

中国中西医结合学会
中华中医药学会 发布
中华医学会

子宫腺肌病中西医结合诊疗指南

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

2023-05-31 发布

2023-05-31 实施

目次

前言.....	3
引言.....	5
正文.....	7
范围.....	7
规范性引用文件.....	7
术语和定义.....	7
病因.....	7
诊断.....	8
治疗.....	9
长期管理.....	16
诊疗流程图.....	18
附录 A（资料性）编制方法.....	19
附录 B（资料性）证据综合报告.....	27
附录 C（规范性）引用标准.....	44
附录 D（资料性）缩略词对照表.....	45
参考文献.....	46

前言

1 起草规则

本指南参照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

本指南由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会提出并归口。

本指南负责人：赵瑞华（中国中医科学院广安门医院）、周应芳（北京大学第一医院）、俞超芹（海军军医大学第一附属医院）

本指南执笔人：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）、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）

本指南主审人：肖承棕（北京中医药大学东直门医院）、冷金花（北京协和医院）、杜惠兰（河北中医学院）、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）

本指南讨论专家(按照姓氏拼音排序)：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（河北中医学院）、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（河北中医学院）、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（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(河北中医医院)、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·伊力亚斯(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(云南省中医医院)、张丹丹(哈尔滨医科大学附属一院)、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)

引言

1 背景信息

子宫腺肌病（adenomyosis, AM）是常见的妇科疾病，好发于生育年龄妇女，发病率为7%~23%^[1]。AM临床症状主要包括痛经、月经过多（甚至致严重贫血）和不孕，对患者身心健康造成严重影响^[1,2]。AM的主要治疗目标是缓解疼痛、减少出血和促进生育^[1-3]。中西医结合诊治AM可以在提高疗效的同时，减轻西医常规治疗所带来的不良反应、副作用，为患者提供更为安全、有效的治疗方法。

目前，国内尚无独立的AM诊治指南，仅有4部专家共识或指南提及AM的内容。其中2015年《子宫内膜异位症的诊治指南》、2020年《子宫腺肌病诊治中国专家共识》、2021年《子宫内膜异位症诊治指南（第三版）》提及中医药可以缓解痛经，而2021年《子宫腺肌病伴不孕症诊疗中国专家共识》中并未提及中医中药。这些指南、专家共识中均未系统对中西医结合诊疗AM进行阐述，未形成中西医结合治疗AM的指导性意见，未给出具体的中药用药推荐。尤其是近年AM长期管理理念的提出，如何对AM患者进行中西医结合的长期管理，现有指南、专家共识均未见提出。因此，亟待规范、完善高质量、高标准的规范化诊疗指导，从临床实际出发，以临床问题为导向，将中、西医在AM诊治领域有机、有效结合，实现中、西医各取所长。

本指南以中西医临床实践中关键问题为导向，参考国际临床实践指南的制订方法和流程，并在中华中医药学会相关技术文件指导下，基于循证医学理念和方法，在多学科专业背景研究团队的共同努力下完成。

本指南参照最新的国内外指南，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子宫腺肌病中西医治疗原则与方法，以期协助临床西医医师、中医医师、中西医结合医师、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腺肌病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，并根据临床实践反馈意见进行更新完善。

2 构建临床问题

本指南通过问卷调研、专家深度访谈以及两轮德尔菲法专家问卷调查形成了以下10个临床问题：

子宫腺肌病的中医诊断要点（辨证分型）？

中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？

中医药单用或联合西医治疗能否减少子宫腺肌病患者的月经量？

中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病不孕患者的生育能力、提高妊娠率？

中医药单用或联合西医治疗能否抑制子宫腺肌病疗后复发？

中医药联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积或病灶大小？

中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病患者的生活质量？

中医药单用或联合西药治疗能否缓解西医治疗子宫腺肌病的副作用（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腺肌病的安全性如何？

中医药联合西医治疗能否用于子宫腺肌病的长期管理？

3 资金资助及利益冲突情况

本指南受中国中医科学院科技创新工程项目（No. CI2021A02401；No. CI2021A05503）、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、国家中医药管理局《提档升级制定 30 个左右中西医结合诊疗方案》项目资助。

本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

本指南已于 2022 年 4 月 11 日，在国际实践指南注册与透明化平台进行了注册，注册号：IPGRP-2022CN212。

本指南将在临床应用中进一步完善并及时进行更新。

子宫腺肌病中西医结合诊疗指南

1 范围

本指南规定了子宫腺肌病的术语和定义、病因、诊断、治疗和长期管理。

本指南适用于子宫腺肌病患者的中西医结合诊断、治疗及长期管理。

本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、护理人员和药师可供参考使用；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 13017 标准化工作指南

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 13016 标准体系表编制原则和要求

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

3 术语和定义

ICD11和GB/T 16751.1-2021界定的以及下列术语和定义适用于本指南。

3.1

子宫腺肌病 *adenomyosis*

子宫内膜（包括腺体和间质）侵入子宫肌层生长而产生的病变。

[来源 ICD11, GA11]

3.2

积聚类病（癥瘕） *category of abdominal mass accumulation diseases*

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

[来源 GB/T 15657-2021, A16.01.; GB/T 16751.1-2021, 17.1]

4 病因

4.1 西医发病机制

子宫腺肌病的病理生理机制不明，临床表现多样化，目前并无单一学说可以解释此复杂病症。主要的发病机制学说包括：子宫内膜基底部内陷及组织损伤修复学说、苗勒管遗迹化生及成体干细胞分化学说、炎症刺激学说以及其他可能的机制如上皮-间质转化学说、血管生成学说、遗传学说、免疫学说等^[1]。

4.2 中医病因病机

本病主要病机为瘀血阻滞，病因包括外邪入侵、情志内伤、房劳、饮食不节或手术损伤等，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，留结于下腹，阻滞冲任、胞宫、胞脉、胞络而发病^[4,5]。

5 诊断

5.1 西医诊断标准

患者的病史、临床症状、体征以及相关的辅助检查结果是诊断子宫腺肌病的重要依据，但诊断的“金标准”仍然是病理诊断^[1]。

5.1.1 详细询问病史

详见附录 C（二、诊断标准）部分。

5.1.2 临床表现

（1）进行性加重的痛经；（2）月经过多和（或）经期延长；（3）不孕；（4）妇科检查，常可触及子宫增大，呈球形，或有局限性结节隆起，质硬且有压痛，经期压痛更为明显。子宫常为后位，活动度差。如患者具有典型的临床表现，可以临床诊断。

5.1.3 辅助检查

主要包括超声、MRI 及 CT 检查。超声检查为子宫腺肌病首选的影像学检查方式，尤其是经阴道或直肠超声，现阶段 MRI 是公认的无创诊断子宫腺肌病最准确的技术。详见附录 C（二、诊断标准）部分。

5.1.4 实验室检查

主要是血 CA125 水平升高。

5.1.5 组织病理学

子宫腺肌病的确诊仍然需要组织病理学。

5.2 中医诊断要点

5.2.1 临床问题

临床问题1：子宫腺肌病的中医诊断要点（辨证分型）有哪些？

推荐意见：根据教材^[4,5]、文献研究^[6]及专家共识推荐，将子宫腺肌病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，或行经时间延长，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，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，色暗有块。

次症：腰膝酸软，腰脊刺痛，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，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。

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腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？

6.1.1 推荐意见 1：西医治疗

从缓解症状和促进生育考虑，应首先考虑药物治疗。药物治疗的选择取决于患者的年龄、症状严重程度和生育要求，需要个体化与规范化结合^[1,2]。药物治疗有副作用，治疗前应充分告知，并且药物治疗的疗效是暂时的，停药后症状易复发，需要长期使用。手术治疗适应证、术式的选择，保守手术后症状的缓解、复发、生育的结局以及子宫破裂的风险是应该关注的问题^[1]。

(1) 药物治疗^[1-3]：非甾体类抗炎药（non-steroid anti-inflammatory drug, NSAID）、复方口服避孕药（combined oral contraceptives, COC）、口服孕激素类药物（包括地诺孕素、甲羟孕酮、注射用长效甲羟孕酮、地屈孕酮、孕三烯酮）、促性腺激素释放激素激动剂（gonadotropin-releasing hormone agonists, GnRH-a）、左炔诺孕酮宫内缓释系统（levonorgestrel releasing intrauterine system, LNG-IUS）。其中，地诺孕素是目前唯一经临床试验验证的治疗子宫腺肌病的专用药物。

①NSAID 副作用主要为胃肠道反应，偶有肝肾功能异常。长期应用要警惕胃溃疡的可能。②COC 副作用较少，偶有消化道症状或肝功能异常。40 岁以上或有高危因素（如糖尿病、高血

压、血栓史及吸烟)的患者,要警惕血栓栓塞的风险。③口服孕激素类药物副作用主要是突破性出血、乳房胀痛、体重增加、消化道症状及肝功能异常。④GnRH-a 副作用:主要是低雌激素血症引起的绝经相关症状如潮热、阴道干燥、性欲降低、失眠及抑郁等,长期应用则有骨质丢失的可能。⑤LNG-IUS 副作用主要是月经模式的改变,包括淋漓出血及闭经;子宫腺肌病患者使用 LNG-IUS 后脱落和下移时有发生,使用前应让患者充分知情。

(2) 手术治疗^[1]:有症状的子宫腺肌病患者的根治性治疗是子宫全切除术。对于无法耐受长期药物治疗、药物治疗失败的生育年龄患者,可选择保留生育功能的手术,包括局灶性腺肌病灶切除术、弥漫性子宫腺肌病的病灶减少术以及子宫内膜消融或切除术;子宫腺肌病的宫腔镜治疗。保守性手术术后症状的缓解、复发、生育的结局以及术后妊娠子宫破裂、胎盘植入的风险是应该关注的问题。

(3) 介入治疗^[1]:包括子宫动脉栓塞术(uterine arterial embolization, UAE)、高强度聚焦超声消融治疗(high intensity focused ultrasound, HIFU)及其他(如射频或微波消融等)治疗方法。这些治疗的并发症主要有治疗区域皮肤水泡、橘皮样改变、下腹部疼痛、阴道排液及流血,骶尾部和(或)臀部疼痛,下肢感觉异常等。应严格掌握治疗的适应证。

