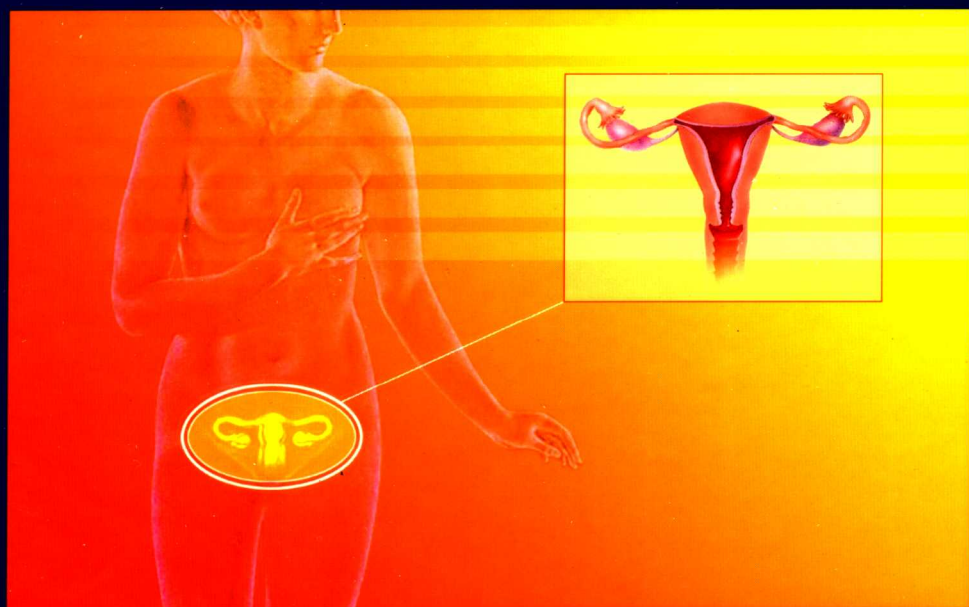


ZIGONG NEIMO YIWEIZHENG XIANDAI ZHILIAO

主编/李梅生 谭布珍 张 萍

子宫内膜异位症 现代治疗



人民军医出版社

· PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS ·

子宫内膜异位症现代治疗

ZIGONGNEIMOYIWEIZHENG XIANDAI ZHILIAO

主 编 李梅生 谭布珍 张 萍



人 民 军 医 出 版 社

People's Military Medical Publisher

北 京

图书在版编目(CIP)数据

子宫内膜异位症现代治疗/李梅生,谭布珍,张萍主编. —北京:人民军医出版社,2003.3
ISBN 7-80157-699-3

I. 子… II. ①李…②谭…③张… III. 子宫内膜异位症-治疗 IV. R711.715

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 088942 号

人民军医出版社出版

(北京市复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:68222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

北京天宇星印刷厂印刷

桃园装订厂装订

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/16·印张:8.5 彩页 8 面·字数:203 千字

2003 年 3 月第 1 版 (北京)第 1 次印刷

印数:0001~4000 定价:25.00 元

(购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换)

内 容 提 要

本书是系统论述子宫内膜异位症的专著,共分为十二章。基础部分介绍了子宫内膜异位症的流行病学以及病理生理学研究;临床部分详细论述了子宫内膜异位症的病因、发病机制、临床表现、诊断、治疗及预防。其中治疗部分是本书的重点,包括期待疗法、药物治疗、手术治疗等;基于目前子宫内膜异位症的诊疗现状,作者将腹腔镜治疗单独成章加以论述,介绍了手术原则、适应证及禁忌证、术前准备、手术步骤、术后处理等内容。

本书内容全面,实用性强,适于妇产科医生、研究生及相关专业研究人员阅读参考。

责任编辑 姚 磊 于 哲

编著者名单

主 编 李梅生 谭布珍 张 萍

副主编 李学应 何 梅

编 者 (以姓氏笔画为序)

邓 辉 李学应 李梅生 何 梅 肖新兰

张 萍 周小飞 陈小珠 胡志琴 曹 青

谢小青 谢斌辉 谭布珍 熊玲娜 熊锦梅

审 阅 江 森 廖汀玲

编写人员单位 赣南医学院附院

江西医学院二附院

江西医学院一附院

江西省妇幼保健院

广东省阳春市人民医院

序

赣南医学院附属医院妇产科李梅生教授继主编《输卵管复通术》后,又与江西医学院附二院谭布珍教授主编《子宫内膜异位症现代治疗》专著,观其内容,分为十二章,从概述、流行病学、病理生理学、病因及发病机制、临床表现、诊断、鉴别诊断、临床分期、治疗、预防、复发及恶变,各又分节详述,并附有国内、外著名参考名著及论文,足见本书所述有充分的理论依据,尤其临床分期最为重要,因为它是合理治疗的依据。

