

扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠 治疗 SPID 慢性盆腔痛的疗效观察

杨 丹¹, 易 蓉¹, 全 昆¹, 戈 维¹, 屈 超², 叶 攀^{1*}

(1. 三峡大学中医院/宜昌市中医医院, 湖北 宜昌 443003; 2. 三峡大学医学院, 湖北 宜昌 443002)

【摘要】目的 观察扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠治疗盆腔炎性疾病后遗症(SPID)慢性盆腔痛的临床疗效。**方法** 选取 2023 年 1 月至 2024 年 6 月该院收治的 SPID 慢性盆腔痛患者 110 例。随机分入对照组和观察组, 每组 55 例。两组均口服桂枝茯苓胶囊治疗, 观察组加用扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠治疗。治疗 3 个月经周期后, 评估两组患者的临床疗效、疼痛程度、中医证候积分、炎症因子水平、盆腔血流动力学指标和治疗安全性。**结果** 观察组总有效率 94.55% (52/55), 对照组总有效率 80.00% (44/55), 观察组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者下腹部 VAS 评分、腰骶部 VAS 评分和 Mc Cormack 量表评分降低 ($P < 0.05$), 且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者中医证候各项积分下降 ($P < 0.05$), 且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者血清 IL-6、TNF- α 、MCP-1 水平降低 ($P < 0.05$), 且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者血清 TGF- β 1 水平升高 ($P < 0.05$), 且观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者 PI 和 RI 下降、PSV 增加 ($P < 0.05$), 且观察组 PI 和 RI 低于对照组、PSV 高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗期间, 观察组、对照组患者不良反应发生率分别为 3.64% (2/55)、5.45% (3/55), 组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠治疗气滞血瘀型 SPID 慢性盆腔痛的临床效果良好, 能有效缓解疼痛, 减轻炎症, 促进盆腔血流恢复, 且具有较高的安全性。

【关键词】 扶阳罐; 复方大血藤液; 保留灌肠; 盆腔炎性疾病后遗症; 慢性盆腔痛

DOI:10.70976/j.1008-0805.SZGYGY-2025-1517

CSTR:32392.14.j.1008-0805.SZGYGY-2025-1517

【中图分类号】R289.5 【文献标识码】A 【文章编号】1008-0805(2025)15-2906-06

盆腔炎性疾病(pelvic inflammatory disease, PID)未得到及时、正确的诊断或治疗, 就会发展成为盆腔炎性疾病后遗症(sequelae of PID, SPID)^[1]。根据临床表现的不同, SPID 可分为慢性盆腔痛、异位妊娠、输卵管性不孕、盆腔炎性疾病反复发作等, 其中慢性盆腔痛最为常见, 占比达 35%~42%^[2]。慢性盆腔痛(chronic pelvic pain, CPP)常发生在 PID 急性发作后的 4~8 周, 疼痛症状呈非周期性反复发作, 病程超过 6 个月^[3,4]。本病具有病程长、治愈率低、迁延难愈等特点, 给患者带来巨大痛苦, 严重影响其生活质量, 加重直接和间接医疗成本^[5]。针对 SPID 慢性盆腔痛, 目前西医多采取药物治疗、手术治疗、物理疗法和心理疗法等, 但治疗效果尚不理想。传统中医学在治疗慢性疾病领域有其独特优势, 尤其是中医外治法以其方式多样、操作简便、安全性高且副作用少等特点, 日益受到临床关注^[6]。中药保留灌肠是治疗 SPID 的有效疗法之一, 已广泛应用于临床^[7]。扶阳罐是近年来新兴的一款中医治疗器具, 集推拿、温灸、刮痧、红外线、磁疗等多种疗

法为一体, 具有温通经络、扶正祛邪、散寒祛湿、培元固本等功效^[8]。前期研究发现, 扶阳罐、中药保留灌肠对于妇科痛症具备良好的治疗作用, 但临床上鲜有二者联合施治的报道。本研究采取扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠治疗 SPID 慢性盆腔痛患者, 观察其临床疗效及对相关指标的影响, 以期为本病的临床治疗提供有益参考和更多选择, 现报告如下。

