·专家共识·

子宫内膜异位症长期管理中国专家共识

中国医师协会妇产科医师分会子宫内膜异位症专业委员会
中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组

子宫内膜异位症（内异症）是生育年龄妇女的常见病[1-2]。近 10 年来，对内异症的发生发展及诊治有了新的认识，从生育年龄妇女的常见病到世界范围内的社会问题、健康问题；从经典的经血逆流理论到在位内膜决定论[3]再到“源头治疗”[2]，多种学说互为补充；从根治性的手术到“缓解疼痛，改善生育，综合治疗，长期管理”的治疗理念[4]，这些变化体现了对生命、对器官、对生育、对人性、对个体的观念的改变和进步，而改善患者的生命质量成为内异症治疗的核心内容[5]。

中国医师协会妇产科医师分会子宫内膜异位症专业委员会以及中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组组织专家多次讨论制定了本共识，旨在以 2015 年《子宫内膜异位症的诊治指南》[6]为基础、在新的诊治观念的背景下强调、重视、推广和规范内异症的长期管理策略，以提高中国的内异症诊治水平。

一、内异症为什么需要长期管理？

1. 内异症的病因不明或病因难以去除，经血逆流的现象也很常见，保守性手术后容易复发、难以根治[7]。

2. 内异症具有易侵袭的类似恶性肿瘤的生物学行为，常常累及肠管、泌尿系统等重要器官，手术难以彻底。

3. 内异症可以发生癌变，可以危及患者的生命。

4. 内异症应被视为“慢性病”，需要长期管理计划，使用药物控制病情，避免重复手术操作[4,7-11]。

二、内异症长期管理的原则和目标

1. 坚持以临床问题为导向，以患者为中心，分年龄阶段处理，综合治疗。

2. 长期管理的目标：重在减轻和消除疼痛、促进和保护生育能力、降低和减少复发、警惕和早期发现恶变，提高患者的生命质量。

3. 规范手术的时机、术式的选择，重视术后的综合治疗、长期管理，使患者的手术获益最大化、手术损伤最小化。

4. 提高患者的生命质量，分年龄阶段管理，解决不同年龄阶段最主要的临床问题。

三、青春期内异症患者的长期管理

青少年内异症也是 1 种进展性的疾病，影响青少年患者的生命质量及未来的生育能力[12]。对于青少年内异症患者，要警惕合并梗阻性生殖器官畸形如阴道闭锁或阴道斜隔综合征。

1. 临床特点：痛经或周期性腹痛，可伴有胃肠道或膀胱症状，可出现卵巢子宫内膜异位囊肿，但深部浸润型内异症（DIE）少见。

2. 长期管理：青少年内异症主要的问题是疼痛和卵巢囊肿。长期管理的目标主要是控制疼痛、保护生育、延缓进展、预防复发[13]。

（1）疼痛：疼痛的控制以药物治疗为主[14]。

药物选择应考虑青少年的发育特点。口服避孕药是青少年内异症患者的一线治疗药物，对于年龄<16 岁的内异症患者也是安全、有效的。孕激素治疗有效，但长期使用需要警惕骨质丢失，因此，青少年内异症患者应慎用单一的孕激素类药物。

促性腺激素释放激素激动剂（GnRH-a）是目前公认的治疗成年内异症最有效的药物，也用于青少年内异症的治疗。但由于可引起骨质丢失，对于尚未达到骨密度峰值的青少年内异症患者，应用 GnRH-a 对骨质的沉积有一定的影响，因此建议，对年龄≤16 岁的青少年内异症患者，选用连续或周期性口服避孕药作为药物治疗的一线方案[15-17]，>16 岁的患者可考虑使用 GnRH-a[17]。

