0.05$ ）PSQI 评分明显降低，说明两组均有效。治疗后两组的 PSQI 总分相对比，具有显著性差异（ $Z=-2.072$ ， $P=0.043<0.05$ ），有统计学意义。说明罐药组睡眠质量的提高明显优于纯药组。

表 2-4 治疗前后两组 PSQI 总分的对比结果（分）

组别	治疗前	治疗后
治疗组	7.07±2.363	3.43±1.888
对照组	6.27±2.586	4.43±1.851

2.6.3.2 中医症候的疗效分析

(1) 中医症候评分观察

对疗程前后两组 CFS 患者的中医症候的分数进行对比, 见表 2-5。两组 CFS 患者在治疗后(罐药组 $t=8.409$, $P=0.000<0.05$; 纯药组 $t=6.578$, $P=0.000<0.05$)的总评分明显降低, 说明这两组在改善中医症候上面均有效。两组在治疗后($t=0.101$, $P=0.000<0.05$)的中医症候总评分比较, 说明在整个疗程结束后罐药组 CFS 患者中医症候缓解情况明显优于纯药组。

表 2-5 治疗前后两组中医症候总评分的对比(分)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	9.93 \pm 3.290	3.77 \pm 2.487
对照组	11.03 \pm 3.264	6.90 \pm 3.252

(2) 中医症候的有效率分析

对两组的 CFS 患者中医症候评分方面的疗效进行了如下对比, 见表 2-6。两组在治疗后($Z=-3.252$, $P=0.001<0.05$)的中医症候有效率比较, 说明在整个疗程结束后罐药组中医症候的总有效率明显高于纯药组。

表 2-6 两组治疗后中医症候疗效对比

组别	总计(例)	愈(例)	显(例)	有(例)	无(例)	总有效率(%)
治疗组	30	2	10	16	2	93.3
对照组	30	1	3	13	13	56.7

2.7 总结

本课题研究对四川地区脾肾阳虚型 CFS 患者进行治疗, 背部循经走罐联合口服附子理中丸治疗 30 例, 单纯口服附子理中丸治疗 30 例, 以 6 周为一个疗程, 一个疗程结束后观察两组疗效情况。

试验结果显示: 在经过一个疗程的治疗后, 罐药组痊愈 2 例, 显效 10 例, 有效 16 例, 无效 2 例, 临床总有效率 93.3%; 纯药组 30 例中, 痊愈 1 例, 显效 3 例, 有效 13 例, 无效 13 例, 临床总有效率 56.7%。试验期间, 两组 CFS 均未发生不良反应。

经统计学分析比较发现: 在 CFS 症状的治疗上, 两组 CFS 患者在一个疗程

后的 FS-14、SPHERE、SDS、PSQI 这几个量表的评分全部都有明显降低，且罐药组 CFS 患者在 FS-14、SPHERE、PSQI 评分上都明显优于纯药组 CFS 患者，两组仅在 SDS 评分的降低上无明显差异；从其总有效率来做对比可看出，罐药组的结果明显优于纯药组。在中医症候的治疗上，两组 CFS 患者的中医症候总评分均有显著降低，且在中医症候总评分上罐药组优于纯药组；从中医症候的总有效率做对比观察，罐药组的疗效优于纯药组。

综上所述，在降低 CFS 受试者症状评分方面，两组均有较明显的有效，且罐药组效果明显优于纯药组效果。

2.8 典型病例

王某，男，51 岁。

纳入时间：2016 年 3 月 27 日。

主诉：自觉神疲乏力 12⁺月。

现病史：12⁺月前患者无明显诱因，自觉倦怠乏力，头晕头痛，短期记忆力下降，注意力不集中，休息后不能缓解，平素怕冷，不喜语言，夜尿清长，入睡困难，运动较少且运动后持续疲劳超过 2 天。检查无明显阳性结果，无高血压、糖尿病、肝病等全身系统疾病，因其严重影响患者的生活，故前来就诊，自愿加入本课题的研究。刻症：神疲乏力，气短懒言，夜尿清长，入睡困难，脘闷不适，少食即饱，舌淡胖大，苔白滑，左右脉俱沉细。

该患者 FS-14 评分为 11 分，SPHERE 评分为 24 分，SDS 评分为 56 分，PSQI 评分为 9 分，中医症候评分 19 分。

诊断：慢性疲劳综合征

辨证分型：脾肾阳虚证

治法：补肾温脾

治疗：背部循经走罐联合口服附子理中丸

方法：选取背部上面的督脉和膀胱经的两条侧线来进行走罐，每周 1 次；同时口服附子理中丸（北京同仁堂科技发展有限公司制药厂，国药准字 Z20044273），一日 3 次，一次一袋（6g），饭后半小时服用。

嘱其：（1）规律作息，早睡早起，清晨 9 点前起床，夜间 11 点前睡觉；

（2）清淡饮食，多食新鲜蔬菜和水果，少食荤腥，少辛辣，少饮酒，

戒烟；

(3) 每天进行有氧运动 30 分钟，可根据患者生活环境及兴趣爱好随意选择步行、慢跑、骑车、跳舞、打太极等；

(4) 尽量保持心情舒畅愉悦；

(5) 参加本课题研究期间不可接受其他方案治疗；

(6) 6 周为一个疗程，一个疗程结束后观察疗效并记录。

疗效情况：FS-14 评分为 4 分，SPHERE 评分为 7 分，SDS 评分为 45 分，PSQI 评分为 4 分，中医症候评分 5 分。

3. 讨论

3.1 脾肾阳虚型慢性疲劳综合征的探讨

3.1.1 祖国医学中的慢性疲劳综合征

疲劳一词于 1786 年提出,从此医学界渐渐开始关注与之有关的症状与疾病,通过慢慢研究,CFS 病名于 1988 年正式成立,故祖国医学中找不到该病名。由于该病的主症是超过半年的极度疲劳,《黄帝内经》中有“懈怠”、“懈堕”、“倦”、“身重”等与该病相类似的记载,症状与祖国医学中的“虚劳”症状十分相似^[21]。而 CFS 其他的兼症临床表现,又可归属于“郁证”、“不寐”、“脾胃内伤症”等不同的几种范畴,故治疗也有很多途径。

虚劳,又名虚损,其基本病机是脏腑器官虚弱、气血阴阳皆亏损,长久如此而引发机体疲劳,其中以五脏的虚证为主要症状。虚劳并不是单独的一个病证,而是多种慢性虚弱病的症候的总称^[22]。

初探中国历代医家对于虚劳的认识,汉·张仲景在《金匮要略》^[23]一书中最早提出了病名,详细阐述了证因脉治,并分为阳虚、阴虚、阴阳两虚三种,提出治疗应着眼于温补脾肾,并且提出了扶正祛邪等治法,首次提倡补虚的同时勿忘治实。明·汪绮石的《理虚元鉴》是一本虚劳专书^[24],对于其病因、病机、治疗和预防各方面均有十分详尽、深入浅出的论述,可见古人对于该病的重视,其曰:“治虚有三本,肺、脾、肾是也。”笔者私以为历代医家对虚劳的经典认识要属明·李中梓的《医宗必读·虚劳》^[25]中的记载,其曰:“夫人之虚……五脏六腑,莫能外焉。而独举脾肾者,水为万物之元,土为万物之母。”其中道出了该病的病因病机,总的来说还是责之五脏六腑、气血阴阳之亏虚,若日久不复,均可成为虚劳,而其中脾肾之责最重,二脏为一身气血阴阳的来源,脾肾阳气相互资生,故治虚劳离不开治脾肾。

3.1.2 慢性疲劳综合征的病因病机

CFS 是一组以长期的疲劳为主要表现的全身症候群,由于症状繁多,与五脏皆有关系,不能单纯以某一证型来概括,故其病机主要是脏腑功能失调。体力上的疲劳与肝脾肾三脏关系密切,如果任由病情发展必然会对肾有相应的影响。从气血阴阳的角度出发,疲劳乃气虚的表现,气虚日久,可能会导致血瘀;血虚日

久又可导致气虚；阳损及阴的同时，阴也损及阳，阴阳互损，长年累月如此发展，成为虚实夹杂之候，病情越来越复杂，更加难以治疗。该病的病因很多，比如心脾气虚，肝郁血瘀和肾精不足^[3]。

