

# 康妇炎胶囊联合腹腔镜治疗盆腔粘连 合并慢性盆腔痛的疗效\*

曲长红 周维 李广莹 裴丽鹏

(北部战区总医院和平院区, 辽宁 沈阳 110000)

**【摘要】** 目的 探讨康妇炎胶囊联合腹腔镜治疗盆腔粘连合并慢性盆腔痛的疗效。方法 选取 2018 年 9 月~2020 年 5 月我院收治的 86 例盆腔粘连合并慢性盆腔痛患者的临床资料, 根据治疗方式不同分为中西医组(康妇炎胶囊联合腹腔镜治疗,  $n=46$ )和对照组(腹腔镜治疗,  $n=40$ )。比较两组临床疗效及安全性, 采用数字疼痛评分法(NPRS)对比治疗前后疼痛程度, SF-36 生活质量评分量表对两组治疗前、治疗 1 月后生活质量(躯体功能、心理功能、社会功能及精神功能)四个维度进行评估, 酶联免疫吸附法测定血清淀粉样蛋白 A(SAA)水平, 免疫比浊法检测 C 反应蛋白(CRP)水平, 采用自动电化学发光迁移分析仪 Cobas e602 测定降钙素原(PCT)等炎症因子改善情况。结果 两组治疗前 NPRS 评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 治疗后两组 NPRS 评分均显著下降, 且于治疗 3 月后达到最低值, 同时治疗后各时间点中西医组 NPRS 评分均低于对照组( $P<0.05$ ); 中西医组临床总有效率显著高于对照组( $P<0.05$ ); 治疗前两组躯体功能、心理功能、社会功能及精神功能评分比较均无统计学差异( $P>0.05$ ), 治疗后中西医组躯体功能、心理功能、社会功能及精神功能评分均高于治疗前及对照组( $P<0.05$ ); 治疗前两组 SAA、CRP、PCT 水平比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 治疗后中西医组 SAA、CRP、PCT 水平均低于同组治疗前及对照组( $P<0.05$ ); 两组并发症及不良反应发生率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 康妇炎胶囊联合腹腔镜可改善盆腔粘连合并慢性盆腔痛患者疼痛情况, 缓解炎症反应, 并提高手术疗效及患者生活质量, 安全性高, 可在临床推广应用。

**【关键词】** 康妇炎胶囊; 腹腔镜; 盆腔粘连; 慢性盆腔痛; 临床疗效; 炎症因子

**【中图分类号】** R711.33 **【文献标志码】** A **DOI:**10.3969/j.issn.1672-3511.2022.03.020

## Efficacy of Kangfuyan Capsule combined with laparoscopy in the treatment of pelvic adhesions with chronic pelvic pain

QU Changhong, ZHOU Wei, LI Guangying, PEI Lipeng

(Heping Hospital, Northern Theater General Hospital, Shenyang 110000, China)

**【Abstract】** **Objective** To analyze the efficacy of Kangfuyan Capsule combined with laparoscopy in the treatment of pelvic adhesions with chronic pelvic pain. **Methods** The clinical data of 86 patients with pelvic adhesions and chronic pelvic pain admitted to our hospital from September 2018 to May 2020 were analyzed. According to the treatment method, they were divided into traditional Chinese and western medicine groups (Kangfuyan capsule combined with laparoscopy treatment,  $n=46$ ) and Control group (laparoscopy treatment,  $n=40$ ). The clinical efficacy and safety between the two groups were compared, and the improvement of pain, quality of life and inflammatory factors before and after treatment were compared. **Results** There was no statistically significant difference between the two groups of pre-treatment digital pain scoring (NPRS) ( $P>0.05$ ). After treatment, the NPRS scores of the two groups decreased significantly, and reached the lowest value after treatment for 3 months. At the same time, the NPRS scores of the Chinese and Western medicine group were low at all time points after treatment than those in control group ( $P<0.05$ ). The total clinical effective rate (97.83%) of the Chinese and Western medicine group was significantly higher than that of the control

基金项目: 辽宁省自然科学基金(20180551135)

通信作者: 裴丽鹏, E-mail: 64271174@qq.com

引用本文: 曲长红, 周维, 李广莹, 等. 康妇炎胶囊联合腹腔镜治疗盆腔粘连合并慢性盆腔痛的疗效[J]. 西部医学, 2022, 34(3): 420-423, 428.

