

中医“形神共治”综合疗法治疗心肾不交型围绝经期综合症的临床观察

余春梅^{1*}, 双敏², 季晓黎^{3#}

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²温江区人民医院健康管理体检中心, 四川 成都

³成都中医药大学附属医院妇科, 四川 成都

收稿日期: 2024年3月11日; 录用日期: 2024年5月11日; 发布日期: 2024年5月27日

摘要

目的: 观察中医“形神共治”综合疗法治疗心肾不交型围绝经期综合症的临床疗效。方法: 将80例心肾不交型围绝经期综合症患者随机分为治疗组和对照组, 每组40例。治疗组予以“形神共治”综合疗法(中药辨证论治联合八段锦功法、诉说疏泄法及五行音乐疗法), 对照组采用单纯中药辨证论治, 两组均连续治疗3个月, 比较两组治疗前后中医证候积分、改良Kupperman评分、围绝经期生存质量量表(MENQOL)评分、焦虑自评量表(SAS)评分及抑郁自评量表(SDS)评分差异。结果: 治疗组总有效率高于对照组($P < 0.01$), 治疗组治疗后中医证候积分、改良Kupperman评分、MENQOL评分、SDS评分、SAS评分均明显低于对照组($P < 0.01$), 治疗组能改善多梦易惊($P < 0.05$)及失眠、心烦、眩晕耳鸣、心悸、腰酸等症状($P < 0.01$), 治疗组改善烘热汗出、手足心热、健忘、精神涣散等症状与对照组比较无显著差异($P > 0.05$)。结论: 中医“形神共治”综合疗法是一种治疗心肾不交型围绝经期综合症的有效方法, 在改善患者躯体症状、消除负面情绪、提高患者生活质量方面具有明显优势, 值得临床推广。

关键词

围绝经期综合症, 心肾不交, 形神共治, 综合疗法

Treatment of Perimenopausal Syndrome of Heart and Kidney Disjunction Type with the Comprehensive Scheme of “Treating Both Body and Spirit” in Traditional Chinese Medicine Clinical Observation

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 余春梅, 双敏, 季晓黎. 中医“形神共治”综合疗法治疗心肾不交型围绝经期综合症的临床观察[J]. 中医学, 2024, 13(5): 940-947. DOI: 10.12677/tcm.2024.135144

Chunmei Yu^{1*}, Min Shuang², Xiaoli Ji^{3#}¹Clinical Medical College, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan²Health Management Physical Examination Center, Wenjiang District People's Hospital, Chengdu Sichuan³Department of Gynecology, Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu SichuanReceived: Mar. 11th, 2024; accepted: May 11th, 2024; published: May 27th, 2024**Abstract**

Objective: To observe the clinical effect of the “combined treatment of form and spirit” comprehensive scheme in the treatment of perimenopausal syndrome with cardiac renal disjunction. **Methods:** 80 patients with perimenopausal syndrome with cardiac renal disjunction were randomly divided into experimental group and control group, with 40 patients in each group. The observation group was treated with a comprehensive program of “Form and Spirit Therapy” by combining traditional Chinese herbal drugs with Ba Duan Jin and Emotional and Mental Treatment, while the control group was treated with traditional Chinese herbal drugs alone for 3 months. The changes in the TCM symptoms score, Kupperman score, MEN-QOL score, SAS score and SDS score of the patients in both groups were measured before and after the intervention. **Results:** The total effective rate of the treatment group was higher than that of the control group ($P < 0.01$). After treatment, the TCM syndrome score, improved Kupperman score, MENQOL score, SDS score and SAS score in the treatment group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.01$). The treatment group can improve the symptoms of dreaminess ($P < 0.05$), insomnia, upset, dizziness, tinnitus, palpitation and backache ($P < 0.01$). Compared with the control group, there was no significant difference between the treatment group and the control group in improving symptoms such as sweating, hand and foot fever, forgetfulness and mental distraction ($P > 0.05$). **Conclusion:** TCM comprehensive therapy of “treating body and mind together” is an effective method to treat perimenopausal syndrome of heart-kidney disharmony, which has obvious advantages in improving patients' physical symptoms, eliminating negative emotions and improving patients' quality of life, and is worthy of clinical promotion.