早在 1921 年 Sampson 就提出了与子宫内膜异位症(endometriosis,EMS)有关的“月经血逆流学说”,直到 1980 年 Weed 和 Arquemburg 才弄清楚 EMS 发病与机体自身免疫疾病有关。我在 1976 年参加主编《实用妇科学》时并没有涉及这方面的知识,直到 1999 年参加主编《新编实用妇科学》时才将机体细胞免疫和体液免疫功能缺陷阐述清楚,说明该症经过了一个很长的研究过程,才得到今天的发展。

本书虽不无小疵,但瑕不掩瑜,纵观该书的叙述有理、有据,文字简练,实用性强,故可供临床医生及医学院校师生参考。

江 森(山东大学齐鲁医院妇产科)

2001 年 8 月 25 日于山东泉城

前 言

子宫内膜异位症是妇科常见病、多发病,可以出现在全身各处,行为类似恶性肿瘤,呈良性病理过程,是一种出血性、粘连性疾病,药物及手术治疗都可复发,恶变率 0.7%~1%。其病因仍是目前研究热点,临床症状变化多端,是“令人迷惑的疾病”。提高对本病的认识,尽早诊断,及时治疗,减少误诊及漏诊,解除患者的疾苦,是本书编写的目的。

本书共分十二章,阐述了子宫内膜异位症的流行病学、病因学、病理学到临床表现、诊断、鉴别诊断及治疗等。在诊断章节详细地介绍了近期发展并采用的实验室诊断方法,应用价值,超声及 MRI 在子宫内膜异位症诊断中的价值及声像特点,并附有图片资料;详细地介绍了本症复发、恶变及预防措施,重点阐述了腹腔镜在子宫内膜异位症中的诊断价值、诊断方法、镜下特点;治疗章节对药物治疗及手术治疗的方法、适应证、操作步骤、疗效评价及腹腔镜下治疗本症都作了全面、详细的阐述,并附有能加深理解的插图,为本书内容增加了色彩。编者多是有丰富临床经验的教授,还有部分优秀的中青年作者,他们查阅了大量的国内外资料,结合临床经验编写而成,内容全面、丰富、实用性强,可供妇科医生、大专院校学生、研究生参考,希望能得到读者的欢迎。

在编写过程中,得到山东大学江森教授的指导,并欣然作序;唐雪基同志做了图片采集工作,在此一并表示谢意。限于时间及能力,难免有不足之处,尚望见谅。

李梅生

目 录

第一章 概述	(1)
第二章 流行病学	(3)
第一节 子宫内膜异位症的患病率	(3)
第二节 子宫内膜异位症发病的影响因素	(6)
第三章 病理生理学	(13)
第一节 子宫内膜对性激素的反应	(13)
第二节 异位子宫内膜对性激素的反应	(14)
第三节 卵巢子宫内膜异位症	(15)
第四节 盆腔腹膜内膜异位症	(16)
第五节 身体其他部位的内膜异位症	(16)
第六节 子宫腺肌症	(19)
第四章 病因及发病机制	(20)
第一节 种植学说	(20)
第二节 淋巴及静脉播散学说	(22)
第三节 体腔上皮化生学说	(22)
第四节 病因学研究进展	(23)
第五章 诊断	(31)
第一节 临床表现及诊断	(31)
第二节 实验室诊断	(36)
第三节 超声诊断	(39)
第四节 磁共振诊断	(44)
第五节 CT 诊断	(49)
第六节 腹腔镜诊断	(50)
第六章 鉴别诊断	(57)
第一节 卵巢内膜异位囊肿的鉴别	(57)
第二节 盆腔内膜异位症的鉴别诊断	(60)
第三节 盆腔外内膜异位症的鉴别	(63)
第七章 临床分期	(68)
第一节 早期分期法	(68)
第二节 现代分期法	(69)
第八章 治疗	(74)

第一节	期待疗法	(74)
第二节	药物治疗	(74)
第三节	手术治疗	(81)
第四节	介入性治疗	(90)
第五节	中医治疗	(93)
第九章	腹腔镜治疗	(99)
第一节	手术条件及原则	(99)
第二节	手术适应证及禁忌证	(100)
第三节	手术准备	(100)
第四节	手术后处理	(101)
第五节	手术操作步骤及方法	(101)
第六节	各部位子宫内膜异位症的腹腔镜治疗	(104)
第七节	手术并发症及其防治	(109)
第八节	评价及展望	(112)
第十章	预防	(114)
第一节	防止经血逆流	(114)
第二节	防止医源性子宫内膜异位症	(115)
第十一章	复发	(119)
第一节	复发率	(119)
第二节	复发的生物学基础	(120)
第三节	复发的诊断	(121)
第四节	复发的治疗对策	(122)
第五节	复发的预测	(122)
第十二章	恶变	(124)
第一节	恶变率	(124)
第二节	恶变的部位及组织学类型	(124)
第三节	临床表现	(125)
第四节	诊断标准	(125)
第五节	癌前病变	(126)
第六节	治疗及预后	(126)

