

中医综合疗法治疗围绝经期综合征的疗效分析*

王宇慧¹ 魏少奔^{2#}

(1 江苏省南京市中医院妇科 南京 210000; 2 陕西省西安市中医医院妇科 西安 710000)

摘要:目的:观察中药益坤饮联合耳穴埋籽、中药足浴治疗围绝经期综合征的疗效。方法:回顾性分析 2019 年 1 月~2021 年 1 月就诊的 80 例心肾不交型围绝经期综合征患者的临床资料。根据治疗方法不同分为观察组及对照组,采用中医综合疗法(中药益坤饮联合耳穴埋籽、中药足浴)的 42 例为观察组,采用坤泰胶囊治疗的 38 例为对照组。对比两组治疗前后改良 Kupperman 评分,临床疗效及不良反应发生情况。结果:两组治疗后 Kupperman 评分较治疗前明显降低($P<0.05$),治疗后观察组 Kupperman 评分明显低于对照组($P<0.05$);观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);两组治疗期间均未发生不良反应事件。结论:采用中医综合疗法治疗围绝经期综合征患者,可明显改善患者临床症状,疗效确切,安全性较高。

关键词:围绝经期综合征;中医综合疗法;滋肾宁心;耳穴埋籽;中药足浴

中图分类号:R711.51

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.18.018

围绝经期综合征(Perimenopausal Syndrome, MPS)是女性卵巢功能由盛转衰过渡时期出现的与绝经相关的不适症状,如烘热汗出、抑郁失眠、头晕耳鸣、烦躁易怒、腰酸骨痛等。随着人口结构老龄化的加剧,预计到 2030 年,我国 MPS 女性将达到 2.8 亿^[1]。目前该病西医指南推荐在无禁忌证的情况下首选激素补充疗法(Menopausal Hormone Therapy, MHT)^[2],但因长期应用存在风险及不良反应,MHT 在国内不能被普遍接受。对于有禁忌证或者不愿意接受激素治疗的患者,我院采用中医综合疗法治疗,疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2019 年 1 月~2021 年 1 月在南京市中医院妇科就诊的心肾不交型围绝经期综合征患者 80 例的临床资料,所有患者符合心肾不交型 MPS 诊断标准。根据治疗方法不同将患者分为观察组 42 例及对照组 38 例。观察组年龄 46~61 岁,平均(52.88±3.66)岁;病程 6 个月~10 年,平均(4.29±2.56)年。对照组年龄 47~60 岁,平均(52.95±4.25)岁;病程 6 个月~9 年,平均(4.11±2.98)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究经医院医学伦理委员会批准,患者对研究内容知情并签署知情同意书。

1.2 诊断标准

1.2.1 MPS 诊断标准 40 岁以上妇女,月经紊乱或绝经,同时出现典型的血管舒缩功能不稳定症状、精神神经系统症状及泌尿生殖道萎缩症状。血清学检测示 FSH 升高或正常,雌二醇可升高、降低或正常。

1.2.2 证候诊断标准 经断前后,腰酸乏力、烘热汗出、心烦不宁、头晕健忘、失眠多梦、手足心热、胁肋疼痛、乳房胀痛、阴道干灼感等,舌尖红、苔少,脉细数。

1.3 纳入标准 符合疾病诊断及证候诊断标准;入组前 3 个月未使用激素及同类中医药治疗。

1.4 排除标准 合并有神经系统疾病、心理疾病者;合并有精神疾患或智力障碍、理解能力差而无法完成量表评分者;凝血功能异常或有血栓性疾病史;近期有手术治疗导致躯体疼痛(和)或服用激素类药物、同类中药等而影响疗效评判患者。

