

# 橘黄汤联合达英-35 治疗痰湿阻滞型多囊卵巢综合征临床研究

郑娟<sup>1</sup>, 王祖龙<sup>2</sup>

1. 河南中医学院 2012 级硕士研究生, 河南 郑州 450002; 2. 河南省中医院, 河南 郑州 450002

**[摘要]** 目的: 观察橘黄汤联合达英-35 治疗痰湿阻滞型多囊卵巢综合征(PCOS) 的临床疗效。方法: 将 78 例患者按照随机数字表法分为 2 组各 39 例, 对照组给予口服达英-35 治疗, 治疗组在口服达英-35 的基础上服用橘黄汤, 均治疗 3 个月经周期。结果: 总有效率治疗组为 87.18%, 对照组为 66.67%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后排卵率、妊娠率治疗组分别为 58.97%、20.51%, 对照组分别为 35.90%、5.13%, 2 组比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2 组促卵泡素 (FSH) 水平治疗前后及组间比较, 差异均无显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2 组治疗后促黄体生成素 (LH)、LH/FSH 以及游离睾酮 (T) 值较治疗前均有明显降低, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ); 但各指标组间比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 橘黄汤联合达英-35 治疗痰湿阻滞型 PCOS, 可降低患者 T 及 LH 水平, 促进 FSH 的分泌, 提高排卵率与受孕率, 提高临床疗效。

**[关键词]** 多囊卵巢综合征 (PCOS); 痰湿阻滞型; 橘黄汤; 达英-35

**[中图分类号]** R711.75 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 03-0107-03

多囊卵巢综合征(PCOS)是一种以内分泌紊乱为主, 多种代谢异常导致的临床综合征, 发病率占生育期妇女的 5%~10%, 占无排卵性不孕症患者的 30%~60%, 有报道甚至高达 75%, 已成为影响妇女身心健康和生活质量的常见疾病<sup>[1]</sup>。PCOS 的发病机制尚不清楚。目前认为, PCOS 不单纯是育龄期妇女的疾病, 而是从青春期就开始发生发展并持续影响妇女一生的疾病<sup>[2]</sup>。随着对该病认识的日趋成熟, 采用中医药治疗 PCOS 的优势不断显现。褚玉霞是河南中医学院教授, 全国首批中医传承博士后导师, 河南省首届名中医。橘黄汤是褚老经验效方, 临床主要用来治疗痰湿阻滞型月经病及不孕症, 尤其对痰湿阻滞型 PCOS 疗效较好。2012 年 6 月~2013 年 6 月, 笔者运用橘黄汤联合达英-35 治疗痰湿阻滞型 PCOS 39 例, 疗效满意, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为河南省中医院妇科门诊确诊为痰湿阻滞型的 PCOS 患者, 共 78 例, 按随

机数字表法随机分为 2 组各 39 例。治疗组年龄 16~40 岁, 平均(27.56±7.36)岁; 月经稀发或闭经者 36 例。对照组年龄 19~41 岁, 平均(26.98±8.27)岁; 月经稀发或闭经者 35 例。78 例患者均已婚。2 组患者年龄、病程经统计学分析, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 采用 2003 年欧洲人类生殖和胚胎与美国生殖医学会的(ESHRE/ASRM)鹿特丹专家会议推荐的标准<sup>[3]</sup>: ①稀发排卵或无排卵, 临床表现为闭经、月经稀发以及基础体温单项; ②高激素的临床表现, 和(或)高雄激素血症; ③卵巢多囊性改变, B 超检查可见一侧或双侧卵巢直径 2~9 mm 的卵泡≥12 个, 和(或)卵巢体积≥10 cm<sup>3</sup>。符合上述 3 项中任何 2 项者, 即可诊断 PCOS。

1.3 辨证标准 参照《中医妇科学》<sup>[4]</sup>拟定痰湿阻滞型: 月经延后或渐至闭经, 经量少, 色淡、质黏稠, 渐致闭经, 或婚久不孕, 带下量多, 胸闷泛恶, 形体丰满或肥胖, 或有毛发浓密, 神疲肢倦, 纳少痰多,

**[收稿日期]** 2013-10-17

**[作者简介]** 郑娟 (1979-), 女, 硕士研究生, 主要从事中医药治疗女性生殖内分泌疾病研究。

**[通讯作者]** 王祖龙, E-mail: wangzulong123@126.com。

苔白腻，脉滑或沉滑。

1.4 纳入标准 ①符合诊断标准及辨证为痰湿阻滞型；②近3个月内未使用性激素类药物及内分泌有影响药物；③无严重心、肺、肝、血液系统等重要脏器疾病及精神类疾病；④患者知情同意。

