

# 更年期综合症的中西医治疗

洪小琴

天门市中医医院 湖北 天门 431700

**【摘要】**：围绝经期综合征源于卵巢功能衰退引发的神经内分泌紊乱，特征性表现为雌激素水平下降及促性腺激素反馈性升高。其病理核心在于下丘脑-垂体-卵巢轴功能失调，导致自主神经功能紊乱及多系统症状。中医理论认为该病本质为肾气虚衰、天癸枯竭所致的阴阳失衡，涉及脑-肾-冲任-胞宫轴调节失常。临床表现涵盖血管舒缩症状、精神神经症状及生殖泌尿系统症状等。现代医学治疗主要包括激素替代疗法、心理干预及对症处理；中医治疗则基于辨证论治原则，分为肝郁、痰阻、心脾两虚、肝肾阴虚等证型施治。中西医结合治疗方案通过调节内分泌平衡与改善临床症状相结合的方式，展现出协同增效的治疗优势，具有临床推广价值。

**【关键词】**：更年期综合症；绝经前后诸症；病理生理；病因病机；心理治疗；激素治疗；对症治疗；辨证论治；中西医结合治疗

DOI:10.12417/2811-051X.26.08.028

## 引言

围绝经期综合征是指女性在生殖功能向非生殖状态过渡期间，由于卵巢功能逐渐衰退所引发的一系列临床症候群。这一生理性转变过程通常始于卵巢储备功能下降，最终导致月经永久性停止。该综合征本质上是女性生殖内分泌系统由生育期向非生育期转化的特殊生理阶段，主要表现为自主神经系统调节障碍和内分泌平衡失调。流行病学观察表明，中国女性自然绝经年龄多集中于40至58岁区间，中位年龄约为50岁。围绝经期相关症状的高发期一般出现在48至52岁之间，但个体差异显著，部分人群的临床症状可持续较长时间，甚至长达数十年。临床症状的持续时间、严重程度与个体体质、生活环境、心理状态等多种因素密切相关。这一特殊时期的生理变化涉及下丘脑-垂体-卵巢轴的调节机制改变，是女性生命历程中重要的生理转折点。

## 1 病理生理

围绝经期综合征的核心病理生理改变源于女性生殖内分泌系统的渐进性功能衰退。这一过程以卵巢储备功能持续下降为始发因素，表现为卵泡数量减少和卵母细胞质量降低。随着卵巢功能的生理性衰退，其合成和分泌雌激素的能力显著减弱，导致循环中雌二醇水平进行性下降。这一变化减弱了对下丘脑-垂体轴的负反馈抑制作用，继而引发促性腺激素释放激素分泌增加，促使垂体前叶分泌卵泡刺激素和黄体生成素水平代偿性升高。这种内分泌紊乱状态会进一步影响下丘脑-垂体-甲状腺轴和下丘脑-垂体-肾上腺轴的功能平衡。同时，雌激素水平波动通过直接影响中枢神经系统神经元活性和神经递质代谢，间接参与调节情绪认知功能。月经周期紊乱直至最终停经的生理变化过程，对心理状态产生显著影响，特别是在大脑皮层抑制功能相对薄弱的个体中，更容易出现明显的自主神经功能失调症状和精神心理障碍。这种多系统、多层面的生理病理改变构成了围绝经期综合征的复杂发病基础。

## 2 病因病机

从中医理论体系分析，围绝经期综合征可归入“经断前后诸证”的辨证范畴，其发病本质在于女性特定生理阶段的根本性改变。该病症的核心病机在于肾气亏虚，天癸衰竭，导致机体阴阳平衡失调。随着年龄增长，肾中精气逐渐衰减，天癸这一主管生殖功能的物质随之枯竭，引发冲任二脉功能失调，胞宫失养，进而出现月经周期紊乱、潮热盗汗、情绪波动等一系列典型症状。中医学认为脑-肾-冲任-胞宫轴作为女性特有的生理调节系统，在此阶段出现功能障碍，与现代医学提出的下丘脑-垂体-卵巢-子宫轴功能紊乱具有高度一致性。这种神经内分泌网络的失调不仅影响生殖系统功能，还会通过经络联系波及全身各脏腑，形成以肾虚为本，涉及心、肝、脾等多个脏腑的复杂病理变化。肾阴不足则虚热内生，肾阳亏虚则温煦失职，阴阳失衡导致气血失调，最终表现为多系统、多脏器的功能紊乱，构成了围绝经期综合征的复杂临床表现基础。

