

- [6] 谢丽娟. 艾灸及封闭足三里促进肠蠕动恢复的临床观察[J]. 中国现代医生, 2010, 48(24): 120-121.
- [7] 申莉萍, 雷春华, 丁开云. 电针加穴位注射对术后早期炎症性肠梗阻患者血浆促炎因子及胃动素水平的影响[J]. 中国针灸, 2011, 31(9): 795-797.
- [8] Hierholzer C, Kalff JC, Billiar TR, et al. Induced nitric oxide promotes intestinal inflammation following hemorrhagic shock[J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol, 2004, 286(2): G225-G233.
- [9] 谭黄业, 陈辉. 新斯的明足三里注射治疗腹部手术后腹胀 156 例[J]. 临床军医杂志, 2004, 32(6): 89-90.
- [10] 隆海燕, 罗红, 陈平, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者血清 CRP 和 IL-18 与肺功能及生活质量的相关性[J]. 中南大学学报: 医学版, 2011, 36(11): 1090-1092.
- [11] 徐艳军. 新斯的明足三里注射治疗妇科术后腹胀 166 例[J]. 山东医药杂志, 2011, 20(11): 681-682.

(责任编辑: 刘淑婷)

电针结合中药瘀必清辅助早孕药物流产临床观察

禹安琪, 陈楚云

广州市中医医院, 广东 广州 510130

[摘要] 目的: 观察电针联合活血化瘀止血中药瘀必清辅助米非司酮配伍米索前列醇终止早孕的临床疗效。方法: 将 198 例药物流产者随机分成对照组 100 例、观察组 98 例, 对照组予米非司酮和米索前列醇口服, 观察组在对照组的基础上予电针双侧合谷、三阴交、昆仑、内关, 并口服活血化瘀止血中药瘀必清。观察 2 组流产效果、孕囊排出时间、流产后阴道流血量及出血持续时间、人绒毛膜促性腺激素 (HCG) 转阴时间。结果: 2 组完全流产率、清宫率比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 2 组孕囊排出时间、出血持续时间比较, 差异有显著性或非常显著性意义 ($P < 0.05$); 流产后阴道出血量大于月经量者观察组 9.18%, 对照组 34.00%, 2 组比较, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 14 天以内 HCG 转阴者观察组 41.84%, 对照组 27.00%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 21 天以上仍未转阴者观察组 4.08%, 对照组 13.00%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。观察组优于对照组。结论: 电针联合中药瘀必清能提高早孕药物流产的完全流产率, 降低清宫率, 缩短孕囊排出时间, 减少流产后阴道出血量及出血时间, 加快 HCG 转阴, 减少患者痛苦, 值得进一步研究和推广使用。

[关键词] 早孕; 药物流产; 电针; 活血化瘀止血; 瘀必清

[中图分类号] R714.21 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0183-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.088

米非司酮配伍米索前列醇终止早孕已广泛应用于临床, 作为一种终止妊娠的非手术方法, 其痛苦小、高效、方便, 更易被早孕患者所接受。但我们临床观察发现, 仍有部分患者出现药流失败、药流不全、药流后阴道出血时间较长等情况, 甚至需手术处理, 容易造成内膜损伤并增加感染机会, 也可能增加不孕、宫外孕的发生几率, 进一步增加早孕者的痛苦和精神压力。笔者采用电针联合活血化瘀止血中药瘀必清辅助药物流产进行临床疗效观察, 可弥补药物流产的不足, 取得了满意疗效, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 年龄 18~40 岁, 月经规则, 周期 ≤ 35 天, 停经 ≤ 49 天, 经妇科检查、尿妊娠试验检查、B 超确诊为宫内妊娠 7 周以内, 双附件未见异常。全身体格检查正常。

所有对象均无肝肾疾病, 未服用过激素类药物。术前血红蛋白 ≥ 100 g/L, 血小板 $\geq 100 \times 10^9$ /L, 白带常规清洁度 度以上, 凝血功能、肝功能、心电图均正常。符合药物流产的相关适应症^[1]。患者自愿要求药流, 且同意按课题设计要求服药、电针及随访者。

[收稿日期] 2014-07-12

[基金项目] 2012 年广州市卫生局医药卫生科技项目 (编号: 20122A0110012)

[作者简介] 禹安琪 (1979-), 女, 主治医师, 主要从事中医妇科临床工作。

1.2 排除标准 存在药物流产禁忌症；孕囊平均直径大于 25 mm，并有胚芽伴胎心者；服用米非司酮后呕吐剧烈，不能继续观察而要求手术终止妊娠者；出现晕针、滞针等意外，不宜继续针刺者；服米非司酮或米索前列醇后未见孕囊排出而阴道大量活动性出血需紧急清宫者；服米索前列醇之前孕囊已排出者。

