

妇产科

综合征

主 编 曹缙孙 陈晓燕

 人民卫生出版社

妇 产 科 综 合 征

主 编 曹缙孙 陈晓燕

编 委 (以姓氏笔画为序)

于传鑫	复旦大学医学院附属妇产科医院
石一复	浙江大学医学院附属妇产科医院
刘伯宁	上海市第六人民医院
吕淑兰	西安交通大学第一医院妇产科
张以文	北京协和医院妇产科
李 旭	西安交通大学第一医院
陈晓燕	西安交通大学第一医院生殖内分泌研究室
陈 葳	西安交通大学第一医院中心实验室
苟文丽	西安交通大学第一医院妇产科
岳亚飞	西安交通大学第一医院妇产科
赵海波	第四军医大学西京医院妇产科
徐蕴华	北京协和医院妇产科
徐景葵	北京协和医院儿科
康 燕	西安交通大学第一医院儿科
韩字研	四川大学华西医学中心第二医院
韩晓兵	西安交通大学第一医院妇产科
曹缙孙	西安交通大学第一医院生殖内分泌研究室

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科综合征/曹缙孙等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2003.

ISBN 7-117-05711-4

I. 妇… II. 曹… III. 妇产科病-综合征
IV. R710.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 079060 号

妇 产 科 综 合 征

主 编: 曹缙孙 陈晓燕

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 25.75 插页: 2

字 数: 582 千字

版 次: 2003 年 11 月第 1 版 2003 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-05711-4/R·5712

定 价: 50.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)



● 作者简介

曹
纘
孙

曹纘孙 1957年毕业于青岛医学院医疗系,同年分配至西安医科大学第一附属医院妇产科工作至今。1980~1983年在美国加州大学旧金山分校生殖科学中心研修生殖内分泌。现任西安交通大学医学院生殖医学中心副主任,西安交通大学第一医院生殖内分泌研究室主任、教授、主任医师、硕士生导师。

曾主编、参编及参译著作8部:《现代围产医学》、《中华妇产科学》、《妇产科实习医师手册》、《不孕与不育》、《妇产科学》(面向21世纪课程教材);参译《21世纪分子医学原理》、《威廉姆斯产科学》(第20版)等。发表论文91篇,多次应邀参加国际生育与不育以及绝经有关会议。任国内《生殖医学杂志》、《国外医学计划生育分册》等多个杂志编委,《国外医学妇幼保健分册》副主编。

现为中华妇产科学会内分泌学组成员,中华妇产科学会绝经学组成员,中国性学会和中国优生优育协会全国理事,陕西省人口与计划生育工作专家委员会副主任。1983年参加 International Society for Reproductive Medicine, Active member, American Society for Reproductive Medicine, Active member。

331109/05



● 作者简介

陈晓燕

陈晓燕 1984年毕业于新疆石河子医学院，毕业后在石河子医学院附属医院工作。1986年调至西安医科大学第一附属医院妇产科，自1994年至今在生殖内分泌研究室工作。现为西安交通大学生殖医学中心副研究员、硕士生导师。发表文章40余篇。参编《中华妇产科学》、《不孕与不育》、《妇产科学》（面向21世纪课程教材）、《现代围产医学》，参译《基础与临床内分泌学》。现任西安市雁塔区计划生育指导委员会委员，中华医学会西安分会计划生育专科分会副主任委员，陕西省性学会心理健康分会委员，《中国医刊》杂志第五届编辑委员会特邀编委。

序

这是一部令人耳目一新的书。“综合征”对于我们可能很熟悉,也可能很陌生。有时一个综合征使年轻的医生迷惑不解,甚至资深的医生对一个新出现的综合征的名称也无从作想。一篇文献,一个报告因此而难以完全理解,这个综合征真成了关键词(key word)。曹纘孙、陈晓燕主编的《妇产科综合征》帮助我们解决了这个问题,扫除了前进中的拦路之虎!

