

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.01.010

暖宫调经汤口服联合八髎穴隔姜灸治疗阳虚宫寒型卵巢早衰患者 65 例临床观察

孟昱琮¹, 高强¹, 翟婷婷^{1✉}, 杨志虹²

1. 贵州中医药大学第一附属医院, 贵州省贵阳市云岩区宝山北路 71 号, 550001; 2. 贵州中医药大学针灸推拿学院

[摘要] **目的** 观察在西医常规治疗基础上应用暖宫调经汤口服及八髎穴隔姜灸治疗阳虚宫寒型卵巢早衰患者的临床疗效。**方法** 130 例阳虚宫寒型卵巢早衰患者根据患者意愿分为治疗组和对照组各 65 例。对照组给予西医常规治疗, 治疗组在对照组治疗基础上予暖宫调经汤口服, 每日 1 剂, 同时进行八髎穴隔姜灸治疗, 每日 1 次, 两组均治疗 3 个月。治疗前后检测两组患者卵巢功能指标 [包括卵巢体积、卵泡数量、卵巢收缩期峰值血流速度 (PSV)、子宫内膜厚度] 及血清性激素六项 [孕酮 (P)、雌二醇 (E₂)、卵泡刺激素 (FSH)、黄体生成素 (LH) 水平与催乳素 (PRL) 和睾酮 (T)]、抗苗勒管激素 (AMH) 水平, 并于治疗前后比较两组患者中医证候积分 (包括性欲减退、腰骶酸痛、畏寒肢冷、神疲乏力、面色晦暗、小腹胀痛、舌淡、脉沉涩评分)。治疗后判定临床疗效及安全性。**结果** 与本组治疗前比较, 两组治疗后卵巢体积、卵泡数量、PSV、子宫内膜厚度及 P、E₂、AMH 水平均明显升高, FSH、LH、PRL、T 水平及腰骶酸痛、性欲减退、腰骶酸痛、性欲减退、面色晦暗、脉沉涩评分、中医证候积分均明显降低 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。治疗组治疗后卵巢体积、卵泡数量、PSV、子宫内膜厚度及 P、E₂、AMH 水平均高于对照组, FSH、LH、PRL、T 水平及各症状评分、中医证候积分明显低于对照组 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。治疗组临床疗效总有效率为 96.92% (63/65), 对照组为 81.54% (53/65), 治疗组优于对照组 ($P<0.05$)。治疗组不良反应发生率为 26.15% (17/65), 对照组为 32.31% (21/65), 两组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 在西医常规治疗基础上应用暖宫调经汤口服及八髎穴隔姜灸治疗阳虚宫寒型卵巢早衰可显著改善卵巢功能及临床症状, 调节性激素水平, 从而提高临床疗效。

[关键词] 卵巢早衰; 卵巢功能; 性激素水平; 隔姜灸; 八髎穴; 阳虚宫寒; 暖宫调经汤

卵巢功能减退分为三个阶段, 分别为卵巢储备功能减退 (diminished ovarian reserve, DOR)、早发性卵巢功能不全 (premature ovarian failure, POI)、卵巢早衰 (premature ovarian failure, POF)^[1]。据统计, POF 在我国的发病率为 3.8%~10%, 且呈年轻化趋势^[2-3]。POF 是指女性在 40 岁前出现闭经、促性腺激素水平升高 [卵泡刺激素 (FSH) >40 U/L] 及雌二醇 (E₂) 水平降低, 并伴有闭经、潮热、睡

眠障碍等不同程度的围绝经期症状^[4]。目前, 西医治疗 POF 多以药物疗法为主, 激素类药物能够改善雌激素缺乏症状, 少数患者得以恢复排卵, 但整体疗效欠佳, 且长期应用存在安全风险^[5]。中医学认为, POF 可由肾阳不足不能温煦胞宫而使胞宫虚寒导致, 治疗以温暖暖宫为法^[6]。黔贵丁氏妇科流派第十代代表性传承人丁丽仙通过多年临床实践发现阳虚宫寒型是 POF 的常见证型, 暖宫调经汤为黔贵丁氏妇科流派经验方, 临床中发现暖宫调经汤治疗阳虚宫寒型 POF 具有较好的疗效, 联合八髎穴隔姜灸疗效更佳。本研究根据患者意愿以单纯西医常规治疗为对照, 观察在西医常规治疗基础上应用暖宫调经汤联合八髎穴隔姜灸治疗阳虚宫寒型

基金项目: 全国名中医传承工作室建设项目 [国中医药班人教函 [2022]245 号]; 贵州中医药大学学术新苗项目 (贵科合学术新苗 [2023]-44 号); 贵州中医药大学大学生创新创业训练计划项目 [贵中医大创合字 [2023]73 号]

✉ 通讯作者: ztt1995wym@163.com, (0851)85930148

POF 患者的临床疗效,旨在为该方案的临床应用提供客观依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2021 年 7 月 1 日至 2023 年 6 月 30 日在贵州中医药大学第一附属医院妇科门诊就诊的阳虚宫寒型 POF 患者 130 例作为研究对象,根据患者意愿分为治疗组 65 例和对照组各 65 例。患者均为已婚女性,治疗组平均年龄 (35.48 ± 2.51) 岁,平均病程 (10.02 ± 2.19) 个月,经期持续时间 (4.09 ± 1.16) 天,月经周期 (28.71 ± 3.23) 天;对照组平均年龄 (35.69 ± 2.41) 岁,平均病程 (10.26 ± 2.28) 个月,经期持续时间 (4.21 ± 1.22) 天,月经周期 (28.98 ± 3.34) 天。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断

POF 诊断标准参照《临床诊疗指南·妇产科学分册》^[7] 及《妇产科学》^[8] 拟定:1) 年龄 < 40 岁,存在性欲下降、生殖系统功能减退、记忆力减退、失眠、潮红、出汗等症状;2) 阴道彩超检查显示双侧卵巢卵泡数目少,卵巢较小,子宫卵巢血流少;3) 两次检查(检查时间间隔 > 1 个月)FSH 均 > 40 U/L, $E_2 < 71.2$ pmol/L。

1.3 中医辨证标准

阳虚宫寒型中医辨证标准参照《中医妇科学常见病诊疗指南:卵巢早衰》^[9] 及《早发性卵巢功能不全中西医结合诊疗指南》^[4] 拟定:1) 主症:月经稀发或闭经;2) 次症:腰骶酸痛,性欲减退,畏寒肢冷,小腹胀痛,面色晦暗,神疲乏力。舌淡、苔薄,脉沉涩。具备主症,次症中任意 3 项,结合舌象、脉象即可辨证。

1.4 纳入标准

1) 符合上述诊断及辨证标准;2) 语言沟通能力较好,认知度较好;3) 患者及家属均签署知情同意书。

1.5 排除标准

1) 对治疗过程所用药物过敏或存在药物禁忌证;2) 合并先天性生殖系统疾病;3) 合并有严重糖尿病,或恶性肿瘤、急性传染病、心血管病等原发性疾病;4) 神经功能发育迟滞,各类精神疾病障碍,既往有卵巢手术切除史;5) 同期参与其他研究项目且 3 个月内接受过抗生素及健脾止泻中药治疗。

1.6 脱落标准

在治疗过程中因发生不良反应和意外情况而被迫中止治疗者。

1.7 剔除标准

1) 不按时复诊或失访,无法判断治疗结果;2) 因资料不全等影响治疗结果评定;3) 不依从设计方案规定者。

2 方法

2.1 样本量估算

根据小范围内临床可行性预实验统计,在采用口服雌孕激素人工周期的前提下,增加口服暖宫调经汤联合八髎穴隔姜灸治疗 1 个疗程的有效率为 96%,口服雌孕激素人工周期的有效率为 80%,参照文献^[10]数值进行计算,采用双侧检验,校验水准为 $\alpha = 0.05$,则 $Z_\alpha = 1.96$;设定 $\beta = 0.2$, $Z_\beta = 0.84$,治疗组的样本数量为 n ,对照组的样本数量为 kn ,设定 $k = 1$, $S_{\text{观察组}} = 0.25$, $S_{\text{对照组}} = 0.17$, $\sigma^2 = (S_{\text{观察组}}^2 + kS_{\text{对照组}}^2) / (1 + 1/k)$, $\bar{X}_{\text{观察组}} = 0.49$, $\bar{X}_{\text{对照组}} = 0.38$, $\delta = \bar{X}_{\text{观察组}} - \bar{X}_{\text{对照组}}$,代入检验公式:

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 * 2\sigma^2}{\delta^2}$$

计算得出 $n = 59.22$;拟定每组脱落率 10%,故设定每组样本量为 65 例,两组共 130 例。

2.2 治疗方法

对照组给予西医常规治疗,予戊酸雌二醇片(批号:838A,拜耳医药保健有限公司广州分公司)口服,每次 1 mg,每天 1 次,21 天为 1 个疗程。在用药最后 10 天加用黄体酮胶囊(批号:DA2370,DA2309,浙江仙琚制药股份有限公司)每次 200 mg,每天 1 次,两者一起停用。对于停药者需在月经的第 5 天开始下一疗程,无月经来潮中间间隔停药 7 天后行第 2 个疗程,持续治疗 3 个疗程。

治疗组在对照组基础上给予暖宫调经汤口服联合八髎穴隔姜灸治疗。1) 暖宫调经汤处方:巴戟天 10 g,杜仲 10 g,鹿角胶 10 g,熟地黄 15 g,山药 15 g,山萸肉 12 g,当归 15 g,川芎 15 g,枸杞子 20 g,盐菟丝子 20 g,酒丹参 15 g,醋香附 12 g,阿胶 10 g。每日 1 剂,水煎分早晚两次口服,在月经的第 5 天开始口服,连续治疗 21 天为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。2) 八髎穴隔姜灸:患者取俯卧位,选取以八髎穴为中心的部位作为治疗区(长 8 cm,宽 5 cm)进行灸法治疗。首先将姜汁均匀涂

抹在治疗区上，然后将自制的暖宫粉均匀地涂在治疗区。暖宫粉药物组成：肉桂 10 g，茜草 15 g，乳香 10 g，当归 12 g，小茴香 8 g，没药 10 g，延胡索 15 g。在八髎穴每个穴位上放置厚约 2~3 mm、直径 2 cm 的生姜片，上置直径为 1 cm 的艾炷，连续施灸 3 壮，约 15 min，每天 1 次。在月经的第 5 天开始治疗，连续治疗 21 天为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程，经期停止治疗。

2.3 观察指标及方法

2.3.1 卵巢功能指标 使用飞利浦 EPIQ CVx 彩色多普勒超声仪，测量经期第 2~3 天两组患者的卵巢体积、卵泡数、卵巢收缩期峰值血流速度（PSV）、子宫内膜厚度。

2.3.2 血清激素水平指标 治疗前后抽取两组患者 4 ml 肘静脉血，使用罗氏 E601 型号全自动电化学发光仪检测血清孕酮（P）、E₂、FSH、黄体生成素（LH）、催乳素（PRL）、睾酮（T）水平，同时采用西门子 centaurXPCP 电化学发光仪检测抗苗勒管激素（AMH）水平。

2.3.3 中医证候积分 治疗前后分别对两组患者中医症状包括性欲下降、腰骶酸痛、畏寒肢冷、神疲乏力、面色晦暗、小腹胀痛及舌淡、脉沉涩进行评分。评分标准参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[11]：无症状计 0 分，轻度计 1 分，中度计 2 分，重度计 3 分；舌脉异常计 2 分，正常计 0 分。各项评分累加即中医证候积分。

2.3.4 临床疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[11] 及《中医病证诊断疗效标准（2012 版）》^[12] 拟定临床疗效判定标准。中医证候疗效指数以尼莫地平法计算，中医证候疗效指数 =（治疗前积分 - 治疗后积分）/ 治疗前积分 × 100%。痊愈：卵巢排卵规律，月经周期恢复正常规律，卵巢体积正常（3.56~8.41 cm³），卵泡数量 3~9 个，子宫内膜厚度 8~10 mm；FSH、LH、E₂ 水

平均在正常范围，中医证候疗效指数 ≥ 90%。显效：月经周期基本正常，B 超检查显示卵巢形态好转，较治疗前增大，但卵巢体积 ≤ 3.56 cm³，卵泡数量 > 3 个；5 IU/L < FSH ≤ 25 IU/L，15 pg/ml ≤ E₂ < 30 pg/ml，60% ≤ 中医证候疗效指数 < 90%。有效：3 个月内月经来潮 1 或 2 次，B 超检查显示卵巢形态好转，但体积未明显增大，性激素六项检查无变化，30% ≤ 中医证候疗效指数 < 60%。无效：月经周期仍不规律或停闭，B 超及性激素六项检查结果无变化，中医证候疗效指数 < 30%。总有效率 =（痊愈 + 显效 + 有效）例数 / 总例数 × 100%。

2.3.5 安全性观察 记录治疗期间出现的不良反应，如恶心呕吐、嗜睡、乳房胀痛等。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行统计分析，计量资料符合正态分布且方差齐以均数 ± 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，治疗前后组间比较采用独立样本 *t* 检验，治疗前后组内比较采用配对样本 *t* 检验；非正态分布用中位数（四分位数）[*M*（*P*₂₅，*P*₇₅）] 表示，组间比较采用 Mann-Whitney *U* 检验。计数资料用 [例（%）] 表示，组间比较采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

两组治疗过程中均无脱落及剔除病例。

3.1 两组患者卵巢功能指标比较

表 1 示，两组治疗前卵巢体积、卵泡数量、PSV 及子宫内膜厚度差异无统计学意义（*P* > 0.05）。与本组治疗前比较，两组治疗后卵巢体积、卵泡数量、PSV 及子宫内膜厚度均明显增加，且治疗组卵巢体积、卵泡数量、PSV 及子宫内膜厚度均高于对照组（*P* < 0.05 或 *P* < 0.01）。

3.2 两组患者治疗前后血清激素水平比较

表 2 示，治疗前两组各血清相关激素水平差异

表 1 两组卵巢早衰阳虚宫寒型患者卵巢功能指标水平比较
Table 1 Comparison of ovarian function indicators between two groups of patients with premature ovarian failure of yang-deficiency uterus-coldness syndrome ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	卵巢体积/cm ³	卵泡数量/个	PSV/cm·s ⁻¹	子宫内膜厚度/mm
对照组	治疗前	65	4.15±0.46	2.53±0.48	9.68±1.35	5.12±0.58
	治疗后	65	4.88±0.68 ^{a)}	3.46±0.98 ^{a)}	10.98±1.99 ^{a)}	7.07±0.89 ^{a)}
治疗组	治疗前	65	4.11±0.52	2.45±0.42	9.55±1.25	5.02±0.68
	治疗后	65	5.98±0.77 ^{a) b)}	5.58±0.68 ^{a) b)}	12.18±1.79 ^{a) b)}	8.74±0.94 ^{a) b)}

注：PSV，卵巢收缩期峰值血流速度。
a) 与本组治疗前比较，*P* < 0.01；b) 与对照组治疗后比较，*P* < 0.05。

表 2 两组卵巢早衰阳虚宫寒型患者治疗前后血清激素水平比较

Table 2 Comparison of serum hormone levels before and after treatment between two groups of patients with premature ovarian failure of *yang*-deficiency uterus-coldness syndrome ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	P/nmol·L ⁻¹	E ₂ /pg·ml ⁻¹	FSH/IU·L ⁻¹	LH/IU·L ⁻¹
对照组	治疗前	65	0.66±0.23	20.59±6.45	56.06±11.58	36.02±7.71
	治疗后	65	1.02±0.18 ^{a)}	34.37±12.14 ^{a)}	34.08±6.23 ^{a)}	28.21±7.08 ^{a)}
治疗组	治疗前	65	0.64±0.18	21.02±5.54	53.53±12.03	35.23±8.15
	治疗后	65	1.30±0.22 ^{a) b)}	50.14±10.48 ^{a) b)}	23.67±5.13 ^{a) b)}	19.08±6.45 ^{a) b)}
组别	时间	例数	PRL/mIU·L ⁻¹	T/ng·ml ⁻¹	AMH/ng·ml ⁻¹	
对照组	治疗前	65	508.21±30.48	0.91±0.26	1.07±0.33	
	治疗后	65	352.34±29.18 ^{a)}	0.68±0.24 ^{a)}	2.22±0.32 ^{a)}	
治疗组	治疗前	65	502.31±32.43	0.89±0.25	1.08±0.38	
	治疗后	65	308.56±28.37 ^{a) b)}	0.50±0.18 ^{a) b)}	3.35±0.34 ^{a) b)}	

注：P，孕酮；E₂，雌二醇；FSH，卵泡刺激素；LH，黄体生成素；PRL，催乳素；T，睾酮；AMH，抗苗勒管激素。

a) 与本组治疗前比较， $P<0.01$ ；b) 与对照组治疗后比较， $P<0.05$ 。

无统计学意义 ($P>0.05$)。与本组治疗前比较，两组治疗后 FSH、LH、PRL、T 水平均明显降低，P、E₂、AMH 水平均明显升高，且治疗组 FSH、LH、PRL、T 水平明显低于对照组，P、E₂、AMH 水平明显高于对照组 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.3 两组患者治疗前后中医证候积分比较

表 3 示，与本组治疗前比较，治疗组治疗后腰骶酸痛、性欲减退、畏寒肢冷、神疲乏力、面色晦暗、小腹胀痛、脉弦涩评分及中医证候积分均明显下降 ($P<0.01$)，对照组腰骶酸痛、性欲减退、面色晦暗、脉沉涩评分及中医证候积分均明显下降

($P<0.05$)，且治疗组治疗后各症状评分及中医证候积分均低于对照组 ($P<0.05$)。

3.4 两组患者临床疗效比较

表 4 示，治疗组临床疗效总有效率为 96.92%，对照组为 81.54%，治疗组优于对照组 ($\chi^2=8.005$, $P=0.005$)。

3.5 两组患者不良反应发生情况比较

治疗过程中，治疗组出现恶心欲吐 12 例、乳房胀痛 5 例，不良反应发生率为 26.15% (17/65)；对照组出现恶心欲吐 14 例、乳房胀痛 7 例，不良反应发生率为 32.31% (21/65)。两组不良反应发生

表 3 两组卵巢早衰阳虚宫寒型患者治疗前后中医证候积分比较

Table 3 Comparison of traditional Chinese medicine syndrome scores before and after treatment between two groups of patients with premature ovarian failure of *yang*-deficiency uterus-coldness syndrome (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	腰骶酸痛	性欲减退	畏寒肢冷	神疲乏力
对照组	治疗前	65	2.10±0.61	1.70±0.75	1.30±0.75	1.07±0.74
	治疗后	65	0.33±0.71 ^{a)}	1.27±0.83 ^{a)}	1.27±0.78	0.97±0.72
治疗组	治疗前	65	2.00±0.64	1.63±0.81	1.33±0.84	0.97±0.67
	治疗后	65	0.22±1.63 ^{a) c)}	1.07±0.78 ^{a) c)}	0.73±0.79 ^{a) c)}	0.57±0.68 ^{a) c)}
组别	时间	例数	面色晦暗	小腹胀痛	脉沉涩	总积分
对照组	治疗前	65	1.03±0.61	1.46±0.94	1.40±0.81	12.03±3.57
	治疗后	65	0.90±0.61 ^{b)}	1.50±0.90	1.23±0.82 ^{a)}	9.87±3.01 ^{a)}
治疗组	治疗前	65	1.00±0.64	1.57±0.94	1.37±0.89	11.80±3.29
	治疗后	65	0.60±0.67 ^{a) c)}	1.03±0.81 ^{a) c)}	0.93±0.74 ^{a) c)}	7.13±1.63 ^{a) c)}

注：a) 与本组治疗前比较， $P<0.01$ ；b) 与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；c) 与对照组治疗后比较， $P<0.05$ 。

表 4 两组卵巢早衰阳虚宫寒型患者临床疗效比较

Table 4 Comparison of clinical effectiveness between two groups of patients with premature ovarian failure of *yang*-deficiency uterus-coldness syndrome [例 (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	65	39 (60.00)	15 (23.08)	9 (13.84)	2 (3.08)	63 (96.92)
对照组	65	35 (53.85)	13 (20.00)	5 (7.69)	12 (18.46)	53 (81.54)

率比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。出现不良反应患者均未给予药物治疗,治疗结束停药后以上症状均自行好转。

4 讨论

根据临床症状,POF 归属于中医学“闭经”“不孕”“绝经前后诸证”等范畴。病因多是先天肾阳不足,或脾阳受损,气血化生无源,或经期、产后感寒邪,邪客冲任,胞宫虚寒,从而导致宫寒的发生。治疗以温补肾阳、暖宫通络为法。暖宫调经汤中杜仲、巴戟天、鹿角胶补肾壮阳、暖宫益精、引火归元,为君药;熟地黄、山萸肉、山药、枸杞子滋阴益肾,为臣药;菟丝子补阳益阴,当归、阿胶补血调经、养血和血,香附、川芎活血通经,丹参活血化瘀、清心除烦,六者共为佐药。全方共奏温煦胞宫、滋阴益肾的功效。结合八髎穴隔姜灸,下层外敷自制暖宫粉,暖宫粉中肉桂、小茴香温经散寒,当归、茜草活血通络,乳香、没药活血止痛,延胡索活血行气止痛,外敷以增强补肾助阳、活血通络、固精暖宫之效,上铺生姜则能透皮、开腠理,而灸法则有温肾补肾、协调阴阳、调和气血之功效。二者结合内外同治,共奏温补肾阳、暖宫通络之功效,从而改善卵巢功能。

子宫内膜变薄是 POF 的特征之一^[13],经期第 2~3 天 B 超监测的卵巢体积减小、卵泡数量减少是诊断 POF 的指标^[13-14],PSV 减慢也是反映卵巢储备功能下降的重要指标^[14],血清 FSH、LH 水平升高, E_2 水平下降亦提示卵巢功能衰退^[15]。本研究结果显示,两组患者治疗后卵巢体积、卵泡数量、PSV 及子宫内膜厚度均有好转, E_2 、P、AMH 水平均较治疗前升高,FSH、LH、PRL、T 水平均明显下降,且治疗组卵巢体积、子宫内膜厚度、卵泡数量及 PSV, E_2 、P、AMH 水平均高于对照组,FSH、LH、PRL、T 水平均低于对照组。以上结果提示西医常规治疗及在此基础上口服暖宫调经汤联合八髎穴隔姜灸治疗均可改善卵巢功能、调整激素水平,且联合用药效果更佳。中医证候方面,治疗组治疗后腰骶酸痛、性欲下降、畏寒肢冷、神疲乏力、面色晦暗、小腹胀痛、脉沉涩评分及中医证候积分均较治疗前下降;对照组腰骶酸痛、性欲减退、面色晦暗、脉沉涩评分及中医证候积分较治疗前下降,对照组畏寒肢冷、神疲乏力、小腹胀痛评分较治疗前无明显改善,且治疗组各症状评分及中医证候积分均低于对照组,提示在西医常规治疗基础上口服

暖宫调经汤联合八髎穴隔姜灸治疗能改善患者临床症状,且效果优于单纯西医常规疗法。临床疗效方面结果显示,治疗组总有效率显著高于对照组,说明在西医常规治疗基础上应用暖宫调经汤联合八髎穴隔姜灸治疗可显著提高临床疗效。两组治疗期间均出现恶心欲吐、乳房胀痛,推测是由口服戊酸雌二醇、黄体酮胶囊导致,并非严重不良反应,治疗结束停药后均自行消失。

综上所述,在西医常规治疗基础上口服暖宫调经汤联合八髎穴隔姜灸治疗阳虚宫寒型 POF 可改善患者症状、调节性激素水平,从而促进卵巢功能的恢复以提高临床疗效。本研究仅收集单中心病例,存在样本偏差,在今后的研究中,拟收集不同地区、不同医院的病例,减少样本偏差,为治疗阳虚宫寒型卵巢早衰提供安全有效的中医诊疗方案。

参考文献

- [1] 王凤阳,李春光,王凤娟,等. 卵巢储备功能低下的病因病机及干预策略[J]. 长春中医药大学学报, 2022, 38 (2): 226-231.
- [2] 中华中医药学会. 卵巢早衰中西医结合诊疗指南[J/OL]. 中国中西医结合杂志. (2024-09-25)[2024-10-26]. <https://link.cnki.net/urlid/11.2787.R.20240924.1448.002>.
- [3] 张晓静,冶尔西,季德江,等. 近 5 年卵巢早衰的发病机制及中西医治疗进展[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36 (12): 79-82.
- [4] 中国中西医结合学会妇产科专业委员会. 早发性卵巢功能不全中西医结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2022, 63 (12): 1193-1198.
- [5] 刘丹. 雌二醇片/雌二醇地屈孕酮片周期治疗与连续治疗对卵巢早衰患者炎症指标、激素和血脂水平的影响[J]. 中国医学创新, 2023, 20(36): 55-59.
- [6] 冯晓玲,张婷婷. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2021: 133-136.
- [7] 中华医学会. 临床诊疗指南:妇产科学分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 108.
- [8] 谢幸,孔北华,段涛. 妇产科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社, 2018: 359.
- [9] 中华中医药学会. 中医妇科常见病诊疗指南:卵巢早衰[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012: 101.
- [10] 蒋玲玲,汤卫春,康心怡,等. 坤泰胶囊联合雌孕激素替代疗法对卵巢早衰的疗效及对 Treg、Th17、VEGF 的影响[J]. 中药材, 2023, 46(9): 2336-2340.
- [11] 郑筱萸. 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: 352-354.

