

# 喜氏盆腔炎 I 号方治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病 后遗症疗效观察<sup>※</sup>

郭袁梅 刘小菲 喜 棣 刘德慧<sup>▲</sup>

**摘要 目的:**观察喜氏盆腔炎 I 号方治疗湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症(SPID)的临床疗效及安全性,为临床诊治湿热瘀结型 SPID 提供理论依据。**方法:**采用随机对照试验,纳入湿热瘀结型 SPID 患者 106 例,随机分为两组,治疗组及对照组各 53 例。治疗组口服喜氏盆腔炎 I 号方,早晚各 1 次,1 次 1 袋;对照组口服金刚藤胶囊,每天 3 次,每次 4 粒。治疗均从月经结束后开始,21 天为 1 个疗程,经期停药,连续服用 3 个月经周期。观察两组疗效;观察两组治疗前后、停药 3 个月中医证候积分及盆腔疼痛视觉模拟评分(VAS)变化;观察两组不良反应发生情况。**结果:**①治疗组总有效率为 84.31%,对照组总有效率为 66.67%,治疗组疗效优于对照组( $P<0.05$ )。②两组治疗后盆腔 VAS 评分均较本组治疗前降低( $P<0.05$ ),且 6 个月后治疗组较对照组降低更明显( $P<0.05$ )。③两组治疗 1 个疗程、2 个疗程、3 个疗程及第 6 个月,下腹疼痛、腰骶酸痛、带下量多、带下色黄、低热起伏、月经量多或经期延长、劳累或性交后或经期腹痛加重、经色黯红或夹血块、神疲乏力及总积分均较治疗前改善( $P<0.05$ ),且治疗组改善更明显( $P<0.05$ )。**结论:**喜氏盆腔炎 I 号方可有效缓解湿热瘀结型 SPID 患者的临床症状,提高生活质量,疗效更持久,且安全性良好,值得临床推广。

**关键词** 盆腔炎性疾病后遗症;湿热瘀结证;喜氏盆腔炎 I 号方;金刚藤胶囊;喜棣

盆腔炎性疾病后遗症(Sequelae of pelvic inflammatory disease, SPID)既往称为慢性盆腔炎,多因盆腔炎性疾病(Pelvic inflammation disease, PID)未及时治疗或治疗不当迁延所致<sup>[1]</sup>。SPID 临床主要表现为慢性下腹痛、腰骶痛、性交痛、带下异常等,病情缠绵反复,可引发慢性盆腔痛、异位妊娠、不孕症等严重后果<sup>[2-4]</sup>。本病好发于育龄期及围绝经期女性,发病率为 2%~12%,且呈逐年上升趋势<sup>[5]</sup>。目前,现代医学尚无根治该病的有效方案,多采用抗生素治疗<sup>[2]</sup>,但易产生耐药性,并造成菌群失调、肝肾损伤等问题<sup>[6]</sup>。中医中药强调整体辨治、标本兼治、内外合治,在减少复发、防治异位妊娠和不孕症方面具有独特优势。

喜棣先生为上海市嘉定区非物质文化遗产名录

喜氏妇科疗法第 7 代嫡传传人。喜氏为儒医世家,始于清代,尤擅女科,在苏北地区名声显赫,被《南通地方志》收录,人称“送子观音”。喜棣先生入沪从医以来,带教弟子,光大门庭。喜氏妇科不仅蜚声苏北,在沪上也声名鹊起。喜棣先生在家传经验的基础上,继承发扬,祛邪与扶正并举,创立了喜氏盆腔炎 I 号方。本研究旨在验证其临床疗效及安全性。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2023 年 10 月—2025 年 2 月上海市嘉定区中医医院妇科门诊就诊的湿热瘀结型 SPID 患者 106 例作为观察对象。随机将患者分为两组,治疗组和对照组各 53 例。两组各脱落 2 例,共 4 例。治疗组年龄为 20~45 岁,平均(36.55±5.67)岁;病程为 5~15 个月,平均(7.86±2.12)个月。对照组年龄为 20~45 岁,平均(36.12±4.89)岁;病程为 6~14 个月,平均(8.02±2.25)个月。两组病例年龄、病程、治疗前 VAS 评分、中医证候积分等基础资料均衡可比,无统计学差异( $P>0.05$ )。本研究经上海市嘉定区中医医院伦理委员会批准(批号:2023 伦理审查 006 号)。

