DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.08.052

东垣清暑益气汤治疗脾虚痰湿型老年衰弱综合征临床研究

韩金洹[1],黄婧文[2],赵英英[2],魏陵博[2]
(1.青岛大学青岛医学院,山东 青岛 266071;2.青岛市中医医院,青岛大学附属青岛市海慈医院 ,山东 青岛 266033)

摘要:目的 探讨东垣清暑益气汤治疗脾虚痰湿型老年衰弱综合征临床效果及安全性。方法 青岛大学附属青岛市海慈医院干部保健科(老年医学科)住院及门诊2022年1月—2024年11月收治的120例脾虚痰湿型老年衰弱综合征患者,以随机数字表法平均分成两组,对照组60例进行基础治疗、康复锻炼与营养干预、健康宣教、口服整蛋白型肠内营养剂治疗,治疗组60例在对照组治疗基础上联合东垣清暑益气汤治疗,两组疗程均为8周。比较两组患者临床数据:临床疗效、不良反应、中医证候总积分以及Fried衰弱综合征量表评分、握力、步速、"起立-行走"计时测试(Timed up and go test,TUG)与重复坐站测试(Five times sit to stand,FTSS)、体质量指数(Body mass index,BMI)以及炎症负荷指数(Inflammatory burden index,IBI)变化、$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$等免疫指标变化、简易精神状态评分(Mini mental state examination,MMSE)、匹兹堡睡眠指数(Pittsburgh sleep quality index,PSQI)与日常生活能力(Activity of daily living,ADL)评分、微型营养评估(Mini-nutritional assessment,MNA)量表评分。结果 治疗组有效率比对照组更高($P<0.05$);两组均未见严重不良反应;治疗组患者治疗后中医证候总积分、Fried衰弱综合征量表评分、握力及步速、TUG、FTSS、BMI、IBI、$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$、MMSE及PSQI、ADL、MNA评分等指标均优于对照组($P<0.05$)。结论 东垣清暑益气汤治疗脾虚痰湿型老年衰弱综合征临床效果良好,安全可靠。

关键词:老年衰弱综合征;脾虚痰湿证;东垣清暑益气汤;临床疗效;免疫功能;不良反应
中图分类号:R259.92 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)08-0250-04

Clinical Effect and Safety Observation of Dongyuan Qingshu Yiqi Decoction(东垣清暑益气汤) in Treating Senile Asthenia Syndrome of Spleen Deficiency and Phlegm-Dampness Type

HAN Jinhuan[1], HUANG Jingwen[2], ZHAO Yingying[2], WEI Lingbo[2]
(1. Qingdao Medical College, Qingdao University, Qingdao 266071, Shandong, China;
2. Qingdao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qingdao Haiji Hospital, Qingdao University, Qingdao 266033, Shandong, China)

Abstract: *Objective* To investigate the clinical effect and safety of Dongyuan Qingshu Yiqi Decoction(东垣清暑益气汤) in treating senile asthenia syndrome of spleen deficiency and phlegm-dampness type. *Methods* A total of 120 patients with senile asthenic syndrome of spleen deficiency and phlegm-dampness type admitted to the Department of Geriatrics of Qingdao Haici Hospital Affiliated to Qingdao University from January 2022 to November 2024 were divided into two groups by random number table method. The control group(60 cases) received treatment of basic diseases, rehabilitation exercise and nutrition intervention, health education and oral enteral nutrition of whole protein type. The treatment group(60 cases) was combined with Dongyuan Qingshu Yiqi Decoction on the basis of the treatment of the control group. The course of treatment of both groups was 8 weeks. The clinical data of the two groups was compared, including the clinical efficacy, adverse reactions, total scores of TCM symptoms, grip strength, walking speed, Timed Up and Go Test(TUG), five times sit to stand(FTSS), body mass index(BMI) and inflammatory burden index(IBI), immune markers such as CD4+, CD8+, CD4+/CD8+, mini mental state examination(MMSE), Pittsburgh sleep quality index(PSQI), activity of daily living(ADL) score and mini-nutritional assessment(MNA) score. *Results* The effective rate of the observation group was higher than that of the control group($P<0.05$). No serious adverse reactions were observed in both groups. After treatment, the total scores of TCM syndromes, Fried asthenic syndrome scale scores, grip strength and walking speed, the results of TUG, FTSS, BMI, IBI, CD4+, CD8+, CD4+/CD8+, MMSE, PSQI, ADL and MNA in the observation group were all better than those in the control group($P<0.05$). *Conclusion* The clinical effect of Dongyuan Qingshu Yiqi Decoction on senile asthenia syndrome of spleen deficiency and phlegm-dampness is good, safe and reliable.

