

广州中医药大学特色教材

总主编◎王省良

中西医结合妇科学 PBL教程（教师版）

主编◎王小云



科学出版社

广州中医药大学特色教材

总主编 王省良

中西医结合妇科学 PBL 教程

(教师版)

主 编 王小云

副主编 叶润英 周 红 吴 薇 黄旭春

编 委 (按姓氏笔画排序)

王小云 邓霭静 叶润英 成芳平

刘 建 吴 薇 张 颖 罗丽霞

周 红 郑 燕 聂广宁 黄旭春

梁洁莎

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书是广州中医药大学特色教材之一,通过提供妇科临床常见疾病案例,模拟临床诊疗过程,逐步引导学生在询问病史、全面体格检查和辅助检查的基础上,联系病理生理基础和中医病因病机,从解剖学、生理学、病理学、诊断学、中医学基础、药理学、中药学、方剂学及中医内科学、中医妇科学、中医外科学、护理学、伦理学、社会学等多个角度及层面对病例进行综合学习和分析,培养学生多学科整合思维,最终建立系统规范的“以病人为中心”的中西医结合临证诊治思路。

本书可用于医学本科和研究生教育,还可作为住院医师规范化培训的参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合妇科学 PBL 教程:教师版 / 王小云主编. —北京:科学出版社, 2016. 1

广州中医药大学特色教材 / 王省良主编

ISBN 978-7-03-046668-6

I. 中… II. 王… III. 中西医结合-妇科学-中医学院-教材 IV. R711

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 321738 号

责任编辑:刘 亚 曹丽英 / 责任校对:李 影

责任印制:徐晓晨 / 封面设计:陈 敬

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京京华虎彩印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2016 年 1 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2016 年 1 月第一次印刷 印张:15 1/2

字数:397 000

定价:49.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

丛书编写说明

国家规划教材和行业规划教材是专业人才培养的基石，体现了全国专业和课程建设的整体水平，具有先进性和权威性。我校历来积极参与各类规划教材的建设和编写工作，取得了一定的成绩。各类规划教材在我校专业人才培养过程中，发挥了不可替代的作用。

“十二五”以来，为了适应学校发展及教育思想、教学理念、人才培养模式的转变，我校广大教师以极大的热情开展教育教学改革，为提高人才培养质量勇于探索，不懈努力。近年来，我校课程改革实施的依托和课程改革成果的外化——广州中医药大学自编教材（讲义），在学校各专业年级试用，深受学生喜爱。为此，学校应势而为，在广泛使用的自编教材和讲义中，遴选了一批特色教材培育和建设对象。遴选的原则首先要求编写目的明确、针对性强、知识体系完整，充分反映本学科的知识点和方法论，符合学习者的认知规律，充分体现我校办学指导思想和特色。特色教材要贯穿以下几个原则：①融合岭南中医药历史和成就，体现鲜明区域特色；②融合学科研究最新成果，体现学科水平；③融合长期以来课程建设和改革成果，体现课程历史和地位；④融合教育思想和教学方法改革成果，体现教学研究水平。

2013年下半年经教师申报、学校教学指导委员会专家遴选并审定，2014年6月与科学出版社签订了第一批特色教材出版合同，共六本（套）：《中药学》（吴庆光主编），《临床针灸学》（许能贵、符文彬主编），《临床医技学》（赵萍主编），《中西医结合PBL教程（学生版、教师版）》（黄燕，等主编），《医学免疫学与病原生物学实训教材》（邝枣园主编），《伤寒论图表导学（中英文对照）》（罗广波主编）。

在编者的辛勤努力下，经历了编写、试用和修订等过程，今日终得付梓。在探索和求新的过程中，不免有偏激，甚或错漏之处，言者一并海纳，虚心听取，积极改正。

广州中医药大学教学指导委员会
2015年6月20日

前 言

随着世界发生的巨大变化，技术的突飞猛进和科学的重大发现，我们的教育理念也逐渐产生了颠覆性的变化，问题导向学习（PBL）教学模式的产生就是其中之一，它于1969年在加拿大 McMaster 大学医学院试行，在20世纪80年代开始被引入中国的医学教育，是一种新型的教学模式。PBL教学模式颠覆了传统教育以教师讲授为主的教学模式，代之以学生为主体，以问题导向为载体的综合教学模式。PBL教学模式有助于培养学生的主动性、思维发散性和综合思考能力。

本书通过提供妇科临床常见疾病案例，模拟临床诊疗过程，逐步引导学生在询问病史、全面体格检查和辅助检查的基础上，联系病理生理基础和中医病因病机，从解剖学、生理学、病理学、诊断学、中医学基础、药理学、中药学、方剂学及中医内科学、中医妇科学、中医外科学、护理学、伦理学、社会学等多个角度及层面对病例进行综合学习和分析，培养学生多学科整合思维，最终建立系统规范的“以患者为中心”的中西医结合临证诊治思路。

本书全面包含了妇科的“经、带、胎、产、杂病”，每章详细讲述了“教学目标”、“教学内容”、“教学重点及难点”、“教学建议”和“PBL案例”；在每个PBL案例中又包括有“病例摘要”、“问题与思考”、“学习目标”、“Tutor 参考要点”等内容，是一本较为实用的PBL教学指导用书。

