

· 临床应用指南 ·

中成药治疗盆腔炎性疾病后遗症临床应用指南 (2020 年)

《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组

1 背景、目的及意义 盆腔炎性疾病 (pelvic inflammatory disease, PID) 是指女性上生殖道及其周围组织常见的一种感染性疾病, 若未接受规范、及时有效的治疗可导致一系列后遗症的发生, 即盆腔炎性疾病后遗症 (sequelae of pelvic inflammatory disease, SPID), 主要包括慢性盆腔痛、PID 反复发作、不孕症和异位妊娠^[1], 严重影响了生育年龄妇女的生殖健康和生活质量。PID 国内外发病率为 2%~12%^[2,3], 研究数据显示, 有 PID 病史的女性发生 SPID 的风险是无 PID 病史者的 20 倍^[4], SPID 患者不孕的发病风险约为正常育龄期女性的 2 倍, 慢性盆腔疼痛的发生风险则为正常育龄期女性的 4 倍以上^[5]。

中医药治疗 SPID 有明显的优势和特色, 包括中药、中成药辨证内服、直肠导入、中医特色治疗, 可明显改善临床症状和体征, 减少输卵管炎性不孕和异位妊娠的发生。现代医学主要有物理治疗、手术治疗和抗生素治疗。物理治疗可缓解盆腔疼痛、改善盆腔粘连, 手术治疗可松解盆腔粘连, 对导致输卵管阻塞引起不孕的患者, 多需借助体外受精-胚胎移植 (*in vitro* fertilization and embryo transfer, IVF-ET) 以辅助生育。中成药治疗 SPID 在西医综合医院妇产科和妇幼保健院广泛使用, 但常存在不合理使用的情况, 如辨病不辨证、超适应症、超剂量、超疗程使用, 同时忽视中成药的不良反应, 不重视治疗期间安全性指标的监测, 为临床用药带来较大安全隐患。

本指南旨在规范和推广中成药在 SPID 中的合理应用, 提高临床治疗的有效性和安全性。

本指南用于指导综合性医院、专科医院的西医、中西医结合妇产科医师、全科医师使用中成药治疗临床诊断为 SPID (ICD-10 编码: N73.900) 的患者。

2 指南制定方法

2.1 临床问题构建

2.1.1 临床问题问卷调查 通过对全国 18 家三甲医院 19 名中、西医妇产科专家进行临床问题问卷调查, 将收

集到的临床问题整理、归纳, 根据本指南目的, 经专家小组讨论, 形成本指南研究拟解决的重要临床问题: (1) 中成药是否具有改善 SPID 患者主要症状 (慢性盆腔疼痛、阴道分泌物异常增多及月经异常等) 的作用? (2) 中成药治疗 SPID 是否能有效改善 SPID 患者盆腔体征? (3) 中成药治疗 SPID 是否能提高中医证候疗效? (4) 中成药治疗 SPID, 在控制 PID 反复发作、提高输卵管炎性不孕的妊娠率, 减少异位妊娠的发生、改善患者生活质量方面, 是否可发挥积极作用? (5) 中成药单用或联合西医疗法治疗 SPID 安全性如何?

2.1.2 结局指标重要性排序 (1) 关键结局指标: 改善患者主要症状 (慢性盆腔疼痛)、降低视觉模拟评分量表 (Visual Analogue Scale, VAS) 评分, 改善盆腔体征 (妇科检查子宫/附件压痛、附件增厚、盆腔炎性包块), 改善中医证候; (2) 重要结局指标: 改善阴道分泌物异常增多症状, 减少 PID 反复发作, 改善月经异常, 减少应用抗生素的不良反应、减少抗生素的不合理使用 (减少无指征使用、或超疗程、超剂量使用), 提高输卵管炎性不孕症的正常妊娠率; (3) 不重要结局指标: 减少异位妊娠发生率、改善患者生活质量 (提高生活质量量表评分)。

2.2 中成药遴选 在国家药品监督管理局官网、药智网、米内网等权威资讯网站广泛收集国内上市中成药说明书、销售额等信息, 并结合 2017 版医保目录、2015 中国药典, 确定说明书中适应症为治疗 SPID (既往称: 慢性盆腔炎) 的中成药, 并再次在上述网站调查, 剔除已停产的中成药, 筛选出治疗 SPID 中成药 57 种。并根据前期文献检索后制定的《中成药文献频数表》, 排除无文献支持或文献质量极低的中成药品种, 经指南工作组专家进行组内讨论, 最终确定对 31 种中成药进行证据综合分析。

2.3 检索策略 分为电子检索和手工检索。全文电子数据库主要包括: (1) 原始研究数据库: ①英文: Medline, Embase 和 Cochrane Library; ②中文: 中国知网 (CNKI)、中文科技期刊全文数据库 (VIP)、中国生物医学文献数据库 (SinoMed)、中国中医药文献数据库、万方全文数据库 (WAN-FANG DATA); (2) 国内外临床试验注册平台及国内外指南文库: 美国临床试验注册平台 (<https://www.clinicaltrials.gov>)、美国国立指南库 (The National Guideline Clearinghouse, NGC)、国际指南注册平台

基金项目: 国家中医药管理局《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目 (No. SATCM-2015-BZ402)

通讯作者: 魏绍斌, Tel: 028-87766073, E-mail: wsb2012gcp@163.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20210130. 006

(<http://www.guidelines-registry.cn>)、英国国立健康与临床优化研究所 (<http://www.nice.org.uk>)、苏格兰校际指南网络 (<http://www.sign.ac.uk>)、新西兰临床实践指南网 (<http://www.nzgg.org.nz>)、中国临床指南文库 (<http://cgc-chinaebm.org>)。手工检索教科书、重要学术会议论文,以及发布的标准化文件和出版的相关专著。

确定检索策略:采用主题词结合自由词的方式,中文检索词包括慢性盆腔炎、盆腔炎性疾病、盆腔炎性疾病后遗症、妇人腹痛、盆腔疼痛、中药、中成药、胶囊、颗粒、口服液、片、丸、丹、膏、栓、灌肠液、中医、中西医、外治法;英文检索词包括: pelvic inflammatory disease、PID、SPID、Chinese herbal、Chinese patent medicine 等,文献的发表类型及语种不限。同时,利用前期调查收集的 57 种中成药名作为主题词再次检索,并从已查阅文章所附参考文献中手检可能漏查的文献。检索时间均从以上全文电子数据库建库截止至 2019 年 3 月 30 日。将检索到的文件导入 NoteExpress 阅读和筛选。

两组背对背检索,电子检索中文、英文数据库,并在其他途径(临床研究注册、硕博学位论文数据库)进行检索,共获得文献 9 807 篇,(其中:中文数据库 CNKI 3 745 篇,WAN-FANG DATA 1 974 篇,CBM 2 235 篇,VIP 1 524 篇,英文数据库 Medline 152 篇,Embase 143 篇,Cochrane Lib 32 篇,未公开发表的临床研究 2 篇),检索时间均从建库起截止至 2019 年 3 月。查重后删除重复文献 2 622 篇,获得文献总数:7 185 篇,阅读文题和摘要后排除 4 971 篇,获取并阅读全文的文献 2 214 篇。并根据 2012 年国家基本药物目录、2015 版中国药典、2017 年国家医保目录及电子检索获得的中成药药名再次检索,对有文献支持的中成药以及目前搜集到的缺乏循证医学证据支持的中成药全部纳入《盆腔炎性疾病后遗症中成药文献频数表》。

2.4 文献纳入及排除标准和资料提取

2.4.1 纳入标准 (1)明确诊断为 SPID 的患者。本病的中、西医诊断标准、中医辨证分型标准及疗效评价标准符合现行公认的行业标准。参照《中华妇产科学》^[6]《妇产科学》^[1]《中医妇科常见病诊疗指南》^[7]《2015 年美国疾病控制和预防中心关于盆腔炎诊治规范》^[2]《盆腔炎性疾病诊治规范(2019 修订版)》^[8]相关内容拟定。(2)干预措施:国家食品药品监督管理总局批准上市的中成药,中成药联合西医疗法。(3)对照措施:西医治疗措施(手术、物理疗法、口服抗生素);上市中成药。(4)结局指标。见 2.1.2。(5)研究设计类型:以随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)为主,若无则扩展至非随机对照研究、观察性研究。

2.4.2 排除标准 (1)中成药为院内制剂;(2)中成药属于超说明书用药;(3)干预措施为中成药联合静滴抗生素或对照措施为静滴抗生素的文献;(4)统计学方法

有误的文献;(5)个案报道、动物实验、药理研究的文献;(6)无法下载全文或无法提取数据,联系作者后仍无法提取数据的文献。

2.4.3 资料提取 根据中药协会统一培训的标准,由指南制定小组成员讨论后制定资料提取表,根据本研究以中成药为干预、对照措施的特点,提取表侧重设计有关中成药的内容,包括中医辨证、对照措施的选择、具体阳性药物名称、中成药功能主治、处方、剂量、给药频率、给药途径、疗程等。由 5 人提取资料,分为 2 个小组,每组 2 人。由两组成员背对背分别提取资料,第 3 人核对、审查相关资料。

2.5 纳入文献的方法学质量评价 对研究文献进行分类,如系统评价或 Meta 分析、随机对照研究,病例对照研究,队列研究、横断面调查或其他观察性研究,按研究类型选择公认的评价标准。对最终纳入的 165 篇 RCT 开展方法学质量评价,并制成证据评价表。偏倚风险评估通过两名研究者独立完成,第 3 人核对,分歧通过讨论达成一致意见。

RCT 评价采用 Cochrane 手册制订的标准进行偏倚风险评估。包括“随机序列的产生”“分配隐藏”“对受试者、实验人员实施盲法”“对结局评估者实施盲法”“结果数据的完整性”“选择性报告研究结果”及“其他偏倚来源”七个条目。针对每个条目做出“低风险”“高风险”及“风险不确定”的判断。“低风险”表示偏倚风险较低,文献可信度较高,“高风险”表示文献数据可能有较大的偏倚风险,“风险不确定”表示文献中缺少足够的信息以对相应条目做出明确的判断,代表中度偏倚风险。

2.6 证据综合分析 应用 Review Manager 5.3 软件对研究类型相同、结局指标相同、数据类别相同的 RCT 原始的数据进行整合分析。通过该软件对研究数据进行录入、分析。

2.7 证据体质量评价与推荐标准(表 1-3) 采用证据推荐分级的评价、制定与评估(The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, GRADE)方法对纳入的中成药的有效性和安全性的证据体进行汇总和质量评价^[9-11]。根据 GRADE 方法,将证据质量分为高、中、低、极低 4 个等级。在证据分级过程中,考虑 5 个降级因素——偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性以及发表偏倚,和 3 个升级因素——效应量、剂量反应关系以及可能的混杂因素(负偏倚)。基于专家意见和后续的讨论达成共识,形成结果总结表,以呈现证据等级分级,最后通过证据总结表呈现证据,并参照 GRADE 系统对推荐级别的分级,结合专家意见,得到初步的中成药推荐意见。

2.8 推荐意见形成 (1)指南撰写组制作 GRADE 决策表,利用改良的德尔菲(Delphi)法,通过两轮调查

表 1 GRADE 证据质量的描述

证据分级	代码	说明
高质量	A	未来研究几乎不可能改变现有疗效评价结果的可信度
中等质量	B	未来研究可能对现有疗效评估有重要影响, 可能改变评价结果的可信度
低质量	C	未来研究很有可能对现有疗效评估有重要影响, 改变评价结果可信度的可能性大
极低质量	D	任何的疗效评估都很不确定

表 2 GRADE 推荐强度分级与表述

推荐等级	本指南推荐用语	代码
支持使用某种疗法的强推荐	强推荐	1
支持使用某种疗法的弱推荐	弱推荐	2
不能确定	暂不推荐	0
反对使用某种疗法的强推荐	反对	-1
反对使用某种疗法的弱推荐	不建议	-2

注: 针对经典方制剂、临床应用广泛、疗效确切, 但没有研究证据的药品, 当专家认为有必要在指南中提及该药品时, 可采用“弱推荐, 仅依据专家共识”

表 3 GRADE 推荐强度分级的定义

定义	强推荐	弱推荐
对患者	几乎所有患者均会接受所推荐的方案; 此时若未接受推荐, 则应说明	多数患者会采纳的推荐方案, 但仍有少数患者可能因不同的偏好与价值观而不采用
对临床医生	应对几乎所有患者都推荐该方案; 此时若未给予推荐, 则应说明	应该认识到不同患者有各自适合的选择, 帮助每个患者做出体现他偏好与价值观的决定
对政策制定者	该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去	制定政策时需要充分讨论, 并需要众多利益相关者参与

