

# 微创穴位埋线结合达英-35 治疗 肥胖型多囊卵巢综合征 20 例临床观察

陆瑾 张晓甦 周雪 周慧芬 李静 张彩荣

(南京中医药大学第三附属医院, 江苏南京 210001)

**摘要** 目的:观察穴位埋线结合达英-35 治疗多囊卵巢综合征(PCOS)的疗效。方法:选取 32 例符合纳入标准的 PCOS 患者,随机分为 2 组,治疗组 20 例采用穴位埋线结合达英-35 口服治疗,对照组 12 例采用达英-35 口服治疗,观察治疗后 2 组疗效差异及 BMI、F%、WHR、性激素等指标差异。结果:治疗组疗效优于对照组,治疗组患者 BMI、F%、T 下降明显优于对照组。结论:穴位埋线结合达英-35 治疗可有效降低 PCOS 患者体质指数 BMI、F%,使 T 水平下降,可改善闭经、月经量少、多毛、痤疮等症状,部分患者还可恢复排卵,有利于不孕的治疗。

**关键词** 多囊卵巢综合征 穴位埋线 达英-35

中图分类号 R711.750.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)07-0055-02

多囊卵巢综合征 (Polycystic Ovarian Syndrome, PCOS)是生育年龄女性常见病,主要表现为生殖功能障碍与糖代谢异常并存的内分泌功能紊乱。患者均有不同程度的月经稀发或闭经、肥胖、卵巢增大及多毛症状,随着穴位埋线疗法在临床应用的日益广泛,该法亦用于治疗肥胖型 PCOS。近年来,笔者采用穴位埋线结合达英-35 治疗肥胖型 PCOS 20 例,并设单纯达英-35 组 12 例作对照,取得较好疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 32 例 PCOS 患者来自我院针灸科和妇科门诊,按照随机数字法随机分为 2 组。治疗组 20 例:年龄 18~42 岁,平均年龄(25.64±3.95)岁;病程 1~8 年,平均病程(4.96±4.56)年;肝气郁结型 15 例,痰湿阻滞型 4 例,肾气亏虚型 1 例。对照组 12 例:年龄 19~44 岁,平均年龄(24.75±3.87)岁;病程在 1~8 年,平均病程(4.47±3.76)年;肝气郁结型 7 例,痰湿阻滞型 3 例,肾气亏虚型 2 例。2 组患者治疗前半年内均未服用激素、降糖药物和促排卵药物,2 组患者在年龄、病程、病情方面经统计学处理无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 PCOS 诊断标准:采用 2003 年美国生殖医学会鹿特丹会议制订的诊断标准,即必须符合以下 3 项中任何 2 项:(1)稀发排卵和(或)无排卵;(2)有高雄激素血症的临床表现和(或)生化改变;(3)超声检查时发现多囊性卵巢。肥胖诊断标

准:参照中国卫生部疾控司发布的中国肥胖问题工作组编写的《中国成人超重和肥胖症预防控制指南(试行)》2003 版中提出的中国人肥胖诊断 BMI 界值,以 BMI $\geq 24$  为超重, $\geq 28$  为肥胖;男性腰围 $\geq 85$ cm 和女性腰围 $\geq 80$ cm 为腹型肥胖。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 采取穴位埋线结合口服达英-35 的治疗方法。(1)微创穴位埋线。选穴:第 1 组为肝俞、脾俞、肾俞、阳陵泉、三阴交、丰隆;第 2 组为中脘、下脘、天枢、归来、关元、子宫、阴陵泉。操作:按照微创穴位埋线的常规操作方法,将医用羊肠线埋入上述穴位所在皮下组织内,2 组穴位交替选用。1 次/周,月经停止后治疗。(2)口服达英-35。于月经来潮或撤药性出血第 5 天给予达英-35,每日 1 片,连服 21d。1 个月经周期为 1 个疗程,共 3 个疗程。

2.2 对照组 采取单纯口服达英-35 的治疗方法,药物用量和疗程同治疗组。

## 3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前进行 BMI、脂肪百分率(F%)、腰臀比(WHR)的测定及盆腔超声检查。于月经周期 3~5d(闭经者日期不限)采静脉血测量血清雌二醇(E<sub>2</sub>)、黄体生成素(LH)、卵泡刺激素(FSH)、睾酮(T)。治疗期间嘱患者自测 BBT。3 个疗程后再次观测以上指标。

3.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导

基金项目:江苏省中医药局科技项目(LZ11111)“微创穴位埋线结合达英-35 对肥胖型 PCOS 患者月经及内分泌指标的影响”

原则<sup>11</sup>疗效标准。显效:月经恢复正常,临床症状明显减轻,激素值基本正常,B超示卵巢恢复正常大小,有排卵或已受孕;有效:月经状况、临床症状有所改善,激素值趋于正常,B超示卵巢较前缩小;无效:月经、激素测定及卵巢B超均无改善。

3.3 统计学方法 采用SPSS13.0统计软件处理,计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间采用 $t$ 检验,计数资料采用卡方检验,均以 $P<0.05$ 为有统计学意义。

### 3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者临床疗效比较 见表1。

表1 治疗组、对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	20	9(45.0)	8(40.0)	3(15.0)	17(85.0)*
对照组	12	4(33.3)	4(33.3)	4(33.3)	8(66.7)

