

妇产科常见病 诊断与治疗

王江鱼◎主编



妇产科常见病诊断与治疗

王江鱼◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

妇产科常见病诊断与治疗 / 王江鱼主编. — 长春 :
吉林科学技术出版社, 2018.6
ISBN 978-7-5578-4707-4

I. ①妇… II. ①王… III. ①妇产科病—常见病—诊
疗 IV. ①R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第139926号

妇产科常见病诊断与治疗

主 编	王江鱼
出 版 人	李 梁
责任编辑	张 楠 朱 萌
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	466千字
印 张	24.25
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 978-7-5578-4707-4
定 价	100.00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

编委会

主编

王江鱼 甘肃省静宁县人民医院

田伟 菏泽市牡丹区妇幼保健院

王永颖 菏泽市牡丹区妇幼保健院

刘碧霞 甘肃省庆阳市宁县社区卫生服务中心

副主编

李蓓洁 陇南市第一人民医院

编委

聂芳 西安市兵器工业 521 医院

前 言

妇产科学是临床医学四大主要学科之一，专门研究女性生理和病理的一门学科，包括产科学和妇科学两大部分。妇科学主要研究女性非妊娠期生殖系统疾病的病因、病理、诊断及防治；产科学是研究妊娠、分娩的生理和病理变化，高危妊娠及难产的预防和诊治。为了适应社会及现代医学发展和人们对医学的需求，逐渐产生了卫生医学、妇产科肿瘤学、妇科内经学、计划生育及生殖与健康等相关专业学科。

《妇产科常见病诊断与治疗》一书是由临床经验丰富的妇产科医师编写，临床应用性较强，体现了多数人的共识。本书将妇科疾病、产科内容分别阐述，条理清晰。妇产科内容从生殖系统不同部位疾病入手，即外阴疾病、阴道疾病、子宫疾病、输卵管与卵巢疾病、盆腔疾病，对常见妇产科疾病的诊断与治疗进行阐述；产科内容分为正常妊娠、病理妊娠、异常分娩、妊娠合并症等，内容详尽，并根据产科医师临床经验，提出新治疗的理念，适用于妇科实习医师及基层医疗单位学习使用。

在编写过程中，本书参考了大量文献资料，难免有一些不足之处，请广大读者批评指正。

内容编写由以下作者完成。

王江鱼：第一主编，编写第一章、第七章、第八章及第十二章内容，共12万字；

田伟：主编，编写第二章、第四章第1-5节、第九章第1-4节内容共10万字；

王永颖：主编，编写第六章第3-7节、第十一章内容，共10万字；

刘碧霞：主编，编写第四章第6-12节、第六章第1、2节、第九章第5、6节内容，共6万字；

李蓓洁：第一副主编，编写第三章、第五章、第十章、第十三章内容，共6万字；

聂芳：编委，编写第十四章内容，共2万字。

目 录

第一章 女性内分泌疾病.....	(1)
第一节 闭经.....	(1)
第二节 高催乳素血症及闭经溢乳综合征.....	(9)
第三节 经前期综合征	(17)
第四节 多囊卵巢综合征	(23)
第五节 功能失调性子宫出血	(32)
第六节 性激素治疗的应用	(40)
第二章 女性生殖道损伤性疾病	(49)
第一节 阴道壁膨出	(49)
第二节 子宫脱垂	(52)
第三节 粪瘘	(57)
第四节 尿瘘	(59)
第三章 盆腔炎性疾病	(68)
第一节 慢性输卵管炎	(68)
第二节 急性输卵管炎	(71)
第三节 慢性盆腔炎	(74)
第四节 急性盆腔炎	(76)
第五节 盆腔腹膜炎	(78)
第六节 盆腔脓肿	(80)
第四章 阴道炎及外阴炎	(82)
第一节 阿米巴性阴道炎	(82)
第二节 念珠菌性阴道炎	(83)
第三节 滴虫性阴道炎	(86)
第四节 老年性阴道炎	(89)
第五节 细菌性阴道病	(90)
第六节 阴道炎引起的外阴炎	(92)
第七节 外阴前庭炎综合征	(92)
第八节 前庭大腺囊肿	(93)

