妇产科学重点

1.子宫韧带。

①圆韧带：维持子宫前倾位置的作用。

②宫骶韧带：向后向上牵引子宫颈，维持子宫前倾位置。

③阔韧带：限制子宫向两侧倾斜，保持子宫呈中间位置。

④主韧带：固定宫颈位置、防止子宫下垂。

2.卵巢的功能。

产生与排出卵子，分泌甾体激素的功能。

3.受精卵着床必须具备的条件。

①透明带消失；

②囊胚细胞滋养细胞分化出合体滋养细胞；

③囊胚和子宫内膜同步发育且功能协调；

④孕妇体内分泌足够量的孕酮。

4.胎盘的功能。

①物质交换功能：气体交换、营养物质供应、排出胎儿代谢产物。

②防御功能：滤过细菌、抗体；病毒、药物可通过。

③合成功能：胎盘能够合成许多激素和酶类，合成的激素有蛋白激素和甾体激素两大类。

蛋白激素：人绒毛膜促性腺激素（hCG）、人胎盘生乳素（hRL）、妊娠特异性 β1 糖蛋白、人绒毛膜促甲状腺激素等。

甾体激素：雌激素、孕激素等。合成的酶有催产素酶、耐热性碱性磷酸酶等。还有细胞因子、生长因子等

④免疫功能：胎儿是同种半异体移植物。

5.胎姿势、胎产式、胎先露、胎方位、黑加征。

⑴胎姿势：胎儿在子宫内的姿势称为胎姿势。

⑵胎产式：胎体纵轴与母体纵轴的关系称为胎产式。

⑶胎先露：最先进入骨盆入口的胎儿部分称为胎先露。

⑷胎方位：胎儿先露部的指示点与母体骨盆的关系称为胎方位。

⑸黑加征：停经后 6～8 周，双合诊检查子宫峡部极软，感觉宫颈与宫体似不相连。

6.流产。

⑴流产：妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1000g 而终止者，称为流产。

⑵临床表现：主要为停经后阴道流血和腹痛。早期流产先出血，后腹痛；晚期流产先腹痛，后出血。

⑶临床类型：①先兆流产；②难免流产；③不全流产；④完全流产；⑤稽留流产；⑥复发性流产；⑦流产合并感染。

7.异位妊娠。

⑴临床表现：

症状：①停经；②腹痛；③阴道流血；④晕厥和休克；⑤腹部包块。

体征：①一般情况：贫血貌；生命体征：脉快而细弱，血压下降等休克表现。体温一般正常。

②腹部检查：压痛、反跳痛、轻微肌紧张，移动性浊音（+），下腹部可触及包块。

③妇科检查：a.后穹窿饱满，触痛；b.患侧输卵管增粗；c.宫颈举痛、摇摆痛；d.子宫漂浮感；e.阴道内常有少量的血液，来自于宫腔。

⑵诊断：

①血 HCG 测定：倍增时间大于 7 日。

②孕酮测定：其值＜5ng/ml，应考虑宫内妊娠流产或异位妊娠。

③B 型超声诊断：a.宫内不见胎囊，内膜增厚；b.宫旁一侧见边界不清、回声不均的混合性包块，有时包块内有妊娠囊、胚芽及原始心管搏动；c.直肠子宫陷凹处有积液。

④腹腔镜检查：金标准。适于输卵管未破裂或流产早期患者，同时适用于原因不明的急腹症鉴别。

⑤阴道后穹隆穿刺：若抽出暗红色不凝固的血液，为阳性，则为内出血；若穿刺针头误入静脉，则血液较红，放置 10 分钟左右，即可凝结；因穿刺阴性，也不能否定输卵管妊娠的存在。

