

中医药辨证治疗脾虚型青春期功能失调性子宫出血 51 例临床近远期疗效研究

潘虹虹 王小曼 牛向馨

(琼海市中医院妇科,琼海,571400)

摘要 目的:探讨中医药辨证治疗脾虚型青春期功能失调性子宫出血疗效,以期丰富治疗方法。方法:选取2011年12月至2013年11月102例脾虚型青春期功能失调性子宫出血患者为研究对象,分成2组,对照组51例,采用黄体酮胶囊口服,观察组51例,采用益气化瘀方和补肾固冲方治疗,观察治疗后相关指标变化情况。结果:对照组治愈率19.61%、总有效率84.31%,观察组治愈率41.18%、总有效率96.08%,观察组在治愈率和总有效率上显著高于对照组($P < 0.05$);2组治疗前后在血红蛋白和纤维蛋白原上比较无统计学意义($P > 0.05$),血栓素 A_2 上治疗后较治疗前显著下降($P < 0.05$),血浆P浓度、D-二聚体治疗后较治疗前显著提高($P < 0.05$),观察组治疗后在血栓素 A_2 、D-二聚体较对照组治疗后比较无统计学意义($P > 0.05$),在血浆P浓度升高较对照组有统计学意义($P < 0.05$);观察组止血时间较对照组明显缩短,2组比较有统计学意义($P < 0.05$),对照组1年内再出血发生率、不良反应发生率分别为23.53%、9.8%,观察组1年内再出血发生率、不良反应发生率分别为11.76%、1.96%,观察组明显低于对照组,2组比较有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者在阴道流血、流血次数、小腹疼痛、心悸气短、面色无华单项临床症状总疗效均明显高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中医药辨证治疗脾虚型青春期功能失调性子宫出血疗效确切。

关键词 中医药;脾虚型;青春期;功能失调性子宫出血;疗效

TCM Differential Treatment on Puberty Dysfunctional Uterine Bleeding of Spleen Deficiency Type:

A Short and Long Term Clinical Efficacy Research of 51 Cases

Pan Honghong, Wang Xiaoman, Niu Xiangxin

(Department of Gynaecology, Qionghai Hospital of Chinese Medicine, Qionghai 571400, China)

Abstract Objective: To investigate the efficacy of TCM differential treatment on puberty dysfunctional uterine bleeding of spleen deficiency type and to enrich treatment. **Methods:** Taking 102 adolescent patients with dysfunctional uterine bleeding spleen type hospitalized from December 2011 to November 2013, all were divided into two groups, 51 cases in the control group with oral application of progesterone capsules, 51 cases in the observation group with Yiqihuayu formula and Bushenguchong decoction treatment, and changes in relevant indicators were observed after treatment. **Results:** The cure rate of control group was 19.61%, the total efficiency 84.31%, and the cure rate of observation group was 41.18%, the total efficiency 96.08%. The observation group had significantly higher cure and total efficiency rate ($P < 0.05$); two groups before and after treatment in hemoglobin and fibrinogen was not statistically significant ($P > 0.05$), and after treatment the thromboxane A_2 significantly decreased ($P < 0.05$), plasma p concentrations and D-dimer after treatment increased ($P < 0.05$). For the observation group, the difference of thromboxane A_2 and D-dimer before and after treatment was not significant ($P > 0.05$), but p plasma concentrations increased more significantly ($P < 0.05$); hemostasis time of observation group was significantly shorter than the control group ($P < 0.05$). As to 1 year rebleeding rate and incidence of adverse reactions rate, the control group 23.53% and 9.8%, respectively, the observation group 11.76% and 1.96%, those of the observation group was significantly lower than those of the control group, and the difference was significant ($P < 0.05$). In the observation group, total effect on individual symptoms like were vaginal bleeding, bleeding times, abdominal pain, palpitations, shortness of breath, were significantly higher than the other group, and the difference between groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** TCM differential treatment on puberty dysfunctional uterine bleeding of spleen deficiency type has clear efficacy.

