·临床研究·

益气活血方治疗气虚血瘀型盆腔炎性疾病后遗症*

李志芳[1]，李静静[1]，李若涵[1]，钱麟[2]

1. 上海中医药大学，上海 201203；2. 上海中医药大学附属曙光医院，上海 201203

摘要：目的：分析自拟益气活血方治疗气虚血瘀型盆腔炎性疾病后遗症（sequelae of pelvic inflammatory disease，SPID）的临床疗效。方法：82 例气虚血瘀型 SPID 患者随机分为治疗组和对照组各 41 例。治疗组口服益气活血方，1 次 1 袋，早晚各 1 次；对照组口服丹黄祛瘀胶囊，每次 3 粒，3 次·d^{-1}。两组均在月经干净后开始服用，21 d 为 1 个疗程，经期停药，连续治疗 3 个月经周期（即 3 个疗程）。比较两组患者治疗前后的盆腔积液量、盆腔疼痛视觉模拟量表（visual analogue scale，VAS）评分、中医证候积分、局部体征积分、血清炎症因子水平及临床疗效、复发情况。结果：（1）治疗组有效率为 92.7%（38/41），对照组有效率为 80.5%（33/41），两组有效率比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（2）治疗后，两组患者局部体征评分、VAS 评分均低于本组治疗前；治疗组局部体征评分为（8.84±3.39）分，VAS 评分为（3.12±1.16）分，均低于同期对照组（$P<0.05$）。（3）治疗后，两组患者血清 C－反应蛋白（C－reactive protein，CRP）、白细胞介素－6（interleukin－6，IL－6）、肿瘤坏死因子－α（tumor necrosis factor－α，TNF－α）水平均显著低于本组治疗前，IL－10 水平显著高于本组治疗前；治疗组血清 CRP 水平为（6.24±3.13）mg·L^{-1}、治疗组血清 IL－6 水平为（51.55±12.02）ng·L^{-1}、TNF－α 水平为（1.17±0.58）μg·L^{-1}，均低于同期对照组，血清 IL－10 水平为（113.26±7.73）ng·L^{-1}，高于同期对照组（$P<0.05$）。（4）治疗后，两组患者盆腔积液量均明显下降；治疗组盆腔积液量为（8.12±1.16）mm，低于同期对照组（$P<0.05$）。（5）停药 1 个月后的治疗组复发率为 7.3%（3/41），对照组复发率 24.4%（10/41），两组复发率比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。结论：益气活血方治疗气虚血瘀型 SPID 临床疗效显著，可够缓解患者疼痛，促进盆腔积液吸收，且安全性高、复发率低。

关键词：盆腔炎性疾病后遗症；气虚血瘀证；益气活血方；丹黄祛瘀胶囊

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.08.287

中图分类号：R271.1　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2025)08－1795－06

Yiqi Huoxue Formula in Treatment of Sequelae of Pelvic Inflammatory Disease with Qi Deficiency and Stasis Syndrome

LI Zhifang[1]，LI Jingjing[1]，Li Ruohan[1]，QIAN Lin[2]

1. Shanghai University of Traditional Chinese Medicine，Shanghai China 201203；2. Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine，Shanghai China 201203

Abstract：Objective：To analyze the clinical efficacy of self－simulated Yiqi Huoxue Formula in treatment of sequelae of pelvic inflammatory disease（SPID）with Qi deficiency and blood stasis syndrome. Methods：A total of 82 patients with Qi deficiency and blood stasis SPID were randomly divided into treatment group and control group，with 41 cases in each group. The treatment group was treated with oral Yiqi Huoxue Formula，1 bag at a time，in the morning and in the evening；The control group was given 3 Danhuang Quyu capsules each time，3 times per day. Both groups started to take it after menstruation was clean，21 days was 1 course of treatment，menstrual period was stopped，and continuous treatment was for 3 menstrual cycles（i.e.，3 courses）. The amount of pelvic effusion，pelvic pain visual analogue scale（VAS）score，TCM pattern score，local sign score，serum inflammatory factor level，clinical efficacy，and recurrence were

