

[文章编号] 1007-0893(2024)13-0064-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.13.019

中药穴位热敷联合自拟养宫汤对再次剖宫产术后子宫复旧的影响

徐哲 宋亚丽 李亚琴

(郑州市妇幼保健院, 河南 郑州 450012)

[摘要] 目的: 探讨中药穴位热敷联合自拟养宫汤对再次剖宫产术后子宫复旧的影响。方法: 采用分类抽样选取2022年1月至2024年1月在郑州市妇幼保健院再次剖宫产分娩的58例产妇纳入本回顾性研究。将其中采用自拟养宫汤治疗的29例产妇纳入对照组, 采用中药穴位热敷联合自拟养宫汤治疗的29例产妇纳入观察组。比较两组产妇术后子宫整体恢复时间及恢复质量。结果: 观察组产妇术后恶露干净与子宫恢复时间均短于对照组, 各项指标恢复进程均快于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组产妇术后42 d子宫内膜厚度大于对照组, 子宫3经线之和小于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组产妇手术切口恢复情况优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。术后7 d观察组产妇血清蛋白因子水平均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组产妇术后并发症总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中药穴位热敷联合自拟养宫汤可促进再次剖宫产产妇术后子宫复旧与手术创口愈合。

[关键词] 再次剖宫产; 子宫复旧; 中药穴位热敷; 自拟养宫汤**[中图分类号]** R 271.43 **[文献标识码]** B

子宫复旧是指胎儿、胎盘娩出后产妇的子宫恢复达未妊娠之前状态的生理过程^[1-2]。子宫复旧通常为6~8周, 这一阶段子宫内膜开始再生、子宫体的肌纤维逐渐收缩、子宫下段恢复至峡部、螺旋动脉与静脉窦缩窄^[3-4]。这一阶段如子宫未能恢复达妊娠前的状态则称为子宫复旧不全^[5]。剖宫产产妇因采用了人为中断妊娠过程的方式分娩, 未能完成正常的分娩过程, 因此发生子宫复旧不全的概率较高。而再次剖宫产对产妇术后发生子宫复旧不全的风险更高。目前临床上对于子宫复旧不全的治疗方法较多, 其中口服中药为临床上的常规的治疗方式^[6]。但考虑到产妇产后哺乳需要, 口服药物的应用受到一定限制。为此郑州市妇幼保健院在常规口服中药的同时联合应用中药穴位热敷, 以促进再次剖宫产产妇术后子宫复旧, 缩短子宫复旧治疗周期。现开展此项回顾性研究, 客观评估这一联合治疗方案的具体应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用分类抽样选取2022年1月至2024年1月在郑州市妇幼保健院再次剖宫产分娩的58例产妇纳入本回顾性研究。将其中采用自拟养宫汤治疗的29例产妇纳入对照组, 采用中药穴位热敷联合自拟养宫汤治疗的29例

产妇纳入观察组。对照组年龄25~41岁, 平均(33.16 ± 3.91)岁; 孕周38~40周, 平均(39.02 ± 1.01)周; 剖宫产次2~3次, 平均(2.04 ± 0.13)次。观察组年龄24~42岁, 平均(33.21 ± 3.96)岁; 孕周37~41周, 平均(39.04 ± 1.03)周; 剖宫产次2~3次, 平均(2.06 ± 0.14)次。两组产妇一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医学伦理委员会审批通过(编号20220106)。

1.2 病例标准

1.2.1 纳入标准 (1) 诊断标准参考《中医妇产科学》中子宫复旧不全^[7]; (2) 年龄 ≤ 45 岁; (3) 单胎妊娠, 在郑州市妇幼保健院接受择期剖宫产手术分娩; (4) 既往有剖宫产术史; (5) 在郑州市妇幼保健院相关资料完整; (6) 产妇与家属对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 合并妊娠期合并症; (2) 妊娠前存在心、肺、肝、肾功能不全; (3) 存在凝血功能异常、免疫功能异常; (4) 对于研究涉及药物过敏; (5) 存在腹部皮肤破溃; (6) 存在精神疾病、认知障碍。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予自拟养宫汤口服。组方: 黄芪30 g, 益母草、丹参、蒲公英各15 g, 当归、续断、党参、香附、延胡索各10 g, 三七粉3 g(煎后冲入)。每日1剂,

