

加味红藤败酱汤联合西药治疗湿热瘀阻型慢性盆腔炎临床研究

王新霞^{1,2}, 黄秋阳², 龚杏姿²

1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 苍南县中医院, 浙江 苍南 325800

【摘要】目的：观察加味红藤败酱汤联合西药治疗湿热瘀阻型慢性盆腔炎（CPID）的临床疗效。**方法：**将136例湿热瘀阻型CPID患者随机分成对照组和观察组各68例，2组均予左氧氟沙星片与甲硝唑片联合治疗，观察组加用加味红藤败酱汤治疗。2组均以2周为1个疗程，治疗2个疗程。治疗前后评定下腹部、腰骶部疼痛视觉模拟评分法（VAS）评分、中医证候评分及体征评分、生活质量评分，检测炎症因子[C-反应蛋白（CRP）、白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-8（IL-8）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）]、血液流变学指标（全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积），评估治疗后的临床疗效，并记录治疗期间患者出现的不良反应。**结果：**治疗2个疗程后，观察组总有效率92.65%，对照组总有效率70.59%，2组比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。2组中医证候积分、体征积分及下腹部、腰骶部疼痛VAS评分均较治疗前下降（ $P<0.05$ ），观察组4项评分值均低于对照组（ $P<0.05$ ）。2组心理、生理、环境、社会评分均较治疗前升高（ $P<0.05$ ），观察组4项评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。2组血清CRP、IL-6、IL-8、TNF- α 水平及全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积值均较治疗前下降（ $P<0.05$ ），观察组8项指标值均低于对照组（ $P<0.05$ ）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。**结论：**加味红藤败酱汤联合西药治疗湿热瘀阻型CPID可提高临床疗效，增强抗炎作用，有效缓解疼痛等相关症状，提高患者的生活质量，且安全性良好。

【关键词】慢性盆腔炎；湿热瘀阻证；红藤败酱汤；炎症因子；血液流变学

【中图分类号】R711.33 **【文献标志码】**A **【文章编号】**0256-7415（2023）10-0068-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.10.015

Clinical Study on Modified Hongteng Baijiang Decoction Combined with Western Medicine for Chronic Pelvic Inflammatory Disease of Damp-Heat Stasis Obstruction Type

WANG Xinxia, HUANG Qiuyang, GONG Xingzi

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the therapy of modified Hongteng Baijiang Decoction combined with western medicine on chronic pelvic inflammatory disease (CPID) of damp-heat stasis obstruction type. **Methods:** A total of 136 CPID patients of damp-heat stasis obstruction type were randomly divided into the control group and the observation group, with 68 cases in each group. The two groups were given Levofloxacin Tablets and Metronidazole Tablets for treatment, and the observation group was additionally treated with modified Hongteng Baijiang Decoction. With 2 weeks as a course of treatment, the two groups were treated for 2 courses. Before and after treatment, the scores of Visual Analogue Scale (VAS) for pain in lower abdomen and lumbosacral portion, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and signs scores, and quality of life scores were evaluated; the inflammatory

【收稿日期】2022-04-19

【修回日期】2023-02-22

【作者简介】王新霞（1983-），女，主治中医师，E-mail: wz20211225@163.com。

factors, including C-reactive protein (CRP), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8) and tumor necrosis factor- α (TNF- α), and indexes of hemorheology, including whole blood high-shear viscosity, whole blood low-shear viscosity, plasma viscosity and erythrocyte sedimentation rates were detected; the clinical effects were evaluated after treatment, and adverse reactions were recorded during treatment. **Results:** After 2 courses of treatment, the total effective rate was 92.65% in the observation group and 70.59% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). The TCM syndrome scores and signs scores, and VAS scores for pain in the lower abdomen and lumbosacral portion in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the above four scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The scores of psychology, physiology, environment and society in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above four scores in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of serum CRP, IL-6, IL-8, and TNF- α , and whole blood high-shear viscosity, whole blood low-shear viscosity, plasma viscosity and erythrocyte sedimentation rates in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above eight indexes of hemorheology in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference being found in the comparison of incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** The therapy of modified Hongteng Baijiang Decoction combined with western medicine for CPID of damp-heat stasis obstruction type can enhance the clinical effect and anti-inflammatory effect, effectively mitigate relevant symptoms of pain, and improve the quality of life of patients with good safety.

