

加味少腹逐瘀汤治疗盆腔炎性疾病后遗症-慢性 盆腔痛寒湿凝滞证的临床分析

符泽美*, 李丽娟, 王爱丽
(海口市中医医院, 海口 570100)

[摘要] **目的:**探讨加味少腹逐瘀汤治疗盆腔炎性疾病后遗症-慢性盆腔痛(SPID-CPP)寒湿凝滞证的止痛效应及对血栓素 B_2 (TXB_2)/6-酮-前列环素 $F_{1\alpha}$ (6-Keto-PGF $_{1\alpha}$)和促炎因子的影响。**方法:**将符合要求的118例患者,按数字表法随机分为对照组和观察组各58例。考虑有感染者给予盐酸左氧氟沙星胶囊,0.2 g/次,3次/d,连续治疗14 d。对照组口服桂枝茯苓丸,6 g/次,2次/d;观察组内服加味少腹逐瘀汤,1剂/d。两组患者均连续治疗3个月经周期,经期不停服。主观疼痛程度采用视觉模拟评分(VAS)评分,客观体征评分采用Mc Cormack量表,寒湿凝滞证评分,均于治疗前后各评价1次;进行治疗前后焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分;记录治疗后下腹痛等8个症状转归情况;检测治疗前后肿瘤坏死因子- α (TNF- α),白细胞介素-6(IL-6),IL-8和细胞间黏附分子-1(ICAM-1), TXB_2 和水平6-Keto-PGF $_{1\alpha}$ 。**结果:**治疗后观察组患者VAS评分、寒湿凝滞证评分和Mc Cormack评分均低于对照组($P < 0.01$);观察组患者SAS和SDS评分均低于对照组($P < 0.01$);观察组下腹痛、痛经、性交痛、肛门坠胀、白带增多、腹胀等症状的改善情况均优于对照组($P < 0.05$);观察组 TXB_2 水平和 $TXB_2/6-Keto-PGF_{1\alpha}$ 均低于对照组,6-Keto-PGF $_{1\alpha}$ 水平高于对照组($P < 0.01$);观察组患者血清TNF- α ,IL-6,IL-8和ICAM-1水平均低于对照组($P < 0.01$);观察组临床疗效总有效率为94.55%,高于对照组的为81.48%($\chi^2 = 4.427, P < 0.05$)。**结论:**采用加味少腹逐瘀汤治疗SPID-CPP寒湿凝滞证患者,可缓解疼痛,减轻临床症状,改善患者的抑郁、焦虑状态,抑制促炎因子表达,调节 $TXB_2/6-Keto-PGF_{1\alpha}$,有明显的临床疗效。

[关键词] 盆腔炎性疾病后遗症;慢性盆腔痛;少腹逐瘀汤;寒湿凝滞证;血栓素 B_2 ;6-酮-前列环素 $F_{1\alpha}$;促炎因子
[中图分类号] R271;R271.1;R289 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2018)10-0200-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20181042

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20180309.1032.030.html>

[网络出版时间] 2018-03-09 11:48

Effect of Modified Shaofu Zhuyutang on Pelvic Inflammatory Disease-chronic Pelvic Pain with Cold Damp Stagnation Syndrome

FU Ze-mei*, LI Li-juan, WANG Ai-li
(Haikou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Haikou 570100, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss the analgesia effect of modified Shaofu Zhuyutang on pelvic inflammatory disease-chronic pelvic pain (SPID-CPP) with cold damp stagnation syndrome and the effect on levels of thromboxane B_2 (TXB_2) /6-keto prostacyclin- $F_{1\alpha}$ (6-Keto-PGF $_{1\alpha}$) and proinflammatory factors. **Method:** A total of 118 patients were randomly divided into control group and observation group by random number table. Patients with infection were given levofloxacin hydrochloride capsules for 14 days, 0.2 g/time, 3 times/days. Patients in control group got Guizhi Fulin pills, 6 g/time, 2 times/days. Patients in observation group got modified Shaofu Zhuyutang, 1 dose/day. The treatment lasted for 3 menstrual cycles. Before and after treatment, degree of subjective pain was scored by visual analogue scale (VAS), objective signs were scored by Mc Cormack, and cold

[收稿日期] 20171113(141)

[基金项目] 海南省卫生厅科计划项目(201602077)