6.1.2 推荐意见2: 中医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、当归、生地黄、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草。证据级别: Ib, 推荐级别: 弱推荐)或血府逐瘀汤加减联合 LNG-IUS(证据级别: D, 推荐级别: 弱推荐); (3) 可以使用桃红四物汤(《医宗金鉴》, 药物组成: 桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、熟地黄。证据级别: D, 推荐级别: 弱推荐), 未出现明显不良反应; (4) 可以使用桂枝茯苓丸汤剂(《金匱要略》, 药物组成: 桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍。证据级别: D, 推荐级别: 弱推荐)、桂枝茯苓丸汤剂联合孕三烯酮胶囊(证据级别: D, 推荐级别: 弱推荐)、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: IVa, 推荐级别: 弱推荐)、桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊(证据级别: D, 推荐级别: 弱推荐), 不良反应(胃肠道不适、肝功能异常、痤疮、阴道不规则出血、体质量增加等)发生率低于单用孕三烯酮胶囊; (5) 推荐使用桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS(桂枝茯苓丸药物组成: 桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍。证据级别: C/D, 推荐级别: 强推荐), 不良反应(月经紊乱、恶心、头痛、阴道出血、环下移等)发生率与单用 LNG-IUS 相比无明显差异。

证据描述: 膈下逐瘀汤、血府逐瘀汤、桂枝茯苓胶囊参考教材^[4,5]。1项^[7]随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)表明血府逐瘀汤加减联合 LNG-IUS 改善中医证候积分(包括痛经临床症状)的疗效优于单用 LNG-IUS 治疗(n=60, MD=-6.00, 95%CI[-7.54, -4.46], P<0.00001)。1项^[8]RCT 表明桃红四物汤降低痛经视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)的疗效优于布洛芬缓释胶囊(n=65, MD=-2.55, 95%CI[-3.47, -1.63], P<0.00001), 并且未出现明显不良反应。1项^[9]RCT 表明桂枝茯苓丸汤剂治疗3个月后降

低痛经积分疗效优于单用孕三烯酮胶囊（ $n=102$ ， $MD=-2.84$ ， $95\%CI[-3.48, -2.20]$ ， $P<0.00001$ ）。2项^[9,10]RCTs表明桂枝茯苓丸汤剂联合孕三烯酮胶囊治疗3个月后降低痛经积分疗效优于单用孕三烯酮（ $n=197$ ， $MD=-1.99$ ， $95\%CI[-3.42, -0.55]$ ， $P=0.007$ ）。1项^[11]RCT表明桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊降低慢性疼痛分级的疗效优于单用孕三烯酮胶囊治疗（ $n=126$ ， $MD=-1.70$ ， $95\%CI[-1.90, -1.50]$ ， $P<0.00001$ ），不良反应发生率低于单用孕三烯酮胶囊，不良反应包括胃肠道不适、肝功能异常、痤疮、阴道不规则出血、体质量增加等。4项^[12-15]RCTs表明桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合LNG-IUS降低痛经VAS评分的疗效优于单用LNG-IUS（ $n=432$ ， $MD=-1.72$ ， $95\%CI[-2.26, -1.19]$ ， $P<0.00001$ ）。2项^[16,17]RCTs表明桂枝茯苓胶囊联合LNG-IUS降低慢性疼痛分级的疗效优于单用LNG-IUS（ $n=188$ ， $MD=-0.30$ ， $95\%CI[-0.50, -0.11]$ ， $P=0.002$ ），不良反应发生率与单用LNG-IUS相比差异无统计学意义^[12-15]，不良反应包括月经紊乱、恶心、头痛、阴道出血、环下移等。

6.1.2.2 寒凝血瘀证

（1）推荐使用少腹逐瘀汤（《医林改错》），药物组成：肉桂、小茴香、干姜、当归、川芎、赤芍、蒲黄、五灵脂、没药、延胡索。证据级别：Ib，推荐级别：强推荐；（2）可以使用少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊（证据级别：D，推荐级别：弱推荐），并且未见严重的不良反应；（3）可以使用桂枝茯苓丸汤剂（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓丸汤剂联合孕三烯酮胶囊（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊（证据级别：IVa，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）；（4）推荐使用桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合LNG-IUS（证据级别：C/D，推荐级别：强推荐）。

证据描述：少腹逐瘀汤参考教材^[4,5]。1项^[18]RCT表明少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊降低痛经积分的疗效优于单用孕三烯酮胶囊治疗（ $n=96$ ， $MD=-1.39$ ， $95\%CI[-2.00, -0.78]$ ， $P<0.00001$ ），并且未见严重的不良反应。桂枝茯苓丸汤剂、桂枝茯苓丸汤剂联合孕三烯酮胶囊、桂枝茯苓胶囊、桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊、桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合LNG-IUS证据描述同6.1.2.1。

6.1.2.3 气虚血瘀证

（1）可以使用血府逐瘀汤加党参、黄芪（证据级别：Ib，推荐级别：弱推荐）；（2）可以使用举元煎（《景岳全书》，药物组成：人参、黄芪、白术、升麻、炙甘草）合桃红四物汤（《医宗金鉴》）（证据级别：Ib，推荐级别：弱推荐）；（3）可以使用止痛化癥胶囊联合醋酸亮丙瑞林（药物组成：党参、炙黄芪、白术、丹参、当归、鸡血藤、三棱、莪术、芡实、山药、延胡索、川楝子、鱼腥草、败酱草、蜈蚣、全蝎、土鳖虫、炮姜、肉桂。证据级别：D，推荐级别：弱推荐），不良反应（腹痛、轻度转氨酶升高、阴道出血、感染、月经不调）发生率与单用醋酸亮丙瑞林相比无明显差异；（4）可以使用丹黄祛瘀胶囊联合孕三烯酮胶囊（药物组成：黄芪、丹参、党参、山药、土茯苓、当归、鸡血藤、芡实、鱼腥草、三棱、莪术、全蝎、败酱草、肉桂、白术、炮姜、土鳖虫、延胡索、川楝子、苦参。证据级别：D，推荐级别：弱推荐），不良反应（潮热盗汗、恶心、痤疮、下肢浮肿）发生率与单用孕三烯酮胶囊相比无明显差异。

证据描述：血府逐瘀汤加党参、黄芪参考教材^[5]；举元煎合桃红四物汤参考教材^[4]。1

项^[19]RCT 表明止痛化癥胶囊联合醋酸亮丙瑞林降低痛经 VAS 评分的疗效优于单用醋酸亮丙瑞林 (n=84, MD=-2.77, 95%CI[-2.99, -2.55], $P<0.00001$), 不良反应发生率与单用醋酸亮丙瑞林相比差异无统计学意义, 不良反应包括腹痛、轻度转氨酶升高、阴道出血、感染、月经不调。1 项^[20]RCT 表明丹黄祛瘀胶囊联合孕三烯酮胶囊改善痛经症状积分的疗效优于单用孕三烯酮胶囊 (n=122, MD=-7.73, 95%CI[-8.08, -7.38], $P<0.00001$), 不良反应发生率与单用孕三烯酮胶囊相比差异无统计学意义, 不良反应包括潮热盗汗、恶心、痤疮、下肢浮肿。

6.1.2.4 肾虚血瘀证

可以使用归肾丸 (《景岳全书》, 药物组成: 菟丝子、杜仲、枸杞子、山茱萸、当归、熟地黄、山药、茯苓) 合桃红四物汤 (《医宗金鉴》) (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参考教材^[4]。

6.1.2.5 痰瘀互结证

(1) 可以使用散结镇痛胶囊 (药物组成: 龙血竭、三七、浙贝母、薏苡仁。证据级别: IVa, 推荐级别: 弱推荐); (2) 推荐使用散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS (证据级别: D, 推荐级别: 强推荐); (3) 可以使用苍附导痰丸 (《叶氏女科证治》, 药物组成: 茯苓、半夏、陈皮、甘草、苍术、香附、南星、枳壳、生姜、神曲) 加三棱、莪术 (证据级别: Ib, 推荐级别: 弱推荐), 不良反应 (恶心、头痛、乳胀、不规则阴道出血、环下移、痤疮等) 发生率与单用 LNG-IUS 相比无明显差异。

证据描述: 散结镇痛胶囊、苍附导痰丸加三棱、莪术参考教材^[5]。1 项^[21]RCT 表明散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS 降低痛经 VAS 评分的疗效优于单用 LNG-IUS (n=78, MD=-0.95, 95%CI[-1.82, -0.08], $P=0.03$), 3 项^[21-23]RCT 表明散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS 的不良反应发生率与单用 LNG-IUS 相比差异无统计学意义, 不良反应包括恶心、头痛、乳胀、不规则阴道出血、环下移、痤疮等。

6.1.2.6 其他疗法

(1) 可以使用中药保留灌肠 (证据级别: IVa/D, 专家共识度 100%, 推荐级别: 弱推荐); (2) 可以使用化瘀散结灌肠液 (药物组成: 当归、川芎、赤芍、生地黄、桃仁、红花、川牛膝、三棱、莪术、丹参、鳖甲、龟甲、木通、连翘、金银花。证据级别: D, 推荐级别: 弱推荐); (3) 可以使用针刺或针灸疗法 (证据级别: IVa/D, 推荐级别: 弱推荐)。

证据描述: 中药保留灌肠参考教材^[4]。共识会议中, 参会专家均认为中药保留灌肠对缓解痛经有较好疗效, 专家共识度 100%。1 项^[24]RCT 表明化瘀散结灌肠液灌肠降低痛经 VAS 评分的疗效优于单用去氧孕烯炔雌醇片 (n=62, MD=-0.50, 95%CI[-0.89, -0.11], $P=0.01$)。1 项^[25]RCT 表明针刺疗法降低痛经 VAS 评分的疗效优于布洛芬缓释胶囊 (n=40, MD=-3.90, 95%CI[-4.64, -3.16], $P<0.00001$)。2 项^[26,27]RCTs 表明针灸疗法降低痛经 VAS 评分的疗效分别优于单用布洛芬缓释胶囊 (n=65, MD=-3.78, 95%CI[-4.37, -3.19], $P<0.00001$) 及单用孕三烯酮胶囊 (n=60, MD=-1.80, 95%CI[-2.35, -1.25], $P<0.00001$)。

6.2 临床问题 3: 中医药单用或联合西医治疗能否减少子宫腺肌病患者的月经量?

