· 临床研究 ·

红景天益气汤对气虚体质慢性疲劳综合征患者的临床疗效观察

王昊辰[1], 刘洋[2*]
(1. 北京中医药大学东直门医院, 北京 100700; 2. 北京中医药大学东方医院, 北京 100078)

摘要 目的: 观察红景天益气汤对气虚体质慢性疲劳综合征患者的临床疗效。方法: 选取 2022 年 1 月—2023 年 1 月就诊于北京东方医院亚健康科门诊的气虚质慢性疲劳综合征患者 60 例, 按随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组 30 例。治疗组采用自拟方红景天益气汤治疗, 对照组给予 B 族维生素 0.2 g、维生素 C 0.1 g、维生素 E 0.1 g 口服治疗, 两组均给予气虚体质常规调理方案, 疗程 12 周。疗效评价采用血清自由基指标、气虚体质量表评分、躯体和心理健康量表(SPHERE 量表)。结果: 治疗后, 治疗组的临床有效率为 89.66%(26/29), 对照组的有效率为 79.31%(23/29), 两组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后治疗组过氧化氢酶(CAT)、谷胱甘肽过氧化酶(GSH-Px)、超氧化物歧化酶(SOD)的含量高于对照组($P<0.05$), 过氧化脂质(LPO)、丙二醛(MDA)的含量低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$)。治疗组的气虚体质量表得分、SPHERE 量表得分改善明显, 与对照组比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$)。治疗后, 两组患者均未出现相关不良反应。结论: 红景天益气汤治疗气虚体质慢性疲劳综合征患者的临床疗效优于维生素口服治疗, 可明显改善患者气虚体质, 提高机体抗氧化能力, 纠正自由基代谢紊乱, 降低 SPHERE 量表积分, 从而改善躯体和心理疲劳状态。

关键词 慢性疲劳综合征; 气虚体质; 临床疗效
中图分类号: R255.5 **文献标识码**: A **文章编号**: 1002-2392(2025)11-0055-05
DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.250231

慢性疲劳综合征(Chronic Fatigue Syndrome, CFS)是一组以慢性疲劳持续或反复发作为主要表现的证候群, 发作时间不少于 6 个月, 常伴有活动中能力明显下降、短时间内记忆力明显减退、全身肌肉和关节酸痛、睡眠障碍(入睡困难、失眠多梦)、难以集中注意力等症状[1]。在我国 CFS 的患病率高达 12.54%[2], 这种长期疲劳状态对患者影响较大。西医治疗本病多是对症处理以改善症状, 采用免疫调节剂、镇静催眠药物、止痛药、营养和膳食补充剂等[3], 或采用行为认知疗法、分级运动疗法等[4]。目前尚无针对慢性疲劳综合征的特效疗法或药物。因此, 提供一种疗效明确且安全的中医药治疗方案有着重要的意义。

根据中医体质学的“体病相关”理论, 不同体质对某些疾病具有一定的易患性, 患有相同疾病的患者在体质方面有许多的相似之处。研究[5]发现, 慢性疲劳综合征患者的体质种类主要有四种: 气虚型、阳虚型、气郁型、阴虚型, 其中气虚型占全部体质的 28%, 是 CFS 的常见偏颇体质。本研究针对慢性疲劳综合征的体质学特点, 并结合前期临床经验, 采用经验方剂红景天益气汤治疗 60 例慢性疲劳综合征患者, 观察其对自由基代谢相关指标、临床症状改善、气虚体质评分及躯体和心理健康量表的影响, 客观评估红景天益气汤的有效性和安全性及对体质的改善作用, 为揭示红景天益气汤的作用机制提供科学依据, 从而为慢性疲劳综合征气虚质人群提供一种安全且疗效明显的治疗方案。

收稿日期: 2025-06-13 **修回日期**: 2025-10-07
基金项目: 国家重点研发计划“中医药现代化”专项(2024YFC3506301); 北京中医药大学中青年教师项目(2016-JYB-JSMS-052)
作者简介: 王昊辰(2000-), 男, 硕士研究生, 从事中医药防治消化系统疾病研究。
*通信作者: 刘洋(1977-), 女, 博士, 副主任医师, 主要从事治未病、亚健康、体质调整研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月—2023 年 1 月就诊于北京中医药大学东方医院亚健康科门诊的气虚质慢性疲劳综合征患者 60 例。采用随机数字表法分为治疗组和对照组，每组 30 例。治疗组 1 例患者因仅按医嘱用药 3 周，不愿继续坚持治疗而退出，对照组 1 例患者因特殊原因无法正常就诊而退出，两组实际完成各 29 例。对照组和治疗组在性别、年龄、病程方面差异无统计学意义（$P>0.05$），见表 1。本研究经北京中医药大学东方医院伦理委员会审核批准（JDF－RB－2016031601）。