[通信作者] *符泽美,主治医师,从事妇产科临床诊疗工作,E-mail:2912586141@qq.com

damp stagnation syndrome was also scored. And self-rating anxiety scale (SAS) and self-rating depression scale (SDS) were also scored. And 8 symptoms, such as lower abdominal pain, were recorded. And levels of tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), IL-8, intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1), TXB₂ and 6-Keto-PGF_{1 α} were detected. **Result:** Scores of VAS, cold damp stagnation syndrome, Mc Cormack, SAS and SDS in observation group were lower than those in control group ($P < 0.01$). The ameliorations of abdominal pain, dysmenorrheal, algopareunia, anal bulge, leukorrhagia, abdominal distention were better than those in control group ($P < 0.05$). And levels of TXB₂ and TXB₂/6-Keto-PGF_{1 α} were higher than those in control group ($P < 0.01$). And levels of TNF- α , IL-6, IL-8 and ICAM-1 were lower than those in control group ($P < 0.01$). The total clinical effect rate in observation group was 94.55%, which was higher than 81.48% in control group ($\chi^2 = 4.427, P < 0.05$). **Conclusion:** Modified Shaofu Zhuyutang can relieve the pain and clinical symptoms, ameliorate depression and anxiety, inhibit expression of proinflammatory factors and regulate TXB₂/6-Keto-PGF_{1 α} , with an obvious clinical effect.

[**Key words**] pelvic inflammatory disease; chronic pelvic pain; Shaofu Zhuyutang; cold damp stagnation syndrome; thromboxanes B₂; 6-Keto-prostaglandin-F_{1 α} ; proinflammatory factors

盆腔炎性疾病后遗症 (sequelae of pelvic inflammatory disease, SPID) 包括近期后遗症如输卵管卵巢脓肿、肝周围炎、输卵管炎等, 远期后遗症包括异位妊娠、不孕症、慢性盆腔痛及盆腔炎性疾病 (PID) 反复发作等^[1]。其中慢性盆腔痛 (chronic pelvic pain, CPP) 在临床中非常常见, 表现下腹部坠胀、疼痛及腰骶部酸痛, 持续性钝痛及隐痛, 常在劳累、性交后或月经前后加剧, 疼痛持续达 6 月以上, 呈非周期性, 且对非阿片类药物无效, 长期严重困扰女性, 引起社会行为和家庭生活障碍, 成为医患双方关注的重点^[2]。现代医学对 SPID 致 CPP 主要治疗方法包括手术、药物、理疗等, 但手术有严格的适应证, 其药物治疗尚未形成明确的诊治规范, 抗生素多耐药, 临床疗效欠佳^[1]。

对于 SPID 致 CPP, 现代中医学者归为妇人腹痛、妇人癥瘕、痛经等范畴, 多因 SPID 治疗不及时、不彻底, 邪气留连, 与冲任胞脉气血搏结而成瘀, 肝郁气滞, 气滞血瘀, 久则成癥, 瘀阻冲任胞脉; 病情缠绵难愈, 损伤正气, 导致本虚 (气血冲任不足) 标实 (瘀滞胞脉) 的“不荣则痛”或“不通则痛”的病机特点^[3]。中医治疗 SPID 历史悠久, 联合抗生素治疗能有效地改善 SPID 远期预后, 对于 SPID 后遗症的治疗大有利处, 获得了中西医学者的广泛认可^[1]。活血化瘀中药有助于恢复 SPID 破坏组织, 松解粘连, 减缓增生及瘢痕形成^[4]。少腹逐瘀汤出自清代王清任的《医林改错》, 具有温经活血、化瘀定痛之功, 广泛用于 PID, 原发性痛经、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、子宫腺肌症等多种妇科疾病的治疗^[5]。药理研究显示有镇痛、抗炎和活血化瘀作用, 与调节血

浆 TXA₂/PGI₂ 的平衡有关^[6]。但本方扶正之力不足, 因此笔者在临证常加入黄芪、党参、熟地黄、桑寄生、川续断以益气养血、补肝益肾, 以助少腹逐瘀汤之化瘀止痛。本研究评价了加味少腹逐瘀汤治疗 SPID-CPP 的临床疗效, 为临床的使用提供科学的依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月—2017 年 2 月海口市中医医院门诊就诊, 符合要求的 116 例患者作为研究对象, 按数字表法随机分为对照组和观察组各 58 例。对照组年龄 24~43 岁; CPP 病程 8~29 个月; 观察组年龄 25~41 岁, 病程 10~36 个月。两组患者基线资料比较, 见表 1, 差异均无统计学意义, 具有可比性。对照组脱落、失访 4 例, 完成 54 例, 观察组脱落、失访 3 例, 完成 55 例; 研究流程, 见图 1。

