

# 潜阳针刺法干预阴虚火旺型围绝经期综合征的效果

王 姣 冯闪闪 崔艳杰 耿连岐\*

天津市滨海新区中医医院针灸脑病科 天津 300451

**摘要:**目的:明确“潜阳针刺法”对阴虚火旺型围绝经期综合征患者的临床疗效。方法:患者来源于2019年10月至2021年12月天津市滨海新区中医医院针灸脑病科门诊和滨海新区塘沽妇产医院门诊,将符合纳入标准的阴虚火旺型围绝经期综合征患者采用随机数字表法随机分为针刺治疗组50例,药物对照组50例。其中针刺组采用“潜阳针刺法”治疗;对照组采用常规西医药物治疗。疗效评估以改良Kupperman Index (KI)记分、中医评定量表、围绝经期生存质量量表(MENQOL)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)为主。结果:针刺改善阴虚火旺型围绝经期综合征患者与戊酸雌二醇联合地屈孕酮片治疗效果相当,改善潮热等症状作用更明显。结论:“潜阳针刺法”干预围绝经期综合征,改善患者的临床症状及生活质量,临床疗效确切。

**关键词:**潜阳针刺法;围绝经期综合征;阴虚火旺型;疗效评价

围绝经期综合征(Perimenopausal Syndrome, PPS)指妇女绝经前后出现性激素波动或减少所致的以自主神经系统功能紊乱为主,伴有神经心理症状的一组症候群<sup>[1]</sup>。据资料显示,中国女性更年期症状发生率高达60%~80%,而且有许多女性妇科疾病在更年期发生率明显升高<sup>[2]</sup>。国外相关报道指出,45岁到55岁女性大约75%-85%会出现围绝经期综合征相关症状,约15%女性甚至影响其生活和工作<sup>[3]</sup>。目前,西医主要采用对症及心理疗法治疗围绝经期综合征轻症患者,重症患者在自愿且接受的情况下,使用激素替代疗法。激素替代疗法虽然疗效确切,但使用不恰当也易导致女性内分泌功能的紊乱,同时也是妇科肿瘤、心脑血管病等疾患的危险因素<sup>[4]</sup>。多项临床研究和Meta分析表明针刺干预围绝经期综合征有效<sup>[5-6]</sup>,可以改善潮热、焦虑、抑郁等症状。

耿连岐主任医师根据多年临床经验,发现头部联合足部穴位治疗围绝经期综合征常因穴位配伍不当而降低临床疗效,故拟定“潜阳针刺法”,通过本研究评估对本病患者临床症状、生存质量的疗效,为临床治疗方法提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2019年10月至2021年12月天津市滨海新区中医医院针灸脑病科门诊和滨海新区塘沽妇产医院门诊围绝经期综合征阴虚火旺型患者。收集符合标准的病例100例,其中,治疗组50例,对照组50例<sup>[7]</sup>。

### 1.2 诊断标准

#### 1.2.1 西医诊断标准

参照第九版《妇产科学》围绝经期综合征诊断标

准:①年龄45~55岁,出现月经紊乱、血管舒缩症状(如潮热汗出)、自主神经失调症状(如心悸、眩晕、头痛)、精神神经症状(如焦虑、易怒、抑郁)、泌尿生殖道萎缩症状(如阴道干燥、排尿困难)、骨质疏松、心血管疾病等。②内分泌异常:雌激素(E2)水平下降,卵泡刺激素(FSH)、促黄体生成素(LH)水平升高。

#### 1.2.2 中医诊断标准

参照《中医妇科学》(新世纪第二版)。主症:头面阵发性烘热汗出;次症:心悸,失眠,头晕,耳鸣,腰膝酸软,五心烦热,足跟疼痛,或皮肤瘙痒、干燥,口干便秘,小便色黄;舌脉:舌红,苔少或干,脉细数。具备主症或两项以上次症,并结合其舌脉,即可诊断。

### 1.3 纳排标准

纳入标准:①年龄为45-55岁的围绝经期综合征患者;②符合上述西医诊断标准者;③无精神病史者;④自愿参加该研究并签署知情同意书者。

排除标准:①合并心脑血管、肝肾、造血系统、肿瘤等严重器质性疾病者;②目前正在参加其它临床试验者;③近3个月使用激素替代治疗的患者;④不符合阴虚火旺证型<sup>[8]</sup>。

剔除、脱落标准:①资料不全;②依从性差;③试验中突发其他影响观察结果的情况,应停止临床试验者;④出现不良事件及严重不良事件,以观察者判断为准,不宜继续参加试验者;⑤患者或其家属在观察试验中不愿意继续治疗,向医生要求退出者。

### 1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组

“潜阳针刺法”治疗。具体操作如下：主穴：太冲、陷谷，均双侧。向涌泉穴方向深刺（0.5-1寸），得气后留针30分钟。配穴：关元，三阴交（双侧）。操作方法：关元直刺1-1.5寸，三阴交直刺1-1.5寸，均平补平泻，留针30分钟。针刺治疗隔日一次，连续治疗4周，采用0.25×40mm规格针灸针。

