

· 诊疗指南 ·

排卵障碍性异常子宫出血中西医结合诊疗指南

中国中西医结合学会妇产科学专业委员会

排卵障碍性异常子宫出血 (abnormal uterine bleeding-ovulatory dysfunction, AUB-O) 是妇科临床常见病、多发病,属疑难重症,严重威胁着妇女的身心健康。2009 年中华医学会妇产科学分会内分泌学组联合绝经学组发布《功能失调性子宫出血临床诊断治疗指南(草案)》^[1];2011 年国际妇产科协会 (Federation International of Gynecology and Obstetrics, FIGO) 发布《育龄期非妊娠妇女异常子宫出血病因新分类 (PALM-COEIN) 系统》^[2];2012 年中华中医药学会发布《中医妇科常见病诊疗指南》^[3],其中与 AUB-O 相关的疾病有:月经先期、月经过多、经期延长、经间期出血、崩漏、功能失调性子宫出血等;同年美国妇产科医生协会 (The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) 发布《育龄女性非妊娠急性子宫异常出血》的管理第 557 号委员会意见^[4];2014 年中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组发布《异常子宫出血诊断与治疗指南》^[5],但迄今为止尚无中西医结合诊治 AUB-O 的相关临床规范或指南。为进一步提高 AUB-O 诊治水平,指导中西医结合妇科临床医师规范诊疗,中国中西医结合学会妇产科学专业委员会内分泌学组于 2018 年 3 月 21 日在国际实践指南注册平台 (Global Practice Guidelines Registry Platform, <http://www.guidelines-registry.cn>) 进行注册,组织全国中医、西医、中西医结合妇产科专家、循证医学专家和药学专家制订本指南。

本《指南》规定了 AUB-O 中西医结合诊断和治疗。适用于 AUB-O 且属于中医学“崩漏”“月经先期”“月经过多”“经期延长”“经间期出血”范畴的中西医结合诊断、辨证和治疗;不适用于稀发排卵和中医学的月经后期、月经过少。

1 指南制订的方法

1.1 指南制订的原则 参照国际临床指南、中国中西医结合学会中西医结合标准化工作指南以及中华中医药学会《ZYYXH/T 中华人民共和国中医药行业标

准·中医临床诊疗指南编制通则》^[6]和技术要求,GB/T 16751.2-1997《中医临床诊疗术语·证候部分》^[7],根据中西医结合临床特点,遵循“循证为主、共识为辅”的原则,采用循证研究和共识研究相结合的方法制订。

1.2 临床问题的构建及文献检索 采用问卷调查法征集到 113 位临床医师提交的 AUB-O 临床问题 23 个,召开专家会议筛选获取 10 个亟待解决的临床问题。对每项临床问题,工作组按照 PICO[即将临床问题从患者 (patients, P)、干预措施 (intervention, I)、对照措施 (control, C) 和结局指标 (outcome, O)] 原则进行解构,采用背对背证据检索,共检索到 AUB-O 相关国内外文献 23 784 篇,获取并阅读全文文献 17 732 篇,涉及定量研究文献 9 014 篇,符合纳入标准和排除标准的定量研究文献 263 篇。

1.3 证据等级标准 报道类文献采用目前国际通用的评价证据体系的 GRADE 方法^[8],将文献的证据质量等级分为高质量 (A)、中等质量 (B)、低质量 (C) 和极低质量 (D) 四级;中医书籍类文献采用汪受传等^[9]提出的“中医文献依据分级标准”,将证据质量从强至弱依次分为 I、II、III、IV 和 V 五级。

1.4 推荐强度及推荐意见的形成 将文献的证据级别及部分无文献证据的中成药 (均来自国家医疗保险目录、国家基本药物目录和中华人民共和国药典) 推荐给 40 位中医、西医、中西医结合妇产科专家,经过两轮德尔菲法问卷调查,获得专家推荐意见及强度 (强推荐、弱推荐、不推荐),将专家共识度 $\geq 70\%$ 的条目纳入指南内容。经两次专家共识会议形成本指南推荐意见。本指南中所有中医证候、症状、舌脉及治疗方药的推荐均按证据等级和专家推荐意见排序及采纳。AUB-O 中西医结合诊治指南制订方法及过程见图 1。

2 定义

异常子宫出血 (abnormal uterine bleeding, AUB) 是妇科常见的症状和体征,是指与正常月经的周期频率、规律性、经期长度、经期出血量任何 1 项不符的、源自子宫腔的异常出血^[10]。AUB 依据常见病因分为 9 个亚型 (PALM-COEIN),即 P-子宫内膜息肉、

