

五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴 治疗急性盆腔炎

禹宏¹ 刘宝生² 徐毛毛¹ 焦瑞芹¹ 王晓晓¹ 张宇¹ 王雨² 李伟莉³

(1 安徽省淮北市中医医院妇产科, 淮北, 235000; 2 安徽省淮北市中医医院康复科, 淮北, 235000; 3 安徽中医药大学附属第一医院妇产科, 合肥, 230000)

摘要 目的:探讨五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴对急性盆腔炎(APID)患者炎症因子和T淋巴细胞亚群的影响。方法:选取2016年1月至2018年6月淮北市中医医院收治的APID患者103例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组($n=51$)和观察组($n=52$)。对照组给予常规治疗,观察组在对照组治疗的基础上给予五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴治疗。评价并比较2组临床疗效,比较2组腹痛消失时间、体温恢复时间、白细胞计数(WBC)恢复时间及中性粒细胞比例(NEUT)恢复时间,比较2组治疗前后中医症状积分、WBC、NEUT、血清白细胞介素-6(IL-6)、C-反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、降钙素原(PCT)水平及外周血CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺水平。记录2组治疗过程中不良反应的发生情况。结果:观察组的临床总有效率为94.23%(49/52),明显高于对照组的80.39%(41/51)($P<0.05$)。观察组治疗后中医主要症状积分、次要症状积分均明显低于对照组($P<0.05$)。观察组的腹痛消失时间、体温恢复时间、WBC恢复时间及NEUT恢复时间均明显短于对照组($P<0.05$)。观察组治疗后血清IL-6、CRP、TNF- α 、PCT、WBC、NEUT及外周血CD8⁺水平均明显低于对照组($P<0.05$),外周血CD3⁺、CD4⁺水平均明显高于对照组($P<0.05$)。2组治疗过程中均未发现严重的不良反应。结论:五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴治疗APID的临床疗效显著,能够明显改善临床症状,降低炎症细胞因子水平,提高机体免疫功能,且安全性较好。

关键词 急性盆腔炎;五味消毒饮;针刺;炎症因子;T淋巴细胞亚群;下髎穴;交信穴

Effects of Wuwei Xiaodu Decoction Combined with Acupuncture at Xialao (BL34) and Jiaoxin (KI8) Points on Acute Pelvic Inflammatory Disease

Yu Hong¹, Liu Baosheng², Xu Maomao¹, Jiao Ruiqin¹, Wang Xiaoxiao¹, Zhang Yu¹, Wang Yu², Li Weili³

(1 Department of Gynecology and Obstetrics, Huaibei Hospital of Traditional Chinese Medicine of Anhui Province, Huaibei 235000, China; 2 Department of Rehabilitation, Huaibei Hospital of Traditional Chinese Medicine of Anhui Province, Huaibei 235000, China; 3 Department of Obstetrics and Gynecology, First Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230000, China)

Abstract Objective: To explore the effects of Wuwei Xiaodu Decoction combined with acupuncture at Xialao (BL34) and Jiaoxin (KI8) points on inflammatory cytokines and T lymphocyte subsets in patients with acute pelvic inflammatory disease (APID). **Methods:** A total of 103 patients with APID in Huaibei Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2016 to June 2018 were randomly divided into a control group ($n=51$) and an observation group ($n=52$). Patients in the control group were given conventional treatment, and the observation group was treated with Wuwei Xiaodu Decoction combined with acupuncture at Xialao (BL34) and Jiaoxin (KI8) points on the basis of the control group. The clinical efficacy of the 2 groups were evaluated and compared. The recovery time of abdominal pain, body temperature, white blood cell count (WBC) and neutrophil ratio (NEUT) were compared between the 2 groups. The TCM symptom score, WBC, NEUT, serum interleukin-6 (IL-6), C-reactive protein (CRP), tumor necrosis factor- α (TNF- α), procalcitonin (PCT) levels and peripheral blood CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ levels were compared between the 2 groups before and after treatment. The occurrence of adverse reactions during the treatment was recorded. **Results:** The clinical efficacy rate of the observation group was 94.23% (49/52), which was significantly higher than 80.39% (41/51) of the control group ($P<0.05$). The scores of main symptoms and minor symptoms in the observation group after treatment were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). The abdominal pain disappear time, body temperature recovery time, WBC recovery time and NEUT recovery time of the observation group were significantly shorter than those of the control group ($P<0.05$). The levels of serum IL-6, CRP, TNF- α , PCT, WBC, NEUT and CD8⁺ in the observation group after treatment were signifi-