所谓综合征是一些体征和(或)症状的集合,构成了代表某种特殊病患的独特的临床征象。它当然是人们认识事物规律性的一种升华,它是比较高度的概括、比较简约的表达,成为某种病患的诊断或描述的方式。比如我们说到围绝经期综合征,马上会联想到血管神经系统的诸多症状表现等;说到唐氏综合征,也会明确作为21-三体的先天愚型的状况。因此,认识、理解和掌握综合征的含义、概念和具体内容是非常必要的。有些综合征是以主要症状体征命名的,如盆腔疼痛综合征等;有些是以发现或首先描述者的名字(多数是洋人)命名的,如麦格综合征(Meig's syndrome)、特纳综合征(Turner's syndrome)等;有的是以英文的缩写命名的,如HELLP综合征则是以溶血(hemolysis),肝酶升高(elevated liver enzymes)和血小板减少(low platelet)三个主要表现的英文并列而成;有些则是以器官发育畸形、功能障碍等为代表的含义并不十分清楚的命名,如“无能”、“缺陷”综合征,表达某种约定俗成的内容。从这些意义上讲,综合征的确是一门学问。本书不仅仅是解释某个综合征,像辞典那样,而是扩展开来,叙述来龙去脉,让人透彻地理解相关的知识。它不只是解读的辞典,更是不可缺少的参考书。

本书以西安交通大学为主,也有其他高等院校的专家参加编写;有妇产科各亚专业,也有儿科教授共同合作;收集妇产科综合征辞条比较全面,分类也方便查阅;不仅有经典的综合征,也收集了近年新“涌现”的综合征。当然,随着妇产科学的发展,妇产科综合征学也会有所进展、变化。应该说,编著者颇有创意,也为我们研读这类书著积累了经验,是值得称道的。我有幸提前接触书稿,受益匪浅,姑妄言之,些许议论,不揣简陋,权作为序。

中国医学科学院
中国协和医科大学 郎景和
北京协和医院

2002年6月

前 言

《妇产科综合征》一书在数十位妇产、儿科专家的共同努力下,经过一年多的辛勤耕耘,终于将与读者见面了。

正如郎景和教授为本书作序中所说,综合征是一些体征和(或)症状的集合,是对某种疾病的一些独特的临床特征的高度概括;但随着医学及其相关学科的发展、医学检测手段的进展,人们对“综合征”疾病本质的认识也在不断深化,以至于综合征在不同历史阶段有着不同的名称,犹如人的学名、乳名、字、号、俗名、绰号、首先发现者的洋人名等等,当将它们整理在一起时才发现原来 $A = B = C = D = E$ 。

本书共分妇科、产科、计划生育、新生儿以及与妇产科相关的遗传学共5部分。比较全面地阐述了妇产科范畴内的各类“综合征”,包括近年来新“涌现”的综合征,对老综合征的新认识和治疗研究进展做了内容的扩充,对于相似的在临床上易混淆的综合征进行了比较。此外,遗传综合征部分着重从遗传学角度对一些综合征的病因以及遗传学诊断方法进行了阐述,故与本书其他部分有一些必要的重复。为了尊重历史,我们将个别已经“退役”了的综合征仍列在书中,如“反应停致短肢畸形综合征”等。

承蒙全国妇、产、计、儿多位专家热忱地参与本书的编撰,并提出了许多积极的意见和建议,特别是石一复教授、张以文教授、徐蕴华教授和徐景蕓教授,以及韩宇研、刘伯宁教授。他们都是本学科领域中经验丰富的资深专家和知名教授,为本书的出版付出了辛勤的劳动,特此致谢。

本书还邀请了数十位博、硕士临床医师参加编写,为本书的编撰增添了新鲜血液。

希望这本集全国各路专家为一体的书,能为临床妇产科和相关学科的医师、博士、硕士研究生提供一本较完整的妇产科综合征参考书。

最后应该特别感谢的是郎景和教授在百忙中为本书作序,并给予了偏高的评价,我们理解为是对西北人和西部开发的最大支持。

水平有限,经验不足,书中遗漏、重复、错误之处在所难免,恳请各位同道和读者不吝指正。

曹贇孙

2002年6月

目 录

第一部分 妇科综合征

一、残留卵巢综合征	1
二、子宫体癌综合征	2
三、获得性免疫缺陷综合征	7
四、绝经后卵巢可扪及综合征	14
五、阔韧带撕裂综合征	17
六、卵巢残余物综合征	18
七、卵巢正常大小的卵巢癌综合征	23
八、麦格综合征 附:假性麦格综合征	26
九、女性前列腺闭塞综合征	28
十、女性生殖道畸形综合征	30
十一、外阴前庭炎综合征	35
十二、外阴-阴道-牙龈综合征	37
十三、眼-口-生殖器综合征	39
十四、遗传性乳腺癌-卵巢癌综合征	43
十五、阴道斜隔综合征	46
十六、原发性卵巢类癌综合征	49
十七、子宫切除术后综合征	52
十八、子宫卒中综合征	54
十九、子宫阴道积水综合征	55
二十、DES 接触综合征(阴道腺病)	55
二十一、Fitz-Hugh-Curtis 综合征	58
二十二、Pozzi 综合征	60
二十三、TURE 综合征	62

