

产后逐瘀胶囊联合益母草注射液促进产后子宫复旧的临床效果观察

刘艳华

(河南省郑州市第二人民医院 郑州 450006)

摘要: **目的** 探究产后逐瘀胶囊联合益母草注射液在促进产后子宫复旧中的应用效果。**方法** 选择 2022 年 9 月至 2023 年 9 月于医院分娩的 62 例产妇,按照随机数字表法分为观察组与对照组,各 31 例。所有产妇于胎儿顺利娩出后接受抗生素、缩宫素治疗与常规产后护理,对照组产妇于产后口服产后逐瘀胶囊治疗,基于以上方案,观察组加用益母草注射液治疗,两组均连续治疗 3~4 d。对比两组中医证候积分、子宫复旧情况、月经复潮情况、疼痛程度、生活质量及不良反应发生情况。**结果** 相比于对照组,观察组治疗后中医证候各项评分均较低($P<0.05$);观察组宫底下降总高度较低,产后 24 h 出血量较少,血性恶露持续时间、腹痛持续时间、子宫压痛缓解时间均较短($P<0.05$);观察组治疗后月经复潮时间以及规律情况均较优($P<0.05$);观察组疼痛程度较轻($P<0.05$);观察组治疗后生活质量评分较高($P<0.05$);两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 产后逐瘀胶囊联合益母草注射液在促进产妇产后子宫复旧中具有较高的应用价值,能够有效促进宫底高度恢复,减少产后出血量,改善止血效果,促进产后子宫收缩与月经复潮,并缓解产妇疼痛,利于提升产妇预后生活质量水平,且临床应用安全性较高。

关键词: 子宫复旧;益母草注射液;产后逐瘀胶囊;缩宫素

中图分类号: R714.3

文献标志码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2024.08.021

子宫复旧属于临床产妇产后正常生理现象,是指产妇在妊娠分娩结束后子宫逐渐恢复至未孕状态的过程,但在多因素影响下,部分女性在分娩终止后,其子宫无法顺利收缩、内膜无法恢复至未孕状态,继而引发子宫复旧不良,若产妇分娩后 21 d 仍可见恶露淋漓不尽、子宫回缩困难、持续性腹痛等症状,将不利于其产后恢复,严重者甚至会引发生命危险^[1-2]。目前,临床多采用抗生素、缩宫素进行常规治疗,并加用产后逐瘀胶囊辅助治疗,虽可促进产后瘀血排出,改善产妇子宫收缩状态,但存在较多缺点,远期疗效有限^[3]。从中医角度分析认为,本病与产妇产后血瘀、血热、气虚等相关,故可将其辨证为血瘀型虚实夹杂之证,主张其病机在于脉络紊乱、血不归经,治疗宜以固本求源为准则,当行疏经止血、固元安宫之法^[4]。益母草注射液具有调经止血、活血通经、清热化瘀的作用,对子宫复旧不全治疗具有独特优势。本研究分析产后逐瘀胶囊联合益母草注射液用于产妇产后子宫复旧中的实际效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机数字表法将 2022 年 9 月至 2023 年 9 月于医院分娩的 62 例产妇随机分成对

照组和观察组,每组 31 例。对照组年龄 22~33 岁,平均(27.37 ± 2.12)岁;体质指数 24.60~26.43 kg/m²,平均(25.67 ± 0.45) kg/m²;孕周 37~41 周,平均(39.05 ± 0.49)周;分娩方式:阴道分娩 12 例,剖宫产 19 例。观察组年龄 23~35 岁,平均(27.45 ± 2.10)岁;体质指数 23.41~28.63 kg/m²,平均(25.81 ± 0.46) kg/m²;孕周 38~40 周,平均(39.17 ± 0.48)周;分娩方式:阴道分娩 14 例,剖宫产 17 例。两组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获得医院医学伦理委员会批准(伦理编号:KY20220701)。

1.2 诊断标准 西医符合《内科学》^[5]诊断标准;中医符合《中医妇科学》^[6]产后恶露不绝诊断标准,辨证为血瘀型;产后出现持续性血性恶露、延续时间较长、血量较大,混浊且伴有异味;伴小腹疼痛、子宫体压痛以及不规则阴道出血。