Key Words Chinese medicine; Spleen Deficiency; Puberty; Dysfunctional uterine bleeding; Efficacy

中图分类号:R271.9;R243 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.02.026

青春期无排卵型功能失调性子宫出血(以下简称青春期无排卵型功血),是由于青春期下丘脑和垂

体的功能未臻成熟,与卵巢间尚未建立稳定的周期性调节,易发生下丘脑-垂体-卵巢性腺轴功能失调,脑垂体分泌的促卵泡素和黄体生成素比例失调,卵泡到达一定程度而形成闭锁卵泡,卵巢不排卵,从而引起子宫的异常出血^[1-2]。多发于初潮后1~2年,属于中医学“崩漏”范畴,又称“室女血崩”。临床所见青春期功血来势较迅猛,易造成严重的失血性贫血,治疗又比较棘手,给青年女性的学习、工作和生活带来严重危害。目前国内外许多学者已越来越重视此病,将其列为妇科难治病、多发病、常见病的一种^[2-3]。现代医学治疗上多采用内分泌激素治疗,以止血、调整月经周期、促排卵为主,虽然有一定疗效,但不良反应较大;手术治疗如诊刮术、子宫内膜部分切除术等方法,对青春期少女不适用^[4-5]。中医疗法在本病治疗中被广泛选用和研究。中医强调整体观念和辨证论治,重视身体生理功能的平衡和协调。治疗上本着“急则治其标,缓则治其本”的原则,灵活运用“塞流、澄源、复旧”三法,取得了较好的疗效^[6-7]。青春期功血临床表现为月经周期紊乱,经期长短不一,经量不定或大量出血,时常有贫血情况。目前在治疗上以止血、调理月经周期、促排卵等性激素治疗为大法。中医则认为此病是肾-天葵-冲任-胞宫生殖轴严重失调引起,在治疗上遵循“急则治其标,缓则治其本”原则,将“塞流、澄源、复旧”三法贯穿始终^[8-9]。本次研究就通过对脾虚型青春期功血运用补肾健脾、调理冲任方法取得很好效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 病例来源 选取2011年12月至2013年11月102例脾虚型青春期功能失调性子宫出血患者为研究对象,分成2组,对照组51例,平均年龄 (16.7 ± 2.5) 岁;平均病程 (4.5 ± 1.3) 个月;病情程度:轻度16例,中度25例,重度10例。观察组51例,平均年龄 (16.5 ± 2.3) 岁;平均病程 (4.4 ± 1.1) 个月;病情程度:轻度15例,中度27例,重度9例。2组患者在年龄、病程等方面差异无统计学意义 $(P > 0.05)$,具有可比性。

1.1.2 诊断标准 参考《妇产科学》中有关内容进行,即月经周期紊乱,行经超过半个月以上,超声未见卵巢优势卵泡,基础体温(Basal body temperature, BBT)为单相型^[10-11]。中医诊断标准参考《中药新药临床研究指导原则》进行,即月经崩漏交替出现,多数经色淡红,质清稀,腰酸胀冷痛,舌质红或淡,苔

薄,脉沉细数。

1.1.3 纳入标准 年龄13~18岁,均符合以上诊断标准,均签署知情同意书,无性生活史。

1.1.4 排除标准 年龄大于18岁;不符合以上诊断者;排除生殖系统器质性疾病或其他内分泌疾病引起阴道出血者;未签署知情同意书者。

1.1.5 剔除、脱落和中止标准 剔除标准为纳入后中途发现不符合标准者,或试验中未能按照研究要求参与试验者。脱落标准为未完成试验或自行停止治疗或中途放弃参与者,资料不全影响疗效判断者。中止标准为出现不良事件或不良反应者,或试验过程中发现重大问题者被迫停止治疗者。

1.2 治疗方案 对照组采用黄体酮胶囊(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字H20041902,规格:50mg)口服治疗,每12h口服100mg,若出血48h未减少,则增加至100mg每8h一次,连续服用5~7d直至出血停止。若贫血则加参麦注射液20mL配0.9%氯化钠注射液250mL静脉滴注,1次/d,连续5d。