DOI:10.3969/j.issn.1672-3511.2022.03.020

group (82.50%) ( $P < 0.05$ ). Before treatment, there was no difference in the scores of physical function, psychological function, social function and mental function between the two groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the scores of physical function, mental function, social function and mental function of the traditional Chinese and Western medicine group were higher than those before treatment and the control group ( $P < 0.05$ ). Before treatment, there was no significant difference in serum amyloid A (SAA), immunoturbidimetric method for C-reactive protein (CRP) and procalcitonin (PCT) levels between the two groups ( $P > 0.05$ ). After treatment, the levels of SAA CRP and PCT in the Chinese and Western medicine group were lower than those in the same group before treatment and the control group ( $P < 0.05$ ). There was no difference in the incidence of complications and adverse reactions between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Kangfuyan capsule combined with laparoscopy can improve the pain of patients with pelvic adhesions and chronic pelvic pain, relieve inflammation response, and improve the efficacy of surgery and the quality of life of patients. It is safe and worthy of clinical promotion.

**【Key words】** Kangfuyan Capsules; Laparoscopy; Pelvic adhesions; Chronic pelvic pain; Clinical efficacy; Inflammatory factors

盆腔粘连是指正常处于分离状态的腹腔脏器或组织间出现了纤维组织。据研究报道,盆腹腔手术后盆腔粘连的发生率为 55%~95%<sup>[1-2]</sup>。盆腔疼痛是盆腔粘连最常见的症状,一般表现为腹部坠胀疼痛及腰骶部疼痛,多在劳累、性交、月经前后加重,严重者可致不孕<sup>[3]</sup>。针对盆腔粘连合并慢性盆腔痛,临床以保守治疗为主,对于保守治疗无效的患者则可考虑手术探查,并对存在的器质性病变进行治疗<sup>[4]</sup>。随着微创技术的发展,腹腔镜治疗在盆腔粘连合并慢性盆腔痛中的疗效得到广泛肯定,但部分患者术后仍持续存在慢性盆腔痛,严重影响其术后生活质量<sup>[5]</sup>。近年来,中医药在妇科疾病中的应用价值引发热议,康妇炎胶囊是中成药物,具有清热解毒、化痰行滞、除湿止带等功效,主要用于治疗由湿热蕴结所致的带下病<sup>[6]</sup>。本研究就康妇炎胶囊联合腹腔镜治疗盆腔粘连合并慢性盆腔痛疗效进行分析,旨在为临床治疗提供新思路,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 9 月~2020 年 5 月我院收治的 86 例盆腔粘连合并慢性盆腔痛患者临床资料。根据治疗方式不同分为中西医组(康妇炎胶囊联合腹腔镜治疗,  $n = 46$ )和对照组(腹腔镜治疗,  $n = 40$ )。纳入标准:①所有患者均符合《妇产科学》<sup>[7]</sup>和《中医妇科学》<sup>[8]</sup>中关于盆腔粘连合并慢性盆腔痛的诊断标准。②无药物过敏史,既往无手术史。③非哺乳期或妊娠期妇女。④患者及家属知情并签署知情同意书。排除标准:①有出血倾向。②伴有结核、恶性肿瘤。③有盆腔炎症疾病史或盆腔手术史。④盆腔急性感染。⑤肝、肾等功能不全。⑥合并糖尿病等基础疾病。⑦有盆腔炎症性疾病史或盆腔手术史。本研究经医院理论委员会审核通过。

1.2 治疗方法 所有患者均实施腹腔镜手术,其中

子宫肌瘤患者实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗,盆腔包块实施卵巢囊肿剥除术或附件切除术,盆腔包裹性积液清除术治疗;不孕症实施腹腔镜下输卵管切除术或疏通术治疗;盆腔脓肿给予腹腔镜下盆腔脓肿清除术治疗。所有患者在腹腔镜手术完成时,对粘连进行常规分离。术后对渗血较多、创面较大的患者,将盆腔引流管留置。中西医结合术后给予康妇炎胶囊(山东步长神州制药有限公司,国药准字 Z20055634),规格:0.4 g×48 粒,3 粒/次,3 次/d,口服,疗程为 30 d。

