

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2018.04.015

# 安胎理气和胃膏联合穴位贴敷治疗肝胃不和型妊娠恶阻的临床观察\*

乔林静 赵然 王美美 赵春雷

保定市第一中医院,河北保定 071000

妊娠恶阻,是以妊娠早期出现恶心呕吐,头晕厌食,甚至食入即吐为主要表现的疾病,属于妇产科常见病,严重影响孕妇的生活质量。孕妇妊娠早期过程中,恶心发病率为 50%~80%,呕吐发病率为 50%,呕吐严重者可出现电解质紊乱、肝肾功能损害、胎儿生长发育受限,甚至危及孕妇生命<sup>[1]</sup>。本研究采用保定市第一中医院自制的安胎理气和胃膏联合穴位贴敷治疗肝胃不和型妊娠恶阻,取得满意疗效,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月—2018 年 1 月就诊于本院妇产科诊断为肝胃不和型妊娠恶阻的患者 60 例,随机分为观察组和对照组,每组 30 例。观察组,年龄 23~32 岁,平均年龄(25.6±2.5)岁;停经时间 40~50 d,平均停经时间(44.9±2.8)d。对照组,年龄 23~33 岁,平均年龄(26.9±3.7)岁;停经时间 40~50 d,平均停经时间(45.1±2.9)d。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

符合《实用中医妇科学》<sup>[2]</sup>中关于肝胃不和型妊娠恶阻的诊断标准,主症表现为恶心呕吐、呕吐酸水或苦水、恶闻油腻,次症表现为胸满胁痛、心烦口苦、暖气叹息、头胀而晕,舌淡红,苔微黄,脉弦滑。符合《实用妇产科学》<sup>[3]</sup>中关于妊娠剧吐的诊断标准,妊娠反应严重,恶心、呕吐频繁,不能进食,出现脱水、电解质紊乱及酸中毒,影响身体健康者。

### 1.3 纳入及排除标准

纳入标准:①符合上述中、西医诊断标准;②年龄 22~35 岁;③B 超提示宫内妊娠,实验室检查尿酮体 3+~4+。排除标准:①葡萄胎;②病毒性肝炎、急性胃肠炎、胆道疾病、胃溃疡、胃癌等消化系统疾病;③颅内压

增高、脑膜炎、脑肿瘤等神经系统疾病;④糖尿病患者。

### 1.4 治疗方法

对照组患者予以静脉补液、营养支持以纠正水电解质紊乱及酸碱平衡。10%葡萄糖注射液(北京双鹤药业股份有限公司,国药准字 H11020626)静脉滴注,1 500 mL,1/d;5%葡萄糖氯化钠注射液(北京双鹤药业股份有限公司,国药准字 H11020618)静脉滴注,500 mL,1/d;复方氨基酸注射液(北京费森尤斯卡比医药有限公司,国药准字 H19993345)静脉滴注,250 mL,1/d;中/长链脂肪乳注射液(华瑞制药有限公司,国药准字 H20041101)静脉滴注,250 mL,1/d。观察组患者予以安胎理气和胃膏口服,方药组成为陈皮、茯苓、菟丝子、炙乌梅各 20 g,竹茹、香附、生地各 15 g,紫苏 12 g,黄芩、佛手、生姜、灶心土、香附、钩藤、杜仲、续断、白术各 10 g,黄连 6 g;上述药物煎药取汁,浓缩成膏,炼蜜调和,15~20 mL/次,3/d;联合穴位贴敷,紫苏、黄芩、黄连、制半夏、陈皮研磨成细末,过 120 目筛,加生姜汁调和均匀置于内径为 3 cm 的 7 cm×7 cm 敷贴上,取穴足三里、梁门、中脘、丰隆;每 1~2 h 观察贴敷处的皮肤是否有发红、水泡、瘙痒等不适症状,4~6 h 后取下。2 组疗程均为 7 d。

### 1.5 观察指标及疗效判定标准

①采用孕期恶心呕吐量化表(PUQE)<sup>[4]</sup>进行症状评分:每天感觉恶心或反胃的时间,无记 1 分,≤1 h 记 2 分,2~3 h 记 3 分,4~6 h 记 4 分,>6 h 记 5 分;每天呕吐的次数,无记 1 分,1~2 次记 2 分,3~4 次记 3 分,5~6 次记 4 分,≥7 次记 5 分;每天干呕次数,无记 1 分,1~2 次记 2 分,3~4 次记 3 分,5~6 次记 4 分,≥7 次记 5 分。②观察并记录呕吐缓解时间、尿酮体转阴时间及电解质恢复正常时间。参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>制定相关疗效判定标准:治愈 呕吐停止,诸症消除,尿酮体转阴,血钾恢复正常;有效 呕吐减轻,诸症缓解,尿酮体及血钾等实验室指标有所改善;无效 呕吐及诸症均无改善,尿酮体

\*河北省中医药管理局科研计划项目(Na 2015306)

及血钾等实验室指标均无缓解。总有效率 = [(治愈 + 有效)例数 / 总例数] × 100%。

### 1.6 统计学处理

采用 SPSS 19.0 进行统计处理,计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,采用 *t* 检验;计数资料以率 (%) 表示,采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

表 1 2 组患者临床疗效比较 ( $n=30$ , 例, %)

组别	治愈	有效	无效	总有效率
对照组	9(30.0)	14(46.7)	7(23.3)	23(76.7)
观察组	18(60.0)	10(33.3)	2(6.7)	28(93.3) <sup>△</sup>

与对照组比较<sup>△</sup>  $P < 0.05$

### 2.2 症状体征改善时间比较

观察组患者的呕吐缓解时间、尿酮体转阴时间及

## 2 结果

### 2.1 临床疗效比较

治疗后,观察组总有效率 93.3%,明显高于对照组的 76.7%,组间比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

电解质恢复正常时间均明显短于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者症状体征改善时间比较 ( $n=30$ ,  $d, \bar{x} \pm s$ )

组别	呕吐缓解时间	尿酮体转阴时间	电解质恢复正常时间
对照组	4.27 ± 1.37	4.47 ± 1.61	5.37 ± 1.47
观察组	3.30 ± 1.32 <sup>△</sup>	3.20 ± 1.58 <sup>△</sup>	4.17 ± 1.51 <sup>△</sup>

与对照组比较<sup>△</sup>  $P < 0.05$

### 2.3 PUQE 积分比较

治疗前,2 组患者 PUQE 积分比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ );治疗后,2 组患者 PUQE 积分均较治疗前明显降低,且观察组显著低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后 PUQE 积分比较 ( $n=30$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	PUQE 积分
对照组	治疗前	13.27 ± 1.08
	治疗后	6.33 ± 4.33*
观察组	治疗前	13.57 ± 1.04
	治疗后	4.03 ± 4.33* <sup>△</sup>

与治疗前比较\*  $P < 0.05$ ;与对照组比较<sup>△</sup>  $P < 0.05$

## 3 讨论

妊娠恶阻,又称“妊娠剧吐”“子病”“病儿”“阻病”,是孕期常见病,对孕妇的生活质量造成很大影响,已成为妊娠早期住院的主要原因。目前妊娠剧吐的西医病因尚不明确,一般认为其与激素刺激、进化适应、心理障碍等有关<sup>[6]</sup>。研究发现<sup>[7]</sup>妊娠剧吐的患者血清中可溶性尿激酶型纤溶酶原激活物受体(suPAR)和白介素-6(IL-6)的水平较高,故有学者认为妊娠剧吐的发病机制可能与 suPAR 有关。在治疗上,由于妊娠早期用药禁忌,西医主要通过静脉补液来纠正妊娠剧吐引起的营养不良、电解质紊乱等症状,无

法从根本上解决患者难以进食的问题,并且 19%~30% 的孕妇出院后会再次因严重的恶心、呕吐住院<sup>[8]</sup>。

中医学认为,冲气上逆,胃失和降是妊娠恶阻的主要病因病机。《景岳全书》中记载“凡恶阻多由脾虚气滞,然亦有素本不虚,而忽受妊娠,则冲任上壅,气不下行,故致呕逆等证”。肝胃不和型妊娠恶阻患者,平素性情急躁易怒,孕后血聚养胎,肝血益虚,肝火愈旺,冲气挟肝火上逆犯胃,胃失和降,遂恶心呕吐。口服中药汤剂能够有效改善恶心、呕吐等症状,但是孕妇恶闻食臭,难以接受中药汤剂的味道,甚至食入即吐,导致治疗效果不佳。将汤剂制成膏方,服用方便,服用量小,口感好且无特殊气味,患者依从性好。安胎理气和胃膏中,紫苏安胎止呕;菟丝子、杜仲、续断固肾安胎;黄连、黄芩、生地清热止呕;竹茹既能助黄连抑肝,又能助陈皮和胃;生姜、灶心土和胃止吐;香附、陈皮理气化滞;佛手、钩藤清热疏肝理气;炙乌梅味敛止吐;茯苓、白术共奏健脾之效。穴位贴敷作为传统中医外治法,通过特定部位吸收药物的直接作用,和穴位刺激激发经气的间接作用来达到治疗目的<sup>[9]</sup>。本研究将紫苏、黄芩、黄连、制半夏、陈皮制成敷贴,取穴足阳明胃经之足三里、梁门、丰隆,以及胃之募穴中脘,达到清热止呕作用。穴位贴敷副作用小,通过腧穴直接吸收,经经络系统作用于全身,从而缓解患者症状。

本研究结果显示,安胎理气和胃膏联合穴位贴敷治疗肝胃不和型妊娠恶阻,能明显缩短患者呕吐缓解时间、尿酮体转阴时间及电解质恢复正常时间,显著降低 PUQE 积分,临床疗效显著优于静脉补液组,值得临床推广运用。

#### 参 考 文 献

- [1] MATTHEWS A, DOWSWELL T, HAAS DM, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy [M]//The Cochrane Library. John Wiley & Sons, Ltd, 2015:38-39.
- [2] 刘敏如, 欧阳惠卿. 实用中医妇科学(第 2 版)[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2010.
- [3] 华克勤, 丰有吉. 实用妇产科学(第 3 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [4] LACASSE A, REY E, FERREIRA E, et al. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea(PUQE)scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy[J]. *Am J Obstet Gynecol*,

2008,198(1):71. e1-71. e7.

- [5] 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.
- [6] 李霞, 张师前. 美国妇产科医师协会“妊娠期恶心呕吐诊治指南 2018 版”解读[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2018,34(4):409-412.
- [7] DESDICIOGLU R, YILDIRIM M, KOCAOGLU G, et al. Soluble urokinase-type plasminogen activator receptor (suPAR) and interleukin-6 levels in hyperemesis gravidarum[J]. *J Chin Med Assoc*, 2017,81(9):825-829.
- [8] MORRIS Z H, AZAB A N, HARLEV S, et al. Developing and validating a prognostic index predicting re-hospitalization of patients with Hyperemesis Gravidarum[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2018,225:113-117.
- [9] 和秀魁, 陶莉莉, 李丽美, 等. 顺肝益气中药穴位贴敷治疗妊娠恶阻(肝胃不和证)临床研究[J]. *新中医*, 2016, 48(4):114-116.

(收稿日期:2018-06-12)

(上接第 207 页)

#### 参 考 文 献

- [1] 刘会芳, 周晓卿. 中医药治疗血管神经性头痛的研究进展[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2018,16(4):156-158.
- [2] 杨金颖, 陈虎虎, 肖婷婷, 等. 中药治疗血管神经性头痛的研究进展[J]. *中草药*, 2012,43(3):607-612.
- [3] INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Headache Classification Committee of the International Headache Society(HIS)The International Classification of Headache Disorders(3 rd ed)[J]. *Cephalalgia*, 2018,38(1):1-211.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [5] 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.

- [6] 吕涛, 刘皓, 杨宁. 天舒胶囊联合盐酸氟桂利嗪治疗血管神经性头痛疗效观察[J]. *世界中西医结合杂志*, 2017,12(1):4-7.
- [7] 欧阳迪. 中医治疗血管神经性头痛近况[J]. *实用中医药杂志*, 2015,31(10):971-973.
- [8] 李小燕. 血管神经性头痛的中医治疗[J]. *光明中医*, 2016,31(15):2261-2262.
- [9] 王伯晶, 冯君彪. 中西医结合治疗神经血管性头痛 400 例[J]. *中医临床研究*, 2016,8(4):72-73.
- [10] 王震. 血管性头痛的中医辨证论治思路[J]. *国医论坛*, 2017,32(2):25-27.
- [11] 徐守成, 李晓红. 活血祛风通络汤治疗血管神经性头痛疗效分析[J]. *四川中医*, 2016,34(1):70-72.

(收稿日期:2018-07-06)