

# 三黄汤加减治疗痰湿热结型多囊卵巢综合征患者 卵巢多囊样改变、内分泌及代谢的影响

徐 冰 刘志爽 翟 旋

(南阳市第二人民医院中医科, 南阳, 473000)

**摘要** 目的:观察三黄汤对痰湿热结型多囊卵巢综合征的临床疗效,评估其对卵巢多囊样改变、内分泌水平以及代谢能力的影响。方法:选取 2013 年 1 月至 2016 年 12 月南阳市第二人民医院收治的多囊卵巢综合征患者 50 例,随机分为对照组和观察组,每组 25 例。对照组口服炔雌醇环丙孕酮及枸橼酸氯米芬片,共治疗 3 个疗程。观察组在对照组治疗基础上加用三黄汤,1 剂/d,200 mL 早晚温服分服。观察 2 组患者治疗前后症候积分变化情况、卵巢多囊样改变情况,同时比较 2 组治疗前后促卵泡生成素(FSH),黄体生成素(LH)和睾酮(T)、雌二醇(E)含量变化,以及糖化血红蛋白(HbA1c),空腹胰岛素(FINS)及胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)、内脂素(VF)、瘦素(LEP)、脂联素(APN)含量的变化。结果:1)治疗后观察组临床有效率为 76%,明显优于对照组的 36%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );2)与治疗前比较 2 组患者的中医证候积分均有下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),其中观察组下降得更为明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );3)2 组患者治疗后卵巢体积以及卵泡数量均较治疗前下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),其中观察组下降优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );4)与治疗前比较,2 组患者治疗后 FSH、LH、T 水平均下降,E 浓度升高,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),其中观察组改善的幅度明显大于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );5)2 组治疗后 HbA1c、FINS 以及 HOMA-IR 均降低,与治疗前比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),观察组优于对照组( $P < 0.05$ );6)与治疗前比较,2 组患者治疗后 VF、LEP 水平均下降,APN 浓度升高,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),其中观察组改善较对照组明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:三黄汤可明显改善痰湿热结型多囊卵巢综合征的临床症状以及卵巢异常形态,同时可调节其内分泌及代谢能力。

**关键词** 多囊卵巢综合征;痰湿热结型;三黄汤;化痰清热;卵巢多囊样改变;内分泌水平;代谢水平

## Effects of Modified Sanhuang Decoction on Polycystic Ovaries, Endocrine and Metabolism in the Patients with Polycystic Ovarian Syndrome of Phlegm-damp Accumulated with Heat Syndrome

Xu Bing, Liu Zhishuang, Zhai Xuan

(Department of Traditional Chinese Medicine, Nanyang Second People's Hospital, Nanyang 473000, China)

**Abstract Objective:** To observe the clinical curative effect of the Sanhuang decoction on phlegm-damp accumulated with heat type polycystic ovarian syndrome, and to evaluate the impact on polycystic ovaries, the levels of endocrine and metabolic capacity.

**Methods:** A total of 50 patients with polycystic ovarian syndrome in our hospital from January 2013 to December 2016 were included into the study and randomly divided into the control group and the observation group, with 25 cases in each group. The control group had oral ethinylestradiol cyproterone for 3 courses of treatment. The observation group had Sanhuang decoction based on the basic treatment of the control group, 1 agent/d, taken 200 mL with warm water in the morning and evening. Syndrome integral changes and polycystic ovarian changes of the two groups before and after treatment were observed. The follicle-stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T), estradiol (E) content changes, and glycosylated hemoglobin (HbA1c), fasting insulin (FINS) and insulin resistance index (HOMA IR), visfatin (VF), leptin (LEP), adiponectin (APN) content changes of the two groups before and after treatment were compared. **Results:** 1) After treatment, the clinical effective rate of observation group was 76%, which was superior to 36% of the control group ( $\chi^2 = 3.19, P < 0.05$ ); 2) TCM syndrome integrals decreased in both groups compared with before treatment, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). The observation group decreased more significantly ( $P < 0.05$ ); 3) The ovarian volume and number of follicles in patients of two groups after treatment declined than before the treatment ( $P < 0.05$ ). The observation group was superior to that of control group ( $P < 0.05$ ); 4) Compared with that before treatment, the levels of FSH, LH, and T all decreased in two groups of patients after treatment, and the concentration of E increased. The differences had statistical significance ( $P < 0.05$ ). The improvement extent of observation group was