1 资料

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2024 年 6 月于本院妇科治疗的 SPID 慢性盆腔痛(气滞血瘀型)患者 110 例。按随机数字表法分为观察组与对照组, 每组各 55 例。对照组年龄 23~49 岁、平均(34.62 $\pm$ 5.16)岁, 病程 1~6 年、平均(2.56 $\pm$ 0.75)年, 其中轻度、中度、重度患者各 34 例、14 例、7 例。观察组年龄 24~49 岁、平均(34.66 $\pm$ 5.13)岁, 病程 1~6 年、平均(2.54 $\pm$ 0.72)年, 其中轻度、中度、重度患者各 35 例、14 例、6 例。两

收稿日期:2024-10-08; 修订日期:2025-03-01

基金项目:湖北省宜昌市医疗卫生研究项目(A23-1-067);湖北省中医药管理局中医药科研项目(ZY2023F078)

作者简介:杨 丹(1980-), 女(汉族), 湖北宜昌人, 宜昌市中医医院副主任医师, 硕士学位, 主要从事中医药防治盆腔炎性疾病及妇科痛症研究工作。

*通讯作者简介:叶 攀(1981-), 男(汉族), 湖北黄冈人, 宜昌市中医医院主任医师, 硕士学位, 硕士研究生导师, 主要从事中西医结合防治疼痛疾病研究工作。

组患者年龄、病程、病情程度比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已通过医院医学伦理委员会审核批准(伦理批准号:YCZYLL027)。

1.2 西医诊断标准

参考《妇产科学》^[9]及《中华妇产科学》^[10] SPID 慢性盆腔痛的相关内容拟定。既往有 PID 病史,病程超过 6 个月,根据临床症状、体征,结合 B 超等辅助检查可确诊。

1.3 中医诊断标准

参照《中医妇科学》^[11]中盆腔炎性疾病后遗症气滞血瘀证的相关标准拟定;主症:①下腹胀痛或刺痛,痛处固定;②腰骶胀痛;③经行腹痛加重。次症:①经量增多,经色暗红,夹有血块,块下痛减;②带下量多,色白或黄;③胸胁乳房胀痛;④情志抑郁或烦躁易怒。舌脉:舌质紫或有瘀点、瘀斑,苔薄白,脉弦涩。具备主症 ≥ 2 项(其中①为必备),次症 ≥ 2 项,结合舌脉即可诊断。

1.4 纳入标准

(1)符合 SPID 慢性盆腔痛中、西医诊断标准;(2)年龄范围 20~50 岁,有性生活史;(3)月经周期相对规律;(4)自愿参与研究;(5)治疗依从性较高。

1.5 排除标准

(1)备孕、哺乳或妊娠期女性;(2)阴道炎、急性宫颈炎或盆腔炎性疾病急性期患者;(3)其他原因引起的慢性盆腔痛,如子宫内膜异位症、子宫腺肌病、盆腔瘀血综合征、结核性盆腔炎等;(4)合并恶性肿瘤患者;(5)合并心、肝、肾、造血系统、免疫系统等严重疾病患者;(6)合并精神疾病患者;(7)长期腹泻、痔疮、脱肛等不适合灌肠者;(8)有传染性皮肤病或皮肤破损,不适合罐疗者;(9)参与其他研究或进行其他治疗者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组使用桂枝茯苓胶囊治疗;桂枝茯苓胶囊(国药准字 Z10950005,江苏康缘药业股份有限公司)口服,在月经干净后 3 天开始服用,3 次/d,3 粒/次,经期停药。

观察组在对照组基础上,加用扶阳罐联合复方大血藤液(医院协定方)保留灌肠治疗;(1)复方大血藤液保留灌肠治疗。组方:大血藤、败酱草、赤芍、延胡索、没药、乌药、片姜黄、柴胡、大黄、桃仁等。经本院药剂科煎药机浓煎后装瓶装各用,每瓶 80ml。使用前水浴加热至 39~41℃,经肛门用涂有润滑剂的一次性肛管轻柔插入约 10~14cm,缓慢滴入药液,保留药液 2h。于月经干净后 3 天开始治疗,1 次/d,连续 10d 为一个疗程。(2)扶阳罐治疗。选取仪器为湖南株洲扶阳医