（2）囊肿：青少年内异症患者的卵巢子宫内膜异位囊肿手术方式首选腹腔镜手术，但要注意掌握手术指征。

单侧卵巢囊肿，直径<4 cm，可经验性使用非甾体类抗炎药（NSAID）和（或）口服避孕药缓解疼痛，减缓疾病进展。用药后，如症状缓解或改善，可长

DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2018.12.007

通信作者：冷金花，100730 中国医学科学院北京协和医院妇产科，Email：lengjenny@vip.sina.com

扫一扫下载指南原文
万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

期药物治疗；需每6个月随访影像学、妇科检查、肝功能、肿瘤标志物等。如疼痛未缓解，建议行影像学检查除外其他疾病，必要时行腹腔镜检查评估。

对于双侧卵巢囊肿，手术可能影响卵巢储备功能，且有囊肿复发的风险，建议由有经验的医师进行诊治。需充分告知患者手术的利弊，术后需要辅助药物治疗，以减少复发，保护生育功能，并根据青少年的特点进行心理治疗和健康教育。

对合并有梗阻性生殖器官畸形的患者，应及时解除梗阻。

（3）青少年内异症长期管理的随访：建议青少年内异症患者每6个月随访1次，随访内容应包括：疼痛控制情况、药物副作用、妇科超声检查、有卵巢囊肿者应复查肿瘤标志物，同时应对青少年患者及其家属进行健康教育。

四、育龄期内异症患者的长期管理

育龄期内异症的临床特点：集中了内异症的主要临床表现——疼痛和不孕。最典型的临床症状是盆腔疼痛，70%～80%的患者有不同程度的盆腔疼痛，包括痛经、慢性盆腔痛、性交痛、肛门坠痛、排便痛、疼痛过敏以及中枢性疼痛等。痛经常是继发性，进行性加重。临床表现中也可有月经异常。40%～50%的患者合并不孕，17%～44%的患者合并盆腔包块。

育龄期内异症患者长期管理的目标：（1）控制疼痛；（2）保护、指导和促进生育；（3）预防复发。

（一）内异症相关疼痛的长期管理

1. 内异症相关疼痛的治疗原则[6]：（1）未合并不孕及附件包块直径<4 cm的疼痛患者，首选药物治疗；（2）合并不孕或附件包块直径≥4 cm者，有手术指征，首选腹腔镜手术治疗；（3）药物治疗无效可考虑手术治疗。内异症相关疼痛的诊治流程参见《子宫内膜异位症的诊治指南》（2015年）[6]。

2. 关于经验性药物治疗：全世界范围内，内异症均存在不同程度的诊断延迟[10,18]，从症状首发到确诊内异症平均需要7.5年。目前各国的指南已经认识到对于年轻女性，结合症状、体征、辅助检查对盆腔痛进行诊断的过程中，应该尽早考虑内异症的可能，及时诊断[9,19]。内异症的非手术诊断已被证实高度可信，尽管腹腔镜检查是内异症的最后决定性诊断，经验性药物治疗已经不仅被用于治疗症状，同时有助于内异症的推定诊断。可选择的经验性药物治疗的一线药物包括NSAID、口服避孕药及高效孕激素（如醋酸甲羟孕酮等）；二线药物包括GnRH-a、左炔诺孕酮宫内缓释系统（LNG-IUS）。一线药物治疗无效改二线药物，如依然无效，可以考虑手术治疗。痛经也可考虑中医中药治疗。

3. 手术治疗：合并盆腔包块直径≥4 cm或不孕或药物治疗无效者，应手术治疗。手术以腹腔镜为首选[6]。应有仔细的术前评估和准备，良好的手术设备，合理的手术方式，熟练的手术技术，以及合适的术后处理方案[20]。手术切除内异症病灶特别是DIE可有效缓解疼痛症状。

对于DIE，应尽可能切净病灶，但应权衡风险利弊。病灶切除不彻底者疼痛复发率高，但完全切净病灶可能增加手术的风险如肠管或输尿管的损伤。侵犯至结直肠的DIE，手术方式包括病灶削切术（shaving）[21]、碟形切除（disc excision）[21-23]及肠段切除加吻合术（segmental excision and re-anastomosis）[6]。

