

妇产科学

刘碧岩等◎主编



 吉林科学技术出版社

妇产科学

刘碧岩等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科学 / 刘碧岩等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018. 6

ISBN 978-7-5578-4944-3

I. ①妇… II. ①刘… III. ①妇产科学 IV. ①R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第155158号

妇产科学

主 编	刘碧岩等
出 版 人	李 梁
责任编辑	史明忠 杨超然
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	600千字
印 张	26.375
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4944-3
定 价	105.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前 言

随着医学科技的快速发展，现代医疗设备的广泛临床应用，临床诊断和鉴别诊断及治疗水平有了很大的提高。妇产科疾病是女性常见病、多发病，严重威胁了妇女的身心健康。妇产科学作为临床医学的重要组成部分，近年来以医学电子、生化、药学、细胞遗传等基础医学及相关科学为依托，在疾病诊断技术和治疗方法上有了飞速的发展。广大妇产科医师急需更新知识，提高诊疗水平，他们迫切需要一部简明实用、体现现代诊疗水平的工具书。为此，编者在广泛参考大量国内外资料的基础上，结合多年临床医疗工作的实际经验，编写了本书。

本书以妇科、产科常见病及多发病为出发点，以诊断和治疗为中心，对每种疾病从概述、病因开始，讲述临床表现、实验室及其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗等均进行了系统阐述，并侧重介绍了当今医学领域的新知识、新理论和新技术。其编写宗旨是坚持面向临床，注重实用，理论与实践、普及与提高相结合的原则。

由于水平有限，书中难免存在不足之处，敬请读者批评指正。

目 录

第一章 妇科内分泌疾病	1
第一节 青春发育异常.....	1
第二节 痛经.....	4
第三节 闭经.....	5
第四节 围绝经期综合征.....	9
第五节 经前期综合征.....	13
第六节 功能失调性子宫出血.....	17
第二章 外阴疾病	23
第一节 外阴鳞状上皮增生.....	23
第二节 外阴硬化性苔藓.....	24
第三节 硬化性苔藓合并鳞状上皮增生.....	26
第四节 外阴瘙痒症.....	26
第三章 生殖器官感染	28
第一节 外阴炎.....	28
第二节 阴道炎.....	32
第三节 宫颈炎.....	36
第四节 盆腔炎.....	40
第五节 生殖器结核.....	43
第四章 生殖器官损伤性疾病	46
第一节 子宫脱垂.....	46
第二节 生殖器官瘘.....	48
第三节 直肠阴道瘘.....	50
第四节 阴道壁膨出.....	51
第五章 女性生殖道畸形	53
第一节 子宫发育异常.....	53
第二节 阴道发育异常.....	54
第三节 处女膜闭锁.....	57
第四节 卵巢发育异常.....	58
第六章 女性功能障碍	60
第一节 性厌恶.....	60
第二节 性欲低下.....	62
第三节 女性性高潮障碍.....	64
第七章 子宫内膜异位症与子宫腺肌病	67
第一节 子宫内膜异位症.....	67
第二节 子宫腺肌病.....	71
第八章 盆底功能障碍	73
第一节 下泌尿道功能障碍.....	73
第二节 盆腔脏器脱垂.....	80
第九章 妊娠滋养细胞疾病	89

第一节	葡萄胎	89
第二节	绒毛膜癌	90
第三节	侵蚀性葡萄胎	95
第四节	胎盘部位滋养细胞肿瘤	98
第十章	妇科肿瘤	100
第一节	外阴肿瘤	100
第二节	阴道肿瘤	110
第三节	子宫肌瘤	113
第四节	输卵管肿瘤	121
第五节	宫颈肿瘤	124
第六节	卵巢肿瘤	128
第十一章	性传播疾病	138
第一节	梅毒	138
第二节	淋病	142
第三节	非淋菌性尿道炎	144
第四节	尖锐湿疣	146
第五节	生殖器疱疹	147
第六节	生殖道沙眼衣原体感染	149
第十二章	妊娠生理	151
第一节	受精及着床、胚胎及胎儿发育	151
第二节	胎儿附属物的形成与功能	153
第三节	胎儿发育及其生理特点	155
第四节	妊娠期母体的变化	157
第十三章	妊娠诊断	161
第一节	早期妊娠诊断	161
第二节	中晚期妊娠的诊断	163
第三节	胎产式、胎先露及胎方位	164
第十四章	产科常见手术	166
第一节	引产术	166
第二节	宫颈环扎术	170
第三节	会阴切开缝合术	172
第四节	臀位助产	173
第五节	胎头负压吸引术	176
第六节	产钳术	177
第七节	剖宫产术	180
第八节	转胎术	184
第九节	毁胎术	187
第十节	产道裂伤修补术	189
第十一节	子宫动脉上行支结扎术	191
第十二节	髂内动脉结扎术	191
第十三节	子宫腔纱布条填塞术	192
第十五章	病理妊娠	195
第一节	早产	195
第二节	妊娠期高血压疾病	198

