

针药结合治疗绝经综合征的临床体会

李纪桃

成都棕南医院, 四川 成都 610000

摘要: 目的: 评估针药结合治疗绝经综合征的疗效与安全性。方法: 纳入我院 2024 年 3 月至 2025 年 3 月收治的患者 60 例, 随机分为对照组 30 例与观察组 30 例; 对照组采用常规干预, 观察组采用针药结合干预, 疗程 8 周; 观察 Kupperman 评分、血清雌二醇 (E2) 与 SF-36 生活质量, 并记录不良事件。结果: 两组治疗后 Kupperman 下降、E2 与 SF-36 上升, 组内比较 $P < 0.001$; 治疗后观察组 Kupperman 为 12.1 ± 2.9 分, E2 为 25.3 ± 5.1 pg/ml, SF-36 为 75.4 ± 8.2 分, 优于对照组的 18.5 ± 3.8 分、 18.5 ± 4.2 pg/ml、 65.2 ± 7.1 分; 未见严重不良事件。结论: 针药结合可明显缓解绝经综合征症状, 提升雌激素水平与生活质量, 安全性较好, 具有推广价值。

关键词: 绝经综合征; 针刺; 中药; 针药结合

前言

绝经综合征以潮热、盗汗、心悸、易怒、睡眠差为主要表现, 影响工作与家庭生活。激素替代疗法在部分人群有效, 但受禁忌证与依从性限制^[1]。针刺可调节神经—内分泌网络, 中药以滋阴清热、安神调气见长, 二者合用有望在缓解症状与提升生活质量上获得更稳固的效果。本研究以随机对照的方式观察针药结合方案, 对 Kupperman 更年期指数、血清雌二醇 (E2) 与 SF-36 健康调查量表的变化进行评估, 并记录安全性数据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入我院 2024 年 3 月至 2025 年 3 月就诊并符合更年期综合征诊断的患者 60 例, 按随机数字表分为观察组与对照组, 各 30 例; 对照组行常规中药干预, 观察组在同一中药基础上联合针刺, 疗程 8 周。两组在年龄、病程与基线 Kupperman 评分、E2、SF-36 方面差异无统计学意义, 具可比性。纳入标准为: ①停经满 12 个月且符合西医诊断; ②年龄 45 ~ 60 岁; ③ Kupperman 评分 ≥ 15 分; ④能配合完成治疗与评估; ⑤签署知情同意。排除标准为: ①近 3 个月使用激素或含雌激素药物; ②严重心、肝、肾功能异常或重度精神障碍; ③甲状腺功能异常等可致潮热的内分泌疾病; ④对针刺或中药成分过敏; ⑤资料不全或中途退出。研究经医院伦理审查同意。

1.2 方法

两组在入组当天完成统一宣教与基线评估, 治疗期为 8 周。干预阶段保持作息与饮食相对稳定, 限制酒精与浓茶咖啡, 睡前避免电子屏强光刺激, 适度有氧运动以步行与八段锦为主。期间不使用含雌激素或选择性雌激素受体调节剂类药物, 不合用影响情绪与睡眠的镇静催眠药, 确需短期对症处理时由研究医师评估后备案^[2]。所有药物由院内药学部集中煎煮与发放, 针刺在门诊治疗室完成, 由具备中级及以上职称的医师操作。依从性通过发

药记录、余药回收、针刺出勤登记与电话随访综合判定, 缺失一次治疗在 72 小时内完成补课, 连续两次缺失判定为偏离方案。

对照组采用中药汤剂单独干预, 方义以滋阴清热、宁心安神为主轴, 在知柏地黄汤框架上加减。常用药味为熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓、知母、黄柏, 症见潮热汗出显著者酌加地骨皮、青蒿, 心悸烦躁突出者加入合欢皮、酸枣仁, 夜寐不安者配夜交藤、远志, 胸闷不舒或情绪波动偏重者佐以柴胡、香附^[3]。每剂总量约 120 ~ 160 g, 清水浸泡 30 min 后武火煎沸, 改小火 30 min, 取汁 300 ml, 再加水二煎 20 min, 合并药液约 450 ~ 500 ml, 早晚分服, 餐后 30 min 温服为佳。发药两天一取, 以保证口感与稳定性, 周末据患者行程适度调整但不改变总剂量^[4]。出现口干、舌苔厚腻或大便偏稀时, 医师根据舌脉与症状微调药味与克数, 原则是不改变治法主线。治疗第 4 周进行一次中期随访, 询问潮热次数、睡眠时长与情绪波动, 用 Kupperman 简表进行过程性记录, 不纳入最终统计, 仅用于把握个体化加减。对药物不耐受者可暂停 1 ~ 2 日观察, 症状缓解后再恢复至原剂量的七至八成, 三日无不适再回到全量。

