

目前, 世界各国描述 AUB 的医学术语和定义存在混淆。我国妇科学界对此也不是十分明确, 如对 AUB、功能失调性子宫出血、月经过多这三个术语不加区别地混用。为此, 国际妇产科联盟 2007 年发表关于“正常和异常子宫出血相关术语”的共识, 2011 年又发表了“育龄期非妊娠妇女 AUB 病因新分类 PALM-COEIN 系统”, 用以统一指导临床治疗及研究。为与国际接轨, 中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组结合国际最新指南制定了《异常子宫出血诊断与治疗指南》以引进国际妇产科联盟“正常和异常子宫出血相关术语以及病因新分类系统”, 同时梳理 AUB 病因诊断治疗流程。(中华妇产科杂志. 2014,49:801)

异常子宫出血诊断与治疗指南发布

统一术语使用规范, 引进最新病因分类系统, 分类别推荐治疗策略

▲本报记者 苏宁宁

异常子宫出血 (AUB) 是妇科常见的症状和体征, 是指与正常月经的周期频率、规律性、经期长度、经期出血量等其中任何一项不符、源自子宫腔的异常出血 (表 1)。

新指南废用了“功血”、“子宫出血”等术语, 保留了“经间期出血”、“不规则子宫出血”及“突破性出血”等术语; 还提出一些新术语, 如“慢性 AUB”及“急性 AUB”等。

既往, 我国将 AUB 病因分为器质性疾病、功能失调和医源性病因三大类。新指南根据国际最新指南将 AUB 病因分为两大类的九个类型, 按英语首字母缩写为“PALM-COEIN”, 其中“PALM”存在结构性改变、可采用

表 1 正常子宫出血与 AUB 术语的范围

评价指标	术语	范围
周期频率	月经频发	< 21 d
	月经稀发	> 35 d
周期规律性 (近 1 年)	规律月经	< 7 d
	不规律月经	≥ 7 d
	闭经	≥ 6 个月无月经
经期长度	经期延长	> 7 d
	经期过短	< 3 d
经期出血量	月经过多	> 80 ml
	月经过少	< 5 ml

影像学技术和 (或) 组织病理学方法明确诊断, 而“COEIN”无子宫结构性改变。对于 AUB 病因的诊断, 应通过详细询问月经改变历史以确认其特异性出血模式, 然后根据不同的出血模式采取相应诊断流程 (图 1)。

AUB 病因中, 子宫内膜息肉所致 AUB (AUB-P) 占 21%~39%。70%~90% 的子宫内膜息肉有 AUB, 表现为经间期出血、月经过多、不规则出血、不孕。少数会有腺体的不典型增生或恶变。通常经盆腔超声检查发现, 确诊需在宫腔镜下摘除行病理检查。新指南指出, 对于直径 < 1 cm 的息肉若无症状, 1 年内自然消失率约 27%,

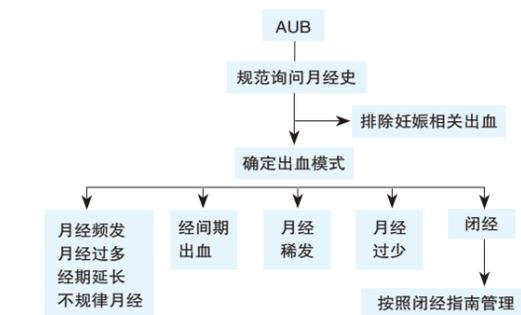


图 1 异常出血出血模式

恶变率低, 可观察随诊; 体积较大、有症状的息肉推荐宫腔镜下息肉摘除及刮宫, 术后复发风险约 3.7%~10%。对已完成生育或近期不愿生育者可考虑使用短效口服避孕药或左炔诺孕酮宫内缓释系统以减少复发风险。对于无生育要求、多次复发者, 建议行子宫内膜切除术。

对恶变风险大者可考虑子宫切除术。

月经过多女性中约 13% 有全身性凝血异常。全身凝血相关疾病所致 AUB (AUB-C) 除表现为月经过多外, 也可有经间期出血和经期延长等表现。月经过多患者须筛查潜在凝血异常线索, 包括: 初潮起月经过多; 具备产后、

外科手术后或牙科操作相关出血中的 1 项; 具备每月 1~2 次瘀伤、每月 1~2 次鼻出血、经常牙龈出血、有出血倾向家族史中的 2 条或以上。以上 3 项中任何 1 项均提示可能存在凝血异常, 应咨询血液病专家。

新指南还介绍, 治疗应与血液科及其他相关科室共同协商, 原则上以血液科治疗措施为主, 妇科协助控制月经出血。妇科首选药物治疗, 主要措施为用大剂量高效孕激素使子宫内膜萎缩以止血, 有时加用丙酸睾酮减轻盆腔器官充血。药物治疗失败, 可考虑在血液科控制病情、改善全身状况后行手术治疗。手术治疗包括子宫内膜切除术和子宫全切除术。

