

# 异常子宫出血诊断与治疗指南

中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组

异常子宫出血 (abnormal uterine bleeding, AUB) 是妇科常见的症状和体征, 作为总的术语, 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 项不符的、源自子宫腔的异常出血<sup>[1]</sup>。本指南所述 AUB 限定于育龄期非妊娠妇女, 因此需排除妊娠和产褥期相关的出血, 也不包含青春发育前和绝经后出血。世界各国描述 AUB 的医学术语和定义存在混淆<sup>[2]</sup>, 为此, 国际妇产科联盟 (FIGO) 2007 年发表了关于“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”<sup>[3-4]</sup>, 统一用词, 用以指导临床治疗及研究。我国妇科学界于此也存在一些混淆, 如 AUB、功能失调性子宫出血 (功血)、月经过多这 3 个术语不加区别地混用<sup>[2]</sup>。

为了与国际接轨, 有必要制定育龄期非妊娠妇女 AUB 临床诊断与治疗指南。本指南的重点为: (1) 引进 FIGO “正常和异常子宫出血相关术语以及病因新分类系统”; (2) 梳理 AUB 病因诊断治疗流程。

## 一、FIGO 正常和异常子宫出血相关术语、病因新分类系统

1. 正常子宫出血和推荐的 AUB 术语: 正常子宫出血即月经, 规范的月经指标至少包括周期的频率和规律性、经期长度、经期出血量 4 个要素, 我国暂定的术语标准见表 1, 其他还应有经期有无不适, 如痛经、腰酸、下坠等。

2. 废用和保留的术语: 废用“功血”一词, 原因是不同地区的定义和所用诊断检查的资源不同, 因此内涵不一致。废用 metrorrhagia (子宫出血)、menorrhagia (月经过多) 等具有希腊或拉丁字根术语, 理由是定义模糊且理解不同。

保留的术语: (1) 经间期出血 (intermenstrual bleeding, IMB); (2) 不规则子宫出血; (3) 突破性出血 (breakthrough bleeding, BTB); 出血较多者为出血 (bleeding), 量少者为点滴出血 (spotting)。

表 1 正常子宫出血(月经)与 AUB 术语的范围

月经的临床评价指标	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 年的周期之间的变化)	规律月经	<7 d
	不规则月经	≥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

## 3. 提出的新术语:

(1) 慢性 AUB: 指近 6 个月内至少出现 3 次 AUB, 医师认为不需要紧急临床处理、但需进行规范诊疗的 AUB。

(2) 急性 AUB: 指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。

4. FIGO 的 AUB 病因新分类系统——PALM-COEIN 系统: 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 3 大类<sup>[5]</sup>。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, 而“COEIN”无子宫结构性改变。

具体为: 子宫内膜息肉 (polyp) 所致 AUB (简称: AUB-P)、子宫腺肌病 (adenomyosis) 所致 AUB (简称: AUB-A)、子宫平滑肌瘤 (leiomyoma) 所致 AUB (简称: AUB-L)、子宫内膜恶变和不典型增生 (malignancy and hyperplasia) 所致 AUB (简称: AUB-M); 全身凝血相关疾病 (coagulopathy) 所致 AUB (简称: AUB-C)、排卵障碍 (ovulatory dysfunction) 相关的 AUB (简称: AUB-O)、子宫内膜局部异常 (endometrial) 所致 AUB (简称: AUB-E)、医源性 (iatrogenic) AUB (简称: AUB-I)、未分类 (not yet classified) 的 AUB (简称: AUB-N)。AUB-L 的肌瘤包括黏膜下 (SM) 和其他部位 (O)。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2014.11.001

通信作者: 田秦杰, 100730 中国医学科学院北京协和医院妇产科, Email: qinjietn@sohu.com

任一患者可有1个或多个引起AUB或与AUB有关的病因,诊断表达为:

单病因,例如:异常子宫出血-子宫肌瘤(黏膜下)

多病因,例如:异常子宫出血-子宫肌瘤,排卵障碍

另一方面,已发现的疾病,例如浆膜下子宫肌瘤不是目前AUB的原因,则需并列诊断,诊断表达为:

异常子宫出血-排卵障碍

子宫肌瘤(浆膜下)

5. PALM-COEIN系统与我国原AUB病因分类的比较:既往我国AUB病因分类中,器质性疾病即指PALM-COEIN系统中的P、A、L、M、C以及部分E、N;但PALM-COEIN系统未包括的器质性疾病还有生殖道创伤、异物、甲状腺功能低减、肝病、红斑狼疮、肾透析等。医源性病因相当于PALM-COEIN系统中的AUB-I。功能失调强调的是排除器质性疾病,无排卵性功血即为AUB-O,有排卵功血则涉及AUB-O和AUB-E。

### 二、AUB病因诊断流程

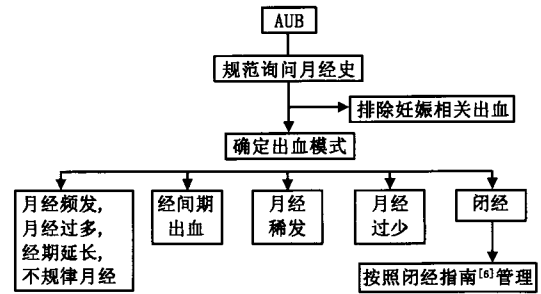
对AUB(即月经失调)患者,首先要通过详细询问月经改变的历史,确认其特异的出血模式,也就是患者就诊的主要问题(即主诉)。应注意询问性生活情况和避孕措施以除外妊娠或产褥期相关的出血(必要时测定血hCG水平),应注意区别酷似正常月经的出血和异常出血,并以近1~3次出血的具体日期进行核对,重点关注的应是自然月经而非药物诱发的人工月经。

初诊时全身检查及妇科检查不可或缺,可及时发现相关体征,如性征、身高、泌乳、体质量、体毛、腹部包块等,有助于确定出血来源,排除子宫颈、阴道病变,发现子宫结构的异常;结合必要的辅助检查,明确AUB病因。