表 1 两组患者基线资料比较

Table 1 Comparison of baseline data in two groups

组别	年龄 ($\bar{x} \pm s$) /岁	病程 ($\bar{x} \pm s$) /月	VAS ($\bar{x} \pm s$)/分	下腹痛 /%	痛经 /%
对照	31.52 ± 7.11	13.25 ± 2.87	5.04 ± 0.75	100	53.45
观察	32.84 ± 7.68	12.63 ± 2.92	5.11 ± 0.69	100	51.72

组别	性交痛 /%	肛门坠胀 /%	便秘 /%	腹胀 /%	白带增多 /%	腹泻 /%
对照	44.83	62.07	25.86	56.90	84.48	12.07
观察	46.55	65.52	24.14	60.34	87.93	13.79

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 SPID 的诊断标准参照《盆

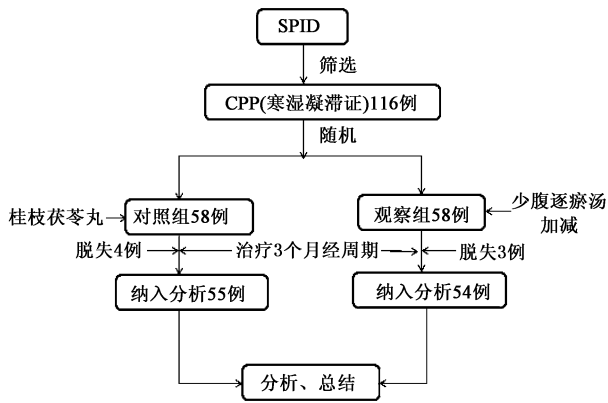


图 1 试验流程

Fig.1 Test flow of two groups

腔炎症性疾病诊治规范(修订版)》^[7]和《妇产科学》^[8]制定。有PID明确病史,持续6个月以上反复的下腹痛,下腹坠胀疼痛或腰部胀痛为临床主要症状,疼痛常在劳累、性交、月经前后加重,白带增多,可伴有低热、疲乏神经衰弱症状;妇科检查,子宫(活动受限或粘连固定)有压痛,附件区(索状增粗或片状增厚或包块)压痛,血常规,血沉,C反应蛋白可能出现异常;B超检查,部分患者子宫直肠陷窝有积液,子宫后位,一侧或双侧附件炎性包块。

1.2.2 寒湿凝滞证诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定。主证为下腹冷痛或刺痛,腰骶酸胀痛或冷痛,带下量多,色白质稀;次证为经期腹痛加重,得温则减;月经量少或月经错后,经色暗或夹血块;大便塘泄,形寒肢冷;精神不振、疲乏无力。舌脉为舌质淡暗或有瘀点,苔白腻,脉沉迟或沉涩。

1.3 纳入标准 ①符合SPID-CPP的诊断标准;②符合寒湿凝滞证诊断标准;③均有下腹痛表现,且VAS ≥ 3 分;④年龄20~45岁,已婚或有性生活者;⑤患者同意配合本方案治疗,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①盆腔炎急性发作,或合并盆腔脓肿等需要手术治疗者;②妇科肿瘤、子宫内膜异位症、盆腔瘀血综合征、术后粘连、子宫肌瘤、结核性盆腔炎等疾病导致的慢性盆腔疼痛者;③妊娠期或哺乳期妇女;④严重过敏体质或对研究已知药物成分过敏者;⑤合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发疾病,糖尿病,精神病、肿瘤患者;⑥同期采用其他中药治疗影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 考虑有感染者给予盐酸左氧氟沙星胶囊(海南普利制药股份有限公司,国药准字H20057731),0.2g/次,3次/d,连续治疗14d。对

照组口服桂枝茯苓丸(成都九芝堂金鼎药业有限公司,国药准字Z51021119),6g/次,2次/d。观察组内服加味少腹逐瘀汤。药物组成为小茴香10g,干姜5g,没药10g,当归10g,延胡索10g,川芎10g,赤芍15g,蒲黄10g,五灵脂10g,黄芪30g,党参15g,熟地黄30g,桑寄生20g,川续断15g,甘草6g。饮片由本院中药房统一提供,均由医院煎药室,采用煎药机煎煮2次,混合药液至400mL,200mL/次,分早、晚2次温服,1剂/d。两组患者均连续治疗3个月经周期,经期不停服药。

