桂枝茯苓丸加味配合宫腔镜手术对子宫内膜息肉患者子宫内膜厚度与生殖激素指标的影响

蒋葵，王春荣，毛欣，肖科金*
（岳阳市中医医院，湖南 岳阳 414021）

摘要　目的：探究桂枝茯苓丸加味配合宫腔镜手术对子宫内膜息肉患者子宫内膜厚度、生殖激素指标的影响。方法：选取岳阳市中医医院 2023 年 1 月—2024 年 5 月就诊的 94 例子宫内膜息肉患者，以随机数字表法将其分为对照组和观察组，每组 47 例，均实施宫腔镜手术治疗，在此基础上，对照组应用地屈孕酮治疗，观察组应用地屈孕酮联合桂枝茯苓丸加味治疗，比较两组治疗效果、治疗前后中医证候积分、子宫内膜厚度、生殖激素水平及安全性。结果：观察组治疗有效率较对照组高（$P<0.05$）；治疗前两组中医证候积分水平无明显差异（$P>0.05$）；治疗后观察组中医证候积分水平较对照组低（$P<0.01$）；治疗前两组子宫内膜厚度无明显差异（$P>0.05$）；治疗后观察组子宫内膜厚度较对照组低（$P<0.01$）；治疗前后两组孕酮（P）、雌二醇（E2）、卵泡刺激素（FSH）水平差异无统计学意义（$P>0.05$）；两组治疗期间均未见明显不良反应；观察组复发率为 4.26%（2/47），较对照组的 19.15%（9/47）明显降低（$\chi^2=5.045$，$P=0.025<0.05$）；治疗前两组简易生活质量量表（SF－36）评分无明显差异（$P>0.05$）；末次随访时观察组 SF－36 评分较对照组高（$P<0.05$）。结论：实施宫腔镜手术治疗的子宫内膜息肉患者在地屈孕酮治疗基础上，联合应用桂枝茯苓丸加味治疗，可提升治疗效果、降低中医证候积分，降低子宫内膜厚度、复发率，改善患者生活质量，且安全性良好。

关键词　子宫内膜息肉；桂枝茯苓丸；子宫内膜厚度
中图分类号：R271.1　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002－2392（2025）06－0082－06
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250123

子宫内膜息肉是子宫局部间质细胞过度生长，突出于正常子宫内膜表面的良性疾病，主要包括有蒂息肉、无蒂息肉两种，多伴有子宫内膜厚度增加、阴道不规则流血、不孕等症状，影响患者生活质量。宫腔镜手术为该病主要治疗方案，利用阴道天然通道清除病灶实现微创治疗，降低患者手术创伤，但术后存在复发风险[1]。因此如何降低子宫内膜息肉术后复发为目前临床研究重点。

在子宫内膜脱落过程中，雌激素升高、孕激素相对不足时，会导致子宫内膜脱落不完全，增加子宫肌瘤复发风险。地屈孕酮为子宫内膜息肉宫腔镜手术后主要治疗方案，属于孕激素，通过上调孕激素水平抑制子宫内膜增生，促进子宫内膜厚度降低，降低该病术后复发风险。但该病治疗周期长，长时间西药治疗可能会增加药物不良反应。

中医认为，该病属“癥瘕”等范畴，病机复杂多样，经期或产后寒、热、湿邪内侵易阻滞冲任胞宫与血互结成瘀，或平素体虚，气血运血无力使血液停积而发病，需活血化瘀、散结止痛治疗。桂枝茯苓丸为理血剂，具有活血、化瘀、消癥之效[2]。有学者通过分子对接技术研究发现，桂枝茯苓丸具有调节雌激素、炎症信号通路的作用[3]，提示其可通过调节雌激素抑制病灶复发。在此基础上，在原方基础上结合疾病特征加味治疗，可实现个性化治疗。因此，本次研究选取岳阳市中医医院 94 例子宫内膜息肉宫腔镜手术患者，探究桂枝茯苓丸加味对其治疗价值，报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料

