

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.06.004

刘瑞芬运用三期祛瘀法治疗子宫内膜增生症经验

于明玥¹, 杨婕², 陈朴², 张丽娟²✉ 指导: 刘瑞芬³

1. 山东中医药大学中医学院, 山东省济南市历下区经十路 16369 号, 250014; 2. 山东中医药大学第一临床医学院; 3. 山东中医药大学附属医院

[摘要] 总结刘瑞芬教授治疗子宫内膜增生症的临证经验。认为伏瘀内阻胞宫胞络为子宫内膜增生症的核心病机, 结合疾病临床表现将月经周期分为经期、经漏期、经净期 3 个阶段, 提出三期祛瘀法。经期伏瘀积久化癥, 治宜行气活血、化瘀消癥, 自拟宫清方; 经漏期气阴两虚兼瘀热互结, 治宜益气清热、祛瘀止血, 自拟通用止血方; 经净期易因瘀、郁加重伏瘀, 治宜化痰散结、行气祛瘀, 自拟止痛调血方。同时重视辨证与辨病相结合, 中西医协同诊疗。

[关键词] 子宫内膜增生症; 伏瘀; 祛瘀; 名医经验; 刘瑞芬

刘瑞芬 (1950—), 女, 教授, 主任医师, 第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 国家中医药管理局重点学科学术带头人。从事中医妇科临床、科研工作 40 余年, 注重传统中医与现代诊疗技术相结合, 辨证细微, 用药精当, 擅长内外合治子宫内膜息肉、子宫腺肌病、多囊卵巢综合征等妇科常见病及疑难病。

子宫内膜增生症 (endometrial hyperplasia) 是指由于人体内雌激素和孕激素水平失衡, 大量雌激素持续作用于子宫内膜而缺乏孕激素的拮抗与转化, 使内膜组织中的腺体过度增生, 则腺体与间质比例失调, 最终导致子宫内膜发生病变的疾病^[1]。世界卫生组织根据子宫组织病理特征, 将本病分为子宫内膜增生不伴非典型增生和子宫内膜非典型增生或子宫内膜上皮内瘤变^[2]。子宫内膜增生症有进展为子宫内膜癌的风险, 临床表现主要为异常子宫出血^[1]。现代医学常采用孕激素、促性腺激素释放激素激动剂、避孕药等药物和手术治疗方法, 但药物治疗存在不良反应的问题, 影响患者的依从性和生活质量, 手术治疗则有并发症、创伤性损伤、易复发的问题^[3-4]。已有研究证明中医药在治疗子宫内膜增生症方面有较好的疗效, 能够降低子宫内膜厚度、抑制子宫内膜增生过度、提高子宫内膜逆转率, 改善患者月经紊乱、贫血等情况^[4-7], 还能够缓解患者焦虑状态^[8]。

本病可归属于中医学“崩漏”范畴, 多数医家认为其与瘀血密切相关^[4], 正如《诸病源候论》所云:“崩而内有瘀血, 故时崩时止, 淋漓不断”。刘瑞芬教授亦持此观点, 结合伏邪理论强调本病之“瘀”乃潜伏于体内之瘀, 即“伏瘀”。认为伏瘀内阻为本病核心病机, 提出“三期祛瘀”的治则治法, 并主张辨病与辨证相结合、中西医协同诊疗。现将刘老师运用三期祛瘀法治疗子宫内膜增生症的临证经验总结如下。

1 伏瘀内阻为核心病机

刘老师指出子宫内膜增生症多见于月经不规律的女性, 根据中医学伏邪理论, 认为导致子宫内膜增生症发病之“瘀”并非短时而成, 应为长期潜藏体内的“伏瘀”。女性月经期增加了瘀血在体内形成且进一步发展为伏瘀的可能性, 如《血证论》云:“女子胞中之血, 每月一换, 除旧生新, 旧血即是瘀血”。经行之际, 气血下注胞宫, 胞宫得开, 旧血当随经血排出, 则瘀血去而后新血生, 完成胞中之血的新旧交替。若女性因禀赋不足、饮食不节、情志失畅、劳倦过度等原因出现月经紊乱, 旧血排出不尽, 而新血再生, 周而复始地新旧之血转换不全, 形成已成之瘀难排、又成新瘀的状态, 导致胞宫胞络瘀血稽留不散, 久则潜藏体内, 终成伏瘀。

