

## 九味助生汤促宫颈成熟的临床疗效观察

郑丹如, 任利容

(广州中医药大学附属宝安中医院, 广东深圳 518101)

**摘要:**【目的】观察九味助生汤对有引产指征的足月妊娠(气血两虚证)患者的促宫颈成熟疗效。【方法】将70例有引产指征的足月妊娠(气血两虚证)患者随机分成研究组和对照组, 每组各35例。研究组给予中药九味助生汤治疗, 对照组给予指导乳房按摩和乳头刺激治疗, 干预3 d后宫颈仍未成熟且未临产者, 给予口服米索前列醇片促宫颈成熟。观察2组患者干预前后宫颈 Bishop 评分和中医证候积分的变化情况, 比较2组患者的促宫颈成熟疗效、使用米索前列醇次数和妊娠结局等。【结果】(1)促宫颈成熟疗效: 干预后, 研究组的总有效率为88.57%(31/35), 对照组为45.71%(16/35), 组间比较, 研究组的促宫颈成熟疗效明显优于对照组( $P < 0.01$ )。(2)宫颈 Bishop 评分和使用米索前列醇次数: 干预后和临产前, 2组患者的宫颈 Bishop 评分均较干预前提高( $P < 0.05$ ), 且研究组在干预后和临产前的宫颈 Bishop 评分均明显高于对照组( $P < 0.05$ )。与对照组比较, 研究组干预3 d后因宫颈不成熟且未临产, 需口服米索前列醇片促宫颈成熟的次数明显减少, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(3)中医证候积分: 干预后, 研究组的气血两虚和便秘相关证候积分均较干预前明显降低( $P < 0.05$ ), 而对照组干预前后比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 组间比较, 研究组对气血两虚和便秘相关证候积分的降低作用均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。(4)妊娠结局: 研究组和对照组的自然分娩率分别为94.29%(33/35)和74.29%(26/35), 剖宫产率分别为5.71%(2/35)和25.71%(9/35); 组间比较, 研究组的自然分娩率明显高于对照组, 剖宫产率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。研究组产后2 h、产后24 h出血量均少于对照组( $P < 0.05$ ), 不良事件发生率低于对照组( $P < 0.05$ ), 而2组患者的第1、第2、第3产程时间以及新生儿体质量、新生儿 Apgar 评分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。【结论】九味助生汤具有良好的促宫颈成熟效果, 能够提高引产成功率, 改善患者气血两虚和便秘症状, 减少产后出血, 且对孕产妇和新生儿无明显副作用。

**关键词:** 九味助生汤; 足月妊娠; 气血两虚; 便秘; 促宫颈成熟; 引产成功率

中图分类号: R271.41

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)11-2370-08

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2021.11.013

## Clinical Observation of *Jiuwei Zhusheng* Decoction in Promoting Cervical Ripening

ZHENG Dan-Ru, REN Li-Rong

(Shenzhen Bao'an Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518101 Guangdong, China)

**Abstract:** **Objective** To observe the clinical efficacy of *Jiuwei Zhusheng* Decoction on promoting cervical ripening in full-term pregnant women who had induced labor indications and were differentiated as *qi* and blood deficiency syndrome. **Methods** Seventy cases of full-term pregnant women (*qi* and blood deficiency syndrome) with induced labor indications were randomly divided into study group and control group, 35 cases in each group. The study group was treated with *Jiuwei Zhusheng* Decoction, a prescription consisting of 9 herbs with the actions of promoting childbirth, and the control group was guided with breast massage and nipple stimulation. For those who still had cervical immaturity and were not parturient after intervention for 3 days, oral use of Misoprostol Tablets was given to promote cervical ripening. The changes of Bishop scores and traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores were observed before and after intervention, and the effect on promoting cervical ripening, the

收稿日期: 2021-03-09

作者简介: 郑丹如(1994-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: 1579995244@qq.com

通讯作者: 任利容, 女, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: 2554750789@qq.com

