

温肾化瘀分期疗法治疗子宫腺肌病临床研究

吕双, 陈剑红

嵊州市中医院妇科, 浙江 嵊州 312400

[摘要] 目的: 观察温肾化瘀分期疗法治疗子宫腺肌病的临床疗效。方法: 收集2022年10月—2024年9月嵊州市中医院妇科门诊治疗的100例子宫腺肌病患者, 采用区组随机化方法随机分为试验组与对照组各50例。对照组给予少腹逐瘀汤治疗, 试验组给予温肾化瘀分期疗法(围月经期经前3天起至月经干净服用化瘀方, 经间期服用温肾方)治疗。治疗3个月经周期, 比较2组治疗前后血液流变学指标[全血高切(200/s)黏度、全血低切黏度(1/s)、血浆黏度]水平、痛经程度评分、中医证候评分、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、子宫体积大小、糖类抗原125(CA125)水平。结果: 治疗后, 试验组总有效率88.00%(44/50), 对照组为78.00%(39/50), 2组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。试验组愈显率52.00%(26/50), 对照组为32.00%(16/50), 2组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。2组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度水平较治疗前均降低($P<0.05$), 试验组3项指标水平均低于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组痛经程度评分、中医证候评分、VAS评分较治疗前均降低($P<0.05$), 且试验组3项评分均低于对照组($P<0.05$)。治疗后, 试验组子宫体积较治疗前缩小($P<0.05$), 且小于对照组($P<0.05$); 对照组子宫体积治疗前后比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 2组CA125水平均较治疗前降低($P<0.05$), 且试验组低于对照组($P<0.05$)。结论: 温肾化瘀分期疗法治疗子宫腺肌病可有效缓解临床症状, 减轻疼痛, 缩小子宫体积, 改善血液流变学状态及血清CA125水平。

[关键词] 子宫腺肌病; 分期疗法; 温肾化瘀; 血液流变学; 糖类抗原125

[中图分类号] R737.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 18-0065-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.18.012

Clinical Study on Treatment of Uterine Adenomyosis with Kidney-Warming and Stasis-Dissolving Therapy Based on Menstrual Phases

LYU Shuang, CHEN Jianhong

Department of Gynecology, Shengzhou Traditional Chinese Medicine Hospital, Shengzhou Zhejiang 312400, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of kidney-warming and stasis-dissolving therapy based on menstrual phases in treating uterine adenomyosis. **Methods:** A total of 100 uterine adenomyosis patients treated at the Inpatient Department of Gynecology, Shengzhou Traditional Chinese Medicine Hospital from October 2022 to September 2024 were collected and randomly divided into a trial group and a control group, with 50 cases in each group using block randomization. The control group was treated with Shaofu Zhuyu Decoction, while the trial group received kidney-warming and stasis-dissolving therapy (administering Huayu Prescription from three days before menstruation until the end of the menstrual period and kidney-warming Prescription during the intermenstrual period). The treatment lasted for three menstrual cycles. Hemorheological parameters [whole blood high shear viscosity (200/s), whole blood low shear viscosity (1/s), and plasma viscosity], dysmenorrhea severity scores, traditional Chinese medicine syndrome scores, Visual Analogue Scale (VAS) for pain, uterine volume, and carbohydrate antigen 125 (CA125)

[收稿日期] 2024-10-28

[修回日期] 2025-06-17

[基金项目] 绍兴市卫生健康科技计划项目 (2022KY111)

[作者简介] 吕双 (1988-), 女, 主治医师, E-mail: lvshuang8810@163.com。

[通信作者] 陈剑红 (1972-), 女, 主任医师, E-mail: chenjianhong0575@126.com。

levels were compared before and after treatment between the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 88.00% (44/50) in the trial group and 78.00% (39/50) in the control group, with no significance in the difference ($P > 0.05$). The cured and markedly improved rate was 52.00% (26/50) in the trial group and 32.00% (16/50) in the control group, with significance in the difference ($P < 0.05$). In both groups, whole blood high shear viscosity, whole blood low shear viscosity, and plasma viscosity were decreased compared to before treatment ($P < 0.05$), with the trial group showing lower levels in all three parameters ($P < 0.05$). Dysmenorrhea severity scores, traditional Chinese medicine syndrome scores, and VAS scores were decreased in both groups after treatment ($P < 0.05$), with the trial group having lower scores than the control group ($P < 0.05$). After treatment, the uterine volume in the trial group decreased compared to before treatment ($P < 0.05$) and was smaller than that of the control group ($P < 0.05$). In contrast, no statistically significant difference was observed in the control group before and after treatment ($P > 0.05$). CA125 levels in both groups reduced compared to before treatment ($P < 0.05$), with the trial group showing lower levels than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Kidney-warming and stasis-dissolving therapy based on menstrual phases can effectively alleviate clinical symptoms of uterine adenomyosis, reduce pain, shrink uterine volume, and improve hemorheological and serum CA125 levels.