✉ 通讯作者:13864049036@163.com

伏瘀发病的方式有二：一为诱发，伏瘀潜内，外感、饮食、情志等因素导致脏腑气血功能失常而产生瘀、痰、湿、热等邪气，同气相求，邪气引动伏瘀而发病；二为自发，伏瘀日久，耗伤正气，当伏瘀达至盛之时，正不胜邪，正气溃而邪自发^[9]。刘老师认为子宫内膜增生症的发病当属伏瘀自发，“伏”是瘀血持续性累积于机体的过程，伏瘀日久，病势渐重，当其阻于胞宫胞络至胞宫无法承载之时，则瘀血溃而发之，汹涌而下，出现崩中之象，又因伏瘀内阻，胞宫胞络气血运行不畅，崩后则漏下不止。

2 三期祛瘀法的具体运用

刘老师根据临床症状将子宫内膜增生症患者的月经周期进行新的划分，分为经期（月经第1~5天）、经漏期（月经第6~12天）、经净期（月经第13天至下次月经来潮前1天）3个阶段。同时结合伏瘀致病在不同阶段的不同特点，提出“三期祛瘀”法，按照月经周期分期治疗，即经期行气活血、化瘀消癥，助伏瘀排出；经漏期益气清热、祛瘀止血，进一步祛除伏瘀并防新瘀形成；经净期化痰散结、行气消瘀，预防新瘀再成，截断病势。

2.1 经期：行气活血、化瘀消癥

子宫内膜增生症患者子宫内膜较正常女性在经期明显增厚，刘老师认为此乃伏瘀内阻，积久化癥所致。经期部分瘀血可随经血之势而泄，而深藏之伏瘀难去，则胞宫难安，经血妄行，溢而不止，可见阴道大量出血、经期延长，如《千金翼方》所云：“瘀血占据血室，致血不归经”。治宜重用化瘀消癥之品瓦解坚实之伏瘀，并配合行气之品顺势而治，通泄胞宫，助伏瘀排出，以求祛瘀生新。临证自拟宫清方以行气活血、化瘀消癥，组成：益母草30g，生蒲黄18g（包煎），马齿苋30g，仙鹤草15g，川牛膝18g，王不留行12g，莪术12g，川芎9g，麸炒枳壳18g，当归9g，党参30g，黄芪30g，炙甘草6g，常连用5天。方中重用益母草活血养血调经，《本草汇言》载其“行血养血，行血而不伤新血，养血而不滞瘀血，诚为血家之圣药也”，现代药理研究证实其可增强子宫收缩活动，减少宫内滞留物，对异常子宫出血有明显疗效^[10]；生蒲黄、马齿苋、仙鹤草为刘老师治疗崩漏的常用角药，三药合用既可活血化瘀又可凉血止血，现代药理研究表明三药均具有收缩子宫、加速止血的作用^[11-13]；川牛膝、王不留行、莪术活血通络，配伍

川芎、枳壳增强行气活血之效，共引伏瘀下行排出；当归补血和血，党参、黄芪健脾益气以补气生血，使新血得生；炙甘草调和诸药。全方功在行气血、通经络、除伏瘀、消癥积，使旧血可去，血得归经，新血则生。同时刘老师强调此期宜少用或不用活血力强的药物如桃仁、红花、乳香、没药等，以避免引起大量出血而致贫血。

若见经行小腹冷痛、得温痛减伴形寒肢冷、易腹泻者，加肉桂、小茴香、吴茱萸温经散寒；经行乏力倦怠者，加白术、红景天健脾益气；经行腰痛者，加杜仲、烫狗脊补肝肾、强筋骨。

