·综 述·

多囊卵巢综合征的治疗进展

朱洁萍，熊　苗，周芳芳
（上海交通大学附属第六人民医院妇产科，上海 200233）

摘要：多囊卵巢综合征（PCOS）患者的临床表现主要包括月经异常、雄激素过多症、胰岛素抵抗和不孕症等。本文根据PCOS 患者不同临床表现，简要概述 PCOS 患者生活方式的调整、口服避孕药和促排卵药物治疗、胰岛素增敏剂以及腹腔镜下卵巢打孔和辅助生殖技术等治疗方案。

关键词：多囊卵巢综合征(PCOS)；口服避孕药；辅助生殖技术
中图分类号：R588.6；R977.1　　**文献标志码：**A　　**文章编号：**1672-9188(2018)03-0157-06
DOI：10.13683/j.wph.2018.03.003

Progress in the treatment of polycystic ovary syndrome

ZHU Jie-ping, XIONG Miao, ZHOU Fang-fang
(*Department of Obstertrics and Gynecology, Shanghai Jiaotong University Affiliated the Sixth People's Hospital, Shanghai 200233, China*)

Abstract: The clinical manifestations of the patients with polycystic ovary syndrome (PCOS) mainly include menstrual abnormalities, hyperandrogenism, insulin resistance, and infertility. According to the symptomatic characteristics of PCOS patients, this review describes several therapeutic approaches, such as lifestyle adjustment, oral contraceptives and ovulation induction drugs, insulin sensitizer, the laparoscopic assisted ovarian drilling and assisted reproductive technology in PCOS patients.

Key words: polycystic ovary syndrome (PCOS); oral contraceptives; assisted reproductive technology

多囊卵巢综合征（PCOS）是育龄期女性最常见的内分泌紊乱性疾病，其主要的病理生理改变是无排卵、雄激素增多和卵巢呈多囊性变化，临床表现为月经紊乱、不孕、多毛和反复痤疮等。此外，PCOS 患者肥胖和胰岛素抵抗的发生率也很高，可导致糖、脂代谢异常，心血管疾病和雌激素依赖型子宫内膜恶性肿瘤的发病风险也高于正常人群。本文综述 PCOS 的常见临床症状及治疗进展。

1　生活方式的调整

生活方式调整是 PCOS 的一线治疗措施，属于基础治疗。大多数 PCOS 患者多有肥胖问题，脂肪大量堆积、尤其是腹部脂肪堆积可导致高胰岛素血症、代谢紊乱、雄激素增多症以及月经异常、不孕和远期并发症等。无论是否已经发生胰岛素抵抗或糖、脂代谢异常，对于超重或肥胖的 PCOS 患者，通过控制饮食、增加运动量等生活方式的调整进行减脂减重是 PCOS 患者重要的治疗环节，减重 5% 左右即有可能恢复正常月经周期，并且提高对促排卵药物的反应。

PCOS 患者如何合理安排饮食，目前尚未达成共识。在制定饮食计划时，应考虑患者的体质量和运动强度。Goss 等[1] 纳入 30 例平均年龄 31 岁、体质量指数（BMI）为 31.8 kg/m^2 的 PCOS 患者，随机分

收稿日期：2017-06-01；**修回日期：**2017-12-04
作者简介：朱洁萍，主任医师，研究方向：妇科内分泌疾病。
基金项目：上海市卫生局面上项目(编号：20124120)。

