

功能性子宫出血 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/304/2021\\_2022\\_\\_E5\\_8A\\_9F\\_E8\\_83\\_BD\\_E6\\_80\\_A7\\_E5\\_c22\\_304067.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E5_8A_9F_E8_83_BD_E6_80_A7_E5_c22_304067.htm) 名称功能性子宫出血  
所属科室妇产科病因 导致月经失调包括功血的诱因可以有精神过度紧张，环境和气候的改变，劳累，营养不良或代谢紊乱等等。这些因素都通过大脑皮层的神经介质干扰下丘脑垂体-卵巢的互相调节和制约的机制，以致失去其正常的有规律的周期性变化，突出表现在卵巢功能失调，性激素分泌的量失常，影响靶器官子宫内膜，从而使月经紊乱，经期长短不定，经量多少不等。病理 功血的病理生理 功血可能是无排卵型或有排卵型，但较常见的是无排卵型，长期无排卵或称慢性无排卵。正常女性的生殖周期属于一种不断运动着的系统，其中具有以月计的长波动周期，也有以分秒计的短波动周期。任何因素干扰了这些有规则的动态节奏，皆可影响卵巢功能。受到干扰的主要部位是在CNS与下丘脑垂体-卵巢轴的任何一个环节，从而导致月经的失调。中枢神经下丘脑复合体是发放信号调节机能的最高指挥机构。各个环节的联系有赖于适合接受各种信号的非凡受体和输送信息的神经介质（neurotransmitter）。神经元之间交换信息的生化机制虽然尚不清楚，但社会环境和神经因素对生殖周期的影响，目前已被公认。大脑\*\*\*类神经元系统的分泌活动是适应环境变化的要害。近年来发现在大脑有一种小分子\*\*\*类，具有鸦片受体（opiate-receptor）活性称内啡\*\*\*（endorphins，enkephaline）。它来源于垂体中叶所分泌的无明显生物活性的激素前身，beta.-LPH）系大分子\*\*\*类，含有91氨基酸，经过多次酶的

分解，形成具有生物活性的内啡<sup>\*\*\*</sup>、促黑素细胞激素

（times.20 ~ 22天，在后10天加安宫黄体酮（口服）8 ~ 10mg/d，或在后5 ~ 7天加黄体酮10mg/d（肌注）。（2）雌、孕激素合并疗法较适用于生育年龄，雌激素水平偏高、子宫内膜较厚或子宫较饱满者。复方炔诺酮片（1号避孕药）全量或半量或复方甲地孕酮片（ 号避孕药）全量或半量 每晚1

片times.20 ~ 22天，共3疗程后复查内膜。2．后半周期短期疗法以调节月经周期。（1）雌、孕激素合剂己烯雌酚0.5

~ 1mg加安宫黄体酮6 ~ 10mg或炔诺酮（妇康片）5mg，在月经第16 ~ 18天开始每晚口服一次，共10天。（2）雌、孕、雄激素合剂己烯雌酚0.5 ~ 1mg加安宫黄体酮6 ~ 10mg和甲基睾丸素5 ~ 10mg，自月经周期第16 ~ 18天开始每晚口服一次，甲基睾丸素为舌下含服，共10天。（3）复方黄体酮 每日肌注1支，5 ~ 7天。（4）三合激素 每日肌注1支，3 ~ 5天。（5）

复方己酸孕酮 针剂1支（肌注）1次。缺点：有可能撤药性出血时间较长。（三）促排卵法一般用在月经周期已基本上得到控制后。目的在促使排卵，尚能减少或防止其复发的可能性。

1．氯（++底）酚胺50 ~ 150mg / d，共5天。首先1 ~ 2周期应以小剂量50mg/d开始。正常的排卵效果发生在停药10天左右，但也有一部分延迟反应达停药20天左右。若停药后20天尚无排卵象征者，则用雌、孕激素后半周期撤药性出血法治疗，以免功血复发。流血第5天再开始第二疗程。若2 ~ 3疗程虽加量亦不见排卵现象时，可于中期即停氯（++底）酚胺10天左右加hCG5000 ~ 10000IU注射1 ~ 2天。加hCG条件为：

