子宮內膜異位性痛經的中西醫治療進展

Progress in the treatment of endometriotic dysmenorrhea with Chinese and Western medicine

羅 喜 *LUO Xi*

（湖南中醫藥大學）

[摘要] 子宮內膜異位症所致的痛經嚴重影響女生生活質量，是一個尚未解決的老問題，目前西醫治療主要為非甾體止痛，口服避孕藥和促性腺激素釋放激素激動劑，合併不孕，可以採用手術治療。而中醫藥對緩解內異症疼痛症狀具有一定的療效和優勢。多元化的治療方式和個性化長期管理十分重要，本文就內異症的治療方式進行綜述，以期為臨床應用提供新的思路和方法。

[關鍵詞] 子宮內膜異位症；EMT；痛經；治療

前言：子宮內膜異位症（endometriosis，EMT）簡稱內異症是指具有生長功能的異位內膜（腺體和間質）出現在子宮體以外的部位[1]，是婦科常見病、多發病。EMT具有侵襲性，不易治癒，且易於復發，有「良性癌」之稱，屬難治之症。研究發現有10%~15%的育齡女性可能會遭受EMT，且發病率上升，又有「現代病」之稱[2]。EMT的典型症狀為繼發性痛經、進行性加重，大於80%的患者具有疼痛症狀，長期疼痛會嚴重影響女性身心健康，降低生活質量，甚至影響工作效率[3]。EMT痛經的治療方式多樣（中醫、西藥、手術、飲食等），藥物治療中CHCs、GnRH類似物、孕酮和伊拉格利克斯是減輕子宮內膜異位症疼痛的最佳方法[4]。本文就EMT痛經的治療作如下綜述。

1 中醫治療

幾千年來，中醫對於緩解痛經具有顯著優勢，且治療方式多樣，早至《黃帝內經》就對痛症的認識和治療進行系統的論述，並在婦科痛經中應用廣泛[5]。國外一項關於自然療法治療EMT痛經和月經過多研究分析發現中草藥是痛經最多的療法，某些草藥延續到現在[6]。

1.1 中醫辯證

中醫雖無「內異症」病名記載，但根據其繼發性進行痛經症狀歸納於「痛經」範疇。血瘀症是內異症的中醫診斷標準[7]。治療上活血化瘀應貫穿其始終。血瘀是共同症候，同時兼有氣滯、寒凝、濕熱、氣虛、腎虛、痰濕等[8]，一項基於流行病學研究關於EMT中醫證候分析聚類分析結果基本與之相同，證型中又以寒凝血瘀和氣滯血瘀最為多見[9]。

1.1.1 溫經散寒，化瘀止痛 寒凝血瘀是EMT的基本病機，證型最為多見，治法上溫經散寒，化瘀止痛，方用溫經湯[10]。《婦人大全良方》言：「寒氣客於血室，血凝不行」，「經道不通，繞臍寒疝痛徹，其脈沉緊」者，其所載經典良方—溫經湯，應用廣泛，療效確切，為世代醫家所推崇[10]。湯豔秋等臨床療效觀察發現口服溫經湯治療降低EMT痛經評分比布洛芬緩釋膠囊更為顯著（$P<0.05$）[11]。康燕等研究也證實溫經湯改善EMT症狀的有效性，而作用機制可能與調節免疫功能和雌激素水準有關[12, 13]，但確切機制缺乏循證醫學證據，有待進一步研究。除此之

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Right Reserved

外，也有關於桂香溫經止痛膠囊、瘀痛舒丸、增損葫蘆巴丸、安子合劑等治療寒凝血瘀證型異位症痛經臨床報導且臨床有效[14-17]，但多為單中心小樣本，仍需循證醫學證據支持。

1.1.2 行氣活血，化瘀止痛 對於氣滯血瘀型EMT痛經，法當以行氣活血，化瘀止痛。《醫林改錯》中王清任所創膈下逐瘀湯能活血祛瘀，行氣止痛，與之方證相應，在臨床上也取得較好療效。王嘉梅等應用膈下逐瘀湯治療氣滯血瘀型子宮內異症痛經療效顯著，在降低痛經評分、CA125含量、血液流變學指標等明顯優於益母草顆粒[18]。《傅青主女科》所載的宣郁通經湯，治療氣滯血瘀兼有熱象的EMT痛經在臨床療效顯著[19]。有研究表明，在緩解EMT痛經症狀上，宣鬱通經湯加減不僅能提高米非司酮療效[20]，且單獨使用時也優於米非司酮[21]，為臨床提供新的治療方案。國醫大師朱南孫教授運用加味沒竭湯[22]、龍江韓氏婦科內異止痛湯[23]、徐氏痛經松方[24]，活血祛瘀，行氣止痛，在緩解EMT痛經症狀取得較好的療效。除此之外，如消癥飲[25]、大黃（）蟲丸[26]、莪術消癥丸[27]、消癥止痛湯[28]等均是針對氣滯血瘀型異位症痛經有效方法，可能與調節前列腺素、基質金屬蛋白酶及促炎因數水準有關，有待進一步研究證實。

1.1.3 清熱除濕，化瘀止痛 對於濕熱瘀阻型EMT痛經，法當以清熱除濕，化瘀止痛。《古今醫鑒·卷十一婦人科》言：「清熱調血湯治經水將來，腹中陣陣作痛，乍作乍止，氣血具實」，清熱調血湯能清熱除濕、化瘀止痛，療效顯著，沿用至今，臨床上注意辯證加減。多項研究表明紅藤湯在緩解濕熱瘀阻型EMT痛經和調節各項血清指標具有顯著的療效[29-31]，是較好的治療方案，值得臨床推廣。對於瘀熱互結型EMT痛經採用清熱除濕，化瘀止痛治法的療效優於單用活血化瘀如血府逐瘀湯、桂枝茯苓丸療效[32,33]。

1.1.4 益氣活血，化瘀止痛 對於氣虛血瘀型EMT痛經，應當以益氣活血，化瘀止痛為治法。馬迎紅等[34]臨床療效觀察發現益氣化瘀方在預防內異症術後降低復發率、降血清CA125療效與孕三烯酮相當，但在提高妊娠率、降低痛經複現率和痛經評分方面顯優於孕三烯酮（P<0.05），同時副反應發生率低，具有一定的調經助孕優勢。

