

子宫内膜异位症_妇产科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_AD_90_E5_AE_AB_E5_86_85_E8_c22_609494.htm 子宫内膜在子宫以外的其他地方生长发育并引起疼痛等不适，称为子宫内膜异位症。近年来，其发病率明显上升，已成为妇科常见病。估计人群中15%的妇女患异位症。据北京大学第一医院妇科统计，异位症在妇科病房的发病率近年来已达15%~20%，约占同期开腹手术总数的25%。发病率上升的主要原因和腹腔镜的广泛应用、人们对异位症认识的提高有密切的关系。它在人群中发病率是否确实上升尚不能肯定。异位症的病因至今仍不十分清楚。主要学说有经血倒流、上皮化生、血行和淋巴转移，其中以经血倒流最受重视。然而，近年来发现经血倒流现象很常见，可达70%~90%左右，而患异位症者毕竟是少数，推测可能还有许多其他致病因素。遗传因素、免疫因素、卵巢排卵异常（luf综合征）等均可能参与异位症的发病。

【诊断】 1.病史:痛经和不孕是异位症的主要症状。异位症患者约2/3有痛经，多为继发性。程度可轻可重，若呈进行性加重则更有诊断价值。约1/3~1/2的患者伴不孕。此外，约1/3有非经期下腹痛和性交痛，不少病人还有经期肛门坠痛少数患者有经期发热。卵巢巧克力囊肿破裂可引起急腹症，多见于月经期及其前后。实际上小的破裂可能经常发生，因多自行愈合，可仅表现为一过性急腹痛，也以月经期多见。2.查体：子宫常为后位，后壁峡部、宫骶韧带或后陷凹可能触及有明显触痛的硬节。若子宫侧后方可触及活动差的囊实性包块，提示合并有卵巢巧克力囊肿。3.超声检查：子宫后陷凹可

见不规则结节反射，有时可有少量腹水。典型卵巢巧克力囊肿表现为在子宫的后方或侧方，包膜粗糙，内为密集细小强光点反射或不规则反射，彩超示囊内无血流。4.腹腔镜检查：对无禁忌证者应尽量做腹腔镜检查明确诊断。结合活检，腹腔镜诊断率可达100%。对不孕患者术中可行美蓝输卵管通液，了解输卵管是否通畅。5.其他：轻度患者血ca125多正常。有卵巢巧克力囊肿、病灶浸润较深、盆腔粘连广泛者血ca125多为阳性。对已诊断的异位症病人，定期测定血ca125可用于疗效观察或追踪随访。【鉴别诊断】需要和盆腔炎、盆腔结核、子宫腺肌症及卵巢肿瘤等相鉴别。超声检查、ot试验和血ca125测定有助于鉴别。若诊断不清影响治疗或不能除外卵巢肿瘤时应及早做腹腔镜检查或开腹手术明确诊断。【治疗】对轻度、症状较轻、想生育的年轻患者，可暂不治疗，而建议患者试怀孕1年。异位症的治疗方法有手术和药物两大类，应根据病人的年龄、病情的轻重和有没有生育要求等综合考虑。因此，治疗方法应因人而异。异位症的治疗发展迅速，尤其是药物治疗已取得可喜成果。1.手术治疗：最早用于子宫内膜异位症的治疗，至今仍然是主要手段之一。手术治疗主要适合于病情较重如卵巢有较大的巧克力囊肿、盆腔粘连严重、合并有子宫疾病如子宫肌瘤及子宫腺肌症者，或疼痛严重药物治疗无效者。手术方式有三种。（1）保守性手术：即保留卵巢和子宫，仅切除内膜异位病灶。适用于年轻、要求保存生育机能者。对病灶已切除干净、有生育要求者，应鼓励试怀孕。大约50%~60%能怀孕。手术后疼痛大多消失或明显减轻。但疼痛复发率较高，需再做手术的可能性为10%左右。（2）半根治性手术：切除异位病灶的同时切除子宫

，至少要保留部分卵巢。因异位病灶常侵犯宫骶韧带形成致密粘连，手术时注意勿损伤输尿管及肠管。必要时可游离部分输尿管后再行病灶切除。半根治性手术可根治痛经，术后异位症复发的机会减少。很少需再手术。但切除子宫即不能生育，故适用于已生育、年龄在35岁以上、疼痛顽固或同时伴有子宫病变者。（3）根治性手术：即切除双侧卵巢，同时常切除子宫。可根治子宫内膜异位症。适用于更年期妇女。近年来，国内外广泛开展腹腔镜手术治疗子宫内膜异位症。开腹能做的手术腹腔镜手术几乎均能完成。此外，腹腔镜手术还具有创伤小、恢复快和术后盆腔粘连少等优点。术后症状缓解率及妊娠率可达到开腹手术的效果。因此，越来越受到人们的重视。

2.药物治疗：适用于病情较轻、无卵巢巧克力囊肿或囊肿直径在5cm以内者。疗程一般为6~9个月。若作为手术前后的辅助治疗，疗程可缩短为3~6个月。常用药物有以下几种。

