

# 愈宫汤方促进子宫切口愈合临床观察

吕晓琳, 朱艳, 艾浩

辽宁医学院附属第一医院妇产科, 辽宁 锦州 121000

**[摘要]** 目的: 观察愈宫汤方辅助西医治疗对剖宫产术后子宫切口愈合的疗效。方法: 将剖宫产术后产妇 80 例随机分为观察组和对照组各 40 例, 对照组给予术后常规治疗(抗感染、营养支持等), 观察组在对照组的基础上加用愈宫汤口服。观察 2 组患者术后伤口疼痛、肿胀情况, 比较 2 组患者恶露停止时间及伤口愈合等级; 比较 2 组患者血液流变学的差异。结果: 术后第 3 天, 观察组患者出现切口疼痛、肿胀的例数明显较对照组少, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者术后恶露停止时间短于对照组, 切口愈合甲级病例多于对照组, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组患者的全血黏度(低、中、高切)、细管血浆黏度、全血还原黏度(低、中、高切)、红细胞聚集指数和纤维蛋白原水平均较治疗前改善 ( $P < 0.05$ ), 且治疗组上述各指标改善优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 愈宫汤方辅以西医疗可改善剖宫产产妇血液流变学特征, 促进切口早期愈合, 从而减轻产妇痛苦。

**[关键词]** 剖宫产; 切口愈合; 愈宫汤; 血液流变学

**[中图分类号]** R719.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)08-0178-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.077

近年来随着麻醉和术中监护水平的提高和剖宫产手术技术的不断完善, 剖宫产手术在临床的应用越来越多, 在解决难产、高危妊娠、降低母婴并发症、改善妊娠结局等方面发挥着重要的作用。手术切口的愈合情况直接影响剖宫产产妇的产后康复, 如切口愈合不良可导致子宫复旧不良、切口感染、瘢痕组织形成等不良后果, 给产妇造成巨大的身心痛苦, 甚至影响产后母乳喂养和对新生儿的照顾。因此, 促进切口愈合、降低感染风险、减少瘢痕形成是剖宫产术后的干预重点<sup>[1]</sup>。有研究发现, 剖宫产术后切口愈合不良与局部炎性渗出过多、切口积液导致局部循环不畅有关, 因此西医多采用抗生素、缩宫素、穿刺抽液等对症治疗。中医学理论认为, 切口愈合不良多与产后正气亏虚、易生瘀滞有关, 治疗时以补虚、清热、化瘀为原则<sup>[2]</sup>。本研究观察了愈宫汤方辅助西医治疗对剖宫产术后子宫切口愈合的疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 ①年龄  $\geq 18$  周岁; ②有剖宫产指征者; ③自愿参与本项实验研究。

1.2 排除标准 ①合并妊娠糖尿病者; ②严重贫血患者; ③有腹部手术史者。

1.3 一般资料 选取 2013 年 5 月—2015 年 5 月在本院接受剖宫产手术的产妇为研究对象, 根据纳入、排除标准共纳入研究对象 80 例, 按照随机数字表法分为 2 组。对照组 40 例,

年龄 19~41 岁, 平均(28.34 $\pm$ 4.27)岁; 孕周 37~41 周; 初产妇 23 例, 经产妇 17 例。观察组 40 例, 年龄 21~43 岁, 平均(29.12 $\pm$ 3.46)岁; 孕周 36~41 周; 初产妇 25 例, 经产妇 15 例。2 组患者年龄、孕周和生育史等一般情况比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予术后常规(抗感染、营养支持等)治疗, 静脉注射头孢噻肟钠 4.0 g/d; 缩宫素 10 U/d, 连续用药 7 天。术中失血量大者酌情给予输血、白蛋白等支持治疗。指导产妇多进食高蛋白、高热量饮食以满足切口愈合的营养需求。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上给予愈宫汤口服。处方: 黄芪 30 g, 党参、益母草、丹参、败酱草、红藤各 15 g, 桃仁、炒蒲黄(包煎)、五灵脂(包煎)、阿胶(烊化)各 10 g, 血竭(冲服)3 g, 枳壳、炮姜各 6 g。每天 1 剂, 水煎 2 次, 取汁 400 mL, 早晚温服。连续用药 4 周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较 2 组患者术后 3 天切口疼痛和肿胀情况、术后恶露停止时间和切口愈合等级以及治疗前后血液流变学[全血黏度(低、中、高切)、细管血浆黏度、全血还原黏度(低、中、高切)、红细胞压积、红细胞聚集指数和纤维蛋白原]的变化。