6.2.1 推荐意见 1: 西医治疗

治疗方案可参考 6.1.1。

6.2.2 推荐意见2：中医药及中西医结合治疗

6.2.2.1 气滞血瘀证

可以使用桂枝茯苓胶囊（证据级别：IVa，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS（证据级别：C，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：桂枝茯苓胶囊参考教材^[5]。1 项^[11]RCT 表明桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊减少月经量的疗效优于单用孕三烯酮胶囊（n=126，MD=-39.67，95%CI[-47.09，-32.25]， $P < 0.00001$ ），不良反应同 6.1.2.1。5 项^[13, 15-17, 28]RCTs 表明桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS 减少月经量的疗效优于单用 LNG-IUS（n=498，MD=-12.36，95%CI[-20.77，-3.96]， $P=0.004$ ），不良反应同 6.1.2.1。

6.2.2.2 寒凝血瘀证

（1）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）；
（2）可以使用桂枝茯苓胶囊（证据级别：IVa，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS（证据级别：C，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：少腹逐瘀汤、桂枝茯苓胶囊参考教材^[4, 5]。桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊、桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS 证据描述同 6.2.2.1。

6.2.2.3 气虚血瘀证

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，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：举元煎合桃红四物汤参考教材^[4]。

6.2.2.4 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：Ib，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：归肾丸合桃红四物汤参考教材^[4]。

6.2.2.5 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（证据级别：Ib，推荐级别：弱推荐）；（2）可以使用散结镇痛胶囊（证据级别：IVa，推荐级别：弱推荐）、散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）、散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片（证据级别：D，推荐级别：弱推荐），散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片不良反应（恶心、呕吐、食欲不振、体质量增加、乳腺胀痛、不规则阴道流血等）发生率低于单用炔雌醇环丙孕酮片。

证据描述：苍附导痰丸加三棱、莪术；散结镇痛胶囊参考教材^[5]。3 项^[21-23]RCTs 表明散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS 减少月经量的疗效优于单用 LNG-IUS（n=225，MD=-38.30，95%CI[-65.19，-11.41]， $P=0.005$ ），不良反应同 6.1.2.5。1 项^[29]RCT 表明散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片减少月经量的疗效优于单用炔雌醇环丙孕酮片（n=60，MD=-8.00，95%CI[-14.76，-1.24]， $P=0.02$ ），不良反应发生率低于单用炔雌醇环丙孕酮片，不良反

应包括恶心、呕吐、食欲不振、体质量增加、乳腺胀痛、不规则阴道流血等。

6.2.2.6 其他疗法

可以使用针刺疗法（证据级别：IVa/D，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：参考教材^[4,5]。1项^[25]RCT表明针刺疗法减少月经量的疗效优于布洛芬缓释胶囊（n=40，MD=-13.10，95%CI[-18.91，-7.29]， $P<0.00001$ ）。

6.3 临床问题 4：中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病不孕患者的生育能力、提高妊娠率？

6.3.1 推荐意见 1：西医治疗

AM合并不孕者，应详细询问病史，需行子宫腺肌病评估和全面的生育力评估^[1]。以保留和改善女性生育力为目标的子宫腺肌病治疗方法包括辅助生殖技术（Assisted Reproductive Technology, ART）、病灶切除手术、药物治疗、手术联合药物治疗、三联治疗（手术联合药物治疗及ART）和HIFU等。应根据患者子宫大小、病灶部位与性质（局灶或弥漫）、卵巢储备功能及是否合并其他不孕因素决定。药物治疗最常用的为GnRH-a。基于目前的临床研究，对于合并AM的不孕患者，如果年龄小于35岁，卵巢功能正常，可考虑GnRH-a注射3~6个周期后试孕，试孕失败或有其他ART指征者直接行ART。对于年龄35岁以上，卵巢储备功能下降或者子宫增大明显（大于12周）者，可先行取卵+胚胎冷冻，再行GnRH-a注射3~6个月缩小子宫，改善子宫环境后再行冻胚移植^[1,30]。

助孕治疗适应证、禁忌证、预处理方法、助孕方案的选择、移植策略等均需要结合患者的具体情况。手术治疗的原则和首要目的是为妊娠创造有利条件，手术适应证、禁忌证、手术方式以及保守手术后妊娠的产科风险，都需要谨慎把握^[30]。

6.3.2 推荐意见 2：中医药及中西医结合治疗

对于有生育要求的AM患者，可选用中医药治疗，分排卵前后区别治法重点，在月经周期不同阶段，融合活血化瘀消癥与补肾健脾安胎两种治法。AM不孕患者，在全面评估生育能力的基础上，可选用中医药治疗和（或）体外授精联合胚胎移植（in vitro fertilization and embryo transfer, IVF-ET）。但目前尚缺乏高质量的临床研究证据证实中药或中西医结合治疗对比西医治疗在改善子宫腺肌病不孕患者的生育能力、提高妊娠率方面有明显优势。

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腺肌病疗后复发？

6.4.1 推荐意见 1：西医治疗

目前资料显示，长期药物治疗如LNG-IUS、口服避孕药等已显示出对控制症状、预防复发的有效性^[31]。术后应用GnRH-a能够减少复发率，延长复发时间^[32]。

6.4.2 推荐意见 2：中医药及中西医结合治疗

目前仅检索到自拟方与西药治疗对子宫腺肌病痛经疗后复发有一定疗效。

6.5 临床问题 6：中医药联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积或病灶大小？

6.5.1 推荐意见 1：西医治疗

GnRH-a或GnRH-a预处理后序贯应用地诺孕素^[1-3,33]。

6.5.2 推荐意见 2：中医药及中西医结合治疗

6.5.2.1 气滞血瘀证

可以使用桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS（证据级别：C，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：4 项^[15-17,28]RCTs 表明桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS 缩减子宫体积的疗效优于单用 LNG-IUS 治疗（n=286，MD=-15.75，95%CI[-19.66，-11.85]， $P<0.00001$ ），不良反应同 6.1.2.1。1 项^[11]RCT 表明桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊缩减子宫体积的疗效优于单用孕三烯酮胶囊（n=126，MD=-18.30，95%CI[-25.90，-10.70]， $P<0.00001$ ），不良反应同 6.1.2.1。

6.5.2.2 寒凝血瘀证

（1）可以使用少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）；（2）可以使用桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS（证据级别：C，推荐级别：弱推荐）、桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：1 项^[18]RCT 表明少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊缩减子宫体积的疗效优于单用孕三烯酮胶囊（n=96，MD=-7.77，95%CI[-12.64，-2.90]， $P<0.00001$ ）。桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS、桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊证据描述同 6.5.2.1。

6.5.2.3 气虚血瘀证

（1）推荐使用止痛化癥胶囊联合 GnRH-a（证据级别：D，推荐级别：强推荐），不良反应（腹痛、轻度转氨酶升高、阴道出血、感染、月经不调、潮热、阴道干燥、性欲下降）发生率与单用 GnRH-a 相比无明显差异；（2）可以使用丹黄祛瘀胶囊联合孕三烯酮胶囊（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：2 项^[19,34]RCTs 表明止痛化癥胶囊联合 GnRH-a 缩减子宫体积的疗效优于单用 GnRH-a 治疗（n=148，SMD=-0.98，95%CI[-1.32，-0.63]， $P<0.00001$ ），不良反应发生率与单用 GnRH-a 相比差异无统计学意义，不良反应包括腹痛、轻度转氨酶升高、阴道出血、感染、月经不调、潮热、阴道干燥、性欲下降。1 项^[20]RCT 表明丹黄祛瘀胶囊联合孕三烯酮胶囊缩减子宫体积方面疗效优于单用孕三烯酮胶囊（n=122，MD=-9.02，95%CI[-12.19，-5.85]， $P<0.00001$ ），不良反应同 6.1.2.3。

6.5.2.4 痰瘀互结证

可以使用散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）、散结镇痛胶囊联合 COC[屈螺酮炔雌醇片（II）、炔雌醇环丙孕酮片]（证据级别：D，推荐级别：弱推荐），散结镇痛胶囊联合屈螺酮炔雌醇片（II）未发生明显不良反应。

证据描述：3 项^[21-23]RCTs 表明散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS 缩减子宫体积的疗效优于单用 LNG-IUS 治疗（n=225，MD=-12.16，95%CI[-23.68，-0.64]， $P=0.04$ ），不良反应同 6.1.2.5。2 项^[29,35]RCTs 表明散结镇痛胶囊联合 COC[屈螺酮炔雌醇片（II）、炔雌醇环丙孕酮片]缩减子宫体积的疗效优于单用 COC（n=180，MD=-4.34，95%CI[-6.32，-2.35]， $P<0.0001$ ）。散结镇痛胶囊联合屈螺酮炔雌醇片（II）未发生明显不良反应^[35]。散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片的不良反应同 6.2.2.5。

6.5.2.4 其他疗法

可以使用化瘀散结灌肠液（证据级别：D，推荐级别：弱推荐）。

证据描述：1 项^[24]RCT 表明化瘀散结灌肠液灌肠疗法缩减子宫体积的疗效优于单用去氧

孕烯炔雌醇片 (n=62, MD=-14.00, 95%CI[-24.13, -3.87], P=0.007)。

6.6 临床问题 7: 中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病患者的生活质量?

推荐意见: (1) 少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊对比单用孕三烯酮胶囊, 可以改善患者生活质量 (证据级别: D, 推荐级别: 弱推荐); (2) 专家共识会议推荐针灸疗法可以改善患者生活质量 (专家共识度 96.4%, 推荐级别: 弱推荐)。

证据描述: 1 项^[18]RCT 表明少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊治疗后生活质量 NHP 评分显著低于单用孕三烯酮胶囊治疗 (n=96, P<0.05)。专家共识会议中, 与会专家认为针灸可改善子宫腺肌病患者的生活质量, 专家共识度 96.4%。

6.7 临床问题 8: 中医药单用或联合西药治疗能否缓解西药治疗子宫腺肌病的副作用 (如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等)?