疗器械有限公司生产的扶阳罐,型号为 CLHG-1。将扶阳罐插电预热 5min,使温度达到 50℃左右,避免烫伤。患者取仰卧位,在治疗区域均匀涂抹油性介质,施术者手持罐底,以神阙穴为中心,轻柔地推、按、点、摩患者的腹部,顺时针和逆时针各推罐 10 圈,再温灸温刮神阙、气海、关元、子宫穴,每个穴位操作 2~3min。之后改为俯卧位,在治疗部位涂介质,用扶阳罐沿督脉和足太阳膀胱经自上而下温推、温刮,以皮肤泛红而不损伤为度,在肾俞、八髎穴进行温灸、温刮,每个穴位操作 2~3min。在月经干净后 3 天开始治疗,隔日治疗 1 次,连续治疗 5 次为一个疗程。

两组治疗均每个月经周期完成一个疗程,共 3 个疗程。

2.2 观察指标

2.2.1 疼痛程度

2.2.1.1 主观疼痛程度

使用视觉模拟评分量表(VAS)^[12]于治疗前后评价下腹部、腰骶部疼痛程度,分值 0~10 分,评分高、疼痛重。

2.2.1.2 疼痛客观体征

使用 Mc Cormack 量表^[13]于治疗前后评价腹部压痛和反跳痛、宫颈举摆痛、子宫压痛、左或右附件区压痛程度,分值 0~36 分,评分高、疼痛重。

2.2.2 中医证候积分

参照《中药新药临床研究指导原则》^[14],按照无、轻、中、重四级对主症分别计 0、2、4、6 分,对次症计 0、1、2、3 分,舌脉不计分。于治疗前、治疗结束后各评价 1 次。

2.2.3 炎症因子水平

治疗前后采用酶联免疫吸附法检测白细胞介素 6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、转化生长因子 $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$)和单核细胞趋化蛋白 1(MCP-1)。

2.2.4 盆腔血流动力学指标

治疗前后采取经阴道彩色多普勒超声检查,测量患者子宫动脉血流搏动指数(PI)、血流阻力指数(RI)、收缩期血流峰值速度(PSV)。

2.2.5 不良反应

统计两组治疗期间不良事件发生情况。

2.3 疗效判定

治愈:治疗后临床症状基本消失,妇科检查基本正常,中医证候积分减少百分率(n) $\geq 95\%$ 。显效:临床症状和妇科检查明显改善, $70\% \leq n < 95\%$ 。有效:临床症状和妇科检查有所改善, $30\% \leq n < 70\%$ 。无效:临床症状和妇科检查无改善或有加重, $n < 30\%$ ^[14]。 $n = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分} \times 100\%$ 。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

2.4 统计学分析

用 SPSS 25.0 统计学软件进行数据分析,计量资料符合正态分布,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组治疗前后疼痛程度比较

治疗前,两组下腹部、腰骶部 VAS 评分及 Mc Cor-

mack 量表评分对比,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,两组下腹部、腰骶部 VAS 评分及 Mc Cormack 量表评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$),且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

3.2 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗前,两组中医证候(下腹胀痛、腰骶痛、行经腹痛加剧、月经改变、带下改变)各项积分对比,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,两组中医证候各项积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$),且观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组治疗前后疼痛程度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	下腹部 VAS 评分		腰骶部 VAS 评分		Mc Cormack 量表评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	5.57 ± 1.25	2.76 ± 1.12 [*]	5.46 ± 1.20	2.38 ± 0.77 [*]	24.64 ± 4.04	7.73 ± 2.25 [*]
观察组	5.53 ± 1.19	1.67 ± 1.01 ^{**}	5.52 ± 1.17	1.24 ± 0.69 ^{**}	24.68 ± 3.92	4.43 ± 1.72 ^{**}
t 值	0.172	5.360	0.265	8.177	0.053	8.641
P 值	0.864	<0.001	0.791	<0.001	0.958	<0.001

与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,** $P < 0.05$; $n = 55$

表 2 两组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	下腹胀痛		腰骶痛		行经腹痛加剧		月经改变		带下改变	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	5.13 ± 0.28	2.52 ± 0.56 [*]	5.06 ± 0.31	2.49 ± 0.51 [*]	4.95 ± 0.34	2.20 ± 0.41 [*]	4.77 ± 0.37	2.05 ± 0.42 [*]	4.75 ± 0.34	2.03 ± 0.41 [*]
观察组	5.12 ± 0.29	1.92 ± 0.57 ^{**}	5.07 ± 0.30	1.86 ± 0.49 ^{**}	4.93 ± 0.35	1.70 ± 0.39 ^{**}	4.79 ± 0.39	1.61 ± 0.46 ^{**}	4.76 ± 0.35	1.60 ± 0.44 ^{**}
t 值	0.184	5.569	0.172	6.606	0.304	6.553	0.276	5.239	0.152	5.302
P 值	0.854	<0.001	0.864	<0.001	0.762	<0.001	0.783	<0.001	0.879	<0.001

