和胃安胎膏外敷神阙穴联合常规疗法治疗脾胃虚弱型妊娠剧吐临床研究

陈湘宜，张里援，张虹

浙江中医药大学附属温州市中医院，浙江 温州 325000

［摘要］**目的：**观察和胃安胎膏外敷神阙穴联合常规疗法治疗脾胃虚弱型妊娠剧吐（HG）的疗效。**方法：**选取2022年7月—2024年3月浙江中医药大学附属温州市中医院收治的104例脾胃虚弱型HG患者，按随机数字表法分为中药组及对照组各52例。对照组给予现代医学常规疗法，中药组在对照组基础上给予和胃安胎膏外敷神阙穴疗法。比较2组临床疗效及不良反应发生率、尿酮体转阴率，比较2组治疗前后中医证候积分、恶心呕吐妊娠专用量化表（PUQE）评分的变化。**结果：**中药组临床疗效总有效率为96.15%（50/52），对照组临床疗效总有效率为80.77%（42/52），2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗2个疗程后，2组恶心呕吐、疲倦乏力、食欲不振、面色萎黄、舌苔薄白中医证候积分均较治疗前下降（$P<0.05$），中药组上述5项中医证候积分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组PUQE量表评分均较治疗前下降，中药组低于同一时间段对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。治疗2个疗程后，对照组尿酮体转阴率为75.00%（39/52），中药组尿酮体转阴率为92.31%（48/52），2组尿酮体转阴率比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。对照组不良反应发生率为7.69%（4/52），中药组不良反应发生率为17.31%（9/52），2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**和胃安胎膏外敷神阙穴联合常规疗法治疗脾胃虚弱型HG疗效确切，能缓解恶心呕吐症状，改善胃肠功能，安全性高。

［关键词］妊娠剧吐；脾胃虚弱型；和胃安胎膏；神阙穴；尿酮体转阴率

［中图分类号］R246.3 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）09-0139-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.09.026

Clinical Study on Hewei Antai Ointment Applied to *Shenque* Point Combined with Conventional Therapy for Hyperemesis Gravidarum of Spleen-Stomach Deficiency Type

CHEN Xiangyi, ZHANG Liyuan, ZHANG Hong

Wenzhou Traditional Chinese Medicine Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Wenzhou Zhejiang 325000, China

Abstract: Objective: To observe the efficacy of Hewei Antai Ointment applied to *Shenque* (RN 8) point combined with conventional therapy in the treatment of hyperemesis gravidarum (HG) of spleen-stomach deficiency type. **Methods:** A total of 104 HG patients of spleen-stomach deficiency type, treated at Wenzhou Traditional Chinese Medicine Hospital of Zhejiang Chinese Medical University from July 2022 to March 2024, were selected and randomly divided into the Chinese medicine group and the control group by random number table method, with 52 cases in each group. The control group received conventional modern medical therapy, while the Chinese medicine group received Hewei Antai Ointment applied to *Shenque* (RN 8) point in addition to the conventional therapy. The clinical efficacy, incidence of adverse reactions, and urine ketone body negative conversion rates were compared between the two groups. Changes in traditional Chinese medicine syndrome scores and the Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and

［收稿日期］2024-08-19
［修回日期］2025-02-25
［基金项目］温州市科技局重大科技创新攻关项目（ZY2022014）
［作者简介］陈湘宜（1987-），女，副主任医师，E-mail：doctorcxy1983@163.com。

Nausea (PUQE) scores before and after treatment were also evaluated. **Results**: The total clinical effective rate was 96.15% (50/52) in the Chinese medicine group, significantly higher than that of 80.77% (42/52) in the control group ($P<0.05$). After two treatment courses, the traditional Chinese medicine syndrome scores for nausea and vomiting, fatigue, poor appetite, sallow complexion, and thin white tongue coating were decreased in both groups when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the Chinese medicine group had lower scores in these five items than the control group ($P<0.05$). After treatment, the PUQE scores were decreased in both groups, and the Chinese medicine group had lower scores than the control group at the same time point ($P<0.05$). After two treatment courses, the urine ketone body negative conversion rate was 75.00% (39/52) in the control group, and 92.31% (48/52) in the Chinese medicine group, differences being significant ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions was 7.69% (4/52) in the control group, compared to 17.31% (9/52) in the Chinese medicine group, with no significant difference between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Hewei Antai Ointment applied to *Shenque* (RN 8) point combined with conventional therapy is effective in treating HG of spleen-stomach deficiency type. It can alleviate nausea and vomiting symptoms, improve gastrointestinal function, and has high safety.