Keywords: Chronic pelvic inflammatory disease; Damp-heat stasis obstruction syndrome; Hongteng Baijiang Decoction; Inflammatory factors; Hemorheology

慢性盆腔炎(CPID)是由女性上生殖道受到细菌感染引发的慢性炎症病变,多由急性盆腔炎治疗延误、不及时、不恰当导致炎症迁延不愈,为常见的妇科疾病,具有多发、病程长、难根治的特点。临床表现为反复下腹疼痛、腰骶部疼痛,可伴有异位妊娠、不孕、月经不调等,明显影响患者的生活质量与身心健康^[1-2]。针对CPID,抗生素为常用治疗方式之一,可有效改善CPID的症状,但长期使用抗生素易导致细菌耐药性增加、药物疗效下降、疾病反复发作^[3]。相关研究表明,中药、针刺、艾灸等中医疗法治疗CPID有确切疗效^[4-6]。何若苹认为CPID的病机以湿热、瘀血为主,共同致病,湿热瘀阻证为临床常见证型^[7]。加味红藤败酱汤是临床治疗CPID的常用方剂,可针对湿热瘀阻证调血运、化湿浊。本研究观察了加味红藤败酱汤联合西药治疗湿热瘀阻型CPID的疗效及对炎症因子、血液流变学的影响,

探讨其可能的机制,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《妇产科学》^[1]和《中华妇产科学:临床版》^[8]的诊断标准拟定。既往有相关急、慢性盆腔炎病史。症状:盆腔疼痛,如下腹部疼痛伴有坠胀感、腰骶部有痛感等,劳累、性交、月经前后加重,且持续3个月以上;经期延长或月经量增多;白带增多,呈黄色或黄绿色,或呈淡黄水样,可伴有臭味;见低热、疲乏、精神不振等全身性症状,多不明显。妇科检查:阴道有脓性分泌物,宫颈举痛显著,子宫活动受限,子宫体有压痛,子宫双侧附件增厚,伴有压痛等。辅助检查:B超或CT检查提示盆腔炎性包块、输卵管增粗、积液等。必备体征:子宫颈举痛或子宫压痛或附件区疼痛。根据主要症状、必备体征,结合病史及辅助检查即可诊断。

1.2 辨证标准 参考《中医妇科学》^[9]与《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]拟定湿热瘀阻证辨证标准。主症:下腹疼痛拒按;腰骶痛感显著,且疼痛部位固定,疼痛在性交后加重;带下量多。次症:月经不调,神疲乏力,低热起伏,脘闷纳呆,口腻不欲饮,大便溏或秘结,小便黄赤。舌脉象:舌暗红、苔黄腻,脉滑或弦滑。具备2项主症、3项次症即可辨为此证。

1.3 纳入标准 年龄20~45岁,且性生活较活跃;符合CPID诊断标准及湿热瘀阻证辨证标准;入组前1个月内未接受过消炎止痛类药物治疗;依从性良好;同意参加本次临床试验,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 已知对本研究所用药物过敏或不耐受;妊娠或半年内有计划妊娠,以及处于哺乳期的患者;存在严重疾病或无法配合治疗;临床资料不完善。

1.5 剔除标准 未服用指定药物或服用禁用药物;不愿配合或自行退出试验。

1.6 一般资料 纳入2021年4—12月在苍南县中医院妇科门诊就诊的湿热瘀阻型CPID患者,共136例。采用随机数字表法分为对照组和观察组各68例。治疗期间无病例脱落。对照组年龄22~44岁,平均 (33.55 ± 3.63) 岁;病程0.5~11年,平均 (7.32 ± 3.17) 年。观察组23~42岁,平均 (31.41 ± 3.28) 岁;病程0.33~10年,平均 (6.81 ± 2.74) 年。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 使用西药治疗。盐酸左氧氟沙星片(哈药集团三精制药诺捷有限责任公司,国药准字H20054408,规格:0.1 g/片),每次口服0.2 g,每天1次;甲硝唑片(吉林万通药业集团郑州万通复升药业股份有限公司,国药准字H41025657,规格:0.2 g/片),每次口服0.2 g。月经干净后第1天开始服药,每天1次。2周为1个疗程,共治疗2个疗程。

2.2 观察组 在对照组基础上采用加味红藤败酱汤治疗。处方:红藤、败酱草各30 g,当归、丹参、皂角刺各15 g,川芎、乳香、没药、桂枝、三棱、莪术、枳壳各10 g。随症加减:若湿邪较甚,腹胀痛

