DOI: 10.19538/j.fk.2024120112

子宫内膜异位症中西医结合诊疗指南(2024年版)

中华中医药学会

关键词: 子宫内膜异位症; 中西医结合; 诊断; 治疗; 临床实践指南**Keywords:** endometriosis; integrated traditional Chinese and western medicine; diagnosis; treatment; clinical practice guideline**中图分类号:** R711.71 **文献标志码:** A

1 背景

子宫内膜异位症(endometriosis, EMT)是妇科常见病、疑难病,约10%的育龄妇女患有EMT^[1],进行性加重的疼痛、月经异常、不孕、高复发率等严重影响女性健康和生活质量。EMT的主要治疗目标是减灭和消除病灶,减轻和消除疼痛,改善和促进生育,减少和避免复发。中医药治疗EMT有独特优势,中西医结合诊治EMT疗效确切,可以减轻和避免现代医学采用药物治疗、手术治疗或辅助生殖技术的不良反应、副作用,同时中医辨病辨证相结合的诊疗模式突出了个体化诊疗的特点,为患者提供了安全、有效的治疗方法。目前有多个国内外EMT的诊疗指南,但真正能够实现中西医各取所长,将中西医在EMT诊治领域有机、有效地结合,从而提供高质量、高标准的规范化诊疗指导仍亟待规范、完善。另外,中医“治未病”理念在EMT的长期管理中有积极作用,但如何与西医EMT的长期管理有机结合,需要规范化的指导。

因此,为进一步完善高质量、高标准的规范化诊疗指导,将中西医在EMT诊疗领域有机、有效结合,实现中西医各取所长,中华中医药学会组织相关领域专家,从临床实际出发,以临床问题为导向,基于循证医学理念和方法,采用多学科合作的方法,共同制定了本指南。

2 指南制定的方法学

本指南的研究设计和制定方法主要基于2014年世界卫生组织发布的《世界卫生组织指南制订手册》、2015年中华中医药学会发布的《中医临床诊疗方案编制通则》和2016年中华医学会发布的《制订/修订<临床诊疗方案>的基本方法及程序》,并参考了卫生保健实践指南的报告条目^[2]。

基金项目:中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)岐黄学者资助项目(国中医药人教函[2018]284号);中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A02401)

通信作者:赵瑞华,中国中医科学院广安门医院,北京 100053,电子邮箱:rhzh801@126.com;冷金花,中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院,北京 100730,电子邮箱:lengjenny@vip.sina

2.1 发起和支持单位 本指南由中华中医药学会提出并归口,中国中医科学院广安门医院牵头制定,中国中医科学院中医临床基础医学研究所提供方法学支持。

2.2 指南的注册 本指南已在国际实践指南注册平台(International Practice Guideline Registry Platform, <http://www.guidelines-registry.cn/>)进行了中英文注册(注册号:IPGRP-2022CN209)。

2.3 指南适用范围 本指南适用于EMT患者的中西医结合诊断、治疗及长期管理;适用于各等级医院妇科、妇产科、中医、西医、中西医结合执业医师的临床诊疗;相关康复、护理人员、药师和相关政策制定者也可参考使用。

2.4 临床问题的遴选和确定 本指南制定工作组前期通过文献检索、内部专家共识及专家访谈,初步草拟了相关临床问题的范畴。再开展初步调研,以线上问卷星的形式对来自9个省(市、自治区)的13位临床一线妇科医生、护士及方法学专家进行问卷调查,并初步征询意见。再结合调研结果、文献研究及专家临床经验形成指南问题原始清单,拟定37个指南问题(包括9个基础问题和28个临床问题)。随后针对37个指南问题开展两轮德尔菲法,以问卷星的形式发放问卷34份,涉及13个省(市、自治区)及不同级别职称的临床一线中医、西医、中西医结合妇科(妇产科)医生及方法学专家。将指南问题进一步整合凝练后,最终纳入9个临床问题。

2.5 证据的检索、评价和分级 指南工作组按照“人群、干预、对照、结局和研究设计(PICOS)”原则对临床问题进行结构化,根据凝练出的问题开展证据的检索、评价和综合。计算机检索中国知网(CNKI)、中国生物医学文献服务系统(SinoMed)、万方(Wanfang)、维普(VIP)、Cochrane Library、PubMed、Embase 7个数据库。检索采用主题词结合自由词的方式进行。检索时限为建库至2024年3月。完成文献检索后,由2名研究员独立根据纳入与排除标准对文献进行筛选、提取资料并交叉核对,如遇分歧,则进行讨论或咨询第三方解决。

本指南优先纳入核心期刊发表的随机对照试验(RCT)

研究,采用 Cochrane Reviewers Handbook 6.2 偏倚风险评估工具进行方法学质量评价。评价过程由 2 人独立完成,若存在分歧则通过讨论或咨询第三方解决。对于来自 RCT 所推荐的干预措施,采用“推荐意见分级评估、制定和评价”工具 (grading of recommendations assessment, development and evaluation working group, GRADE) 对证据质量进行分级,见表 1。对于来自《中医妇科学》教材的干预措施证据,参照袁敬柏^[3]的理论传承证据分类、分级评价方法进行分级,见表 2。

表 1 GRADE 证据系统分级

证据级别	具体描述
A	我们非常有把握预测值接近真实值
B	我们对预测值有中等把握:预测值有可能接近真实值,但也有可能差别很大
C	我们对预测值的把握有限:预测值可能与真实值有很大差别
D	我们对预测值几乎没有把握:预测值与真实值极可能有很大差别

表 2 理论传承证据分类、分级评价方法

证据级别	诊断措施
I a	《黄帝内经》《伤寒杂论》《黄帝八十一难经》等东汉及东汉之前的著述支持
I b	晋到清代医家相关的论述,具有较好的传承
II	晋到清代医家相关的论述,传承存在不一致
III a	近现代(民国-当代)名中医的著述中明确阐述
III b	近现代(民国-当代)名中医医案能体现
IV a	教材、行业规范性文件、专著
IV b	一定数量的单个病例报道

2.6 指南意见的形成与更新 指南制定工作组基于纳入的证据,按照临床问题及结局指标形成推荐条目,并以问卷形式制作《专家共识意见问卷》,于 2022 年 8 月 29 日召开专家共识会议,基于分级结果以问卷形式制作《专家共识意见问卷》,通过名义组法形成推荐意见和推荐强度。撰写征求意见稿,通过微信、电话、邮件共联系来自 28 家医院的 30 位专家进行征求意见。2024 年再次检索,增补文献,对新增加的干预措施再次达成专家共识。后期,指南工作组将综合临床实践的需求与证据产生的进展,按照国际指南更新方法对本指南进行更新。

2.7 指南的传播与实施 指南发布后,指南工作组将主要通过以下方式对指南进行传播和推广:(1)在学术会议中对本指南进行宣讲、解读。(2)有计划地开展培训,使临床医师尤其是基层医师充分了解并正确应用本指南。(3)通过媒体、学术团体等媒介进行推广。

3 EMT 的发病机制

3.1 西医发病机制 EMT 的发生与性激素、免疫、炎症、遗传等因素有关,但发病机制尚不明确。以 Sampson 经血逆流种植为主导理论,逆流至盆腔的子宫内膜需经黏附、侵袭、血管性形成等过程得以种植、生长、发生病变;在位内膜的特质起决定作用,即“在位内膜决定论”;其他发病机制包括体腔上皮化生、血管及淋巴转移学说以及干细胞理论等。EMT 的发生与基因、表观遗传学、血管新生、神经新生、上皮间质转化、孕激素抵抗、异常增殖和凋亡、炎症等多种因素密切相关^[1]。

3.2 中医病因病机 EMT 的主要病机为瘀血阻滞,多由于外邪入侵、情志内伤、房劳、饮食不节或手术损伤等原因,导致机体脏腑功能失调,气血失和,部分经血不循常道而逆行,“离经”之血瘀积,阻滞冲任、胞宫、胞脉、胞络而发病。

4 EMT 的疾病诊断

4.1 西医诊断标准 参见《子宫内膜异位症诊治指南(第三版)》^[1]。

4.2 中医辨证分型 临床问题 1: EMT 的中医辨证分型有哪些?