* **基金项目**：国家自然科学基金项目（82004398）

compared between the two groups before and after treatment. Results: (1) The effective rate of the treatment group was 92.7% (38/41) and that of the control group was 80.5% (33/41), and the difference between the two groups was statistically significant ($P<0.05$). (2) After treatment, the local sign scores and VAS scores of the patients in the two groups were lower than those before treatment. The local sign score and VAS score of the treatment group were (8.84 ± 3.39) and (3.12 ± 1.16), which were lower than those of the control group ($P<0.05$). (3) After treatment, the serum levels of C-reactive protein (CRP), interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor-α α (TNF-α) in the two groups were significantly lower than those before treatment, and the levels of IL-10 were significantly higher than those before treatment in this group. The serum CRP level in the treatment group was (6.24 ± 3.13) mg· L^{-1}, and the serum levels of IL-6 in the treatment group were (51.55 ± 12.02) ng· The levels of IL-1 and TNF-α were (1.17 ± 0.58) μg· L^{-1}, all of which were lower than those in the control group during the same period, and the serum levels of IL-10 were (113.26 ± 7.73) ng· L^{-1}, which was higher than that of the control group in the same period ($P<0.05$). (4) After treatment, the amount of pelvic effusion in both groups decreased significantly; The amount of pelvic fluid in the treatment group was (8.12 ± 1.16) mm, which was lower than that in the control group ($P<0.05$). (5) The recurrence rate was 7.3% (3/41) in the treatment group and 24.4% (10/41) in the control group after 1 month of drug withdrawal, and the recurrence rate between the two groups was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: Yiqi Huoxue Formula has significant clinical efficacy in treatment of SPID with Qi deficiency and blood stasis syndrome, which can relieve pain, promote pelvic fluid absorption, improve the cleanliness of vaginal secretions, and has high safety and low recurrence rate.

Key words: sequelae of pelvic inflammatory disease; Qi deficiency and blood stasis syndrome; Yiqi Huoxue Formula; Danhuang Quyu Capsule

盆腔炎性疾病后遗症(sequelae of pelvic inflammatory disease, SPID) 既往称为慢性盆腔炎,多是由于急性盆腔炎未能得到及时有效的治疗所致,炎症缓解后遗留组织破坏、广泛粘连、增生及瘢痕形成[1],表现为炎症反复发作、下腹部及腰骶部隐痛、不孕、输卵管妊娠等,常因劳累、情绪波动、性交等诱发,严重影响患者身心健康和生活质量。我国 SPID 患者慢性盆腔痛的发病率高达 40%,复发率约为 25%[2]。与单用抗生素类药物治疗 SPID 比较,中医药治疗 SPID 的临床疗效更为显著。笔者以自拟益气活血方治疗气虚血瘀型 SPID 取得显著疗效,可有效改善患者下腹部疼痛及月经不调等症状,并可调节炎症因子水平,减少盆腔积液量等,现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　所有病例为 2023 年 1 月至 2023 年 12 月在上海中医药大学附属曙光医院妇科门诊就诊的 82 例气虚血瘀型 SPID 患者,随机分为治疗组和对照组各 41 例。治疗组年龄(35.97 ± 7.00)岁,病程(19.75 ± 9.17)个月;对照组年龄(35.17 ± 6.52)岁,病程(23.00 ± 9.91)个月。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已通过上海中医药大学附属曙光医院伦理委员会审查和批准,批号:2023-1370-137-01。

1.2　诊断标准

1.2.1　西医诊断标准　参照第 9 版《妇产科学》[3]及《中华妇产科学》[4]制定盆腔炎性疾病后遗症的诊断标准。(1)病史:有盆腔炎性疾病病史,反复下腹疼痛或腰骶部疼痛,持续时间 >6 个月。(2)症状:下腹疼痛,腰骶部疼痛或酸胀,疼痛常在劳累、性交及月经前后加重。可伴有全身症状(低热、疲乏)、月经失调(月经量多或经期延长)、不孕、白带增多呈黄色或淡黄水样或黄绿色(可伴有臭味)等。(3)妇科检查:①子宫活动受限或粘连固定伴有压痛;②附件区压痛(条索状增粗或片状增厚或囊性包块形成);③宫骶韧带常增粗、变硬,可有触痛。(4)辅助检查:①血常规检查:可见白细胞总数或中性粒细胞数轻度升高;②红细胞沉降率稍增快;③阴道分泌物检查:可有清洁度异常或检出病原菌;④C-反应蛋白:可达正常上限值;⑤超声检查:可提示盆腔炎性包块或盆腔积液或输卵管积水。