通讯作者:杜惠兰, Tel: 0311-89926025, E-mail: duhuilan@163.com

DOI: 10. 7661/j. cjm. 20200227. 148

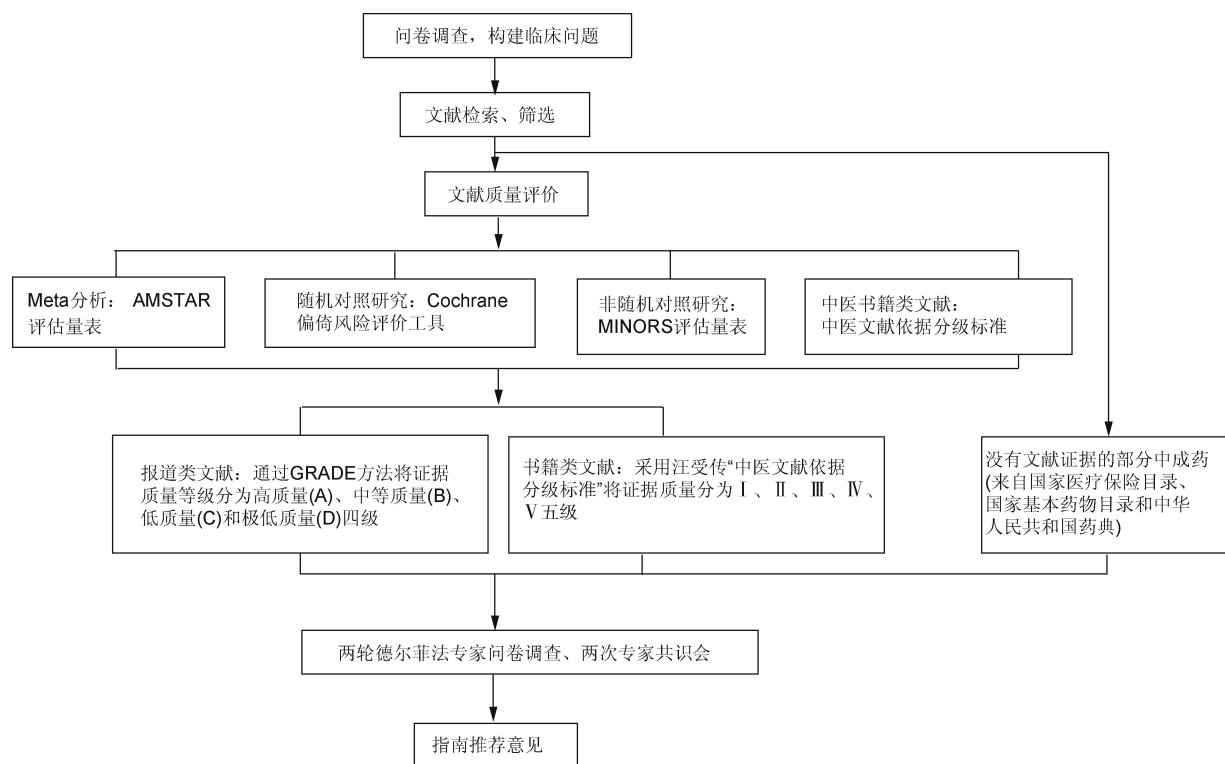


图1 AUB-O 中西医结合诊治指南制订方法及过程

A-子宫腺肌症、L-子宫肌瘤、M-子宫内膜恶变和不典型增生、C-全身凝血相关疾病、O-排卵障碍、E-子宫内膜局部异常、I-医源性、N-未分类。其中 AUB-O 是由于下丘脑—垂体—卵巢轴功能异常引起的异常子宫出血,在临床最为常见。包括稀发排卵、无排卵及黄体功能不足,常见于青春期、绝经过渡期。其中无排卵引起的 AUB-O 属于中医学“崩漏”范畴;黄体功能不足导致的 AUB-O,包括中医学“月经先期”“月经过多”“经期延长”“经间期出血”等。

3 临床表现

3.1 临床症状 无排卵或稀发排卵常表现为不规律的月经,月经周期、经期、频率、经量均可异常。若短时间内大量出血,可出现头晕、乏力、心悸等症状。黄体功能不足可表现为经期延长,或周期缩短,经量增多,常合并不孕或者流产,有时可表现为月经间期出血。

3.2 查体 全身检查需重视一般情况与生命体征,注意性征、身高、体质量、有无贫血、肥胖、消瘦、多毛、挤压乳房有无泌乳、皮肤瘀斑或色素沉着、有无盆腔包块、腹部压痛与反跳痛等。有性生活史的女性建议使用阴道窥器并做盆腔检查,排除阴道、宫颈及宫体病变;无性生活者必要时经肛门直肠检查盆腔。

4 诊断

4.1 西医诊断

4.1.1 临床诊断 AUB-O 在月经周期、经期、

频率、经量方面均可表现异常。除外妊娠相关疾病及甲状腺、肾上腺、全身疾患(肝、肾功能异常)引起的 AUB。

4.1.2 辅助检查 (1)血常规、凝血功能检查:评估出血严重程度、确定有无贫血、排除 AUB-C。(2)基础体温测定:判断有无排卵,还可提示黄体功能不足、黄体萎缩不全。(3)血清 6 项生殖激素、甲状腺素及其他内分泌激素测定,以明确诊断及鉴别。(4)盆腔超声检查:排除 AUB-P、A、L、M、I、N^[5]。(5)诊断性刮宫并行病理检查,除外子宫内膜病变。有条件者推荐宫腔镜直视下活检^[5]。

4.1.3 病理诊断 无排卵性 AUB-O 子宫内膜可发生不同程度的增殖性改变。黄体功能不足者可见子宫内膜部分腺体呈分泌改变,分泌反应不良^[11]。

4.2 中医诊断 根据月经的周期、经期、经量异常及月经间期出血,诊断为中医的相关疾病。崩漏指月经的周期、经期、经量均严重紊乱,或暴下不止,或淋漓不净。月经先期指月经周期提前 7 天以上,甚至 10 余天一行,连续 2 个月经周期以上。月经过多指月经量较正常增多 1 倍以上,或每次行经总量超过 80 mL,而周期、经期基本正常。经期延长指月经周期基本正常,经期超过 7 天以上,甚或淋漓半月方净。经间期出血指两次月经中间,即氤氲之时出现周期性少量阴道出血者^[3]。

4.3 中西医结合诊断 采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法。首先根据 AUB-O 的西医诊断标准进行疾病的诊断,再根据中医诊断标准判断属于中医的哪种疾病并进行中医证候诊断。

5 无排卵性异常子宫出血的治疗

5.1 出血期治疗 本着“急则治其标,缓则治其本”的治疗原则,采用中西医结合综合治疗手段和方法,出血期尽快止血并纠正贫血,改善患者的一般情况,维持稳定的生命体征;血止后调整周期,固本善后,建立正常的月经周期,预防子宫内膜增生和 AUB 复发。有生育要求者行促排卵治疗,恢复生殖功能,完成生育后应长期随访;对于绝经过渡期患者还应防止子宫内膜病变的发生。

5.1.1 药物止血 是无排卵性 AUB-O 的首选疗法,包括中医药治疗、孕激素内膜脱落法、大剂量短效复方口服避孕药或高效合成孕激素内膜萎缩法。不同方法的选择需参考年龄、出血量、出血速度、贫血程度、患者耐受程度、有无生育要求等^[12]。

5.1.1.1 中医药治疗 崩漏是月经周期、经期和经量严重紊乱的病症,病程较长,气血同病,因果相干,多脏受累,虚实错杂,虚多实少。暴崩(急性出血)之际,以止血为重。量多势急者,可用生脉散(人参、麦冬、五味子,《内外伤辨惑论》)益气摄血防脱;兼肢冷汗出,昏不知人,脉微细欲绝者,宜用独参汤(人参,《景岳全书》);四肢厥逆,冷汗淋漓,宜用参附汤(人参、制附子《校注妇人良方》)加炮姜。血势减缓后辨证止血、补虚固冲。两项系统评价显示补肾法^[13]、健脾法^[14]治疗崩漏的总有效率高于西药组。具体:(1)血瘀证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:100%)。主要证候:经乱无期,量时多时少,时出时止,经行不畅,或停闭数月突然崩中、漏下,色紫黯有块,质稠,小腹疼痛拒按,胸胁胀满或刺痛;舌质紫暗,有瘀点、瘀斑,苔薄白,脉涩/沉弦有力^[3,15-19]。治法:活血化瘀,固冲止血。推荐方剂:逐瘀止崩汤(《安徽中医验方选集》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:95%)^[3,15-17,19]。基本用药:当归、川芎、三七、没药、五灵脂、炭炒丹参、牡丹皮、艾叶、海螵蛸、龙骨、牡蛎、阿胶。推荐中成药:①致康胶囊^[20-22](B级证据,医保,药典;推荐强度:弱;专家共识度:82%);用法用量:口服,每次2~4粒,每天3次。②云南红药胶囊^[23-24](C级证据,医保;推荐强度:弱;专家共识度:75%);用法用量:口服,每次2~3粒,每天3次。③云南白药胶囊(医保,药典,基药;推荐强度:强;专家共识度:93%);用法用量:口服,每次1~2粒,每天4次。

