

葆宫止血颗粒联合激素替代疗法治疗肾虚肝郁型绝经综合征临床研究

王小群¹, 斯小芳², 江孝华¹

1. 诸暨市第六人民医院妇产科, 浙江 诸暨 311800

2. 诸暨市妇幼保健院妇产科, 浙江 诸暨 311800

【摘要】目的: 观察葆宫止血颗粒联合传统激素替代疗法(HRT)治疗绝经综合征的临床效果。**方法:** 选取2023年8月—2025年8月诸暨市第六人民医院收治的100例绝经综合征患者, 采用随机数字表法分为试验组与对照组各50例。试验组采用葆宫止血颗粒联合HRT治疗, 对照组单纯给予HRT治疗。疗程均为3个月。比较2组临床疗效及不良反应发生率, 以及治疗前后性激素水平[黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂)、卵泡刺激素(FSH)]、血清炎症因子[肿瘤坏死因子(TNF-α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-1β(IL-1β)]水平、子宫内膜厚度、绝经相关生活质量量表(MENQOL)评分。**结果:** 治疗后, 试验组总有效率为94.00%(47/50), 对照组为80.00%(40/50), 2组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后, 2组E₂水平均较治疗前升高($P<0.05$), LH、FSH水平均较治疗前降低($P<0.05$); 且试验组E₂水平高于对照组($P<0.05$), LH、FSH水平低于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组TNF-α、IL-6、IL-1β水平均较治疗前降低($P<0.05$), 且试验组3项指标水平均低于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组子宫内膜厚度均较治疗前降低($P<0.05$), 且试验组子宫内膜厚度薄于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组MENQOL评分均较治疗前降低($P<0.05$), 且试验组MENQOL评分低于对照组($P<0.05$)。治疗期间, 试验组不良反应发生率为12.00%(6/50), 对照组为18.00%(9/50), 2组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论:** 葆宫止血颗粒联合HRT通过多靶点协同作用, 在改善绝经综合征症状、调节内分泌功能及提升生活质量方面具有一定优势, 且安全性良好。

【关键词】 绝经综合征; 肾虚肝郁型; 葆宫止血颗粒; 激素替代疗法; 性激素; 炎症因子

【中图分类号】 R271.11*6 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2026) 14-0033-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.14.006

Clinical Study of Baogong Zhixue Granules Combined with Hormone Replacement Therapy in Menopausal Syndrome of Kidney Deficiency and Liver Stagnation Type

WANG Xiaoqun¹, SI Xiaofang², JIANG Xiaohua¹

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Zhuji Sixth People's Hospital, Zhuji Zhejiang 311800, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Zhuji Maternal and Child Health Hospital, Zhuji Zhejiang 311800, China

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of Baogong Zhixue Granules combined with conventional hormone replacement therapy (HRT) in patients with menopausal syndrome. **Methods:** A total of 100 menopausal syndrome patients admitted to Zhuji Sixth People's Hospital from August 2023 to August 2025 were selected and randomly divided into a trial group and a control group using the random number table method, with 50 cases in each group. The trial group received Baogong Zhixue Granules combined with HRT, while the control group received HRT alone. The treatment duration for both groups was three months. Clinical efficacy, incidence of adverse reactions, as well as levels of sex hormone [luteinizing hormone (LH), estradiol (E₂), follicle-stimulating hormone (FSH)], serum

【收稿日期】 2025-12-07

【修回日期】 2026-03-31

【基金项目】 2023年浙江省医药卫生科技计划项目(2023XY200)

【作者简介】 王小群(1980-), 女, 副主任医师。

inflammatory factor [tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), interleukin-1 β (IL-1 β)], endometrial thickness, and Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) scores before and after treatment were compared. **Results:** After treatment, the total effective rate was 94.00% (47/50) in the trial group, significantly higher than that of 80.00% (40/50) in the control group ($P < 0.05$). E_2 levels increased in both groups after treatment ($P < 0.05$), while LH and FSH levels decreased ($P < 0.05$). The trial group showed higher E_2 levels and lower LH and FSH levels than the control group ($P < 0.05$). TNF- α , IL-6, and IL-1 β levels decreased in both groups after treatment ($P < 0.05$), with lower levels in the trial group ($P < 0.05$). Endometrial thickness decreased in both groups ($P < 0.05$), with thinner endometrium in the trial group ($P < 0.05$). MENQOL scores decreased in both groups ($P < 0.05$), with lower scores in the trial group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 12.00% (6/50) in the trial group and 18.00% (9/50) in the control group, with no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Baogong Zhixue Granules combined with HRT, through multi-target synergistic effects, show advantages in alleviating menopausal syndrome symptoms, regulating endocrine function, and improving quality of life, with good safety.

