

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2026.01.011
文章编号: 1005-8982 (2026) 01-0070-07

临床药学·论著

滋肾疏肝方治疗肾虚肝郁证围绝经期综合征的效果分析*

王达¹, 梅妍²

(1.天津中医药大学 天津 301617; 2.天津市中医药研究院附属医院 心身疾病科, 天津 300120)

摘要: **目的** 探讨滋肾疏肝方对肾虚肝郁证围绝经期综合征的疗效。**方法** 选取2022年7月—2024年5月天津市中医药研究院附属医院收治的78例围绝经期综合征患者,随机分为对照组和观察组,各39例。对照组采取雌孕激素序贯治疗,观察组采取滋肾疏肝方治疗。治疗4周后,比较两组的中医症候评分、围绝经期症状综合评分[改良围绝经期Kupperman指数(KI)、绝经评定量表(MRS)]、性激素(雌激素、促卵泡激素、睾酮)、神经递质[5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(NE)、多巴胺(DA)]、疗效及不良反应。**结果** 观察组治疗前后经期紊乱、潮热汗出、烦躁易怒、腰膝酸软、心悸不安、烦躁失眠、健忘抑郁、性欲减退评分、KI评分、MRS评分、雌激素、促卵泡激素、睾酮、5-HT、NE、DA水平的差值均大于对照组($P < 0.05$)。观察组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 滋肾疏肝方治疗肾虚肝郁型围绝经期综合征,有助于调节患者的性激素及神经递质,减轻临床症状,疗效及安全性良好。

关键词: 围绝经期综合征; 滋肾疏肝方; 肾虚肝郁证; 性激素; 神经递质
中图分类号: R711.51 **文献标识码:** A

Analysis of the effect of Zishen Shugan Decoction in treating perimenopausal syndrome with kidney deficiency and liver stagnation syndrome*

Wang Da¹, Mei Yan²

(1.Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617; 2.Department of Psychosomatic Diseases, Affiliated Hospital of Tianjin Academy of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300120, China)

Abstract: Objective To explore the effect of Zishen Shugan Decoction in the treatment of perimenopausal syndrome with kidney deficiency and liver stagnation syndrome. **Methods** A total of 78 patients with perimenopausal syndrome admitted to the Affiliated Hospital of Tianjin Academy of Traditional Chinese Medicine Sciences from July 2022 to May 2024 were selected and randomly divided into a control group and an observation group, with 39 cases in each group. The control group received sequential estrogen-progestogen therapy (EPT), and the observation group received Zishen Shugan Decoction. After 4 weeks of treatment, the traditional Chinese medicine (TCM) symptom scores, comprehensive perimenopausal symptom scores [modified Kupperman Index (KI) for perimenopause, Menopause Rating Scale (MRS)], sex hormones (estrogen, follicle-stimulating hormone, testosterone), neurotransmitters [5-hydroxytryptamine (5-HT), norepinephrine (NE), dopamine (DA)], efficacy and adverse reactions were compared between the two groups. **Results** The differences in scores of menstrual disorder,

收稿日期: 2025-05-02

* 基金项目: 天津市自然科学基金项目 (No: 23JCYBJC00950)

[通信作者] 梅妍, E-mail: nuodun@163.com

hot flashes and sweating, irritability, soreness of waist and knees, palpitations, irritability and insomnia, forgetfulness and depression, loss of libido, KI score, MRS score, as well as levels of estrogen (E2), follicle-stimulating hormone (FSH), testosterone (T), 5-HT, NE and DA in the observation group before and after treatment were all greater than those in the control group ($P < 0.05$). The total effective rate of treatment in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Zishen Shugan Decoction is effective in treating perimenopausal syndrome with kidney deficiency and liver stagnation syndrome. It helps regulate sex hormones and neurotransmitters in patients, alleviate clinical symptoms, and has good efficacy and safety.