基金项目:安徽省卫生计生委中医药科研课题项目(2016zy51)

作者简介:禹宏(1970.08—),女,硕士,主任医师,研究方向:妇科炎症反应疾病,E-mail:517080527@qq.com

通信作者:李伟莉(1959.10—),女,本科,主任医师,研究方向:中医药防治妇科疾病,E-mail:380935065@qq.com

cantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). The peripheral blood CD3⁺, CD4⁺ levels were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). There was no adverse reaction of the 2 groups during treatment. **Conclusion:** Wuwei Xiaodu Decoction combined with acupuncture at Xialao (BL34) and Jiaoxin (KI8) points in treatment of APID curative effect is significant. It can significantly improve clinical symptoms, reduce inflammatory cytokine levels, improve immune function, and has good safety.

Key Words Acute pelvic inflammatory disease; Wuwei Xiaodu Decoction; Acupuncture; Inflammatory cytokines; T lymphocyte subsets

中图分类号: R245.32; R271.19 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.10.047

急性盆腔炎 (Acute Pelvic Inflammatory Disease, APID) 是妇科常见的一种急性炎性反应, 多发生于女性输卵管、卵巢、子宫内膜、盆腔腹膜及盆腔结缔组织等部位, 临床主要表现为白带增多、持续性下腹痛等症, 部分患者还有恶心、高热等症状, 具有发病急、病情重、进展快的特点^[1]。近年来, APID 的发病率有逐年增高的趋势, 对患者身体健康造成极大影响, 若得不到及时有效的治疗会发展为慢性盆腔炎, 治疗难度增大, 迁延难愈^[2]。目前, 临床治疗 APID 主要应用抗生素, 能够迅速缓解病情, 但是长期使用会有耐药性产生, 影响疗效, 还会引起皮疹、皮炎等不良反应发生^[3]。中医学认为, APID 以热毒为主, 兼有瘀、湿之邪, 病机为湿热瘀结、热毒炽盛、气血壅滞, 治疗应以活血化瘀、行气凉血为宜^[4]。五味消毒饮出自《医宗金鉴·外科·心发要诀》, 方中有金银花、蒲公英、野菊花、紫背天葵、紫花地丁等多味中药, 具有行气止痛、清热解毒之功效^[5]。盆腔炎的疼痛在盆腔, 下髂穴在近, 交信穴处远, 二者皆由经脉过盆腔, 针刺两者能够移神宁心、调通气血^[6]。本研究探讨五味消毒饮联合针刺下髂与交信穴对 APID 患者炎症因子和 T 淋巴细胞亚群的影响, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2018 年 6 月淮北市中医医院收治的 APID 患者 103 例作为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组 ($n = 51$) 和观察组 ($n = 52$)。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 纳入标准 1) 符合《妇产科学》中有关 APID 的诊断标准^[7]: a. 最低标准: 子宫颈举痛或附件触

痛或子宫触痛; b. 附加标准: 体温 ≥ 38.3 °C、阴道分泌物发现白细胞、阴道或宫颈黏液有脓性分泌物、C 反应蛋白升高、红细胞沉降率加快; 2) 中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》, 且辨证分型为湿毒壅盛^[8]; 3) 初次发病患者; 4) 配合本研究且资料完整者; 5) 签署知情同意书者。

1.3 排除标准 1) 伴有盆腔肿瘤、子宫内膜异位症、盆腔结核等疾病患者; 2) 对试验药物过敏患者; 3) 伴有严重肝肾功能障性疾病患者; 4) 精神障碍患者; 5) 妊娠或哺乳期患者。