Keywords: Uterine adenomyosis; Phase-based therapy; Kidney-warming and stasis-dissolving therapy; Hemorheology; Carbohydrate antigen 125

子宫腺肌病是指具有生长功能的子宫内膜腺体与间质侵入子宫肌层导致子宫肌层局限性或弥漫性增生肥大的一种雌激素依赖性妇科良性疾病^[1]。该病好发于生育年龄妇女,发病率为7%~23%;但也有学者认为,因为子宫腺肌病的诊断金标准依赖于手术病理诊断,所以其流行病学数据并不确切^[2]。子宫腺肌病的主要临床症状包括月经过多(甚至导致严重贫血)、严重痛经和不孕^[3]。本病的药物治疗包括左炔诺孕酮、促性腺激素释放激素激动剂、复方口服避孕药、地诺孕素、非甾体类抗炎药等;手术治疗包括全子宫切除、病灶切除、内膜切除和消融术等,疗效不一。中医学认为,肾虚血瘀为子宫腺肌病的常见证型之一,临床治疗以温补肾阳、活血通脉为主。温肾化瘀分期疗法基于本病肾虚血瘀的基本病机,根据女性的月经生理特点将月经周期分为围月经期和经间期进行治疗。其中围月经期临床症状以痛经为主,治疗重在活血化瘀止痛,选用化瘀方;经间期以癥瘕表现为主,治疗重在补肾活血消癥,选用温肾方。本研究观察温肾化瘀分期疗法对肾虚血瘀证子宫腺肌病的治疗效果,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《妇产科学》^[4]和《子宫腺肌病诊治中国专家共识》^[3]中有关子宫腺肌病的诊断标准。临床表现及体征:①继发性、渐进性加剧的痛经;

②经前或经后某一固定时间内进行性加剧的下腹疼痛、腰骶不适;③周期性直肠刺激症状,进行性加剧;④月经过多、经期延长;⑤子宫均匀性增大或局限性突出,质地硬且有压痛,经期压痛更明显。B超检查提示为弥漫性或局灶性子宫腺肌病。血清糖类抗原125(CA125) > 35 U/mL。经开腹手术或腹腔镜手术证实患有子宫腺肌病者。凡具备①、②中的1项及③~⑤中的1项,并结合B超检查,血清CA125或经开腹手术或腹腔镜手术结果即可诊断。

1.2 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]及《中医妇科学》^[6]中肾虚证、血瘀证有关内容拟定。①经前下腹隐痛,经行疼痛加剧,得温痛减,伴腰脊酸软;②非经期下腹疼痛,无周期性,伴腰脊酸软、小腹发凉、喜温;③月经推迟、量少、色暗或夹血块;④平素喜温不耐寒,神疲乏力,头晕耳鸣,四末不温;⑤带下量多,色白,或大便稀;⑥舌暗红或淡暗,或边尖有瘀斑瘀点,舌苔薄白或腻,脉涩或沉细或结、代。具备以上①、②项中的1项和③~⑤项中的1项,结合舌脉即可辨证为肾虚血瘀证。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准;年龄20~50岁;未绝经者;经B超检查为弥漫性子宫腺肌病者,妇科检查子宫大小小于孕10周;经B超检查为局灶性子宫腺肌病者,单个腺肌瘤直径小于5 cm;无内科合并症;近3个月未采用相关药物治疗;自

愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并有心脑血管疾病、肝肾功能异常、风湿免疫等严重原发性疾病者;合并消化性溃疡、吸收不良综合征者;神志异常、无自主意识或表达障碍及精神类疾病者;妊娠或哺乳期妇女;对所用药物过敏或过敏体质者;诊断为子宫肌瘤、盆腔感染、盆腔恶性肿瘤等妇科疾病;原发性痛经或其他原因导致的痛经或盆腔包块。