4. 内异症相关疼痛的术后长期管理：

（1）对于有生育要求的患者，指导和帮助妊娠是长期管理中的重要内容，应该明确建议患者积极妊娠。其中合并不孕的内异症患者的生育管理见后文。

（2）无生育要求的患者的术后长期管理应该是综合治疗，包括药物治疗、定期随访、健康教育、心理问题的咨询，长期管理中也应该注意药物副作用的管理。

（3）药物治疗的建议[24]：一线药物：NSAID、口服避孕药及高效孕激素（如醋酸甲羟孕酮等）[10,25]。荟萃分析（Meta分析）的证据显示，内异症术后长期口服避孕药（>12个月）不仅可以控制痛经，还可以减少复发[26]。但口服避孕药对于40岁以上或有高危因素（如糖尿病、高血压、血栓史、吸烟）的患者，要警惕血栓栓塞的风险。

二线药物包括GnRH-a[6,10]、LNG-IUS[10,25]，以及中医中药。

目前，GnRH-a仍然是内异症药物治疗的“金标准”。临床上常见的GnRH-a有戈舍瑞林、亮丙瑞林和曲普瑞林等。Meta分析的证据支持内异症保守性手术后GnRH-a的长程（6个月）治疗比短程用药更能显著降低复发的风险[27]，同时成本效益分析也显示，6个月的GnRH-a治疗对于预防复发具有较好的成本效益比[28]。GnRH-a是目前所有治疗内异症的药物中能够彻底降低血雌激素水平的药物，因此，GnRH-a可以在内异症长期管理的序贯治疗中联合其他药物使用，发挥其迅速减轻症状、萎缩病灶的作用。已有证据显示，术后GnRH-a联合口服

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

避孕药、或GnRH-a联合LNG-IUS长期管理可以有效预防内异症复发。

GnRH-a的主要副作用为低雌激素引起的围绝经期症状及骨质丢失。GnRH-a使机体处于低雌激素状态，导致围绝经期症状，如：潮热、阴道干燥、性欲下降、情绪不稳定、睡眠障碍等[5-6,10,29]；长期应用可导致骨密度下降，应用6个月以上，可致骨量丢失达4%～6%[5-6,10,29]。反向添加被推荐用于长期使用GnRH-a时，以维持疗效并能降低潜在的副作用[6,29]，增加患者的顺应性。

①GnRH-a治疗的反向添加：反向添加的理论基础是“雌激素窗口理论”学说，不同组织对雌激素的敏感性不一样，将体内的雌激素水平维持在不刺激异位内膜生长而又不引起围绝经期症状及骨质丢失的范围（雌二醇水平在146～183 pmol/L之间），则既不影响治疗效果，又可减轻副作用。我国最新的《子宫内膜异位症的诊治指南》[6]中认为，何时开始反向添加尚无定论，可以根据患者的症状决定何时添加，GnRH-a 6个月以上的治疗建议反向添加以减少患者的骨质丢失；应用反向添加可以延长GnRH-a的使用时间；剂量应个体化，必要时可监测雌激素水平[6]。

2015年《子宫内膜异位症的诊治指南》[6]推荐的反向添加（add-back）方案为：（1）雌孕激素方案：雌孕激素连续联合用药。戊酸雌二醇0.5～1.5 mg/d，或结合雌激素0.3～0.45 mg/d，或半水合雌二醇贴每7天1/2～1帖，或雌二醇凝胶1.25 g/d经皮涂抹；孕激素多采用地屈孕酮5 mg/d或醋酸甲羟孕酮2～4 mg/d。也可采用复方制剂雌二醇屈螺酮片，每天1片。（2）单用孕激素方案：每天醋酸炔诺酮1.25～2.5 mg。（3）连续应用替勃龙：推荐1.25～2.5 mg/d。

②GnRH-a治疗的联合调节管理：反向添加治疗虽然可以有效缓解围绝经期症状，但可能引起阴道流血，患者的依从性不高。因此，不影响GnRH-a治疗期间的雌激素水平、又能改善围绝经期症状的联合调节管理逐渐成为GnRH-a副作用管理的又一途径。