选取岳阳市中医医院 2023 年 1 月—2024 年 5 月就诊的 94 例子宫内膜息肉患者，以随机数字表法将其分为对照组、观察组，每组 47 例。两组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），见表 1。本次研究符合岳阳市中医医院医学伦理委员会审核（伦理批号：221226）。

收稿日期：2024－10－19　　**修回日期**：2025－03－18
基金项目：湖南省自然科学基金（2024JJ7064）
作者简介：蒋葵（1988－），女，硕士，副主任医师，主要从事妇科常见疾病诊疗。
*通信作者：肖科金（1989－），男，硕士，副主任医师，主要从事中医内科疾病诊疗。

表 1 两组子宫内膜息肉患者一般资料比较

组别	例数	年龄($\bar{x}\pm s$)/岁	最大息肉直径($\bar{x}\pm s$)/cm	月经周期($\bar{x}\pm s$)/d	息肉数量/[例(%)]		宫腔操作史/[例(%)]	
					单发	多发	1 次	≥2 次
对照组	47	33.58 ± 4.47	7.54 ± 1.71	28.49 ± 3.12	25(53.19)	22(46.81)	33(70.21)	14(29.79)
观察组	47	34.02 ± 5.19	7.60 ± 1.38	29.00 ± 2.48	21(44.68)	26(55.32)	30(63.83)	17(36.17)
t/χ^2 值		0.440	0.187	0.877	0.681		0.433	
P 值		0.661	0.852	0.383	0.409		0.510	

1.2 诊断标准

西医诊断参照文献[4]制定如下标准。①临床表现月经淋漓不尽,经血颜色鲜红,有血块,月经量增加;②超声检查显示单个或多个光滑肿物,小体积息肉部位回声不均,体积较大病灶内部中高回声信号,部分可见血流信号;③经病理诊断确诊。

中医辨证符合《中药新药临床研究指导原则》[5]中气滞血瘀证相关标准。主症:月经量多,或淋漓不净,或骤然暴下,伴血块,色暗;次症:经期前后出血,口干,腹痛;脉弦涩,舌暗紫。

1.3 纳入、排除、剔除与脱落标准

1.3.1 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②年龄≥18 岁;③自愿接受宫腔镜手术治疗,且手术顺利完成;④认知、精神正常,可配合研究;⑤对研究知情同意。

1.3.2 排除标准

①合并恶性肿瘤;②宫颈狭窄,无法满足手术需求;③合并阴道炎、合并其他子宫内膜疾病(子宫腺肌病、子宫内膜异位症等);④凝血功能障碍;⑤心脏、肝脏等器官严重功能障碍。

1.3.3 剔除标准

①用药依从性差;②治疗期间失访;③治疗期间发生严重不良反应;④复查检出子宫内膜恶性病变或其他部位恶性病变。

1.3.4 脱落标准

①研究期间主动退出;②研究期间私自联合其他治疗方案;③其他原因未能完成研究者。

1.4 治疗方法

对照组给予地屈孕酮治疗。术后月经周期第 12 天开始,口服地屈孕酮片(Abbott Biologicals B. V., H20170221,10 mg/片),10 mg/次,2 次/d,连续用药 10 d。月经来潮时停止。连续治 2 个月经周期后回院复查,必要时追加 1 个月经周期治疗。

观察组给予地屈孕酮联合桂枝茯苓丸加味治疗。在对照组治疗基础上,应用桂枝茯苓丸加味治疗,组方:桂枝 6 g,茯苓 15 g,牡丹皮 12 g,赤芍 15 g,桃仁 6 g;加味:白术、党参各 15 g,当归 10 g,炙黄芪 30 g,砂仁、制附子各 6 g,肉桂 3 g。疲倦乏力加黄芪 10 g;腰膝酸软加巴戟天、桑寄生各 10 g;湿热重白带多加败酱草、毛冬青各 10 g;痛经甚加三七 10 g,生蒲黄 6 g。水煎取汁,每日 1 剂,早晚两次温服。连续治疗 2 个月经周期后回院复查,必要时追加 1 个月经周期治疗。