Keywords: perimenopausal syndrome; Zishen Shugan decoction; kidney deficiency and liver stagnation syndrome; sex hormones; neurotransmitters

围绝经期综合征是女性在围绝经期由性激素波动或体内激素水平降低所致的内分泌、躯体和心理变化引起的一系列以自主神经功能紊乱为主的症候群,在45~55岁女性群体中其发病率高达60%~80%,典型症状有潮热汗出、情绪波动、失眠健忘等,严重损害患者的生存质量^[1-2]。中医学基于“肾-天癸-冲任-胞宫”轴理论,将本病核心病机归结为“肾精亏虚,肝失疏泄”,《素问》记载“七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭”初步揭示了肾气渐衰引发女子脏腑功能失调的生理转归^[3-4]。现代生理学研究表明,下丘脑-垂体-卵巢轴功能紊乱导致的雌激素波动,能够通过影响5-羟色胺能系统及血管舒缩中枢,加剧神经内分泌-免疫网络的失衡状态^[5]。这与中医“肾虚肝郁”证候中“阴不敛阳,气机逆乱”的病理特征高度契合。目前,现代临床医学治疗围绝经期综合征多采用激素替代疗法,虽可快速缓解临床症状,但长期应用可能增加乳腺癌、静脉血栓等风险。中医学认为,围绝经期综合征的发病主要以患者的生理功能减退为病因,治疗主张疏肝解郁、活血安神的同时,兼施滋补肾阴等策略^[6-7]。滋肾疏肝方源于《景岳全书》左归丸与《伤寒论》四逆散化裁,方中生地等滋补肾阴以固其本,柴胡、白芍等疏肝解郁以调其用,佐以合欢皮等活血安神之品,形成“补肾不忘疏肝,养阴佐以通络”组方特色。本研究探讨滋肾疏肝方对肾虚肝郁证围绝经期综合征的疗效,旨在为中医学治疗围绝经期综合征的策略提供新的思路,推动中医药的精准应用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年7月—2024年5月天津市中医药研究院附属医院收治78例围绝经期综合征患者,随机

分为观察组与对照组,各39例。纳入标准:①符合《妇产科学》^[8]中围绝经期综合征的临床诊断;②中医证型符合肾虚肝郁证的诊断^[9],以经期紊乱、性欲减退、潮热汗出、烦躁易怒、腰膝酸软、健忘抑郁、心悸不安、烦躁失眠等为主要症状,舌脉可见舌质红、苔薄白、脉弦细;③年龄40~60岁;④患者家属签署知情同意书。排除标准:①入组前3个月内服用其他中药制剂或接受其他中医疗法治疗;②入组前3个月服用激素类药物;③入组前3个月内服用安眠药、抗抑郁药等精神类药物;④合并心、肝、肾等重要器官功能障碍;⑤有免疫系统疾病、血液系统疾病、原发性恶性肿瘤;⑥高龄孕妇;⑦先天性卵巢早衰、内生殖器发育异常或子宫及其附件手术史;⑧对中药制剂有过敏史。剔除中途自行退出研究或服药不规律者。本研究经医院医学伦理委员会审批(No: LW202205006)。两组的年龄、初潮年龄、病程和产次构成比较,经 t/χ^2 检验,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取雌孕激素序贯治疗,月经第5 d起,晚饭前1 h口服戊酸雌二醇(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字H33021786,规格:1 mg) 1 mg,1次/d,连续服用21 d;戊酸雌二醇服药第12天,联合口服黄体酮软胶囊(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字H33021224,规格:0.1 g) 100 mg,连续服用10 d。戊酸雌二醇服药第1天,联合服用盐酸帕罗西汀片(石家庄龙泽制药股份有限公司,国药准字H20213120,规格:20 mg) 40 mg,1次/d,连续服用4周后评估疗效。

1.2.2 观察组 采取中医疗法治疗,口服滋肾疏肝方1剂/d,早晚分服各200 mL,连续服用4周后评估疗效。滋肾疏肝方基础组方:生地15 g、夜交

表 1 两组一般资料比较 (n=39)

组别	年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$)	初潮年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程/(月, $\bar{x} \pm s$)	产次 例(%)	
				1次	>1次
观察组	51.12 ± 4.35	13.15 ± 2.84	6.91 ± 2.01	14(35.90)	25(64.10)
对照组	50.09 ± 4.18	12.79 ± 2.11	7.73 ± 1.85	10(25.64)	29(74.36)
t/ χ^2 值	1.066	0.635	1.875	0.963	
P值	0.290	0.527	0.065	0.326	