1.6 观察指标 ①主观疼痛程度评分,采用VAS评分法,治疗前后各评价1次。②记录治疗后下腹痛等8个症状消失率。③寒湿凝滞证评分,参照《中药新药临床研究指导原则》,根据无、轻、中、重4级主证分别记0,2,4,6分;次证记0,1,2,3分;治疗前后各评价1次。④客观体征评分,采用Mc Cormack量表^[9],腹部压痛和反跳痛(各包括4个象限)、宫颈举摆痛、子宫压痛、左或右附件区压痛。分为4级,0分,为无疼痛;1分,有疼痛主诉,但无面部表情变化及肌紧张;2分,疼痛伴面部表情变化及肌紧张;3分,疼痛表现非常痛苦。总分0~36分;治疗前后各评价1次。⑤焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS),评分,治疗前后各评价1次。⑥血栓素 B_2 (TXB₂)和6-酮-前列环素 $F_{1\alpha}$ (6-Keto-PGF_{1 α}),采用放免法测定TXB₂和6-Keto-PGF_{1 α} 水平,试剂盒(南京建设生成科技公司,批号均为201609014);治疗前后各检测1次。⑦炎症因子检测,血清肿瘤坏死因子(TNF- α),白细胞介素-6(IL-6),IL-8和细胞间黏附分子-1(ICAM-1),采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒均为(上海信帆生物科技有限公司,批号均为20170322);治疗前后各检测1次。

1.7 疗效标准 ①中医证候+Mc Cormack量表总分作为疗效指数。②临床痊愈为疗效指数 $\geq 90\%$;显效为 $70\% \leq$ 疗效指数 $< 90\%$;有效为 $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$;无效为疗效指数 $< 30\%$ 。采用尼莫地平法计算。

$$\text{疗效指数} = (\text{治疗后得分} - \text{治疗前得分}) / \text{治疗前得分} \times 100\%$$

$$\text{总有效率} = (\text{临床治愈} + \text{显效} + \text{有效}) \text{例数} / \text{总例数} \times 100\%$$

1.8 统计学处理 数据采用SPSS 20.0统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检

验,以 $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 VAS 评分、寒湿凝滞证评分和 Mc Cormack 评分比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者 VAS 评分、寒湿凝滞证评分和 Mc Cormack 评分均明显下降($P < 0.01$);治疗后观察组患者 VAS 评分、寒湿凝滞证评分和 Mc Cormack 评分均低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 VAS 评分、寒湿凝滞证评分和 Mc Cormack 评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of scores of VAS, cold damp stagnation syndrome and Mc Cormack in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	VAS	寒湿凝滞证	Mc Cormack
对照	54	治疗前	5.04 ± 0.75	23.64 ± 3.75	21.63 ± 4.62
		治疗后	1.55 ± 0.33 ¹⁾	7.35 ± 2.04 ¹⁾	7.92 ± 2.27 ¹⁾
观察	55	治疗前	5.11 ± 0.69	24.06 ± 4.13	22.18 ± 4.37
		治疗后	0.82 ± 0.24 ^{1,2)}	3.63 ± 1.01 ^{1,2)}	3.84 ± 1.49 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 3,5,6 同)。

表 4 两组患者治疗前后下腹痛等症状转归情况比较

Table 4 Comparison of symptoms such as lower abdominal pain in two groups before and after treatment %

组别	例数	时间	下腹痛	痛经	性交痛	肛门坠胀	便秘	腹胀	白带增多	腹泻
对照	54	治疗前	100	53.45	44.83	62.07	25.86	56.90	84.48	12.07
		治疗后	18.52	20.37	14.81	24.07	3.70	18.52	25.93	3.70
观察	55	治疗前	100	51.72	46.55	65.52	24.14	60.34	87.93	13.79
		治疗后	5.45 ¹⁾	7.27 ¹⁾	3.64 ¹⁾	9.09 ¹⁾	2.75	3.64 ¹⁾	5.45 ¹⁾	0