2.2 经漏期：益气清热、祛瘀止血

刘老师认为经漏期血行减缓，本当顺势而出之瘀血稽留体内，渐成新的伏瘀，同时经漏不止，胞宫难闭，精气日渐损耗，可导致气阴两虚、阴虚内热之象。《万氏妇人科》云：“妇人崩中之病，皆因中气虚，不能收敛其血，加以积热在里，迫血妄行，故令经血暴下而成崩中。崩久不止，遂成漏下……治法有三，初止血，次清热，后补其虚，未有不痊者。”经漏期多有气阴虚损、瘀热互结，患者常伴随虚热和气虚表现，一味单纯使用止血药可能止漏效果并不理想，且容易闭门留寇。临证主张在此期同用益气清热之药与凉血止血之品，同时辅以祛瘀法，使瘀去血止、气阴得复。自拟通用止血方以益气清热、祛瘀止血，组成：党参30g，炙黄芪30g，地榆30g，马齿苋30g，仙鹤草30g，绵马贯众炭30g，棕榈炭15g，蒲黄炭18g，茜草炭15g，煅龙骨30g（先煎），煅牡蛎30g（先煎），海螵蛸30g（先煎），赤石脂12g，三七粉3g（冲服），炙甘草6g，常连用7天。方中党参、炙黄芪健脾益气，气盛则统摄有权，血可自止，且气能行血，可促伏瘀尽快排出；地榆、马齿苋、仙鹤草既可清热凉血又可化瘀止血；绵马贯众炭、棕榈炭、蒲黄炭、茜草炭等中药炭药与煅龙骨、煅牡蛎、赤石脂、海螵蛸合用共奏收敛止血之功，现代药理研究表明中药炭药所含炭素、黄酮类等物质可通过影响机体凝血系统、纤溶系统和血小板系统发挥凝血作用^[14]；煅龙骨、煅牡蛎、海螵蛸可养阴涩精；三七粉止血而不留瘀、化瘀而不伤正；炙甘草调和诸药。全方收中有散，补中有行，止血不留瘀，养阴不留邪，益气、清热、养阴、止血并举，使伏瘀得去，虚热得清，以防新瘀生成。若见手足心热、口干烦躁者，加黄柏、知母、生地黄滋阴降火、清虚热；血块较多者，加五灵脂化瘀止血；阴道出血量较多者，可

配合服用中成药龙血竭片活血散瘀、止血生肌。

2.3 经净期：化痰散结、行气祛瘀

经净期是机体气血自调的最佳时期，治疗应以防为要，应遵循《素问·上古天真论篇》中“饮食有节，起居有常，不妄作劳”的原则，调和脏腑气血，使阴阳平衡。伏瘀深藏胞络胞宫，不易根除，经过经期、经漏期的治疗后仍可能有残留伏瘀未清除，而机体可因外感、饮食、情志等因素产生痰、湿、热、郁等诸邪，进而阻碍血行蕴生新瘀，加重体内伏瘀之势，形成恶性循环，使病情迁延难愈。刘老师认为，经净期治疗应着眼于致瘀之因，阻断瘀血形成的途径，运用化痰、行气、利湿、清热、益气、活血等法使血行通畅，防止新瘀再生，则体内伏瘀之势不再加重，即可截断伏瘀日久易产生恶变的病势，从而阻断疾病的进一步发展。对于致瘀之因，刘老师尤为重视痰、郁，在子宫内膜增生症经净期常治以化痰散结、行气祛瘀法。临证自拟止痛调血方，组成：益母草 15 g，牡蛎 18 g（先煎），醋鳖甲 12 g（先煎），浙贝母 12 g，海藻 12 g，连翘 12 g，延胡索 18 g，香附 12 g，木香 12 g，生蒲黄 18 g（包煎），赤芍 12 g，白芍 12 g，杜仲 12 g，续断 18 g，茯苓 12 g，炙甘草 6 g，常连用 10~14 天。方中益母草活血调经兼清热利水；牡蛎、鳖甲药对出自《医级》中牡蛎鳖甲散，二者同类相从，增强化痰软坚散结、活血消癥扶正之功；浙贝母、海藻、连翘清热化痰散结；延胡索、香附、木香调畅气机，气行则血行；生蒲黄、赤芍、白芍活血养血止痛；杜仲、续断补益肝肾，茯苓健脾益气兼利湿，达扶正祛邪之功；炙甘草调和诸药。全方从气、血、痰、热、湿等致瘀途径阻断新瘀形成，达截断病势之目的。值得注意的是，若患者经治疗后月经经期恢复正常，经净后即可服用该方巩固疗效，而无需拘泥于本文所述的经净期。