1.5 治疗方法 观察组采用中医综合疗法(中药汤剂口服+耳穴埋籽+中药足浴);对照组口服坤泰胶囊治疗。治疗周期均为 4 周。

1.5.1 观察组 选用名老中医经验方“益坤饮”加減口服。方药组成:熟地黄 10 g、枸杞子 10 g、白芍 10 g、生牡蛎 20 g、钩藤 10 g、合欢皮 10 g、黄芪 10 g、茯苓 10 g、仙灵脾 10 g。每天 1 剂,水煎煮,等分早晚温服。根据患者兼证不同酌情加減及调整剂量,如夜寐欠佳者可加莲子心 5 g、酸枣仁 15 g、夜交藤 15 g;汗出明显者可改煅牡蛎 30 g,酌加浮小麦 30 g、稻糯根 30 g;抑郁焦虑者可酌加春柴胡 6 g、郁金 10 g、绿梅花 10 g 等。耳穴埋籽:以王不留行籽贴压于单耳穴位处,取穴以卵巢、内分泌、丘脑、缘中穴为主穴,辨证配穴以相关脏腑为主。患者每日自行按压耳穴 5 次,每次保持 30 s 以上,以产生酸、麻、胀感为宜,隔天一换,双耳交替。中药足浴:将足浴方(丹参 30 g、莲子心 10 g、合欢皮 15 g、春柴胡 10 g、赤芍 20 g、全当归 15 g、玫瑰花 10 g、生薏仁 30 g、生黄芪 30 g)煎煮后取汁,温度 42℃ 左右时将脚放入药液中,浴足时水通常要淹过踝部到小腿部位,可选用智能足浴仪或加入热水让足浴液保持舒适恒温,每次浸泡约 15 min,每晚 1 次。

1.5.2 对照组 根据国家中医药管理局医政司制定的“绝经前后诸病中医诊疗方案”推荐,选用坤泰胶囊(国药准字 Z20000083)治疗。口服,3 次/d,4 粒/次。

* 基金项目:江苏省南京市中医院科研基金项目(编号:YJJ201907)

通信作者:魏少奔,E-mail:635167143@qq.com

1.6 疗效判断标准 在患者治疗前后,运用国内改良 Kupperman 评分量表 (Modified Kupperman Index, KMI) 进行评分,并根据疗效指数进行临床疗效判定^[3]。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.7 观察指标 对比两组治疗前后改良 KMI 评分,临床疗效及不良反应发生情况。

1.8 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件分析数据。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组内自身前后比较采用成对样本 *t* 检验,两组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 KMI 评分比较 两组治疗后 KMI 评分较治疗前明显降低 ($P<0.05$),治疗后观察组 KMI 评分明显低于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 KMI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	
观察组	42	33.45± 5.37	18.10± 5.76 [#]	
对照组	38	33.00± 5.11	22.40± 4.86 [*]	

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

2.2 两组临床疗效比较 观察组总有效率为 95.24%,明显高于对照组的 76.32%,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较						
组别	<i>n</i>	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	42	1	5	34	2	95.24 [*]
对照组	38	0	2	27	9	76.32

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应发生情况比较 两组治疗期间均无不良反应事件发生。

3 讨论

MPS 现代中医学称为“绝经前后诸证”,其病机以肾虚为主,同时又常见心、肝、脾等脏的功能失调,其中尤以心的关系最为密切,心肾失济是经断前后阴阳失衡的关键^[4]。七七更年期至,肾虚天癸竭,阴虚血少,腰府髓海失养,故腰酸乏力、头晕健忘;阴虚内热,故烘热汗出、五心烦热;肾水不足,无以上济于心,致心神失养或心火偏亢,可见失眠、心悸、心烦等;肾藏精、肝藏血,精血同源,肾阴虚则水不涵木,再加女子经、乳、产数伤阴血,致肝血不足,肝失濡养,肝疏泄失常,血行不畅,可见抑郁低落、胸闷不舒等,日久横逆犯脾,脾气受损,酿生痰湿之邪。根据本病的中医证候特点,我院名中医陈霞主任通过长期实践总结,在古方归肾丸的基础上加减化裁,形成

“益坤饮”组方^[5]。方中君药为熟地、白芍、枸杞,以滋肾阴补肝血;钩藤、生牡蛎、合欢皮为臣,以平肝降逆、宁心解郁;佐以仙灵脾寓阳中求阴之意,黄芪、茯苓健脾益气、兼以除湿。全方共奏滋肾宁心、平肝健脾之功效。既往研究显示,益坤饮可明显增加围绝经期综合征患者血清雌二醇水平,通过改善血管内皮功能以减轻绝经综合征患者的潮热症状^[6]。

