

子午捣臼针法治疗肥胖型多囊卵巢综合征 80 例临床研究

兰思杨

(北京燕化医院, 北京 102500)

摘要 目的:观察子午捣臼针法治疗肥胖型多囊卵巢综合征(PCOS)的临床疗效,分析并探讨取穴原则和治疗机理。方法:160例PCOS患者采用随机数字表法随机分为治疗组和对照组,每组80例。治疗组针刺患者上中下腕、梁门、天枢、气海、关元、中极、子宫、三阴交、阴陵泉、丰隆、肾俞、次髎穴,其中中腕、天枢、关元、三阴交、肾俞、次髎穴采用子午捣臼针法,其他穴位针刺得气即可。对照组选穴同治疗组,针刺进穴位即可,不做任何捻转提插行针手法。2组均隔日针刺1次,15次为1个疗程,治疗3个疗程。观察并比较2组患者治疗前后体重、体重指数(BMI值)、激素水平、卵巢直径、卵泡个数、最大卵泡直径改变情况,比较2组患者临床疗效。结果:治疗3个疗程后,2组患者体重、BMI值、激素水平、卵巢直径、卵泡个数、最大卵泡直径均较治疗前明显改善($P<0.05$),治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率为81.25%,明显高于对照组的43.75%($P<0.05$)。结论:子午捣臼针法治疗肥胖型PCOS可有效减轻患者体重,显著改善患者激素水平、卵巢大小、卵泡个数、最大卵泡直径,比普通针刺疗法获得更好的临床疗效。

关键词 子午捣臼法 肥胖型多囊卵巢综合征 体重指数 血清性激素水平 卵泡个数 排卵率 针刺疗法

中图分类号 R271.917.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)12-0058-03

多囊卵巢综合征(polycysticovary syndrome, PCOS)是妇科比较常见的内分泌紊乱性疾病。随着生活习惯和环境的改变,PCOS的发病率不断上升^[1]。本病症状多为肥胖、多毛、无排卵性月经、闭经、不孕等,病理生理表现为高雄激素血症和胰岛素抵抗等^[2]。PCOS可归属于中医学“不孕症”“闭经”“月经不调”等范畴,病机为肾虚血瘀、脾虚生痰、肝郁气滞血瘀。普通针刺在临床中应用较广泛,但针刺完不行针,患者气血不得彻底通利。笔者在临床中采用普通针刺治疗个别PCOS病例后发现,此法在改善体重上效果显著,但在改善激素水平和排卵情况上效果平平,故思考在行针手法上做出改变是否能取得更好的疗效。传统子午捣臼针法分天人地三部针刺,同时结合提插捻转行针手法,使气血缓缓通利,患者得气感强烈。本研究以健脾益肾疏肝为原则,采用子午捣臼针法治疗PCOS,与使用普通针刺治疗者进行对照观察,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年1月至2018年1月我院针灸科和妇科门诊被确诊为PCOS的患者或被招募者,共160例,均经患者本人同意参加本研究,并

由本人签署或者直系亲属代签知情同意书。采用随机数字表法分为治疗组与对照组,每组80例。治疗组年龄27~38岁,平均年龄(31.63 ± 2.39)岁;病程4~38个月,平均病程(18.40 ± 8.77)个月。对照组年龄27~38岁,平均年龄(31.99 ± 2.62)岁;病程6~36个月,平均病程(19.28 ± 8.00)个月。2组患者年龄、病情、病程等一般情况比较,均无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照2003年荷兰鹿特丹PCOS会议修订的PCOS诊断标准及中华医学会妇产科学分会内分泌学组专家共识制定^[3]。(1)稀发排卵或无排卵;(2)高雄激素血症;(3)B超检查一侧或双侧卵巢中直径2~9mm的卵泡 ≥ 12 个和(或)卵巢体积 $\geq 10\text{mL}$ 。上述3条中符合2条,即可诊断。

1.2.2 中医诊断、辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^{[4]236}月经后期和闭经的诊断标准,符合肾虚痰瘀证的诊断标准。主症:月经后期量少,或闭经;次症:形体肥胖,呕恶痰多,小腹冷感,经色紫暗有血块,带下清稀,性欲淡漠,舌淡暗,或淡胖,齿印,

或边尖有瘀斑,苔白腻,脉沉、细、涩、滑。以上主症必备其一,次症至少具备3项,具备相应舌脉即可诊断。

1.2.3 肥胖的诊断标准 根据第7版《内科学》^[5]中关于肥胖的诊断标准:体重指数(BMI)=体重(kg)/身高²(m²),BMI≥25kg/m²可诊断为肥胖。

