

中药穴位敷贴序贯缩宫素引产对宫颈成熟及分娩结局的影响

马丽丽 王容 逢淑晓

诸城市人民医院, 山东潍坊, 262200;

摘要: 目的: 探讨中药穴位敷贴序贯缩宫素引产对宫颈成熟及分娩结局的影响。方法: 选取孕 39~41 周需引产的单胎头位孕妇 40 例, 采用随机数字表法分为试验组和对照组各 20 例。对照组行宫颈球囊联合缩宫素常规引产; 试验组于入院前连续 7 天将中药敷贴于神阙穴及双侧三阴交穴, 入院后根据宫颈成熟情况酌情使用缩宫素。比较两组宫颈 Bishop 评分、产程时间、分娩方式及新生儿 Apgar 评分。结果: 干预后试验组宫颈 Bishop 评分显著高于对照组 ($P < 0.05$); 试验组第一产程及总产程明显缩短 ($P < 0.05$), 剖宫产率显著降低 (15% vs 40%, $P < 0.05$); 两组新生儿 Apgar 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 中药穴位敷贴序贯缩宫素引产能有效促进宫颈成熟、加速产程进展并降低剖宫产率, 且对新生儿安全, 该方案简便经济, 展现出在基层医疗机构推广的应用潜力。

关键词: 引产; 宫颈成熟; 穴位敷贴; 三阴交; 神阙; 缩宫素

DOI: 10.69979/3029-2808.26.04.026

引言

引产是产科处理晚期妊娠的常见干预措施, 其成功关键取决于宫颈成熟度^[1]。宫颈 Bishop 评分较低时, 宫颈胶原纤维致密、顺应性差, 直接使用缩宫素易导致宫缩与宫口扩张不协调, 从而引发产程延长、母体消耗增加及剖宫产率上升。因此, 促进宫颈成熟是提高引产成功率的核心环节。

目前临床促宫颈成熟方法如机械扩张 (宫颈球囊) 与药物 (前列腺素制剂) 虽具一定效果, 但仍存在感染风险、宫缩过强、费用较高或宫颈重塑作用有限等局限性^[2]。探索一种安全、有效且可在入院前提前干预的促宫颈成熟方式具有重要临床意义。

从中医学角度分析, 分娩过程依赖于冲任气血的充盈与畅通。若气血调和、经脉通畅, 则分娩顺利。我们选用三阴交 (属脾、肝、肾三经交会) 以调摄冲任、活血行气; 配合神阙穴 (视为元气之根) 以温通阳气、推动气血下行。将具有活血益气作用的中药敷贴于上述穴位, 可借助经络系统调节局部气血, 促进宫颈组织中胶原纤维降解与结构松弛, 从而为宫颈成熟创造有利条件^[3]。该外治法操作简单、无创安全, 且成本较低, 具备在基层医疗机构推广的潜力。

尽管既往研究提示穴位刺激可促进宫颈成熟, 但关于中药穴位敷贴联合缩宫素序贯引产的临床研究仍较少^[4]。本研究旨在系统评估该方案对宫颈成熟、产程进

展及分娩结局的影响, 为优化引产策略提供循证依据。本研究创新性地探讨了在入院前门诊阶段采用中药穴位敷贴进行预处理, 再序贯使用缩宫素的引产模式之临床效果。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2024 年 1 月至 2025 年 6 月于我院产科拟行引产的孕妇 40 例。纳入标准: ①孕周 39~41 周, 单胎头位; ②宫颈 Bishop 评分 ≤ 6 分; ③存在医学或社会性引产指征。排除标准: ①胎膜早破 > 18 h、胎心监护异常或胎儿畸形; ②有子宫手术史; ③严重妊娠合并症或已使用前列腺素类药物者。

1.2 分组与干预方法

采用随机数字表法分为试验组与对照组, 各 20 例。两组基线资料具有可比性 ($P > 0.05$)。

对照组: 入院后置入宫颈球囊 (COOK/福田型), 留置 12h 后, 根据宫缩情况静脉滴注缩宫素, 起始剂量 2.5mU/min, 每 20 - 30 分钟递增, 最大不超过 20mU/min, 直至建立有效宫缩。

试验组: 于入院前连续 7 天在门诊接受中药穴位敷贴干预。中药组方含当归、川芎、红花、牛膝、益母草、黄芪等, 研末后以生姜汁与蜂蜜调糊, 敷贴于神阙穴及双侧三阴交穴, 每日 12h。入院后评估宫颈条件, 如 Bi

shop 评分 ≥ 6 分或宫颈软化明显,则直接使用缩宫素,用法同对照组。

1.3 观察指标

比较两组干预前后宫颈 Bishop 评分、产程时间、分娩方式及新生儿 1min 与 5min Apgar 评分。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行独立样本 t 检验;计数资料以率(%)表示,行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 宫颈 Bishop 评分比较