成低糖组（糖：蛋白质：脂肪＝41 ： 19 ： 40%）和标准饮食组（55 ： 18 ： 27%），8 周干预后，两组患者的体质量均有下降，但组间差异无统计学意义（$P > 0.05$）；低糖组患者总脂肪含量下降 3.7%，腹内脂肪（IAAT）、腹部皮下脂肪（SAAT）以及大腿肌肉内脂肪（IMAT）含量均显著下降，分别下降 7.1%、4.6% 和 11.5%；标准饮食组肌肉含量下降 1.3%，总脂肪含量减少 2.2%，但 IAAT、SAAT 和大腿 IMAT 含量均未明显改变。糖是胰岛素分泌的主要刺激物，但淀粉和乳制品对餐后胰岛素分泌的刺激作用可能更强。Phy 等 [2] 研究发现，连续 8 周低淀粉 - 低乳制品饮食结构能使肥胖型 PCOS 患者的 BMI、腰围、腰臀比、空腹和餐后 2 h 胰岛素水平以及胰岛素抵抗指数（HOMA-IR）均显著下降，同时，总睾酮水平、游离睾酮水平和 Ferriman-Gallwey 评分也都出现明显下降。

除了提倡合理安排饮食，食物的处理方式也很重要。研究发现，PCOS 患者的卵巢组织中糖基化终末产物（AGE）会出现过多蓄积，而 AGE 具有抑制卵巢颗粒细胞中胰岛素信号传递的作用，卵巢组织内 AGE 大量蓄积可能导致 PCOS 患者无排卵和胰岛素抵抗 [3-4]。人体从食物中 AGE 摄入量随食物的烹饪方式改变而出现变化，烧烤或油炒可导致食物中 AGE 的含量显著增加。研究发现，PCOS 患者血清 AGE 水平高于年龄、BMI 匹配的健康女性，AGE 与胰岛素抵抗、睾酮水平以及抗苗勒管激素（AMH）水平呈正相关。PCOS 患者即使总热量的摄入得到控制，如果 AGE 摄入过多，依然会出现高雄激素血症、高胰岛素血症和胰岛素抵抗加重的情况，而减少饮食中 AGE 的摄入，能显著降低其雄激素、胰岛素和 HOMA-IR 水平 [5]。此外，除了饮食控制，规律运动也是调整生活方式的重要内容。研究已证实，运动与饮食控制相结合可有效减少身体脂肪含量，增加胰岛素敏感性。建议每周至少 150 ～ 180 min 的有氧运动（如：健步走）[6]。

2 调整月经周期

月经异常是 PCOS 患者常见的临床表现，多为月经稀发和闭经，也可表现为子宫不规则出血。排卵障碍是导致月经异常的主要原因，可能引发不孕和流产等，无排卵患者的子宫内膜长期缺乏孕激素保护，也增加子宫内膜癌的发病风险。可见，调整月经周期更重要的意义在于保护子宫内膜，以减少子宫内膜癌的发生。复方口服避孕药是常用的调整月经周期的药物，由人工合成雌激素（炔雌醇）和孕激素组成。炔雌醇能抑制下丘脑 - 垂体 - 卵巢轴，和孕激素联合使用，具有抑制卵泡的发育、成熟和排卵的功效，同时，由于黄体生成素（LH）分泌减少，卵巢卵泡膜细胞和间质细胞雄激素的合成也减少，炔雌醇还能通过增加肝脏性激素结合球蛋白的合成，减少游离雄激素水平。因此，对高雄激素症状，比如反复痤疮、体毛增多等有很好的临床效果，同时可以控制月经周期，为无生育要求者提供可靠的避孕措施。各类复方口服避孕药物均存在炔雌醇的剂量和孕激素的种类差异，其中，含有环丙孕酮的复方口服避孕药通过外周竞争雄激素受体作用抑制雄激素产生的生物学效应，是抑制雄激素作用最强的口服避孕药。但是口服避孕药对糖、脂代谢有不利影响。研究发现，短期（3 个月）使用炔雌醇环丙孕酮片，也可能影响体质量和血脂代谢（如 BMI 和总胆固醇升高）[7]。因此，肥胖型 PCOS 患者长期口服避孕药需注意药物不良反应。国内一项随机对照研究观察了两种复方口服避孕药对 PCOS 患者糖代谢的影响，患者随机分别接受含有屈螺酮或含有环丙孕酮的口服避孕药治疗，两组患者同时接受二甲双胍和生活方式干预治疗 6 个月，结果发现，所有患者的 BMI 和高雄激素水平均显著改善，其中含有屈螺酮的口服避孕药治疗组患者血压控制水平和糖、脂代谢改善更显著 [8]。

