

丁香医考主治妇产科高频考点

基础知识、相关专业知识与专业实践能力

适用专业代码

妇产科 330

女性生殖系统独家记忆

1. 外伤后易形成血肿的女性生殖结构是：大阴唇。
2. 宫体与宫颈之比，青春期前为 1：2，成年妇女为 2：1，老年妇女为 1：1。
3. 妊娠期子宫峡部逐渐伸展变长，妊娠末期可达 7~10cm，形成子宫下段，成为软产道一部分。
4. 骨盆平面和径线：入口平面：前后径11，横径13、斜径12；中骨盆又称骨盆最小平面：前后径11.5、横径也称坐骨棘间径10，胎先露下降标志；出口平面：前后径11.5、横径9、前矢状径6、后矢状径8.5；若出口横径稍短，而出口后矢状径较长，两径值相加大于15，也可经阴道分娩
5. 外生殖器
 - (1) 外阴范围：耻骨联合至会阴及两股内侧之间软组织。
 - (2) 外阴组成：阴阜、大阴唇、小阴唇、小阴蒂、阴道前庭
- 内生殖器
 - (1) 内生殖器及其功能：阴道、子宫、输卵管、卵巢
 - (2) 内生殖器与邻近器官的解剖关系：尿道、膀胱、输尿管、直肠、阑尾
6. 子宫韧带

韧带	作用
圆韧带	维持子宫呈前倾位置
阔韧带	保持子宫位于盆腔中央的位置
主韧带	固定宫颈位置，保持子宫不致下垂的主要韧带
宫骶韧带	向后上牵引子宫颈，并与子宫圆韧带共同维持子宫的前倾前屈位

7. 女性青春期最早出现的是：乳房发育。
8. 青春期开始的重要标志为：第一次月经来潮。
9. 雌孕激素对附性器官的作用

		雌激素	孕激素
拮抗	宫颈口	使宫颈口松弛、扩张	使宫颈口闭合
	宫颈黏液	量多，稀薄，易拉丝	量少、黏稠、不易拉丝
		镜下：“羊齿植物状”	镜下：“成行排列的椭圆体”
子宫内膜	使子宫内膜腺体和间质增殖	从增殖期转化为分泌期	

	子宫肌	促进子宫肌细胞增生和肥大，肌层增厚； 增进血运，促使和维持子宫发育；增加子 宫平滑肌对缩宫素的敏感性	降低子宫平滑肌兴奋性及其对缩宫 素的敏感性 抑制子宫收缩
	输卵管	促进输卵管肌层发育，加强输卵管平滑 肌节律性收缩振幅	抑制输卵管平滑肌节律性收缩频率 和振幅
	阴道上皮	增生、角化、富含糖原	加快阴道上皮细胞脱落
乳腺（协同）		促使乳腺管增殖，乳头、乳晕着色	促进乳腺小叶及腺泡发育

10. 停经 6~8 周双合诊检查子宫峡部极软，感觉宫颈与宫体之间似不相连，称为黑加征。

11. 推算预产期

EDC（月）=LMP（月）-3（或+9）

EDC（日）=LMP（日）+7

12. 脐带内有一条脐静脉，两条脐动脉。

13. 妊娠 38 周羊水量约 1000ml，妊娠 40 周约 800ml。

14. 子宫大小估计孕周

妊娠周数	手测宫底高度
12 周末	耻骨联合上 2~3 横指
16 周末	脐耻之间
20 周末	脐下 1 横指
24 周末	脐上 1 横指
28 周末	脐上 3 横指
32 周末	脐与剑突之间
36 周末	剑突下 2 横指
40 周末	脐与剑突之间或略高

15. 骨盆径线与骨盆测量：

入口平面

入口径线	测量方式、正常值	诊断、影响
------	----------	-------

前后径 (真结合径)	骶耻外径 (18~20cm) 对角径 (12.5~13cm)	骶耻外径<18cm 对角径<11.5cm →确诊入口狭窄, 影响胎头入盆
横径	髂棘间径 (23~26cm) 髂嵴间径 (25~28cm)	
斜径		

中骨盆平面

中骨盆径线	测量方式、正常值	诊断、影响
前后径	坐骨棘间径 (10cm)	坐骨棘间径<10cm
横径	坐骨切迹宽度 (三横指)	坐骨切迹宽度<二横指→确诊中骨盆狭窄

出口平面

出口径线	测量方式	诊断、影响
前后径		
横径	坐骨结节间径 (8.5~9.5) 耻骨弓角度 (90度以上)	坐骨结节间径<7.5、耻骨弓角度<90° →出口可能狭窄
后矢状径		坐骨结节间径+后矢状径≤15cm →确诊出口狭窄
前矢状径		

16. 异常产褥三大症状——发热、疼痛、异常恶露。

17. 决定分娩的因素：产力、产道、胎儿

18. 分娩的临床经过与处理

(1) 分娩先兆：假临产、见红、胎儿下降感

(2) 临产诊断的标志为有规律且逐渐增强的子宫收缩，持续30秒或以上，间歇5-6分钟，并伴有宫颈管展平，宫口扩张和胎先露部下降

(3) 产程分期：第一产程宫颈扩张期：初产妇需11-12小时，经产妇需6-8小时；第二产程胎儿娩出期：初产妇1-2小时，经产妇数分钟，第三产胎盘娩出期：约需5-15分钟，不超过30分

