

中药保留灌肠治疗盆腔炎性疾病后遗症(SPID) 湿热瘀结证的临床观察

韩兰香¹, 卢舒静²

¹台州市路桥区妇幼健康服务中心中医科, 浙江 台州

²台州市路桥区妇幼健康服务中心妇产科, 浙江 台州

收稿日期: 2025年12月22日; 录用日期: 2026年1月16日; 发布日期: 2026年1月28日

摘要

目的: 研究中药保留灌肠在盆腔炎性疾病后遗症(SPID)湿热瘀结证治疗中的运用。方法: 通过我中心门诊2022年7月至2023年7月湿热瘀结型盆腔炎行后遗症的患者随机分为观察组和对照组, 观察组予以红藤煎(湿热瘀结型)中药保留灌肠, 对照组给予中成药妇乐片服用。结论: 在治疗组前后总体疗效、局部症状疗效、中医证候疗效和治疗后两组病人的妇科B超改善状况以及治疗后3个月内的复发率等方面均优于对照组。结论: 中药保留灌肠法治疗盆腔炎性疾病后遗症(湿热瘀结证)的临床效果确切, 值得推广使用。

关键词

中药保留灌肠, 盆腔炎性疾病后遗症, 湿热瘀结证, 临床观察

Clinical Observation of Traditional Chinese Medicine Retention Enema Therapy for Sequelae of Pelvic Inflammatory Disease (SPID) with Symptom of Damp-Heat and Stagnation

Lanxiang Han¹, Shuqing Lu²

¹Department of Traditional Chinese Medicine, Maternal and Child Health Service Center of Luqiao District, Taizhou Zhejiang

²Obstetrics and Gynecology, Maternal and Child Health Service Center of Luqiao District, Taizhou Zhejiang

Received: December 22, 2025; accepted: January 16, 2026; published: January 28, 2026

文章引用: 韩兰香, 卢舒静. 中药保留灌肠治疗盆腔炎性疾病后遗症(SPID)湿热瘀结证的临床观察[J]. 中医学, 2026, 15(2): 67-73. DOI: 10.12677/tcm.2026.152075

Abstract

Objective: To investigate the application of traditional Chinese medicine retention enema in the treatment of sequelae of pelvic inflammatory disease (SPID) with the symptom of damp-heat and stagnation. **Methods:** Patients with SPID of the damp-heat and blood stasis type who visited our outpatient center from July 2022 to July 2023 were randomly divided into an observation group and a control group. The observation group received Hongteng decoction (specific for symptom of damp-heat and stagnation) as a traditional Chinese medicine retention enema, while the control group was given the Chinese patent medicine Fule tablets orally. **Results:** The observation group showed superior outcomes compared to the control group in terms of overall efficacy, improvement in local symptoms, improvement in TCM syndrome scores, post-treatment gynecological ultrasound findings, and recurrence rate within three months after treatment. **Conclusion:** Traditional Chinese medicine retention enema is clinically effective in treating sequelae of pelvic inflammatory disease (damp-heat and blood stasis syndrome) and is worthy of promotion.

Keywords

Traditional Chinese Medicine Retention Enema, Sequelae of Pelvic Inflammatory Disease, Symptom of Damp-Heat and Stagnation, Clinical Observation

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

盆腔炎的后遗症(Sequelae of Pelvic Inflammatory Disease, SPID), 曾称作慢性盆腔炎, 是女性疾病中的一种[1]。此类病症通常源于急性盆腔炎未能得到及时诊治或治疗过程不够彻底, 从而引发盆腔炎性疾病后遗症。

针对盆腔炎性疾病后遗症, 西医尚未发现特效治疗方法。当前, 主要依据美国 2015 年疾病控制和预防中心的诊疗准则, 以广谱抗生素为主要手段进行抗感染治疗, 必要时进行外科手术[2][3]。但盆腔炎的反复发生可引起盆腔器官增生、粘连、包裹或产生附件包块。组织增生和盆腔包块导致局部血液循环受阻, 从而使治疗药物难以渗透至炎症区域。此外, 长期使用抗生素容易引发耐药菌群, 影响机体内部环境的稳定, 进而导致体内正常菌群失衡、人体免疫力下降, 以及白细胞减少症、外阴阴道假丝酵母菌病等病症的发生, 而且对反复感染 SPID 的病人效果并不很好, 如不能及时治疗, 将严重危害病人的健康、事业和家庭。