### 1.3 观察指标

1.3.1 疼痛 对患者疼痛情况进行随访,为期 3 个月,截止 2020 年 8 月,以电话随访及来院复查方式为主。治疗前、治疗 1 月及治疗 3 月后盆腔疼痛评分采用数字疼痛评分法(Numerical pain rating scale, NPRS)<sup>[9]</sup>评估疼痛程度,分为 4 级:0 分为无痛,1~3 分为轻微疼痛,4~6 分为明显疼痛,7~10 分为强烈疼痛。

1.3.2 临床疗效 治愈:疼痛消失、NPRS 评分为 0 分,妇科检查及理化检查为正常,停止治疗后 1 个月内未复发。显效:疼痛消失或明显减轻,评分由强烈疼痛转为轻微疼痛,妇科检查及理化检查明显改善。有效:疼痛症状减轻,评分下降 1 个级别,妇科检查及理化检查有所改善。无效:疼痛无减轻或有加重,妇科检查及理化检查无改善或有加重<sup>[10]</sup>。临床总有效率=(显效+有效)/例数×100%。

1.3.3 生存质量 采用 SF-36 生活质量评分量表<sup>[11]</sup>对两组患者治疗前、治疗 1 月后躯体功能、心理功能、社会功能及精神功能四个维度进行评估,每个维度的总得分均为 100 分,分数越高生活质量越佳。

1.3.4 炎症反应 治疗前及治疗 1 月后分别采集外周静脉血 3 mL,于采血 30 min 内进行离心(4℃, 3000

rpm, 10 min), 取上清液测定。酶联免疫吸附法测定血清淀粉样蛋白 A(SAA)水平, 免疫比浊法检测 C 反应蛋白(CRP)水平, 降钙素原(PCT)采用自动电化学发光迁移分析仪 Cobas e602 测定; 所有试剂盒均购自 MARKET INC, 按照各自试剂盒说明书操作。

1.3.5 安全性 包括切口感染、切口疼痛、肠梗阻、性功能障碍、恶心呕吐、腹泻等。

1.4 统计学分析 应用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行分析, 计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料以率(%)表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组一般资料比较 中西医组 46 例, 年龄 29~56 岁, 平均(40.74±5.32)岁; 孕次(2.75±1.03)次, 产次(2.07±0.58)次。对照组 40 例, 年龄 28~57 岁, 平均(40.85±5.33)岁; 孕次(2.91±1.05)次, 产次(2.12±0.54)次。两组一般资料比较差异无统计学意义(*P* > 0.05)。

2.2 两组疼痛情况比较 两组治疗前 NPRS 评分比较差异无统计学意义(*P* > 0.05); 治疗后两组 NPRS 评分均显著下降, 且于治疗 3 月后达到最低值, 同时治疗后各时间点中西医组 NPRS 评分均低于对照组(*P* < 0.05), 见表 1。

表 3 两组治疗前后生存质量比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

Table 3 Comparison of quality of life between the two groups before and after treatment

组别	n	躯体功能		心理功能		社会功能		精神功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中西医组	46	71.42±6.85	90.36±4.47 <sup>②</sup>	70.49±6.41	93.34±2.58 <sup>②</sup>	78.63±6.49	94.32±3.71 <sup>②</sup>	73.12±6.85	94.79±2.86 <sup>②</sup>
对照组	40	71.45±6.79	82.58±3.89 <sup>①</sup>	70.55±6.43	83.71±4.53 <sup>①</sup>	78.59±6.41	86.18±4.35 <sup>①</sup>	73.29±6.83	86.71±3.85 <sup>①</sup>
<i>t</i>		0.020	8.547	0.043	12.310	0.029	9.263	0.115	11.136
<i>P</i>		0.984	<0.001	0.966	<0.001	0.977	<0.001	0.909	<0.001

