

ICS 01.040.11
CCS C00/09



团体标准

T/CACM ****—202*
代替 T/CACM ****—****

子宫内膜异位症中西医结合诊疗指南

Guidelines for Diagnosis and Treatment of Endometriosis with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

(文件类型：送审稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目次

前言.....	2
引言.....	3
正文.....	1
范围.....	1
规范性引用文件.....	1
术语和定义.....	1
病因病机.....	1
诊断.....	2
治疗.....	4
长期管理.....	13
附录 A.....	15
附录 B.....	21
附录 C.....	36
参考文献.....	38

前言

1 起草规则

本诊疗指南参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》、GB/T7714-2015《信息与文献参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》有关规则起草。

2 制定小组

本诊疗指南由中国中医科学院广安门医院提出。

本诊疗指南由中华中医药学会归口。

本诊疗指南负责人：赵瑞华、冷金花

本诊疗指南执笔人：赵瑞华、孙伟伟、廖星、鹿群、彭超、宋殿荣、梁雪芳、师伟

本诊疗指南主审人：肖承惊、周应芳、杜惠兰、魏绍斌、罗颂平、贺丰杰、赵红、王国云

本诊疗指南讨论专家（按照姓氏拼音排序）：白文佩、毕红、陈景伟、陈林兴、陈绍慧、丛慧芳、戴海青、邓高丕、邓婷、董莉、杜惠兰、杜小利、樊杨、冯晓玲、傅金英、韩凤娟、韩燕华、何军琴、贺丰杰、黄欲晓、黄薇、姜丽娟、金立娟、金哲、靳浩然、柯毓敏、孔桂茹、冷金花、李芳、李娟梅、李力、李灵芝、李蓉、李伟莉、李卫红、李颖、连方、连凤梅、梁瑞宁、梁雪芳、廖星、林颖、刘丹卓、刘新敏、刘永、刘芸、鹿群、罗颂平、马惠荣、彭超、莎玫、师伟、石玲、史云、宋殿荣、孙伟伟、孙振高、谈勇、汤玲、滕秀香、王爱芹、王东红、王东梅、王国华、王国云、王利红、王清、王小红、王昕、王雅楠、魏绍斌、吴心芳、武权生、武颖、夏敏、夏天、肖承惊、肖豫、谢萍、熊秀梅、徐莲薇、徐萍、许丽绵、许小凤、薛晴、闫颖、杨艳环、叶秋香、伊丽、袁卓珺、翟建军、张丹丹、张帆、张晋峰、张军、张明敏、张平、张婷婷、赵红、赵宏利、赵瑞华、郑玉梅、周惠芳、周应芳、周忠明、朱玲、朱颖军

引言

1 背景信息

子宫内膜异位症（Endometriosis, EM）是妇科常见病、疑难病，约 10% 的生育年龄妇女患有内异症，进行性加重的疼痛、月经异常、不孕、高复发率严重影响患者健康和生活质量。EM 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 EM 有独特优势，中西医结合诊治 EM 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，为患者提供安全、有效的治疗方法。

目前，国内外 EM 的诊疗指南多达 150 余部，但真正能够实现中西医各取所长，将中西医在子宫内膜异位症诊治领域有机、有效结合，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 EM 的长期管理中有积极作用，但如何与西医 EM 长期管理有机结合，需要规范化的指导。

本诊疗指南以中西医临床关键问题为导向，参考国际临床实践指南的制订方法和流程，并在相关法律法规和技术文件指导下，基于循证研究的方法和现有的文献依据，经工作组充分讨论，充分听取临床医学、中医学、方法学、护理学等多学科专家意见，并结合目前实际情况，制订出本诊疗指南。

本诊疗指南参照最新的国际、国内指南，汇聚中医、西医、中西医结合相关领域专家的诊疗经验和研究成果编制而成，力求以简明的语言阐释疾病中西医治疗原则，以期协助临床医师与中医医师、康复和护理人员等更好地将中西医结合诊疗指南应用于子宫内膜异位症患者的临床诊治工作，其科学性、实用性和依从性等需要在临床实践中不断验证，根据临床实践反馈意见进行更新完善。

2 构建临床问题

本诊疗指南通过初步问卷调研、专家深度访谈以及两轮德尔菲法专家问卷调查构建以下 9 个主要临床问题：

子宫内膜异位症的中医辨证分型？

中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？

中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫内膜异位症相关月经异常？

中医药单用或联合西医治疗能否控制或缩减子宫内膜异位病灶大小？

中医药单用或联合西医治疗能否抑制子宫内膜异位症疗后复发？

中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率？

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作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？

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？

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？

3 资金资助及利益冲突情况

本诊疗指南受中国中医科学院科技创新工程项目(No. CI2021A02401; No. CI2021A05503)及中医药传承与创新“百千万”人才工程（岐黄工程）岐黄学者项目资助。

本诊疗指南项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本指南制定过程中“无利益冲突”，为此不会成为本指南制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本指南制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

4 诊疗指南注册情况

本诊疗指南已于2022年4月11日于国际实践指南注册与透明化平台完成注册，注册号：IPGRP-2022CN209。

子宫内膜异位症中西医结合诊疗指南

1 范围

本诊疗指南规定了子宫内膜异位症的术语和定义、诊断、治疗和长期管理。

本诊疗指南适用于子宫内膜异位症患者的中西医结合诊断、治疗及长期管理。

本诊疗指南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 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本指南必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本指南；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本指南。

GB/T 1.1-2020 《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》

GB/T 16751.1-2021 《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-2021 《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-2021 《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T 15657-2021 《中医病证分类与代码》

GB/T 7714-2015 信息与文献—参考文献著录规则

《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本诊疗指南。

子宫内膜异位症（ICD11: GA10）； Endometriosis

子宫内膜异位症是指子宫内膜组织（腺体和间质）在子宫腔被覆内膜及子宫以外的部位出现、生长、浸润，反复出血，继而引发疼痛、不孕及结节或包块等。

积聚类病（癥瘕）（《中医病证分类与代码》A16.01.）； Category of Abdominal Mass Accumulation Diseases

泛指因七情郁结，气血凝滞，或痰食交阻，正虚邪结等所引起，以脘腹部有肿块或包块，按之有形或无形等为特征的一类疾病。

4 病因病机

4.1 西医发病机制

EM 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。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]。

4.2 中医病因病机

本病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^[2, 3]。

5 诊断

5.1 西医诊断标准

5.1.1 临床诊断

5.1.1.1 内异症的临床表现为以下 1 种或多种：（1）痛经，影响日常活动和生活；（2）慢性盆腔痛；（3）性交痛或性交后疼痛；（4）与月经周期相关的胃肠道症状，尤其是排便痛；以及与月经周期相关的泌尿系统症状，尤其是血尿或尿痛；（5）合并以上至少 1 种症状的不孕。具有以上 1 种或多种症状可以临床诊断 EM。

5.1.1.2 其他症状：侵犯特殊器官的 EM 常伴有其他症状。详见附录。

5.1.1.3 体征：通过妇科检查（双合诊、三合诊）了解盆腔情况，EM 的典型体征为子宫后倾固定、附件可扪及活动度欠佳的囊性肿块，阴道后穹隆、直肠子宫陷凹、宫骶韧带痛性结节、阴道后穹隆紫蓝色结节。阴道后穹隆、阴道直肠隔痛性结节可考虑深部浸润型子宫内膜异位症（Deep infiltrating endometriosis, DIE）。

5.1.1.4 影像学检查：超声检查、MRI 检查。

5.1.1.5 生物标志物：迄今为止，外周血及子宫内膜的多种标志物，尚无一种能准确诊断 EM。CA125 水平检测对早期 EM 的诊断意义不大。

5.1.1.6 其他特殊检查：可疑膀胱 EM 或肠道 EM，术前应行膀胱镜或肠镜、经肠道超声检查并行活检，以除外器官本身的病变特别是恶性肿瘤。

5.1.2 手术诊断

5.1.2.1 手术诊断与评估：通过腹腔镜手术可以对病变部位及范围进行探查，并能获得病变组织以进行组织病理学诊断。

5.1.2.2 腹腔镜手术分期：目前常用的 EM 分期方法是美国生殖医学学会（American Society for Reproductive Medicine, ASRM）分期。

5.1.2.3 临床病理分型：详见附录。

5.2 中医辨证分型

5.2.1 临床问题

临床问题 1：子宫内膜异位症的中医辨证分型有哪些？

推荐意见：根据教材^[2, 3]、文献研究及专家共识推荐，将子宫内膜异位症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。

