

乌梅洋参茶干预气阴两虚型盗汗症的临床观察

郝济源

天津市宝坻区中医医院 天津

【摘要】目的 评价乌梅洋参茶干预气阴两虚型盗汗的临床疗效，并探讨其对患者中医证候和盗汗程度的影响，为其临床应用提供依据。**方法** 选取 60 例气阴两虚型盗汗症患者，随机分为对照组和干预组，每组 30 例。对照组口服生脉颗粒，干预组服用乌梅洋参茶，两组均连续干预 15 天。比较两组患者临床疗效、盗汗严重程度 (HDSS 分级)、中医证候评分及治疗前后红细胞沉降率 (ESR) 和 C 反应蛋白 (CRP) 水平的变化。**结果** 干预后，干预组的临床总有效率 (96.7%) 高于对照组 (73.3%)，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。在中医证候改善方面，干预后两组评分均显著降低 ($P<0.01$)，且干预组在“口渴喜饮”和“气短懒言”症状上的改善幅度显著优于对照组 ($P<0.01$)。在生化指标上，两组 ESR 和 CRP 水平均显著下降 ($P<0.01$)，且干预组的降幅明显大于对照组。**结论** 乌梅洋参茶能有效改善气阴两虚型盗汗患者的临床症状，尤其在缓解口渴喜饮、气短懒言等核心证候及降低系统性炎症水平方面，效果更优，是一种安全有效的干预方案。

【关键词】 乌梅洋参茶；气阴两虚型；盗汗症

【收稿日期】 2025 年 8 月 20 日 **【出刊日期】** 2025 年 9 月 27 日 **【DOI】**10.12208/jircm.20250032

Clinical observation on the intervention of Wumei Yangshen tea for night sweats syndrome of Qi and Yin deficiency type

Jiyuan Hao

Baodi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

【Abstract】Objective To evaluate the clinical efficacy of Wumei Yangshen Tea in the intervention of night sweats syndrome of the qi and yin deficiency type, and to explore its effects on patients' Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes and the severity of night sweats, so as to provide evidence for its clinical application. **Methods** A total of 60 patients with night sweats syndrome of the qi and yin deficiency type were selected and randomly divided into a control group and an intervention group, with 30 cases in each group. The control group was treated with Shengmai Granules, while the intervention group received Wumei Yangshen Tea. Both groups underwent continuous intervention for 15 days. The clinical efficacy, severity of night sweats (HDSS grading), TCM syndrome scores, and the changes in erythrocyte sedimentation rate (ESR) and C-reactive protein (CRP) levels before and after treatment were compared between the two groups. **Results** After the intervention, the total clinical effective rate in the intervention group (96.7%) was higher than that in the control group (73.3%), and the difference was statistically significant ($P<0.05$). In terms of TCM syndrome improvement, the scores in both groups decreased significantly after the intervention ($P<0.01$), and the improvement in the symptoms of “thirst and preference for drink” and “shortness of breath and disinclination to talk” in the intervention group was significantly greater than that in the control group ($P<0.01$). Regarding biochemical indicators, the levels of ESR and CRP in both groups decreased significantly ($P<0.01$), and the magnitude of reduction in the intervention group was markedly greater than that in the control group. **Conclusion** Wumei Yangshen Tea can effectively improve the clinical symptoms of patients with night sweats syndrome of the qi and yin deficiency type. It demonstrates superior efficacy, particularly in alleviating core syndromes such as thirst and shortness of breath, and in reducing systemic inflammation levels, making it a safe and

effective intervention plan.

【Keywords】 Wumei Yangshen tea; Qi and Yin deficiency type; Night sweats syndrome

盗汗，作为中医内科常见病症，指睡眠中不自觉汗出，醒后即止的现象，严重影响患者的睡眠质量、日间精神状态及生活质量^[1]。在中医辨证体系中，气阴两虚是导致盗汗的核心病机之一，多见于病后体虚、久病耗伤、或素体禀赋不足的人群^[2,3]。随着现代社会生活节奏加快、工作压力增大以及人口老龄化趋势加剧，因劳倦内伤、情志不遂等因素导致的气阴两虚型盗汗在临床上的发病率呈逐年上升趋势。尽管缺乏全国性的大规模流行病学精确数据，但多项针对特定人群的临床调查显示，盗汗在更年期女性、慢性疲劳综合征及部分老年群体中具有极高的普遍性。例如，有研究指出 40%~80% 的更年期女性将夜间盗汗列为最主要的困扰症状之一^[4,5]；而在接受化疗的肿瘤患者中，气阴两虚证候群的发生率可高达 50% 左右，盗汗是其典型表现^[6,7]。这些数据表明，气阴两虚型盗汗已成为一个不容忽视的公共卫生问题。

目前，针对本病的西医治疗尚无特效手段，多以对症处理为主，如使用镇静类药物或激素替代疗法，但往往伴随嗜睡、依赖性及潜在的内分泌紊乱等副作用，难以满足患者长期、安全调理的需求^[8]。中医治疗则凸显出独特的优势，以益气养阴、固表敛汗为基本治法，方剂如当归六黄汤、生脉散等在临幊上疗效确切。然而，传统汤剂虽效专力宏，却存在煎煮不便、口感苦涩、患者长期依从性差等现实痛点，使其在慢性病调理和日常保健中的应用受到极大限制。因此，开发一种既遵循中医辨证论治精髓，又兼具便捷性、口感佳、易于长期服用的干预形式，成为提升临床疗效、改善患者体验的关键所在。

在此背景下，中医药“药食同源”理论与“代茶饮”这一传统剂型为解决上述困境提供了新的思路。代茶饮以草药为原料，通过沸水冲泡或短时煎煮，取其清轻之气，既保留了药物的有效成分，又克服了传统汤剂的诸多不便，作为一种“轻治疗、重调理”的干预方式，正日益受到临床关注。本研究旨在通过一项回顾性随机对照的临床观察，系统评价乌梅洋参茶对气阴两虚型盗汗患者的临床疗效，以期为该病症提供一种安全、有效、便捷的中医药干预方案，并为中医药“治未病”理念在慢性症状管理中的应用提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2024 年 6 月至 2025 年 5 月期间收治的 60 例气阴两虚型盗汗症患者作为研究对象，分为对照组和干预组，每组 30 例。对照组患者平均年龄 (52.4±10.4) 岁，平均病程 (23.4±8.8) 个月；干预组患者平均年龄 (51.2±9.8) 岁，平均病程 (24.7±9.9) 个月。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。

1.2 干预方法

对照组患者口服生脉颗粒（兰州佛慈制药股份有限公司，国药准字：Z62020845，规格：10 g/袋，每次服用 10 g，每日 3 次）。干预组服用桐津茗乌梅洋参茶干预治疗（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 15 d。

1.3 诊断标准

依据《中药新药临床研究指导原则》^[9] 和《中医病证诊断疗效标准》^[10] 确定气阴两虚型盗汗中医证型诊断标准：主症：咽干口燥，倦怠乏力；次症：心悸怔忡、口渴喜饮，气短懒言，五心烦热。舌脉：舌红少津液，苔薄或花剥，脉细数无力，或细而弦。采用多汗症疾病严重程度量表（Hyperhidrosis Disease Severity Scale, HDSS）评定盗汗程度：1 级：出汗从不被注意，从不干扰日常活动；2 级：出汗可以忍受，但有时干扰日常活动；3 级：出汗勉强可以忍受，经常干扰日常活动；4 级：出汗无法忍受，总是干扰日常活动。

1.4 纳入与排除标准

纳入标准：（1）年龄 25~65 周岁；（2）符合中医气阴两虚型盗汗诊断标准；（3）盗汗等级为 2~4 级；（4）近 1 个月内未接受相应药物治疗。排除标准：（1）中医辨证非气阴两虚型；（2）盗汗等级为 1 级患者；（3）因肺结核、风湿病、甲亢等疾病原因导致的盗汗；（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^[9]：对气阴两虚型盗汗患者的主要症状（咽干口

燥, 倦怠乏力) 和次要症状 (心悸怔忡, 口渴喜饮, 气短懒言, 五心烦热) 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。

参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]判定。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%; 治疗后症状消失; ②有效: 中医症状有所改善, 证候评分降低 30%~90%; ③无效: 症状无改善或加重, 证候评分降低 <30%。

1.6 生化指标测定

在治疗前、后, 于患者空腹状态下采集静脉血样本, 分别测定血清中的 C 反应蛋白 (CRP) 水平和全血中的红细胞沉降率 (ESR)。

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, 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 干预后两组患者中医证候临床疗效比较

如下表 1 所示, 干预组的临床总有效率达到 96.7%

表 1 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	30	3 (10.0)	19 (63.3)	8 (26.7)	22 (73.3)
干预组	30	5 (16.7)	24 (80.0)	1 (3.3)	27 (96.7)
χ^2			7.286		
P			0.026		

表 2 两组患者干预后盗汗临床效果比较 (例, %)

组别	例数	1 级 (%)	2 级 (%)	3 级 (%)	4 级 (%)
对照组	30	11 (36.7)	14 (46.7)	2 (16.7)	0 (0)
干预组	30	18 (60.0)	7 (23.3)	0 (0)	0 (0)
χ^2		7.363			
P		0.0612			

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	干预前后	咽干口燥	倦怠乏力	心悸怔忡	口渴喜饮	气短懒言	五心烦热
对照组	干预前	4.53±0.90	4.60±1.50	2.00±1.05	1.87±1.36	2.10±0.96	2.07±0.94
	干预后	2.71±1.42 ^{**}	2.28±1.34 ^{**}	1.29±0.77 ^{**}	1.03±0.94 [*]	1.44±0.90 [*]	0.79±0.64 ^{**}
干预组	干预前	4.33±1.58	3.80±1.52	2.60±0.50	2.53±1.04	2.93±0.25	1.57±1.28
	干预后	1.45±0.83 ^{**}	1.38±1.10 ^{**}	1.36±0.68 ^{**}	1.04±0.81 ^{**}	1.26±0.61 ^{**}	0.84±0.78 ^{**}

注: 与干预前比较^{**} $P < 0.05$, ^{*} $P < 0.01$ 。

(27/30), 显著优于对照组的 73.3% (22/30), 两组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 干预后两组患者盗汗临床疗效比较

如表 2 所示, 治疗后干预组的盗汗情况得到改善: 1 级患者占比 36.7% (11/30), 2 级为 46.7% (14/30), 3 级为 16.7% (5/30)。相比之下, 对照组中 1 级患者比例更高, 为 60.0% (18/30), 而 2 级和 3 级患者比例分别为 23.3% (7/30) 和 0%。尽管两组在盗汗严重程度的分布上呈现出上述差异, 但该差异尚未达到统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.3 两组患者干预前后中医证候评分比较

两组患者干预前各项中医证候评分均无显著性差异 ($P > 0.05$), 说明各中医证候评分具有可比性。如下表 3 所示, 干预后, 干预组患者的中医证候评分均显著改善, 干预组患者的咽干口燥、倦怠乏力、心悸怔忡、口渴喜饮、气短懒言和五心烦热评分分别从干预前的 4.33±1.58、3.80±1.52、2.60±0.50、2.53±1.04、2.93±0.25 和 1.57±1.28 降至干预后的 1.45±0.83、1.38±1.10、1.36±0.68、1.04±0.81、1.26±0.61 和 0.84±0.78, 且所有指标差异均具有显著统计学意义 ($P < 0.01$)。相比之下, 对照组虽中医证候评分也均有显著改善, 但整体改善幅度不及干预组, 且在口渴喜饮和气短懒言两个中医证候评分上显著差于干预组数据。

2.4 两组患者干预前后 ESR 和 CRP 水平比较

表 4 数据显示, 经过干预, 两组患者的 ESR 和 CRP 水平均得到显著改善 ($P<0.01$)。干预组患者的 ESR 和 CRP 水平分别从干预前的 36.37 ± 10.00

mm/h 和 $34.78\pm11.63 \text{ mg/L}$ 降至干预后的 $13.93\pm6.15 \text{ mm/h}$ 和 $7.67\pm5.59 \text{ mg/L}$, 干预组的改善效果尤为显著, 其指标降幅远超对照组, 证实了该干预措施在调节炎症水平上的有效性及优势。