第三节 妊娠剧吐.....	205
第四节 自然流产.....	208
第五节 过期妊娠.....	211
第六节 异位妊娠.....	214
第七节 胎盘早剥.....	220
第八节 前置胎盘.....	223
第九节 羊水过多.....	227
第十节 羊水过少.....	230
第十一节 多胎妊娠.....	233
第十二节 巨大儿.....	238
第十六章 正常分娩	241
第一节 分娩动因.....	241
第二节 影响分娩的因素.....	242
第三节 分娩的临床经过及处理.....	246
第十七章 异常分娩	251
第一节 概论.....	251
第二节 产力异常.....	253
第三节 产道异常.....	256
第四节 胎位异常.....	261
第十八章 异常产褥	267
第一节 产褥期抑郁症.....	267
第二节 产褥感染.....	269
第三节 晚期产后出血.....	272
第十九章 分娩并发症	277
第一节 胎膜早破.....	277
第二节 羊水栓塞.....	279
第三节 产后出血.....	283
第四节 出血性休克.....	288
第五节 胎儿窘迫.....	290
第六节 子宫破裂.....	292
第七节 弥散性血管内凝血.....	296
第八节 新生儿窒息.....	298
第九节 胎头浮动.....	300
第十节 羊膜腔感染综合征.....	304
第十一节 软产道损伤.....	313
第二十章 产科合并其它疾病	316
第一节 妊娠合并肝炎.....	316
第二节 妊娠合并心脏病.....	322
第三节 妊娠合并糖尿病.....	332
第三节 妊娠合并肝硬化.....	338
第五节 妊娠合并肺结核.....	340
第六节 妊娠合并急性脂肪肝.....	342
第七节 妊娠合并特发性高血压.....	346
第八节 妊娠合并贫血.....	347

第九节 妊娠合并血红蛋白病.....	352
第二十一章 妇产科疾病的中医治疗.....	357
第一节 月经先期.....	357
第二节 月经后期.....	361
第三节 月经过多.....	364
第四节 月经过少.....	366
第五节 经期延长.....	369
第六节 闭经.....	371
第七节 痛经.....	378
第八节 崩漏.....	383
第九节 带下量.....	389
第十节 不孕症.....	395
第十一节 妊娠恶阻.....	397
第十二节 异位妊娠.....	399
第十三节 滑胎.....	403
第十四节 胎漏、胎动不安.....	407
第十五节 胎水肿满.....	411

第一章 妇科内分泌疾病

第一节 青春发育异常

一、女性同性性早熟症

指女童 8 岁前出现女性第二性征（乳房发育）或 10 岁前月经初潮。

（一）临床表现

大致分为两类：

1. 真性或依赖于 GnRH 的性早熟

因中枢神经系统（CNS）、下丘脑-垂体-卵巢轴过早激活所引起。过早激活的原因有：

（1）特发性或体质性性早熟症：其原因未阐明。

（2）脑性性早熟症：较为少见。有下丘脑后部肿瘤（如灰结节错构瘤，有自主分泌 GnRH 的功能）、头部放疗或外伤、炎症、脑积水等引起。

（3）先天性肾上腺皮质增生症：若在 4～8 岁后才用皮质激素治疗可引起真性性早熟。

（4）原发性甲状腺功能减低：因过高的促甲状腺激素（TSH）对卵泡刺激素（FSH）受体的交叉作用，也可引起真性性早熟，此类病人有高泌乳素血症及泌乳，无生长加速。

患儿有高雌激素血症的表现，如乳房发育、小阴唇增大、色素沉着；阴道黏膜成熟改变，细胞学涂片（V 片）成熟指数（MI）右移，月经初潮提前。阴毛常不提早出现。直肠指诊及 B 超检查可见双侧卵巢及子宫增大，卵巢内有多个较大的无回声区。可有排卵及生育能力。但性心理成熟不提前。由于生长激素（GH）分泌增高，身高增长过早加速，骨龄较实际年龄超前，致使骨骺提早闭合，影响最终身高可能较矮。脑性性早熟症还可有神经系统症状。

2. 假性或不依赖于 GnRH 的性早熟

由于外周来源的雌激素过早分泌所引起。其原因有：

（1）卵巢多发性滤泡囊肿正常女童尸检及 B 超检查时，在 4～8 岁就可观察到卵巢多发性微囊，直径 $< 9\text{ mm}$ ， ≥ 4 个，时而出现时而消失，常无功能。有时这种无功能的卵巢滤泡可转变为自主性分泌雌激素的滤泡囊肿，而引起假性性早熟。机制不清楚。