就以上形成的推荐意见达成共识。遴选的共识成员为: 全国临床一线的中、西妇产科专家、患者代表、循证医学方面的专家。(2) 一个推荐意见形成, 需要得到至少 50% 的参与者认可。若某条推荐意见的共识度超过 50%, 则认为该条推荐意见已达成共识, 若未达到 50%, 则该条推荐意见未达到共识, 需要按照专家意见进行修改之后进行第二轮调查。(3) 对于临床应用广泛的经典名方制剂, 即使当前缺乏证据, 则根据共识小组的经验, 结合临床经验进行考虑, 采用“专家共识: 弱推荐”方式表达推荐意见。

本指南通过两轮共识问卷调查结合共识会议法达成指南的共识内容。最终进行了 66 人次的共识决策调研, 发出问卷 66 份, 回收问卷 66 份, 回收率 100%。

经指南指导小组专家对以上 31 个中成药的证据质量及推荐意见再次进行组内讨论, 以及广泛征求意见之后, 本指南所有内容基本达成了共识: 将循证证据质量较高、并结合专家经验在临床上广泛使用且疗效确切的 13 个中成药作为本次指南推荐药物 (5 个 B 级证据中成药强推荐; 1 个 B 级证据中成药及 7 个 C 级证据中成药弱推荐)。

3 推荐意见及证据描述 研究共纳入 13 个中成药

121 项 RCT, 包括 20 334 例患者, 其中治疗组 11 279 例, 对照组 9 055 例。109 项 RCT 报道了改善主要症状及体征疗效, 15 项 RCT 报道了降低 VAS 评分疗效, 13 项 RCT 报道了缩小盆腔炎性包块疗效, 9 项 RCT 报道了减少盆腔积液疗效, 5 项 RCT 报道了改善生活质量疗效, 17 项 RCT 报道了复发率, 仅 1 项 RCT 报道了妊娠率, 49 项 RCT 报道了用药安全性。35 项 RCT 使用随机数字表法进行随机分配, 4 项 RCT 采用中心分层、区组随机化方法, 74 项 RCT 仅有“随机”字样, 未描述随机方法, 4 项 RCT 描述了分配隐藏方法, 5 项 RCT 描述盲法。

3.1 临床问题 1 中成药是否具有改善 SPID 湿热瘀结证 (主要临床表现为: 下腹胀痛或刺痛, 或腰骶部胀痛; 阴道分泌物量多, 色黄有臭味为主; 或伴月经量多, 或经期延长, 经色暗红, 或夹黏液; 或兼见盆腔炎症性包块。伴见口苦口腻, 脘闷纳呆。舌质红或暗红, 苔黄腻, 脉弦滑或滑数) 患者主要症状 (慢性盆腔疼痛、阴道分泌物异常增多、月经异常等) 及盆腔体征, 提高输卵管炎性不孕患者正常妊娠率, 改善患者生活质量, 降低复发率的作用, 其安全性如何?

3.1.1 推荐意见 1 推荐妇科千金胶囊 (片) 治疗 SPID 湿热瘀结证, 可缓解 SPID 慢性盆腔疼痛 (下腹、腰骶部胀痛或刺痛), 改善阴道分泌物量多、色黄有臭味及神疲乏力, 可能降低 C-反应蛋白 (C-reaction protein, CRP) 水平, 改善患者生活质量, 减少复发率; 与抗生素联用不良反应发生率低于抗生素。尤适用于慢性盆腔疼痛伴神疲乏力, 或 PID 反复发作者。(1B)

使用条件 (1) 用法用量: ①片剂: 口服, 每次 6 片, 每日 3 次; ②胶囊: 口服, 每次 2 粒, 每日 3 次。28 日为 1 个疗程, 可连用 2~3 个疗程。(2D) (2) 注意事项: ①忌辛辣、油腻食物; ②孕妇禁用; ③对本品过敏者禁用, 过敏体质者慎用, 若用药后出现皮疹需停药。(2D)

安全性: 共 10 项 RCT 研究^[12-21] (1 062 例) 报道了妇科千金胶囊联合抗生素 (克林霉素、甲硝唑联合左氧氟沙星、左氧氟沙星、阿莫西林克拉维酸钾) 对比抗生素与药物相关的不良反应, 主要表现为口苦涩感、眩晕、皮疹、口干、恶心呕吐等胃肠道反应, Meta 分析结果显示, 妇科千金胶囊联合抗生素不良反应发生率低于单用抗生素组 [RR=0.40, 95%CI (0.26, 0.60), P<0.0001, I²=7%]; 共 5 项 RCT 研究^[22-26] (694 例) 报道了妇科千金胶囊组对比抗生素 (阿莫西林胶囊) 或中成药 (金鸡片、金鸡胶囊、金刚藤胶囊) 与药物相关的不良反应, 主要表现为眩晕、皮疹、口干、恶心、呕吐等, 按对照组亚组分析结果显示, 妇科千金胶囊 (片) 不良反应发生率低于单用抗生素组 [RR=0.10, 95%CI (0.03, 0.39), P=0.009]; 中成药组与对照组不良反应发生率差异无统计学意义 [RR=0.95, 95%CI (0.34, 2.69), P=0.92, I²=66%]。

证据描述:(1)改善 SPID 患者主要症状和体征。18 项 RCT 研究^[12-22, 28-34] (3 059 例) Meta 分析结果显示, 妇科千金胶囊(片)联合抗生素(克林霉素、左氧氟沙星联合甲硝唑、左氧氟沙星、甲硝唑联合克林霉素、阿莫西林克拉维酸钾、奥硝唑、塞克硝唑)改善 SPID 主要症状(下腹、腰骶部胀痛或刺痛)和体征的愈显率高于单用抗生素组 $[RR=1.34, 95\%CI (1.25, 1.45), P<0.00001, I^2=10\%]$; 9 项 RCT 研究^[23-25, 35-39] (1 778 例) Meta 分析结果显示, 妇科千金胶囊(片)改善 SPID 主要症状(下腹、腰骶部胀痛或刺痛)和体征疗效愈显率优于中成药(金刚藤胶囊、金鸡片、花红片、康妇炎胶囊), 但差异无统计学意义 $[RR=0.97, 95\%CI (0.78, 1.21), P=0.81, I^2=83\%]$; 3 项 RCT 研究^[27, 40, 41] (240 例) Meta 分析结果显示, 妇科千金组改善 SPID 主要症状(下腹、腰骶部胀痛或刺痛)和体征的疗效愈显率优于抗生素(左氧氟沙星、阿莫西林) $[RR=1.43, 95\%CI (1.10, 1.85), P=0.007, I^2=65\%]$ 。(2)改善阴道分泌物异常症状。3 项 RCT 研究^[15, 17, 21] (332 例) Meta 分析结果显示, 妇科千金胶囊(片)联合抗生素(阿莫西林克拉维酸钾、克林霉素)改善阴道分泌物异常(量多、色黄有臭味)症状积分低于单用抗生素组 $[MD=-0.57, 95\%CI (-0.66, -0.47), P<0.00001, I^2=0\%]$; 1 项 RCT 研究^[42] (42 例) 显示, 妇科千金胶囊联合康妇消炎栓疗效优于单用康妇消炎栓, 但差异无统计学意义 $[RR=1.38, 95\%CI (0.95, 2.02), P=0.09]$ 。(3)改善神疲乏力症状。3 项 RCT 研究^[15, 17, 21] (322 例) Meta 分析结果显示, 妇科千金胶囊(片)联合抗生素(阿莫西林克拉维酸钾、克林霉素)改善 SPID 患者神疲乏力症状疗效优于单用抗生素组, $[MD=-0.64, 95\%CI (-0.78, -0.51), P<0.00001, I^2=44\%]$ 。(4)降低 CRP。4 项 RCT 研究^[20, 31-33] (1 443 例) Meta 分析结果显示, 妇科千金胶囊(片)联合抗生素(甲硝唑联合左氧氟沙星、左氧氟沙星)治疗 SPID, 降低 CRP 水平疗效优于单用抗生素组 $[MD=-1.36, 95\%CI (-1.51, -1.20), P<0.00001, I^2=79\%]$ 。(5)改善生活质量。1 项 RCT 研究^[43] (84 例) Meta 分析结果显示, 妇科千金胶囊联合抗生素(左氧氟沙星)治疗 SPID, 改善患者生活质量(SF-36)评分(躯体疼痛、生理功能、社会功能、精神健康评分)疗效均优于单用抗生素组 $[SMD=0.93, 95\%CI (0.66, 1.20), P<0.00001, I^2=30\%]$ 。(6)降低复发率。6 项 RCT 研究^[13, 14, 20, 28-30] (582 例) 随访期为停药后 6~12 个月, Meta 分析结果显示, 停药后妇科千金胶囊(片)联合抗生素(左氧氟沙星联合甲硝唑、氧氟沙星、塞克硝唑、甲硝唑、克林霉素)复发率低于单用抗生素组, $[RR=0.35, 95\%CI (0.22, 0.54), P<0.00001, I^2=0\%]$ 。

3.1.2 推荐意见 2 推荐金刚藤胶囊(片)用于 SPID 湿热瘀结证, 可缓解慢性盆腔疼痛(下腹、腰骶部胀痛或

刺痛), 改善阴道分泌物量多、色黄有臭味, 消散输卵管积水, 缩小盆腔炎性包块, 可能降低 CRP、IL-6、TNF- α 水平, 与抗生素联合用药不良反应发生率低于单用抗生素。尤适用于下腹、腰骶部胀痛或刺痛伴输卵管积水及盆腔炎症性包块者。(1B)

使用条件:(1)用法用量:口服, 每次 4 粒, 每日 3 次。28 日为 1 个疗程, 可连用 2~3 个疗程。(2D)(2)注意事项:①孕妇禁用;②长期用药(连续使用超过 3 个疗程)需监测肝、肾功能。(2D)

安全性:7 项 RCT 研究^[44, 50] (900 例) 报道了金刚藤胶囊联合抗生素(多西环素、左氧氟沙星、阿奇霉素、甲硝唑联合罗红霉素、司帕沙星)与药物相关的不良反应, 主要表现为肠胃不适、恶心、腹痛、皮疹、头晕、肝功能障碍、头痛、腹泻。Meta 分析结果显示, 联合组不良反应发生率低于单用抗生素组 $[RR=0.65, 95\%CI (0.44, 0.96), P=0.03, I^2=0\%]$; 2 项 RCT 研究^[25, 51] (349 例) 报道了金刚藤胶囊的不良反应, 主要表现为轻度胃脘不适、腹泻、皮疹、恶心呕吐发生率, Meta 分析结果显示, 金刚藤胶囊与对照中成药(妇科千金胶囊、妇乐冲剂)的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 $[RR=0.53, 95\%CI (0.04, 6.25), P=0.61, I^2=58\%]$ 。

证据描述:(1)改善 SPID 患者主要症状及体征。10 项 RCT 研究^[44-49, 52-55] (1 433 例) Meta 分析结果显示, 金刚藤胶囊(片)联合抗生素(克林霉素磷酸酯、多西环素、左氧氟沙星、左氧氟沙星联合奥硝唑、阿奇霉素、甲硝唑联合罗红霉素、司帕沙星)改善 SPID 主要症状(下腹、腰骶部胀痛或刺痛), 消散输卵管积水及盆腔炎症性包块的愈显率优于单用抗生素 $[RR=1.31, 95\%CI (1.15, 1.50), P<0.0001, I^2=57\%]$; 4 项 RCT 研究^[56-59] (451 例) Meta 分析结果显示, 金刚藤胶囊联合中成药(妇科千金胶囊、康妇消炎栓)改善 SPID 主要症状及体征疗效愈显率优于中成药 $[RR=1.29, 95\%CI (1.15, 1.44), P<0.0001, I^2=0\%]$; 8 项 RCT 研究^[25, 35, 36, 51, 60-63] (1 497 例) Meta 分析结果显示, 金刚藤胶囊(片)改善 SPID 主要症状(下腹、腰骶部胀痛或刺痛), 消散输卵管积水及盆腔炎症性包块疗效优于抗生素(司帕沙星、替硝唑) $[RR=1.53, 95\%CI (1.02, 2.29), P=0.04, I^2=75\%]$ 及中成药[妇科千金片(胶囊)、妇乐冲剂、妇炎康片] $[RR=1.30, 95\%CI (1.08, 1.57), P=0.006, I^2=83\%]$, 但研究间异质性较高。(2)改善阴道分泌物异常症状。1 项 RCT 研究^[46] (120 例) 显示, 金刚藤胶囊联合抗生素(阿奇霉素)改善阴道分泌物异常症状(阴道分泌物增多)的疗效优于单用抗生素 $[MD=-3.21, 95\%CI (-3.39, -3.03), P<0.00001]$ 。(3)缩小盆腔炎性包块。1 项 RCT 研究^[56] (96 例) 显示, 金刚藤胶囊联合妇科千金胶囊消散盆腔炎性包块优于单用妇科千金胶囊 $[MD=-4.9, 95\%CI (-6.73,$

