

理冲汤加减联合子宫穴温针灸对子宫肌瘤患者子宫血流和性激素水平的影响

张丽杰, 赵雪莲, 李亚男

(秦皇岛市妇幼保健院, 河北 秦皇岛 066000)

摘要: 目的: 探究理冲汤加减联合子宫穴温针灸治疗对子宫肌瘤患者子宫血流和性激素水平的影响。方法: 选取2020年6月~2022年6月本院收治的84例子宫肌瘤患者, 依据随机数字表法将患者分为对照组(42例)、观察组(42例), 对照组予以米非司酮治疗, 观察组予以理冲汤加减联合子宫穴温针灸治疗。比较两组患者临床疗效, 治疗前后中医证候积分、子宫血流动力学[搏动指数(PI)、阻力指数(RI)、收缩期峰值血流速度(PSV)]、性激素[孕酮(P)、雌二醇(E₂)、卵泡刺激素(FSH)]水平变化及治疗期间不良反应发生情况。结果: 观察组治疗有效率为92.86%, 显著高于对照组71.43% ($P<0.05$); 治疗后两组肌瘤结节、子宫增大、小腹刺痛、精神抑郁、脉弦细涩积分均显著降低 ($P<0.05$), 且组间比较观察组显著低于对照组 ($P<0.05$); 治疗后两组PI、RI均显著升高, PSV显著降低 ($P<0.05$), 且组间比较观察组PI、RI显著高于对照组, PSV显著低于对照组 ($P<0.05$); 治疗后两组P、E₂、FSH水平均显著降低 ($P<0.05$), 且组间比较观察组显著低于对照组 ($P<0.05$); 两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论: 理冲汤加减联合子宫穴温针灸治疗子宫肌瘤疗效确切, 可改善患者临床症状及子宫血流状态, 有效调节体内性激素水平。

关键词: 子宫肌瘤; 子宫穴温针灸; 理冲汤; 子宫血流; 性激素

中图分类号: R 711.74 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2024) 01-0161-04

子宫肌瘤是一种因子宫平滑肌细胞增生形成的实质包块性肿瘤, 是女性生殖器官中常见的良性肿瘤^[1]。祖国传统医学中无确切病名, 依据临床表现多认为其隶属于“石瘕”“崩漏”“月经过多”等范畴^[2]。子宫肌瘤多发于30~50岁妇女, 尤以40~50岁最为常见, 20岁以下少见, 患者多出现子宫异常出血、腹部包块、腹痛腰酸或下腹坠胀、压迫等症状, 且可并发贫血、不孕或流产等情况, 影响患者生育健康与生活质量, 严重者甚至进展为肉瘤变^[3]。目前治疗该病主要有保守、手术两种方式, 临床较多患者倾向于保守治疗, 考虑患者意愿及病情, 对于子宫不大、症状较轻或手术禁忌症等患者予以保守治疗, 而西药治疗子宫肌瘤仍以手术为主。但无论手术治疗还是西药治疗, 患者皆存在不耐受的现象。相较于西医治疗, 中医治疗子宫肌瘤具有独特

的优势, 针刺可降低子宫肌瘤患者血浆E₂水平, 从而提高机体免疫力^[4]。子宫穴为经外奇穴, 是胞宫的主要穴位, 通过温针灸后可提高抗肿瘤能力^[5]。理冲汤具有补血益气功效、破血消癥的功效, 治疗妇科疾病具有独特疗效^[6]。本研究通过分析理冲汤加减联合子宫穴温针灸在子宫肌瘤患者中应用, 以期为临床治疗提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年6月~2022年6月本院收治的84例子宫肌瘤患者, 依据随机数字表法将患者分为对照组(42例)、观察组(42例)。对照组患者年龄26~55岁, 平均(41.48±2.27)岁; 病程1~5年, (3.26±1.17)年, 病情程度轻度14例, 中度22例, 重度6例; 观察组患者年龄27~54岁, 平均(41.27±2.30)岁; 病程2~6年, (3.53±1.30)年,

[12] 张平. 坤泰胶囊联合人工周期治疗早发性卵巢功能不全的疗效及对性激素和相关免疫抗体的影响 [J]. 中国临床药理学杂志, 2021, 30 (6): 409-413.

