专家共识指南

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.06.049

围绝经期排卵障碍性异常子宫出血多民族医诊疗专家共识

中国民族医药学会妇科分会《围绝经期排卵障碍性异常子宫出血多民族医诊疗专家共识》项目组

摘要:围绝经期排卵障碍性AUB(abnormal uterine bleeding-ovulatory dysfunction,AUB-O)发病率高、病因复杂,严重危害围绝经期女性的身心健康与生活质量。中医药、民族医药在治疗围绝经期AUB-O具有独特的优势与确切的疗效。目前,尚缺乏科学、规范的临床诊疗共识及系统的循证评价研究。为充分发挥中医药和民族医药优势,提高临床安全合理用药运用中医药、民族医药治疗方法,做到治法与药物对应,精准用药,减少不良反应,故制定本共识。中国民族医药学会牵头专家组,遵循循证医学原则,系统评价中医药及民族医药诊治围绝经期AUB-O证据,同时参照最新的国际、国内指南,广泛征求中医、民族医、中西医结合、西医、药学、方法学等多学科的意见,编制《围绝经期排卵障碍性异常子宫出血多民族医诊疗专家共识》,以期为临床提供权威、规范、实用的诊疗指引。

关键词:排卵障碍性异常子宫出血;围绝经期;中医药;民族医药;专家共识
中图分类号:R271.1 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)06-0252-07

Expert Consensus on Multi-ethnic Medical Diagnosis and Treatment of Perimenopausal Abnormal Uterine Bleeding-Ovulatory Dysfunction

Gynecology Branch of China Ethnic Medicine Association, *Group on Expert Consensus on Multi-ethnic Medical Diagnosis and Treatment of Perimenopausal Abnormal Uterine Bleeding-Ovulatory Dysfunction*

Abstract: Perimenopausal abnormal uterine bleeding-ovulatory dysfunction (AUB-O) is highly prevalent and its etiology and pathogenesis are intricate, significantly compromising physical and psychological health and their quality of life of perimenopausal women. Traditional Chinese medicine (TCM) and ethnic medicines possess unique advantages and proven efficacy in the treatment of perimenopausal AUB-O. At present, however, evidence-based, standardized clinical guidelines and systematic reviews are lacking. To maximize these therapeutic strengths, ensure rational and safe use of TCM and ethnic medicinal therapies, achieve precise correspondence between treatment principles and herbal formulations, and minimize adverse reactions, the China Ethnic Medicine Association convened a multidisciplinary panel of TCM, multi-ethnic medicines, integrated Chinese-Western medicine, Western medicine, pharmacy and methodology experts. Following evidence-based principles, the panel systematically evaluated the evidence on TCM and ethnic medicine for perimenopausal AUB-O, referenced the latest international and domestic guidelines, and developed the *Expert Consensus on Multi-ethnic Medical Diagnosis and Treatment of Perimenopausal Abnormal Uterine Bleeding-Ovulatory Dysfunction*, aiming to provide an authoritative, standardized and practical clinical guidance.

Keywords: abnormal uterine bleeding-ovulatory dysfunction; perimenopause; traditional Chinese medicine; ethnic medicine; expert consensus

围绝经期是女性由性成熟期过渡至老年期的特殊阶段,中国女性平均46岁进入围绝经期,将持续至最后一次月经后1年,约10~15年[1]。我国约有1.3亿围绝经期女性,每年会有1000万女性进入围绝经期,预计2030年将达2.8亿,全球将增长到12亿[2-4]。异常子宫出血(abnormal uterine bleeding,AUB)是围绝经期最常见的难治性疾病之一,占门诊就诊量70%以上[5];其中排卵障碍性AUB(abnormal uterine bleeding-ovulatory dysfunction,AUB-O)是围绝经期AUB的主要原因之一,其发病率高,病因复杂,对围绝经期女性的身心健康、生活质量造成了严重不良影响[6-8]。因此,如何诊治围绝经期AUB-O,改善围绝经期AUB-O患者的日常生活质量、降低其发病率,已成为不容忽视的公共卫生问题。

中医药及民族医药在治疗围绝经期AUB-O疗效确切,其"辨证-辨病"结合、个体化精准干预的优势突出。通过整体调节女性内分泌功能,可消除和缓解临床症状,避免或减轻不良反应,并降低耐药性、复发率,远期疗效更为理想[9]。然而,目前尚缺乏科学、规范的针对围绝经期AUB-O的中医药及民族医药诊疗共识及系统的循证评价研究。为充分发挥中医和

民族医特色与优势,建立安全有效诊治规范,提高临床医生合理、安全地选用中医及民族医诊治方法的能力,实现病证对应、治法与药物对应,精准用药,故制定《围绝经期排卵障碍性异常子宫出血多民族医诊疗专家共识》。

本共识遵循循证医学原则,客观评价中医药及民族医药诊治围绝经期AUB-O证据,同时参照最新的国际、国内指南,广泛征求中医、民族医、中西医结合、西医、药学、方法学等多学科专家的意见编制而成。希望供各级医疗机构中医、民族医、中西医结合、西医执业人员、相关护理人员和药师等相关人员参考使用。

1 定义

AUB指与正常月经的周期频率、规律性、经期长度、经期出血量中任何一项不符合、源自子宫腔的异常出血[10]。根据国际妇产科联盟,AUB依据常见病因分为9个亚型(PALM-COEIN),即P-子宫内膜息肉、A-子宫腺肌瘤、L-子宫肌瘤、M-子宫内膜恶变和不典型增生、C-全身凝血相关疾病、O-排卵障碍、E-子宫内膜局部异常、I-医源性、N-未分类[10-11]。AUB-O出血是由于"下丘脑-垂体-卵巢轴"功能异常引起的异常子宫出血,在临床最为常见,包括稀发排卵、无排卵及黄体功能不足[12]。其中,无排卵引起的AUB-O属于中医学"崩漏"范畴;黄体功能不足导致的AUB-O,属于中医学"月经先期""月经过多""经期延长""经间期出血"等。

围绝经期指妇女绝经前后的一段时间,包括从接近绝经出现与绝经有关的内分泌学、生物学和临床特征起至最后一次月经的后1年[13]。包括绝经过渡期和绝经后1年。

围绝经期排卵障碍性异常子宫出血是指妇女绝经前后的一段时间,发生与正常月经的周期频率、规律性、经期长度、经期出血量中任何一项不符合、源自子宫腔的异常出血,由下丘脑-垂体-卵巢轴功能异常引起。