推荐意见:根据《中医妇科学》教材、文献研究及专家共识推荐,将 EMT 中医证型总结为气滞血瘀证、寒凝血瘀证、气虚血瘀证、肾虚血瘀证、痰瘀互结证 5 个证型。(1)气滞血瘀证。主症:经前或经期小腹胀痛或刺痛,拒按,甚或前后阴坠胀欲便,月经量或多或少,或经期延长,色暗有血块,块下痛减;次症:平素情志抑郁或易怒,经前心烦易怒更甚,胸胁、乳房胀痛;舌脉:舌暗红或有瘀斑、瘀点,苔薄白,脉弦涩。(2)寒凝血瘀证。主症:经前或经期小腹冷痛或绞痛,拒按,得热痛减,月经量少,色紫暗有块,或经血淋漓不净,或见月经延后;次症:形寒肢冷,大便不实;舌脉:舌淡胖而紫暗,有瘀斑、瘀点,苔白,脉沉迟而涩。(3)气虚血瘀证。主症:经前或经期小腹痛,肛门坠胀不适,月经量或多或少,或经期延长,色暗淡,质稀或夹血块;次症:面色少华,神疲乏力,少气懒言,纳差便溏;舌脉:舌淡胖,边尖有瘀斑,苔薄白,脉沉涩。(4)肾虚血瘀证。主症:经前或经期小腹痛,月经先后无定期,月经量或多或少,色暗有块;次症:腰膝酸软,神疲肢倦,头晕耳鸣,面色晦暗,性欲减退,夜尿频;舌脉:舌质暗淡,苔白,脉沉细涩。(5)痰瘀互结证。主症:经前或经期小腹痛,拒按,月经量或多或少,有血块;次症:形体肥胖,头晕,肢体沉重,胸闷纳呆,呕恶痰多;舌脉:舌紫暗,或边尖有瘀斑,苔腻,脉弦滑或涩。

5 EMT 的治疗

5.1 临床问题 2 中医药单用或联合西医治疗能否改善 EMT 相关疼痛(痛经、慢性盆腔痛、性交痛)?

5.1.1 推荐意见 1 西医治疗: EMT 相关疼痛的诊治流程参见子宫内膜异位症诊治指南(第三版)^[1]。

5.1.2 推荐意见2 中医药及中西医结合治疗。

5.1.2.1 气滞血瘀证 (1)推荐使用膈下逐瘀汤(《医林改错》),药物组成:当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、枳壳、延胡索、五灵脂、乌药、香附、牡丹皮、甘草(证据级别: I b; 推荐强度: 强推荐)。(2)可以使用血府逐瘀汤(《医林改错》),药物组成:桃仁、红花、生地黄、当归、赤芍、川芎、柴胡、枳壳、川牛膝、桔梗、甘草(证据级别: I b; 推荐强度: 弱推荐)。(3)推荐使用血府逐瘀汤联合地诺孕素(证据级别: C; 推荐强度: 强推荐),不良反应(恶心呕吐、腹泻、食欲降低、肝功能异常)的发生率与单用地诺孕素相比无明显差异。(4)腹腔镜术后可以使用丹莪妇康煎膏联合促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a),丹莪妇康煎膏药物组成:紫丹参、莪术、竹叶柴胡、三七、赤芍、当归、三棱、香附、延胡索、甘草(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐),不良反应主要为低雌激素症状,包括潮热出汗、不规则阴道流血、阴道干燥、乳房疼痛、睡眠紊乱,偶有胃肠道反应、瘙痒,发生率与单独使用GnRH-a相比无明显差异。(5)腹腔镜术后推荐使用桂枝茯苓丸(药物组成:桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍)联合GnRH-a(证据级别: C; 推荐强度: 强推荐)。(6)可以使用桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素,桂枝茯苓胶囊药物组成:桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、白芍(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐),不良反应(偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血)的发生率与单用地诺孕素相比无明显差异。(7)可以使用桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐)。(8)可以使用桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐),不良反应(子宫不规则出血、情绪波动、胃脘不适)发生率与单用屈螺酮炔雌醇片相比无明显差异。(9)可以使用宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇片,宫瘤消胶囊药物组成:牡蛎、制香附、三棱、莪术、土鳖虫、仙鹤草、党参、白术、白花蛇舌草、牡丹皮、吴茱萸(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐),不良反应(子宫不规则出血、恶心、情绪波动)发生率低于单用屈螺酮炔雌醇片。(10)可以使用宫瘤消胶囊联合孕三烯酮片(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐)。

证据描述:膈下逐瘀汤、血府逐瘀汤参考《中医妇科学》教材。1项RCT表明,血府逐瘀汤联合地诺孕素治疗对比单用地诺孕素,痛经视觉模拟评分(VAS)降低明显,不良反应包括恶心呕吐、腹泻、食欲降低、肝功能异常,发生率与单用地诺孕素相比差异无统计学意义^[4]。3项RCT表明,腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合GnRH-a治疗对比单用GnRH-a治疗,痛经VAS评分降低明显,不良反应主要为低雌激素症状,包括潮热出汗、不规则阴道流血、阴道干燥、乳房疼痛、睡眠紊乱,偶有胃肠道反应、瘙痒,发生率与单独使用GnRH-a相比差异无统计学意义^[5-7]。1项RCT表明,腹腔镜术后使用桂枝茯苓丸联合GnRH-a对比腹腔镜术后单纯使用GnRH-a,痛经VAS评分降低明显^[8]。卢娜等^[9]研究表明,桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素治疗对比单用

地诺孕素治疗,痛经VAS评分降低明显,不良反应包括偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血,发生率与单用地诺孕素相比差异无统计学意义。常卓琳^[10]的RCT研究表明,桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮治疗对比单用孕三烯酮治疗,痛经VAS评分降低明显。另有1项RCT表明,桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片治疗对比单用屈螺酮炔雌醇片治疗,痛经VAS评分降低明显,不良反应包括子宫不规则出血、情绪波动、胃脘不适,发生率与单用屈螺酮炔雌醇片相比差异无统计学意义^[11]。陆佳琦等^[12]的RCT研究表明,宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇片治疗对比单用屈螺酮炔雌醇片治疗,痛经VAS评分降低明显,不良反应包括子宫不规则出血、恶心、情绪波动,发生率低于单用屈螺酮炔雌醇片。周艳等^[13]研究也表明,宫瘤消胶囊联合孕三烯酮片治疗对比单用孕三烯酮片治疗,痛经VAS评分降低明显。

