

针灸联合中药治疗血海虚寒型卵巢储备功能下降临床观察

苏敏¹, 孙春梅²

1. 中山市苏敏中医针灸诊所, 广东 中山 528403; 2. 中山市中医院, 广东 中山 528400

[摘要] 目的: 观察针灸联合中药治疗卵巢储备功能下降的临床疗效。方法: 将62例卵巢储备功能下降患者随机分为治疗组32例, 对照组30例, 治疗组给予针灸联合中药治疗, 对照组仅给予中药治疗, 共治疗3月, 随访期3月。观察血清激素变化治疗前后中医症状积分以及随访期中医症状积分。结果: 治疗后, 治疗组FSH水平较治疗前降低, FSH/LH水平降低, E₂水平上升, 治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 2组治疗前后FSH、FSH/LH、E₂组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。中医症状积分2组患者治疗后均有改善, 治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗后, 2组组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗组优于对照组。随访期, 2组间临床症状评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后及随访期治疗组中医症状疗效总有效率与愈显率均高于对照组, 2组愈显率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。结论: 针灸与中药配合较纯中药疗法, 对治疗卵巢储备功能下降之血海虚寒证更加有效。

[关键词] 卵巢储备功能下降; 血海虚寒; 针灸疗法; 温冲汤; 内补丸

[中图分类号] R711.75 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0120-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.053

卵巢储备是指卵巢皮质区卵泡的生长及发育形成可受精的卵母细胞的能力。卵巢储备功能是指卵巢内存留卵泡的数量和质量。卵巢产生卵子能力减弱, 卵泡细胞质量下降, 导致女性生育能力下降及性激素缺乏的这种妇科疾病, 称为卵巢储备功能下降(decreased ovarian reserve, DOS), 卵巢储备功能下降进一步可发展为卵巢早衰(premature ovarian failure, POF)。而随着当今社会育龄妇女心理压力、所处环境污染严重以及饮食安全堪忧等问题的凸显, DOS发病率上升, 严重影响了患者的生活质量和生育需求。针灸在治疗卵巢储备功能下降方面, 有出色的疗效, 近年来, 作者在临床上多以针灸为主, 中药为辅, 采用补肾温冲法治疗该病, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《实用妇科内分泌学》^[1]、《妇产科学》^[2]和《妇产科疾病诊断与鉴别诊断》^[3]制定, 临床表现: 患者有正常的月经或生育史, 年龄 < 40岁; 月经紊乱、经量减少、闭经、不孕甚至出现围绝经期综合征症状; 10 mIU/mL < 卵泡刺激素(FSH) < 40 mIU/mL, 或FSH/黄体生成素(LH) > 3.6, 或伴雌二醇(E₂)明显下降。

1.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]制定血海虚寒证的辨证标准。主症: 月经先期或后期, 经量少, 经行血块或闭经, 或伴不孕, 腰膝酸软, 畏寒肢冷;

次症: 头晕, 耳鸣, 健忘, 失眠, 胁痛, 小腹或少腹疼痛得热痛减, 小便清长, 便溏, 性欲淡漠。舌脉: 舌质淡黯, 苔白, 脉沉, 两尺脉沉弱。主症应当全部具备, 次症具备2项或2项以上, 舌脉征相符即可。

1.3 纳入标准 患者年龄 < 40岁, 有正常的月经或生育史; 符合上述西医诊断标准; 符合上述中医肝肾虚寒证辨证标准; 近3月内未使用过任何激素类药物及其他免疫制剂; 愿意参加本研究, 已签署知情同意书者。

1.4 排除标准 患者 > 40岁, 或月经未来潮, 或无正常月经史; 先天性生殖器官发育异常或后天器质性病变; 合并系统性红斑狼疮、糖尿病或其他内分泌紊乱疾病; 合并心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病; 因染色体异常、肿瘤或因手术、放疗后造成的卵巢功能下降; 患有精神病; 近3月内使用过激素类药物以及其他免疫制剂; 拒绝接受针灸治疗, 或者拒绝服用中药者。

1.5 一般资料 观察病例为2014年7月—2015年7月在中山市苏敏中医针灸诊所及中山市中医院针灸科门诊就诊, 已诊断为卵巢储备功能下降的患者, 共62例。采用非完全随机对照研究方法, 为提高患者依从性, 减少案例脱落数目, 与患者沟通, 提供两套治疗方案, 根据患者接受程度和需求分组, 分为治疗组(针灸为主, 辅以中药)32例和对照组(中药治疗)30例。

