**督脉温针灸辅助治疗肾阳虚型PCOS所致不孕患者的效果**

**单醒瑜 赖舒婷**

**（广东省广州市增城区中医医院治未病科 广州511300）**

**摘要：目的：**探讨督脉温针灸辅助治疗肾阳虚型多囊卵巢综合征(PCOS)所致不孕患者的效果。**方法：**选择2016年9月至2020年12月医院收治的60例肾阳虚型PCOS，按随机抽样分为C组和O组，每组30例。于月经第5天开始治疗，C组采用克罗米芬，O组在C组基础上行督脉温针灸。对比两组临床疗效、性激素、B超相关检查项目、妊娠率及阳虚体质改善率。**结果：**O组治疗总有效率高于C组（86.67%＞63.33%，P＜0.05）；O组卵泡刺激素（FSH）、睾酮（T）、泌乳素（PRL）、黄体生成素（LH）水平低于C组，雌二醇（E2）水平高于C组（P＜0.05）；O组双侧卵巢体积均小于C组，双侧卵泡数少于C组，卵泡大小大于C组（P＜0.05）。O组患者阳虚体质改善率明显高于C组（P＜0.05），O组改善率为93.33%，C组改善率为10.00%。随访6个月后，O组妊娠率高于C组（53.57%＞25.93%）（P＜0.05）。**结论：**在克罗米芬基础上应用督脉温针灸治疗PCOS伴不孕患者，能改善患者的阳虚体质，并调节性激素水平，促进子宫卵巢功能的恢复，提高妊娠率，临床疗效佳。

**关键词：**不孕；多囊卵巢综合征；肾阳虚型；督脉温针灸；克罗米芬

**中图分类号：**R271.14 文献标识码：B

多囊卵巢综合征（Polycystic Ovarian Syndrome, PCOS）由于患者的卵泡发育和排卵异常，多伴有不孕。西医根据PCOS发病的内分泌异常机制，应用西药调理患者的性激素紊乱，诱发排卵。在实践中发现，西药可导致患者出现多卵泡发育的情况，且部分患者对克罗米芬有抵抗现象，整体疗效欠佳[1]。中医学认为，以肾为主导的肾-天癸-冲任-胞宫生轴功能障碍是PCOS发病的重要环节，肾虚所致的元阳亏耗、冲任不通，肾精不足则无法促进卵子生长、成熟、排出，常见肾阳虚型[2]，在中医体质辨识时，多为阳虚质。针灸为中医疗法的一种，温针灸即将针刺与艾灸结合；督脉分支联系少阴肾经，与胞宫有着密不可分的关系，督脉温针灸通过经络、腧穴的传导作用发挥温肾助阳、通利除淤的功效，能从根源上改善患者阳虚的体质。针灸疗法的疗效现已在治疗子宫内膜异位症、子宫腺肌症等病症中得到证实[3]。本研究探讨督脉温针灸辅助治疗肾阳虚型PCOS所致不孕患者的效果。现报道如下：

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 选择2016年9月至2020年12月医院收治的60例肾阳虚型PCOS，按随机抽样分为C组和O组，每组30例。C组年龄24~35岁，平均（29.50±4.11）岁；不孕时间1~4年，平均（2.90±0.65）年；是否有遗传史：有18例，无12例。O组年龄25~35岁，平均（29.40±4.25）岁；不孕时间1~4年，平均（2.78±0.69）年；是否有遗传史：有16例，无14例。两组一般资料对比无显著差异（P＞0.05），具有可比性。纳入标准：（1）符合西医[4]及中医[5]对PCOS的诊断；（2）性生活正常，未行避孕措施，超过1年以上不孕；（3）近三个月内未接受激素药物治疗；（4）治疗依从性良好；（5）知情同意。排除标准：（1）配偶生育能力异常；（2）其他原因引起的高雄激素；（3）输卵管等其他因素引起的不孕；（4）需针刺部位存在皮肤溃破、炎症、创伤。

