

子午流注低频治疗仪联合加味通乳丹治疗产后缺乳疗效观察

汪莎, 贾金平, 胡健蓉

(广州市花都区妇幼保健院产科, 广东 广州 510800)

摘要: 目的: 探讨子午流注低频治疗仪联合加味通乳丹治疗产后缺乳的临床疗效。方法: 选取广州市花都区妇幼保健院产科2021年收治的气血虚弱型产后缺乳患者120例, 随机分为对照组和研究组各60例。对照组口服加味通乳丹治疗, 研究组给予子午流注低频治疗仪联合加味通乳丹治疗, 比较两组治疗前后泌乳量及临床疗效。结果: 研究组泌乳启动时间早于对照组 ($P < 0.01$), 治疗后两组泌乳量高于治疗前, ($P < 0.001$); 两组治疗后血清泌乳素均升高, 但研究组的血清泌乳素水平高于对照组 ($P < 0.001$); 研究组治疗后泌乳量高于对照组 ($P < 0.001$); 研究组治疗总有效率98.33%, 高于对照组的83.33% ($P < 0.05$)。结论: 子午流注低频治疗仪联合加味通乳丹治疗产后缺乳可有效促进产妇泌乳, 引起早泌乳, 增加血清泌乳素, 提高泌乳量, 临床疗效满意。

关键词: 加味通乳丹; 子午流注低频治疗仪; 缺乳

中图分类号: R 271.43 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 04-0160-03

缺乳, 又称产后乳汁不行, 是指产后哺乳期内, 产妇乳汁少或无乳下者。母乳喂养促进策略指南(2018版)^[1]指出: 母乳是婴儿最理想的天然食物, 有利于母亲和儿童健康, 而产后缺乳发病率约20%~30%, 而且呈现上升趋势^[2], 西医对于缺乳没有明确的治疗方案, 对于缺乳以中医治疗为主, 而中医治疗产后缺乳主要是中药、针灸, 部分产妇觉得针灸疼痛, 治疗坚持不下去, 单纯的中药容易引起乳汁淤积, 诱发乳腺炎^[3], 需要寻求更加易于产妇接受的治疗方法, 本研究采用子午流注低频治疗仪联合加味通乳丹对气血虚弱型缺乳产妇进行干预, 治疗过程舒适, 患者满意度高, 接受度高, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取广州市花都区妇幼保健院2021年1~12月收治的120例气血虚弱型产后缺乳患者为研究对象。诊断及辨证分型依据张玉珍《中医妇科学》^[4]缺乳中气血虚弱的诊断标准。将符合标准的患者按照随机数字表法分为对照组和研究组, 两组各60例。对照组年龄分布在25~37岁, 平均(30.40±3.96)岁; 分娩孕周37~41周, 平均(38.68±1.12)周; 研究组年龄分布在21~44岁, 平均(29.23±4.81)岁; 分娩孕周37~41周, 平均(38.95±1.06)周。两组一般资料(年龄、分娩孕周)比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 纳入标准 (1) 产妇的主要证候符合缺乳(气血虚弱): 产后乳汁甚少不足以喂养婴儿, 甚或全无乳汁, 乳汁稀薄, 乳房柔软无胀感; 产妇面色少华或无华, 倦怠乏力, 舌淡苔薄白, 脉细弱。(2) 产妇营养状况良好、新生儿、产妇的身体均健康, 无并发症。(3) 新生儿均足月, 分娩孕周 ≥ 37 周,

母婴均同室, 并且按婴儿的需要哺乳。

1.3 排除标准 (1) 产妇问题: 乳头发育异常, 比如乳头凹陷; 乳腺炎造成的乳汁不通或者排出不顺畅; 产妇有母乳喂养禁忌症, 比如自身患有传染性疾病; 依从性差, 产妇很难沟通而且不配合治疗或者随访;(2) 婴儿问题: 如先天吮吸能力弱。