推荐意见: 推荐使用左归丸 (药物组成: 熟地黄、山药、枸杞、龟甲胶、鹿角胶、菟丝子、牛膝) 加减联合莉芙敏片, 用于 GnRH-a 治疗引起的肾阴虚证低雌激素症状的治疗。(证据级别: C, 推荐级别: 强推荐)。

证据描述: 1 项^[36]RCT 表明, AM 术后联合使用醋酸戈舍瑞林+莉芙敏片+左归丸加减降低改良 Kupperman 评分的疗效优于醋酸戈舍瑞林+莉芙敏片组 (n=59, MD=-2.12, 95%CI[-3.89, -0.35], P=0.02)。

7 长期管理

7.1 临床问题 10: 中医药联合西医治疗能否用于子宫腺肌病的长期管理?

子宫腺肌病的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、生育问题的咨询与指导。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 长期管理的目标

子宫腺肌病患者发病年龄轻, 多为育龄期女性, 影响患者长达数年到数十年, 是一种慢性疾病^[31]。2018 年底, 子宫内膜异位症长期管理中国专家共识出台^[37]。子宫腺肌病作为内异症的特殊类型, 和子宫内膜异位症一样难以治愈, 容易复发^[31], 也需要长期甚至终身管理^[1-3]。

长期管理的目标包括: 减轻和消除疼痛、促进和改善妊娠、减少月经量以改善贫血、减少复发和提高患者的生命质量。需要结合患者的症状、年龄和生育要求制定获益最大化、损伤最小化的长期个体化方案^[31]。

7.3 长期管理的手段

7.3.1 西医治疗

(1) 对子宫腺肌病术后患者: 如患者要求生育, 建议使用 GnRH-a 4~6 个月, 之后积极备孕; 合并不孕者行 ART^[2,37]。如患者不要求生育, 则在 GnRH-a 治疗 6 个月 after 使用 LNG-IUS 或 COC 或孕三烯酮或高效孕激素 (地诺孕素) 等进行序贯或交替治疗以获得长期治疗的目的^[1,3,37]。长期管理应最大化发挥药物治疗的作用, 保守性手术和介入治疗后均需长期管理^[1,3]。

(2) 对无生育要求的年轻患者, 可以改为 COC, 周期服用, 或考虑使用 LNG-IUS^[2]。长

期服用避孕药可抑制排卵，促使子宫内膜萎缩和经量减少，降低经血及内膜碎屑逆流至腹腔的机会。

(3) 对年轻尚未生育而且子宫较大或合并深部浸润型子宫内膜异位症 (deep infiltrating endometriosis, DIE) 者，建议使用 GnRH-a 配合反向添加做长期治疗直到有生育需求^[2]。

(4) 对痛经为主、子宫较大，经量较多，不合并明显贫血的患者，还可考虑长期服用地诺孕素作为维持治疗^[2]。

7.3.2 认知干预

AM 长期管理中的宣教环节，在维持手术效果、提高药物保守治疗方面具有重要作用。因此，需积极开展宣教^[1,32]，不断提高患者对 AM 的疾病认知，以患者为中心，医患双方共同制订诊疗方案，促使患者积极参与到治疗中来，定期及长期随访，做自己的健康管理专家，最终实现长期管理^[3]。

(1) 教育内容：月经相关的生理知识，子宫腺肌病的症状、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^[1,37]。

(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^[1,37]。

7.3.3 心理干预

AM 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进展、减少复发。心理健康辅导是长期管理的重要内容^[1]。长期的慢性疼痛影响着各个年龄层的患者并可能引起精神心理问题。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，因此应长期关注患者心理健康，帮助患者识别自己的焦虑抑郁情绪并建立社会支持系统很重要，患者及其亲属一起参加健康教育，可以帮助患者获得更好的社会支持^[3]，必要时应有专科医生的疏导。

7.3.4 生活方式干预

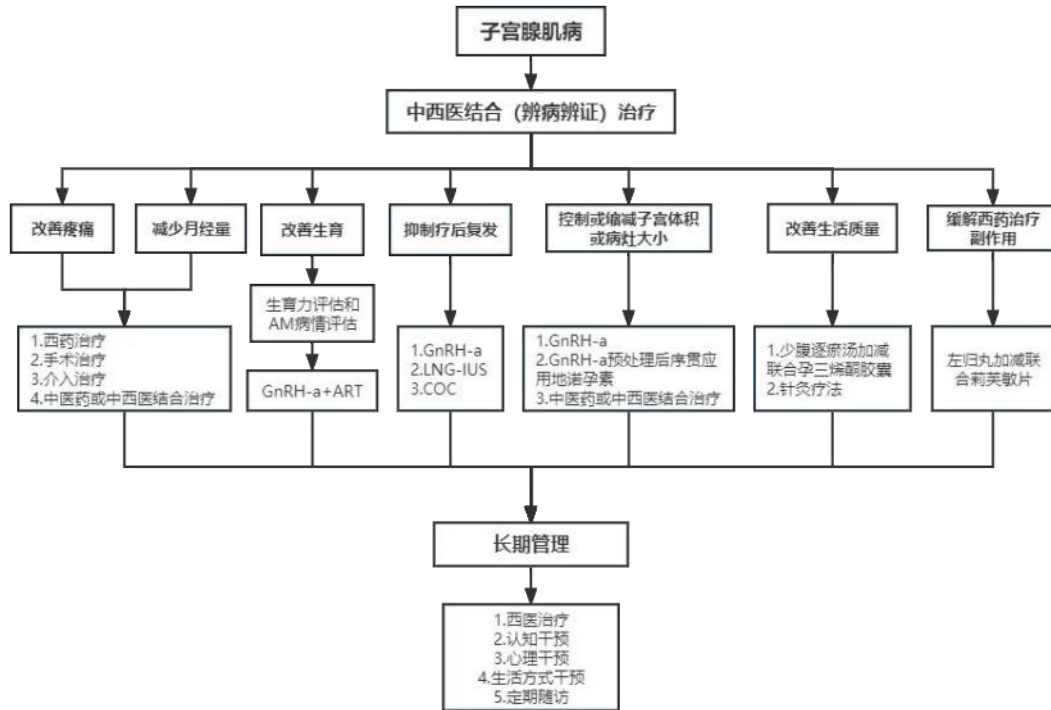
有研究^[6]发现，宫腔操作次数多、妊娠次数多、宫内节育器 (intra-uterine device, IUD) 避孕、有原发性痛经及子宫肌瘤史、乳腺增生、经量多、经期延长、情志改变及从事脑力劳动与子宫腺肌病发病呈正相关，是发病的危险因素，月经延后及闭经者为保护性因素。积极治疗原发性痛经及月经异常，采取合理避孕措施，避免不必要的宫腔操作，经期需避免性生活及盆腔检查，调畅情志等都有利于延缓该病的发生。

此外，子宫腺肌病发病呈年轻化趋势，长期饮食不节、贪食生冷、辛辣食物可能是子宫腺肌病发病的危险因素^[6]。因此，应指导患者树立健康饮食观，改变不良的饮食和生活习惯，如少吃生冷饮食、避免受寒、经期注意保暖、坚持身体锻炼、保持充足良好的睡眠。

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。

7.4 长期管理的随访建议

- (1) 随访时间：每 3~6 个月随访 1 次^[2,37]。
- (2) 随访重点：子宫腺肌病症状的控制、生命质量、药物副作用以及生育的指导^[37]。
- (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^[37]。



8 中西医结合诊疗流程图

注：GnRH-a 表示促性腺激素释放激素激动剂；COC 表示复方口服避孕药；LNG-IUS 表示左炔诺孕酮宫内缓释系统；ART 表示辅助生殖技术

图 1 子宫腺肌病中西医结合诊疗流程图

附录 A

(资料性)

编制方法

A.1 主要技术内容

A.1.1 编制依据和原则

(1) 本指南依据中华中医药学会关于中西医结合诊疗方案的制定程序进行编制。

(2) 编制遵循的原则：参考 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/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）》有关规则起草。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，首先成立项目起草组，对文献进行初步检索、筛选、归类，针对妇科、中西医结合、中医妇科、护士、方法学专家开展初步问卷调研，划定临床问题范围。随后召开专家访谈会，结合专家深度访谈内容及意见，制定主要临床问题的专家调查问卷。开展2轮德尔菲法专家问卷调查，对34名西医、中西医结合、中医妇科一线临床医生、方法学专家进行问卷调研，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，分别开展子宫腺肌病的GRADE证据质量评价和分级和中医临床诊疗证据评价方法进行评级；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

