

# 多囊卵巢综合征不同中医证型超声特点分析

杨振光<sup>1</sup>, 张丽霞<sup>2</sup>

1. 武警浙江总队嘉兴医院 B 超室, 浙江 嘉兴 314052; 2. 嘉兴市妇幼保健院, 浙江 嘉兴 314052

**[摘要]** 目的: 分析多囊卵巢综合征(PCOS)不同中医证型的超声特点。方法: 将 200 例 PCOS 患者作为研究对象, 其中气滞血瘀型 68 例, 痰湿阻滞型 70 例, 肾虚肝郁型 62 例, 均于月经周期第 5 天行多普勒彩色超声检查, 观察比较 3 种证型患者卵巢的形态学及血流动力学指标。结果: 气滞血瘀型、肾虚肝郁型卵巢体积(V)、卵泡数目(FN)水平均低于痰湿阻滞型, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 气滞血瘀型与肾虚肝郁型 V、FN 水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。3 组间质面积/总面积(SA/TA)比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。气滞血瘀型阻力指数(RI)、血流搏动指数(PI)均高于痰湿阻滞型、肾虚肝郁型, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 痰湿阻滞型 RI、PI 与肾虚肝郁型比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 气滞血瘀型超声特点为 RI、PI 偏高, 痰湿阻滞型表现为卵巢体积增大、卵泡数目增多, 而肾虚肝郁型超声检查无典型特征, 提示 PCOS 中医分型可依据超声相关参数。

**[关键词]** 多囊卵巢综合征(PCOS); 中医证型; 超声特点

**[中图分类号]** R711.75 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)10-0124-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.058

多囊卵巢综合征(PCOS)发病机制尚不清楚, 不同年龄段该病症状不一, 育龄期典型症状为排卵障碍、不孕、肥胖, 而中老年患者长时间处于代谢紊乱状态, 易引发高血压、心血管疾病等<sup>[1]</sup>。中医学认为 PCOS 属于不孕、闭经等范畴, 强调辨病结合辨证原则, 但目前尚无统一标准分辨不同中医证型及疗效评价。多普勒彩色超声检查具有操作简单、准确性高等特点, 不仅可对患者的卵巢形态直接观察, 还可反映卵巢血流学变化, 为疾病临床诊断、治疗、预后提供重要依据<sup>[2]</sup>。基于此, 本研究通过分析 PCOS 不同中医证型患者的超声特点, 旨在为该疾病的临床诊治提供客观参考。报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 符合《妇产科学》<sup>[3]</sup>中 PCOS 的诊断标准, 表现出闭经、无排卵或稀发排卵症状; 高雄激素表现, 多毛; B 超提示双侧卵巢直径 2~9 mm 卵泡 12 个及以上。3 项中至少满足 2 项可确诊。

**1.2 辨证标准** 参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>相关辨证标准。气滞血瘀型: 不孕、闭经或经期紊乱, 伴乳房胀痛, 易怒, 舌暗红、苔薄, 脉沉涩。痰湿阻滞型: 不孕、闭经或经期紊乱; 肥胖, 气短, 白带量多且色白; 舌淡、苔腻, 脉滑。肾虚肝郁型: 不孕、闭经或经期紊乱; 头晕, 腰腿酸, 性欲下降; 舌暗、苔薄且白, 脉沉弱。