(4) 分娩的临床经过与处理：第一产程：规律宫缩，宫口扩张，潜伏期：从规律宫缩开始至宫口扩张3CM，约需8小时，活跃期：宫口扩张3cm至宫口开全4小时。第二产程：胎头拨露，胎头着冠；第三

产程：

19. 胎盘、胎膜残留所致阴道流血多发生于产后 10 日左右，胎盘附着部位复旧不良常发生在产后 2 周左右。

20. 妊娠期高血压的病理生理：基本病理变化是全身小动脉痉挛。

21. 妊娠期高血压、子痫前期、子痫诊断依据

分类	诊断依据
妊娠期高血压	妊娠 20 周后出现高血压
	血压：收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，产后 12 周内恢复正常
	尿蛋白：阴性（-）
	注意：产后方可确诊
子痫前期	必要条件——妊娠 20 周后出现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$
	要么——伴有蛋白尿 $\geq 0.3\text{g}/24\text{h}$ ，或随机尿蛋白（+）
	要么——无蛋白尿，但合并下列任何一项者： →血小板减少（血小板 $< 100 \times 10^9/\text{L}$ ） →肝功能损害（血清转氨酶水平为正常值 2 倍以上） →肾功能损害（血肌酐水平大于 $1.1\text{mg}/\text{dl}$ 或为正常值 2 倍以上） →肺水肿（心衰征象） →新发生的中枢神经系统异常或视觉障碍
子痫	子痫前期基础上发生抽搐，不能用其它原因解释

22. 胎心减速

类型	临床意义
早期减速	胎头受压
变异减速	脐带受压
晚期减速	胎盘功能减退，胎儿宫内窘迫

23. 胎儿窘迫

	急性	慢性

病因	多见于分娩期； 子宫胎盘血循环或脐带血循环突然中断		多见于妊娠晚期，逐渐加重；母、儿、胎盘
诊断	胎 儿 电 子 监 测	①先快→后慢 ②可见：频繁变异减速和晚期减速 ③胎心率<100 次/分、基线变异≤5 次/分可随时胎死宫内	①NST 无反应型（Ⅲ类） ②OCT 阳性（Ⅲ类） ③胎心率异常（<110 次/分或>160 次/分）
诊断	胎动	频繁→减少→消失	<10 次/2h
	羊水	胎粪污染	胎儿生物物理评分低（≤6 分）
	酸中 毒	pH<7.20 PO ₂ <10mmHg PCO ₂ >60mmHg	彩色多普勒测脐动脉血流：S/D>3
处理	采取果断措施，改善缺氧状态 ——立即终止妊娠 ①宫口开全，双顶径坐骨棘平面以下：阴道助产； ②宫口未开全：剖宫产		针对病因，视孕周、胎儿成熟度及胎儿窘迫程度——综合考虑，决定处理

24. 胎盘功能检查

监测方法	异常指标
胎动	胎动<10 次/2 小时——提示胎盘功能减退
测定孕妇尿中雌三醇	定量测定：<10mg/24h 随意尿测得雌激素/肌酐（E/C）比值<10 ——提示胎盘功能减退
测定孕妇血清游离雌三醇值	<40mmol/L——提示胎盘功能减退
测定孕妇血清胎盘生乳素（HPL）	<4mg/L，或突然降低 50% ——提示胎盘功能减退
缩宫素激惹试验（OCT）	OCT 阳性——提示胎盘功能减退

25. 正常产程曲线

第一产程 (0~10cm)	潜伏期（规律宫缩 至 4~6cm）	初产妇一般不超过 20 小时，经产妇不超过 14 小时
--------------------------	----------------------	-----------------------------

	活跃期（4~ 6cm 开始至宫口开全）	宫口扩张速度应 $\geq 0.5\text{cm/h}$
第二产程（胎儿娩出期）		初产妇最长不应超过 3 小时，经产妇不应超过 2 小时；实施硬膜外麻醉镇痛者，可在此基础上延长 1 小时，即初产妇最长不应超过 4 小时，经产妇不应超过 3 小时
第三产程（胎盘娩出期）		需时：5~15 分钟，不超过 30 分钟

26. 异常产程曲线

潜伏期延长	初产妇 >20 小时，经产妇 >14 小时，称潜伏期延长
活跃期延长	宫颈口扩张速度 $<0.5\text{cm/h}$ ，称活跃期延长
活跃期停滞	进入活跃期后，宫口不再扩张达 4 小时以上
第二产程延长	初产妇超过 3 小时（硬膜外麻醉无痛分娩时以超过 4 小时为标准）、经产妇超过 2 小时尚未分娩（实施硬膜外麻醉者超过 3 小时）
胎头下降延缓	活跃期晚期及第二产程，胎头下降速度慢 ——初产妇 $<1.0\text{cm/h}$ ，经产妇 $<2.0\text{cm/h}$
胎头下降停滞	活跃期晚期胎头停留在原处不下降 1 小时以上
滞产	总产程超过 24h