1.3 入组标准 **纳入标准:** 为初次、单胎妊娠、活产;无产后大出血等并发症;产妇及其家属均知情同意;无胎盘前置、早剥等。**排除标准:** 存在血液系统疾病、恶性肿瘤疾病者;存在严重脏器功能障碍者;存在严重妊娠期合并症者,如妊娠期高血压、糖尿病等;存在凝血功能异常者;精神疾病患者,无法妥善

配合本研究者。

1.4 治疗方法 所有产妇于胎儿顺利娩出后接受抗生素、缩宫素治疗。产后给予产妇注射用头孢唑林钠(国药准字 H20204005)治疗, 1 g/次, 静脉滴注, 2 次/d; 针对阴道顺产产妇采用 20 U 缩宫素注射液(国药准字 H31020850), 胎儿娩出后臀部肌肉注射 1 次; 针对剖宫产产妇给予 20 U 缩宫素宫体注射治疗, 并实施常规产后护理。对照组口服产后逐瘀胶囊(国药准字 Z20083018), 0.9 g/次, 3 次/d, 以 3~4 d 为 1 个疗程。基于以上方案, 观察组加用益母草注射液(国药准字 Z51021448)进行治疗, 胎儿娩出后将 2 mL 益母草注射液注射于产妇臀部, 产后 12 h 取相同剂量臀部肌肉注射 1 次, 后续均为 1 次/d。两组均连续治疗 3~4 d。

1.5 观察指标 (1) 中医证候积分。分别于治疗前、治疗 1 个疗程后, 对两组阴道出血、神倦乏力、小腹疼痛、面色淡白等症状程度进行评估, 采用医院自制的产妇产后子宫复旧证候评估量表(Cronbach's α 系数为 0.861, 重测效度为 0.874), 共计 4 个维度内容, 实施 0~6 级评分, 分数越高提示症状越严重。(2) 子宫复旧情况。包括宫底下降总高度、产后 24 h 出血量、血性恶露持续时间、腹痛持续时间、子宫压痛缓解时间。其中宫底下降总高度测量方式如下: 每日安排护理人员按摩产妇下腹部, 待其子宫变硬后嘱产妇排空膀胱尿液, 取平卧位进行测量, 护理人员利用软尺量出产妇耻骨部位联合上缘中点以及子宫底的垂直距离, 以计算宫底下降高度; 产后 24 h 出血量使用称重法进行评估, 将产妇分娩后 24 h 内使用过的所有敷料进行称重, 出血量 = [产后已用湿敷料总重量(g) - 用前敷料总重量(g)] / (1.05 g/mL) (血液比重); 记录两组血性恶露持续时间、腹痛持续时间

以及子宫压痛缓解时间。(3) 月经复潮情况。统计两组产后月经复潮时间、复潮规律, 其中规律情况以规律与不规律进行区分。(4) 疼痛程度。治疗后采用视觉模拟评分法(VAS)对产妇产后子宫收缩的疼痛情况进行评估, 总分 0~10 分, 以 0 分代表无痛, 1~3 分代表处于轻度疼痛状态, 4~6 分代表处于中度疼痛状态, 7~10 分代表处于重度疼痛状态。(5) 生活质量。分别于治疗前以及治疗 1 个疗程后评定两组生活质量, 采用简明健康状况评价表(SF-36)从躯体功能、情绪价值、角色功能、社会功能以及精神状况等方面进行评估, 每个项目分值为 0~100 分, 评分越高提示生活质量越好。(6) 不良反应情况。记录消化道不适、头晕/头痛、心悸、晚期产后出血等发生情况。

1.6 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计数资料以%表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 等级资料比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组月经复潮情况比较 相比于对照组, 观察组治疗后月经复潮时间以及规律情况均较优 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组月经复潮情况比较[例(%)]

组别	n	月经复潮时间			复潮规律
		≤30 d	31~35 d	>35 d	
对照组	31	20 (64.52)	7 (22.58)	4 (12.90)	23 (74.19)
观察组	31	27 (87.10)	3 (9.68)	1 (3.23)	29 (93.55)
Z χ^2		2.089			4.292
P		0.037			0.038

