

子宫内膜异位症相关疼痛中医诊疗指南

中华中医药学会子宫内膜异位症相关疼痛中医诊疗指南起草组

基金项目：国家自然科学基金项目（82074483）；河北省省级科技计划资助（21377725D）

通讯作者：陈景伟（1980-），女，河北保定人，教授，博士，研究方向：女性生殖功能障碍的中医药调控。E-mail: chenjingwei1999@126.com。

【摘要】本文件是一部规范妇科常见病子宫内膜异位症相关疼痛的中医诊断和治疗，具有一定权威性、约束力及推广应用价值的医疗文件。预期对建立和完善子宫内膜异位症相关疼痛中医技术规范，促进中医评价方法的规范化和科学化起到示范性作用。

【关键词】子宫内膜异位症相关疼痛；中医；指南

Guideline for diagnosis and treatment of Chinese medicine in endometriosis-associated pain

Gynecology Branch of China Association of Chinese Medicine

Funded by S&T Program of Hebei (No.21377725D) ; National Natural Science Foundation of China (No.82074483).

*Correspondence should be addressed to Jingwei Chen; chenjingwei1999@126.com.

【Abstract】This document is a medical document that regulates the diagnosis and treatment of Chinese medicine in endometriosis-associated pain, and has certain authority, binding force and application value. It is expected to play a demonstrative role in establishing and improving the technical norms of Chinese Medicine in endometriosis-associated pain and promoting the standardization and scientific evaluation methods of Chinese Medicine.

【Key words】Endometriosis-associated pain; Chinese medicine; Guideline

本文件是一部规范妇科常见病子宫内膜异位症相关疼痛的中医诊断和治疗，具有一定权威性、约束力及推广应用价值的医疗文件。预期对建立和完善子宫内膜异位症相关疼痛中医技术规范，促进中医评价方法的规范化和科学化起到示范性作用。

子宫内膜异位症（endometriosis, EMT，简称“内异症”）是妇科常见病、疑难病，临床可引起疼痛、不孕及月经失调等。70%~80%的内异症患者有不同程度的疼痛，包括痛经（继发性，进行性加重）、慢性盆腔痛、深部性交痛、肛门坠痛等，是内异症患者最常见也最痛苦的症状，长期周期性的剧烈疼痛给患者身心健康及生活质量造成极大困扰。近年来，中医药在治疗内异症相关疼痛方面显现出独特的优势，展现了广阔的应用前景。但迄今为止，尚未形成行业公认、广泛推广的中医诊疗方案，为内异症相关疼痛临床规范化治疗与中医诊治经验的传承与发展带来了一定的阻碍。因此制定规范实用、普识性强、行业共识性高、临床疗效确切的中医临床诊疗指南具有重要的意义。

本文件制定的文献研究基于循证医学证据收集和评价，参照德尔菲法进行专家问卷调查和共识会议，同时开展了同行适用性评价及方法学专家的质量评价，广泛征求中医学、临床医学、中西医结合医学、药学、循证医学等多学科专家意见，保证了文件的实用性、规范性、科学性及其可行性。

本文件采取文献研究与专家共识相结合的方法，起草组通过文献预检索梳理了 22 个临床问题；经过专家访谈及临床调研（调研对象包括中级职称和高级职称共 56 位临床医师）并经起草组专家共识最终形成 18 个主要临床问题：

- 1) 子宫内膜异位症相关疼痛的概念；
- 2) 子宫内膜异位症相关疼痛的诊断要点；
- 3) 子宫内膜异位症相关疼痛的鉴别诊断；
- 4) 子宫内膜异位症相关疼痛的辨证分型；
- 5) 子宫内膜异位症相关疼痛的治疗原则；
- 6) 子宫内膜异位症相关疼痛的治法和方药；
- 7) 治疗子宫内膜异位症相关疼痛的中成药；
- 8) 子宫内膜异位症相关疼痛的中医外治法；
- 9) 子宫内膜异位症相关疼痛的预防与调护；
- 10) 单用中医疗法/中西医结合治疗内异症在降低疼痛程度方面如何；
- 11) 单用中医疗法/中西医结合治疗内异症在减少疼痛持续时间方面如何；
- 12) 单用中医疗法/中西医结合治疗内异症在提高有效率(疼痛)方面如何；
- 13) 单用中医疗法/中西医结合治疗内异症在改善中医证候积分方面如何；
- 14) 单用中医疗法/中西医结合治疗内异症在缩小包块大小方面如何；
- 15) 单用中医疗法/中西医结合治疗内异症在降低 CA125 水平方面如何；
- 16) 单用中医疗法/中西医结合治疗内异症在复发率方面如何；
- 17) 单用中医疗法/中西医结合治疗内异症的安全性如何；
- 18) 单用中医疗法/中西医结合治疗内异症的经济评价如何。

本文件无资金资助，项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本文件制定过程中“无利益冲突”，为此不会成为本文件制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前公开了利益声明和评价结果，即所有参与本文件制定的成员均与药品生产企业没有任何经济利益往来。

本指南已于 2021 年 12 月 10 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(注册号: IPGRP-2021CN410)，本指南由中华中医药学会发布（T/CACM 1546—2024）。

子宫内膜异位症相关疼痛中医诊疗指南

1 范围

本文件界定了子宫内膜异位症相关疼痛的定义，明确了诊断、辨证和治疗等内容。

本文件适用于子宫内膜异位症相关疼痛的中医临床诊疗。

本文件适合中医、中西医结合妇科临床医师使用。

2 规范性引用文件

本文件无规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 子宫内膜异位症 endometriosis; EMT

子宫内膜组织（腺体和间质）在子宫腔被覆内膜及子宫以外的部位出现、生长、浸润，反复出血，继而引发疼痛、不孕及结节或包块等。

注：属于中医“痛经”“月经不调”“癥瘕”“不孕”等范畴^[1]。

3.2 子宫内膜异位症相关疼痛 endometriosis-associated pain

由子宫内膜异位症疾病所导致的疼痛，包括继发性痛经、慢性盆腔痛、性交痛、肛门坠痛、排便痛等。

注1：子宫内膜异位症相关疼痛的概念（临床问题1）。

注2：属于中医“痛经”“经行腹痛”“癥瘕”的范畴。

4 诊断

4.1 子宫内膜异位症相关疼痛的诊断要点^[2-4]（临床问题2）

4.1.1 病史

有进行性加重的继发性痛经病史，或有不孕史，或有剖宫产、人工流产等手术史。

4.1.2 症状

痛经（继发性，进行性加重）、慢性盆腔痛、深部性交痛、肛门坠痛、排便痛等，疼痛程度与病灶大小不一定成正比。

4.1.3 妇科检查

子宫多后倾固定，附件区可扪及活动度欠佳的囊实性肿块，阴道后穹隆、直肠子宫陷凹、宫骶韧带痛性结节，阴道后穹隆紫蓝色结节。

4.1.4 影像学检查

影像学检查（盆腔超声、CT 及 MRI）可发现内异症病灶或未见异常。

4.1.5 实验室检查

血清糖类抗原 125（CA125）水平可能升高，重症患者更为明显，CA125 诊断内异症的敏感性和特异性均较低。

4.1.6 腹腔镜检查

是内异症的手术诊断方法，可以对病变部位及范围进行探查，并能获得病变组织以进行组织病理学诊断。

4.1.7 疼痛程度评分

采用视觉模拟量表（VAS）评分法，轻度疼痛：1 分～3 分；中度疼痛：4 分～6 分；重度疼痛：7 分～10 分。

4.2 子宫内膜异位症相关疼痛的鉴别诊断^[1,3]（临床问题 3）

4.2.1 原发性痛经

痛经在初潮后即出现，虽然疼痛剧烈但持续时间短，常 1 天～2 天内消失，妇检及 B 超未发现器质性病变可助鉴别。

4.2.2 子宫腺肌病

痛经症状与内异症相似，但多位于下腹正中且更剧烈，子宫多呈均匀性增大，质硬。经期检查时子宫触痛明显。

4.2.3 盆腔炎性包块

多有急性或反复发作的盆腔感染史，疼痛无周期性，疼痛加重时可伴发热和白细胞增高，血沉和 C 反应蛋白（CRP）可升高，抗生素治疗有效。

4.2.4 卵巢恶性肿瘤

早期无症状，有症状时多呈持续性腹痛、腹胀，病情发展快，一般情况差。超声图像显示包块为混合性或实性。血清 CA125 和人附睾蛋白 4（HE4）的表达水平多显著升高。腹腔镜检查或剖腹探查结合病理可鉴别。