Keywords**Perimenopausal Syndrome, Heart-Kidney Disharmony, Rule by Form and Spirit, Combined Treatment**

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Open Access

1. 引言

围绝经期综合征(perimenopausal syndrome, PMS)是妇女绝经前后卵巢功能减退引发的一系列自主神经功能紊乱的体征症候群[1]。本病给围绝经期女性的工作和生活带来了不同程度的影响,降低了生活质量。目前西医治疗主要采用激素替代疗法,但此疗法禁忌症及副作用较多,长期服用激素会使心血管疾病、脑血管意外、子宫内膜病变、卵巢癌等发病率增加[2]。中医认为肾衰天癸竭为本病发病之基础,肾阴阳失衡为病机之关键,与心、肝、脾等脏密切相关[3]。中药辨证论治本病多能获得较好疗效,除中药治疗以外,针灸、情志疗法、运动疗法等中医非药物疗法也在临床广泛使用并取得良好的疗效,其兼容

性强,常可联合治疗以增效[4]。在中医理论指导下,辨证论治围绝经期综合征,对PMS患者进行个体化治疗,具有明显的优势和特色[5]。因此,本课题组采用中医“形神共治”综合方案(中药辨证论治联合八段锦功法、诉说疏泄法及五行音乐疗法)对80例心肾不交型PMS患者进行随机对照临床研究,探索中医“形神共治”综合方案治疗本病的优势与特色,为进一步提高本病的临床疗效,提供临床证据支撑。现报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

本研究已通过成都中医药大学附属医院医学伦理委员会批准(批准号:2021KL-122)。本课题纳入就诊于成都中医药大学附属医院妇科门诊并确诊为心肾不交型PMS的患者(2021年6月至2022年12月)87例(治疗组44例、对照组43例),最终完成试验80例(治疗组40例、对照组40例)。治疗过程中剔除和脱落7例,观察组4例(1例不满意疗效自行退出,3例失访),对照组3例(1例未按规定填写资料,1例自行更换治疗方案,1例失访)。治疗组平均年龄(48.88 ± 3.29)岁;平均病程(7.53 ± 3.28)月;家庭关怀度指数问卷评分(5.28 ± 1.50)分;社会支持评定量表评分(25.20 ± 3.77)分;治疗组脱落2例,剔除1例,完成40例。对照组平均年龄(49.85 ± 3.15)岁;平均病程(8.32 ± 3.27)月;家庭关怀度指数问卷评分(5.20 ± 1.41)分;社会支持评定量表评分(24.85 ± 3.90)分。2组临床资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2. 选取标准

2.2.1. 纳入标准

1) 符合下述诊断标准者:西医参照《妇产科学》(第9版)[6]及《中华妇产科学》(第3版)[7]相关内容执行。① 年龄45~55岁,出现月经紊乱、抑郁、焦虑、潮热汗出、心悸、失眠、眩晕耳鸣等症状,或出现骨质疏松、泌尿生殖道疾病、心血管病变等远期症状。② 可伴有FSH、LH升高,E2下降。中医参照《中医妇科学》[8](罗颂平主编,2015年)、《中医临床诊疗指南释义·妇科疾病分册》[9](杜惠兰主编,2015年)相关内容执行。① 主症:烘热汗出、心烦不宁、多梦易惊、失眠;② 次症:月经紊乱、精神涣散、眩晕耳鸣、心悸怔忡、健忘、手足心热、腰膝酸软等;③ 舌脉:舌红、少苔、脉细数或细弦。主症必备,次症中的3项及以上,结合舌脉即可诊断。2) 同意参与并签署知情同意书者。

2.2.2. 排除标准

1) 合并有肝肾功不全、心血管疾病等严重患者;2) 原因不明的阴道出血者;3) 合并性激素依赖性恶性肿瘤者;4) 近3个月使用过激素替代疗法或其他疗法治疗者;5) 合并精神疾病者;6) 滥用酒精或依赖精神类药物者;7) 对受试药物过敏者。

