


中西医临床用药手册

ZHONGXIYI LINCHUANG YONGYAO SHOUCHE

妇科 分册

总主编 / 何清湖 周 慎
主 编 / 雷 磊 李慧芳

 湖南科学技术出版社



中西医临床用药手册

《中华临床用药手册》编委会 编

妇科 分册

主编 王德明 王德明
副主编 王德明 王德明

人民卫生出版社



中西医临床用药手册

ZHONGXIYI LINCHUANG YONGYAO SHOUCHE

妇科分册

 湖南科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

中西医临床用药手册. 妇科分册 / 何清湖, 周慎总主编; 雷磊, 李慧芳主编. -- 长沙: 湖南科学技术出版社, 2010. 1

ISBN 978-7-5357-5988-7

I. ①中… II. ①何… ②周… ③雷… III. ①临床药
学—手册②妇科病—用药法—手册 IV. ①R97-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 003152 号

中西医临床用药手册

妇科分册

总主编: 何清湖 周慎

主编: 雷磊 李慧芳

策划编辑: 邹海心

文字编辑: 唐艳辉

出版发行: 湖南科学技术出版社

社址: 长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系: 本社直销科 0731-84375808

印刷: 长沙化勘印刷有限公司

(印装质量问题请直接与原厂联系)

厂址: 长沙市青园路 4 号

邮编: 410004

出版日期: 2010 年 3 月第 1 版第 1 次

开本: 850mm×1168mm 1/32

印张: 9.5

字数: 311000

书号: ISBN 978-7-5357-5988-7

定价: 20.00 元

(版权所有·翻印必究)

前 言

中药是在中医学基础理论指导下，用以防治疾病的药物。其特征包括三个方面：①传统中药药性理论标识药性。②中医学功效主治术语标识药物的功效主治。③药物配合使用时，按照中药七情和合、方剂君臣佐使关系进行调剂，对患者进行辨证论治。符合这三点基本内容的药物称为中药。在实际临床工作中，用单味中药（又称单方）治病的占少数，大部分是用两味以上的中药组成复方治病。因此，从药物组成上可将中医学体系分为单方和复方两个部分，后者又称方剂学，而实际上中药是方剂的组成单元，方剂是中药的组合应用，两者密不可分。

西药是在现代医学基础理论指导下，用以防病治病的药物。其特征包括三个方面：①以药物本身的物理和化学性质表述药物性能。②以医学功效主治术语表述药物功效与适应证。③药物配合使用时，根据药物同用是否产生物理、化学变化，或药物之间是否产生拮抗和协同作用而定。具有如上三点基本内容的药物称为西药。

从本质上说，中西药作用于人体，皆通过影响机体的生理、生化及病理等环节发挥效应，治愈疾病，因而构建中西药结合学术体系是可行的。但是，要将通过两种不同发展途径、发展模式、发展背景下形成的学术体系有机结合，其过程相当艰巨。目前的难点有二：一是传统中医学理论的现代化，由于传统中医学理论并不是在现代科学背景下产生的，要阐明其科学内涵需要付出艰辛的努力；二是中医学体系的复杂性，中药的主要资源是天然产品，结构复杂，再加之配伍成复方，其成分更为复杂，要找到解决复杂科学问题的途径和方法，逐步解决这个关键课题。

构建中西药结合体系需分步实施，整体推进。可以分为以下三步走。

第一步，开展临床研究，摸索中西药结合应用的经验，证实其疗效，总结中西药结合应用的思路与方法。具体表现为三点：

一是辨证与辨病用药相结合。中医更注重辨证，着眼于整体，把人本身的阴阳失调和外部环境结合起来，强调因人、因时、因地制宜，用药时侧重平衡阴阳，调理气血，以调动机体内在抗病修复能力，但对病的局部往往重视不够；西医注重疾病诊断，注重病因、病理形态和病理生理的改变，治疗时往往注重局部病变而忽视整体。辨病与辨证相结合，既明确疾病的基本矛盾，又了解疾病各阶段的主要矛盾，这是中西药合理使用的前提。

