

文章编号: 1005-0957 (2022) 02-0170-04

· 临床研究 ·

针刺强刺激八髎穴联合药物对稽留流产结局的影响

胡珊, 禹东慧, 刘昱磊, 王秋云, 宁艳

(南方医科大学附属深圳妇幼保健院, 深圳 518028)

【摘要】 目的 观察针刺强刺激八髎穴联合米非司酮及米索前列醇治疗稽留流产的临床疗效及对流产结局的影响。方法 选取 89 例稽留流产患者, 采用随机数字表法分为观察组 (45 例) 和对照组 (44 例)。对照组予口服米非司酮和舌下含服米索前列醇治疗, 观察组在对照组治疗基础上予针刺强刺激八髎穴。观察两组孕囊排出时间、宫腔残留物大小及血流信号、阴道出血时间。比较两组完全流产率。结果 观察组孕囊排出时间较对照组缩短 ($P < 0.05$), 且观察组宫腔残留物小于对照组 ($P < 0.05$)。观察组阴道出血时间短于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者孕囊排出后, 观察组未见血流信号例数占 82.2%, 对照组未见血流信号病例数占 70.0%, 组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组完全流产率为 73.3%, 对照组完全流产率为 52.5%, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在药物流产基础上, 针刺强刺激八髎穴可缩短孕囊排出时间, 减少孕囊排出后宫腔残留物, 缩短阴道出血时间, 有效提高完全流产率。

【关键词】 针刺疗法; 针药并用; 穴, 八髎; 稽留流产

【中图分类号】 R246.3 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2022.02.0170

Effect of Strong Acupuncture Stimulation of Baliao Acupoints plus Medicine on Missed Abortion Outcome HU Shan, YU Donghui, LIU Yulei, WANG Qiuyun, NING Yan. Southern Medical University Shenzhen Maternal and Child Health Hospital, Shenzhen 518028, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical efficacy of strong acupuncture stimulation of Baliao acupoints plus Mifepristone and Misoprostol for missed abortion and its effect on the abortion outcome. **Method** Eighty-nine patients with missed abortion were allocated, using a random number table, to an observation group (45 cases) and a control group (44 cases). The control group received oral administration of Mifepristone and sublingual administration of Misoprostol. The observation group received strong acupuncture stimulation of Baliao acupoints in addition. Gestational sac expulsion time, intrauterine residue size and blood flow signal, and vaginal bleeding time were measured in the two groups. The complete abortion rates were measured between the two groups. **Result** Gestational sac expulsion time was shorter, the intrauterine residue size was smaller and vaginal bleeding time was shorter in the observation group than in the control group ($P < 0.05$). After the gestational sac was expelled in the two groups of patients, the cases without the blood flow signal accounted for 82.2% in the observation group and 70.0% in the control group with a statistically significant between-group difference ($P < 0.05$). The complete abortion rate was 73.3% in the observation group and 52.5% in the control group with a statistically significant between-group difference ($P < 0.05$). **Conclusion** On the basis of medical abortion, strong acupuncture stimulation of Baliao acupoints can shorten gestational sac expulsion time, reduce intrauterine residue, shorten vaginal bleeding time and effectively increase the vaginal bleeding time.

基金项目: 深圳市“医疗卫生三名工程”项目 (SZXJ2018039); 王俊玲广东省名中医传承工作室 [粤中医办函 (2019) 5 号]

作者简介: 胡珊 (1987—), 女, 主治医师, 硕士, Email: 470872979@qq.com

通信作者: 宁艳 (1976—), 女, 主任医师, 博士, Email: ningjudy@163.com

[Key words] Acupuncture therapy; Combined use of acupuncture and medicine; Points, Baliao; Medical abortion; Abortion, Missed

稽留流产又名过期流产,是指胚胎或胎儿在宫腔内停止发育但未能及时自然排出。若死亡的胚胎组织或胎儿在宫腔滞留时间过长,可引起严重的凝血功能障碍甚至导致 DIC,危及产妇生命^[1]。随着二胎政策的开放,高龄二胎孕妇增多。随之而来的由胚胎发育不良导致的稽留流产发生比例也越来越高。西医治疗多采用人工流产和药物流产两种方法。但两种方法常因流产不全,需反复多次刮宫,对子宫内膜造成损伤,甚至继发宫腔感染,致宫腔粘连,闭经、不孕^[2]。面对患者迫切的生育要求,如何减少流产带来的损伤,保护生育功能,值得临床工作者深思。针灸下胎由来已久,是历代催生助产的重要手段,具有活血通络之功,且操作简便,创伤性小,患者易于接受。本研究在口服米非司酮

