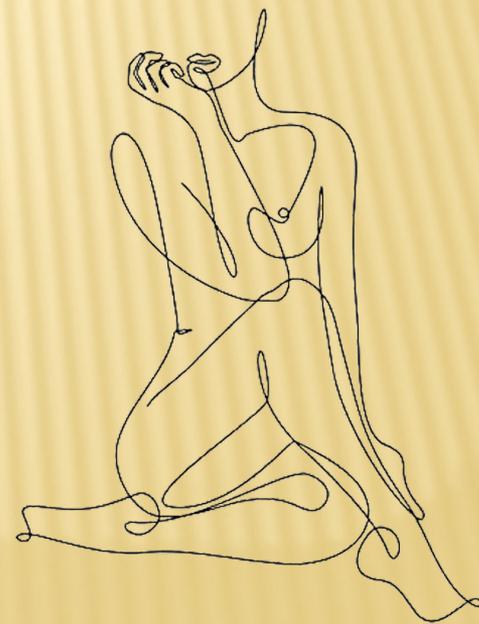


异常子宫出血

中西医结合诊断与治疗

沈晓雄 妇科医学博士



异常子宫出血（AUB）

是指与正常月经的周期频率、规律性、经期长度、经期出血量任何 1 项异常的、源自子宫腔的异常出血，并发生在过去6个月的大部分时间内。

为妇科常见病，绝经前期占50%，育龄期占30%，青春期占10%左右。

2011年国际妇产科联合会（FIGO）规范了子宫异常出血（AUB）的术语、诊断和病因调查。根据FIGO的新分类，应避免以前称为功能失调性子宫出血。这是为了标准化定义，命名法和病原学的基本类别。

2018年国际妇产科联合会有对AUB进行了修订更新。中国2022年也对子宫异常出血（AUB）提出了新的指南解读。

提出的新术语定义：

慢性AUB：“在过去6个月内，至少3次子宫体异常出血，包括量、规律性和/或时间上的异常。”
医师认为不需要紧急临床处理、但需进行规范诊疗的AUB。

急性AUB：“发生了严重的大出血，医师认为需要紧急处理以防进一步失血的AUB，可见于有或无慢性AUB病史的患者。”

FIGO定义：正常月经周期 24-38天，经量5-80ml。

月经的临床评价指标	术语	范围
周期频率	月经频发 月经稀发	<24天 >38天
周期规律性 (近1年周期之间的变化)	规律月经 不规律月经 闭经	≥ 24 和 ≤ 38 天 $\geq 7-9$ 天 ≥ 6 个月
经期长度	经期延长 经期过短	>8天 <3天
经期出血量	月经过多 月经过少	>80ml <5ml

(18-25 years ≤ 9 days; 26-41 years ≤ 7 days; 42-45 years ≤ 9 days)

仍接受保留的缩写术语

Intermenstrual bleeding, IMB **经间期子宫出血**
是指有规律、在可预期的月经之间发生的出血，包括随机出现和每个周期固定时间出现的出血。按出血时间可分为卵泡期出血、围排卵期出血、黄体期出血。

Breakthrough bleeding, BTB **突破性出血**
是指子宫内膜在雌激素作用下不断增生，若内源性或药物性雌激素不足以维持其增厚的速度，则会出现少量的突破性出血。常是口服避孕药的副作用之一

月经过多 Heavy menstrual bleeding HMB

是指连续数个月经周期中月经期出血量超过80ml，但月经间隔时间及出血时间皆规则，无经间出血、性交后出血、或经血的突然增加。

指月经期失血过多，影响女性的身体、社交、情绪和（或）日常生活质量。无论是否存在贫血，只要影响患者的生命质量，即应诊断。

月经过多经期延长

Heavy and prolonged menstrual bleeding HPMB

是指连续数个月经期出血量超过80ml，经期超过8天。

月经过少 Light menstrual bleeding

女性自我感觉月经量较以往明显减少，表现为点滴出血、时间缩短，通常1次月经总量不能浸透1张日用型卫生巾。但是，是否需要治疗应该取决于症状是否可能影响患者的健康、生育，需要医师评估，寻找病因，提供合适的咨询和必要时的规范治疗。