2 诊断

2.1 西医诊断要点

2.1.1 *临床症状* 围绝经期前后,表现为不规律的月经,持续时间、经量均可异常。经期延长或周期缩短,短期大量出血或长期出血,可出现头晕、乏力、心悸等症状。

2.1.2 *查体* 全身检查包括身高、体质量、甲状腺查体、腹部查体等。必须强调妇科检查,包括外阴、阴道、宫颈、宫体及双侧附件,并排除子宫颈或阴道因素导致的出血[7]。

2.1.3 *辅助检查* (1)性激素检查及卵巢功能评估:于黄体中期或停经后孕酮水平测定。同时应在早卵泡期测定血黄体生成素(luteinizing hormone,LH)、卵泡刺激素(follicle-Stimulating hormone,FSH)、泌乳素(prolactin,PRL)、雌二醇(estradiol,E_2)、睾酮(testosterone,T)水平,了解无排卵的病因。FSH、E_2、抗缪勒管激素(anti-Müllerian Hormone,AMH)水平测定,了解卵巢储备功能。连续2个月经周期基础FSH>10 U/L,或AMH<1.1 μg/L提示卵巢储备功能下降;闭经、FSH>40 U/L且E_2<73.4 pmol/L(20 pg/mL),提示卵巢功能已衰竭。(2)超声检查:可提示子宫内膜增生,子宫或双侧卵巢缩小,以排除AUB-P、A、L、M、I、N[14]。(3)基础体温测定:判断有无排卵,还可提示黄体功能不足、黄体萎缩不全。(4)血常规、凝血功能检查:评估出血严重程度,确定有无贫血,排除AUB-C。(5)诊断性刮宫或宫腔镜下定点活检:病理检查除外子宫内膜病变[7]。无排卵性AUB-O子宫内膜可发生不同程度的增殖性改变。黄体功能不足者可见子宫内膜部分腺体呈分泌改变,分泌反应不良。

2.2 中医诊断要点

根据月经的周期、经期、经量异常及月经间期出血,诊断为中医相应的疾病。崩漏为经血非时暴下不止或淋漓不尽。月经先期为月经周期提前7 d以上,甚至2周内方净者。连续2个周期以上者。月经过多为月经量较正常明显增多,或每次经行总量超过80 mL,而周期、经期基本正常者。经期延长为月经周期基本正常,经期超过7 d以上,甚或淋漓半月方净者。经间期出血为两次月经中间,即纳绲之时,出现周期性少量阴道出血者。绝经前后诸证为妇女在经断前后,出现烘热汗出,烦躁易怒,潮热面红,失眠健忘,精神倦怠,头晕目眩耳鸣心悸,腰背酸痛,手足心热,或伴月经紊乱等与绝经有关的症状。诊断要点参考全国中医药行业高等教育"十四五"规划教材《中医妇科学》[15]。

2.3 民族医诊断要点

2.3.1 *藏医学* 归属于隆凑病(围绝经期综合征)范畴,无专门的病名。诊断要点如下:(1)主要临床表现为围绝经期妇女,出现月经紊乱、经血长期不止,或伴见骨蒸、心悸、头晕、头骨寒痛、怕寒、皮下蚁行感、身体浮肿、发麻、视力下降、精神异常、昏厥、健忘、睡眠质量下降、四肢及全身潮热、皮下刺痛、尿道口及外阴干涩、阴道分泌物异常。(2)体征:脉象为寒脉,空虚。尿象为淡青色,泡沫易碎飘絮稀少。舌象为舌质干,舌苔薄。(3)结合妇科检查、超声检查、性激素检查、血绒毛膜促性腺激素,以排除器质性病变。

2.3.2 *蒙医学* 根据症状表现诊断为"月经过多症""血性月经病""月经崩漏",指月经周期不调、量和颜色异常。诊断要点如下:(1)主要临床表现为周期紊乱,经期延长,月经过多或淋漓不尽,伴下腹不适、手心脚掌发冷、出冷汗、心慌、体虚无力,脉象数、紧或弱而迟,舌红、苔薄而白,或苔厚而淡黄色,尿呈黄色或浅黄色。(2)结合妇科检查、超声检查、性激素检查、血绒毛膜促性腺激素,以排除器质性病变。

2.3.3 *维吾尔医学* 根据症状表现诊断为"经多症",指月经周期、经期、经量的异常。诊断要点如下:(1)详细了解异常子宫出血的表现(经期长短、经量多少、经血的性质)、发病时间、病程经过、目前出血情况、发病前有无停经史、以往治疗经过。应询问患者的年龄、月经史、婚育史、避孕措施、激素类药物使用史及全身与生殖系统有无相关疾病,如肝病、血液病、高血压病及代谢性疾病、甲状腺功能亢进或减退、肾上腺或垂体疾病等。(2)体格检查:包括全身检查和妇科检查,以排除全身性及生殖系统器质性病变。(3)辅助检查:基础体温测定、超声检查、诊断性刮宫、宫腔镜下定点活检、生殖激素测定、妊娠试验、血常规、血凝功能测试,以排除器质性病变。

2.3.4 *壮医学* 根据月经的周期、经期、经量异常及月经间期

出血,诊断为壮医相应的疾病。诊断要点参考全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材《壮医妇科学》[16]。(1)经到贯是指月经提前7 d以上而至,连续3个月经周期以上。(2)经赖厄是指月经周期基本正常,行经时间超过7天以上,甚或淋漓半月方净。(3)经赖是指月经量较正常明显增多,而周期基本正常的疾病。(4)淋勒是指不在经期,阴道大量出血,或持续下血,淋漓不尽的疾病。

2.3.5 回医学 归属心身疾病(“哈依同之母甫里屯”),又称为“禀麻勒·哈依同”(月经病)和“母甫里屯”(崩漏)。诊断要点如下:(1)临床表现:周期紊乱,经期延长,月经过多或淋漓不尽,伴头晕、心慌、盗汗、四肢阙冷、下腹不适,易脱发;脉象数、紧或弱而迟,或有羚羊脉,舌红、苔薄而白,或苔厚而淡黄色,尿浊黄或淡黄,常见有经血污染。(2)结合血常规、尿常规、妇科检查、超声检查、性激素检查、血绒毛膜促性腺激素等可确诊、分型。

