

中医药防治盆腔炎性疾病优势与证据研究进展

马堃¹, 罗颂平^{2*}, 李敏¹, 张会仙¹, 许丽绵², 赵瑞华¹, 魏绍斌³

(1. 中国中医科学院, 北京 100700; 2. 广州中医药大学 第一附属医院, 广东 广州 510405;
3. 成都中医药大学 附属医院, 四川 成都 610072)

[摘要] 盆腔炎性疾病属于感染性疾病, 目前西医以抗生素治疗为主, 然而抗生素滥用形势严峻, 随之带来的菌群失调、菌群耐药性、超级细菌产生以及不良反应增加等潜在危险日益突出, 因此亟待寻找能补充或替代抗生素治疗本病的方法手段。中医药治疗该病疗效确切, 有其独特优势。该文主要论述盆腔炎性疾病中医药诊疗的优势与证据, 旨在进一步证明中医药治疗该病的有效性和安全性, 同时为减少抗生素的使用提供医学证据。

[关键词] 盆腔炎性疾病; 抗生素; 中医药; 优势与证据

DOI:10.19540/j.cnki.cjcm.2017.0041

Advantages and evidences research on Chinese medicine for treatment of pelvic inflammatory disease

MA Kun¹, LUO Song-ping^{2*}, LI Min¹, ZHANG Hui-xian¹, XU Li-mian², ZHAO Rui-hua¹, WEI Shao-bin³

(1. China Academy of Chinese Medicine Sciences, Beijing 100700, China;
2. The First Affiliated Hospital, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China;
3. The Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610072, China)

[Abstract] Pelvic inflammatory disease is an infectious disease. At present, Western medicine is mainly treated with antibiotics. However, the situation of antibiotics abuse is so grim that the potential risks such as the imbalance of bacteria, the resistance of bacteria, the production of super bacteria and the increase of adverse reactions are becoming more and more serious. Therefore, it is urgent to find a way to supplement or substitute antibiotics for the treatment of this disease. Traditional Chinese medicine treatment of the disease is effective and has its unique advantages. This paper mainly discusses the advantages and evidences of traditional Chinese medicine (TCM) treatment of pelvic inflammatory disease, to further prove the effectiveness and safety of TCM treatment and to provide medical evidence of reducing antibiotics use.

[Key words] pelvic inflammatory disease; antibiotics; traditional Chinese medicine; advantages and evidences

盆腔炎性疾病 (pelvic inflammatory disease, PID) 是妇科常见病、多发病, 主要由女性上生殖道炎症引起, 包括子宫内膜炎、输卵管炎等, 具有病程长、病情缠绵、复发率高等特点。若未得到及时、积极、正确治疗, 则可引起 PID 后遗症, 分为近期和远期后遗症 2 种, 近期后遗症包括输卵管卵巢囊肿、肝周围炎以及罕见的死亡, 远期后遗症包括不孕症、异位妊娠、慢性盆腔痛及 PID 反复发作^[1-4], 严重影响妇女健康, 降低生活质量, 增加家庭和社会的经济负担。

1 流行病学资料

由于许多 PID 患者症状轻微、不典型甚至无症状, 且发病率受地理位置、社会经济状况、婚姻家庭道德观念、性文化、性行为影响, 流行病学数据较难统计, 国内外尚无大范围、权威性的统计数据。有研究显示发展中国家育龄期妇女 PID 发病率高达 40%^[5]; 2004 年由北京大学第一医院牵头组织的全国 14 家医院妇科门诊和计划生育门诊就诊的 3 590 例患者, PID 患病率约占 10.1%; 2009 年陕县 8 529 例农村

[收稿日期] 2017-03-23

[基金项目] 中国中医科学院基本科研业务费专项 (ZZ10-018-02, Z0465)

[通信作者] * 罗颂平, 博士, 主任医师, E-mail: songpingluo@hotmail.com

[作者简介] 马堃, 博士, 主任医师, E-mail: makun12348@sina.com

已婚育龄妇女 PID 患病率为 3.73%^[6]。美国 NHANES 调查结果显示, 2013—2014 年, 18~44 岁已有性生活的女性自诉一生中 PID 患病率约为 4.4%^[7], 美国每年有超过 100 万急性 PID 需要治疗, 每年花费超过 40 亿美元^[6]。