1.2.2　中医诊断标准　参照《中医妇科学》中气虚血瘀证的辨证标准制定[5]。主症:(1)下腹坠胀或刺痛,缠绵日久;(2)腰骶酸痛;(3)带下量多,色淡质稀。次症:(1)经期腹痛加重;(2)月经不调(经血量多或经期延长,色黯有块);(3)神疲乏力;(4)食少纳呆;(5)伴有低热;(6)性交痛。舌脉:舌体黯红,或有瘀点瘀斑,苔白,脉弦涩或弦细无力。至少须具备 2 项主症(下腹坠胀或刺痛为必备项),并具备任意 3 项次症,参考舌脉才可辨证。

1.2.3　病例纳入标准　(1)符合上述诊断标准;(2)年龄为 18~50 岁,有性生活史;(3)3 个月内未进行过影响疗效的相关治疗;(4)患者自愿参加试验,签署知情同意书。

1.2.4　病例排除标准　(1)处于妊娠期、哺乳期或近半年内有妊娠需求的妇女;(2)合并肝肾功能异常或心血管疾病者;(3)合并神经精神系统疾病或其他原因无法合作者;(4)对研究药物组成成分过敏者;(5)近 1 个月内采用过其他有关治疗,可能影响该研究疗效判断者;(6)合并有妇科包块、肿瘤、输卵管囊肿、子宫内膜异位症等器质性病变者;(7)沙眼衣原体、支原体、淋病奈瑟菌培养阳性及一般细菌培养阳性者。

1.3　治疗方法

1.3.1　治疗组　口服益气活血方,方药组成:黄芪 30 g,党参 10 g,当归 15 g,红藤 15 g,丹参 15 g,赤芍 12 g,延胡索 9 g,三棱 9 g,莪术 9 g,牡丹皮 9 g,制香附 9 g,川芎 9 g,白术 15 g,蜜炙甘草 6 g。中药饮片均由上海中医药大学附属曙光医院中药房配制且代为煎煮,每日 1 剂,普通煎二次,每袋 200 mL。

用药方法:早晚各 1 次,1 次 1 袋,月经干净后开始连服 21 d 为 1 个疗程,经期停药,连续观察 3 个月经周期(3 个疗程)。

1.3.2　对照组　口服丹黄祛瘀胶囊(国药准字:Z20026010,由吉林龙鑫药业有限公司生产,药品规格:每粒 0.4 g,每盒 36 粒)。用药方法:每天 3 次,每次 3 粒。月经干净后开始连服 21 d 为 1 个疗程,经期停药,连续观察 3 个月经周期(3 个疗程)。

1.4　观察指标　(1)中医症状评分。主症包括腹坠胀或刺痛、腰骶酸痛、带下量多 3 项,根据症状无、轻、中、重度分别计 0、2、4、6 分,总分 0 ~ 18 分。次症包括经期腹痛加重、月经不调、神疲乏力、食少纳呆、伴有低热、性交痛 6 项,根据症状无、轻、中、重度分别计 0、1、2、3 分,总分 0 ~ 18 分。(2)局部阳性体征评分。包括子宫活动度受限压痛、宫骶韧带增粗压痛、左侧附件增厚、左侧附件压痛、右侧附件增厚、左侧附件压痛 6 项,每个项目评分根据无、轻、中、重度压痛分别计 0、1、2、3 分,总分 0 ~ 18 分。(3)视觉模拟量表(visual analogue scale,VAS)评分。评价慢性盆腔痛(包括下腹疼痛、腰骶部疼痛等)的程度,评价时间设置于月经第 7 天,分值范围为 0 ~ 10 分,分值越高表示疼痛程度越重。(4)盆腔积液量。以道格拉斯陷凹液性暗区最长深度为盆腔积液判定标准,非排卵期 < 10 mm 为正常范围。两组患者治疗前后分别记录盆腔积液量。在月经干净 3 ~ 5 d 于上海中医药大学附属曙光医院超声科完成阴超检查。(5)炎症因子水平。抽取 2 组患者治疗前后空腹肘静脉血,置于抗凝采血管内,高速离心处理后留取上清液 -80 ℃冰箱保存,应用酶联免疫吸附法检测肿瘤坏死因子 -α(tumor necrosis factor -α,TNF -α)、白细胞介素(interleukin,IL) -6、IL -10,应用免疫比浊法进行测定 C -反应蛋白(C -reactive protein,CRP)水平。(6)复发情况。治疗后随访 1 个月,如患者再次出现相关症状或症状加重,可归属于复发病例。