27. 子宫收缩力的作用及特点：子宫收缩力是临产后的主要产力，其特点包括：节律性；对称性；极性；缩复作用。

28. 恶露

- 1) 血性恶露 含大量血液得名。色鲜红，量多，有时有小血块。有少量胎膜及坏死蜕膜。血性恶露持续 3~4 日。
- 2) 浆液恶露 含多量浆液得名。色淡红。有较多的坏死蜕膜组织、宫颈黏液，少量红细胞及白细胞，且有细菌。浆液恶露持续 10 日左右。
- 3) 白色恶露 含大量白细胞，色泽较白得名。含大量白细胞、坏死蜕膜组织、表皮细胞及细菌等。持续 3 周干净。

29. 诊断异位妊娠的简单可行方法为：经阴道后穹窿可穿刺抽出暗红色不凝血。

30. 枕先露的分娩机制

衔接	衔接的胎头径线：枕额径 衔接后胎头最低点：S=-1~0
下降	下降过程贯穿分娩全过程
俯屈	俯屈后：胎头由枕额径→枕下前凶径，以此最小径线通过产道
内旋转	内旋转：胎头向前旋转 45°，使胎头矢状缝与骨盆前后径相一致的动作
仰伸	胎头枕骨下部下降达耻骨联合下缘时，以耻骨弓为支点：顶→额→鼻→口→颏相继娩出
复位及外旋转	胎头娩出后，为使胎头与胎肩恢复正常关系，胎头枕部再向左旋转 45° 称为复位胎肩在盆腔内继续下降，右肩向前向中线旋转 45° 时，胎儿双肩径转成与骨盆出口前后径相一致的方向，胎头枕部需在外继续向左旋转 45°；以保持胎头与胎肩的垂直关系，称为外旋转
胎儿娩出	胎头完成外旋转后，胎儿双肩相继娩出，胎体及胎儿下肢随之取侧位顺利娩出

31. 四种流产基本类型及其特点

类型	先兆流产	难免流产	不全流产	完全流产
流血	少	增多	多	少→无
腹痛	轻	加重	减轻	无
组织排出	无	无	常有（部分）	有（完全）
宫口	闭	扩张	扩张或组织堵塞	闭
子宫大小	与孕周相符	与孕周相符或略小	小于孕周	正常或略大
B超	胚胎存活	胚胎死亡	残留组织	正常宫腔
hCG	+滴度高	+滴度低	+滴度低	-/+滴度低
处理	可保胎	尽早刮宫	立即刮宫	不必处理

32. 胎盘早剥与前置胎盘对比

	胎盘早剥	前置胎盘
病因	孕妇血管病变（妊高征） 腹部受撞击 宫腔内压力骤减（二胎第一胎娩出过快、破膜时羊水流速过快） 子宫静脉压突然升高（提重物）	胎盘过大（二胎、副胎盘） 子宫内膜病变 受精卵发育迟缓

症状体征	突发腹部剧痛 阴道流血量与失血表现不成正比休克 子宫板样硬，胎位胎心不清宫底升高	无痛性阴道流血 患者一般情况与失血量有关子宫张力正常 胎头高浮
对母儿的影响	儿：急性胎儿宫内窘迫，死胎、死产 母：DIC、产后出血、急性肾衰、羊水栓塞	儿：胎儿窘迫程度与前置胎盘类型、失血量相关 母：产后出血、产褥感染、植入性胎盘
分度分型	I：产后方可见胎盘上有血块II：剥离面积1/3，胎儿可存活III：剥离面积>1/2，胎心消失 IIIa：无凝血机制障碍 IIIb：有凝血机制障碍	出血早（28周）出血多 部分性：介于完全性和边缘性之间边缘性：晚、少
确诊	B超	B超
处理	纠正休克同时，立即终止妊娠 (1) 宫口开全：阴道助产	期待疗法：<36周，出血不多，胎儿良好； 剖宫产指征： 完全——持续大量出血
	(2) 其它情况：剖宫产	部分、边缘——出血量多，先露高浮，36周以上，短时间不能分娩有胎心、胎位异常

33. 胎膜早破

诊断	症状	临产前——突发较多液体从阴道流出，混有胎脂和胎粪
	辅助检查	阴道窥器检查：见液体从宫颈流出阴道液酸碱度检查：pH↑≥6.5 阴道液涂片检查：羊齿状结晶、胎儿上皮 羊膜镜检查：看不到前羊水囊，可直视胎儿先露部
对母儿的影响	母体	感染、胎盘早剥、早产、产后出血
	胎儿	早产、脐带脱垂、窘迫
治疗	首先——绝对卧床、臀高头低 注意——给予抗生素预防宫腔内母儿感染然后——适时终止妊娠 经阴道分娩：妊娠<24周者，以引产为宜，妊娠≥34周，胎肺成熟，宫颈成熟，无禁忌证可引产。（一般破膜后12小时内自然临产，观察12小时，若未临产，可予以药物引产） 剖宫产：胎头高浮，胎位异常，宫颈不成熟，胎肺成熟，明显羊膜腔感染，伴有胎儿窘迫，抗感染同时行剖宫产术终止妊娠，做好新生儿复苏准备	