第二部分 妇科内分泌综合征

一、闭经溢乳综合征	65
附:福奥综合征	71
二、单侧条索状卵巢综合征	72

三、多囊卵巢综合征	73
四、肥胖生殖无能综合征	103
五、异位激素分泌综合征	104
六、雄激素不敏感综合征	105
七、绝经期掌跖角化综合征	107
八、假孕综合征	109
九、经前期综合征	110
十、Racine 综合征	116
十一、抗磷脂综合征	117
十二、空蝶鞍综合征	119
十三、空卵泡综合征	124
十四、卵巢不敏感综合征	127
十五、卵巢功能异常综合征	129
十六、卵巢过度刺激综合征	130
十七、卵泡膜增生综合征	137
十八、母性肥胖综合征	138
十九、肾上腺生殖综合征	139
二十、特纳综合征	144
二十一、围绝经期综合征	146
二十二、未破裂卵泡黄素化综合征	154
二十三、席汉综合征	158
二十四、Kallmann 综合征	160
二十五、McCune-Albright 综合征	161

第三部分 产科综合征

一、产后溶血性尿毒症综合征	168
二、产后抑郁综合征	171
三、耻骨炎综合征	174
四、妇产科挤压综合征	176
五、过期妊娠胎盘功能不全综合征	178
六、霍-米-维三氏综合征	183
七、胎生期外源性性甾体激素暴露综合征	184
八、前置血管综合征	185
九、妊娠高血压综合征	188
十、妊娠期肝内胆汁淤积综合征	197
十一、妊娠期肾病综合征	200
十二、妊娠痒疹综合征	203

十三、HELLP 综合征	205
十四、胎儿苯妥英钠综合征	209
十五、胎儿三甲双酮综合征	211
十六、胎儿水肿综合征	213
十七、胎儿乙醇综合征	217
十八、胎儿-母亲间输血综合征	220
十九、胎盘血管瘤综合征	222
二十、双胎输血综合征	224
二十一、先天性 TORCH 综合征	230
二十二、小孕囊综合征	238
二十三、羊膜带综合征	239
二十四、羊膜腔感染综合征	241
二十五、羊水栓塞综合征	243
二十六、仰卧位低血压综合征	248
二十七、营养障碍难产综合征	252
二十八、早产综合征	253
二十九、子宫过度刺激综合征	260

第四部分 计划生育相关综合征

一、避孕药后闭经综合征	263
二、大网膜粘连综合征	266
三、宫腔粘连综合征	268
四、输卵管结扎术后综合征	277
五、流产后疼痛综合征	282
六、流产后子宫病综合征	283
七、盆腔淤血综合征	285
附:卵巢静脉综合征	294
八、人工流产反应综合征	298
九、子宫内膜去除-输卵管绝育术后综合征	300
十、Budd-Chiari 综合征	302
十一、Dubin-Johnson 综合征	305
十二、Rotor 综合征	308

第五部分 遗传性疾病综合征

一、21-三体综合征	310
二、18-三体综合征	312

三、13-三体综合征	313
四、5p 单体综合征	314
五、18q 部分单体综合征	315
六、21q 部分单体综合征	316
七、XXX 综合征(Jacobs 综合征)	317
八、XXXX 综合征	318
九、XXXXX 综合征	318
十、Turner 综合征	319
十一、Swyer 综合征	320
十二、Noonan 综合征	322
十三、雄激素不敏感综合征	323
十四、性反转综合征	325
十五、Klinefelter 综合征(先天性睾丸发育不全综合征)	326
十六、XYY 综合征(超雄综合征)	328
十七、脆性 X 染色体综合征	329
十八、Donohue 综合征	330
十九、Achondroplasia 综合征	331
二十、Congenital Hydrocephalus 综合征	333
二十一、Hb Bart Drop Fetates 综合征	334