基金项目: 深圳市科技创新项目(编号: JCYJ20170817143406822)

frequency of using Misoprostol Tablets and pregnancy outcome were compared between the two groups. **Results** (1) The effect on promoting cervical ripening: after intervention, the total effective rate was 88.57% (31/35) in the study group and was 45.71% (16/35) in the control group. The intergroup comparison showed that the effect on promoting cervical ripening in the study group was significantly superior to that in the control group ( $P < 0.01$ ). (2) Cervical Bishop score and the medication frequency of Misoprostol Tablets: after intervention and before labor, the cervical Bishop scores of the two groups were significantly increased in comparison with those before intervention ( $P < 0.05$ ), and the intergroup comparison showed that the Bishop scores in the study group were significantly higher than those in the control group after intervention and before labor ( $P < 0.05$ ). Compared with the control group, the medication frequency of Misoprostol Tablets due to the cervical immaturity and non-labor in the study group was significantly reduced after intervention for 3 days, the difference being statistically significant ( $P < 0.05$ ). (3) The TCM syndrome scores: after intervention, the scores of *qi* and blood deficiency syndrome and constipation-related syndrome in the study group were significantly lower than those before intervention ( $P < 0.05$ ), while there was no statistical significance in the control group before and after intervention ( $P > 0.05$ ). The intergroup comparison showed that the effect on lowering the scores of *qi* and blood deficiency syndrome and constipation-related syndrome in the study group was significantly superior to that in the control group ( $P < 0.05$ ). (4) Pregnancy outcome: the rate of natural delivery was 94.29% (33/35), 74.29% (26/35), and the rate of cesarean section was 5.71% (2/35), 25.71% (9/35) in the study group and the control group, respectively. The intergroup comparison showed that the natural delivery rate in the study group was significantly higher and the cesarean section rate was significantly lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). The amount of bleeding 2 h and 24 h after delivery as well as the incidence of adverse events in the study group was lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ), but there were no significant differences in the time for the first, second and third stage of labor, neonatal weight, or neonatal Apgar scores between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** *Jiuwei Zhusheng* Decoction exerts an excellent effect on promoting cervical ripening, improving the success rate of labor induction, relieving the symptoms of *qi* and blood deficiency and constipation in the patients, reducing postpartum bleeding, without obvious side effects on pregnant and parturient women and newborns.

**Keywords:** *Jiuwei Zhusheng* Decoction; full-term pregnancy; *qi* and blood deficiency; constipation; promoting cervical ripening; success rate of labor induction

临床上, 孕妇常因妊娠期并发症、胎膜早破、过期妊娠或胎儿畸形等需要进行引产, 即启动自然分娩终止妊娠<sup>[1]</sup>。为了降低引产失败率、缩短从引产到分娩的时间, 需要进行促宫颈成熟, 其机理是促进宫颈的变薄、松弛和扩张, 这是启动分娩的必备条件和引产成功的关键<sup>[2]</sup>。目前, 临床上常用的促宫颈成熟方法有药物性和非药物性两种, 或单独使用, 或联合应用, 成为促进自然分娩的重要手段, 然而这些药物和方法存在局限性, 如引起宫缩过频、过强及潜在感染、胎膜早破、宫颈损伤的可能等<sup>[2]</sup>。理想的促宫颈成熟方法应类似于生理性促宫颈成熟<sup>[3]</sup>。如何使促宫颈成熟方法接近生理性自然宫颈成熟过程而不发生宫缩

过强、胎儿窘迫等不良结局, 从而提高引产成功率、降低剖宫产率, 一直为国内外学者关注的重点。中医药作用和缓, 往往通过调理全身状态而实现促宫颈成熟, 具有独特的优势。现代医学的促宫颈成熟, 可对应中医的“催生”“催产”等。中医认为, 妊娠分娩过程中需要气的推动, 以及血的营养和濡润功能, 只有气血和顺方可正常分娩, 气血对妇女妊娠起着重要作用。基于以上理论和研究基础, 本研究通过随机对照试验, 将九味助生汤应用于有引产指征、无阴道分娩禁忌症孕妇以促宫颈成熟, 结果提示安全有效, 现将研究结果报道如下。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选择2019年7月至2021年1月在广州中医药大学附属宝安中医院产科产检和住院,中医辨证为气血两虚证,有引产指征而无阴道分娩禁忌症的足月妊娠患者为研究对象,共70例。通过SPSS统计软件产生随机数字及对应组别,按照纳入研究的先后顺序,将患者随机分为研究组和对照组,每组各35例。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 足月妊娠的诊断标准参考2013年美国妇产科医师学会(American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)发布的第579号专家共识文件:根据孕期多次B超结果核对孕周后确定末次月经时间,停经 $\geq 37^{+0}$ 周为足月妊娠,其中 $37^{+0} \sim 38^{+6}$ 周为早期足月妊娠, $39^{+0} \sim 40^{+6}$ 周为完全足月妊娠, $41^{+0} \sim 41^{+6}$ 周为晚期足月妊娠。