5.2.2 辨证分型

（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、点，苔薄白，脉弦滑。

（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。

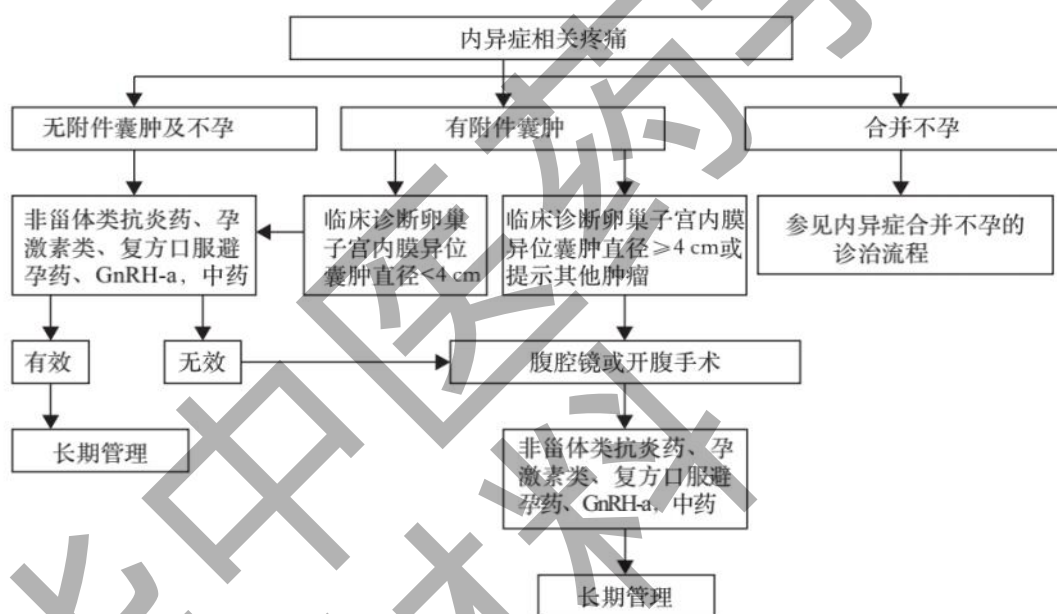
次症：形体肥胖，头晕，肢体沉重，胸闷纳呆，呕恶痰多。

舌脉：舌紫暗或边尖有瘀斑，苔腻，脉沉滑或涩。

6 治疗

6.1 临床问题 2：中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？

6.1.1 推荐意见 1：西医治疗



注：GnRH- α 表示促性腺激素释放激素激动剂 (gonadotropin-releasing hormone agonists)

图 1：EM 相关疼痛的治疗流程图^[1]

6.1.2 推荐意见 2：中药及中西医结合治疗

6.1.2.1 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：Ib，推荐级别：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：Ib，推荐级别：弱推荐）；(3) 腹腔镜术后可以使用丹莪妇康煎膏联合 GnRH- α （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，推荐级别：弱推荐），不良反应包括潮热、出汗、不规则阴道出血、阴道干燥、乳房疼痛、睡眠紊乱，偶有胃肠道反应、瘙痒，发生率低于单用 GnRH- α ；(4) 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，推荐级别：弱推荐），不良反应包括偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血，发生率低于单用地诺孕素；

（5）可以使用桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）；（6）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，推荐级别：弱推荐）、宫瘤消胶囊联合孕三烯酮片（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：膈下逐瘀汤、血府逐瘀汤参考教材^[2]。3项^[4-6]随机对照试验（randomized controlled trial, RCT）表明腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合 GnRH- α 治疗对比单用 GnRH- α 治疗，痛经 VAS 评分降低更明显（ $n=310$, MD=-3.65, 95%CI [-6.97, -0.34], $P=0.03$ ），不良反应主要为低雌激素症状，包括潮热、出汗、不规则阴道出血、阴道干燥、乳房疼痛、睡眠紊乱，偶有胃肠道反应、瘙痒，发生率低于单独使用 GnRH- α 。1项^[7]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，痛经 VAS 评分降低更明显（ $n=175$, MD=-0.6, 95%CI[-0.79, -0.41], $P<0.00001$ ），不良反应包括偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血，发生率低于单用地诺孕素。1项^[8]RCT 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 评分降低更明显（ $n=98$, MD=-1.15, 95%CI[-1.31, -0.99], $P<0.00001$ ）。1项^[9]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 评分降低更明显（ $n=82$, MD=-0.95, 95%CI[-1.10, -0.80], $P<0.00001$ ）。1项^[10]RCT 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 评分降低更明显（ $n=108$, MD=-0.90, 95%CI [-1.29, -0.51], $P<0.00001$ ）。1项^[11]RCT 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 评分降低更明显（ $n=119$, MD=-0.83, 95%CI[-0.97, -0.69], $P<0.00001$ ）。

6.1.2.2 寒凝血瘀证

（1）推荐使用温经汤（《金匮要略》）联合 GnRH- α （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，推荐级别：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，推荐级别：强推荐），不良反应为偶有轻微皮肤发红；（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，推荐级别：弱推荐）；（4）可以使用少腹逐瘀颗粒联合 GnRH- α （证据级别：C，推荐级别：弱推荐），不良反应主要为胃肠道反应，发生率低于单用 GnRH- α ；（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，推荐级别：弱推荐），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；（6）可以使用桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素（证据级别：D，

推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：1项^[12]RCT表明温经汤联合GnRH- α 治疗对比单用GnRH- α 治疗，痛经VAS评分降低更明显（ $n=70$ ， $MD=-0.26$ ， $95\%CI[-0.4, -0.12]$ ， $P=0.0003$ ）。1项^[13]RCT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，痛经症状评分降低更明显（ $n=80$ ， $MD=-0.45$ ， $95\%CI[-0.67, -0.23]$ ， $P<0.0001$ ）。不良反应为偶有轻微皮肤发红。1项^[14]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，痛经VAS评分降低更明显（ $n=98$ ， $MD=-1.60$ ， $95\%CI[-1.74, -1.46]$ ， $P<0.00001$ ）。2项^[15-16]RCTs表明少腹逐瘀颗粒联合GnRH- α 治疗对比单用GnRH- α 治疗，痛经VAS评分降低更明显（ $n=178$ ， $MD=-0.45$ ， $95\%CI[-0.52, -0.38]$ ， $P<0.00001$ ）。不良反应主要为胃肠道反应，发生率低于单用GnRH- α 。1项^[17]RCT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评分降低更明显（ $n=121$ ， $MD=-1.40$ ， $95\%CI[-1.74, -1.06]$ ， $P<0.00001$ ）。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。1项^[7]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，痛经VAS评分降低更明显（ $n=175$ ， $MD=-0.6$ ， $95\%CI[-0.79, -0.41]$ ， $P<0.00001$ ）。1项^[8]RCT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评分降低更明显（ $n=98$ ， $MD=-1.15$ ， $95\%CI[-1.31, -0.99]$ ， $P<0.00001$ ）。1项^[9]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评分降低更明显（ $n=82$ ， $MD=-0.95$ ， $95\%CI[-1.10, -0.80]$ ， $P<0.00001$ ）。

6.1.2.3 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：Ib，推荐级别：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：Ib，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：血府逐瘀汤加党参、黄芪参考教材^[2]。举元煎合桃红四物汤参考教材^[3]。

6.1.2.4 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：Ib，推荐级别：弱推荐）、归肾丸（《景岳全书》）加桃仁、生蒲黄（证据级别：Ib，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：归肾丸合桃红四物汤及归肾丸加桃仁、生蒲黄参考教材^[2, 3]。

6.1.2.5 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：Ib，推荐级

别：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，推荐级别：弱推荐），不良反应包括偶有轻度皮疹、乳房轻度胀痛，发生率低于单用去氧孕烯炔雌醇片。

证据描述：苍附导痰丸加三棱、莪术参考教材^[2]。1项^[18]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（n=90，MD=-0.80，95%[-1.42，-0.18]，P=0.01），不良反应包括偶有轻度皮疹、乳房轻度胀痛，发生率低于单用去氧孕烯炔雌醇片。

6.1.2.6 其他

（1）可以使用中药保留灌肠（专家共识度：92.8%，推荐级别：弱推荐）；（2）推荐使用针刺治疗（专家共识度：96.4%，推荐级别：强推荐）。

证据描述：中药保留灌肠参考教材^[3]。针刺治疗参考教材^[2, 3]。

6.2 临床问题 3：中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫内膜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EM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EM月经异常的关注不多，本诊疗指南对EM月经异常的治疗，以推荐中药辨证治疗为主。

6.2.1 推荐意见 1：中药治疗

6.2.1.1 气滞血瘀证

（1）可以使用膈下逐瘀汤（《医林改错》）（证据级别：Ib，推荐级别：弱推荐）；（2）可以使用血府逐瘀汤（《医林改错》）（证据级别：Ib，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：膈下逐瘀汤、血府逐瘀汤参考教材^[1]。