1.3 一般资料 观察病例为 2012 年 6 月~2014 年 4 月在本院自愿要求药物流产终止妊娠并符合纳入标准及排除标准的健康早孕妇女，共 198 例。按随机原则分为 2 组。观察组 98 例，年龄 18~40 岁，平均(27.74±6.025)岁；孕龄(44.78±3.412)天；孕次(2.59±1.413)次；产次(0.86±0.825)次；月经周期(30.60±2.735)天。对照组 100 例，年龄 18~40 岁，平均(28.95±6.360)岁；孕龄(44.21±3.248)天；孕次(2.77±1.734)次；产次(0.80±0.752)次，月经周期(30.35±2.672)天。2 组年龄、孕龄、孕产次、月经周期等资料经统计学处理，差异均无显著性意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 每天早上服米非司酮 50 mg(湖北葛店人福药业有限责任公司生产，规格：每片 25 mg)，8~12 h 后再服用 25 mg，服药前后 2 h 禁食、水，连服 2 天。第 3 天早晨空腹来院顿服米索前列醇 600 μ g(PIRAMAL HEALTHCARE UK LIMITED 生产，进口药品注册标准 JX19990198，规格：每片 0.2 mg)，留院观察 8 h，并备专用便器大小便。

2.2 观察组 在对照组的基础上，第 3 天服米索前列醇 600 μ g 半小时后加用电针治疗，取穴：合谷、三阴交、昆仑、内关(均双侧取穴)，疏波，留针 30 min；1 h 后服用瘀必清[本院制剂，批文：(99)穗卫医制(市)第 C-099 号，组成：桃仁、当归、川芎、蒲黄、五灵脂、川牛膝、枳壳、红条紫草、益母草、炙甘草]颗粒剂，150 mL 开水冲服，每天 1 剂，连用 5 天。

2 组均于术后第 7、15、21、40 天随访，对流产失败和不全流产者行手术清宫。记录 2 组的流产情况、孕囊排出时间、流产后阴道流血量及出血持续时间、人绒毛膜促性腺激素(HCG)转阴时间。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 流产效果：统计完全流产、不全流产、流产失败及清宫的例数；孕囊排出所用时间；流产后阴道出血量：使用统一型号卫生巾，以平时月经量为标准，记录流产后阴道流血至干净为止的出血量，分为少于月经量、接近月经量、多于月经量 3 种情况；出血持续时间：从服米索前列醇片开始至出血停止为止的持续天数；不全流产及流产失败者计算到清宫术后血停为止；尿 HCG 转阴时间。

3.2 统计学方法 用 SPSS20.0 统计学分析软件进行数据处理，计数资料用 χ^2 检验，计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，组间差异的比较采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献^[2]拟定：完全流产：用药后见完整孕囊或胚胎、胎盘排出，阴道流血减少，或未见完整排出，经 B 超检查未见妊娠图像，未经刮宫，阴道出血自然停止，人绒毛膜促性腺激素(HCG)转阴，月经自然复潮。不全流产：用药后孕囊自然排出，因流血多或出血时间过长(超过 15 天)需行清宫术者。刮出物经病理检查证实为绒毛组织或妊娠蜕膜组织。流产失败：至用药第 8 天未见孕囊排出，B 超证实宫腔继续妊娠或胚胎停止发育，需行清宫术。

4.2 2 组流产效果及清宫率比较 见表 1。2 组完全流产率、清宫率分别比较，差异均有显著性意义($P<0.05$)，观察组优于对照组。

组别	n	完全流产	不全流产	流产失败	清宫
观察组	98	91(92.86)	5(5.10)	2(2.04)	7(7.14)
对照组	100	83(83.00)	12(12.00)	5(5.00)	17(17.00)

与对照组比较， $P<0.05$

4.3 2 组孕囊排出时间比较 见表 2。观察组 3 h 内排出孕囊者占 71.43%，对照组为 37.00%，2 组比较，差异有非常显著性意义($P<0.01$)。超过 8 h 时排出孕囊者观察组 8.16%，对照组 20.0%，2 组比较，差异有显著性意义($P<0.05$)，观察组优于对照组。

组别	n	<3 h	3~8 h	>8 h
观察组	98	70(71.43)	20(20.41)	8(8.16)
对照组	100	37(37.00)	43(43.00)	20(20.00)

与对照组比较，① $P<0.01$ ；② $P<0.05$

4.4 2 组出血持续时间及流产后阴道出血量比较 见表 3。2 组出血持续时间比较，差异有显著性意义($P<0.05$)。阴道出血量多于月经量者观察组 9.18%，对照组 34.00%，2 组比较，差异有非常显著性意义($P<0.01$)，观察组优于对照组。

组别	n	出血持续时间(天)	流产后阴道出血量		
			少于月经量	接近月经量	多于月经量
观察组	98	9.85±3.372	54(55.10)	35(35.71)	9(9.18)
对照组	100	11.41±3.696	28(28.00)	48(48.00)	34(34.00)

与对照组比较，① $P<0.05$ ，② $P<0.01$

4.5 2 组 HCG 转阴时间比较 见表 4。观察组 14 天以内 HCG 转阴者 41.84%，对照组 27.00%，2 组比较，差异有显著性意义($P<0.05$)。21 天以上仍未转阴者观察组 4.08%，对照组 13.00%，2 组比较，差异有显著性意义($P<0.05$)。观察组优于对照组。

