

不同体质进行调理,对孕产妇进行系统管理,从而改善其健康状况,改善母乳喂养状况,对提高出生人口素质和妇幼保健水平具有重要意义。

产后病与体质因素有密切的关系,即产妇个体体质的差异使其对某些产后疾病有着易罹性、倾向性。从中医体质学角度入手,研究产后疾病的发病和防治具有非常广阔的前景,提示在以后的产后保健工作中可开展对产妇的体质辨识,结合产后“多虚多瘀”的病机特点,针对不同体质的产妇提供个性化的保健处方及建议,通过体质调护,进行辨体调质的食疗和中药应用,最大可能地预防或减少包括产后缺乳在内的多种产后病的发生。

[参考文献]

- [1] 王琦. 9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(4): 1-8.
- [2] 任小娟, 王琦. 应用《中医体质分类判定标准》进行个体化健康管理研究初探[J]. 中国卫生事业管理, 2007, 14(9): 580-581.
- [3] 朱燕波, 王琦, 薛禾生, 等. 中医体质量表性能的初步评价[J]. 中国临床康复, 2006, 10(3): 151.

(责任编辑:冯天保)

疏肝通络法治疗肝郁气滞证产后缺乳临床研究

陈宝艳

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的:观察疏肝通络法治疗肝郁气滞证产后缺乳的临床疗效。方法:将 100 例患者随机分为 2 组各 50 例,治疗组予疏肝通络法(下乳涌泉散)治疗,对照组予疏肝法(逍遥散)治疗。观察 2 组治疗前后血清催乳素、病情程度、乳房充盈度、补授乳量、中医证候积分的变化。结果:治疗后治疗组血清催乳素增加、病情程度减轻、乳房充盈度增加、补授乳量较对照组减少,中医证候积分降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:疏肝通络法能促进肝郁气滞证产后缺乳患者血清催乳素的分泌,临床疗效显著。

[关键词] 产后缺乳;肝郁气滞证;疏肝通络法;下乳涌泉散

[中图分类号] R714.46 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0154-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.073

产后哺乳期内,产妇乳汁甚少或全无者,称“产后缺乳”^[1]。众所周知,母乳是最适合婴幼儿身心发展的安全、天然食品,母乳喂养还能够促进母亲产后子宫复旧,降低患乳腺癌和卵巢癌的危险。然而,目前世界范围内产后缺乳的患者日渐增多。因此,防治产后缺乳对于提高母乳喂养率,促进母婴健康具有重要的现实意义及临床意义。本研究探讨了疏肝通络法对肝郁气滞证产后缺乳的干预效果,以期治疗产后缺乳及中医药的开发应用提供临床依据。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入病例均为 2011 年 9 月—2013 年 10 月广州中医药大学第一附属医院门诊及住院的肝郁气滞证产后缺乳患者,共 100 例。采用随机平行对照的研究方法,将所有

患者分为治疗组与对照组各 50 例。2 组患者既往均身体健康,无心、肝、肾、神经系统等方面疾病。患者年龄、民族、籍贯、学历、职业、产次、分娩方式、分娩孕周、分娩新生儿性别,新生儿出生体重等基线情况 2 组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断与辨证标准 产后缺乳的诊断参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]中相关内容。肝郁气滞证的辨证标准参照《中医妇科常见病诊疗指南》^[3]中相关内容。

1.3 纳入标准 产妇乳汁分泌不足符合中医诊断及辨证标准; 年龄 20~40 岁; 妊娠 37 周(含)以上住院分娩,无产科合并症及并发症,单胎,产后 3~30 天缺乳者。

1.4 排除标准 参照《中药新药临床研究指导原则:第 3 辑》^[4]

[收稿日期] 2014-11-06

[作者简介] 陈宝艳 (1977-),女,副主任医师,研究方向:围产医学。

中相关内容。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予疏肝通络法中药治疗,方选下乳涌泉散(《清太医院配方》)。处方:当归、青皮、生地黄、白芷、穿山甲各10g,白芍、川芎、柴胡、天花粉、漏芦、桔梗各15g,王不留行20g,通草5g,甘草6g。

2.2 对照组 予疏肝法中药治疗,方选逍遥散(《太平惠民和剂局方》)。处方:柴胡、白芍、茯苓各15g,当归、白术各10g,甘草6g。

每天1剂,上述药物用冷水浸泡30min,水过药面3cm,武火煮沸后15min,再用文火煎20min,第1次药液200mL;之后加水400mL复煎,武火煮沸后用文火煎10min,取汁200mL,两次药液混合,每次200mL,饭后温服,共5天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 血清泌乳素(PRL) 因PRL水平波动大,有昼夜性变化,且与婴儿吮吸直接有关,故每次采血固定于早上哺乳前,6~8时。标本采集后在1h内离心,取血清,置于-20℃冰箱保存,待测定时取出化冻。检测使用的是豪夫迈·罗氏公司出产的Cobas e601型全自动电化学发光免疫分析系统,电化学发光法,由本院检验科完成检测。

