

*linchuang
shiyongfuchankexue*

临床实用妇产科学

主编：万福英 邹忠香 崔爱香 陈云荣



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

临床实用妇产科学

主 编：万福英 邹忠香 崔爱香 陈云荣

副主编：张 华 孙铁玲 武翠萍 朱 平

李桂娟 高观花 毛丽松 潘永红

编 委：（按姓氏笔画排序）

万福英 毛丽松 毛春艳 朱 平

孙铁玲 邹忠香 李桂娟 陈云荣

张 华 武翠萍 高观花 崔爱香

潘永红

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床实用妇产科学/万福英等主编. —上海: 第二军医大学出版社, 2010.7

ISBN 978-7-5481-0097-3

I. ①临... II. ①万... III. ①妇科学②产科学 IV. ①R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 149458 号

出版人 石进英
责任编辑 单晓巍

临床实用妇产科学

主编 万福英 邹忠香 崔爱香 陈云荣

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

电话/传真: 021-65493093

全国各地新华书店经销

青州市新希望彩印有限公司印刷

开本: 787×1092 1/16 印张: 29 字数: 720 千字

2010 年 7 月第 1 版 2010 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0097-3/R • 903

定价: 73.00 元

参编人员一览表

(按姓氏笔画排序)

- | | |
|-----|--------------------|
| 万福英 | 山东省招远市人民医院 |
| 毛丽松 | 山东省即墨市人民医院 |
| 毛春艳 | 山东省即墨市第二人民医院 |
| 朱 平 | 山东省即墨市中医院 |
| 孙铁玲 | 山东省招远市人民医院 |
| 邹忠香 | 山东省烟台市莱阳中心医院 |
| 李桂娟 | 山东省临朐县人民医院 |
| 陈云荣 | 山东省青岛经济技术开发区第一人民医院 |
| 张 华 | 山东省招远市人民医院 |
| 武翠萍 | 山东省青州荣军医院 |
| 高观花 | 山东省阳信县翟王镇卫生院 |
| 崔爱香 | 山东省临朐县人民医院 |
| 潘永红 | 山东省即墨市人民医院 |

目 录

第一篇 妇科	(1)
第一章 女性内分泌疾病	(1)
第一节 功能失调性子宫出血	(1)
第二节 闭经	(8)
第三节 高催乳素血症及闭经溢乳综合征	(15)
第四节 多囊卵巢综合征	(22)
第五节 经前期综合征	(30)
第六节 性激素治疗的应用	(36)
第二章 外阴炎性疾病	(44)
第一节 非特异性外阴炎	(44)
第二节 婴幼儿外阴炎	(46)
第三节 阴道炎引起的外阴炎	(47)
第四节 外阴前庭炎综合征	(47)
第五节 前庭大腺炎及前庭大腺脓肿	(48)
第六节 前庭大腺囊肿	(49)
第七节 外阴结核	(50)
第八节 慢性肥厚性外阴炎	(51)
第三章 阴道炎性疾病	(52)
第一节 滴虫性阴道炎	(52)
第二节 阿米巴性阴道炎	(54)
第三节 细菌性阴道病	(56)
第四节 念珠菌性阴道炎	(58)
第五节 老年性阴道炎	(61)
第四章 子宫炎性疾病	(62)
第一节 急性宫颈炎	(62)
第二节 慢性宫颈炎	(63)
第三节 宫颈糜烂	(65)

第四节 急性子宫内膜炎	(66)
第五节 慢性子宫内膜炎	(67)
第五章 盆腔炎性疾病	(69)
第一节 急性盆腔炎	(69)
第二节 慢性盆腔炎	(71)
第三节 急性输卵管炎	(73)
第四节 慢性输卵管炎	(75)
第五节 盆腔脓肿	(78)
第六节 盆腔腹膜炎	(80)
第六章 女性性传播疾病	(82)
第一节 梅毒	(82)
第二节 淋病	(85)
第三节 软下疳	(88)
第四节 尖锐湿疣	(89)
第五节 生殖器疱疹	(93)
第六节 非淋菌性尿道炎	(95)
第七节 艾滋病	(97)
第七章 外阴肿瘤	(99)
第一节 外阴良性肿瘤	(99)
第二节 外阴上皮内瘤变	(102)
第三节 外阴癌	(104)
第八章 阴道肿瘤	(108)
第一节 阴道良性肿瘤	(108)
第二节 阴道癌	(109)
第三节 阴道肉瘤	(111)
第九章 子宫颈肿瘤	(113)
第一节 子宫颈癌	(113)
第二节 子宫颈鳞状细胞癌	(137)
第三节 子宫颈腺癌	(139)
第十章 子宫体肿瘤	(141)
第一节 子宫肌瘤	(141)
第二节 子宫内膜癌	(148)