Keywords: Menopausal syndrome; Kidney deficiency and liver stagnation type; Baogong Zhixue Granules; Hormone replacement therapy; Sex hormones; Inflammatory factors

绝经综合征的主要临床表现为潮热、盗汗、情绪波动、阴道异常出血、阴道干燥等,这些临床表现不仅直接威胁患者的身体健康,更对其生活质量造成深远影响^[1-3]。绝经综合征并非单纯的内分泌功能衰退的直接体现,而是全身性系统变化的综合表现。除典型血管舒缩症状外,患者常伴随骨密度下降、认知功能减退及泌尿生殖道萎缩等多系统损害。研究显示,绝经后雌激素水平的下降是引发上述症状的核心机制,而雌激素缺乏导致的泌尿生殖系统萎缩症状常被患者因羞怯而忽视,进一步加剧了健康损害^[4-5]。当前,临床治疗策略虽以激素替代疗法(HRT)为核心,但其潜在的用药风险及禁忌证,限制了其临床广泛应用。在此背景下,中医药通过多靶点调节、整体平衡的治疗理念,为绝经综合征的治疗提供了新的思路。葆宫止血颗粒是一种具有固经止血、滋阴清热功效的中成药制剂,在功能性子宫出血、围绝经期异常出血等疾病的治疗中积累了丰富

的临床证据^[6]。既往研究显示,葆宫止血颗粒联合甲羟孕酮、氨甲环酸等药,在药物流产后持续出血、剖宫产术后出血的治疗中可有效缩短止血时间、降低血红蛋白下降幅度,同时改善患者血流动力学指标水平^[7-8]。本研究观察葆宫止血颗粒联合HRT治疗肾虚肝郁型绝经综合征的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《更年期综合征中西医结合诊治指南(2023年版)》^[9]绝经综合征诊断标准。年龄40~60岁,处于绝经过渡期或绝经后1年内;月经周期紊乱,表现为周期缩短(21~24天)、经量减少或延长,或出现无排卵性子宫出血,持续3个月以上;面部潮红伴出汗、盗汗,每日发作数次,持续1~5 min;情绪波动(易怒、焦虑、抑郁)、失眠、记忆力减退;阴道干涩、性欲减退、尿频或尿失禁;阴道不规则出血。

1.2 辨证标准 参照《更年期综合征中西医

结合诊治指南(2023)》^[9]中肾虚肝郁型的辨证标准。主症:潮热盗汗、烦躁易怒、月经紊乱;次症:腰膝酸软、失眠多梦;舌脉:舌红少苔、脉细数。

1.3 纳入标准 符合绝经综合征诊断标准及肾虚肝郁型辨证标准;意识清楚,无精神障碍;年龄40~65岁;签署知情同意书。

1.4 排除标准 其他疾病如甲状腺功能亢进或甲状腺功能减退引起的潮热、心悸等症状;伴有心血管疾病;伴有子宫肌瘤、子宫内膜息肉、卵巢肿瘤等;伴有子宫内膜病变;伴有乳腺癌、血栓病史等不适合HRT者;激素依赖性肿瘤病史;近3个月使用过性激素类药物。

1.5 一般资料 选取2023年8月—2025年8月诸暨市第六人民医院收治的100例绝经综合征患者,采用随机对照试验设计,按随机数字表法将受试者分为试验组与对照组各50例。对照组年龄43.28~57.19岁,平均(48.26±4.34)岁;体质量指数(BMI)18.92~23.83,平均22.23±1.42。试验组年龄43.59~57.45岁,平均(48.72±3.88)岁;BMI 19.04~23.58,平均22.42±1.58。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。本研究经诸暨市第六人民医院伦理委员会审批通过。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规HRT。口服戊酸雌二醇片(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字H20244319),每天1次,每次1 mg,连续服用21天;地屈孕酮片(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字H20254052),每天1次,每次10 mg,连续10天,形成周期性治疗方案。对于无子宫患者则单独使用戊酸雌二醇,剂量根据个体症状及激素水平调整。治疗周期为3个月,以覆盖一个完整的绝经综合征症状波动周期。在治疗过程中,医护人员需严密监测患者

