

抗菌、消炎、抗氧化作用^[6];黄柏、苦参、苍术、土茯苓、枯矾清热燥湿、解毒杀虫、燥湿止痒;丹皮、丹参、赤芍、红花等合用有活血化瘀作用;大黄、芒硝清热解毒、活血化瘀;花椒有芳香避秽功效,对皮肤的末梢神经有麻醉作用,能够起到止痒功效。上述诸药合用,共奏燥湿祛湿、清热解毒、活血祛风、杀虫止痒功效。美沙拉秦栓为 5-氨基水杨酸制剂,可抑制肠黏膜释放白三烯,清除氧自由基,并抑制炎症细胞的活化和炎性介质的释放,促进黏膜修复,因其为局部用药,与病变黏膜接触面积大,显效更快^[7]。糠酸莫米松乳膏为合成的糖皮质激素类药物,其具有较好的消炎、止痒、抗过敏等作用,其优点在于不良反应较少,每天只运用一次。

综上所述,中药肛周洗液联合美沙拉秦栓及糠酸莫米松乳膏用于治疗肛周外阴湿疹具有见效快,复发率低,不良反应少,并且安全有效,显示出了中国传统医药的优势,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] 安阿玥. 肛肠病学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,

2005:309.

- [2] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:134-140.
- [3] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,1993:426.
- [4] Sergio D, Emanuela C, Danilo V, et al. Relief of pruritus and decrease in plasma histamine concentrations during erythropoietin therapy in patients with uremia[J]. N Engl J Med, 1992, 326: 969-974.
- [5] 刘瓦利. 湿疹类皮肤病中西医结合治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:243-252.
- [6] 梁惠芳. 肛周湿疹中医药治疗近况[J]. 国际中医中药杂志, 2014, 5(6):574-576.
- [7] 秦佳维, 余苏萍. 肛周湿疹中西医结合治疗近况[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(12):205-207.

(收稿日期:2014-08-22)

(本文编辑:董历华)

针刺联合耳穴按压法对分娩镇痛的临床观察与研究

姚晓玲 张敏 李莉

【摘要】 目的 观察针刺联合耳穴按压法对分娩镇痛的临床效果。**方法** 将 165 例产妇按随机数字表法分为针刺联合组和呼吸法组,针刺联合组采用针刺穴位联合耳穴按压的方法镇痛,呼吸法组除采用呼吸法外不采取任何措施,观察两组的镇痛效果。**结果** 针刺联合组总有效率高与呼吸组($P < 0.05$),针刺联合组在针刺后 1 小时以及第一产程末的视觉模拟评分低于呼吸法组($P < 0.05$);针刺联合组的产程缩短($P < 0.05$);针刺联合组产妇血清中的 β -内啡肽(β -endorphin, β -EP)、去甲肾上腺素(norepinephrine, NA)及 5-羟色胺(5-hydroxy tryptamine, 5-HT)浓度明显高于呼吸法组($P < 0.05$)。**结论** 针刺联合耳穴按压法能有效缓解第一产程分娩疼痛,镇痛效果可靠,安全性高,是一种值得临床推广自然镇痛疗法。

【关键词】 针刺; 耳穴按压; 分娩镇痛; 观察

【中图分类号】 R245.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2014.12.017

分娩疼痛在产妇生产过程中带来极大痛苦,这一过程甚至可以激发一系列神经内分泌反应,导致各种机能和代谢的病理性改变,影响产程进展及分娩方式^[1],分娩疼痛已成为剖宫产率上升的主要社会因素之一。减轻或消除分娩疼痛引起国际社会的广泛关注,已成为医学领域不断探索和追求的目标。临床上用于分娩镇痛的方法多种多样,近年来自然疗法逐渐盛行,其中最为代表性的为针刺在分娩镇痛中的应用。本文选择了 165 例分娩产妇,采用随机临床研究的方法,

就针刺分娩镇痛的效果进行观察并探讨其镇痛机制,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选择 2013 年 1 月~2014 年 6 月在沧州市人民医院住院分娩的初产妇。将 165 例产妇按随机数字表法分为针刺联合组和呼吸法组,针刺联合组:75 例,平均年龄(28.42 ± 3.49)岁,平均孕周(39 周 $+ 5$ 天) \pm (6 天);呼吸法组:90 例,平均年龄 27.63 ± 4.28 岁,平均孕周(39 周 $+ 6$ 天) \pm (7 天)。两组患者年龄及孕周比较,经 t 检验,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