1.2.2 中医诊断标准 气血两虚证型的诊断标准参考《中医诊断学》<sup>[4]</sup>,临床表现为:面色淡白或萎黄;气短懒言;神疲乏力;头晕目眩;心悸失眠;舌淡或嫩有齿痕;脉细弱或沉细无力。以上7条,符合4条或以上者即可诊断,其中最后2条为必备。

1.3 纳入标准 ①足月妊娠孕妇有引产指征而无引产禁忌症,能够耐受阴道分娩;②中医辨证为气血两虚证型;③宫颈Bishop评分 $< 6$ 分,母体骨盆未见明显异常;④入组前产次为0或1次,18岁 $\leq$ 年龄 $\leq 40$ 岁;⑤肝肾功能、凝血功能无异常;⑥产前超声检查提示单活胎头位,胎儿大小与孕周相符;⑦产检胎心监护提示NST反应型;⑧孕妇及家属知情并同意参加本研究。

1.4 排除标准 ①有引产禁忌症,不能耐受阴道分娩或不能阴道分娩的患者;②宫颈Bishop评分 $\geq 6$ 分的患者;③入组前产次 $\geq 2$ 次的患者;④年龄 $< 18$ 岁或 $> 40$ 岁的患者;⑤肝肾功能、凝血功能异常患者;⑥产前超声检查提示死胎、胎儿生长受限、胎儿结构、胎方位及胎儿附属物异常的患者;⑦子痫前期及子痫患者;⑧本人及家属不同意参加本研究的患者。

### 1.5 干预方法

1.5.1 研究组 给予中药九味助生汤口服治疗。方药的基本组成:人参10~15g,生白术30~60g,茯苓10~15g,当归10~15g,川芎10~15g,赤

芍10~15g,熟地黄20g,炙甘草5g,黄芪20~30g。临证加减:根据患者症状及舌脉情况进行药量加减。上述中药均由深圳市宝安中医院中药房提供。用法:每日1剂,由康美智慧药房煎药机统一煎煮并分装为2袋,分2次于早晚饭后30min温服,每次服用1袋,服用3d后评估宫颈成熟度。

1.5.2 对照组 给予指导乳房按摩和乳头刺激治疗,即由产科医师指导患者进行乳房按摩和乳头刺激,用一定力度冠状位向外牵拉乳头,每日120min,分次完成。3d后评估宫颈成熟度。

1.5.3 米索前列醇片的应用 2组患者于入组后3d再次就诊,由初诊时的同一临床医师再次评估宫颈成熟度,如宫颈未成熟,且患者未临产,在产科医师监测下口服小剂量米索前列醇片(浙江仙琚制药股份有限公司,批准文号:国药准字H20084598)0.05mg,每6h服用1次,以促进宫颈成熟。口服米索前列醇片前均先询问患者宫缩和胎动情况,并进行宫颈成熟度评估和胎心监测,以决定是否继续口服米索前列醇片,宫颈成熟或临产应立即停用米索前列醇片。

### 1.6 结局指标观察

1.6.1 宫颈评分、使用米索前列醇次数及促宫颈成熟疗效 (1)宫颈评分:采用人民卫生出版社出版的《妇产科学》<sup>[5]</sup>中的Bishop宫颈成熟度评分法评定宫颈成熟度(见表1),由5个条目构成,包括宫口开大、宫颈管消退、先露位置、宫颈硬度和宫口位置,每个条目按0~3分计分,累积各条目得分为总分,得分范围0~13分。得分越高,表示宫颈越成熟。得分 $< 6$ 分为宫颈不成熟, $\geq 6$ 分为宫颈成熟。宫颈评分由两位主治级别以上医师评定后取平均分。(2)促宫颈成熟疗效评定标准:①显效:临产时或干预后3d内宫颈评分较用药前增加 $\geq 3$ 分;②有效:干预后3d再次就诊时宫颈评分增加1~2分或干预后3d内自然临产进入产程者;③无效:用药前后宫颈评分无变化。(3)使用米索前列醇次数:观察2组患者干预3d后因宫颈不成熟且未临产,需口服米索前列醇片促宫颈成熟的次数。

1.6.2 中医证候积分 根据人民卫生出版社出版的《中医诊断学》<sup>[4]</sup>和《中医内科学》<sup>[6]</sup>中气血两虚证型和便秘病临床表现要点制定中医证候评分表,内容包括气短、乏力、自汗、胸闷、食欲、