-3.07), $P < 0.00001$]。(4) 降低 CRP 水平。3 项 RCT 研究^[45,46,50] (510 例) Meta 分析结果显示, 金刚藤胶囊联合抗生素(左氧氟沙星、阿奇霉素)降低 CRP 水平的疗效优于单用抗生素组 [$SMD = -2.22$, 95%CI (-3.20, -1.24), $P < 0.00001$, $I^2 = 94\%$]; 2 项 RCT 研究^[56,59] (271 例) Meta 分析结果显示, 金刚藤胶囊联合妇科千金胶囊降低 CRP 水平疗效优于妇科千金胶囊组 [$SMD = -3.71$, 95%CI (-4.54, -2.88), $P < 0.00001$, $I^2 = 76\%$]。(5) 调节 IL-6、TNF- α 等因子水平。2 项 RCT 研究^[59,64] (385 例) Meta 分析结果显示, 金刚藤胶囊联合妇科千金胶囊调节细胞因子 IL-6 疗效优于单用妇科千金胶囊 [$MD = -21.32$, 95%CI (-26.08, -16.55), $P < 0.00001$, $I^2 = 5\%$]。3 项 RCT 研究^[56,59,64] (481 例) Meta 分析结果显示, 金刚藤胶囊联合妇科千金胶囊调节肿瘤坏死因子 TNF- α 疗效优于单用妇科千金胶囊 [$SMD = -1.74$, 95%CI (-2.29, -1.18), $P < 0.00001$, $I^2 = 85\%$], 但研究间异质性较大。

3.1.3 推荐意见 3 推荐康妇炎胶囊用于 SPID 湿热瘀结证, 可缓解慢性盆腔疼痛(下腹、腰骶部胀痛或刺痛), 改善阴道分泌物量多、色黄味臭, 缩小盆腔炎性包块、减少盆腔积液, 可能降低/调节 IL-2、IL-1 β 、ITNF- α 、IL-10 水平, 联合抗生素未增加不良反应发生率。尤适用于下腹胀痛、腰骶胀痛伴阴道分泌物量多、色黄味臭, 盆腔炎性包块、盆腔积液者。(1B)

使用条件:(1)用法用量:口服,每次 3 粒,每日 2 次。28 日为 1 个疗程,可连用 2~3 个疗程。(2D)。(2)注意事项:①忌食辛辣、油腻食物;②月经过多、便溏或带下清稀者不宜服用;③对本品过敏者禁用,过敏体质者慎用;④孕妇禁用。(2D)

安全性:1 项 RCT 研究^[65] (134 例)报道了与药物相关的不良反应,主要表现为嗜睡、恶心,Meta 分析结果显示,康妇炎胶囊联合抗生素(阿奇霉素)与单用抗生素组比较,不良反应发生率差异无统计学意义 [$RR = 0.50$, 95%CI (0.05, 5.38), $P = 0.57$]。

证据描述:(1)改善 SPID 主要症状及体征。7 项 RCT 研究^[65-71] (1 128 例) Meta 分析结果显示,康妇炎胶囊联合抗生素(奥硝唑联合左氧氟沙星、甲硝唑联合左氧氟沙星、奥硝唑、甲硝唑、阿奇霉素)改善主要症状及体征(慢性盆腔疼痛、阴道分泌物异常)疗效愈显率优于单用抗生素 [$RR = 1.43$, 95%CI (1.09, 1.86), $P = 0.008$, $I^2 = 81\%$]。(2)缓解慢性盆腔疼痛(下腹胀痛、腰骶疼痛)。2 项 RCT 研究^[65,71] (234 例) Meta 分析结果显示,康妇炎胶囊联合抗生素(奥硝唑联合左氧氟沙星、阿奇霉素)缓解下腹胀痛 [$SMD = -2.14$, 95%CI (-3.11, -1.17), $P < 0.0001$, $I^2 = 89\%$]及腰骶疼痛 [$MD = -2.35$, 95%CI (-2.56, -2.14), $P < 0.00001$], 疗效优于单用抗生素。(3)改善阴道分泌物异常症状。1 项 RCT 研究^[65] (134 例)

各项症状 Meta 分析结果显示,康妇炎胶囊联合抗生素(阿奇霉素)改善阴道分泌物多 [$MD = -0.41$, 95%CI (-0.48, -0.34), $P < 0.00001$]、阴道分泌物色黄 [$MD = -0.63$, 95%CI (-0.72, -0.54), $P < 0.00001$]、阴道分泌物气臭 [$MD = -0.67$, 95%CI (-0.78, -0.56), $P < 0.00001$]的疗效优于单用抗生素。(4)缩小盆腔炎性包块。1 项 RCT 研究^[65] (134 例)显示,康妇炎胶囊联合抗生素(阿奇霉素)缩小盆腔炎性包块疗效优于单用抗生素 [$MD = -1.26$, 95%CI (-1.46, -1.06), $P < 0.00001$]。(5)减少盆腔积液。2 项 RCT 研究^[66,69] (292 例) Meta 分析结果显示,康妇炎胶囊联合抗生素(奥硝唑)减少盆腔积液疗效优于单用抗生素 [$RR = 1.30$, 95%CI (1.06, 1.59), $P = 0.01$, $I^2 = 0\%$]。(6)调节 IL-2、TNF- α 、IL-10、IL-1 β 等炎性细胞因子水平。1 项 RCT 研究^[67] (200 例)显示,康妇炎胶囊联合抗生素(左氧氟沙星)降低炎性细胞因子 IL-2 疗效优于单用抗生素 [$MD = -0.48$, 95%CI (-0.62, -0.34), $P < 0.00001$], 降低 TNF- α 水平的疗效优于单用抗生素 [$MD = -0.32$, 95%CI (-0.39, -0.25), $P < 0.00001$]; 1 项 RCT 研究^[65] (134 例)显示,康妇炎胶囊联合抗生素(阿奇霉素)降低炎性细胞因子 IL-1 β 疗效优于单用抗生素 [$MD = -23.06$, 95%CI (-28.18, -17.94), $P < 0.00001$]; 2 项 RCT 研究^[65,67] (334 例) Meta 分析结果显示,康妇炎胶囊联合抗生素(左氧氟沙星、阿奇霉素)提高 IL-10 水平疗效优于单用抗生素 [$MD = 13.04$, 95%CI (3.65, 22.44), $P = 0.006$, $I^2 = 93\%$], 但研究间异质性较大。

3.1.4 推荐意见 4 推荐金英胶囊用于 SPID 湿热瘀结证,可缓解慢性盆腔疼痛(下腹、腰骶部胀痛或刺痛),改善阴道分泌物量多、色黄味臭,改善低热起伏等症状,改善盆腔炎性体征,可能改善患者生活质量,降低复发率。尤适用于慢性盆腔疼痛伴阴道分泌物量多、色黄味臭,月经过多或经期延长,低热起伏者。(2B)

使用条件:(1)用法用量:口服,每次 4 粒,每日 3 次。4 周为 1 个疗程,可用 1~2 个疗程。(2D)。(2)注意事项:①若带下清稀无臭者不宜使用;②孕妇、哺乳期妇女忌服;③过敏体质者慎用,若用药后出现皮疹需停药。(2D)

安全性:1 项 RCT 研究^[72] (120 例)报道金英胶囊联合康妇炎消炎栓与妇科千金片联合康妇炎消炎栓治疗前后患者血、尿、便常规、肝肾功及心电图均未见明显异常。1 项 RCT 研究^[73] (712 例)报道金英胶囊对照妇炎净胶囊治疗过程中均未出现明显不良反应。

证据描述:(1)改善 SPID 主要症状及体征。3 项 RCT 研究^[72-74] (1 115 例) Meta 分析结果显示,金英胶囊改善主要症状体征愈显率疗效优于中成药(妇科千金胶囊、康妇炎胶囊、妇炎净胶囊) [$RR = 1.47$, 95%CI (1.10, 1.97), $P = 0.01$, $I^2 = 80\%$]。(2)改善阴道分泌物异常症状。1 项 RCT 研究^[72] (103 例)显示,金英胶囊疗效优于妇

科千金胶囊 [RR=1.23, 95%CI (1.05, 1.43), P=0.009]。(3) 改善中医证候。1 项 RCT 研究^[72] (111 例) 显示, 金英胶囊改善低热起伏 [RR=1.26, 95%CI (1.02, 1.55), P=0.03], 腰骶酸困 [RR=1.23, 95%CI (1.05, 1.44), P=0.009], 月经失调 (经期延长、经量增多) [RR=1.48, 95%CI (1.15, 1.91), P=0.003] 的疗效均优于妇科千金胶囊。(4) 改善盆腔炎性体征。1 项 RCT 研究^[72] (120 例) 显示, 金英胶囊改善盆腔炎性体征疗效优于妇科千金胶囊, 但差异无统计学意义 [MD=-0.31, 95%CI (-0.99, 0.37), P=0.37]。(5) 改善生活质量。1 项 RCT 研究^[74] (313 例) 显示, 金英胶囊提高生活质量 EQ-5D 量表评分疗效优于康妇炎胶囊 [MD=0.10, 95%CI (0.07, 0.14), P<0.0001]。(6) 降低复发率。1 项 RCT 研究^[72] (98 例) 显示, 金英胶囊治疗后半年随访, 复发率低于与妇科千金胶囊, 但差异无统计学意义 [RR=0.35, 95%CI (0.12, 1.00), P=0.05]。

3.1.5 推荐意见 5 推荐妇炎康复胶囊 (片) 用于 SPID 湿热瘀结证, 可缓解慢性盆腔疼痛 (下腹、腰骶部胀痛或刺痛), 改善盆腔炎性体征, 改善阴道分泌物量多、色黄味臭。不良反应发生率低于抗生素。尤适用于慢性盆腔疼痛伴阴道分泌物量多、色黄味臭者。(2C)

使用条件:(1) 用法用量: 口服, 每次 4 粒, 每日 3 次。20 日为 1 个疗程, 可连用 2~3 个疗程。(2D) (2) 注意事项: ①忌食辛辣、油腻食物; ②对本药过敏者禁用, 过敏体质者慎用; ③肝肾功能异常者慎用; ④若带下清稀, 无臭, 伴有神疲乏力, 四肢不温等症不宜使用; ⑤孕妇禁用。(2D)

安全性: 1 项 RCT 研究^[75] (572 例) 报道了与药物相关的不良反应, 主要表现为大小便异常、肝肾功异常。Meta 分析结果显示妇炎康复胶囊不良反应发生率低于抗生素 (替硝唑) [RR=0.12, 95%CI (0.06, 0.24), P<0.00001]。

证据描述:(1) 改善 SPID 主要症状及体征。2 项 RCT 研究^[76,77] (584 例) Meta 分析结果显示, 妇炎康复胶囊联合抗生素 (左氧氟沙星、阿奇霉素) 改善 SPID 主要症状 (下腹部和腰骶部疼痛、阴道分泌物异常)、体征疗效优于单用抗生素 [RR=1.32, 95%CI (1.20, 1.46), P<0.00001, I²=0%]; 1 项 RCT 研究^[75] (572 例) 显示, 妇炎康复胶囊联合康妇消炎栓改善 SPID 症状、体征疗效优于替硝唑联合康妇消炎栓 [RR=1.25, 95%CI (1.05, 1.48), P=0.01]。(2) 降低 VAS 评分。1 项 RCT 研究^[76] (184 例) 显示, 妇炎康复胶囊 (片) 联合抗生素 (左氧氟沙星) 降低 VAS 评分疗效优于单用抗生素 [MD=-2.75, 95%CI (-3.13, -2.37), P<0.0001]。(3) 降低 McCormack 评分。1 项 RCT 研究^[76] (184 例) 显示, 妇炎康复胶囊联合抗生素 (左氧氟沙星) 降低 McCormack 评分疗效优于单

用抗生素 [MD=-3.24, 95%CI (-3.59, -2.89), P<0.0001]。

3.1.6 推荐意见 6 推荐花红胶囊 (片) 用于 SPID 湿热瘀结证, 可缓解 SPID 慢性盆腔疼痛 (下腹、腰骶部胀痛或刺痛), 改善阴道分泌物量多、色黄味臭, 改善盆腔炎性体征, 可能减少盆腔积液, 降低复发率。尤适用于慢性盆腔疼痛伴阴道分泌物量多、色黄味臭, 盆腔积液者。(2C)