作者单位:061000 河北省沧州市人民医院妇产科(姚晓玲、李莉);河北省沧州市中西医结合医院妇产科(张敏)

作者简介:姚晓玲(1966—),女,本科,副主任医师。研究方向:产科临床治疗。E-mail:137339032@qq.com

1.2 纳入排除标准

纳入标准:年龄 22 ~ 34 岁,孕周在 37 ~ 42 周,初产妇,胎位正常,定期在沧州市人民医院进行产检。

排除标准:患妊娠糖尿病、妊娠高血压综合征、先天性心脏病等内科、产科并发症,双胎或多胎妊娠,具有剖宫产指征。

1.3 方法

针刺联合组:采用针刺联合耳穴按压的方法,针刺取穴:双三阴交(2 寸毫针,直刺,深长腹式吸气时进针提插捻转泻法,)、足三里(3 寸毫针,直刺,深长腹式吸气时进针实施补法)、太冲(2 寸毫针,直刺,施补法)、合谷(2 寸毫针,深长腹式吸气时进针提插捻转补法)。耳穴:神门、子宫、内生殖器、耳迷根、腹、脑。所有穴位均以得气,出现酸、麻、沉、胀感为宜。第一产程潜伏期开始,疼痛时家属轻按压耳穴,以神门穴为主,进入活跃期由针灸医师按压耳穴,以神门穴为主,并在镇痛时实施针刺以上所选穴位,以双三阴交、足三里为主,疼痛缓解时暂停,加重时再实施针刺及耳穴按压,直至第二产程开始。产妇在第一产程活跃期时同时以深长腹式呼吸,疼痛缓解休息,再次疼痛时再以深长腹式呼吸。呼吸法组:除采用呼吸法外不采取任何措施,第一产程活跃期产妇以深长腹式呼吸,疼痛缓解休息,再次疼痛时再以深长腹式呼吸。

1.4 观察指标

1.4.1 疼痛指标 采用视觉模拟评分法(visual analogue scale,VAS)分别在针刺前、针刺后 1 小时、第一产程末期及第二产程宫缩间歇评分。0 级:无痛或微痛,VAS 评分 0 分;I 级:平静,轻度腹痛,可以忍受,微汗或无汗,VAS 评分 1 ~ 3 分;II 级:腹痛明显,呻吟,仍可以忍受,出汗,VAS 评分 4 ~ 7 分;III 级:腹痛剧烈,喊叫不安,不能忍受,大汗,VAS 评分 8 ~ 10 分。根据疼痛分级进行效果评定^[2]:显效,施针后疼痛程度至少降低一个级别;有效,施针后疼痛程度略有上升,但仍在一个级别范围内;无效:施针后疼痛程度上升一个或一个级别以上,或疼痛级别持续为 III 级。

1.4.2 分娩相关指标 产程、出血情况,新生儿 Apgar 评分、体质量。

1.4.3 生化指标 β -内啡肽(β -EP)、去甲肾上腺素(NA)及 5-羟色胺(5-HT)。各组分别于第一产程潜伏期、宫口全开时抽取母亲静脉血 3 ml,留取血清,测定母体血液中 β -内

啡肽(β -EP)、去甲肾上腺素(NA)及 5-羟色胺(5-HT)的含量。采用放免测定中的平衡饱和分析法测定 β -EP,LKB- γ 计数仪(瑞典),试剂盒来自北京海科锐生物技术有限公司;NA 及 5-HT 采用高效液相色谱仪(日本 Shimadzu LC-10AD 泵,L-ECD6A 电化学检测器,美国 Rheodyne77251 型六通阀,大连依利特公司的不锈钢 BDS 色谱柱(250 mm \times 4.6 mm),NA 及 5-HT 试剂盒为 Sigma 公司生产。

1.5 统计学处理

所有数据采用 SPSS 13.0 软件进行处理,计数资料采用卡方检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较,采用独立样本 t 检验。以 $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

2.1 镇痛效果比较

针刺联合组总有效率为 82.67%,明显高于呼吸法组(17.78%),经 χ^2 检验,两组总有效率比较具有统计学意义($\chi^2 = 25.96, P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组镇痛效果比较