（2）卵巢分泌雌激素肿瘤、肾上腺分泌雌激素瘤。

（3）通过各种途径接触外源性雌激素。

（4）McCune-Albright 综合征由卵巢自主性黄素化滤泡囊肿所致的假性性早熟、多发性骨纤维异样增殖及皮肤咖啡斑三联征组成。与细胞膜受体耦联的激动型鸟嘌呤核苷酸结合蛋白 α 基因突变所致的假性性早熟症也有上述高雌激素血症的表现，但生长加速及骨龄提前较少见，无排卵及生育功能。直肠指诊及 B 超检查可能发现卵巢肿物。外源性性早熟症可能追问出含雌激素物质的接触史。McCune-Albright 综合征患者可观察到皮肤咖啡斑及骨骼局部膨隆或畸形，X 线检查可见不规则密度减低区。

3. 乳房早发育

可为单侧或双侧，为正常青春发育的一种变异。可能与 FSH 水平不规则波动或靶器官过度敏感有关。雌激素升高为短暂性，临床上一般检测不到。病程不进展，不影响生长。无青春发育的其他症状。但也有报道其中 14% 为真性性早熟症早期。

(二) 诊断要点

首先应与乳房早发育、其他原因引起的阴道流血（炎症、外伤、异物、肿瘤）相鉴别。确定为同性性早熟症后，应鉴别其病因位于中枢还是外周；详细询问症状出现的时间、有无诱因、进展情况；既往有无头部外伤、惊厥史。测身高、皮肤咖啡斑、乳房及阴毛 Tanner 5 级分期、腋毛、外阴发育、盆腔有无肿块等。V 片、骨龄、盆腔超声检查皆可能有帮助。血 FSH、黄体生成激素 (LH)、 E_2 基础水平测定由于缺乏正常值及与正常儿童有重叠，往往价值有限。已确定下丘脑-垂体-卵巢轴激活最准确的指标是 GnRH 兴奋试验 LH 反应值大于 FSH 反应值，或 LH 反应值高于 10 IU/L，即 LH 优势型反应，为中枢性性早熟症；注射后 LH 反应值小于 FSH 反应值，为 FSH 优势型反应，则不肯定卵巢轴未激活，应随诊病情变化。假性性早熟症 GnRH 兴奋试验反应低下。可采用简化法，即清晨空腹静脉注射 GnRH（商品名戈那瑞林）25 μ g（生物活性相当于 100 μ g，以生理盐水 2 mL 溶解），于注射前、后 30 分钟各抽血 2 mL，测定 LH、FSH 浓度即可。

(三) 治疗方案与原则

1. 真性性早熟症

应行头颅磁共振显像检查，若有占位病变，应请神经外科酌情处理；若无占位病变及其他颅内疾病的证据，应诊断为特发性性早熟症。

特发性性早熟症可用合成孕激素抑制 Gn 及 E_2 的分泌、性征发育及月经来潮。常用的有醋酸氯地孕酮 2 mg/d、左炔诺孕酮 2 ~ 4 mg/d。但不能抑制骨骼提早发育，不改善身高；长期使用应注意肝脏及某些孕激素的雄激素活性，故应用最小有效剂量。20 世纪 80 年代后，认为长效 GnRH 激动剂为更好的治疗选择。已有的制剂有：亮丙瑞林（抑那通）、曲普瑞林（达必佳或达菲林）等，每 4 周注射 1 次，每次 3.75 mg；年龄小于 6 岁者剂量可减半。用药初期有短暂的垂体兴奋期，约 2 ~ 4 周后转为抑制，临床可见到乳房缩小，V 片 MI 左移，月经停止，生长及骨成熟速度减慢，最终身高可获改善。疗程需较长，约 11 岁后停药，约 1 年后月经初潮，以后排卵生育功能皆正常。不良反应可为变态反应、抑制不全，故应监测症状、血 E_2 水平（要求达到 10 pg/mL 以下）、身高、骨龄，必要时重复盆腔 B 超、GnRH 兴奋试验。

2. 假性性早熟症

应根据病因采用针对性处理，如切除肿瘤、切断外源性雌激素接触。原发性卵巢多发性滤泡囊肿可用合成孕激素治疗，少数情况下也可在腹腔镜下剔除囊肿。McCune-Albright 综合征则需用芳香化酶抑制剂或合成孕激素治疗。骨骼病变尚无有效治疗。乳房早发育则只需观察随诊。注意除外真性性早熟的可能性。

