

doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2025.01.004

❖ 临床医学研究 ❖

# 耳穴贴压联合足浴促进子宫腺肌病患者术后恢复的效果及镇痛、抗焦虑机制初探

刘娟萍<sup>1</sup>, 曾薇薇<sup>2</sup>, 朱小贞<sup>2</sup>

(1. 上海思博职业技术学院临床护理教研室, 上海 201300; 2. 上海中医药大学附属曙光医院妇科, 上海 201203)

**【摘要】目的:** 探究耳穴贴压联合足浴促进子宫腺肌病患者术后恢复的效果及镇痛、抗焦虑机制。**方法:** 选取行高强度聚焦超声(HIFU)术治疗的107例子宫腺肌病患者,按照干预方式不同分为观察组( $n=54$ )及对照组( $n=53$ )。对照组患者术后予以足浴干预;观察组患者术后在对照组基础上给予耳穴贴压干预,两组均连续干预5 d。对比两组患者术后疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、中医证候积分、心理状态[医院焦虑抑郁量表(HADS)]、睡眠觉醒次数、血清中神经递质[β内啡肽(β-EP)、5羟色胺(5-HT)]、炎症因子[白细胞介素6(IL-6)、可溶性血管细胞黏附分子1(sVCAM-1)]水平、不良反应、1年内的复发率。**结果:** 术后1、3、5 d,两组患者VAS评分均逐渐降低,且观察组的VAS评分均低于对照组( $P<0.05$ );治疗5 d后,两组中医证候积分、焦虑HADS(A)评分均低于术后1 d( $P<0.05$ ),且观察组低于对照组( $P<0.05$ );观察组术后5 d内睡眠觉醒次数少于对照组( $P<0.05$ );两组血清中β-EP、5-HT水平均高于术后1 d( $P<0.05$ ),且观察组高于对照组( $P<0.05$ );IL-6、sVCAM-1水平均低于术后1 d( $P<0.05$ ),且观察组低于对照组( $P<0.05$ )。随访1年,两组复发率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论:** 耳穴贴压联合足浴可有效促进子宫腺肌病患者的术后恢复,减轻术后痛感,改善临床症状、焦虑情绪,可能通过调节神经递质、降低炎症因子水平以发挥镇痛、抗焦虑作用,安全性良好,不易于复发。

**【关键词】** 耳穴贴压;足浴;子宫腺肌病;术后恢复

**【中图分类号】** R271.1 **【文献标志码】** A

## Effect of auricular point sticking combined with foot bath in promoting postoperative recovery of patients with adenomyopathy and the mechanism of analgesia and anti-anxiety

LIU Juan-ping<sup>1</sup>, ZENG Wei-wei<sup>2</sup>, ZHU Xiao-zhen<sup>2</sup>

(1. Clinical Nursing Teaching and Research Section, Shanghai Sibao Vocational and Technical College, Shanghai 201300; 2. Department of Gynaecology, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

**【Abstract】Objective:** To explore the effect of auricular point sticking combined with foot bath in promoting the postoperative recovery of patients with adenomyopathy and the mechanism of analgesia and anti-anxiety. **Methods:** A total of 107 patients with adenomyopathy who underwent high intensity focused ultrasound (HIFU) were divided into observation group ( $n=54$ ) and control group ( $n=53$ ) according to different intervention methods. Patients in the control group were given foot bath intervention after surgery. Observation group was given auricular point sticking intervention on the basis of control group after operation, and both groups were continuously intervened for 5 days. The VAS score, TCM syndrome score, mental state [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)], number of sleep and wake times, serum neurotransmitters [β-endorphin (β-EP), 5-hydroxytryptophan (5-HT)] and inflammatory factors [Interleukin-6 (IL-6), soluble vascular cell adhesion molecule-1 (sVCAM-1)], adverse reactions, and recurrence rate within 1 year were compared between the two groups. **Results:** At 1, 3 and 5 d after surgery, the VAS scores in both groups decreased gradually, and the observation group was lower than the control group ( $P<0.05$ ). After 5 days of treatment, TCM syndrome score and anxiety HADS (A) score were lower in both groups than those of 1 day after surgery ( $P<0.05$ ). The observation group was lower than the control group ( $P<0.05$ ). The number of sleep and wake times within 5 days after surgery in the observation group was lower than that in the control group ( $P<0.005$ ). After 5 days of treatment, the serum levels of β-EP and 5-HT in the two groups were higher than 1 day after surgery ( $P<0.05$ ), and the observation group was higher than the control group ( $P<0.05$ ). The levels of IL-6 and sVCAM-1 were lower than 1 day after surgery ( $P<0.05$ ), and the observation group was lower than the control group ( $P<0.05$ ). After 1 year of follow-up, there