若见焦虑抑郁、烦闷不舒、情绪低落等气郁明显者，酌加柴胡、枳壳、佛手、郁金等疏肝行气、解郁散结；瘀夹下焦湿热而见带下量多、色黄、质稠者，酌加牡丹皮、大血藤、败酱草等清热利湿、凉血活血；素体虚弱而易外感者，加黄芪、防风、白术益气固表；烦躁多梦者，加酸枣仁、首乌藤宁心安神助眠。

3 辨证与辨病相结合

刘老师在临床诊疗中尤为重视辨证与辨病相结合，倡导中西医协同诊疗，针对子宫内膜增生症，

尤其是子宫内膜非典型增生者，主张在中医辨证的基础上有针对性地灵活选择全周期或月经后半周期加用孕激素，以帮助患者实现子宫内膜的转化，阻断疾病的进一步进展。尤其在治疗的第一周期，常采用全周期应用孕激素的方法，给机体一个较大的刺激，起“点火”作用，以助开启子宫内膜转化的过程。同时治疗过程中应定期进行妇科彩超检查，了解子宫内膜的状态，灵活调整用药。若子宫内膜过厚（超过 1.5 cm），益母草常用至 45~60 g，并配伍海螵蛸、茜草、三七粉益精血、化瘀血、调冲任。若合并女性肿瘤标志物指标异常，加红景天、半枝莲益气解毒；若合并轻、中度贫血，症见头晕耳鸣、爪甲色淡，加熟地黄、枸杞子、丹参补阴养血；若合并子宫内膜异位性疾病如卵巢巧克力样囊肿或子宫腺肌病，加夏枯草、瓦楞子软坚散结消癥；若合并盆腔炎性疾病，症见带下量多色黄、外阴瘙痒、小腹隐痛，加白果、车前子、芡实、鱼腥草等取易黄汤之义固肾止带、清热祛湿。

4 验案举隅

患者，女性，54 岁，2022 年 1 月 21 日初诊。主诉：月经不规律 7 年余，宫腔镜术后阴道不规则出血 14 天。患者 2014 年无明显诱因出现月经淋漓不尽，后症状常反复发作，月经一直不规律，周期为 50 天至 3 个月，经期为 7 天至 1 个月，月经量多、色暗红伴大量血块，时有经行小腹刺痛，有时需服用止血药方净。曾多次行诊断性刮宫，病理结果为子宫内膜复杂性增生，口服地屈孕酮片、甲羟孕酮片治疗，但未规律服用。2022 年 1 月 7 日因“阴道不规则出血 2 个月”行宫腔镜下子宫内膜息肉电切术，术后病理：（宫腔）子宫内膜复杂性增生伴不典型增生。术后口服地屈孕酮片、止血类中药汤剂及中成药等，阴道持续少量褐色分泌物。2022 年 1 月 20 日阴道出血量突然增多，色暗红伴少量血块，无其他明显不适。既往史：2014 年行腹腔镜下子宫肌瘤剥除术；2020 年行经腹卵巢囊肿剥除术。胎产史不详。

刻下症见：头晕，耳鸣，乏力，平素烦躁易怒，纳可，入睡困难、甚则彻夜难眠，小便调，大便偏干、一二日一行；舌暗红、苔白略厚，脉沉细。妇科彩超：子宫内膜增厚并回声不均（子宫内膜厚度为 2.36 cm）。西医诊断：子宫内膜增生症；中医诊断：崩漏（肾虚血瘀兼气滞内热证）。先予经期治疗方案，治宜行气活血、化瘀消癥，予宫清