与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,** $P < 0.05$; $n = 55$

3.3 两组治疗前后炎症因子水平比较

治疗前,两组 IL-6、TNF- α 、TGF- β 1、MCP-1 水平对比,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,两组 IL-6、TNF- α 、MCP-1 均较治疗前降低 ($P < 0.05$),且观察组低于对照组 ($P < 0.05$);治疗后,两组 TGF- β 1 均较治疗前升高 ($P < 0.05$),且观察组高于

对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

3.4 两组治疗前后盆腔血流动力学指标比较

治疗前,两组 PI、PSV、RI 对比,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,两组 PI、RI 均较治疗前降低,PSV 均较治疗前增高 ($P < 0.05$),且观察组 PI、RI 低于对照组,PSV 高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 3 两组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	IL-6/ $\text{pg} \cdot \text{ml}^{-1}$		TNF- α / $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$		TGF- β 1/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$		MCP-1/ $\text{pg} \cdot \text{ml}^{-1}$	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	182.46 ± 20.25	125.24 ± 17.06 [*]	2.15 ± 0.35	1.57 ± 0.25 [*]	18.66 ± 4.51	25.79 ± 6.21 [*]	352.25 ± 39.26	264.24 ± 30.30 [*]
观察组	181.25 ± 20.06	90.35 ± 15.17 ^{**}	2.17 ± 0.37	1.22 ± 0.20 ^{**}	18.71 ± 4.63	38.34 ± 7.17 ^{**}	351.16 ± 39.01	205.45 ± 25.77 ^{**}
t 值	0.315	11.334	0.291	8.108	0.057	9.812	0.146	10.961
P 值	0.754	<0.001	0.771	<0.001	0.954	<0.001	0.884	<0.001

与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,** $P < 0.05$; $n = 55$

表 4 两组治疗前后盆腔血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	PI		PSV/ $\text{cm} \cdot \text{s}^{-1}$		RI	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	3.03 ± 0.51	2.47 ± 0.33 [*]	31.46 ± 3.76	36.52 ± 3.77 [*]	0.91 ± 0.17	0.76 ± 0.14 [*]
观察组	3.02 ± 0.52	2.12 ± 0.25 ^{**}	31.38 ± 3.59	39.28 ± 3.90 ^{**}	0.92 ± 0.16	0.47 ± 0.13 ^{**}
t 值	0.102	6.270	0.114	3.774	0.318	11.257
P 值	0.919	<0.001	0.909	<0.001	0.751	<0.001

与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,** $P < 0.05$; $n = 55$

3.5 两组临床疗效比较

治疗后,观察组治疗总有效率达 94.55%,高于对照组的 80.00% ($P < 0.05$)。见表 5。

3.6 不良反应

治疗期间,观察组不良反应总发生率为 3.64%

(2/55),其中头晕 1 例,腹泻 1 例;对照组为 5.45% (3/55),其中恶心 2 例,腹泻 1 例。两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.210, P > 0.05$)。

表 5 两组临床疗效比较

组别	治愈		显效		有效		无效		总有效	
	例	率/%	例	率/%	例	率/%	例	率/%	例	率/%
对照组	7	12.73	16	29.09	21	38.18	11	20.00	44	80.00
观察组	12	21.82	21	38.18	19	34.55	3	5.45	52	94.55
χ^2 值	5.238									
P 值	0.022									

