· 综 述 ·

针刺治疗多囊卵巢综合征研究进展

吴林玲 闫 颖

多囊卵巢综合征 (polycystic ovarian syndrome, PCOS) 是影响女性生殖活动和营养代谢两个基本生命过程的一种特殊疾病, 发病率为育龄妇女的 10%。现代研究发现, PCOS 患者自身在胎儿期, 表现为胎儿宫内生长受限, 导致出生体重下降; 在儿童期发生体重增加追赶 (catch-up) 现象, 是青春期的月经失调、高雄激素、女孩超重、肥胖症高发人群。在生育期主要表现闭经、不孕、不育, 给家庭造成严重的经济负担和精神负担; 其糖、脂代谢异常主要表现糖耐量低减 (impaired glucose tolerance, IGT)。经过治疗, 一旦妊娠, 其妊娠期糖尿病 (gestational diabetes mellitus, GDM)、高血压病等的孕期并发症升高 5 ~ 10 倍, 而宫内胎儿生长受限导致新生儿出生体重下降。患者在绝经前后子宫内膜癌和卵巢癌高发, 糖尿病、高血压病和心脑血管等慢性疾病发病率升高 4 倍以上。因此, PCOS 症状会伴随女性一生, 且该病同时波及母亲自身和子代发育, 影响人口出生质量, 是国内外研究的热点和难点。

近年来, 针灸在生殖内分泌和不孕领域的应用受到了全世界越来越多人的关注。中医学主要采用针灸治疗或针药结合治疗。PCOS 是以肾虚、痰瘀为主要病机的妇科内分泌代谢性疾病, 治疗时多以辨证论治, 采用针刺或艾灸或针灸结合中药等多种方法而达到治疗作用。现就针刺治疗 PCOS 的研究现状综述如下。

1 腹针 赖毛华等^[1]将 86 例肥胖型 PCOS 患者随机分为西药组和腹针组各 43 例, 西药组予二甲双胍治疗, 腹针组针刺中脘、下脘、气海等穴, 治疗 6 个月。治疗后, 两组 BMI (body mass index, BMI)、腰臀比 (waist-to-hip ratio, WHR)、F-G (Ferriman-Gallwey) 评分、促黄体生成素 (luteinizing hormone, LH)、LH/促卵泡激素 (follicle-stimulating hormone, FSH)、游离睾酮 (testosterone, T) 均下降, 卵巢体积

变小, 空腹血糖 (fasting plasma glucose, FPG)、餐后 2 h 血糖 (2 h postprandial blood glucose, 2 h PG)、空腹胰岛素 (fasting insulin, FINS)、餐后 2 h 胰岛素 (postprandial insulin 2 h, 2 h INS)、胰岛素抵抗指数 (insulin resistance index, IRI)、TC、TG、LDL-C 均下降, HDL-C 上升, 月经情况好转 (均 $P < 0.05$), 两组卵泡刺激素 (follicle-stimulating hormone, FSH) 治疗前后差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后腹针组 BMI、WHR、T 的下降幅度比西药组明显, 月经恢复情况好于西药组 ($P < 0.05$)。西药组治疗后部分患者出现胃肠道反应, 无其他不适症状, 治疗 6 个月随访肝肾功能均正常, 腹针组无不良反应。提示腹针在改善肥胖型 PCOS 患者的内分泌及代谢紊乱方面与二甲双胍有类似的效果, 同时腹针在恢复月经, 降低 BMI、WHR、T 水平方面优于二甲双胍, 且无副作用, 是治疗肥胖型 PCOS 安全有效的方法。

赖毛华等^[2]将 120 例脾肾阳虚型 PCOS 患者随机分为 2 组, 治疗组采用腹针治疗, 对照组口服二甲双胍, 均治疗 4 个月, 观察比较治疗前后 BMI、WHR、内分泌参数、FINS、2h INS、FPG、2 h PG、抗胰岛素性稳态模式评估法 (homeostasis model assessment of insulin resistance, HOMA-IR)。结果: 2 组 T、LH、LH/FSH、FINS、2 h INS、2 h PG、HOMA-IR 均明显改善, 治疗组在降低 BMI 及 WHR 方面优于对照组, 而在降低 LH、LH/FSH、T、FPG、2 h PG、FINS、2 h INS、HOMA-IR 等方面与对照组有类似的疗效。结论: 腹针疗法能改善 PCOS 脾肾阳虚患者的胰岛素抵抗, 可能成为代替二甲双胍治疗脾肾阳虚型 PCOS 的一种新途径。