## 1.2 诊断标准

<sup>※</sup>基金项目 上海市嘉定区卫生健康委中医药科研立项项目(No.2023-KY-ZYY-09);上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划(2018年—2020年)项目(No.ZY[2018-2020]-FWTX-4005);上海市嘉定区中医重点学科项目(No.2020-JDZYZZDK-02);上海市嘉定区名老中医工作室(流派工作室)建设项目(No.2021ZYLPZGS-02)

<sup>▲</sup>通信作者 刘德慧,女,主任医师。研究方向:中医药防治妇科疾病。E-mail:ldhlxj@163.com

• 作者单位 上海市嘉定区中医医院(上海 201800)

**1.2.1 西医诊断标准** 参照第九版《妇产科学》<sup>[2]</sup>及《中华妇产科学》<sup>[7]</sup>中SPID的诊断标准制定。(1)病史:既往确诊盆腔炎性疾病,反复发作的下腹疼痛或腰骶酸痛持续≥3个月。(2)症状:经行前后、劳累、性交后加重的腰骶酸痛、下腹疼痛;低热、倦怠、睡眠障碍等全身症状;月经异常,以经量增多、经期延长为主要表现;以不孕为表现的生殖功能障碍;阴道分泌物异常,量增多,色黄或黄绿色,有异味。(3)体征:①子宫体活动度降低或固定,或子宫颈举痛,或子宫体压痛;②双侧或单侧附件区扪及条索状增粗的组织,伴压痛(输卵管炎);③盆腔一侧或两侧扪及活动度欠佳的囊性或囊实性包块,伴压痛(输卵管积水或输卵管卵巢囊肿);④宫旁组织增厚或宫骶韧带触痛(盆腔结缔组织炎)。(4)辅助检查:①血常规提示白细胞总数或中性粒细胞轻度增高;②血沉稍加快,CRP增高或达正常上限值等;③阴道分泌物检查提示清洁度异常或检出病原菌阳性;④妇科超声可探及盆腔积液,或盆腔包块,或输卵管积水。符合上述主要临床症状,且至少具备1项体征,结合病史及辅助检查等,即可诊断。

**1.2.2 中医诊断标准** 参照《中医妇科学》<sup>[8]</sup>和《中药新药临床研究指导原则》<sup>[9]</sup>中湿热瘀结型辨证标准制定。主症:①少腹部疼痛;②腰骶部酸痛;③带下色黄、量多。次症:①低热起伏;②经量增多或经期延长;③经行前后及劳累、性交后腰腹疼痛加重;④经血色黯红,或夹血块;⑤倦怠乏力;⑥长期不孕;⑦小便色黄;⑧大便溏泄或干结。舌脉:舌质红或暗红,可见瘀点,苔黄腻;脉弦滑或弦数。患者须同时满足至少2项主症和2项次症。

**1.3 纳入标准** ①符合SPID西医诊断标准;②符合湿热瘀结型SPID中医证候诊断标准;③反复盆腔疼痛史≥3个月;④年龄20周岁~45周岁,有性生活史;⑤月经周期规律,为25~34天;⑥依从性良好,能全程配合治疗,自愿参与研究并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①妊娠期、哺乳期或计划妊娠者;②因恶性肿瘤、子宫内膜异位症、结核性疾病导致的下腹疼痛者;③合并特异性外阴阴道病(如外阴阴道假丝酵母菌病、滴虫性阴道炎、细菌性阴道病等);④经期延长(经期>10天)或阴道不规则出血者;⑤合并未控制的严重心、肝、肾、肺、血液或内分泌系统疾病者,或患有精神疾病无法配合研究者;⑥对研究药物成分过敏或过敏性体质者;⑦近1个月内接受过同类治疗;⑧其他不符合研究要求者。

**1.5 脱落标准** ①治疗依从性不佳,未按照既定方

案完成治疗;②主动退出研究;③在研究随访中失访。

**1.6 中止标准** ①受试者出现严重并发症或治疗相关并发症;②发生或疑似发生严重不良事件。

### 1.7 治疗方法

**1.7.1 治疗组** 口服喜氏盆炎I号方中药汤剂。药物组成:蒲公英10g,粉草薹10g,泽泻10g,椿根皮10g,柴胡6g,炒白芍10g,白花蛇舌草15g,黄柏10g,石菖蒲10g,连翘10g,川续断15g,芡实15g,茯苓10g,炒白术10g,甘草5g。上述药物由嘉定区中医医院中药房统一煎制,采用煎药机常规煎煮2次,合并药液至300mL,每次口服150mL,分早、晚2次饭后30min温服。治疗周期从月经结束后开始,连服21天为1个疗程,经期停药,连续治疗3个月经周期(3个疗程)。