注:与对照组治疗后比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后 TXB₂ 和 6-Keto-PGF_{1α} 变化情况比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者血浆 TXB₂ 水平和 TXB₂/6-Keto-PGF_{1α} 均有下降,6-Keto-PGF_{1α} 水平升

2.2 两组患者治疗前后 SAS 和 SDS 评分比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者 SAS 和 SDS 评分均有下降($P < 0.01$);治疗后观察组患者 SAS 和 SDS 评分均低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 SAS 和 SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of scores of SAS and SDS in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	SAS	SDS
对照	54	治疗前	57.13 ± 7.49	59.24 ± 7.83
		治疗后	51.34 ± 5.95 ¹⁾	52.41 ± 6.06 ¹⁾
观察	55	治疗前	57.38 ± 7.37	59.65 ± 7.90
		治疗后	47.02 ± 4.92 ^{1,2)}	48.17 ± 5.22 ^{1,2)}

2.3 两组患者治疗前后下腹痛等症状转归情况比较 与治疗前相比较,治疗后观察组下腹痛、痛经、性交痛、肛门坠胀、白带增多、腹胀等症状的改善情况优于对照组($P < 0.05$);便秘和腹泻改善情况组间比较差异无统计学意义,见表 4。

高($P < 0.01$);治疗后观察组 TXB₂ 水平和 TXB₂/6-Keto-PGF_{1α} 均低于对照组,6-Keto-PGF_{1α} 水平高于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 TXB₂ 和 6-Keto-PGF_{1α} 变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison of changes in TXB₂ and 6-Keto-PGF_{1α} in two groups before and after treatment($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TXB ₂ /ng·L ⁻¹	6-Keto-PGF _{1α} /ng·L ⁻¹	TXB ₂ /6-Keto-PGF _{1α}
对照	54	治疗前	217.34 ± 28.63	127.43 ± 22.07	1.34 ± 0.25
		治疗后	159.91 ± 21.42 ¹⁾	146.29 ± 26.34 ¹⁾	1.03 ± 0.14 ¹⁾
观察	55	治疗前	221.36 ± 27.85	125.38 ± 21.49	1.37 ± 0.29
		治疗后	123.64 ± 18.27 ^{1,2)}	168.4 ± 20.93 ^{1,2)}	0.82 ± 0.11 ^{1,2)}

2.5 两组患者治疗前后血清 TNF-α, IL-6, IL-8 和 ICAM-1 变化情况比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者血清 TNF-α, IL-6, IL-8 和 ICAM-1 均明显下

降($P < 0.01$);治疗后观察组患者血清 TNF-α, IL-6, IL-8 和 ICAM-1 水平均低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 6。

表 6 两组患者治疗前后 TNF- α , IL-6, IL-8 和 ICAM-1 变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TNF- α	IL-6	IL-8	ICAM-1
对照	54	治疗前	28.24 \pm 3.45	4.42 \pm 0.58	12.84 \pm 1.52	16.72 \pm 1.84
		治疗后	19.72 \pm 2.26 ¹⁾	3.03 \pm 0.44 ¹⁾	9.57 \pm 1.08 ¹⁾	11.38 \pm 1.72 ¹⁾
观察	55	治疗前	27.75 \pm 3.39	4.51 \pm 0.63	13.05 \pm 1.48	16.45 \pm 1.88
		治疗后	14.16 \pm 1.78 ^{1,2)}	2.56 \pm 0.41 ^{1,2)}	8.02 \pm 0.95 ^{1,2)}	9.05 \pm 1.65 ^{1,2)}

2.6 两组患者临床疗效比较 观察组临床疗效总有效率为 94.55%，高于对照组的总有效率 81.48%，比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.427, P < 0.05$)，见表 7。

表 7 两组患者临床疗效比较

组别	例数	临床痊愈 /例(%)	显效 /例(%)	有效 /例(%)	无效 /例(%)	总有效率 /%
对照	54	13(24.07)	17(31.48)	14(25.92)	10(18.52)	81.48
观察	55	18(32.72)	22(40.00)	12(21.82)	3(5.45)	94.55 ¹⁾

