

栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片治疗痰湿瘀结型子宫腺肌症临床研究

闫梅¹, 张珊珊², 郭伟光³, 寇建芳¹

1. 郑州市第二人民医院, 河南 郑州 450062

2. 河南医学高等专科学校, 河南 郑州 451191

3. 河南省人民医院, 河南 郑州 450003

【摘要】目的: 观察栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片治疗痰湿瘀结型子宫腺肌症 (AM) 的临床疗效。**方法:** 选取2021年8月—2024年2月在郑州市第二人民医院就诊的86例痰湿瘀结型AM患者, 按随机数字表法分为对照组、研究组各43例。对照组给予地诺孕素片治疗, 研究组给予栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片治疗, 2组均治疗6个月经周期。比较2组临床疗效、视觉模拟评分法 (VAS) 评分、月经失血图 (PBAC) 评分、子宫体积、子宫内膜厚度、性激素 [雌二醇 (E_2)、卵泡刺激素 (FSH)、黄体生成素 (LH)]、血管生成因子 [前列腺素 $F_{2\alpha}$ ($PGF_{2\alpha}$)、血管生成素-2 ($Ang-2$)、血管内皮生长因子 (VEGF)]、氧化应激指标 [丙二醛 (MDA)、沉默信号调节蛋白6 (Sirt6)、超氧化物歧化酶 (SOD)] 及不良反应发生率。**结果:** 治疗后, 总有效率研究组83.72% (36/43), 高于对照组65.12% (28/43), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2组VAS、PBAC评分均较治疗前降低, 子宫体积均较治疗前缩小, 子宫内膜厚度均较治疗前变薄, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组VAS、PBAC评分均低于对照组, 子宫体积小于对照组, 子宫内膜厚度薄于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2组LH、FSH、 $PGF_{2\alpha}$ 、VEGF、 $Ang-2$ 、MDA水平均较治疗前降低, E_2 、Sirt6、SOD水平均较治疗前升高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组LH、FSH、 $PGF_{2\alpha}$ 、VEGF、 $Ang-2$ 、MDA水平均低于对照组, E_2 、Sirt6、SOD水平均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。不良反应发生率研究组4.65% (2/43), 对照组9.30% (4/43), 2组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 与仅使用地诺孕素片治疗比较, 栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片治疗痰湿瘀结型AM可提高临床疗效, 有效调节性激素水平、减轻机体氧化应激反应, 促使子宫内膜厚度变薄, 抑制血管新生, 改善痛经等临床症状, 安全性高。

【关键词】 子宫腺肌症; 痰湿瘀结型; 栝蒌瞿麦方; 地诺孕素片; 性激素; 血管生成因子; 氧化应激

【中图分类号】 R271.1 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2025) 02-0024-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.02.005

Clinical Study on Modified Gualou Qumai Prescription Combined with Dienogest Tablets for Adenomyosis of Phlegm Damp Stasis Type

YAN Mei¹, ZHANG Shanshan², GUO Weiguang³, KOU Jianfang¹

1. Zhengzhou Second People's Hospital, Zhengzhou Henan 450062, China; 2. Henan Medical College, Zhengzhou Henan 451191, China; 3. Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou Henan 450003, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effects of modified Gualou Qumai Prescription combined with Dienogest Tablets in the treatment of adenomyosis (AM) of phlegm damp stasis type. **Methods:** A total of 86 cases of patients who had AM of phlegm damp stasis type and received treatment at the Zhengzhou Second People's Hospital from August 2021 to February 2024 were selected and divided into the control group and the study group, using a random number table method, with 43 patients in each group. The control group was treated with Dienogest Tablets, and the

【收稿日期】 2024-07-28

【修回日期】 2024-10-22

【基金项目】 河南省医学科技攻关计划联合共建项目 (LHGJ20191011)