2.4 鉴别诊断

2.4.1 癥瘕 如子宫肌瘤、卵巢良性肿瘤等,可结合病史、体征、超声检查等以助鉴别;子宫内膜癌、卵巢恶性肿瘤等,通过影像学检查如超声、CT、磁共振成像等可鉴别;子宫颈癌可通过宫颈细胞学检查、子宫颈活组织检查等鉴别[17]。

2.4.2 胎漏、异位妊娠、产后出血 可结合病史、尿妊娠试验或血绒毛膜促性腺激素测定或超声检查等鉴别[18-20]。

2.4.3 月经先后无定期 月经先后无定期以月经周期时而提前、时而延后7 d以上,并连续出现3个月经周期以上,与月经先期均表现为经期基本正常,但月经先期只有经行提前而无经行延后[21-23]。

2.4.4 血小板减少症等血液疾病 有血液病史,可表现为月经量多或有皮下出血及牙龈出血等全身出血症状、血液学检查等有助于鉴别[24-27]。

2.4.5 生殖器官感染 如急性或慢性子宫内膜炎,依据病史、症状、体征及实验室检查可鉴别[17]。

2.4.6 生殖道损伤 如阴道裂伤出血、阴道异物等,通过询问病史、妇科检查等可鉴别[17]。

2.4.7 激素类药物应用不当及宫内节育器引起的异常子宫出血 通过询问病史、超声等辅助检查可鉴别[17]。

2.4.8 全身性疾病 如血液病、肝肾功能损害、甲状腺功能亢进或减退等。结合病史、血液学检查、肝肾功能和甲状腺激素等可鉴别[17-18]。

2.4.9 绝经后出血 绝经后出血指绝经1年以后自发性的出血或与激素治疗或选择性雌激素受体调节剂应用有关的出血[27]。结合病史、性激素检查等可鉴别。

3 治疗原则

3.1 西医治疗原则

急性出血期应维持一般状况和生命体征,积极支持疗法(激素、手术、输液、输血),尽快止血并纠正贫血;血止后调整周期,预防子宫内膜增生和AUB复发;血止后调整周期。

3.2 中医和民族医治疗原则

出血期以“急则治其标,缓则治其本”为主,灵活运用“塞流”“澄源”“复旧”三法;血止后调整周期,固本善后,防止子宫内膜病变的发生。

4 辨证施治

4.1 中医

4.1.1 血瘀证 主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,量或多或少,色黯红,偶有少量血块,经行不畅。小腹刺痛,胸胁刺痛,乳房刺痛。舌紫黯,或有瘀点或瘀斑,脉涩或弦细。治法治则:活血化瘀,固冲止血。推荐方剂:逐瘀止崩汤(《傅青主女科》,强推荐,Ⅲ级证据);生化汤(弱推荐,证据级别低)、宫血宁汤(弱推荐,证据级别极低)、疏肝理血汤(弱推荐,证据级别极低)。推荐中成药:云南白药、三七片(《中医妇科学》,强推荐,Ⅳ级证据)。调经止血合剂(弱推荐,证据级别极低)、坤宁口服液(弱推荐,证据级别极低)、女金片(弱推荐,证据级别极低)、妇康丸(弱推荐,证据级别低)、四物合剂(弱推荐,证据级别低)。

4.1.2 脾虚证 (1)脾虚证:主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,势急暴下,或淋漓不断,或周期缩短,量或多或少,色淡红,质清稀。神疲乏力,纳呆食少,便溏。舌淡红,苔薄白,脉细弱。治法治则:补气健脾,固冲摄血。推荐方剂:固冲汤(《医学衷中参西录》,强推荐,Ⅲ级证据);益气健脾养血止崩汤(弱推荐,证据级别低)、益气止血汤(弱推荐,证据级别低)、当归补血汤(弱推荐,证据级别低)、固本止崩汤(弱推荐,证据级别低)、归脾汤(弱推荐,证据级别低)、缩宫宁汤(弱推荐,证据级别低)。推荐中成药:固冲汤(《医学衷中参西录》,强推荐,Ⅳ级证据)。(2)脾虚证兼肾虚:主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,量多,色淡红,质清稀。纳呆食少,喜热饮,畏寒肢冷,四肢浮肿。舌淡红,苔白,边有齿痕,脉沉细弱。治法治则:健脾益肾,固冲止血。推荐方剂:大补元煎(《景岳全书》,强推荐,Ⅲ级证据);参附丹地汤(弱推荐,证据级别低)、益气补血汤(弱推荐,证据级别极低)、健脾补肾止血方(弱推荐,证据级别低),补肾固冲止血方(弱推荐,证据级别极低)、益气固本汤(弱推荐,证据级别低)、固崩止漏汤(弱推荐,证据级别极低)、崩漏止血方(弱推荐,证据级别低)、健脾补肾方(弱推荐,证据级别极低)、健脾补肾止血方(弱推荐,证据级别极低)。推荐中成药:当归调经养血合剂(弱推荐,证据级别低)。(3)脾虚证兼血虚:主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,或行经时间延长,量多,色淡红。气短懒言,面色淡白无华,头晕心悸。舌淡白,苔白,脉弱。治法治则:健脾益肾,固冲止血。推荐方剂:固本止崩汤(《傅青主女科》,强推荐,Ⅲ级证据)。推荐中成药:养血当归胶囊(弱推荐,证据级别极低)、宫环养血颗粒(弱推荐,证据级别低)。

4.1.3 虚热证 主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,或行经时间延长,量或多或少,色鲜红,质稠。两颧潮红,手足心热,盗汗失眠。舌鲜红,少苔,脉细数。治法治则:养阴清热,固冲止血。推荐方剂:保阴煎(《景岳全书》,强推荐,Ⅲ级证据)。推荐中成药:葆宫止血颗粒(弱推荐,证据级别中)、坤泰胶囊(弱推荐,证据级别低)、断血流颗粒联合西药(弱推荐,证据级别低)。

4.1.4 实热证 主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,量多,色鲜红,质稠。面色萎黄,脘腹痞胀,神疲纳差,便溏。舌红,苔黄腻,脉濡细。治法治则:清热凉血,固冲止血。推荐方剂:清热固经汤(《简明中医妇科学》,强推荐,Ⅳ级证据)。推荐中成药:金刚藤胶囊(弱推荐,证据级别低)、宫血宁胶囊(弱推荐,证据级别极低)。