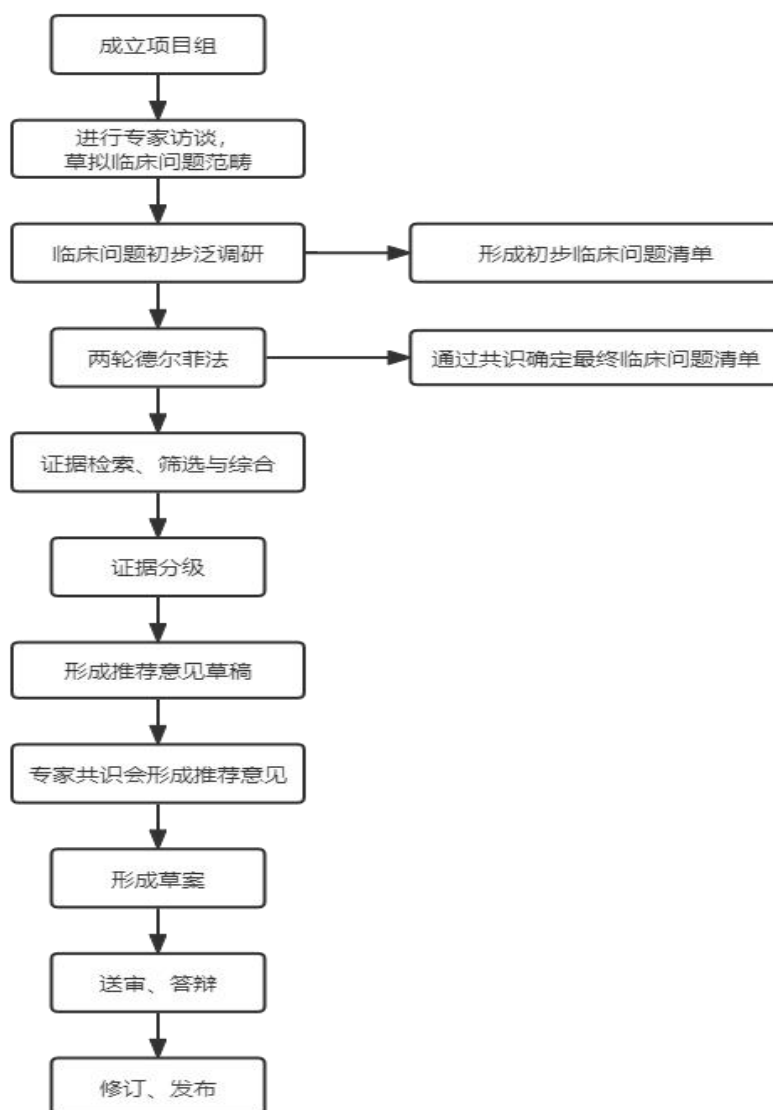


图 2 编制过程工作流程图

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

通过内部专家共识及专家访谈，形成临床问题的范畴。再开展初步调研，设计 14 个调研问题，以问卷星的形式发放问卷 13 份，涉及来自 9 个省（市、自治区）的临床一线妇科医生、护士及方法学专家，结合调研结果、文献及专家临床经验形成指南问题原始清单，共涉及 37 个指南问题（包括 7 个基础问题和 30 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。两轮德尔菲法确定最终的临床问题清单。

A. 2. 2. 2 确定临床问题

临床问题主要关注子宫腺肌病病名、诊断、治疗及长期管理等方面。具体临床问题见下表。

表 1 两轮德尔非法临床问题调查结果

临床问题	第一轮		第二轮		纳入情况
	平均分	CV (%)	平均分	CV (%)	
1. 您是否同意诊疗指南中列入子宫腺肌病的中医病名?	2.94	8	/	/	纳入
2. 您是否同意诊疗指南中列入子宫腺肌病的中医诊断要点(辨证分型)?	3	0	/	/	纳入
3. 您是否同意气滞血瘀证是子宫腺肌病的主要证型?	2.85	13	/	/	纳入
4. 您是否同意寒凝血瘀证是子宫腺肌病的主要证型?	2.85	13	/	/	纳入
5. 您是否同意气虚血瘀证是子宫腺肌病的主要证型?	2.76	20	2.91	13	纳入
6. 您是否同意肾虚血瘀证是子宫腺肌病的主要证型?	2.79	15	/	/	纳入
7. 您是否同意湿热瘀阻证是子宫腺肌病的主要证型?	2.38	31	2.59	27	不纳入
8. 您是否同意热灼血瘀证是子宫腺肌病的主要证型?	2.06	38	2.29	37	不纳入
9. 您是否同意痰瘀互结证是子宫腺肌病的主要证型?	2.62	23	2.85	15	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腺肌病相关疼痛(痛经、慢性盆腔痛、性交痛)?	2.97	6	/	/	纳入
11. 您是否同意中药汤剂单用或联合西医治疗能减少子宫腺肌病患者的月经量?	2.97	6	/	/	纳入
12. 您是否同意中药汤剂联合西医治疗能控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积或病灶大小?	2.91	10	/	/	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腺肌病疗后复发?	2.85	15	/	/	纳入
14. 您是否同意中药汤剂单用或联合	2.94	8	/	/	纳入

西医治疗能改善子宫腺肌病不孕患者的生育能力、提高妊娠率？					
15. 您是否同意中药汤剂单用或联合西医治疗能改善子宫腺肌病患者的生活质量？	2.97	6	/	/	纳入
16. 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腺肌病的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？	2.97	6	/	/	纳入
17. 您是否同意中药汤剂联合西医治疗可以用于子宫腺肌病的长期管理？	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腺肌病的安全性进行评价？	2.94	8	/	/	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腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？	3	0	/	/	纳入
20. 您是否同意中成药单用或联合西医治疗能减少子宫腺肌病患者的月经量？	2.97	6	/	/	纳入
21. 您是否同意中成药联合西医治疗能控制或缩减子宫腺肌病的子宫体积或病灶大小？	2.94	8	/	/	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腺肌病疗后复发？	2.91	13	/	/	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腺肌病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医治疗能改善子宫腺肌病患者的生活质量？	3	0	/	/	纳入
25. 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腺肌病的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？	2.91	13	/	/	纳入
26. 您是否同意中成药联合西医治疗	3	0	/	/	纳入

可用于子宫腺肌病的长期管理？					
27. 您是否同意需要对中成药单用或联合西医治疗子宫腺肌病的安全性进行评价？	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腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？	2.97	6	/	/	纳入
29. 您是否同意中医外治法单用或联合西医治疗能减少子宫腺肌病患者的月经量？	2.71	19	2.74	19	不纳入
30. 您是否同意中医外治法联合西医治疗能控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积或病灶大小？	2.76	16	2.65	23	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腺肌病疗后复发？	2.71	21	2.71	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腺肌病不孕患者的生育能力、提高妊娠率？	2.91	10	/	/	纳入
33. 您是否同意中医外治法单用或联合西医治疗能改善子宫腺肌病患者的生活质量？	2.94	8	/	/	纳入
34. 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腺肌病的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？	2.65	26	2.62	27	不纳入
35. 您是否同意中医外治法联合西医治疗可用于子宫腺肌病的长期管理？	2.76	18	2.76	18	不纳入
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腺肌病的安全性进行评价？	2.94	8	/	/	纳入
37. 您是否同意将中医预防调护相关内容纳入子宫腺肌病的长期管理？	2.97	6	/	/	纳入

将 7 个基础问题（均为辨证分型相关）统一；将中医汤剂、中成药、中医外治法统称为“中医药”，共凝练为 10 个问题，见表 2。

表 2 诊疗指南中的临床问题清单

基础问题	
1	子宫腺肌病的中医诊断要点（辨证分型）？
临床问题	
2	中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？
3	中医药单用或联合西医治疗能否减少子宫腺肌病患者的月经量？
4	中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病不孕患者的生育能力、提高妊娠率？
5	中医药单用或联合西医治疗能否抑制子宫腺肌病疗后复发？
6	中医药联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积或病灶大小？
7	中医药单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病患者的生活质量？
8	中医药单用或联合西药治疗能否缓解西医治疗子宫腺肌病的副作用（如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等）？
9	中医药单用或联合西医治疗子宫腺肌病的安全性如何？
10	中医药联合西医治疗能否用于子宫腺肌病的长期管理？

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：子宫腺肌病、子宫腺肌症、子宫肌腺症、子宫腺肌瘤、中医、中药、针灸、艾灸、拔罐、推拿、随机等；英文检索词：Adenomyosis、Adenomyoma、Adenomyoses、Adenomyomas、randomized controlled trial 等。检索时限为建库至 2022 年 7 月 2 日。

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（randomized controlled trial, RCT）RCTs, 限中、英文文献。研究对象为诊断为 AM 的患者，患者性别、年龄、国籍、种族、发病时间、病程等不限。试验组干预措施为单独使用中医药，或联合对照组的西医治疗；对照组干预措施为西医治疗。主要结局指标为：①子宫体积；②月经量；③痛经程度；④妊娠率；⑤复发率；⑥不良反应发生率。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。两位项目组成员对立对纳入的 RCT 通过 Cochrane 风险偏倚评估（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

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 GRADE 系统证据分级（见表 3）。根据不同结局按照升降级因素对证据进行质量分级，最终 GRADE 评级结果分为 A、B、C、D 级并形成证据概要表。

表 3 GRADE 证据系统分级

证据等级	具体描述	表达符号
高	我们非常有把握预测值接近真实值	A
中	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	B
低	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	C
极低	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	D

对于来自《中医妇科学》教材的干预措施证据，参照衷敬柏^[38]的理论传承证据分类、分级评价方法进行评级（见表 4），例如教材推荐的中药汤剂“膈下逐瘀汤”，该方剂出自的古籍《医林改错》，为清代医家论述，故评为 I b 级；例如中成药“散结镇痛胶囊”，出自教材推荐，故评为 IV a 级。

表 4 理论传承证据分类、分级评价

类别	诊断措施
I a	《黄帝内经》《伤寒杂病论》《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
IIIa	近现代(民国-当代)名中医的著述中明确阐述
IIIb	近现代(民国-当代)名中医医案能体现
IVa	教材, 行业规范性文件、专著
IVb	一定数量的单个病例报道

A. 2. 5 证据推荐

通过名义组法形成共识推荐意见或共识建议。名义组法要求 ≥ 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它。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”。名义组法计票方法见表5，推荐强度含义见表6。

表5 名义组法计票方法

推荐强度及方向	A 利>>弊 一定	B 利>弊 可能	C 利=弊 不确定	D 弊>利 可能不	E 弊>>利 一定不
强推荐	12/20	5/20	1/20	2/20	0/20
弱推荐	2/20	15/20	2/20	1/20	0/20
弱不推荐	1/20	1/20	2/20	13/20	3/20
强不推荐	0/20	2/20	2/20	4/20	12/20
弱推荐	9/20	5/20	2/20	3/20	1/20
弱不推荐	2/20	3/20	1/20	8/20	6/20

(注：表中数值为举例说明非本指南专家共识会真实数值)

表6 推荐强度含义

推荐强度	含义
强	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

附录 B

(资料性)

证据综合报告

B.1 基础问题证据概要表

本指南中问题 1 为基础性问题，并不适合用 GRADE 证据概要表的形式表示，但也整理证据情况概要，下表仅供参考。

表 7 基础问题证据概要表

基础问题 1	子宫腺肌病的中医诊断要点（辨证分型）？
研究类型及数量	4 本教材、2 项横断面调查
统计分析结果	-
结论	将子宫腺肌病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。