使用条件:(1) 用法用量: ①胶囊: 口服, 每次 3 粒, 每日 3 次; ②片剂: 口服, 每次 4~5 片, 每日 3 次。7 日为 1 个疗程, 可连用 3~4 个疗程。(2D) (2) 注意事项: ①妇女经期、哺乳期慎用; ②月经过多者经期慎用, 带下清稀者不宜选用; ③孕妇禁用; ④对本品过敏者禁用, 过敏体质慎用, 若用药后出现皮疹需停药。(2D)

安全性: 上述推荐意见的安全性证据尚不充分, 临床医生在使用时需注意观察患者实际用药安全性。

证据描述:(1) 改善 SPID 主要症状及体征。1 项 RCT 研究^[36] (180 例) 显示, 花红片改善 SPID 患者主要症状体征的疗效优于妇科千金片 [RR=2.06, 95%CI (1.27, 3.33), P=0.003]。(2) 降低中医证候评分。1 项 RCT 研究^[36] (180 例) 显示, 花红片降低 SPID 患者中医证候评分疗效优于妇科千金片, 但差异无统计学意义 [MD=-1.18, 95%CI (-2.80, 0.44), P=0.15]; 1 项 RCT 研究^[78] (44 例) 显示, 花红胶囊降低 SPID 患者中医证候评分疗效优于抗生素 (左氧氟沙星) [MD=-6.93, 95%CI (-11.03, -2.83), P=0.0009]。(3) 降低体征评分。1 项 RCT 研究^[36] (180 例) 显示, 花红片降低 SPID 患者体征评分疗效优于妇科千金片 [MD=-1.36, 95%CI (-2.17, -0.55), P=0.001]。(4) 减少盆腔积液。1 项 RCT 研究^[36] (180 例) 显示, 花红片减少盆腔积液疗效优于妇科千金片, 但差异无统计学意义 [MD=0.14, 95%CI (-0.07, 0.35), P=0.19]。(5) 降低复发率。1 项 RCT 研究^[78] (44 例) 显示, 花红胶囊治疗后 3 个月复发率低于抗生素 (左氧氟沙星), 但差异无统计学意义 [RR=0.58, 95%CI (0.11, 3.09), P=0.52]。

3.1.7 推荐意见 7 推荐抗妇炎胶囊用于湿热瘀结证, 可缓解慢性盆腔疼痛 (下腹胀痛或刺痛), 改善盆腔炎性体征, 可能改善 SPID 患者的生活质量, 降低 PID 复发率, 与对照中成药比较未增加不良反应发生率。尤适用于慢性盆腔疼痛伴阴道分泌物量多、色黄味臭, 盆腔炎症包块者。(2C)

使用条件:(1) 用法用量: 胶囊: 口服, 每次 4 粒, 每日 3 次。4 周为 1 个疗程, 可用 2~3 个疗程。(2D) (2) 注意事项: ①妇女哺乳期慎用; ②孕妇禁用; ③对本品过敏者禁用, 过敏体质慎用, 若用药后出现皮疹需停药; ④带下清稀, 无臭者不宜选用。(2D)

安全性: 1 项多中心 RCT 研究 (236 例)^[79] 报道了不良反应发生率, 主要表现为谷丙 / 谷酰胺转氨酶轻度升

高、血红蛋白降低、血小板升高、胃肠道反应。Meta 分析结果显示, 抗妇炎胶囊与宫炎平胶囊两组不良反应发生率差异无统计学意义 [$RR=6.00$, $95\%CI$ (0.73, 49.07), $P=0.09$]。

证据描述:(1) 主要症状及体征疗效。1 项 RCT 研究^[79] (236 例) 显示, 抗妇炎胶囊治疗 SPID 患者主要症状及体征疗效愈显率优于宫炎平胶囊 [$RR=1.52$, $95\%CI$ (1.15, 2.02), $P=0.003$]。(2) 降低盆腔疼痛 VAS 评分。1 项多中心 RCT 研究 (236 例)^[79] 显示, 抗妇炎胶囊降低 SPID 患者盆腔疼痛 (下腹胀痛或刺痛) VAS 评分疗效优于宫炎平胶囊 [$SMD=-0.48$, $95\%CI$ (-0.74, -0.22), $P=0.0003$]。(3) 改善带下异常。1 项多中心 RCT 研究 (207 例)^[79] 显示, 抗妇炎胶囊改善 SPID 患者带下异常症状疗效优于宫炎平胶囊, 但差异无统计学意义 [$RR=1.03$, $95\%CI$ (0.90, 1.18), $P=0.68$]。(4) 缩小盆腔炎性包块。1 项多中心 RCT 研究 (24 例)^[79], Meta 分析结果显示, 抗妇炎胶囊可缩小 SPID 患者盆腔炎性包块体积, 与宫炎平胶囊差异无统计学意义 [$SMD=0.02$, $95\%CI$ (-0.78, 0.82), $P=0.96$]。(5) 提高患者生活质量。1 项多中心 RCT 研究 (236 例)^[79], 采用质量调整生命年 (quality adjustment life year, QALYs) 评价患者生活质量。Meta 分析结果显示, 抗妇炎胶囊可改善 SPID 患者生活质量, 随着治疗时间的延长, 患者 QALYs 评分逐渐上升 [$SMD=0.33$, $95\%CI$ (0.08, 0.59), $P=0.01$]。(6) 降低复发率。1 项多中心 RCT 研究 (58 例)^[79], 治疗结束后随访至第 3 个月经周期, 抗妇炎胶囊治疗 SPID 的复发率低于宫炎平胶囊 [$RR=0.12$, $95\%CI$ (0.01, 0.95), $P=0.04$]。

3.1.8 推荐意见 8 推荐康妇消炎栓直肠给药用于 SPID 湿热瘀结证, 且与各证型口服中成药联合用于 SPID 其他各证型, 可提高 SPID 疾病疗效, 缓解慢性盆腔疼痛 (下腹胀痛、或刺痛、或坠痛, 或腰骶部胀痛, 性交后加重症状), 改善盆腔炎性体征, 缩小盆腔炎性包块。同时可改善阴道分泌物异常症状, 可能提高输卵管炎性不孕患者正常妊娠率, 降低 CRP 水平, 降低 SPID 复发率。与抗生素联合用药不良反应发生率低于抗生素。(1B)

使用条件:(1) 用法用量: 直肠给药, 每次 1 粒, 每日 1~2 次。2~3 周为 1 个疗程, 连用 2~3 个疗程。(2D) (2) 注意事项: ①孕妇忌用; ②经期停用; ③腹泻患者、严重痔疮、肛裂患者慎用。(2D)

安全性: 8 项 RCT 研究^[80-87] (1 209 例) 报道了与药物相关的不良反应, 主要表现为恶心呕吐、腹痛、腹泻、头痛、嗜睡、乏力。Meta 分析结果显示, 康妇消炎栓联合抗生素 (莫西沙星、左氧氟沙星联合甲硝唑、左氧氟沙星、头孢地尼、克林霉素) 不良反应发生率低于抗生素组 [$RR=0.57$, $95\%CI$ (0.39, 0.82), $P=0.002$, $I^2=0\%$]。

证据描述:(1) 改善主要症状及体征。29 项 RCT 研究 (4 118 例)^[44,58,80-106], Meta 分析结果显示, 康妇消炎栓联合抗生素 (左氧氟沙星联合甲硝唑、左氧氟沙星、莫西沙星、头孢地尼、克林霉素) 疗效优于单用抗生素 [$RR=1.43$, $95\%CI$ (1.33, 1.54), 2 027 例, $P<0.00001$, $I^2=37\%$]; 康妇消炎栓联合口服中成药 (妇科千金胶囊/片、金刚藤胶囊、康妇炎胶囊、桂枝茯苓胶囊、坤复康胶囊、止痛化癥胶囊) 治疗 SPID 疗效愈显率优于口服中成药 [$RR=1.30$, $95\%CI$ (1.16, 1.46), 1 511 例, $P<0.001$, $I^2=65\%$]; 单用康妇消炎栓疗效优于单用口服抗生素 (左氧氟沙星联合替硝唑、氟哌酸联合替硝唑) [$RR=1.55$, $95\%CI$ (1.05, 2.29), 580 例, $P=0.03$, $I^2=68\%$]。(2) 降低盆腔疼痛 VAS 评分。2 项 RCT 研究^[83,85] (284 例) Meta 分析结果显示, 康妇消炎栓联合抗生素 (左氧氟沙星片、头孢地尼) 降低 VAS 评分疗效优于单用抗生素 [$MD=-1.46$, $95\%CI$ (-1.69, -1.23), $P<0.00001$, $I^2=0\%$]。(3) 缩小盆腔炎性包块。1 项 RCT 研究^[83] (198 例) 显示, 康妇消炎栓联合抗生素 (左氧氟沙星) 缩小盆腔炎性包块疗效优于单用抗生素 [$MD=-1.55$, $95\%CI$ (-1.92, -1.18), $P<0.00001$]。(4) 改善阴道分泌物异常。3 项 RCT 研究^[86,89,90] (282 例) Meta 分析结果显示, 康妇消炎栓联合抗生素 (莫西沙星) 改善阴道分泌物异常疗效优于单用抗生素 [$MD=-3.72$, $95\%CI$ (-4.18, -3.27), $P<0.00001$, $I^2=0\%$]。(5) 降低血清 CRP 水平。2 项 RCT 研究^[89,105] (170 例), Meta 分析结果显示, 康妇消炎栓联合抗生素 (莫西沙星) 降低血清 CRP 水平疗效优于单用抗生素 [$MD=-2.52$, $95\%CI$ (-2.59, -2.45), 90 例, $P<0.00001$]; 康妇消炎栓联合口服中成药 (妇科千金片) 降低血清 CRP 水平疗效优于口服中成药 [$MD=-4.85$, $95\%CI$ (-5.60, -4.10), 80 例, $P<0.00001$]。(6) 提高输卵管炎性不孕患者正常妊娠率。1 项 RCT 研究^[103] (66 例) 显示, 治疗结束后随访 1 年内, 康妇消炎栓组正常妊娠率优于随访组 [$RR=2.58$, $95\%CI$ (1.14, 5.81), $P=0.02$]。(7) 降低复发率。8 项 RCT 研究^[42,80,86,88,93,97,103,104] (949 例) Meta 分析结果显示, 康妇消炎栓联合抗生素 (左氧氟沙星联合甲硝唑、左氧氟沙星、莫西沙星) 复发率低于单用抗生素 [$RR=0.24$, $95\%CI$ (0.13, 0.45), 460 例, $P<0.00001$, $I^2=0\%$]; 康妇消炎栓联合中成药 (妇科千金胶囊、桂枝茯苓胶囊) 复发率低于口服中成药, 但差异无统计学意义 [$RR=0.52$, $95\%CI$ (0.22, 1.24), 489 例, $P=0.14$, $I^2=66\%$]。

3.2 临床问题 2 中成药是否具有改善 SPID 气滞血瘀证 (临床主要表现为: 下腹胀痛或刺痛, 或经行腹痛加重, 阴道分泌物量多, 色黄或白, 质稠; 或伴月经量多、或伴经期延长, 经色暗红, 夹血块; 或兼见盆腔炎性包块。伴见情绪抑郁或烦躁, 经行乳房胀痛明显。舌质暗红, 或有瘀点, 苔白或黄, 脉弦或弦涩) 患者主要症状 (慢性盆腔

疼痛、阴道分泌物异常增多、月经异常、中医证候等)及盆腔体征,提高患者生活质量的作用,其安全性如何?