④茜芷胶囊(基药,医保;推荐强度:强;专家共识度:89%);用法用量:口服,每次5粒,每天3次。⑤宫宁颗粒(药典;推荐强度:强;专家共识度:98%);用法用量:口服,每次1袋,每天3次。(2)脾虚证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:100%)。主要证候:经血非时而下,量多,色淡,质清稀,或淋漓不断;面色苍白,精神萎靡,气短乏力,不思饮食,小腹空坠,便溏;舌淡体胖,边有齿痕,苔薄白,脉缓弱/细弱/虚大^[3,15-19]。治法:补气健脾,固冲摄血。推荐方剂:固冲汤(《医学衷中参西录》,A级证据,推荐强度:强;专家共识度:95%)^[25-27]。基本用药:白术、生黄芪、龙骨、牡蛎、山萸肉、白芍、海螵蛸、茜草、棕榈炭、五倍子。推荐中成药:①归脾丸/合剂/胶囊/颗粒/片^[28-32](C级证据,基药,医保,药典;推荐强度:强;专家共识度:95%);用法用量:口服,每次6g,每天3次。若见气虚严重者,可选人参归脾丸(医保,推荐强度:强;专家共识度:89%)。用法用量:口服,每次1丸,每天2次。②补中益气丸/颗粒/合剂/片/口服液(医保,基药,药典;推荐强度:强;专家共识度:95%);用法用量:口服,每次8~10丸,每天3次(不同剂型的中成药,只列出第一种剂型的服用方法,以下同)。(3)肾阴虚证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:98%)。主要证候:经血非时而下,量少淋漓或量多,色鲜红,质稍稠;头晕耳鸣,腰膝酸软,口干舌燥,五心烦热,失眠健忘;舌质红,少苔,脉细数^[3,15-19]。治法:滋肾益阴,固冲止血。推荐方剂:左归丸(《景岳全书》)合二至丸(《医方集解》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:98%)去牛膝^[3,17,18]。基本用药:熟地黄、鹿角胶(烊化)、龟甲胶(烊化)、枸杞子、山茱萸、菟丝子、山药、女贞子、墨旱莲。推荐中成药:左归丸合二至丸。左归丸(医保;推荐强度:强;专家共识度:91%);用法用量:口服,每次9g,每天2次;二至丸(医保,药典;推荐强度:强;专家共识度:91%);用法用量:口服,每次9g,每天2次。(4)实热证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:98%)。主要证候:经血非时而下,量多如崩,或淋漓不断,色深红,质稠,有血块;面红目赤,口渴烦热,渴喜冷饮,小便黄或大便干结;舌红,苔黄,脉滑数/洪数/弦数^[3,15-19]。治法:清热凉血,固冲止血。推荐方剂:清热固经汤(《简明中医妇科学》,B级证据,推荐强度:强;专家共识度:93%)^[33,34]。基本用药:黄芩、栀子、生地黄、地骨皮、地榆、藕节、阿胶(烊化)、龟甲(先煎)、生牡蛎(先煎)、棕榈炭、甘草。推荐中成药:①宫血宁胶囊^[35-42](B级证据,医保,药典;推荐强度:强;专家共识度:91%);用法用量:口服,每次1~2粒,每

天 3 次。②妇科断红饮胶囊^[43](C 级证据, 医保; 推荐强度: 强; 专家共识度: 93%); 用法用量: 口服, 每次 3 粒, 每天 3 次。③丹栀逍遥丸/片/胶囊/加味逍遥丸/片/胶囊/颗粒/口服液^[44](D 级证据, 基药, 医保, 药典; 推荐强度: 强; 专家共识度: 75%); 用法用量: 口服, 每次 6~9 g, 每天 2 次。(5) 肾气虚证(Ⅲ级证据, 推荐强度: 强; 专家共识度: 95%)。主要证候: 经血非时而下, 量少淋漓或量多, 经色淡黯, 质清稀; 伴面色晦暗, 腰膝酸软, 性欲减退, 夜尿频数; 舌淡暗, 苔薄白, 脉沉细无力^[3,15]。治法: 补肾益气, 止血调经。推荐方剂: 固阴煎(《景岳全书》, Ⅲ级证据, 推荐强度: 强; 专家共识度: 88%) 加减^[3]。基本用药: 熟地黄、当归、白芍、菟丝子、人参、茯苓、黄芪、白术、阿胶。推荐中成药: 妇科止血灵片^[45-47](C 级证据; 推荐强度: 弱; 专家共识度: 85%); 用法用量: 口服, 每次 5 片, 每天 3 次。(6) 虚热证(Ⅲ级证据, 推荐强度: 强; 专家共识度: 100%)。主要证候: 经血非时而下, 量少淋漓, 或量多势急, 色鲜红, 质稠; 伴见心烦失眠, 面颊潮红, 咽干口燥, 潮热汗出, 小便短赤, 大便燥结; 舌红, 少苔, 脉细数^[3,15,17,18]。治法: 养阴清热, 固冲止血。推荐方剂: 保阴煎(《景岳全书》, B 级证据, 推荐强度: 强; 专家共识度: 83%) 加阿胶、海螵蛸、仙鹤草、藕节^[48,49]。基本用药: 生地黄、熟地黄、白芍、山药、续断、黄柏、黄芩、阿胶(烔化)、海螵蛸、仙鹤草、藕节、甘草。推荐中成药: ①葆宫止血颗粒^[50-55](B 级证据, 医保, 基药; 推荐强度: 强; 专家共识度: 100%); 用法用量: 口服, 每次 1 袋, 每天 2 次。②固经丸(药典, 医保; 推荐强度: 强; 专家共识度: 91%); 用法用量: 口服, 每次 6 g, 每天 2 次。③榆杞止血颗粒(医保; 推荐强度: 弱; 专家共识度: 90%); 用法用量: 口服, 每次 1 袋, 每天 3 次。(7) 肾阳虚证(Ⅲ级证据, 推荐强度: 强; 专家共识度: 93%)。主要证候: 经血非时而下, 量多如注或量少淋漓, 色淡, 质稀; 面色晦暗, 腰膝无力, 畏寒肢冷, 小便清长, 大便溏薄; 舌淡暗, 苔白滑, 脉沉迟无力/沉细无力^[3,13-17]。治法: 温肾固冲, 止血调经。推荐方剂: 右归丸(《景岳全书》, Ⅲ级证据, 推荐强度: 强; 专家共识度: 90%) 去肉桂、当归, 加赤石脂、补骨脂、炮姜、艾叶^[3,15-19]。基本用药: 鹿角胶(烔化)、制附子、杜仲、枸杞子、菟丝子、熟地黄、山茱萸、山药、赤石脂、补骨脂、炮姜、艾叶。推荐中成药: 妇科再造丸/胶囊^[56,57](C 级证据, 医保; 推荐强度: 弱; 专家共识度: 70%); 用法用量: 口服, 每次 10 丸, 每天 2 次。

5.1.1.2 孕激素 也称“内膜脱落法”“药物性刮宫”, 适用于一般情况较好, 血红蛋白 ≥ 80 g/L 者。

可以选择肌注黄体酮 20 mg/d, 3~5 天, 口服孕激素制剂, 如地屈孕酮 10~20 mg/d^[58], 微粒化黄体酮胶囊 200~300 mg/d, 甲羟孕酮(medroxyprogesterone, MPA) 6~10 mg/d, 连用 7~10 天。一般停药后 1~3 天发生撤退出血, 约 1 周内血止。

5.1.1.3 短效复方口服避孕药 短效复方口服避孕药止血效果好、迅速, 方便使用, 有避孕药禁忌证的患者禁用^[59]。常用第二代和第三代短效复方口服避孕药: 复方左炔诺孕酮(左炔诺孕酮炔雌醇)、炔雌醇环丙孕酮片、屈螺酮炔雌醇片、去氧孕烯炔雌醇片等。方法为 1 片/次, 1~2 次/天, 急性 AUB-O 用 2~3 次/天, 大多数出血可在 1~3 天完全停止, 继续维持原剂量治疗 3 天以上仍无出血可开始减量, 每 3~7 天减少 1 片, 直至减量到 1 片/天, 维持至血红蛋白含量正常, 停药即可。