Postmenopausal bleeding PMB

是指女性在生理性绝经后1年以上的阴道异常出血。

Spotting 为量少点滴出血一般不需要用卫生巾护垫

国际妇产科联盟（FIGO）的AUB 病因新分类系统：
PALM-COEIN系统：

既往中国将AUB病因分为器质性疾病、功能失调和医源性病因3大类。

FIGO将AUB病因分为两大类9个类型，按英语首字母缩写为“PALM-COEIN”，

“PALM”存在结构性改变、可采用影像学技术和（或）组织病理学方法明确诊断，

“COEIN”无子宫结构性改变。

有子宫器质性异常的疾病

子宫内膜息肉 (polyp)	AUB-P
子宫腺肌病 (adenomyosis)	AUB-A
子宫平滑肌瘤 (leiomyoma)	AUB-L
子宫内膜恶变和不典型增生 (malignancy and hyperplasia)	AUB-M

子宫器质性异常的疾病

全身凝血相关疾病 (coagulopathy)	AUB-C
排卵障碍 (ovulatory dysfunction)	AUB-O
子宫内膜局部异常 (endometrial)	AUB-E
医源性 (iatrogenic)	AUB-I
未分类 (not yet classified)	AUB-N

子宫内膜息肉（polyp） AUB-P

它占整个AUB原因中21%-39%。是常见的子宫内膜良性病变之一，是内膜基底的局限性增生，形成蒂突向宫腔引起，属于慢性子宫内膜炎范畴，且易复发。

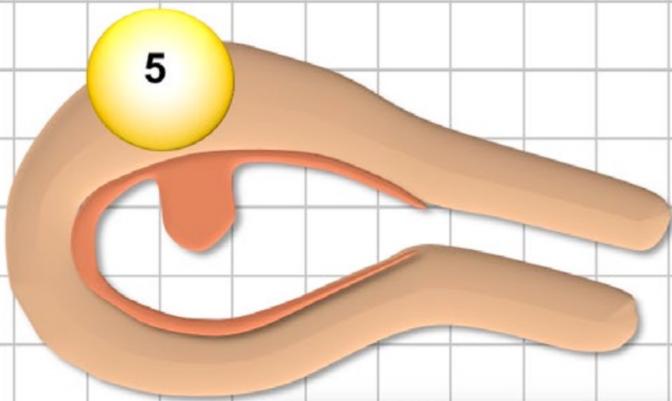
症状：有症状者（70%-90%）主要以不规则阴道出血（月经量增多、经期延长、经间期出血、绝经后阴道出血）和不孕为主要表现。少部分以白带增多、血性白带为主要表现。仍有约30%的患者无明显临床症状。

好发人群：大于35岁的女性，以及合并下列疾病者：子宫腺肌症、宫颈息肉、糖尿病、肥胖、高血压、子宫内膜炎、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、以及使用他莫昔芬（治疗晚期乳腺癌和卵巢癌）的妇女等。