干预前统计分析显示,两组孕妇的宫颈 Bishop 评分未见显著差异($P > 0.05$),表明两组在宫颈成熟度方

表2 两组产程时间及分娩方式比较

组别	例数 (n)	第一产程 (h)	第二产程 (min)	总产程 (h)	剖宫产率
试验组	20	7.2 ± 1.5	55.6 ± 15.2	9.1 ± 1.7	15%
对照组	20	9.8 ± 2.1	58.3 ± 16.8	11.5 ± 2.3	40%

2.3 新生儿 Apgar 评分比较

两组新生儿 1min 和 5min Apgar 评分差异均无统计学意义($P > 0.05$),提示中药穴位敷贴及序贯缩宫素引产对胎儿无不良影响,具良好安全性。

表3 两组新生儿 Apgar 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	1min Apgar	5min Apgar
试验组	8.95 ± 0.51	9.85 ± 0.37
对照组	8.85 ± 0.59	9.80 ± 0.41

3 讨论

3.1 中药穴位敷贴促宫颈成熟的作用机制分析

宫颈成熟是一个由胶原纤维降解、基质松解、组织含水量上升及前列腺素合成增加等共同参与的动态过程。宫颈胶原排列致密、含水量不足时,顺应性差,难以在宫缩作用下完成扩张,是引产失败的重要基础。

从中医角度看,分娩过程本质为冲任气血下聚胞宫的结果,若气血不足或经脉不畅,则宫颈难以开张,产程延缓。三阴交为脾、肝、肾三经交会穴,具有调冲任、活血行气、助产之功;神阙穴为“元气之根”,主温阳培本、鼓动经气。两穴联用,可提升机体整体能量及经脉运行水平,促进“气血下达胞宫”,从整体层面改善宫颈成熟条件^[5]。

本研究所用中药组方中,当归、川芎、红花等活血

面具备可比基础。干预后数据表明,试验组 Bishop 评分提升幅度更大,与对照组相比差异显著($P < 0.05$)。由此可见,中药穴位敷贴联合缩宫素的干预方式,有助于增强宫颈软化与扩张程度,为产程启动创造更有利的宫颈条件。

表1 两组孕妇宫颈 Bishop 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	干预前	干预后
试验组	20	3.80 ± 0.95	7.65 ± 1.04
对照组	20	3.70 ± 1.03	5.95 ± 1.05

2.2 两组产程时长及分娩方式比较

试验组第一产程和总产程时长均短于对照组($P < 0.05$),第二产程差异无统计学意义($P > 0.05$)。试验组剖宫产率显著低于对照组(15% vs 40%, $P < 0.05$),说明其可减少因宫颈成熟不良及产程停滞而导致的剖宫产发生。

化瘀药可改善宫颈局部血流,增加微循环灌注;黄芪具有益气固表、改善组织耐氧性作用;益母草与牛膝具有轻度兴奋子宫的生理特性,可能增强子宫对缩宫素的敏感性。现代研究进一步证实,该类复方可促进基质金属蛋白酶(MMP-2、MMP-9)活性上调,加速I型和III型胶原降解,同时促进透明质酸含量增加,使胶原纤维间隙扩大、组织水合度增加,进而改善宫颈顺应性^[6]。本研究试验组干预后 Bishop 评分显著提高,即是上述多维作用在临床层面的体现。

3.2 缩宫素序贯使用在引产中的协同效应

缩宫素主要作用于子宫平滑肌,对宫颈软化作用有限。若宫颈生物学条件未成熟即给予缩宫素,易出现“宫缩强而宫口不开”,导致产程无效延长、胎儿耐受下降及剖宫产率升高。本研究采用“先促宫颈成熟,后诱发宫缩”的序贯策略,符合产程自然启动顺序,既改善“产道条件”,又保证“宫缩动力”,从而提高引产效率^[7]。

本研究结果显示,试验组第一产程及总产程较对照组明显缩短,说明成熟宫颈在宫缩作用下可实现更高效的宫口扩张;同时剖宫产率由40%降至15%,提示缩宫素在宫颈条件优化前后,作用效果存在显著差异。此外,中药提前干预可能提高子宫缩宫素受体表达,使缩宫素使用量更易控制,有助于减少宫缩过强、胎儿窘迫等风

