

王不留行籽穴位贴敷按摩在分娩镇痛中的临床研究[※]

● 陈秀凤 陈绍菲 麻金叶 曾小连 韩晓晴 林聪娣 兰巧英 杨砺娇[▲]

摘要 目的:研究王不留行籽穴位贴敷按摩在分娩镇痛中的作用。方法:选取2019年1月1日—2019年12月31日在龙岩市中医院妇产科住院分娩的足月妊娠初产妇65例,随机分为试验组32例,对照组33例。试验组在阴道分娩过程中予王不留行籽穴位贴敷按摩止痛,对照组给予传统的自然分娩方式。分别观察两组产妇不同产程的疼痛程度、产程时间、产后2h及24h出血量、新生儿Apgar评分和出现的镇痛副作用。结果:试验组第一产程、第二产程的疼痛程度均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);试验组第一产程、第二产程的时间均少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);试验组产后2h、产后24h的阴道出血量均少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);试验组新生儿Apgar评分与对照组比较,无统计学差异($P>0.05$);试验组于整个产程中均未发现镇痛副作用。结论:王不留行籽穴位贴敷按摩可明显减轻产妇分娩疼痛,促进产程进展,减少产后出血。

关键词 王不留行籽;穴位贴敷;按摩;分娩镇痛;产程;产后出血

分娩疼痛是孕产妇产生焦虑恐惧心理的主要原因,减轻分娩疼痛一直是产科关注的焦点。国内许多学者运用中医经络理论止痛,实践于产科分娩的各个产程中,取代麻醉剂的运用并取得了一定的成效^[1]。本研究旨在观察王不留行籽穴位贴敷按摩在分娩镇痛中的作用,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取2019年1月1日—2019年12月31日于龙岩市中医院妇产科住院分娩的足月妊娠初产妇65例,随机分为试验组32例,对照组33例。试验组平均年龄(27.66±3.04)岁,平均孕周(39.12±1.04)周;对照组平均年龄(27.82±3.14)岁,平均孕周(39.22±0.89)周。2组孕妇的平均年龄、孕周经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1)年龄在20~35岁之间;(2)初产妇;(3)孕周37~41周;(4)符合阴道试产条件(单胎头位、头盆对称等),愿意进行阴道分娩;(5)规律宫缩,宫口已开2~3cm;(6)签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)胎位不正;(2)患严重的肝肾疾病;(3)患复杂的妊娠合并症;(4)患精神疾病;(5)因某些社会因素而不符合阴道分娩。

1.4 剔除标准 (1)分娩过程中要求退出研究者;(2)不能接受穴位贴敷治疗者。

1.5 治疗方法

1.5.1 试验组 产妇出现规律宫缩且宫口已开>2cm后进入产房待产,给予王不留行籽穴位贴敷按摩。穴位贴敷按摩方法:取王不留行籽(1~3粒)贴敷于双侧合谷穴、内关穴、中极穴、三阴交穴。潜伏期时,医师用手掌以顺时针方向对患者一侧内关穴进行按压,同时,另一只手拇指按压患者同侧合谷穴,每次按压30~40s,双侧交替进行;活跃期时,医师以轻柔手法按压中极穴,接着,产妇采取左侧卧位,将枕头和坐垫分别放到头和上侧的大腿下,医师对其进行以中极穴为按

※基金项目 龙岩市中医院科技计划项目(No. YBXM201902)

▲通讯作者 杨砺娇,女,主任医师。研究方向:中医妇产科。E-mail:414421385@qq.com

• 作者单位 龙岩市中医院妇产科(福建 龙岩 364000)

摩中心的顺时针腹部按摩,并由两名助产士或医师分别按压三阴交穴、合谷穴。按摩与按压均于宫缩来临前30s时开始,至宫缩结束后30s,每次按压持续时间30~40s,间歇10~20s,按摩与按压力度以孕妇感到舒适为宜。

1.5.2 对照组 给予传统的自然分娩方式。

1.6 观察指标

1.6.1 疼痛程度 参考WHO疼痛分级标准分为4级^[2]。0级:无痛或稍感不适;I级:有酸痛,可忍受;II级:有明显酸痛,产妇呼吸急促;III级:有强烈腰酸,腹痛无法忍受,喊叫。

1.6.2 新生儿Apgar评分 参照国际上公认的评价标准^[3],内容包括皮肤颜色、心率、对刺激的反应、肌张力和呼吸五项指标;每项0~2分,总共10分。

1.6.3 其它指标 包括产程时间、产后2h及24h出血量和镇痛副作用。

1.7 统计学分析 采用SPSS 22.0统计软件进行统计分析。计量资料属于正态分布的采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用t检验;等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛程度比较 试验组第一产程及第二产程的疼痛程度与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组疼痛程度比较(例)