3.2.1 推荐意见 9 推荐坤复康胶囊用于 SPID 气滞血瘀证,可缓解慢性盆腔疼痛(下腹胀痛或刺痛、腰骶胀痛,经行腹痛加重),改善阴道分泌物异常,改善盆腔炎症性体征,单用或与对照中成药联用未增加不良反应发生率。尤适用于慢性盆腔疼痛伴经行腹痛加重,阴道分泌物量多、色黄者,月经过多或经期延长者。(2C)

使用条件:(1)用法用量:口服,每次 3~4 粒,每日 3 次。28 日为 1 个疗程,可连用 2~3 个疗程。(2D)(2)**注意事项:**①孕妇禁用;②对本药过敏者禁用,过敏体质者慎用;③服药后发生腹泻等胃肠道反应需停药。(2D)

安全性:1 项 RCT 研究^[108](64 例)报道了坤复康胶囊对比花红片的不良反应,主要表现为腹泻、胃炎。**Meta**分析结果显示,坤复康胶囊与花红片的不良反应发生率差异无统计学意义 $[RR=0.50, 95\%CI(0.05, 5.24), P=0.56]$ 。1 项 RCT 研究^[109](123 例)报道了坤复康胶囊联合康妇消炎栓对比单用康妇消炎栓的不良反应,主要表现为腹泻。**Meta**分析结果显示,联合组与康妇消炎栓组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 $[RR=1.97, 95\%CI(0.52, 7.52), P=0.32]$ 。

证据描述:(1)改善主要症状。2 项 RCT 研究^[105,107](244 例)**Meta**分析结果显示,坤复康胶囊与对照中成药(妇科千金胶囊、花红片)改善 SPID 主要症状疗效(腰腹胀痛或刺痛)差异无统计学意义 $[RR=1.75, 95\%CI(0.56, 5.48), P=0.34, I^2=96\%]$ 。(2)改善中医证候。1 项 RCT 研究^[108](64 例)显示,坤复康胶囊可降低 SPID 患者中医证候积分(下腹疼痛、腰骶胀痛、带下异常、经行腹痛加重、月经过多或经期延长),疗效优于对照中成药(花红片) $[SMD=-0.60, 95\%CI(-1.11, -0.10), P=0.02]$ 。(3)改善盆腔炎症性体征。2 项 RCT 研究^[108,110](244 例)**Meta**分析结果显示,坤复康胶囊降低 SPID 体征评分疗效优于对照中成药(妇科千金胶囊、花红片) $[MD=-0.91, 95\%CI(-1.19, -0.63), P<0.00001, I^2=41\%]$;1 项 RCT 研究^[109](123 例)显示,坤复康联合康妇消炎栓降低 SPID 患者体征评分疗效优于单用康妇消炎栓 $[MD=-0.70, 95\%CI(-1.16, -0.24), P=0.003]$ 。

3.2.2 推荐意见 10 推荐红花如意丸用于 SPID 气滞血瘀证,可缓解慢性盆腔疼痛(下腹胀痛或刺痛),缓解经期腹痛加重症状,改善阴道分泌物异常症状(量多、色黄或白、质稠),可能提高患者生活质量,不良反应发生率与安慰剂相当。尤适用于下腹胀痛、腰骶部胀痛或刺痛,经期腹痛加重、经前乳房胀痛明显者。(2C)

使用条件:(1)用法用量:口服,每次 1~2 g,每日 2 次。28 日为 1 个疗程,可连用 2~3 个疗程(2D)。(2)**注意事项:**①忌食寒凉、辛辣、生冷食物;②孕妇慎用。(2D)

安全性:1 项多中心 RCT 研究^[111](279 例)报道了安全性评价,试验期间红花如意丸组与安慰剂组均未发生与研究药物相关的不良反应。

证据描述:(1)缓解慢性盆腔疼痛。1 项双盲、安慰剂平行对照、多中心 RCT 研究^[111](279 例)显示,红花如意丸缓解 SPID 患者慢性盆腔疼痛(下腹胀痛或刺痛)疗效优于安慰剂组 $[RR=1.49, 95\%CI(1.17, 1.91), P=0.001]$ 。(2)缓解经期腹痛加重。1 项 RCT 研究^[111](279 例)显示,红花如意丸可改善 SPID 患者经期腹痛加重症状疗效优于安慰剂组 $[SMD=-0.57, 95\%CI(-0.85, -0.30), P<0.0001]$ 。(3)降低盆腔疼痛 VAS 评分。2 项 RCT 研究^[111,112](379 例)**Meta**分析显示,红花如意丸与安慰剂组比较可降低 SPID 患者盆腔疼痛 VAS 评分 $[SMD=-0.73, 95\%CI(-0.96, -0.50), P=<0.00001, I^2=40\%]$ 。(4)改善阴道分泌物异常。1 项 RCT 研究^[111](279 例)显示,红花如意丸可改善 SPID 患者阴道分泌物异常症状,疗效优于安慰剂组 $[SMD=-0.89, 95\%CI(-1.17, -0.61), P<0.00001]$ 。(5)改善中医证候。1 项 RCT 研究^[111](279 例)显示,红花如意丸可降低 SPID 患者中医证候积分(下腹胀痛、腰骶部胀痛或刺痛,经期腹痛加重、经前乳房胀痛等中医证候),疗效优于安慰剂组 $[RR=2.88, 95\%CI(1.69, 4.89), P<0.0001]$ 。(6)提高患者生活质量。1 项 RCT 研究^[111](279 例),采用 EQ-5D 量表评价 SPID 患者生活质量,结果显示,红花如意丸改善 SPID 患者生活质量的疗效优于安慰剂组 $[SMD=-0.34, 95\%CI(-0.07, -0.62), P=0.01]$ 。

3.3 临床问题 3 中成药是否具有改善 SPID 寒湿瘀滞证(临床主要表现为:下腹冷痛或刺痛,或腰骶部冷痛,经期加重,得热痛减;阴道分泌物量多、色白或质清稀;或伴月经周期错后、量少,经色黯或夹血块;或兼见盆腔炎症性包块。伴见形寒肢冷,肢体困重。舌质淡黯或有瘀点,苔白或白腻,脉沉滑或沉涩)患者主要症状(慢性盆腔疼痛、阴道分泌物异常增多等)及盆腔体征,减低复发率的作用,其安全性如何?

3.3.1 推荐意见 11 推荐桂枝茯苓胶囊(丸)用于 SPID 寒湿瘀滞证,可缓解慢性盆腔疼痛(下腹冷痛或刺痛,或腰骶部冷痛)、改善阴道分泌物量多,缩小盆腔炎症性包块,减少盆腔积液,可能降低血清 CRP 水平、降低复发率,与抗生素联用不良反应发生率低于抗生素。(1B)

使用条件:(1)用法用量:①胶囊:口服,每次 3 粒,每日 3 次;②丸剂:口服,大丸每次 6 丸,小丸每次 9 丸,每日 1~2 次。28 日为 1 个疗程,可连用 2~3 个疗程(2D)。(2)**注意事项:**①孕妇忌服;②妇女经期、哺乳期慎用;③带下色黄臭秽者不宜选用。(2D)

安全性:6 项 RCT 研究^[113-118](574 例)报道了与药物相关的不良反应发生率(表现为食欲减退、恶心、腹泻、

头晕、皮肤瘙痒)。Meta 分析结果显示,桂枝茯苓胶囊(丸)联合抗生素(莫西沙星、克拉霉素、甲硝唑、头孢拉定)不良反应发生率低于单用抗生素 [$RR=0.42, 95\%CI(0.23, 0.74), P=0.003, I^2=40\%$]。

证据描述:(1)改善主要症状及体征。14 项 RCT 研究^[113-126](1 477 例)Meta 分析结果显示,桂枝茯苓胶囊(丸)联合抗生素(莫西沙星、左氧氟沙星联合甲硝唑、甲硝唑、磷霉素氨丁三醇、克拉霉素、克林霉素、头孢拉定联合替硝唑)疗效优于单用抗生素 [$RR=1.39, 95\%CI(1.28, 1.51), P<0.00001, I^2=26\%$]。桂枝茯苓胶囊(丸)联合中成药(妇科千金片)疾病疗效愈显率优于单用妇科千金片 [$RR=1.77, 95\%CI(1.22, 2.58), P=0.003$]。(2)降低盆腔疼痛 VAS 评分。1 项 RCT 研究^[119](192 例)显示,桂枝茯苓胶囊联合抗生素(左氧氟沙星)降低 VAS 评分疗效优于单用抗生素 [$MD=-3.05, 95\%CI(-3.19, -2.91), P<0.00001$]。(3)改善阴道分泌物异常症状。1 项 RCT 研究^[123](89 例)显示,桂枝茯苓胶囊联合抗生素(克林霉素)改善阴道分泌物量多疗效优于单用抗生素 [$RR=1.51, 95\%CI(1.13, 2.03), P=0.005$]。(4)减少盆腔积液。3 项 RCT 研究^[115, 116, 124](160 例)Meta 分析结果显示,桂枝茯苓胶囊(丸)联合抗生素(甲硝唑、磷霉素氨丁三醇、克林霉素)的盆腔积液消失率高于单用抗生素 [$RR=1.55, 95\%CI(1.16, 2.06), P=0.003, I^2=29\%$]。(5)缩小盆腔炎性包块。2 项 RCT 研究^[116, 124](97 例)Meta 分析结果显示,桂枝茯苓片(丸)联合抗生素(甲硝唑、克林霉素)盆腔包块消失率高于单用抗生素 [$RR=1.49, 95\%CI(1.09, 2.03), P=0.01, I^2=0\%$]。(6)降低血清 CRP 水平。8 项 RCT 研究^[114-117, 119, 120, 122, 123](808 例)Meta 分析结果显示,桂枝茯苓胶囊(丸)联合抗生素(左氧氟沙星联合甲硝唑、甲硝唑、头孢拉定联合替硝唑、磷霉素氨丁三醇、克拉霉素)降低血清 CRP 水平疗效优于单用抗生素 [$MD=-2.43, 95\%CI(-2.93, -1.94), I^2=91\%$],但研究间异质性较大。(7)降低复发率。1 项 RCT 研究^[117](70 例)显示,桂枝茯苓胶囊联合抗生素(头孢拉定联合替硝唑)复发率低于抗生素 [$RR=0.08, 95\%CI(0.01, 0.61), P=0.01$]。

3.4 临床问题 4 中成药是否具有改善 SPID 气虚血瘀证(临床主要表现为:下腹疼痛或坠痛,劳累后加重),阴道分泌物量多,色白质清稀;或月经量多,或伴经期延长,经血淡暗或有块;或兼见盆腔炎性包块。伴见疲倦乏力,食少便溏。舌质淡黯,或有瘀点,苔白或薄白,脉弦细或沉涩无力)患者主要症状(慢性盆腔疼痛、阴道分泌物异常增多、月经异常、中医证候等)及盆腔体征,提高输卵管炎性不孕患者正常妊娠率,改善患者生活质量的作用,其安全性如何?

3.4.1 推荐意见 12 推荐丹黄祛瘀胶囊用于 SPID 气虚血瘀证,可缓解慢性盆腔疼痛(下腹或腰骶部坠胀疼

痛),改善阴道分泌物异常症状,缩小盆腔炎性包块,可能降低 CRP 水平,改善生活质量,与抗生素联用不良反应发生率低于抗生素。尤适用于慢性盆腔疼痛伴倦怠乏力、盆腔炎性包块者。(2C)

使用条件:(1)用法用量:口服,每次 2~4 粒,每日 2~3 次。28 日为 1 个疗程,可连用 2~3 个疗程(2D)。(2)注意事项:①孕妇忌服,哺乳期妇女慎用;②经期停药;③对本药过敏者禁用,过敏体质者慎用;④长期用药(连续使用超过 3 个疗程)需监测肝、肾功能(2D)。

安全性:1 项 RCT 研究^[127](422 例)报道了丹黄祛瘀胶囊对比止痛化癥胶囊的不良反应,主要表现为血尿常规、心电图、肝、肾功能异常,两组不良反应发生率差异无统计学意义 [$RR=1.32, 95\%CI(0.15, 11.72), P=0.80$]。1 项 RCT 研究^[128](160 例)报道了丹黄祛瘀胶囊联合抗生素对比抗生素(克林霉素)的不良反应,主要表现为恶心呕吐、皮疹、肠炎、转氨酶升高,丹黄祛瘀胶囊联合抗生素不良反应发生率低于单用抗生素 [$RR=0.45, 95\%CI(0.23, 0.90), P=0.02$]。

证据描述:(1)改善主要症状及体征。3 项 RCT 研究^[128-130](344 例)Meta 分析结果显示,丹黄祛瘀胶囊治疗 SPID 患者改善主要症状及体征疗效愈显率优于抗生素组(左氧氟沙星、克林霉素、左氧氟沙星联合甲硝唑) [$RR=1.47, 95\%CI(1.20, 1.79), P<0.0001, I^2=0\%$];1 项 RCT 研究^[127](422 例)报道丹黄祛瘀胶囊与止痛化癥胶囊治疗 SPID 患者疗效愈显率差异无统计学意义 [$RR=1.27, 95\%CI(1.00, 1.60), P=0.05$]。(2)改善阴道分泌物异常症状。1 项 RCT 研究^[129](94 例)显示,丹黄祛瘀胶囊联合抗生素改善阴道分泌物异常症状疗效优于抗生素(左氧氟沙星片) [$MD=-1.81, 95\%CI(-2.64, -0.98), P=0.01$]。(3)改善中医证候。1 项 RCT 研究^[127](422 例)显示,丹黄祛瘀胶囊与止痛化癥胶囊改善中医证候疗效差异无统计学意义 [$RR=1.26, 95\%CI(1.00, 1.59), P=0.05$]。(4)改善盆腔炎性体征。1 项 RCT 研究^[127](422 例)显示,丹黄祛瘀胶囊与中成药止痛化癥胶囊改善体征疗效差异无统计学意义 [$RR=1.21, 95\%CI(0.98, 1.49), P=0.05$]。(5)缩小盆腔炎性包块。1 项 RCT 研究^[129](160 例)显示,丹黄祛瘀胶囊联合抗生素(克林霉素)缩小盆腔包块的疗效优于单用抗生素 [$MD=-1.19, 95\%CI(-1.44, -0.94), P<0.00001$]。(6)降低血清 CRP 水平。2 项 RCT 研究(254 例)^[128, 129]显示,丹黄祛瘀胶囊联合抗生素(左氧氟沙星、克林霉素)降低血清 CRP 水平疗效优于单用抗生素 [$MD=-2.53, 95\%CI(-2.80, -2.27), P<0.00001, I^2=0\%$]。(7)改善生活质量。1 项 RCT 研究^[129](90 例)显示,丹黄祛瘀胶囊联合抗生素(左氧氟沙星联合甲硝唑)改善生活质量疗效(生活质量指数)优于抗生素 [$MD=15.41, 95\%CI(14.30, 16.52), P<0.00001$]。