【作者简介】 闫梅 (1980-), 女, 硕士, 主治医师, E-mail: yong35556668@163.com。

study group was treated with modified Gualou Qumai Prescription combined with Dienogest Tablets. Both groups were treated for six menstrual cycles. The clinical effects, Visual Analogue Scale (VAS) scores, Pictorial Blood Loss Assessment Chart (PBAC) scores, uterine volume, endometrial thickness, sex hormones [estradiol (E_2), follicle-stimulating hormone (FSH), and luteinizing hormone (LH)], angiogenic factors [prostaglandin $F_{2\alpha}$ ($PGF_{2\alpha}$), angiopoietin-2 (Ang-2), and vascular endothelial growth factor (VEGF)], oxidative stress indicators [malondialdehyde (MDA), silencing signal regulatory protein 6 (Sirt6), and superoxide dismutase (SOD)], and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate in the study group was 83.72% (36/43), which was higher than that of 65.12% (28/43) in the control group, with the difference being significant ($P < 0.05$). The VAS and PBAC scores in the two groups were decreased, uterine volume decreased, and endometrial thickness were declined when compared with those before treatment, with significance in differences ($P < 0.05$); when compared with those in the control group, the VAS and PBAC scores in the observation group were lower, the uterine volume was smaller, and the endometrial thickness was thinner, with differences being significant ($P < 0.05$). The levels of LH, FSH, $PGF_{2\alpha}$, Ang-2, VEGF, and MDA in the two groups were decreased when compared with those before treatment, while the levels of E_2 , Sirt6, and SOD were increased when compared with those before treatment, with differences being significant ($P < 0.05$); the levels of LH, FSH, $PGF_{2\alpha}$, Ang-2, VEGF, and MDA in the study group were lower than those in the control group, while the levels of E_2 , Sirt6, and SOD were higher than those in the control group, with differences being significant ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 4.65% (2/43) in the study group and 9.30% (4/43) in the control group, with no significance in the difference ($P > 0.05$). **Conclusion:** Compared with the simple treatment with only Dienogest Tablets, the modified Gualou Qumai Prescription combined with Dienogest Tablets in the treatment of AM of phlegm damp stasis type can enhance clinical effects, effectively regulate sex hormone levels, reduce oxidative stress responses in the body and endometrium thickness, inhibit angiogenesis, and improve clinical symptoms such as dysmenorrhea, with high safety.

Keywords: Adenomyosis; Phlegm damp stasis type; Gualou Qumai Prescription; Dienogest Tablets; Sex hormones; Angiogenic factors; Oxidative stress

子宫腺肌症(AM)临床主要表现为经期延长、痛经,难以治愈、易反复发作,威胁女性身体健康。目前,临床主要以手术切除子宫及激素治疗为主,前者虽可有效控制临床症状,但会导致患者丧失生育功能,后者可暂时缓解临床症状,但易出现不良反应^[1-3]。中医疗法因具有对症治疗、安全性高、预后良好等优势逐渐得到临床重视,可缓解痛经等临床症状,使子宫内膜厚度变薄^[4]。现代人多压力过大、饮食不节,致脾胃受损,脾主运化,脾气亏虚,运化失司,水湿内停,聚而成痰,痰湿壅盛,阻滞气机,气机受阻,不能推动血行,瘀血内生,阻于胞宫,日久结块,形成癥瘕。治疗应以利水祛湿、化痰散瘀为主。栝蒌瞿麦方出自张仲景《金匮要略》中的栝蒌瞿麦丸,具有化气、利水、润燥之功效。

笔者根据AM痰湿瘀结之病机加浙贝母、水蛭、甘草3味中药,观察栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片治疗痰湿瘀结型AM的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合文献[5]中的诊断标准。临床表现为痛经进行性加重、月经量增多、不孕;妇科检查见子宫均匀增大、呈球形,或有局限性结节隆起、质硬且有压痛;超声检查见子宫增大,子宫前后壁不对称性增厚,子宫肌层回声粗糙、明显不均,子宫内可见垂直且细、呈放射性排列的扇形声影,子宫内膜-肌层分界不清,子宫内膜下可见线状、芽状或岛状高回声结节,彩色多普勒血流影像显示子宫肌层受累区域血流信号增强、血流走行为穿入血流方式;糖类抗原125(CA125)水平升高。

1.2 辨证标准 符合文献[6]中痰湿瘀结型AM的辨证标准。主症：经行小腹刺痛或胀痛，下腹结块、触之不移；次症：头身困重，月经量多，经色紫暗有块，头晕心悸，胸脘痞闷，带下量多、色白、质黏稠，面色㿔白或暗，舌紫暗、苔白腻，脉细滑。主症必备加3项以上次症，结合舌脉象即可确诊。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；年龄>18岁；患者有生育意向，要求保留子宫；认知功能正常；签署知情同意书。