： 宫颈粘液呈典型羊齿状结晶； 当周期氯（++底）酚胺用量以50mg/d为宜，以免发生类似HMG治疗后的过激征象。

2. 绒毛膜促性腺激素 (hCG) 中期促排卵 适用于卵泡发育尚佳, 有一定雌激素水平者。于月经周期第16~18天而仍无排卵征象者, 可肌注hCG5000~10000IU1~2天。如无排卵征象亦应于后期用雌、孕激素10天, 引起撤药性出血, 以免复发不规则出血。3. 促性腺激素释放激素 (LHRH, LRH) 促排卵仿效生理分泌形式, 即脉冲式的给药效果较好, 可经肌注或静注。对功血患者可于月经周期的中期连续脉冲式给药, 天天5 $\alpha$ . 比例的失调和PGI<sub>2</sub>的增多。采用前列腺素合成酶的抑制物能成功地减少流血量。

(1) 甲灭酸 (acid mefenamicum, 扑湿痛) 0.25g每日3次, 首次可口服0.5g, 月经期开始, 用药不宜超过一周。肾功能不正常者慎用。

(2) 氯灭酸 (acid chlofenamicum, 抗炎灵, 抗风湿灵) 0.2g每日3次, 首次可服0.4g, 经期第一天开始, 约服7天。

(3) 消炎痛 (indomethacinum) 25mg每日3次, 饭后口服, 月经期开始, 约7天。栓剂塞入\*\*\*天天1~2次, 3~5次为一疗程。3. 止血剂 按病情及药性的需要可从下列各品种中选用:

(1) 止血芳酸 (PAMBA, 对羧基节胺, 抗血纤溶芳酸) 具有抗血纤维蛋白溶解作用, 机制与氨己酸相同, 效果较强, 毒性较低, 不易发生血栓。针剂每支0.1g (10ml) 或与葡萄糖、生理盐水混合后缓慢静脉注射。(2) 氨己酸 (EACA, 6氨基己酸,  $\epsilon$ -氨基己酸) 能抑制纤维蛋白溶酶原的激活因子, 从而抑制纤维蛋白的溶解, 达到止血作用。针剂每支1.0g或2.0g (10ml), 静滴, 初用量4~6g加5~10%葡萄糖或生理盐水100ml稀释, 15~30分钟滴完, 维持量每小时1.0g。(3) 止血环酸 (凝血酸, Trans AMCA) 止血机制与止血芳酸等相同。针剂: 每支0.25g (5ml), 片剂: 每

片0.25g。静注0.25~0.5g溶于25%葡萄糖液20ml中，静脉注射。口服0.25g，每日3次。（4）止血敏（羟苯磺己胺，止血定，dicynonum）能促使血小板循环量增加，增加血小板功能及血小板粘附性，缩短凝血时间，还有减少毛细血管通透性与防止血液渗透作用。针剂：每支0.25g（1ml），0.5g（2ml），片剂每片0.25g，0.25~0.75g静注或肌注。注重不可与氨己酸混合注射，以免引起中毒。口服0.25g，每日2~3次。（5）安络血（adrenosin，安特诺新）缩短止血时间，并使毛细血管的渗透性降低。片剂：每片2.5mg；5mg针剂：每支5mg（1ml）。口服：每次2.5~5mg，每日3次。肌肉注射1次5~10mg。（6）维生素K 肝脏利用维生素K合成凝血酶原。片剂2mg，4mg。口服4mg，每日3次。（7）维生素C（ascorbic acid，抗坏血酸）参予体内氧化还原过程；增加毛细血管致密性，减低其渗透性及脆性；刺激造血机能。片剂：50mg，100mg。针剂：2ml 0.1g，2ml 0.2g，5ml 0.5g。（二）黄体不健的治疗 按病因处理。1. 卵泡发育障碍所致的黄体不健（1）己烯雌酚0.25mg/d，共20~22天。适用于卵泡发育缓慢、雌激素不足患者。少量雌激素增强了垂体的敏感性，从而改善了垂体的功能，随着促使卵泡成熟，健全了黄体。（2）氯（++底）酚胺50mg/d，共5天，于月经第5天开始。能促使卵泡更好地成熟，但常出现黄体不健。由于其对子宫颈粘液的不利影响，致使受孕率低于排卵率。因此在黄体不健的病例中，选用氯（++底）酚胺的条件，必须确定为卵泡成熟障碍引起的黄体不健才有可能见效。（3）垂体促性腺激素疗法 指征与氯（++底）酚胺同。Huang等报道用垂体促性腺激素（hPG）50IU/d肌注，

