

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.21.019

# 温通逐瘀汤灌肠联合西药治疗慢性盆腔炎急性发作疗效及对血清 IL-8、TGF- $\beta$ 1 和 MCP-1 的影响

丁晶文, 李 晶, 毛 婷<sup>△</sup>

复旦大学附属妇产科医院妇产科, 上海 200011

**摘 要:**目的 观察温通逐瘀汤灌肠联合西药治疗慢性盆腔炎急性发作疗效及对血清白细胞介素(IL)-8、转化生长因子(TGF)- $\beta$ 1 和巨噬细胞趋化蛋白-1(MCP-1)的影响。方法 选取 2019 年 1 月至 2020 年 12 月在该院诊治的慢性盆腔炎急性发作患者 130 例,按照随机数字表法将 130 例患者分为观察组和对照组,每组各 65 例。对照组予以西药治疗,观察组予以温通逐瘀汤灌肠联合西药治疗,且西药治疗方式同对照组。观察两组治疗后的疗效、不良反应和临床指标水平,以及比较两组治疗前后搏动指数(PI)、阻力指数(RI)、收缩期峰值流速(PSV)、血流最大速度(V<sub>max</sub>)、红细胞沉降率(ESR)、纤维蛋白原(FIB)、全血高切黏度、全血低切黏度、IL-8、TGF- $\beta$ 1 和 MCP-1 水平变化。结果 观察组总有效率为 95.38%,明显高于对照组的 81.54%,差异有统计学意义( $\chi^2=4.823, P<0.05$ )。观察组不良反应发生率明显低于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2=6.164, P<0.05$ )。观察组腹痛消失、白带增多降至正常、小腹坠胀消失、大便干结缓解、体温恢复正常的时间、住院时间和盆腔肿块平均直径明显短于或小于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组治疗后 PI 和 RI 水平较治疗前明显降低,而 PSV 和 V<sub>max</sub> 水平较治疗前明显升高,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。两组治疗后血清 IL-8 和 MCP-1 水平与治疗前比较明显降低,而血清 TGF- $\beta$ 1 较治疗前明显升高,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 温通逐瘀汤灌肠能够提高西药对慢性盆腔炎急性发作疗效,减轻患者症状,改善血液流变学和动力学,减轻机体的炎症反应。

**关键词:**温通逐瘀汤; 慢性盆腔炎; 白细胞介素-8; 转化生长因子- $\beta$ 1; 巨噬细胞趋化蛋白-1

**中图法分类号:**R271.9

**文献标志码:**A

**文章编号:**1672-9455(2022)21-2958-05

## Effect of Wentong Zhuyu decoction enema combined with western medicine on acute exacerbation stage of chronic pelvic inflammatory disease and its influence on serum IL-8, TGF- $\beta$ 1 and MCP-1

DING Jingwen, LI Jing, MAO Ting<sup>△</sup>

Department of Obstetrics and Gynecology, Obstetrics and Gynecology Hospital, Fudan University, Shanghai 200011, China

**Abstract: Objective** To observe the effect of Wentong Zhuyu decoction enema combined with western medicine on acute exacerbation stage of chronic pelvic inflammatory disease and its influence on serum interleukin (IL)-8 and transforming growth factor (TGF)- $\beta$ 1 and macrophage chemoattractant protein-1 (MCP-1). **Methods** 130 patients with chronic pelvic inflammatory disease in acute exacerbation stage treated in a hospital from January 2019 to December 2020 were divided into observation group and control group according to random number table method, with 65 cases in each group. The control group was treated with western medicine, and the observation group was treated with Wentong Zhuyu decoction enema combined with western medicine, and the western medicine treatment was the same as the control group. The efficacy, adverse reactions and clinical indexes in the two groups were observed. Before and after treatment, pulsatility index (PI), resistance index (RI), peak systolic velocity (PSV), maximum blood flow velocity (V<sub>max</sub>), erythrocyte sedimentation rate (ESR), fibrinogen (FIB), whole blood high shear viscosity, whole blood low shear viscosity, IL-8 and TGF- $\beta$ 1 and MCP-1 levels were compared between the two groups. **Results** The total effective rate of the observation group was 95.38%, which was significantly higher than 81.54% of the control group, the difference was statistically significant ( $\chi^2=4.823, P<0.05$ ). The incidence of adverse reactions in observation group was significantly lower than that in control group, the difference was statistically significant ( $\chi^2=6.164, P<0.05$ ). The time of abdominal pain disappeared, the increase in leucorrhea decreased to normal, the lower abdominal distension disappeared, the dry stool relieved, the body temperature returned to normal and hospital stay, and the average diameter of pelvic mass in the observation group were significantly shorter or