1.1.5 補腎調經，化瘀止痛 對於辯證為腎虛血瘀患者，治之以補腎調經，化瘀止痛。補腎益氣活血法有助於提高EMT伴痛經的治療效果，改善臨床症狀，可能與降低血清CA125、PGF2α、OT有關[35]。有研究發現加用補腎活血散瘀湯比單用米非司酮更能顯著提高EMT術後臨床有效率和降低EMT術後血清腫瘤標誌物水準（P<0.05），促進子宮血供恢復，療效及安全性也較好[36]。馬小平等[37]臨床觀察研究發現補腎活血散瘀湯治療腎虛血瘀卵巢型EMT在緩解痛經症狀與米非司酮相當（P>0.05）而在降低中醫證候評分（P<0.01）顯著優於米非司酮（P<0.05）。除此之外，補腎序貫結合活血化瘀法較單純活血化瘀療效更加顯著，有研究認為可能與補腎序貫中藥具有免疫調控功能和改善內分泌環境有關[38]，也有研究認為其比單純活血化瘀更能顯著降低血清CA125含量有關[39]。在治療EMT痛經，在活血化瘀基礎上辯證結合補腎序貫治療，可期提高臨床治療效果。除此之外，臨床也有加味琥珀散、

1.2 中醫外治法

1.2.1 中藥灌腸 中藥保留灌腸能使藥物經腸壁吸收滲透後直達盆腔病灶，使局部保持較高藥液濃度，發揮藥物作用，方便有效，副作用小[40]。對於中藥灌腸的療效，一項關於中藥灌腸治療子宮內膜異位症療效的Meta分析，發現中藥灌腸在提高內異症治療總有效率（P<0.01）、減少不良反應（P<0.01）、減輕痛經程度（P<0.01）等方面均優於單純西藥治療[41]。此meta分析是中藥灌腸聯合口服中藥與單純西藥的對比，而是否是中藥灌腸發揮的療效證據不足，但臨床上

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

採用中藥內服配合中藥灌腸可能是治療EMT痛經的有效方案。薑霞等[35]的另一項中藥保留灌腸治療EMT療效的meta分析證實了單純的中藥保留灌腸總有效率優於其他口服藥物組（包括部分西藥），且不良反應發生率及1年後隨訪復發率低於口服西藥組，而此研究存在偏倚，仍需擴大樣本量、提高文獻質量來支持與循證。臨床上除了單用之外，往往聯合其他治法（中藥湯劑、針刺、艾灸甚至西藥）以增加療效；但大多灌腸方以自擬方經驗方為主，缺乏標準化[42]。

1.2.2 針灸 針灸緩解疼痛具有較大優勢，臨床應用也較為廣泛。針灸形式多樣，且各有特色，臨床上有針刺、灸法、溫針灸、針藥結合、穴位埋線以及如電針、穴位注射、穴位敷貼等新型針灸法[43]。

1.2.2.1 針刺 一項關於針刺治療子宮腺肌病繼發性痛經的前瞻性病例研究結果，分期針刺治療1、2、3個月經週期後，VAS、CMSS、EHP-5評分均較治療前顯著降低（P<0.01），有效緩解了痛經和經期不適，提高生存質量。一項關於針灸治療EMT的Meta分析顯示，針灸治療EMT的療效優於口服中、西藥（P<0.01），而針灸加中藥組與中藥組相比無統計學差異（P>0.05），說明針灸並不能提高已實施中藥組的療效，但此meta分析亞組比較本量不足、文獻質量偏低以及干預措施不嚴格，仍需高質量嚴格規範前瞻性研究加以證實[44]。陳秋霞等[45]應用子午流注開穴法治療EMT痛經取得較好療效，有效改善痛經症狀，提高生存質量且安全性高。

1.2.2.2 艾灸 多項隨機對照研究表明隔藥鋪灸在緩解異位症痛經症狀療效顯著，且較少不良反應發生[46,47]，一項隔藥灸治療卵巢EMT痛經的隨機對照試驗，也進一步證實了隔藥灸能有效改善卵巢EMT痛經症狀，縮短痛經天數[48]，具有簡效便廉特點，具有好大臨床應用價值。

1.2.2.3 其他 除此之外，在臨床護理中配合艾灸和耳穴壓豆干預EMT痛經能進一步減輕患者疼痛症狀，提高臨床治療效果[49]。穴位埋線在緩解痛經方面發揮長效持久優勢，臨床有對照研究發現穴位埋線的遠期效果優於針刺[50]，在緩解長期痛經症狀具有一定的潛在價值，值得進一步深入研究。

1.4 中藥膏方

近年來中藥膏方應用廣泛，臨床療效較好。陳淑玲等應用溫經養血膏治療寒凝血瘀型EMT痛經；治療後痛經積分和中醫證候積分均低於孕三烯酮組和中藥組（P<0.05），臨床效果好[51]。多項研究表明，丹菑婦康煎膏可顯著改善痛經症狀，且在降低CA125水準優於孕三烯酮膠囊，又不影響月經量，相對安全[52,53]，值得臨床推廣。膏方在口味上克服傳統中藥湯劑的苦澀，更符合現代人們的追求，具有較大潛在臨床應用和推廣價值。

1.5 藥膳治療

段永強等[54]應用敦煌醫學卷子療風虛瘦弱方（當歸、生薑，黃芪、芍藥、川芎，桂心、甘草，羌活，幹棗、羊精肉三斤），活血、祛寒、益氣、養血四法，治療寒瘀交阻型痛經療效顯著，此方以羊肉湯納藥煎煮，體現了藥食兼用的敦煌地域特點。

1.6 中醫聯合治療

臨床可以採用中藥內服、灌腸、艾灸、針刺、刮痧等其中兩種或三種方法聯合組成二聯或三聯療法，其作用效果往往優於單純一種方法臨床療效。採用補腎活血中藥口服配合中藥灌腸治療EMT痛經療效較佳，能有效控制不良反應，改善生活質量[55,56]。一項關於中藥內服結合保留灌腸治療EMT的Meta分析也顯示，中藥口服聯合灌腸治療EMT痛經在總有效率、改善痛經及復發率等方面有一定的優勢，但此meta分析納入文獻質量不高，存在偏倚風險[57]。針藥結合如少