4.3 子宫内膜异位症相关疼痛的辨证分型（临床问题 4）

推荐意见 1：气滞血瘀证

主症：经期或经前小腹胀痛或刺痛，拒按，或伴非经期小腹疼痛，或伴性交痛。次症：经行不畅，月经量或多或少，经色紫暗有块，块下痛减，胸胁乳房胀痛，胸闷不舒或心烦易怒，盆腔有结节或包块。舌脉：舌紫暗或有瘀斑、瘀点，苔薄白，脉弦或弦涩。

推荐意见 2：寒凝血瘀证

主症：经前或经期小腹冷痛拒按，得热痛减，或伴非经期小腹疼痛，或伴性交痛。次症：月经量少或延后，色暗有块，形寒肢冷，便溏，盆腔有结节或包块。舌脉：舌紫暗，或有瘀点瘀斑，苔薄白或白腻，脉沉紧或弦。

推荐意见 3：肾虚血瘀证

主症：经行小腹疼痛，腰骶不适，或伴非经期小腹疼痛，或伴性交痛。次症：月经量少，色暗有块，头晕耳鸣，腰膝酸软，性欲减退，盆腔有结节或包块，或伴不孕。舌脉：舌暗淡，或有瘀点瘀斑，苔薄白，脉沉细或涩。

推荐意见 4：湿热瘀阻证

主症：经前或经期小腹灼痛、拒按，或伴非经期小腹疼痛，或伴性交痛。次症：经量增多或经期延长，经色暗红，质稠有块，带下量多，色黄质稠，小便短赤，大便溏或燥结，盆腔有结节或包块。舌脉：舌红或暗红，有瘀点瘀斑，苔黄腻，脉弦滑或滑数。

推荐意见 5：痰瘀互结证

主症：经前或经期小腹疼痛，拒按，或伴非经期小腹疼痛，或伴性交痛。次症：经量或多或少，经色紫暗有血块，带下量多，色白质稠，形体肥胖，肢体沉重，胸闷纳呆，呕恶痰多，盆腔有结节或包块。舌脉：舌紫暗，边尖有瘀斑，苔白腻，脉弦滑或涩。

推荐意见 6：气虚血瘀证

主症：经期小腹疼痛，或伴非经期小腹疼痛，或伴性交痛。次症：经量或多或少，色暗淡，质稀或夹血块，面色淡而晦暗，神疲乏力，少气懒言，肛门坠胀不适，纳差便溏，盆腔有结节或包块。舌脉：舌淡胖，有瘀点瘀斑，苔薄白，脉沉涩。

5 治疗

5.1 子宫内膜异位症相关疼痛的治疗原则^[1,2,5]（临床问题 5）

推荐意见：根据患者的年龄、病情轻重，综合评估，个体化治疗。以活血化瘀止痛为主，遵循“急则治其标，缓则治其本”的原则，经期活血祛瘀，行气止痛；非经期针对病因，调节脏腑功能。药物治疗过程中需评估疼痛程度的变化，药物治疗无效可中西医结合或考虑手术治疗。

5.2 子宫内膜异位症相关疼痛的治法和方药^[1,4-9]（临床问题 6）

5.2.1 气滞血瘀证

治法：理气活血，化瘀止痛。

推荐意见：推荐膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减治疗（证据等级：C，强推荐）；若症见胸胁刺痛、急躁易怒、夜寐不安者可选用血府逐瘀汤（《医林改错》）加减治疗（证据等级：C，弱推荐）。

药物组成：

膈下逐瘀汤：醋五灵脂、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、乌药、醋延胡索、甘草、醋香附、红花、枳壳。

血府逐瘀汤：桃仁、红花、当归、生地黄、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草。

证据概要：

膈下逐瘀汤：1项随机对照试验（RCT）^[10]（92例患者，疗程3个月）结果显示膈下逐瘀汤联合甲羟孕酮治疗内异症气滞血瘀证可降低疼痛VAS评分[MD=-0.77分，95%CI(-1.42，-0.12)]（证据等级：C），优于单用甲羟孕酮。1项RCT研究^[11]（80例患者，疗程3个月）结果显示膈下逐瘀汤加减联合妈富隆治疗内异症气滞血瘀证可降低盆腔症状（痛经、性交痛、盆腔痛）口头评定量表（VRS）评分[MD=-2.10分，95%CI(-2.39，-1.81)]（证据等级：C），效果优于单用妈富隆。

血府逐瘀汤：1项RCT研究^[12]（30例患者，疗程3个月）结果显示血府逐瘀汤加减治疗内异症痛经有效率与地屈孕酮相比差异无显著性[RR=1.35，95%CI(0.98，1.85)]（证据等级：D），可降低痛经程度积分[MD=-2.43分，95%CI(-3.68，-1.18)]（证据等级：D），优于地屈孕酮。2项RCT研究^[12,13]（90例患者，疗程3个月）结果显示血府逐瘀汤加减治疗可降低疼痛VAS评分[MD=-1.5分，95%CI(-1.63，-1.36)，I²=0%]（证据等级：C），效果优于地屈孕酮。1项RCT研究^[14]（68例患者，疗程6个月）结果显示血府逐瘀汤加减联合亮丙瑞林可降低痛经VAS评分[MD=-0.07分，95%CI(-0.08，-0.06)]（证据等级：D），降低盆腔痛VAS评分[MD=-0.14分，95%CI(-0.16，-0.12)]（证据等级：D），降低性交痛VAS评分[MD=-0.05分，95%CI(-0.05，-0.05)]（证据等级：D），效果优于单用亮丙瑞林。

5.2.2 寒凝血瘀证

治法：温经散寒，化瘀止痛。

推荐意见：推荐少腹逐瘀汤（《医林改错》）加减治疗（证据等级：C，强推荐）；若出现血虚受寒或血虚寒凝而导致的脘腹冷痛可选用当归四逆汤（《伤寒论》）加减治疗（证据等级：C，弱推荐）。

药物组成：

少腹逐瘀汤：盐小茴香、干姜、醋延胡索、醋没药、当归、川芎、肉桂、赤芍、蒲黄、醋五灵脂。

当归四逆汤：当归、桂枝、白芍、细辛、炙甘草、通草、大枣。

证据概要：

少腹逐瘀汤：1项RCT研究^[15]（40例患者，疗程3个月经周期）显示少腹逐瘀汤加减治疗内异症痛经寒凝血瘀证可降低疼痛程度VAS评分[MD=-1.13分，95%CI(-2.21，-0.05)]（证据等级：D），降低中医证候积分[MD=-3.06分，95%CI(-4.55，-1.59)]（证据等级：D），优于布洛芬；可降低CA125水平，与布洛芬相比差异无显著性[MD=-23.52 U/mL，95%CI(-

76.29, 29.25)] (证据等级: C)。1 项 RCT 研究^[16] (80 例患者, 疗程 3 个月) 显示少腹逐瘀汤加减联合孕三烯酮治疗内异症寒凝血瘀证可降低痛经症状评分[MD=-0.45 分, 95%CI(-0.67, -0.23)] (证据等级: C), 可降低 CA125 水平[MD=-1.94 U/mL, 95%CI(-3.54, -0.34)] (证据等级: C), 优于单用孕三烯酮。1 项 RCT 研究^[17] (68 例患者, 疗程 3 个月) 显示少腹逐瘀汤联合布洛芬治疗内异症痛经寒凝血瘀证可降低痛经 VAS 评分[MD=-1.02 分, 95%CI(-1.33, -0.71)] (证据等级: D), 降低痛经症状评分[MD=-2.00 分, 95%CI(-2.92, -1.08)] (证据等级: D), 降低痛经持续时间[SMD=-0.52, 95%CI(-1.00, -0.03)] (证据等级: D), 优于单用布洛芬。1 项 RCT 研究^[18] (80 例患者, 疗程 6 个月) 结果显示少腹逐瘀汤联合孕三烯酮治疗内异症慢性盆腔痛可降低疼痛持续时间[SMD=-7.26, 95%CI(-8.50, -6.03)] (证据等级: C), 优于单用孕三烯酮。