2 西医研究现状

2.1 西医诊断标准及发病机制研究

2.1.1 西医诊断标准

由于 PID 症状、体征差异较大, 临床诊断较为困难, 国内无统一诊断标准。根据《2015 年美国疾病控制和预防中心关于盆腔炎性疾病的诊治规范》包括 3 大点。

2.1.1.1 最低诊断标准 ①宫颈举痛; ②子宫压痛; ③附件区压痛。

2.1.1.2 附加标准 ①体温(口表) >101°F(38.3°C); ②宫颈异常黏液脓性分泌物或宫颈脆性增加; ③阴道分泌物生理盐水涂片见大量白细胞; ④红细胞沉降率升高; ⑤血 C 反应蛋白升高; ⑥实验室证实宫颈淋病奈瑟球菌或衣原体阳性。

2.1.1.3 特异标准 ①子宫内膜活检组织学证实子宫内膜炎; ②阴道超声或核磁共振检查显示输卵管增粗, 输卵管积液, 伴或不伴有盆腔积液、输卵管卵巢肿块; 或超声检查提示 PID(如输卵管充血)。

2.1.2 西医对于 PID 发病机制研究

目前, PID 发病机制尚未完全阐明。引起该病的病原体主要包括外源性病原体和内源性病原体 2 种, 2 种可单独存在, 但多为混合感染。外源性病原体主要为性传播疾病的病原体, 以淋病奈瑟菌、沙眼衣原体为主, 还包括人型支原体、生殖支原体以及解脲支原体等。内源性病原体包括需氧菌(葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌等)和厌氧菌(消化链球菌、脆弱类杆菌、产气荚膜梭状芽胞杆菌等)。近期研究表明, 由淋病奈瑟菌或沙眼衣原体引起的 PID 发病率有所下降, 不超过 50% 的 PID 患者由淋病奈瑟菌或沙眼衣原体引起^[8]。

2.2 医治疗方案

根据 2015 年美国疾病控制和预防中心诊治规范^[8], PID 的治疗主要以广谱、经验性抗生素抗感染为主, 必要时行手术治疗。根据经验选择广谱抗生素覆盖可能的病原体, 包括厌氧菌、需氧菌、淋菌和沙眼衣原体等。所有的治疗方案都必须对淋菌和沙眼衣原体有效, 因为子宫内膜和宫颈筛查无阳性发现并不能除外上生殖道感染。是否有必要根除厌氧菌, 目前尚不明确。

2.2.1 治疗方案

①静脉药物治疗; ②肌注/口服药物治疗; ③随访; ④性伴侣治疗; ⑤预防、妊娠及其他。

2.2.2 PID 后遗症治疗方法

①近期后遗症: 必要时行脓肿切开引流或手术切除脓肿, 当发生脓肿破裂等急性并发症时可考虑剖腹探查术。②远期后遗症: 主要包括手术治疗, 药物治疗(目前尚未形成明

确的诊治规范)和理疗(激光疗法、超短波疗法、微波疗法)等^[4]。

2.2.3 治疗 PID 临床用药存在的突出问题

有学者对我国 PID 的治疗现状进行总结分析, 发现我国临床医师对 PID 缺乏统一认识, 临床用药盲目性较高, 主要存在以下几方面突出问题^[9]。

2.2.3.1 抗生素应用不当 由于开始治疗时, 多数情况是不知道 PID 患者到底是哪种病原体感染引起的, 抗生素的选择往往是根据经验用药。对既往 PID 情况调查发现^[10], 只有 68.3% 患者使用敏感抗生素, 31.7% 患者使用了致病菌已耐药的抗生素, 而且各医疗机构使用的抗生素品种繁杂, 在已调查的 7 家全国三级甲等医院 3 年治疗 PID 的药物中, 所涉及的抗生素就达百种以上。