1.5　临床疗效判断标准　根据《中药新药临床研究指导原则》[6],并结合临床实际拟定判定标准。(1)痊愈:治疗后症状消失,局部体征基本消失,N ≥ 95%,停药 1 个月后未复发;(2)显效:治疗后症状消失或明显减轻,局部体征明显改善,70% ≤ N < 95%;(3)有效:治疗后症状减轻,局部体征略有改善,30% ≤ N < 70%;(4)无效:治疗后症状无减轻或有所加重,局部体征无减轻或加重,N < 30%。

中医证候积分疗效指数(N) = (治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 ×100%

有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效)/n ×100%

1.6　统计学方法　采用 Excel 软件对数据进行录入及管理、SPSS 26.0 统计学软件进行统计分析。计量资料符合正态分布,采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)进行统计描述,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验。不满足正态分布,采用中位数(四分位数)[$M(Q_{25}, Q_{75})$]进行描述统计,组内比较采用两相关样本非参数检验;组间比较时,采用两独立样本非参数检验。计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　两组患者临床疗效比较　治疗组有效率为 92.7%(38/41),对照组有效率为 80.5%(33/41),两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1　两组患者临床疗效比较　例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率/%
对照组	41	2	18	13	8	80.5
治疗组	41	5	25	8	3	92.7*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$。

2.2　两组患者治疗前后中医症状评分比较　两组患者治疗后下腹坠胀或刺痛、腰骶酸痛、带下量多、经期或劳累后腹痛加重、月经不调、经色黯红夹血块、神疲乏力、食少纳呆、伴有低热、性交痛评分均低于本组治疗前($P < 0.05$),治疗组以上评分低于同期对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 2　两组患者治疗前后中医症状评分比较　（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	n	时间	下腹坠胀或刺痛	腰骶酸痛	带下量多	经期腹痛加重	劳累后腹痛加重	月经不调
对照组	41	治疗前	3.75 ± 1.11	3.70 ± 1.14	2.60 ± 1.34	2.10 ± 0.59	2.00 ± 0.70	1.60 ± 0.54
	41	治疗后	2.83 ± 1.18*	3.09 ± 1.62*	1.41 ± 1.02*	1.60 ± 0.81*	1.52 ± 0.78*	0.95 ± 0.57*
治疗组	41	治疗前	3.85 ± 1.21	3.60 ± 1.42	1.75 ± 1.42	2.14 ± 0.52	2.24 ± 0.58	1.68 ± 0.64
	41	治疗后	2.39 ± 1.02*#	2.09 ± 0.88*#	0.58 ± 1.02*#	0.95 ± 0.58*#	0.12 ± 0.55*#	0.41 ± 0.54*#

组别	n	时间	经色黯红夹血块	神疲乏力	食少纳呆	伴有低热	性交痛
对照组	41	治疗前	1.53 ± 0.77	1.85 ± 0.69	1.19 ± 0.74	0.65 ± 0.69	0.87 ± 0.74
	41	治疗后	0.90 ± 0.58*	1.16 ± 0.43*	0.98 ± 0.44*	0.59 ± 0.49*	0.67 ± 0.52*
治疗组	41	治疗前	1.65 ± 0.72	2.07 ± 0.78	1.17 ± 0.58	0.58 ± 0.59	0.75 ± 0.79
	41	治疗后	0.63 ± 0.58*#	0.70 ± 0.51*#	0.47 ± 0.54*#	0.23 ± 0.46*#	0.26 ± 0.50*#