组别	显效	有效	无效	总有效率%
针刺联合组($n = 75$)	19	43	13	82.67
呼吸法组($n = 90$)	1	15	74	17.78

2.2 两组疼痛程度比较

经 t 检验,针刺前两组 VAS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),针刺后的 VAS 评分,针刺联合组较呼吸法组在针刺后 1 小时以及第一产程末疼痛有明显改善,经 t 检验,两组差异有统计学意义($P < 0.05$),第二产程宫缩间歇的 VAS 评分同样低于呼吸法组,经 t 检验,差异无统计学意义($P > 0.05$);针刺联合组,针刺后 1 小时疼痛明显改善,第一产程末镇痛效果不明显,第二产程宫缩间歇期疼痛缓解,经 t 检验,差异均有统计学意义($P < 0.05$),详见表 2。

2.3 分娩相关指标比较

针刺联合组与呼吸法组比较,产程缩短,经 t 检验,差异有统计学意义($t = 3.70, P < 0.05$),对分娩出血量、新生儿 Apgar 评分以及出生体重均无影响($P > 0.05$),详见表 3。

表 2 两组 VAS 评分比较

组别	针刺前	针刺 1 小时后	第一产程末	第二产程宫缩间歇
针刺联合组($n = 75$)	7.07 \pm 1.43	6.11 \pm 1.40 ^{ab}	7.40 \pm 1.48 ^{ab}	6.03 \pm 1.32 ^a
呼吸法组($n = 90$)	6.91 \pm 1.53	7.82 \pm 1.39 ^a	8.91 \pm 1.36 ^a	6.34 \pm 1.51 ^a

注:与针刺前比较,^a $P < 0.05$;与呼吸法组比较,^b $P < 0.05$ 。

表 3 两组分娩相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	产程(h)	出血量(ml)	1min Apgar 评分	5min Apgar 评分	出生体质量(g)
针刺联合组($n = 75$)	5.50 \pm 2.28 ^a	191 \pm 20.5	9.73 \pm 0.69	10.00 \pm 0.00	2975 \pm 530
呼吸法组($n = 90$)	6.90 \pm 2.53	196 \pm 23.4	9.67 \pm 0.61	10.00 \pm 0.00	2940 \pm 565

注:与呼吸法组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.4 生化指标比较

针刺前,经 t 检验,两组 β -EP、NA、5-HT 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。针刺后,针刺联合组血清中的 β -EP、NA 及 5-HT 浓度均明显高于呼吸法组,经 t 检验,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),详见表 4。

表 4 两组生化指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	β -EP (mg/L)	NA (ng/L)	5-HT (mg/L)
针刺联合组 ($n = 75$)			
潜伏期	2.99 ± 0.84	421 ± 72	1.98 ± 0.47
宫口开全时	3.93 ± 0.79^{ab}	689 ± 77^{ab}	2.63 ± 0.53^{ab}
呼吸法组 ($n = 90$)			
潜伏期	2.81 ± 0.91	438 ± 81	2.02 ± 0.59
宫口开全时	3.03 ± 0.95	558 ± 67^a	2.12 ± 0.61

注:与潜伏期比较,^a $P < 0.05$;与呼吸法比较,^b $P < 0.05$ 。

3 讨论

分娩疼痛是产妇进行分娩时的一个生理过程,分娩疼痛不仅给孕妇带来巨大的心理负担,同时剧烈疼痛可能造成母体及胎儿内环境紊乱^[3],引发一系列并发症,采用分娩镇痛疗法是非常有必要的。分娩镇痛的方法主要分为药物镇痛和非药物镇痛,椎管内阻滞是目前临床上应用较为广泛的药物镇痛方法,但其存在着延长第二产程、剖宫率增高、低血压、尿潴留、皮肤瘙痒、头晕、恶心、呕吐等不良反应,另外镇痛或麻醉药物是否对新生儿造成远期影响,目前尚未明确^[4]。相比之下,针刺镇痛和耳穴按压作为一种自然疗法虽然镇痛不全,但能降低疼痛级别,效果确切,无药物镇痛的不良反应和禁忌症,安全性更高,因而逐渐引起重视和关注^[5]。