注：与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

对于盆腹腔粘连严重的妇女，手术可进行粘连松解术，以期达到消除或者缓解盆腔疼痛的目的，手术也可直接解除盆腔脓肿、输卵管积水或宫颈旁脓肿等病变部位，达到消除 CPP 的作用，但术后患者再次发生盆腹腔粘连的发生，导致新的 CPP，且至少 1/3 的 CPP 患者术中检查并未能找到致病原因，手术治疗后腹痛症状未能得到改善的情况^[2,10]。数据显示采用抗生素口服维持治疗 SPID 致 CPP，与安慰剂相比差异无统计学意义^[11]；而非阿片类止痛药物对 CPP 治疗无效，阿片类止痛可缓解 CPP 患者的疼痛，但不适合长期服用。中药热敷、针灸理疗等方法，可达到缓解疼痛的效果，已经成为临床常用的治疗方法^[2]。

中医对本病的认识颇为久远，如《素问》载有：“任脉为病……女子带下痛聚”。可见内、外感受邪毒，与冲任气血相搏结凝滞，蕴积于胞宫而发病。日久损伤气血，虚实错杂，缠绵难愈。而近来学者在治疗 PID 急性期过用寒凉药，也会导致阳气日衰，正气损伤，病程缠绵。久病“湿从热化、湿从寒化”，病情反复之后“久病多虚”、“久病多瘀”，调查显示 SPID 病机虚实夹杂，以复合证型出现，聚类分析显示肾虚、肝郁、血瘀为 SPID 最基本的病机，另可兼夹寒、热、湿邪^[12]。

本组加味少腹逐瘀汤方中五灵脂、蒲黄、没药活血行瘀，温经止痛；延胡索、川芎行气消滞，活血止痛；赤芍、当归养血调经、活血祛瘀；小茴香、干姜温经散寒止痛；黄芪、党参健脾益气、补气活血；熟地黄补血养阴、填精益髓；川续断、桑寄生补肝肾、调血脉；甘草缓急止痛，调和诸药；小茴香引诸药于少腹，全方标本兼顾，共奏温经活血、行气止痛、益气养血、补肾调冲之功。

本研究主观疼痛程度和客观体征分别采用公认的 VAS 和 Mc Cormack 评分。本组资料结果显示治疗后观察组患者 VAS 评分、寒湿凝滞证评分和 Mc Cormack 评分均低于对照组；治疗后观察组下腹痛、痛经、性交痛、肛门坠胀、白带增多、腹胀等症状的改善情况均优于对照组；观察组临床疗效总有效率为 94.55%，高于对照组的总有效率 81.48%，提示了加味少腹逐瘀汤治疗能显著的改善 SPID-CPP 的主、客观疼痛症状和寒湿凝滞证评分，促使其常见症状、体征的消失。

SPID-CPP 是一种涉及躯体和精神因素的复杂疾病，疼痛反复发作、病程缠绵，共伴症状如性交痛、痛经、不孕等均可引起患者痛苦和家庭的不和谐，患者往往处于抑郁、焦虑状态，因此其治疗目的在于缓解疼痛、改善功能和消除心理障碍^[13-14]。本组资料结果显示治疗后观察组患者的 SAS 和 SDS 评分均低于对照组，提示了加味少腹逐瘀汤能减轻患者的抑郁、焦虑状态，从而有利于身心的康复。

血栓素 A₂ (TXA₂) 促进血小板聚集、血栓形成以及小血管痉挛，前列环素 I₂ (PGI₂) 为与 TXA₂ 完全相反的抗血小板聚集和扩张血管的物质，二者在体内动态平衡，比例失衡可激活的高凝状态，引发血管痉挛、血栓形成、缺血等导致疼痛的发生^[15]。TXB₂ 和 6-Keto-PGF_{1 α} 分别是 TXA₂ 和 PGI₂ 代谢产物，且稳定，临床检测二者变化情况。本组资料显示治疗后观察组 TXB₂ 水平和 TXB₂/6-Keto-PGF_{1 α} 均低于对照组，6-Keto-PGF_{1 α} 水平高于对照组，提示了加味少腹逐瘀汤可改善患者机体血液动力学水平、增