组别	例数	第一产程疼痛级别*				第二产程疼痛级别*			
		0级	I级	II级	III级	0级	I级	II级	III级
试验组	32	3	23	5	1	1	17	11	3
对照组	33	1	12	14	6	0	8	16	9

注:两组间比较,* $P < 0.05$

2.2 两组第一产程、第二产程时间比较 试验组第一产程、第二产程的时间均少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组产程时间比较(h, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	第一产程时间	第二产程时间
试验组	32	9.40±1.35*	1.07±0.33*
对照组	33	10.53±1.33	1.26±0.37

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.3 两组阴道出血量比较 试验组产后2h、产后24h的阴道出血量均少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组产后阴道出血量比较(mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	产后2小时出血量	产后24小时出血量
试验组	32	181.09±28.04*	264.22±41.52*
对照组	33	205.45±35.07	298.18±37.70

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.4 新生儿Apgar评分 两组的新生儿Apgar评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表4。

表4 两组婴儿出生APgar评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	APgar评分
试验组	32	9.81±0.29
对照组	33	9.85±0.44

2.5 镇痛副作用 试验组于整个产程中均未发现孕妇宫缩抑制、腰酸背痛、肌肉痉挛、头痛以及胎儿呼吸受抑制等副作用。

3 讨论

分娩疼痛无法避免,Oyetunde等^[4]研究发现,约96%的产妇都会经历分娩疼痛。张小琦等^[5]认为分娩疼痛产生的机制包括:子宫收缩、宫颈扩张及子宫韧带、腹膜受到牵拉可致内脏痛;子宫收缩与宫口扩张使子宫肌层缺血,导致组胺、5-羟色胺等释放,这些因子刺激传递神经末梢,激发传入冲动,引起疼痛感受;阴道会阴受压、撕裂,引起疼痛;精神紧张、恐惧、焦虑等因素,降低痛阈,神经介质释放增加,致疼痛加剧。随着人类文明的进步,现代医疗越来越人性化,无痛分娩逐渐在产科中得以应用。2016版产科麻醉临床指南^[6]强调了分娩镇痛的必要性。当前的分娩镇痛方法不断增多,但大部分存在一定的副作用且实施要求较高,同时在经济上负担较大。本研究方法虽操作步骤较多,但却是安全有效、无创、经济、简单易学的中医外治法,值得在产妇分娩镇痛中推广应用,可为临床产妇减轻分娩疼痛提供极大帮助。

中医学认为,分娩疼痛^[7]是由于分娩过程中子宫收缩及胎头下降、神经牵拉反射造成局部组织气血不通运行障碍,经脉失养而引起下腹疼痛。目前中医在无痛分娩治疗上大部分选取具有疏通经络、理气止痛、活血催产之功效的穴位通过针灸、按摩或者指压的方法,使肌肉松弛,激发体内痛觉调制系统,调节经气,促进血液运行,抑制痛觉感受和情绪反应,达到通则不痛的目的。

本研究采用王不留行籽穴位(内关穴、合谷穴、三阴交穴、中极穴)贴敷按摩来降低孕妇分娩疼痛。内

关穴为止痛常用穴,其止痛范围包括痛经、分娩等。合谷穴为手阳明经穴,具有理气、行血、调气、催产的作用。三阴交^[8]为足太阴、足少阴、足厥阴三阴经交汇之处,三经均与腹部相连,“经络所过,主治所及”。中极穴^[9]乃任脉之穴,位于少腹,为膀胱募穴,可通调冲任,通经活血,消瘀止痛。指压穴位^[10](合谷穴、内关穴、三阴交穴)可减轻分娩阵痛,松弛产道周围肌肉,促进宫口扩张,产妇分娩时疼痛减轻,可减少体力消耗,从而促进产程进展,并降低产妇的疼痛敏感性。

本研究显示,试验组在第一产程与第二产程的疼痛程度、产程时间及产后出血量等方面均低于对照组,说明王不留行籽穴位贴敷按摩可减轻产妇的分娩疼痛,缩短产程,减少产后出血量;试验组的新生儿Apgar评分与对照组比较无统计学差异,且试验组未出现镇痛副作用,说明王不留行籽穴位贴敷按摩对母婴无不良反应。因此,该法值得在临床上推广运用。

参考文献

[1]魏卫红.穴位按摩、拉玛泽呼吸配合导乐分娩镇痛研究进展[J].全科

护理,2009,7(6):1571-1573.