心脾气虚：饮食不节、劳力过度等原因损伤了脾胃，导致脾胃无力运化，易致气虚，造成机体易受到外感邪毒的侵袭，也易造成脾不化湿，湿从中生，继而停于脾胃，郁久化热，湿热由此生成，内外相引，脾胃受到损伤造成内生湿热，从而阻挡遏制了气机，进而在内扰乱心神；或脾胃太虚导致气血化生不足，引发周身脏腑器官无以滋养；或劳神、谋略过度，暗耗心之营阴，同时损伤脾气，心脾气血亏虚导致血运不足、不畅，或心不藏神，从而导致体力和脑力的疲劳；或脾虚日久，中气不足，肌表无以濡养，卫外不固，外邪在腠理开泄之时乘虚而入，侵犯机体，更易诱发疲劳。

肝郁血瘀：情志不遂，忧思伤脾，肝气郁结进而乘脾，愈发形成气机不通畅；或气滞日久，影响血的运行，血行不畅，瘀血内停，血不能运行周身以营养全身，筋肉、经络不得温煦濡养，从而引发疲劳。或肝旺乘脾，导致脾气虚，脾虚不能将病理的水液运走，或情志不畅，气不布津，津液聚集形成痰，痰蒙清窍，阻滞于经络，流注于周身肌肤筋肉，故出现身重、乏力、倦怠之症。

肾精不足：先天禀赋不足或脏腑虚弱，或后天劳累太甚，或病后久虚不复，损耗阴精，导致髓海耗损太过，清窍失去濡养，骨髓不充盈；或阴损及阳，导致肾阳亏损，气化无权从而形成水湿，水气凌心，心阳受到遏制，不能温行血液，机体得到的温煦不够；或奔波劳累太过，消耗心之营阴过多，心阳无以为制而偏亢，灼伤了肾阴，肾之虚阳无所制约继而上扰心神，水火不济，心肾不交，二脏不再相互为用和彼此制约，从而引发疲劳和失眠等症状。

所有的病机中，以脾肾阳虚最为常见，因该病主要的症状为疲劳，是气虚无力推动、温煦的表现，而气的生成与脾的关系最为密切，同时又离不开肾精的作用，故本试验选择脾肾阳虚型来进行研究。

3.1.3 慢性疲劳综合征与脾肾

慢性疲劳综合征的主要症状是疲劳，疲劳则少气懒言，是气虚的表现，气虚则气的推动、温煦力量不足，而少气懒言则自身运动不足以让气运行足够迅速，导致气机不畅，气郁，而气郁又会反过来加重气虚的症状，恶性循环。气虚积滞

到了一定程度，由于气的温煦作用持续不足，最后导致阳虚，会出现畏寒肢冷等阳虚表现，继续加重该病的症状。

脾主运化，是指将机体食入胃中的饮食物转化成极细小的精微物质并运送到机体周身各个组织器官的作用，其中又可将之细分为两个不同又彼此相关的方面。运化水谷，指将食入于胃中的饮食物消化、吸收并将其转化为精微，再将精微化为气血的生理功能，最后上输至心肺从而散至全身。饮食物入于胃中，胃将其受纳腐熟，脾磨谷消食，然后小肠开始泌别清浊的程序，清者由脾转化为水谷精微，这些精微再由脾向上输送至肺，肺将其注入心，心将其化为气血并输送到周身，从而营养机体全身。而运化水液是指其对机体周身水液的吸收和运输，从而进一步调节全身的津液的代谢和进行输布的功效。脾在运布水谷精微物质到肺的时候，也将所需的津液输送到肺，再由心肺将其转输到全身各个位置以产生其润泽涵养的效果，同时也将全身的脏腑组织运用之后产生的废液转输至肾，借助肾气化的功能，将其化为尿液，转输至膀胱暂存后排泻掉，从而实现人体水液平衡。脾在机体的水液代谢中起着至关重要的作用，故《素问》说：“诸湿肿满，皆属于脾。”^[6]清·陈念祖《医学三字经》云^[26]：“人纳水谷，脾气化而上升。”脾的运化作用依赖于脾阳所具有的推动、温煦等生理特点来进行。若脾阳虚则可导致脾运化不足，精微物质的生成和输送、水液代谢都会受到影响，则气血无以化生，心、脑得不到濡润，可产生头晕、注意力无法集中或只能持续很短的时间、记忆力差等症状，全身无以供给则会疲劳、倦怠；若水液输布障碍则会造成水肿、关节肿痛、行动不便、嗜睡、头痛等症状。

脾主血，包括了生成血、统摄血这两个不同的方面，与生命活动息息相关。脾主生血，指饮食物进到胃中，在脾的运化功能之下生成了精微，气血生成的基础，从而造就血液。脾运化的功能与血的生成有直接的关系。脾主统血，血液在脾的这个的作用下保持在脉管内运行而不至于溢到外面。若脾生血的功能出现异常，新血不生，则机体各脏腑组织血液供应不足失去濡养，脑髓失养则易疲劳，注意力不集中，记忆力减退；心神失养则失眠；经络失养则手足四肢无力懒于运动。若脾不统血则血溢于脉外，引起异常出血，如吐血、便血、衄血、紫癜等，失血量多或日久亦导致血虚，机体失养，从而出现疲劳、失眠、嗜睡等症状。

脾主升清，指脾向上将精微输送给眼、脑、头、心等脏腑组织，同时使其化

生为血液，滋养周身，还保持脏腑位置使其不下垂。若脾升清的作用出现障碍则精微不能向上运送到机体周身，脑等器官失去了濡润，继而出现功能不足，出现神疲倦怠、嗜睡等症状。

CFS的症状主要是疲劳，与肾精的不足有莫大的关系。肾精不足就无生化肾的阴阳，而肾是一身阴阳之根基的所在，由此导致机体阴阳不足，阴阳不足则气血化生不足，肢体无以濡养。且肾阳的主要作用是推动、温煦，肾阳旺则全身脏腑阳气都旺，气化有力，从而保证一切活动的基础，使人精神充沛。

肾藏精，其具备储存、封闭收藏机体富余精气的作用，类似于一个仓库。精又分为先天之精和后天之精。先天之精是父母在出生时给予的，也称生殖之精，其功能是维持人体正常的生命活动，并且是生长发育不可缺少的物质。后天之精，由脾胃化生的水谷精微转化而来，饮食入胃，受纳腐熟后，由脾将其转化为水谷精微，上传至心肺，再转输至全身各脏腑器官四肢百脉起到滋润濡养作用，此为五脏六腑之精，而除了供给正常的基本生命活动之外，富余的部分就归于肾中存放，当他脏需要利用这些精微物质时，肾再将其供应给他脏，如此贮藏与供给同时进行，循环往复。先后天之精共同贮藏在肾中，这两者在肾中紧密联合在一起，形成了肾中所藏的精气。若肾精不足，则未成年时生长发育迟缓，成年后未老先衰，齿摇发落，神疲乏力，行动迟缓，神思不捷。

肾主水，为水脏，主管机体周身水液的代谢输布的情况，从而进行调节，这个功能是通过肾阳对水的气化来实现的，也称之为肾的气化。肾主水包括两方面的内容，一是将水谷精微分布于周身，以营养全身的脏腑组织；二是将各脏腑组织用完后的废液带走。这两个途径都依靠肾的气化功能来完成。在机体健康的情形下，饮食入于胃，由脾运化之后继而向上运送于肺，肺凭借其宣肃作用调整津液精微运行，其中清者通过三焦运送到机体周身，以实现其功能；脏腑组织用完后的废浊之液则化为汗、小便、呼出之气等从不同的途径排出，由此保证机体水液代谢的平衡。在此代谢的经过里面，肾的蒸腾气化功能使各脏器在机体代谢的进程中各尽所能。被使用完后的浊液又从这个通道向下运输而复归于肾，在肾发挥作用将之气化后又分为清浊两个分类。清者，又一次从三焦走行而上升，归于肺然后运送到机体周身；浊者变为尿液，向下输送至膀胱，再由尿路排到体外，按这样的方式运行，以保持机体水液代谢的均衡。若肾主水的功能失常，则可能