出血模式、激素水平及肝肾功能变化。

2.2 试验组 在对照组的基础上加用葆宫止血颗粒(天津中盛海天制药有限公司,国药准字Z20103059,规格:15 g/袋)治疗,温水冲服,每次1袋,每天2次,口服,连续使用14天为1个疗程,治疗周期为3个月。在治疗初期可能出现突破性出血,此时可暂时增加单次剂量至2袋,同时保持激素药物剂量不变,待出血控制后再恢复常规剂量。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②性激素。治疗前后采集患者晨起空腹静脉血5 mL,采用双抗体夹心法检测血清黄体生成素(LH)水平,采用放射免疫法检测雌二醇(E_2)水平,采用酶联免疫吸附法检测卵泡刺激素(FSH)水平。③血清炎症因子。治疗前后采用酶联免疫吸附法检测血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平。④子宫内膜厚度。在治疗前后月经结束后第1天使用彩色多普勒超声仪检测子宫内膜厚度。⑤生活质量。治疗前后采用绝经相关生活质量量表(MENQOL)评估2组患者的生活质量。量表主要包含29项条目,每个条目0~6分,总分为174分,分数越高表明在活质量越低。⑥不良反应。统计并比较2组患者治疗期间静脉血栓、子宫内膜异常增厚、轻度胃肠道反应、乳房胀痛等不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 所有数据均采用SPSS25.0统计学软件进行分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验。计数资料以百分比(%)表示,组间比较采用 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 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]中疗效判定标准。显效:潮热、盗汗、情绪波动、失眠等症状基本消失或显著减轻(症状评分减少 $\geq 70\%$),症状改善需稳定维持至少4周,且停药后未复发;有效:部分症状减轻(症状评分减少 $30\% \sim 69\%$),症状改善需维持至少1周,停药后未加重;无效:症状减轻不明显(症状评分减少 $< 30\%$),甚至加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后,试验组总有效率94.00%,高于对照组80.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较					例(%)
组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	16(32.00)	24(48.00)	10(20.00)	80.00
试验组	50	26(52.00)	21(42.00)	3(6.00)	94.00
χ^2 值					12.047
P 值					0.001

4.3 2组治疗前后性激素水平比较 见表2。治疗前,2组性激素指标水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组血清 E_2 水平均较治疗前升高($P < 0.05$),LH、FSH水平均较治疗前降低($P < 0.05$);且试验组 E_2 水平高于对照组($P < 0.05$),LH、FSH低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)					
组 别	时 间	例数	E ₂ (pmol/L)	LH(mIU/mL)	FSH(mIU/mL)
对照组	治疗前	50	322.39 ± 31.17	39.75 ± 6.53	55.34 ± 5.22
	治疗后	50	375.27 ± 28.91 ^①	28.75 ± 2.32 ^①	34.17 ± 3.26 ^①
试验组	治疗前	50	321.18 ± 32.22	38.97 ± 5.47	55.38 ± 4.17
	治疗后	50	399.78 ± 31.27 ^{①②}	22.68 ± 3.15 ^{①②}	24.36 ± 2.27 ^{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组治疗前后血清炎症因子水平比较 见表3。治疗前,2组血清炎症因子水平比较,

差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组血清TNF- α 、IL-6、IL-1 β 水平均较治疗前降低($P < 0.05$),且试验组3项炎症因子水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)					ng/L
组别	时间	例数	TNF- α	IL-6	IL-1 β
对照组	治疗前	50	28.16 $\pm$ 6.23	39.82 $\pm$ 6.22	37.82 $\pm$ 3.79
	治疗后	50	21.24 $\pm$ 2.38 ^①	26.36 $\pm$ 2.41 ^①	22.16 $\pm$ 4.12 ^①
试验组	治疗前	50	28.22 $\pm$ 6.31	39.94 $\pm$ 6.11	37.65 $\pm$ 3.46
	治疗后	50	13.45 $\pm$ 3.02 ^{①②}	20.17 $\pm$ 3.15 ^{①②}	14.17 $\pm$ 3.08 ^{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组治疗前后子宫内膜厚度比较 见表4。治疗前,2组子宫内膜厚度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组子宫内膜厚度均较治疗前变薄($P < 0.05$),且试验组子宫内膜厚度薄于对照组($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后子宫内膜厚度比较($\bar{x} \pm s$)					mm
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	50	8.72 $\pm$ 1.24	6.18 $\pm$ 0.95	15.148	< 0.001
试验组	50	8.62 $\pm$ 1.15	4.23 $\pm$ 1.13	25.763	< 0.001
t 值		0.632	6.528		
P 值		0.534	< 0.001		