袁丽萍等^[3]收集 PCOS 患者 60 例, 随机分为腹针组 (治疗组)、克罗米芬 (CC) 组 (对照组) 各 30 例, 记录卵泡发育、子宫内膜生长、宫颈黏液性状, 基础体温和促排卵治疗后性激素指标, 治疗组 (腹针组) 于月经 (或黄体酮撤血) 第 5 天开始, 开始每日 1 次, 3 次, 以后隔日 1 次, 3 次, 留针 30 min, 6 次为 1 个疗程。无妊娠者下一周期重复治疗。超过 45 天, 基础体温 (basal body temperature, BBT) 未上升、月经未来

基金项目: 国家中医药管理局中医学术流派传承工作室建设项目 (No.LPGZS2012-04)

作者单位: 天津中医药大学第一附属医院妇科 (天津 300193)

通讯作者: 吴林玲, Tel: 022-27432031, E-mail: wulinling781011@163.com

DOI: 10.7661/CJIM.2015.03.0379

潮者以黄体酮撤血。连续用药 3 个周期。取穴:引气、归元(中脘、下脘、气海、关元)、中极、下风湿点均深刺;外陵中刺。对照组(CC 组)于月经(或黄体酮撤血)第 5~9 天口服 CC, 50 mg/d, 连服 5 天, B 超监测卵泡直径 > 18 mm 时单次肌注绒促性素(HCG) 10 000 U。无妊娠则下一周期重复治疗。超过 45 天 BBT 未上升、月经未来潮者以黄体酮撤血。连续 2 个周期无排卵, 则下一周期 CC 用量增加到 100 mg/d, 连续用药 3 个周期治疗组和对照组排卵率分别为 52.78%、62.69%, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗组妊娠率为 43.33%, 略高于对照组(36.67%), 但经 χ^2 检验, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组治疗后 LH、LH/FSH、T 水平下降较对照组明显, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗过程中治疗组的最大子宫内膜厚度和宫颈黏液评分优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

崔英等^[4]随机选择 60 例 PCOS 病例, 随机分为治疗组和对照组, 各 30 例。治疗组采用针刺治疗, 取穴中极、关元、子宫、三阴交、胰俞, 于月经第 5 天针刺, 取穴后选用 40 mm 针灸针, 穴位常规消毒后, 直刺上述穴位, 进针得气后, 采用平补平泻的手法, 留针 20 min, 每 5 min 运针 1 次, 针刺隔日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。对照组于月经第 5 天或撤药出血的第 5 天开始口服炔雌醇环丙孕酮片(达英-35), 每日 1 片, 每月服 21 天, 下一周期于撤药出血的第 5 天开始服, 用法同上, 连服 3 个月。每组病例均观察半年。对照组口服达英-35, 治疗 3 个月经周期后观察疗效及血清性激素和各种细胞因子的变化。结果治疗组总有效率 86.6%, 对照组总有效率 83.3%。治疗前后血清性激素中 FSH、LH 变化不明显, T、胰岛素样生长因子 1(insulin-like growth factor-1, IGF-1)、转化生长因子 β_1 (transforming growth factor β_1 , TGF- β_1) 及表皮生长因子受体(epidermal growth factor receptor, EGFR) 的表达治疗后较治疗前明显下降。

有作者采用单穴治疗本病进行了临床研究, 胡智海等^[5]选取 50 例胰岛素抵抗型 PCOS 患者, 随机分为治疗组(1) 25 例, 取双侧三阴交穴针刺治疗; 治疗组(2) 25 例, 取气海穴针刺治疗, 以上两组均治疗 3 个月。治疗结束后比较内分泌激素(FSH, LH, E_2 , T, LH/FSH)、FINS、BMI 变化。结果: 治疗组(1) 针刺前后 E_2 、T 比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组(2) 针刺前后 E_2 、LH、LH/FSH 差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$); 治疗组(1) 与治疗组(2) 针刺