⑥诊断性刮宫：有绒毛则为宫内孕；仅见蜕膜未见绒毛，则有助于诊断异位妊娠。

⑶治疗：

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved

①药物治疗：全身常用的药物有甲氨喋呤(MTX)、米非司酮、5-氟脲嘧啶

适应症：a.无药物治疗的禁忌症；b.输卵管妊娠未发生破裂；c.妊娠囊直径≤4cm；d.血 hCG＜2000IU/L；e.无明显内出血。

禁忌症：a.生命体征不稳定；b.异位妊娠破裂；c.妊娠囊直径≥4cm 或≥3.5cm 伴胎心搏动。

②手术治疗：保守手术、根治手术（输卵管切除）、腹腔镜手术

8.妊娠期高血压疾病。

⑴病理生理：全身小血管痉挛，内皮损伤及局部缺血。

⑵诊断：

①妊娠期高血压：Bp≥140/90mmHg；尿蛋白（-）；于产后 12 周内恢复正常。

②子痫前期轻度：Bp≥140/90mmHg；尿蛋白（+）。

③子痫前期重度：Bp≥160/110mmHg；尿蛋白（++）；持续性头痛或视觉障碍等；肝酶 ALT 或 AST 水平升高。

④子痫：子痫前期表现；抽搐、昏迷。

⑶使用硫酸镁的注意事项：

①膝反射存在；②呼吸≥16 次/分钟；③尿量≥17ml/h 或≥400ml/24h；④备有 10%葡萄糖酸钙。

9.HELLP 综合征。

HELLP 综合征：以溶血、肝酶升高及血小板减少为特点，常危及母儿生命。

10.妊娠期糖尿病。

妊娠期糖尿病（GDM）：妊娠前糖代谢正常，妊娠期才出现的糖尿病，称为妊娠期糖尿病。

11.妊娠期合并心脏病容易发生心衰的的时期。

①产后 72 小时；②分娩期（第二产程）；③妊娠 32～34 周。

12.前置胎盘。

⑴前置胎盘：妊娠 28 周后，若胎盘附着于子宫下段、下缘达到或覆盖宫颈内口，位置低于胎先露部，称为前置胎盘

⑵临床表现：

症状：典型症状为妊娠晚期或临产时，发生无诱因、无痛性反复阴道流血。

体征：子宫软，无压痛，大小与妊娠周数相符。

⑶治疗原则：抑制宫缩、止血、纠正贫血和预防感染。

13.胎盘早剥。

⑴胎盘早剥：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，称为胎盘早剥。

⑵临床表现：

I度：以外出血为主。子宫软，大小与妊娠周数相符，胎位清楚，胎心率正常。

II度：胎盘剥离面 1/3 左右。子宫大于妊娠周数，宫缩有间歇，胎儿存活。

III度：胎盘剥离面超过胎盘面积 1/2，临床表现较II度加重。子宫硬如板状，宫缩间歇时不能松弛，胎位扪不清，胎心消失。

⑶并发症：胎儿宫内死亡、DIC、产后出血、急性肾衰竭、羊水栓塞。

⑷治疗原则：早期识别、积极处理休克、及时终止妊娠、控制 DIC、减少并发症。

14.胎膜早破。

⑴胎膜早破（PROM）：临产前发生胎膜破裂，称为胎膜早破。

⑵未足月胎膜早破（PPROM）：指在妊娠 20 周以后、未满 37 周胎膜在临产前发生的胎膜破裂。

15.影响分娩的因素。

⑴产力：子宫收缩力（节律性、对称性、极性、缩复作用）、腹壁肌及膈肌收缩力、肛提肌收缩力。

⑵产道：骨产道、软产道。

⑶胎儿：大小、胎位、畸形。

⑷精神心理因素。

16.骨产道。

骨盆入口平面（横椭圆形）	前后径（真结合径）11cm ；横径 13cm ；斜径 12.75cm
中骨盆平面 （纵椭圆形）	前后径 11.5cm ；横径（坐骨棘间径）10cm
骨盆出口平面	横径（坐骨结节间径）9cm；前矢状径 6cm；后矢状径 8.5cm
骨盆轴	连接骨盆各平面中点的假想曲线
骨盆倾斜度	骨盆入口平面与地平面之角度≈60°

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved

17.生理缩复环与病理缩复环。

⑴生理缩复环：由于子宫肌纤维的缩复作用，子宫上段肌壁越来越厚，而子宫下段肌壁被牵拉越来越薄，由于子宫上下段的肌壁厚薄不同，在两者间的子宫内面形成一环状隆起，称为生理性缩复环。