表 4 2 组 HCG 转阴时间比较 例(%)

组别	n	7~14 天	15~21 天	>21 天
观察组	98	41(41.84)	53(54.08)	4(4.08)
对照组	100	27(27.00)	60(60.00)	13(13.00)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

药物流产属中医学“堕胎”范畴, 关于针灸下胎古代文献已有记载, 其中, 合谷与三阴交穴配伍一直是历代医家的传统针灸助产处方^[3]。合谷为手阳明经原穴, 通用于临床各科适应症, 具有调和冲任之功效。三阴交为足太阴脾经、足厥阴肝经和足少阴肾经的交会穴, 具有通经活络、调和气血的作用。《铜人腧穴针灸图经》记载了针刺二穴下胎的医案, 《针灸大成》载禁针穴歌: “孕妇不宜针合谷, 三阴交内亦通论”, 并从气血阴阳盛衰角度对补合谷、泻三阴交的下胎机理进行了分析。昆仑为足太阳膀胱经的经穴, 《针灸大成》曰: “妊妇刺之落胎”。内关是手厥阴心包经的络穴, 又是八脉交会穴之一, 通阴维脉, 《玉龙赋》“取内关于照海, 医腹疾之块”。针刺四穴共奏益气活血、清宫下胎、和胃止呕之效, 可有用于早孕流产并能缓解药流药物的胃肠道反应^[4]。有动物实验表明, 针刺早孕大鼠“合谷-三阴交”穴使其子宫收缩波幅明显升高, 而频率明显减慢, 从而有效地抑制子宫的无强力收缩, 提高流产率、减少出血^[5]。

流产后阴道出血异常属产后恶露不绝、胎衣不下范畴。有资料表明, 蜕膜及绒毛组织残留是药物流产后出血的主要原因, 中医学认为, 药物流产似青藤摘瓜, 对冲任胞宫、脏腑气血伤害更大, 可致冲任受损及胞宫留瘀, 瘀血阻滞经脉, 导致血不归经, 日久不净; 瘀血内阻, 可变生他证, 或气虚, 或酿热, 或聚湿生痰, 故化瘀是治疗药物流产并发症的首要之法。瘀必清是本院院内制剂, 功效为活血化瘀止血。方中当归、川芎、桃仁、五灵脂、蒲黄活血化瘀, 祛瘀止血; 川牛膝活血祛瘀, 引血下行, 滑胎催产, 枳壳理气行滞, 以助行血; 红条紫

草凉血活血, 预防外邪内侵; 益母草活血祛瘀调经; 炙甘草益气调和诸药。药理研究证实, 川芎活血化瘀, 收缩子宫^[6], 益母草对家兔体内、体外子宫均有兴奋作用, 使子宫紧张度与收缩力增强, 蒲黄、当归有收缩子宫、抗感染、消炎作用, 生蒲黄、紫草还能缩短凝血时间^[7], 本方药性平和, 安全, 能收缩子宫, 有利于坏死的胚胎组织、蜕膜和血块的排出, 从而达到止血的目的。

本研究通过临床比较观察发现, 在口服米索前列醇之日加用电针及瘀必清治疗, 可增强药流作用, 起到促进子宫收缩, 缩短孕囊排出时间, 提高完全流产率的作用, 减少不全流产、流产失败、药流后阴道流血量多及流血时间长等情况的发生。可降低临床药流清宫率, 减少患者痛苦, 值得进一步研究和推广使用。

[参考文献]

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 374.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 2850.
- [3] 陈莹如, 马良宵, 朱江. 传统针刺助产处方(合谷·三阴交)优化研究的回顾与展望[J]. 成都中医药大学学报, 2009, 32(3): 4.
- [4] 毕秀霞. 针刺治疗药物流产中的恶心呕吐[J]. 中国针灸, 2002, 22(8): 556.
- [5] 张露芬, 袁红, 朱江, 等. 针刺、米非司酮、米索前列醇抗早孕作用比较的实验研究[J]. 北京中医药大学学报, 2001, 24(3): 72.
- [6] 孙孝洪. 中医治疗学原理[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 1990: 160-660.
- [7] 李广勋. 中药药理毒理与临床[M]. 天津: 天津科技翻译出版公司, 1992: 12.

(责任编辑: 刘淑婷)

欢迎订阅 2015 年 《新中医》

无论国内还是国外, 有中医的地方就有《新中医》, 《新中医》摇中医之旗, 宣中医之术, 传中医之道, 解中医之惑; 《新中医》去伪存真, 去粗取精, 造就高手, 培养名医。《新中医》坚持面向临床的办刊方针, 及时展现当代中医的新观点、新思路、新成果、新技术、新方法、新经验, 全心全意为广大读者服务。请新老读者到当地邮局订阅 2015 年《新中医》。《新中医》为广州中医药大学与中华中医药学会共同主办, 月刊。刊号: ISSN0256-7415, CN44-1231/R。邮发代号: 国内 46-38, 国外 M186。定价: 每期 18 元, 全年 12 期共 216 元, 地址: (510405) 广州市机场路 12 号。联系电话: 020-36585482。