3.2 病情程度 参考《中药新药临床研究指导原则:第3辑》^[4]中相关标准判定。正常:完全满足婴儿需要量;轻度:满足婴儿需要量的2/3;中度:满足婴儿需要量的1/3;重度:几乎没有乳汁,不能喂养婴儿。

3.3 乳房充盈度 I级:乳房饱满,有轻度胀痛感,乳汁自溢;乳房明显充盈,但不胀满,乳汁需用力挤压方出;乳房无明显充盈,挤压无胀满感,无乳汁外溢。

3.4 补授乳量 观察治疗组和对照组患者服用中药后每天除母乳喂养外,为满足新生儿需要而添加的代乳品量。

3.5 中医证候积分 参照文献[5]中中医证候积分量表评定,主症包括泌乳量、乳房的胀硬度;次症包括胸肋胀闷、情志抑郁、食欲不振等。每一症状根据程度不同记为0分、1分、2分、3分。舌象、脉象:不分级,出现为(+),不出现为(-)。不计入总分。

3.6 统计学方法 采用SPSS 16.0软件建立数据库。计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述。有序分类变量使用非参数Mann-Whitney U检验;正态分布且方差齐的计量资料采用t检验;非正态分布或方差不齐的计量资料采用t'检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参照文献[5]拟定。临床痊愈:乳汁分泌完全满足婴儿需要,其他症状完全消失;显效:乳汁分泌满足婴儿需要量2/3和(或)病情程度由重度转为轻度(改善2级以上);有效:乳汁分泌增多,能满足婴儿需要量的1/3和(或)病情程度改善1级;无效:缺乳无改善,病情程度无改善。

4.2 中医证候疗效标准 通过减分率进行判定,计算公式(尼莫地平法)=[治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分]÷治疗前中医证候积分×100%。临床痊愈:治疗后各种症状完全消失,减分率为100%;显效:70%≤减分率<100%;有效:30%≤减分率<70%;无效:减分率<30%。

4.3 2组治疗前后血清PRL比较 见表1。治疗后,治疗组血清PRL较对照组高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后血清PRL比较($\bar{x} \pm s$) mIU/L

组别	治疗前	治疗后
治疗组	6331.06 ± 2310.44	8774.40 ± 1488.78
对照组	7109.62 ± 2259.87	6422.70 ± 2363.49
t值	1.703	-5.973
P值	0.092	0.000

4.4 2组治疗后病情程度、乳房充盈度、临床疗效、中医证候疗效比较 见表2。治疗后治疗组病情程度减轻、乳房充盈度增加、临床疗效及中医证候疗效均较对照组提高,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗后病情程度、乳房充盈度、临床疗效、中医证候疗效比较

项目	治疗组		对照组		Z值	P值
	中位数	四分位数间距	中位数	四分位数间距		
病情程度	1.00	(1.00, 2.00)	2.00	(1.00, 3.00)	-2.935	0.003
乳房充盈度	2.00	(1.00, 2.00)	2.00	(2.00, 3.00)	-2.438	0.015
临床疗效	3.00	(2.00, 3.00)	3.00	(3.00, 4.00)	-3.745	0.000
中医证候疗效	3.00	(3.00, 3.25)	4.00	(3.00, 4.00)	-3.666	0.000

4.5 2组治疗后补授乳量、中医证候积分比较 见表3。与对照组比较,治疗后治疗组补授乳量减少,中医证候积分降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗后补授乳量、中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	补授乳量(mL)	中医证候积分(分)
治疗组	125.20 ± 89.61	3.30 ± 1.72
对照组	164.40 ± 100.04	4.46 ± 1.83
t值	2.064	3.267
P值	0.042	0.002

4.6 不良反应 治疗期间2组产妇及婴儿均无副作用及不良反应。

5 讨论

血清PRL是一种多肽类激素其可以通过自分泌和旁分泌,作为一种细胞因子来调节乳腺发育、促进乳汁生成、发动和维持泌乳^[6]。本研究中,治疗组中药治疗后血清PRL较治疗前上升,且产妇病情程度较治疗前改善、乳房充盈度较治疗前增加、补授乳量较治疗前减少。研究结果表明,产妇血清PRL

的含量与产后乳汁分泌量有较密切的关系。疏肝通络法治疗肝郁气滞证产后缺乳有更好的临床疗效及中医证候疗效，且能促进血清 PRL 的分泌。在今后的临床研究工作中，拟通过扩大样本量，开展多中心研究、产后不同时期及时间截点动态监测血清 PRL 含量等途径，进一步评估其在产后乳汁分泌中的作用。