Keywords: senile asthenic syndrome; spleen deficiency and phlegm-dampness syndrome; Dongyuan Qingshu Yiqi Decoction(东垣清暑益气汤); clinical effect; immune function; adverse reaction

基金项目:山东省中医药科技项目(2020Q076)
作者简介:韩金洹(1999-),女,山东淄博人,硕士在读,研究方向:老年医学。
通讯作者:魏陵博(1971-),男,山东德州人,主任医师,博士,研究方向:老年医学。E-mail:83776028@126.com。

老年衰弱综合征是临床常见病，是指患者多种生理功能衰退，致使抵御能力降低[1-2]。数据指出，老年衰弱综合征发病率日益上升，引起临床重视。临床发现，老年衰弱综合征发生因素较多，如激素水平与机体免疫功能、心理与认知功能、营养状况等[3-4]。老年衰弱综合征对患者身心健康造成影响，若不积极治疗，可能导致严重后果[5-6]。临床治疗老年衰弱综合征多采取常规治疗，临床并无统一治疗标准，多采取健康教育、对症治疗、营养支持、康复训练等方法[7-8]。临床经验发现，中医药治疗老年衰弱综合征效果良好，可发挥较为积极的作用[9]。中医认为，老年人群脾胃虚弱，水谷精微运化无力，气血生化乏源，四肢肌肉失于濡养，导致其活动能力下降，容易出现疲劳等衰弱之症，该病病机为阴阳失调、肺腑虚弱、多脏受损等[10]。主要治疗原则是补益肾经、调理脾胃，使其衰弱状态有效改善。故临床以东垣清暑益气汤进行治疗，疗效较好，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

青岛大学附属青岛市海慈医院干部保健科（老年医学科）住院及门诊2022年1月—2024年11月收治的120例脾虚痰湿型老年衰弱综合征患者，以随机数字表法平均分成两组。对照组60例，男女比例为30∶30，年龄65～90岁，平均（77.62±5.92）岁，病程1～3年，平均（1.34±0.26）年。治疗组60例，男女比例为31∶29，年龄66～89岁，平均（77.68±5.90）岁，病程1～3年，平均（1.28±0.29）年。比较两组的资料，均衡可比（$P>0.05$）。

1.2 诊断标准

西医诊断老年衰弱综合征以Fried衰弱综合征量表为准[11]：量表的分值范围为0～5分，分值为0分表示患者未见衰弱之症，1～2分则视为衰弱前期，3分及以上患者可确诊为衰弱病。中医参考《中医内科临床诊疗指南》中脾虚痰湿证老年衰弱综合征疾病[12]：精神疲惫、肢体乏力、胸脘痞闷、纳呆、嗜睡、头重如裹、便溏、舌淡、苔腻、脉滑。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准：确诊老年衰弱综合征，中医辨证入组患者均属于脾虚痰湿型；年龄范围为65～90岁；自愿参与本次研究，可配合完成治疗与研究，签署知情同意书；未接受其他中药治疗和参与其他研究；研究经伦理批准。排除标准：合并肿瘤疾病与病危患者；老年痴呆患者；残疾及心理疾病患者；采取激素进行治疗的患者等。

1.4 治疗方法

对照组：本组60例患者均实施常规临床治疗，指导患者进行康复训练，同时给予患者营养支持，对其进行健康宣教，使其了解老年衰弱综合征相关知识。口服整蛋白型肠内营养剂（商品名：能全素，德国Milupa GmbH生产），2次/d，每次50 g，以温开水200 mL溶开，上午10时和下午4时各服1次。治疗8周。治疗组患者在对照组治疗基础上联合东垣清暑益气汤治疗。东垣清暑益气汤：黄芪15 g，苍术15 g，升麻15 g，人参12 g，泽泻12 g，炒神曲12 g，陈皮12 g，白术12 g，麦冬9 g，当归9 g，炙甘草9 g，青皮6 g，黄柏6 g，葛根6 g，五味子6 g，水煎取汁400 mL，1剂/d，早晚各温服200 mL（由青岛大学附属青岛市海慈医院药剂科统一制备），治疗8周。