1.5 一般资料 选择2022年10月—2024年9月嵊州市中医院妇科门诊治疗的100例子宫腺肌病患者,采用区组随机化方法,借助SPSS软件随机分为试验组与对照组各50例。试验组平均年龄(40.22 ± 6.41)岁,平均病程(31.03 ± 29.58)个月。对照组平均年龄(41.86 ± 6.13)岁,平均病程(30.21 ± 23.92)个月。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已通过嵊州市中医院临床试验机构伦理委员会审查[批件号:(SZZYK-2022)意见第(010)号]。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用少腹逐瘀汤治疗。处方:小茴香3g,干姜3g,延胡索6g,没药6g,当归9g,川芎6g,肉桂3g,赤芍6g,蒲黄9g,五灵脂6g。药材均由江阴天江药业有限公司统一提供,嵊州市中医院中药房统一发放免煎颗粒剂,服用早晚各1次,每次1袋,沸水冲服。3个月经周期为1个疗程,共治疗1个疗程。

2.2 试验组 采用化瘀方联合温肾方治疗。化瘀方处方:血竭粉3g,蒲黄20g,姜黄6g,肉桂6g,肉苁蓉10g,胡芦巴10g,桃仁6g,没药6g,延胡索15g,甘草6g。温肾方处方:淫羊藿15g,肉苁蓉10g,菟丝子15g,当归10g,丹参10g,川芎6g,三棱10g,莪术10g,皂角刺10g,桂枝3g,鸡血藤10g,醋香附6g。药材均由江阴天江药业有限公司统一提供免煎颗粒剂。围月经期经前3天起至月经干净服用化瘀方,经间期服用温肾方,早晚各1次,每次1袋,沸水冲服。3个月经周期为1个疗程,共治疗1个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。于治疗前后参考《中医妇科学》^[6]对经行腹痛、非经期下腹痛、性交痛、非经期肛门坠痛、月经量少、经色、经质、腰酸肢软、性欲减退、形寒肢冷、头晕耳鸣症状按无、轻、中、重4级进行评分,分别计0、2、4、6分。②痛经程度评分。参照《中药新药临床研究指导原

则(试行)》^[6],经期及经期前后小腹疼痛计5分,不可忍、需卧床休息、影响正常生活、一般措施不能缓解分别计1分,痛感明显、一般措施可暂缓、疼痛在1天以内、疼痛每增加1天分别计0.5分;总分 ≤ 7 分为轻度,7~13分为中度, > 13 分为重度,于治疗前后各评分1次。③疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分。于治疗前后采用VAS量尺记录疼痛分值,0~10cm线段上,根据痛经的程度在线段上标出相应的点,其数值即为评分结果,无痛(0分),轻度疼痛(1~3分),中度疼痛(4~6分),重度疼痛(7~10分)。④盆腔彩超检查。于治疗前后月经干净3天之内,做妇科经阴道彩超检查,观察子宫大小变化。子宫体积计算:按 $ABC\pi/6$ 计算,A、B、C各表示子宫的长径、横径、前后径。⑤血液流变学、血清CA125水平。于治疗前后,分别在月经干净后第3~7天内清晨空腹抽取2组患者前臂静脉血,检测全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度及血清CA125水平。⑥安全性评价。治疗期间,观察2组患者的症状、生命体征、肝肾功能等情况,记录不良事件的发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS25.0统计软件进行数据分析。计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料符合正态分布者以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较、同组治疗前后分别采用成组样本或配对样本 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]及疼痛VAS评分评定。痊愈:中医证候消失或基本消失,疗效指数 $\geq 90\%$;痛经、腹痛及其他症状消失,停药3个月经周期未复发;VAS评分为0分。显效:中医证候明显改善,70% $\leq$ 疗效指数 $< 90\%$;痛经程度评分降低至治疗前评分的1/2以下,腹痛明显减轻,其余症状好转,不服止痛药可坚持工作;VAS评分减少1/2以上。有效:中医证候好转,30% $\leq$ 疗效指数 $< 70\%$;痛经程度评分降低至治疗前评分的1/2~3/4,腹痛减轻,其余症状好转,服止痛药能坚持工作;VAS评分减少1/4~1/2。无效:中医证候无明显改善,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$;痛经程度评分降低至治疗前评分的1/4以下,腹痛及其症状无改变或加重;VAS评分减少不足1/4或加重。疗效指数=(治疗前中医证候评分-治疗后中医证候评分)/治疗前中医证候评分 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后, 试验组愈显率为52.00%, 对照组为32.00%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 试验组总有效率88.00%, 对照组78.00%, 2组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显	总有效
对照组	50	3(6.00)	13(26.00)	23(46.00)	11(22.00)	16(32.00)	39(78.00)
试验组	50	6(12.00)	20(40.00)	18(36.00)	6(12.00)	26(52.00)	44(88.00)
χ^2 值						4.105	1.772
P 值						0.043	0.183