两组治疗后均持续随访 6 个月。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 治疗效果评价

参照《中药新药临床研究指导原则》[5]明确中医证候积分标准,并以患者治疗前后中医证候积分确定疗效指数,包括主症、次症(月经量多、经期前后出血、口干、腹痛),以症状严重程度计为 0 分(无明显症状)、2 分(轻度:月经量偏多,经期前后白带红褐色,轻度口干,轻度腹痛)、4 分(中度:月经量明显增加,经期前后点滴状出血,口干明显,腹痛明显但可忍受)、6 分(重度:月经量较多,经期前后出血明显,口干严重,腹痛严重不可忍受);总分为各证候评分相加之和;参考《中药新药临床研究指导原则》[5]评价疗效指数(治疗后积分下降百分比),疗效指数≥90%、70% ~ 89%、30% ~69%、<30%分别为痊愈、显效、有效、无效;有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。

1.5.2 中医证候积分水平

观察并记录治疗前后两组中医证候积分水平。

1.5.3 子宫内膜厚度

治疗前后以经阴道彩色多普勒超声(美国 GE, Vivi9)检测其子宫内膜厚度,重复测量 3 次取平均值。

1.5.4 生殖激素

治疗前后采集患者 3 mL 空腹静脉血,离心(转速 3 500 r/min,时间 10 min,离心半径 10 cm)取上清液,以电化学发光法检测 P、E2、FSH 水平。

1.5.5 不良反应

观察并记录治疗过程中两组的药物不良反应。

1.5.6 复发率

以超声检查结果为准,统计两组治疗后 6 个月时子宫内膜息肉复发率。

1.5.7 生活质量

治疗前、末次随访时，以简易生活质量量表（SF－36）[6]评估患者生活质量，量表包括生理职能、社会功能等 8 个评价维度，每个维度总分 100 分，总分取各维度评分之和平均值，总分 100 分，分数高表示生活质量好。

1.6 统计学分析

数据均录入 Excel，导入 SPSS27.0 软件处理。($\bar{x} \pm s$) 表示中医证候积分、子宫内膜厚度、生殖激素水平、生活质量评分等服从正态分布的计量资料，进行 t 检验；例（%）表示治疗效果、复发率等计数资料，行 χ^2 检验；等级资料秩和检验。$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果

两组治疗效果比较，差异有统计学意义（$P < 0.05$），见表 2。

表 2 两组子宫内膜息肉患者治疗效果比较[例（%）]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	47	11(23.41)	15(31.91)	13(27.66)	8(17.02)	39(82.98)
观察组	47	17(36.17)	16(34.04)	13(27.66)	1(2.13)	46(97.87)[b]
Z 值			1.972			4.424
P 值			0.049			0.035

注：与对照组比较，[b]$P < 0.05$。

2.2 中医证候积分

治疗前两组中医证候积分水平无明显差异（$P > 0.05$）；治疗后两组中医证候积分水平均下降（$P < 0.05$），且观察组低于对照组（$P < 0.01$），见表 3。

表 3 两组子宫内膜息肉患者中医证候积分比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	47	14.63 ± 3.44	7.49 ± 2.10[a]
观察组	47	15.01 ± 3.97	6.15 ± 1.27[ab]
t 值		0.496	3.743
P 值		0.621	0.000

注：与同组治疗前比较，[a]$P < 0.05$；与对照组治疗后比较，[b]$P < 0.05$。

2.3 子宫内膜厚度

治疗前两组子宫内膜厚度无明显差异（$P > 0.05$）；治疗后两组子宫内膜厚度水平均较治疗前降低（$P < 0.05$），且观察组较对照组低（$P < 0.01$），见表 4。

表 4 两组子宫内膜息肉患者子宫内膜厚度比较（$\bar{x} \pm s$，mm）

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	47	8.96 ± 1.22	7.38 ± 1.44[a]
观察组	47	9.01 ± 1.76	6.24 ± 1.11[ab]
t 值		0.160	4.299
P 值		0.873	0.000

注：与同组治疗前比较，[a]$P < 0.05$；与对照组治疗后比较，[b]$P < 0.05$。

2.4 生殖激素水平

治疗后两组 P、E2、FSH 水平均较治疗前下降（$P < 0.05$）；治疗前后两组 P、E2、FSH 水平与对照组无明显差异（$P > 0.05$），见表 5。