当归四逆汤: 5 项 RCT 研究^[19-23] (270 例, 疗程 3 个月) 显示当归四逆汤治疗内异症疼痛有效率优于孕激素 (孕三烯酮/地诺孕素) [RR=1.17, 95%CI(1.02, 1.34)], $I^2=62\%$] (证据等级: D)。3 项 RCT 研究^[19-21] (88 例, 疗程 3 个月) 结果显示: 当归四逆汤治疗内异症性交痛有效率优于孕三烯酮[RR=1.59, 95%CI(1.15, 2.19)], $I^2=0\%$] (证据等级: D)。2 项 RCT 研究^[19,21] (52 例, 疗程 3 个月) 显示当归四逆汤加减治疗内异症慢性盆腔痛有效率优于孕三烯酮[RR=2.06, 95%CI(1.25, 3.38)], $I^2=0\%$] (证据等级: C)。2 项 RCT 研究^[20,22] (128 例, 疗程 3 个月) 显示当归四逆汤可降低 CA125 水平, 与孕三烯酮相比差异无显著性[MD=15.85 U/mL, 95%CI(-14.17, 45.88), $I^2=72\%$] (证据等级: D)。1 项 RCT 研究^[19] (74 例, 疗程 3 个月) 显示当归四逆汤加减可降低痛经评分 (GcGill 疼痛量表法)[MD=-2.16 分, 95%CI(-2.76, -1.56)] (证据等级: C), 优于孕三烯酮。1 项 RCT 研究^[23] (120 例, 疗程 3 个月) 显示当归四逆汤加味可降低痛经 VAS 评分[MD=-0.39 分, 95%CI(-0.52, -0.26)] (证据等级: C), 优于地诺孕素。1 项 RCT 研究^[22] (76 例, 3 个月经周期) 结果显示: 当归四逆汤治疗内异症痛经寒凝血瘀证可降低中医证候积分[MD=-0.3 分, 95%CI(-1.11, 0.51)] (证据等级: C), 与孕三烯酮相比差异无显著性。1 项 RCT 研究^[20] (52 例, 疗程 3 个月) 显示当归四逆汤治疗内异症可减小囊肿大小[SMD=0.01, 95%CI(-0.53, 0.56)] (证据等级: C), 与孕三烯酮相比差异无显著性。

安全性: 2 项 RCT 研究^[21,23] (188 例, 疗程 3 个月经周期) 显示当归四逆汤加减治疗内异症不良反应发生率[RR=0.08, 95%CI(0.03, 0.22), $I^2=0\%$] (证据等级: D) 低于孕激素 (孕三烯酮/地诺孕素)。

5.2.3 肾虚血瘀证

治法: 补肾益气, 化瘀止痛。

推荐意见: 可选用归肾丸 (《景岳全书》) 合桃红四物汤 (《医宗金鉴》) 加减治疗 (证据等级: C, 弱推荐)。

药物组成:

归肾丸: 熟地黄、山药、酒萸肉、茯苓、当归、枸杞子、盐杜仲、盐菟丝子。

桃红四物汤: 当归、熟地黄、川芎、白芍、桃仁、红花。

证据概要: 归肾丸合桃红四物汤: 1 项 RCT 研究^[24] (65 例患者, 疗程 6 个月) 显示归肾丸合桃红四物汤加减联合戈舍瑞林加妈富隆治疗内异症可降低总盆腔症状 (痛经、性交痛、

盆腔痛)评分[MD=-0.2分, 95%CI(-0.35, -0.05)](证据等级: D), 优于单用戈舍瑞林加妈富隆。

5.2.4 湿热瘀阻证

治法: 清热除湿, 化瘀止痛。

推荐意见: 可选用膈下逐瘀汤(《医林改错》)合大黄牡丹汤(《金匮要略》)加减治疗(证据等级: C, 弱推荐)。

药物组成:

膈下逐瘀汤: 醋五灵脂、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、乌药、醋延胡索、甘草、醋香附、红花、枳壳。

大黄牡丹汤: 大黄、牡丹皮、桃仁、冬瓜子、芒硝^(冲服)。

证据概要: 1项RCT研究^[25](64例患者, 12周)结果显示膈下逐瘀汤合大黄牡丹汤加减联合孕三烯酮治疗内异症痛经湿热瘀阻证可降低疼痛VAS评分[MD=-1.21分, 95%CI(-1.53, -0.89)](证据等级: D), 降低中医证候积分[MD=-4.37分, 95%CI(-5.79, -2.95)](证据等级: D), 优于单用孕三烯酮。

5.3 治疗子宫内膜异位症相关疼痛的中成药(临床问题7)

5.3.1 气滞血瘀证

推荐意见1: 推荐丹莪妇康煎膏单用或联合西药治疗(证据等级: C, 强推荐)。

药物组成: 紫丹参、莪术、滇柴胡、三七、赤芍、当归、三棱、香附、延胡索、甘草。

用法用量: 口服, 一次10g~15g, 一日2次, 自月经前第10天~15天开始, 连服10天~15天为一个疗程, 经期可不停药。

禁忌及注意事项: 禁忌: 孕妇禁用, 糖尿病患者禁用, 对本品过敏者禁用。注意事项: 过敏体质者慎用。如有生育要求应在医师指导下服用。服药期间如出现月经量过多或症状加重, 请及时咨询医生。为避免胃部不适, 宜饭后服用。不宜与芒硝、玄明粉、海藻、京大戟、红大戟、甘遂、芫花及藜芦同用。加适量蜂蜜调服可改善口感。

证据概要: 1项RCT研究^[26](400例患者, 3个月)显示丹莪妇康煎膏治疗内异症痛经有效率与孕三烯酮相比差异无显著性[RR=0.98, 95%CI(0.91, 1.05)](B)。4项RCT研究^[27-30](612例患者, 疗程3个月)显示丹莪妇康煎膏治疗内异症可降低CA125水平[MD=-7.08U/mL, 95%CI(-8.73, -5.43), I²=0%](证据等级: C), 优于孕三烯酮。1项RCT研究^[27](210例患者, 疗程3个月)显示丹莪妇康煎膏可降低痛经VAS评分[MD=-0.31分, 95%CI(-0.39, -0.23)](证据等级: C), 优于孕三烯酮。5项RCT研究^[28-32](645例患者, 疗程3个月)显示丹莪妇康煎膏可降低痛经症状评分[MD=-2.10分, 95%CI(-4.32, 0.12), I²=99%](证据等级: C), 与孕三烯酮相比差异无显著性。1项RCT研究^[33](90例患者, 疗程6个月)显示丹莪妇康煎膏联合曲普瑞林可降低CA125水平[MD=-5.35U/mL, 95%CI(-7.31, -3.39)](证据等级: D), 降低疼痛VAS评分[MD=-0.72分, 95%CI(-0.91, -0.53)](证据等级: C), 优于单用曲普瑞林。1项RCT研究^[34](100例患者, 6个月)显示丹莪妇康煎膏联合达菲林可降低疼痛VAS评分[MD=-6.4分, 95%CI(-6.76, -6.04)](证据等级: C), 优于单用达菲林。1项RCT研究^[35](158例患者, 3个月经周期)显示丹莪妇康煎膏可降低痛经数字评价

量表（NRS）评分[MD=-1.5 分，95%CI(-1.69, -1.31)]（证据等级：C），优于孕三烯酮。1 项 RCT 研究^[36]（90 例患者，疗程 3 个月）显示丹莪妇康煎膏治疗内异症盆腔疼痛有效率与孕三烯酮相比差异无显著性[RR=0.97，95%CI(0.88, 1.06)]（证据等级：B），可降低慢性盆腔痛 VAS 评分，与孕三烯酮相比差异无显著性[MD=1.60 分，95%CI(-3.97, 7.17)]（证据等级：C）。1 项 RCT 研究^[26]（400 例患者，疗程 3 个月）显示丹莪妇康煎膏治疗内异症复发率低于孕三烯酮[RR=0.29，95%CI(0.16, 0.53)]（证据等级：C）。

安全性：7 项 RCT 研究^[26-31,33]（1269 例患者，疗程 3 个月）显示丹莪妇康煎膏不良反应发生率低于孕三烯酮[RR=0.12，95%CI(0.08, 0.19)，I²=84%]（证据等级：D）。1 项 RCT 研究^[35]（100 例患者，疗程 6 个月）显示丹莪妇康煎膏联合达菲林不良反应发生率低于单用达菲林[RR=0.38，95%CI(0.16, 0.88)]（证据等级：D）。1 项 RCT 研究^[36]（90 例患者，疗程 3 个月）显示丹莪妇康煎膏治疗内异症盆腔疼痛不良反应发生率低于孕三烯酮[RR=0.01，95%CI(0.00, 0.16)]（证据等级：C）。

