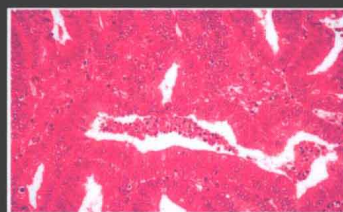
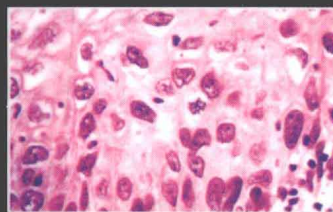
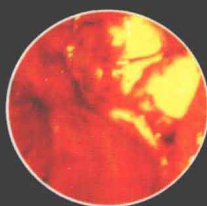
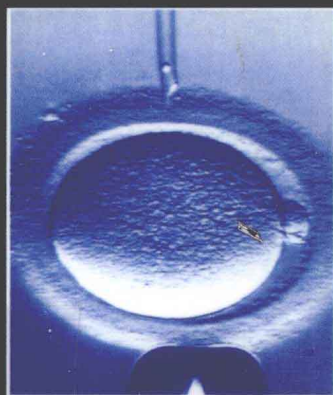


妇科学

**Specialist Training in
GYNAECOLOGY**

原著 Margaret Rees
Sally Hope
主译 郎景和



妇 科 学

Specialist Training in GYNAECOLOGY

原 著 Margaret Rees
Sally Hope

主 译 郎景和

译 者 (以姓氏拼音为序)

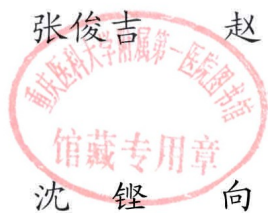
曹冬焱	陈 娟	李 雷	刘海元
任 常	孙 峯	孙正怡	王 涛
杨 毅	张俊吉	赵 峻	

审 校

郎景和 沈 铿 向 阳 郁 琦

秘 书

陈 娟



Mosby

An imprint of Elsevier

Specialist training in Gynaecology

Margaret Rees, Sally Hope

ISBN-13: 9780723432449

ISBN-10: 0723432449

Copyright © 2005 by Elsevier. All rights reserved.

妇科学

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.

ISBN-13: 9789812720474

ISBN-10: 9812720472

Copyright © 2008 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd. All rights reserved.

Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

3 Killiney Road, #08-01 Winsland House I, Singapore 239519

Tel: (65) 6349-0200; Fax: (65) 6733-1817

First Published 2008

2008 年初版

未经本出版商书面许可，任何个人或组织不得将本出版物任何部分以任何形式变更、转载、复制、重制、改动、散布和发行，否则将视作侵权，并将依法追究法律责任。

注意

医学是一个不断进步的领域。由于新的研究与临床经验不断扩展着我们的知识，我们在遵守标准的安全预防措施的同时，也有必要在操作、治疗和用药方面做出适当的变动。建议读者了解临床操作、治疗的最新进展，对每种用药都要核对其生产厂商所提供的最新产品信息，以确定药物的推荐剂量、服用方法、持续时间及相关禁忌证。根据自己的经验和患者的病情，决定每一位病人的服药剂量和最佳治疗方法，是经治医师的责任。不论是出版商还是著者、译者，对于由于本出版物引起的任何人身或财产的损伤和损失，均不承担任何责任。

出版商

Printed in Hong Kong

译者序

本来未想写序，但译完全书后，才留意原著并没有序和前言。于是，倒觉得应该说上几句话。

这是一部从定位、内容和形式都颇具特色的参考书，可以认为是介乎于教科书和专著之间的用于继续教育或进修提高的妇科学。出版者原意是专业训练教材，是提供给专科医生及开始从事妇科专科医生的参考书或培训用书。虽说是妇科学，但选题并不面面俱到，也不追求系统。但妇科学的主要及重要内容则毫无忽略，所阐述的内容远比教科书深入而前沿，读者会有新鲜感。但它又不是生殖内分泌或妇科肿瘤学专著，因此它选其要、择其精、述其简，容易使人领悟精髓，掌握要点。再以清晰明了的图表，可有规范或指南之功，这即是本书作为专业训练教材的成功之处。