表 1 Bishop 宫颈成熟度评分法

Table 1 Bishop scoring of cervical maturity

指标	0分	1分	2分	3分
宫口开大(cm)	0	1~2	3~4	5~6
宫颈管消退(未消退为3 cm)(%)	0~30	40~50	60~70	≥80
先露位置(坐骨棘水平S=0)	-3	-2	-1~0	1~2
宫颈硬度	硬	中	软	-
宫口位置	后	中	前	-
总计				

精神、面色、头晕、心悸、失眠、大便频率和质地情况等 12 项。根据症状的轻重程度或发生频率设定分值(以 0~3 分作为评价分值)。观察 2 组患者干预前后中医证候积分的变化情况。

1.6.3 妊娠结局指标 比较 2 组患者的分娩方式、产程时间、产后出血量、新生儿体重质量、新生儿 Apgar 评分、不良事件发生率等妊娠结局指标。

1.7 统计方法 应用 SPSS 26.0 统计软件进行数据的统计分析。计量资料符合正态分布者用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用 *t* 检验进行统计分析(组内比较采用配对样本 *t* 检验, 组间比较采用两独立样本 *t* 检验); 不符合正态分布者用平均秩和四分位间距 [ $\bar{R}(P_{25}, P_{50}, P_{75})$ ]表示, 采用非参数秩和检验进行统计分析。计数资料用率或构成比表示, 采用  $\chi^2$  检验进行统计分析; 等级资料采用 Mann-Whitney *U* 检验进行统计分析。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者基线资料比较 表 2 结果显示: 2 组患者的年龄、孕周、孕次、产次等基线资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 表明 2 组患者的基线特征基本一致, 具有可比性。

表 2 2 组有引产指征的足月妊娠患者基线资料比较

Table 2 Comparison of baseline data of full-term pregnancy women with indications of labor induction between the two groups

组别	例数(例)	年龄(岁)	孕周(周)	孕次(次)	产次[例(%)]	
					0次	1次
研究组	35	28.85 ± 4.36	39.81 ± 0.50	1.74 ± 0.95	23(65.71)	12(34.29)
对照组	35	29.94 ± 4.17	39.98 ± 0.87	2.05 ± 1.30	24(68.57)	11(31.28)
<i>t</i> 值/ $\chi^2$ 值		1.064	1.002	1.152		0.062
<i>P</i> 值		0.291	0.060	0.470		0.719

2.2 2 组患者宫颈 Bishop 评分和使用米索前列醇次数比较 表 3 结果显示: 2 组干预前后宫颈 Bishop 评分经正态性检验, 不服从正态分布( $P < 0.05$ ), 故采用非参数秩和检验。干预前, 2 组患者的宫颈 Bishop 评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。干预后和临产前, 2 组患者宫颈 Bishop 评分均较干预前提高( $P < 0.05$ ), 且研究组在干预后和临产前的宫颈 Bishop 评分均明显高于对照组, 差

异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。与对照组比较, 研究组干预 3 d 后因宫颈不成熟且未临产, 需口服米索前列醇片促宫颈成熟的次数明显减少, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

2.3 2 组患者促宫颈成熟疗效比较 表 4 结果显示: 干预后, 研究组的总有效率为 88.57%(31/35), 对照组为 45.71%(16/35), 组间比较, 研究组的促宫颈成熟疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义

表 3 2 组有引产指征的足月妊娠患者宫颈评分和使用米索前列醇次数比较

Table 3 Comparison of cervical Bishop scores and Misoprostol usage between the two groups of full-term pregnant women with indications of labor induction

组别	例数(例)	宫颈 Bishop 评分(分)			使用米索前列醇次数(次)
		干预前	干预后	临产前	
研究组	35	36.90(1, 1, 2)	47.01(3, 5, 6) <sup>①②</sup>	49.29(6, 6, 7) <sup>①②</sup>	18.43(0, 0, 1) <sup>②</sup>
对照组	35	34.10(1, 1, 1)	23.99(1, 2, 2) <sup>①</sup>	21.71(3, 4, 5) <sup>①</sup>	52.57(4, 6, 6)

① $P < 0.05$ , 与干预前比较; ② $P < 0.05$ , 与对照组比较

表4 2组有引产指征的足月妊娠患者促宫颈成熟疗效比较  
Table 4 Comparison of the effect on promoting cervical ripening between the two groups of full-term pregnant women with indications of labor induction [例(%)]