注: 与治疗前比较, ①*P* < 0.05; 与对照组比较, ②*P* < 0.05

2.5 两组炎性因子比较 治疗前, 两组 SAA、CRP、PCT 水平比较差异均无统计学意义(*P* > 0.05); 治疗

表 1 两组疼痛情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 1 Comparison of pain between the two groups

组别	n	治疗前	治疗 1 月后	治疗 3 月后
中西医组	46	7.15±1.21	3.37±1.05 <sup>②</sup>	1.05±0.31 <sup>②③</sup>
对照组	40	7.19±1.23	5.86±1.14 <sup>①</sup>	2.84±0.39 <sup>②</sup>
<i>t</i>		0.152	10.540	23.695
<i>P</i>		0.880	0.001	0.001

注: 与治疗前比较, ①*P* < 0.05; ②与治疗 1 月后比较, *P* < 0.05; 与对照组比较, ③*P* < 0.05

2.3 两组临床疗效比较 中西医组临床总有效率(97.83%)显著高于对照组(82.50%), 两组比较存在明显差异(*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 [ $n(\times 10^{-2})$ ]

Table 2 Comparison of clinical efficacy between the two groups

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
中西医组	46	32(69.57)	13(28.26)	1(2.17)	45(97.83) <sup>①</sup>
对照组	40	14(35.00)	19(47.50)	7(17.50)	33(82.50)
$\chi^2$				5.957	
<i>P</i>				0.015	

注: 与对照组比较, ①*P* < 0.05

2.4 两组治疗前后生存质量比较 治疗前, 两组躯体功能、心理功能、社会功能及精神功能评分比较差异无统计学意义(*P* > 0.05); 治疗 1 月后, 中西医组躯体功能、心理功能、社会功能及精神功能评分均高于治疗前及对照组(*P* < 0.05), 见表 3。

表 4 两组治疗前后 SAA、CRP、PCT 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 4 Comparison of SAA, CRP and PCT levels before and after treatment between the two groups

组别	n	SAA(mg/L)		CRP(mg/L)		PCT(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中西医组	46	134.59±45.47	43.65±12.31 <sup>②</sup>	15.53±5.49	1.35±0.58 <sup>②</sup>	10.85±2.36	4.31±1.02 <sup>②</sup>
对照组	40	133.52±45.85	95.60±14.56 <sup>①</sup>	15.58±5.41	4.73±1.66 <sup>①</sup>	10.96±2.34	6.67±1.18 <sup>①</sup>
<i>t</i>		0.108	17.930	0.042	12.941	0.216	9.949
<i>P</i>		0.914	<0.001	0.966	<0.001	0.829	<0.001

注: 与治疗前比较, ①*P* < 0.05; 与对照组比较, ②*P* < 0.05

2.6 两组治疗后安全性比较 两组治疗后均未出现严重不良反应及并发症, 对照组出现 1 例切口疼痛,

中西医组出现 1 例恶心呕吐, 经对症治疗后均显著好转; 两组并发症及不良反应发生率比较差异无统计学

意义( $\chi^2=0.000, P=0.987$ )。

### 3 讨论

盆腔粘连是腹膜对损伤的过度生理反应,纤溶酶原激活剂与抑制剂的平衡在本症形成中起关键作用<sup>[12]</sup>。一般情况下,盆腔粘连的发生与腹膜损伤后血供不良,或腹膜发生热损伤、感染、对缝线发生异物反应等情况有关<sup>[13-14]</sup>。

研究认为,盆腔粘连引起盆腔疼痛是由于腹膜纤维化的原因,在粘连带张力较大、粘连肥厚、血管明显增生甚至扩张时,可明显加重疼痛<sup>[15-16]</sup>。此外,盆腔内长期、慢性的炎症又可加重盆腔粘连、盆腔结缔组织增生与纤维化,最终导致输卵管形态异常,造成生殖系统功能异常<sup>[17-18]</sup>。腹腔镜是一种使用细长的发光管穿过腹部切口来观察腹部器官或女性盆腔器官的手术,由于该术式可腹腔镜辅助下分离粘连,清除病灶效果显著,因此其成为了目前临床治疗慢性盆腔痛最有效的治疗方式<sup>[19-20]</sup>。但大量实践数据显示,盆腔粘连合并慢性盆腔疼痛经腹腔镜治疗后仍有部分患者存在疼痛,不利于患者预后<sup>[21-22]</sup>。为进一步提高手术疗效,改善患者疼痛症状,相关学者提出将中医药技术应用于术后治疗。