第一章 概述

子宫内膜异位症 (endometriosis, EMS), 是指有生长功能的子宫内膜组织出现在子宫腔被膜黏膜以外的身体各部位。绝大多数病变出现在盆腔内生殖器及邻近的器官的腹腔面, 如卵巢、子宫直肠陷凹、韧带、直肠、膀胱等, 还可出现在远离子宫的部位, 如鼻腔、口腔、肺、肾、输尿管、膀胱等, 可谓是全身无所不有的出血性、粘连性疾病, 可涉及到内、外、骨、眼、耳鼻咽喉各科。

1860 年 Rokitansky 首次发现子宫内膜异位症, 直到 1921 年 Sampson 提出经血逆流学说后才引起学者们关注, 陆续报道了医院的发病率。20 世纪 70 年代后随腹腔镜在临床的广泛应用, 报道本病日益增多, 尤其是在不孕妇女中其发病率可高达 86.0%, 腹腔镜检查使轻度及微型的子宫内膜异位症得以诊断, 使这些无症状但又不孕的妇女能得到及时治疗。

子宫内膜异位症发病机制及病因学一直是研究热点。早在 1921 年 Sampson 提出了经血逆流学说, 并得到种种证明, 已获公认。但育龄妇女有 90% 存在经血逆流现象, 而只有 10%~15% 的妇女发病, 这是经血逆流学说无法解释的。1925 年 Sampson 在盆腔静脉中找到异位内膜, 提出了血行转移的。1924 年 Halbon 提出远离盆腔的子宫内膜异位症是经淋巴转移的。Iwanoff (1989) 与 Meyer (1903) 提出体腔上皮化生学说, 但任何一种学说都无法圆满地解释其发病机制。1980 年 Weed 等推论子宫内膜异位症是一

种与自身免疫有关的疾病, 已有大量研究表明, 人类免疫系统的变化, 包括各种细胞免疫系统、免疫球蛋白、细胞因素、整合素家族等, 均参与了子宫内膜异位症的发病过程, 并起着关键性作用。1972 年 Keer 教授首先提出凋亡概念, 近年来研究认为子宫内膜异位症与细胞凋亡有关, 而细胞的凋亡受基因表达、酶的活化、激素和细胞因素的调控。Jimbo 的癌基因研究为子宫内膜异位症的基因研究指出了突破方向。

子宫内膜异位症是一种激素依赖性、出血性、炎症性、遗传性疾病, 临床表现不尽相同, 与异位内膜所黏附、种植的部位不同而出现不同症状, 20% 的患者可无症状, 多数为痛经与持续性下腹痛, 疼痛呈周期性、渐进性加重, 而疼痛症状的程度与病灶大小不成比例, 有时很大的卵巢巧克力囊肿但疼痛很轻, 而散在盆腹膜的小病灶可产生剧烈腹痛。15% 患者可表现为月经量过多或经期延长, 40% 患者表现为不孕, 此外还有性交痛或肛门坠胀不适。卵巢巧克力囊肿破裂可产生剧烈腹痛、恶心、呕吐、肛门坠胀, 是不可忽视的妇科急腹症之一。周密细致的妇科检查, 包括双合诊与三合诊有助于诊断, 临床诊断时, 可借助 B 型超声波和测定 CA125 值, 腹腔镜检查是诊断子宫内膜异位症的金标准, 尤其是对盆腔检查及 B 超无阳性发现的不孕与腹痛患者是惟一确诊手段, 在诊断子宫内膜异位症时要注意与卵巢肿瘤、盆腔炎、宫外孕、子宫肌瘤的鉴别, 盆腔外子宫内膜异位症的鉴别

较困难,但注意本病特点是与月经周期有关的出血并呈现暗红、紫蓝或白色的出血点或小瘀时要高度重视予以鉴别,病理活检可确诊。

子宫内膜异位症的治疗临床上颇为棘手,治疗的药物很多,如睾酮、孕激素、高效孕激素、达那唑、内美通、孕三烯酮及促性腺激素释放激素类似物(GnRH)等,对轻度子宫内膜异位症有较好效果,而中、重度患者停药后复发率高,药物副作用大,副反应的预防及反加疗法须进一步研究,手术治疗是治疗子宫内膜异位症的主要措施,保守性手术及半保守性手术适合于未生育及年轻患者,但存在复发问题。根治性手术只适合于病情严重、年龄较大、保守治疗无效者,但可能出现绝经期综合征。腹腔镜手术治疗有其独特的优点,亦有不足之处,病灶较深时较难处理。子宫内膜异位症的治疗中有不少矛盾,制定