所以，本书的体例和格局活泼、洒脱，不拘泥程序，不强调平衡。书中有提要、有小结、有咨询，这对有一定经验的医生或初学乍练者都繁简不嫌，易于接受。总体而言，本书能以简约为宗旨，可以认为是简明进修妇科学。

原作者以英国牛津大学资深医生为主体，亦有剑桥、曼彻斯特和爱丁堡的专家，代表了英国现代妇科学之基本阵容。由于不少作者是生殖内分泌及妇女保健专家，其该方面内容更为充实，侧重显而易见。

多读一些书，会让人心生挑剔，但本书除内容不够全面系统，有些也许还可深入之外，均堪称赞。而上述所谓不足正如我说的，乃为其特点和所长。诚如常言所谓：缺点亦是优点也。我倒是想说，我们看书写作多易落入俗套，陷入窠臼，应从此书获得启示与裨益。

译者均是我科系的年轻博士，时间虽紧，做事却认真，又请几位资深教授做审校。亦难免疏漏，望有识者匡正。

郎景和

二〇〇七年夏于北京

目录

1	月经过多和痛经	1
	<i>Margaret Rees</i>	
2	月经稀发和闭经	15
	<i>Adam Balen</i>	
3	性传播感染	32
	<i>Jackie Sherrard</i>	
4	妇科急诊	46
	<i>Ian MacKenzie</i>	
5	慢性盆腔痛与子宫内膜异位症	66
	<i>Jane Moore</i>	
6	妇科肿瘤	81
	<i>Brett Winter-Roach, Partha Sengupta & Karina Reynolds</i>	
7	宫颈细胞学与阴道镜	100
	<i>Cynthia Harper</i>	
8	节育	116
	<i>Annabelle Glasier & Alison Scott</i>	

9	不育症	137
	<i>Gillian Lockwood</i>	
10	绝经	158
	<i>Sally Hope</i>	
11	妇科的精神方面	181
	<i>Fiona Blake</i>	

月经过多和痛经

Margaret Rees

本章 月经过多和痛经是两种常见的妇科症状。本章内容涵盖其病因、检查和处理。

背景

月经是指子宫内膜周期性脱落和出血。这是人类生殖周期的特征，也出现在类人的灵长类中，例如猕猴。月经的功能目前尚未知晓。规律的月经成为女性生活的一部分，不过这还是相对近期的事情，因为以前的妇女几乎是连续怀孕或哺乳。随着现代避孕方法的出现，女性一生中的月经数量也从十多次增加到了几百次。因此也就不奇怪为什么月经方面的疾病会相应增加。

发生率

从初潮到绝经，每位女性大约经历400次月经。以下2种月经问题是比较常见的：

- 月经过多（出血过多）
- 痛经（经期疼痛）

根据英国民间调查机构 MORI 在 1990 年进行的社区调查显示，31% 的女性有月经量过多，38% 的女性存在痛经，其中 1/3 在最近 4 个月内曾就医。第 4 次美国疾病调查（1991~1992）显示，25~44 岁之间的女性中，月经过多或痛经的就医率分别为每年 65 人次 / 千人和 40 人次 / 千人。20 到 49 岁的女性中，一年内有 5% 会向她们的全科医生询问月经过多的问题。

月经过多是妇科就诊女性的主要症状。

月经过多

定义

月经过多曾经定义为主观认为在数个连续的月经周期内，月经失血量（menstrual

blood loss, MBL) 过多, 而没有月经间期出血或性交后出血。

客观上, 月经过多指每次月经失血量超过 80 毫升。人群研究显示, 月经期出血量为偏态分布, 平均出血量是 35 毫升, 而 90 百分位是 80 毫升。临床上, 主诉月经量过多的妇女, 仅 40% 能列出实际出血量。因出血问题而就医的妇女中, 不能忍受其出血量并不是一个主要方面。对于住院病人的调查显示, 大量的月经方面的疾病可以被界定为出血过多。如果缺乏这方面的认识, 可能导致妇女得不到恰当的医疗。