**1.2 治疗方法** C组：采用克罗米芬（国药准字H31021170）。于月经第5 天开始给药，口服50 mg/d，连续服用5 d。如伴有闭经者，需先口服黄体酮治疗，于撤退性出血第5 天开始口服克罗米芬，剂量不变。O组：在C组基础上行督脉温针灸。选择30号、长1~1.5寸的针灸针，操作方法：先找到中脘、关元、气海、中极、命门、腰阳关、腰俞穴位，将针灸针刺入，在上述穴位进行温针灸，将柱状艾绒插在针刺于上述穴位针灸针的针柄上，借助针柄的导热作用将艾绒的热力到达穴位深部，保留30 min。气海、关元、命门三个穴位采用补法，针刺气海、关元时以患者感受到向会阴放射时最佳，针刺命门时以患者感受到向子宫放射最佳，其余穴位采用平补平泄法。治疗频次：患者每2天接受1次温针灸治疗，待B超检查见卵泡长度＞18 mm时，温针灸治疗频次改为每天1次。3个月经周期为一个疗程，连续治疗2个疗程。治疗结束后随访6个月。  
**1.3 观察指标** （1）临床疗效：参考《中医病症诊断疗效标准》[6]。痊愈：患者妊娠或恢复正常排卵，性激素测定在正常范围，疗效指数≥90%；显效：患者排卵基本恢复，性激素水平较治疗前明显改善，疗效指数为75%~89%；有效：排卵未恢复，激素水平有所改善，疗效指数为30%~74%；无效：激素水平较治疗前无改善，疗效指数＜30%。疗效指数=（治疗前积分－治疗2个疗程结束后积分）/治疗前积分×100%，总有效率=（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数×100%。（2）性激素：于治疗前（T0）、治疗2个疗程结束后（T1），于月经期的2~5 d采集空腹静脉血液，离心后取血清样本进行检测，采用化学发光免疫分析仪（希森美康HISCL-5000）测定卵泡刺激素（FSH）、睾酮（T）、泌乳素（PRL）、黄体生成素（LH）。（3）B超检查相关项目：于T0、T1，行子宫超声（迈瑞DC-41）检查，测定双侧卵巢体积、双侧卵泡数、排卵数、卵泡大小。（4）阳虚体质改善率：于T0、T1采用炎黄东方中医药健康服务智能化平台中“中医体质辨识”的系统进行评分，计算分值。痊愈：疗效指数≥90%；显效：疗效指数为75%~89%；有效：疗效指数为30%~74%；无效：疗效指数为＜30%。疗效指数=（T0积分－T1积分）/T0积分×100%，总改善率=（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数×100%。（5）妊娠率：于随访6个月后评价。

**1.4 统计学方法** 数据录入SPSS22.0软件分析，计量资料用（±s）表示，计数资料以%表示，分别行t、χ2检验，P＜0.05表示差异有统计学意义。

**2 结果**

2.1 两组临床疗效对比 O组治疗总有效率高于C组（86.67%>63.33%，P＜0.05）。见表1。

表1 两组临床疗效对比[例（%）]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组别 n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
| C组 30 | 6（20.00） | 8（26.67） | 5（16.67） | 11（36.67） | 19（63.33） |
| O组 30 | 8（26.67） | 12（40.00） | 6（20.00） | 4（13.33） | 26（86.67） |
| *χ2* |  |  |  |  | 4.356 |
| *P* |  |  |  |  | 0.037 |