黑升麻可能通过受体介导或受体调控（如5-羟色胺、γ-氨基丁酸或多巴胺受体）作用于中枢神经系统，有稳定体温中枢及情绪中枢，缓解围绝经期症状的作用故而用于联合调节。2015年《子宫内膜异位症的诊治指南》[6]也在常用药物治疗方案中提出了“联合调节管理”用于防治GnRH-a副作用（雌激素水平剧烈变化而导致的围绝经期症状），具体为：3个月内的GnRH-a短期应用，只为缓解症状的需要，可以采用植物药，如黑升麻异丙醇萃取物，每天2次，每次1片[6]。联合调节长期使用时，由于不能阻止骨质丢失，需要加用活性钙。

高效孕激素，包括口服孕激素以及子宫局部作用的LNG-IUS。

药物的具体使用方法和注意事项详见2015年《子宫内膜异位症的诊治指南》[6]。

（4）育龄期内异症患者术后随访建议：建议术后半年内每3个月随访1次，半年后每6个月随访1次。随访内容的重点在于药物治疗、药物副作用的管理、病情的监测、生育问题的指导。随访内容包括妇科检查、盆腔超声检查、卵巢储备功能监测、CA_{125}等。

（二）内异症合并不孕的长期管理

1. 内异症合并不孕的长期管理应明确以下几点：（1）内异症的发生机制不清，内异症相关的不孕常常是多因素共同作用的结果。（2）治疗时机主张积极治疗，不宜等待。（3）治疗方案应根据男方精液的检查情况、患者年龄、病情程度、既往治疗过程、卵巢囊肿大小、卵巢储备功能及子宫情况等充分评估，制定个体化的方案。

2. 内异症合并不孕的长期管理：

（1）内异症合并不孕的长期管理，首先应该按照不孕症的诊疗路径进行全面的不孕症检查，排除其他的不孕因素。

（2）临床上可疑合并不孕的内异症患者，建议腹腔镜探查，以确定内异症的诊断、类型、分期并行生育能力的全面评估[内异症生育指数（endometriosis fertility index，EFI）][6,30-31]，同时行内异症病灶清除，术中大量生理盐水清洗盆腔以改善盆腔微环境，提高术后妊娠率。

由于手术有可能对卵巢储备功能产生损害[32-33]，因此，术前需行卵巢储备功能评估，尤其是对于年龄大（>35岁）、双侧卵巢子宫内膜异位囊肿[32]、术前有月经紊乱等高危因素的患者，如已有卵巢储备功能低下者，不宜手术应直接行体外受精-胚胎移植（IVF-ET）。

（3）腹腔镜是首选的手术治疗方式[34]。手术前需要评估内异症的类型、分期及EFI评分，可评估内异症病变的严重程度并评估生育预后，根据EFI评分给予患者生育指导[35]。年轻、轻中度内异症、腹腔镜探查EFI评分≥5分者，可于术后在生育指导下自然试孕，如果未孕，建议行促排卵加宫腔内

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

人工授精(IUI) 3～4个周期治疗。EFI评分≤4分，有高危因素者(年龄在35岁以上、不孕年限超过3年，尤其是原发性不孕者；重度内异症、病灶切除不彻底者；输卵管不通畅者)、男方因素不孕以及促排卵加IUI治疗3～4个周期未孕者，建议行IVF-ET。

(4)腹腔镜手术后半年内或术后GnRH-a药物治疗停药半年内，是内异症不孕患者的最佳妊娠时间，应对患者给予妊娠指导。

(5)复发性卵巢子宫内膜异位囊肿伴不孕者不主张反复手术，此时手术不能提高患者的生育能力，反而有可能加重卵巢储备功能的损害，临床评估卵巢子宫内膜异位囊肿无恶变的前提下，建议经B超引导下穿刺治疗、GnRH-a 2～3个月预处理及IVF-ET。如果出现如下的手术指征：疼痛症状严重或可疑卵巢子宫内膜异位囊肿恶变、囊肿逐渐增大无法穿刺、穿刺无效、IVF-ET治疗反复失败者，仍需腹腔镜探查、手术，病理检查确诊，手术本身不能明显改善术后妊娠率。

(6)对于DIE合并不孕的患者，手术可能不会增加术后妊娠率，且创伤大、并发症多，如疼痛症状不明显的患者，首选IVF-ET治疗不孕，手术作为IVF-ET失败的二线治疗方法。