MBL 的测量

MBL 的客观测量虽然还不能列为常规, 但却是有价值的方法。无创的方法是利用碱性高铁血红蛋白——将卫生巾浸泡在 5% 氢氧化钠溶液中, 使积血转化为碱性高铁血红蛋白, 从而测定光密度值。

目前绘制了多种失血量图表, 从而半定量确定 MBL。不过这些研究相关评分的结果和测量的失血量是不一致的。

病因

尽管多种疾病可以合并月经过多(要点 1.1), 但客观上月经过多的患者中, 50% 在进行子宫切除后不能找到病因。大多数月经量过多的病例, 都是有排卵的月经周期, 而无排卵型周期主要出现在初潮后和接近绝经期。

月经过多可能由系统性疾病或盆腔病变引起, 也可能是医源性疾病, 但没有 MBL 的客观测量的验证资料。

要点 1.1 月经过多的可能病因

系统性疾病

- 凝血功能紊乱
- 甲状腺功能失调

盆腔脏器疾病

- 子宫肌瘤
- 子宫内膜异位症
- 盆腔炎
- 子宫内膜息肉

医源性

- 惰性宫内节育器
- 抗凝剂

系统性疾病

凝血障碍, 如血管性血友病(von Willebrand 病)、凝血因子 V、VII、X 和 XI 缺乏, 以及原发性血小板减少性紫癜, 目前认为可以增加 MBL, 但极少进行 MBL 的测量。少数研究中估计, 血管性血友病和凝血因子 XI 缺乏的患者中, 初潮后月经过多的比例与没有出血性疾病相比较。

盆腔脏器疾病

子宫纤维瘤(子宫肌瘤)、子宫内膜异位症、盆腔炎炎症性疾病和子宫内膜息肉被认为可

导致月经过多，但测量 MBL 的研究显示，这些病例中只 1/2 到 2/3 的患者实际出现月经过多。

医源性原因

医源性原因，如惰性宫内节育器 (intrauterine contraceptive devices, IUCD)，客观上显示增加了 MBL，不过抗凝药方面的资料极为有限。