Keywords: Hyperemesis gravidarum; Spleen-stomach deficiency type; Hewei Antai Ointment; *Shenque* (RN 8) point; Urine ketone body negative conversion rates

妊娠剧吐(HG)是妊娠期一种严重的并发症，表现为持续恶心和呕吐，导致体质量下降、脱水和电解质紊乱[1-2]。HG发生率约为0.3%～3.0%，对孕妇的健康和生活质量造成影响[3-4]。根据症状表现和病因的不同，HG可分为脾胃虚弱型、肝胃不和型、痰湿中阻型等，脾胃虚弱型较为常见[5]。目前，常见治疗方法主要包括饮食调整、药物治疗和心理支持等[6-7]。中医药疗法在治疗HG中展现出独特的优势，通过整体调理改善体质，减轻症状[8-9]。和胃安胎膏外敷为中医外治法，神阙穴即脐中，可调理脾胃、和中安胎；和胃安胎膏由多种中药成分组成，外敷神阙穴，直接作用于局部皮肤和经络，调节脾胃功能，缓解恶心呕吐症状。本研究观察和胃安胎膏外敷神阙穴联合常规疗法治疗脾胃虚弱型HG的疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《妊娠剧吐的诊断及临床处理专家共识(2015)》[10]中HG诊断标准。妊娠≤16周，呈现持续恶心和呕吐，体质量减轻率＞5%，并出现脱水、电解质紊乱等症状。

1.2 辨证标准 符合《中医妇科学》[11]中脾胃虚弱型辨证标准。食欲不振，胃脘胀满，口淡无味，伴有乏力、面色苍白、倦怠；舌质淡、苔薄白，脉弱。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；年龄18～45岁；自愿参与本研究；单活胎妊娠，停经5～14周。

1.4 排除标准 既往严重胃肠道疾病史；合并异位妊娠、葡萄胎或其他妊娠特有疾病；合并其他严重的妊娠并发症，如重度妊娠高血压综合征、妊娠糖尿病等；有先兆流产体征。

1.5 脱落标准 试验过程中呕吐症状加重，患者要求退出，依从性差；观察中自然脱落、失访，包括治疗有效，不能完成整个疗程以致临床资料不全等原因影响疗效和安全性判定。

1.6 一般资料 选取2022年7月—2024年3月浙江中医药大学附属温州市中医院收治的104例HG患者，按随机数字表法分为中药组及对照组各52例。中药组平均年龄(27.50±4.10)岁；平均妊娠周数(10.80±2.30)周；平均病程(15.30±5.40)d；尿酮体：28例(+)，16例(++)，6例(+++)，2例(++++)；电解质中平均血钠(Na^+)(127.55±29.84)mmol/L，平均血钾(K^+)(3.11±0.97)mmol/L；平均血氯(Cl^-)(92.67±19.40)mmol/L。对照组平均年龄(27.58±3.98)岁；平均妊娠周数(10.71±2.25)周；平均病程(15.20±4.86)d；尿酮体：25例(+)，18例(++)，8例(+++)，1例(++++)；平均Na^+(129.13±26.85)mmol/L；平均K^+(3.04±1.02)mmol/L；平均Cl^-(91.80±20.44)mmol/L。2组一

般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究已获得浙江中医药大学附属温州市中医院伦理委员会批准[（2022）伦审第（19）号]。

2 治疗方法

2.1 对照组 现代医学常规疗法治疗。根据患者实际症状，每日补液总量3 000 mL左右，选用0.9 %氯化钠注射液或复方氯化钠注射液500～1 000 mL或5%～10%葡萄糖注射液500～1 000 mL，加入维生素C注射液2 g、维生素B_6注射液200 mg静脉滴注，以缓解脱水症状，并维持电解质平衡。必要时给予10%氯化钾10～15 mL加入5%～10%葡萄糖注射液500 mL中缓慢静滴，以纠正低钾血症。合并中度以上代谢性酸中毒者，根据血气分析中二氧化碳结合力低于18 mmol/L时，予适当补充5 %碳酸氢钠注射液。脱水严重者，开始补液速度应较快，第1天补液量应适当增加，以后根据患者体质量、呕吐、饮食情况、尿量，酌情调整补液量。能进食后适当减少补液量直到恢复正常饮食。以清淡流质饮食为主，逐渐过渡到半流质和固体食物。强调少量多餐，避免油腻、辛辣等刺激性食物。5 d为1个疗程，直至治疗结束。