## 3 临床表现

### 3.1 神经精神

围绝经期女性神经系统功能紊乱主要表现为多系统症状群。情绪障碍特征为显著波动性、易激惹和自控力下降，部分患者伴发焦虑抑郁状态及头痛眩晕症状。皮肤感觉异常表现为局部瘙痒或感觉过敏，血管舒缩功能失调则呈现阵发性潮红与多汗。认知功能障碍包括记忆力减退和注意力下降，严重者可影响社会功能。睡眠障碍以入睡困难、睡眠维持障碍为主，部分患者伴有耳鸣症状。这些临床表现与雌激素水平波动导致的中枢神经系统敏感性改变密切相关，构成围绝经期综合征的核心症状群。

### 3.2 月经变化

围绝经期女性生殖系统最显著的生理改变表现为月经周期的渐进性紊乱，这一过程具有典型的阶段性特征。在卵巢功能衰退的初始阶段，黄体功能首先出现障碍，导致月经周期逐

渐失去规律性,表现为周期时长变异度增大。随着卵泡储备持续减少,多数受体会出现经期持续时间缩短和经血量明显减少的现象,这主要与子宫内膜增殖不足相关。约20-30%的个体会呈现相反的临床表现,表现为经期延长和经量增多,此类情况多源于无排卵性子官出血机制。随着病情进展,月经模式会进一步演变为不规则的阴道出血,出血时间和出血量均呈现不可预测性。最终,当卵巢功能完全衰竭时,月经将永久性终止。值得注意的是,少数病例可能不经过典型的月经紊乱过程而直接出现月经突然停止的现象。这一系列月经模式的转变过程通常持续2-8年,其持续时间和表现形式存在显著的个体差异,反映了卵巢功能衰退的不同模式和速度。

### 3.3 雌激素低下

围绝经期雌激素水平下降导致靶器官退行性改变。生殖系统表现为外阴及阴道萎缩,小阴唇变薄,阴道黏膜皱襞消失,管腔狭窄。乳腺腺体退化导致乳房下垂萎缩。阴道pH值升高使自净功能减弱,易发感染。泌尿系统出现尿道黏膜萎缩及括约肌松弛,引发尿频尿急等尿道综合征。这些改变与雌激素受体组织对激素缺乏的敏感性相关,症状严重程度存在个体差异。

### 3.4 其它

围绝经期女性内分泌变化引发多系统功能紊乱。心血管方面表现为心率异常及血压波动;代谢紊乱包括糖耐量异常、血脂谱改变及电解质失衡,增加动脉粥样硬化风险。骨代谢异常导致骨量丢失及骨质疏松,易发椎体及髋部骨折。这些改变与雌激素水平下降引起的受体信号通路失调相关,反映其对非生殖系统的广泛调控作用。

## 4 治疗方法

### 4.1 西医治疗

(1) 心理治疗:围绝经期综合征的综合管理需重视心理干预与药物疗法的协同作用。心理治疗的核心在于通过系统性健康教育,使患者充分认识围绝经期的生理本质与发展规律,消除对症状的过度担忧。具体实施包括认知行为疗法、放松训练及团体心理辅导等方法,旨在改善情绪调节能力,增强应对压力的心理韧性。在药物治疗方面,雌激素替代疗法作为基础性干预手段,通过补充17 $\beta$ -雌二醇等外源性激素,有效缓解血管舒缩症状及改善睡眠质量。临床常用给药方案包括周期性使用尼尔雌醇或连续性应用戊酸雌二醇等制剂。该疗法除改善临床症状外,对维持骨密度、预防骨质疏松性骨折具有明确保护作用。然而,对于存在乳腺癌、子宫内膜癌病史或活动性血栓栓塞性疾病的患者,需严格评估风险效益比,必要时考虑选择性雌激素受体调节剂等替代方案。在临床实践中,将心理支持与个体化药物方案相结合,可显著提高治疗效果,改善患者生活质量。