⑵病理缩复环：因胎先露部下降受阻，子宫收缩过强，子宫体部肌肉增厚变短，子宫下段肌肉变薄拉长，在两者间形成环状凹陷，称为病理缩复环。

18.枕先露的分娩机制。

原则：以最小径线通过产道的全过程。

包括：衔接、下降、俯屈、内旋转、仰伸、复位及外旋转、胎肩及胎儿娩出。下降贯穿于分娩全过程。

19.产程。

⑴第一产程：又称宫颈扩张期。指临产开始直至宫口完全扩张即开全（10cm）为止。

初产妇：11～12 小时；经产妇：6～8 小时

潜伏期：从临产出现规律宫缩至宫口扩张 3cm，需 8 小时，最大时限 16 小时。

活跃期：从宫口扩张 3cm 至宫口开全 10cm，需 4 小时，最大时限 8 小时。

临床表现：规律宫缩、宫口扩张、胎头下降、胎膜破裂

⑵第二产程：又称胎儿娩出期。从宫口开全到胎儿娩出的全过程。

初产妇：1～2 小时；经产妇：小于 1 小时

临床表现：子宫收缩增强、排便感、胎儿下降及娩出（“胎头拨露”、“胎头着冠”）

⑶第三产程：又称胎盘娩出期。从胎儿娩出后到胎盘娩出，即胎盘剥离和娩出的全过程。

需 5～15 分钟，不应超过 30 分钟。

20.臀先露分类。

①单臀先露；②完全臀先露；③不完全臀先露。

21.产后出血。

⑴病因：子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道裂伤、凝血功能障碍。

⑵估测失血量方法：①称重法；②容积法；③面积法；④休克指数法。

22.羊水栓塞。

羊水栓塞（AFE）：指在分娩过程中羊水突然进入母体血循环引起急性肺栓塞、过敏性休克、DIC、肾衰竭等一系列病理改变的严重分娩并发症。

23.先兆子宫破裂。

⑴病因：①瘢痕子宫；②梗阻性难产；③子宫收缩药物使用不当；④产科手术损伤。

⑵临床表现：①下腹部剧痛；②病理缩复环；③排尿困难及血尿；④胎心率异常。

24.产褥期并发症。

⑴产褥期：从胎盘娩出至产妇全身各器官除乳腺外恢复至正常未孕状态所需的一段时期，称为产褥期。

⑵产褥感染：指分娩及产褥期生殖道受病原体侵袭，引起局部或全身感染。

⑶产褥病率：指分娩 24 小时以后的 10 日内，每日测量体温 4 次，间隔时间 4 小时，有 2 次体温≥38℃（口表）。

⑷晚期产后出血：分娩 24 小时后，在产褥期内发生的子宫大量出血，称为晚期产后出血。

25.各种阴道炎。

	细菌性阴道炎	外阴阴道假丝酵母菌病	滴虫阴道炎
症状	分泌物增多，无或轻度瘙痒	重度瘙痒，烧灼感	分泌物增多，轻度瘙痒
分泌物特点	白色，匀质，腥臭味	白色，豆腐渣样	稀薄、脓性，泡沫状
阴道黏膜	正常	水肿、红斑	散在出血点
阴道 pH	＞4.5	＜4.5	＞4.5
胺试验	阳性	阴性	可为阳性
显微镜检查	线索细胞，极少白细胞	芽生孢子及假菌丝，少量白细胞	阴道毛滴虫，多量白细胞