4.1.5 肾虚证 (1)肾阴虚证:主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,或排卵期出血,量或多或少,色鲜红,质稠。头晕耳鸣,五心烦热,盗汗。舌鲜红,少苔,脉细数。治法治则:滋肾益阴,固冲止血。推荐方剂:左归丸(《景岳全书》)合二至丸(《医方集解》)(强推荐,Ⅲ级证据)。推荐中成药:左归丸(《景岳全书》)合二至丸(《医方集解》)(强推荐,Ⅳ级证据),妇科止血灵联合西药(弱推荐,证据级别低)。(2)肾阳虚证:主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,量多,色淡红。腰酸冷痛,畏寒,小便清长。舌淡红,苔薄白,脉沉细。治法治则:温肾固冲,止血调经。推荐方剂:右归丸(《景岳全书》,强推荐,Ⅲ级证据)。推荐中成药:妇科再造丸(弱推荐,Ⅳ级证据)。(3)肾阴阳两虚证:主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,量多,色淡红。畏寒肢冷,五心烦热,眩晕耳鸣,腰膝酸软。舌淡红,苔白,尺脉弱。治法治则:滋阴补阳,调养冲任。推荐方剂:二仙汤(《中医方剂临床手册》,强推荐,Ⅳ级证据)。(4)肾虚证兼血瘀:主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,量或多或少,色淡红或暗红,常或偶有少量血块。腰酸痛,小腹刺痛,耳鸣。舌淡暗,苔白,脉细涩。治法治则:补肾活血,固冲止血。推荐方剂:宁血调经汤(弱推荐,证据级别低)、崩漏汤(弱推荐,证据级别低)、更年安汤(弱推荐,证据级别低)、止血安宫方(弱推荐,证据级别低)、益肾活血饮(弱推荐,证据级别极低)。(5)肾虚证兼肝郁:主要证候:围绝经前后,阴道不规则流血,淋漓不断,量或多或少,色暗红或淡红。小腹胀痛,拒按,乳房胀痛,腰酸耳鸣。舌红,苔白,脉弦细。治法治则:补肾疏肝,固冲止血。推荐方剂:滋水清肝饮(弱推荐,证据级别低)、补肾疏肝汤(弱推荐,证据级别低)。

4.2 民族医辨证论治

4.2.1 藏医学 藏医学认为经血黄水散播于身体各处新发病时属于查凑病的范畴,随着疾病的迁延导致隆凑病,以及随着年龄的增长,体内隆因偏盛,终极精血逐渐枯竭,而出现一系列症状。辨证分为头隆凑、骨隆凑、心隆凑、肾隆凑、胃隆凑、肠隆凑6种,具体如下:(1)头隆凑:头晕,眼翳,耳背流脓,齿颊疼痛。(2)骨隆凑:骨蒸发冷,骨骼关节麻痛。(3)心隆凑:健忘,头晕,耳鸣,情绪不稳定,严重者发生疯癫甚至晕厥。(4)肾隆凑:腰椎关节蒸痛,受寒时加重,下肢发麻。(5)胃隆凑:胃区胀满,胃阵痛,消化困难,寒性尤甚。(6)肠隆凑:下腹胀满,经血不止。

基础方剂:五味豆蔻合剂,二十五味鬼臼丸,三十五味沉香丸,二十味沉香丸等,火梅疗法,油浴疗法等。具体包括:(1)头隆凑:头浴,放血,火灸,头骨药疗,酥油酒,酥油药丸。(2)骨隆凑:骨药疗,骨酒,蜜酒,红糖酒。(3)心隆凑:心药疗,三果酥油丸,火灸第六、七椎骨。(4)肾隆凑:肾药疗。(5)胃隆凑:药物热敷,五味石榴散加减,火灸前后胃穴。(6)肠隆凑:肠药疗。

4.2.2 蒙医学 认为人体自胚胎形成、生长发育、生存以及病变之根源是三根(赫依、希拉、巴达干)、七素(饮食精华、血液、肉、脂肪、骨、髓、精液)的相互依存、协调或相克的关系。在气候异常、饮食不节、起居不当和其他外缘等四种诱发或产生疾病的外缘的影响下,且年迈元气衰减,三舍(卵巢)功能衰退,三根七素的协调关系被破坏,恶血偏盛,胃火衰退,或因下清赫依功能紊乱而导致的月经病之一。辨证分为血热型、脉损型、脾胃寒盛型3种,具体如下:(1)血热型:突然阴道大量流血或淋漓不尽延绵数日,经血色暗红,全身发热,口干舌燥,烦渴,头晕目赤,心烦易怒等。脉象细弦,舌红、苔厚发黄,尿呈黄色。(2)脉损型:阴道少量出血,不间断地淋漓,或阴道大量出血且伴有大量凝血块,伴下腹痛等。脉象数而紧,舌红苔黄,尿呈深黄或淡红色。(3)脾胃寒盛型:阴道少量出血,经血呈淡红色,面色苍白,疲乏无力,手心脚掌发冷、胸闷气短、消化不良腹泻等。脉象虚而弱,舌苔白,尿呈淡黄色。

内治法:吉祥安坤丸为主方,辅以黄柏八味丸、十三味红花丸、八味止血红花散、牛黄十三味散、二十五味大汤剂、清浊五味丸等方剂。外治法:赫依穴涂摩黄油进行按摩疗法为主。

4.2.3 维吾尔医学 认为经多症由各种内外因素导致体内血液质的过剩而引起子宫大量流血或者长期流血为主要症状的疾病。根据患者的病史及五诊的临床表现和体征(主要证候要素)进行辨证分型。(1)异常血液质:①血液质增多:主症:绝经前后、阴道不规则流血;次症:经血淋漓不净,量多,色红质稠;虽月经量多但身体强健,无血贫虚弱之征象;腰酸冷痛,畏寒。证候症状:面部、眼睛及全身胀感,皮肤颜色红润,浅表静脉饱满显而易见,口渴咽燥,或心烦易怒,晨起时口甘,舌相对较大、舌尖有红色小点,苔黄,皮肤较热,脉搏快、强、粗、波浪状,尿量相对较多、色赤黄,夜眠尚少。②血液质稀释:主症:绝经前后、阴道不规则流血;次症:经血淋漓不净或经间期出血,量时多时少,色淡红、质稀,小腹空坠、腰酸无力,头晕耳鸣,盗汗;证候症状:清瘦身弱,面部发白、巩膜略红,脉搏快、细、弱,舌质宽、色淡红,少苔,口味甜,气短懒言等。(2)涩味黏液质:主症:绝经前后、阴道不规则流血;次症:经血或淋漓不净、周期缩短,量时多时少,色淡红、质清稀,小腹隐疼痛、腰酸背痛,经期加重,白带量多、色白清稀;证候症状:面色苍白,巩膜发白,舌质宽厚、可见牙印,舌苔厚,色白,口味无味,脉宽、缓,皮肤嫩、湿、寒,尿色白,四肢沉重,神疲乏力,食欲减少。