[13] 施巨芳, 孙红燕, 孙莉, 等. 针刺联合五行音乐疗法对脾肾阳虚型早发性卵巢功能不全患者焦虑抑郁状态, 睡眠质量及生存质量的影响 [J]. 中国医药导报, 2022, 19 (35): 148-151.

[14] 成沈荣, 许电, 许时良, 等. 穴位埋线联合调任通督针刺法对脾肾阳虚型早发性卵巢功能不全患者卵巢功能的影响分析 [J]. 四川中医, 2022, 40 (7): 196-199.

[15] 钟伟萍, 叶宇齐, 王佩娟, 等. 补肾活血方治疗肾虚血瘀型早发性卵巢功能不全疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志,

2019, 28 (23): 2518-2522.

[16] 李玲玲, 马素娟, 刘蔚霞. 补肾疏肝方联合人工周期治疗卵巢早衰肾虚肝郁证临床研究 [J]. 中医学报, 2018, 33 (4): 634-638.

[17] 倪瑞璐, 黄宏丽, 夏艳秋, 等. 补肾活血方治疗早发性卵巢功能不全患者围绝经期症状的临床预测模型构建 [J]. 中医杂志, 2022, 63 (17): 1654-1661.

[18] 陈依柔, 王袁, 谢嘉欣, 等. 自身免疫性早发性卵巢功能不全患者血清免疫指标分析 [J]. 中南医学科学杂志, 2022, 50 (6): 853-856.

(收稿日期 2023-08-16)

病情程度轻度 11 例，中度 24 例，重度 7 例。两组患者一般资料经统计学比较差异不显著 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准：①西医诊断标准参照《妇产科学》^[7]，经 B 超检查单个瘤体最大直径 $\leq 5\text{cm}$ ；②中医诊断标准参照《中药新药证候及疗效评价》^[8] 中主症：下腹部结块或触痛、腰膝酸软；次症：头晕耳鸣、经量大且经色紫黯有块、带下量多、尿频尿急或排泄困难、舌质紫黯或有瘀点、脉弦细或沉涩、下腹坠胀及乳房胀痛；主症具备 1 或 2 条，次症兼具 2 条即可诊断；③近期无性激素药物使用史。排除标准：①子宫体超过 70d 妊娠大小，或有恶性病变倾向；②B 超检查为子宫黏膜下肌瘤；③伴有严重脏器障碍疾病；④伴有内分泌疾病或精神疾病；⑤伴有其它恶性肿瘤；⑥对本次研究药物过敏或过敏体质。所有患者均知情同意本研究，签订同意书。

1.3 方法 (1) 对照组：予以米非司酮治疗，自经期结束后第 1d 口服米非司酮 (北京紫竹药业有限公司，国药准字 H20010633)，每次 25mg，每日 1 次；空腹或进食 2h 后服用，服用后需禁食 2h，3 个月为 1 个疗程，共治疗 1 个疗程。观察组患者予以理冲汤加减联合子宫穴温针灸治疗，理冲汤方剂组成：生黄芪 9g，党参 6g，白术 6g，生山药 15g，天花粉 12g，知母 12g，三棱 9g，莪术 9g，生鸡内金 9g。加减：血淤严重加桃仁、当归 12g；情志不舒加相符 12g；腰膝酸软加川断、炒杜仲 20g，伴有其他症状随证加减。每日 1 剂，均于本院中药房煎制，每次 100mL，每日 3 次。子宫穴温针灸：选取子宫穴为主穴，阳陵泉穴、三阴交穴、气海穴、中级穴与关元穴为配伍穴位；子宫穴为温针灸，针刺深度为 3 寸以内，针下应有沉胀得气感，在子宫穴上绑好艾柱并点燃，进行温针灸；配伍穴位通过平补平泻法针刺，针刺 2min 后留针 30min。1 周治疗 5 次，1 个疗程为 15 次；3 个月为 1 个疗程，连续治疗 1 个疗程。