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$；与对照组治疗后比较，# $P<0.05$。

2.3　两组患者治疗前后局部阳性体征评分比较　两组患者治疗后子宫活动受限或压痛、左侧附件增厚或包块、左侧附件区压痛、右侧附件增厚或包块、右侧附件区压痛、宫骶韧带增粗触痛评分及总评分均低于本组治疗前（$P<0.05$），且治疗组以上评分低于同期对照组（$P<0.05$），见表 3。

表 3　两组患者治疗前后局部阳性体征评分比较　（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	n	时间	子宫活动受限、压痛	右附件增厚、包块	左附件增厚、包块	右附件压痛	左附件压痛	宫骶韧带增粗、触痛	总评分
对照组	41	治疗前	3.09 ± 0.53	2.84 ± 0.76	2.92 ± 0.87	3.00 ± 0.63	3.10 ± 0.59	3.19 ± 0.87	18.14 ± 4.25
	41	治疗后	1.94 ± 0.73*	2.11 ± 0.50*	2.25 ± 0.65*	2.30 ± 0.49*	2.55 ± 0.52*	1.97 ± 0.65*	13.12 ± 3.54*
治疗组	41	治疗前	3.11 ± 0.52	2.74 ± 0.79	2.99 ± 0.86	3.07 ± 0.91	3.18 ± 0.81	3.23 ± 0.88	18.32 ± 4.77
	41	治疗后	1.30 ± 0.61*#	1.46 ± 0.55*#	1.58 ± 0.59*#	1.48 ± 0.57*#	1.58 ± 0.49*#	1.44 ± 0.58*#	8.84 ± 3.39*#

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$；与对照组治疗后比较，# $P<0.05$。

2.4　两组患者治疗前后盆腔疼痛 VAS 评分比较　治疗组治疗前盆腔疼痛 VAS 评分为（7.04 ± 0.97）分，治疗后 VAS 评分为（3.12 ± 1.16）分；对照组治疗前盆腔疼痛 VAS 评分为（7.26 ± 1.11）分，治疗后 VAS 评分为（4.80 ± 1.18）分。治疗后，两组患者盆腔疼痛 VAS 评分均显著降低（$P<0.05$），且治疗组低于同期对照组（$P<0.05$）。

2.5　两组患者治疗前后盆腔积液比较　治疗组治疗前盆腔积液为（23.63 ± 0.97）mm，治疗后盆腔积液为（8.12 ± 1.16）mm；对照组治疗前盆腔积液为（21.95 ± 1.11）mm，治疗后盆腔积液为（14.80 ± 1.18）mm。治疗后，两组患者盆腔积液均显著降低（$P<0.05$），且治疗组低于同期对照组（$P<0.05$）。

2.6　两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较　治疗后，两组患者血清 CRP、TNF－α、IL－6 水平均显著降低（$P<0.05$），IL－10 水平显著升高（$P<0.05$），且治疗组治疗后血清 CRP、TNF－α、IL－6 水平均低于同期对照组（$P<0.05$），IL－10 高于同期对照组（$P<0.05$），见表 4。

表 4　两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较　（$\bar{x} \pm s$）

组别	n	时间	CRP（ρ/mg·L^{-1}）	TNF－α（ρ/μg·L^{-1}）	IL－6（ρ/ng·L^{-1}）	IL－10（ρ/ng·L^{-1}）
对照组	41	治疗前	12.89 ± 1.97	2.23 ± 0.33	118.90 ± 21.37	72.85 ± 7.47
	41	治疗后	9.45 ± 2.76*	1.80 ± 0.69*	88.23 ± 14.73*	90.52 ± 8.72*
治疗组	41	治疗前	12.56 ± 2.09	2.37 ± 0.43	113.34 ± 20.16	77.55 ± 8.45
	41	治疗后	6.24 ± 3.13*	1.17 ± 0.58*	51.55 ± 12.02*	113.26 ± 7.73*