者,加茯苓、厚朴、大腹皮行气祛湿;带下量多,黄稠如脓者,加黄柏、车前子、椿根皮清热利湿止带;便溏者,加白术、薏苡仁健脾燥湿。每天1剂,以上诸药用水浸泡30 min,武火煮开后转文火,当药汁剩余200 mL左右,停火趁热滤取药汁,分早晚2次温服。月经干净后第1天开始服药,2周为1个疗程,共治疗2个疗程。

2组均在治疗2个疗程后对疗效进行评价。嘱患者经期停用药物治疗,治疗期间禁止性生活。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分。治疗前、治疗2个疗程后让患者针对自身感觉,对下腹部与腰骶部的疼痛程度进行评分。0分表示没有痛感;1~3分表示疼痛轻微,在可忍受范围内;4~6分表示疼痛感明显,影响入睡,但在可忍受范围内;7~10分表示疼痛强烈难忍,影响食欲与睡眠^[11]。②生活质量评分。治疗前、治疗2个疗程后应用世界卫生组织生活质量测定表(WHOQOL)对患者的生活质量进行评定,量表包括心理、生理、社会、环境4个方面,共包含26个条目,每个条目1~5分,对每个条目进行评估,最高130分^[12]。③炎症因子。在治疗前和2个疗程结束后的24 h内,抽取患者晨起空腹外周静脉血4 mL,使用全自动生化仪(迈瑞 Mindray, 型号:BS-350S)检测C-反应蛋白(CRP),用酶联免疫吸附试验(ELISA)法检测血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α),试剂盒从R&D公司购买。④血液流变学指标。在治疗前和2个疗程结束的24 h内,抽取患者晨起空腹外周静脉血4 mL,使用全自动血液流变仪(淄博恒拓, 型号:HT-100B)对血液进行分析,记录全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度以及红细胞压积4个指标的值。⑤中医证候积分与体征积分。中医证候积分:观察下腹疼痛、腰骶疼痛、带下量多3个证候,根据症状轻重分为4个等级,积分标准见表1,积分范围0~18分。体征积分:观察子宫活动度、压痛感,附件增厚、包块,附件压痛,根据程度轻重分为4个等级,积分标准见表2,积分范围0~9分。2项积分均于治疗前、治疗2个疗程后评定,分值越高,代表病情越严重^[10]。

表1 中医证候积分标准

等级(分值)	下腹疼痛	腰骶疼痛	带下量多
无(0分)	无疼痛	无疼痛	无增多
轻(2分)	偶尔发作	酸胀不适	较平时增多50%以内
中(4分)	频繁发作	酸胀疼痛	较平时增多50%~100%
重(6分)	持续存在	胀痛难忍	较平时增多100%以上

表2 体征积分标准

等级(分值)	子宫活动度、压痛感	附件增厚、包块	附件压痛
无(0分)	活动度正常、无压痛	无增厚或触及包块	无压痛
轻(1分)	活动度受限、轻微压痛	附件条索状增粗	轻微压痛
中(2分)	活动度受限或子宫粘连固定、压痛	附件片状增厚	压痛明显
重(3分)	子宫粘连固定、明显压痛	附件区触及包块	疼痛难忍

3.2 统计学方法 应用SPSS23.0软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较运用配对样本 t 检验,组间比较运用独立样本 t 检验;计数资料以百分比(%)描述,运用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]拟定。痊愈:盆腔疼痛、月经不调等主要症状消失,宫颈举痛、子宫压痛等体征消失,影像学检查结果显示盆腔积液、包块消失;中医证候积分与体征积分之和较治疗前减少 $\geq 95\%$ 。显效:主要症状明显减轻,各项体征显著改善,影像学检查结果显示积液、包块减少;中医证候、体征积分之和较治疗前减少 $\geq 70\%$ 。有效:主要症状轻度改善,各项体征略微好转,影像学检查结果显示盆腔积液略微减少、包块略微缩小;中医证候积分与体征积分之和较治疗前减少 $\geq 30\%$ 。无效:主要症状、各项体征、影像学检查结果无好转或病情加重;中医证候积分与体征积分之和较治疗前减少 $< 30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表3。治疗2个疗程后,观察组总有效率92.65%,对照组总有效率70.59%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	68	18(26.47)	30(44.12)	15(22.06)	5(7.35)	63(92.65)
对照组	68	11(16.18)	19(27.94)	18(26.47)	20(29.41)	48(70.59)
χ^2 值						11.027
P						< 0.001

