

茯苓罗汉茶对脾虚痰阻型肥胖并伴有高脂血症患者脂质水平的影响

秦娜菲

北京市昌平区回龙观社区卫生服务中心 北京

【摘要】目的 探讨茯苓罗汉茶对脾湿痰阻型肥胖并伴有高脂血症患者的临床疗效。**方法** 将 96 例患者随机分为对照组和干预组，每组 48 例。对照组口服洛伐他汀片，干预组服用茯苓罗汉茶，两组均持续治疗 30 天。观察并比较两组患者临床疗效、中医证候评分、肥胖相关指标（腰围、BMI）和血脂异常相关指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C）的变化。**结果** 干预组的临床总有效率为 95.8%，显著优于对照组的 79.2% ($P<0.05$)。干预组患者的脾湿痰阻中医证候评分、肥胖相关的腰围和 BMI 指数、高脂血症相关指标均有显著改善，并且改善幅度大于对照组。**结论** 茯苓罗汉茶可以有效改善脾湿痰阻型肥胖并伴有高脂血症患者的临床疗效，改善中医证候，降低腰围和 BMI，调节血脂水平。

【关键词】 茯苓罗汉茶；脾虚痰阻型；肥胖；高脂血症

【收稿日期】 2025 年 8 月 20 日 **【出刊日期】** 2025 年 9 月 27 日 **【DOI】**10.12208/j.ircm.20250034

Effect of Fuling Luohan tea on lipid levels in patients with spleen deficiency and phlegm stasis type obesity complicated by hyperlipidemia

Nafei Qin

Huilongguan Community Health Service Center, Changping District, Beijing

【Abstract】Objective To investigate the clinical efficacy of Fuling Luohan Tea in patients with spleen deficiency and phlegm stasis type obesity complicated by hyperlipidemia. **Methods** A total of 96 patients were randomly divided into a control group and an intervention group, with 48 patients in each group. The control group was treated with lovastatin tablets, while the intervention group received Fuling Luohan Tea. Both groups were treated continuously for 30 days. The clinical efficacy, Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome scores, obesity-related indicators (waist circumference, BMI), and hyperlipidemia-related indicators (TC, TG, HDL-C, LDL-C) were observed and compared between the two groups. **Results** The total clinical effective rate in the intervention group was 95.8%, significantly higher than the 79.2% in the control group ($P<0.05$). The TCM syndrome scores for spleen deficiency and phlegm stasis, obesity-related indicators (waist circumference and BMI), and hyperlipidemia-related indicators in the intervention group were all significantly improved, with a greater magnitude of improvement than in the control group. **Conclusion** Fuling Luohan Tea can effectively improve the clinical efficacy of patients with spleen deficiency and phlegm stasis type obesity complicated by hyperlipidemia, ameliorate TCM syndromes, reduce waist circumference and BMI, and regulate lipid levels.

【Keywords】 Fuling Luohan tea; Spleen deficiency and phlegm stasis type; Obesity; Hyperlipidemia

随着现代生活方式的深刻变迁与饮食结构的显著调整，肥胖及其合并代谢性疾病的患病率在全球范围内呈持续攀升态势，已成为威胁公众健康的重大公共卫生挑战^[1,2]。其中，脾虚痰阻型肥胖并伴有高脂血症是临床极为常见的一种证候类型，占比近

30%^[3]。中医理论认为，脾为后天之本，主运化水谷精微，若饮食不节、思虑过度或劳逸失度，易损伤脾胃，致脾失健运，水湿停聚，酿生痰浊，痰湿内蕴，泛滥肌肤，则形成肥胖；痰浊阻络，气血运行不畅，进而影响脂质代谢，发为高脂血症。现代流行病学

调查亦佐证了这一临床现象的普遍性，数据显示，我国成人超重或肥胖率已超过 50%^[4-6]，而肥胖人群中高脂血症的共病率高达 60%以上，且呈现出年轻化趋势^[7]。这一庞大的患者群体不仅承受着生理与心理的双重负担，更是心血管疾病、2 型糖尿病等慢性病的高危储备军。

当前，针对肥胖合并高脂血症的现代医学治疗方案主要依赖于生活方式干预与药物（如他汀类、贝特类等）治疗^[8]。然而，长期药物治疗可能伴随肝肾功能损伤、肌痛等不良反应，患者依从性普遍不佳^[9]；而单纯的生活方式干预又难以长期坚持，效果易出现反复。因此，探寻一种安全、有效、便于长期坚持的干预策略，成为该领域亟待解决的关键科学问题。在此背景下，将传统中医药智慧与现代健康管理需求相结合，开发具有明确功能导向的药食同源产品，展现出巨大的应用潜力。