6.2.1.2 寒凝血瘀证

可以使用少腹逐瘀汤（《医林改错》）（证据级别：Ib，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：少腹逐瘀汤参考教材^[2]。

6.2.1.3 气虚血瘀证

（1）可以使用血府逐瘀汤加党参、黄芪（证据级别：Ib，推荐级别：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：Ib，弱推荐）。

证据描述：血府逐瘀汤加党参、黄芪参考教材^[2]。举元煎合桃红四物汤参考教材^[3]。

6.2.1.4 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：Ib，推荐级别：弱推荐）、归肾丸（《景岳全书》）加桃仁、生蒲黄（证据级别：Ib，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：归肾丸合桃红四物汤、归肾丸加桃仁、生蒲黄参考教材^[2, 3]。

6.2.1.5 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：Ib，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：苍附导痰丸加三棱、莪术参考教材^[2]。

6.3 临床问题 4：中医药联合西医治疗能否控制或缩减子宫内膜异位病灶大小？

6.3.1 推荐意见 1：西医治疗

6.3.1.1 药物治疗：（1）适应证：①卵巢子宫内膜异位囊肿直径 $<4\text{cm}$ ；②有盆腔疼痛。卵巢子宫内膜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膜异位囊肿的药物主要是孕激素类药物（如地诺孕素）、GnRH- α ，也可选择孕三烯酮、复方口服避孕药（combined oral contraceptives, COC）等。

6.3.1.2 手术治疗：（1）适应证：①卵巢子宫内膜异位囊肿直径 $\geq 4\text{cm}$ ；②合并不孕；③疼痛药物治疗无效。（2）术前生育力评估：卵巢子宫内膜异位囊肿剔除术，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DIE估计手术困难者，术后可短暂应用GnRH- α 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，推荐囊肿剔除术。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。

6.3.2 推荐意见 2：中药及中西医结合治疗

6.3.2.1 气滞血瘀证

（1）可以使用大黄蛰虫丸联合GnRH- α （大黄蛰虫丸药物组成：熟大黄、土鳖虫（炒）、水蛭（制）、虻虫（去翅足，炒）、蛭蟥（炒）、干漆（煅）、桃仁、炒苦杏仁、黄芩、地黄、白芍、甘草。证据级别：D，推荐级别：弱推荐），不良反应主要为子宫出血、潮热、阴道干燥等低雌激素症状，发生率低于单用GnRH- α ；（2）可以使用宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇片（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）；（3）推荐使用桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素（证据级别：D，推荐级别：强推荐），不良反应包括偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血，发生率低于单用地诺孕素；（4）推荐使用桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮（证据级别：D，推荐级别：强推荐）、桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片（证据级别：D，推荐级别：强推荐）。

证据描述：1项^[19]RCT表明大黄蛰虫丸联合GnRH- α 治疗对比单用GnRH- α 治疗，包块直径缩减更明显（ $n=90$ ， $MD=-0.25$ ， $95\%CI[-0.36, -0.14]$ ， $P<0.00001$ ）。不良反应主要为低雌激素症状（包括子宫出血、潮热、阴道干燥），发生率低于单用GnRH- α 。1项^[10]RCT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，包块体积缩减更明显（ $n=108$ ， $MD=-0.69$ ， $95\%CI[-0.91, -0.47]$ ， $P<0.00001$ ）。1项^[7]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，包块直径缩减更明显（ $n=175$ ， $MD=-0.56$ ，

95%CI[-0.64, -0.48], $P<0.00001$)。不良反应包括偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血,发生率低于单用地诺孕素。1项^[8]RCT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,包块直径缩减更明显($n=98$, MD=-0.43, 95%CI[-0.69, -0.16], $P<0.00001$)。1项^[9]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,包块直径缩减更明显($n=82$, MD=-0.40, 95%CI[-0.49, -0.31], $P<0.00001$)。

6.3.2.2 寒凝血瘀证

(1) 推荐使用桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素(证据级别: D, 推荐级别: 强推荐), 不良反应包括偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血,发生率低于单用地诺孕素; (2) 推荐使用桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮(证据级别: D, 推荐级别: 强推荐)、桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片(证据级别: D, 推荐级别: 强推荐); (3) 可以使用少腹逐瘀颗粒联合醋酸甲羟孕酮(证据级别: C, 推荐级别: 弱推荐); (4) 推荐使用少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇(证据级别: D, 推荐级别: 强推荐)。

证据描述: 1项^[7]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,包块直径缩减更明显($n=175$, MD=-0.56, 95%CI[-0.64, -0.48], $P<0.00001$)。不良反应包括偶有恶心、情绪不良、子宫不规则出血,发生率低于单用地诺孕素。1项^[8]RCT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,包块直径缩减更明显($n=98$, MD=-0.43, 95%CI[-0.69, -0.16], $P<0.00001$)。1项^[9]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,包块直径缩减更明显($n=82$, MD=-0.40, 95%CI[-0.49, -0.31], $P<0.00001$)。2项^[14,20]RCTs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,包块直径缩减更明显($n=178$, MD=-1.58, 95%CI[-1.67, -1.49], $P<0.00001$)。1项^[17]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,包块直径缩减更明显($n=121$, MD=-1.34, 95%CI[-1.54, -1.14], $P<0.00001$)。

6.4 临床问题5: 中医药单用或联合西医治疗能否抑制子宫内膜异位症术后复发?

6.4.1 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- α 和左炔诺孕酮宫内缓释系统(levonorgestrel releasing intrauterine system, LNG-IUS)等。(1) GnRH- α : 使用6个月GnRH- α 降低复发率优于使用3个月。GnRH- α +反向添加治疗可以较安全地延长GnRH- α 用药时间3~5年甚至更长时间。考虑到GnRH- α 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- α 治疗后再序贯放置LNG-IUS可有效预防EM疼痛的复发。对于EM术后无生育要求者,建议使用LNG-IUS或COC至少18~24个月,作为EM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EM术后疼痛复发。GnRH- α +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出血的不良反应。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- α 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。

6.4.2 推荐意见 2：中药及中西医结合治疗

6.4.2.1 气滞血瘀证

（1）腹腔镜术后可以使用丹莪妇康煎膏联合 GnRH- α （证据级别：C，推荐级别：弱推荐），不良反应主要为低雌激素症状（包括潮热、出汗、不规则阴道出血、阴道干燥、乳房疼痛、睡眠紊乱），偶有胃肠道反应及瘙痒，发生率低于单用 GnRH- α ；（2）腹腔镜术后可以使用丹莪妇康煎膏联合 LNG-IUS（证据级别：D，推荐级别：弱推荐），不良反应包括偶有胃肠道不适、不规则出血，发生率低于单用 LNG-IUS；（3）腹腔镜术后可以使用桂枝茯苓胶囊联合 GnRH- α （证据级别：C，推荐级别：弱推荐），不良反应主要为盗汗、潮热、阴道出血、阴道干涩、偶有轻度恶心，发生率低于单用 GnRH- α 。

证据描述：2 项^[5-6]RCTs 表明腹腔镜术后+丹莪妇康煎膏联合 GnRH- α 治疗对比腹腔镜术后+GnRH- α 治疗，术后复发率更低（ $n=210$ ，RR=0.48，95%CI [0.29, 0.82]， $P=0.007$ ）。不良反应主要为低雌激素症状（包括潮热、出汗、不规则阴道出血、阴道干燥、乳房疼痛、睡眠紊乱），偶有胃肠道反应及瘙痒，发生率低于单用 GnRH- α 。1 项^[21]RCT 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，术后复发率更低（ $n=120$ ，RR=0.18，95%CI [0.04, 0.79]， $P=0.02$ ）。不良反应包括偶有胃肠道不适、不规则出血，发生率低于单用 LNG-IUS。3 项^[22-24]RCTs 表明腹腔镜术后+桂枝茯苓胶囊联合 GnRH- α 治疗对比腹腔镜术后+GnRH- α 治疗，术后复发率更低（ $n=363$ ，RR=0.35，95%CI [0.21, 0.60]， $P=0.0001$ ）。不良反应主要为低雌激素症状（包括盗汗、潮热、阴道出血、阴道干涩），偶有轻度恶心，发生率低于单用 GnRH- α 。

6.4.2.2 寒凝血瘀证

（1）腹腔镜术后可以使用桂枝茯苓胶囊联合 GnRH- α （证据级别：C，推荐级别：弱推荐），不良反应主要为低雌激素症状（包括盗汗、潮热、阴道出血、阴道干涩），偶有轻度恶心，发生率低于单用 GnRH- α ；（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），未发现明显不良反应。