PCOS 患者子宫内膜癌的发病风险较正常人群高，因此，有口服避孕药禁忌证的患者、口服避孕药慎用者或对口服避孕药使用有顾虑而拒绝使用者，应定期超声检查监测子宫内膜情况，并周期性地使

用孕激素补充治疗，以保护子宫内膜。对于无生育要求的患者，使用左炔诺孕酮宫内缓释系统（曼月乐）也是一个很好的选择。

3　缓解雄激素增多症

PCOS 患者的雄激素水平较高，但存在明显个体差异，部分患者仅表现为高雄激素血症（血清睾酮、雄烯二酮和硫酸脱氢表雄酮水平升高），并无雄激素增多症的皮肤表现；一部分患者可表现为反复痤疮、多毛以及脂溢性脱发等，症状的严重程度各不相同。降雄激素治疗首选口服避孕药。口服避孕药可明显改善痤疮症状，通常药物治疗 3 个月就可明显缓解，由于毛发生长周期的关系，多毛症状的改善通常需要 6 个月以上的治疗周期。如果口服避孕药治疗后疗效不佳，或患者存在口服避孕药使用禁忌证，可联合或替换其他降雄激素药物治疗。螺内酯是醛固酮拮抗剂，可抑制卵巢和肾上腺的雄激素合成，通过抑制 5-α 还原酶活性或在皮肤毛囊部位竞争结合雄激素受体等多种途径发挥抗雄激素作用，治疗剂量为一日 25 ～ 200 mg，服药期间需注意监测血钾水平。PCOS 患者选择螺内酯降雄激素治疗时应注意月经周期的变化，单独使用螺内酯可能导致月经周期紊乱，多表现为经间期出血。研究发现，螺内酯除了有降雄激素作用，还能降低体内雌激素水平，雌激素水平较低的患者接受螺内酯治疗期间更易发生经间期出血 [9]。Leelaphiwat 等 [10] 纳入 18 例 PCOS 患者对比去氧孕烯炔雌醇片（30 μg/150 μg）+ 螺内酯（25 mg/d）和环丙孕酮炔雌醇片（35 μg/2 mg）对患者雄激素和代谢的影响，结果显示，两组患者治疗后痤疮评分、游离雄激素水平均显著下降，性激素结合球蛋白水平均上升，但环丙孕酮炔雌醇组患者胆固醇和高密度脂蛋白水平较高。Diri 等 [11] 研究对比 PCOS 患者螺内酯（100 mg/d）单药治疗和螺内酯联合二甲双胍（2 000 mg/d）治疗的疗效，共治疗 12 个月，结果显示，两组患者多毛评分均显著降低（25.2% 和 28.3%），且两组患者在体重控制、调节激素紊乱和缓解胰岛素抵抗等方面无显著差异。但另有一项更大样本的研究发现，与螺内酯或二甲双胍单药治疗组比较，低剂量螺内酯（50 mg/d）联合二甲双胍（1 000 mg/d）治疗组血糖和胰岛素的曲线下面积明显减少，总睾酮水平和 Ferriman-Gallwey 评分显著下降 [12]。由此可见，针对 PCOS 患者选择螺内酯治疗时，是否需要联合治疗有待进一步探究。