[收稿日期] 2016-05-28

[作者简介] 苏敏 (1975-), 女, 副主任医师, 主要从事针灸临床研究工作。

2 治疗方法

2.1 对照组 予温冲汤合内补丸方加减治疗,处方:山药、紫石英(煨研,先煎)各24g,菟丝子15g,沙蒺藜、肉苁蓉、桑螵蛸、当归各12g,制附子(先煎)、肉桂、小茴香(炒)、鹿角胶(烊化)各6g,补骨脂(炒)9g。以上中药12味,水煎,饭后温服,每天2次,经期停药,连续治疗3月。

2.2 治疗组 在对照组治疗方案的基础上加用针灸治疗。取穴:第1组穴位:关元、气海、公孙(双)、足三里(双)、三阴交(双)、太溪(双);第2组穴位:命门、上髎(双)、次髎(双)、中髎(双)、肾俞(双)、肝俞(双),2组穴位交替使用。针具:苏州针灸用品厂有限公司生产,环球牌不锈钢毫针,产品标准号:GB2024-94。1.5寸不锈钢毫针,规格:0.3mm×40.0mm。操作:第1组穴中关元、气海行温针灸,其它穴位采用普通针刺,患者取平卧位,关元、气海针尖应朝向子宫方向。第2组穴中次髎、肾俞行温针灸,其它穴位采用普通针刺。行温针时,应即时清除燃尽或脱落的艾灰,避免烫伤发生。留针30min,隔天治疗,治疗1月为1疗程,共治疗3月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)治疗前: 进行血清性激素水平卵泡刺激素(FSH)、卵泡刺激素/黄体生成素(FSH/LH)和雌二醇(E₂)测定。进行中医症状积分评定,评分标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》制定。评分表见表1。症状评分=症状指数×症状程度。月经先期或后期,经量少,经行血块或闭经,或伴不孕,腰膝酸软,畏寒肢冷;次症:头晕,耳鸣,健忘,失眠,胁痛,小腹或少腹疼痛得热痛减,小便清长,便溏,性欲淡漠。各项症状评分相加之和为总积分,轻度为症状总积分≤15分,中度为15分<症状总积分≤30分,重度30分<症状总积分≤45分。如患者闭经,伴有反复发作的腰膝酸软和头晕耳鸣,轻度的腹部冷痛,则评分为5×3+2×2+1×3+1×1=23分,症状属于中度。(2)治疗后(即持续治疗3月后): 进行FSH、FSH/LH和E₂测定。进行中医症状积分评定。(3)治疗结束后3月,进行随访,对患者进行中医症状积分评定。

表1 症状分级量化指标

症状	证候指数	无(0分)	轻(1分)	中(2分)	重(3分)
月经不调	5	无症状	偶尔	经量不正常,经期不正常,经行血块	闭经,不孕
腰膝酸软	2	无症状	偶有发作	反复发作	持续发作
畏寒肢冷	2	无症状	手足发冷	四肢发冷	全身发冷,保温不解
头晕耳鸣	1	无症状	偶有发生	经常发生	反复发生,不易缓解
健忘失眠	1	无症状	偶有发生	时有发生	严重影响工作生活
胁痛	1	无症状	轻度疼痛	中度疼痛	痛不可忍
腹冷痛	1	无症状	轻度疼痛	中度疼痛,得温痛减	痛不可忍,保温不解
性生活情况	1	无症状	性欲下降	性交痛	性欲丧失
二便不调	1	无症状	偶尔	经常不调	持续不调

3.2 统计学方法 采用SPSS 18.0统计软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示;组内治疗前后比较,采用配对t检验,组间比较,采用独立样本t检验;计数资料用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]及《中医病证诊断疗效标准》制定。疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。痊愈:疗效指数≥90%;显效:70%≤疗效指数<90%;有效:30%≤疗效指数<70%;无效:疗效指数<30%。

4.2 2组患者治疗前后血清激素水平比较 见表2。治疗前,2组患者血清性激素水平FSH、FSH/LH、E₂比较,差异均无统计学意义(P>0.05),提示2组血清激素水平具有可比性。治疗后,治疗组FSH水平较治疗前降低,治疗前后比较,差异有统计学意义(P<0.01);E₂水平较治疗前上升,治疗前后比较,差异有统计学意义(P<0.01);FSH/LH水平降低,治疗前后比较,差异有统计学意义(P<0.01);2组治疗后FSH、FSH/LH、E₂组间比较,差异均有统计学意义(P<0.01)。

