

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2023.05.002

调经 2 号加减方联合西药治疗肾虚痰瘀型多囊卵巢综合征临床研究*

程 力 邹 燕 方 欠 王晋淑 张 娟 蒋燕子 何成瑶

贵州中医药大学第二临床医学院, 贵阳 550000

摘要 **目的** 观察调经 2 号加减方联合西药治疗肾虚痰瘀型多囊卵巢综合征伴胰岛素抵抗(polycystic ovary syndrome with insulin resistance, PCOS-IR)的临床疗效。**方法** 将 90 例肾虚痰瘀型 PCOS-IR 患者随机分为 3 组, 每组 30 例。治疗组予调经 2 号加减方联合炔雌醇环丙孕酮片与二甲双胍片治疗, 对照组 1 予炔雌醇环丙孕酮片与二甲双胍片治疗, 对照组 2 予调经 2 号加减方治疗, 3 组均治疗 3 个月后进行疗效评估。比较 3 组中医证候疗效, 中医证候评分, 痤疮评分, 促黄体生成素(luteinizing hormone, LH)、卵泡刺激素(follicle-stimulating hormone, FSH)、睾酮(testosterone, T)、LH/FSH 比值等性激素水平, 以及空腹血糖(fasting blood glucose, FBG)、空腹胰岛素(fasting insulin, FINS)、胰岛素抵抗指数(HOMA insulin resistance, HOMA-IR)和血脂指标等的变化, 并比较 3 组双侧卵巢体积和窦卵泡数目的变化。**结果** 治疗后, 治疗组总有效率为 93.33%, 显著高于对照组 1(66.67%)和对照组 2(63.33%), 组间比较, 差异具有统计学意义(P 均 <0.05); 与对照组 1 和对照组 2 比较, 治疗组中医证候评分、痤疮评分、LH、T、LH/FSH 比值等明显降低(P 均 <0.05), FSH 明显升高(P 均 <0.05); 治疗组 FBG、FINS、HOMA-IR 和血脂指标等的改善程度明显优于对照组 1 和对照组 2(P 均 <0.05)。**结论** 调经 2 号加减方联合炔雌醇环丙孕酮片与二甲双胍片治疗肾虚痰瘀型 PCOS-IR 效果显著, 能有效降低患者的中医证候评分、痤疮评分及胰岛素抵抗, 改善性激素及糖脂代谢水平, 提高临床疗效。

关键词 多囊卵巢综合征; 胰岛素抵抗; 肾虚痰瘀; 调经 2 号加减方

中图分类号 R271.9 **文献标志码** A

Clinical Study on the Treatment of Polycystic Ovary Syndrome of Kidney Deficiency and Phlegm Stasis Type with Modified Tiaojing No. 2 Recipe Combined with Western Medicine

CHENG Li, ZOU Yan, FANG Qian, WANG Jinshu, ZHANG Juan, JIANG Yanzi, HE Chengyao

The Second Clinical School of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550000, China

Abstract **Objective** To observe the clinical efficacy of modified Tiaojing No. 2 recipe combined with western medicine in the treatment of polycystic ovary syndrome with insulin resistance(PCOS-IR) of kidney deficiency and phlegm stasis type. **Methods** Ninety PCOS-IR patients with kidney deficiency and phlegm stasis were randomly divided into 3 groups, with 30 cases in each group. The treatment group was treated with modified Tiaojing No. 2 recipe combined with ethinylestradiol cyproterone tablets and metformin tablets, while the control group 1 was treated with ethinylestradiol cyproterone tablets and metformin tablets, and the control group 2 was treated with modified Tiaojing No. 2 recipe. The clinical efficacy of the three groups were evaluated after three months of treatment. The efficacy of TCM syndrome, TCM syndrome scores, acne scores, levels of sex hormone such as luteinizing hormone (LH), follicle-stimulating hormone (FSH), testosterone (T), LH/FSH ratio, and fasting blood glucose (FBG), fast-