第三节	子宫肉瘤	(154)
第十一章	输卵管肿瘤	(158)
第一节	输卵管良性肿瘤	(158)
第二节	原发性输卵管癌	(158)
第十二章	卵巢肿瘤	(161)
第一节	卵巢肿瘤	(161)
第二节	妊娠期的卵巢恶性肿瘤	(181)
第十三章	妊娠滋养细胞疾病	(184)
第一节	葡萄胎	(184)
第二节	侵蚀性葡萄胎和绒毛膜癌	(188)
第十四章	女性生殖道损伤性疾病	(196)
第一节	尿瘘	(196)
第二节	粪瘘	(203)
第三节	阴道壁膨出	(204)
第四节	子宫脱垂	(208)
第十五章	妇科常用诊断技术	(213)
第一节	门诊常规检查、双合诊及三合诊检查	(213)
第二节	下生殖道活组织检查	(213)
第三节	诊断性刮宫	(214)
第四节	输卵管通气术及通液术	(215)
第五节	子宫输卵管碘油造影	(216)
第六节	盆腔平片检查	(217)
第七节	盆腔静脉造影	(217)
第八节	盆腔动脉造影	(218)
第九节	盆腔淋巴造影	(219)
第十节	妇科超声检查	(219)
第十六章	妇科常行手术	(221)
第一节	输卵管切除术	(221)
第二节	卵巢剖视检查	(221)
第三节	卵巢切除术	(222)
第四节	输卵管卵巢切除术	(222)
第五节	经腹次全子宫切除术	(223)

第六节 经腹全子宫切除术	(224)
第七节 经阴道全子宫切除术	(225)
第八节 扩大全子宫切除术	(225)
第九节 子宫次根治术	(226)
第十节 子宫根治术	(227)
第十一节 卵巢癌减灭术	(227)
第十二节 盆腔淋巴结清扫术	(228)
第十三节 女阴根治术	(229)
第十四节 腹股沟淋巴结清扫术	(230)
第二篇 产科	(231)
第一章 病理妊娠	(231)
第一节 流产	(231)
第二节 异位妊娠	(235)
第三节 妊娠高血压综合征	(244)
第四节 早产	(254)
第五节 过期妊娠	(257)
第六节 前置胎盘	(258)
第七节 胎盘早期剥离	(263)
第八节 双胞胎妊娠	(267)
第九节 羊水过多	(269)
第十节 羊水过少	(272)
第十一节 胎儿宫内发育迟缓	(274)
第十二节 母儿血型不合	(276)
第十三节 死胎	(282)
第二章 妊娠合并症	(284)
第一节 妊娠合并心脏病	(284)
第二节 妊娠合并胸廓畸形	(287)
第三节 妊娠合并肺结核	(288)
第四节 妊娠合并肝病	(291)
第五节 妊娠合并消化性溃疡	(294)
第六节 妊娠合并尿路感染	(295)
第七节 妊娠期急性肾功能衰竭	(298)