组别	例数(例)	显效	有效	无效	总有效
研究组	35	19(54.29)	12(34.28)	4(11.43)	31(88.57) <sup>①</sup>
对照组	35	1(2.86)	15(42.86)	19(54.29)	16(45.71)

① $P < 0.01$ , 与对照组比较

( $P < 0.01$ )。

2.4 2组患者自然分娩率、剖宫产率比较 表5结果显示: 研究组和对照组的自然分娩率分别为94.29%(33/35)和74.29%(26/35), 剖宫产率分别为5.71%(2/35)和25.71%(9/35); 组间比较, 研究组的自然分娩率明显高于对照组, 剖宫产率明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

2.5 2组患者干预前后中医证候积分比较 表6结果显示: 干预前, 2组患者的气血两虚和便秘相关证候积分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。干预后, 研究组患者的气血两虚和便秘相关证候积分均较干预前明显降低( $P < 0.05$ ), 而对照组干预前后比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 组间比较, 研究组对气血两虚和便秘相关证候积分的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学

表5 2组有引产指征的足月妊娠患者自然分娩率、剖宫产率比较

Table 5 Comparison of the natural delivery rate and the cesarean section rate between the two groups of full-term pregnant women with indications of labor induction [例(%)]

组别	例数(例)	自然分娩	剖宫产
研究组 <sup>①</sup>	35	33(94.29)	2(5.71)
对照组	35	26(74.29)	9(25.71)

① $P < 0.05$ , 与对照组比较

意义( $P < 0.05$ )。

2.6 2组患者妊娠结局比较 表7结果显示: 研究组产后2 h、产后24 h出血量均少于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 而2组患者的第1、第2、第3产程时间及新生儿体质量、新生儿Apgar评分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

2.7 2组患者的不良事件发生率比较 研究期间, 2组患者均未发现宫缩过强、过频、恶心呕吐等药物不良反应, 也均未发现肝肾功能、凝血功能的异常变化。对照组有1例发生急产, 4例宫颈裂伤, 1例继发性宫缩乏力产钳助产。研究组的不良事件发生率为0.0%(0/35), 对照组为17.14%(6/35), 组间比较, 研究组的不良事件发生率低于对照组, 差异有无统计学意义( $P < 0.05$ )。

表6 2组有引产指征的足月妊娠患者干预前后中医证候积分比较

Table 6 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups of full-term pregnant women with indications of labor induction before and after intervention [( $\bar{R}$ ( $P_{25}$ ,  $P_{50}$ ,  $P_{75}$ , 分)]

组别	例数(例)	气血两虚		便秘	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	35	34.29(14, 16, 19)	23.86(8, 11, 12) <sup>①②</sup>	34.29(2, 4, 4)	23.46(1, 1, 2) <sup>①②</sup>
对照组	35	36.71(15, 17, 18)	47.14(12, 14, 17) <sup>①</sup>	36.71(2, 4, 4)	47.54(2, 3, 4)

① $P < 0.05$ , 与干预前比较; ② $P < 0.05$ , 与对照组干预后比较

表7 2组有引产指征的足月妊娠患者妊娠结局比较

Table 7 Comparison of pregnancy outcomes between the two groups of full-term pregnant women with indications of labor induction ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数(例)	产后出血量(mL)		产程时间(min)			新生儿体质量(g)	新生儿Apgar评分(分)	
		产后2 h	产后24 h	第1产程时间	第2产程时间	第3产程时间		1 min	5 min
研究组	35	201.71 ± 48.11 <sup>①</sup>	281.28 ± 53.62 <sup>①</sup>	471.06 ± 215.06	38.09 ± 3.37	7.96 ± 3.23	3 283.14 ± 324.76	9.97 ± 0.169	10.00 ± 0.00
对照组	35	259.42 ± 120.70	340.57 ± 129.54	515.38 ± 289.59	45.69 ± 4.04	10.23 ± 7.79	3 364.57 ± 380.97	9.88 ± 0.471	9.97 ± 0.169