基金项目: 国家自然科学基金(82004398)

作者简介: 刘娟萍(1984-),女,硕士,讲师。E-mail:liujp201506@163.com

通讯作者: 朱小贞。E-mail:zhuxiaozhen2006@hotmail.com

was no statistically significant difference in the recurrence rate between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Auricular point sticking combined with foot bath can effectively promote the postoperative recovery of patients with adenomyopathy, reduce postoperative pain, improve clinical symptoms and anxiety, which may be related to the analgesic and anti-anxiety effects by regulating neurotransmitters and reducing the level of inflammatory factors, with good safety and not easy to relapse.

**[Key words]** Auricular point sticking; Foot bath; Adenomyopathy; Postoperative recovery

子宫腺肌病 (adenomyopathy, AM) 是临床上常见的妇科良性病变,以子宫内膜间质和腺体侵入肌层为主要病理特征,诱发进行性加重的痛经、经期延长、月经过多、甚至不孕等症<sup>[1]</sup>。现阶段,药物和手术是临床最常用的治疗手段,但药物治疗往往无法根治,病情极易反复,疗效欠佳<sup>[2]</sup>;对于年轻或有生育要求的患者,迫切需求保留子宫。高强度聚焦超声 (high intensity focused ultrasound, HIFU) 消融术是近年来广泛应用于 AM 治疗的非侵入式方法之一,可利用超声波聚焦的方式对病灶进行热切除,具有定位准、创伤小等优点。但因 AM 病灶弥漫性分布,使得消融后有存在残余病灶的可能,且因手术创伤和相关炎症反应,极易引起术后急性疼痛,导致免疫抑制等不良后果,且患者受手术创伤疼痛等因素影响,普遍存在焦虑等负性情绪,影响术后康复<sup>[3]</sup>。因此, HIFU 术后镇痛、抗焦虑干预是近年来临床探究的重点和热点。多年来,药物一直是治疗术后疼痛、缓解焦虑情绪的常用方式,但是由此引起的不良反应较多,并发症风险较大。研究<sup>[4]</sup>发现,中医药多模式非药物镇痛策略可以有效促进术后疼痛的控制、心理状态的调整。近年来,耳穴压豆、中药足浴等中医技术逐渐应用于妇科术后康复的干预中,且经研究<sup>[5]</sup>证实,二者均有助于发挥俞穴传导效应,对促进术后生理机能的恢复大有助益。但单一的止痛方式无法满足多数患者的需求,故本研究以镇痛、抗焦虑效应为靶点切入,着重观察耳穴贴压联合足浴协同干预促进 AM 患者术后恢复的情况。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

纳入 2022 年 1 月至 2023 年 6 月上海中医药大学附属曙光医院行 HIFU 术治疗的 107 例子宫腺肌病患者为研究对象,按照干预方式不同分为观察组 ( $n = 54$ ) 及对照组 ( $n = 53$ )。纳入标准:(1) 妇科检查可见子宫体积异常增大、质硬;(2) 符合上述诊断标准,要求保留子宫者;(3) 均接受 HIFU 术,可达病灶中心位置,由同一医师团队进行操作;(4) 年龄 30 ~ 45 岁,未绝经、非妊娠、非哺乳期妇女,半年内无生育要求;(5) 近 3 个月未有激素药物治疗史;(6) 医院焦虑抑郁量表 (hospital anxiety and depression scale, HADS) 中 (A) 量表评分  $\geq 11$  分;(7) 依从性良