方, 处方: 益母草 45 g, 生蒲黄 18 g (包煎), 马齿苋 30 g, 仙鹤草 15 g, 川牛膝 18 g, 王不留行 12 g, 莪术 12 g, 川芎 9 g, 麸炒枳壳 18 g, 当归 9 g, 党参 30 g, 黄芪 30 g, 炙甘草 6 g。5 剂, 每日 1 剂, 水煎早晚两次分服。再予经漏期治疗方案, 治宜补肾益气、清热祛瘀止血, 予通用止血方加减, 处方: 党参 30 g, 炙黄芪 30 g, 地榆 30 g, 马齿苋 30 g, 仙鹤草 30 g, 绵马贯众炭 30 g, 棕榈炭 15 g, 蒲黄炭 18 g, 茜草炭 15 g, 煅龙骨 30 g (先煎), 煅牡蛎 30 g (先煎), 赤石脂 12 g, 海螵蛸 30 g (先煎), 三七粉 3 g (冲服), 熟地黄 18 g, 益母草 30 g, 盐续断 18 g, 炙甘草 6 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎早晚两次分服。嘱先服用宫清方 5 剂, 第 6 天开始服用通用止血方加减方 7 剂, 且服用该方时配合中成药龙血竭片 (肠溶衣, 规格 0.4 g×36 片) 每次 4 片、每日 3 次, 连服 7 天。另嘱醋酸甲羟孕酮片 (规格 2 mg×100 片) 采用全周期疗法, 即每次 4 片、每日 3 次, 从月经第 5 天开始连服 21 天后停药。

2022 年 2 月 11 日二诊: 患者服药后 2 月 1 日阴道出血停止, 考虑本次阴道出血属月经来潮, 故推测末次月经 1 月 20 日, 经期 13 天。现月经第 23 天, 焦虑烦躁明显, 偶有头晕、耳鸣, 乏力较前改善, 纳可, 仍入睡困难, 二便调; 舌暗红、苔黄腻, 脉弦。妇科彩超: 子宫内膜增厚并强回声并低回声结节 (子宫内膜厚度为 1.73 cm, 宫腔偏前壁探及 1.59 cm×1.2 cm 偏强回声, 边界清, 又探及 1.56 cm×1.08 cm 低回声结节, 边界清, 未探及明显血流信号)。采用经净期治疗方案, 予止痛调血方加减, 处方: 益母草 45 g, 牡蛎 18 g (先煎), 醋鳖甲 12 g (先煎), 浙贝母 12 g, 连翘 12 g, 醋延胡索 18 g, 醋香附 15 g, 木香 12 g, 生蒲黄 18 g (包煎), 白芍 12 g, 盐杜仲 12 g, 续断 18 g, 茯苓 15 g, 郁金 15 g, 佛手 12 g, 陈皮 12 g, 三七粉 3 g (冲服), 茜草 15 g, 海螵蛸 18 g (先煎), 党参 30 g, 炙黄芪 30 g, 薏苡仁 30 g, 赤小豆 30 g, 醋鸡内金 12 g。14 剂, 煎服法同前。另予初诊宫清方 5 剂, 嘱患者下次月经第 1~5 天服用, 以及初诊通用止血方加减方 7 剂, 嘱其下次月经第 6~12 天服用; 醋酸甲羟孕酮片仍采用全周期疗法, 用法用量同初诊。

2022 年 3 月 10 日三诊: 末次月经 2 月 25 日, 色暗红伴血块多, 按二诊要求服药后经期 8 天。现月经第 14 天, 时有乏力、耳鸣, 焦虑烦躁较前明显减轻, 无明显入睡困难但眠浅易醒; 舌暗、苔薄黄微腻, 脉弦。方予二诊止痛调血方加减方加炒酸

枣仁 18 g, 10 剂, 煎服法同前。考虑患者行经时间基本正常, 下次月经行经期可暂不予中药治疗, 另予初诊通用止血方加减方 5 剂, 嘱其下次月经第 6~10 天服用; 醋酸甲羟孕酮片改为月经后半周期疗法, 即从下次月经第 5 天开始连服 15 天, 用法用量同初诊。

2022 年 4 月 26 日四诊: 患者 3 月月经未来潮, 3 月 28 日复查妇科彩超: 宫腔少量积液 (子宫内膜厚度为 0.6 cm, 清晰居中), 远程问诊后嘱其将三诊方案中通用止血方加减方 5 剂服完, 同时醋酸甲羟孕酮片连服 15 天。今日月经来潮, 月经量中、色暗红伴少量血块, 仍眠浅易醒, 无其他明显不适; 舌淡红、苔薄黄, 脉象不详。2022 年 4 月 25 日复查妇科彩超: 子宫内膜厚度为 0.7 cm; 甲胎蛋白: 8.42 IU/ml, 人附睾蛋白 4: 91.1 pmol/L。处方予中成药调经益母胶囊 (规格 0.25 g×12 粒) 每次 4 粒、每日 2 次, 服用至血止即停; 另予二诊止痛调血方加减方加炒酸枣仁 18 g、首乌藤 30 g、半枝莲 18 g、五味子 9 g, 28 剂, 其中 14 剂本次月经经净后即服用, 另 14 剂下次月经经净后服用。嘱醋酸甲羟孕酮片改为全周期疗法, 用法用量同初诊。