1. 确定AUB的出血模式:流程图见图1。

2. 月经频发、月经过多、经期延长、不规律月经的诊断:流程图见图2。

3. 月经过少:是AUB的1种出血模式,在临床上常见。其病因可由于卵巢雌激素分泌不足、无排卵或因手术创伤、炎症、粘连等因素导



注:AUB:异常子宫出血

图1 确定AUB的出血模式

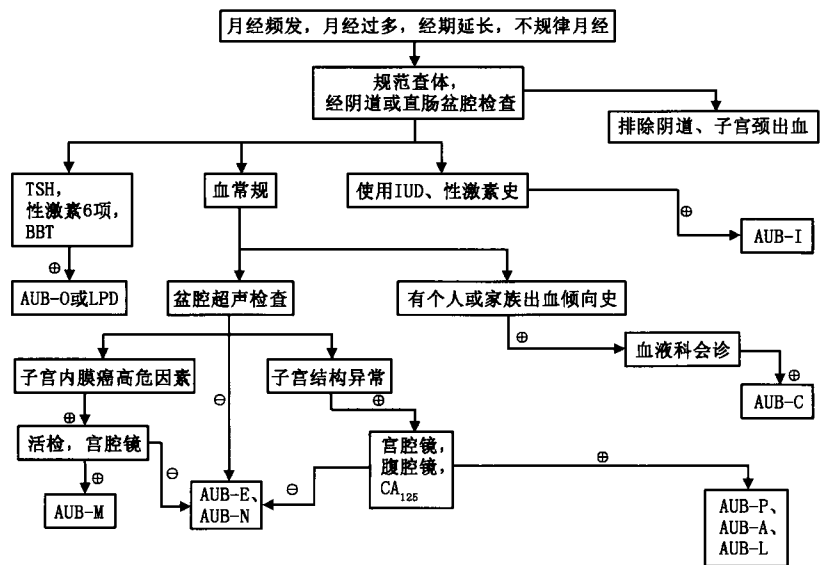
致子宫内膜对正常量的激素不反应。诊治流程见图3。

4. 月经稀发:诊治流程见图4。

5. IMB:IMB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。诊断流程见图5。

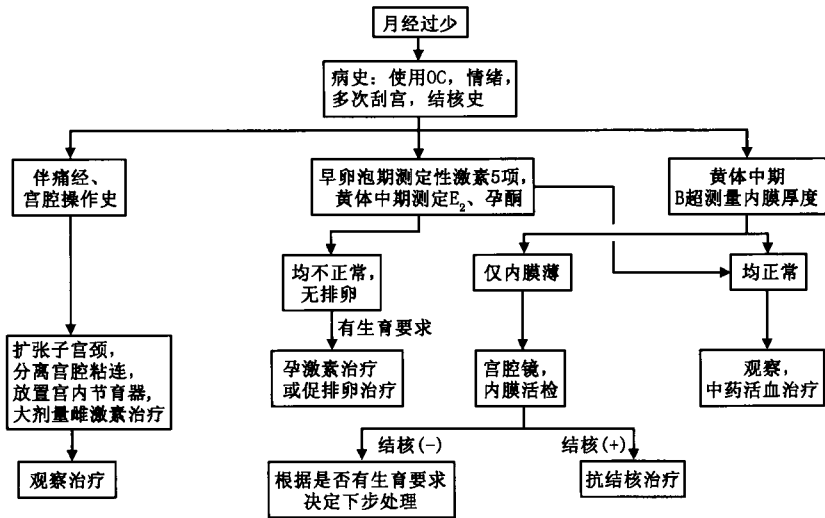
### 三、AUB 9类病因的临床表现、诊断与处理

1. AUB-P:子宫内膜息肉可单发或多发,AUB原因中21%~39%为子宫内膜息肉<sup>[7]</sup>。中年后、肥胖、高血压、使用他莫昔芬(其他名称:三苯氧胺)的妇女容易出现。临床上70%~90%的子宫内膜息肉有AUB,表现为IMB、月经过多、不规则出血、不孕。少数(0~12.9%)会有腺体的不典型增生或恶



注:性激素6项包括FSH、LH、催乳素(PRL)、雌二醇(E<sub>2</sub>)、睾酮(T)、孕酮(P);子宫内膜腺瘤高危因素包括年龄≥45岁、持续无排卵、肥胖;TSH:促甲状腺激素;BBT:基础体温测定;IUD:宫内节育器;AUB:异常子宫出血;AUB-O:排卵障碍相关的AUB;LPD:黄体功能不足;AUB-I:医源性AUB;AUB-C:全身凝血相关疾病所致AUB;AUB-M:子宫内膜恶变和不典型增生所致AUB;AUB-E:子宫内膜局部异常所致AUB;AUB-N:未分类的AUB;AUB-P:子宫内膜息肉所致AUB;AUB-A:子宫腺肌病所致AUB;AUB-L:子宫平滑肌瘤所致AUB