2.2.3.2 治疗疗程不够 PID 是一种由多种微生物造成的混合深部盆腔感染, 抗生素治疗的彻底性是其治疗原则之一, 不能因为患者症状体征好转即盲目停止治疗, 一定要坚持抗生素治疗达到 2 周的时间。而且治疗疗程不够, 也是造成 PID 反复发作的原因之一。

2.2.3.3 滥用抗生素 合理使用恰当的抗生素, 是积极治疗 PID、减少副反应的关键。抗生素的选择应根据医院的条件、有效性、药物价格、患者依从性和药物敏感性等多方面综合考虑, 体现诊疗的个体化。有些临床医师不顾药物的抗菌谱, 盲目应用高级、高价抗生素, 不仅无治疗作用, 反而增加药物的耐药性, 使患者承受没必要的副反应和昂贵的医疗费用。

3 中医研究现状

中医古籍无“PID”、“PID 后遗症”病名的记载, 根据其临床表现如发热、腹痛、带下多、月经失调、痛经、不孕等, 散见于“带下病”、“产后发热”、“癥瘕”、“妇人腹痛”、“痛经”、“月经失调”、“不孕症”等病的论述中。

3.1 病因病机研究

中医认为, PID 发病主要由于经期、产后或摄生不洁, 湿热、邪毒内侵, 直入冲任及胞宫、胞脉, 与血搏结, 邪正交争, 导致发热; 不通则痛, 乃至腹痛。若 PID 治疗不及时、彻底, 邪气留恋, 与冲任胞脉气血搏结而成瘀; 或肝郁气滞, 气滞血瘀, 久则成癥, 瘀阻冲任胞脉, 不通则痛^[11]。

3.2 中医治疗方法

中医治疗 PID 及其后遗症疗效确切, 毒副作用小, 主要包括内治法(分期论治、辨证论治、古方今用、自拟方、中成药等)、外治法(中药保留灌肠、中药外敷、中药离子导入、阴道纳药等)、针灸及综合疗法等。

3.2.1 内治法

3.2.1.1 分期论治 分为 PID 急性发作期、急性症状缓解期、后遗症期 3 个阶段。金哲^[11]认为急性发作期, 病因以热毒为主, 治以清热解毒、化瘀通络法, 常用药物为金银花、连翘、当归、元胡、川楝子、蜈蚣、路路通等。急性症状缓解期,

施以活血通络、健脾利湿法，常用药物为党参、白术、路路通、茯苓、当归、赤芍、蒲黄等。PID 后遗症期，治疗以补肾健脾利湿法为主，以达扶正祛邪之效，常用药物为桑寄生、杜仲、白术、茯苓、赤芍、丹参、鸡血藤、冬瓜皮等。

3.2.1.2 辨证论治 根据中华中医药学会 2012 年发布的《中医妇科常见病诊疗指南》^[12]，明确提出 PID 辨证要点为“下腹疼痛、带下异常、发热”，病机以热毒为主，辨证分为热毒炽盛、湿热瘀结证，分别推荐以经典方剂五味消毒饮（《医宗金鉴》）合大黄酒牡丹皮汤（《金匱要略》）、仙方活命饮（《校注妇人良方》）加薏苡仁、冬瓜子为基础，根据不同病情加减化裁。多数医家认为 PID 后遗症临床常见证型包括气滞血瘀、气虚血瘀、湿热瘀阻、寒湿凝滞等。

3.2.1.3 古方今用 《金匱要略·妇人妊娠病脉证》云：“妇人腹中诸疔痛，当归芍药散主之。”临床研究发现^[13]，当归芍药散治疗 PID 后遗症疗效确切，具有养血活血、健脾行水之效，现代研究发现当归、白芍、川芎能改善炎症周围的血液循环，白术、茯苓、泽泻可减少炎性渗出，二者皆有利于炎症的尽快吸收。

少腹逐瘀汤出自《医林改错》，王清任评价其“能将子宫内瘀血化净”，具有活血化瘀、温经止痛之效，治疗 PID 后遗症疗效显著，尤其体现在止痛和化癥两方面，可以改善盆腔瘀血、粘连，促进炎性积液吸收，调节机体免疫力^[14]。

