

ICS \*\*. \*\*\*, \*\*  
C\*\*



# 团体标准

iu

T/CACM \*\*\*\*—20\*\*  
代替 T/CACM \*\*\*\*—\*\*\*\*

## 多囊卵巢综合征中西医结合诊疗指南

Guideline for the Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome with the  
Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

(文件类型：公示稿)

20\*\*-\*\*-\*\*发布

20\*\*-\*\*-\*\*实施

中华中医药学会发布

# 目次

前言 .....	
引言 .....	
1 范围 .....	
2 规范性引用文件 .....	
3 术语和定义 .....	
4 诊断 .....	
4.1 西医诊断 .....	
4.2 鉴别诊断 .....	
4.3 中医辨证分型 .....	
5 治疗 .....	
5.1 治疗原则及治疗模式 .....	
5.2 治疗方法及药物 .....	
5.3 外治疗法 .....	
6 中医治疗多囊卵巢综合征推荐用药汇总表 .....	
7 中西医结合诊疗流程图 .....	
附录 A（资料性）编制方法及缩略词对照表 .....	
A.1 指南制定方法 .....	
A.2 缩略词对照表 .....	
附录 B（资料性）证据概要表 .....	
参考文献 .....	

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《信息与文献参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》有关规则起草。

本文件由南京中医药大学附属医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：南京中医药大学附属医院，南京医科大学第一附属医院共同负责起草，河北中医药大学，黑龙江中医药大学第一附属医院，广州中医药大学第一附属医院，山东中医药大学附属医院，中国中医科学院广安门医院，成都中医药大学，中山大学孙逸仙纪念医院，江西省妇幼保健院，江西中医药大学第二附属医院，杭州市中医院，上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院，安徽中医药大学附属医院，河南中医药大学第二附属医院，天津中医药大学第一附属医院，南京大学医学院附属鼓楼医院、东南大学附属中大医院、苏州大学附属第一医院、南京中医药大学附属张家港中医院参加起草。

本文件负责人：周惠芳（南京中医药大学附属医院）、洪艳丽（南京中医药大学附属医院）、刁飞扬（南京医科大学第一附属医院）。

本文件主要起草人：周惠芳（南京中医药大学附属医院）、洪艳丽（南京中医药大学附属医院）、刁飞扬（南京医科大学第一附属医院）、杜惠兰（河北中医药大学）、冯晓玲（黑龙江中医药大学附属第一医院）、杨冬梓（中山大学孙逸仙纪念医院）、伍琼芳（江西省妇幼保健院）。

本文件参与起草人：罗颂平（广州中医药大学第一附属医院）、连方（山东中医药大学附属医院）、赵瑞华（中国中医科学院广安门医院）、陆华（成都中医药大学）、梁瑞宁（江西中医药大学第二附属医院）、章勤（杭州市中医院）、张婷婷（上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院）、李伟莉（安徽中医药大学附属医院）、卫爱武（河南中医药大学第二附属医院）、夏天（天津中医药大学第一附属医院）、周怀君（南京大学医学院附属鼓楼医院）、任慕兰（东南大学附属中大医院）、茅彩萍（苏州大学附属第一医院）、王利红（南京中医药大学附属张家港中医院）、徐文婷（南京中医药大学附属张家港中医院）、虞舜（南京中医药大学）、唐德才（南京中医药大学）、李国春（南京中医药大学）、孙瑾（南京中医药大学）、胡明慧（南京中医药大学）。

本文件讨论专家（按姓氏拼音为序）：迟池（苏州大学附属第一医院）、陈冬梅（南通市中医院）、丛慧芳（黑龙江中医药大学附属第二医院）、陈萍（河南中医药大学第一附属医院）、崔树娜（扬州大学）、陈燕（武进中医医院）、高慧（承德医学院附属医院）、韩凤娟（黑龙江中医药大学附属第一医院）、韩璐（新疆维吾尔自治区中医医院）、姜丽娟（云南省中医医院）、孔桂茹（青海省中医院）、匡洪影（黑龙江中医药大学附属第一医院）、林寒梅（广西中医药大学第一附属医院）、刘宏奇（山西中医药大学附属医院）、林洁（湖南中医药大学第一附属医院）、刘娜（新疆医科大学附属中医医院）、梁雪芳（广东省中

医院)、李燕(贵州中医药大学)、刘雁峰(北京中医药大学东直门医院)、罗志娟(广西中医药大学附属瑞康医院)、马小娜(北京中医药大学第三附属医院)、孟艳(南京医科大学第一附属医院)、彭继红(溧阳市中医院)、舒宽勇(江西省妇幼保健院)、谭丽(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、滕秀香(首都医科大学附属北京中医医院)、王佩娟(江苏省中医药研究院,江苏省中西医结合医院)、王昕(辽宁中医药大学附属医院)、王小红(福建中医药大学附属人民医院)、王艳萍(长春中医药大学附属医院)、夏亲华(南京中医药大学)、徐莲薇(上海中医药大学附属龙华医院)、杨夫艳(南京中医药大学附属医院)、杨丽娟(云南中医药大学)、闫颖(天津中医药大学第一附属医院)、张帆(贵州中医药大学第二附属医院)、赵红(中日友好医院)、朱锦明(徐州市妇幼保健院)、张建伟(山东中医药大学第一临床医学院)、赵楠(江苏省靖江市中医院)、周琴(昆山市中医院)、周玉珍(江苏省苏州市中西医结合医院)。

T/CACM 公示稿

# 引言

## 1. 背景信息

多囊卵巢综合征（polycystic ovary syndrome, PCOS）是青春期和育龄期妇女常见的生殖内分泌和代谢紊乱性疾病，全球患病率高达 5%~20%，严重影响女性一生的生命质量、生育及远期健康。因其临床表现高度异质性，诊断和治疗一直存在争议。临床以持续稀发排卵或无排卵、高雄激素临床表现或高雄激素血症、卵巢多囊样改变为特征，常伴有胰岛素抵抗（insulin resistance, IR）和肥胖。

鉴于 PCOS 病因及发病机制尚不明确，目前西医以降低雄激素、调整月经周期、改善胰岛素抵抗等对症治疗为主。中医药辨证施治具有整体调节、多环节、多靶点等优势。大量的研究证实，中医药和中西医结合治疗 PCOS 具有一定的疗效。建立适合我国 PCOS 人群的标准化的中西医诊断及规范化治疗方案，具有重要的临床实用价值和指导意义。

《多囊卵巢综合征中西医结合诊疗指南》遵循循证医学原则制订。本文件的编写目的在于基于最新证据进行诊疗方案制订，规范 PCOS 的中西医临床诊断、治疗，为临床医师提供妇科常见病中西医标准化处理的策略与方法，促进中医妇科及中西医妇科临床诊疗和科研水平的提高，以期作为临床实践、诊断规范和质量评价的重要参考依据。

## 2. 确定并构建临床问题

在本文件制定初期通过专家访谈、组内讨论以及专家论证会的形式构建了以下临床问题：

多囊卵巢综合征诊断标准是什么？

青春期多囊卵巢综合征诊断标准是什么？

多囊卵巢综合征的鉴别诊断如何？

多囊卵巢综合征的中西医结合治疗原则是什么？

青春期多囊卵巢综合征的中西医结合治疗原则有何特殊性？

多囊卵巢综合征如何采取中西医结合治疗模式治疗？

多囊卵巢综合征患者生活方式的改善包括哪些具体内容和方法？

多囊卵巢综合征的中医辨证分型是什么？各证型的常见证候要素是什么？

对无生育需求的多囊卵巢综合征患者，中医治疗或中西医结合治疗是否能改善月经周期、内分泌（AMH、E<sub>2</sub>、LH、T、A<sub>2</sub>等）、代谢紊乱（HOMA-IR、腰臀比、身体质量指数等）及相关临床症状（多毛、痤疮、雄激素性脱发等）？

对有生育需求的多囊卵巢综合征患者，中医治疗或中西医结合治疗是否能改善妊娠相关情况（排卵率、妊娠率、流产率等）？

中医治疗或中西医结合治疗的有效性（包括外治法）？

中医治疗或中西医结合治疗的安全性（包括外治法）？

## 3. 说明资金资助及利益冲突情况

本文件受国家中医药管理局重点学科、江苏省中医临床医学创新中心（妇产生殖医学中心）资助。

本文件项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本文件制定过程中“无利益冲突”，为此不会成为本文件制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本文件制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

#### 4. 诊疗指南注册情况

本指南已于2023年7月，在国际实践指南注册与透明化平台进行了注册，注册号：PREPARE-2023CN530。

本指南将在临床应用中进一步完善并及时进行更新。

T/CACM 公示稿

# 多囊卵巢综合征中西医结合诊疗指南

## 1 范围

本文件规定了多囊卵巢综合征的术语和定义，疾病诊断、中医辨证、中西医结合治疗、预防调护建议。

本文件适用于青春期、育龄期及围绝经期的多囊卵巢综合征的诊断和治疗。

本文件适合中医妇科、中西医结合妇产科、妇产科、生殖医学科、内分泌科等相关临床医师以及从事临床教学、科研等工作使用。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则

GB/T 14396-2016 疾病分类与代码

GB/T 16751.1-2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

GB/T 16751.3-2023 中医临床诊疗术语 第3部分：治法

GB/T 7411-2015 信息与文献 参考文献著录规则

## 3 术语和定义

**多囊卵巢综合征** polycystic ovary syndrome, PCOS

育龄妇女常见的生殖内分泌代谢性疾病。临床表现为月经异常、不孕、高雄激素血症、卵巢多囊样表现等，同时可伴有肥胖、胰岛素抵抗、血脂异常等代谢异常，是2型糖尿病、心脑血管病和子宫内膜癌发病的高危因素，严重影响患者的生活质量。

中医学无此病名，根据其临床表现包含了中医“闭经”“崩漏”“不孕”等疾病的部分内容，其并发症包含了中医“肥胖”“消渴”“脂浊”“癥瘕”“粉刺”等疾病的部分内容。

## 4 诊断

### 4.1 西医诊断

**临床问题1：**多囊卵巢综合征的诊断标准是什么？

**推荐意见：**多囊卵巢综合征的诊断应依据病史、临床症状及辅助检查结果判断。（专家共识度：100%）

#### （1）病史

有月经异常病史，可表现为月经稀发、闭经或不规则子宫出血；或有不孕病史；家族中可有糖尿病、肥胖、高血压、体毛过多的病史，以及女性亲属的月经异常情况、生育异常状况、妇科肿瘤病史。

## (2) 临床症状

①月经异常：初潮后 1~3 年月经周期 $<21\text{ d}$ 或 $>45\text{ d}$ ；月经初潮后 3 年至围绝经期月经周期 $<21\text{ d}$ 或 $>35\text{ d}$ ，或 1 年内 $<8$  个月经周期；初潮 1 年后任何 $>90\text{ d}$  的月经周期；年龄 $>15$  岁的原发性闭经，或者是乳房发育后 3 年仍无月经来潮者。②高雄激素症状：痤疮、多毛、脂溢性脱发。

## (3) 体格检查

①多毛：阴毛浓密甚至延及肛周、腹股沟或至腹中线，或唇周、乳晕、脐周、大腿内侧见粗硬黑毛，mFG 评分中国人群大于 4 分，即提示多毛。②痤疮：多为炎症性皮损，主要累及面颊下部、颈部、前胸和上背部。③黑棘皮症：患者颈部的背面及侧面、腋窝、乳房下方、腹股沟、肛门、生殖器等部位皮肤皱褶处局部皮肤呈对称性分布的淡棕色毛绒样角化过度及色素沉着。④肥胖：最常用的指标为身体质量指数（body mass index, BMI）[计算公式为体重/身高<sup>2</sup>（ $\text{kg}/\text{m}^2$ ）]；另一个常用指标为腰围。我国将 BMI $\geq 28\text{ kg}/\text{m}^2$ ，女性腰围 $\geq 85\text{ cm}$  作为肥胖的标准。