后比较 E_2 、LH、T 变化差异有统计学意义($P < 0.01$), BMI、FINS 变化无明显差异($P > 0.05$)。结论: 针刺“气海”与“三阴交”对胰岛素抵抗型 PCOS 内分泌调整作用不完全相同, 且仅对性腺轴激素调节不能达到治疗胰岛素抵抗型 PCOS 的作用。在另外一项研究中, 选取 46 例非胰岛素抵抗型 PCOS 患者, 随机分为治疗组 A(23 例), 取双侧胰俞穴针刺治疗; 治疗组 B(23 例), 取双侧三阴交穴针刺治疗, 以上两组均治疗 3 个月。治疗结束后比较排卵率、内分泌激素(FSH, LH, T, LH/FSH)、FINS、BMI 变化。结果: 治疗组 A 针刺前后的排卵率、LH/FSH、T 差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$); 治疗组 B 针刺前后 LH、LH/FSH 差异有统计学意义($P < 0.05$)。排卵率、T 变化无明显差异($P > 0.05$); 治疗组 A 与治疗组 B 针刺后 T、排卵率差异有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.05$), LH/FSH、BMI 变化无明显差异($P > 0.05$)。提示提高胰岛素敏感性, 防止胰岛素抵抗对非胰岛素抵抗型 PCOS 同样重要^[6]。

2 电针治疗 2000 年, 瑞典 Goteborg 大学的一项研究表明 24 例 PCOS 患者接受针灸治疗 2~3 个月, 9 例(38%) 有规律排卵。但高 T 和 INS 水平且体形肥胖的严重 PCOS 患者, 针刺治疗作用不显著。一项随机对照试验证明电针疗法对 PCOS 有效^[7]。

詹明洁等^[8]选择肥胖型 PCOS 患者 22 例, 采用电针疗法。取穴天枢、大横、支沟、子宫、气海、三阴交、丰隆、肾俞、地机, 按补肝肾健脾调冲任原则加减选穴, 脾肾阳虚型加肾俞、命门、脾俞、足三里, 痰湿阻滞型加阴陵泉, 气滞血瘀型加太冲、血海治疗前后采用 BMI 评定和血清性激素测定, 对照比较疗效。每日 1 次, 每次 30 min。1 个疗程 10 次, 休息 5 天后再行第 2 个疗程, 共治疗 3~5 个疗程。与治疗前比较, 电针治疗后患者 BMI、LH 差异有统计学意义($P < 0.05$), FSH、T 水平差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究发现, 针刺后妇女体重下降者, 自发恢复月经。个别患者 B 超下卵巢的多囊性改变也有好转。

3 针药结合 临床报道中较多见的是针刺与药物相结合, 其中包括针刺分别与中药和西药结合使用。周建华等^[9]将 82 例 PCOS 患者随机分为针药组与西药组, 肾阳虚型取中极、肾俞穴; 肝血虚型取肝俞、三阴交穴; 痰湿型取足三里、脾俞穴; 血瘀型取太冲、血海穴。按常规针刺, 行平补平泻法, 留针 20 min。隔日 1 次, 共治疗 24 周。中药疗法: 肾阳虚型口服桂附地黄汤(熟地、山萸肉、山药各 10 g, 丹皮、泽泻、茯苓各

15 g, 炮附子、肉桂各 3 g); 肝血虚型口服补肝汤(生地 15 g, 当归、白芍、枣仁、川芎、木瓜、炙甘草各 10 g); 痰湿型口服苍附导痰汤(苍术、香附、枳壳、陈皮各 10 g, 茯苓 15 g, 胆南星、甘草各 10 g); 血瘀型口服血府逐瘀汤(当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍各 10 g, 柴胡、甘草各 6 g, 桔梗 5 g, 川芎、牛膝各 10 g)。治疗 24 周后观察其疗效及其对胰岛素抵抗的影响。结果: 与治疗前相比, 西药组治疗后 IRI 降低 ($P < 0.05$); 针药组治疗后与治疗前相比, IRI、BMI、WHR 均降低 ($P < 0.05$)。两组治疗后相比, 针药组相对于西药组 IRI 及 BMI 降低 ($P < 0.01$)。两组临床疗效比较, 针药组总有效率高于西药组 ($P < 0.05$)。

陈秀华等^[10]研究入选病例 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。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 3 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。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。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 50 mg, 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 100 mg, 每日分 2 次服, 或延长用药时间。最大剂量每日不超过 250 mg, 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 INS 水平检测。在降低患者 INS 水平方面腹针结合中药治疗组治疗疗效优于 B 组、C 组, 而 B 组、C 组疗效相当。

施茵等^[11]将 78 例肾阴虚型 PCOS 患者随机分为治疗组 41 例, 对照组 37 例; 取穴: 关元、气海、大赫、子宫、太溪、三阴交、血海、公孙。操作: 选用 0.25 mm × 40 mm 针灸针快速进针, 得气后行提插补法(重插轻提)1 min, 留针 30 min, 每 10 min 行提插补法 1 min。隔天治疗 1 次, 1 个月或月经周期为 1 个疗程, 治疗 3 个疗程。治疗组在以上针刺治疗基础上, 加服中药。处方: 黄精 15 g 生地 10 g 知