5.1.1.4 高效合成孕激素 可使子宫内膜萎缩达到止血目的, 也称为“内膜萎缩法”。适用于育龄期、绝经过渡期患者。使用大剂量高效合成孕激素^[1,5], 如炔诺酮(妇康片) 5~10 mg/d, 甲羟孕酮 10~30 mg/d 等, 在出血完全停止后, 维持原剂量治疗 3 天后仍无出血即可开始减量, 减量以不超过原剂量的 1/3 为原则, 每 3 天减量 1 次, 至最低维持剂量, 待血红蛋白含量正常, 停药即可发生撤退性出血。

5.1.1.5 辅助止血药物 如抗纤溶药物氨甲环酸、非甾体类抗炎药、酚磺乙胺、维生素 K、丙酸睾酮等^[60]。一项系统评价^[61]显示, 抗纤溶药物在减少月经出血方面优于非甾体抗炎药。出血严重时需输血、补充血红蛋白及凝血因子、血小板。对于中、重度贫血患者在上述治疗的同时, 酌情选择口服或静脉铁剂、促红细胞生成素、叶酸治疗, 必要时输血。对于出血时间长、贫血严重、抵抗力低并有感染征象者, 应及时应用抗生素。

5.1.2 手术治疗 对年龄 ≥ 45 岁、长期不规则子宫出血、有子宫内膜癌高危因素(如高血压、肥胖、糖尿病等)、B 超提示子宫内膜过度增厚并且回声不均匀、药物治疗效果不满意者或有药物治疗禁忌的患者, 建议将诊断性刮宫作为首次止血的治疗选择, 同时可发现或排除子宫内膜病变^[1]。对于难治的、无生育要求的、随诊困难的患者, 可考虑全子宫切除术^[62]。

5.2 调整周期 无排卵性 AUB-O 血止后, 调整并控制周期是巩固止血疗效、避免复发的关键。可采用中医药或联合西药治疗。中医药调经需正本清源, 祛除病因, 并根据患者不同证候调理善后, 使机体脏腑气

血冲任等恢复正常,胞宫藏泻有时,周期恢复正常。推荐调经治疗 3 个月经周期(Ⅱ级证据,推荐强度:强)。

5.2.1 中药调经 (1)血瘀证:对青春期、育龄期患者,经后期予补肾酌加化瘀之品,待精血复盛,再于经间期化瘀通络,经前期调理气血,使瘀血得化并随经血排出,新血可安。对绝经过渡期患者治宜补肾健脾,活血化瘀为主以善其后。推荐中成药:①益母草膏/颗粒/胶囊/片/口服液/注射液^[63,64](C 级证据,医保;推荐强度:强;专家共识度:78%):适用于血瘀证血块量多者。用法用量:口服,每次 10 g,每天 1~2 次。②调经丸(药典;推荐强度:弱;专家共识度:85%):适用于气滞血瘀证。用法用量:口服,每次 1 丸,每天 2 次。③调经活血片/胶囊(药典,医保;推荐强度:弱;专家共识度:75%):适用于气滞血瘀兼血虚证。用法用量:口服,每次 5 片,每天 3 次。④定坤丹^[65](D 级证据,医保,基药,药典;推荐强度:强;专家共识度:95%):适用于气滞血瘀兼气血两虚证。用法用量:口服,每次 0.5~1 丸,每天 2 次。(2)脾虚证:对青春期、育龄期患者,经后期健脾益气的同时补肾滋肾,促进精气血的化生,选方如归脾汤或补中益气汤合当归补血汤、大补元煎加减;经间期适当选用温阳之品以促进阴阳的转化,可在原方基础上酌加肉桂、小茴香等;经前期健脾益气的同时,酌加温补肾阳之品如巴戟天、肉苁蓉等,以鼓动肾中阳气,促进月经来潮,恢复正常月经周期。对绝经过渡期患者治宜补肾健脾为主,以善其后。推荐中成药:①八珍益母丸/片/膏/胶囊^[66-68](C 级证据,基药,医保,药典;推荐强度:强;专家共识度:95%):适用于心脾两虚兼血瘀证。用法用量:口服,每次 6 g,每天 2 次。②归脾丸:适用于心脾两虚证。③八珍丸/颗粒/胶囊/片(医保,药典,基药;推荐强度:强;专家共识度:95%):用法用量:口服,每次 6 g,每天 2 次。④驴胶补血颗粒(药典;推荐强度:弱;专家共识度:83%):用法用量:口服,每次 20 g,每天 2 次。⑤当归养血丸(药典;推荐强度:弱;专家共识度:88%):用法用量:口服,每次 9 g,每天 3 次。⑥当归调经颗粒(药典;推荐强度:弱;专家共识度:83%):用法用量:口服,每次 5 g,每天 2~3 次。若仅见血虚症状者,可用四物颗粒/片/胶囊/合剂(医保,药典,推荐强度:强;专家共识度:75%)。用法用量:口服,每次 5 g,每天 3 次。(3)肾阴虚证:对青春期、育龄期患者,经后期治宜滋肾填精,养血调经,可在左归丸基础上酌加滋肾补血之品,如桑椹、白芍等;经间期补肾活血、促排卵,可在原方基础上酌加益母草、红花、赤芍;

经前期补肾疏肝,酌加柴胡、香附、青皮。行经期若月经正常来潮,可待经净后进入下一个治疗周期。对绝经过渡期患者治宜补肾健脾养血为主以善其后。推荐中成药:参照出血期之肾阴虚证。(4)实热证:血止后忌大量苦寒之品,仍需滋阴降火为主。对青春期、育龄期患者,可在清热固经汤基础上加减,经后期合左归丸,经间期加活血通络之品,经前期清热凉血,调理气血。对绝经过渡期患者治宜补肾健脾,清热凉血为主以善其后。推荐中成药:丹栀逍遥丸/片/胶囊/加味逍遥丸/片/胶囊/颗粒/口服液^[44](D 级证据,基药,医保,药典;推荐强度:强;专家共识度:75%):适用于肝郁化火证。(5)肾气虚证:青春期、育龄期患者,经后期治宜滋肾填精,养血调经,可在固本止崩汤的基础上酌加补肾益气之品,如桑寄生、麦冬、紫河车等;经间期补肾活血、促排卵,可在原方基础上酌加桃仁、红花;经前期补肾疏肝为主,加佛手、郁金、香附、梅花之类;行经期若月经正常来潮则可顺其自然,待经净后进入下一个治疗周期。对绝经过渡期患者治宜补肾健脾、养血为主以善其后。推荐中成药:参照出血期之肾气虚证。(6)虚热证:参照有排卵性 AUB 之阴虚血热证。同时在滋阴基础上酌情使用凉血药物如仙鹤草、茜草、生地、黄芩、牡丹皮等。(7)肾阳虚证:青春期、育龄期患者,经后期滋肾填精,养血调经,可在右归丸基础上酌加补血之品,如阿胶等;经间期补肾活血、促排卵,可在原方基础上酌加桃仁、牡丹皮、丹参;经前期补肾疏肝为主,加柴胡、香附之类;行经期若月经正常来潮可顺其自然,待经净后进入下一个治疗周期。对绝经过渡期患者治宜补肾健脾、养血为主。推荐中成药:①培坤丸^[69](D 级证据;药典,推荐强度:弱;专家共识度:75%):用法用量:口服,每次 9 g,每天 2 次。②艾附暖宫丸(基药,医保,药典;推荐强度:强;专家共识度:80%):用法用量:口服,每次 1 丸,每天 2~3 次。

