◆经方古方◆

加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠治疗湿热瘀阻型慢性子宫内膜炎临床研究

诸小丽，胡欣欣，林超，钱艳清，李婷

浙江中医药大学附属温州市中医院中医妇科，浙江 温州 325000

［摘要］**目的：**观察加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠治疗湿热瘀阻型慢性子宫内膜炎（CE）的临床疗效以及对患者生殖预后的影响。**方法：**纳入2022年8月—2023年12月在浙江中医药大学附属温州市中医院治疗84例湿热瘀阻型CE患者，按随机数字表法分为观察组和对照组各42例。对照组予口服左氧氟沙星联合甲硝唑治疗，连续治疗14天。观察组在对照组基础上使用加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠治疗1个月。比较2组子宫内膜厚度、子宫动脉血流参数［搏动指数（PI）、阻力指数（RI）、收缩期峰值流速/舒张末期流速（S/D）］、中医证候积分、CD138转阴率及妊娠率。**结果：**治疗后，2组子宫内膜厚度均较治疗前增厚（$P<0.05$），观察组子宫内膜厚度厚于对照组（$P<0.05$）。2组子宫动脉PI、RI、S/D以及中医证候积分均较治疗前降低（$P<0.05$），观察组子宫动脉PI、RI、S/D以及中医证候积分均低于对照组（$P<0.05$）。观察组CD138转阴率76.19%（32/42），高于对照组54.76%（23/42）（$P<0.05$）。随访9个月，观察组妊娠率71.43%（30/42），高于对照组50.00%（21/42）（$P<0.05$）。**结论：**加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠治疗湿热瘀阻型CE，可以缓解患者的临床症状，改善子宫内膜血流，提高CD138转阴率和妊娠率。

［关键词］慢性子宫内膜炎；湿热瘀阻型；当归芍药散；清热活血方；保留灌肠；子宫动脉血流；CD138；妊娠率

［中图分类号］R271.1 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2026）02-0001-07

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.02.001

Clinical Study on Oral Modified Danggui Shaoyao San Combined with Retention Enema of Qingre Huoxue Prescription in the Treatment of Chronic Endometritis of Damp-Heat Stasis Type

ZHU Xiaoli, HU Xinxin, LIN Chao, QIAN Yanqing, LI Ting

Department of Traditional Chinese Medicine Gynecology, Wenzhou TCM Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Wenzhou Zhejiang 325000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of oral modified Danggui Shaoyao San combined with retention enema of Qingre Huoxue Prescription in the treatment of chronic endometritis (CE) of damp-heat stasis type and its influence on patients' reproductive prognosis. **Methods:** A total of 84 patients with CE of damp-heat stasis type treated in Wenzhou TCM Hospital of Zhejiang Chinese Medical University from August 2022 to December 2023 were enrolled. They were divided into the observation group and the control group with 42 cases in each group using the

［收稿日期］2025-06-26
［修回日期］2025-09-16
［基金项目］温州市科技局项目（Y20220417）
［作者简介］诸小丽（1986-），女，硕士，副主任中医师。
［通讯简介］胡欣欣（1983-），女，博士，主任中医师。

random number table method. The control group was treated with oral Levofloxacin combined with Metronidazole for 14 consecutive days. On the basis of the control group, the observation group was treated with oral modified Danggui Shaoyao San combined with retention enema of Qingre Huoxue Prescription for 1 month. The endometrial thickness, uterine artery blood flow parameters [pulsatility index (PI), resistance index (RI), systolic peak velocity/diastolic end velocity (S/D)], traditional Chinese medicine syndrome scores, CD138 negative conversion rate and pregnancy rate were compared between the two groups. **Results**: After treatment, the endometrial thickness in both groups was increased when compared with that before treatment ($P<0.05$), and the endometrial thickness in the observation group was thicker than that in the control group ($P<0.05$). The uterine artery PI, RI, S/D, and traditional Chinese medicine syndrome scores in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the uterine artery PI, RI, S/D, and traditional Chinese medicine syndrome scores in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The CD138 negative conversion rate in the observation group was 76.19% (32/42), which was higher than that of 54.76% (23/42) in the control group ($P<0.05$). During the 9-month follow-up, the pregnancy rate in the observation group was 71.43% (30/42), which was higher than that of 50.00% (21/42) in the control group ($P<0.05$). **Conclusion**: Oral modified Danggui Shaoyao San combined with retention enema of Qingre Huoxue Prescription in the treatment of CE of damp-heat stasis type can relieve patients' clinical symptoms, improve endometrial blood flow, and increase the CD138 negative conversion rate and pregnancy rate.

