

《青春期异常子宫出血相关问题专家共识》解读

杨 欣

基金项目：北京市卫生健康科技成果和适宜技术推广项目(编号:BHTPP202051)；白求恩公益基金“非凡补铁——缺铁性诊疗能力提升项目”课题(编号:ffbt-A-2022-003)

作者单位：北京大学人民医院妇产科,北京 100044

作者简介：杨 欣,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师,研究方向:妇科内分泌疾病和女性盆底功能障碍性疾病的诊治。

E-mail:xinyang_2003@sina.com



杨 欣,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师。现任中华医学会妇产科学分会委员,北京医学会妇科泌尿与盆底重建分会副主任委员,中华预防医学会盆底功能障碍防治专业委员会常务委员,北京妇产学会月经病管理分会主任委员。牵头制定了《造血干细胞移植患者的妇产科管理专家共识》《出血性疾病所致异常子宫出血诊治专家共识》《妇科围手术期患者血液管理专家共识(2024版)》《青春期异常子宫出血相关问题专家共识》。2021年带领团队获全国妇幼健康科学技术奖三等奖。主持“十四五”科技部国家重点研发计划课题子课题、国家自然科学基金、首都发展特色基金、适宜技术推广等项目20余项,以第一作者和通信

作者在核心期刊发表论文190余篇,SCI论文30余篇,主编及副主编《异常子宫出血诊治精粹》《女性盆底疾病掌中宝》《实用生殖内分泌疾病诊治精要》《女性性激素临床应用与病例解读》等专著5部。

[摘要] 青春期异常子宫出血(AUB)以排卵功能障碍所致AUB(AUB-O)及凝血相关疾病所致AUB(AUB-C)最为常见。青春期AUB的出血模式主要为不规则出血、经期延长、月经过多(HMB)、经间期出血及无月经。《青春期异常子宫出血相关问题专家共识》强调通过详细的病史询问、体格检查和辅助检查对AUB病因进行鉴别诊断。对急性HMB的青春期女性,应及时、准确判断出血严重程度及生命体征,进行分级处理,评估应包括失血导致的贫血程度、血清铁蛋白水平、是否存在内分泌紊乱及凝血功能异常。对于急性HMB的青春期女性首要治疗方法包括短效口服避孕药及孕激素为主的药物紧急止血,但对于足量、规范用药治疗失败的部分难治性AUB患者,可以予手术治疗或子宫内膜病理评估。鉴于青春期AUB-O患者很难在短期内建立规律的月经周期、AUB-C患者长期存在HMB,均需要在急性期止血后维持用药以长期管理月经,避免异常出血的反复发作,并注意随访和监测。

[关键词] 青春期异常子宫出血; 排卵功能障碍; 出血性疾病; 月经过多; 复方口服避孕药; 专家共识; 解读

[中图分类号] R 711.52 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2025)05-0486-05

DOI:10.3969/j.issn.1674-3806.2025.05.04

Interpretation of Expert Consensus on Issues Related to Abnormal Uterine Bleeding during Puberty YANG Xin.

Department of Obstetrics and Gynecology, Peking University People's Hospital, Beijing 100044, China

[Abstract] Abnormal uterine bleeding (AUB) during puberty is most commonly caused by ovulatory dysfunction (AUB-O) and coagulation-related diseases (AUB-C). The bleeding patterns of AUB during puberty are mainly irregular bleeding, prolonged menstrual period, heavy menstrual bleeding (HMB), intermenstrual bleeding, and absence of menstruation. *Expert Consensus on Issues Related to Abnormal Uterine Bleeding during Puberty* emphasizes the differential diagnosis of the etiology of AUB through inquiring a detailed medical history, physical examination, and auxiliary examinations. For adolescent females with acute HMB, the severity of bleeding and vital signs should be determined promptly and accurately, and the grade-based treatment should be carried out. The evaluations should include the degree of anemia caused by blood loss, serum ferritin levels, the presence or absence of endocrine disorders, and coagulation dysfunction. For adolescent females with acute HMB, the primary treatment methods include short-acting combined oral contraceptives and progestogen-based drugs for emergency hemostasis, but for some patients with refractory AUB who received adequate

and standardized medications but the medications failed, surgical treatment or endometrial pathologic evaluation can be performed. Given that it is difficult for adolescent AUB-O patients to establish a regular menstrual cycle in a short term and that AUB-C patients have HMB in a long term, it is necessary to maintain medication after acute hemostasis to manage menstruation for a long time to avoid the recurrence of abnormal bleeding, and pay attention to follow-up and monitoring.

