

功能失调性子宫出血临床诊断治疗指南(草案)

中华医学会妇产科学分会内分泌学组 中华医学会妇产科学分会绝经学组

正常妇女的月经周期为 24 ~ 35 d, 经期持续 2 ~ 7 d, 平均失血量为 20 ~ 60 ml。凡不符合上述标准的均属异常子宫出血(abnormal uterine bleeding)。异常子宫出血涵盖的范围较大, 既包括器质性疾病所致的异常子宫出血也包括功能失调性子宫出血(功血)。功血有多种月经紊乱形式, 且其内分泌机制不同。目前, 功血的临床处理方法多样, 且略显繁杂, 因而就这一妇科常见病提出规范化诊断治疗原则十分必要。

一、功血的定义及分类

功血是由于生殖内分泌轴功能紊乱造成的异常子宫出血。分为无排卵型功血和有排卵型功血两大类。

1. 无排卵型功血: 青春期及绝经过渡期常见。因下丘脑-垂体-卵巢轴发育不完善或卵巢功能下降导致无周期性排卵, 临床表现为出血失去规律性(周期性), 间隔时长时短, 出血量不能预计, 一般出血时间长, 不易自止。出血频繁或出血多者可引起严重贫血甚至休克。

2. 有排卵型功血: 有周期性排卵, 因此临床上仍有可辨认的月经周期。有排卵型功血常表现为: (1) 月经过多: 指月经周期规则、经期正常, 但经量 > 80 ml。常因子宫内膜纤溶酶活性过高或前列腺素等血管舒缩因子分泌失调所致。(2) 月经间期出血: 又可分为: ①黄体功能异常: 分黄体萎缩不全及黄体功能不全两类。前者由于黄体萎缩过程延长引起子宫内膜不规则脱落, 临床表现为经期延长, 常在点滴出血后才有正式月经来潮, 以后又常淋漓数日; 后者因黄体期孕酮分泌不足, 黄体期缩短, 临床表现为周期缩短, 经量可稍增多。黄体功能异常者常合并不孕或者流产。②围排卵期出血: 原因不明, 可能与排卵前后激素水平波动有关。出血期 ≤ 7 d, 出血停止数天后又出血, 量少, 多数持续 1 ~ 3 d, 时有时无。

目前, 国内尚无大样本量的关于功血的流行病学统计资料, 国外资料则集中在月经过多方面。WHO 资料显示, 在育龄期女性中, 19% 有月经过多。由于相关资料尚不多, 有待更全面的临床观察和相应的流行病学研究。

二、功血的诊断

(一) 诊断依据

功血的诊断须根据病史、身体检查和相应的辅助检查综

合得出。

1. 病史: 包括患者的年龄、月经史、婚育史、避孕措施、是否存在引起月经失调的内分泌疾病或凝血功能障碍性疾病病史, 以及近期有无服用干扰排卵的药物或抗凝药物等, 还应包括已进行过的检查和治疗情况。仔细询问患者的月经情况, 了解出血类型是鉴别功血与其他异常子宫出血的最主要依据。

2. 身体检查: 检查有无贫血、甲状腺功能低减、甲状腺功能亢进、多囊卵巢综合征及出血性疾病的阳性体征。妇科检查应排除阴道、宫颈及宫体病变; 注意出血来自宫颈柱状上皮异位面局部还是来自宫颈管内。

3. 辅助检查: 根据病史及临床表现常可做出功血的初步诊断。辅助检查的目的是鉴别诊断和确定病情严重程度及是否有合并症。辅助检查主要包括: (1) 全血细胞计数: 确定有无贫血及血小板减少。(2) 凝血功能检查: 凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、血小板计数、出凝血时间等, 排除凝血功能障碍性疾病。(3) 尿妊娠试验或人绒毛膜促性腺激素 β 亚单位(β-hCG)检测: 除外妊娠。(4) 盆腔超声检查: 了解子宫内膜厚度及回声, 以明确有无宫腔占位性病变及其他生殖道器质性病变等。(5) 基础体温(BBT)测定: 不仅有助于判断有无排卵, 还可提示黄体功能不全(体温升高天数 ≤ 11 d)、黄体萎缩不全(高相期体温下降缓慢伴经前期出血)。当 BBT 呈双相, 月经间期出现不规则出血时, 可鉴别出血是发生在卵泡期、排卵期或黄体期。(6) 激素水平测定: 适时测定孕酮水平可确定有无排卵及黄体功能, 测定甲状腺素水平可迅速排除甲状腺功能异常, 测定催乳素及其他内分泌激素水平以利于鉴别诊断。(7) 诊断性刮宫或宫腔镜下刮宫: 当异常子宫出血病程超过半年, 或超声检查发现子宫内膜厚度 > 12 mm, 或患者年龄 > 40 岁时, 首次就诊可考虑采用诊断性刮宫或宫腔镜下刮宫, 以了解子宫内膜情况。