3. 心理治疗

对患儿及家长进行耐心的解释，解除顾虑或焦急心情，积极配合治疗；并应对患儿进行一定的保护，避免受到性骚扰。

二、青春发育延迟及性幼稚

青春发育延迟是指女孩 13 岁后仍未出现乳房发育或 15 岁时仍无月经初潮。性幼稚是指永久性的性征及性器官不发育。

(一) 临床表现

1. 体质性或特发性青春发育延迟

由于卵巢轴功能延迟激活所致。表现为 13 岁仍无第二性征发育，身高可能较同龄儿童低 2 个标准差，骨龄小于实际年龄，但与身高及生长速度相符。血 FSH、LH 和 E₂ 浓度及 LH 对 GnRH 的反应均为青春期前水平。一旦骨龄达到 12 ~ 13 岁时，会自然出现青春发育的特征，并经历正常的过程达到性成熟和正常成人的身高。患儿的父母或姐妹青春发育可能亦迟。

2. 低促性腺激素性性腺功能低下

由于 GnRH 脉冲分泌相对或绝对量不足，或 GnRH 分泌的幅度与频率异常而引起。

(1) 中枢神经系统疾病肿瘤颅咽管瘤、松果体瘤、泌乳素瘤等。常伴有一种或几种垂体促激素缺乏、头痛、视野缺损、生长障碍、骨龄延迟，其他如感染、损伤、先天畸形或头部放疗后。

(2) 孤立性促性腺激素缺乏：表现为类宦官体型，血 FSH、LH 和 F₂ 均低下，常伴有嗅觉障碍和其他畸形。该病有 KALI 基因突变。可为常染色体显性、隐性遗传或 X 连锁遗传。

(3) 特发性垂体 GH 缺乏症：约 50% 的患儿有围生期异常，如臀位出生及出生后窒息。CT 或 MRI 可见垂体萎缩或垂体柄断裂。表现为生长障碍、青春延迟。

(4) 功能性促性腺激素缺乏：严重的全身和慢性消耗性疾病及营养不良等，均可能发生青春延迟。

神经性厌食常见于执意减肥或精神紧张型女孩。患者进食习惯反常，或厌食或食欲过盛。有严重的低体重、低体温、低血压、畏寒、运动过度、情绪紧张等。一般性格内向，行为有强迫性。同时还表现有青春延迟、原发或继发闭经。另一种情况是高强度运动员或芭蕾舞演员等，因运动量大、体脂过少，其青春发育、月经初潮均较同龄女孩延迟。其他如青春期前高泌乳素血症、青少年吸毒、甲状腺功能低下和库欣征，亦常与青春延迟有关。

3. 高促性腺激素性性腺功能低下

由原发性卵巢发育不全或功能障碍所致。见于先天性性腺发育不全 (Turner 综合征)、46, XX 和 46, XY 单纯性腺发育不全、青春发育前卵巢早衰、幼年时切除卵巢或卵巢部位放疗或化疗损害 (详见性分化发育异常)。

(二) 诊断要点

女孩年龄已过 13 岁而无性征发育，或性征开始出现后 5 年仍无月经来潮，应进行 FSH、LH 及 E₂ 测定。若 FSH 及 LH 水平升高，则表明病因在性腺。此时核型的检查十分必要。

低促性腺激素性性腺功能低下与体质性青春延迟的鉴别诊断有时比较困难。详细的出生、生长发育史、头部创伤史等，测定身高、体重，并计算其与正常同龄同性别儿童相比的标准差及性征发育的期别，注意排除心、肺、肾及胃肠疾患。实验室检查包括 LH、FSH 测定及 GnRH 兴奋试验的反应。放射学检查包括骨龄、头部 CT 或 MRI 检查等能发现占位病变。盆腔超声检查有助于了解子宫和卵巢发育情况。当上述检查仍不能鉴别时，一段时间的随诊观察很有必要。

(三) 治疗

1. 体质性青春延迟

原则上只须观察随诊，当骨龄达到 13 岁后，自然会开始正常的青春发育过程。

2. 性幼稚

(1) 去除和纠正病因对中枢神经系统肿瘤或疾患，可根据情况决定手术抑或非手术治疗。功能性促性腺激素低下是可以逐渐纠正和调整的，如改善营养状态，鼓励进食，增加体重；对甲状腺功能低下则应纠正甲低；治疗库欣综合征及高泌乳素血症等内分泌异常；严禁青少年吸毒等。

(2) 低促性腺激素性性腺功能低下：

1) 雌孕激素替代促使第二性征发育，诱导人工月经。

2) 促进生育 GnRH 脉冲治疗适用于垂体对黄体生成激素释放激素 (LHRH) 反应良好、已婚想生育的患者。人绝经后促性腺激素 (HMG) 用于垂体本身功能障碍者。溴隐亭用于高泌乳素血症所致者。