34. 早产

诊断	症状	28 周≤妊娠<37 周，出现阵发性腹痛，伴少许阴道流血或血性分泌物
	体征	先兆早产：妊娠满 28 周至不足 37 周出现规则或不规则宫缩，伴有宫颈管缩短 早产临产：规律宫缩（20 分钟≥4 次、60 分钟≥8 次） 宫颈管消退≥80% 宫口进行性扩张≥1cm
对母儿的影响	母	下生殖道感染、双胎、巨大儿、羊水过多、前置胎盘等——易致早产
	儿	早产儿，体重为 1000~2499g，存活率低下
治疗	胎膜未破——抑制宫缩，尽可能延长孕周。 胎膜已破——早产不可避免，应设法提高早产儿存活率。 第二产程——常规会阴后-侧切开，缩短胎头受压时间	

35. 妊娠合并症

	妊娠合并心脏病	妊娠合并糖尿病	妊娠合并病毒性肝炎（助理不涉及）
对母儿的影响	对母：增加心脏负担，易心衰 对儿：易窘迫	对母：病情重，易合并妊高征 对儿：流产/早产/窘迫 / 巨大儿 对新生儿：呼吸窘迫/低血糖	对母：发病率高，重症率高，死亡率高，易致产后出血 对儿：母婴垂直传播
可否承担妊娠	心功能 I ~ II 级可以妊娠；心功能 III ~ IV 级不可妊娠	D/F/R 级不宜妊娠	妊娠合并普通型肝炎可以妊娠；妊娠合并重症肝炎终止妊娠
处理原则	不宜妊娠的处理—— 12 周前——做人流、避孕！ >12 周、继续妊娠的处理——防心衰！治心衰！ 心衰处理——先控制心衰，再终止妊娠	控制血糖达目标值： 空腹和餐前 30 分钟血糖在 3.3~5.3mmol/L； 餐后 2 小时以及夜间在 4.4~6.7mmol/L； 孕妇无明显饥饿感	普通型肝炎——隔离、保肝、继续妊娠； 重症肝炎——先控制肝炎 24h 后，剖宫产终止妊娠
处理措施	妊娠期：防感染、防贫血	饮食控制+胰岛素分娩	肝炎的处理——同内科新

	分娩方式：I～II级可以经阴道分娩；III～IV级剖宫产； 分娩期： 第一产程：镇静/吸氧/ 抗生素； 第二产程：避免用力加侧切缩短产程上助产； 第三产程：腹部加压防心衰，产后出血缩宫素，禁用麦角诱心衰	期胰岛素用法停皮下，换静脉 测血糖，调用量	生儿处理：主动免疫+ 被动免疫； 慢性肝炎患者最佳妊娠时机是： 肝功能正常； 血清 HBV DNA 低水平； 肝脏 B 超无特殊改变
--	--	-----------------------	---

36. 流产：妊娠不足28孕周，胎儿体重不足1000g即终止者。

(1) 病因：胚胎因素、母体因素

(2) 临床表现：停经后阴道流血和下腹痛。各类型流产的鉴别诊断及处理：A先兆流产：停经后有少量阴道流血，伴轻微下腹胀痛腰酸。保胎治疗B难免流产：由先兆发展而来，阴道流血量增多，常超过月经量，下腹痛呈阵发性加剧，可见胎膜或胚胎组织堵塞；应尽快清除宫腔内容物。C不全流产：妊娠产物已部分排出体外，尚有部分残留在宫腔内，多发生于8-12周间。立即清宫。D完全流产：妊娠产物已全部排出，多发生于8周之前或孕12周以后；E稽留流产：胚胎或胎儿在子宫内已死亡，尚未自然排出者；尽早排空子宫。F习惯性流产：自然流产连续发生3次或3次以上者。针对病因治疗。

37. 妊娠期糖尿病（GDM）的诊断。

(1) 妊娠 24~28 周空腹血糖检查：

≥5.1mmol/L 者——直接诊断为 GDM——不必再做OGTT

4.4mmol/L~5.1mmol/L 者——可疑——做OGTT

≤4.4mmol/L 者——正常——可暂不行OGTT

(2) 葡萄糖耐量试验（OGTT）检查

空腹≤5.1mmol/L、1 小时≤10.0mmol/L、2 小时≤8.5mmol/L。有一个超过正常值即可诊断 GDM。

34. 分娩期并发症

	产后出血	羊水栓塞	子宫破裂	脐带先露/脐带脱垂
病因或诱因	宫缩乏力 胎盘因素 软产道裂伤 凝血机制障碍	过强宫缩、胎膜早破、前置胎盘、胎盘早剥、剖宫产等	宫缩强、无梗阻 不破裂	头盆不称、胎位异常
临床表现	胎儿娩出后 24h 内出	典型：低氧血症、	病理性缩复环下	胎动、宫缩后——胎心率突

	血量超过 500（剖宫产术中失血量超过 1000ml）	低血压（血压与失血量不符合）、凝血功能障碍	腹部压痛 排尿困难 血尿	然下降 改变体位、上推胎先露及抬高臀部后——胎心迅速恢复→脐带先露阴道检查触及条索状物→脐带脱垂
处理	对因处理	抗休克同时立即终止妊娠出现凝血功能障碍时，快速子宫切除	抑制宫缩 立即剖宫产	臀高头低、上推胎先露→立即剖宫产

35. 子宫破裂的临床表现：继先兆子宫破裂症状后，产妇突感下腹撕裂样剧痛，子宫收缩骤然停止，全腹持续性压痛、反跳痛，伴有休克，阴道有鲜血流出，胎心消失，胎先露部上升，宫颈口缩小。