4.3 2组治疗前后血液流变学指标比较 见表2。治疗前, 2组血液流变学指标全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度水平较治疗前均降低($P < 0.05$), 且试验组3项指标水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$) mPa·s

组别	时间	例数	全血高切黏度	全血低切黏度	血浆黏度
对照组	治疗前	50	4.08 ± 0.29	18.95 ± 2.04	1.41 ± 0.06
	治疗后	50	3.99 ± 0.34 ^①	18.38 ± 2.28 ^①	1.37 ± 0.11 ^①
试验组	治疗前	50	4.07 ± 0.42	18.96 ± 2.86	1.42 ± 0.11
	治疗后	50	3.83 ± 0.43 ^{①②}	17.40 ± 2.52 ^{①②}	1.32 ± 0.11 ^{①②}

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.4 2组治疗前后痛经程度、中医证候、VAS评分比较 见表3。治疗前, 2组痛经程度评分、中医证候评分、VAS评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组痛经程度评分、中医证候评分、VAS评分较治疗前均降低($P < 0.05$), 且试验组痛经程度评分、中医证候评分、VAS评分均低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后痛经程度、中医证候、VAS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	例数	痛经程度评分	中医证候评分	VAS评分
对照组	治疗前	50	8.55 ± 2.25	24.76 ± 6.96	4.92 ± 2.10
	治疗后	50	6.70 ± 2.35 ^①	13.00 ± 7.02 ^①	3.06 ± 2.03 ^①
试验组	治疗前	50	8.16 ± 1.95	24.12 ± 6.84	4.64 ± 1.83
	治疗后	50	5.62 ± 2.25 ^{①②}	10.12 ± 6.12 ^{①②}	2.14 ± 1.48 ^{①②}

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.5 2组治疗前后子宫体积、CA125水平比较 见表4。治疗前, 2组子宫体积、CA125水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 试验组子宫体积较治疗前缩小($P < 0.05$), 且小于对照组($P < 0.05$); 对照组子宫体积治疗前后比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组CA125水平均较治疗前降低($P < 0.05$), 且试验组低于对照组($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后子宫体积、CA125水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	子宫体积(cm^3)	CA125(U/mL)
对照组	治疗前	50	115.73 ± 34.76	79.88 ± 34.68
	治疗后	50	112.86 ± 36.59	74.22 ± 34.39 ^①
试验组	治疗前	50	114.89 ± 32.31	81.17 ± 26.10
	治疗后	50	99.47 ± 29.50 ^{①②}	65.41 ± 24.98 ^{①②}

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

5 讨论

子宫腺肌病是育龄期女性的常见病, 其典型的临床表现为痛经, 且呈进行性加重, 月经紊乱, 不孕及子宫体积增大。痛经是子宫腺肌病的主要临床表现之一, 2/3的子宫腺肌病患者均可出现, 开始往往只有月经来潮时才出现下腹正中疼痛, 随着病情的进展, 月经来潮时疼痛程度逐渐加重, 疼痛时间延长, 之后可在非月经期也可出现疼痛。目前, 子宫腺肌病的治疗方式主要包括手术治疗和药物保守治疗。手术治疗除了切除子宫外均无法彻底清除病灶, 复发率极高, 且不适用于所有患者, 特别是有生育要求的女性。药物保守治疗多为对症治疗, 且需长期用药管理, 很难达到根治目的。少腹逐瘀汤为治疗妇人痛经的代表方, 有温经散寒、活血祛瘀、消癥止痛之效。有临床研究显示, 少腹逐瘀汤加减可改善子宫腺肌病患者的中医证候, 临床疗效显著^[8], 故本研究选用少腹逐瘀汤作为阳性对照用药。

中医学根据子宫腺肌病的主要临床表现, 一般将其归属于痛经、癥瘕、崩漏、不孕等疾病范畴。瘀血停滞为本病基本病机, 瘀血是本病关键的致病因素。瘀阻冲任, “不通则痛”, 则出现经期腹痛症状; 新血不能归经, 则经行量多, 瘀血凝结成色暗血块; 瘀滞冲任, 胞宫、胞脉阻塞不通, 从而导致不孕。《医学衷中参西录》中记载: “女子癥瘕, 多因产后恶露未净, 凝结于冲任之中, 而流走之新血,