5.2.2 西药调周 (1)孕激素定期撤退法:自月经后半周期使用孕激素类药物,酌情应用 3~6 个周期。(2)短效复方口服避孕药:适用于有月经量多、痤疮、多毛、痛经、经前期综合征、有避孕要求,除外禁忌证的患者,一般在止血用药撤退性出血后,周期性使用 3~6 个周期。(3)雌、孕激素序贯疗法:少数青春期或生育期患者,考虑内源性雌激素水平不足或绝经过渡期有雌激素缺乏症状的患者,可用雌、孕激素序贯疗法,也可使用复合制剂^[70]。(4)左炔诺孕酮宫内缓释系统(levonorgestrel intrauterine system, LNG-IUS):通过宫腔内局部定期释放低剂量孕激素(LNG 20 μg/d),既有避孕作用,又可长期保护子宫内膜、显

著减少出血量^[71]。

5.3 促排卵治疗 适用于无排卵有生育要求的育龄期患者,可同时纠正 AUB-O。应用西药促排卵或联合中药治疗。

5.3.1 西药促排卵 常用促排卵药物有氯米芬 (clomiphene chloride, CC)、来曲唑 (letrozole, LE)、尿促性素 (human menopausal gonadotrophin, HMG)、人绒毛膜促性腺素 (human chorionic gonadotropin, HCG)。(1)CC:月经期第 3~5 天起,50 mg/d,连续 5 天。一般在停药 7~9 天排卵。若排卵失败,可重复用药,剂量逐渐增至 100~150 mg/d。一般连用 3 个月,最多不超过 6 个月。(2)LE:是一种非类固醇类高效选择的第三代芳香化酶抑制剂。月经周期第 3~5 d 开始,口服 2.5~5 mg/d,连服 5 天。(3)HMG:每支 75 U(以 FSH 效价计)。适用于对口服促排卵药物效果不佳、要求生育患者。月经周期第 5 天起每天肌肉注射 HMG 1~2 支,直至卵泡成熟。应警惕用 HMG 时并发卵巢过度刺激综合征,特别对于多囊卵巢综合征患者,建议选择小剂量 Gn 递增方案。促排卵过程中强调阴道超声和激素测定监测卵泡的发育。(4)HCG:有类似黄体生成素 (luteinizing hormone, LH) 作用而诱发排卵。一般与其他促排卵药联用,超声监测卵泡发育接近成熟时,肌肉注射 HCG 5 000~10 000 U 以诱发排卵^[72]。

5.3.2 中药促排卵 适用于血止后的“复旧”阶段,即调理善后,应着眼于调整肾-天癸-冲任-胞宫生殖轴的功能,以恢复正常的月经周期。可采用中药周期疗法促进排卵^[73,74]。各医家对中药周期疗法的具体应用略有不同,大都遵循滋肾阴、补肾活血通络、温肾阳、活血理气调经的立法原则,在月经周期的不同阶段分别选方用药。经后期冲任血海相对空虚,阴精不足,治以补肾填精、益气养血为主。可选用菟丝子、枸杞子、制何首乌、熟地黄、当归、山茱萸、山药、党参、覆盆子、白芍等。经间期冲任胞宫阴血充盛,为重阴转阳时期。治以补肾温阳活血通络,促进阴阳顺利转化。可选用菟丝子、紫石英、枸杞子、当归、桃仁、赤芍、路路通、穿破石等。经前期冲任胞宫阳气渐旺,宜阴中求阳,滋肾助阳,可选用菟丝子、熟地黄、续断、桑寄生、仙茅、淫羊藿、紫石英、巴戟天等。行经期正值经血来潮,气血骤变,当顺势利导,调畅气血,可选用柴胡、白芍、当归、香附等。

6 有排卵性异常子宫出血的治疗

黄体功能不足导致的 AUB-O 主要表现为月经不调,治疗原则应治本调经。中医治本大法有补肾、扶

脾、疏肝、调理气血等。

6.1 中医药治疗 月经过多、经期延长、经间期出血以辨证止血为主,月经先期重在辨证法因以调经。(1)血瘀证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:100%)。主要证候:经血非时而下,量或多或少,时下时止,或淋漓不净,血色紫黯有块,质稠,小腹疼痛拒按或痛经;舌质紫黯,有瘀点、瘀斑,苔薄白,脉涩^[3,15-19]。治法:活血化瘀,固冲止血。推荐方剂:逐瘀止血汤(《傅青主女科》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:90%)加减^[3,15,16,18]。基本用药:生地、大黄、赤芍、丹皮、当归尾、枳壳、龟板、桃仁。桃红四物汤(《医宗金鉴》)合失笑散(《太平惠民和剂局方》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:90%)^[3,15,17-19]。基本用药和推荐中成药参照无排卵性 AUB 出血期之血瘀证。(2)脾虚证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:100%)。主要证候:月经先期,经期延长,淋漓不断,量多,色淡,质稀;面色苍白,精神萎靡,神疲肢倦,气短懒言,小腹空坠,食少纳呆,便溏;舌淡胖,边有齿痕,苔薄白,脉细弱/缓弱^[3,15-19]。治法:补气健脾,摄血固冲。推荐方剂:补中益气汤(《脾胃论》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:95%)^[3,17-19]。归脾汤(《校注妇人良方》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:90%)^[3,15]。基本用药:黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、人参、甘草、当归。推荐中成药:参照无排卵性 AUB 出血期之脾虚证。(3)湿热证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:95%)。主要证候:经期延长或淋漓不断,或经间期出血,质黏稠;小腹疼痛,胸脘满闷,带下色黄臭秽,质黏稠;舌红,苔黄腻,脉滑数^[3,15-19]。治法:清热利湿,凉血止血。推荐方剂:清肝止淋汤(《傅青主女科》)加减,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:93%)^[3,15-19]。基本用药:牡丹皮、黄柏、当归、白芍、生地黄、黑豆、香附、牛膝、阿胶(烔化)、大枣。(4)肾气虚证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:95%)。主要证候:月经先期,经期延长,量少,色淡暗,质稀;伴面色晦暗,腰膝酸软,性欲减退,夜尿频数;舌淡暗,苔薄白,脉沉细无力^[3,15-19]。治法:补肾益气,固冲止血。推荐方剂:固阴煎(《景岳全书》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:90%)加减^[3,15,18,19]。基本用药:熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、当归、茯苓、菟丝子、杜仲。推荐中成药:参照无排卵性 AUB 出血期之肾气虚证。(5)肝郁血热证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:95%)。主要证候:月经先期,经期延长,量或多或少,经行不畅,经色深红,质稠有块;烦躁易怒,胁肋、小腹胀痛,口苦咽干,小便