母 10 g 白芍药 12 g 旱莲草 15 g 女贞子 15 g 当归 9 g 川芎 9 g 丹参 20 g 陈皮 6 g 皂角刺 9 g 胆南星 10 g 栀子 6 g 地骨皮 9 g。每日 1 剂, 每次煎取 200 mL 口服, 每日 2 次, 1 个月或月经周期为 1 个疗程, 治疗 3 个疗程。治疗组总有效率为 82.93%, 对照组为 62.16%, 治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$); 与对照组比较, 治疗组治疗后 T、LH/FSH 值降低, E_2 值升高 ($P < 0.01$, $P < 0.05$)。提示益肾中药加针刺治疗肾阴虚型 PCOS 临床疗效优于单纯采用针刺治疗。

将 67 例 PCOS 患者随机分为针药结合组 33 例和单纯电针组 34 例。单纯电针组取天枢、中脘、气海、三阴交、膈俞、次髂等为主穴, 采用电针治疗, 每周治疗 3 次, 1 个月为 1 个疗程, 共 3 个疗程后观察效果; 针药结合组在此基础上同时口服天葵胶囊, 每次 1.8 g, 每日 2 次, 连服 3 个月。比较两组治疗前后 FSH、LH、T、FPG、FINS 和胰岛素敏感指数 (ISI) 的变化, 并观察临床疗效及 3 个月随访复发率。结果: 针药结合组临床疗效总有效率 93.9%, 单纯电针组总有效率 67.6%, 针药结合组疗效优于单纯电针组 ($P < 0.05$); 针药结合组 LH、LH/FSH、T 值的降低明显优于单纯电针组 ($P < 0.01$); 针药结合组降低 FINS 及 ISI 水平也明显优于单纯电针组 ($P < 0.01$); 两组治疗后 3 个月随访, 针药结合组复发率少于单纯电针组 ($P < 0.05$)^[12]。

李彦俐等^[13]将 60 例 CC 抵抗 PCOS 患者随机分为 2 组, 治疗组 30 例用 CC 和注射用尿促性素 (HMG)、二至天葵方免煎颗粒联合针刺治疗, 对照组 30 例用 CC、HMG 和二至天葵方免煎颗粒治疗, 2 组疗程均为 3 个月经周期。观察 2 组注射 HCG 当日的血性激素水平 [E_2 、LH、孕酮 (P)] 和成熟卵泡数、子宫内膜厚度、排卵率 (3 个月经周期的平均值)。结果: 治疗组注射 HCG 当日 LH 较对照组高 ($P < 0.05$)。治疗组注射 HCG 当日子宫内膜厚度较对照组厚 ($P < 0.05$), 排卵率较对照组高 ($P < 0.01$)。认为二至天葵方免煎颗粒有助于卵泡生长, CC、HMG 能使部分 CC 抵抗 PCOS 患者募集卵泡发育, 联合针刺治疗, 能提高排卵率, 增加子宫内膜厚度。

4 电针配合耳针 徐佳等^[14]采用电针及耳穴贴压治疗肥胖女性伴有 PCOS 39 例, 体穴取天枢、丰隆、关元、四满等穴, 耳穴取口、胃、脾等。3 个疗程后, 将患者疗效, 治疗前后的 BMI、腰围 (WC) 以及 INS、T 的变化进行对比。治疗 60 天后统计疗效: 39 例患者中痊愈 10 例, 有效 25 例, 无效 4 例, 总有效率达

89.7%；患者的 BMI、WC、INS、T 与治疗前对比均显著降低，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。认为其治疗机制可能是通过对患者血清中 INS 和 T 的调节来实现的。