5.1.2.2 寒凝血瘀证 (1)推荐使用温经汤(《金匮要略》)联合GnRH-a。温经汤药物组成:吴茱萸、桂枝、当归、芍药、阿胶、麦冬、川芎、牡丹皮、人参、半夏、生姜、甘草(证据级别: D; 推荐强度: 强推荐)。(2)推荐使用少腹逐瘀汤(《医林改错》)联合孕三烯酮。少腹逐瘀汤药物组成:小茴香、干姜、延胡索、五灵脂、没药、川芎、当归、生蒲黄、官桂、赤芍(证据级别: D; 推荐强度: 强推荐),不良反应(偶有轻微皮肤发红)发生率与单用孕三烯酮相比无明显差异。(3)可以使用少腹逐瘀颗粒联合醋酸甲羟孕酮。少腹逐瘀颗粒药物组成:当归、蒲黄、五灵脂、赤芍、小茴香、延胡索、没药、川芎、肉桂、炮姜(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐),未出现明显不良反应。(4)可以使用少腹逐瘀颗粒联合GnRH-a(证据级别: C; 推荐强度: 弱推荐),不良反应(胃肠道反应)发生率与单用GnRH-a相比无明显差异。(5)可以使用少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇片(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐),不良反应(偶有不规则阴道流血、乳房胀痛、头痛、头晕)发生率低于单用屈螺酮炔雌醇片。(6)腹腔镜术后推荐使用桂枝茯苓丸联合GnRH-a,具体推荐意见同5.1.2.1中第5条。(7)可以使用桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素或孕三烯酮或屈螺酮炔雌醇片,具体推荐意见同5.1.2.1中第6-8条。

证据描述:1项RCT表明,温经汤联合GnRH-a治疗对比单用GnRH-a治疗,痛经VAS评分降低明显^[14]。刘枚^[15]研究表明,少腹逐瘀汤联合孕三烯酮治疗对比单用孕三烯酮治疗,痛经症状评分降低明显,不良反应为偶有轻微皮肤发红,发生率与单用孕三烯酮相比差异无统计学意义。刘丽萍等^[16]的RCT研究表明,少腹逐瘀颗粒联合醋酸甲羟孕酮治疗对比单用醋酸甲羟孕酮治疗,痛经VAS评分降低明显,未出现明显不良反应。2项RCT表明,少腹逐瘀颗粒联合GnRH-a治疗对比单用GnRH-a治疗,痛经VAS评分降低明显,不良反应主要为胃肠道反应,发生率与单用GnRH-a相比差异无统计学意义^[17-18]。陈锐^[19]研究表明,少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇片治疗对比屈螺酮炔雌

醇片治疗,痛经VAS评分降低明显,不良反应包括偶有不规则阴道流血、乳房胀痛、头痛、头晕,发生率低于单用屈螺酮炔雌醇片。桂枝茯苓丸联合 GnRH-a、桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素或孕三烯酮或屈螺酮炔雌醇片的证据描述同5.1.2.1。

5.1.2.3 气虚血瘀证 (1)可以使用血府逐瘀汤(《医林改错》)加党参、黄芪(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。(2)可以使用举元煎(《景岳全书》)合桃红四物汤(《医宗金鉴》),举元煎药物组成:人参、黄芪、白术、升麻、炙甘草;桃红四物汤药物组成:桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、熟地黄(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。

证据描述:血府逐瘀汤加党参、黄芪参考《中医妇科学》教材。举元煎合桃红四物汤参考《中医妇科学》教材。

5.1.2.4 肾虚血瘀证 可以使用归肾丸(《景岳全书》)合桃红四物汤(《医宗金鉴》),归肾丸药物组成:菟丝子、杜仲、枸杞子、山茱萸、当归、熟地黄、山药、茯苓;桃红四物汤药物组成同前(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)、归肾丸(《景岳全书》)加桃仁、生蒲黄(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。

证据描述:归肾丸合桃红四物汤及归肾丸加桃仁、生蒲黄参考《中医妇科学》教材。

5.1.2.5 痰瘀互结证 (1)可以使用苍附导痰丸(《叶氏女科证治》)加三棱、莪术,苍附导痰丸药物组成:茯苓、半夏、陈皮、甘草、苍术、香附、南星、枳壳、生姜、神曲(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。(2)可以使用散结镇痛胶囊联合去氧孕烯炔雌醇片(用于痰瘀互结兼气滞证)。散结镇痛胶囊药物组成:龙血竭、三七、浙贝母、薏苡仁(证据级别: D;推荐强度:弱推荐),不良反应(偶有轻度皮疹、乳房轻度胀痛)发生率与单用去氧孕烯炔雌醇片相比无明显差异。

证据描述:苍附导痰丸加三棱、莪术参考《中医妇科学》教材。1项RCT表明,散结镇痛胶囊联合去氧孕烯炔雌醇片治疗对比单用去氧孕烯炔雌醇片治疗,痛经VAS评分降低更明显,不良反应包括偶有轻度皮疹、乳房轻度胀痛等,发生率与单用去氧孕烯炔雌醇片相比差异无统计学意义^[20]。

5.1.2.6 其他疗法 (1)可以使用中药保留灌肠(专家共识度:92.8%;推荐强度:弱推荐)。(2)推荐使用针刺治疗(证据级别:C;推荐强度:强推荐),不良反应(针刺部位皮下出血)发生率与假针刺组相比无明显差异。

证据描述:中药保留灌肠参考《中医妇科学》教材。1项RCT表明,针刺治疗对比假针刺治疗,痛经VAS评分降低明显,不良反应为针刺部位皮下出血,发生率与假针刺组相比差异无统计学意义^[21]。

5.2 临床问题3 中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫内异位症相关月经异常?

1项由中国中医科学院广安门医院妇科发起的流行病学调查研究结果显示,1895例EMT患者中,月经量过多者占14%,月经量少者为12%,月经周期过长者为4%,月经

周期过短者为1%,经期延长者为9%,经期缩短者为1%。目前西医诊疗指南对EMT月经异常的关注不多,本指南对EMT月经异常的治疗推荐以中药辨证治疗为主。

推荐意见:中医药治疗。

5.2.1 气滞血瘀证 (1)可以使用膈下逐瘀汤(《医林改错》)(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。(2)可以使用血府逐瘀汤(《医林改错》)(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。

证据描述:膈下逐瘀汤、血府逐瘀汤参考《中医妇科学》教材。

5.2.2 寒凝血瘀证 可以使用少腹逐瘀汤(《医林改错》)(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。

证据描述:少腹逐瘀汤参考《中医妇科学》教材。

5.2.3 气虚血瘀证 (1)可以使用血府逐瘀汤加党参、黄芪(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。(2)可以使用举元煎(《景岳全书》)合桃红四物汤(《医宗金鉴》)(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。

证据描述:血府逐瘀汤加党参、黄芪参考《中医妇科学》教材。举元煎合桃红四物汤参考《中医妇科学》教材。

5.2.4 肾虚血瘀证 可以使用归肾丸(《景岳全书》)合桃红四物汤(《医宗金鉴》)(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)、归肾丸(《景岳全书》)加桃仁、生蒲黄(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。

证据描述:归肾丸合桃红四物汤、归肾丸加桃仁、生蒲黄参考《中医妇科学》教材。

5.2.5 痰瘀互结证 可以使用苍附导痰丸(《叶氏女科证治》)加三棱、莪术(证据级别: I b;推荐强度:弱推荐)。

证据描述:苍附导痰丸加三棱、莪术参考《中医妇科学》教材。

5.3 临床问题4 中医药联合西医治疗能否控制或缩减子宫内异位病灶大小?