表 1 两组气虚质慢性疲劳综合征患者一般资料比较

组别	例数	性别		年龄（$\bar{x}\pm s$）/岁	病程/年
		男	女		
治疗组	29	13	16	35.3±10.6	0.6～3.5
对照组	29	12	17	35.6±10.2	0.6～3.6

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合 1994 年 11 月美国疾病控制中心修订的慢性疲劳综合征诊断标准[6]。主症：持续或反复的慢性疲劳。伴随症状：记忆力或注意力严重降低；淋巴结肿大，按压痛；咽喉疼痛；多关节疼痛且无红肿；肌肉酸痛；与以往形式或严重程度不同的头痛；运动后出现长于 24 h 的疲劳；睡眠障碍。具有主症，并伴有上述伴随症状 4 项或 4 项以上，时间持续 6 个月或以上，即可诊断为 CFS。

1.2.2 中医诊断标准

符合气虚体质诊断标准，参考《中医体质分类与判定》[7]气虚体质诊断标准。气虚体质原始分＝各个条目分值相加，代入公式计算转化分，若气虚体质转化分≥40 分，则判定为气虚体质。

1.3 纳入标准

①符合西医 CFS 诊断标准；②符合中医气虚体质的诊断标准；③年龄 22～55 岁；④思维清楚，逻辑清晰，无沟通障碍，可理解问卷内容并自行填写；⑤自愿参加本研究并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

①妊娠或哺乳期妇女；②近 1 个月自行服用补气相关中药、中成药或代茶饮；③存在其他重大疾病，如严重肝肾功能损伤、严重贫血、糖尿病、肿瘤、心脑血管病等疾病以及精神疾病等。

1.5 脱落和剔除标准

①未能完成整个治疗疗程；②临床研究记录资料不全；③出现严重不良反应，无法继续参与研究。

1.6 治疗方法

气虚体质日常生活指导，具体如下，①饮食调理：气虚体质患者在日常饮食选择上应尽量挑选平补的食物，如山药、薏米、红豆、莲子等健脾益气养胃之品。尤其以年轻人为主的群体应避免食用破气耗气伤气的食物，如槟榔，也要避免食用过于寒凉、辛辣、油腻的食物。老年患者应避免服用过量的补品，以免虚不受补、上火。②运动调理：运动可以强身健体、提高免疫力。应选择刚柔并济的运动，如太极拳、八段锦、广播操等，不应进行过于剧烈的运动，以免耗气。③起居调理：气虚体质人群对寒冷更敏感，御寒能力较弱，应随时关注天气温度的变化，合理增减衣物，睡卧应顺应四时、规律作息。日常生活应劳逸结合，不宜过于劳作，也不宜过于清闲。④情志调摄：气虚体质者过度思虑后更易疲劳，故应清净养神，立志养德，少思虑，培养开朗乐观的生活态度。善于开导自己，保持情绪平稳。嘱患者每周 1 次门诊定期随访，健康宣教饮食、运动、生活起居等生活方式指导，根据反馈结果评估，调整体质养生方案[8]。

治疗组在日常生活指导的基础上给予红景天益气汤，组方：红景天 30 g，灵芝 10 g，党参 10 g，茯苓 20 g，白术 10 g，远志 10 g，陈皮 10 g，炙甘草 6 g，升麻 3 g，中药饮片由北京中医药大学东方医院统一采购，并按标准流程代煎，制成 200 mL 水煎液，独立包装密封，口服，早餐和晚餐后间隔 30 min 服用，每次 1 袋，持续时间为 12 周。

对照组在日常生活的基础上给予维生素口服治疗，包括维生素 C 0.1 g（山东新华制药股份有限公司，国药准字 H37020378）、维生素 E 0.1 g（天津市中央药业有限公司，国药准字 H12020262）、B 族维生素 0.2 g（天津力生制药有限公司，国药准字 H12020233），每日 3 次。持续时间为 12 周。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 临床疗效