证据描述：3 项^[22-24]RCTs 表明腹腔镜术后+桂枝茯苓胶囊联合 GnRH- α 治疗对比腹腔镜术后+GnRH- α 治疗，术后复发率更低（ $n=363$ ，RR=0.35，95%CI [0.21, 0.60]， $P=0.0001$ ）。不良反应主要为低雌激素症状（包括盗汗、潮热、阴道出血、阴道干涩），偶有轻度恶心，发生率低于单用 GnRH- α 。2 项^[14, 20]RCTs 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，复发率更低（ $n=178$ ，RR=0.25，95%CI [0.07, 0.86]， $P=0.03$ ），未发现明显不良反应。

6.4.2.3 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，推荐级别：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^[25-30]RCTs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，复发率更低（ $n=617$ ， $RR=0.57$ ， $95\%CI[0.37, 0.88]$ ， $P=0.01$ ）。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。

6.5 临床问题 6：中医药单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率？

EM对女性生育力影响较大，EM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。

6.5.1 推荐意见 1：西医治疗

符合不孕症诊断标准的EM患者，首先应按照不孕症的诊疗路径进行全面的检查评估和生育力评估，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、窦卵泡数、抗苗勒管激素（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，建议优先采用宫腹腔镜联合检查。



图2 EM合并不孕的诊治流程图^[1]

6.5.2 推荐意见 2：中药及中西医结合治疗

6.5.2.1 气滞血瘀证

(1) 可以使用血府逐瘀汤（《医林改错》）联合 GnRH- α （证据级别：D，推荐级别：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），发生率低于单用 GnRH- α ；(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，推荐级

别：弱推荐）；（3）腹腔镜术后可以使用桂枝茯苓胶囊联合 GnRH- α （证据级别：C，推荐级别：弱推荐），不良反应主要为低雌激素症状（包括盗汗、潮热、阴道出血、阴道干涩），偶有轻度恶心，发生率低于腹腔镜术后+GnRH- α ；（4）可以使用桂枝茯苓胶囊联合 IVF-ET（In vitro fertilization and embryo transfer）（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：1 项^[31]RCT 表明血府逐瘀汤联合 GnRH- α 治疗对比单用 GnRH- α 治疗，妊娠率更高（n=68，RR=1.90，95%CI [1.04, 3.46]， $P=0.04$ ）。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），发生率低于单用 GnRH- α 。1 项^[32]RCT 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，获卵数更高（n=70，RR=5.50，95%CI [2.76, 8.24]， $P<0.0001$ ）。2 项^[22,23]RCTs 表明腹腔镜术后+桂枝茯苓胶囊联合 GnRH- α 治疗对比腹腔镜术后+GnRH- α 治疗，妊娠率更高（n=276，RR=1.64，95%CI [1.24, 2.18]， $P=0.0006$ ）。不良反应主要为低雌激素症状（包括盗汗、潮热、阴道出血、阴道干涩），偶有轻度恶心，发生率低于腹腔镜术后+GnRH- α 。1 项^[33]RCT 表明桂枝茯苓胶囊联合 IVF-ET 治疗对比单用 IVF-ET 治疗，妊娠率更高（n=200，RR=1.33，95%CI [1.04, 1.70]， $P=0.02$ ）。

6.5.2.2 寒凝血瘀证

（1）腹腔镜术后可以使用桂枝茯苓胶囊联合 GnRH- α （证据级别：C，推荐级别：弱推荐）；（2）可以使用桂枝茯苓胶囊联合 IVF-ET（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：2 项^[22,23]RCTs 表明腹腔镜术后+桂枝茯苓胶囊联合 GnRH- α 治疗对比腹腔镜术后+GnRH- α 治疗，妊娠率更高（n=276，RR=1.64，95%CI [1.24, 2.18]， $P=0.0006$ ）。1 项^[33]RCT 表明桂枝茯苓胶囊联合 IVF-ET 治疗对比单用 IVF-ET 治疗，妊娠率更高（n=200，RR=1.33，95%CI [1.04, 1.70]， $P=0.02$ ）。

6.5.2.3 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，推荐级别：弱推荐）。不良反应包括偶有恶心呕吐、轻微皮疹，发生率低于单用口服避孕药。

证据描述：3 项^[18, 34-35]RCTs 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，停药后妊娠率更高（n=114，RR=1.79，95%CI [1.24, 2.58]， $P=0.002$ ）。不良反应包括偶有恶心呕吐、轻微皮疹，发生率低于单用口服避孕药类药物。

6.6 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作用(如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等)?

推荐意见：中西医结合治疗

腹腔镜术后推荐使用坤泰胶囊联合 GnRH- α ，用于 GnRH- α 治疗出现潮热汗出、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/B/C/D，推荐级别：强推荐）。坤泰胶囊药物组成：熟地黄、黄连、白芍、黄芩、阿

胶、茯苓。不良反应主要为低雌激素症状（包括失眠、潮热、阴道干涩、阴道出血、乏力、情绪波动、骨痛），发生率低于单用 GnRH- α 。

证据描述：7 项^[36-42]RCTs 表明腹腔镜术后+坤泰胶囊联合 GnRH- α 治疗对比单用 GnRH- α 治疗，对潮热汗出（n=627, RR=0.40, 95%CI[0.31, 0.52], $P<0.00001$ ）、睡眠障碍（n=627, RR=0.43, 95%CI[0.32, 0.58], $P<0.00001$ ）、阴道干涩（n=524, RR=0.28, 95%CI[0.17, 0.45], $P<0.00001$ ）、情绪波动（n=358, RR=0.55, 95%CI[0.39, 0.77], $P=0.0007$ ）、乏力（n=444, RR=0.41, 95%CI[0.27, 0.62], $P<0.0001$ ）、骨痛（n=358, RR=0.36, 95%CI[0.23, 0.58], $P<0.0001$ ）等症状均有明显改善作用。

7 长期管理

7.1 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？

子宫内膜异位症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，生命质量的关注，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。

7.2 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、降低和减少复发、警惕和早期发现恶变，提高患者的生命质量。
- （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）提高患者的生命质量，分年龄阶段管理，解决不同年龄阶段最主要的临床问题。

7.3 长期管理的干预手段

7.3.1 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》。

7.3.2 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 EM 发生、发展的病因病机，“治未病”理念主要体现在对 EM 病因预防和病机阻断以及对 EM 患者的健康宣教、治疗方法的选择。

本诊疗指南发起团队长期以来，针对 EM “疼痛、不孕、复发”三大难题，根据 EM “长期、慢性、易复发”的疾病特点，结合 EM 西医长期管理研究现状，对 EM 中医长期管理原则、模式、内容构建等方面进行了广泛而深入的探索。团队的一项纳入 1000 例 EM 患者的研究发现，互联网+EM 中医慢病管理可有效缓解痛经、慢性盆腔痛，改善妊娠情况，并在一定程度

上控制 EM 疾病进展，抑制病灶复发，改善月经情况及中医症状，缓解焦虑、抑郁状态，提高患者对疾病的认知情况且依从性较好。

7.3.3 认知干预

EM 的长期管理中的宣教环节，是子宫内膜异位症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 EM 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，子宫内膜异位症的症状、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己症状的变化。

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，同时便于即时了解患者的状态，找寻更佳的治疗方法。

7.3.4 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，少吃生冷饮食，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 EM 包块 >4cm，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，避免情志过极，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。

7.3.5 心理干预

EM 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 EM 进展、减少 EM 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层的患者，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。严重疼痛的患者可合并多种精神心理问题如抑郁、焦虑等等，应长期关注患者心理健康，必要时应有专科医生的疏导。

7.4 长期管理的随访建议

- （1）随访时间：建议子宫内膜异位症患者，每 3~6 个月随访 1 次。
- （2）随访重点：子宫内膜异位症症状的控制、生命质量、药物副作用以及生育的指导。
- （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- α 6 个月以上的患者，应监测骨密度。

中华中医药学会
中药材料

附录 A

(资料性)

编制说明 (列举)