盆腔粘连所致慢性盆腔痛属中医“妇人腹痛”“带下病”“积聚”等范畴,是由于气血运行不畅,胞宫经血流通受阻,以致不通则痛;或冲任胞宫失于濡养,不荣则痛;其关键病机在于“瘀滞”<sup>[23]</sup>。康妇炎胶囊是近年广泛应用于妇科疾病的复合药剂,主要成分为苦参、穿心莲、紫草、蒲公英、地丁及猪胆粉等。其中苦参为君药,其性味苦、寒,归心、肝、肾、大肠、膀胱经,具有清热燥湿、祛风杀虫、利尿的功能。现代药理研究发现,苦参主要成分为苦参碱、氧化苦参碱等多种生物碱类成分,在止痛、升白细胞、止血等多方面均有显著疗效<sup>[24-25]</sup>。穿心莲、紫草、蒲公英、地丁及猪胆粉为辅,达到清热消炎、解毒凉血、消肿止痛等目的<sup>[26]</sup>。本研究结果显示,中西医组临床疗效较对照组高,且炎症因子下降趋势较对照组更为显著( $P<0.05$ ),其原因可能为康妇炎胶囊在腹腔镜术后患者体内发挥其消炎杀菌,清除肿痛的作用,从而有效减少盆腔患处的炎症液体分泌,促进粘连面水肿液及其渗透物的吸收,预防了再次粘连的发生。同时结果显示,治疗后各时间点中西医组 NPRS 评分均低于对照组( $P<0.05$ ),再次证实了康妇炎胶囊能够减轻患者盆腔积液及其粘连的现象,从而缓解盆腔粘连患者慢性盆腔痛的症状。