表 5 两组子宫内膜息肉患者生殖激素水平比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	P/（ng/mL）		E2/（pg/mL）		FSH/（mU/mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	47	1.05 ± 0.26	0.87 ± 0.22[a]	45.47 ± 6.35	42.23 ± 5.40[a]	5.43 ± 0.84	3.90 ± 0.63[a]
观察组	47	1.11 ± 0.34	0.85 ± 0.19[a]	46.82 ± 7.89	41.11 ± 6.29[a]	5.50 ± 0.76	3.68 ± 0.57[a]
t 值		0.961	0.472	0.914	0.926	0.424	1.775
P 值		0.339	0.638	0.363	0.357	0.673	0.079

注：与同组治疗前比较，[a]$P < 0.05$。

2.5 不良反应

两组治疗期间均未见明显不良反应。

2.6 复发率

观察组复发率为 4.26%（2/47），较对照组的 19.15%（9/47）明显降低（$\chi^2 = 5.045$，$P = 0.025 < 0.05$）。

2.7 生活质量

治疗前两组 SF－36 评分无明显差异（$P > 0.05$）；末次随访时两组 SF－36 评分均较治疗前升高（$P < 0.05$），且观察组较对照组高（$P < 0.05$），见表 6。

表 6 两组子宫内膜息肉患者生活质量比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	末次随访时
对照组	47	69.42 ± 7.88	78.94 ± 9.46[a]
观察组	47	67.02 ± 8.72	83.32 ± 7.51[b]
t 值		1.400	2.486
P 值		0.165	0.015

注:与同组治疗前比较,[a]$P < 0.05$;与对照组末次随访时比较,[b]$P < 0.05$。

3 讨论

子宫内膜息肉发病原因一般与雌激素水平、炎症刺激、合并症等有关,影响患者生存质量[7]。宫腔镜手术可通过镜下观察病灶、直接切除病灶方式满足治疗需求,但对改善患者发病原因效果有限,因此需术后联合用药治疗,抑制子宫内膜增生,降低该病复发风险[8-9]。地屈孕酮是一种口服孕激素药物,口服治疗后会使子宫内膜完全进入分泌期,发生撤退性出血,减少雌激素引发的子宫内膜增生[10]。但该病需要治疗时间长,长时间应用地屈孕酮治疗可能会影响治疗安全性。

中医认为,该病血瘀为本,涉及痰、虚,女子经期或产后余血未净受凉则使血凝,或气虚不可推血运行,使血瘀结,或情志不畅,肝气郁滞,使气滞血瘀[11]。妇科痛症对该病需活血化瘀治疗。桂枝茯苓丸加味基础方为桂枝茯苓方,具活血化瘀、散结止痛之效。有学者[12]认为,气滞、寒凝、瘀血等导致的气血运行不畅,经脉痹阻,不通则痛;妇人气血常亏、胞脉不充,不荣则痛。手术创伤后气血骤减,阴阳变动剧烈,致子宫冲任气血运行不畅,以桂枝茯苓丸治疗可去血瘀、寒凝,使血脉畅通。

本次研究结果显示,观察组治疗有效率较对照组高($P < 0.05$),治疗前两组中医证候积分水平相近($P > 0.05$);治疗后观察组中医证候积分水平较对照组降低($P < 0.01$),提示对子宫内膜息肉宫腔镜手术患者应用地屈孕酮治疗基础上,联合应用桂枝茯苓丸加味治疗,可降低中医证候积分,改善患者出血症状,考虑原因为,方剂组成中桂枝、茯苓共为君药,桂枝性温,可温阳化气,茯苓可渗利下行,君药合用可使寒湿下行,温通血脉。《神农百草经》[13]记载:“桂枝,味辛,温。治上气咳逆,结气,喉痹……,补中益气,久服通神,轻身不老”,说明桂枝可温经通脉、平冲降逆,桂枝茯苓合用,上可宣肺解肌,通玄府,中可温阳健脾运化水湿,下可温阳助肾,使邪由小便而去,因而可宣通三焦、温阳化气。牡丹皮可活血化瘀、凉血清热,赤芍可散瘀止痛、清热凉血,肉桂温经脉,制附子驱寒除湿,当归可补血活血,共为臣药,使升降有度,助君药温通经脉、气血运行[14]。桃仁可疏肝解郁,活血化瘀,炙黄芪、党参可益气补中,砂仁、白术可补脾健胃,共为佐药,使脏腑协调,助水、谷物精微输布,可使脏腑协调,以补脏腑亏虚,使气血运行、活血化瘀。诸药合用,共奏活血化瘀止痛之效。因此可降低中医证候积分,提升临床疗效。