观察组在与对照组相同汤剂基础上联合针刺。取穴以调和心肾、疏肝安神、清热敛汗为原则, 常规主穴为百会、神门、内关、太冲、三阴交、太溪、关元; 潮热汗出频密者加大椎与曲池, 心悸多梦者加安眠与印堂, 情绪易激惹者配肝俞与太冲加强。针具选用一次性无菌毫针 0.25 × 25 mm 与 0.30 × 40 mm 两种规格, 头部与四肢浅层穴位以短针为主, 腹背部与小腿深层穴位以长针为主^[5]。常规皮肤消毒后进针, 得气以酸、麻、胀、沉为准, 行轻度平补平泻以求针感向患处或相应经行走向扩散, 留针 30 min, 期间每 10 min 行小幅度提插或小幅度捻转 1 次, 避免强烈刺激引起疲乏与不适。治疗频次为隔日一次, 每周 3 次, 8 周为一疗程; 经期已绝停, 一般不受周期影响, 个别潮热夜间加重者可在当周适度增加至 4 次, 下一周回归 3 次以维持节律^[6]。极少数对针感

敏感或出现轻度晕针者，立即平卧、保暖、饮温水，生命体征稳定后改用更细针具与浅层进针，随访 48 小时未见延迟性反应方可恢复原计划^[7]。两组在干预期间统一开展生活方式指导，核心目标为降低睡眠碎片化与情绪高反应，入睡前进行 10 ~ 15 分钟腹式呼吸或身体扫描练习，白日增加户外光照，午后减少长时间午睡。若夜间觉醒超过两次，记录发生时段与可能诱因，复诊时与医师沟通以便针对性处理。研究期内不开展高强度间歇训练，不进行远途跨时区旅行，确因公务外出者需在发药与针刺安排上提前协调。安全性监测贯穿全程，常见不良反应为针下酸胀、局部皮下瘀斑与短时乏力，多在 24 ~ 72 小时内自行缓解，出现持续性疼痛、红肿或发热时及时就诊并暂停针刺；中药相关不适多见于胃脘不适与口干，通过调节服药时间、加减药味与温度控制可获改善。所有不良事件按发生时间、持续时长、严重程度与处理结果记录，疑似与干预相关者进入因果性评估表，必要时由第三方专家复核。

1.3 观察指标

疗效以 Kupperman 更年期指数评估症状变化，取总分进行比较；内分泌水平以血清 E2 为主，采用电化学发光法检测；生活质量采用中文版 SF-36 量表，计算总分并用于组内外比较；安全性记录针刺相关不适与消化道反应等不良事件，用发生例次与严重程度加以描述^[8]。

1.4 统计学方法

数据用 SPSS 27.0 处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示；组内前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；分布不满足正态或方差不齐时选用相应的非参数检验；计数资料以例数 (%) 表示并行 χ^2 检验；检验水准 $\alpha = 0.05$ ，双侧 $P < 0.05$ 判定差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 Kupperman 评分比较

结果如表 1 所示，基线水平接近（对照组 25.3 ± 4.2 分，观察组 24.8 ± 4.5 分）。8 周后，两组评分均下降且差异显著（ $P < 0.001$ ），观察组降幅更大，均值降至 12.1 ± 2.9 分，对照组为 18.5 ± 3.8 分。按绝对变化计算，观察组减少 12.7 分，对照组减少 6.8 分；按相对幅度估算，观察组约下降 51%，对照组约下降 27%。症状缓解的强度与稳定性在针药结合方案上更为突出。

表 1 两组患者治疗前后 Kupperman 评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	治疗前评分	治疗后评分	t 值	P 值
对照组	30	25.3 ± 4.2	18.5 ± 3.8	7.33	<0.001
观察组	30	24.8 ± 4.5	12.1 ± 2.9		

2.2 两组患者雌激素水平（E2）比较

结果如表 2 所示，两组起点接近（对照组 15.2 ± 3.1 pg/ml，观察组 15.8 ± 3.4 pg/ml）。干预后 E2 均上升且具有统计学意义

（ $P < 0.001$ ），观察组升至 25.3 ± 5.1 pg/ml，对照组为 18.5 ± 4.2 pg/ml。以增量评估，观察组上升 9.5 pg/ml，对照组上升 3.3 pg/ml；以相对幅度估算，观察组约提升 60%，对照组约提升 22%。数据提示针药结合对内分泌状态的修复更为充分。