### 4 结论

康妇炎胶囊联合腹腔镜可改善盆腔粘连合并慢性盆腔痛患者疼痛情况,缓解炎症反应,并提高手术

疗效及患者生活质量,安全性高,可在临床推广应用。

### 【参考文献】

- [1] 贾聚坤,刘桂英,魏倩璞,等. 清热化痰方联合孕三烯酮胶囊治疗子宫内膜异位症效果及对雌激素、NGF 和炎症因子的影响[J]. 解放军医药杂志, 2021, 33(6):101-104.
- [2] ANGELINI P, SCIUTO A, CUCCURULLO D, *et al.* Prevention of internal hernias and pelvic adhesions following laparoscopic left-sided colorectal resection: the role of fibrin sealant [J]. *Surg Endosc*, 2017, 31(7):3048-3055.
- [3] 王莉. 异位子宫内膜组织中基质金属蛋白酶表达、氧化应激反应与盆腔粘连及盆腔痛的相关性[J]. 海南医学院学报, 2017, 23(6):793-796, 800.
- [4] 付强,李斌,于泽. 全身麻醉复合硬膜外麻醉在腹腔镜子宫肌瘤切除术中的应用效果[J]. 保健医学研究与实践, 2017, 14(6): 80-82.
- [5] 袁静雪,刘志顺. 针灸治疗盆腔炎症性疾病后遗症慢性盆腔痛诊疗特点的文献分析[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(3):1236-1240.
- [6] 赵涛,赵步长,豆娟娟. 康妇炎胶囊治疗盆腔炎症性疾病研究进展[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(34):5730-5732.
- [7] 林巧,丁少杰,车璇,等. 凝血指标与子宫内膜异位症盆腔粘连相关性研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(6):677-680.
- [8] 李红梅,王晓滨,王蕾,等. 中医妇科教学改革研究初探[J]. 黑龙江科学, 2018, 9(3):16-17.
- [9] 杨秉融,王瑾. 术后早期 PTX3 及 PCT 检测对全麻妇科腹腔镜术后肺部感染的预测价值[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2019, 11(6):491-494, 502.
- [10] VAN DEN BEUKEL B A, DE REE R, VAN LEUVEN S, *et al.* Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis [J]. *Hum Reprod Update*, 2017, 23(3):276-288.
- [11] CANIS M, BOTCHORISHVILI R, BOURDEL N, *et al.* Pelvic adhesions and fertility: Where are we in 2018? [J]. *J Visc Surg*, 2018, 155 Suppl 1:S11-S15.
- [12] AYACHI A, BOUCHAHDA R, DEROUICH S, *et al.* Accuracy of preoperative real-time dynamic transvaginal ultrasound sliding sign in prediction of pelvic adhesions in women with previous abdominopelvic surgery: prospective, multicenter, double-blind study [J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018, 51(2):253-258.
- [13] 代黎,王晓玲,谢素娟,等. 保留盆腔自主神经宫颈癌根治术和广泛性子宫切除术对宫颈癌患者术后膀胱、直肠和性功能的影响[J]. 临床误诊误治, 2021, 34(7):50-54.
- [14] 任双丽,徐秋红,吴斯瑶,等. 盆底 2D/4D 超声在女性前盆腔功能障碍性疾病诊断中的应用[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2021, 13(2):329-332.
- [15] 盆腔炎症性疾病误诊原因分析及防范措施[J]. 临床误诊误治, 2021, 34(7):117.
- [16] 朱秀兰. 尖锐湿疣患者外周血 miR-155 的表达及与 Th17 细胞的相关性分析[J]. 医学分子生物学杂志, 2020, 17(1):69-73.

- Young deaf children with hearing aids or cochlear implants: early assessment package for monitoring progress[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2005, 69(2): 175-186.
- [9] 顾晰, 吴小波, 林有辉, 等. 人工耳蜗植入术后皮瓣相关并发症的临床特点及处理方法分析[J]. *中华耳科学杂志*, 2018, 16(6): 765-771.
- [10] DAVIDS T, RAMSDEN J D, GORDON K A, *et al.* Soft tissue complications after small incision pediatric cochlear implantation [J]. *Laryngoscope*, 2009, 119(5): 980-983.
- [11] HOPFENSPIRGER M T, LEVINE S C, RIMELL F L. Infectious complications in pediatric cochlear implants[J]. *Laryngoscope*, 2007, 117(10): 1825-1829.
- [12] CULLEN R D, FAYAD J N, LUXFORD W M, *et al.* Revision cochlear implant surgery in children[J]. *Otol Neurotol*, 2008, 29(2): 214-220.
- [13] LOUNDON N, BLANCHARD M, ROGER G, *et al.* Medical and surgical complications in pediatric cochlear implantation[J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2010, 136(1): 12-15.
- [14] QIN F, LI W, QIU J, *et al.* After cochlear implantation: Complications related to flap around implants[J]. *J Otol*, 2016, 11(4): 198-201.
- [15] BI Q, CHEN Z, LV Y, *et al.* Management of delayed-onset skin flap complications after pediatric cochlear implantation[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2021, 278(8): 2753-2761.
- [16] ANTONELLI P J, LEE J C, BURNE R A. Bacterial biofilms may contribute to persistent cochlear implant infection[J]. *Otol Neurotol*, 2004, 25(6): 953-957.
- [17] GERAGHTY M, FAGAN P, MOISIDIS E. Management of cochlear implant device extrusion: case series and literature review [J]. *J Laryngol Otol*, 2014, 128 Suppl 2: S55-58.
- [18] GARCIA-VALDECASAS J, JIMÉNEZ-MOLEON J J, SAINZ M, *et al.* Prophylactic effect of clarithromycin in skin flap complications in cochlear implants surgery[J]. *Laryngoscope*, 2009, 119(10): 2032-2036.
- [19] TROZZI M, POWELL HR, TOMA S, *et al.* Cochlear re-implant rates in children: 20 years experience in a quaternary paediatric cochlear implant centre[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2015, 272(10): 2667-2672.
- [20] 魏薇, 马秀岚. 人工耳蜗再植入原因分析[J]. *中华耳科学杂志*, 2019, 17(6): 968-972.
- [21] ROLAND P S, WRIGHT C G. Surgical aspects of cochlear implantation: mechanisms of insertional trauma[J]. *Adv Otorhinolaryngol*, 2006, 64: 11-30.
- [22] DE CEULAER G, JOHNSON S, YPERMAN M, *et al.* Long-term evaluation of the effect of intracochlear steroid deposition on electrode impedance in cochlear implant patients[J]. *Otol Neurotol*, 2003, 24(5): 769-774.
- [23] DI NARDO W, CANTORE I, CIANFRONE F, *et al.* Residual hearing thresholds in cochlear implantation and reimplantation [J]. *Audiol Neurootol*, 2007, 12(3): 165-169.
- [24] OLGUN Y, BAYRAK A F, CATLI T, *et al.* Pediatric cochlear implant revision surgery and reimplantation: an analysis of 957 cases[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2014, 78(10): 1642-1647.
- [25] 路远, 曹克利. 人工耳蜗再植入手术总结及术后效果[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2014, 28(22): 1768-1773.
- [26] YEUNG J, GRIFFIN A, NEWTON S, *et al.* Revision cochlear implant surgery in children: Surgical and audiological outcomes [J]. *Laryngoscope*, 2018, 128(11): 2619-2624.