1.4 排除标准 伴其他妇科病；肝、肾、心功能不全；有精神疾病；对本研究所用药物过敏；合并血液系统疾病；合并恶性肿瘤。

1.5 一般资料 选取2021年8月—2024年2月在郑州市第二人民医院就诊的86例痰湿瘀结型AM患者，按随机数字表法分为对照组、研究组各43例。对照组年龄28~45岁，平均(37.29±3.02)岁；病程2~7年，平均(4.11±0.95)年；体质量指数18~28，平均23.15±2.06；每次月经持续时间4~8 d，平均(6.02±0.85)d。研究组年龄27~46岁，平均(38.16±3.13)岁；病程1~7年，平均(4.05±0.83)年；体质量指数19~28，平均22.91±1.36；每次月经持续时间3~8 d，平均(5.82±0.81)d。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经郑州市第二人民医院医学伦理委员会审核批准(审批号：ZH20191203)。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服地诺孕素片(Bayer Weimar GmbH und Co. KG，国药准字HJ20180090，规格：2 mg/片)，每天1次(服药时间固定)，每次1片，连续治疗6个月经周期。

2.2 研究组 在对照组基础上给予枯萎瞿麦方加味治疗。处方：天花粉、山药、茯苓、瞿麦各30 g，浙贝母15 g，熟附子10 g，甘草5 g，水蛭3 g。每天1剂，水煎取汁200 mL，早晚各温服1次。月经第5天开始服药，连服10 d，治疗6个月经周期。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效，治疗6个月经周期后(治疗后)评估。②疼痛程度。治疗前后以视觉模拟评分法(VAS)评估，总分0~10分，评分越高表明疼痛越明显。③月经量。治疗前后以月经失血

图(PBAC)评估月经量，嘱患者治疗期间统一使用245 mm卫生巾，根据卫生巾血染程度进行评分，其中血染面积不足整张卫生巾的1/3为轻度，计1分；血染面积占整张卫生巾的1/3~3/5为中度，计5分；血染面积超过整张卫生巾的3/5为重度，计20分^[7]。④子宫体积和子宫内膜厚度。治疗前和治疗后1次月经干净后第3天用B超测量子宫上下、左右、前后径及子宫内膜厚度。子宫体积=上下径×前后径×左右径×0.523。⑤性激素。治疗前和治疗后1次月经第3天至第5天用化学发光免疫分析法检测血清雌二醇(E₂)、卵泡刺激素(FSH)及黄体生成素(LH)水平。⑥血管生成因子、氧化应激指标。治疗前和治疗后1次月经第3天至第5天采用酶联免疫吸附法测定血清前列腺素F_{2α}(PGF_{2α})、血管生成素-2(Ang-2)、沉默信号调节蛋白6(Sirt6)、血管内皮生长因子(VEGF)水平，以双抗体夹心法测定血清丙二醛(MDA)、超氧化物歧化酶(SOD)水平。⑦不良反应发生率。统计治疗期间恶心、头晕、呕吐等不良反应发生率。

3.2 统计学方法 采用SPSS26.0统计学软件分析数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，同组治疗前后比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验。计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[8]制定疗效标准。显效：月经量多、痛经等症状消失，子宫体积较治疗前明显缩小，VAS和(或)PBAC评分减少50%以上；有效：月经量多、痛经等症状明显改善，子宫体积无明显变化，VAS和(或)PBAC评分减少25%~50%；无效：未达上述标准。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，总有效率研究组83.72%，高于对照组65.12%，差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.3 2组治疗前后VAS、PBAC评分及子宫体积、子宫内膜厚度比较 见表2。治疗前，2组VAS、PBAC评分及子宫体积、子宫内膜厚度比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组VAS、PBAC评分均较治疗前降低，子宫体积均较治疗前缩小，子宫内膜厚度均较治疗前变薄，差异均有统计学意义($P<0.05$)；研究组VAS、PBAC评分均低于对照