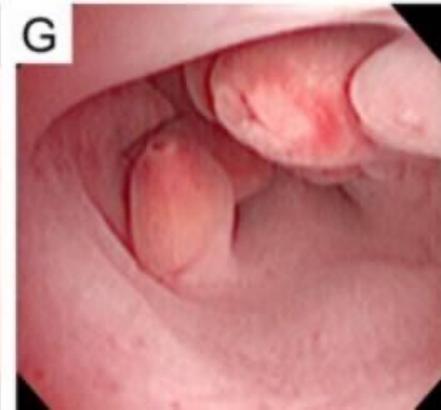
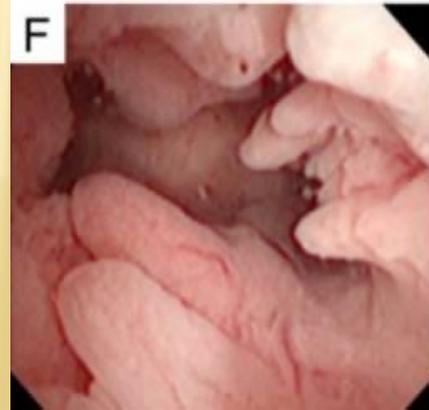
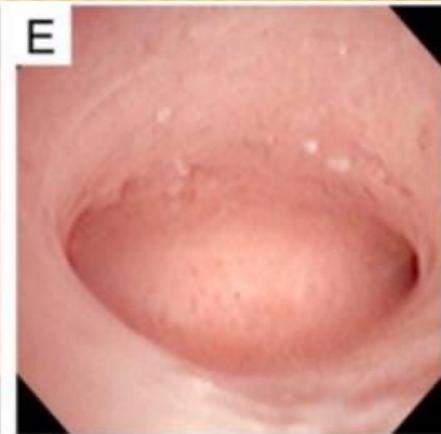
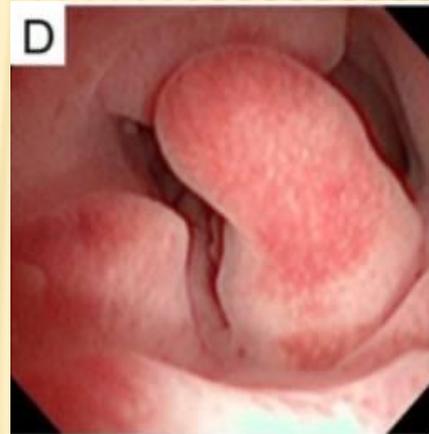
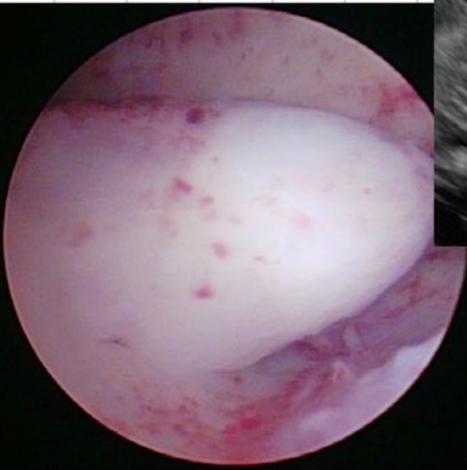
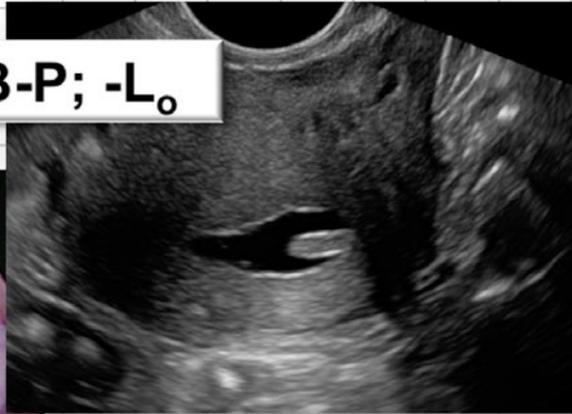
诊断：通常可经盆腔超声检查（SIS）发现，最佳检查时间为月经周期的第10天之前，确诊需在宫腔镜下摘除行病理检查。

治疗：对于直径 $<1\text{cm}$ 的功能性子宫内膜息肉，若无症状，1年内自然消失率约27%，恶变率低，可观察随访，现有证据表明，一个1厘米的息肉不会是HMB症状的原因。对于 $>1\text{cm}$ ，有症状的子宫内膜息肉建议治疗，治疗方式很多，但宫腔镜被认为是诊断及治疗子宫内膜息肉的最佳选择。尤其适用于未妊娠或仍有妊娠要求者。

5



Diagnosis: AUB-P; -L_o



子宫腺肌症 (adenomyosis) AUB-A

它是子宫内膜腺体或间质异位于子宫肌层，同时还伴有周围肌层细胞的增生与肥大，形成弥漫性或局限性病变。子宫腺肌症发病率为5-7%不等，且有不断上升趋势。多发生于30-50岁经产妇，约15%同时合并子宫内膜异位症，约50%合并子宫肌瘤。

症状：痛经、月经量过多和子宫不规律出血，严重者可出现继发性贫血。而压迫症状的发生率较低。还有近30%的子宫腺肌症患者无明显症状，只是在健康查体或因其他疾病进行影像学检查时，被偶然发现。

诊断：确诊需病理检查，临床上可根据典型症状及体征、血CA125水平增高做出初步诊断，盆腔超声、MRI辅助诊断。

子宫平滑肌瘤 (leiomyoma) AUB-L

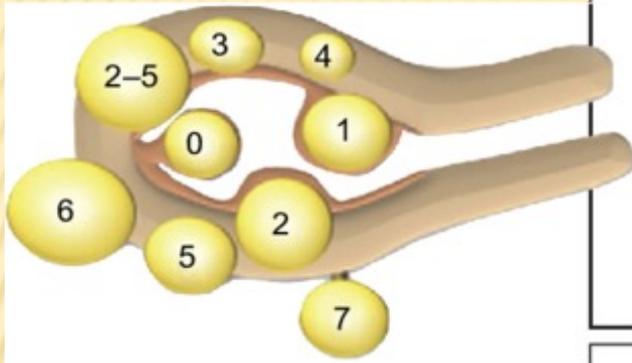
约20-50%的成年女性在一生中会出现不同类型的子宫肌瘤，根据生长部位，子宫平滑粘膜下肌瘤最可能引起AUB。