3.4.2 推荐意见 13 推荐止痛化癥胶囊（片）用于 SPID 气虚血瘀证，可缓解慢性盆腔坠胀疼痛，消散盆腔炎性包块，可能提高输卵管炎性不孕患者正常妊娠率。与对照中成药比较未增加不良反应发生率。尤适用于 SPID 伴盆腔炎性包块合并不孕者。（2C）

使用条件：（1）用法用量：①胶囊：口服，每次 4 粒，每日 2~3 次；②片剂：口服，每次 4~6 片，每日 2~3 次。28 日为 1 个疗程，可连用 2~3 个疗程。（2D）（2）注意事项：①孕妇忌服，哺乳期妇女慎用；②经期停药；③对本药过敏者禁用，过敏体质者慎用；④肝肾功能不全者慎用；④长期用药（连续使用超过 3 个疗程）需监测肝、肾功能。（2D）

安全性：1 项 RCT 研究^[127]（422 例）报道了止痛化癥胶囊对比丹黄祛瘀胶囊的不良反应，主要表现为血、尿常规、心电图、肝、肾功能异常。Meta 分析结果显示，两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 [RR=1.32, 95%CI (0.15, 11.72), P=0.80]。

证据描述：（1）改善主要症状及体征。2 项 RCT 研究^[131,132]（298 例）Meta 分析结果显示，止痛化癥胶囊/片联合抗生素（阿奇霉素）改善主要症状（慢性下腹或腰骶部坠胀疼痛）及盆腔炎性体征的疗效显率高于抗生素组 [RR=1.29, 95%CI (1.09, 1.52), P=0.003, I²=29%]。1 项 RCT 研究^[127]（422 例）显示，止痛化癥

胶囊对比丹黄祛瘀片改善主要症状疗效显率差异无统计学意义 [RR=0.79, 95%CI (0.62, 1.00), P=0.05]。（2）改善中医证候。1 项 RCT 研究^[127]（422 例）显示，止痛化癥胶囊改善中医证候疗效显率低于丹黄祛瘀片，但差异无统计学意义 [RR=0.79, 95%CI (0.63, 1.00), P=0.05]。（3）提高输卵管炎性不孕患者正常妊娠率。1 项 RCT 研究^[131]（168 例）显示，输卵管炎性不孕患者治疗结束后随访半年内，止痛化癥片组患者获正常妊娠率高于抗生素组（阿奇霉素） [RR=1.48, 95%CI (1.11, 1.96), P=0.007]。

4 SPID 诊断及中成药选药流程（图 1）本指南诊疗流程突出了以 SPID 中医辨证分型结合临床问题进行中成药推荐的特点，同时根据循证证据，结合专家经验提出了推荐中成药的临床应用特点。

5 本指南局限性及不足之处 本指南课题组遵循“循证为主，共识为辅，经验为鉴”的指导原则，并将 GRADE 首次用于传统医学领域进行中成药循证实践指南的制定。本指南已将相对高质量的研究文献纳入系统评价及 Meta 分析，但基于循证为主的现有最佳文献证据质量大部分较低。多数 RCT 研究存在设计不规范和偏倚风险较高的问题，如随机化描述不清，非盲法及安慰剂对照设计，样本量小、疗程不一致、结局指标量化不规范，以及研究

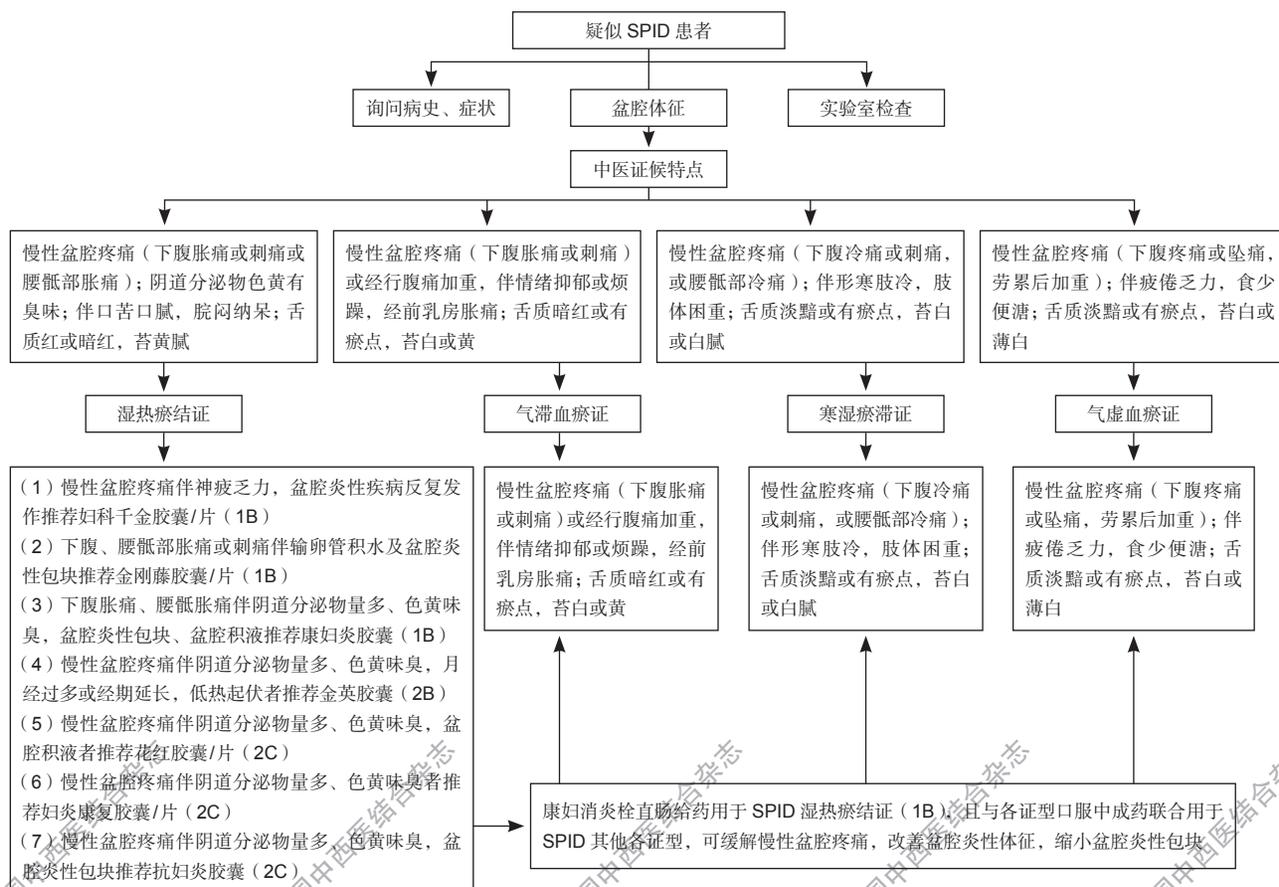


图 1 PID 诊断及中成药选药流程图

间的异质性等, 直接影响了 Meta 分析结果的可靠性。因此本指南更新时, 期待更多设计严谨、多中心、大样本的 RCT 以提供更高级别的循证证据。

在对治疗 PID 的中成药文献整理过程中发现, 目前中成药的说明书存在不规范的情况, 对于本指南药物的推荐有一定的影响。针对纳入本指南推荐的 13 个中成药说明书分析发现, 部分药物说明书禁忌症尚不明确、对孕期、产褥期用药未作限定, 注意事项中对药物的安全性监测未予明确提示。对此, 本指南在药品说明书的基础上, 根据推荐中成药的组方及文献不良反应报道, 在相关内容部分作了补充说明。

6 更新计划 本指南拟定每 2~3 年更新 1 次, 更新内容取决于指南发布后是否有新的相关证据出现, 证据变化对指南推荐意见和推荐强度是否有影响。按照目前国际上发布的指南更新报告规范“CheckUp”^[133]进行更新。更新步骤包括: 获得新的循证证据、评估更新的必要性、更新指南推荐意见和发布更新的指南, 整个过程通过文献研究和专家共识会议相结合的方式实现。

利益冲突: 本指南由中国中药协会资助, 无潜在利益冲突。为防止在指南研制过程中出现其他利益冲突, 凡参与指南制定工作的所有成员, 在正式参与指南制定相关工作前均签署利益冲突声明, 申明无所有与本部指南主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益, 以及所有可能被本指南成果影响的利益。

指南标准化项目组核心成员: 张伯礼、陈可冀、高学敏、田金洲、李幼平、陈香美、张俊华、房书亭、王桂华、孙媛媛等

执笔人: 魏绍斌(成都中医药大学附属医院)、金哲(北京中医药大学东方医院)、魏丽惠(北京医科大学人民医院)、刘朝晖(首都医科大学附属北京妇产医院)

主审: 刘敏如(成都中医药大学)、廖秦平(北京清华长庚医院)

工作组

组长: 魏绍斌(成都中医药大学附属医院); 副组长: 刘朝晖(首都医科大学附属北京妇产医院)

组员(参与指南工作会议、文献研究和证据分析等工作): 金哲(北京中医药大学东方医院)、魏丽惠(北京医科大学人民医院)、赵红(中日友好医院)、宋殿荣(天津中医药大学第二附属医院)、丛慧芳(黑龙江中医药大学附属第二医院)、李伟莉(安徽中医药大学第一附属医院)、张帆(贵阳中医学院第二附属医院)、孔桂茹(青海省中医院)、夏敏(重庆市中医院)、胡丽娜(重庆医科大学附属二院)、安瑞芳(西安交通大学第一附属医院)、崔满华(吉林大学第二医院)、付超美(成都中医药大学药学院)、宋英

(成都中医药大学附属医院)、罗梅(成都中医药大学第四临床医学院)、石玲(成都中医药大学附属医院)、贡欣(北京中医药大学东方医院)、吴文湘(北京大学第一医院)、季晓黎(成都中医药大学附属医院)、王妍(成都中医药大学附属医院)、黄利(成都中医药大学)、陈彧(成都中医药大学)、李茂雅(成都中医药大学)

共识小组(参加指南制订过程中的两轮德尔非法专家调查问卷工作)

中医临床专家: 金哲(北京中医药大学东方医院)、魏绍斌(成都中医药大学附属医院)、杜惠兰(河北中医学院)、谈勇(南京中医药大学附属医院)、赵红(中日友好医院)、赵瑞华(中国中医科学院广安门医院)、张婷婷(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、王东梅(山东中医药大学附属医院)、李伟莉(安徽中医药大学第一附属医院)、邓高丕(广州中医药大学第一附属医院)、宋殿荣(天津中医药大学第二附属医院)、冯晓玲(黑龙江中医药大学附属第一医院)、丛慧芳(黑龙江中医药大学附属第二医院)、张帆(贵阳中医学院第二附属医院)、孔桂茹(青海省中医院)、章勤(杭州市中医院)、张晋峰(山西省中医院)、吴克明(成都中医药大学附属医院)、周忠明(湖北省中医院)、林寒梅(广西中医药大学第一附属医院)、夏敏(重庆市中医院)、傅金英(河南省中医院)、高慧(河北省承德医学院附属医院)

西医临床专家: 魏丽惠(北京医科大学人民医院第二临床学院)、刘朝晖(首都医科大学附属北京妇产医院)、安瑞芳(西安交通大学第一附属医院)、崔满华(吉林大学第二医院)、胡丽娜(重庆医科大学附属二院)、张国楠(四川省肿瘤医院)、王红静(四川大学华西第二医院妇产科)、颜士杰(安徽医科大学第一附属医院)、邱石(武汉市第三医院)

咨询小组(参加指南制订过程中的技术咨询、共识会议、同行专家评议等工作)