$n = 55$

4 讨论

针对 SPID 慢性盆腔痛,现代研究显示过量释放的促炎细胞因子和继发于机体高凝状态下的盆腔血栓可能是致病的关键机制。炎症细胞浸润促使组织间粘连,局部微血管阻塞,形成炎形包块,同时又引起微循环障碍,而血液处于高凝状态又可使炎性介质的吸收减慢,加重局部炎性反应,从而形成恶性循环^[15]。本病在中医学可归属于“妇人腹痛”“带下”“癥瘕”“腰痛”等范畴。《妇人大全良方》云“夫妇人小腹疼痛者,此由胞间风冷,搏于气血,停结小腹,因风虚发动,与血相击,故痛也。”其病因主要为妇女经行、产后胞脉空虚,风寒湿热等邪毒入侵胞宫、冲任,与气血搏结,致气血瘀滞,运行受阻。可见,“血瘀”是其核心病机。加之女子易受情绪压力影响,情志郁结,肝失条达,气机不畅,故临证以气滞血瘀证多见^[16],治疗当以理气活血、通络止痛为主。我们在研究中选用桂枝茯苓胶囊作为对照,该药具有活血化瘀、消癥止痛的功效,相关研究证实该药能够抗炎、调节免疫和改善血流动力学^[17]。

近年来,中医外治法在本病治疗中得到广泛应用,并且多种疗法联合应用优于单一治疗。扶阳罐以扶阳理论为基础,创新性地将温灸、刮痧、推拿等中医传统疗法与多种现代理疗方法集为一体,能够激发人体经气,促进气血运行,增强新陈代谢,缓解疼痛^[8]。扶阳罐温热的罐体既能循行经络,又可留驻穴位,配合不同推拿手法,从而改善盆腔气血循环。本研究主要选取督脉、足太阳膀胱经、任脉和部分特定的穴位进行运罐操作,其中,肾俞穴是肾之经气输注之处,可温补肾气,调养气血;八髎穴与肾和督脉联系紧密,可强腰壮肾、行气散瘀;神阙乃五脏六腑之本,可调节阴阳、疏通气血;气海可补益元气、通利三焦;关元为阴阳元气交会之处,是治疗妇科疾病的重要穴;子宫穴为经外奇穴,可通胞宫、化瘀滞。因此,在上述各部位施以扶阳罐可达到温养冲任、祛瘀行滞、调畅气血、调补脏腑的功效。

中药保留灌肠由于药物有效成分经直肠黏膜吸收直达盆腔病灶,被证实在松解粘连、促进炎症物质的吸收等方面有良效,且有助于提高盆腔炎症性疾病后遗症临床治疗的靶向性^[18]。本研究所用灌肠方复方大血藤液是我院临床协定方,方中重用大血藤为君药,化瘀清热、通络止痛;赤芍、延胡索活血化瘀、理气止痛,二者共为臣药;佐以柴胡疏肝行气,败酱草清热利湿,大黄、桃仁、乌药、没药、片姜黄活血行气、通络止痛。诸药配伍,共奏行气活血、祛瘀止痛、清热利湿之功效。药理学研究证实,活血化瘀类中药可改善局部微循环,促进组织修复和再生,加速炎症吸收,并可减轻组织粘连^[19];延胡索、乌药等行气止痛类中药具有镇痛、镇静、抗氧化应激和减少炎症反应等作用^[20,21];而大血藤、败酱草则具有抗感染、抗病毒等作用,对于缓解盆腔痛、改善临床症状、增强子宫血流动力等有效^[22]。

本研究采取扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠进行治疗,一方面通过保留灌肠使中药药液直达盆腔病灶,另一方面利用扶阳罐良好的温通效应改善盆腔血液循环、促使药液扩散吸收,充分发挥二者协同治疗作用。结果显示,治疗后观察组的疼痛程度、中医证候各项积分降低更明显($P < 0.05$),且观察组临床总有效率明显优于对照组($P < 0.05$),提示扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠可明显改善患者疼痛症状和生活质量,松解盆腔内粘连,提升临床疗效。

在 SPID 发展过程中,一直伴随着炎症因子的异常表达。TNF- α 是一种在炎症反应中发挥核心作用的细胞因子,是炎症细胞激活系统的重要组成部分^[23]。IL-6 是具有多种生物活性的炎性细胞因子,能促进巨噬细胞表达,诱导肝细胞合成 CRP^[24]。MCP-1 属于趋化因子家族的细胞因子,能促使单核细胞、巨噬细胞等向病灶聚集,诱导多种炎症因子的产生,还能促使核因子- κB 信号通路激活,加重局部炎症损伤^[25]。TGF- $\beta 1$ 是一种特殊的炎症因子,其在血清水平高表达,