1.4 观察指标 ①两组患者临床疗效比较：治疗后参照《中药新药证候及疗效评价》，疗效指数 = 治疗前后积分差值 / 治疗前积分 $\times 100\%$ ，痊愈为肌瘤完全

消失，临床疗效指数 $\geq 90\%$ ；显效为肌瘤缩小 $\geq 1/2$ ， $70\% \leq$ 临床疗效指数 $< 90\%$ ；有效为肌瘤缩小 $\geq 1/3$ ， $30\% \leq$ 临床疗效指数 $< 70\%$ ；无效为肌瘤缩小 $< 1/3$ ，临床疗效指数 $< 30\%$ 。有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总 $\times 100\%$ 。②两组患者中医证候积分比较：治疗前、后依据《中药新药证候及疗效评价》，将肌瘤结节、子宫增大、小腹刺痛、精神抑郁、脉弦细涩按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分。③两组患者子宫血流动力学比较：治疗前、后行采用彩色多普勒超声诊断仪测定两组患者子宫血流动力学，调节血流方向与声束为 $< 45^\circ$ ，包括搏动指数 (PI)、阻力指数 (RI)、收缩期峰值血流速度 (PSV)。④两组患者性激素水平比较：收集两组患者治疗前、后清晨外周血 3mL，采用化学发光免疫法检测血清总孕酮 (P)、雌二醇 (E_2)、卵泡刺激素 (FSH) 水平，试剂盒均购自于深圳迈瑞公司。⑤两组患者不良反应比较：记录两组患者治疗期间出现的不良反应。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 24.0 进行数据统计与分析，计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 描述，组内及组间比较采用 t 检验；计数资料采用频数 (%) 表示，计数资料采用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率检验，等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗有效率为 92.86%，显著高于对照组 71.43%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 [n (%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率
观察组	42	12(28.57)	17(40.48)	10(23.81)	3(7.14)	39(92.86)
对照组	42	7(16.67)	14(33.33)	9(21.43)	12(28.57)	30(71.43)

2.2 两组患者中医证候积分比较 治疗前两组肌瘤结节、子宫增大、小腹刺痛、精神抑郁、脉弦细涩积分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，治疗后两组肌瘤结节、子宫增大、小腹刺痛、精神抑郁、脉弦细涩积分均显著降低 ($P < 0.05$)，且组间比较观察组显著低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	肌瘤结节		子宫增大		小腹刺痛		精神抑郁		脉弦细涩	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	4.68 \pm 0.21	1.76 \pm 0.27 ^{ab}	2.75 \pm 0.20	0.77 \pm 0.28 ^{ab}	3.63 \pm 0.26	1.66 \pm 0.35 ^{ab}	1.59 \pm 0.31	0.56 \pm 0.25 ^{ab}	1.43 \pm 0.17	0.48 \pm 0.26 ^{ab}
对照组	42	4.69 \pm 0.22	2.18 \pm 0.29 ^a	2.79 \pm 0.18	1.10 \pm 0.28 ^a	3.64 \pm 0.38	2.03 \pm 0.38 ^a	1.58 \pm 0.14	0.81 \pm 0.30 ^a	1.47 \pm 0.18	0.73 \pm 0.30 ^a

注：与治疗前比较，^a $P < 0.05$ ；与对照组比较，^b $P < 0.05$ (下同)

2.3 两组患者子宫血流动力学比较 治疗前两组 PI、RI、PSV 比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，治疗后两组 PI、RI 均显著升高，PSV 显著降低 ($P <$

0.05)，且组间比较观察组 PI、RI 显著高于对照组，PSV 显著低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 3。