2.2 两组性激素水平对比 治疗2个疗程结束后，O组LH、FSH、T、PRL水平低于C组，E2水平高于C组（P＜0.05）。见表2。

表2 两组性激素水平对比（±s）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组别 n | FSH（U/L） | | T（ng/L） | | PRL（μg/L） | | LH（U/L） | | E2（ng/L） | |
| T0 | T1 | T0 | T1 | T0 | T1 | T0 | T1 | T0 | T1 |
| C组 30 | 9.43±1.76 | 5.87±1.48\* | 63.59±2.40 | 10.16±2.44\* | 16.70±2.34 | 11.23±1.50\* | 25.34±3.40 | 11.56±2.65\* | 66.85±12.60 | 95.60±10.37\* |
| O组 30 | 9.20±1.80 | 5.08±1.34\* | 64.16±3.50 | 8.23±1.60\* | 16.85±2.49 | 10.28±1.41\* | 26.40±3.68 | 10.24±2.30\* | 66.21±13.45 | 102.34±12.58\* |
| *t* | 0.500 | 2.167 | 0.736 | 3.623 | 0.240 | 2.528 | 1.159 | 2.060 | 0.190 | 2.264 |
| *P* | 0.619 | 0.034 | 0.465 | 0.001 | 0.811 | 0.014 | 0.251 | 0.044 | 0.850 | 0.028 |

注：与同组T0比较，\**P*＜0.05。

2.3 两组B超检查相关项目对比 治疗2个疗程结束后，O组双侧卵巢体积均小于C组，双侧卵泡数少于C组，卵泡大小大于C组（*P*＜0.05）。见表3。

表3 两组B超检查相关项目对比（±s）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组别 n | 左侧卵巢体积（cm3） | | 右侧卵巢体积（cm3） | | 左侧卵泡数（个） | | 右侧卵泡数（个） | | 卵泡大小（mm） | |
| T0 | T1 | T0 | T1 | T0 | T1 | T0 | T1 | T0 | T1 |
| C组 30 | 12.75±2.40 | 7.20±1.50\* | 13.10±2.56 | 7.11±1.37\* | 22.46±3.20 | 7.65±1.25\* | 22.52±2.65 | 7.46±1.35\* | 11.26±2.10 | 21.53±1.31\* |
| O组 30 | 12.34±2.19 | 6.12±1.23\* | 12.84±2.43 | 5.60±1.05\* | 22.58±3.16 | 6.45±1.44\* | 22.78±2.23 | 6.20±1.30\* | 11.43±2.25 | 22.40±1.24\* |
| *t* | 0.691 | 3.049 | 0.403 | 4.792 | 0.146 | 3.447 | 0.411 | 3.447 | 0.271 | 2.642 |
| *P* | 0.492 | 0.004 | 0.688 | 0.000 | 0.884 | 0.001 | 0.682 | 0.001 | 0.788 | 0.011 |

注：与同组T0比较，\**P*＜0.05。

2.4 两组阳虚体质改善情况对比 O组阳虚体质改善率高于C组，*P*＜0.05。见表4。

表4 两组阳虚体质改善情况对比[例（%）]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组别 n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
| C组 30 | 0（0.00） | 1（3.33） | 2（6.67） | 27（90.00） | 3（10.00） |
| O组 30 | 0（0.00） | 8（26.67） | 20（66.67） | 2（6.67） | 28（93.33） |
| *χ2* |  |  |  |  | 3.447 |
| *P* |  |  |  |  | 0.001 |

2.5 两组妊娠率对比 随访6个月后，O组、C组分别有2例、3例失访，且分别有15例（53.57%）、7例（25.92%）妊娠。O组妊娠率高于C组（*χ2*=4.377，P=0.036）。

**3 讨论**

PCOS发病率为6%~10%[7]，患者由于排卵功能障碍导致受孕率低。克罗米芬是调节性激素水平、诱发排卵的一线药物，通过该药的抗雌激素作用促进性腺激素的分泌，以促进卵泡发育，具有经济、简便、副作用小的优势。但在应用中发现，常规西药治疗仍伴随低受孕率、卵巢刺激征等局限性问题，整体疗效欠佳[8]。近年来中西医结合治疗为临床的研究热点，以期能提高疗效。