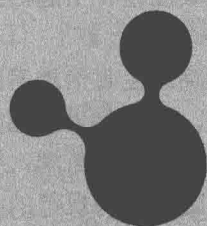
限于编者学术水平有限，本书难免有遗漏之处，希望读者能够不吝指教，以便进一步修正。

编 者

2015年7月

目 录

月经失调的中西医诊治思路	1
绝经综合征的中西医诊治思路	23
带下病的中西医诊治思路	57
妊娠病的中西医诊治思路	89
产后发热的中西医诊治思路	127
不孕症与辅助生殖技术	153
妇科急腹痛的诊治	183
妇科血症急诊的中西医诊治思路	217



教案首页

案例系统：妇科系统

案例主题：月经失调的中西医诊治思路

**教学对象：中医学或中西医临床医学专
业学生**



PBL 课程题目

谢女士的烦恼：月经怎么总不干净

| 导言

月经失调是妇科临床中主要的常见病和多发病，是患者就诊的重要原因。月经失调是月经周期、经期和经量异常的一类疾病，包括周期的改变如月经先期、月经后期、月经先后无定期；经量的改变如月经过多、月经过少；经期的改变如经期延长等。月经失调多数由妇科内分泌疾病所引起，但全身性疾病也可引起，由于月经失调的发病原因复杂，引起月经失调的机制各异，因此月经失调成为临床医生所面临的难题之一。

本案例从一个月经淋漓不净为主诉的患者切入，通过模拟临床住院医师收治患者的全过程，引导学生如何询问病史，进行全面的体格检查和必要的辅助检查，并以此为基础指导学生联系病理生理基础，从解剖学、生理学、病理学、诊断学、药理学、中医诊断学、中医妇科学、伦理学等多个角度及层面对病情进行综合分析，最终帮助学生建立系统规范的临证诊治思路。

| 病例摘要

患者谢女士，女，38岁，因月经淋漓不净25日为主诉就诊。

既往月经欠规律，平素月经周期40~60日不等，经期6~7日，量中，血块(+)，痛经(-)。末次月经(last menstrual period, LMP)：2014年2月2日至今未净。月经第1~5日量多，色暗，夹血块，每日用卫生巾5~7片，湿透二分之一以上，以后量少淋漓不净，用护垫(3~4)片/日，湿少许。就诊时无明显不适。前次月经(past menstrual period, PMP)：2013年12月25日，量色质如常。

已婚，G1P1A0 (G为怀孕次数，P为生产次数，A为流产次数)，未上环，无生育要求。

既往史：2012年因月经淋漓不净20日行宫腔镜检查(hysteroscopy)，取子宫内膜病检，提示子宫内膜息肉，宫腔部分粘连。经予治疗后月经时间缩短至9~11日，开始4~5日量正常，以后5~6日量少，点滴而出。

体格检查：T：36.1℃，P：80次/分，R：18次/分，BP：134/75mmHg。

神清，精神可，发育良好，形态适中，表情自然，查体合作。巩膜及全身皮肤黏膜无黄染及出血点，浅表淋巴结未扪及肿大，头颅五官端正，眼球活动度良好，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，咽不红，扁桃体无肿大。面色稍暗，颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称无畸形，双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心界不大，心率80次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。全腹肌软，全腹无压痛及反跳痛，麦克伯尼点(简称麦氏点)压痛(-)，墨菲征(-)，肝脾肋下未触及，肠鸣音正常。双肾区无叩击痛。脊柱及四肢活动自如无畸形，神经系统检查：生理性反射存在，病理性反射未引出。

舌暗，苔薄白，脉弦滑。

消毒下妇科检：外阴阴道少量血污，子宫颈光滑，子宫增大、无压痛、活动可，双附件未及明显异常。

辅助检查：查尿妊娠试验(-)，血常规、凝血功能、心电图未见明显异常，血清糖链抗

原 125 (CA125)、糖链抗原 153 (CA153)、糖链抗原 199 (CA199)、癌胚抗原 (CEA) 等结果正常。经阴道 B 超提示: 子宫增大, 内膜增厚 23mm、欠均质, 宫腔可疑多发实性占位, 内见多个略强光团, 直径 3 ~ 9mm 不等, 边界欠清, 光团内见蜂窝状液性暗区, 直径 1 ~ 3mm 不等, 建议进一步检查。

| 教学目标

- ☑ 掌握 (1) 掌握月经失调的中医病因病机分析。(2) 掌握月经失调的诊断与鉴别诊断。(3) 掌握月经失调的西医治疗及中医辨证论治。
- ☑ 熟悉 (1) 熟悉妇科四诊收集要点。(2) 熟悉性激素止血的原理和方案。
- ☑ 了解 (1) 了解女性生殖器官的解剖特点。(2) 了解月经的生理和月经失调的病理基础。(3) 了解子宫内膜的生理变化及病理改变。