smaller than those in the control group, the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). After treatment, the levels of PI and RI in the two groups were significantly lower than those before treatment, while the levels of PSV and Vmax were significantly higher than those before treatment, the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). After treatment, the serum levels of IL-8 and MCP-1 in the two groups were significantly lower than those before treatment, while the serum levels of TGF- $\beta$ 1 were significantly higher than those before treatment, the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The Wentong Zhuyu decoction enema can improve the curative effect of western medicine on acute exacerbation of chronic pelvic inflammatory disease. It can reduce symptoms, improve hemorheology and dynamics, and reduce the inflammatory response of the body.

**Key words:** Wentong Zhuyu decoction; chronic pelvic inflammatory; interleukin-8; transforming growth factor- $\beta$ 1; macrophage chemoattractant protein-1

慢性盆腔炎临床发病率可达 30% 以上, 其表现为小腹坠痛、白带增多和发热等, 该病特点为病程较长、发病率较高且病情易反复。慢性盆腔炎是一种妇科慢性感染性疾病, 盆腔内静脉丛较为丰富, 患者容易出现淤血, 以及血液易呈高凝状态, 并且受细菌毒素的刺激, 导致机体炎症介质的大量释放, 对患者的病情和预后产生不良影响<sup>[1]</sup>。慢性盆腔炎一旦急性发作, 常常出现腹痛、体温升高和白带异常等症状, 严重影响患者的生活质量。传统的西医西药治疗慢性盆腔炎急性发作, 主要以抗菌为主, 改善其症状, 但长期使用能够导致机体对抗菌药物耐药, 从而影响患者总体的治疗效果<sup>[2]</sup>。而中医中药治疗慢性盆腔炎急性发作, 具有辨证论治和治病求本等优势 and 特点, 温通逐瘀汤灌肠具有抗炎、活血化瘀和清热解毒等作用, 被广泛应用于妇科治疗<sup>[3]</sup>。中西医结合治疗能够提高疗效, 且中药通过多途径多靶点治疗具有明显的优势。本研究采用温通逐瘀汤灌肠联合西药治疗慢性盆腔炎急性发作, 观察其对机体血流动力学和炎症介质的影响, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2019 年 1 月至 2020 年 12 月在本院诊治的慢性盆腔炎急性发作患者 130 例作为研究对象, 按照随机数字表法将 130 例患者分为观察组和对照组, 每组各 65 例。观察组年龄为 23~48 岁, 平均(36.48 $\pm$ 9.18)岁, 病程 1~7 年, 平均(4.28 $\pm$ 1.17)年, 病因: 腹膜炎 25 例, 盆腔结缔组织炎 23 例和内生生殖器炎 17 例; 对照组年龄为 24~49 岁, 平均(37.13 $\pm$ 8.15)岁, 病程 1~7 年, 平均(4.12 $\pm$ 1.08)年, 病因: 腹膜炎 26 例, 盆腔结缔组织炎 19 例和内生生殖器炎 20 例。所有患者均签署知情同意书, 经医院伦理委员会审核通过。纳入标准: (1)符合文献[4]中慢性盆腔炎急性发作的诊断标准; (2)研究对象根据文献[5]诊断为气滞血瘀型慢性盆腔炎急性发作; (3)均已婚已育或有性生活史; (4)无精神病史。排除标准: (1)心肝肾等重要脏器功能不全; (2)对研究的中药和西药过敏; (3)子宫内异位症和卵巢囊肿疾病;

(4)急腹症; (5)消化道出血和血液性疾病; (6)肿瘤性和免疫性疾病; (7)临床资料不完整。两组年龄、病程和病因等基线资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 1.2 方法