## (4) 辅助检查

①血清生殖激素浓度测定：高雄激素血症：血清总睾酮水平正常或轻度升高，通常不超过正常范围上限的 2 倍，可伴有雄烯二酮（androstenedione, A<sub>2</sub>）水平升高，脱氢表雄酮（dehydroepiandrosterone, DHEA）、硫酸脱氢表雄酮（dehydroepiandrosterone sulfate, DHEAS）水平正常或轻度升高；抗苗勒管激素（anti-mullerian hormone, AMH）：血清 AMH 水平较正常明显增高；其他生殖内分泌激素：非肥胖 PCOS 患者多伴有黄体生成素（luteinizing hormone, LH）/卵泡刺激素（follicle stimulating hormone, FSH）比值 $\geq 2$ 。20%~35%的 PCOS 患者可伴有血清催乳素（prolactin, PRL）水平轻度增高。②盆腔超声检查：多囊卵巢形态（polycystic ovary morphology, PCOM），至少一侧卵巢内直径为 2~9 mm 的卵泡 $\geq 20$  个；如果超声图像质量较差，不能精准评估整个卵巢的卵泡计数时，PCOM 的标准为，一侧卵巢体积（OV） $\geq 10\text{ ml}$  [卵巢体积的计算公式： $0.5\times$ 横径（cm） $\times$ 长径（cm） $\times$ 前后径（cm）]或至少一侧卵巢每横切面直径 2~9 mm 的卵泡数 $\geq 10$  个。经阴道超声是诊断 PCOM 最准确的方法。经腹超声很难评估整个卵巢的卵泡计数，主要应报告卵巢体积（OV） $\geq 10\text{ ml}$  或至少一侧卵巢每横切面直径 2~9 mm 的卵泡数 $\geq 10$  个。在青少年中不推荐超声检查 PCOM。③筛查代谢并发症：口服葡萄糖耐量试验（oral glucose tolerance test, OGTT），胰岛素释放试验；空腹血脂（三酰甘油、胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇）；肝功能检查等；④其他内分泌激素：酌情选择甲状腺功能、皮质醇、肾上腺皮质激素释放激素（adreno-cortico-tropic-hormone, ACTH）、17-羟孕酮测定等。

## (5) 诊断标准

疑似 PCOS：月经稀发或闭经或不规则子宫出血是诊断的必须条件。另外再符合下列 2 项中的 1 项：①高雄激素临床表现或高雄激素血症；②超声表现为 PCOM。

确诊 PCOS：具备上述疑似 PCOS 诊断条件后，还必须逐一排除其他可能引起高雄激素的疾病和引起排卵异常的疾病才能确定 PCOS 的诊断。

**证据描述：**参考 2023 年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023 年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共

识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2018年《多囊卵巢综合征诊治内分泌专家共识》。

**临床问题2：** 青春期多囊卵巢综合征的诊断标准是什么？

**推荐意见：** 诊断青春期PCOS的必要条件是月经不规律以及排卵障碍，高雄激素临床表现和/或高雄激素血症。排除其他导致排卵障碍及雄激素过多的疾病。此期不建议根据超声检查出PCOM来诊断PCOS。（专家共识度：95.83%）

**证据描述：** 参考2023年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2016年《青春期多囊卵巢综合征诊治共识》、2012年《Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group》。

## 4.2 鉴别诊断

**临床问题3：** 多囊卵巢综合征的鉴别诊断如何？

**推荐意见：**

（1）高雄激素血症或高雄激素症状的鉴别诊断

①库欣综合征（cushing's syndrome, CS）：又称皮质醇增多症。是由各种病因导致的高皮质醇血症，临床以向心性肥胖、高血压、糖代谢异常、满月脸、紫纹、低钾血症等为临床表现的一种综合征。约80%的患者会出现月经周期紊乱、并常出现多毛体征。根据测定皮质醇水平的昼夜节律、24小时尿游离皮质醇、小剂量地塞米松抑制试验可确诊为库欣综合征。（专家共识度：100%）

②非经典先天性肾上腺皮质增生（non classical congenital adrenal hyperplasia, NCCAH）：临床主要表现为高雄激素血症表征及血清雄激素水平和/或17-羟孕酮、孕酮水平的升高，部分患者可出现超声下的PCOM及月经紊乱。17-羟孕酮 $>300$  nmol/L（100ng/ml）时，提示经典型CAH；6~300 nmol/L（2~100 ng/ml）主要见于非经典型CAH，当17-羟孕酮在6~30 nmol/L（2~10ng/ml）时，需进一步通过ACTH激发试验来明确诊断，当激发后的17-羟孕酮 $>31$  nmol/L（10 ng/ml）时可诊断为非经典CAH。（专家共识度：100%）

③卵巢或肾上腺分泌雄激素的肿瘤：患者出现男性化体征，血清睾酮或DHEA水平显著升高，如血清睾酮水平高于5.21~6.94 nmol/L（即150~200ng/dl），或高于检测实验室上限的2.0~2.5倍。可通过超声、MRI等影像学检查协助鉴别诊断。（专家共识度：100%）

④其他：药物性高雄激素血症须有服药史，如服用达那唑等雄激素药、苯妥英钠等。特发性多毛有阳性家族史，血清睾酮水平及卵巢超声检查均正常。（专家共识度：100%）

（2）排卵障碍的鉴别诊断

①功能性下丘脑性闭经：通常血清FSH、LH水平低或正常，FSH水平高于LH， $E_2$ 相当于或低于早卵泡期水平，无高雄激素血症，在闭经前常有快速体质量减轻或精神心理障碍、压力大等诱因。（专家共识度：95.83%）

②甲状腺疾病：根据甲状腺功能测定和抗甲状腺抗体测定可诊断。建议疑似PCOS的患者常规检测血清促甲状腺素（thyroid stimulating hormone, TSH）水平及抗甲状腺抗体。（专家共识度：95.83%）

③高泌乳素血症：血清泌乳素水平持续升高，而LH、FSH水平偏低，有雌激素水平下降或缺乏的表现，垂体MRI检查可能显示垂体占位性病变。（专家共识度：91.67%）

④早发性卵巢功能不全：表现为40岁之前出现月经异常（闭经或月经稀发）、促性腺激素水平升高（FSH>25U/L，2次检测，至少间隔1个月以上）、雌激素波动性下降。（专家共识度：95.83%）

**证据描述：**参考2023年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2023年《21羟化酶缺陷导致的先天性肾上腺皮质增生症的实验室诊断共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2018年《多囊卵巢综合征诊治内分泌专家共识》、2016年《女性高催乳素血症诊治共识》、2015年《中国库欣病诊治专家共识》。

### 4.3 中医辨证分型

**临床问题4：**多囊卵巢综合征的中医辨证分型是什么？各证型的常见证候及辨证要点是什么？

**推荐意见：**本指南包括痰湿内阻证、肾虚血瘀证、肝郁肾虚证、肾阳亏虚证、肝经郁热证五个常见证候，辨证要点如下：

#### （1）痰湿内阻证

**主症：**月经后期，月经量少，甚则闭经，婚久不孕，带下量多；**次症：**形体肥胖，疲乏无力，多毛，大便溏泄；**舌脉：**舌淡胖，苔白腻，脉滑。

#### （2）肾虚血瘀证

**主症：**月经后期，月经量少，甚则闭经，或崩漏淋漓，婚久不孕，经色暗红或紫黑，经行腹痛；**次症：**面色不华或晦暗，头晕耳鸣，腰膝酸软，性欲减退；**舌脉：**舌淡暗，舌有瘀斑苔薄，脉沉涩。

#### （3）肝郁肾虚证

**主症：**月经后期，月经量少，甚则闭经，婚久不孕，经色黯；**次症：**心烦易躁，头晕耳鸣，精神抑郁，胸胁胀闷，腰膝酸软，性欲淡漠，痤疮；**舌脉：**舌黯淡，苔薄白，脉弦。

#### （4）肾阳亏虚证

**主症：**月经后期，月经量少，甚则闭经，婚久不孕，带下量多；**次症：**形体较胖，头晕耳鸣，小腹冷，性欲衰退，小便清长，大便时溏；**舌脉：**舌淡或淡胖，苔白，脉沉细弱。

#### （5）肝经郁热证

**主症：**月经后期，月经量少，甚则闭经，或崩漏淋漓，婚久不孕，经前乳房胀痛；**次症：**面部痤疮，形体壮实或肥胖，烦躁易怒，多毛，口苦咽干，两肋闷胀不舒；**舌脉：**舌红，苔薄黄，脉弦数。

**证据描述：**经查阅中英文数据库中建库至2023年5月的报道类文献704篇，并手工检索涉及相关内容的书籍类文献6部，包括收录于最新版《中医妇科学》教材、《中西医结合妇产科学》教材及国内相关标准与指南。对检索得到的704篇报道类文献和6部书籍类文献中的证候类型、各证型的证候要素分别进行频数统计，并对其进行两轮德尔菲专家问卷调查，专家分别对证候类型、各证型的证候要素进行选择并排序，形成多囊卵巢综合征的证候要素。

## 5 治疗

### 5.1 治疗原则及治疗模式

**临床问题5:** 多囊卵巢综合征的中西医结合治疗原则是什么？

**推荐意见:** 由于 PCOS 患者不同的年龄和治疗需求、临床表现高度异质性，因此，临床处理应该根据患者主诉、治疗需求、代谢改变，采取个体化的对症治疗措施，在调整生活方式基础上，结合调整月经周期、调整代谢、高雄激素的治疗、诱导排卵等。对于临床症状或体征已得到缓解的患者，仍应关注远期风险，建议开展多学科合作，制定系统的长期管理规划。在此原则上，中医治疗以补肾治其本，健脾理气化痰，疏肝解郁泻火，活血化瘀调经治其标，标本同治。同时还应根据月经周期的不同时间和患者的体质情况辨证论治，选方用药。（专家共识度：100%）

**证据描述:** 参考 2023 年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2021 年《中成药临床应用指南·妇科疾病分册——多囊卵巢综合征》、2018 年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2012 年中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·多囊卵巢综合征》（ZYYXH/T239-2012）、2021 年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》。

**临床问题 6:** 青春期多囊卵巢综合征的中西医结合治疗原则有何特殊性？

**推荐意见:** 治疗时需考虑其年龄、生理特征以及青春期少女的社会心理因素，根据患者的主诉、需求及代谢变化采取规范化和个体化的对症治疗，如调整生活方式、调整月经周期、缓解高雄激素症状、改善多毛及痤疮、降低胰岛素、调整心理状态等治疗，以不影响青春期正常生长发育为原则，需要长期治疗，以调整月经周期并预防子宫内膜病变。中医治疗以补肾治其本，辨证论治，标本同治。但不建议常规促排卵治疗。对于有心理健康障碍的青春期患者，必要时给予专科处理。（专家共识度：100%）

**证据描述:** 参考 2021 年《中成药临床应用指南·妇科疾病分册——多囊卵巢综合征》、2016 年《青春期多囊卵巢综合征诊治共识》、2012 年中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·多囊卵巢综合征》（ZYYXH/T239-2012）、2021 年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2021 年“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2014 年《中华妇产科学》（第 3 版）。

**临床问题7:** 多囊卵巢综合征如何采取中西医结合治疗模式治疗？

**推荐意见:**

(1) 对于没有生育需求的多囊卵巢综合征患者，生活方式干预是其基础治疗，改善临床症状，逐渐恢复规律排卵，预防和管理远期并发症是主要治疗策略。根据患者的临床表现，按照中医辨证分型施治，并结合中医周期疗法调整月经周期。若中医治疗 2 个月仍无排卵者，定期给予孕激素为主的性激素治疗或复方口服避孕药，保护子宫内膜，防治远期并发症。对于合并代谢障碍的多囊卵巢综合征患者，在改善生活方式、中医辨证治疗基础上，结合二甲双胍、噻唑烷二酮类（吡格列酮）、奥利司他等药物口服治疗。（专家共识度：100%）

(2) 有生育需求的多囊卵巢综合征患者，确认是否存在引起生育失败的危险因素，如肥胖、未控制的糖耐量异常、糖尿病、高血压等。减重、改善代谢障碍是促进生育的基础治疗。中医辨证调经助孕，结合西药促排卵治疗。经以上治疗均无效或合并其他不孕因素（如

高龄、输卵管因素或男方因素等)时进行辅助生殖技术支持,如夫精人工授精、体外受精-胚胎移植术(in vitro fertilization and embryo transfer, IVF-ET)等。(专家共识度:100%)