**1.7.2 对照组** 口服金刚藤胶囊(国药准字:Z1991031,湖北福人药业股份有限公司生产,产品批号:20230712,规格:500mg×60粒/盒)。每天3次,每次4粒,饭后30min口服。月经结束后开始,连服21天为1个疗程,经期停药,连续治疗3个月经周期(3个疗程)。

### 1.8 观察指标

**1.8.1 中医证候积分** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[9]</sup>:主症涵盖下腹部疼痛、腰骶部酸痛、带下量多、带下色黄4项,根据严重程度分为无症状(0分)、轻度(2分)、中度(4分)、重度(6分),总分0~24分。次症包括低热起伏、经量增多或经期延长、劳累或性交后或经期腹痛加重、经血色形改变(色黯红或夹血块)、神疲乏力、婚久不孕、小便色黄、大便溏泄或秘结8项,根据严重程度亦分为无症状、轻、中、重度分别记0、2、4、6分,总分0~36分。

**1.8.2 疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)<sup>[10]</sup>** 对慢性盆腔痛(包括下腹疼痛、腰骶部疼痛)进行量化测定。评分卡线段总长度为10cm,左端标记为无痛(0分),右端标记为剧痛(10分),中间部分表示不同程度的疼痛,线段上有可移动游标。受试者通过移动游标,选择自身疼痛程度相应位置并计分。于月经第7天评价VAS评分,分值为0~10分,分值与疼痛程度呈正相关。

**1.9 临床疗效判断** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[9]</sup>,并结合临床实际拟定标准。痊愈:治疗后中医证候的主症、次症基本消失,中医证候积分降低95%以上(包含95%);显效:治疗后中医证候的主症、次症消失或明显减轻,中医证候积分降低70%以上

(包含70%),但不及95%;有效:治疗后中医证候的主症、次症减轻,中医证候积分降低30%以上(包含30%),但不及70%;无效:治疗后中医证候的主症、次症无明显减轻,甚或加重,中医证候积分降低30%以下。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

### 1.10 安全性评价

1.10.1 安全性指标 监测用药期间的不良反应事件以评估药物安全性,主要观察指标包括药物不良反应的发生情况。同时,通过用药前后检查尿常规、肝肾功能、心电图等以此评估药物安全性。

1.10.2 不良事件的记录和报告 研究期间出现的所有不良事件需详细记录,包括但不限于临床症状、严重程度、发生时间、持续时间、处理措施及转归情况,并完整填写病例报告表。研究者需结合受试者合并用药及基础疾病情况,综合分析其与研究药物的相关性,并详细记录。

1.10.3 不良事件处理 研究期间若出现不良事件,观察医师应根据受试者具体情况评估是否继续参与研究。对于因不良反应而退出研究的病例,需进行追踪并调查详细记录预后情况。如发生严重不良事件,研究者应立即启动应急预案,确保受试者的安全性,并在24 h内向项目负责人、伦理委员会提交书面报告,并在报告上签名、注明日期。

1.11 统计方法 采用SPSS 21.0软件进行数据分

析。计量资料根据正态性检验结果分别采用不同的统计方法。符合正态分布,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;非正态分布数据,用中位数、25%分位数、75%分位数进行统计描述,组内比较采用两个相关样本非参数检验,组间比较采用两个独立样本非参数检验。计数资料用 $\chi^2$ 检验,等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗3个疗程后,治疗组总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。见表1。

表1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	51	26(50.98)	12(23.53)	5(9.80)	8(15.69)	43(84.31)*
对照组	51	16(31.37)	10(19.61)	8(15.69)	17(33.33)	34(66.67)

注:与对照组比较,\* $P<0.05$

2.2 两组治疗前后盆腔VAS评分比较 两组治疗前盆腔VAS评分比较,无统计学差异( $P>0.05$ )。两组治疗后盆腔VAS评分均较治疗前降低( $P<0.05$ );两组间治疗1个疗程、2个疗程、3个疗程后盆腔VAS评分比较,均无统计学差异( $P>0.05$ ),而6个月后治疗组盆腔VAS评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。见表2。