出现少尿、无尿、水肿或者小便清长等水液代谢紊乱方面的症状。

肾主纳气，其具有摄纳肺吸入的空气，使呼吸程度变深的功能。机体的呼吸，虽然肺在起主要作用，但吸进体内的气，须得向下归属于肾，通过摄纳功能，呼吸才能保证顺畅、均匀。若肾纳气的作用有了障碍，则可能产生少气懒言，动则气喘等一系列症状。

肾主一身之阴阳，肾阴为机体周身之阴的根基，肾阳为机体周身之阳的根基，其余脏腑组织的阳气皆依靠肾阳所化。在机体产生疾病，肾阴与肾阳的平衡受到损害并且无法通过自我调节而恢复功能时，即可发生肾之阴虚、阳虚等病理变化。肾阴虚，则可出现眩晕耳鸣、腰膝酸软、头晕、烦躁、失眠、神思不捷、低热等症状；肾阳虚，则可出现少气懒言、倦怠嗜卧、腰酸膝软、腰膝冷痛、形寒肢冷等症状。

3.2 立项依据

现代医学对慢性疲劳综合征的发病机制尚未完全清楚，一般认为可能有病毒感染、神经内分泌紊乱、免疫功能异常、遗传等因素，未有确切的治疗方案，一般采用对症治疗，收效甚微。中医治疗 CFS 多选用刺法、灸法、罐法等中医外治法，极少用内治法进行治疗，因此本课题采用中医外治法联合中医内治法，希望能收到比单纯使用外治法更好的疗效。

CFS 症状繁多，相应的病机也多，总的责之脏腑功能失调，而脏腑功能的失调不管是先天禀赋不足还是后天失养，都与脾肾密切相关。CFS 的主要症状为长期的疲劳，脾肾不足均可导致此症状，故治 CFS 离不开治脾肾，本课题选取脾肾阳虚型 CFS 进行研究。

脾肾阳虚从经络上讲可以从督脉、膀胱经论治，因为督脉为阳脉之海，统领一身之阳气，可振奋阳气，膀胱经上面有各脏腑的背俞穴，可全面调节各个脏腑，且膀胱经络肾，肾为全身阳气的根本，故这两条经脉可以鼓舞一身之阳气，因此选用背部走罐的方法对督脉和膀胱经进行治疗。因背部循经走罐更偏于温补肾阳，故内服之方选择偏于温补脾阳的附子理中丸。因 CFS 患者大多有抑郁的症状，故选取比煎剂更方便的中成药丸剂内服。

本课题针对 CFS 的病因病机，充分考虑该病的特点，从脾肾阳虚的角度出发，以温补脾肾为治疗原则而选用背部循经走罐联合附子理中丸为治疗方法，体现

了中医整体观念，治病求本的思想。

3.3 背部循经走罐的作用探讨

3.3.1 罐法的历史沿革

罐法是针灸手法中的一个大类，是通过热力或抽出气体等方法造成罐内的负压环境，将罐通过大气压强吸附于施术部位的皮肤上，使之充血、瘀血的一种治疗手法。罐法古时又称角法、吸筒疗法等，是因为古人用牛羊的角制成筒状使用而得此名。迄今对于罐法的最早的记录见于最早的古书《五十二病方》一书，其曰：“（痔）……以小角角之”^[27]。经过古今历代医家的研究拓展，罐法被普遍运用于各种内外妇儿科、骨伤科、皮肤科等不同病区广泛的疾病，器具从古时的兽角、竹筒，演变到现在有的各种材质，如玻璃、陶瓷、金属等制作的工具。施术方式也从留罐延伸出了走罐、闪罐，以及与电子、药物、红外线、射频等相联合的多功能罐法等，大大增加了罐法适合应用的范畴，并且同时也加强了罐法的治疗效果。

3.3.2 走罐的作用

走罐法是罐法之一，将罐吸附于皮肤之后反复推拉移动，适合于肌肉丰厚、面积较大的部位，如背部、腰部、大腿等处。走罐可以说是将温灸、推拿、刮痧等中医外治疗法相结合的一种治疗方式，作用范围大，可整体、双相调节经脉。其作用有温阳行气、活血化瘀、温经通络等，并且可以刺激作用部位的经脉、穴位产生相应的治疗效果。

（1）抵御外邪，保护机体：外邪侵犯机体时，往往由表及里，从皮毛腠理开始对机体进行侵袭，所以要防御外邪，需从行于皮毛腠理的卫气入手。卫气可温分肉、充皮肤、肥腠理、司开阖，与疾病的发生、发展均有很大的关系，是人体正气在作用于体外的表现。罐法作用于肌肉皮肤腠理，可祛除邪气，增强卫气，调节一身气血阴阳经络，增加机体的卫外能力。特别是作用于背俞穴的罐法，可联合背俞穴对相应脏腑的作用来增加整体的治疗效果。

（2）活血化瘀，疏通经络：经络通畅，气血运行如常，生命活动则正常。若经络阻滞、气血运行不畅，就会产生各种病变。走罐通过对经络、腧穴或病变部位产生负压吸引作用，使体表组织产生充血、郁血等变化，改善血液循环，使经络

气血畅通,濡养组织皮毛,同时通过经络使脏腑器官得到濡润,鼓舞振奋人体气血功能。经络气血不畅,就会产生种种症状,常见的多种疼痛,如头痛、肌肉痛、关节痛等 CFS 的症状,走罐促进血行,改善气滞血瘀,故在缓解疼痛方面能起到明显的作用。

(3) 调和气血,平整阴阳:气血是人体生命活动的物质基础,通过经络、血脉而对人体起着濡养、推动、温煦等作用,气血偏盛偏衰导致体内阴阳失衡。气血阴阳的变化可以用走罐来调节,尤其是在背俞穴上的走罐可以起到补虚固本,益气扶正,运行气血,调整阴阳的作用,达到气血调畅,阴平阳秘的状态。

3.3.3 走罐的现代机理

随着现代医学的发展,罐法的现代机理研究越来越多,但仍未完全清楚,目前已知的机理有以下几方面:

(1) 温热刺激:通过燃烧将罐内的空气耗尽,以形成负压,吸附于施术部位,燃烧后罐内会形成高温状态,与施术部位吸附后,高温通过罐口及空气作用于施术部位使之产生温热感,局部皮温升高后毛细血管扩张,血流量增加,血管通透性增加,使局部浅层组织充血,增加白细胞的吞噬能力,增强免疫。

(2) 机械刺激:罐内形成负压吸附于施术部位,负压与推拉、挤压等作用于皮肤和浅层肌肉对机体造成机械刺激,使局部毛细血管破裂,血液流入组织间隙,增加了白细胞的吞噬作用,并且调节局部肌肉的收缩和舒张,形成良性调节,并作用于局部的神经、腺体时可调节机体的内环境。通过汗腺等区域时可带走分泌物,并使腺体功能增强,同时加快皮肤老化细胞的脱落,从而加快新陈代谢。同时走罐还可带走炎性渗出物和一些致病因子,从而减少对神经末梢的刺激,减少紧张、疼痛感,对 CFS 的一些躯体上的症状的治疗非常适宜。

综上所述,走罐可以通过形成温热刺激和机械刺激,作用于局部的皮肤、浅层肌肉、神经、腺体等,产生良性刺激,改善组织循环,促进新陈代谢,提高免疫能力,调节组织结构,改善躯体疼痛,非常适合于 CFS 的治疗。并且背部区域与脊神经和交感神经有密切联系,其深层就是分布于脊柱两侧的交感神经节,走罐可以刺激兴奋这些神经纤维,产生神经生物电活动。在这一系列的生物电活动传导过程中还伴随着一些化学物质的变化,如神经递质、激素、免疫活性物质、细胞因子的变化等,这些调节可能对抗了 CFS 的一些发病因素,起到了治疗作

用。

3.3.4 背部循经走罐的作用

人体背部主要经脉是督脉与足太阳膀胱经，在督脉两侧还有夹脊穴。

督脉的主要部分位于后正中线^[7]，总督一身之阳气，统率全身的阳经，与阳有着不可分割的相关。其上有各阳经相交的穴位，如六条阳经全部相交于第七颈椎之下的大椎；阳维脉交会于风府、哑门二穴。督脉入属于脑，而脑主管思维活动，故也与思维、判断、分析等脑力活动有关系，且背为阳而腹为阴，督脉又络于肾，因而有统领机体周身之阳气，统辖一身之阳经的功能。

