

· 临床探讨 ·

益母养阴汤治疗分娩后恶露不尽的临床疗效分析

李占辉

(北京市丰台中西医结合医院妇产科 100072)

摘要:目的 探讨中医益母养阴汤治疗产后恶露不尽的临床效果。方法 选取 2015 年 1—12 月在该院产科分娩后恶露不尽的产妇 200 例,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 100 例,2 组产妇均给予常规治疗措施,观察组同时给予益母养阴汤辅助治疗,7 d 为 1 个疗程,观察治疗 2 个疗程后的临床效果。结果 治疗前,观察组和对照组的产后恶露、小腹疼痛、止血时间及总分、子宫长、宽、高比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组患者的产后恶露、小腹疼痛、止血时间及总分、子宫长、宽、高、血浆黏度、红细胞聚集指数较治疗前均显著降低($P<0.05$);治疗后,观察组的产后恶露、小腹疼痛、止血时间及总分、子宫长、宽、高、血浆黏度、红细胞聚集指数显著低于对照组($P<0.05$)。治疗后,观察组的愈显率(97.00%)显著高于对照组($P<0.05$),观察组的总有效率与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 中医益母养阴汤治疗产后恶露不尽能显著改善患者的临床症状,提高治疗效果。

关键词:益母养阴汤; 产妇; 恶露不尽

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)02-0268-03

产后恶露不尽是临床上较为常见的产褥期并发症,相关研究显示产后恶露不尽的发生率可达 0.006% 以上,且近年来呈现一定的上升趋势^[1]。恶露不尽可以引起患者产褥期感染、产后出血的发生,临床预后不佳^[2-3]。西医主张在抗感染、促进子宫回缩的基础上进行治疗,虽然包括抗感染在内的西医综合治疗的改善较为明显,但其治疗的总体有效率不足 45.0%,且病情迁延不愈,给患者造成了极大的心理及生理影响^[4-5]。产后恶露不绝属于气瘀、血滞、阴气升腾外泄,内伤伤经,导致患者持续性的阴道少量排液^[6-7]。益母养阴汤具有养气益血、活血化瘀的功效。本研究选取 2015 年 1—12 月在该院产科分娩后恶露不尽的产妇 200 例,探讨益母养阴汤治疗产后恶露不绝的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1—12 月在该院产科分娩后恶露不尽的产妇 200 例,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 100 例。观察组患者 100 例,年龄 22~36 岁,平均(27.9±4.6)岁;恶露时间 14~35 d,平均(19.6±7.1)d;分娩方式:产道分娩 34 例,剖宫产 66 例。对照组患者 100 例,年龄 21~37 岁,平均(28.2±5.0)岁;恶露时间 14~42 d,平均(21.3±8.5)d;分娩方式:产道分娩 39 例,剖宫产 61 例。2 组产妇的年龄、恶露持续时间、分娩方式比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入、排除标准 纳入标准:(1)产后恶露不尽的诊断参考中华医学会妇产科学分会制订的诊断标准^[8],血性恶露持续时间延长超过 10 d。(2)中医诊断标准参考中医学委员会关于产褥期中医疾病的相关诊断标准^[9]。(3)产妇年龄 20~39 岁。(4)获得研究对象的知情同意,研究方案获得医院医学伦理委员会的批准。排除标准为:(1)胎盘残留产妇。(2)因软产道损伤致出血的产妇。(3)肿瘤患者。(4)凝血功能障碍的患者。(5)产后大出血的产妇。

1.3 治疗方法 对照组患者常规给予抗感染治疗,并口服米非司酮(南京扬子江药业有限公司,国药准字:H20048493),25 mg/d,早晚各 1 次,连续服用 2 d,第 3 天早晨口服米非司酮 25 mg,晚上口服米索前列醇(南京泰康生物医药有限公司,国药准字:H20044833)500 μg。观察组在对照组的基础上联合益母养阴汤进行治疗,组成成分:益母草 25 g,延胡索 20 g,桂枝