代茶饮作为中医药“治未病”思想的生动体现，以其便捷性、日常性和温和调理的特点，为慢性病的长期管理提供了理想载体。茯苓，作为利水渗湿、健脾安神的传统中药，在调节脂质代谢、改善胰岛素抵抗方面显示出良好的药理活性；罗汉果则以其

清热润肺、润肠通腑之功，常被用于调节糖脂代谢。再配伍其他药味（陈皮、党参、甘草），共奏健脾化痰、降脂泄浊之效，理论上切中脾虚痰阻型肥胖合并高脂血症的核心病机。

本研究旨在通过随机对照研究系统评价茯苓罗汉茶对脾虚痰阻型肥胖并伴有高脂血症患者脂质谱的干预效果。这不仅有望为该类患者提供一种安全、有效的长期调理方案，也为传统药食同源方剂的现代化开发与临床应用提供高水平的循证医学证据，具有重要的学术价值与广阔的应用前景。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2024 年 8 月至 2025 年 6 月期间收治的 96 例脾湿痰阻型肥胖并伴有高脂血症患者作为研究对象，采用随机数字表法将其分为对照组和干预组，每组 48 例。对照组患者平均年龄 46.1±11.3 岁，平均病程 8.2±4.9 年；干预组患者平均年龄 45.7±11.7 岁，平均病程 7.3±3.8 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（P>0.05），具有可比性。两组患者的一般资料和肥胖程度如下表 1 所示。

表 1 两组患者的一般资料和肥胖程度比较（例，%）

组别	例数	男	女	年龄（岁）	病程（年）	肥胖程度		
						轻度	中度	重度
对照组	48	23	25	46.1±11.3	8.2±4.9	9	29	10
干预组	48	25	23	45.7±11.7	7.3±3.8	7	31	10

1.2 干预方法

对照组患者口服洛伐他汀片（山东罗欣药业集团股份有限公司，国药准字：H20065732，规格：20 mg，每次服用 1 片，每日 1 次）。干预组服用桐睦茗茯苓罗汉茶干预治疗（北京桴德中医诊所有限公司，每天服用 1 袋），两组均持续干预治疗 30 d。

1.3 诊断标准

肥胖诊断参照《单纯性肥胖病的诊断及疗效评定标准》^[10]：BMI≥30 即可诊断为肥胖症。其中 30>BMI≥35 为轻度肥胖，35>BMI≥40 为中度肥胖，BMI≥40 为重度肥胖。对于肥胖合并血脂异常的诊断参照《中国成人血脂异常防治指南(2016 修订版)》^[11]中相关标准，符合以下条件之一者即可诊断：（1）总胆固醇（TC）≥5.18mmol/L；（2）甘油三酯（TG）≥1.70mmol/L；（3）高密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）

<1.04mmol/L。

参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[12]诊断脾虚痰阻证：（1）主症：形体肥胖，浮肿，肢体困重，疲乏无力；（2）次症：舌胖，舌苔滑腻，脉细滑。符合主症 3 项加次症 2 项即可诊断。

1.4 纳入与排除标准

纳入标准：（1）年龄 18~65 周岁；（2）符合肥胖及高脂血症西医诊断标准；（3）辨证符合脾虚痰阻型；（4）近 1 个月内未接受减肥及口服降脂药物治疗。排除标准：（1）中医辨证非脾虚痰阻型；（2）其他疾病导致的继发性肥胖；（3）哺乳期女性；（4）合并严重精神疾病、认知功能障碍或沟通障碍者；（5）对研究药物过敏者；（6）依从性差，无法配合完成研究者。

1.5 评定指标与疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》对中医证候评分^[12]：对脾虚痰阻型肥胖并伴有高脂血症患者的主要症状(形体肥胖, 浮肿, 肢体困重, 疲乏无力)和次要症状(舌胖, 舌苔滑腻, 脉细滑)进行评分。主要症状严重计 6 分, 较明显计 4 分, 轻微计 2 分, 无症状计 0 分; 次要症状严重计 3 分, 较明显计 2 分, 轻微计 1 分, 无症状计 0 分。各项症状评分累加为总分, 分数越高表示症状越严重。运用尼莫地平法计算公式计算疗效指数, 疗效指数 (n) = (治疗前评分-治疗后评分) / 治疗前评分×100%, 疗效判定标准: ①痊愈: 中医症状基本消失, 证候评分降低≥90%, 且体质量和血脂指标恢复正常水平; ②有效: 中医症状有所改善, 证候评分降低 30%~90%, 体质量下降≥3kg, 且 TC 下降≥20%或 TG 下降≥40%或 HDL-C 上升≥0.26mmol/L; ③无效: 症状无改善或加重, 证候评分降低<30%, 体质量<3kg, 且血脂指标无明显改善。