好,无沟通、认知障碍,能配合完成各项检查;(8) 签署知情同意书。排除标准:(1) 合并子宫肌瘤、盆腔肿瘤、结核、卵巢囊肿、生殖系统炎症等其他盆腔病变者;(2) 术前存在精神分裂症、广泛性焦虑症、抑郁症等精神疾病者;(3) 恶性肿瘤者;(4) 合并脏腑器质性病变、血液系统、免疫系统疾病者;(5) 采用其他方式治疗者;(6) 存在磁共振成像检查禁忌者;(7) 耳穴贴压穴位处有皮损者。本研究经医院医学伦理委员会批准。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	年龄(岁)	病程(年)	子宫内膜厚度(mm)	子宫体积( $\text{cm}^3$ )
观察组 ( $n = 54$ )	37.35 $\pm$ 7.62	3.05 $\pm$ 0.66	8.30 $\pm$ 1.25	102.77 $\pm$ 10.32
对照组 ( $n = 53$ )	37.42 $\pm$ 7.71	3.11 $\pm$ 0.74	8.35 $\pm$ 1.24	103.26 $\pm$ 10.27
<i>t</i> 值	0.047	0.443	0.208	0.246
<i>P</i> 值	0.962	0.659	0.836	0.806

### 1.2 诊断标准

(1) 西医诊断符合《子宫腺肌病三级管理专家共识》<sup>[6]</sup>中有关子宫腺肌病的诊断标准,结合临床症状、实验室检查、影像学检查、组织病理学检查确诊;(2) 中医诊断符合《中医妇科学》<sup>[7]</sup>中有关寒凝血瘀证的诊断标准,或伴癥瘕。患者多见小腹冷痛,腹痛拒按,得热痛减,形寒肢冷,舌淡胖,紫暗,边尖有瘀点或瘀斑,苔薄白,脉沉迟而涩。

### 1.3 治疗方法

两组患者均行 HIFU 治疗,术后进行常规护理及治疗。对照组患者于术后第 1 d 开始给予足浴干预。处方含:艾叶 30 g、桂枝 15 g、花椒 15 g、怀牛膝 15 g、延胡索 12 g、当归 15 g、莪术 15 g、苍术 10 g、伸筋草 12 g、红藤 15 g、柴胡 20 g,1 剂/d。药剂由本院中药房提供,将药加水 3 L 浸泡 20 min,煮沸后再煮 20 min,待药液温度降至 35 ~ 40  $^{\circ}\text{C}$  时开始泡足,以药液浸没足踝为宜,每次 30 min,连续足浴 5 d。观察组在对照组的基础上,于术后 2 h 开始给予耳穴贴压干预。选穴:神门、皮质下、交感、心、胃、内分泌。局部穴位常规消毒,将王不留行籽贴压于所选耳穴上,并以拇指按压、揉捏,2 min/穴,以酸麻、胀痛感并可耐受为度。指导患者每日早、中、晚饭后 1 h 以正确方法自行按压耳穴,隔 3 d 换另一耳,两耳交替贴压,连续贴压 5 d。

