

# 补肾活血法治疗肾虚血瘀型多囊卵巢综合征临床观察

杨氏平

杭州市下城区中医院妇科, 浙江 杭州 310004

**[摘要]** 目的:观察补肾活血法治疗肾虚血瘀型多囊卵巢综合征(PCOS)的临床疗效。方法:选取本院收治的92例肾虚血瘀型PCOS患者为研究对象,随机分为观察组与对照组各46例。观察组给予补肾活血法治疗,对照组给予克罗米芬治疗。治疗后比较2组临床疗效,以及2组治疗前后的血清性激素指标和卵泡数量,治疗期间观察2组不良反应发生情况。结果:观察组与对照组的总有效率分别为89.13%和63.04%。2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。治疗前,2组黄体生成素(LH)、卵泡刺激素(FSH)、LH/FSH、睾酮(T)、雌二醇(E<sub>2</sub>)、催乳素(PRL)水平比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组6项血清性激素指标均较治疗前改善( $P < 0.05$ );观察组的6项血清性激素指标的改善情况均优于对照组( $P < 0.05$ )。治疗前,2组不同卵泡数量的患者人数分别比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,观察组卵泡数量为9~12个的患者少于对照组( $P < 0.05$ );卵泡数量 $\leq 8$ 个的患者多于对照组( $P < 0.01$ )。治疗期间,观察组不良反应发生率为2.17%,低于对照组的26.09%( $P < 0.01$ )。结论:采用补肾活血法治疗肾虚血瘀型PCOS,临床疗效显著,可有效改善患者的血清性激素指标,减少卵泡数量,且安全性高。

**[关键词]** 多囊卵巢综合征(PCOS);肾虚血瘀型;补肾活血法;克罗米芬;临床观察

**[中图分类号]** R711.75 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)12-0110-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.047

多囊卵巢综合征(PCOS)是一种因内分泌及代谢异常所引起的疾病,以高雄激素血症、无排卵或排卵稀少为主要特点,症状表现为闭经、月经不调、多毛、不孕等。临床治疗多以西药诱导排卵为主,但长期用药效果并不明显,且不良反应较大,致临床应用受限。近来笔者采用补肾活血法治疗肾虚血瘀型PCOS,取得了满意疗效,结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取本院2014年1月—2016年7月收治的92例肾虚血瘀型PCOS患者为研究对象,随机分为观察组与对照组各46例。观察组年龄21~35岁,平均(28.4±2.8)岁;病程3月~6年,平均(3.1±0.5)年;临床表现:月经失调13例,闭经5例,肥胖11例,多毛7例,不孕10例。对照组年龄22~37岁,平均(29.2±1.7)岁;病程2月~5年,平均(2.6±0.8)年;临床表现:月经失调15例,闭经4例,肥胖13例,多毛6例,不孕8例。2组年龄、病程、临床表现等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** ①符合PCOS的诊断标准:功能失调性子宫出血,月经异常或闭经,育龄期长期排卵障碍,不孕,伴有不同程度痤疮、多毛、肥胖等症;B超示卵巢增大,每平面至少有10个以上2~6 mm直径的卵泡,主要分布在卵巢皮质的周

边,少数散在于间质中,间质增多。生化参数:睾酮(T)≥2.9 nmol/L,血清黄体生成素(LH)/卵泡刺激素(FSH) > 2~3。②符合肾虚血瘀型PCOS的辨证标准。症见腰膝酸软,精神抑郁,胸闷气短,闭经或月经量少,月经不调,腹中有包块,行经腹痛,舌紫暗、有瘀斑或瘀点,脉沉涩。③患者自愿参与本研究,签署知情同意书。

**1.3 排除标准** ①不符合上述诊断标准和辨证标准者;②因迟发型先天性肾上腺皮质增生、肾上腺肿瘤、库欣综合征等疾病引起的高雄激素血症;③合并心、脑、肺、肾等重要脏器疾病者;④有精神障碍疾病者;⑤治疗依从性差者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 给予克罗米芬(上海衡山药业有限公司)治疗。每天1次,每次50 mg,于月经来潮后第5天开始服用,连续服用5天。治疗期间行B超检查,监测卵泡发育情况,待卵泡直径为1.8~2.2 cm时,肌内注射人绒毛膜促性腺激素(陕西医药控股集团生物制品有限公司)5000 U,以促进排卵。30天为1疗程,连续治疗3~4疗程。

**2.2 观察组** 给予补肾活血法治疗。处方:炙甘草6 g,山慈姑、桃仁、黄精各10 g,补骨脂、桑寄生、淫羊藿各15 g,熟地黄、丹参、菟丝子各20 g。于月经来潮后第5天开始服

**[收稿日期]** 2016-08-23

**[作者简介]** 杨氏平(1978-),女,主治医师,主要从事妇科病诊治工作。

用,每天1剂,水煎后分2次服用,每次服用200 mL,30天为1疗程,连续治疗3~4疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组治疗后症状、体征的改善情况。

②观察2组治疗前后血清性激素指标[LH、FSH、LH/FSH、T、雌二醇(E<sub>2</sub>)、催乳素(PRL)]的变化。采用西门子ADVIA2400生化分析仪检测上述指标,若月经规律时在月经来潮第3~5天的上午9点接受检测,若月经不规律则在B超检查示卵巢内膜<5 mm时接受检测。③观察2组治疗前后卵泡数目的变化,于月经干净5~7天内采用西门子ACUSONS2000超声仪器进行检测。④观察2组治疗期间的不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件分析研究数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈:临床症状及体征基本消失,月经周期、经量、排卵已恢复正常;显效:临床症状及体征明显改善,月经周期、经量恢复正常,治疗期间有3次排卵;好转:临床

症状及体征有所好转,月经周期、经量有所恢复,治疗期间有1~2次排卵;无效:临床症状及体征无明显变化甚至更严重,月经周期、经量、排卵均无改善。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组与对照组的总有效率分别为89.13%和63.04%。2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效
观察组	46	22(47.83)	11(23.91)	8(17.39)	5(10.87)	41(89.13) <sup>①</sup>
对照组	46	11(23.91)	10(21.74)	8(17.39)	17(36.96)	29(63.04)

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.3 2组治疗前后血清性激素指标比较 见表2。治疗前,2组LH、FSH、LH/FSH、T、E<sub>2</sub>及PRL水平比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组6项血清性激素指标均较治疗前改善,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组的6项血清性激素指标的改善情况均优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后血清性激素指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	LH(IU/L)	FSH(IU/L)	LH/FSH	T(nmol/L)	E <sub>2</sub> (ng/L)	PRL(nmol/L)
观察组 (n=46)	治疗前	17.23±4.26	5.25±1.82	3.15±0.67	2.75±1.85	138.47±64.31	1.89±0.35
	治疗后	9.52±2.86 <sup>②</sup>	8.93±2.15 <sup>②</sup>	1.41±0.22 <sup>②</sup>	1.13±0.14 <sup>②</sup>	203.01±81.23 <sup>②</sup>	0.92±0.12 <sup>②</sup>
对照组 (n=46)	治疗前	17.24±3.25	5.27±1.34	3.19±0.54	2.90±1.01	137.96±63.29	1.88±0.29
	治疗后	14.49±2.43 <sup>①</sup>	6.15±1.99 <sup>①</sup>	2.96±0.38 <sup>①</sup>	2.75±0.25 <sup>①</sup>	156.35±52.20 <sup>①</sup>	1.56±0.37 <sup>①</sup>

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后不同卵泡数量的患者人数比较 见表3。治疗前,2组不同卵泡数量的患者人数分别比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,观察组卵泡数量为9~12个的患者少于对照组( $P < 0.05$ );卵泡数量≤8个的患者多于对照组( $P < 0.01$ )。

表3 2组治疗前后不同卵泡数量的患者人数比较 例(%)

组别	时间	卵泡数量			
		>20个	13~20个	9~12个	≤8个
观察组 (n=46)	治疗前	7(15.22)	21(45.65)	18(39.13)	0
	治疗后	0	6(13.04)	9(19.57)	31(67.39)
对照组 (n=46)	治疗前	6(13.04)	22(47.83)	18(39.13)	0
	治疗后	0	11(23.91)	20(43.48)	15(32.61)

4.5 2组不良反应发生情况比较 治疗期间,观察组出现头晕1例,不良反应发生率为2.17%(1/46);对照组出现头晕3例,恶心5例,呕吐4例,不良反应发生率为26.09%(12/46)。2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

5 讨论

PCOS是妇产科常见疾病之一,是因患者丘脑-垂体-

卵巢轴受多种因素影响而抑制了卵巢功能,导致难以排出成熟卵泡,卵巢皮质内被闭锁的小卵泡长期滞留而造成卵巢功能多囊性变化,临床主要表现为月经失调、闭经、不孕,且伴有多毛、痤疮、肥胖等症,严重威胁着女性的身心健康,故及时采取有效的治疗措施是关键。克罗米芬是治疗无排卵女性不育症的常见药物之一,具有促进排卵的作用。但据相关研究报道,克罗米芬虽能促进排卵,排卵率达60%~90%,但妊娠率仅为10%~40%<sup>[1]</sup>。

中医学认为,先天肾气不足或后天肾气损伤可导致机体出现精不化血,以致于血海匮乏,进而引发月经延期、闭经或不孕症,故肾虚乃排卵障碍的主要病因。另外,肾阳亏虚可致阴阳气血失常,以致壅阻冲任胞脉、气血瘀滞而成癥,导致卵细胞无法排出而使得卵巢增大,故肾虚血瘀是造成排卵障碍的主要原因<sup>[2]</sup>。补肾活血方是朱南孙先生所创,主要由桑寄生、菟丝子、山慈姑、桃仁等中药组成,其中桑寄生具有补肾、祛风之功效;菟丝子可补肾益精;山慈姑具有消肿散结作用;桃仁可活血调经;补骨脂温肾助阳;丹参活血化瘀;熟地黄可补血、填髓;淫羊藿可补肾、强筋;黄精乃滋肾、益气之良药;炙甘草可补中益气,也可调和诸药。诸药合用共奏滋阴

活血、补肾祛瘀之功效。

本研究结果显示,治疗后观察组的治疗总有效率优于对照组( $P < 0.05$ ); LH、FSH、LH/FSH、T、 $E_2$  及 PRL 的改善情况均优于对照组( $P < 0.05$ ); 卵泡数量也明显减少,且药物不良反应少,提示补肾活血法治疗肾虚血瘀型 PCOS,临床疗效优越,可有效改善患者的血清性激素水平,减少卵泡数量,且安全性高,值得临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 李红真, 乔杰, 甄秀梅. 重新评价克罗米芬在促排卵治疗中的作用[J]. 生殖医学杂志, 2008, 17(6): 428-430.
- [2] 续秋芝. 补肾活血中药治疗肾虚血瘀型多囊卵巢综合征疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(10): 249-250.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

## 慢盆汤内服加保留灌肠治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证临床观察

梁结玲<sup>1</sup>, 和秀魁<sup>2</sup>, 李丽美<sup>2</sup>, 袁晓兰<sup>2</sup>, 邹月华<sup>1</sup>, 梁萍<sup>1</sup>, 全朝兰<sup>1</sup>

1. 广州市番禺区化龙医院妇产科, 广东 广州 511400; 2. 广东省妇幼保健院, 广东 广州 511400

**[摘要]** 目的: 观察慢盆汤内服加保留灌肠治疗慢性盆腔炎(CPID) 湿热瘀结证的临床疗效。方法: 将 84 例 CPID 湿热瘀结证患者, 随机分为中药内服组 25 例、中药内服加灌肠组 26 例和中成药组 23 例。中药内服组予慢盆汤内服, 中药内服加灌肠组予慢盆汤内服加灌肠, 中成药组予妇乐片口服, 均连用 3 疗程, 经期停止服用。观察 2 组治疗后症状、体征的改善情况。结果: 临床疗效总有效率中药内服加灌肠组 96.15%, 中药内服组 72.00%, 中成药组 56.52%, 中药内服加灌肠组分别与中药内服组和中成药组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。治疗后, 3 组证候积分均较同组治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 组间整体比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 中药内服加灌肠组的证候积分均低于中药内服组和中成药组 ( $P < 0.05$ ); 中药内服组的证候积分低于中成药组 ( $P < 0.05$ )。结论: 慢盆汤内服加灌肠治疗, 可提高 CPID 湿热瘀结证患者的临床疗效, 值得临床推广应用。

**[关键词]** 慢性盆腔炎 (CPID); 湿热瘀结证; 慢盆汤; 中药保留灌肠; 妇乐片

**[中图分类号]** R711.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0112-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.048

慢性盆腔炎(CPID)是妇科常见病与多发病之一, 常因急性盆腔炎未彻底治愈, 或患者体质虚弱, 病程迁延所致。临床表现为下腹部坠胀疼痛, 或腰骶部疼痛, 易疲劳, 劳累后复发或加重, 带下异常, 月经不调, 甚至不孕、宫外孕。近年笔者采用慢盆汤内服加保留灌肠治疗 CPID 湿热瘀结证, 取得满意疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例为 2014 年 3 月—2016 年 3 月在广州市番禺区化龙医院妇科门诊就诊的 CPID 湿热瘀结证患者, 共 84 例, 随机分为中药内服组、中药内服加灌肠组和中成药组各 28 例, 其中中药内服组 3 例、中药内服加灌肠组 2 例、中成药组 5 例均中途退出研究或失访。3 组年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断与辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[1]</sup>和《中医妇科学》<sup>[2]</sup>中的诊断标准和湿热瘀结证的辨证标准。①病史: 既往有急性盆腔炎、阴道炎、节育及妇科手术感染史, 或不洁性生活史。②临床表现: 下腹部疼痛, 痛连腰骶, 可伴有低热起伏, 易疲劳, 劳累则复发, 带下增多, 月经不调, 甚至不孕。③检查: 妇科检查子宫触压痛, 活动受限, 子宫一侧或两侧附件增厚, 压痛, 甚至触及炎性肿块。湿热瘀结证的辨证标准: 少腹部隐痛、胀痛或刺痛, 痛处固定, 或疼痛拒按, 痛连腰骶, 低热起伏, 神疲乏力, 经行或劳累时加重, 带下量多, 色黄, 质黏稠, 胸闷纳呆、口干不欲饮, 大便溏, 或秘结, 小便黄赤, 舌体胖大、色红或暗红, 或舌边尖见瘀点或瘀斑、苔黄腻, 脉弦数、滑数或弦涩。

**1.3 纳入标准** 符合以上诊断标准和辨证标准者; 年龄 18~

**[收稿日期]** 2016-08-02

**[作者简介]** 梁结玲 (1970-), 女, 主治医师, 主要从事妇科疾病诊治工作。

**[通讯作者]** 和秀魁, E-mail: ama\_he@163.com。