1.4 治疗方法 对照组给予常规治疗, 左氧氟沙星注射液 (浙江医药股份有限公司新昌制药厂, 生产批号 20151018), 静脉滴注, 0.3 g/次, 1 次/d; 甲硝唑注射液 (西安京西双鹤药业有限公司, 生产批号 20151128), 静脉滴注, 0.5 g/次, 1 次/d, 给药 7 d, 7 d 后改为口服制剂, 左氧氟沙星片 (浙江医药股份有限公司新昌制药厂, 生产批号 20150825) 口服, 0.4 g/次, 2 次/d; 甲硝唑片 (湖北华中药业有限公司, 生产批号 20151209) 口服, 0.6 g/次, 2 次/d。观察组在对照组治疗的基础上给予五味消毒饮联合针刺下髂与交信穴治疗, 具体为: 1) 五味消毒饮, 方中含有金银花 20 g、蒲公英 15 g、野菊花 15 g、紫花地丁 15 g、紫背天葵 15 g, 有大便溏薄热臭者加黄连 3 g、葛根 9 g、黄芩 9 g; 有高热恶寒者加荆芥 6 g、防风 6 g、薄荷 3 g; 有小便淋痛伴白浊者加土牛膝 15 g、虎杖 15 g; 有小腹酸胀、带下恶臭者加半枝莲 20 g、鱼腥草 20 g, 加水煎至 200 mL, 200 mL/剂, 每日 1 剂, 分早晚 2 次温服; 2) 针刺下髂与交信穴, 患者取俯卧位, 采用单手快速进针法针刺下髂穴和交信穴, 直刺 0.5 ~ 0.8 寸, 得气后留针 30 min, 以平补平泻

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, d)	疾病类型 (例)				
			盆腔结缔组织炎	盆腔腹膜炎	输卵管炎	子宫内膜炎	子宫肌炎
对照组 ($n = 51$)	37.10 ± 5.29	3.50 ± 1.11	14	13	10	7	7
观察组 ($n = 52$)	36.88 ± 6.13	3.37 ± 1.20	16	12	11	8	5
t/χ^2 值	0.195	0.570	0.611				
P 值	0.846	0.570	0.962				

法每5 min 运针3 min,1次/d。2组均给予治疗14 d。

1.5 观察指标

1.5.1 中医症状积分 中医症状分为主要症状和次要症状,主要症状分为4项,分别为下腹剧痛、低热持续、发热或伴恶寒、带下量多色黄或脓血相兼,每项按照无、轻度、中度、重度分别评分为0分、2分、4分、6分;次要症状分为7项,分别为头痛、恶心、月经不调、经色暗红夹血块、口渴喜饮、大便干燥、小便黄少,每项按照无、轻度、中度、重度分别评分为0分、1分、2分、3分^[10]。

1.5.2 临床症状消失时间 比较2组治疗前后的腹痛消失时间、体温恢复时间、白细胞计数(WBC)恢复时间及中性粒细胞比例(NEUT)恢复时间。

1.5.3 检测指标 由同一位医师采集所有患者静脉血10 mL,患者需在空腹状态下,取其中的5 mL以2 000 r/min的转速,13.5 cm的离心半径,离心15 min以分离血清,另外5 mL置于涂有肝素的离心管中,两者都保存于2~8℃冰箱中备用。检测并比较2组治疗前后血清白细胞介素-6(Interleukin-6, IL-6)、C-反应蛋白(C-Reactive Protein, CRP)、肿瘤坏死因子- α (Tumor Necrosis Factor- α , TNF- α)、降钙素原(Procalcitonin, PCT)水平,检测采用购自上海泽叶生物科技有限公司的双抗夹心酶联免疫试剂盒;检测并比较2组治疗前后外周血CD3⁺、CD4⁺及CD8⁺水平,检测仪器为美国Becton Dickinson公司的FACSCalibu流式细胞仪;检查并比较2组治疗前后WBC和NEUT。

1.5.4 安全性评价 记录治疗期间所有病例不良反应发生情况。

1.6 疗效判定标准 临床疗效主要分为4个等级:

痊愈:发热、下腹疼痛等症状完全消失,血象恢复正常,超声显示单侧或双侧附件恢复正常,盆腔炎性渗出与包块消失;显效:发热、下腹疼痛等症状明显改善,血象与超声检查明显好转;有效:发热、下腹疼痛等症状有所好转,血象与超声检查有所好转;无效:发热、下腹疼痛等症状无好转,血象与超声检查无好转^[9]。总有效率=(总例数-无效例数)/总例数×100%。