**1.3 纳入标准** 符合诊断标准与中医辨证标准; 获取医院伦理委员会批准; 患者知情并签署同意书。

**1.4 排除标准** 由甲状腺功能异常等引发的排卵障碍性疾病; 因肾上腺皮质增生等其他疾病表现出高雄激素; 不符合诊断标准者; 有卵巢手术史、近期激素及相关药物使用史。

**1.5 一般资料** 抽取 2013 年 1 月—2014 年 12 月武警浙江总队嘉兴医院及嘉兴市妇幼保健院诊治的 PCOS 患者, 共 200 例。气滞血瘀型: 68 例, 平均年龄(28.0±6.3)岁; 平均月经初潮年龄(14.6±3.0)岁; 平均多毛评分(3.4±1.1)分; 平均体重指数 22.2±4.2。痰湿阻滞型: 70 例, 平均年龄(27.1±6.5)岁; 平均月经初潮年龄(14.0±3.0)岁; 平均多毛评分(3.5±1.0)分; 平均体重指数 27.6±4.0。肾虚肝郁型: 62 例, 平均年龄(27.5±6.2)岁; 平均月经初潮年龄(13.6±3.7)岁; 平均多毛评分(3.3±1.2)分; 平均体重指数 23.6±4.1。3 组年龄、月经初潮年龄、多毛评分等比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 有可比性。

## 2 治疗方法

200 例患者均于经期第 5 天接受多普勒彩色超声检查, 叮嘱患者检查前将膀胱排空, 清洁阴道部位, 取膀胱截石位, 经由阴道慢慢将探头(避孕套防护, 且涂抹些耦合剂)送入, 先测量子宫大小、内膜厚度, 随后转动探头以观察卵巢形态、回

**[收稿日期]** 2015-05-09

**[作者简介]** 杨振光 (1971-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: B 超。

**[通讯作者]** 张丽霞, E-mail: 1257648202@qq.com。

声、卵泡数目(FN)等情况,计算测定患者的卵巢体积(V)、卵巢间质面积/总面积(SA/TA)、阻力指数(RI)、血流搏动指数(PI)。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 测量并记录3组患者的卵巢形态学(V、SA/TA、FN)及血流动力学(RI、PI)指标。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计软件分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,多组数据比较采用单因素方差分析,两两比较采用 $t$ 检验。

## 4 研究结果

4.1 3种证型卵巢形态学相关指标比较 见表1。3组V、FN经方差分析,差异均有统计学意义( $F=7.89、12.42, P<0.05$ )。气滞血瘀型、肾虚肝郁型V、FN水平均低于痰湿阻滞型,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );气滞血瘀型与肾虚肝郁型V、FN水平比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。3组SA/TA比较,差异无统计学意义( $F=1.38, P>0.05$ )。

表1 3种证型卵巢形态学相关指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

证型	n	V(cm <sup>3</sup> )	SA/TA	FN(个)
气滞血瘀型	68	9.67±3.00 <sup>①</sup>	0.528±0.08	13.86±3.12 <sup>②</sup>
痰湿阻滞型	70	12.86±3.26	0.545±0.08	17.03±3.25
肾虚肝郁型	62	10.29±2.61 <sup>①</sup>	0.538±0.07	14.08±4.50 <sup>②</sup>

与痰湿阻滞型比较,① $P<0.05$

4.2 3种证型卵巢血流动力学相关指标比较 见表2。3组RI、PI经方差分析,差异均有统计学意义( $F=7.98、10.43, P<0.05$ )。气滞血瘀型RI、PI均高于痰湿阻滞型、肾虚肝郁型,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );痰湿阻滞型RI、PI与肾虚肝郁型比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

表2 3种证型卵巢血流动力学相关指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

证型	n	RI	PI
气滞血瘀型	68	0.63±0.13 <sup>①②</sup>	1.01±0.28 <sup>①②</sup>
痰湿阻滞型	70	0.50±0.14	0.70±0.12
肾虚肝郁型	62	0.51±0.12	0.66±0.16

与痰湿阻滞型比较,① $P<0.05$ ;与肾虚肝郁型比较,② $P<0.05$

## 5 讨论

目前临床诊断PCOS以超声为主,主要表现为卵巢间质增多、回声变大、卵巢体积增大等特点,同时公认的PCOS诊断标准为单侧或双侧卵巢直径2~9mm,卵泡数目至少12个,或者卵巢体积在10cm<sup>3</sup>及以上<sup>[5]</sup>。近年来中医药在妇科疾病治疗中的应用越来越多,且强调辨证施治,充分发挥中医药的优势。本研究通过对PCOS不同中医证型的超声特点进行分析,以便对症下药,提高疾病治疗效果。