组,子宫体积小于对照组,子宫内膜厚度薄于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后性激素比较 见表3。治疗前,2组 LH、FSH、 E_2 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组 LH、FSH水平均较治疗前降低, E_2 水平均较治疗前升高,差异均有统计学意义($P<0.05$);研究组 LH、FSH水平均低于对照组, E_2 水平高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.5 2组治疗前后血管生成因子比较 见表4。治疗前,2组 PGF2 α 、VEGF、Ang-2水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组 PGF2 α 、VEGF、Ang-2水平均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P<0.05$);研究组 PGF2 α 、VEGF、Ang-2水平均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.6 2组治疗前后氧化应激指标比较 见表5。治疗前,2组 MDA、Sirt6、SOD水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组 MDA水平均较治疗

前降低,Sirt6、SOD水平均较治疗前升高,差异均有统计学意义($P<0.05$);研究组 MDA水平低于对照组,Sirt6、SOD水平均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.7 2组不良反应发生率比较 2组均未出现肝功能异常。研究组出现恶心、呕吐各1例,不良反应发生率为4.65%(2/43);对照组出现头晕1例、恶心2例、呕吐1例,不良反应发生率为9.30%(4/43)。2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.179$, $P=0.672>0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
研究组	43	14(32.56)	22(51.16)	7(16.28)	36(83.72)
对照组	43	9(20.93)	19(44.19)	15(34.88)	28(65.12)
χ^2 值					3.909
P 值					0.048

表2 2组治疗前后VAS、PBAC评分及子宫体积、子宫内膜厚度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	VAS/分		PBAC/分		子宫体积/ cm^3		子宫内膜厚度/mm	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	43	4.03 $\pm$ 1.12	1.87 $\pm$ 0.41 ^①	11.64 $\pm$ 1.85	5.06 $\pm$ 1.16 ^①	223.52 $\pm$ 27.63	131.58 $\pm$ 15.68 ^①	15.16 $\pm$ 2.04	8.31 $\pm$ 1.05 ^①
对照组	43	3.97 $\pm$ 0.95	2.66 $\pm$ 0.50 ^①	12.16 $\pm$ 2.02	8.11 $\pm$ 1.23 ^①	218.85 $\pm$ 25.09	152.46 $\pm$ 13.25 ^①	14.89 $\pm$ 1.95	10.99 $\pm$ 1.43 ^①
t 值		0.268	8.012	-1.245	-11.829	0.821	-6.670	0.627	-9.906
P 值		0.789	<0.001	0.217	<0.001	0.414	<0.001	0.532	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

表3 2组治疗前后性激素比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	LH/($\text{ng}\cdot\text{mL}^{-1}$)		FSH/($\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$)		E_2 /($\text{pmol}\cdot\text{L}^{-1}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	43	7.92 $\pm$ 1.58	2.31 $\pm$ 0.62 ^①	7.76 $\pm$ 1.65	2.65 $\pm$ 0.51 ^①	185.18 $\pm$ 36.58	272.52 $\pm$ 18.35 ^①
对照组	43	8.25 $\pm$ 1.95	4.91 $\pm$ 1.24 ^①	7.14 $\pm$ 1.59	4.11 $\pm$ 1.23 ^①	178.73 $\pm$ 34.06	239.14 $\pm$ 15.52 ^①
t 值		0.862	12.298	1.774	7.190	0.846	9.108
P 值		0.391	<0.001	0.080	<0.001	0.400	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

表4 2组治疗前后血管生成因子比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	PGF2 α /($\text{pg}\cdot\text{mL}^{-1}$)		VEGF/($\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$)		Ang-2/($\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	43	438.78 $\pm$ 42.09	133.85 $\pm$ 19.64 ^①	214.53 $\pm$ 33.43	121.38 $\pm$ 23.49 ^①	287.52 $\pm$ 47.23	152.79 $\pm$ 18.46 ^①
对照组	43	445.65 $\pm$ 49.16	172.54 $\pm$ 22.52 ^①	223.72 $\pm$ 36.27	149.01 $\pm$ 21.27 ^①	293.14 $\pm$ 50.07	172.65 $\pm$ 20.72 ^①
t 值		-0.696	-8.491	-1.222	-5.718	-0.535	-4.693
P 值		0.488	<0.001	0.225	<0.001	0.594	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