| 教学内容

- ☑ 基础医学 (1) 女性生殖器的解剖特点。(2) 月经的生理和月经失调的病理基础。(3) 子宫内膜的生理变化及病理改变。(4) 雌激素和孕激素的生理作用。
- ☑ 临床医学 (1) 月经病的概念和临床表现。(2) 月经病的中医病因病机。(3) 月经失调的诊断与鉴别诊断思路。(4) 月经失调的西医治疗原则。(5) 月经失调的中医辨证论治。
- ☑ 检验、影像医学 (1) 出血性疾病相关实验室检查指标的意义。(2) B 超对子宫内膜病变的诊断意义。
- ☑ 护理学 月经病的中医辨证施护及注意事项。
- ☑ 营养学 出血性疾病的营养膳食与宜忌。
- ☑ 社会学 (1) 认识医生在医学领域中的角色, 正确处理好医患关系和医护关系。(2) 认识医学与各种社会因素的相互作用, 如医学与经济、医学与文化等的相互关系。

| 教学重点及难点

- ☑ 重点 月经失调的诊治临证思维。
- ☑ 难点 (1) 月经失调的诊断与鉴别诊断。(2) 月经失调的中医辨证论治思维。
- ☑ 解决办法 通过 PBL 教学课程, Tutor 引导学生围绕病例, 提出问题、建立假设、收集资料、论证和修正假设、归纳总结等教学过程, 帮助学生提高“会学”的能力, 更好地理解、掌握学习内容。

| 关键词

月经失调 诊断 鉴别诊断 中西医治疗

| 教学课时 共 12 学时。

第一次指导课 3 学时

引出月经失调的病案, 引导学生复习月经生理及出血、凝血的病理生理过程, 熟悉首诊医生接待月经失调患者的基本流程和沟通技巧。



第二次指导课 3 学时

根据患者的问诊内容及临床表现,学习月经失调的中医诊断与鉴别诊断,中医证候特征。

第三次指导课 3 学时

出示患者的检查结果,复习月经失调的诊断思路、检查及治疗方法。

第四次指导课 3 学时

复习妇科肿瘤的中、西医治疗方法,指导学生学习妇科肿瘤的预后随访及中医调护。

以上各次指导课中学生自由讨论 90min,学生分析总结 25min,教师点评总结 20min。

教学建议

(1) 参加学生以 6~10 人为宜。

(2) 担任角色:主席与秘书相对固定。

(3) 学习时间分配:重点内容讨论时间约占 80%,其余时间讨论占 15%,教师小结总结与点评约占 5%。

(4) 学习方式:课前准备、沟通协调、查找资料、讨论积极性、表达能力、组织材料、总结概括、解决困难的对策、自我评估、改进提高。

(5) Tutor:准备病例、引导学生、点讨论、改进教案。

(6) 学生学习小结与自我评估:讨论结束后一周内交一篇学生 PBL 小组讨论记录和自我评估,主要内容包括:讨论内容概要,参加讨论的感想、贡献,自己在组织材料和讨论中的优缺点,参与讨论时的困难(知识面、技术面、情绪面等),今后可能采取的对策;也可评价讨论小组的整体水平、其他队员的参与度,如参与讨论的积极性、聆听态度、沟通协调、课前准备、表达能力等,作为成绩的参考及将来改进教案的参考。

推荐学习文献

曹泽毅. 2014. 中华妇产科学. 第三版. 北京:人民卫生出版社

葛钧波,徐永健. 2013. 内科学. 第八版. 北京:人民卫生出版社

刘穗玲,湛小卫,万璟,等. 2013. 宫腔镜检查后子宫内膜病理检查在子宫内膜病变诊断中的价值. 中国妇幼保健, 28 (2): 345-347

罗颂平,谈勇. 2014. 中医妇科学. 第二版. 北京:人民卫生出版社

罗颂平. 2008. 中医妇科学. 北京:高等教育出版社

马建辉,闻德亮. 2013. 医学导论. 北京:人民卫生出版社

单伟颖. 2012. 妇产科护理学. 北京:人民卫生出版社

孙福川,王明旭. 2013. 医学伦理学. 北京:人民卫生出版社

谭兴贵. 2009. 中医药膳与食疗. 北京:中国中医药出版社

谢幸,苟文丽. 2013. 妇产科学. 第八版. 北京:人民卫生出版社

张玉珍. 2007. 中医妇科学. 北京:高等教育出版社

指导课 1: 谢女士入院时的情况

患者谢女士，女，38岁，因月经淋漓不净25天就诊。

既往月经欠规律，平素月经周期40~60日不等，经期6~7日，量中，色暗，血块(+)，痛经(-)。末次月经：2014年2月2日至今未净。月经第1~5日量多，夹血块，每日用卫生巾5~7片，湿透二分之一以上，后20多日淋漓不净，用护垫(3~4)片/日，湿少许。就诊时无明显不适。前次月经：2013年12月25日，量色质如常。已婚，G1P1A0，未上环，无生育要求。