1.3 纳入标准 符合多囊卵巢综合征中西医诊断标准并辨证为肾虚痰瘀证;符合肥胖诊断标准;年龄在22~40岁之间的已婚健康女性;无过敏体质;自愿且能坚持进行针灸治疗到疗程结束;知情同意。

1.4 排除标准 肝肾功能异常者;患有高泌乳素血症、甲状腺疾病、先天性肾上腺皮质增生、库兴综合征、糖尿病等内分泌疾病者;近3个月曾服用激素类药物、促排卵药,进行过减肥治疗或参加其他临床试验者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用子午捣臼针法治疗。嘱患者仰卧位,选取上、中、下脘和梁门、天枢、气海、关元、中极、子宫、三阴交、阴陵泉、丰隆、肾俞、次髂穴,穴位进行常规消毒后针刺。其中中脘、天枢、关元、三阴交、肾俞、次髂穴采用子午捣臼针法,其他穴位针刺得气即可。中脘、天枢、关元、三阴交、肾俞采用0.3mm×40mm规格的针灸针进针直刺0.5~1.5寸,关元针感向双侧腹部传导,肾俞针感向腰骶部传导,三阴交针感向双下肢传导;次髂穴采用0.3mm×125mm针灸针直刺1~6寸,针感向会阴部传导,以酸麻胀痛为度。留针30min,每隔10min行子午捣臼针法1次。子午,指左右捻转;捣臼,指上下提插。操作方法是:按天、人、地三部进针,在三部进针时每部紧按慢提81次,退针二部时每部紧提慢按64次。同时,在紧按慢提时,结合左转针;在紧提慢按时,结合右转针。隔日针刺1次,每个疗程15次,共治疗3个疗程。

2.2 对照组 选穴、疗程同治疗组,针刺进穴位即可,不做任何捻转提插行针手法。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前和治疗3个疗程后记录2组患者体重,计算BMI值,检测血清性激素水平,彩超观察卵巢大小、卵泡个数、最大卵泡直径。

3.2 疗效判定标准 参考《实用妇产科学》^[6]和《中药新药临床研究指导原则》^{[4]245}多囊卵巢综合征、不孕症疗效判定标准拟定。痊愈:临床症状消失,患者怀孕,卵巢体积正常,血清促卵泡成熟激素(FSH)、黄体生成激素(LH)、睾酮(T)及LH/FSH均正常;显效:临床症状基本消失,患者未怀孕但血清FSH、LH、T正常或降低70%以上,有优势卵泡或排卵正常卵巢体积变小70%以上;有效:临床症状减轻,患者未怀孕,卵巢体积变小30%以上,T降低,LH/FSH降低30%;无效:未达到有效标准。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件处理数据,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用两个独立样本 t 检验,治疗前后比较采用配对 t 检验。对计数资料采用绝对数和相对数(%)表示,采用R×C列联表的 χ^2 检验,等级资料采用有序变量两独立样本比较的秩和检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后体重、BMI指数比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后体重、BMI指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	体重(kg)	BMI(kg/m ²)
治疗组	80	治疗前	71.79±5.31	26.48±0.98
		治疗后	64.65±5.95* [△]	23.83±1.33* [△]
对照组	80	治疗前	70.59±5.19	26.04±1.04
		治疗后	67.72±6.83*	24.96±1.71*

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

3.4.2 2组患者治疗前后性激素水平比较 见表2。

3.4.3 2组患者治疗前后排卵期卵巢直径、卵泡个数、最大卵泡直径比较 见表3。

表2 治疗组与对照组治疗前后性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FSH(IU/L)	LH(IU/L)	LH/FSH	雌二醇(E ₂ , pg/mL)	T(ng/dL)
治疗组	80	治疗前	5.79±1.03	18.06±2.79	3.15±0.32	48.73±9.80	100.21±9.88
		治疗后	4.25±0.67* [△]	7.10±3.62* [△]	1.67±0.78* [△]	96.85±28.56* [△]	53.06±23.73* [△]
对照组	80	治疗前	5.53±0.89	16.74±2.25	3.06±0.35	49.05±11.59	102.2±10.49
		治疗后	4.88±0.74*	10.89±4.73*	2.24±0.96*	66.95±30.15*	79.16±25.95*

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 治疗组与对照组治疗前后排卵期卵巢直径、卵泡个数、最大卵泡直径比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	卵巢直径(cm)	卵泡个数(个)	最大卵泡直径(mm)
治疗组	80	治疗前	5.26±0.83	12.58±1.91	7.48±1.39
		治疗后	2.64±1.21* [△]	2.93±4.09* [△]	15.93±4.19* [△]
对照组	80	治疗前	5.08±0.38	11.54±1.81	7.96±1.32
		治疗后	3.71±1.44*	6.48±4.88*	12.30±4.81*