20 g,白芍 15 g,甘草 15 g,黄芪 10 g,党参 15 g,茯苓 25 g,郁金 10 g,佛手 15 g。温水煎服,早晚各 1 次,7 d 为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标及疗效评价标准 对比 2 组患者治疗前后的中医症候积分变化,产后恶露(1)持续时间:持续 21~28 d 评分为 2 分;29~42 d 评分为 4 分;>42 d 评分为 6 分。(2)血量:间断出血,用纸每组 1~2 张记为 2 分;淋漓出血、时多时少,用纸每组 3~5 张记为 4 分;出血量多、用纸每组大于 5 张记为 6 分。(3)血色:酱紫色为 1 分;暗红色为 2 分;紫暗色为 3 分。(4)血质:黏稠为 1 分;黏稠如酱状为 2 分;黏稠夹有血块为 3 分。小腹疼痛:无疼痛为 0 分;偶发为 1 分;频繁疼痛,按之加重为 2 分;持续疼痛,拒按为 3 分。止血时间:3 d 内止血为 0 分;4~5 d 止血为 1 分;6~7 d 止血为 2 分;>7 d 未止血为 3 分。对比用药治疗前后患者的子宫三径变化情况。检测并对比 2 组患者治疗前后的血浆黏度、纤维蛋白原、红细胞聚集指数的变化。临床疗效标准参考《中药新药临床研究指导原则》,痊愈:用药 3 d 后恶露停止,停药后 1 个月未发生复发;显效:用药 5 d 后恶露停止,中医症候积分减少大于 2/3;有效:用药 7 d 后恶露停止,中医症候积分减少 1/3~2/3;无效:未达到上述标准的患者。总有效率(%)=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。愈显率(%)=(痊愈+显效)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 数据分析采用 SAS10.0 软件处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组的中医症候积分比较 治疗前,观察组和对照组的产后恶露、小腹疼痛、止血时间及总分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组患者的产后恶露、小腹疼痛、止血时间及总分较治疗前均显著降低($P<0.05$);治疗后,观察组的产后恶露、小腹疼痛、止血时间及总分显著低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 观察组和对照组的子宫三径比较 治疗前,观察组和对照组的子宫长、宽、高比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组患者的子宫长、宽、高较治疗前均显著降低($P<0.05$);治疗后,观察组的子宫长、宽、高显著低于对照组($P<$

0.05), 见表 2。

表 1 观察组和对对照组的中医症候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

中医症候积分	观察组(n=100)		对照组(n=100)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
产后恶露	13.52±3.14	3.62±1.44 ^{ab}	14.11±3.40	5.23±1.66 ^a
小腹疼痛	2.05±0.42	0.68±0.33 ^{ab}	2.11±0.50	0.90±0.29 ^a
止血时间	2.11±0.50	0.57±0.36 ^{ab}	2.20±0.48	0.82±0.32 ^a
总分	17.68±4.29	4.87±0.95 ^{ab}	18.42±4.47	6.95±1.15 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 观察组和对对照组的血浆黏度、纤维蛋白原、红细胞聚集指数比较 治疗前,观察组和对对照组的血浆黏度、纤维蛋白原、红

细胞聚集指数比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组患者的血浆黏度、红细胞聚集指数较治疗前均显著降低($P < 0.05$);治疗后,观察组的血浆黏度、红细胞聚集指数显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 观察组和对对照组的子宫三径比较($\bar{x} \pm s$, cm)

组别	n	时间	长	宽	高
观察组	100	治疗前	9.85±0.63	7.82±0.94	6.40±0.62
		治疗后	7.30±0.45 ^{ab}	5.20±0.56 ^{ab}	3.36±0.81 ^{ab}
对照组	100	治疗前	9.79±0.77	7.69±0.82	6.26±0.58
		治疗后	7.89±0.40 ^a	6.01±0.72 ^a	4.08±0.77 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

表 3 观察组和对对照组的血浆黏度、纤维蛋白原、红细胞聚集指数比较($\bar{x} \pm s$)

中医症候积分	观察组(n=100)		对照组(n=100)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
血浆黏度(cp)	1.94±0.09	1.63±0.12 ^{ab}	1.91±0.10	1.77±0.10 ^a
纤维蛋白原(g/L)	3.20±0.42	3.14±0.31 ^{ab}	3.24±0.48	3.22±0.35 ^a
红细胞聚集指数	2.91±0.30	2.08±0.29 ^{ab}	2.86±0.34	2.31±0.32 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

2.4 观察组和对对照组的临床疗效比较 治疗后,观察组的愈显率(97.00%)显著的高于对照组($P < 0.05$);观察组的总有效率与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 观察组和对对照组的临床疗效比较

组别	n	痊愈 显效 有效 无效				愈显率(n)	总有效率(n)
		(n)	(n)	(n)	(n)		
观察组	100	82	15	3	0	97(97.00)	100(100.00)
对照组	100	71	14	13	2	85(85.00)	98(98.00)
χ^2						8.791	2.020
P						0.003	0.155

