

电针配合穴位按摩治疗稽留流产的疗效观察

王瑞雪, 疏利珍

(安徽中医药大学第一附属医院, 合肥 230000)

【摘要】 目的 观察电针配合穴位按摩辅助药物治疗稽留流产临床疗效。方法 将 60 例稽留流产患者随机分为对照组和治疗组, 每组 30 例。对照组予口服米非司酮或联合米索前列醇方案施行药流, 治疗组在上述药流方案的基础上联合电针配合穴位按摩治疗。观察两组流产情况, 并对两组孕囊排出时间、阴道出血天数、阴道出血量进行比较。结果 对照组流产总有效率 83.3%, 治疗组为 93.3%, 两组流产结局比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 两组孕囊排出时间比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 两组阴道出血天数比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 两组患者阴道出血量比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 电针配合穴位按摩辅助药物治疗稽留流产能有效缩短阴道出血天数, 减少药流后阴道出血量。

【关键词】 电针; 穴位按摩; 针药并用; 流产, 稽留

【中图分类号】 R246.3 **【文献标志码】** A

DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2022.07.0697

Observations on the Efficacy of Electroacupuncture plus Acupoint Massage for Missed Abortion WANG Ruixue¹, SHU Lizhen². *Anhui University of Traditional Chinese Medicine First Hospital, Hefei 230000, China*

[Abstract] **Objective** To observe the clinical efficacy of electroacupuncture plus acupoint massage assisted medication for missed abortion. **Method** Sixty patients with missed abortion were randomized to control and treatment groups, with 30 cases in each group. The control group received oral administration of mifepristone or combined with misoprostol protocol for medication abortion and the treatment group, electroacupuncture plus auxiliary acupoint massage in addition. The abortion process was observed in the two groups. The time of gestational sac discharge, the number of vaginal bleeding days and the amount of vaginal bleeding were compared between the two groups. **Result** The total efficacy rate for abortion was 83.3% in the control group and 93.3% in the treatment group with no statistically significant difference in the abortion outcome between the two groups ($P>0.05$). There was no statistically significant difference in the time of gestational sac discharge between the two groups ($P>0.05$). There was a statistically significant difference in the number of vaginal bleeding days between the two groups ($P<0.05$). There was a statistically significant difference in the amount of vaginal bleeding between the two groups ($P<0.05$). **Conclusion** Electroacupuncture plus acupoint massage assisted medication for missed abortion can effectively decrease the number of vaginal bleeding days and reduce the amount of vaginal bleeding after medication abortion.

[Key Words] Electroacupuncture; Acupoint massage; Acupuncture medication combined; Abortion, missed

稽留流产的定义是指胚胎或者胎儿虽然已经死亡, 但仍然停滞在母体子宫腔内, 未自然排出体外^[1], 是流产的一种特殊类型。导致稽留流产的原因很多, 分为非免疫因素和免疫因素。它归属于中医妇科学“堕胎”

“胎死不下”的范畴, 确诊稽留流产后, 应尽快终止妊娠, 中医治疗原则为“速去其胎、以救其母”。目前临床西医常用治疗方法可分为 3 种^[2], 药物流产(单用前列腺素类似物或者米非司酮联合米索前列醇), 传统清

基金项目:安徽省自然科学基金青年项目(1608085QH221)