2.2 两组中医证候积分比较 相比于对照组, 观察组治疗后阴道出血、神倦乏力、小腹疼痛、面色淡白等证候评分均较低 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	阴道出血		神倦乏力		小腹疼痛		面色淡白	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	5.19± 0.47	3.12± 0.23	3.08± 0.53	1.23± 0.23	4.83± 1.14	1.85± 0.35	2.38± 0.68	1.89± 0.43
观察组	31	5.18± 0.45	2.39± 0.21	3.05± 0.54	0.73± 0.15	4.87± 1.15	1.19± 0.28	2.35± 0.63	0.74± 0.27
t		0.086	13.050	0.221	10.138	0.138	8.199	0.180	12.611
P		0.932	0.000	0.826	0.000	0.891	0.000	0.858	0.000

2.3 两组产后子宫复旧情况比较 相比于对照组, 观察组宫底下降总高度较低, 产后 24 h 出血量较

少, 血性恶露持续时间、腹痛持续时间、子宫压痛缓解时间均较短 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组产后子宫复旧情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	宫底下降总高度(cm)	产后 24 h 出血量(mL)	血性恶露持续时间(d)	下腹部痛持续时间(d)	子宫压痛缓解时间(d)
对照组	31	4.13± 1.49	186.32± 17.36	18.94± 3.60	6.28± 1.25	6.36± 1.21
观察组	31	5.28± 1.25	146.26± 15.52	14.63± 2.58	4.13± 0.76	4.36± 1.03
t		3.292	9.579	5.418	8.183	7.008
P		0.002	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组 SF-36 评分比较 相比于对照组,观察组 治疗后 SF-36 各项评分均较高($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组 SF-36 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	躯体功能		情绪价值		角色功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	51.91± 7.47	61.02± 7.23	52.08± 6.53	65.43± 5.43	61.83± 5.54	73.85± 6.45
观察组	31	51.89± 7.44	78.69± 7.12	52.05± 6.54	76.83± 5.35	61.77± 5.51	80.39± 6.38
t		0.011	9.695	0.018	8.327	0.043	4.014
P		0.992	0.000	0.986	0.000	0.966	0.000

组别	n	社会功能		精神状态	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	62.08± 6.48	70.98± 6.34	51.93± 5.52	61.03± 6.45
观察组	31	62.05± 6.43	77.47± 6.17	52.23± 5.56	70.72± 6.32
t		0.018	4.085	0.213	5.975
P		0.986	0.000	0.832	0.000

2.5 两组疼痛程度比较 相比于对照组,观察组疼痛程度较轻($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组疼痛程度比较[例(%)]

组别	n	0分	1~3分	4~7分	7~10分
对照组	31	0(0.00)	12(38.71)	18(58.06)	1(3.23)
观察组	31	0(0.00)	20(64.52)	11(35.48)	0(0.00)
Z		2.091			
P		0.037			

2.6 两组不良反应情况比较 对照组出现 2 例轻度消化道不适,2 例头晕/头痛,1 例晚期产后出血,1 例心悸,对照组不良反应总发生率为 19.35%(6/31);观察组出现 2 例轻度消化道不适,1 例头晕/头痛,1 例心悸,观察组不良反应总发生率为 12.90%(4/31)。两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.477, P=0.490$)。

3 讨论

产后子宫复旧不良的发病机制较为复杂,通常情况下产妇在分娩后 6 周左右子宫形态、大小可自行恢复至未孕状态,但由于子宫病变、盆腔感染、胎盘残留等多种生理因素的影响,可造成部分产妇产后子宫收缩无力,出现下腹坠痛、血性恶露等症状^[7]。随着时间的推移,进而对产妇产后子宫复旧造成不利影响,增加产后大出血风险,严重者甚至危及患者生

命^[8]。西医主要采用抗生素、宫缩素等药物对产妇进行治疗,但药物作用快、效果弱,长期服用还会增加子宫饱和度,产生诸多毒副作用,且此类药物无调节气血功效。据此,临床在上述治疗方案基础上,加入产后逐瘀胶囊用于调节气血、促进产后恢复,以达到辅助治疗的目的。临床应用显示,该药可在一定程度上兴奋子宫平滑肌,加速血块排出,并改善产妇腹痛等症状,具有一定疗效,但由于药物起效较慢,会延长治疗周期,远期疗效欠佳^[9-10]。