观察组予中医药辨证治疗。出血期采用益气化瘀法治疗,药物组成有黄芪30g、枳壳10g、蒲黄10g、五灵脂10g、当归10g、川芎10g、红花10g、桃仁10g、血竭10g、阿胶10g、炮姜5g、甘草6g。血止则补肾固冲法进行,药物组成有黄芪30g、白术15g、茯苓10g、山药10g、陈皮10g、砂仁10g、熟地黄10g、续断10g、桑寄生20g、补骨脂10g、阿胶10g、紫河车10g、当归10g、川芎10g、肉桂10g、桂枝5g、甘草6g。以上取汁200mL,分早晚2次服完,连续治疗2周。

1.3 观察指标 观察2组止血时间、1年内再出血发生率、不良反应发生率。并空腹状态下抽取静脉血,观察治疗前后血红蛋白、纤维蛋白原、D-二聚体、血栓素A₂、血浆P浓度变化情况。比较2组患者临床症状积分变化。

1.4 疗效判定标准 参考相关文献^[2]制定疗效标准,治愈为3个月经周期正常,经量在100mL以下,经期7d内,自觉症状消失,BBT双相;显效为月经周期基本正常,月经量较前减少1/2,经期7~10d,自觉症状基本消失,BBT3个周期中有1个周期双相;有效为月经周期、经期、部分自觉症状明显改善,血量减少1/3;无效为治疗前后无改善。症状疗效:根据《中药新药临床研究指导原则》制定脾虚型青春期功能失调性子宫出血中医临床症状积分评价标准,对阴道流血量多或量少淋漓不尽、阴道流血天

数、小腹坠胀、刺痛、拒按或块下痛减、心悸气短、神疲乏力、面色无华中医临床症状根据具体表现设置为0~3分,按照中医证候疗效评定标准评价症状疗效指数(n) = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%。疗效指数 ≥ 95% 为痊愈,疗效指数在 70% ~ 95% 之间为显效,疗效指数在 30% ~ 70% 之间为有效,疗效指数 < 30% 为无效。

1.5 终止试验条件 经过治疗后,患者临床症状消失,实验室检查正常,则达到终止使用条件。

1.6 不良反应观察 每天询问患者的身体感受状况,每周监测一次患者血生化和血常规,监测各脏器的功能状态。

1.7 统计学方法 应用 SPSS 15.0 统计软件进行统计学处理。计量资料结果采用($\bar{x} \pm s$)表示,2组样本对应数据采用独立样本 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级计数资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者临床疗效比较 对照组治愈率 19.61%、总有效率 84.31%,观察组治愈率 41.18%、总有效率 96.08%,观察组在治愈率和总有

效率上显著高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2组患者相关指标比较 2组治疗前后在血红蛋白和纤维蛋白原上比较无统计学意义($P > 0.05$),血栓素 A_2 上治疗后较治疗前显著下降($P < 0.05$),血浆 P 浓度、D-二聚体治疗后较治疗前显著提高($P < 0.05$),观察组治疗后在血栓素 A_2 、D-二聚体较对照组治疗后比较差异无统计学意义($P > 0.05$),血浆 P 浓度升高有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2组治疗前后相关指标比较 观察组止血时间较对照组明显缩短,2组比较有统计学意义($P < 0.05$),对照组 1年内再出血发生率、不良反应发生率分别为 23.53%、9.8%,观察组 1年内再出血发生率、不良反应发生率分别为 11.76%、1.96%,观察组明显低于对照组,2组比较有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 2组患者治疗后单项临床症状疗效比较 观察组患者在阴道流血、流血次数、小腹疼痛、心悸气短、面色无华单项临床症状总疗效均明显高于对照组,组间比较有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 1 2组患者临床疗效对比 [n (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	51	10(19.61)	19(37.25)	14(27.45)	8(15.69)	84.31
观察组	51	21(41.18)	17(33.33)	11(21.57)	2(3.92)	96.08
U/ χ^2			U = 6.396			$\chi^2 = 3.792$
P			0.0375			0.0437