此外还有黄芪建中汤、防己茯苓汤、苓桂术甘汤治疗 PID 后遗症，疗效尚佳。

3.2.1.4 自拟方 专家根据临床经验，自拟盆康舒颗粒（组成包括黄芪、牡丹皮、川芎等），实验研究发现其通过降低血液黏度，改善血液流变性，加快盆腔血流速度，增加局部组织血液灌注量，促进局部水肿的消退和炎症的吸收，从而起到治疗 PID 后遗症的作用^[15]。

金哲^[16]自拟丹枝饮（主要丹参、桑枝、川芎、续断、连翘、荔枝核、延胡索、香附等组成）治疗 PID 后遗症，临床疗效确切，实验研究证明其可有效降低炎性因子表达水平，改善盆腔慢性疼痛，达到治疗 PID 后遗症的作用。

3.2.1.5 中成药 魏绍斌^[17]对中成药治疗 PID 进行研究总结，提出热毒炽盛证用妇乐颗粒、妇平胶囊等清热解毒、凉血活血止痛，湿热（毒）蕴结证用金刚藤胶囊（片剂、糖浆）、红花片（胶囊）等清热解毒利湿、活血止痛。PID 后遗症期，湿热瘀结证用妇炎康复片（胶囊）、妇康口服液、康妇炎胶囊等清热利湿、化瘀止痛，寒湿凝滞证用桂枝茯苓胶囊（丸/片）、少腹逐瘀颗粒（丸）等祛寒除湿、活血化瘀，气虚血瘀证用丹黄祛瘀片（胶囊）、止痛化癥胶囊（片）益气健脾、化瘀止痛，气滞血瘀证用金鸡化痰颗粒、妇可靖胶囊等活血化瘀、理气止痛，肾虚血瘀证用妇宝颗粒（胶囊）等补肾益气、活血止痛。

3.2.2 外治法

3.2.2.1 中药保留灌肠 该法使药液直达炎症部位，促进

局部炎症的吸收，避免肝脏的首过效应，减轻恶心、呕吐和泄泻等不良反应，常用药物有金银花、连翘、紫花地丁、红藤、败酱草、乳香、没药、大黄、延胡索、牡丹皮、透骨草、皂角刺等。方法为中药浓煎至 100 mL，温度约 38~40℃，采用一次性保留灌肠袋，灌肠前嘱患者排空大小便，治患者左侧卧位，臀部抬高 10 cm 以上为宜，插管深度 15~20 cm，灌肠速度应以 100 mL 药液在 20 min 内滴完为宜，灌肠液在肠道存留时间最少在 4~6 h，每日 1 次，经期停用。

3.2.2.2 中药外敷 通过高浓度药物直接作用于皮肤、毛窍，直达病所，促进炎症病理产物的吸收和消散。常用药物有败酱草、红藤、丹参、赤芍、乳香、没药、透骨草、三棱、莪术等。方法为将中药装入布袋，蒸透后温热熨敷小腹，每次 20~30 min，每日 1 次。

3.2.2.3 中药离子导入 该法是集中药外用、经络穴位、热疗、电疗于一体的理疗方法，能提高局部药物浓度，改善微循环，延长药物作用时间，促进药物的吸收，提高药物疗效。常用药物有丹参、红藤、赤芍、乳香、没药、红花、三棱、莪术等。方法：中药水煎煮，浓缩至 60~100 mL，取汁后用离子导入仪经皮给药治疗，每日 1 次，每次治疗 30 min，经期停用。