1.4 治疗方法 专业医护人员指导所有产妇如何进行母乳喂养, 并进行健康宣教。

1.4.1 研究组 采用子午流注低频治疗仪联合加味通乳丹治疗。具体方法如下: 仪器: 采用子午流注低频治疗仪(北京佳时正通科技有限责任公司生产, 仪器型号ZWLZ-V); (1) 选择缺乳模式;(2) 选取穴位及操作: 根据治疗仪当日给出的时辰开穴的穴位, 加配穴膻中、乳根、足三里、三阴交、关元, 每个穴位使用1组电极片, 并根据产妇的耐受来调节强度, 持续20min, 每日治疗1次;(3) 口服加味通乳丹, 药物组成: 党参10g, 黄芪20g, 当归10g, 麦冬10g, 白术15g, 桔梗10g, 通草15g, 王不留行15g, 漏芦15g。用法用量: 1日1剂, 水煎至200ml, 早晚各一次, 7天为1个疗程。

1.4.2 对照组 口服加味通乳丹, 药物组成: 党参10g, 黄芪20g, 当归10g, 麦冬10g, 白术15g, 桔梗10g, 通草15g, 王不留行15g, 漏芦15g。用法用量: 1日1剂, 水煎服, 1日2次, 7天为1个疗程。

1.5 观察指标 比较两组泌乳启动时间、两组治疗前及治疗后的泌乳量、血清泌乳素水平及临床疗效。

1.6 疗效标准

1.6.1 泌乳启动时间及泌乳量 泌乳启动时间 产后产妇自觉乳房发胀, 挤压乳房首次有乳汁分泌的时间。泌乳量的评价标准^[5]: 无(0分): 挤压乳窦时无乳汁分泌; 量少(2分): 乳汁点滴而下, 间断

挤出；量中（4分）：挤压时乳汁流出尚可；量多（6分）：挤压时乳汁呈喷射状，并可持续挤出。

1.6.2 临床疗效判定 依据《中医病证诊疗效标准》^[6]：治愈：治疗后可按需哺乳，且母乳满足婴儿的需求；有效：治疗后泌乳量较前增加，但不能完全满足婴儿需求，需要补充配方奶粉；无效：治疗后泌乳量无增加。总有效率（%）=（痊愈+有效）/总例数×100%。

1.7 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行 χ^2 检验和 t 检验，其中计量资料采用 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组泌乳开始时间 见表1。研究组在12小时内泌乳启动占65%，对照组35%；泌乳启动在大于24小时，两组分别为1.67%、16.67%。泌乳启动时间研究组与对照组比较差异有统计学意义（ $t = 3.157, P < 0.01$ ），子午流注低频治疗仪联合加味通乳丹能更好的诱发早泌乳。

表1 两组泌乳启动时间比较（ $n, \bar{x} \pm s$ ）

组别	n	<12h	12h-24h	>24h	泌乳启动时间
研究组	60	39	20	1	9.91±6.01
对照组	60	21	29	10	14.03±8.11

2.2 两组治疗前后泌乳量比较 见表2。两组治疗前泌乳量比较，差异无统计学意义（ $t = 0.567, P > 0.05$ ）；研究组治疗前后泌乳量比较，差异有统计学意义（ $t = 30.43, P < 0.01$ ）；对照组治疗前后泌乳量比较，差异有统计学意义（ $t = 6.93, P < 0.01$ ）；两组治疗后泌乳量比较，差异有统计学意义（ $t = 11.41, P < 0.01$ ）。见表2。

表2 两组治疗前后泌乳量比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	泌乳量	
		治疗前	治疗后
研究组	60	0.66±0.95	4.83±1.23
对照组	60	0.76±0.98	1.83±1.61

2.3 两组治疗前后血清泌乳素监测水平 见表3。两组治疗前血清泌乳素比较，差异无统计学意义（ $t = 1.708, P > 0.05$ ）；研究组治疗前后泌乳量比较，差异有统计学意义（ $t = 31.183, P < 0.001$ ）；对照组治疗前后泌乳量比较，差异有统计学意义（ $t = 26.303, P < 0.001$ ）；两组治疗后泌乳量比较，差异有统计学意义（ $t = 6.454, P < 0.001$ ）。见表3。

表3 两组治疗前后血清泌乳素比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	血清泌乳素	
		治疗前	治疗后
研究组	60	194.68±14.22	353.20±43.97
对照组	60	199.70±17.75	306.51±34.71

2.4 两组治疗效果比较 研究组产妇总有效率为

98.33%，明显高于对照组的48.33%，两组比较差异有统计学意义（ $\chi^2 = 6.405, P < 0.05$ ），见表4。

表4 两组治疗效果比较（ n ）

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率（%）
对照组	60	10	40	10	83.33
研究组	60	29	30	1	98.33