注:\*与对照组比较, $P<0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后一般指标比较 见表2。

3.4.3 2组患者治疗前后性激素水平比较 见表3。

表2 治疗组、对照组治疗前后一般指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	BMI		WHR		F%	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组( $n=20$ )	29.42±1.45	25.85±1.69 <sup>△</sup>	0.97±0.05	0.87±0.08	38.13±0.07	29.19±0.05 <sup>△</sup>
对照组( $n=12$ )	28.95±2.13	27.96±1.78	0.94±0.06	0.91±0.04	37.23±0.04	36.78±0.05

注:\*与本组治疗前比较, $P<0.05$ ;△与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

表3 治疗组、对照组治疗前后性激素水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	E <sub>2</sub> (pg/mL)		T(nmol/L)		FSH(U/L)		LH(U/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组( $n=20$ )	41.9±8.67	33.6±9.5	2.72±0.4	1.58±0.7 <sup>△</sup>	6.06±1.69	5.61±1.45	9.78±1.46	7.86±1.26 <sup>*</sup>
对照组( $n=12$ )	40.7±7.78	34.5±7.8	2.29±0.5	1.74±0.5 <sup>*</sup>	7.58±1.34	6.57±1.76	8.69±1.97	7.57±1.10 <sup>*</sup>

注:\*与本组治疗前比较, $P<0.05$ ;△与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

## 4 讨论

目前越来越多的研究认为,胰岛素抵抗及高胰岛素血症在PCOS的发病中起着早期和中心作用,胰岛素抵抗、高胰岛素血症是慢性高雄激素性不排卵妇女的重要特征<sup>[2]</sup>,本组患者普遍有异常的BMI、F%和WHR,伴有1~2项血脂或血清胰岛素异常,大多表现为中心性肥胖为主的肥胖型PCOS,伴有早期代谢紊乱征象。本组所治疗的大多数PCOS患者病程较短,症状较轻,胰岛素抵抗处于代偿期,部分患者尚未出现多毛、高血糖、高血脂、胰岛素抵抗、高雄激素等严重的代谢紊乱及征象,因此未采用临床征象评分法,根据临床观察,穴位埋线结合达英-35治疗后大部分患者多毛、痤疮、月经不调等症状可得到明显改善。

马氏认为:PCOS主要涉及肝、脾、肾,病理因素以痰湿为主,脾肾虚是形成痰湿的主要原因。脾虚水湿不运,日久聚湿为痰,肾虚不能蒸腾津液,可内生痰湿。PCOS与情志关系密切,七情内伤最易导致气

机升降失调,肝气不达,郁久化热,日久凝聚为痰,痰湿侵袭,阻滞胞宫,痰湿为阴邪易伤肾阳,故肾虚与痰湿互为因果,作用于机体产生闭经<sup>[3]</sup>。本组患者以肝气郁结型为主,患者处于发病早期,后期逐步向脾虚痰湿和肾虚痰湿发展,治疗难度也相应增加。

据文献报道,约有50%PCOS患者存在着不同程度的胰岛素抵抗及代偿性高胰岛素血症,胰岛素抵抗/高胰岛素血症在PCOS发病中起到重要作用<sup>[2]</sup>。笔者观察后认为,穴位埋线结合达英-35治疗可有效降低体质指数、减少腰围,降低患者腰臀比,降低食欲,从而帮助患者减少饮食的摄入,降低血清胰岛素水平,改善胰岛素敏感性,可使T水平下降,LH/FSH比值趋于正常,进而可改变或减轻月经紊乱、多毛、痤疮等症状,部分患者还可恢复排卵,有利于不孕的治疗。本组部分患者性激素检查正常,但临床症状表现和PCOS一致,对此刘氏<sup>[4]</sup>曾提出对于基础激素水平正常而疑为PCOS的患者可以静脉注射LHRH(黄体

生成素释放激素)100 $\mu$ g。15~30min,LH>100U/L,而FSH正常,为LHRH试验阳性,可诊断为PCOS,可有高胰岛素血症、高泌乳素血症及高肾素血症。

PCOS有不同表型<sup>[5]</sup>,其在生殖障碍和代谢损伤方面具有不同特征。本组患者以非高雄激素无排卵型为主,其胰岛素抵抗和肥胖的发生率较高雄激素无排卵型为低。由于时间所限,观察例数不足,因此研究数据尚不能

充分体现本研究的最终结果,需进一步增大样本量进行临床观察和数据分析才能得出更为客观的结果。

## 5 参考文献

- [1] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002:243
  - [2] 邓梅先.胰岛素抵抗与多囊卵巢综合征.长江大学学报(自然科学版),2011,8(11):181
  - [3] 查艺军.马丽教授论治多囊卵巢综合征经验浅谈.中医临床研究,2011,3(8):83
  - [4] 刘新民.内分泌疾病鉴别诊断与治疗学.北京:人民军医出版社,2009:278
  - [5] 刘丽,邵洁白,张红萍,等.不同表型多囊卵巢综合征患者的代谢特征.全科医学临床与教育,2005,9(5):505
- 第一作者:陆瑾(1964-),女,本科学历,主任中医师,研究方向:针灸/微创穴位埋线治疗多囊卵巢综合征。lujin64@hotmail.com

收稿日期:2013-12-30

编辑:华由王沁凯