第八节 妊娠合并缺铁性贫血	(304)
第九节 妊娠合并再生障碍性贫血	(307)
第十节 妊娠合并巨幼红细胞性贫血	(308)
第十一节 妊娠合并白血病	(308)
第十二节 妊娠合并糖尿病	(311)
第三章 分娩期并发症	(315)
第一节 弥漫性血管内凝血	(315)
第二节 产后出血	(319)
第三节 晚期产后出血	(323)
第四章 产褥期并发症	(325)
第一节 产褥期中暑	(325)
第二节 乳胀及乳头皲裂	(326)
第三节 产褥感染	(327)
第五章 分娩异常	(332)
第一节 产力异常	(332)
第二节 产道异常	(337)
第三节 胎位异常	(342)
第四节 胎儿发育异常	(351)
第六章 遗传性疾病产前诊断	(353)
第一节 羊水细胞培养检查染色体	(353)
第二节 孕早期利用绒毛组织进行产前诊断	(354)
第三节 遗传病的产前基因诊断方法	(355)
第四节 其他产前诊断方法	(355)
第七章 产科镇痛与麻醉	(357)
第一节 有关分娩疼痛的基本知识	(357)
第二节 产科镇痛的方法	(357)
第八章 妊娠及授乳妇女的临床用药	(362)
第一节 妊娠妇女的临床用药	(362)
第二节 孕妇用药对胎儿的影响	(364)
第三节 妊娠后期及临产时用药对婴儿的影响	(367)
第四节 授乳妇女用药对乳婴的影响	(368)
第九章 产科特殊检查	(370)

第一节 羊膜腔穿刺	(370)
第二节 胎儿、胎盘功能检查	(371)
第三节 胎儿成熟度检查	(373)
第十章 产科手术	(375)
第一节 会阴、阴道裂伤修补术	(375)
第二节 会阴切开缝合术	(375)
第三节 人工破膜术	(376)
第四节 人工剥离胎盘术	(377)
第五节 宫腔纱布条填塞术	(378)
第六节 胎头负压吸引术	(378)
第七节 产钳术	(380)
第八节 宫颈、宫腔探查术	(382)
第九节 剖宫产术	(382)
第三篇 计划生育技术	(385)
第一章 药物避孕	(385)
第一节 女用短效口服避孕药	(385)
第二节 女用长效口服避孕药	(386)
第三节 女用速效口服避孕药	(388)
第四节 女用紧急避孕药	(389)
第五节 女用长效注射避孕药	(390)
第六节 皮下埋植避孕法	(391)
第七节 女用阴道药环	(393)
第二章 宫内节育器	(394)
第三章 人工终止妊娠	(399)
第一节 利凡诺引产	(399)
第二节 前列腺素中期妊娠引产	(400)
第三节 天花粉引产	(401)
第四节 负压吸引术	(402)
第五节 钳刮术	(403)
第六节 无痛人流术	(404)
第七节 药物流产	(405)
第四章 输卵管绝育术	(408)

第五章 节育手术并发症	(411)
第一节 人工流产手术时并发症	(411)
第二节 大月份钳刮术并发症	(413)
第三节 大网膜黏连综合征	(415)
第四节 宫内节育器异位	(416)
第四篇 生殖医学	(418)
第一章 妊娠	(418)
第一节 受精	(418)
第二节 着床	(419)
第三节 妊娠的维持及激素调节	(420)
第四节 分娩	(421)
第二章 女性不孕症的原因	(422)
第一节 排卵障碍	(422)
第二节 输卵管因素	(429)
第三节 子宫及子宫颈因素	(431)
第四节 身心因素、性生活及其他因素	(435)
第五节 免疫因素	(436)
第三章 男性不育症的原因	(439)
第四章 男性不育症的治疗	(442)
第一节 精液异常性不育症的治疗	(442)
第二节 不育症的手术治疗	(444)
第五章 人工受精	(445)
第六章 体外授精与胚胎移植及其他辅助生育技术	(447)

第一篇 妇科

第一章 女性内分泌疾病

第一节 功能失调性子宫出血

功能失调性子宫出血（DUB）是由于调节生殖的神经内分泌机制失常，卵巢无排卵，或虽有排卵但卵泡或黄体发育异常，性激素合成失调使子宫内膜发育异常所致。临床上 DUB 分为两类：无排卵型和有排卵型 DUB。

患者中 70% 与无排卵有关，50% 以上发生在 45 岁以上的妇女，20% 见于青春期，其余见于育龄期。但要注意排除妊娠和其他全身性或生殖系统器质性病变所引起的子宫异常出血。