A. 1. 主要技术内容

A. 1. 1 编制依据和原则

1) 本诊疗指南依据中华中医药学会关于中西医结合诊疗指南的制定程序进行编制。

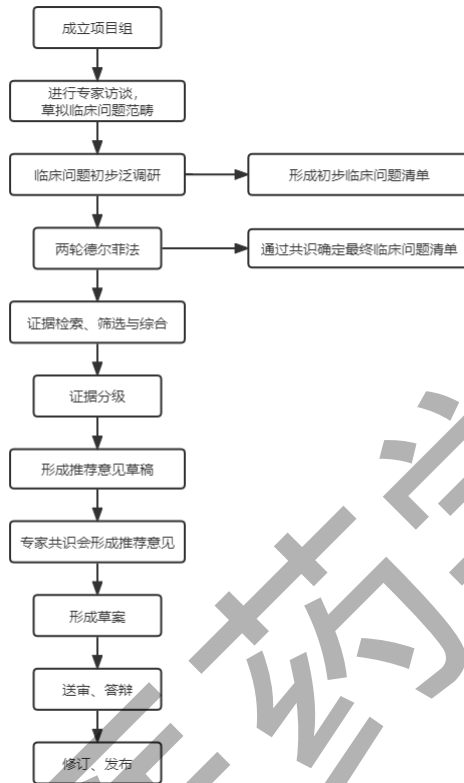
2) 指南编制遵循的原则：主要以 GB/T 1.1-2009《标准化工作导则》(第 1 部分：标准的结构和编写) 为总指导原则。具体制定过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及其相应的推荐意见形成、专家共识形成方法、共识初稿的自我评价等遵循相应的原则或标准。随机对照试验 (randomized controlled trial, RCT) 的方法学质量采用 Cochrane Reviewers Handbook 6.2 偏倚风险评估工具进行评价；证据体质量评价和分级采用“推荐意见分级评估、制定和评价”工具 (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group, GRADE)；专家共识形成方法采用名义组法。

A. 1. 2 技术内容

本指南的编制严格按照规范步骤进行，首先成立项目组，随后进行专家访谈，并结合前期文献进行初步泛调研。随即开展 2 轮德尔菲法针对 34 名妇科学中西医临床一线医生、方法学专家进行问卷调查，遴选出重要的临床问题，对临床问题进行 PICO 结构化；根据凝练出的问题开展证据的检索、评价和综合，基于所形成的证据体，分别开展子宫内膜异位症的 GRADE 证据质量评价和分级；基于分级结果，再次通过名义组法召开专家共识会议，形成推荐意见和确定推荐强度。

A. 2. 编制过程

A. 2. 1 工作流程图



A. 2. 2 问卷调研及确定临床问题

A. 2. 2. 1 临床问题问卷调查

通过专家访谈，形成临床问题的范畴，再开展初步调研，形成初步临床问题清单，随即通过两轮德尔菲法开展临床问题问卷调查，确定最终的临床问题清单。初步调研问卷通过问卷星的形式发放问卷 13 份，涉及来自 9 个省份的临床一线妇科医生、护士及方法学专家。两轮德尔菲法以问卷星的形式发放问卷 34 份，涉及各个省份及不同级别职称的临床一线妇科医生及方法学专家。

A. 2. 2. 2 确定临床问题

临床问题主要关注子宫内膜异位症病名、诊断、治疗及长期管理等方面。具体临床问题见表 1。

表 A. 2. 2. 2 两轮德尔菲法临床问题调研

临床问题	第一轮		第二轮		纳入情况
	平均分	CV (%)	平均分	CV (%)	
1. 您是否同意指南中列入子宫内膜异位症的中医病名?	2.85	15	/	/	纳入
2. 您是否同意指南中列入子宫内膜异位症的中医辨证分型?	3	0	/	/	纳入
3. 您是否同意气滞血瘀证是子宫内膜异位	2.91	10	/	/	纳入

症的主要证型？					
4. 您是否同意寒凝血瘀证是子宫内膜异位症的主要证型？	2.88	11	/	/	纳入
5. 您是否同意气虚血瘀证是子宫内膜异位症的主要证型？	2.85	13	/	/	纳入
6. 您是否同意肾虚血瘀证是子宫内膜异位症的主要证型？	2.85	13	/	/	纳入
7. 您是否同意湿热瘀阻证是子宫内膜异位症的主要证型？	2.56	26	2.71	21	不纳入
8. 您是否同意痰瘀互结证是子宫内膜异位症的主要证型？	2.62	23	2.85	15	纳入
9. 您是否同意热灼血瘀证是子宫内膜异位症的主要证型？	2.24	37	2.32	35	不纳入
10. 您是否同意中药汤剂单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	3	0	/	/	纳入
11. 您是否同意中药汤剂单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症相关月经异常？	3	0	/	/	纳入
12. 您是否同意中药汤剂单用或联合西医治疗能控制或缩减子宫内膜异位病灶大小？	2.85	15	/	/	纳入
13. 您是否同意中药汤剂单用或联合西医治疗能抑制子宫内膜异位症疗后复发？	2.91	10	/	/	纳入
14. 您是否同意中药汤剂单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率？	2.97	6	/	/	纳入
15. 您是否同意中药汤剂单用或联合西药治疗能缓解西药治疗子宫内膜异位症的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？	2.97	6	/	/	纳入
16. 您是否同意中药汤剂单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症患者的生活质量？	3	0	/	/	纳入
17. 您是否同意中药汤剂联合西医治疗可以用于子宫内膜异位症的长期管理？	2.97	6	/	/	纳入
18. 您是否同意需要对中药汤剂单用或联合西医治疗子宫内膜异位症的安全性进行评价？	2.97	6	/	/	纳入
19. 您是否同意中成药单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	3	0	/	/	纳入
20. 您是否同意中成药单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症相关月经异常？	2.94	8	/	/	纳入
21. 您是否同意中成药单用或联合西医治疗能控制或缩减子宫内膜异位病灶大小？	2.85	15	/	/	纳入
22. 您是否同意中成药单用或联合西医治疗能抑制子宫内膜异位症疗后复发？	2.91	10	/	/	纳入
23. 您是否同意中成药单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率？	2.94	8	/	/	纳入

24. 您是否同意中成药单用或联合西药治疗能缓解西药治疗子宫内膜异位症的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？	2.97	6	/	/	纳入
25. 您是否同意中成药单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症患者的生活质量？	3	0	/	/	纳入
26. 您是否同意中成药联合西医治疗可用于子宫内膜异位症的长期管理？	3	0	/	/	纳入
27. 您是否同意需要对中成药单用或联合西医治疗子宫内膜异位症的安全性进行评价？	3	0	/	/	纳入
28. 您是否同意中医外治法单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	2.91	13	/	/	纳入
29. 您是否同意中医外治法单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症相关月经异常？	2.65	23	2.76	18	不纳入
30. 您是否同意中医外治法单用或联合西医治疗能控制或缩减子宫内膜异位病灶大小？	2.71	21	2.68	20	不纳入
31. 您是否同意中医外治法单用或联合西医治疗能抑制子宫内膜异位症治疗后复发？	2.68	22	2.74	21	不纳入
32. 您是否同意中医外治法单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率？	2.74	21	2.74	23	不纳入
33. 您是否同意中医外治法单用或联合西药治疗能缓解西药治疗子宫内膜异位症的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？	2.62	25	2.68	24	不纳入
34. 您是否同意中医外治法单用或联合西医治疗能改善子宫内膜异位症患者的生活质量？	2.82	16	2.85	15	纳入
35. 您是否同意中医外治法联合西医治疗可用于子宫内膜异位症的长期管理？	2.76	18	2.85	15	纳入
36. 您是否同意需要对中医外治法单用或联合西医治疗子宫内膜异位症的安全性进行评价？	2.85	18	2.91	13	纳入
37. 您是否同意将中医预防调护相关内容纳入子宫内膜异位症长期管理？	2.97	6	/	/	纳入

A. 2.3 证据检索与综合

A. 2.3.1 检索策略

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 七个数据库。检索采用主题词结合自由词的方式进行。中文检索词：子宫内膜异位症，巧克力囊肿，子宫内膜异位囊肿，中医，中药，中成药，中草药，方药等；英文检索词：Endometriosis, Endometrioses, Endometrioma, Chinese Traditional, Traditional Chinese Medicine. 检索时限为建库至 2022 年 6 月。

A. 2. 3. 2 证据筛选

研究的纳入标准：研究类型为随机对照试验，无论是否采用盲法均纳入，不限制文献发表时间。研究对象为符合子宫内膜异位症诊断的患者。试验组干预措施为散结镇痛胶囊联合西医治疗，对照组干预措施为西医治疗。主要结局指标为结局指标包括：①盆腔痛 VAS 评分；②复发率；③妊娠率；④总有效率；⑤月经改变；⑥不良反应。通过 NoteExpress 文献管理软件进行题录和文献全文管理。

研究的排除标准：①合并其他疾病；②非中英文文献；③重复研究；④随机方法错误的文献，如根据就诊时间、患者意愿分组；⑤研究计划书；⑥无法获取全文者；⑦非核心期刊（非中文核心期刊或非中国科技核心期刊）；⑧单一作者且县级及以下医院；⑨两种中成药对比的文献（应注意对照组的中成药是否为同类公认有效的中成药，如是，则不排除）；⑩各种会议、学位论文；⑪文献报道数据存在明显常识性或逻辑性错误的文献或统计学方法有误的文献；⑫未合并西医治疗手段的文献。