输卵管结扎绝育术并没有增加月经异常的风险。

月经过多的检查

月经过多检查和处理的流程图概括如图 1.1 所示。要点 1.2 总结了月经过多的检查。

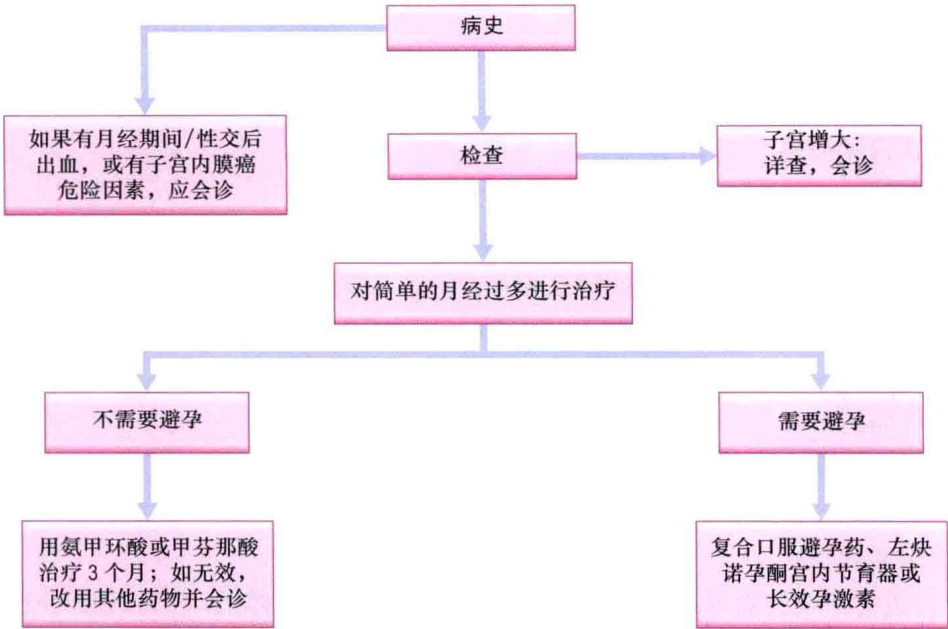


图 1.1 处理月经过多的流程图。

要点 1.2 月经过多的病史、体检和检查

病史

- 病程
- 月经周期是否突然改变?
- 月经时间
- 月经周期长度
- 月经间期 / 性交后出血

体检

- 一般体检
- 阴道窥器检查
- 双合诊

血液检查

- 血红蛋白

内膜 / 子宫检查

- 经阴道超声
- 活检
- 宫腔镜

病史和体检

需要确定患者出现症状的时间——经期出血量是逐渐增多还是突然变多。经期的长短、月经周期、任何月经间期出血和性交后出血都必须得到证实。还要注意避孕措施。应进行一般查体,包括双合诊和盆腔检查。如果需要的话,应进行宫颈刮片。

血液检查

全血细胞计数应作为常规检查在所有患者中进行,因为月经过多是贫血的常见病因。不建议查铁蛋白。只有在有临床指征的情况下,才进行遗传性出血性疾病和甲状腺功能性疾病的检测,不必进行其他内分泌方面的检查。

子宫/内膜的检查

检测的主要方法如下:

- 经阴道超声
- 子宫内膜活检
- 宫腔镜

如果盆腔检查正常的话,没有足够的证据证实,可以根据特定的年龄来区分是否需要进一步检查。不过在以下情况下,应明确是否存在子宫内膜肿瘤的风险:

- 严重出血
- 治疗无效
- 月经间期出血
- 多囊卵巢综合征
- 肥胖
- 服用他莫西芬

子宫内膜切除或剥除术后,对于子宫内膜的检查是比较困难的,因为宫腔可能已经部分消失。

月经过多的妇女如果对初始的治疗没有反应,那么不管她们年纪多大,都更容易出现宫腔内病变,如子宫内膜息肉或黏膜下肌瘤。应根据当地的医疗情况,选择使用经阴道超声或宫腔镜检查。

经阴道超声

RCOG 的指南 5 指出,在有可能的情况下,应使用经阴道超声筛选宫腔正常、不需要进行宫腔镜检查的患者。经阴道超声可以排除合并的盆腔病变,如卵巢囊肿或子宫肌瘤,但不能获得组织学的诊断。

子宫内膜厚度在月经周期内发生变化,增殖期为 4~8 毫米,而分泌期为 8~16 毫米。因

而经阴道超声检查最理想的时间是在月经过后增殖期进行。子宫内膜增厚或宫腔内液体充盈,提示恶性或其他病变(子宫内膜增生、息肉)的可能。增殖期子宫内膜厚度如为 10~12 毫米,应作为诊断子宫内膜增生或子宫内膜癌的分界点。

有时超声不能检测小息肉,特别是在分泌晚期。宫腔内灌注对比剂,例如盐水,可以提高内膜息肉、黏膜下肌瘤和子宫内膜局灶增厚的诊断率。

子宫内膜活检

扩刮术

扩刮术(dilation and curettage, D&C)是获取子宫内膜的经典手段,它最早由法国妇产科学家 Recamier 描述,被认为是“金标准”,但它不能获取所有的子宫内膜标本。此外,由于诊刮基本上是一项“盲操作”,因而可能会遗漏某些病变,如息肉、黏膜下肌瘤、内膜过度增生或癌。扩刮术近来被一些门诊方法所取代,从而避免全麻,并且减少了子宫穿孔、出血、宫颈裂伤甚至死亡等并发症的发生。

多年来,扩刮术被认为是一种治疗手段,不过客观的 MBL 测量显示,扩刮术后的第一次月经量较前减少,但随后的月经周期并没有差异。

真空吸引刮宫术

真空吸引刮宫术在 20 世纪 70 年代引入,避免使用全麻,与扩刮术相比并发症较少。最初的器械是直径 3 毫米的不锈钢管,管尖弯曲,凹面有宽槽,与塑料吸引器或真空吸引器相连(Vabra)。目前有多种器械可供使用,管径 3 毫米或 4 毫米,由泵或内部活塞产生机械吸引或电力吸引(Rockett 或 Pipelle)(图 1.2)。