在传统中医文献中, 并未明确提及盆腔炎这一病症。然而, 通过观察临床症状, 学者们将其归类为“带下病”、“妇人腹痛”以及“月经失调”等范畴。众多医家从整体观念和辨证论治的角度出发, 将盆腔炎性疾病后遗症划分为以下四种类型: 湿热瘀结、寒湿凝滞、气滞血瘀、气虚血瘀[3], 众多医家对其病机有不同看法, 其中刘云鹏[4]学术界普遍认为, 湿热瘀滞互相结合构成了 SPID 的核心病理机制。由于湿热瘀滞难以消除, 长期患病往往会导致病情由实转虚。地域上台州属中亚热带季风区, 湿热多雨的外部环境易致湿热之邪侵犯人体, 根据观察和中医辨证分析, 人体致病因素主要为湿热体质, 而且湿热瘀结证临床最多见。

中药保留灌肠是在继承了传统中医的直肠给药的基础上, 与现代灌注治疗技术及中医学辨证论治理论

发展而形成的一种特殊的治疗方法。有实验发现: 中药灌肠在吸收和显效速度上比丸、片、汤、栓剂及肌注等药剂均快, 可与静脉注射剂相媲美, 而且中医保留灌肠又保留了传统汤剂的优点, 符合中医辨证施治的需要, 能够按照病情变化加减化裁, 灵活变通的使用药物[5]。针对 SPID 的治疗, 中药保留灌肠能够使药物通过渗透作用穿过直肠黏膜, 直接对邻近盆腔组织产生影响。由于直肠静脉与下腔静脉相连, 有效成分在吸收后可以直接进入大循环, 减轻肝脏负担, 避免了“肝首过消除效应”。这种方法既能促进局部血液循环, 又有助于提高组织新陈代谢。降低毛细血管通透性, 促使炎症消散, 化解盆腔粘连; 同时抑制结缔组织过度生长, 促进肿块消退。如果将其作为一项中医适宜技术推广于台州地区, 将为广大患者提供了一种更加简、便、廉的治疗方法。

2. 试验方法

本研究通过我中心门诊 2022 年 7 月至 2023 年 7 月明确诊断为湿热瘀结型盆腔炎行后遗症的患者随机分为观察组和对照组, 每组 30 人, 观察组予以红藤煎加减(湿热瘀结型)中药保留灌肠治疗, 对照组给予中成药妇乐片口服, 比较两组治疗前后的综合疗效、局部体征效果、中医症状效果以及治疗后两组妇女妇科 B 超改善状况, 并随访治疗后 3 个月内的复发率。

2.1. 诊断标准

2.1.1. 西医诊断标准

参照 2021 年美国疾病预防控制中心(CDC)推荐的盆腔炎性疾病的诊断标准:

(1) 最低标准:

子宫颈的疼痛或压力感, 或是附件区域的疼痛。

(2) 附加标准:

当口腔温度超过 38.3 摄氏度时, 表明可能存在高热症状。

宫颈异常黏液脓性分泌物或宫颈脆性增加导致阴道分泌物增多, 生理盐水湿片镜检可见大量白细胞, 红细胞沉降率升高。

血 C-反应蛋白升高

经过实验室检测, 确认了子宫颈淋病奈瑟球菌或衣原体的阳性结果。

(3) 特异标准:

经子宫内膜活检确认, 子宫内膜炎症状通过阴道超声或磁共振成像检测得以显现。具体表现为输卵管扩张、输卵管积液, 以及可能伴随的盆腔积液和输卵管卵巢包块。腹腔镜检查揭示了盆腔炎症疾病的迹象。

2.1.2. 中医诊断标准

湿热瘀结证:

(1) 主症: ① 下腹胀痛或刺痛, 痛处固定; ② 腰骶酸胀疼痛; ③ 带下量多, 色黄质稠。

(2) 次症: ① 神疲乏力; ② 经期腹痛加重; ③ 月经量多伴血块或伴经期延长; ④ 小便黄; ⑤ 大便干结或溏而不畅。

(3) 舌脉: 舌质红而暗红, 或见边尖瘀点和瘀斑, 苔黄腻而白腻, 脉弦滑而弦涩。

注: 当主症满足 2 项或以上, 次症满足 2 项或以上, 并结合舌脉表现时, 即可诊断为本证。

2.1.3. 病例纳入标准

(1) 必须满足慢性盆腔炎的西医诊断要求和中医辨证条件。

(2) 年龄在 20~50 周岁之间, 且为已婚妇女或有性生活史者。

(3) 患者自愿参加, 对治疗方案知情同意, 并愿意签署知情同意书。

- (4) 对本研究药物不过敏者。
- (5) 依从性较好。

2.1.4. 病例排除标准

- (1) 不满足慢性盆腔炎西医检查规范和中医症状检查规范。
- (2) 妊娠期或近期准备妊娠妇女, 哺乳期妇女。
- (3) 合并有心、肝、肾和造血系统等严重疾病者。
- (4) 对某些物质过敏或对许多药品敏感以及已经知道对本研究所使用的药品敏感的人。
- (5) 慢性盆腔炎急性发作或合并有盆腔脓肿者。
- (6) 不愿意合作或难以随访者。
- (7) 在过去的 30 天内, 使用与该药物类似的药物进行治疗, 导致药物疗效难以评估的情况。

2.1.5. 疗效评价标准

- (1) 评价指标

1) 主要症状: 下腹疼痛、腰骶疼痛、白带量多三大主症的改善情况。

2) 体征: 下腹部及腰骶部压痛缓解, 白带改善情况。

3) 理化指标: 彩超积液吸收情况, 血常规白细胞下降情况, 白带清洁度好转, 支原体、衣原体、淋球菌等病原菌转阴性。

- (2) 疗效判断缓解盆腔疼痛疗效:

临床痊愈: 药物治疗后下腹酸痛或/和腰骶部疼痛消失, 白带量无异常, 其他临床表现均无。

显效: 用药后下腹不适或/和腰骶部不适显著改善, 白带量显著降低, 而其他临床表现显著好转。

治疗后, 下腹部疼痛或腰骶疼痛的程度得到缓解, 同时白带分泌量也有所减少。其他临床症状有所缓解。

无效: 治疗后下腹疼痛或/和腰骶疼痛无减轻或有加重白带量未见减少, 其他临床症状无缓解或有加重。

3. 治疗方法

3.1. 中药保留灌肠

中药保留灌肠是在继承传统中医的直肠给药的基础上, 融合现代灌肠诊断与中医辨证治疗而形成的一种独特的疗法。

3.2. 红藤煎

红藤 20 g、败酱草 20 g、蒲公英 30 g、紫花地丁 15 g、丹参 15 g、三棱 15 g、莪术 15 g、鱼腥草 30 g。加水浓煎至 100 ml, 当药液温为 40℃时, 直肠给药, 在 5 分钟内灌完, 然后卧床 30 分钟。每天 2 次, 10 次一疗程。

3.3. 妇乐片

(陕西东泰制药集团), 主要成分为大血藤、延胡索(制)、忍冬藤、赤芍、牡丹皮、蒲公英、大青叶、川楝子、甘草、大黄(制)。主要作用: 清热凉血, 化瘀止痛。每片重 0.5 g。口服, 每日 5 片, 每天 2 次。

4. 观察指标

对两组患者治疗前后的整体疗效、局部体征效果、中医症状改善以及治疗后两组病人的妇科 B 超改

善情况, 并跟踪监测治疗后 3 个月内的复发率。

5. 研究结果

5.1. 两组患者年龄情况比较

治疗组最小年龄 23 岁, 最大年龄 49 岁; 对照组最小年龄 24 岁, 最大年龄 48 岁。经检验两组患者年龄无显著性差异($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 显示了两组患者的年龄对比。