3) 对于身材矮小的性腺功能低下者，或已明确有 GH 缺乏的患者，应尽早应用 GH 治疗。在应用 GH 治疗期间不要同时应用雌激素。

(3) 高促性腺激素性性腺功能低下只能用雌、孕激素替代治疗。Turner 综合征应在骨龄 13 岁后开始应用。有 Y 染色体存在的性腺发育不全，应尽早行性腺切除，术后用雌激素替代治疗。

第二节 痛经

痛经 (dysmenorrhea) 为月经期出现的子宫痉挛性疼痛，可伴腰酸、下腹坠痛或其他不适，严重者可影响生活和工作。痛经分为原发性与继发性两种：原发性痛经是无盆腔器质性病变的痛经，发生率占 36.06%，痛经始于初潮或其后 1 ~ 2 年；继发性痛经通常是器质性盆腔疾病的后果。本节仅介绍原发性痛经。

一、病因

1. 原发性痛经的发生主要与月经时子宫内膜前列腺素含量增高有关。PGF_{2α} 含量升高时造成痛经的主要原因。PGF_{2α} 含量高可引起子宫平滑肌过强收缩，血管痉挛，造成子宫缺血、缺氧状态而出现痛经。

2. 血管加压素、内源性缩宫素以及 β- 内啡肽等物质的增加。

3. 精神、神经因素。

二、临床表现

于月经来潮前数小时即感疼痛，经时疼痛逐步或迅速加剧，历时数小时至 2 ~ 3 日不等。疼痛常呈阵发性或痉挛性，通常位于下腹部，放射至腰骶部或大腿内侧。50% 病人有后背部痛、恶心呕吐、腹泻、头痛及乏力；严重病例可发生晕厥而急诊就医。一般妇科检查无异常发现。有时可见子宫发育不良、子宫过度前屈、后屈以及子宫内膜呈管状脱落的膜样月经等情况。

三、治疗方法

（一）一般治疗

平日注意锻炼身体，增强体质。做好经期心理、卫生宣教工作。痛经时卧床休息，可以热敷下腹部。

（二）前列腺素合成酶抑制剂

抑制子宫内膜前列腺素的合成，降低子宫收缩的幅度和频度，不影响垂体——卵巢轴的功能。一般于月经来潮、疼痛出现后开始连续服药至疼痛消失后停药。胃肠道溃疡，对阿司匹林或相似药物过敏者禁用。常用药物：布洛芬 400 mg，每日三次；吲哚美辛 25 mg，每日三次；氟芬那酸 100 ~ 200 mg，每日三次。

（三）口服避孕药

可以抑制子宫内膜生长，降低血中前列腺素、血管加压素和催产素水平，抑制子宫活动。

（四）受体兴奋剂

通过兴奋子宫肌细胞膜上受体，致子宫肌松弛，缓解痛经。常用的 β_2 受体兴奋剂：沙丁胺醇（商品名舒喘灵）、特布他林（商品名间羟舒喘灵）。给药方法有口服、气雾吸入、皮下注射、肌肉注射及静脉给药等。疗效不太满意，且有心悸、颤抖等不良反应，因而未被普遍采用。

（五）钙通道阻断剂

通过干扰 Ca^{2+} 透过细胞膜而缓解平滑肌收缩。常用药物有硝苯地平（商品名心痛定），5 ~ 10 mg，每日三次或 10 mg 舌下含服。副作用有头痛、心悸、血压降低等。

（六）腹腔镜下子宫神经部分切除术

对于药物治疗无效的顽固性痛经患者可考虑骶前神经切除术。

第三节 闭经

闭经 (amenorrhea) 包括生理性闭经和病理性闭经。

病理性闭经分为两类：原发性闭经 (primary amenorrhea) 和继发性闭经 (secondary amenorrhea)。原发性闭经的年龄界定在不同教科书或专著里略有不同，2011 年中华医学会妇产科学分会内分泌学组发表的共识为：原发性闭经是指女性年逾 16 岁，虽有第二性征发育但无月经来潮，或年逾 14 岁，尚无第二性征发育及月经。继发性闭经为月经来潮后停止 3 个周期或 6 个月以上。

一、病因

（一）子宫性闭经

先天性阴道及（或）子宫缺如或发育不良均可引起原发性闭经。睾丸女性化（男性假两性畸形）是一种罕见的遗传性家族性疾病，由于体表形态为女性，常因无月经而来妇科就诊。性染色体核型为 46, XY。过度的刮宫或严重的感染如结核等造成内膜损伤或粘连，哺乳时间过长使子宫内膜萎缩等，均可引起继发性闭经。