4.6 2组治疗前后MENQOL评分比较 见表5。治疗前,2组MENQOL评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2组MENQOL评分均较治疗前降低($P < 0.05$),且试验组MENQOL评分低于对照组($P < 0.05$)。

4.7 2组不良反应发生率比较 见表6。治疗期间,试验组不良反应发生率为12.00%,对照组为18.00%,2组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

5 讨论

绝经综合症的病理机制与治疗理论基础可从多个维度进行阐释。绝经后女性因卵巢功能衰退导致雌激素水平显著下降,这一变化直接

表5 2组治疗前后MENQOL评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	时间	例数	生理状态	心理状态	血管症状	性生活
对照组	治疗前	50	28.45 ± 3.11	29.17 ± 3.28	9.22 ± 0.92	8.74 ± 0.98
	治疗后	50	19.04 ± 2.24 ^①	18.16 ± 3.22 ^①	5.84 ± 0.23 ^①	6.53 ± 0.89 ^①
试验组	治疗前	50	28.52 ± 2.89	29.42 ± 3.19	0.18 ± 0.83	8.82 ± 1.03
	治疗后	50	12.16 ± 2.13 ^{①②}	12.35 ± 3.24 ^{①②}	4.03 ± 0.32 ^{①②}	4.24 ± 0.66 ^{①②}

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

表6 2组不良反应发生率比较

例

组别	例数	轻度胃肠道反应	乳房胀痛	静脉血栓	子宫内膜异常增厚	总发生率(%)
对照组	50	3	6	0	0	18.00
试验组	50	2	4	0	0	12.00
χ^2 值						0.796
P值						0.402

引发下丘脑-垂体-卵巢轴功能紊乱,进而导致植物神经功能失调和代谢障碍。中医学理论则认为,绝经综合征多与肝肾阴虚、瘀血阻滞相关,尤其与肝气郁结密切相关,肝失疏泄可导致气血运行不畅,形成虚实夹杂的病理状态^[11-12]。这种多系统、多环节的紊乱的病理基础提示治疗需兼顾激素水平调控与整体机能调整。

肾虚肝郁是绝经综合征的常见证型,此类患者主要表现为腰膝酸软、潮热心烦、咽干口燥,伴情绪波动或抑郁焦虑(肝郁表现),部分患者可能同时伴有头晕耳鸣、失眠多梦等症状。葆宫止血颗粒以绝经期肾虚肝郁、血热妄行的病机特点为切入点,基于滋阴清热、固经止血法进行组方用药,由煅牡蛎、白芍、侧柏叶、生地黄、金樱子、柴胡、三七、仙鹤草、椿皮、大青叶等组成。方中煅牡蛎、白芍收敛固涩;生地黄、金樱子滋阴补肾;侧柏叶、仙鹤草凉血止血;柴胡疏肝解郁;三七活血止血;大青叶清热凉血。诸药协同,共奏滋肾清肝、凉血止血、调理冲任、疏肝解郁之功。

本研究结果表明,治疗后试验组治疗总有效率高于对照组,提示接受葆宫止血颗粒联合

HRT治疗在改善绝经综合征症状方面具有更优的疗效。从症状维度分析,治疗后试验组MENQOL评分低于对照组,提示联合治疗在血管舒缩症状(如潮热、盗汗)、生理症状、心理症状(如焦虑、抑郁)及性生活(如阴道干涩、性欲减退)的生活质量改善程度均优于常规HRT治疗^[13]。现代药理学证实,葆宫止血颗粒的核心成分柴胡皂苷可调节下丘脑-垂体-卵巢轴功能^[14];三七总皂苷能抑制NF- κ B炎症通路^[15];地黄多糖可上调雌激素受体 α 表达^[16],这为中西医协同作用提供分子学基础。在围绝经期功能性子宫出血领域,葆宫止血颗粒与炔诺酮、地屈孕酮等孕激素类药物的协同应用,进一步验证了其在调节内分泌失衡、稳定子宫内膜方面的中西医治疗优势^[17-19]。这种联合治疗模式不仅需关注短期症状缓解,更应注重长期代谢风险防控及生活质量改善,以应对当前临床治疗中的未满足需求。葆宫止血颗粒中的黄芩、地黄等中药成分可增强雌激素受体敏感性,同时抑制促性腺激素过度分泌,从而放大HRT的靶向作用^[20]。HRT补充外源性雌激素的同时,葆宫止血颗粒中的植物雌激素(如金樱子黄酮)通过受体选择性调节发挥增效减毒作