1.6 肥胖指标和性激素水平测定

分别测量 2 组患者治疗前、后体质量、身高, 计算其 BMI; 在治疗前、后, 空腹状态下抽取患者的静脉血, 并测量血清中两组患者的 TC、TG、HDL-C 和 LDL-C 水平。

1.7 统计学方法

运用 JMP16.0 软件对实验数据进行统计分析, 符合正态分布的计量资料采用 t 检验 (治疗前 vs. 治疗后), 组间比较 (干预组 vs. 对照组) 采用组间多重方差分析 (TukeyHSD)。检验水准 $\alpha=0.05$, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预后两组患者临床疗效比较

如下表 2 所示, 干预组的临床总有效率达到 95.8% (46/48), 显著优于对照组的 79.2% (38/48), 两组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.2 两组患者干预前后中医证候评分比较

干预后, 干预组患者的中医证候主证、次证和总评分均显著改善, 其中干预组中医证候总积分从 24.40 ± 4.29 分降至 11.10 ± 4.38 分, 且所有指标差异均具有显著统计学意义 ($P<0.01$)。相比之下, 对照组虽中医证候主证、次证和总评分也均有所改善, 但整体改善幅度不及干预组, 表明干预措施对缓解患者中医证候具有更显著效果。

2.3 两组患者干预前后肥胖相关指标比较

如下表 4 所示, 干预后, 两组患者的腰围和 BMI 指数水平均显著下降, 且所有指标干预前后差异均具有显著统计学意义 ($P<0.05$ 或 0.01), 其中干预组的改善幅度更为明显, 腰围从 $93.5\pm7.9\text{cm}$ 降至 $86.0\pm7.3\text{cm}$, BMI 从 37.7 ± 3.4 降至 $30.7\pm2.8\text{kg/m}^2$ 。这些数据表明干预措施能有效降低与肥胖相关指标水平, 且干预组的效果优于对照组。

2.4 两组患者干预前后血脂异常相关指标比较

如下表 5 所示, 干预后, 两组患者的血脂异常相关指标均显著改善, 且所有指标干预前后差异均具有显著统计学意义 ($P<0.01$)。其中干预组的改善幅度更为明显, TC 从 $7.69\pm1.97\text{mmol/L}$ 降至 $4.86\pm1.32\text{mmol/L}$, TG 从 $3.65\pm1.03\text{mmol/L}$ 降至 $1.59\pm0.53\text{mmol/L}$, HDL 从 $0.90\pm0.11\text{mmol/L}$ 增加到 $1.40\pm0.38\text{mmol/L}$, LDL 从 $4.61\pm0.87\text{mmol/L}$ 降至 $2.91\pm0.79\text{mmol/L}$ 。这些数据表明干预措施能有效调节血脂异常相关指标水平, 且干预组的效果优于对照组。

表 2 两组患者干预后效果比较 (例, %)

组别	例数	痊愈 (%)	有效 (%)	无效 (%)	总有效率 (%)
对照组	48	1 (2.1)	37 (77.1)	10 (20.8)	38 (79.2)
干预组	48	4 (8.3)	42 (87.5)	2 (4.2)	46 (95.8)
χ^2			8.066		
P			0.017		

表 3 干预组患者干预前后中医证候评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	时间	主证积分	次证积分	总积分
对照组	48	干预前	18.73±4.21	5.79±1.81	24.52±5.20
		干预后	9.72±3.26**	3.71±1.55**	13.43±3.73**
干预组	48	干预前	18.54±3.68	5.85±1.91	24.40±4.29
		干预后	8.10±3.45**	3.00±1.57**	11.10±4.38**

注: 与干预前比较** $P<0.01$ 。

表 4 两组患者干预前后肥胖相关指标水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	腰围 (cm)	BMI (kg/m ²)
对照组	48	干预前	92.4±7.3	36.9±3.4
		干预后	89.5±7.1**	33.1±3.0*
干预组	48	干预前	93.5±7.9	37.7±3.4
		干预后	86.0±7.3**	30.7±2.8**