1.4.2 对照组

对照组采用人工周期序贯法，以28天为一个治疗周期，第1~21天每天给予戊酸雌二醇1mg，第11~21天内给予地屈孕酮10mg，第22~28天停药，使内膜增殖脱落，周期性调节。药物治疗疗程同针刺治疗，连续治疗4周。

1.5 观察指标

1.5.1 国内改良Kupperman Index（KI）记分：以症状程度乘以症状指数。总计分为0~63分；病情分度：轻度15~20分，中度21~35分，重度>35分。

1.5.2 中医评定量表：主要评定依据为项目所定义的症状出现的频度，分5级：没有、偶尔有、时有时无、经常、总是。

1.5.3 围绝经期生存质量量表（MENQOL）：在最近的一个月中，询问是否出现问卷中的症状，并根据某个症状影响的程度，选择其中一个等级。

1.5.4 汉密尔顿焦虑量表（HAMA）：本量表从心理状态、睡眠情况与各系统症状等14个方面评价焦虑状态，满分为56分，得分与焦虑状态呈正相关性。

1.5.5 总疗效判定：参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>和《中药新药治疗女性围绝经期综合征的临床研究指导原则》<sup>[10]</sup>、《妇产科学》、《中医妇科学》中本病的疗效标准进行评定，应用尼莫地平法评价临床疗效，具体如下：改善率 = (治疗前得分 - 治疗后得分) / (正常得分 - 治疗前得分) × 100%；痊愈：治疗后临床症状评分减少 ≥ 90%；显效：治疗后临床症状评分减少70%~90%；有效：治疗后临床症状评分减少30%~<70%；无效：治疗后临床症状评分减少<30%。

观察节点：治疗前及治疗后第4周评估以上各量表得分；治疗后第4周，进行总疗效判定。

1.6 统计学处理

使用SPASS 23.0统计软件进行统计处理。统计方法以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，组间计量数据以t检验进行，例数比较以 $\chi^2$ 检验表示。组间对比符合正态分布用独立样本t检验，不符合正态分布用非参数检验，组内前后比较符合正态分布用配对t检验，不符合正态分布用非参数检验，计数资料用卡方检验或秩和检验。 $P < 0.05$ 为有统计

学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后国内改良KI评分比较

两组患者治疗前改良KI评分比较无统计学差异 ( $P > 0.05$ )，组间具有可比性。与治疗前相比，治疗组患者和对照组患者治疗4周后改良KI评分均有明显下降，治疗4周后组间比较显示治疗组改良KI评分显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 两组治疗前后国内改良KI评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (例)	治疗前	治疗4周后
治疗组	49	18.88±4.43	8.44±1.82 <sup>*#</sup>
对照组	50	19.86±4.54	9.84±2.16 <sup>*</sup>

注：与本组治疗前比较，<sup>\*</sup> $P < 0.05$ 。与对照组比较，<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后MENQOL比较

两组患者治疗前MENQOL量表评分比较无统计学差异 ( $P > 0.05$ )，组间具有可比性。与治疗前相比，治疗组和对照组患者治疗4周后的MENQOL评分均明显下降。两组间比较，治疗4周后治疗组MENQOL评分显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组治疗前后MENQOL评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (例)	治疗前	治疗4周后
治疗组	49	47.16±19.21	12.96±3.38 <sup>*#</sup>
对照组	50	43.66±18.07	15.00±3.02 <sup>*</sup>

注：与本组治疗前比较，<sup>\*</sup> $P < 0.05$ 。与对照组比较，<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗前后中医评定量表评分比较

两组患者治疗前中医评定量表比较无统计学差异 ( $P > 0.05$ )，组间具有可比性。与治疗前相比，治疗组和对照组治疗4周后的平均中医症状积分均明显下降。组间比较，治疗4周后治疗组平均中医症状积分低于对照组，组间差异无统计学意义。见表3。

表3 两组治疗前后中医评定量表评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (例)	治疗前	治疗4周后	差值
治疗组	49	87.16±23.26	41.49±11.76 <sup>*#</sup>	45.67±16.84 <sup>*</sup>
对照组	50	85.72±19.19	45.64±12.94 <sup>*</sup>	40.08±11.28 <sup>*</sup>

注：与本组治疗前比较，<sup>\*</sup> $P < 0.05$ 。与对照组比较，<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

2.4 两组治疗前后HAMA评分比较

治疗组和对照组患者治疗前的焦虑量表评分比较无统计学差异 ( $P > 0.05$ )，组间具有可比性。与治疗前相比，治疗组和对照组患者治疗4周后的平均HAMA评分均明显下降。组间比较，治疗4周后治疗组平均HAMA评分显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表4。

表4 两组治疗前后HAMA评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数(例)	治疗前	治疗4周后
治疗组	49	17.33±4.46	5.51±2.42 <sup>*#</sup>
对照组	50	17.04±5.33	6.94±2.17 <sup>*</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ 。与对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ 。