① $P < 0.05$ , 与对照组比较

### 3 讨论

妊娠晚期,孕妇常因妊娠期并发症或过期妊娠不得不终止妊娠,终止妊娠的手段有引产和剖宫产。寻求接近生理过程的引产方式,提高自然分娩率,降低剖宫产率一直为临床医生所关注的重点。子宫为胎儿居住场所,宫颈如同胎儿娩出必经之“门”,只有“门”软化松开了,在子宫强而有力的推动下胎儿才能顺利娩出。在宫颈不成熟的情况下诱发宫缩引产,容易导致宫颈梗阻性难产,增加剖宫产率。因此,促宫颈成熟是促进产程进展顺利的重要手段,是减少胎儿窘迫的有效措施,是引产成功的必备条件。临床上常用 Bishop 评分进行评估,小于6分的待产妇应进行促宫颈成熟<sup>[2]</sup>。现代医学已拥有多种促宫颈成熟药物和方法,药物如前列腺素制剂、缩宫素,机械刺激如乳房和乳头刺激、球囊扩张,然而这些药物和方法均存在局限性,如前列腺素制剂可引起宫缩过频、过强,需多次进行阴道检查而增加了孕妇的不适感和感染机会;球囊扩张有潜在感染、胎膜早破、宫颈损伤的可能<sup>[2]</sup>,且价格昂贵,只能用于阴道无病原体感染和胎膜完整的孕妇,如胎膜早破、母乳链球菌阳性、细菌性阴道病的孕妇不适用。乳房和乳头刺激通过刺激引起大脑分泌催产素而促宫颈成熟,作用温和而缓慢,常需与其他方法联合使用<sup>[7]</sup>。现代医学的促宫颈成熟可对应中医的“催生”“催产”,在长期的临床实践中,中医探索出多种催生方法,如中药内服、针灸、中药灌肠和穴位注射等<sup>[8]</sup>。中医认为,妊娠分娩过程中需要气的推动以及血的营养和濡润功能,只有气血和顺方可正常分娩,血虚、血瘀则无以润滑产道而有难产的隐患,气虚或气滞而导致气的推动和激发能力减弱,则可使分娩启动延缓,宫缩乏力,产程延长<sup>[9]</sup>,正如《妇人大全良方》中提到“妇人以血为主,气顺则血和,胎安则顺产”,可见气血对妇女妊娠起着重要作用。

基于以上中医催生理论,结合现代医学促宫颈成熟临床研究方法,本研究通过随机对照试验,对符合纳入标准的气血两虚足月妊娠孕妇,研究组给予口服中药九味助生汤治疗,对照组给予乳头刺激治疗,干预3 d后宫颈不成熟且未临产者,给予口服米索前列醇片促宫颈成熟。结果发现:研究组干预后和临产前的宫颈 Bishop 评分均

高于对照组( $P < 0.05$ ),可见九味助生汤具有良好的促宫颈成熟效果,与柯晓燕等<sup>[9]</sup>的研究结果一致,口服补益气血的中药能够促宫颈成熟,亦验证中医“产母之气血足,则胎必顺”理论;而且在口服米索前列醇片促宫颈成熟前先口服中药干预,能够减少使用米索前列醇片的次数( $P < 0.05$ )。由于米索前列醇的促宫颈成熟可能带来宫缩过强、过频,故使用米索前列醇片需进行多次的阴道检查评估和专人监测,也增加了阴道感染风险和孕妇不适感<sup>[2]</sup>,研究组减少了米索前列醇片的使用频次,亦减少了阴道感染几率和待产妇的不愉快感觉。研究组临产前的宫颈 Bishop 评分高于对照组( $P < 0.05$ ),表明在宫颈条件准备充分的情况下临产,有利于产程进展,减少因宫颈不成熟、子宫强收缩导致梗阻性难产的发生风险。理想的促宫颈成熟方法,应当是接近其自然成熟的生理过程,不会引起子宫过度收缩,不影响胎盘血液供应,不导致胎儿窘迫<sup>[10]</sup>。不同于西医的促宫颈成熟引产,中医在催生方面,往往将宫体、宫颈视为一个功能整体,将人视为一个整体,辨证论治,通过补益全身气血、通便下胎而起到局部促宫颈成熟的作用。

九味助生汤由八珍汤化裁而来,取原方精华,加一味黄芪,共九味药物。方中人参大补五脏元气,黄芪补中益气,人参得黄芪以助补气行气,增加孕妇体力和产力;当归甘补辛散,苦泄温通,养血之中有活血之力,不仅可以养血润燥以滑胎,而且能够活血催生以下胎,与甘温补气之黄芪同用,寓“当归补血汤”于其中;三药联用,共为君药,使得气血双盈、阴阳相应、补偏纠弊,可谓四两拨千斤。血旺气得所养,气生血得所依,胞胎润泽,自然易产<sup>[11]</sup>。川芎、赤芍助当归补血活血,茯苓、炙甘草助黄芪益气健脾,共为臣药。现代药理学研究认为,活血化瘀药物如当归、赤芍、川芎等具有兴奋子宫平滑肌作用<sup>[12]</sup>。动物实验研究亦证实,当归、川芎能够降解宫颈胶原纤维、松弛宫颈组织,使子宫血管张力下降,改善胎盘血供<sup>[13]</sup>。而茯苓具有缓解焦虑的药理作用<sup>[11]</sup>,临床上妊娠晚期孕妇常出现紧张焦虑情绪,特别是初产妇,用一味茯苓,既助黄芪益气健脾,亦起安神定悸作用。熟地黄滋阴补肾,《本草纲目》记载其治“胎产百病”,现代药理学研究