**1.2.1 治疗方法** 对照组予以西药治疗, 观察组予以温通逐瘀汤灌肠联合西药治疗, 且西药治疗方式同对照组。两组均予以清淡饮食, 忌辛辣, 避免劳累和剧烈运动, 两组治疗期间禁止房事、盆浴、劳累和饮酒。所有患者入院后予以阴道分泌物培养及药敏试验, 根据药敏试验结果使用药物。两组一般经验用药先予以头孢曲松 1 g 静脉滴注, 每天两次, 甲硝唑注射液 100 mL 静脉滴注, 每天两次。7 d 为 1 个疗程, 连续使用两个疗程。观察组使用的温通逐瘀汤灌肠的组方为鸡血藤 20 g、川芎和红花各 15 g、桂枝、牛膝、吴茱萸、干姜和小茴香各 12 g、败酱草、虎杖、延胡索和五灵脂各 10 g。用水煎浓缩至 150 mL, 每日一剂, 患者每日睡前排空大小便, 并用温清水冲洗, 抬高臀部, 将导尿管插至直肠 14 cm 以上, 用注射器将灌肠中药缓慢注射到直肠, 温度保持在 38~41  $^{\circ}\text{C}$ , 中药在直肠保留 20~30 min, 每天 1 次, 7 d 为 1 个疗程, 连续使用两个疗程。经期停用药物, 待月经干净后 3 d 继续使用。

**1.2.2 疗效评价和不良反应** 疗程结束后评价两组疗效和不良反应。中医证候积分: 根据研究对象是否有月经不调、腰骶酸痛、白带异常、疲软无力和行经腹痛加重等指标, 每个指标按照轻、中、重 3 个等级分别予以赋分 1、2、3 分, 总分为 6~18 分, 分数越高症状越严重。根据疗效评价标准<sup>[6]</sup>评价疗效, 临床控制: 症状和体征消失, 中医证候积分减少 $>95\%$ ; 显效: 临床症状和体征明显改善, 中医证候积分减少 70%~95%; 有效: 症状和体征有所改善, 中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$ 。无效: 症状和体征无明显改善, 中医证候积分 $<30\%$ 。总有效率=(临床控制+显效+有效)例数/总病例数 $\times 100\%$ 。

**1.2.3 卵巢动脉血流测定** 采用彩色多普勒诊断仪

测定两组患者卵巢动脉的血液流动情况,观察搏动指数(PI)、阻力指数(RI)、收缩期峰值流速(PSV)和血流最大速度(Vmax)。

**1.2.4 血清标本保存和指标检测** 两组患者入院后抽取肘静脉血约 5 mL,在室温下静置约 20 min,然后采用速率为 3 000 r/min 的离心机离心 10 min,离心半径为 15 cm,去上清液约 3 mL,放置-80 ℃的冰箱中待测。红细胞沉降率(ESR)使用抗凝全血检测;采用全自动血液流变分析仪(MVIS-2035 型)对 ESR、纤维蛋白原(FIB)、全血高切黏度和全血低切黏度进行测定,采用酶联免疫吸附试验测定血清白细胞介素(IL)-8、转化生长因子(TGF)-β1 和巨噬细胞趋化蛋白-1(MCP-1)水平,所有试剂盒采用 R&D 公司产品,严格按照试剂盒说明书操作。

**1.3 观察指标** 观察两组治疗后的疗效、不良反应和临床指标水平,以及比较两组治疗前后 PI、RI、PSV、Vmax、ESR、FIB、全血高切黏度、全血低切黏度、IL-8、TGF-β1 和 MCP-1 水平变化。

**1.4 统计学处理** 采用统计软件 SPSS19.0 进行数据分析,符合正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,两组治疗前后比较采用配对 *t* 检验。计数资料以率表示,行  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 两组疗效及不良反应发生率比较** 从表 1 可知,观察组总有效率为 95.38% 明显高于对照组的 81.54%,差异有统计学意义( $\chi^2 = 4.823, P < 0.05$ )。两组均无严重并发症,对照组 6 例嗜睡、4 例恶心呕吐、3 例乏力、2 例头晕,不良反应发生率为 23.08%;观察组 1 例恶心呕吐、2 例食欲下降和 1 例轻度腹泻,不良反应发生率为 6.15%,观察组不良反应发生率明显低