2022 年 8 月 16 日五诊: 患者四诊方服完后自行停药观察疗效, 近 3 个月来月经周期 28~30 天, 经期 6 或 7 天。末次月经 7 月 21 日 (距上次月经 30 天), 经期 7 天, 月经量偏少、色暗红伴少量血块, 小腹隐痛。现月经第 27 天, 情绪状态良好, 纳可, 入睡困难、每晚至少 2 h 以后方可入睡且眠浅易醒; 舌淡、苔薄黄, 脉弦。2022 年 8 月 15 日复查妇科彩超: 子宫内膜厚度为 1.1 cm, 回声均质; 肿瘤标志物未见明显异常。考虑患者近 3 个月月经已恢复规律, 予初诊宫清方 5 剂, 嘱其下次月经第 1~5 天服用; 另予二诊止痛调血方加减方加炒酸枣仁 18 g、首乌藤 30 g、合欢皮 15 g、煅龙骨 15 g (先煎), 14 剂, 经净后即可服用。停用醋酸甲羟孕酮片。

此后患者未再就诊, 2023 年 6 月 8 日电话随访, 诉末次月经 2022 年 8 月 20 日, 此后停经, 未见异常出血及排液。2023 年 5 月复查妇科彩超示子宫内膜厚度为 0.4 cm, 未见异常回声。

按语: 本案患者处于围绝经期, 根据病史、症状及病理结果, 诊断为子宫内膜增生症。子宫内膜增生症是一种非生理性、非侵袭性的内膜异常增生类疾病, 好发于围绝经期及绝经后女性, 异常子宫出血为其临床常见表现。该病以病理诊断为“金标准”, 子宫内膜的转化与月经规律性的恢复是疾病

诊疗疗效的主要评判指标。患者病程长,久病多瘀多虚,月经淋漓不尽反复发作,使瘀血日渐阻滞于胞宫胞络,终成伏瘀;子宫内膜息肉电切术损伤气血,加之患者平素烦躁易怒,使肝气郁结,则气滞血瘀,加重伏瘀之势,终致瘀血溃而发之,出现崩中之象;久病耗伤先天之精,故见头晕、耳鸣、乏力等肾虚表现。综上辨证为肾虚血瘀兼气滞,治以活血祛瘀止血、补肾益气调经为法。初诊时患者阴道出血量突然增多,考虑处于经期,故先予宫清方行气活血、化瘀消癥,因子宫内膜厚度超过 1.5 cm,加大益母草用量;同时结合患者既往月经表现,再予经漏期治疗方案,予通用止血方益气清热、祛瘀止血,加熟地黄、盐续断、益母草补肾活血调经,并配合中成药龙血竭片增强活血散瘀止血之功。患者病理结果提示子宫内膜复杂性增生,故加用孕激素全周期治疗,及时转化子宫内膜。二诊时患者处于经净期,治宜以防为要,阻断致瘀途径,截断病势,故予止痛调血方加减化痰散结、行气消瘀,焦虑烦躁明显加郁金、佛手、陈皮疏肝行气解郁;平素月经量多,加三七粉、茜草、海螵蛸益精血、化瘀血、调冲任,党参、炙黄芪、薏苡仁、赤小豆、鸡内金健运脾胃,使气血生化有源。同时嘱患者下次月经继续采用初诊治疗方案以巩固疗效。三诊时患者经期较前缩短,就诊时处于经净期,眠浅易醒,予二诊止痛调血方加减方加养心安神之酸枣仁。四诊时患者处于经期,月经量中,子宫内膜厚度基本正常,同时考虑其三诊时月经期已基本正常,故仅予中成药调经益母胶囊活血调经以巩固疗效;患者肿瘤指标存在异常,故经净后在二诊止痛调血方加减方基础上加半枝莲益气解毒、五味子养阴固精,仍眠浅易醒加酸枣仁、首乌藤养心安神。五诊时患者已服用孕激素半年,近 3 个月月经规律,子宫内膜已恢复周期性增长与脱落,停用孕激素;考虑患者月经即将来潮,子宫内膜略厚,故继予经期治疗方案;经净后仍以二诊止痛调血方加减方巩固疗效,失眠加酸枣仁、首乌藤、合欢皮、煅龙骨安神助眠。治疗全程紧扣病机,合理运用三期祛瘀法,灵活加减用药,使伏瘀