Keywords: Chronic endometritis; Damp-heat stasis type; Danggui Shaoyao San; Qingre Huoxue Prescription; Retention enema; Uterine artery blood flow; CD138; Pregnancy rate

慢性子宫内膜炎(CE)是指炎症细胞浸润到子宫内膜间质导致的一种持续性慢性炎症，与女性不孕、反复胚胎种植失败、复发性流产关系密切[1]。有研究显示，随着辅助生殖技术的发展，不孕的治疗效果得到明显提升，但由CE引起的胚胎种植失败仍处于较高水平，是导致不孕的重要因素之一[2]。研究显示，CE在反复胚胎种植失败女性中最高发病率超过65.0%，在复发性流产女性中最高发病率接近68.0%，与CE未治愈的女性比较，CE治愈的女性妊娠率和活产率均更高[3-4]。目前，口服抗生素、宫腔灌药、服用益生菌等是治疗CE的常用手段，其中以口服抗生素为主，通过杀灭病原微生物，以清除间质浆细胞，但子宫内膜微生物群易受到月经、性行为、妇科操作等影响，且存在不良反应、耐药性等问题[5-6]。

CE归属于中医学带下病、月经病等范畴，主要病机为湿热邪毒内侵，导致冲任不固，致使湿热、瘀血等长期滞留胞宫，阻碍胞宫氤氲。既往研究显示，在抗生素基础上加用中药治疗，对提高治疗效果、改善妊娠结局具有积极作用[7]。当归芍药散出自《金匮要略》，具有化瘀、祛湿之功效，是血水同治的代表方，既往在湿热瘀结型盆腔炎性疾病、痛经、多囊卵巢综合征、子宫内膜异位症等妇科疾病中应用具有较好的效果[8]。盆腔内静脉丰富，使用中药灌肠有利于盆腔组织对药物的吸收，进而发挥更好的治疗效果[9]。既往研究提示，口服中药与灌肠联合治疗急性子宫内膜炎，较单一给药方式治疗效果更好[10]。清热活血方为浙江中医药大学附属温州市中医院中医妇科临床经验方，具有清热毒、化瘀滞、通经络、止疼痛之功效，与湿热瘀阻型CE病机契合。本研究观察加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠治疗湿热瘀阻型CE的临床疗效以及对患者生殖预后的影响，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《盆腔炎症性疾病诊治规范(2019修订版)》[11]中CE的诊断标准制定。临床以经间期出血、经期延长等异常子宫出血症状，伴下腹隐痛或盆腔不适，性交痛，不孕或反复胚胎种植失败、反复生化妊娠、复发性流产等为主要特征，

多于不孕症筛查时被发现，宫腔镜检查可见子宫内膜充血、间质水肿、微小息肉样改变，CD138免疫组化染色标本中，400倍高倍镜下子宫内膜间质内观察到5个或以上明显浆细胞。

1.2 辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[12]、《女性盆腔炎性疾病中西医结合诊治指南》[13]制定湿热瘀阻型CE的辨证标准。小腹胀痛或刺痛，经期延长或月经量多，经血暗伴有血块，腰骶酸痛，带下量多或色黄，食欲不振，神疲乏力，胸闷不适，大便溏，舌质淡红、苔白腻或黄腻，脉细弦。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；合并复发性流产或反复种植失败；年龄25～45岁；夫妇双方染色体正常，男方精液检查正常，女方生殖解剖结构正常、内分泌正常、无自身免疫性疾病、无高凝倾向、无感染；患者愿意坚持治疗和随访，有较强生育意愿，并签署知情同意书；对本研究所用药物无禁忌证。