第六部分 新生儿综合征

一、半乳糖血症综合征	336
二、持续胎儿循环综合征	338
三、出血性休克伴脑病综合征	344
四、腭裂-小颌-舌下垂综合征	346
五、反应停综合征	348
六、毁损婴儿综合征	350
七、灰婴综合征	351
八、脊索裂综合征	352
九、母乳性黄疸综合征	354
十、剖宫产儿综合征	356
十一、胎粪吸入综合征	357
十二、新生儿寒冷损害综合征	359
十三、新生儿红斑狼疮综合征	362
十四、新生儿呼吸窘迫综合征	364
十五、新生儿暑热综合征	366
十六、新生儿糖尿病综合征	370

十七、新生儿咽下综合征·····	375
十八、羊水吸入综合征·····	376
十九、婴儿猝死综合征·····	378
二十、下颌-面骨发育不全综合征 ·····	381
二十一、新生儿撤药综合征·····	383
二十二、新生儿青铜综合征·····	387
二十三、早产儿视网膜变性综合征·····	388
二十四、CHILD 综合征 ·····	391
二十五、Grigler-Najjar 综合征 ·····	392
 附 英-汉名称对照 ·····	 398

妇科综合征

一、残留卵巢综合征

【定义】 残留卵巢综合征(residual ovary syndrome, ROS)系指阴式或腹式子宫切除术时有目的地保留一侧或双侧卵巢,但术后卵巢发生病型改变,出现盆腔疼痛、包块和性交痛,亦可有泌尿系统及胃肠道症状的一组症候群。卵巢残余物综合征(ovarian remnant syndrome, ORS)是在双侧卵巢切除术后才出现的一系列临床症候群。为了 ORS 与 ROS 从定义上能区分开来, Payer 和 Gibert 主张用“卵巢植入综合征”(ovarian implant syndrome, OIS)替代 ORS。ROS 包括范围较广,而 ORS 只是其中的一部分。

【病因】 剩余卵巢综合征保留的一侧或双侧卵巢可因术后粘连,或与在处理附件时缝合于阴道或宫颈残端上时有关,易引起粘连和血运障碍,产生相关症状和体征。

ROS 患者接受子宫切除术的指征主要为子宫肌瘤、功能性子宫出血、子宫内膜异位症等良性病变,其中不少患者在切除子宫前曾有盆腔手术史。因 ROS 再次剖腹探索,发现大多数患者均有盆腔粘连,卵巢呈囊性增大。组织学检查 ROS 的卵巢主要为滤泡囊肿、闭锁卵泡、出血性囊肿或黄体囊肿,并伴有卵巢周围炎。

【发病机制】 因子宫全切或次全切除术后,并发盆腔或卵巢周围炎症与粘连,干扰了保留卵巢的正常生理功能,致使卵泡发育障碍或不排卵,可能是导致发生 ROS 的主要原因。部分因子宫肌瘤或月经过多而行子宫切除术者,术前已存在卵巢功能失调,切除子宫后虽不再有月经,但卵巢功能并无改善,故术后仍可出现卵泡囊肿或出血性囊肿及下腹胀痛。

【临床表现】

1. 下腹痛 ROS 者最常见的症状为慢性持续性或间歇性下腹痛,疼痛程度不一,可从轻微不适,下腹胀痛,至难以忍受的痉挛性疼痛。疼痛可向腰、腿部放散。产生腹痛的原因除卵巢周围炎症的粘连,以及因卵巢功能失调发生卵巢囊性肿大外,约 10% ~ 15% 的 ROS 者为盆腔或卵巢子宫内膜异位症,其中大多患者的病史在子宫切除术前已经存在,属术后复发,少数可为术后出现子宫内膜异位症。

2. 性交痛 此也为 ROS 者常见的症状,常与下腹痛伴随出现,也可成为患者唯一的主诉。妇科检查阴道顶端常可及稍增大的囊性卵巢,并有明显触痛,推测可因子宫切除后盆腔解剖关系改变,致卵巢脱垂至子宫直肠陷窝深部,或因术中缝合盆腔腹膜时,缝线过

紧,将卵巢牵拉靠近阴道残端,也有将附件缝合固定于残端,致使术后继发感染粘连所致。

3. 盆腔包块 绝大多数患者在妇科检查时可扪及盆腔包块,直径一般 $<10\text{cm}$,多呈囊性,有压痛。少数虽有盆腔包块,但无其他症状,包块也无压痛,此时应与卵巢肿瘤相鉴别。