作者简介:王瑞雪(1982—), 女, 主治医师, 博士, Email:wrx821207@163.com

宫术或宫腔镜下清宫术,期待治疗。应用药物流产治疗者,不全流产发生几率仍然比较高,且孕囊排出后阴道流血量多,多数需要再行清宫术;传统清宫术极容易发生清宫不全、子宫穿孔、漏吸等情况,且术后发生宫腔粘连风险高,远期还可能增加继发性不孕症的概率,因此临床上并不太容易被患者所接受^[3]。宫腔镜下清宫术在直视下进行,定位更加精确,宫腔粘连和子宫穿孔的风险也降低,但其也具有一定的局限性,除了术中麻醉风险,术后也存在发生各种并发症的风险。期待治疗虽然出现并发症风险较小,但是存在计划外手术及大出血风险。鉴于以上各种治疗方法均不完美,关于稽留流产新治疗方法的探索一直未曾停止。目前临床上将电针及穴位按摩应用于稽留流产的报道尚较少,笔者使用电针配合穴位按摩辅助药物治疗稽留流产,现予以报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择2018年1月1日至2020年10月1日安徽省中医院妇产二科诊断为稽留流产的住院患者共60例,采用随机数字表的方法,将稽留流产患者分为对照组和治疗组,每组30例。对照组年龄22~42岁,平均(32±5)岁;停经时间42~87d,平均停经时间(65.47±10.44)d;怀孕次数最少0次,最多5次,平均孕次(1.57±0.27)次;孕囊直径5.50~39.33mm,平均孕囊直径(23.10±9.09)mm。治疗组年龄23~42岁,平均(31±5)岁;停经时间42~90d,平均停经时间(67.20±11.59)d;怀孕次数最少0次,最多5次,平均孕次(1.37±0.26)次;孕囊直径8.33~44.33mm,平均孕囊直径(21.93±10.74)mm。两组患者年龄、停经时间、孕次、孕囊直径比较,差异无统计学意义(年龄, $t = -0.420, P = 0.676$; 停经时间, $t = -0.609, P = 0.545$; 孕次, $t = -0.533, P = 0.596$; 平均孕囊直径, $t = -0.456, P = 0.650$),具有可比性。

1.2 诊断标准

符合《妇产科学》^[1]关于稽留流产的临床诊断标准。指胚胎或胎儿虽然已经死亡,但仍然停留在子宫腔内,尚未能自然、及时排出体外者。表现为孕妇早孕反应减弱或消失,有先兆流产的症状或无流产症状,子宫不再继续增大,反而可能缩小。妇科检查见宫颈口未张开、孕子宫小于实际停经月份,质地不软、超声下亦

未探及胎心搏动。

1.3 纳入标准

①符合稽留流产的临床诊断标准和药流适应证;②自愿要求药流,并能按照要求服用药物并接受电针及穴位按摩;③血常规、生化中套、凝血常规、心电图等检查均正常;④临床病例资料完整并且能够配合研究的住院患者。

1.4 排除标准

①存在药物流产禁忌证或者对米非司酮和米索前列醇其中任一药物过敏者;②存在严重的心脏疾病、肾功能不全或者严重的心理精神疾病或重大遗传病患者;③停经时间超过13周的稽留流产者;④生殖道畸形者。

2 治疗方法

2.1 对照组

予口服米非司酮(25mg/片),每次50mg,每日2次,服药前后2h禁食水,共服3d;第4天空腹予以口服米索前列醇600 μ g(200 μ g/片)。3h后若仍无宫缩者可阴道放置米索前列醇200 μ g,观察用药后患者阴道出血量多少、子宫收缩的情况;待胚囊排出后,检查胚胎组织是否完整,对于流产失败者、服用米索后阴道急性大量出血者均施行清宫术。

2.2 治疗组

在对照组治疗方案的基础上,自口服米非司酮第1日起,实施加用电针及穴位按摩治疗,选择华佗牌SDZ-II型电子针疗仪(苏州医疗用品厂)。予口服米非司酮当天开始按摩合谷、关元、昆仑穴,合谷、关元每穴按摩4min,昆仑(双侧)穴每穴位按摩1min。合谷穴按摩方法为采用拇指按法,即拇指垂直按压在合谷穴上,做一紧一松的按压动作,每2s按压1次,即每分钟30次左右,患者能自觉穴位处酸麻胀痛。关元穴按摩方法为采用拇指揉法,用拇指指腹着力于关元穴,腕关节做轻柔缓和的回旋摆动,动作缓急均匀,频率约为每分钟140次左右,以使之产生的功力轻重交替、持续不断地作用于穴位上。昆仑穴按摩手法为先将肌肉放松,一边缓缓吐气一边强压6s,如此重复10次。按摩后电针太溪、三阴交,常规消毒后,以0.35mm \times 25mm针灸针刺入穴位,以患者针下得气为度,不施行捻转及提插,接华佗牌SDZ-II型电子针疗仪(苏州医疗用品厂)选连续波,频率取40Hz,强度以患者能耐受

