

大黄芒硝外敷治疗剖宫产术后子宫切口血肿疗效观察

吕芸, 章波儿, 施晓

舟山市妇幼保健院, 浙江 舟山 316000

[摘要] 目的: 观察大黄芒硝外敷对剖宫产术后子宫切口血肿的疗效。方法: 将行子宫下段横切口剖宫产术后发生子宫切口处稳定型血肿者共 16 例, 随机分为 2 组, 各 8 例。中药组以生大黄、芒硝粉碎后混匀, 以适量食醋调和, 包好后敷于下腹部血肿处; 理疗组予 TDP 治疗器照射下腹部。观察 3 月。结果: 2 组体温恢复情况比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 3 天, 中药组白细胞、中性粒细胞水平均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$, $P < 0.01$); 理疗组中性粒细胞水平亦明显下降 ($P < 0.01$); 治疗后 1 周, 中药组白细胞、中性粒细胞水平基本降至正常生理范围, 与理疗组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。中药组血肿吸收速度明显快于理疗组, 血肿在治疗后 1 周、治疗后 1 月、治疗后 2 月至治疗后 3 月, 与理疗组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 剖宫产术后子宫切口血肿者, 采用大黄、芒硝以食醋调和外敷, 能明显缩短血肿吸收时间, 减少感染率。

[关键词] 剖宫产; 血肿; 大黄芒硝; 外敷

[中图分类号] R719.8 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0133-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.058

子宫切口血肿是剖宫产术后较为严重的并发症之一, 其总体发生率虽不高, 但一旦发生, 常常造成产褥期感染和贫血, 严重者需再次开腹手术, 甚至需切除子宫, 给产妇带来严重的生理和心理创伤。长期以来多以局部电磁波理疗等方法治疗, 虽取得了一定疗效, 但起效慢, 疗程长, 加重了产妇的身心负担。本院在加强抗生素预防感染的基础上, 尝试将大黄芒硝粉以食醋调和局部外敷, 治疗剖宫产术后子宫切口血肿, 取得满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

观察病例为 2010 年 1 月—2015 年 1 月本院行子宫下段横切口剖宫产患者, 术后发生子宫切口处血肿者共 17 例, 全部为子宫浆膜下血肿。其中 1 例血肿破入腹腔, 形成腹腔内出血, 出血量较多, 行再次开腹手术止血, 其余 16 例均为稳定性血肿, 行保守治疗。年龄 22~34 岁, 初次剖宫产 13 例, 二次剖宫产 3 例; 第二产程剖宫产 5 例; 合并妊娠期高血压疾病 3 例, 妊娠期糖尿病 4 例, 前置胎盘 1 例, 胎盘早剥 1 例, 双胎 1 例。临床表现: 16 例患者均有术后发热, 日最高体温 37.8~39.5℃, 平均 38.6℃, 持续 3 天以上不退。子宫下段切口处有压痛者 3 例, 均无腹膜刺激征, 无头晕、眼花等不适, 恶露少于月经, 色暗红, 无臭味。辅助检查: 术后第 4 天查 B 超提示子宫前壁峡部切口处不均质团块回声, 边界清, 向腹腔突出, 提示子宫切口血肿。血肿最小 2.1

cm × 3.4 cm × 2.5 cm, 最大 10.6 cm × 12.5 cm × 7.7 cm。术后第 4 天复查血常规, 血红蛋白较术后当天下降 10 g/L 以上者 2 例, 其余患者血红蛋白轻度或无明显下降。外周血白细胞计数最高达 $25.8 \times 10^9/L$, 平均 $19.0 \times 10^9/L$, 中性粒细胞最高达 95.4%, 平均 89.1%。16 例患者随机分为中药组 8 例和理疗组 8 例。2 组平均血肿直径、日平均最高体温、外周血白细胞、中性粒细胞等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 中药组 以生大黄 80 g, 芒硝 240 g, 干燥粉碎后混匀, 以适量食醋调和后用双层纱布包好, 覆盖于下腹部血肿处(除腹壁切口处需再隔以双层纱布外, 其余部位可直接覆盖), 以胶布固定; 每天换药 2 次, 直至血肿吸收, 疗程最长 3 月, 若 3 月后血肿尚未吸收, 亦不再用药, 予随访观察。