4　改善胰岛素抵抗

胰岛素抵抗也属于 PCOS 患者的常见临床表现，肥胖患者中的发生率更高。胰岛素抵抗会加重高雄激素血症、卵巢排卵障碍和不孕症等，是代谢综合征的重要组成部分，也是 2 型糖尿病的前期病变表现。改善胰岛素抵抗无论是对生殖轴功能还是心血管健康都十分有利。胰岛素抵抗的一线治疗措施是生活方式的调整，其次是胰岛素增敏剂治疗。双胍类药物能增加胰岛素敏感性，是 PCOS 合并胰岛素抵抗患者最常用的药物，也有益于改善生育力。对于接受促性腺激素促排卵的孕妇，二甲双胍可以提高妊娠率和活产率，同时也减少卵巢过度刺激综合征（OHSS）的发生。研究认为，孕早期服用二甲双胍未降低流产率，但也未增加妊娠期异常情况发生率 [13]。Jacob 等 [14] 纳入 153 例 GnRH 拮抗剂促排卵后行体外受精 / 卵胞浆内单精子显微注射（IVF/ICSI）的 PCOS 患者进行随机双盲对照研究，患者随机分为二甲双胍治疗组和安慰剂组，结果发现，二甲双胍组 OHSS 的发生率未明显降低，且卵子获取和种植率方面也未见优势，同时，二甲双胍治疗组的临床妊娠率（28.6% 对 48.7%）和活产率（27.6% 对 51.6%）均显著低于安慰剂组。但 2017 年的一项 Cochrane 数据分析显示，促性腺激素联合二甲双胍治疗组的妊娠率（OR 为 2.31，95%CI 为 1.46 ～ 4.31）、临床妊娠率（OR 为 2.51, 95% CI 为 1.46 ～ 4.31）均显著高于单用促性腺激素组，但多胎妊娠率、流产率和 OHSS 发生率组间差异无统计学意义 [15]。

5　治疗不孕症

PCOS 患者不孕症的治疗策略包括生活方式调整、促排卵和辅助生殖。肥胖不仅导致无排卵，还

降低促排卵的成功率，体质量降低 5% ～ 10% 有助于恢复排卵和妊娠。因此，体质量管理应作为不孕症的一线治疗策略。此外，PCOS 患者通过药物和腹腔镜下卵巢打孔诱发排卵使其自然受孕，对于无排卵导致的不孕症具有一定疗效。

5.1 药物治疗

克罗米芬是一种部分选择性雌激素受体调节剂，作用于下丘脑，抑制雌激素的负反馈调节作用，可增加 GnRH 的脉冲频率，增加垂体释放 FSH，促使卵泡募集和生长。但该药物的抗雌激素作用可影响子宫内膜生长和宫颈黏液的分泌，不利于妊娠，并有引发 OHSS 和多胎妊娠的风险，临床使用应谨慎选择。来曲唑为芳香化酶抑制剂，通过阻断雌激素的合成，降低雌激素对垂体的负反馈调节，使 FSH 升高，促进卵泡生长。Kar 等 [16] 纳入 103 例 PCOS 原发性不孕症患者进行药物促排卵的前瞻性随机对照研究中， 患者随机分组，于月经期第 2 ～ 6 天分别给予来曲唑一日 5 mg 或克罗米芬一日 100 mg，卵泡成熟后注射绒毛膜促性腺激素 (HCG)，24 ～ 36 h 后同房或人工授精 (IUI)，结果显示，两组患者排卵率（来曲唑组 73.08%，克罗米芬组 60.78%）、子宫内膜厚度、HCG 注射日的血清雌二醇水平、排卵时间及第 21 天的血清孕酮含量组间差异均无统计学意义，但来曲唑组患者单个卵泡成熟率和妊娠率 (79.49% 和 21.56%) 均显著高于克罗米芬组 (54.84% 和 7.84%)。Roque 等 [17] 对纳入 1 833 例 PCOS 伴不孕症患者共 4 999 个促排卵周期的 7 项前瞻性临床研究做了系统分析，结果显示，来曲唑组的妊娠率、活产率都显著高于克罗米芬组，而排卵率、多胎妊娠率和流产率方面两组没有显著差异。