治疗方案必须进行个体化处理,治疗前应患者及家属进行充分、坦诚的谈话,说明子宫内膜异位症病理特点、患者具体情况、医疗的原则、各个不同治疗方案的利弊及医务人员选择治疗方案的理由,使患者与家属充分理解和合作。医生在选择治疗方案时要视个体对药物的敏感性、有效性、不良作用及是否需要生育、患者年龄、经济状况等综合分析,规范化的治疗方案正在研究之中。

130多年以来,学者们对子宫内膜异位症的病因、诊断、治疗和预防作了大量的工作,取得了不少成绩,但由于未真正解决病因学及掌握病理生理机制,至今还未攻克此病,仍是令妇科专家们“迷惑的疾病”,加强基础研究,寻找更有效的治疗及预防对策是今后的重要任务。

(李梅生)

第二章 流行病学

子宫内膜异位症流行病学是研究该病在妇女人群中的发生、发展、分布、频度及其影响因素,以制定预防保健对策的科学。对子宫内膜异位症的病因要研究,对其保健预防亦要研究,要尽量阻断其发病,控制其发生,促进妇女健康。

子宫内膜异位症(EMS)是 1860 年 Rokitsansky 首先提出的,但未引起人们的重视,直到 1921 年 Sampson 提出经血逆流的发病机制和 1929 年 Wharton 第一次报道试行保守手术治疗的效果后,才日益受到重视,报道增多。

第一节 子宫内膜异位症的患病率

一、发病率、患病率和医院发病率

1. 发病率 发病率是指在一段时间内(一般是 1 年),在一个可能患病的自然人群或居民区内(除外特殊人群),子宫内膜异位症的初发、新发、始发的频率。强调初发、始发、新发是它与患病率有关键性区别,这个病必须是刚患上的,以前未患此病,去年患病,今年统计时不论痊愈与否均不可计算在内。要求如此严格,使子宫内膜异位症很难得出确切的发病率。

发病率的统计时段一般是用 1 年,其分子是该时段内初、新、始发的病例,而其分母是用标准人群,人群的构成必须能大致代表总体,例如某县、某市、某地区等,抽样必须随机,要有代表性。而决不能用某个特殊的人群如住院病人、门诊病人等。

目前对 EMS 的人群发生率还极少报道,1970~1979 年期间,美国 Minnesota 州 Rochester 地区的社会医疗机构,曾统计该地区每年 15~45 岁的白种妇女中子宫内膜异

位症的发生率不超过 3%。

2. 患病率 患病率是指某一时点(不是时段),在一个标准自然人群,也是可能患某病的人群中,正在患着子宫内膜异位症的出现频率。固定时点,所以普查分头突击同时进行。

患病率在慢性病可以积累,即当时发病的、上月发病的、前年发病的……都应计算在内。子宫内膜异位症只能计算出患病率。在理论上患病率的分母应与发病率的分母一致用标准人群,但是在实际工作中对分母要求不太严,而只是可能患病人群。子宫内膜异位症病人部分无症状及体征,诊断极为困难,造成了对该病在人群中的患病率调查的障碍。

3. 医院发病率 在医院住院人群中剖腹手术或腹腔镜检查发现者,称医院发病率,20 世纪 20 年代初,西方的学者报道了该症医院发病率为 0.8%~50.1%。目前文献中最常用的发病率都是医院发病率,是在医院这种特殊人群中的发病情况,也能间接反映

子宫内膜异位症患病情况。

二、患病率与种族

子宫内膜异位症曾被认为是一种常见于上层社会白种妇女的“文明病”，其他种族妇女很少发病，但大量的临床资料证实子宫内膜异位症的发病不存在种族差异。Jeffcoate(1975)指出，在美、英两国妇科疾病手术的病人中，10%~25%是子宫内膜异位症。Miyagama(1976)报道夏威夷的日本侨民中子宫内膜异位症的发病率并不比其他民族低。Chatman(1976)在260例黑人腹腔镜检中，发现59例是子宫内膜异位症，占22.7%。