体格检查：T：36.1℃，P：80次/分，R：18次/分，BP：134/75mmHg。

神清，精神可，发育良好，形态适中，表情自然，对答合理，查体合作，步入病房。巩膜及全身皮肤黏膜无黄染及出血点，浅表淋巴结未扪及肿大，头颅五官端正，眼球活动度良好，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，咽不红，扁桃体无肿大。面色稍暗，颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称无畸形，双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心界不大，心率80次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。全腹肌软，全腹无压痛及反跳痛，麦氏点压痛(-)，墨菲征(-)，肝脾肋下未触及，肠鸣音正常。双肾区无叩击痛。脊柱及四肢活动自如、无畸形，神经系统检查：生理性反射存在，病理性反射未引出。

舌暗，苔薄白，脉弦滑。

消毒下妇科检查：外阴阴道少量血污、子宫颈光滑，子宫增大，无压痛，活动可，双附件未及明显异常。

| 问题与思考

- (1) 如果你是谢女士的首诊接诊医生，根据目前情况，结合你既往所学的知识，请问如何收集患者四诊相关资料？
- (2) 女性月经是如何形成的？正常月经有何临床特点？
- (3) 根据女性生殖器的解剖结构，请问异常子宫出血的原因可能有哪些？

| 学习目标

- (1) 熟悉月经病四诊的采集要点。
- (2) 了解女性生殖器的解剖、月经的生理和月经失调的病理基础。

| Tutor 参考重点

(尽量引导学生将所有的要点都问到，提到的要点在□内打钩。)

一、月经病四诊的采集要点

□ 1. 问诊 问月经情况包括问初潮年龄，月经周期、经期、经量、经色，末次月经日期，伴随月经周期出现的相关症状，如乳房胀痛、腹痛、腰痛等。已绝经者应了解绝经的年龄，绝经后有无阴道流血、异常带下或其他不适等。

□ 2. 望诊 望月经主要观察月经的量、色、质的变化。根据经量增多或减少，可以诊断
试读结束，需要全本PDF请购买 www.ertongbook.com



为何种月经病,根据经色和经质改变可作为辨证的依据。若经量多,色淡红,质稀多为气虚;经量少,色淡多为血虚;月经量多,色深红或紫红,质黏稠者,多属阳盛实热;经量少,色鲜红,质较稠者,多属虚热;色淡红或暗,质稀薄如水,而有血块者,多属虚寒;经量多少不定,色紫黯夹血块者,多属血瘀。

□ 3. 闻诊 主要是闻气味,正常月经无特殊异气,如有秽臭、腥臭或腐臭味,多属感染淫邪所致。

□ 4. 切诊 妇科切诊包括切肌肤、切胸腹和切脉。

(1) 切肌肤:通过切诊了解肌肤的温度、润泽度、压痛部位等情况以辨别寒、热、虚、实诸证。如腹部皮肤冰冷,多为阳气不足,或寒邪内盛;局部皮肤灼热,多为热盛。

(2) 切胸腹:主要了解乳房和腹部情况。如乳房形状、对称度,有无肿块,软硬度和活动度,有无触痛等,并观察有无被动溢乳、溢血,腹肌的柔软度,有无压痛和触及肿物等。如腹肌紧张,压痛明显,拒按者多属实证;腹部柔软,痛楚隐隐,喜按喜温,多属虚证;腹部触及结块坚硬,推之不移,痛有定处,多为血瘀;结块不硬,推之可移,多为气滞、痰湿。

(3) 切脉:月经将至或月经潮期,脉常滑而有力,是为月经常脉。若脉数而有力,多为热伏冲任,可见月经先期、月经过多;脉沉细弱,多为气血亏虚,可见月经后期、月经过少、闭经等;脉象细数,多为阴虚内热,精津耗伤,可见月经先期、月经过少、闭经、卵巢早衰;崩漏不止,多见芤脉;漏下日久,脉多虚缓,若此时反见逆脉(脉象洪数),病情较重。

二、月经生理与调节(西医与中医)^[1,2]

1. 西医认识 月经是指伴随卵巢周期性变化而出现的子宫内膜周期性脱落及出血。出现规律的月经是生殖功能成熟的标志。

□ 月经第一次来潮称月经初潮,年龄多在 13~14 岁,但可能早在 11 岁或晚至 15 岁。正常的月经具有周期性,月经周期为两次月经第 1 日的时间间隔,一般为 21~35 日,平均 28 日。每次月经持续时间称经期,一般为 2~8 日,平均 4~6 日。经量为一次月经的总失血量,正常月经量为 20~60ml,超过 80ml 为月经过多。

月经周期的调节机制:

□ (1) 卵泡期在前次月经周期的卵巢黄体萎缩后,雌、孕激素水平降至最低,解除了对下丘脑及垂体的抑制,下丘脑又开始分泌促性腺激素释放激素(gonadotropin-releasing hormone, GnRH),使卵泡刺激素(follicle-stimulating hormone, FSH)分泌增加,促进卵泡发育,在少量黄体生成激素(luteinizing hormone, LH)的协同作用下,卵泡分泌雌激素。在雌激素的作用下,子宫内膜发生增生期变化,随着雌激素逐渐增加,对下丘脑的负反馈作用增强,抑制下丘脑 GnRH 的分泌,加之抑制素 B 的作用,使垂体 FSH 分泌减少。随着优势卵泡的发育,接近成熟时卵泡分泌的雌激素会出现高峰,并持续 48h,即对下丘脑和垂体产生正反馈作用,形成 LH 和 FSH 高峰,两者协同作用,促使成熟卵泡排卵。