[2]李仲廉.临床疼痛治疗学[M].天津:天津科学出版社,1984:387.

[3]王卫平.儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:104.

[4]OyetundeMO,OjerindeOE.Labour pain perception and use of non-pharmacologic labour support in newly delivered mothers in Ibadan,Nigeria[J].African Journal of Midwiferyand Women’s Health,2013,7(4):164-169.

[5]张小琦,余江.穴位分娩镇痛研究现状[J].浙江中医药大学学报,2008,32(6):849-850.

[6]沈晓凤,姚尚龙.分娩镇痛专家共识(2016版)[J].临床麻醉学杂志,2016,32(8):816-188.

[7]韦秀芬.穴位分娩镇痛的临床研究现状[J].全科护理,2014,12(4):296-298.

[8]任秋生,王艳芳,王均炉,等.电针合谷三阴交对布比卡因分娩镇痛最低有效浓度的影响[J].浙江中医杂志,2015,50(2):132-133.

[9]郭长青,马惠芳,李兴广,等.分别针刺地机、三阴交、中极穴治疗痛经113例疗效对比观察[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2003,10(2):40.

[10]董丽宏,韩云.指压穴位缩短产程及减轻分娩阵痛60例[J].陕西中医,2007,28(3):333-334.

(收稿日期:2020-02-29)

(本文编辑:金冠羽)

(上接第22页)

以化裁运用。对于重度水肿伴有胸腔积液、腹水的患者常重用黄芪(100克/天)以益气行水,常获得佳效。同时根据病情加泽泻、车前子利水消肿;或者加用玉米须利水,并可减少蛋白尿;水肿夹瘀者,常加用泽兰、益母草活血利水消肿。

在中药口服同时,嘱患者配合黄芪鲫鱼汤^[4]、黄芪当归鲤鱼汤^[5]、黄芪猪蹄汤^[6]等进行食疗。由于水肿患者常伴有腹水和胃肠道水肿,严重影响患者的食欲,而食欲下降,营养摄入不足又可导致低蛋白血症而加重水肿。因此,中药口服配合食疗方,常可取得更好疗效。

2.2.2 活血化瘀贯穿始终 《金匱要略》云:“血不利则为水。”对此,丘师认为:一方面,瘀血与水湿分别来源于血与津,“津血同源”,因此瘀血与水湿痰饮亦是同出一源,故而导致“血不利”的因素可同时导致“水不利”;另一方面,瘀血

作为“血不利”的病理性产物,亦作为致病因素导致“水不利”。于病机而言,糖尿病肾病水肿患者脉络瘀滞贯彻始终,所以临床治疗时,对于瘀血而言,无论是作为致病因素,还是作为病理性产物,活血化瘀之法都应贯穿于治疗的始终。对此,丘师多以桃红四物汤、血府逐瘀汤等化裁入药;燥热者多用赤芍、丹参、紫草凉血活血;阳虚者常用川芎、当归、刘寄奴温通血脉。在活血与利水之间,要做到活血而不伤气,利水而不伤津。

3 小结

糖尿病肾病水肿为病,中医病机上常以脾肾亏虚为本,水湿、瘀血为标,且脉络瘀滞贯穿整个病程。丘师认为,糖尿病肾病水肿的治疗应当以补肾健脾、利水消肿、活血化瘀为大法。临床施治时应分清缓急,辨别主次,急则治标,缓则治本,选方用药时应在辨证施治

基础上,分期、分证论治,标本兼顾的同时又应有所侧重。

参考文献

[1]李明初,廖长琦,谢守勇.复方血栓通对早、中期糖尿病肾病患者ACR、肝功能及血脂代谢的影响[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(19):178-181.

[2]巩振东,李翠娟.中医对糖尿病肾病水肿病因病机及治法的认识[J].中医学报,2016,31(4):494-498.

[3]李丽英,王海燕,朱世乐,等.黄芪当归对肾病综合征鼠肝白蛋白的表达作用[J].中华医学杂志,1995,75(5):276-279,319.

[4]郭贵生.自拟四草三皮二豆汤联合黄芪鲫鱼汤食疗治疗肝硬化腹腔积液的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2013,6(27):108.

[5]田君健.黄芪当归鲤鱼汤治疗肾病综合征低蛋白血症患者的临床观察[D].北京:北京中医药大学,2019.

[6]李骥,梁志强,曹焯民.中医药膳对糖尿病足溃疡合并低蛋白血症影响的临床研究[J].上海中医药杂志,2018,52(8):40-43.

(收稿日期:2020-05-01)

(本文编辑:金冠羽)