5 针刺配合穴位埋线 王嘉莉等^[15]将肥胖型 PCOS 患者 60 例，随机分为治疗组及对照组，每组各 30 例，治疗组采用针刺加穴位埋线疗法：治疗组针刺加穴位埋线。针刺治疗：(1)取穴：主穴：梁门(双)、天枢(双)、带脉(双)、归来(双)、血海(双)、三阴交(双)；配穴：脾虚湿盛加阴陵泉；胃肠实热加曲池、支沟、内庭；肝郁气滞加太冲；肾阳虚加复溜；阴虚内热加太溪。(2)操作方法：患者仰卧，穴位常规消毒，用 0.35 mm × 25 mm ~ 0.35 mm × 40 mm 苏州天一次性无菌针灸针，快速进针，得气后，实证用泻法，虚证用补法。补泻完毕后，电针组于双侧归来、三阴交穴接 G6805 型治疗仪两组线，用连续波，频率为 20 次/s，强度以患者能耐受的最大值为度，留针 30 min。2 天治疗 1 次，周日休息，共治疗 3 个月。穴位埋线：(1)取穴：主穴：中脘、天枢(双)、气海、上巨虚(双)；配穴：脾虚湿盛加脾俞；胃肠实热加大肠俞；肝郁气滞加肝俞；脾肾阳虚加脾俞；胃肠实热加大肠俞；肝郁气滞加肝俞；脾肾阳虚加脾俞、肾俞；阴虚内热加肾俞。。埋线后要求患者每日 3 餐前 30 min 对埋线穴位进行按摩 10 min。10 日治疗 1 次，共治疗 3 个月，二甲双胍 0.5 g，3 次/d，口服，共治疗 3 个月。两组患者在饮食及运动指导方面相同。分别观察治疗前后患者的体重、WC、BMI 值、月经及排卵情况。结果在肥胖指标体重、WC、BMI 值、改善月经与排卵的疗效比较方面，两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示针刺加穴位埋线对肥胖型 PCOS 在减肥的同时对卵巢功能有良好调节作用。

6 针灸与药物促排卵配合宫腔内人工授精(intra-uterine insemination, IUI) 高天旻等^[16]观察针灸与药物促排卵配合 IUI 治疗 PCOS 所致不孕的临床疗效。将 125 例 PCOS 患者随机分为 2 组：治疗组 65 例，在药物促排卵基础上于 IUI 术前、后加针灸治疗，方法第 1 阶段：于月经周期第 12 日或卵泡达到 10 mm 开始，取穴以关元、中极、卵巢、子宫、双侧三阴交为主穴，并根据辨证，肾虚者加太溪，血虚者加血海，痰湿者加丰隆，肝郁者加太冲。留针 30 min，每日 1 次直至排卵。第 2 阶段：于行 IUI 前 30 min 开始，取穴以内关、地机、太冲、百会、归来为主穴，留针 20 min。第 3 阶段：于行 IUI 术后 10 min 开始，取穴以足三里、三阴交、血海、合谷为主穴，留针

20 min。对照组 60 例，在 IUI 术前单以药物促排卵治疗。结果治疗组的周期排卵率为 83.9%，妊娠率为 36.9%，黄素化未破裂卵泡(luteinized unruptured follicle, LUF)发生率为 4.1%，周期取消率为 6.3%；对照组周期排卵率为 69.9%，妊娠率为 20%，LUF 发生率为 23.1%，周期取消率为 21.4%，组间比较均有显著差异($P < 0.05$, $P < 0.01$)。提示针灸配合 IUI 治疗 PCOS 可有效提高临床妊娠率，降低了 LUF 及卵巢过度刺激综合征(ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS)等并发症的发生率。

7 针刺加隔药灸 张彩荣等^[17]采用分期隔药饼灸加针刺治疗 PCOS 不孕 30 例，治疗方法分 4 个阶段，治疗第 1 阶段，月经干净后至排卵期前(月经来潮前 26 ~ 18 天)，为卵泡的快速发育阶段。药饼处方：淫羊藿 15 g、补骨脂 12 g、肉苁蓉 15 g、生地 10 g、熟地 10 g、山茱萸 6 g、山药 15 g、当归 20 g、龟板 12 g、鳖甲 12 g、赤芍 15 g、丹参 20 g、女贞子 20 g、旱莲草 20 g；针灸处方：关元、气海、子宫、足三里、肾俞、膏肓俞、公孙、列缺。第 2 阶段，排卵期前后(月经来潮前约 19 ~ 10 天)。药饼处方：淫羊藿 15 g、补骨脂 12 g、肉苁蓉 15 g、乌药 6 g、川楝子 3 g、柴胡 3 g、川芎 15 g、桃仁 6 g、当归 20 g、桂枝 12 g、芍药 15 g；针灸处方：合谷、太冲、血海、三阴交、膈俞。第 3 阶段，排卵后至经行前(月经来潮前约 10 天内)。药饼处方：补骨脂 15 g、肉桂 10 g、附子 6 g、鹿角胶 12 g、菟丝子 12 g、杜仲 15 g、香附 15 g、柴胡 3 g、当归 6 g、苏木 12 g；针灸处方：关元、气海、行间、三阴交。第 4 阶段，行经期。如患者寒凝血瘀，可选用艾灸三阴交、神阙穴，如无此症状可暂时停止治疗。针灸的具体操作方法：常规消毒后针刺所选穴位，得气后行平补平泻手法，然后将药饼放置在神阙穴艾灸，共灸 30 min，同时留针 30 min，每 5 min 行针 1 次，每天 1 次，1 个月为一个疗程，共治疗 2 ~ 6 个疗程，每个疗程结束总结疗效。至治疗结束，成功妊娠 5 例(16.7%)，月经来潮 19 例(63.3%)。一般 2 个疗程左右月经来潮，4 个疗程左右肥胖有较大改善，但整个疗程结束多毛的症状改善并不大。与治疗前比较，治疗后 BMI 和 LH 明显下降，差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