**证据描述:**参考2023年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2012年中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·多囊卵巢综合征》(ZYYXH/T239-2012)、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》。

## 5.2 治疗方法及药物

**临床问题8:**多囊卵巢综合征患者生活方式的改善包括哪些具体内容和方法?

**推荐意见:**

(1)饮食控制:包括坚持低热量饮食、调整主要的营养成分、替代饮食等。监测热量的摄入和健康食物的选择是饮食控制的主要组成部分。长期限制热量摄入,选用低糖、高纤维饮食,以不饱和脂肪酸代替饱和脂肪酸。合并超重或者肥胖的患者,可以限定能量摄入量比标准摄入量减少30%,或减少2100~3100 kJ/d(5000~6300 kJ/d)。改变不良的饮食习惯、减少精神应激、戒烟、少酒、少咖啡。医师、社会、家庭应给予患者鼓励和支持,使其能够长期坚持而不使体质量反弹。(专家共识度:100%)

(2)运动:若以预防体质量增加并维持健康为目标,建议中等强度运动至少150 min/周,适用于18~64岁的成年人;或身体素质允许者可进行高强度运动,至少75 min/周;或中高等强度运动换比等效组合。这些运动应包括每周至少2 d的非连续的增强肌肉力量的活动。推荐青少年进行中等至高强度的体能运动,每天至少60 min,每周至少3次增强肌肉力量的活动。若以适度减脂、预防体质量反弹和获得更多健康益处为目标,建议中等强度运动至少250 min/周;或身体素质允许者可进行高强度运动,至少150 min/周;或两者的换比等效组合。每周至少非连续2 d有大肌群参与的增强肌肉力量的活动。避免久坐。应给予个体化方案,根据个人意愿和考虑到个人体力的限度而制订。(专家共识度:95.83%)

(3)行为干预:生活方式的干预应包含对低热量饮食计划和增加运动的措施依从性的行为干预。行为干预包括对肥胖认知和行为两方面的调整。是在临床医师、心理医师、护士、营养学家等团队的指导和监督下,使患者逐步改变易于引起疾病的生活习惯(不运动、摄入酒精和吸烟等)和心理状态(如压力、沮丧和抑郁等)。行为干预能使传统的饮食控制或运动的措施更有效。(专家共识度:100%)

**证据描述:**参考2023年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2020年《多囊卵巢综合征相关不孕治疗及生育保护共识》、2019年《生酮饮食干预多囊卵巢综合征中国专家共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2018年《No.362-Ovulation Induction in Polycystic Ovary Syndrome》、2016年《青春期多囊卵巢综合征诊治共识》、2018年人民卫生出版社《妇产科学》(第9版)。

**临床问题9:**针对无生育需求的多囊卵巢综合征患者,如何进行中医治疗或中西医结合治疗?

**推荐意见1:** 在生活方式干预的基础上（具体内容参见临床问题8），合并月经异常的患者，需根据患者的年龄、内分泌及代谢条件选择短效COC、周期性用孕激素或雌孕激素序贯治疗。对于青春期和育龄期有高雄激素血症及多毛、痤疮等高雄激素表现的患者选择短效COC，对短效COC治疗效果不佳，有短效COC禁忌或不能耐受短效COC的高雄激素患者选择螺内酯。合并代谢障碍的患者，根据患者的具体情况，结合使用二甲双胍、噻唑烷二酮类（吡格列酮）、阿卡波糖、他汀类等西药治疗。

上述药物使用方法及注意事项可参考《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》（2018版）（专家共识度100%）。

**证据描述:** 参考2023年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》和2018年《多囊卵巢综合征诊治内分泌专家共识》。

**推荐意见2:** 在上述治疗基础上，结合中药辨证治疗。

#### （1）痰湿内阻证

**治则治法:** 化痰除湿，通络调经

**推荐药物:** 苍附导痰丸（药物组成：茯苓、半夏、陈皮、甘草、苍术、香附、胆南星、枳壳、神曲、生姜）联合炔雌醇环丙孕酮/炔雌醇环丙孕酮及二甲双胍（证据级别：C，强推荐）；若伴见咳嗽痰多，胸脘胀闷，恶心呕吐，使用二陈丸（药物组成：陈皮、半夏、茯苓、甘草）（推荐级别：IVa，弱推荐）；若伴见喘咳痰稠、大便秘结，使用礞石滚痰丸（药物组成：金礞石、沉香、黄芩、熟大黄）联合炔雌醇环丙孕酮（证据级别：C，弱推荐）；若伴见胸腹痞闷，头身疼痛，肩背拘急，使用五积散（药物组成：白芷、川芎、甘草、茯苓、当归、肉桂、赤芍、半夏、陈皮、枳壳、麻黄、苍术、干姜、桔梗、厚朴）联合二甲双胍（证据级别：C，弱推荐）。

**用法用量:** 二陈丸：口服，一次9~15g，一日2次；礞石滚痰丸：口服，一次6~12g，一日1次。

**证据描述:** 2个RCT（170例患者）结果显示，苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮片（每片含醋酸环丙孕酮2mg和炔雌醇0.035mg，从月经第5天开始，1片/d，共服21d），治疗3个月经周期，与单用炔雌醇环丙孕酮片相比，T水平降低[MD=-0.19，95%CI（-0.26，-0.11），P<0.00001]（C）。1个RCT（90例患者）结果显示，苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮片和二甲双胍与单用炔雌醇环丙孕酮片和二甲双胍（炔雌醇环丙孕酮每片含醋酸环丙孕酮2mg和炔雌醇0.035mg，从月经第5天开始，1片/d，共服21d；二甲双胍0.25g，2片/次，3次/d，口服），治疗3个月经周期，TG水平降低[MD=-0.23，95%CI（-0.39，-0.07），P=0.004]，TC水平降低[MD=-0.36，95%CI（-0.53，-0.19），P<0.00001]，LDL-C水平降低[MD=-0.40，95%CI（-0.58，-0.22），P<0.00001]，HOMA-IR水平降低[MD=-0.84，95%CI（-1.28，-0.40），P=0.0002]（C）。纳入的RCT研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·多囊卵巢综合征》（ZYYXH/T239-2012）中推荐二陈丸治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证。

1个RCT（60例患者）结果显示，礞石滚痰丸联合炔雌醇环丙孕酮（每片含醋酸环丙孕酮2mg和炔雌醇0.035mg，从月经第5天开始，晚间口服，1片/d，共服21d），治疗3

个月经周期，与单独使用炔雌醇环丙孕酮相比，T 水平降低[MD=-0.40, 95% CI(-0.66, -0.14), P=0.003] (C)。纳入的 RCT 研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

1 个 RCT (86 例患者) 结果显示，五积散联合二甲双胍 (起始剂量为 0.5 g, 2 次/d; 每周增加 0.5 g, 逐渐加至每天 2 g, 成人每日服药剂量不得超过 2.55 g) 治疗 3 个月经周期，与单独使用二甲双胍相比，T 水平降低[MD=-0.35, 95% CI (-0.53, -0.17), P=0.0001], FPG 水平降低[MD=-0.53, 95% CI (-0.96, -0.10), P=0.02], TG 水平降低[MD=-0.50, 95% CI (-0.58, -0.42), P<0.00001], TC 水平降低[MD=-0.81, 95% CI (-1.15, -0.47), P<0.00001] (C)。纳入的 RCT 研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

**经济性：**二陈丸：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2022 年）》，乙类医保级别；礞石滚痰丸：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2022 年）》，甲类医保级别。

### (2) 肾阳亏虚证

**治则治法：**温肾助阳，调补冲任

**推荐药物：**右归丸（药物组成：熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、杜仲、当归、附子、肉桂）（证据级别：C，强推荐）；若伴见神疲乏力，精神不振，腰膝酸软，使用复方玄驹胶囊（药物组成：黑蚂蚁、淫羊藿、枸杞子、蛇床子）联合炔雌醇环丙孕酮（证据级别：C，弱推荐）。

**用法用量：**右归丸：口服，一次 6 g，一日 3 次；复方玄驹胶囊：口服，一次 3 粒，一日 3 次。

**证据描述：**2021 年中国中医药出版社“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2021 年中国中医药出版社“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·多囊卵巢综合征》（ZYXXH/T239-2012）中推荐右归丸治疗多囊卵巢综合征肾阳虚证。1 个 RCT (82 例患者) 结果显示，右归丸治疗 3 个月经周期，相比于应用二甲双胍（250 mg / 次，3 次/d，餐后半小时，口服），T 水平降低[MD=-0.34, 95% CI (-0.40, -0.28), P<0.00001] (C)。纳入的 RCT 研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

1 个 RCT (60 例患者) 结果显示，复方玄驹胶囊联合炔雌醇环丙孕酮（每片含醋酸环丙孕酮 2 mg 和炔雌醇 0.035 mg，月经第 5 天口服，1 片/d，连续服用 21 d）治疗 3 个月经周期，与单独应用炔雌醇环丙孕酮相比，月经周期恢复率提高[RR=1.42, 95% CI(1.06, 1.91), P=0.02] (C)。纳入的 RCT 研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

**经济性：**右归丸：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2022 年）》，乙类医保级别。

### (3) 肝经郁热证

**治则治法：**疏肝理气，泻火调经

**推荐药物：**丹栀逍遥散（药物组成：牡丹皮、栀子、当归、白芍、柴胡、白术、茯苓、

甘草、生姜、薄荷)联合炔雌醇环丙孕酮(推荐级别: C, 强推荐); 若伴见两胁胀痛, 头晕目眩, 倦怠食少, 脐腹胀痛, 使用加味逍遥丸(药物组成: 柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、甘草、牡丹皮、栀子、薄荷)(推荐级别: IVa, 强推荐)。

**用法用量:** 丹栀逍遥散: 口服, 一次 6~9 g, 一日 2 次; 加味逍遥丸: 口服, 一次 6 g, 一日 2 次。

**证据描述:** 2021 年中国中医药出版社“十四·五”规划教材《中医妇科学》中推荐丹栀逍遥散治疗多囊卵巢综合征肝经郁热证。1 个 RCT (73 例患者) 结果, 丹栀逍遥散联合炔雌醇环丙孕酮(每片含醋酸环丙孕酮 2 mg 和炔雌醇 0.035 mg, 月经第 5 天口服, 1 片/d, 连续服用 21 d), 治疗 3 个月经周期, 与单独应用炔雌醇环丙孕酮相比, 停药 6 周期后月经周期恢复率提高[RR=2.22, 95% CI (1.04, 4.76), P=0.04] (C)。纳入的 RCT 研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分, 临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

2021 年《中成药临床应用指南·妇科疾病分册》中推荐加味逍遥丸治疗多囊卵巢综合征肝经郁热证。

**经济性:** 加味逍遥丸: 《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2022 年)》, 乙类医保级别。

**临床问题 10:** 针对有生育需求的多囊卵巢综合征患者, 如何进行中医治疗或中西医结合治疗?

**推荐意见 1:** 持续性无排卵或稀发排卵的 PCOS 患者, 经生活方式干预(具体内容参见临床问题 8) 及排除其他导致不孕的因素和不宜妊娠的疾病后, 根据患者月经周期、内分泌及代谢条件进行诱导排卵, 来曲唑(letrozole, LE) 是一线治疗药物, 克罗米芬(clomiphene citrate, CC) 为传统一线用药, 但近期发现由于其半衰期长, 易引起多卵泡发育, 临床易出现卵巢过度刺激综合征(ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS) 和多胎妊娠。促性腺激素可配合 CC 或 LE 使用, 也可作为二线治疗。在腹腔镜或子宫输卵管造影证实至少一侧输卵管通畅的情况下, 患者经诱导排卵无效时或者合并其他宫腔内人工授精(intrauterine insemination, IUI) 指征(如男性因素、宫颈因素、不明原因不孕、性功能障碍等) 时, 可考虑在药物诱导排卵时联合 IUI 治疗。若患者经上述治疗均无效时, 或者合并其他不孕因素(如高龄、输卵管因素或男性因素等) 时需采用 IVF-ET 治疗。(专家共识度: 100%)

**证据描述:** 参考 2023 年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2020 年《多囊卵巢综合征相关不孕治疗及生育保护共识》、2018 年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2018 年《多囊卵巢综合征诊治内分泌专家共识》和 2015 年《辅助生殖促排卵药物治疗专家共识》。