(收稿日期: 2021-06-10; 修回日期: 2021-11-26; 编辑: 刘灵敏)

(上接第 423 页)

- [17] PERGIALIOTIS V, FROUNTZAS M, SIOTOS C, *et al.* Cesarean wound scar characteristics for the prediction of pelvic adhesions: a meta-analysis of observational studies [J]. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2017, 30(4): 486-491.
- [18] 杜晓丽, 张丹, 李华, 等. 腹腔镜子宫肌层剔除术治疗对患者 IFN- $\gamma$ 、ALD、COS 的影响[J]. *分子诊断与治疗杂志*, 2021, 13(8): 1305-1308.
- [19] 伍燕, 罗岳西, 刘先平. 腹腔镜下改良子宫骶骨固定术治疗子宫脱垂的近期疗效观察[J]. *西部医学*, 2015, 27(10): 1545-1547, 1551.
- [20] LUDWIN I, LUDWIN A, WIECHEC M, *et al.* Accuracy of hysterosalpingo-foam sonography in comparison to hysterosalpingo-contrast sonography with air/saline and to laparoscopy with dye [J]. *Hum Reprod*, 2017, 32(4): 758-769.
- [21] 彭亚杰, 张云山, 樊立鹏, 等. 从“湿热, 毒, 瘀”浅谈慢性盆腔疼痛综合征的病因病机[J]. *环球中医药*, 2020, 13(2): 302-304.
- [22] 黄月娇, 陈友国, 侯文杰. 腹腔镜联合康妇炎胶囊治疗输卵管卵巢囊肿合并慢性盆腔痛的临床观察[J]. *世界中西医结合杂志*, 2018, 13(5): 666-669.
- [23] 李珊珊, 周媛萍, 谢臻蔚, 等. 康妇炎胶囊调节衣原体感染的中性粒细胞的活性[J]. *中华生殖与避孕杂志*, 2018, 38(9): 757-761.
- [24] 夏媛. 康妇炎胶囊联合抗生素治疗对慢性盆腔炎患者临床疗效及炎症因子水平影响[J]. *中华中医药学刊*, 2017, 35(2): 495-497.
- [25] 高佩佩, 王珍, 刘静, 等. 氧化苦参碱的药代动力学、毒理学及药理作用[J]. *中国药理学通报*, 2019, 35(7): 898-902.
- [26] 王昕, 刘颖华. 电针联合中药灌肠治疗盆腔炎性疾病后遗症慢性盆腔痛临床疗效观察[J]. *中华中医药学刊*, 2020, 38(12): 127-130.

(收稿日期: 2021-02-20; 修回日期: 2021-12-08; 编辑: 刘灵敏)