B.2 临床问题证据概要表

本指南中部分推荐意见的证据均来源于 RCT，采用 GRADE 系统对证据进行质量分级，证据概要表如下：

表 8 临床问题证据概要表

临床问题 2	血府逐瘀汤单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？			
PICO 结构化	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
	子宫腺肌病患者	血府逐瘀汤联合 LNG-IUS	LNG-IUS	中医证候积分（包括痛经临床症状）
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 30 例/对照组 30 例）			
效应值及可信区间	MD=-6.00, 95%CI [-7.54, -4.46]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	血府逐瘀汤加减联合 LNG-IUS 对比单用 LNG-IUS，在改善中医证候积分（包括痛经临床症状）方面优于单用 LNG-IUS 治疗。			

临床问题 2	桃红四物汤单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛
--------	-------------------------------

	经、慢性盆腔痛、性交痛)？			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桃红四物汤	布洛芬缓释胶囊 (芬必得)	痛经 VAS 评分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 33 例/对照组 32 例)			
效应值及可信区间	MD=-2.55, 95%CI[-3.47, -1.63]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	桃红四物汤对比布洛芬缓释胶囊 (芬必得), 在降低痛经 VAS 评分方面优于布洛芬缓释胶囊 (芬必得)。			

临床问题 2	桂枝茯苓丸汤剂单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛 (痛经、慢性盆腔痛、性交痛)？			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓丸汤剂	孕三烯酮胶囊	痛经积分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 52 例/对照组 50 例)			
效应值及可信区间	MD=-2.84, 95%CI[-3.48, -2.20]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	桂枝茯苓丸汤剂治疗 3 个月后降低痛经积分疗效优于单用孕三烯酮。			

临床问题 2	桂枝茯苓丸汤剂单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛 (痛经、慢性盆腔痛、性交痛)？			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓丸汤剂联合孕三烯酮胶囊	孕三烯酮胶囊	痛经积分
研究类型及数量	2 个 RCT (干预组 99 例/对照组 98 例)			
效应值及可信区间	MD=-1.99, 95%CI[-3.42, -0.55]			

证据等级	D 级证据
推荐强度	弱推荐
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性
结论	桂枝茯苓丸汤剂联合孕三烯酮胶囊治疗 3 个月后降低痛经积分疗效优于单用孕三烯酮。

临床问题 2	桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？			
PICO 结构化	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓胶囊 或桂枝茯苓丸 联合 LNG-IUS	LNG-IUS	痛经 VAS 评分
研究类型及数量	4 个 RCT（干预组 216 例/对照组 216 例）			
效应值及可信区间	MD=-1.72, 95%CI[-2.26, -1.19]			
证据等级	C 级证据			
推荐强度	强推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性			
结论	桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS 降低痛经 VAS 评分的疗效优于单用 LNG-IUS 治疗。			

临床问题 2	桂枝茯苓胶囊单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？			
PICO 结构化	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓胶囊 联合 LNG-IUS	LNG-IUS	慢性疼痛分级
研究类型及数量	2 个 RCT（干预组 96 例/对照组 92 例）			
效应值及可信区间	MD=-0.30, 95%CI[-0.50, -0.11]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	强推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性			
结论	桂枝茯苓胶囊联合 LNG-IUS 降低慢性疼痛分级的疗效优于单用 LNG-IUS 治疗。			

临床问题 2	桂枝茯苓胶囊单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？			
PICO 结构化	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓胶囊 联合孕三烯酮 胶囊	孕三烯酮胶囊	慢性疼痛分 级
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 63 例/对照组 63 例）			
效应值及可信区间	MD=-1.70, 95%CI[-1.90, -1.50]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊降低慢性疼痛分级的疗效优于单用孕三烯酮胶囊治疗。			

临床问题 2	少腹逐瘀汤加减单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？			
PICO 结构化	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
	子宫腺肌病患者	少腹逐瘀汤加 减联合孕三烯 酮胶囊	孕三烯酮胶囊	痛经积分
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 48 例/对照组 48 例）			
效应值及可信区间	MD=-1.39, 95%CI[-2.00, -0.78]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊在缓解疼痛方面优于单用孕三烯酮胶囊治疗。			

临床问题 2	止痛化癥胶囊单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？			
PICO 结构化	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）

	子宫腺肌病患者	止痛化癥胶囊 联合醋酸亮丙 瑞林	醋酸亮丙瑞林	痛经 VAS 评 分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 42 例/对照组 42 例)			
效应值及可信区间	MD=-2.77, 95%CI[-2.99, -2.55]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	止痛化癥胶囊联合醋酸亮丙瑞林在降低痛经 VAS 评分方面优于单用醋酸亮丙瑞林治疗。			

临床问题 2	丹黄祛瘀胶囊单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛(痛经、慢性盆腔痛、性交痛)?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	丹黄祛瘀胶囊 联合孕三烯酮 胶囊	孕三烯酮胶囊	痛经症状积 分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 61 例/对照组 61 例)			
效应值及可信区间	MD=-7.73, 95%CI[-8.08, -7.38]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	丹黄祛瘀胶囊联合孕三烯酮胶囊在改善痛经症状积分优于单用孕三烯酮胶囊。			

临床问题 2	散结镇痛胶囊单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛(痛经、慢性盆腔痛、性交痛)?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	散结镇痛胶囊 联合 LNG-IUS	LNG-IUS	痛经 VAS 评 分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 39 例/对照组 39 例)			
效应值及可信区间	MD=-0.95, 95%CI[-1.82, -0.08]			
证据等级	D 级证据			

推荐强度	强推荐
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚
结论	散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS 组降低痛经 VAS 评分的疗效优于单用 LNG-IUS。

临床问题 2	化瘀散结灌肠液单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？			
PICO 结构化	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
	子宫腺肌病患者	化瘀散结灌肠液	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 32 例/对照组 30 例）			
效应值及可信区间	MD=-0.50, 95%CI[-0.89, -0.11]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	化瘀散结灌肠液在降低痛经 VAS 评分方面优于单用去氧孕烯炔雌醇片。			

临床问题 2	针刺疗法单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？			
PICO 结构化	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
	子宫腺肌病患者	针刺疗法	布洛芬缓释胶囊（芬必得）	痛经 VAS 评分
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 20 例/对照组 20 例）			
效应值及可信区间	MD=-3.90, 95%CI[-4.64, -3.16]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	针刺疗法降低痛经 VAS 评分方面优于布洛芬缓释胶囊（芬必得）。			

临床问题 2	针灸疗法单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（痛经、慢性盆腔痛、性交痛）？
--------	---

PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	针灸疗法	布洛芬缓释胶囊 (芬必得)	痛经 VAS 评分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 33 例/对照组 32 例)			
效应值及可信区间	MD=-3.78, 95%CI[-4.37, -3.19]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	针灸疗法在降低痛经 VAS 评分方面优于单用布洛芬缓释胶囊 (芬必得)。			

临床问题 2	针灸疗法单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛 (痛经、慢性盆腔痛、性交痛)?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	针灸疗法	孕三烯酮胶囊	痛经 VAS 评分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 30 例/对照组 30 例)			
效应值及可信区间	MD=-1.80, 95%CI[-2.35, -1.25]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	针刺疗法降低痛经 VAS 评分方面优于单用孕三烯酮胶囊。			

临床问题 3	桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸单用或联合西医治疗能否减少子宫腺肌病患者的月经量?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓胶囊 或桂枝茯苓丸 联合 LNG-IUS	LNG-IUS	月经量
研究类型及数量	5 个 RCT (干预组 251 例/对照组 247 例)			
效应值及可信区间	MD=-12.36, 95%CI[-20.77, -3.96]			
证据等级	C 级证据			

推荐强度	弱推荐
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性
结论	桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS 减少月经量的疗效优于单用 LNG-IUS 治疗。

临床问题 3	桂枝茯苓胶囊单用或联合西医治疗能否减少子宫腺肌病患者的月经量?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓胶囊 联合孕三烯酮 胶囊	孕三烯酮胶囊	月经量
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 63 例/对照组 63 例)			
效应值及可信区间	MD=-39.67, 95%CI[-47.09, -32.25]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊减少月经量的疗效优于单用孕三烯酮胶囊治疗。			

临床问题 3	散结镇痛胶囊单用或联合西医治疗能否减少子宫腺肌病患者的月经量?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	散结镇痛胶囊 联合 LNG-IUS	LNG-IUS	月经量
研究类型及数量	3 个 RCT (干预组 113 例/对照组 112 例)			
效应值及可信区间	MD=-38.30, 95%CI[-65.19, -11.41]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性			
结论	散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS 减少月经量的疗效优于单用 LNG-IUS 治疗。			

临床问题 3	散结镇痛胶囊单用或联合西医治疗能否减少子宫腺肌病患者的月经量?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	散结镇痛胶囊 联合炔雌醇环 丙孕酮片 (达英 35)	炔雌醇环丙孕 酮片 (达英 35)	月经量
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 30 例/对照组 30 例)			
效应值及可信区间	MD=-8.00, 95%CI[-14.76, -1.24]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片 (达英 35) 减少月经量的疗效 优于单用炔雌醇环丙孕酮片 (达英 35) 治疗。			

临床问题 3	针刺疗法单用或联合西医治疗能否减少子宫腺肌病患者的月经量?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	针刺疗法	布洛芬缓释胶 囊 (芬必得)	月经量
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 20 例/对照组 20 例)			
效应值及可信区间	MD=-13.10, 95%CI[-18.91, -7.29]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	针刺疗法降低痛经 VAS 评分方面优于布洛芬缓释胶囊 (芬必得)。			

临床问题 6	桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓胶囊 或桂枝茯苓丸 联合 LNG-IUS	LNG-IUS	子宫体积

研究类型及数量	4 个 RCT (干预组 195 例/对照组 191 例)
效应值及可信区间	MD=-15.75, 95%CI [-19.66, -11.85]
证据等级	C 级证据
推荐强度	弱推荐
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性
结论	桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合 LNG-IUS 缩减子宫体积的疗效优于单用 LNG-IUS 治疗。

临床问题 6	桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓胶囊 联合孕三烯酮 胶囊	孕三烯酮胶囊	子宫体积
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 63 例/对照组 63 例)			
效应值及可信区间	MD=-18.30, 95%CI [-25.90, -10.70]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊缩减子宫体积的疗效优于单用孕三烯酮胶囊治疗。			