5.3.1 推荐意见1 西医治疗。

5.3.1.1 药物治疗 (1)适应证:①卵巢子宫内异位囊肿最大径<4cm;②有盆腔疼痛。卵巢子宫内异位囊肿诊断应比较明确,不能除外为卵巢其他肿物时应行腹腔镜手术治疗。(2)治疗药物:有证据可以缩小卵巢子宫内异位囊肿的药物主要是孕激素类药物(如地诺孕素)、GnRH-a,也可选择孕三烯酮、复方口服避孕药(COC)等。

5.3.1.2 手术治疗 (1)适应证:①卵巢子宫内异位囊肿最大径≥4cm;②合并不孕;③疼痛药物治疗无效。(2)术前生育力评估:卵巢子宫内异位囊肿切除术容易造成卵巢储备功能的降低。(3)术前预处理:一般不建议术前药物治疗。但对粘连较重、子宫较大(如合并子宫腺肌病或子宫肌瘤)或合并深部浸润型内异症(DIE)估计手术困难者,术前可短暂应用GnRH-a 3个月,可减少盆腔充血并缩小病灶,从而一定程度上可降低手术难度,提高手术的安全性。(4)手术方式:手术以腹腔镜手术为首选,推荐囊肿切除术。对于无生育要求的年长患者(如年龄≥45岁),可以考

虑行患侧附件切除术。

5.3.2 推荐意见2 中医药及中西医结合治疗。

5.3.2.1 气滞血瘀证 (1)可以使用大黄蛰虫胶囊联合 GnRH-a, 大黄蛰虫胶囊药物组成: 熟大黄、土鳖虫(炒)、水蛭(制)、虻虫(去翅足, 炒)、蛭螬(炒)、干漆(煨)、桃仁、炒苦杏仁、黄芩、地黄、白芍、甘草(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐), 不良反应主要为低雌激素症状(子宫出血、潮热、阴道干燥), 发生率与单用 GnRH-a 相比无明显差异。(2)可以使用宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇片(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐), 不良反应(子宫不规则出血、恶心、情绪波动)发生率低于单用屈螺酮炔雌醇片。(3)推荐使用桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素(证据级别: D; 推荐强度: 强推荐), 不良反应(偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血)发生率与单用地诺孕素相比无明显差异。(4)推荐使用桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮(证据级别: D; 推荐强度: 强推荐)。(5)推荐使用桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片(证据级别: D; 推荐强度: 强推荐), 不良反应(胃脘不适、子宫不规则出血、情绪波动)发生率与单用屈螺酮炔雌醇片相比无明显差异。

证据描述: 1项 RCT 表明, 大黄蛰虫胶囊联合 GnRH-a 治疗对比单用 GnRH-a 治疗, 包块直径缩减更明显, 不良反应主要为低雌激素症状(子宫出血、潮热、阴道干燥), 发生率与单用 GnRH-a 相比差异无统计学意义^[22]。陆佳琦等^[12]研究表明, 宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇片治疗对比单用屈螺酮炔雌醇片治疗, 包块体积缩减明显, 不良反应包括子宫不规则出血、恶心、情绪波动, 发生率低于单用屈螺酮炔雌醇片。另1项 RCT 表明, 桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素治疗对比单用地诺孕素治疗, 包块直径缩减明显, 不良反应包括偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血, 发生率与单用地诺孕素相比差异无统计学意义^[9]。常卓琳^[10]研究表明, 桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮治疗对比单用孕三烯酮治疗, 包块直径缩减明显。刘菊红等^[11]研究表明, 桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片治疗对比单用屈螺酮炔雌醇片治疗, 包块直径缩减明显, 不良反应(包括胃脘不适、子宫不规则出血、情绪波动)的发生率与单用屈螺酮炔雌醇片相比差异无统计学意义。

5.3.2.2 寒凝血瘀证 (1)推荐使用桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素或孕三烯酮或屈螺酮炔雌醇片, 具体推荐意见同5.3.2.1中第3-5条。(2)可以使用少腹逐瘀颗粒联合醋酸甲羟孕酮(证据级别: C; 推荐强度: 弱推荐), 未出现明显不良反应。(3)推荐使用少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇(证据级别: D; 推荐强度: 强推荐), 不良反应(偶有不规则阴道流血、乳房胀痛、头痛、头晕)发生率低于单用屈螺酮炔雌醇片。

证据描述: 桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素或孕三烯酮或屈螺酮炔雌醇片的证据描述同5.3.2.1。2项 RCT 表明, 少腹逐瘀颗粒联合醋酸甲羟孕酮治疗对比单用醋酸甲羟孕酮治疗, 包块直径缩减明显, 未出现明显不良反应^[16, 23]。另1项 RCT 表明, 少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇治疗对比

单用屈螺酮炔雌醇治疗, 包块直径缩减明显, 不良反应(包括偶有不规则阴道流血、乳房胀痛、头痛、头晕)的发生率低于单用屈螺酮炔雌醇片^[19]。

5.4 临床问题5 中医药单用或联合西医治疗能否抑制子宫内异位症治疗后复发?

5.4.1 推荐意见1 西医治疗。药物治疗: 预防复发有效的常用药物有 COC、口服孕激素、GnRH-a 和左炔诺孕酮宫内释放系统(LNG-IUS)等。(1)GnRH-a: 使用6个月后降低复发率优于使用3个月。GnRH-a+反向添加治疗可以较安全地延长 GnRH-a 用药时间3~5年甚至更长时间。考虑到 GnRH-a 对青少年骨质丢失的影响, 16岁以前不推荐使用。(2)COC: 对于有生育要求者, 可选择 COC 口服, 可降低囊肿复发风险, 但应注意相关的禁忌证, 也可用于青少年 EM 的治疗。(3)LNG-IUS: 对于无生育要求者, 可选择 LNG-IUS。术后放置 LNG-IUS 或术后 GnRH-a 治疗后再序贯放置 LNG-IUS 可有效预防 EMT 疼痛的复发。对于 EMT 术后无生育要求者, 建议使用 LNG-IUS 或 COC 至少 18~24 个月, 作为 EMT 痛经的二级预防, 直至有生育要求时。(4)口服孕激素: 长期口服地诺孕素, 可减少 EMT 术后疼痛复发。GnRH-a+反向添加治疗6个月后长期序贯 COC 的疗效与地诺孕素的疗效相当, 但地诺孕素更易出现阴道点滴流血的不良反应。地诺孕素可适用于超过40岁或不宜使用 COC 的患者。(5)DIE 复发的预防: 缺少大规模的临床试验和相应的系统评价。DIE 术后予以 GnRH-a 或 COC 治疗6个月, 能有效地降低术后2年的复发率。高效孕激素和 COC 可明显缓解 DIE 疼痛症状, 有效预防术后复发, 但需长期使用。