* 贵州中医药大学大学生创新创业训练计划项目(No. 贵中医大创合字[2022]62 号); 何成瑶国医大师传承工作室(No. 国中医药办人教函[2022] 245 号)

ing insulin (FINS), HOMA insulin resistance (HOMA-IR) and blood lipid indicators were compared among the three groups. Besides, the changes in bilateral ovarian volume and numbers of antral follicles were compared among the three groups. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group was 93.33%, which was significantly higher than that of control group 1 (66.67%) and control group 2 (63.33%) (all $P < 0.05$). Compared with control group 1 and control group 2, the TCM syndrome scores, acne scores, levels of LH and T, and LH/FSH ratio in the treatment group were significantly decreased (all $P < 0.05$), while FSH was significantly increased (all $P < 0.05$). The improvement of FBG, FINS, HOMA-IR, and blood lipid indicators in the treatment group were significantly better than those in control group 1 and control group 2 (all $P < 0.05$). **Conclusion** The combination of modified Tiaojing No. 2 recipe and ethinylestradiol cycloproteronone tablets and metformin tablets had a significant effect on the treatment of PCOS-IR of kidney deficiency and phlegm stasis type. It can effectively reduce the TCM syndrome scores, acne scores, and insulin resistance of patients, ameliorate sexual hormone and glucose lipid metabolism, and improve clinical efficacy.

Key words polycystic ovary syndrome; insulin resistance; kidney deficiency and phlegm stasis; modified Tiao-jing No. 2 recipe

多囊卵巢综合征 (polycystic ovary syndrome, PCOS) 系与内分泌、代谢及遗传等多种因素有关的疾病, 以排卵障碍、高雄激素血症、胰岛素抵抗 (insulin resistance, IR)、卵巢多囊样改变为主要特征, 月经紊乱、多毛、痤疮、肥胖、黑棘皮等是常见的临床表现^[1]。有研究表明, 50%~70% 的 PCOS 女性存在临床上可测量的、依据其肥胖程度而确定的 IR, 并可引起代偿性高胰岛素血症^[2]。相关研究表明, IR 可能是 PCOS 的始动因素和关键环节。而中医学认为, PCOS 病机总属于本虚标实, 以肾气虚衰为本, 痰湿、气滞、血瘀为标^[3]。国医大师何成瑶教授从事妇科临床工作 60 多年, 在治疗 PCOS 方面颇具心得, 认为肾气亏虚、痰瘀阻滞是 PCOS-IR 的主要病机之一。肾虚不仅可以引起卵泡发育障碍, 还会导致痰瘀阻滞。若肾阳不足, 则温煦功能失常, 无法温养冲任、胞宫, 则阴寒内生, 寒凝经络血脉而致痰瘀; 又因肾主水, 肾功能失常, 则水液输布障碍, 可发为痰湿; 瘀血、痰湿困阻冲任、胞宫, 则出现月经稀少、闭经或不孕。本研究观察何老临床常用的调经 2 号加减方联合炔雌醇环丙孕酮片与盐酸二甲双胍片治疗 PCOS-IR 的临床效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 6 月—2021 年 9 月就诊于贵州中医药大学第二附属医院何成瑶工作室门诊且符合 PCOS-IR 诊断的患者 90 例, 采用随机数表法分为 3 组, 分别为治疗组、对照组 1、对照组 2, 每组 30 例。对照组 1 平均年龄 (27.40 ± 3.80) 岁, 平均病程 ($2.37 \pm$

2.25) 年, 平均体质量指数 (28.87 ± 1.35) kg/m^2 。对照组 2 平均年龄 (28.57 ± 4.12) 岁, 平均病程 (2.71 ± 2.87) 年, 平均体质量指数 (28.78 ± 1.39) kg/m^2 。治疗组平均年龄 (28.80 ± 3.71) 岁, 平均病程 (2.28 ± 1.53) 年, 平均体质量指数 (28.94 ± 1.77) kg/m^2 。3 组年龄、病程、体质量指数等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准

育龄期 PCOS 诊断标准参照《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》^[4] 中的标准拟定: ① 月经稀发或闭经或不规则子宫出血; ② 高雄激素的临床表现和 (或) 高雄激素血症; ③ 超声下表现为多囊卵巢: 一侧或双侧卵巢直径 2~9 mm 的卵泡 ≥ 12 个, 和 (或) 卵巢体积 $\geq 10 \text{ cm}^3$ 。其中①是必须条件, ②和③符合 1 项即可。

IR 诊断标准: 根据全国糖尿病防治组认定, 当胰岛素稳态模型 > 2.69 时提示存在 IR^[5]。

肥胖诊断标准参照 2011 年中华医学会内分泌学分会肥胖学组制定的《中国成人肥胖症防治专家共识》^[6], 以身体质量指数 (body mass index, BMI) $\geq 28 \text{ kg}/\text{m}^2$ 作为中国成人肥胖的界限标准。