本次研究结果显示,治疗前两组子宫内膜厚度相近($P > 0.05$);治疗后观察组子宫内膜厚度水平较对照组低($P < 0.01$),提示对子宫内膜息肉宫腔镜手术患者应用地屈孕酮治疗基础上,联合应用桂枝茯苓丸加味治疗,可降低子宫内膜厚度,考虑原因为,子宫内膜息肉的形成与子宫内膜细胞增殖凋亡异常有关[15]。人体性激素通过子宫内膜孕激素、雌激素受体发挥生理作用,调节子宫内膜周期性活动。但在雌激素受体高表达时可能会引发子宫内膜细胞增殖/凋亡平衡紊乱,使细胞进入快速增殖状态引发局部组织增生。而若局部组织缺氧状态,在炎症反应、氧化应激反应刺激下,可能会刺激组织增生,增加该病复发风险。应用地屈孕酮治疗,该药通过使子宫内膜进入分泌期抑制子宫内膜过度增生,可在一定程度上控制病症进展。联合应用桂枝茯苓丸加味治疗后,可提升对子宫内膜细胞增生抑制作用[16]。方中桂枝可促进血管扩张、改善循环,茯苓可免疫调节、利尿,牡丹皮可抗炎、抗血小板、抗血栓,赤芍可扩张血管、抗血小板,桃仁可舒张血管、降低血管阻力,当归可降脂、抑制血小板聚集,炙黄芪可改善末梢循环、镇静,党参可调节免疫功能,砂仁可促肠道蠕动、镇静,白术可调节免疫、调节肠胃蠕动,肉桂可降压、镇静,制附子可抗组织缺氧性损伤[17-18]。该方可通过改善循环、调节免疫,降低患者术后创面感染发生风险,调节胃肠道功能可增强食欲,满足患者康复营养需求,提升其免疫能力,减少炎性刺激引发的组织增生,同时可改善循环,维持子宫内膜循环稳定,保证子宫内膜细胞增殖/凋亡平衡性,避免组织增生,控制病症进展并降低该病复发风险[19]。尚平等[20]在一项研究中发现,桂枝茯苓丸主要通过 AKT1、TP53、IL-6、TNF 等信号通路发挥抗炎、改善循环等作用。贾菲菲等[21]认为,桂枝茯苓丸可能通过调节类固醇激素、抑制动脉粥样硬化等途径达到改善循环的作用,均证实桂枝茯苓丸加味具有改善循环、抑制炎症反应等作用,因此可降低子宫内膜厚度,满足治疗需求。

本次研究结果显示,治疗前后两组 P、E2、FSH 水平与对照组相近($P > 0.05$),提示对子宫内膜息肉宫腔镜手术患者应用地屈孕酮治疗基础上,联合应用桂

枝茯苓丸加味治疗，并未明显影响患者生殖激素水平，分析可能是子宫内膜息肉具有雌激素依赖性，雌激素水平会增强子宫内膜表面相应受体，直接刺激子宫内膜增厚，为子宫内膜息肉的复发提供环境支持[22]。联合用药后能够通过改善循环状态，纠正在炎症反应、缺氧环境下引发的孕激素受体、雌激素受体表达异常症状，但该药并未直接刺激性腺轴及子宫内膜表面激素受体，因此并未显著影响生殖激素表达水平。