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

腹逐瘀湯配合針灸[58]、針灸結合中藥分期論治[59,60]在臨床治療EMT痛經取得療效也較為顯著，具有臨床應用價值，值得更深入研究。除此之外，臨床上如舒肝消癥湯灌腸合針刺治療[61,62]、銅砭刮痧、穴位埋線或艾灸聯合中藥內服[63-65]以及太極六合針法+艾灸+桂枝茯苓膠囊三聯療法[66]等緩解EMT痛經都取得較好療效，為臨床提供了新的方向和思路。

2 西藥治療

2.1 非甾體類抗炎藥（NSAID）

NSAID通過抑制前列腺素的合成，減輕疼痛，是治療EM相關疼痛和痛經的最常用一線藥物[1]。目前沒有足夠的證據來確定哪種非甾體抗炎藥是治療痛經最安全和最有效的，但與對乙醯氨基酚相比，止痛效果似乎更好，但缺乏高質量證據[67]。

2.2 口服避孕藥（CHCs）

CHCs通過負反饋抑制性腺軸，抑制雌激素產生，從而抑制內膜生長，同時也可減少前列腺素的分泌，減輕炎症疼痛的發生。有研究發現CHCs可促使在位內膜調亡增多而增殖減少[68]。各種避孕藥均可誘發假孕，臨床上以媽富隆、敏定偶副反應較小，突破性出血發生少，且不增加體重，具有高度孕激素受體結合力和生物活性，但停藥後容易復發[1]。臨床上用藥方式有連續性用藥和週期性用藥兩種。與週期性給藥相比，短效口服避孕藥（COC）持續用藥有更好的疼痛控制療效[69]。同時歐洲人類生殖及胚胎學會指南建議EMT的痛經症狀可選擇持續使用CHCs[70]。計量上選擇低劑量含乙炔雌二醇（20μg）血栓風險低[71]。

2.3 單一孕激素

人工合成的高效孕激素能回饋抑制性腺軸造成無週期性的低雌激素狀態，還可直接對異位病灶起抗雌作用[1]。單用孕激素可緩解或消除約90％的患者疼痛[72]。目前被美國食品藥品管理局（FDA）認可有兩種孕激素：醋酸甲羥孕酮和醋酸炔諾酮（norethisterone acetate，NETA）[73]。甲羥孕酮有口服和注射製劑，可以選擇每3個月可肌肉注射150mg，口服計量目前沒有標準，但計量10mg至100mg/d口服3到6個月的研究表明EMT相關疼痛的改善程度確實不同[74,75]。一般應用甲羥孕酮30mg/d。Vercellini等[76]在他們的研究中使用乙酸炔諾酮12個月劑量為2.5mg/d，與口服避孕藥和醋酸環丙孕酮聯合使用時達到了類似的止痛效果，並建議它可以替代COC。

2.4 雄激素類衍生物

雄激素類衍生物-達那唑（Danazol）能抑制中期FSH、LH峰，降低兩者基礎水準，並直接作用於卵巢，抑制卵巢甾體生成能力，降低周圍循環甾體水準，導致在位和異位內膜萎縮[1]。有效地控制了與EMT相關的疼痛，由於其副作用，多年來使用有所下降，但至今仍是一些國家的首選。用法是月經第一天開始使用，200mg，每天2次，600mg是最佳劑量，持續6-9個月，但需要注意其卵巢抑制反應和雄激素同化反應等相關副作用[77]，包括痤瘡，多毛症，聲音加深，體重增加，肌肉痙攣，肝功能障礙和異常的脂質狀況。一項關於Danazol治療EMT的meta分析顯示，與安慰劑或不治療相比，達那唑治療後患者腹腔鏡評分提高，疼痛症狀減輕[78]，但是與雄激素過多相關副作用限制了它們的使用。由於副作用主要與口服給藥有關，目前正在研究達那唑陰道環和宮內節育器等替代途徑，並且研究顯示疼痛症狀得到改善，具有更好的耐受性[79,80]。

香港生殖醫學會版權所有 Copyright HKSRM All rights Reserved

2.5 促性腺激素釋放激素激動劑（GnRH Agonists）

GnRH-a通過與GnRH受體結合，使其敏感性降低，導致FSH、LH分泌急劇下降，卵泡停止發育和閉經[77]。副作用是垂體 - 卵巢性腺軸低下，雌激素水準降低所引起的絕經期綜合征。目前GnRH激動劑使用有鼻腔和注射劑兩種，具有很高的疼痛緩解率，緩解症狀最長時間長達12個月[81]。戈舍瑞林和那法瑞林是最常用的製劑。臨床上可以選擇亮丙瑞林3.75mg月經第1日皮下注射，每隔28天一次，共計3-6次，也可使用戈舍瑞林3.6mg。月經第2個月出現閉經[1]。GnRH-as傾向於產生更多的低雌激素症狀GnRHas的副作用可通過加碼療法改善[82]。臨床上可以選擇反向添加低劑量雌激素或雌孕激素組合[83]。

2.6 他莫昔芬

他莫昔芬（TAM）是一種雌激素受體調節劑，競爭性抑制雌激素受體，而降低雌激素的淨效應，但當卵巢功能低下時，表現弱雌作用。用法10mg，每天2-3次，連續3-6月。但長期應用可能對子宮內膜起雌激素樣刺激作用，引起子宮內膜增生，甚至子宮內膜惡變，故要定期隨訪[77]。也有聯合孕激素用藥，如他莫昔芬片聯合醋酸甲羥孕酮治療EMT的臨床療效確切，顯著下調PLK4的表達，且未增加藥物不良反應的發生率[84]。也有他莫西芬聯合孕三烯酮預防子宮內膜異位症術後復發取得較好療效，且安全性高，具有臨床研究應用價值[85]。

2.7 芳香化酶抑制劑（AIS）

芳香化酶抑制劑通過減低循環和局部組織雌激素水準，從而縮小異位病灶和減輕盆腔疼痛症狀[77]。是一種新的治療方法。一項評價芳AIS（阿那曲唑和來曲唑）治療EMT疼痛症狀的療效分析，AIS能有效地減輕了子宮內膜異位症相關疼痛症狀的嚴重程度，但在疼痛改善、不良反應和患者滿意度方面是否優於內分泌療法尚待研究[86]。來曲唑和依西美坦是可以口服的第三代AIS。它們是可逆的，更有效的並且起效更快。AIS與COC，GnRH激動劑或孕激素聯合使用，可顯著減少與EMT相關的疼痛，改善生活質量，縮小病變的大小[87]。研究表明，來曲唑聯合曲普瑞林和聯合口服醋酸炔諾酮均可減輕疼痛，但後者的不良反應發生率和因不良反應所致的停藥率更低[88]。