(二) 诊断流程

功血的诊断应按照下列步骤进行。见图 1。

1. 确定异常子宫出血的模式: 月经周期、经期、经量都异常为不规则出血。月经间期出血是指两次正常月经之间有点滴出血, 可分为卵泡期出血、围排卵期出血和黄体期出血。

2. 除外器质性疾病: 这是诊断功血的关键。功血应该与所有引起异常子宫出血的器质性疾病, 包括生殖道、非生殖道、全身性疾病以及医源性出血相鉴别。少数情况下功血也可与无症状的子宫肌瘤并存。

DOI: 10. 3760/cma. j. isen. 0529-567x. 2009. 03. 020

通信作者: 郁琦, 100730 中国医学科学院北京协和医院妇产科,

Email: yuqi@pumch. ac. cn

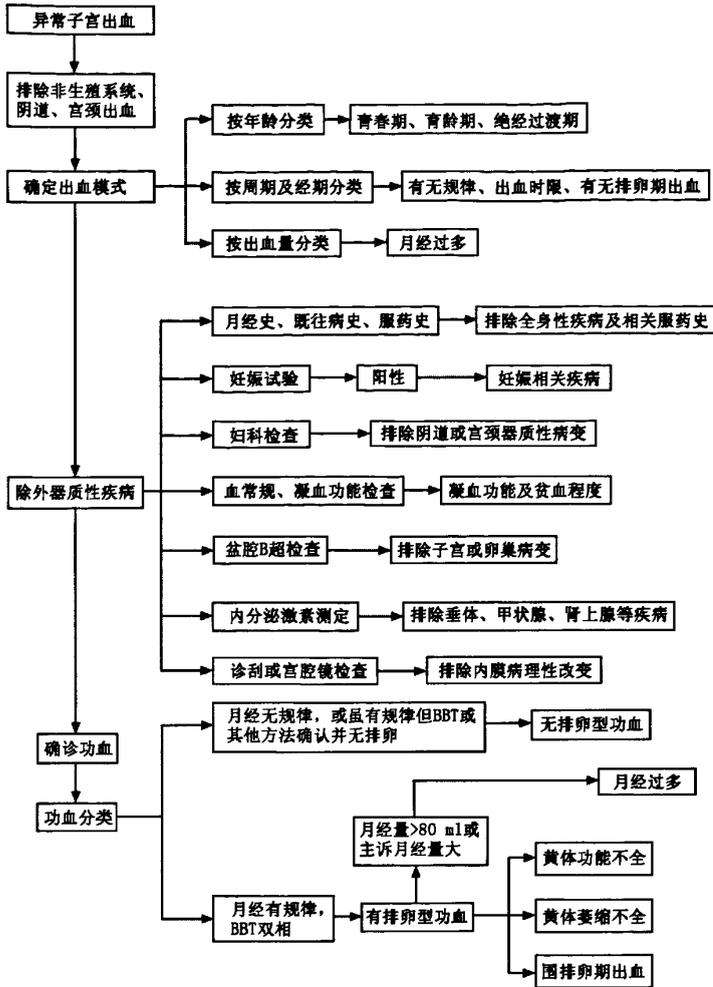


图 1 功血的诊断流程

3. 鉴别有无排卵及无排卵的病因:有排卵型功血与无排卵型功血的病理、生理变化及处理原则都有很大的不同。根据 BBT、出血前 5~9 d 的孕酮水平或适时取子宫内膜进行病理检查即可鉴别。