维吾尔医学治疗原则:调节异常体液质,凉血固经、止血、清血消肿;增强主器官功能、增强自然驱力。治疗方法:异常血液质予清血凉血固经的方药,同时给予外治疗法。涩味黏液质型给予涩味黏液质的成熟剂和清除剂、口服汤剂和维成药,同时给予外治疗法。

内治法:(1)调节异常血液质:① 血液质增多型:维成药:石榴花糖浆,30 mL/次,3 次/d,口服;复方诃子肉合剂,100 mL/次,2 次/d,口服;止血琥珀片,2 片/次,3 次/d,口服。

② 血液质稀释型:维成药:止血琥珀片,3~5片/次,3次/d,餐后服用;清血吾血白丸,10粒/次,3次/d,口服。方药:止血拳参合剂:拳参30 g,紫檀香6 g,白檀香6 g,阿拉伯胶2 g,西黄蓍胶2 g,土茯苓6 g,石榴花6 g,马齿苋子6 g,玫瑰花瓣30 g。按要求制成200 mL止血拳参合剂,100 mL/次,2次/d,饭后温服。(2)涩味黏液质型:成熟剂加减:铁线蕨10 g,玫瑰花10 g、牛舌草10 g,香青兰10 g,薰衣草10 g,小茴香10 g,地锦草10 g,刺山杆根皮10 g,甘草根15 g,破布木果15 g,无核葡萄干15 g,无花果干30 g,刺糖30 g。药物浸泡4 h,煎煮300 mL涩味黏液质成熟剂,100 mL/次,3次/d,饭后温服,连续服用9~15 d。清除剂加减:当出现异常体液质被成熟表现后,给予涩味黏液质清除剂加减。铁线蕨10 g,玫瑰花10 g,牛舌草10 g,香青兰10 g,薰衣草10 g,小茴香10 g,地锦草10 g,刺山杆根皮10 g,甘草根15 g,破布木果15 g,无核葡萄干15 g,无花果干30 g,刺糖30 g,阿勃勒30 g,菟丝草15 g,卡布尔诃子30 g。药物浸泡4 h,煎煮300 mL汤剂,100 mL/次,3次/d,连服3~5 d。维成药:强力玛得土力阿亚特蜜膏,10 g/次,2次/d,饭后口服;加瓦日西昆都尔蜜膏,10 g/次,2次/d,饭后口服;清浊曲比亲艾拉蜜膏,10 g/次,2次/d,饭后口服。

外治法:(1)腹部贴敷疗法:止血散:没食子12 g,石榴花12 g,白矾12 g,石榴皮12 g,血竭12 g,研磨成粉50 g加入适量温水成糊状。50 g/次,1次/d,腹部贴敷(孜玛地),7 d一个疗程。(2)药物灌肠疗法:止血灌肠液:莳萝子6 g,血竭10 g,黄连4 g,土茯苓8 g,蛇蜕4 g,阿育魏果6 g,拳参6 g,水煎成100 mL止血灌肠液。50 mL/次,2次/d灌肠(欧克乃衣)治疗,1疗程7 d。

4.2.4 壮医学 认为主要病机是胞脉不固,不能制约经血,使咪花肠藏泻失常。辨证分为咪隆虚、咪腰虚、勒热和勒瘀4种,具体如下:(1)咪隆虚:阴道突然大量出血,或出血淋沥不断,或出血量少,日久不停,血色淡红,质清稀。兼见面色晄白,神疲气短,或面浮肢肿,小腹空坠,四肢不温,胸闷,不思饮食,便溏。舌淡胖,边有齿印,苔白,脉沉弱。(2)咪腰虚:阴道突然大量出血,或出血淋沥不断,或出血量少,日久不停,或由崩而淋漓不止,由淋而崩,反复发作,色淡红或淡黯,质清稀。兼见面色晦黯,头晕耳鸣,腰脊酸软,眼眶黯,手脚冰冷,小便清长,夜尿多,舌淡黯,苔白润,脉沉弱。(3)勒热:经来无期,阴道突然大量出血,或出血淋沥不断,或出血量少,日久不停,血色鲜红或深红。兼见口干喜饮,面红发热,烦躁不睡,便结。舌红,苔黄,脉数。(4)勒瘀:经血非时而下,量时多时少,时出时止,或出血量少但日久不停,或停闭数月又突然血崩,继之漏下不止,血色深红或黯黑,有瘀块。兼见小腹疼痛,舌质紫黯或尖边有瘀点,脉弦细或涩。