于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2 = 6.164, P < 0.05$ )。

**2.2 两组治疗后临床指标水平比较** 从表 2 可知,观察组腹痛消失、白带增多降至正常、小腹坠胀消失、大便干结缓解、体温恢复正常的时间、住院时间和盆腔肿块平均直径明显短于或小于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.3 两组治疗前后 PI、RI、PSV 和 Vmax 水平比较** 从表 3 可知,两组治疗前血清 PI、RI、PSV 和 Vmax 水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),两组治疗后 PI 和 RI 水平较治疗前明显降低,而 PSV 和 Vmax 水平较治疗前明显升高,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 两组疗效比较

| 组别  | <i>n</i> | 临床控制<br>( <i>n</i> ) | 显效<br>( <i>n</i> ) | 有效<br>( <i>n</i> ) | 无效<br>( <i>n</i> ) | 总有效率<br>(%) |
|-----|----------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------|
| 观察组 | 65       | 16                   | 32                 | 14                 | 3                  | 95.38       |
| 对照组 | 65       | 13                   | 17                 | 23                 | 12                 | 81.54       |

**2.4 两组治疗前后 ESR、FIB、全血高切黏度和全血低切黏度水平比较** 两组治疗前 ESR、FIB、全血高切黏度和全血低切黏度水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),两组治疗后 ESR、FIB、全血高切黏度和全血低切黏度水平与治疗前比较明显降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 4。

**2.5 两组治疗前后血清 IL-8、TGF-β1 和 MCP-1 水平变化** 从表 5 可知,两组治疗前血清 IL-8、TGF-β1 和 MCP-1 水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组治疗后血清 IL-8 和 MCP-1 水平与治疗前比较明显降低,而血清 TGF-β1 较治疗前明显升高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 两组治疗后临床指标水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别       | <i>n</i> | 腹痛消失<br>(d) | 白带增多降至<br>正常(d) | 小腹坠胀消失<br>(d) | 盆腔肿块平均<br>直径(cm) | 大便干结缓解<br>(d) | 体温恢复正常<br>的时间(d) | 住院时间<br>(d) |
|----------|----------|-------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|------------------|-------------|
| 观察组      | 65       | 5.37±1.55   | 5.46±1.62       | 5.27±1.43     | 10.72±3.74       | 3.27±1.06     | 2.83±0.37        | 6.72±1.63   |
| 对照组      | 65       | 7.53±2.63   | 8.37±2.54       | 8.82±2.18     | 15.27±4.35       | 5.64±1.27     | 5.61±0.83        | 10.26±2.18  |
| <i>t</i> |          | 5.705       | 7.788           | 10.978        | 6.395            | 11.551        | 24.664           | 10.485      |
| <i>P</i> |          | <0.05       | <0.05           | <0.05         | <0.05            | <0.05         | <0.05            | <0.05       |

表 3 两组治疗前后 PI、RI、PSV 和 Vmax 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别       | <i>n</i> | PI        |                        | RI        |                        | PSV(cm/s) |                        | Vmax(cm/s) |                         |
|----------|----------|-----------|------------------------|-----------|------------------------|-----------|------------------------|------------|-------------------------|
|          |          | 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      | 65       | 3.07±0.73 | 2.16±0.46 <sup>a</sup> | 0.92±0.17 | 0.46±0.15 <sup>a</sup> | 0.41±0.07 | 0.55±0.06 <sup>a</sup> | 31.47±1.38 | 39.72±1.03 <sup>a</sup> |
| 对照组      | 65       | 3.04±0.56 | 2.63±0.57 <sup>a</sup> | 0.93±0.13 | 0.78±0.18 <sup>a</sup> | 0.43±0.08 | 0.49±0.05 <sup>a</sup> | 31.87±1.47 | 36.87±1.18 <sup>a</sup> |
| <i>t</i> |          | 0.263     | 5.173                  | 0.377     | 11.011                 | 1.517     | 6.194                  | 1.599      | 14.670                  |
| <i>P</i> |          | 0.793     | <0.05                  | 0.707     | <0.05                  | 0.132     | <0.05                  | 0.112      | <0.05                   |