[Key words] Abnormal uterine bleeding(AUB) during puberty; Ovulatory dysfunction; Bleeding disorders; Heavy menstrual bleeding; Combined oral contraceptives; Expert consensus; Interpretation

异常子宫出血(abnormal uterine bleeding, AUB)是青春期女性就诊妇科最常见的症状,从月经初潮起便以多种症状影响患者的身心健康,甚至造成终身的影响。由北京妇产学会月经病管理分会、青春期 AUB 相关问题专家共识专家组制定的《青春期异常子宫出血相关问题专家共识》^[1](以下简称“共识”)对国内妇产科医师临床管理青春期 AUB 具有重要的指导意义。本文拟结合国外相关文献,对共识的要点进行整理和解读。

1 青春期及青春期 AUB 的定义

共识推荐借鉴育龄期女性 AUB 的定义及其“PALM-COEIN”病因分类法进行青春期 AUB 的定义和病因分类^[2],PALM-COEIN 即国际妇产科联盟按 AUB 病因分为两大类 9 个类型[Polyp, Adenomyosis, Leiomyoma, Malignancy(and hyperplasia), Coagulopathy, Ovulatory disorders, Endometrial, Iatrogenic and Not otherwise classified]的英语首字母缩写。“PALM”指子宫本身的结构性改变,可采用影像学技术和(或)组织病理学方法明确诊断;而“COEIN”多无明显的子宫结构性改变(其他病因所致 AUB 除外)。青春期是儿童向成人转变的关键阶段,体格、生殖器、内分泌功能系统均加速发育并逐步成熟。世界卫生组织规定青春期为 10~19 岁。青春期 AUB 是指非妊娠状态下的青春期女性发生与正常月经相比,经期出血量、周期频率、经期长度、规律性任何一项不符合的,源自子宫腔的异常出血。

2 青春期 AUB 的病因分类

青少年 AUB 基于年龄特定阶段的生理特点,以排卵功能障碍所致 AUB(AUB caused by ovulatory dysfunction, AUB-O)最为常见。AUB-O 中约 95% 是由下丘脑-垂体-卵巢(hypothalamic-pituitary-ovarian, HPO)轴不成熟所致,其他病因还包括多囊卵巢综合征(polycystic ovary syndrome, PCOS)及下丘脑功能障碍等^[3]。出血性疾病(bleeding disorders, BD)是指因先天性或遗传性及获得性因素导致血管、血小板、凝血、抗凝血及纤维蛋白溶解等止血机制缺陷或异常而引起的一组以自发性或轻度损伤后过度出血为特征的疾病,在妇科以月经缺乏自限性的月经过多(heavy menstrual bleeding, HMB)或经期延长的 AUB 为主要表现。青春期 HMB

患者中,先天性或遗传性凝血相关疾病所致 AUB(AUB caused by coagulation-related diseases, AUB-C)占比为 21%~46%^[3-5],临床医师对于 BD 导致的 HMB 普遍存在认知不足,对于 BD 的评估了解较少,共识将主要聚焦青春期最常见的 2 种非结构性 AUB,即 AUB-O 和 AUB-C^[1]。