二是发挥中西医药理论对临床应用的指导作用。用西医药理论指导中药应用有时是不恰当的。如小檗碱（黄连素）能消炎，但临床用于肠炎有时无效，这是因为肠炎属中医“泄泻”范畴，泄泻的辨证有寒热虚实，黄连及其小檗碱只适用于湿热泄泻，对于虚寒泄泻非但无效，反而有害。同样，用中医药理论指导西药应用也不恰当。如目前市场上可供选择使用的抗高血压药物有60余种，可分为利尿药、 β 受体阻滞药、钙拮抗药、血管紧张素转换酶抑制药、血管紧张素II受体阻滞药、 α 受体阻滞药、血管扩张药、交感神经阻滞药等。临床必须弄清患者的高血压类型及发病机制，合理选用降压药，笼统地应用一种降压药治疗高血压，疗效不理想。这就需要临床医师既要掌握中医药基本理论，又要掌握现代医药基本理论，才能发挥中西药结合的优势。

三是发挥中西药各自优势，取长补短。如病毒感染，选用既对“证”而又有良好抗病毒作用的中药为主治疗，必要时辅以西药对“症”处理。恶性肿瘤患者采用化学药物治疗（简称化疗）和放射治疗（简称放疗）的同时，辅以扶正祛邪中药，以增强机体免疫力，减轻化疗、放疗的不良反应，促进机体康复。急性心肌梗死患者，救治以西药为主、中药为辅，或单用西药；而康复治疗则以中药为主、西药为辅，或单用中药。

第二步，加强传统中药理论研究，这是实现中药现代化的关

键课题，也是构建中西药结合体系的前提条件。千百年来传统中药理论一直指导着临床用药，是中医药理论的精华部分。而传统中药理论又是最难实现现代化的部分。如用提取分离方法研究中药物质基础，其提取的成分未必全是有效成分，须经药理实验证明其有效性；即使证实属于有效成分，还必须体现中药药性理论中的四气五味、归经、升降浮沉、功效之间的联系，方可使用。进一步说，每一味中药性味、归经各有不同，按“君、臣、佐、使”组成的复方又千差万别，如何体现这些理论在物质基础、药效、质量控制及作用机制等方面的差异，体现中药化学成分定性定量与药效间的相互关联，获得安全、有效、均匀、稳定的中药规范和标准，都需要加强研究。

第三步，中西医药学理论、方法互相渗透、互相融合，形成具有独特优势的中西药结合体系。将中西药学体系中各分支学科进行对比不难发现，除基础理论的差异性较大以外，其他分支学科具有较强的互通性。如药理学与中药药理学、中药化学与药物化学、中药制剂学与药剂学、中药药材学与生药学等，由于中药学的一些分支学科相对年轻，一般都借鉴了现代药学的研究方法。由于中药学研究对象更复杂，研究方法也需要更综合、更前沿。

西医临床用药与中医临床用药各有特色与优势，自成体系。总体来说，西医用药重在辨病，而中医用药重在辨证；西医用药重在局部，针对性较强，而中医用药重在整体，协调性较强；西医用药以化学药物为主体，而中医用药以自然药物为主体。如何在临床上将两种用药方法相互结合，以取长补短，优势互补，提高临床疗效，降低不良反应，使患者达到最大治疗效果，是我国医学界、特别是中西医结合医学应努力探索的主体问题。受国家中医药管理局安排，由湖南中医药大学作为牵头业务单位，负责组织全国 30 余家中西医结合重点医疗单位和重点专科，完成“中西医结合优势单病种诊疗规范”课题的研究，借此课题研究的同时，我们与湖南科学技术出版社协商，编纂了《中西医临床

用药手册》丛书，旨在为各科临床医师提供一套系统的中西医临床用药指导丛书。

《中西医临床用药手册》丛书以临床用药为主体内容，突出中西医结合的特色，包括临床用药的总体思路、方案和具体方法，以及临床结合用药的注意事项，尽量做到每部书稿思路清楚、明晰，方法具体、详细，科学、规范，强调先进性和实用性。

丛书以临床学科设子书书名，以类病为章，以单病种为节。节下设立无题概述、用药思路、西医常规用药方案、西医特殊用药方案、中医辨证治疗方选、名医用药经验方选、中药成药用药方案和注意事项。

