女性生殖系统高频考点--临床执业医师考试2019

黄体功能不全和黄体萎缩不全的区别

|  |  |
| --- | --- |
| 黄体功能不全（黄体早死） | 黄体萎缩不全（黄体不死） |
| 周期缩短 | 周期正常 |
| 经期正常 | 经期延长，10天以上 |
| 黄体期短，不易受孕易流产 | 出血量多 |
| 双相，高温相短，多不超过11天 | 双相，高温相下降缓慢 |
| 月经前夕内膜分泌反应不良 | 经期第5、6天，仍然见分泌反应 |
| 典型主诉：每次都提前1周，经期还是3～4天 | 典型主诉：月经仍每月一次，可一次就是10来天 |

　　黄体功能不足的临床表现

　　通常为月经周期缩短，月经频发。有时月经周期虽在正常范围，但卵泡期延长、黄体期缩短，常表现为不易受孕或易发生流产。

　　黄体功能不足的诊断有以下三点可做出诊断。

　　①有月经周期缩短、月经频发、不孕或早孕流产病史;

　　②基础体温双相型，但排卵后体温上升缓慢，上升幅度偏低，维持时间短于11日;

　　③经前诊刮：子宫内膜活检显示分泌反应落后2日以上。

　　黄体功能不足的治疗

　　(1)促进卵泡发育：卵泡期应用小剂量雌激素或枸橼酸氯米芬。

　　(2)促进月经中期LH峰：监测到卵泡成熟时应用hCG5000～10000U1次或分2次肌注。

　　(3)黄体功能刺激疗法：于基础体温上升后开始，隔日肌肉注射hCG2000～3000U，共5次，可使血浆孕酮水平明显上升。

　　(4)黄体功能替代疗法：在排卵后或预期下次月经前12～14日开始肌注黄体酮10～20mg，每日1次，连用10～14日。也可口服天然微粒化孕酮，以补充黄体分泌孕酮的不足。

　　(5)黄体功能不足合并高催乳激素血症的治疗：溴隐亭每日2.5～5.0mg口服。

无排卵性功血的治疗

　　1.支持治疗纠正贫血、预防感染、加强营养等。

　　2.药物治疗又称激素治疗，为一线治疗方案。

　　治疗原则：青春期功血以止血、调整周期为主，促使卵巢恢复功能和排卵;更年期功血以止血、调整周期、减少经量、防子宫内膜癌为原则。

　　(1)止血：对大量出血患者，要求在性激素治疗6～8小时内明显见效，24～48小时内血止，若96h以上仍不止血，应考虑有无器质性病变存在。

　　1)雌激素：

　　止血原理：应用大剂量雌激素可迅速提高血内雌激素浓度，促使子宫内膜增生，短期内修复创面而止血，故又称子宫内膜修复法。

　　适应证：主要用于青春期功血(内源性雌激素不足)

　　\*用于急性大量出血者：大剂量给药;