本研究结果显示，药物督脉温针灸能有效调节PCOS不孕患者的性激素，促进卵巢功能、子宫体积的恢复，提高PCOS不孕患者的妊娠率，临床疗效佳，这一发现与徐彩霞等[9]研究结果一致。经分析，克罗米芬能消除雌激素对下丘脑-垂体的反馈作用，促进性腺激素分泌，从而刺激卵泡生长发育。再联合督脉温针灸，督脉又称为阳气之海，温针刺总督具有生发阳气之功效，同时燃烧艾绒产生的温热力借助针体达到穴位深部，发挥温肾助阳、通利除瘀的效果。现代研究表明[10~13]，针刺可调节阿片肽水平，促进下丘脑促性腺激素释放，降低LH、FSH分泌，促进HPO轴功能的正常化，建立起卵巢与垂体之间的负反馈关系，从而调节患者的内分泌，促进患者的卵泡发育、成熟和排卵[14]。同时督脉温针灸的温热性刺激，可直接刺激卵巢和子宫，改善其血液循环，激活雌激素的负反馈效应，调节HPO轴的功能。另外其以针灸针传递艾灸的热度，既可以发挥针灸的效果，同时使温热作用能有效深入机体内部，强化灸疗效应，改善患者阳虚体质和胞宫的血运，促进卵泡发育，使卵巢恢复正常排卵，有助于提高妊娠率[15]。

综上所述，在克罗米芬基础上应用督脉温针灸治疗PCOS伴不孕患者，能改善患者的阳虚体质，并调节性激素水平，促进子宫卵巢功能的恢复，提高妊娠率，临床疗效佳。

参考文献

[1]刘燕,王蓉,何玉萍.腹腔镜卵巢多点穿刺治疗克罗米芬抵抗多囊卵巢综合征的临床观察[J].实用医院临床杂志,2020,17(4):158-160.

[2]贾汝楠,刘玉兰.多囊卵巢综合征中西医研究进展[J].世界中药,2020,15(12):1827-1831,1835

[3]孙可丰,何美蓉,李娜,等.子宫内膜异位症疼痛机制及针灸镇痛相关机制研究[J].针灸临床杂志,2019,35(11):91-95.

[4]郁琦.多囊卵巢综合征诊治标准专家共识[J].中国实用妇科与产科杂志,2007,23(6):474.

[5]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2002.77.

[6]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.34

[7]阮祥燕,谷牧青.多囊卵巢综合征的诊断治疗与管理[J].中国临床医生杂志,2021,49(1):3-7.

[8]林子娴,徐俊珊,吴舜彬.来曲唑联合尿促卵泡素治疗克罗米芬抵抗的多囊卵巢综合征不孕患者临床研究[J].基层医学论坛,2021,25(14):1974-1976.

[9]徐彩霞,穆艳云.督脉温针灸结合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征所致不孕疗效分析[J].中华中医药杂志,2020,35(4):2153-2156.

[10]王伟明,王扬,吴佳霓,等.电针“中髎”“天枢”改善早发性卵巢功能不全模型大鼠卵巢功能的实验研究[J].中国针灸,2018,38(5):519-526.

[11]黄小珊.针刺为主治疗肥胖型多囊卵巢综合征不孕症疗效观察[J].陕西中医,2017,38(5):667-669.

[12]陈鹏典,杨卓欣,刘芳,等.枸橼酸氯米芬结合调任通督针刺法治疗多囊卵巢综合征促排卵的临床观察[J].中国医药导报,2017,14(7):91-94.

[13]林婉珊,皮敏,卓缘圆,等.调任通督针刺法治疗肾阳虚型多囊卵巢综合征性不孕症的疗效观察[J].中医药导报,2018,24(4):80-82.

[14]卓缘圆,吴家满,林婉珊,等.“调任通督针刺法”治疗多囊卵巢综合征不孕症的临床疗效观察[J].中国针灸,2016,36(12):1237-1241.

[15]金晓飞,李茹,陈晓军,等.药物铺灸疗法在妇科疾病中的临床运用与展望[J].浙江中医药大学学报,2018,42(1):92-96.

（收稿日期：2022-04-18）