推荐意见 2：若伴见月经夹有血块，或有腹痛者，可选用宫瘤消胶囊联合西药治疗（证据等级：C，弱推荐）。

药物组成：牡蛎、香附（制）、三棱、莪术、土鳖虫、仙鹤草、党参、白术、白花蛇舌草、牡丹皮、吴茱萸。

用法用量：口服，一次 3 粒~4 粒，一日 3 次，一个月经周期为一个疗程，连续服用 3 个疗程。

禁忌及注意事项：禁忌：孕妇忌服。注意事项：经期停药。

证据概要：3 项 RCT 研究^[37-39]（298 例患者，疗程 6 个月）显示宫瘤消胶囊联合孕三烯酮治疗内异症可降低痛经 VAS 评分[MD=-1.01 分，95%CI(-1.34, -0.69)，I²=90%]（证据等级：C），降低 CA125 水平[MD=-14.58 U/mL，95%CI(-21.94, -7.13)，I²=95%]（证据等级：C），降低性交痛 VAS 评分[MD=-0.36 分，95%CI(-0.44, -0.28)，I²=0%]（证据等级：C），优于单用孕三烯酮。2 项 RCT 研究^[37-38]（238 例患者，疗程 6 个月）显示宫瘤消胶囊联合孕三烯酮治疗内异症气滞血瘀证可降低非经期盆腔痛 VAS 评分[MD=-0.39 分，95%CI(-0.49, -0.29)，I²=0%]（证据等级：C），优于单用孕三烯酮。1 项 RCT 研究^[40]（108 例患者，疗程 3 个月）显示宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇可降低痛经 VAS 评分[MD=-0.9 分，95%CI(-1.29, -0.51)]（证据等级：C），降低性交痛 VAS 评分[MD=-0.78 分，95%CI(-1.12, -0.44)]（证据等级：C），缩小囊肿的大小[SMD=-1.19，95%CI(-1.6, -0.78)]（证据等级：C），优于单用屈螺酮炔雌醇。1 项 RCT 研究^[41]（100 例患者，疗程 3 个月）显示宫瘤消胶囊联合亮丙瑞林可降低疼痛 VAS 评分[MD=-1.88 分，95%CI(-2.35-1.41)]（证据等级：B），优于单用亮丙瑞林。

安全性：1 项 RCT 研究^[40]（108 例患者，疗程 3 个月）示：宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇不良反应发生率低于单用屈螺酮炔雌醇[RR=0.33，95%CI(0.11, 0.97)]（证据等级：D）。

5.3.2 寒凝血瘀证

推荐意见 1：推荐少腹逐瘀颗粒联合西药治疗（证据等级：C，强推荐）。

药物组成：当归、蒲黄、醋五灵脂、赤芍、盐小茴香、醋延胡索、没药（炒）、川芎、肉桂、炮姜。

用法与用量：开水冲服，一次1袋（1.6 g），一日2次~3次。

禁忌及注意事项：禁忌：孕妇忌服。注意事项：月经过多慎服。

证据概要：1项RCT研究^[42]（121例患者，疗程3个月经周期）显示少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇治疗内异症可降低痛经VAS评分[MD=-1.4分，95%CI(-1.47, -1.06)]（证据等级：C），缩小囊肿的大小[SMD=-2.35，95%CI(-2.82, -1.88)]（证据等级：C），降低CA125水平[MD=-15.13 U/mL，95%CI(-18.14, -12.12)]（证据等级：C），优于单用屈螺酮炔雌醇。1项RCT研究^[43]（98例患者，疗程6个月）显示少腹逐瘀颗粒联合甲羟孕酮可降低疼痛VAS评分[MD=-1.3分，95%CI(-1.67, -0.93)]（证据等级：C），优于单用甲羟孕酮。1项RCT研究^[44]（80例患者，疗程6个月）显示少腹逐瘀颗粒联合甲羟孕酮可降低痛经VAS评分[MD=-1.1分，95%CI(-1.48, -0.72)]（证据等级：C），可缩小囊肿的大小[SMD=-2.12，95%CI(-2.67, -1.56)]（证据等级：C），优于单用甲羟孕酮。2项RCT研究^[43-44]（178例患者，疗程6个月）显示少腹逐瘀颗粒联合甲羟孕酮可降低CA125[MD=-18.57 U/mL，95%CI(-25.12, -12.01)，I²=90%]（证据等级：C），优于单用甲羟孕酮。2项RCT研究^[45,46]（178例患者，疗程3个月）显示少腹逐瘀颗粒联合GnRH-a（曲普瑞林/戈舍瑞林）可降低疼痛VAS评分[MD=-0.45分，95%CI(-0.52, -0.38)，I²=10%]（证据等级：C），优于单用GnRH-a（曲普瑞林/戈舍瑞林）。1项RCT研究^[45]（92例患者，疗程3个月）结果显示少腹逐瘀颗粒联合曲普瑞林可缩小囊肿的大小[SMD=-1.56，95%CI(-2.03, -1.09)]（证据等级：C），优于单用曲普瑞林。1项RCT研究^[46]（86例患者，疗程3个月）显示少腹逐瘀颗粒联合戈舍瑞林复发率低于单用戈舍瑞林[RR=0.38，95%CI(0.15, 0.99)]（证据等级：C）。

安全性：1项RCT研究^[42]（40例患者，疗程3个月经周期）显示少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇不良反应发生率低于单用屈螺酮炔雌醇[RR=0.3，95%CI(0.1, 0.88)]（证据等级：D）。

推荐意见2：若素有癥块、痛经者，可应用桂枝茯苓胶囊联合西药治疗（证据等级：C，弱推荐）。

药物组成：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、白芍。

用法与用量：口服，1次3粒，1日3次。

禁忌及注意事项：禁忌：孕妇忌服，或遵医嘱。注意事项：经期停药。

证据概要：1项RCT研究^[47]（80例患者，疗程3个月）显示桂枝茯苓胶囊联合去氧孕烯炔雌醇片（妈富隆）治疗内异症痛经可降低疼痛VAS评分[MD=-1.96分，95%CI(-2.49, -1.43)]（证据等级：C），降低CA125水平[MD=-7.00 U/mL，95%CI(-8.68, -5.32)]（证据等级：C），优于单用去氧孕烯炔雌醇片（妈富隆）。4项RCT研究^[48-51]（539例患者，疗程3个月）显示桂枝茯苓胶囊联合孕激素（孕三烯酮/地诺孕素）可降低疼痛VAS评分[MD=-0.89分，95%CI(-1.42, -0.35)，I²=97%]（证据等级：C），优于单用孕激素（孕三烯酮/地诺孕素）。2项RCT研究^[49,50]（321例患者，疗程3个月）显示桂枝茯苓胶囊联合孕激素（孕三烯酮/地诺孕素）可降低CA125水平[MD=-10.40 U/mL，95%CI(-11.42, -9.38)，I²=0%]（证据等级：C），优于单用孕激素（孕三烯酮/地诺孕素）。3项RCT研究^[48,50,51]（393例患者，疗程3个月）显示桂枝茯苓胶囊联合孕激素（孕三烯酮/地诺孕素）可缩小囊肿的大小[SMD=-1.63，95%CI(-2.07, -1.19)，I²=72%]（证据等级：C），优于单用孕激素（孕三烯酮/地诺孕素）。

2 项 RCT 研究^[52,53](206 例患者, 疗程 6 个月经周期) 显示桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇可降低痛经 VAS 评分[MD=-0.77 分, 95%CI(-1.13, -0.4), $I^2=90\%$] (证据等级: C), 优于单用屈螺酮炔雌醇。1 项 RCT 研究^[52](124 例患者, 疗程 6 个月经周期) 显示: 桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇可降低慢性盆腔痛 VAS 评分[MD=-0.60 分, 95%CI(-0.85, -0.35)] (证据等级: C), 降低性交痛 VAS 评分[MD=-0.83 分, 95%CI(-1.02, -0.64)] (证据等级: C), 可降低 CA125 水平[MD=-9.78 U/mL, 95%CI(-13.45, -6.11)] (证据等级: C), 优于单用屈螺酮炔雌醇。1 项 RCT 研究^[54](210 例患者, 疗程 3 个月) 显示: 桂枝茯苓胶囊联合布洛芬治疗内异症痛经有效率优于单用布洛芬[RR=1.16, 95%CI(1.03, 1.31)] (证据等级: D)。