3.2.2.4 直肠纳药 直接作用于直肠粘膜，药物吸收迅速而完全。常用药物有康妇消炎栓、野菊花栓等。

3.2.3 针灸

该法与其他途径相比，无毒副作用，具有确切的免疫调节和抗炎作用。常用穴位有三阴交、子宫、中极、关元、气海、次髎、肾俞等。

3.2.4 其他

包括穴位埋线、耳穴贴压、物理疗法等，具有改善血管通透性和血液循环，加速炎症吸收，减少渗出和粘连，缓解临床症状和局部体征的作用。

3.2.5 综合治疗

以辨证治疗为核心，在口服中药的基础上，结合中药灌肠、外敷、离子导入、阴道纳药、针灸、穴位埋线、耳穴贴压诸法，多手段、多途径干预，既通过口服中药治疗调摄机体，又通过局部用药使药效直达病所，共同作用使机体正气盛，邪气除，尽快恢复生理稳态。

4 中医药治疗盆腔炎性疾病优势与证据的研究

面对西药治疗 PID 手段单一、不良反应发生率高、疾病复发率高、远期后遗症发生率偏高、抗生素滥用现象普遍及其所造成的抗生素耐药、超级细菌感染等严峻后果，中医药对 PID 及其后遗症的治疗显示出独特的优势，主要体现在临床症状明显改善，复发率、后遗症发生率及不良反应发生率显著降低，提高药效，减少副作用，安全性较好等方面，尤其中医可以通过多种途径综合治疗，缩短治疗时间和疗程，且安全无毒副作用。

4.1 单独应用中药治疗，疗效确切，症状明显改善

吴小仙^[18]将 127 例 PID 随机分为观察组和对照组，观

察组予以中药复方盆腔消炎汤(由黄连、桃仁、赤芍、牡丹皮、延胡索等组成),对照组予以常规西药治疗,疗程2周,统计发现观察组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$),观察组腹痛消失时间明显短于对照组($P < 0.05$),提示盆腔消炎汤治疗PID临床疗效优于西药。

朱梅英^[19]应用盆腔消炎汤治疗PID患者46例,与随机抽取的同期采用常规抗生素治疗的40例同样病患者进行对比,发现治疗组显效26例,有效16例,总有效率91.3%,明显高于对照组($P < 0.05$),提示盆腔消炎汤对PID具有明显治疗作用。

葛素侨^[20]将99例PID后遗症患者随机分为治疗组56例和对照组43例,分别予以桂枝茯苓汤加减和抗生素治疗,结果发现治疗组治愈率51.39%,对照组11.63%,二者有显著性差异。

4.2 中西医结合治疗,远期疗效显著

王英^[21]观察妇科千金胶囊联合抗生素治疗PID的临床效果,将115例患者随机分为对照组53例和观察组62例,对照组采用常规治疗方法,包括补液、纠正电解质紊乱、物理降温等,同时给予头孢三嗪2.0g入液静滴,每日2次,替硝唑200mL静滴,每日1次。观察组在对照组基础上加用妇科千金胶囊2粒口服,每日3次。结果提示观察组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$),观察组治疗后腹痛、包块消失时间及体温下降时间均明显短于对照组($P < 0.05$),说明妇科千金胶囊联合抗生素治疗PID临床疗效较好。

李静^[22]将72例PID患者随机分为观察组和对照组,2组均采用常规方法治疗,观察组加用妇科千金片治疗,结果提示观察组总有效率明显高于对照组,2组治疗前血清肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素等炎症介质表达水平比较无明显差异,治疗后炎症介质表达水平均明显下降,且观察组下降更显著。说明妇科千金片治疗PID疗效显著,可明显减轻炎症介质介导的炎性反应。

李俊良^[23]采用PID动物模型初步探讨康妇炎胶囊对PID治疗的效果,发现单纯西药抗生素治疗,仍最终进展为PID后遗症;而当康妇炎胶囊与抗生素联合应用时,在控制急性炎症的进展和后期慢性转归方面都具有良好的抗炎抑菌作用,使PID完全治愈成为可能。