又凝滯其上，以附益之，逐渐积而为癥瘕矣。”指出女子产后瘀血凝滞冲任、胞宫，久则成癥瘕，且渐进加重^[9]。张萍青教授提出肾虚血瘀型为子宫腺肌病的重要证型之一，肾阳不足，胞宫失于温煦，虚寒滞血^[10]。本病程较长，久病及肾，肾虚又为其病变的结果，从而形成肾虚血瘀；血瘀又加重肾虚，恶性循环，周而复始，使病情加重。综上所述，子宫腺肌病的主要病因病机为肾阳不足，瘀血内阻，积久成癥。治疗当以温补肾阳、活血消癥为主。女性月经具有周期性、节律性，治疗也当顺势应变。夏桂成教授主张以补肾调周法治疗子宫腺肌痛经^[11]。章勤教授认为，治疗子宫腺肌病，应循经前、经行、经后、经间四期，分期而治^[12]。谈勇教授治疗本病时，亦主张辨证辨病相结合，标本兼顾，扶正与祛瘀并用，分经前经期和平素两个阶段^[13]。本研究在此基础上进一步形成了温肾化瘀分期疗法。该法本着辨证论治原则，根据临床症状，从月经周期出发，将月经周期分为围月经期和经间期两期进行治疗。温肾化瘀分期疗法以经前3天起至月经干净为围月经期，采用化瘀方治疗，旨在温肾暖宫、化瘀止痛。本研究所用化瘀方，方中血竭粉、蒲黄、姜黄为主药，共奏活血行气、化瘀定痛之功效；辅以肉桂散寒止痛、温经通脉，肉苁蓉、胡芦巴温肾助阳止痛，桃仁、没药活血定痛，延胡索活血行气止痛，甘草缓急止痛、调和诸药。月经干净后至经前3天为经间期，采用温肾方治疗，旨在温肾暖宫、化瘀消癥，方中淫羊藿、肉苁蓉、菟丝子为主药，共奏补肾壮阳、温经暖宫之功；当归、丹参补血活血调经、祛瘀止痛；三棱、莪术、皂角刺破血行气、消癥止痛；桂枝温经通脉；川芎、鸡血藤、醋香附活血行气、理气调经。温肾化瘀分期疗法符合中医学“急则治其标，缓则治其本”的原则，以温补肾阳，活血通脉为治则，在温肾暖宫的同时，围月经期注重活血化瘀、行气止痛，缓解疼痛，经间期则重视化瘀消癥，以达标本兼治、精准调理之目的。

本研究结果显示，治疗后试验组愈显率高于对照组，中医证候评分、痛经程度评分、VAS评分、血液流变学指标及CA-125水平均低于对照组，子宫体积小于对照组，差异均有统计学意义。提示温肾化瘀分期疗法治疗子宫腺肌病可有效改善患者临床症状、血液流变学状态及CA125水平、缩小子宫体积，疗效优于少腹逐瘀汤治疗，值得临床借鉴使用。

【参考文献】

- [1] GORDTS S, GRIMBIZIS G, CAMPO R. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis [J]. Fertil Steril, 2018, 109(3): 380-388.
- [2] UPSON K, MISSMER S A. Epidemiology of Adenomyosis[J]. Semin Reprod Med, 2020, 38(2/3): 89-107.
- [3] 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.
- [4] 王泽华, 丁依玲. 妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 363-364.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 263-265.
- [6] 张玉珍. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 131-141.
- [7] 张信美. 子宫腺肌病临床表现及其分型[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(5): 498-501.
- [8] 蒋双双, 杨江燕, 王珂爽, 等. 中医对子宫腺肌病的研究进展[J]. 光明中医, 2021, 36(21): 3736-3738.
- [9] 刘震. 少腹逐瘀汤加减在子宫腺肌痛经治疗中的疗效[J]. 中国实用医药, 2019, 14(19): 131-133.
- [10] 姜彦, 应翩, 任辉, 等. 张萍青治疗子宫腺肌症经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(1): 115-116.
- [11] 孙先航, 赵可宁. 夏桂成教授治疗子宫腺肌痛经的临床经验[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(9): 734-737.
- [12] 徐若蕙, 章勤. 章勤辨治子宫腺肌痛经经验[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(1): 39-41.
- [13] 王魏. 谈勇教授治疗子宫腺肌病经验[J]. 中医临床研究, 2019, 11(25): 92-93.

〔责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)〕