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

表 4 两组治疗前后 ESR、FIB、全血高切黏度和全血低切黏度水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | ESR(mm/h)  |                         | FIB(g/L)  |                        | 全血高切黏度(mPa/s) |                        | 全血低切黏度(mPa/s) |                        |
|-----|----|------------|-------------------------|-----------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|
|     |    | 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 | 65 | 27.48±2.18 | 14.93±2.32 <sup>a</sup> | 5.38±0.64 | 2.36±0.73 <sup>a</sup> | 7.28±0.73     | 4.28±0.38 <sup>a</sup> | 11.83±0.53    | 7.29±0.19 <sup>a</sup> |
| 对照组 | 65 | 27.85±2.27 | 17.39±2.07 <sup>a</sup> | 5.52±0.58 | 3.17±0.65 <sup>a</sup> | 7.37±0.82     | 5.39±0.47 <sup>a</sup> | 11.69±0.67    | 9.38±0.23 <sup>a</sup> |
| t   |    | 1.204      | 6.379                   | 1.307     | 6.681                  | 0.661         | 14.807                 | 1.321         | 56.482                 |
| P   |    | 0.231      | <0.05                   | 0.194     | <0.05                  | 0.510         | <0.05                  | 0.189         | <0.05                  |

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

表 5 两组治疗前后血清 IL-8、TGF-β1 和 MCP-1 水平比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | IL-8(ng/mL)  |                           | TGF-β1(μg/L) |                         | MCP-1(pg/mL) |                           |
|-----|----|--------------|---------------------------|--------------|-------------------------|--------------|---------------------------|
|     |    | 治疗前          | 治疗后                       | 治疗前          | 治疗后                     | 治疗前          | 治疗后                       |
| 观察组 | 65 | 218.73±45.77 | 98.73±13.72 <sup>a</sup>  | 18.83±3.18   | 38.72±9.27 <sup>a</sup> | 349.39±37.48 | 208.29±21.36 <sup>a</sup> |
| 对照组 | 65 | 225.27±50.78 | 121.85±34.68 <sup>a</sup> | 19.27±3.29   | 25.29±6.92 <sup>a</sup> | 353.58±36.93 | 274.82±25.18 <sup>a</sup> |
| t   |    | 0.771        | 4.998                     | 0.775        | 9.360                   | 0.642        | 16.244                    |
| P   |    | 0.442        | <0.05                     | 0.440        | <0.05                   | 0.522        | <0.05                     |

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

3 讨 论

慢性盆腔炎是女性生殖道的常见感染性疾病。常因急性盆腔炎治疗不彻底,患者免疫功能紊乱、体质较弱等导致患者生殖器官、周围结缔组织、盆腔腹膜慢性炎症出现病变迁延不愈。慢性盆腔炎急性发作,导致患者出现各种症状,严重影响患者的生活质量。目前西医治疗主要以抗感染为主,对急性盆腔炎的疗效较好,对于慢性盆腔炎由于机体出现组织黏连,具有循环出现障碍,抗菌药物难以渗透到局部发挥作用,对缓解症状和体征的作用有限。而长期使用抗菌药物会引起菌群紊乱和耐药的发生,增加了治疗的难度。因此,慢性盆腔炎如何提高疗效,降低复发率已经成为临床医生十分关心的问题。中医认为慢性盆腔炎是由于经期或者产后调摄不当,正气不足和邪热乘虚而入,导致气血瘀滞,经络不畅,引起下腹坠痛、腰骶胀痛和带下量多等症候群<sup>[7]</sup>。本病的病机是湿热瘀结,瘀血是病因,也是病理产物,并且随着病情的迁移,形成病理恶性因果关系。本研究结果显示,观察组不良反应发生率明显低于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2=6.164, P<0.05$ ),提示采用温通逐瘀汤灌肠联合西药治疗慢性盆腔炎急性发作的疗效明显优于单纯西药治疗。温通逐瘀汤灌肠联合西药治疗能够明显缩短患者腹痛消失、白带增多至正常、小腹坠胀、大便干结缓解、体温恢复正常的时间和住院时间,以及减小盆腔肿块直径,说明温通逐瘀汤灌肠能够明显改善慢性盆腔炎急性发作的症状。本研究还显示,两组治疗后 PI 和 RI 水平较治疗前明显降低,而 PSV 和 Vmax 水平较治疗前明显升高,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),与文献[8]报道结果一致。本研究显示温通逐瘀汤灌肠联合西药治疗慢性盆腔炎能够明显改善患者血液黏度,从而改善患者微循环,从而达到提高疗效的目的。