参照《中医诊治慢性疲劳综合征的疗效标准探讨》[9]制定疗效评定标准，评定受试者干预 12 周前后主要症状及兼症改善情况。痊愈：症状积分减少≥95%；显效：症状积分减少≥70%；有效：69%≥症状积分减少≥30%；无效：29%≥症状积分减少；总有效率＝（痊愈例数＋显效例数＋有效例数）/总例数×100%。

1.7.2 自由基代谢水平

本研究测定治疗 12 周前后超氧化物歧化酶（SOD，采用黄嘌呤氧化酶法测定）、过氧化氢酶（CAT，采用酶联免疫法测定）、谷胱甘肽过氧化酶（GSH－Px，采用比色法测定）、丙二醛（MDA，采用硫代巴比妥

酸比色法测定)、过氧化脂质(LPO,采用直接过氧化脂质法测定)的含量,作为评价自由基代谢水平的指标。所有受试者在治疗 12 周后,统一于北京中医药大学东方医院亚健康科门诊抽取静脉血,由北京中医药大学东方医院检验科统一完成检验。

1.7.3 气虚体质评分

按照《中医体质分类判定标准》[7] 对受试者干预 12 周前后气虚体质评分进行量化评价。气虚体质判定的具体方法共 8 个条目,分别计算原始分及转化分,分数越高表明气虚体质倾向性越明显。

1.7.4 躯体和心理健康报告表

采用躯体和心理健康报告表(SPHERE 量表)对受试者治疗 12 周前后疲劳潜在症状及其对身体和心理的影响进行评价,总分越高,表示疲劳的程度越高。

1.7.5 安全性指标

观察干预 12 周前后受试者血、尿、便常规、肝肾功能以及用药期间的不良反应。

1.8 统计学分析

应用 SPSS20.0 统计软件包分析数据。所有计量资料均符合正态分布,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,两组之间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,$P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

治疗组的总有效率为 89.66%(26/29),高于对照组的 79.31%(23/29),两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组的治愈比例高于对照组,见表 2。

表 2 两组气虚质慢性疲劳综合征患者临床疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	29	8	10	8	3	89.66$^{\triangle}$
对照组	29	3	8	12	6	79.31

注:与对照组比较,$^{\triangle}P < 0.05$。

2.2 治疗前后气虚体质转化分比较

治疗后,两组患者气虚体质评分与治疗前比较均明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$),且治疗后治疗组气虚体质评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组气虚质慢性疲劳综合征患者治疗前后气虚体质转化分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	29	52.92 ± 3.36	20.90 ± 6.12$^{**\triangle}$
对照组	29	52.39 ± 3.82	33.65 ± 6.89**

注:与本组治疗前比较,$^{**}P < 0.01$;与对照组治疗后比较,$^{\triangle}P < 0.05$。

2.3 治疗前后躯体和心理健康报告表评分比较

治疗后,两组患者的 SPHERE 量表评分均明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$)。组间比较显示,治疗组评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 4。

表 4 两组气虚质慢性疲劳综合征患者治疗前后 SPHERE 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	29	19.36 ± 3.82	6.15 ± 2.93$^{**\triangle\triangle}$
对照组	29	19.55 ± 3.69	10.62 ± 3.29**

注:与本组治疗前比较,$^{**}P < 0.01$;与对照组治疗后比较,$^{\triangle\triangle}P < 0.01$。

2.4 治疗前后自由基代谢指标比较

治疗组治疗后 SOD、GSH - Px、CAT 水平均提高,MDA、LPO 的含量均下降,与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.01$);对照组上述指标与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。组间比较,治疗组指标改善情况好于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$,$P < 0.01$),见表 5。

表 5 两组气虚质慢性疲劳综合征患者治疗前后自由基代谢指标含量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	SOD/(U/mL)	LPO/(nmol/mL)	GSH - Px/(U/mL)	MDA/(nmol/mL)	CAT/(U/mL)
治疗组	29	治疗前	81.56 ± 16.33	6.33 ± 1.27	793.68 ± 25.23	4.16 ± 1.02	43.82 ± 12.69
		治疗后	97.53 ± 15.82$^{**\triangle}$	5.32 ± 1.50$^{**\triangle}$	861.96 ± 24.39$^{**\triangle}$	3.19 ± 0.56$^{**\triangle}$	59.40 ± 17.15$^{**\triangle\triangle}$
对照组	29	治疗前	81.79 ± 16.02	6.25 ± 1.33	792.85 ± 25.15	4.15 ± 1.03	43.63 ± 12.55
		治疗后	90.33 ± 15.53**	5.63 ± 1.88**	842.58 ± 23.67**	3.52 ± 1.52**	51.53 ± 13.96**