2.2 中药组 在对照组基础上采用和胃安胎膏外敷神阙穴治疗。和胃安胎膏处方：陈皮6 g，竹茹9 g，党参15 g，丁香15 g，黄连12 g。制备过程如下：将所有药材常规清洗、除杂、切片，首次煎煮40 min，滤出药液，进行第2煎30 min，滤出的药液与第1煎合并。将合并后的药液继续加热浓缩直至变得黏稠，加入适量蜂蜡后继续搅拌，形成膏状后停止加热，冷却。待其温度降至40 ℃左右外敷于神阙穴。确定神阙穴位置后（位于人体脐中，即肚脐眼处），清洁脐部及周围皮肤，保持干燥。取适量和胃安胎膏将其均匀涂抹在无菌纱布或医用敷贴上，将涂有药膏的纱布或敷贴敷于脐中，确保药膏完全覆盖神阙穴，轻轻按压，使药膏贴敷紧密，不易脱落。用医用胶布或弹性绷带将纱布固定，避免因活动或出汗而移位。每次敷贴时间为4～6 h，每天1次。敷贴期间，避免剧烈运动，保持安静休息。如出现红肿、瘙痒等，应暂停使用。连续治疗5 d为1个疗程，治疗2个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②中医证候积分。参照文献[11-12]制定HG中医证候积分标准，根据2组治疗前后疾病严重程度分为正常、轻度、中度、重度4个等级，主症正常计0分，轻度计2分，中度计4分，重度计6分；次症正常计0分，轻度计1分，中度计2分，重度计3分；主症包括恶心呕吐、疲倦乏力、食欲不振，次症包括面色萎黄、舌苔薄白。③呕吐程度。采用恶心呕吐妊娠专用量化表（PUQE）评估，分别于治疗前、治疗1个疗程、2个疗程后检测呕吐严重程度改善情况，该量表共3个主要问题，每个问题评分范围为1～5分，总分分值3～15分，评分越高代表恶心呕吐严重程度越高。④尿常规。分别于治疗前后采用尿试纸检测2组尿酮体。⑤不良反应。统计2组治疗期间不良反应发生情况，包括局部灼热感、接触性皮炎、局部感染、瘙痒、头晕/头痛等。

3.2 统计学方法 经Excel 2020建立数据库，应用SPSS20.0统计学软件进行分析处理。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组内比较采用配对样本t检验，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以百分比（%）表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 痊愈：临床症状完全消失，停药后无复发，电解质等各项指标恢复至正常范围，尿酮体阴性，中医证候积分减少率≥90%；显效：临床症状显著改善，停药后偶尔复发，电解质等各项指标明显好转，尿酮体弱阳性，70%≤中医证候积分减少率＜90%；有效：临床症状有所好转，电解质等指标有所改善，但仍未完全恢复，尿酮体呈阳性，30%≤中医证候积分减少率＜70%；无效：未达到上述标准，症状无明显改善或加重，中医证候积分减少率＜30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。中药组临床疗效总有效率为96.15%，对照组临床疗效总有效率为80.77%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表1 2组临床疗效比较 例（%）

组 别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	52	21（40.38）	14（26.92）	7（13.46）	10（19.23）	42（80.77）
中药组	52	27（51.92）	17（32.69）	6（11.54）	2（3.85）	50（96.15）
χ^2值						4.616
P值						0.032

4.3　2组治疗前后中医证候积分比较　见表2。治疗前，2组中医证候各项积分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗2个疗程，2组恶心呕吐、疲倦乏力、食欲不振、面色萎黄、舌苔薄白中医证候积分均较治疗前下降（$P<0.05$），中药组上述5项中医证候积分均低于对照组（$P<0.05$）。