表3 两组患者子宫血流动力学比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	PI		RI		PSV (cm/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	2.08±0.34	2.76±0.28 ^{ab}	0.51±0.06	0.82±0.14 ^{ab}	32.81±6.24	26.06±4.09 ^{ab}
对照组	42	2.10±0.32	2.38±0.29 ^a	0.53±0.08	0.70±0.11 ^a	34.92±6.30	30.83±5.18 ^a

2.4 两组患者性激素水平比较 治疗前两组P、E₂、FSH水平均显著降低($P<0.05$),且组间比较观察组显著低于对照组($P<0.05$),见表4。

表4 两组患者性激素水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	P (ng/mL)		E ₂ (pg/mL)		FSH (mIU/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	28.08±4.14	14.97±2.26 ^{ab}	2118.51±357.06	1350.82±239.18 ^{ab}	13.81±2.94	8.14±2.07 ^{ab}
对照组	42	27.76±4.32	18.54±3.01 ^a	2104.63±336.28	1621.70±314.11 ^a	13.76±3.01	10.03±2.48 ^a

2.5 两组患者不良反应 整个治疗期间观察组出现恶心呕吐1例,乏力1例,头晕1例,不良反应发生率为7.14%;对照组出现头痛1例,不良反应发生率为2.38%,两组不良反应发生率比较差异无统计学意义(Fisher精确概率=0.616)。

3 讨论

子宫肌瘤是常见妇科疾病,影响女性生殖系统及循环系统,为一种双合诊可触及的实质性包块肿瘤^[9]。西医目前治疗该病主要为激素药物治疗与手术治疗,米非司酮激素药物可有效控制肿瘤增殖,但需保持长时间用药,毒副作用较大,停药易复发;手术治疗能有效取出病灶,但手术对患者创伤较大^[10]。中医认为子宫肌瘤隶属于“癥瘕”“石瘕”等范畴,患者下腹结块、伴有胀、痛、慢等,或异常出血等症状。《血证论》曰:“瘀血在经络脏腑之间,则结为癥瘕。”《校注妇人良方》曰:“妇人腹中瘀血者,由月经闭积,或产后瘀血未尽,或风寒滞瘀,久而不消,则为积聚癥瘕矣。”故该病主要病机可归纳为气滞血瘀、痰湿瘀结、湿热瘀阻及肾虚血淤等,治疗以活血化瘀,消癥散结为主^[11]。针灸为中医常见疗法,子宫穴温针灸不仅可促使较多子宫肌瘤缩小,部分消失,还可调经止带,但单一治疗效果不甚理想^[12]。理冲汤由生黄芪、党参、白术、生山药、天花粉、知母、三棱、莪术、生鸡内金等药物组成,以扶正祛邪为治疗原则,以扶正祛瘀为立法,具有益气补血的功效,对子宫肌瘤有抑制作用^[13]。

本研究结果显示观察组治疗有效率为92.86%,显著高于对照组71.43%,这与肖婧等^[14]研究结果相似,提示理冲汤加减联合子宫穴温针灸联合治疗子宫肌瘤可协同增效。这是因为理冲汤各药配伍起到活血化瘀、疏通经络的作用,同时结合温针灸,有效解除或缓解临床症状,从而提高临床疗效。本研究结果显示,治疗后两组肌瘤结节、子宫增大、小腹刺痛、精神抑郁、脉弦细涩积分均显著降低,且