施茵等^[18]将 40 例符合肥胖型 PCOS 患者根据中医辨证为脾肾阳虚、痰湿阻滞型，采用针刺加隔药灸治疗，观察其体重(BW)、BMI、WHR、FPG、FINS、ISI 和 T、E₂ 及 LH/FSH 比值的变化。结果：临床总有效率为 82.5%，BW、BMI、WHR、T 及 LH/FSH 值均有显著降低($P < 0.01$)，E₂ 有显著升高($P < 0.01$)，FINS 也有

一定程度降低, ISI 则有所升高($P < 0.05$)。

8 实验研究 李静等^[19]采用皮下注射脱氢表雄酮和芝麻油的方法建立 PCOS 大鼠模型,造模成功后大鼠分为电针组与模型组。电针组予电针干预,取穴“肾俞”、“气海”、“内关”、“足三里”、“三阴交”、“子宫”,采用疏密波,每日 1 次,每次 30 min。模型组不予任何处理。观察 3 组大鼠成熟卵子数量、血清激素水平、颗粒细胞悬液 SCF 及 TNF- α 的表达。结果提示:电针刺激可通过改善卵巢局部微环境 SCF 与 TNF- α 水平来刺激 PCOS 大鼠卵子的发育及成熟。

张维怡等^[20]观察针刺对 PCOS 大鼠不孕的影响,并探讨其作用机制。选取 24 日龄雌性大鼠颈背部皮下注射脱氢表雄酮(DHEA)的麻油溶液制作 PCOS 大鼠模型,对照组同期皮下注射麻油剂。PCOS 大鼠随机分为模型组、针刺组。模型组不作任何处理,针刺组于 80 天龄起行针刺治疗(关元、中极、三阴交、子宫穴,每天 1 次,连续治疗 5 天),各组大鼠治疗后留取双侧卵巢和子宫标本观察,采用放免法检测血清性激素。结果与模型组比较,针刺组大鼠胚泡着床率和平均着床胚泡数明显升高($P < 0.05$);血清 T、E₂ 水平显著降低($P < 0.05$),而 FSH、LH、P 水平差异无统计学意义($P > 0.05$);卵巢湿重显著降低($P < 0.05$),子宫腺体、腺腔的等效直径、面积和腺/间质面积比,以及子宫内膜平均厚度均显著增加($P < 0.05$)。提示针刺能下调血清 T、E₂ 水平,改善卵巢和子宫的发育,促进排卵,提高子宫内腔容受性,促进胚泡着床。

综上所述,针刺治疗 PCOS 有可能是通过全方位,多靶点发挥其治疗效果,针刺治疗作为一种安全、无副反应的替代和补充疗法,已越来越多地被国内外医学界所重视。目前针刺治疗存在的缺陷:(1)PCOS 患者远期易罹患高血压病、糖尿病、子宫内膜癌等,但目前的临床治疗比较注重近期疗效,没有对远期疗效的跟踪和随访。(2)未见采用针刺手法量化进行临床研究的报道;(3)研究针刺治疗方案因穴位选择、针刺时间、刺激量的不同具有多样化和个性化的特点,穴位选择缺乏统一的或固定的标准;(4)缺乏大样本的、规范设计的临床研究。

想要进一步明确针刺的治疗作用、针刺的起效机制及优化治疗方案,进一步体现出针刺治疗 PCOS 的优势,仍需大样本多中心的临床研究资料、完善的试验方案设计(如完全随机双盲对照试验)、标准而相对固定的针刺方案、可重复的治疗、确诊的样本以及准确的研究方法(包括检测指标、检测技术等),以使研究结