表2 两组治疗前后盆腔VAS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	治疗前	1个疗程	2个疗程	3个疗程	第6个月
治疗组(n=51)	7.08±1.26	2.75±1.73 <sup>▲</sup>	2.24±1.58 <sup>▲</sup>	1.69±1.32 <sup>▲</sup>	2.22±1.51 <sup>▲#</sup>
对照组(n=51)	7.12±1.05	2.20±1.41 <sup>▲</sup>	2.00±1.34 <sup>▲</sup>	1.90±1.33 <sup>▲</sup>	3.97±1.17 <sup>▲</sup>

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ ,# $P<0.01$ ;与治疗前比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ ,<sup>▲</sup> $P<0.01$

2.3 两组治疗前后中医证候积分比较 治疗前两组中医证候积分比较,无统计学差异( $P>0.05$ )。两组治疗1个疗程、2个疗程、3个疗程及第6个月,下腹疼痛、腰骶酸痛、带下量多、带下色黄、低热起伏、月经量多或经期延长、劳累或性交后或经期腹痛加重、经色黯红或夹血块、神疲乏力以及总积分均较治疗前降低( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),且治疗组降低更明显( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )。见表3。

2.4 安全性 治疗组在用药过程中均未出现过敏现象,且无身体不适发生;对照组出现轻微恶心呕吐1例,胃脘部不适2例。两组均未发生任何突发事件,治疗前后肝肾功能等安全性指标均未发现异常。

## 3 讨论

SPID是以慢性盆腔痛、PID反复发作、不孕症和异位妊娠为主要临床表现的一种感染性疾病,多由女性上生殖道及其周围组织感染未得到规范、及时有效的治疗发展而来<sup>[2]</sup>。其起病慢,病程久,常迁延不愈,其治疗是妇科领域的重点与难点<sup>[4]</sup>。现代医学多采用抗生素治疗、物理治疗和手术治疗,但疗效欠佳,且具有菌群失调、耐药性、反复发作及术后并发症等问题<sup>[1]</sup>。中医药对SPID的认识和治疗积累了丰富的理论基础及临床经验。目前,金刚藤胶囊因其确切的清热解毒、消肿散结之效,被广泛应用于SPID的治疗。金刚藤胶囊可通过降低炎症因子水平来抑制炎症刺