1.3 中医辨证标准

参照《中医妇科常见病诊疗指南》^[7] 及《中医妇科学》^[8] 拟定“肾虚痰瘀证”辨证标准, 主症: ① 月经初潮推迟; ② 月经后期; ③ 月经量少; ④ 甚至闭经, 婚久不孕。次症: ① 腰膝酸软、头晕耳鸣; ② 五心烦热; ③ 性欲淡漠; ④ 畏寒肢冷; ⑤ 形体肥胖; ⑥ 带下量多; ⑦ 肢体沉重; ⑧ 面部痤疮、多毛; ⑨ 月经色淡红或紫黯, 有血块; ⑩ 经行小腹或少腹隐痛或刺痛; 舌质淡或有瘀点、瘀斑, 苔薄白或腻, 脉沉细涩。主症中具备 1~2 项, 同时次症具备 3

项或以上者,结合舌脉即可诊断。

1.4 纳入标准

①符合西医 PCOS-IR 的诊断标准;②符合肾虚痰瘀证的辨证标准;③BMI ≥ 28 kg/m²;④年龄 20~35 岁;⑤入组前 3 个月内未服用激素补充类药物;⑥自愿签署知情同意书者,并可随访观察。

1.5 排除标准

①合并生殖道畸形、生殖器官恶性肿瘤等器质性疾病;②存在与 PCOS 内分泌特征相似的疾病;③卵巢早衰、高泌乳素血症等高促性腺激素导致的月经紊乱;④合并严重的内外科、神经科、精神科等疾病;⑤参与该课题前 3 个月内有激素制剂或影响糖、脂代谢药物的使用史;⑥对研究中使用的方药过敏者。

1.6 脱落及剔除标准

①治疗期间同时接受其它对本研究指标有干扰的治疗者;②不能坚持完成本研究治疗周期及出现严重不良反应者;③数据采集不全、无法统计者。

1.7 治疗方法

对照组 1 给予:①盐酸二甲双胍片(中美上海施贵宝制药有限公司,国药准字 H20023370)餐时口服,500 mg/次,2 次/d;②炔雌醇环丙孕酮片(拜耳医药保健有限公司广州分公司,国药准字 J20140114)口服,于每个月经周期第 1 天或停药 7 天后开始服药,连续无间断应用 21 天,连续治疗 3 个月经周期。

对照组 2 给予调经 2 号加减方治疗,组方:盐覆盆子 12 g,枸杞子 12 g,牛膝 12 g,石菖蒲 12 g,山药 12 g,熟地黄 10 g,当归 10 g,川芎 10 g,牡丹皮 10 g,生地黄 10 g,桃仁 10 g,茯苓 10 g,赤芍 10 g,法半夏 9 g,炙甘草 6 g。上述中药均由贵州中医药大学第二附属医院中药房提供饮片,并由煎药室统一煎制。1 剂/d,3 袋/剂,100 mL/袋,3 次/d,连续服用 3 个月经周期。

治疗组给予调经 2 号加减方+炔雌醇环丙孕酮片+盐酸二甲双胍片治疗,药物组成、来源及用法用量均同前所述。中药和西药服药时间间隔 30 min 以上。

1.8 观察指标与疗效判定标准

参照《中医妇科学》^[8]及《中药新药临床研究指导原则》^[9]拟定中医证候评分标准:①针对主症月经周期的天数(d)分为 4 个等级,即正常、d ≤ 40 、40<d ≤ 90 、d>90,分别记 0、1、2、3 分;②根据腰膝酸软、头晕耳鸣、五心烦热、经行小腹或少腹隐痛或刺痛、有血块等次症的有无及严重程度,分别记 0、1、2、3 分;③根据性欲淡漠、肢体沉重、畏寒肢冷、带下量多、面部痤疮、多毛及典型舌脉的无或有分别记为 0、1 分;④根据 BMI 分为 2 个等级,即 28 kg/m² $\leq$ BMI<30 kg/

m²、BMI>30 kg/m²,分别记 1、2 分。评分越高代表症状越严重。

于治疗前及停药后第 1 个月经周期的第 3 天上午 8~9 点在空腹静息状态下于肘前静脉处抽取患者静脉血,采用化学发光免疫测定法检测血清促黄体生成素(luteinizing hormone, LH)、卵泡刺激素(follicle-stimulating hormone, FSH)、睾酮(testosterone, T)等性激素水平,并计算 LH/FSH 比值。