【诊断】 根据子宫切除手术史,术后出现下腹痛、性交痛和盆腔包块,不难做出诊断,问题是要熟悉此综合征及其发病原因。常是因为对该综合征不熟悉,而误诊为术后盆腔炎症等疾病,也造成治疗的失误。

【治疗】

1. 药物治疗 口服避孕药,对症状轻或无任何不适的 ROS 者可采用口服短效避孕药治疗,连服4~6周后,大多患者的卵巢包块可明显缩小甚至消失。若包块无明显改变或反增大者应考虑有器质性或赘生性囊肿可能。也可服安宫黄体酮,可使包块缩小、症状缓解。有报道口服甲基睾丸素,通过抗雌激素作用以减少盆腔充血,疼痛减轻,通常每日舌下口含5mg,连续1个月,如症状减轻可再用药1~2个月。

2. 物理治疗 附件增厚明显,伴有轻微压痛,而又无急性炎症者,可作物理治疗。通过温热的刺激,可改善盆腔局部的血液循环,促进炎症吸收。

3. 手术治疗 保守治疗无效者,或不能排除卵巢肿瘤者,需剖腹探查,切除残留的一侧或双侧卵巢,以免日后再度发生 ROS。由于原有炎症粘连,又为再次手术,盆腔解剖关系改变,故手术有一定难度,术中防止损伤肠管等其他周围组织和脏器。

(石一复)

参考文献

1. 黄丽丽,石一复. 卵巢残留综合征. 浙江医科大学学报,1991,20: 281-285
2. 叶之美. 残留卵巢综合征. 中国实用妇科与产科杂志,1999,15: 710-713

二、子宫体癌综合征

子宫体癌综合征(carcinoma of uterus syndrome)系指子宫内膜癌患者伴有肥胖、高血压和糖尿病,也有称为子宫内膜癌三联征。

【病因】 子宫内膜癌的发病因素中,以体质因素和雌激素因素较为重要,实际体质因素中大多仍可能与代谢和内分泌有关。内分泌失调和代谢异常可能与子宫内膜增生或子宫内膜癌有关。

1. 肥胖 肥胖与身体高大者的子宫内膜癌的发病率高,有报道体重超出20~50磅者,发病率高3倍,超出50磅以上者高9倍。体内脂肪有储存雌激素的功能,肥胖者体内雌激素维持在较高而恒定的水平,因此子宫内膜长期受雌激素的刺激。同时体内雄烯二酮转变为雌激素的比值以肥胖者为高,此因脂肪细胞能使雄烯二酮芳香化而转变为雌酮。雌酮与子宫内膜癌的关系可能比其他类型雌激素密切,故有人提出子宫内膜癌发生的

“雌酮学说”,认为雌酮可能是子宫内膜癌的致病因子或促癌因子。

2. 高血压 子宫内膜癌患者伴高血压较多,有报道子宫内膜癌伴高血压者占35%,北京医科大学第一附属医院1970~1991年的子宫内膜癌病例中44.4%患高血压。而同龄对照组有高血压者仅25%,重高血压(160/100mmHg)者癌组占33%,对照组仅20%,表明两者可能有一定关系。此外,高血压也与垂体功能失调有关。

3. 糖尿病 糖尿病被认为是子宫内膜癌的危险因素之一,多数报道认为两者关系密切。文献报告子宫内膜癌患者中糖尿病约占3%~17%,葡萄糖耐量试验发现患者糖耐量下降,且大部分有糖尿病。糖尿病人或糖耐量异常者其患子宫内膜癌的危险较正常人增加2.8倍,在脆性糖尿病者尤为显著,甚至在糖尿病控制多年后仍未必减少这种危险,这说明糖尿病和子宫内膜癌并不一定发生直接联系,而是由于垂体功能及内分泌代谢紊乱造成这种结果。

4. 雌激素因素 雌激素有促进子宫内膜癌发生的潜能。雌激素分泌正常而无排卵者(如多囊卵巢综合征)以及分泌雌激素的颗粒-卵泡膜细胞瘤患者,其子宫内膜增生过长和子宫内膜癌发病率明显增高,子宫内膜复合增生和子宫内膜不典型增生者,子宫内膜癌的发病率增高。动物实验也证明,大量雌激素可诱发动物的子宫内膜癌发生。临床用抗雌激素药物如孕激素治疗子宫内膜增生和分化良好的子宫内膜癌可使其逆转或好转。对绝经妇女应用雌激素,且无足够的孕激素对抗,则子宫内膜癌的发生率也增高。以上均说明雌激素过多或平衡失调与子宫内膜癌发生有关。