得消,新血得生,气机畅达,则患者经治疗后月经恢复规律,子宫内膜厚度得以调整,从而平稳度过围绝经期,且绝经后亦未出现异常子宫出血现象。

参考文献

- [1]全国卫生产业企业管理协会妇幼健康产业分会生殖内分泌学组.中国子宫内膜增生诊疗共识[J].生殖医学杂志,2017,26(10):957-960.
- [2]谢庆生,刘从容,谢晓飞,等.《FIGO 2018 妇癌报告》:病理及分子病理学指南解读[J].中国实用妇科与产科杂志,2019,35(4):424-430.
- [3]陈佳文,胡丽娜.子宫内膜增生诊断和药物治疗研究进展[J].中国药业,2022,31(5):128-132.
- [4]韩倩,刘永,赵瑞华.子宫内膜增生症的中西医结合治疗进展[J].现代中西医结合杂志,2019,28(8):908-912.
- [5]吴晓华,徐丽霞.加减苁蓉菟丝子丸随证治疗子宫内膜增生症的效果观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2022,9(6):88-91.
- [6]惠月红,程文俊,赵绍杰,等.育肾培元方辨证治疗子宫内膜增生症肾虚血瘀证的临床疗效[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(24):189-194.
- [7]夏阳,张吉金,哈孝廉,等.益肾软坚法对子宫内膜囊腺型增生性功血患者子宫内膜雌、孕激素受体及超微结构的影响[J].中医杂志,2000,41(8):476-479.
- [8]陈小燕,周征,王素云.中医治疗对单纯型子宫内膜增生症的患者负性情绪的影响及护理干预的效果[J].中国医药指南,2013,11(28):224-225.
- [9]张雪珥,庞尧斌,王栩芮,等.艾儒棣运用“伏瘀”理论治疗慢性荨麻疹复发经验[J].中医杂志,2022,63(12):1113-1117.
- [10]田硕,苗明三.益母草现代研究分析[J].中医学报,2014,29(1):64-67.
- [11]谷灿灿,陈静,陈稳根,等.蒲黄妇科方药考略[J].中医文献杂志,2022,40(6):90-93.
- [12]赵旭功,吴经纬,张西荣,等.马齿苋的药理研究及临床应用[J].山东医药工业,2002,21(4):34-36.
- [13]陈文鹏,卢健棋,庞延,等.仙鹤草化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(6):118-122.
- [14]贺玉婷,樊启猛,石继连,等.中药炭药的临床应用及止血作用机制研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(7):201-208.

LIU Ruifen's Experience in Treating Endometrial Hyperplasia with Three-staged Stasis Dispelling Method YU Mingyue¹, YANG Jie², CHEN Pu², ZHANG Lijuan²

1. School of Traditional Chinese Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan, 250014; 2. First Clinical School of Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT This paper summarized professor LIU Ruifen's clinical experience in treating endometrial hyperplasia. It is believed that the core pathogenesis of endometrial hyperplasia is internal obstruction of uterus and intrauterine collaterals by latent stasis. Based on the clinical manifestations, the menstrual cycle is divided into three stages, that is menstrual period, menstrual leakage period, and clear menstrual period, and the method of "three-staged stasis dispelling" is proposed. During the menstrual period, it is appropriate to move *qi* and invigorate blood, dissolve stasis and disperse concretions, with self-made *Gongqing Formula* (宫清方). For menstrual leakage period, it is suggested to boost *qi* and clear heat, dispel stasis and stanch bleeding, with self-made *Tongyong Zhixue Formula* (通用止血方). In terms of clear menstrual period, the method of dissolving phlegm and dissipating masses, moving *qi* and dispelling stasis is advised, and self-made *Zhitong Tiaoxue Formula* (止痛调血方) can be used. Simultaneously, attention should be paid to the combination of syndrome differentiation and disease differentiation, as well as collaborative diagnosis and treatment with traditional Chinese and Western medicine.