北京协和医院妇产科在1961~1974年经手术证实的150例子宫内膜异位症占妇科手术例数(2669例)的5.6%。

山西医学院附属二院(1989)对1985年4月~1988年1月施行腹腔镜检675例，子宫内膜异位症120例，占17.8%。

三、影响医院患病率的因素

目前文献报道的EMS患病率差异甚大，从2%到86%不等(表2-1)，不同诊断方法、不同年代、不同作者报道的患病率各异。

表 2-1 综合文献报道的 EMS 患病率

诊断方法	作者	时间	患病例数	%
绝育术	Strathy	1982	200	2
	Mahmaod	1991	598	6
腹腔镜 (不孕症)	Drakce	1980	38	48
	Mahmood	1991	654	21
	杨燕生	1994	195	55.9
	祝育德	1998	150	86
剖腹手术	朱关珍	1984	443	7.5
	廉玉茹	1983	150	9.94
	张信美	1998	206	16.7

对不孕症妇女作腹腔镜检时，EMS出现率最高，而在正常生育妇女绝育时发现EMS最低。

1. 患病率与临床分期 EMS轻症患者多无明显的临床症状，尤其是已生育的妇女，轻微腹痛时多不治疗或者仅在门诊治疗，都未计入患病数之内。临床剖腹手术确诊的EMS患者多为中重度。有临床症状的中、重度子宫内膜异位症无疑是一种疾病，而微型和轻度异位灶病变是否应该考虑子宫内膜异位症较不明确。

最近，Rawson研究了子宫内膜异位症在无慢性盆腔疼痛或不孕症的妇女中的发病率，表明：40%以上的受试者有微型或轻度子宫内膜异位症。Vercelline(1993)报道对一系列生育年龄无症状的受试者行前瞻性腹腔镜研究显示，在无症状的子宫内膜异位症中，几乎50%存在微型或轻度子宫内膜异位症，而对这类常见微型与轻度病变而且无症状者是否考虑为一种疾病，目前仍有分歧。

另一种看法认为只要是微型和轻度病变应视为疾病，必须治疗，否则病情可能加重。但是，本病的自然病史是否会加重，仅有少量报道。事实上本病有部分自然消失。Telimma研究发现病变自然消失者占18%，加重者占23%。Thomas与Cooke采用双盲、随机、安慰剂对照方法，发现对照组子宫内膜异位症消失率24%，好转29%，加重的有47%，说明一半以上的微型与轻度子宫内膜异位症可以自愈。

临床上亦表明许多局限病变的子宫内膜异位症是不加重的，近20年来临床实验及基础研究，小部分是重度，大部分是微型及轻度。杨燕生(1989)行腹腔镜检675例，镜下确认为子宫内膜异位症120例，按R-AFS分期，I期(微小子宫内膜异位症)66例(55%)，II期(轻度)30例(25%)，III期(中度)14例(11.7%)，IV期(重度)10例(8.3%)。妇科检查61例盆腔正常(50.8%)，若不行腹腔镜检，微小型的子宫内膜异位症临床上诊断较为困难。杨燕生(1994)统计因不孕症做腹腔镜的654例患者中子宫内膜异位症占366



例。按美国 R-AFS 分期方法, I 期 258 例 (70.5%), II 期 54 例 (14.7%), III 期 34 例 (9.5%), IV 期 20 例 (5.5%), 若不统计 I 期 EMS, 则发病率为 29.5%, 表明重度子宫内膜异位症只是小部分。孙爱达的资料亦如此, 当然, 剖腹手术诊断的子宫内膜异位症多是重度。

2. 患病率与诊断手段有关 腹腔镜检是 EMS 诊断的金标准, 可使许多轻症病人得到及时的诊断, 尤其是不孕症妇女, 通过腹腔镜检可及早查明原因, 及早治疗。但腹腔镜的使用并不普遍, 只是在发达国家才普遍使用, 美国有 50% 不孕症妇女能接受腹腔镜检, EMS 发病率达 31.7%; 而发展中国家能接受腹腔镜检的 EMS 妇女都不多, 多数仍是剖腹手术后确诊的。

周应芳报道 501 例行腹腔镜诊断的患者中 EMS 为 129 例占 25.7%, 占同期全部腹腔镜检的 34.22% (129/377)。杨燕生 (1989) 报道腹腔镜检 675 例患者中, EMS 120 例, 这 120 例中 50.8% 的患者盆腔检查正常, 若这部分妇女不做腹腔镜检是难以诊断为子宫内膜异位症的。金力 (2001) 等统计, 1995 年 1 月~1998 年 12 月因不孕症入院行腹腔镜诊治共 342 例, 其中腹腔镜及病理诊断 EMS 为 141 例, 术前诊断子宫内膜异位症为 86 例, 无症状不孕症经腹腔镜诊断 55 例, 这 55 例 (39%) 不做腹腔镜同样是难以诊断的, 表明患病率高低与检测手段相关。