(7)子宫腺肌病是影响术后妊娠率的独立因素，子宫腺肌病术后的长期管理见后文。

(8)内异症合并不孕的诊治流程详见2015年《子宫内膜异位症的诊治指南》[6]。

(9)内异症合并不孕患者长期管理的随访建议：建议每3～6个月随访1次，随访的重点应包括：内异症症状的控制、对子宫腺肌病及卵巢囊肿的监测以及再次生育的指导。随访内容包括妇科检查、盆腔超声检查、卵巢储备功能监测等。

(三)内异症复发的长期管理

1. 治疗原则：(1)内异症复发的长期管理重在初治规范、预防复发。(2)药物治疗后痛经复发，应手术治疗；术后疼痛复发，若药物治疗无效，也应考虑手术。如年龄较大、无生育要求且症状重者，可考虑根治性手术。(3)对于卵巢子宫内膜异位囊肿复发，若患者无生育要求可手术或超声引导下穿刺，术后给予GnRH-a治疗，之后换用其他药物行长期维持治疗。对于有生育要求或合并不孕的患者建议先进行卵巢储备功能和生育能力评估，若卵巢储备功能已经下降可选择超声引导下穿刺。(4)反复手术会进一步降低卵巢储备功能，甚至导致卵巢功能衰竭。对复发者行IVF-ET其妊娠率是再次手术后的2倍(分别为40%、20%)。(5)未合并卵巢子宫内膜异位囊肿的不孕患者，行GnRH-a治疗3个月后进行IVF-ET。对于DIE复发伴不孕的患者，手术治疗时损伤的风险增加，且无确切证据表明DIE复发的手术可以提高妊娠率，故也建议GnRH-a治疗后进行IVF-ET。若患者疼痛症状严重影响日常生活及性生活则建议先手术缓解症状。

2. 内异症复发长期管理的随访建议：建议对于内异症复发的患者无论是症状复发还是卵巢囊肿的复发，每3～6个月随访1次。随访的重点应包括：内异症症状的控制、生命质量、卵巢囊肿情况、卵巢囊肿良恶性质的监测、药物副作用以及生育的指导。随访内容包括：妇科检查、盆腔超声检查、卵巢肿瘤标志物、卵巢功能等，对于连续使用GnRH-a 6个月以上的患者，应监测骨密度。

五、围绝经期内异症患者的长期管理

围绝经期内异症的长期管理需关注与内异症相关的肿瘤，特别是警惕内异症恶变的风险。临床有以下情况应警惕内异症恶变：(1)围绝经期内异症患者的疼痛节律改变；(2)卵巢囊肿过大、增长过快、直径>10 cm；(3)影像学检查发现卵巢囊肿内部实性或乳头状结构，病灶血流丰富，阻力指数低；(4)血清CA_{125}水平过高>200 kU/L(除外感染或子宫腺肌病)。围绝经期卵巢子宫内膜异位囊肿患者出现以上情况时应积极手术治疗，可行患侧附件切除或子宫加双侧附件切除术，对DIE病灶最好一并切除、或至少活检行病理检查。

内异症有恶变的风险[36]，主要的恶变部位在卵巢，卵巢囊肿恶变率文献报道为0.5%~1.0%[37]，称为内异症相关的卵巢恶性肿瘤(EAOC)[37-38]；其他部位如阴道直肠隔、腹壁或会阴切口内异症恶变较少。目前的证据显示，内异症增加卵巢上皮性癌(卵巢癌)如卵巢子宫内膜样癌和透明细胞癌的风险。EAOC治疗应遵循卵巢癌的治疗原则。由于EAOC发病年龄较轻，期别较早，预后较非EAOC好[38]。

对于既往有内异症病史的围绝经期患者如何管理围绝经期症状目前还缺乏高质量的研究证据，激素补充治疗对内异症复发和恶变的风险目前还未知[39]。

围绝经期内异症患者长期管理的随访建议：建议围绝经期内异症患者每3～6个月随访1次。随访的重点应包括：内异症症状的控制、卵巢囊肿情况、卵巢囊肿良恶性质的监测以及盆腔其他肿瘤的发生。随访内容包括妇科检查、盆腔超声检查、卵