曾经有许多比较不同方法的研究,支持在门诊进行吸引刮宫。比较 Vabra、Pipelle 和扩刮术显示,它们具有相同的精度,但 Pipelle 获取的子宫内膜表面明显比 Vabra 少,不过 Pipelle 比 Vabra 疼痛少,不适感通常较轻,只是在吸管通过和采集活检标本时持续 10~15 秒钟。

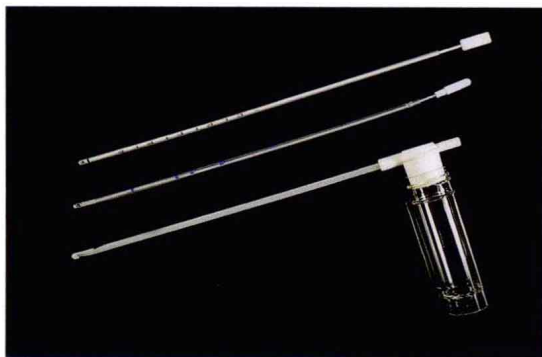


图 1.2 不同的吸引刮宫活检器。

宫腔镜检查

宫腔镜在一个世纪以前已开始使用，它可以直视宫腔。目前有柔软的和坚硬的宫腔镜。

宫腔镜适用于经阴道超声检查异常的患者。它还能在检查的同时直接采取子宫内膜进行活检。需要指出的是，宫腔镜不是百分之百准确，它也会遗漏子宫内膜腺癌，当然这比较少见。

宫腔镜检查可以门诊或住院进行。有些患者需要进行宫颈旁阻滞或宫腔内灌注局麻药物，从而缓解疼痛。

月经过多的治疗

治疗的目标是减少失血、降低贫血的风险、改善生活质量。在没有盆腔病变，且要求保留生育能力的患者，一线治疗应为药物治疗。英国每年用于月经过多的基础保健药物治疗耗费约 700 万英镑；而在 1993 年，有这种情况的女性有 345 225 位，处方量达 822 000 张。由于月经过多是缺铁性贫血的常见病因，因而补铁治疗常常是适用的。

药物治疗

对于 MBL 的主观判断和客观测定相差较大，这就意味着，在药物治疗的临床实践中，应以客观评价作为药效的主要评价终点。

月经过多的药物治疗可以划分为两类：

- 非激素类治疗：如非甾体类抗炎药 (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAID) 和抗纤溶药物
- 激素类治疗：如孕激素、复合口服避孕药、激素替代治疗、丹那唑、孕三烯酮和促性腺激素释放激素 (gonadotrophin-releasing hormone, GnRH) 类似物

非激素治疗

非激素治疗，包括甲芬那酸或氨甲环酸，在月经期服用，是一线治疗。两种药物可合用，但对于联合用药的效果并没有研究。如果单用前列腺素合成酶抑制剂或抗纤溶药物，在使用 3 个月后无效，那么就可以考虑合用这两种药物。要点 1.3 总结了目前用于月经过多的治疗药物。

非甾体类抗炎药

甲芬那酸是治疗月经过多目前研究最为广泛的 NSAID 类药物。NSAID 还能缓解痛经。甲芬那酸使 MBL 减少 29% (范围 19%~47%，95% 可信区间 [CI] 为 27.9~30.2)。月经期服药，剂量为 1.5g/d。一些研究发现，经期缩短，但并非全部研究。开始治疗后随访 12~15 个月，发现持续效果好。

要点 1.3 治疗月经过多的药物

非激素类药物

- 非甾体类镇痛消炎药
 - 甲芬那酸
 - 甲氯芬酸
 - 萘普生
 - 布洛芬
 - 氟比洛芬
 - 双氯芬酸
- 抗纤溶药物
 - 氨甲环酸
 - 6-氨基己酸
- 其他
 - 酚磺乙胺