三、功血的治疗

(一) 无排卵型功血的治疗

1. 止血

(1) 性激素: 无排卵型功血的治疗首选应用性激素。

1) 孕激素: 孕激素治疗也称“子宫内膜脱落法”或“药物刮宫”, 停药后短期内即有撤退性出血, 适用于血红蛋白 > 80 g/L、生命体征稳定的患者。具体用法如下: ① 黄体酮: 20~40 mg, 肌内注射, 每日 1 次, 共 3~5 d。② 地屈孕酮 (其他名称: 达美通): 10 mg, 口服, 每日 2 次, 共 10 d。③ 微粒化黄体酮胶囊 (其他名称: 琪宁): 200~300 mg, 口服, 每日 1 次, 共 10 d。④ 醋酸甲羟孕酮 (MPA): 6~10 mg, 口服, 每日 1 次, 共 10 d。

2) 雌激素: 雌激素治疗也称“子宫内膜修复法”, 适用于

出血时间长、量多致血红蛋白 < 80 g/L 的青春期患者。具体用法如下: ① 苯甲酸雌二醇: 初始剂量 3~4 mg/d, 分 2~3 次肌内注射, 若出血明显减少, 则维持; 若出血量未见减少, 则加量, 也可从 6~8 mg/d 开始, 每日最大量一般不超过 12 mg。出血停止 3 d 后开始减量, 通常以每 3 天递减 1/3 量为宜。② 结合雌激素: 25 mg, 静脉注射, 可 4~6 h 重复 1 次, 一般用药 2~3 次; 次日应给予结合雌激素 (其他名称: 倍美力) 3.75~7.5 mg/d, 口服, 并按每 3 天递减 1/3 量为宜。也可在 24~48 h 内开始口服避孕药。③ 结合雌激素: 每次 1.25 mg 或戊酸雌二醇 (其他名称: 补佳乐) 每次 2 mg, 口服, 每 4~6 小时 1 次, 血止 3 d 后按每 3 天递减 1/3 量为宜。

各种雌激素治疗过程中, 当血红蛋白增加至 90 g/L 以上后, 均必须加用孕激素治疗, 以达到撤退性出血的目的。

3) 复方短效口服避孕药: 适用于长期而严重的无排卵出血。目前使用的是第 3 代短效口服避孕药, 如去氧孕烯-炔雌醇 (其他名称: 妈富隆)、孕二烯酮-炔雌醇 (其他名称: 敏定偶) 或复方醋酸环丙孕酮 (其他名称: 达英-35), 用法为每次 1~2 片, 每 8~12 小时 1 次, 血止 3 d 后逐渐减量至每天 1 片, 维持至第 21 天本周期结束。

4) 高效合成孕激素: 高效合成孕激素可使子宫内膜萎缩, 从而达到内膜萎缩和止血目的, 此法不适用于青春期患者。炔诺酮 (其他名称: 妇康片, 0.625 mg/片) 治

疗出血量较多的功血时, 首剂量为 5 mg, 每 8 小时 1 次, 血止 2~3 d 后, 每 3 天递减 1/3 量, 直至维持量为每天 2.5~5.0 mg; 持续用至血止后 21 d 停药, 停药后 3~7 d 发生撤退性出血。也可用左炔诺孕酮 1.5~2.25 mg/d, 血止后按同样原则减量。

(2) 刮宫术: 刮宫可迅速止血, 并具有诊断价值, 可了解子宫内膜病理变化, 除外恶性病变。对于绝经过渡期及病程长的育龄期妇女应首先考虑使用刮宫术, 对未婚、无性生活的青少年, 除非要除外内膜病变, 不轻易选择刮宫术, 仅适于大量出血且药物治疗无效需立即止血, 或需要进行子宫内膜组织病理学检查者。对于 B 超检查提示宫腔内异常者可在宫腔镜下刮宫, 以提高诊断的准确率。

(3) 辅助治疗: 一般止血药包括氨甲环酸 (其他名称: 妥塞敏) 每次 1 g, 每天 2~3 次, 或酚磺乙胺 (其他名称: 止血敏)、维生素 K 等。1) 丙酸睾酮: 具有对抗雌激素的作用, 可减少盆腔充血和增加子宫张力, 减少子宫出血, 并有协助止血作用。2) 矫正凝血功能: 出血严重时可补充凝血因子, 如纤维