症状：许多患有肌瘤的女性没有任何症状。在这些病例中，症状可能受肌瘤的位置、大小和数量的影响。有些经量增加、经期延长，严重者可继发贫血，出现乏力、心悸等症状。当粘膜下肌瘤伴有坏死感染时，可有不规则阴道流血或血样脓性排液，而肌瘤变性（红色样变）则可能出现疼痛等其他症状，另外，还可致不孕、流产，还有尿频，便秘等。

诊断：通常可经盆腔B超、宫腔镜、腹腔镜、MRI等检查发现，确诊可通过术后病理检查。

治疗：手术治疗适用于月经过多致继发贫血，药物治疗无效者；严重腹痛；体积大或影响膀胱、直肠等压迫症状；疑有恶变者；能确定粘膜下肌瘤是不孕或流产的唯一原因者。宫腔镜子宫肌瘤电切术（TCRM）被认为是治疗子宫粘膜下肌瘤的首选模式。宫腔镜子宫内膜切除术适用于月经量多、没有生育要求但希望保留子宫或不能耐受子宫切除的患者。如于妊娠后发现肌瘤，则趋向保守处理，一般不主张手术治疗。

Leiomyoma subclassification system



SM – Submucosal	0	Pedunculated intracavitary
	1	<50% intramural
	2	≥50% intramural
O – Other	3	Contacts endometrium; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subserosal ≥50% intramural
	6	Subserosal <50% intramural
	7	Subserosal pedunculated
	8	Other (specify eg, cervical, parasitic)
Hybrid leiomyomas (impact both endometrium and serosa)	Two numbers are listed separated by a hyphen. By convention, the first refers to the relationship with the endometrium, while the second refers to the relationship to the serosa. One example is given below	
	2–5	Submucosal and subserosal, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively

0型带蒂的粘膜下肌瘤；1型粘膜下肌瘤，肌壁内部分<50%；2型粘膜下肌瘤，肌壁内部分≥50%；3型与子宫内膜接触的肌壁间肌瘤；4型完全性肌壁间肌瘤；5型浆膜下肌瘤，肌壁内部分≥50%；6型浆膜下肌瘤，肌壁内部分<50%；7型带蒂的浆膜下肌瘤；8型其它，如宫颈、子宫韧带等。

混合型：粘膜下和浆膜下之间。

子宫内膜恶变和不典型增生

(malignancy and hyperplasia) AUB-M

它是AUB比较少见而重要的原因。子宫内膜不典型增生是癌前病变，随访14年癌变率为8%~29%。常见于多囊卵巢综合征、肥胖、使用他莫昔芬的患者，偶见于有排卵而黄体功能不足者。

症状：不规则子宫出血，可与月经稀发交替发生。少数表现为经间期出血，患者常有不孕。

诊断：确诊需行子宫内膜活检病理检查。对于年龄 ≥ 45 岁、长期不规则子宫出血、有子宫内膜癌高危因素（如高血压、肥胖、糖尿病等）、B超提示子宫内膜过度增厚回声不均匀、药物治疗效果不显著者应行诊刮并行病理检查，有条件者首选宫腔镜直视下活检。

治疗：子宫内膜不典型增生的处理需根据内膜病变轻重、患者年龄及有无生育要求选择不同的治疗方案。3~6个月后再复查。如果子宫内膜不典型增生消失则停用孕激素后积极给予辅助生殖技术治疗。在使用孕激素的同时，应对子宫内膜增生的高危因素，如肥胖、胰岛素抵抗同时治疗。子宫内膜恶性肿瘤诊治参照相关的临床指南。

全身凝血相关疾病 (coagulopathy) AUB-C

它包括再生障碍性贫血、各类型白血病、各种凝血因子异常、各种原因造成的血小板减少等全身性凝血机制异常。最常见的原因是血友病。

症状：月经过多、经间期出血或经期延长等表现。还有其他部位出血倾向（皮肤、粘膜、关节、肌肉等），严重者可以出现贫血、发热等症状。

诊断：以下3项中任何1项阳性的患者提示可能存在凝血异常，应咨询血液病专家，包括：（1）初潮起月经过多；（2）具备下述病史中的1条：既往有产后、外科手术后、或牙科操作相关的出血；（3）下述症状中具备两条或以上：每月1~2次瘀伤、每月1~2次鼻出血、经常牙龈出血、有出血倾向家族史。