于治疗前及停药后第 1 个月经周期分别抽血,抽血前 12 h 保持空腹,分别采用生化和放射免疫学法检测空腹血糖(fasting blood glucose, FBG)和空腹胰岛素(fasting insulin, FINS)水平,并计算胰岛素抵抗指数(HOMA insulin resistance, HOMA-IR),HOMA-IR = FINS $\times$ FPG/22.5。采用全自动生化分析仪检测各组血脂指标,包括总胆固醇(total cholesterol, TC)、甘油三酯(triglyceride, TG)、低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein cholesterol, LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(high density lipoprotein cholesterol, HDL-C)等。

于治疗前及停药后第 1 个月经周期的 2~5 天,采用 Resona7 彩色多普勒超声仪器(产品注册号:沪浦械备 20150002 号)监测双侧卵巢窦卵泡数目及双侧卵巢体积大小^[10],卵巢体积=长径 $\times$ 前后径 $\times$ 横径 $\times$ $\pi/6$,计算双侧卵巢体积之和。

疗效判定标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[11]及《现代常见妇产科疾病临床诊断与治疗方案》^[12]制定,①痊愈:治疗后月经周期恢复正常(21~35 天),临床症状消失,中医证候疗效指数 $\geq 95\%$,各项性激素恢复到正常范围,糖脂代谢指标、双侧卵巢窦卵泡数目及双侧卵巢体积大小达到正常水平,HOMA-IR 持续下降至正常;②显效:治疗后月经周期接近正常(40 天以内),临床症状明显减轻,70% $\leq$ 中医证候疗效指数<90%,部分性激素明显改善或接近正常,糖脂代谢指标、双侧卵巢窦卵泡数目及双侧卵巢体积大小显著下降,略高于正常标准,HOMA-IR 明显下降但>2.69;③有效:治疗期间月经 3 个月内来潮 1 次,临床症状稍许减轻,30% $\leq$ 中医证候疗效指数<70%,各项性激素有所改善但仍高于正常水平,糖脂代谢指标、双侧卵巢窦卵泡数目及双侧卵巢体积大小稍有降低,HOMA-IR 有所降低但>2.69;④无效:治疗期间 3 个月未有月经来潮,临床症状没有改变,中医证候疗效指数<30%,各项性激素无改善,糖脂代谢指标、双侧卵巢窦卵泡数目及双侧卵巢体积大小无明显变化,HOMA-IR 下降不明显,仍>2.69。总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例数] $\times 100\%$ 。

1.9 统计学处理

采用 SPSS 26.0 统计软件对数据进行统计学分析,符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用单因素方差分析;计数资料以例数和百分比(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组中医证候疗效比较

对照组 1 总有效率为 66.67%,对照组 2 总有效率为 63.33%,治疗组总有效率为 93.33%;治疗组总有效率明显高于对照组 1 和 2(P 均 <0.05)。见表 1。

表 1 3 组患者中医证候疗效比较($n=30$,例,%)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 1	1	11	8	10	20(66.67)
对照组 2	1	6	12	11	19(63.33)
治疗组	4	15	9	2	28(93.33) $^{\Delta\#}$

与对照组 1 比较 $^{\Delta}P < 0.05$;与对照组 2 比较 $^{\#}P < 0.05$ 。

2.2 3 组中医证候评分及痤疮评分比较

与治疗前比较,3 组治疗后的中医证候评分和痤

疮评分均有所降低(P 均 <0.05);与对照组 1 和对照组 2 比较,治疗组中医证候评分和痤疮评分明显降低(P 均 <0.05)。见表 2。

表 2 3 组治疗前后中医证候评分及痤疮评分比较($n=30$,分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	中医证候评分	痤疮评分
对照组 1	治疗前	13.00±2.42	2.10±0.49
	治疗后	9.23±3.58 *	1.77±0.44 *
对照组 2	治疗前	13.13±2.43	2.13±0.51
	治疗后	10.17±3.05 *	1.93±0.57 *
治疗组	治疗前	13.33±2.63	2.06±0.62
	治疗后	7.43±2.34 $^{*\Delta\#}$	1.33±0.47 $^{*\Delta\#}$