推荐意见 3: 若见月经不调、痛经、小腹冷痛及下肢关节疼痛者, 可选用红花如意丸 (证据等级: D, 弱推荐)。

药物组成: 红花、西红花、桃儿七、诃子、藏茜草、肉桂、巴夏嘎、藏木香、芫荽果、降香、熊胆粉、藏紫草、光明盐、喜马拉雅紫茉莉、榜嘎、胡椒、花坨肉 (去毒)、矮紫堇、余甘子、沙棘膏、硃砂、紫草茸、枸杞子、沉香、火硝。

用法与用量: 口服, 一次 1 g~2 g, 一日 2 次。

禁忌及注意事项: 禁忌: 对本品过敏者禁用。注意事项: 1) 忌食寒凉、辛辣、生冷食物。2) 孕妇慎用。3) 本品性状发生改变时禁止使用。4) 请将本品放在儿童不能接触的地方。

证据概要: 1 项 RCT 研究^[55](106 例患者, 疗程 3 个月) 结果显示: 红花如意丸治疗内异症痛经在访视后 90 天缓解疼痛症状有效率优于孕三烯酮[RR=2.13, 95%CI(1.52, 2.97)] (证据等级: C); 可降低疼痛数字评价量表 (NRS) 评分等级疗效[RR=2.94, 95%CI(1.69, 5.12)] (证据等级: C), 降低现实疼痛强度评分 (PPI) 等级疗效[RR=4.50, 95%CI(2.21, 9.18)] (证据等级: C), 优于孕三烯酮。

5.3.3 湿热瘀阻证

推荐意见: 可选用妇科千金胶囊单用或联合西药治疗 (证据等级: C, 弱推荐)。

药物组成: 千斤拔、金樱根、穿心莲、功劳木、单面针、当归、鸡血藤、党参。

用法用量: 口服。一次 2 粒, 一日 3 次, 14 天为一疗程; 温开水送服。

禁忌及注意事项: 禁忌: 孕妇禁用, 对本品及所含成分过敏者禁用。注意事项: 1) 忌食辛辣。2) 本品建议饭后服用。3) 当使用本品出现不良反应时, 应停药并及时就医。4) 本品易吸潮, 打开包装袋后, 请注意防潮。

证据概要: 1 项 RCT 研究^[56](200 例患者, 疗程 6 个月) 显示妇科千金胶囊联合戈舍瑞林可降低 VAS 评分[MD=-2.37 分, 95%CI(-2.50, -2.24)] (证据等级: C), 优于单用戈舍瑞林。1 项 RCT 研究^[57](112 例患者, 疗程 3 个月经周期) 显示妇科千金胶囊联合甲羟孕酮可降低痛经 VAS 评分[MD=-1.48 分, 95%CI(-1.88, -1.08)] (证据等级: C), 降低性交痛 VAS 评分[MD=-0.51 分, 95%CI(-0.84, -0.81)] (证据等级: C), 降低非经期下腹痛 VAS 评分[MD=-1.12 分, 95%CI(-1.47, -0.77)] (证据等级: C), 优于单用甲羟孕酮。1 项 RCT 研究^[58](75 例患者, 疗程 3 个月) 显示妇科千金胶囊可降低痛经 VAS 评分, [MD=0.11 分, 95%CI(-0.05, 0.28)] (证据等级: C), 降低性交痛 VAS 评分[MD=0.09 分, 95%CI(-0.06, 0.24)] (证据等级: C), 与孕三烯酮相比差异无显著性; 可降低慢性盆腔痛 VAS 评分[MD=-

0.18 分, 95%CI(-0.35, -0.01)] (证据等级: D), 优于孕三烯酮。

安全性: 1 项 RCT 研究^[56] (200 例患者, 疗程 6 个月) 结果显示: 妇科千金胶囊联合戈舍瑞林治疗内异症不良反应发生率低于单用戈舍瑞林[RR=0.40, 95%CI(0.16, 0.99)] (证据等级: C)。

5.3.4 痰瘀互结证

推荐意见: 推荐散结镇痛胶囊单用或联合西药治疗 (证据等级: C, 强推荐)。

药物组成: 龙血竭、三七、浙贝母、薏苡仁。

用法用量: 口服。一次 4 粒, 一日 3 次。于月经来潮第一天开始服药, 连服 3 个月经周期为一疗程, 或遵医嘱。

禁忌及注意事项: 禁忌: 孕妇禁用。注意事项: 尚不明确。

证据概要: 1 项 RCT 研究^[59] (89 例患者, 疗程 3 个月) 显示散结镇痛胶囊治疗内异症痛经有效率[RR=2.00, 95%CI(1.37, 2.91)] (证据等级: C)、性交痛有效率[RR=5.14, 95%CI(0.85, 31.04)] (证据等级: C) 与非甾体抗炎药相比差异无显著性。1 项 RCT 研究^[60] (84 例患者, 疗程 3 个月) 显示散结镇痛胶囊治疗内异症痛经有效率优于孕三烯酮[RR=1.21, 95%CI(1.02, 1.44)] (D), 可降低痛经 VAS 评分[MD=-1.19 分, 95%CI(-1.53, -0.85)] (证据等级: C), 降低疼痛持续时间[SMD=-1.43, 95%CI(-1.91, -0.95)] (证据等级: C), 缩小囊肿的大小[SMD=-2.4, 95%CI(-2.97, -1.83)] (证据等级: C), 优于孕三烯酮。1 项 RCT 研究^[61] (132 例患者, 疗程 3 个月) 显示散结镇痛胶囊可降低慢性盆腔痛评分[MD=-0.41 分, 95%CI(-0.5, -0.32)] (证据等级: C), 优于孕三烯酮; 降低 CA125 水平[MD=-0.3 U/mL, 95%CI(-2.14, 1.54)] (证据等级: C), 与孕三烯酮相比差异无显著性。1 项 RCT 研究^[62] (96 例患者, 疗程 6 个月) 显示散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮可降低疼痛评分 (慢性疼痛分级问卷法) [MD=-3.03 分, 95%CI(-3.99, -2.07)] (证据等级: C), 优于单用炔雌醇环丙孕酮片。1 项 RCT 研究^[63] (90 例患者, 疗程 6 个月) 显示散结镇痛胶囊联合去氧孕烯炔雌醇片可降低疼痛 VAS 评分[MD=-0.80 分, 95%CI(-1.42, -0.18)] (证据等级: C), 降低 CA125 水平[MD=-5.16 U/mL, 95%CI(-10.21, -0.11)] (证据等级: C), 优于单用去氧孕烯炔雌醇片。1 项 RCT 研究^[64] (100 例患者, 疗程 6 个月) 显示散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片可降低慢性疼痛评分 (慢性疼痛分级问卷法) [MD=-3.00 分, 95%CI(-3.9, -2.1)] (证据等级: C), 优于单用炔雌醇环丙孕酮片。1 项 RCT 研究^[65] (60 例患者, 疗程 3 个月) 显示散结镇痛胶囊联合地诺孕素可降低痛经 VAS 评分[MD=-1.2 分, 95%CI(-1.56, -0.84)] (证据等级: D), 优于单用地诺孕素。1 项 RCT 研究^[66] (200 例患者, 疗程 1 个月) 显示散结镇痛胶囊联合醋酸甲羟孕酮片可降低痛经 VAS 评分[MD=-1.26 分, 95%CI(-1.48, -1.04)] (证据等级: C), 缩小囊肿的大小[SMD=-2.47, 95%CI(-2.84, -2.10)] (证据等级: C), 降低 CA125 的表达水平[MD=-19.82 U/mL, 95%CI(-22.01, -17.63)] (证据等级: C), 优于单用醋酸甲羟孕酮片。1 项 RCT 研究^[67] (124 例患者, 疗程 6 个月) 显示散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片可降低 COX 痛经症状量表 (CMSS) 评分 [MD=-3.00 分, 95%CI(-4.24, -1.76)] (证据等级: C), 优于单用炔雌醇环丙孕酮片。1 项 RCT 研究^[68] (80 例患者, 疗程 3 个月) 显示散结镇痛胶囊联合戈舍瑞林可降低痛经 VAS 评分[MD=-1.70 分, 95%CI(-2.12, -1.28)] (证据等级: C), 优于单用戈舍瑞林, 复发率低于单用戈舍瑞林[RR=0.48, 95%CI(0.27, 0.85)] (证据等级: D)。