5.4.2 推荐意见2 中医药及中西医结合治疗。

5.4.2.1 气滞血瘀证 (1)腹腔镜术后可以使用的丹莪妇康煎膏联合 GnRH-a(证据级别: C; 推荐强度: 弱推荐), 不良反应(胃肠道反应、乳房疼痛、睡眠紊乱、瘙痒等)的发生率与单用 GnRH-a 相比无明显差异。(2)腹腔镜术后可以使用的丹莪妇康煎膏联合 LNG-IUS(证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐), 不良反应(偶有胃肠道不适、子宫不规则出血)发生率低于单用 LNG-IUS。(3)腹腔镜术后推荐使用桂枝茯苓丸联合 GnRH-a(证据级别: C; 推荐强度: 强推荐)。(4)腹腔镜术后可以使用的桂枝茯苓胶囊联合 GnRH-a(证据级别: C; 推荐强度: 弱推荐), 不良反应主要为低雌激素症状(盗汗、潮热、阴道流血、阴道干涩), 偶有轻度恶心, 发生率与单用 GnRH-a 相比无明显差异。

证据描述: 2项 RCT 表明, 腹腔镜术后+丹莪妇康煎膏联合 GnRH-a 治疗对比腹腔镜术后+GnRH-a 治疗, 复发率更低, 不良反应(胃肠道反应、乳房疼痛、睡眠紊乱、瘙痒等)的发生率与单用 GnRH-a 相比差异无统计学意义^[6-7]。冯亚娟等^[24]研究表明, 腹腔镜术后+丹莪妇康煎膏联合 LNG-IUS 治疗对比腹腔镜术后+LNG-IUS 治疗, 复发率降低明显, 不良反应(偶有胃肠道不适、子宫不规则出血)的发生率低于单用 LNG-IUS。赵曰明等^[8]研究表明, 腹腔镜

术后+桂枝茯苓丸+GnRH-a对比腹腔镜术后+GnRH-a,复发率更低。3项RCT表明,腹腔镜术后+桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后+GnRH-a治疗,复发率更低,不良反应主要为低雌激素症状(盗汗、潮热、阴道流血、阴道干涩),偶有轻度恶心,发生率与单用GnRH-a相比差异无统计学意义^[25-27]。

5.4.2.2 寒凝血瘀证 (1)腹腔镜术后推荐使用桂枝茯苓丸联合GnRH-a,具体推荐意见同5.4.2.1中第3条。(2)腹腔镜术后可以使用桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a,具体推荐意见同5.4.2.1中第4条。(3)可以使用少腹逐瘀颗粒联合醋酸甲羟孕酮(证据级别:C;推荐强度:弱推荐),不良反应(子宫出血、潮热、阴道干涩)的发生率与单用醋酸甲羟孕酮相比无明显差异。

证据描述:桂枝茯苓丸联合GnRH-a、桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a的证据描述同5.4.2.1。2项RCT表明,少腹逐瘀颗粒联合醋酸甲羟孕酮治疗对比单用醋酸甲羟孕酮治疗,复发率降低明显,不良反应(包括子宫出血、潮热、阴道干涩)的发生率与单用醋酸甲羟孕酮相比差异无统计学意义^[16,23]。

5.4.2.3 痰瘀互结证 腹腔镜术后推荐使用散结镇痛胶囊(证据级别:B;推荐强度:强推荐),不良反应主要为胃部不适,偶有皮疹、便秘、皮肤瘙痒、烦热、口渴、头晕、恶心、腹泻、多汗、肝功能损害,发生率低于孕三烯酮。

证据描述:6项RCT表明,腹腔镜术后使用散结镇痛胶囊治疗对比腹腔镜术后使用孕三烯酮治疗,复发率降低明显,不良反应主要为胃部不适,偶有皮疹、便秘、皮肤瘙痒、烦热、口渴、头晕、恶心、腹泻、多汗、肝功能损害,发生率低于孕三烯酮^[28-33]。

5.5 临床问题6 中医药单用或联合西医治疗能否改善EMT不孕患者的生育能力、提高妊娠率?

EMT对女性生育力影响较大,EMT合并不孕常常是多因素共同作用的结果,应进行全面评估,并据此制定个体化方案,积极治疗。

5.5.1 推荐意见1 西医治疗。符合不孕症诊断标准的EMT患者,首先应按照不孕症的诊疗路径进行全面的不孕症检查和生育力评估,包括:(1)病情程度(既往治疗过程、卵巢囊肿大小、是否合并子宫腺肌病)。(2)生育力评估[年龄、窦状卵泡计数、抗米勒管激素(AMH)水平、基础内分泌水平等]。(3)输卵管通畅性检查。(4)男方精液检查。(5)排卵情况。如需行输卵管通畅性检查时,建议优先采用宫腔腹腔镜联合检查。EMT合并不孕的诊治流程参见子宫内膜异位症诊治指南(第三版)^[1]。

5.5.2 推荐意见2 中医药及中西医结合治疗。

5.5.2.1 气滞血瘀证 (1)可以使用血府逐瘀汤(《医林改错》)联合GnRH-a(证据级别:D;推荐强度:弱推荐),不良反应主要为低雌激素症状(潮热、多汗、性欲低下、阴道干涩),发生率与单用GnRH-a相比差异无明显差异。(2)可以

使用丹莪妇康煎膏联合控制性超促排卵(证据级别:D;推荐强度:弱推荐)。(3)腹腔镜术后可以使用桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a(证据级别:C;推荐强度:弱推荐),不良反应(阴道异常流血等)的发生率与腹腔镜术后+GnRH-a治疗相比无明显差异。(4)可以使用桂枝茯苓胶囊联合体外受精-胚胎移植(IVF-ET)(证据级别:D;推荐强度:弱推荐)。

证据描述:1项RCT表明,血府逐瘀汤联合GnRH-a治疗对比单用GnRH-a治疗,停药后妊娠率增高,用药期间不良反应主要为低雌激素症状(潮热、多汗、性欲低下、阴道干涩),发生率与单用GnRH-a相比差异无统计学意义^[34]。连方等^[35]研究表明,丹莪妇康煎膏联合控制性超促排卵治疗对比单用控制性超促排卵治疗,获卵数增多。2项RCT表明,腹腔镜术后+桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后+GnRH-a治疗,停药后妊娠率增高,不良反应(阴道异常2血等)的发生率与腹腔镜术后+GnRH-a治疗相比差异无统计学意义^[26-27]。李秀芳等^[36]研究表明,桂枝茯苓胶囊联合IVF-ET治疗对比单用IVF-ET治疗,妊娠率增高。**5.5.2.2 寒凝血瘀证** (1)腹腔镜术后可以使用桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a,具体推荐意见同5.5.2.1中第3条。(2)可以使用桂枝茯苓胶囊联合IVF-ET,具体推荐意见同5.5.2.1中第4条。

证据描述:桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a或IVF-ET的证据描述同5.5.2.1。

5.5.2.3 痰瘀互结证 可以使用散结镇痛胶囊联合口服避孕药(证据级别:C;推荐强度:弱推荐),不良反应(偶有恶心呕吐、轻度皮疹、乳房轻度胀痛)的发生率与单用口服避孕药类药物相比无明显差异。

证据描述:3项RCT表明散结镇痛胶囊联合口服避孕药治疗对比单用口服避孕药治疗,停药后妊娠率增高,不良反应(包括偶有恶心呕吐、轻度皮疹、乳房轻度胀痛)的发生率与单用口服避孕药类药物相比差异无统计学意义^[20,37-38]。

5.6 临床问题7 中医药单用或联合西药治疗能否缓解西医治疗子宫内膜异位症的副反应(如潮热出汗、性欲减退、不规则阴道流血等)?