第九节 慢性肥厚性外阴炎	(94)
第十节 非特异性外阴炎	(95)
第十一节 外阴结核	(97)
第十二节 前庭大腺炎及前庭大腺脓肿	(98)
第五章 子宫炎性疾病	(100)
第一节 宫颈糜烂	(100)
第二节 慢性子宫内膜炎	(101)
第三节 急性子宫内膜炎	(102)
第四节 慢性宫颈炎	(103)
第五节 急性宫颈炎	(106)
第六章 卵巢肿瘤与子宫颈肿瘤	(108)
第一节 卵巢肿瘤	(108)
第二节 妊娠期的卵巢恶性肿瘤	(130)
第三节 子宫颈腺癌	(133)
第四节 子宫颈癌	(134)
第五节 子宫颈鳞状细胞癌	(153)
第六节 子宫内膜癌	(155)
第七节 滋养细胞肿瘤	(162)
第七章 女性不孕症的原因	(170)
第一节 身心因素、性生活及其他因素	(170)
第二节 输卵管因素	(171)
第三节 排卵障碍	(173)
第四节 子宫及子宫颈因素	(181)
第五节 免疫因素	(185)
第八章 妊娠滋养细胞疾病	(188)
第一节 葡萄胎	(188)
第二节 侵蚀性葡萄胎	(194)
第三节 绒毛膜癌	(197)
第四节 胎盘部位滋养细胞瘤	(200)
第九章 正常妊娠	(202)
第一节 妊娠生理	(202)
第二节 妊娠诊断	(223)
第三节 孕期保健	(227)
第四节 正常分娩	(236)
第五节 正常产褥	(252)

第六节 新生儿保健	(259)
第十章 异常分娩	(269)
第一节 产力异常	(269)
第二节 产道异常	(275)
第三节 胎位异常	(280)
第十一章 病理妊娠	(290)
第一节 异位妊娠	(290)
第二节 妊娠高血压综合征	(300)
第三节 前置胎盘	(311)
第四节 过期妊娠	(317)
第五节 胎盘早期剥离	(318)
第六节 早产	(322)
第七节 流产	(325)
第八节 羊水过少	(330)
第九节 羊水过多	(332)
第十二章 分娩期并发症	(336)
第一节 子宫破裂	(336)
第二节 产后出血	(338)
第三节 羊水栓塞	(341)
第四节 脐带异常	(343)
第五节 胎儿窘迫	(345)
第十三章 产褥期感染	(348)
第一节 急性子宫内膜炎	(349)
第二节 盆腹腔感染	(351)
第三节 产褥期败血症	(355)
第四节 剖宫产术后急性感染	(356)
第五节 产后破伤风	(359)
第十四章 产科镇痛与麻醉	(362)
第一节 有关分娩疼痛的基本知识	(362)
第二节 产科镇痛的方法	(362)
第三节 产科手术麻醉	(367)
第四节 妇科手术麻醉	(373)

第一章 女性内分泌疾病

第一节 闭经

正常月经周期在大脑皮质控制下调节下丘脑-垂体-卵巢轴的激素周期，子宫内膜发生周期性变化，出现周期性子宫出血。任何环节发生障碍均可出现闭经。病理性闭经是妇科常见症状。亦可是全身各种疾病的一个症状。临床上年满 18 岁少女无月经来潮称原发性闭经。已有月经来潮，然后连续 3 个周期或超过半年无月经来潮，称为继发性闭经。