36. 先兆子宫破裂的处理：立即肌内注射哌替啶或静脉全身麻醉抑制子宫收缩，立即行剖宫产术。

37. 宫缩乏力

	协调性宫缩乏力（低张性）	不协调性宫缩乏力（高张性）
原因	头盆不称、胎位异常→多为继发性	初产妇年龄过大、过小→多为原发
特点	宫缩持续时间短、间歇时间长	极性倒置，子宫下段持续性收缩
临床表现	宫缩高峰时，手压宫底有凹陷	持续性下腹痛，拒按，胎位不清，产妇烦躁呼叫
对母儿的影响	宫腔内压力低，对母儿影响小	宫腔内压力高，易发生窘迫
对产程的影响	活跃期和第二产程延长无梗阻的前提下，增强子宫收缩	潜伏期延长调节宫缩，恢复正常极性，禁用缩宫素
处理	①人工破膜：宫口≥3cm	①哌替啶：100mg 肌注；
	②缩宫素静滴：宫口≥3cm	②吗啡：10~15mg 肌注；
	③地西洋静推：宫颈有水肿，宫口扩张慢	③地西洋：10mg 静推若未纠正→剖宫产

38. 胎盘因素出血发生在胎儿娩出 10 分钟内胎盘未娩出，阴道大量流血。

软产道损伤发生在胎儿娩出后立即发生阴道流血，色鲜红、能凝固。

凝血功能障碍表现为胎儿娩出后阴道持续流血且血液不凝，止血困难。

39. 功血相关知识

	无排卵性功血 (最多见)	有排卵性功血	
		黄体功能不全	子宫内膜不规则剥脱(黄体萎缩不全)
好发人群	“一老一少” 绝经过渡期、青春期	生育期	生育期
临床表现	来了不走走了不来 子宫不规则出血月经失去周期性	黄体早死、月经早来周期缩短、月经频发不易受孕、容易流产	黄体该死不死月经来了不走 周期正常、经期延长
辅助检查	基础体温单相 经前诊断性刮宫：为增生期子宫内膜	1. 基础体温双向 →高温相持续时间短 2. 经前诊断性刮宫：分泌期内膜，但分泌反应不良	1. 基础体温双向 2. →高温相下降缓慢 3. 月经第 5~6 天刮宫：仍可见分泌内膜，或呈混合内膜
治疗	青春期和生育期： 原则：止血、调周期、促排卵 绝经过渡期： 原则：止血、调周期、减少经量、防内膜癌	黄体酮或 hCG	

40. 闭经诊断步骤

第一步：孕激素试验：阳性→I度闭经；

阴性→雌、孕激素序贯试验

第二步：雌、孕激素序贯试验：阴性→子宫性闭经；

阳性→II度闭经；

第三步：FSH、LH 水平测定：升高→卵巢性闭经；

不升高→垂体兴奋试验；

第四步：垂体兴奋试验：阴性→垂体性闭经；

阳性→下丘脑性闭经。

41. 子宫内膜异位症与子宫腺肌病对比记忆

	子宫内膜异位症	子宫腺肌病
--	---------	-------

症状	痛经	痛经，有子宫手术史
体征	盆腔内、附件区——触痛性包块 儿、结节 卵巢最常见	子宫——增大、变硬
辅助检查	腹腔镜	B 超肌层有不规则回声区
治疗	假孕疗法（孕激素）	手术（45 岁以下保留卵巢）
	手术（药物治疗无效，或包块直径 >6cm） <45 岁保留卵巢 >45 岁做根治性手术	

42. 绒癌、侵蚀性葡萄胎、葡萄胎的鉴别

	葡萄胎	侵蚀性葡萄胎	绒毛膜癌
妊娠史	无	葡萄胎	各种妊娠
潜伏期	无	6个月以内	12个月以上
绒毛	有	有	无
滋养细胞增生	轻→重	轻→重，成团	重，成团
浸润深度	蜕膜层	肌层	肌层
转移	无	有	有
组织坏死	无	有	有

43. 阴道炎总结

	滴虫阴道炎	假丝酵母菌病	老年性阴道炎 (助理不涉及)	细菌性阴道病
病因	阴道毛滴虫	假丝酵母菌	雌激素下降，阴道自 净能力下降	菌群失调： 乳杆菌减少，厌氧菌繁殖
阴道内环境	pH>4.5	pH<4.5	pH 增高	pH>4.5
传播途径	直接和间接传染			

		自身直接及间接	自身传染	自身传染
临床表现	白带量多，稀薄、泡沫状及外阴瘙痒	外阴瘙痒灼痛、白带呈白色凝乳块状或豆渣样	白带稀薄、淡黄色或血样脓性、瘙痒	白带灰白均质稀薄、鱼腥臭味、痒
阴道黏膜	红肿、出血点草莓状外观	有白色膜状物擦除后见黏膜 红肿糜烂或溃疡	阴道萎缩状 充血、出血点	阴道黏膜无充血
实验室检查	悬滴法	悬滴法	悬滴法	胺臭味试验阳性、线索细胞
防治	酸性溶液冲洗，阴道甲硝唑全身局部同时用药。夫妻同治	碱性溶液冲洗，祛除易感因素 抗真菌药	酸性溶液洗，小剂量雌激素甲硝唑、氧氟沙星阴道给药	酸性溶液冲洗，甲硝唑全身局部同时用药

