

# 罗志娟教授治疗多囊卵巢综合征经验浅析

高 静 指导 罗志娟 吴剑兰 杨 佳(广西中医药大学 2010 级研究生 南宁 530001)

**摘要**:多囊卵巢综合征(PCOS)是以月经稀发或闭经、慢性无排卵、不孕、肥胖、多毛、痤疮、黑棘皮征和卵巢多囊性增大等,进一步出现 2 型糖尿病、高血压病和心血管病等为临床表现的常见病、多发病。罗志娟教授精研医技,博采众家之长,临床经验丰富,笔者有幸师从其左右,受益颇多,现将罗教授治疗 PCOS 的经验初步整理,以飨读者。

**关键词**:罗志娟教授 多囊卵巢综合征 导师经验

中图分类号 R711.75

文献标识码 B

文章编号:1672-8351(2013)04-0156-02

罗志娟,女,教授,主任医师,硕士研究生导师,广西名中医,从事中医及中西医结合妇产科的教学、临床、科研工作近 30 年,在总结前人经验的基础上,将现代医学相结合并创新,强调辨病与辨证结合,讲究异病同治、同病异治,提倡衷中参西,逐步形成了一套独特的诊疗体系,擅长于经、带、胎、产、杂多种妇科疾病的治疗,尤其对不孕症、多囊卵巢综合征、围绝经期综合征、“试管婴儿”前后的中药调理、面部痤疮、妇科炎症及慢性盆腔疼痛症等疾病的治疗有很深的造诣。

多囊卵巢综合征(polycystic ovary syndrome, PCOS)是以内分泌紊乱为主,发病多因性、临床表现呈多态性的内分泌失调综合征。2003 年 5 月 欧洲人类生殖与胚胎学会和美国生殖医学学会(ESHRE/ASRM)在鹿特丹(Rotterdam)会议对该病的诊断达成共识,提出诊断标准需具备以下三项中的两项:①稀发排卵或无排卵;②高雄激素的临床和(或)生物化学特征;③卵巢多囊改变:一侧或双侧均有 12 个以上直径为 2~9mm 的卵泡和/或卵巢体积大于 10ml(排除肾上腺皮质增殖、柯兴综合征、雄激素肿瘤等疾病)<sup>[1,2]</sup>。

PCOS 是导致妇女月经紊乱最常见的原因之一,也是引起排卵性不孕症的主要原因,因此,患者多以月经不调及不孕症前来就诊,且大多可见形体肥胖。随着众多医家对 PCOS 的深入研究,认识到西医很难满足本病的治疗需要,而中医药治疗 PCOS 有独到的优势。导师罗志娟教授将中、西药及现代化的诊疗手段灵活结合应用于临床治疗中,取得了较好的疗效。

## 1 病因病机

中医认为其属于“月经后期”、“闭经”、“崩漏”、“不孕”等病证范畴。主要是由于肾-天癸-冲任-胞宫轴之间生克制化关系失调。肾-天癸-冲任-胞宫生殖轴为女性生殖生理的核心内容。肾为先天之本,为天癸之源,主生殖、藏精,五脏六腑之精皆蓄积于肾。肾气充盛,对天癸的成熟及冲任脉的通盛起着主导作用,是维持肾-天癸-冲任-胞宫轴的生理平衡和正常的基础,是月经按期来潮和妊娠的前提。《素问·逆调论》曰:“肾者水脏,主精液”。若肾阳虚衰,温煦气化不利,脾失健运,水湿内停,聚而成痰,痰湿阻滞,气机不畅,血脉瘀阻胞脉而致月经不调、不孕。又随着生活水平提高、压力增大,平素偏嗜肥甘厚腻,饮食不节导致脾胃受损,运化失司,湿聚痰盛加剧,脂膜壅塞,形成肥胖。《傅青主女科·种子》指出:“妇人有身体肥胖,痰涎甚多,不能受孕者……乃脾土之内病也……不知湿盛者多肥胖,肥胖者多气虚,……且肥胖之妇,内肉必满,遮隔子宫,不能受精,此必然之势也。”因此,罗教授认为,肾虚是本病主要病因,痰湿、血瘀为本病之标,是此环节的病理产物,又是恶性循环的致病因素。