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn

巢肿瘤标志物(如CA_{125}、CA_{199})、卵巢功能等。

六、子宫腺肌病患者术后的长期管理细则

1. 如患者要求生育可直接给予4~6个月的GnRH-a治疗,在停药后可直接行IVF-ET或自然妊娠[40]。

2. 如患者不要求生育,则在GnRH-a治疗6个月后放置LNG-IUS或口服避孕药或孕三烯酮或高效孕激素(地诺孕素)等治疗,进行序贯或交替治疗以获得长期治疗的目的。

子宫腺肌病具体的诊治流程详见2015年《子宫内膜异位症的诊治指南》[6]。

3. 子宫腺肌病患者长期管理的随访建议:建议对于子宫腺肌病患者,每6个月随访1次。随访的重点应包括:子宫腺肌病症状的控制、生命质量、药物副作用以及生育的指导。随访内容包括妇科检查、盆腔超声检查、CA_{125}、血常规等,对于连续使用GnRH-a 6个月以上的患者,应监测骨密度。

七、内异症患者的教育细则

1. 内容:月经相关的生理知识;内异症的症状、高危因素等;各项检查的必要性;各种治疗方案及其优缺点;心理健康辅导。

2. 方式:健康讲堂;术前宣教,术后教育;建立健康教育宣传栏;制作健康教育宣传手册;播放科普视频;鼓励并指导患者记录自己的疼痛及其他症状的变化。

3. 途径:医院门诊、病房;走进校园;通过自媒体进行健康教育,如即时通信软件QQ、微信群、微信公众号、微博等;医患之间的沙龙等。

对患者的健康教育,不仅可以增加与患者之间的交流,相互消除不良情绪,相互补充对疾病的认识,同时便于即时了解患者的状态,找寻更佳的治疗方法。

内异症被认为是慢性病,需要进行长期管理。不同年龄阶段的内异症患者的需求和问题存在个体化差异,只有充分理解,真正做好分阶段处理,分层次治疗,才能面对内异症错综复杂的临床问题始终保持思路清晰,才能在患者的各个年龄阶段给予最需要的帮助。

参与本共识制定及讨论的专家:崔恒(北京大学人民医院),崔满华(吉林大学第二医院),戴毅(中国医学科学院北京协和医院),狄文(上海交通大学医学院附属仁济医院),方小玲(中南大学湘雅二医院),郭红燕(北京大学第三医院),葛春晓(南京大学医学院附属鼓楼医院),华克勤(复旦大学附属妇产科医院),郎景和(中国医学科学院北京协和医院),冷金花(中国医学科学院北京协和医院),李华军(北京大学第三医院),马利国(深圳市人民医院),钱永红(南京医科大学附属苏州医院),王刚(广东省佛山市第一人民医院),王国云(山东大学齐鲁医院),王建(空军军医大学第一附属医院),汪期明(浙江省宁波市妇女儿童医院),薛晴(北京大学第一医院),徐冰(北京大学第三医院),杨清(中国医科大学附属盛京医院),姚吉龙(深圳市妇幼保健院),姚书忠(中山大学附属第一医院),张俊吉(中国医学科学院北京协和医院),张信美(浙江大学医学院附属妇产科医院),张震宇(首都医科大学附属北京朝阳医院),赵绍杰(南京医科大学附属无锡妇幼保健院),周应芳(北京大学第一医院),朱颖军(天津市中心妇产科医院)

秘书:戴毅(中国医学科学院北京协和医院)

参 考 文 献

[1] 郎景和. 关于子宫内膜异位症的再认识及其意义[J]. 中国工程科学, 2009, 11(10):137-142. DOI: 10.3969/j.issn.1009-1742.2009.10.019.

[2] 郎景和. 以转化医学的观念促进子宫内膜异位症的研究[J]. 国际妇产科学杂志, 2011, 38(4):261-262.DOI: 10.3969/j.issn.1674-1870.2011.04.001.

[3] 郎景和. 子宫内膜异位症研究的深入和发展[J]. 中华妇产科杂志, 2010, 45(4):241-242.DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2010.04.001.