片联合舌下含服米索前列醇片的基础上予以强刺激八髎穴治疗稽留流产。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入 2018 年 7 月至 2020 年 7 月南方医科大学附属深圳妇幼保健院稽留流产患者 89 例,随机分为观察组(45 例)和对照组(44 例)。观察组 45 例全部完成试验;对照组 4 例因流产失败转为清宫治疗而脱落,最后纳入统计的为 40 例。两组年龄、停经天数、B 超下测量孕囊大小及孕产史比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,详见表 1。本研究经深圳市妇幼保健院伦理委员会批准[深妇幼伦审(2018)191 号]。

表 1 两组一般资料比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	停经时间(d)	孕囊大小(cm)	妊娠次数(次)	已生育(例)
观察组	45	32±5	55.29±18.16	2.30±0.86	2.91±0.77	1.05±0.14
对照组	40	33±7	51.06±14.87	2.40±0.67	2.63±0.85	1.21±0.28

1.2 纳入标准

①符合《妇产科学》^[1]中稽留流产的诊断标准,有明确停经史,有先兆流产症状或无临床表现,随着停经时间延长,子宫不再增大甚至缩小,妇科检查宫口未开,子宫较停经天数小,质地不软,未闻及胎心,B 超提示胚胎停育;②均为单胎妊娠;③孕周 6~10 周;④B 超提示孕囊 ≤ 2.5 cm;⑤凝血功能正常;⑥未行保胎治疗;⑦知晓本研究用药方案并签署知情同意书。

1.3 排除标准

①对米非酮、米索前列醇过敏者;②心、肝、肺等重要脏器功能不全者;③伴有生殖系统感染者;④合并血液系统疾病者;⑤生殖器官畸形者,明确或怀疑异位妊娠、带节育器妊娠者;⑥血压不在正常范围内(收缩压 > 90 mmHg 且 < 140 mmHg,舒张压 > 60 mmHg 且 < 90 mmHg)者;⑦合并其他妇科疾病者;⑧伴有严重精神系统疾患或沟通、书写障碍而无法完成本研究者。

1.4 剔除或终止标准

①过程中受试者要求终止者;②治疗过程中出血过多转为清宫治疗者;③因流产失败转为清宫治疗者;④治疗过程出现肝肾功能损伤需转入内科治疗者;⑤研究中出现过敏反应或其他病症需其他治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组

口服米非司酮片(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字 H10950347),连续 2 d 晨起口服 100 mg,服药前后 2 h 空腹;第 3 天晨起舌下含服米索前列醇片(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字 H20084598) 0.4 mg,服药前后 2 h 空腹。连续治疗 7 d。

2.2 观察组

在对照组药物流产基础上联合针刺强刺激八髎穴治疗。入院起开始针刺治疗,八髎穴取穴参照相关标准^[3]。患者取俯卧位,针刺前用 75%乙醇棉球进行常规消毒,取 0.40 mm \times 75 mm 一次性无菌针灸针,与皮肤垂直,快速破皮,针刺手法以泻法为主,以局部出现明显酸、麻、胀感并放射至下腹部及会阴部为度,行针持续 5 min 进行强刺激,出针后按压针孔。每日治疗 1 次,连续治疗 7 d。

3 治疗效果

3.1 观察指标

自舌下含服米索前列醇片开始,观察并记录孕囊排出时间;通过 B 超检查观察排出孕囊后第 14 天宫腔

残留组织量及残留组织的血流信号情况;观察阴道出血时间。

3.2 疗效标准

完全流产:用药后排出完整胚胎,第14天B超检查提示宫腔内未见异常回声团,阴道出血时间≤14 d。

不完全流产:用药后胚胎排出,第14天B超检查示宫内可见异常回声团,伴或不伴血流信号,阴道出血超过14 d,但不需要清宫治疗。

流产失败:用药第4天未见胚胎排出,B超检查示胚胎仍在宫内,需行清宫术者或在随诊过程中出血过多、B超示宫内有残留物需行清宫术。

3.3 统计学方法

采用SPSS19.0统计软件对数据进行分析 and 处理。符合正态分布的计量资料用均数±标准差表示,比较采用t检验;计数资料比较采用卡方检验。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、B超下残留物大小及阴道出血时间比较