用。此外,中药成分的多靶点调控特性可能对HRT未能完全覆盖的神经递质失衡、植物神经紊乱等病理环节产生补充效应^[21-23]。

HRT方案通过补充雌激素或联合孕激素,可有效恢复因卵巢功能衰退导致的激素失衡。该疗法通过模拟生理激素分泌模式,缓解血管舒缩症状、改善骨代谢及心血管保护功能^[24-25]。本研究结果显示,治疗后试验组E₂水平高于对照组,LH、FSH、TNF- α 、IL-6、IL-1 β 水平显著低于对照组。提示葆宫止血颗粒联用可升高E₂、降低FSH、LH水平,促进卵巢功能恢复。该方案可降低促炎因子水平,缓解绝经相关的低度炎症状态,这与其中药成分(如大青叶、柴胡)的抗炎功效相印证^[8]。本研究结果还显示,治疗后试验组子宫内膜厚度薄于对照组,提示联合用药存在子宫内膜保护方面疗效更佳,其原因可能与葆宫止血颗粒的收敛止血作用有关。治疗期间,2组不良反应发生率相当,联合用药并没有增加不良反应。

综上所述,葆宫止血颗粒联合HRT可发挥协同作用,在改善绝经综合征症状、调节内分泌功能及提升生活质量方面具有一定优势,且安全性良好。对于临床实践而言,本研究为绝经综合征治疗提供了新的联合用药策略,尤其适用于对单纯HRT疗效欠佳或存在用药顾虑的患者,但需严格遵循个体化用药原则,结合患者激素水平及症状谱进行方案调整。本研究存在若干局限性:首先,纳入标准未排除合并慢性疾病患者,可能影响结果的普遍性;其次,未能评估长期疗效及潜在风险;此外,未设置安慰剂对照组,可能无法完全排除安慰剂效应。未来研究将采用多中心设计以提高证据等级。

[参考文献]