1.7 统计学方法 采用SPSS 23.0统计软件进行数据分析,试验所得到的计数资料以例数及率表示,组间比较采用 χ^2 检验或Fishers精确概率法。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者临床有效率比较 观察组的临床总有效率为94.23%(49/52),明显高于对照组的80.39%(41/51),且差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.2 2组患者治疗前后中医症状积分比较 治疗前,2组中医主要症状积分、次要症状积分之间的差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组治疗后中医主要症状积分、次要症状积分均明显低于治疗前($P < 0.05$),且观察组治疗后中医主要症状积分、次要症状积分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

2.3 2组患者临床症状消失时间比较 观察组的腹痛消失时间、体温恢复时间、WBC恢复时间及NEUT恢复时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表2 2组患者临床总有效率比较[例(%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组($n=51$)	15(29.41)	18(35.29)	8(15.69)	10(19.61)	41(80.39)
观察组($n=52$)	27(51.92)	20(38.46)	2(3.85)	3(5.77)	49(94.23)
χ^2 值					4.471
P 值					0.034

表3 2组患者治疗前后中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	主要症状积分	次要症状积分
对照组($n=51$)		
治疗前	16.27±3.55	14.40±2.55
治疗后	5.24±1.12*	6.10±1.45*
观察组($n=52$)		
治疗前	16.10±3.71	14.28±3.04
治疗后	2.87±0.91* Δ	2.21±0.83* Δ

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

表 4 2 组患者临床症状消失时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	腹痛消失时间	体温恢复时间	WBC 恢复时间	NEUT 恢复时间
对照组($n=51$)	6.30 ± 1.44	5.51 ± 1.39	6.27 ± 1.88	6.86 ± 2.04
观察组($n=52$)	4.53 ± 1.28	3.85 ± 1.22	4.13 ± 1.45	3.91 ± 1.87
<i>t</i> 值	6.596	6.445	6.476	7.653
<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000	0.000

表 5 2 组患者治疗前后血清炎性反应因子水平($\bar{x} \pm s$)

组别	IL-6 (ng/L)	CRP (mg/L)	TNF- α (ng/L)	PCT (ng/mL)
对照组($n=51$)				
治疗前	135.80 ± 8.33	81.16 ± 10.39	43.21 ± 4.33	3.70 ± 0.55
治疗后	93.52 ± 5.26*	15.84 ± 3.34*	18.28 ± 2.20*	1.83 ± 0.40*
观察组($n=52$)				
治疗前	136.15 ± 10.52	80.84 ± 11.24	43.10 ± 5.46	3.68 ± 0.51
治疗后	67.64 ± 4.18* Δ	7.50 ± 1.67* Δ	10.14 ± 0.85* Δ	1.05 ± 0.23* Δ

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.4 2 组患者治疗前后血清炎性反应因子水平

治疗前,2 组血清 IL-6、CRP、TNF- α 、PCT 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组治疗后血清 IL-6、CRP、TNF- α 、PCT 水平均明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),同时观察组治疗后血清 IL-6、CRP、TNF- α 、PCT 水平均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

2.5 2 组患者治疗前后血常规检查指标

治疗前,2 组 WBC、NEUT 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组治疗后 WBC、NEUT 水平均明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),同时观察组治疗后 WBC、NEUT 水平均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

表 6 2 组患者治疗前后血常规检查指标($\bar{x} \pm s, \times 10^9/L$)

组别	WBC	NEUT
对照组($n=51$)		
治疗前	14.91 ± 4.60	10.40 ± 2.89
治疗后	9.11 ± 3.80*	7.39 ± 1.42*
观察组($n=52$)		
治疗前	14.84 ± 5.12	10.36 ± 2.25
治疗后	6.23 ± 2.65* Δ	3.91 ± 1.31* Δ

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.6 2 组患者治疗前后外周血 T 淋巴细胞亚群水平

治疗前,2 组外周血 CD3⁺、CD4⁺及 CD8⁺水平之间的差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组治疗后外周血 CD3⁺、CD4⁺水平均明显高于治疗前($P < 0.05$),外周血 CD8⁺水平均明显低于治疗前($P < 0.05$),且观察组治疗后外周血 CD3⁺、CD4⁺均明显高于对照组($P < 0.05$),外周血 CD8⁺水平明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 7。

表 7 2 组患者治疗前后外周血 T 淋巴细胞亚群水平($\bar{x} \pm s, \%$)