安全性：1 项 RCT 研究^[60]（84 例患者，疗程 3 个月）显示散结镇痛胶囊治疗内异症痛经不良反应发生率低于孕三烯酮 $[RR=0.2, 95\%CI(0.05, 0.86)]$ （证据等级：D）。

5.3.5 气虚血瘀证

推荐意见 1：气虚血瘀兼痰湿凝滞，症见白带增多者可选用丹黄祛瘀胶囊治疗（证据等级：C，弱推荐）。

药物组成：黄芪、丹参、党参、山药、土茯苓、当归、鸡血藤、芡实、鱼腥草、三棱、莪术、全蝎、败酱草、肉桂、白术、炮姜、土鳖虫、延胡索、川楝子、苦参。

用法用量：口服，一次 2 粒~4 粒，一日 2 次~3 次。

禁忌及注意事项：禁忌：孕妇忌服。注意事项：尚不明确。

证据概要：1 项 RCT 研究^[36]（60 例患者，疗程 3 个月）显示丹黄祛瘀胶囊治疗内异症盆腔疼痛有效率与孕三烯酮相比差异无显著性 $[RR=0.93, 95\%CI(0.81, 1.07)]$ （证据等级：C），可降低慢性盆腔痛 VAS 评分 $[MD=4.80 \text{ 分}, 95\%CI(-2.97, 12.57)]$ （证据等级：C），与孕三烯酮相比差异无显著性。

安全性：1 项 RCT 研究^[36]（60 例患者，疗程 3 个月）显示丹黄祛瘀胶囊治疗内异症盆腔疼痛不良反应发生率低于孕三烯酮 $[RR=0.02, 95\%CI(0.00, 0.32)]$ （证据等级：D）。

推荐意见 2：如见行经后期、经量少、有血块、经行小腹疼痛、腹有癥块可选用止痛化癥胶囊联合西药治疗（证据等级：C，弱推荐）。

药物组成：党参、炙黄芪、炒白术、丹参、当归、鸡血藤、三棱、莪术、芡实、山药、延胡索、川楝子、鱼腥草、北败酱、蜈蚣、全蝎、土鳖虫、炮姜、肉桂。

用法用量：口服，一次 4 粒~6 粒，一日 2 次~3 次。

禁忌及注意事项：禁忌：孕妇忌用。

证据概要：1 项 RCT 研究^[69]（98 例患者，疗程 6 个月）显示止痛化癥胶囊合亮丙瑞林可降低痛经 VAS 评分 $[MD=-0.08 \text{ 分}, 95\%CI(-0.09, -0.07)]$ （证据等级：C），降低慢性盆腔痛 VAS 评分 $[MD=-0.12, 95\%CI(-0.16, -0.08)]$ （证据等级：C），降低 CA125 水平 $[MD=-1.90 \text{ U/mL}, 95\%CI(-2.14, -1.66)]$ （证据等级：C），优于单用亮丙瑞林。

5.4 子宫内膜异位症相关疼痛的中医外治法（临床问题 8）

5.4.1 中药保留灌肠

推荐意见 1：化瘀散结灌肠液保留灌肠联合中药可应用于内异症相关疼痛湿热瘀阻证（证据等级：C，弱推荐）。

药物组成：当归、川芎、赤芍、地黄、桃仁、红花、川牛膝、三棱、莪术、丹参、鳖甲、龟甲、木通、连翘、金银花。

用法用量：直肠给药，一次 50 mL，一日 1 次。令患者排尽残留粪便后，取侧位用肛管插入直肠 12cm~14cm，缓慢推入。拔出肛管后卧床 30 min，十天为一个疗程，间隔三至四天，继续第二疗程。

禁忌及注意事项：禁忌：孕妇及月经期妇女禁用。注意事项：药液在常温 25℃~37℃下注入。儿童及老人慎用。在医生指导下使用。

证据概要：1 项 RCT 研究^[70]（68 例患者，疗程 3 个月经周期）显示化瘀散结灌肠液联合中药治疗内异症可降低痛经 VAS 评分[MD=-0.34 分，95%CI(-0.95, 0.27)]（证据等级：C），缩小异位囊肿最大径线[SMD=-0.52，95%CI(-1.06, 0.02)]（证据等级：C），降低 CA125 水平，[MD=-3.71 U/mL，95%CI(-18.59, 11.17)]（证据等级：C），与孕三烯酮相比差异无显著性。

安全性：1 项 RCT 研究^[70]（68 例患者，疗程 3 个月经周期）显示化瘀散结灌肠液联合中药治疗内异症不良反应发生率低于孕三烯酮[RR=0.06，95%CI(0.02, 0.25)]（证据等级：C）。

推荐意见 2：中药保留灌肠单用或联合西药可应用于内异症相关疼痛（证据等级：C，弱推荐）。选用活血祛瘀、消癥止痛类中药：丹参、赤芍、三棱、莪术、红藤、败酱草、虎杖等，加水煎至 100 mL，温度 39℃~41℃，于每晚灌肠，尽可能保留 30 min 以上，每天一次，月经期禁止灌肠。

证据概要：1 项 RCT 研究^[71]（94 例患者，疗程 3 个月）显示中药保留灌肠联合地诺孕素治疗内异症痛经湿热瘀阻证可降低 VAS 评分[MD=-1.34 分，95%CI(-1.58, -1.10)]（证据等级：C），降低中医证候积分[MD=-4.75 分，95%CI(-5.96, -3.54)]（证据等级：D），优于单用地诺孕素。1 项 RCT 研究^[72]（80 例患者，疗程 3 个月）显示异位痛经灵保留灌肠可降低痛经症状评分[MD=-2.98 分，95%CI(-4.11, -1.85)]（证据等级：C），优于孕三烯酮。1 项 RCT 研究^[73]（60 例患者，疗程 3 个月）显示莪棱灌肠液保留灌肠可降低痛经程度评分[MD=-2.44 分，95%CI(-2.99, -1.89)]（证据等级：C），优于孕三烯酮。1 项 RCT 研究^[74]（64 例患者，疗程 3 个月，术后）显示红藤汤灌肠联合外敷治疗内异症痛经有效率与布洛芬相比差异无显著性[RR=1.11，95%CI(0.93, 1.32)]（证据等级：C），可降低痛经 VAS 评分[MD=-2.59 分，95%CI(-3.19, -1.99)]（证据等级：C），优于布洛芬。

安全性：1 项 RCT 研究^[72]（80 例患者，疗程 3 个月）显示异位痛经灵保留灌肠治疗内异症不良反应发生率低于孕三烯酮[RR=0.03，95%CI(0.00, 0.53)]（证据等级：C）。1 项 RCT 研究^[74]（64 例患者，疗程 3 个月）显示红藤汤灌肠中药治疗内异症痛经不良反应发生率低于布洛芬[RR=0.12，95%CI(0.01, 1.00)]（证据等级：C）。

5.4.2 针刺

推荐意见：推荐针刺联合中药应用于内异症相关疼痛（证据等级：C，强推荐），取子宫、关元、气海、三阴交、大赫、地机、太溪等穴位。平补平泻法，得气后留针 30 min。月经前 3 天~5 天开始，连续 7 天，治疗 3 个月经周期。

证据概要：1 项 RCT 研究^[75]（78 例患者，疗程 3 个月）结果显示：针刺联合中药治疗内异症痛经有效率与孕三烯酮相比差异无显著性[RR=1.15，95%CI(0.88, 1.49)]（证据等级：C）。

5.4.3 温针灸

推荐意见：可选用温针灸治疗（证据等级：C，弱推荐）。选穴主要有关元、子宫、三阴交、天枢、次髂、足三里等，针刺后点燃艾条并插在针柄上，直到艾条燃尽，治疗 3 个月经周期。

证据概要：1 项 RCT 研究^[76]（70 例患者，疗程 3 个月）显示温针灸治疗内异症痛经有效率与屈螺酮炔雌醇片差异无显著性[RR=1.06, 95%CI(0.92, 1.23)]（证据等级：C），可降低痛经 VAS 评分[MD=-2.26 分, 95%CI(-3.03, -1.49)]（证据等级：D），可降低中医证候积分[MD=-1.49 分, 95%CI(-2.54, -0.44)]（证据等级：D），优于屈螺酮炔雌醇片。1 项 RCT 研究^[77]（56 例患者，疗程 3 个月经周期）显示温针灸治疗内异症痛经可降低痛经症状评分，与戈舍瑞林相比差异无显著性[MD=1.27 分, 95%CI(-0.11, 2.65)]（证据等级：C）。