（二）卵巢性闭经

因卵巢病变引起的闭经。先天性卵巢缺如或性腺发育不良 (Turner 氏综合征, 约占原发闭经者的 12 ~ 20%)。多由于性染色体异常所引起, 主要核型为 45、XO 由于性染色体异常, 卵巢不能正常生长和发育。因此, 卵巢呈条索状纤维组织。典型的临床特征为身材矮小、蹼颈、肘关节外翻、智力低下、后发际低及第二性征不发育等。继发闭经可因卵巢功能早衰、手术切除、放射治疗后以及卵巢男性化肿瘤等。后者可伴男性化特征, 如多毛及阴蒂肥大等。

(三) 垂体性闭经

发生在青春期前的垂体肿瘤可导致原发闭经。但多见于继发闭经患者。主要因垂体受损引起功能不全, 较常见于产后大出血伴休克、严重的产后感染或弥漫性血管内凝血 (DIC) 时, 致垂体前叶缺血坏死, 随之出现功能减退、闭经, 亦称席汉氏综合征。此症除影响 FSH 外, 还可累及 TSH 和 ACTH 的分泌, 因而还可出现其他相应的症状, 如消瘦、消化不良、畏寒、乏力、性器官萎缩、基础代谢低及毛发脱落等。

垂体肿瘤可发生于蝶鞍内或外, 可因机械性压迫或因肿瘤本身的异常功能导致闭经、性功能减退及其他有关症状, 如视野障碍、头痛、泌乳和肢端肥大症等。

(四) 下丘脑性闭经

下丘脑受中枢神经系统控制, 过度精神紧张、忧虑、恐惧、生活环境改变, 均可引起中枢神经系统与丘脑下部功能失调, 出现闭经。特别是年青妇女。卵巢功能尚不健全, 更易出现紊乱现象。常首先表现在排卵功能异常而出现闭经。

多囊卵巢综合征多引起月经稀发或继发闭经, 由于月经失调、无排卵, 体内雌激素分泌过多, 可伴有不孕、多毛有肥胖等, 双侧卵巢呈多囊性增大, 可比正常大 1 ~ 3 倍, 有坚韧感。卵巢包膜肥厚, 皮质下出现多数发育不同程度的滤泡。子宫内膜呈不同程度的增殖状态。现多认为多囊卵巢是下丘脑 - 垂体功能障碍所引起的无排卵的结果, 以卵泡发育并停留在各个不同阶段为结局。

其他如严重营养不良, 特别是神经性厌食症、消耗性疾病、严重贫血等, 都可影响下丘脑 GnRH 的合成分泌, 而引起闭经。长期服用某些药物如: 利血平、氯丙嗪、眠尔通及避孕药等, 也可引起闭经。垂体瘤患者除影响 GnRH 合成分泌外, 还可使 PIF 及多巴胺受抑制, 出现闭经及泌乳, 称闭经泌乳综合征。

(五) 其他内分泌腺异常

肾上腺、甲状腺及胰腺等功能紊乱时也可影响月经。例如: 肾上腺皮质功能亢进或减退、甲状腺功能亢进或减退以及糖尿病等, 都能通过丘脑下部影响垂体功能而引起闭经。

二、诊断

闭经是症状, 诊断时需先寻找闭经原因, 确定病变部位, 然后再明确是何种疾病所引起。

(一) 病史

1. 患者的年龄、婚否以除外生理性闭经。
2. 如为原发闭经应询问幼年健康状况, 生长发育情况, 母亲妊娠期服用过何种特殊药物, 有无产伤。
3. 如为继发闭经应询问初潮年龄, 既往月经情况, 闭经期限, 闭经前有无精神创伤以及生活环境改变, 健康状况, 婚育史, 哺乳期限, 是否应用避孕药等。

4. 有无自觉症状，如头痛、视力障碍、恶心、呕吐、周期性腹痛等。

5. 家族遗传病史，结核接触史。

（二）体格检查

检查全身发育状况，有无畸形，包括智力、身高、体重，第二性征发育情况，有无体格发育畸形，甲状腺有无肿大，乳房有无溢乳，皮肤色泽及毛发分布。测量体重、身高，四肢与躯干比例，五官特征。原发性闭经伴性征幼稚者还应检查嗅觉有无缺失。观察精神状态、智力发育、营养和健康状况。妇科检查应注意内外生殖器发育，有无先天缺陷、畸形，已有性生活妇女可通过检查阴道及宫颈黏液了解体内雌激素的水平。腹股沟区有无肿块，第二性征如毛发分布、乳房发育是否正常，乳房有无乳汁分泌等。其中第二性征检查有助于鉴别原发性闭经的病因，缺乏女性第二性征提示从未受过雌激素刺激。多数解剖异常可以通过体格检查发现，但无阳性体征仍不能排除有解剖异常。