1. 无题概述 简述该病基本概念、分类、发病率、临床特点、西医基本病因病理；另段简述中医相应病名（含国家标准病名、中医传统病名）、病因病机。

2. 用药思路 分析本病中、西医临床用药的特色、优势与不足，概述中西医临床用药的目的、基本思路和原则。要求分析客观，思路清楚、明晰，具有指导意义。

3. 西医常规用药方案 介绍本病西医常规用药的方案，具体分类设置标题，根据具体病种不同而定，要求分类（分题）科学合理，切合临床实际。用药方法介绍中，药名、剂量规范，具体、详细，易于使用。

4. 西医特殊用药方案 介绍本病特殊人群、特殊病情、合并病症等临床特殊情况的用药方案。

5. 中医辨证治疗方选 介绍本病中医常见证型以及各证的主症、治法、方药和加减等。

6. 名医用药经验方选 介绍现代名老中医对本病独特的用药经验和方法（包括具体处方）。

7. 中药成药用药方案 介绍本病有针对性的中成药处方和用法。包含中成药名、处方组成、功能主治、用法用量（含使用注意）。

8. 注意事项 介绍本病中西医临床用药的使用注意事项。

本丛书的编纂是在中国中西医结合学会的指导下，由湖南省中西医结合学会和湖南中医药大学具体负责组织完成，各分册主编多由湖南省中西医结合学会各专业委员会主任委员担任。虽然我们抱着“锐意创新，敢为人先”的精神并用极大的热情去做这么大的一个工程，但由于学识水平有限，时间较紧，加上中西医结合本身是一个创新性的学科，对其学科内涵以及研究的思路与方法，还有许多值得商榷的地方，且“仁者见仁，智者见智”，我们也就权当抛砖引玉，希望各位读者能多提宝贵意见，以便再版时进一步修订与完善！同时，对陈可冀院士、陈士奎教授、王阶教授、蔡光先教授、尤昭玲教授对本丛书的审定表示衷心的感谢！

何清湖

2009年5月

编写说明

中西药物治疗是妇产科疾病的重要治疗措施之一，正确、合理地用药才能达到治疗目的。在可供选择的药物中有中药和西药，其性能不同，用药原理也不一样，临床上常常是中西医药并用，取长补短，优势互补，以期提高临床疗效，降低不良反应。妇产科疾病在临床各学科中有其明显的特殊之处，不仅在于患者为女性，更由于女性患者一生中的不同时期（自胎儿期至绝经期）、不同情况（未婚、已婚、未育、已育、不孕、孕期、非孕期、产时、产后、经前、经期、经后）均有着与男性差异很大的特殊生理变化。因此，妇产科临床医师在应用药物治疗妇产科疾病时，需要掌握中西药物的药理特性，在不同个体条件情况下慎重衡量，正确选择与合理用药。有鉴于此，我们编著了这本《中西医临床用药手册·妇科分册》一书。全书分6章，共收集了40种妇科临床常见病、多发病，重点介绍了各类病证的用药思路、西医常规用药方案、西医特殊用药方案、中医辨证治疗方选、名医用药经验方选、中药成药用药方案和注意事项。

本书第一章由黄丽、刘洁、冯光荣编写；第二章由蒋哲、田松、孟延兵编写；第三章由蒋锐、刘洁、邹蓉编写；第四章由张新春、李慧芳编写；第五章由雷磊、马本玲编写；第六章由杨建萍、冯光荣、周艳艳编写。全书由雷磊、李慧芳统稿。

本书的编写，旨在以临床用药为主体内容，突出中西医用药的特色，具有先进性和实用性的特点，为中西医妇科用药临床指导用书。本书力争方法具体、详细，科学规范，具有先进性和实用性，同时也充分反映当代妇科专科遣方用药的新成就、新进展。适用于中医、西医、中西医结合临床各层次医师（主要为初级、中级医师），高等医药院校临床医学、中医学、中西医结合临床医学等专业学生和教师、进修生。