注:与本组治疗前比较,$^{**}P < 0.01$;与对照组治疗后比较,$^{\triangle}P < 0.05$,$^{\triangle\triangle}P < 0.01$。

2.5 安全性指标

治疗组与对照组患者均在治疗前后进行常规生化检查,所有患者各项指标均未见异常。

3 讨论

CFS 已成为现代社会中不容忽视的重要健康问题。流行病学调查显示,我国约 1/3 人口处于亚健康状态,在北京、上海、广州等十大城市中,CFS 发病率高达 10% ~20%,且以职业人群为主,呈现逐年上升趋势。受熬夜等因素影响,年轻人群的 CFS 患病率亦显著增加。由于 CFS 患者多处于亚健康状态,常因症状隐匿而未能充分重视或及时就医,致使病情迁延加重,甚至诱发其他疾病。因此,CFS 已成为国内外医学界

高度关注的研究热点。CFS 的临床表现涵盖躯体与心理两方面，躯体疲劳以乏力、嗜睡、精力不足等为主；心理疲劳则表现为记忆力减退、注意力涣散、反应迟钝及睡眠障碍等。目前西医主要以对症治疗为主，尚无针对慢性疲劳综合征的特效疗法或药物。近年来，许多研究表明中医治疗如传统汤剂、针灸推拿、外治法等手段均对 CFS 起到改善的作用[10]。

我国古代医学书籍中并无 CFS 的明确记载，根据 CFS 的主要临床症状，中医学多将其归属于“虚劳”“郁证”等范畴。“疲劳”二字记记载于张仲景的《金匮要略》：“夫尊荣人骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之。”在《素问 · 宣明五气篇》也出现了对相关症状的描述，并整理为“五劳”，即“久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋。”中医体质学说认为，体质差异是决定疾病易感性和转归的关键内在因素，为疾病防治提供了理论基础和独特视角[11]。气虚体质以元气亏虚、脏腑功能衰退为核心特征[12]。气为生命活动的原动力，气虚则机体动力匮乏，故患者常表现为神疲乏力、不耐劳累、精神不振、气短懒言、语音低弱、自汗及易感外邪等，舌象多见淡嫩、苔薄白或有齿痕，脉象多虚弱无力[13]。现代研究证实，气虚体质与多种亚健康状态密切相关，如免疫功能低下、代谢减缓、抗疲劳能力下降及自由基代谢紊乱等[14]，这提示气虚体质与 CFS 的发生发展存在紧密联系。

本研究治疗组治疗前后气虚体质评分、实验室指标、临床疗效以及总有效率均优于对照组，提示相较西医治疗，红景天益气汤在改善症状及调节指标方面效果更明显。本研究所用红景天益气汤中红景天为君药，健脾补气、养心益智。灵芝补气安神，甘平，归心、肺、肝、肾经，长于补气安神，党参为补气要药，性平而补脾肺之气，善治体衰倦怠、气短乏力、心悸声低等症，茯苓、白术相须为用专于健脾益气，远志强志益精、宁心安神，此五药合用，增强补中益气、健脑安神之功，同为臣药。升麻、陈皮为佐药，升麻升举清阳，陈皮理气健脾、燥湿化痰，使补而不滞。炙甘草益气和中、调和诸药，为方中使药。全方共奏补气健脾、健脑益智安神之效。现代药理研究[15]表明，红景天的主要活性成分红景天苷具有抗疲劳、延缓衰老、抗缺氧及保护神经、心脑血管和肝肾系统等作用。

SPHERE 量表内容包括睡眠障碍、情绪异常等症状，经常用于对 CFS 患者的伴随症状评估[16]。中医学认为，气虚会导致不同程度的心理问题。气虚体质患者容易情绪低落、精神不振，对压力敏感，长期情绪压抑可能形成情志内伤。心主神明，心气不足时，心神失养，表现为心悸、多梦、易惊等症状，长期可导致情绪不稳、焦虑不安[17]。脾为气血生化之源，脾气虚则气血生成不足，无法上荣于脑，可能引发健忘、注意力不集中，甚至因身体能量不足而产生“无力应对压力”的焦虑感[18]。肺主气司呼吸，与人体气机运行密切相关。肺气虚会导致气机不畅，影响情志，出现情绪低落、兴趣减退等抑郁表现[19]。结果显示，经红景天益气汤治疗后，患者 SPHERE 量表评分显著降低，表明该方能有效改善 CFS 的核心疲劳症状。