本次研究结果显示，两组治疗期间均未见明显不良反应，提示联合治疗后安全性理想，考虑原因为，桂枝茯苓丸加味汤剂治疗主要优势为安全性高，通过多种中药饮片共同作用调节激素水平，可避免单一药物用药剂量偏高对引发的药物不良反应。同时桂枝茯苓丸具有活血化瘀、改善循环等作用，可加速药物代谢，减少药物体内蓄积作用引发的不良反应，因此联合治疗安全性好，与秦顺朵等[23]学者研究结论一致。本次研究结果显示，观察组复发率显著降低，且生活质量显著改善，考虑原因可能与联合用药后可抑制子宫内膜增殖有关，减少子宫内膜息肉复发对患者生活质量的影响，因此可提升患者末次随访时 SF－36 评分，证实联合用药治疗具有积极临床价值。

综上，对实施宫腔镜手术治疗的子宫内膜息肉患者在地屈孕酮治疗基础上，联合应用桂枝茯苓丸加味治疗，可提升治疗效果、降低中医证候积分，降低子宫内膜厚度、复发率，改善患者生活质量，且安全性良好。但本次研究局限性为样本量较少，可能会使研究结果存在偏倚性，影响研究结果客观性。且在应用桂枝茯苓丸治疗中，部分患者对汤剂接受度相对较低。将在后续研究中延长研究时限、扩大样本量进一步研究，并优化中药汤剂服用方案，提升患者治疗依从性，使更多患者受益。

参考文献：

[1] 张晟宁，韩喆，王冬梅，等. 宫腔镜冷刀日间手术治疗子宫内膜息肉并不孕患者妊娠结局分析[J]. 腹腔镜外科杂志，2024，29(2)：144－148.

[2] 周良燕. 曼月乐联合桂枝茯苓丸对宫腔镜下子宫内膜息肉电切术术后复发的影响[J]. 中国妇幼保健，2023，38(12)：2304－2308.

[3] 刘福宇，唐寅博，单凯欣，等. 基于网络药理学与分子对接技术探讨桂枝茯苓丸治疗动脉粥样硬化的作用机制[J]. 国际中医中药杂志，2023，45(7)：875－883.

[4] 中国优生科学协会生殖道疾病诊治分会，中国医师协会微无创医学专业委员会妇科肿瘤学组. 子宫内膜息肉诊治中国专家共识(2022 年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2022，38(8)：809－813.

[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：362.

[6] 忻超，邵碧红，施吉耀. 超声引导下高强度聚焦超声消融治疗子宫肌瘤疗效及术后生活质量[J]. 中国计划生育学杂志，2024，32(1)：162－166.

[7] 蒋啸波，黄爱武，周素芬，等. 育龄女性子宫内膜息肉发病特征及宫腔镜术后自然妊娠失败的危险因素分析[J]. 中国优生与遗传杂志，2023，31(6)：1274－1278.

[8] 崔巍，张宇，刘丽丽. 子宫内膜息肉行宫腔镜治疗的临床疗效及对患者症状的影响[J]. 中国妇幼保健，2022，37(24)：4759－4762.

[9] 马春晶，赵兴会，朱春燕，等. 宫腔镜子宫内膜息肉切除术对子宫内膜息肉合并不孕患者复发率及远期妊娠率的影响[J]. 临床误诊误治，2023，36(4)：78－81.

[10] 李璐，朱世丽，纪芬. 地屈孕酮辅助宫腔镜子宫内膜息肉切除术治疗对患者子宫内膜厚度、VEGF 水平及复发率的影响[J]. 临床误诊误治，2023，36(8)：76－79.

[11] 古衡芳，肖雁冰，赵菁，等. 宫腔中放置 LNG－IUS 联合桂枝茯苓丸对年轻子宫内膜息肉切除术后患者的影响[J]. 西部中医药，2023，36(9)：115－119.

[12] 崔凤鑫，师伟，王新，等. 郑惠芳“通因通用”治疗妇科血证和痛证经验发挥[J]. 山东中医杂志，2022，41(3)：250－254.

[13] 袁红霞，詹观生.《神农本草经》与经方应用之桂枝篇[J]. 山东中医药大学学报，2022，46(5)：549－553，558.

[14] 袁红霞，闫早兴.《神农本草经》与经方应用之芍药篇[J]. 山东中医药大学学报，2022，46(1)：1－6.