推荐意见:腹腔镜术后推荐使用坤泰胶囊(药物组成:熟地黄、黄连、白芍、黄芩、阿胶、茯苓)联合GnRH-a,用于GnRH-a治疗出现的潮热出汗、睡眠障碍、阴道干涩、乏力、情绪波动、骨痛等围绝经期症状,中医辨证属阴虚火旺证(证据级别:B/B/B/C/D;推荐强度:强推荐)。

证据描述:7项RCT表明,腹腔镜术后+坤泰胶囊联合GnRH-a治疗对比单用GnRH-a治疗,对潮热出汗、睡眠障碍、阴道干涩、乏力、情绪波动、骨痛等症状均有明显改善作用^[39-45]。

5.7 临床问题8 中医药单用或联合西医治疗子宫内膜异位症的安全性如何?

上述临床问题所推荐的中医药单用或联合西医治疗

EMT的不良反应均已标注于该推荐意见正文中,表明中医药单用或联合西医治疗EMT的安全性良好。

6 EMT的长期管理

6.1 临床问题9 中医药联合西医治疗能否用于子宫内膜异位症的长期管理?

EMT长期管理应为综合管理,包括药物的应用、患者教育,各种治疗选择的充分沟通,生存质量的关注,心理辅导,生育问题的咨询、指导等。其管理理念重在防治结合,应秉承中医传统治未病的思想,将中医养生、食疗及中医康复治疗等运用到长期管理中。

6.2 长期管理的原则和目标 (1)坚持以临床问题为导向,以患者为中心,分年龄阶段处理,综合治疗。(2)长期管理的目标:重在减轻和消除疼痛、促进和保护生育能力、减少复发、警惕和早期发现恶变,提高患者的生存质量。(3)规范手术的时机、术式的选择,重视术后的综合治疗、长期管理,使患者的手术获益最大化、手术损伤最小化。(4)提高患者的生存质量,分年龄阶段管理,解决不同年龄阶段最主要的临床问题。

6.3 长期管理的干预手段

6.3.1 西医长期管理 以药物治疗为主导,重视定期检查,强调患者教育,注重规范的随诊和药物的管理,以及手术时机与方式的选择。根据青春期、育龄期、围绝经期患者不同的临床表现、体征给予不同的管理方案。具体内容可参考2018年《子宫内膜异位症长期管理中国专家共识》。

6.3.2 中西医结合长期管理 中医“治未病”理念与西医长期管理的概念不谋而合,中医药在慢性疾病长期管理领域独具优势。结合EMT发生、发展的病因病机,“治未病”理念主要体现在对EMT病因预防和病机阻断以及对EMT患者的健康宣教、治疗方法的选择。本指南发起团队对EMT中医长期管理进行了系列研究。

6.3.3 认知干预 EMT长期管理中的宣教环节是EMT诊疗流程不可或缺的重要环节,在维持手术效果、提高药物疗效方面具有重要作用。可基于患者的疾病认知度调查,组织患者参加EMT专题讲座,推送个性化科普文章,提高疾病认知,指导患者积极配合慢病管理。(1)教育内容:月经相关的生理知识,EMT的症状、高危因素等,各项检查的必要性,各种治疗方案及其优缺点,心理健康辅导。(2)方式及途径:可在医院内外、传统及新媒体平台(如即时通信软件微信群、微信公众号、微博、抖音、快手、小红书等)上通过健康讲堂、制作健康教育宣传手册、播放科普视频、患者沙龙等方式宣教;鼓励并指导患者记录自身症状的变化。

开展患者健康教育,不仅可增加医师与患者的交流,消除不良情绪,相互补充对疾病的认识,同时便于及时了解患者的状态,找寻更佳的治疗方法。

6.3.4 生活方式干预 在生活起居方面,可基于中医辨证分型给予指导,避免受寒、经期注意保暖,保持充足良好的

睡眠。在饮食营养方面,建议患者合理膳食,少食生冷饮食,禁食用含激素类食物,限制饮酒或禁饮酒,不建议饮用咖啡及绿茶。运动管理方面,推荐患者进行有氧锻炼,若EMT包块最大径 $>4\text{cm}$,应避免跑、跳等剧烈活动。

同时,可根据不同的病因,针对不同的中医辨证分型,给予患者个体化的生活指导。如气滞血瘀证患者大多情绪焦虑,日常需注意修身养性,避免情志过激,忌食辛辣、发散之品;气虚血瘀证患者大多脾虚,时感乏力、气短,日常需注意固护脾胃,需做到饮食有节、起居有常,忌食寒冷、生冷、油腻食物等。

6.3.5 心理干预 EMT发生、发展与患者情绪密切相关,良好的情绪管理可有效控制EMT进展、减少EMT复发。心理干预是长期管理的重要内容。建议患者通过改变不良生活方式、避免负性生活事件等方式调节情绪和心理问题。如长期慢性疼痛影响着每个年龄段的患者,并可能引起精神心理问题。建议患者进行自我情绪管理如做运动、听音乐等方法,积极参加患者交流互助活动。严重疼痛的患者可能合并多种精神心理问题如抑郁、焦虑等,应长期关注患者心理健康,必要时应有专科医生的疏导。

6.4 长期管理的随访建议 (1)随访时间 建议EMT患者,每3~6个月随访1次。(2)随访重点:EMT症状的控制、生存质量、药物副反应以及生育的指导。(3)随访内容:病史询问,查体和盆腔超声等影像学检查以及CA125、血常规等血液检查,对于连续使用GnRH-a 6个月以上的患者,应监测骨密度。

利益冲突:所有参与指南制定人员均按要求填写利益冲突声明,无与本指南直接相关的经济和非经济利益冲突。

证据评价组:赵瑞华(中国中医科学院广安门医院);廖星(中国中医科学院中医临床基础医学研究所);孙伟伟(中国中医科学院广安门医院);石举梅(北京中医药大学);赵婷玉(北京中医药大学);杨新春(中国中医科学院广安门医院);徐冉(中国中医科学院广安门医院);王子衿(北京中医药大学);张颖思(北京中医药大学);张玉(中国中医科学院);刘瑞雪(中国中医科学院);余蕊薇(中国中医科学院广安门医院);时光(中国中医科学院广安门医院)