## 1.4 观察指标

(1) 术后即刻、1、3、5 d 分别采用疼痛视觉模拟评分法(visual analoguescale, VAS)评价盆腔相关性疼痛的主观疼痛程度,由轻至重总分记为 0~10 分,评分越高,疼痛越剧烈。(2) 术后 1、5 d 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[8]</sup>中症状量化评分表对腰骶部不适、腹部疼痛、腹部臃积、口干、低热等症状按照无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分,总分 0~15 分,评分越高,症状越严重。(3) 术后 1、5 d 采用 HADS(A)量表中 7 个项目进行 0~3 分评价,评分越高,焦虑情绪越突出,总分 0~21 分。11~21 分为肯定存在焦虑情绪。(4) 记录患者术后 5 d 内因疼痛、焦虑等而觉醒的次数。(5) 术后 1、5 d 采集患者空腹静脉血 5 mL,3 000 r/min 离心 15 min 后,收集血清低温保存。采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定血清中神经递质  $\beta$  内啡肽( $\beta$ -endorphins,  $\beta$ -EP)、5 羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)含量,试剂盒购自上海信宜生物科技有限公司,操作严格按照说明书进行。(6) 术后 1、5 d 采用酶联免疫吸附实验 ELISA 法测定血清中白细胞介素 6(interleukin-6, IL-6)、可溶性血管细胞黏附分子 1(soluble vascular cell adhesion molecule-1, sVCAM-1)水平。(7) 对比两组术后不良反应的发生情况。(8) 停药后随访 1 年,统计复发率。满足下述三项标准之一者为复发:①血清因子又异常升高,除外其它疾病;②术后盆腔阳性体征消失后又复出现;③发现新的子宫腺肌病病灶。

## 1.5 统计学分析

采用 SPSS 27.0 统计软件进行数据分析。计数资料用 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用独立样本 $\chi^2$ 检验;计量资料数据符合正态分布以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验,组内比较采用配对样本  $t$  检验;不同时间点的重复测量结果,采用重复测量设计数据的方差分析,进一步两两比较用 LSD- $t$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者术后疼痛 VAS 评分对比

术后即刻,两组患者 VAS 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。术后 1、3、5 d,两组患者 VAS 评分均逐渐降低,且观察组低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候总积分、焦虑 HADS(A)评分比较

术后 1 d,两组患者中医证候积分、焦虑 HADS(A)评分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗 5 d 后,两组中医证候积分、焦虑 HADS(A)评

分均低于术后 1 d( $P < 0.05$ ),且观察组低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 2 两组患者术后疼痛 VAS 评分对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	术后即刻	术后 1 d	术后 3 d	术后 5 d
观察组( $n=54$ )	6.23 $\pm$ 1.42	4.34 $\pm$ 0.96 <sup>①</sup>	3.17 $\pm$ 0.61 <sup>①②</sup>	0.42 $\pm$ 0.08 <sup>①②③</sup>
对照组( $n=53$ )	6.31 $\pm$ 1.37	5.22 $\pm$ 1.05 <sup>①</sup>	4.59 $\pm$ 0.84 <sup>①②</sup>	1.35 $\pm$ 0.24 <sup>①②③</sup>
$t$ 值	0.296	4.526	10.019	26.991
$P$ 值	0.767	<0.001	<0.001	<0.001

① $P < 0.05$ ,与同组术后即刻比较;② $P < 0.05$ ,与同组术后 1 d 比较;③ $P < 0.05$ ,与同组术后 3 d 比较。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分、焦虑 HADS(A)评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	中医证候总积分		HADS(A)	
	术后 1 d	术后 5 d	术后 1 d	术后 5 d
观察组( $n=54$ )	9.77 $\pm$ 1.54	5.10 $\pm$ 0.75 <sup>①</sup>	11.46 $\pm$ 1.22	4.30 $\pm$ 0.43 <sup>①</sup>
对照组( $n=53$ )	9.81 $\pm$ 1.46	6.43 $\pm$ 1.12 <sup>①</sup>	11.39 $\pm$ 1.25	7.25 $\pm$ 0.31 <sup>①</sup>
$t$ 值	0.138	7.230	0.293	39.418
$P$ 值	0.891	<0.001	0.770	<0.001

① $P < 0.05$ ,与同组术后 1 d 比较。

### 2.3 两组患者术后 5 d 内睡眠觉醒次数比较

术后 5 d,观察组患者的术后 5 d 内睡眠觉醒次数(5.10 $\pm$ 1.12)少于对照组的(7.26 $\pm$ 1.78),差异有统计学意义( $t = 7.528, P < 0.001$ )。

### 2.4 两组患者血清中神经递质水平比较

术后 1 d,两组患者血清中  $\beta$ -EP、5-HT 水平比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗 5 d 后,两组血清中  $\beta$ -EP、5-HT 水平均高于术后 1 d( $P < 0.05$ );且观察组高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者血清中神经递质水平比较( $\bar{x} \pm s$ ,ng/L)