激素类药物

- 孕激素
 - 炔诺酮
 - 醋酸甲羟孕酮
 - 地屈孕酮
- 宫内孕激素
 - 左炔诺孕酮宫内节育器
 - 黄体酮宫内节育器(英国以外已经批准)
- 复合雌孕激素
 - 口服避孕药
 - 激素替代治疗
- 其他
 - 丹那唑
 - 孕三烯酮
 - GnRH 类似物

其他 NSAID 药物证实也有减少月经失血,例如萘普生、布洛芬、双氯酚酸钠、氟比洛芬。

根据治疗药物和剂量的不同,MBL 减少 25% 到 47%。对于使用铜节育环或不含激素节育器的女性,NSAID 也是有效的。有报道认为,萘普生和布洛芬对于子宫肌瘤的女性是无效的。总之,NSAID 在有消化性溃疡的女性中是禁用的,但在每次月经周期服用几天,副作用较少。

抗纤溶药物

氨甲环酸使 MBL 减少 46.7%(范围 35%~56%,95%CI 为 45~46.7)。推荐的剂量是每天 3g。有些研究中,患者痛经的症状有所缓解,但并非所有。经期并没有缩短。对于使用铜节育环或不含激素节育器的女性,也是有效的。

治疗期间可能的副作用应包括:近 60%~80% 的患者可出现恶心、呕吐、腹泻、头痛、头晕、体重增加和腿抽筋。主要报道的不良事件是血栓栓塞。不过斯堪的纳维亚的大量研究显示,与相同年龄的一般人群相比,血栓事件并没有增加。

酚磺乙胺

使用目前推荐的剂量,经过客观的 MBL 测定显示,酚磺乙胺是无效的。

激素类治疗

口服孕激素

口服孕激素是治疗月经过多的常用处方。MBL 客观测定研究显示,在黄体期短时间小

剂量应用(月经分泌期口服炔诺酮 5mg, 每天 2 次, 服用 7 天)是无效的。不过, 从月经第 5 天到第 26 天口服炔诺酮 5mg, 每天 3 次, 可使出血量减少 87%。

宫内左炔诺孕酮节育器

在减少月经量上比口服孕激素更为有效, 并且效果持续 5 年。左炔诺孕酮宫内节育器使用 6 个月, 使 MBL 减少 88%, 12 个月减少 96%。其作用机制可能与诱发子宫内膜萎缩有关。避孕非常有效, 同时还保留了生育能力。

宫内左炔诺孕酮节育器被认为是手术治疗月经过多的替代方法, 成本更低, 功效更高。应告知患者, 一般在放环后几个月可能会出现不规则出血。左炔诺孕酮宫内节育器也可以用于子宫肌瘤, 但效果可能较差, 或者可能被排出, 特别是在有黏膜下病变的情况下。但这些需要更多的资料证实。

长效孕激素

连续使用长效孕激素使大多数妇女出现闭经, 因而这些制剂可以考虑用于月经过多的治疗。

醋酸甲羟孕酮和庚酸炔诺酮目前可用于局部注射避孕。使用后前几个月, 它们可以导致不可预测的不规则点滴出血。不过经过重复给药后, 常常发生闭经。

皮下埋植剂可以释放依托孕烯或左炔诺孕酮数年, 这是另一种使用长效孕激素从而达到避孕目的的方法。它们在治疗月经过多的效果需要进行评价。

复合雌孕激素

复合口服避孕药在临床上常用作减少月经出血量。它的作用机制并未明确, 但可能与诱发子宫内膜萎缩相关。许多创新的研究中, 使用了大剂量使用乙炔雌二醇制剂, 超过 30~35 微克。不过小剂量制剂是否与大剂量类似, 是否可以有效减少月经出血量, 目前尚未明确, 并且也不了解孕激素剂量或剂型所产生的差异。

每月序贯应用雌孕激素替代治疗, 在临床上也用于治疗围绝经期妇女月经过多。不过没有根据客观的月经出血量进行随机对照的临床试验。

丹那唑 / 孕三烯酮 / GnRH 类似物

这些都是有效的治疗方法, 通常使患者闭经, 但它们的副作用通常限制其使用不能超过 6 个月。丹那唑和孕三烯酮具有雄激素类的副作用。建议患者进行工具避孕, 因为如果在治疗期间怀孕的话, 有造成女性胎儿男性化的可能。