表3 两组治疗前后中医证候积分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

项目	治疗组(n=51)					对照组(n=51)				
	治疗前	1个疗程	2个疗程	3个疗程	第6个月	治疗前	1个疗程	2个疗程	3个疗程	第6个月
主症一	5.37±1.09	3.88±1.41 <sup>▲</sup>	3.33±1.24 <sup>▲</sup>	2.98±1.09 <sup>▲</sup>	3.10±1.40 <sup>▲</sup>	5.80±0.60	4.67±1.31 <sup>▲</sup>	4.43±1.28 <sup>▲</sup>	4.78±1.33 <sup>▲</sup>	4.67±1.37 <sup>▲</sup>
主症二	5.18±1.14	3.65±1.37 <sup>▲</sup>	3.29±1.25 <sup>▲</sup>	2.59±0.92 <sup>▲</sup>	2.78±1.27 <sup>▲</sup>	5.45±0.90	4.43±1.51 <sup>▲</sup>	4.24±1.37 <sup>▲</sup>	4.24±1.37 <sup>▲</sup>	4.00±1.33 <sup>▲</sup>
主症三	4.98±1.16	3.33±1.18 <sup>▲</sup>	2.90±1.15 <sup>▲</sup>	2.20±0.72 <sup>▲</sup>	2.43±0.83 <sup>▲</sup>	5.33±1.03	3.69±1.16 <sup>▲</sup>	3.49±1.12 <sup>▲</sup>	3.38±1.36 <sup>▲</sup>	3.69±1.46 <sup>▲</sup>
主症四	4.04±1.57	2.86±1.15 <sup>▲</sup>	2.43±1.15 <sup>▲</sup>	1.97±0.85 <sup>▲</sup>	2.08±0.89 <sup>▲</sup>	4.67±1.11	3.45±0.99 <sup>▲</sup>	3.14±1.08 <sup>△</sup>	3.06±1.16 <sup>△</sup>	3.30±1.31 <sup>▲</sup>
次症一	3.26±1.49	2.16±1.12 <sup>▲</sup>	1.80±0.92 <sup>▲</sup>	1.57±1.01 <sup>▲</sup>	1.49±0.97 <sup>▲</sup>	3.92±1.05	2.82±1.14 <sup>▲</sup>	2.51±1.12 <sup>▲</sup>	2.51±1.05 <sup>△</sup>	2.59±1.00 <sup>▲</sup>
次症二	3.53±1.36	2.00±1.13 <sup>▲</sup>	1.30±1.12 <sup>▲</sup>	1.14±1.00 <sup>▲</sup>	1.65±1.04 <sup>▲</sup>	3.37±1.52	2.35±1.18 <sup>▲</sup>	2.20±1.08 <sup>▲</sup>	2.12±1.09 <sup>▲</sup>	3.06±1.22
次症三	4.75±1.32	3.18±1.40 <sup>▲</sup>	2.82±1.51 <sup>▲</sup>	2.63±1.41 <sup>▲</sup>	2.78±1.39 <sup>▲</sup>	4.20±1.08	3.57±1.22 <sup>▲</sup>	3.49±1.12 <sup>▲</sup>	3.53±1.10 <sup>▲</sup>	3.53±1.17 <sup>▲</sup>
次症四	3.22±1.50	2.12±1.01 <sup>▲</sup>	1.65±1.18 <sup>▲</sup>	1.49±1.12 <sup>▲</sup>	1.41±1.08 <sup>▲</sup>	3.25±1.13	2.63±1.36 <sup>▲</sup>	2.24±1.11 <sup>▲</sup>	2.16±1.12 <sup>▲</sup>	2.24±0.86 <sup>▲</sup>
次症五	2.94±1.22	2.28±1.06 <sup>▲</sup>	2.08±1.06 <sup>▲</sup>	1.76±0.95 <sup>▲</sup>	1.69±0.93 <sup>▲</sup>	2.86±1.34	2.75±1.26	2.63±1.23 <sup>△</sup>	2.63±1.23 <sup>△</sup>	2.43±1.01 <sup>▲</sup>
次症六	0.63±0.94	0.63±0.94	0.63±0.94	0.63±0.94	0.63±0.94	0.51±0.88	0.51±0.88	0.51±0.88	0.51±0.88	0.55±0.90
次症七	1.88±0.48	1.80±0.60	1.76±0.65	1.65±0.77 <sup>△</sup>	1.69±0.73 <sup>△</sup>	1.96±0.28	1.88±0.48	1.84±0.54	1.84±0.54	1.92±0.39
次症八	1.88±0.48	1.73±0.70 <sup>△</sup>	1.53±0.86 <sup>▲</sup>	1.41±0.92 <sup>▲</sup>	1.37±0.94 <sup>▲</sup>	1.96±0.28	1.84±0.54	1.76±0.65 <sup>△</sup>	1.73±0.70 <sup>△</sup>	1.80±0.60 <sup>△</sup>
总评分	41.65±9.93	29.41±8.67 <sup>▲</sup>	25.53±9.28 <sup>▲</sup>	22.00±7.36 <sup>▲</sup>	23.18±7.50 <sup>▲</sup>	43.29±7.81	34.59±8.70 <sup>▲</sup>	32.47±8.07 <sup>▲</sup>	32.47±7.61 <sup>▲</sup>	33.76±6.35 <sup>▲</sup>

注:主症一为下腹疼痛,主症二为腰骶酸痛,主症三为带下量多,主症四为带下色黄,次症一为低热起伏,次症二为经量多或经期延长,次症三为劳累、性交后或经期腹痛加重,次症四为经色黯红或夹血块,次症五为神疲乏力,次症六为婚久不孕,次症七为小便黄,次症八为大便溏泄或秘结;与对照组比较,\* $P<0.05$ ,<sup>#</sup> $P<0.01$ ;与治疗前比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ ,<sup>▲</sup> $P<0.01$

激,并促进粘连形成相关蛋白的溶解,从而发挥抗慢性盆腔炎盆腔粘连作用<sup>[12]</sup>。然而该药对其他伴随症状,如腰骶酸痛、低热起伏、月经量多或经期延长、经色黯红或夹血块、神疲乏力等收效欠佳。