表 2 2组患者相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别		血红蛋白(g/L)	血栓素 A_2 (ng/mL)	纤维蛋白原(g/L)	血浆 p 浓度(ng/mL)	D 二聚体(ng/mL)
对照组	治疗前	123.45 ± 11.23	23.45 ± 7.83	2.67 ± 0.56	6.34 ± 1.45	106.74 ± 45.67
	治疗后	120.12 ± 10.55	11.57 ± 6.23	2.85 ± 0.61	10.45 ± 2.12	212.33 ± 52.34
	t	0.683	11.503	1.306	6.793	11.406
	P	0.672	0.0247	0.327	0.0328	0.0247
观察组	治疗前	123.57 ± 11.27	23.51 ± 6.72	2.69 ± 0.53	6.36 ± 1.42	107.11 ± 45.71
	治疗后	121.11 ± 10.52	10.95 ± 5.24	2.89 ± 0.67	13.11 ± 2.45	195.33 ± 51.89
	t	0.791	12.673	1.452	11.787	8.437
	P	0.689	0.0223	0.240	0.0212	0.0294
治疗后组间 t		0.892	1.402	1.025	6.406	3.201
治疗后组间 P		0.693	0.372	0.328	0.0376	0.0479

表 3 2组治疗前后相关指标比较 (%)

组别	例数	止血时间(d)	1年内再出血发生率	不良反应发生率
对照组	51	6.67 ± 1.34	12(23.53)	5(9.80)
观察组	51	4.79 ± 1.21	6(11.76)	1(1.96)
U/ χ^2		5.306	11.703	12.603
P		0.0437	0.0286	0.0210

表 4 2 组患者治疗后单项症状疗效比较($\bar{x} \pm s$)

组别	症状疗效	阴道流血量	流血天数	小腹疼痛	心悸气短	面色无华
对照组($n = 51$)	痊愈	21(41.2)	13(25.5)	23(45.1)	14(27.5)	10(19.6)
	显效	11(21.6)	12(23.5)	11(21.6)	12(23.5)	12(23.5)
	有效	4(7.8)	9(17.6)	6(11.8)	8(15.7)	8(15.7)
	无效	15(29.4)	17(33.3)	11(21.6)	17(33.3)	21(41.2)
	总有效率	36(70.6)	34(66.7)	40(78.4)	34(66.7)	30(58.8)
观察组($n = 51$)	痊愈	28(54.9)	15(29.4)	34(66.7)	18(35.3)	21(41.2)
	显效	15(29.4)	16(31.4)	12(23.5)	15(29.4)	14(7.8)
	有效	3(5.9)	9(17.6)	5(9.8)	11(21.6)	6(11.8)
	无效	5(9.8)	11(21.6)	0(0)	7(13.7)	10(19.6)
	总有效率	46(90.2)	40(78.4)	51(100.0)	44(86.3)	41(80.4)
总有效率 χ^2		5.397	3.557	6.792	4.593	6.402
P		0.0386	0.0473	0.0378	0.0451	0.0382

3 讨论

青春期功血归属于中医“崩漏”范畴内，崩，首见于《素问·阴阳别论》“阴虚阳搏谓之崩。”漏，首见于汉代《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》：“妇人宿有癥病，经断未及三月，而得漏下不止者，其微不去故也。”《诸病源候论》简明地区分了“崩中”与“漏下”的病名定义，且曰：“崩中之状，是伤冲任之脉^[12]。”《景岳全书·妇人规》指出崩漏为“经病”，“血病”。《妇科玉尺》较全面地概括崩漏的病因“究其源则有六大端，一由火热、二由虚寒、三由劳伤、四由气陷、五由血瘀、六由虚弱”^[13-14]。《万氏女科》中云：“妇人崩中之病皆因气虚不能收敛其血；如以积热在里，迫血妄行，故令经血暴下而成崩中，崩从不止遂成漏下”指出气虚统摄无权，使冲任血海不固，不能制约经血，若热伏于里，则经血妄行，气虚是该病之本^[15-16]。记载称“二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，固有子。”该病本在肾，病位在胞宫，变化在气血。肾阳为一身之本，能激发和推动脏腑功能，能温煦全身脏腑形体官窍，能促进精血精液化生、运行和输布。肾阳充盈则脾胃运化功能生，血液化生，则月经调度有时^[17-18]。脾为后天之本，精血精液化生均有赖脾胃运化水谷精微，故青春期功血主要责在脾肾。现代中医学家胡氏^[19-20]认为青春期肾气未充，天癸初至，此时感受邪气或生活所伤均易损伤肾气，伤及冲任，诱发崩漏；班氏^[21-22]以为青春期少女虽肾气未充，然情窦初开，肝气易动，任性固执者，稍有不遂，即致肝郁气滞，郁火内生，灼其冲任，血热妄行而成崩漏；姚氏^[23-24]以为少女形体未充，脾胃素虚，又多为独生女，偏嗜无节，再加上青春期少女多为中学生，学习繁忙，精神紧张，思虑过度，亦致心脾两虚，冲任失约而为病；沙氏^[11]以为诸多病症是经期用力努责奔跑而致，经期胞宫充盈，血