obviously greater than the control group. The differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ); 5) HbA1c, FINS and HOMA-IR all reduced in the two groups after treatment. The differences were statistically significant compared with before treatment ( $P < 0.05$ ). The observation group was superior to that of control group ( $P < 0.05$ ); 6) Compared with before treatment, VF, LEP levels of the two groups of the patients decreased after treatment. The concentration of APN increased. The differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ), and the improvement of observation group was more obviously than the control group. The differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Sanhuang decoction can obviously improve clinical symptoms of polycystic ovarian syndrome with phlegm-damp accumulated with heat syndrome and ovarian abnormal morphology, can simultaneous adjust the endocrine and metabolic ability.

**Key Words** Polycystic ovarian syndrome; Phlegm-damp accumulated with heat; Sanhuang decoction; Resolving phlegm and clearing heat; Polycystic ovaries; Level of endocrine secretion; Metabolic levels

中图分类号: R271; R285.6 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.08.023

多囊卵巢综合征(Polycystic Ovarian Syndrome, PCOS)是妇科常见的内分泌紊乱性疾病,月经紊乱、持续排卵障碍、高雄激素血症、卵巢多囊样变等是其一系列病理改变<sup>[1-2]</sup>,此病发病率有逐年上升的趋势,西药可以在一定程度改善病情,但无法根治,且不良反应常影响用药依从性。PCOS属于中医学“闭经”“崩漏”“不孕”等范畴。随着现代生活方式的改变,有些女性饮食不节,嗜食肥甘厚腻之品,损伤脾胃运化功能,日久致水液运化失条,水精输布异常,反化为饮,聚而成痰,阻碍气机,冲任失调,故影响受孕,正如《傅青主女科》中言:“肥胖之妇,内肉必满,遮隔子宫,不能受精,此必然之势也”。痰湿日久,郁而化热,痰热互结加剧冲任阻滞之势,挟湿蒸腾于面部,故PCOS患者多见毛发浓密,面部痤疮等,舌红苔黄腻,脉濡滑或涩均为痰热互结之征象。此外,我们通过查阅大量文献<sup>[3-5]</sup>及收集临床病例,证实痰热互结乃PCOS的主要证型,因此清热化痰是治疗本病的关键。

三黄汤源自《金匱要略》,以黄连、黄芩、大黄为主药,是清热解毒之良方,随着后世医家对其研究的不断深入,三黄汤的运用范围日益扩大,其在妇科领域的价值亦不断被证实。本团队利用三黄汤加减对痰湿互结型PCOS进行治疗,获得理想疗效,具体如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年1月至2016年12月南阳市第二人民医院收治的多囊卵巢综合征患者50例,随机分为对照组与观察组,每组25例,观察组中年龄22~35岁,平均年龄 $(28.23 \pm 3.18)$ 岁,病程3个月至4年,平均病程 $(2.18 \pm 0.12)$ 年, BMI  $22.27 \sim 30.16 \text{ kg/m}^2$ , 平均 BMI  $(27.11 \pm 2.26) \text{ kg/m}^2$ ; 对照组年龄23~32岁,平均年龄 $(27.87 \pm 3.33)$ 岁,病程5个月至3.5年,平均病程 $(2.32 \pm 0.25)$

年, BMI  $22.25 \sim 30.35 \text{ kg/m}^2$ , 平均 BMI  $(27.27 \pm 2.47) \text{ kg/m}^2$ 。2组患者一般资料经统计学分析,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准<sup>[6]</sup>

1.2.1 西医诊断标准 所有入组患者诊断符合美国生殖医学学会制定的《人类生殖和胚胎》所拟定的PCOS的诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 参照2012年国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中有关痰湿热结证型的诊断,以脘腹胀满、头身困重、食欲亢进为主证候群,以肢体倦怠、小便色黄、大便粘稠不爽,舌红苔黄腻,脉濡滑或涩为次证。