青春期前、妊娠期、哺乳期和绝经后无月经来潮称生理性闭经，不属本节讨论范畴。

一、下生殖道和子宫病变所致闭经

(一) 隐经

虽有月经来潮，但由于下生殖道先天性异常或后天性损伤而出现阻塞，经血不能外流称作隐经，或假性闭经。患者性腺轴内分泌正常。

1. 处女膜闭锁 处女膜闭锁即无孔处女膜。如果患者子宫及阴道发育正常，则初潮后经血不能外流而积存于阴道及宫腔内，经输卵管反流入腹腔引起腹痛。

(1) 临床表现

为原发性闭经，周期性下腹痛。

(2) 诊断

检查可出现轻度腹膜刺激征及下腹正中有压痛包块。处女膜向外膨出，张力大。

(3) 治疗

在处女膜作 X 形或弯月形切口，排除积血，修剪多余的处女膜瓣使之呈圆形。应注意避免纵形切口，防止损伤尿道及直肠。

一般手术后腹痛可消失。部分患者仍有痛经，需考虑炎症或子宫内膜异位症，确诊后应作相应治疗。

2. 阴道横膈 阴道横膈是副中肾管下端与泌尿生殖窦连接处未能贯通或贯通不全而形成。有完全性横膈与不完全性横膈两种，位置多在阴道中上段交界处。在任何水平均可发生。厚度多为 1~1.5cm。

(1) 临床表现

完全性阴道横膈表现为原发性闭经。亦可伴有宫颈闭锁。症状与处女膜闭锁相似。

(2) 治疗

切除横膈，排出积血。尽量以阴道黏膜覆盖创面，术后放置阴道模型。以保持阴道扩张，避免黏连，创面愈合撤去模型，定期随访。如有阴道狭窄和影响性交倾向，可再次用模型扩张。

3. 子宫腔黏连 由于子宫颈和子宫腔受损、黏连，导致闭经或月经过少。子宫颈黏连多在內口水平，主要是人工流产时吸头或刮匙反复多次进出子宫颈引起的创伤所致。

(1) 诊断

表现为继发性闭经，可出现周期性下腹痛和下腹包块，探针检查可能子宫颈阻塞。刮宫过度或广泛的子宫内膜炎亦可导致子宫腔完全黏连而闭经。亦可无阳性体征。组织病理检查和子宫输卵管碘油造影可辅助诊断，近年应用宫腔镜可明确诊断。

(2) 治疗

子宫颈黏连者可用小号宫颈扩张器分离黏连。亦有报道用激光分离黏连，排出积血。手术治疗时上推膀胱，纵形切开子宫颈前唇，分离黏连和瘢痕。如子宫腔广泛黏连，盲目刮宫有复发的危险，可选用手术宫腔镜直视下进行宫腔黏连分离术。为防止术后再次黏连，子宫颈管内放置 Foley 氏导尿管，或填塞凡士林纱条，或用碘甘油涂于子宫颈管内。子宫腔可考虑放置宫内节育环 3 个月，术前后用抗生素。术后可用雌激素刺激子宫内膜生长。据报道术后 76% 患者可受孕，其中 80% 足月妊娠。

(二) 先天性无阴道无子宫

先天性无阴道多无子宫，而先天性无子宫的患者大多亦合并先天性无阴道。本病患者子宫完全不发育或仅呈单个或双侧性肌性结节，伴有阴道完全闭锁（称 Rokitan-sky-Kuster-Hauser 综合征）。

【诊断】

患者表现为原发性闭经，但第二性征发育和染色体正常，可伴有泌尿系发育异常。宜常规作静脉肾盂造影术辅助诊断。

【治疗】

目的是解决性生活问题，不能恢复月经。常用方法有阴道模型扩张术，人工阴道应用自身皮片移植或羊膜移植，如腹膜代阴道成形术、外阴皮瓣代阴道或乙状结肠移植代阴道等。后者术后不需放置模型扩张，新形成的阴道有足够的深度和宽度，组织柔软和有一定分泌功能，效果较好。

(三) 子宫内膜结核

本病绝大多数由输卵管结核蔓延而致，患者表现为原发性闭经。

(四) 子宫或子宫内膜切除或子宫腔内放射治疗后闭经

经手术将子宫或子宫内膜切除，或子宫腔内进行放射治疗的患者，多表现为继发性闭经。

【治疗】

放射治疗时应避免损伤卵巢功能,可采用自体卵巢移位植入术,保留卵巢内分泌功能。

对于手术、化学治疗和放射治疗后卵巢失势的治疗,研究中的同种异体胚胎卵巢细胞团移植已进入动物实验阶段,取得初步的成果。

二、卵巢性闭经

(一) 先天性卵巢不发育

1. Turner's 综合征 因性染色体不分离性畸变所引起,染色体核型 45, XO, 即缺一个性染色体。

(1) 诊断

表现为原发性闭经。卵巢呈条索状,卵泡不发育,不分泌雌激素,促性腺激素升高,身材矮小,伴多种异常如蹼颈、桶胸、肘外翻、后发际低和主动脉狭窄等,第二性征不发育。生殖器呈幼稚型,子宫发育不良。少数患者染色体呈嵌合体,如 45, XO/46, XX/或 45, XO/46, XY。