中医临床专家: 金哲(北京中医药大学东方医院)、王小云(广州中医药大学第二临床医学院)、闫颖(天津中医药大学第一附属医院)、滕秀香(首都医科大学附属北京中医医院)、刘艳霞(北京中医药大学东方医院)、韩凤娟(黑龙江中医药大学附属第一医院)、李云波(北京中医药大学第三附属医院)、何军琴(首都医科大学附属北京妇产医院)、夏天(天津中医药大学第一附属医院)、曾倩(成都中医药大学附属医院)、王清(中日友好医院)、黄欲晓(中国中医科学院西苑医院)

西医临床专家: 魏丽惠(北京大学人民医院)、廖秦平(北京清华大学附属北京清华长庚医院)、薛凤霞(天津医科大学总医院)、狄文(上海交通大学医学院附属仁济医院)、郝敏(山西医科大学第二医院)、许良智(四川大学华西第二医院)、白文佩(首都医科大学附属北京世纪坛医院)、

李蓉(北京大学第三医院)、朱芝玲(复旦大学附属妇产科医院)、刘宏伟(四川大学华西第二医院)、王悦(北京大学人民医院)、孙爱军(北京协和医院)

循证方法学专家:陈薇(北京中医药大学循证医学中心)、喻佳洁(四川大学华西医院中国循证医学中心)

秘书组(负责指南制订过程中的联络、会议、数据及资料收集整理等工作):罗梅(成都中医药大学第四临床医学院)、石玲(成都中医药大学附属医院)、贡欣(北京中医药大学东方医院)、吴文湘(北京大学第一医院)

参 考 文 献

- [1] 谢幸,孔北华,段涛主编.妇产科学[M].第9版.北京:人民卫生出版社,2018:251-257.
- [2] Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015[J]. MMWR Recomm Rep, 2015, 64 (RR-03): 1-137.
- [3] Ross JD. Pelvic inflammatory disease[J]. Am Fam Physician, 2014, 90 (10): 725-726.
- [4] 吴文湘,廖秦平.盆腔炎性疾病的流行病学[J].实用妇产科杂志,2013,29(10):721-723.
- [5] Trent M, Bass D, Ness RB, et al. Recurrent PID, subsequent STI, and reproductive health outcomes: findings from the PID evaluation and clinical health (PEACH) study[J]. Haggerty C Sex Transm Dis, 2011, 38 (9): 879-881.
- [6] 曹泽毅主编.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2014:1211-1218.
- [7] 中华中医药学会.中医妇科常见疾病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012:114-119.
- [8] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组.盆腔炎性疾病诊治规范(2019修订版)[J].中华妇产科杂志,2019,(7):433-437.
- [9] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J]. BMJ, 2008, 336 (7650): 924-926.
- [10] Schunemann HJ, Best D, Vist G, et al. Letters, numbers, symbols and words: how to communicate grades of evidence and recommendations[J]. CMAJ, 2003, 169 (7): 677-680.
- [11] Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations[J]. J Clin Epidemiol, 2013, 66 (7): 719-725.
- [12] 余丽琴.克林霉素磷酸酯片联合妇科千金片治疗慢性盆腔炎的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2014,7(15):114-115.
- [13] 余学红,邱银峰.抗生素联合中成药治疗慢性盆腔炎的疗效观察[J].湖北中医药大学学报,2016,18(2):72-73.
- [14] 叶银利.妇科千金胶囊联合氧氟沙星治疗慢性盆腔炎的疗效观察[J].中华全科医学,2013,11(12):1877-1878.
- [15] 吴中琴.阿莫西林克拉维酸钾联合妇科千金片治疗慢性盆腔炎的效果观察[J].现代实用医学,2017,29(11):1497-1499.
- [16] 张娟.妇科千金片治疗慢性盆腔炎的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2017,36(15):63.
- [17] 张小金,徐冬.妇科千金片联合阿莫西林克拉维酸钾片治疗慢性盆腔炎的临床疗效及安全性评价[J].辽宁中医杂志,2015,42(5):1001-1002.
- [18] 张桂萍.妇科千金胶囊联合左氧氟沙星片治疗慢性盆腔炎的临床观察[J].光明中医,2018,33(17):2576-2578.
- [19] 张润利.妇科千金片联合克林霉素治疗150例慢性盆腔炎的疗效分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,33(11):1466-1467.
- [20] 王霞,刘炜,腾威,等.妇科千金胶囊联合左氧氟沙星片治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].陕西中医,2016,37(7):790-791.
- [21] 邓玲玲.克林霉素联合妇科千金片治疗慢性盆腔炎的临床效果及安全性分析[J].中国当代医药,2017,24(35):128-130.
- [22] 吴君兰,吴建华,贾雪梅.抗生素联合妇科千金软胶囊治疗盆腔炎的效果分析[J].中国当代医药,2014,21(20):115-116.
- [23] 张颖.妇科千金片治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].中国实用医药,2012,7(28):140-141.
- [24] 杨伟君,吴兆洪,曾真.妇科千金片治疗慢性盆腔炎疗效观察[J].中成药,2003,25(11):34-37.
- [25] 郭俊杰.金刚藤胶囊治疗慢性盆腔炎的疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(47):137.
- [26] 郭香丽.金刚藤胶囊与妇科千金胶囊治疗慢性盆腔炎疗效对比观察[J].中国实用医药,2016,11(6):210-211.
- [27] 崔婷婷.妇科千金胶囊治疗慢性盆腔炎湿热蕴结证30例[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(7):80-81.
- [28] 张艺峰.妇科千金片治疗慢性盆腔炎临床疗效观察[J].亚太传统医药,2013,9(9):154-155.
- [29] 成金红.妇科千金片联合西药治疗盆腔炎的疗效分析[J].内蒙古中医药,2017,36(17):49-50.
- [30] 李杏丽.妇科千金片联合左氧氟沙星及甲硝唑对慢性盆腔炎的疗效[J].河南医学研究,2018,27(16):2984-2985.
- [31] 林淑媛,范蔚芳,谢雪玲.妇科千金片联合抗生素对慢性盆腔炎患者血液流变学及免疫功能的影响[J].世界中医药,2018,13(10):2510-2513.
- [32] 王丹丹.妇科千金片联合抗生素治疗慢性盆腔炎的临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2017,28(14):2606-2607.
- [33] 谭理慧,昌燕华,王喜华,等.妇科千金片联合抗生素治疗慢性盆腔炎的临床疗效观察[J].现代生物医学进展,2012,12(5):951-953.
- [34] 龙慧.妇科千金片联合抗生素治疗慢性盆腔炎180例疗效分析[J].中国医药指南,2011,9(16):146-146.
- [35] 周中明,姜惠中.金刚藤胶囊治疗慢性盆腔炎(瘀热湿阻型)对照观察[J].中国社区医师,2009,25(8):34-36.
- [36] 姚奏英,陆华,尹巧芝.花红片、妇科千金片治疗盆腔炎性疾病后遗症湿热瘀结证180例临床观察[J].中成药,2014,36(1):208-210.
- [37] 施伟亚,蒋丽丽.中药金刚藤胶囊治疗盆腔炎110例[J].辽宁中医杂志,2014,41(3):479-481.
- [38] 段丽云,张丽娟.妇科千金胶囊治疗盆腔炎性疾病后遗症性疼痛疗效观察[J].实用中医药杂志,2018,34(9):1124-1125.
- [39] 颜利玲,石玲,王秋凤,等.妇科千金胶囊治疗盆腔炎性疾病后遗症216例临床研究[J].中医临床研究,2017,9(9):84-85.
- [40] 余建霞,柯玉霞.观察妇科千金胶囊治疗慢性盆腔炎合并卵巢囊肿的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(1):177,180.
- [41] 张宇虹.妇科千金胶囊在慢性盆腔炎合并卵巢囊肿中的应用

- [J]. 中国现代医生, 2012, 50 (21): 75-76.
- [42] 宋丽霞, 王晶. 康妇消炎栓与妇科千金胶囊联合治疗慢性盆腔炎疗效观察 [J]. 饮食保健, 2015, 2 (14): 176-178.
- [43] 张云斐, 和丽敏. 妇科千金胶囊联合左氧氟沙星治疗慢性盆腔炎效果分析 [J]. 河南医学研究, 2018, 27 (3): 504-505.
- [44] 何晓丽. 多西环素与金刚藤胶囊联用对湿热淤积型盆腔炎和附件炎患者的临床疗效评价 [J]. 抗感染药学, 2016, 13 (1): 214-215.
- [45] 尹燕, 高彩云, 席丽. 盐酸左氧氟沙星与金刚藤联合治疗盆腔炎的效果观察 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37 (32): 4053-4054.
- [46] 王文霞, 白文佩. 金刚藤胶囊联合阿奇霉素治疗慢性盆腔炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2018, 33 (5): 1164-1167.
- [47] 申岩. 金刚藤软胶囊治疗慢性盆腔炎临床观察 [J]. 亚太传统医药, 2015, 11 (8): 95-96.
- [48] 苏英, 蔡晓锐, 陈文玉, 等. 金刚藤胶囊治疗慢性盆腔炎的疗效研究 [J]. 今日药学, 2018, 28 (7): 466-468+472.
- [49] 陈晓琴, 李云秀. 金刚藤胶囊配合乳酸司帕沙星片对慢性盆腔炎的临床疗效 [J]. 检验医学与临床, 2018, 15 (3): 356-358.
- [50] 袁苑. 金刚藤颗粒联合左氧氟沙星对慢性盆腔炎患者临床症状及血清 CRP 水平的影响 [J]. 慢性病学杂志, 2017, 18 (8): 934-935, 938.
- [51] 邓高丕. 金刚藤胶囊治疗湿热瘀结型盆腔炎、附件炎的临床疗效观察 [J]. 中药材, 2007, (5): 623-625.
- [52] 乐丽莎. 金刚藤胶囊联合克林霉素磷酸酯治疗慢性盆腔炎的疗效及对血清炎症因子水平和血液流变学的影响 [J]. 广西医科大学学报, 2019, 36 (1): 71-74.
- [53] 张蕾. 金刚藤胶囊治疗盆腔炎性疾病所致慢性盆腔痛效果分析 [J]. 河南医学研究, 2015, 24 (2): 73-74.
- [54] 杨永琴. 金刚藤、氧氟沙星、奥硝唑联合治疗慢性盆腔炎临床疗效观察 [J]. 当代医学, 2012, 18 (3): 145-146.
- [55] 莫培晖, 兰代群, 闫志强. 慢性盆腔炎患者辅助使用金刚藤治疗过程中体内微环境的变化及临床意义分析 [J]. 中国性科学, 2018, 27 (9): 82-84.
- [56] 孙燕茹, 屈慧启, 王晓娟, 等. 千金胶囊联合金刚藤胶囊治疗慢性盆腔炎的临床效果观察 [J]. 世界中医药, 2017, 12 (12): 2953-2956, 2960.
- [57] 康喜梅. 妇科千金胶囊联合金刚藤胶囊治疗盆腔炎的效果分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2013, 4 (19): 17-18.
- [58] 张力, 刘蓓, 李黎, 等. 康妇消炎栓联合金刚藤片治疗慢性盆腔炎后盆腔痛的疗效观察 [J]. 中国医药导报, 2011, 8 (36): 100-102.
- [59] 李姐姐, 王铁延, 张丽萍. 金刚藤辅助妇科千金片治疗慢性盆腔炎的临床效果 [J]. 宁夏医科大学学报, 2018, 40 (1): 65-68.
- [60] 沈慧敏, 杨越波, 方莉, 等. 金刚藤胶囊治疗慢性盆腔炎临床疗效观察 [J]. 中药材, 2007, (10): 1340-1343.
- [61] 王秀宝, 刘德桓. 金刚藤胶囊治疗慢性盆腔炎的临床评价 [J]. 中国社区医师, 2009, 25 (9): 39.
- [62] 张晓颖. 金刚藤胶囊治疗湿热瘀结型盆腔炎、附件炎的临床观察 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10 (10): 159-160.
- [63] 胡美荣. 金刚藤胶囊治疗慢性盆腔炎 74 例疗效观察 [J]. 咸宁学院学报 (医学版), 2009, 23 (4): 331-332.
- [64] 向燕, 文峰, 杨秀英. 金刚藤胶囊联合妇科千金片治疗对慢性盆腔炎患者血清炎症因子、免疫功能及血液流变学指标的影响 [J]. 海南医学院学报, 2017, 23 (13): 1819-1821, 1825.
- [65] 黄丽娟. 康妇炎胶囊联合阿奇霉素治疗慢性盆腔炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2018, 33 (5): 1154-1158.
- [66] 卢凤玲. 康妇炎胶囊治疗慢性盆腔炎合并盆腔积液 46 例 [J]. 西部中医药, 2015, 28 (12): 94-95.
- [67] 张春燕, 刘海霞, 史红霞. 康妇炎胶囊联合盐酸左氧氟沙星分散片治疗慢性盆腔炎疗效观察 [J]. 新中医, 2016, 48 (7): 180-182.
- [68] 张雪萍. 盐酸左氧氟沙星分散片联合康妇炎胶囊治疗慢性盆腔炎的临床效果研究 [J]. 中国保健营养, 2017, 27 (14): 302-303.
- [69] 贾福青. 康妇炎胶囊治疗慢性盆腔炎合并盆腔积液的疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16 (50): 115.
- [70] 陈锦萍. 康妇炎胶囊联合抗生素治疗盆腔炎性疾病后慢性盆腔痛患者的临床效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12 (2): 17-18.
- [71] 顾红媛. 中西医结合治疗慢性盆腔炎 145 例 [J]. 河南中医, 2013, 33 (10): 1742-1743.
- [72] 郝美峰. 金英胶囊联合康妇消炎栓治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎的临床研究 [D]. 太原: 山西中医药大学, 2017.
- [73] 黄贤华, 郑南芝, 欧阳, 等. 金英胶囊对慢性盆腔炎湿证的多中心临床观察 [J]. 湖南中医药大学学报, 2011, 31 (7): 43-45.
- [74] 李勤, 陈春燕, 索玉平, 等. 金英胶囊治疗盆腔炎性疾病湿热蕴结证的有效性及其安全性评价 [J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35 (12): 1459-1462.
- [75] 李银仙. 妇炎康复胶囊联合康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎 572 例疗效观察 [J]. 医疗装备, 2015, 28 (17): 139-140.
- [76] 孙海霞. 妇炎康复胶囊在盆腔炎性疾病中的应用效果 [J]. 光明中医, 2016, 31 (23): 3451-3452.
- [77] 方小勤. 妇炎康复胶囊联合抗生素对妇科炎症的疗效观察 [J]. 大家健康 (学术版), 2012, 6 (23): 40-41.
- [78] 黄叶芳, 袁野, 陆华. 花红胶囊及花红颗粒治疗慢性盆腔炎 (湿热瘀结证) 的临床观察 [J]. 西部中医药, 2013, 26 (2): 4-7.
- [79] Jin Z. Efficacy and safety of Kangfuyan capsules for relieving sequelae of pelvic inflammatory disease-chronic pelvic pain: a multicenter, randomized, controlled, double-blind, parallel-group, clinical trial in China [J]. Chin J Integr Med, 2021: submitted for publication.
- [80] 冯海玲. 莫西沙星联合康妇消炎栓治疗盆腔炎的临床疗效 [J]. 北方药学, 2018, 15 (7): 98-99.
- [81] 吕祎. 康妇消炎栓联合左氧氟沙星治疗慢性盆腔炎的疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3 (5): 957, 960.
- [82] 尤彩兰, 尤梦雅, 黄梅香, 等. 康妇消炎栓治疗盆腔疾病所致慢性疼痛疗效分析 [J]. 当代医学, 2017, 23 (16): 154-155.
- [83] 李姐姐, 王铁延, 邹丹. 康妇消炎栓联合左氧氟沙星和金刚藤胶囊治疗慢性盆腔炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2018, 33 (2): 316-320.
- [84] 穆菁. 盐酸左氧氟沙星联合康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎的效果及安全性评价 [J]. 中国当代医药, 2015, 22 (33): 94-96.
- [85] 许宝端. 康妇消炎栓联合头孢地尼治疗盆腔炎性疾病所致慢性盆腔痛患者的临床疗效观察 [J]. 中国药物经济学, 2018, 13 (7): 93-95.
- [86] 郭岩涛. 康妇消炎栓与盐酸莫西沙星结合治疗盆腔炎的疗效分析 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2 (3): 98-99.
- [87] 陈华芳. 康妇消炎栓联合克林霉素在治疗慢性盆腔炎中的应用价值 [J]. 中国医学创新, 2014, 11 (36): 35-36.
- [88] 严智君. 康妇消炎栓联合左氧氟沙星、甲硝唑治疗盆腔炎疗效