1.3 纳入标准 1)符合1.2中诊断标准;2)近3个月内未使用激素类药物;3)近3个月内未接受中药治疗;4)有生育要求;5)知情同意并签订相关文书。

1.4 排除标准 1)既往接受促排药物治疗者;2)同时参加多个研究项目者;3)其他脏器病变导致月经不调或不孕者。

1.5 脱落与剔除标准 1)未完成疗程者;2)对中药过敏者;3)临床试验过程中自然脱落、失访;4)受试者发生并发症或严重不良反应者;5)不予签订知情同意书者。

1.6 治疗方法 2组患者均接受激素调节药物及促排药物治疗,口服炔雌醇环丙孕酮(Schering GmbH & Co. Produktions KG, 国药准字J20140114),每日1片,连服21d。停药7d后开始第二疗程,共治疗3个疗程。口服枸橼酸氯米芬片(MEDOCHEMIE LTD. Cyprus, 国药准字H20091079),从第1个月经周期的第5天始口服50~100mg/次,1次/d,5d为1个疗程,共治疗3个月经周期。

观察组在上述治疗基础上加用三黄汤加减, 详方如下: 黄连9g、黄芩12g、大黄9g、枳实9g、法半夏12g、茯苓15g、白术15g、白芍9g、白

芷 9 g、赤芍 9 g、桃仁 9 g、红花 9 g、陈皮 9 g、瓦楞子 9 g、甘草 6 g；肝气郁结明显者加木香 9 g、青皮 9 g、香附 9 g；闭经日久者加全蝎 1 条、土鳖虫 9 g；面部痤疮明显者加白鲜皮 9 g、刺蒺藜 9 g，1 剂/d，200 mL 煎服，早晚温服分服，连续服用 3 个月经周期。

1.7 观察指标

1.7.1 中医证候积分 将主证及次证分为无、轻、中、重 4 个等级,主证每个等级记为分别对应 0 分、2 分、4 分及 6 分;次证每个等级记为分别对应 0 分、1 分、2 分及 3 分。分数越高代表症状越明显。

1.7.2 卵巢形态及卵泡数目 对卵巢形态及卵泡数目进行彩色多普勒超声检查,于月经第 4 天进行检查,患者采取膀胱截石体位,利用避孕套套住阴道超声探头,对双侧卵巢体积以及卵泡数目进行观察计算。卵巢体积 = 0.5 × 横径 (cm) × 长径 (cm) × 前后径 (cm)。

1.7.3 治疗前后性激素以及内分泌水平进行检测  
性激素指标:FSH、LH、T、E 含量。糖代谢指标:HbA1c、FINS、HOMA-IR;脂代谢指标:VF、LEP、APN、TC、TG。嘱患者前日 22:00 禁食,次日清晨抽取肘静脉血 10 mL,其中性激素指标采用电化学发光免疫法进行检测,糖代谢及脂代谢指标采用酶联免疫吸附剂测定法进行测定,所有试剂盒均购自南京建成生物试剂公司,操作过程严格按照说明书进行。

1.8 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》对治疗效果进行评估,其中,痊愈:患者恢复正常月经周期并成功妊娠;显效:患者恢复正常月经周期;有效:治疗过程中经行 1 次;无效:症状未见改善甚至恶化。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件对数据进行统计学分析,计量资料用均值 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用成组 *t* 检验进行组内数据比较;计数资料以率或者构成比表示,数据处理采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗后观察组临床有效率为 76%,明显优于对照组的 36%,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

2.2 中医证候积分变化 与治疗前比较 2 组患者的中医证候积分均有下降,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),其中观察组下降得更为明显,差异有统计学

意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 2 组临床疗效比较[例(%)]

| 组别                  | 痊愈    | 显效    | 有效    | 无效     | 临床总有效    |
|---------------------|-------|-------|-------|--------|----------|
| 观察组( <i>n</i> = 25) | 9(36) | 6(24) | 4(16) | 6(24)  | 19(76) * |
| 对照组( <i>n</i> = 25) | 3(12) | 4(16) | 2(8)  | 16(64) | 9(36)    |
| <i>P</i>            |       |       |       |        | 0.026    |
| $\chi^2$            |       |       |       |        | 3.19     |