正常月经周期有赖于下丘脑—垂体—卵巢轴系统调节。大脑皮质控制下丘脑的功能，机体内任何因素干扰了此系统的完整性，均可导致 DUB。精神过度紧张、环境和气候改变、营养不良、劳累过度或代谢紊乱等因素，均可通过大脑皮质的神经递质，影响下丘脑—垂体—卵巢轴，性激素分泌异常使子宫内膜无周期性的脱落而发生异常的撤退性或突破性出血。

【临床表现】

（一）无排卵型 DUB

表现为不规则阴道出血，出血前可有 5~10 周停歇，亦可恰在相当月经期开始时出血。可表现为断续出血，量多少不定，时出时停；亦可表现为持续出血，甚至可长达 1~2 个月。多数无腹痛，大量出血或病程持久者因失血多可致贫血。

（二）有排卵型 DUB

1. 黄体功能不全 一般表现为月经周期缩短，经期正常或略长，经血量较多或正常。有时患者月经周期虽基本正常，但黄体期较短，故多数患者不孕或怀孕后流产。

2. 黄体萎缩不全 月经周期多正常，但经期延长，经血量较大。

【诊断】

排除生殖道器质性病变，确定功血的病因、病理和临床分型。

（一）病史

仔细询问个人发育史和月经史、病因和诱因、发病情况、诊疗过程，尤应注意所用激素和药物的名称、剂量、疗效、激素测定和内膜诊刮的病理结果。

（二）查体

注意全身营养状况，有无贫血、黄染、出血倾向（出血点、淤斑、和紫癜）、淋巴结、甲状腺及乳房检查。盆腹腔有无肿物和肝脾是否肿大等。

(三) 妇科检查

注意观察出血量、来源、性质，阴道、子宫颈、子宫、卵巢有无肿瘤、炎症、子宫内膜异位症等器质病变。肛诊了解后盆腔和直肠情况。

(四) 辅助检查

目的了解卵巢功能（排卵和黄体功能）和子宫内膜组织病理变化。

1. 诊断性刮宫 欲监测排卵应于月经前1~2d或行经后6h内诊刮。欲确定黄体功能障碍类型，则应于行经第5天后诊刮。诊刮必须彻底全面，尤应注意两侧宫角部，刮出物全部送检。

2. 排卵和黄体功能监测 ①基础体温（BBT）：双相型曲线提示有排卵，高温相缩短（<8d）或不稳定见于黄体功能障碍。单相型曲线提示无排卵；②阴道细胞学和宫颈黏液功能（数量、黏稠度、拉丝度和结晶型）检查：评估排卵和黄体功能；③激素测定：包括血FSH、LH、PRL、E₂、P、睾酮（T）、T₃、T₄等水平测定，及24h尿17-酮类固醇（17KS）、17-羟类固醇（17OHCS）浓度测定；④超声检查：观察卵泡发育、排卵和黄体情况，并排除生殖器或盆腔肿瘤。经阴道超声检查对功血鉴别诊断有重要的价值。可发现小型卵巢囊肿，观察是否有多囊卵巢超声像。若内膜呈单线状，则提示雌激素水平低；若内膜增厚、回声增强，应怀疑增生、腺癌或黏膜下肌瘤，需行刮宫检查或宫腔镜以助确诊。据 Tonngsong 的临床实验研究，在阴道超声检查时，发现正常或低危内膜（包括：内膜增生、非活动性息肉）及异常或高危内膜（包括：不典型内膜增生、内膜癌）的平均厚度分别为 $8.2 \pm 4.8 \text{ mm}$ 及 $13.2 \pm 3.6 \text{ mm}$ 。并提出：绝经前后出血子宫内膜厚度 < 7 mm 作为正常内膜的预检值（敏感性 100%，特异性 40%），表明：经阴道超声测量子宫内膜厚度 7 mm 是筛查绝经前后出血子宫内膜癌或过度增生的最合适的阈值，内膜厚度 ≤ 6 mm 则不必作诊断性刮宫。子宫内膜癌超声表现多为：内膜增厚（11~22 mm），形态不规则，内部回声为不均质，宫腔有积液等。