4.3 2组治疗前后中医证候积分及体征积分比较 见表4。治疗前,2组中医证候积分及体征积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组中医证候积分及体征积分均较治疗前降低($P < 0.05$),观察组中医证候积分及体征积分均低于对照组($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后中医证候积分及体征积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	中医证候积分		体征积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	68	11.83±3.74	3.49±1.27 ^①	5.72±2.03	1.57±0.61 ^①
对照组	68	12.52±4.11	7.63±1.45 ^①	6.39±2.17	3.96±0.78 ^①
t 值		0.614	17.711	0.638	19.903
P 值		0.491	< 0.001	0.479	< 0.001

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后疼痛VAS评分比较 见表5。治疗前,2组下腹部、腰骶部疼痛VAS评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组下腹部、腰骶部疼痛VAS评分均较治疗前下降($P < 0.05$),观察组两个部位的疼痛VAS评分均低于对照组($P < 0.05$)。

表5 2组治疗前后疼痛VAS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	下腹部		腰骶部	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	68	6.21±1.54	1.98±1.12 ^①	5.73±1.34	1.54±1.21 ^①
对照组	68	6.42±1.25	3.38±1.31 ^①	5.61±1.42	2.21±1.89 ^①
t 值		0.527	6.698	0.436	2.462
P 值		0.589	< 0.001	0.642	0.015

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

4.5 2组治疗前后生活质量评分比较 见表6。治疗前,2组心理、生理、环境、社会评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组心理、生理、环境、社会评分均较治疗前升高($P < 0.05$),观察组4项评分均高于对照组($P < 0.05$)。

4.6 2组治疗前后炎症因子比较 见表7。治疗前,2组血清CRP、IL-6、IL-8、TNF- α 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组血清CRP、IL-6、IL-8、TNF- α 水平均较治疗前下降($P < 0.05$),观察组4项指标值均低于对照组($P < 0.05$)。

4.7 2组治疗前后血液流变学指标比较 见表8。治

疗前,2组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积值比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组全血高切黏度、全血低切黏

度、血浆黏度、红细胞压积值均较治疗前降低($P<0.05$),观察组4项指标值均低于对照组($P<0.05$)。

表6 2组治疗前后生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	心理		生理		环境		社会	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	68	15.76±3.45	24.31±3.74 ^①	17.31±2.66	24.89±3.21 ^①	19.92±4.81	30.54±4.92 ^①	8.76±1.84	15.23±2.38 ^①
对照组	68	14.81±3.28	19.23±3.43 ^①	16.76±2.47	20.23±2.95 ^①	18.19±4.60	25.18±4.19 ^①	8.97±1.86	12.26±2.16 ^①
<i>t</i> 值		0.638	7.961	0.465	7.672	0.693	7.104	0.442	8.436
<i>P</i> 值		0.476	<0.001	0.609	<0.001	0.424	<0.001	0.637	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

表7 2组治疗前后炎症因子比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CRP(mg/L)		IL-6(ng/L)		IL-8(ng/L)		TNF- α (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	68	33.89±6.12	9.97±1.67 ^①	92.86±15.12	24.94±4.21 ^①	69.92±11.56	19.89±4.36 ^①	158.67±28.89	40.43±6.71 ^①
对照组	68	32.64±5.15	14.56±1.98 ^①	94.79±11.16	33.37±6.56 ^①	71.34±12.89	26.32±4.17 ^①	155.86±26.85	52.58±7.72 ^①
<i>t</i> 值		0.562	17.517	0.415	12.658	0.397	12.274	0.376	10.592
<i>P</i> 值		0.553	<0.001	0.663	<0.001	0.684	<0.001	0.721	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

表8 2组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	全血高切黏度(mPa·s)		全血低切黏度(mPa·s)		血浆黏度(mPa·s)		红细胞压积(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	68	6.12±0.61	3.76±0.48 ^①	12.26±1.72	7.34±1.25 ^①	1.89±0.56	1.28±0.19 ^①	46.57±4.87	39.12±1.72 ^①
对照组	68	6.31±0.73	4.84±0.52 ^①	12.45±1.67	10.43±1.45 ^①	1.92±0.45	1.76±0.49 ^①	46.54±3.92	44.31±1.76 ^①
<i>t</i> 值		0.453	9.137	0.324	15.659	0.247	13.127	0.035	4.341
<i>P</i> 值		0.627	<0.001	0.749	<0.001	0.812	<0.001	0.973	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

4.8 安全性评价 在治疗期间,对照组出现2例恶心呕吐,2例腹胀腹痛,不良反应发生率为5.88%(4/68);观察组出现3例食欲不振,不良反应发生率为4.41%(3/68)。2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.151$, $P=0.698$)。2组不良反应均在停药后消失。

