

FUNV GENGNIANQI BAOJIAN 70WEN

婦女更年期保健70問

生 活 百 科
青 年 舉 電 子 圖 書 系 列

妇女更年期保健 70 问

叶惠方 主编

叶惠方 程国钧 樊 薇 编著
李亚里 赵秀云

内 容 提 要

本书系统地介绍了妇女更年期的主要生理变化及容易发生的疾病；重点阐述了安全度过更年期应注意的事项。全书内容丰富，通俗实用，是家庭必备的保健读物。

目 录

1. 什么叫更年期? (1)
2. 妇女一生可分为几期? 各有什么特点? (2)
3. 妇女怎么会有月经的? (5)
4. 卵巢排卵和子宫按期出血有什么关系? (7)
5. 妇女的更年期从什么年龄开始? (8)
6. 为什么要等月经 1 年不来潮才定为绝经? (9)
7. 为什么不称更年期为绝经期? (11)
8. 为什么有人不到 35 岁就绝经? (12)
9. 从来没有月经的妇女有更年期吗? (13)
10. 妇女在更年期除月经外还有什么改变吗? (14)
11. 同是更年期, 为何在男性不构成大问题? (16)
12. 每个妇女在绝经前后都有症状吗? (18)
13. 更年期有哪些症状? 会自然消失吗? (20)
14. 有人说更年期症状瘦人重、胖人轻, 对吗? (22)
15. 绝经前月经的改变是功能失调性子宫出血吗? (23)
16. 既然更年期的月经不正常最终都导致绝经, 可否置之不理?
..... (24)
17. 更年期功能失调性子宫出血好治吗? (26)
18. 更年期阴道出血不做诊断性刮宫, 用别的方法检查行吗?
..... (27)

19. 更年期妇女阵阵发热是什么原因? (29)
20. 更年期妇女的血压都高吗? (30)
21. 更年期妇女外阴瘙痒要紧吗? (32)
22. 更年期妇女为何容易有阴道滴虫或霉菌感染? (34)
23. 老年性阴道炎怎么诊断? 怎样治疗? (36)
24. 年龄较大的妇女常有尿失禁, 也属更年期综合征吗?
..... (37)
25. 为什么妇女更年期后易有皮肤病变? (39)
26. 更年期妇女为何性格会改变? 是精神病吗? (40)
27. 更年期综合征的精神神经症状会不会发展成为真正的精神病? (41)
28. 为什么更年期后人会变矮, 而且常有腰、背、关节痛和易发生骨折? (42)
29. 骨质疏松症造成的骨折多发生在什么部位? (45)
30. 为什么骨质疏松症的发病率女性比男性高? (46)
31. 为什么有人说补钙是发生骨质疏松症的主要原因?
..... (48)
32. 除绝经妇女和老年人外, 还有人容易患骨质疏松症吗?
..... (49)
33. 骨质疏松症就是软骨病或佝偻病吗? (51)
34. 怎样才知道是否有骨质疏松症? (53)
35. 为什么不再用 X 线平片检查骨质疏松症? (54)
36. 不用放射线或同位素也能检查骨质疏松症吗? (55)
37. 骨质疏松症病人为什么要检查血和尿? (57)
38. 骨折可以预测吗? (59)
39. 发现了早期骨质疏松症怎么办? (61)
40. 为什么绝经后妇女的心脏病发病率突然增加? (63)

41. 有哪些措施可以防止更年期后冠心病的发生? (65)
42. 更年期出现心慌或心前区痛是否表明有心脏病? (67)
43. 怎样判定更年期综合征是否严重? (68)
44. 更年期妇女为什么要做阴道涂片检查? (70)
45. 有没有防止更年期综合征发生的办法? (73)
46. 为何雌激素替代治疗是解决更年期综合征的最好办法?
..... (75)
47. 怎样用雌激素替代治疗? (77)
48. 雌激素替代治疗要用多久? (79)
49. 服用雌激素制剂会有什么副作用? (81)
50. 用雌激素替代治疗会引起癌变吗? (83)
51. 在雌激素替代治疗中是加用孕激素好还是不加好?
..... (85)
52. 雌激素替代治疗有禁忌证吗? (86)
53. 尼尔雌醇和结合雌激素等有什么不同? (88)
54. 是不是凡有骨质疏松症的人都要用降钙素? (89)
55. 糖尿病和更年期有关系吗? (90)
56. 更年期还要避孕吗? 放置宫内节育器无症状, 可以不取出吗?
..... (91)
57. 绝经多年为什么还要定期接受妇科检查? (92)
58. 外阴白色病变都要做活体组织检查吗? (94)
59. 子宫颈上皮非典型增生是宫颈癌吗? (95)
60. 子宫内膜腺癌多见吗? 如何治疗? (96)
61. 更年期还有什么重要的生殖系统肿瘤? (97)
62. 卵巢癌只发生在更年期后吗? 能不能避免? (99)
63. B 型超声诊断卵巢肿瘤可靠吗? 多次 B 超检查有害吗?
..... (101)

- 64. 绝经后妇女发现良性卵巢肿瘤可以不手术吗? (103)
- 65. 绝经后妇女还能耐受大手术吗? (104)
- 66. 手术后为什么还要定期作妇科检查? (105)
- 67. 更年期的保健工作应从何时开始? (107)
- 68. 更年期妇女应当吃什么? 忌什么? (108)
- 69. 若要健康必须适当活动, 怎么活动好? (111)
- 70. 保持情绪稳定真能不发生更年期综合征吗? (114)

1. 什么叫更年期？

人的一生是一个循序渐进、不断发展变化的过程，不同年龄有不同的生理特点和身心特征。更年期是一个医学名词。从字面上看，“更”就是更改、变动、转换；“年”在人的寿命计算上是年龄单位，1年为1岁。更年期指的就是人的生命中某个转换阶段的特定时期，一般在女子多见，是月经完全停止前数月至绝经后若干年的一段时期（个别人长达10年），多半在50岁左右开始。在此期间，卵巢功能开始衰退，月经周期逐渐延长，经量逐渐减少，直至完全停止。由于性腺内分泌参与体内多种代谢和调节功能，部分妇女可因性激素减少以至消失，会带来一些暂时不适应的症状，构成更年期综合征。症状因人而异，可轻可重，一般都需要采取相应治疗措施。有些学者认为，更年期是衰老过程的暴发点，需引起重视和研究。在我国，当前人们的寿命普遍延长，越来越多的妇女日渐摆脱贫困和性别歧视，社会地位不断提高，营养和卫生保健得到加强，将经历更年期的妇女人数日益增多，更年期的社会意义日趋重要。因此，全面了解及重视更年期，进行更年期的咨询及保健，积极诊断及治疗更年期综合征，已成为迫切的问题。

更年期在男子同样存在。但由于男子性腺（睾丸）开始衰老的时间较晚，出现症状的人较少，故男子更年期的界限一般不明显，其重要性相对较小。

2. 妇女一生可分为几期？各有什么特点？

人的寿命长短不一。在旧社会，由于生活条件差，医学不发达，特别受社会上重男轻女的封建残余思想的危害，使得一些妇女在年轻时，甚至幼年时期就去世。新中国成立以来，随着科学技术的发展，特别是社会观念的转变和生活条件的改善，人的寿命逐渐延长。据世界卫生组织的资料，到本世纪末，发达国家妇女的平均寿命将为 75~80 岁，发展中国家也可到 65~70 岁，一般比男子长约 6 岁。1986 年我国上海市的统计，女子的平均寿命为 76.85 岁。妇女一般都要经历从胎儿到老年的时期。根据不同阶段的一些较明显的特点，妇女的一生可以分为以下几个时期：

(1) 胎儿期：指卵子和精子结合成为一个新生命起，到“十月分娩”止的这一时期。这个时期是在母亲的子宫内，较为理想而安全的条件下迅速发展的，一般是 280 天。280 天是从孕妇末次月经的第一天算起，其实受孕一般应比这晚约 14 天。按阴历计算，280 天接近 10 个月，所以有人认为胎儿一朝分娩，即“落地占岁”，这种说法不无道理。但这一时期是在母体内进行的，医学上把它与母亲妊娠期的保健联系起来考虑，现正受到人们越来越多的重视。

(2) 新生儿期：指胎儿出生后至足 28 天这一时期。胎儿一旦离开了母体内的理想环境，独立面对外部世界，需要建立完善的呼吸功能，吸吮、消化和吸收养料来提供活动和生长所必需的物质和热能。这是一个很急遽而艰巨的过程，特

别在初生 7 天内亟需细致的照顾和哺育，否则很容易出现营养缺乏，发育不良，以致夭折。

(3) 婴儿期：指生后 28 天至 1 岁这一时期。经过新生儿的适应，此期小儿主要的生命器官如心、肺、肝、肾等功能已初步建成并发展自如。可是大脑还未完全成熟，免疫功能在缓慢完善中，容易受到外界条件改变以及各种疾病的影响。表现为体质比较脆弱，生病的机会较多。

(4) 幼儿期：指 1~3 岁这一时期（也叫幼儿前期）。此期小儿大脑急速发育，求知欲望很强，事事都要亲自看看、尝尝，但还未具有保护自己的意识，容易在与外界的接触中受伤或传染各种疾病。

(5) 学龄前期：指 3 岁以后至 7 岁入学之前这一时期（也叫幼儿后期）。此期幼儿的身体发育较好，四肢活动能力较为完善，有强烈的学习要求和掌握简单技巧及操作的愿望和能力。女孩已开始认识到自己的女性身分。对疾病的抵抗力有所加强，但仍很不足。

(6) 儿童期：指 7~12 岁这一时期。相当于小学学习的阶段。此期女孩在脑力和体力上和男孩区别不大，均已达到相当发达的程度。女孩的一些第二性征，如乳房和阴毛等渐次出现，说明性腺已从静止状态开始逐步发育过渡，女孩的性别意识也常常有所表露。

(7) 青春期：指从约 12~18 岁这一时期（世界卫生组织的定义是 10~19 岁为少年期）。此期女孩的性器官逐步发育成熟，开始具备生育的功能。最明显的特征是已开始来月经，月经从不规律到有一定的规律性。其它第二性征，包括乳房、

阴毛、腋毛，脂肪分布、声音以至心理等都一一呈现向成人型方向过渡的变化。这是女孩改变非常显著的一个时期，也往往是易受外界影响的阶段，需要大人的特别关心和指导。

(8) 成人期：很多国家规定 18 岁为成年。从法律上说，要自己负责个人的行为；从生理上说，是性器官已达到能担负生育职能的阶段。这一阶段是人生最长的阶段，如将种种因素综合一起考虑，则成人期又有初熟与完全成熟之分。按世界卫生组织的定义，20~24 岁为青年期。青年期相当于初熟阶段，此时的女子虽已具备成熟的性腺功能，但身体仍在成熟过程中，有独特的心理和社会行为，需要经过一定的巩固和发展才能到达最旺盛的时期。完全成熟期是人一生中最精采、最具进取能力，也是为社会和历史做出最大贡献的一个阶段，此期还肩负着繁衍和养育后代的任务。

(9) 更年期：为性腺功能开始衰退，到完全终止之间的转变时期。女性往往有一些不适症状。此期发生的时间有早有晚，现时认为在 40~50 岁，或 45~55 岁之间，持续的时间有长有短，因人而异。

(10) 老年期：当人体的各种生理功能开始衰退，特别是性腺功能减退以至消失时，人的老年期就已开始，并持续到生命的终结。但老年期从什么时候开始，是受很多因素左右的。有些因素是从生命开始就已潜伏着的遗传因素；其后的种种因素如营养、锻炼、疾病、身心的负担等等，对促成老年期的出现均有一定影响。不同的国家和民族对老年期的规定年龄也不相同，如我国现时规定为 60 岁，一些欧美国家则定为 65 岁。当然，不同的社会背景下的人有不同的情况。在

旧中国，人若能活到 50 多岁就算是老了。古语云：“人生 70 古来稀。”现在活到 80 多岁的人越来越多，还有不少超过百岁的老寿星出现。将来老年期的计算还可能推迟。

随着老年期的后移，更年期的开始年龄是否也会延迟？有的研究结果似乎支持这种猜测。但按西方可考据的记载，若干世纪以来的这种变化并不很大，或者说相当缓慢。

3. 妇女怎么会有月经的？

妇女从生命开始就有了月经来潮的条件，这是由女性的性腺、卵巢所决定的（见图 1）。在母体内 6 周（孕龄 8 周）时，女胎的卵巢就开始显露出卵原细胞的初型。孕龄 5 个月时卵巢内卵原细胞已多达 480 万个，一些并已发育为卵母细胞，可是多数在生长中途就退化了。尽管如此，到女胎出生时，卵巢内仍有 100 万个卵母细胞，而且每个细胞的周围被一层带颗粒的细胞所包围，成为始基卵泡（见图 2）。在新生儿期后，

图 1 女性生殖器官示意图

图 2 始基卵泡示意图

始基卵泡中的大部分在生长过程中夭折了，女孩 7 岁左右余下约 30 万个，16 岁仍存 15 个，26~35 岁时只存 6 万个始基卵泡。临近青春期，在大批的始基卵泡夭折的同时，少数终于逃脱了厄运，开始发育为初级卵泡。这时卵泡内的卵母细胞明显增大，

图 3 囊状卵泡示意图

颗粒细胞层由一层变为多

层。当卵泡继续发育形成囊状卵泡（见图 3），并移到卵巢表皮时，遇到一系列酶的作用，适合时则囊壁溶解、破裂，卵母细胞随囊液流出，即所谓排卵。排卵前后，卵分泌的性激素引起一系列的子宫内膜改变（见图 4），本来是为卵子受精

图 4 排卵和月经周期的调节

成为新细胞植入子宫内膜而作准备的，如卵子未受精，准备好的子宫内膜无存在的必要，就脱落了，同时断裂的血管出血，就成为月经。

4. 卵巢排卵和子宫按期出血有什么关系？

卵巢和子宫位于生殖器官的不同部位，彼此分离，除血管和神经外并不相通（见图 1）。但在大脑和脑垂体产生的激素与卵巢性激素之间相互协调的作用下，产生了下丘脑、垂体、卵巢和子宫之间的和谐一致的改变，完成了生育的复杂工程。

前面已谈到卵巢内总有众多的初级卵泡在竞争，每月其中多半只有 1 个达到成熟，在脑垂体的促卵泡素（FSH）和黄体生成素（LH）的作用下，形成排卵，其余很多卵泡都夭折了。在卵泡成熟过程中，它的颗粒细胞层和卵泡膜的内层分泌出一种称为雌激素的物质，通过血流到达全身各个部位，在凡具有能接受雌激素的受体的组织中产生作用。子宫内膜是受雌激素影响最大的组织，主要表现为内膜增生。雌激素在血内达到一定量时，也影响脑垂体，使之减少促卵泡素的生产，同时排出黄体生成素到卵泡，使卵母细胞成熟排卵。卵泡转为黄体，颗粒细胞和泡膜层黄素化并产生黄体酮。黄体酮也由血流到达子宫内膜，使增生的内膜变为分泌期内膜，为可能到来的受精卵准备了营养丰富的温床，内膜有时厚达 4～7 毫米。2 周后，未接纳受精卵植入的子宫内膜已失去存在的必要，全层脱落，断面的血管破裂出血，经宫颈和阴道流

出体外，就是经血。这一周密的相互控制机制自动调节，形成有规律的月经周期（见图 4）。月经出现后，另一个初级卵泡争先受到垂体促性腺激素的刺激生长，又开始另一周期的变化，周而复始，反复发生。于是成年期妇女除非受孕，否则就有规律的月经，多数 28~30 天为一个周期，但 21~35 天一个周期亦属正常，只不过这个自动相互调节的时限有点不同，它的机理则是一样，也应认为正常。不论一个周期多长多短，排卵至行经的时间却是比较恒定，约为 14 天。排卵前的时间长短差异较大。只要有排卵，14 天后子宫内膜脱落出血到时都能自然停止，一般出血 5~7 天。不排卵而出血是病理性的，没有自动调控的激素的相互正常制约作用，到时出血不能停止，就不是正常月经。

5. 妇女的更年期从什么年龄开始？

由于性腺的功能从成熟到衰退的转变是逐渐发生的，因此很难肯定更年期是什么时候开始的。但卵巢的内分泌激素减少到一定程度，妇女就不再行经。纵然在绝经之前常常有月经不规则的表现，现在都公认妇女自然停止行经 1 年，就是自然绝经。停经 1 年后又突然来潮，甚至怀孕的情况，虽不能说绝无，也是仅有的了。除了因一些疾病的需要而施行手术或放射治疗以终止卵巢功能以外，一般在绝经之前就有了更年期的变化；绝经之后，一些更年期的症状还可能持续一段时间。这样，从临床上就很难准确掌握，因此只能从一个人的绝经年龄来估算她的更年期开始时间。严格地说，每

个人的更年期开始时间都可因地域、气候、种族、经济、营养、初潮年龄、婚姻及分娩经过，以及避孕方法的不同而稍有不同。另一方面，从西方历史上一些记载可以看到，妇女绝经的年龄虽然略有推迟，但改变不是特别的大。公元前妇女平均 40~50 岁绝经，中古时期 35~60 岁，目前西方国家一般是 42~58 岁。我国曾在 1980 年调查 29 个省市 13 万多名妇女，自然绝经的年龄是在 42~58 岁之间，平均 49.5 岁，当然还有个别的早到 39 岁，晚到 60 岁。更早或更晚绝经的年龄都应引起注意，直到查明无其它异常为止。实际上 95% 的绝经是在 50 岁前后，农村妇女平均比城市的提早 2 年。1989 年由南京医学院组织全国 23 个单位成立的全国围绝经期妇女健康调查协作组，对医药人员及教师、纺织女工、农民 3 组妇女，各约 2000 人抽样调查的结果，自然绝经的平均年龄为 49 ± 3.7 岁，在 40 岁以下的只占 3.1%，55 岁以上的占 1.1%。分析影响绝经年龄的因素有：初潮年龄的早晚，母亲绝经年龄，曾否受孕生育，农业区与城市，文化及工作性质等。但发生更年期症状的比例不随绝经年龄的不同而变化，有人绝经较早没有不适，有人出现了不适症状相当一个时期后才完全绝经。根据生理指标的测定，更年期大约在绝经前 10 年开始，即 40 岁左右；绝经后约 10 年时间，卵巢功能才完全消失，人就进入老年期。

6. 为什么要等月经 1 年不来潮才定为绝经？

人类卵巢的分泌功能保持约 30 年的旺盛期。这期间每月

有 1 个卵细胞成熟达到排出,同时尚有大量的卵细胞夭折,余下参加竞争的卵细胞的数量愈来愈少。这些初级卵泡的应激能力和分泌能力也不如前了,何况还会受到身心其它因素,如疾病、炎症、肿瘤等影响。有的人分泌的雌激素少到不能对垂体起抑制作用,失去自动调节作用的结果就是不发生排卵,或推迟发生。当不发生排卵时,就没有足够的雌激素刺激子宫内膜增生。突然绝经的例子是有的,然而多数妇女是先经历一段或长或短的月经紊乱时期,有的周期延长,经量减少,有的周期缩短,行经天数增加;较多见的是月经暂停 2~3 个月或半年,然后突然又来潮 1~2 次,或者持续出血 10 余天以至 1 个月以上,且可在点滴出血之间反复大量出血几天。总之,绝经前期可能以多种方式出现。但如连续 1 年不出现月经,一般可以认为卵泡已失去对脑垂体所分泌的大量促卵泡素起反应的能力,较有把握不再出血了。

绝经前期有长有短的原因不很清楚,根据许多调查报告,它受很多因素如遗传、工作性质、营养情况及一般健康等的制约或这些因素综合作用的结果。但对每个人来说,哪种绝经类型或方式,什么原因造成,都没有规律可循,只能等到 1 年不见月经来潮,才能认为卵巢功能已衰竭到无论多大的刺激也不能引起明显反应,则此时已进入绝经期了。除非由于某些疾病的影响,或使用了雌激素药物替代治疗,直接作用在子宫内膜引起增生,否则停经 1 年后再现“月经”就应进行周密的检查,以便及时发现子宫或卵巢的恶性病变。将闭经 1 年定为绝经期的期限是根据大量调查分析得出的结论,至少是符合妇女性腺改变过程的规律的。将来会不会因

采取避孕措施或各种养生方法的应用而改变，目前难说，有待今后的不断调查研究和探讨。

7. 为什么不称更年期为绝经期？

虽然绝经是更年期的明确标志，但它只是更年期中的一个里程碑，并不包括更年期的全部过程。绝经之前已存在卵巢逐步衰退的阶段，据调查，大约 2~4 年，在不同的人长短不一，称为绝经前期。绝经之后卵巢功能更为低下，但不一定立即完全消失，一般也要经历 2~3 年，也有长达 6~8 年，甚至更长。所以更年期是绝经前期、经绝和绝经后期的总和，有人称之为“围绝经期”，可以短至 2~3 年，或长达 8~12 年。更年期究竟从什么时候开始，在多数妇女的记忆中是模糊的，调查时多数只能说出何时绝经，往往不记得何时开始有不适，何时症状消失了。然而未绝经不等于未进入更年期。有的学者提出，为了预防更年期的影响被忽略，以免到了不易处理的地步才求医问治，医务人员和妇女保健工作者有必要为 40 岁后的妇女进行宣传教育和咨询，普及更年期的自我保护知识，使之掌握何时及向谁求治。全社会都应给予协助，开展一些可行的普查门诊或建立机构，为 40 岁后妇女及早诊治更年期综合征。等到绝经后才开始采取保健措施，对很多人来说已经过晚了。

8. 为什么有人不到 35 岁就绝经？

因为卵巢的平均有效寿命是 30 年左右，至少现在调查的现状如此。不到 35 岁就绝经的，除了是手术切除卵巢的绝经外，称为病理性绝经或闭经，以区别于生理性绝经。造成病理性闭经的原因很多，列举如下：

(1) 全身性疾病：如严重营养不良、贫血、结核、性染色体异常等，可引起提早绝经，但多数经过治疗是可以恢复的。延误诊治往往是这些闭经成为不治而永久绝经的原因。

(2) 精神因素：如过分劳累、紧张、恐惧、忧伤，以致神经系统功能失调，影响脑垂体的分泌活动而闭经。如不及时求医治疗，闭经可持续而成为绝经。

(3) 垂体前叶功能减退：如产后大出血性休克所致的席汉氏病，是由于休克使下丘脑和垂体的供血不足、缺氧。若严重缺血超过 2 小时，则垂体功能不能恢复。另外，垂体和垂体藏身的蝶鞍内发生肿瘤，可损坏或压迫垂体致垂体前叶坏死，功能缺失。若未能及时确诊及手术，则出现一系列临床症状，包括提早绝经。较常见的有垂体的嗜碱性细胞瘤，临床上表现为库兴氏病。

(4) 卵巢先天性功能不全：常有初潮迟发，月经周期间隔长、稀发，月经过少和早绝经，甚至原发闭经。另外也有卵巢中卵泡生产过少，或者因某种原因使卵泡中途闭锁过多以至数量严重不足，均可提早绝经。

(5) 卵巢肿瘤：卵巢在极度增大、恶变或在放射治疗中，

组织被破坏，月经形成的机制被切断，而致绝经。

(6) 肾上腺皮质功能失调：由于皮质增生或肿瘤，使雄激素分泌增多，抑制了卵巢功能，导致雌激素水平下降。或肾上腺皮质受到严重破坏，如结核所致的阿狄森氏病，也会影响卵巢功能而致闭经。

(7) 甲状腺功能失调：功能亢进和减退均可改变卵巢对促性腺激素的反应能力，加上全身代谢状态的改变，进一步加重了月经功能的紊乱，导致暂时性闭经或绝经。

以上情况除先天原因外，多半可通过及时发现和及时治疗原发病症而消除，使月经得以再现。

9. 从来没有月经的妇女有更年期吗？

首先要了解妇女不行经的原因何在。原发不行经有真假之分。假性闭经又叫隐性闭经，即卵巢功能正常，保持着周期性活动；子宫内膜也正常，按周期行经。但下生殖道的某部，如子宫颈、阴道或处女膜有先天性缺陷，或后天性损伤，引起闭锁，致经血不能外流。这样，从现象上看是没有行经了，但实质上是经血没有出路，储存在阴道成为阴道积血；或者经血更多时将子宫腔扩大，成为阴道子宫积血；或者更向上将输卵管也变成储存经血的地方，并通过输卵管伞端流入腹腔。一经检查发现，将处女膜切开，或将闭锁的阴道以至子宫颈打开，通向子宫腔，闭经就治愈了。刮宫后闭经则是因子宫内膜粘连，粘连去除，也会正常行经。

另一方面，如果子宫缺如，或子宫内膜对卵巢的内分泌

激素不起反应，即使卵巢功能完全正常，也没有月经。由于卵巢仍周期性地运转，所产生的雌、孕激素仍对其它组织发生影响。当卵巢寿命将尽时，也会由于性激素，特别是雌激素的缺乏，引起更年期的症状。这样的病人，只能通过对她的全面检查，特别是血内各种激素的周期性改变来作出诊断。事实上卵巢完全正常而子宫却不存在的例子很罕见。但由于刮宫多次，损伤了全部子宫内膜；或者子宫腔因损伤或炎症致全面粘连而失去有功能的子宫内膜，因而闭经、绝经的例子却不少。这些都属于后天性子宫性闭经。曾行子宫切除术，但保留一或双侧卵巢的绝经也属于这一类。其卵巢可以继续发挥作用若干年，然后出现更年期，但她们的更年期只有绝经前期和绝经后期的表现，没有绝经期的表现来标志其更年期的发生了。不过可以通过临床症状和血、尿各种性激素检查的结果来明确诊断。

真性原发性无月经很少见。可由于卵巢没有发育，不能分泌雌激素，或不能出现下丘脑—垂体—卵巢之间的协调过程，而没有月经和绝经，也不出现更年期综合征。研究说明妇女必先有能达到生育期的雌激素水平，才会出现雌激素撤退时的急速改变症状。真性原发性无月经患者的老年性改变则会按时到来或提早发生，这与更年期综合征是容易鉴别的，因为后者血中性激素没有改变，临床表现也不尽相同。

10. 妇女在更年期除月经外还有什么改变吗？

形成更年期的主要原因是卵巢产生雌激素的能力进行性

减少，渐趋消失。因此在更年期，凡是具有雌激素受体的组织都会由于雌激素的不足或缺如，出现退行性变化，从而产生一系列临床表现，有时比绝经的出现更为引人注目。

(1) 外阴萎缩开始并不明显，在绝经 2~3 年后则很显著。首先是阴唇皮下脂肪减少，弹力降低，阴毛脱落变稀，大阴唇薄平，小阴唇缩小。随之阴道口的弹性也减少、缩小及扩张性差，前庭大腺的分泌物由少到无，更加重性交时阴茎插入时的不适和困难。

(2) 阴道粘膜上皮细胞萎缩，表层细胞脱落，余下基底细胞亦不再生长，变得菲薄脆弱，易受感染。粘膜上皮的渗出液减少，由酸性变为中性，减低了阴道原有的抑制细菌生长的能力。尤其厌氧菌的大量出现，产生所谓的老年性阴道炎，在粘膜上皮下层有充血的红点。

(3) 尿道粘膜随着雌激素的刺激减少，也逐渐萎缩、变薄，往往在尿道口呈现一圈微血管，或者尿道粘膜外翻。尿道的横纹肌张力减退，容易出现尿失禁现象，特别在咳嗽、喷嚏或用腹压时明显。

(4) 乳房是性器官的一部分，虽然远离子宫和卵巢，却是雌激素依赖组织。更年期的早期常有乳房发胀感，但乳房组织，尤其皮下脂肪也在逐步萎缩减少，使乳房下垂并失去张力，不再高耸，当然更不会有分泌功能，若仍有分泌物，则需进行检查。

(5) 体形的变化，在更年期开始时表现的是脂肪组织分布的改变，虽然加强运动锻炼可以不同程度地减轻肥胖及腹部脂肪增厚，但不可避免地会有一定程度的老年人的特征，如

身材变粗，腰围线条消失，腹肌张力减弱，大腿皮下脂肪加多，面部出现的皱纹加多，眼下有“卧蚕”，唇上下细毛加多，以及皮肤上出现色素斑等。

(6) 下丘脑和脑垂体因受不到雌激素的反馈抑制，大量分泌促卵泡素和其它促内分泌腺作用的激素，影响到身体其它的代谢功能。其中钙和血脂的改变尤为明显，由此而改变骨的致密度和血管的弹性，引起严重危害妇女健康的另一些问题，如骨质疏松症、高血压及冠心病等。其意义远超出了更年期月经改变的范畴。

(7) 中枢神经系统，尤其植物神经系统的功能，也会因更年期多种内分泌相互的影响，而出现短时或轻或重的异常变化。特别在原来自我控制能力较差，或者反应比较敏感及强烈的妇女，容易有一时难于协调的行为或感觉，重时甚至与精神病发作难以区分。不过可以通过教育，明了其发生原因，或通过一些药物的调理，使之很快自然减轻，最后完全恢复正常。

(8) 其它如更年期后好发的糖尿病、库兴氏病及甲状腺功能改变，与雌激素的因果关系仍未有明确结论，尚需更多的研究来澄清。

11. 同是更年期，为何在男性不构成大问题？

男女一生中都经历相似的几个时期，但并非各个时期都完全一样，特别在性腺的发育和机能上，两性有很大的区别。这是因为男女从新的生命开始时，细胞核内的 23 对染色体

(遗传物质)中就有 1 对染色体不是一样的。这 1 对是性染色体。在男性为 1 条 X 染色体和 1 条 Y 染色体,女性为两条 X 染色体。如果两对中的 X 染色体配为 1 对,就决定这个生命将长成为女性(见图 5)。若这对性染色体中 1 条是 X,1 条是 Y 配成对,则这个生命将发展为男性。

图 5 正常女性染色体核型分组(当中两条是性染色体 X)

女胚分化出的性腺是卵巢,男胚的性腺则为睾丸。两者所分泌的性激素有很大不同,自身的生长发育方式也不一样。总的说,睾丸发育比卵巢晚,因此男孩的青春期比女孩开始晚。卵巢的功能旺盛时期比睾丸的短,而且相对消失较急速。男性的性腺功能减退缓慢,有记载 90 岁尚保持生育能力,亦有报告健康老人的睾酮水平不随年龄降低,只 24 小时的平均值较低,但如有营养不良或并发症的影响或其它原因,也有出现明显的更年期症状的。一般的印象是 60~70 岁的男性仍有性行为的为数不是太少。至于为何有的受精卵(即精卵结合的新生命)携带两条 X 染色体,有的却带有 1 条 X,1 条 Y

染色体，那完全是机遇的问题。因精子在成熟过程中，最后 1 分为 2 时，一半精子带 X，另一半带 Y 染色体；卵子在 1 分为 2 时，每半个都带 X 染色体。所以这半个卵子和半个精子结合成为一个新细胞时，遇到带 X 的精子就只能向着女性发展，遇到带 Y 的精子就发展成为男性，卵子在这一点上完全没有决定的能力。

由于睾丸有保持旺盛期较长，衰退期较慢的特点，转变期中不感到不适的比较普遍，因此提到更年期，人们自然想到是妇女的一个保健问题。

12. 每个妇女在绝经前后都有症状吗？

严格地说，每个妇女进入更年期都有症状。首先是月经的改变，然后是女性第二性征和生殖器官的退行性变化。但并非每个更年期妇女都会因此期的到来而感到不适，因为变化是逐渐发生的。约有 1/4 的人根本没有异样感觉，特别是没有发生出血情况的妇女，把月经停止作为一件减少麻烦的“好事”对待，不予理会，在不知不觉中就度过了更年期。约 75% 的妇女在更年期会有一些不适症状，其中的 25% 会找医生咨询，经医生解释清楚，或采用简单的办法，大多能平稳地度过。据统计只有 5~10% 的人会真正发展为更年期综合征，影响到生活或工作。然而没有自觉症状并不等于不存在更年期问题，而是问题表现为潜在的代谢改变。据 1988 年全国围绝经期妇女健康情况的调查，2451 例绝经妇女中，患心血管病的占 17.2%，其发病率明显高于绝经前妇女；神经系

统及精神方面异常者占 11. 1%；身高变矮的为 15. 9%，驼背弯腰的占 3. 9%；曾发生骨折的为 3. 6%；感觉外阴干燥、瘙痒等不适的人就更普遍了。

另一方面，不能将更年期发生的症状一律用更年期综合征解释而置之不理，因为随着年龄的增加，发生各种疾病的机会也增多了。如有月经紊乱，子宫出血，可以考虑是卵巢功能衰退的表现。但首先应考虑有无生殖道肿瘤，特别是恶性肿瘤所致的出血。又如出现尿道应力性失禁，应当排除阴道和尿道陈旧性裂伤，括约肌受损等病变。总之，更年期有任何不适都应到医疗单位检查清楚，只有排除了其它器质性疾病如生殖器官癌瘤等，并经证明有卵巢功能失调现象，才能确诊为更年期问题。妇女癌瘤发生率在我国未曾作过详细调查，据美国 1941~1960 年的调查，其发生率在 40 岁后明显增加（见表 1），其中生殖器官的癌肿占很大比例，因此万万不可粗心大意。

表 1 妇女癌瘤发生率（每 10 万妇女中例数/年）

年 龄	1942~43 年	1949~51 年	1958~60 年
20~24	20. 10	23. 12	25. 81
30~34	70. 04	75. 78	100. 10
40~44	219. 93	238. 09	245. 39
50~54	438. 82	448. 62	450. 45
60~64	770. 84	744. 40	732. 14
70~74	1129. 90	1172. 78	1120. 71
80~84	1495. 09	1497. 93	1657. 08

13. 更年期有哪些症状？会自然消失吗？

妇女的更年期中常出现一些症状，它们既不是器质性疾病，也不是不可克服的或一旦出现就永久存在的病理状态。更年期是一个内分泌改变的转折期，不同人对此自然有不同的反应。有人认识到更年期的一些变化，特别是绝经，是必然的过程，会处之泰然，将它作为生活的一部分来接受，不感到任何负担或忧虑，亦不产生任何症状，很安然地进入老年期。据英国的 1000 例更年期妇女调查报告，15.8% 的人毫无症状，62.5% 仅有轻度潮热感；84.7% 的妇女认为更年期的不适症状不影响她们的工作或日常生活。我国广东亦曾调查 3302 例自然绝经的妇女，年龄均在 40 岁以上，有 9.9% 无任何自觉症状，多数人虽有一些生活和行为的改变，但通过自动调节适应，也能顺利安全地度过更年期。

但确实有一部分人，特别是因种种原因，雌激素水平的下降比较快速或突然，或同时有一些较强烈的外因，与雌激素水平的变化共起作用，超过了机体和植物神经能很好承受的程度，便会出现一些症状，构成称为更年期综合征的一种心身医学问题。据全国围绝经期妇女健康调查协作组报告，调查中文化程度较高的城市妇女，更年期症状的发生率较高。这也许间接说明对更年期综合征顾虑越多，症状越明显，或者体力劳动可以协助消除一些不适症状，这是值得进一步证明的问题。

更年期最明显的症状，也是最早出现的症状，是潮热、出

汗和心慌。这是血管舒张和收缩失调的一系列表现。更年期综合征中潮热是颇具特征性的。在我国调查中，潮热发生率为更年期妇女的 28.6%，在国外有的报告高达 62.5~80%。患者常不自觉地突然出现强烈的发热感，由躯干上部，特别颈面部，向上扩展到头顶，然后自然消失。随之出汗，皮肤有刺激或轻度寒冷感。白天黑夜任何时候都可以发生，每次持续数秒钟至数分钟不等。有的人偶然发作 1 次；有的人每在活动、进食或情绪不稳时即发作，甚至频繁到每天 30~50 次之多，经常在睡梦中热醒、大汗，且影响睡眠，以致头昏、头痛，非常苦恼。但这种症状属自限性，少则一年半载，多则 4 年 5 年就自行消失。

其次是植物神经系统功能失调症状，如疲乏、注意力不集中、抑郁、紧张、情绪不稳、易激动、失眠、多疑、健忘、肢体感觉异常（有蚁走感、麻木、沉重、痉挛）、头晕、耳鸣等。这些症状不一定都出现，每种症状的轻重程度及发作频度各不相同，可以多样化。约 75% 更年期妇女可有上述一类症状及不适，但多数会逐渐减轻以至完全复原，不留永久改变。其中有些症状如健忘、疲乏等，可能更多的原因是与老年性变化有关，但发生在更年期，使妇女不易区分清楚。

其它症状如骨骼关节痛、骨质疏松症、冠心病、高血压病、动脉硬化症、各种代谢及营养病，以及泌尿系和生殖道不适症状。在临床上虽然不如血管舒缩和植物神经功能失调症状那样困扰病人，但这些改变却多半是不可逆的病理状态，常持续到老年期，或加重，或引起其它合并症，影响到老年人的健康和生命，更应给予充分注意。

14. 有人说更年期症状瘦人重、胖人轻，对吗？

这话虽不绝对正确，却有一定道理。卵巢的组织结构可分为外面的皮质和中心部位的髓质两部分（见图 6）。卵巢皮

图 6 成人卵巢斜切面模式图

质在婴儿时占卵巢的绝大部分，内有大量的始基卵泡散布在基质组织中。生育年龄时因大量始基卵泡已枯萎，卵巢皮质变薄，但仍占卵巢 $2/3$ 的厚度，含有不同发育时期的卵泡，从始基卵泡到囊状卵泡。随着卵泡的进一步枯萎和成熟卵细胞的排出，皮质越来越薄，到老年时只剩薄薄一层，仅占卵巢厚度的 $1/3$ ，卵巢皮质分泌雌、孕激素的功能由减退进而终止了。

卵巢髓质由疏松的结缔组织组成，所占的厚度与皮质相反，开始很少，越近绝经期越厚。髓质中有血管、淋巴和神经，直通卵巢门，是妇女体内产生少量雄激素（每日 $1 \sim 2\text{mg}$ ）的地方。女性体内的雄激素有辅助青春期少女迅速生长

和体毛正常生长的功能。绝经前后雌二醇量减少，而卵巢髓质分泌的睾酮不变，加上肾上腺分泌的多量睾酮从血循环到达外周组织，尤其脂肪组织内，通过化学作用，转换成雌激素（主要是雌酮），然后经过血循环回到雌激素的受体中而发挥作用。

肥胖妇女的皮下脂肪多，能够转换成较多量的雌激素，使之在体内始终保持较高的水平，因此更年期综合征较轻，而且发生骨质疏松症的危险性也比瘦小者少。不过胖瘦只是许多因素中的一个因素，必须将所有因素综合在一起考虑，才能了解某人为何有症状，而另一人则没有。当所有其它因素都相同时，那么肥胖因素对更年期症状减轻的作用就明显了。

15. 绝经前月经的改变是功能失调性子宫出血吗？

功能失调性子宫出血是指在不妊娠，无生殖器官肿瘤、炎症、外伤，或无全身性出血疾病等情况下，而出现的月经周期或量的不正常所致的出血，它是由于性激素分泌功能的失调引起的。当分泌功能经过调整复原时，出血停止，月经周期即可恢复正常。但事实上子宫出血的原因很多，并且互相影响，有时很难肯定只是内分泌异常的结果。真正的功能失调性子宫出血多发生在青春期，当卵巢开始发育，尚未臻于成熟时，或在更年期，当卵巢功能开始衰退时，而在更年期者为多见。

我们已经知道更年期是由卵巢衰退引起的下丘脑—垂体—卵巢相互控制失调造成的一个转折时期。先是卵巢的卵泡

分泌量不足以抑制下丘脑功能和脑垂体产生促卵泡激素所需的量，下丘脑又不能分泌足够的促黄体生成素释放因子，因而垂体产生的促黄体生成素达不到波峰，不足以使卵泡由成熟到排卵。过多的促卵泡激素使卵泡不断增大形成卵泡囊肿，不向成熟卵泡转变，中途夭折的闭锁卵泡增多；它们也分泌少量雌激素。这些雌激素积聚一起，持续作用于子宫内膜，使子宫内膜增生过长，但缺乏排卵后的黄体，也就没有黄体酮（或称助孕素）的形成，以致增生期的子宫内膜不能转变为分泌期的子宫内膜。子宫内膜既失去助孕的能力，又不能自然全部脱落，因而不能形成有自控过程的月经。增生过长的子宫内膜受过量雌激素的影响，常呈不规则部分脱落，而表现为不规则出血。由于不是全部脱落，子宫内膜缺乏有规律的更新过程，故而月经有时淋漓数月；有时闭经一个时期，然后大出血；更多的情况是经过相当时间后，偶然一个卵泡由成熟达到排卵，于是子宫内膜可以自然全部脱落，形成一次正常月经，这时经量往往比较多。当然这种偶然排卵的机会越来越少，月经越来越稀，最后停止而绝经。这和青春期的功能失调性月经，随着卵巢的日趋成熟而自然调整成为规律月经的机制恰恰是相反的，因为更年期的月经是卵巢衰退过程的必然结果。更年期的功能失调性子宫出血，与生育年龄妇女因精神因素、营养不良或其它疾病引起的功能失调性子宫出血也不完全相同，后者的出血可在这些因素消除后恢复为正常月经。

16. 既然更年期的月经不正常最终都导致绝经，可否置之不理？

可以说绝大多数妇女更年期的月经不正常是自然过程，最终会以绝经完结。是否可以不必担心而泰然处之呢？造成月经不正常，或量多，或淋漓，或突然闭经的原因很多，所以任何时候出现月经异常，都应该找医生咨询、检查有无下列引起月经不正常的因素存在。

(1) 首先应当证实闭经是否妊娠，这在青春期到更年期的妇女都是可能的。更年期卵巢的衰退过程不是直线下降的，常在内分泌波动一个时期后才完全绝经。这个期间有性生活的妇女，偶然一次排卵而碰巧受孕，并不是绝对不可能的，是不能断然否定而予以排除的。异常妊娠，如早期宫外孕或早期流产会发生短期闭经后出血，如不注意排除，误认为更年期功能性子宫出血，则会延误治疗，或因并发感染，更加重了病情。

(2) 凝血障碍性疾病，如特发性血小板减少性紫癜、白血病、再生障碍性贫血等，均可表现为子宫出血或月经量过多。需要检查血常规，包括血小板计数和凝血、出血时间来明确诊断。

(3) 生殖道感染，无论急性或慢性的，尤其结核性子宫内膜炎，往往有不正常的子宫出血。若子宫内膜的功能层受损，阻碍内膜的再生长，可以持久出血，或闭经与出血相间。

(4) 子宫息肉，是有细长的蒂附着在子宫壁的肉样组织块。它也可能是子宫内膜增生、子宫腺肌瘤样病变，以至子宫组织恶性变。多半有月经周期缩短，或虽正常行经，但血量多。

(5) 子宫粘膜下肌瘤易有间断的大量出血。

(6) 卵巢功能性肿瘤，如卵泡膜细胞瘤或颗粒细胞瘤，由于大量分泌雌激素，刺激子宫内膜增生，产生内分泌失调性子宫出血。绝经后的妇女若发生了这种卵巢肿瘤，也会再次出现子宫出血。

(7) 心血管系统疾病，如高血压病或心功能不全的妇女也易有子宫出血。肝脏病人容易出血。这些都需要进行检查以除外。

17. 更年期功能失调性子宫出血好治吗？

治疗更年期功能失调性子宫出血的先决条件是诊断必须正确，否则出血不止，而造成出血的潜在病因却发展了。经过全面检查并无器质性病变时，首先应当向患者解释清楚，解除顾虑，建立信心，使之主动配合治疗。如果只是月经不规律，出血量不过多时，可以共同观察 3~5 个月，多数出血会减少以至停止。出血期间须避免过劳及精神紧张，要吃好，睡好，尽量使身体处于较好的状态，以增强内分泌和血液方面的自然调节能力。

反复多量不定时出血往往需要行刮宫术。一方面可以取出子宫内膜送病理检查，观察子宫内膜的细微改变，这是最可靠的找出子宫出血原因的诊断手段。另一方面将全部子宫内膜，连同内膜含有的活物质（造成血液不易凝固的物质）一起刮出，才有可能促使内膜的基底层正常止血。一般在刮宫后出血就会减少或停止。即使不停，对以后出血应采取什么治疗方案会更有把握，而不至盲目用药。刮宫手术在

一般妇科门诊就可进行，没有什么痛苦。不过要按严格的无菌操作规程进行，而且要在有条件进行病理检查的单位做，以达到最好的诊断和治疗目的。

除外了子宫内膜恶性变后，在更年期子宫出血的治疗上，现在较多采用孕激素制剂，如口服炔诺酮或安宫黄体酮。从出血第一天算起的第 18 天左右开始服用，共服 7~10 天，以模仿正常卵巢生理功能，使增生期的子宫内膜能转入分泌期，从而在停药 3~4 天后自然全部脱落，出血自然停止。从出血第一天开始计算到第 18 天，再开始用安宫黄体酮 7~10 天，如此连用 2~3 个周期，如撤药后无出血，则可以认为子宫已基本没有内膜增生，将不再出血。除孕激素制剂外，也可以用其它激素，如出血量大且不止时，可立即用睾酮或可的松急速止血，然后改用其它激素或中药。中药治疗须辨证施治，不能自己滥用成药成方。对于顽固的大量出血的更年期妇女，如果合并其它情况，认为选择手术治疗更为适宜的，亦可以考虑切除子宫，但最好保留一侧正常卵巢，以免突然中断雌激素的来源，导致严重的更年期症状出现或提前出现。

18. 更年期阴道出血不做诊断性刮宫，用别的方法检查行吗？

妇女除了按期行经外，任何其它时候的阴道出血都是值得重视而应当检查清楚的。更年期妇女虽然因内分泌失调，功能性子宫出血的发生率较高，而其它原因引起出血的可能性是存在的，绝不能忽视。阴道出血的部位可以从处女膜开始寻找，一直到输卵管。其中最主要的还是子宫和子宫颈。检查阴道出血原因，首先是放入一个阴道窥器以仔细地观察，可

能会发现在处女膜、阴道粘膜有溃疡、破裂、肿瘤、严重炎症，或见到宫颈重度糜烂、癌瘤、撕裂等出血病灶。妇科医生已形成这样的检查常规，即对阴道出血患者取子宫颈口刮片，送病理检查有无癌细胞；然后医生用双手从腹外和阴道内，行双合诊检查子宫和卵巢有无异常；有时还同时用中指插入肛门，检查卵巢、子宫后面有无异常，来除外肿瘤或盆腔炎症引起出血的可能。现在大多数医院都有 B 型超声设备，对诊断妇科疾病有很大帮助。

然而阴道出血多半来自子宫，特别是子宫内膜，在很多情况下需取几块子宫内膜，在显微镜下寻找出血的主要病变，以便针对病因予以治疗，因此必须做诊断性刮宫。子宫内的细小变化靠 B 超诊断是不易确定的。诊断性刮宫则是相当可靠的，不但可以显示有无恶性改变，或不典型增生（有可能恶变）；或是生长过长，是哪类型的增生；还可以了解子宫内膜是否萎缩出血。何况在出血多而不能止时，将子宫内膜从基底层上刮掉是最好的止血办法。可见阴道出血找不到显而易见的原因时，诊断性刮宫是不可避免的一步。应注意刮宫前若有炎症，必须先行治疗，控制后再行刮宫，以免炎症扩散。

更年期是妇女子宫内膜癌的好发年龄期。子宫内膜癌的早期多为局限性息肉型，子宫不增大，出血量亦不是很多。为避免子宫内膜癌与子宫颈内口的癌相混淆，有人主张应分段刮宫，以明确癌的部位。另外息肉型的子宫内膜癌好发于子宫角，最好同时用子宫腔吸片辅助诊刮，以提高诊断的阳性率。还有人使用宫腔镜检查，在其指引下看准子宫内膜，特

别子宫角的可疑处，刮取组织以保证诊断的准确率。

19. 更年期妇女阵阵发热是什么原因？

人们天热时或穿盖过多引起发热是体内存热过多。为保持体温于一定水平，机体于是按辐射、水分蒸发等物理机制把热放散出去。更年期的潮热，也伴有皮肤发红和出汗，但随之则有畏寒，并且不论寒暑、昼夜，衣着多少都可发生，骤来骤去，与天气和环境的温度毫不相关，说明它不是正常的生理调节。虽然对潮热的发生机制，目前还不能从生理、病理学上完全阐明，但它只发生于更年期雌激素量下降期间。在原发无卵巢功能的人中从不发生，说明妇女必须曾具有正常的雌激素水平，然后才会出现更年期的潮热症状。因此可以认为潮热是内分泌的急剧改变引发的。雌激素量下降时，促使下丘脑和垂体活动增加，一方面加速分泌促性腺激素，同时使距离下丘脑很近的体温调节点出现急剧的间歇性变化，随同垂体脉冲式释放出多量促卵泡生长素，导致周围血管紧张度处于不均衡状态，故而阵阵发热、出汗，皮肤血流加快发红，然后畏寒。有的学者认为潮热还不仅是中枢神经系统直接作用于血管，而且是促使一些血管活性物质，如组织胺和前列腺素释放，或正肾上腺素作用加强，使血管舒缩异常，主动散热。这与由于外界温度引起的平衡体温的发热过程不完全相同。可靠的科学试验证明，更年期综合征使用雌激素制剂治疗最为有效，其中以缓解血管舒缩运动障碍产生的症状，如潮热、出汗、心悸等的效果尤为突出，并且往往是患

更年期综合征中最先被满意控制的症状。当卵巢功能完全停止，雌激素下降到零或极微量时，下丘脑和垂体的活动趋于平稳，潮热出汗症状自然消失。

至于为何有的妇女同样有过达到生育效能的雌激素水平，而更年期时却没有症状，甚至不存在潮热、出汗带来的苦恼，这完全取决于卵巢功能衰退的速度和中枢神经系统及下丘脑的稳定状态。最明显的例子是因良性肿瘤或其它疾病在绝经期前切除双侧卵巢的妇女，更年期症状比一般自然绝经的人为重；而在绝经前月经紊乱时间较长的人却不一定有潮热症状。因此，凡因良性疾病切除双侧卵巢的妇女，一定要及早应用雌激素替代治疗，以预防更年期综合症状的发生或至少减轻其严重程度。

20. 更年期妇女的血压都高吗？

高血压病是常见病。人的血压随年龄有所增加。在生理情况变动时，亦有一定幅度的波动。比如活动后或中枢神经系统功能失调，不能对大脑皮层下的血管舒缩中枢起正常调节作用时，血管收缩神经冲动占优势，则全身细、小动脉痉挛，血管周围阻力增高，血压暂时性升高；如果血管痉挛持续存在，就成为高血压病。内分泌系统、肾脏和体内电解质的功能紊乱都会造成血压的升高。小动脉痉挛导致脏器缺血，特别肾脏的缺血会增加肾素分泌，进而转化为血管紧张素，使细、小血管痉挛加重。

病因尚未十分明确，以血压升高为主要表现的为原发性

高血压，一般称为高血压病。由于某些疾病或功能失调的症状中出现高血压的称为症状性高血压。高血压病引起的高血压约占 80~90%，症状性高血压占 10~20%。后者在引发其它的疾病或功能失调中，高血压只作为症状之一，或为暂时性，疾病痊愈则血压恢复正常，因此也叫继发性高血压。

少数更年期妇女由于雌激素水平的下降速度较快，交感神经系统兴奋，血管舒缩中枢调节异常敏感，细、小血管容易痉挛，痉挛重时则血压暂时升高，成为更年期高血压。主要表现为收缩压上升，舒张压改变较少或无。眼底、心脏和肾脏无受累表现。高血压的表现形式并不固定，用镇静剂或雌激素治疗有效。未经治疗，血压可在更年期未恢复正常。

然而更年期多在 50 岁左右到来，正值高血压病有关发病因素——动脉硬化出现的年龄，因而绝经后的高血压病发病率陡然上升，已是众所周知的事。为什么未绝经妇女的高血压病的发生率比男性明显的低，而绝经后则男女发生率相等，有人认为与雌激素的水平有关，因为雌激素有保护心血管系统的功能。在一组因病早期切除卵巢的妇女中，动脉硬化症的发生率比未切除卵巢，正常行经的妇女高 4 倍。这一问题仍在深入研究中。因此对更年期的高血压病患者应当查明原因，不能简单将之归类为症状性高血压而掉以轻心。查明无器质性病因时，可以考虑与更年期有关，否则应针对病因采取相应治疗措施。

21. 更年期妇女外阴瘙痒要紧吗？

外阴瘙痒是妇女较常见的症状，从幼儿到老人均可发生，但更多见于更年期妇女。常发生瘙痒的部位是阴蒂和小阴唇内外侧，重的可波及整个会阴部、大阴唇以至肛门周围。多半是阵发性的，突然出现，稍过一段时间又消失或减轻。外阴部温度过高、刺激性食物如辣椒以及烟、酒等可使局部充血，瘙痒加重。外阴不洁，内裤过紧，或穿化纤的内裤均会刺激外阴，引起瘙痒及皮肤反应。而过分注意，造成条件反射，尤其反复搔抓，则更易加重症状。

引起更年期外阴瘙痒的原因很多，列举如下：

(1) 慢性局部刺激：除了上述造成局部充血或过敏反应的原因外，最常见的是阴道炎排液过多引起。除霉菌性阴道炎和滴虫性阴道炎外，更年期又多了一个因素，即老年性阴道炎。老年性阴道炎不像上述其它阴道炎排液多，刺激性大，往往阴道排出液很少，甚至不易察觉。它造成的瘙痒主要是外阴皮肤本身发生了退行性变的结果。当卵巢功能减退，雌激素水平下降时，阴道壁也由于失去支持而退缩，容积减小，弹性减少；阴道粘膜变薄，皱褶消失，皮下毛细血管易受破坏；上皮糖原成分减少，分泌物的酸度减低，促使阴道内细菌的菌群改变，容易发生局部炎症。据统计绝经后妇女，30%以上有老年性阴道炎。也有不少人外阴皮肤变薄，皮下脂肪消失，出现萎缩性变化，可延及整个外阴及肛门部，表现为皮肤皱缩、硬化、变白，并在此基础上并发外阴皮肤病。这

些改变不断刺激该处的神经末梢，发生难忍的顽固性外阴瘙痒，与硬化性苔藓、外阴白斑等皮肤病难以鉴别。

(2) 尿液、汗液及肛门分泌物的刺激：如糖尿病人的尿中含糖过高；泌尿系感染或尿失禁时长期脓尿等刺激；长期服用泻药排便时的刺激，亦会引起外阴和肛周瘙痒。肥胖者由于汗腺及皮脂腺的分泌物的分解，藏于外阴皮肤皱褶中，使皮肤浸软并磨擦，亦常为瘙痒的原因。

(3) 外阴静脉曲张：引起皮肤营养紊乱及末梢神经兴奋性的改变而发生瘙痒；反复抓搔可继发慢性湿疹，单纯性苔藓样硬化，厚皮病，甚至发展为外阴白斑。

(4) 继发于全身性皮肤病的外阴皮肤病：如牛皮癣、脂溢性皮炎、慢性湿疹及扁平苔藓等。

(5) 全身性疾病：如维生素 A 和维生素 B 族缺乏；黄疸，白血病和糖尿病等严重时可有局部以至全身瘙痒。

(6) 变态反应：如药物疹、荨麻疹，特别当外阴直接接触一些刺激性肥皂、外阴用药，使用避孕器具或胶冻，也会引起外阴严重瘙痒，以至皮炎。因此外阴瘙痒时万万不可自己随使用药，最好让医生查清原因再按医嘱治疗。

(7) 此外，有的外阴瘙痒并无明显病变，但思想上感到痒就抓，越抓越痒，是属于精神神经性的。它虽然很少单独成为瘙痒的原因，但在加重外阴瘙痒症状上是一个值得注意的因素。

由此可见更年期外阴瘙痒，虽然大多由于缺乏雌激素所发生的老年性阴道炎引起，但其它因素也不少见，而且更应当首先排除，因此应当重视检查和治疗。另外很多人在用了

雌激素之后，痒症就完全被控制了，有效的解除了困扰人的不适，值得试用。

22. 更年期妇女为何容易有阴道滴虫或霉菌感染?

阴道滴虫是一种很小的单细胞，在显微镜下可以看到。它比人的白细胞约大 2 倍，顶端有 4 根鞭毛，可以在原位移动（见图 7）。它对环境的适应力很强，离开人体还能生存几个小

图 7 阴道滴虫

时，所以很容易传染别人。它在氧气较少的地方，比如阴道深部也可以生存、分裂、繁殖。月经来潮前后和妊娠期，阴道的酸碱度更适宜于滴虫寄生。更年期时卵巢功能减退，影响阴道粘膜的厚度和糖原的含量和代谢，对阴道滴虫的生存有利，因此更年期妇女是比较容易感染滴虫的。但阴道滴虫主要是由性交直接传染的；通过浴盆、坐厕或污染器械间接传染的可能性也有。但若人人自己注意，不用未经严格消毒、不清洁的浴缸和别人用过的器械、毛巾、衣裤、被褥之类有

可能带滴虫的用具，则可以防止感染。如果男方有尿道滴虫感染，则应同时进行治疗。治疗阴道滴虫，近年有疗效较好的药物，叫灭滴灵。口服此药 200 毫克，每天 3 次，共 7 天，即可杀灭滴虫。若每晚加用 200 毫克作阴道栓塞，效果更佳。不过治愈后还应多次复查，以观察是否复发。局部用酸性或碱性较强的药物也能杀灭阴道滴虫。另外用雌激素治疗更年期综合征，增强阴道粘膜的抵抗力，也对防治阴道滴虫病有利。

霉菌性阴道炎是由一种可以寄生在正常人体皮肤或粘膜的，称为白色念珠菌的霉菌引起的。平时可不发生炎症症状，但在人体抵抗力降低或者长期应用抗生素、肾上腺皮质激素，以致阴道内菌群发生紊乱，抗感染能力降低时，可引起突出的外阴阴道瘙痒，伴白带多，成白色片块状，外阴阴道红肿甚至糜烂。幼女和更年期妇女因缺乏雌激素，阴道抵抗力低下，容易发病。特别是患糖尿病的人，念珠菌生长更快，外阴瘙痒更重。本病重在预防。平时不要随使用抗生素，尤其广谱抗生素及可的松类药；有糖尿病者应降低血糖，并注意皮肤和外阴的清洁。霉菌性阴道炎较易诊断。治疗上有许多以制霉菌素为主要内容的药栓，自行放入阴道内，十分方便。严重者可采用阴道灌洗、上药，同时口服制霉菌素，外阴涂制霉菌素软膏等方法。坚持治疗 1~2 周，一般都能治愈。

阴道滴虫症和霉菌性阴道炎都是世界卫生组织列为性传播疾病，因此注意性的卫生非常重要。男女一方发现本病，对方亦应检查。在治疗期间，应避免性交，到双方检查阴性为止。每日治疗用药同时，勤换内裤，换下衣物采取日晒、煮

洗等消灭病菌的方法，避免治疗中再感染。

23. 老年性阴道炎怎么诊断？怎样治疗？

卵巢功能衰退，雌激素减少，生殖器官逐步萎缩，阴道上皮变薄，抵抗力减弱，易受一般细菌的感染而发生老年性阴道炎，因此主要见于绝经多年的老年妇女。但其发展是与雌激素的减少同步的，所以如果年纪未老，却因种种原因发生卵巢功能衰退或消失的妇女，也会有老年性阴道炎的表现。

本病的诊断比较容易，最根本的一点是发生在绝经，或围绝经期的妇女。它的症状也是比较典型的，就是外阴瘙痒、干燥灼热感，有时甚至阴道烧灼，下坠以至小腹部不适，尿道及阴道口周围疼痛。其次是阴道分泌物增多，一般是水样，感染重时可以是黄色，粘稠似脓，有臭味。有的老年妇女，绝经时间久了，阴道分泌物是血性，或有点滴出血，常引起本人和家人的极度恐慌，连医生也不敢轻易放过一切检查手段，来除外发生癌瘤的可能。也有的妇女主要感到尿频、尿痛，按泌尿系感染长时间治疗无效，经妇科检查才发现是老年性阴道炎影响的结果。妇科检查时，老年性阴道炎呈现比较独特的局部表现，就是阴道壁和宫颈粘膜菲薄、轻度水肿、发红，有大大小小的点状或片状粘膜下出血斑，以子宫颈和它周围的部位为多；有的粘膜形成浅溃疡，触痛明显，患者往往拒绝窥阴器的放入。因为阴道已失去弹性，阴道狭窄，有时溃疡形成瘢痕，或者阴道壁两面粘连在一起，使部分阴道闭锁，只能用特小号的窥器轻轻试探着放入，或只用一指慢慢伸入

触摸子宫颈及穹窿部，检查指上的乳胶手套，这时多半会带出鲜血和较多的黄稠分泌物。必须注意检查排除滴虫或霉菌，因为退变的阴道粘膜也适于阴道滴虫或白色念珠状菌的生长。老年性阴道炎同时伴有滴虫症或霉菌感染的情况是不少见的。

老年性阴道炎的治疗应当说是比较容易的，只要用任何一种雌激素制剂，口服或局部涂敷，都会立即见效。比如用乙蔗酚栓或软膏局部涂几次就可使全部症状消失。用口服或其它剂型的雌激素治疗更年期综合征时，老年性阴道炎也是最早消失的最显著的症状之一。遇有不适宜全身或局部用雌激素的患者，如曾因卵巢恶性肿瘤而切除卵巢的绝经妇女，老年性阴道炎的治疗比较困难。可用 1% 的乳酸液冲洗阴道，以提高其酸度，使之不利于一般细菌生长；然后喷涂磺胺粉、呋喃西林，或其它抗生素或中药。如果合并有滴虫性阴道炎或霉菌性阴道炎，则需同时治疗。阴道抵抗力的提高有助于杀灭阴道滴虫和霉菌，此二者的消除有利于阴道粘膜的愈合，对老年性阴道炎的治愈亦有帮助。老年性阴道炎无传染性，不属性传播疾病，但因粘膜薄，有溃疡，触痛重，治疗期间仍应禁性生活。老年性阴道炎引起的尿频、尿痛症状在用雌激素后亦会减轻。本病不能一次治愈，因为雌激素继续减少，复发可能性大，故需再次治疗。治疗方法同前。

24. 年龄较大的妇女常有尿失禁，也属更年期综合征吗？

尿液不自主地外流叫尿失禁，从新生儿到老人都可偶然或较常发生，但以婴儿及老年妇女为多。由于尿道的先天异

常或外伤造成的尿失禁是真性尿失禁，有明显的缺损，需在泌尿科行大手术纠正，否则尿流不止。婴儿和老年妇女的尿失禁是假性的，尿液部分溢出，特别是站立时，或者咳嗽、用力时，因尿道括约肌松弛，张力不足以管制排尿。妇女在妊娠和分娩时，腹压增加，骨盆底的韧带和肌肉过度扩展，或者部分肌纤维和结缔组织损伤，尿道括约肌的功能不全。年纪大了，特别当雌激素减少时，子宫、膀胱、尿道的支持也受到影响而萎缩、变弱，原无症状的亦会出现应力性尿失禁，已有轻度症状的更会加重。但据统计，未曾生育过的妇女其老年发生尿失禁的发病率占 14.9%。这些人多是有先天性膀胱尿道支持不足，支持组织及神经支配不健全，年青时症状不明显，或很轻，而年岁大时也会有尿失禁。这也是因为雌激素减少的缘故，不过症状多半比曾生育过的妇女轻，只是提重物或做其它加大腹压的动作时才漏尿。曾经难产或用手手术助产，比如产钳分娩，阴道有裂伤的妇女，往往产后盆底组织不能完全复旧，支持组织松弛，子宫脱垂，膀胱和尿道膨出，膀胱颈也下降，尿道口不能完全闭住，尿道变短而宽，压力减低，不能控制用力或咳嗽时的膀胱内压力。

治疗方面：症状严重的，可以通过手术修补，将子宫的支持组织加强、缩短，使子宫复位；同时将尿道后壁的组织也修补加紧，以恢复尿道的长度和张力，以大大减轻应力性尿失禁症状。使用雌激素代替治疗也对尿频及管制不利的状况有所改善。

严格说尿失禁不是更年期综合征的组成症状之一，但与更年期的生殖泌尿道变化却有一定的联系。更年期后有所谓

老年性尿道炎，表现为尿痛、尿频、尿急、应力性尿失禁，就是膀胱、尿道粘膜萎缩的结果。在检查排除了泌尿道感染后，用雌激素治疗，其疗效比一般治疗尿道炎的药物治疗更为明显。

25. 为什么妇女更年期后易有皮肤病变？

皮肤虽然远离卵巢，可是它有雌激素受体，是重要的雌激素靶器官之一。皮肤的毛发及脂肪分布受性激素的支配，因此女子的皮肤丰润程度和毛发的分布与男子有明显差别，成为第二性征的重要组成部分。当妇女进入青春期时，卵巢功能日渐成熟，特别在毛发皮肤上显示出女性的美。进入更年期，卵巢开始衰退，雌激素分泌日渐减少，与其它靶器官一样，皮肤变薄，正常时占皮肤 90% 的弹性纤维和胶原蛋白减少，弹力消失，丰满的上皮开始出现皱纹，尤其在额、眼角和口周等处明显。但实际上全身皮肤都变薄，水分减少，比年青人约少 20%，皮下皮脂腺也渐萎缩，分泌物渐少，表皮干燥，失去滋润度。皮肤内小血管收缩，营养物质供应不足，色素细胞代谢以及神经、内分泌、免疫功能都出现衰退，常引起皮肤瘙痒症状，夜间尤甚，干扰休息和睡眠。患者自觉或不自觉的抓搔，进一步损伤皮肤，有时引起苔藓样变化，肥厚，色素沉着，出现色素斑或老年白点病，或继发感染，角化，更使症状恶化。用一般水洗，止痒油、液均不能持久止痒，服抗过敏药或安眠药仍不能入睡。外阴痒则更使人困恼。但使用雌激素代替治疗往往能很快消除瘙痒，虽不能完全阻止阴毛脱落及外阴脂肪减少，而颜色变淡，皮肤变干等仍然

能有所减轻。

另一方面，大腿根部、臀部及腹壁的皮下脂肪增厚，运动过少的妇女更为明显。往往由于雌激素减少，体内雄激素相对过多，皮肤可长出细毛，以口唇上部及颌下为多见，但并不很明显。如果长毛现象很重，就应检查有无其它男性化问题。

更年期妇女还常感到指端冰冷、麻木或皮肤有蚂蚁爬行感（蚁走感）。这是由于周围小血管痉挛，暂时缺血所致，会自然消失，又不时地重视，是属于血管舒缩失调性症状之一。

此外皮脂溢出性角化病、牛皮癣、神经性皮炎、湿疹等可以在各种年龄的男、女发生，但更易发生于更年期妇女。雌激素治疗被认为对更年期角化病有效，对其它皮肤病单独使用则效果不明显。

26. 更年期妇女为何性格会改变？是精神病吗？

更年期是一个不稳定的转变时期，常常有植物神经系统功能失调，尤其是交感神经紧张型的人，往往有焦虑、急躁、失眠、情绪不稳、好借故生事、肢体沉重、麻木、疲乏、头晕、头痛，甚至抑郁、多疑、悲观等不正常心理状态。这些使她本人也非常苦恼、伤感、孤独，与周围人的关系不易协调。遇有不如意事时表现更为突出。

这些症状并非每个更年期妇女都有，也不是同时发生在同一个人。有的不是更年期所特有，而是和老龄的关系更大。

许多妇科专家认为这些症状与本人原来的个性、体质、社会地位、情绪和心理平衡状态有关，和她的绝经关系更大。据调查，农村劳动妇女出现这些不稳定的症状者很少。然而绝经妇女此类症状的发生率远比未绝经的妇女多，也较重，差异是显著的，说明这些精神神经症状的出现，与卵巢功能减退有一定关系。亦有人认为较长期的严重雌激素缺乏会影响大脑，如同影响骨骼和心脏一样。但如何联系，通过什么机制，则尚无满意解答。不过这些症状绝大多数经过一段时间会逐渐消失，预后良好，说明她们的“神经官能症”不同于隐性躁狂—抑郁精神病发作，是暂时现象。用雌激素治疗和使用安眠药物，可明显缓解其抑郁或不适感。

27. 更年期综合征的精神神经症状会不会发展成为真正的精神病？

更年期综合征是一种暂时性的神经系统功能失调，是和精神病完全不同的。但是更年期的妇女是可以在此时期发生精神病的。因此早就有人提出要高度重视更年期妇女的异常精神心理现象，细心观察症状的演变过程，严重的最好取得精神病专家的帮助，详细检查清楚，必要时从两方面同时治疗，以免发生自杀、伤害等事件。一些人坚持认为更年期一些严重的心理精神障碍，已经属于病理性的身心医学范畴，常有性格上、遗传上或精神创伤的背景，不能主观地认为这些症状只不过是更年期的表现而置之不顾。

另一方面，更年期保持乐观和克制情绪，以实事求是的健康心理对待一切事情，安排好工作和生活，不过多地考虑自身的症状，把思想和情趣集中于多帮助他人和多作贡献上，

症状就会减轻或被遗忘。很多妇女就是在忘我的工作中顺利度过更年期的。当然，周围环境和人们，尤其家属的同情、了解和帮助是很重要的，能够让更年期妇女在关心中战胜这些不愉快的困扰。

28. 为什么更年期后人会变矮，而且常有腰、背、关节痛和易发生骨折？

大多数人随着年龄增加，逐渐发现自己的身高比年轻时下降了。妇女则在 50 岁前后明显看到自己变矮，有的下降多达 6~7 厘米或更多，有的人还出现驼背。很多人还经常腰痠背痛，坐卧不宁，怎么休息也缓不过来；或者关节疼痛，行走和活动不便；牙齿碎落；稍不注意轻轻绊倒或受点很小的碰撞外伤，就出现骨折；个别人用力咳嗽或使劲拉抽屉也发生肋骨骨折，甚者同时断 3~4 根。这种情况是老年人比较容易发生的骨代谢病，医学上称为骨质疏松症，常人认为是骨头变脆，易断。

首先我们看看人的骨骼。它是支持身体各个部分的一种活的器官，担负着保护柔软器官（脑、心、肺、肾、胃、肠等）和承载人的体重的功能。它还是肌肉收缩时的杠杆，对人的活动起着极为重要的作用。每个骨块因其部位及担负作用的不同，外形各不相同。其构成则主要是骨组织，外面有骨膜，中心有骨髓，内藏血管和神经。骨组织分成密质和松质两种，密质骨在外层，松质填充内部。这两种骨质的分布比例，在不同的骨块有时差别很大。比如四肢的长骨主要由密质骨构成（见图 8），脊椎骨主要为松质骨（见图 9）。松质骨以严格的规律排列成骨小梁（故又称小梁骨），就像大型建

筑厅堂上面的房顶支架一样。骨组织的成分一半以上至 $2/3$ 是钙的化合物，其中以磷酸钙为主，碳酸钙次之。这些钙盐使骨硬如铁石，骨的基质是一些骨胶原，像橡木一样保持骨的弹性，使骨在遭暴力时暂时稍作变形，但立即复原。老年人的骨内无机盐密度减少，有弹性的有机物更少，故骨折的可能性大。

图 8 股骨的构造

图 9 胸椎上面所见的松质骨

生物医学和流行病学调查研究资料证实，骨骼支撑体重和活动的的能力主要取决于骨的密度。小孩正常生长时期，骨钙逐渐储存加多，至 25~30 岁间达顶峰，骨密度值最高，骨胶原也多，除非遇暴力伤害，一般不易发生骨折。30~35 岁后，由于控制骨钙和骨胶原吸收和合成的机制逐渐发生改变，进入骨内的钙和有机物质（胶原）不如从骨流向血液并经尿液排出的多，因此骨的形态和基本结构虽不明显改变，但骨内所含钙的密度降低，骨质变稀，特别松质骨的减少发生得早，骨的支撑力减弱，硬度下降，加上骨胶原减少，骨经不住甚至轻微的压力就会断裂，愈合也慢。图 10 示骨质疏松症

患者的骨横断面，与正常人的骨比较很不同，由此可以很容易理解为什么老人的骨折发生率高。长期卧床的人有类似老人的骨代谢变化，也易发生骨质疏松症和骨折。

图 10 骨质疏松示意图

骨质疏松症好发生在绝经后妇女，由此造成骨折的百分比相当高，已成为世界性的妇女保健重大问题之一。美国白人妇女绝经后有 $1/3$ 到 $1/2$ 患骨质疏松症，每年约有 130 万例的骨折。新加坡的调查，绝经 10 年者 50% 患骨质疏松症，10 年后又增加到 70%。北京对部分妇女检查也发现绝经 1 年的骨密度下降 9.15~16.21%，50 岁左右妇女的骨质疏松发生率为 40%。发生骨质疏松症早期常无自觉不适症状，而一般检查，以至 X 线片也很难发现，往往是到了脊柱压缩变形或关节痛，以至出现骨折才发现。我国解放后卫生条件和生活条件明显改善，人的平均寿命逐渐延长，据 1988 年计算，北京妇女的平均寿命已达 74.5 岁。老年人口的增多必然会突出骨质疏松症和骨折问题，值得全社会重视。全国的情况更需要深入调查了解，进行必要的防治工作。近年我国一些

地区已开始对 40 岁后妇女的骨密度进行部分普查,同时配合血、尿生化检查,以明确我国绝经妇女骨质疏松症发生率,探索防治方法,但工作还远远落后于先进国家。

29. 骨质疏松症造成的骨折多发生在什么部位?

骨质疏松症虽然涉及整个骨骼系统,骨折则多见于易受碰撞和负重较多的部位,如肋骨、椎骨、髌股骨和手腕部位的桡骨(见图 11)。肋骨骨折多见,但对全身功能的影响不大,临床上重要性不如其它 3 处骨折。椎骨主要是松质骨,骨吸收比密质骨早,

图 11 骨折易发部位

又是承受身体重量的主要部位,容易受经常性的压迫,虽无外伤,仍易出现压缩性骨折,引起疼痛及身材变矮或驼背(见图 12),但常未引起重视。1989 年美国麦尔顿医生给 200 名健康白人妇女拍摄胸和腰椎 X 线片,尽管除 2 人外都没有外伤史,竟有 53 人(26.5%)有椎骨骨折。骨质疏松症患者因活动受影响,容易跌倒,如果她是髌部着地,股骨颈会在外力突然冲击下,出现股骨颈或股骨骨折。国外一些统计资料表明,50~70 岁妇女骨折的发生率比青年人增加 10 倍;

80 岁妇女股骨颈骨折的发生率比 80 岁男性的股骨颈骨折多 2 倍 (15% 比 5%)。发生股骨颈骨折后, 约 12~20% 的患者在 3 个月内因种种合并症死亡, 其余大部分人虽然幸存, 却因不同的后遗症长期卧床, 不能自理生活。如果跌倒时患者不由自主地用手撑地, 则往往发

图 12 骨质疏松症的圆臂

生腕部桡骨骨折, 以致不能用手进行许多日常活动或工作。其它部位的骨折都可能发生, 但远比上述部位少见。据美国 1984 年调查的 130 万因骨质疏松症而骨折的病人中, 椎骨的为 53 万 8 千人, 髌骨的 22 万 7 千人, 前臂的 17 万 2 千人, 其余的共 36 万 3 千人。中国还未有类似统计数字。

30. 为什么骨质疏松症的发病率女性比男性高?

这的确是一个很值得研究的问题。1940 年美国一位骨科医生发现他所治疗的 42 例骨质疏松症合并髌骨骨折中, 40 例是绝经后的妇女。他第一次提出这个问题: “是绝经造成骨质疏松症的发生”, 引起后来不少研究者的兴趣。他们在研究中均发现男性和女性在 40 岁前虽都已有骨量缓慢下降, 每年

约丢失 0.3~0.5%，但 40 岁后妇女的骨量下降速度明显加快，而且主要是绝经后雌激素水平下降明显的妇女，每年平均丢失的骨量为 2~3%，个别人高达 7%。绝经 8~10 年后丢失度才减慢，但老年女性的骨量已比男性的低 30%。她一生约丢失 50% 的松质骨和 35% 的密质骨，男性的骨质丢失只有女性的 2/3。70 岁的妇女骨量只有 30 岁时的 57.5~61.2%，而丢失最快的时间是绝经 5 年之内，可高达每年 10.5%，10 年后丢失降为年 1% 以下。骨量丢失超过 15% 则易发生骨折。这些骨量的变化主要与雌激素的改变有关，和其它激素及脑垂体激素变化的关系较小。研究人员通过实验证明，雌激素能够影响调节骨代谢的物质，能同时抑制骨形成和骨的吸收过程。雌激素的分泌减少，使骨形成和骨吸收都加快，但吸收的加速幅度比形成的更大，因此骨吸收的量超过骨形成量，于是产生骨质疏松症。1987 年美国科学家进一步发现，雌激素除了它的间接作用外，还对骨代谢产生直接的调节作用，更说明了绝经后妇女体内雌激素水平的下降，是她们骨质疏松症发生的最重要原因。绝经越早，发生骨质疏松症越早，可能发生骨折的时期越长，机会越多。绝经后妇女用雌激素代替治疗，能够防止骨质疏松症的加重，甚至使之减轻或可不使发生临床症状，则从另一方面证明雌激素缺乏与骨质疏松症的关系。男性的骨量丢失是始终以一个速度缓慢进行的，骨质的总丢失量比女性相对较少，发生骨质疏松症的时期也相对较晚，因此男性的骨折发生率较低（见图 13）。

图 13 日本人骨质疏松症发生率

31. 为什么有人说缺钙是发生骨质疏松症的主要原因？

任何一种疾病的发生往往是多种因素相互影响或综合作用的结果。雌激素缺少是更年期骨量丢失速度加快的主要原因，因为缺乏雌激素的调节，骨钙的沉积减少，因而向外排出的骨量增加。如果雌激素并不缺乏，但钙的供应不足，可沉积的原材料减少了，也会发生骨质疏松症。所以说骨质疏松症的根本原因之一是营养中钙的缺乏，这对男女老少都有同样的重要性。钙在正常成人体内约有 1.0~1.2 千克(kg)，其中约 99%是在骨及牙齿中，血液循环中的钙不足 1%，但血钙却是很多生理功能所不可或缺的，比如心脏的活动和肌肉活动的起动等。儿童缺钙不但骨硬度不足，还会发

生神经肌肉抽搐。曾有人调查过南斯拉夫的两个村庄居民的骨密度，一个村庄的居民的饮食中含钙较多，每天摄入量平均为 900 毫克，另一个村庄居民的每天摄入平均仅 450 毫克，前一村庄居民的平均骨密度比另一村庄居民的为高，而骨折的发生率减少 50%。营养学家为成年人规定的钙摄入量是每天 800 毫克，而老年人则需每日摄入 1500 毫克（1.5 克）左右。北京市卫生防疫站冯蔼兰医生曾在 1960 年、1982 年和 1985 年 3 次分别调查了北京部分市民每天摄入的钙量。3 次的结果是平均 362 毫克、519 毫克和 570 毫克，说明北京市民钙的摄入量随着人们生活的改善和对钙的重要性的认识加强而有所增加，但仍只达到 1988 年中国营养学会规定标准的 31.4~69.2%，同时还存在钙和磷的比例失调情况。更值得注意的是钙缺少在托幼儿童和中小学生的调查中更普遍，这将使他们的骨密度峰值较低，将来发生骨质疏松症的可能性加大。近几年人们已开始重视中国人的饮食中钙不足的问题，做了一些研究和宣传教育。我们曾调查 507 名 30~78 岁妇女的骨密度，和意大利 1115 名白人妇女的骨密度比较，发现中国汉族更年期妇女的骨质丢失率更大，其中一个可能的原因就是中国人的饮食中，不注意加入含钙量高的食物，又没有额外补钙的认识，所以存在较普遍的钙摄入量不足。现在我国经济状况好转，人们生活有所提高，因此应当下点功夫改善一下我们的饮食结构和习惯，必要时还应额外补充些钙。

32. 除绝经妇女和老年人外，还有人容易患骨质疏松症吗？

骨的代谢是一个很复杂的过程，涉及很多因素，除了钙摄入量不足和雌激素减少的主要原因外，其它很多因素也多少影响骨量，易致骨质疏松。比如在欧美，黑色人种妇女的骨质疏松症和骨折的发生率就明显低于白色人种妇女，而接近白色人种男性，可能说明种族遗传的因素在起作用；大量吸烟和酗酒者发生骨质疏松症的倾向大，也许是直接或间接改变了骨钙的代谢过程等。这些问题都尚在深入研究中，并逐步积累了一些可贵的资料。

一些调查表明，黑人的骨密度峰值普遍比白人的高 10%，亚洲人则和白种人比较接近。同一个种族中，男性的骨量比女性的高 10~30%。这与黑人在运动中常居领先地位，而女性的各类体育比赛成绩不能和男性相比，也许有点关联。曾经有人研究报道，孪生儿的骨矿含量，如果是两个卵同时受精同时出生的孪生儿可以差别较大，但从一个受精卵早期分裂成完全一样的孪生儿之间就没有多大差别。另外有人发现，患绝经后骨质疏松症的妇女所生女儿的骨密度峰值也比正常低。这些都说明骨量的多少具有遗传的因素。

运动，特别是行走等承受整个体重负荷的活动，起到机械性地刺激骨代谢过程，加强骨质的形成，减少骨丢失的作用。长期卧床或极少自主行动的人，患骨质疏松症的危险性很大。老年人骨折后石膏固定卧床更加重骨质疏松。

维生素 D 缺乏时，人体摄取钙、磷的能力降低。缺少阳光中紫外线的照射，人的皮肤储存的维生素 D₃ 的前体 7-脱氢胆固醇，不能转变为有效的维生素 D₃。这种维生素 D₃ 经过肝脏和肾脏的酶的作用，形成有代谢作用的 1,25-羟基胆骨

化醇，在肠和骨膜细胞核膜上，促成钙与蛋白质结合，使钙被吸收并沉积成骨盐。因此，缺乏维生素 D_3 ，则从饮食摄入的钙和磷不被肠道吸收，大量从大便中排出，肾小管对尿钙的回收亦降低，血清中钙、磷量下降。机体为了保持血钙的平衡，就刺激甲状旁腺多分泌甲状旁腺素，让骨质吸收加速，释放出钙离子以提高血钙浓度，来维持心脏、肌肉等器官组织的功能。老人易有骨质疏松的一个原因是因为肾脏的 1α -羟化酶活性下降，活性维生素 D_3 的量减少，肠钙吸收减少，所以老人应当摄入更多的钙才能保持钙的正常吸收。

此外参与骨代谢过程的因素还很多，如甲状腺素、降钙素、肾上腺皮质激素、前列腺素。这些激素都随年龄的增长有所改变，如甲状旁腺素升高，降钙素量减少。但改变的幅度比较小而缓慢，不如绝经时雌激素的下降那么明显，那么突然。除非发生了其它疾病，比如甲状腺或甲状旁腺功能亢进、肢端肥大症、柯兴氏病、肝肾功能不全、糖尿病、风湿病、肺气肿、曾行胃肠部分切除手术，或者长期服用肾上腺糖皮质激素、抗癫痫药和免疫抑制剂等。这些情况往往继发骨质疏松症，需要重视，予以定时检查及预防。

33. 骨质疏松症就是软骨病或佝偻病吗？

软骨病和骨质疏松症虽然都是骨量减少，骨密度降低，但却是两种性质不完全相同的病。骨质疏松症在多种因素综合作用下，影响骨的代谢过程，骨的基质和钙盐、磷盐同时减少，组织学上化学成分的比例不变，但骨小梁减少变细，形

成断裂和空腔，骨皮质变薄，骨支撑力弱，脆性加大，容易在轻微撞、碰、用力时发生骨折，特别是脊椎骨、髌股骨和手腕骨以及肋骨。骨折正常愈合后还能保持原来的结构形状。

软骨病则是骨的组成发生变化，骨的有机质胶原相对增多，钙、磷等无机质绝对的缺少，新形成的类骨组织内没有足够的钙、磷等矿物盐沉着，骨质是软的，和正常的骨骼不一样，很容易变形，强度下降，韧性加强，较少发生骨折。儿童的软骨病称为佝偻病，特点就是方头。肋骨串珠样变、鸡胸、四肢弯曲变形，重时呈 O 型或剪刀形腿。X 线片上可见到骨密度普遍减低，骨小梁的影像模糊，纤毛样，特别是骨的变形很易发现。软骨病的病因较为明确，是由于维生素 D₃ 的缺乏，或因故不能转变为活性维生素 D₃。在我国北方日照少的地区，空气受工业废气严重污染的城镇，以及经济落后，营养不良的农村人群中，这种病在过去并不少见。有的地区，如山西高山上的居民，特别是产妇，怕风吹，把门窗关得严严的，不出门，不见阳光，特别在哺乳期，逐渐感到腰腿痛，更认为是受风而不敢外出；许多妇女很年轻就出现驼背，行走不便，甚至爬行，长期蜷伏炕上。常常在夏末秋初时疼痛稍好转，冬末春初加重。解放后这种情况已有了转变，但偏僻的地区，仍可以偶然见到这种由愚昧无知带来痛苦的病人，有的还因血钙过低出现手足搐搦、麻木等症状。如果给病人大量的钙和维生素 D₃，钙每天不少于 1 克，浓缩鱼肝油丸（每丸含 1000 单位的维生素 D）每次 1~2 丸，每日 3 次，治疗一段时期后疼痛会大见减轻。鱼肝油或紫外线灯照射也有效。最经济而有效的自然是晒太阳，行日光浴以代替药物治

疗。小儿佝偻病在我国仍很普遍，应尽早注意给孩子补足含钙和维生素 D 的食物，如牛奶、蛋黄、禽类、猪牛肝脏及大豆制品等，并适当晒太阳。

34. 怎样才能知道是否有骨质疏松症？

早期的骨质疏松症并无严重不适症状，很多妇女认为家务活累了，都有点腰、腿、关节痛，不以为然，等到发生骨折就医，才知道已有严重的骨质疏松症，但为时已晚。为了预防骨折的出现，妇女最好在月经开始不太规律或者 40 多岁时进行检查。目前已不用传统的 X 线片检查法，而用骨密度测量法。

(1) 单光子吸收法：这是 1962 年由美国的工程师发明的。用一种特殊的仪器，利用一些元素，如碘、镭等的同位素，发射出 γ 射线，照射在人体要检查的骨骼部位上。其基本原理是骨组织和肌肉等软组织对 γ 射线的吸收率不同，通过计算机可以算出骨的钙、磷等矿物质的含量，用扫描的部位面积除钙、磷含量数，就得出这部分骨的密度值。测量时扫描部位要用水浸泡或水囊包绕来消除软组织吸收 γ 射线的影响（水与软组织的吸收特性相似），因此只能用来测定四肢的骨骼，不适宜检查腰或胸椎。常用的检查部位是前臂的尺骨和桡骨，每次测量 15 分钟左右。好的仪器重复测量的误差率可少到 1~3%。这种方法的优点是人体接受的放射量少，只相当于拍 1 张胸片的 1/30，价格不高，比较简便可靠，便于在人群普查中使用。其检查结果由自动电打字机以数字显示保

存，便于同一人前后对比或不同人间对比研究。桡骨下段含密质骨 75%，松质骨 25%，和股骨颈相似；桡骨中段则以密质骨为主，所以得出的数值不同。1986 年以后，我国相继有多家电子仪器单位生产出各种型号的单光子骨密度仪，有的性能已相当好，可用于初步筛查，但有的重复误差率仍高于 3%，不宜用于研究。

(2) 双光子吸收法：基本原理和单光子吸收法相同，但它是用两个放射源（ ^{153}Eu ），放出一高一低的两束能量的 γ 射线，用计算机分别测算出软组织和骨的不同吸收率，计算出骨密度，从而可免去软组织的干扰，故不需水浴或水囊，可直接测定全身各部位骨的密度，包括椎骨和髌骨，因而能更早地发现骨质疏松症征象。因为椎骨主要为松质骨，是最先被吸收的，而四肢骨的 90% 是密质骨，其丢失发生较椎骨晚。双光子吸收法测量全身骨骼一次约需 1 小时，只测椎骨或髌骨亦需 15~20 分钟，放射量少，但费用昂贵，不易普及。

35. 为什么不再用 X 线平片检查骨质疏松症？

过去人们是用 X 线平片来检查有没有骨质疏松症的。每个医院现在都配备有 X 光机，放射科医生在读 X 线平片时，也常会发现病人有骨质疏松，尤其看到手片的第二掌骨皮质的厚度不足 4 毫米，或皮质的厚度和骨面宽度之比小于 0.44 时，或胸片锁骨中点的皮质厚度小于 3.5 毫米时，就可诊断为骨质疏松症。可惜，骨量丢失要达到 30% 左右，才能在一般 X 线平片上显示。因此这种方法的灵敏度不够令人满意，

不能及时发现早期的骨质疏松症，不利于早期治疗和防止其加重。虽然通过观察股骨颈形态和足后跟骨小梁密度分级可以提高诊断率，总不如单光子或双光子吸收法满意，因此现已不依靠 X 线平片来检查骨质疏松症，除非怀疑骨折需要拍片。

双能 X 线吸收法是 1980 年后发展起来的最新技术，是以 X 线为光源，按照双光子吸收法的原理，通过一个特制滤过器，将单一能量的 X 线分成为高、低不同的两束能量的 X 线来进行测定。它不像同位素有早晚波动及自然衰减的特性，使用率和分辨率比双光子吸收法高，测量的时间也缩短，做一次全身骨测量仅 15~20 分钟，测一次椎骨或髌骨只需 4~8 分钟，而放射线的剂量比单光子吸收法还低。不过这种仪器与普通的 X 光机不能通用，虽然也用 X 线为光源，原理却属于双光子吸收法一类。

计算机断层扫描技术是 70 年代以后采用的，可用于全身检查，包括骨骼测量，尤其便于测量椎骨。此项技术的敏感度高，影像清晰，可以定量并确定不均衡的骨质疏松症。我国许多较大医院的放射科都已拥有这种设备，但它的放射量过大，价格昂贵，重复性和准确性较差，不适合于一般检查应用，尤其不能作为普查用。它虽然是先进的 X 线检查工具，但检查方法与普通 X 线拍片不同，因此不能作为普通 X 线检查用。

36. 不用放射线或同位素也能检查骨质疏松症吗?

因为老年人口日益增多，骨质疏松症的防治越来越受到重视。各国科技人员都在研究及寻找新的更可靠、更方便的诊断方法。比如近年超声测量法的研究正在开展，但尚未达到临床普遍使用阶段。

目前认为最准确的方法是骨计量学，就是从受检者的髌骨或其它骨骼取下小块骨组织切片做病理学检查。根据骨内小梁的变化，定量计算出小梁骨量，相对吸收表面，相对骨量和相对骨表面等参数。这是唯一可直接观察骨的细微变化，而且能从口服四环素后沉积在骨组织的特点，动态地了解骨形成的速度，最可靠地诊断和鉴别骨质疏松症和其它疾病，进行骨代谢研究的方法。然而这种方法要求较高的技术并给受检者带来一定创伤，所以只能在极个别的情况下使用。

日本学者提出给受检者打分的办法，可在没有必要设备的情况下，参考应用（见表 2），然后让患骨质疏松症可能性较大的受检者再进行其它检查。评分时应先除外其它疾病，如甲状腺功能亢进、骨软化症、慢性风湿性关节炎、恶性肿瘤骨转移、多发性骨髓瘤、外伤和继发性骨质疏松等。如果经过各项有关检查排除了以上疾病，评分可能会有助于发现一些骨质疏松症病例。不过这是一种比较粗略的检查方法，而且往往仅适用于疾病较晚期。

表 2 老年性骨质疏松症的诊断基准分

1. 大项目		分数
骨量减少	有	2
	可疑	0
	无	-2
骨折	脊椎	2
	股骨颈	3
	桡骨	2
2. 小项目		
年龄	50 岁以下	-1
性别	男	0
	女	1
脊柱后弯		1
腰背痛		1
血清钙、磷、碱性磷酸酶	1 项异常	0
	2 项异常	-1
	均正常	1
合计		
		5 分确诊
		3~4 分可能
		2 分以下怀疑

37. 骨质疏松症病人为什么要检查血和尿?

骨骼从来就不是静止不变的，它和其它组织一样，总在新陈代谢过程中。没有骨的代谢，任何细微的骨组织都不可能修复，何况骨还要适应外力的影响，改变骨小梁的构造形

态，担负着储存大量钙元素的使命，有随时调节以平衡血钙浓度的任务，从而使人体各种生理功能得以顺利进行。骨代谢的过程不外骨的形成和骨的吸收，二者是相反的，但又紧密联系。骨破坏后，由吸收至修复完毕大约经历 100 天。骨的破坏或吸收应和骨的形成相抵。骨的形成若比吸收量大，则骨量增加，像在儿童、青少年期那样；若吸收大于形成，则骨量减少。如果减少很多、很快，就出现骨质疏松症，如在绝经后妇女见到的那样。

骨代谢的物质都是经过血液循环转运，最后由尿中排出的。骨吸收时，骨盐（以羟磷灰石为主）的钙和磷很快由血流带到尿中，骨胶原的氨基酸（以羟脯氨酸为主）也很快到达尿中，以便排出。测定 24 小时尿的这些成分就可以知道是否有骨的吸收加强。留 24 小时尿很麻烦，上班工作的人更无法留好，于是改为晚饭后禁食，12 小时后起床的第一次尿弃去，早饭前留下第二次空腹尿送检。医生通过尿钙、羟脯氨酸和同时测定的肌酐计算，就能正确了解骨吸收的程度。钙值大于 0.16 毫克/毫升，羟脯氨酸大于 0.012 毫克/10 毫升，表明骨吸收比正常加强了。骨质疏松患者这两个数值可正常，但多数稍高。正常人尿钙虽较稳定，亦受季节影响，夏天日照较多时数值较高，冬天较低。因为阳光多时，维生素 D 转换率较高，钙吸收多，多余的从尿中排出。故检查尿钙时，应将这些因素考虑在内。肾脏能回收部分钙离子，但羟脯氨酸一旦从骨中分解出来，就不再回收，不再参加合成骨胶原，则更能说明骨的吸收度。不过检测前 3 天就要不吃含胶原量多的食物，否则影响结果。

血内的碱性磷酸酶也是常用来表明骨代谢的指标。它的 40~70% 来源于成骨细胞活动过程中，但其余部分可与多种疾病有关，因此特异性较差。检查骨钙蛋白在血清的量能较好地反映骨形成状况，因它是由骨细胞合成的，在骨骼及牙质中都有。骨形成活跃时，血清骨钙蛋白浓度升高。它不是胶原蛋白，含量很低，需用放射免疫分析方法才能测出。

测定血、尿中上述各种指标，对早期发现和预测骨质疏松症有重要意义。当骨密度测定还正常时，尿钙/肌酐和羟脯氨酸/肌酐增高，即说明有发生骨质疏松症的可能或有高度危险性。丹麦骨代谢专家研究的结果，按照血、尿这些测定数值预测绝经后妇女有快速骨质丢失的准确率达 79%。可见，血、尿中测定的骨代谢指标，有时比骨密度的变化更为敏感，对防治绝经后骨质疏松症的意义更大。不过这些检测所需的时间不如单光子或双光子吸收法快，因为检测的过程比较复杂。从血、尿中还可检查其它一些指标，如雌激素、卵泡刺激激素等量的改变，以更好地指导治疗用药。

38. 骨折可以预测吗？

造成骨折的原因很多。比方老年人肌肉张力差，神经系统反应速度降低，肌肉运动不协调，常常不能很好控制自己，容易跌倒，发生骨折的机会加多。相反，行动时特别注意，或总有人在旁扶持，跌倒的机会会大大减少，骨折发生率就低。不过骨质疏松，骨密度降低是发生骨折的重要内在原因。有了骨质疏松症的人发生骨折的机会远比正常人多，真有防不

胜防的体会。人们主张早期发现骨质疏松症，进行骨密度测定，目的就是要预防骨折的发生。

美国的梅哲斯教授曾用双光子吸收法测定 590 名 50～89 岁妇女的骨密度。她们当中 105 人发生了椎骨骨折，61 人股骨颈骨折。他分析了这些人的腰椎、股骨颈骨密度值与骨折的关系，发现椎骨骨密度每下降 1/10 克（100 毫克/平方厘米），骨折的发生率增加 1.5 倍。股骨颈骨密度每下降 1/10 克（100 毫克/平方厘米），骨折的发生率增加 2.6 倍。另一位凯恩医生用计算机断层扫描（CT）测定一些病人的椎骨骨密度，发现骨密度超过 110 毫克/平方厘米的人，很少发生骨折；但小于 65 毫克/平方厘米的，几乎全部发生了骨折。可以说，测量椎、股骨颈的骨密度值是能够预测骨折的发生的。1989 年，一位胡衣医生用单光子吸收法，为 521 名妇女测量了桡骨中段的骨密度。随诊观察 6.5 年，先后有 89 人发生了骨折。他分析的结果是，骨密度每下降 100 毫克/平方厘米，仍在工作的妇女骨折率增加 2.2 倍；退休在家的骨折率增加 1.5 倍。退休在家的 135 人中，30 人出现股骨颈骨折。原来测得桡骨骨密度小于 600 毫克/平方厘米的人中，43% 发生了股骨颈骨折，大于 600 毫克/平方厘米的人中只 17% 发生了骨折。1990 年，一位库明斯医生也用单光子骨密度仪，给 9703 名 65 岁以上的妇女测量了足跟骨、前臂桡骨远端和中段的骨密度。随诊 1.6 年后，发现 53 例髌骨骨折，骨密度值下降一个标准差，则危险增加 1.41～1.66 倍。因此单光子吸收法测量骨密度也有预测股骨颈骨折的意义。当然预测有骨折的危险性后，就应积极治疗，并加倍注意预防跌倒，绝不能

坐等其发生，这才是进行检查、预测的目的。

39. 发现了早期骨质疏松症怎么办？

早期发现骨质疏松症的目的是防止骨质进一步丢失，最好能使骨质增加一些，减少骨折的机会。虽然目前尚无法使丢失的骨量完全恢复，治疗至少可使重度骨质疏松或者已患骨折的病人状况改善，疼痛减轻，恢复一些基本活动功能。总的说，对骨质疏松症，预防重于治疗，越早预防越好。应当说，从婴儿时期开始就注意将骨密度峰值尽可能提高是最好的办法，并随具体情况，补充所需要的营养要素和激素等。

(1) 经常注意养成良好的生活、饮食习惯，多做负重运动，多摄入足量的活性钙或富含钙质的食物。

(2) 中年以后注意坚持体力活动及增加日照时间。在日照较难保证的情况下，加服适量的维生素 D。其实不必一定到海滩行日光浴，只要经常在户外活动，并晒太阳就可以了。长期在地下或室内生活、工作的人应行紫外线灯照射或服用鱼肝油。

(3) 注意从饮食中摄入钙，绝经前每日 1 克，绝经后妇女以 1.5 克为宜。牛奶中的钙离子量大约是每 100 毫升含 100 毫克，每天喝两瓶鲜奶（500 毫升）就可摄入 500 毫克的钙，其余可以从豆腐等豆制品，蔬菜，水果，鱼、虾、贝类等海产品获得（见表 3）。这些食品含钙量也高，但奶品中含有乳糖和酪蛋白分解产物，可以促进钙离子的吸收，因而是最理想的补钙食品。如果不能从饮食中补足钙的所需，就应

另外服用含活性钙的药品，现在已有很多种类可供选择。

表 3 含钙较多的食物

名 称	单 位	含钙量 (毫克)
牛奶	200 毫升	200
小虾	三大匙	200
干鱼	二只	130
盐豌豆	一大匙	300
油菜	一盘	190
萝卜叶	一盘	135
酸奶	100 克	110
芝麻	一大匙	180
油豆腐	一块	270
豆腐	半块	170
油炸食品	半块	220

(4) 绝经的妇女体内雌激素量的急速下降，是绝经后骨质疏松症的重要发病因素。因此很重要的一个预防措施就是在发现早期骨质疏松症时补充雌激素，达到足以防止骨质进一步丢失的量。已证明绝经后妇女服用雌激素的骨折发生率下降，其骨盐含量下降的速度较未服用者的明显变慢。

(5) 降钙素是钙调节的重要激素之一，是甲状腺分泌的一种多肽，其功能是抑制破骨细胞的活动。有人从培养液中破骨细胞对适当浓度的降钙素的反应证实了这个作用。临床应用 20 多年，证明降钙素可降低股骨及脊椎骨骨折率，其对骨及关节疼痛的消减效果尤其明显，在骨质疏松合并骨折的病人使用更为满意。降钙素可从猪、鱼等体中提取。现欧美常用的是鲑降钙素，日本则多用鳗降钙素，后者的作用不

如前者。降钙素可静脉、肌肉或皮下注射，现在改进到喷鼻或放入直肠。少数人有恶心，阵阵发热的副反应，且药价昂贵，多数人不能坚持使用。但使用雌激素的患者，对外加降钙素的敏感性增加，还有使体内合成降钙素量回升的可能。早期骨质疏松症无明显症状的患者不需服用降钙素。

40. 为什么绝经后妇女的心脏病发病率突然增加?

人类心脏病除风湿性心脏病和先天性心脏病多发生于青少年外，其它多发生于中年以后。随着年龄的增长，动脉粥样硬化及高血压性心脏病的发病率增加，中年时以男性患者较女性为多，50 岁后则女性发病率上升，至 60~70 岁时，男女之间已无差别。美国弗来明汉地区 1948 年开始调查及随访 2873 名 29~62 岁的妇女，共观察 24 年，发现绝经前者无一例发生心肌梗塞或死于冠心病；不论手术或自然绝经后，即使年龄较轻，也有 40% 发生了冠心病。45~50 岁后为 45 岁前的 2.7 倍。日本的资料表明，绝经后妇女动脉粥样硬化率显著上升，由显著低于男性增至接近男性。北京杨超元医生对宣武区 663 例老年人观察 8 年，发现 65 岁后妇女冠心病的发病率直线上升，成为第三位的死亡原因。检查妇女血液内的胆固醇，甘油三酯和脂蛋白，发现在绝经后，甚至更年期，它们都有显著的变化，特别是硬化脂蛋白（低密度脂蛋白，LDL）增高，抗动脉粥样硬化脂蛋白（高密度脂蛋白，HDL）降低，促使动脉硬化发生，产生非炎性的病变，使管壁增厚变硬。早期血管内膜出现小斑块，当脂质积聚过多，斑

块的范围扩大到内膜表面，继而突出于管腔中，则管腔变窄。有时斑块可以脱落至管腔中或血管壁的溃疡面粗糙，容易产生血栓，更加重了管腔的狭窄甚至使管腔闭塞。那么为什么绝经后容易有血脂的改变？可能有多种原因。现在多认为与卵巢功能下降，雌激素量突然大量减少有紧密的联系。

1970 年上海第一医学院对上海 3000 多例健康人的调查表明，男女市民和农民的胆固醇和甘油三酯从 20~30 岁后均有所上升，但 45~50 岁后的妇女比男性的上升明显加快（见图 14）。更重要的是低密度脂蛋白（LDL）和极低密度脂蛋白明显增加，而高密度脂蛋白的相对值则降低。李健斋调查北京 5585 名健康人血脂亦有同样发现。除血脂外，紧张的脑力活动和缺少体力劳动也是促使动脉粥样硬化性心脏病发生的原因。此外，更年期血管神经不稳定，动脉壁自身的改变及糖代谢异常等间接影响血脂代谢的因素亦不容忽视。

图 14 上海市郊不同年龄（岁）男女血脂含量

41. 有哪些措施可以防止更年期后冠心病的发生?

防止冠心病首先要积极预防动脉粥样硬化的发生。一般的措施如下：

(1) 从 40 岁后就要特别注意限制每日热量的摄入。避免食用过多的糖、动物性脂肪和含胆固醇较高的食物，如肥肉、肝、肾、脑等动物内脏及奶油制品，代之以清淡、富含维生素的新鲜蔬菜、水果和豆制品。用植物油烹调。禁烟酒。

(2) 适当加强体力活动，预防过分肥胖，并可参加一些保健的体操或体育项目，但以不过分剧烈为宜。

(3) 合理安排起居生活，保持乐观、愉快的情绪，劳逸结合，睡眠充足。

(4) 合并其它疾病，如高血压病、糖尿病等，应积极治疗，控制其发展。应定期检查身体各个器官的基本情况，及时发现异常，进行治疗。

(5) 对雌激素的应用目前虽仍有不同意见，但实验室结果表明，绝经妇女的血脂发生明显变化，总胆固醇和低密度脂蛋白（含丰富的甘油三酯）水平升高，与血管硬化病变是有明显关联的。胆固醇等血脂与血液中的蛋白结合形成水溶性的脂蛋白可运转到组织中去。脂蛋白胆固醇有几种，一种称为低密度脂蛋白胆固醇的，和冠心病的发生关系最密切，因为它极易透过损伤的动脉内膜，沉积在血管壁内，所以有人称之为致动脉粥样硬化脂蛋白。另一种叫高密度脂蛋白胆固醇的，含量少，颗粒很细，能自由进出动脉管壁，不仅不沉

积在血管壁,还能将动脉壁中的胆固醇运载到肝脏进行代谢、排泄,故有抗动脉粥样硬化作用。冠心病病人血中低密度脂蛋白胆固醇量显著增高,高密度脂蛋白胆固醇含量显著减少。更年期妇女雌激素分泌减少的同时,胆固醇、甘油三酯和低密度脂蛋白胆固醇含量增高,也已是众所周知的事。弗来明汉的研究表明,胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇量每上升 1%,冠心病的发生率增加 2%,高密度脂蛋白胆固醇每下降 1%,冠心病的发生率增加 3~4%。认为总胆固醇与高密度脂蛋白胆固醇的比例大于 4.5,或低密度脂蛋白胆固醇每 100 毫升血中含量大于 150 毫克,就是发生冠心病的高危因素。西安有 117 例确诊冠心病的患者,其血脂分析,总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇水平上升及高密度脂蛋白胆固醇下降度,与冠状动脉狭窄程度和范围密切相关。解放军总医院曾调查部分北京女性,其绝经后总胆固醇、甘油三酯和低密度脂蛋白胆固醇的上升度,高密度脂蛋白胆固醇的下降度,均与雌激素水平的下降有关。欧美国家也有很多类似的报告。

近 10 年来,大量研究证实,雌激素治疗替代因自身卵巢功能衰竭而缺少的雌激素,能改善绝经后的血脂紊乱,减少冠心病的发生和死亡。以往多采用短效雌激素制剂,不太方便。解放军总医院从 1989 年始,用军事医学科学院研制成功的长效雌三醇,名为尼尔雌醇 (Nylestriol) 的治疗更年期综合征,同时对其中绝经 0.5~21 年的 136 名志愿参加研究的健康妇女进行观察,分服药及不服药 2 组,每 3 月复查 1 次血脂。结果服雌激素的一组,3 个月后总胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇比不服药前下降,高密度脂蛋白胆固醇在用尼尔雌

醇 6 个月后显著上升。未用尼尔雌醇的一组血脂无改变。这些结果提示绝经后除一般饮食、运动外，加用少量雌激素对防止冠心病的发生的确有效。

42. 更年期出现心慌或心前区痛是否表明有心脏病？

心慌在医学上称心律失常或简称心悸。定义是心脏收缩的频率每分钟增至 100~140 次。其发生是心脏的窦房结受激动引起的。健康人体力劳动后或感情激动时都可发生窦性心动过速，属于生理范围。妇女在妊娠期也常出现心悸。发生心悸，除非查出有器质性病变，否则可认为是单纯的功能差异。心悸多半是阵发性的，心率逐渐增加，然后逐渐恢复，不过较易变动。心悸发生时，很多人无明显自觉症状，有些人则觉心慌、气促及胸骨后疼痛。植物神经功能紊乱的人，特别容易有心率的变动，症状亦较明显，但常伴有其它植物神经功能紊乱现象，如头痛、失眠、心烦等。

更年期妇女因血中雌激素浓度降低，垂体促性腺激素水平升高，植物神经系统从平衡状态一旦进入平衡失调状态，便可发生轻重不等的症状，其中就包括心血管方面的心悸、短暂血压上升、心前区或不固定位置的刺痛等；有时甚至呼吸不畅，大口喘气。心电图也可出现 T 波低平，但可自动恢复，心电图亦随之正常，各种检查都没有器质性心脏病证据。体格检查时颈动脉的搏动与心率一致，压迫一侧的颈动脉窦就可使心率逐渐减慢，为心悸的特点。

虽然有心律失常和心悸症状的患者占所有心律失常的 74% 以上，却都是属于窦性；其它心律失常所占比例虽小，但

都具有重要临床意义。因此，不能说更年期出现心悸或心前区不适就是心脏病，但必须进行细致的检查。首先除外器质性原因，然后才能认为心悸症状是单纯的更年期功能障碍。在这方面采取谨慎的态度较为明智，因为雌激素的下降与冠心病的发生是有一定联系的，冠心病也可出现心悸。但不经详细检查就因有心悸或心前区不适而自认为患了心脏病而恐慌，是完全没有必要的。

1975 年一位科学家详细测量绝经妇女出现潮热时的各种变化，发现潮热一开始，体温就下降，同时心率每分钟平均增加 9 次，多者达 20 次，测定手上血流增加，指尖温度增加。上述变化一般持续 2 分半钟，多者 30 分钟完全恢复正常。可以认为更年期妇女的心悸可能是潮热发生机制中的一部分，随着潮热的消失而自然停止。

43. 怎样判定更年期综合征是否严重？

更年期综合征这个名词的本身就说明它是一组各式各样的症状，涉及心血管、神经精神、骨骼、肌肉、生殖及泌尿等系统的异常表现。但各器官组织多无器质性改变，症状往往是可以自行消失的。

首先，并非每个绝经妇女都有症状；其次，大多数人的症状很轻，持续时间亦短，只有少数人症状较为严重。有什么症状，严重与否，和妇女绝经的方式、健康状况、神经类型、工作及生活的压力等等许多因素有关。一般绝经早、手术或放射去除卵巢功能的、原有神经官能症或精神状态不稳

定的出现症状较早、较重，且持续时间较长。但并无一定规律可以判定每个人的具体情况。

根据临床统计，所有症状中，以潮热出汗最为常见。约有 85% 以上的妇女诉说曾有潮热出汗，往往在激动或活动后，但亦常在睡眠中突然发作，以至不能再入睡。约有 30% 的妇女为此寻医问药。其次是易激动、感觉障碍等精神神经方面的症状。因性生活困难或泌尿系方面不适求治的亦较多。1953 年库扑曼医生提出用打分法来评定什么人可以采取一般治疗，谁需要更积极的治疗措施。他的方法是选出较为多见的症状，按其多见程度定一个基本分，然后给每个症状定为 0、1、2、3 的 4 个程度因子。每个症状的基本分乘程度因子为该症状的分数。各分数的相加之和为总评分。总评分高于 30 分表示病情非常严重（见表 4）。这个评分法可用来衡量治疗效果的好坏程度。解放军总医院曾用评分法总结 50 例更年期综合征妇女使用尼尔雌醇治疗的效果。50 例治疗前平均 21.6 分，其中 9 例超过 30 分。治疗 3 个月后平均 7.4 分，即症状已减轻 $2/3$ 。用评分法随诊每个妇女的症状比较具体，易于比较，对医生观察疗效尤其有用。但这只是临床评定的一个粗略方法，一些改变不一定表现为不适症状，但意义更为重大，则需依靠实验室检查，比如骨密度、血脂改变等测定，在某种意义上说更为必要。这些改变初期不显示，到症状出现时已难以防止其发展。因此更年期妇女不要等症状严重才去检查，而是稍有不适就应找医生咨询。

表 4 妇女更年期症状评分参考标准（解放军总医院）

症 状	基本分	程 度 因 子			
		0 分	1 分	2 分	3 分
潮热出汗	4	无	<3 次/日	3~9 次/日	≥10 次/日
感觉障碍	2	无	天气有关	平常冷热痛麻木	冷热痛感丧失
失 眠	2	无	偶尔	经常，安眠药有效	影响工作生活
易 激 动	2	无	偶尔	经常，无自知感	自知，不能自控
抑郁，疑心	1	无	偶尔	经常，能自控	失去生活信念
眩 晕	1	无	偶尔	经常，不影响生活	影响生活
疲 乏	1	无	偶尔	上四楼困难	日常活动受限
骨关节痛	1	无	偶尔	经常，不影响功能	功能障碍
头 痛	1	无	偶尔	经常，能忍受	需服药
心 悸	1	无	偶尔	经常，不影响生活	需治疗
皮肤蚁走感	1	无	偶尔	经常，能忍受	需治疗
性 生 活	2	正常	性欲下降	性生活困难	性欲丧失
泌尿系感染	2	无	偶尔	>3 次/年，能自愈	>3 次/年，需服药

44. 更年期妇女为什么要做阴道涂片检查？

阴道是性激素的主要靶器官之一。它的上皮是和皮肤一样的鳞状上皮，但没有毛囊，不长毛。阴道上皮受雌激素和孕激素的影响，发生相应变化，显示周期性改变，可以从这些改变窥见卵巢功能。阴道粘膜上皮细胞也在不断更新。将脱落下来的上皮细胞经过涂片染色，可以在显微镜下观察细胞的形态、相互关系，以及细胞核内的结构特点和细微的改

变，以协助临床上作出诊断。比如急性炎症时，大量鳞状上皮细胞脱落，细胞边界不清，昏暗而不鲜明，核增大，结构不清。癌细胞则主要是细胞核极度增大，和细胞浆的比例失常，核内的颗粒粗而分布不匀，有的地方凝聚成团，核的轮廓也不整齐，整个核染色很深，大小不一，比较容易和非癌细胞区别。

利用阴道上皮对雌激素的敏感性改变，而脱落细胞的形态又能反映体内雌激素浓度的特点，阴道细胞涂片检查已经成为重要的内分泌检查方法之一。它结合每天测量早上刚醒来时的基础体温记录，子宫颈液粘稠度和量的测定，以及宫颈粘液涂片看结晶状态，几乎可以明确判断何时排卵或者存在雌激素或孕激素不足情况。更年期妇女可通过这些方法确定有无排卵，或者更简单的，只用阴道细胞涂片染色检查雌激素在体内的量的改变，来指导诊断和治疗。从脱落细胞中的表层、中层和底层细胞的比例判断雌激素浓度的高低。比如数 100 个细胞，其中 60 个是表层细胞，呈平铺多边形块状，扁薄，核小，染成淡红或浅蓝色；40 个是中层细胞，呈梭形或船形，有锐角和胞浆内空泡，卷叠或起皱，染成浅蓝色；没有呈圆或卵圆形，染成深蓝色的小个的底层细胞。上述改变说明阴道上皮受到雌激素的中度影响。如果表/中层细胞的比例是 40/60，那么雌激素的影响较轻。如果比例是除表层和中层细胞比例下调外，还有底层细胞，就说明雌激素影响低落。出现 40% 以上的底层细胞就是重度低落。因此我们可以通过阴道细胞涂片，结合患者临床症状和阴道检查，明确诊断及判定雌激素影响的轻重而采取相应的治疗措施。在治疗过程

中反复取阴道脱落细胞检查可以了解疗效，并调整雌激素代替治疗的用量，避免不必要的体内持续过高的雌激素水平。取阴道脱落细胞的方法是在妇科检查，放入窥阴器观察阴道和子宫颈情况时，用特制的刮板从阴道上 1/3 的侧壁，轻轻沿表面刮取刚要脱落的细胞（见图 15、图 16），不伤害任何组

织，也不会带来任何不适或特殊感觉。然后将刮取的细胞涂片染色，置于显微镜下行病理学方面的检查。这是一种非常方便、无痛、价廉而又很有参考价值的辅助诊断方法。因此更年期妇女在治疗中，应经常复查阴道涂片。如有阴道炎症，或局部用了药物，或当天、前天有性生活，则不宜进行此项检查，因为上述这些情况必然会影响涂片的结果，从而导致错误的结论。涂片过厚或反复来回涂沫的细胞会卷曲或破坏；涂片不及时固定在 95% 酒精等固定液时，亦会有细胞改变及破裂现象。因此医生在判断涂片的结果时，应把各种因素考虑进去。

图 15 取阴道细胞

图 16 涂片送检

45. 有没有防止更年期综合征发生的办法？

既然并非所有妇女在更年期都发生症状，而且症状的发生除与卵巢内分泌有密切关系外，又与个人的体质、健康状况、精神神经因素、生活方式及社会环境等有关，那么，应当说人们至少可以减轻更年期的症状至不影响日常生活和工作，使它不致成为困扰人的问题。为此最主要的是对妇女，以至整个社会进行必要的宣传教育，使人们，尤其是妇女，了解更年期是正常生理过程，掌握更年期有些什么变化，症状是怎样产生的，如何能够减轻症状，并防止一些生理变化转变为病理改变，从思想上消除不必要的恐惧和忧虑，用乐观和积极的态度来迎接和对待老年期的来临。一旦妇女发生了更年期综合征，则可通过对她们的同情、鼓励和帮助，促使她们进行治疗，加强信心，顺利度过这一转变时期。妇女 40 岁后更应定期进行体检、妇科检查，及时将月经情况、精神及泌尿生殖系统的症状向医护人员进行咨询，以取得他们的指导。

前面我们已就如何预防骨质疏松症的突然加速发生和冠状动脉粥样硬化性的心脏病的出现，提出了预防措施。这些措施对防止其它更年期症状的出现虽无直接的作用，但在提高身体素质、改善生活上可有一定帮助。妇女如能从中年就开始注意充分而适当的营养，保证脑组织处于良好的生理状态，戒酒禁烟，补充富含维生素 C、D 和 E 的食品，可以延缓心理衰老。锻炼身体，保持机体的活动和反应能力，也是

延缓心理衰老的重要措施。不断了解和参与社会活动，了解周围事物，保持与人交往的正常活动，关心别人，不把思想囿限于个人范围，可以最大限度地消除忧郁、消沉、厌烦、焦躁情绪。平时养成有规律的起居、工作和阅读习惯，保持稳定的情绪，可以避免烦躁和激动。如果睡眠不深，可以设法安排一个比较舒适和安静的睡处，必要时可用镇静或安眠药物，因为更年期的一些症状，如疲乏、头晕、头痛、易激动等，可能与睡眠不足有一定关系。潮热、出汗是造成失眠的重要原因，而睡眠不深又易致烦躁、潮热。故症状之间常相互影响，从而越来越重。

更年期综合征的主要原因是缺乏雌激素，因此当一般方法不能防止症状的发生时，最好在医生的指导下使用雌激素制剂。欧美许多妇女在更年早期就用雌激素预防骨质疏松症的过早发生，预防冠心病的出现。由于良性生殖器官疾病而切除双侧卵巢的年青妇女，在手术后即开始用雌激素替代治疗，可延缓更年期的到来，减轻更年期综合征的不利影响。有的人持续用雌激素到 65 或 70 岁，可提高生命的质量，愉快度过晚年。但并非每个妇女都需要用外源性雌激素替代自身失去的卵巢激素，因为绝经期后，妇女体内还可通过其它渠道获得少量的雌激素，比如可从肾上腺皮质分泌的雄激素转换而来，因而并不出现明显的更年期综合征。总之，是否使用雌激素代替治疗，最好在医生监护下进行。

46. 为何雌激素替代治疗是解决更年期综合征的最好办法？

虽然影响更年期综合征发生的因素多种多样，每个因素在不同人身上所引起的症状和严重程度不同，但最根本的激发各种改变的原因则是卵巢所分泌的激素，特别是雌激素的缺乏。到目前为止尚无任何其它治疗能完全代替雌激素，以控制更年期的各种改变，因为雌激素替代治疗可同时解决多方面的问题。

(1) 外源性雌激素可防止或减少阴道和外阴萎缩带来的不适症状，预防并缓解泌尿道更年期症状，维持子宫和阴道的支持组织处于较正常的张力，从而避免子宫、阴道壁、尿道下垂，尿失禁，性生活困难，外阴干燥，痒痛的出现或加重，大大改善更年期妇女生活质量。

(2) 雌激素在控制潮热、出汗症状方面效力之大、速度之快是最令人感到满意的。往往在用药 3~5 次，甚至 1~2 次后即可明显好转，表现为次数减少，程度减轻以至可以承受，特别睡眠不受干扰，而头晕、头痛、心悸等症状亦因之减少或消失。由于雌激素在稳定血管舒缩功能的同时，使大脑的作用趋于平衡，所以一些焦虑、抑郁、易激动和多疑等症状也大有好转。许多人服药一短时期后，整个精神面貌改变，像换了一个人，自觉轻松愉快，充满活力，不再疲倦厌烦，悲观失望，整个家庭气氛也变得温暖和谐，与人的交往也恢复到正常的和睦相处了。

(3) 雌激素对皮肤也有良好的作用，因为它能刺激皮肤的胶原合成，而这种蛋白构成 90% 的真皮。缺乏胶原蛋白的皮肤会变薄、起皱。服用雌激素能将皮肤维持在接近更年期前的水平，不出现老年改变的外貌，并避免发生许多老年人易出现的皮肤病，如老年性瘙痒、湿疹等。此外，服用雌激素后，皮肤的血液循环改善，皮脂腺和毛发的改变也随之减轻。

(4) 绝经前期，由于有不排卵的月经，雌激素失去拮抗，乳房往往变得丰满，甚至增大，有触痛，乳头勃起。绝经后乳腺组织萎缩，皮下脂肪稍增，故乳房变小，下垂，松弛，乳头缩小。服用雌激素可减轻乳房萎缩下垂程度，有时可有轻度触痛，但会逐渐消失。

(5) 从长远利益看，雌激素替代治疗的最重大意义在于能防止骨量的丢失，进而降低骨折的危险性。如果使用得当，可将骨折发生率减到相当同龄男性的骨折率，这对老年妇女是一个莫大的福音。雌激素对骨骼的影响很复杂，有以下直接或间接的作用：①刺激成骨细胞制造骨基质，增加骨胶原的转换和成熟。②降低骨骼对甲状旁腺素的敏感性，减低骨吸收的速度。③减少肾上腺皮质酮对骨形成的不利影响，减少抑制肠吸收钙和肾小管将尿钙回收的作用，使尿钙排出量降低。④刺激体内降钙素的合成，从而抑制破骨细胞的作用，使骨吸收速度减慢，同时促进成骨细胞的造骨功能，有利于预防骨质疏松症的发生。手术切除卵巢者立即用雌激素替代治疗可以完全不出现骨质疏松症。

(6) 雌激素对心脏的保护作用虽还没有最终定论，但大

量研究已表明,由于雌激素增加血中高密度脂蛋白胆固醇,减少低密度脂蛋白胆固醇而明显降低了更年期后妇女冠心病的发生率,延长了寿命。用雌激素的妇女发生冠心病的相对危险度约为不用药的绝经妇女的一半,大大降低了 50~80 岁妇女心脏病的死亡率;而且脑血管意外的死亡率也减少约 50%。雌激素影响血中前列腺素的水平,也是引致血管改变,有利于预防心脑血管意外的一个可能因素。

除上述作用外,用药后各种症状的减轻,解除了绝经后妇女心理上的负担,更有利于她放下思想包袱,对病的治愈充满信心。因此有人将雌激素称为更年期妇女“精神补品”,推荐给更年期症状尚不严重的妇女,尤其因其它良性病切除卵巢的妇女,长期少量使用,以避免症状的发生和发展。这就说明为什么在一些欧美发达国家,服用雌激素替代治疗如此普遍,认为它是有效的预防老年病的一种措施。

有人怀疑雌激素对心脏的保护作用,认为长期使用避孕药的妇女,心脏病例不见减少,有些调查还略有增加。殊不知现用的避孕药是以合成的孕激素为主,而有些孕激素会引起对抗雌激素作用的后果,例如降低高密度脂蛋白胆固醇,增加低密度脂蛋白胆固醇水平。故在缺乏雌激素的情况下使用避孕药,对心脏更为不利。

47. 怎样用雌激素替代治疗?

成年妇女体内天然雌激素有 3 种形式,即雌酮、雌二醇和雌三醇。其中雌二醇的量和活性在生育年龄妇女中占主要

位置。它不断转化为雌酮和雌三醇。雌酮的作用只有雌二醇的 $1/10$ ，雌三醇是作用最弱的雌二醇代谢产物。在绝经妇女，卵巢不产生雌激素，主要依靠肾上腺皮质分泌的雄甾烯二醇，经肝、脂肪、骨骼、肾等代谢成雌酮，以硫化盐形式储存体内，随时转变成雌酮及雌三醇，但量很少。绝经后多需用外源性雌激素代替，以补充所缺的最低量。现时外源雌激素的制品很多，有注射的，口服的，局部用油或霜，阴道栓，阴道环及皮下埋植的形式。注射剂型可用天然雌二醇盐，但需到门诊接受治疗，且注射一次药物要经过一段时间其作用才会消失。万一发生什么问题，只能等到药的作用停止。口服的剂型要通过胃肠道吸收，经肝脏代谢约 $60\sim 90\%$ ，然后以雌酮形式经血流到达各靶器官发生作用。雌激素口服型虽能增加高密度脂蛋白胆固醇，但每服一次不一定能达到稳定的血清水平，有的病人服后有恶心等症状，不能适应。阴道用药吸收很好，但有很多人不愿每晚放药。近来有一种膏药型的雌激素，经过控制释放速度的膜，透入皮下的速度相当均衡，大部分不需经肝代谢成雌酮就直接到靶器官，作用也强，使用也方便，但国内尚未生产。每个人的体质不完全一样，对各种药的反应也不尽相同，使用哪种药物，哪种剂型，应根据各人条件而定。不同药物和不同剂型，其用法和剂量是不同的，要在医生指导下选择最合适的使用；而且往往要经过一定时间的观察及调整才能确定。一般说，乙烯雌酚 5 毫克、雌二醇 5 毫克、结合雌激素 3.75 毫克、硫酸雌酮 3.75 毫克、炔雌醇 0.05 毫克和炔雌甲醚 0.08 毫克，有相似的生物效应。

目前国外使用较多的是从孕马尿提取的结合雌激素。此药高效、长效，每日口服 0.625 毫克或放入阴道使用 1.25 毫克就能提高绝经妇女血中雌激素量近 2 倍。各种酯化或硫化的雌二醇、雌酮或雌三醇制品也可供口服，如 17-炔雌醇。微粒子化的制剂还可舌下含化吸收。膏药式的 17-炔雌醇 0.05 毫克或 0.1 毫克外敷皮上，每 3 天换 1 次，就可提高血中雌激素 1 倍或更高，但效果不够恒定。还有每周服 1 次的炔雌醚等。所有这些制剂的副作用都不十分严重。

近几年，我国很多地方都在使用一种叫尼尔雌醇的药，是我国军事医学科学院和上海 12 药厂联合研制成功的雌三醇新剂型，比单纯雌三醇或炔雌三醇效果为高，并可储存在组织内，慢慢衰减，因而可以每月服 1 次，5 毫克，或每 2 周服 1~2 毫克，可明显解除更年期综合征。现已证明，它能保护骨骼和心脏，这是因为它可延缓骨质吸收速度，增加血中高密度脂蛋白胆固醇的浓度，减少低密度脂蛋白胆固醇的含量。它的副作用并不严重，发生率亦不高，很受更年期妇女的欢迎。但必须再提醒一下，和其它任何雌激素一样，要在医生的定时检查下服用，至少 3~6 个月复诊 1 次，以免发生不必要的问题。同时应根据各种检查结果，调整用量和方法。

48. 雌激素替代治疗要用多久？

绝经妇女如果能合理安排营养和生活，适当活动，进行精神调剂，达到身心平衡，不产生症状或骨和脂肪代谢的改变，则根本不需要补充外源性雌激素。若有雌激素缺乏的症

状或实验证据，则应及早使用，并继续一个时期。至于持续使用多久，应视不同情况而异。单纯为更年期综合征用药，一般 2~3 年后，多数人已无不适，主动要求停用，只加强锻炼或行气功等方法就可以巩固疗效，不需再用。另一些人则可以逐渐减量用药一段时间，然后停药。口服药虽然都要从胃肠道吸收，经肝脏代谢成雌酮再进入血流，但对肝脏并未见不利影响，相反，能促进肝脏对高密度脂蛋白胆固醇的合成，因而对心脏起到保护作用，故有人主张从预防心脏病发生的观点出发，应当持续用雌激素制剂至 65 岁左右或更长时间，除非当中发生了肝功能异常或其它不良的副反应。经皮或经阴道用的剂型是直接吸收，储存于皮下脂肪的，不经肝脏，故起不到保护心脏作用；但对骨代谢还是有肯定作用，可以继续用到 65 岁以后。70 岁以上妇女的骨质丢失率已经很低，除了没有采取预防措施致骨吸收过多的人以外，就不需要再用药。也有人主张继续用雌激素到 80 岁的，这就要根据检查结果来考虑。

为防止骨质疏松症加重或因进行治疗而服用雌激素时，如同时用钙，每日服原素钙 1500 毫克，则雌激素量可减少，对子宫内膜的刺激也减少，可避免用药中出血等副作用，易为人接受，故可较长期用药。如果骨质疏松症状较重，在用一时期的降钙素后，用少量雌激素和足量原素钙治疗，那么可以收到很好的疗效且副作用极少。这无疑是骨质疏松患者的福音。

雌激素在体内有一定的代谢过程，因此不能随意加量、减量或停用，特别在预防骨质疏松症时，用药效果很好，停药

则立即骨质丢失，又回到用药前的状况。另一方面，在用药期间应当定时检查乳房，作阴道细胞涂片、宫颈刮片、血及尿常规、肝功、血脂等项检查，必要时还需做刮宫术及内分泌测定。虽然不良反应并不多见，但每人的内在条件不同，故应严密监测，万一发现异常，应当详细检查，证实与药物无关，方可继续用药。在疑问未能尽释之前，还是先停药观察为好。

49. 服用雌激素制剂会有什么副作用？

按照以往的经验总结，服用雌激素的妇女，有 5~10% 出现副作用，如出血、腹胀、浮肿、下腹抽痛、乳房发胀等，多在开始服用时出现，用久后则自行消失。为减轻或避免上述副作用的出现，可减量或改用另外的剂型，或用止痛药即可奏效，用利尿剂或少服盐可使浮肿消退。这些副作用常不严重而且自限，很少造成妇女的担心而停用雌激素。

最不能为妇女接受的是绝经后又有阴道出血。这种出血是雌激素作用于绝经后妇女的萎缩性子宫内膜使变为增生的结果。加用孕激素可使服药妇女不定期的出血变成规律的撤退性出血，模拟月经，有时量可以相当的多，甚至腹痛，增加了不便和恐惧，甚至误认为发生了子宫内膜癌。因此阴道突破性出血或撤退性出血往往成为妇女中断用药的主要原因。但出血并不一定有子宫内膜增生过长（见表 5）。常见在妇女出血时立即刮宫却取不到子宫内膜，或刮宫取不出足够作病理检查的内膜。但用黄体酮后，仍有少量出血。很多作

表 5 阴道出血与单独用雌激素的内膜增生过长

治疗方式	撤退出血		不规则出血		不出血	
	例	%	例	%	例	%
周期大量雌激素						
正常子宫内膜	14	64	11	69	22	71
内膜增生过长	8	36	5	31	9	29
周期小量雌激素						
正常子宫内膜	3		5	56	23	96
内膜增生过长	1		4	44	1	4

者都报告,用雌激素时,每月加用 10~14 天的孕激素,子宫内膜增生过长的发生率降为 2%,甚至零,并且有周期性撤退出血,而使内膜全部脱落,有效地保护了子宫。有报告持续联合用雌、孕激素一段时间后就会完全“闭经”,不再出血。不同雌激素剂型对子宫内膜的作用不同,比如硫酸雌酮引起子宫内膜增生过长的影响就比结合雌激素的小。对尼尔雌醇的研究,初步结果表明,如果用量不过多的话,不出现子宫内膜增生。为了安全起见,使用尼尔雌醇者,每 3~6 个月用约 10 天的孕激素,不出血说明内膜未增生,出血则起药物刮宫的作用。这样医生和病人都放心,而 3~6 个月 1 次少量按时出血就比较易接受。当然用药 1~3 年后如能刮宫 1 次就更有保护作用,而且更可放心。单纯用雌激素不用孕激素的,必须在用药 1 年后刮宫 1 次方妥。已切除子宫的妇女不存在子宫内膜增生过长及子宫出血问题,与未切除子宫者相比,使用雌激素的时间和方法当然方便、自由得多。此外雌激素可能对凝血机制产生影响,特别是炔雌醇等合成制剂,可加强

凝血因子和纤维蛋白原的作用,但未见有血小板凝集现象。使用天然雌激素、雌三醇制剂及用膏药型或油膏型雌激素的,均未发现影响凝血因子。已证实用雌激素治疗不影响血压。

50. 用雌激素替代治疗会引起癌变吗?

自从 1947 年开始,有人提出雌激素能增加癌症发生率的意见后,人们一直关心这个问题,许多人进行了多方面的研究和调查。雌激素的靶器官大量集中在子宫内膜和乳腺,因此大量有关子宫内膜癌和乳腺癌的报告已经陆续发表,而且多是与不用药妇女对照研究的。

总的结论是不用雌激素的 50~74 岁妇女的子宫内膜癌发生率约为每年 0.1%。长期、大量单独使用雌激素(主要是结合雌激素)其子宫内膜癌发生的相对危险度增加 10 倍,或者每年增加的绝对危险性是 0.1~1%。但用雌激素后的子宫内膜腺癌,都是恶性度较低,范围窄,较少侵犯子宫肌层,很少达到 II~III 期,多属 0 或 I 期,细胞分化很好。就是说,早期远处转移较少,手术治愈机会很大,比同年龄未用雌激素妇女发生同样癌的存活时间长,其术后 5 年生存率反而比未用雌激素者高(89.1%比 73.5%)。发病率的多少与用雌激素的每次剂量和使用时间长短有直接关系,大量使用多于 3 年半的比少于 3 年半的高。每月有 4~5 天不用雌激素亦可降低雌激素致癌的危险性。

自从人们在雌激素治疗中加用孕激素口服、注射或在阴道内用药后,证明都能将增生期的子宫内膜变为分泌期内膜,

并按时脱落，形成撤退性出血。每月用 10~14 天孕激素，有 80~90% 使用雌激素的妇女出现撤退性出血，但若每天同时联合用雌、孕激素，出血的反而少。雌、孕激素的联合应用，使子宫内膜癌的发生率降到和不用雌激素病人的发生率一样。孕激素对子宫内膜显然有保护作用，但使用的时间应够长（10 天左右）。

人们很自然的想到雌激素是否也增加乳腺癌的发生率，联合使用雌、孕激素能否起到保护乳腺作用。各家研究的结果不一致，总的意见是，卵巢完好者用大量结合雌激素（总量超过 1500 毫克），与未用雌激素者相比较，能提高乳腺癌发生率 2.5 倍；在已切除卵巢者则无此作用。使用雌激素 15 年以上的妇女在 65~79 岁时，患乳腺癌的危险性增加 2%。多数医院的调查找不出长期用雌激素者乳腺癌发生率增加的证据，相反有的反而降低；但有家族乳腺癌历史的人或使用雌激素超过 15 年的，或曾有乳腺疾患行手术的，不能肯定发生乳腺癌的可能性是否加大或减少。因此在决定使用雌激素替代治疗以前，应详细了解其以往及家族的乳腺病史，特别是家族史。

联合用雌、孕激素似不能起到保护乳腺的作用，少数人甚至认为，反而可能使乳腺癌的危险性增加。关于这个问题，还未取得一致的意见，有待继续观察。

有的专家认为老年人死于冠心病的，比死于子宫内膜癌和乳腺癌二者加起来的数目还多约 3 倍。雌激素保护骨骼和心脏的作用远超出它致癌的潜在危险。有人统计连续 10 年每日口服相当于 0.625 毫克结合雌激素的妇女，到 65~74 岁

时，每年 10 万名妇女中有 302 人可由此避免死于冠心病。在切除子宫的妇女中，每 10 万名内能挽救 328 人。这样看来，有适应证时，确实不必因害怕癌变而拒用雌激素替代治疗。但应在医生监护下使用，定期检查观察，千万不要自己随意用药。

51. 在雌激素替代治疗中是加用孕激素好还是不加好？

雌激素对缓解更年期综合征的效果已被证明是非常独特而快速的，唯一使人不放心的是它也许有潜在致癌性，而这一难题已因雌、孕激素联用而得到解决。孕激素还可能对骨骼的吸收产生对抗作用，与雌激素协同起到增加骨质量的效应。当雌激素不适合应用时，单独大量用黄体酮或合成孕激素也可略为减慢骨丢失的速度。目前雌、孕激素联合应用已经成为常规。但用哪种剂型，多少剂量，如何联合的方式等还不统一，仍需进行大量工作才能得出最佳方案。

有少数研究者不赞成常规采用孕激素与雌激素联合，认为首先是没有子宫的更年期妇女不需要它，其次孕激素可能对胆固醇的蛋白结合过程产生不太有利的影响，因为孕激素对脂代谢的影响与雌激素的作用正好相反，故对保护心脏不利；大量的孕激素还可能引起轻度的精神抑郁、乳胀等症状。

然而，尽管有这么多不利情况，孕激素的保护子宫内膜作用仍是最主要的，最必需的。但由于它对血脂及其它方面可能不良的影响，所以应当使用足以控制症状又不使子宫内膜增生的最低剂量。现在一般不主张序贯的使用雌、孕激素，而只在持续用雌激素当中，每月定期加用孕激素 10~14 天。

若在停药 3~4 天后出血，表明子宫内膜已转为分泌期。但对不同的人及不同的雌激素剂型需要用多少剂量最为合适，仍无定论，因此还要进行一些研究。现时只能认为，既要用孕激素减少雌激素对子宫内膜的影响，又要慎用，以减少其对心脏及其它组织相反的作用。期望有朝一日，能够生产出一种雌、孕激素联合微型丸，含有适当的两种激素最低量，既能产生最大的效力，又能避免不良的副反应。许多科学家正在努力从事此项工作。

52. 雌激素替代治疗有禁忌证吗？

雌激素替代治疗是非常有价值的更年期妇女保健措施和更年期综合症的消除妙方。但并非每个妇女都需要它，更不是随便那个绝经妇女都可以使用它。首先要查明患的是什么病，有没有骨质疏松或血脂高，或其它缺乏雌激素的问题。诊断明确了，认为有使用雌激素替代治疗的适应证，还要检查有没有禁忌证。过去患过什么疾病，多数人会清楚，但细节不一定记得，而现在有什么病，也许不一定知道。因此在开始用药之前，医生都要询问明白，最好能复习一下旧病历。此外还要做必要的体格、妇科检查，血、尿生化检查以及为明确诊断所需的特殊检查，如超声造影、心电图、骨密度测定等。

表 6 雌激素替代治疗的禁忌证及慎用证

疾 病	禁 忌	慎 用
新近心肌梗塞	+	
新近脑血管意外或缺血	+	
确诊缺血性心脏病		+
慢性高血压		+
急性肝病（重型）	+	
慢性肝病		+
胆囊病		+
乳腺恶性瘤病史	+	
分化不良的子宫内膜癌	+	
分化良好早期子宫内膜癌	+	
不明原因的子宫出血	+	
反复活跃栓塞病	+	
曾有一次栓塞病		+
糖尿病、胰腺炎		+
高血脂症		+
偏头痛、癫痫		+
子宫肌瘤（较大）		+

从表 6 我们可以看到应用雌激素治疗的一些绝对和相对禁忌的较常见疾病。相对禁忌证是指经过治疗已经控制，仍可使用雌激素的疾病，即使已控制了，也要定时检查原发病有无改变，是否需调整雌激素的用量、用法，或停用。乳腺以往有良性疾病，如乳腺增生、纤维瘤等不禁忌用雌激素，但

应查明确无恶变或可疑恶变。如果多年以前曾患栓塞性病并手术，已多年未复发的患者，亦不禁忌本法治疗。

53. 尼尔雌醇和结合雌激素等有什么不同？

现时国外使用的各种雌激素制剂都是结合雌二醇，或合成或提炼的雌二醇类药物。尼尔雌醇是雌三醇的衍生剂。雌二醇经肝代谢成雌酮，在血内被带到各种组织而起作用，也可随时恢复为雌二醇。雌三醇是外周血中的雌二醇和雌酮代谢产物从尿中排出，具有很弱的雌激素作用，临床上曾被试用于治疗更年期综合征无效。有人设法将它改造成一种缓慢释放的长效阴道栓，发现治疗老年性阴道炎效果很好，阴道细胞也变得成熟了，对更年期症状也有改善作用。科学家们成功地把雌三醇的化学结构改变成炔雌三醇，效力大大提高了，然后又改变成长效，缓慢释放的炔雌三醇—3—环戊醚，取名叫尼尔雌醇（Nylestriol）。1984 年始，上海 12 家医院联合观察 339 例更年期综合征用尼尔雌醇治疗的效果，取得非常满意的结论。上海采用每月口服 5 毫克。在北京我们根据一些动物实验的结果，将用法改成每 2 周口服 2 毫克，得到同样的效果。每 2 周 1 毫克，在有些人也足以控制症状，但多数人需要 2 毫克，特别在开始用药阶段。此药在体内转变成成为炔雌三醇和雌三醇，与原药共 3 种形式同时存在，可进入各种组织的雌激素受体中。临床上已证明尼尔雌醇对防止骨吸收过早发生的效果是肯定的，并且可以使丢失的骨量重新获得补充（虽然不是很显著）。服用尼尔雌醇后，血中高密

度脂蛋白胆固醇升高，低密度脂蛋白胆固醇水平降低，对于预防绝经后冠心病发生率迅速上升，提供了一个很有希望的药物。它用量少，可口服，不需每天服用，疗效好。

因雌三醇对子宫内膜的刺激作用小，我们设想有可能将联合用的孕激素量减少，或间隔较长时间用一次，减少撤退性出血的次数，使不发生子宫内膜增生过长，以消除长期服用后出现子宫内膜癌的威胁，增加其安全性，减少副作用（特别是阴道出血），则更易于为绝经妇女所接受。我们已对如此用药的妇女的子宫内膜进行观察，初步的结果令人鼓舞。

54. 是不是凡有骨质疏松症的人都要用降钙素？

降钙素主要是甲状腺的 C 细胞分泌的多肽，胸腺、肺、肝、胃、脾、空肠、直肠、膀胱和骨骼肌也有少量。破骨细胞有降钙素的受体，故其活动受降钙素的抑制，致骨吸收减慢。老年人和绝经后妇女的降钙素分泌减少，因它的分泌是受性激素的调节。绝经后用雌激素治疗可以刺激降钙素分泌增加（亦有人认为不变）；此外，有人认为雌激素可增加降钙素受体数量，使之对外源性降钙素的敏感度上升。

降钙素可以从多种动物和鱼类提取。欧美用鲑降钙素；日本则用鳗降钙素，其作用不如鲑降钙素强；也有用猪或人的降钙素，作用亦不如鲑降钙素。

降钙素对消除骨、关节痛，降低骨折率起到非常明显效果，但对更年期症状不起作用。它不能口服，每日或隔日注射 1 次，不论静脉、肌肉或皮下，对门诊患者都是不方便的，

而且有人出现恶心等副作用，不易坚持。然而更不能广泛应用的主要原因是此药太贵，用量又大，很少能长期坚持应用；即使喷鼻可免注射的麻烦，也因经济原因不能坚持。因此，显而易见不是凡有骨质疏松症的人都能用降钙素，只是疏松比较严重，重痛影响活动和休息的个别人才用，而且症状一有改善即可停用，改用雌激素以刺激自己体内分泌，或者加强破骨细胞受体的敏感度，就可以得到同样满意的效果。一般骨质疏松症完全可以不用降钙素，较长期应用少量雌激素，并注意改善营养和生活习惯，就可达到防止骨质吸收速度加快的目的。

55. 糖尿病和更年期有关系吗？

糖尿病是一种常见的、有遗传倾向的代谢内分泌疾病。它由胰岛素分泌不足引起，可发生于任何年龄，但 40 岁以后发病的占 75% 以上。属于病因不明的原发性糖尿病占绝大多数，男女之比相近。仅极少数是继发于其它原因，如胰腺炎、胰腺癌或手术切除胰腺。内分泌疾病如垂体功能亢进，产生对抗胰岛素的内分泌素过多；肾上腺皮质醇增多症，导致类固醇性糖尿病；长期使用肾上腺糖皮质激素治疗引起暂时性类固醇性糖尿病，停用后可恢复正常。使用雌激素是否会引起糖尿病，则未有报道。

然而，更年期妇女基本上都是 40 岁以上，发生原发性糖尿病的可能性较大。由于胰岛的内分泌激素与垂体功能、肾上腺皮质的类固醇激素及性激素之间，有一定的相互联系，使

用雌激素替代治疗，即使不导致糖尿病，会不会使已有的血糖过多情况更趋严重，则应慎重对待。因此对患有糖尿病的绝经妇女，未经很好控制，我们还应小心，以暂不用雌激素为宜。实在很需要，则首先治疗糖尿病，控制到较轻的程度才用。在用雌激素期间，仍应经常注意糖尿病的情况，并随时调整药物剂量或用法。口服剂型的雌激素（类固醇激素之一）需经肝脏代谢，大量长期应用是否可能影响肝糖原的合成及贮存，亦应予以适当考虑，故虽不列为绝对禁忌，却要慎用。

56. 更年期还要避孕吗？放置宫内节育器无症状，可以不取出吗？

更年期的起因是卵巢逐渐萎缩，排卵减少，渐至停止。子宫失去卵巢分泌的雌激素刺激，也相应的逐渐缩小。子宫体与子宫颈的比例，由生育旺盛期的 4 : 1，减至最后的 2 : 1。子宫重量和宫腔容积亦减少。绝经之前发生月经紊乱，偶有一次排卵，不能完全排除受孕的可能，但机会很少。超过 1 年无月经来潮，可以认为子宫内膜已经相对萎缩，不但没有分泌期改变，而且内膜增生也不明显。此种情况下，即使有受精卵进入子宫腔，也不可能提供孕卵种植和发育的场所和营养，因此可以不再避孕，可以取出节育器了。

宫内节育器的种类很多，各具特点。最基本的原理是在局部起到异物作用，如：①损伤子宫内膜表层，致白细胞增多，尤其巨噬细胞增多，不仅吞噬精子、受精卵和胚囊，还干扰受精卵着床。②局部的刺激致内膜产生前列腺素，加速输卵管蠕动，使受精卵过早进入子宫腔，与子宫内膜的周期

不同步，不利于着床。③子宫内膜的非特异性炎症，组织反应，子宫液及子宫内膜的大量中性白细胞及溶化物质，有杀死胚胎的特性，给受精卵造成一个极不适宜的环境。④使子宫腔内许多化学活性物质增加如溶酶体水解酶、蛋白、非蛋白氮等，说明有组织崩解。另外血清中的免疫球蛋白含量增加，起到免疫抗着床的效果。⑤带铜的节育器，减少子宫内膜的锌量，使胚胎在子宫内膜表面附着的必不可少的碳酸酐酶发生变化，同时子宫内膜腺体萎缩加快。所有这些对绝经后的子宫都有加速其退化的不良作用。子宫体积变小，节育器却不会缩小，很容易发生嵌顿，引起腹痛，甚至穿出子宫外，刺激腹腔而产生不良反应，则需开腹手术取出。推想节育器长期在年龄较大者抵抗力弱的子宫腔内，造成宫腔感染，积脓的可能性是大的。

宫内节育器如造成内膜损伤面出血，则使鉴别生殖器官肿瘤的诊断困难度增加，因此绝经 1 年后以取出节育器为好，时间越长，取出时遇到的困难将越大，因为子宫颈变小了，节育器嵌顿的机会也越大。不过最近有人报告，随诊一组绝经多年而未取出避孕环的妇女，未发现严重子宫内膜炎症增加或不适症状加重。所以这个问题还需进一步观察。

57. 绝经多年为什么还要定期接受妇科检查？

随着条件的改善，人的寿命日益延长，妇女尤其明显，寿命比男性的更长，各种疾病和肿瘤的发生率也相对增多。女性生殖道的炎症、退行性变，特别是恶性肿瘤，如子宫颈癌、

子宫内膜腺癌、卵巢癌的高发年龄多在更年期及其后的岁月。阴道癌和外阴癌更晚。美国某州的一次调查报告很能说明这个问题（见表 7）。

很多妇女认为绝经了，生殖道的问题已不存在，没有必要再去进行妇科检查，甚至嫌麻烦而不愿去，除非出现阴道出血或有臭味的排出液或脓，才去找医生。殊不知绝经后的子宫出血中，90%有器质性病变，而器质性病变中 40%是恶性肿瘤，60%属癌前病变。一般说，出血离绝经时间越长，恶性病变的可能性越大。况且还有很多卵巢良性、恶性肿瘤，输卵管癌等，既不大出血，自己又触摸不到，早期没有任何症状，只能定期做妇科检查。通过医生观察，触摸，做子宫颈刮片，必要时行阴道镜、宫腔镜、B 超检查、诊断性刮宫，以至活体检查等，及早发现盆腔病变，有很重要意义。

表 7 妇女癌瘤发生率（每年每 10 万妇女中发生例数）

年 龄	1942~1943 年	1958~1960
20~24	70. 10	25. 81
30~34	70. 04	100. 10
40~44	219. 93	345. 39
50~54	438. 82	450. 45
60~64	770. 84	732. 14
70~74	1129. 90	1120. 71
80~84	1495. 09	1657. 08

早期发现，早期诊断，是提高妇科癌瘤手术成功率的关键。不但手术范围可以较小，不伤及泌尿系或肠道组织，手术时间大大缩短，而且术后恢复快，痛苦少，复发的机会也少。癌瘤发现得晚，病情加重，以至不能手术，只能单纯采用化学疗法或放射治疗，病人痛苦大，预

后较差。一旦扩散到其它组织或器官，死亡率将大为提高。

妇科检查，包括子宫颈刮片、阴道涂片，既无痛苦，诊断又相当准确，往往只需每 1~2 年检查 1 次，就能作出判断。目前大多数乡镇以上的妇科医生都能进行这方面的普查，而且费用很少。问题就在于自己是否重视，此外，家人也应热情支持。妇科检查除可检出癌瘤外，还可发现外阴、阴道或盆腔的一些常见病，并给予适当治疗，从而减轻妇女的痛苦，因此是很值得的。

58. 外阴白色病变都要做活体组织检查吗？

外阴白色病变是妇女常见的一种皮肤色素减退病，是由多种原因引起的外阴皮肤营养障碍。色素的减退可以是局部的或广泛的。1975 年国际外阴病研讨会建议，根据组织学所表现的形态变化，将外阴白色病变分成：增生型营养不良、硬化苔癣型营养不良、混合型营养不良 3 种类型。每一型都可伴有或不伴有非典型增生。这种病变在年龄较大的人中较为多见。

事实上合并有非典型增生的病人只占外阴白色病变病例的 10%，可能发生癌变的只有 5%。但外阴癌患者中，50% 是从外阴非典型增生型白色病变转变而成。而白色病变发展成癌的病人，其早期的病理报告都有非典型增生，在不伴非典型增生的基础上发生癌变的极少。过去临床上把外阴白色病变一律视为癌前病变的观念显然是错误的。现在只有在病理组织学检查见到非典型增生时，才视为是真的癌前病变，而行手术治疗。

外阴白色病变不论有、无合并非典型增生，肉眼不能辨

认，患者也没有特殊的症状可助临床诊断，最后确诊必须根据病理学检查结论。因此只能行活检，从出现白变的部位取下一小片皮肤组织，送请病理专家切片、染色后，在显微镜下仔细检查。这是从患者的利益出发的科学的、负责的做法。如果有不典型增生，立即手术，这是防癌的很有力的措施；如果不伴不典型增生，活检的伤口很小，愈合后丝毫不影响外阴的舒适感觉，医生和病人都放心。良性的白色病变一般不需特殊治疗，只要保持局部清洁即可。

59. 子宫颈上皮非典型增生是宫颈癌吗？

当子宫颈活体组织在病理学检查时，见到细胞的形态改变，由成熟型向胚胎期不成熟的幼稚型转化，失去正常的结构时，称为非典型增生。这样的细胞失去正常的生理功能，有类似癌细胞的一些特点，但还不能诊断为子宫颈癌。

非典型增生的子宫颈上皮，若只在鳞状上皮的不到 $1/3$ 见到异常的增生细胞，称为轻度，异常增生达 $2/3$ 的定为中度，几乎达到全层上皮都有，则是重度。这 3 种不同程度的非典型增生，其发展和转归不同，轻的可以通过局部治疗恢复正常，中度的也可保持不变，或转为重度的。当异常细胞增多到占据全层时，不易与癌细胞区别，则认为是癌前细胞，癌变率明显上升。如鳞状上皮细胞全部被间变细胞替代，就诊断为原位癌。

重度非典型增生和原位癌之间，很不容易区别。有人仔细研究了这两者的超微结构，认为这两种改变是一个连续转

变过程的前后两个步骤，实质上是从量变到质变的动态变化经过。必须由有经验的病理学家，综合分析上皮细胞不同层次的结构，异型改变多少及核分裂象，才能得出正确结论。只要还是非典型增生，而不是原位癌，采取积极治疗措施，很有可能使它不向癌的方向发展，而是向正常细胞转化。所以临床上我们主张积极治疗较重的慢性宫颈炎，特别已有轻、中度的非典型增生者。治疗中还要注意复查子宫颈上皮的组织学改变，以便当异常结构细胞增加时，转而采用更积极的措施。千万不能麻痹大意。

60. 子宫内膜腺癌多见吗？如何治疗？

子宫内膜腺癌，有人简单称之为子宫癌，实际上它是子宫内膜的癌，当然晚期可以侵入子宫肌层，或转移到远处组织和器官。它的发生率比子宫颈癌或乳腺癌的发生率低得多，但在妇女的癌瘤中亦算较多见的一种，多数发生在 50 岁以上，特别未曾生育、哺乳的妇女（约占 25~51%）。未婚的妇女也可有子宫内膜腺癌。癌的早期多在子宫上段两侧角的内膜，不涉及肌层，子宫大小正常或稍增大，不容易诊断。若已发展到侵入子宫肌层，甚至子宫两旁的组织，转移到卵巢、直肠和膀胱，则阴道检查可以触到。晚期子宫内膜腺癌还可发生坏死、继发感染和溃烂。子宫内膜腺癌的内膜可以像局限的息肉，早期作诊断性刮宫时，有时将之全部刮掉（数目不多时）。绝经后子宫内膜腺癌息肉型的较多，临床上常有点滴出血。所以绝经后自发出血，必须行诊断性刮宫，并送病

理组织学检查。若报告有子宫内膜腺癌，则需行手术切除。早期手术的预后比较好，特别是绝经后用过量的雌激素的子宫内膜腺癌，一般分化都很好，手术后存活率高。

国外有的报道子宫内膜腺癌发病率有上升趋势，另一些人认为无多大改变。国内上海 1972 年调查，子宫颈癌与内膜癌之比是 13.3 : 1，1988 年为 1 : 1.09。因为历年开展了宫颈癌普查普治和预防工作，子宫颈癌明显减少，多消灭在癌前病变阶段，故子宫内膜腺癌的比例呈上升趋势，具体例数却不一定增多。这种癌的特点是较早有点滴出血，或者阴道排出黄水样臭液，特别在绝经多年后出血，易引起注意，诊断应当不会被延误。

早期的子宫内膜腺癌可以单纯行全子宫及附件（卵巢及输卵管）切除，较晚期的，手术前后可加放疗及大剂量的孕激素，术中选择性的切除淋巴结及主动脉旁淋巴结组织。这种综合疗法已被证明效果良好。

61. 更年期还有什么重要的生殖系统肿瘤？

妇女年龄越大，尤其 50 岁以上者，发生各种生殖系统的肿瘤的机会越多，特别是恶性肿瘤。按肿瘤发生部位的多少，依序为子宫颈、子宫体、卵巢、外阴及输卵管，而阴道的癌瘤极为少见。发生于外阴、阴道及子宫颈的多数是鳞状上皮细胞癌，也有部分腺癌；子宫体的主要是腺癌，与子宫颈的比例大约是 1 : 40。子宫肉瘤、肌瘤恶变，子宫内膜异位症恶变和绒毛膜上皮癌的发生率都相对少见。主要症状都是阴道

不规则出血，子宫增大。

卵巢很小，但可发生多种多样的肿瘤，而且从其它器官转移来的恶性肿瘤也不罕见。卵巢肿瘤在妇科病的住院率中约占 9%，其中恶性的卵巢肿瘤占全部卵巢肿瘤的 1/9，发生高峰在 45~64 岁，但 90 岁妇女亦有。良性卵巢肿瘤多半是囊性，但实性的则未必都是恶性，比如卵巢纤维上皮瘤很硬，恶变的很少。有的卵巢瘤有激素功能，能够使子宫内膜增生，不规则出血。由于卵巢瘤这样复杂，目前还没有满意的分类法，多数根据它出自哪种组织及显微镜下的形态来分类。卵巢恶性肿瘤中最常见的有浆液性囊腺癌，粘液性囊性癌，畸胎瘤，副中肾透明细胞癌，胃癌转移到卵巢的克鲁根勃氏瘤等。这些肿瘤早期只能靠盆腔检查、B 超造影等法查出。阴道细胞检查无多大帮助，晚期则可有腹水、腹部肿块、疼痛等症状，但为时已晚，治疗困难而效果差。对卵巢肿瘤一旦明确诊断，应力争及早治疗，若能手术切除，恶性的加用术前后放射治疗及术后反复化学药物治疗，预后较好。如有复发，还可以再行手术。绝经前后妇女手术范围应包括全子宫及双侧卵巢，并尽可能彻底切除盆腔组织或器官已有转移的部位，如大网膜、肠、输尿管、膀胱等。

输卵管肿瘤非常少见，但种类亦不少，手术前较难确诊。有人统计，术前正确诊断率只有 2%，但若警惕此种肿瘤的可能性，则可提高诊断率。输卵管恶性肿瘤中最多见的是原发性输卵管癌，其次是肉瘤和绒毛膜上皮癌，恶性度高，容易转移。早期症状多不明显，最值得重视的是大量阴道流水或流血，而子宫及附件摸不到明显包块，或仅觉输卵管部位

有软的肿胀感。如果想到输卵管癌的可能性，从子宫腔吸取细胞作涂片检查，阳性细胞检出率可达 60%，进一步作诊断刮宫检查，排除了子宫内膜癌，那么就能够明确癌细胞来自输卵管。若仍有怀疑，应当行腹腔镜或剖腹探查。延误手术时机，则预后很差，5 年生存率不到 5%，大约有 1/4 的患者 1 年后复发。由子宫癌、卵巢癌、胃肠道癌或绒毛膜上皮癌转移而来的癌比原发性输卵管癌较多见，表现多随原发癌而异，治疗亦附在原发癌的治疗中。原发输卵管癌的治疗也是以手术切除全子宫及附件（卵巢和输卵管）为主，辅以放射治疗或化学药物治疗，但后两种治疗的效果不肯定。因此提高对本病的警惕性是治疗成功的关键，因早期输卵管癌的肿块小，B 超检查不一定能发现。

生殖系统的良性肿瘤很多，身体其它器官能发生的类型都可能，如外阴的汗腺瘤、纤维瘤、脂肪瘤、血管瘤、淋巴管瘤、乳头状瘤、神经瘤、肌瘤、囊肿、子宫内膜异位肿块等。这些肿瘤，甚至慢性炎症，退行性变，性病都有恶变的可能性，应当及时诊断治疗，并定时随诊。

62. 卵巢癌只发生在更年期后吗？能不能避免？

卵巢肿大很常见，在生育年龄可能有单纯肥大、卵巢炎、卵巢妊娠、潴留囊肿、子宫内膜异位症等，但更好发各种各样的肿瘤。北京曾在普查 25 万妇女时发现 3.5% 的女性生殖器癌瘤为卵巢癌，随着子宫颈癌的普查普治工作取得的可喜成果，卵巢癌的相对发病率增高，死亡率则跃居生殖器癌瘤

死亡的首位。卵巢癌不仅限于更年期后妇女，从新生儿到八旬老人均有。但大量调查结果表明，其发生率在 20 岁以下的，每 10 万女性中不到 1 人，55 岁时为 27 人，75 岁时为 75 人，可见年龄越高，发生卵巢癌的病例越多，长寿的人多，则绝对例数明显上升。另外年龄越大，其恶性程度也升高，良性肿瘤恶变的也加多。据统计近 40 年，卵巢癌的发生率增加了 3 倍。

卵巢瘤的发病率高，类型也最多，其原因是：①卵巢成熟后，不断发生周期性组织结构的改变，容易发生异常。②卵巢内经常含有胚胎时期的各种组织的残留，可发展成不同胚胎组织肿瘤。③卵巢的每种组织都能有多方向的发展，形成不同类型的生发上皮瘤、生殖细胞瘤、间质组织瘤。④卵巢容易受其它器官癌瘤细胞的侵犯，发生转移癌的机会较多。

尤其不利的是卵巢肿瘤恶变率高，早期多无特殊症状，甚至月经也无变化，常为人所忽略，到出现症状求诊时已属晚期。有人用两个 70% 概括其严重性，即卵巢癌有症状求医时，70% 属Ⅲ～Ⅳ期（已有近或远处转移）；其死亡率约为 70%。为引起重视，不失早期诊断时机，一些专家提出以下危险信号供妇女注意：①年龄 40～60 岁。②曾有卵巢功能失调，月经紊乱。③长期腹部不适伴持续性消化道症状。④有不排卵性月经史。⑤家族中有癌瘤史。⑥曾作过盆腔手术，但保留单、双侧卵巢，或部分卵巢。⑦有性质不清的盆腔包块。⑧ 40 岁以上而久患不治的“附件炎”。⑨更年期较严重的不规则子宫出血。⑩绝经后妇科检查可触及卵巢（PMPO 综合征）。⑪乳腺癌及胃癌手术史。认为有危险信号者，最终发生生

殖器恶性肿瘤的机会可高达 20%。

早期卵巢癌诊断错误率甚至达 50%，为免误诊，应注意下列各点：①卵巢区域实质性肿块的 50% 为恶性，囊性肿块恶性的为 10%。②70% 恶性卵巢瘤为双侧性；良性的肿块只有 5% 为双侧性。③肿块外形平滑，边缘清楚的多为良性，外形不规则或呈结节状，表面不平的多为恶性。④肿块有粘连，与周围组织的界线不清，不太活动或固定的为恶性。⑤伴有腹水的肿块多为恶性。⑥妇科检查触到子宫后，直肠窝有结节的，90% 为恶性。⑦盆腔肿块于短期内明显加速生长的应高度怀疑为恶性。⑧患者出现明显消瘦或衰弱状态的应立即检查有无癌瘤。

由于卵巢良性肿瘤恶变的可能性大，因此及早发现良性肿瘤或早期恶变，对避免卵巢癌的发生和发展有极重要的意义。首先妇女，尤其 40 岁后应定期进行妇科检查，并做子宫颈、阴道细胞涂片检查。有疑问时行 B 超、腹腔镜、宫腔镜等检查。仍不能明确时可行计算机断层扫描（CT）以至核磁共振（NMR）检查。疑有内分泌功能的卵巢肿瘤则可取血做有关内分泌检查，及与肿瘤有关的抗原肿瘤标记物检查。这些都有助早期确诊盆腔肿瘤。早期手术切除卵巢肿瘤，特别在良性阶段或恶变仍在肿瘤内部，未超出瘤的包膜，则预后很好。

63. B 型超声诊断卵巢肿瘤可靠吗？多次 B 超检查有害吗？

超声显像技术问世时间虽不长，但发展很快，特别在妇产科的诊断上使用率高，协助明确妇女盆腔病变的准确率不

断提高，有很重大的价值。国外有的医院 1977 年报道，B 超诊断卵巢肿瘤的物理性质准确率已达 91%。国内报告超声与临床诊断符合率亦超过 88%。目前我国多数医院已有 B 超设备，用作妇科疾病辅诊及产前诊断已非常普遍。近年国外更使用超声显像阴道探头技术于临床，探头可近距离接近所需要了解的盆腔组织，避免了腹壁脂肪和肌层组织的阻碍，探头可由检查者引导指向病变部位，获得更为准确清晰的图像，提高了诊断的质量。卵巢肿瘤和输卵管肿瘤直径小于 1 厘米的都能测出，对肿瘤过大或有粘连、触摸不清的，阴道 B 超能显示它的外形及与子宫的关系。鉴别盆腔肿瘤来源的准确率高达 90% 以上；还能提示肿瘤的大致性质，是囊性、实性还是混合性。密度不同，声阻仅差 0.1% 的组织能出现不同波型，结合临床病史及检查，对鉴别恶性或良性盆腔肿瘤，很有用处。B 超也能显示腹水，还可以估计腹水量；也可以显示小于 2 厘米的淋巴结，对了解有无淋巴转移，更好安排手术计划，很有帮助。

B 超显像检查不需要进入人体，无创伤，不痛苦，只需检查前多喝水，而准确性高，不接触放射线，到目前为止，还未见有 B 超检查造成任何损伤。如果条件允许，B 超可在妇产科门诊作为常规检查，或普查步骤之一。一次检查不明确时，可反复检查，或连续作动态检查，至明确为止。

但 B 超显像毕竟是影像，必须强调它是在医生的临床诊断上进行的辅助诊断，重要的还是医生的经验，临床综合分析的结果。因此不能盲目迷信 B 超检查结果，尤其是没有经过必要的妇科知识培训的人的报告。先进的 B 超技术离不开

妇科专科的技术,仪器是不能独立作出完全正确的诊断的,再先进的仪器也是由人操作,由人分析掌握其意义。当然,有先进的仪器帮助,医生的诊断才更符合实际,处理会更合理。

64. 绝经后妇女发现良性卵巢肿瘤可以不手术吗?

妇女绝经是因为卵巢萎缩,妇科检查时是不会触摸到卵巢的,如若在卵巢位置可摸到那怕并不很大的包块,就要跟踪检查清楚。除了B超显影外,还可以在腹腔镜下检查,从肿块取组织块送病理检查,以明确它的成分。卵巢肿瘤据统计有60多种,它的类型之多,在人体各器官中占首位,而不同类型的恶性趋向是不同的。所以当任何一类卵巢肿物的直径超过5厘米,且持久不消退,就应当手术切除,因为很难预测是哪种良性肿瘤,什么时候发生恶变;有的卵巢肿瘤看似早期,却已有了淋巴转移。为此,尽管绝经后妇女患的是良性卵巢肿瘤,尽管肿瘤体积不太大,没有症状,一经确诊,也应当手术切除,不能保守观察,也不能期待用服药或其它方法使它消失。良性肿瘤对放射或化学治疗都不敏感,而且副作用大,远不如手术治疗安全有效。手术切除的肿块必须送病理科作全面检查,万一有局限的恶变,还可以作进一步的处理。

此外,对一些无可置疑的良性卵巢肿瘤,如有以下情况,亦应考虑手术:①肿瘤产生压迫或局部不适症状。②肿瘤分泌雌激素过多,致月经改变或出血。③瘤蒂较长,易发生扭转、坏死或破裂出血。④可疑肿瘤为双侧性,恶变倾向较明

显者。

至于手术方式及范围，一般良性肿瘤只切除肿瘤即可。但子宫在绝经妇女已失去重要性，而子宫颈癌和子宫体癌的威胁在绝经妇女更大，因而医生多主张同时切除子宫，以去除后患。手术时间稍为延长，技术上在一般正式妇产科均可进行，没有多少困难。若肿瘤发生在一侧卵巢，另一侧卵巢正常，妇女尚未绝经，往往考虑保留正常的卵巢，以免突然出现更年期症状、骨质疏松症及心脏病等问题；在已绝经妇女，则可以同时切除已衰退的卵巢。手术后妇女仍应定时进行检查，至术后情况稳定为止。所有切除的组织都应作病理检查。

65. 绝经后妇女还能耐受大手术吗？

老年人身体各器官及系统逐步衰退，进行任何大手术前，确实要考虑周全。首先要有手术的必要，然后全面检查是否适合手术，并且根据具体条件，选择手术方式或其它治疗方法。这些对任何人术前都应做到，对老年人更应重视。

现代医疗设备和技术水平不断提高，麻醉方法更新，护理条件改善，使得很多过去不轻易做的手术，变得很普通，效果很好，并发症很少。一些过去不敢进行的手术也有很高的成功率。

一般的妇科手术，不论经腹部或阴道，行子宫或附件切除术，对大多数妇女，即使绝经多年，多能安全经受。关键是必须做好术前准备及术后观察与护理：①充分了解病人的全身状况，尤其心、肺、肝、肾疾病及功能。术前要进行血、

尿各项指标的检查 and 一系列辅助检查，发现异常，取得专科医生的协助及指导，先予纠正治疗，待病情稳定后，再行手术。②做好解释、交谈工作，彻底解除病人及家属顾虑，取得理解和合作。③注意一般营养状况，贫血的、缺少维生素的，应先予补充至合格水平。④有局部或全身感染时，必须设法控制，避免术后伤口感染不愈，或全身感染扩散，以至影响生命。⑤术前请麻醉科医生检查病人，定出麻醉方案。⑥按照肿瘤性质及位置，有无粘连等，制定出手术范围及方法。⑦有关手术人员充分讨论，统一意见，明确分工，配合进行，术中既协调又可避免多余的手术操作，以保证手术的安全及成功。⑧作好输血、输液、给氧的准备。⑨术前后保证休息好。术后多活动，开始在床上进行，渐次增加活动量，尽可能早日下床活动，以促使胃肠功能早日恢复。L 加强术后的护理，防止摔伤、尿潴留及伤口污染感染。C (11 术前准备工作越全面、仔细，病人耐受手术的能力越强，后果越理想。年龄及绝经已不妨碍多数妇科手术的进行，关键是病情的需要、手术成功的可能以及充分的准备。

66. 手术后为什么还要定期作妇科检查？

妇科疾病除肿瘤外，还有炎症、皮肤退性变等；肿瘤切除后余下的组织也有发生病变的可能。所以不论是良性、恶性肿瘤，修补或矫治手术后，仍要定期作妇科检查，以便判定手术效果，调整治疗方案，发现新的问题及时处理，从而提高妇女健康水平。最常见的如妇女更年期综合征，单纯的

老年性阴道炎，有时出现术后粘连，组织增厚或轻度慢性炎症，外阴白色病变等，均需予以相应处理。

因此，恶性肿瘤术后定时随诊就成为非常必要，一定要忠实执行。每次检查除了解局部伤口愈合情况，有无组织反应和粘连外，还需注意有无局部新的肿物、炎症、淋巴结肿大、远处转移、全身情况，以及任何不适症状。根据检查所见，有的要增加化疗或放疗，甚至再次手术。组织反应或炎症需采用理疗或药物处理。

对子宫脱垂或尿失禁等情况进行的矫治手术，有时效果不太理想，影响妇女的正常生活，则需在多次观察后，采取一些补救措施。

总的来说，第二次手术，因有粘连、增厚和器官移位等问题，进行起来难度较大。但近几十年，国内外均有报道，对复发的卵巢癌瘤行 2 次以至多次手术，能够延长患者生命。尤其是切除了复发恶性肿块，对提高术后放疗或化疗的效果非常令人鼓舞，大大增加了 5 年以上的生存率。

对绝经妇女，特别是过早切除双侧卵巢的妇女，主张在术后立即开始雌激素替代治疗，不单纯是为了防止更年期症状的出现，更重要的是防止骨质突然加速丢失，和阻止冠心病的发生。雌激素替代治疗的主要不受欢迎点是子宫出血，但这在切除了子宫的妇女是不会发生的，子宫内膜腺癌发生的可能性也不存在了。因而对她们在术后即开始长期雌激素替代治疗，是最为理想了。但雌激素治疗也应在定期检查全身情况下使用。简而言之，妇女即使在绝经后，在手术切除了内生殖器官后，以至外阴阴道的修补术后，仍应定期进行妇

科检查。

67. 更年期的保健工作应从何时开始？

要想健康地生活，进入一个愉快的老年，主要是采取一些可行的措施，防止疾病或不适症状的发生。更年期虽然是妇女 50 岁前后才在临床上明显表现的一个过渡时期，但一些有关的潜在改变，或者说脏器的储备力、适应力和实质细胞数量和质的改变却在中年时期就已开始。最明显的例子是骨质的变化。据日本的统计，男女的平均身高从 30 多岁就开始缓慢减低，女性比男性约多减 0.25%。肺活量一般从 35 岁左右就开始下降。40 岁以上的人，冠状动脉血流量比青年减少约 35%，其中男性比女性减少明显。卵巢内卵泡发育成熟的数量也远在更年期症状出现之前就渐渐减少，生育能力也逐渐减低，但尚未达到月经持续失衡的状态，多半只表现为月经周期的一些轻微改变，未构成不适；月经失调逐渐明显，症状出现，又要经过一段适应时间，才趋于稳定。这些更年期症状是身体各种因素的相互影响的外在表现。若能从早年开始就防止身体内各脏器的疾病和功能失调，则有可能减轻更年期的不适症状。事实上，人的生命是一个连续的过程，只不过根据不同年龄的特点，人为地分为几个阶段而已，每一过程都会给后一过程留下或多或少的影响。因此，更年期保健也不脱离一般保健的原则，只不过针对性应更强一些。那么，从理想的角度出发，保健工作至少应从中年开始，在更年期更为加强，并持续到老年。

这样进行保健，是不是增加了很大的工作负担，无法完成，或难以保持呢？其实保健这个词不过是合理生活的代名词，没有什么神秘性，更不需要额外花费金钱和时间，要的只是一些浅显的医学知识和实践的決心。事实上保健的内容就是贯穿于我们日常的吃、穿、活动上，而且要求的是比现代生活更为朴素自然的方式。下面我们将分别简略地谈谈保健的几个主要问题。

68. 更年期妇女应当吃什么？忌什么？

人体依靠至少 6 种基本营养素维持，即蛋白质、脂肪、糖类、维生素、无机盐和水，缺乏任何一种都要发生问题。其中蛋白质是至关重要的，占人体化学成分的 20%。水虽占 60%，但一般可从大自然中任意索取。所有的营养素主要是从每日三餐得到，蛋白质的 20 多种氨基酸中，有 8 种是人体不能自己合成，只能够从食物中摄取，特别是从乳品、蛋、瘦肉、鱼类和大豆等获得。没有一种食品所含的蛋白质完全符合人体的全部需要，必须混合食用多种，使之起互补作用。人体所需的维生素量很少，却是人体化学合成物质所必需的酶的重要成分。维生素在乳类、蛋、肉、豆类中很丰富，但更多的是在蔬菜、水果、粮、鱼等食品内。糖类（即碳水化合物）大量存在于米、面、豆类、水果、蔬菜和植物的根茎内，是提供热量的来源，过剩则转化为脂肪而储存起来。人体内的无机盐有 50 多种，其中铁、钙、磷、铜的需量最大，其余的只需微量，但也是维持酶和各种激素的活性必不能少的。中

年妇女应当注意不要偏食，粗细搭配以保证蛋白质、维生素和无机盐的摄入量。要避免过饱，尤其糖类和动物脂肪多了会使身体过胖，加重心脏负担并发生动脉粥样硬化。总的原则是按时定量用餐，不要暴饮暴食或讲求精细，粗粮野菜亦很好，但要适当注意安排一定量的乳类、蛋、大豆制品、新鲜蔬菜、水果及鱼类、海菜等。骨质疏松症的预防与体内骨质峰值关系很大。骨质的主要成分是钙，乳类含钙量最丰富又最易被吸收利用，养成每日饮用 1~2 大杯牛奶的习惯对防止更年期后的骨折很有益处。蔬菜、豆类食品既清淡可口，含各种营养物质也多，比起经常大量吃鸡、鸭、肥肉更有好处。动物脂肪和蛋黄含饱和脂肪酸、低密度脂蛋白胆固醇较多，易沉淀在血管内膜上，形成动脉粥样硬化性改变，一旦卵巢功能衰退，雌激素量下降，对血脂的调节作用减弱，动脉粥样硬化急速发展，对更年期妇女非常不利。大豆蛋白（蛋白质含量 35~40%）、麦谷蛋白、玉米的谷蛋白等都是很好的优质蛋白，能够代替动物性食品中的完全蛋白质。纤维素和半纤维素有通便、防止大肠癌的作用，这些主要来自蔬菜和粗粮。水果的果胶，性质和纤维素相似，也可起到通便及预防痔疮的发生等作用。

妇女在中年时，就应开始注意少吃过咸的食物。盐主要含钠，钠在组织内过多会使水分潴留，发生浮肿，使绝经前易发生经前期紧张症，引起更年期水肿、血压增高，加重了不适。每天用盐（包括酱油的盐）最好不多于 10 克。烟、酒和咖啡对更年期妇女都不适宜。烟内含多种有毒物质，如尼古丁、烟焦油、一氧化碳和氢氰酸等，都可以损害肺组织，造

成咽喉炎、气管炎和慢性中毒或致癌。对心血管系统亦有危害，如引起冠状动脉痉挛及冠心病。吸烟不仅危害自己，对家人及四周的亲朋也带来不良影响，真是有百害而无一利。幸好吸烟不像吸毒那样难以戒除，只要下定决心是可以戒掉的。少量饮点啤酒，或偶尔喝点低度酒并无大碍，常喝白酒或酗酒就会影响神经、循环、消化和呼吸系统，如饭量减少，营养失去平衡；血流加快，心慌头晕；大脑失去控制低级神经中枢的能力，分辨力、记忆力、注意力和自制力迟钝，出现很多与更年期综合征相似的症状。茶和咖啡都含咖啡因，能兴奋大脑皮层、小脑和脊髓，虽能振奋精神，但却影响睡眠；茶内含的茶碱有利尿作用。研究表明茶比咖啡好，有保护胃粘膜，抑制肠道细菌和保持毛细血管抵抗力等作用。但切不可过浓、过量，咖啡因的过度刺激，可以使人过度兴奋、失眠，以至肌肉紧张，心律不齐，铁、维生素 B₁ 等营养成分吸收减少，而且易致便秘。因此一定要限制咖啡和浓茶的饮用。

至于各种补药，如果确有缺乏或因病需要，可以按医嘱食用。若无明显缺乏，只要不是偏食，食品种类搭配好，其营养成分要比药品完全很多，更为安全可靠。当年龄加大或因牙病、胃病等原因，饮食量受限制时，可外加一些维生素片，特别是维生素 C、复合维生素 B 及维生素 E 等以弥补摄入不足，但不可大量。倘若因病需要，则应根据医嘱按时用药，不可随意加减或停用；一些中草药、中成药也要经医生同意方可应用。最好不要见药就用，尤其不要同时用很多种药，以免药物之间相互抵消或加强作用，或发生副作用。

69. 若要健康必须适当活动，怎么活动好？

人体内大小 500 多块肌肉，由肌纤维组成，其功能是收缩，达到移动方位和推动器官去完成工作的目的。肌肉内有神经感受器、血管和多种腺体。中年以后肌肉力量逐渐减弱，需要经常注意运动，让肌肉变得粗壮有力。要改善血液循环和新陈代谢，并加强动作的灵活性及反应的准确性，使骨质加厚加固，减轻骨质丢失，提高关节的韧性。呼吸系统，消化系统，以至神经系统的功能均可通过运动而得到加强，整个机体保持良好状态而不易疲劳。身体有了坚实的基础，到更年期时，耐受各种不适症状的能力较大，适应内分泌变化的条件充足，不致产生不必要的精神和心理负担。进入更年期后继续适当运动，就能安然度过这一时期，并推迟进入老年期。从事脑力劳动，平时很少体力活动的妇女，更要特别注意进行适当的运动，多做有针对性的锻炼，使身体的各个部位都得到活动的机会。

怎样进行运动，不必强求一致，也不必有一定的场所，可以根据各人环境和条件进行。比如能在早晨到花园或空地锻炼后上班最好，积极参加工间操，也可在坐或站立工作约 2 小时后稍为走动一下，用力伸展四肢及转动身体几分钟都很有好处。动作要先简单后繁难，由静到动，再由动到静，最后形成一套有节奏的动作，坚持一段时间，再增加新的动作。没有跑步的条件，可以用快步走代替，其实经常注意挺胸收腹，抬起腿脚，灵活转动，使全身轻快而自然地向前走，形成习

惯，就是最简便和优美的运动。有条件的妇女可参加气功、练拳、舞剑、打球、跳舞等活动，但都要姿势正确并持之以恒，并要量力而行，达到身体发热，微微出汗就可以了。如果感到头晕、胸闷、心慌、气短或非常疲劳，就停下休息，以后再继续进行或换做其它较轻的动作。下面简单提出几种基本的室内体操，供组合运用。

- (1) 几种站位体操动作（见图 17）。
- (2) 坐位体操动作（见图 18）。
- (3) 卧位体操动作（见图 19）。

图 17 站立体操动作

图 18 坐位体操动作

70. 保持情绪稳定真能不发生更年期综合征吗？

中枢神经系统是总管全身各部分的生理功能及协调工作的。神经系统本身也有不同分工，而又相互联系。人的情绪活动与交感神经和副交感神经的联系最为密切，同时又受高级神经中枢（大脑皮层）的控制。引起情绪变化的因素很多，总的可分为生物和社会因素。社会因素比生物因素更复杂，变化也多。同样一种外来刺激，不同人可有不同的情绪反应，在中枢神经系统的作用下，一种情绪可以被另一种情绪抑制下去。我们可能都遇到过刚失去丈夫的妇女，她过分悲伤，不吃不睡，甚至对一切失去兴趣和反应，但当她的孩子突然患重病时，她会立即振作起精神，为孩子奔波求医，担负起做母亲的一切责任。人的思想发生变化，完全可以将情绪转化。积极的情绪可以使交感神经和副交感神经的作用保持平衡，各个脏器的活动就不会失去常态，身体的免疫力也不致减低，因为免疫功能也是靠植物神经调节的。即使身体有病，情绪好，病情也会减轻；反之，情绪不好，则病情会加重，因为长期持续的不良情绪变化会引起并加深身体器官功能的失调。更年期综合征中的不少症状是与交感和副交感神经的功能失调有关的，随着情绪的变化，症状会减轻或加重；经常保持乐观情绪的人更年期可以完全不出现症状。有人调查过

图 19 卧位体操动作

印度一个地区，当地妇女认为月经是不洁净的，是招致不幸的根源，她们把绝经看作是一种真正的解放，因而以非

常欣快的心情来迎接更年期的到来。在这一地区的妇女几乎没有发生更年期综合征的。可见积极的情绪是可以培养的。

怎样培养乐观的情绪呢？这与个人的教育、生活经历、经受的锻炼所形成的正确的人生观和坚强的意志关系很大。首先对所遇到的问题要有足够的知识，掌握客观的规律，正确对待事物，减少焦虑不安的心情，把注意力和精力转移到别的地方去，从而把自己解脱出来。其次要摆正自己在集体、社会中的位置，正确处理好个人的权利与义务，就能站得高，看得远，胸怀广阔，遇有不如意的事，能乐观对待。这样，往往大病变小，小病自好。现在世界上已有不少身患癌症，被医生“判了死刑”的人，因为有坚强的意志，居然能活得很久，甚至完全战胜了癌症。因此保持乐观情绪，积极投入到集体活动中去，对于安全度过更年期是大有好处的。另外，注意好自己的营养，适当锻炼，培养一些文娱兴趣，如种花、听音乐、绘画等，使生活丰富多采，也是培养积极情绪的办法。

最后想谈谈更年期及绝经后的妇女性生活问题。中国妇女往往认为绝经了不应再有性生活了。其实性的要求更多的是大脑的活动，是感情交融达到高峰而引发的活动，不单纯是性激素的影响。相爱的夫妻可以一直维持性生活到老年，并且因有精液内激素的弥补，往往老年性阴道炎较轻。不过绝经后阴道上皮萎缩发炎是常见的生理改变，性生活时相当痛苦，应当治疗，治愈后可重过正常性生活。当然由于双方年龄渐老，性生活自然会自然逐渐减少而至停止，可顺其自然。