组别	CD3 ⁺	CD4 ⁺	CD8 ⁺
对照组($n=51$)			
治疗前	48.07 ± 4.12	32.41 ± 3.10	29.89 ± 3.07
治疗后	54.46 ± 4.75*	38.87 ± 3.35*	26.64 ± 2.11*
观察组($n=52$)			
治疗前	48.15 ± 4.30	32.37 ± 2.98	29.77 ± 3.22
治疗后	62.21 ± 5.01* Δ	45.73 ± 3.56* Δ	23.31 ± 1.72* Δ

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.7 安全性评价

治疗期间,2 组均无严重不良反应发生,肝肾功能、血尿常规检查均未见异常。

3 讨论

APID 的发病是由感染大肠杆菌、链球菌、金黄色葡萄球菌等需氧菌或(和)厌氧菌所致,以需氧菌与厌氧菌混合感染最为多见,因此治疗该病以抗生素抗感染为主^[11]。临床上治疗 APID 多选用广谱抗生素,同时需要对厌氧菌、需氧菌、沙眼衣原体、淋病奈瑟菌等细菌有效,主要应用左氧氟沙星、甲硝唑等药物,然而长期使用会导致耐药性的产生,限制了在临床上的应用^[12]。中医学认为,APID 属“带下病”“癥瘕”等范畴,其发病是由于邪毒趁产后、经期、术后或房事不洁等机体防御功能较低时侵入,湿瘀混杂,热毒炽盛,营卫不和,邪正交争,气血瘀滞,邪毒壅盛,若治疗不及时或导致热陷心包、热入营血,故治疗应以清热解毒、行气凉血、活血化瘀为宜^[13]。五味消毒饮是一个经典处方,方中金银花性寒味甘,有解毒补虚之功效;蒲公英性平,有清热解毒、消肿散结之功效;野菊花性微寒,有清热明目、消肿解毒之功效;紫花地丁性辛,有破坚除痹、消痈除脓之功

效;紫背天葵性凉,有消肿散瘀活血之功效;诸药合用,共奏行气止痛、清热解毒之功效^[14-15]。下髎穴为足太阳,属膀胱络肾;交信穴位足少阴,属肾络膀胱;两者表里互为,阴阳相融,下髎穴居上,交信穴处下,上下交行,针刺两者能够调阳治阴,平气衡营^[16]。本研究探讨五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴对 APID 患者炎症因子和 T 淋巴细胞亚群的影响,以期为临床治疗 APID 提供新的指导思路。

本研究结果显示,观察组的临床总有效率明显高于对照组,观察组治疗后中医主要症状积分、次要症状积分均明显低于对照组($P < 0.05$),观察组临床症状恢复指标优于对照组($P < 0.05$)。提示五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴治疗 APID 的临床疗效显著,能够明显改善临床症状。五味消毒饮为清热解毒之要方,全方能够凉血散结化瘀、开三焦湿热^[17]。现代药理学研究表明,五味消毒饮的煎液对绿脓杆菌、大肠杆菌、溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌等细菌均有抗菌作用,还能够提高机体免疫力^[18]。因此,观察组在常规治疗的基础上给予五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴治疗,疗效明显优于对照组。

本研究结果显示,观察组治疗后血清 IL-6、CRP、TNF- α 、PCT、WBC、NEUT 及外周血 CD8⁺ 水平均明显低于对照组($P < 0.05$),外周血 CD3⁺、CD4⁺ 水平均明显高于对照组($P < 0.05$)。提示五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴治疗 APID 能够降低 APID 患者血清炎症细胞因子水平,提高机体免疫功能。IL-6、CRP 及 TNF- α 均是常见的炎症因子,其血清水平升高表明有炎症反应存在。PCT 是一种蛋白质,当严重细菌、真菌、寄生虫感染以及脓毒症和多脏器功能衰竭时它在血清中的水平明显升高,其血清水平能够反映出全身炎症反应的严重程度。现代药理学研究表明,五味消毒饮中的蒲公英的主要成分为蒲公英素、蒲公英醇等,有抑菌、提高免疫力等作用;野菊花、紫花地丁具有抗病毒、抗炎抑菌等效果^[19]。针刺下髎与交信穴能够调节炎症递质,除调节机体各脏器系统外还能够平衡抑炎因子和促炎因子的水平,维持机体正常的免疫功能,发挥疗效,这与吴丹等人的研究结果相符^[20]。