3.2 统计学方法 采用 SPSS11.5 软件对结果进行统计分析。

**[收稿日期]** 2016-03-15

**[基金项目]** 2011 年国家自然科学基金项目(81173443)

**[作者简介]** 吕晓琳(1973-), 女, 副主任医师, 研究方向: 妇产科学。

**[通讯作者]** 朱艳, E-mail: zghscong@126.com。

计数资料用例数、百分比描述；计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )描述；分别采用卡方检验、*t*检验进行统计学处理。

4 治疗结果

4.1 2组术后3天切口疼痛肿胀情况比较 见表1。术后第3天，观察组患者出现切口疼痛、肿胀的例数明显较对照组少，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组术后3天切口疼痛、肿胀情况比较 例

项目		对照组	观察组	$\chi^2$ 值	<i>P</i> 值
切口疼痛	有	12	2	8.658	0.003
	无	28	38		
切口肿胀	有	10	3	4.501	0.034
	无	30	37		

4.2 2组术后恶露停止时间和切口愈合等级比较 见表2。观察组患者术后恶露停止时间短于对照组，切口愈合全部均为甲级病例，2组比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组术后恶露停止时间和切口愈合等级比较

指标		对照组	观察组	<i>t</i> / $\chi^2$ 值	<i>P</i> 值
恶露停止时间(d)		12.35±2.64	8.31±1.26	6.384	0.016
愈合等级(例)	甲级	36	40	4.211	0.040
	乙级	4	0		

4.3 2组治疗前后血液流变学比较 见表3。治疗后，2组患者的全血黏度(低、中、高切)、细管血浆黏度、全血还原黏度(低、中、高切)、红细胞聚集指数和纤维蛋白原水平均较治疗前改善( $P < 0.05$ )，且治疗组上述各指标改善优于对照组( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后血液流变学指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

指标	对照组		观察组	
	治疗前	治疗后	对照组	治疗后
全血黏度低切(mPa·s)	10.38±2.14	8.67±1.36 <sup>①</sup>	10.39±1.87	7.94±1.15 <sup>②</sup>
全血黏度中切(mPa·s)	7.56±1.02	5.83±0.64 <sup>①</sup>	7.55±0.89	5.12±0.56 <sup>②</sup>
全血黏度高切(mPa·s)	5.26±0.63	4.13±0.48 <sup>①</sup>	5.27±0.52	3.27±0.62 <sup>②</sup>
毛细管血浆黏度(mPa·s)	2.11±0.75	1.52±0.46 <sup>①</sup>	2.10±0.59	1.24±0.35 <sup>②</sup>
红细胞压积(%)	41.13±4.64	45.38±5.62 <sup>①</sup>	40.94±4.36	47.23±5.28 <sup>②</sup>
全血还原黏度低切(mPa·s)	22.23±5.24	17.65±4.82 <sup>①</sup>	21.89±5.12	15.12±4.26 <sup>②</sup>
全血还原黏度中切(mPa·s)	15.12±3.65	11.34±2.61 <sup>①</sup>	15.94±3.42	7.26±1.13 <sup>②</sup>
全血还原黏度高切(mPa·s)	10.98±1.81	7.64±1.13 <sup>①</sup>	10.56±1.26	5.24±1.05 <sup>②</sup>
红细胞聚集指数	3.62±0.29	2.78±0.26 <sup>①</sup>	3.68±0.51	2.12±0.18 <sup>②</sup>
纤维蛋白原(g/L)	5.03±0.34	3.68±0.34 <sup>①</sup>	5.05±0.42	2.23±0.65 <sup>②</sup>