(1)促性腺激素释放激素类似物或激动剂(gnrh-a):是一种多肽激素。它与天然激素主要的不同之处在于，其第6位氨基酸(甘氨酸)为其他氨基酸取代。化学结构改变后，其生物活性为天然激素的80~100倍。使用gnrh-a后，垂体fsh和lh节律分泌消失，从而抑制卵泡发育和排卵，血雌孕激素水平显著下降，首次注射21天后血雌激素水平达到绝经期水平，长期使用后，异位子宫内膜萎缩，甚至死亡。常用药物有诺雷德(戈舍瑞林，3.6mg/支，皮下注射)，抑那通(醋酸丙亮瑞林，3.75 mg/支，皮下注射)，达菲林(曲普瑞林，3.75 mg/支，肌肉注射)。自月经期第1~5天内开始注射。每4周1针，疗程6个月。每次变换注射部位。用量一般无需调整。用药后2周内可因短暂血雌激素水平上升引起一过性疼痛加

重和乳房胀痛。此后副反应主要为低雌激素引起的类似更年期的症状，如潮热、出汗、性情急躁、头痛、失眠、阴道干涩、性欲改变、抑郁、乳房缩小等。曾有报道可引起皮疹，多为轻度，不影响治疗。雄激素作用少见，体重一般不增加。对血脂及肝功能一般无影响。长期用药可引起骨质脱钙，但不增加骨折危险性，停药后可逐步恢复。用药后患者多从第2个月开始闭经。停药后70天左右恢复月经。用药超过6个月时，要注意骨质疏松的发生。有人建议从用药第2~3个月开始补充小剂量雌激素或孕激素，即所谓的“反加疗法”或“垫背疗法”。常用倍美力(premarin)每天0.625 mg，或孕激素每天2~5mg，即可防止骨质丢失，又减少了低雌激素的副反应，同时并不降低对异位症的治疗效果。(2)丹那唑:自月经期第1~5天内开始服用，每次200mg，每天2~3次，连服半年。以闭经为准，可适当调整药量。服药后疼痛常迅速减轻或消失，对卵巢巧克力囊肿效果较差。停药后2年内妊娠率可达50%左右。常见副反应有体重增加、痤疮、性情急躁、食欲增加和肝功能异常等。用药期间应每月复诊并检查肝功能。副反应虽较多见，但大多数不重，无需停药。偶尔有肝功能过高者，宜及时停药并给于保肝治疗，停药后2~4周肝功能一般恢复正常。(3)内美通(孕三烯酮):自月经第一天开始服用，每次2.5mg，每周2次。若不闭经，可增加至每周3次。连服半年。服药注意事项及常见副反应的发生率同丹那唑，仅程度较轻。效果也类似丹那唑。因副反应轻，而且用药方便，病人乐于使用。我们报道内美通治疗异位症62例，症状缓解率达95%以上，妊娠率为50%。(4)孕激素类药物:常用的有妇康片、妇宁片和安宫黄体酮等。用量为5~10mg/d,连用半年。适

用于经济负担较重，不能服用丹那唑或内美通者。亦常用于异位症半根治术后作为巩固性治疗。副反应类似丹那唑，有时还有恶心、呕吐等消化道症状。这些药物缓解痛经效果亦较好，但促生育的作用较小。用药期间亦应定期检查肝功能。

(5) 雌激素+孕激素大剂量孕激素加上少量雌激素（假孕疗法）使患者闭经。也可用复方18甲基炔诺酮或马福隆(mar-velon)等避孕药，1~2片/d，连服6~9个月。用药量以闭经为准调整。常见的副反应主要为恶心、呕吐等，随着服药时间延长会逐渐减轻或消失。需注意，因此雌孕激素会刺激子宫肌瘤长大，故有肌瘤者慎用或在严密监视下使用。

(6) 三苯氧胺:可用于异位症的治疗。它不抑制排卵，缓解痛经效果好，副反应小，但对异位症的体征疗效差。用药期间有时还可能出现卵巢巧克力囊肿增大。因此，适合症状重而体征轻者。

(7) 米非司酮(ru486):为强效孕激素受体拮抗剂，有轻度的抗雌激素作用。近年来用于异位症的治疗，常用剂量为12.5~50mg/d。通过抑制排卵，降低体内雌激素水平，减轻盆腔充血，使痛经减轻或消失，异位病灶缩小。

(8) 其他:我国以往用棉酚治疗异位症取得一定效果，因副反应大现已很少用。

【预防】因病因不完全清楚，预防困难。但若注意以下几点，可起到一定的预防作用。

1. 减少医源性子宫内膜种植的机会：腹部和侧切伤口的子宫内膜异位症是手术中子宫内膜种植造成的。因此，术中应注意保护伤口，术毕应彻底冲洗伤口。为减少将子宫内膜带至盆腔或发病部位，月经期一般不应做盆腔检查，宫颈手术应在月经干净后3~7天内进行。人流最好不做或少做，做时要正确使用负压。月经期尽量不做绝育。月经过多者尽量不用普通宫内节育器避孕。
- 2.

积极治疗高危因素：应注意发现并积极治疗宫颈狭窄、生殖道梗阻。月经期不做剧烈运动，并应避免高度精神紧张。积极治疗重度原发性痛经和月经过多对异位症也可能有预防作用。有异位症家族史者应定期做妇科检查，以便及时发现异位症，及时治疗。提倡晚婚，但宜适时生育。3. 其他：规律体育运动有可能减少异位症的发生。长期服用避孕药亦可能有一定预防作用。 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