Keywords endometrial hyperplasia; latent stasis; dispel stasis; experience of famous doctor; LIU Ruifen

(收稿日期: 2023-08-15; 修回日期: 2023-11-08)

[编辑: 姜 冰]

珍贵文献 临床科研必备《中医杂志》光盘合订本

广告

《中医杂志》光盘检索系统收录了 1951—2013 年出版发行的《中医杂志》所有期刊(繁体字已转为简体字)。您可借助计算机阅读收录的任意一篇文章,而且可对光盘进行任意词或多组合条件检索,检索结果可以打印或下载保存。您可以在几秒钟内就能检索到某种疾病、某种疗法或某种药的相关文章,本光盘可按自然年、期排序,方便阅读与保存。1951—1986 年光盘还收录了扫描的原文版面图像。

邮购地址: 北京东直门内南小街 16 号中医杂志社, 邮政编码: 100700

电话: (010) 64035632 联系人: 杨秋雷(请在汇款单附言栏写明购买者的电话)

1951—1986 年光盘合订本每套(4 张光盘) 480 元

1987—1994 年光盘合订本每套(1 张光盘) 260 元

1995—2004 年光盘合订本每套(1 张光盘) 280 元

2005—2013 年光盘合订本每套(1 张光盘) 300 元



欢迎关注《中医杂志》公众号

科技精品光盘全文检索管理系统 3.5-《中医杂志》(1987-1994)

系统工具 检索结果 检索设置 桌面设置 帮助

库项检索 年代·期 检索 二次检索 全选

期刊目录

- 中医杂志. 1987年08期
- 中医杂志. 1987年09期
- 中医杂志. 1987年10期
- 中医杂志. 1987年11期
- 中医杂志. 1987年12期
- 中医杂志. 1988年01期
- 中医杂志. 1988年02期
- 中医杂志. 1988年03期
- 中医杂志. 1988年04期
- 中医杂志. 1988年05期
- 中医杂志. 1988年06期
- 中医杂志. 1988年07期
- 中医杂志. 1988年08期
- 中医杂志. 1988年09期
- 中医杂志. 1988年10期
- 中医杂志. 1988年11期
- 中医杂志. 1988年12期
- 中医杂志. 1989年01期
- 中医杂志. 1989年02期
- 中医杂志. 1989年03期
- 中医杂志. 1989年04期
- 中医杂志. 1989年05期
- 中医杂志. 1989年06期
- 中医杂志. 1989年07期
- 中医杂志. 1989年08期
- 中医杂志. 1989年09期
- 中医杂志. 1989年10期
- 中医杂志. 1989年11期
- 中医杂志. 1989年12期

篇名 作者 中文刊名 年 期

1. 潜阳证治

2. 厥脱与中风的关系

3. 脉法三论

4. 针灸保健益寿浅探

5. 清热解毒法治疗气中雷

6. 余无言医方治验选介

7. 中医治疗高热症21例

8. 丁仲山外科医案三则

9. 闭经溢乳综合征证治当议

10. 医话二则

11. 甘露消毒丹新用

12. 中药结合治疗皮肤疥

13. 失眠从气论治2例

14. 男性不育症从肝肾论治

15. 东垣升阳泻火法在针灸

16. 井穴的变通应用法

17. 萎缩性胃炎436例中医

18. 中药重法治疗清囊炎

19. 三种不同治法治急性

20. 桑椹对老年便秘及睡眠

21. 利胆合剂治疗小儿肝

22. 中药治疗小儿迁延性血

23. 慢性肾炎辨证论治和血

24. 八种经期中药治疗的

1951 1952

1953 1954

1955 1956

1957 1958

1959 1960

1961 1962

1963 1964

1965 1966

1967 1968

选择年份

图章

1951-1986 年光盘合订本

1987-1994 年光盘合订本

1995-2004 年光盘合订本

2005-2013 年光盘合订本

中国中医药学会 中国中医药研究院 主办