注：与干预前比较* P<0.05, ** P<0.01。

表 5 两组患者干预前后血脂指标水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

干预前后	TC (mmol/L)		TG (mmol/L)		HDL (mmol/L)		LDL (mmol/L)	
	对照组	干预组	对照组	干预组	对照组	干预组	对照组	干预组
干预前	7.48±2.04	7.69±1.97	3.86±1.15	3.65±1.03	0.91±0.12	0.90±0.11	4.44±0.85	4.61±0.87
干预后	5.53±1.31**	4.86±1.32**	2.25±0.61**	1.59±0.53**	1.21±0.29**	1.40±0.38**	3.35±0.79**	2.91±0.79**

注：与干预前比较** P<0.01

3 讨论

本研究通过一项随机对照研究，系统评价了茯苓罗汉茶对脾虚痰阻型肥胖合并高脂血症患者的干预效果。研究结果表明，与常规西药（洛伐他汀）治疗相比，茯苓罗汉茶在改善中医证候、降低肥胖相关指标（BMI、腰围）及调节血脂谱方面均表现出更优的综合疗效，其总有效率高达 95.8%。这些发现不仅为该药食同源方剂的临床有效性提供了有力的循证支持，更深刻揭示了其组方配伍与现代病理生理学机制之间的内在逻辑关联。

桐睦茗茯苓罗汉茶源自宋代《和剂局方》的“二陈汤”，乃中医祛痰湿的经典名方，后经明清宫廷御医改良，加入党参、罗汉果，化裁为专为皇室调理脾胃的“建中御饮”。方中陈皮、茯苓燥湿化痰，党参补气，罗汉果润肺，四药相合，既承古方祛痰湿之效，又添健脾补虚之力，恰合《黄帝内经》“脾健则痰湿自化”的养生智慧。茯苓罗汉茶的组方立足于中医“健脾化痰、降脂泄浊”的核心治则，其疗效的取得与各药味的协同作用密不可分。脾虚痰阻型肥胖合并高脂血症的病机根源在于脾失健运，水湿内停，聚而成痰，痰浊与脂质混为一体，阻滞脉络。本研究中，干预组患者的主症（形体肥胖、肢体困重、疲乏无力）与次症（舌胖苔腻）评分均得到极显著改善（P<0.01），这正是方剂切中病机的直接体现。方中党参为君，甘温益气，健脾养胃，从根本上恢复脾脏运化水谷精微与水湿的功能，此为“培本”之法。脾气健旺，则水湿得以正常输布，痰浊无以生化，患

者的疲乏无力、肢体困重等气虚脾虚症状自然随之缓解。茯苓为臣，甘淡性平，入心、脾、肾经，兼具利水渗湿与健脾安神之效。其与党参相须为用，既能助党参健脾以绝生痰之源，又能直接渗利水湿，导已生之痰浊从小便而去，此为“治标”之关键。现代药理研究亦证实，茯苓中的茯苓多糖等成分具有调节脂质代谢、改善胰岛素抵抗的作用^[13]，这为其降低患者 BMI 与腰围提供了现代科学解释。陈皮与甘草的配伍，则进一步加强了理气化痰、调和诸药的功效。陈皮辛行温通，能理气健脾，燥湿化痰。脾虚易致气滞，气滞则痰凝，陈皮的理气作用能推动津液运行，助茯苓化痰祛湿，并缓解因痰湿阻滞引起的脘腹胀满。甘草则益气补中，调和诸药，其既能助党参增强健脾之力，又能缓和方中其他药物的偏性，使全方攻补兼施，温而不燥，利而不峻，适合长期服用。这几味药的协同作用，共同构建了一个“健脾-祛湿-化痰”的完整治疗链条，精准对应了脾虚痰阻的病理环节，因此能显著改善患者的中医证候。

在血脂指标的改善上，组方的科学性同样体现得淋漓尽致。研究结果显示，干预组在降低 TC、TG、LDL-C 和升高 HDL-C 方面均显著优于对照组。这一结果与各药味的现代药理活性高度吻合。罗汉果作为方中的重要佐使药，虽性凉，但长于清热润肺、润肠通腑。中医认为“肺与大肠相表里”，通腑泻浊有助于降肺气，肺气宣降有权，则能通调水道，助茯苓利水祛湿。更重要的是，现代研究发现罗汉果苷是其主要的活性成分，具有显著的调节糖脂代