督脉病症最常见的表现有腰脊强痛、头痛、神志病等，与其循行相关，另外髓海亏虚充养不够的症候，如失眠、眩晕、嗜睡等也大多可认为与督脉有紧密的关联。因其总督阳气并且入属于脑，而这些都是 CFS 可以出现的症状，所以对于 CFS 出现的疲劳、倦怠无力、神疲乏力、头痛、头晕、失眠、记忆力减退、注意力不能集中等症状均有一定的作用。可见，于督脉上走罐可以振奋机体一身的阳气，鼓动机体一身阳经的经气，活血通络，调和营卫，调节阴阳。

足太阳膀胱经在背部有两条侧线^[7]，分别为第一侧线和第二侧线，第一侧线为正中旁开 1.5 寸，第二侧线为正中旁开 3 寸。该经起自目内眦，从头顶入里与脑相联络，然后与肾相联络，足太阳膀胱经的病候可表现为目痛、头痛和本经所经过之处的疼痛，很多都是 CFS 可能出现的症状。膀胱经络肾，能振奋肾阳，使机体得以温煦以减轻疲劳症状，且其上有背俞穴，能够全面调节机体各脏腑的功能。

背俞穴，是脏腑之气输注于体表的穴，位于背部，且都在膀胱经的第一侧线上，依据脏腑在体内的分布情况大体由上而下排列。背俞穴可用于处理各种脏腑病症，可起到双向调节的作用，也可以治与脏腑有关的附属器官的病症，在膀胱经上走罐可全面作用到所有的背俞穴从而产生与之相对应的治疗效果。脏腑疾病都可以选用相应的背俞穴治疗，如肺部疾病选肺俞，肝部疾病选肝俞等。膀胱经第一侧线上走罐可以全面作用于这些背俞穴，通过其作用调节五脏六腑气血阴阳，防治疾病，鼓舞全身脏腑的功能。

膀胱经第二侧线位于后背正中旁开 3 寸之处，其上有很多可调节神志的穴位，这些穴位的名称也多跟神志有关，比如平第四胸椎下的膏肓，平第九胸椎下

的魂门，平第十一胸椎下的意舍等，都对神志疾病有很好的疗效。于本经第二侧线上面走罐，可调节经气，疏通经络，调节神志。

除了督脉和膀胱经外，背部还有夹脊穴。夹脊穴又名华佗夹脊穴^[7]，属于经外奇穴，相传为三国时由华佗所发现，是伴行在脊柱两侧夹行的穴位。其位置在背腰部，胸一到腰五下两侧，仅与正中相隔 0.5 寸，紧紧相邻，故名为夹脊，与同一椎下对应的督脉穴位，以及同一椎下旁开 1.5 寸及 3 寸的膀胱经穴有相似的治疗效果。故在督脉上走罐的同时可以作用到夹脊穴，加强疗效。

综上，背部走罐可刺激督脉、膀胱经，具有鼓舞一身之阳气，调节全身脏腑气血功能，激发脏腑正气，疏经通络，达到阴平阳秘，恢复正气，使疲劳之症得以消除。同时，背部与脊神经和交感神经有密切联系，其深层就是分布于脊柱两侧的交感神经节，走罐可以刺激兴奋这些神经纤维，产生神经生物电活动。在这一系列的生物电活动传导过程中还伴随着一些化学物质的变化，如神经递质、激素、免疫活性物质等，这些调节可能对抗了 CFS 的一些发病因素，起到了治疗作用。同时附子理中丸内服可加强对脏腑气血的调理作用，提高疗效。

3.4 附子理中丸的方义

附子理中丸是在汉朝张仲景《伤寒论》的理中丸一方作为基础，加上一味附子所得来，成一个新方。附子辛热，性走且不守，有通行全身十二条经脉的作用，可补火助阳，散寒止痛。所谓附子无姜不热，同为大辛大热的附子与干姜相须为用，加上附子后该方温热之性更胜从前，温补脾肾的作用更为明显。干姜，是大辛大热的一味中药，可入脾、肾经，有温中散寒，温通血脉，燥湿祛痰等功效。本经谓其“久服去臭气，通神明”。清·黄宫绣《本草求真》^[30]曰：“其用有四：通心助阳，一也；去脏腑沉寒痼冷，二也；发诸经之寒气，三也；治感寒腹痛，四也。”白术补气的作用较弱，更擅长于祛湿，并能够温补脾阳。炙甘草健脾和中，补气复脉。全方协同作用，发挥温阳祛寒之功，补气健脾之效。八法里面虚证则应该用补法进行治疗，参、术、甘草所以补虚；寒则宜温，干姜、附子所以温寒。姜、术同用则燥湿而补脾气。

制成的中成药中人参改为党参。党参补脾肺气，补血，生津，然而党参补气之力及回阳救逆之力均不如人参，药效会不如原方。但党参产量多于人参，药价

更低廉，所以一般补益剂中多用党参代替人参，为节约经济成本使之受众更为普遍。

3.5 中医美容与慢性疲劳综合征

导师一再强调“中医美容是大美容观”，“中医美容的三大优势：1、自然的疗法，疗效持久；2、有局部治疗与整体调节的双重效果；3、治疗方法安全有效，且无毒副作用”。

中医美容学是以防治疾患，强健体魄，延缓衰老，维持停驻容颜使其衰老过程减缓，让机体处于一种形神俱美的状态为目的的学科^[3]。其中形神俱美强调的是形神合一，在追求健康的前提下追求形体、容貌美的，美不仅只是外在的美，同时还追求神韵美，并且后者更为重要，当然这也是中医美容所追求的最高境界。

慢性疲劳综合征求美者会有以疲劳为主的各种不适的症状，头痛、关节痛、肌肉痛等不适严重影响了求美者的身体健康，疼痛无法缓解并查不到原发病，又让求美者陷入心理的抑郁与焦虑，疲劳与这些抑郁、焦虑等心理疾患彼此影响，相互加重，让求美者陷入身体与心理的双重压力，而无可解释的原发病又让患者手足无措，心理压力可想而知。CFS 严重影响了患者的形体美、精神美、神韵美，并且由该病造成的抑郁、焦虑、心理压力过大也严重影响了患者的神韵美。并且时间一长还会因为睡眠障碍、心理压力影响患者的皮肤，使之粗糙、暗沉、没有光泽、肤色不均，还可能引起脱发、须发早白等症状，严重影响患者的容貌美。由此可见，CFS 影响人体的容貌美、形体美、精神美、神韵美，内外之美皆被 CFS 破坏，还有何整体美可言？所以 CFS 亟需解决。

亟需解决 CFS 是中医美容需要解决的当仁不让的任务，在高等院校中医美容系列教材之中医美容学^[3]中以慢性疲劳综合征之名专列一节，足以证明中医美容对 CFS 的重视。我辈应当努力研究 CFS，以提高其临床疗效，解除求美者的痛苦。

4. 结论

本课题研究背部循经走罐联合口服附子理中丸治疗 60 例四川地区脾肾阳虚型 CFS 患者的临床观察中，可以得出以下结论：

（1）两组均可明显改善 CFS 患者的 FS-14、SPHERE、SDS、PSQI 得分，且治疗组在改善 FS-14、SPHERE、PSQI 得分方面均优于对照组；

（2）两组在改善 CFS 受试者的症状上都有一定的效果，且治疗组总体症状的改善优于对照组；

（3）背部循经走罐联合口服附子理中丸治疗 CFS 的疗效优于单纯口服附子理中丸，今后的临床实践中值得参考；

5. 问题与展望

由于研究经费及患者的时间、距离等因素的限制,本课题研究还有诸多不足,现将其问题列举如下:

(1) 本课题研究的试验分组只有两组,罐药组 CFS 患者为背部循经走罐联合口服附子理中丸,纯药组 CFS 患者仅单纯口服附子理中丸,并没有设置单纯背部循经走罐组作为对照组,也没有设置另外的空白对照组,缺乏单纯背部循经走罐治疗 CFS 进行的对比,也缺乏仅用生活调摄治疗 CFS 的对比,因此未对单纯背部循经走罐治疗 CFS 的临床效果、生活调摄治疗 CFS 有无临床效果是否有差异进行分析;