内治法:(1)调经止血方(《中医壮医学》):田七1 g,白茅根15 g,扶芳藤60 g,仙鹤草15 g。1剂/d,水煎分3次服。功用:化瘀止血。主治:勒瘀证型淋勒。(2)血山崩方(《中医壮医学》):黑墨草30 g,藤杜仲30 g,扶芳藤30 g,仙鹤草30 g,荷叶30 g,土当归20 g,土党参20 g,荠菜30 g,细藕节50 g。1剂/d,水煎分3次服。功用:补虚,凉血止血。主治:勒瘀证型淋勒。(3)五月仙鹤莲草汤(《中医壮医学》):五月艾(炒炭)50 g,旱莲草30 g,仙鹤草50 g,一匹绸15 g,1剂/d,水煎分3次服。功用:通龙路,止血崩。主治:勒瘀证型淋勒。(4)旱莲草30 g,益母草15 g,扶芳藤60 g。水煎服,1剂/d。(5)扶芳藤60 g,仙鹤草15 g,田七1 g,白茅根15 g。水煎服,1剂/d。(6)葵扇1把,棕绳16 cm,莲蓬5个(均煅炭),扁柏12 g,归身12 g(均炒黑)。水煎服,1剂/d。(7)陈棕炭15 g,黄麻炭15 g,葵扇炭15 g,黄狗头炭6 g,灶心土30 g。研末冲服,1剂/d。(8)棉花籽6 g,棕榈花10 g,头发10 g(第1胎男孩胎毛最佳)。共烧存性,研末冲服,2~3次/d,5~10 g/次。(9)侧柏叶15 g,仙鹤草15 g,地榆15 g,棕榈炭(冲服)3 g。水煎服,1剂/d。(10)鲜辣椒根(指天椒的根更佳)30 g,项鸡(未下蛋的母鸡)脚2~4只。水煎,分2次服,1剂/d,服3~5剂显效。(11)莲蓬3个,患者本人头发3 g。煅研末,开水冲服,1剂/d。(12)大田基黄15 g,狗尾草15 g,仙鹤草18 g,红樱根30 g。水煎冲百草霜6 g,1剂/d。(13)水泽兰叶15~30 g,切碎与鸡蛋1~2个煮服,1剂/d。(14)鸡冠花15 g,薯莨15 g。水煎服。(15)侧柏叶15 g,仙鹤草15 g,元宝草15 g,益母草30 g。水煎服。(16)旱莲草60 g,仙鹤草20 g,假木豆根50 g。水煎服。(17)银不换15 g,红月亮柴20 g,百草霜(冲服)6 g。水煎服。(18)指甲灰、血余炭、棕榈炭、万能灰(火灶顶上的瓦下黑灰)各等份。研末冲服,2 g/次,3次/d。(19)仙鹤草20 g,旱莲草20 g,车前草6 g,侧柏叶10 g。水煎服,1剂/d。(20)大风艾6 g,益母草6 g,泽兰6 g,百草霜6 g,香附子6 g,竹茹6 g,仙鹤草6 g,血余炭6 g,野菠萝6 g。水煎服,1剂/d。(21)枫木根10 g,蓝靛3 g,棕皮炭10 g,松树二层皮10 g,白矾(冲服)3 g。水煎冲白矾服,1剂/d。(22)红背菜15 g,马连鞍10 g,红花6 g,北细辛3 g,过山枫15 g,红毛毡15 g,大发散15 g,小钻15 g。水煎取汁,配鸡蛋、姜、猪油炖服。(23)网子藤15 g,地胆草15 g,毛算盘根15 g,海金沙15 g,大叶金不换15 g,马连鞍15 g。切碎,炒至焦黄,水煎服,1剂/d。(24)稔子根15 g,算盘子根15 g,马连鞍15 g。配鸡肉水煎服,1剂/d。(25)鸭脚艾15 g,红背娘15 g,韭菜根15 g,鸡蛋2个。水煎服,1剂/d。(26)红铁树10 g,鸡冠花10 g,马连鞍10 g,鸡蛋2个。水煎服,1剂/d。(27)月季花10 g,仙鹤草15 g,芙蓉花10 g,少年红6 g。配鸡肉或鸡蛋水煎服,1剂/d。(28)当归10 g,马连鞍10 g,月月红10 g,红背菜15 g,三早霜6 g,一身保暖10 g,生姜2片。加鸡肉或鸡蛋水煎服,1剂/d。(29)杜仲10 g,老虎须10 g,野紫苏10 g,穿破石15 g,不出林10 g,瘦猪肉100 g。水煎服。(30)朝天罐12 g,酸藤根12 g,马连鞍12 g,五爪金龙12 g。水煎服,1剂/d。(31)鸡冠花10 g,红网子藤叶10 g,红网子藤根10 g,头发灰(冲服)、陈棕炭(冲服)各3~6 g。水煎,冲头发灰、陈棕炭服,1剂/d。(32)透地龙10 g,血藤10 g,过山枫10 g。水煎服,1剂/d。(33)紫背兔儿风10 g,酸藤根10 g,地桃花10 g,马连鞍10 g,荷叶10 g,鸡蛋2个。水煎服,1剂/d。(34)马连鞍6 g,桃金娘根6 g,酸藤根10 g,红背菜10 g,韭菜根3 g,穿破石3 g,血风藤3 g,鸡蛋2个。水煎服,1剂/d。(35)地榆9 g,算盘子根9 g,仙鹤草9 g,陈杉皮9 g,鸡冠花9

g,山姜6 g。水煎取汁煮鸡蛋或鸡肉服,1剂/d。(36)小田基黄15 g,毛毡10 g。水煎服,1剂/d。(37)鸡血藤400 g,鸡肉250 g。水煎服,1剂/d。(38)不出林15 g,红铁树10 g,杜仲10 g,鸡肉60 g。水煎服,1剂/d。与上方交替使用。(39)红爆牙郎50 g,公鸡(刚会啼的)1只或用鸡蛋代替。杀鸡去毛及内脏,与药炖熟调油盐服,1剂/d。(40)土砂仁根15 g,红藤15 g,猴子藤(山头挡、尖山橙)15 g。水煎服,1剂/d。(41)荠菜30 g,龙芽草30 g。水煎服,1剂/d。适用于淋勒,经赖。(42)鸭脚艾嫩叶10 g,与鸡蛋1~3个炒熟,加水煎服,1剂/d。(43)排钱草15~20 g。炒成炭,水煎冷服,1剂/d。(44)大金香炉15 g,蒲黄炭10 g,血余炭10 g,胎盘1个。水煎服,1剂/d。(45)见血飞15 g,艾叶15 g,陈棕炭15 g,百草霜15 g。水煎服,1剂/d。适用于勒瘀型淋勒。(46)山稔子60 g,浸酒1000 mL,每日服10~20 mL。(47)虾子花15 g,血余炭10 g,水煎取汁,冲三七粉5 g服,1剂/d。(48)野牡丹子15 g。炒黑,水煎服,1剂/d。(49)薯莨片500 g,加水煎煮2次,过滤,滤液浓缩至200 mL,另取薯莨500 g,研成细粉,与前液拌和制成片剂,每片0.3 g,每次3~4片,3次/d。适用于淋勒,产呱淋勒。(50)薯莨9 g,红鸡冠花9 g,百草霜3 g。研末,煮米酒服,1剂/d。