藤 15 g、炒枣仁 15 g、生龙齿 30 g(先煎)、紫贝齿 30 g(先煎)、小草(远志)6 g、石菖蒲 6 g、合欢皮 15 g、香附 6 g、柴胡 6 g、白芍 10 g、茯苓 10 g、当归 10 g、橘络 3 g、陈皮 6 g,肝郁甚者加青皮,脾虚者加山药,肾虚者加淫羊藿、桑葚。诸药混匀,水煎法提取,将诸药混合加水 1 200 mL 以武火煮至沸腾后转文火,煎煮 40 min,过滤药液,加水浓缩至 400 mL,早晚分服,各 200 mL。

1.3 观察指标

1.3.1 中医证候 治疗 4 周后,参考《中药新药临床研究一般原则》^[10]评价中医证候的严重程度,各项症状严重程度分为无(0分)、轻度(2分)、中度(4分)、重度(6分)。

1.3.2 围绝经期症状综合评分 治疗 4 周后,采用改良围绝经期 Kupperman 指数(modified Kupperman index for perimenopausal symptoms, KI)^[11]、绝经评定量表(menopause rating scale, MRS)^[12]评估症状。其中, KI 包括 13 项评估条目,总分 0~39 分,得分越高提示症状越严重; MRS 包括 11 项评估条目,总分 0~44 分,得分越高提示症状越严重。

1.3.3 性激素 治疗 4 周后,采集患者肘静脉血 5 mL, 3 000 r/min 离心 10 min,取上清液待测。采用 SE1200 型电化学发光免疫分析仪(江苏三联生物工程股份有限公司)检测血清雌激素、促卵泡激素、睾酮水平。

1.3.4 神经递质 治疗 4 周后,采集患者肘静脉血 5 mL, 3 000 r/min 离心 10 min,取上清液待测。采用 BLA-300 型全自动生化分析仪(珠海高瑞特医疗科技有限公司)检测患者的血清 5-羟色胺(5-Hydroxytryptamine, 5-HT)、去甲肾上腺素(Norepinephrine, NE)、多巴胺(Dopamine, DA)水平。

1.3.5 疗效评价 参考《中医病症诊断疗效标准》^[9]评价疗效。治疗后,症状基本消失,中医证候评分较治疗前降幅>70%为显效;中医证候评分较

治疗前降幅 30%~70%为有效;中医证候评分较治疗前降幅<30%,或症状持续加重为无效。总有效=显效+有效。

1.3.6 不良反应 记录治疗期间的不良反应,包括腹泻、头痛、呕吐、恶心等。

1.4 统计学方法

数据分析采用 SPSS 24.0 统计软件。计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 *t* 检验;计数资料以构成比或率(%)表示,比较采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候评分比较

两组治疗前经期紊乱、潮热汗出、烦躁易怒、腰膝酸软、心悸不安、烦躁失眠、健忘抑郁和性欲减退评分比较,经 *t* 检验,差异均无统计学意义(*P* > 0.05)。两组治疗后经期紊乱、潮热汗出、烦躁易怒、腰膝酸软、心悸不安、烦躁失眠、健忘抑郁和性欲减退评分比较,经 *t* 检验,差异均有统计学意义(*P* < 0.05);观察组治疗后经期紊乱、潮热汗出、烦躁易怒、腰膝酸软、心悸不安、烦躁失眠、健忘抑郁和性欲减退评分均低于对照组。对照组治疗前后经期紊乱、潮热汗出、烦躁易怒、腰膝酸软、心悸不安、烦躁失眠、健忘抑郁和性欲减退评分比较,经 *t* 检验,差异均有统计学意义(*t* = 9.083、10.885、9.819、7.590、11.437、9.332、7.182、9.811,均 *P* = 0.001);观察组治疗前后经期紊乱、潮热汗出、烦躁易怒、腰膝酸软、心悸不安、烦躁失眠、健忘抑郁和性欲减退评分比较,经 *t* 检验,差异均有统计学意义(*t* = 10.919、13.521、14.975、13.863、19.511、15.981、10.346、13.738,均 *P* = 0.001);治疗后两组经期紊乱、潮热汗出、烦躁易怒、腰膝酸软、心悸不安、烦躁失眠、健忘