44. 宫颈癌的临床分期

分期	表现
0期	原位癌
I 期	癌灶局限于子宫颈
I A 期	肉眼未见癌灶，仅在显微镜下见浸润癌
	I A1 期：间质浸润深度 $\leq 3\text{mm}$ ，宽度 $\leq 7\text{mm}$ I A2 期：间质浸润深度 $3\text{mm}\sim 5\text{mm}$ ，宽度 $\leq 7\text{mm}$
I B 期	临床可见癌灶局限于子宫颈，或显微镜下可见癌灶超过 I A 范围
	I B1 期：临床见病灶最大直径 $\leq 4\text{cm}$ I B2 期：临床见病灶最大直径 $> 4\text{cm}$
II 期	癌灶已超出子宫，但未达盆壁或未达阴道下 1/3
II A 期	肿瘤浸润阴道上 2/3，无明显宫旁浸润
	II A1：临床见病灶最大直径 $\leq 4\text{cm}$ II A2：临床见病灶最大直径 $> 4\text{cm}$

II B 期	有明显宫旁浸润，但未达盆壁
III 期	癌灶扩散至盆壁和（或）累及阴道下 1/3，导致肾盂积水或无功能肾（非癌所致者除外）
	III A：肿瘤累及阴道下 1/3，没有扩展到骨盆壁
	III B：肿瘤扩展到骨盆壁，或引起肾盂积水和（或）无功能肾
IV 期	IV A 期：癌组织播散超出真骨盆，或癌组织已经浸润膀胱黏膜及直肠黏膜
	IV B 期：远处转移

45. 子宫内膜癌的手术病理分期

分期	表现
I 期	肿瘤局限于子宫体
	I A：癌浸润深度 < 1/2 肌层
	I B：癌浸润深度 ≥ 1/2 肌层
II 期	肿瘤累及宫颈间质，但无宫体外蔓延
III 期	肿瘤局部和（或）区域扩散
	III A：肿瘤累及子宫浆膜和（或）附件
	III B：阴道和（或）宫旁受累
	III C：盆腔淋巴结和（或）腹主动脉淋巴结转移
	III C1：盆腔淋巴结阳性 III C2：腹主动脉旁淋巴结阳性伴（或不伴）盆腔淋巴结阳性
IV 期	膀胱和（或）直肠转移，和（或）远处转移
	IV A：膀胱和（或）直肠黏膜
	IV B：远处转移，包括腹腔内转移和（或）腹股沟淋巴结转移

46. 女性生殖系统三大恶性肿瘤

	宫颈癌	内膜癌	卵巢肿瘤
原因	宫颈长期受刺激、HPV	雌激素高度影响	卵巢持续排卵

转移途径	直接蔓延	直接蔓延	直接蔓延、腹腔种植播散
临床表现	接触性出血	绝经后阴道流血	腹部包块、腹水；蒂扭转
辅助检查	筛查：宫颈刮片（TCT） ——脱落细胞学检查；阳性结果：LSIL/HSIL 确诊：活检	分段诊刮	肿瘤标志物：上皮癌（CA125）、内胚窦瘤（AFP）、颗粒细胞瘤和卵泡膜细胞瘤（E） 腹水找瘤细胞；腹腔镜活检
治疗	子宫颈上皮内瘤变： （SIL/CIN） LSIL/CIN I：随访，亦可物理治疗 LSIL/CIN II～III：应行子宫颈锥切术 浸润癌： 手术治疗适用于 IA～IIA 期患者 II B 以上或不能耐受手术的早期宫颈癌患者应行放射治疗或同步放化疗	I 期——全子宫切除术加双侧附件切除 II 期——广泛性子宫颈切除术+盆腔淋巴结及腹主动脉旁淋巴结清扫 III 期和 IV 期——行肿瘤减灭术，同时行淋巴清扫术	I 期：分期手术； ≥ I c 期：手术+化疗 1. 卵巢恶性生殖细胞肿瘤和性索间质细胞肿瘤最常用化
			化疗方案是——BEP（博来霉素+依托泊苷+顺铂方案） 2. 卵巢上皮癌的一线首选化疗方案是——TC

47. 多囊卵巢综合征诊断标准：

- ①稀发排卵或无排卵；
- ②高雄激素的临床表现和（或）高雄激素血症；
- ③卵巢多囊改变：超声提示一侧或双侧卵巢直径 2~9mm 的卵泡 ≥12 个，和（或）卵巢体积 ≥10ml；

以上 3 项中符合 2 项并排除其他高雄激素病因。血 LH 增高、LH/FSH 比值增高是非肥胖型多囊卵巢综合征特征。

48. 宫内节育器放置时间：月经干净后 3~7 日无性交。人工流产后可立即放置。产后 42 日恶露已净，会阴切口已愈合，子宫恢复正常后放置。剖宫产后半年放置。含孕激素 IUD 在月经第 4~7 日放置。

49. 宫内节育器取器时间：月经干净后 3~7 日为宜。带器早期妊娠行人工流产同时取器。带器异位妊娠术前先行诊断性刮宫时，或在术后出院前取出 IUD。因子宫不规则出血，随时可取，取 IUD 同时需行诊断性刮宫，刮出组织送病理检查，排除内膜病变。