2.5 两组治疗前后激素水平比较

治疗组和对照组治疗前的激素水平比较无统计学差异( $P>0.05$ ),组间具有可比性。治疗后,组间比较无统计学差异( $P>0.05$ ),见表5,组内比较有统计学差异( $P<0.05$ ),见表5。

表5 两组治疗前、治疗后组间激素水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数		激素名称		
			E2 ( pg/ml )	LH ( mlu/ml )	FSH ( mlu/ml )
治疗组	49	治疗前	33.30±3.05	23.41±3.04	43.93±2.86
对照组	50	治疗前	33.97±3.13	24.05±3.12	44.57±2.71
治疗组	49	治疗后	65.30±2.03 <sup>*</sup>	39.41±2.52 <sup>*</sup>	21.93±1.66 <sup>*</sup>
对照组	50	治疗后	76.97±2.18 <sup>*</sup>	41.05±2.80 <sup>*</sup>	25.57±2.01 <sup>*</sup>

注:E2:雌二醇;LH:促黄体生成素;FSH促卵泡生成素。与本组治疗前比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ 。与对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ 。

2.6 中医评定量表总有效率结果

治疗4周后治疗组有效率97.96%,对照组有效率96%,两组间比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表6。

表6 两组中医评定量表总有效率结果

组别	例数 (例)	临床 治愈	显效	有效	无效	有效率	P值
治疗组	49	0	1	47	1	97.96%	1.0
对照组	50	0	1	47	2	96.00%	

3 讨论

本研究“潜阳针刺法”干预围绝经期综合征,改善患者的临床症状及生活质量,临床疗效确切。治疗四周后针刺组及药物组均可以改善改良KI评分、MENQOL评分、中医评定量表、HAMA评分、激素水平情况,而针刺组效果更加突出。

围绝经期综合征中医称为“经断前后诸症”,《素问·上古天真论》指出了肾气-冲任-天癸之间的关系,女子七七之年,肾气日渐虚衰,冲任二脉不能得到濡养,精血虚少,天癸渐竭,其他脏腑不能得到滋养,就会出现不同临床表现<sup>[11]</sup>。肝肾之阴息息相关,肾阴虚极易导致肝阴亏虚。肝肾居于下焦,相火内存,故临床上可见烘热汗出、心悸、心烦易怒等“火旺”之症。相关临床研究指出,电针关元穴<sup>[12]</sup>可以升高女性雌二醇、降低促黄体生成素的水平。三阴交是足太阴、厥阴、少阴三阴经的交会穴,对肝脾肾的调节有着重要作用<sup>[13]</sup>。太冲为

肝经原穴,五行属土;陷谷为胃经输穴,五行属木,二穴为主穴,配伍关元、三阴交。该针法一方面上病下治,先泻上炎之虚火,然后深刺留针,二穴均透刺于肾经井穴涌泉,从而引上亢之虚火下归于肾水之正位。此针法先泻后补,深合更年期综合征阴虚火旺之病机特点,故法简而效宏。

目前,多项临床研究表明针刺干预围绝经期综合征有效,针灸和西药相比疗效无显著差异,很可能等效,但针刺治疗围绝经期综合征研究目前也还处于初步阶段,在实验控制方面,仍需设计严格的高质量的大样本多中心的随机对照试验来证实,针药结合的效果也值得进一步探索。

参考文献

[1]李丽.围绝经期和绝经后激素治疗进展[J].安徽医药,2008,12(1):62-64.

[2]罗筱凡,罗业浩,吕挺,等.针灸及其相关疗法治疗围绝经期综合征的研究进展[J].中国老年学杂志,2023,43(1):227-232.

[3]王清,许润三.围绝经期综合征的中医认识述评[J].中医杂志,2006,47(2):151-152.

[4]秦爱华.自拟桑菊更年期汤治疗围绝经期综合征89例临床观察[J].中医药导报,2013,19(2):116-117.

[5]何就杰,范郁山.针灸治疗围绝经期综合征的CiteSpace知识图谱可视化分析[J].中国老年保健医学,2022,20(5):28-32.

[6]贾耀隆.养身益心汤联合温针灸治疗围绝经期综合征疗效分析[J].实用中医药杂志,2022,38(3):372-374.

[7]张文雪,禹江琳,武峻艳,等.单纯针灸对比西药治疗围绝经期综合征的Meta分析[J].实用中医药杂志,2022,36(5):1-3,后插1-后插2.

[8]袁婷,熊俊,杨骏,等.基于现代文献的针灸治疗围绝经期综合征的临床证据研究[J].江西中医药,2021,52(3):43-47.

[9]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社.1994:201-202.

[10]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国中医药出版社,2002.

[11]陈春彦.滋阴清热法治疗肝肾阴虚型围绝经期综合征的临床研究[D].江苏:南京中医药大学,2009.

[12]徐甜,李忠仁.关元穴在妇科疾病中的应用及作用机制[J].辽宁中医杂志,2010,37(05):953-955.

[13]薛薇,郭欣,王亚平,等.穴位神经刺激仪治疗围绝经期综合征50例临床价值初探[J].实用妇产科杂志,2013,29(4):306-308.