A. 2. 3. 3 证据综合

应用 NoteExpress 软件进行文献管理，Excel 制作资料提取表进行数据提取。数据提取内容包括：①研究对象基本特征（标题、作者、发表年份、试验组与对照组的病例数、年龄、病程等）；②干预措施（药品名称、剂量、频次、疗程等）；③偏倚风险评价要素；④结局指标及测量结果。两位项目组成员对纳入的 RCT 通过 Cochrane 偏倚风险评估（随机序列的生成、分配隐藏、结局评价者盲法、不完整数据、选择性报告结局以及其他偏倚）进行质量评价，如有分歧则通过协商或请第三方进行裁决。纳入的数据导入 Review Manager 5.4 软件，二分类变量用风险比（risk ratio, RR）的 95% 置信区间（confidence intervals, CI）表示，连续变量则用均值差（mean difference, MD）的 95%CI 表示。若各研究间无显著异质性（ $I^2 < 50\%$, $P > 0.1$ ），使用固定效应模型进行 meta 分析；反之，查找异质性原因，进行亚组分析或敏感性分析；若排除明显的临床异质性或方法学异质性，使用随机效应模型分析，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义；并进行发表偏倚检验。

A. 2. 4 证据等级和推荐

对于来自随机对照试验所推荐的干预措施，本指南采用国际公认的证据分级和推荐标准，即 GRADE 系统。根据不同结局按照升降级因素对证据进行质量分级，然后对证据总体进行评级。通过 GRADEpro 工具对评价结果形成证据概要表。对于来自经典古籍及《中医妇科学》教材的证据评级参照 2016 年《建立适合中医临床诊疗证据评价方法的建议》相关学术研发团队研制的中医临床诊疗证据评价方法进行评级。然后通过名义组法形成共识推荐意见或共识建议。名义组法均按照要求邀请了 ≥ 15 名相关专家进行讨论。专家共识意见的形成需要主要考虑的六个方面的因素：证据质量、经济性、疗效、不良反应、病人可接受性以及

其他。基于这六个方面如果是形成有证据支持的“推荐意见”除了“C”格以外的任何1格票数超过50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度；若“C”格某一侧两格总票数超过70%，则达成共识，可确定推荐方向，推荐强度为“弱”。

A. 2. 5 诊疗指南注册情况

本诊疗指南已于2022年4月11日于国际实践指南注册与透明化平台完成注册，注册号：IPGRP-2022CN209。

附录 B

(资料性)

一、基础问题证据概要表

表 1 基础问题证据概要表

基础问题 1	子宫内膜异位症的中医辨证分型?
研究类型及数量	5 本教材、1 项指南
统计分析结果	-
结论	将子宫内膜异位症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、痰瘀互结证这 5 个证型。

二、临床问题证据概要表

本诊疗指南中部分推荐意见的证据来源于随机对照研究，采用 GRADE 系统对证据进行质量分级，证据概要表如下：

表 2 临床问题证据概要表

临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
温经汤单用或联合GnRH-a治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	子宫内膜异位症患者	温经汤联合GnRH-a	GnRH-a	痛经VAS评分
研究类型及数量	1个RCT（干预组35例vs对照组35例）			
效应值及可信区间	MD=-0.26, 95%CI[-0.4, -0.12]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	温经汤联合GnRH-a治疗对比单用GnRH-a治疗，痛经VAS评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
少腹逐瘀汤单用或联合孕三烯酮能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	子宫内膜异位症患者	少腹逐瘀汤联合孕三烯酮	孕三烯酮	痛经评分
研究类型及数量	1个RCT（干预组40例vs对照组40例）			
效应值及可信区间	MD= -0.45, 95%CI[-0.67, -0.23]			

证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	少腹逐瘀汤联合孕三烯酮治疗对比单用孕三烯酮治疗，痛经评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
少腹逐瘀颗粒单用或联合醋酸甲羟孕酮能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	子宫内膜异位症患者	少腹逐瘀颗粒联合醋酸甲羟孕酮	醋酸甲羟孕酮	痛经VAS评分
研究类型及数量	1个RCT（干预组49例vs对照组49例）			
效应值及可信区间	MD=-1.60, 95%CI[-1.74, -1.46]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	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评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
少腹逐瘀颗粒单用或联合GnRH-a治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	子宫内膜异位症患者	少腹逐瘀颗粒联合GnRH-a	GnRH-a	痛经VAS评分
研究类型及数量	2个RCT（干预组89例vs对照组89例）			
效应值及可信区间	MD=-0.45, 95%CI[-0.52, -0.38]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性各降一级			
结论	少腹逐瘀颗粒联合GnRH-a治疗对比单用GnRH-a治疗，痛经VAS评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
少腹逐瘀颗粒单用或联合屈螺酮炔雌醇片治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛	子宫内膜异位症患者	少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇片	屈螺酮炔雌醇片	痛经VAS评分

(痛经、性交痛、慢性盆腔痛) ?				
研究类型及数量	1个RCT (干预组61例vs对照组60例)			
效应值及可信区间	MD=-1.40, 95%CI [-1.74, -1.06]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	少腹逐瘀颗粒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评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合GnRH-a治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛(痛经、性交痛、慢性盆腔痛) ?	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合GnRH-a	腹腔镜术后使用GnRH-a	痛经VAS评分
研究类型及数量	3个RCT (干预组155例vs对照组155例)			
效应值及可信区间	MD=-3.65, 95%CI [-6.97, -0.34]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗, 痛经VAS评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
桂枝茯苓胶囊单用或联合地诺孕素治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛(痛经、性交痛、慢性盆腔痛) ?	子宫内膜异位症患者	桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素	地诺孕素	痛经VAS评分
研究类型及数量	1个RCT (干预组88例vs对照组87例)			
效应值及可信区间	MD=-0.6, 95%CI [-0.79, -0.41]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	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评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
桂枝茯苓胶囊单用或联合孕三烯酮治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	子宫内膜异位症患者	桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮	孕三烯酮（常卓琳）	痛经VAS评分
研究类型及数量	1个RCT（干预组49例vs对照组49例）			
效应值及可信区间	MD=-1.15, 95%CI[-1.31, -0.99]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	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评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
桂枝茯苓胶囊单用或联合屈螺酮炔雌醇片治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	子宫内膜异位症患者	桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片	屈螺酮炔雌醇片	痛经VAS评分
研究类型及数量	1个RCT（干预组41例vs对照组41例）			
效应值及可信区间	MD=-0.95, 95%CI[-1.10, -0.80]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	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评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
宫瘤消胶囊单用或联合屈螺酮炔雌醇片治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	子宫内膜异位症患者	宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇片	屈螺酮炔雌醇片	痛经VAS评分
研究类型及数量	1个RCT（干预组54例vs对照组54例）			
效应值及可信区间	MD=-0.90, 95%CI[-1.29, -0.51]			

证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	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评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
宫瘤消胶囊单用或联合孕三烯酮治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	子宫内膜异位症患者	宫瘤消胶囊联合孕三烯酮	孕三烯酮	痛经VAS评分
研究类型及数量	1个RCT（干预组60例vs对照组59例）			
效应值及可信区间	MD=-0.83, 95%CI[-0.97, -0.69]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	宫瘤消胶囊联合孕三烯酮治疗对比单用孕三烯酮治疗，痛经VAS评分降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
散结镇痛胶囊单用或联合去氧孕烯炔雌醇片治疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、性交痛、慢性盆腔痛）？	子宫内膜异位症患者	散结镇痛胶囊联合去氧孕烯炔雌醇片	去氧孕烯炔雌醇片	痛经VAS评分
研究类型及数量	1个RCT（干预组45例vs对照组45例）			
效应值及可信区间	MD=-0.80, 95%CI[-1.42, -0.18]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	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。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
大黄蛰虫丸单用或联合GnRH-a治疗能否控制或缩减包块直径	子宫内膜异位症患者	大黄蛰虫丸联合GnRH-a	GnRH-a	包块直径