抑郁和性欲减退评分的差值比较,经 t 检验,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗前后经期紊乱、潮热汗出、烦躁易怒、腰膝酸软、心悸不安、烦躁

失眠、健忘抑郁和性欲减退评分的差值均大于对照组。见表2。

表2 两组中医症候评分比较 ($n=39$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	经期紊乱			潮热汗出			烦躁易怒		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	4.51 ± 0.76	2.41 ± 0.93 [†]	2.10 ± 0.81	4.71 ± 0.60	2.35 ± 0.91 [†]	2.36 ± 0.72	4.32 ± 0.35	2.16 ± 0.83 [†]	2.16 ± 0.73
对照组	4.39 ± 0.52	2.99 ± 0.81 [†]	1.40 ± 0.65	4.58 ± 0.54	2.81 ± 0.86 [†]	1.77 ± 0.75	4.25 ± 0.61	2.79 ± 0.70 [†]	1.46 ± 0.62
t 值	0.814	2.937	4.209	1.006	2.294	3.591	0.622	3.624	4.741
P 值	0.418	0.004	0.001	0.318	0.025	0.001	0.536	0.001	0.001

组别	腰膝酸软			心悸不安			烦躁失眠		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	3.86 ± 0.43	1.96 ± 0.74 [†]	1.90 ± 0.51	4.51 ± 0.36	2.43 ± 0.56 [†]	2.08 ± 0.47	4.69 ± 0.57	2.36 ± 0.71 [†]	2.33 ± 0.61
对照组	3.81 ± 0.41	2.53 ± 0.97 [†]	1.28 ± 0.84	4.48 ± 0.39	2.85 ± 0.80 [†]	1.63 ± 0.64	4.51 ± 0.54	2.89 ± 0.94 [†]	1.62 ± 0.76
t 值	0.526	2.918	4.104	0.353	2.686	3.897	1.432	2.81	4.809
P 值	0.601	0.005	0.001	0.725	0.009	0.001	0.156	0.006	0.001

组别	健忘抑郁			性欲减退		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	4.07 ± 0.61	2.39 ± 0.81 [†]	1.68 ± 0.67	4.46 ± 0.13	2.59 ± 0.84 [†]	1.87 ± 0.57
对照组	4.13 ± 0.58	2.84 ± 0.96 [†]	1.29 ± 0.82	4.50 ± 0.11	3.06 ± 0.91 [†]	1.44 ± 0.61
t 值	0.445	2.237	2.300	1.467	2.370	3.216
P 值	0.657	0.028	0.024	0.147	0.020	0.002

注: †与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.2 两组围绝经期症状综合评分比较

两组治疗前 KI 评分和 MRS 评分比较, 经 t 检验, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后 KI 评分和 MRS 评分比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗后 KI 评分和 MRS 评分均低于对照组。对照组治疗前后 KI 评分和 MRS 评分比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 ($t =$

10.127 和 15.316, 均 $P = 0.001$); 观察组治疗前后 KI 评分和 MRS 评分比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 ($t = 13.659$ 和 21.219, 均 $P = 0.001$); 治疗后两组 KI 评分和 MRS 评分均降低。两组治疗前后 KI 评分和 MRS 评分的差值比较, 经 t 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗前后 KI 评分和 MRS 评分的差值均大于对照组。见表3。

表3 两组围绝经期症状综合评分比较 ($n=39$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	KI评分			MRS评分		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	30.56 ± 7.09	14.02 ± 2.63 [†]	16.54 ± 4.59	23.95 ± 3.65	10.24 ± 1.72 [†]	13.70 ± 2.09
对照组	29.25 ± 7.61	16.15 ± 2.71 [†]	13.10 ± 3.94	24.08 ± 3.32	14.16 ± 2.31 [†]	9.48 ± 2.56
t 值	0.787	3.522	3.551	0.165	8.500	7.974
P 值	0.434	0.001	0.001	0.870	0.001	0.001

注: †与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.3 两组性激素水平比较

两组治疗前雌激素、促卵泡激素和睾酮比较,

经 t 检验, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后雌激素、促卵泡激素和睾酮比较, 经 t 检验, 差

