

加味补中益气汤联合达英-35 治多囊卵巢综合征 30 例

★ 吕丽萍 陈光盛 (浙江省湖州市妇幼保健院 湖州 313000)

摘要:目的:探讨加味补中益气汤联合达英-35 治疗多囊卵巢综合征(PCOS)的临床疗效。方法:遵从随机、对照的原则,将 60 例 PCOS 患者分为对照组和治疗组,对照组予达英-35 治疗,治疗组予加味补中益气汤联合达英-35 治疗,治疗后观察血睾酮(T),促黄体生成素(LH)水平的变化。结果:两组比较治疗组疗效优于对照组,治疗后半年不易复发($P < 0.05$)。结论:加味补中益气汤联合达英-35 比单一使用达英-35 能更稳定持久地改善月经情况和性激素水平。

关键词:多囊卵巢综合征;加味补中益气汤;达英-35;中西医结合疗法

中图分类号:R 711.75 **文献标识码:**B

加味补中益气汤为《傅青主女科》中治疗不孕症系列方剂之一,原文载“妇人有身体肥胖,痰涎甚多、不能受孕者”加味补中益气汤主之,文中所论“肥胖不孕”与现代医学多囊卵巢综合征有诸多相似之处。我们在 2007 年 8 月~2008 年 11 月运用加味补中益气汤联合达英-35 治疗多囊卵巢综合征(PCOS)患者 30 例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为本院门诊患者,随机分为两组:治疗组 30 例,年龄 17~35 岁,平均年龄 28 岁,病程 10 个月~11 年;对照组 30 例,年龄 18~34 岁,平均 27 岁,病程 9 个月~10 年。两组一般资料比较,无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准 根据 2003 年欧洲人类生殖协会和美国生殖医学会共同推荐的诊断标准^[1]。(1)临床出现持续无排卵或偶发排卵。(2)临床和/或生化指标存在高雄激素血症,并排除其他可能导致高雄激素的因素。(3)卵巢呈多囊样改变,B 超检查每侧卵巢至少有 10 个以上直径为 2~8 mm 的卵泡,呈项链样分布于皮质并伴间质增厚。符合上述三项中的两项者可诊断为 PCOS。

1.3 观察指标 (1)记录两组的月经情况,观察痤疮、多毛的变化。(2)治疗前、疗程结束时及停药后 6 个月,于月经或撤退性出血第 3 天,分别测定促黄体生成素(LH)、睾酮(T)水平。

1.4 统计学方法 数据中计数资料采用 χ^2 检验,

计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,前后比较及组间比较用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异,所有统计学处理在 SPSS13.0 统计软件上完成。

2 治疗方法

对照组:于自然月经或撤退性出血第 5 天,开始口服达英-35,每日 1 片,连服 21 天;停药后待撤退性出血第 5 天起继续服药,共 3 个周期。

治疗组:在对照组的基础上,合用加味补中益气汤。处方如下:党参 15 g,黄芪 15 g,柴胡 9 g,白术 30 g,升麻 9 g,陈皮 12 g,茯苓 15 g,姜半夏 12 g,当归 15 g,甘草 3 g。于自然月经或撤退性出血第 5 天起,每日 1 剂,水煎分二次温服,连服 21 天,共 3 个治疗周期。

3 治疗结果

3.1 临床疗效比较 两组治疗后多毛、痤疮均明显改善,治疗组中原有闭经者 14 例、月经稀发者 16 例,治疗 3 个周期后月经全部恢复正常,停药半年后月经仍正常者 23 例;对照组原有闭经者 12 例、月经稀发者 18 例,治疗 3 个周期后月经全部恢复正常,但停药半年后月经仍正常者仅有 4 例,经统计学分析,两组有显著性差异($P < 0.05$)。

3.2 治疗前后睾酮水平比较 治疗 3 个周期后,两组睾酮水平均明显下降($P < 0.05$)。停药半年后,对照组恢复到治疗前水平,而治疗组睾酮水平与治疗前比较有显著性差异($P < 0.05$)。治疗后半年两组组间比较有显著性差异($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组治疗前后睾酮水平比较($\bar{x} \pm s$) /nmol·L⁻¹

组别	n	治疗前	治疗结束时	治疗后半年
对照组	30	3.39 ± 0.47	1.51 ± 0.53*	3.26 ± 0.72
治疗组	30	3.28 ± 0.52	1.41 ± 0.58*	1.64 ± 0.76 [▲]