黄,大便干结;舌红,苔薄黄,脉弦数^[3,15,17-19]。治法:疏肝清热,凉血固冲。推荐方剂:丹栀逍遥散(《女科撮要》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:93%)^[3,15,18,19]。基本用药:当归、白芍、柴胡、薄荷、白术、茯苓、炮姜、牡丹皮、焦栀子、炙甘草。推荐中成药:丹栀逍遥丸/片/胶囊/加味逍遥丸/片/胶囊/颗粒/口服液^[44](D级证据,基药,医保,药典;推荐强度:强;专家共识度:75%)。(6)阳盛血热证(B级证据,推荐强度:强;专家共识度:98%)。主要证候:月经先期,经期延长,量多,色深红,质黏稠;面红颧赤,口渴欲饮,小便短赤,大便干结;舌红,苔黄,脉滑数^[3,15,17-19]。治法:清热凉血,固冲止血。推荐方剂:清经散(《傅青主女科》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:93%)^[3,15,17-19]。基本用药:牡丹皮、地骨皮、白芍、熟地黄、青蒿、黄柏、茯苓。月经过多者推荐保阴煎(《景岳全书》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:88%)^[3,15-19]。推荐中成药:参照无排卵性AUB出血期之实热证。(7)阴虚血热证(Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:100%)。主要证候:月经提前,经期延长,量多或少,经色鲜红或深红,质稠,或伴两颧潮红,五心烦热,咽干口渴,大便燥结,舌质红,苔少,脉细数^[3,15-19]。治法:养阴清热,固冲止血。推荐方剂:两地汤(《傅青主女科》)合二至丸(《医方集

解》,Ⅲ级证据,推荐强度:强;专家共识度:98%)^[13,18,19]。基本用药:生地黄、地骨皮、玄参、麦冬、阿胶(烊化)、白芍、女贞子、墨旱莲。推荐中成药:参照无排卵性AUB出血期之虚热证。

6.2 西医治疗 黄体功能不足引起的AUB-O,可在促排卵后加强黄体支持治疗。(1)促进卵泡发育:针对其发生原因,采用氯米芬、来曲唑或促性腺激素及绒毛膜促性腺激素促进卵泡发育和排卵^[72]。(2)黄体功能刺激疗法:于排卵后或基础体温上升后,隔天肌肉注射绒毛膜促性腺激素1 000~2 000U,共5次^[75]。(3)月经期延长者,可用小剂量雌二醇1~2 mg/d,连续3~5天。(4)黄体功能补充疗法:一般选用天然黄体酮制剂,自排卵后开始每天口服地屈孕酮10~20 mg或肌肉注射黄体酮10 mg,共10~14天^[75]。(5)口服避孕药:尤其适用于有避孕需求的患者。一般周期性使用口服避孕药3~6个周期。

7 中西医结合治疗

中西医结合治疗原则是中西医优势互补,缩短疗程,提高疗效,改善患者生活质量。中西医结合治疗AUB-O,需根据患者年龄、贫血程度、有无生育要求等制定不同的中西医结合止血和调整周期(调经)的方案。推荐AUB-O中西医结合治疗流程如下(图2)。

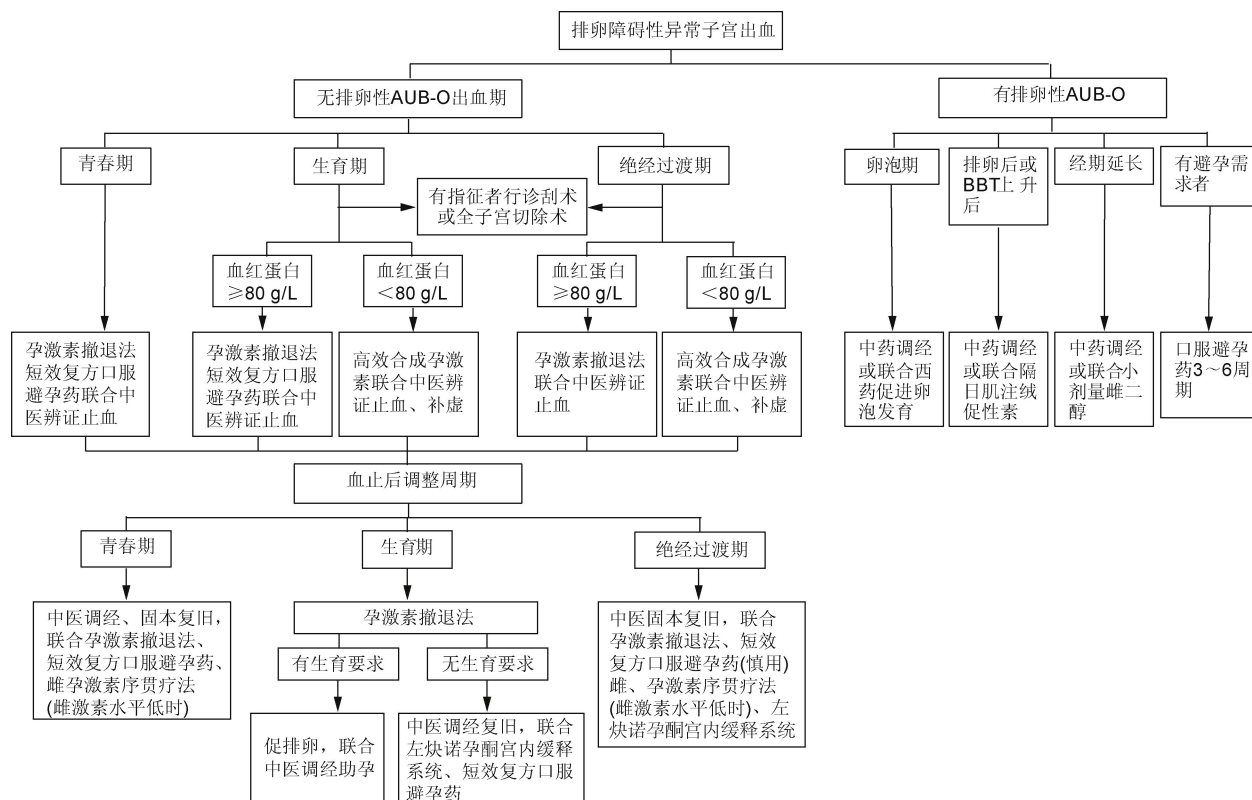


图2 AUB-O中西医结合治疗流程图

利益冲突:无。

本指南制订专家:(1)医学专家:杜惠兰(河北中医学院)、冯晓玲(黑龙江中医药大学附属第一医院)、王玮(河北医科大学第二医院)、俞超芹(海军军医大学第一附属医院)、罗颂平(广州中医药大学第一附属医院)、夏敏(重庆市中医院)、李力(陆军军医大学大坪医院)、段彦苍(河北中医学院)、王东梅(山东中医药大学附属医院)、张明敏(华中科技大学同济医学院附属同济医院)、薛晓鸥(北京中医药大学东直门医院)、王凌(复旦大学附属妇产科医院)、金哲(北京中医药大学东方医院)、赵红(中日友好医院)、赵瑞华(中国中医科学院广安门医院)、魏绍斌(成都中医药大学附属医院)、谈勇(南京中医药大学附属医院)、贺丰杰(陕西中医药大学附属医院)、丛慧芳(黑龙江中医药大学附属第二医院)、刘雁峰(北京中医药大学东直门医院)、连方(山东中医药大学附属医院)、李伟莉(安徽中医药大学第一附属医院)、张婷婷(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、许丽绵(广州中医药大学第一附属医院)、闫颖(天津中医药大学第一附属医院)、阮祥燕(首都医科大学妇产医院)、杨欣(北京大学人民医院)、黄薇(四川大学华西第二医院)、石玉华(山东大学附属生殖医院)、程玲慧(安徽医科大学第一附属医院)、李蓉(北京大学第三医院)、孙爱军(中国医学科学院北京协和医院)。(2)方法学专家:陈薇(北京中医药大学循证医学中心)、郭艳(中国中西医结合杂志社)。(3)药学专家:相聪坤(河北省中医院药学部)