异均有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组治疗后雌激素、促卵泡激素和睾酮均低于对照组。对照组治疗前后雌激素、促卵泡激素和睾酮比较,经 t 检验,差异均有统计学意义 ($t = 9.583、4.624、11.361$, 均 $P = 0.001$)；观察组治疗前后雌激素、促卵泡激素和睾酮比较,经 t 检验,差异均有统计学意义 ($t =$

14.315、7.108、17.845, 均 $P = 0.001$)；治疗后两组雌激素升高,促卵泡激素和睾酮均降低。对照组与观察组治疗前后雌激素、促卵泡激素和睾酮的差值比较,经 t 检验,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组治疗前后雌激素、促卵泡激素和睾酮的差值均大于对照组。见表 4。

表 4 两组性激素水平比较 ($n = 39, \bar{x} \pm s$)

组别	雌激素/(mmol/L)			促卵泡激素/(u/L)			睾酮/(mmol/L)		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	54.08 ± 10.91	100.21 ± 16.91 [†]	46.13 ± 12.46	5.91 ± 1.75	3.52 ± 1.16 [†]	2.39 ± 1.23	3.16 ± 0.72	0.92 ± 0.31 [†]	2.24 ± 0.54
对照组	52.16 ± 11.32	89.76 ± 21.73 [†]	37.60 ± 7.89	6.02 ± 1.63	4.60 ± 1.01 [†]	1.42 ± 1.17	3.09 ± 0.75	1.44 ± 0.51 [†]	1.65 ± 0.51
t 值	0.763	2.370	3.612	0.287	4.385	3.568	0.420	5.441	4.960
P 值	0.448	0.020	0.001	0.775	0.001	0.001	0.675	0.001	0.001

注：†与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.4 两组神经递质水平比较

两组治疗前 5-HT、NE 和 DA 水平比较,经 t 检验,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后 5-HT、NE 和 DA 水平比较,经 t 检验,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组治疗后 5-HT、NE 和 DA 水平均低于对照组。对照组治疗前后 5-HT、NE 和 DA 水平比较,经 t 检验,差异均有统计学意义 ($t =$

5.726、7.486、4.662, 均 $P = 0.001$)；观察组治疗前后 5-HT、NE 和 DA 水平比较,经 t 检验,差异均有统计学意义 ($t = 9.733、7.654、9.045$, 均 $P = 0.001$)；治疗后两组 5-HT、NE 和 DA 水平升高。两组治疗前后 5-HT、NE 和 DA 水平的差值比较,经 t 检验,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组治疗前后 5-HT、NE 和 DA 水平的差值均大于对照组。见表 5。

表 5 两组神经递质水平比较 ($n = 39, \bar{x} \pm s$)

组别	5-HT/(ng/L)			NE/(ng/L)			DA/(ng/L)		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
观察组	243.61 ± 25.29	299.51 ± 25.43 [†]	55.90 ± 10.59	114.63 ± 16.98	143.16 ± 15.92 [†]	28.53 ± 7.89	27.94 ± 4.63	37.96 ± 5.14 [†]	10.02 ± 3.96
对照组	240.07 ± 24.65	271.34 ± 23.56 [†]	31.27 ± 8.46	113.21 ± 13.02	136.20 ± 14.08 [†]	22.99 ± 8.46	28.15 ± 4.47	32.64 ± 4.02 [†]	4.49 ± 1.62
t 值	0.626	5.075	11.347	0.414	2.045	2.990	0.204	5.091	8.071
P 值	0.533	0.001	0.001	0.680	0.044	0.003	0.839	0.001	0.001

注：†与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.5 两组疗效比较

两组治疗总有效率的比较,经 χ^2 检验,差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.129, P = 0.042$)；观察组治疗有效率高于对照组。见表 6。

表 6 两组疗效比较 [$n = 39$, 例(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
观察组	24(61.54)	13(33.33)	2(5.13)	37(94.87)
对照组	20(51.28)	11(28.21)	8(20.51)	31(79.49)

2.6 安全性评价

治疗期间,两组均未见严重不良反应；观察组腹泻 1 例,无需用药,自行缓解。

3 讨论

围绝经期作为女性必经的生理阶段,围绝经期综合症的发病率较高且致病因素复杂。现阶段研究认为,下丘脑-垂体-卵巢轴功能衰退引发的级联反应,卵巢功能衰竭导致雌激素水平波动性下降及促卵泡激素代偿性升高,通过负反馈机制引发神经