注：与本组治疗前比较，* $P<0.05$；与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

2.7　两组患者停药 1 个月经周期后复发情况比较　两组患者均在停药 1 个月后进行随诊访问，治疗组复发 3 例，复发率为 7.3%；对照组复发 10 例，复发率为 24.4%，两组复发率比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

2.8　安全性比较　两组患者在用药过程中均未发生不良反应。

3　讨论

SPID 常见原因为盆腔炎性疾病未得到正确及时的治疗[7]或患者体弱、病程迁延，还可由于不洁性生活史，衣原体、支原体感染，剖宫产、输卵管通液

术等操作不当所致[8]。本病临床表现常见下腹部疼痛反复发作，疲劳后及月经前后易发，痛连腰骶，伴带下异常，还可伴有低热起伏、月经不调等，严重者甚至不孕。妇科查体可触及子宫体及附件区压痛，附件区甚至可触及包块[9]。有研究指出，SPID 患者盆腔组织中尚未见阳性病原体[10]，慢性盆腔痛是由于炎性渗出增生，导致盆腔内环境紊乱，造成盆腔粘连，盆腔血液循环障碍，静脉回流受阻引起盆腔淤血所致[11]。研究指出，SPID 患者慢性盆腔痛发生风险为健康女性的 4 倍以上，不孕风险为健康女性的 2 倍[12]。

目前，临床多采用抗生素类药物治疗 SPID，但难以深入炎性组织内部，药效发挥受阻，且长期用药易引发耐药，进而造成机体菌群失调，免疫力下降，甚至损伤肝肾功能，存在一定的局限性[9,13]。此外，临床还可采用一些物理疗法，如微波治疗、离子透入等，其作用机制是通过温热刺激，改善局部循环及代谢，促进炎症的消退[14]。病情反复或疼痛剧烈难以忍受或盆腔包块直径较大者可选用手术治疗，存在术后复发、经济负担大等问题。有研究指出，中医药治疗 SPID 可有效改善患者症状体征，提高患者免疫力，降低复发率，提高患者生存质量[15]。

中医古籍并未记载 SPID，历代医家依据其症状将其归属于“带下病”“妇人腹痛”“癥瘕”“月经不调”“不孕症”等范畴。中医认为，SPID 的病因病机主要是湿、热、瘀互结，正气已虚而余邪未净，本虚而标实，病位在冲任、胞宫，与肝、脾、肾三脏密切相关[16]。经行、产后血室大开、胞门未闭、正气尚未恢复，风寒湿热邪气侵入机体，与气血搏结于胞宫中，聚而成瘀，加之可能存在失治、误治，虚实夹杂，进而病程缠绵、经久不愈[17]。

笔者依据临床经验，结合古今医家之言，认为本病病因病机可大概概括为湿、热、瘀、寒、虚，认为虚与瘀为核心病机。《医林改错》曰：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”本病由渐而成，缠绵日久，病久伤及正气，气不足则推动无力，瘀血内停，阻于胞脉，伤及任、带两脉而致病；气虚无力祛邪，邪毒留恋不去，匿藏胞络之中，瘀结日甚；瘀血不祛，新血难生，血不足则无以濡养胞脉，不荣而痛[18]。因此，气虚为致病之本，血瘀为致病之标，故气虚血瘀型 SPID 患者最为多见。

笔者依据张景岳“欲凡治血，或攻或补，皆当以调气为先”的思想，结合《诸病源候论》“血之在身，随气而行，常无停积”论述，治疗时认为宜益气活血、化瘀止痛，自拟经验方益气活血方治疗气虚血瘀型 SPID 疗效显著。该方化裁自上海市名中医戴德英教授的临床经验方——红藤合剂，可减少患者盆腔积液，降低血液黏度，从而改善盆腔血液循环，缓解下腹疼痛[19]。