梁旭东^[24]选择北京7家医院门诊438例PID患者,随机分为6组,分别为单纯口服抗生素、口服抗生素+妇乐颗粒、口服抗生素+康妇炎胶囊、单纯静脉使用抗生素、静脉使用抗生素+妇乐颗粒、静脉使用抗生素+康妇炎胶囊,结果发现无论口服或静脉输注抗生素治疗,单纯应用抗生素治疗组在停用抗生素后,随后各个观察时间点疗效均降低,提示抗生素停药后远期疗效并不满意。而抗生素联合康妇炎胶囊在远期疗效的各时间点明显优于单纯应用抗生素组,提示其具有明显疗效优势,对PID的后续持续治疗具有积极作用。

郭淑红^[25]将106例PID患者,按照随机数字表法分为

治疗组52例和对照组54例,对照组予以口服或静滴抗生素治疗,治疗组在对照组治疗的基础上采用中药熏蒸下腹部同步治疗,在治疗后半年和1年的回访结果中,发现治疗组回访分数远低于对照组,改善率有显著性差异,提示中药远期疗效明显。

4.3 复发率、后遗症发生率及不良反应发生率明显降低

李芹^[26]选择214例PID患者,随机分为观察组110例和对照组104例,对照组采用常规广谱、足量、短程抗菌素等西医治疗方法,观察组在对照组治疗的基础上加中药巩固治疗3个疗程,结果提示观察组和对照组后遗症发生率分别为1.8%和5.8%,差异具有统计学意义,提示中西医结合治疗能够有效防止后遗症的发生。

龚巍^[27]将106例老年急性盆腔炎患者分为对照组和观察组,对照组予以西药抗生素治疗,观察组予以清热活血联合康妇消炎栓治疗,结果发现观察组在不良反应发生率、停药3个月后复发率上较对照组明显降低,在抗生素使用时间、住院时间上明显缩短,差异均有统计学意义,提示中医药治疗老年急性盆腔炎临床效果显著,且副作用低,作用温和且持久。

吴伟燕^[28]观察桂枝茯苓胶囊联合抗生素治疗PID后遗症的临床效果,将118例患者随机分为对照组和观察组,对照组给予静脉滴注甲硝唑及青霉素常规西药抗生素治疗,观察组在对照组的基础上给予桂枝茯苓胶囊口服,连续治疗3个疗程后随访半年,统计其复发率,结果发现对照组复发率23.7%,明显高于观察组复发率8.5%,差异具有统计学意义,提示中西医结合治疗能够降低患者炎症细胞水平,具有良好的抗炎作用。

钱月芳^[29]观察康妇消炎栓对PID后遗症临床疗效,将120例符合入组标准的患者随机分为治疗组和对照组,治疗组予以康妇消炎栓,对照组予以左氧氟沙星+奥硝唑,治疗2个疗程,结果提示康妇消炎栓能够有效升高 $CD4^+$ 含量,降低 $CD8^+$,恢复 $CD4^+/CD8^+$,改善患者免疫功能,减少PID的反复发作。

4.4 中医多种途径治疗优势明显

张秀萍^[30]将180例PID后遗症患者随机分为2组,治疗组采用康妇炎胶囊灌肠治疗,观察组采用抗生素治疗,结果发现治疗组的起效时间快于观察组,治疗组总有效率高于观察组,且未发现明显不良反应。

郑跃^[31]观察中医“三联疗法”(中药内服、中药灌肠、微波理疗)对PID后遗症患者的临床疗效,将120例患者随机分为治疗组和对照组,治疗组予以口服中药(牡丹皮、延胡索、赤芍、柴胡、香附、金银花、连翘等)+保留灌肠中药(大血藤、黄柏、败酱草、丹参、赤芍、当归等)+微波治疗,对照组予以替硝唑注射液+盐酸莫昔沙星片治疗,连续治疗3个月经周期,结果显示中医“三联疗法”治疗效果、治疗后症状总积分与体征总积分改善程度优于对照组,差异具有统计学意义