内分泌网络失衡^[13-14]。研究报道,雌激素受体(ER α /ER β)表达下调可激活核因子 κ B通路,促进促炎因子释放,加剧血管舒缩功能障碍及潮热发作^[15-16]。同时,雌激素缺乏导致中枢5-羟色胺能系统活性降低,与边缘系统多巴胺/ β -内啡肽信号异常共同构成情绪障碍的神经生物学基础。另外,近年来研究揭示肠道菌群-脑轴紊乱可能同样参与围绝经期综合征的病理生理过程,调节围绝经期患者的心肾不交及抑郁等状态^[17-18]。目前,西医治疗围绝经期综合征以激素替代疗法为主,旨在通过外源性雌孕激素补充快速纠正下丘脑-垂体-卵巢轴失衡。既往研究表明,激素替代疗法有助于降低潮热、抑郁等症状,改善围绝经期患者的生活质量^[19-20]。但长期应用激素替代治疗可导致内源性激素生成紊乱,增加乳腺癌、子宫内膜病变等严重并发症的发生风险,局限性显著。在非激素疗法中,帕罗西汀作为5-羟色胺再摄取阻滞剂,能够调节心慌、心悸等焦虑抑郁症状。研究报道,帕罗西汀治疗围绝经期抑郁患者,能够调节患者的神经递质水平,改善神经症状^[21-22]。但帕罗西汀存在诱发性功能障碍及QT间期延长的风险。

中医理论认为,肾虚肝郁证围绝经期综合征的病理演变,根植于“肾精渐亏,肝失条达”的核心病机^[23]。《素问》阐明女子七七之年肾气由盛转衰的生理转折,肾精亏虚则天癸化源不足,冲任失养而月事紊乱^[24]。然“肝肾同源”的生理特性决定肾虚必累及肝木:肾阴亏耗则水不涵木,肝失濡养则疏泄失司,形成“母病及子”的传变路径;肝气郁滞又反耗肾阴,终致“子盗母气”的恶性循环。肾虚肝郁的证候呈现本虚标实的复合病态,以肾精亏损为发病之本,肝郁气滞为病进之标^[25]。围绝经期综合征的病机转化可析为三阶:初则肾阴不足,相火妄动。肾阴亏虚致阴不制阳,虚火循经上炎,发为潮热盗汗、五心烦热,《医贯》谓“龙雷之火不安其位”即此理。继则肝失疏泄,气机逆乱。肝郁日久,木不疏土则纳呆脘痞;气郁化火则急躁易怒,此即《临证指南医案》“郁则气滞,气滞则升降失司”之象。终则痰瘀互结,络脉失和。气滞血行不畅则瘀阻胞宫,津液不归正化则痰凝经络,临床可见舌质暗红、脉弦细涩等征象^[26]。另外,围绝经期综合征的病位虽以肝肾两脏为主,却累及多经:足少阴肾经亏损致骨髓

不充而腰膝酸软;足厥阴肝经郁滞致胁胀不舒;冲任二脉失养则月事紊乱;手少阴心经虚火上扰则心悸失眠。该病典型呈现“上盛下虚”之候:上则肝阳浮越而头目眩晕,下则肾精不充而足跟疼痛。其病势演变具有“因虚致郁,因郁成瘀”的动态特征,治疗当遵“滋水涵木,疏郁宁神”之法,使肾精得充则肝木自荣,气机条达则血络通畅,契合《景岳全书》“善补阴者,必于阳中求阴”的治则精髓。