益气活血方中黄芪益气健脾，培本开源；当归补气活血、调经止痛，“有形之血不能速生，无形之气所当急固”，二者共为君药。党参补脾肺气；白术健脾益气以助血行；红藤、丹参活血祛瘀以调经，使瘀血走而不守；四者共为臣药。三棱、莪术、赤芍、牡丹皮合用可破宿血、消瘀结，使胞脉通而血运复，行血中之滞而不峻烈，祛瘀生新而无耗散之弊；延胡索、制香附行气解肝郁，助阳升，清阳升则浊阴自降；川芎活血行气，可调众脉，破癥血，养新血，消瘀血；以上诸药共为佐药。甘草为使药，调和诸药而安和五脏。全方肝脾肾兼顾，气血同调，化瘀止痛，活血补气，补散有序，气旺血充则血行有常，补正不留邪，祛邪不伤正，能使瘀通结散，正气得复，气血和顺而诸症得消。活血化瘀类药物能够改善血流动力学指标，扩张外周血管，增加器官血流量，降低血管阻力，从而有效改善盆腔的血液微循环状况，有助于减轻组织水肿和渗出[20]。此外，活血化瘀类药物还具有抗炎作用，能够减轻体内的炎症反应，促进炎症病灶的吸收，进而修复粘连的盆腔组织，有助于减轻盆腔组织的纤维化程度，改善组织的弹性和韧性，缓解患者疼痛[21]。现代药理学研究表明，甘草、茯苓、白术可降低炎症因子 TNF－α、IL－6 水平[22]。

炎症反应与氧化应激是血瘀证的重要病理特征，与炎症相关的指标如白细胞、CRP、白细胞介素（IL－1、IL－6、IL－8、IL－10 等）、TNF－α 均在血瘀证中表达显著[23]。CRP 是来源于肝脏的急性时相蛋白[24]，是目前临床应用最广泛的评估炎症反应的指标之一。与健康人群相比，慢性盆腔炎患者血清 CRP 水平显著升高[25]。TNF－α、IL－6 为促炎细胞因子，可加快炎症发生，导致组织损伤和纤维化；IL－10 为多效性细胞因子，可介导下调 T 淋巴细胞活性进而抑制炎症因子的合成与释放[26]，延缓纤维化过程的进展，促进组织的修复和再生。SPID 发作时，体内炎症因子 TNF－α、IL－6 异常升高，IL－10 则异常降低[27]，促进疾病进展，加重组织病理损伤，最终可能形成腹腔粘连[26]。

本研究发现，治疗组有效率高于对照组（$P < 0.05$）；治疗后，治疗组中医证候评分、局部阳性体征评分、盆腔疼痛 VAS 评分、盆腔积液量均低于对

照组（$P < 0.05$）；治疗后，治疗组血清炎症因子 CRP、TNF－α、IL－6 均低于对照组（$P < 0.05$），IL－10 高于对照组（$P < 0.05$）。以上说明益气活血方能显著缓解患者疼痛症状，下调相关炎症因子水平，促进盆腔积液吸收，且具有安全性高、复发率低的优点。