[4] 冷金花, 戴毅. 子宫内膜异位症治疗新观念[J]. 中华妇产科杂志, 2017, 52(7):433-435. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2017.07.001.

[5] Johnson NP, Hummelshoj L, World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis[J]. Hum Reprod, 2013, 28(6):1552-1568. DOI: 10.1093/humrep/det050.

[6] 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症的诊治指南[J]. 中华妇产科杂志, 2015, 50(3):161-169. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2015.03.001.

[7] 周应芳. 子宫内膜异位症患者长期管理的必要性[J]. 中华妇产科杂志, 2017, 52(3):145-146. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2017.03.001.

[8] Roman H, Ballester M, Loriau J, et al. Strategies and surgical management of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines[J]. Gynecol Obstet Fertil Senol, 2018, 46(3):326-330. DOI: 10.1016/j.gofs.2018.02.020.

[9] Kuznetsov L, Dworzynski K, Davies M, et al. Diagnosis and management of endometriosis: summary of NICE guidance[J]. BMJ, 2017, 358:j3935. DOI: 10.1136/bmj.j3935.

[10] Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis[J]. Hum Reprod, 2014, 29(3):400-412. DOI: 10.1093/humrep/det457.

[11] Menakaya U, Infante F, Condous G. Consensus on current management of endometriosis[J]. Hum Reprod, 2013, 28(11):3162-3163. DOI: 10.1093/humrep/det346.

[12] Brosens I, Gargett CE, Guo SW, et al. Origins and progression of adolescent endometriosis[J]. Reprod Sci, 2016, 23(10):1282-1288. DOI: 10.1177/1933719116637919.

[13] Zannoni L, Forno SD, Paradisi R, et al. Endometriosis in adolescence: practical rules for an earlier diagnosis[J]. Pediatr Ann, 2016, 45(9):e332-e335. DOI: 10.3928/19382359-20160727-03.

[14] Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Geoffron S, et al. Management

万方数据

医脉通 指南 guide.medlive.cn

of painful endometriosis in adolescents: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines[J]. Gynecol Obstet Fertil Senol, 2018, 46(3):264-266. DOI: 10.1016/j.gofs.2018.02.029.

[15] Stuparich MA, Donnellan NM, Sanfilippo JS. Endometriosis in the adolescent patient[J]. Semin Reprod Med, 2017, 35(1): 102-109. DOI: 10.1055/s-0036-1597121.

[16] Seo JW, Lee DY, Yoon BK, et al. The efficacy of postoperative cyclic oral contraceptives after gonadotropin-releasing hormone agonist therapy to prevent endometrioma recurrence in adolescents[J]. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2017, 30(2): 223-227. DOI: 10.1016/j.jpag.2016.10.004.

[17] Sarıdogan E. Adolescent endometriosis[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2017, 209: 46-49. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.05.019.

[18] Staal AH, van der Zanden M, Nap AW. Diagnostic Delay of Endometriosis in the Netherlands[J]. Gynecol Obstet Invest, 2016, 81(4):321-324. DOI: 10.1159/000441911.

[19] Wise J. NICE urges GPs to diagnoses endometriosis more quickly[J]. BMJ, 2017, 358:j4186. DOI: 10.1136/bmj.j4186.

[20] Saridogan E, Becker CM, Feki A, et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis-part 1: ovarian endometrioma[J]. Gynecol Surg, 2017, 14(1):27. DOI: 10.1186/s10397-017-1029-x.

[21] Roman H, Moatassim-Drissa S, Marty N, et al. Rectal shaving for deep endometriosis infiltrating the rectum: a 5-year continuous retrospective series[J]. Fertil Steril, 2016, 106(6): 1438-1445. e2. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.07.1097.

[22] Darwish B, Roman H. Surgical treatment of deep infiltrating rectal endometriosis: in favor of less aggressive surgery[J]. Am J Obstet Gynecol, 2016, 215(2): 195-200. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.01.189.