围绝经期综合征属中医学“经断前后诸证”范畴,其病机核心在于肾精亏虚、天癸将竭,致水不涵木、肝失疏泄,形成肾虚肝郁之证。肾为先天之本,藏精主生殖;肝主疏泄,调畅气机。肾阴不足则相火妄动,扰动冲任,发为潮热盗汗、五心烦热;肝郁气滞则枢机不利,气血失和,故见情志抑郁、胸胁胀痛。滋肾疏肝方以“滋水涵木、解郁安神”为法,契合“乙癸同源”之旨,针对肝肾同病之证机,标本兼顾。本研究滋肾疏肝方君药以生地滋肾填精,壮水之主以制虚火;配伍当归、白芍养血柔肝,共奏“肝肾同补”之效。臣药以柴胡、香附疏肝解郁,调畅气机;生龙齿、紫贝齿重镇潜阳,摄纳浮越之相火。佐使药中,夜交藤、炒枣仁养心血、安心神;远志、石菖蒲化痰开窍,交通心肾;合欢皮解郁和营,助肝用而复其条达。配以茯苓健脾宁心,橘络、陈皮理气化痰,防肝郁克脾、气滞痰凝。诸药合参,可滋肾、疏肝、安神、清心,应用于围绝经期综合征的治疗中有助于改善患者的减轻患者的临床症状,提升临床疗效。此外,本研究发现,滋肾疏肝方能够调节围绝经期综合征患者的性激素及神经递质,分析与该方剂中等药物的药理作用有关。现代药理学研究表明,生地^[27]、当归^[28]、白芍^[29]中含有的环烯醚萜苷类、阿魏酸、当归多糖、芍药苷等成分,能够调节性腺激素水平,改善卵巢功能减退;合欢皮^[30]、香附^[31]、炒枣仁^[32]等药物中含有的合欢皂苷、黄酮类、 α -香附酮、酸枣仁皂苷A/B、斯皮诺素等成分能够调节神经元及中枢神经递质的兴奋性,改善精神状态。可见,滋肾疏肝方在调节围绝经期综合征患者的性激素及神经递质方面同样有益。

综上所述,滋肾疏肝方治疗肾虚肝郁型围绝经期综合征,有助于调节患者的性激素及神经递质,减轻临床症状,疗效及安全性良好。

参 考 文 献 :