果更富于科学性及说服力。

参 考 文 献

- [1] 赖毛华,马红霞,姚红,等.腹针对肥胖型多囊卵巢综合征患者内分泌及糖脂代谢的影响[J].针刺研究,2010,35(4):298-302.
- [2] 赖毛华,马红霞,刘华,等.腹针治疗脾肾阳虚型多囊卵巢综合征 60 例临床观察[J].江苏中医药,2012,44(8):53-54.
- [3] 袁丽萍,林芸,王海鹰.腹针治疗多囊卵巢综合征疗效观察[J].四川中医,2010,28(4):123-125.
- [4] 崔英,熊斌,周娅.针刺对多囊卵巢综合征性激素及细胞因子的影响[J].华南国防医学杂志,2012,26(6):547-549.
- [5] 胡智海,王毅,沈鸿斌.针刺“气海”与“三阴交”对胰岛素抵抗型多囊卵巢综合征内分泌调整作用的对比研究[J].针灸临床杂志,2009,25(4):1-2.
- [6] 胡智海,王毅.针刺对非胰岛素抵抗型多囊卵巢综合征作用机理的研究[J].上海针灸杂志,2009,28(4):197-198.
- [7] Jedel E, Labrie F, Odén A, et al. Impact of electroacupuncture and exercise on hyperandrogenism and oligo-/amenorrhoea in women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial [J]. Am J Physiol Endocrinol Metab, 2011, 300(1): E37-E45.
- [8] 詹明洁,汪慧敏.电针治疗肥胖型多囊卵巢综合征疗效观察[J].上海针灸杂志,2008,27(1):9-10.
- [9] 周建华,王东建,王洁治.针药并用对多囊卵巢综合征患者胰岛素抵抗的影响[J].上海针灸杂志,2012,31(6):380-382.
- [10] 陈秀华,黄彬城,奎瑜.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[J].世界中医药,2011,6(5):426-427.
- [11] 施茵,徐文斐,尹小君,等.益肾中药加针刺治疗肾阴虚型多囊卵巢综合征的临床研究[J].上海中医药杂志,2009,43(10):33-35.
- [12] 施茵,廖晏君,虞莉青,等.针药结合治疗肥胖型多囊卵巢综合征患者 33 例临床观察[J].中医杂志,2012,53(22):1930-1933.
- [13] 李彦俐,连方,王瑞霞,等.针刺联合中西药治疗枸橼酸氯米芬抵抗多囊卵巢综合征 30 例疗效观察[J].河北中医,2011,33(2):244-246.
- [14] 徐佳,曲惠卿,方海琳.电针配合耳穴贴压对肥胖伴多囊卵巢综合征患者血清胰岛素及睾酮的影响[J].中国针灸,2009,29(6):441-442.
- [15] 王嘉莉,张中成.针刺配合穴位埋线治疗肥胖型多囊卵巢综合征 30 例[J].辽宁中医杂志,2009,36(9):

1574 - 1575.

[16] 高天旸, 王瑾, 王洁. 针灸联合宫内人工授精 (IUI) 治疗多囊卵巢综合征所致不孕——65 例疗效观察 [J]. 生殖与避孕, 2009, 29(10): 680 - 682.

[17] 张彩荣, 沈甜. 分期隔药饼灸加针刺治疗多囊卵巢综合征不孕 30 例 [J]. 中国针灸, 2012, 32(1): 42.

[18] 施茵, 虞莉青, 尹小君. 针灸治疗肥胖型多囊卵巢综合征的临床疗效观察 [J]. 中华中医药学刊, 2010, 28

(4): 806 - 807.

[19] 李静, 崔薇, 孙伟, 等. 电针对多囊卵巢综合征大鼠干细胞因子及肿瘤坏死因子- α 表达的调节 [J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 9(12): 26 - 28.

[20] 张维怡, 黄光英, 刘洁, 等. 针刺对多囊卵巢综合征大鼠不孕的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(11): 997 - 1000.

(收稿: 2013 - 08 - 13 修回: 2014 - 11 - 27)

2014 年全国中西医结合教育研讨会会议纪要

“2014 年全国中西医结合教育研讨会”于 2014 年 8 月 8—10 日在河北省秦皇岛市召开。本次会议由中国中西医结合学会主办, 中国中西医结合学会教育工作委员会和河北中医学院承办。