2.2 理疗组 予 TDP 治疗器(重庆市国人医疗器械有限公司, 型号 TDP-L-1-8A)照射下腹部, 每次 30 min, 每天 2 次, 治疗时间同用药组。

2 组患者均以哌拉西林钠他唑巴坦钠(康得利, 浙江海力生制药有限公司)3.375 g, 静脉滴注, 每 6 h 1 次, 至体温正常后 3 天停药。比较 2 组体温恢复至 37.5℃ 以下所需天数; 分别于治疗后 3 天、1 周复查外周血白细胞、中性粒细胞水平。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较 2 组血象变化情况; 分别于治疗后 1 周、

[收稿日期] 2015-05-21

[作者简介] 吕芸 (1983-), 女, 主治中医师, 主要从事妇产科相关工作。

1 月、2 月、3 月复查盆腔 B 超, 比较 2 组血肿吸收情况。

3.2 统计学方法 运用 SPSS 13.0 软件统计进行统计学分析, 采用 *t* 检验。

4 结果

4.1 2 组体温恢复情况比较 体温恢复至正常所需天数中药组(2.50 ± 0.87)天, 对照组(3.63 ± 0.99)天, 2 组体温恢复情况比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.2 2 组外周血白细胞计数和中性粒细胞百分比情况比较见表 1。2 组治疗前外周血白细胞计数、中性粒细胞百分比情况比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后 3 天, 中药组白细胞、中性粒细胞水平均较治疗前下降($P < 0.05$, $P < 0.01$); 理疗组中性粒细胞水平亦下降($P < 0.01$); 治疗后 1 周, 中药组白细胞、中性粒细胞水平基本降至正常生理范围, 与理疗组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组外周血白细胞计数和中性粒细胞百分比情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	白细胞($\times 10^9/L$)	中性粒细胞百分比(%)
中药组	治疗前	19.59 ± 3.81	88.74 ± 4.87
	治疗后 3 天	13.24 ± 3.13 ^①	77.61 ± 4.38 ^②
	治疗后 1 周	7.32 ± 3.34 ^③	62.38 ± 5.94 ^③
理疗组	治疗前	18.43 ± 3.25	83.45 ± 3.76
	治疗后 3 天	16.87 ± 2.95	89.48 ± 3.64 ^②
	治疗后 1 周	10.64 ± 2.77	72.55 ± 6.73

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$; 与理疗组治疗后 1 周, ③ $P < 0.05$

4.3 2 组血肿吸收情况比较 见表 2。治疗前 2 组血肿吸收情况比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。中药组血肿吸收速度快于理疗组, 血肿在治疗后 1 周、治疗后 1 月、治疗后 2 月至治疗后 3 月, 分别与理疗组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。中药组在治疗 3 月后也已完全吸收。

表 2 2 组血肿吸收情况比较($\bar{x} \pm s$) mL

组别	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 1 月	治疗后 2 月	治疗后 3 月
中药组	171.25 ± 135.46	73.48 ± 57.42 ^①	37.45 ± 36.77 ^②	19.75 ± 28.42 ^③	0
理疗组	154.38 ± 128.74	146.86 ± 63.58	98.38 ± 47.56	62.54 ± 33.69	34.02 ± 42.31

以 B 超下血肿三个径线 (cm) 之积 $\times 0.5$ 粗略估计积血量 (mL), 与理疗组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组不良反应情况 16 例患者均保守治疗成功, 中药组无皮肤过敏、腹泻等不良反应发生。所有患者半年后复查 B 超均提示子宫切口处回声均匀, 愈合良好。