提示其具有提高机体免疫力和促进造血功能等药物功效<sup>[12]</sup>,与当归、赤芍、川芎共奏补血活血之功。用大剂量生白术(30~60 g)健脾通便,与润肠通便之当归合用,通过保持大便通畅、刺激肠道蠕动,从而促进解剖位置与直肠相近的子宫颈软化和成熟。现代研究发现,大剂量生白术(30 g以上)能够保护消化系统的肠黏膜和增强消化系统的消化吸收能力,调节肠道微生态,从而治疗虚证便秘<sup>[16]</sup>。炙甘草“随气药入气,随血药入血”,于方中助人参、黄芪以治气虚,助熟地黄以救阴虚,并调和诸药。全方合用,共奏益气补血、通便下胎之功效。

本研究结果发现:九味助生汤能够改善孕妇气血两虚和便秘相关症状( $P < 0.05$ )。妊娠期晚期,由于胎儿渐长,营养需求增加,孕妇腹腔脏器位置发生改变,膈肌上抬顶心,孕妇常出现气短乏力、头晕心悸等不适,产后可缓解<sup>[5]</sup>。临床观察发现,上述症状气血两虚证孕妇表现更为明显。古训云:“人之所有者,血与气耳”,“人从生长、壮盛到衰老,尽管形式不一,但终离不开气血的转变,皆循其强渐弱、盛衰之势力”<sup>[17]</sup>,气血失调,导致脏腑功能失调,阴阳失衡,正如《黄帝内经》所言:“血气不和,百病乃变化而生”。气虚阳气鼓动无力则出现气短乏力,血虚无以滋养五脏则出现头晕心悸,故方中用黄芪、人参补气行气,熟地黄、当归、川芎补血活血,使得气血双盈,阴阳平衡,使人体达到“中和”状态,则气短乏力、头晕心悸等症状得以改善。同时,由于气虚则推动无力,排便无力,血虚致大便干燥,排便困难,从而出现气血两虚型便秘。九味助生汤方中用了大剂量生白术健脾通便,加上当归润肠通便,从而有助于改善孕妇便秘情况。

九味助生汤能够改善妊娠结局,提高阴道分娩率和减少产后出血量。研究组剖宫产率明显低于对照组,引产成功率明显高于对照组,产后2 h和24 h出血量低于对照组( $P < 0.05$ )。产后出血是产科最常见、最凶险的并发症之一,居我国孕产妇死亡原因的首位<sup>[5]</sup>,减少产后出血量对于改善妊娠结局、促进产妇产后恢复具有重要意义。研究发现,孕期贫血与产后出血密切相关<sup>[18]</sup>,预防及积极治疗贫血是预防产后出血的重要措施,这一点与古代中医的认识是一致的。《妇科秘兰全书》认

为,应遵从产前、临产、产后生理状态加以调护,及时纠正产妇气血运行异常状态,以预防产后出血<sup>[19]</sup>。九味助生汤中,当归和血补血,熟地黄补血滋阴、填精益髓,加上黄芪补中益气,人参大补元气,“血为气之母,气为血之帅”,气血之间相依相生,气血充足则分娩顺利,子宫收缩有力,产后出血减少。

此外,九味助生汤未增加临床不良结局发生率,2组患者的第1、第2、第3产程和总产程时间以及新生儿体质量、新生儿Apgar评分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),且患者均无宫缩过强、宫缩过频、恶心呕吐等药物不良反应,也不增加胎膜早破、羊水减少、急产等不良事件发生率。

综上所述,九味助生汤具有良好的促宫颈成熟效果,能够提高引产成功率,同时减少产后出血,改善孕妇气血两虚相关症状,且不延长产程时间,对新生儿结局无不良影响,对孕产妇无明显副作用。其促宫颈成熟效果温和,更接近生理性宫颈成熟。其主要通过补益气血,改善全身状况而实现局部促宫颈成熟效果,值得临床上推广应用。由于时间、人力等因素限制,本研究未能进行多中心、大样本量的临床研究,尚不能十分客观、具有代表性地反映其促宫颈成熟的效果,有待进一步研究。