2.3. 治疗方法

治疗组采用中医“形神共治”综合方案(中药辨证论治联合八段锦功法、诉说疏泄法及五行音乐疗法)进行治疗。① 中药辨证论治:桂枝加龙骨牡蛎汤合二至丸加减。基础方:桂枝10g、白芍15g、生姜10g、煅龙骨30g、煅牡蛎30g、女贞子20g、墨旱莲20g、炙甘草5g、大枣10g。随证加减,心中烦热加栀子10g、淡豆豉10g;失眠多梦加茯神15g、制远志15g、首乌藤20g;腰膝酸软加盐杜仲15g、续断片15g。2天1剂,每天3次,每次100ml。经期不停药,连续服用3个月。② 八段锦功法:行国家体育总局新编健身气功八段锦,采用视频教学为主,嘱咐患者在运动过程中放松身心,保持心情愉悦。每周 ≥ 5 次,每次30min。③ 诉说疏泄法:与患者深度交流,了解患者症结并进行心理疏导。每周1次,每次15~30min。提前与患者约定时间,地点选择成都中医药大学妇科门诊空诊室,由导师及一名研

究生与患者进行交流(工作人员经过专业心理培训且经考核合格)。^④ 五行音乐疗法: 根据“五脏相音”理论选用《新春乐》、《步步高》、《卡门序曲》、《喜相逢》等与心相对应的徵调乐曲, 选用《二泉映月》、《江河水》、《汉宫秋月》、《平沙落雁》等与肾相对应的羽调乐曲。监督患者锻炼八段锦和聆听音乐, 嘱患者锻炼完八段锦及聆听完音乐后在微信里打卡, 对未打卡者及时询问原因, 督促其完成。

对照组采用单纯中药辨证论治。

两组连续治疗 3 个月后进行疗效观察。

2.4. 疗效标准

参照《中医妇科学》(罗颂平主编, 2015 年) [8]、《中医病症诊断疗效标准》[10] (国家中医药管理局医政司主编, 2017 年) 拟定标准。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 × 100%。^① 痊愈: kupperman 量表总分减少 ≥ 95%; ^② 显效: kupperman 量表总分减少 ≥ 70%, <95%; ^③ 有效: kupperman 量表总分减少 ≥ 30%, <70%; ^④ 无效: kupperman 量表总分减少 < 30%。

2.5. 观察指标

^① 比较两组临床疗效。^② 比较两组治疗前后中医证候积分、改良 Kupperman 评分、MENQOL 评分、SDS 评分、SAS 评分。^③ 记录两组治疗过程中所发生的不良反应。

2.6. 统计学方法

运用 SPSS 26.0 软件进行分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 符合正态分布采用 *t* 检验, 不符合者采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组临床疗效比较

总有效率显示, 治疗组为 92.50%, 对照组为 75.00%, 经秩和检验得出 $Z = -4.573$, $P = 0.000$, 差异具有统计学意义($P < 0.01$)。详见表 1。

Table 1. Comparison of clinical efficacy between the two groups after treatment (%)

表 1. 治疗后两组临床疗效比较(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	3 (7.50%)	25 (62.50%)	9 (22.50%)	3 (7.50%)	(92.50%)
对照组	40	1 (2.50%)	5 (12.50%)	24 (60.00%)	10 (25.00%)	(75.00%)

3.2. 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组中医证候积分差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。两组组内比较显示, 治疗后中医证候积分均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗组与对照组比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。详见表 2。

3.3. 两组中医单项症状分值比较

两组治疗前差异无统计学意义(各项 $P > 0.05$), 具有可比性。治疗组和对照组治疗后烘热汗出、健忘、精神涣散以及手足心热分值差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组治疗后失眠、多梦易惊、心烦不宁、眩晕耳鸣、心悸怔忡、腰膝酸软分值差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 3。