1.5 排除标准 参照《妇产科学》<sup>[3]</sup>拟定：①其它原因的高雄激素血症者，如迟发型先天性肾上腺皮质增生、库欣综合征、分泌雄性激素的肿瘤；②其它引起排卵障碍的疾病者，如高泌乳素血症、卵巢早衰、垂体或下丘脑性闭经等；③近3个月内使用过影响内分泌的药物；④依从性差或主要资料不全者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 于月经周期或撤退性出血后(如月经推迟而无定期者，肌肉注射黄体酮针 20 mg，每天1次，连用3天)，第5天开始口服达英-35(拜耳医药保健有限公司广州分公司，生产批号：20110003，每片含醋酸环丙孕酮 2 mg，炔雌醇 0.035 mg)，每天1片，连续服用21天。停药后等待撤退性出血，于撤退性出血后第5天再次使用，连续3月经周期。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加服中药橘黄汤。处方：橘红、天竺黄、姜半夏、苍术、枳实、浙贝母各 10 g，香附、茯苓、车前子(包煎)各 15 g，冬瓜皮、丹参各 30 g，胆南星、炙甘草各 6 g。中药材由河南省中医院药房提供。煎服法：每天1剂，水煎取汁 400 mL，分早晚2次温服。

2组均连续治疗3个月经周期为1疗程，1疗程后统计疗效。

## 3 统计学方法

数据采用 SPSS17.0 统计软件进行分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )描述，符合正态分布的采用 *t* 检验，不符合正态分布的采用非参数检验；计数资料采用  $\chi^2$  检验；等级资料采用秩和检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《妇产科学》<sup>[3]</sup>相关标准拟定。痊愈：B超检测卵泡发育及排卵，卵巢多囊样改变消失、体积减小致正常范围；性激素测定各项指标均正常；基础体温呈双相；不孕症患者受孕。有效：治疗前主卵泡直径  $< 9$  mm，治疗后直径  $> 15$  mm；促黄体生成素(LH)/促卵泡素(FSH)比值下降，游离睾酮(T)下降致治疗前 50%；无效：治疗3月后临床症状无变化；性激素测定仍不正常。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为 87.18%，对照组为 66.67%，2组比较，差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	痊愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	39	11	23	5	87.18 <sup>①</sup>
对照组	39	7	19	13	66.67

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.3 2组排卵率及妊娠率比较 见表2。治疗后治疗组排卵率、妊娠率分别为 58.97%、20.51%，对照组分别为 35.90%、5.13%，2组比较，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	排卵情况			妊娠情况		
		排卵	未排卵	排卵率(%)	妊娠	未妊娠	妊娠率(%)
治疗组	39	23	16	58.97 <sup>①</sup>	8	31	20.51 <sup>①</sup>
对照组	39	14	25	35.90	2	37	5.13

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后激素水平变化比较 见表3。2组FSH水平治疗前后及组间比较，差异均无显著性意义( $P > 0.05$ )。2组治疗后LH、LH/FSH以及T值较治疗前均有明显降低，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )；但各指标组间比较，差异均无显著性意义( $P > 0.05$ )。

组别	时间	FSH(IU/L)	LH(IU/L)	LH/FSH	T(ng/mL)
治疗组	治疗前	5.47 ± 1.82	17.91 ± 4.53	3.06 ± 1.12	2.49 ± 0.86
	治疗后	5.36 ± 1.73	10.74 ± 4.80 <sup>①</sup>	1.49 ± 0.46 <sup>①</sup>	0.67 ± 0.42 <sup>①</sup>
对照组	治疗前	5.49 ± 1.78	17.82 ± 0.62	3.08 ± 1.08	2.58 ± 0.83
	治疗后	5.38 ± 1.69	11.04 ± 4.57 <sup>①</sup>	1.46 ± 0.53 <sup>①</sup>	0.69 ± 0.46 <sup>①</sup>

与同组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.5 2组不良反应比较 治疗组出现头晕、便溏2例；对照组出现不同程度的头晕、恶心、乳房胀痛及腹泻等症状3例，停药后症状均消失。

## 5 讨论

PCOS是以稀发排卵或无排卵、高雄激素或胰岛素抵抗、多囊卵巢为特征的内分泌紊乱症候群。临床主要特征是雄激素过多和持续无排卵。病因至今尚不清楚。目前，现代医学多认为PCOS的病因可能与高胰岛素血症和胰岛素抵抗有关<sup>[4]</sup>。