(2) 治疗

可给予雌孕激素序贯疗法,第二性征可获得进一步发育,防止骨质疏松,月经来潮对患者有安慰作用,子宫内膜周期脱落预防子宫内膜癌。一般主张在骨骼闭合及达到最高身高后应用,过早用药有身材更矮小的倾向。文献报道个别患者可妊娠,但易流产和死胎,存活的婴儿则有畸形或智力迟钝的可能。Turner's 综合征患者中含有 Y 染色体者需手术切除性腺,以防恶变。

2. 单纯性卵巢发育不全 发病机制不明,染色体核型 46, XX 占 46%, 46, XY 占 30%, 嵌合体占 24%。

(1) 诊断

表现为原发性闭经。卵巢呈索状,雌激素水平低下,促性腺激素升高。睾酮低下可与睾丸女性化鉴别。身材正常或高大,外表女性型,第二性征幼稚,女性生殖器幼稚型。

(2) 治疗

患者不能生育,用雌激素替代疗法。每日用炔雌醇 0.0125 ~ 0.05mg, 连用 20 ~ 22 日;最后 5 ~ 7 日加安宫黄体酮,每日 2mg。停 8 ~ 10 日后又重复此疗程。本疗法药效高、用量少,副反应也小。有 Y 染色体者宜手术切除性腺防止恶变。

(二) 睾丸女性化

外周雄激素受体衰竭,对雄激素不敏感,是一种 X 染色体隐性遗传病,姐妹均可得病。染色体核型 46, XY。

【诊断】

患者有睾丸不但下降,表型为女性,第二性征发育,但依赖雄激素的阴毛和腋毛则缺乏。无女性内生殖器,外生殖器受雌激素影响为女性型,但阴道短,是假两性畸形,原

发性闭经。青春期以后雌激素浓度较正常男性高，促性腺激素轻度升高，血浆睾酮浓度与男性相同。

少数患者末梢器官部分性有雄激素受体或受体不稳定，称为不完全性睾丸女性化，体态女性型，出现阴蒂肥大或阴茎短小伴尿道下裂。少数患者社会性别为男性，或轻度男性化。

【治疗】

患者多数社会性别是女性，睾丸多位于腹股沟，少数在腹腔内，恶变率达 10% 以上，故青春期应予切除。术后给予雌激素替代治疗。

不完全性睾丸女性化应及早切除睾丸，以免发生男性化现象。尽管不能生育，但仍可结婚和过性生活。

（三）卵巢功能早衰和高促性腺激素性闭经

过去认为促卵泡激素高于 40IU/L，雌激素水平低下，40 岁以前收经即为卵巢早衰。但目前更倾向于在年青妇女用“高促性腺激素性闭经”这一术语来描述，这些患者约 20% 卵巢尚存有卵泡，或可恢复月经。对此类患者需明确诊断。

1992 年，Rebar 和 Cedars 提出了暂定的高促性腺激素性闭经的分类，他们将其分为 6 类：

1. 细胞遗传改变 ①生殖细胞数目减少；②加速闭锁；③X 染色体结构改变或缺失；④X 染色体三体性或其嵌合体；⑤与强直性肌营养不良有关；
2. 酶缺陷 ①17 α -羟化酶缺乏；②半乳糖血症；
3. 物理损伤 ①化疗药物，特别是烷化剂；②放射治疗；③病毒感染，如腮腺炎；④吸烟；⑤手术摘除；
4. 免疫失调 ①与其他自身免疫疾病有关；②单纯免疫失调；③先天性胸腺萎缩；
5. 促性腺激素分泌或作用缺陷 ①分泌无生理活性的促性腺激素；② α 或 β 亚单位缺失；③促性腺激素受体或受体后的缺陷；
6. 特发性。