□ (2) 排卵后进入黄体期,循环中的 FSH 和 LH 均急速下降,在少量 FSH 和 LH 的作用下,黄体形成并逐渐发育成熟。黄体主要分泌孕激素,也分泌少量雌二醇(estrogen, E₂),促进子宫内膜发生分泌期变化。排卵后第 7~8 日循环中的孕激素达到高峰,雌激素亦达到又一高峰。由于孕激素和雌激素的共同负反馈作用,又使垂体 LH 和 FSH 分泌相应减少,黄体开始萎缩,雌、孕激素分泌开始减少,子宫内膜失去性激素支持,发生剥脱而月经来潮。雌、孕激素和抑制素 A 的减少解除了对下丘脑和垂体的负反馈抑制,FSH 分泌增加,卵泡开始发育,下一个月经周期重新开始,如此周而复始。月经周期主要受下丘脑-垂体-卵巢

(HPO) 轴的神经内分泌调控,同时也受抑制素-激活素-卵泡抑制素系统的调节,其他腺体内分泌激素对月经周期也有影响。HPO 轴的生理活动受到大脑皮质神经中枢的影响,如外界环境、精神因素等均可影响月经周期。大脑皮质、下丘脑、垂体和卵巢任何一个环节发生障碍,都会引起卵巢功能紊乱,导致月经失调。

2. 中医认识 中医认为月经是肾气、天癸、冲任、气血作用于胞宫,并在脏腑、经络的协同作用下使胞宫定期藏泻而产生的生理现象。

月经的产生与调节是在肾气的主导下,天癸成熟泌至,使冲任二脉汇聚脏腑之血溢入胞宫以备种子育胎,既孕则营养胎元,未孕则化为月经依时而下。

中医对月经周期中不同阶段生理变化的认识:在月经周期中,以每月一次的月经来潮为标志,阴阳气血具有周期性的消长变化,形成胞宫定期藏泻的节律,并把一个月经周期划分为四个阶段,即月经期、经后期、经间期和经前期。

□ (1) 月经期:又称行经期。在阳气的推动下,胞宫泻而不藏,血海由满而溢,血室正开,经血下泄。

□ (2) 经后期:经后为“阴血长养”阶段,经后胞宫、胞脉相对空虚,阴血亦相对不足。此期胞宫藏而不泻,需蓄养阴精,使精血渐长。

□ (3) 经间期:经后期的蓄养,使阴精逐渐充沛,冲任气血旺盛,重阴必阳,在肾中阳气的鼓动下,阴精化生阳气,出现氤氲之候。此为乐育之时,又称“真机期”。

□ (4) 经前期:阴精与阳气皆充盛,冲任、胞宫、胞脉皆气血满盈。如真机期阴阳交媾、胎元已结,则胞宫育胎,继续藏而不泻。如孕育未成,则在阳气的鼓动下,血室重开,胞宫泻而不藏,经血下泄。

如此循环往复,周而复始,阴阳气血周期性地消长变化,胞宫进行有节律的定期藏泻。

三、月经失调的病理基础^[1]

正常月经的发生是排卵后黄体生命期结束,雌激素和孕激素撤退,使子宫内膜功能层皱缩坏死而脱落出血。正常月经的周期、持续时间和血量,表现为明显的规律性和自限性。当机体受内部和外界各种因素,如精神紧张、代谢紊乱、过度运动、环境及气候骤变、饮食紊乱、酗酒及其他药物等影响时,可通过大脑皮质和中枢神经系统,引起 HPO 轴功能调节或靶细胞效应异常而导致月经失调。

□ **1. 无排卵性功能失调性子宫出血** 简称无排卵性功血,主要发生于青春期和围绝经期妇女,但两者的发病机制不完全相同。在青春期,下丘脑和垂体的调节功能未臻成熟,它们与卵巢尚未建立稳定的周期性调节,尤其对雌激素的正反馈作用存在缺陷。此时期垂体分泌 FSH 呈持续低水平, LH 无高峰形成。因此,虽有成批的卵泡生长,却无排卵,卵泡发育到一定程度发生退行性变,形成闭锁卵泡。而围绝经期妇女,由于卵巢功能衰退,卵泡几已耗尽,尤其剩余卵泡对垂体促性腺激素的反应性低下,雌激素分泌量锐减,对垂体的负反馈变弱,于是促性腺激素水平升高,但不能形成排卵前高峰,终至发生无排卵性功血。

无排卵性功血是由于单一雌激素刺激无孕酮对抗而引起的雌激素撤退出血。在单一雌激素的持久刺激下,子宫内膜增生过长,若有一批卵泡闭锁,雌激素水平可突然下降,内膜因失去激素支持而剥脱出血,属于雌激素撤退出血。其与雌激素浓度之间存在着一种半定量关系。低水平雌激素维持在阈值水平,可发生间断性少量出血,内膜修复慢使出血时间延长;高水平雌激素且维持在有效浓度,则引起长时间闭经,因无孕激素参与,内膜增厚而不牢固,易发生急性突破出血,且血量汹涌。



严重的无排卵性出血易发生在雌激素分泌量多或持续时间长的病例，由于缺乏孕酮拮抗，子宫内膜不受限制地增生，易自发溃破出血；无孕激素作用的子宫内膜中的血管缺乏螺旋化，不发生节段性收缩和松弛，子宫内膜不能同步脱落，致使一处修复，另一处又破裂出血；不规则的组织破损和多处血管断裂，又因小动脉的螺形收缩不力，造成流血时间长、流血量多且不易自止。此外，多次组织的破损活化了血内纤维蛋白溶酶，引起更多的纤维蛋白裂解，血凝块不易形成，进一步加重了出血。

□ 2. 排卵性月经失调

□ (1) 月经过多：指月经周期规则、经期正常，但经量增多。发病机制复杂，可能因子宫内膜纤溶酶活性过高或前列腺素血管舒缩因子分泌比例失调所致，也可能与晚期分泌期子宫内膜雌激素受体 (ER)、孕激素受体 (PR) 高于正常有关。子宫内膜形态一般表现为分泌期内膜，可能存在间质水肿不明显或腺体与间质发育不同。

□ (2) 月经周期间出血：分为黄体功能异常和围排卵期出血。①黄体的发育健全有赖于足够水平的 FSH 和 LH。目前认为黄体功能不足由多种因素所致，神经内分泌调节功能紊乱使卵泡期 FSH 缺乏，卵泡发育缓慢；LH 不足使排卵后黄体发育不全，孕激素分泌减少；LH/FSH 比率异常也可造成性腺轴功能紊乱，使卵泡发育不良，排卵后黄体发育不全，以致子宫内膜分泌反应不足。此外，生理性因素如初潮、分娩后及绝经前，也可能出现 HPO 轴功能紊乱，导致黄体功能不足的发生。子宫内膜的形态往往表现为腺体分泌不足，间质水肿不明显，也可观察到腺体与间质发育的不同步现象，或在内膜各个部位显示分泌反应不均。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。

四、异常子宫出血的西医诊断与鉴别诊断思路^[3]

异常子宫出血 (abnormal uterine bleeding, AUB) 包括：周期不规律，月经周期频发 (<21 日)、稀发 (>35 日，但 <6 个月)，闭经 >6 个月，经期延长 (>7 日)、缩短 (<3 日)，经量过多 (>80ml)、过少 (<20ml)。

目前采用国际妇产联盟 (FIGO) 建立的月经异常工作组 (FMDG) 在 2011 年及 2014 年中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组发表的非妊娠育龄妇女异常子宫出血新分类系统 (PALM-COEIN 系统) 进行诊断及鉴别诊断。将引起异常子宫出血的病因分为九个基本类型，按照英语首字母缩写为 PALM-COEIN，即息肉 (polyp)、子宫肌腺症 (adenomyosis)、平滑肌瘤 (leiomyoma)、恶性肿瘤和增生 (malignancy and hyperplasia)、凝血病 (coagulopathy)、排卵障碍 (ovulatory disorders)、子宫内膜 (endometrium)、医源性 (iatrogenic) 和未分类 (not classified)。简言之，PALM 部分存在结构改变，可采用影像学技术和 (或) 采用组织病理方法观察检查；而 COEIN 部分无结构性改变，不能采用影像学或者组织病理方法确认。这些分类是为了便于开发现有和后续的亚分类系统。

1. 宫腔息肉 (AUB-P) 息肉分为超声和 (或) 宫腔镜 (有或无病理) 下确认的息肉，有或无组织病理学证据。需排除子宫内膜的息肉样改变，因为那是正常子宫内膜的变异。将来可根据息肉的体积、位置、数量、形态和组织学，进一步做亚分类。

2. 子宫肌腺症 (AUB-A) 引起异常子宫出血的机制仍不清楚。尽管子宫肌腺症的传统诊断标准是依据子宫切除标本中子宫内膜组织在内膜-肌层界面以下深度的组织病理进行评估，但其标准变异很大，临床应用价值有限。目前子宫肌腺症的诊断是依据子宫的影像学检查，主要是超声和磁共振 (MRI) 标准。考虑到世界范围内可采用 MRI 的妇女有限，建议至少需采用超声诊断子宫肌腺症。

3. 子宫平滑肌瘤 (AUB-L) 大部分子宫平滑肌瘤是无症状的, 常见有子宫肌瘤不是异常子宫出血的原因, 同时考虑到子宫肌瘤的发病率很高, 因此, FDMG 对子宫肌瘤又作进一步分类: 初级分类、二级分类和三级分类。初级分类只反映是否存在一个或多个子宫肌瘤, 由超声检查确定, 不考虑位置、数量或大小。二级分类是必须将影响子宫腔的黏膜下肌瘤与其他肌瘤分开, 因为前者最可能引起异常子宫出血。三级分类将肌瘤先分为黏膜下、其他和混合型三大类后又进一步细分, 如黏膜下肌瘤又分为带蒂的完全位于子宫腔内 (0 型)、<50% 位于肌壁间 (1 型)、>50% 位于肌壁间 (2 型); 其他型肌瘤又分为完全位于肌壁间但紧靠子宫内膜 (3 型)、完全在肌壁间 (4 型)、浆膜下 >50% 位于肌壁间 (5 型)、浆膜下 <50% 位于肌壁间 (6 型)、带蒂的浆膜下 (7 型)、其他特殊类型 (如子宫肌瘤、阔韧带或寄生肌瘤)。

4. 恶性肿瘤和增生 (AUB-M) 尽管在育龄期女性中相对少见, 但不典型增生和恶性肿瘤仍然是引起异常子宫出血的重要原因。

5. 凝血异常的全身性疾病 (AUB-C) 凝血异常的全身性疾病指可引起异常子宫出血 (AUB) 的多种止血、凝血功能异常的全身性疾病。

6. 排卵障碍 (AUB-O) 排卵障碍会引起异常子宫出血, 出血时间及量不定, 有时会引起大出血。持续无排卵主要由于 HPO 轴功能异常引起。雌激素持续作用于子宫内膜, 缺乏周期性孕酮对抗, 引起雌激素突破性出血或撤退性出血。常见于青春期、绝经过渡期妇女。有些患者可因多囊卵巢综合征、甲状腺功能低下、高催乳素血症、精神压力、肥胖、厌食、减肥或过度运动, 或甾体激素、酚噻嗪类和三环类抗抑郁药等药物引起。黄体功能不足可引起经间出血。

7. 子宫内原因 (AUB-E) 当异常子宫出血表现仍有周期规律可循, 表明有正常排卵, 又缺乏其他明确病因时, 最可能是子宫内原因局部控制经期失血量的分子机制异常引起的。若出血过多, 可能存在局部“止血异常”的原发疾病, 包括缺乏引起血管收缩的因子和 (或) 纤溶酶原激活物过多引起纤溶亢进和促血管扩张物质产生过多。其他类型的子宫内原因局部疾病可能表现为经间出血, 如子宫内膜炎和感染、局部炎性反应异常, 或子宫内膜局部血管形成异常。在目前尚无诊断这些疾病的特异方法, 因此, 诊断 AUB-E 需在有排卵的基础上排除其他明确异常后确定。

8. 医源性 (AUB-I) 很多医疗干预会引起异常子宫出血或与异常子宫出血有关。使用外源性甾体激素时发生的不按预期时间的出血被称为“突破性出血”, 这是 AUB-I 中最常见的情况。使用释放左炔诺孕酮宫内节育器 (LNG-IUS) 的妇女在治疗初 6 个月内常发生突破性出血, 也在此范畴之列。当考虑异常子宫出血是继发于华法林或肝素等抗凝药, 或者使用干扰多巴胺代谢的会引起排卵障碍的药物时, 分别分类为 AUB-C 或 AUB-O。

9. 未分类 (AUB-N) 在某个特定患者中, 可能存在一些引起或不引起异常子宫出血的情况, 包括动静脉畸形、子宫肌层肥厚、其他一些只能由生化或分子生物学的方法确诊的疾病。目前被划分到 AUB-N, 将来可能被新分类代替, 或归入已有的分类中。

一个患者中可能存在一个或多个引起异常子宫出血的因素。PALM-COEIN 系统对所有患者也以缩写的形式列出所有因素, 如有的患者可能存在分类中的某个病理情况, 如浆膜下肌瘤, 但是与异常子宫出血并无因果关系, 因此, 在应用该分类系统时需对患者进行全面的分析。



指导课 2：经过四诊资料的收集，谢女士的情况归纳如下

医生询问既往史，得知谢女士 2012 年因月经淋漓不净 20 日行宫腔镜检查提示子宫内膜息肉、宫腔粘连。治疗后经期缩短至 9~11 日，开始 4~5 日量正常，色暗，夹血块，后 5~6 日点滴而出。

查体：形体稍胖，腹软，无压痛和反跳痛。舌暗，苔薄白，脉弦滑。

消毒下妇检：外阴阴道少量血污，子宫颈光滑，子宫增大、无压痛、活动可，双附件未及明显异常。主要检查结果：经阴道 B 超提示子宫增大，内膜增厚 23mm、欠均质，子宫腔可疑多发实性占位，内见多个略强光团，直径 3~9mm 不等，边界欠清，光团内见蜂窝状液性暗区，直径 1~3mm 不等，建议进一步检查。尿妊娠试验（-），血常规、凝血功能、心电图未见明显异常。

问题与思考

- (1) 请归纳谢女士的发病特点。
- (2) 为明确初步诊断，请问需要收集哪些方面的资料及进行哪些相关检查？
- (3) 请根据目前已知的情况，初步拟定患者可能患病的顺序（按可能性大小排序），并说明其入选的理由。

学习目标

- (1) 掌握月经失调的诊断与鉴别诊断。
- (2) 了解子宫内膜的生理变化、病理改变及子宫内膜增生发病的相关因素。

Tutor 参考重点

（尽量引导学生将所有的要点都问到，提到的要点在□内打钩。）

一、掌握月经失调的诊断与鉴别诊断^[2]