26.子宫内膜异位症。

⑴子宫内膜异位症：子宫内膜组织（腺体和间质）出现在子宫体以外的部位，称为子宫内膜异位症。

⑵临床表现：

症状：①下腹痛和痛经（继发性痛经、进行性加重）；②不孕（40%）；③性交不适（深部性交痛）；④月经异常。

体征：盆腔肿块、子宫固定、子宫直肠陷凹触痛性结节、卵巢增大、包块。

⑶治疗：手术治疗可根治，药物治疗原理为卵巢抑制排卵。

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved

27.子宫颈上皮内瘤变。

⑴子宫颈上皮内瘤变（CIN）：是与子宫颈浸润癌密切相关的一组子宫颈病变，常发生于 25～35 岁妇女，反映了子宫颈癌发生发展中的连续过程。

⑵病因：HPV 感染

⑶CIN 分级：I级：轻度异型；II级：中度异型；III级：包括重度异型和原位癌。

28.子宫颈癌。

⑴病理：①鳞状细胞浸润癌：外生型、内生型、溃疡型、颈管型；②腺癌；③腺鳞癌。

⑵临床表现：

症状：①阴道流血；②阴道排液；③晚期症状。

体征：①外生型：可见息肉状、菜花状赘生物，常伴感染、质脆易出血；

②内生型：子宫颈肥大、质硬、子宫颈管膨大；

③晚期癌组织坏死脱落，形成溃疡或空洞伴恶臭。阴道壁受累时，可见赘生物生长或阴道壁变硬；

④宫旁组织受累时，妇科检查可扪及子宫颈旁组织增厚、结节状、质硬或形成冰冻骨盆状。

⑶“三阶梯”诊断：子宫颈细胞学检查和（或）高危型 HPV DNA 检测、阴道镜检查、子宫颈活组织检查

29.子宫肌瘤。

⑴分类：①按肌瘤生长部位: 宫体肌瘤和宫颈肌瘤

②按肌瘤与子宫肌壁的关系:肌壁间肌瘤、浆膜下肌瘤、黏膜下肌瘤

③按肌瘤的数目：单发或多发性子宫肌瘤

⑵肌瘤变性：①玻璃样变；②囊性变；③红色样变；④肉瘤样变；⑤钙化。

⑶临床表现：

症状：①经量增多及经期延长；②下腹包块；③白带增多；④压迫症状；⑤其他：下腹坠胀、腰酸背痛，经期加重。

体征：与肌瘤大小、位置、数目及有无变性相关。

妇科检查：①肌壁间肌瘤子宫增大，表面不规则、有结节感；②浆膜下肌瘤可扪及单个实质性球状肿块与子宫有蒂相连；③黏膜下肌瘤子宫均匀增大，有时子宫口扩张，在宫口内或阴道内可见肌瘤。

⑷治疗：根据患者的症状、年龄和生育要求以及肌瘤的类型、大小、数目全面考虑。

观察等待：无症状肌瘤一般不需治疗，特别是近绝经期妇女。

保守治疗：①促性腺激素释放激素类似物（GnRH-a）；②米非司酮

手术治疗：①肌瘤切除术；②子宫切除术；③子宫动脉栓塞手术；④宫腔镜子宫内膜切除术。

30.子宫内膜癌临床表现。

⑴症状：①阴道流血；②阴道排液；③下腹疼痛。

⑵体征：晚期可有子宫明显增大，合并宫腔积脓时可有明显压痛。宫颈管内偶有癌组织脱出，触之易出血。

31.卵巢肿瘤。

⑴组织学分类：

①上皮性肿瘤：浆液性肿瘤、黏液性肿瘤、子宫内膜样肿瘤等

②性索-间质肿瘤：颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤等

③生殖细胞肿瘤：无性细胞瘤、卵黄囊瘤、畸胎瘤等

④转移性肿瘤：库肯勃瘤

⑵卵巢良性肿瘤和恶性肿瘤的鉴别。

鉴别内容	良性肿瘤	恶性肿瘤
病史	病程长，逐渐增大	病程短，迅速增大
体征	多为单侧，活动，囊性，表面光滑，常无腹腔积液	多为双侧，固定；实性或囊实性，表面不平，结节状；常有腹腔积液，多为血性，可查到癌细胞
一般情况	良好	恶病质
B 型超声	为液性暗区，可有间隔光带，边缘清晰	液性暗区内有杂乱光团、光点，肿块边界不清