海潮涌之时，一经用力努责，则胞宫挛掣，经脉拘急，必损伤胞宫血络，则有离经之血瘀阻胞宫，故崩漏不止^[25-26]。综历代医家所言，青春期无排卵型功血主要是由肾虚、脾虚、血热、血瘀造成冲任损伤，不能制约经血，其本在肾，病位在冲任，变化在气血，表现为子宫藏泻无度。且由于损血耗气，常是因果相干，气血同病，多脏受累^[27-28]。

在出血期以益气摄血、化瘀止血为原则，其过度增生的子宫内膜为当去未去之物，为“旧血、血瘀”范畴，以失笑散化痰加减，取五灵脂、蒲黄等活血化瘀、通利血脉，加上桃仁、红花、当归、川芎、血竭通因通用，促进子宫内膜脱落，促使参差不齐功能层生长，而大剂量的黄芪则能补气摄血，防止出血太过。又脾虚型青春期功血肾阳虚弱，命门火衰，封藏失职，冲任不固，不能制约经血而崩漏，肾阳虚衰不能暖脾土，脾肾阳虚不能化气行水，水湿流注下焦，聚湿成痰，瘀滞冲任则子宫藏泄无度。当以温肾暖宫^[29]。方中熟地黄补血益精，鹿角片、续断温肾壮阳益精，附子能回阳气、散阴寒。另外，本病以失血为主，而脾胃功能不足则经血不生，统摄乏力，故补肾需和健脾和胃并行，其一能防止补肾之品过于滋腻，其二后天和先天并重，养后天以养先天，故方中以补中益气汤升提，四君子汤运脾和胃。总之，本次治疗遵循温肾暖宫、健脾益气、固冲止血的目的。现代药理学证实，补肾药有类雌激素作用，如人参、补骨脂、续断等对下丘脑-垂体-卵巢性腺轴功能有调节作用，其能分泌出更多黄体生成激素，能提高卵巢 HCG 受体功能，能改善神经-内分泌调节功能。方中当归对子宫功能状态有双相调节作用。阿胶能促使血压升高而抗休克，黄芪煎剂能促进 DNA 和蛋白质合成，提高血浆中 cAMP 含量，能增强免疫功能，能抗应激、解毒功效。

结果显示,运用中医药辨证治疗后在治愈率和总有效率上明显提高,这说明该药物对青春期功血有益处,加上在血浆P浓度、D-二聚体、血栓素A₂上有所变化,特别是在血浆P浓度上,治疗后显著提高,这说明中医药辨证治疗对功血的止血效果更加彻底。另外在1年内再出血发生率、不良反应发生率明显下降,这说明中医药远期疗效满意,安全性高。在改善中医临床症状方面,个单项中医症状的临床总有效率明显高于对照组,说明中医辨证治疗因对症治疗,能更好的改善患者的中医临床症状。