多囊卵巢综合征与不孕、闭经等症状类似,根本在于肾虚,而肾脏与“精力”、生殖能力密切相关,早在《素问·上古

天真论》一文中就提出了肾气参与女子生长、发育、生殖及衰老过程,肾气不足致冲任脉不通,血海空虚,长此以往则发生闭经现象;且肾虚使水湿内停,痰成且浊,影响气机,致使气血不畅,久之成瘀,痰瘀互结致不孕<sup>[6]</sup>。《万氏女科·闭经》中记载“忧愁思虑……气郁血滞而经不行”,认为肝郁易血滞,脉道阻塞而闭经。《丹溪心法·子嗣》曰:“若是肥盛妇人,禀受其厚……经水不调,不能成胎,谓之躯脂满溢,闭塞子宫”,提出月经不行与痰湿积聚有关<sup>[7]</sup>。黎小斌等<sup>[8]</sup>将PCOS分为肾虚血瘀证、脾虚痰湿证、脾肾阳虚证、肾阴虚证、气滞血瘀证、肝郁血热证6大证型,且不同证型内分泌相关激素水平不一。王兴娟等<sup>[9]</sup>将PCOS分为脾虚证、肝虚证及肾虚证,且不同证型有其独特的内分泌代谢特点。

本研究在总结前人研究成果及临床实践经验后,选择气滞血瘀型、痰湿阻滞型与肾虚肝郁型PCOS患者为研究对象。本研究结果显示,痰湿阻滞型患者V、FN高于其他2种证型( $P<0.05$ ),这与脾虚湿盛为PCOS病理过程中的关键一环有关,中医学认为,脾虚影响水精四布,长久积成痰,影响五脏六腑,痰癖裹于胞宫,致使排卵障碍,卵巢体积明显扩大<sup>[10]</sup>,且患者体重明显上升,本组痰湿阻滞型患者体重指数最大。现代医学认为,痰湿阻滞与机体代谢异常、胰岛素抵抗等密切相关。同时3组SA/TA比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),提示该指标不可作为PCOS不同证型评价的指标,但可辅助诊断该疾病。RI、PI作为卵巢血流学重要指标,其中RI即卵巢动脉阻力,该指标与卵巢血流灌注好坏呈反比;PI主要反映血管搏动情况。结果显示气滞血瘀型患者的RI、PI均高于其他2种证型( $P<0.05$ ),这与血瘀影响血液流变学理论一致。中医学提出,气滞会造成血瘀,即血流受阻,血流量减少或不流,由此推测气滞血瘀会导致卵巢血流阻力偏高。现代医学认为血流量降低、外周血流阻力上升等均会导致血流缓慢,血黏度上升,致使PI升高。

综上所述,气滞血瘀型超声典型特征为RI、PI偏高,痰湿阻滞型超声典型特征为卵巢体积增大、卵泡数目增多,而肾虚肝郁型无典型超声特征,临床可通过超声检查判断PCOS的不同中医分型,值得进一步研究。

## [参考文献]

- [1] 刘艳丽,吕涛,尹科,等. 多囊卵巢综合征的中医证型与超声指数的相关性分析[J]. 中医药导报, 2014(14): 68-69.
- [2] 宋倩. 彩色多普勒超声在多囊卵巢综合征诊断中的价值[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2011, 9(5): 447-449.
- [3] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2010: 256.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则:

- 第 1 辑[S]. 1993: 231- 280.
- [5] 党慧敏, 刘艳巧, 刘润侠, 等. 调经助孕方联合来曲唑对多囊卵巢综合征不孕患者卵泡发育及卵巢、子宫血流动力学影响[J]. 中医药导报, 2013(6): 3- 6.
- [6] 谢梦, 李昕, 周毓青, 等. 育龄期多囊卵巢综合征患者卵巢超声影像学特征及诊断初探[J]. 中华医学杂志, 2012, 92(33): 2319- 2322.
- [7] 杨新鸣, 张颖, 邹红, 等. 多囊卵巢综合征超声下卵巢形态学参数与痰湿、血瘀体质的关系[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(1): 69- 70, 72.
- [8] 黎小斌, 兰小玉, 欧爱华, 等. 多囊卵巢综合征的中医证候分布及其规律探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(3): 323- 326.
- [9] 王兴娟, 曾晓聆, 刘颖, 等. 多囊卵巢综合征不同中医证型与内分泌代谢的相关性探索[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(8): 1085- 1089.
- [10] 王艳丽. 卵巢超声参数与多囊卵巢综合征 3 种常见中医证型的关系[D]. 郑州: 河南中医学院, 2013.
- (责任编辑: 吴凌)

## 温肾祛湿方联合氯米芬治疗多囊卵巢不孕症临床观察

鄢丽娟

杭州市采荷街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310016

**[摘要]** 目的: 观察温肾祛湿方联合氯米芬治疗多囊卵巢不孕症的临床疗效。方法: 多囊卵巢不孕症患者 58 例, 随机为 2 组。2 组均给予基础治疗, 对照组 28 例在基础治疗上, 给予氯米芬片治疗; 观察组 30 例, 在对照组治疗基础上加用温肾祛湿方治疗。结果: 2 组患者在促排卵成功率、妊娠率、流产率几方面比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组宫颈黏液评分值和子宫内膜厚度均明显高于对照组, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 观察组血清雌二醇 ( $E_2$ ) 值低于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 温肾祛湿方联合氯米芬治疗多囊卵巢不孕症临床疗效确切。

**[关键词]** 多囊卵巢不孕症; 温肾祛湿; 氯米芬

**[中图分类号]** R711.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0126-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.059

多囊卵巢不孕症是妇女常见一种内分泌紊乱疾病, 由此诱发不孕症, 其临床表现主要为高雄激素、卵巢多囊病变、高雄激素血症、排卵少或长期不排卵, 是导致女性不孕主要原因<sup>[1]</sup>。临床上常用氯米芬等药物治疗。笔者采用温肾祛湿方联合氯米芬治疗多囊卵巢不孕症, 收到较好的疗效, 现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例为 2014 年 1—9 月本中心多囊卵巢不孕症患者, 共 58 例; 随机分为 2 组, 观察组 30 例, 年龄 28~37 岁, 平均(29.1±4.3)岁; 病程 2~7 年, 平均(4.5±1.3)年。对照组 28 例, 年龄 27~38 岁, 平均(29.5±4.1)岁; 病程 2~6 年, 平均(3.9±1.5)年。2 组年龄、病程等比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《妇科学》<sup>[2]</sup>诊断标准。①排卵稀少或不排卵、高雄激素血症和卵巢直径 2~9 mm, ②配偶生殖和性生活正常、未采取避孕措施而 2 年未成功受孕者, ③未予促排卵治疗措施。排除女性子宫内功能异常或非多囊卵巢病变不孕者、男性不育等。

### 2 治疗方法

**基础治疗:** 自月经周期 11 天起, B 超检查卵泡数量、大小、子宫内膜厚度; 当卵泡平均直径大于 18 mm 时, 注射 1 万单位人绒毛膜促性腺激素, 注射 24 h 后指导患者性生活, 监测卵泡破裂情况。全部优势卵泡形成后, 尿黄体生成素达到峰值时, 肌肉注射黄体酮 20 mg, 每天 1 次, 连续注射 14 天。

**[收稿日期]** 2015-04-11

**[作者简介]** 鄢丽娟 (1977-), 女, 主治医师, 主要从事妇科临床工作。