组间比较观察组显著低于对照组,这与张瑾等^[15]研究结果相似,提示理冲汤加减联合子宫穴温针灸可显著改善子宫肌瘤患者临床症状。可能是理冲汤具有多成分、多靶点特点及整体治疗观,发挥补肾益气、活血化瘀的功效,同时温针灸可通过针感作用发挥破散淤结效果,在针的传导下促使艾灸的热量直达病变组织,从而达到驱寒散结的目的。相关研究表明子宫肌瘤患者血液流变学表现为高凝状态,随着医学发展,彩色多普勒超声对肿瘤血流检测中有着重要意义^[16]。本研究结果显示治疗后两组PI、RI均显著升高,PSV显著降低,且组间比较观察组PI、RI显著高于对照组,PSV显著低于对照组,这与陈文辉等^[17]研究结果具有相似性,提示理冲汤加减联合子宫穴温针灸联合治疗子宫肌瘤可进一步改善患者血流状态。这是因为理冲汤可抑制子宫肌瘤血管生成,改善体内微环境。性激素分泌异常与子宫肌瘤的发生高度相关,过量E₂分泌可导致子宫平滑肌细胞生长,进一步引发子宫肌瘤;FSH与E₂存在协同效果,可维持子宫肌瘤持续生长;P分泌过多致使细胞分裂、增殖等加快,加剧病情发展^[18]。本研究结果显示治疗后两组P、E₂、FSH水平均显著降低,且组间比较观察组显著低于对照组,这与李伊莎等^[19]研究结果相似,提示理冲汤加减联合子宫穴温针灸可有效调节患者体内性激素水平。现代药理学研究表明理冲汤可抑制上皮细胞增生,发挥促肾作用于抗癌作用,可显著提高机体免疫功能,从而间接杀伤肿瘤;同时可使血管扩张,增加血流量,改善血性,具有抗肿瘤作用。另本研究结果还显示两组患者不良反应差异无统计学意义,提示理冲汤加减联合子宫穴温针灸联合治疗子宫肌瘤安全性良好。

综上所述,理冲汤加减联合子宫穴温针灸联合治疗子宫肌瘤可协同增效,改善患者临床症状与血流状态,可调节体内性激素水平,安全性良好。

补肾养精汤分阶段治疗 DOR 引起月经过少的疗效及对淋巴细胞亚群的影响*

郑伟¹, 王新华¹, 李蔚¹, 于潇², 刘金星², 薛玲^{3,△}

(1. 山东青岛中西医结合医院妇科, 山东 青岛 266002; 2. 山东中医药大学附属医院妇科, 山东 济南 250014;

3. 山东青岛中西医结合医院药剂科, 山东 青岛 266002)

摘要:目的: 临床观察补肾养精汤分阶段治疗卵巢储备功能减退 (DOR) 引起月经过少 (肾虚血瘀型) 的疗效及对外周血淋巴细胞亚群表达的影响。方法: 将 70 例肾虚血瘀型月经过少的 DOR 患者随机分成治疗组 (补肾养精汤) 和对照组 (芬吗通), 每组 35 例, 分卵泡期和黄体期两阶段给药, 连续治疗 3 个月经周期。观察两组患者治疗前、后的临床症状、血清激素水平、淋巴细胞亚群、窦卵泡数量以及卵巢间质血流变化, 比较两组临床疗效及药物安全性。结果: 治疗后, 两组患者中医证候积分减少、经量积分增加, 血清 bFSH 降低、bE2 升高, CD8⁺T 细胞减少、CD4⁺T 细胞和 B 细胞增多 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 治疗组患者经期积分增加, 卵巢间质 PSV 增加、RI 降低, AMH 和 AFC 均增高 ($P < 0.05$)。与对照组比较, 治疗组患者中医证候积分、CD8⁺细胞和 PI 均显著降低 ($P < 0.05$), 经量积分、经期积分、AMH、AFC、PSV、CD4⁺T 细胞及 B 细胞均显著升高 ($P < 0.05$)。综合疗效比较, 治疗组愈显率 (48.57%) 和总有效率 (88.57%) 较对照组 (28.57%, 65.71%) 明显升高。研究过程中未出现不良事件。结论: 补肾养精汤分阶段治疗可以有效改善 DOR 合并月经过少 (肾虚血瘀型) 患者的卵巢储备, 增加经量、延长经期, 还可以改善卵巢间质血流, 调节机体免疫平衡, 疗效优于激素替代治疗, 值得临床推广应用。

关键词: 卵巢储备功能减退; 月经过少; 肾虚血瘀; 补肾养精; 淋巴细胞; 卵巢间质

*基金项目: 国家自然科学基金-青年科学基金项目 (编号: 82104917); 青岛市中医药科研项目 (编号: 2019-zyy028)。△通讯作者: 薛玲, 学士, 副主任药师, 研究方向: 中药制剂的炮制与调配, E-mail: xueling138@163.com。