本研究还发现红景天益气汤能有效调控自由基代谢紊乱，显著降低血清 MDA 和 LPO 含量，同时提高 SOD、GSH – Px 和 CAT 活性，有效纠正自由基代谢失衡，提升抗氧化酶活性和含量，降低脂质过氧化物水平，减轻氧化损伤。近年研究[20]揭示，CFS 的发生发展与自由基代谢失衡密切相关。CFS 患者体内自由基清除能力减弱，氧化应激反应增强，导致脂质过氧化产物（如 MDA、LPO）堆积，损伤细胞并干扰代谢，此机制亦是运动性疲劳的重要成因之一。SOD、CAT 和 GSH – Px 是机体内关键的抗氧化酶系统，共同维持氧化还原平衡[21]。多项研究表明，中医药疗法在改善 CFS 患者自由基代谢方面效果显著。侯晓勇等[22]发现针刺可调节 CFS 患者细胞因子水平，增强自由基清除能力；韩玲等[23]应用益肾强肝抗疲方治疗 CFS，证实其可降低 LPO 水平，提升 SOD 及 GSH – Px 活性，减轻氧化损伤，促进疲劳恢复。

综上，亚健康状态普遍存在却易被忽视，常因延误干预而进展加重，甚至诱发严重疾病。因此，应加强对 CFS 相关知识的普及宣传，积极引导患者接受规范的中医药治疗，并辅以基于中医体质辨识的特色调护方案。这对于改善人群疲劳状态、降低重大疾病发生率、减轻医疗卫生负担具有重要意义。西医对此类疾病常缺乏特效疗法。相比之下，中医在长期临床实践中积累了丰富经验，在 CFS 等亚健康状态的调治中展现出独特优势，临床疗效确切。然而，传统中医药治疗多以经验传承为主，亟需加强循证医学研究以提供更高等级的科学证据。因此，深入开展中医药现代化研究意义重大，将为临床提供更科学、有效的干预策略。

参考文献：

[1] 潘泗红，张振贤，黄瑶，等. 慢性疲劳综合征流行病学、病因及病机的研究进展[J]. 临床医学研究与实践，2024，9(21)：195 – 198.

[2] 伍侨，高静，柏丁兮，等. 中国人群慢性疲劳综合征患病率的 Meta 分析[J]. 右江医学，2020，48(10)：727 – 735.

[3] HOFFMANN K，HAINZL A，STINGL M，et al. Interdisziplinäres，kollaboratives D – A – CH konsensus – statement zur diagnostik und be-