观察组孕囊排出时间较对照组时间短(P<0.05)。干预后第14天,观察组宫腔残留物小于对照组(P<0.05)。两组孕囊排出后,观察组阴道出血时间短于对照组(P<0.05)。详见表2。

表2 两组孕囊排出时间、B超下残留物大小及阴道出血时间比较 (x̄ ± s)

组别	例数	孕囊排出时间 (h)	残留物大小 (cm)	出血时间 (d)
观察组	45	2.60±0.30 ¹⁾	1.93±0.14 ¹⁾	7.60±1.29 ¹⁾
对照组	40	4.10±0.80	2.41±0.16	9.15±1.76

注:与对照组比较¹⁾P<0.05

3.4.2 两组宫腔残留物血流信号比较

孕囊排出后,观察组宫腔残留物未见血流信号病例数占该组总病例数82.2%,对照组未见血流信号病例数占该组总病例数70.0%,两组比较差异具有统计学意义(P<0.05)。详见表3。

表3 两组宫腔残留物血流信号比较 [例(%)]

组别	例数	可见血流信号	未见血流信号
观察组	45	8(17.8)	37(82.2) ¹⁾
对照组	40	12(30.0)	28(70.0)

注:与对照组比较¹⁾P<0.05

3.4.3 两组完全流产率比较

观察组完全流产率为73.3%,对照组完全流产率为52.5%,两组比较差异具有统计学意义(P<0.05)。详见表4。

表4 两组完全流产率比较 [例(%)]

组别	例数	完全流产	不完全流产
观察组	45	33(73.3) ¹⁾	12(26.7)
对照组	40	21(52.5)	19(47.5)

注:与对照组比较¹⁾P<0.05

4 讨论

药物流产是模拟自然流产过程的一种治疗稽留流产的方式,药物流产对患者宫腔伤害比清宫小,可以保护女性生殖功能,对有生育要求的患者药物流产无疑是最佳选择。米非司酮联合米索前列醇是目前药物流产较常用的药物,米非司酮^[4]导致流产的机理是通过与孕酮受体结合以拮抗孕激素受体,使得子宫颈胶原纤维溶解,并且释放大量前列腺素,促进子宫收缩,增强子宫平滑肌及子宫颈对前列腺素的敏感性,宫颈软化后扩张,胎囊脱膜排出,最终流产。米索前列醇^[5-6]属于人工合成前列腺素E1衍生物。米索前列醇进入机体后,药效峰值会在短时间内出现,除了能兴奋和软化宫颈外,还能对宫颈起到扩张作用,同样可增加子宫平滑肌张力,升高宫腔压力,从而发挥良好的止血效果。两者合用可提高流产的成功率,缩短孕囊排出体内的时间。相对清宫术而言,药物流产仍有较高概率发生不全流产,药物流产后B超检查通常可见宫腔蜕膜组织残留,阴道出血时间较长,且出血量较多^[7]。有临床数据显示采用米非司酮配伍米索前列醇的不全流产率高达58.9%^[8]。

针灸下胎在史籍上早有记载,早在西晋时期,王叔和在《脉经》中记录“怀娠者,不可灸刺其经,必堕胎”。邱茂良在其编著的《针灸学》中也提到“妇女怀孕三月者,不宜针刺小腹部的腧穴;怀孕三月以上者,腹部、腰骶部腧穴也不宜针刺;三阴交、合谷、昆仑、至阴等通经活血的腧穴应禁刺”。针灸学现代研究进展中关于针刺作用传导途径的研究表明,针刺不仅能增强脑垂体后叶功能,促进垂体后叶素分泌,增强子宫收缩,而且针刺局部穴位后,还能调整子宫收缩,使宫缩反应迅速上升,产生系统的神经反应^[9]。针刺对体内激素水平的研究^[10]发现针刺可导致血清β-hCG、P水平