图2 月经频发、月经过多、经期延长、不规律月经的诊断流程图

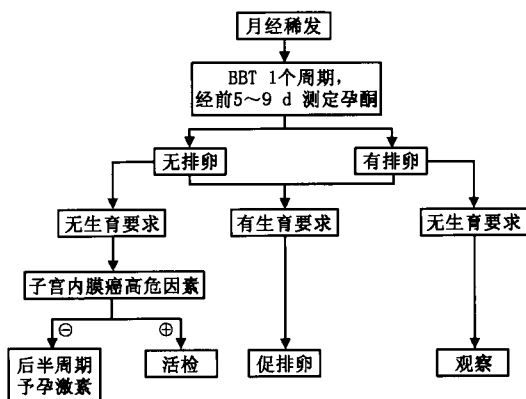


注:性激素5项包括FSH、LH、催乳素(PRL)、雌二醇(E<sub>2</sub>);OC:口服避孕药  
图3 月经过少的诊治流程图

变;息肉体积大、高血压是恶变的危险因素。通常可经盆腔B超检查发现,最佳检查时间为周期第10天之前;确诊需在宫腔镜下摘除行病理检查。

直径<1 cm的息肉若无症状,1年内自然消失率约27%,恶变率低,可观察随诊。对体积较大、有症状的息肉推荐宫腔镜下息肉摘除及刮宫,盲目刮宫容易遗漏。术后复发风险3.7%~10.0%;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(LNG-IUS)以减少复发风险<sup>[8]</sup>;对于无生育要求、多次复发者,可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。

2. AUB-A:子宫腺肌病可分为弥漫型及局限型(即为子宫腺肌瘤),主要表现为月经过多和经期延长,部分患者可有IMB、不孕<sup>[9]</sup>。多数患者有痛经。确诊需病理检查,临床上可根据典型症状及体征、



注:BBT:基础体温测定

图4 月经过少的诊治流程图

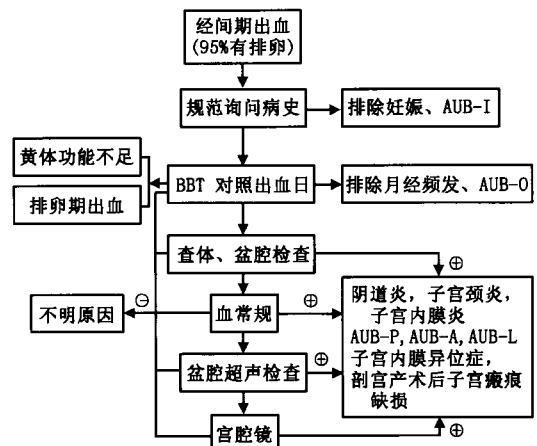
血CA<sub>125</sub>水平增高做出初步诊断。盆腔超声检查可辅助诊断,有条件者可行MRI检查<sup>[10]</sup>。

治疗视患者年龄、症状、有无生育要求决定,分药物治疗和手术治疗。对症状较轻、不愿手术者可试用短效口服避孕药<sup>[11]</sup>、促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a)治疗3~6个月<sup>[12]</sup>,停药后症状会复发,复发后还可再次用药。近期无生育要求、子宫大小小于孕8周大小者也可放置LNG-IUS;对子宫大小大于孕8周大小者可考虑GnRH-a与LNG-IUS联合应用。年轻、有生育要求者可用GnRH-a治疗3~6个月之后酌情给予辅助生殖技术治疗<sup>[13]</sup>。无生育

要求、症状重、年龄大或药物治疗无效者可行子宫全切除术,卵巢是否保留取决于卵巢有无病变和患者意愿。有生育要求、子宫腺肌瘤患者可考虑局部病灶切除+GnRH-a治疗后再给予辅助生殖技术治疗。

3. AUB-L:根据生长部位,子宫平滑肌瘤可分为影响宫腔形态的黏膜下肌瘤与其他肌瘤,前者最可能引起AUB。子宫肌瘤可无症状、仅在查体时发现,但也常表现为经期延长或月经过多。黏膜下肌瘤引起的AUB较严重,通常可经盆腔B超、宫腔镜检查发现,确诊可通过术后病理检查。

治疗方案决定于患者年龄、症状严重程度、肌瘤大小、数目、位置和有生育要求等。AUB合并



注:BBT:基础体温测定;AUB-I:医源性AUB;AUB-O:排卵障碍相关的AUB;AUB-P:子宫内膜息肉所致AUB;AUB-A:子宫腺肌病所致AUB;AUB-L:子宫平滑肌瘤所致AUB