于月经第3~5天开始共5天，认为有效，但受孕率低于氯（++底）酚胺及后期孕酮疗法。尚无关于用hMG的报道，该疗法的价值尚待今后研究。

2. 黄体功能不足的黄体不健的治疗方法

（1）安宫黄体酮4mg每日2次，共10天，于基础体温上升的第2~3天开始口服。适用于孕酮不足的患者。

（2）绒毛膜促性腺激素肌注500~1000IU，于基温上升第2天开始，每隔日1次，共4~5次。若能确定卵泡已成熟，亦可于中期排卵前肌注hCG5000~10000IU1次。总之，在黄体不健的不孕或习惯性流产病例中，非凡是习惯性流产患者，后期即基础体温上升后用安宫黄体酮或于体温上升7天后肌注黄体酮，对健全子宫内膜及受孕着床效果较好。

3. 黄体萎缩不全的治疗

凡属于功能性萎缩不全者可用复方黄体酮。天天1支，肌注5~7天。于经前开始或基础体温上升7天后开始。

4. 中期出血

快雌醇（EE）0.005~0.01mg/d，自月经周期第10天开始，口服10天。

（三）抑制卵巢排卵功能以减少流血量，对象应为不愿生育或要求避孕的月经量多者。可试用含有孕酮的避孕器。据报道38mg孕酮有效期14月，52mg为30个月。缺点：常有不规则突破性出血。近来有报道用大剂量LHRH类似物以减少流血量有效，但尚需研究。

三、功能失调合并器质性病灶的处理

（一）长期无排卵功血伴腺瘤型子宫内膜增生治疗原则从治疗子宫内膜着手。首先用较大量的孕酮以改变内膜的形态。随后再促排卵。在此过程中必须按期随访子宫内膜。排卵功能恢复后，才能称为痊愈。

（二）无排卵功血伴有子宫肌瘤或子宫体肥大常发生在更年期妇女。假如肌瘤小或属单纯性子宫肥大，可先按功血治疗。激素以孕激素为主，外加睾丸酮如三合激素或黄体酮加丙酸睾丸酮，每周肌注3

~ 5天。若撤药性出血太多，可用一般止血剂。对上述治疗无效者，过多的月经可能是由于子宫肌瘤所引起的，则应按肌瘤处理。

#### 四、功血在处理上的几个要害问题

(一) 在诊断上对所有不规则\*\*\*流血，首先必须排除生殖道器质性病变以及识别与功血合并的器质性病灶。

(二) 止血方面要求能迅速止血和调节周期，但又必须善于选择最合适的制剂和使用方法以及最低有效量。使病人不至于不必要的出血过多，也必须注重尽可能减低肝功能的负担。

(三) 对青年妇女要以恢复排卵功能作为治愈的标志。在无排卵情况下，复发机会多，因此在调节周期后，应促排卵才能称为痊愈。应用基础体温较长期随访，既方便病人，不需要经常复诊，又可以及时发现问题。对更年期妇女用孕酮，使子宫内膜周期性的脱落，可以避免子宫内膜恶变。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)