($P < 0.05$)。

王艳华^[32]研究妇科千金片联合中药灌肠治疗 PID 后遗症的疗效及其对血液流变学和炎性因子的影响,将 128 例 PID 后遗症患者随机分为对照组 42 例、灌肠组 41 例和联合治疗组 45 例,对照组采用抗生素治疗,灌肠组在对照组治疗的基础上采用妇炎康胶囊进行保留灌肠,联合治疗组在灌肠组的基础上,采用妇科千金片治疗。结果发现与对照组比较,灌肠组和联合治疗组在总有效率、治愈率、显效率、血液流变学指标、炎性因子和生活质量评分方面具有显著性差异($P < 0.05$),提示妇科千金片联合中药灌肠治疗 PID 后遗症疗效确切,能改善患者血液流变学,调节炎性因子水平,提高患者的生活质量。

5 问题与展望

如今抗生素滥用已成为全球公共卫生问题,人类面临细菌耐药性和抗生素不良反应不断增加的严峻形势,研究和开发新型的抗感染药物迫在眉睫。中药药源广泛、成分多样,既可以直接抗菌治疗感染性疾病,又可以激发调动机体内在的抗菌积极因素,以及降低细菌毒力和减轻细菌对组织细胞的破坏能力,还可以通过调节免疫功能增强机体免疫力,而调动自身潜力抗感染,达到治疗疾病的目的^[33]。因此“抗生素中药替代”研究已成为全世界关注的焦点。

如何有效利用中医药治疗 PID 及其后遗症,把握其在治疗中的定位和作用,充分发挥中医药的优势是国内外临床医生关注的重点。通过既往文献研究分析,中西医治疗 PID 各有所长,西医在控制急性、重症 PID 方面疗效显著;中医“扶正祛邪”治疗 PID,从整体和局部考虑,标本兼治,内外合治,注重心理治疗和情志调节,具有提高疗效、缩短疗程、防止复发等优势特色。从目前中医药研究报道来看,单纯中医药治疗的相关研究总体质量不高,纳入的试验研究均存在不同程度的方法学缺陷,如随机方法的选择交代不清、盲法的使用混乱、诊疗标准和疗程不统一、对药物不良反应的观察不够等,特别是缺乏多中心、随机、双盲、阳性药平行对照、分层设计的临床试验,对单纯中药、单纯西药、中西医联合治疗 PID 的有效性、安全性、防止继发感染、降低复发率等相关指标评估数据不足等。

此外,还有一些问题很大程度上限制了中医药在 PID 及后遗症治疗中的应用。例如,中药质量无法保证,市场上中药质量参差不齐,药效相差甚远;一些医生的中医知识比较薄弱,辨证选药不准确;治法、操作不规范,影响疗效等。因此,严格控制中药质量,选择合适剂型,制定相关共识或指南,指导临床医生正确合理用药、规范操作等治疗措施,也将是今后研究工作的重点。