与治疗前比较 $^*P < 0.05$;与对照组 1 比较 $^{\Delta}P < 0.05$;与对照组 2 比较 $^{\#}P < 0.05$ 。

2.3 3 组 FSH、LH、T、LH/FSH 比较

与治疗前比较,2 组治疗后的 LH、T、LH/FSH 均有所降低(P 均 <0.05),FSH 有所升高(P 均 <0.05);与对照组 1 和对照组 2 比较,治疗组 LH、T、LH/FSH 明显降低(P 均 <0.05),FSH 明显升高(P 均 <0.05)。见表 3。

表 3 3 组治疗前后 FSH、LH、T、LH/FSH 比较($n=30$, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	LH(IU/L)	FSH(IU/L)	LH/FSH	T(nmol/L)
对照组 1	治疗前	14.10±4.26	6.59±1.85	2.13±0.41	1.70±0.53
	治疗后	10.13±1.35 *	6.68±1.42 *	1.67±0.37 *	1.43±0.22 *
对照组 2	治疗前	13.27±3.28	6.29±1.52	2.10±0.45	1.72±0.34
	治疗后	11.23±1.08 *	6.37±1.36 *	1.83±0.37 *	1.56±0.23 *
治疗组	治疗前	13.87±4.58	6.12±1.59	2.26±0.53	1.76±0.58
	治疗后	7.14±1.07 $^{*\Delta\#}$	7.38±1.58 $^{*\Delta\#}$	0.97±0.33 $^{*\Delta\#}$	1.01±0.22 $^{*\Delta\#}$

与治疗前比较 $^*P < 0.05$;与对照组 1 比较 $^{\Delta}P < 0.05$;与对照组 2 比较 $^{\#}P < 0.05$ 。

2.4 3 组 FBG、FINS、HOMA-IR 及血脂指标比较

与治疗前比较,3 组治疗后 FBG、FINS、HOMA-IR、TC、TG、LDL-C 均有所降低(P 均 <0.05),HDL-C 有所升高(P 均 <0.05);与对照组 1 和对照组 2 比

较,治疗组 FBG、FINS、HOMA-IR、TC、TG、LDL-C 明显降低(P 均 <0.05),HDL-C 明显升高(P 均 <0.05)。见表 4。

表 4 3 组治疗前后 FBG、FINS、HOMA-IR 及血脂指标比较($n=30$, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FBG(mmol/L)	FINS(mIU/L)	HOMA-IR	TC(IU/L)	TG(IU/L)	LDL-C(nmol/L)	HDL-C(nmol/L)
对照组 1	治疗前	6.31±0.67	17.33±9.21	4.86±2.89	4.84±1.05	2.82±0.51	2.09±0.95	0.90±0.43
	治疗后	4.66±0.62 *	12.87±1.69 *	2.71±0.69 *	4.33±1.30 *	2.31±0.62 *	1.94±1.02 *	1.51±0.78 *
对照组 2	治疗前	6.08±0.65	16.94±8.93	4.57±2.75	4.92±0.85	2.73±0.55	2.02±1.08	0.99±0.50
	治疗后	5.39±0.82 *	13.71±1.21 *	3.28±0.69 *	4.27±1.10 *	2.29±0.57 *	1.84±1.14 *	1.57±0.79 *
治疗组	治疗前	6.56±0.46	16.36±8.86	4.76±2.50	5.21±1.13	2.87±0.43	2.23±1.10	0.94±0.53
	治疗后	4.16±0.61 $^{*\Delta\#}$	10.91±2.54 $^{*\Delta\#}$	2.03±0.61 $^{*\Delta\#}$	3.32±1.30 $^{*\Delta\#}$	1.26±0.53 $^{*\Delta\#}$	1.27±0.94 $^{*\Delta\#}$	1.76±1.00 $^{*\Delta\#}$