图5 经间期出血(IMB)的诊断流程图

黏膜下肌瘤的妇女,宫腔镜或联合腹腔镜肌瘤剔除术有明确的优势<sup>[14]</sup>。对以月经过多为主、已完成生育的妇女,短效口服避孕药和LNG-IUS可缓解症状<sup>[15]</sup>。有生育要求的妇女可采用GnRH-a、米非司酮治疗3~6个月<sup>[16]</sup>,待肌瘤缩小和出血症状改善后自然妊娠或辅助生殖技术治疗。对严重影响宫腔形态的子宫肌瘤可采用宫腔镜、腹腔镜或开腹肌瘤剔除术等<sup>[17]</sup>。但这些治疗后肌瘤都可能复发,完成生育后视症状、肿瘤大小、生长速度等因素酌情考虑其他治疗方式。

4. AUB-M: 子宫内膜不典型增生和恶变是AUB少见而重要的原因。子宫内膜不典型增生是癌前病变,随访13.4年癌变率为8%~29%。常见于多囊卵巢综合征(PCOS)、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,临床主要表现为不规则子宫出血,可与月经稀发交替发生。少数为IMB,患者常有不孕。确诊需行子宫内膜活检病理检查。对于年龄 $\geq 45$ 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<sup>[18]</sup>。

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。年龄 $>40$ 岁、无生育要求的患者建议行子宫切除术。对年轻、有生育要求的患者,经全面评估和充分咨询后可采用全周期连续高效合成孕激素行子宫内膜萎缩治疗,如甲羟孕酮、甲地孕酮等,3~6个月后进行诊刮加吸宫(以达到全面取材的目的)。如内膜病变未逆转应继续增加剂量,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<sup>[19-20]</sup>。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<sup>[21]</sup>。子宫内膜恶性肿瘤诊治参照相关的临床指南。

5. AUB-C: 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。有报道,月经过多的妇女中约13%有全身性凝血异常<sup>[22]</sup>。凝血功能异常除表现为月经过多外,也可有IMB和经期延长等表现。有些育龄期妇女由于血栓性疾病、肾透析或放置心脏支架后必须终生抗凝治疗,因而可能导致月经过多。尽管这种AUB可归为医源性范畴,但将其归入AUB-C更合适。月经过多患者须筛查潜在的凝血异常的线索,询问病史,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<sup>[23]</sup>,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、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,主要措施为大剂量高效合成孕激素子宫内膜萎缩治疗,有时加用丙酸睾酮减轻盆腔器官充血。氨甲环酸、短效口服避孕药也可能有帮助。药物治疗失败或原发病无治愈可能时,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。

6. AUB-O: 排卵障碍包括稀发排卵、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、高催乳素血症、甲状腺疾病等引起。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)、估计下次月经前5~9d(相当于黄体中期)血孕酮水平测定。同时应在早卵泡期测定血LH、FSH、催乳素(PRL)、雌二醇( $E_2$ )、睾酮(T)、促甲状腺素(TSH)水平,以了解无排卵的病因。

治疗原则是出血期止血并纠正贫血,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。止血的方法包括孕激素子宫内膜脱落法、大剂量雌激素内膜修复法、短效口服避孕药或高效合成孕激素内膜萎缩法和诊刮。辅助止血的药物还有氨甲环酸等(详见2009年“功血指南”)<sup>[6]</sup>。调整周期的方法主要是后半期孕激素治疗,青春期及生育年龄患者宜选用天然或接近天然的孕激素(如地屈孕酮),有利于卵巢轴功能的建立或恢复。短效口服避孕药主要适合于有避孕要求的妇女。对已完成生育或近1年无生育计划者可放置LNG-IUS,可减少无排卵患者的出血量,预防子宫内膜增生。已完成生育、药物治疗无效或有禁忌证的患者可考虑子宫内膜切除术或切除子宫。促排卵治疗适用于无排卵有生育要求的患者,可同时纠正AUB,具体方法取决于无排卵的病因。