下降,且明显低于正常相应孕周水平,而 E_2 、 E_2/P 比值升高。推测针刺可通过调节垂体性腺轴的性激素分泌,使维持正常妊娠的激素水平及其比例关系发生变化。现代医学对合谷和三阴交穴下胎的研究较多,针刺早孕大鼠“合谷”“三阴交”后,其体内血浆血栓 $B_2(TXB_2)$ 含量显著升高, $T/K(6\text{ 酮前列腺素 } F_{1\alpha})$ 比值失衡,增强宫缩,排出孕囊,且促进凝血、减少出血^[10]。另一项研究^[11]发现,电针“三阴交”可引起神经反射从而兴奋子宫,表现出对子宫的即时效应以促进子宫收缩,而电针“合谷”穴则是通过影响 E_2 、 P 、 PGE_2 等内分泌激素水平达到分娩效果。

八髎穴位于骶 1 至骶 4 骶后孔,有丰富的神经分布,如阴部神经、肛神经、会阴神经、阴茎(阴蒂)背神经等,其中起源于骶 2 至骶 4 脊髓骶部副交感核的节前纤维,组成盆内脏神经经骶神经到达腹下丛加入盆丛,该丛的分支子宫阴道丛发出的神经分布于子宫、阴道及输卵管,子宫和宫颈的传入感觉神经经此逐步传入到大脑皮层^[12]。副交感神经即是盆腔器官平滑肌的运动神经,也是这些器官内括约肌的松弛神经^[13]。推测当刺激八髎穴时,直接刺激浅部和深层的神经纤维产生的针刺信号,通过传入神经与支配盆腔脏器的传出神经的高度重合,形成“终南捷径”,起到调节子宫功能的作用。因此在针刺过程中要求患者产生向会阴部位扩散触电感。针刺强刺激八髎穴属于局部取穴法,加强了局部的刺激,可快速导致盆腔神经丛兴奋,影响宫缩,增强子宫有效收缩,改善子宫组织血供,调节血管活性物质,提高完全流产率,减少出血。本研究结果可见,针刺强刺激八髎穴后孕囊排出时间可明显缩短,发生不全流产的概率减小,孕囊排出后宫腔残留物相对较小且伴血流信号的病例数较少,阴道出血时间缩短。

综上,在药物流产基础上,针刺强刺激八髎穴可缩短孕囊排出时间,减少孕囊排出后宫腔残留物,缩短阴道出血时间,有效提高完全流产率。本研究尚停留于临床研究阶段,后续将研究强刺激八髎穴下胎的机制。

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, 2013:49.
- [2] 黄晓燕,何丽亚,邝姮,等. 中药穴位贴敷联合米非司酮及米索前列醇治疗稽留流产临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(6):757-758.
- [3] 石学敏. 针灸学[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社, 2008:61.
- [4] 郑崢,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.
- [5] 宋小侠,卢燕玲,翁廷松,等. 马来酸麦角新碱、卡贝缩宫素及卡前列素氨丁三醇预防和治疗宫缩乏力性产后出血效果的比较[J]. 广东医学, 2017, 38(18):2850-2852.
- [6] 戴小萍. 雌-孕激素序贯治疗对米非司酮、米索前列醇药物流产后出血患者卵巢功能的影响[J]. 中国医院药学杂志, 2018, 38(13):76-79.
- [7] 李振东,陈姝. 葆宫止血颗粒治疗功能性子宫出血的临床疗效观察[J]. 海峡药学, 2016, 28(2):131-132.
- [8] 谢杏梅,王玉霞. 米非司酮配伍米索前列醇治疗稽留流产和终止 10~16 周妊娠的效果比较[J]. 实用妇产科杂志, 2012, 28(8):693-694.
- [9] 石学敏. 实用针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2005:346-357.
- [10] 张丽. 针刺抗早孕对血清激素水平的影响[J]. 中医函授通讯, 1999, 18(2):43-44.
- [11] 王美卿,朱江,张露芬,等. 电针“合谷”“三阴交”穴促分娩作用机理的实验研究[J]. 中国针灸, 2003, 23(10):29-32.
- [12] 柏树令. 系统解剖学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:406-416.
- [13] 王永贵. 解剖学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1994:296.

收稿日期 2021-05-22