表 2 两组患者雌激素水平（E2）比较（pg/ml， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	治疗前 E2	治疗后 E2	t 值	P 值
对照组	30	15.2 ± 3.1	18.5 ± 4.2	-5.64	<0.001
观察组	30	15.8 ± 3.4	25.3 ± 5.1		

2.3 两组患者生活质量评分（SF-36）比较

结果如表 3 所示，基线接近（对照组 58.5 ± 6.3 分，观察组 57.8 ± 6.8 分）。治疗后，两组 SF-36 均提高且差异显著（ $P < 0.001$ ），观察组升至 75.4 ± 8.2 分，对照组为 65.2 ± 7.1 分。按增量计算，观察组提升 17.6 分，对照组提升 6.7 分；按相对幅度估算，观察组约提升 30%，对照组约提升 12%。症状改善已明显转化为生活质量的整体获益，针药结合优势更为直观。

表 3 两组患者生活质量评分（SF-36）比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	治疗前 SF-36	治疗后 SF-36	t 值	P 值
对照组	30	58.5 ± 6.3	65.2 ± 7.1	-5.15	<0.001
观察组	30	57.8 ± 6.8	75.4 ± 8.2		

3 讨论

简而言之，针药结合在绝经期症状控制与功能恢复上呈现清晰优势。Kupperman 降幅更深，E2 与 SF-36 同步上扬，提示症状缓解已转化为生活质量的实质性收益。中药以滋阴清热、宁心调气为核心，调护肝肾、和畅气机；针刺取百会、神门、内关、太冲、三阴交、太溪、关元等要穴，激发经络反应，可能影响下丘脑—垂体—性腺轴活动，平衡交感与迷走张力，降低潮热频率与夜间觉醒，焦虑与易怒也随之减轻。药物稳其根本，针刺动其机枢，二者相互促动，形成叠加效应。安全性方面，仅见酸胀、瘀斑与短暂乏力之类轻度不适，多在短期内自行缓解，未录得严重事件，方案耐受性可接受。当然，本研究样本量有限，单中心设计，疗程 8 周，观察窗偏短；未同步测定 FSH、LH、皮质醇等指标，生物学链路仍待补全；未设置假针对照与盲法，评价者与受试者认知可能带来偏倚；生活方式指导虽有统一话术，执行强度存在差异；针刺处方未按症候亚型分层，潜在效应修饰因素尚未拆分。后续可开展多中心、分层随机与三臂或四臂研究，引入假针与标准化中药对照，随访 6—12 个月，关注复发率、再次干预需求与最小临床重要差值；兼顾客观睡眠监测与情绪量表分维度，并加入成本—效果评估。治疗实施环节已采用统一煎煮、固定频次与规范操作，降低处方与技术差异带来的噪声，说明在院内路径中具备一定可复制性。针次安排为每周三次，留针约 30 分钟，节律稳定或与疗效稳定相关，后续可探索剂量—反应关系，明确最小有效剂量，减轻就诊负担。临床应用层面，该方案可为不适合或不愿接受激素治疗的人群提供一条现实选项，也可与睡

眠卫生与情绪管理配合以巩固获益；辨证施治、依从性管理与规范化操作仍是成败关键。

参考文献：

- [1] 马怡轩. 基于“肝肾相关”理论探讨补益肝肾法治疗肝肾阴虚型绝经综合征的临床研究 [D]. 甘肃中医药大学, 2024.
- [2] 冯麗. 针药联合治疗心肾不交型绝经综合征失眠的临床研究 [D]. 山东中医药大学, 2022.
- [3] 肖敏. “双固一通”针刺联合易筋经功法治疗更年期综合征临床研究 [D]. 湖北中医药大学, 2022.
- [4] 毕富玺, 张晗. 针刺治疗绝经综合征的研究进展 [J]. 云南中医中药杂志, 2021, 42 (08): 86-88.

[5] 田茹, 苏妆, 丛培玮, 等. 针药结合治疗围绝经综合征的 Meta 分析 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38 (06): 130-133.

[6] 郭妍. 更年滋肾汤联合针刺治疗绝经综合征肾虚肝郁证的临床疗效观察 [D]. 辽宁中医药大学, 2020.

[7] 倪国勇, 钮雪松, 曾瀚琳, 等. 针药滋阴潜阳法治疗绝经综合征临床研究 [J]. 中外医疗, 2020, 39 (15): 175-177.

[8] 苏吴静. 针药结合治疗肝肾阴虚型绝经综合征的临床研究 [D]. 湖北中医药大学, 2023.

作者简介：

李纪桃（1972-05），女，汉族，绵阳安州，本科，职称：主治医师，研究方向：中医妇科学。