50. 使用药物流产与人工流产的时间区别

药物流产	妊娠 49 天内 (≤ 7 周)
人工流产	负压吸宫：妊娠 10 周以内
	钳刮术：妊娠 10~14 周

51. 妊娠早期出血性疾病高频考点

	流产	异位妊娠
原因	早流：染色体异常 晚流：子宫因素	输卵管炎症粘连
相同点	妊娠早期 停经、腹痛、阴道流血	
不同点	下腹部，阵发性疼痛	未破：一侧下腹部隐痛、酸胀感； 破裂：突发一侧下腹部剧痛
	阴道流血	少量阴道流血，与失血表现不成正比
	流产	异位妊娠
	——	子宫小于 相应的孕周
	hCG 阳性	hCG 阳性 血 hCG 低于相应孕周；孕酮低于相应孕周
特有体征	宫口已开	腹腔内出血（肛门坠胀/后穹窿饱满压痛/宫颈举摆痛/压痛反跳痛/移动性浊音）；晕厥、休克
诊断	B 超所见	确诊：B 超；简单可靠：阴道后穹窿穿刺；
治疗	先兆保胎；其他清宫	手术（腹腔镜/开腹）

52. 停经：是早孕最早及最重要的症状，但不特异。

53. 早孕反应：停经 6 周左右出现，多在停经 12 周左右自行消失。

54. 早期妊娠乳房变化

①乳房增大、乳晕着色，可见蒙氏结节。②哺乳期妇女妊娠可见乳汁明显减少。

55. 早期妊娠妇科变化：

①阴道、宫颈充血呈紫蓝色。②子宫：增大变软。

→停经 8 周子宫为非孕时 2 倍。

→停经 12 周为非孕时 3 倍，在耻骨联合上方可以触及。

③黑加征：6~8 周出现。

56. 【早期妊娠辅助检查】

妊娠试验

受精卵着床后 7 天，即可测出受检者血 β -hCG 增高；结果阳性结合临床表现可确诊妊娠。

B 型超声检查

①停经 35 日时，宫腔内可见妊娠囊；

②妊娠 6 周时，可见胚芽和原始心管搏动；

③停经 11~13⁺⁶ 周，通过测量胎儿头臀长度（CRL）估计孕周，校正预产期；

④停经 9~13⁺⁶ 周，可发现无脑儿等严重胎儿畸形；

⑤停经 11~13⁺⁶ 周，胎儿颈项透明层（NT）厚度和胎儿鼻骨等检查，可作为孕早期染色体疾病筛查指标。

NT（颈项半透明膜）：是 10~13 周围绕在胎儿颈项后部的半透明蛋白膜。

NT 意义：它的厚度与 21-三体综合征呈正相关。一般 NT 值<3.0 为正常。

57. ※宫缩乏力核心考点※

	协调性宫缩乏力（低张性）	不协调性宫缩乏力（高张性）
原因	头盆不称、胎位异常→多为继发性	初产妇年龄过大、过小→多为原发
特点	宫缩持续时间短、间歇时间长	极性倒置，子宫下段持续性收缩
临床表现	宫缩高峰时手压宫底有凹陷	持续性下腹痛，拒按，胎位不清，产妇烦躁，呼叫
对母儿的影响	宫腔内压力低，对母儿影响小	宫腔内压力高，易发生窘迫
对产程的影响	活跃期和第二产程延长	潜伏期延长
	无梗阻的前提下，增强子宫收缩——	协调宫缩，恢复正常极性——
	①人工破膜：宫口≥3cm；	①哌替啶：100mg；
处理	②缩宫素静滴：协调性宫缩乏力、胎心良	②吗啡：10mg；

好、胎位正常、头盆相称	若未纠正→剖宫产
-------------	----------

58. 妊娠高血压综合征：水肿、高血压和蛋白尿，重症出现抽搐、昏迷

(1) 基本病理变化及对全身各系统的影响：全身小动脉痉挛

(2) 分类和临床表现：轻度：血压 $\geq 140/90$ ， $< 150/100$ ，或基础血压升高30/15，可伴有轻微蛋白尿（0.5g/24h）或和水肿；中度：血压 $\geq 150/100$ ， $< 160/110$ ，蛋白尿（+）（ $\geq 0.5g/24h$ ）和或水肿，无自觉症状或有轻度头晕；重度先兆子痫血压 $\geq 160/110$ ，尿蛋白（+++~++++）（ $\geq 5g/24h$ ）和或水肿，有头痛眼花胸闷等自觉症状；子痫：在妊高征基础上有抽搐或昏迷。轻度水肿分4度：I度水肿局限于足踝及小腿；II度水肿延及大腿，皮肤如桔皮样；III度延及外阴、腹部，皮肤紧张发亮，IV度全身水肿有时伴腹水。

(3) 诊断及鉴别诊断：妊娠合并原发性高血压，未孕时有高血压史，无尿蛋白和管型；妊娠合并慢性肾炎有尿蛋白，管型红细胞

(4) 治疗及护理：轻度睡眠采取左侧卧位，镇静剂苯巴比妥；中、重度：硫酸镁是预防和控制子痫的首选妊娠期高血压疾病的基本病理生理变化为全身小血管痉挛，导致全身脏器血供不足，组织器官受损。