会议由中西医结合学会教育工作委员会副主任委员、河北中医学院中西医结合学院院长杜惠兰教授主持。教育工作委员会何清湖副主任委员致开幕词。中国中西医结合学会副会长黄光英、河北省中医药管理局副局长王培芝、中国中西医结合学会学术部主任孔令青、河北中医学院院长孔祥驹出席了会议并讲话。来自河北中医学院、湖南中医药大学、福建中医药大学、安徽中医药大学、华中科技大学等 35 个单位的 102 名代表参加了研讨会。会议围绕制约中西医结合教育事业发展的关键问题展开研讨, 共商中西医结合教育发展大计。会议收到论文 107 篇, 内容包括中西医结合教育研究、教学方法与改革、师资队伍建设和学科建设、临床教学、双语教学、学生管理研究、学术探讨 8 个方面, 并有 20 位专家作了专题报告或大会交流。专题报告会由黄光英和何清湖教授主持, 大会交流分别由施建蓉、李培春、施红和魏媚教授主持。

杜惠兰教授作了“关于中西医结合本科教育”的专题报告。从中西医结合本科教育的历史背景、开设中西医结合本科教育的必要性和意义及如何开展中西医结合本科教育等方面进行了详细论述, 明确了中西医结合人才的培养目标, 强调了“西学中”教育、研究生教育及中医学本科教育均不能取代中西医结合本科教育, 肯定了中西医结合本科教育是培养中西医结合人才的重要阶段。湖南中医药大学何清湖教授就如何构建中西医结合本科专业认证体系及其重要性, 同时就中西医结合专业一体化教学、目标培养及教材建设等问题进行了精辟阐述。上海中医药大学施建蓉教授从住院医师规范化培训体系建设、培训及质量控制体系建设和网络平台建设三个方面详述了医师毕业后教育平台的建设实践。南方医科大学肖炜教授提出了现代医学教育环境下的中西医结合专业人才培养模式, 即以“四个统一”的教育理念, 把握“结合”方向; 以“三个整合”的保障方式, 夯实“结合”平台; 以“六个注重”的教学改革, 渗透“结合”过程。中国中医药出版社罗会斌主任就全国中医药行业“十三五”规划教材建设的相关情况作了报告。

在中西医临床医学本科教育标准和学科建设方面, 北京中医药大学李彧研究员对中西医临床医学本科教育标准研制的工作背景、工作重点、主要内容及工作进度作了详尽的说明。复旦大学上海医学院王彦青教授就编写《中西医结合一级学科简介》及《博士、硕士学位基本要求》的经过及意义进行了介绍。

在中西医结合人才培养方面, 福建中医药大学施红教授作了“中西医结合本科人才培养理念和模式的思考”的大会交流发言, 对中西医结合本科教育的教学理念、教学模式、教材编写及政策保障等方面进行了深入探讨。上海中医药大学郝微微教授就全科医学教育及全科医学思维在中西医临床医学实践体系中的作用进行了有价值的探索和实践。湖南中医药大学邓奕辉教授从中西医的方法论及知识结构差异、人才成长规律的异同以及就业情况分布阐述了中西医结合本科人才的培养。广西中医药大学李培春教授根据广西目前医疗环境状况和社会对中西医结合人才的需求, 提出了开展多种教学、面对基层定向培养等建议和应对策略。扬州大学苏佩清教授对近年中西医结合专业大批转专业现象进行了深入剖析。

在师资建设方面, 河北中医学院方朝义教授精辟论述了中西医结合学科的时代特征以及中西医结合教育的阶段特征, 并提出中西医结合教育背景下教师应具备的专业素养。许庆友教授指出教师的知识结构对于中西医结合教育的成败至关重要, 教师应重视总结中西医结合点, 提升科研和临床能力, 积淀丰厚的文化底蕴。

在教学研究方面, 安徽中医药大学李伟莉教授对中西医结合教学方法和考核手段进行了探析。成都中医药大学吴克明教授和湖南中医药大学宋炜熙教授分别介绍了中西医结合妇产科学和中西医结合内科学的教学经验。此外, 泸州医学院魏媚教授及华中科技大学同济医学院陈琢教授交流了中西医临床医学专业的双语教学经验, 河北中医学院梁文杰副教授介绍了临床检验诊断学的中西医结合研究, 为医学基础课和桥梁课的中西医结合提供了新思路。

这次会议提出了制约中西医结合教育的瓶颈问题及解决对策, 交流了目前中西医结合教育领域的新进展、新亮点, 坚定了开办中西医结合教育的信心, 明确了今后开展中西医结合教育工作的思路 and 措施, 内容丰富, 重点突出, 实用性强, 代表们普遍反映收获很大, 达到了预期效果, 取得了圆满成功。

(郝庆卯 梁文杰 王晓松 杜惠兰整理)