## 2 辨证论治 异病同治 同病异治 衷中参西

罗教授认为,月经周期是肾气消长、气血盈亏变化节律的体现。按消则长、满则溢、盈则亏的观点,将月经周期分为“经后期、经间期、经前期、行经期”四期,基于肾主生殖、肾气的盛与衰、天癸的至与竭,主宰着女子的生长与发育、生殖与衰竭的这一理论,在辨证论治的基础上,将治肾贯穿于整个治疗的始终,并结合中医性腺轴和西医性腺轴之间的内在联系,因此,月经病的治疗多遵循滋肾活血-活血化瘀-补肾-活血化瘀

的序贯立法原则,在治疗上均按月经周期的不同时期施治,用自拟的调周方治疗。临床上妇科疾病往往由于致病因素、月经周期阶段、个体差异、环境不同反映出不同的证候,同时,这些证也不是固定不变的,随着疾病的变化而变化。然而同是一证,又可见于不同疾病中,因此,多有同病异证、异病同证、异病异证、同病同证等各种情况,治疗上有同病异治、异病同治等法。故治疗月经病之原则亦可用于围绝经期综合征、多囊卵巢综合征、不孕症等的治疗。此外,多囊卵巢综合征患者大多素体肥胖,痰湿壅阻,冲任胞脉,气血瘀滞。因此,本病的施治在总的原则基础上适时兼以燥湿化痰,并嘱其节食多运动减肥,同时,对于病情顽固型患者,结合西药降雄及促排卵治疗。

## 3 典型病例

张某,女,29 岁,已婚,于 2012 年 3 月 17 日初诊。主诉:结婚未避孕未怀孕 2 年,月经量少半年,停经 2 月余。病史:婚后 2 年未避孕未怀孕,2011 年 11 月 22 日外院行子宫输卵管造影(HSG)提示:左侧输卵管梗阻,右侧通畅,并盆腔粘连,丈夫精液常规检查正常,近半年月经量少 1/2。来诊时停经 2 月余,乳房稍胀痛和腰酸腹胀感。舌暗,苔腻,脉涩。月经史:13 岁初潮,患者平素尚月经规律,偶有延后,量中,色红,无血块,无痛经,末次月经(LMP) 2012 年 1 月 12 日。婚育史:2010 年结婚, GIPA1 2008 年人流一次。既往史:否认重大疾病史。个人史、过敏史无特殊。妇科检查:外阴阴毛密集,连及肛周,腹白线处见少量毛发,阴道正常,分泌物量中等,色白,宫颈光滑,宫体前位,常大,质中,活动可,无明显压痛,双侧附件未扪及包块。辅助检查:尿 HCG 阴性,阴道 B 超提示子宫、双附件未见明显异常,目前宫内外未见孕囊,内膜厚约 9mm。中医诊断:①断绪;②月经后期;③月经过少,证属肾虚痰湿血瘀。西医诊断:①继发性不孕症;②月经不调。治法:补肾调经,活血通络。予自拟调周 4 号方加减 6 剂,并嘱其如月经来潮,于经期第 2~4 天 9:00~11:00 空腹抽血查女性激素六项。2012 年 4 月 6 日:月经于 3 月 30 日来潮,持续 5 天,量、色、质如前,伴腰部酸痛,舌质淡红,苔薄,脉细。2012 年 3 月 31 日(即经期第二天)性激素六项结果回报:FSH 6.4mIU/mL, LH 7.2mIU/mL, E2 50.6pg/mL, PRL 22.7ng/mL, T 61.1ng/dL, P 0.88ng/mL。治法:补肾滋阴,养血调经。予左归丸合滋血汤去牛膝,人参党参 6 剂,嘱其经期第 11 天起阴道 B 超监测排卵。2012 年 4 月 13 日:经期第 15 天,阴道 B 超提示双侧卵巢多囊样改变。舌质淡红,苔薄,脉弦。补充诊断:多囊卵巢综合征。治法:活血化瘀,燥湿化痰。予苍附导痰丸合血府逐瘀汤加减 15 剂,并配合中药功能舒盆汤保留灌肠等外治,患者形体肥胖,嘱其运动减肥,低脂饮食,保持心情舒畅。之后中药补肾化痰,活血调周治疗 1 个月经周期。2012 年 6 月 28 日:月经又超期未至, Lmp2012-5-7, 现第 3 个月经周期,患者求子心切,要求促排卵治疗。予氯米芬 50mg×5#, 日 1 次,每次 1#, 共 5 天,配合戊酸雌二醇片 1mg×10#, 日 1 次,每次 1#, 共 10 天,均于经期第 5 天起服,中药予苍附导痰丸合自拟调周 4 号方加减 6 剂。2012 年 7 月 13 日:月经 7 月 3 日来潮,阴道 B 超示右最大卵泡 12mm×8mm, 左最大卵泡 10mm×8mm, 内膜 3mm。舌质淡红,苔薄,脉沉细,