#### 参考文献:

- [1] 戴夏琳. 足月妊娠促宫颈成熟及引产的应用进展[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(24): 5534-5536.
- [2] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 妊娠晚期促宫颈成熟与引产指南(2014)[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(12): 881-885.
- [3] 应豪, 王德芬. 促宫颈成熟的理论与方法[J]. 实用妇产科杂志, 1999(5): 237-239.
- [4] 吴秀芬. 中医诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999.
- [5] 谢幸. 妇产科学(全国高等学校教材)[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [6] 肖振辉. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [7] 鲍海兰, 洪明珠, 李新颜, 等. 孕足月乳房按摩促进宫颈成熟及分娩的效果观察[J]. 中国妇幼卫生杂志, 2013, 4(6): 39-40, 42.
- [8] 薛立文, 苑鸿雯, 陈滢如, 等. 中西医促宫颈成熟的研究现状[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(2): 250-253.
- [9] 柯晓燕, 陈宝艳, 徐慧芳, 等. 加味八珍汤联合催产素对足月妊娠孕妇产前宫颈成熟影响的临床研究[J]. 中国中药杂志,

- 2015, 40(9): 1821-1824.
- [10] 姚翰林. 宫颈软化一号对足月妊娠初产妇宫颈成熟影响的临床观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2019.
- [11] 闫新. 古典医学名著概要(七)[M]. 北京: 学苑音像出版社, 2004.
- [12] 杨式友. 活血化瘀药药理与应用[J]. 时珍国药研究, 1997, 8(5): 43.
- [13] 沈忠飞, 张梅光, 方马荣. 催生汤促宫颈成熟的实验研究[J]. 浙江中医杂志, 2004(2): 41-42.
- [14] 贾平, 刘柏炎. 中医治疗焦虑症用药规律分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(10): 64-65.
- [15] 申文玲, 彭相君, 于丽萍. 熟地黄活性成分药理作用的相关研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(85): 194.
- [16] 余颜, 邓艳玲, 赵先平, 等. 生白术治疗便秘探析[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(1): 133-135.
- [17] 陈秒旬. 健脾养胃膏治疗Hp相关性胃炎脾虚湿热型的临床观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2019.
- [18] 崔宇童, 李笑天. 孕期贫血与不良妊娠结局[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(5): 408-412.
- [19] 鲁周南. 产后出血中医古籍文献及知识获取方案研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2020.

【责任编辑：陈建宏】

## 益母生化汤联合地屈孕酮治疗宫腔镜子宫内膜息肉 切除术后患者的疗效观察

陈兰

(常州市中医医院, 江苏常州 213003)

**摘要:**【目的】观察益母生化汤联合地屈孕酮治疗子宫内膜息肉宫腔镜术后患者的临床疗效, 为临床治疗提供新的思路和方法。【方法】将770例子宫内膜息肉宫腔镜术后患者随机分为研究组和对照组, 每组各385例。对照组仅给予3个疗程(每疗程为10 d)地屈孕酮治疗, 研究组在益母生化汤治疗1周后, 再给予3个疗程地屈孕酮治疗。观察2组患者的阴道出血时间、子宫内膜厚度、子宫内膜息肉复发情况及不良反应发生情况。【结果】(1)与对照组比较, 研究组的阴道出血时间明显缩短, 子宫内膜厚度明显变薄, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。(2)经随访1年, 研究组的复发率为5.45%(21/385), 明显低于对照组的11.16%(43/385), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(3)研究组的不良反应发生率为3.12%(12/385), 对照组为2.60%(10/385), 组间比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。【结论】运用益母生化汤联合地屈孕酮治疗子宫内膜息肉宫腔镜术后患者疗效确切, 能明显缩短阴道出血时间, 改善子宫内膜情况, 显著降低子宫内膜息肉的复发。

**关键词:** 益母生化汤; 地屈孕酮; 宫腔镜; 子宫内膜息肉切除术; 阴道出血时间; 子宫内膜厚度; 复发情况

中图分类号: R271.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)11-2377-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.11.014

收稿日期: 2021-01-20

作者简介: 陈兰(1985-), 女, 医学博士, 副主任中医师; E-mail: chenguazhen@126.com

基金项目: 南京中医药大学技术开发项目(编号: 2017005)