PCOS 病因病机复杂, 临床证型多变。而痰湿阻滞型 PCOS 是最常见的证型之一。中医学早在元代《丹溪心法·卷五·子嗣九十三》中就有论述: “若是肥盛妇人, 享受甚厚, 恣于酒食之人, 经水不调, 不能成胎, 谓之躯脂满溢, 闭塞子宫, 宜行湿燥。” “经不行者, 非无血也, 为痰所碍而不化。” 朱丹溪认为, 痰湿阻滞于胞脉胞络, 血行瘀滞, 导致月经后期、闭经或不孕, 并为治疗“痰湿不孕”、“痰湿闭经”制订了丹溪痰湿方。《万氏妇科·经水多少》中云: “肥人经水来少者, 责其痰碍经隧也。” 《女科切要》亦云: “肥白妇人, 经闭而不通者, 必是湿痰与脂膜壅塞之故也。” 《陈素庵妇科补解·调经门·经水不通有痰滞方论》中对痰湿阻滞型闭经也有较为详尽的论述: “经水不通有属积痰者, 大率脾气虚, 土不能制水, 水谷不化精, 生痰不生血, 痰久则下流胞门, 闭塞不通, 或积久成块, 占住血海, 经水闭绝; 亦有妇人体胖脑满, 积痰生热, 热结则血不通。” 临证所见, PCOS 痰湿阻滞型患者大多形体肥胖, 素体脾虚, 恣食肥甘厚味或饮食不节, 导致脾胃损伤, 脾胃运化失司, 肾虚不能化气行水, 水湿内停, 聚湿成痰, 痰湿内生, 壅塞冲任, 闭塞胞脉及胞络, 气血运行受阻, 使血不得下行而致月经后期甚或闭经; 痰湿脂膜积聚日久, 则见形体肥胖; 瘀血阻滞, 瘀久成癥, 以致卵巢包膜增厚, 排卵障碍, 导致不孕。

本病既是脾虚肾亏, 痰湿互结为患, 治疗则应以健脾补肾、化痰祛瘀立法。橘黄汤方中苍术芳香燥烈, 燥湿健脾之力较强。茯苓、冬瓜皮淡渗利湿。天竺黄、胆南星、陈皮、茯苓、姜半夏燥湿化痰, 健脾和胃, 以绝生痰之源, 与苍术同用加强祛痰湿的作用。此即所谓“痰之本水也, 源于肾; 痰之动湿也, 主于脾”<sup>[5]</sup>。痰湿既是脾虚健运失司的病理产物, 又是阻滞气机的病理因素, 痰湿停滞, 阻碍气机, 则气机不畅<sup>[6]</sup>。故用香附疏肝理气, 香附为气中血药, 理

气行滞, 气行则血行; 浙贝母化痰散结; 枳实破气消积, 化痰除痞; 丹参活血祛瘀散结, 善调经水, 三药与香附配合疏肝理气, 行气活血, 气行则痰满消; 甘草甘平补脾益气。诸药合用, 共以补脾土以制湿, 利气则痰无能滞留, 益脾治其本, 利气治其标<sup>[6]</sup>。达英-35 是一种较强的抗雄激素活性的孕激素制剂, 能明显改善内分泌紊乱, 形成规则的月经周期, 对多毛、痤疮有效, 对 LH/FSH 比值明显紊乱者也有很好的调节作用<sup>[7]</sup>。经过 3 个月经周期的治疗, 患者体重明显减轻, 月经周期趋于正常, 同时结合 B 超检测卵巢大小正常, 并了解卵泡发育情况, 不孕患者嘱其择“氩氩期”交合, 促使怀孕。

观察表明, 橘黄汤联合达英-35 治疗痰湿阻滞型 PCOS, 衷中参西, 明显提高了排卵率与妊娠率, 改善了内分泌与代谢紊乱状态, 保证了月经周期的规律性, 疗效明显优于单纯西药治疗。

#### [参考文献]

- [1] Futterweit W. Polycystic ovary syndrome: clinical perspectives and management [J]. Obstet Gynecol Surv, 1999, 54(6): 403-413.
- [2] Yii MF, Lim CE, Luo X. Polycystic ovarian syndrome in adolescence [J]. Gynecol Endocrinol, 2009, 25(10): 634-639.
- [3] 丰有吉, 沈铿. 妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 258.
- [4] 张玉珍. 中医妇科学 [M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 128.
- [5] 孙红, 李晖, 王祖龙. 褚玉霞教授治疗多囊卵巢综合征用药经验分析 [J]. 新中医, 2012, 6(44): 59.
- [6] 白云, 薛晓岚. 从脾虚痰湿论治多囊卵巢综合征临床观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(2): 299.
- [7] 庄广伦. 多囊卵巢综合征的助孕策略 [J]. 中华妇产科杂志, 2003, 38(8): 484.

(责任编辑: 冯天保)

欢迎邮购 2012 年《新中医》合订本  
每套 3 册, 共 230 元