值得注意的,对青春期功血重在辨证,对出血不可滥用止血药或过早使用收摄之品,避免瘀血不能畅下^[10],另外考虑到青春期肾气偏弱,要围绕补肾进行治疗。

参考文献

- [1]杨东霞,曲凡,马文光,等.中西药结合治疗青春期功能失调性子宫出血89例[J].中国妇幼保健,2012,22(25):3597-3598.
- [2]刘慧丽,柳静,刘桂琴,等.辨证治疗青春期功能失调性子宫出血156例[J].北京中医药大学学报,2013,26(4):87-88.
- [3]吴继萍.艾灸疗法加中药对青春期功能失调性子宫出血的疗效观察及护理[J].护士进修杂志,2011,26(18):1678-1681.
- [4]夏光惠,宋苗苗,黄大雁,等.祛瘀补肾法治疗青春期功能失调性子宫出血临床观察[J].安徽中医学院学报,2013,32(3):24-27.
- [5]董霞,任青玲.中西医结合方法治疗青春期功能失调性子宫出血的疗效观察[J].中医药导报,2013,3(8):41-43.
- [6]余姬文,李瑞兰,莫达瑜,等.中西医结合治疗青春期功能失调性子宫出血76例疗效观察[J].中国中医药科技,2013,20(3):291-292.
- [7]石翠,刘春泥,卓毅,等.从肾论治青春期功能失调性子宫出血[J].吉林中医药,2013,30(11):949-950.
- [8]李春香,李艳萍.“调经汤”治疗青春期功能失调性子宫出血40例临床观察[J].江苏中医药,2014,1(1):39-40.
- [9]孙梅.中西医结合治疗青春期功能性子宫出血的疗效观察[J].天津中医药,2012,28(3):200-201.
- [10]叶东霞.补肾调经汤合优思明治疗青春期功能失调性子宫出血30例[J].福建中医药,2012,43(6):41-43.
- [11]杨静,徐雯,朱垚,等.妈富隆治疗青春期功能失调性子宫出血的meta分析[J].中国计划生育学杂志,2014,22(5):292-295,299.
- [12]余姬文,李瑞兰,莫达瑜,等.中西医结合治疗青春期功能失调

性子宫出血76例疗效观察[J].中国中医药科技,2013,20(3):291-292.

- [13]夏光惠,宋苗苗,黄大雁,等.祛瘀补肾法治疗青春期功能失调性子宫出血临床观察[J].安徽中医学院学报,2013,32(3):24-27.
- [14]曾乐娟.中医药联合治疗青春期功能失调性子宫出血的效果观察及护理体会[J].中国保健营养(下旬刊),2014,24(5):2870-2870.
- [15]李春香,李艳萍.“调经汤”治疗青春期功能失调性子宫出血40例临床观察[J].江苏中医药,2014(1):39-40.
- [16]丁宁敏,韦丽君,李珊,等.青春期功能失调性子宫出血的治疗进展[J].大众科技,2015,17(8):102-103,111.
- [17]康琴.青春期功能失调性子宫出血临床分型治疗[J].内蒙古中医药,2014,33(3):41-42.
- [18]李莹,朱颖.加味寿胎丸治疗青春期功能失调性子宫出血32例[J].河南中医,2014,34(6):1152.
- [19]马雪英,李小花,马小兰,等.从肝肾论治青春期功能失调性子宫出血体会[J].江西中医药,2014,45(1):34.
- [20]陈红九,黄琼瑜.去氧孕烯炔雌醇治疗青春期功能失调性子宫出血临床观察[J].临床医学,2014(12):37-38,39.
- [21]冯晓玲,李娜.性激素联合用药治疗青春期功血的临床疗效观察[J].医学信息,2014(21):115-116.
- [22]陆黎娟.许丽华主任滋阴补肾法辨治青春期功能失调性子宫出血的临床经验[J].黑龙江中医药,2015,44(4):39-40.
- [23]柳静,刘慧丽,潘宇琛,等.中药治疗气阴两虚型青春期功能失调性子宫出血临床研究[A].第十三次全国中医妇科学术大会论文集[C].贵阳,2013:303-305.
- [24]董小天,何文彬.从“肝肾同源”论治青春期崩漏[J].中国中医急症,2013,22(11):1910-1911.
- [25]徐晶,李莹,崔莉,等.滋阴固肾止血汤治疗肾阴虚型青春期功血的疗效观察[J].广西中医药,2014,37(3):27-28.
- [26]张淑珍,李娜.心理干预配合人工周期治疗青春期功血临床效果分析[J].中国计划生育学杂志,2015,23(1):52-54.
- [27]郭翠玲.青春期功血的中医辨证治疗近况[J].内蒙古中医药,2014,33(28):95-96.
- [28]李卫红,李文杰,李卫民,等.功能失调性子宫出血患者中医证候分布规律的研究[J].现代中西医结合杂志,2016,25(2):132-134.
- [29]李文杰.不同中医证型功能失调性子宫出血与性激素的相关性研究[D].南宁:广西中医药大学,2014.

(2016-05-20 收稿 责任编辑:白桦)