Table 1. Comparison of ages between the two groups of patients

表 1. 两组患者年龄的比较

组别	例数(例)	年龄(岁)			平均年龄
		≤25	25~35	>35	
治疗组	30	4	15	11	33.31 ± 6.95
对照组	30	3	14	13	33.13 ± 7.21

注: 对两组患者年龄进行 t 检验, $P = 0.521$, $P > 0.05$, 说明两组患者在年龄分布和平均年龄无显著性差异, 具有可比性。

5.2. 两组患者病程比较

治疗组患者的病程最短为 4 个月, 而最长则达到了 5 年。; 对照组病程最短 3 个月, 最长病程 4 年。经检验两组患者病程长短无显著性差异($P > 0.05$), 见表 2。

Table 2. Comparison of the course of disease between the two patient groups

表 2. 两组患者病程的比较

组别	例数(例)	病程(月)			平均病程
		≤12	12~24	>24	
治疗组	30	7	13	10	21.85 ± 13.81
对照组	30	10	13	7	21.47 ± 16.12

注: 对两组患者病程进行 t 检验, $P = 0.537$, $P > 0.05$, 说明两组患者在病程分布和平均病程无显著性差异, 具有可比性。

5.3. 两组间疗效分析

(1) 对比两组患者的治疗后综合疗效, 详见表 3。

根据 Ridit 分析, 对两组综合疗效进行比较, 结果显示 Z 值为 2.35, P 值为 0.017, 小于 0.05, 表明存在统计学上的显著差异, 说明药物组的总疗效显著超过对照组。

Table 3. Comparison of overall efficacy between the two groups after treatment

表 3. 两组患者治疗后综合疗效对比

分组	病例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	9	15	3	3	90.0%
对照组	30	4	13	6	7	76.7%

(2) 比较两组患者治疗后局部体征疗效, 如下表 4 所示。

根据 Ridit 分析, 对两组局部体征的疗效进行比较, 得出 Z 值为 2.02, P 值为 0.041 (小于 0.05), 具有统计学意义。这表明治疗组在局部体征的有效率方面优于对照组。

Table 4. Comparison of the efficacy of local physical signs in the two groups after treatment

表 4. 两组治疗后局部体征疗效比较

分组	病例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	6	14	8	2	93.3%
对照组	30	3	13	9	5	83.3%

(3) 两组中医证候疗效比较, 见表 5。

Table 5. Comparison of efficacy of traditional Chinese medicine syndromes between the two groups

表 5. 两组中医证候疗效比

分组	病例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	8	13	8	1	96.7%
对照组	30	5	10	8	7	76.7%

根据 Ridit 分析, 对两组局部体征的疗效进行比较, 结果显示 Z 值为 2.03, P 值为 0.039, 小于 0.05。有统计学意义, 说明治疗组局部体征有效率高于对照组。

(4) 治疗前后两组 B 超的变化比较, 见表 6。

Table 6. Comparison of changes in ultrasound scans before and after treatment for both groups

表 6. 治疗前后两组 B 超的变化比较

分组	检测例数(例)	治疗前(例)	治疗后(例)	复常率
治疗组	30	22	7	
对照组	30	20	12	

根据统计学分析, P 值为 0.042, 小于 0.05, 表明治疗前后两组的 B 超变化存在显著性差异, 且治疗组的疗效优于对照组。

在对两组患者进行三个月的治疗后, 我们对其复发率进行了比较, 具体数据见表 7。

Table 7. Comparison of recurrence rates within the first 3 months following treatment

表 7. 治疗后 3 个月内复发率比较

分组	例数	随访例数	复发例数	随访比例	复发率%
治疗组	30	30	5	100.00%	16.67%
对照组	30	28	13	93.33%	43.33%

注: 根据统计学研究, 两组复发率存在明显差别, $P = 0.006 < 0.05$, 表明治疗组的远期效果好于对照组。

6. 讨论

在当前的医学实践中, 针对急性盆腔炎的西医治疗主要依赖于抗生素的应用。这类治疗方法在控制急性盆腔炎期间敏感菌感染方面表现出较高的有效性。然而, 对于慢性盆腔炎, 尚无特定且高效的治疗手段,