由于时间紧迫，收集文献资料有限，定在编写与编排内容方面存在不足，甚或谬误之处，恳切希望妇科同仁提出宝贵意见和建议，以便再版时修正完善。

雷 磊

2009年5月

第一章 月经病	(1)
第一节 功能失调性子宫出血	(1)
第二节 闭经	(17)
第三节 痛经	(27)
第四节 经前期综合征	(34)
第五节 围绝经期综合征	(42)
第六节 多囊卵巢综合征	(52)
第二章 带下病	(67)
第一节 外阴炎	(67)
第二节 阴道炎	(72)
一、滴虫性阴道炎	(72)
二、外阴阴道假丝酵母菌病	(75)
三、老年性阴道炎	(79)
四、细菌性阴道病	(81)
第三节 宫颈炎	(85)
第四节 盆腔炎	(92)
一、急性盆腔炎	(93)
二、慢性盆腔炎	(101)
第三章 妊娠病	(108)
第一节 妊娠剧吐	(108)
第二节 自然流产	(114)
一、先兆流产	(114)
二、习惯性流产	(119)
第三节 异位妊娠	(124)
第四节 妊娠期高血压疾病	(130)
第五节 胎儿生长受限	(141)
第六节 羊水过多	(146)

第四章 产后病	(151)
第一节 产后缺乳	(151)
第二节 产褥感染	(157)
第三节 子宫复旧不全	(165)
第四节 产褥期抑郁症	(170)
第五章 女性生殖系统肿瘤	(176)
第一节 宫颈癌	(176)
第二节 子宫肌瘤	(183)
第三节 卵巢囊肿	(190)
一、卵巢良性肿瘤	(191)
二、卵巢恶性肿瘤	(193)
第四节 妊娠滋养细胞疾病	(197)
一、葡萄胎	(197)
二、恶性葡萄胎	(202)
三、绒毛膜上皮癌	(205)
第六章 妇科杂病	(211)
第一节 外阴上皮内非瘤样病变	(211)
第二节 外阴瘙痒	(217)
第三节 子宫内膜异位症	(223)
第四节 女性功能障碍	(235)
一、性高潮障碍	(235)
二、性欲减退症及性厌恶	(239)
三、性交疼痛及阴道痉挛	(243)
四、性欲亢进	(248)
第五节 不孕症	(251)
第六节 盆腔瘀血综合征	(268)
第七节 子宫脱垂	(275)
第八节 宫环出血	(282)

第一章 月经病

第一节 功能失调性子宫出血

功能失调性子宫出血（简称功血）是指由调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血。功血是妇科常见病，可发生于月经初潮至绝经间的任何年龄，约50%的患者发生于绝经前期，30%的患者发生于育龄期，20%的患者发生于青春期。功血临床分为排卵型和无排卵型两类，无排卵型功血占80%~85%。排卵型功血多发生于育龄期的妇女，多因黄体功能不全、子宫内膜脱落不全、雌激素偏高等所致；无排卵型功血多发生于青春期和绝经前期的妇女，多由子宫内膜持续增生、性腺轴无排卵所致。功血的内分泌机制是由于雌激素水平下降或雌激素、孕激素比例失调引起的撤退性出血或突破性出血。

本病相当于中医病名国家标准的崩漏，亦属于月经先期、月经后期、月经过多、月经过少、经期延长、经间期出血等范畴。中医认为其发病原因多端，病变并非某一脏腑，常是因果相干，气血同病，多脏受累。主要是热、虚、瘀，三者或单独成因，或复合成因，或互为因果，导致冲任损伤，不能制约经血，胞宫蓄溢失常，经血非时而下。其病位在冲任、胞宫，与肾、肝、脾关系密切。其病性有虚实之别，虚证以肾气虚、肾阳虚、肾阴虚、脾虚、虚热为主；实证以肝郁血热、阳盛实热、湿热蕴结、血瘀为多。

用药思路

1. 中西医结合用药是根据中药与西药本身的作用特点所决定的，功能失调性子宫出血是妇科常见病，其发病有缓急不同，又有排卵型与无排卵型之分，故治疗时应分别对待。其病情急者，应以西药或刮宫术治疗为主，结合中医辨证采用塞流、澄源、复旧等方法，先止血以防失血性休克；病情较缓或稳定后，可中西医结合治疗。无排卵型功血以调整月经周期、促进排卵为主；排卵型功血以促进卵泡发育、促进黄体功能为主。即快速止血以治标，继用中药以治本。