蛋白原、血小板、新鲜冻干血浆或新鲜血。3) 纠正贫血: 对中、重度贫血患者在上述治疗的同时, 可给予铁剂和叶酸治疗, 必要时输血。4) 抗炎治疗: 对出血时间长, 贫血严重, 抵抗力差或有合并感染临床征象者, 应及时应用抗生素。

2. 调节月经周期

采用上述方法达到止血目的后, 因病因并未去除, 停药后多数患者可复发, 需采取措施控制周期, 防止功血再次发生。

(1) 孕激素: 可于撤退性出血第 15 天起, 使用地屈孕酮 10~20 mg/d, 共 10 d, 或微粒化黄体酮胶囊 200~300 mg/d, 共 10 d, 或 MPA 4~12 mg/d, 分 2~3 次口服, 共 10~14 d。酌情应用 3~6 个周期。

(2) 口服避孕药: 口服避孕药可很好地控制周期, 尤其适用于有避孕需求的患者。一般在止血用药撤退性出血后, 周期性使用口服避孕药 3 个周期, 病情反复者可酌情延长至 6 个周期。应用口服避孕药的潜在风险应予注意, 有血栓性疾病、心脑血管疾病高危因素及 40 岁以上吸烟的女性不宜应用。

(3) 雌、孕激素序贯疗法: 如孕激素治疗后不出现撤退性出血, 考虑是否内源性雌激素水平不足, 可用雌、孕激素序贯疗法。绝经过渡期患者伴有绝经症状且单纯孕激素定期撤退不能缓解者, 按《绝经过渡期和绝经后激素治疗临床应用指南修订草案(2006 版)》^[1] 处理。

(4) 左炔诺孕酮宫内缓释系统: 可有效治疗功血, 原理为在宫腔内局部释放左炔诺孕酮, 抑制子宫内膜生长。

3. 手术治疗

对于药物治疗效果不佳或不宜用药、无生育要求的患者, 尤其是不易随访的年龄较大者及内膜病理为癌前病变或癌变者, 应考虑手术治疗。

(1) 子宫内膜去除术: 适用于激素等药物治疗无效或复发者, 尤其适用于无生育要求的有排卵型月经过多患者, 并可同时剔除黏膜下子宫肌瘤。

(2) 子宫全切除术。

(二) 有排卵型功血的治疗

1. 月经过多的治疗

(1) 药物治疗: 1) 止血药: 氨甲环酸口服每次 1 g, 每天 2~3 次, 可减少经量 54%; 经量 < 200 ml 者, 应用后 92% 的患者经量 < 80 ml, 无栓塞性疾病增加的报告。不良反应为轻度恶心、头晕、头痛等。也可应用酚磺乙胺、维生素 K 等。2) 宫腔放置左炔诺孕酮宫内缓释系统: 放置后, 该系统可在宫腔内释放左炔诺孕酮 20 μg/d, 有效期一般为 5 年。使用该系统过程中, 经量可明显减少, 20%~30% 的使用者可出现闭经, 但使用的最初 6 个月可能发生突破性出血。左炔诺孕酮宫内缓释系统副作用少。3) 高效合成孕激素: 使用高效合成孕激素可使子宫内膜萎缩。

(2) 手术治疗: 子宫内膜去除术、子宫全切除术或子宫动脉栓塞术。

2. 月经间期出血的治疗

建议先对患者进行 1~2 个周期的观察, 测定 BBT, 明确出血类型, 排除器质性病变, 再进行干预。

(1) 围排卵期出血: 止血等对症治疗。

(2) 经前期出血: 出血前补充孕激素或 hCG, 卵泡期应用枸橼酸氯米酚促排卵以改善卵泡发育及黄体功能。

(3) 月经期延长: 周期第 5~7 天, 给予小剂量雌激素帮助修复子宫内膜, 或枸橼酸氯米酚促卵泡正常发育, 或在前个周期的黄体期应用孕激素促进子宫内膜脱落。

(4) 口服避孕药: 可适用于上述各种月经间期出血, 口服避孕药可很好地控制周期, 尤其适用于有避孕需求的患者。一般于月经第 1~5 天开始, 周期性使用口服避孕药 3 个周期, 病情反复者可酌情延长至 6 个周期。

参 考 文 献

[1] 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 绝经过渡期和绝经后激素治疗临床应用指南修订草案(2006 版). 中华妇产科杂志, 2008, 43: 396-398.