也有不少外源性雌激素与子宫内膜癌发病有关的报道。尤其是长期和大量应用比短时间小剂量应用相对危险性更大。在50岁以上妇女中,应用单一雌激素5年以上者子宫内膜癌发生率为10%,10年以上则为36%。一般外源性雌激素应用后所发生的子宫内膜癌,大多具有分化好,病变局限,临床期别早,肌层浸润及淋巴转移少等特点,而且治疗效果良好,存活率高。

5. 其他体质因素 如初潮早及绝经迟、流产、卵巢功能性肿瘤、不排卵、不育等,与子宫内膜癌均有一定关系。

【发病机制】 由于子宫内膜癌的真正病因仍不十分清楚。Bokham于1983年提出子宫内膜癌可能有两种发病机制。

1. 一类较年轻些,在无孕酮拮抗的雌激素长期作用下,子宫内膜发生增生性改变,最后导致癌变,但此类肿瘤分化好。这一类是从子宫内膜增生、细胞不典型增生而发展为分化较好的癌。此类病人的长期雌激素刺激,多发生在伴有多囊卵巢综合征或体内长期雌激素水平高的年轻患者或绝经前用雌激素补充疗法(HRT)的患者,这类病人的病情发展缓慢,在去除雌激素影响后,或用对抗雌激素的药物后有好转,预后较好。

2. 另一类发病机制不清楚,多见于老年人,绝经后,身体瘦型,雌激素水平不高,不一定与内膜增生或雌激素刺激有关。在病灶周围可以是萎缩的子宫内膜,从萎缩的子宫内膜发生分化较差的子宫内膜癌,此类恶性程度高,多发生在老年患者,并不都经过不典型增生阶段。目前此类组织细胞分化差、预后差的子宫内膜癌逐渐增多,其原因是孕激素已普遍使用,使持续雌激素作用所致的子宫内膜增生过长、腺瘤样增生以及不典型增生等癌前病变由于孕激素的应用而减少或逆转,另因人类寿命延长,绝经后妇女逐渐增多,这些

老年妇女可以发生萎缩的子宫内膜,逐步生长出分化较低的癌而影响预后。

Ferenczy 和 Bergeron 于 1992 年提出“肿瘤启动细胞”的假说,认为在多数妇女的子宫内膜中同时存在着“有肿瘤启动潜力的细胞”和“无肿瘤启动潜力的细胞”。当雌激素促腺上皮细胞生长的作用失去孕激素的拮抗或后者的作用减弱时,可能导致“有肿瘤启动潜力的细胞”发展为肿瘤,而使“无肿瘤启动潜力的细胞”发展为增生。

近年来多趋向于认为子宫内膜癌的发生是垂体功能紊乱,可能是成为子宫内膜癌和代谢异常的共同原因。由于垂体前叶分泌过多的致糖尿病生长激素,引起血糖增高和肥胖,而在这基础上产生高血压。与此同时垂体的促性腺功能也不正常,使卵巢失去排卵功能,不能分泌孕酮,子宫内膜长期处于增生状态。此外,根据对同位素标记的雌二醇排出的观察,说明肥胖人体内的脂肪有储存雌激素功能,从而加强其对子宫内膜的作用,最终导致癌的发生,其图解如下。

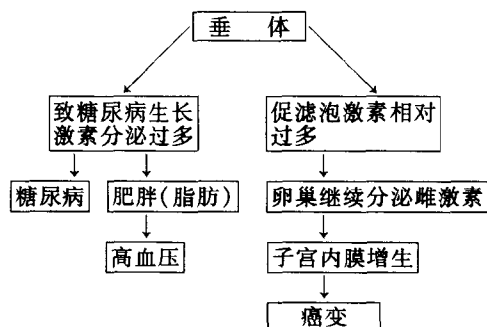


图 1-1 子宫体癌综合征与垂体功能失调关系

【临床表现】

1. 发病年龄 子宫内膜癌可发生于任何年龄,但基本上是一种老年妇女的肿瘤,平均年龄 55 岁左右,发病于 40 岁以下者约占 5%~10%。

2. 阴道出血 可表现为绝经后阴道出血,围绝经期的月经紊乱,40 岁以下妇女的月经过多或月经紊乱等多种形式,以不规则出血,或经量增多、经期延长多见。

3. 异常阴道排液 为癌瘤渗出液或感染坏死之表现,多为血性液体或浆液性分泌物,恶臭,常伴有阴道异常出血。

4. 下腹疼痛及其他 如癌肿过大,或累及子宫下段,宫颈内口者,可引起宫腔积液或积脓,出现下腹疼痛。累及附件或盆腔的晚期患者可有下腹包块等症状。因肿瘤压迫神经丛,而引起持续下腹、腰骶部或腿部疼痛,则表示病变已进入晚期。