- 研究 [J]. 健康周刊, 2018, 3 (3): 252.
- [89] 刘丽君, 刘晓静. 探讨盐酸莫西沙星联合康妇消炎栓治疗盆腔炎的临床疗效 [J]. 中国实用医药, 2018, 13 (21): 137-139.
- [90] 江敏. 康妇消炎栓联合莫西沙星治疗女性盆腔炎的临床分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17 (74): 76.
- [91] 江莉莉. 抗生素联合康妇消炎栓治疗盆腔炎 78 例临床观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 24 (11): 128-129.
- [92] 沈艳. 盐酸莫西沙星联合康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎的疗效观察 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23 (2): 169-170.
- [93] 温勤坚, 欧惠霞, 王亚. 康妇消炎栓联合左氧氟沙星甲硝唑治疗盆腔炎的疗效 [J]. 数理医药学杂志, 2018, 31 (1): 67-69.
- [94] 荆亚民. 康妇消炎栓联合抗生素治疗慢性盆腔炎的临床疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2016, 14 (8): 196-197.
- [95] 邓京红. 康妇消炎栓与左氧氟沙星联用治疗慢性盆腔炎 70 例 [J]. 长江大学学报 (自科版), 2014, 11 (33): 93-94.
- [96] 丁洪平. 康妇消炎栓联合康妇消炎栓治疗盆腔炎疗效分析 [J]. 中外医疗, 2016, 35 (10): 153-155.
- [97] 刘朝晖, 廖秦平. 康妇消炎栓等中药治疗盆腔炎后盆腔痛的疗效观察 [J]. 中国医院药学杂志, 2013, 33 (1): 76-77.
- [98] 刘虹. 坤复康胶囊联合康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎临床观察 [J]. 中国实用医药, 2011, 6 (8): 174-175.
- [99] 孟秀芝, 于杰, 侯敬丽. 康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎 50 例 [J]. 中国民间疗法, 2009, 17 (3): 18.
- [100] 李娜, 顿斯迪, 张冰梅. 康妇消炎栓联合止痛化癥片治疗慢性盆腔炎 120 例临床研究 [J]. 湖南中医杂志, 2014, 30 (12): 60-61.
- [101] 牛颂歌. 康妇消炎栓联合桂枝茯苓胶囊治疗慢性盆腔炎 83 例疗效观察 [J]. 长春中医药大学学报, 2010, 26 (4): 564-565.
- [102] 葛丽霞. 康妇消炎栓联合桂枝茯苓胶囊治疗慢性盆腔炎疗效观察 [J]. 中国医药科学, 2012, 2 (24): 71-72.
- [103] 解斐. 康妇消炎栓联合妇科千金片治疗盆腔炎疗效及对血液流变学的影响 [J]. 基层医学论坛, 2018, 22 (26): 3729-3731.
- [104] 钟政美. 康妇消炎栓联合妇科千金胶囊治疗慢性盆腔炎疗效观察 [J]. 养生保健指南, 2017, (38): 282.
- [105] 王红. 康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎 160 例疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2009, 4 (34): 125-126.
- [106] 聂树霞. 康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎 280 例疗效分析 [J]. 中国民族民间医药, 2009, 18 (15): 69-70.
- [107] 严炜, 林娜. 妇科千金胶囊合康妇消炎栓对输卵管腹腔镜复通术后妊娠结局的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4 (11): 802-804.
- [108] 张嘉晔. 坤复康胶囊对盆腔炎性疾病后遗症红细胞免疫影响 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [109] 竺旭辉. 坤复康联合康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎临床观察 [J]. 新中医, 2016, 48 (7): 160-161.
- [110] 郭建. 坤复康胶囊治疗慢性盆腔炎疗效评价 [J]. 现代中医药, 2007, 27 (3): 29-32.
- [111] Liu YX, Xu X, Rang JMC, et al. Safety and efficacy of the honghuaruyi pill for relieving chronic pelvic pain: A multiple center and randomized controlled study [J]. Biomedical Res, 2020, 31 (6): 155-163.
- [112] 肖鸥, 阙朝锦. 红花如意丸对子宫附件炎所致的慢性疼痛的疗效及部分机制探讨 [J]. 世界中医药, 2016, 11 (7): 1268-1271.
- [113] 刘惠玲, 廖冬梅. 桂枝茯苓胶囊对慢性盆腔炎患者炎症因子及临床疗效的影响 [J]. 中国性科学, 2018, 27 (3): 62-65.
- [114] 方霞, 俞碧霞, 顾海燕, 等. 克拉霉素结合桂枝茯苓胶囊对患者慢性盆腔炎的治疗疗效研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28 (5): 761-763, 767.
- [115] 李春玉. 桂枝茯苓丸辅助抗生素治疗慢性盆腔炎的效果观察 [J]. 中外医学研究, 2018, 16 (27): 123-125.
- [116] 李春香, 王春燕, 武淑霞. 桂枝茯苓丸辅助抗生素治疗慢性盆腔炎的临床疗效观察 [J]. 世界中医药, 2016, 11 (7): 1257-1260, 1264.
- [117] 阮秀云, 周炳秀, 王蕾, 等. 桂枝茯苓胶囊联合西药治疗慢性盆腔炎患者疗效分析及对炎症因子的影响 [J]. 国际医药卫生导报, 2017, 23 (8): 1219-1222.
- [118] 陈泽, 郑庆莉. 探究莫西沙星联合桂枝茯苓胶囊对慢性盆腔炎患者血清 IL-4、IL-10 及 TGF- β 1 的影响 [J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36 (3): 133-134, 137.
- [119] 周红霞. 桂枝茯苓胶囊辅助治疗对慢性盆腔炎患者炎症因子、疼痛程度及生活质量的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2018, 33 (14): 3342-3344.
- [120] 席凤, 赵蕾, 李萍. 桂枝茯苓胶囊对慢性盆腔炎患者血清 hs-CRP 和 MCP-1 的影响 [J]. 兵团医学, 2013, 37 (3): 30-32.
- [121] 张鹏晖. 桂枝茯苓胶囊联合磷霉素氨丁三醇对慢性盆腔炎患者血液流变学、细胞炎性介质和免疫功能的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2018, 33 (24): 5778-5781.
- [122] 江胜林, 吴建荷, 方浴娟, 等. 桂枝茯苓胶囊联合磷霉素氨丁三醇散治疗盆腔炎并盆腔积液的临床研究 [J]. 中国生化药物杂志, 2017, 37 (3): 110-112.
- [123] 温雅兰, 蓝群英, 谢红英. 桂枝茯苓胶囊联合克拉霉素治疗慢性盆腔炎的疗效及对患者炎症因子和血液流变学指标的影响 [J]. 中国医学创新, 2017, 14 (35): 89-92.
- [124] 胡克俭, 香凤仪. 桂枝茯苓片与盐酸克林霉素棕榈酸酯分散片联用治疗慢性盆腔炎的临床疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2018, 12 (7): 86-88.
- [125] 马琼瑛. 甲硝唑联合桂枝茯苓丸治疗慢性盆腔炎 60 例 [J]. 西部中医药, 2014, 27 (8): 101-102.
- [126] 张莉. 桂枝茯苓胶囊治疗盆腔炎性疾病后遗症的临床疗效及对 TGF- β 1、IL-4 水平的影响 [J]. 中国微生态学杂志, 2017, 29 (11): 1319-1322.
- [127] 商威, 张立新. 丹黄祛瘀胶囊中药保护治疗盆腔炎性疾病后遗症临床研究 [J]. 世界中医药, 2017, 12 (10): 2362-2366, 2370.
- [128] 陈琪珍, 田淑娜, 陈雄. 丹黄祛瘀胶囊联合克林霉素治疗慢性盆腔炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2017, 32 (5): 844-847.
- [129] 孟芳, 陈秀芹, 李巧云, 等. 丹黄祛瘀胶囊联合左氧氟沙星治疗慢性盆腔炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2019, 34 (2): 464-467.
- [130] 黄慧. 慢性盆腔炎妇科门诊治疗心得及效果探究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (50): 78, 80.
- [131] 张婷. 止痛化癥片联合合理治疗输卵管性不孕的临床观察 [J]. 中外健康文摘, 2010, 7 (28): 255-256.
- [132] 路合秀, 张丽. 止痛化癥胶囊联合抗生素治疗慢性盆腔炎的临床研究 [J]. 山西医药杂志 (下半月刊), 2011, 40 (7): 669.
- [133] Vernooij RWM, Alonso-Coello P, Brouwers M, et al. Reporting items for updated clinical guidelines: checklist for the reporting of updated guidelines (CheckUp) [J]. PLoS Med, 2017, 14 (1): e1002207.

(收稿: 2021-01-15 在线: 2021-03-01)

责任编辑: 赵芳芳