温通逐瘀汤灌肠能够提高治疗慢性盆腔炎急性发作的疗效,并且能够改善机体的微循环,改善血液黏度和降低不良反应发生可能与温通逐瘀汤的组方具有一定的联系<sup>[9-12]</sup>。温通逐瘀汤灌肠具有活血化瘀、祛风止痛、活血行气、清热解毒和祛瘀止痛等功效,有抗炎、抑菌、镇痛、抗凝血、抗血栓、抗氧化和改善微循环的作用。IL-8 是上皮细胞和巨噬细胞分泌的细胞因子,对中性粒细胞具有趋化作用,是调节炎症的重要介质,具有趋化作用,增强炎症细胞浸润,加重炎症反应,是炎症严重程度的重要指标,并且血清 IL-8 水平在诊断慢性盆腔炎具有较高的诊断价值<sup>[13]</sup>。TGF-β1 是一种特殊类型的炎症因子,可以通过下调过度的炎性反应,减少机体炎症介质的表达,抑制 T 细胞和 B 细胞的凋亡,对机体的炎性反应具有明显的抑制作用<sup>[14]</sup>。现已知 MCP-1 是一种重要的炎症因子,是炎症导致内皮损伤的重要标记物<sup>[15]</sup>,通过趋化和激活 T 细胞,以及激活 B 细胞和巨噬细胞,与组织 MCP-1 结合后能够促进内皮细胞表达黏附分子,促进炎症因子在病变部位的聚集,导致炎症级联反应的发生<sup>[16]</sup>。本研究结果显示,两组治疗后血清 IL-8 和 MCP-1 水平与治疗前比较明显降低,而血清 TGF-β1 较治疗前明显升高,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。温通逐瘀汤灌肠联合西药治疗慢性盆腔炎急性发作具有降低机体血清 IL-8 和 MCP-1 水平及提高血清 TGF-β1 水平的作用,且与对照组比较,观察组治疗后上述指标降低或者提高水平更为明显,说明温通逐瘀汤灌肠通过降低血清 IL-8 和 MCP-1 水平,提高血清 TGF-β1 水平,从而达到改善慢性盆腔炎的目的。

总之,温通逐瘀汤灌肠能够提高西药对慢性盆腔炎急性发作疗效,减轻患者症状,改善血液流变学和动力学,减轻机体的炎性反应。

(下转第 2966 页)

265.

[5] VALERIUS T, RÖSNER T, LEUSEN J H W, et al. CD47 blockade and rituximab in non-hodgkin's lymphoma[J]. N Engl J Med, 2019, 380(5):496-497.

[6] ANAGNOSTOU T, ANSELL S M. Immunomodulators in lymphoma[J]. Curr Treat Options Oncol, 2020, 21(4):28.

[7] ZHANG X, WANG B, TAO W, et al. Comparison of the efficacy and impact of GEMOX and GDP in the treatment of patients with non-Hodgkin's lymphoma[J]. J BUON, 2020, 25(2):1042-1049.

[8] ROUGÉ L, CHIANG N, STEFFEK M, et al. Structure of CD20 in complex with the therapeutic monoclonal antibody rituximab[J]. Science, 2020, 367(6483):1224-1230.

[9] HUI D S, LEE N, CHAN P K, et al. The role of adjuvant immunomodulatory agents for treatment of severe influenza[J]. Antiviral Res, 2018, 150(1):202-216.

[10] 凡治国. 利妥昔单抗联合 GDP 方案治疗非霍奇金淋巴瘤的疗效及对患者免疫水平的影响[J]. 实用癌症杂志, 2018, 33(4):658-660.

[11] LIU Z L, ZHU L L, LIU J H, et al. Vascular endothelial growth factor receptor-2 and its association with tumor immune regulatory gene expression in hepatocellular carcinoma[J]. Aging (Albany NY), 2020, 12(24):25172-25188.