注:与对照组比较, \*  $P < 0.05$

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别                  | 积分                          |
|---------------------|-----------------------------|
| 对照组( <i>n</i> = 25) |                             |
| 治疗前                 | 20.91 ± 1.77                |
| 治疗后                 | 14.67 ± 1.01 *              |
| 观察组( <i>n</i> = 25) |                             |
| 治疗前                 | 20.88 ± 1.97                |
| 治疗后                 | 11.15 ± 0.43 * <sup>△</sup> |

注:每组治疗前后比较, \*  $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>△</sup>  $P < 0.05$

2.3 卵巢形态及卵泡数目变化 2 组患者治疗后卵巢体积以及卵泡数量均较治疗前下降,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),其中观察组下降优于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组治疗前后卵巢形态及卵泡数目比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别                  | 卵泡数目(个)                    | 卵巢体积( $\text{cm}^3$ )      |                            |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                     |                            | 左侧                         | 右侧                         |
| 对照组( <i>n</i> = 25) |                            |                            |                            |
| 治疗前                 | 12.78 ± 2.18               | 9.11 ± 1.05                | 9.09 ± 1.06                |
| 治疗后                 | 7.92 ± 1.27 *              | 7.18 ± 1.15 *              | 7.21 ± 1.17 *              |
| 观察组( <i>n</i> = 25) |                            |                            |                            |
| 治疗前                 | 12.68 ± 2.85               | 9.08 ± 1.07                | 9.10 ± 0.98                |
| 治疗后                 | 5.18 ± 0.68 * <sup>△</sup> | 6.18 ± 1.02 * <sup>△</sup> | 6.22 ± 1.06 * <sup>△</sup> |

注:每组治疗前后比较, \*  $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>△</sup>  $P < 0.05$

2.4 性激素水平变化 与治疗前比较,2 组患者治疗后 FSH、LH、T 水平均下降,E 浓度升高,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),其中观察组改善的幅度明显大于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

2.5 糖代谢指标变化 2 组治疗后 HbA1c、FINS 以及 HOMA-IR 均降低,与治疗前比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),观察组优于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

2.6 脂代谢指标变化 与治疗前比较,2 组患者治疗后 TG、TC、VF、LEP 水平均下降,APN 浓度升高,差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),其中观察组改善较对照组明显,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 6。

表 4 2 组治疗前后血清性激素水平的比较(  $\bar{x} \pm s$  )

| 组别              | T( nmol/L)                   | LH( mIU/mL)                  | FSH( mIU/mL)                 | E( mg/L)                       |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 对照组( $n = 25$ ) |                              |                              |                              |                                |
| 治疗前             | 2. 88 $\pm$ 0. 54            | 14. 79 $\pm$ 1. 36           | 4. 48 $\pm$ 0. 93            | 57. 28 $\pm$ 5. 29             |
| 治疗后             | 1. 92 $\pm$ 0. 34 *          | 7. 56 $\pm$ 1. 07 *          | 3. 79 $\pm$ 0. 72 *          | 61. 25 $\pm$ 7. 28 *           |
| 观察组( $n = 25$ ) |                              |                              |                              |                                |
| 治疗前             | 2. 87 $\pm$ 0. 58            | 14. 96 $\pm$ 1. 12           | 4. 39 $\pm$ 1. 01            | 57. 32 $\pm$ 5. 27             |
| 治疗后             | 1. 29 $\pm$ 0. 31 * $\Delta$ | 5. 46 $\pm$ 0. 59 * $\Delta$ | 3. 02 $\pm$ 0. 26 * $\Delta$ | 69. 12 $\pm$ 10. 25 * $\Delta$ |