【诊断】

高促性腺激素性闭经患者表现为原发性闭经的占 15%，表现为继发性闭经的占 85%，两者相比较，前者染色体核型异常和雌激素缺乏的症状较明显，卵巢排卵和妊娠的机会较少。

【治疗】

高促性腺激素性闭经的基础治疗是雌激素替代治疗，可防止骨质疏松，较年青的卵巢物理损伤的患者疗法可参阅上文；年龄较大的，则每周用羟炔雌醚（又称尼尔雌醇）1~2mg，每半年用 7~10 日安宫黄体酮，每日 6mg，此疗法强效、长效，且副作用小。如孕激素撤药后无月经，要排除妊娠。

有人试用外源性促性腺激素增加对卵巢的刺激，或用大剂量雌激素或促性腺激素释放激素促效剂去抑制促性腺激素，目前尚在探讨阶段。

对有生育要求的患者，最好采用捐卵的生殖技术，如体外受精和胚胎移植、输卵管内配子移植等。卵巢衰竭的患者，其子宫的内膜准备有多种方案，如口服、经阴道或皮肤吸收的雌激素和口服、阴道或肌肉注射吸收的孕激素。卵巢有功能的患者，先予促性腺激素释放激素促效剂，造成一种药物性无卵巢功能状态，再用外源性卵巢激素替代，如受孕成功，外源性激素补充需持续到胎盘功能参与，给予雌激素7周以上，孕激素9周以上，一般直至第15周。妊娠成功率高可能与捐卵质量好及子宫内膜激素准备充分有关。输卵管内配子移植的成功率可达75%。

三、垂体性闭经

（一）垂体功能不全

垂体受缺血、炎症、放射及手术等破坏、垂体前叶功能低下而闭经。多见于产后大出血、休克时间较长的患者，垂体组织缺血坏死。如果垂体前叶1/2被破坏，可出现明显的促性腺激素缺乏；若破坏超过3/4，可致全垂体功能低下，包括肾上腺皮质功能和甲状腺功能低下，称为Sheehan's综合征。表现为卵巢、甲状腺及肾上腺皮质功能的减退。

【临床表现】

最初出现症状为产后无乳；继而闭经或月经稀少；阴毛腋毛脱落；生殖器官萎缩；性欲减退；畏寒；黏液性水肿；消瘦；易疲乏；低基础代谢；低蛋白血症或低血糖。垂体一种或多种促激素减少。

【治疗】

给予内分泌替代治疗，方案要根据激素缺乏的种类而定。卵巢功能减退者，给予周期性雌孕激素序贯治疗，口服己烯雌酚0.5mg，每日一次，共22日，安宫黄体酮4mg，每日2次，共8日。甲状腺功能减退者，可根据减退程度给予甲状腺素，但要慎重，因若同时存在严重的肾上腺皮质功能不全则有可能诱发肾上腺危象。肾上腺皮质功能减退者，可用可的松每日12.5~25mg或地塞米松每日0.75~2.25mg。营养方面亦应加强，有感染者要用抗生素。可用外源性促性腺激素诱发排卵，再次妊娠。

（二）垂体肿瘤

在垂体微小腺瘤中，催乳素腺瘤约占44%，伴有闭经溢乳者诊断更明确。催乳素阻扰卵巢对促性腺激素的反应，也阻扰垂体对促性腺激素释放激素的反应，从而引致闭经。

【临床表现】

生长激素腺瘤占32%，表现为巨人症或肢端肥大症；

促肾上腺皮质激素腺瘤占7%，表现为柯兴综合征；

无功能垂体腺瘤占16%，促甲状腺素瘤、促性腺激素腺瘤及混合性腺瘤较少见；

这些肿瘤早期不常有催乳素升高；

颅咽管瘤生长缓慢，好发于20岁左右。任何年龄均可发生。

【治疗】

手术治疗可选择经蝶骨切除腺瘤。现采用唇下切口，分离鼻黏膜，切除部分鼻隔暴露蝶鞍，在手术显微镜下操作，使安全性大大增加。

微腺瘤有内分泌亢进时，可采用药物治疗，如催乳素腺瘤可用溴隐亭治疗，以恢复排卵受孕。颅咽管瘤考虑颅骨切开术，术后需内分泌替代治疗。有生育要求者可给予外源性促性腺激素诱发排卵受孕。

