

腹针结合中药疗法对多囊卵巢综合征患者胰岛素水平的调节作用

陈秀华 黄彬城 奎 瑜

(广东省中医院, 广东省广州市越秀区大德路 111 号, 510120)

关键词 多囊卵巢综合征/腹针结合中药疗法; 胰岛素水平

多囊卵巢综合征(PCOS)是青少年至生育年龄妇女较常见的内分泌紊乱性疾病之一,是生育年龄阶段妇女常见的内分泌失调性疾病,除导致女性不孕外,更重要的是对机体代谢产生重大不良影响。多囊卵巢综合征的临床主要表现为:月经稀发或闭经、不孕、多毛、肥胖以及一系列内分泌改变如高雄激素、黄体生成素(LH)与促卵泡素(FSH)的比值升高、胰岛素抵抗、高胰岛素血症等^[1]。多囊卵巢综合征长期以来一直是妇科内分泌研究领域中的一个热点,但尚缺乏统一有效的治疗方案。

1 临床资料

1.1 一般资料 研究对象为2006年5月-2008年7月,就诊于广州中医药大学第二附属医院(广东省中医院)妇科门诊及在传统疗法中心门诊就诊的多囊卵巢综合征患者。本课题研究入选病例共150例,按随机分组的方法将纳入研究的病例随机分为3组:腹针结合中药治疗组(A组)、中药治疗组(B组)和西药治疗组(C组),每组50例。3组患者经治疗3个月后,共脱落9例。其中A组脱落2例,B组脱落4例,C组脱落3例。最终入组患者为A组48例,B组46例,C组47例。3组患者的其余一般资料比较表明在年龄、病程、婚育、经带异常、生殖系感染、过敏史、家族史等方面差异均无统计学意义(均为 $P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照2003年5月欧洲人类生殖与胚胎学会和美国生殖医学会(ESHRE/ASRM)诊断标准:超声检查存在多囊卵巢,临床或生化上的雄激素过多症,无排卵性月经失调,符合上述三项中两项,并排除其他病因者可以确诊。制定标准如下:1)无排卵性月经失调,2)睾酮高于正常,3)B超单侧或双侧卵巢卵泡数 > 10 个,或卵巢增大。符合上述三项中两项,并排除其他病因者可以确诊为多囊卵巢综合征。

1.2.2 中医证候诊断标准 参照《中药新药临床研

究指导原则》中“中药新药治疗月经不调、不孕症、闭经的临床研究指导原则”的中医证候标准,进行中医辨证。(《中药新药治疗月经不调的临床研究指导原则》2002年5月第1版,《中药新药治疗女性不孕的临床研究指导原则》第一辑,《中药新药治疗闭经的临床研究指导原则》第一辑。)

1.2.3 纳入标准 1)符合诊断标准。2)年龄范围约在18~35岁之间。3)求孕者除外输卵管及其他方面不孕因素,并除外男方因素。4)同意接受本组治疗,并可以追踪的知情同意者。

1.2.4 排除标准 1)治疗期间同时使用其他促排卵药物者。2)严重肝、肾、心脑血管疾病者。3)合并有恶性肿瘤,肾上腺疾病,或其他疾病致衰竭者。

1.2.5 剔除及脱落标准 1)纳入后未按试验方案完成治疗的病例。2)受试者依从性差,未按医嘱进行治疗者。3)治疗中途自行退出者。

2 治疗方法

2.1 腹针结合中药治疗组(A组) 腹针主穴:引气归元(中脘、下脘、气海、关元)、中极、大赫(双)。辅穴:外陵(双),下风湿点(双),水道(双)。中药处方:导痰种子1号、导痰种子2号。于月经周期第5天开始治疗,闭经患者需先用黄体酮以引起撤退性出血后再开始治疗。腹针治疗前三天每日1次,以后隔日1次,30天为1个疗程,治疗3个疗程为限。

2.2 中药治疗组(B组) 单纯应用导痰种子1、2号方治疗。闭经患者需先用黄体酮以引起撤退性出血后再开始治疗。月经第5~14天服用导痰种子1号方,第14天或排卵后服导痰种子2号方至月经来潮,或确定妊娠。30天为1个疗程,治疗3个疗程为限。

2.3 西药治疗组(C组) 选用克罗米酚于月经周期第5天开始服用,每日50mg,连续5天。对闭经患者需先用黄体酮以引起撤退性出血后再开始治疗。如第1个疗程未见排卵,下1个疗程时,可增加药量至100mg,每日分2次服,或延长用药时间。最大剂量每日不超过250mg,最长延续时间不超过10天,治疗3个疗程为限。

3 组患者均治疗 3 个月,在治疗前后均进行胰岛素(INS)水平检测。

3 治疗结果

3.1 3 组患者治疗前的胰岛素(INS)水平 见表 1。结果表明 3 组患者治疗前的 INS 水平差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

3.2 对 3 组患者的 INS 水平进行自身治疗前后的比较 见表 1。结果表明 3 组患者治疗前后的 INS 水平的差异有统计学意义(均 $P<0.01$)。故可认为在降低多囊卵巢综合征患者的 INS 水平方面,A 组、B 组和 C 组治疗均是有效的。

表 1 3 组患者治疗前后的 INS 水平比较($\bar{x} \pm s$,mU/L)

组别	例数	治疗前	治疗后
A 组	48	29.61 $\pm$ 4.66 *	23.73 $\pm$ 4.66 $\Delta\Delta$
B 组	46	30.58 $\pm$ 3.80	27.84 $\pm$ 4.95
C 组	47	29.05 $\pm$ 3.25	28.05 $\pm$ 3.24 $\Delta\Delta$

注:治疗前各组比较,* $P>0.05$;与治疗前比较, $\Delta\Delta P<0.01$ 。

表 2 3 组治疗对降低患者 INS 水平疗效的比较($\bar{x} \pm s$,mU/L)

组别	例数	治疗前 - 治疗后
A 组	48	5.88 $\pm$ 5.92 **
B 组	46	2.74 $\pm$ 4.77
C 组	47	1.00 $\pm$ 1.87

注:与 B 组比较,** $P<0.01$;与 C 组比较,** $P<0.01$ 。

3.3 比较 3 组治疗对降低患者的 INS 水平疗效的差

异 见表 2。A 组与 B 组比较, $P<0.01$,差异有统计学意义;A 组与 C 组比较, $P<0.01$,差异有统计学意义;B 组与 C 组比较 $P>0.01$,差异无统计学意义。故可认为在降低患者 INS 水平方面 A 组治疗疗效优于 B 组、C 组,而 B 组、C 组治疗疗效相当。

4 讨论

多囊卵巢综合征属于临床多发病、疑难病,而且目前缺乏有效的治疗方案。本研究结果表明:腹针结合中药治疗和单纯运用中药或单纯运用西药治疗在降低多囊卵巢综合征患者的胰岛素水平方面均是有效的,而腹针结合中药治疗较单纯运用中药或单纯运用西药治疗疗效更佳,提示腹针疗法在调节人体内分泌系统、促使卵巢功能恢复方面起到的一定的治疗作用。腹针疗法属于国家中医药管理局百项中医特色诊疗技术之一,腹针疗法以中医理论为基础,神阙调控系统为核心,突出“辨证施治”与“治病必求于本”的学术思想,用中医的理、法、方、穴,通过针刺腹部最大限度地激发神阙系统及人体经络系统自我调控的潜能,使内脏逐渐趋于稳态来治疗全身疾病^[2-3]。同时腹针疗法操作简单,安全性高,无副作用,值得在临床上推广运用。

参考文献

- [1] 毕淑凤. 多囊卵巢综合征诊断进展. 河北医药,2007,29(2):16.
- [2] 薄智云. 腹针疗法. 北京:中国科学技术出版社,1999:9-11.
- [3] 薄智云. 腹针疗法. 北京:中国科学技术出版社,2004.

(2011-08-02 收稿)◎

胸痹心痛治验 2 则

张 茗 张志刚

(黑龙江中医药大学附属第一医院,哈尔滨,150040)

关键词 胸痹心痛/中医药疗法

冠心病心绞痛属于中医“胸痹”范畴。仲景以“阳微阴弦”高度概括了本病的病因病机,并创立了瓜蒌薤白白酒汤等经方分证治疗。后世医家宗仲圣法,并不断总结经验,完善理论,同时进一步认识到,胸痹心痛虽病在心,但其发生与诸脏腑皆有一定的关联,且与脾胃之联系尤为突出。基于以上的认识,在临证之时,以经方化裁为主,辅以健脾强胃之法,而获增强疗效、缓解症状之效。兹例举案 2 例。

例 1:某,男,35 岁,2005 年 6 月 10 日初诊。主诉阵发性心悸,胸闷,心前区刺痛 3 个月余。刻诊见脘腹胀满,便溏不爽,精神疲乏,下肢微肿,舌质暗淡,舌体胖大,苔白腻,脉来濡数。心电图示:阵发性心房纤颤。结合其平素应酬较多,烟酒无度。诊为脾胃失调,痰湿壅盛,上犯心胸,阻滞气机。方用瓜蒌薤白半

夏汤合藿朴夏苓汤化裁。本方服用 1 个月后,心房纤颤发作明显减少,胸闷减轻,大便已成形。原方加减变化续服 3 个月,诸症基本消失。

例 2:某,男,54 岁,2007 年 4 月 12 日初诊。主诉发作性胸痛月余,每日后半夜 3~5 时间断发作。刻诊胸闷,气短,食少纳呆,面色无华,舌质暗淡,脉沉细弱。诊为脾胃虚弱,中阳不振而致阴寒上乘,心脉痹阻。方选枳实薤白桂枝汤合附子理中汤化裁。服上方 6 剂,胸痛次数明显减少;14 剂后,胸痛消失。观察 1 个月,未再发作。

中医治病须先别虚实,胸痹心痛之病,有本虚,亦有标实。故在临证时,针对不同病患,当有所侧重。如对脾虚而痰浊偏盛者,治疗当以健脾、行气、利湿、化痰为主,方选三仁汤、藿朴夏苓汤、温胆汤等合经方化裁。如对脾胃虚弱,气血不足,以正虚为主者,则以健脾胃、调气血,养正气为主,方可用六君子汤、归脾汤、生脉散、理中汤辈。