- [1] 余筱,石静宝,张豪.诺雷德联合激素替代疗法应用于子宫内膜异位症中的有效性及预后情况分析[J].医学理论与实践,2025,38(18):3149-3151.
- [2] 丁齐又,刘新敏,胡诗宛,等.基于态靶辨治理论探讨绝经综合征诊疗策略[J].吉林中医药,2025,45(9):1013-1015.
- [3] 向丹,余韬,岳崇,等.替勃龙联合知柏地黄丸治疗阴虚火旺型绝经综合征临床观察[J].云南中医中药杂志,2025,46(8):53-56.
- [4] 莫达瑜,李瑞兰,沈雁,等.正念减压法治疗围绝经期综合征伴睡眠障碍的临床研究[J].医药前沿,2025,15(20):75-79.
- [5] 刘晓红,段华,杨慕坤,等.催眠疗法联合健康教育对改善绝经综合征的效果评价[J].中国生育健康杂志,2025,36(4):339-343.
- [6] 郭培娅.葆宫止血颗粒联合黄体酮治疗功能失调性子宫出血患者的效果[J].中国民康医学,2025,37(14):117-119.
- [7] 许肖佩,郝丽娜,危丽华.葆宫止血颗粒联合卡贝缩宫素治疗产后出血的临床研究[J].现代药物与临床,2025,40(3):713-716.
- [8] 王凡凡,王莎莎,陈琴,等.葆宫止血颗粒联合米索前列醇对宫腔镜下异常子宫出血患者凝血功能生殖内分泌及子宫内膜的影响[J].中医外治杂志,2025,34(1):55-59.
- [9] 金志春,黄佳梅,蔡紫璨.更年期综合征中西医结合诊治指南(2023年版)[J].中国实用妇科与产科杂志,2023,39(8):799-808.
- [10] 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,2020.
- [11] 孙晓卉,汤玲,于明玥,等.中医治疗绝经综合征的临床证据图谱分析[J].中国实验方剂学杂志,2026,32(12):221-231.
- [12] 刘翠,张红霞,于鹏,等.产复欣联合葆宫止血颗粒对前置胎盘剖宫产术后血性恶露持续时间及子宫复旧的影响[J].临床误诊误治,2025,38(12):104-107.
- [13] 廖丹,李桂花,黄广翅.葆宫止血颗粒联合醋酸甲羟孕酮治疗围绝经期异常子宫出血(阴虚血热证)的效果观察[J].中国药房,2024,35(17):2131-2135.
- [14] 黄莉莉,耿一玄,杜纳纳.柴胡加龙骨牡蛎汤改善围绝经期睡眠质量的机制[J].中国药物依赖性杂志,2017,26(5):345-348.
- [15] 王翊瑄,姜丽,宁可,等.基于AMPK-NF- κ B通路探讨三七总皂苷调控心肌缺血再灌注损伤炎症反应的机制[J].上海中医药杂志,2025,59(8):79-87.
- [16] 薛蕊蕊,牛琳琳,冯玮.地黄及其药对研究进展[J/OL].中华中医药学刊,1-12[2026-05-28].<https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20260116.0948.020>.
- [17] 赖依瑶,吴冬梅.基于“阳化气,阴成形”探讨脾肾阳虚型绝经前后诸证的辨治[J].湖北中医杂志,2025,47(5):53-56.
- [18] 马之卿.炔雌醇环丙孕酮联合葆宫止血颗粒对青春期功能失调性子宫出血的效果[J].福建医药杂志,2025,47(1):67-69.
- [19] 贺文建,吴桐,刘翠.葆宫止血颗粒联合安列克预防剖宫产患者

- 产后出血效果研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2024, 26(6): 70-72.
- [20] 王子鑫, 马长兴. 葆宫止血颗粒联合炔雌醇环丙孕酮片对异常子宫出血患者性激素水平、子宫内膜厚度及复发的影响[J]. 哈尔滨医药, 2025, 45(5): 133-135.
- [21] 李正泽, 陈兴华. 陈兴华运用岭南调神助孕针法治疗绝经综合征经验介绍[J]. 新中医, 2025, 57(12): 131-135.
- [22] 林晓瑜. 葆宫止血颗粒联合地屈孕酮治疗异常子宫出血患者的效果[J]. 中国民康医学, 2025, 37(11): 108-110.
- [23] 江欣萍, 杨朝阳. 李灿东运用“五辨”治疗绝经综合征经验[J]. 中医研究, 2025, 38(6): 21-24.
- [24] 黄玉佩. 基于“乙癸同源”滋肾养肝宁更方治疗肝肾阴虚型绝经综合征的临床观察[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2025.
- [25] 张晓静, 季德江, 伍泽琦, 等. 辨体调质联合养荣长春膏治疗阴虚质绝经综合征的临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2025, 37(5): 980-986.
- [26] 田德铜. 自拟煅牡蛎熟地方对围绝经期综合征患者月经情况的影响[J]. 中外女性健康研究, 2018(11): 118, 123.
- [责任编辑: 冯天保, 蒋维超(英文)]

《新中医》杂志征稿

《新中医》是由广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的中医药学术期刊, 1969年创刊。标准刊号: ISSN 0256-7415, CN 44-1231/R。2020年由原月刊改为半月刊, 期刊代号, 国内: 46-38; 国外: SM186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范, 对来稿做出如下要求。

一、征稿内容 实验研究、网络药理学、用药规律、文献综述、经方古方、临床证治、肿瘤研究、针灸推拿、调研报告、思路方法、名医传承、古籍研究、临证医案等。

二、来稿要求 主题鲜明, 论点明确, 论据充分, 文字精炼, 内容真实, 资料可靠, 数据准确, 数据比较应做统计学处理。

三、来稿格式 参照本刊格式。

四、投稿方式 在线投稿。投稿时需同时上传单位投稿证明。网址: <http://xzy.ijournal.cn>。

五、文责自负 作者如有侵权行为, 本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》, 本刊对文稿有修改权、删节权, 修改稿未按时寄回视作自动撤稿。

六、稿件采用 需与编辑部签订论文著作权转让书。