[收稿日期] 2024-05-27**[作者简介]** 徐哲, 女, 主治中医师, 主要研究方向是妊娠期及产后常见病多发病的中西医治疗。

水煎煮取药汁 480 mL，分早晚各温服 240 mL。连续治疗 7 d。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上应用中药穴位热敷。将上述自拟养宫汤加艾叶 60 g 研为粗粉与大盐 50 g 混匀，装入热敷袋内，以蒸馏水润湿热敷袋表面，以微波炉高火加热 4 min；产妇取平卧位，待热敷袋达 50 ~ 60 °C 置于产妇的腹部，温度以产妇可耐受为宜，热敷袋覆盖水分、气海、神阙、中脘、下脘、双侧天枢、关元穴。每次热敷 30 min，每日 1 次，连续治疗 7 d。

1.4 观察指标

(1) 比较两组产妇术后恶露干净与子宫恢复时间：血性恶露干净、浆液性恶露干净、恶露干净、宫底下降达脐耻间、子宫入盆腔内；(2) 术后恢复进程：阴道出血时间、阴道出血量（阴道出血量以称重法测量，使用苏菲牌 290 cm 卫生巾，称取未用重量与用后重量取差值）、恢复月经时间，手术切口恢复情况：切口换药次数、切口清洁时间、切口愈合时间；(3) 术后 7 d 观察两组产妇血清蛋白因子水平，采集空腹肘静脉血样 3 mL，置于离心机按 3000 r · min⁻¹ 转速，离心 10 min，取血清按放射免疫法检测纤维粘连蛋白（fibronectin, FN）、IV 型胶原蛋白（collagen type IV, CIV）、转化生长因子-β1（transforming growth factor-β1, TGF-β1）；(4) 术后 42 d 复查，观察两组产妇子宫恢复情况（采用腹部超声

测量）：子宫 3 经线之和与子宫内膜厚度；(5) 记录两组产妇产后并发症情况，包括宫腔积液、子宫切口愈合不良、盆腔粘连。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇术后恶露干净与子宫恢复时间比较

观察组产妇术后恶露干净与子宫恢复时间均短于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组产妇术后恶露干净与子宫恢复时间比较 (n = 29, $\bar{x} \pm s$, d)

组别	血性恶露干净	浆液性恶露干净	恶露干净	宫底下降达脐耻间	子宫入盆腔内
对照组	5.92 ± 0.89	17.24 ± 1.86	23.56 ± 2.62	12.23 ± 1.36	12.13 ± 2.41
观察组	4.14 ± 0.69 ^a	13.19 ± 1.42 ^a	18.45 ± 1.98 ^a	9.78 ± 1.02 ^a	8.19 ± 1.08 ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组产妇术后恢复进程与预后子宫恢复情况比较

观察组产妇术后各项指标恢复进程均快于对照组，术后 42 d 子宫内膜厚度大于对照组，子宫 3 经线之和小于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组产妇术后恢复进程与预后子宫恢复情况比较 (n = 29, $\bar{x} \pm s$)

组别	阴道出血时间 /d	阴道出血量 /mL	恢复月经时间 /d	子宫内膜厚度 /mm	子宫 3 经线之和 /cm
对照组	31.76 ± 3.91	459.34 ± 42.26	29.79 ± 3.02	7.07 ± 0.97	15.79 ± 1.24
观察组	29.12 ± 3.49 ^b	431.08 ± 40.47 ^b	27.12 ± 2.57 ^b	7.68 ± 1.02 ^b	14.07 ± 1.09 ^b

注：与对照组比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组产妇手术切口恢复情况比较

观察组产妇切口换药次数、切口清洁时间、切口愈合时间均优于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组产妇手术切口恢复情况比较 (n = 29, $\bar{x} \pm s$)

组别	切口换药次数 /次	切口清洁时间 /min	切口愈合时间 /d
对照组	12.19 ± 2.13	6.53 ± 0.67	8.74 ± 0.98
观察组	11.08 ± 1.97 ^c	5.84 ± 0.59 ^c	7.13 ± 0.81 ^c

注：与对照组比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组产妇手术前后血清蛋白因子水平比较

术前两组产妇血清 FN、CIV、TGF-β1 水平比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；术后 7 d 观察组产妇血清 FN、CIV、TGF-β1 水平均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 4 两组产妇手术前后血清蛋白因子水平比较 (n = 29, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FN/ng · mL ⁻¹	CIV/ng · mL ⁻¹	TGF-β1/μg · L ⁻¹
对照组	术前	14.39 ± 0.62	64.19 ± 3.56	1219.96 ± 53.21
	术后 7 d	17.58 ± 0.83	75.12 ± 4.32	1651.02 ± 62.47
观察组	术前	14.41 ± 0.64	64.21 ± 3.61	1220.17 ± 54.06
	术后 7 d	17.02 ± 0.79 ^d	72.42 ± 3.98 ^d	1604.98 ± 59.62 ^d

注：FN — 纤维粘连蛋白；CIV — IV 型胶原蛋白；TGF-β1 — 转化生长因子-β1。

与对照组术后 7 d 比较，^d*P* < 0.05。

2.5 两组产妇术后并发症比较

观察组产妇术后并发症总发生率低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 5。

表 5 两组产妇术后并发症比较 [n = 29, n (%)]

组别	宫腔积液	子宫切口愈合不良	盆腔粘连	合计
对照组	5(17.24)	2(6.90)	4(13.79)	11(37.93)
观察组	1(3.45)	0(0.00)	1(3.45)	2(6.90) ^e

注：与对照组比较，^e*P* < 0.05。

3 讨论

剖宫产为现代医学临床上一种常用的分娩方式，能够极大提高分娩成功率，降低产妇的分娩风险。但剖宫产是通过手术直接取出胎儿，中断了正常的妊娠与分娩生理过程。产妇在术后易因生理进程不完全而发生子宫复旧延迟或子宫复旧不全。再次剖宫产产妇的这一风险更高。子宫复旧不全主要可见产后恶露不尽、产褥感染、腹痛等表现^[8-9]。中医理论将子宫复旧不全归纳入“产后腹痛、恶露不尽、血崩”等范畴^[10]。《医宗金鉴》中指出产后恶露多因冲任亏虚，血未收摄，或有瘀血停滞于胞宫而形成本病^[11]。因此本病以产后气虚、血瘀为主要诱因。治疗应以补气、化瘀、行气、调经为要。

本研究中应用郑州市妇幼保健院自拟养宫汤治疗本病。方中黄芪具有升阳补气、消肿利水、祛腐生肌功效。益母草可活血调经、利水消肿，为治疗恶露不尽的常用药物。丹参活血化瘀，并具有抗氧化及增强子宫血供的作用。蒲公英可解毒清热、消癥散结、利尿通淋；现代药理学研究认为其具有抗炎功效。当归补血、养血。续断具有活血、止痛、化瘀功效。党参可补益中气、生津养阴。香附可调经止痛、清热理气。延胡索可行气止痛。三七活血、止血并可止痛消肿。同时在常规口服的基础上联合中药穴位热敷治疗。在本方的基础上加用艾叶，可起到止痛温宫、通经止血功效。以穴位热敷的方式可利用穴位热效能，使药物有效成分经透皮吸收方式直达穴位。中药热敷覆盖水分、气海、神阙、中脘、下脘、双侧天枢、关元穴。水分、关元、神阙、气海、中脘、下脘穴均属于任脉，任脉源于胞中，连接督脉，任督二脉为人体主要经脉起到主导气血的作用。关元穴可调理冲任，具有固本培元、健脾养肾功效。天枢穴可补精导气。各穴配合能够发挥调节阴阳、益肾养血、活血散瘀、理气导滞功能。

本研究结果表明，观察组产妇术后恶露干净与子宫恢复时间均短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示联合治疗方案能够促进再次剖宫产产妇术后子宫恢复，减少恶露时间。这一研究结果与谢佳等^[12]研究结果相符。观察组产妇术后阴道出血时间、阴道出血量、恢复月经时间均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示联合治疗方案能够促进再次剖宫产产妇术后生理周期的恢复。经对比，观察组产妇切口换药次数、切口清洁时间、切口愈合时间均优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示联合治疗方案可促进再次剖宫产产妇的手术切口恢复，主要是由于自拟养宫汤经口服与中药穴位热敷同时发挥药效，能够起到更好地抗炎以及促进组织修复的作用。术后 7 d 观察组产妇血清 FN、CIV、TGF- β 1 水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示联合中药穴位

热敷后可使中药成分直接进入子宫相关穴位与经脉，减轻了术后应激反应程度，降低了术后盆腔、子宫粘连风险。观察组产妇术后并发症总发生率低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示联合治疗方案能够有效提高再次剖宫产的安全性。术后 42 d 观察组产妇子宫内厚度大于对照组，子宫 3 经线之和小于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；提示联合治疗方案能够提升再次剖宫产产妇的子宫恢复质量。

综上所述，中药穴位热敷联合养宫自拟汤治疗，采用口服与穴位热能透皮吸收的双重方式给药，有效地提高了产妇对药物的吸收水平，从而提升了再次剖宫产术后子宫复旧质量，促进了术后子宫修复。

[参考文献]

- [1] MIYOSHI Y, KANEKO S, SUGA S, et al. Comparison of the benefits and hemodynamic side effects of oxytocin between intravenous infusion with and without bolus injection during caesarean section [J]. J Obstet Gynaecol, 2021, 41 (4): 557-561.
- [2] 李晓燕, 张梅山, 卢磊, 等. 腹部艾灸及红外线局部照射联合透明质酸钠治疗剖宫产术后患者子宫复旧不良 [J]. 陕西中医, 2024, 45 (3): 345-348.
- [3] 王晓君, 王刚, 虞群, 等. 艾盐包热敷对顺产产妇产后子宫复旧及血清血管内皮因子和 B 淋巴细胞瘤-2 蛋白表达的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2020, 35 (10): 1814-1816.
- [4] 鲁学文, 刘月江, 纪久雨, 等. 后路腰方肌阻滞对二次剖宫产术后子宫复旧痛的影响 [J]. 临床麻醉学杂志, 2022, 38 (10): 1047-1051.
- [5] 肖慧彬, 林晓燕, 卢文岳, 等. 剖宫产术后子宫切口血肿与子宫瘢痕憩室的相关性 [J]. 中华围产医学杂志, 2023, 26 (12): 1029-1032.
- [6] 王晓红, 蒋小慧, 崔红梅, 等. 产褥前期患者剖宫产术前心理应激状况及对产后子宫复旧进程的影响 [J]. 河北医药, 2024, 46 (1): 105-108.
- [7] 马宝璋. 中医妇产科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 201.
- [8] 陈王璐, 高峻, 高希言. 透灸法成功治疗产后子宫复旧不良: 两则病例报告及机制分析 [J]. 世界针灸杂志 (英文版), 2023, 33 (3): 287-292.
- [9] 孙小令, 项琼莉. 生化汤加味联合艾灸治疗剖宫产术后子宫复旧疗效观察 [J]. 四川中医, 2022, 40 (6): 170-173.
- [10] 郭瑞, 张俊丽, 王俊岭, 等. 产后逐瘀胶囊联合穴位艾灸治疗产后恶露不绝的疗效及对凝血功能的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16 (8): 1538-1540, 1545.
- [11] 张雪姣, 杨哲, 薛青, 等. 中药热奄包穴位热敷结合益宫颗粒促进子宫复旧的临床效果研究 [J]. 河北中医药学报, 2022, 37 (6): 37-41.
- [12] 谢佳, 刘秀丽, 李驰花. 生化汤联合中药外敷对瘢痕子宫再次剖宫产术后子宫复旧的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38 (8): 56-58.