其核心在于预防措施的实施,而且是长期使用抗生素,容易耐药,也容易导致菌群失衡。和西医不同,中医对慢性盆腔炎多从整体调整入手,标本兼顾,各种疗法各有特色,内外合治,获得了确切的临床效果。然而,鉴于部分患者长期服用清热解毒、攻伐类中药,其对胃肠的刺激性较强,因此,部分患者在服用中药方面表现出较低的依从性。而中药直肠给药,是目前治疗女性盆腔炎症后遗症一种有效的方法,有巨大的优点。首先,通过非消化道途径给药,可以规避胃酸和酶对药物的潜在影响,同时也可以减少对胃肠道的刺激。其次,由于子宫、附件与直肠相邻,药物吸收比较快、吸收比较充分,不仅发挥出了全身治疗的作用,更体现出了局部用药的优势,药物通过直接作用于病变部位,提高了治疗效果;同时,将药物加热至 40℃ 并进行保留灌肠,局部血液循环的加速以及药物吸收效果的提升,皆可通过温热作用来实现。从而实现了医疗的效果。其使用简单、安全,毒副作用低,治疗效果较为准确,适合临床应用推广。

本项探究利用女性生殖器官与肠道间距较近这一特性,采取保留灌肠疗法进行治疗。将红藤汤药液注入直肠内,借助肠壁渗透性机制,直接作用于相邻的盆腔病变组织。此举显著延长了药物的作用时间,以预防盆腔局部纤维化和粘连所导致的药物吸收困难[6]。在红藤汤的配方中,红藤作为主要药材,具有通经活络、散瘀止痛以及理气行血的功效。此外,败酱草、蒲公英、紫花地丁和丹参则作为辅助药材,具备清热解毒的作用。三棱、莪术软坚散结,行气破血,活血化瘀,以及鱼腥草的清热解毒、利尿除湿。全方共奏活血散瘀、理气消肿、清热解毒之功效。当代药理学研究表明[7],红藤中的大黄素具备抑制微生物生长的特性,对临床常见的厌氧性细菌具有显著的抑制效果。败酱草和蒲公英具有卓越的杀菌和抑菌功效,对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等表现出较高的敏感性,紫花地丁中所含的黄酮甙类及有机酸具有明显的抑菌作用,所述物质富含微量元素,对机体内的多种酶活性产生影响,进而调控免疫功能。鱼腥草则具有抗菌、抗病毒以及增强免疫力等作用。

7. 总结

本研究从临床观察角度出发,为湿热瘀结型盆腔炎行后遗症治疗拓宽一个新思路。当前研究存在一定程度的约束,未来的研究将进一步深化并精确化分析,更客观科学的展示了中药保留灌肠治疗盆腔炎疾病后遗症(SPID)湿热瘀结证的临床研究效果。

基金项目

本论文是来源于台州市项目编号: 22ywb104《中药保留灌肠治疗盆腔炎性后遗症(湿热瘀结证)的临床观察》课题。

参考文献

- [1] 冯伟, 马建文, 吕瑞凰. 中西医结合疗法治疗慢性盆腔炎的临床效果及对炎症相关因子和血液流变学的影响[J]. 中国医药导报, 2017, 14(24): 151-154.
- [2] 刘晓娟, 范爱萍, 薛凤霞. 对《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》的解析[J]. 国际妇产科学杂志, 2015, 42(6): 674-675+684.
- [3] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007.
- [4] 黄纓, 刘云鹏, 司徒仪. 盆腔炎性疾病治疗经验的探讨[J]. 湖北中医杂志, 2011(6): 20-21.
- [5] 黎烈荣, 谭异伦, 张建春. 慢性盆腔炎中药口服与保留灌肠的临床对比研究[J]. 中国医师杂志, 2002, 4(9): 1023-1024.
- [6] 赵春杰. 盆腔炎患者中药保留灌肠治疗中不同插管深度的疗效比较[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(20): 187-188.
- [7] 曹晓云, 吕燕. 自拟红藤汤保留灌肠联合体外电场热疗治疗慢性盆腔炎合并盆腔积液疗效及对血清 D-二聚体、C 反应蛋白的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(23): 2555-2558.