为度,治疗时间为 30 min,每日治疗 1 次,至胚胎完整排出当日,停止治疗,最多电针 4 次。对于流产失败者、服用米索后阴道急性大量出血者,均施行清宫术。

以上两组服用米索前列醇后均观察至少 6 h,于流产后 1 周、2 周、4 周回访。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 安全性指标

观察有无晕针,如头晕、冷汗、恶心、呕吐、腹痛等不良反应。

3.1.2 阴道出血量

嘱患者自行记录出血量,按照与正常月经量相比,少于或相似月经量、多 1 倍经量、多 2 倍及以上经量(需要 0.5~1 h 换 1 次卫生巾^[2])。

3.1.3 孕囊排出时间

观察患者口服米索前列醇后孕囊自然排出的时间(不包括流产失败病例)。

3.2 疗效标准

参照中华医学会制定的《临床技术操作规范(计划生育学分册)》^[4]。

完全流产:用药后胚胎组织可自行并完整排出,或虽然未见胚胎组织完整排出,但检查 B 超显示子宫腔内无妊娠组织,无须清宫,阴道出血可自止。

不全流产:用药后胚胎组织可自行排出,但因阴道出血过多或者复查 B 超可见宫内妊娠物残余较多须行清宫手术者。

流产失败:用药后未见胚胎或孕囊组织物排出宫腔,阴道出血量较少,复查 B 超仍存在宫内妊娠物,须行清宫手术者。

表 3 两组阴道出血量比较

组别	例数	少于或相似月经量	多 1 倍经量	多 2 倍及以上经量	Z	P
对照组	30	18	3	9	- 2.160	0.031
治疗组	30	25	3	2		

3.4.4 两组临床疗效比较

对照组流产总有效率 83.3%,治疗组流产总有效

表 4 两组临床疗效比较

组别	例数	完全流产	不全流产	流产失败	总有效率/%	Z	P
对照组	30	2	23	5	83.3	- 0.745	0.456
治疗组	30	6	22	2	93.3		

总有效率 = [(完全流产 + 不全流产)例数 ÷ 总例数] × 100%。

3.3 统计学方法

采用 SPSS25.0 统计学软件对数据进行统计学分析处理。符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差来进行统计学描述,两组比较采用独立样本 t 检验;不符合正态分布计量资料比较采用 Mann-Whitney U 检验。等级资料比较采用 Mann-Whitney U 检验。以 P < 0.05 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组孕囊排出时间比较

两组口服米索前列醇后孕囊排出的时间(不包括流产失败病例)比较,差异无统计学意义(t = - 0.775, P > 0.05)。详见表 1。

表 1 两组孕囊排出时间的比较 (x̄ ± s, h)

组别	例数	孕囊排出时间
对照组	25	4.16 ± 1.91
治疗组	28	3.79 ± 1.61

3.4.2 两组阴道出血天数比较

两组自口服米索前列醇后至阴道出血完全干净所持续的天数比较,差异有统计学意义(t = - 4.423, P < 0.05)。详见表 2。

表 2 两组阴道出血天数比较 (x̄ ± s, d)

组别	例数	阴道出血天数
对照组	30	7.53 ± 2.22
治疗组	30	5.30 ± 1.64 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾P < 0.05

3.4.3 两组阴道出血量比较

两组不同阴道出血量分布比较,差异有统计学意义(P < 0.05)。详见表 3。

率 93.3%,两组临床疗效比较,差异无统计学意义(P > 0.05)。详见表 4。

3.5 不良反应发生情况

治疗组患者无 1 例出现晕针、呕吐、腹泻等不良反应。

4 讨论

随着我国社会经济迅猛快速发展,环境污染、食品污染问题日趋突出,妇科临床稽留流产病例显著增多。稽留流产的致病原因非常复杂,目前仍有接近一半的稽留流产病因并不明确,其中,非免疫因素包括男女染色体数目和形态的异常、生殖道解剖异常、全身系统疾病、内分泌调节紊乱、生殖道感染、凝血功能异常;而免疫因素包括同种免疫或自身免疫功能异常,以及滋养细胞增殖-凋亡调节机制失衡、不良环境因素、心理应激等均有可能导致稽留流产的发生^[5]。杨小梅等^[6]研究认为,患者的生活习惯、工作环境、是否携带乙型肝炎病毒、是否存在并发症、既往宫腔操作史、精神心理障碍、盆腔感染状态等均是导致稽留流产发病的高危因素。早期流产的常见原因是胚胎的染色体异常、母体内分泌紊乱、生殖道解剖异常、感染、生殖道局部或全身免疫功能异常等^[7]。