指南负责人:赵瑞华(中国中医科学院广安门医院);冷金花(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院)

执笔者:赵瑞华(中国中医科学院广安门医院);孙伟伟(中国中医科学院广安门医院);廖星(中国中医科学院中医临床基础医学研究所);鹿群(首都医科大学附属北京朝阳医院);彭超(北京大学第一医院);李晓燕(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院);宋殿荣(天津中医药大学第二附属医院);梁雪芳(广东省中医院);师伟(山东中医药大学附属医院)

主审专家:肖承棕(北京中医药大学东直门医院);周应芳(北京大学第一医院);杜惠兰(河北中医药大学);魏绍斌(成都中医药大学附属医院);罗颂平(广州中医药

大学第一附属医院);贺丰杰(陕西中医药大学附属医院);赵红(中日友好医院);王国云(山东省立医院)

指南讨论专家(按姓氏汉语拼音排序):白文佩(首都医科大学附属北京世纪坛医院);毕红(中国中医科学院广安门医院);陈景伟(河北中医药大学);陈林兴(云南中医药大学);陈韶慧(山西省妇幼保健院);丛慧芳(黑龙江中医药大学附属第二医院);戴海青(海南省中医院);邓高丕(广州中医药大学第一附属医院);邓婷(福建省妇幼保健院);翟建军(首都医科大学附属北京同仁医院);董莉(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院);杜惠兰(河北中医药大学);杜小利(宁夏医科大学);樊杨(宁夏回族自治区人民医院);冯晓玲(黑龙江中医药大学附属第一医院);傅金英(河南省中医院);韩凤娟(黑龙江中医药大学附属第一医院);韩燕华(中山市人民医院);何军琴(首都医科大学附属北京妇产医院);贺丰杰(陕西中医药大学附属医院);黄欲晓(中国中医科学院西苑医院);黄薇(湖南省人民医院);姜丽娟(云南省中医医院);金立娟(石家庄市人民医院);金哲(北京中医药大学东方医院);靳浩然(滦平县妇幼保健院);柯毓敏(福建医科大学附属第二医院);孔桂茹(青海省中医院);冷金花(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院);李芳(北京大学第一医院宁夏妇女儿童医院);李娟梅(中国中医科学院广安门医院);李力(陆军军医大学陆军特色医学中心大坪医院);李灵芝(天津市中医药研究院附属医院);李蓉(北京大学第三医院);李伟莉(安徽中医药大学第一附属医院);李卫红(广西中医药大学);李晓燕(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院);李颖(河南省第二人民医院);连方(山东中医药大学附属医院);连凤梅(中国中医科学院广安门医院);梁瑞宁(江西中医药大学第二附属医院);梁雪芳(广东省中医院);廖星(中国中医科学院中医临床基础医学研究所);林颖(湖南省人民医院);刘丹卓(湖南中医药大学);刘新敏(中国中医科学院广安门医院);刘永(中国中医科学院广安门医院);刘芸(首都医科大学附属北京友谊医院);鹿群(首都医科大学附属北京朝阳医院);罗颂平(广州中医药大学第一附属医院);马惠荣(河北中医药大学);彭超(北京大学第一医院);莎玫(内蒙古自治区人民医院);师伟(山东中医药大学附属医院);石玲(辽宁中医药大学附属第二医院);史云(北京中医药大学东直门医院);宋殿荣(天津中医药大学第二附属医院);孙伟伟(中国中医科学院广安门医院);孙振高(山东中医药大学附属医院);谈勇(南京中医药大学附属医院);汤玲(北京中医药大学东直门医院);滕秀香(首都医科大学附属北京中医医院);王爱芹(北京市顺义区医院);王东红(中国中医科学院眼科医院);王东梅(山东中医药大学附属医院);王国华(北京中医药大学第三附属医院);王国云(山东省立医院);王利红(张家港市中医医院);王清(中日友好医院);王小红(福建中医药大学附属人民医院);王昕(辽宁中医药大学附属医院);王雅楠(天津中医药大学第二附属医院);魏绍斌(成都中医药大学附属医院);吴心芳(宁夏医科大学总医院);武权生(甘肃

中医药大学附属医院);武颖(首都医科大学附属北京妇产医院);夏敏(重庆市中医院);夏天(天津中医药大学第一附属医院);肖承惊(北京中医药大学东直门医院);肖豫(首都医科大学附属复兴医院);谢萍(成都中医药大学附属医院);熊秀梅(福建省妇幼保健院);徐莲薇(上海中医药大学附属龙华医院);徐萍(浙江大学医学院附属妇产科医院);许丽绵(广州中医药大学第一附属医院);许小凤(苏州市中医院);薛晴(北京大学第一医院);闫颖(天津中医药大学第一附属医院);杨艳环(中国中医科学院广安门医院);叶秋香(甘肃中医药大学附属医院);伊丽努尔·伊利亚斯(北京市昌平区中医医院);俞超芹(海军军医大学第一附属医院);袁卓珺(云南省中医院);张丹丹(哈尔滨医科大学附属第一医院);张帆(贵州中医药大学第二附属医院);张晋峰(山西省中医院);张军(首都医科大学附属北京安贞医院);张明敏(华中科技大学同济医学院附属同济医院);张平(北京大学第一医院宁夏妇女儿童医院);张婷婷(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院);赵红(中日友好医院);赵宏利(浙江中医药大学附属杭州市中医院);赵瑞华(中国中医科学院广安门医院);郑玉梅(黔西南州人民医院);周惠芳(南京中医药大学附属医院);周应芳(北京大学第一医院);周忠明(湖北省中医院);朱玲(广州中医药大学第一附属医院);朱颖军(天津市中心妇产科医院)

参考文献

- [1] 中国医师协会妇产科医师分会,中华医学会妇产科学分会子宫内异位症协作组. 子宫内异位症诊治指南(第三版)[J]. 中华妇产科杂志, 2021, 56(12): 812-824.
- [2] Chen Y, Yang K, Marušić A, et al. A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement[J]. Ann Intern Med, 2017, 166(2): 128-132.
- [3] 袁敬柏. 建立适合中医临床诊疗证据评价方法的建议[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(4): 1146-1148.
- [4] 李晶, 韩艳, 左江平, 等. 血府逐瘀汤加味治疗子宫内异位症对子宫动脉血流和IL-8、MCP-1的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(23): 3331-3334.
- [5] 李小芳, 赵玉华. 达菲林联合丹莪妇康煎膏对子宫内异位症患者血清COX-2、Flk-1和炎症因子水平影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2020, 28(3): 324-327.
- [6] 胡燕燕, 旷红艺. 丹莪妇康煎膏联合曲普瑞林治疗卵巢巧克力囊肿的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(9): 2331-2335.
- [7] 冯琴琴, 赵洪萍. 丹莪妇康煎膏联合GnRH-a对子宫内异位症术后的疗效及预防复发的效果[J]. 天津医药, 2018, 46(5): 540-543.
- [8] 赵曰明, 刘芳芳, 孙海波, 等. 桂枝茯苓联合GnRH-a治疗子宫内异位症腹腔镜术后痛经效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2022, 30(5): 1018-1021.
- [9] 卢娜, 张丹, 苑文娜. 桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素治疗子宫内异位症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(6): 1117-1121.