(3) 对症治疗:围绝经期综合征的药物治疗需建立多系统干预策略。针对自主神经功能失调,可选择谷维素等植物神经调节剂改善症状。精神心理症状管理方面,选择性5-羟色胺再摄取抑制剂可有效缓解焦虑抑郁状态,同时减轻血管舒缩症状。代谢综合征的防控需综合应用他汀类调脂药、二甲双胍等胰岛素增敏剂,配合钙剂及活性维生素D3预防骨质疏松。泌尿生殖系统萎缩症状宜采用低剂量局部雌激素制剂。特殊情况下可考虑加用加巴喷丁类药物控制顽固性潮热。实施药物治疗过程中,应建立定期随访机制,重点监测肝功能、血脂血糖及骨密度等指标,及时识别药物不良反应。对存在血栓风险或激素依赖性肿瘤患者,需谨慎评估治疗方案。这种基于症状特征的靶向治疗模式,通过优化药物组合与剂量调整,可实现症状控制与安全保障的平衡,有效提升患者生活质量。治疗方案的制定需充分考虑个体差异,实现精准医疗的目标。

### 4.2 辨证论治

(1) 肝气郁结:该证型表现为情志抑郁、胸胁胀痛等肝郁症状,伴脘腹胀满、嗳气纳差等脾胃失调,舌苔薄腻,脉弦。病机为肝失疏泄致气机阻滞。治疗以柴胡疏肝散为主方:君药柴胡疏肝解郁;臣药枳壳、香附理气宽中;佐药白芍柔肝,陈皮健脾,川芎活血;使药甘草调和。随证加减:化热加栀子、丹皮;血瘀加当归、丹参;痰结加半夏、厚朴。通过疏肝理气法恢复气机通畅,改善相关脏腑功能。

(2) 气郁化火:该证型特征为肝郁化火,临床见烦躁易怒、胸胁胀痛等气滞症状,伴口干口苦、头痛目赤等热象,舌红苔黄,脉弦数。病机为情志不遂致肝郁化火。治疗以丹栀逍遥散为主方:君药丹皮、栀子清肝泻火;臣药柴胡疏肝,归芍柔肝;佐药茯苓健脾,薄荷散热;使药甘草调和。随证加减:火盛加芩、胆草;头痛加菊、钩藤;便秘加黄、硝;失眠加枣仁、夜交藤。通过清肝解郁法使气火得平,脾胃功能恢复。

(3) 气结痰阻:该证型特征为肝郁气滞与痰浊互结,临床表现为咽部异物感、胸胁闷痛,舌苔白腻,脉弦滑。病机为情志失调致肝失疏泄,气滞津停成痰。治疗以半夏厚朴汤合四逆散为主方:君药半夏、厚朴化痰理气;臣药紫苏、柴胡疏肝解郁;佐药茯苓健脾,枳壳行气,白芍柔肝;使药生姜和胃。随证加减:痰重加陈皮、苍术;气滞甚加香附、郁金;化热加竹茹、黄芩。通过理气化痰法消除痰气交阻之症。

(4) 心神失养:该证型病机为阴血亏虚致心神失养,临床见精神萎靡、情绪波动等情志异常,伴舌淡红苔薄白、脉弦细等气血不足之象。治疗以甘麦大枣汤合安神定志丸为主方,浮小麦为君养心除烦,大枣、甘草为臣健脾和中,远志、石菖蒲为佐开窍安神,郁金、珍珠母为使镇惊安神。随证加减:阴虚加酸枣仁、柏子仁;肝郁加合欢皮、玫瑰花;气血虚加当归、黄芪。通过滋阴养血、安神定志双重作用调节情志症状。