5 讨论

CPID在妇科疾病中较为常见,患病人群以育龄妇女居多,难根治且易反复发作。该病的主要特征为下腹部与腰骶部疼痛,严重者可伴有不孕、异位妊娠等症状,CPID患者的身心健康与生活、工作因此受到较大影响。目前临床治疗CPID多使用抗生素类药物,短期内可缓解相关症状^[13]。左氧氟沙星是第

3代喹诺酮类药物,以细菌的脱氧核糖核酸作为靶点,抑制DNA旋转酶的活性,进而阻止细菌DNA复制,起到抗菌效果^[14]。该药抗菌谱广,对大量致病菌有效,而且对病菌的杀灭与抑制作用较强,对多数肠杆菌、支原体、革兰阴性菌等均有较好的杀灭效果^[15]。甲硝唑是杀菌型抗菌素,甲硝唑分子中的硝基在无氧环境下被还原成氨基,进而抑制细菌DNA的合成,对滴虫、阿米巴原虫等引起的感染有较好的治疗效果^[16]。因此,本次研究以两者为基础药物。然而,相关研究表明,抗生素可能会杀灭或抑制人体正常菌群,引起菌群失调^[17]。并且抗生素不良反应多,易产生耐药,这是CPID易反复发作的原因之一。

从中医学角度分析, CPID 的发生多责之于湿热或血瘀导致冲任瘀阻, 不通则痛, 因而出现下腹部、腰骶部疼痛等症状, 瘀阻日久则成包块, 故行辅助检查时可发现炎性包块^[18-19]。针对湿热瘀阻证, 治则主要是活血化瘀、清热解毒、祛湿止痛。加味红藤败酱汤由当归、川芎、丹参、乳香、没药、红藤、败酱草等 12 味中药组成, 红藤、败酱草均可清热解毒, 红藤功擅活血止痛, 败酱草还能消痈排脓、祛瘀止痛; 川芎、当归、丹参可活血止痛, 川芎亦可行气, 当归功擅补血调经, 丹参还可通经祛瘀、清心除烦、凉血消痈; 乳香、没药活血散瘀定痛、消肿生肌; 三棱、莪术破血行气、消积止痛; 皂角刺可消肿托毒、排脓; 桂枝可温通经脉而行瘀滞, 助阳化气而驱散水湿之邪; 枳壳理气宽中, 利于宣化湿浊。诸药合用, 可达到调血运、化湿浊的效果。有研究表明, 红藤的活血功效与其可抑制血小板聚集、抑制血栓形成有关, 且红藤中的大黄素与败酱草中的败酱烯、异败酱烯等成分对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌等均可起抑制作用^[20-21], 故加味红藤败酱汤可起到一定的抑菌消炎功效。

本研究结果显示, 观察组临床疗效总有效率高于对照组, 提示加味红藤败酱汤治疗 CPID 具有一定疗效。观察组中医证候积分及体征积分均低于对照组, 提示加用该方可改善相关症状、体征。临床上可见 CPID 患者常因疼痛、反复发作等原因产生多种不良情绪^[22], 严重影响生活质量。本研究结果显示, 观察组下腹部、腰骶部的疼痛 VAS 评分均低于对照组, 生活质量评分高于对照组, 提示中西医药物联合使用可有效减轻疼痛, 明显改善患者的生活质量。

相关研究表明, CPID 的发生与炎症因子密切相关^[23]。CRP 是炎症反应标志物, 能准确反映机体的感染与炎症的发生^[24]; IL-6 是重要的致炎因子, 具有炎症介导活性^[25]; TNF- α 具有炎症介质作用, 可调节、促进免疫细胞再生, 引起抗炎效应^[26]; IL-8 可增强免疫应答, 加重炎症损伤^[27]。本研究结果显示, 观察组血清 CRP、IL-6、IL-8、TNF- α 水平均低于对照组, 表明联合治疗在抗炎方面更具优势。

相关研究表明, 盆腔炎患者存在微循环障碍, 血液流变学指标出现异常^[28]。本研究结果显示, 观察组的血液流变学指标全血高切黏度、全血低切黏

度、血浆黏度、红细胞压积值均低于对照组, 表明联合治疗在调节血液循环方面疗效更佳。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 提示加味红藤败酱汤安全性良好。