5. 重视与子宫内膜癌发病有关因素 对有家族癌肿史,子宫内膜增生过长,年轻妇女持续无排卵,不孕,多囊卵巢综合征,卵巢性索间质肿瘤,应用外源性雌激素,激素替代疗法(HRT),长期应用他莫昔芬史,有肥胖、高血压、糖尿病三联症者,应特别引起重视。

6. 体检及妇科检查 除作全面的体格检查外,妇科检查应注意子宫大小、形态、质地、活动度,子宫颈、宫旁软硬度及有无出现包块。

7. 辅助检查

(1)细胞学检查:如子宫颈刮片、阴道后穹隆涂片及子宫颈管吸片,也可作内膜冲洗、尼龙丝内膜刮取等作筛选,阳性者仍不能确诊。

(2)B型超声:B超检查子宫大小,宫腔形态,子宫内膜厚度,肌层有无浸润,也可作为临床诊断和病理取材(宫腔活检或诊刮)提供参考。绝经后妇女,B超发现子宫内膜 $>5\text{mm}$ 者应作诊刮。

(3)宫腔镜:可直视宫颈管及子宫腔内膜情况,发现病灶或异常可及时取材活检,以提高确诊率。

【诊断】

1. 重视子宫内膜发生的各种高危因素。

2. 对有症状如绝经后出血、阴道异常排液或宫腔积(液)脓或无症状但有明显高危因素的妇女(如有癌症家族史,肥胖、高血压、糖尿病及长期应用他莫昔芬、PCOS、子宫内膜增生过长,卵巢性索间质肿瘤,年轻妇女持续无排卵,不孕等),在全面的体格检查及仔细地妇科检查的基础上对患者进行如下检查。

(1)细胞学检查,但宫颈刮片、阴道后穹隆涂片及子宫颈吸片等方法发现子宫内膜癌细胞阳性率不高,约在50%左右,采用直接从子宫腔内获取标本的方法如内膜冲洗、尼龙丝内膜刮取,有报道诊断率可接近90%,阳性者仍不能确诊。

(2)可选择阴道B超或腹部B超检查尤其是前者,必要时彩色超声多普勒检查。

1)对宫腔有明显可疑病灶及肌层浸润者,可行宫颈管诊刮及宫腔活检,以确定病理诊断及临床分期为决定手术范围提供依据。

2)对B超检查发现子宫内膜明显增厚或绝经后子宫内膜 $>5\text{mm}$,有可疑病变者,如患者无症状但有明显高危因素的妇女可行分段诊刮送病检以确定有无内膜癌及临床分期。

3)如B超检查子宫内膜无明显增厚,无可疑病变,若盲目分段诊刮有可能遗漏微小病灶,最好在宫腔镜直视下取活检以明确有无内膜癌及临床分期。

3. 诊断性刮宫的适应证

(1)绝经后出血,应视为一种危险信号,不论其量多少,持续时间多久,发生几次,均为异常,应寻找出血部位和原因。

(2)病人有持续性无排卵历史,或有上述高危因素者。

(3)反复出现阴道异常细胞,而宫颈活检阴性者。

(4)怀疑卵巢颗粒细胞瘤或卵泡膜细胞瘤者。

(5)子宫内膜不典型增生者,一度好转或治愈,以后又有出血者。

(6)阴道持续排液者。

【治疗】

1. 手术治疗

(1)手术治疗的目的:进行手术一病理分期,探查确定病变的真实范围及确定预后相关的重要因素,可切除癌肿子宫及其他可能存在的转移病灶。子宫内膜癌临床分期不准确,将影响其正确的治疗和预后。

I期者适合经腹子宫全切除,双侧输卵管和卵巢切除及选择性盆腔淋巴结和腹主动脉旁淋巴结切除术。