子宫内膜异位病灶大小?				
研究类型及数量	1个RCT (干预组45例vs对照组45例)			
效应值及可信区间	MD=-0.25, 95%CI [-0.36, -0.14]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	大黄蛰虫丸联合GnRH-a治疗对比单用GnRH-a治疗, 包块直径缩减更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
宫瘤消胶囊单用或联合屈螺酮炔雌醇片治疗能否控制或缩减子宫内膜异位病灶大小?	子宫内膜异位症患者	宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇片	屈螺酮炔雌醇片	包块体积
研究类型及数量	1个RCT (干预组54例vs对照组54例)			
效应值及可信区间	MD= -0.69, 95%CI [-0.91, -0.47],			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	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, 包块体积缩减更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
桂枝茯苓胶囊单用或联合地诺孕素治疗能否控制或缩减子宫内膜异位病灶大小?	子宫内膜异位症患者	桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素	地诺孕素	包块直径
研究类型及数量	1个RCT (干预组88例vs对照组87例)			
效应值及可信区间	MD=-0.56, 95%CI [-0.64, -0.48]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素治疗对比单用地诺孕素治疗, 包块直径缩减更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
桂枝茯苓胶囊单用或联合孕	子宫内膜异	桂枝茯苓胶	孕三烯酮	包块直径

三烯酮治疗能否控制或缩减子宫内膜异位病灶大小?	位症患者	囊联合孕三烯酮		
研究类型及数量	1个RCT (干预组49例vs对照组49例)			
效应值及可信区间	MD=-0.43, 95%CI[-0.69, -0.16]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮治疗对比单用孕三烯酮治疗, 包块直径缩减更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
桂枝茯苓胶囊单用或联合屈螺酮炔雌醇片治疗能否控制或缩减子宫内膜异位病灶大小?	子宫内膜异位症患者	桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片	屈螺酮炔雌醇片	包块直径
研究类型及数量	1个RCT (干预组41例vs对照组41例)			
效应值及可信区间	MD=-0.4, 95%CI[-0.49-0.31]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	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, 包块直径缩减更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
少腹逐瘀颗粒单用或联合醋酸甲羟孕酮治疗能否控制或缩减子宫内膜异位病灶大小?	子宫内膜异位症患者	少腹逐瘀颗粒联合醋酸甲羟孕酮	醋酸甲羟孕酮	包块直径
研究类型及数量	2个RCT (干预组89例vs对照组89例)			
效应值及可信区间	MD= -1.58, 95%CI[-1.67, -1.49]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性各降一级			
结论	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, 包块直径缩减更明显。			

临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
少腹逐瘀颗粒单用或联合屈螺酮炔雌醇片治疗能否控制或缩减子宫内膜异位病灶大小?	子宫内膜异位症患者	少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇片	屈螺酮炔雌醇片	包块直径
研究类型及数量	1个RCT (干预组61例vs对照组60例)			
效应值及可信区间	MD=-1.34, 95%CI[-1.54, -1.14]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇片治疗对比单用屈螺酮炔雌醇片治疗, 包块直径缩减更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合GnRH-a治疗能否抑制子宫内膜异位症术后复发?	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合GnRH-a	腹腔镜术后使用GnRH-a	复发率
研究类型及数量	2个RCT (干预组105例vs对照组105例)			
效应值及可信区间	RR=0.48, 95%CI[0.29, 0.82]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性各降一级			
结论	腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗, 复发率降低更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗能否抑制子宫内膜异位症术后复发?	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合左炔诺孕酮宫内节育系统	腹腔镜术后使用左炔诺孕酮宫内节育系统	复发率
研究类型及数量	1个RCT (干预组60例vs对照组60例)			

效应值及可信区间	RR=0.18, 95%CI [0.04, 0.79]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	腹腔镜术后使用丹莪妇康煎膏联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗对比腹腔镜术后使用左炔诺孕酮宫内节育系统治疗，复发率更低。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a治疗能否抑制子宫内膜异位症疗后复发?	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a	腹腔镜术后使用GnRH-a	复发率
研究类型及数量	3个RCT (干预组182例vs对照组181例)			
效应值及可信区间	RR=0.35, 95%CI [0.21, 0.60]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性各降一级			
结论	腹腔镜术后使用桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗，复发率更低。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用散结镇痛胶囊治疗能否抑制子宫内膜异位症疗后复发?	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用散结镇痛胶囊	腹腔镜术后使用孕三烯酮	复发率
研究类型及数量	6个RCT (干预组362例vs对照组255例)			
效应值及可信区间	RR= 0.57 ,95%CI [0.37, 0.88]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	降一级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	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，复发率更低。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
少腹逐瘀颗粒单用或联合醋	子宫内膜异	少腹逐瘀颗	醋酸甲羟孕酮	复发率

酸甲羟孕酮治疗能否抑制子宫内膜异位症治疗后复发?	位症患者	粒联合醋酸 甲羟孕酮		
研究类型及数量	2个RCT (干预组89例vs对照组89例)			
效应值及可信区间	RR= 0.25, 95%CI [0.07, 0.86]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性各降一级			
结论	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, 复发率更低。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
血府逐瘀汤单用或联合GnRH-a治疗能改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率?	子宫内膜异位症患者	血府逐瘀汤 联合GnRH-a	GnRH-a	妊娠率
研究类型及数量	1个RCT (干预组34例vs对照组34例)			
效应值及可信区间	RR=1.90, 95%CI [1.04, 3.46]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	血府逐瘀汤联合GnRH-a治疗对比单用GnRH-a治疗, 妊娠率更高。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
丹莪妇康煎膏单用或联合控制性超促排卵治疗能改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率?	子宫内膜异位症患者	丹莪妇康煎膏联合控制性超促排卵	控制性超促排卵	获卵数
研究类型及数量	1个RCT (干预组35例vs对照组35例)			
效应值及可信区间	RR=5.50, 95%CI [2.76, 8.24]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	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, 获卵数更高。			

临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a治疗能改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率?	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a	腹腔镜术后使用GnRH-a	妊娠率
研究类型及数量	2个RCT (干预组138例vs对照组138例)			
效应值及可信区间	RR=1.64, 95%CI[1.24, 2.18]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性各降一级			
结论	腹腔镜术后使用桂枝茯苓胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗, 妊娠率更高。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
桂枝茯苓胶囊单用或联合IVF-ET治疗能改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率?	子宫内膜异位症患者	桂枝茯苓胶囊联合IVF-ET	IVF-ET	妊娠率
研究类型及数量	1个RCT (干预组100例vs对照组100例)			
效应值及可信区间	RR=1.33, 95%CI[1.04, 1.70]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	桂枝茯苓胶囊联合IVF-ET治疗对比单用IVF-ET治疗, 妊娠率更高。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
散结镇痛胶囊单用或联合口服避孕药类药物能改善子宫内膜异位症不孕患者的生育能力、提高妊娠率?	子宫内膜异位症患者	散结镇痛胶囊联合口服避孕药类药物	口服避孕药类药物	妊娠率
研究类型及数量	3个RCT (干预组59例vs对照组55例)			
效应值及可信区间	RR=1.79, 95%CI[1.24, 2.58]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降二级			

升级或降级因素	偏倚风险、不精确性各降一级			
结论	散结镇痛胶囊联合口服避孕药类药物治疗对比单用口服避孕药类药物治疗，妊娠率更高。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗能否缓解西医治疗子宫内膜异位症的副作用(如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等)?	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a	腹腔镜术后使用GnRH-a	潮热汗出
研究类型及数量	7个RCT(干预组314例vs对照组313例)			
效应值及可信区间	RR=0.40, 95%CI [0.31, 0.52]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	降一级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗，围绝经期症状中潮热汗出症状改善更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗能否缓解西医治疗子宫内膜异位症的副作用(如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等)?	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a	腹腔镜术后使用GnRH-a	睡眠障碍
研究类型及数量	7个RCT(干预组314例vs对照组313例)			
效应值及可信区间	RR=0.43, 95%CI [0.32, 0.58]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	降一级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗，围绝经期症状中睡眠障碍症状改善更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗能否缓解西医	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用坤泰胶	腹腔镜术后使	阴道干涩

治疗子宫内膜异位症的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？		囊联合 GnRH-a		
研究类型及数量	5个RCT（干预组262例vs对照组262例）			
效应值及可信区间	RR=0.28, 95%CI [0.17, 0.45]			
证据等级	B级证据			
是否升级或降级	降一级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗，围绝经期症状中阴道干涩症状改善更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗能否缓解西医治疗子宫内膜异位症的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a	腹腔镜术后使用GnRH-a	情绪波动
研究类型及数量	5个RCT（干预组179例vs对照组179例）			
效应值及可信区间	RR=0.55, 95%CI [0.39, 0.77]			
证据等级	C级证据			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性各降一级			
结论	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗，围绝经期症状中情绪波动症状改善更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗能否缓解西医治疗子宫内膜异位症的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a	腹腔镜术后使用GnRH-a	乏力
研究类型及数量	6个RCT（干预组222例vs对照组222例）			
效应值及可信区间	RR=0.41, 95%CI [0.27, 0.62]			
证据等级	B级证据			