谢、抗氧化及抗炎作用^[14]，这与本研究中干预组 TC 和 LDL-C 的大幅下降密切相关。同时，茯苓、陈皮等成分也被证实能够影响脂肪代谢相关酶的活性，减少脂肪吸收与合成，从而协同降低 TG 水平^[15,16]。

值得注意的是，干预组 HDL-C 水平从 0.90 mmol/L 显著提升至 1.40 mmol/L，这是逆转动脉粥样硬化风险的关键指标。HDL-C 被誉为“血管清道夫”，其水平的提升意味着机体逆向转运胆固醇的能力增强。党参、甘草等补气健脾类药物，通过改善机体整体代谢状态和能量供应，可能促进了 HDL-C 的合成与功能恢复。这种多靶点、多途径的综合调节作用，是单一化学药物难以比拟的。洛伐他汀虽能有效降低胆固醇，但在提升 HDL-C 和改善整体证候方面略显不足，这也解释了为何对照组的临床总有效率（79.2%）显著低于干预组。

综上所述，茯苓罗汉茶通过党参健脾、茯苓祛湿、陈皮理气、甘草调和、罗汉果泄浊的精妙配伍，形成了一个协同增效的有机整体。该方剂不仅精准对治了脾虚痰阻型肥胖合并高脂血症的核心病机，实现了对中医证候的显著改善，更通过多成分、多靶点的作用机制，有效调节了患者的脂质代谢谱，展现了其在慢性病管理中的独特优势和广阔前景。本研究证实茯苓罗汉茶调节脂质代谢临床效果，为脾虚痰阻型肥胖合并高脂血症提供了安全有效的药食同源干预新方案。

参考文献

- [1] Heidari S, Kahnouji M, Ayoobi F, et al. Relationship between metabolic syndrome and dietary diversity in the Rafsanjan cohort study[J]. Scientific Reports, 2025, 15(1): 10579.
- [2] Zhang J, Zhu S, Liu C, et al. Global, regional and national burden of ischemic stroke attributed to high low-density lipoprotein cholesterol, 1990–2019: a decomposition analysis and age-period-cohort analysis[J]. Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism, 2024, 44(4): 527-541.
- [3] 魏方志, 符慧伦, 李洋, 蒋欢, 李菁虹, 廖华蕊, 章红英, 王子良. 246 例高脂血症患者不同证型客观指标特征研究[J]. 中医学, 2025, 14(6): 2818-2825.
- [4] Pan XF, Wang L, Pan A. Epidemiology and determinants of obesity in China[J]. The lancet Diabetes & endocrinology, 2021, 9(6): 373-392.
- [5] Wang Y, Zhao L, Gao L, et al. Health policy and public health implications of obesity in China[J]. The lancet Diabetes & endocrinology, 2021, 9(7): 446-461.
- [6] 中国居民肥胖防治专家共识[J]. 中国预防医学杂志, 2022,23(05):321-339.
- [7] 王馥婕, 马向华, 赵婷, 王瑾, 蔡金鑫, 戴倩倩. 肥胖与高尿酸血症、高脂血症的相关性[J]. 食品与营养科学, 2019, 8(3): 180-186.
- [8] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 肥胖症诊疗指南（2024 年版）[Z]. 2024-10-14.
- [9] 他汀不耐受的临床诊断与处理中国专家共识[J]. 中国循环杂志, 2024,39(02):105-115.
- [10] 危北海, 贾葆鹏. 单纯性肥胖病的诊断及疗效评定标准[J]. 中国中西医结合杂志, 1998,(05):317-319.
- [11] 诸骏仁, 高润霖, 赵水平, 等. 中国成人血脂异常防治指南（2016 年修订版）[J]. 中国循环杂志, 2016,31(10):937-953.
- [12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京中国医药科技出版社, 2002.
- [13] 韩思婕, 潘翔, 朱芊芊, 等. 茯苓多糖调节 2 型糖尿病模型大鼠肝脏糖异生的机制研究[J]. 中国药房, 2022, 33(13): 1581-1587.
- [14] Cao S, Liu M, Han Y, et al. Effects of saponins on lipid metabolism: the gut–liver axis plays a key role[J]. Nutrients, 2024, 16(10): 1514.
- [15] 方潇, 丁晓萍, 咎俊峰, 等. 茯苓皮化学成分及药理作用研究进展[J]. 亚太传统医药, 2019,15(01):187-191.
- [16] 田时秋, 李依林, 裴海鸾, 等. 高脂血症发病机制及药物治疗[J]. 生命的化学, 2022,42(12):2237-2247.

版权声明：©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS