

# 围绝经期综合症的中医治疗进展

舒宏广<sup>1</sup> 付志红<sup>2</sup>

(1 江西中医药大学 2016 级硕士研究生 南昌 330006; 2 江西中医药大学附属医院妇科 南昌 330006)

关键词: 围绝经期综合征; 中医治疗; 综述

中图分类号: R271.116

文献标识码: A

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.10.051

围绝经期综合征是女性在绝经前后因体内性激素波动或减少而引起的一系列躯体及精神心理症状, 俗称更年期综合征<sup>[1]</sup>。中医称之为绝经断前后诸症, 以妇女在绝经前后出现烘热汗出、烦躁易怒、失眠健忘、头晕耳鸣、腰酸背痛、手足心热或伴有月经紊乱等临床症状为主<sup>[2]</sup>。《金匱要略》说“妇人脏燥, 喜悲伤欲哭, 象如神灵所作, 数欠伸, 甘麦大枣汤主之”, 形象的描述了其发病时情志不遂的症状。据统计, 围绝经期综合征的发病率普遍偏高, 达到 82.73%<sup>[3]</sup>。现代医学认为其发病缘于内分泌相关激素水平的变化, 突出的表现为卵巢功能衰退, 最早征象显示卵泡对 FSH 的敏感性降低, 在绝经过渡期, FSH 水平升高, 呈波动型, 雌激素亦随之变化, 但 LH 仍在正常范围内, FSH/LH < 1, 由于卵泡期延长, 黄体功能不足, 孕酮分泌减少; 绝经后, 卵泡闭锁, 雌激素水平迅速下降, 通过正反馈机制, 刺激垂体释放 FSH 和 LH, FSH/LH > 1, 此期无卵泡发育, 无孕酮分泌<sup>[4]</sup>。另外, 谭琛等<sup>[5]</sup>通过对比 50 例围绝经期综合征患者治疗前后的血清白介素 -18 (IL-18)、白介素 -8 (IL-8)、干扰素 - $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) 的变化, 认为应把血清 IL-18、IL-8、IFN- $\gamma$  纳入病情判断及疗效观察的指标。

对于围绝经期综合征的治疗, 现代医学多以激素替代疗法为主, 但其具有较高的风险性, 易导致子宫出血、子宫内膜癌、卵巢癌、乳腺癌以及心血管系统疾病等。目前, 有关该病治疗的文献报道主要以中医治疗为主, 中医治疗从整体出发, 结合辨证分型, 对临床症状的缓解甚至治愈都有很好的疗效, 被广大患者接受。现综述如下:

## 1 病因病机

古文献中并无有关于围绝经期综合征的病名记载, 本病属于“经断前后诸症、百合病、脏燥”等范畴。《素问·上古天真论》曾有“女子七岁, 肾气盛, 齿更, 发长……七七, 任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭。地道不通, 故形坏而无子也。”女子七七之后, 肾气逐渐由盛转衰, 太冲脉气血亏虚, 而肾气不足, 则无以化生天癸, 天癸渐竭, 冲任二脉气血不足, 不能濡养他

脏, 阴阳失调, 则出现一系列症状。本病的病机关键在肾, 肾为先天之本, 主藏精, 主生殖发育, 为人之根本; 肝肾同源, 同居于下焦, 女子以肝为先天, 女子情绪波动较大, 长时间情志不舒易导致肝郁, 肾虚往往兼有肝郁。妇女在围绝经期, 肾气衰少, 肾之阴阳失调, 五脏失去肾火的温煦, 心、肝、脾等脏腑功能亦受其影响。《金匱要略》有言“百合病, 百脉一宗, 悉致其病也”, 认为本病是伤寒大病之后, 余热未清, 百脉未和, 而变生各种症状<sup>[6]</sup>。

吉楠等<sup>[6]</sup>则认为本病病位在肾, 源于天癸衰少, 冲任二脉气血失调所致元阴亏耗、肾之阴阳不和, 水火不济, 因此肾精亏虚是围绝经期综合征的发病基础。郭利红等<sup>[7]</sup>将年龄因素和情志因素作为本病的主要病因, 提出妇女极易受外物干扰而导致情志不舒、思虑过度, 久郁化火, 久思耗血, 而导致心肝失养, 神魂不安。谢辉等<sup>[8]</sup>将本病归结于肾虚, 兼杂诸火、诸郁、痰瘀、气滞、精亏、阳亢等多种病理变化, 病情复杂多变。郑永新等<sup>[9]</sup>更倾向于把营卫不和作为围绝经期综合征的基本病机, 认为营气衰于外, 卫气伐于内, 衰于外则表不固, 伐于内则耗伤气血; 而气血不足, 则营卫逾虚, 外邪趁虚而入, 虚实夹杂, 病情缠绵。

## 2 中医治疗

### 2.1 汤药治疗

围绝经期综合征属于《伤寒杂病论》一书中记载的“妇人脏燥、百合病”的范畴, 《金匱要略·百合病篇》中提出“见于阴者, 以阳法救之; 见于阳者, 以阴法救之<sup>[10]</sup>”的治疗总则, 警示后人治疗围绝经期综合征以区别阴阳为要, 并列百合地黄汤证、百合滑石散证、百合洗方证、百合知母汤证等脉证, 对后人治疗围绝经期综合征有较高的参考价值。而在《金匱要略·妇人杂病篇》中则用甘麦大枣汤治疗妇人脏燥, 对后世治疗围绝经期综合征产生了深远的影响。郑永新等<sup>[9]</sup>以桂枝汤为基础方治疗 186 例围绝经期综合征患者, 通过调和营卫气血, 其有效率达到 98.39%, 疗效肯定。吴红斌等<sup>[10]</sup>运用桂枝加龙骨牡蛎汤治疗围绝经期综合征患者, 阴虚者加女贞子, 热象明显者加用钩藤, 气虚者加黄芪、党参, 阳

虚者加菟丝子、淫羊藿,观察患者治疗前后的血清 E<sub>2</sub>、FSH、LH 的水平变化及临床症状的改善情况,总有效率也达到了 90.63%。贺雅琪等<sup>[11]</sup>则用温经汤治疗阴阳两虚兼有血虚、血瘀,临床以雌激素水平下降,FSH 和 LH 升高为症状的患者,经三诊共计 21 剂中药的治疗,各症状缓解,达到治愈的目标。这些都是采用经方加减来治疗本病,当然利用验方来治疗本病的报道也不少,如苏倩等<sup>[12]</sup>将本病分为肾阴虚、肾阳虚、肾精亏虚、肾阴阳两虚及肝肾阴虚五个证型,其中,肾阴虚者用知柏地黄丸加减;肾阳虚者用金匱肾气丸;而因肾精亏耗致冲任不足所致的月经紊乱则更倾向于使用新加菟丝子丸治疗;肾阴阳两虚者用二至丸合二仙汤加减治疗;肝肾阴虚的患者则多用归肾丸合二至丸加减。孟元等<sup>[13]</sup>利用滋肾青阳汤治疗阴虚阳亢型的围绝经期患者 35 例,方药组成:白芍、生地黄、钩藤、野菊花、熟地黄、生石决明、草决明、葛根、柴胡、天麻、桑叶、薄荷、麦冬、当归、怀牛膝,总有效率达 97.1%,能够较好的控制妇女围绝经期高血压。李实等<sup>[14]</sup>运用滋肾生肝方治疗肝肾不足型的围绝经期患者 88 例,组方:女贞子、墨旱莲、熟地、柴胡、郁金、茯苓、白芍、山茱萸、山药、浮小麦、丹皮、莲子芯,总有效率为 88.6%。

**2.2 针灸治疗** 刘婧等<sup>[15]</sup>利用电针针刺双侧关元、子宫、三阴交、天枢等 8 个穴位,并对子宫和天枢等 4 个穴位予以电流强度为 0.5~1.0 mA,频率为 10~50 Hz 的刺激,对比治疗前后围绝经期综合征患者烘热及绝经临床症状的变化,认为电针缓解绝经过渡期的相关症状有可靠的疗效。周路等<sup>[16]</sup>用艾条灸双侧三阴交治疗围绝经期综合征,阳虚体质配神阙,阴虚体质配双侧涌泉,对比治疗组前后的 Kupperman 评分、HAMA 评分、SCL-90 量表总分及 SDS 量表评分,并与对照组(口服谷维素片)比较,治疗效果优于对照组。邱连利等<sup>[17]</sup>对比针刺双侧太溪、三阴交、神门、太冲等八穴及情志疏导对于围绝经期抑郁患者的疗效,发现针刺的总有效率为 88.2%,明显高于情志疏导的总有效率 65.5%。

**2.3 其他治疗** 中医治疗手段除了中医辨证治疗和针灸治疗外,还有耳穴压豆、推拿等。周月娟等<sup>[18]</sup>在中药的基础上加用耳穴压豆治疗本病,总有效率从 78.1%提升到 91.7%,表明中药联合耳穴压豆的治疗效果明显优于单纯的中药治疗。高静等<sup>[19]</sup>运用复方精油穴位推拿的方法对围绝经期综合征患者进行治疗,结果表明该方法对患者生活质量有明显的提高,可作为临床治疗方法。朱松妹等<sup>[20]</sup>等采用足浴

配合音乐疗法来治疗围绝经期综合征,其中足浴方取益肾填精、疏肝解郁、安神来立法,处方:菟丝子、杜仲、生地黄、柴胡、香附、酸枣仁、夜交藤、远志、甘草,总有效率也达到 82.5%,该法简单方便,易于操作,而且无副作用。

### 3 总结与展望

围绝经期综合征患者的病机复杂多变,临床症状不尽相同,西医激素替代疗法有较高的风险,中医治疗作为一种有效的治疗手段,副作用小,尤其是中医的汤药治疗,其有效率较高。妇女在围绝经期期间,当以养为主,而不宜补,更不宜泻。补则雍,雍则滞,气机雍滞而成瘀,而后变生他病。泻更伤及患者的精气,精气一亏,则气血两虚,导致各种虚损症状的出现。古语有云:“女子以养为补”,养即是养其气血。笔者认为,在运用汤药治疗本病时,用药当以平和为主,尽量避免运用大辛大热之品耗伤患者气血,及大苦大寒之品伤及患者阳气,围绝经期患者气血渐弱,阳气减亏,用之则更是雪上加霜。

针灸疗法是通过针刺来调动患者的气血,在施治过程中很容易发生过度用针的情况,从而伤及患者气血,这个度很难把握,选取针灸治疗时当谨慎。像耳穴、推拿等疗法可以作为一种辅助治疗,来提高汤药治疗围绝经期综合征的临床疗效。综上所述,笔者认为治疗本病时当以中医汤药为主,以耳穴、推拿为辅,共同发挥中医治疗本病的优势。中医治疗因其有效率高、安全可靠及治疗方法多种多样,受到广大患者的青睐,但目前临床上缺乏规范化的中医治疗方案,阻碍了中医治疗本病的发展前景,望在今后的研究中制定出规范的治疗方案,以便推广。

#### 参考文献

- [1]杜慧兰.中西医结合妇产科学[M].第9版.北京:中国中医药出版社,2012.184-189
- [2]马宝璋,齐聪.中医妇科学[M].第3版.北京:中国中医药出版社,2012.119-122
- [3]吴谦.医宗金鉴[M].北京:人民卫生出版社,2013.397-401
- [4]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第8版.北京:人民卫生出版社,2015.364-367
- [5]谭琛,胡可可,邓赫男.围绝经期综合征患者血清 IL-18、IL-8、IFN- $\gamma$  水平的变化及临床意义[J].湖南学院学报(医学版),2013,15(3):12-14
- [6]吉楠,刘艳巧,刘润侠,等.刘润侠补肾调肝法治疗围绝经期综合征经验[J].江西中医药,2014,45(11):12-13
- [7]郭利红,姚华强,董辉.清心解郁汤治疗围绝经期抑郁症 30 例[J].河南中医,2016,36(8):1143-1145
- [8]谢辉,丁正香,郑纯.郑纯治疗围绝经期综合征经验[J].湖南中医杂志,2014,30(11):43-44
- [9]郑永新,陈绍宏.桂枝汤治疗围绝经期综合征 186 例临床观察[J].成都中医药大学学报,2014,37(4):69-71
- [10]吴红斌,赖春华.桂枝加龙骨牡蛎汤治疗围绝经期综合征 64 例[J].

实用中医药杂志,2013,29(12):1001-1002

[11]贺雅琪,黄延芳.温经汤治疗围绝经期综合征验案一则[J].亚太传统医药,2016,12(15):124-125  
 [12]苏靖,黄莎,黎洁,等.吴克明治疗围绝经期综合征经验[J].湖南中医杂志,2015,31(1):38-39  
 [13]孟元,王雨,张胜容,等.滋生青阳汤加减方治疗阴虚阳亢型围绝经期高血压临床观察[J].中华中医药学刊,2013,31(11):2572-2574  
 [14]李实,卢玉彬,马东玉,等.滋肾生肝法治疗围绝经期综合征 88 例临床分析[J].中国妇幼保健,2013,28(31):5219-5220  
 [15]刘婧,刘芳,王超,等.电针缓解绝经过渡期相关症状的临床研究[J].上海针灸杂志,2016,35(7):839-843

[16]周路,李启荣,麦威,等.灸法治疗围绝经期综合征的临床研究[J].上海针灸杂志,2016,35(7):837-838  
 [17]邱连利,蒋花.探讨针刺及心理健康辅导对围绝经期情志抑郁的影响[J].西部中医药,2014,27(11):131-132  
 [18]周月娟,李娟.耳穴压豆结合中药治疗围绝经期综合征的分析[J].江西医药,2016,51(2):170-172  
 [19]高静,柏丁兮,吴晨曦,等.复方精油穴位按摩对围绝经期综合征患者生活质量的影响研究[J].中医护理杂志,2016,51(1):53-57  
 [20]朱松妹,曹岐新,王群.中药足浴联合背景音乐治疗肾虚肝郁型围绝经期综合征失眠 40 例[J].浙江中医杂志,2016,51(2):119-120

(收稿日期: 2016-09-26)

(上接第 83 页) 较存在差异 ( $P < 0.05$ ), TNF- $\alpha$ 、MIF 浓度接近正常对照组 ( $P > 0.05$ )。见表 2。

表 2 治疗前后各组大鼠血清中 TNF- $\alpha$ 、MIF 浓度比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	血清中 TNF- $\alpha$ 浓度 (pg/ml)			血清中 MIF 浓度 (ng/ml)		
		治疗前	治疗第 7 天	治疗第 14 天	治疗前	治疗第 7 天	治疗第 14 天
正常对照组	5	58.1 $\pm$ 21.0	62.4 $\pm$ 18.1	58.7 $\pm$ 15.3	31.1 $\pm$ 12.3	33.6 $\pm$ 11.8	30.1 $\pm$ 10.7
假手术组	5	62.2 $\pm$ 17.7	63.1 $\pm$ 15.9	57.4 $\pm$ 19.2	36.3 $\pm$ 11.2	35.7 $\pm$ 9.5	33.4 $\pm$ 13.3
Res 治疗 1 组	8	138.4 $\pm$ 41.4*	74.1 $\pm$ 27.8	56.8 $\pm$ 17.2 <sup>a</sup>	50.1 $\pm$ 14.5*	41.3 $\pm$ 16.1	38.6 $\pm$ 13.4 <sup>#</sup>
Res 治疗 2 组	8	139.1 $\pm$ 43.5*	60.8 $\pm$ 24.5	57.5 $\pm$ 13.2 <sup>a</sup>	48.6 $\pm$ 12.8*	38.5 $\pm$ 11.9	30.2 $\pm$ 13.5 <sup>#</sup>
模型对照组	8	137.5 $\pm$ 42.1*	100.8 $\pm$ 33.6	78.3 $\pm$ 22.5	49.1 $\pm$ 14.1*	50.7 $\pm$ 17.4	49.9 $\pm$ 15.8

注:与正常对照组比较,\* $P < 0.05$ ;与模型对照组比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

CRPS I 型是一种高致残性疾病,具体病理机制尚不明确,近来有学者认为免疫炎症参与了其发病<sup>[8]</sup>。前期研究发现 MIF 在 CRPS I 型大鼠病理组织中的高表达,抑制 MIF 可明显改善其患肢疼痛异常及下调 TNF- $\alpha$  等炎症因子的表达,并认为 MIF 可能是 CRPS I 型的病理改变的关键性细胞因子<sup>[9]</sup>。

白藜芦醇又称芪三酚,具有抗炎、抗增殖、调节免疫、抗血小板聚集、神经保护等广泛的药理作用,有研究发现白藜芦醇具有抑制 MIF 活性作用<sup>[3-5]</sup>,我们的研究证实白藜芦醇可显著下调 CRPS I 鼠模型患侧坐骨神经中 MIF 的表达,降低血清中 MIF、TNF- $\alpha$  浓度,改善患肢疼痛异常。本实验还比较了两种剂量[20 mg/(kg·d)、40 mg/(kg·d)]的 Res 对 CRPS I 型大鼠的治疗效果,实验表明,两种剂量的白藜芦醇对 CRPS I 型均有一定疗效,均可下调血清中 MIF、TNF- $\alpha$  浓度,改善疼痛,大剂量白藜芦醇[40 mg/(kg·d)] 疗效明显优于小剂量白藜芦醇[20 mg/(kg·d)],但未达到两倍疗效。

本研究证实了白藜芦醇在 CRPS I 型中的治疗作用,并初步探讨了白藜芦醇在 CRPS I 型中的抗炎镇痛分子机制及有效治疗剂量,白藜芦醇或可成为治疗 CRPS I 型的新型药物,在今后的研究中,我

们将进一步探讨白藜芦醇在 CRPS I 型中靶向抑制 MIF 的机制,并验证其临床疗效。

#### 参考文献

[1]Beckmann J,Rath B,Baier C,et al.CRPS-Complex Regional Pain Syndrome-Eine aktuelle ü bersicht ü ber Klassifikation und Klinik [J].Aktuelle Rheumatologie,2011,36(1):18-22  
 [2]de Mos M,de Bruijn AG,Huygen FJ,et al.The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study [J].Pain,2007,129(1-2):12-20  
 [3]付丽华,胡玉红,孙盛梅,等.白藜芦醇抗肿瘤作用的研究进展[J].黑龙江医药科学,2006,29(6):98-100  
 [4]Markus MA,Morris BJ.Resveratrol in prevention and treatment of common clinical condition of aging [J].Clin Interv Aging,2008,3(2):331-339  
 [5]丁倩,张学农,陈修平.调节自噬,白藜芦醇生物学活性的新机制[J].中国新药与临床杂志,2014,33(9):634-638  
 [6]吴锐,李荣亨.复杂区域疼痛综合征 1 型的两种大鼠造模方法的比较[J].南方医科大学学报,2011,31(12):1985-1988  
 [7]Chaplan SR,Bach FW,Pogrel JW,et al.Quantitative assessment of tactile allodynia in the rat paw [J].J Neurosci Methods,1994,53(1):55-63  
 [8]Naleschinski D,Baron R.Complex regional pain syndrome type I: neuropathic or not?[J].Curr Pain Headache Rep,2010,14(3):196-202  
 [9]吴锐,李荣亨.巨噬细胞游走抑制因子在复杂区域疼痛综合征 1 型胫骨骨折大鼠模型中的表达及作用[J].第二军医大学学报,2012,33(1):76-80

(收稿日期: 2016-08-26)