1.4 排除标准 合并精神疾病，无法配合临床研究者；合并糖尿病、心脑血管、肝、肾、造血系统等严重疾病者；过敏体质者；参与本研究前2周内服用过相关药物或正在参加其他药物临床研究者。

1.5 剔除与脱落标准 未按规定治疗、检查或临床资料不全等无法判定疗效或安全性者；试验过程中自行退出者；发生严重不良反应或并发症需终止试验者。

1.6 一般资料 纳入2022年8月—2023年12月在浙江中医药大学附属温州市中医院治疗84例湿热瘀阻型CE患者，按随机数字表法分为观察组和对照组各42例。2组均无剔除或脱落。观察组年龄26～38岁，平均(31.39±3.21)岁；合并复发性流产17例，合并反复种植失败25例。对照组年龄27～39岁，平均(31.64±4.12)岁；合并复发性流产19例，合并反复种植失败23例。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。本研究经浙江中医药大学附属温州市中医院医学伦理委员会审核通过(伦理批件号：WZY2022-KT-056-01)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西药治疗。左氧氟沙星片(长春海悦药业股份有限公司，国药准字H20203307，规格：0.5 g/片)，每天1次，每次0.5 g；甲硝唑片(四川科伦药业股份有限公司，国药准字H20057236，规格：0.2 g/片)，每天2次，每次0.4 g。于月经第1天开始口服，连续治疗14天，治疗期间避孕。

2.2 观察组 在对照组基础上加用加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠治疗。左氧氟沙星联合甲硝唑用法用量同对照组。加味当归芍药散处方：当归9 g，川芎9 g，炒白芍10 g，茯苓10 g，泽泻10 g，炒白术10 g，柴胡10 g，枳壳10 g，红藤20 g，蒲公英15 g，白花蛇舌草30 g，延胡索10 g。随症加减：腰膝酸软者，加续断、络石藤各15 g；带下量多、色黄者，加黄柏15 g，椿根皮15 g；神疲乏力者，加黄芪30 g。中药饮片由浙江中医药大学附属温州市中医院中药房提供，每天1剂，水煎取汁300 mL，早晚饭后温服，每次150 mL，于月经第1天起口服。清热活血方处方：红藤15 g，蒲公英15 g，败酱草25 g，当归9 g，赤芍12 g，三棱10 g，莪术10 g，丹参12 g，延胡索9 g。每剂浓煎50 mL药液，真空包装，于月经干净后每晚睡前将清热活血方灌肠液加温至42 ℃左右，排空二便，行保留灌肠。治疗1个月，治疗期间避孕。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①子宫内膜厚度。治疗前1个月、治疗后次月排卵后第7～10天，使用B超检测患者子宫内膜厚度。②子宫动脉血流参数。治疗前1个月、治疗后次月月经第2～5天，使用B超检测患者子宫动脉血流参数，包括搏动指数(PI)、阻力指数(RI)、收缩期峰值流速/舒张末期流速(S/D)。③中医证候积分。治疗前后，参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[12]对中医证候进行评估，中医证候积分分级量化标准见表1。④CD138转阴率。治疗前后，采用免疫组化法检测患者子宫内膜CD138，避开月经期，通过宫腔镜取大小合适的子宫内膜组织，放入10%中性缓冲福尔马林中固定6～24 h，经梯度酒精脱水、二甲苯透明后，石蜡包埋，切成厚度3～4 μm的切片，贴附于防脱载玻片上，进行免疫组化检测。CD138阳性：≥5个浆细胞/高倍视野(400×)；阴性：无或仅有散在浆细胞。⑤妊娠率。治疗后次月开始备孕，随访9个月，记录妊娠率。判断标准：复发性流产患者妊娠＞28周，反复移植失败患者移植后临床妊娠(B超检查提示宫腔内可见妊娠囊及原始心管搏动)。