中医外治之法历史悠久,《理瀹骈文》中有云:“外治之法即内治之理,医理药性无二,有殊途同归之妙。”目前临床治疗 MPS 有多种中医外治法,如针刺、艾灸、穴位埋线、刮痧等。现代药理研究发现中医外治法可通过减轻氧化应激、调节 5-羟色胺能系统、调节 RANKL 诱导的多种信号通路、调节免疫等机制达到改善 MPS 症状^[7]。我们在临床中多采用耳穴埋籽结合中药足浴疗法治疗,将中医外治法与药物联合应用可增强治疗的整体效应。《灵枢》曰:“耳为宗脉之所聚”,其神经血管丰富,通过药籽按压刺激耳部穴位,可起到调节脏腑功能、疏通经络气血、镇静安眠等功效。近年来文献分析显示耳穴刺激治疗 MPS 疗效较好^[8]。临床我们常选择卵巢、内分泌、缘中、丘脑、肾、心为主穴,这也与目前文献数据分析结果相吻合^[9]。其中卵巢、内分泌、肾、心宜采用弱刺激手法以达补益之用;缘中、丘脑宜采用强刺激手法以取清泻之意,从而起到平衡阴阳的作用。足部是阴阳经交汇循行之处,中药足浴法是药液借助于物理温热作用,促进皮肤吸收药液,刺激经络传导。有研究者^[10]运用中药足浴干预发现能有效减轻围绝经期失眠患者抑郁、焦虑状态,并能有效改善睡眠质量。我们临床选方在养阴宁心、疏肝健脾基础上,兼顾理气、活血、祛湿,从而达到调节阴阳、颐养脏腑、祛邪排浊的目的。

本研究观察中药汤剂益坤饮联合耳穴埋籽及中药足浴治疗心肾不交型围绝经期综合征疗效,结果显示两组治疗后 KMI 评分较治疗前明显降低 ($P<0.05$),治疗后观察组 KMI 评分明显低于对照组 ($P<0.05$);观察组总有效率为 95.24%,明显高于对照组的 76.32%,差异有统计学意义 ($P<0.05$);两组治疗期间均无不良反应事件发生。综上说明,中药汤剂益坤饮联合耳穴埋籽及中药足浴的中医综合疗法治疗围绝经期综合征能显著降低患者 KMI 评分,改善患者临床症状,疗效显著。

参考文献

[1]Nie G,Yang H,Liu J,et al.Psychometric properties of the chinese version of the menopause-specific quality-of-life questionnaire [J]. Menopause,2017,24(5):546-554. (下转第 89 页)

2.2 两组母婴预后对比 相较于对照组,观察组母体并发症发生率及胎儿不良结局发生率更低,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2、表 3。

表 2 两组母体并发症发生率对比[例(%)]						
组别	n	产后出血	胎盘早剥	弥散性血管内凝血	心肾功能不全	总发生
对照组	53	3(5.66)	3(5.66)	3(5.66)	3(5.66)	12(22.64)
观察组	53	2(3.77)	1(1.89)	0(0.00)	0(0.00)	3(5.66)
χ^2						6.290
P						0.012

表 3 两组胎儿不良结局发生率对比[例(%)]						
组别	n	早产	胎儿窘迫	新生儿窒息	新生儿死亡	总发生
对照组	53	4(7.55)	2(3.77)	3(5.66)	1(1.89)	10(18.87)
观察组	53	1(1.89)	1(1.89)	0(0.00)	0(0.00)	2(3.77)
χ^2						6.014
P						0.014

3 讨论

子痫前期是妊娠期女性常见疾病,预后较差,可导致较为严重的母婴并发症,目前治疗只能控制病情,以争取更长孕周,但病情控制无效时只能通过终止妊娠达到治疗目的^[4]。药物治疗是临床治疗子痫前期的常用手段,但可选择的药物较多且各具特色,以致临床在药物应用上尚无统一标准,不利于疾病的转归。因此,寻找更为有效的用药方案意义重大。

血压升高是子痫前期患者主要临床症状,因此想要达到病情控制效果首先应稳定患者血压。硫酸镁注射液为抗惊厥药物,常用作妊娠高血压降压药,是治疗子痫及先兆子痫的首选药物。硫酸镁注射液中镁离子可抑制中枢神经的活动,抑制运动神经-肌肉接头乙酰胆碱的释放,阻断神经肌肉连接处的传导,降低或解除肌肉收缩作用,舒张血管平滑肌,扩张痉挛外周血管,最终达到降低血压目的,控制子痫前期症状^[5-6]。临床研究发现,肌注硫酸镁注射液 20 min 后即可起效,而静脉注射可立即见效,药物持续有效时间可达 30 min,且药物可通过肾脏完全排出^[7]。但由于个体差异较大,部分患者对硫酸镁敏感性较低,导致需要增加使用剂量,但剂量增加的同时会导致心肌损伤、尿量减少、胸闷胸痛等严重不良反应发生率上升。因此,为了保障治疗效果与用药