SPID 归属于中医妇科“经、带、胎、产、杂病”中杂病范畴,可散见于“带下病”“癥瘕”“妇人腹痛”“不孕”等病症。历代诸多医家认为本病与湿热、寒湿、气滞、气虚、血瘀等因素有关。喜棣先生认为,正气不足、脾肾亏虚为 SPID 的根本,湿热瘀阻侵袭是发病的重要病理因素,病位在胞宫、冲任,与脾、肾关系密切。喜棣先生认为,脾虚、肾虚或外感湿热可致湿热之邪停滞于胞宫、冲任,发为本病。湿热之邪与冲任气血相搏结,蕴积胞宫,正邪相争,反复进退,耗伤气血,日久化为湿热瘀阻,滞于胞宫及冲任,久而累及脾肾,致使病情迁延难愈。其病机多为正虚邪实,故喜棣先生临证治疗 SPID 时,常以扶正祛邪为治则,清热利湿与健脾补肾并重。临床依据患者症状、体征、舌苔、脉象的不同进行辨证论治,随证调整用药侧重。

本研究显示,治疗组的总有效率高于对照组( $P<0.05$ ),治疗后、停药3个月后,治疗组中医证候积分的改善优于对照组( $P<0.05$ ),说明喜氏盆炎 I 号方更有效缓解患者下腹疼痛、腰骶酸痛、劳累或性交后或经期下腹痛加重症状,改善月经及白带异常、神疲乏力等症,提高患者生活质量。停药3个月后治疗组盆腔 VAS 评分低于对照组( $P<0.05$ ),说明喜氏盆炎 I 号方改善患者疼痛程度方面疗效更持久。笔者考虑

这与喜氏妇科疗法辨证论治及方药有关。

喜棣先生临证时主张从主症出发,认为主症是疾病本质的外在表现,最能反映核心病机。其通过抓主症特点,从主要矛盾切入辨证,执简驭繁,直指病所,清补并用,标本兼治,遂得此方。“清”“补”同属清代医家程钟龄在《医学心悟》所提的“医门八法”。“清”指清泄宣通、清热化湿,清热与利湿、燥湿相结合,因势利导,祛除外感及内伤所致湿热之邪。“补”指补益脾肾,针对素体脾肾亏虚或久病伤及脾肾出现的各种症状,通过健脾补肾之法扶正祛邪,恢复健康。喜氏盆炎 I 号方是喜氏妇科经验传承方,由蒲公英、粉萆薢、泽泻、椿根皮、柴胡、炒白芍、白花蛇舌草、黄柏、石菖蒲、连翘、川续断、芡实、茯苓、炒白术、甘草组成。方中蒲公英、白花蛇舌草、连翘、黄柏清热泻火解毒;粉萆薢、椿根皮、泽泻、石菖蒲利水渗湿,化浊通淋;柴胡疏肝理气,炒白芍养阴柔肝,二者调和气血以止痛;续断、芡实益肾固精,补脾祛湿;茯苓、炒白术健脾益气,燥湿利水;甘草调和诸药。方中虽无峻猛活血之品,但通过清热以祛瘀热,行气以助血行,体现了“气行则血行”的治则。全方在清热利湿活血的基础上,佐以健脾益气、补肾助阳之品,清补兼施,通涩并用,气血并调,共奏健脾补肾、清利湿热、化瘀止痛之功。因 SPID 反复迁延,耗伤气血,久病多虚多瘀,故清补并举实为对证之策。

喜棣先生除运用喜氏盆炎 I 号方中药汤剂外,亦十分重视患者生活方式、饮食及情志的调摄。喜棣先

生指出,不良作息、不洁性行为、流产、妇科术后感染、毗邻生殖系统炎症蔓延<sup>[13]</sup>等均可诱发SPID。故喜棣先生常劝导患者顺应四时调养起居,并及时、有效、规范地治疗,以防病情传变。喜棣先生认为,湿热可因脾肾等功能失调内蕴而生,亦可由外邪侵袭所致。饮食不节易伤脾气,运化失职,湿浊停滞,伤及胞宫、冲任,遂发本病。因此,喜棣先生常嘱患者谨和五味,并辅以饮食疗法固护脾胃、扶助正气、调理体质,以促进治疗、防止复发。现代女性常多方压力缠身,多忧多思,忧思伤脾易生内湿,亦可诱发本病,故调畅情志在防治中至关重要。

研究中笔者发现,两组盆腔VAS评分及中医证候积分中的下腹疼痛评分的结果并不完全一致,可能与疼痛持续时间有关,后续将纳入疼痛持续时间进一步分析。未来将扩大样本量并延长随访时间以期观察喜氏盆炎 I 号方对盆腔情况的改善情况及受孕率的影响。未来还将进一步对喜氏盆炎 I 号方开展临床及机制研究,以深入验证其疗效。

综上所述,喜氏盆炎 I 号方可有效改善湿热瘀结型SPID临床疗效,减轻盆腔疼痛等症状,提升患者生活质量,且不良反应少,值得临床推广应用。

### 参考文献

[1]王艳琴, 缙燕华. 中医治疗盆腔炎性疾病后遗症的临床研究进展[J]. 河北中医, 2024, 46(12): 2104-2108.