表1　中医证候积分分级量化表

中医证候	0分	1分	2分	3分
小腹胀痛或刺痛	无	偶尔发作	经常发作	持续发作
月经不调	无	经期延长或经量多	经期延长伴经量多	阴道不规则出血
月血暗伴有血块	无血块，经色正常	偶见血块，经色稍暗	少量血块，经色较暗	血块较多，经色紫暗
腰骶酸痛	无	偶尔发作	经常发作	持续发作
带下量多	无	较平常增多1/2以内	较平常增多1/2～1倍	较平常增多1倍以上，需要垫纸
带下色黄	无	黄白相间	色黄	色黄绿
食欲不振	无	偶尔发作	经常发作	持续发作
神疲乏力	无	偶尔发作	经常发作	持续发作
胸闷不适	无	偶尔发作	经常发作	持续发作
大便溏	无	每天1次，稀	每天2～3次，稀	每天＞3次，稀

3.2　统计学方法　使用SPSS24.0统计学软件处理数据。计数资料以百分比(%)表示，行χ^2检验。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内治疗前后比较采用配对样本t检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

4　治疗结果

4.1　2组治疗前后子宫内膜厚度比较　见表2。治疗前，2组子宫内膜厚度比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组子宫内膜厚度均较治疗前增厚，观察组子宫内膜厚度厚于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.2　2组治疗前后子宫动脉血流参数比较　见表3。治疗前，2组子宫动脉PI、RI、S/D比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组子宫动脉PI、RI、S/D均较治疗前降低，观察组子宫动脉PI、RI、S/D均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2　2组治疗前后子宫内膜厚度比较($\bar{x}\pm s$)　mm

组　别	例数	治疗前	治疗后
观察组	42	7.22±1.23	9.65±0.18①
对照组	42	7.16±1.48	8.58±0.25①
t值		0.202	22.510
P值		0.840	＜0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表3　2组治疗前后子宫动脉血流参数比较($\bar{x}\pm s$)

组　别	例数	PI		RI		S/D	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	2.58±0.35	1.53±0.35①	0.87±0.12	0.66±0.22①	3.14±0.14	2.24±0.17①
对照组	42	2.78±0.62	1.82±0.31①	0.88±0.09	0.78±0.25①	3.07±0.26	2.68±0.31①
t值		1.821	4.020	0.432	2.335	1.536	8.065
P值		0.072	＜0.001	0.667	0.020	0.128	＜0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.3　2组治疗前后中医证候积分比较　见表4。治疗前，2组中医证候积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组中医证候积分均较治疗前降低，观察组中医证候积分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表4　2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	治疗前	治疗后
观察组	42	16.15±4.44	6.44±3.60①
对照组	42	15.17±3.56	10.23±3.54①
t值		0.863	4.865
P值		0.391	＜0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.4　2组CD138转阴率比较　治疗后，观察组CD138转阴率76.19%(32/42)，高于对照组54.76%(23/42)，差异有统计学意义($\chi^2=4.266$，$P=0.039<0.05$)。

4.5 2组妊娠率比较 随访9个月，观察组妊娠率71.43%(30/42)，高于对照组50.00%(21/42)，差异有统计学意义(χ^2=4.043，P=0.044＜0.05)。

5 讨论

近年来，越来越多研究发现CE与不孕症、复发性流产、反复种植失败等关系密切[14]。当子宫内膜处于炎性状态时，子宫微循环中的B淋巴细胞选择性外渗，进入子宫内膜间质，在抗原的刺激下可分化为产生分泌免疫球蛋白M(IgM)、免疫球蛋白G(IgG)和免疫球蛋白A(IgA)等抗体的浆细胞，激活体液免疫，这些免疫因子的存在改变了子宫内膜的微环境，导致子宫血管阻力增加，减少了对内膜组织的血液灌注，子宫内膜容受性下降，进而导致胚胎植入过程受损和胎盘形成不良，最终诱发胚胎植入失败或不能维持妊娠[15]。

口服抗生素是目前现代医学治疗CE的公认方法。参考相关指南[16]，本研究采用左氧氟沙星、甲硝唑联合治疗14天的方案，左氧氟沙星通过抑制酶的活性，阻碍细菌DNA的合成，甲硝唑对厌氧菌有较强的抗菌作用，两者联合使用具有协同作用，可覆盖更多的病原体，从而提高治疗成功率。然而，由于CE发病机制复杂，抗生素为经验性治疗，单用抗生素存在一定耐药性、胃肠道不良反应，效果并不能完全满足临床需要[17]。