(收稿日期: 2008-12-25)

(本文编辑: 潘伟)

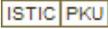
· 消息 ·

第 13 届全国经阴道子宫系列手术及盆底重建学习班通知

由广东省佛山市妇幼保健院主办的全国经阴道子宫系列手术培训项目, 经卫生部批准列入 2009 年国家继续医学教育项目(编号: 2008-05-01-029〈国〉), 现定于 2009 年 5 月 6 至 10 日在佛山市举办“第 13 届全国经阴道子宫系列手术及盆底重建学习班”。学习班将重点讨论经阴道子宫全切除术(包括非脱垂子宫和脱垂子宫)、子宫次全切除术、子宫肌瘤剔除术、广泛性子宫切除术及盆底重建等手术的适应证、禁忌证、操作技巧、并发症的防治等。并将邀请国内著名专家郎景和、沈铿、宋磊、姚元庆、朱兰、王建六、杨冬梓、王沂

峰、张晓薇、罗新、陆安伟、谢庆煌、柳晓春等教授进行专题讲座和手术演示, 并备有相关手术 VCD 及阴道手术专用器械。与会者颁发国家级 I 类继续教育学分 10 分。有意参加学习班者, 请与广东省佛山市妇幼保健院谢庆煌、贾德勤联系, 电话: 谢庆煌: 13809814853、贾德勤: 0757-82969772; 传真: 0757-82969936。也可通过电子邮箱(kejiaoke@fsfy.com)报名, 正式会议通知可从网站(<http://www.fsfy.com>)下载, 也可来电索取。

功能失调性子宫出血临床诊断治疗指南(草案)

作者: [中华医学会妇产科学分会内分泌学组 中华医学会妇产科学分会绝经学组](#)
作者单位:
刊名: [中华妇产科杂志](#) 
英文刊名: [CHINESE JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY](#)
年, 卷(期): 2009, 44(3)
被引用次数: 4次

参考文献(1条)

1. [中华医学会妇产科学分会绝经学组 绝经过渡期和绝经后激素治疗临床应用指南修订草案\(2006版\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2008(5)

本文读者也读过(10条)

1. [中华医学会妇产科学分会绝经学组 绝经过渡期和绝经后期激素补充治疗临床应用指南\(2009版\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2010, 45(8)
2. [中华医学会妇产科学分会产科学组 产后出血预防与处理指南\(草案\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2009, 44(7)
3. [中华医学会妇产科学分会绝经学组 绝经过渡期和绝经后激素治疗临床应用指南修订草案\(2006版\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2008, 43(5)
4. [中华医学会妇产科学分会产科学组. 赵三存. 董悦 妊娠晚期促宫颈成熟与引产指南\(草案\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2008, 43(1)
5. [中华医学会妇产科学分会产科学组 早产的临床诊断与治疗推荐指南\(草案\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2007, 42(7)
6. [中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组 盆腔炎性疾病诊治规范\(草案\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2008, 43(7)
7. [段涛 美国疾病预防控制中心“外阴阴道假丝酵母菌病治疗指南”解读](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2008, 43(3)
8. [中华医学会妇产科学分会绝经学组 激素补充治疗临床应用指南\(2003年\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2004, 39(4)
9. [中华医学会妇产科学分会产科学组. 中华医学会围产医学分会妊娠合并糖尿病协作组 妊娠合并糖尿病临床诊断与治疗推荐指南\(草案\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2007, 42(6)
10. [中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组 滴虫阴道炎诊治指南\(草案\)](#) [期刊论文]-[中华妇产科杂志](#) 2011, 46(4)

引证文献(4条)

1. [金力荣. 刘香国. 王婧君 雌激素临床应用的体会](#) [期刊论文]-[中国医药指南](#) 2010(24)
2. [李莉. 韩素萍 左炔诺孕酮宫内释放系统的治疗作用](#) [期刊论文]-[中国计划生育学杂志](#) 2010(2)
3. [马丽灵. 阮祥燕 妈富隆治疗围绝经期功能失调性子宫出血59例分析](#) [期刊论文]-[现代中西医结合杂志](#) 2011(35)
4. [黄燕萍 现代口服避孕药的应用](#) [期刊论文]-[右江民族医学院学报](#) 2011(3)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhfcck200903020.aspx