与治疗前比较 $^*P < 0.05$;与对照组 1 比较 $^{\Delta}P < 0.05$;与对照组 2 比较 $^{\#}P < 0.05$ 。

2.5 3 组双侧卵巢体积之和及窦卵泡数目之和比较

与治疗前比较,3 组治疗后的双侧卵巢体积之和及窦卵泡数目之和均有所降低(P 均 <0.05);与对照

组 1 和对照组 2 比较,治疗组双侧卵巢体积之和及窦卵泡数目之和明显降低(P 均 <0.05)。见表 5。

表 5 3 组治疗前后双侧卵巢体积之和及窦卵泡数目之和的比较($n=30, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	双侧卵巢体积之和(cm^3)	双侧卵巢窦卵泡数目之和(个)
对照组 1	治疗前	22.12 $\pm$ 1.15	26.19 $\pm$ 1.45
	治疗后	15.73 $\pm$ 0.96 [*]	16.69 $\pm$ 2.67 [*]
对照组 2	治疗前	22.58 $\pm$ 1.09	26.58 $\pm$ 1.21
	治疗后	15.14 $\pm$ 0.91 [*]	16.53 $\pm$ 1.72 [*]
治疗组	治疗前	22.17 $\pm$ 1.06	26.36 $\pm$ 2.17
	治疗后	10.39 $\pm$ 0.74 ^{*△#}	14.71 $\pm$ 2.48 ^{*△#}

与治疗前比较^{*} $P<0.05$;与对照组 1 比较[△] $P<0.05$;与对照组 2 比较[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

国医大师何成瑶教授是全国第四、五、六、七批全国名老中医指导老师,于 2017 年获“国家级名中医”称号;2022 年 3 月 29 日,被授予“第四届国医大师”称号。何老在 60 余年的妇产科临床工作中,以扎实的中医理论和丰富的临床实践经验,在肾虚痰瘀型 PCOS-IR 的治疗方面颇有研究。何老认为脏腑、天癸、气血、冲任共同作用于胞宫是产生月经及维持生殖功能正常的关键所在^[13]。肾-天癸-冲任-胞宫生殖轴与女性月经来潮和胎儿孕育密切相关,其中任何一个环节的异常均会导致生殖轴功能异常。胞宫与月经的发生及孕育胎儿密不可分,而肾藏先天之精,肾中所藏之精气充盛,肾气充沛,天癸则可按时而至,任脉畅通,冲脉满盈,胞宫才能发育成熟,使其藏泻有序,月经如期而至,才能正常妊娠。若肾中精气不足,经血不充,冲任不能通盛,则不能养育胞宫,胞宫所藏阴精匮乏,藏而不泻,而发为月经后期、闭经、不孕。若肾气失于固摄,导致胞宫藏纳功能失常,使其泻而不藏,则发为崩漏。若肾阳虚衰,温煦、气化功能减弱,则水湿内蕴,脾脏失于温养,脾失健运,痰湿内生,冲任不畅,不能养育胞宫,则可发为闭经、不孕等。基于以上理论,何老提出“养精育胞”的学术思想,对于 PCOS-IR 的治疗,何老认为应以补肾为主,通过补益肾中精气,养育胞宫,使胞宫满溢,藏泻有度,则可化生经血,使胞宫“土壤”肥沃,为受精卵着床做准备;同时兼以燥湿化痰、活血化痰,以改善微循环,促进气血运行,进而改善代谢紊乱。本研究选用何老临床常用的调经 2 号方加减,方中覆盆子温补肾阳,滋补肾阴;枸杞子滋肾阴,益肾精;山药健脾益肺,固肾益精;熟地黄补血养阴,与当归、川芎配伍以补血行滞调经;当归补血养血,活血调经止痛;桃仁活血通经、化瘀止痛;法

半夏燥湿化痰,为治湿痰、寒痰之要药;石菖蒲豁痰化湿和胃;牛膝活血祛瘀通经;牡丹皮活血散瘀,通经消癥;赤芍活血散瘀;川芎温通血脉、行气止痛;茯苓健脾渗湿;生地黄养血生津;炙甘草益气健脾,调和诸药。以上诸药合用,以滋补肾精、养育胞宫为主,兼以燥湿化痰、活血祛瘀,共奏补肾益精育胞、燥湿化痰、活血祛瘀之功。