近几年，中医药在调节免疫平衡、抗炎、改善子宫血流及子宫内膜容受性等方面凸显出良好疗效，中医药治疗CE成为研究热点[18-19]。CE可归于中医学月经病、带下病等范畴，多因经行、产后或产伤，感染病邪致湿热下聚胞宫；或七情内伤，肝脾不调，疏运失常，湿热蕴结，循经下注。湿热阻滞胞宫气机，气滞血瘀，不通则痛，故小腹疼痛、腰骶酸痛；湿热瘀阻于冲任、胞宫，内膜不得荣养，致病势缠绵，不能摄精成孕，或孕后胎元不固；湿热下注，带下失约，故带下量多、色偏黄。临床以湿热瘀阻为主，故治疗当以清热利湿、活血化瘀为基本原则。

浙江中医药大学附属温州市中医院马大正主任根据多年临床经验，在当归芍药散基础上，根据“血不利则为水”理论化裁而来加味当归芍药散。方中当归养血调经，炒白芍养血调肝、缓急止痛，当归与炒白芍相合，一阴一阳，一刚一柔，相互配合，养血调经止痛，改善瘀血阻滞。中医学认为，气、血、水三者相互化生、相互制约，血为气之母，血行靠气推动，水液代谢又依赖气的温煦和血的濡养，方中炒白术、茯苓健脾益气，合泽泻淡渗利湿，炒白术、茯苓又可防红藤、蒲公英苦寒伤胃。临床根据湿热瘀阻的基本病机，加川芎活血行气，女子以肝为先天，长期疾病困扰，加之现代生活节奏快、压力大，易导致情志抑郁，肝气郁结，故加柴胡、枳壳疏肝理气，寓意气行则血行；红藤、蒲公英、白花蛇舌草清热活血解毒；延胡索活血行气。全方合用，气、血、水同治，契合“气行则血行，血利则水消”理论，共奏化瘀、祛湿之功效。临床兼见腰膝酸软者，加续断、络石藤以补肝肾、强筋骨，两者一温一寒，补而不滞。带下量多、色黄多为下焦湿热较重者，加黄柏、椿根皮清下焦湿热，黄柏苦寒降火，偏攻邪；椿根皮苦涩收敛，偏固涩，防祛湿过猛而伤正。神疲乏力多为气虚，故加黄芪健脾补气。

临床上，不孕症患者普遍存在求子心切的心理，加之目前治疗CE存在一定难度，结合湿热瘀阻型CE病机，在中药口服的基础上，观察组加用了清热活血方保留灌肠，通过多途径给药确保药物充分作用于病灶，促进炎症吸收，改善子宫内微环境。灌肠方中红藤清热解毒、活血止痛；蒲公英清热解毒、消肿散结；败酱草清热解毒，三者共奏清热解毒与化瘀散结之功效。当归补血活血，既能增强活血化瘀散结之力，又防活血药物过度耗伤正气。赤芍清热凉血、散瘀止痛。三棱、莪术破血行气、消积止痛，增强全方活血化瘀之力。丹参活血祛瘀、调经止痛；延胡索活血、行气、止痛，能行血中气滞，气中血滞，两者合用加强通经络、止疼痛之功效。全方合用，清热毒、化瘀滞、通经络、止疼痛，恰投下焦湿热瘀阻病机。清热活血方保留灌肠联合加味当归芍药散口服可协同起效，从而提高疗效。

本研究结果显示，治疗后，观察组中医证候积分低于对照组，提示加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠在改善临床症状方面更具优势。胚胎着床时，子宫内膜厚度在一定意义上影响着胎盘的功能，并与母婴围产期并发症的发生率密切相关，有研究显示，子宫内膜厚度较薄的女性发生不良妊