- [10] 常卓琳. 桂枝茯苓丸辅助治疗对子宫内膜异位症患者血清瘦素、血管内皮生长因子、白细胞介素-8及卵巢功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(35): 3915-3917.
- [11] 刘菊红, 唐世倩, 彭沙, 等. 桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇治疗子宫内膜异位症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(12): 3279-3283.
- [12] 陆佳琦, 周赟, 沈璐, 等. 宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇治疗子宫内膜异位症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(9): 2709-2712.
- [13] 周艳, 刘明珠. 宫瘤消胶囊对子宫内膜异位症气滞血瘀证血管生成机制的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(21): 200-205.
- [14] 茅菲. 温经汤对子宫内膜异位症患者血清前列腺素E2白介素17血管内皮生长因子及子宫动脉血流参数的影响[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(21): 3959-3962.
- [15] 刘枚. 少腹逐瘀汤联合孕三稀酮治疗子宫内膜异位症前瞻性研究[J]. 陕西中医, 2020, 41(3): 342-345.
- [16] 刘丽萍, 代晶, 潘长清, 等. 少腹逐瘀颗粒联合甲羟孕酮治疗子宫内膜异位症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(1): 187-191.
- [17] 丰常申, 郭伟. 少腹逐瘀颗粒联合戈舍瑞林治疗子宫内膜异位症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(10): 2700-2704.
- [18] 白伶俐, 闫真. 少腹逐瘀颗粒联合曲普瑞林治疗子宫内膜异位症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(6): 1810-1813.
- [19] 陈锐. 少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇治疗子宫内膜异位症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(11): 2169-2172.
- [20] 祝鑫瑜, 毛月芳, 星丽娜, 等. 散结镇痛胶囊联合去氧孕烯炔雌醇片治疗轻型子宫内膜异位症的疗效和安全性[J]. 武警医学, 2021, 32(9): 773-775, 780.
- [21] Li PS, Peng XM, Niu XX, et al. Efficacy of acupuncture for endometriosis-associated pain: A multicenter randomized single-blind placebo-controlled trial [J]. Fertil Steril, 2023, 119(5): 815-823.
- [22] 丁婷. 大黄蛰虫胶囊联合曲普瑞林治疗子宫内膜异位症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(9): 2339-2343.
- [23] 张辉, 崔月美, 沈雨, 等. 少腹逐瘀颗粒联合甲羟孕酮治疗子宫内膜异位症[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(2): 365-368.
- [24] 冯亚娟, 孙友红, 李海燕. 左炔诺孕酮宫内节育系统联合丹莪妇康煎膏治疗子宫内膜异位症患者术后的临床疗效[J]. 医学综述, 2017, 23(2): 410-413.
- [25] 李彩辉, 朱慧芳, 翟悦静, 等. 腹腔镜切除术后应用桂枝茯苓胶囊联合醋酸亮丙瑞林治疗子宫内膜异位症的临床观察[J]. 中国药房, 2016, 27(27): 3807-3809.
- [26] 苏燕燕. GnRH-a联合桂枝茯苓胶囊对卵巢巧克力囊肿腹腔镜剥除术后康复及卵巢功能和妊娠结局的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(8): 843-846.
- [27] 赵娜, 周灵雪, 杨向荣. 桂枝茯苓胶囊联合戈舍瑞林对子宫内膜异位症患者子宫动脉血流动力学及Th1/Th2细胞因子的影响[J]. 陕西中医, 2022, 43(4): 446-449.
- [28] 单江静, 郑媛媛, 卢琪芸, 等. 散结镇痛胶囊对子宫内膜异位症腹腔镜术后患者的疗效及血清CA125的影响[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(11): 2792-2794.
- [29] 张琴芬, 郑瑛. 散结镇痛胶囊对子宫内膜异位症伴不孕症患者腹腔镜术后妊娠率及复发率的影响[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(4): 886-887.
- [30] 陈丽娟. 散结镇痛胶囊治疗子宫内膜异位症腹腔镜术后疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(11): 57-58.
- [31] 朱崇云, 尹超英, 孙秀丽, 等. 保守性手术后辅以中药散结治疗子宫内膜异位症临床疗效的观察[J]. 四川医学, 2007, 28(12): 1398-1400.
- [32] 高健, 田瑞, 黄立, 等. 腹腔镜手术联合散结镇痛胶囊治疗子宫内膜异位症的疗效观察[J]. 腹腔镜外科杂志, 2010, 15(5): 376-378.
- [33] 高健, 高亚梅, 王丽萍, 等. 腹腔镜术后散结镇痛胶囊巩固治疗子宫内膜异位症的疗效分析[J]. 临床军医杂志, 2010, 38(3): 402-404.
- [34] 吴雯君, 陈光盛. 血府逐瘀汤联合亮丙瑞林治疗生育期子宫内膜异位症不孕临床疗效及安全性研究[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(4): 927-930.
- [35] 连方, 李晓娜. 丹莪妇康煎膏提高子宫内膜异位症体外受精-胚胎移植患者卵细胞质量及GDF-9表达的研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(9): 1179-1182.
- [36] 李秀芳, 王慧丹, 杜彦博, 等. 桂枝茯苓胶囊在子宫内膜异位症患者降调节替代周期冻融胚胎移植中的疗效观察[J]. 现代妇产科进展, 2021, 30(2): 117-120.
- [37] 杨振芳, 陈晓霞. 炔雌醇环丙孕酮片与散结镇痛胶囊联合治疗子宫内膜异位症的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(11): 2788-2790.
- [38] 谢桃利. 炔雌醇环丙孕酮片联合散结镇痛胶囊对子宫内膜异位症患者疼痛程度、安全性及妊娠情况的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2018, 26(z1): 112-113.
- [39] 刘长青, 秦爱新, 姜芳芳, 等. 促性腺激素释放激素激动剂联合坤泰胶囊治疗中重度子宫内膜异位症的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(11): 1288-1291.
- [40] 唐艳, 万朝霞, 吉丽, 等. 滋肾宁心汤对子宫内膜异位症术后中医临床表现和绝经症状评分的影响[J]. 吉林中医药, 2018, 38(11): 1281-1284.
- [41] 张迎旭, 贾秀改. 坤泰胶囊联合亮丙瑞林治疗子宫内膜异位症的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(5): 848-851.
- [42] 朱利, 成臣, 罗梅, 等. “滋肾宁心汤”对子宫内膜异位症术后患者应用GnRH-a致类绝经期症状的影响-附30例临床资料[J]. 江苏中医药, 2016, 48(10): 86-89.
- [43] 许宝珍, 薛芸. 子宫内膜异位症腹腔镜术后醋酸亮丙瑞林联合坤泰胶囊对子宫内膜受容性的影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2018, 26(12): 1183-1188.
- [44] 谢亚翡. 坤泰胶囊联合促性腺激素释放激素激动剂治疗子宫内膜异位症疗效及对体液免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(2): 189-191.
- [45] 钟伟青, 钱红燕. 中重度子宫内膜异位症患者应用坤泰胶囊联合GnRH-a疗效及预后分析[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(12): 3069-3072.

(2024-09-29收稿)