IR 与高胰岛素血症普遍存在于 PCOS 中。胰岛素是机体内重要的内分泌激素,主要调节人体内的糖脂代谢。IR 是指胰岛素作用的靶器官对胰岛素的敏感性降低,导致组织和细胞吸收、利用葡萄糖的效能下降,而使机体出现代偿性的胰岛素分泌增加,引起高胰岛素血症。这可能与胰岛素抗体或抗体后效应异常或与血清中存在抗胰岛素抗体有关。亦有研究表明,IR 的严重程度与生殖功能障碍成正比关系^[14]。目前短效避孕药是降低 PCOS 患者雄激素的首选药物,它通过负反馈机制抑制 LH 水平,直接或间接地降低雄激素活性,同时也可有效改善多毛、痤疮等症状,治疗周期一般在 3~6 个月。而改善 IR 的用药主要有双胍类和噻唑烷二酮类,其中以二甲双胍最为常用。二甲双胍既能改善胰岛素抵抗,又能降低内分泌循环中的 LH 水平,从而降低雄激素水平^[15]。本研究结果表明,与单用西药或中药相比,调经 2 号加减方联合炔雌醇环丙孕酮片和二甲双胍片能显著降低肾虚痰瘀型 PCOS-IR 患者的中医证候评分及痤疮评分,改善性激素水平及糖脂代谢指标和胰岛素抵抗,并有效缓解卵巢多囊样变。

综上所述,调经 2 号加减方联合炔雌醇环丙孕酮片与二甲双胍片治疗肾虚痰瘀型 PCOS-IR 效果显著,能有效改善中医证候评分、痤疮评分、性激素、糖脂代谢指标,并减轻胰岛素抵抗和降低双侧卵巢体积及窦卵泡数目,值得进一步研究推广。

参 考 文 献

[1] Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome[J]. Fertil Steril, 2004, 81(1):19-25.

[2] Neven ACH, Laven J, Teede HJ, et al. A summary on polycystic ovary syndrome: diagnostic criteria, prevalence, clinical manifestations, and management according to the latest international guidelines[J]. Semin Reprod Med, 2018, 36(1):5-12.

[3] 甘静, 陈娟, 严余明. 多囊卵巢综合征从肾论治探讨[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(7):486-487.

[4] 中华医学会妇产科学分会内分泌学组及指南专家组. 多囊卵巢综合征中国诊疗指南[J]. 中华妇产科杂志, 2018, 53(1):2-6.

[5] 中华医学会糖尿病学分会胰岛素抵抗学组(筹). 胰岛素抵抗评估方法和应用的专家指导意见[J]. 中华糖尿病杂志, 2018, 10(6):377-385.

[6] 中华医学会内分泌学分会肥胖学组. 中国成人肥胖症防治专家共识[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2011, 27(9):711-717.

[7] 中华中医药学会. 中医妇科常见病诊疗指南: ZYYXH/T203-246-2012[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 104-106.

[8] 谈勇. 中医妇科学[M]. 4 版. 北京: 中国中医药出版社, 2016:282.

[9] 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, 2002:239-243.

[10] 徐俊, 吴隽. 经阴道三维超声结合抗苗勒管激素在多囊卵巢综合征卵巢功能评价中的价值分析[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(13):3100-3103.

[11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012:243.

[12] 丁花, 胡丽燕, 姜艳萍, 等. 现代常见妇产科疾病临床诊断与治疗方案[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2015:448.

[13] 蒋燕子, 张娟, 方欠, 等. 国医大师何成瑶教授治疗多囊卵巢综合征经验总结[J]. 中西医结合研究, 2023, 15(4):278-281.

[14] 沈文娟, 吴效科. 卵巢胰岛素抵抗的生物学效应[J]. 实用妇产科杂志, 2010, 26(8):569-572.

[15] 刘泽安, 薛元明, 陈利馨, 等. 二甲双胍联合枸橼酸氯米芬治疗多囊卵巢综合征伴胰岛素抵抗患者的疗效观察[J]. 中华妇产科杂志, 2004, 39(9):586-590.

(收稿日期: 2023-06-12)

• 科技人物 •

王行环 从事泌尿外科医教研工作 30 余年, 是泌尿外科微创医学领域的开拓者之一、国家重点研发计划项目首席科学家、长江学者等。

疫情爆发后临危受命担任雷神山医院院长, 极短时间内凝聚来自 286 家医院 3202 名医护人员、1000 余名后勤保障志愿者, 与 13000 名建设者一起迅速建成拥有 32 个病区、1500 张床位的“重症救治堡垒”, 短时间内按照一所高标准三级甲等医院的架构, 使雷神山医院从管理、后勤、感控、医护各个层面铸造了一支抗疫精锐之师, 大幅提升了整体收治能力, 确保应收尽收、应治尽治; 通过同质化管理, 重症救治体系构建, 创造了近 98% 的救治成功率、医院零感染、安全生产零事故、环境零污染的雷神山奇迹, 成为国际抗疫“中国力量”的象征。