3. 宫腔镜检查 已成为鉴别子宫出血原因不可缺少的手段。在诊断宫腔息肉、黏膜下肌瘤有确诊价值。

4. 血液常规和凝血、纤溶功能检查 包括血红蛋白、红细胞、白细胞计数，血细胞比容、出凝血功能检查，必要时骨髓穿刺检查。

5. 肝、肾功能检查。

【鉴别诊断】

目的在于排除器质性病变引起的异常子宫出血。

(一) 全身系统性疾病

1. 血液病 最常见的是血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、白血病等。

2. 内分泌疾病 如甲状腺功能减低、肾上腺皮质功能异常及糖尿病等引起的持续性无排卵。

3. 肝脏疾病 由于影响雌激素代谢或凝血因子的合成等原因，而致子宫出血。

4. 肾功能衰竭透析治疗后。

5. 全身性红斑狼疮 由于损伤血管功能或血液抗凝抗体作用而引起。

6. 神经系统肿瘤、精神创伤、应激、营养不良。

(二) 生殖系统疾病

1. 妊娠并发症 各种流产、异位妊娠、葡萄胎。
2. 肿瘤 子宫肿瘤如肌瘤（肌间、黏膜下）、宫颈癌、宫体内膜癌或肉瘤、绒毛膜上皮癌；多囊卵巢、卵巢肿瘤，尤其是分泌雌、雄激素的性索间质瘤；输卵管癌。
3. 炎症 一般或特异性（结核、性病）子宫内膜炎、阴道炎、宫颈炎、宫颈息肉。
4. 子宫肌腺症、子宫内膜异位症、子宫内膜息肉、引产后或分娩后胎盘或胎儿组织残留、子宫动静脉畸形、子宫内膜血管瘤。
5. 生殖道创伤、异物。

(三) 医源性出血

放置宫腔避孕环后、使用激素类避孕药后、宫颈电烙后、服抗凝药后、性激素服用不当、药物流产术后等。

【治疗】

(一) 治疗原则

对出血多的病例，首先应考虑止血，然后调整月经周期，纠正贫血，防治感染和改善一般情况。青春期妇女止血后应促使卵巢恢复排卵功能；更年期妇女止血后则以调整周期，减少出血为重点，不需恢复排卵；育龄期有排卵型患者，应促使其恢复黄体功能。

(二) 无排卵型 DUB 的治疗

1. 急症处理 DUB 往往急性失血过多，需紧急止血，方法如下：

(1) 刮宫术：是传统的紧急止血法，迅速有效，同时取子宫内膜作病理检查又有助于诊断。首次刮宫约 70% 患者效果明显；但由于未能纠正原有的内分泌功能失调，约 40% 患者容易复发。刮宫术不适用于青春期末婚患者。长期出血患者如有继发性子宫内膜炎，术前后给予抗生素。更年期患者应作分段诊刮以排除癌变。

(2) 雌激素：适用于青春期患者。出血是因体内雌激素水平下降，子宫内膜脱落后不能修复所致。补充雌激素可使内膜迅速修复而达到迅速止血的目的。

用药方法：用药及其剂量和途径按止血要求的缓急而定。一般用己烯雌酚，每日口服 2~6 mg，可在 2~3 日内止血。止血后，每 3 日减量一次，每次减量不宜超过原用量的 1/3，直至维持量每日 0.5~1 mg。从止血后算起，继续服药 20 日左右，停药 2~5 天后出现撤退性子宫出血。患者可同时服维生素 B₆ 以缓解乙雌酚引起的恶心、呕吐副作用。如出血多，可肌肉注射己烯雌酚 2mg，每 2~4 小时一次。如副作用明显，可改用苯甲酸雌二醇肌肉注射，每 2~4 小时一次，止血后改用己烯雌酚口服，并逐渐减量至维持量。雌激素撤药性出血往往因子宫内膜剥落不全而引起出血时间延长，可在维持量最后 7 日，每日用黄体酮 10~20 mg 肌肉注射，以减少月经出血量。