加盆腔循环血量,减轻了血管收缩、痉挛而起到镇痛的作用。

SPID 是盆腔炎性疾病持续存在的慢性炎症状态,具备慢性炎症的病理特点^[16]。过多的 TNF- α 表达可产生强烈的免疫反应,呈现其毒性作用,如损伤内皮细胞、增加血管通透性,诱导自由基产生和脂质过氧化,加重细胞损伤及炎症过程,也可诱导内皮细胞合成 ICAM-1,并且对他炎性细胞因子具有强大的诱导分泌能力,如 IL-8,其阳性表达与疾病的发生、发展以及病情的严重程度成正比^[16-17]。IL-8 可激活炎性细胞,加速炎症过程,加速炎症病理性损害,促进成纤维细胞增殖,进而由急性炎症演变成慢性炎症^[18]。ICAM-1 介导白细胞与内皮细胞的黏附、促进平滑肌增生而造成组织损伤,其在盆腔炎性疾病后遗症大鼠血清表达明显增加,参与了 SPID 慢性炎症及纤维化过程^[19]。本研究显示治疗后观察组患者血清 TNF- α , IL-6, IL-8 和 ICAM-1 水平均低于对照组,提示了加味少腹逐瘀汤可抑制患者血清促炎因子的表达,减轻炎性因子导致的病理损害,从而促使盆腔炎性疾病后遗症的愈合。

综上,采用加味少腹逐瘀汤治疗 SPID-CPP 寒湿凝滞证患者,可缓解疼痛,减轻临床症状,改善患者的抑郁、焦虑状态,抑制促炎因子表达,调节 TXB₂/6-Keto-PGF_{1 α} 比例,有明显的临床疗效。

[参考文献]

[1] 米兰, 刘朝晖. 盆腔炎性疾病后遗症[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(10):731-733.

[2] 秦君璞, 张帝开. 盆腔炎性疾病与盆腔痛[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2013, 29(3):170-173.

[3] 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):733-735.

[4] 刘朝晖, 廖秦平, 薛凤霞, 等. 康妇消炎栓治疗盆腔炎性疾病后慢性盆腔痛疗效观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2013, 29(8):666-668.

[5] 张宏宇, 谢雅革, 蒋义伟, 等. 少腹逐瘀汤在妇科临床运用研究[J]. 中医药临床杂志, 2015(11):1623-1626.

[6] 丘玉昌, 曹莹, 孔焕育, 等. 少腹逐瘀汤活血化瘀及镇痛、抗炎作用的实验研究[J]. 中国中医药科技, 2012, 19(6):498-499.

[7] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. 盆腔炎症性疾病诊治规范(修订版)[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(6):401-403.

[8] 谢辛. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:242.

[9] 金哲, 刘朝晖, 黄敏. 金英胶囊治疗盆腔炎性疾病的临床研究方案[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(14):52-55.

[10] Champaneria R, Daniels J P, Raza A, et al. Psychological therapies for chronic pelvic pain: systematic review of randomized controlled trials [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2012, 91(3):281-286.

[11] Anderson R U. Traditional therapy for chronic pelvic pain does not work: what do we do now? [J]. Nature Clinical Practice Urology, 2006, 3(3):145-156.

[12] 要永卿, 魏绍斌, 王妍, 等. 盆腔炎性疾病后遗症的中医证候分布规律[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(6):140-142.

[13] Champaneria R, Daniels J P, Raza A, et al. Psychological therapies for chronic pelvic pain: systematic review of randomized controlled trials [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2012, 91(3):281-286.

[14] 梁照, 许琳, 金哲. 丹枝饮对气滞血瘀型盆腔炎性疾病后遗症-慢性盆腔痛的临床疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(4):518-520.

[15] 李春华, 任晓暄, 郭孟玮, 等. 电针对类痛经模型大鼠血浆血栓素 B₂, 六酮前列腺素 F_{1 α} 的影响[J]. 针刺研究, 2011, 36(5):347-352.

[16] 李世蓉, 张三元. 盆腔炎性疾病发病机制的现代研究[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(27):4298-4301.

[17] 师伟, 刘瑞芬, 杨晓娜, 等. 活血化瘀法对慢性盆腔炎雌性大鼠血清炎症细胞因子 TNF- α , IL-1 β , IL-8 水平的影响[J]. 中国医学创新, 2012, 9(32):1-3.

[18] Trunov A, Obukhova O, Gorbenco O, et al. Cytokines, estradiol and progesterone in the plasma of women of reproductive age with pelvic inflammatory disease in remission [J]. Adv Biosci Biotechnol, 2013, 4(6):727-730.

[19] 陈志霞, 邹思颖, 王聪, 等. 萹苈止带片对盆腔炎性疾病后遗症大鼠血清 MCP-1, ICAM-1 及 TNF- α 表达的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2016, 33(1):88-92.

[责任编辑 何希荣]