临床问题 6	少腹逐瘀汤加减联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	少腹逐瘀汤加 减联合孕三烯 酮胶囊	孕三烯酮胶囊	子宫体积
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 48 例/对照组 48 例)			
效应值及可信区间	MD=-7.77, 95%CI [-12.64, -2.90]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			

升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚
结论	少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊在缩减子宫体积方面优于单用孕三烯酮胶囊治疗。

临床问题 6	止痛化癥胶囊联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	止痛化癥胶囊 联合 GnRH-a	GnRH-a	子宫体积
研究类型及数量	2 个 RCT (干预组 74 例/对照组 74 例)			
效应值及可信区间	SMD=-0.98, 95%CI [-1.32, -0.63]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	强推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	止痛化癥胶囊联合 GnRH-a 缩小子宫体积方面的疗效优于单用 GnRH-a 治疗。			

临床问题 6	丹黄祛瘀胶囊联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	丹黄祛瘀胶囊 联合孕三烯酮 胶囊	孕三烯酮胶囊	子宫体积
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 61 例/对照组 61 例)			
效应值及可信区间	MD=-9.02, 95%CI [-12.19, -5.85]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	丹黄祛瘀胶囊联合孕三烯酮胶囊, 在缩减子宫体积方面疗效优于单用孕三烯酮胶囊。			

临床问题 6	散结镇痛胶囊联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积?
--------	----------------------------------

PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	散结镇痛胶囊 联合 LNG-IUS	LNG-IUS	子宫体积
研究类型及数量	3 个 RCT (干预组 113 例/对照组 112 例)			
效应值及可信区间	MD=-12.16, 95%CI[-23.68, -0.64]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不一致性、不精确性			
结论	散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS 缩减子宫体积的疗效优于单用 LNG-IUS 治疗。			

临床问题 6	散结镇痛胶囊联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	散结镇痛胶囊 联合 COC	COC[屈螺酮炔雌醇片(II)(优思悦)、炔雌醇环丙孕酮片(达英 35)]	子宫体积
研究类型及数量	2 个 RCT (干预组 90 例/对照组 90 例)			
效应值及可信区间	MD=-4.34, 95%CI[-6.32, -2.35]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	散结镇痛胶囊联合 COC 缩减子宫体积的疗效优于单用避孕药治疗。			

临床问题 6	化瘀散结灌肠液联合西医治疗能否控制或缩减子宫腺肌病患者的子宫体积?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	化瘀散结灌肠液	去氧孕烯炔雌醇片	子宫体积
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 32 例/对照组 30 例)			

效应值及可信区间	MD=-14.00, 95%CI[-24.13, -3.87]
证据等级	D 级证据
推荐强度	弱推荐
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚
结论	化癥散结灌肠液在缩减子宫体积方面优于单用去氧孕烯炔雌醇片。

临床问题 7	少腹逐瘀汤加减单用或联合西医治疗能否改善子宫腺肌病患者的生活质量?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊	孕三烯酮胶囊	NHP 评分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 48 例/对照组 48 例)			
效应值及可信区间	文献未给出 NHP 评分综合性评分, 仅说明最终结果			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	弱推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮胶囊治疗后生活质量 NHP 评分显著低于孕三烯酮胶囊治疗。			

临床问题 8	左归丸单用或联合西药治疗治疗能否缓解西药治疗子宫腺肌病的副作用 (如潮热汗出、性欲减退、阴道不规则出血等)?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	术后联合使用醋酸戈舍瑞林+莉芙敏片+左归丸	术后醋酸戈舍瑞林+莉芙敏片	Kupperman 评分
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 34 例/对照组 25 例)			
效应值及可信区间	MD=-2.12, 95%CI[-3.89, -0.35]			
证据等级	D 级证据			
推荐强度	强推荐			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			

结论	术后联合使用醋酸戈舍瑞林+莉芙敏片+左归丸降低改良 Kupperman 评分的疗效优于醋酸戈舍瑞林+莉芙敏片组。
----	--

临床问题 9	桃红四物汤单用或联合西医治疗子宫腺肌病的安全性如何?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桃红四物汤	孕三烯酮胶囊	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 33 例/对照组 32 例)			
效应值及可信区间	RR=0.14, 95%CI [0.01, 2.66]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	桃红四物汤对比孕三烯酮胶囊不良发应发生率无明显差异。			

临床问题 9	桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸单用或联合西医治疗子宫腺肌病的安全性如何?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓胶囊 或桂枝茯苓丸 联合 LNG-IUS	LNG-IUS	不良反应发生率
研究类型及数量	6 个 RCT (干预组 326 例/对照组 322 例)			
效应值及可信区间	RR=0.98, 95%CI [0.80, 1.21]			
证据等级	B 级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险			
结论	桂枝茯苓胶囊或桂枝茯苓丸与 LNG-IUS 联合使用对比单用 LNG-IUS 不良发应发生率无明显差异。			

临床问题 9	桂枝茯苓胶囊单用或联合西医治疗子宫腺肌病的安全性如何?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	桂枝茯苓胶囊 联合孕三烯酮 胶囊	孕三烯酮胶囊	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT (干预组 63 例/对照组 63 例)			

效应值及可信区间	RR=0.45, 95%CI[0.22, 0.91]
证据等级	D 级证据
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚
结论	桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮胶囊的不良反应发生率低于单用孕三烯酮胶囊。

临床问题 9	止痛化癥胶囊单用或联合西医治疗子宫腺肌病的安全性如何?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	止痛化癥胶囊 联合 GnRH-a	GnRH-a	不良反应发生率
研究类型及数量	2 个 RCT (干预组 74 例/对照组 74 例)			
效应值及可信区间	RR=0.43, 95%CI[0.18, 1.05]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	止痛化癥胶囊联合 GnRH-a 对比单用 GnRH-a 治疗不良发应发生率无明显差异。			

临床问题 9	散结镇痛胶囊单用或联合西医治疗子宫腺肌病的安全性如何?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	散结镇痛胶囊 联合 LNG-IUS	LNG-IUS	不良反应发生率
研究类型及数量	3 个 RCT (干预组 113 例/对照组 112 例)			
效应值及可信区间	RR=0.58, 95%CI[0.29, 1.14]			
证据等级	C 级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性			
结论	散结镇痛胶囊联合 LNG-IUS 对比单用 LNG-IUS 治疗不良发应发生率无明显差异。			

临床问题 9	散结镇痛胶囊单用或联合西医治疗子宫腺肌病的安全性如何?			
PICO 结构化	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
	子宫腺肌病患者	散结镇痛胶囊	炔雌醇环丙孕	不良反应发

		联合炔雌醇环丙孕酮片（达英 35）	酮片（达英 35）	生率
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 30 例/对照组 30 例）			
效应值及可信区间	RR=0.60, 95%CI[0.25, 1.44]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片（达英 35）治疗对比单用炔雌醇环丙孕酮片（达英 35）治疗不良发应发生率无明显差异。			

临床问题 9	丹黄祛瘀胶囊单用或联合西医治疗子宫腺肌病的安全性如何？			
PICO 结构化	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
	子宫腺肌病患者	丹黄祛瘀胶囊 联合孕三烯酮 胶囊	孕三烯酮胶囊	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT（干预组 61 例/对照组 61 例）			
效应值及可信区间	RR=0.57, 95%CI[0.35, 0.94]			
证据等级	D 级证据			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	偏倚风险、不精确性、其他偏倚			
结论	丹黄祛瘀胶囊联合孕三烯酮胶囊的不良反应发生率低于单用孕三烯酮胶囊治疗。			

B.3 教材推荐中药证据等级及推荐强度表

本指南中部分推荐意见参考《中医妇科学》教材，参照相关学术研究团队^[38]研制的理论传承证据分类、分级评价方法进行评级，证据等级及推荐强度如下：

表 9 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治疗能否改善子宫腺肌病相关疼痛（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	I b	强

血府逐瘀汤	I b	弱
桂枝茯苓胶囊	IVa	弱
寒凝血瘀证		
少腹逐瘀汤	I b	强
桂枝茯苓胶囊	IVa	弱
气虚血瘀证		
举元煎合桃红四物汤	I b	弱
肾虚血瘀证		
归肾丸合桃红四物汤	I b	弱
痰瘀互结证		
苍附导痰丸加三棱、莪术	I b	弱
散结镇痛胶囊	IVa	弱
其他疗法		
中药保留灌肠	IVa	弱
针刺或针灸疗法	IVa	弱
临床问题 3：中医药单用或联合西医治疗能否减少子宫腺肌病患者的月经量？		
推荐意见 2：中医药及中西医结合治疗		
气滞血瘀证		
桂枝茯苓胶囊，用于气滞血瘀证、寒凝血瘀证。	IVa	弱
寒凝血瘀证		
少腹逐瘀汤	I b	弱
桂枝茯苓胶囊	IVa	弱
气虚血瘀证		
举元煎合桃红四物汤	I b	弱
肾虚血瘀证		
归肾丸合桃红四物汤	I b	弱
痰瘀互结证		
苍附导痰丸加三棱、莪术	I b	弱
散结镇痛胶囊	IVa	弱
其他疗法		
针刺疗法	IVa	弱

附录 C

(规范性)

引用标准

C.1 诊断标准

参照 2020 年《子宫腺肌病诊治中国专家共识》。

患者的病史、临床症状、体征以及相关的辅助检查结果是诊断子宫腺肌病的重要依据，但诊断的“金标准”仍然是病理诊断。

1. 详细询问病史：包括：（1）妊娠及分娩史，宫腔操作史包括人工流产、诊刮、宫腔镜手术等，子宫手术史（如子宫肌瘤剔除术等）；（2）生殖道畸形导致生殖道梗阻的病史；（3）子宫腺肌病或子宫内膜异位症家族史；（4）其他疾病史，如高催乳素血症等。

2. 临床表现：①进行性加重的痛经；②月经过多和（或）经期延长；③不孕；④妇科检查，常可及子宫增大，呈球形，或有局限性结节隆起，质硬且有压痛，经期压痛更为明显。子宫常为后位，活动度差。如患者具有典型的临床表现，可以临床诊断。