3 讨论

产程过长、胎膜早破及妊娠期糖尿病等,均可以促进产后恶露不尽的发生,特别是在产后子宫收缩乏力的孕产妇中,其发生率更高,可较健康对照人群上升 3~4 倍^[10]。恶露不尽增加了产褥病率的发生,并可增加剖宫产术后切口感染及切口憩室。一项汇集了 115 例样本量的产后恶露不尽的临床回顾性研究显示,5.5%的患者发生产后切口感染,而 3.5%的患者发生切口憩室,临床预后较差^[11-12]。在经验性抗感染、促进子宫回缩的基础上,可以选择米非司酮联合米索前列醇进而促进宫口扩张和子宫肌层的收缩,从而促进宫内蜕膜及血液等的排出。但西医综合性治疗的有效率水平较低,患者的恶露表现仍然持续存在,部分患者可出现血液恶露,且停药后的复发率较高,临床治疗具有明显的局限性^[13]。

中医理论认为,产后恶露不尽多数由于气血瘀滞、内热炙盛、阴血虚亏,热邪内侵、瘀滞化热,进而导致孕产妇产褥期多痰、多热、多虚的特点^[14]。益母养阴汤中含有的益母草、延胡索等有效中药成分,可以行经止痛、散瘀止血,能够发挥益气养血的功效。虽然有研究探讨了益母养阴汤在治疗产褥期疾病中的临床价值,但相关研究的样本量较少,临床资料的收集偏

倚较为严重。本研究的创新性在于探讨了益母养阴汤治疗恶露不尽的临床效果,同时,揭示了其对产后子宫长、宽、高的影响。

本研究中观察组患者采用西医综合联合中医药益母养阴汤治疗,对于治疗结果的随访发现,2 组患者治疗后的产后恶露、小腹疼痛等症状均明显改善,其中观察组患者的改善更为明显,同时观察组的止血时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),表明联合益母养阴汤可以进一步提高产后恶露不尽的临床治疗效果。益母养阴汤中含有的郁金能够减轻血管痉挛,减轻疼痛,而益母草、延胡索等中药成分可以减少产后持续性的血性恶露的发生,进而促进子宫内膜修复和增生。有研究通过回顾性分析了 53 例样本量患者的临床资料,发现含有益母草、延胡索等中药活性成分药物,可以降低 25% 左右的产后恶露、小腹疼痛评分,这与本研究的结论较为一致^[15]。产后子宫的及时回缩对于降低产褥期恶露不尽具有重要的意义,而子宫长、宽、高可以有效评估产后子宫的恢复情况。本研究中观察组患者治疗后的子宫长、宽、高均明显低于对照组,表明益母养阴汤治疗组患者的产后子宫收缩情况较为理想。但需要注意的是,多位研究者并未发现西医联合中药治疗可以促进产后子宫回缩^[16-18],这与本研究的结论存在一定的差别,考虑可能是因为样本量的不足、临床资料的收集偏移及纳入排除标准的差异等,均可能影响到结论的差别。血浆黏度、红细胞聚集指数等是产后恶露的独立危险因素^[1,19],治疗后 2 组患者血浆黏度、红细胞聚集指数等指标均明显下降,血流动力学指标得到了一定的缓解,其中中药治疗组患者的改善更为明显。对于临床治疗效果的评估可以发现,虽然益母养阴汤并不能提高疾病的总体治疗有效率,但观察组的愈显率(97.00%)显著高于对照组(85.00%),进一步提示了益母养阴汤在产后恶露不尽治疗中的积极临床意义。

综上所述,对于产后恶露不尽,在西医治疗的基础上联合益母养阴汤治疗可以提高疾病的治疗效果,改善患者恶露不尽

的临床症状,并能够促进产后子宫回缩。但本研究的局限性在于:(1)样本量不足,缺乏多中心的临床研究;(2)对于益母养阴汤治疗的临床安全性分析不够。

参考文献

[1] 徐化金,吕霄芳,王存生,等.隔“温经化瘀散”灸脐治疗产后恶露不尽临床观察[J].中医学临床,2014,6(2):51-53.

[2] 张飞虹,杨丽琼.复方益母草胶囊综合治疗产后恶露不尽疗效观察[J].辽宁中医杂志,2015,22(5):1034-1036.

[3] 刘晓月,黄倩.补益健脾方促进产后恶露消失的随机对照研究[J].时珍国医国药,2014,32(2):399-400.

[4] Diamond-Smith N, Thet MM, Khaing EE, et al. Delivery and postpartum practices among new mothers in Laputta, Myanmar: intersecting traditional and modern practices and beliefs[J]. Cult Health Sex, 2016, 18(9): 1054-1066.