表5 2组治疗前后氧化应激指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MDA/($\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)		Sirt6/($\text{ng} \cdot \text{mL}^{-1}$)		SOD/($\text{U} \cdot \text{mL}^{-1}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	43	12.67 $\pm$ 3.46	6.13 $\pm$ 1.90 ^①	6.35 $\pm$ 1.16	10.44 $\pm$ 2.53 ^①	68.67 $\pm$ 13.75	89.86 $\pm$ 10.46 ^①
对照组	43	13.13 $\pm$ 3.81	9.57 $\pm$ 2.15 ^①	6.41 $\pm$ 1.21	8.36 $\pm$ 1.78 ^①	72.75 $\pm$ 15.56	75.67 $\pm$ 8.95 ^①
t值		-0.586	-7.862	-0.235	4.409	-1.288	6.759
P值		0.559	<0.001	0.815	<0.001	0.201	<0.001

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$

5 讨论

AM是一种好发于30~50岁女性的妇科疾病，主要因子宫内膜间质及腺体在激素影响下侵入子宫肌层，在子宫肌层生长、浸润，形成弥漫性病变所致^[9-10]。对于有生育需求的患者，临床常采用地诺孕素片等西药进行治疗，该药可调节雌激素、孕激素水平，抑制子宫内膜生长，促进子宫内膜萎缩，抑制异位病灶生长，有效改善临床症状^[11]。但有研究显示，长期使用西药治疗容易引发头晕、恶心、呕吐等不良反应，影响治疗效果，且停药后由于缺少孕激素的调节，子宫内膜会继续生长，导致疾病复发^[12]。

AM归属于中医学月经过多、痛经、癥瘕范畴。因饮食不节、思虑过度，致脾气受损，脾虚则生湿，水湿不化，凝而为痰，痰阻胞宫，行经不畅，发为痛经；痰浊与气血搏结，阻滞冲任胞宫，气血凝滞不行，故胞中有结块；瘀血不去，新血不得归经，以致经量增多、经期延长。治疗应以利水祛湿、活血消痰为主。栝蒌瞿麦方为祛湿良方，方中瞿麦、天花粉清利下焦水湿，使下焦胞宫痰湿得治；茯苓利水消肿、健脾渗湿，可使下焦湿邪从小便而出；山药补中益气、健脾固肾；熟附子暖肾阳，肾阳充盛，推动气血运行，利于瘀血、痰饮运化和吸收。本研究在栝蒌瞿麦方基础上加味浙贝母清热祛痰、散结消痞；加水蛭逐瘀通经，瘀血得去则病痛自除；加甘草补中益气、调和诸药。诸药合同，共奏利水渗湿、化痰散瘀之效。AM多因子宫内膜基底层细胞增生侵袭到子宫肌层，并伴周围肌层细胞代偿性肥大和增生所致。药理学研究表明，瞿麦可抑制子宫内膜异常增长^[13-14]。水蛭具有抗增殖、抗纤维化等药理作用，其还可扩张毛细血管，改善局部微循环^[15]。茯苓可抑制子宫平滑肌增殖，改善子宫内膜血液循环，减弱子宫平滑肌收缩，继而有效缓解痛经等临

床症状^[16]。

本研究结果显示，与对照组比较，研究组总有效率较高，VAS、PBAC评分均较低，子宫内膜厚度较薄，性激素水平改善程度较优，子宫体积较小。提示栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片治疗痰湿瘀结型AM效果显著，可有效改善临床症状，调节性激素水平，促使子宫内膜变薄，缩小子宫体积。有研究显示，PGF2 α 、Ang-2、VEGF为血管生成因子，与AM患者的病情密切相关^[17]。其高表达可促进血管生成，增强子宫内膜细胞的侵袭性，加剧临床症状^[18-19]。本研究结果显示，治疗后，研究组上述3项血管生成因子水平均低于对照组。提示栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片治疗可通过抑制血管新生来缓解痰湿瘀结型AM患者的病情。此外，相关研究指出，AM患者处于高氧化应激状态，机体MDA水平高于健康人群，SOD水平低于健康人群；Sirt6具有抗氧化作用，可参与AM氧化损伤调控机制^[20]。与对照组比较，治疗后研究组MDA水平较低，Sirt6、SOD水平均较高。提示栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片可通过减轻痰湿瘀结型AM患者机体的氧化应激反应，有效改善临床症状。分析原因可能与本研究所用部分中药具有抗氧化作用有关。动物实验研究结果显示，瞿麦可通过调节Nrf2-NQO1通路发挥抗氧化作用，减轻氧化应激损伤^[21]。天花粉总皂苷也具有抗氧化作用^[22]。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义，提示栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片治疗安全性高。