# 关于怎样提高静脉穿刺成功率的探讨

翁女莹 王向荣 郑快珍(陕西省西安庆华医院 西安 710025)

关键词:静脉穿刺 成功率

中图分类号:R472.9

文献标识码:B

文章编号:1672-8351(2013)04-0157-01

静脉输液是临床上最常用的护理技术,特别是我们医院是大内科,护士每天主要的工作就是静脉输液,虽然我们的护士都是有5、6年,甚至10几年的静脉穿刺经历,但穿刺成功率仍有很大区别,这就是我们好大一部分护士不善于总结经验,穿刺成功率低,或是不懂穿刺技巧的原因而给患者造成了痛苦。特别是从去年开展优质护理后,要求责任护士包干管病人,护士相对固定,有的护士的静脉穿刺水平差,引起病人的强烈不满,甚至要求出院,严重降低了患者满意度,影响了优质护理的开展。笔者通过多年的实践和总结,穿刺成功率高,患者普遍反映扎针轻、巧、不痛,博得了广大患者的欣赏和信任。在此,我将自己的一些经验总结出来与大家一起分享。

## 1 环境准备

1.1 要调整好光线的明暗。中午靠窗户太阳太耀眼,可用窗帘适当遮掩。光线太暗可以将患者挪至光线强的地方,穿刺完毕再安置回病床。合适的光线是穿刺成功的必要条件,切不可凑合,报侥幸心理,等穿刺失败后才抱怨光线不合适,那样会引起患者的不满。

1.2 温度适宜。天气太凉,患者四肢发凉,血管收缩变细,不易穿刺。护士应调节室内温度,或是让患者用热水袋暖手、用热水泡手,以利于血管的显露与充盈,从而提高穿刺成功率。

## 2 血管的选择

我们常常因为需要输液的患者多,患者着急催促,使护士急于完成工作,而不静下心来仔细、从容地选择血管,见血管就扎,这样常会导致穿刺失败。一定要在保护血管的前提下选择有把握的血管进行穿刺,提高穿刺成功率。

## 3 针头的选择

患者血管粗直,适宜用大针头(7号半),血管细短适宜用小针头(5号半),如果血管较深,也宜选择大针头,不然针头太短进完了够不着血管,或进血管太浅,容易跑针。有时护士不了解患者的具体情况,来到患者床前才发现针头不合适,但又懒得回去更换,抱着侥幸心理,结果导致穿刺失败。我在内科多年,老年患者多,血管大多反复穿刺,细而脆,应常规选择5号半针头,即能减轻穿刺疼痛感,又可增加穿刺成功率,而且

可以限制患者自行调快液体速度(小针头开最大能滴40多滴)而诱发心衰,可谓一举三得。

## 4 操作时注意事项

4.1 心理准备。操作前操作者一定要有爱心,有信心,注意力集中。但对患者要分散其注意力,可以和患者边聊天,边进针。以减轻其痛感。

4.2 操作前应轻拍或按摩局部使血管充盈,利于穿刺。

4.3 止血带松紧适宜。太松不能阻断静脉,太紧完全阻断动脉,不能使静脉很好地充盈,穿刺时易失败。止血带扎在穿刺点以上5~8cm,太远不能很好地与左手拇指固定静脉,太近不利于针头潜行,松止血带时也容易影响针头位置。扎止血带前应嘱咐患者伸直手指,扎上止血带后嘱咐患者握拳,并适当作握紧放松动作后再握拳,利用静脉充盈。