7. 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。症状如仅是月经过多,可能为调节子宫内膜局部凝血纤溶功能的机制异常<sup>[24]</sup>;此外,还可仅表现为IMB或经期延长,

可能是子宫内膜修复的分子机制异常,包括子宫内膜炎症、感染、炎性反应异常和子宫内膜血管生成异常<sup>[25]</sup>。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。

对此类非器质性疾病引起的月经过多,建议先行药物治疗,推荐的药物治疗顺序为:(1)LNG-IUS,适合于近1年以上无生育要求者;(2)氨甲环酸抗纤溶治疗或非甾体类抗炎药(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAID),可用于不愿或不能使用性激素治疗或想尽快妊娠者;(3)短效口服避孕药;(4)孕激素子宫内膜萎缩治疗,如炔诺酮5 mg 每日3次,从周期第5天开始,连续服用21 d<sup>[26]</sup>。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。

8. AUB-I: AUB-I指使用性激素、放置宫内节育器或可能含雌激素的中药保健品等因素而引起的AUB。BTB指激素治疗过程中非预期的子宫出血,是AUB-I的主要原因<sup>[1]</sup>。引起BTB的原因可能与所用的雌、孕激素比例不当有关。避孕药的漏服则引起撤退性出血。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;首次应用LNG-IUS或皮下埋置剂的妇女6个月内也常会发生BTB。使用利福平、抗惊厥药及抗生素等也易导致AUB-I的发生。临床诊断需要通过仔细询问用药历史、分析服药与出血时间的关系后确定。必要时应用宫腔镜检查,排除其他病因。

有关口服避孕药引起的出血,首先应排除漏服,强调规律服用;若无漏服可通过增加雌醇剂量改善出血。因放置宫内节育器所致,治疗首选抗纤溶药物<sup>[8]</sup>。应用LNG-IUS或皮下埋置剂引起的出血可对症处理或期待治疗,做好放置前咨询。

9. 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;也可能存在某些尚未阐明的因素。目前暂将这些因素归于“未分类(AUB-N)”。

动静脉畸形所致AUB的病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<sup>[27]</sup>。诊断首选经阴道多普勒超声检查,子宫血管造影检查可确诊,其他辅助诊断方法有盆腔CT及MRI检查。治疗上,有生育要求的患者,出血量不多时可采用口服避孕药或期待疗法;对于出血严重的患者,首先维持生命体征平稳,尽早采用选择性子宫动脉血管栓塞术,但有报道,术后妊娠率较低。无生育要求者,可采用子宫切

除术。

剖宫产术后子宫瘢痕缺损所致AUB的高危因素包括剖宫产切口位置不当、子宫下段形成前行剖宫产手术及手术操作不当等,常表现为经期延长<sup>[28]</sup>。推荐的诊断方法为经阴道超声检查或宫腔镜检查。治疗上,无生育要求者使用短效口服避孕药治疗,可缩短出血时间;药物治疗效果不佳时,可考虑手术治疗。对于有生育要求者,孕前应充分告知有妊娠期子宫破裂风险。手术治疗包括宫腔镜下、腹腔镜下、开腹或经阴道行剖宫产子宫切口憩室及周围瘢痕切除和修补术。

参与制定“异常子宫出血诊断与治疗指南”的专家:张以文(北京协和医院)、田秦杰(北京协和医院)、陈子江(山东省立医院)、林金芳(复旦大学附属妇产科医院)、乔杰(北京大学第三医院)、刘嘉茵(南京医科大学第一附属医院)、杨冬梓(中山大学孙逸仙纪念医院)、梁晓燕(中山大学附属第六医院)、郁琦(北京协和医院)、姚元庆(解放军总医院)、吴洁(南京医科大学第一附属医院)、阮祥燕(北京妇产医院)、石玉华(山东省立医院)、华克勤(复旦大学附属妇产科医院)