3. 不同年代患病率的差异 年代因素对患病率的影响较为复杂, 医学的进步、检测手段的增加、寿命的延长及环境污染的加重及各种计划生育手术的开展, 使 EMS 在不同年代患病率不同, 而且呈上升趋势。北京协和医院吴葆祯对该院 1965~1984 年住院病人以 5 年为一阶段统计, 表明经腹手术并经病理诊断的 EMS 发生率逐渐上升。在

1965~1969 年剖腹 1 582 例, EMS 57 例 (3.6%), 而 1980~1984 年剖腹手术 1 743 例, EMS 167 例 (9.6%), 20 年内增长了 2.8 倍。

1977 年 Williams 等报道, 在连续 968 例剖腹手术患者中 EMS 达 50%, 明显高于其早年报道的 10%~30%。

北京医科大学第一医院周应芳等 (1993) 报道, 1980~1991 年 12 年间, 以 4 年为一阶段统计其患病率。1980~1983 年 EMS 病人 84 例, 占同期妇科住院病人的 3.58%, 1984~1987 年 EMS 107 例, 占同期住院病人的 4.69%, 1988~1991 年 EMS 310 例, 占同期妇科住院病人的 8.01%, 后 4 年与前 8 年相比有显著性差异, 分别上升到 1.87 倍及 1.50 倍。后 4 年与前 8 年占住院病人比例相比 $P < 0.0001$, 与同期剖腹手术相比后 4 年与前 8 年 $P < 0.0001$ 。

中国人民解放军南京部队总医院苏延华 (1983) 报道, 在该院 1965~1980 年的剖腹手术 692 例中, 外在性 EMS 15 例; 1974~1980 年剖腹手术 816 例, 外在性 EMS 67 例。表明子宫内膜异位症发病率上升情况, 后 7 年发病率是前 8 年的 3.57 倍。

赣南医院附属医院子宫内膜异位症的发病亦呈上升趋势。1988~1994 年剖腹手术 349 例, 病理诊断为内膜异位症 5 例 (1.43%)。1995~2001 年 12 月剖腹手术 813 例, 经病理诊断为子宫内膜异位症 65 例 (7.99%), 后 7 年是前 7 年的 5.58 倍。

虽然不同地区, 不同医院在不同年代对子宫内膜异位症发病率的统计不同, 但都呈上升趋势。现仅为文献报道, 缺乏大样本的流行病学调查。只有寻找一个可行的普查分法进行大样本调查, 才能深入了解和掌握其发病的危险因素。

第二节 子宫内膜异位症发病的影响因素

月经和周期性雌激素影响是一致公认的发病重要因素,初潮年龄、月经周期长短、月经持续时间、有无痛经、生育史、家族史等都与子宫内膜异位症发病有关。

一、年 龄

月经是女性标志之一,子宫内膜异位症是女性特有的疾病,在卵巢激素的影响下子宫内膜发生周期性剥脱和出血,为子宫内膜异位症发病提供了条件。子宫内膜异位症的发病年龄可在各个年龄段,多发生在25~50岁。

我国子宫内膜异位症协作组(1983)总结的8个医疗单位1978年以前30年或14年的1553例的资料中,年龄最大的64岁,最小15岁,36~50岁占72.9%,最多为41~45岁,占25.6%。廉玉茹(1987)报道1974~1983年经手术后证实的200例子宫内膜异位症中,年龄最大66岁,最小22岁,平均年龄39.8岁,以36~45岁最多,占57.5%。青少年的EMS必须引起重视,国外文献报道EMS患者最小年龄10.5岁,国内杨佳欣(2001)等回顾研究了北京协和医院自1983年1月~2000年1月的资料,发现诊治年龄小于18周岁EMS患者6例,占同期青少年妇科手术的1.8%,其中年龄最小的11岁。

检测方式的不同,尤其是腹腔镜检查,使子宫内膜异位症发病年龄与剖腹手术证实的EMS发病年龄相比发生了变化,多发生在34岁以前。杨燕生(1994)报道腹腔镜检查366例子宫内膜异位症,其中年龄为21~56岁,其中25~29岁191例占52.2%,30~34岁106例占28.9%,35~39岁33例占9%,大于40岁的3例占0.8%。孙爱达等(1991)统计腹腔镜检查并结合剖腹手术的254例子宫内膜异位症患者中年龄最大50岁,最

小19岁。21~40岁214例,占84.2%。朱关珍(1994)报道1983年1月~1987年12月子宫内膜异位症手术治疗的443例中,年龄最大56岁,最小20岁,平均35.8岁,其中26~40岁347例占78.3%。笔者医院1997~1999年病理证实的43例子宫内膜异位症患者中年龄最大的53岁,最小的22岁,平均年龄35.8岁,40岁以下28例,占65.12%。