[5] Ta Park VM, Goyal D, Nguyen T, et al. Postpartum traditions, mental health, and help-seeking considerations among vietnamese American women; a mixed-methods pilot study[J]. J Behav Health Serv Res, 2015, 22(05): 45-47.

[6] 李霞,张利宏,黄俊霞,等.葆宫止血颗粒促进产后子宫复旧的临床疗效观察[J].重庆医学,2013,42(3):277-278.

[7] 李莉,王晓东,张婷婷,等.恶露不尽血热证型动物模型的建立和机制研究[J].中药药理与临床,2012,24(1):180-183.

[8] 曾晶,李子奎,王乐.益气化瘀方对血瘀证子宫复旧不全模型大鼠血液高凝状态的影响[J].中国实验方剂学杂志,2016,25(7):125-129.

[9] 赵明晶,张招英.自拟益母养阴汤治疗分娩后恶露不尽 45 例[J].中国中医急症,2014,23(6):1192-1193.

[10] 张庆玲,张文娟,牛春红,等.初产妇产褥期感染的预防研

究[J].中华医院感染学杂志,2015,34(10):2367-2369.

[11] Rossier C, Hellen J. Traditional birthspacing practices and uptake of family planning during the postpartum period in Ouagadougou; qualitative results[J]. Int Perspect Sex Reprod Health, 2014, 40(2): 87-94.

[12] Bell S, Passano P, Bohl DD, et al. Training traditional birth attendants on the use of misoprostol and a blood measurement tool to prevent postpartum haemorrhage: lessons learnt from Bangladesh[J]. J Health Popul Nutr, 2014, 32(1): 118-129.

[13] 张帆,吴成,林珊.温经活血扶正法对剖宫产术后子宫复旧及血液流变学的影响[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(3):282-285.

[14] 苗久旺,贾彦敏,于宜平,等.产后恶露不绝治疗的中医方剂组方配伍规律分析[J].中国实验方剂学杂志,2016,20(9):193-197.

[15] Bräuer MD, Antón J, George PM, et al. Handling postpartum haemorrhage-obstetrics between tradition and modernity in post-war Sierra Leone[J]. Trop Doct, 2015, 45(2):105-113.

[16] 李琳,孟光荣.中医治疗产后恶露的方法及应用价值评价[J/CD].实用妇科内分泌(电子版),2016,3(1):36-37.

[17] 尹小兰,魏绍斌.产后恶露不绝中医药治疗进展[J].辽宁中医药大学学报,2015,25(12):219-222.

[18] 卢阳华,范菊莲,金玉莲.中西医结合治疗产后恶露不绝的临床研究[J].实用中西医结合临床,2015,15(8):32-33.

[19] 徐婷花.三型辨证治疗流产后恶露不绝疗效观察[J].浙江中医药大学学报,2013,32(6):719-720.

(收稿日期:2016-08-12 修回日期:2016-10-18)

• 临床探讨 •

子宫压迫缝合术在剖宫产产后出血中的应用研究

黄达元,徐海燕[△],廖成英,孙 莉,陈海晏
(重庆市梁平县妇幼保健院妇产科 405200)

摘要:目的 探讨剖宫产产后出血时应用子宫压迫缝合术(改良 B-Lynch 缝合术)的临床效果及价值。方法 选取 2010 年 1 月至 2015 年 12 月在该院剖宫产中 42 例应用改良 B-Lynch 缝合术进行止血的患者作为研究对象,对病例资料进行回顾性分析。结果 42 例患者均抢救成功,有效止血,其中 1 例因瘢痕子宫合并多发性子宫肌瘤而要求进行子宫次全切除术外,其余 41 例均保留了子宫及生理功能,术后未发生严重并发症。结论 剖宫产术简单安全易行,无需特殊器械和手术技巧,避免了缝线滑脱引起脏器套叠和梗阻及子宫切除,值得临床重视和推广应用。

关键词:剖宫产; 产后出血; 子宫压迫缝合术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)-0270-03

产后出血是分娩期的严重并发症,是指 24 h 内胎儿经阴道分娩失血量超过 500 mL,剖宫产失血量超过 1 000 mL,是我国产妇死亡的主要原因^[1]。如果处理不及时可能给产妇带来严重后果甚至死亡,因此,降低产后出血发生率成为提升产科质量的重要指标。目前,随着剖宫产率不断增加,剖宫产产后

出血的比例也逐渐增大,对有高危因素的患者应尽早进行有效处理。本院应用子宫压迫缝合术(改良 B-Lynch 缝合术)治疗产后出血 42 例,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2010 年 1 月至 2015 年 12 月因子

[△] 通信作者, E-mail:465431377@qq.com.