尿促性腺激素含有卵泡刺激素 (FSH) 和黄体生成素 (LH)，能促进卵泡发育成熟和排卵后的黄体生成。治疗方式为：患者从月经第 3 ～ 5 天起，每隔一日注射尿促性腺激素 75 U，直至卵泡成熟，之后选择 HCG 5 000 ～ 1 0000 U 诱导排卵。临床使用过程中发现，尿促性腺激素易诱发多个卵泡发育，增加 OHSS 和多胎妊娠的风险。Chen 等 [18] 将 156 例 PCOS 伴不孕症患者随机分为尿促性腺激素单药治疗组、克罗米芬单药治疗组、来曲唑联合尿促性腺激素组，结果发现，联合治疗组患者子宫内膜厚度、雌二醇水平以及妊娠率均显著高于其他两组。

5.2 腹腔镜下卵巢打孔

对于 PCOS 排卵障碍导致的不孕症患者，若存在克罗米芬治疗抵抗，可选择腹腔镜下卵巢打孔 (LOD) 促排卵治疗的二线治疗方法。LOD 促排卵的机制尚不明确，可能由于手术破坏一部分卵泡和卵巢间质，使雄激素和抑制素水平下降，从而间接升高 FSH 水平有关。另外，LOD 的热辐射可使卵巢血供增加，局部促性腺激素水平升高，另一方面促进炎症生长因子如胰岛素样生长因子 -1 的产生，进一步加强促性腺激素的卵泡生长作用。有以下情况的患者可采用 LOD 促排卵治疗：高 LH 血症、BMI 正常、需要腹腔镜评估盆腔情况或因随访依从性差而不适合接受促性腺激素促排卵治疗者。目前尚缺乏标准化的 LOD 手术方法，但通常是用长度 1 ～ 2 cm 的单极电针，在每侧卵巢上做 3 ～ 8 个深度为 2 ～ 4 mm、直径为 3 mm 的穿刺孔，大多选择做 4 个孔，功率 40 W，每孔停留时间 4 s，平均每侧卵巢的热能约 600 J。研究显示，LOD 手术后 1 年内的自然排卵率为 30% ～ 90%，妊娠率为 13% ～ 88%，其中 20% ～ 30% 的患者对 LOD 手术无反应 [19]。但是，近期一项系统评价发现，对于克罗米芬抵抗的 PCOS 患者，与其他药物促排卵方案相比，LOD 在临床妊娠率和活产率方面并无确切优势 [20]。如果术后 3 个月无自然排卵，可联合克罗米芬或基因重组 FSH 治疗，可能由于 LOD 手术可提高卵巢对克罗米芬和 FSH 的敏感性。但 LOD 易造成术后粘连和卵巢功能减退，打孔数量越多，影响越大。Eftekhar 等 [21] 观察了 300 例 20 ～ 35 岁存在克罗米芬抵抗的 PCOS 患者，随机分为 LOD 预处理后 IVF/ICSI 组和直接 IVF/ICSI 组，结果显示，与直接 IVF/ICSI 的患者相比，IVF/ICSI 之前 LOD 预处理组 OHSS 的发生率显著降

低，虽然患者的卵母细胞和胚胎获得率较低，但两组妊娠率无显著差异。

5.3 辅助生殖技术

通过控制性超促排卵（COH）治疗后，取卵后体外受精再移植（IVF-ET）是排卵障碍性 PCOS 不孕症的三线治疗方法，也常用于合并有其他导致不孕症因素的患者，如输卵管因素、男方精液异常等。但是 PCOS 患者的高 LH 血症、高雄激素血症和卵巢多囊表现可增加促排卵过程中 OHSS 的风险，并降低体外受精的成功率。因此，COH 前使用口服避孕药调节垂体功能，可通过降低 LH 和雄激素水平减少 OHSS 的发生，并最终改善 IVF 结局。但近期研究发现，COH 之前口服避孕药，并未能显著提高累积妊娠率，也未能降低 OHSS 的发生[22]。由此可见，接受 COH 治疗的 PCOS 患者，口服避孕药预处理是否能明显改善妊娠结局，尚有待进一步明确。

6 结语

PCOS 是一种临床表现高度异质性的慢性病，需要长期管理，治疗方案除了要解决患者的近期临床问题，还应控制危险因素，预防远期并发症的发生。

参考文献：

[1] Goss AM, Chandler-Laney PC, Ovalle F, *et al*. Effects of a eucaloric reduced-carbohydrate diet on body composition and fat distribution in women with PCOS[J]. Metabolism, 2014 63(10): 1257-1264.