⑶并发症：①蒂扭转；②破裂；③感染；④恶变。

⑷肿瘤标记物。

①血清 CA125：敏感性较高，特异性较差。80%卵巢上皮性癌患者血清 CA125 水平升高；90%以上患者 CA125 水平与病情缓解或恶化相关，可用于病情监测。

②血清 AFP：对卵黄囊瘤有特异性诊断价值。未成熟畸胎瘤、混合性无性细胞瘤中含卵黄囊成分者，AFP 也升高。

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved

③HCG：对非妊娠性卵巢绒毛膜癌有特异性。
④性激素：颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤产生较高水平雌激素。浆液性、黏液性囊腺瘤或勃勒纳瘤有时也可分泌一定的雌激素。
⑸卵巢转移性肿瘤。
库肯勃瘤：即印戒细胞癌，是一种特殊的卵巢转移性腺癌，原发部位在胃肠道，肿瘤为双侧性，中等大，多保持卵巢原状或肾形。一般无粘连，切面实性，胶质样。镜下见典型印戒细胞，能产生黏液。

32.葡萄胎的临床表现。

①停经后阴道流血；②子宫异常增大、变软；③妊娠呕吐；④子痫前期征象；⑤甲状腺功能亢进；⑥腹痛；⑦卵巢黄素化囊肿。

33.妊娠滋养细胞肿瘤。

包括侵蚀性葡萄胎和绒癌。

34.功能失调性子宫出血。

⑴功能失调性子宫出血（DUB）：是由于生殖内分泌轴功能紊乱造成的异常子宫出血，分为无排卵性和有排卵性两类。
⑵子宫内膜病理改变：
①子宫内膜增生症：单纯型增生、复杂型增生、不典型增生
②增生期子宫内膜；③萎缩型子宫内膜。
⑶治疗：功血的一线治疗是药物治疗。青春期及生育年龄无排卵性功血以止血、调整周期、促排卵为主；绝经过渡期功血以止血、调整周期、减少经量，防止子宫内膜病变为治疗原则。常采用性激素止血和调整月经周期。

35.闭经。

⑴原发性闭经：指年龄超过 13 岁，第二性征未发育；或年龄超过 15 岁，第二性征已发育，月经还未来潮。
⑵继发性闭经：指正常月经建立后月经停止 6 个月，或按自身原有月经周期计算停止 3 个周期以上者。
⑶继发性闭经分类：①下丘脑性闭经：精神应激、体重下降、运动性闭经、药物性闭经、颅咽管瘤；
②垂体性闭经：垂体梗死、垂体肿瘤、空蝶鞍综合征；
③卵巢性闭经：卵巢早衰、卵巢功能性肿瘤、多囊卵巢综合征；
④子宫性闭经：Asherman 综合征、手术切除子宫或放疗。

36.多囊卵巢综合征。

⑴多囊卵巢综合征（PCOS）：是一种最常见的妇科内分泌疾病之一。在临床上以雄激素过高的临床或生化表现、持续无排卵、卵巢多囊改变为特征，常伴有胰岛素抵抗和肥胖。
⑵临床表现：①月经失调；②不孕；③多毛、痤疮；④肥胖；⑤黑棘皮症。

37.不孕症。

⑴不孕症：女性无避孕性生活至少 12 个月而未孕，称为不孕症。
⑵原发不孕：既往从未有过妊娠史，无避孕而从未妊娠者为原发不孕。
⑶继发不孕：既往有过妊娠史，而后无避孕连续 12 个月未孕者，称为继发不孕。

38.甾体激素避孕药的作用机制。

①抑制排卵；②改变宫颈黏液性状；③改变子宫内膜形态与功能；④改变输卵管的功能。

39.人工流产术并发症。

①出血；②子宫穿孔；③人工流产综合反应；④漏吸或空吸；⑤吸宫不全；⑥感染；⑦羊水栓塞；
⑧远期并发症：宫颈粘连、宫腔粘连、慢性盆腔炎、月经失调、继发性不孕。

THE END

Any questions please contact me via email 626877807@qq.com

Copyright @ 2016 Zhao Gangjian. All Right Reserved