　　\*间断性少量长期出血者：给生理替代剂量。

　　禁忌证：存在血液高凝状态者，有血栓性疾病史者。

　　常用药物：苯甲酸雌二醇、结合雌激素肌注;口服结合雌激素、戊酸雌二醇片。

　　2)孕激素：

　　适应证：适用于体内已有一定雌激素水平的患者，多用于绝经过渡期功血。

　　药物：常用大剂量高效合成孕激素止血，如甲羟孕酮、甲地孕酮或炔诺酮(妇康片)等。

　　3)雌、孕激素联合用药：

　　优势：效果优于单一药物。

　　适应证：青春期、生育期功血。

　　药物：口服避孕药。如：去氧孕烯炔雌醇片(妈富隆)、复方孕二烯酮片(敏定偶)。

　　4)雄激素：

　　作用机制：间接止血。雄激素有拮抗雌激素作用，能增强子宫平滑肌及子宫血管张力，减轻盆腔充血而减少出血量。

　　适应证：适用于绝经过渡期功血。

　　5)含孕酮或左炔诺孕酮的IUD：孕激素在局部直接作用于子宫内膜，减少出血。

　　6)其他止血药：仅有辅助止血作用。如：前列腺素合成酶抑制剂——氟芬那酸;抗纤溶药——氨基己酸或氨甲环酸;促凝药——血凝酶(立止血)等。

　　(2)调整月经周期应用性激素止血后，需调整月经周期，常用方法有：雌孕激素序贯、雌孕激素联合、孕激素后半周期疗法。

　　(3)促进排卵：主要用于育龄期功血，尤其伴有不孕者。

　　1)枸橼酸氯米芬。

　　2)绒促性素(hCG)。

　　3)尿促性素(HMG)。

　　3.手术治疗

　　(1)刮宫术：最常用，既能明确诊断，又能迅速止血。更年期应常规在子宫镜下分段诊刮，以排除细小器质性病变，再用激素治疗。

　　(2)宫腔下子宫内膜电凝、激光或热疗：仅适用于经量过多的绝经过渡期功血患者或激素治疗无效且无生育要求的生育期功血患者。

　　(3)子宫切除术：很少用，仅适用于：

　　①病理报告为内膜复杂型增生过长，甚至已发展为子宫内膜不典型增生;

　　②经正规保守治疗无效且无生育要求，导致严重贫血。

子宫脱垂

　　病因

　　分娩损伤：子宫脱垂最常见病因。

　　如：手术助产、第二产程延长、多次分娩。

　　长期增加腹压：便秘、长期慢性咳嗽，分娩后过早体力劳动等。

　　盆底组织发育不良或退行性变。

　　维持子宫正常位置的因素——子宫韧带、骨盆底肌肉和筋膜的支托

　　阴道前壁脱垂——膀胱膨出

　　子宫脱垂的临床分度

　　——以患者平卧用力向下屏气，使子宫下降的最低点为诊断标准：

　　Ⅰ度轻型：宫颈外口距离处女膜缘<4cm，未达处女膜缘;

　　重型：宫颈外口已达处女膜缘，阴道口可见宫颈。

　　Ⅱ度轻型：宫颈已脱出阴道口外，宫体仍在阴道内;

　　重型：宫颈及部分宫体已脱出阴道口外。

　　Ⅲ度：宫颈及宫体全部脱出阴道口外。

　　治疗

　　原则：安全、简单和有效。

　　保守治疗：支持疗法、病因治疗、子宫托。

　　手术…

　　手术方案：

　　阴道前后壁修补术：

　　适用于：Ⅰ、Ⅱ度阴道前、后壁脱垂;

　　Mancheste手术

　　范围：阴道前后壁修补+主韧带缩短+宫颈部分切除术

　　适用于：年轻希望保留子宫患者;

　　经阴道子宫全切术+阴道前后壁修补术：

　　适用于：Ⅱ、Ⅲ度，老年，不需要保留子宫患者

　　阴道纵隔成形术：老年不能耐受手术者;

　　阴道、子宫悬吊术：手术缩短圆韧带，或利用生物材料制成各种吊带，达到悬吊子宫和阴道的目的。

子宫腺肌病

　　病因

　　多次妊娠及分娩、人工流产、慢性子宫内膜炎等——造成子宫内膜基底层损伤与本病的发病密切相关。

　　高水平雌孕激素刺激——本病常合并有子宫肌瘤和子宫内膜增生

　　临床表现

　　症状

　　经量增多、经期延长(50%)

　　进行性痛经逐年加剧(30%)

　　不明原因的——月经中期阴道流血、性欲减退等。

　　约35%患者无任何临床症状。

　　2.体征

　　子宫呈均匀性增大或有局限性结节隆起、质硬而有压痛，经期时压痛尤为显著，月经来潮前子宫较大而月经后变小。

　　治疗

　　手术为主，药物治疗只能减轻症状。

　　1.药物治疗：目前尚无根治本病的有效药物。

　　2.手术治疗

　　症状严重、无生育要求或药物治疗无效

　　——全子宫切除术

　　年轻患者或有生育要求者

　　——可试行病灶挖除术，但术后易复发。

　　缓解疼痛的手术

　　——骶前神经切除术和骶骨神经切除术

　　卵巢是否保留

　　——取决于卵巢有无病变和患者年龄。

子宫内膜异位症