5 讨论

子宫切口血肿是导致术后发热和感染的主要原因之一, 属于中医学产后发热、产后腹痛、癥瘕等范畴。它的发生与剖宫产时机的选择、切口位置和类型、缝合方式、围手术期感染、妊娠合并症与并发症、营养因素等多方面因素有关^[1]。以子宫

浆膜下血肿居多。血肿的大小和稳定性决定了处理的方式和预后。出血多, 血肿持续增大, 循环不稳定者应立即再次开腹手术止血。多数血肿为局限性, 首选保守治疗。因女性生殖道与外界相通, 极易发生上行感染。血肿越大、持续时间越长, 感染率越高, 尤其是血肿直径 > 5 cm 者, 处理不当可形成脓肿^[2]。正所谓瘀血不祛, 新血不生, 而血更虚; 血虚气弱, 气不行血, 则瘀愈甚; 气滞血瘀, 久则化热, 热盛肉腐, 腐而成脓^[3]。血肿感染严重可导致子宫切口坏死裂开、大出血、继发全身感染, 甚至需切除子宫等严重后果。因此, 早期识别, 及早抗感染、促血肿吸收, 是处理剖宫产术后子宫切口血肿的关键。

尽管部分患者可合并有下腹痛、贫血、阴道出血多、有臭味等症状, 但对于多数患者而言, 尤其是子宫浆膜下血肿者, 发热可能是她们唯一可识别的临床表现。本研究中有 3 例患者表现为子宫下段切口处压痛, 2 例患者出现了血红蛋白的明显下降。因此, 产科医生须有一定的警觉性, 对于剖宫产术后不明原因的发热, 应及时行 B 超检查, 排除子宫切口血肿可能。若 B 超提示子宫前壁峡部切口处不均质回声包块, 界限清晰, 则可确诊。

子宫切口血肿的治疗原则是在加强抗感染的基础上辅以促血肿吸收。西医多采用局部理疗, 但存在疗程长、血肿吸收慢等缺点, 加重了患者身心及经济负担。对于较大血肿, 也有尝试行穿刺抽吸术, 但有再次出血风险, 且血液凝固常难以抽出, 一般不作为常规治疗手段。本研究尝试以中医理论为指导, 将中药大黄、芒硝以食醋调和局部外敷治疗, 取得满意疗效。大黄, 其性苦寒、归胃、大肠、脾、肝经, 走气分, 兼入血分, 具有攻下导滞, 清热解毒, 活血化瘀, 消痈排脓之功^[4]。可活血而不妄行, 化瘀而不伤正, 使瘀血得祛, 新血得生。芒硝为含水硫酸钠($\text{Na}_2\text{SO}_4 \cdot 10\text{H}_2\text{O}$)与其它多种矿物质的混合物, 渗透性强, 具有良好的吸潮性。《中药大辞典》中记述: 芒硝味苦咸, 苦能泻热, 咸能软坚; 其性善消, 入血分, 故善消瘀血, 能通化一切瘀滞^[5]。大黄与芒硝合用, 相辅相成, 以食醋调和, 醋味酸苦, 性温, 辛散芳香, 有走窜通经、活血化瘀、散结止痛之功, 外用可增强药物渗透力, 助达病所。大黄游离蒽醌类成分的体外渗透试验表明, 以醋为赋形剂, 促进大黄透皮吸收作用最大。其原理可能是大黄蒽醌具有多种脂溶性成分, 在酸性条件下, 以游离状态存在, 有利于其溶解及透皮渗透^[6], 从而使药物直达病所。醋性酸收, 醋浸后可缓大黄芒硝泻下之性, 入肝破血, 能泻血分实热, 增强活血解毒、消积化瘀之功。

研究结果显示, 2 组体温恢复情况比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 3 天, 中药组白细胞、中性粒细胞水平均较治疗前下降($P < 0.05$, $P < 0.01$); 理疗组中性粒细胞水平亦下降($P < 0.01$); 治疗后 1 周, 中药组白细胞、中性粒细胞水平基本降至正常生理范围, 与理疗组比较, 差异有统计学意