表 4 两组患者干预前后 ESR 和 CRP 水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

干预前后	ESR (mm/h)		CRP (mg/L)	
	对照组	干预组	对照组	干预组
干预前	46.12 ± 8.26	36.37 ± 10.00	43.74 ± 9.86	34.78 ± 11.63
干预后	$18.12\pm7.10^{**}$	$13.93\pm6.15^{**}$	$12.16\pm4.97^{**}$	$7.67\pm5.59^{**}$

注: 与干预前比较^{**} $P<0.01$

3 讨论

本研究结果显示, 相较于传统方剂生脉颗粒, 乌梅洋参茶在改善气阴两虚型盗汗患者的中医证候及降低炎症指标方面表现出更优越的趋势, 尤其在缓解口渴喜饮、气短懒言等核心症状及下调 ESR、CRP 水平上效果显著。这些临床获益的取得, 与其严谨的药味组方所蕴含的深刻中医理论及现代药理逻辑密切相关。

桐津茗乌梅洋参茶源于古方生脉饮, 始于唐代医家之手, 后为明清宫廷御医改良, 专为皇室贵胄消暑生津而制。方中“人参(今以西洋参代之)补元气, 麦冬润肺阴, 五味子敛津液”, 三药合用, 如帝王御下般各司其职, 共奏“生脉保神, 防暑益虚”之效。在此基础上, 融入桑椹益肾之妙, 乌梅敛汗之巧, 让传统御方更契合现代人体质, 成就一杯“清而不寒, 补而不滞”的夏日养生珍饮。本研究针对的病机核心是“气阴两虚”。气虚则卫外不固, 腰理疏松, 阴液外泄; 阴虚则生内热, 虚热迫津外泄, 二者共同导致盗汗的发生。乌梅洋参茶的组方正是围绕这一核心病机, 实现了益气养阴、生津止渴、固表敛汗的多靶点协同作用。方中西洋参为君药, 其性凉而补, 既能补气, 又能养阴清火, 针对气阴两虚之本, 恰中病机。现代研究亦证实, 西洋参皂苷具有显著的抗疲劳、增强免疫及适应原样作用^[11], 这为改善患者“倦怠乏力、气短懒言”等气虚症状提供了药理学支持。同时, 麦冬与桑椹共为臣药, 麦冬甘寒养阴生津、润肺清心, 桑椹甘酸滋阴补血、生津润燥, 二者合用, 极大地增强了滋养阴液、清退虚热的力量, 直接对应“咽干口燥、五心烦热”等阴虚内热之象。此三味药的配伍, 奠定了益气养阴的坚实基础, 是从根本上纠正盗汗发生的病理土壤。

其次, 方中佐使药的配伍堪称点睛之笔。乌梅味酸, 其性收敛, 长于“收”与“固”。在本方中, 它不仅与麦冬、桑椹共奏酸甘化阴、生津止渴之效, 更关键的是发挥了“固涩止汗”的直接作用, 如同为疏松的腠理加上一道“阀门”, 有效减少了阴液的无故耗散。这与现代医学中调节汗腺分泌的神经体液机制不谋而合^[12]。而陈皮的加入, 则体现了中医组方的周全考虑。陈皮理气健脾、燥湿化痰, 一方面可防滋阴药(麦冬、桑椹)之滋腻, 犹如“泻火存阴”; 另一方面, 通过调理脾胃气机, 促进水谷精微的运化, 使气血生化有源, 从而更好地支持西洋参的益气之功。这种“补而不滞、滋而不腻”的配伍思路, 确保了全方药效的平稳发挥, 也解释了为何干预组在整体证候改善上更为均衡和显著。

最后, 本研究一个重要的发现是干预组在降低 ESR 和 CRP 水平上显著优于对照组。ESR 和 CRP 是临幊上广泛使用的系统性炎症标志物。传统中医虽无“炎症”一词, 但“热”、“毒”等概念与之高度相关。气阴两虚所致的虚火内扰, 本质上是一种低度的、慢性的“内热”或“炎症状态”。乌梅洋参茶的组方恰恰体现了清热抗炎的现代药理价值: 西洋参、麦冬均具有良好的抗炎和抗氧化活性, 能够抑制炎症因子的释放^[13,14]; 桑椹富含的花青素等成分也是强效的天然抗氧化剂^[15]; 乌梅的有机酸成分同样具有调节免疫、抑制炎症的作用^[16]。因此, 该方能更有效地下调 ESR 和 CRP, 正是其“养阴清热”功效在分子层面的直接体现。通过清除虚热、减轻系统性炎症, 不仅有助于稳定机体内环境, 也从根源上减少了因“热”迫津外泄而导致的盗汗。