表2 2组患者治疗前后血清激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FSH(mIU/mL)		FSH/LH		E ₂ (pmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	32	18.12±8.16	8.42±2.57	3.32±0.68	2.36±0.47	48.17±16.11	84.68±27.96
对照组	30	19.84±8.02	15.56±7.47	3.35±0.72	3.31±0.68	48.22±16.25	65.78±21.67

与治疗前比较,①P<0.01;与对照组治疗后比较,②P<0.01

4.3 2组中医症状改善情况比较 见表3。2组治疗前临床症状评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示组间具有可比性。2组患者治疗后临床症状均有改善,治疗前后比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);治疗后组间比较,差异有统计学意义($P<0.01$);可见经过3月治疗后,治疗组疗效优于对照组。随访期间可见治疗组患者临床症状较稳定,病例中虽也有病情反复情况的出现,但也有患者较治疗后仍有进一步改善,对照组患者临床症状治疗后则不稳定。2组间随访期临床症状评分比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

组别	n	治疗前	治疗后	随访
治疗组	32	18.58±4.86	7.37±2.98	7.01±2.54
对照组	30	17.96±4.98	12.85±4.38	11.85±3.17

与治疗前比较,① $P<0.01$;与对照组同期比较,② $P<0.01$

4.4 2组中医证候疗效比较 见表4,表5。2组治疗3月后临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。虽然2组总有效率都较高,分别为96.87%和86.67%,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗组优势不明显,但愈显率治疗组68.75%,对照组23.33%,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组优于对照组。随访期2组疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。愈显率治疗组56.25%,优于对照组20.00%,2组愈显率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),总有效率随访期治疗组87.50%,优于对照组70.00%。治疗组随访期疗效与治疗前后比较,差异无统计学意义($P>0.05$);对照组随访期疗效与治疗前后比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示治疗组和对照组疗效都较稳定。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	32	7	15	9	1	68.75 ^①	96.87
对照组	30	1	6	19	4	23.33	86.67

与对照组比较,① $P<0.05$

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
治疗组	32	5	13	10	4	56.25 ^①	87.50
对照组	30	0	6	15	9	20.00	70.00

与对照组比较,① $P<0.05$

5 讨论

卵巢储备功能下降,病名从属于西医诊断,中医古籍未见

记载。根据传统中医治法,卵巢储备功能下降,主因人之生长发育生理变化导致肾精不足,或添外邪之因,或加情志不遂所致;病症上,多从属月经病之月经过少、月经后期、经水早断,或有不孕症间杂其中。而随着我国生育政策的变化,因为卵巢储备功能下降所致的不孕症将成为医疗上需要攻坚的重要课题。

《素问·上古天真论》云:“女子二七而天癸至,任脉通,月事以时下,故有子……七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”妇女月事与生育皆与冲脉盛衰有关。现今生活节奏加快,生活压力增加,女性多失于保养,精血亏耗严重;又因贪凉、空调制冷以及起居失当,女性下焦血海虚寒;继以调养不及,病情传变,引起肾阳虚之症状。本研究,中药方剂采用温冲汤合内补丸方加减,既可以散胞宫寒气兼以养肾益精,又可以温阳益气,补肾固精。

《灵枢·五音五味》载:“冲脉、任脉皆起于胞中”,任脉又为阴脉之海,故而在治疗卵巢储备功能下降的择穴中,首选任脉之关元、气海,既能够调动人体元阳之气,又有补虚之功。公孙是脾经之络脉又与奇经八脉相通,太溪是肾经原穴,和命门呼应,三日一往复,既可以滋肾阴又可以振奋肾阳,八髎和三阴交自古以来就为妇科之良穴,而通过膀胱经的肾俞和肝俞,可以对肝肾进行调补,调整二脏之阴阳。本研究之血海虚寒型卵巢储备功能下降,行针之要在于调动人体命门之火,鼓动肾阳,炼精化气,从而使得冲脉充盈,恢复卵巢功能,为更好达到该效果,故而选择温针灸。

本研究结果表明,针灸与中药相结合治疗卵巢储备功能不足,不仅能改善患者血清性激素水平,而且对患者月经紊乱、腰膝酸软、畏寒肢冷、头晕耳鸣、失眠健忘等临床症状的改善明显优于单纯采用中药的疗法,而且疗效更稳定。

[参考文献]

- [1] 于传鑫,李诵弦.实用妇科内分泌学[M].2版.上海:复旦大学出版社,2004:100-101.
- [2] 丰有吉.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:345.
- [3] 丁曼琳.妇产科疾病诊断与鉴别诊断[M].2版.北京:人民卫生出版社,1999:357.
- [4] 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,2002:239-241.

(责任编辑:刘淑婷)