义($P < 0.05$)。中药组血肿吸收速度快于理疗组,血肿在治疗后 1 周、治疗后 1 月、治疗后 2 月至治疗后 3 月,与理疗组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。中药组在治疗 3 月后也已完全吸收。综上所述,对于剖宫产术后子宫切口血肿者,采用大黄、芒硝以食醋调和外敷,能明显缩短血肿吸收时间,减少感染率,降低医疗费用。方法简单、实用、经济、疗效好。本次临床研究中,未发现皮肤过敏、腹泻等不良反应,提示本法安全有效。

[参考文献]

- [1] 吕述彦,曹继蕴.剖宫产术后子宫切口血肿 12 例分析[J].实用妇产科杂志,2009,25(2):115-116.
- [2] 赵月娥,雒长琴,曹晓彬.剖宫产术后晚期产后出血 12

例临床分析[J].现代中西医结合杂志,2008,17(29):4555-4556.

- [3] 张鸿彬.中西医结合治疗阑尾周围脓肿的临床观察[J].中华中医药学刊,2009,27(6):1313-1314.
- [4] 居伟平.大黄在外科急腹症中的应用体会[J].现代中西医结合杂志,2008,17(8):1203.
- [5] 江苏新医学院.中药大辞典[M].上海:上海科学技术出版社,1977:836-837.
- [6] 马晓莉,曹松云,贾镜鸿,等.大蒜硝黄膏中大黄游离蒽醌类成分体外经皮渗透实验研究[J].中草药,2013,44(20):2852-2858.

(责任编辑:马力)

中西医结合治疗产后抑郁症疗效及安全性分析

郑苹

台州市黄岩区妇幼保健院,浙江台州 318020

[摘要] 目的:观察中西医结合治疗产后抑郁症的临床疗效。方法:选取门诊治疗产后抑郁症患者 78 例,随机分为 2 组各 39 例。西医组产妇产后帕罗西汀,每次 20 mg,每天 1 次,口服;中西医结合组在西医组治疗方案的基础上加用生化逍遥散加减口服治疗。2 组治疗疗程均为 8 周。根据 2 组患者治疗前后汉密尔顿抑郁量表(HAMD)变化评估其临床疗效,并观察治疗期间药物不良反应情况。结果:治疗 8 周后,临床总有效率中西医结合组 94.87%,高于西医组 76.92%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。西医组产妇产后治疗期间出现不良反应 3 例,中西医结合组出现 5 例,症状均较轻,2 组药物不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:中西医结合治疗产后抑郁症的疗效较单纯的西药治疗更佳,能更有效地改善产妇的抑郁症状,且不良反应轻,安全性较佳。

[关键词] 产后抑郁症;中西医结合疗法;安全性

[中图分类号] R749.4 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0135-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.059

产后抑郁症是产妇产后在产褥期内出现的抑郁症状,其发生率约 5%~25%,对患者及其家庭均有不利影响^[1]。产后抑郁症的病因及发病机制至今尚不完全清楚,西医临床上尚无特效的治疗药物^[2]。近年研究发现,中西医结合治疗在产后抑郁症的治疗中具有一定的优势^[3]。本研究观察了中西医结合治疗产后抑郁症的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合《妇产科学》^[4]中产褥期抑郁症的诊断

标准;汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 ≥ 17 分,且初中以上文化程度。

1.2 排除标准 严重身体疾病、脑部疾病、痴呆、严重自杀倾向患者;既往有精神病或精神病家族史患者。

1.3 一般资料 观察病例为 2013 年 1 月—2015 年 3 月本院妇产科或妇产科门诊治疗产后抑郁症患者,共 78 例。采用随机数字表法分为 2 组各 39 例。2 组产妇年龄、病程及病情程度等情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,

[收稿日期] 2015-08-12

[作者简介] 郑苹(1977-),女,主治医师,主要从事妇保及妇产科临床工作。