中医根据本病病症将其归为“产后腹痛、恶露不绝”等范畴,《医宗金鉴》中记载:“产后恶露若日久不断,或因任冲虚损血不收摄,或因瘀行不尽停留腹内。”其中“虚”指的是气虚、血虚,“瘀”则指的是血瘀^[11]。产妇分娩时,正处于正气亏虚之际,气血两虚则无以行血,致使任冲不固、瘀血内生,继而恶露不绝;瘀血不去则新血不安,瘀阻胞宫则血难归经,以至妄行,最终致使胞宫收缩不佳、出血不止^[12]。由此可见,若要治疗需“瘀、虚”同治,需以活血化瘀、益气止血、温经养血为主,以调气和血、固本求源、扶助正气。本研究结果显示,相比于对照组,观察组治疗后各项中医证候积分均较低,产后子宫复旧情况较优,子宫收缩张力、强度、幅度均较高,子宫收缩频率较低,月经复潮时间以及规律情况较好,疼痛程度较轻($P<0.05$)。

提示产后逐瘀胶囊联合益母草注射液能够恢复产妇产后子宫底高度,减少产后出血量,改善止血效果,促进产后子宫收缩以及月经复潮,并有效缓解产后疼痛,利于促进产妇产后恢复,提升预后生活质量。益母草属于唇形科植物,味苦、性微凉,入心、肝经,《本草纲目》记载:“益母草,行血而不伤新血、养血而不滞瘀血,诚为血家之圣药也。”具有缩宫止血、活血化瘀、祛瘀生新之效^[13]。现代药理研究表明^[14],益母草注射液药用成分中含有大量生物碱类、黄酮类物质,可刺激子宫平滑肌组织,促进子宫内层紧张性收缩,继而增强产妇产后子宫收缩,改善宫体形状、大小,提高子宫复旧效果。同时,益母草具有双向调节性,一方面通过降低子宫壁血管流速,阻止红细胞集聚,以提升子宫内层表层血管活性,帮助子宫螺旋血管有效闭合,利于提升子宫收缩能力,进而达到压迫止血的目的;另一方面对减少产妇产后出血量及提高止血效果显著,利于加速新血生成,进一步促进子宫复旧^[15]。此外,益母草提取物可提升产妇产后子宫活力,因其药效较长,能够有效延长平滑肌兴奋持续时间,将产妇产后子宫不规律强制性收缩转变为规律性、节律性收缩,以促进产妇产后子宫腔内胎盘、胎膜、蜕膜等残留物排出,并修复子宫内层,恢复产妇产后月经规律,促进月经复潮,可避免子宫痉挛,进而发挥活血化瘀的作用,对缓解产妇产后疼痛具有积极作用^[16-17]。观察组不良反应总发生率无明显增加,其原因因为益母草与产后逐瘀胶囊联合用药后,药物半衰期明显较长,利于长效刺激子宫平滑肌收缩,使产后出血发生率大幅降低,且药物不会增加心肌负荷,故整体不良反应较少,用药安全性较高。综上所述,产后逐瘀胶囊联合

益母草注射液能恢复产妇产后子宫底高度,减少产后出血量,改善止血效果,促进产后子宫收缩及月经复潮,有效缓解疼痛,利于促进产妇产后恢复,提升预后生活质量,临床用药安全性较高,值得推广应用。