5.4.4 耳穴贴压

推荐意见：可选用耳穴贴压联合西药应用于内异症相关疼痛（证据等级：D，弱推荐）。选取耳穴子宫、交感、内分泌、神门、肝、肾、皮质下。

证据概要：1 项 RCT 研究^[78]（70 例患者，疗程 3 个月经周期）显示艾灸和耳穴压豆联合地屈孕酮治疗内异症痛经气滞血瘀证可降低痛经 VAS 评分[MD=-0.76 分, 95%CI(-0.90, -0.62)]（证据等级：D），降低 CMSS 评分[MD=-15.09 分, 95%CI(-17.46, -12.72)]（证据等级：D），降低非经期盆腔痛评分[MD=-0.35 分, 95%CI(-0.40, -0.30)]（证据等级：D），优于单用地屈孕酮。

5.4.5 灸法

推荐意见：推荐灸法单用或联合西药应用于内异症相关疼痛（证据等级：D，强推荐）。取关元、中极、子宫、三阴交，经前 1 天~2 天开始，隔日 1 次，每次施灸 20 min~30 min，治疗 3 个月经周期。

证据概要：1 项 RCT 研究^[78]（70 例患者，疗程 3 个月经周期）显示艾灸和耳穴压豆联合地屈孕酮治疗内异症痛经气滞血瘀证可降低痛经 VAS 评分[MD=-0.76 分, 95%CI(-0.90, -0.62)]（证据等级：D），降低 CMSS 评分[MD=-15.09 分, 95%CI(-17.46, -12.72)]（证据等级：D），降低非经期盆腔痛评分[MD=-0.35 分, 95%CI(-0.40, -0.30)]（证据等级：D），优于单用地屈孕酮。1 项 RCT 研究^[79]（52 例患者，疗程 6 个月）显示艾灸疗法治疗内异症可降低疼痛 VRS 评分[MD=-0.50 分, 95%CI(-1.02, 0.02)]（证据等级：C），与孕三烯酮相比差异无显著性。

5.5 子宫内膜异位症相关疼痛的预防与调护(临床问题 9)

推荐意见：经期避免剧烈运动及性生活；调节情志；经期注意保暖，避免感寒着凉；注意饮食，忌过寒过热或饮食偏嗜；预防经血逆流，及时发现并治疗引起经血排出不畅的疾病；防止医源性子宫内膜的种植。

利益冲突：无

本文件起草单位：河北中医药大学、黑龙江中医药大学附属第一医院、天津中医药大学第一附属医院、北京中医药大学第三附属医院、贵州中医药大学、新疆维吾尔自治区中医医院、广州医科大学附属第一医院、山东中医药大学附属医院、广州中医药大学一附院、河北医科大学第一医院、深圳市中医院、石家庄市第四医院、石家庄市中医院、河北省中医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、中国中医科学院广安门医院、江西中医药大学第

二附属医院、成都中医药大学、北京中医药大学、河北生殖妇产医院。

本文件主要起草人：陈景伟、杜惠兰、冯晓玲、闫颖、马小娜。

本文件参与起草人：李燕、韩璐、马红霞、孙振高、郜洁、李晓冬、杜雪莲、马惠荣、李清雪、边文会、孙红燕、李艳青、谭蕾、孙伟伟、徐玲、文怡、相聪坤、陈薇、曹卉娟、范丽洁、赵胜男、耿静然、景晓昭、孟鑫、李颖、安铭立、付欣平、刘慧敏、马艺鸣。

本执南执笔人：陈景伟、刘慧敏、马艺鸣。

参考文献

- [1]中华中医药学会.中医妇科临床诊疗指南 子宫内膜异位症[S]. 2019,125-129.
- [2]中国医师协会妇产科医师分会,中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组.子宫内膜异位症诊治指南（第三版）[J].中华妇产科杂志,2021,56(12):812-824.
- [3]谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].北京：人民卫生出版社,2018： 261.
- [4]国家中医药管理局医政司 24 个专业 95 个病种中医诊疗方案,2011,痛经（子宫内膜异位症、子宫腺肌病）中医诊疗方案[S].
- [5]中国中西医结合学会妇产科专业委员会.子宫内膜异位症中西医结合诊治指南[J].中国中西医结合杂志,2019,39(10):1169-1176.
- [6]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,2012,120-123.
- [7]罗颂平,杜惠兰.中成药临床应用指南-妇科疾病分册[M].北京:中国中医药出版社,2016,28-40.
- [8]冯晓玲,张婷婷.中医妇科学[M].北京：中国中医药出版社,2021： 104-110.
- [9]杜惠兰.中西医结合妇产科学[M].北京：中国中医药出版社,2021： 143-149.
- [10]王红,李玉丽,孙小玉,等.膈下逐瘀汤治疗气滞血瘀型子宫内膜异位症[J].中医学报,2018,33 (10):2007-2011.
- [11]张翼,张晓红,吴璐璐,等.膈下逐瘀汤治疗气滞血瘀型子宫内膜异位症 40 例[J].湖南中医杂志,2014,30(06):72-74.
- [12]庞兰.血府逐瘀汤加减治疗子宫内膜异位症痛经的临床观察[J].内蒙古中医药,2020,39(07):40-41.
- [13]叶秋香.血府逐瘀汤加减治疗子宫内膜异位症痛经的临床疗效[J].内蒙古中医药,2021,40(06):81-82.
- [14]吴雯君,陈光盛.血府逐瘀汤联合亮丙瑞林治疗生育期子宫内膜异位症不孕临床疗效及安全性研究[J].中华中医药学刊,2017,35(04):927-930.
- [15]高维芬.少腹逐瘀汤加减治疗寒凝血瘀型子宫内膜异位症痛经的临床观察[J].人人健康,2019(23):413-414.
- [16]刘枚.少腹逐瘀汤联合孕三烯酮治疗子宫内膜异位症前瞻性研究[J].陕西中医,2020,41(03):342-345.
- [17]李莉.少腹逐瘀汤联合布洛芬治疗寒凝血瘀型子宫内膜异位症痛经的临床研究[D].甘肃中医药大学,2017.
- [18]周依歌,李世强.中西医结合治疗子宫内膜异位症术后慢性盆腔痛 40 例疗效观察[J].河北中医,2013,35(07):1027-1028+1035.
- [19]李泽焰,张洪梅,李泽平.加减当归四逆汤在子宫内膜异位症疼痛中的效果分析[J].中国继续医学教育,2015,7(15):173-174.
- [20]李小琼.温阳化瘀法治疗子宫内膜异位症临床与实验研究[D].广州中医药大学,2012.
- [21]黄艳辉,梁雪芳,林秀华.当归四逆汤加减治疗子宫内膜异位症疼痛疗效观察[J].中国

中医急症,2008(06):768-769.

[22]陈淑玲.温经养血膏治疗寒凝血瘀型子宫内膜异位症痛经的疗效观察[J].中医临床研究,2019,11(11):118-121.

[23]章恒端,向珺,舒运录,等.当归四逆汤对寒凝血瘀型子宫内膜异位症患者疼痛症状与生活质量的影响[J].中国医药导报,2022,19(31):143-147.

[24]王桂兰.中西医结合治疗子宫内膜异位症 32 例疗效观察[J].河南中医,2013,33(07):1121-1122.

[25]刘耀婷,董善增.湿热瘀阻型子宫内膜异位症痛经的中医治疗研究[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(28):52+59.

[26]王慧,孙晋凤,赵丽丽.丹莪妇康煎膏治疗子宫内膜异位症所致痛经的疗效观察[J].河南职工医学院学报,2013,25(06):691-692.

[27]郑秀华,郑建豹.丹莪妇康煎膏治疗子宫内膜异位症疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(36):4056-4058.

[28]王朝华,王建六,卞美璐,等.丹莪妇康煎膏治疗子宫内膜异位症多中心对照临床研究[J].中国妇产科临床杂志,2011,12(5):348-351.

[29]熊勋,伍志虹.丹莪妇康煎膏治疗子宫内膜异位症 65 例[J].福建医药杂志,2012,34(6):68-70.

[30]叶丽亚,吴甜.丹莪妇康煎膏治疗子宫内膜异位症临床研究[J].新中医,2019,51(1):139-141.