国外报道采用结合型雌激素，大剂量静脉注射，每 4 小时 25 mg；止血后改用雌激素合并孕激素治疗，减少撤药性出血：据目前的资料表明，72% 患者有效。作用机理是通过改善凝血因子产生影响，故特别适用于血凝障碍如血友病和遗传性假血友病患者，但需注意其可引起血栓等副作用。

(3) 孕激素：适用于体内有一定雌激素水平的患者，能使子宫内膜发生分泌期改变而完全脱落，有人称之为“药物性刮宫”。其止血作用发生于撤药性出血以后，撤药性出血量可能比 DUB 的出血量多，应预先向患者解释以免引起恐慌。

用药方法：黄体酮 10~20 mg，肌内注射，每日一次，共 5 日，一般停药后 2~3 日发生撤药性出血。亦可选用安宫黄体酮 10 mg，每 4~6 小时一次，止血后逐渐减量，每次减药量不超过原用量 1/3，直至维持量每日 4~6 mg；维持用药至止血后 20 日，停药后 3~7 日出现撤药性出血。如效果欠佳，应考虑体内雌激素水平过低，影响孕酮发挥作用，可每日加用结合型雌激素 0.625 mg 或炔雌醇（乙炔雌二醇）0.02 mg。

有报道炔诺酮有致动脉粥样化的作用，且子宫内膜前列腺素 F_{20} 和前列腺素 E_2 的浓度用药后无变化，故出血量未减少，目前对使用该药尚有争议。

（4）雌孕激素合并法：可选用以孕激素为主的短效避孕药，尤其适用于有避孕要求的患者。

用药方法：口服避孕药 I 号或 II 号，每日 4 片，常可在 2~3 日内止血；止血后逐渐减量至维持量每日一片，共 20 日。停药后 2~3 日内有撤药性出血，长期应用少数患者可继发闭经，有生育要求者慎用。

（5）促性腺激素释放激素促效剂（GnRHa）：近年报道短期应用 GnRHa 急症止血后可争取时间让患者改善贫血状况和考虑下一步治疗方案。其机制可能与大剂量结合型雌激素静脉注射相似，促使雌激素水平升高和子宫内膜修复。首次应用可使出血减少 30%~50%，此后闭经。但停药后又无效。

用药方法：可选用长效 goserelin 皮下埋植，每月 3.6 mg，共 3 个月。副作用是用药时间长有雌激素缺乏症状、潮热、阴道干涩和偶有头痛等，用药 6 个月以上或有骨质疏松的危险性。亦可选择经鼻黏膜吸入 buserin，每次 400 μg ，每日一次或每次 200 μg ，每日 3 次。有人建议随后采用孕激素治疗。

（6）去氨加压素（DDAVP）：一种合成肽类，与内源性激素相比较，其作用强且半衰期长。作用是迅速提升凝血因子Ⅷ发挥影响。

用药方法：在 15~30 分钟内静脉注射用 50 ml 生理盐水稀释的去氨加压素 15 μg （0.3 $\mu\text{g}/\text{kg}$ ），90~120 分钟凝血因子Ⅷ达最高水平，并持续 6 小时以上。12~14 小时后重复首次剂量同样有效。24~48 小时后用药可重建初次反应。鼻黏膜用药效果较差，凝血因子Ⅷ仅增加 2 倍。

（7）严重出血者配血备用：一旦 DUB 严重出血被控制，应采用巩固疗效的方案，如药物不能控制，可考虑再次刮宫。

2. 调整周期治疗 大部分 DUB 患者并不需要急症处理，可先用药物治疗。如果无效，应重新估计出血量（主诉出血过多者仅 38% 每次月经出血超过 80ml，准确测量月经量的实用方法尚待探讨）。亦有再次宫腔镜检查的指征。

（1）雌孕激素序贯疗法：己烯雌酚 1 mg，每晚一次，于月经周期第 5 日起连服 20 日，于服药第 16 日起每日加用黄体酮 10 mg 肌内注射，共 7 日，连续用 3 个周期。青春期患者停药后可自发排卵。