可抑制炎症反应,抑制 T 细胞以及 B 细胞的凋亡,调节免疫平衡,进而降低机体的炎症损伤^[26]。本研究结果显示,治疗后观察组 IL-6、TNF- α 、MCP-1 均低于对照组($P < 0.05$),TGF- $\beta 1$ 高于对照组($P < 0.05$)。说明扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠疗法更有利于调节炎症因子的表达,抑制体内炎症反应,改善盆腔炎症环境。

SPID 患者盆腔内血液不能及时灌入、流出,瘀滞于血管内,血运不畅,既往研究证实其盆腔局部有微血栓形成,盆腔血流动力学受到一定影响^[27],盆腔血流阻力增加,流速迟缓。本研究通过超声测定子宫动脉血流指标变化,结果显示,与对照组比较,观察组患者治疗后的 PI、RI 降低更明显($P < 0.05$),PSV 升高更明显($P < 0.05$),说明扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠更能促使子宫动脉血运增加,改善盆腔瘀血微环境状态,进而缓解盆腔疼痛。从不良反应的结果分析来看,扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠的治疗并未增加不良反应,提示二者联合应用安全性良好。

综上所述,扶阳罐联合复方大血藤液保留灌肠治疗 SPID 慢性盆腔痛的临床效果良好,能有效缓解疼痛,改善中医证候,减轻炎症反应,促进盆腔血流恢复,且具有较高的安全性,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] CURRY A, WILLIAMS T, PENNY M L. Pelvic inflammatory disease: Diagnosis, management, and prevention [J]. Am Fam Physician, 2019, 100(6):357.
- [2] TILL S R, AS-SANIE S, SCHREPF A. Psychology of chronic pelvic pain: Prevalence, neurobiological vulnerabilities, and treatment [J]. Clin Obstet Gynecol, 2019, 62(1):22.
- [3] GRINBERG K, SELA Y, NISSANHOLTZ - GANNOT R. New insights about chronic pelvic pain syndrome (CPPS) [J]. Int J Environ Res Public Health, 2020, 17(9):3005.
- [4] BISHOP L A. Management of chronic pelvic pain [J]. Clin Obstet Gynecol, 2017, 60(3):524.
- [5] ABDELHATEEZ M A, REDA A, EINAGGAR A, et al. Gabapentin for the management of chronic pelvic pain in women [J]. Arch Gynecol Obstet, 2019, 300(5):1271.
- [6] 徐立,薛晓璐.中药外治法治疗盆腔炎性疾病后遗症所致慢性盆腔痛的循证研究及临床验证[J].世界中西医结合杂志,2024,19(6):1145.
- [7] 李亚萍,崔文,刘金星,等.中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎文献分析[J].山东中医药大学学报,2021,45(3):368.
- [8] 刘磊,肖丽.扶阳罐疗法临床研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(22):188.
- [9] 谢幸等.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2018:254.
- [10] 曹泽毅.中华妇产科学(第3版)-中册[M].北京:人民卫生出版社,2014:1369.
- [11] 冯晓玲,张婷婷.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2021:253.
- [12] 朱小贞,秦秀芳.温宫消癥方穴位贴敷、中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎性疾病后遗症(寒凝血瘀型)疗效观察[J].四川中医,2022,40(9):167.
- [13] 蒋虎,姜顺.腑下逐瘀汤加减治疗盆腔炎性疾病后遗症-慢性盆腔痛临床研究[J].中药新药与临床药理,2019,30(8):985.
- [14] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:242.
- [15] 杨宝芹,李鲜,李玲玲.加味当归芍药散对慢性盆腔炎患者 MMP-2,ICAM-1,血液流变学及炎症的影响[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(21):72.
- [16] 夏添.桂枝茯苓汤加减治疗慢性盆腔炎临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(1):190.
- [17] 韩旭,潘晓雨,孙白云,等.桂枝茯苓胶囊治疗慢性盆腔炎的疗效及可能作用机制[J].中药材,2023,46(10):2604.
- [18] 朱小贞,秦秀芳.温宫消癥方穴位贴敷、中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎性疾病后遗症(寒凝血瘀型)疗效观察[J].四川中医,2022,40(9):167.
- [19] 徐珊,张小棠,裴巧丽,等.通络盆腔炎方口服联合灌肠治疗慢性盆腔炎疗效及对血清 hs-CRP、补体 C-3 的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(29):3271.
- [20] 张书荣,李奕萱,王艳艳.延胡索乙素对中枢神经系统的药理作用及机制[J].中国药物与临床,2023,23(8):477.
- [21] 杨文琴,于金倩,刘双,等.乌药化学成分及药理作用研究进展[J].中成药,2023,45(7):2300.
- [22] 胡雯倩,陈玉琪,马昕,等.红藤-败酱草抗炎作用物质基础研究进展[J].中成药,2022,44(4):1219.
- [23] 易文婧,周小月,刘丽.盆腔炎症性疾病后遗症血瘀证与炎症反应相关性研究概况[J].中医药临床杂志,2023,35(8):1613.
- [24] 王新华,朱世国.中药保留灌肠联合抗生素治疗盆腔炎性疾病后遗症的临床效果[J].临床合理用药,2023,16(32):105.
- [25] 欧慧慧,刘小晨,李婧.盆腔炎康复方联合调气祛瘀法针刺治疗盆腔炎性疾病后遗症 79 例[J].环球中医药,2023,16(4):777.
- [26] 苏虹,毛静.虎符铜砭刮痧对湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症患者免疫调节功能的影响[J].中医药临床杂志,2023,35(2):343.
- [27] 周芳怡,孙莉,单建学,等.金英胶囊联合阿奇霉素对慢性盆腔炎患者盆腔血流动力学、炎症细胞因子和 T 淋巴细胞亚群的影响[J].现代生物医学进展,2023,23(13):2578.