**推荐意见 2:** 促排卵期间, 联合中药辨证治疗。

#### (1) 痰湿内阻证

**治则治法:** 化痰除湿, 通络调经

**推荐药物:** 苍附导痰丸(药物组成: 茯苓、半夏、陈皮、甘草、苍术、香附、胆南星、枳壳、神曲、生姜) 联合促排药物(证据级别: B, 强推荐); 使用启宫丸(药物组成: 半夏、苍术、香附、茯苓、神曲、陈皮、川芎) 联合促排药物(证据级别: C, 强推荐)。

**证据描述：**5个RCT（430例患者）的结果显示，苍附导痰丸联合促排药物治疗3~4个月经周期，与单用促排药物相比，妊娠率提高[RR=1.66, 95% CI (1.34, 2.07), P<0.00001] (B)，其中有1个RCT（120例患者）不良反应发生率与单用促排药物相比，差异无统计学意义，不良反应包括左前臂一过性皮肤瘙痒。

1个RCT（98例患者）结果显示，启宫丸联合促排药（克罗米芬，月经第5天起口服50 mg，1次/d，连续5 d）与单独使用促排药相比，妊娠率提高[RR=5.29, 95% CI (1.08, 25.91), P=0.04] (C)。纳入的RCT研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

## (2) 肾阳亏虚证

**治则治法：**温肾助阳，调补冲任

**推荐药物：**复方玄驹胶囊（药物组成：黑蚂蚁、淫羊藿、枸杞子、蛇床子）联合促排药（证据级别：B，强推荐）；若伴见腰酸疼痛，赤白带下，使用暖宫孕子丸（药物组成：熟地黄、香附、当归、川芎、白芍、阿胶、艾叶、杜仲、续断、黄芩）联合二甲双胍（证据级别：C，强推荐）。

**用法用量：**复方玄驹胶囊：口服，一次3粒，一日3次；暖宫孕子丸：口服，一次3g，一日3次。

**证据描述：**6个RCT（516例患者）结果显示，复方玄驹胶囊联合促排药治疗3个月经周期，与单独应用促排药相比，妊娠率提高[RR=1.56, 95% CI (1.29, 1.89), P<0.00001] (B)。其中1个RCT（90例患者）表明复方玄驹胶囊联合促排药的不良反应发生率与单用西药相比，差异无统计学意义，不良反应包括恶心、面色潮红、胃肠道反应、头晕。

1个RCT（86例患者）结果显示，炔雌醇环丙孕酮预处理后（每片含醋酸环丙孕酮2 mg和炔雌醇0.035 mg，月经第5天口服，1片/d，连续服用21 d），暖宫孕子丸联合二甲双胍（0.5 g，口服，1片/d）治疗9个月经周期，与单独应用二甲双胍相比，妊娠率提高[RR=1.33, 95% CI (1.02, 1.74), P=0.03]，流产率降低[RR=0.27, 95% CI (0.08, 0.91), P=0.03] (C)，不良反应差异无统计学意义，包括OHSS、头晕、腹胀、恶心呕吐。

**经济性：**暖宫孕子丸：《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险（2020年）》，乙类医保级别。

## (3) 肝经郁热证

**治则治法：**疏肝理气，泻火调经

**推荐药物：**丹栀逍遥散/丸（药物组成：牡丹皮、栀子、当归、白芍、柴胡、白术、茯苓、甘草、生姜、薄荷）联合二甲双胍及促排药/炔雌醇环丙孕酮预处理后用促排药/炔雌醇环丙孕酮（推荐级别：C，强推荐）。

**用法用量：**丹栀逍遥散/丸：口服，一次6~9 g，一日2次。

**证据描述：**2个RCT（138例患者）结果显示，炔雌醇环丙孕酮预处理3个月经周期后，丹栀逍遥丸联合二甲双胍（0.5g/片,1片/次）和促排药治疗3个月经周期，与单独应用二甲双胍和促排药相比，妊娠率提高[RR=1.57, 95% CI (1.12, 2.20), P=0.008] (C)。1个RCT（60例患者）结果显示，炔雌醇环丙孕酮（每片含醋酸环丙孕酮2 mg和炔雌醇0.035 mg，月经第5天口服，1片/d，连续服用21 d）预处理后，丹栀逍遥丸联合促排药治疗3个月经

周期，与单独应用促排药相比，妊娠率提高[RR=1.90，95% CI (1.07, 3.38)，P=0.03]，流产率降低[RR=0.23，95% CI (0.07, 0.77)，P=0.02] (C)。1个RCT (161例患者)结果显示，丹栀逍遥散联合炔雌醇环丙孕酮 (每片含醋酸环丙孕酮2 mg和炔雌醇0.035 mg，月经第5天口服，1片/d，连续服用21 d)，治疗3个月经周期后停药，与单独应用炔雌醇环丙孕酮相比，妊娠率提高[RR=1.87，95% CI (1.32,2.65)，P=0.0005] (C)，不良反应差异无统计学意义，包括皮疹、潮热、恶心。

**经济性：**丹栀逍遥丸：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2022年)》，甲类医保级别。

### 5.3 外治疗法

**临床问题 11：**中医外治法单用或与西药联用对多囊卵巢综合征疗效如何？安全性如何？

#### 推荐意见 1：

- (1) 针刺 (证据级别：B，强推荐)；
- (2) 灸法 (证据级别：C，强推荐)；
- (3) 耳针 (证据级别：IVa，弱推荐)；
- (4) 穴位贴敷 (证据级别：C，弱推荐)；
- (5) 穴位埋线 (证据级别：C，弱推荐)。

#### 方法：

**针刺：**选取天枢、气海、关元、中极、子宫(双)、足三里(双)、三阴交(双)等穴。痰湿内阻证配丰隆穴；肾虚血瘀配命门、血海；肾虚肝郁配期门、太冲。直刺或斜刺进针，针刺得气后，使用平补平泻，使局部有酸麻重胀感，每次留针30 min。经期结束后每1~3天1次，直至下次月经来潮。若未受孕，3个月经周期为1个疗程。注意事项与禁忌症应符合GB/T 21709.20-2021中的规定。临床应用时可于适当配合电针(疏波)。

**灸法(温针灸)：**选取关元、气海等穴。肾虚血瘀配血海、三阴交、地机；肾阳亏证配命门、腰阳关、腰俞。直刺或斜刺进针，待针刺得气后，行温灸治疗，用艾绒或艾条套入针柄并点燃尾底部，每次艾灸2壮，约30~40 min；温灸过程中，艾炷燃烧时，若患者灼烫难忍，可将硬纸薄片裁剪至适宜大小，并放置在对应穴位，以减弱火力，避免皮肤烫伤。隔天1次，直至下次月经来潮。若未受孕，3个月经周期为1个疗程。注意事项与禁忌症应符合GB/T 21709.1-2008中的规定。

**耳针：**选取肾、肾上腺、内分泌、卵巢、神门等穴。用镊子夹持王不留行子并贴敷于一侧耳穴，酌情按压固定，以局部胀痛、发热为宜，每次自行按压3次，留置2~3天。月经干净后开始，每5天治疗1次，双耳交替，直至下次月经来潮。若未受孕，3个月经周期为1个疗程。注意事项与禁忌症应符合GB/T 21709.3-2021中的规定。

**穴位贴敷：**选取关元、气海、中极、子宫(双侧)等穴。药物组成为干姜10 g、王不留行10 g、红花15 g、当归15 g、蒲公英10 g、紫花地丁10 g等。将敷贴药物打成细粉，以温水调和成泥状备用，患者取仰卧位，显露下腹部，将敷贴部位及附近5 cm处皮肤以酒精消毒，将敷贴药敷贴在所选穴位上，以无菌敷贴覆盖。月经干净后第3天开始敷药，每天1次，直至下次月经来潮。若未受孕，3个月经周期为1个疗程。注意事项与禁忌症应符合

GB/T 21709.9-2021 中的规定。

**穴位埋线：**选取中脘、气海、关元、大横（双）、子宫（双）、带脉（双）、肾俞（双）等穴。将“3-0”可吸收聚乙醇酸手术缝合线剪成长约 2~3 cm 若干，浸泡在 75%酒精中 0.5 h 备用；将上述缝合线放入 10 mL 注射器针头前端，线体留出针头约 1 cm；局部皮肤消毒后，一手固定拟进针穴位皮肤，一手持注射器针头对准穴位快速透皮，得气后退出针头，将缝合线留在穴位内；出针后，用医用棉球按压针孔片刻后，予医用创可贴覆盖固定，24 h 内埋线针孔处不可触水。月经干净后开始治疗，每 2 周治疗 1 次，直至下次月经来潮。若未受孕，3 个月经周期为 1 个疗程。注意事项与禁忌症应符合 GB/T 21709.10-2021 中的规定。

**证据描述：**针刺、艾灸、耳针参考 2021 年《中医妇科学》中国中医药出版社“十四五”规划教材、2021 年《中医妇科学临床研究》全国高等中医药院校研究生教材第 2 版、中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·多囊卵巢综合征》（ZYYXH/T239-2012）。

**针刺：**1 项纳入 14 个 RCT（1071 例患者）的定量系统评价分析针刺联合促排药/二甲双胍（起始剂量 0.5 g/次，2 次/d，随餐服用，并每周增加 0.5~2.0 g/d，最大剂量不得超过 2.55 g/d）/炔雌醇环丙孕酮（每片含醋酸环丙孕酮 2 mg 和炔雌醇 0.035 mg，月经第 5 天口服，1 片/d，连续治疗 21 d），相比于单独应用促排药/二甲双胍/炔雌醇环丙孕酮，妊娠率提高 [RR=1.75, 95% CI (1.50, 2.03), P<0.00001] (B)。1 项纳入 8 个 RCT（627 例患者）的定量系统评价分析针刺联合促排药/二甲双胍/炔雌醇环丙孕酮相比于单独应用促排药/二甲双胍/炔雌醇环丙孕酮片，排卵率提高 [RR=1.29, 95% CI (1.18, 1.41), P<0.00001] (B)。1 项纳入 8 个 RCT（555 例患者）的定量系统评价分析针刺联合促排药/二甲双胍（起始剂量 0.5 g/次，2 次/d，随餐服用，并每周增加 0.5~2.0 g/d，最大剂量不得超过 2.55 g/d）/炔雌醇环丙孕酮，相比于单独应用促排药/二甲双胍，T 水平降低 [SMD=-1.13, 95% CI (-1.59, -0.66), P<0.00001] (B)。纳入的 RCT 研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

**灸法：**2 个 RCT（162 例患者）结果显示，灸法联合促排药，与单独应用促排药相比，妊娠率提高 [RR=2.00, 95% CI (1.27, 3.15), P=0.003]，月经周期恢复率提高 [RR=1.26, 95% CI (1.08, 1.47), P=0.04] (C)。其中 1 项 RCT（80 例患者）结果显示，排卵率提高 [RR=1.38, 95% CI (1.03, 1.84), P=0.03] (C)。纳入的 RCT 研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

**穴位贴敷：**1 个 RCT（130 例患者）结果显示，穴位贴敷联合促排药，与单独应用促排卵相比，妊娠率提高 [RR=1.43, 95% CI (1.02, 2.01), P=0.04]，T 水平降低 [MD=-0.56, 95% CI (-0.73, -0.39), P<0.00001]，痤疮评分降低 [MD=-0.42, 95% CI (-0.54, -0.30), P<0.00001]，多毛评分降低 [MD=-1.05, 95% CI (-1.53, -0.57), P<0.0001] (C)。纳入的 RCT 研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