2.8 孕激素受體調節劑（SPRMs）

SPRMs可高度選擇性抑制子宮內膜對雌激素的反應，能抑制子宮內膜發育，造成可逆性閉經，是一個治療婦科疾病的新概念，但其作用是否優於其他藥物仍需進一步研究。SPRMs受體調節劑主要為米非司酮和醋酸烏利司，具有主要孕激素拮抗劑作用的米非司酮已用於藥物流產，醋酸奧利司他用於緊急避孕。米非司酮具有強效抗孕激素，用藥後造成閉經，使病灶萎縮，痛經緩解。副反應輕，療效較好，有研究發現米非司酮能有效改善前列腺素及孕激素水準，解痛經症狀[89]，甚至優於安宮黃體酮[90]。不同劑量米非司酮治療EMT均有效[91]，但低劑量對患者內分泌水準影響更小，長期使用不影響患者骨密度[92]，其在張桂英的研究得以證實[93]。故國內常用小劑量10-12.5mg，連續9-120天，但停藥後易復發且復發率高[77]。

2.9 促性腺激素釋放激素拮抗劑（GnRH-ant）

GnRH-ant快速競爭性地與GnRH受體結合阻斷信號的傳遞,從而達到臨床治療目的。Elagolix是一種口服GnRH拮抗劑[94]，2018年在美國獲批上市[95]。EricSurrey等[96]發現長期使用Elagolix可持續減少EM痛經、非經期骨盆疼痛和痛經，安全性與降低的雌激素水準是一致的，長期使用不會帶來新的安全隱患。與GnRH激動劑相比，低雌激素血症程度和更好的耐受性使它

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

們在治療子宮內膜異位症方面具有巨大潛力。用法為150mg，1次/d，最長治療24個月或200mg，2次/d，最長治療6個月[97]。Elagolix不僅在效緩解EMT疼痛有益，在生活質量、緩解疲勞感以及提高工作效率方面有益[98,99]。

2.10 新型藥物

EMT是一種慢性疾病，藥物主要控制症狀，需要長期治療，但長期治療會導致低雌激素血症的副作用、停藥後復發率高以及常用的治療劑會干擾生育能力等限制，新藥開發的主要目的是儘量克服這些限制，目前較新的藥物有抗血管生成因數、他汀類藥物、TNF-α阻滯劑、PPAR-c、Pentoxifylline等[100]。

3 宮內緩釋系統

目前美國主要有非激素性含銅宮內節育器（Ortho-McNeil）和4種激素性左炔諾孕酮宮內釋放系統（LNG-IUD）。LNG-IUD除了能避孕，還能有效治療月經量多、痛經、盆腔疼痛、子宮內膜增生/子宮內膜癌等[101]。釋放左炔諾酮緩釋系統（LNG-IUD）適用於藥物和手術治療失敗患者的盆腔痛，且效果較好[1]，放環3個月後疼痛緩解率為50%，但可能出現不規則出血副作用。Vercellini P等[102]左炔諾孕酮宮內系統可大大減輕EMT引起的月經疼痛，患者滿意度高。Song SY[103]等一項關於左炔諾孕酮宮內緩釋系統用於EMT術後維持治療的療效的meta分析發現，LNG-IUS作為EMT術後維持治療在緩解疼痛、防止痛經復發和患者滿意度方面有積極作用，但Chen YJ等[104]一項隨機對照研究，發現使用左炔諾孕酮宮內緩釋系統進行長期維持治療不能有效預防EMT復發。

4 手術治療

在藥物治療無效，或局部病變加劇，或有生育以及較大異位卵巢囊腫時，則需要考慮手術治療，腹腔鏡作為首選。手術的主要目的是切除病灶，恢復解剖。手術方式有保留手術和根治性手術，目前認為腹腔鏡確診+手術+藥物治療是內異症的「金標準」治療。手術能有效改善EMs盆腔疼痛，甚至在平臺期後也有所改善，並保持穩定，數年內體驗到有益的效果[105]。

4.1 保留生育功能手術

對於藥物治療無效有生育要求的年輕女性，可以切除或破壞可見的異位原病灶，分離粘連組織，保留子宮、一側或雙側卵巢，至少保留部分卵巢組織[1]。主要切除病灶，分離粘連，剔除巧克力囊腫，修復卵巢，切除骶韌帶，修復臟器受損面。

對於小而表淺的異位病灶可以選擇單極或雙極電凝、熱凝或氣化等。大的病灶需要先行分離，再清除異位病灶。摘除方式是選擇單純電極還是切除，存在爭議，需要大樣本高質量的隨機對照研究論證。深部浸潤內異症（DIE）是導致疼痛的主要類型，腹腔鏡已經成為DIE外科治療標準方法，一項回顧2010-2017年多學科腹腔鏡治療DIE佇列研究證實建立在多學科協作腹腔鏡手術安全性和有效性[106]。對於涉及到腸道、坐骨神經和骶神經、輸尿管等部位的異位病灶，與胃腸外科、神經外科、泌尿外科等多學科協作手術是發展趨勢。對於卵巢子宮內膜異位囊腫，首選手術治療，常見的手術方式有引流術、引流後囊內壁消融術以及卵巢異位囊腫剔除術。保留生

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

育手術，術後易復發，復發率達到40%，術後宜儘早妊娠或使用藥物減少復發。儘管術後長期服藥，但術後有痛經症狀和手術時年齡較小是EMT復發的最高風險因素[107]。

4.2 保留卵巢功能手術

保留卵巢功能手術是切除盆腔內病灶及子宮，保留至少一側或部分卵巢。適用于Ⅲ、IV期患者，症狀明顯且無生育要求的45歲以下的患者。術後復發率5%。對於卵巢正常的患者，應考慮保留卵巢並切除子宮內膜異位病變的子宮切除術[108]。Vercellini等[109]綜述研究發現對可能來源於子宮的慢性疼痛作子宮切除，術後 83%~97% 疼痛減輕或改善。