治疗：应与血液科和其他相关科室共同协商，原则上应以血液科治疗原发病灶为主，妇科协助控制月经出血。

排卵障碍 (ovulatory dysfunction) AUB-0

它包括稀发排卵、无排卵及黄体功能不足，主要由于下丘脑-垂体-卵巢轴功能异常引起，常见于青春期、绝经过渡期，生育期也可因PCOS、肥胖、甲状腺疾病等引起。

症状：常表现为不规律的月经，经量、经期长度、周期频率、规律性均可异常，有时会引起大出血和重度贫血。

诊断：无排卵最常用的手段是基础体温测定（BBT）、黄体中期血孕酮水平测定。超声监测等。

治疗：原则是出血期止血，血止后调整周期预防子宫内膜增生和AUB复发，有生育要求者促排卵治疗。建立和恢复卵巢轴功能的。

子宫内膜局部异常 (endometrial) AUB-E

当AUB发生在有规律且有排卵的周期，特别是经排
查未发现其他原因可解释时，可能是原发于子宫内膜
局部异常所致。

症状：月经过多、经间期出血或经期延长。

诊断：目前尚无特异方法诊断子宫内膜局部异常，主
要基于在有排卵月经的基础上排除其他明确异常后而
确定。

治疗：对此类非器质性疾病引起的月经过多，建议先
行药物治疗，刮宫术仅用于紧急止血及病理检查。对
于无生育要求者，可以考虑保守性手术，如子宫内膜
切除术。

医源性 (iatrogenic) AUB-I

指使用性激素、放置宫内节育器或可能含激素等因素而引起的AUB。避孕药的漏服引起的撤退性出血，如果量少，可观察继续服用，必要时可加小剂量雌激素，如量多，则停药，视为本次月经；放置宫内节育器引起经期延长可能与局部前列腺素生成过多或纤溶亢进有关；放置LNG-IUS或皮埋的妇女6个月内也常会出现。

未分类 (not yet classified) AUB-N

AUB的个别患者可能与其他罕见的因素有关，如动静脉畸形、剖宫产术后子宫瘢痕缺损、子宫肌层肥大等，但目前尚缺乏完善的检查手段作为诊断依据，将这些因素归于“未分类（AUB-N）”。

动静脉畸形所致AUB的原因有先天性或获得性（子宫创伤、剖宫产术后等），多表现为突然出现的大量子宫出血，诊断首选经阴道超声检查，其他检查方法还有子宫血管造影、盆腔CT及MRI检查。

剖宫产术后子宫瘢痕缺损所致AUB，常表现为经期延长，诊断方法为经阴道超声检查，最佳为宫腔镜检查。也可考虑手术治疗，包括宫腔镜下子宫切口憩室切除术、开腹或经腹腔镜下子宫切口周围瘢痕组织切除或修补术。

中医对崩漏的认识

《内经》“阴虚阳搏谓之崩。”

《妇人规》对崩漏的论述尤为明晰，认为崩漏“五脏皆有阴虚，五脏皆有阳搏”。

《傅青主女科》“世人一见血崩，往往用止涩之品，虽亦能取效于一时，但用补阴之药，则虚火易于冲击，恐随止随发，以致经年累月不能全愈者有之。是止崩之药，不可独用，必须于补阴之中行止崩之法。方用固本止崩汤”。

明代方约之在《丹溪心法附余》中提出了塞流、澄源、复旧的治崩大法，至今为临床治崩漏所遵循。

塞流：即止血塞流，引血归经；
澄源：即澄清本源，审因论治；
复旧：即调理善后，固本调治。

1. 止血的**君药**，宜用量较大，如傅青主选药十分简约，且重用君药，君药多数一至二两。但不可一见血崩而妄用固涩收敛炭剂一类药物，疗效往往欠，而引血归经则多辨其证而灵活用药。
2. 崩漏虚证多，实证少；热证多，寒证少。又以脾虚者多见。
3. 崩漏确属血瘀者，可大胆用活血化瘀药，瘀去血自止。