2. 功能失调性子宫出血应针对病因，进行多方位、多途径、系列用药，

辨证论治、整体调节，个体化治疗，才能取得满意的效果。

(1) 快速止血治标，继用中药治本：对出血量多的患者，已婚者应行刮宫术，未婚者可用复方己酸孕酮注射液 2 mL（羟孕酮，每支 1 mL，含己酸孕酮 250 mg 和戊酸雌二醇 5 mg），肌内注射，6~24 小时内可止血。以后，按复方己酸孕酮 2 mL，1 次/周作为维持量，连用 4 周停药。血止或血量减少后，可根据临床表现再辨证施治。血热者宜清热固冲，气虚者当健脾益气固冲，肾虚者可补肾固冲，血瘀者用祛瘀调经之法，澄源固本。这种方法采用了西医治疗止血迅速、中医药疗效稳固持久的各自优势，在出血这一标证缓解的同时，给中药治本创造了有利的时机和条件。这种中西医结合的治疗方法，发挥了中西医的长处，近期、远期疗效都比较满意。

(2) 益气固冲止血药与抗纤溶药物联合应用，治疗青春期功血：青春期功血患者，临床上多数表现为阴道不规则流血、淋漓不断或伴有贫血，其他症状均不明显。单用西药或中药疗效都不理想。青春期功血患者由于大量或长期出血，气随血脱，治疗上宜益气固冲止血；另外，功血患者血清及月经血中纤维蛋白裂解产物增多，抑制了内膜螺旋动脉顶端闭合及凝血过程，造成出血量多，用抗纤溶药物往往收效。故本病可采用益气固冲止血和抗纤溶药物联合治疗。益气固冲止血方法以固冲汤为基本方化裁而成（白术 20 g，黄芪 35 g，龙骨 30 g，牡蛎 20 g，白芍 25 g，茜草 15 g，海螵蛸 15 g，棕榈炭 25 g，地榆炭 25 g，侧柏炭 15 g，大蓟 15 g，红鸡冠花 40 g，续断 20 g）。云南白药 1 g，3 次/d，用上方煎剂冲服。抗纤溶药物：氨甲环酸注射液 0.4 g 加入 10% 葡萄糖注射液 40~50 mL，静脉注射。也可用卡巴克络注射液 10 mg，2 次/d，肌内注射；或卡巴克络片 10 mg，3 次/d，口服。两种疗法同时应用疗效较好。

(3) 扶正益气与支持疗法结合，增强机体抗病能力：长期或大量出血并伴有贫血的患者，身体虚弱，正气不足，摄血无权，冲任不固，故表现为流血不止，长期不愈。因此，要扶护正气，增强机体的抵抗力，这是治疗本病的基础，也是非常重要的手段，即所谓“正气存内，邪不可干”。扶护正气一般选用十全大补汤（丸）、八珍汤、人参养荣汤（丸）、归脾汤、人参归脾丸。支持疗法采用小剂量，间断输给新鲜全血，100~200 mL/次，1 次/周，连用 3 周，两种方法同时进行。通过上述治疗，机体状态可以得到改善，在此基础上进行下一步治疗，多半奏效。

西医常规用药方案

1. 无排卵型功血

(1) 常用于止血的性激素药物：根据出血量选择合适的制剂和使用方法。对大量出血患者，应在8小时内明显见效，24~48小时内出血基本停止；若96小时以上仍不止血，应考虑其他疾病的诊断。

1) 联合用药：性激素联合用药的止血效果优于单一药物。对出血量不太多并有轻度贫血的青春期功血患者，在月经第1日即口服低剂量复方炔诺酮片，共21日，停药7日，共28日为1周期。对急性大出血者，可以采用复方单相口服避孕药妈富隆（每片含炔诺酮150 μg，炔雌醇30 μg），每6~8小时1片，血止后，每3日递减1/3量直至维持量（1片/d），共20日停药。也可在雌激素、孕激素联合的基础上，加用雄激素，达到加速止血的目的。常用的有三合激素注射液（黄体酮12.5 mg，苯甲酸雌二醇1.25 mg，丙酸睾酮25 mg）2 mL 肌肉注射，每8~12小时1次，血止后逐渐减至维持量（每3日1次），共20日停药。