安全,本研究使用低分子肝素钠联合治疗,结果显示:相较于对照组,观察组治疗后 SBP、DBP 更低,说明硫酸镁联合低分子肝素钠治疗子痫前期可达到较好的血压控制效果;观察组母体并发症发生率及胎儿不良结局发生率均低于对照组,表明联合用药能够显著降低母婴不良事件发生率,促进预后改善。低分子肝素钠为抗栓药物,因其具有抗 Xa 活性,能够在不影响血小板聚集及纤维蛋白原结合的基础上有效抑制动脉、静脉血栓形成,从而减少血管阻力,降低患者血压水平^[8-9]。临床试验显示,低分子肝素钠导致出血可能性较小,未发现对胎儿有明显损害,重复用药时过敏及血小板减少发生率较低,因此安全性具有较高保障^[10]。用药后,低分子肝素钠可被迅速完全吸收,见效快且达峰血药浓度时间为 3 h,半衰期为 3~4 h,且皮下注射后生物利用率近乎 100%,因此治疗效果显著。

综上所述,硫酸镁联合低分子肝素钠治疗重度子痫前期,可显著改善患者血压情况,降低母体并发症发生率及胎儿不良结局发生率,对母婴预后具有积极影响。

参考文献

[1]段杨平,田兆华,李梅,等.早发型重度子痫前期患者终止妊娠方式、时机及对母婴结局的影响[J].中国计划生育学杂志,2019,27(2):202-205.
[2]王利晓.不同孕周重度子痫前期对母婴及围产结局的影响[J].现代诊断与治疗,2017,28(11):2120-2121.
[3]中华医学会妇产科学分会妊娠期高血压疾病学组.妊娠期高血压疾病诊治指南(2015)[J].中华妇产科杂志,2015,50(10):721-728.
[4]丁亚兰,尤子善,童婷婷.早发型、晚发型重度子痫前期产妇临床指标特征及其对围生儿结局的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(19):4394-4397.
[5]孙晓慧.硫酸镁联合拉贝洛尔治疗早发型子痫前期对分娩结局的影响[J].实用中西医结合临床,2018,18(2):81-82.
[6]丁丹妮,贺鑫,杨伟辉.小剂量硫酸镁联合低分子肝素治疗对早发型重度子痫前期患者血压、24h 尿蛋白及母婴并发症的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(9):1899-1990.
[7]张幼林.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗早发型重度子痫前期的效果分析[J].实用临床医药杂志,2019,23(2):56-59.
[8]尚清,刑小芬,李军霞,等.低分子肝素钠与肝素钙辅助治疗对妊娠子痫前期患者肾功能及凝血功能的影响[J].贵州医药,2018,42(11):1305-1306.
[9]林娟,关红琼,叶春燕,等.黄芪注射液联合低分子肝素钠治疗子痫前期患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2018,34(1):10-13.
[10]赵嵩,安莲英,彭丽霞,等.子痫前期患者应用低分子肝素钠辅助治疗对其凝血功能及肾功能的影响[J].疑难病杂志,2016,15(7):716-719.
(收稿日期:2021-05-11)

(上接第 41 页)

[2]中华医学会妇产科学分会绝经学组.绝经管理与绝经激素治疗中国指南(2018)[J].中华妇产科杂志,2018,53(11):729-739.
[3]国家食品药品监督管理局.中药、天然药物治疗女性更年期综合征临床研究技术指导原则[S].2011.10-12
[4]谈勇,坤壶撷英——夏桂成妇科临证心得[M].北京:人民卫生出版社,2014.15-19.
[5]陈霞,陈霞·益坤饮[J].江苏中医药,2011,43(8):14.
[6]曹圣君.益坤饮治疗绝经综合征潮热的临床疗效观察及对血管内

皮功能影响的机理研究[D].南京:南京中医药大学,2018.
[7]高鹏飞,陶柱萍,王雪雪,等.中医药治疗围绝经期综合征的研究进展[J].中华中医药学刊,2021,39(3):21-26.
[8]林爱莲,蔡彬彬,李若和,等.耳穴压豆治疗围绝经期综合征 Meta 分析[J].浙江临床医学,2018,20(1):69-71.
[9]张怡颖,朱力立,曹禹,等.围绝经期综合征耳穴治疗规律探析[J].中医外治杂志,2017,26(2):60-61.
[10]李少锦,陈燕芬,刘晓萍,等.夏仙沐足方配合综合护理干预围绝经期失眠症临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(22):118-120.
(收稿日期:2021-04-29)