1. 月经失调的概念和临床表现

□ (1) 月经失调的概念：常见的月经病包括月经周期、经期或经量的异常，包括月经先期、月经过多、经期延长等，可统称为月经失调。

□ (2) 月经失调的临床表现：①月经先期，月经周期提前 7 日以上，15 日以内，连续发生 2 个周期或以上。②月经后期，月经延后 7 日以上，连续 6 个月以内，可伴有经量和经期的异常。③月经先后无定期，经行或提前或错后 7 日以上，交替不定且连续发生 3 个周期以上。④月经过多，月经量明显增多，或每次经行总量超过 80ml，在一定时间内能自行停止，且连续 2 个周期或以上。月经过多可引起继发性贫血。⑤月经过少，每次经行血量明显减少，或不足 30ml，甚或点滴即止，或经行持续时间仅 1~2 日，经量亦较少。⑥经期延长，每次月经持续时间超过 7 日以上，但一般在 15 日内能自然停止，月经尚有一定的周期，可伴有月经过多。

2. 月经失调的诊断与鉴别诊断

- (1) 诊断：主要依据病史、表现、体征及辅助检查。

□ 1) 病史: 详细了解月经失调的类型、发病时间、病程经过、出血前有无停经史, 以及既往治疗经过及效果。注意患者的年龄、月经史、婚育史及避孕措施, 近期有无服用干扰排卵的药物或抗凝药物等, 是否存在引起月经失调的全身或生殖系统相关疾病, 如血液病、甲状腺功能亢进 (简称甲亢) 等。

□ 2) 体格检查: 主要包括全身检查和妇科检查等, 以排除器质性病变。

□ 3) 辅助检查

a. 超声检查: 盆腔 B 超检查可了解子宫和卵巢的大小、形态及内部结构, 对诊断月经失调相关的器质性病变等有重要价值。子宫内膜血流信号情况对鉴别良、恶性子宫内膜病变有一定的帮助, 必要时需诊断性刮宫 (简称诊刮), 以明确诊断。若探及均匀或不均匀稍强回声团块, 需要与子宫内膜息肉、子宫内膜癌、黏膜下肌瘤等相鉴别。

b. 子宫输卵管造影: 可协助诊断浆膜下肌瘤、子宫内膜息肉、生殖道结核等。

c. 诊刮: 全面刮宫, 搔刮整个子宫腔以排除子宫内膜病变或止血; 在经前期或月经来潮 6h 内刮宫以确定排卵或黄体功能; 若不规则流血者可随时进行刮宫。根据病理检查可初步判断内膜病变情况。

d. 宫腔镜检查: 宫腔镜下可见子宫内膜增厚, 或充血。利用宫腔镜可选择子宫内膜病变区进行活检, 可提高早期子宫腔病变如子宫内膜息肉、子宫黏膜下肌瘤等的诊断率。

e. 基础体温 (BBT) 测定: 在具有正常卵巢功能的育龄妇女, 月经周期基础体温显示特有的曲线规律。正常月经周期的基础体温呈双相曲线; 无排卵性月经周期因缺乏孕激素, 基础体温在周期中无明显升高现象, 称单相曲线。

f. 性激素测定: 为确定有无排卵, 可测定血清孕酮或尿孕二醇。

(2) 鉴别诊断: 需要排除生殖道局部病变或全身性疾病所导致的生殖道出血, 尤其是妇科良、恶性肿瘤引起的出血等易误诊为功血, 应注意鉴别。

□ 1) 需要与内科相关疾病如血液病、甲亢或甲状腺功能低下等鉴别。

□ 2) 若为妊娠期妇女, 需要与异常妊娠或妊娠并发症如流产 (abortion)、宫外孕、葡萄胎等鉴别。

□ 3) 生殖器官感染, 如盆腔炎性疾病 (包括子宫内膜炎等) 也会引起月经失调, 需要鉴别。

□ 4) 生殖道肿瘤如子宫内膜癌、子宫颈癌、卵巢肿瘤等引起的子宫异常出血也需要鉴别。

□ 5) 性激素类药物使用不当引起的出血也要注意排除。

3. 归纳本病例的发病特点

□ (1) 年龄特点: 38 岁, 育龄期女性。

□ (2) 病史特点: 既往月经欠规律, 平素月经周期 40 ~ 60 日不等, 经期延长, 既往有子宫内膜息肉病史。

□ (3) 症状特点: 月经淋漓不净 25 日, 月经开始 5 日量多, 夹血块, 每日用卫生巾 5 ~ 7 片, 湿透二分之一以上, 后 20 多日淋漓不净, 用护垫 (3 ~ 4) 片/日, 湿少许。

□ (4) 检查特点: ①查体。腹软, 无压痛和反跳痛。舌暗, 苔薄白, 脉弦滑。消毒下妇科检: 外阴阴道少量血污, 子宫颈光滑, 子宫增大、无压痛、活动可, 双附件未及明显异常。②辅助检查。经阴道 B 超检查提示子宫增大, 内膜增厚 23mm、欠均质, 子宫腔可疑多发实性占位, 内见多个略强光团, 直径 3 ~ 9mm 不等, 边界欠清, 光团内见蜂窝状液性暗区, 直径 1 ~ 3mm 不等。尿妊娠试验 (-), 血常规、凝血功能、心电图未见明显异常。