1.5 观察指标

1.5.1 疗效[13] 经治疗后，中医证候积分减少≥95%视为临床痊愈；70%≤中医证候积分减少＜95%为显效；30%≤中医证候积分减少＜70%为有效；中医证候积分减少＜30%为无效。总有效率＝临床痊愈率＋显效率＋有效率。

1.5.2 不良反应情况 观察各组患者的用药不良反应。

1.5.3 中医证候总积分与Fried衰弱综合征量表分值 中医证候总积分评估标准[14]：评估患者精神疲惫、肢体乏力、胸脘痞闷、纳呆等证候，各项积分0～3分，总分越高表示证候越严重。Fried衰弱综合征量表评分标准[11]：0～5分，包括身体活动量低下、肌力减退、体质量下降、步速缓慢、疲乏感等项目，各项1分，分值≥3分则表示存在衰弱，越高越差。

1.5.4 握力及步速、计时测试（Timed up and go test，TUG）、重复坐站测试（Five times sit to stand，FTSS） 比较各组的握力与步速、FTSS与TUG。握力情况：采用电子握力器进行测定，指标越大表示越佳。步速情况：在地面固定4 m长条线，患者根据平常走路速度走过此段距离，记录患者的行走时间，两次测定取平均值，时间越短表示指标越佳。TUG：患者先坐在有靠背椅子上，后从靠椅上站起，向前走3 m，后转身返回，重新坐回靠椅，记录患者所需时间，两次测定取平均值，时间越短越佳。FTSS：患者坐在座椅上，重复站立与坐下动作5次，记录所需时间，越短越佳。

1.5.5 体质量指数（Body mass index，BMI）、炎症负荷指数（Inflammatory burden index，IBI）指标 比较各组患者的BMI与IBI变化。BMI＝体质量（kg）÷身高^2（m）。IBI＝C反应蛋白（C－reactive protein，CRP）×中性粒细胞/淋巴细胞。患者的IBI指数越低，表示生存时间越长。

1.5.6 免疫功能 对比各组$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$等指标。采取流式细胞仪由医院检验科进行指标测定。

1.5.7 简易精神状态评分（Mini mental state examination，MMSE）及匹兹堡睡眠指数（Pittsburgh sleep quality index，PSQI）、日常生活能力（Activity of daily living，ADL）、微型营养评估（Mini－nutritional assessment，MNA）评分[12-15] MMSE评分标准：量表评分范围为0～30分，分值越高表示患者的精神状态越佳。ADL评分标准：分值范围为0～100分，越高表示患者日常生活能力越强。PSQI：量表评分范围为0～21分，若分值越高，表示患者的睡眠质量越差。MNA：分为患者存在营养不良（分值＜17分）、患者存在营养不良风险（分值在17～23.5分）及患者的营养状况良好（分值在24分及以上）。

1.6 统计学处理

将治疗组与对照组患者数据纳入SPSS 26.0软件分析及处理，各组患者的疗效、不良反应等计数资料均采取χ^2检验，中医证候总积分以及Fried衰弱综合征量表评分、握力、步速、TUG、FTSS、BMI、IBI、$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$、MMSE以及PSQI评分、ADL以及MNA评分等计量资料实施t检验，$P<0.05$差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较

对照组总有效率为85.00%，比治疗组总有效率（96.67%）更低，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表1。

2.2 不良反应比较

对照组出现1例恶心，治疗组未见不良反应。两组未见严重不良反应，症状可自行缓解。

表1 两组老年衰弱综合征患者疗效对比 单位:例(%)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	60	29	12	10	9	51(85.00)
治疗组	60	44	8	6	2	58(96.67)*

注:*较对照组比较,$P<0.05$。

2.3 中医证候总积分、Fried衰弱综合征量表评分

对比各组治疗前中医证候总积分、Fried衰弱综合征量表评分,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后各组分值均改善,治疗组评分改善优于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.4 握力及步速、TUG、FTSS比较