综上所述，益气活血方治疗气虚血瘀型 SPID 临床疗效显著，可够缓解患者疼痛，促进盆腔积液吸收，且安全性高、复发率低。

参考文献：

[1]吴晓婷. 从脾胃论治盆腔炎性疾病后遗症的研究[D]. 银川：宁夏医科大学，2021.
[2]梁卓，凌娜. 中药塌渍联合中药保留灌肠治疗盆腔炎性疾病后遗症疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报，2019，21(10)：38－40.
[3]谢幸，孔北华，段涛. 妇产科学[M]. 9 版. 北京：人民卫生出版社，2018.
[4]曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京：人民卫生出版社，2014.
[5]罗颂平，刘雁峰. 中医妇科学[M]. 3 版. 北京：人民卫生出版社，2016.
[6]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.
[7]朱玉莹，薛晓鸥. 郭志强基于“络病学说”妙用虫类药治疗盆腔炎性疾病后遗症经验[J]. 中医药导报，2023，29(7)：184－187.
[8]李杨，陈冬梅. 妇科因素所致慢性盆腔痛的发病机制研究进展[J]. 内蒙古中医药，2023，42(3)：88－90.
[9]周娜，徐桂冉，陈洁，等. 安盆清带方保留灌肠经肠道微生态调节机制对湿热瘀结型盆腔炎患者的治疗作用[J]. 世界中西医结合杂志，2023，18(11)：2292－2296，2307.
[10]张兵，刘鹏飞，王丽，等. 中医药干预盆腔炎性疾病后遗症作用机制研究概况[J]. 山东中医药大学学报，2024，48(1)：128－133.
[11]易文婧，周小月，刘丽. 盆腔炎性疾病后遗症血瘀证与炎性反应相关性研究概况[J]. 中医药临床杂志，2023，35(8)：1613－1617.
[12]TRENT M，BASS D，NESS R B，et al. Recurrent PID，subsequent STI，and reproductive health outcomes：findings from the PID evaluation and clinical health（PEACH）study[J]. Sex Transm Dis，2011，38(9)：879－881.
[13]WANG X F，SHI W Y，SHI X H，et al. The effect of adjuvant treatment in chronic pelvic inflammation by Fukejing capsules and its influence on hemorheology and inflammatory factors[J]. Am J Transl Res，2021，13(4)：3480－3486.
[14]陆珏瑾. 盆腔炎性疾病的病因及诊治进展[J]. 中国优生优育，2014，20(5)：337－340.
[15]王小兰，刘音吟，周惠芳. 从心肾论治盆腔炎性疾病经验探微[J]. 中华中医药杂志，2023，38(7)：3144－3147.
[16]曾海燕，岳明明. 盆腔炎性疾病后遗症的中医病因及治疗研究进展[J]. 新疆中医药，2022，40(2)：77－80.
[17]王冬芹. 从瘀论治盆腔炎性疾病后遗症的临床体会[J]. 新疆中医药，2021，39(4)：87－88.
[18]王媛，张鸿艳，张琳美. 加味补中益气汤治疗气虚血瘀证盆腔炎性疾病后遗症疗效及对中医证候评分、体征评分和复发率的影响[J]. 四川中医，2024，42(5)：151－155.
[19]曾薇薇，殷岫绮，张晓沁，等. 红藤合剂联合化瘀散结灌肠液治疗湿热瘀阻型慢性盆腔炎的临床观察[J]. 上海中医药杂志，2017，51(5)：65－67，71.
[20]王草，胡小芳. 从瘀论治盆腔炎性疾病后遗症[J]. 中医学报，2024，39(7)：1437－1441.
[21]程力，唐潇冉，何成瑶，等. 中药治疗盆腔炎性疾病后遗症作用机制研究进展[J]. 世界科学技术：中医药现代化，2024，26(4)：988－1000.
[22]陈琴华，余飞，王红梅，等. 白术内酯Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ对炎性巨噬细胞细胞因子表达的影响[J]. 中国药师，2017，20(12)：2112－2116.
[23]郭丹青. 从“祛瘀生新”法探究三七总皂苷延缓椎间盘退变的作用及分子机制[D]. 广州：广州中医药大学，2021.
[24]李艳，张玮，罗兰，等. 金刚藤联合妇科千金片对慢性盆腔炎患者血液流变学和炎症因子的影响[J]. 现代生物医学进展，2020，20(11)：2072－2075，2031.
[25]池泉. 妇科千金片联合甲硝唑治疗慢性盆腔炎患者疗效及其对患者血清炎症因子 hs－CRP、IL－6、IL－10 的影响[J]. 中国误诊学杂志，2021，16(3)：248－251.
[26]陈苗苗，陈祥艳，周熹. 四逆清带汤对湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症患者血清炎症因子及血液流变学的影响[J]. 中国中医药科技，2022，29(4)：596－598.
[27]刘晓燕，夏丽颖，刘德慧. 郑氏妇科 1 号方治疗慢性盆腔炎气滞血瘀型的疗效及对炎症因子水平的影响[J]. 河北中医，2022，44(6)：939－942，1001.

收稿日期：2025－03－11

作者简介：李志芳（1997－），女，江苏连云港人，硕士研究生，主要从事中医妇科学研究。

通信作者：钱麟（1974－），男，主任医师，硕士研究生导师，研究方向：中西医结合治疗妇科病。E－mail：qqqq19740@vip.sina.com

编辑：秦小川