GnRH 类似物可造成低雌激素状态, 使用反向添加复合雌孕激素或替勃龙能避免。联合用药的治疗方法较为昂贵, 因而不能作为一线用药。

手术治疗

在下面的情况下适用手术治疗：

- 药物治疗无效
 - 存在盆腔脏器异常：例如息肉、子宫肌瘤、慢性盆腔炎症或子宫内膜异位病灶
- 对于希望保留生育能力的妇女，手术应尽可能保守些。

表 1.1 提供了三种治疗月经过多的手术方法的详细内容，这是 2000~2001 年英国 NHS 各家医院进行的手术。全部子宫切除手术中，有 2/3 是因为月经过多，几乎所有的内膜破坏性手术都是由月经过多所致。

表 1.1 2000~2001 年之间英国 NHS 各家医院进行的手术		
手术(ICD 编码)	数量	平均住院天数(日)
开腹子宫切除(Q07)	38 348	6.5
阴式子宫切除(Q08)	8 704	4.7
腹腔镜下子宫治疗性手术(Q17)	17 298	1.4

子宫切除术

子宫切除术有以下三种方式：经腹、经阴道、腹腔镜下。

在英国，20% 的女性在 55 岁前切除了子宫。VALUE 研究中，1994 到 1995 年进行了 37 298 例子宫切除，平均年龄是 45 岁，最常见的手术适应证是功能失调性子宫出血(46%)。开腹、阴式、腹腔镜协助子宫切除的比例分别是 67%、30% 和 3%。43% 的患者手术中未保留卵巢。全部手术并发症的发生率为 3.5%，腹腔镜手术操作并发症最高。总体术后并发症发生率为 9%。其中 1% 为严重并发症，而腹腔镜手术组严重并发症发生率最高(2%)。手术期间没有病人死亡。手术后 6 周内报道有 14 例死亡，粗略计算手术后死亡率为 0.38% (95%CI 为 0.25~0.64)。

子宫切除术的长期并发症可能包括：

- 即使保留卵巢的情况下，卵巢功能早衰
- 性心理障碍
- 泌尿道症状
- 肠道症状

子宫次全切与子宫全切相比，并没有改善性生活。子宫次全切后仍需要持续进行宫颈刮片的检查。

子宫内膜破坏性手术

不同方法的目的都是清除或破坏所有子宫内膜，直至子宫肌层 3 毫米深，从而防止复发。

这些方法包括：

- 子宫内膜切除
- 子宫内膜剥除，使用激光、滚球电极烧灼、冷冻、微波、热水囊或宫腔镜下灌注热盐水等

这些方法类似子宫切除术，只适用于没有生育要求的妇女。不过，尽管术后发生怀孕的风险极低，但也不能向患者保证为绝育手术。高龄妇女中绝经比率较高。

手术前常常使用孕激素、丹那唑和 GnRH 类似物治疗，使子宫内膜萎缩，从而使手术变得较为容易，尽可能达到完全切除。

常见的并发症包括：

- 出血
- 穿孔
- 必须急诊手术
- 膨宫剂吸收（注意：射频诱导的烧灼、微波和热水囊都不能使用膨宫液）

4%~5% 的患者出现围手术期的并发症，死亡率是 2/10 000~3/10 000。穿孔的发生率在 3 种最广泛使用的方法中没有区别（切除和滚球电极联合、单纯切除或激光剥除都是 0.7%~2.5%）。不过单独内膜切除与滚球电极切除（1.4%）和激光剥除（0.3%）相比，需要进行急诊手术的风险较高（2.4%）。

目前尚不清楚子宫内膜破坏性手术是否妨碍子宫内膜癌的诊断。

子宫肌瘤的处理

子宫肌瘤是平滑肌肿瘤，来源于子宫肌层。这是女性最常见的病变，35 岁以上女性中，30% 都存在子宫肌瘤。子宫肌瘤常常没有症状，但也可能表现为月经过多、盆腔疼痛或压迫症状。