[31]沈捷雯,郑德三,支毅德.丹莪妇康煎膏治疗子宫内膜异位症痛经的疗效分析[J].国际中医中药杂志,2014,36(11):994-996.

[32]徐芝秀,马欢杰,方德利,等.丹莪妇康煎膏治疗子宫内膜异位症的临床效果和安全性分析[J].中国妇幼保健,2013,28(12):1880-1881.

[33]胡燕燕,旷红艺.丹莪妇康煎膏联合曲普瑞林治疗卵巢巧克力囊肿的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(09):2331-2335.

[34]李小芳,赵玉华.达菲林联合丹莪妇康煎膏对子宫内膜异位症患者血清 COX-2、Flk-1 和炎症因子水平影响[J].中国计划生育学杂志,2020,28(3):324-327.

[35]许红.丹莪妇康煎膏对子宫内膜异位症的疗效和安全性[J].首都医药,2011,18(22):34-35.

[36]张博,赵继华,尚铁燕.丹莪妇康煎膏治疗子宫内膜异位症盆腔疼痛的疗效观察[J].临床医药实践,2010,19(06):360-362.

[37]尚秋艳.宫瘤消胶囊治疗子宫内膜异位症气滞血瘀证的临床疗效[J].中国民康医学,2019,31(07):123-125.

[38]周艳,刘明珠.宫瘤消胶囊对子宫内膜异位症气滞血瘀证血管生成机制的影响[J].中国实验方剂学杂志,2017,23(21):200-205.

[39]武保霞.宫瘤消联合妈富隆治疗子宫内膜异位症疼痛的临床观察[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(1):36-37.

[40]陆佳琦,周赞,沈璐,等.宫瘤消胶囊联合屈螺酮炔雌醇治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(09):2709-2712.

[41]杨飞娥,杜瑞瑞,李文静,等.宫瘤消胶囊联合亮丙瑞林治疗子宫内膜异位症的临床分析[J].中国科技期刊数据库医药,2021(9):52-5254.

[42]陈锐.少腹逐瘀颗粒联合屈螺酮炔雌醇治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].现代药物与临床,2017,32(11):2169-2172.

[43]刘丽萍,代晶,潘长清,等.少腹逐瘀颗粒联合甲羟孕酮治疗子宫内膜异位症的临床研

究[J].现代药物与临床,2019,34(01):187-191.

[44]牛炜.甲羟孕酮联合少腹逐瘀颗粒治疗子宫内膜异位症的临床疗效及安全性研究[J].实用医技杂志,2021,28(04):516-518.

[45]白伶俐,闫真.少腹逐瘀颗粒联合曲普瑞林治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(06):1810-1813.

[46]丰常申,郭伟.少腹逐瘀颗粒联合戈舍瑞林治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(10):2700-2704.

[47]周燕.桂枝茯苓胶囊辅助治疗子宫内膜异位症痛经的疗效及对血清 CA125 水平的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(31):89-90.

[48]杜巧梅,冯惠芳.中西医结合治疗子宫内膜异位症疗效观察[J].实用中医药杂志,2018,34(08):973-974.

[49]毕秋英,任少辉,赵贝贝,等.基于免疫、炎症、性激素、CA125 及子宫动脉血流动力学指标探讨桂枝茯苓胶囊治疗子宫内膜异位症的疗效[J].中药材,2022,45(11):2755-2759.

[50]卢娜,张丹,苑文娜.桂枝茯苓胶囊联合地诺孕素治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(06):1117-1121.

[51]常卓琳.桂枝茯苓丸辅助治疗对子宫内膜异位症患者血清瘦素、血管内皮生长因子、白细胞介素-8 及卵巢功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(35):3915-3917

[52]王慧香,彭悦,李书敏,等.桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇片治疗复发性卵巢子宫内膜异位囊肿的临床疗效研究[J].中国医院用药评价与分析 2012,21(06):687-689+693

[53]刘菊红,唐世倩,彭沙,等.桂枝茯苓胶囊联合屈螺酮炔雌醇治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(12):3279-3283.

[54]温中明.桂枝茯苓胶囊佐治痛经的疗效及对血清中超敏 C 反应蛋白和血管内皮生长因子影响的临床观察[J].中国医院用药评价与分析,2011,11(9):819-821

[55]杨钟莉,王建六,花琪,等.红花如意丸治疗子宫内膜异位症痛经的临床观察[J].中国性科学,2014,23(10):57-60.

[56]张亚娜,管付娟,李强.妇科千金胶囊联合戈舍瑞林治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(4):1095-1099.

[57]邓华.妇科千金胶囊联合醋酸甲羟孕酮治疗子宫内膜异位症的临床效果[J].大医生,2020,5(22):91-93

[58]谢小青,李梅生.妇科千金胶囊治疗子宫内膜异位症临床观察[J].临床医药实践,2009,18(33):871-873.

[59]郑春青.散结镇痛胶囊治疗子宫内膜异位症痛经 89 例[J].中国药业,2014,23(02):69-70.

[60]孙青兰.散结镇痛胶囊治疗子宫内膜异位症痛经临床观察[J].实用中医药杂志,2022,38(02):174-175.

[61]刘凇.散结镇痛胶囊对子宫内膜异位症患者肝细胞生长因子的影响[J].安徽医学,2015,36(11):1374-1377.

[62]杨振芳,陈晓霞.炔雌醇环丙孕酮片与散结镇痛胶囊联合治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].中华中医药学刊,2014,32(11):2788-2790.

[63]祝鑫瑜,毛月芳,星丽娜,等.散结镇痛胶囊联合去氧孕烯炔雌醇片治疗轻型子宫内膜异位症的疗效和安全性[J].武警医学,2021,32(09):773-775+780.

[64]谢桃利.炔雌醇环丙孕酮片联合散结镇痛胶囊对子宫内膜异位症患者疼痛程度、安全性及妊娠情况的影响[J].实用心脑血管病杂志,2018,0(S1):112-113

[65]谢震,李晓明,丁霄,等.高剂量地诺孕素联合散结镇痛胶囊治疗子宫内膜异位症的效果观察[J].中国科技期刊数据库医药,2022,(7):0023-0026

[66]方丽红,吴小燕,骆松梅等.散结镇痛胶囊联合醋酸甲羟孕酮片治疗子宫内膜异位症患者的疗效及其血清瘦素、癌胚抗原 125 和雌二醇的影响[J].中国妇幼保健,2019,34(17):3916-3919.

[67]李萍,董军杰,杜昱蕾,等.散结镇痛胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片和腹腔镜手术治疗子宫内膜异位症合并代谢综合征效果评价[J].河北医药,2015,37(14):2118-2121.

[68]张春艳.散结镇痛胶囊联合戈舍瑞林用于子宫内膜异位症术后的临床研究[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(A0):35-36.

[69]李开慧.止痛化癥胶囊联合亮丙瑞林治疗子宫内膜异位症的疗效观察[J].现代药物与临床,2015,30(10):1263-1267

[70]单婧,俞超芹,程雯,等.化瘀解毒方联合化瘀散结灌肠液治疗子宫内膜异位症 50 例临床观察[J].中医杂志,2018,59(23):2027-2030.

[71]刘清兰,刘清香,谭敏华.中药保留灌肠在子宫内膜异位症痛经中的应用[J].中医临床研究,2022,14(07):116-118.

[72]周金花.异位痛经灵灌肠治疗子宫内膜异位症痛 46 例[J].光明中医,2012,27(10):2009-2010.

[73]杜娟.莪棱灌肠液保留灌肠治疗子宫内膜异位症的临床观察[D].广州中医药大学,2007.

[74]万德馨,张敏鸽,党群.红藤汤灌肠联合外敷治疗子宫内膜异位症保守手术后痛经的临床疗效[J].陕西中医,2016,37(10):1289-1290.

[75]冯宇,冯国祥.针药并用治疗子宫内膜异位症 39 例[J].中国中医药现代远程教育,2014(3):27-29

[76]潘巧仪 (PoonHauYee).温针灸治疗 EMS 痛经疗效观察[D].广州中医药大学,2019.

[77]陈广贤.穴位埋线法治疗子宫内膜异位症痛经疗效观察研究[D].广州中医药大学,2014.

[78]倪建芳.艾灸与耳穴压豆联合常规疗法治疗子宫内膜异位症痛经临床研究[J].新中医,2020,52(12):153-156.

[79]袁红霞.艾灸疗法用于中重度子宫内膜异位症术后治疗的临床研究[D].广州中医药大学,2009.