(2) 本课题只采用了量表对 CFS 患者进行测定,在诊断和疗效观察判定上带有一定的主观性,缺少客观测定指标的论证,为了让主观性带来的误差更小,设置了 5 个量表,题目众多,这对于一部分有抑郁、焦虑症状的受试者来说难以接受;

(3) 本课题研究存在样本量小、观察疗程少、观察时间短等问题;

(4) 本课题未加入实验室常规、生化检查和影像检查,仅靠患者以前自己做过的检查来排除可解释的原发病,如果经费充足的条件下,应当统一检查排除;

(5) 本课题以脾肾阳虚型 CFS 患者为受试对象,但四川地区还兼夹有其它证型的 CFS 患者,所以这对四川地区其他证型 CFS 患者的未进行观察。以后还可以选取四川地区另一证型的 CFS 患者为受试对象。

本课题研究结果显示,背部循经走罐联合附子理中丸对四川地区脾肾阳虚型慢性疲劳综合征有一定的疗效,这也是以中医外治法联合内服中药治疗 CFS 的作用,为临床提供了新的思路。中医外治法历史悠久,有简、效、便、廉等优点,可单独治疗疾病,又可联合内治法或几种治法联合以加强疗效,适合现代社会快节奏,又适合肝肾功有异常不能长期服药的患者。后期的研究也可以以解决本课题所提出的问题与展望为中心来进行,比如对四川地区慢性疲劳综合征进行证候分布的研究,完善实验室的监测,加入更加客观的测定指标,扩大样本量与观察范围,与其他治疗 CFS 的方法进行差异性分析,进一步分析中医伴随症状与 CFS 间的关系等。目前对于 CFS 的治疗仍然局限,西医方法通常采用对症治疗,深入系统的中医方法较少,且病名仍不被广大群众所熟悉,因此系统的探讨中医理

论治疗 CFS，制定出适合普遍人群治疗方案，这将为解决 CFS 患者的症状做出贡献。

致谢

本论文得以顺利完成,首先必须感谢我的导师刘宁教授和段渠副教授的悉心指导。该论文的出炉是在导师严谨的治学态度和求实的科研精神中提炼出来的,当然其中也包含了这三年来,导师在学习上对我孜孜不倦的教诲。导师那辛勤耕耘,兢兢业业,一丝不苟,严谨治学,医德高尚,和蔼可亲的品德时刻影响着、激励着我,在过去的三年中以至今后都是我学习的榜样。

在我临床实习期间,得到了成都中医药大学附属医院、四川大学华西医院皮肤科的医护人员们的指导与帮助,还有我的带教老师、实习同学及同门们的关心和帮助,在此一并承上我最真挚的谢意!

由衷感谢在百忙之中赶来参加我论文评审和答辩的各位老师!感谢答辩委员会的老师们提出的宝贵建议,您的指导将会对我今后的学习和研究提供新的方向。

最后,再一次感谢我身边的每一个人!

参考文献

- [1]冯利红. 慢性疲劳综合征的研究进展[J].中国慢性病预防与控制, 2006.14(6):457-460.
- [2]袁萍, 梁伯衡. 慢性疲劳综合征的流行病学特点[J].国外医学(卫生学分册), 2003.30(2):70-74.
- [3]刘宁. 中医美容学[M].北京:中国中医药出版社, 2005.
- [4]陈家旭. 疲劳综合征的调养与护理[M].北京:中国中医药出版社, 2004.
- [5]张云云, 王文健. 从中西医结合角度认识“心主神明”[J].中西医结合心脑血管病杂志, 2012.10(3):347-349.
- [6]孙广仁. 中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社, 2005.
- [7]沈雪勇. 经络腧穴学[M].北京:中国中医药出版社, 2007.
- [8]郭春媛. 刺络拔罐治疗脾肾两虚型慢性疲劳综合征 50 例临床观察[J].浙江中医杂志, 2007.42(3):161-162.
- [9]黄泳, 余谦. 背部走罐治疗慢性疲劳综合征 30 例临床观察[J].四川中医, 2001.19(6):70-71.
- [10]王倩, 熊家轩. 电针治疗慢性疲劳综合征临床观察[J].中国针灸, 2005.25(10):691-692.
- [11]刘倩. 中医诊治慢性疲劳综合征的疗效标准探讨[J].国外医学(中医中药分册), 1993.15(6):15.
- [12]刘明芝, 周仁郁. 中医药统计学与软件应用[M].北京:中国中医药出版社, 2005.441.
- [13]马文彬, 诸毅晖, 覃勇, 等. 针灸治疗慢性疲劳综合征疗效评定方法探讨[J].辽宁中医杂志, 2011.38(8):1643-1645.
- [14]葛辛, 彭玉清, 刘洋, 等. 中医疏肝补肾法治疗疲劳性亚健康 60 例疗效观察[J].内蒙古中医药, 2012.(22):13-14.
- [15]诸毅晖, 梁繁荣, 成词松, 等. 电针肾俞、足三里治疗慢性疲劳综合征的随机对照研究[J].上海中医药杂志, 2008.42.(10):48-50.
- [16]邹建军, 郑颖, 曹建武, 等. 上海市社区癌症患者抑郁状况初步研究[J].癌症进展杂志, 2004.2(5):361-367.
- [17]王启华, 殷爱顺, 杨博梅, 等. 乳腺患者 PTSD 的影响因素及其发生对睡眠的影响[J].齐齐哈尔医学院学报, 2014.35(7):960-961.
- [18]李外, 常章富, 高云艳. 中医对慢性疲劳综合征的认识[J].中国中医基础医学杂志

志, 2004.10(2):63-65.

[19]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..

[20]程绍恩,夏洪生.中医证候诊断治疗学[M].北京:北京科学技术出版社, 1993.

[21]马其江,冯树军,毕秀英.慢性疲劳综合征的中医机制探讨[J].山东中医杂志, 2004.23(11):652-658.

[22]周仲瑛. 中医内科学[M].北京:中国医药科技出版社, 2007.

[23]汉·张仲景. 金匱要略[M].北京:人民卫生出版社, 2005.

[24]明·汪绮石. 理虚元鉴[M].北京:人民卫生出版社, 2005.

[25]明·李中梓. 医宗必读[M].北京:人民卫生出版社, 2006.

[26]清·陈修园. 医学三字经[M].北京:中国中医药出版社, 2008.

[27]张洁,李中正,李桂兰,等. 中国罐具发展简史[J].湖南中医杂志, 2011.27(1):95-97.

[28]宋·太平惠民各剂局. 太平惠民和剂局方[M].北京:人民卫生出版社, 2007.

[29]高学敏. 中药学[M].北京:中国中医药出版社, 2007.

附录

文献综述

中医外治联合疗法治疗慢性疲劳综合征研究进展

慢性疲劳综合征（chronic fatigue syndrome,CFS）是一组以超过半年以上的疲劳为主要表现，可伴有咽喉痛、头痛、关节痛、肌痛、自觉发热、低热、注意力不集中、记忆力减退、抑郁、睡眠障碍等表现的综合征^[1]。1988 年美国疾病中心正式命名该病，随着时代的发展和压力的增加，该病发病率越来越高，多见于白领等生活工作压力较大的人群。

最早是美国疾病控制中心（CDC）于 1987 年制定了慢性疲劳综合征的诊断标准^[2]，并于 1994 年对之加以修改完善。国际医学界认可该标准为金标准，其内容包括以下几个方面：(1)持续或反复出现的原因不明、病史超过半年的严重疲劳，且患者职业能力、接受教育能力、个人生活能力、社会活动能力明显下降，休息后不能缓解。(2)同时具备下列条件 4 项以上：①记忆力、注意力下降；②肌肉疼痛；③颈部僵直或腋窝淋巴结肿大；④咽喉痛；⑤反复头痛；⑥多发性关节痛；⑦睡眠质量差，醒后疲劳无实质性缓解；⑧劳累后肌痛。(3)排除下列的慢性疲劳：①存在可以解释的原发病的慢性疲劳；②由于当今医学条件治疗困难的疾病持续存在而引起的慢性疲劳。其他国家如英国、澳大利亚等也有相应的慢性疲劳综合征诊断标准。