4.3 根治性手術

根治性手術是將子宮、雙附件及盆腔內的所有異位病灶予以切除或清除。適用於45歲以上的重症患者。根治術被認為是一種很確切的治療疼痛的辦法[110]，術後可不用補充雌激素[108]，幾乎不復發，但許多證據證實在術後仍有患者復發。如術後絕經期綜合征的發生率較高，對症狀嚴重者，可給小劑量雌激素治療。

5 神經切斷 / 阻滯療法

當藥物治療效果不佳或者保守性手術未能完全改善症狀時，神經切斷術和神經阻滯療法有待成為一種補充和輔助治療[111]。一項關於腹腔鏡骶前神經聯合宮骶韌帶切斷術對DIE患者疼痛及性生活質量的影響研究，發現腹腔鏡骶前神經聯合宮骶韌帶切斷術能夠顯著緩解疼痛症狀並改善患者的性生活質量[112]。對於EMT患者，骶前神經切除術是切除或消融所有子宮內膜病變以改善術後疼痛緩解的有效輔助手段[113]。與單純保守手術相比，保守手術輔以PN(骶前神經切除術) 可以更好地緩解中線疼痛和同樣低的手術併發症發生率，但可能會增加術後便秘的風險[114]。

6 超聲消融療法

近年來，超聲消融發展迅速，隨着剖腹產所致腹壁子宮內膜異位症（AWE）有所增加，HIFU消融是治療AWE的一種有前途的治療方法，值得進一步研究[115]。一項隨機對照試驗發現手術切除與消融治療淺表性EMT相關疼痛效果相似，消融顯示出更顯著的個體變化[116]。

7 其他治療

子宮動脈栓塞、乙醇注入療法、放射治療等也有一定的研究報導，且取得一些滿意的效果，值得深一步研究和探討。

8 討論

對於EMT診斷目前主要以腹腔鏡為黃金標準，但從首次症狀出現到手術診斷的公認會延遲4-11年，如根據症狀、體征制定臨床診斷標準，及早予以干預，有望對於EMT治療有益[117]。中醫在緩解EMT痛經症狀具有很好的療效，且副反應少，但對於實質性病變西醫藥物和手術更顯

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

優勢，中西醫結合治療是未來的選擇方向。除此之外，隨着新技術的發展和應用，產生了較多的新型治療方式，其有效性和實用性也值得我們進一步臨床證實和探討。

參考文獻

[1] 謝幸，孔北華，段濤. 婦產科學　第9版[M] 北京：人民衛生出版社,2018,278~283.

[2] 郎景和. 對子宮內膜異位元症認識的歷史、現狀與發展[J]. 中國實用婦科與產科雜誌,2020,36(3):193~196.

[3] De Graaff AA, Tm D, Ga D, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey.[J]. Human reproduction (Oxford, England),2013,28(10):2677~2685.

[4] A S, A T, Sa S, et al. Medical therapy options for endometriosis related pain, which is better? A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials.[J]. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction,2020:101798.

[5] 李高申. 《內經》痛經論治探微[J]. 中國中醫基礎醫學雜誌,2012,18(5):474~476.

[6] R R, A S, J W, et al. Naturopathic Medicine for the Management of Endometriosis, Dysmenorrhea, and Menorrhagia: A Content Analysis.[J]. Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.),2019,25(2):202~226.

[7] 王曼，俞瑾，錢祖淇. 子宮內膜異位症、妊娠高血壓綜合征及女性不孕症的中西醫結合診療標準[J]. 中西醫結合雜誌,1991(06):376~379.

[8] 談勇. 中醫婦科學[M] 北京：中國中醫藥出版社,2016,300.

[9] 武梅，劉德慧，俞超芹. 子宮內膜異位症中醫證候初探[J]. 遼寧中醫雜誌,2020,47(5):32~38.

[10] 曹陽，曹莉莉，王唯迪，等. 良方溫經湯治療子宮內膜異位症淺析[J]. 河北中醫,2017,39(3):449~452.

[11] 湯豔秋，吳燕虹. 溫經湯治療子宮內膜異位症痛經30例臨床觀察[J]. 江蘇中醫藥,2015(6):36~37.

[12] 祝敏捷，孫蓮芳，楊靜. 溫經湯治療子宮內膜異位症的療效及對機體免疫功能的影響[J]. 現代中西醫結合雜誌,2016,25(2):148~151.

[13] 康燕，黃明華，李海鵬，等. 溫經湯改善子宮內膜異位症患者臨床症狀及免疫功能的作用分析[J]. 中藥材,2020,43(2):482~485.

[14] 孫雪琴，叢慧芳，張天嬋. 桂香溫經止痛膠囊治療寒凝血瘀型子宮內膜異位症痛經臨床研究[J]. 中醫藥信息,2019,36(6):75~78.

[15] 張春花. 增損葫蘆巴丸治療子宮內膜異位症所致痛經療效觀察[J]. 西部中醫藥,2018,31(5):84~86.

[16] 顧俊傑. 安子合劑一方多用治療寒凝血瘀型子宮內膜異位症不孕患者的臨床觀察[J]. 藥學研究,2017,36(9):551~554.

[17] 陳小豔，武慧麗，殷小雲，等. 瘀痛舒丸治療子宮內膜異位症的療效分析[J]. 河北中醫藥學報,2016,31(3):23~24, 25.

[18] 柴華，王嘉梅. 理氣活血法治療氣滯血瘀型子宮內膜異位症痛經73例的臨床效果[J]. 中國醫藥導報,2015(19):89~92.

[19] 孫芯蕊. 論宣鬱通經湯加減治療子宮內膜異位症痛經[J]. 內蒙古中醫藥,2017,36(13):8~9.

[20] 韓淑敏. 宣鬱通經湯加減治療子宮內膜異位症痛經的效果研究[J]. 臨床研究,2020,28(5):129~130.

[21] 聶雯雯. 宣郁通經湯治療子宮內膜異位症痛經的臨床分析[J]. 深圳中西醫結合雜誌,2019,29(8):67~69.

[22] 吳中愷，曹陽，許傳荃，等. 朱南孫治療子宮內膜異位症痛經經驗[J]. 中醫文獻雜誌,2018,36(3):47~48.

[23] 韓亞光，朱小琳，張雪芝，等. 龍江韓氏婦科診治子宮內膜異位症經驗[J]. 長春中醫藥大學學報,2016,32(2):302~303, 304.