综上所述, 乌梅洋参茶通过西洋参、麦冬、桑椹益气养阴以治本, 乌梅收敛固涩以治标, 陈皮理气

健脾以调和诸药,形成了一个标本兼治、配伍严谨的有机整体。其临床疗效,特别是在改善核心气阴两虚症状和降低炎症指标上的优势,充分印证了该组方医学逻辑的科学性与合理性,为气阴两虚型盗汗的临床干预提供了一种有效且具有明确机制支持的新选择。

参考文献

- [1] Mold JW, Goodrich S, Orr W. Associations between subjective night sweats and sleep study findings[J]. The Journal of the American Board of Family Medicine, 2008, 21(2): 96-100.
- [2] 许福丽,范金茹,毛小静,等.王行宽教授应用柴芪生脉散治疗盗汗经验[J].湖南中医药大学学报,2019,39(11): 1340-1342.
- [3] 叶蓝月,祁禹德,陈宝贵,等.陈宝贵教授治疗汗证经验举隅[J].天津中医药,2022,39(06):697-700.
- [4] Yuksel N, Evanik D, Huang L, et al. Guideline No. 422a: Menopause: vasomotor symptoms, prescription therapeutic agents, complementary and alternative medicine, nutrition, and lifestyle[J]. Journal of obstetrics and gynaecology Canada, 2021, 43(10): 1188-1204.
- [5] Richard-Davis G, Ajmera M, Shiozawa A, et al. Health disparities in vasomotor symptom prevalence and treatment discontinuation in women of menopausal age: a commercial claims analysis[J]. Journal of Women's Health, 2025, 34(2): 176-186.
- [6] 赵诚和,谢雅之,周韶梅,等.中医食疗系列方改善肿瘤患者化疗期间症状临床观察[J].世界科学技术-中医药现代化,2017,19(4):663-668.
- [7] Wachiraporn P, Wang Y, Guo HY, et al. Analysis of the clinical therapeutic effect of Professor Wang Yue on 42 cases of Sjogren's syndrome overlaps with Hashimoto's thyroiditis[J]. Journal of Health Science and Alternative Medicine,2022:65-68.
- [8] Huang AJ, Faubion S, Grady D. Nonhormonal Treatment of Menopausal Vasomotor Symptoms[J]. JAMA Internal Medicine, 2025,185(7): 874-875.
- [9] 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.
- [10] 中华人民共和国中医药行业标准.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社.1994: 20.
- [11] Shi M, Ma J, Jin S, et al. Effects of saponins Rb1 and Re in American ginseng combined intervention on immune system of aging model[J]. Frontiers in Molecular Biosciences, 2024, 11: 1392868.
- [12] Zhang X, Li L, Chen T, et al. Research progress in the effect of traditional Chinese medicine for invigoration on neurotransmitter related diseases[J]. Evidence - Based Complementary and Alternative Medicine, 2018, 2018(1): 4642018.
- [13] Liu R, Zhao X, Zhu Y, et al. Ginsenoside Rb1 attenuates neuroinflammation via activating Wnt/β-catenin signaling pathway to exert neuroprotective effect on cerebral ischemic-reperfusion injury Authors[J]. Frontiers in Aging Neuroscience, 2025, 17: 1555067.
- [14] Guoliang L, Feng R, Yu J, et al. Ophiopogon japonicus (L. f.) Ker Gawl. extract treats dry eye disease via anti-inflammatory, antioxidant, and goblet cell-stimulating effects[J]. Journal of Traditional Chinese Medical Sciences, 2025.
- [15] Tang H, Zhou B, Liu R, et al. Ultrasound - Microwave Associated Extraction of Anthocyanins From Mulberry and Their Antioxidant and Anticancer Activities[J]. Food Science & Nutrition, 2025, 13(10): e71022.
- [16] 任娜,韩秀珍,刘激激,等.乌梅丸及其单味药有效成分在消化系统疾病中的研究进展[J].中华中医药学刊,2025, 43(01):128-133.

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