米非司酮作为拮抗孕酮的一种衍生物,它是孕激素受体水平的强效拮抗剂,能在分子水平上,与内源性的孕酮受体产生竞争性结合,与黄体酮相比,米非司酮对子宫内膜孕酮受体的亲和力比前者强 5 倍,从而使孕酮维持蜕膜发育的功能受到了限制,孕囊组织从蜕膜剥离,失去正常的生理活性以及镇静子宫的作用,导致子宫平滑肌收缩,从而促进流产的发生;另一方面,米非司酮能促进子宫颈的胶原纤维组织分解,并促进宫颈软化和扩张,有利于胎囊的排出^[8]。米索前列醇属于前列腺素 E₁ 衍生物,它可扩张和软化子宫颈、增强子宫的张力和宫内压力水平。促使已经坏死机化的胚胎组织剥离子宫壁,增加前列腺素释放,引起宫缩^[9]。临床上两者联合应用可显著提高和诱导早孕子宫节律性收缩的频率及幅度,更有利于死亡胚胎组织自然快速地排出宫腔,米非司酮配伍米索前列醇用于早期妊娠药物流产有较高的成功率^[10]。丁树颜^[11]研究报告,在临床治疗稽留流产中,米非司酮配伍米索前列醇方案能够获得理想的疗效,治疗组阴道出血量、胚胎排出时间情况均显著优于对照组,不良反应发生率更低。

稽留流产病机是冲任损伤、胎结不实、胎元不固,最终导致胎囊殒堕死亡。患者孕后因故伤胎,胞宫胞脉

受损,殒胎阻滞胞中,新血不能循其经;朱丹溪有“阳施阴化、胎孕乃成,血气虚损、不足荣养,胎则自堕,譬如枝枯则果落,藤萎则花坠”,《妇科玉尺》有“小产元气虚损,不能荣养乎胎而自堕”,所以稽留流产中医病机多以气血虚弱、瘀血阻滞为主。张景岳《妇人规》认为稽留流产一旦发生,治则“当速去其胎,以救其母”,指出“腹痛、腰酸下坠、血多、有难留之势者,助其血而落之,最为妥当”,治之以行气活血、祛瘀下胎、疏通经络为法,气行血畅则有助于子宫复旧。针刺的主要目的就是欲通过刺激相关穴位,引起子宫平滑肌节律性收缩从而减少出血量。有研究表明妊娠子宫对电针刺激的敏感性增加,因此在孕囊排出前有效加强了子宫节律性收缩,提高了药物的敏感性,促进了孕囊快速完整排出^[12]。电针使子宫呈更有效的阵发性收缩,从而促进排出已坏死的孕囊及蜕膜组织^[13-14]。推拿又称“按摩”,有调整脏腑、疏通经络、行气活血等作用^[15]。本研究选定的关元穴为阴脉之海任脉上的关键穴位,具有补肾壮本、益气温阳、大补元气的作用,且“补虚而不留瘀”。三阴交为足少阴肾经、足厥阴肝经和足太阴脾经三经之交会穴,具有通调气血的作用,刺激三阴交穴位可能通过影响 T₅~L₄ 交感神经纤维,从而诱导并加强子宫平滑肌和盆底肌群的收缩^[16]。太溪属足少阴肾经,合谷、三阴交配太溪可使气血充足,气机通畅,达到催产、引产的目的。合谷为手阳明大肠经原穴,古今医家皆虑之有堕胎之弊,《铜人腧穴针灸图经》:“妇人妊娠不可刺之,损胎气”,至今仍将合谷列为妊娠禁刺穴。但对于稽留流产,正是利用其可“堕胎”特点,起到祛瘀下胎的功效;补合谷、泻三阴交,此两穴相配,功能理气活血,化瘀止痛,从而减少稽留流产出血量^[17]。三阴交配合合谷穴施泻法治疗胞衣不下、难产、产后恶露不止^[18]。闫彩平等^[19]针刺合谷、三阴交、子宫组穴治疗人工流产后宫内残留,与对照组比较,针刺组具有宫腔残留物排出率高、排出迅速、流血时间缩短、流血量少、副作用少等优势。昆仑穴是足太阳膀胱经之穴,《针灸大成》有“妊妇刺之落胎”^[20]。另有临床研究表明,对于早孕药流孕妇的合谷穴进行针刺和穴位按摩能够缓解宫缩疼痛、恶心呕吐等不适症状^[21-22]。