组别	$\beta$ -EP		5-HT	
	术后 1 d	术后 5 d	术后 1 d	术后 5 d
观察组( $n=54$ )	150.36 $\pm$ 17.29	242.66 $\pm$ 31.27 <sup>①</sup>	100.52 $\pm$ 23.19	170.46 $\pm$ 17.56 <sup>①</sup>
对照组( $n=53$ )	151.08 $\pm$ 16.47	218.45 $\pm$ 20.71 <sup>①</sup>	101.48 $\pm$ 25.02	137.63 $\pm$ 20.40 <sup>①</sup>
$t$ 值	0.220	4.712	0.206	10.107
$P$ 值	0.826	<0.001	0.837	<0.001

① $P < 0.05$ ,与同组术后 1 d 比较。

### 2.5 两组患者血清炎症相关指标变化

术后 1 d,两组患者血清中 IL-6、sVCAM-1 水平比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗 5 d 后,两组患者血清中 IL-6、sVCAM-1 水平均低于术后 1 d( $P < 0.05$ );且观察组低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 5。

### 2.6 两组患者不良反应比较

两组患者在治疗期间均未见卵巢功能性肿胀、小腹疼痛等不良反应的发生。

表 5 两组患者血清炎症相关指标变化 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	IL-6 (ng/L)		sVCAM-1 (ng/mL)	
	术后 1 d	术后 5 d	术后 1 d	术后 5 d
观察组 (n=54)	11.45 ± 1.53	3.27 ± 0.48 <sup>①</sup>	200.68 ± 22.35	95.27 ± 13.25 <sup>①</sup>
对照组 (n=53)	11.67 ± 1.41	5.54 ± 0.62 <sup>①</sup>	201.40 ± 23.54	174.60 ± 15.78 <sup>①</sup>
t 值	0.447	24.889	0.162	28.182
P 值	0.656	<0.001	0.871	<0.001

①P < 0.05, 与同组术后 1 d 比较。

### 2.7 两组患者复发率比较

治疗结束后,随访 1 年,对照组复发 9 例,复发率为 16.98%,观察组复发 3 例,复发率为 5.56%。两组患者复发率比较,差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 3.507, P = 0.061$ )。

## 3 讨论

中医典籍中并无子宫腺肌病的病名记载,临床上多根据其临床表现而归属于“月经不调”“痛经”“癥瘕”等范畴,临床多见患者素体阳虚,复感寒邪,瘀血留滞胞宫、经脉,发为寒凝血瘀之证<sup>[9]</sup>。考虑到患者多因病情而情志不舒,故寒湿、瘀血、气郁相互影响,促进术后疼痛、焦虑的发生。临床上针对寒凝血瘀证患者术后宜温阳通脉、散寒化瘀的同时,辅以疏肝解郁之法。近年来,本研究团队在临床诊治实践中发现,在足浴的基础上,协同给予耳穴贴压在镇痛管理、抗焦虑中展现出明显的优势。考虑原因可能在于:一方面,足部通过阳跷、阴跷、阳维、阴维等各经脉加强与全身组织、器官的联系。中药足浴作为中医外治法之一,可使药物的有效成分借助温热效应透皮吸收,直达病所,发挥温经散寒、化瘀通络之功<sup>[10]</sup>。本研究所用足浴方中以艾叶为君药,艾叶主温经止血、散寒止痛;桂枝、花椒为臣药,桂枝温阳通脉、利水消肿、散寒止痛;花椒辛散温燥,长于温中燥湿、散寒止痛;怀牛膝、延胡索、当归、莪术、苍术、伸筋草、红藤、柴胡为佐药,怀牛膝主滋补肝肾、通经络、益精血;延胡索主入气分,长于行气止痛;当归主血分之病,其气轻而辛,功在补血行血,调经止痛;莪术能散,能行,能破,主活血逐瘀、消癥散结;苍术辛苦苦温,可促脾运、燥湿浊;伸筋草功可祛湿消肿、舒筋活络;红藤长于清热解毒、散瘀止痛;柴胡疏畅肝胆气机,功可通经络而开壅结;众药合用,使阳气复、寒湿消、经络通,达到“通则不痛”,诸症自愈。研究<sup>[11]</sup>表明,足浴可促进足部的新陈代谢,扩张局部血管,加快足部的血液循环,有效促进药物吸收,且避免胃肠道的损伤,安全性高。另一方面,耳穴贴压是中医传统护理重要手段之一,也是多模式镇痛的一部分,在缓解术后疼痛方面收效良好<sup>[12]</sup>。中医