注: 每组治疗前后比较, \*  $P < 0. 05$ ; 与对照组比较,  $\Delta P < 0. 05$

表 5 2 组治疗前后糖代谢指标的比较(  $\bar{x} \pm s$  )

| 组别              | HbA1c( % )                   | FINS( mmol/L)                | HOMA-IR                      |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 对照组( $n = 25$ ) |                              |                              |                              |
| 治疗前             | 5. 72 $\pm$ 1. 04            | 24. 18 $\pm$ 3. 89           | 5. 18 $\pm$ 1. 21            |
| 治疗后             | 5. 34 $\pm$ 0. 23 *          | 12. 89 $\pm$ 3. 99 *         | 3. 18 $\pm$ 0. 78 *          |
| 观察组( $n = 25$ ) |                              |                              |                              |
| 治疗前             | 5. 73 $\pm$ 1. 07            | 25. 01 $\pm$ 3. 78           | 5. 22 $\pm$ 1. 16            |
| 治疗后             | 5. 05 $\pm$ 0. 11 * $\Delta$ | 7. 39 $\pm$ 2. 18 * $\Delta$ | 2. 76 $\pm$ 0. 44 * $\Delta$ |

注: 每组治疗前后, \*  $P < 0. 05$ ; 与对照组比较,  $\Delta P < 0. 05$

表 6 2 组治疗前后糖代谢指标的比较(  $\bar{x} \pm s$  )

| 组别              | TG( mmol/L)                  | TC( mmol/L)                  | VF( $\mu$ g/L)                | LEP( $\mu$ g/L)               | APN( mg/L)                    |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 对照组( $n = 25$ ) |                              |                              |                               |                               |                               |
| 治疗前             | 3. 47 $\pm$ 0. 13            | 5. 19 $\pm$ 0. 32            | 100. 28 $\pm$ 1. 68           | 50. 29 $\pm$ 1. 78            | 6. 19 $\pm$ 0. 98             |
| 治疗后             | 2. 43 $\pm$ 0. 08 *          | 4. 77 $\pm$ 0. 29 *          | 70. 28 $\pm$ 1. 23 *          | 37. 18 $\pm$ 1. 27 *          | 9. 18 $\pm$ 2. 19 *           |
| 观察组( $n = 25$ ) |                              |                              |                               |                               |                               |
| 治疗前             | 3. 38 $\pm$ 0. 32            | 5. 21 $\pm$ -0. 28           | 99. 89 $\pm$ 2. 78            | 51. 28 $\pm$ 1. 65            | 6. 23 $\pm$ 0. 77             |
| 治疗后             | 2. 11 $\pm$ 0. 03 * $\Delta$ | 4. 22 $\pm$ 0. 11 * $\Delta$ | 51. 28 $\pm$ 0. 67 * $\Delta$ | 25. 18 $\pm$ 1. 08 * $\Delta$ | 13. 28 $\pm$ 3. 67 * $\Delta$ |

注: 每组治疗前后比较, \*  $P < 0. 05$ ; 与对照组比较,  $\Delta P < 0. 05$

3 讨论

古籍并无 PCOS 病名记载, 根据其临床表现将其归属于“闭经”“崩漏”“不孕”等范畴。有数据显示在 PCOS 群体中有 28. 3% 为肥胖患者, 随着现代社会经济结构的变化, 多数女性饮食结构随之发生变化, 嗜食肥甘厚腻之品, 影响脾胃运化功能, 久病聚脂生痰, 从而导致痰湿等病理产物堆积, 加之患者劳逸失调, 进一步恶化脾胃功能, 水谷精微输布失常<sup>[7,8]</sup>, 此外随着生活节奏快以及工作压力增高, 容易导致女性肝气郁结, 加剧痰浊产生之势, 正如《女科切要》中写到: “肥白妇人, 经闭而不通者, 必是湿痰与脂膜壅塞之故也”, 因此我们认为痰湿是导致 PCOS 的重要原因。痰浊蓄积影响气机升降, 痰邪变化多端且无处不在, 上阻天葵下滞冲任, 阻碍血海充盈之势, 导致患者出现月经不调甚至闭经; 痰浊日久郁而化热, 痰热搏结而出现大便不爽; 痰热阻滞冲任, 瘀结不通, 血瘀与痰浊凝结后挟湿而上, 致患者出现面部痤疮, 毛发浓密等, 痰热互结, 气机不畅, 日久成瘀, 痰湿热结壅堵冲任、胞宫, 故患者出现卵巢

增大, 卵子无法顺利排出。因此究其病因, 与体质、生活习惯、饮食不无关系, 其中痰湿热结主要症候<sup>[9-11]</sup>。

针对 PCOS 病因病机, 我们利用三黄汤进行治疗。该方首载于《金匱要略》, 方中黄连清热除烦, 黄芩可清泻肺热, 大黄是泻腑通浊之良品, 三药合用可除三焦之热。部分 PCOS 患者存在胰岛素抵抗现象, 此乃中医“消渴病”范畴, 《千金翼方》中认为三黄丸可有效治疗消渴病, 陆有研究人员<sup>[12]</sup>通过动物研究发现三黄汤可明显改善糖尿病模型大鼠胰岛素抵抗现象, 其作用不亚于二甲双胍, 且实验结果提示三黄汤的作用机制可能与抑制 TNF- $\alpha$  以及降低血清中游离脂肪酸的浓度有关。近年来发现黄连素可明显改善糖尿病的病情, 尤其合并有脂代谢紊乱者, 可显著降低患者的血糖及血脂水平。方中白芍与甘草合有明显降低外周血 T 浓度的作用, 有数据显示白芍与甘草组合可抑制 T 的分泌, 上调 E 的含量, 直接作用于卵巢, 有助于卵巢类固醇代谢紊乱的纠正。方中白芷可祛头风, 排脓毒之功效, 《本经》云:

“白芷者,可长肌肤,润泽”。枳实、半夏、陈皮、苍术可行气燥湿化痰,动物模型实验证实苍术可明显降低四氧嘧啶性糖尿病家兔的血糖水平,其主要药理成分可与腺嘌呤核苷酸产生竞争效应,由此抑制细胞内氧化磷酸化效应,有助于糖份能量的转移。茯苓、白术健运脾气以助水湿运化,赤芍、桃仁、红花有显著的活血化瘀之功,且有报道显示赤芍可直接作用于卵巢包膜,从而对卵巢的分泌功能及排卵能力产生干预效应。瓦楞子有消痰化瘀,软坚散结的作用,现代药理学证实其可明显提高性激素结合球蛋白的活性,抑制睾酮的分泌<sup>[13-15]</sup>。田峰<sup>[16]</sup>等通过正交设计证实白芍、甘草、瓦楞子的药味组合对降低大鼠高睾酮血症的疗效最优。整方共奏清热健脾,活血化瘀之功。我们对 2 组患者的脂肪-胰岛轴指标进行检测,结果显示三黄汤加减在明显改善 PCOS 中医证候的基础上可显著改善脂肪-胰岛轴能力。

综上所述,三黄汤加减确对痰湿互结型 PCOS 有理想的疗效,但鉴于本研究入组样本量较少,随访时间较短,下阶段将扩大样本延长随访时间,以期更好指导临床实践。

#### 参考文献

- [1] 邹晖. 二甲双胍联合炔雌醇环丙孕酮治疗多囊卵巢综合征不孕症的效果[J]. 广东医学, 2014, 35(16): 2614-2616.
- [2] Wu Yan, Robinson Nicola, Hardiman Paul J, 等. 针刺治疗多囊卵巢综合征随机对照试验指南[J]. 浙江大学学报: 英文版(B 辑: 生物医学和生物技术), 2016, 17(3): 169-180.
- [3] 高金金, 侯丽辉, 李妍. 从中医体质学论多囊卵巢综合征的治疗[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(11): 1599-1601, 1606.

- [4] 闫朋宣, 杜宝俊, 郑瑗璟. 中医多囊卵巢综合征病因病机探析[J]. 世界中医药, 2013, 8(10): 1152-1153, 1156.
- [5] 张宁. 妇科再造胶囊对多囊卵巢综合征患者体外受精联合胚胎移植治疗结局的影响[J]. 中国医药, 2013, 8(12): 1764-1766.
- [6] 张喜梅, 马国芳. 克罗米芬联合二甲双胍对多囊卵巢综合征患者外周血 T 细胞亚群及氧化应激水平的影响[J]. 山东医药, 2017, 57(12): 88-90.
- [7] 汪文来, 刘梅洁, 赵红霞, 等. 多囊卵巢综合征的中医临床研究[J]. 中国医药导刊, 2014, 16(2): 308-310.
- [8] 陈伟杰, 王芳芳. 祛瘀化痰方对多囊卵巢综合征患者糖脂代谢及激素水平的影响[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(3): 532-535.
- [9] 吴丽丽. 多囊卵巢综合征的中医辨证治疗分析[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(22): 134-136.
- [10] 彭昌乐, 侯丽辉, 崔馨月. 多囊卵巢综合征四种亚型与中医体质相关性的研究[J]. 实用中西医结合临床, 2016, 16(4): 4-6.
- [11] 盛海英. 多囊卵巢综合征中医诊疗研究[J]. 健康前沿, 2016(9): 143.
- [12] 胡祝红, 祝亚男, 邵国明. 光动力学联合三黄汤改良敷料对糖尿病足大鼠 HA 的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(2): 179-181.
- [13] 季梅, 付英华, 蒋寒芳, 等. 复方三黄汤湿敷治疗化妆品接触性皮炎 43 例疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期杂志, 2017, 16(4): 338-339.
- [14] 何慧, 周江, 邓德强. 平胃三黄汤治疗糖尿病合并脂代谢紊乱临床观察[J]. 中医学报, 2016, 44(4): 122-124.
- [15] 赵治伟, 程春生, 马文龙, 等. 三黄汤外洗治疗围手术期小腿感染性骨皮缺损 359 例[J]. 陕西中医, 2010, 31(1): 62-63.
- [16] 田峰, 王新瑞, 朴晋华, 等. 多囊平煎剂组方对大鼠高睾酮血症影响的正交设计[J]. 中国药物与临床, 2002, 2(5): 289-292.

(2018-03-22 收稿 责任编辑: 张文婷)

(上接第 1912 页)

- [20] 刘文锋. 史利卿. 中医药治疗特发性肺纤维化疗效指标研究[J]. 北京中医药大学学报: 中医临床版, 2012, 19(6): 30-33.
- [21] RITTIE L. Another dimension to the importance of the extracellular matrix in fibrosis[J]. Journal of Cell Communication Signaling, 2015, 9(1): 99-100.
- [22] Lee C M, Park J W, Cho W K, et al. Modifiers of TGF- $\beta$ 1 effector function as novel therapeutic targets of pulmonary fibrosis[J]. Korean J Intern Med, 2014, 29(3): 281-290.
- [23] NHO R S, POLUNOVSKY V. Translational control of the fi-broblast-extracellular matrix association: An application to pulmonary fibrosis[J]. Translation, 2013, 1(1): DOI:10.4161/trla.23934.
- [24] 曲齐生, 孙伟星. 中药对特发性肺纤维化抑制作用的研究[J]. 中国医药指南, 2012, 10(16): 274-275.

- [25] Sullivan DE, Feris M, Pociask D, et al. Tumor necrosis factor $\alpha$  induces transforming growth factor- $\beta$  expression in lung fibroblasts through the extracellular signal-regulated kinase pathway[J]. American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology, 2005, 32(4): 342-349.
- [26] 隋君娜, 张华, 牟晓峰, 等. TNF- $\alpha$  在矽肺纤维化发病机制中的作用研究[J]. 工业卫生与职业病, 2015, 41(5): 389-393.
- [27] 常晓龙, 王明臣, 刘雪, 等. 盐酸氨溴索在放射性肺损伤中的保护作用及对血浆 TGF- $\beta$ 1 和 TNF- $\alpha$  水平的影响[J]. 广州医药, 2015, 46(1): 8-10.
- [28] 江柏华, 李晓燕, 张碧海, 等. 丹贝益肺方对肺纤维化大鼠血清 IL-4、INF- $\gamma$  水平的影响[J]. 中国中医药科技, 2015, 22(5): 498-499.

(2018-05-02 收稿 责任编辑: 张雄杰)