## 参 考 文 献

- [1] Fraser IS, Critchley HO, Broder M, et al. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding[J]. *Semin Reprod Med*, 2011, 29: 383-390.
- [2] 张以文. FIGO关于月经异常相关术语的共识和异常子宫出血病因的新分类系统[J]. *国际妇产科学杂志*, 2013, 40: 105-107.
- [3] Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years [J]. *Fertil Steril*, 2011, 95: 2204-2208.
- [4] 王春庆, 田秦杰. FIGO关于育龄期异常子宫出血的病因分类[J]. *生殖医学杂志*, 2013, 22: 963-966.
- [5] 中华医学会妇产科学分会内分泌学组, 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 功能失调性子宫出血临床诊断治疗指南(草案)[J]. *中华妇产科杂志*, 2009, 44: 234-236.
- [6] 中华医学会妇产科学分会内分泌学组. 闭经诊断与治疗指南(试行)[J]. *中华妇产科杂志*, 2011, 46: 712-716.
- [7] Salim S, Won H, Nesbitt-Hawes E, et al. Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of the literature[J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2011, 18: 569-581.
- [8] Gardner FJ, Konje JC, Bell SC, et al. Prevention of tamoxifen induced endometrial polyps using a levonorgestrel releasing intrauterine system long-term follow-up of a randomised control trial[J]. *Gynecol Oncol*, 2009, 114: 452-456.
- [9] Weiss G, Maseelall P, Schott LL, et al. Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)[J]. *Fertil Steril*, 2009, 91: 201-206.
- [10] 曾平, 郭轶, 舒楠, 等. 子宫腺肌症的MRI诊断[J]. *实用放射学杂志*, 2011, 27: 1862-1864.
- [11] 傅爽. 复方口服避孕药非避孕作用的临床应用[J]. *医学理论与实践*, 2013, 26: 2280-2281.
- [12] Morelli M, Rocca ML, Venturella R, et al. Improvement in chronic pelvic pain after gonadotropin releasing hormone analogue (GnRH-a) administration in premenopausal women suffering from adenomyosis or endometriosis: a retrospective

study[J]. *Gynecol Endocrinol*,2013,29:305-308.

[13] 黄雪坤,尚慧玲,张四友,等. 促性腺激素释放激素激动剂联合监测排卵治疗子宫腺肌症合并不孕症的疗效观察[J]. *中华临床医师杂志:电子版*,2011,5:3326-3328.

[14] Malek-Mellouli M, Ben AF, Youssef A, et al. Hysteroscopic myomectomy[J]. *Tunis Med*,2012,90:458-462.

[15] Kim ML, Seong SJ. Clinical applications of levonorgestrel-releasing intrauterine system to gynecologic diseases[J]. *Obstet Gynecol Sci*,2013,56:67-75.

[16] Shen Q, Hua Y, Jiang W, et al. Effects of mifepristone on uterine leiomyoma in premenopausal women: a meta-analysis[J]. *Fertil Steril*,2013,100:1722-1726.

[17] Falcone T, Parker WH. Surgical management of leiomyomas for fertility or uterine preservation[J]. *Obstet Gynecol*,2013,121:856-868.

[18] 葛秦生. 子宫内膜增生[J]. *生殖医学杂志*,2003,12:317-320.

[19] Gunderson CC, Fader AN, Carson KA, et al. Oncologic and reproductive outcomes with progestin therapy in women with endometrial hyperplasia and grade 1 adenocarcinoma: a systematic review[J]. *Gynecol Oncol*,2012,125:477-482.