3 青春期 AUB 模式分类

共识推荐青春期 AUB 包含下列 6 种模式。(1)无月经(闭经):分为原发性闭经和继发性闭经,15 岁无月经来潮或乳房发育后 >3 年仍无月经为原发性闭经,月经来潮后停止 3 个周期或 6 个月以上为继发性闭经。(2)不规则出血(时间和量均无预期):根据 2023 年国际循证医学 PCOS 指南中月经不规则和排卵障碍的界定,初潮后第 1 年月经不规则视为过渡期的正常现象;初潮后 >1 年至 <3 年,月经周期 <21 d 或 >45 d;初潮后 >3 年直到围绝经期,月经周期 <21 d 或 >35 d;或每年 <8 个月经周期,初潮后 >1 年,任何一个月经周期 >90 d^[6]。(3)HMB:主观感受经期出血量影响生活质量,包括躯体、情绪、社交和(或)物质方面^[5,7]。(4)经间期出血(intermenstrual bleeding, IMB):在有排卵的月经周期中,两次相邻月经期之间出现的子宫出血。IMB 根据出血所在月经周期的不同阶段,分为随机出血和周期性出血(可预测的)两种,后者又分为早期、中期、晚期。(5)经期延长:月经期持续时间超过 7 d。(6)突破性出血:在使用激素类药物过程中出现的非预期子宫出血。

4 青春期 AUB 的评估及诊断

4.1 出血紧急情况及严重程度评估 共识推荐对青春期 AUB 患者首先应判断其出血严重程度以尽快确定治疗方案及目标。

4.1.1 出血急慢性评估^[1,2,7] 慢性 AUB 指近 6 个月内至少出现 3 次 AUB,不需要紧急临床处理,但需要进行规范诊疗。急性 AUB 指发生了严重的大出血,需要紧急处理以防进一步失血,可见于有或无慢性 AUB 病史的患者。

4.1.2 出血严重程度评估 可根据出血量的多少及血红蛋白(hemoglobin, Hb)水平判断^[1,3,7]。共识推荐急性 AUB 青少年首先应进行血流动力学评估,并在

国内首次提出对出血严重程度进行分度,强调中至重度患者应给予紧急处理或住院治疗,生命体征平稳后进一步评估出血原因和治疗。(1)HMB的评估。HMB在临床被严重低估,共识推荐有以下任一情况应考虑HMB:需要2 h内更换卫生巾或棉条;1个周期需要使用多于21片卫生巾或棉条;夜间需要更换卫生巾或棉条;有一元硬币大小的血块;贫血;或用月经失血图(Pictorial Blood Loss Assessment Chart, PBAC)评估,总分 ≥ 100 分提示月经或失血过多^[8]。(2)出血严重程度评估。①轻度:经期延长或周期缩短持续 ≥ 2 个月,伴轻至中度经量增多。Hb水平一般正常(≥ 120 g/L),也可能轻微降低(如100~120 g/L)^[9]。②中度:经期延长或月经频繁(每1~3周1次),经量中至重度增多且80 g/L $\leq$ Hb $\leq$ 100 g/L^[10]。③重度:经量多伴或不伴生命体征不平稳, Hb < 80 g/L,共识推荐重度患者有住院指征^[9-11]。

4.2 诊断与鉴别诊断

4.2.1 病史 应详细询问患者生长发育情况、月经初潮时间、月经规律性、经期时间、有无HMB及其他部位自发性出血点和瘀斑、有无性生活及其他内分泌疾病等。共识推荐有表1所示的月经史或出血史提示可能存在BD,同时应注意排除自身免疫性疾病史^[4],见表1。

表1 与BD相关的月经史和出血史

月经史	出血史
月经初潮时HMB	自发性鼻出血 > 10 min(无过敏性鼻炎)
周期可能缩短	牙龈/口腔出血 > 10 min(无牙龈炎)
经期延长(> 8 d)	表皮割伤或擦伤造成的皮肤出血 > 10 min
严重的缺铁性贫血	手术或拔牙导致的大量的或出乎意料的出血
出血量多,渗透衣物	肌肉或关节出血
有血块,尤其是血块直径 > 2 cm	任何需要输血的大出血
卫生巾使用量增加,120 min或更短时间即浸透和(或)需要更换	

4.2.2 体格检查 除重视全身检查(包括生命体征,有无出血点、瘀斑等BD表现)和必要时妇科检查外,共识推荐在常规血常规检查时,对于HMB患者进行凝血功能初筛[活化部分凝血活酶时间(activated partial thromboplastin time, APTT)、血浆凝血酶原时间(prothrombin time, PT)、凝血酶时间(thrombin time, TT)及血浆纤维蛋白原测定],对凝血功能初筛异常的患者推荐进一步行BD相关检测以明确病因,酌情行性激素、甲状腺功能、肾上腺功能、肝肾功能及血清铁蛋白检测等。共识推荐行经腹超声或经直肠超声(如有性生活者可选择经阴道超声)观察盆腔有无器质性病变,并对可能有生殖道发育异常患者采用MRI等影像

学检查协助诊断。青春期AUB患者子宫内膜器质性病变少见,仅在药物治疗效果不佳、怀疑或不除外子宫器质性病变时考虑宫腔镜检查及分段刮宫术^[12]。

5 青春期AUB的管理

5.1 出血期处理 共识推荐青春期AUB止血首选药物治疗,包括激素类和非激素类止血药,可根据出血的轻重程度单独或联合使用。激素止血是核心,需结合出血模式、出血量和贫血程度个体化选择用药方案。

5.1.1 轻度AUB药物治疗方案 Hb正常的患者,因出血不影响正常生活,推荐根据患者和监护人的意愿及避孕需求确定个体化方案,可短期观察,对症止血或中药治疗。Hb为100~120 g/L、阴道出血淋漓不净和经期明显延长的患者,可采用单纯孕激素的“子宫内膜脱落法”,如常用地屈孕酮10~20 mg/d及微粒化黄体酮胶囊(安琪坦、益玛欣、琪宁等)200~300 mg/d;或炔诺酮5 mg/d及醋酸甲羟孕酮(安宫黄体酮)8~10 mg/d,共用10~14 d。单纯孕激素使用期间可能达不到完全止血,停药撤退性出血的量可多可少,如果量多建议复方口服避孕药(combined oral contraceptives, COC)治疗。

5.1.2 中重度AUB药物治疗方案 中重度AUB药物治疗包括雌激素、COC及孕激素。大剂量雌激素可以快速修复子宫内膜,是最有效的止血方法,但国内无静脉注射的雌激素,多数医院无肌肉注射的雌激素,故共识推荐COC及高效孕激素作为首选。(1)COC:是中重度AUB急性出血期治疗的一线药物,推荐使用含炔雌醇30~35 μ g的COC,以每8 h 1片至每12 h 1片起始,血止3~7 d后减量至每12 h 1片,在维持无出血的情况下,3~7 d后减量至1片,1次/d维持,服药至少21 d或至Hb正常后停药。之后转入“调整周期治疗”阶段。COC治疗血量减少时间为18~24 h,在等待药物起效时,应给予重症患者输血及相关支持治疗。使用推荐剂量的COC超过24 h,患者阴道出血无明显减少,应除外BD、感染或子宫结构性病变。COC治疗可因恶心等不良反应降低患者的依从性,必要时可在每次服用COC前使用止吐剂,口服或直肠予12.5~25 mg异丙嗪,或口服4~8 mg昂丹司琼^[13]。大多数青春女性初潮到来时,已经完成了快速生长期并达到成人身高的至少95%水平,此时使用COC不会降低其预期最终成人身高,并对其生育功能无不良影响^[1,2,13-14]。(2)高效孕激素:更适合有COC禁忌证(如有先兆偏头痛、系统性红斑狼疮、动静脉血栓栓塞性疾病、雌激素依赖性肿瘤)、患者不耐受或不愿服用的情况,也称“子宫内膜萎缩法”^[14-15]。临床

常用药物如下,①炔诺酮,具有雌激素活性,是其能快速止血的原因之一,在国际上被多个指南推荐用于育龄期和青春期紧急止血。起始剂量多推荐每 8 h 5 mg,应用 3~7 d 至血止,而后减量至每 12 h 5 mg,持续 3~7 d,如无突破性出血再次减量至 5 mg,1 次/d 直至贫血改善,停药 3~7 d 后发生撤退性出血^[14,16]。②醋酸甲羟孕酮,每 8 h 10~20 mg,每日总量不超过 80 mg,应用 3~7 d 后逐渐减量至 10~20 mg,1 次/d。BD 患者的血小板数量、质量及凝血因子缺乏的程度与药物的疗效密切相关,对于血小板数量过低导致的急性重症出血患者,即使使用超推荐剂量的 COC,或超剂量 COC 联合多种性激素类药物控制 HMB,也不一定能增加止血疗效,却明显增加了药物的不良反应^[4],不推荐常规使用。血小板减少及凝血因子缺乏患者在 COC 及孕激素减量过程中易发生突破性出血。(3) 雌激素:为“子宫内膜修复法”,如苯甲酸雌二醇肌肉注射 3~4 mg/d,分 2~3 次,出血缓解后,逐渐减量至 1~2 mg/d 后加用孕激素 10~14 d 后停药,孕激素剂量及药物同子宫内膜脱落法,或改用 COC 1 片/d 至 Hb 水平正常。口服雌激素制剂起效慢,不建议在急性 AUB 止血期常规使用。(4) 抗纤溶药物:无论是 AUB-O 还是 AUB-C,均与子宫内膜的纤溶系统亢进相关,可使用抗纤溶药物对症止血。氨甲环酸可有效减少近 50% 的月经量,急性出血时,首选静脉注射氨甲环酸 0.25~0.5 g/次,0.75~2 g/d;或口服 1~1.5 g/次,2~3 次/d。抗纤溶药物可与 COC 联合使用,目前未有证据显示两药联用会增加血栓风险。(5) 去氨加压素(1-deamino-8-D-arginine vasopressin,DDVAP):可以增加 VIII 因子及血管性血友病因子(von Willebrand factor,VWF),主要用于治疗轻型血友病 A 及 I 型血管性血友病(von Willebrand disease,vWD),并广泛应用于其他 BD^[4,13]。其不良反应主要包括水钠潴留和低钠血症^[17]。(6) 根据原发病及血液检查结果可酌情补充凝血因子浓缩物、纤维蛋白原、血小板、新鲜冻干血浆或新鲜血。长期输注血小板的患者,因体内可产生自身抗体而导致效果欠佳,可应用重组 VII 因子治疗,效果好,但价格昂贵。

5.1.3 手术治疗 (1) 子宫球囊压迫止血法:共识推荐出血严重需要紧急立即止血的患者,在排除子宫明显器质性疾病后,可采用宫内 Foley 球囊置入术进行宫腔压迫止血。具体方法为向宫腔内球囊推注生理盐水(量因子宫大小而异)至有明显阻力后停止;通常可留置 12~48 h,出血停止后,可逐步缩小球囊,1~2 mL/次,或放置 48 h 后取出球囊,观察出血情况^[14,13-14]。

(2) 宫腔镜检查及手术:疑有子宫内膜病变,可在麻醉下检查和分段诊刮获得子宫内膜病理。对于 BD 患者,过度刮宫会加剧失血,若 B 超发现有子宫内血块或蜕膜管型,推荐采用吸宫术去除子宫内膜,利于恢复子宫内膜的完整性和正常的增殖反应^[4,13]。有条件的单位可采用阴道内镜技术完成手术,以保护少女的处女膜。共识强调青春期 AUB 首选药物治疗,但对于足量、规范用药治疗失败的个别难治性 AUB 患者,仍不排除需要手术治疗或内膜病理评估。

5.2 长期管理

5.2.1 调整月经周期 共识推荐在急性期止血后维持用药 3~6 个月,以管理月经避免复发。(1) 单纯孕激素:首选天然孕激素或地屈孕酮。维持治疗包括全周期或后半周期方案,Hb 水平正常后第一次停药后的撤退性出血,量通常较大,且常伴有痛经,内膜厚者可排出内膜管型,如后期规律用药,月经量多的症状通常可以改善。①后半周期用药。通常在月经的第 15 天开始用药,总计 10~14 d,推荐日剂量为地屈孕酮 10~30 mg,微粒化黄体酮胶囊 200~300 mg,炔诺酮 5 mg,醋酸甲羟孕酮 8~10 mg。地屈孕酮在 10~20 mg 的日剂量下,不抑制 HPO 轴的成熟及发育。②全周期疗法。如后半周期规律用药的情况下,出血量持续偏多者,可改用全周期疗法(自月经第 5 天起连续服用 20~22 d),推荐日剂量为地屈孕酮 10~30 mg,炔诺酮 5 mg,醋酸甲羟孕酮 4~10 mg。(2) COC:合并有高雄激素症状以及有避孕需求的患者,首选含炔雌醇 20 μg 的低剂量短效口服避孕药,1 片/d 的常规剂量即可。(3) 雌孕激素序贯疗法:适合内源性雌激素水平不足低雌激素性 AUB,可用雌孕激素序贯人工周期疗法。

5.2.2 减少月经量 能够减少月经量的药物包括 COC(1 片/d)、孕激素类药物(剂量同上)、左炔诺孕酮宫内释放系统(levonorgestrel-releasing intrauterine system,LNG-IUS)、氨甲环酸及非甾体抗炎药。(1) COC:COC 可使子宫内膜萎缩,减少月经量。除周期性使用外,连续使用利于缓解痛经。(2) LNG-IUS:对于免疫性疾病如系统性红斑狼疮导致血小板数目低下因常合并肝肾功能异常、抗磷脂综合征为 COC 使用禁忌,或先天性凝血因子缺乏、血小板功能障碍等因素发生 HMB 但不能坚持服用 COC 的患者,推荐在静脉麻醉和(或)阴道内镜指引下放置 LNG-IUS 治疗。(3) 促性腺激素释放激素类似物(gonadotropin-releasing hormone analogue,GnRH-a):不推荐其常规用于 HMB 或急性出血的治疗,仅用于合并性早熟或难治性 AUB。BD 患者如在血小板计数 $<10 \times 10^9/L$ 为禁

忌,“点火效应(flare-up)”很可能诱发严重出血^[4]。

(4)米非司酮:可诱导闭经,使用6个月安全性良好,对于合并子宫平滑肌瘤HMB患者、血小板数目低下常规药物治疗效果不佳或激素治疗禁忌的患者,可使用低剂量米非司酮10~25 mg/d,持续3~6个月,作为过渡性治疗^[1,4]。

5.2.3 原发病治疗 对于合并BD、自身免疫性疾病等患者,应同时治疗原发病。

5.2.4 纠正贫血 共识推荐根据缺铁程度采用口服或静脉补充铁剂,至贫血情况缓解,并再补充3个月的铁储备,可通过监测血清铁和铁蛋白等指标进行评估^[18]。再生障碍性贫血和其他经常接受输血治疗的患者,可能发生铁负荷过多,需祛铁治疗。

6 随访和监测

共识推荐遗传性BD患者需要长期用药直至妊娠、分娩或绝经,而AUB-O患者需定期评估其性腺轴功能状态。凡长期用药的患者,建议每年至少一次全面的体检,包括肝肾功能、血脂、血糖、子宫超声和乳腺超声等,以便及时发现异常并及时诊治。(1)轻度AUB-O患者:采用观察和安慰、激素或补铁作为初始治疗的患者,应在3~6个月时随访,评估月经模式的改善情况和(或)是否需要激素治疗。(2)中度AUB-O患者:应在初次出血后约1个月和3个月时复诊。如果出血没有改善,需调整激素治疗方案。方案的调整包括按需加大药物剂量和(或)加用氨甲环酸。如果患者口服药物依从性不好导致出血症状无改善,可能需换用其他激素治疗方案(如LNG-IUS)。止血后每3~6个月随访1次,月经模式稳定且确立了治疗方案后,每年随访1次。(3)重度AUB-O患者:无需住院的患者应每月随访1次,直至月经周期和激素治疗稳定且Hb>100 g/L。(4)长期监测和随访:一旦停用激素治疗,如果超过3个月没有月经(排除妊娠),应重新进行内分泌评估,并使用孕激素诱发撤退性出血^[12]。长期随访可预防AUB-O潜在后遗症(如慢性贫血、不孕和子宫内膜癌)。

7 结语

共识主要针对青春期AUB中最常见的2种非结构性病因AUB-O和AUB-C的共性诊断和治疗问题进行梳理,其中激素治疗的原则和方法是重点和难点,长期管理的理念对青春期AUB患者而言也十分重要,临床医师的规范治疗、定期随访以及患者宣教都任重而道远。

参考文献

[1] 北京妇产学会月经病管理分会,青春期异常子宫出血相关问题

专家共识专家组. 青春期异常子宫出血相关问题专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2024, 59(6): 417-426.

- [2] 中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组. 异常子宫出血诊断与治疗指南(2022 更新版)[J]. 中华妇产科杂志, 2022, 57(7): 481-490.
- [3] Deligeorgiou E, Karountzos V, Creatsas G. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology[J]. Gynecol Endocrinol, 2013, 29(1): 74-78.
- [4] 出血性疾病所致异常子宫出血诊治专家共识专家组. 出血性疾病所致异常子宫出血诊治专家共识[J]. 中国妇产科临床杂志, 2022, 23(6): 668-672.
- [5] Borzutzky C, Jaffray J. Diagnosis and management of heavy menstrual bleeding and bleeding disorders in adolescents[J]. JAMA Pediatr, 2020, 174(2): 186-194.
- [6] Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, et al. Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome[J]. Eur J Endocrinol, 2023, 189(2): G43-G64.
- [7] Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2018, 143(3): 393-408.
- [8] Hald K, Lieng M. Assessment of periodic blood loss: interindividual and intraindividual variations of Pictorial Blood Loss Assessment Chart registrations[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2014, 21(4): 662-668.
- [9] Mitan LA, Slap GB. Adolescent menstrual disorders. Update[J]. Med Clin North Am, 2000, 84(4): 851-868.
- [10] Kızılcan Çetin S, Aycan Z, Özsü E, et al. Evaluation of abnormal uterine bleeding in adolescents: single center experience[J]. J Clin Res Pediatr Endocrinol, 2023, 15(3): 230-237.
- [11] Screening and management of bleeding disorders in adolescents with heavy menstrual bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785[J]. Obstet Gynecol, 2019, 134(3): e71-e83.
- [12] Jin L, Yi S, Wang X, et al. Application of ‘no-touch’ hysteroscopy (vaginocopy) for the treatment of abnormal uterine bleeding in adolescence[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2019, 45(9): 1913-1917.
- [13] Kabra R, Fisher M. Abnormal uterine bleeding in adolescents[J]. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2022, 52(5): 101185.
- [14] James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, et al. Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2011, 158(2): 124-134.
- [15] Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016[J]. MMWR Recomm Rep, 2016, 65(3): 1-103.
- [16] Santos M, Hendry D, Sangi-Haghighi H, et al. Retrospective review of norethindrone use in adolescents[J]. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2014, 27(1): 41-44.
- [17] Karanth L, Barua A, Kanagasabai S, et al. Desmopressin acetate (DDAVP) for preventing and treating acute bleeds during pregnancy in women with congenital bleeding disorders[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2015(9): CD009824.
- [18] 杨欣, 李艺, 狄文, 等. 妇科围手术期患者血液管理的专家共识[J]. 中国妇产科临床杂志, 2019, 20(6): 560-563.

[收稿日期 2025-04-08][本文编辑 吕文娟 韦颖]

本文引用格式

杨欣.《青春期异常子宫出血相关问题专家共识》解读[J]. 中国临床新医学, 2025, 18(5): 486-490.