[24] 徐雲霞·徐經鳳·李偉莉·等. 徐氏痛經松方治療子宮內膜異位症痛經臨床及實驗研究[J]. 遼寧中醫藥大學學報,2015,17(5):129~131.

[25] 杜文霞，曹俊紅，邱方. 消癥飲治療子宮內膜異位症臨床觀察及機制探討[J]. 中國實驗方劑學雜誌,2016,22(19):126~130.

[26] 樊瓊，韋玉娜，尹玲，等. 大黃(蜜)蟲丸治療子宮內膜異位症盆腔疼痛氣滯血瘀證的臨床觀察[J]. 中國實驗方劑學雜誌,2019,25(12):121~126.

[27] 李豔青，林曉華，許志娟，等. 莪術消癥丸治療氣滯血瘀型子宮內膜異位症臨床療效分析[J]. 中日友好醫院學報,2016,30(1):20~22.

[28] 劉穎，陳仁. 消癥止痛湯治療氣滯血瘀型子宮內膜異位症痛經療效分析[J]. 新中醫,2016,48(5):174~176.

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

[29] 馬鳳嵐. 紅藤方治療卵巢型子宮內膜異位症的臨床療效觀察#[J]. 中國醫藥導刊,2016,18(9):917~918.

[30] 葛靜，滑芳，馮豔萍. 紅藤方加減治療卵巢型子宮內膜異位症74例臨床觀察[J]. 西部中醫藥,2020,33(4):34~38.

[31] 顧利華，譚麗，張婷婷. 濕熱瘀阻型子宮內膜異位症痛經的中醫治療研究[J]. 中國婦幼保健,2019,34(8):1709~1711.

[32] 王軍玲. 清熱除濕化瘀止痛方治療熱鬱瘀阻型子宮內膜異位症痛經療效觀察[J]. 四川中醫,2016,34(4):111~113.

[33] 何玨，徐妍，顧穎，等. 清熱化瘀方對瘀熱互結型子宮內膜異位症患者疼痛及凝血功能的影響[J]. 河北中醫,2020,42(1):16~21, 41.

[34] 馬迎紅，黎烈榮. 益氣化瘀方預防子宮內膜異位症術後復發的臨床研究[J]. 南京中醫藥大學學報,2015(3):291~294.

[35] 王金蓮. 補腎益氣活血法治療子宮內膜異位症伴痛經[J]. 長春中醫藥大學學報,2018,34(2):333~336.

[36] 趙新輝，李豔紅. 補腎活血散瘀湯聯合米非司酮對子宮內膜異位症患者術後血清腫瘤標誌物水準的影響[J]. 現代中西醫結合雜誌,2018,27(23):2577~2580.

[37] 羅梅，成臣，馬小平，等."補腎活血散瘀湯"治療卵巢型子宮內膜異位症30例臨床觀察[J]. 江蘇中醫藥,2016,48(1):40~41, 44.

[38] 孫萃，魏郁清，王淼，等. 補腎序貫結合活血化瘀方治療子宮內膜異位症所致痛經的臨床療效及對 CA125、PGF2α、OT 的影響[J]. 世界中醫藥,2016,11(11):2263~2266, 2270.

[39] 魏郁清，王淼，楊豔琳，等. 補腎序貫結合活血化瘀法治療子宮內膜異位症所致痛經40例臨床觀察[J]. 江蘇中醫藥,2015(1):44~45.

[40] 陳光盛，王珊珊. 中醫外治法在子宮內膜異位症治療中的應用[J]. 吉林中醫藥,2006(11):73~74.

[41] 姜霞，羅宣，李超，等. 中藥保留灌腸治療子宮內膜異位症療效的meta分析[J]. 中國民族民間醫藥,2019,28(18):55~58.

[42] 陳穎穎，王柳丹. 中醫外治灌腸法治療子宮內膜異位症研究進展[J]. 中國鄉村醫藥,2020,27(19):71~73.

[43] 吳修紅，李詠燕，孟廣傑，等. 針灸療法對婦科血瘀證痛經的臨床治療近況[J]. 針灸臨床雜誌,2019,35(2):84~86.

[44] 肖小文，周志剛，王萍，等. 針灸治療子宮內膜異位症Meta分析[J]. 江西中醫藥,2017,48(2):50~53.

[45] 陳秋霞，駱贇韻，鄭嘉堯. 子午流注開穴法治療子宮內膜異位症痛經的臨床研究[J]. 中國婦幼保健,2018,33(23):5339~5342.

[46] 宋秀媛，付曙光，李紅彩. 隔藥灸治療子宮內膜異位症性痛經[J]. 世界中醫藥,2019,14(10):2762~2765.

[47] 陳利芳，金曉飛，李邦偉，等. 隔藥鋪灸治療卵巢型子宮內膜異位症痛經:隨機對照研究[J]. 中國針灸,2020,40(7):717~720.

[48] Lf C, Xf J, Bw L, et al. [Herb-separated moxibustion on dysmenorrhea in ovarian endometriosis: a randomized controlled trial].[J]. Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion,2020,40(7):717~720.

[49] 倪建芳. 艾灸與耳穴壓豆聯合常規療法治療子宮內膜異位症痛經臨床研究[J]. 新中醫,2020,52(12):153~156.

[50] 叢慧芳，穀栩萌，張天嬋，等. 穴位埋線對子宮內膜異位症性痛經的臨床研究[J]. 針灸臨床雜誌,2018,34(3):43~46.

[51] 陳淑玲. 溫經養血膏治療寒凝血瘀型子宮內膜異位症痛經的療效觀察[J]. 中醫臨床研究,2019,11(11):118~121.

[52] 鄭秀華，鄭建豹. 丹莪婦康煎膏治療子宮內膜異位症療效觀察[J]. 現代中西醫結合雜誌,2015,24(36):4056~4058.

[53] 葉麗亞，吳甜. 丹莪婦康煎膏治療子宮內膜異位症臨床研究[J]. 新中醫,2019,51(1):139~141.

[54] 李莉，武權生，崔宇紅，等. 從寒瘀致痛探討敦煌療風虛瘦弱方治療子宮內膜異位症痛經及驗案舉隅[J]. 中國中醫藥信息雜誌,2017,24(11):118~120.