周应芳(1995)采用病例对照研究,调查1991年3月~1993年12月子宫内膜异位症190例和非子宫内膜异位症192例进行单因素分析,发现患者年龄为22~52岁,年龄 (35.7 ± 6.3) 岁。子宫内膜异位症发病年龄多在50岁以前,但对绝经后妇女不应忽视子宫内膜异位症的诊断。Sloan(1996)报道1例76岁妇女患子宫内膜异位症以急腹症就诊的病例。Kempers等对13年的文献资料加以统计,发现有10例为绝经后妇女,有2例超过70岁。

二、月 经

月经与子宫内膜异位症的关系是历来学者研究热点,都认为初潮提前、月经周期缩短、经期延长,月经量过多是子宫内膜异位症发病的高危因素。潘凌亚、周应芳的流行病学调查病例对照研究亦证实此点,周应芳进行病例对照研究,行多元素逐步回归分析,发现月经过多和子宫内膜异位症发生有关,其选择病例有37.4%合并有子宫肌瘤或腺肌瘤,明显高于对照组,因此进行严格的对照控制及大样本多中心的流行病学调查实属必要。

1. 初潮年龄提早,发病危险度高 月经初潮早,经血逆流时间同样早,子宫内膜种植机会增多,发病率增高,周应芳(1985)采用病



例对照研究,将初潮年龄按 ≤ 12 岁,13~16岁, ≥ 17 岁分为3组,13~16岁发病危险度(RR)为1.00,发现初潮年龄与发病危险度(RR)呈负相关,与潘凌亚(1993)等研究结果一致,初潮年龄小于12岁发病危险度最高。

2. 月经周期短于27d者发病危险度增高 月经周期短者行经次数多,脱落的子宫内膜有更多机会逆流到盆腔,种植和蔓延。多数认为月经周期缩短是子宫内膜异位症发病的高危因素。周应芳对确诊为异位症190例和192例对照按月经周期短于27d,27~34d,大于34d三组,设27~34d OR为1.00,月经周期大于34d OR为0.63,月经周期短于27d OR为1.89,表明月经周期短于27d发病危险度高。

截止到2001年12月,该组经手术证实EMS 61例,其中月经周期短于27d 24例,月经周期大于34d仅8例,推论是月经周期短者发病率高。

3. 月经量多,经期延长的妇女,子宫内膜异位症发病率高 正常月经持续时间为2~7d,流血量在10~58ml,最多为100ml,但有认为月经量超过80ml为病理状态。流血量大,经期延长时逆流至盆腔的血量随之增加,子宫内膜种植机会增加,子宫内膜异位症协作组1553例子官内膜异位症中,月经量增多者占96.9%,经期延长者占44.5%。廉玉茹报道的200例子官内膜异位症中,表现为月经量增多及经期延长共91例,占45.5%。潘凌亚等(1993)行流行病学调查发现,行经时间大于7d发病危险度增加。周应芳(1995)采用病例对照研究中亦发现经期延长及月经量多是EMS发病的高危因素。

4. 痛经者子宫内膜异位症发病率增高 痛经是子宫内膜异位症的重要临床症状之一,临床医生往往依据进行性加重的痛经而诊断子宫内膜异位症。1983年国内8个医疗单位子宫内膜异位症协作组报道的1553例EMS中表现有痛经的为915例,占

58.9%,原发性痛经19.2%,继发性痛经80.8%,渐进性加剧占70%,非渐进性占30%。周应芳(1995)调查1991年2月~1993年1月该院383例生育年龄患者的痛经情况,结果为:异位症组126例,占65.6%(126/192),对照组72例占37.7%(72/191),两组有极显著性差异($P < 0.001$),两组原发性痛经(PD)发生率相似($P > 0.05$),但异位症组(PD)痛经症状加重占比例多,有显著性差异($P < 0.001$),继发性痛经(SD)的发生率异位症组高于对照组($P < 0.001$),痛经症状加重,以异位症组多于对照组($P < 0.01$)。

潘凌亚等(1993)的流行病学调查结果表明,原发性痛经与EMS发病呈良好正相关。

Cramer等的研究表明轻症痛经者的RR值为1.7,中度痛经者的RR为3.4,重度痛经的RR值上升为6.7,表明痛经与子宫内膜异位症发病呈正相关。潘凌亚、周应芳的研究结果一致。