4.4 操作时一定要用手握住患者手指、手或胳膊,左手拇指固定向远心端牵紧血管,使血管伸直,绷紧穿刺血管周围皮肤,以防止血管打滑。

4.5 进针角度。较粗的血管30~40度,进针宜较快。较细的血管15~25度为宜,进针宜慢,防止针头刺穿血管壁。进针时宜稍快,以减轻患者痛感,但进血管后潜行宜慢。

4.6 见回血后潜行不宜过多。见回血后将针头放平,与静脉平行,顺静脉走向缓慢潜行少许即可。一般进至针头三分之二即可,不宜将针头进的太深,太深针柄与针孔处紧紧挤压易引起患者疼痛或不适。

4.7 肥胖水肿患者血管虽然充盈好但位置深,需用消毒手指按压水肿皮肤显露血管,触及血管走向,边触摸边进针。血容量不足患者进针后不一定有回血,这时可轻轻挤压头皮细血管,见回血后放开,不可轻易拔针。血管较深者一定要消毒左手食指、中指,进针后边摸边进入血管。

4.8 操作成功后一定要妥善固定,针尖上翘时需将针柄下垫起,胶布从托住针尾在前面交叉固定。或用纸盒固定。

总之,操作者一定要在实践中不断总结学习,遇到穿刺失败时要仔细分析原因,不断总结、交流提高穿刺水平。保持良好的职业心态,要有信心,耐心和爱心,在一针见血的基础上做到无痛穿刺,增加患者满意度。

予加减苁蓉菟丝子丸合滋血汤加减4剂,嘱其两天后阴道B超监测卵泡大小。2012年7月17日:阴道B超示右最大卵泡16mm×11mm,左最大卵泡11mm×8mm,内膜6mm。舌质淡红,边有齿痕,因患者外出,予自拟调周5号方2剂,嘱两天后外地续测,如卵泡大小超过18mm服上方,并连续同房两天后阴道B超监测排卵情况。2012年7月26日:诉7月20日超声示卵泡已破,内膜11mm,7月19、20日已同房,现中药予寿胎丸合四君子汤加减以补肾固冲。2012年8月4日:自测尿HCG阳性,血E2 143.9pg/mL、P 42.86ng/mL、β-HCG 346.6mIU/mL,β超提示宫内无回声,建议其住院保胎治疗。2012年8月28日B超示:宫内早孕。

按:该患者为典型的多囊卵巢综合征所导致的不孕症,虽初诊仅为不孕、月经过少、月经后期等表现,性激素检查、B超也无明显异常,尚未可诊断多囊卵巢综合征,但治疗上按月经后期结合不孕症辨证为肾虚瘀滞证,治以补肾调经,活血通络

仍奏效,亦体现了异病同治的原则,不同时期方药治法均有所差异,则为同病异治。三诊时处于排卵期,B超即提示双侧卵巢多囊样改变,患者形体肥胖,毛发浓密,结合此期舌脉佐以化痰祛湿,肾司生殖功能恢复,则生殖可望。中药整体调理两个月经周期后因患者急于妊娠,结合氯米芬诱发排卵及戊酸雌二醇片改善生殖内分泌环境、提高子宫内膜容受性,同时结合B超检测排卵,了解卵泡发育情况,并运用中药促使卵泡破裂,掌握时机指导受孕,后续中药保胎,维持妊娠黄体功能。罗志娟教授临床辨证施治、中西合璧使此例患者未达6月即成功妊娠,也体现了中西药互补之优势。

## 参考文献

- [1]刘嘉茵,陈子江.多囊卵巢综合征诊断和治疗中的争议问题[J].国际生殖健康/计划生育杂志,2011,30(5):343.
- [2]郝琦.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,2007,23:47.