handlung von myalgischer enzephalomyelitis/chronischem fatigue - syndrom[J]. Wien Klin Wochenschr, 2024, 136(5): 103 - 123.
[4] KINGDON C, LOWE A, SHEPHERD C, et al. What primarycare practitioners need to know about the new NICE guideline for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue sydrome in adults[J]. Healthcare(Basel), 2022, 10(12): 2438.
[5] 张振贤,张烨,吴丽丽,等. 慢性疲劳综合征与中医体质及社会心理危险因素相关性调查[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(1): 22 - 26.
[6] FUKUDA K, STRAUS S E, HICKIE I, et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group[J]. Ann Intern Med, 1994, 121(12): 953 - 959.
[7] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 1 - 7.
[8] 张晓天,丘俊鑫. 慢性疲劳综合征体质养生指导[M]. 北京: 科学出版社, 2018: 2.
[9] 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 (16): 15.
[10] 张玉琴,叶海燕,宋莉莎,等. 中医药治疗慢性疲劳综合征研究进展[J]. 河南中医, 2024, 44(5): 777 - 783.
[11] 王琦,王睿林,李英帅,等. 中医体质学学科发展述评[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(9): 627 - 630.
[12] 王琦. 中医体质学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 287.
[13] 郑晓辉,简振尧. 1882 例广州华林街社区中老年居民气虚体质相关影响因素的多元逐步回归分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(7): 866 - 868.
[14] 成细华,田道法,刘杏红,等. 益气解毒方对小鼠力竭游泳所致气虚体质状态下自由基代谢的干预作用[J]. 湖南中医药大学学报, 2007, 27(2): 15 - 16, 19.
[15] 王笑妍,李玫,沈志纲,等. 红景天苷药理作用研究进展[J]. 中成药, 2022, 44(12): 3932 - 3935.
[16] 刘洋,杨婷,李壮,等. 三仁汤加减治疗湿热体质慢性疲劳综合征[J]. 吉林中医药, 2023, 43(1): 40 - 43.
[17] 吕威,李冰,杜栩名,等. 谷世喆教授基于心脑共主神明论治抑郁症经验[J]. 光明中医, 2025, 40(1): 48 - 51.
[18] 顾露莹,刘宁,曲争艳. 中医药治疗慢性心力衰竭合并抑郁的临床研究进展[J]. 江西中医药, 2025, 56(6): 73 - 76.
[19] 寇育乐,宁博,谭曦舒,等. 从肺络及"畅络调神"理论辨治慢性阻塞性肺疾病合并焦虑抑郁[J]. 山东中医药大学学报, 2025, 49(4): 424 - 430.
[20] 杨波,张钧. 氧自由基脂质过氧化反应致运动性疲劳产生的机制研究[J]. 中国临床康复, 2005, 9(4): 188 - 190.
[21] 张清峰,付莹娟,黄占旺,等. 土茯苓黄酮对高脂小鼠脂肪代谢及抗氧化水平的影响[J]. 现代食品科技, 2016, 32(11): 8 - 15.
[22] 侯晓勇,贾广坡,田连营,等. 前后配穴法对慢性疲劳综合征患者的作用机制研究[J]. 河北医药, 2016, 38(10): 1560 - 1562.
[23] 韩玲,颜志浪,胡美凤. 益肾强肝抗疲方对慢性疲劳综合征(肝肾亏虚型)患者 SOD、GSH - Px、IFN - γ 及免疫功能的影响[J]. 中国免疫学杂志, 2022, 38(7): 853 - 858.

Clinical Efficacy Observation of Hongjingtian Yiqi Decoction on Patients with Qi - Deficiency Constitution Complicated by Chronic Fatigue Syndrome

WANG Haochen[1], LIU Yang[2]
(1. *Dongzhimen Hosital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing* 100700, *China*;
2. *Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing* 100078, *China*)

Abstract Objective: To investigate the clinical efficacy of Hongjingtian Yiqi Decoction in treating patients with Qi - deficiency constitution complicated by chronic fatigue syndrome (CFS). Methods: A total of 60 patients diagnosed with Qi - deficiency chronic fatigue syndrome at the Subhealth Clinic of Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, between January 2022 and January 2023, were enrolled. Patients were randomly divided into a treatment group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$) using a random number table method. The treatment group received the self - formulated Hongjingtian Yiqi Decoction, while the control group was administered oral VitBco (0.2 g), VitC (0.1 g), and VitE (0.1 g). Both groups received conventional Qi - tonifying regimens. The treatment duration was 12 weeks. Efficacy was evaluated using serum free radical indices (including catalase (CAT), glutathione peroxidase (GSH - Px), superoxide dismutase (SOD), lipid peroxides (LPO), malondialdehyde [MDA]), Qi - Deficiency Constitution Scale scores, and the Somatic and Psychological Health Report (SPHERE) scale. Results: After treatment, the clinical effective rate was 89.66% (26/29) in the treatment group versus 79.31% (23/29) in the control group ($P < 0.01$). Post - treatment serum levels of SOD, GSH - Px, and CAT were significantly higher ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), while MDA and LPO levels were lower ($P < 0.05$ or $P < 0.01$) in the treatment group compared to the control group. Improvements in Qi - Deficiency Constitution Scale and SPHERE scale scores were more pronounced in the treatment group, with statistically significant differences ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Conclusion: Hongjingtian Yiqi Decoction demonstrates superior clinical efficacy to oral vitamin in treating Qi - deficiency CFS. It significantly improves Qi - deficiency constitution, enhances antioxidant capacity, corrects free radical metabolic disorders, and reduces SPHERE scale scores, thereby alleviating physical and psychological fatigue symptoms.

Key words Chronic fatigue syndrome; Qi deficiency constitution; Clinical efficacy