2.5 不良反应 观察120例产妇肝肾功能、心电图均未见异常，对照组有6例出现轻度乳汁淤积，需按摩疏通，研究组未出现乳汁淤积乳腺炎情况。

3 讨论

众所周知，全世界均推崇母乳喂养，母乳具有丰富的营养，有利于婴幼儿的健康、发育以及免疫^[7]。乳汁的分泌受到许多因素的影响，现代医学认为神经内分泌可以影响乳汁的生成，祖国医学认为产后缺乳与气血虚弱、肝郁气滞、痰浊阻滞有关，乳汁分泌与气血、脾胃、肝气密切相关^[8]。古代医家取穴针刺治疗产后缺乳，《针灸大成》云：“无乳，膻中、少泽二穴神效。”《铜人腧穴针灸图经》记载：“膻中治乳少。”

《黄帝内经》提到“人与天地相参也，与日月相应也”，经络气血流注盛衰与时辰有关，子午流注开穴法就是以此理论为基础，并根据时辰选择开穴穴位针刺，以发挥穴位治疗的最大功效，但该方法不方便所有医护人员使用，而子午流注低频治疗仪是将子午流注开穴法和低频脉冲电刺激治疗相结合，达到疏通经络、调节脏腑功能，可以智能地推算出开穴时间，临床使用更加便捷，子午流注低频治疗仪可以替代针灸对穴位的刺激，患者体验感更好，实用性更高^[9]，而且因为可以逢时取穴，故所有临床的医护人员均可以正确使用，不再拘泥于针灸人员，便于临床推广。

本研究中纳入患者为气血亏虚证，取穴有膻中、气海、乳根、足三里、关元、三阴交。膻中穴任脉气所发，有活血通乳之功，是通乳要穴，气海穴为元气所生也，生产后元气受损，气海为生气之源，可补虚固本。《傅青主女科》记载：“妇人产后绝无点滴之乳，人以为乳管之闭也，谁知是气与血之两涸乎。”故气旺则乳汁旺，气衰则乳汁衰，女子分娩导致气血受损，需健脾胃，乳根为足阳明胃经位于乳房根部的穴位，可宽胸通乳，为生乳通乳之要穴^[10]，足三里、关元、三阴交，可健脾胃，养气血，诸穴合用，可促进乳汁分泌。

加味通乳丹药物中黄芪、党参大补元气，可刺激造血系统，增强免疫力^[11]；白术健脾益气；当归补血、活血，与麦冬合用养血滋阴，黄芪、当归组成当归补血汤，现代药理研究表明当归补血汤可提高血红蛋白^[12]。王不留行、漏芦、通草均有下乳之功，其中王不留行别名“奶米”，三者配伍治疗产后缺乳疗效好；桔梗载药上行；诸药合用补气养血通乳。

燥湿解毒除疣方加减配合手术治疗肛周尖锐湿疣的疗效及对血清 VEGF、IL-1 β 、IL-2 水平的影响

王勇超, 王永亮, 叶科富

(唐山弘慈医院, 河北 唐山 063020)

摘要: 目的: 探讨燥湿解毒除疣方加减配合手术治疗肛周尖锐湿疣患者的疗效及对血清血管内皮生长因子(VEGF)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、白细胞介素-2(IL-2)水平的影响。方法: 选取2020年10月~2021年10月在我院诊断并收治的98例肛周尖锐湿疣患者作为研究对象, 采用简单随机数表法将纳入的98例肛周尖锐湿疣患者分组为观察组($n=49$)和对照组($n=49$), 对照组肛周尖锐湿疣患者行手术治疗, 观察组肛周尖锐湿疣患者联合燥湿解毒除疣方加减, 持续治疗1个月。治疗后比较两组肛周尖锐湿疣患者疗效、中医证候积分、血清学检查[血清VEGF、IL-1 β 、IL-2水平]、皮损评分、复发率。结果: 治疗后, 观察组患者治疗后有效率为95.92%, 高于对照组83.67%($P<0.05$); 治疗后, 观察组和对照组患者渗液恶臭、疣多且大、表面糜烂症状评分均低于治疗前, 且观察组低于对照组($P<0.05$); 治疗后, 观察组和对照组患者血清VEGF、IL-1 β 水平均低于治疗前, 且观察组低于对照组($P<0.05$), 观察组和对照组患者血清IL-2水平高于治疗前, 且观察组高于对照组($P<0.05$); 治疗后, 观察组皮损评分低于对照组($P<0.05$); 经过3个月的门诊随访, 观察组复发率为6.38%, 对照组复发率为21.95%, 观察组和对照组患者的复发情况对比有明显差异, 具有统计学意义($\chi^2=4.507, P<0.05$)。结论: 燥湿解毒除疣方加减配合手术, 可使肛周尖锐湿疣患者VEGF、IL-1 β 表达下降、IL-2表达增加, 清热利湿和散瘀定痛疗效良好。