主要起草人:杜惠兰(河北中医学院)、冯晓玲(黑龙江中医药大学附属第一医院)、王玮(河北医科大学第二医院)、段彦苍(河北中医学院)、赵小萱(黑龙江中医药大学)、景晓昭(河北中医学院)

秘书:段彦苍(河北中医学院)

顾问:刘敏如(成都中医药大学)、肖承棕(北京中医药大学东直门医院)、黄荷凤(交通大学附属国际和平妇幼保健院)、刘建平(北京中医药大学循证医学中心)、黄光英(华中科技大学附属同济医院)、吕文良(中国中医科学院广安门医院)、李大金(复旦大学附属妇产科医院)

参 考 文 献

- [1] 中华医学会妇产科学分会内分泌学组. 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 功能失调性子宫出血临床诊断治疗指南(草案)[J]. 中华妇产科杂志, 2009, 44(3): 234-236.
- [2] Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, et al. FIGO

classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age [J]. Int J Gynecol Obstetr, 2011, 113(1): 3-13.

- [3] 中华中医药学会. 中医妇科常见病诊疗指南[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 1-21.
- [4] American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women [J]. Obstetr Gynecol, 2013, 121(4): 891-896.
- [5] 中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组. 异常子宫出血诊断与治疗指南[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(11): 801-806.
- [6] 蒋朱明, 詹思延, 贾晓巍, 等. 制订/修订《临床诊疗指南》的基本方法及程序[J]. 中华医学杂志, 2016, 96(4): 250-253.
- [7] 国家中医药管理局. GB/T 16751.2-1997 中医临床诊疗术语证候部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [8] Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations[J]. BMJ, 2004, 328(7454): 1490.
- [9] 汪受传, 虞舜, 赵霞, 等. 循证性中医临床诊疗指南研究的现状与策略[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(11): 2759-2763.
- [10] Fraser IS, Critchley HO, Broder M, et al. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding[J]. Sem Reprod Med, 2011, 29(5): 383-390.
- [11] (美) 科尔曼 (Kurman RJ), (美) 爱伦森 (Ellenson LH), (美) 罗奈特 (Ronnett BM). 薛德彬(译). Blaustein 女性生殖道病理学[M]. 第6版. 北京: 北京科学技术出版社, 2014: 319.
- [12] Annabelle B, Martha H. Abnormal uterine bleeding: managing endometrial dysfunction and leiomyomas [J]. Med J Australia, 2018, 208(2): 90-95.
- [13] 贺晓霞, 王永周, 毛惠, 等. 补肾中药治疗功能失调性子宫出血的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(2): 116-118.
- [14] 马媛媛, 曹立幸, 郑玮琳, 等. 健脾益气法治疗功能失调性子宫出血的 Meta 分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(17): 199-203.
- [15] 刘敏如, 谭万信主编. 中医妇产科学(上册)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 251-331.
- [16] 肖承棕主编. 中医妇科学[M]. 北京: 学苑出版社, 2004: 44-73.
- [17] 杜惠兰主编. 中西医结合妇产科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 118-127.

- [18] 谈勇主编. 中医妇科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 56-89.
- [19] 马宝璋, 杜惠兰主编. 中医妇科学 [M]. 北京: 上海科学技术出版社, 2018: 62-87.
- [20] 刘颖, 周瑞兰. 致康胶囊治疗热迫血分及瘀滞胞宫型围绝经期功血的临床疗效观察 [J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(27): 4220-4222.
- [21] 易建平, 赵锦秀, 谭春梅, 等. 致康胶囊对围绝经期功能失调性子宫出血患者血清性激素水平的影响 [J]. 医学综述, 2015, 21(22): 4208-4210.
- [22] 刘燕. 致康胶囊联合戊酸雌二醇治疗青春期功能失调性子宫出血的疗效观察 [J]. 现代药物与临床, 2019, 34(7): 2087-2092.
- [23] 赵素玲. 云南红药胶囊治疗青春期功能性子宫出血临床观察 [J]. 中医临床研究, 2017, 9(31): 117-118.
- [24] 葛晓芬, 杨欣, 魏丽惠, 等. 云南红药与宫血宁胶囊用于月经过多的疗效评价 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2019, 20(4): 329-331.
- [25] 杨江华, 高琴, 白帆, 等. 固冲汤加减方联合西药治疗无排卵性功能失调性子宫出血疗效观察 [J]. 陕西中医, 2017, 38(7): 819-820.
- [26] 李慧. 益气固冲汤联合米非司酮治疗更年期功血的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(6): 106, 114.
- [27] 王良寅, 李金岭, 王同业, 等. 益气健脾固冲汤治疗脾虚型崩漏的临床观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(79): 15562.
- [28] 胡伶俐. 去氧孕烯炔雌醇片加米非司酮联合归脾丸治疗绝经过渡期功能性子宫出血的效果 [J]. 实用糖尿病杂志, 2016, 12(5): 45-46.
- [29] 孙彦芳. 米非司酮联合归脾丸治疗绝经过渡期功能性子宫出血临床疗效分析 [J]. 中外女性健康研究, 2017(1): 165-167.
- [30] 吕翠芬, 陈晓辉. 去氧孕烯炔雌醇片、米非司酮联合归脾丸治疗绝经过渡期功能性子宫出血疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(35): 3937-3939.
- [31] 黄铁英, 汪碧云. 归脾丸联合去氧孕烯炔雌醇治疗反复发作绝经过渡期功能性子宫出血的临床疗效分析 [J]. 中国中医药科技, 2017, 24(3): 371-372.
- [32] 李思. 去氧孕烯炔雌醇片加米非司酮和归脾丸对绝经过渡期功能性子宫出血的治疗效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(48): 125-127.
- [33] 黄富娟. 清热固经汤加减治疗血热型崩漏的疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(14): 61-62.
- [34] 王丹. 清热固经汤联合妈富隆治疗功能失调性子宫出血疗效观察 [J]. 四川中医, 2018, 36(8): 167-168.
- [35] 温燕述, 刘桂英, 曹连文. 宫血宁胶囊联合妈富隆治疗青春期功能失调性子宫出血疗效观察 [J]. 实用中西医结合临床, 2015, 15(5): 31-32, 38.
- [36] 陈忠兰, 梁小洁. 宫血宁胶囊联合醋酸甲羟孕酮和戊酸雌二醇治疗青春期功能失调性子宫出血的疗效观察 [J]. 现代药物与临床, 2016, 31(7): 1063-1066.
- [37] 周春秋, 张谊北, 杨春, 等. 宫血宁胶囊联合黄体酮胶囊治疗围绝经期功能失调性子宫出血的临床效果 [J]. 中国当代医药, 2016, 23(2): 127-130.
- [38] 陈维弘, 钟益玮, 朱建龙. 去氧孕烯炔雌醇片联合宫血宁胶囊治疗功能失调性子宫出血临床疗效 [J]. 医学综述, 2016, 22(22): 4483-4485.
- [39] 高丹凤, 成佳景, 宋力雯, 等. 宫血宁胶囊联合补佳乐治疗青春期功能失调性子宫出血的临床效果及对子宫内膜厚度、性激素水平的影响 [J]. 中国性科学, 2018, 27(3): 31-34.
- [40] 陈燕琴. 宫血宁联合屈螺酮炔雌醇片治疗青春期功能失调性子宫出血临床观察 [J]. 中国计划生育和妇产科, 2019, 11(3): 68-70, 74.
- [41] 麦贞. 宫血宁胶囊联合去氧孕烯炔雌醇治疗子宫功能失调性出血的疗效 [J]. 上海医药, 2019, 40(15): 28-30.
- [42] 管晓宁. 探究宫血宁胶囊与去氧孕烯炔雌醇片联合治疗无排卵性功能失调性子宫出血的临床效果 [J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2019, 6(2): 59-62.
- [43] 刘建武, 陶莉莉, 邱如卿, 等. 妇科断红饮胶囊治疗血热内扰证功能失调性子宫出血 324 例临床研究 [J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(7): 628-630.
- [44] 刘晓红. 丹栀逍遥丸治疗青春期功能失调性子宫出血临床研究 [J]. 河南中医, 2015, 35(5): 1115-1117.
- [45] 孔青梅, 李芹. 妇科止血灵片联合米非司酮治疗更年期功能性子宫出血的疗效观察 [J]. 现代药物与临床, 2016, 31(8): 1213-1215.
- [46] 沙红兰, 孙海翔. 妇科止血灵与米非司酮联用治疗更年期功能性子宫出血的疗效分析 [J]. 西北药学杂志, 2016, 31(5): 509-511.
- [47] 李秋月. 妇科止血灵辅助治疗更年期功能性子宫出血的效果及对患者激素水平的影响 [J]. 海峡药学, 2019, 31(7): 236-238.
- [48] 刘琳. 保阴煎加减治疗阴虚血热证漏下的止血疗效临床观察 [D]. 成都: 成都中医药大学, 2014.
- [49] 周敏. 中西医结合治疗崩漏 50 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(24): 51.
- [50] 蒋燕红. 葆宫止血颗粒联合性激素疗法治疗绝经过渡期功能失调性子宫出血临床观察 [J]. 新中医, 2018, 50(9): 109-112.
- [51] 杨晓辉. 葆宫止血颗粒联合去氧孕烯炔雌醇治疗功能失调性子宫出血的疗效观察 [J]. 现代药物与临床, 2017, 32(1): 109-112.
- [52] 唐群英. 小剂量米非司酮联合葆宫止血颗粒对围绝经期功能失调性子宫出血的疗效观察 [J]. 实用妇科内分泌