[23] Nezhat C, Li A, Falik R, et al. Bowel endometriosis: diagnosis and management[J]. Am J Obstet Gynecol, 2018, 218(6): 549-562. DOI: 10.1016/j.ajog.2017.09.023.

[24] Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Canis M, et al. Medical treatment for the management of painful endometriosis without infertility: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines[J]. Gynecol Obstet Fertil Senol, 2018, 46(3): 267-272. DOI: 10.1016/j.gofs.2018.02.028.

[25] Koga K, Takamura M, Fujii T, et al. Prevention of the recurrence of symptom and lesions after conservative surgery for endometriosis[J]. Fertil Steril, 2015, 104(4): 793-801. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.08.026.

[26] Muzii L, Di Tucci C, Achilli C, et al. Continuous versus cyclic oral contraceptives after laparoscopic excision of ovarian endometriomas: a systematic review and metaanalysis[J]. Am J Obstet Gynecol, 2016, 214(2): 203-211. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.08.074.

[27] Zheng Q, Mao H, Xu Y, et al. Can postoperative GnRH agonist treatment prevent endometriosis recurrence? A meta-analysis[J]. Arch Gynecol Obstet, 2016, 294(1):201-207. DOI: 10.1007/s00404-016-4085-y.

[28] Wu B, Yang Z, Tobe RG, et al. Medical therapy for preventing recurrent endometriosis after conservative surgery: a cost-effectiveness analysis[J]. BJOG, 2018, 125(4): 469-477. DOI: 10.1111/1471-0528.14786.

[29] Koch J, Rowan K, Rombauts L, et al. Endometriosis and infertility: a consensus statement from ACCEPT (Australasian CREI Consensus Expert Panel on Trial evidence)[J]. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2012, 52(6): 513-522. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2012.01480.x.

[30] Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis[J]. Hum Reprod, 2017, 32(2): 315-324. DOI: 10.1093/humrep/dew293.

[31] Tomassetti C, Geysenbergh B, Meuleman C, et al. External validation of the endometriosis fertility index (EFI) staging system for predicting non-ART pregnancy after endometriosis surgery[J]. Hum Reprod, 2013, 28(5): 1280-1288. DOI: 10.1093/humrep/det017.

[32] Alborzi S, Keramati P, Younesi M, et al. The impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve in patients with unilateral and bilateral endometriomas[J]. Fertil Steril, 2014, 101(2):427-434. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2013.10.019.

[33] Muzii L, Di Tucci C, Di Feliciantonio M, et al. The effect of surgery for endometrioma on ovarian reserve evaluated by antral follicle count: a systematic review and meta-analysis[J]. Hum Reprod, 2014, 29(10):2190-2198. DOI: 10.1093/humrep/deu199.

[34] Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014(4): CD011031. DOI: 10.1002/14651858.CD011031.pub2.

[35] Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow DH, et al. WITHDRAWN: Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014(8): CD001398. DOI: 10.1002/14651858.CD001398.pub3.

[36] Nezhat F, Apostol R, Mahmoud M, et al. Malignant transformation of endometriosis and its clinical significance[J]. Fertil Steril, 2014, 102(2): 342-344. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.04.050.

[37] Matias-Guiu X, Stewart CJR. Endometriosis-associated ovarian neoplasia[J]. Pathology, 2018, 50(2): 190-204. DOI: 10.1016/j.pathol.2017.10.006.

[38] Anglesio MS, Yong PJ. Endometriosis-associated Ovarian Cancers[J]. Clin Obstet Gynecol, 2017, 60(4): 711-727. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000320.

[39] Gemmell LC, Webster KE, Kirtley S, et al. The management of menopause in women with a history of endometriosis: a systematic review[J]. Hum Reprod Update, 2017, 23(4): 481-500. DOI: 10.1093/humupd/dmx011.

[40] Rocha TP, Andres MP, Borrelli GM, et al. Fertility-Sparing Treatment of Adenomyosis in Patients With Infertility: A Systematic Review of Current Options[J]. Reprod Sci, 2018, 25(4):480-486. DOI: 10.1177/1933719118756754.

（收稿日期：2018-10-03）
（本文编辑：沈平虎）

万方数据
医脉通 指南 guide.medlive.cn