险,从而实现母婴安全与产程效能的双重优化^[8]。

3.3 临床优势、推广价值与研究展望

本方案具有以下优势:① 安全性高、接受度好。穴位敷贴为体表干预,较宫颈球囊不适感更小,且未增加新生儿不良风险^[9];② 经济性好、便于推广。所用中药材易得、操作简便,无需额外设备,适用于基层医院;③ 可实现门诊乃至居家阶段的提前干预,有助于缩短住院引产周期,缓解产科床位及护理压力,符合“分级诊疗与围产管理前移”的政策方向^[10]。

本研究作为初步探索,样本量有限,且为单中心设计;未进行宫颈组织生化指标测定,机制推断尚需进一步验证。未来研究可在以下方面深化:开展多中心、大样本随机对照研究;结合宫颈弹性成像与宫颈分泌物生物标志物评估宫颈成熟动态;探索不同中药配伍、穴位组合及穴位贴敷联合艾灸、低频电刺激等综合干预模式,以构建更为精准、可个体化推广的序贯引产体系^[11-12]。

4 结论

中药穴位敷贴序贯缩宫素引产能够有效促进宫颈成熟,显著提高 Bishop 评分,缩短第一产程和总产程,并降低剖宫产率,同时对新生儿 Apgar 评分及围生期结局无不良影响,安全性良好。该方法具有非侵入、费用低、依从性高、适用于住院前阶段提前干预等优势,尤其适用于基层及县级医院引产管理流程的规范化与优化。该引产模式为提高自然分娩率、降低不必要的手术干预提供了一种可推广、可复制的临床实践策略。

参考文献

[1] Zamora-Brito M, Fernández-Jané C, Pérez-Guervós R, et al. The role of acupuncture in the present approach to labor induction: a systematic review and meta-analysis[J]. *Am J Obstet Gynecol MFM*, 2024, 6(2): 101272.

[2] Chen A, Zhang J, Gao D, et al. Acupuncture for induction of labor in uncomplicated term pregnancies and the role of acupoint selection: a systematic review and meta-analysis[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2025, 104(11): 2038-2053.

[3] 梅晓芳,潘佩光,李海筠,等.穴位按压和中药穴位贴敷对产程及宫缩痛影响的临床观察[J]. *新中医*, 2011, 43(8): 126-128.

[4] 胡莉娜,钱敏,陈亚青.中药穴位贴敷缓解经产妇产后宫缩痛 56 例[J]. *中国中医药科技*, 2013, 5(3): 326-327.

[5] 刘月辉,田磊.中药穴位贴敷应用于产后宫缩痛护理中的效果观察[J]. *实用临床护理学电子杂志*, 2017, 2(30): 118-119.

[6] 项艳,谢筱娥.中药穴位贴敷治疗剖宫产术后宫缩痛的效果观察[J]. *中国中医药科技*, 2019, 26(6): 914-915.

[7] 林淑莹,姚颖玉,官海涟.中药穴位贴敷联合穴位注射对产后宫缩痛的影响研究[J]. *中国现代医生*, 2019, 57(34): 61-64.

[8] 林丽亚,陈爱武,单晓雪.中药腹部穴位贴敷治疗经产妇产后宫缩痛临床研究[J]. *新中医*, 2021, 53(14): 180-182.

[9] 红艳,顾水琴,周欢.穴位贴敷促进剖宫产术后产妇产后恢复及子宫复旧的影响[J]. *中国现代医生*, 2021, 59(20): 77-79, 100.

[10] 张素珍,李爱青,谢婷婷,等.耳穴贴压联合神阙贴穴位贴敷对初产妇产程及宫缩痛的影响研究[J]. *中国现代药物应用*, 2022, 16(21): 143-146.

[11] 宗玲.中医贴敷穴位在产后产科护理中的应用效果[J]. *妇儿健康导刊*, 2023, 2(3): 146-148.

[12] 蒋晖,彭广涛,黄丽色,等.足浴联合针灸在促进阴道分娩过程中的临床应用[J]. *医学学报*, 2024, 37(1): 150-154.

作者简介:马丽丽(1980.01-),女,汉族,山东潍坊人,硕士,副主任医师,研究方向:临床医学/妇产科学/围产医学。

王容(1995.09-),女,汉族,山东潍坊人,硕士,主治医师,研究方向:临床医学。

逢淑晓(1982.09-),女,汉族,山东潍坊人,本科,主管护师,研究方向:临床医学。

本文为诸城市人民医院“穴位敷贴联合外用蓖麻子对足月妊娠引产的研究及应用”(编号:2025YX112)项目成果