Table 2. Comparison of TCM syndrome integral between two groups ($\bar{x} \pm s$)**表 2.** 两组中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	t/Z	P
治疗组	40	15.55 ± 3.11	4.88 ± 1.89	t = 22.975	P = 0.000
对照组	40	16.08 ± 2.50	7.48 ± 1.48	Z = -5.523	P = 0.000
t/Z		Z = -0.736	T = -6.826		
P		P = 0.462	P = 0.000		

Table 3. Comparison of single symptom scores between two groups of TCM ($\bar{x} \pm s$)**表 3.** 两组中医单项症状分值比较($\bar{x} \pm s$)

中医证候评分	治疗组		对照组		Z		P	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
烘热汗出	1.95 ± 0.74	0.42 ± 0.50	2.12 ± 0.72	0.60 ± 0.49	-1.057	-1.556	0.29	0.120
失眠	2.05 ± 0.67	0.35 ± 0.48	1.97 ± 0.66	0.73 ± 0.45	-0.505	-3.342	0.613	0.001
多梦易惊	1.78 ± 0.62	0.43 ± 0.50	1.95 ± 0.67	0.70 ± 0.51	-1.166	-2.311	0.244	0.021
心烦不宁	1.30 ± 0.72	0.65 ± 0.53	1.28 ± 0.71	0.92 ± 0.47	-0.178	-2.38	0.859	0.017
眩晕耳鸣	1.55 ± 0.50	0.40 ± 0.49	1.37 ± 0.66	0.67 ± 0.47	-1.045	-2.451	0.296	0.014
心悸怔忡	1.40 ± 0.67	0.32 ± 0.47	1.38 ± 0.66	0.83 ± 0.44	-0.192	-4.294	0.848	0.000
腰膝酸软	1.83 ± 0.74	0.48 ± 0.50	2.05 ± 0.71	0.90 ± 0.44	-1.385	-3.662	0.166	0.000
手足心热	1.35 ± 0.58	0.50 ± 0.50	1.6 ± 0.49	0.70 ± 0.46	-1.933	-1.814	0.053	0.070
健忘	1.20 ± 0.46	0.65 ± 0.48	1.25 ± 0.43	0.85 ± 0.48	-0.448	-1.761	0.654	0.078
精神涣散	1.15 ± 0.48	0.52 ± 0.50	1.10 ± 0.49	0.72 ± 0.45	-0.446	-1.836	0.656	0.066

3.4. 两组治疗前后改良 Kupperman 量表评分比较

两组治疗前改良 Kupperman 量表评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。在改良 Kupperman 量表评分比较上, 组内比较两组治疗后均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗后组间比较治疗组与对照组比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。详见表 4。

Table 4. Comparison of scores of two groups of improved Kupperman scale ($\bar{x} \pm s$)**表 4.** 两组改良 Kupperman 量表评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	t	P
治疗组	40	29.35 ± 9.97	8.75 ± 3.20	t = 40.458	P = 0.000
对照组	40	27.70 ± 9.92	15.85 ± 4.78	t = 15.855	P = 0.000
t		t = 0.960	t = -7.800		
P		P = 0.340	P = 0.000		

3.5. 两组治疗前后 MEN-QOL 评分比较

两组治疗前 MEN-QOL 评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。组内比较两组治疗后均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗后组间比较治疗组与对照组比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。详见表 5。

Table 5. Comparison of MEN-QOL scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 5. 两组 MEN-QOL 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	t	P
治疗组	40	76.18 ± 25.49	51.38 ± 18.22	t = 10.562	P = 0.000
对照组	40	79.63 ± 23.91	63.48 ± 17.74	t = 11.586	P = 0.000
t		t = -1.180	t = -4.866		
P		P = 0.245	P = 0.000		

3.6. 两组治疗前后 SAS 量表评分比较

两组治疗前 SAS 量表评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。组内比较两组治疗后均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗后组间比较治疗组与对照组比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。详见表 6。

Table 6. Comparison of SAS scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 6. 两组 SAS 量表评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	t	P
治疗组	40	53.03 ± 6.88	36.95 ± 5.50	t = 12.062	P = 0.000
对照组	40	52.68 ± 6.77	42.95 ± 6.34	t = 22.479	P = 0.000
t		t = 0.229	t = -4.516		
P		P = 0.819	P = 0.000		