随着社会的发展，人们物质生活水平、医疗水平不断提高，因营养不良、久病成虚、积劳成疾等因素导致的气血虚弱证的产后缺乳者逐年下降。而女性肩负的家庭、工作责任与压力随时代的变化而不断增大，且女性平素常思虑过多，易致肝之疏泄异常，加之产妇产时失血耗气，产后多虚多瘀，或为情志所伤，更加容易出现肝失疏泄。肝失疏泄，气机不畅影响产妇产后乳汁生化乏源，或经脉壅滞，乳脉不通，乳汁运行不畅，出现乳汁分泌不足甚至无乳，发病后常表现为肝郁气滞的证候特点。乳房是局部器官，但通过十二经脉和奇经八脉的纵横联系与内在脏腑形成一个有机的整体。乳房要完成其正常的生成并维持分泌乳汁的功能，离不开脏腑、经络、气血津液的协同作用，同时也是脏腑、经络、气血津液功能的具体体现^①。肝的功能失调就会引起其他脏腑的病变，进而影响产妇产后乳汁的生成、运化及维持，因此认识肝之疏泄的作用为防治产后缺乳提供了新思路。

治疗组与对照组的中药组方中，均含有疏肝平肝作用的中药，如柴胡、白芍，经治疗后 2 组患者中医证候积分均有好转，患者胸胁胀闷、情志抑郁、食欲不振等症均有改善。表明疏肝疗法是对肝郁气滞证产后缺乳患者有较好的干预作用。另一方面，由于产妇产时用力、出汗、产创和出血，而使阴血暴亡，虚阳浮散；产时用力耗气，气随血耗，而致气虚失摄，元气受损；加之分娩创伤，脉络受损，血溢脉外，离经成瘀而形成产后“多虚多瘀”的病机特点。因此对肝郁气滞证的产后缺乳产妇，疏肝解郁固然重要，但也考虑到产妇产瘀血内停，乳络受阻的特点，加桔梗、通草、穿山甲、王不留行等药物以共奏通络下乳之功。

基于上述认识，笔者认为，疏肝理气、活血通络是本病的

治疗大法，组方选用下乳涌泉散(《清太医院配方》)，方中柴胡疏肝、行气开郁，调理气机，使肝气条达气血得运；青皮疏肝理气，消积化滞，辛散温通，苦泄下行而奏疏肝理气、散结止痛之功；当归、白芍补血，养血柔肝；川芎活血化瘀，温通血脉，又秉升散行气之性；生地黄、天花粉补血、清热、养阴生津；白芷入阳明，气芳香以散风通窍；桔梗、通草理气通络下乳；漏芦、王不留行通络下乳、散结；穿山甲活血通经、下乳、性善走窜、内达脏腑经络，疏通气血而下乳；甘草以调和诸药。全方共奏疏肝理气，补血养血，通络行乳之功。

综上，疏肝活血通络法能够促进肝郁气滞证的产后缺乳患者血清催乳素的分泌，有较好的临床及中医证候疗效。临床中应充分利用中医药的优势，最大程度上防治产后缺乳，以提高母乳喂养率，促进母婴健康。

[参考文献]

- [1] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 295-296.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 71.
- [3] 中华中医药学会. ZYYXH/T203~246-2012 中医妇科常见病诊疗指南[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 75.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第3辑[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1997: 19-20.
- [5] 王宏才, 安军明, 韩颖, 等. 针刺少泽治疗产后乳汁分泌不足: 多中心随机对照研究[J]. 中国针灸, 2007, 27(2): 85-88.
- [6] Yu-lee LY, Luo GY, Book ML, et al. Lactogenic hormone signal transduction[J]. BiolReprod, 1998, 58(2): 295-301.
- [7] 宋爱莉, 李湘奇. 乳腺病特色中医诊疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 9.

(责任编辑: 冯天保)



·书讯·《《内经》临证温课与辅导》由广州中医药大学黎敬波教授编著，人民卫生出版社出版。本书针对目前中医经典教学与临床实践相脱节的问题，力图贴近临床，深度挖掘《内经》临证思想，以指导解决临床实际问题。本书的特点是精简、实用和归真，书中引用原文较广泛，是对本科学习经文的扩展，书中对原文的解释尽量精简，点到即止。全书与疾病及诊治的相关内容较多，分析解释也尽量做到联系实际，实用与归真并重是本书的特点。每本 35 元（含包装邮寄费），欲购者请汇款至广州市番禺区大学城外环东路 232 号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科，邮政编码：510006。