2) 雌激素：应用大剂量雌激素可使子宫内膜迅速生长，短期内修复创面而止血。急性大出血时宜用大剂量雌激素止血法。可选用妊马雌酮，每次2.5 mg，每6小时1次，血止后每3日递减1/3量，直至维持量每日1.25 mg，从止血日算起第20日停药；也可用己烯雌酚注射液1~2 mg，每6~8小时1次，血止后每3日递减1/3量，维持在1 mg/d，至下次月经周期前2~3日即停药。大剂量口服雌激素时，患者常有胃肠道反应，如恶心、呕吐、头晕、乏力等症状，可同时服用维生素B₁、维生素B₆。如症状不能缓解，反应严重者，可改用苯甲酸雌二醇注射液2~4 mg 肌肉注射，1~2次/d，血止后减量1 mg/d，维持22日。应用雌激素最后7~10日加用孕激素，可加醋酸甲羟孕酮片10 mg，1次/d，停药后出血量会较多，一般于7日内血止。需要注意的是大剂量雌激素止血禁忌对存在血液高凝或有血栓性疾病史的患者使用。

3) 孕激素：孕激素的止血作用机制是使雌激素作用下持续增生的子宫内膜转化为分泌期，从而达到止血效果。停药后子宫内膜脱落较完全，可起到药物刮宫的作用。适用于体内已有一定雌激素水平的功血患者。合成孕激素分成两类，常用的为17-羟孕酮衍生物（甲羟孕酮、甲地孕酮）和19-去甲基睾酮（炔诺酮等）。以炔诺酮（妇康片）治疗出血较多者为例，首剂量5 mg，每8小时1次，2~3日血止后每隔3日递减1/3量，直至维持量每日

2.5~5.0 mg, 持续用到血止后 20 日停药, 停药后 3~7 日发生撤药性出血。用药期间若有突破性出血, 可配伍应用己烯雌酚 0.1 mg, 1 次/d。出血量多者亦可口服短效避孕药, 1 丸/次, 4 次/d, 血止后减至维持量, 1 丸/d, 共 20 日停药。若服药仍不能按期止血者则应进一步查明原因。

4) 雄激素: 雄激素有对抗雌激素、抑制子宫内膜生长, 增加子宫平滑肌及子宫血管张力的作用, 从而改善盆腔出血, 减少出血。本法适应于绝经过渡期出血不多者, 大出血时单独使用效果不佳。常用药物丙酸睾酮注射液 25~50 mg, 1 次/d, 肌肉注射, 连续 3~5 日后改为每 3 日 1 次, 1 个月为 1 个疗程, 连续 2~3 个疗程。

5) 其他: 非甾体类抗炎药物和其他止血药物, 如选用卡巴克络注射液、酚磺乙胺片等减少微血管通透性, 氨基己酸、对羧基苄氨、氨甲环酸等可抑制纤维蛋白溶酶, 有减少出血量的辅助作用, 不能控制子宫内膜的剥脱过程, 因此不能赖以止血。

(2) 常用于调整月经周期的药物: 使用性激素后必须调整月经周期。青春期及生育期无排卵型功血患者, 需恢复正常的内分泌功能, 以建立月经周期; 对绝经过渡期患者调整周期可起到控制出血、预防子宫内膜增生症发生的作用。

1) 雌激素、孕激素序贯用法: 即人工周期, 通过模拟自然周期中卵巢的内分泌变化, 将雌孕激素序贯运用, 使子宫内膜发生相应的变化, 引起周期性的脱落。适宜青春期功血或生育期功血内源性雌激素水平较低者。自撤药性月经第 5 日始用药, 生理替代全是妊马雌酮 1.25 mg 或雌二醇 2 mg, 每晚 1 次, 连服 20 日, 在服用雌激素以后的 10 日加用甲羟孕酮片 10 mg/d, 连续使用 3 个周期, 作为 1 个疗程。若正常月经仍未建立, 应重复上述序贯疗法。如果患者体内有一定的雌激素水平, 则雌激素可采用半量或 1/4 量。

2) 雌激素、孕激素联合法: 开始即用孕激素以限制雌激素的促内膜生长作用, 使撤药性出血逐步减少, 其中雌激素可以预防孕激素的突破性出血。适用于生育期功血内源性雌激素水平较高者或绝经过渡期功血。用口服避孕药自血止周期撤药性出血的第 5 日起每晚 1 次, 连服 3 周, 1 周为撤药性出血的间隔, 连续 3 个周期为 1 个疗程。停药后若仍未建立正常月经周期者, 应重复上述联合疗法。

3) 后半周疗法: 适用于青春期或绝经过渡期功血患者。可在月经周期后半周(撤药性出血的第 16~25 日)服用甲羟孕酮 10 mg/d, 连用 10 日为