（2）雌孕激素合并疗法：口服避孕药 I 号或 II 号，每日一片，于月经周期第 5 日起连服 22 日，连续 3 个周期。尤其适用于有避孕要求者。

（3）释放孕酮类药物的宫内节育器：放置释放 18 甲基炔诺酮的宫内节育器一年后经血减少 97%。缺点是经间点滴出血，常发生在放置后第一个月，个别可闭经。对年青患者或更年期患者又不宜作子宫内膜切除术者，可作为口服避孕药的替代方法。

(4) 前列腺素抑制剂：子宫内膜前列腺素浓度增高可能影响溶酶体稳定性致各种蛋白酶释放，使子宫内膜凝血机制紊乱。可选用萘普生（甲氧萘丙酸），使月经量减少30%~47%。用法为月经头2日每日750 mg，以后每日250 mg，一般不超过5日，亦可用甲灭酸，使月经量减少24%~46%，每次500 mg，每日3次，与食物同时服，伴有痛经、头痛、恶心和腹泻等症状亦可得到缓解。优点是短期应用副作用小，副作用主要有胃肠刺激作用，故有消化道溃疡和支气管肺病者禁用。

(5) 丹那唑：又称炔羟雄烯唑，作用机制未明。其中枢抑制作用可影响黄体生成激素（LH）和促卵泡激素（FSH）脉冲分泌，但未改变LH和FSH在外周的浓度。已知可作用于下丘脑的雄激素受体，导致LH频率减少。丹那唑在体内与性激素结合蛋白结合，游离睾酮增加，还可引起肝脏性激素结合蛋白合成减少，抑制多种酶作用，使卵巢甾体激素合成减少，外周雌二醇减少。此外，丹那唑可在子宫内膜与孕激素受体结合，使子宫内膜萎缩，经血减少86%。对一些不明原因的DUB有效。每日口服100~200mg。连用12周，经量减少，经期缩短，周期改变不大。副作用为痤疮、烦躁、皮脂腺分泌增加、浮肿、多毛、乳房萎缩、部分肩部肌肉僵硬等，停药后副作用可消失。

(6) 抗纤溶制剂：对子宫内膜纤溶活性增加所致的出血有效，减少经量50%左右。选用口服止血芳酸每次500 mg，每日2~4次；或100~200 mg加入25%~50%葡萄糖40 ml缓慢静脉注射，每日1~2次，至出血明显减少时停药。亦可用口服6-氨基己酸，每次2 g，每日3~4次；或按每kg体重0.1 g加入50%葡萄糖或生理盐水100 ml中静脉滴注。也可用止血环酸400 mg加入10%葡萄糖40~60 ml中静脉注射，每日一次。副作用有恶心、腹泻和头晕等，需注意血栓形成的危险。

(7) 中药：据报道口服云南白药止血效果好，有激活血小板，提高血小板凝集性的作用。DUB属中医崩漏病范畴，辨证论治以急者治其标，缓则治其本的原则，灵活应用塞流、澄源和复旧三法，即止血，求因治本和固本善后调理。

(8) 理疗：对药物治疗无明显效果的DUB患者采用直流感应电疗机治疗有效，每次25分钟，隔日一次，15~20次为一疗程。亦有报道用微波子宫腔内照射治疗DUB，温度可达60℃~80℃，破坏子宫内膜从而引致闭经，但数月至一年后又恢复月经，多用于45岁以下的患者。冷冻破坏子宫内膜亦多数不能取得永久闭经的效果。

(9) 促性腺激素释放激素促效剂合并低剂量雌、孕激素替代疗法：长期应用GnRHa可发生药物切除垂体作用，抑制卵巢甾体激素生成导致闭经；但易引起雌激素低下症状、潮热、阴道干涩、骨质疏松、血管损害和不良的代谢变化等。故最近有报道Gn-RHa合并低剂量雌、孕激素替代疗法，减轻副作用。

GnRHa可选用buserelin经鼻黏膜吸入，goserelin和leupride皮下吸收。低剂量雌孕激素替代疗法选用cyclo-progynova，月经周期第5日与goserelin同时应用。cyclo-progynova 1 mg含口服戊酸雌二醇1 mg共11日，和随后的口服18甲基炔诺酮0.5 mg共10日。隔4周再用2个周期。停药12周后评价治疗效果，有可能恢复正常月经周期。