子宫肌瘤的处理取决于以下方面：肌瘤大小、引起的症状、年龄、生育计划。

治疗方法

无症状的小肌瘤很少需要治疗。不过它们需要规律监测，例如每年做 B 超，因为有较低肉瘤变的风险（低于 0.2%）。

有肌瘤并且月经量多的妇女，通常进行子宫切除来治疗。对于那些希望保持生育能力的患者，可以进行肌瘤剔除术。内镜手术可以在腹腔镜下剔除浆膜下肌瘤或肌壁间肌瘤，还可以在宫腔镜下剔除黏膜下肌瘤。使用激光或电凝，局部破坏子宫内膜是目前正在评价的方法。

代替手术的方法

目前对于子宫肌瘤非手术疗法的需求非常多。GnRH 类似物诱发子宫肌瘤萎缩，但很少

能完全消除,并且在停药后不能维持。另一个顾虑是由于持续低雌激素状态导致骨盐丢失,因而限制了 GnRH 类似物的使用,不能超过 6 个月。

GnRH 类似物可以用于子宫切除术前,从而使手术在技巧上变得容易,减少手术出血量。使用 GnRH 类似物戈舍瑞林并加上子宫内膜切除术以替代子宫切除术的方法,目前应用非常广泛。

栓塞术

子宫栓塞术包括选择性双侧子宫动脉插管,通常在其内注射聚乙烯醇颗粒,从而使血管完全或近乎完全栓塞(图 1.3)。不要尝试仅仅栓塞子宫肌瘤而不处理剩余子宫。栓塞术后疼痛和阴道流液比较常见(有时可能排出子宫肌瘤碎片)。最为显著的并发症是发生感染,有报道出现患者死亡。目前数据有限,需要建立方案进行随机对照的临床试验。

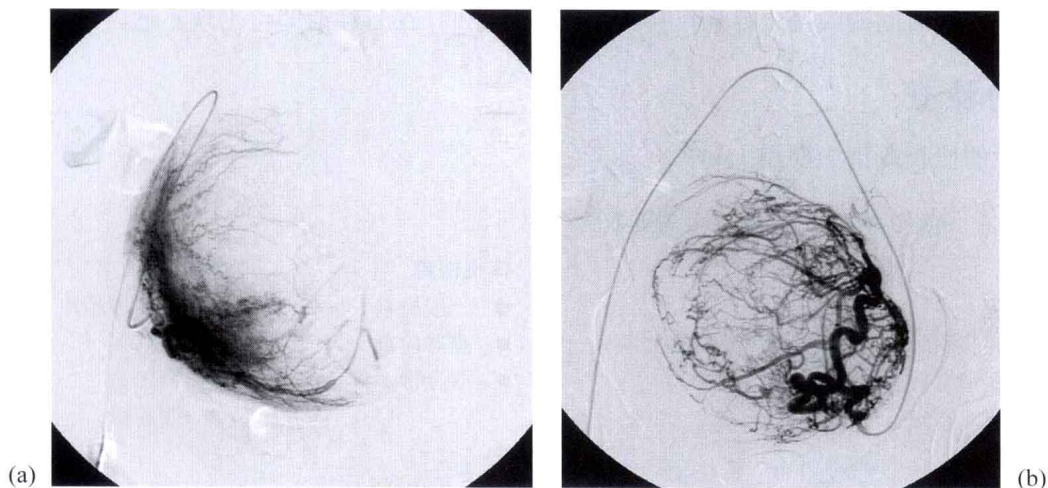


图 1.3 子宫肌瘤栓塞术。

痛经

痛经可分为两类:原发痛经和继发痛经。

原发痛经没有盆腔病灶,而继发痛经提示存在器质性疾病引起经期疼痛。

原发痛经

原发痛经一般出现于初潮后 6~12 个月,在排卵周期建立之前。初潮后最早的几个周期通常是不排卵的,因而也不易引起痛经。疼痛通常包括下腹部绞痛和背痛,并伴有胃肠道功能紊乱,例如腹泻和呕吐。症状在经期前两天较为显著。原发痛经较少引起月经量过多,因