[15] 王锐，李杰，王丽，等. 宫腔镜电切术治疗子宫内膜息肉的疗效及影响患者术后复发因素的 Logistic 回归分析[J]. 现代生物医学进展，2022，22(12)：2313－2317.

[16] 闫菲，史云，赵琦，等. 基于网络药理学探讨桂枝茯苓丸治疗子宫内膜异位症的作用机制[J]. 世界中医药，2022，17(1)：55－61.

[17] 占慧慧，邓丹，刘媛，等. 基于指纹图谱和网络药理学的茯苓 4 个药用部位饮片质量标志物预测分析[J]. 中国药学杂志，2023，58(10)：891－907.

[18] 黄婷婷，霍少川，麦哲芬，等. 基于网络药理学和分子对接探讨桂枝茯苓丸“异病同治”多囊卵巢综合征和子宫内膜异位症的作用机制[J]. 广州中医药大学学报，2024，41(4)：973－980.

[19] 李雪，赵婧含，吴文轩，等. 桂枝的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药学报，2023，51(5)：111－114.

[20] 尚平，刘琳，方毅. 基于网络药理学和分子对接探讨桂枝茯苓丸治疗子宫内膜异位症的作用机制[J]. 2023，32(9)：704－719.

[21] 贾菲菲，郭苏兰，梁国琼，等. 基于网络药理学和分子对接技术探讨桂枝茯苓丸治疗子宫肌瘤的分子作用机制[J]. 现代药物与临床，2022，37(9)：1965－1974.

[22] 罗祥力，蔡芃夷. Ki－67 和雌激素受体表达对育龄女性宫腔镜下子宫内膜息肉电切术后复发预测价值的研究[J]. 中国性科学，2022，31(4)：121－125.

[23] 秦顺朵，徐明录，陈丽清. 桂枝茯苓丸辅助治疗对子宫肌瘤血清表皮生长因子、性激素及炎症因子水平的影响[J]. 中华中医药学刊，2022，40(3)：59－61.

Effects of Modified Guizhi Fuling Pill Combined with Hysteroscopic Surgery on Endometrial Thickness and Reproductive Hormone Levels in Patients with Endometrial Polyps

JIANG Kui, WANG Chunrong, MAO Xin, XIAO Kejin

(*Yueyang Hospital of Traditional Chinese Medicine*, *Yueyang* 414021, *China*)

Abstract Objective: To investigate the effects of modified Guizhi Fuling pill combined with hysteroscopic surgery on endometrial thickness and reproductive hormone levels in patients with endometrial polyps. Methods: A total of 94 patients with endometrial polyps treated at Yueyang Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2023 to May 2024 were selected and randomly divided into a control group and an observation group, with 47 cases in each group. Both groups underwent hysteroscopic surgery. On this basis, the control group received dydrogesterone treatment, while the observation group received dydrogesterone combined with modified Guizhi Fuling pill. The therapeutic efficacy, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores before and after treatment, endometrial thickness, reproductive hormone levels, and safety were compared between the two groups. Results: The effective rate of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). Before treatment, there was no significant difference in TCM syndrome scores between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, the TCM syndrome scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). Before treatment, there was no significant difference in endometrial thickness between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, the endometrial thickness in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). There were no statistically significant differences in progesterone (P), estradiol (E2), or follicle-stimulating hormone (FSH) levels between the two groups before and after treatment ($P > 0.05$). No significant adverse reactions were observed in either group during treatment. The recurrence rate in the observation group was 4.26% (2/47), significantly lower than that in the control group (19.15%, 9/47) ($\chi^2 = 5.045$, $P = 0.025 < 0.05$). Before treatment, there was no significant difference in the Short Form-36 (SF-36) quality of life scores between the two groups ($P > 0.05$). At the final follow-up, the SF-36 score in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: For patients with endometrial polyps undergoing hysteroscopic surgery, the combination of dydrogesterone and modified Guizhi Fuling pill can improve therapeutic efficacy, reduce TCM syndrome scores, decrease endometrial thickness and recurrence rate, enhance quality of life, and demonstrate good safety.

Key words Endometrial polyps; Guizhi Fuling Pill; Endometrial thickness