参考文献

[1]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.
 [2]李亚丹.产后综合康复护理对剖宫产产妇产后泌乳功能及子宫复旧的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(6):143-144.
 [3]王生兰,王福华,李洁,等.产后逐瘀胶囊联合米非司酮治疗产后恶露不尽的临床疗效观察[J].现代生物医学进展,2021,21(24):4791-4794.
 [4]倪福琴,华骅,董月芳.耳穴压豆加中药汤剂治疗产后恶露不绝的临床观察[J].中国中医药科技,2021,28(3):470-471.
 [5]葛均波,徐永健.内科学[M].第8版.北京:人民卫生出版社,2013:218-224.
 [6]张玉珍.中医妇科学[M].第6版.北京:中国中医药出版社,2002:258-264.
 [7]潘忠敏,陶佳,徐峰.麦角新碱联合欣母沛预防高危产妇产后出血临床效果及对子宫复旧的影响[J].临床与病理杂志,2021,41(11):2626-2631.
 [8]陈幸,王晓莉,陈琳.新生化颗粒联合缩宫素对产妇产后子宫复旧不良患者的临床疗效[J].中成药,2020,42(2):536-538.
 [9]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.
 [10]王春延.中药汤剂联合西药治疗气虚血瘀型产后恶露不绝临床研究[J].新中医,2022,54(19):152-155.
 [11]李琼,陈丽丽.清热调血汤加减联合缩宫素治疗湿热瘀阻型产后恶露不绝临床研究[J].药物流行病学杂志,2023,32(8):862-869.
 [12]裘琼琪.生化汤加味联合扶阳罐治疗产妇产后血瘀型恶露不绝的疗效观察[J].中国中医药科技,2023,30(3):569-570.
 [13]王辉,丁研,陈德森.益母草注射液辅助子宫前后壁贯穿缝合术防治高危难治性产后出血的临床研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2019,21(7):1525-1529.
 [14]罗烈访.益母草注射液联合缩宫素在预防剖宫产妇产后出血中的疗效分析[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(9):218-220.
 [15]宗方,陈莹莹,赵英姿,等.益母草联合缩宫素促进剖宫产子宫复旧、预防产后出血的效果及产后出血影响因素分析[J].临床误诊误治,2019,32(10):56-60.
 [16]赖红,张丽娟.益母草胶囊联合低频电脉冲技术对产妇产后子宫复旧的促进效果[J].实用中西医结合临床,2022,22(10):86-88,101.
 [17]杨宝艳,王彩丽,马延玲.子宫前后壁贯穿缝合术后辅以益母草注射液防治高危难治性产后出血的临床疗效观察[J].贵州医药,2022,46(6):887-889.

(收稿日期: 2023-11-10)

(上接第 64 页)性认知障碍的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(10):2946-2950.

[6]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑小血管病诊治共识[J].中华神经科杂志,2015,48(10):838-844.
 [7]田金洲,韩明向,涂晋文,等.血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准[J].北京中医药大学学报,2000,23(5):16-24.
 [8]方锐,谢文君,余瑞宁,等.基于络病理论辨治高血压脑小血管病[J].中国中医药信息杂志,2023,30(3):160-164.
 [9]王玮.中医加味地黄饮子对脑小血管病致认知障碍患者认知功能的改善作用体会[J].生命科学仪器,2022,20(z1):385.
 [10]周德生,谭惠中.基于络脉理论辨治脑小血管病——中医脑病理论与临床实证研究(二)[J].湖南中医药大学学报,2019,39(2):153-158.
 [11]董亚君.盐酸多奈哌齐联合尼莫地平片对脑小血管病致认知功能障碍患者认知功能及生活质量的影响分析[J].实用中西医结合临床,2021,21(2):55-56.

[12]崔小妮,孙惠.银杏叶胶囊联合前列地尔治疗血管性痴呆的临床研究[J].贵州医药,2023,47(2):270-271.
 [13]裴耀华,苏荣英,王晓宇.丁苯酞软胶囊联合银杏叶片对非痴呆性血管性认知障碍合并睡眠障碍患者的影响[J].中国医院用药评价与分析,2023,23(6):678-681.
 [14]方姬晶,章水晶,陈义.银杏叶胶囊治疗脑卒中后轻度认知障碍临床研究[J].新中医,2021,53(2):36-38.
 [15]奥通沙·热合买提,杨丽娟,阿不都热合满·买买提,等.银杏叶胶囊联合前列地尔注射液对后循环缺血性眩晕患者脑血流和血清同型半胱氨酸、成纤维细胞生长因子 21 的影响[J].中国医院用药评价与分析,2021,21(11):1317-1319,1326.
 [16]杨青松,满春露,李柯柯,等.血清 SD-LDL、hs-CRP、Hcy 和 Lp-PLA2 水平与脑小血管病患者认知功能障碍的相关性[J].中国实用神经疾病杂志,2022,25(12):1507-1511.

(收稿日期: 2023-11-28)