对比治疗前两组患者的握力、步速、TUG、FTSS,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后,两组患者各项指标均明显改善,治疗组治疗后各组指标改善程度均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表2 两组老年衰弱综合征患者中医证候总积分以及Fried衰弱综合征量表分值对比($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	中医证候总积分		Fried衰弱综合征量表评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	14.62±1.52	5.23±0.76*	4.10±0.25	3.34±0.43*
治疗组	60	14.58±1.58	1.92±0.95*#	4.08±0.23	3.09±0.38*#

注:*与治疗前数据比较,$P<0.05$;#与对照组患者治疗后数据比较,$P<0.05$。

表3 两组老年衰弱综合征患者握力及步速、TUG、FTSS指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	握力/(kg)		FTSS/(s)		TUG/(s)		步速/(s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	15.23±0.45	16.62±0.45*	19.03±0.45	18.58±0.34*	17.54±0.10	17.02±0.12*	7.24±0.34	7.01±0.22*
治疗组	60	15.19±0.39	17.10±0.34*#	19.00±0.39	17.55±0.25*#	17.49±0.09	16.47±0.10*#	7.19±0.29	6.25±0.19*#

注:*较治疗前,$P<0.05$;#较对照组治疗后,$P<0.05$。

2.5 BMI以及IBI指标比较

对比治疗前两组患者BMI以及IBI指标,差异无统计学意义($P>0.05$),经治疗后,各组患者的指标均改善,治疗组比对照组指标更佳,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

表4 两组老年衰弱综合征患者BMI、IBI指标($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	BMI/(kg/mg^2)		IBI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	18.89±0.23	19.23±0.19*	12.85±0.26	8.65±0.52*
治疗组	60	18.93±0.19	19.94±0.20*#	12.90±0.30	6.92±0.49*#

注:*与治疗前数据比较,$P<0.05$;#与对照组患者治疗后数据比较,$P<0.05$。

2.6 $CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$比较

两组患者治疗前$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$指标相比,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后各组患者的免疫指标均改善,治疗组免疫指标比对照组更佳,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

2.7 MMSE及PSQI、ADL、MNA评分

比较两组患者治疗前的MMSE及PSQI、ADL及MNA评分,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后各组患者量表分值均改善,治疗组各项分值均比对照组改善更佳,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表6。

3 讨论

中医将老年衰弱综合征纳入“虚劳”“虚损”等范畴[16-18]。脾虚痰湿证老年衰弱综合征是临床常见中医证型,该病患者因年迈体弱,脏腑功能衰退[19-21]。而脾主运化,运化水液,可将水饮化为津液,脾虚则无力运化,导致脾虚痰湿,引发老年衰弱综合征,故而发病。可采取健脾化湿等法治疗[22-23]。针对该病患者,东垣清暑益气汤取得较好的效果。

东垣清暑益气汤来源于《脾胃论》,笔者分析:其中黄芪、炙甘草、升麻、苍术为君药,补中气升阳补土,生脉饮益气阴生金,为臣药,泽泻、白术、青陈皮、神曲可以泻土中邪气,为佐助药,黄柏泻阴火、当归入血分,葛根升阳气,俱为引经报使药[24-26]。诸药配伍具有健脾燥湿、益气养阴的功效。本次数据显示,治疗组有效率比对照组高,提示脾虚痰湿型老年衰弱综合征患者应用东垣清暑益气汤治疗效果良好。在治疗过程中,两组患者治疗不良反应较少,症状轻微,且不良反应可自行缓解,可见东垣清暑益气汤治疗脾虚痰湿型老年衰弱综合征安全性较高。治疗后,治疗组患者的中医证候总积分以及Fried衰弱综合征量表评分、MMSE与PSQI、ADL评分各项均优于对照组患者,提示脾虚痰湿型老年衰弱综合征患者采取东垣清暑

表5 两组老年衰弱综合征患者$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	$CD4^+$		$CD8^+$		$CD4^+/CD8^+$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	29.33±2.52	36.54±3.02*	29.85±2.03	27.34±1.52*	0.91±0.15	1.03±0.10*
治疗组	60	29.29±2.57	44.12±2.83*#	29.90±2.00	23.95±1.34*#	0.91±0.13	1.22±0.09*#