综上所述，栝蒌瞿麦方加味联合地诺孕素片治疗痰湿瘀结型AM效果显著，可有效调节性激素水平、减轻机体氧化应激反应，促使子宫内膜厚度变薄，抑制血管新生，改善痛经等临床症状，且安全性高。

[参考文献]

- [1] 田瑞,徐斌.散结镇痛胶囊联合左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫腺肌症患者的疗效及对血清MMP-9、MMP-2、VEGF的影响研究[J].中国性科学,2023,32(4):112-115.
- [2] 孙青凤,杨君君,任亚娟,等.暖宫消癥散结汤联合中药灌肠治疗子宫腺肌症疗效及对患者痛经症状积分、子宫内膜厚度和血清CA125水平的影响[J].陕西中医,2023,44(6):742-745.
- [3] 邹科,朱庆博,李中钦,等.桂枝茯苓汤加减联合小剂量米非司酮治疗子宫腺肌症痛经患者的疗效及对其血清VEGF和CA125的影响[J].世界中西医结合杂志,2023,18(4):714-718.
- [4] 张科科,周宙,喻梦蝶,等.子宫腺肌病及其合并病的中西医防治思考[J].中医药学报,2023,51(6):9-14.
- [5] 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(6):376-383.
- [6] 中华中医药学会.中医妇科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2012:124-125.
- [7] 冯力民,夏恩兰,黄晓武,等.应用月经失血图评估月经血量[J].中华妇产科杂志,2001,36(1):51.
- [8] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:239-243.
- [9] MISHRA I, MELO P, EASTER C, et al. Prevalence of adenomyosis in women with subfertility: systematic review and meta-analysis[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2023, 62(1): 23-41.
- [10] RAIMONDO D, RAFFONE A, TRAVAGLINO A, et al. Impact of adenomyosis on the prognosis of patients with endometrial cancer[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2022, 157(2): 265-270.
- [11] 韩瑜红,华越珂.地诺孕素治疗子宫腺肌症痛经患者的疗效及对血清中肿瘤坏死因子- α 白细胞介素-8的影响[J].中国药物与临床,2017,17(7):968-970.
- [12] 朱丹,张风格,刘坤,等.桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素对子宫腺肌症的CA125、MDM2、VEGF表达水平的影响[J].药物生物技术,2023,30(4):398-402.
- [13] 程霜杰,李燕,袁明智,等.瞿麦化学成分及药理作用研究进展[J].中华中医药学刊,2021,39(3):134-139.
- [14] 陆璇霖,农秀明,成平,等.加味栝楼瞿麦汤联合壮医脐穴针刺治疗子宫腺肌症的临床观察[J].广州中医药大学学报,2022,39(4):844-849.
- [15] 王革新.水蛭在妇科临床的应用[J].中医药信息,2007,24(1):38-39.
- [16] 张新庄,萧伟,徐筱杰,等.基于网络药理学的桂枝茯苓胶囊治疗痛经、子宫肌瘤和盆腔炎的分子作用机制研究[J].中草药,2016,47(1):81-94.
- [17] 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(2):472-475.
- [18] 李莉,刘春桃,刘杨,等.高强度聚焦超声消融联合屈螺酮炔雌醇片治疗子宫腺肌病患者的临床疗效及对血管生成因子和子宫动脉血流动力学的影响[J].疑难病杂志,2024,23(5):599-604.
- [19] 芦金玲,姚升郊,刘澈.米非司酮联合孕三烯酮治疗子宫腺肌症效果及对PGF2 α 、 β -EP及子宫恢复的影响[J].中国计划生育学杂志,2023,31(8):1880-1883.
- [20] 和斌,康乐,瞿晓燕,等.子宫腺肌症患者血清中Sirt6和氧化应激指标水平及其相关性分析[J].南昌大学学报(医学版),2022,62(6):21-24,31.
- [21] 李荣科,颜春鲁,安方玉,等.敦煌医方瞿麦汤对肾草酸钙结石大鼠核转录因子2-NAD(P)H醌氧化还原酶1通路的影响[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(6):756-758,776.
- [22] 陈颖,周岩,曹银萍,等.天花粉总皂苷的提取及其清除DPPH自由基作用的研究[J].药物生物技术,2010,17(5):397-399.

(责任编辑:刘迪成)