（三）辅助检查

生育年龄妇女闭经首先需排除妊娠。通过病史及体格检查，对闭经病因及病变部位有初步了解，再通过有选择的辅助检查明确诊断。

1. 功能试验

（1）药物撤退试验：用于评估体内雌激素水平，以确定闭经程度。

1) 孕激素试验 (progestational challenge): 黄体酮注射液，每日肌肉注射 20 mg，连续 5 日；或口服甲羟孕酮，每日 10 mg，连用 8～10 日；其他见表 1-1。停药后出现撤药性出血（阳性反应），提示子宫内膜已受一定水平雌激素影响。停药后无撤药性出血（阴性反应），应进一步行雌孕激素序贯试验。

表 1-1 孕激素试验用药方法

药物	剂量	用药时间
黄体酮针	20 mg/ 次，1 次 / 日，肌肉注射	3～5 日
醋酸甲羟孕酮	10 mg/ 次，1 次 / 日，口服	8～10 日
地屈孕酮	10～20 mg/ 次，1 次 / 日，口服	10 日
微粒化黄体酮	100 mg/ 次，2 次 / 日，口服	10 日
黄体酮凝胶	90 mg/ 次，1 次 / 日，阴道	10 日

2) 雌孕激素序贯试验：适用于孕激素试验阴性的闭经患者。每晚睡前服妊马雌酮 1.25 mg，最后 10 日加用醋酸甲羟孕酮，每日口服 10 mg，停药后发生撤药性出血者为阳性，提示子宫内膜功能正常，可排除子宫性闭经，引起闭经的原因是患者体内雌激素水平低落，应进一步寻找原因。无撤药性出血者为阴性，应重复一次试验，若仍无出血，提示子宫内膜有缺陷或被破坏，可诊断为子宫性闭经。

（2）垂体兴奋试验：又称 GnRH 刺激试验，了解垂体对 GnRH 的反应性。注射 LHRH 后 LH 值升高，说明垂体功能正常，病变在下丘脑；经多次重复试验，LH 值无升高或升高不显著，说明垂体功能减退，如希恩综合征。

2. 激素测定建议停用雌孕激素药物至少两周后行 FSH、LH、PRL、促甲状腺激素 (TSH) 等激素测定, 以协助诊断。

(1) 血甾体激素测定: 包括雌二醇、孕酮及睾酮测定。血孕酮水平升高, 提示排卵。雌激素水平低, 提示卵巢功能不正常或衰竭; 睾酮水平高, 提示可能为多囊卵巢综合征或卵巢支持-间质细胞瘤等。

(2) 垂体催乳素及垂体促性腺激素测定

①垂体促性腺激素: 包括卵泡刺激素 (FSH) 和黄体生成素 (LH), 生育期女性这些内分泌激素随月经周期出现周期性变化, 前者的生理作用主要是促进卵泡成熟及分泌激素, 后者主要是促进女性排卵和黄体生成。这两种激素是判断闭经、性早熟的主要内分泌激素。

②垂体催乳素 (PRL): 催乳素的主要功能是促进乳房发育及泌乳, 与卵巢类固醇激素共同作用促进分娩前乳房导管及腺体发育, 多生殖功能有很大作用。高催乳素综合症可见女性血中催乳素增高。

(3) 肥胖、多毛、痤疮患者还需行胰岛素、雄激素 (血睾酮、硫酸脱氢表雄酮, 尿 17 酮等) 测定

口服葡萄糖耐量试验 (OGTT)、胰岛素释放试验等, 以确定是否存在胰岛素抵抗、高雄激素血症或先天性 21-羟化酶功能缺陷等。Cushing 综合征可测定 24 小时尿皮质醇或 1 mg 地塞米松抑制试验排除。