四、下丘脑性闭经

（一）功能性下丘脑性闭经

功能性下丘脑性闭经是指下丘脑无器质性病变，垂体和卵巢功能完备的下丘脑性闭经。多为继发性闭经。受精神紧张、营养和运动等因素影响，功能性的内源性阿片和多巴胺活性增加，抑制促性腺激素释放激素（GnRH）脉冲分泌。这些中枢介质的变化可损害下丘脑对其他垂体激素分泌的调节，使生殖激素黄体生成激素（LH）、促卵泡激素（FSH）、催乳素（RRL）分泌抑制，血清甲状腺素（ T_4 ）和三碘甲状腺氨酸（ T_3 ）低下，提示有甲状腺刺激素（TSH）低下的可能，而皮质醇和生长激素（GH）则上升。

1. 精神因素性闭经 下丘脑受高级神经中枢支配，精神过度紧张、极度悲伤、过分忧虑和恐惧、强烈的妊娠愿望、生活环境改变等均可使大脑皮质-下丘脑功能失调导致闭经。精神紧张与促肾上腺皮质激素释放激素（CRH）增加相关，交感神经释放去甲肾上腺素，垂体前叶分泌促肾上腺皮质激素（ACTH）和 β -内啡肽。ACTH使肾上腺皮质分泌皮质醇，髓质分泌肾上腺素。皮质醇、雄烯二酮和硫酸脱氢表雄酮同时升高提示ACTH-肾上腺轴活性增加，而CRH和 β -内啡肽均在下丘脑抑制GnRH脉冲分泌，令LH脉冲分泌减少。皮质醇在垂体水平导致垂体对GnRH敏感性下降。

治疗：随着患者精神紧张的消除和生活方式改善，常可自然恢复月经。预防骨质疏松可选用雌激素替代疗法。有生育要求者可用小剂量克罗米芬诱发排卵，开始时每日25mg，连用5日，让药物在低雌激素状态下发挥其弱雌激素作用。如克罗米芬无效，可选用GnRH脉冲静脉给药，每次5~10ug，间隔120min，排卵后间隔延至240min；用绒毛膜促性腺激素（hCG）1500IU，每3日一次，共4次，维持黄体功能，排卵率达90%，其中25%~30%受孕。卵巢过度刺激综合征低于1%。亦有报道试用特异性阿片受体拮抗剂纳曲酮50mg，每日一次，超过35天未见效果为无效，排卵率为75%。

另一种对中枢介质包括胆碱能、5-羟色胺能、多巴胺能和阿片能均有作用的药物是乙酰-1-肉毒碱，每日口服2g，治疗6个月，能恢复月经。

2. 营养不良性闭经 严重的营养不良可导致低体重。患者对纳曲酮可有反应，闭经与下丘脑内源性阿片类紊乱有关，垂体对GnRH反应不敏感，LH波动频率增加但幅度减少，持续时间缩短。神经性厌食症病因是精神心理性的，使下丘脑功能受影响。这些患者下丘脑功能异常与体重下降同时存在。

临床表现为不愿进食、消瘦、闭经、便秘、低体重、低血压、低血糖、心动过缓，有

报道此病对纳曲酮无反应，卵巢激素的负反馈机制受损。可能是一种非阿片类的与营养不良有关的因子起作用。GnRH 缺乏，LH 波动频率减少或缺乏。此病应与垂体功能减退引起的恶病质鉴别，后者有产后大出血病史。

治疗：营养不良低体重患者加强营养，体重增加，月经可恢复正常。神经性厌食症患者应进行精神治疗，同时给予高热量流质饮食，多数患者当体重恢复至正常的 80% 时月经恢复。但病因是精神心理性的，如这个问题不解决，患者仍持续闭经。有生育要求者可试用克罗米芬或外源性促性腺激素治疗。有资料显示，营养不良低体重的闭经，用促甲状腺素释放激素（TRH）可使 LH，FSH 分泌明显增加；但神经性厌食症用 TRH 后，LH、FSH 无明显增加，其临床意义尚待探讨。