关键词: 燥湿解毒除疣方加减; 手术治疗; 肛周尖锐湿疣

中图分类号: R 752.5⁺3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649(2023)04-0162-04

肛周尖锐湿疣是主要发生于肛周皮肤粘膜交界处的一种疣状赘生物, 由人乳头瘤病毒感染所引发, 属于性传播疾病, 具有复发率高和传染性强等特

点^[1]。目前临床上通过激光、电切和手术方式进行抗病毒治疗^[2-3], 可将疣体病灶深度清除, 因治疗部位的特殊性和为防止复发, 常配合抗病毒药物或外用

本研究的结果表明研究组泌乳启动时间早于对照组($P<0.01$), 两组治疗后血清泌乳素均升高, 但研究组的血清泌乳素水平高于对照组($P<0.001$), 二组均能增加泌乳量, 但研究组通过子午流注低频治疗仪联合加味通乳丹治疗泌乳量增加更显著, 两组治疗后泌乳量比较, 差异有统计学意义($P<0.001$); 研究组产妇产后总有效率为98.33%, 高于对照组的83.33%, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。而且单纯使用中药治疗的对照组有6例出现轻度乳汁淤积, 需按摩疏通, 子午流注低频治疗仪联合中药组未出现乳汁淤积乳腺炎情况。综上, 子午流注低频治疗仪联合加味通乳丹治疗缺乳效果好, 可诱发早泌乳, 增加血清泌乳素, 提高泌乳量, 未发现副作用, 且该疗法操作简便、无创舒适, 产妇易于接受, 值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科学分会儿童保健学组, 中华医学会围产医学分会, 中国营养学会妇幼营养分会, 等. 母乳喂养促进策略指南(2018版)[J]. 中华儿科杂志, 2018, 56(4): 261-266.
- [2] 司徒仪, 杨家林. 妇科专病中医临床诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 343.
- [3] 卢丽芬, 郑怡真, 郑晓云, 等. 口服中药结合低频脉冲电刺激治疗产后缺乳30例临床观察[J]. 福建中医药大学学报,

- 2014, 24(2): 7-10.
- [4] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 297-331.
- [5] 吕建萍, 张帆, 方玫, 等. 康复治疗仪结合乳房按摩对剖宫产后初产妇泌乳的影响[J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(2): 44-46.
- [6] 曾彩贤, 曾彩霞, 黄建芳, 等. 假吃、耳穴压药联合穴位按摩对剖宫产后缺乳初产妇自我效能与促进乳汁分泌的效果观察[J]. 临床护理杂志, 2020, 19(2): 27-29.
- [7] 杨卫忠. 母乳喂养、混合喂养和人工喂养方式对婴儿体格发育的影响[J]. 中国保健营养, 2019, 29(5): 140-141.
- [8] 梁艳. 中西医结合治疗气血虚弱型产后缺乳的临床效果[J]. 中国医学创新, 2019, 16(26): 36-39.
- [9] 张媛媛, 黑龙江, 袁秀红, 等. 经皮雌激素对卵巢早衰患者血清性激素、超敏C反应蛋白、血脂及凝血功能的影响[J]. 中国妇产科临床杂志, 2021, 22(1): 64-65.
- [10] 钟美蓉, 黄芬, 万志红. 中医综合护理在催乳中的临床观察[J]. 光明中医, 2018, 20(33): 3082-3084.
- [11] 杨璐琪. 中药黄芪的药理作用分析及临床应用效果评价[J]. 中国疗养医学, 2019, 61: 660-662.
- [12] 余莹, 胡玲, 劳绍贤. 当归补血汤治疗术后贫血随机对照试验的Meta分析[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(12): 2483-2489.

(收稿日期 2023-02-08)