1. 针刺联合疗法

1.1 针刺联合灸法

卢晨等^[3]采用针刺联合灸法治疗慢性疲劳综合征，针刺组 47 例患者取穴膻中、气海、百会等穴位。针加灸组 44 例取穴同上，在此基础上百会、气海、关元、足三里采用温针灸法治疗，持续时间 20min。非穴组 42 例选取同上相同腧穴周围 1-2cm 非穴点进行针刺。疗程结束后结果显示以上三组疲劳总积分均降低，其中以针加灸组降低最为明显，且患者满意度明显高于另外两组。

吴瑞兰^[4]将 100 例慢性疲劳综合征患者平均分为两组，两组均取双侧肺俞、心俞、肝俞等穴位。治疗组在上述穴位得气后，在各穴位上施以温针灸，点燃 1.5cm 艾条后置针柄上，隔天 1 次。对照组在上述穴位得气后，接电针治疗仪，

以患者能够承受为度，使用连续疏波，频率为 2Hz，留针 30min，隔天 1 次。连续治疗 2 疗程（20 次），治疗组总有效率为 96%，优于总有效率为 82% 的对照组。

袁文丽等^[5]采用针刺配合灸法治疗慢性疲劳综合征 20 例，针刺腧穴气海、关元、天枢、足三里，均用平补平泻法，得气后用灸箱灸下丹田，有效率为 95%。

高建芸等^[6]采用腹针加神阙灸，取归元、大横、滑肉门等穴位，留针 30min，不要求针感，将 5g 艾绒点燃放入灸盒中灸神阙穴。治疗组 42 例患者中，总有效率为 92.86%。对照组 38 例患者用常规体针，总有效率 84.21%，治疗组疗效优于对照组。

1.2 针刺联合罐法

倪贵桃^[7]采用针刺联合闪罐法治疗慢性疲劳综合征。选取百会、四神聪、内关等穴位进行针刺，针刺后，将闪罐法用于膀胱经第一侧线风门到肾俞，以背部皮肤潮红为度，闪罐后在心俞、肝俞、脾俞、肾俞留罐 10min。隔天 1 次，一疗程 5 次，一疗程结束后休息 4 天。3 个疗程后观察疗效，患者总有效率为 89.66%。

徐纬等^[8]采用盘龙刺联合背部走罐治疗慢性疲劳综合征患者 37 例。选用华佗夹脊穴 T1-L5 段，自上而下左右交替进行针刺，斜刺 15-25mm，朝向脊椎方向进针，运用捻转法平补平泻，以得气为度，留针 30min。针刺后好像一条龙盘踞于患者背部，故名“盘龙刺”。留针期间行针 2-3 次，每天 1 次，一疗程 7 次，结束后休息 2 天。配合背部走罐隔 2 天 1 次，一疗程 3 次。结果显示针罐组总有效率为 91.9%，35 例泼尼松组的总有效率为 71.4%，可见针罐组疗效优于泼尼松组。

1.3 针刺联合推拿

陈旻等^[9]采用针刺配合推拿治疗慢性疲劳综合征。治疗组 52 例采用针刺太冲、合谷，辅以百会、四神聪，留针 30min，期间行针 2-3 次。每天 1 次，一疗程 10 次，共 3 个疗程。推拿以足太阳膀胱经的穴位为主，辅以督脉的穴位，每天 1 次，持续 1 个月。对照组 48 例患者则以生脉注射液 50ml 静脉滴注。每天 1 次，持续 1 个月。治疗组总有效率为 96.2%，高于对照组的 83.3%。

宋戈光^[10]采用针刺加按压推拿法治疗慢性疲劳综合征。选取慢性疲劳综合征患者 50 例，以百会、足三里、三阴交、关元、中脘为主穴，联合中脘、关元、

气海的按压推拿，治疗后有效率为 96%。

1.4 针刺联合运动

高飞等^[11]采用针刺联合运动疗法治疗慢性疲劳综合征患者 42 例。选取百会、膻中、神门等穴位。运动包括耐力性运动、放松性运动、户外运动，如散步、太极拳、乒乓球等。运动时间持续 20min 以上，不超过 2h，每周 3-5 次，连续 12 周。结果显示，3 个月后，针刺联合运动疗法的疗效优于仅针刺的对照组患者。

1.5 针刺联合心理干预

杨春等^[12]采用针刺联合心理干预治疗失眠患者 49 例。取百会、神门、四神聪等穴位，得气后留针 30min，每日 1 次，持续 30 日。心理干预则是对患者进行心理治疗，包括睡眠、卫生教育、矛盾意向法等。治疗后患者疲劳感得到改善，随访半年后有效率达 93.8%。49 例对照组患者则口服艾司唑仑，每晚 1 次，2mg/1 次，持续 30 天，有效率为 85.7%，西药艾司唑仑只能改善近期疗效，随着用药时间的延长，患者产生一定的耐药性，长期疗效不及针灸联合心理干预，可见针刺联合心理干预是一种疗效持久、值得广泛应用的联合疗法。

2. 罐法联合疗法

2.1 罐法联合中药

吴向琼^[13]采用背部排罐配合中药治疗 86 例慢性疲劳综合征患者。用闪火法沿足太阳膀胱经第一侧线从颈椎到骶椎密集排罐，留罐 5-10min，以局部瘀血为度，每周治疗 3 次，持续 4 周，对照组 78 例患者予以中药内服。治疗组总有效率为 96.51%，高于对照组的 81.18%。

2.2 罐法联合耳穴

田满荣等^[14]用走罐配合耳穴治疗慢性疲劳综合征 34 例患者，背部膀胱经走罐，联合用王不留行籽耳贴贴压耳穴，取穴包括心、肝、脾、肾等。嘱患者每日自行按压 3-5 次，每次 3-5min，以得气为度。每次取穴 3-5 个，每 3 天更换 1 次，一次疗程 10 天，一疗程结束后休息 3 天，共完成 3 个疗程，总有效率为 91.17%。运用走罐联合耳穴无不良反应，操作安全。

3. 耳穴联合疗法

耳穴贴压联合中药：贾杰等^[15]用耳穴贴压联合归脾汤加减治疗失眠症状患者 60 例，总有效率为 96.67%，远高于 60 例的 76.67%，在改善患者睡眠方面疗

效显著。

4. 穴位敷贴联合疗法

于心同等^[16]采用穴位敷贴结合导引功法治疗慢性疲劳综合征，重点观察对膝关节生物力学性能的影响，敷贴加导引组、敷贴组、导引组、对照组（口服三磷酸腺苷片、维生素 C 片）总有效率分别为 92.86%、64.29%、73.81%、47.62%。敷贴加导引组临床疗效优于其余 3 组。

5. 中药足浴联合疗法

朱玲等^[17]运用中药足浴联合自拟消疲汤内服治疗慢性疲劳综合征患者 35 例，足浴方药组成包括党参、黄芪、桑寄生等。水温控制在 38-48℃，以患者舒适为度，足部泡浴 30min，每天 1 次，对照组单纯服用消疲汤。60 天后，治疗组有效率为 97.1%，对照组有效率为 91.2%。

6. 音乐联合疗法

蔡之幸等^[18]用五行宫调音乐联合理虚解郁方治疗慢性疲劳综合征，五行宫调音乐治疗每次 45min, 55-65 分贝，1 次 / 日，5 天 / 周，休息 2 日，结果显示此法能够明显缓解躯体疲劳症状，改善其负性情绪及相关胃肠道症状。

7. 讨论

随着时代的发展，生活水平的提高，现代人压力逐渐增多，慢性疲劳综合征患者日益增多。该病病因病机较为复杂，西药内治较为局限，可使用药物不多，易产生依赖性，不易被心理较为敏感的患者所接受，难以取得良好疗效，停药后治疗效果维持时间不长。应多采用中医疗法进行治疗，以达到更好的治疗效果。慢性疲劳综合征临床表现各有不同，虽以疲劳为主要表现，但存在有的患者失眠，有的患者肌肉痛等个体差异，中医可以通过辨证论治根据病因病机给予患者个性化治疗，从而达到更佳疗效。而中医外治法具有简单、有效、方便、费用低廉的优点，易于被广大患者接受。中医外治联合疗法往往疗效优于单一疗法，联合疗法可以弥补单一疗法的不足，比如针刺、罐法长期应用相对比较容易耗气，可配合灸法进行补气，从而产生更好的效果，缩短治疗时间，值得临床推广应用。