3. 运动性闭经 闭经和月经稀发在运动员中的发生率为 10% ~ 20%，以跑步、游泳和自行车运动员发生最多，与训练强度、体重下降、脂肪组织减少、精神情绪过度紧张、食物蛋白质比例下降等因素有关。下丘脑功能紊乱，某些激素水平改变，往往多种因素同时起作用。目前已知运动性闭经患者的基础 β -内啡肽和皮质醇水平较高，运动诱发的儿茶酚胺释放使中枢阿片肽产生， β -内啡肽升高抑制 LH 的脉冲分泌。

治疗：为改善低雌激素症状，可用雌激素替代治疗，加用孕激素使月经来潮。有生育要求者，可用克罗米芬诱发排卵或外源性促性腺激素治疗。运动员减少运动量或增加体重可恢复正常月经，但这种方法运动员难以接受，因此，药物治疗是必要的。

4. 避孕药引起的闭经 避孕药作用于下丘脑，抑制其释放激素，进而减少垂体促性腺激素的分泌而导致闭经，亦称为过度抑制综合征。1% ~ 2% 妇女服药后发生闭经，其中青年妇女较多见，可能是下丘脑-垂体-卵巢轴尚不成熟。大部分病例停药后 6 个月内自然恢复正常月经。

治疗：改用其他方法避孕。可用小剂量雌激素或人工周期，连用 3 个周期，停药后恢复月经。有生育要求者亦可用克罗米芬或促性腺激素，甚至 GnRH 治疗。

（二）器质性缺损下丘脑性闭经

是先天性下丘脑缺陷、脑部肿瘤、炎症、损伤等引起的、下丘脑功能减退所引起的闭经。如单纯促性腺激素缺乏，其特点是 GnRH 分泌减少，导致促性腺激素低下的性腺功能减退，类无睾症特征，第二性征幼稚和原发性闭经。一些患者伴嗅觉缺失，即诊为：Kallman 综合征。这种缺陷可能是在胚胎发生时，GnRH 神经元发育不完全或未从嗅球移行至下丘脑，一些患者可确认嗅球发育不良。

【治疗】

要用雌激素替代治疗促使第二性征发育，并促使骨骺融合，避免长得过高。有生育要求者，可用克罗米芬、促性腺激素或 GnRH 脉冲治疗。

五、其他内分泌腺功能失常性闭经

（一）肾上腺皮质功能失调性闭经

当肾上腺皮质由于增生或肿瘤而功能亢进时，可产生皮质醇增多症（即柯兴氏综合征）、醛固酮增多症、肾上腺性征异常征（即 adrenogenital 综合征）或先天性肾上腺增生症。以上情况均可出现闭经或月经稀少，糖皮质激素可抑制垂体促性腺激素的释放，并抑制促性腺激素对卵巢的刺激作用。严重的电解质不平衡可影响正常月经功能。

肾上腺性征异常征和先天性肾上腺增生症均有过多的雄激素产生。雄激素分泌过多可抑制卵巢功能，导致雌激素分泌减少而发生闭经。

肾上腺皮质可由于结核、严重败血症、全身性真菌感染、创伤、手术、全身性淀粉样变性而受破坏，或由于先天性肾上腺发育不全而发生功能减退。功能减退导致糖皮质激素及醛固酮分泌不足。由于体重锐减、低血压、低血糖等，卵巢功能受影响而出现闭经。

【治疗】

应针对引起肾上腺皮质功能亢进或减退的病因进行治疗。如有腺瘤，应手术切除。如为肾上腺皮质增生，可作肾上腺次全切除术。对存在的低血钾、糖代谢紊乱、蛋白质分解过度、感染等，应对症治疗。