3.7. 两组治疗前后 SDS 量表评分比较

两组治疗前 SDS 量表评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。组内比较两组治疗后均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗后组间比较治疗组与对照组比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。详见表 7。

Table 7. Comparison of SDS scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 7. 两组 SDS 量表评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分	t	P
治疗组	40	55.90 ± 4.48	39.38 ± 4.68	t = 36.374	P = 0.000
对照组	40	55.53 ± 5.46	44.20 ± 5.19	t = 16.217	P = 0.000
t		t = 0.335	t = -4.363		
P		P = 0.738	P = 0.000		

3.8. 两组不良反应比较

两组患者在临床观察期间一般情况(呼吸、血压、体温、心率)及实验室检查(血常规、肝功、肾功)均未见明显异常,两组患者均未出现药物不良反应,均未诉明显不适症状。

4. 讨论

PMS 是妇科常见病、多发病,多见于 45~55 岁妇女,由于雌激素水平波动或降低可出现一系列躯体及精神心理症状[11]。在社会、家庭多重压力的背景下,女性围绝经期综合征发病率有明显上升趋势[12]。目前其发病机制尚不明确。西医治疗 PMS 包括心理疏导和改变生活方式,激素类药物治疗,镇静及抗焦虑、抗抑郁治疗等[13],其起效迅速,但停药后症状易复发,存在继发心血管疾病、乳腺癌等潜在风险,且依赖性强[2]。

古籍中未见有 PMS 的专题论述,散见于“经断前后诸证、郁证、百合病、脏躁、心悸、眩晕”等疾病论述中[14]。中医认为肾衰天癸竭为本病发病之基础,与心、肝、脾等脏密切相关。中医治疗本病重在补肾,同时兼顾养心、滋肝、健脾,使气血运行正常,恢复体内阴阳平衡,从而改善围绝经期症状。中医药治疗 PMS 包括中药辨证论治、针灸、穴位埋线、耳针、情志疗法、运动疗法等,临床上常多种治疗方式联合使用[4]。

导师认为 PMS 基本病机为肾虚,核心病机为肾中阴阳失调,且认为本病的发生发展与患者的心理状态密切相关。《素问·上古天真论》有言:“女子……七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”导师临证发现 PMS 患者以心肾不交证较多见,认为其发病机理为七七之年,肾精渐衰,天癸将竭,冲任二脉渐亏,肾水亏于下,气机升降失常,不能上济心火,导致心肾不交,阴阳失和,发为本病。围绝经期妇女多伴有躯体和精神心理异常,可与中医学中的“形”和“神”相对应。导师认为本病为典型的身心疾病,其发病与形神失衡密切相关。中医强调“形神合一”,才能维持机体健康。针对心肾不交型 PMS 患者的疾病特性,导师常用中药辨证论治联合八段锦功法、诉说疏泄法及五行音乐疗法的“形神共治”综合方案。

本研究选方桂枝加龙骨牡蛎汤合二至丸加减,方中桂枝汤调和营卫,振奋心阳,龙骨、牡蛎潜镇摄纳、止心悸动,使阳能固摄,阴能内守,而达阴平阳秘,固卫敛汗之功;旱莲草、女贞子性味平和,滋而不腻,具有平补肝肾、滋阴养血之功效;诸药合用共奏调和阴阳,交通心肾之功。八段锦通过运动肢体以调形,呼吸吐纳以调气,调摄阴阳以练意,调理五脏,疏通经络,促进气血运行[15]。桂枝加龙骨牡蛎汤合二至丸联合八段锦气功锻炼调整脏腑功能、增强体质,缓解围绝经期临床症状,同时对情绪、精神有一定的改善作用。有研究证明音乐能够使患者的身心和情绪发生良性改变[16]。《素问·移精变气论》:“古之治病,唯其移精变气”。即通过转移患者注意力,逐步消除消极情绪。通过诉说疏泄法,倾听患者烦恼,引导其宣泄感情,分散病人注意力,消除负面情绪,使气机调达,调畅情志,引导其积极应对问题[17]。《灵枢·邪客》有言:“心属火,在音为徵,在志为喜,肾属水,在音为羽,在志为恐”,其为五行音乐疗法的理论基础。羽音属水,柔润沉静,可制心火,使水火既济、心肾相交,改善焦虑、心烦等症[18]。诉说疏泄法和五行音乐疗法共达改善情志,以达调神之功,改善患者的精神状态。药物、运动、情志相结合,在疏通经络、治于形的同时,又能调节情志、治于神,改善患者的精神、心理状态,多法并用,内外合治,缓解 PMS 患者的症状。