本研究结果表明,电针配合穴位按摩辅助药物治疗稽留流产治疗组和对照组比较,虽然两组患者治疗后孕囊排出时间、流产结局等并无明显差异,但前者能

有效减少药流后阴道出血量,缩短流产后阴道出血天数,从而可能减少清宫操作带来的子宫穿孔、感染等风险,减轻患者的痛苦。但该研究由于样本量小,后续尚需要进一步扩大样本量,寻找更为客观精确的疗效指标,从而希冀拓宽稽留流产的临床治疗手段,促进中医学的发扬光大,也给稽留流产的中医特色治疗有效性提供更多和更好的证据。

参考文献

- [1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2003:49-50.
- [2] 郑峥, 顾向应, 刘欣燕, 等. 早期妊娠稽留流产治疗专家共识[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(1):70-73.
- [3] SONG L P, TANG S Y, LI CL, *et al.* Early medical abortion with self-administered low-dose mifepristone in combination with misoprostol[J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2018, 44(9):1705-1711.
- [4] 中华医学会. 临床技术操作规范(计划生育学分册)[M]. 北京:人民军医出版社, 2005:84.
- [5] FEI H, HOU J, WU Z, *et al.* Plasma metabolomic profile and potential biomarkers for missed abortion[J]. *Biomed Chromatogr*, 2016, 30(12):1942-1952.
- [6] 杨小梅, 杨玮琳, 陈少芬. 180 例稽留流产患者发病危险因素分析[J]. 中国医药科学, 2019, 9(6):196-199.
- [7] 林其德. 自然流产[M]. 北京:人民卫生出版社, 2015:115.
- [8] 王俏霞. 稽留流产患者应用米索前列醇联合米非司酮进行治疗的安全性分析及临床效果观察[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(7):1067-1069.
- [9] WU H L, MARWAH S, WANG P, *et al.* Misoprostol for medical treatment of missed abortion: A systematic review and network meta-analysis[J]. *Sci Rep*, 2017, 7(1):1664.
- [10] Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, *et al.* Medical abortion[J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2016, 38(4):366-389.
- [11] 丁树颜. 研究米非司酮配伍米索前列醇在稽留流产中的应用价值[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(38):92-93.
- [12] 陈雪琴, 包峰峰, 唐恩东, 等. 电针合谷三阴交穴增强药物流产作用的临床观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(4):511-512.
- [13] 苏文武, 招敏虹, 潘清洁, 等. 电针八髎穴对不全流产清宫术后宫内组织物残留及宫腔容积复旧的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(8):871-875.
- [14] 马良宵, 杨芳, 朱江, 等. 不同刺激参数对电针辅助药物流产作用影响的对照研究[J]. 中国针灸, 2008, 29(7):477-480.
- [15] 罗才贯. 推拿治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:3-5.
- [16] 吴耀持. 中医药适宜技术社区推广与应用[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2010:36-40.
- [17] 梁繁荣. 针灸学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2006:249-250.
- [18] 张永臣. 人体特效穴位之交会穴[M]. 北京:科学出版社, 2010:26-30.
- [19] 闫彩平, 范晨, 张立新, 等. 针刺治疗人工流产后宫内残留临床研究[J]. 新中医, 2019, 51(4):221-223.
- [20] 禹安琪, 陈楚云. 电针结合中药瘀必清辅助早孕药物流产临床观察[J]. 新中医, 2014, 46(12):183-185.
- [21] 陈锡红. 穴位按摩在初孕者人工流产术中的应用[J]. 中医临床研究, 2014, 6(14):132-133.
- [22] 艾潇, 王琳, 刘晓瑜, 等. 电针合谷、三阴交穴辅助药物流产的临床观察[J]. 针刺研究, 2018, 43(7):456-459.

收稿日期 2021-12-20