- 杂志(电子版), 2018, 5(6): 30-31.
- [53] 李振东, 陈姚. 葆宫止血颗粒治疗功能性子宫出血的临床疗效观察[J]. 海峡药学, 2016, 28(2): 131-132.
- [54] 叶玉慧, 康春梅. 去氧孕烯炔雌醇联合葆宫止血颗粒对功能失调性子宫出血的疗效[J]. 中外女性健康研究, 2019, (16): 59-60.
- [55] 万德花, 连艳丽, 蔡一铃, 等. 葆宫止血颗粒联合地屈孕酮治疗功能失调性子宫出血的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(8): 2425-2427.
- [56] 王薇, 吴兰芳. 妇科再造胶囊治疗功能性子宫出血的疗效观察[J]. 首都医药, 2013, 20(8): 43-44.
- [57] 穆丹, 何洁丽. 妇科再造胶囊联合炔诺酮治疗无排卵型功能性子宫出血的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(7): 1301-1304.
- [58] Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women[J]. Obstet Gynecol, 2012, 120(1): 197-206.
- [59] Goldstein SR, Lumsden MA. Abnormal uterine bleeding in perimenopause[J]. Climacteric, 2017: 1-7.
- [60] Levy-Zauberman Y, Pourcelot AG, Capmas P, et al. Update on the management of abnormal uterine bleeding [J]. J Gynecol Obstet Hum Reprod, 2017, 46(8): 613-622.
- [61] Matteson KA, Rahn DD, Wheeler TL, et al. Non-surgical management of heavy menstrual bleeding. A systematic review[J]. Obstetr Gynecol, 2013, 121(3): 632-643.
- [62] Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive age women [J]. Am J Obstetr Gynecol, 2015: S0002937815008455.
- [63] 李宛静, 夏宛廷, 周航, 等. 益母草注射液治疗排卵障碍性异常子宫出血的临床疗效观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(10): 1150-1155.
- [64] 徐萍. 鲜益母草胶囊治疗经期延长[J]. 浙江中西医结合杂志, 2004, 14(12): 771-772.
- [65] 李长风. 定坤丹联合炔诺酮治疗月经不调的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(8): 2432-2436.
- [66] 曹善珠. 八珍益母胶囊联合激素疗法治疗气血两虚兼血瘀型月经不调疗效观察[J]. 新中医, 2014, 46(11): 127-128.
- [67] 罗树宁, 董建仙, 蔡敏芳. 八珍益母胶囊治疗气血两虚兼血瘀型月经不调的临床疗效及对雌激素水平的影响[J]. 中医临床研究, 2018, 10(7): 53-54.
- [68] 况鹏程. 八珍益母胶囊治疗气血两虚型月经不调的临床效果观察[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(32): 4538-4539.
- [69] 郑会贤, 王华斌. 培坤丸联合左炔诺孕酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(6): 1797-1800.
- [70] 胡燕军, 朱依敏, 黄荷凤. 功能失调性子宫出血诊治规范[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2011, 30(4): 319-321.
- [71] Kiseli M, Kayikcioglu F, Evliyaoglu O, et al. Comparison of therapeutic efficacies of norethisterone, tranexamic acid and levonorgestrel-releasing intra-uterine system for the treatment of heavy menstrual bleeding: A randomized controlled study[J]. Gynecol Obstet Invest, 2016, 81(5): 447-453.
- [72] 中华医学会生殖医学分会. 辅助生殖促排卵药物治疗专家共识[J]. 生殖与避孕, 2015, 35(4): 211-223.
- [73] 刘雁峰主编. 中医妇科临证必备 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2014: 35-43.
- [74] 邓高丕主编. 妇科病中医治疗策略 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 24-36.
- [75] 孙赞, 刘平, 叶虹, 等. 黄体支持与孕激素补充共识[J]. 生殖与避孕, 2015, 35(1): 1-8.
- (收稿: 2020-01-27 在线: 2020-03-11)
- 责任编辑: 段碧芳
英文责编: 张晶晶