本研究发现,治疗组总有效率高于对照组。在降低中医证候评分、Kupperman 评分、MEN-QOL 评分、SAS 评分及 SDS 评分方面,治疗组和对照组均有效,但治疗组更具优势,且对于改善心肾不交型 PMS 患者的失眠、多梦易惊、心烦不宁、眩晕耳鸣、心悸怔忡、腰膝酸软症状,治疗组疗效显著。表明

治疗组采用的“形神共治”综合方案在临床疗效、改善患者躯体症状、消除负面情绪以及提高患者生活质量方面均优于对照组的单纯中药辨证论治。

综上所述,中药辨证论治联合八段锦功法、诉说疏泄法及五行音乐疗法的“形神共治”综合方案治疗心肾不交型 PMS 的患者临床疗效确切,且无明显毒副作用,优势明显,值得临床推广。

基金项目

四川省干部保健科研课题(CGB2021147)。

参考文献

- [1] 李蓉, 乔杰. 生殖内分泌疾病诊断与治疗[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2013: 187-198.
- [2] 马莹, 陈燕霞. 中西医治疗围绝经期综合征策略的探讨[J]. 中国中药杂志, 2015, 40(20): 3899-3906.
- [3] 冯晓玲, 张婷婷. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [4] 于洋, 刘凯莉, 孟繁词, 等. 中医非药物治疗围绝经期综合征的研究进展[J]. 中医药学报, 2023, 51(5): 94-99.
- [5] 姚力, 张雪莲. 围绝经期综合征中医治疗现状[J]. 西部中医药, 2022, 35(10): 154-157.
- [6] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 第9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 353-354.
- [7] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2014.
- [8] 罗颂平, 谈勇. 中医妇科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 89-90.
- [9] 杜惠兰, 罗颂平. 中医临床诊疗指南释义·妇科疾病分册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 31-32.
- [10] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2017.
- [11] Sourouni, M., Zangger, M., Honermann, L, Foth, D. and Stute, P. (2021) Assessment of the Climacteric Syndrome: A Narrative Review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, **304**, 855-862. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06139-y>
- [12] Jenabi, E., Shobeiri, F., Hazavehei, S.M. and Roshanaei, G. (2015) Assessment of Questionnaire Measuring Quality of Life in Menopausal Women: A Systematic Review. *Oman Medical Journal*, **30**, 151-156. <https://doi.org/10.5001/omj.2015.34>
- [13] 杨乾方, 潘立民, 叶婷, 等. 围绝经期综合征中西医治疗进展[J]. 云南中医中药杂志, 2022, 43(8): 98-101.
- [14] 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.
- [15] 赵剑平, 陈柏龙, 崔伶俐, 等. 健身气功八段锦对中老年人群健康促进的研究[J]. 当代体育科技, 2023, 13(3): 147-150.
- [16] Chen, W.G., Iversen, J.R., Kao, M.H., Loui, P., Patel, A.D., Zatorre, R.J. and Edwards, E. (2022) Music and Brain Circuitry: Strategies for Strengthening Evidence-Based Research for Music-Based Interventions. *Journal of Neuroscience*, **42**, 8498-8507. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1135-22.2022>
- [17] 陈畅乾. 中医身心同治围绝经期综合征中重度情绪障碍随机对照研究[D]: [博士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [18] 曹云松, 韩振蕴, 胡文悦, 等. 五行音乐联合八段锦治疗轻中度抑郁和焦虑障碍的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(1): 505-509.