注:*与治疗前数据比较,$P<0.05$;#与对照组患者治疗后数据比较,$P<0.05$。

表6 两组老年衰弱综合征患者MMSE及PSQI、ADL、MNA评分比较($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	MMSE		PSQI		ADL		MNA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	18.52±2.10	21.52±1.85*	14.92±1.23	8.34±1.00*	58.23±2.65	66.23±2.00*	20.54±1.52	23.54±1.52*
治疗组	60	18.48±2.09	23.94±1.10*#	15.00±1.19	5.23±0.85*#	58.19±2.59	76.52±1.85*#	20.49±1.49	24.95±1.45*#

注:*与治疗前数据比较,$P<0.05$;#与对照组患者治疗后数据比较,$P<0.05$。

益气汤可较好改善病症以及精神状态，利于患者功能恢复，还可改善患者睡眠质量与提升患者日常生活能力。老年衰弱综合征患者营养状况较差，其脾胃虚弱[27]，饮食受到影响，而东垣清暑益气汤具有较好健脾益胃及改善胃肠功能作用，故而可改善患者营养情况，本试验结果治疗组疗后MNA评分、BMI指标均优于对照组，治疗组患者握力及步速、TUG、FTSS等指标优于对照组，提示东垣清暑益气汤可改善脾虚痰湿型老年衰弱综合征患者躯体活动能力。IBI指标越高表示患者存活时间越短，而本次治疗后各组指标均下降，治疗组低于对照组，提示东垣清暑益气汤能够减轻非特异性炎症反应。老年衰弱综合征患者免疫功能较差，$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$指标均为常用评估患者免疫功能指标，治疗组治疗后各项指标改善优于对照组，提示本治疗方案可提升患者免疫力。现代药理指出，黄芪可抗疲劳与增强机体免疫力，还可抗氧化及抗炎；麦冬具有抗疲劳以及清除自由基、提升患者细胞免疫功能作用；白术可抗炎抑菌，调节免疫功能；苍术可抗炎；升麻可镇痛、抗菌、抗病毒及抗感染；当归调节血液循环，改善微循环，增强机体免疫力；黄柏可抗病原微生物、抗炎、护肝；葛根可抗感染及解热；炙甘草可抗炎解热，增强免疫力；五味子可抗疲劳、抗氧化、调节免疫功能。诸药合用，可一定程度调节老年衰弱综合征患者免疫功能，抗疲劳及抗炎、抑菌，安神镇静、止痛抗氧化[28-29]。本次研究取得较好结果，但也存在不足，研究合计纳入120例脾虚痰湿型老年衰弱综合征患者，纳入病例数较少，可扩大临床数据进行研究。