- [1] CHEN W Y, CHEN M J, TANG H M, et al. Advances in diagnosis and treatment of perimenopausal syndrome[J]. Open Life Sci, 2023, 18(1): 20220754.
- [2] WRIGHT V J, SCHWARTZMAN J D, ITINOCHE R, et al. The musculoskeletal syndrome of menopause[J]. Climacteric, 2024, 27(5): 466-472.
- [3] 袁振英, 董亚娜, 李惠. 养阴疏肝汤对围绝经期综合征患者内分泌功能、骨代谢水平的影响[J]. 中医药信息, 2022, 39(11): 60-63.
- [4] 刘凯莉, 李昱帅, 于小淇, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗围绝经期综合征的药理与临床研究进展[J]. 药物评价研究, 2024, 47(3): 665-672.
- [5] 陈思敏, 苏洁, 金小虎, 等. 黄精超微粉及水提物对自然围绝经期综合征模型大鼠的作用研究[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(4): 1054-1065.
- [6] 罗凌艳, 徐小洁. 养阴解郁疏肝汤联合西药治疗围绝经期综合征肾虚肝郁证的临床观察[J]. 四川中医, 2022, 40(3): 182-185.
- [7] 李诗妍, 韩凤娟, 刘芳媛, 等. 中西医结合治疗围绝经期综合征的效果[J]. 广西医学, 2022, 44(10): 1098-1101.
- [8] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 第8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 76-79.
- [9] 国家中医药管理局. 中医内科病证诊断疗效标准:ZY/T 001.1-1994[S]. 1994.
- [10] 国家药品监督管理局. 中药新药临床研究一般原则[EB/OL]. (2015-11-03)[2025-07-21]. <http://www.nmpa.gov.cn/xxgk/ggtg/ypggtg/ypqgtg/20151103120001444.html>.
- [11] 张再阳, 闫鑫, 张翼宙. 大补阴丸加减治疗阴虚型围绝经期综合征的临床研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2022, 46(12): 1363-1366.
- [12] 陈莹. 自拟安神饮联合浅刺头针治疗围绝经期综合征患者的疗效及对睡眠质量的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(3): 185-188.
- [13] WANG L P, LUO X R, REN M L, et al. Hormone therapy with different administration routes for patients with perimenopausal syndrome: a systematic review and network meta-analysis[J]. Gynecol Endocrinol, 2025, 41(1): 2462067.
- [14] LV X Y, XU Q H, ZHANG Z Q, et al. Biomarkers based on multiplatform comprehensive analysis: a systematic analysis of Geng-Nian-Shu in perimenopausal syndrome[J]. J Sep Sci, 2023, 46(17): e2300011.
- [15] CHRISTMAS M M, IYER S, DAISY C, et al. Menopause hormone therapy and urinary symptoms: a systematic review[J]. Menopause, 2023, 30(6): 672-685.
- [16] ZHANG X M, LUO L L, WANG C C, et al. Research progress on Chaihu Shugan San in treating perimenopausal syndrome: a review[J]. Medicine (Baltimore), 2024, 103(52): e41044.
- [17] 杜彩凤, 赵勇, 刘宏奇, 等. 基于"肠道菌群-肠-脑"轴探讨围绝经期失眠心肾不交证的本质内涵[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(12): 6975-6978.
- [18] 曹雯雯, 刘子维, 赵小萱, 等. 基于"心与小肠相表里"理论探讨脑肠轴与围绝经期抑郁[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(12): 2991-2993.
- [19] STABILE G, TOPOUZOVA G A, de SETA F. The role of microbiota in the management of genitourinary syndrome of menopause[J]. Climacteric, 2023, 26(4): 353-360.
- [20] WASNIK V B, ACHARYA N, MOHAMMAD S. Genitourinary syndrome of menopause: a narrative review focusing on its effects on the sexual health and quality of life of women[J]. Cureus, 2023, 15(11): e48143.
- [21] 陈丽玲, 李秋敏, 高志娟. 帕罗西汀对围绝经期抑郁患者的效果及其对性激素、神经递质水平的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2022, 49(3): 505-508.
- [22] 张静, 刘平, 王桂倩, 等. 加味二仙汤联合盐酸帕罗西汀治疗围绝经期抑郁的疗效及对血清性激素、神经递质水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(22): 3144-3147.
- [23] 袁国杉, 高冬梅, 高明周, 等. 香芍颗粒治疗经前期综合征及更年期综合征作用机制的研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(3): 207-212.
- [24] 张静, 韩玉刚, 郭敏敏, 等. 二仙汤合并生脉散治疗围绝经期综合征的临床效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2022, 30(12): 2719-2723.
- [25] 卫若楠, 张伟, 周谷城, 等. 中药汤剂治疗女性围绝经期综合征的用药规律及机制探究[J]. 世界中医药, 2023, 18(8): 1160-1166.
- [26] 郭倩, 张秦, 管群. 基于网络药理学探讨清心滋肾汤治疗围绝经期综合征的作用机制[J]. 安徽医药, 2023, 27(3): 620-625.
- [27] 杨云. 基于数据挖掘和网络药理学的中医药治疗卵巢早衰用药规律分析及机制研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2023.
- [28] 谭雅文, 刘建, 张思君, 等. 基于网络药理学及分子对接的当归补血汤治疗早发性卵巢功能不全的分子机制研究[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(10): 163-167.
- [29] 陆岩, 黄旭春, 曹晓静, 等. 基于网络药理学及分子对接技术探讨白芍治疗早发性卵巢功能不全的作用机制[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(6): 1383-1390.
- [30] 黄辰杰, 樊明理, 杜晓娜, 等. 合欢对精神疾病的药理作用及机制研究进展[J]. 药物评价研究, 2024, 47(8): 1929-1936.
- [31] 吕婷婷, 蓝绍航, 李瑞暖, 等. 基于网络药理学方法分析柴胡配伍香附治疗癫痫的作用机制[J]. 西部中医药, 2023, 36(5): 1-6.
- [32] 张洪雄, 高太祥, 赵峰, 等. 药效学结合网络药理学研究酸枣仁汤对不同疾病模型的干预作用及其作用机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(7): 2465-2478.

(张蕾 编辑)

本文引用格式: 王达, 梅妍. 滋肾疏肝方治疗肾虚肝郁证围绝经期综合征的效果分析[J]. 中国现代医学杂志, 2026, 36(1): 70-76.

Cite this article as: WANG D, MEI Y. Analysis of the effect of Zishen Shugan Decoction in treating perimenopausal syndrome with kidney deficiency and liver stagnation syndrome[J]. China Journal of Modern Medicine, 2026, 36(1): 70-76.