综上所述, 加味红藤败酱汤联合左氧氟沙星胶囊及甲硝唑片治疗湿热瘀阻型 CPID, 相比单纯使用抗生素治疗可明显提高临床疗效, 增强抗炎作用, 有效缓解疼痛等相关症状, 提高患者的生活质量, 且安全性良好, 可进一步推广使用。

[参考文献]

- [1] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 251-257.
- [2] 杨通飞. 慢性盆腔炎的临床治疗研究进展综述[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2018, 5(30): 16-23.
- [3] DUARTE R, FUHRICH D, ROSS J D C. A review of antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease[J]. Int J Antimicrob Agents, 2015, 46(3): 272-277.
- [4] 郑丽丽. 针灸治疗慢性盆腔炎的系统评价和 Meta 分析[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2018.
- [5] HUA F H, LI H L, XIONG J, et al. Moxibustion for treating chronic pelvic inflammatory disease: A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(35): e21925.
- [6] 徐俐平. 中药内服治疗盆腔炎随机对照试验的系统评价[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(2): 212-214.
- [7] 李振兴, 何若苹. 何若苹治疗盆腔炎性疾病后遗症经验[J]. 浙江中医药大学学报, 2022, 46(9): 974-976.
- [8] 曹泽毅. 中华妇产科学: 临床版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 804.
- [9] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 320-323.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 243-253.
- [11] 倪博然, 赵进喜, 黄为钧, 等. 基于视觉模拟评分法探究中医临床疗效评价新方法[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 288-292.
- [12] The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties[J]. Soc Sci Med, 1998, 46(12): 1569-1585.
- [13] 张晓玲, 张冬梅, 鲍梅淑. 盆腔炎的中西医治疗进展[J]. 中国临床研究, 2016, 29(8): 1129-1131.
- [14] 顾浩, 何文静, 马群. 基于靶点网络的芪归银复方与亚胺培南和左氧氟沙星联用对铜绿假单胞菌的作用机制分析[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(10): 4561-4565.
- [15] WEI J W, WANG Y, JIANG J X, et al. Development of an Antibacterial Bone Graft by Immobilization of Levofloxacin Hydrochlo-

- ride-Loaded Mesoporous Silica Microspheres on a Porous Scaffold Surface[J]. J Biomed Nanotechnol, 2019, 15(5): 1097-1105.
- [16] 陈璐. 妇科千金胶囊联合甲硝唑治疗慢性盆腔炎的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(5): 96-98.
- [17] SAFRAI M, ROTTENSTREICH A, SHUSHAN A, et al. Risk factors for recurrent Pelvic Inflammatory Disease[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2020, 244: 40-44.
- [18] 朱翠萍, 赵艳. 中医定向透药联合红藤方治疗慢性盆腔炎临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(14): 1538-1541.
- [19] 赖昱颖, 李小娇, 范雨露, 等. 中药内服治疗盆腔炎性疾病后遗症的现代文献研究[J]. 山西中医药大学学报, 2020, 21(1): 5-7.
- [20] 陈淑玲, 韩亮. 败酱草的现代研究进展[J]. 广东药科大学学报, 2017, 33(6): 816-821.
- [21] 张莹莹, 李治光, 季巧遇, 等. 大血藤现代研究进展[J]. 亚太传统医药, 2018, 14(11): 81-84.
- [22] 刘春芬. 心理护理在慢性盆腔炎患者中的应用价值[J]. 中国医药指南, 2022, 20(10): 38-41.
- [23] 王群, 罗明艳. 定向透药联合妇科千金胶囊治疗湿热瘀阻型盆腔炎性疾病的效果[J]. 中国医药导报, 2022, 19(2): 75-79.
- [24] 彭祥宇, 张丽娟. 慢性盆腔炎患者不同中医证型与细胞免疫学指标、血清炎症指标相关性分析[J]. 河南中医, 2022, 42(6): 887-891.
- [25] 王英军, 孙英莲. 金丹平炎胶囊对慢性盆腔炎模型大鼠输卵管通畅率及炎症因子表达的影响[J]. 特产研究, 2021, 43(4): 49-52.
- [26] 万学红, 卢雪峰. 诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 416.
- [27] 褚冬梅, 刘荣霞, 张莹, 等. 少腹逐瘀汤治疗慢性盆腔炎临床疗效及对血清免疫球蛋白的影响[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(1): 157-160.
- [28] 陈艺菲, 蔡一铃. 盆腔炎患者血清MCP-1、CRP、GM-CSF、前炎因子及血液流变学的变化研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2014, 13(24): 2068-2070.

(责任编辑: 吴凌)