与同组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>②</sup> $P < 0.05$

5 讨论

子宫切口愈合不良是剖宫产术后常见的并发症，与子宫切

口位置、缝合方法、术中失血过多等密切相关，不仅可导致产妇产后子宫复旧不良、产后大出血、恶露不尽、感染等问题，甚至还可能导致切口裂开等严重后果，采用再次手术治疗<sup>[3]</sup>。子宫切口愈合不良不仅影响产后康复进程，还会增加医疗费用，导致医疗纠纷。因此，在妇产科临床工作中应注意预防剖宫产术后子宫切口愈合不良<sup>[4]</sup>。

子宫切口愈合不良是随着现代外科医学的发展而产生的，在古代无剖宫产手术，也就不存在子宫切口愈合不良的问题<sup>[5]</sup>，故中医学没有与子宫切口愈合不良相对应的病名。但根据其临床表现，可将其归纳于产后腹痛、恶露不绝、内痛等范畴<sup>[6]</sup>。如《金匱要略·妇人篇》认为产后腹痛当以枳实芍药散治之。产后产妇的机体处于气血俱虚的状态，如遇风寒之邪乘之，与血气相搏，下攻于腹而致腹痛；或瘀血凝滞于小腹而结聚疼痛；加之产妇产后气血虚弱、冲任失养导致瘀血内阻、冲任失固，故本病属于本虚标实或虚实夹杂之证<sup>[7]</sup>。治疗当以益气固本、活血化瘀为法。

愈宫汤方中以黄芪、党参共为君药，两者为益气固本之常用药对，黄芪性甘温，功擅补气升阳、益卫固表；党参性甘平，功擅补中益气、健脾益肺，二药合用，扶正固本之效大增，可迅速补充手术耗损之元气。益母草、丹参共为臣药，其中益母草为产后之要药，可活血祛瘀、调经消水；丹参活血化瘀、养血和营，二药合用，可促进恶露排出，起到祛瘀生新的功效。佐以枳壳理气宽中、消胀导滞，使气行则血行，补而不滞；桃仁活血化瘀、润肠通便；败酱草清热解毒、祛瘀排脓；红藤败毒散瘀、活血通络；炒蒲黄祛瘀止血、凉血活血；五灵脂活血散瘀、止痛止血；血竭活血定痛、化瘀止血；炮姜温中散寒、温经止血，祛胞宫风寒之邪外出；阿胶益气养血、滋阴润燥。诸药合用，共奏益气固本、活血化瘀之效。

观察结果显示，术后第3天观察组患者出现切口疼痛和肿胀的例数明显较对照组少，术后恶露停止的时间短于对照组，提示愈宫汤方辅以西医治疗有助于减轻剖宫产手术切口疼痛、肿胀等不适症状，有效促进恶露排出，有利于子宫复旧。且观察组切口愈合情况较对照组好，血液流变学指标改善也优于对照组，疗效显著，值得临床推广应用。

【参考文献】

[1] BijDeVaate AJM, VanDerVoet LF, Naji O, et al. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following Cesarean section: Systematic review [J]. Ultrasound in obstetrics gynecology, 2014, 43 (4): 372- 382.

[2] 吴碧荔, 梁杏玲. 剖宫产术口愈合不良相关因素研究现状[J]. 中国卫生产业, 2014, 4(5): 194- 195.