[20] 曹冬焱,俞梅,杨佳欣,等. 大剂量孕激素治疗早期子宫内膜癌及子宫内膜重度不典型增生患者的妊娠结局及相关因素分析[J]. *中华妇产科杂志*,2013,48:519-522.

[21] Pashov AI, Tskhay VB, Ionouchene SV. The combined GnRH-agonist and intrauterine levonorgestrel-releasing system treatment of complicated atypical hyperplasia and endometrial cancer: a pilot study[J]. *Gynecol Endocrinol*,2012,28:559-561.

[22] Shankar M, Lee CA, Sabin CA, et al. von Willebrand disease in women with menorrhagia: a systematic review[J]. *BJOG*,2004,111:734-740.

[23] Kouides PA, Conard J, Peyvandi F, et al. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding[J]. *Fertil Steril*,2005,84:1345-1351.

[24] Gleeson NC. Cyclic changes in endometrial tissue plasminogen activator and plasminogen activator inhibitor type 1 in women with normal menstruation and essential menorrhagia[J]. *Am J Obstet Gynecol*,1994,171:178-183.

[25] Heatley MK. The association between clinical and pathological features in histologically identified chronic endometritis[J]. *J Obstet Gynaecol*,2004,24:801-803.

[26] NICE. Heavy menstrual bleeding: NICE clinical guideline 44 [EB/OL]. [2014-08-29]. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg44>.

[27] Singh N, Tripathi R, Mala YM, et al. Varied presentation of uterine arteriovenous malformations and their management by uterine artery embolisation[J]. *J Obstet Gynaecol*,2014,34:104-106.

[28] Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications[J]. *J Minim Invasive Gynecol*,2013,20:562-572.

(收稿日期:2014-08-31)

(本文编辑:沈平虎)

## ·读者·作者·编者·

### 《中华妇产科杂志》官方网站增加“指南与规范”版块

《中华妇产科杂志》官方网站(<http://www.zhfcgz.org.cn>)在论文下载专区中新增加“指南与规范”版块,本版块汇集了历年来在《中华妇产科杂志》刊登的指南、规范类指导性文章,如女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(试行),妊娠期肝内胆汁淤积症诊疗指南(第1版),滴虫阴道炎诊疗指

南(草案),细菌性阴道病诊疗指南(草案),人工流产后计划生育服务指南,妇产科抗生素使用指南等,这些指南与规范均由中华医学会妇产科学分会各专科学组或协作组经过长时间的探讨与修订后最终发表,实用性很强,相信会给您的临床工作带来指导和帮助。敬请关注!

## ·启事·

### 关于书写论文作者单位名称的要求

自本刊采用论著文稿同时附英文摘要的做法以来,特别是目前全国部分医学院校与当地综合大学进行合并调整后,不少作者投稿时,对所在单位的中文、英文名称的书写不够规范,不少单位在开具推荐信(即介绍信)时,使用的公章与文稿中所书写的书不一致。单位名称书写不规范,将影响读者与作者之间的联系及文稿发表后文献计量学的统计等工作。为此,本刊就作者单位名称的书写要求如下:(1)作者在投稿时,首先应列出单位名称的全称,如已归属于综合大学的单位,应首先列出大学名称,之后列出医学院名称或医院名称、科室名称。(2)单位的英文名称应根据所在单位统一的

英文名称书写。(3)作者在向本刊投稿时,单位科研部门开具文稿推荐信上的公章内容,须与文稿中所书写的单位名称一致。这一点,特别请目前已完成院校合并、调整的单位注意。(4)由不同单位共同撰写的一篇文章,各个单位的名称均须分别列出,由论文的资料提供单位(一般为第一作者所在单位)开具文稿推荐信。(5)如文稿作者为集体作者,英文摘要的作者项中,应列出本文稿第一整理者(即第一执笔者)的姓名及工作单位。(6)如文稿第一作者在投稿后工作单位有变动,英文摘要的作者项中,应同时列出第一作者的原单位及现在单位。