Observation on the therapeutic effect of Fuyang Cupping combined with *Compound Daxueteng Liquid* (复方大血藤液) retention enema in treating chronic pelvic pain of SPID with qi stagnation and blood stasis

YANG Dan¹, YI Rong¹, QUAN Kun¹, GE Wei¹, QU Zhao², YE Pan^{1*}

(1. *Traditional Chinese Medicine Hospital of China Three Gorges University/Yichang Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yichang 443003, China*; 2. *Medical College of China Three Gorges University, Yichang 443002, China*)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effects of Fuyang Cupping (FYC) combined with *Compound Daxueteng Liquid* (复方大血藤液, CDL) retention enema in the treatment of chronic pelvic pain (CPP) of SPID with qi stagnation and blood stasis. **Methods** 110 patients with CPP of SPID with qi stagnation and blood stasis admitted to our hospital from January 2023 to June 2024 were selected, which were then randomly divided into the control group and observation group, with 55 cases in each group. Both groups were treated with Guizhi Fuling Capsule (GZFLC) via oral administration, while the observation group was treated with FYJ combined with CDL retention enema. After 3 menstrual cycles of treatment, the two groups were evaluated in the clinical efficacy, pain levels, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, inflammatory factors, hemodynamics, and treatment safety. **Results** The total effective rate of the observation group was 94.55% (52/55), while the total effective rate of the control group was 80.00% (44/55). The therapeutic effect of the observation group was better than that of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the visual analogue scores (VASs) of the lower abdomen, lumbosacral region, and Mc Cormack scale were decreased in both groups ($P < 0.05$), and the observation group was lower than the control group ($P < 0.05$); TCM scores in both groups were decreased ($P < 0.05$), and the observation group was lower than the control group ($P < 0.05$); the levels of serum IL-6, TNF- α , and MCP-1 were decreased in both groups ($P < 0.05$), and the observation group was lower than the control group ($P < 0.05$); the serum levels of TGF- β 1 were increased in both groups ($P < 0.05$), and the observation group was higher than the control group ($P < 0.05$); both groups showed a decrease in PI and RI, and an increase in PSV ($P < 0.05$), with the observation group showing lower PI and RI and higher PSV than the control group ($P < 0.05$). During the treatment period, the incidences of adverse reactions in the observation group and control group were 3.64% (2/55) and 5.45% (3/55), respectively, with no statistically significant difference between the groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The clinical effect of FYJ combined with CDL retention enema in the treatment of CPP of SPID is desired, which can effectively alleviate pain and clinical symptoms, reduce inflammation, promote pelvic blood flow recovery, and exhibit high safety.

Key words: Fuyang Jar; *Compound Daxueteng Liquid* (复方大血藤液); Retention enema; Sequelae of pelvic inflammatory disease; Chronic pelvic pain

(责任编辑:程文锋)