另外本研究结果显示,2 组治疗期间均未发现严重不良反应。提示五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴治疗 APID 的不良反映较少,安全性较好。

综上所述,五味消毒饮联合针刺下髎与交信穴治疗 APID 的临床疗效显著,能够明显改善临床症

状,降低炎症细胞因子水平,提高机体免疫功能,且安全性较好。

参考文献

- [1] Li HM, Sung FC, Li SC, et al. The effect of antibiotic prophylaxis for acute pelvic inflammatory disease after hysterosalpingography: a retrospective cohort study [J]. *Curr Med Res Opin*, 2018, 34(7): 1271-1276.
- [2] Morgan AM, Roden RC, Matson SC, et al. Severe Sepsis and Acute Myocardial Dysfunction in an Adolescent with Chlamydia Trachomatis Pelvic Inflammatory Disease: A Case Report [J]. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2018, 31(2): 143-145.
- [3] 童蓉, 刘玉崧, 邢艳霞. 妇炎消胶囊联合西药治疗急性盆腔炎临床疗效及对患者血液流变学的影响 [J]. *世界中医药*, 2017, 12(11): 2619-2622.
- [4] 李伟莉, 詹丽. 慢性盆腔炎中医证型分布规律研究 [J]. *中医临床杂志*, 2010, 22(6): 482-484.
- [5] 靳慧云, 王蕊, 董士霞, 等. 五味消毒饮联合针灸治疗慢性盆腔炎湿毒蕴结型临床观察 [J]. *河北中医*, 2013, 35(9): 1325-1326.
- [6] 高爱琳. 针灸结合中药保留灌肠治疗湿热瘀阻型慢性盆腔炎疗效观察 [J]. *中外女性健康研究*, 2016, (21): 51, 54.
- [7] 乐杰. 妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 56-57.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 185.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 243-253.
- [10] 朱新群, 贾殿举, 马楠. 妇产科感染基础与临床 [M]. 北京: 科学出版社, 2002: 138.
- [11] 李素敏, 陈捷, 陈丽笙, 等. 少腹逐瘀汤直肠给药治疗盆腔炎症性疾病的效果及机制研究 [J]. *现代生物医学进展*, 2016, 16(35): 6827-6830.
- [12] Erenel H, Yilmaz N, Oncul M, et al. Usefulness of Serum Procalcitonin Levels in Predicting Tubo-Ovarian Abscess in Patients with Acute Pelvic Inflammatory Disease [J]. *Gynecol Obstet Invest*, 2017, 82(3): 262-266.
- [13] 吴丹丹. 急性盆腔炎患者中医辨证施护体会 [J]. *云南中医中药杂志*, 2018, 39(2): 89-90.
- [14] 蒋丽瑶, 陶玉. 五味消毒饮保留灌肠对急性盆腔炎患者 PCT 和 hs-CRP 的影响 [J]. *浙江中医杂志*, 2015, 50(5): 334-335.
- [15] 孙秀林. 五味消毒饮合大黄牡丹皮汤加减联合西药治疗急性盆腔炎的临床疗效观察 [J]. *心理月刊*, 2018, 14(8): 274.
- [16] 陈榛娴. 针刺下髎与交信穴治疗急性盆腔炎疼痛的临床观察 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [17] 胡先芳. 五味消毒饮配合红藤灌肠方辩证治疗慢性盆腔炎 38 例 [J]. *中国医药指南*, 2010, 8(27): 66-67.
- [18] 梁嘉雯. 五味消毒饮加减联合妇炎灌肠方治疗湿热蕴结型盆腔炎性疾病后遗症临床观察 [J]. *广西中医药大学学报*, 2018, 21(2): 62-64.
- [19] 杨雪琴, 王静. 五味消毒饮灌肠治疗慢性盆腔炎的临床疗效观察 [J]. *世界中医药*, 2015, 10(10): 1525-1528.
- [20] 吴丹, 郭李燕, 卢佩斯. 针刺对急性盆腔炎患者炎症因子的影响 [J]. *针刺研究*, 2018, 43(1): 55-59.