外治法:(1)先针后灸断红穴(二、三掌骨间,指端下一寸),留针20 min。(2)艾灸神厥、隐白20 min,1次/d。(3)针刺耳内咪花肠穴、内分泌、皮质下,留针15~20 min,1次/d。(4)药线点灸,崩者灸曲骨、急脉、梁丘、阳陵泉;漏者灸中极、梁丘、阳陵泉。

4.2.5 回医学 认为妇女七七天癸竭所发生机体、心理、内外环境及形态健康变化,是和脑经这一中枢神经系统的系列变化是紧密联系的。回医作为中西医结合一以贯之的代表性学科,在认识疾病时,完全继承、沿袭、采用现代医学内分泌学科的发展演进成果。依据病症,可分冷禀性衰败、干禀性衰败;依据病情,可分为紧、慢两型。

回医治疗以哈必、马准、撒芙菲、舍里别、马尔哈米贴敷疗法等配合针灸疗法来拟定综合治疗方案,依病症之紧、慢,调息命门相火之需,处方取阵:主、辅、守、攻,常选七味、十三味、十九味,方中习用可布里诃子、阿芙忒蒙、撒达隆、撒法郎等经典海药、芳香类药物佐以黄芪、茯苓、泽泻等传统中药,以补益机体秉性衰败、调衡患者体液输布,关乎整体,着眼细微,起到直达病所之目的。

《围绝经期排卵障碍性异常子宫出血多民族医诊疗专家共识》制订项目组成员:

本指南主要起草人:马堃(中国中医科学院西苑医院)、肖承悰(北京中医药大学东直门医院)、杜惠兰(河北中医药大学)、郁琦(北京协和医院)、孙爱军(北京协和医院)、尼罗法·塞提瓦尔地(新疆维吾尔自治区维吾尔医医院)、张玉荣(内蒙古自治区国际蒙医医院)、葛龙(兰州大学公共卫生学院)。

专家组:

临床专家(按姓氏笔画排序):马堃(中国中医科学院西苑医院)、马延敏(首都医科大学附属北京妇产医院)、马金花(银川市第一人民医院)、马淑娟(青海省人民医院)、王小云(广州中医药大学第二附属医院)、王小红(福建中医药大学附属人民医院)、王东梅(山东中医药大学附属医院)、王佩娟(江苏省中西医结合医院)、王艳英(中国中医科学院眼科医院)、文怡(成都中医药大学附属医院)、牛向馨(海南琼海市中医院)、孔桂茹(青海省中医院)、邓高丕(广州中医药大学第一附属医院)、古丽娜尔·阿布都克由木(喀什地区维吾尔医医院)、古力加克热木·阿吾提(伊宁市维吾尔医医院)、故丽结克热·阿布都克力木(喀什地区维吾尔医医院)、叶莲(内蒙古民族大学附属医院)、伊丽娜(内蒙古医科大学)、伟尼热·吐尔逊(新疆维吾尔自治区维吾尔医医院)、刘宏奇(山西中医药大学附属医院)、刘雁峰(北京中医药大学东直门医院)、闫颖(天津中医药大学第一附属医院)、汤玲(北京中医药大学附属第三医院)、许小凤(南京中医药大学附属苏州市中医院)、阴赫宏(首都医科大学附属北京妇产医院)、杜惠兰(河北中医药大学)、李军(天津中医药大学第一附属医院)、李莉(广西中医药大学瑞康医院)、李楠(陕西中医药大学附属医院)、李慕白(黑龙江中医药大学附属第一医院)、李伟莉(安徽中医药大学第一附属医院)、杨剑萍(云南省中西医结合医院)、连方(山东中医药大学附属医院)、肖海雪(青海大学附属医院)、时永全(陕西中医药大学附属医院)、吴洁(江苏省人民医院)、何花(内蒙古自治区国际蒙医医院)、沙依甫·土地买提(和田地区维吾尔医医院)、沈杨(东南大学附属中大医院)、张帆(贵州中医药大学第二附属医院)、张明敏(华中科技大学同济医学院附属同济医院)、张晋峰(山西省中医院)、张丹(浙江大学医学院附属妇产科医院)、张婷婷(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、陆华(成都中医药大学第二附属医院)、陈琢(华中科技大学同济医学院附属同济医院)、陈瑞雪(中国中医科学院广安门医院)、拉片(西藏自治区藏医院)、苗润祥(青海省中医院)、罗颂平(广州中医药大学第一附属医院)、金志春(湖北省妇幼保健院)、周惠芳(南京中医药大学附属医院)、郑洁(湖北省妇幼保健院)、赵颖(广州中医药大学第一附属医院)、胡晓华(河南省中医院)、段彦苍(河北中医药大学)、俞超芹(上海长海医院)、闻姬(青海省人民医院)、姜丽(新疆医科大学附属中医医院)、娜迪拉·艾伯都拉(新疆维吾尔自治区维吾尔医医院)、贺丰杰(陕西中医药大学附属医院)、秦佳佳(青海省中医院)、袁瑞(青海省中医院)、夏阳(青海省中医院)、夏天(天津中医药大学第一附属医院)、徐莲薇(上海中医药大学附属龙华医院)、高蕊(中国中医科学院西苑医院)、郭雪芳(青海省中医院)、郭清华(解放军总医院第一医学中心)、唐瑶(青海省中医院)、谈勇(南京中医药大学附属医院)、黄缨(荆州市中医医院)、黄旭春(广州中医药大学第二附属医院)、曹晓静(广州中医药大学第二附属医院)、梁瑞宁(江西中医药大学附属医院)、章勤(浙江中医药大学附属杭州市中医院)、韩璐(新疆医科大学附属中医医院)、斯庆图娜拉(内蒙古自治区国际蒙医医院)、覃庆龙(青海省中医院)、景彦林(青海省中医院)、曾莉(贵阳中医学院第二附属医院)、曾玉燕(广州中医药大学第二附属医院)、谢萍(成都中医药大学附属医院)、谢京红(中国中

医科学院西苑医院）、靳琦（北京中医药大学）、蒙亚晴（青海省中医院）、赖毛华（广州医科大学附属第三医院）、甄艳（中国中医科学院中国医史文献研究所）、甄秀丽（河北医科大学第二医院）、窦海洋（青海省中医院）、赫东芸（青海省中医院）、蔡竞（青海省中医院）、管洁（青海省中医院）、谭启龙（青海红十字医院）、熊俊（青海省中医院）、樊伯珍（青海省中医院）、黎小斌（广州中医药大学第二附属医院）、颜晓燕（青海省中医院）、滕秀香（首都医科大学附属北京中医医院）、魏绍斌（成都中医药大学附属医院）。