本研究结果显示,针刺联合耳穴按压法应用于分娩镇痛,能有效减轻第一产程分娩疼痛 ($P < 0.05$),明显缩短产程 ($P < 0.05$),且对母婴无不良影响。《经验奇方·卷下》记载“产以气血为主,气足则易于送胎出门,血足则易于滑胎落地,若忍痛久则伤气而气不足,下水多则伤血则血不足,应补其气血,还其本源,则痛可立减,而胎自顺下”。因此针刺选穴应以行气活血止痛为主,且各穴所在经络均应与胞宫存在直接或间接的联系。《针灸大成》记载“补合谷、泻三阴交治疗难产”,足见针刺合谷和三阴交穴的下胎之功^[6]。针刺取穴中,合谷、足三里采用补法刺激,具有理气、行血、催产的作用,同时促进患者恢复体力,三阴交、太冲采用泻法刺激,可理血,调理脏腑,提高疼痛阈值,大大缓解疼痛。耳穴的选取以神门为主,辅以子宫、内生殖器穴,可起到镇静、缓解疼痛、促分娩的作用,耳穴疗法不受产妇体位影响,镇静效果

较好,产妇配合度高^[6]。采用针刺联合二穴按压镇痛,对于产妇出血量、新生儿 Apgar 和出生体重与呼吸法组比较无差异 ($P > 0.05$),可以认可其安全性,因此两法联合可达到较为理想的分娩镇痛目的。

生化指标检测结果显示,针刺和按压后,产妇血清中的 β -内啡肽 (β -EP)、去甲肾上腺素 (NA) 及 5-羟色胺 (5-HT) 浓度均较呼吸法组有所提高 ($P < 0.05$),认为针刺及耳穴按压刺激了神经递质的产生是起到分娩镇痛作用的物质基础^[7]。针刺可激活内源性镇痛系统^[8],促进 β -EP 的释放,通过下丘脑、脑及脊髓各层次反馈性信息整合,减少分娩疼痛信号传入,抑制痛觉,提高痛阈。5-HT 是一种抑制性神经递质,能强烈收缩血管,通过参与脑干下行系统的抑制作用而产生镇痛效应^[9-11]。NA 由交感节后神经元和脑内肾上腺素能神经末梢合成和分泌的儿茶酚胺类神经递质,可激动 α 受体,增强血管收缩作用,提高血压,从而保证各大脏器的血液供应,为顺利生产提供保障。

总之,针刺联合耳穴按压法对分娩镇痛的效果可靠,安全性高,操作简便,无副反应,产妇及家属较易接受,是一种值得推广使用的“绿色”镇痛疗法。

参 考 文 献

- [1] 范振玲,张俊雨,苏心镜,等. 100 例产妇对分娩镇痛认知程度的调查[J]. 中国疼痛医学杂志,2001,7(3):140-144.
- [2] 兰晓玲,谢斯炜,田金艳. 针刺合谷、三阴交分娩镇痛疗效观察[J]. 山东中医药大学学报,2011,35(4):323-324.
- [3] 刘显升,曹艳,沈晓凤. 椎管内麻醉分娩镇痛的研究近况[J]. 临床麻醉学杂志,2008,24(1):85.
- [4] 王丽娜. 电针体穴分娩镇痛与母婴安全性临床研究[D]. 北京:中国中医科学院,2010.
- [5] 张宁,刘家瑛,韩颖. 电针合谷穴对产妇产宫收缩强度的影响[J]. 中国中医药信息杂志,2006,13(11):79-80.
- [6] 张敏,姚晓玲,敖田华,等. 针刺配合呼吸法及耳穴按压对分娩镇痛临床观察与研究[J]. 四川中医,2014,32(2):152-154.
- [7] 张慧玲,程国梅,张曦,等. 耳针分娩镇痛效果及对母儿的影响[J]. 河南医科大学学报,2001,36(1):24-25.
- [8] 朱庆双,王凤英,孙晓燕,等. 针刺镇痛在分娩中的作用及其机制[J]. 基础医学与临床,2011,31(6):679-682.
- [9] 牛世坤,刘庆. 针刺分娩镇痛进展[J]. 北方药学,2013,10(7):67.
- [10] 梁宜,方剑乔. 5-羟色胺痛觉调制与针灸镇痛的相关研究[J]. 上海针灸杂志,2009,28(8):492-495.
- [11] 缪缙,赖雪梅,蒋雪峰,等. 腕踝针疗法的分娩镇痛效果[J]. 暨南大学学报(医学版),2012,33(2):198-201.

(收稿日期:2014-09-29)

(本文编辑:董历华)