近日, 中华医学会妇产科学分会产科学组在 2008 年发表的《妊娠晚期促宫颈成熟与引产指南 (草案)》, 基础上, 结合国内外近年来的循证医学证据, 对其进行了较大程度修改, 并制定了妊娠晚期促宫颈成熟与引产指南 (2014)。(中华妇产科杂志. 2014,11:881)

新版妊娠晚期促宫颈成熟与引产指南

缩宫素使用剂量微增, 胎膜早破 2 h 以上未临者需尽早引产

▲本报记者 苏宁宁

妊娠晚期引产指在自然临产前通过药物等手段使产程发动, 以达到分娩的目的, 是产科处理高危妊娠常用的手段之一。引产成功率主要取决于宫颈的成熟程度。但如果应用不当, 或可危害母婴健康, 因此, 应严格掌握引产指征和规范操作, 以减少并发症发生。

新指南与 2008 版相比, 标出了循证医学证据等级, 同时还标出了推荐分类等级。另外, 新指南还对于妊娠合并其他疾病的具体引产事件给予了规定, 其包括: 妊娠期高血压、轻度子痫前期患者妊娠满 37 周, 重度子痫前期妊娠满 34 周或经保守治疗效果不明显或病情

恶化, 子痫控制后无产兆, 并具备阴道分娩条件者。

关于常规引产方法, 新指南依旧规定小剂量静脉滴注缩宫素静脉为安全常用的引产方法。但在剂量选择上, 新旧指南则略有不同。

2008 版南规定起始剂量为 2.5 mU/min, 根据宫缩调整滴速, 一般每隔 30 min 调整 1 次, 直至出现有效宫缩。最大滴速一般不超过 10 mU/min, 如达到最大滴速, 仍不出现有效宫缩可增加缩宫素浓度, 最大增至 20 mU/min, 则不再增加滴数和浓度。而新指南规定, 一般每隔 20 min 调整 1 次, 且应用等差法, 即从 2.7 mU/min 调至 5.4 mU/min, 再增至

8.4 mU/min, 最大滴速不得超过 13.2 mU/min, 增加浓度后, 最大可增至 26.4 mU/min。

由于缩宫素引产缩短了胎膜早破到分娩之间的时间, 也减少了绒毛膜羊膜炎、产褥病率以及新生儿抗菌素的应用, 且并未增加剖宫产率和新生儿感染率。因此, 新指南还增加了对于足月妊娠胎膜早破 2 h 以上未临产且无明显规律宫缩者, 入院后使用小剂量缩宫素静脉滴注尽早引产, 以减少绒毛膜羊膜炎风险。此外, 新指南还增加了特殊情况, 包括母体存在瘢痕子宫、前置胎盘、胎盘早剥、孕中期要求

终止妊娠、胎死、宫内及严重胎儿畸形者的具体引产方法。

对于促宫颈成熟的方法, 新指南依旧规定了前列腺素制剂促宫颈成熟的方法, 其主要药物为可控释地诺前列酮与米索前列醇。新指南在参考了美国妇产科医师学会 2009 年的规范、并结合我国临床使用经验后得出, 米索前列醇用于妊娠晚期未破膜而宫颈不成熟孕妇, 是一种安全有效的引产方法 (I-A)。

此外, 新指南在引产中的相关注意事项中还增加了所有孕妇最好在早孕期进行超声检查, 以确定孕周 (I-A), 以及可疑巨大儿不应作为独立的引产指征 (III-D) 等。

新闻速递

休克指数: 可预测产后出血结局

英国伦敦大学一项研究表明, 产后出血女性休克指数是预测不良临床结局的强有力的指标。(BJOG.2015,122:268)

产后出血即产后 24 h 内失血 ≥ 500 ml。全球产后出血一直是导致孕产妇死亡的首要原因, 99% 的患者发生在中、低收入国家。在我国, 产后出血是引发孕产妇死亡的首位原因, 大多数死亡是由于低血容量休克诊断和治疗的延迟和 (或) 不合格护理而导致。与传统生命体征相比, 休克指数在非妊娠人群已被认为是早期标记。健康成人正常休克指数范围是 0.5~0.7, 休克指数 > 0.9 则与死亡率增加有关。

该研究共纳入 233 例产后出血 ≥ 1500 ml 的女

性, 产后出血 4 h 内分别测量其收缩压、舒张压、平均动脉压、血压、心率和休克指数。

结果发现, 休克指数 ≥ 0.9, 预测 ICU 入住的敏感性为 100%, 特异性为 43.4%; 休克指数 ≥ 1.7, 则敏感性为 25%, 特异性为 97.7%。即使在调整混杂因素后, 休克指数在预测 ICU 入住和产后出血结局中也优于一般生命体征。

研究者指出, 在资源缺乏地区, 这个简单的参数或可改善产后出血的结局。产后出血 ≥ 0.9 表明患者有可能需要转到更高级别的医疗机构接受治疗; 产后出血 ≥ 1.7 意味着患者可能需要紧急干预措施。