[2] Phy JL, Pohlmeier AM, Cooper JA, *et al*. Low starch/low dairy diet results in successful treatment of obesity and co-morbidities linked to polycystic ovary syndrome (PCOS)[J]. J Obes Weight Loss Ther, 2015, 5(2): 259-259.

[3] Palimeri S, Palioura E, Diamanti-Kandarakis E. Current perspectives on the health risks associated with the consumption of advanced glycation end products: recommendations for dietary management[J]. Diabetes Metab Syndr Obes, 2015, 8: 415-426.

[4] Diamanti-Kandarakis E, Chatzigeorgiou A, Papageorgiou E, *et al.* Advanced glycation end-products and insulin signaling in granulosa cells[J]. Exp Biol Med (Maywood), 2016, 241(13): 1438-1445.

[5] Tantalaki E, Piperi C, Livadas S, *et al.* Impact of dietary modification of advanced glycation end products (AGEs) on the hormonal and metabolic profile of women with polycystic ovary syndrome (PCOS)[J]. Hormones (Athens), 2014, 13(1): 65-73.

[6] Abazar E, Taghian F, Mardanian F, *et al.* Effects of aerobic exercise on plasma lipoproteins in overweight and obese women with polycystic ovary syndrome[J] Adv Biomed Res, 2015, 4: 68. doi: 10.4103/2277-9175.153892

[7] Yang YM, Choi EJ. Efficacy and safety of metformin or oral contraceptives, or both in polycystic ovary syndrome[J]. Ther Clin Risk Manag, 2015, 11: 1345-1353. doi: 10.2147/TCRM.S89737.

[8] Wang QY, Song Y, Huang W, *et al*. Comparison of drospirenone-with cyproterone acetate-containing oral contraceptives, combined with metformin and lifestyle modifications in women with polycystic ovary syndrome and metabolic disorders: a prospective randomized control trial[J]. Chin Med J (Engl), 2016, 129(8): 883-890.

[9] Sabbadin C, Andrisani A, Zermiani M, *et al.* Spironolactone and intermenstrual bleeding in polycystic ovary syndrome with normal BMI[J]. J Endocrinol Invest, 2016, 39(9): 1015-1021.

[10] Leelaphiwat S, Jongwutiwes T, Lertvikool S, *et al.* Comparison of desogestrel/ethinyl estradiol plus spironolactoneversus cyproterone acetate/ethinyl estradiol in the treatment of polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2015, 41(3): 402-410.

[11] Diri H, Karaburgu S, Acmaz B, *et al*. Comparison of spironolactone and spironolactone plus metformin in the treatment of polycystic ovary syndrome[J]. Gynecol Endocrinol, 2016, 32(1): 42-45.

[12] Ganie MA, Khurana ML, Nisar S, *et al.* Improved efficacy of low-dose spironolactone and metformin combination than either drug alone in the management of women with polycystic ovary syndrome (PCOS): a six-month, open-label randomized study[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2013, 98(9): 3599-3607.

[13] Abu Hashim H. Twenty years of ovulation induction with metformin for PCOS; what is the best available evidence?[J]. Reprod Biomed Online, 2016, 32(1): 44-53.

[14] Jacob SL, Brewer C, Tang T, *et al.* A short course of metformin does not reduce OHSS in a GnRH antagonist cycle for women with PCOS undergoing IVF: a randomised placebo-controlled trial[J]. Hum Reprod, 2016, 31(12): 2756-2764.