对先天性肾上腺增生症，应给予糖皮质激素治疗，目的是替代肾上腺分泌糖皮质激素的不足，另外是抑制过多的 ACTH 释放，从而减少雄激素的过度产生。有些患者用克罗米芬诱发排卵。轻度的肾上腺皮质增生症的临床表现类似多囊卵巢综合征，此类患者可给予可的松，每日 15 ~ 50mg；或强的松，每日 5mg。对肾上腺皮质功能减退症患者应予补充生理剂量的肾上腺皮质激素。

在进行以上治疗的同时，如卵巢功能低下可周期性给予小剂量雌激素，如炔雌醇，每日 0.01 ~ 0.04mg，或己烯雌酚，每日 0.5 ~ 1mg，连服 3 周，停药一周后再开始新的周期治疗。

（二）甲状腺功能失调性闭经

甲状腺功能亢进症患者月经周期往往不规则，周期多延长，月经量常逐渐减少，以至闭经。血浆性激素结合蛋白的浓度增高，而雌二醇的游离部分不高，反可降低。

甲状腺功能减退症患者由于缺乏甲状腺激素，活性较大的雌二醇转变为活性很低的代谢物雌三醇的过程加速。雌二醇减少可引起卵巢功能障碍。患者月经周期不规律，长期紊乱后可发生闭经。

【治疗】

对甲状腺功能亢进症患者可用抗甲状腺药物以减少甲状腺激素的分泌，如药物治疗效果不佳，可施行甲状腺部分切除术。此外，还需用镇静剂、交感神经阻滞剂及补充维生素等以调节整体功能，经治疗后月经可以恢复正常。

对甲状腺功能减退症患者主要用甲状腺激素替代疗法。一般服药 2 周左右可见食欲改善，月经趋向正常。对严重贫血患者，应补充铁剂或维生素 B₁₂。

（三）糖尿病性闭经

糖尿病是胰岛素分泌绝对或相对不足造成。它导致糖代谢的紊乱，使血糖浓度过高，

出现糖尿。本病多见于40岁以上的中老年人，发病于青幼年者称幼年型糖尿病。

幼年型糖尿病患者（大多在15岁以下）约1/2发生闭经。

【治疗】

糖尿病的治疗主要是依靠饮食的控制及降糖药物或胰岛素。治疗后月经多能恢复正常。

六、闭经-溢乳综合征

参阅本章“高催乳素血症及闭经溢乳综合征”。

七、多囊卵巢病

参阅本章“多囊卵巢综合征”。

【护理措施】

1. 向患者讲述发生闭经的原因，耐心向患者讲清病情、治疗经过等，减轻患者的思想压力；
2. 解释必须按时、按规定接受有关检查的意义，取得其配合以便得到准确的检查结果和满意的治疗效果；
3. 指导合理用药，应将药物的作用、剂量、具体用药方法、时间、副反应等详细讲清，并确认患者完全正确掌握为止。

（王江鱼）

第二节 高催乳素血症及闭经溢乳综合征

催乳素（RRL）是腺垂体分泌的一种激素，血中含量过高，便称作高催乳素血症。泌乳症是指乳腺异常分泌乳液，妇女于非孕期或产后，和产后哺乳断奶一年后，一侧或双侧乳腺有乳样液自然溢出或被挤压出。生育年龄妇女泌乳症的准确发生率未明，文献报道为0.1%~0.5%，此与是否常规对月经异常妇女进行乳腺检查而异。泌乳妇女中，约80%有月经异常，表现为闭经或月经稀发。其中25%患垂体肿瘤。有79%~97%兼患高催乳素血症，而后者则约30%~80%有泌乳。Yen曾报道100例泌乳妇女中，有80例闭经，20例月经正常，血清催乳素升高前者有60人，后者有10人。闭经妇女中，有33%~45%兼泌乳。笔者等一组73例月经稀发、闭经患者中，兼泌乳者占50.68%，闭经兼高催乳素血症者为81.5%。可见高催乳素血症并非不常见，且大多数有闭经或月经稀发，导致慢性无排卵或稀发排卵而不孕。

生长激素、胰岛素、雌激素、皮质激素及催乳素等是乳腺正常发育及泌乳所必需的激素，而垂体分泌的催乳素则是泌乳最重要的激素。

催乳素是1971年应用放射免疫分析法首先从人血清中测到，并于1972年从人垂体中