3. 影像学检查：主要包括超声、MRI 及 CT 检查。

（1）子宫腺肌病的超声诊断：子宫腺肌病的超声检查采用经阴道及经腹部均可，不能行经阴道超声检查者可经直肠超声检查。三维超声检查可加强超声对 JZ 的观察能力。

①超声表现：（a）子宫增大、子宫前后壁不对称性增厚，多以子宫后壁及宫底增厚为著；（b）子宫肌层回声明显不均、粗糙；（c）受累的子宫肌层内有小囊肿或微囊肿，直径通常为 1~5mm；呈无回声或低回声，为子宫腺肌病较为特异的超声特征；（d）子宫内可见很多垂直且细、呈放射状排列的扇形声影，又称百叶窗帘征或铅笔状声影；（e）子宫内膜-肌层分界不清，内膜下线状、芽状或岛状高回声结节；（f）彩色多普勒血流显像（CDFI）显示子宫肌层受累区域血流信号增加、血流走行为穿入血流方式；（g）三维超声显示 JZ 增厚、不规则、中断或难以分辨。

②超声分型：根据病灶特点和累及范围可分为弥漫性与局灶性子宫腺肌病，局灶性子宫腺肌病包括子宫腺肌瘤、子宫囊性腺肌病。

③鉴别诊断：超声检查中子宫腺肌病需与子宫肌瘤、子宫肌层局部收缩及子宫内膜癌的肌层浸润等相鉴别。

（2）子宫腺肌病的 MRI 诊断：MRI 由于其图像直观、无操作者依赖性、多参数多平面成像、自身的软件和硬件快速发展等优势，已经越来越多地应用于子宫腺肌病的诊断、分型及药物治疗后的连续监测。

子宫腺肌病的 MRI 典型表现：子宫弥漫增大，轮廓光滑，在 T2 加权像病灶显示较清晰，为子宫肌层内边界欠清的低信号病灶，与子宫内膜毗邻，与 JZ 分界不清；也可以表现为 JZ 的增粗或扭曲。肌层内的病灶表现为多发点状高信号，这些点状高信号在组织病理学上对应增生的异位内膜，而周围的低信号区域对应于子宫肌层的平滑肌增生。T 加权像对病灶显示稍差，但有出血的灶性组织可表现为高信号。

4. 实验室检查：主要是血 CA125 水平升高。

5. 子宫腺肌病的确诊仍然需要组织病理学。

附录 D

(资料性)

缩略词对照表

D.1 缩略词对照表

缩略词	英文全称	中文全称
AM	adenomyosis	子宫腺肌病
ART	assisted reproductive technology	辅助生殖技术
COC	combined oral contraceptives	复方口服避孕药
CT	computed tomography	电子计算机断层扫描仪器
DIE	deep infiltrating endometriosis	深部浸润型子宫内膜异位症
GnRH-a	gonadotropin-releasing hormone agonists	促性腺激素释放激素激动剂
GRADE	grading of recommendations assessment, development and evaluation working group	推荐意见分级评估、制定和评价
HIFU	high intensity focused ultrasound	高强度聚焦超声消融治疗
IUD	Intra-uterine device	宫内节育器
IVF	in vitro fertilization	体外受精
IVF-ET	in vitro fertilization and embryo transfer	体外受精联合胚胎移植
JZ	junctional zone	子宫内膜-肌层结合带
LNG-IUS	levonorgestrel releasing intrauterine system	左炔诺孕酮宫内缓释系统
MRI	magnetic resonance imaging	核磁共振成像
NHP	nottingham Health Profile	诺丁汉健康量表
NSAID	non-steroid anti-inflammatory drug	非甾体类抗炎药
RCT	randomized controlled trial	随机对照试验
UAE	uterine arterial embolization	子宫动脉栓塞术
VAS	visual analogue scale	视觉模拟评分法

参考文献

- [1] 中国医师协会妇产科医师分会子宫内膜异位症专业委员会. 子宫腺肌病诊治中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2020, 55(06):376-383.
- [2] 彭超, 周应芳. 子宫腺肌病药物治疗选择及长期管理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(05):516-519.
- [3] 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.
- [4] 罗颂平, 刘雁峰. 中医妇科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2016:271-276.
- [5] 冯晓玲, 张婷婷. 中医妇科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2021:106-109.
- [6] 叶青, 侯晓, 张福霞, 蔚方燕. 子宫腺肌病发病相关因素及中医证候探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(02):139-141.
- [7] 唐密. 血府逐瘀汤加减治疗子宫腺肌病 30 例疗效观察[J]. 中医药导报, 2017, 23(14):103-104.
- [8] 王金香, 王爱丽, 梁虹. 桃红四物汤治疗子宫腺肌症痛经的临床疗效观察[J]. 世界中医药, 2017, 12(08):1771-1773+1777.
- [9] 廖英等, 桂枝茯苓丸方对孕三烯酮胶囊治疗子宫腺肌病的增效作用. 中医杂志, 2014. 55(05):396-399.
- [10] 刘芳等, 桂枝茯苓丸联合西药治疗子宫腺肌病继发性痛经患者的临床疗效及对血清 IL-6、PGE2 及 ET 的影响. 陕西中医, 2016. 37(10):1279-1280.
- [11] 牛晶娟. 桂枝茯苓胶囊联合孕三烯酮治疗子宫腺肌症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(05):835-839.
- [12] 刘宏, 郭秀荣, 韩静, 等. 左炔诺孕酮宫内节育系统联合桂枝茯苓胶囊对子宫腺肌症患者性激素、血脂及血清 hs-CRP、VEGF 水平的影响[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(20):3965-3968+3983.
- [13] 司小丽, 苏宝珍, 杨梅枝. 桂枝茯苓胶囊联合左炔诺孕酮宫内节育系统对子宫腺肌症患者子宫内膜厚度及激素水平的影响[J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, 18(08):1055-1057.
- [14] 冯丽娜, 洪莉. 桂枝茯苓胶囊联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗子宫腺肌症的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(08):1516-1519.
- [15] 郗晓丽, 冯敏, 李万胜. 左炔诺孕酮宫内节育系统联合桂枝茯苓丸治疗子宫腺肌病的临床评价[J]. 河北医药, 2017, 39(09):1362-1364.
- [16] 石东涛, 白睿. 桂枝茯苓胶囊联合左炔诺孕酮宫内释放系统治疗子宫腺肌病临床研究[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(22):2772-2774.
- [17] 梁荣丽, 罗宋. 左炔诺孕酮宫内释放系统联合桂枝茯苓胶囊治疗子宫腺肌病的疗效观察[J]. 华西医学, 2011, 26(01):72-74.
- [18] 杨培丽, 祝鑫瑜, 章新根. 自拟少腹逐瘀汤联合西药治疗子宫腺肌病痛经疗效及对血清 CA125、TNF- α 、IL-8 水平影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(29):3233-3235+3236.

- [19]黎兴美,周隽. 止痛化癥胶囊联合亮丙瑞林治疗子宫腺肌病的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(20):2234-2237.
- [20]张英芝,劳佩维,沈柯炜. 孕三烯酮胶囊联合丹黄祛瘀胶囊治疗子宫肌腺病的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(10):880-883.
- [21]徐秋霞,赵相军. 曼月乐联合散结镇痛胶囊对子宫腺肌病患者子宫体积、痛经及月经的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(08):1918-1920+1924.
- [22]潘鑫,李珉. 散结镇痛胶囊治疗子宫腺肌症的临床疗效及作用机制[J]. 中药材, 2022, 45(02):472-475.
- [23]吴伟平. 曼月乐联合散结镇痛胶囊治疗子宫腺肌病临床对比分析[J]. 中国医师杂志, 2015, 17(06):936-938.
- [24]孔玉莹,曾薇薇,高雅琦,殷岫琦. 化瘀散结灌肠液治疗热灼血瘀型子宫腺肌病的临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2018, 52(06):44-46+55.
- [25]田丽颖,成自霞,程晓嫚,聂婷. 针刺治疗子宫腺肌病痛经——随机临床试验(英文)[J]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion, 2022, 32(03):199-203.
- [26]吴秋燕,陈锦虹,谢俊杰,金海鹏,庄璇. 温针灸治疗子宫腺肌病痛经临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(04):414-418.
- [27]潘丹,郎伯旭,林巧. 针刺联合隔药饼灸周期调治肾虚血瘀型子宫腺肌症疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(01):42-46.
- [28]郑振丽,高玉青,韩宁. 桂枝茯苓丸联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗子宫腺肌症的疗效及其对血清 VEGF、CA125 水平的影响[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(07):52-55+65.
- [29]元凤霞. 炔雌醇环丙孕酮片联合散结镇痛胶囊治疗子宫腺肌病的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2014, 29(06):668-671.
- [30]子宫腺肌病伴不孕症诊疗中国专家共识编写组. 子宫腺肌病伴不孕症诊疗中国专家共识[J]. 中华生殖与避孕杂志, 2021, 41(04):287-295.
- [31]冷金花. 子宫腺肌病诊治中存在的问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(05):489-492.
- [32]Yu W, Liu G, Liu C, Zhang Z. Recurrence-associated factors of laparoscopic adenomyectomy for severely symptomatic adenomyoma. Oncol Lett. 2018 Sep;16(3):3430-3438.
- [33]彭超,周应芳. 子宫腺肌病的药物治疗进展[J]. 山东大学学报(医学版), 2022, 60(07):20-25.
- [34]张洪波. 止痛化癥胶囊联合曲普瑞林治疗子宫腺肌病的疗效及安全性探讨[J]. 陕西中医, 2016, 37(01):19-20.
- [35]潘鑫,李珉. 散结镇痛胶囊联合屈螺酮炔雌醇片治疗子宫腺肌症对卵巢储备功能及血管生成因子水平影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2022, 30(03):534-537+541.
- [36]刘凌子,宗利丽,刘玉洁,冯倩,王庭伟,伍庭凤. 左归丸加减联合黑升麻异丙醇提取物缓解 GnRH-a 治疗内异症所致副作用研究[J]. 中医药导报, 2019, 25(07):68-70.
- [37]中国医师协会妇产科医师分会子宫内膜异位症专业委员会, 中华医学会妇产科学分会子

- 宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症长期管理中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2018, 53(12):836-841.
- [38] 衷敬柏. 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(04):1146-1148.