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

3.3 治疗前后促黄体生成素水平比较 治疗 3 个周期后, 两组促黄体生成素水平均明显下降 ($P < 0.05$)。停药半年后, 对照组恢复到治疗前水平, 而治疗组水平与治疗前比较有显著性差异 ($P < 0.05$), 治疗后半年两组组间比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后促黄体生成素水平比较($\bar{x} \pm s$) /IU·L⁻¹

组别	n	治疗前	治疗结束时	治疗后半年
对照组	30	13.06 ± 2.76	5.70 ± 1.72*	12.54 ± 2.62
治疗组	30	13.98 ± 2.99	5.62 ± 1.48*	5.81 ± 1.58 [▲]

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

4 讨论

PCOS 病因尚不明确, 是 1935 年由 stein-leventhal 首次报道的一组具有月经紊乱或闭经、不孕、多毛、肥胖、双侧卵巢增大伴多囊改变的综合征。根据报道 PCOS 的发病率在正常成年女性中为 22%, 在继发闭经患者中占 26% ~ 38%, 在无排卵不孕患者中占 57% ~ 75%。^[2]

多囊卵巢综合征的内分泌特征是高雄激素及高促黄体生成素水平。卵巢内的高雄激素水平使卵巢皮质硬化及纤维化, 并抑制卵泡成熟, 引起发育中的卵泡闭锁, 不能形成优势卵泡, 以致雌激素的正常分泌模式中断。持续分泌的雌酮和卵巢小卵泡分泌的一定水平的雌二醇作用于下丘脑及垂体, 对 LH 的分泌呈正反馈, 使 FSH 的分泌呈负反馈, 使 LH 分泌幅度及频率增加, 呈持续高水平状态。LH 水平的上升又促进卵巢分泌雄激素, 进一步形成雄激素过多和持续无排卵的恶性循环。

达英-35 每片含醋酸环丙孕酮 (CPA) 2 mg, CPA 为合成 17-羟孕酮衍生物, 具有较强的抗雄激素作用,

与睾酮和双氢睾酮竞争受体, 并诱导肝酶加速血浆雄激素的代谢, 从而降低雄激素的生物效应。^[3] 达英-35 可以负反馈抑制垂体 LH 的产生, 使卵巢和肾上腺产生的雄激素降低, 而且其中的雌激素成分使性激素结合球蛋白浓度增高, 导致游离睾酮下降, 改善了高雄激素血症。但由于达英-35 不能长期应用, 且停药后易复发, 因而有必要探索更好的方法来巩固疗效。

多囊卵巢综合征属中医学“闭经”、“不孕”范畴, 因患者平素脾虚, 不能运化水谷, 痰湿内阻, 脂膜壅塞胞中, 气化失司而导致疾病的发生, 故在治疗上当以补气和, 祛湿化痰为主。傅山先生之加味补中益气汤具有补脾泄水化痰的作用, 方中党参、黄芪补中益气, 当归、白术益气养血, 柴胡、升麻以提升下陷之脾气于上, 半夏、陈皮燥湿化痰, 茯苓、甘草以健脾渗湿, 且能和, 诸药合用, 则脾气充足, 能运化水湿, 痰湿得除。全方共奏健脾化痰, 调经助孕之功。正如《傅青主女科》所云: “此方之妙, 妙在提脾气而升于上, 作云作雨, 则水湿反利于下行……不必用消化之品以损其肥, 而肥自无碍; 不必用浚决之味以开其窍, 而窍自能通。阳气充足, 自能摄精, 湿邪散除, 自可受种。”

临床研究结果表明, 加味补中益气汤联合达英-35 比单一使用达英-35 能更稳定持久地改善月经情况和性激素水平, 推断其机理为加味补中益气汤联合达英-35 对 PCOS 患者能够起到双向调节作用, 既重视机体的完整统一, 又重视神经内分泌性腺功能的调节, 使阴阳平衡, 脏腑协调, 从而达到较好的治疗效果, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 252 - 256.
- [2] 刘国良. 实用内分泌代谢综合征[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2002: 334 - 336.
- [3] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 376 - 379.

(收稿日期: 2009-01-04 责任编辑: 秦小珑)

专题征稿

《江西中医药》为中医药核心期刊, 新设重点栏目《明医心鉴》, 以介绍名老中医经验和中医临证心得为主, 重点刊载中医关于疑难病的诊疗经验, 要求观点、方法新, 经验独到。涉及的病种主要有: 小儿麻痹后遗症、红斑狼疮、类风湿性关节炎、慢性肾炎、哮喘、糖尿病、老年痴呆、高血压、中风、盆腔炎、萎缩性胃炎、癌症疼痛。欢迎广大中西医临床工作者不吝赐稿。