[55] 杜改雲，郭建廣. 灌腸聯合補腎調經活血中藥口服治療子宮內膜異位症痛經患者的臨床療效[J]. 中國藥物經濟學,2015(9):48~50.

[56] 賴金英. 中藥口服加灌腸治療子宮內膜異位症45例療效觀察[J]. 中國中醫藥科技,2016,23(1):111~112.

[57] 邢海燕，徐麗霞，梁亞琴，等. 中藥內服結合保留灌腸治療子宮內膜異位症的Meta分析[J]. 中醫藥導報,2017,23(9):99~104.

[58] 朱紅恩. 少腹逐瘀湯配合針灸治療子宮內膜異位症痛經39例[J]. 河南中醫,2016,36(2):331~332.

[59] 趙愛俠，馮傳博，餘堃. 腹針結合中藥內服治療子宮內膜異位症痛經52例臨床觀察[J]. 中醫臨床研究,2017,9(25):80~81.

[60] 黃濤. 針藥結合分期治療子宮內膜異位/子宮腺肌症20例[J]. 中國針灸,2018,38(5):490~492.

[61] 何林麗. 舒肝消癥湯灌腸合針刺治療子宮內膜異位症痛經臨床觀察[J]. 中西醫結合心血管病電子雜誌,2017,5(20):137, 140.

[62] 谷蘭玲. 舒肝消癥湯灌腸合針刺治療子宮內膜異位症痛經臨床觀察[J]. 大家健康（下旬版）,2017,11(2):35.

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

[63] 梁歡，李玲，崔佑萍. 艾灸輔助溫經養血膏治療子宮內膜異位症痛經患者的效果及對PGF2α、OT水準、血液流變學的影響[J]. 中國婦幼保健,2019,34(12):2867~2870.

[64] 叢慧芳，于洋，李陽，等. 銅砭刮痧聯合桂香溫經止痛膠囊治療寒凝血瘀型子宮內膜異位症痛經的臨床觀察[J]. 中醫藥學報,2020,48(2):7~11.

[65] 方立秀，張小花，劉雙萍. 溫胞飲加減聯合穴位埋線治療子宮內膜異位症痛經腎虛血瘀證30例臨床觀察[J]. 甘肅中醫藥大學學報,2018,35(1):84~87.

[66] 李茜. "太極六合針法+艾灸+桂枝茯苓膠囊"三聯療法治療子宮內膜異位症(EMs)臨床研究[J]. 襄陽職業技術學院學報,2020,19(4):90~92.

[67] J M, Ro A, C F, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea.[J]. The Cochrane database of systematic reviews,2015(7):D1751.

[68] F M G, Luis A, I B R, et al. Oral contraceptives suppress cell proliferation and enhance apoptosis of eutopic endometrial tissue from patients with endometriosis.[J]. Fertility and sterility,2002,77(6).

[69] Ka Z, Kp E, Nf V. Continuous versus cyclic oral contraceptives for the treatment of endometriosis: a systematic review.[J]. Archives of gynecology and obstetrics,2015,292(1):37~43.

[70] Dunselman G A J, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis[J]. 2014(3).

[71] ø L, Lh N, Cw S, et al. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9.[J]. BMJ (Clinical research ed.),2011,343:d6423.

[72] Schweppe K W, Schweppe K W. Current place of progestins in the treatment of endometriosis-related complaints[J]. Gynecological Endocrinology,2001,15(sup6):22~28.

[73] Weedin E A, Hansen K R, Quaas A M. On-label and off-label drug use in the treatment of endometriosis[J]. Fertility and Sterility: Official Journal of the American Fertility Society, Pacific Coast Fertility Society, and the Canadian Fertility and Andrology Society,2015,103(3):612~625.

[74] Ks M, Cr B. Management of endometriosis with oral medroxyprogesterone acetate.[J]. Obstetrics and gynecology,1976,47(3):265~267.

[75] Aa L, Rn T, J C. Evaluation of oral medroxyprogesterone acetate in the treatment of endometriosis.[J]. Obstetrics and gynecology,1988,72:323~327.

[76] P V, G P, De Giorgi O, et al. Treatment of symptomatic rectovaginal endometriosis with an estrogen-progestogen combination versus low-dose norethindrone acetate.[J]. Fertility and sterility,2005,84(5):1375~1387.

[77] 曹澤毅主編. 中華婦產科學[M] 第3版; 北京：人民衛生出版社,2014,1330~1379.

[78] V S, C F, A P, et al. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis.[J]. The Cochrane database of systematic reviews,2007(4):D68.

[79] M I, M I, Y A, et al. Novel vaginal danazol ring therapy for pelvic endometriosis, in particular deeply infiltrating endometriosis.[J]. Human reproduction (Oxford, England),1998,13(7):1952~1956.

[80] M I, Y A, M F, et al. Novel conservative medical therapy for uterine adenomyosis with a danazol-loaded intrauterine device.[J]. Fertility and sterility,2000,74(2):412~413.

[81] Ca W, Ar S. Medical and surgical therapies for pain associated with endometriosis.[J]. Journal of women's health & gender-based medicine,2001,10(2):137~162.

[82] A P, Aj D, S G, et al. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis.[J]. The

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMF All Rights Reserved

Cochrane database of systematic reviews,2000(2):D346.

[83] Jj M. Leuprolide acetate depot and hormonal add-back in endometriosis: a 12-month study.[J]. Obstetrics and gynecology,1998,91:793~794.

[84] 蔡菲，陳明華，葉英，等. 他莫昔芬片聯合醋酸甲羥孕酮注射液治療子宮內膜異位症的臨床研究[J]. 中國臨床藥理學雜誌,2019,35(19):2249~2251.

[85] 姚晶，孫靜，劉素芹. 他莫西芬聯合孕三烯酮預防子宮內膜異位症術後復發的療效觀察[J]. 醫學臨床研究,2020,37(1):36~38.

[86] S F, Dj G, Pl V, et al. Use of aromatase inhibitors to treat endometriosis-related pain symptoms: a systematic review.[J]. Reproductive biology and endocrinology : RB&E,2011,9:89.

[87] St C, O O, U F, et al. Comparison of aromatase inhibitor (letrozole) and immunomodulators (infliximab and etanercept) on the regression of endometriotic implants in a rat model.[J]. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology,2011,154(1):100~104.