参考文献

- [1]龙云铸. 慢性疲劳综合征研究进展[J].中国感染控制杂志, 2003,4(1):70-73,58.
- [2]袁萍, 梁伯衡. 慢性疲劳综合征的流行病学特点[J].环境卫生学杂志, 2003,30(2):70-74.
- [3]卢晨, 杨秀娟, 胡洁. 针刺配合灸法治疗慢性疲劳综合征的临床随机对照研究[J].针刺研究, 2017,39(4):313-317.
- [4]吴瑞兰. 针灸治疗慢性疲劳综合征随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志, 2015,29(8):156-158.
- [5]袁文丽, 张丽平, 闫勇更, 等. 针刺配合灸法治疗慢性疲劳综合征临床观察[J].中医学报, 2011,26(2):240-241.
- [6]高建芸. 腹针与神阙灸治疗慢性疲劳综合征临床研究[J].山东中医杂志, 2016,35(4):325-327.
- [7]倪贵桃. 针灸配合闪罐治疗慢性疲劳综合征[J].湖北中医杂志, 2012,34(10):67
- [8]徐纬, 周日花, 李磊, 等. 盘龙刺配合背部走罐治疗慢性疲劳综合征疗效观察[J].中国针灸, 2012,22(3):27-31.
- [9]陈旻, 周岳松, 何伟立, 等. 针刺配合推拿治疗疲劳综合征疗效观察[J].上海针灸杂志, 2013,32(5):354-357.
- [10]宋戈光. 针刺加按压推拿法治疗慢性疲劳综合征疗效观察与系统评价[J].世界最新医学信息文摘, 2015(89):93-94.
- [11]高飞, 景丽伟, 张超, 等. 针刺联合运动疗法对慢性疲劳综合征患者疲劳及生活质量的影响[J]. 中医药导报, 2015(9):37-39.
- [12]杨春, 李建英, 刘小明, 等. 针刺联合心理治疗亚健康失眠效果观察[J].新中医, 2015(3):268-270.
- [13]吴向琼. 背部排罐配合中药治疗慢性疲劳综合征观察[J].实用中医药杂志, 2012,28(10):830-831.
- [14]田满荣, 田响, 张海燕, 等. 耳穴贴压配合背部走罐治疗慢性疲劳综合征 34 例[J].中国中医药科技, 2015,22(4):459.
- [15]贾杰, 厉秀云, 高巾裔. 归脾汤加减联合耳穴贴压治疗亚健康失眠 60 例[J].四川中医, 2015(6),109-111.
- [16]于心同, 胡伟民, 杨文佳等穴位敷贴结合导引功法对慢性疲劳综合征患者膝关节生物力

学性能等影响的临床研究[J].上海中医药杂志, 2014(6):61-65.

[17]朱玲, 侯一军, 李祖长, 等. 自拟消疲汤配合中药足浴治疗慢性疲劳综合征 35 例[J].中国中医药信息杂志, 2010,17(4):62-63.

[18]蔡之幸, 张振贤, 吴丽丽, 等. 五行宫调(正调式)音乐联合理虚解郁方治疗慢性疲劳综合征临床观察[J].上海中医药大学学报, 2015(3):18-22.

附件一：疲劳量表(FS-14)

疲劳量表-14(FS-14)

回答“是”或“否”。（该量表适用于 16 岁以上成年人）

- | | |
|--|-----|
| 1、你有过被疲劳困扰的经历吗？ | 是 否 |
| 2、你是否需要更多的休息？ | 是 否 |
| 3、你感觉到犯困或昏昏欲睡吗？ | 是 否 |
| 4、你在着手做事情时是否感到费力？ | 是 否 |
| 5、你在着手做事情时并不感到费力，
但当你继续进行时是否感到力不从心？ | 是 否 |
| 6、你感觉到体力不够吗？ | 是 否 |
| 7、你感觉到你的肌肉力量比以前减小了吗？ | 是 否 |
| 8、你感觉到虚弱吗？ | 是 否 |
| 9、你集中注意力有困难吗？ | 是 否 |
| * 10、你在思考问题时头脑象往常一样
清晰、敏捷吗？ | 是 否 |
| 11、你在讲话时出现口头不利落吗？ | 是 否 |
| 12、讲话时，你发现找到一个合适
的字眼很困难吗？ | 是 否 |
| * 13、你现在的记忆力象往常一样吗？ | 是 否 |
| * 14、你还喜欢做过去习惯做的事情吗？ | 是 否 |

结果评定：

回答“是”或“否”，除了第 10、13、14 条 3 个条目为反向计分，即回答“是”计为“0”分，回答“否”计为“1”分，其它 11 个条目都为正向计分，即回答“是”计为“1”分，回答“否”计为“0”分。分值越高，反映疲劳越严重。

附件二：躯体和心理健康报告 (SPHERE)

躯体和心理健康报告 (SPHERE)

每个问题回答“是”或“否”，“是”计1分，“否”计0分。

1. 头痛？
2. 急躁易怒或脾气古怪？
3. 记忆力差？
4. 胳膊和腿痛？
5. 感觉紧张或者焦虑？
6. 活动以后肌肉痛？
7. 醒后感觉疲惫？
8. 情绪变化快？
9. 短暂晕厥？
10. 恶心呕吐？
11. 感觉胳膊和腿沉重？
12. 不快乐或者沮丧？
13. 胃气胀？
14. 发烧？
15. 腰痛？
16. 需要长时间的睡眠？
17. 活动以后长时间疲劳？
18. 咽喉痛？
19. 麻木或者麻刺感？
20. 经常感觉过度疲劳？
21. 关节痛？
22. 肌肉无力？
23. 失败感？
24. 腹泻或者便秘？

- 25. 睡眠质量差?
- 26. 很容易苦恼?
- 27. 每件事都(太难)让你感觉吃力?
- 28. 头晕?
- 29. 休息或娱乐以后仍然感觉疲劳?
- 30. 注意力不集中?
- 31. 活动以后肌肉疲劳?
- 32. 丧失语言(对语言的感受或语言的表达能力发生困难)?
- 33. 丧失自信?
- 34. 无法克服困难?

附件三：抑郁自评量表(SDS)

抑郁自评量表(SDS)

	实 际 感 觉	偶有	少有	常用	持续
	1、我感到情绪沮丧	1	2	3	4
*	2、我感到早晨心情最好	4	3	2	1
	3、我要哭或想哭	1	2	3	4
	4、我夜间睡眠不好	1	2	3	4
*	5、我吃饭像平时一样多	4	3	2	1
*	6、我的性功能正常	4	3	2	1
	7、我感到体重减轻	1	2	3	4
	8、我为便秘感到烦恼	1	2	3	4
	9、我的心跳比平时快	1	2	3	4
	10、我无故感到疲劳	1	2	3	4
*	11、我的头脑像往常一样清楚	4	3	2	1
*	12、我做事情像平时一样不感到困难	4	3	2	1
	13、我坐卧不安，难以保持平衡	1	2	3	4
*	14、我对未来感到有希望	4	3	2	1
	15、我比平时更容易激怒	1	2	3	4
*	16、我觉得决定什么事很容易	4	3	2	1
*	17、我感到自己是有用的和不可缺少的人	4	3	2	1
*	18、我的生活很有意义	4	3	2	1
	19、假若我死了别人会过得更好	1	2	3	4
*	20、我仍旧喜爱自己平时喜爱的东西	4	3	2	1