(5) 心脾两虚：围绝经期心脾两虚证主要病机为思虑伤脾、气血亏虚，表现为心悸怔忡、失眠健忘等心神失养症状及纳差倦怠等脾虚证候。舌淡胖有齿痕，脉细弱为其典型体征。治疗以归脾汤为主方，君药太子参、黄芪补气健脾，臣药白术、茯苓健脾化湿，佐使药当归、龙眼肉、酸枣仁等养血安神。临证加减：阳虚加桂枝，血虚加熟地，失眠加夜交藤，纳差加砂陈。通过健脾养心、气血双调，恢复心脾功能。

(6) 肝肾阴虚：围绝经期肝肾阴虚证以阴精亏损、虚火内扰为核心病机，临床呈现眩晕耳鸣、心悸失眠、潮热盗汗等阴虚阳亢症状，伴见腰膝酸软、月经紊乱等肾虚表现。舌红少苔，脉细数为典型体征。治疗遵循滋补肝肾、潜阳安神原则，主方选用滋水清肝饮。方中熟地、山茱萸滋补肝肾；山药、茯苓健脾；泽泻、丹皮清热；柴胡、白芍疏肝；当归、酸枣仁养血；龟甲、鳖甲、牡蛎潜阳。临证灵活加减：热甚加知母、黄柏；失眠加珍珠母；腰酸加杜仲；口干加麦冬。通过滋阴与潜阳相结合，重建阴阳平衡。

## 5 体会

围绝经期综合征作为女性特定生理阶段的内分泌系统功

能紊乱性疾病，其发病机制与卵巢功能进行性衰退密切相关。《黄帝内经·素问》“上古天真论”早有论述：“女子七七之年，任脉空虚，太冲脉气血衰减，天癸枯竭，月经闭止，形体衰变而丧失生育能力”。现代医学主要采用激素替代疗法，虽疗效确切，但部分患者因担忧长期使用雌激素可能增加乳腺及子宫内膜病变风险，转而寻求中西医结合治疗方案。临床实践表明，结合中医辨证施治能够实现标本兼治，显著提高治疗效果。

针对肝肾阴虚型患者，在常规滋阴方药基础上加用鳖甲、龟板、牡蛎等重镇之品，并严格遵循先煎半小时的煎煮要求，可显著增强滋阴潜阳、安神定志的功效。配伍紫河车、阿胶等血肉有情之品以填补肾精，促进天癸物质的化生。适当佐以少量淫羊藿或肉桂等温阳药物，取“少火生气”之意，有助于激发下丘脑-垂体-性腺轴的调节功能。同时需重视心理疏导，向患者阐明这是自然的生理过渡过程，通过缓解紧张焦虑情绪，建立正确认知，可显著提高临床疗效。这种综合治疗模式充分体现了中医“形神共调”的治疗理念。

## 参考文献：

- [1] 王伟招.更年期综合征的中西医结合治疗[J].妈妈宝宝,2025,(05):118-119.
- [2] 林旭敏,刘卢宇聪,胡剑卓.中西医结合治疗肾虚肝郁型围绝经期失眠 30 例疗效观察[J].中国民族民间医药,2024,33(20):108-112.
- [3] 冯金莲.中西医结合治疗更年期综合征患者对临床疗效及性激素水平的影响[J].实用妇科内分泌电子杂志,2024,11(21):34-36.
- [4] 郭炜亚,高晓冉,李瑞玉.围绝经期血脂异常的中西医研究进展[J].现代中西医结合杂志,2024,33(13):1894-1898.
- [5] 蔡小丽,周洪彬.运脾转枢理论治疗更年期失眠[J].光明中医,2024,39(05):970-973.