[12] MCCARTNEY A, MALORNI L. Thymidine kinase-1 as a biomarker in breast cancer: estimating prognosis and early recognition of treatment resistance[J]. Biomark Med, 2020, 14(7):495-498.

[13] DANG L, MA H, HEI A, et al. A meta-analysis of serological thymidine kinase 1 as a marker for colorectal benign and malignant tumor risk assessment[J]. Mol Clin Oncol, 2020, 12(5):440-450.

[14] LIU Z L, ZHU L L, LIU J H, et al. Vascular endothelial growth factor receptor-2 and its association with tumor immune regulatory gene expression in hepatocellular carcinoma[J]. Aging (Albany NY), 2020, 12(24):25172-25188.

[15] OUYANG X, LIU T, ZHANG Y, et al. Ultrasensitive optofluidic enzyme-linked immunosorbent assay by on-chip integrated polymer whispering-gallery-mode microalser sensors[J]. Lab Chip, 2020, 20(14):2438-2446.

[16] VINHOLT P J. The role of platelets in bleeding in patients with thrombocytopenia and hematological disease[J]. Clin Chem Lab Med, 2019, 57(12):1808-1817.

[17] 焦咪, 陈衍, 姚煜, 等. 恶性肿瘤患者化疗前后血小板功能的变化观察[J]. 现代肿瘤医学, 2017, 25(15):2485-2488.

(收稿日期:2022-03-29 修回日期:2022-09-20)

(上接第 2961 页)

参考文献

[1] HUA F, LI H, 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.

[2] WANG C, CHEN J, XIAO Y, et al. Guizhi Fuling wan for chronic pelvic inflammatory disease protocol: a protocol for systematic review and meta analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(51):e23549.

[3] 何小清, 汤岭梅. 红花如意丸联用甲硝唑联合治疗慢性盆腔炎的疗效及机制探讨[J]. 临床医学进展, 2019, 9(2):139-145.

[4] 丰有吉, 沈铿, 马丁, 等. 妇产科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010:218.

[5] 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, 2002:243-152.

[6] 石进, 王科花. 对《中药新药治疗中风临床研究技术指导原则》中疗效评估的解读[J]. 中国新药杂志, 2017, 26(9):973-975.

[7] 卢洁芳, 陈一红. 消炎逐瘀汤联合西药治疗慢性盆腔炎的临床研究[J]. 中国中医药科技, 2017, 24(2):147-149.

[8] 胡古玲. 温阳化瘀汤对慢性盆腔炎患者血流动力学及炎性反应的影响[J]. 医学理论与实践, 2020, 33(18):3065-3067.

[9] 王黎, 崔晓萍. 少腹逐瘀汤在妇科临床中应用举隅[J]. 现代中医药, 2016, 36(5):73-74.

[10] 赵芊, 祝光礼. 从“心主神志”论治心血管疾病[J]. 浙江中西医结合杂志, 2015, 25(5):515-516.

[11] 方妍妍, 刘健, 万磊, 等. 1 658 例骨关节炎患者健脾化湿、补肾通络方药运用的队列研究[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(8):15-19.

[12] 李婷, 李方洁. 李方洁温阳活血辨治老年阳虚血瘀“迟脉”(心动过缓)[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(1):1-4.

[13] 熊英, 马宏莲. 血清 IL-6, IL-8 与宫颈 sIgA 联合检测对女性慢性盆腔炎的诊断价值研究[J]. 转化医学杂志, 2019, 8(4):218-221.

[14] 王薇, 颜纯钢, 刘锋, 等. 热敏灸联合血府逐瘀胶囊治疗气滞血瘀型慢性盆腔炎疗效及对血清 CA125、IL-8 和 TGF-β1 的影响[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(4):389-393.

[15] FROSEN J, CEBRAL J, ROBERTSON A M, et al. Flow-induced, inflammation-mediated arterial wall remodeling in the formation and progression of intracranial aneurysms[J]. Neurosurg Focus, 2019, 47(1):E21.

[16] ZOU W, GONG L, ZHOU F, et al. Anti-inflammatory effect of traditional Chinese medicine preparation penyanling on pelvic inflammatory disease[J]. J Ethnopharmacol, 2021, 266(1):113405.

(收稿日期:2022-01-27 修回日期:2022-08-06)