Schulman等通过宫缩监测仪观察到痛经系月经期子宫收缩所致,宫缩增强,痛经症状就更明显,逆流经血及脱落的子宫内膜亦增加,子宫内膜内含高浓度的前列腺素,前列腺素可刺激子宫平滑肌引起强烈收缩,加重痛经程度。这一作用既能够引起痛经,还可促使经血倒流。潘凌亚的研究还表明原发性痛经引起异位症伴随痛经程度加重,发病的危险性增加。

5. 经期运动者EMS发生危险性增加 月经期仍从事跑步、球类、游泳、体操等竞技运动者,血液循环快,子宫、输卵管肌肉收缩加强,经血可随肌肉收缩的加强逆流现象更明显,使子宫内膜异位症发病概率增加。潘凌亚等对203例子官内膜异位症行经期运动调查,并设立406例对照组,无经期运动116例对照300例,发病危险度(RR)为1,有经期运动87例对照106例,RR上升为2.07,表明经期运动发病危险度增加。

有研究发现经期骑自行车者 EMS 发病率高于经期不骑自行车者,EMS 发病危险性亦增加。

三、职业与文化层次

子宫内膜异位症曾被认为是一种常见于上层社会的白种妇女“文明病”。而大量的临床资料证实子宫内膜异位症的发病受种族、地域、教育程度、职业的影响不大,Makhloa(1986)及 McCann(1993)的研究表明,子宫内膜异位症的发病受职业及教育程度影响不大。国内周应芳等(1995)对 190 例内异症病例过行职业受教育程度调查,分为工人、技术人员、干部、农民及无业人员,并设立对照组发现异位症的发生与职业有关。在受教育程度方面分高中及以下中等学历,大学及以上学历,发现内异症的发病与受教育程度关系不大。

周应芳的研究中干部职业的发病较多,而农民与无业人员的发病较少,与 Cramer(1986)报道相一致,认为干部工作多为脑力劳动,精神过于高度紧张及集中状态,缺乏规律运动,长期为坐位,可助长异位症的发生,然而干部有较优越的诊疗条件,对疼痛较为敏感使不少在早期阶段得到治疗,也是干部子宫内膜异位症患病率高的原因。而农民及无业人员经济条件较差,生活较为艰苦,疾病很严重时才进行治疗,使医院内农民及无业人员患病率低,截止到 2000 年 9 月本院 43 例卵巢子宫内膜异位囊肿资料中有干部 16 例,农民及无业人员 13 例,工人 14 例,职业与子宫内膜异位症患病无明显关系。职业对子宫内膜异位症发病关系还有待于进行多中心、大样本前瞻性研究。

四、不孕

不孕妇女是子宫内膜异位症的高发人群。Pearson 对不明原因患者行腹腔镜检查发现约 1/3 为 EMS。

全国 8 个子宫内膜异位症协作单位的 EMS 患者 1 553 例中,已婚不孕者 795 例占 51.2%,其中原发不孕占 58.6%,继发不孕占 41.4%。苏延华(1983)报道该院 1966 年 1 月~1980 年 12 月的 15 年中剖腹手术并病理证实的 83 例外在性子宫内膜异位症中,59 例为不孕症,占 71.7%。其中原发不孕症 31 例,占 52.54%,继发不孕症 28 例占 47.46%。

腹腔镜检使不孕症妇女能及时查明原因,Muse(1982)报道子宫内膜异位症患者有 30%~40%不孕。

杨燕生(1994)行腹腔镜检的 654 例患者中,子宫内膜异位症 366 例,EMS 占不孕症的 55.9%,而 366 例子宫内膜异位症中不孕症 295 例占 80.8%。王琳(1996)报告腹腔镜检为异位症的 28 例,其中 20 例为不孕,占 71.4%。梁宪生(1994)对 27 例不孕症妇女在月经周期第 10~16 天行腹腔镜检,发现异位症 16 例占 59.3%。金力(2001)等对不孕症患者行腹腔镜检,共 342 例,确诊为子宫内膜异位症 141 例,占 41.2%(表 2-2)。

子宫内膜异位症在不孕症妇女这一特殊人群中的发病率 43%~86%,远高于 Muse(1983)所报道的。在流行病学研究中有重要意义,对女性不孕人群行腹腔镜检是很重要的,应予以重视。

五、手术操作可引发医源性 子宫内膜异位症

子宫内膜异位症可发生于人体的任何部位,若发生在以往手术切口部位或其发生与以往手术操作有关时,可称之医源性子宫内膜异位症。

1. 人工流产与子宫内膜异位 沈庆堃(1996)报道卵巢子宫内膜异位囊肿 56 例,有人工流产史 34 例占 60.7%,人流次数最多达 5 次。子宫内膜异位症协作组(1983)报道子宫内膜异位症 1 553 例,其中有吸宫、刮宫