方法学专家（按姓氏笔画排序）：王忠（中国中医科学院中医临床基础医学研究所）、刘昱（中国中医药循证医学中心）、陈薇（北京中医药大学循证医学中心）、高蕊（中国中医科学院西苑医院）、葛龙（兰州大学公共卫生学院）、谢雁鸣（中国中医科学院中医临床基础医学研究所）、訾明杰（中国中医科学院西苑医院）。

药学专家（按姓氏笔画排序）：李培红（中国中医科学院西苑医院）、郑蕊（中国中医科学院西苑医院）、赵海誉（中国中医科学院中药研究所）。

证据评价组（按姓氏笔画排序）：马丽爽（中国中医科学院眼科医院）、马林纳（中国中医科学院医学实验中心）、王玲（中国中医科学院西苑医院）、王越（中国中医科学院西苑医院）、宁金玲（兰州大学公共卫生学院）、刘雅菲（兰州大学公共卫生学院）、刘嘉艺（兰州大学公共卫生学院）、李敏（中国中医科学院）、李颖（兰州大学）、杨水华（兰州大学公共卫生学院）、罗洁（中国中医科学院西苑医院）、金珊米（黑龙江中医药大学）、钟观兰（中国中医科学院西苑医院）、赵威龙（兰州大学公共卫生学院）、高聪（中国中医科学院西苑医院）、程千吉（兰州大学公共卫生学院）。

执笔人：马堃（中国中医科学院西苑医院）、王玲（中国中医科学院西苑医院）、李敏（中国中医科学院）、高山凤（中国中医科学院西苑医院）、李颖（兰州大学公共卫生学院）。

本共识由中国民族医药学会妇科分会制定，无利益冲突。

参考文献

[1] WANG M, KARTSONAKI C, GUO Y, et al. Factors related to age at natural menopause in China: results from the China Kadoorie Biobank [J]. Menopause, 2021, 28(10): 1130 - 1142.

[2] DAVIS S R, PINKERTON J, SANTORO N, et al. Menopause - Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options[J]. Cell, 2023, 186(19): 4038 - 4058.

[3] 贾钰，周紫彤，曹学华，等. 中国40～65岁女性围绝经期综合征发生率的Meta分析[J]. 中国全科医学，2023，26(32)：4080 - 4088.

[4] LUMSDEN M A, DEKKERS O M, FAUBION S S, et al. European Society of Endocrinology clinical practice guideline for evaluation and management of menopause and the perimenopause[J]. Eur J Endocrinol, 2025, 193(4): G49 - G81.

[5] SPENCER C P, WHITEHEAD M I. Endometrial assessment re - visited[J]. Br J Obstet Gynaecol, 1999, 106(7): 623 - 632.

[6] DREISLER E, FRANDSEN C S, ULRICH L. Perimenopausal abnormal uterine bleeding[J]. Maturitas, 2024, 184: 107944.

[7] HU J, HE L J. Factors associated with anxiety and depression in perimenopausal women with abnormal uterine bleeding: a retrospective cohort study[J]. BMC Psychol, 2025, 13(1): 514.

[8] TIAN Y, BAI B, WANG L, et al. Contributing factors related to abnormal uterine bleeding in perimenopausal women: a case - control study[J]. J Health Popul Nutr, 2024, 43(1): 52.

[9] 唐金艳，陈衍，韩璐. 排卵障碍性异常子宫出血中西医进展[J]. 新疆中医药，2021，39(6)：117 - 120.

[10] FRASER I S, CRITCHLEY H O, BRODER M, et al. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding[J]. Semin Reprod Med, 2011, 29(5): 383 - 390.

[11] JAIN V, MUNRO M G, CRITCHLEY H O D. Contemporary evaluation of women and girls with abnormal uterine bleeding: FIGO Systems 1 and 2[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2023, 162(Suppl 2): 29 - 42.

[12] 陈璐，王燕，冯同富，等. 门诊宫腔镜对10565例异常子宫出血患者PALM - CORIN病因分类的应用[J]. 现代妇产科进展，2016，25(9)：641 - 645.

[13] 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 中国绝经管理与绝经激素治疗指南2023版[J]. 中华妇产科杂志，2023，58(1)：4 - 21.

[14] 中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组. 异常子宫出血诊断与治疗指南(2022更新版)[J]. 中华妇产科杂志，2022，57(7)：481 - 490.

[15] 冯晓玲，张婷婷. 中医妇科学[M]. 5版. 北京：中国中医药出版社，2021.

[16] 林寒梅，杨美春. 壮医妇科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2022.

[17] 谢幸，孔北华，段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京：人民卫生出版社，2018.

[18] 中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组. 排卵障碍性异常子宫出血诊治指南[J]. 中华妇产科杂志，2018，53(12)：801 - 807.

[19] 马宝璋，杜惠兰. 中医妇科学[M]. 3版. 上海：上海科学技术出版社，2018.

[20] 马宝璋. 中医妇科学[M]. 2版. 上海：上海科学技术出版社，2012.

[21] 肖承悰. 中医妇科学[M]. 北京：学苑出版社，2004.

[22] 阮祥燕，宋菁华. 月经过多的病因与诊治[J]. 实用妇产科杂志，2016，32(12)：883 - 885.

[23] 谈勇. 中医妇科学[M]. 4版. 北京：中国中医药出版社，2016.

[24] 中华医学会血液学分会止血与血栓学组，侯明，秦平. 成人原发免疫性血小板减少症诊断与治疗中国专家共识(2016年版)[J]. 中华血液学杂志，2016，37(2)：89 - 93.

[25] 付蓉. 再生障碍性贫血诊断与治疗中国专家共识(2017年版)[J]. 中华血液学杂志，2017，38(1)：1 - 5.

[26] 中华医学会血液学分会血栓与止血学组. 血管性血友病诊断与治疗中国专家共识(2012年版)[J]. 中华血液学杂志，2012，33(11)：980 - 981.

[27] TURNBULL H, GLOVER A, MORRIS E P, et al. Investigation and management of abnormal peri - menopausal bleeding[J]. Menopause Int, 2013, 19(4): 147 - 154.