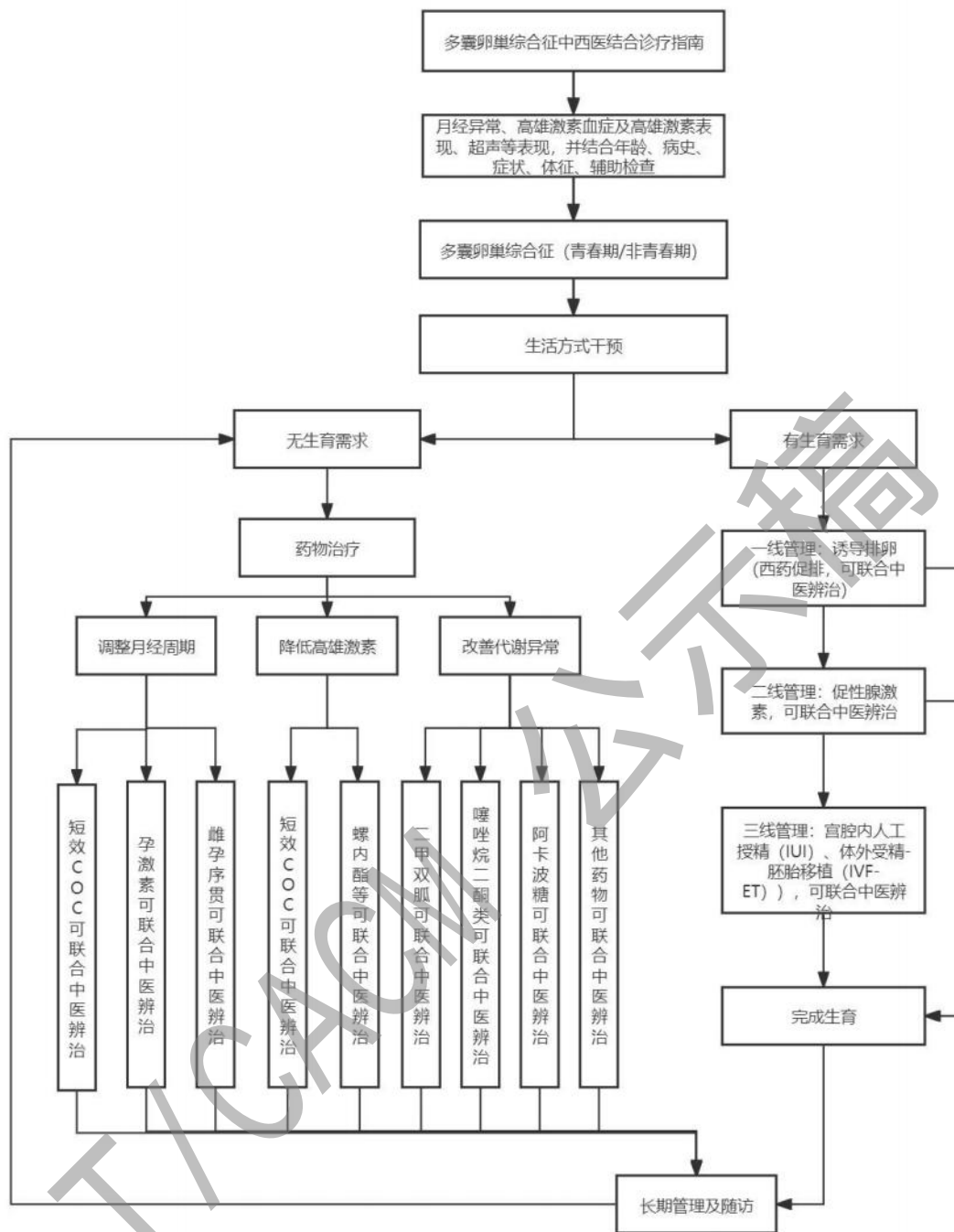
**穴位埋线：**1 个 RCT（78 例患者）结果显示，穴位埋线联合炔雌醇环丙孕酮（每片含醋酸环丙孕酮 2 mg 和炔雌醇 0.035 mg，月经第 5 天口服，1 片/d，连续治疗 21 d）治疗 3 个月经周期，与单纯使用炔雌醇环丙孕酮相比，T 水平降低 [MD=-0.44, 95% CI (-0.57, -0.31), P<0.00001] (C)，TC 水平降低 [MD=-0.79, 95% CI (-1.03, -0.55), P<0.00001] (D)。

纳入的 RCT 研究均未报道安全性数据。上述推荐意见的安全性证据尚不充分，临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

## 6 中医治疗多囊卵巢综合征推荐用药汇总表

	证候	主要症状	推荐中药		
无生育需求	痰湿内阻证	月经后期，月经量少，甚则闭经， 婚久不孕，带下量多	苍附导痰汤/丸联合炔雌醇环丙孕酮/炔雌醇环丙孕酮片 及二甲双胍（联用/汤剂）1C		
			二陈丸（单用/中成药）2IVa		
			礞石滚痰丸联合炔雌醇环丙孕酮（联用/中成药）2C 五积散联合二甲双胍（联用/汤剂）2C		
有生育需求	肾阳亏虚证	月经后期，月经量少，甚则闭经， 婚久不孕，带下量多	右归丸（单用/中成药）1C		
			复方玄驹胶囊联合炔雌醇环丙孕酮（联用/中成药）2C		
			丹栀逍遥散联合炔雌醇环丙孕酮（联用/中成药）1C		
有生育需求	肝经郁热证	或崩漏淋漓，婚久不孕，经前乳房 胀痛	加味逍遥丸（单用/中成药）1IVa		
			痰湿内阻证	月经后期，月经量少，甚则闭经， 婚久不孕，带下量多	苍附导痰丸联合促排药物（联用/汤剂）1B 启宫丸联合促排药物（联用/汤剂）1C
			肾阳亏虚证	月经后期，月经量少，甚则闭经， 婚久不孕，带下量多	复方玄驹胶囊联合促排药（联用/中成药）1B 暖宫孕子丸联合二甲双胍（联用/中成药）1C
有生育需求	肝经郁热证	月经后期，月经量少，甚则闭经， 或崩漏淋漓，婚久不孕，经前乳房 胀痛	丹栀逍遥散/丸联合二甲双胍及促排药/炔雌醇环丙孕酮 预处理后用促排药/炔雌醇环丙孕酮（联用/中成药）1C		

## 7 中西医结合诊疗流程图



**附录 A**  
**(资料性)**  
**编制方法及缩略词对照表**

**A1.指南制定方法**

(1) 指南制定项目组成员及职责

本指南由南京中医药大学附属医院发起，并全程负责指南制定的所有相关工作，在指南制定初期分别建立了指南指导组、专家组与工作组。同时，联合南京医科大学第一附属医院，河北中医药大学，黑龙江中医药大学第一附属医院，广州中医药大学第一附属医院，山东中医药大学附属医院，中国中医科学院广安门医院，成都中医药大学，中山大学孙逸仙纪念医院，江西省妇幼保健院，江西中医药大学第二附属医院，杭州市中医院，上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院，安徽中医药大学附属医院，河南中医药大学第二附属医院，天津中医药大学第一附属医院，南京大学医学院附属鼓楼医院、东南大学附属中大医院、苏州大学附属第一医院、南京中医药大学附属张家港中医院、南京中医药大学共21家单位参与，参与成员均为从事中医、中西医结合、西医妇科领域的专家。南京中医药大学为本指南提供方法学指导。

(2) 利益冲突声明

指南起草组成员均不存在本指南相关的利益冲突。所有参与共识的专家均已签订《指南利益冲突声明表》，声明其本人没有和本指南主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益，以及所有可能被本部指南成果影响的利益。

(3) 文献纳入及排除标准

纳入标准：①研究对象（P）：明确诊断为多囊卵巢综合征的患者，年龄及辨证分型不做限制。②干预措施（I）：中医疗法、中医疗法联合西医疗法；③对照措施（C）：单纯西医治疗、安慰剂、无治疗。④结局指标（O）：疗效结局指标：内分泌水平（AMH、E<sub>2</sub>、LH、T、A<sub>2</sub>等）、代谢紊乱（HOMA-IR、腰臀比、身体质量指数等）及相关临床症状（多毛、痤疮、雄激素性脱发等）、排卵率、妊娠率、流产率等。安全性结局指标：不良事件；⑤研究设计类型（S）：以系统评价/Meta分析（近两年）、RCT试验为主，若无则扩展至非随机对照研究、观察性研究。

排除标准：①不含有中医疗法、中西医联合疗法治疗多囊卵巢综合征的文献，治疗措施或结局指标描述不明的文献；②样本量每组未达到30例；③重复发表的文献；④统计学方法或数据有误的文献；⑤大会论文、个案报道、非临床试验、学位论文、药理研究的文献；⑥无法下载全文或无法提取数据，联系作者后仍无法提取数据的文献；⑦未公开发表的文献；⑧由专家组确认的低质量文献。

(4) 证据检索及证据质量评级

根据纳入的临床问题及结局指标，遵循PICO（Population, Intervention, Control, Outcome）原则对具体临床问题进行证据检索。中文数据库选取中国知网学术文献总库

(CNKI)、中文科技期刊全文数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM)、万方数据库(Wanfang),英文数据库选取Pumbed、Medline、Embase、Cochrane Library进行检索,纳入随机对照试验(Randomized Controlled Trial, RCT)、系统评价及Meta分析。对所涉及的RCT文献应用Cochrane偏倚风险评价工具进行质量评价,对系统评价及Meta分析采用AMSTAR工具进行质量评价。针对形成的证据体,采用GRADE(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)标准进行证据质量评价及推荐意见强度分级。中医教材、行业规范性文件、经典名方采用衷敬柏提出的《建立适合中医临床诊疗证据评价方法的建议》标准;专家共识形成方法采用德尔菲法。

表 1 证据质量的描述

证据分级	代码	说明
高质量	A	未来研究几乎不可能改变现有疗效评价结果的可信度
中等质量	B	未来研究可能对现有疗效评估有重要影响,可能改变评价结果的可信度
低质量	C	未来研究很有可能对现有疗效评估有重要影响,改变评价结果可信度的可能性大
极低质量	D	任何的疗效评估都很不确定

表 2 GRADE 推荐强度分级与定义

推荐分级	本指南推荐用语	代码
支持使用某种疗法的强推荐	强推荐	1
支持使用某种疗法的弱推荐	弱推荐	2
不能确定	不推荐	0
反对使用某种疗法的弱推荐	弱反对	-2
反对使用某种疗法的强推荐	强反对	-1

表 3 理论传承证据分类、分级与评价

类别	诊断措施	干预措施
Ia	《黄帝内经》《伤寒杂病论》《黄帝八十一难经》等东汉及东汉之前的著述支持	《黄帝内经》《伤寒杂病论》《黄帝八十一难经》等东汉及东汉之前的著述支持
Ib	晋到清代医家相关的论述，具有较好的传承	晋到清代医家相关的论述，具有较好的传承
II	晋到清代医家相关的论述，传承存在不一致	晋到清代医家相关的论述，传承存在不一致
IIIa	近现代（民国-当代）名中医的著述中明确阐述	近现代（民国-当代）名中医的著述中明确阐述
IIIb	近现代（民国-当代）名中医医案能体现	近现代（民国-当代）名中医医案能体现
IVa	教材，行业规范性文件	教材，行业规范性文件，专著
IVb	专著	一定数量的单个病例报道

表 4 在制定指南时记录评审人员意见的GRADE网络

	等级分数				
	1	2	0	2	1
干预措施的利弊权衡	明显利大于弊	可能利大于弊	利弊相当或不确定	可能弊大于利	明显弊大于利
推荐意见	强：“一定做”	弱：“可能做”	无明确推荐意见	弱：“可能不做”	强：“一定不做”

A2. 缩略词对照表

A <sub>2</sub>	androstenedione	雄烯二酮
ACTH	adreno-cortico-tropic-hormone	肾上腺皮质激素释放激素
AMH	anti-Mullerian hormone	抗苗勒管激素
BMI	body mass index	身体质量指数
CAH	congenital adrenal hyperplasia	先天性肾上腺皮质增生
CC	clomiphene citrate	克罗米芬
COC	combined oral contraceptive	复方口服避孕药

CS	cushing's syndrome	库欣综合征
DHEA	dehydroepiandrosterone	脱氢表雄酮
DHEAS	dehydroepiandrosterone sulfate	硫酸脱氢表雄酮
E <sub>2</sub>	estradiol	雌二醇
FINS	fasting plasma insulin	空腹胰岛素
FSH	follicle stimulating hormone	卵泡刺激素
FPG	fasting plasma glucose	空腹血糖
HOMA-IR	homeostasis model assessment-insulin resistance	胰岛素抵抗指数
IGT	impaired glucose tolerance	糖耐量受损
IUI	Intrauterine insemination	宫腔内人工授精
IVF-ET	in vitro fertilization and embryo transfer	体外受精-胚胎移植
LE	letrozole	来曲唑
LH	luteinizing hormone	黄体生成素
NCCAH	non classical congenital adrenal hyperplasia	非经典先天性肾上腺皮质增生
OGTT	oral glucose tolerance test	口服葡萄糖耐量试验
OHSS	ovarian hyperstimulation syndrome	卵巢过度刺激综合征
PCO	polycystic ovary	多囊卵巢
PCOM	polycystic ovarian morphology	多囊卵巢形态
PCOS	polycystic ovary syndrome	多囊卵巢综合征
PRL	prolactin	催乳素
SHBG	sex hormone binding globulin	性激素结合球蛋白
T	testosterone	睾酮

**附录 B**  
**(资料性)**  
**证据概要表**

**基础问题证据概要表**

<b>基础问题1</b>	多囊卵巢综合征诊断标准是什么？
<b>研究类型及数量</b>	指南2部、共识2部。
<b>统计分析结果</b>	依据 2023 年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2018年《多囊卵巢综合征诊治内分泌专家共识》。
<b>结论</b>	多囊卵巢综合征的诊断应依据病史、临床症状及辅助检查结果判断。

<b>基础问题2</b>	青春期多囊卵巢综合征的诊断标准是什么？
<b>研究类型及数量</b>	指南2部、共识3部。
<b>统计分析结果</b>	依据 2023 年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2016年《青春期多囊卵巢综合征诊治共识》、2012年《Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group》。
<b>结论</b>	诊断青春期PCOS的必要条件是高雄激素血症和/或高雄激素血症相关临床表现和月经不规律以及排卵障碍。排除其他导致排卵障碍及雄激素过多的疾病。此期不建议根据超声检查出PCOM来诊断PCOS。

<b>基础问题3</b>	多囊卵巢综合征的鉴别诊断如何？
<b>研究类型及数量</b>	指南2部、共识3部。
<b>统计分析结果</b>	依据 2023 年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2023年《21羟化酶缺陷导致的先天性肾上腺皮质增生症的实验室诊断共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2018年《多囊卵巢综合征诊治内分泌专家共识》、2016年《女性高催乳素血症诊治共识》、2015年《中国库欣病诊治专家共识》。
<b>结论</b>	与高雄激素血症或高雄激素症状、排卵障碍的鉴别诊断。

<b>基础问题4</b>	多囊卵巢综合征的中医辨证分型是什么？各证型的常见证候及辨证要点是什么？
<b>研究类型及数量</b>	报道类文献704篇、书籍类文献6部。
<b>统计分析结果</b>	经查阅知网、万方、维普、中国生物医学文献等数据库中建库至2023年5月的报道类文献704篇，并手工检索涉及相关内容的书籍类文献6部，包括收录于最新版《中医妇科学》教材、《中西医结合妇产科学》教材及国内相关标准与指南。对检索得到的704篇报道类文献和6部书籍类文献中的证候类型进行频数统计并

	排序，并对其进行二轮德尔菲专家问卷调查，专家分别对各证型进行选择并排序。并查阅GB/T 16751.2-2021《中医临床诊疗术语第2部分：证候》，经过两轮德尔菲问卷调查，统计结果总结出上述5个证型。
<b>结论</b>	多囊卵巢综合征的中医辨证分型包括痰湿内阻证、肾虚血瘀证、肝郁肾虚证、肾阳亏虚证、肝经郁热证。多囊卵巢综合征常见证型的证候要点。

<b>基础问题5</b>	多囊卵巢综合征的中西医结合治疗原则是什么？
<b>研究类型及数量</b>	指南3部、共识1部、书籍类文献1部。
<b>统计分析结果</b>	依据2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2021年《中成药临床应用指南·妇科疾病分册——多囊卵巢综合征》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2012年中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·多囊卵巢综合征》（ZYYXH/T239-2012）、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》。
<b>结论</b>	由于PCOS患者不同的年龄和治疗需求、临床表现的高度异质性，因此，临床处理应该根据患者主诉、治疗需求、代谢改变，采取个体化的对症治疗措施，在调整生活方式基础上，结合调整月经周期、调整代谢，降低雄激素、诱导排卵等治疗。对于临床症状或体征已得到缓解的患者，仍应关注远期风险，建议开展多学科合作，制定系统的长期管理规划。在此原则上，中医辨证治疗，结合患者治疗诉求、症状及严重程度，适时采用西药治疗。中医治疗以补肾治其本，健脾理气化痰，疏肝解郁泻火，活血化瘀调经治其标，标本同治。同时还应根据月经周期的不同时间和患者的体质情况辨证论治，选方用药。

<b>基础问题6</b>	青春期多囊卵巢综合征的中西医结合治疗原则有何特殊性？
<b>研究类型及数量</b>	指南2部、共识1部、书籍类文献3部。
<b>统计分析结果</b>	依据2021年《中成药临床应用指南·妇科疾病分册——多囊卵巢综合征》、2016年《青春期多囊卵巢综合征诊治共识》、2012年《中医妇科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T239-2012）、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》、2021年中国中医药出版社“十四·五”规划教材《中西医结合妇产科学》、2014年《中华妇产科学》（第3版）。
<b>结论</b>	治疗时需考虑其年龄、生理特征以及青春期少女的社会心理因素，根据患者的主诉、需求及代谢变化采取规范化和个体化的对症治疗，如调整生活方式、调整月经周期、降低雄激素、改善多毛及痤疮、降低胰岛素、调整心理状态等治疗，以不影响青春期正常生长发育为原则，需要长期治疗，以调整月经周期并预防子宫内膜病变。中医治疗以补肾治其本，辨证论治，标本同治。必要时结合西药对症治疗。但不建议常规促排卵治疗。对于有心理健康障碍的青春期患者，必要时给予专科处理。

<b>基础问题7</b>	多囊卵巢综合征如何采取中西医结合治疗模式治疗？
<b>研究类型及数量</b>	指南3部、共识1部、书籍类文献1部。
<b>统计分析结果</b>	依据2023年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2012年中华中医药学会行业标准《中医妇科常见病诊疗指南·多囊卵巢综合征》

	(ZYYXH/T239-2012)、2021年全国中医药行业高等教育“十四·五”规划教材《中医妇科学》。
结论	分为有无生育需求进行治疗。

<b>基础问题8</b>	多囊卵巢综合征的生活方式的改善包括哪些具体内容和方法?
<b>研究类型及数量</b>	指南2部、共识5部、书籍类文献1部。
<b>统计分析结果</b>	依据2023年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2020年《多囊卵巢综合征相关不孕治疗及生育保护共识》、2019年《生酮饮食干预多囊卵巢综合征中国专家共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2018年《No.362-Ovulation Induction in Polycystic Ovary Syndrome》、2016年《青春期多囊卵巢综合征诊治共识》、2018年《妇产科学》(第9版)。
结论	分为饮食控制、运动、行为干预三方面改善。

<b>基础问题9</b>	针对无生育需求的多囊卵巢综合征患者,如何进行中医治疗或中西医结合治疗?
<b>研究类型及数量</b>	指南1部、共识3部。
<b>统计分析结果</b>	依据2023年《International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023》、2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》和2018年《多囊卵巢综合征诊治内分泌专家共识》。
结论	分为调整月经周期;降低高雄激素;调整代谢;随访与预防远期并发症。

<b>基础问题10</b>	针对有生育需求的多囊卵巢综合征患者,如何进行中医治疗或中西医结合治疗?
<b>研究类型及数量</b>	共识5部。
<b>统计分析结果</b>	依据2023年《多囊卵巢综合征诊治路径专家共识》、2020年《多囊卵巢综合征相关不孕治疗及生育保护共识》、2018年《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》、2018年《多囊卵巢综合征诊治内分泌专家共识》和2015年《辅助生殖促排卵药物治疗专家共识》。
结论	分为诱导排卵;宫腔内人工授精;体外受精-胚胎移植。

## 临床问题证据概要表

### 无生育需求

#### 1. 痰湿内阻证

##### 1.1 苍附导痰丸

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用炔雌醇环丙孕酮相比, 苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮是否可以降低多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 T 值?	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮	单用炔雌醇环丙孕酮	T
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.19, 95% CI (-0.26, -0.11)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确分配隐藏与盲法, 部分研究随机方法存在高风险)、不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (8 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂, 成本低廉, 无报道的不良反应, 患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用炔雌醇环丙孕酮相比, 加减苍附导痰丸联合炔雌醇环丙孕酮治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者, 治疗组 T 水平低于对照组 ( $P < 0.00001$ )。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比, 苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍是否可以降低多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 TG 水平?	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	TG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.23, 95% CI (-0.39, -0.07)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确分配隐藏与盲法)、不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (7 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂, 成本低廉, 无报道的不良反应, 患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			

结论	与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比，加减苍附导痰丸联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者，治疗组 TG 水平低于对照组 ( $P=0.004$ )。
----	---

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比，苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮是否可以降低多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 TC 水平?	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	TC
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.36, 95% CI (-0.53, -0.19)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确分配隐藏与盲法)、不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (7 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂，成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比，加减苍附导痰丸联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者，治疗组 TC 水平低于对照组 ( $P<0.00001$ )。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比，苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍是否可以降低多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 LDL-C?	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	LDL-C
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.40, 95% CI (-0.58, -0.22)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确分配隐藏与盲法)、不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (7 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂，成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用炔雌醇环丙孕酮相比，加减苍附导痰丸联合炔雌醇环丙孕酮治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者，治疗组 LDL-C 水平低于对照组 ( $P<0.00001$ )。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比，苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍是否可以降低多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 HOMA-IR 值？	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	苍附导痰汤联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	HOMA-IR
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.84, 95% CI (-1.28, -0.40)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏与盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（7 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂，成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比，加减苍附导痰丸联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者，治疗组 HOMA-IR 指数低于对照组 ( $P=0.0002$ )。			

### 1.2 礞石滚痰丸

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用炔雌醇环丙孕酮相比，礞石滚痰丸联合炔雌醇环丙孕酮是否可以升高多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 T 值？	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	礞石滚痰丸联合炔雌醇环丙孕酮	单用炔雌醇环丙孕酮	T
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.40, 95% CI (-0.66, -0.14)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏，未施行盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（8 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	该药属《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2022 年）》，甲类医保级别，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	与单用炔雌醇环丙孕酮片相比，礞石滚痰丸联合炔雌醇环丙孕酮治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者，治疗组 T 水平低于对照组 ( $P=0.003$ )。			

### 1.3 五积散

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

与单用二甲双胍相比，五积散联合二甲双胍是否可以降低多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 T 值？	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	五积散联合二甲双胍	单用二甲双胍	T
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.35, 95% CI (-0.53, -0.17)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏，未施行盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（8 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂，其成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	与单用二甲双胍相比，五积散联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者，治疗组 T 水平低于对照组（ $P=0.0001$ ）。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用二甲双胍相比，五积散联合二甲双胍是否可以降低多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 FPG？	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	五积散联合二甲双胍	单用二甲双胍	FPG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.53, 95% CI (-0.96, -0.10)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏，未施行盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（7 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂，成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	与单用二甲双胍相比，五积散联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者，治疗组 FPG 水平低于对照组（ $P=0.02$ ）。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用二甲双胍相比，五积散联合二甲双胍是否可以降低多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 TG 水平？	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	五积散联合二甲双胍	单用二甲双胍	TG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.50, 95% CI (-0.58, -0.42)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			

升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏，未施行盲法）、不精确性（样本量小）
结局指标重要性	关键（7分）
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂，成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。
推荐强度	弱推荐
结论	与单用二甲双胍相比，五积散联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者，治疗组 TG 水平低于对照组（ $P < 0.00001$ ）。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用二甲双胍相比，五积散联合二甲双胍是否可以降低多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者 TC 水平？	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	五积散联合二甲双胍	单用二甲双胍	TC
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.81, 95% CI (-1.15, -0.47)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏，未施行盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（7分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂，成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	与单用二甲双胍相比，五积散联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者，治疗组 TC 水平低于对照组（ $P < 0.00001$ ）。			

## 2. 肾阳亏虚证

### 2.1 右归丸

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用二甲双胍相比，右归丸是否可以降低多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者 T 值？	多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者	右归丸	单用二甲双胍	T
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.34, 95% CI (-0.40, -0.28)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏，未施行盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（8分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2022 年）》，乙类医保级别，无报道的不良反应，患者接受度高。			

推荐强度	强推荐
结论	与二甲双胍相比,右归丸可以降低多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者T水平 ( $P<0.00001$ )。

## 2.2 复方玄驹胶囊

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
炔雌醇环丙孕酮预处理后,与单用二甲双胍相比,复方玄驹胶囊联合二甲双胍是否可以提高多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者月经周期恢复率?	多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者	复方玄驹胶囊联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	月经周期恢复率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.42, 95% CI (1.06, 1.91)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确分配隐藏, 未施行盲法)、不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (9 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	无报道的不良反应, 患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	炔雌醇环丙孕酮预处理后,与单用二甲双胍相比,复方玄驹胶囊联合二甲双胍, 治疗组月经周期恢复率高于对照组 ( $P=0.02$ )。			

## 3. 肝经郁热证

### 3.1 丹栀逍遥散

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单独应用炔雌醇环丙孕酮相比,丹栀逍遥散联合炔雌醇环丙孕酮是否可以提高多囊卵巢综合征肝经郁热证患者月经周期恢复率?	多囊卵巢综合征肝经郁热证患者	丹栀逍遥散联合炔雌醇环丙孕酮	炔雌醇环丙孕酮	月经周期恢复率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=2.22, 95% CI (1.04, 4.76)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确分配隐藏, 未施行盲法)、不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (9 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂, 成本低廉, 无报道的不良反应, 患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			

结论	与单用炔雌醇环丙孕酮相比，丹栀逍遥散联合炔雌醇环丙孕酮，治疗组月经周期恢复率高于对照组 ( $P=0.04$ )。
----	---

## 有生育需求

### 1.痰湿内阻证

#### 1.1 苍附导痰丸

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用促排药物相比，苍附导痰丸联合促排药物是否可以提高多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者妊娠率？	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	苍附导痰丸联合促排药物	单用促排药物	妊娠率
研究类型及数量	5 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.66, 95% CI (1.34, 2.07)			
证据等级	B 级证据			
是否升级或降级	降 1 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (部分研究未明确随机方法或使用高风险随机方法, 所有研究未明确分配隐藏与盲法)			
结局指标重要性	关键 (9 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂, 成本低廉, 不良反应无统计学差异, 患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用促排药物相比, 苍附导痰丸联合促排药物治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者, 治疗组妊娠率高于对照组 ( $P<0.00001$ )。			

#### 1.2 启宫丸

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用促排药相比，启宫丸联合促排药是否可以提高多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者妊娠率？	多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者	启宫丸联合促排药	促排药	妊娠率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=5.29, 95% CI (1.08, 25.91)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确分配隐藏和盲法), 不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (9 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂, 其成本低廉, 无报道的不良反应, 患者接受度高。			
专家共识度	强推荐 66.67%			

推荐强度	强推荐
结论	与单用促排药相比,启宫丸联合促排药治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻证患者,治疗组妊娠率高于对照组( $P=0.04$ )。

## 2. 肾阳亏虚证

### 2.1 复方玄驹胶囊

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单独应用促排药相比,复方玄驹胶囊联合促排药是否可以提高多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者妊娠率?	多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者	复方玄驹胶囊联合促排药	单独应用促排药	妊娠率
研究类型及数量	6 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.56, 95% CI (1.29, 1.89)			
证据等级	B 级证据			
是否升级或降级	降 1 级			
升级或降级因素	偏倚风险(未明确随机方法、分配隐藏与盲法)			
结局指标重要性	关键(9 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	不良反应无统计学差异,患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单独应用促排药相比,复方玄驹胶囊联合促排药,治疗组妊娠率高于对照组( $P<0.00001$ )。			

### 2.2 暖宫孕子丸

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比,暖宫孕子丸联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍是否可以提高多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者妊娠率?	多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者	暖宫孕子丸联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	妊娠率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.33, 95% CI (1.02, 1.74)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险(未明确随机方法、分配隐藏与盲法),不精确性(样本量小)			
结局指标重要性	关键(9 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险(2020 年)》,乙类医保级别,无报道的不良反应,患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			

结论	与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比，暖宫孕子丸联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍，治疗组妊娠率高于对照组 ( $P=0.03$ )。
----	---

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比，暖宫孕子丸联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍是否可以降低多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者流产率？	多囊卵巢综合征肾阳亏虚证患者	暖宫孕子丸联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍	流产率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=0.27, 95% CI (0.08, 0.91)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确随机方法、分配隐藏与盲法)，不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (8 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险 (2020 年)》，乙类医保级别，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍相比，暖宫孕子丸联合炔雌醇环丙孕酮和二甲双胍，治疗组流产率低于对照组 ( $P=0.03$ )。			

### 3. 肝经郁热证

#### 3.1 丹栀逍遥散/丸

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
炔雌醇环丙孕酮预处理后，与单用促排药和二甲双胍相比，丹栀逍遥丸联合促排药和二甲双胍是否可以提高多囊卵巢综合征肝经郁热证患者妊娠率？	多囊卵巢综合征肝经郁热证患者	炔雌醇环丙孕酮预处理后，丹栀逍遥丸联合促排药和二甲双胍	炔雌醇环丙孕酮预处理后，促排药和二甲双胍	妊娠率
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.57, 95% CI (1.12, 2.20)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确随机方法、分配隐藏与盲法)，不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (9 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录 (2022 年)》，甲类医保级别，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			

结论	炔雌醇环丙孕酮预处理后，与单用促排药和二甲双胍相比，丹梔逍遥丸联合促排药和二甲双胍，治疗组妊娠率高于对照组 ( $P=0.008$ )。
----	--

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
炔雌醇环丙孕酮预处理后，与单用促排药相比，丹梔逍遥丸联合促排药是否可以提高多囊卵巢综合征肝经郁热证患者妊娠率？	多囊卵巢综合征肝经郁热证患者	炔雌醇环丙孕酮预处理后，丹梔逍遥丸联合促排药	炔雌醇环丙孕酮预处理后，单用促排药	妊娠率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.90, 95% CI (1.07, 3.38)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确随机方法、分配隐藏与盲法)，不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (9 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录 (2022 年)》，甲类医保级别，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	炔雌醇环丙孕酮预处理后，与单用促排药相比，丹梔逍遥丸联合促排药，治疗组妊娠率高于对照组 ( $P=0.03$ )。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
炔雌醇环丙孕酮预处理后，与单用促排药相比，丹梔逍遥丸联合促排药是否可以降低多囊卵巢综合征肝经郁热证患者流产率？	多囊卵巢综合征肝经郁热证患者	炔雌醇环丙孕酮预处理后，丹梔逍遥丸联合促排药	炔雌醇环丙孕酮预处理后，单独应用促排药	流产率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=0.23, 95% CI (0.07, 0.77)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险 (未明确随机方法、分配隐藏与盲法)，不精确性 (样本量小)			
结局指标重要性	关键 (9 分)			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录 (2022 年)》，甲类医保级别，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	炔雌醇环丙孕酮预处理后，与单独应用促排药相比，丹梔逍遥丸联合促排药，治疗组流产率低于对照组 ( $P=0.02$ )。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

与单用炔雌醇环丙孕酮预处理相比，丹栀逍遥散联合炔雌醇环丙孕酮预处理是否可以提高多囊卵巢综合征肝经郁热证患者妊娠率？	多囊卵巢综合征肝经郁热证患者	丹栀逍遥散联合炔雌醇环丙孕酮	单用炔雌醇环丙孕酮	妊娠率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.87, 95% CI (1.32, 2.65)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确随机方法、分配隐藏与盲法），不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（9 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	此为中药汤剂，成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单独应用炔雌醇环丙孕酮相比，丹栀逍遥散联合炔雌醇环丙孕酮，治疗组妊娠率高于对照组（ $P=0.0005$ ）。			

## 外治疗法

### 1. 针刺

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用西药相比，针刺联合西药是否可以提高多囊卵巢综合征患者妊娠率？	多囊卵巢综合征患者	针刺联合西药	单用西药	妊娠率
研究类型及数量	14 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.75, 95% CI (1.50, 2.03)			
证据等级	B 级证据			
是否升级或降级	降 1 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏和盲法）			
结局指标重要性	关键（9 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用西药相比，针刺联合西药治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组妊娠率高于对照组（ $P<0.00001$ ）。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
------	---------	---------	---------	---------

与单用西药相比，针刺联合西药是否可以提高多囊卵巢综合征患者排卵率？	多囊卵巢综合征患者	针刺联合西药	单用西药	排卵率
研究类型及数量	8 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.29, 95% CI (1.18, 1.41)			
证据等级	B 级证据			
是否升级或降级	降 1 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏和盲法）			
结局指标重要性	关键（9 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用西药相比，针刺联合西药治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组排卵率高于对照组 ( $P<0.00001$ )。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用西药相比，针刺联合西药是否可以降低多囊卵巢综合征患者 T 值？	多囊卵巢综合征患者	针刺联合西药	单用西药	T
研究类型及数量	8 个 RCT			
效应值及可信区间	SMD=-1.13, 95% CI (-1.59, -0.66)			
证据等级	B 级证据			
是否升级或降级	降 1 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏和盲法）			
结局指标重要性	关键（8 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用西药相比，针刺联合西药治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组 T 水平低于对照组 ( $P<0.00001$ )。			

## 2. 灸法

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与单用促排药相比，灸法联合促排药是否可以提高多囊卵巢综合征患者妊娠率？	多囊卵巢综合征患者	灸法联合促排药	单用促排药	妊娠率
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=2.00, 95% CI (1.27, 3.15)			

证据等级	C 级证据
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	偏倚风险（部分研究未明确随机方法，部分研究随机方法存在高风险，所有研究未明确分配隐藏及盲法）、不精确性（样本量小）
结局指标重要性	关键（9 分）
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。
推荐强度	强推荐
结论	与单用枸橼酸氯米芬相比，灸法联合枸橼酸氯米芬治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组妊娠率高于对照组（ $P=0.003$ ）。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用促排药相比，灸法联合枸橼酸氯米芬是否可以提高多囊卵巢综合征患者月经周期恢复率？	多囊卵巢综合征患者	灸法联合促排药	单用促排药	月经周期恢复率
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.26, 95% CI (1.08, 1.47)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（部分研究未明确随机方法，部分研究随机方法存在高风险，所有研究未明确分配隐藏及盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（9 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	强推荐			
结论	与单用促排药相比，灸法联合促排药治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组月经周期恢复率高于对照组（ $P=0.04$ ）。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用促排药相比，灸法联合促排药是否可以提高多囊卵巢综合征患者排卵率？	多囊卵巢综合征患者	灸法联合促排药	单用促排药	排卵率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	RR=1.38, 95% CI (1.03, 1.84)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（随机方法存在高风险，未明确分配隐藏及盲法）、不精确性（样本量小）			

结局指标重要性	关键（8分）
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。
推荐强度	强推荐
结论	与单用促排药相比，灸法联合促排药治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组排卵率高于对照组（ $P=0.03$ ）。

### 3.穴位贴敷

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用促排药相比，穴位贴敷联合促排药是否可以提高多囊卵巢综合征患者妊娠率？	多囊卵巢综合征患者	穴位贴敷联合促排药	单用促排药	妊娠率
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	RR=1.43, 95% CI (1.02, 2.01)			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降2级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏及盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（9分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	与单用促排药相比，穴位贴敷联合促排药治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组妊娠率高于对照组（ $P=0.04$ ）。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用促排药相比，穴位贴敷联合促排药是否可以降低多囊卵巢综合征患者T值？	多囊卵巢综合征患者	穴位贴敷联合促排药	单用促排药	T
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.56, 95% CI (-0.73, -0.39)			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降2级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏及盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（8分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	与单用促排药相比，穴位贴敷联合促排药治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组T水平低于对照组（ $P<0.00001$ ）。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
------	---------	---------	---------	---------

与单用促排药相比，穴位贴敷联合促排药是否可以降低多囊卵巢综合征患者痤疮评分？	多囊卵巢综合征患者	穴位贴敷联合促排药	单用促排药	痤疮评分
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.42, 95% CI (-0.54, -0.30)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏及盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（7 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	与单用促排药相比，穴位贴敷联合促排药治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组痤疮评分低于对照组（ $P < 0.00001$ ）。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用促排药相比，穴位贴敷联合促排药是否可以降低多囊卵巢综合征患者多毛评分？	多囊卵巢综合征患者	穴位贴敷联合促排药	单用促排药	多毛评分
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-1.05, 95% CI (-1.53, -0.57)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏及盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（7 分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	与单用促排药相比，穴位贴敷联合促排药治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组多毛评分低于对照组（ $P < 0.00001$ ）。			

#### 4. 穴位埋线

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用炔雌醇环丙孕酮相比，穴位埋线联合炔雌醇环丙孕酮是否可以降低多囊卵巢综合征患者 T 值？	多囊卵巢综合征患者	穴位埋线联合炔雌醇环丙孕酮	单用炔雌醇环丙孕酮	T
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.44, 95% CI (-0.57, -0.31)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			

升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏及盲法）、不精确性（样本量小）
结局指标重要性	关键（8分）
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。
推荐强度	弱推荐
结论	与单用炔雌醇环丙孕酮相比，穴位贴敷联合炔雌醇环丙孕酮治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组 T 水平低于对照组（ $P < 0.00001$ ）。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与单用炔雌醇环丙孕酮相比，穴位埋线联合炔雌醇环丙孕酮是否可以降低多囊卵巢综合征患者 TC 水平？	多囊卵巢综合征患者	穴位埋线联合炔雌醇环丙孕酮	单用炔雌醇环丙孕酮	TC
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	MD=-0.79, 95% CI (-1.03, -0.55)			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	偏倚风险（未明确分配隐藏及盲法）、不精确性（样本量小）			
结局指标重要性	关键（7分）			
经济性、利弊关系及患者价值观与意愿	成本低廉，无报道的不良反应，患者接受度高。			
推荐强度	弱推荐			
结论	与单用炔雌醇环丙孕酮相比，穴位贴敷联合炔雌醇环丙孕酮治疗多囊卵巢综合征患者，治疗组 TC 水平低于对照组（ $P < 0.00001$ ）。			

## 参考文献

- [1] Li R , Qiao J , Yang D ,et al.Epidemiology of hirsutism among women of reproductive age in the community: a simplified scoring system[J].European Journal of Obstetrics & Gynecology, 2012, 163(2).
- [2] TEEDE HJ, CT TAY, JJE LAVEN, et al. Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Eur J Endocrinol. 2023;189(2):G43-G64.
- [3] 多囊卵巢综合征诊治路径专家共识编写组.多囊卵巢综合征诊治路径专家共识[J].中华生殖与避孕杂志,2023,43(4):337-345.
- [4] 中华医学会妇产科学分会内分泌学组及指南专家组.多囊卵巢综合征中国诊疗指南[J].中华妇产科杂志,2018,53(1):2-6.
- [5] 中国医师协会内分泌代谢科医师分会.多囊卵巢综合征诊治内分泌专家共识[J].中华内分泌代谢杂志,2018,34(1):1-7.
- [6] FAUSER,B.C.J.M., TARLATZIS,B.C., REBAR,R.W., et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): The Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group[J]. Fertility and Sterility: Official Journal of the American Fertility Society, Pacific Coast Fertility Society, and the Canadian Fertility and Andrology Society,2012,97(1):28-38.
- [7] 中华医学会儿科分会罕见病学组,中国医师协会医学遗传医师分会,中国妇幼保健协会出生缺陷防治与分子遗传分会,等. 21 羟化酶缺陷导致的先天性肾上腺皮质增生症的实验室诊断共识[J].中华医学遗传学杂志,2023,40(7):769-780.
- [8] 中华医学会妇产科学分会内分泌学组.女性高催乳素血症诊治共识[J].中华妇产科杂志,2016,51(3):161-168.
- [9] 中国垂体腺瘤协作组.中国库欣病诊治专家共识(2015)[J].中华医学杂志,2016,96(11):835-840.
- [10] 全国卫生产业企业管理协会妇幼健康产业分会生殖内分泌.青春期多囊卵巢综合征诊治共识[J].生殖医学杂志,2016,25(9):767-770.
- [11] 多囊卵巢综合征相关不孕治疗及生育保护共识专家组,中华预防医学会生育力保护分会生殖内分泌生育保护学组.多囊卵巢综合征相关不孕治疗及生育保护共识[J].生殖医学杂志,2020,29(7):843-851.
- [12] 江波,白文佩,郁琦,等.生酮饮食干预多囊卵巢综合征中国专家共识(2018年版)[J].实用临床医药杂志,2019,23(1):1-4.
- [13] Smithson DS, Vause TDR, Cheung AP.No.362-Ovulation Induction in Polycystic Ovary Syndrome. J Obstet Gynaecol Can. 2018 Jul;40(7):978-987.
- [14] 乔杰,马彩虹,刘嘉茵,等.辅助生殖促排卵药物治疗专家共识[J].生殖与避孕,2015,35(4):211-223.
- [15] 冯晓玲,张婷婷主编.中医妇科学[M].十四五规划教材.北京:中国中医药出版社.2021.
- [16] 杜惠兰主编.中西医结合妇产科学[M].十四五规划教材.北京:中国中医药出版社.2021.
- [17] 刘雁峰,梁雪芳,徐莲薇主编.中医妇科学[M].十四五规划教材.北京:人民卫生出版社.2021.
- [18] 罗颂平,杜惠兰,马堃等.中成药临床应用指南——妇科疾病分册(第二版).北京:中国中医药出版社,2021,12.
- [19] 多囊卵巢综合征相关不孕治疗及生育保护共识专家组.多囊卵巢综合征相关不孕治疗及生育

保护共识[J].生殖医学杂志,2020,29(07):843-851.

- [20] 韦依依,华玉蓉,张媛,等.苍附导痰汤联合西药对多囊卵巢综合征患者性激素及胰岛素抵抗的影响[J].世界中西医结合杂志,2020,15(08):1490-1493.
- [21] 孙玉香.苍附导痰汤联合达英-35 治疗痰湿型多囊卵巢综合征的临床观察[J].中医临床研究,2018,10(10):71-72.
- [22] 刘红霞.苍附导痰汤加减联合达英-35 治疗痰湿型多囊卵巢综合征的效果评价[J].甘肃科技,2018,34(12):86-87.
- [23] 张惠.苍附导痰汤加减方联合西医治疗痰湿肥胖型多囊卵巢综合征临床研究[J].亚太传统医药,2018,14(04):184-186.
- [24] 喻先容,孙芳.中西药合用治疗多囊卵巢综合征痰湿内阻型临床观察[J].实用中医药杂志,2019,35(04):438-439.
- [25] 张靖,徐茜.苍附导痰汤联合枸橼酸氯米芬治疗 PCOS 致不孕症患者卵巢功能、子宫内膜血流参数及妊娠影响[J].中国计划生育学杂志,2022,30(07):1529-1533.
- [26] 桂华,黄雅,赵巧云.中西医结合治疗多囊卵巢综合征临床疗效分析[J].新中医,2018,50(06):142-144.
- [27] 徐丹,谢波,徐莉等.苍附导痰丸加减治疗痰湿内阻型多囊卵巢综合征不孕的临床研究[J].四川中医,2015,33(07):92-94.
- [28] 王燕飞,张芳.苍附导痰汤加味辅治多囊卵巢综合征痰湿证的疗效观察[J].浙江中医杂志,2014,49(07):495-496.
- [29] 赵凤英,赵惠芬,马梅等.启宫丸汤联合化学药对多囊卵巢综合征合并不孕症患者血清激素水平的影响[J].中国药房,2017,28(17):2416-2418.
- [30] 郭秀莲.礞石滚痰丸加减联合达英-35 治疗多囊卵巢综合征不孕症临床观察[J].光明中医,2018,33(18):2741-2743.
- [31] 王萍.中西医治疗痰湿型多囊卵巢综合征对糖脂代谢以及生殖激素的影响[J].中国处方药,2018,16(04):137-138.
- [32] 徐美芬.加味逍遥颗粒联合二甲双胍对肥胖型多囊卵巢综合征疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2018,28(10):857-860.
- [33] 江晓婧.复方玄驹胶囊联合达英-35 治疗肾阳虚型多囊卵巢综合征临床观察[J].广西中医药,2015,38(06):14-16.
- [34] 钟晓玲,曹大农,林慰欣,等.右归丸对多囊卵巢综合征胰岛素抵抗的临床研究[J].中医药通报,2009,8(3):50-52.
- [35] 袁迎君,蓝岚.丹栀逍遥散加减治疗肝郁血热型多囊卵巢综合征 37 例疗效观察[J].河北中医,2014,36(08):1175-1178.
- [36] 李瑛.复方玄驹胶囊联合氯米芬治疗多囊卵巢综合征疗效观察[J].山西中医,2012,28(09):21-22.
- [37] 牛向馨,陈达天.复方玄驹胶囊联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征临床观察[J].海南医学,2011,22(04):47-48.
- [38] 葛冰冰.复方玄驹胶囊联合克罗米芬和黄体酮胶囊治疗多囊卵巢综合征不孕患者的临床效果[J].河南医学研究,2021,30(08):1499-1501.
- [39] 吴雅慧,张维民,刘海宁等.中药复方制剂联合尿促性素与克罗米芬治疗多囊卵巢综合征不孕症(肾阳虚型)的疗效观察[J].生殖医学杂志,2015,24(08):671-674.
- [40] 陈建玲.复方玄驹胶囊在多囊卵巢综合征促排卵中的临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(16):34-35.
- [41] 陈志芳,沈菊凤,施根妹.黄体酮联合复方玄驹胶囊治疗多囊卵巢综合征不孕疗效及对卵巢功

- 能的影响[J].中国计划生育学杂志,2019,27(02):206-209.
- [42] 胡云芳,黄怡,李柳铭.复方玄驹胶囊、克罗米芬联合戊酸雌二醇治疗多囊卵巢综合征合并不孕患者(肾阳虚型)的效果观察[J].中国妇幼保健,2017,32(12):2705-2708.
- [43] 余丽金,肖淑,许艳.暖宫保孕丸联合二甲双胍对多囊卵巢综合征的临床效果研究[J].世界中医药,2020,15(22):3458-3461.
- [44] 刘芸,毛丽华.丹栀逍遥丸对肝郁化火型多囊卵巢综合征促排卵疗效的影响[J].中国中西医结合杂志,2013,33(09):1191-1195.
- [45] 柯龙升.丹栀逍遥丸联合西药治疗多囊卵巢综合征(PCOS)多中心随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2016,30(11):79-82.
- [46] 毛旭东,王迎军.丹栀逍遥散加减治疗肝郁血热型多囊卵巢综合征疗效及对患者内分泌代谢和排卵的影响[J].中医药信息,2018,35(06):67-71.
- [47] 许榕倩,林舒.丹栀逍遥丸治疗肝郁火热证多囊卵巢综合征 30 例[J].福建中医药,2017,48(02):23-24.
- [48] 黄守强,徐海燕,熊俊等.针灸治疗多囊卵巢综合征不孕症有效性的系统评价[J].中国循证医学杂志,2021,21(04):431-437.
- [49] 王婕,杨婷.穴位贴敷配合克罗米芬对肾虚血瘀型多囊卵巢综合征伴不孕患者的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23(21):74-78.
- [50] 朱丽娟,肖少芳,张敏霞.达英-35 联合穴位埋线治疗多囊卵巢综合征不孕的临床研究[J].江西中医药大学学报,2022,34(05):47-49.
- [51] 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(04):2153-2156.
- [52] 薛利凤,苗玉新.温针灸联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征不孕症疗效观察及对性激素、排卵情况的影响[J].新中医,2022,54(10):164-167.
- [53] 衷敬柏.建立适合中医临床诊疗证据评价方法的建议[J].中华中医药杂志,2016,31(04):1146-1148.
- [54] Guyatt GH,Oxman AD,Vist GE,et al. GRADE:an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J].BMJ,2008,336(7650):924-926.
- [55] Andrews J,Guyatt G,Oxman AD,et al. GRADE guidelines:14. Going from evidence to recommendations:the significance and presentation of recommendations[J].J Clin Epidemiol, 2013,66(07):719-725.