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

3.4.4 2组患者临床疗效比较 治疗组痊愈10例,显效25例,有效30例,无效15例,总有效率为81.25%;对照组痊愈4例,显效10例,有效21例,无效45例,总有效率为43.75%。治疗组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

中医认为,肾气不足,无力推动气血运行导致瘀血停滞,便能引起多种疾病。常青等^[7]认为肾虚是PCOS的根本,肾虚血瘀,瘀血阻滞胞脉导致不能受孕。元代朱丹溪在《丹溪心法·子嗣》中指出,“若是肥盛妇人,禀受甚厚,恣于酒食,经水不调,不能成胎,谓之脂脂满溢,闭塞子宫”。胖人多有不良的饮食和作息习惯,影响脾胃运化功能,脾虚生痰生湿,痰湿与瘀血互结,阻滞胞宫致受孕困难,肝气疏泄不畅,则气血津液疏布受阻易生痰生瘀。

根据以上中医病因病机分析,临床治疗本病应清畅阳明理中焦益脾肾^[8],故可选取调理肝脾肾之腧穴。任脉中脘和胃健脾配合胃经梁门、大肠之募天枢和络穴丰隆,可理气和胃化湿、化滞调肠,起到抑制食欲、加强排泄的作用;关元益气纳肾、培元固本;肝脾肾三经交汇穴三阴交,补脾兼顾肝肾,可调理气血,阴阳双补;肾俞壮元阳,补腰肾,祛水湿,配合可以调经活血的次髂穴,主治月经不调诸症。同时子宫、关元、中极、次髂在小腹、腰骶部,根据神经解剖学,小腹部、后肢的脊髓神经节段支配与生殖器官的脊髓神经节段支配基本重合^[9],当针刺这些穴位时,产生的神经冲动沿躯体感觉神经向中枢传递针刺信息,在下丘脑整合,从而调节内分泌功能。针刺局部神经反射区能够使卵巢内部血管扩张,改善血液流动,活血化瘀,滋养卵泡发育成熟,从而达到促排卵效果。其中选取中脘、天枢、关元、三阴交、肾俞、次髂做子午捣臼手法效果更佳,原因一是以上穴位在腹部和腰骶部适合高强度的提插捻转手法,二是以上穴位能更有效地通调肝脾肾之气。

子午捣臼针法能够引导阴阳之气,补泻兼施。早在《金针赋》中提到“子午捣臼,水蛊膈气。落穴之后,调气均匀,针行上下,九入六出,左右转之,千遭自平”。此种复合型行针手法较普通针刺针感强烈,直达病所^[10]。笔者认为子午捣臼针法自身频繁的左右上下捻转提插,能够提升神经传导刺激量,加大活血化瘀的作用,从而更有效地调节内分泌功能,起到减重和恢复卵巢功能的作用。

本研究结果表明,采用子午捣臼针法治疗能显著减轻肥胖型PCOS患者体重和BMI值,改善性激素水平以促子宫内膜生长,促使成熟卵泡生成并促进排卵,临床疗效优于普通针刺疗法,故临床医者应重拾古法广泛应用于肥胖型PCOS的治疗上。下一步拟观察随访本法治疗PCOS的妊娠率,同时探索本法在其他疾病中的应用。

参考文献

- [1] 曹泽毅.中华妇产科学:下册[M].2版.北京:人民卫生出版社,2004:201.
- [2] 许建红,蔡平平,邱黎明.多囊卵巢综合征病因及治疗研究进展[J].实用中西医结合临床,2014,14(9):92.
- [3] 谢幸,苟文丽,林仲秋,等.妇产科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:359.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:236.
- [5] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2011:809.
- [6] 张惜阴.实用妇产科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2010:589.
- [7] 常青,杜敏,袁莉华.补肾化痰法治疗多囊卵巢综合征的研究进展[J].社区医学杂志,2015,13(5):19.
- [8] 张雅冬.许昕治疗多囊卵巢综合征之临床经验探析[J].江苏中医药,2017,49(4):21.
- [9] RAJA-KHAN N, STENER-VICTORIN E, WU X K, et al. The physiological basis of complementary and alternative medicines for polycystic ovary syndrome[J].American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism, 2011, 301(1): E1.
- [10] 刘芳,罗耀辉.子午捣臼补泻法对更年期综合征雌激素影响的对比研究[J].云南中医中药杂志,2016,37(11):66.

第一作者:兰思杨(1983—),女,医学硕士,主治医师,研究方向为针灸、埋线治疗多囊卵巢综合征、月经病等。270036858@qq.com

收稿日期:2018-07-25

编辑:吴宁