综上所述，脾虚痰湿型老年衰弱综合征患者采取东垣清暑益气汤治疗取得良好临床疗效，且治疗安全性高，值得推广及探讨。

参考文献

[1] 赵佳峪，郑珺，杨琳，等. 基于中西医临床病证特点的老年衰弱综合征动物模型分析[J]. 中药药理与临床，2024，40(4)：110-114.
[2] 寇夕，刘永宏，董玮，等. 住院老年病人衰弱综合征与胰岛素样生长因子-1的相关性研究[J]. 实用老年医学，2024，38(5)：474-477.
[3] 张春龙，张红霞，商娜，等. T12水平竖脊肌横截面积与老年急性冠脉综合征住院患者衰弱的相关性分析[J]. 中国急救医学，2024，44(5)：429-435.
[4] 李净兵，王会军，王少颖，等. 己酮可可碱联合硫辛酸对老年衰弱综合征病人躯体功能及生活质量的影响[J]. 实用老年医学，2024(8)：812-815.
[5] 孔娴波，应洁琼，金丹露，等. 血清同型半胱氨酸水平与老年衰弱综合征患者认知功能的相关性分析[J]. 中国医师进修杂志，2024，47(8)：685-688.
[6] 刘慧珍，郭树彬，商娜，等. 衰弱、血清C-末端聚集蛋白与老年急性冠脉综合征患者预后的相关性研究[J]. 中华老年医学杂志，2024，43(2)：192-197.
[7] KULKARNI A S，GUBBI S，BARZILAI N. Benefits of metformin in attenuating the hallmarks of aging[J]. Cell Metab，2020，32(1)：15-30.
[8] PARTRIDGE L，FUENTEALBA M，KENNEDY B K. The quest to slow ageing through drug discovery[J]. Nat Rev Drug Discov，2020，19(8)：513-532.
[9] 曹玉，史晓，沈雁，等. 杞鹿健肾颗粒治疗老年衰弱综合征肾气虚证的临床疗效[J]. 中国老年学杂志，2022，42(17)：4218-4222.
[10] 鲍晓敏，史晓，沈雁，等. 基于"肾虚致衰"理论的"杞鹿健肾颗粒"对老年衰弱综合征肾气虚证的二阶段交叉对照研究[J]. 现代中西医结合杂志，2023，32(17)：2388-2392.
[11] HOPMAN P，DE BRUIN S R，FORJAZ M J，et al. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty：a systematic literature review[J]. Health Policy，2016，120(7)：818-832.
[12] 中华中医药学会. 中医内科临床诊疗指南[S]. 北京：中国中医药出版社，2020：59-70.
[13] 胡经文，王小芹，李铤，等. 老年ACS患者合并衰弱综合征的危险因素及预后分析[J]. 西安交通大学学报(医学版)，2022，43(3)：413-418.
[14] 施玥，赵俊男，曾文颖，等. 徐凤芹教授基于五脏虚损理论治疗老年衰弱综合征经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2023，21(7)：1331-1335.
[15] 程雪桦，钱程，吴弢，等. 基于网络药理学和分子对接研究地黄饮子治疗老年衰弱综合征的活性成分及分子靶点[J]. 老年医学与保健，2022，28(3)：505-512.
[16] 赵永军，王伟，白涛，等. 老年衰弱综合征的运动干预策略[J]. 中国组织工程研究，2023，27(26)：4246-4253.
[17] 孟一，李金辉，李方玲. 健脾益气活血方治疗老年衰弱综合征合并脑卒中后睡眠障碍的临床疗效[J]. 中西医结合心脑血管病杂志，2022，20(12)：2160-2164.
[18] 金陵，何忠健，吉婷，等. "健脾益肾方"联合阿法骨化醇治疗老年衰弱综合征脾肾两虚证50例临床研究[J]. 江苏中医药，2022，54(9)：36-39.
[19] 程雪桦，金铸成，韩力. 蔡淦治疗老年衰弱综合征经验[J]. 北京中医药，2022，41(1)：19-21.
[20] 张渝婧，仉培臻，奉飘，等. 脾肾阳虚型慢性疲劳综合征的中医治疗研究进展[J]. 长春中医药大学学报，2024，40(10)：1156-1161.
[21] 姜凤依，史晓，季思勤，等. 补肾健脾通络方治疗老年衰弱综合征临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊，2024，42(2)：228-231.
[22] 姜凤依，史晓，施丹，等. 先后天论结合中医辨证治疗老年衰弱症的价值研究[J]. 中华中医药学刊，2021，39(9)：58-61.
[23] 赵亚菲，高桂艳，张艳菊，等. 中医养生照护对老年增龄进程中衰弱趋势和营养不良性骨质疏松的影响[J]. 现代中西医结合杂志，2024，33(19)：2765-2770.
[24] 黄建慧，丘富程，郭丽华，等. 探讨医护技协同下中医院诊疗重症医学病房获得性衰弱特色之路[J]. 中国中医急症，2023，32(3)：524-527，544.
[25] 赵如琴，刘胜凤，薄祥敏，等. 益肾健脾活血方穴位敷贴联合健身气功五禽戏改善透析患者衰弱的应用研究[J]. 中国实用护理杂志，2024，40(2)：81-89.
[26] 林崙镌，葛继荣. 从肝脾肾探讨原发性骨质疏松症与老年衰弱综合征[J]. 中国骨质疏松杂志，2023，29(5)：671-675.
[27] 梁元卿，郑玉婷，王程程，等. 基于治痿独取阳明理论的手指点穴对危重患儿ICU获得性衰弱的干预研究[J]. 中国实用护理杂志，2023，39(25)：1935-1941.
[28] 蒋文，罗真春. 针灸联合补中益气汤治疗肠内营养不耐受并发ICU获得性衰弱临床观察[J]. 中华中医药学刊，2023，41(6)：195-200.
[29] 程雪桦，周雯，何菡，等. 地黄饮子治疗肾精亏虚型老年衰弱综合征的临床研究[J]. 老年医学与保健，2023，29(6)：1302-1307.