是否升级或降级	降一级			
升级或降级因素	偏倚风险降一级			
结论	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗，围绝经期症状中乏力症状改善更明显。			
临床问题	P(研究对象)	I(干预措施)	C(对照措施)	O(结局指标)
腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗能否缓解西医治疗子宫内膜异位症的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？	子宫内膜异位症患者	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a	腹腔镜术后使用GnRH-a	骨痛
研究类型及数量	5个RCT（干预组179例vs对照组179例）			
效应值及可信区间	RR=0.36, 95%CI [0.23, 0.58]			
证据等级	D级证据			
是否升级或降级	降三级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性各降一级			
结论	腹腔镜术后使用坤泰胶囊联合GnRH-a治疗对比腹腔镜术后使用GnRH-a治疗，围绝经期症状中骨痛症状改善更明显。			

三、教材推荐中药证据等级及推荐强度表

本诊疗指南中部分推荐意见参考《中医妇科学》教材，参照2016《建立适合中医临床诊疗证据评价方法的建议》相关学术研究团队研制的中医临床诊疗证据评价方法进行评级，证据等级及推荐强度如下：

表3 教材推荐中药证据等级及推荐强度表

临床问题及推荐意见	证据等级	推荐强度
临床问题2：中医药单用或联合西医疗疗能否改善子宫内膜异位症相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？		
推荐意见2：中医药及中西医结合治疗		
气滞血瘀证：		
膈下逐瘀汤	Ib	强
血府逐瘀汤	Ib	弱
气虚血瘀证		
血府逐瘀汤加党参、黄芪	Ib	弱

举元煎合桃红四物汤	Ib	弱
肾虚血瘀证		
归肾丸合桃红四物汤	Ib	弱
归肾丸加桃仁、生蒲黄	Ib	弱
痰瘀互结证		
苍附导痰丸加三棱、莪术	Ib	弱
其他疗法		
中药保留灌肠	专家共识度 92.8%	弱
针刺治疗	专家共识度 96.4%	强
临床问题 3：中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫内膜异位症相关月经异常？		
推荐意见 1：中药治疗		
气滞血瘀证		
膈下逐瘀汤	Ib	弱
血府逐瘀汤	Ib	弱
寒凝血瘀证		
少腹逐瘀汤	Ib	弱
气虚血瘀证		
血府逐瘀汤加党参、黄芪	Ib	弱
举元煎合桃红四物汤	Ib	弱
肾虚血瘀证		
归肾丸合桃红四物汤	Ib	弱
归肾丸加桃仁、生蒲黄	Ib	弱
痰瘀互结证		
苍附导痰丸加三棱、莪术	Ib	弱

附录 C

(规范性)

一、缩略词对照表

缩略词	英文全称	中文全称
EM	Endometriosis	子宫内膜异位症
ASRM	American Society for Reproductive Medicine	美国生殖医学学会
RCT	Randomized Controlled Trial	随机对照试验
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation working group	推荐意见分级评估、制定 和评价
DIE	Deep Infiltrating Endometriosis	深部浸润型内异症
GnRH- α	Gonadotropin-releasing Hormone Agonists	促性腺激素释放激素激 动剂
LNG-IUS	Levonorgestrel Releasing Intrauterine System	左炔诺孕酮宫内缓释系 统
COC	Combined Oral Contraceptive	复方口服避孕药
AMH	Anti-Müllerian Hormone	抗缪勒管激素
IVF-ET	In Vitro Fertilization and Embryo Transfer	体外受精联合胚胎移植

二、诊断标准

参照 2021 年子宫内膜异位症诊治指南（第三版）^[1]。

1 临床诊断

EM 普遍存在诊断延迟的情况，诊断延迟可导致病情加重，影响治疗和预后，增加复发风险，降低生命质量。临床诊断对于 EM 的早期干预和治疗尤为重要。

1.1 EM 的临床表现为以下 1 种或多种：（1）痛经，影响日常活动和生活。（2）慢性盆腔痛。（3）性交痛或性交后疼痛。（4）与月经周期相关的胃肠道症状，尤其是排便痛；以及与月经周期相关的泌尿系统症状，尤其是血尿或尿痛。（5）合并以上至少 1 种症状的不孕。具有以上 1 种或多种症状可以临床诊断 EM。

1.2 其他症状：侵犯特殊器官的 EM 常伴有其他症状。肠道 EM 常有消化道症状，如便秘、便血、排便痛或肠痉挛，严重时可出现肠梗阻。膀胱 EM 可出现尿频、尿急、尿痛甚至血尿。输尿管 EM 多以输尿管扩张或肾积水就诊，甚

至会出现肾萎缩、肾功能丧失。肺及胸膜 EM 可出现经期咯血、气胸。剖宫产术后腹壁切口、会阴切口 EM，表现为瘢痕部位结节伴有与经期密切相关的疼痛。

1.3 体征：通过妇科检查（双合诊、三合诊）了解盆腔情况，EM 的典型体征为子宫后倾固定、附件可扪及活动度欠佳的囊性肿块，阴道后穹隆、直肠子宫陷凹、宫骶韧带痛性结节、阴道后穹隆紫蓝色结节。阴道后穹隆、阴道直肠隔痛性结节可考虑深部浸润型子宫内膜异位症（DIE）。三合诊不适用于无性生活的患者。

1.4 影像学检查：（1）超声检查：首选经阴道超声检查。对于不适合行经阴道超声检查者（如无性生活史），可考虑腹部超声或经直肠超声检查。（2）MRI 检查：对于有临床症状或体征的疑似 EM，不推荐首选盆腔 MRI 检查进行确诊；为评估累及肠、膀胱或输尿管的深部 EM 的病灶范围，可考虑使用盆腔 MRI 检查。

1.5 生物标志物：迄今为止，外周血及子宫内膜的多种标志物，尚无一种能准确诊断 EM。CA125 水平检测对早期 EM 的诊断意义不大。

1.6 其他特殊检查：可疑膀胱 EM 或肠道 EM，术前应行膀胱镜或肠镜、经肠道超声检查并行活检，以除外器官本身的病变特别是恶性肿瘤。

2 手术诊断

2.1 手术诊断与评估：腹腔镜手术是 EM 通常的手术诊断方法。通过腹腔镜可以对病变部位及范围进行探查，并能获得病变组织以进行组织病理学诊断。

2.2 腹腔镜手术分期：目前常用的 EM 分期方法是美国生殖医学学会（American Society for Reproductive Medicine, ASRM）分期。

2.3 临床病理分型：（1）腹膜型 EM 或腹膜 EM(peritoneal endometriosis)：指盆腔腹膜的各种 EM 种植病灶，主要包括红色病变（早期病变）、棕色病变（典型病变）以及白色病变（陈旧性病变）。（2）卵巢型 EM(ovarian endometriosis) 或卵巢病灶中可见子宫内膜腺体和间质，伴有炎症反应及纤维化。但临床上有一定病例不能找到组织病理学证据。（3）DIE：指病灶浸润深度 ≥ 5 mm，包括宫骶韧带、直肠子宫陷凹、阴道穹隆、阴道直肠隔、直肠或结肠壁的 EM 病灶，也可侵犯至膀胱壁和输尿管。（4）其他部位的 EM (other endometriosis)：包括瘢痕 EM（腹壁切口及会阴切口）以及其他少见的远处 EM，如肺、胸膜等部位的 EM。

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膜异位症协作组.子宫内膜异位症诊治指南(第三版)[J].中华妇产科杂志,2021,56(12):812-824.
- [2]谈勇.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:276-280.
- [3]罗颂平,谈勇.中医妇科学[M].北京:人民卫生出版社,2015:196.
- [4]李小芳,赵玉华.达菲林联合丹莪妇康煎膏对子宫内膜异位症患者血清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.
- [5]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.
- [6]冯琴琴,赵洪萍.丹莪妇康煎膏联合GnRH-a对子宫内膜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.
- [7]卢娜,张丹,苑文娜.桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(6):1117-1121.
- [8]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.
- [9]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.
- [10]陆佳琦,周赞,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.
- [11]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):200-5.
- [12]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.
- [13]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.
- [14]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.
- [15]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.
- [16]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.
- [17]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.
- [18]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.
- [19]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.
- [20]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.
- [21]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.
- [22]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.
- [23]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.
- [24]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.
- [25]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.

- [26]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.
- [27]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.
- [28]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.
- [29]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.
- [30]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.
- [31]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.
- [32]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.
- [33]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.
- [34]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.
- [35]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.
- [36]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.
- [37]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.
- [38]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.
- [39]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.
- [40]许宝珍,薛芸.子宫内膜异位症腹腔镜手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.
- [41]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.
- [42]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.