59. 孕 28 周后若胎盘附着在子宫下段，甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口处，胎盘位置低于胎儿先露部称前置胎盘。

60. 完全性前置胎盘初次出血早，在妊娠 28 周左右，出血频繁，量较多，有时一次大量出血使患者陷入休克状态；边缘性前置胎盘初次出血较晚，多在妊娠 37~40 周或临产后，量较少；部分性前置胎盘初次出血时间和出血量在上述两者之间。

61. 妊娠 20 周后或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全部从子宫壁剥离，称胎盘早剥。

62. 孕妇腹部直接受撞击、摔倒腹部直接接触地、外倒转术矫正胎位、脐带绕颈，在分娩过程中胎先露部下降牵拉脐带、羊膜腔穿刺时刺破前壁胎盘附着处，血管破裂出血等引起胎盘剥离。

63. 胎盘剥离主要病理变化为底蜕膜出血，形成血肿，使胎盘自附着处剥离。

64. 胎膜在临产前破裂称胎膜早破。

65. 最常见的妊娠合并心脏病包括先天性心脏病、风湿性心脏病、妊娠期高血压性心脏病、围生期心肌病、贫血性心脏病以及心肌炎等。

66. 妊娠 32~34 周、分娩期及产褥期最初 3 天内，心脏负担最重，是心脏病孕产妇最危险的时期。极易发生心力衰竭。

67. 妊娠合并心脏病对不宜继续妊娠者，应于妊娠 12 周前行人工流产。超过 12 周者，终止妊娠必须行较复杂手术，其危险性不亚于继续妊娠和分娩。应与内科医师配合，密切监护，积极防治心力衰竭，必要时严密监护下剖宫取胎术。

68. 协调性宫缩乏力（低张性宫缩乏力）：宫缩具有正常的节律性、对称性和收缩性，但收缩力弱，持续时间短，间歇期长且不规律，多为继发性宫缩乏力。
69. 不协调性宫缩乏力（高张性宫缩乏力）：宫缩极性倒置，宫缩时宫底部不强，中段或下段强，宫缩间歇期宫壁不能完全松弛，表现为宫缩不协调，这种宫缩不能使宫口扩张，不能使胎先露部下降，属无效宫缩。
70. 先兆子宫破裂当胎儿先露部下降受阻时，强烈宫缩使子宫下段变薄，出现病理缩复环。此时，下段压痛明显，产妇自述下腹部疼痛难忍、烦躁不安、呼叫、脉搏呼吸加快，血尿形成。
71. 发现先兆子宫破裂，需立即抑制子宫收缩，肌注哌替啶 100mg，尽快剖宫产。子宫破裂胎儿未娩出，即使胎儿已死亡也应迅速剖宫产取出。视裂伤部情况、感染程度和患者是否已有子女等综合考虑，若子宫裂口感染不严重，可做裂口修补缝合，否则可行子宫全切除或次全切除。子宫破裂多伴严重出血及感染，术前应输血、输液，积极抗休克治疗，术中、术后应用大剂量广谱抗生素控制感染。
72. 胎儿娩出后 24 小时内阴道流血超过 500ml，称产后出血
73. 宫缩乏力：出血特点是出现在胎盘剥离后，在胎盘未剥离前阴道不流血或仅有少量流血，胎盘剥离后因子宫收缩乏力使子宫出血过多，但血液凝固。产妇可出现失血性休克表现。检查腹部可见子宫软、轮廓不清，触不清宫底。
74. 产道裂伤：出血特点是出血发生在胎儿娩出后。软产道裂伤流出的血液能自凝，若裂伤损及小动脉，则血液呈鲜红色。
75. 胎盘因素：胎盘剥离不全或剥离后胎盘滞留于宫腔内，胎盘未能娩出而出血量多。
76. 在分娩过程中，羊水进入母体血循环引起肺栓塞、休克和 DIC 等一系列严重症状的综合征称羊水栓塞，是极严重的分娩并发症。
77. 羊水栓塞确诊需采集下腔静脉取血查找羊水中有形物质，或实验证实在肺小动脉或肺毛细血管内有羊水成分栓塞；心内血液查找羊水中有形物质，子宫或阔韧带血管内查到羊水有形成分。
78. 产褥感染其致病性病原体包括：①外源性：以性传播疾病的病原体为主；②内源体：孕期及产褥期生殖道内寄生大量需氧菌、厌氧菌、假丝酵母菌及支原体等，以厌氧菌为主。许多非致病菌在特定环境下可治病，称为条件致病菌。
79. 胎盘、胎膜残留为阴道分娩晚期产后出血最常见的原因。
80. 异位妊娠
- （1）病因和病理：慢性输卵管炎是输卵管妊娠最常见的原因。输卵管妊娠流产多发生在壶腹部或伞部。
- （2）临床表现：停经、不规则阴道出血、腹痛、晕厥与休克、下腹部有明显压痛、反跳痛，妇

科查抬举痛明显，子宫有漂浮感

(3) 诊断与鉴别诊断：阴道后穹窿穿刺、妊娠试验、超声、腹腔镜

(4) 治疗：抢救休克的同时进行急症手术