- [12] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准 (2012 版)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 232.
- [13] 王之绪. 经阴道超声预测卵泡发育评估卵巢储备的价值[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13(31): 167-170.
- [14] 樊秀梅, 杨丽, 赵岗, 等. 超声评估子宫内膜下的 RI、PI、PSV 值预测不孕患者子宫内膜状况及卵巢储备功能的研究[J]. 河北医科大学学报, 2023, 44(9): 1047-1052.
- [15] 吴金霞, 聂淑玲, 赵蓉, 等. 血清 INHB、AMH、FSH 及 LH 水平预测卵巢储备功能下降价值及促排卵治疗后腔内超声评估[J]. 中国计划生育学杂志, 2022, 30(4): 836-840.

***Nuangong Tiaojing Decoction* (暖宫调经汤) Combined with Ginger Moxibustion at Baliao (八髎) Acupoints for Patients with Premature Ovarian Failure of *Yang*-Deficiency Uterus-Coldness Syndrome: 65 Cases Clinical Observation**

MENG Yuqiong¹, GAO Qiang¹, ZHAI Tingting¹, YANG Zhihong²

1. The First Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang, 550001; 2. School of Acupuncture, Moxibustion and Tuina, Guizhou University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT **Objective** To explore the clinical effectiveness of *Nuangong Tiaojing Decoction* (暖宫调经汤) combined with ginger moxibustion at Baliao acupoints (Eight Bone-Holes) for treating premature ovarian failure (POF) of *yang*-deficiency uterus-coldness syndrome, based on conventional western medical treatment. **Methods** A total of 130 patients diagnosed with POF of *yang*-deficiency uterus-coldness syndrome were divided into a treatment group and a control group, with 65 cases in each group, based on patient preference. The control group received conventional western medicine treatment, while the treatment group was additionally given *Nuangong Tiaojing Decoction* orally one dose per day and underwent ginger moxibustion at Baliao points once daily. Both groups were treated for three months. Before and after treatment, ovarian function indicators, including ovarian volume, follicle count, ovarian peak systolic velocity (PSV), and endometrial thickness were assessed, and serum sex hormone levels including progesterone (P), estradiol (E₂), follicle-stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), prolactin (PRL), and testosterone (T), as well as anti-Müllerian hormone (AMH) levels were also measured. Additionally, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores were evaluated, covering symptoms such as reduced libido, lumbosacral pain, fear of cold with cold extremities, fatigue, dull complexion, lower abdominal distension and pain, pale tongue, and deep and rough pulse. After treatment, clinical effectiveness and safety were determined. **Results** Compared with the pre-treatment levels within group, both groups showed significant increases in ovarian volume, follicle count, PSV, endometrial thickness, and levels of P, E₂, and AMH after treatment, while the levels of FSH, LH, PRL, and T, as well as scores of lumbosacral pain, reduced libido, dull complexion, deep and rough pulse, and total TCM syndrome scores significantly reduced after treatment. Furthermore, the treatment group exhibited higher ovarian volume, follicle count, PSV, endometrial thickness, and levels of P, E₂, and AMH compared to the control group, while FSH, LH, PRL, T levels, and all symptom scores, as well as total TCM syndrome scores, were significantly lower in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The clinical effectiveness in treatment group was 96.92% (63/65), significantly higher than 81.54% (53/65) in control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions in the treatment group was 26.15% (17/65), while in the control group it was 32.31% (21/65), with no statistically significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion** On the basis of conventional western medicine treatment, *Nuangong Tiaojing Decoction* combined with ginger moxibustion at Baliao acupoints for patients with POF of *yang*-deficiency uterus-coldness syndrome can significantly improve ovarian function and clinical symptoms, regulate hormone levels, and thereby enhance clinical effectiveness.

Keywords premature ovarian failure; ovarian function; sex hormone level; ginger moxibustion; Baliao acupoints (eight bone-holes); *yang*-deficiency uterus-coldness syndrome; *Nuangong Tiaojing Decoction* (暖宫调经汤)

(收稿日期: 2024-08-24; 修回日期: 2024-11-04)

[编辑: 王利芬]