参考文献

- [1] 任美, 何俐, 王珏辉, 等. 中医活血化瘀法治疗子宫肌瘤疗效及对 ER、Bcl-2 蛋白变化的研究 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38 (7): 73-75.
- [2] 孙颖. 米非司酮联合血府逐瘀颗粒治疗子宫肌瘤临床疗效 [J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49 (3): 130-133.
- [3] 李艳芳, 王洁, 张倩. 活血化瘀法联合亮丙瑞林对绝经期前子宫肌瘤内膜 COX-2、VEGF 和微血管密度表达的影响及疗效 [J]. 中华中医药学刊, 2018, 36 (8): 1950-1953.
- [4] 桂玉然. 中药复方化瘤汤配合西药治疗对子宫肌瘤中医证候量化评分、临床症状及血清激素水平的影响 [J]. 四川中医, 2019, 37 (3): 176-178.
- [5] 于小普. 针灸联合少腹逐瘀汤治疗子宫肌瘤临床观察 [J]. 中医学报, 2018, 33 (2): 323-328.
- [6] 李冬华, 张武芳, 刘新敏, 等. 扶正祛瘀中药“理冲汤”治疗子宫肌瘤的疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45 (8): 1653-1656.
- [7] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学. 第 8 版 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 265-268.
- [8] 商洪才, 王保和, 张伯礼. 中药新药证候及疗效评价 [J]. 中药新药与临床药理, 2004, 15 (5): 365-368.
- [9] 马达. 中医理论中“消法”应用于子宫肌瘤治疗中的经验分析 [J]. 陕西中医, 2018, 39 (2): 24-249.
- [10] 任聪, 刘大胜, 王凤, 等. 中医药治疗子宫肌瘤的研究进展及述评 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 6 (1): 135-138.
- [11] 史红杰, 张兴伟, 马二梅, 等. 逐瘀消癥方治疗子宫肌瘤疗效及对患者细胞凋亡蛋白和雌、孕激素受体表达的影响 [J]. 陕西中医, 2020, 41 (11): 1559-1562.
- [12] 高静, 黄申怡, 林佳婷, 等. “一针二灸三巩固”整合针灸疗法治疗子宫肌瘤病的临床经验 [J]. 环球中医药, 2020, 35 (9): 1592-1594.
- [13] 王文娜, 李冬华, 刘宇, 等. 理冲汤对子宫肌瘤模型小鼠 Th1/Th2 平衡漂移的调控作用研究 [J]. 医学研究杂志, 2020, 49 (1): 52-56.
- [14] 肖婧, 唐爱华, 张晴琴. 祛瘀理气汤加减联合针灸对子宫肌瘤术患者的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49 (5): 59-62.
- [15] 张瑾, 杨帆, 郑雪绒, 等. 活血消癥汤配合针灸及子宫动脉介入栓塞术治疗子宫肌瘤临床研究 [J]. 陕西中医, 2022, 43 (11): 1617-1620.
- [16] 赖威, 陈豫中, 张国安. 双橘颗粒联合 GnRH-a 对子宫肌瘤患者子宫动脉血流动力学及性激素水平的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29 (20): 2262-2265.
- [17] 陈文辉, 周建蓉. 自拟化癥消癥方联合西药治疗痰瘀互结型子宫肌瘤的疗效及对患者血流动力学和性激素水平的影响 [J]. 四川中医, 2020, 38 (2): 154-157.
- [18] 王晶. 理冲汤可有效降低子宫肌瘤患者 MMP-2、FSH 等水平并改善临床症状 [J]. 基因组学与应用生物学, 2018, 37 (9): 4042-4047.
- [19] 李伊莎, 刘丹. 活血化瘀方联合米非司酮对子宫肌瘤患者临床疗效及性激素水平的影响 [J]. 河北中医药学报, 2018, 33 (2): 13-16.

(收稿日期 2023-06-28)