有报道用经皮肤吸收的雌二醇药贴有效。每贴含雌二醇50 μg，每周2贴，第21~28日加用安宫黄体酮。

皮下生物降解埋植剂和微球可能是更易接受的制剂。这种疗法仅适用于其他治疗手段无效的患者，价格昂贵且需严密的监测和随访。

(10) 子宫内膜部分切除术：此法近 10 年进展迅速，已成为 DUB 的标准疗法，是在子宫腔镜直视下用电凝或激光破坏内膜，是替代子宫切除术的现代治疗手段。目的是破坏深达基底层的子宫内膜，闭经率达 46% ~ 65%，特别适用于绝经前后的患者。

手术可在门诊局麻下进行，一般术前可用药物如醋酸甲地孕酮、丹那唑或 GnRHa4 周，以抑制子宫内膜使之变薄，血管减少；或刮宫除去部分内膜；使镜下视野清晰，内膜薄易切除，手术快，出血减少，膨宫液吸收减少。亦有报道术前不必特殊准备，在月经周期任何时候手术。手术时需注意膨宫液右旋糖酐可发生过敏反应，空气栓塞、液体吸收过度引起肺水肿、脏器损伤，特别是子宫未穿孔但温度过高仍可波及直肠等邻近器官等问题。

目前，镜下切除子宫内膜的随访资料尚待积累。手术后可残存部分子宫内膜，未排除其癌变的可能性。子宫大于妊娠 12 周或内膜有不典型增生者不宜手术。术前应告知患者，手术会影响生育功能，亦不能保证绝育，术后不保证闭经，手术出现并发症仍可能切除子宫。

(11) 子宫切除术：本法是 DUB 各种治疗方法无效时采用的最后手段，手术指征尚有争议。20 世纪 80 年代中期 40 岁以上 DUB 患者约 50% 切除子宫，15 ~ 44 岁妇女切除子宫者有 20% 手术指征为 DUB。随着各种新技术的迅速发展，可预期子宫切除术会逐渐减少。

(12) 子宫收缩剂：尽管临床上广泛应用宫缩剂来治疗 DUB，但此法对月经过多无效，经血未见减少。麦角新碱尚有影响血压和中枢神经血流动力学的危险。

3. 促排卵治疗 青春期和育龄期 DUB 患者在止血后需诱发排卵。

(1) 己烯雌酚：每晚 0.25 mg，月经周期第 6 日开始，连服 20 日，连用 3 个周期，促卵泡发育。

(2) 克罗米芬每日 50 mg，或他莫昔芬（又称三苯氧胺）每日 20 mg，月经周期第 5 日起连服 5 日，根据疗效调整剂量，两药可交替应用。解除雌激素对中枢抑制，刺激卵泡发育，是最常用的方法。

(3) 地塞米松：每日 0.5 mg，月经周期第 5 日起连续服用，可与克罗米芬同用，抑制过高的雄激素。

(4) 溴隐亭：每日 2.5 mg，抑制过高的催乳素，可根据催乳素的水平来调节剂量。

(5) 甲状腺素：每日 60 mg，治疗甲状腺功能低下，改善黄体功能。根据甲状腺功能来调节剂量。

(6) 绒毛膜促性腺激素（hCG）：超声检查优势卵泡发育成熟时，肌内注射：hCG 5000 u，可与克罗米芬配合应用。

(7) 绝经后促性腺激素（hMG）或促卵泡激素（FSH）：早卵泡期用于促卵泡发育，可配合 hCG 应用，剂量按内分泌状态调整，对外源性促性腺激素的敏感性个体差异很大，故用量必须因人而异。本品的并发症包括多胎妊娠（> 20%）和自然流产率高（> 20%），并有卵巢过度刺激综合征的危险，严重者伴腹水、胸水、血栓形成，需严密监测并治疗。

(8) 针灸：可针灸气海、关元、三阴交等穴位促排卵，近排卵期治疗一周。

(9) 中药：中药人工周期促排卵，以益肾养血为主，辨证佐以调肝、健脾和活血，