娠结局的概率更高，当子宫内膜厚度＜7 mm时，妊娠概率明显降低，与非CE患者比较，CE患者子宫内膜薄，内膜回声不均匀占比更高[20-21]。CE由于炎症反应，可使全身小动脉痉挛、管腔狭窄，可增加周围阻力，导致子宫血流灌注不足，降低子宫动脉输送血液能力，使得营养物质减少，PI、RI、S/D随之升高。治疗后，观察组子宫内膜厚度厚于对照组，PI、RI、S/D低于对照组，提示加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠在改善子宫血流灌注方面更具优势。究其原因，当归芍药散原方有效成分可降低血浆黏度，促进血液微循环，改善血液流变学，促进子宫内膜修复[8]。而当归及其有效成分具有抗凝、抗血栓形成及抗炎作用，可加速血流，改善局部炎症，在多种妇科疾病中具有较好的应用效果[22]。当归与白芍配伍后，其有效成分可改善子宫供血状态[23]。灌肠方中赤芍的有效成分赤芍总苷可改善血流动力学和血液流变学，具有抗凝、抗血栓、增强免疫的药理作用[24]。CD138是浆细胞中的一项特异性指标，有助于提高CE的诊断效率，并指导用药[25]。炎症反应是引起CD138阳性的主要因素，延胡索中的有效成分巴马汀可通过抑制NLRP3炎症通路，减轻机体炎症反应[26]。白花蛇舌草中的有效成分β-谷甾醇、豆甾醇等可通过白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子(TNF)等关键靶点发挥抗炎作用[27]。灌肠方中败酱草的有效成分总黄酮亦具有良好的抑菌作用[28]。川芎的有效成分川芎嗪具有抑制炎性反应的作用，可以改善缺血再灌注对器官组织的损伤[29]。观察组CD138转阴率高于对照组，可能与上述药物有效成分具有抑制炎症反应作用有关。随着CD138转阴，观察组随访期间妊娠率高于对照组，提示加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠治疗有利于提高妊娠率。

综上，加味当归芍药散口服联合清热活血方保留灌肠治疗湿热瘀阻型CE可以明显改善临床症状，增加子宫内膜厚度，改善子宫内膜血流，促进CD138转阴，提高妊娠率，值得推广。

[参考文献]

[1] 武利芳，周麟宛，张翊，等. 不孕女性中慢性子宫内膜炎的临床诊断研究[J]. 实用妇产科杂志，2021，37(4)：311-314.
[2] 杨一华，黄伟育. 应重视反复妊娠丢失中的慢性子宫内膜炎因素[J]. 中华医学杂志，2024，104(39)：3642-3646.
[3] 孙迪，杨硕，李蓉. 胚胎移植未孕史患者筛查慢性子宫内膜炎时机的探讨[J]. 中华生殖与避孕杂志，2022，42(9)：894-901.
[4] 谢锦霞，张梦莎，符乔珊，等. 辅助生殖助孕患者不孕因素与慢性子宫内膜炎的相关性分析[J]. 中国妇幼保健，2024，39(11)：2028-2031.
[5] 王修竹，陈学梅，刘雪梅. 慢性子宫内膜炎发病机制及诊疗进展[J]. 国际妇产科学杂志，2023，50(1)：102-108.
[6] 王彦飞，倪亚莉. 慢性子宫内膜炎病因及抗生素治疗临床疗效的影响因素[J]. 实用妇产科杂志，2022，38(8)：625-628.
[7] 蒋云云，王立霞. 红藤散结汤联合左氧氟沙星氯化钠注射液治疗慢性子宫内膜炎临床研究[J]. 新中医，2024，56(22)：101-104.
[8] 王玲，马雪琦，张春兰，等. 当归芍药散治疗妇科疾病的临床及基础研究进展[J]. 中国医药导报，2024，21(30)：50-54.
[9] 关心怡，赵春梅，鲁敏，等. 中药灌肠联合多西环素、甲硝唑治疗合并慢性子宫内膜炎的不孕患者的临床研究[J]. 中国当代医药，2024，31(10)：84-87.
[10] 彭彩荷，徐倩，余婷. 妇炎汤保留灌肠联合公英败酱汤治疗湿热瘀结型急性子宫内膜炎临床观察[J]. 河南中医，2023，43(1)：77-81.
[11] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. 盆腔炎症性疾病诊治规范(2019修订版)[J]. 中华妇产科杂志，2019，54(7)：433-437.
[12] 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.
[13] 中国中西医结合学会妇产科专业委员会. 女性盆腔炎性疾病中西医结合诊治指南[J]. 世界中西医结合杂志，2024，19(3)：618-626，636.
[14] 熊玉晶，徐艳文. 不孕症合并慢性子宫内膜炎的诊治[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2020，36(6)：488-491.
[15] 梁炎春，文扬幸. 慢性子宫内膜炎影响生殖预后的相关机制[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2020，36(12)：1214-1217.
[16] 中国医师协会生殖医学专业委员会，中国女医师协会生殖医学专业委员会. 反复种植失败临床诊治中国专家共识[J]. 中华医学杂志，2023，103(2)：89-100.
[17] MORENO I，CICINELLI E，GARCIA-GRAU I，et al. The diagnosis of chronic endometritis in infertile asymptomatic women：a comparative study of histology，microbial cultures，hysteroscopy，and molecular microbiology[J]. Am J Obstet Gynecol，2018，218(6)：602.
[18] 宫政，宋佳怡，董融，等. 温阳化浊方治疗慢性子宫内膜炎对反复种植失败患者妊娠结局的影响：一项随机对照研究[J]. 中华生殖与避孕杂志，2024，4(4)：353-358.
[19] 李英焕，刘娜，万庆芝. 慢性子宫内膜炎相关的反复种植失败中西医治疗研究进展[J]. 生殖医学杂志，2024，33(8)：1120-