4. 治崩须防留瘀，用药不宜过于寒凉。可适当配伍化瘀止血之品，如蒲黄、益母草、三七、制大黄之类，在运用黄芩、炒山栀、侧柏叶的同时也可加些炮姜、艾叶之类佐以温运。
5. 选方用药标本兼顾。寒者宜温而引之，因于热者宜清而引之，因于虚者则补而引之，因于瘀者则化而引之，因中气下陷者则宜升提而引之。
6. 暴崩证，看似很重，但收效快，正气易恢复。久崩久漏，看似病轻，但病程长，正气难复。
7. 许多患者同时使用激素，使得病情更为复杂。

血热型：

主要证候：经血非时而下，量多如崩，或淋漓不断，血色深红，质稠，兼心烦少寐，渴喜冷饮，头晕面赤；舌红苔黄，脉滑数。

治则：清热凉血，固冲止血。

方药举例：清热固经汤

黄芩、生地、地骨皮、煅牡蛎、藕节炭、陈棕炭、甘草、焦栀子、地榆、阿胶炙、龟板。

瘀热型：

主要证候：经血非时而下，量多或少，淋漓不净，血色紫黯有较大血块，小腹疼痛拒按，舌紫黯或有瘀点，脉涩或弦涩有力。

治则：活血祛瘀，固冲止血。

方药举例：失笑散合四草汤

炒五灵脂，炒蒲黄、马鞭草、鹿含草、茜草、益母草、大蓟、小蓟、炒川断。

将军斩关汤 上海妇科名家朱小南之父朱南山所创方。

功效： 祛瘀止血

组成： 大黄炭6g、蒲黄炭12g、炒五灵脂12g、炮姜炭6g、茜草12g、益母草12g、仙鹤草15g、桑螵蛸、海螵蛸12g 三七末2g。

方中以蒲黄炭、大黄炭为君，蒲黄炭合炒灵脂(失笑散)祛瘀止血定痛，五灵脂生则活血，炒则止血，且能制约蒲黄散血之过。大黄炭“不仅无泻下作用，反而能厚肠胃，振食欲，并有清热祛瘀之力”，合炮姜炭，一热一寒，一攻一守，通涩并举。益母草伍仙鹤草，亦为通涩之帖，且仙鹤草乃强壮止血帖，通补兼施。茜草活血化瘀而止血；桑螵蛸配海螵蛸益肾摄冲；三七末化瘀止血之圣药，宗全方通涩并用，以通为主，寓攻于补，相得益彰。

脾虚型

主要证候：经血非时而下，量多如崩，或淋漓不断，色淡质稀，神疲体倦，气短懒言，不思饮食，四肢不温，或面浮肢肿，面色淡黄，舌淡胖，苔薄白，脉缓弱。

治则：健脾益气，固冲止血。

方药举例：固冲汤合胶艾汤

白术、黄芪、煅龙骨、煅牡蛎、山茱萸、白芍、海螵蛸、茜草根、棕榈炭、阿胶、艾叶、白芍、生地黄、甘草。

《景岳全书 妇人规》附案：

大尹王天成之内，久患崩，自服四物凉血之剂，或作或彻。因怒发热，其血不止，服前药不应，乃主降火，更加胁腹大痛，手足俱冷。余曰：此脾胃虚寒所致。先用附子理中汤，热退痛止。又用济生归脾汤、补中益气汤，崩血顿愈。若泥“痛无补法”，则误矣。

四维散《新方八阵·热阵》二阴血脱不能禁者，无出此方之右。人参、制附子、干姜、炙甘草、乌梅肉。

【按】此案真寒假热，用仲景先用“附子理中汤”，续用又用归脾汤、补中益气，使崩血顿愈。我们现在临床上往往一见血症，而惧怕使用附子，恐其燥热伤阴动血。

艾灸止血穴：

隐白、大敦、十七椎穴，治疗崩漏。
每次灸15—20分钟。或取艾粒直接在穴位上进行艾灸，每次6—9壮。

隐白：是脾经的井穴，又是止血大穴。艾灸隐白，能使脾气健旺，改善脾虚状态，恢复脾的运化、统领血液的功能，荣养冲任有固，调理月经无常，从而防治崩漏。

大敦穴：根据“热则泻之”的原则，当肝气郁结，血热妄行，艾灸大敦，能把肝经的热气散出，清风凉血，使血归于常态，而不血热乱串，有利于缓解急躁情绪，调理血尿、血崩等症。

十七椎穴（第五腰椎棘突下凹陷中）为经外奇穴，位置正处督脉所循行之路，并位邻胞宫，用艾条温灸本穴可以通行经络，益气活血，调理任、督、冲脉，从而达到治疗目的。