【参考文献】

- [1] CDC. 2015 Sexually transmitted diseases treatment guidelines [M]. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, 2015.
- [2] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. 盆腔炎性疾病病诊治规范(修订版) [J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(6): 401.
- [3] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013:264.
- [4] 米兰, 刘朝晖. 盆腔炎疾病后遗症 [J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(10):731.
- [5] Khan Z E, Rizvi J H. Pelvic inflammatory disease and pelvic abscesses [J]. Rev Gynaecol Perinat Pract. 2006, 6(3/4): 185.
- [6] 吴文湘, 廖秦平. 盆腔炎性疾病的流行病学 [J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(10):721.
- [7] Kreisler K, Torrone E, Bernstein K, et al. Prevalence of pelvic inflammatory disease in sexually experienced women of reproductive age—United States, 2013—2014 [J]. Morb Mortal Wkly Rep. 2017, 66(3): 80.
- [8] 刘晓娟, 范爱萍, 薛凤霞. 2015 年美国疾病控制和预防中心关于盆腔炎性疾病的诊治规范 [J]. 国际妇产科学杂志, 2015, 42(6): 674.
- [9] 刘朝晖. 盆腔炎治疗中的过度与不足 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(7): 509.
- [10] 刘朝晖, 陈磊, 廖秦平. 国内 7 所医院妇科住院患者急性盆腔炎诊治情况调查 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2009(2): 121.
- [11] 金哲. 盆腔炎性疾病的中医药治疗 [J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(10):733.
- [12] 中华中医药学会. 中医妇科常见病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 114.
- [13] 张红, 李云波, 金哲. 当归芍药散治疗慢性盆腔炎疗效观察 [J]. 中国中医药信息杂志, 2009: 16(10): 58.
- [14] 郑永新. 少腹逐瘀汤治疗慢性盆腔炎临床观察 [J]. 四川中医, 2014, 32(8): 121.
- [15] 程静, 宋红萍, 陈冠荣, 等. 盆康舒颗粒对慢性盆腔炎的保护作用及机制探讨 [J]. 中国医院药学杂志, 2014, 34(11): 895.
- [16] 梁照, 鲁秋丹, 金哲. 丹枝饮对盆腔炎性疾病后遗症小鼠体内炎性因子的影响 [J]. 天津中医药大学学报, 2017, 36(1): 33.
- [17] 胡荣静, 周双双, 魏绍斌. 中成药治疗盆腔炎性疾病的辨证应用 [J]. 中国计划生育和妇产科, 2015, 7(3): 1.
- [18] 吴小仙. 盆腔消炎汤治疗急性盆腔炎疗效观察 [J]. 上海中医药杂志, 2013, 47(1): 54.
- [19] 朱梅英, 从兰香. 盆腔消炎汤治疗急性盆腔炎 46 例 [J]. 长春中医药大学学报, 1997, 13(61):46.
- [20] 葛素侨, 刘利. 桂枝茯苓汤加减治疗慢性盆腔炎临床分析 [J]. 中国实用医药, 2007, 2(12): 80.
- [21] 王英. 妇科千金胶囊联合抗生素治疗急性盆腔炎 62 例 [J]. 中国中医急症, 2011, 20(6): 971.
- [22] 李静, 曾琴, 黄光荣. 妇科千金片对急性盆腔炎患者血清炎症介质表达的影响 [J]. 中国药业, 2014, 23(24): 33.
- [23] 李俊良, 王建六, 王世军, 等. 康妇炎胶囊对兔盆腔炎性疾病后遗症模型治疗的初步研究 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2014, 15(12): 1453.

- 2010, 11(6) :443.
- [24] 梁旭东, 张静, 王建六, 等. 康妇炎胶囊治疗盆腔炎性疾病的临床观察 [J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(4) : 274.
- [25] 郭淑红, 饶胜国, 刘丽, 等. 中药熏蒸治疗盆腔炎性疾病的远期疗效观察 [J]. 中国医药创新, 2014, 11(1) : 116.
- [26] 李芹, 张帆. 中西医结合治疗盆腔炎性疾病 214 例疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(9) : 117.
- [27] 龚巍, 万莉, 刘娜. 清热理血汤联合康妇消炎栓治疗老年急性盆腔炎的临床研究 [J]. 中药药理与临床, 2016, 32(1) : 202.
- [28] 吴伟燕, 汪慧芳, 吕蓓. 桂枝茯苓胶囊联合抗生素对慢性盆腔炎患者超敏 C 反应蛋白、白细胞介素-2 及复发率的影响 [J]. 成都中医药大学学报, 2015, 38(1) : 65.
- [29] 钱月芳, 徐燕. 康妇消炎栓对盆腔炎性疾病的疗效及机体免疫功能的影响 [J]. 世界中医药, 2015, 10(11) : 1701.
- [30] 张秀萍. 康妇炎胶囊灌肠治疗急性盆腔炎性疾病 (PID) 遗症疗效观察 [J]. 中国性科学, 2013, 22(2) : 25.
- [31] 郑跃, 李世大, 刘丽, 等. 中医“三联疗法”治疗慢性盆腔炎临床观察 [J]. 光明中医, 2016, 31(23) : 3417.
- [32] 王艳华. 妇科千金片联合中药灌肠治疗慢性盆腔炎的疗效及对血液流变学和炎性因子水平的影响 [J]. 河北医药, 2015, 37(20) : 3076.
- [33] 王科峰, 杨海卿. 中药抗菌作用研究思路探讨 [J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(8) : 83.

[责任编辑 丁广治]