[2]谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 251-257, 264.

[3]《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗盆腔炎性疾病后遗症临床应用指南(2020年)[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(3): 286-299.

[4]杨丽雯, 游米珍. 红藤汤灌肠结合雷火灸辅助盆腔炎性疾病后遗症临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(12): 2421-2422.

[5]SAVARIS R F, FUHRICH D G, MAISSIAT J, et al. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2020, 8(8): CD010285.

[6]乔延盈, 刘丽. 中医治疗盆腔炎性疾病后遗症进展及作用机制概述[J]. 中医药临床杂志, 2024, 36(12): 2425-2430.

[7]曹泽毅, 郎景和, 王临虹, 等. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 1211-1218.

[8]张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 320-322.

[9]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: 252-253.

[10]中华医学会物理医学与康复学分会. 物理医学与康复学指南与共识[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 126-153.

[11]刘艳芹, 翁冬莉, 徐香杰, 等. 少腹逐瘀汤联合灌肠汤1号治疗寒湿瘀滞型盆腔炎性疾病后遗症的临床观察[J]. 中医药学报, 2024, 52(10): 93-97.

[12]李筠, 陈刚. 金刚藤胶囊对慢性盆腔炎大鼠盆腔粘连的作用及其药理机制[J]. 中药药理与临床, 2020, 36(1): 144-149.

[13]胡伊蕾, 俞赞丰, 周曼丽, 等. 基于中西医盆腔炎性疾病后遗症临床病证特点的动物模型分析[J]. 中药药理与临床, 2024, 40(6): 93-98.

(收稿日期: 2025-08-07)

(本文编辑: 黄明愉)

(上接第35页)

[3]姜泉, 周新尧, 唐晓颇, 等. 干燥综合征病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2024, 65(4): 434-444.

[4]李多多, 苑艺, 刘长信, 等. 基于网络药理学探讨补肾清热育阴方治疗原发性干燥综合征的分子机制[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(10): 4941-4947.

[5]王重阳, 李奇玮, 姜北, 等. 中医药调节免疫平衡治疗干燥综合征研究进展[J]. 山东中医药杂志, 2024, 43(7): 770-774

[6]SHIBOSKI C H, SHIBOSKI S C, SEROR R, et al. 2016 American college of rheumatology/european league against rheumatism classification criteria for primary Sjögren's syndrome: a consensus and data driven methodology involving three international patient cohorts[J]. Arthritis Rheumatol, 2017, 69(1): 35-45.

[7]周新尧, 姜泉, 唐晓颇, 等. 干燥综合征中医证候专家共识[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(3): 311-314.

[8]SEROR R, BOWMAN S J, BRITO-ZERON P, et al. EULAR Sjögren's syndrome disease activity index (ESSDAI): a user guide[J]. RMD Open, 2015, 1(1): e000022.

[9]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: 110-115.

[10]宋乃光. 刘完素医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 105.

[11]王新昌, 曹灵勇, 范永升. 干燥综合征中医病因病机刍议[J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(5): 643-644.

[12]张丽宁, 姚传辉, 罗静, 等. 原发性干燥综合征中医治疗经验荟萃[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(5): 2588-2592.

[13]范永升. 中西医结合临床风湿病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 127-128.

[14]赵天喜. 柴胡桂枝干姜汤浅析及风湿病治验举隅[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(2): 176-178.

[15]罗静, 吴子华, 陶庆文. 从燥湿同病探析原发性干燥综合征的病因病机[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(7): 3154-3157.

[16]温好婕, 樊勇, 张卓莉. 原发性干燥综合征合并淋巴瘤的研究进展[J]. 中国实用内科杂志, 2019, 39(10): 913-917.

(收稿日期: 2025-09-29)

(本文编辑: 蒋艺芬)