[15] Bordewijk EM, Nahuis M, Costello MF, *et al.* Metformin during ovulation induction with gonadotrophins followed by timed intercourse or intrauterine insemination for subfertility associated with polycystic ovary syndrome[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 1: CD009090. doi: 10.1002/14651858.CD009090.

[16] Kar S. Clomiphene citrate or letrozole as first-line ovulation induction drug in infertile PCOS women: a prospective randomized trial[J]. J Hum Reprod Sci, 2012, 5(3): 262-265.

[17] Roque M, Tostes AC, Valle M, *et al*. Letrozole versus clomiphene citrate in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis[J]. Gynecol Endocrinol, 2015, 31(12): 917-921.

[18] Chen Z, Zhang M, Qiao Y, *et al.* Effects of letrozole in combination with low-dose intramuscular injection of human menopausal gonadotropin on ovulation and pregnancy of 156 patients with polycystic ovary syndrome[J]. Pak J Med Sci, 2016, 32(6): 1434-1438.

[19] Mitra S, Nayak PK, Agrawal S. Laparoscopic ovarian drilling: An alternative but not the ultimate in the management of polycystic ovary syndrome[J]. J Nat Sci Biol Med, 2015, 6(1): 40-48.

[20] Farquhar C, Brown J, Marjoribanks J. Laparoscopic drilling by diathermy or laser for ovulation induction in anovulatory polycystic ovary syndrome[J]. Cochrane Database Syst Rev 2012, 6: CD001122. doi: 10.1002/14651858.CD001122.

[21] Eftekhar M, Deghani Firoozabadi R, Khani P, *et al.* Effect of laparoscopic ovarian drilling on outcomes of *in vitro* fertilization in clomiphene-resistant women with polycystic ovary syndrome[J]. Int J Fertil Steril, 2016, 10(1): 42-47.

[22] Decanter C, Robin G, Thomas P, *et al*. First intention IVF protocol for polycystic ovaries: does oral contraceptive pill pretreatment influence COH outcome?[J]. Reprod Biol Endocrinol, 2013, 11: 54. doi: 10.1186/1477-7827-11-54

（责任编辑：雷 玲）

欢迎投稿，欢迎订阅，欢迎刊登广告，样刊备索
编辑部邮箱：wcd@pharmadl.com
在线投稿：www.jwph.com.cn

本刊“医药专论”专题预告

睡眠障碍是指睡眠量不正常以及睡眠中出现的异常行为表现，失眠是最为常见的一类睡眠障碍。由同济大学附属同济医院精神医学科**陆峥**教授组织撰写的**2017年中国失眠症诊断和治疗指南解读**一文就2017年《中国失眠症诊断和治疗指南》的临床核心内容做了解读，以供临床诊疗参考。老年人是失眠症的高发人群，**老年失眠症的研究进展**一文则从老年失眠症的病因和治疗两方面着手，对最新研究进行了分析和综述。近年来研究发现，心血管疾病合并失眠症的发病率较高，**心血管疾病合并失眠的诊断与治疗**一文则对心血管疾病合并失眠症的诊断与治疗进行了介绍，以供临床参考。睡眠障碍在儿童中较常见，**儿童常见睡眠障碍的诊断及治疗**一文对近年来国内外儿童睡眠障碍的诊断及治疗进行综述，以期为临床儿童睡眠障碍的识别及干预做出建议。酒精中毒即酒精依赖，其不仅会导致出现戒断反应，还会导致多种睡眠相关疾病，**酒精中毒性睡眠障碍的研究进展**一文综述了酒精中毒相关的睡眠障碍的流行病学、发病机制、临床表现、诊断标准及治疗等各方面。

敬请关注本刊近期发表的由同济大学附属同济医院精神医学科**陆峥**主任撰稿的**特殊人群睡眠障碍的诊断和治疗**专题。