1124.
[20] 贺丽人，李玉艳，孟丹，等. 子宫内膜厚度与母婴围产结局关系[J]. 检验医学与临床，2020，17(11)：1476-1479.
[21] 周毛毛. 超声检测子宫内膜形态及血流对慢性子宫内膜炎患者助孕结局的价值分析[D]. 西安：西安医学院，2024.
[22] 王阁，赵林华，张伟，等. 重构本草——当归[J]. 长春中医药大学学报，2025，41(1)：23-25.
[23] 李静，曹兰秀，郑文. 白芍常用药对配伍探析[J]. 中医学报，2024，39(6)：1214-1219.
[24] 赵雪莹，何世宇. 赤芍总苷药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报，2024，26(7)：4-9.
[25] 梁宝珠，吴晓明，徐曙光，等. CD138对慢性子宫内膜炎所致的复发性流产患者诊治价值探讨[J]. 临床医学工程，2020，27(5)：563-564.
[26] 杨晶莹，田硕，苗明三. 延胡索化学成分和药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J/OL]. 中华中医药学刊，1-12[2025-03-07]. https://link.cnki.net/urlid/21.1546.r.20250205.1702.039.
[27] 李曼，张露蓉，金顺琪，等. 白花蛇舌草抗炎机制的网络药理学分析及实验研究[J]. 世界中医药，2022，17(18)：2535-2540.
[28] 郭嘉栋. 败酱草总黄酮提取及体内外抑菌效果观察[D]. 塔里木：塔里木大学，2024.
[29] 刘泽然，段鹏鹏，李直苹，等. 川芎嗪治疗缺血再灌注相关疾病的机制研究进展[J]. 现代医药卫生，2022，38(20)：3499-3502.

[责任编辑：刘迪成，蒋维超(英文)]

《新中医》杂志征稿

《新中医》是由广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的中医药学术期刊，1969年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，2020年由原月刊改为半月刊，期刊代号，国内：46-38，国外：SM186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求。**一、征稿内容**　实验研究、网络药理学、用药规律、文献综述、经方古方、临床证治、肿瘤研究、针灸推拿、调研报告、思路方法、名医传承、古籍研究、临证医案等。**二、来稿要求**　主题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。**三、来稿格式**　参照本刊格式。**四、投稿方式**　在线投稿。投稿时需同时上传单位投稿证明。网址：http://xzy.ijournal.cn。**五、文责自负**　作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。**六、稿件采用**　需与编辑部签订论文著作权转让书。