[3] 冷应蓉, 黄冰, 查筑红, 等. 剖宫产手术后切口愈合不

- 良的原因分析及防治对策[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(22): 5033-5034.
- [4] Waage Steinar, Wangensteen Guri. Short-term and long-term outcomes of ewes and their offspring after elective cesarean section [J]. Theriogenology, 2013, 79(3): 486-494.
- [5] 向琳. 剖宫产后切口愈合不良 28 例临床分析[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(8): 65-66.
- [6] 史庆绮. 二次剖宫产子宫切口愈合不良致晚期产后大出血 3 例报告[J]. 医学信息, 2012, 25(6): 237-238.
- [7] 杨露. 自拟生肌散治疗剖宫产手术后腹壁切口愈合不良的体会[J]. 中外健康文摘, 2014, 6(20): 269-270, 271.

(责任编辑:冯天保)

## 苦参凝胶联合氟康唑胶囊治疗霉菌性阴道炎疗效观察

王春艳, 胡旦红

嘉兴市第二医院, 浙江 嘉兴 314000

**[摘要]** 目的: 观察苦参凝胶联合氟康唑胶囊治疗霉菌性阴道炎临床疗效。方法: 83 例霉菌性阴道炎患者, 随机分为 2 组。对照组 41 例给予口服氟康唑胶囊治疗; 治疗组 42 例在对照组治疗基础上加用苦参凝胶, 阴道给药。1 周为 1 疗程, 连用 2 周。结果: 总有效率治疗组 97.62%, 对照组 75.61%; 复发率治疗组 2.38%, 对照组 12.19%。2 组总有效率、复发率比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 白带减少、外阴瘙痒消失、阴道疼痛消失、黏膜充血消失时间治疗组均少于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 苦参凝胶联合氟康唑胶囊治疗霉菌性阴道炎疗效好, 临床症状改善时间快、复发率低, 值得临床应用和推广。

**[关键词]** 霉菌性阴道炎; 苦参凝胶; 氟康唑胶囊

**[中图分类号]** R711.31 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0180-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.078

霉菌性阴道炎是女性妇科疾病中一种常见的多发病, 由假丝酵母菌(念珠球菌)引起的外阴阴道炎。近年因抗生素滥用、不良生活习惯导致霉菌性阴道炎发病率增高。加上患者对此病的危害性了解和认识不够充分, 导致拖延病症与未得到及时治疗使病情加重且反复。笔者采用苦参凝胶联合氟康唑胶囊治疗霉菌性阴道炎, 疗效满意, 现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 2 月—2015 年 6 月本院妇科霉菌性阴道炎患者, 共 83 例。年龄 25~40 岁, 平均(32.5±1.1)岁。均有过性生活史, 病程 1 周~2 年。随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组 42 例, 对照组 41 例, 2 组年龄、性别及病程经统计学分析, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①诊断符合霉菌性阴道炎的患者<sup>[1]</sup>; ②白带异

常(增多, 呈白色豆腐渣、凝乳状); ③具有外阴瘙痒, 伴有尿痛及性交痛; ④阴道分泌物涂片检查呈阳性; ⑤妇科检查外阴红肿, 见抓痕、皲裂; ⑥已婚或未婚有过性生活史; ⑦年龄 25~40 岁。

1.3 排除标准 ①合并细菌感染者; ②15 天内使用过外用抗菌药, 30 天内使用过口服抗菌药和长期口服抗生素; ③肝肾损伤及糖尿病患者; ④药物过敏者。

### 2 治疗方法

2 组患者均在月经干净 3~5 天后进行治疗。

2.1 对照组 口服氟康唑胶囊(辉瑞制药有限公司, 国药准字 H10960165), 每次 150 mg, 每天 3 次, 12 天为 1 疗程。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用苦参凝胶(贵阳新天药业股份有限公司), 每晚睡前注入阴道穹隆深处, 每次 1 支, 1 周为 1 疗程, 连用 2 周。

**[收稿日期]** 2016-04-06

**[作者简介]** 王春艳 (1980-), 女, 主治医师, 研究方向: 临床妇科病诊治。

**[通讯作者]** 胡旦红, E-mail: yanyanwongchun@sina.com。