学认为,“耳者,宗脉之所聚也”,耳廓上分布着丰富的神经及血管分布,是全身经络汇集之处,有各脏腑组织的相应的反应区(耳穴),通过适当强度的按、揉、压、捏之法刺激耳廓穴位,不仅可调治相应的脏腑气血运行,还可抑制迷走神经兴奋,发挥理气止痛、疏通经络、安神镇静的作用,产生镇痛效用,安抚负性情绪<sup>[13]</sup>。本研究耳穴定位选取神门、皮质下、交感、心、胃、内分泌进行刺激,神门位于三角窝后 1/3 的上部,为手少阴心经主要穴位之一,刺激可解痉止痛、宁心安神;皮质下位于对耳屏内侧面,可抑制大脑皮质,发挥消肿止痛、安神解郁之功;交感为内脏止痛要穴,可调节交感神经,发挥行气镇痛的作用;心穴贴压可安神宁心;胃穴贴压可健脾和胃,促进胃肠功能的恢复;内分泌贴压可调节激素分泌,发挥益气培精、活血通络、疏肝理气之功;通过以上穴位的贴压,可增强镇痛、宁心效果,从而缓解术后疼痛、焦虑情绪。Zhu 等<sup>[14]</sup>研究发现,耳穴贴压可有效抑制中枢神经系统的疼痛传导通路,还可通过诱导神经递质的产生而发挥镇痛、抗焦虑效应,与本研究结果一致。本研究中,观察组患者术后痛感更轻,中医证候积分、焦虑的评分更低,5 d 内睡眠觉醒次数更少 ( $P < 0.05$ )。这表明术后在足浴的基础上,加以耳穴贴压协同干预,更利于促进患者的术后恢复,尤其在缓解术后痛感、减轻症状、改善焦虑情绪等方面更具优势,且无不良反应,复发率低。诸多研究<sup>[15-16]</sup>认为,手术麻醉及各项操作可致机体出现炎症反应,致患者术后产生较强的疼痛感,不仅如此,术后躯体疼痛症状伴随焦虑的发生与神经递质功能失调有关。 $\beta$ -EP 是一种抑制性神经递质,高表达的  $\beta$ -EP 可有效抑制人体感觉神经传导递质中 P 物质的释放,调节疼痛活动通路,抑制疼痛的发生<sup>[17]</sup>;5-HT 作为一种单胺类递质,可抑制神经中枢疼痛信息的传递,参与人体精神、情绪的调节<sup>[18]</sup>。术后创伤状态下血清中 IL-6、sVCAM-1 水平变化可直接反映机体炎症的程度<sup>[19]</sup>。本研究发现,观察组患者经治疗后血清中  $\beta$ -EP、5-HT 水平升高更明显,IL-6、sVCAM-1 水平降低更明显 ( $P < 0.05$ )。

综上,耳穴贴压联合足浴可有效促进子宫腺肌病患者的术后恢复,在镇痛、抗焦虑方面收效理想,安全性良好,不易复发,值得推广。

### 参考文献

[1] Zhang HL, Deng EY, Zhu JE, et al. Intrauterine chilled saline instillation reduces endometrial impairment on MRI after ultrasound-guided percutaneous microwave ablation of uterine adenomyosis [J]. Insights into Imaging, 2024, 15(1): 134.

(下转第 36 页)