3. 影像学检查

(1) 盆腔超声检查: 观察盆腔有无子宫, 子宫形态、大小及内膜厚度, 卵巢大小、形态、卵泡数目等。

(2) 子宫输卵管造影: 了解有无宫腔病变和宫腔粘连。

(3) CT 或磁共振显像 (MRI): 用于盆腔及头部蝶鞍区检查, 了解盆腔肿块和中枢神经系统病变性质, 诊断卵巢肿瘤、下丘脑病变、垂体微腺瘤、空蝶鞍等。

(4) 静脉肾盂造影: 怀疑米勒管发育不全综合征时, 用以确定有无肾脏畸形。

4. 宫腔镜检查能精确诊断宫腔粘连。

5. 腹腔镜检查能直视下观察卵巢形态、子宫大小, 对诊断多囊卵巢综合征等有价值。

6. 染色体检查对鉴别性腺发育不全病因及指导临床处理有重要意义。

7. 其他检查如靶器官反应检查, 包括基础体温测定、子宫内膜取样等。怀疑结核或血吸虫病, 应行内膜培养。

三、治疗

确定闭经病因后, 根据病因给予治疗。

1. 病因治疗

如神经精神应激起因的病人应进行精神心理疏导; 低体重或因节制饮食消瘦致闭经者应调整饮食、加强营养; 运动性闭经者应适当减少运动量及训练强度。对于下丘脑 (颅咽管肿瘤)、垂体肿瘤 (不包括分泌泌乳素的肿瘤) 及卵巢肿瘤应手术去除肿瘤; 含 Y 染色体的高促性腺性闭经应尽快行性腺切除术; 因生殖道畸形经血引流障碍而引起的闭经, 应手术矫正使经血流出畅通。

2. 内分泌药物治疗

根据闭经的病因及其病理生理机制, 采用针对性内分泌药物治疗。

(1) 抑制垂体催乳激素过多分泌:

1) 溴隐予 (bromocriptine): 为多巴胺激动剂, 直接抑制垂体 PRL 分泌还可直接抑制垂体分泌 PRL 肿瘤细胞的生长和 PRL 的分泌。口服剂量为 2.5 ~ 5 mg/d, 一般在服药的第 5 ~ 6 周能使月经恢复。垂体肿瘤病人口服溴隐亭 5 ~ 7.5 mg/d, 敏感病人在服药后的 3 个月可见肿瘤明显缩小。不良反应为胃肠道不适, 应餐中服。副作用重者, 可经阴道给药 (睡前), 阴道给药较口服吸收完全, 且避免药物肝脏首过效应, 副作用小。

2) 甲状腺素: 适用于甲状腺功能减退所致的高催乳激素血症。

(2) 雌、孕激素替代治疗和 (或) 孕激素治疗: 对青春期性幼稚及成人低雌激素血症应采用雌激素治疗, 用药原则: 对青春期性幼稚病人, 在身高尚未达到预期身高时, 起始剂量应从小剂量开始, 如 17- β 雌二醇或戊酸雌二醇 0.5 mg/d 或结合雌激素 0.3 mg/d; 在身高达到预期身高后, 可增加剂量, 如 17- β 雌二醇或戊酸雌二醇 1 ~ 2 mg/d 或结合雌激素 0.625 ~ 1.25 mg/d 促进性征进一步发育, 待子宫发育后, 可根据子宫内膜增殖程度定期加用孕激素或采用雌、孕激素序贯配方的制剂周期疗法。成人低雌激素血症则先采用 17 β 雌二醇或戊酸雌二醇 1 ~ 2 mg/d 或结合雌激素 0.625 mg/d 以促进和维持全身健康和性征发育, 待子宫发育后同样需根据子宫内膜增殖程度定期加用孕激素或采用雌、孕激素序贯配方的制剂周期疗法。青春女孩的周期疗法建议选用天然或接近天然的孕激素, 如地屈孕酮和微粒化黄体酮, 有利于生殖轴功能的建立; 有雄激素过多体征的病人可采用含抗雄激素作用的孕激素配方制剂。对有内源性雌激素水平的闭经病人则应定期采用孕激素 (用法见表 17 ~ 3), 使子宫内膜定期剥脱。

3. 诱发排卵

对于低促性腺激素闭经有生育要求者, 在采用雌激素治疗促进生殖器发育, 子宫内膜已获得对雌孕激素的反应后, 可采用人绝经后尿促性腺激素 (hMG) 联合人绒毛膜促性腺激素 (hCG) 促进卵泡发育及诱发排卵, 由于可能导致卵巢过度刺激综合征, 故使用促性腺素诱发排卵必须由有经验的医生在有超声和激素水平监测的条件下用药; 对于 FSH 和 PRL 正常的闭经病人, 由于病体内有一定内源性雌激素, 可首选氯米芬作为促排卵药物; 对于 FSH 升高的闭经病人, 由于其卵巢功能衰竭, 不建议采用促排卵药物治疗。

4. 辅助生育的治疗

对于有生育要求, 诱发排卵后未成功妊娠, 或合并输卵管问题的闭经病人或男方因素不孕者可采用辅助生殖技术治疗。

第四节 围绝经期综合征

围绝经期综合征又称更年期综合征 (MPS), 指妇女绝经前后出现性激素波动或减少所致的一系列以自主神经系统功能紊乱为主, 伴有神经心理症状的一组症候群。绝经可分为自然绝经