[注]：前*为反序记分

指数计算公式：指数=总分（得分）x1.25，四舍五入计分

指数在 50 分以下：正常范围（无抑郁症状）；

指数在 50-59：轻度抑郁；

指数在 60-69：中度抑郁；

指数在 70 分以上为重度抑郁。

附件四：匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）

匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）

1. 近 1 个月，晚上上床睡觉通常（ ）点钟。
2. 近 1 个月，从上床到入睡通常需要（ ）分钟。
3. 近 1 个月，通常早上（ ）点起床
4. 近 1 个月，每夜通常实际睡眠（ ）小时(不等于卧床时间)。
5. 近 1 个月，因下列情况影响睡眠而烦恼：
 - a. 入睡困难(30 分钟内不能入睡)(1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
 - b. 夜间易醒或早醒 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
 - c. 夜间去厕所 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
 - d. 呼吸不畅 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
 - e. 咳嗽或鼾声高 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
 - f. 感觉冷 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
 - g. 感觉热 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
 - h. 做恶梦 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
 - i. 疼痛不适 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
 - j. 其它影响睡眠的事情 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
6. 近 1 个月，总的来说，您认为自己的睡眠质量(1)很好 (2)较好 (3)较差 (4)很差
7. 近 1 个月，您用药物催眠的情况(1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
8. 近 1 个月，您常感到困倦吗 (1)无 (2) <1 次/周 (3)1-2 次/周 (4) ≥ 3 次/周
9. 近 1 个月，您做事精力不足吗(1)没有 (2)偶尔有 (3)有时有 (4)经常有

睡眠质量得分（ ） 入睡时间得分（ ） 睡眠时间得分（ ）
睡眠效率得分（ ） 睡眠障碍得分（ ） 催眠药物得分（ ）
日间功能障碍得分（ ）
PSQI 总分（ ）

匹兹堡睡眠质量指数使用和统计方法

PSQI 用于评定被试最近 1 个月的睡眠质量. 由 19 个评和 5 个他评条目构成, 其中第 19 个评条目和 5 个他评条目不参与计分, 在此仅介绍参与计分的 18 个评条目(详见附问卷)。18 个条目组成 7 个成份, 每个成份按 0-3 等级计分, 累积各成份得分为 PSQI 总分, 总分范围为 0-21, 得分越高, 表示睡眠质量越差。被试者完成试问需要 5-10 分钟。

各成份含意及计分方法如下:

A 睡眠质量: 根据条目 6 的应答计分较好计 1 分, 较差计 2 分, 很差计 3 分。

B 入睡时间

1. 条目 2 的计分为 ≤ 15 分计 0 分, 16-30 分计 1 分, 31-60 计 2 分, ≥ 60 分计 3 分。

2. 条目 5a 的计分为无计 0 分, <1 次/周计 1 分, 1-2 次/周计 2 分, ≥ 3 次/周计 3 分。

3. 累加条目 2 和 5a 的计分, 若累加分为 0 计 0 分, 1-2 计 1 分, 3-4 计 2 分, 5-6 计 3 分。

C 睡眠时间

根据条目 4 的应答计分, >7 小时计 0 分, 6-7 计 1 分, 5-6 计 2 分, <5 小时计 3 分。

D 睡眠效率

1. 床上时间 = 条目 3 (起床时间) - 条目 1 (上床时间)

2. 睡眠效率 = 条目 4 (睡眠时间) / 床上时间 $\times 100\%$

3. 成分 D 计分位, 睡眠效率 $> 85\%$ 计 0 分, 75-84% 计 1 分, 65-74% 计 2 分, $< 65\%$ 计 3 分。

E 睡眠障碍

根据条目 5b 至 5j 的计分为无计 0 分, <1 次/周计 1 分, 1-2 次/周计 2 分,

≥3 次/周计 3 分。累加条目 5b 至 5j 的计分，若累加分为 0 则成分 E 计 0 分，1-9 计 1 分，10-18 计 2 分，19-27 计 3 分。

F 催眠药物

根据条目 7 的应答计分，无计 0 分，<1 次/周计 1 分，1-2 次/周计 2 分，≥3 次/周计 3 分。

G 日间功能障碍：

1. 根据条目 8 的应答计分，无计 0 分，<1 次/周计 1 分，1-2 次/周计 2 分，≥3 次/周计 3 分。

2. 根据条目 9 的应答计分，没有计 0 分，偶尔有计 1 分，有时有计 2 分，经常有计 3 分。

3. 累加条目 8 和 9 的得分，若累加分为 0 则成分 G 计 0 分，1-2 计 1 分，3-4 计 2 分，5-6 计 3 分

PSQI 总分 = 成分 A+成分 B+成分 C+成分 D+成分 E+成分 F+成分 G

评价等级：

0-5 分 睡眠质量很好

6-10 分 睡眠质量还行

11-15 分 睡眠质量一般

16-21 分 睡眠质量很差

附件五：中医脾肾阳虚证候量化积分表

症状 积分	0 分	2 分	4 分	6 分
倦怠乏力	无	偶感疲乏,程度轻微,不耐劳力,可轻体力劳动	一般活动即乏力,勉强支撑日常活动	休息亦感疲乏无力,持续出现,不能坚持日常运动
畏寒肢冷	无	手足有时怕冷,不影响衣着,遇风出现	经常四肢怕冷,比一般人明显,夜晚出现	全身明显怕冷,着衣较常人差一季节
气短懒言	无	气力不足,多语则觉疲乏	体虚气短,懒于言语	语声低微、断续,或无力言语
食少纳呆	无	食欲欠佳,品味不香,食量减少不超过 1/4	食欲不振,口味不香,食量减少 1/4-1/2	食欲甚差,无饥饿感,食量减少 1/2 以上
	0 分	1 分	2 分	3 分
腰酸腿软	无	晨起腰酸膝软,捶打可止	腰酸持续,膝软,下肢沉重	腰酸难忍,膝软不欲行走
腰部冷痛	无	微感腰部冷痛	腰部冷痛明显,可以忍受	腰部冷痛难忍
腕腹胀满	无	腕腹稍胀,可以忍受,不影响饮食	腕腹胀满,空腹缓解,饮食减少	腕腹胀满,终日不解,难以忍受
大便不实	无	大便不成形,1 日 1 次	大便不成形,1 日 2 次	大便不成形,1 日 3 次
夜尿清长	无	夜尿量多色白,每夜 2 次	夜尿量多色白,每夜 3-4 次	夜尿量多色白,每夜 5 次以上

注：每一条所得的分值相加，总分值越高，症状越严重。

附件六：随机数字表分组

[illegible]

附件七：知情同意书

知情同意书

本课题研究背部循经走罐联合附子理中丸治疗四川地区脾肾阳虚型慢性疲劳综合征的临床研究，研究结果对祖国医学在慢性疲劳综合征中的应用及后期的推广有重要意义。

在治疗过程中，可能会有眩晕、腹痛、恶心不适，因个体差异而表现不同，一般不会危害到您的健康。如出现不良反应，医生会及时处理。治疗全过程由获得执业医师资格证的医师进行，符合临床规范。

参加本试验是完全自愿的行为，您的参加与否完全不会影响您未来的任何诊疗需要。

您的姓名、电话及其他个人基本信息都会严格保密，只会向本课题研究人员开放，且只用于本课题研究。承诺有关本课题的研究报道都不会暴露您的个人资料。

如果您对于上述说明表示同意，并愿意参加本课题研究，请您在下面签字。再次请您考虑清楚后再签署，谢谢。

参加者姓名：

参加者签字：

日 期：


附件八：在读期间公开发表的学术论文、专注及研究成果

序号	论文名称	发表刊物与出版单位、时间	本人署名次序
1	中医外治联合疗法 治疗慢性疲劳综合 征研究进展	《亚太传统医药》 2016 年第 12 卷第 19 期	第一作者
2	全息经络刮痧治疗 黄褐斑临床研究进 展	《湖南中医杂志》 2016 年第 12 卷第 23 期	第二作者

附件九：申明及授权书

独创性声明

本人郑重申明：所呈交的学位论文是本人在成都中医药大学攻读硕士学位期间在导师指导下独立进行研究工作所取得的成果，无抄袭及编造行为。据我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，本论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。


学位论文作者签名（亲笔）：

2017年 5 月 25 日

学位论文使用授权书

根据国家相关规定，已通过的学位论文应当公开发表。本人同意：成都中医药大学有权通过影印、复印等手段汇编学位论文予以保存，并提供查阅和借阅；有权向国家有关部门、其他相关机构送交论文及电子版，公布（或刊登）论文内容。

保密论文在解密后应遵守此规定。

学位论文作者签名（亲笔）：

2017年 5 月 25 日

指导教师签名（亲笔）：



2017年 5 月 25 日