表2　2组治疗前后中医证候积分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	恶心呕吐		疲倦乏力		食欲不振		面色萎黄		舌苔薄白	
		治疗前	治疗2个疗程	治疗前	治疗2个疗程	治疗前	治疗2个疗程	治疗前	治疗2个疗程	治疗前	治疗2个疗程
对照组	52	5.17±0.72	2.57±0.79①	4.97±1.10	3.03±1.07①	4.33±1.08	3.41±0.79①	2.25±0.38	1.21±0.47①	2.41±0.77	1.15±0.27①
中药组	52	5.20±0.74	1.76±0.88①	5.10±1.11	2.60±0.95①	4.26±1.07	2.14±0.62①	2.23±0.43	0.97±0.18①	2.44±0.53	0.85±0.12①
t值		0.210	4.939	0.600	2.167	0.332	9.119	0.251	3.439	0.231	7.322
P值		0.835	<0.001	0.550	0.033	0.741	<0.001	0.802	0.001	0.817	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.4　2组治疗前后PUQE量表评分比较　见表3。治疗前，2组PUQE量表评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组PUQE量表评分均较治疗前下降，中药组低于同一时间段对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

表3　2组治疗前后PUQE量表评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	治疗前	治疗1个疗程	治疗2个疗程
对照组	52	11.74±2.85	7.79±2.31	5.82±1.54
中药组	52	11.83±2.10	6.57±2.48	4.36±1.22
t值		0.183	2.596	5.359
P值		0.855	0.011	<0.001

注：处理因素主效应，F=5.123，P=0.024；时间因素主效应，F=6.789，P=0.016；两者交互作用，F=4.321，P=0.038。

4.5　2组治疗前后尿酮体转阴率比较　见表4。治疗2个疗程后，对照组尿酮体转阴率为75.00%，中药组尿酮体转阴率为92.31%，2组尿酮体转阴率比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表4　2组治疗前后尿酮体转阴率比较　例（%）

组　别	时　间	例数	阳性	阴性
对照组	治疗前	52	52（100.00）	0
	治疗2个疗程	52	13（25.00）	39（75.00）
中药组	治疗前	52	52（100.00）	0
	治疗2个疗程	52	4（7.69）	48（92.31）①

注：①与对照组比较，$P<0.05$。

4.6　2组不良反应发生率比较　见表5。对照组不良反应发生率为7.69%，中药组不良反应发生率为17.31%，2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

表5　2组不良反应发生率比较　例（%）

组　别	例数	局部灼热感	接触性皮炎	局部感染	瘙痒	头晕/头痛	总发生
对照组	52	0	0	0	1（1.92）	3（5.77）	4（7.69）
中药组	52	3（5.77）	1（1.92）	0	3（5.77）	2（3.85）	9（17.31）
χ^2值							1.407
P值							0.236

5　讨论

中医学认为，脾胃虚弱型HG是由于脾胃虚弱、胃气上逆所致[13]。具体表现为食欲不振、胃脘胀满、恶心呕吐、面色萎黄、乏力等。其病因主要包括先天禀赋不足、饮食失调、情志因素和内外邪气等方面[14-15]。和胃安胎膏是中医传统外治法中的一种膏药，主要用于缓解HG。其基础方剂来源可以追溯到《金匮要略》所载的橘皮竹茹汤，经过加减化裁而成。方中陈皮辛苦而温，理气健脾，和胃止呕；竹茹甘而微寒，清热和胃，降逆止呕，二药合用，共为君药，既降逆止呕，又清热和胃。党参补中益气，与陈皮相伍，则行中有补，增强脾胃功能。黄连为臣，清热泻火，燥湿解毒，清肝胃之火，肝火得清，不再横逆犯胃，胃火降则其气自和，肝胃同治，标本兼顾。佐以丁香温中降逆，理气止呕，为治疗胃寒呕吐之要药，能制黄连之寒，泻火而无凉遏之弊，且促进胃液分泌，增强消化，减轻恶心呕吐，缓解腹胀。神阙穴连接任脉，并通过任脉与冲脉、督脉相通，影响全身气血运行和脏腑功能[16]。通过刺激神阙穴，可以有效调节脾胃功能，促进气血运行，增强体质。和胃安胎膏外敷神阙穴疗法是中医外治法中的一种，通过将药膏外敷于神阙穴，利

用药物的透皮吸收作用，结合穴位的刺激作用，达到治疗效果。

本研究采用和胃安胎膏外敷神阙穴疗法治疗脾胃虚弱型HG，疗效对比发现，中药组临床总有效率显著高于对照组，各项中医证候评分均低于对照组。PUQE是一个专门用于评估妊娠期女性恶心和呕吐症状严重程度的量化工具，可以帮助医疗专业人员准确评估其严重程度。本研究应用该量表对2组止吐效果进行量化评估，结果显示，中药组PUQE量表得分显著低于对照组，提示中药治疗在缓解妊娠期恶心和呕吐方面疗效更佳。

另外，尿常规指标能够帮助评估HG患者的代谢状态和水分平衡状况，从而判断治疗效果，因此本研究对2组尿酮体变化进行了分析。结果显示，经过治疗中药组尿酮体阴性例数显著多于对照组，提示中药治疗在改善患者营养状况和代谢功能方面更具优势。尿酮体是体内脂肪代谢的产物，妊娠剧吐严重时，患者可能由于进食减少而出现酮症。中药组由于恶心呕吐症状缓解更明显，进食量增加，营养摄入改善，体内脂肪代谢减缓，从而使尿酮体转阴的比例更高。最后，经过不良反应统计可知，2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），提示和胃安胎膏外敷神阙穴联合常规疗法治疗安全性高。

综上，和胃安胎膏外敷神阙穴联合常规疗法治疗脾胃虚弱型HG疗效确切，能缓解恶心呕吐症状，改善胃肠功能，安全性高。

[参考文献]

[1] POPA S L, BARSAN M, CAZIUC A, et al. Lifethreatening complications of hyperemesis gravidarum[J]. Experimental and Therapeutic Medicine，2021，21(6)：1-13.
[2] 文燕青，漆洪波. 妊娠剧吐合并肝功能损害的诊治[J]. 实用妇产科杂志，2022，38(12)：885-888.
[3] 赵洁. 妊娠剧吐致低钾血症补钾治疗的临床研究[J]. 重庆医学，2022，51(2)：297-298.
[4] 林奕岑，潘丽莎，章恒端. 妊娠剧吐患者相关指标与中医体质的相关性研究[J]. 辽宁中医杂志，2023，50(6)：144-146.
[5] 李杨，刘丽. 中医药治疗妊娠剧吐应用现状及展望[J]. 陕西中医，2022，43(1)：127-129.
[6] 曹小荣，陈芳，李平. 内关穴注射液维生素B6联合益生菌治疗妊娠剧吐的临床研究[J]. 贵州医药，2023，47(12)：1905-1906.
[7] 王海燕，蒙秋，张静，等. 金属肽酶含血小板反应蛋白1作为妊娠剧吐诊断标志物的可行性研究[J]. 中国妇幼健康研究，2024，35(1)：1-5.
[8] 刘俐，王宇，李晶明，等. 妊娠呕吐和剧吐的中西医治疗研究进展[J]. 现代中西医结合杂志，2023，32(2)：265-270.
[9] 杨子芬，杨燕梅，赵右更，等. 生姜外敷内关穴配伍补液用于妊娠剧吐的临床效果观察[J]. 中国计划生育学杂志，2023，31(4)：960-963.
[10] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 妊娠剧吐的诊断及临床处理专家共识(2015)[J]. 中华妇产科杂志，2015，50(11)：801-804.
[11] 谈勇. 中医妇科学[M]. 4版. 北京：中国中医药出版社，2016.
[12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：134.
[13] 张晓哲，薛大力，范文杰.《伤寒论》中的消化内科疾病治疗[J]. 中国医药工业杂志，2023，54(11)：1684.
[14] 陈妍，胡珊，宁艳，等. 火龙罐治疗脾胃虚弱型妊娠剧吐30例[J]. 中国针灸，2021，41(4)：449-450.
[15] 赵晓宇，赵红霞，胡妮娜，等. 基于《医宗金鉴·妇科心法要诀》之妇科疾病六经辨治探析[J]. 江苏中医药，2022，54(11)：66-68.
[16] 杨艳蓉，饶学植，刘迪，等. 近5年神阙穴临床主治规律的文献计量学分析[J]. 中医药导报，2023，29(5)：194-203.

（责任编辑：吴凌，郭雨驰）