[88] S F, Pl V, Dj G, et al. Letrozole and norethisterone acetate versus letrozole and triptorelin in the treatment of endometriosis related pain symptoms: a randomized controlled trial.[J]. Reproductive biology and endocrinology : RB&E,2011,9:88.

[89] 趙蕾，張娟娟，田曉華. 米非司酮對子宮內膜異位症型痛經患者前列腺素及孕激素的影響[J]. 中國性科學,2017,26(7):49~51.

[90] 李鳳英，王豔香，宋敏. 米非司酮治療子宮內膜異位症患者的臨床觀察[J]. 中國民康醫學,2015,27(5):16~17.

[91] 吳暉·王莉·王豔·等. 不同劑量米非司酮治療盆腔子宮內膜異位症術後患者的療效觀察[J]. 華南國防醫學雜誌,2015,29(9):713~714.

[92] 楊其偉. 探討不同劑量米非司酮治療子宮內膜異位症的臨床療效[J]. 重慶醫學,2017,46(28):3992~3994.

[93] 張桂英. 探討小劑量米非司酮用於子宮內膜異位症痛經患者治療中的臨床效果[J]. 中國保健營養,2018,28(32):132.

[94] 劉甯甯，陳琛，楊敏. 促性腺激素釋放激素拮抗劑elagolix[J]. 現代藥物與臨床,2016(05):718~722.

[95] F B, C S, S F. Elagolix sodium for the treatment of women with moderate to severe endometriosis-associated pain.[J]. Drugs of today (Barcelona, Spain : 1998),2019,55(4):237~246.

[96] E S, Hs T, L G, et al. Long-Term Outcomes of Elagolix in Women With Endometriosis: Results From Two Extension Studies.[J]. Obstetrics and gynecology,2018,132(1):147~160.

[97] N L, Sj E, Ba L, et al. A Clinician's Guide to the Treatment of Endometriosis with Elagolix.[J]. Journal of women's health (2002),2020.

[98] Df A, Am S, Sk A, et al. Elagolix in the treatment of endometriosis: impact beyond pain symptoms.[J]. Therapeutic advances in reproductive health,2020,14:563683749.

[99] Hs T, Am S, B J, et al. Health-Related Quality of Life Improvements in Patients With Endometriosis Treated With Elagolix.[J]. Obstetrics and gynecology,2020,136(3):501~509.

[100] S R, Ah D. Medical Management of Endometriosis.[J]. Clinical obstetrics and gynecology,2017,60(3):485~496.

[101]Oa A, Jl B. Intrauterine Devices: Effective Contraception with Noncontraceptive Benefits for Adolescents.[J]. Journal of pediatric and adolescent gynecology,2019,32:S2~S6.

[102]P V, G A, S P, et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study.[J]. Fertility and sterility,1999,72(3):505~508.

[103]Sy S, M P, Gw L, et al. Efficacy of levonorgestrel releasing intrauterine system as a postoperative maintenance therapy of endometriosis: A meta-analysis.[J]. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology,2018,231:85~92.

[104]Yj C, Tf H, Bs H, et al. Postoperative maintenance levonorgestrel-releasing intrauterine system and endometrioma

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

recurrence: a randomized controlled study.[J]. American journal of obstetrics and gynecology,2017,216(6):581~582.

[105]A C, P C, M C, et al. Patient Quality of Life and Symptoms after Surgical Treatment for Endometriosis.[J]. Journal of minimally invasive gynecology,2019,26(4):717~726.

[106]Larraín D, Buckel H, Prado J, et al. Multidisciplinary laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis from 2010 to 2017: A retrospective cohort study[J]. Medwave,2019,19(11):e7750.

[107]S H, H L, S K, et al. Risk factors related to the recurrence of endometrioma in patients with long-term postoperative medical therapy.[J]. Ginekologia polska,2018,89(11):611~617.

[108]Practice bulletin no. 114: management of endometriosis.[J]. Obstetrics and gynecology,2010,116(1):223~236.

[109]P V, De Giorgi O, A P, et al. Surgical management of endometriosis.[J]. Bailliere's best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology,2000,14(3):501~523.

[110]Rd C, Ja H, Jc L, et al. Recurrent pain after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for endometriosis: evaluation of laparoscopic excision of residual endometriosis.[J]. British journal of obstetrics and gynaecology,1999,106(7):740~744.

[111]曹莉莉，徐惠成. 子宮內膜異位症疼痛切斷神經與阻滯治療[J]. 實用婦產科雜誌,2015,31(9):646~648.

[112]鄧莉芸，趙岩，樓江燕. 腹腔鏡骶前神經聯合宮骶韌帶切斷術對深部浸潤型子宮內膜異位症患者疼痛及性生活質量的影響[J]. 中國婦幼保健,2018,33(6):1230~1233.

[113]C R, N D. Pelvic denervation procedures for dysmenorrhea.[J]. Current opinion in obstetrics & gynecology,2017,29(4):225~230.

[114]Le M, R B, Vm M. Clinical Utility of Presacral Neurectomy as an Adjunct to Conservative Endometriosis Surgery: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Studies.[J]. Scientific reports,2020,10(1):6901.

[115]S S, G N, L L, et al. High-Intensity Focused Ultrasound in the Treatment of Abdominal Wall Endometriosis.[J]. Journal of minimally invasive gynecology,2020,27(3):704~711.

[116]Ka R, As B, Ta D, et al. Surgical Excision Versus Ablation for Superficial Endometriosis-Associated Pain: A Randomized Controlled Trial.[J]. Journal of minimally invasive gynecology,2019,26(1):71~77.

[117]Sk A, C C, Lc G, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action.[J]. American journal of obstetrics and gynecology,2019,220(4):351~354.

Abstract: Dysmenorrhea caused by endometriosis seriously affects the quality of life of girls and is an unresolved old problem. At present, Western medicine treatment is mainly non-steroidal analgesics, oral contraceptives and hormone agonists that promote gonadal hormone release. Or combined inclusion and infertility, surgery can be used. Traditional Chinese medicine has certain curative effects and advantages in relieving the pain symptoms of endometriosis. Diversified treatment methods and personalized long-term management are very important. This article reviews the treatment methods of endometriosis in order to provide new ideas and methods for clinical applications.

Keywords: endometriosis; EMT; dysmenorrhea; treatment

（編委：繆江霞審校 2022.03.15）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved