



正保医学教育网
www.med66.com

美国纽交所上市公司(代码:DL)

2020

妇产科主治医师考试

高频考点集锦手册 >>>

医学教育网 编

——◆ 主治医师备考之路 陪您前行 助您圆梦 ◆——

目 录

2020 妇产科主治医师考试报考指南	1
1. 考试简介	1
2. 报名条件	1
3. 报名时间、方式及入口	2
4. 准考证打印时间	4
5. 考试时间、科目及方式	4
6. 成绩查询	5
7. 合格标准	5
8. 证书领取	5
2020 妇产科主治医师考试大纲及教材	6
1. 考试大纲	6
2. 教材变化	6
2020 妇产科学考试部分必备高频考点	7

2020妇产科主治医师考试报考指南



1. 考试简介

为适应我国人事制度的改革，由人事部与卫生部共同组织实施了卫生专业技术资格考试。卫生部人才交流中心负责报名、资格审核等全部考务工作。国家医学考试中心、国家中医药管理局中医师资格认证中心和国家计划生育委员会分别负责西医、中医、计生部分专业的命题、组卷工作。考试原则上每年进行一次，一般在五月中旬举行。

妇产科主治医师考试适用人员范围：经国家或有关部门批准的医疗卫生机构内，从事妇产科学专业工作的人员。

2. 报名条件

参加妇产科主治医师资格考试的人员，必须具备下列条件之一：

- (1)取得医学中专学历，受聘担任医师职务满7年。
- (2)取得医学大专学历，从事医师工作满6年。



(3)取得医学本科学历，从事医师工作满4年。

(4)取得临床医学硕士专业学位，从事医师工作满2年。

(5)取得临床医学博士专业学位。

参加妇产科主治医师资格考试的人员必须先取得执业医师资格，并在报名时提交相应专业执业医师资格证书。因工作岗位变动，需报考现岗位专业类别的人员，其从事现岗位专业工作时间须满两年。

报名条件中学历或学位的规定，是指国家教育行政主管部门认可的正规院校毕业学历或学位。工作年限计算的截止日期为考试前一年度的年底，报名参加2020年度妇产科主治医师资格考试的人员，其学历取得日期和从事本专业工作年限均截止2019年12月31日。

3. 报名时间、方式及入口

妇产科主治医师考试报名分为网上报名和现场确认。一般在前一年12月份~考试当年1月份。

2020年妇产科主治医师考试报名时间已公布，具体时间、流程如下：

(1)网上报名：

2020年妇产科主治医师考试网上报名时间为2019年12月24日-2020年1月13日。

网上报名步骤:

步骤 1、考生在中国卫生人才网上查看报名声明, 阅读并同意后点击进入报名流程。

步骤 2、查看报名流程: 了解报名顺序及注意事项后点击开始报名, 进入报名页面。

步骤 3、进入网报系统, 注册并填写网上报名申报表。考生可以在报名后, 凭借“个人证件编号”及个人密码, 登录网站查询、修改个人报名信息。填报个人报名信息。考生确认、保存报名信息后, 系统提示“报名成功”。

步骤 4、考生确认填报信息无误后, 可以打印《卫生专业技术资格考试报名申请表》。

(2) 现场确认:

2020 年妇产科主治医师考试现场确认时间, 各地区可根据具体情况自行安排确认时间。

现场确认步骤:

考生持所打印的《卫生专业技术资格考试报名申请表》, 按照所在考点的具体要求, 进行现场报名及资格审核。申报表盖章: 考生应携带申报表至所在单位或档案存放单位审查盖章。提交书面报名材料(如身份证、毕业证书原件及复印件等), 并确认个人报名信息签字, 交费。

现场审核确认所需证件及有关材料: (以当地报名通知为准)



1. 《卫生专业技术资格考试报名申报表》一份(A4 规格);
2. 本人有效身份证明及复印件;
3. 毕业证书和学位证书原件;
4. 专业技术职务任职资格证书、聘书原件或聘用证明原件;
5. 相关准入资格证书原件;
6. 工作岗位变动的报考人员须提交转入现岗位的有关证明;
7. 已参加卫生专业技术资格考试者, 须提交以往考试成绩单或准考证原件、复印件。

注意事项: 考生在确认单上签字后, 不得再对报名信息进行修改。凡未按期到所选考点或其下设报名点进行现场确认的, 视为自动放弃本次考试。

4. 准考证打印时间

2020 年卫生资格准考证打印时间为 5 月 8 日-31 日。以此时间为参考, 妇产科主治医师准考证打印需要在参考前完成。

5. 考试时间、科目及方式

妇产科主治医师考试时间一般在每年的 5-6 月份考试, 2020 年卫生资格考试时间为: 5 月 23 日、24 日、30 日、31 日, 以此时间为参考, 预计妇产科主治医师考试时间在 5 月 23 日, 具体以官方最终通知为准。



6. 成绩查询

妇产科主治医师考试成绩一般为考后 2 个月公布，考生可登录“中国卫生人才网”进行查询。

7. 合格标准

妇产科主治医师考试成绩各科目均以 100 为满分计算，每科目成绩达到 60 分为合格，考试成绩有效期为 2 年。所有 4 个科目在 2 年内全部合格者可申请该级专业技术资格。

8. 证书领取

参加妇产科主治医师考试并成绩合格者，由人事局颁发人事部统一印制，人事部、卫生部用印的专业技术资格证书。该证书在全国范围内有效。

想要获取更多妇产科主治医师考试动态、政策等消息，可以扫码下方二维码，查看医学教育网妇产科主治医师报考指南。



(妇产科主治医师报考指南页面)



2020妇产科主治医师考试大纲及教材



1. 考试大纲

2020 妇产科主治医师考试大纲尚未公布，可以扫码下方二维码，关注考试大纲版块，及时了解最新大纲公布情况。



（妇产科主治医师大纲栏目）

2. 教材变化

2020 妇产科主治医师考试教材尚未公布，可以扫码下方二维码，关注考试教材版块，及时了解最新教材公布情况。



（妇产科主治医师教材栏目）



2020妇产科学考试部分必备高频考点

备考要点 1: 大阴唇为两股内侧一对纵行隆起的皮肤皱襞，自阴阜向下向后延伸至会阴。大阴唇皮下含丰富血管，外伤后易形成血肿。

备考要点 2: 小阴唇系位于两侧大明唇内侧的一对薄皮肤皱襞。表面湿润、色褐、无毛，富含神经末梢。

备考要点 3: 阴蒂是位于两侧小阴唇之间的顶端联合处，阴蒂头神经末梢丰富，十分敏感。

备考要点 4: 阴道前庭由前庭球又称为球海绵体，前庭大腺又称为巴氏腺，尿道外口，阴道口和处女膜构成。

备考要点 5: 内生殖器包括阴道、子宫、输卵管及卵巢，后两者常被称为子宫附件。

备考要点 6: 阴道后穹隆最深，与直肠子宫陷凹紧密相邻，临床上可经此处穿刺或引流。

备考要点 7: 阴道的自净作用=雌激素+乳酸杆菌。

备考要点 8: 子宫腔为一上宽下窄的三角形。在子宫体与子宫颈之间形成最狭窄的部分称子宫峡部，在非孕期长约 1cm，妊娠晚期 7~10cm 形成子宫下段。

备考要点 9：子宫峡部的上端，因在解剖上较狭窄，又称解剖学内口；峡部的下端，因黏膜组织在此处由子宫腔内膜转变为子宫颈黏膜，又称组织学内口。

备考要点 10：子宫韧带：共有 4 对韧带，即主韧带、宫骶韧带、圆韧带和阔韧带，借以维持子宫于正常位置。

备考要点 11：圆韧带维持子宫前倾；阔韧带保持子宫位于盆腔中央；主韧带：固定宫颈位置，防止子宫下垂；骶韧带：将宫颈向后向上牵引，间接地保持子宫前倾。

备考要点 12：子宫内膜层分 3 层：基底层+致密层+海绵层。功能层——内膜表面 2/3 为致密层和海绵层。受卵巢性激素影响发生周期变化而脱落。基底层——为靠近子宫肌层的 1/3 内膜。不受卵巢性激素影响，不发生周期变化。基底层被损伤可导致子宫性闭经、子宫性不孕。

备考要点 13：宫颈外口柱状上皮与鳞状上皮交接处是宫颈癌的好发部位。

备考要点 14：输卵管(8~14cm)由内向外分为：间质部、峡部、壶腹部、伞部。间质部——管腔最窄；峡部——管腔较细、结扎部位；壶腹部——最宽、受精部位、输卵管妊娠最常见部位；伞部——“拾卵”。

备考要点 15：卵巢表面无腹膜，由单层立方上皮覆盖，称生发上皮；其内有一层纤维组织，称卵巢白膜。

备考要点 16: 卵巢由外侧的骨盆漏斗韧带(卵巢悬韧带)和内侧的卵巢固有韧带悬于盆壁与子宫之间,借卵巢系膜与阔韧带相连。

备考要点 17: 子宫全切术时易损伤输尿管的部位主要有 3 处:切断结扎主韧带时;切断结扎子宫骶骨韧带时;处理卵巢漏斗韧带时。

备考要点 18: 卵巢动脉:是腹主动脉的分支。卵巢动脉在进入卵巢前,尚有分支走行于输卵管系膜内供应输卵管,其末梢在宫角附近与子宫动脉上行的卵巢支相吻合。

备考要点 19: 子宫动脉为髂内动脉前干分支,经阔韧带基底部、宫旁组织到达子宫外侧,相当于子宫颈内口水平约 2cm 处,横跨输尿管至子宫侧缘,此后分为上下两支:上支较粗,沿宫体侧缘迂曲上行,称为子宫体支,至宫角处又分为宫底支(分布于宫底部)、输卵管支(分布于输卵管)及卵巢支(与卵巢动脉末梢吻合);下支较细,分布于子宫颈及阴道上段,称为子宫颈-阴道支。

备考要点 20: 阴道动脉为髂内动脉前干分支,阴道上段由子宫动脉子宫颈-阴道支供应,阴道中段由阴道动脉供应,阴道下段主要由阴部内动脉和痔中动脉供应。

备考要点 21: 阴部内动脉为髂内动脉前干终支。分出 4 支:
①痔下动脉:分布于直肠下段及肛门部;②会阴动脉:分布于会

阴浅部；③阴唇动脉：分布于大、小阴唇；④阴蒂动脉：分布于阴蒂及前庭球。

备考要点 22：内、外生殖器官发生感染或癌瘤时，多沿各部回流的淋巴管扩散，引起相应的淋巴结肿大。

备考要点 23：外生殖器、会阴、肛门、阴道下段的淋巴（低）——主要汇入腹股沟浅淋巴结。

备考要点 24：骨盆的骨骼：由骶骨、尾骨及左右两块髌骨组成。每块髌骨又由髂骨、坐骨及耻骨融合而成；骶骨由 5~6 块骶椎融合而成，形似三角，前面呈凹形，上缘向前方突出，形成骶岬，骶岬为产科骨盆内测量对角径的重要标志；尾骨由 4~5 块尾椎合成。

备考要点 25：骶、尾骨与坐骨结节之间的骶结节韧带；骶、尾骨与坐骨棘之间的骶棘韧带，骶棘韧带宽度=坐骨切迹宽度，是判断中骨盆是否狭窄的重要指标。

备考要点 26：骨盆以耻骨联合上缘、髂耻缘及骶岬上缘的连线为界线分为假骨盆和真骨盆。真骨盆有上、下两口，上口（界线平面）为骨盆入口，下口为骨盆出口，两口之间为骨盆腔。

备考要点 27：入口平面：前后径（真结合径）：约为 11cm。髂嵴间径：正常值 25~28cm，髂棘间径：正常值 23~26cm。间接反映入口横径的大小。

备考要点 28：中骨盆：前后径：约为 11.5cm。横径：约为

10cm(最小径线)。坐骨棘间径(中骨盆横径)10cm,坐骨切迹宽度(骶棘韧带宽度)5.5~6cm 或三横指。

备考要点 29: 坐骨结节间径(出口横径)8.5~9.5cm,反映骨盆出口的大小。坐骨结节间径+后矢状径>15cm 诊断出口正常;≤15cm 诊断出口狭窄。

备考要点 30: 受精卵是由父系和母系来源的 23 对(46 条)染色体组成的新个体,其中一对性染色体 X 与 Y 决定胎儿性别。XX 为女性,因无雄激素,无副中肾管抑制因子,两条副中肾管发育成为女性生殖道,中肾管退化。

备考要点 31: 乳房发育是女性第二性征的最初特征,为女性青春期发育的标志。

备考要点 32: 第一次月经来潮称为月经初潮,为青春期的重要标志。

备考要点 33: 妇女卵巢功能成熟,有规律的周期性排卵。

备考要点 34: 性成熟期是卵巢生殖机能与内分泌机能最旺盛时期。

备考要点 35: 绝经过渡期是指卵巢功能开始衰退直至最后一次月经(绝经)的时期。始于 40 岁后,历时短 1~2 年,长 10~20 余年。

备考要点 36: 卵巢是女性的性腺,其主要功能是:生殖功能:产生卵子,并排卵;内分泌功能:分泌女性激素(E、P)。

备考要点 37: 排卵后 7~8 天黄体体积达最高峰, 若卵子未受精, 黄体在排卵后 9~10 天开始退化, 黄体细胞逐渐萎缩变小, 周围的结缔组织及成纤维细胞侵入, 黄体逐渐由结缔组织所代替, 组织纤维化, 外观色白称白体。排卵日至月经来潮为黄体期, 一般为 14 天。

备考要点 38: 卵泡开始发育时, 只分泌少量雌激素; 至月经第 7 天卵泡分泌雌激素量迅速增加, 于排卵前形成高峰, 排卵后稍减少。约在排卵后 1~2 天, 黄体开始分泌雌激素使血循环中雌激素又逐渐上升。约在排卵后 7~8 天黄体成熟时, 形成血循环中雌激素的第二高峰, 此峰低于排卵前第一高峰。此后, 黄体萎缩, 雌激素水平急剧下降, 于月经期前达最低水平。

备考要点 39: 卵泡期卵泡不分泌孕酮, 排卵前成熟卵泡的颗粒细胞在 LH 排卵高峰的作用下黄素化, 并开始分泌少量孕酮; 排卵后黄体分泌孕酮逐渐增加, 至排卵后 7~8 天黄体成熟时, 分泌量达最高峰, 以后逐渐下降, 到月经来潮时降至卵泡期水平。

备考要点 40: 始基卵泡是女性的基本生殖单位, 也是卵细胞储备的唯一形式。

备考要点 41: 排卵时间: 下次月经前 14 天。

备考要点 42: 月经来潮后, 体内雌激素水平降低, 宫颈管分泌的黏液量很少。随着雌激素水平不断提高, 至排卵期黏液分

泌量增加，黏液稀薄、透明，拉丝度大。若将黏液作涂片检查，干燥后可见羊齿植物叶状结晶，这种结晶在月经周期第 6~7 天开始出现，到排卵期最为清晰而典型。排卵后，受孕激素影响，黏液分泌量逐渐减少，质地变黏稠而混浊，拉丝度差。涂片检查时结晶逐步模糊，至月经周期第 22 天左右完全消失，而代之以排列成行的椭圆体。

备考要点 43：雌激素可以促使女性生殖器官和乳房的发育，而孕激素则是在雌激素作用的基础下进一步促使它们的发育，为妊娠作准备。二者有协同作用。

备考要点 44：雌激素和孕激素又有拮抗作用，雌激素促进子宫内膜增生及修复，孕激素则限制子宫内膜增生，并使增生的子宫内膜转化为分泌期。其他拮抗作用表现在子宫收缩、输卵管蠕动、宫颈黏液变化、阴道上皮细胞角化和脱落以及钠和水的潴留与排泄等方面。

备考要点 45：月经周期分为增殖期、分泌期、月经期 3 个阶段。

备考要点 46：雌激素(E)两高峰、两反馈(正反馈、负反馈)；孕激素(P)一高峰、一反馈(负反馈)；血液中出现 LH 高峰-将要排卵；血液中出现孕激素-已经排卵。

备考要点 47：卵巢排出的卵子(次级卵母细胞)在输卵管壶腹部与峡部连接处与精子结合过程称为受精。



备考要点 48: 受精多数在排卵后数小时内发生, 一般不超过 24 小时。

备考要点 49: 获能→顶体反应→透明带反应→受精开始→受精完成。

备考要点 50: 约在受精后第 6~7 天, 晚期囊胚透明带消失之后开始着床。

备考要点 51: 胚胎受精后 8 周内的人胚, 称为胚胎。是其主要器官结构完成分化的时期。

备考要点 52: 妊娠时间: 通常以孕妇末次月经第 1 日计算, 妊娠全过程约 280 日, 以 4 周(28 日)为一个妊娠月, 共 10 个妊娠月。

备考要点 53: 脐带是连于胎儿脐部与胎盘间的条索状结构, 脐带外覆羊膜, 内含一条脐静脉和两条脐动脉。

备考要点 54: 动脉导管生后 2~3 个月完全闭锁为动脉韧带。

备考要点 55: 卵圆孔多在生后 6 个月完全闭锁。

备考要点 56: 胎儿甲状腺是最早于 6 周发育的内分泌腺。12 周能合成甲状腺素。

备考要点 57: 胎盘由胎儿部分的羊膜和叶状绒毛膜以及母体部分的底蜕膜构成。

备考要点 58: 妊娠 10 周血清 hCG 浓度达高峰, 持续约 10 日迅速下降, 以峰值 10% 的血清浓度持续至分娩。产后无胎盘

残留，2 周内消失。最早在受精后 7 天左右即可用放射免疫测定法自母体血清中测出，成为诊断早孕的最敏感方法之一。血 hCG(定量)：诊断妊娠最早方法。

备考要点 59：人胎盘生乳素(HPL)妊娠 5~6 周用放射免疫测定法在母血中测出，至妊娠 39~40 周达高峰并维持至分娩，产后迅速下降，产后 7 小时即检测不到。

备考要点 60：孕早期血孕激素水平偏低——考虑异位妊娠的可能；孕早期孕激素水平进行性下降——提示流产可能性大。

备考要点 61：妊娠中期以后羊水来源于胎儿尿液。妊娠 38 周约 1000ml，此后羊水量逐渐减少。

备考要点 62：妊娠 12 周以后，子宫均匀对称增大并超出盆腔，妊娠晚期的子宫常有不同程度右旋。子宫腔容量是非孕期的 500~1000 倍，子宫重量增加近 20 倍。

备考要点 63：妊娠 12 周以后，子宫峡部逐渐伸展拉长变薄，扩展成为子宫腔的一部分，形成子宫下段，临产后可伸展至 7~10cm。

备考要点 64：心排出量——自妊娠 10 周逐渐增加，至妊娠 32~34 周达高峰；临产后在第二产程心排出量显著增加。

备考要点 65：妊娠临床上分为 3 个时期：13w 末以前为早期妊娠；第 14~27w 末为中期妊娠；≥28w 为晚期妊娠。

备考要点 66：停经是已婚妇女可能妊娠最早与最重要的

症状。

备考要点 67：早孕反应：停经 6 周左右出现，多在停经 12 周左右自行消失。

备考要点 68：停经 6~8 周时，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(Hegar sign)。

备考要点 69：停经 8 周时，子宫为非孕时的 2 倍，停经 12 周时为非孕时的 3 倍，在耻骨联合上方可以触及。

备考要点 70：估计孕龄，停经 35 日时，宫腔内见到圆形或椭圆形妊娠囊；妊娠 6 周时，可见到胚芽和原始心管搏动。

备考要点 71：预产期推算方法是按末次月经第 1 日算起，月份减 3 或加 9，日数加 7。实际预产期与推算预产期可相差 1~2 周。经周期 45 日的孕妇——其预产期相应推迟 15 天；月经周期 25 日的孕妇——其预产期相应提前 5 天。

备考要点 72：妊娠 11~13⁺₆ 周测量胎儿 CRL 来估计孕龄是最为准确的方法，妊娠>14 周则采用双顶径、头围、腹围和股骨长度综合判断孕龄。

备考要点 73：孕妇常在妊娠 20 周左右自觉胎动。胎动随妊娠进展逐渐增强，至妊娠 32~34 周达高峰，妊娠 38 周后逐渐减少。妊娠 28 周以后，正常胎动次数 ≥ 10 次/2 小时。

备考要点 74：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。

备考要点 75: 胎产式: 胎儿纵轴与母体纵轴的关系。

备考要点 76: 胎先露: 最先进入骨盆入口的胎儿部分。

备考要点 77: 胎方位: 胎先露指示点与母体骨盆的关系, 简称胎位。

备考要点 78: 指示点: 枕先露以枕骨——“O”; 先露以骶骨——“S”; 面先露以颏骨——“M”; 肩先露以肩胛骨——“SC”。

备考要点 79: 产前检查的时间即: 20、24、28、32、36、37、38、39、40 周, 共产前检查 9 次, 高危孕妇酌情增加产前检查次数。

备考要点 80: 坐骨结节间径(或出口横径): 孕妇取仰卧位, 两腿弯曲, 双手抱双膝, 测量两侧坐骨结节前端内侧缘的距离, 正常值为 8.5~9.5cm。若此径值小于 8cm 时, 应测量出口后矢状径。出口后矢状径: 为坐骨结节间径中点至骶骨尖端的长度。正常值为 8~9cm。出口后矢状径值与坐骨结节间径值之和>15cm 时, 表明骨盆出口无明显狭窄。

备考要点 81: 坐骨棘间径: 用示指和中指触摸两侧坐骨棘, 估计其间距可容纳 6 指即属正常, 正常值约 10cm。

备考要点 82: 基线变异: 正常: 胎心率基线摆动, 有小的周期性波动(≥ 6 次)。异常: 胎心率基线变平即变异消失(≤ 5 次), 提示胎儿储备能力丧失。

备考要点 83: 早期减速: 是宫缩时胎头受压的表现, 见于

第一产程末。变异减速：是宫缩时脐带受压兴奋迷走神经的表现。晚期减速：是胎盘功能不良、胎儿缺氧的表现。

备考要点 84：将胎儿及其附属物从子宫内逼出的力量，称为产力。产力包括子宫收缩力、腹壁肌及膈肌收缩力和肛提肌收缩力。

备考要点 85：子宫收缩力是临产后的主要产力，腹压是第二产程胎儿娩出的重要辅助力量，肛提肌收缩力是协助胎儿内旋转及胎头仰伸所必需的力量。

备考要点 86：子宫收缩力四大特性节律性、对称性、极性和缩复作用。

备考要点 87：宫缩具有节律性是临产的标志。随着产程进展，宫缩持续时间逐渐延长，间歇期逐渐缩短。宫缩强度随产程进展也逐渐增加。宫缩的节律性对胎儿有利。

备考要点 88：生理性缩复环的定义：由于子宫肌纤维的缩复作用，子宫上段的肌壁越来越厚，子宫下段的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。正常情况下，此环不易自腹部见到。

备考要点 89：入口平面——入口前后径小则影响胎头入盆；中骨盆平面——坐骨棘间径（中骨盆横径）小影响胎头下降、内旋转；出口平面——若出口横径+后矢状径 $>15\text{cm}$ ，则一般大小

的胎头可经阴道分娩，否则影响胎儿娩出。

备考要点 90：双顶径：是胎头的最大横径，为两顶骨隆突间的距离，临床用 B 型超声判断胎头大小，妊娠足月时平均值约为 9.3cm。

备考要点 91：枕额径：又称前后径，胎头以此径衔接，妊娠足月时平均值约为 11.3cm。

备考要点 92：影响胎头入盆的骨盆径线是：入口前后径；影响胎头入盆的胎头径线是：双顶径。枕下前囟径——俯屈后以此径线通过产道。

备考要点 93：胎头双顶径进入骨盆入口平面，胎头颅骨最低点接近或达到坐骨棘水平，称衔接。衔接的胎头径线：枕额径。

备考要点 94：枕左前——胎头矢状缝坐落在入口右斜径上；枕右前——胎头矢状缝坐落在入口左斜径上。

备考要点 95：初产妇多是宫颈管先消失，后宫口扩张；经产妇则多是颈管消失与宫口扩张同时进行。

备考要点 96：枕先露的分娩机制：衔接、下降、俯屈、内旋转、仰伸、复位及外旋转、胎肩及胎儿娩出。

备考要点 97：假临产特点是分娩发动前，由于子宫肌层敏感性增强，可出现不规律宫缩。其特点：①宫缩频率不一致，持续时间短、间歇时间长且无规律；②宫缩强度未逐渐增强；③常

在夜间出现而于清晨消失；④不伴有宫颈管短缩、宫口扩张等；⑤给予镇静剂能将其抑制。

备考要点 98：见红在临产前 24~48 小时内，因宫颈内口附近的胎膜与该处的子宫壁分离，毛细血管破裂有少量流血，与宫颈管内黏液栓相混并排出，称为见红，是分娩即将开始比较可靠的征象。

备考要点 99：临产开始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，同时伴随进行性宫颈管消失、宫口扩张和胎先露部下降。用强镇静药物不能抑制临产。

备考要点 100：分娩全过程是从开始出现规律宫缩至胎儿胎盘娩出为止，简称总产程。

第一产程：又称宫颈扩张期。从开始出现间歇 5~6 分钟的规律宫缩，到宫口开全。

第二产程：又称胎儿娩出期。从宫口开全到胎儿娩出。初产妇需 1~2 小时，不应超过 3 小时；经产妇通常数分钟即可完成，不应超过 2 小时。

第三产程：又称胎盘娩出期。从胎儿娩出到胎盘娩出，即胎盘剥离和娩出的过程，需 5~15 分钟，不超过 30 分钟。

备考要点 101：会阴切开指征：会阴过紧或胎儿过大，估计分娩时会阴撕裂不可避免者，或母儿有病理情况急需结束分

娩者。

备考要点 102: 胎盘剥离征象有：①宫体变硬呈球形，胎盘剥离后降至子宫下段，下段被动扩张，宫体呈狭长形被推向上方，宫底升高达脐上；②阴道口外露的脐带段自行延长；③阴道少量流血；④用手掌尺侧在产妇耻骨联合上方轻压子宫下段，宫体上升而外露的脐带不再回缩。

备考要点 103: 产褥：从胎盘娩出至产妇全身各器官除乳腺外恢复到未孕状态，所需的一段时间，称产褥期，一般规定为 6 周。

备考要点 104: 产后 2~3 日，子宫口仍可通过 2 指；于产后 1 周，子宫颈内口关闭；产后 4 周时子宫颈完全恢复至正常形态。

备考要点 105: 产后 1 周子宫缩小至约妊娠 12 周大小。产后 6 周，子宫恢复到正常非孕期大小。

备考要点 106: 产后随着胎盘剥离排出：

→低 E、高 PRL(垂体)——使乳汁开始分泌；

→垂体高 PRL——是泌乳的基础；

→吸吮——是保持乳腺不断泌乳的关键；

→不断排空乳房——是维持乳汁分泌的重要条件。

备考要点 107: 产后体温多数在正常范围内。体温可在产后 24 小时内略升高，一般不超过 38℃，可能与产程延长致过度疲

劳有关。

备考要点 108: 胎盘娩出后，子宫圆而硬，宫底在脐下一指。产后第一日略上升至脐平，以后每日下降 1~2cm，至产后 10 日子宫降入骨盆腔内。

备考要点 109: 产后随子宫蜕膜脱落，含有血液、坏死蜕膜等组织经阴道排出，称为恶露。血性恶露持续 3~4 日。浆液恶露持续 10 日左右。白色恶露约持续 3 周干净。

备考要点 110: 凡妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1000g 而终止者，称为流产。按流产发生的时间不同分为：①早期流产：流产发生于妊娠 12 周前者称早期流产；②晚期流产：发生于妊娠 12 周至不足 28 周者称晚期流产。

备考要点 111: 先兆流产指妊娠 28 周前先出现少量阴道流血，常为暗红色或血性白带，无妊娠物排出，随后出现阵发性下腹痛或腰背痛。妇科检查宫颈口未开，胎膜未破，子宫大小与停经周数相符。经休息及治疗后症状消失，可继续妊娠；若阴道流血量增多或下腹痛加剧，可发展为难免流产。

备考要点 112: 难免流产指流产已不可避免。在先兆流产基础上，阴道流血量增多，阵发性下腹痛加剧，或出现阴道流液（胎膜破裂）。妇科检查宫颈口已扩张，有时可见胚胎组织或羊膜囊堵塞于宫颈口内，子宫大小与停经周数基本相符或略小。

备考要点 113: 不全流产指难免流产继续发展，部分妊娠物

排出宫腔，还有部分残留于宫腔内或嵌顿于宫颈口处，或胎儿排出后胎盘滞留宫腔或嵌顿于宫颈口，影响子宫收缩，导致出血，甚至发生休克。妇科检查见宫颈口已扩张，宫颈口有妊娠物堵塞及持续性血液流出，子宫小于停经周数。

备考要点 114：完全流产指妊娠物已全部排出，阴道流血逐渐停止，腹痛逐渐消失。妇科检查宫颈口已关闭，子宫接近正常大小。

备考要点 115：稽留流产又称过期流产。指胚胎或胎儿已死亡滞留宫腔内未能及时自然排出者。表现为早孕反应消失，有先兆流产症状或无任何症状，子宫不再增大反而缩小。若已到中期妊娠，孕妇腹部不见增大，胎动消失。妇科检查宫颈口未开，子宫较停经周数小，质地不软，未闻及胎心。

备考要点 116：复发性流产(RSA)指与同一性伴侣连续发生3次及3次以上的自然流产。

备考要点 117：流产合并感染流产过程中，若阴道流血时间长，有组织残留于宫腔内或非法堕胎，有可能引起宫腔感染，常为厌氧菌及需氧菌混合感染，严重感染可扩展至盆腔、腹腔甚至全身，并发盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克。

备考要点 118：先兆流产：黄体功能不全者可肌内注射黄体酮 20mg，每日一次，或口服孕激素制剂。

备考要点 119：难免流产一旦确诊，应尽早使胚胎及胎盘组

织完全排出。

备考要点 120: 不全流产一经确诊, 应尽快行刮宫术或钳刮术, 清除宫腔内残留组织。

备考要点 121: 晚期流产稽留时间过长可能发生凝血功能障碍, 导致弥散性血管内凝血(DIC)。

备考要点 122: 流产合并感染治疗原则为控制感染的同时尽快清除宫内残留物。若阴道流血不多, 先选用广谱抗生素 2~3 日, 待感染控制后再行刮宫。

备考要点 123: 异位妊娠典型临床表现为停经、腹痛、阴道流血。

备考要点 124: 受精卵在子宫体腔以外着床称为异位妊娠, 习惯称宫外孕。异位妊娠以输卵管妊娠为最常见(占 95%)。

备考要点 125: 输卵管妊娠以壶腹部妊娠最多见, 约占 78%, 其次为峡部、伞部, 间质部妊娠较少见。

备考要点 126: 输卵管炎症是输卵管妊娠的主要病因。

备考要点 127: 输卵管妊娠流产: 多见于输卵管壶腹部妊娠。发病多在妊娠 8~12 周。

备考要点 128: 输卵管妊娠破裂: 多见于输卵管峡部妊娠, 发病常在妊娠 6 周左右。

备考要点 129: 血 hCG 测定和超声检查为异位妊娠主要的辅助检查。

备考要点 130: 阴道后穹隆穿刺或腹腔穿刺是一种简单可靠的诊断方法，用于疑有盆腹腔内出血的患者。若抽出暗红色不凝固血液，则可确诊有盆腹腔内出血。

备考要点 131: 异位妊娠时体内 hCG 水平较宫内妊娠低。

备考要点 132: 子宫内膜病理检查(诊断性刮宫)：适用于与不能存活的宫内妊娠的鉴别诊断和超声检查不能确定妊娠部位者。宫内妊娠可见到绒毛；异位妊娠仅见蜕膜不见绒毛。

备考要点 133: 异位妊娠治疗原则手术为主，保守为辅助。

备考要点 134: 早产是指妊娠满 28 周至不足 37 周(196~258 日)间分娩者。

备考要点 135: 有规则或不规则宫缩，伴有宫颈管进行性缩短→先兆早产。早产临产需符合下列条件：①出现规则宫缩(20 分钟 \geq 4 次，或 60 分钟 \geq 8 次)，伴有宫颈的进行性改变；②宫颈扩张 1cm 以上；③宫颈容受 \geq 80%。

备考要点 136: 早产治疗原则：若胎膜完整，在母胎情况允许时尽量保胎至 34 周。

备考要点 137: 促胎肺成熟治疗：妊娠 $<$ 35 周，一周内有可能分娩的孕妇，应使用糖皮质激素促胎儿肺成熟。

备考要点 138: 下列情况，需终止早产治疗：①宫缩进行性增强，经过治疗无法控制者；②有宫内感染者；③衡量利弊，继续妊娠对母胎的危害大于胎肺成熟对胎儿的好处时；④妊娠 \geq 34

周，如无母胎并发症，应停用宫缩抑制剂，顺其自然，不必干预，继续监测母胎情况。

备考要点 139：平时月经周期规则，妊娠达到或超过 42 周 (≥ 294 日) 尚未分娩者，称为过期妊娠。

备考要点 140：妊娠 40 周以后胎盘功能逐渐下降，42 周以后明显下降，因此，在妊娠 41 周以后，即应考虑终止妊娠，尽量避免过期妊娠。若妊娠 41 周后无任何并发症(妊娠期高血压疾病、妊娠期糖尿病、胎儿生长受限、羊水过少等)，也可密切观察，继续等待。一旦妊娠过期，则应终止妊娠。

备考要点 141：妊娠期高血压疾病包括妊娠期高血压、子痫前期、子痫、慢性高血压并发子痫前期和妊娠合并慢性高血压。多发生在妊娠 20 周以后，临床表现以高血压、蛋白尿为特征，并伴有全身脏器的损害；严重时出现抽搐、昏迷，脑出血、心力衰竭、弥漫性血管内凝血等，甚至死亡。该病严重影响母婴的健康。

备考要点 142：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。

备考要点 143：重度子痫前期：子痫前期伴有下面任何一种表现：

收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ ，或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ (卧床休息，两次测量间隔至少 4 小时)；

血小板减少(血小板 $<100\times 10^9/L$)；

肝功能损害(血清转氨酶水平为正常值 2 倍以上)，严重持续性右上腹或上腹疼痛，不能用其他疾病解释，或二者均存在；

肾功能损害(血肌酐水平大于 1.1mg/dl 或无其他肾脏疾病时肌酐浓度为正常值 2 倍以上)；

肺水肿；

新发生的中枢神经系统异常或视觉障碍。

备考要点 144：使用硫酸镁必备条件：

①定期检查膝跳反射：有无减弱、消失；

②呼吸 ≥ 16 次/min；

③24h 尿量 $\geq 400\text{ml}$ ， 17ml/h ；

④备有 10% 葡萄糖酸钙，产后 24~48 小时停药。

备考要点 145：硫酸镁中毒解救：第一步：停药；第二步：10% 葡萄糖酸钙 10ml 缓慢推注(5~10 分钟)。

备考要点 146：孕周 <35 周的子痫前期患者，预计 1 周内可能分娩者均应给予糖皮质激素促胎肺成熟治疗。

备考要点 147：重度子痫前期患者处理：

妊娠 <24 周——终止妊娠；

妊娠 24~28 周——看条件——决定是否期待治疗；

妊娠 28~34 周——经积极治疗 24~48 小时病情仍加重，促胎肺成熟后终止妊娠；

如病情稳定，可期待治疗，并转诊；

妊娠 ≥ 34 周患者——胎儿成熟后可终止妊娠；

妊娠 ≥ 37 周——终止妊娠。

备考要点 148：子痫控制抽搐首选地西泮。

备考要点 149：无皮肤损伤的瘙痒是妊娠期肝内胆汁淤积症首发症状。10%~15% 患者出现轻度黄疸，多在瘙痒 2~4 周后出现，一般不随孕周的增加而加重，多数表现为轻度黄疸，于分娩后 1 周内消退。

备考要点 150：血清胆汁酸升高是诊断 ICP 最主要实验室证据，也是监测病情及治疗效果的重要指标。

备考要点 151：妊娠剧吐 (HG) 指妊娠早期孕妇出现严重持续的恶心、呕吐，并引起脱水、酮症甚至酸中毒，需要住院治疗者。典型表现为妊娠 6 周左右出现恶心、呕吐并随妊娠进展逐渐加重，至妊娠 8 周左右发展为持续性呕吐，不能进食，导致孕妇脱水、电解质紊乱甚至酸中毒。

备考要点 152：妊娠 28 周后，胎盘附着于子宫下段，胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口，其位置低于胎儿先露部，称为前置胎盘。

备考要点 153：前置胎盘表现为突发性、无痛性、无诱因阴道出血，完全性前置胎盘出血最早、出血最多。

备考要点 154：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。典型临床表现是阴道流血、腹痛，可伴有子宫张力增高和子宫压痛，尤以胎盘剥离处最明显。严重时子宫呈板状，压痛明显，胎心率改变或消失，甚至出现恶心、呕吐、出汗、面色苍白、脉搏细弱、血压下降等休克征象。

备考要点 155：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。

备考要点 156：血纤维蛋白原： $<250\text{mg/L}$ 为异常，如果 $<150\text{mg/L}$ 对凝血功能障碍有诊断意义。

备考要点 157：受精卵发生分裂的时间不同，形成 4 种类型：①双羊膜囊、双绒毛膜单卵双胎(双-双)；②双羊膜囊、单绒毛膜单卵双胎(双-单)；③单羊膜囊、单绒毛膜单卵双胎(单-单)；④联体双胎。

备考要点 158：单绒毛膜——一个胎盘——可能发生双胎输血综合征。

备考要点 159：妊娠期间羊水量超过 2000ml ，称羊水过多。急性多发生于妊娠 20~24 周；慢性多发生于孕晚期 28~32 周。

备考要点 160：妊娠晚期羊水量少于 300ml ，称羊水过少。

备考要点 161：临产前胎膜自然破裂称为胎膜早破

(PROM)。妊娠 ≥ 37 周发生称足月胎膜早破；妊娠 < 37 周发生称未足月胎膜早破(PPROM)。

备考要点 162：阴道液 pH ≥ 6.5 时支持胎膜早破的诊断。阴道后穹隆积液涂片见到羊齿植物状结晶。

备考要点 163：破膜超过 12 小时应预防性应用抗生素。

备考要点 164：任何孕周胎儿体重 $> 4000\text{g}$ 者，称巨大胎儿。

备考要点 165：低出生体重儿——足月儿出生的体重小于 2500g。

备考要点 166：对于既往有 FGR 和子痫前期病史的孕妇，建议从孕 12~16 周开始应用低剂量阿司匹林至 36 周，可以降低再次发生 FGR 的风险。存在 ≥ 2 项高危因素的孕妇，也可建议于妊娠早期开始服用小剂量阿司匹林进行预防，其中高危因素包括：肥胖、年龄 > 40 岁、孕前高血压、孕前糖尿病(1 型或 2 型)、辅助生殖技术受孕史、多胎妊娠、胎盘早剥病史、胎盘梗死病史。

备考要点 167：凡胎头娩出后，胎儿前肩被嵌顿于耻骨联合上方，用常规助产方法不能娩出胎儿双肩，称肩难产。

备考要点 168：妊娠 20 周后胎儿在子宫内死亡称为死胎。胎儿在分娩过程中死亡称为死产，是死胎的一种。胎死宫内 3 周仍未排出，容易引起 DIC。胎死宫内 4 周以上，DIC 发生机会明显增多，可致分娩时严重出血。

备考要点 169: 死胎一经确诊, 尽早经羊膜腔注入依沙吖啶引产。

备考要点 170: 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。

备考要点 171: 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。

备考要点 172: 妊娠合并心脏病孕期咨询:

①可以妊娠——心功能 I~II 级, 心脏病变较轻, 既往无心力衰竭史、亦无其他并发症。

②不宜妊娠——心功能 III~IV 级、心脏病变较重、既往有心力衰竭史、有肺动脉高压、右向左分流型先天性心脏病、严重心律失常、风湿热活动期、心脏病并发细菌性心内膜炎、急性心肌炎、年龄>35 岁, 心脏病病程较长者, 发生心力衰竭的可能性极大。

备考要点 173: 妊娠合并心脏病不宜妊娠的处理——12 周前——做人流、避孕! 继续妊娠的处理原则——>12 周——防心衰! 治心衰!

备考要点 174: 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。

备考要点 175：妊娠期糖尿病的诊断：①妊娠 24~28 周空腹血糖 (FPG)； $FPG \geq 5.1 \text{ mmol/L}$ 可诊断 GDM。②葡萄糖耐量试验 (OGTT)：空腹 $\geq 5.1 \text{ mmol/L}$ ；1 小时 $\geq 10.0 \text{ mmol/L}$ ；2 小时 $\geq 8.5 \text{ mmol/L}$ 。

备考要点 176：胰岛素：适用于饮食控制不能达标的 GDM 患者。

备考要点 177：妊娠期糖尿病人产后处理——胰岛素减量！

胰岛素用量应减少至分娩前的 $1/3 \sim 1/2$ 。在产后 1~2 周胰岛素用量逐渐恢复至孕前水平。产后 6~12 周行 OGTT 检查，若仍异常，可能为产前漏诊的糖尿病患者。

备考要点 178：妊娠合并重症肝炎的诊断要点：

①肝炎症状明显加重，出现食欲极度减退，频繁呕吐，腹胀，腹水等。

②黄疸迅速加深，每日上升 $>17.1 \mu\text{mol/L}$ ，或血清总胆红素值 $>171 \mu\text{mol/L}$ (10 mg/dl)。

③凝血功能障碍，全身出血倾向， $\text{PTA} < 40\%$ 。

④出现肝臭气味，肝脏进行性缩小，肝功能明显异常 (酶胆分离，白/球蛋白倒置)。

⑤肝性脑病。

⑥肝肾综合征。

备考要点 179：母亲 HBsAg 阳性的新生儿。联合免疫：

①在出生后 12 小时内尽早注射乙型肝炎免疫球蛋白 100 ~200IU;

②同时在不同部位接种 10 μ g 重组酵母或 20 μ g 中国仓鼠卵母细胞乙型肝炎疫苗

③在生后 1 个月和 6 个月时分别再次接种第 2 针和第 3 针乙型肝炎疫苗(0、1、6 方案)。

备考要点 180: 轻度贫血(100~109g/L); 中度贫血(70~99g/L); 重度贫血(40~69g/L); 极重度贫血(<40g/L)。

备考要点 181: 贫血的实验室检查: MCV—红细胞平均体积——正常值: 80~100fl;

MCH—红细胞平均血红蛋白含量——正常值: 26~32pg;

MCHC—红细胞平均血红蛋白浓度——正常值: 32~35%。

疾病	MCV(fl)	MCH(pg)	MCHC(%)
缺铁性贫血	低	低	低
再障	正常	正常	正常
巨幼细胞性贫血	高	高	—

备考要点 182: 当血红蛋白<70g/L 者——建议输血。

备考要点 183: 急性阑尾炎是妊娠最常见的外科合并症, 以妊娠早、中期多见。妊娠期子宫增大, 使盲肠向外、向上移位, 阑尾相对位置较深, 并将壁层腹膜撑开, 使阑尾炎症不易局限而

致阑尾穿孔、弥漫性腹膜炎。

备考要点 184：妊娠期急性阑尾炎一般不主张保守治疗。一旦确诊应在积极抗感染的同时，立即手术治疗，尤其是中晚期妊娠。

备考要点 185：妊娠合并梅毒：性接触最主要的传播途径（95%）。

备考要点 186：梅毒的胎盘病理镜下：见有粗大、苍白的“杵状”绒毛，间质增生，间质中血管呈内膜炎及周围炎改变，并见狭窄的血管周围有大量中性粒细胞浸润形成“袖套现象”。

备考要点 187：妊娠合并梅毒治疗首选：青霉素。

备考要点 188：淋病是由淋病奈瑟菌（简称淋菌）引起的以泌尿生殖系统化脓性感染为主要表现的 STD。分泌物淋球菌培养为诊断金标准。

备考要点 189：妊娠合并淋病首选头孢曲松钠 250mg，单次肌注加阿奇霉素 1g 顿服。

备考要点 190：尖锐湿疣是由人乳头瘤病毒（HPV）感染引起鳞状上皮疣状增生病变。居性病第二位，常与多种性传播疾病同时存在。生殖器尖锐湿疣主要与低危型 HPV6 型和 11 型感染有关。

备考要点 191：妊娠合并尖锐湿疣不是剖宫产指征。

备考要点 192：生殖器疱疹是由单纯疱疹病毒（HSV）引起的

一种性传播疾病，HSV 分为 HSV-1 和 HSV-2 两个血清型。抗病毒治疗：阿昔洛韦。

备考要点 193：妊娠合并沙眼衣原体感染沙眼衣原体培养：为金标准。

备考要点 194：从临产规律宫缩开始至活跃期起点（4~6cm），称为潜伏期；初产妇>20 小时、经产妇>14 小时称为潜伏期延长。

备考要点 195：从活跃期起点（4~6cm）至宫颈口开全，称为活跃期。活跃期宫颈口扩张速度<0.5cm/h 称为活跃期延长；当破膜且宫颈口扩张>6cm 后（等于 6cm 临界值也属于此范围）：若宫缩正常，宫颈口停止扩张 ≥ 4 小时；若宫缩欠佳，宫颈口停止扩张 ≥ 6 小时称为活跃期停滞。

备考要点 196：第二产程从宫口开全到胎儿娩出。第二产程初产妇胎头先露下降速度<1cm/h，经产妇<2cm/h，称为胎头下降延缓。第二产程胎头先露停留在原处不下降>1 小时，称为胎头下降停滞。未实施硬膜外麻醉者：初产妇>3 小时，经产妇>2 小时；实施硬膜外麻醉镇痛者：初产妇>4 小时，经产妇>3 小时，产程无进展（胎头下降和旋转），称为第二产程延长。

备考要点 197：产程过程中一旦发现严重的胎位异常如胎头呈高直后位、前不均倾位、额先露及颈后位，应停止阴道试产，立即行剖宫产术结束分娩。

骨盆绝对性狭窄或胎儿过大、明显头盆不称、肩先露或臀先露尤其是足先露时，应行择期剖宫产术。

产力异常发生病理性缩复环或先兆子宫破裂时，不论胎儿是否存活，应抑制宫缩同时行剖宫产术。

产程中出现胎儿窘迫而宫口未开全，胎头位置在 $\leq +2$ 水平以上，也应考虑行剖宫产术。

备考要点 198：协调性子宫收缩乏力又称低张性子宫收缩乏力。特点为子宫收缩节律性、对称性和极性均正常，仅收缩力弱，压力低于 180Montevideo 单位，宫缩 <2 次/10 分钟，持续时间短，间歇期较长。宫缩高峰时，子宫没有隆起，按压时有凹陷。根据宫缩乏力的发生时期分为：①原发性宫缩乏力：产程早期出现的宫缩乏力；②继发性宫缩乏力：产程早期宫缩正常，在进展到第一产程活跃期后期或第二产程后宫缩强度减弱，使产程延长或停滞，多伴有胎位或骨盆异常。协调性宫缩乏力多为继发性宫缩乏力，此种宫缩乏力对胎儿的影响并不大。

备考要点 199：不协调性子宫收缩乏力又称高张性子宫收缩乏力。表现特点为宫缩失去正常的节律性、对称性，尤其是极性，宫缩的兴奋点来自子宫下段一处或多处，节律不协调、高频率的宫缩波自下而上扩散，不能产生向下的合力，致使宫缩时宫底部较子宫下段弱，宫缩间歇期子宫不能很好地松弛，使宫口扩张受限，胎先露不能如期下降，为无效宫缩。产妇可出现持续性

腹痛、腹部拒按、烦躁不安，严重时可出现水及电解质紊乱、尿潴留、肠胀气、胎盘-胎儿循环障碍及静息宫内压升高，胎心异常。此种宫缩多为原发性宫缩乏力。

备考要点 200：对潜伏期出现的宫缩乏力，可用强镇静剂如哌替啶 100mg 或吗啡 10mg 肌内注射，绝大多数潜伏期宫缩乏力者在充分休息后可自然转入活跃期。

备考要点 201：若 10 分钟内宫缩>5 次、持续 1 分钟以上或胎心率异常，应立即停止滴注缩宫素。

备考要点 202：不协调性宫缩乏力的处理给予哌替啶 100mg、吗啡 10mg 肌注，醒后多能恢复为协调性宫缩。

备考要点 203：若产道无阻力产程常短暂，初产妇总产程<3 小时分娩者，称为急产，经产妇多见。

备考要点 204：若存在产道梗阻(如头盆不称、胎位异常)或瘢痕子宫——会导致病理性缩复环和子宫破裂。

备考要点 205：出口平面狭窄的处理：——剖宫产，不能试产。

备考要点 206：骨盆外测量各径线<正常值 2cm 或以上——为均小骨盆。骶耻外径<18cm——为扁平骨盆。坐骨结节间径缩短，坐骨切迹<2 横指，耻骨弓角度<90°——为漏斗骨盆。

备考要点 207：持续性枕横位、枕后位肛查或阴道检查：盆腔后部空虚；

小囟门(枕骨)位置——在骨盆的左(右)侧——枕横位；
小囟门(枕骨)位置——在骨盆的左(右)后侧——枕后位；
胎头矢状缝——位于骨盆斜径(枕后位)或横径(枕横位)；
耳廓朝向——骨盆后方(枕后位)或侧方(枕横位)。

备考要点 208：臀先露妊娠期处理：30 周前可自行转为头先露；30 周后膝胸卧位；外转胎位术(36~37w)。

备考要点 209：胎头高直位：胎头以不屈不仰姿势衔接于盆骨入口，其矢状缝与骨盆入口前后径一致者。

备考要点 210：前不均倾位：枕横位入盆的胎头侧屈，以其前顶骨先入盆的一种异常胎位，称前不均倾位。矢状缝向后靠近骶岬——前不均倾位；矢状缝向前靠近耻骨联合——后不均倾位。

备考要点 211：子宫破裂是指在妊娠晚期或分娩期子宫体部或子宫下段发生破裂，是产科极严重的并发症。

备考要点 212：自然破裂临床过程：梗阻性难产→先兆子宫破裂→子宫破裂。

备考要点 213：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。

备考要点 214：先兆子宫破裂的四大主征：①病理缩复环；

②下腹压痛；③排尿困难、血尿；④胎心率改变或听不清。

备考要点 215：完全性子宫破裂表现为突然撕裂样腹部剧痛、继之腹痛缓解、之后全腹持续性疼痛；休克。

备考要点 216：不完全性子宫破裂的特点：肌层断裂、浆膜层完整，宫腔与腹腔不相通；子宫下段剖宫产切口瘢痕破裂多见；常缺乏先兆破裂症状。

备考要点 217：梗阻性难产和宫缩剂使用不当所致的子宫破裂——为逐渐发展过程，可分为先兆子宫破裂和子宫破裂两个阶段。

备考要点 218：子宫瘢痕破裂和损伤性破裂——无先兆阶段，一开始就是子宫破裂的表现。

备考要点 219：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，可作裂口修补缝合，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。

备考要点 220：产后出血：胎儿娩出后 24h 内，阴道分娩失血量 >500ml，剖宫产时超过 1000ml。严重产后出血指胎儿娩出后 24 小时内出血量 $\geq 1000\text{ml}$ 。



备考要点 221: 产后出血是我国孕产妇死亡的首要原因。

备考要点 222: 处理原则主要为正确估计出血量，明确原因并快速止血，纠正休克，防治感染。

备考要点 223: 胎盘滞留表现为胎儿娩出后 30min，胎盘仍不排出。

备考要点 224: 胎盘植入的三种情况：①粘连性胎盘植入；②胎盘植入：部分性胎盘植入——出血；完全性胎盘植入——出血少或不出血；③穿透性胎盘植入：可致膀胱、直肠损伤。

备考要点 225: 宫缩乏力是产后出血最常见原因。正常情况下胎盘娩出后，宫底平脐或脐下一横指，子宫收缩呈球状、质硬。子宫收缩乏力时，宫底升高，子宫质软、轮廓不清，阴道流血多。按摩子宫及应用缩宫剂后，子宫变硬，阴道流血减少或停止，可确诊为子宫收缩乏力。处理：促进子宫收缩。

备考要点 226: 宫颈裂伤：巨大儿、手术助产、臀牵引等分娩后，常规检查宫颈。裂伤常发生在宫颈 3 点与 9 点处，有时可上延至子宫下段、阴道穹隆。

备考要点 227: 阴道裂伤：检查者用中指、示指压迫会阴切口两侧，仔细查看会阴切口顶端及两侧有无损伤及损伤程度，有无活动性出血。若触及张力大、压痛明显、有波动感的肿物、且表面皮肤颜色有改变者为阴道壁血肿。

备考要点 228: 会阴裂伤：按损伤程度分为 4 度，I 度裂伤

指会阴部皮肤及阴道入口黏膜撕裂，出血不多；Ⅱ度裂伤指裂伤已达会阴体筋膜及肌层，累及阴道后壁黏膜，向阴道后壁两侧沟延伸并向上撕裂，解剖结构不易辨认，出血较多；Ⅲ度裂伤指裂伤向会阴深部扩展，肛门外括约肌已断裂，直肠黏膜尚完整；Ⅳ度裂伤指肛门、直肠和阴道完全贯通，直肠肠腔外露，组织损伤严重，出血量可不多。

备考要点 229：胎盘因素：胎儿娩出后胎盘未娩出，阴道大量流血，应考虑胎盘因素，胎盘部分剥离、嵌顿、胎盘部分粘连或植入、胎盘残留等是引起产后出血的常见原因。

备考要点 230：凝血功能障碍：主要因为失血过多引起继发性凝血功能障碍，表现为持续阴道流血，血液不凝；全身多部位出血、身体瘀斑。根据临床表现及血小板计数、纤维蛋白原、凝血酶原时间等凝血功能检测可作出诊断。

备考要点 231：休克指数法(SI)：休克指数=脉率/收缩压(mmHg)。当SI=0.5，血容量正常；SI=1.0，失血量为10%~30%(500~1500ml)；SI=1.5，失血量为30%~50%(1500~2500ml)；SI=2.0，失血量为50%~70%(2500~3500ml)。

备考要点 232：羊水栓塞(AFE)是由于羊水进入母体血液循环，而引起的肺动脉高压、低氧血症、循环衰竭、弥散性血管内凝血(DIC)以及多器官功能衰竭等一系列病理生理变化的过程。

备考要点 233：羊水栓塞确诊需采集下腔静脉血查找羊水中

的有形物质，或实验证实在肺小动脉或肺毛细血管内有羊水成分栓塞；心内血液查找羊水内的有形物质，子宫或阔韧带血管内查到羊水有形成分。是极其严重的分娩并发症。

备考要点 234：羊水栓塞的诊断是临床诊断，母血涂片或器官病理检查找到羊水有形成分不是诊断羊水栓塞的必需依据。

备考要点 235：解除肺动脉高压：推荐使用磷酸二酯酶-5抑制剂、一氧化氮(NO)及内皮素受体拮抗剂等——特异性舒张肺血管平滑肌的药物。

备考要点 236：羊水栓塞发生于分娩前时，应考虑立即终止妊娠。

备考要点 237：胎儿窘迫是胎儿在子宫内因急性或慢性缺氧危及健康和生命的综合症状。是围产儿死亡的主要原因；是儿童智力低下的主要原因。

妊娠期慢性缺氧——导致——胎儿生长受限；分娩期急性缺氧——导致——胎儿缺血缺氧性脑病、脑瘫、死胎死产等。

备考要点 238：脐带正常长度——30~100cm，平均55cm；<30cm——脐带过短；>100cm——脐带过长。

备考要点 239：发现脐带脱垂，胎心尚好，胎儿存活——应争取尽快娩出胎儿。宫口开全：胎头已入盆，行产钳术；臀先露行臀牵引术。宫颈未开全：产妇立即取头低臀高位，将胎先露部上推，给予抑制宫缩药，缓解或减轻脐带受压；严密监测胎心，

同时尽快行剖宫产。

备考要点 240：产褥感染：是指分娩时或产褥期生殖道受到病原体侵袭，引起局部和全身的炎性变化。

备考要点 241：产褥感染与产科出血、妊娠合并心脏病及严重的妊娠期高血压疾病，是导致孕产妇死亡的四大原因。

备考要点 242：产褥病率：分娩 24h 以后的 10 日内口表每日测量 4 次，体温有 2 次 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 。

备考要点 243： β -溶血性链球菌致病力最强，能产生致热外毒素和溶组织酶，播散快导致严重感染，甚至败血症。临床特点为发热早、寒战、体温 $>38^{\circ}\text{C}$ ，心率快，子宫复旧不良，子宫或附件区触痛

备考要点 244：产褥感染=急性盆腔炎。三大症状——发热、疼痛、异常恶露。

备考要点 245：下肢血栓性静脉炎：常继发于盆腔静脉炎，多发生在股静脉、腘静脉及大隐静脉；表现：弛张热，下肢持续性疼痛；局部静脉压痛或触及硬索状，使血液回流受阻，引起下肢水肿，皮肤发白，习称“股白肿”。

备考要点 246：在分娩 24 小时后的产褥期内，发生子宫大量出血，称为晚期产后出血。以产后 1~2 周发病最常见。

备考要点 247：胎盘、胎膜残留为阴道分娩晚期产后出血最常见的原因。

备考要点 248：阴道流血：胎盘胎膜残留、蜕膜残留引起的阴道流血多在产后 10 日发生。子宫胎盘附着部位复旧不良常发生在产后 2 周左右。

备考要点 249：宫腔刮出物病理检查不见绒毛——蜕膜残留。

备考要点 250：剖宫产术后子宫伤口裂开多发生在术后 2~3 周，出现大量阴道出血，甚至出血性休克。

备考要点 251：血 hCG 测定：有助于排除胎盘残留及绒毛膜癌。

备考要点 252：胎盘、胎膜、蜕膜残留或胎盘附着部位复旧不全处理：①清宫：输液、备血及准备手术条件下轻柔刮宫（防子宫穿孔），刮出物送检病理。②术后：继续给予广谱抗生素、缩宫素及支持治疗。

备考要点 253：产褥期抑郁症是指产妇在分娩后出现抑郁症状，是产褥期精神综合征中最常见的一种。

备考要点 254：产褥期抑郁症常在产后 2 周出现症状，表现为易激惹、恐怖、焦虑、沮丧和对自身及婴儿健康过度担忧，常失去生活自理及照料婴儿的能力，有时会陷入错乱或嗜睡状态。

备考要点 255：产褥中暑：是指在产褥期因高温环境中，体内热量不能及时散发引起中枢性体温调节功能障碍的急性热病。表现为高热、水电解质紊乱、循环衰竭和神经系统功能损害等。

备考要点 256: 中暑先兆: 发病急骤, 发病前多有短暂的先兆症状称为中暑先兆, 表现为口渴、多汗、心悸、恶心、胸闷、四肢无力。此时体温正常或低热。

备考要点 257: 轻度中暑: 体温开始升高 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, 出现面色潮红、胸闷、脉搏增快、呼吸急促、口渴, 痱子布满全身。

备考要点 258: 重度中暑: 体温高达 $41\sim 42^{\circ}\text{C}$, 呈稽留热型, 可出现谵妄、抽搐、昏迷。面色苍白、呼吸急促、脉搏细数, 数小时内可因呼吸、循环衰竭死亡。

备考要点 259: 产褥中暑迅速降低体温——是抢救成功的关键。

备考要点 260: 妇科病史采集病史内容: 一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史、月经史、婚育史。

备考要点 261: 病史主诉的要求: 促使患者就诊的主要症状或体征及持续时间; 多个主要症状, 按照时间顺序写; 要求简明扼要, 通常不超过 20 个字。例如停经 40 天, 阴道流血 3 天, 腹痛 2 小时。

备考要点 262: 妇科检查的基本步骤包括: 外阴部检查、阴道窥器检查、双合诊、三合诊、检查结果记录。

备考要点 263: 双合诊检查方法: 检查者用一手的两指或一指放入阴道, 另一手在腹部配合检查, 称为双合诊。其目的在于扪清阴道、宫颈、宫体、输卵管、卵巢、子宫韧带和宫旁结缔组

织，以及盆腔内其他器官和组织是否异常。

备考要点 264：三合诊即腹部、阴道、直肠联合检查。目的：在于弥补双合诊的不足及估计盆腔内病变范围，尤其是癌肿与盆壁、子宫、直肠的关系。

备考要点 265：阴道流血：为最常见的主诉之一。女性生殖道任何部位，包括阴道、宫颈、宫体及输卵管均可发生出血。虽然绝大多数出血来自宫体，但不论其源自何处，除正常月经外，均称“阴道流血”。

备考要点 266：阴道流血的病因：①卵巢内分泌功能失调：功血；②病理性妊娠：流产、异位妊娠、胎盘异常；③生殖系统炎症：子宫内膜炎；④生殖系统肿瘤：宫颈癌、子宫内膜癌等；⑤损伤、异物；⑥外源性激素：HRT；⑦全身性疾病：凝血功能障碍。

备考要点 267：生理性白带：由阴道黏膜渗出物，及宫颈管、子宫内膜、输卵管腺体分泌物等混合而成。

备考要点 268：白带分泌受激素影响：排卵期及妊娠期增多；青春期前及绝经后减少。

备考要点 269：异常白带：灰黄色泡沫状稀薄白带→滴虫；凝乳块或豆渣样稠厚白带→霉菌；灰色均质白带→BV；透明黏性白带→腺体分泌过多、慢性宫颈炎；脓性白带→黄绿色伴臭味：细菌感染；血性白带→炎症、恶性肿瘤；水样白带→恶性肿

瘤伴感染；白带混有尿液、粪便→尿瘘、粪瘘。

备考要点 270：下腹部包块的分类：功能性，例如妊娠子宫；炎症性，例如输卵管卵巢囊肿；阻塞性，例如生殖道闭锁；肿瘤性，例如良恶性肿瘤；其他，例如子宫内膜异位症。

备考要点 271：附件区包块的分类：囊性，例如卵巢囊肿、巧克力囊肿、炎性包块；囊实性，例如卵巢良恶性肿瘤；实性，例如子宫肌瘤、卵巢恶性肿瘤。

备考要点 272：下腹痛可能的病因：腹腔内出血；急性炎症；肿瘤并发症；其他。

备考要点 373：外阴瘙痒可能的原因：局部慢性刺激，如分泌物、过敏性；外阴原发疾病，如鳞状上皮增生、湿疹、肿瘤；全身性疾病，如糖尿病、尿毒症；寄生虫，如阴虱、疥疮。

备考要点 274：直肠子宫陷凹是腹腔最低部位，腹腔内的积血、积液、积脓易积存于该处。阴道后穹隆顶端与直肠子宫陷凹贴接，选择经阴道后穹隆穿刺术(culdocentesis)抽取盆腔积液

备考要点 275：脱落细胞检查包括：阴道细胞学检查；宫颈细胞学检查；宫腔吸片。

备考要点 276：阴道细胞学检查主要目的是了解卵巢或胎盘功能。

备考要点 277：宫颈细胞学检查是筛查早期宫颈癌的重要方法。

备考要点 278: 宫腔吸片是在怀疑宫腔内有恶性病变时进行的检查, 宫腔吸片较阴道涂片及诊刮阳性率高。

备考要点 279: 成熟指数 (MI): 轻度雌激素影响者——表层细胞 $<20\%$; 高度雌激素影响者——表层细胞 $>60\%$ 。

备考要点 280: 致密核细胞指数 (KI): KI 指数越高, 表示上皮越成熟, 雌激素水平越高。

备考要点 281: 嗜伊红细胞指数 (EI): EI 指数越高, 表示上皮越成熟, 雌激素水平越高。

备考要点 282: 角化指数 (CI): CI 指数越高, 表示上皮越成熟, 雌激素水平越高。

备考要点 283: 宫颈癌筛查的方法: ①巴氏涂片; ②液基薄层细胞检测方法 (TCT 或 LCT)。

备考要点 284: 巴氏涂片的方法: ①无菌干棉球轻轻拭去宫颈表面黏液; ②刮板在宫颈鳞-柱状交界处, 以外口为中心轻刮一周; ③刮下的标本向一个方向均匀地涂在有编号的玻片上; ④放入固定液中送检。

备考要点 285: 阴道活组织检查的适应证: 阴道赘生物、阴道溃疡灶。

备考要点 286: 阴道活组织检查的禁忌证: 急性外阴炎、阴道炎、宫颈炎、盆腔炎。

备考要点 287: 外阴活组织检查的适应证: ①确定外阴色素

减退疾病的类型及排除恶变者。②外阴部赘生物或久治不愈的溃疡需明确诊断及排除恶变者。③外阴特异性感染，如结核、尖锐湿疣、阿米巴等。

备考要点 288：外阴活组织检查的禁忌证：急性外阴化脓性感染、月经期、疑恶性黑色素瘤。

备考要点 289：外阴色素减退疾病：是指女性外阴皮肤和黏膜组织发生变性及色素改变的一组慢性疾病。因病变部位皮肤黏膜多呈白色，又称其为外阴白色病变。

备考要点 290：外阴慢性单纯性苔藓：病理特点为表皮层角化过度 and 角化不全，棘细胞层增厚，但上皮排列整齐、无异形性；以外阴瘙痒为主要症状，确诊靠组织学检查；主要的治疗手段为局部药物治疗结合物理治疗。

备考要点 291：外阴硬化性苔藓主要病理特征为表皮萎缩、过度角化及黑色素减少，造成外阴苍白伴皮肤皱缩；外阴瘙痒和灼热为主要症状，确诊靠组织学检查；以局部药物治疗结合物理治疗为主，多数治疗有效但不能治愈，需反复治疗。

备考要点 292：外阴慢性单纯性苔藓，好发 50 岁左右，预后恶变率很低，病因不明，能与对局部潮湿、阴道排出、外来刺激物——“外因”刺激+搔抓。

备考要点 293：外阴硬化性苔藓，好发任何年龄（40 岁左右妇女、幼女多见），预后多数可自愈，2%~5% 的病例有恶变可

能，自身免疫、睾酮水平低下、局部组织自由基作用——“内因”。

备考要点 294：外阴慢性单纯性苔藓及外阴硬化性苔藓确诊检查方法为：确诊活检：①多点取材；②1% 甲苯胺蓝涂抹病变处皮肤，晾干后用 1% 醋酸液擦洗脱色，凡不脱色处，说明有裸核存在，应在该处活检。

备考要点 295：外阴慢性单纯性苔藓的治疗：①局部瘙痒：糖皮质激素(先：氟轻松、安曲奈德止痒→后：氢化可的松长期使用)；②治疗：聚焦超声治疗、CO₂ 激光或氩氦激光、冷冻、液氮；③有典型增生：手术治疗。

备考要点 296：外阴硬化性苔藓的治疗：一般患者：丙酸睾丸酮油膏、0.5% 黄体酮油膏(±氢化可的松软膏)、他克莫司；幼女：氢化可的松软膏±0.5% 黄体酮油膏，禁用丙酸睾丸酮油膏。至青春期后可自愈；全身用药：阿维 A 胶囊、抗生素、镇静安眠抗过敏。幼女不宜采用丙酸睾酮治疗，以免出现男性化。

备考要点 297：外阴白癜风是黑素细胞被破坏所引起的疾病，青春期发病者居多。

备考要点 298：外阴白化病为全身性遗传性疾病，是由于表皮基底层中含有大而灰白的不成熟黑素细胞，因而不能制造黑素所致。

备考要点 299：继发性外阴色素减退疾病的治疗：治疗原发

病+外阴干燥清洁；不宜经常用肥皂、清洁剂、药物擦洗外阴。

备考要点 300：阴道正常菌群： G^+ 需氧菌及兼性厌氧菌：乳杆菌、非溶血性链球菌； G^- 需氧菌及兼性厌氧菌：加德纳菌；专性厌氧菌；支原体及假丝酵母菌。

备考要点 301：非特异性外阴炎是由物理、化学等非病原体因素所致的外阴皮肤或黏膜炎症。

备考要点 302：非特异性外阴炎的病因：经血、阴道分泌物刺激；长期穿紧身化纤内裤；经期长时间使用卫生用品；尿瘘、粪瘘患者长期浸渍、刺激；糖尿病患者外阴阴道假丝酵母菌性炎症反复发作。

备考要点 303：非特异性外阴炎的症状：外阴皮肤瘙痒、疼痛、灼热。在活动、性交、排尿排便时加重。

备考要点 304：非特异性外阴炎的体征：①急性炎症期见外阴充血、肿胀、糜烂，有抓痕，②重者可见溃疡或湿疹，③病程长者，皮肤粗糙增厚、皲裂或呈苔藓样变。外阴慢性单纯性苔藓。

备考要点 305：非特异性外阴炎的治疗原则为：消除病因，保持外阴局部清洁、干燥，对症治疗。

备考要点 306：非特异性外阴炎的局部治疗：1. 坐浴：每日2次：①坐浴液：1:5000 高锰酸钾或0.1%聚维酮碘液；②中药水煎外洗；2. 有破溃可涂抗生素软膏。

备考要点 307：前庭大腺炎症由病原体侵入前庭大腺所致，可分为前庭大腺炎、前庭大腺脓肿和前庭大腺囊肿。

备考要点 308：导致前庭大腺炎的病原体：多为混合感染。常见的病原体为：葡萄球菌、淋病奈瑟菌、大肠杆菌、沙眼衣原体、链球菌、肠球菌等。

备考要点 309：前庭大腺囊肿的形成过程：前庭大腺炎炎症自腺管开始→腺管阻塞→脓肿形成→脓液吸收后被黏液分泌物所替代→囊肿(慢性)。

备考要点 310：前庭大腺炎的临床特点：多为单侧，局部：红、肿、热、痛，甚至难以行走；脓肿形成时：出现波动感；少数患者：可能出现发热等全身症状，及腹股沟淋巴结增大；脓肿可自行破溃，脓液流出不尽，可反复急性发作。

备考要点 311：前庭大腺炎的药物治：①可取前庭大腺开口处分泌物作细菌培养，确定病原体；②常选择使用喹诺酮或头孢菌素与甲硝唑联合抗感染；③也可口服清热、解毒中药，或局部坐浴。

备考要点 312：前庭大腺炎的手术治：前庭大腺脓肿需尽早切开引流，以缓解疼痛；切口应选择在波动感明显处，尽量靠低位以便引流通畅，原则上在内侧黏膜面切开，并放置引流条，脓液可送细菌培养。无症状的前庭大腺囊肿可随访观察。对囊肿较大或反复发作者可行囊肿造口术。

备考要点 313: 引起尖锐湿疣者以 HPV6、HPV11 型为主, HPV16、HPV18 型次之。与宫颈癌、外阴癌的发病有关 HPV16、HPV18 型。

备考要点 314: 尖锐湿疣乳头状疣增大、增多、融合→鸡冠子状、菜花状质地柔软, 表面湿润、粉红、暗红、灰色。

备考要点 315: 尖锐湿疣诊断依据: ①临床表现: 典型病例, 肉眼可作出诊断; ②细胞学检查: 光镜下见到特征性挖空细胞; ③阴道镜检查: 可见特征性的细胞及血管变化; ④病理性检查: 见到特征性挖空细胞; ⑤聚合酶链反应 (PCR): 检测病毒 DNA, 不仅可确诊是否为 HPV 感染, 且能确定 HPV 类型。

备考要点 316: 尖锐湿疣鉴别诊断: 与假性湿疣鉴别: ①无性乱史; ②病变位于小阴唇内侧, 对称分布, 呈扁平小乳头状或绒毛状, 与黏膜同色; ③常合并真菌、滴虫、衣原体感染; ④尖锐湿疣醋酸白实验: 5% 醋酸涂抹——尖锐湿疣变白, 假性湿疣不变白; ⑤妊娠期表现明显, 产后可消退, 无需特殊治疗, 必要时对症治疗即可。

备考要点 317: 尖锐湿疣治疗原则: 去除外生疣体, 改善症状和体征。

备考要点 318: 尖锐湿疣药物治疗: ①三氯醋酸涂抹; ②氟尿嘧啶; ③干扰素。

备考要点 319: 尖锐湿疣物理治疗: ①冷冻治疗; ②激光治

疗；③高频电刀电灼。

备考要点 320：滴虫性阴道炎的临床表现：潜伏期为 4~28 日；主要症状是阴道分泌物增多及外阴瘙痒，间或出现灼热、疼痛、性交痛等；分泌物典型特点为稀薄脓性、泡沫状、有异味；有细菌混合感染时，分泌物呈脓性，有臭味；瘙痒部位主要为阴道口及外阴；若合并尿道感染，可有尿频、尿痛的症状，有时可有血尿；检查见阴道黏膜充血，严重者有散在出血点，甚至宫颈有出血斑点，形成“草莓样”宫颈；25%~50% 患者感染初期无症状，称带虫者。

备考要点 321：滴虫性阴道炎的诊断：阴道分泌物中找到滴虫可确诊。

备考要点 322：滴虫性阴道炎治疗的常用药物：主要为甲硝唑、替硝唑。首选甲硝唑。

备考要点 323：滴虫性阴道炎的服药方法：顿服，或 7 日疗法；甲硝唑：400mg bid×7d；2000mg(2g) 顿服(饭后，单次口服)。

备考要点 324：滴虫性阴道炎的局部用药：治愈率≤50%。甲硝唑：0.2g 阴道用，qn×7 天；坐浴：1：5000 高锰酸钾液。

备考要点 325：假丝酵母菌感染的病因病原体 80~90% 为白假丝酵母菌。

备考要点 326：假丝酵母菌感染的临床表现：①症状：外阴

奇痒、灼痛，严重时坐卧不宁，痛苦异常；尿频、尿痛及性交痛；急性期白带增多，典型白带为白色稠厚呈凝乳或豆渣样。②体征：外阴红斑、水肿；阴道黏膜红肿，小阴唇内侧及阴道黏膜上附着白色膜状物，擦除后露出红肿黏膜面；白带呈豆腐渣样。

备考要点 327：假丝酵母菌感染诊断：查找病原体：阴道分泌物中找到白色念珠菌可确诊。①悬滴法：10% KOH 悬滴法，见假菌丝，大量孢子；②培养法：疑真菌感染，涂片阴性；孢子多/无假菌丝，疑非白念感染。

备考要点 328：复发性 VVC(RVVC)——经治疗后症状体征消失，真菌学检查阴性后又出现真菌学证实的症状称为复发，一年内发作 ≥ 4 次。

备考要点 329：外阴阴道假丝酵母菌病治疗原则：①消除诱因；②改变阴道酸碱度；③药物治疗。

备考要点 330：外阴阴道假丝酵母菌病药物治疗方案：①阴道用药：克霉唑片：150mg $\times 7$ qn/500mg $\times 1$ qn，咪康唑栓：200mg $\times 7$ qn/400mg $\times 3$ qn/200mg $\times 1$ qn，制霉菌素栓：10 万 U $\times 14$ qn；②全身用药：口服药物：氟康唑、伊曲康唑；氟康唑：150mg，顿服；伊曲康唑：200mg qd 3~5 天或 200mg bid 1 天。

备考要点 331：严重性 VVC 治疗原则：口服与阴道同时用药，且延长一个疗程。治疗方案：①局部用药，延长疗程；②口服氟康唑 150mg，两次，两次相隔 72 小时。



备考要点 332: 复发性 VVC 治疗原则: 强化治疗(初始治疗)+巩固治疗(维持治疗)。治疗方案: 需做药敏试验; 强化治疗: 氟康唑 150mg(1, 4, 7 日, 各口服一次); 巩固治疗: 氟康唑 150mg(每周一次, 连续 6 个月)。

备考要点 333: 细菌性阴道病(BV)是阴道内正常菌群失调所致的一种混合感染, 但临床及病理特征无炎症改变。

备考要点 334: 细菌性阴道病的病因: 乳酸杆菌减少, 导致其他微生物大量繁殖, 包括加德纳菌、各种厌氧菌及支原体等, 以厌氧菌居多。

备考要点 335: 细菌性阴道病诱因: 频繁性交、多个性伴侣、阴道灌洗使阴道碱化。

备考要点 336: 细菌性阴道病的临床表现: ①带有鱼腥臭味的稀薄阴道分泌物增多是其临床特点; ②轻度外阴瘙痒或烧灼感(10~40%无症状); ③分泌物呈灰白色, 均匀一致、稀薄, 黏度很低; ④阴道黏膜外观正常, 仅白带增多; ⑤检查无滴虫、真菌或淋菌。

备考要点 337: 细菌性阴道病的临床诊断标准: 4 条具有 3 条阳性者即可诊断。①匀质、稀薄、白色的阴道分泌物, 常黏附于阴道壁; ②阴道分泌物 $\text{PH}>4.5$ (正常阴道 $\text{PH}\leq 4.5$); ③胺臭味试验阳性: 加入 2 滴氢氧化钾, 产生烂鱼肉样臭味; ④线索细胞阳性(需 $>20\%$)。

备考要点 338: 线索细胞是阴道脱落的表层鳞状上皮细胞，于细胞边缘附有大量颗粒物，导致表面毛糙、模糊、边界不清，边缘呈锯齿状。

备考要点 339: 细菌性阴道病的治疗：抗厌氧菌药物：甲硝唑、替硝唑、克林霉素。首选药物：甲硝唑。

备考要点 340: 萎缩性阴道炎(老年性阴道炎)为雌激素水平降低、局部抵抗力下降引起的、以需氧菌感染为主的阴道炎症。常见于自然绝经或人工绝经妇女，也可见于产后闭经或药物假绝经治疗的妇女。

备考要点 341: 萎缩性阴道炎的病因：①卵巢功能衰退，雌激素水平降低；②阴道壁萎缩，黏膜变薄，上皮细胞内糖原含量减少，阴道内 pH 值上升(5.0~7.0)；③嗜酸性的乳酸杆菌不再是优势菌，局部抵抗力降低；④以需氧菌为主的其他致病菌过度繁殖，引起炎症。

备考要点 342: 萎缩性阴道炎的临床表现：①阴道分泌物增多，淡黄色水样，严重者血样脓性；②外阴瘙痒或烧灼感；③阴道黏膜萎缩、皱襞变浅、上皮变薄；④阴道黏膜充血，可见出血点，表浅溃疡；⑤炎性分泌物引流不畅时可引起阴道宫腔积脓。

备考要点 343: 萎缩性阴道炎的诊断：取阴道分泌物检查，镜下见：大量基底细胞及白细胞，但无滴虫及假丝酵母菌。

备考要点 344: 萎缩性阴道炎的治疗原则：补充雌激素，增



加阴道抵抗力；使用抗生素抑制细菌生长。

备考要点 345：萎缩性阴道炎的治疗方案：1. 抑制细菌生长：①诺氟沙星 100mg 放入阴道深部，qd×7~10 天；②对阴道局部干涩明显者，可应用润滑剂。2. 增加阴道抵抗力：①局部用药：可用雌三醇软膏局部涂抹；②全身用药：可口服替勃龙 2.5mg，每日 1 次。

备考要点 346：婴幼儿外阴阴道炎常见于 5 岁以下的幼女，多与外阴炎并存。

备考要点 347：婴幼儿外阴阴道炎的传染方式：间接传播——通过患病母亲或保育员的手、浴盆等。

备考要点 348：婴幼儿外阴阴道炎临床表现：①外阴痛痒，患儿搔抓、哭闹、烦躁不安；②外阴、阴蒂、尿道口、阴道口，黏膜充血、水肿；③可见脓性分泌物自阴道口流出；④严重者可见小阴唇粘连。

备考要点 349：婴幼儿外阴阴道炎的治疗：①保持外阴清洁、干燥，减少摩擦；②针对病原体选择相应口服抗生素治疗，或用吸管将抗生素溶液滴入阴道；③对症处理。有蛲虫者，给予驱虫治疗；若阴道内有异物，应及时取出；小阴唇粘连者外涂雌激素软膏后，多可松解，严重者应分离粘连，并涂以抗生素软膏。

备考要点 350：急性宫颈炎指子宫颈发生急性炎症，包括局

部充血、水肿，上皮变性、坏死，黏膜、黏膜下组织、腺体周围见大量中性粒细胞浸润，腺腔中可有脓性分泌物。

备考要点 351：急性宫颈炎分临床表现：大部分患者无症状；主要症状为阴道分泌物增多，黏稠脓性；阴道分泌物刺激可引起外阴瘙痒及灼热感；可出现经间期出血、性交后出血；合并尿路感染可出现尿频、尿急、尿痛。体征：妇检可见宫颈充血、水肿、黏膜外翻，有脓性分泌物从宫颈管流出。

备考要点 352：对急性宫颈炎者应作淋病奈瑟菌及沙眼衣原体检测，以明确病原体。检测淋病奈瑟菌方法：①分泌物涂片革兰染色：查找中性粒细胞内有无革兰阴性双球菌；②细菌培养：是确诊淋菌的金标准；③核酸检测：PCR 技术检测淋球菌的 DNA 片段。

备考要点 353：对急性宫颈炎者应作淋病奈瑟菌及沙眼衣原体检测，以明确病原体。检测沙眼衣原体的方法有：①衣原体培养：临床少用；②酶联免疫吸附试验检查沙眼衣原体抗原：常用方法；③核酸检测。

备考要点 354：急性宫颈炎治疗原则为：及时、足量、规范、彻底，同时治疗性伴侣。

备考要点 355：急性宫颈炎治疗方案：阿奇霉素 1g 单次顿服；或多西环素 100mg bid 连用 7 天。

备考要点 356：单纯急性淋病奈瑟菌性宫颈炎：主张大剂

量、单次给药。常用药物第三代头孢类抗生素。

备考要点 357：治疗沙眼衣原体感染常用的药物：常用四环素、红霉素及喹诺酮类。

备考要点 358：淋菌感染常合并有衣原体感染：头孢曲松钠+多西环素。

备考要点 359：慢性宫颈炎指子宫颈间质内有大量淋巴细胞、浆细胞等慢性炎症细胞，可伴有宫颈腺上皮及间质的增生和鳞状上皮化生。

备考要点 360：慢性宫颈炎病因：①急性宫颈炎迁延而来；②为病原体持续感染所致。③与急性宫颈炎相似

备考要点 361：宫颈黏膜炎临床表现：病变局限于宫颈管黏膜及黏膜下组织，宫颈阴道部外面光滑，宫颈管黏液及脓性分泌物，反复发作。

备考要点 362：宫颈息肉：是子宫颈管腺体和间质的局限性增生，并向子宫颈外口突出形成息肉。检查见宫颈息肉通常为单个，也可为多个，红色，质软而脆，呈舌型，可有蒂，蒂宽窄不一，根部可附在子宫颈外口，也可在子宫颈管内。光镜下见息肉表面被覆高柱状上皮，间质水肿、血管丰富以及慢性炎性细胞浸润。

备考要点 363：宫颈肥大：慢性炎症的长期刺激导致腺体及间质增生。此外，子宫颈深部的腺囊肿均可使子宫颈呈不同程度

肥大，硬度增加。

备考要点 364：慢性宫颈炎需排除性诊断。需常规作宫颈刮片、宫颈管吸片，必要时作阴道镜检查及活组织检查以明确诊断。需排除 CIN、早期宫颈癌！

备考要点 365：慢性子宫颈管黏膜炎的治疗原则：若无症状，针对病因给予治疗；若有症状（分泌物增多、乳头状增生、接触性出血），且反复药物治疗无效者，给予局部物理治疗。

备考要点 366：慢性子宫颈管黏膜炎物理治疗注意事项：①治疗前，应常规做宫颈刮片行宫颈癌筛查；②急性生殖器炎症列为禁忌；③治疗时间应选在月经干净后 3~7 日内进行；④物理治疗后有阴道分泌物增多，甚至有大量水样排液，在术后 1~2 周脱痂时可有少许出血；⑤在创面尚未完全愈合期间（4~8 周）禁盆浴、性交和阴道冲洗；⑥物理治疗有引起术后出血、宫颈管狭窄、不孕、感染的可能。

备考要点 367：盆腔炎性疾病（PID）是女性上生殖道及其周围组织的一组感染性疾病。

备考要点 368：盆腔炎性疾病发病诱因：宫腔内手术操作后感染；性活动与年龄；下生殖道感染；性卫生不良；邻近器官炎症直接蔓延；宫内节育器引起的盆腔炎。

备考要点 369：盆腔炎性疾病的病原体：内源性——原寄居于阴道内的菌群，需氧菌如：金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、

大肠埃希菌；厌氧菌如：脆弱类杆菌、消化道链球菌等；外源性——性传播疾病的病原体，如：淋菌、沙眼衣原体、支原体、结核杆菌；通常为混合感染——先外源性→后内源性；厌氧菌感染的特点是容易形成盆腔脓肿、感染性血栓静脉炎，脓液有粪臭并有气泡。70%~80%盆腔脓肿可培养出厌氧菌。

备考要点 370：盆腔炎性疾病的感染途径：沿生殖道上行蔓延；经淋巴系统蔓延；经血循环传播；直接蔓延。

备考要点 371：盆腔炎性疾病的鉴别诊断：主要与急性阑尾炎、异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转或破裂等鉴别。

备考要点 372：盆腔炎性疾病的治疗：主要为抗生素药物治疗，必要时手术治疗。抗生素的治疗原则：经验性、广谱、及时和个体化。

备考要点 373：盆腔炎性疾病住院治疗适用于：患者一般情况差，病情严重，伴有发热、恶心、呕吐；有盆腔腹膜炎；输卵管卵巢脓肿；门诊治疗无效；不能耐受口服抗生素、

备考要点 374：盆腔炎性疾病的住院治疗方案 A：头霉素或头孢菌素类。

备考要点 375：盆腔炎性疾病的住院治疗方案 B：克林霉素与氨基糖苷类联合方案。

备考要点 376：盆腔炎性疾病的住院治疗方案 C：青霉素类与四环素类联合方案。

备考要点 377: 盆腔炎性疾病的住院治疗方案 D: 氟喹诺酮类药物与甲硝唑联合方案。

备考要点 378: 盆腔炎性疾病的门诊治疗方案 A 具体用药方案: 头孢曲松钠 250mg, 单次肌肉注射; 或头孢西丁钠 2g, 单次肌肉注射(也可选用其他三代头孢类抗生素如头孢噻肟、头孢唑肟); 为覆盖厌氧菌, 加用硝基咪唑类药物; 甲硝唑 0.4g, 每 12 小时 1 次, 口服 14 日; 为覆盖沙眼衣原体或支原体, 可加用; 多西环素 0.1g, 每 12 小时 1 次, 口服, 10~14 日; 或米诺环素 0.1g, 每 12 小时 1 次, 口服, 10~14 日; 或阿奇霉素 0.5g, 每日 1 次, 连服 1~2 日后改为 0.25g, 每日 1 次, 连服 5~7 日。

备考要点 379: 盆腔炎性疾病的门诊治疗方案 B 具体用药方案: 氧氟沙星 400mg 口服, 每日 2 次, 连用 14 日; 或左氧氟沙星 500mg 口服, 每日 1 次, 连用 14 日; 同时加用甲硝唑 0.4g, 每日 2~3 次, 口服; 连用 14 日。

备考要点 380: 抗生素控制不满意的输卵管卵巢脓肿或盆腔脓肿主要应用手术治疗。

备考要点 381: 盆腔炎性疾病的手术指征: ①脓肿经药物治疗无效: 输卵管卵巢脓肿或盆腔脓肿经药物治疗 48~72 小时, 体温持续不降, 患者中毒症状加重或包块增大者, 应及时手术, 以免发生脓肿破裂; ②脓肿持续存在: 经药物治疗病情有好转, 继续控制炎症数日(2~3 周), 包块仍未消失但已局限化, 可手

术治疗；③脓肿破裂：突然腹痛加剧，寒战、高热、恶心、呕吐、腹胀，检查腹部拒按或有中毒性休克表现，应怀疑脓肿破裂。

备考要点 382：盆腔炎性疾病的手术方式：可根据情况选择经腹手术或腹腔镜手术，也可行超声或 CT 引导下的穿刺引流。

备考要点 383：由结核分枝杆菌引起的女性生殖器炎症，称为生殖器结核，又称结核性盆腔炎。多见于 20~40 岁妇女，也可见于绝经后的老年妇女。

备考要点 384：生殖器结核是全身结核的一个局部表现，常继发于身体其他部位结核，如肺结核。

备考要点 385：生殖器结核的传播途径包括：血行传播（最多见）；直接蔓延；淋巴传播；性交传播。

备考要点 386：输卵管结核约占女性生殖器结核的 90%~100%，多为双侧性。特有表现：输卵管增粗肥大，其伞端外翻如烟斗嘴状；也可表现为：伞端封闭，管腔内充满干酪样物质；

输卵管浆膜面：可见多个粟粒结节隆起；输卵管常与其邻近器官如卵巢、子宫、肠曲广泛粘连。

备考要点 387：子宫内膜结核常由输卵管结核蔓延而来。早期由于子宫内膜炎症，充血水肿明显，月经量过多；晚期由于子宫内膜受到不同程度的破坏，最后代以瘢痕组织，可使宫腔粘连变形、缩小，会使月经量过少。

备考要点 388: 萎缩性阴道炎的鉴别诊断: ①有血性分泌物者——与生殖道恶性肿瘤相鉴别。②有阴道壁肉芽组织及溃疡者——需行活检, 与阴道癌相鉴别。

备考要点 389: 宫颈结核较少见, 外观不易与宫颈癌区别。

备考要点 390: 卵巢结核亦由输卵管结核蔓延而来; 通常仅有卵巢周围炎, 侵犯卵巢深层较少见。若由血循环传播的感染卵巢, 则可在卵巢深部形成结节及干酪样坏死性脓肿。

备考要点 391: 盆腔腹膜结核分两型: 渗出型腹膜炎: 腹水、包裹性积液; 粘连型腹膜炎: 脏器粘连、形成瘻管。

备考要点 392: 盆腔腹膜结核分辅助诊断方法包括: ①子宫内膜病理检查; ②X 线检查/子宫输卵管碘油造影; ③腹腔镜检查; ④结核菌检查; ⑤结核菌素试验; ⑥ γ -干扰素释放实验 (IGRAs)。

备考要点 393: 子宫内膜病理检查于经前一周或月经来潮 6 小时内行刮宫术, 注意刮取子宫两角部内膜送病检, 如找到典型结核结节 (肉芽肿性炎/干酪样坏死) 即可确诊。

备考要点 394: 子宫输卵管碘油造影, 可能见到以下征象: ①宫腔——呈不同形态和不同程度狭窄或变形, 边缘呈锯齿状; ②输卵管——管腔有多个狭窄部分, 呈典型串珠状或显示管腔细小而僵直; ③在相当于盆腔淋巴结、输卵管、卵巢部位——有钙化灶; ④若碘油进入子宫一侧或两侧静脉丛——应考虑有子宫内

膜结核的可能。

备考要点 395：盆腔腹膜结核的腹腔镜检查能直接观察子宫、输卵管浆膜面有无粟粒结节，并可取腹腔液行结核菌培养，或在病变处做活组织检查。

备考要点 396：盆腔腹膜结核的结核菌检查：取月经血或宫腔刮出物或腹腔液作结核菌检查，常用方法：①涂片抗酸染色查找结核菌；②结核菌培养；③分子生物学方法，如 PCR 技术，方法快速、简便，但可能出现假阳性；④动物接种，方法复杂，需时较长，难以推广。

备考要点 397：盆腔腹膜结核应与以下疾病鉴别：慢性盆腔炎；子宫内膜异位症；卵巢肿瘤(尤其是卵巢癌)；宫颈癌(诊断困难时，可做腹腔镜检查或剖腹探查确诊)。

备考要点 398：盆腔腹膜结核治疗方案：①药物：异烟肼、利福平、吡嗪酰胺及乙胺丁醇四药联合；②疗程：6~9 个月，强化/巩固(2HRZE/4HR)，间歇疗法(2HRZE/4H₃R₃)；强化/巩固(2HRZE/4HRE)；间歇疗法(2HRZE/4H₃R₃E₃)。

备考要点 399：外阴良性肿瘤主要有——乳头瘤、纤维瘤、脂肪瘤、汗腺腺瘤、平滑肌瘤、淋巴管瘤、血管瘤等。

备考要点 400：外阴良性肿瘤临床特点一般生长缓慢，无症状，偶有恶变。

备考要点 401：外阴鳞状上皮内病变指与 HPV 感染相关的

临床和病理改变，或有进展为浸润癌潜在风险的局限于外阴鳞状上皮内的一组病变。

备考要点 402：VIN 分为 3 级：VIN I 级——轻度不典型增生；VIN II 级——中度不典型增生；VIN III 级——重度不典型增生。

备考要点 403：低级别鳞状上皮内病变 (LSIL) 与低危和高危型 HPV 感染均相关，是 HPV 感染所致的临床表现和病理改变。多见于年轻女性，超过 30% 的病例合并下生殖道其他部位上皮内病变 (以宫颈部位最常见)。病变常常自行退化，进展为浸润癌的风险极低。

备考要点 404：高级别鳞状上皮内病变 (HSIL) 多发生于绝经前女性，绝大部分为 HPV16 型感染所致；若不治疗进展为浸润癌的风险很高，恶变率高。复发率高，局部完全切除后的复发率为 15%；若切缘受累，则复发率达高 50%。

备考要点 405：分化型外阴上皮内瘤变和 HPV 感染无关，可能系基因突变所致。多发生于老年女性，常伴硬化性苔藓、扁平苔藓，有时伴有角化型鳞癌。一旦发生，常在半年以内进展为浸润癌。

备考要点 406：LSIL 的处理：①若无明显症状可暂不予治疗，定期随访；②有症状者可选择局部用药。

备考要点 407：HSIL 的处理：①病灶局限的病变可采用病灶

局部表浅切除术，切缘超过病灶外至少 0.5cm；②较大融合型病灶、病变较广泛、多灶性、尤其疑为浸润癌时可考虑行外阴皮肤切除术。③病变累及阴蒂周围或肛周——可采用 CO₂ 激光消融术。

备考要点 408：分化型外阴上皮内瘤变的处理：①由于病变会迅速发展为浸润癌需彻底切除病灶；②老年、病灶广泛的患者可采用单纯外阴切除术，手术切除范围包括：外阴皮肤及部分皮下组织，不切除会阴筋膜。③合并外阴浸润癌者则按外阴癌处理。

备考要点 409：外阴癌中外阴鳞状细胞癌最多见。

备考要点 410：外阴癌中外阴恶性黑色素瘤恶性程度最高。

备考要点 411：外阴癌中外阴基底细胞癌恶性程度最低。

备考要点 412：外阴癌的发病相关因素：①人乳头瘤病毒 (HPV) 感染：40%~60% 的外阴癌与 HPV 感染相关，其中 16 型感染超过 50%；②非 HPV 感染相关病变：如外阴硬化性苔藓、分化型外阴鳞状上皮内瘤变等。

备考要点 413：外阴癌的临床表现：症状：最常见的症状是外阴瘙痒、局部肿块或溃疡，合并感染或较晚期癌可出现疼痛、渗液和出血；体征：癌灶以大小阴唇最多见，其次为小阴唇、阴蒂、会阴、尿道口、肛门周围等。若已转移至腹股沟淋巴结，可扪及增大、质硬、固定淋巴结。

备考要点 414：外阴癌的转移途径：直接浸润、淋巴转移较常见，晚期可经血行播散。

备考要点 415：外阴癌直接浸润可沿皮肤及邻近黏膜浸润至尿道、阴道、肛门，晚期可累及膀胱、直肠等。

备考要点 416：外阴癌淋巴转移可转移至腹股沟浅淋巴结、髂外、闭孔和髂内淋巴结、腹主动脉旁淋巴结和左锁骨下淋巴结。

备考要点 417：外阴癌血行播散晚期经血行播散至肺、骨等。

备考要点 418：外阴癌中线部位的癌灶常向两侧转移，并可绕过腹股沟浅淋巴结直接至腹股沟深淋巴结。

备考要点 419：外阴后部及阴道下段癌可避开腹股沟浅层淋巴结而直接转移至盆腔淋巴结。

备考要点 420：外阴癌 FIGO 分期：Ⅰ期肿瘤局限于外阴和(或)会阴，淋巴结无转移。

备考要点 421：外阴癌 FIGO 分期：Ⅱ期肿瘤侵犯下列任何部位：下 1/3 尿道、下 1/3 阴道、肛门，无淋巴结转移。

备考要点 422：外阴癌 FIGO 分期：Ⅲ期肿瘤有或无侵犯下列任何部位：下 1/3 尿道、下 1/3 阴道、肛门，有腹股沟/股淋巴结转移。

备考要点 423：外阴癌 FIGO 分期：Ⅳ期肿瘤侵犯其他区域



(上 2/3 尿道、上 2/3 阴道)或远处转移,包括盆腔淋巴结的任何部位远处转移。

备考要点 424: 外阴癌治疗原则:早期肿瘤以手术为主;局部晚期肿瘤以手术结合放化疗为主;转移病例以姑息、对症及支持治疗为主。对早期患者在不影响预后的前提下,尽量缩小手术范围,最大限度保留外阴的正常结构,以提高生活质量。

备考要点 425: 外阴癌早期肿瘤要求手术切缘距离肿瘤边缘至少 1cm,深度应达会阴深筋膜(一般 2~3cm)。

备考要点 426: 外阴癌 I A 期手术治疗要求行外阴局部扩大切除术,术后随访即可。

备考要点 427: 外阴癌 I B 期根据病灶位置决定术式:①单侧病变(病灶距外阴中线>2cm):行局部广泛切除术,或改良广泛外阴切除术及单侧腹股沟淋巴结评估;②中线部位病变(前部或后部):行局部广泛切除术,或改良广泛外阴切除术及双侧腹股沟/股淋巴结评估。

备考要点 428: 子宫颈鳞状上皮内病变(SIL)是与宫颈浸润癌密切相关的一组宫颈病变,它反映宫颈癌发生发展中的连续过程。好发于 25~35 岁妇女。

备考要点 429: 人乳头瘤病毒(HPV)目前已明确 HPV 感染是子宫颈癌发生的主要病因。已接近 90%的 SIL 和 99%以上的子宫颈癌组织发现有高危 HPV 感染。

备考要点 430: 转化区也称为移行带, 因其位于子宫颈鳞状上皮与柱状上皮交接部, 又称为鳞-柱状交接部或鳞-柱交接。鳞-柱状交接部又分为原始鳞-柱状交接部和生理鳞-柱状交接部。转化区是子宫颈鳞状上皮内病变及子宫颈癌的好发部位。

备考要点 431: CIN 分级: ①轻度(Ⅰ度): 病变局限在上皮层下 $1/3 \rightarrow \text{CIN I}$; ②中度(Ⅱ度): 病变局限在上皮层下 $1/3 \sim 2/3 \rightarrow \text{CIN II}$; ③重度(Ⅲ度): 病变累及 $2/3$ 层以上或全部上皮层。

备考要点 432: LSIL 约 60% 会自然消退。细胞学检查为 LSIL 及以下者, 观察随访。在随访过程中病变发展或持续存在 2 年者, 宜进行治疗; 细胞学为 HSIL, 阴道镜检查充分者可采用冷冻和激光等消融治疗; 若阴道镜检查不充分、或不能排除 HSIL、或 ECC 阳性者采用子宫颈锥切术。

备考要点 433: HSIL 可发展为浸润癌, 需要治疗。阴道镜检查充分者可用子宫颈锥切术或消融治疗; 阴道镜检查不充分者宜采用子宫颈锥切术, 包括子宫颈环形电切除术(LEEP)和冷刀锥切术; 经子宫颈锥切确诊、年龄较大、无生育要求、合并有其他妇科良性疾病手术指征的 HSIL 也可行筋膜外全子宫切除术。

备考要点 434: 子宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤。高发年龄为 50~55 岁。由于子宫颈癌筛查的普及, 得以早期发现和治疗子宫颈癌和癌前病变, 其发病率和死亡率明显下降。

备考要点 435: 宫颈癌的病理鳞状细胞癌占 75%~80%；腺癌约占 20%~25%。

备考要点 436: 宫颈癌亚型微小浸润性鳞状细胞癌：指在 HSIL(CIN 3)基础上镜检发现小滴状、锯齿状癌细胞团突破基底膜，浸润间质。

备考要点 437: 宫颈癌亚型普通型宫颈腺癌：最常见的组织学亚型，约占宫颈腺癌的 90%；该亚型绝大部分呈高-中分化；间质内可见黏液池形成，但肿瘤细胞内见不到明确黏液。

备考要点 438: 宫颈癌亚型黏液性腺癌：该亚型的特征是细胞内可见明确黏液，可进一步分为胃型、肠型、印戒细胞样和非特指型，其中，高分化的胃型腺癌既往称为微偏腺癌，虽然分化非常好，但几乎是所有宫颈腺癌中预后最差的一种亚型，5 年生存率仅为普通宫颈腺癌的一半。

备考要点 439: 宫颈癌转移途径：①直接蔓延、最常见；②淋巴转移；③血型转移，极少见，晚期可转移至肺、肝或骨骼等。

备考要点 440: 宫颈癌早期患者(ⅠA~ⅡA)行手术治疗：年轻患者卵巢正常者可保留卵巢。术式：①ⅠA1 期：筋膜外子宫全切(无脉管浸润)；②ⅠA2 期：改良广泛性子宫切除术+盆腔淋巴结切除术；③ⅠB1 和ⅡA1 期：“二联切”广泛性子宫切除术+盆腔淋巴结切除术(必要时做腹主动脉旁淋巴结取样)；④部分

I B2 和 II A2 期：“三联切”广泛性子宫切除术+盆腔淋巴结切除术+选择性腹主动脉旁淋巴结取样，或同期放、化疗后行全子宫切除术，或新辅助化疗后行“三联切”。

备考要点 441：宫颈癌晚期或复发转移的患者和根治性同期放化疗。也可用于手术前后的辅助治疗。

备考要点 442：宫颈癌常用化疗方案：以铂类为主的联合化疗。有 TP(顺铂+紫杉醇)；FP(顺铂+氟尿嘧啶)；BVP(博来霉素+长春新碱+顺铂)；BP(博来霉素+顺铂)。

备考要点 443：子宫内膜增生与子宫内膜癌女性生殖道三大恶性肿瘤之一。平均发病年龄为 60 岁，其中 75% 发生于 50 岁以上妇女。占女性癌症总数的 7%，占女性生殖道总数的 20%~30%。

备考要点 444：子宫内膜增生与子宫内膜癌根据病因分型：I 型、雌激素依赖型，II 型、非雌激素依赖型；根据分子特征分为四种亚型：POLE 突变型(预后最好)，微卫星不稳定型(MSI)，低拷贝型(CN-low)，高拷贝型(CN-high)(预后最差)。

备考要点 445：子宫内膜癌转移途径：①直接蔓延；②淋巴转移(主要途径)；③血行转移，晚期可转移至肺、肝或骨骼等。

备考要点 446：子宫内膜癌淋巴转移特点：①癌肿累及宫颈、深肌层或分化不良(G3)易发生淋巴转移；②转移途径与癌

灶生长部位有关。

备考要点 447: 子宫内膜癌淋巴转移途径: 宫底部癌灶→阔韧带上部淋巴管网→骨盆漏斗韧带→腹主动脉旁淋巴结; 宫角和前壁上部癌灶→圆韧带淋巴管→腹股沟淋巴结; 子宫下段及累积宫颈癌灶→与宫颈癌相同(宫旁、闭孔、髂淋巴结); 子宫后壁癌灶→宫骶韧带→直肠淋巴结。

备考要点 448: 子宫内膜癌病理分期: I 期癌局限于宫体; II 期癌扩散至宫颈; III 期癌局部或区域转移; IV 期膀胱、直肠、远处转移。

备考要点 449: 子宫内膜癌病理 I 期: I 期肿瘤局限于子宫体; IA 肿瘤浸润深度 $<1/2$ 肌层; IB 肿瘤浸润深度 $\geq 1/2$ 肌层。

备考要点 450: 子宫内膜癌病理 II 期: 肿瘤侵犯宫颈间质, 但无宫体外蔓延。

备考要点 451: 子宫内膜癌病理 III 期: III 期肿瘤局部和(或)区域扩散; IIIA 肿瘤累及子宫浆膜和(或)附件; IIIB 肿瘤累及阴道和(或)宫旁组织; IIIC 盆腔淋巴结和(或)腹主动脉旁淋巴结转移; IIIC1 盆腔淋巴结转移; IIIC2 腹主动脉旁淋巴结转移伴(或不伴)盆腔淋巴结转移。

备考要点 452: 子宫内膜癌病理 IV 期: IV 期膀胱和(或)直肠黏膜, 和(或)远处转移; IVA 期膀胱和(或)直肠黏膜; IVB 期



远处转移,包括腹腔内转移和(或)腹股沟淋巴结转移。

备考要点 453: 子宫内膜癌最常见的症状是阴道流血。

备考要点 454: 诊断子宫内膜癌诊断: ①病史+临床表现,有绝经后阴道流血;②影像学检查做出初步诊断,为下一步检查提供参考;③病理组织学检查进行诊断性刮宫,是确诊依据;④其他检查:细胞学、CA125 复查,疗效监测。

备考要点 455: 子宫内膜癌早期患者的治疗以手术为主,术后根据高危因素选择辅助治疗。

备考要点 456: 子宫内膜癌晚期患者的治疗采用手术、放射、药物等综合治疗。

备考要点 457: 子宫内膜癌行手术治疗的目的: ①进行手术-病理分期,确定病变范围与预后相关因素;②切除病变子宫及其他可能存在的转移病灶。

备考要点 458: 子宫内膜癌行手术治疗的手术方案: I 期筋膜外全子宫切除术加双侧附件切除术; II 期改良广泛性全子宫及双侧附件切除,同时行盆腔及腹主动脉旁淋巴结切除术; III 期和 IV 期行肿瘤细胞减灭术(以尽可能切除所有肉眼可见病灶为目的)。

备考要点 459: 子宫内膜癌的放疗有单纯放疗和放疗联合手术。

备考要点 460: 单纯放疗仅用于有手术禁忌证的患者或无法

手术切除的子宫内膜癌晚期患者。

备考要点 461：子宫内膜癌放疗联合手术用于：①Ⅱ期、ⅢC 和伴有高危因素的Ⅰ期患者给予术后辅助放疗，可降低局部复发，改善无瘤生存期；②对Ⅲ期和Ⅳ期病例通过手术、放疗和化疗联合应用，可提高疗效。

备考要点 462：子宫内膜癌化疗适用于：①晚期不能手术；②复发患者；③手术后有复发高危因素者；④子宫浆液性癌术后应常规给予化疗，方案同卵巢上皮性癌。

备考要点 463：子宫内膜癌常用化疗药物有：顺铂、多柔比星、紫杉醇等。可单独或联合应用，也可与孕激素合并应用。

备考要点 464：子宫内膜癌孕激素治疗适用于：保留生育功能的早期子宫内膜癌患者；晚期或复发子宫内膜癌患者的综合治疗方法之一。

备考要点 465：卵巢癌是女性生殖器三大恶性肿瘤之一；缺乏有效的早期诊断方法，因而成为“最恶之首”。

备考要点 466：卵巢癌的病理类型有：①上皮性肿瘤（50%~70%）；②生殖细胞肿瘤（20%~40%）；③性索-间质肿瘤（5%~8%）；④转移性肿瘤（5%~10%）。

备考要点 467：卵巢良性肿瘤病史病程长，生长缓慢，一般情况良好；包块多单侧，囊性，光滑，活动；多数无腹水征；B 型超声为液性暗区，边界清晰，可有间隔光带。

备考要点 468: 卵巢恶性肿瘤病程短，迅速增大，可有消瘦、恶病质；包块多双侧，实性或囊实性，不规则，固定，后穹隆实性结节或包块；常有腹水，可查到恶性肿瘤；液性暗区内有杂乱光团、光电，肿块界限不清。

备考要点 469: 卵巢肿瘤蒂扭转为常见的妇科急腹症。好发于：瘤蒂长、中等大、活动度良好，重心偏向一侧的肿瘤，成熟畸胎瘤最好发。

备考要点 470: 卵巢肿瘤蒂的构成：骨盆漏斗韧带、卵巢固有韧带和输卵管。

备考要点 471: 卵巢肿瘤蒂扭转的症状：突发一侧下腹剧痛，常伴恶心，呕吐甚至休克。

备考要点 472: 卵巢肿瘤蒂扭转的体征：触诊肿物张力较大，有压痛，以瘤蒂部最明显。

备考要点 473: 卵巢肿瘤蒂扭转一经确诊，应尽快行腹腔探查术。

备考要点 474: 卵巢肿瘤破裂原因：有自发性和外伤性两种。自发性破裂，常因肿瘤浸润性生长穿破囊壁所致；外伤性破裂，则在腹部受重击、分娩、性交、盆腔检查及穿刺后引起。

备考要点 475: 卵巢癌的转移途径：①直接蔓延及盆、腹腔播散(主要的转移方式)；②淋巴转移；③血行转移。

备考要点 476: 卵巢生殖细胞肿瘤来源于卵巢生殖细胞；发

病率仅次于上皮性肿瘤，约占卵巢肿瘤 20%~40%；好发于年轻妇女及幼女，青春期占 60%~90%；除成熟畸胎瘤等少数组织类型外大多类型为恶性肿瘤。

备考要点 477：畸胎瘤：由多胚层组织结构组成的肿瘤，偶见含一个胚层成分。

备考要点 478：畸胎瘤分型：多数成熟为囊性，为良性；少数未成熟——为实性，为恶性。

备考要点 479：成熟畸胎瘤良性为良性肿瘤，易发生蒂扭转，多为单房，腔内充满油脂和毛发，有时可见牙齿或骨质。X 线可见高密度影囊壁上常见小丘样隆起向腔内突出称“头节”。头节易恶变——鳞癌恶变率 2%~4%，多发生于绝经后妇女。

备考要点 480：未成熟畸胎瘤是恶性肿瘤，占卵巢畸胎瘤 1%~3%。好发于年轻患者，平均年龄 11~19 岁。肿瘤为实性，肿瘤由分化程度不同的未成熟胚胎组织构成，主要为原始神经组织。

备考要点 481：无性细胞瘤：好发于青春期及生育期妇女。单侧居多，且右侧多于左侧，中度恶性，对放疗最敏感；巨检可见肿瘤为圆形或椭圆形，中等大，实性，表面光滑，触之如橡皮样。镜下：见圆形或多角形大细胞。

备考要点 482：良性上皮性肿瘤的治疗：单侧肿瘤行患侧卵巢肿瘤剔除或单侧卵巢切除术；双侧肿瘤行肿瘤剔除术；绝经后

妇女可行子宫及双附件切除术或单侧附件切除术。

备考要点 483：恶性生殖细胞肿瘤初次治疗原则：手术+化疗。

备考要点 484：恶性生殖细胞肿瘤手术治疗：建议行全面分期手术。对年轻并希望保留生育功能者，无论期别早晚，只要对侧卵巢和子宫未被肿瘤浸润，均可行保留生育功能手术。对复发者，仍主张积极手术。

备考要点 485：恶性生殖细胞肿瘤的化疗：除了 I 期无性细胞瘤和 I 期、G1 的未成熟畸胎瘤外，其他患者均需化疗。常用化疗方案：BEP(博来霉素+依托泊苷+顺铂)；(依托泊苷+顺铂)。

备考要点 486：卵巢性索-间质肿瘤其中“功能性肿瘤”：颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤分泌雌激素；支持细胞-间质细胞瘤(睾丸母细胞瘤)分泌雄激素。

备考要点 487：子宫肌瘤生殖系统最常见良性肿瘤，由平滑肌和结缔组织组成，以平滑肌为主。发病年龄：30~50 岁妇女多见。

备考要点 488：子宫肌瘤发病相关因素：肌瘤组织局部对雌激素的高敏感性是肌瘤发生的重要因素之一。雌激素可促使子宫肌瘤发生；孕激素刺激子宫肌瘤生长。

备考要点 489：肌瘤失去其原有典型结构称肌瘤变性。类型



包含：玻璃样变(透明变)、囊性变、红色变、脂肪变、钙化、肉瘤变。

备考要点 490：子宫肌瘤玻璃样变(透明样变)最常见。切面漩涡状结构消失，代之以均质透明状物。镜下见变性区域平滑肌细胞消失——为透明的无结构区。

备考要点 491：子宫肌瘤囊性变常继发于玻璃样变，组织坏死液化所形成。肌瘤内出现大小不等的囊腔，可为单房或多房，内含清亮液体或胶冻状物。镜检——囊腔内壁无上皮覆盖。此时子宫肌瘤变软，很难与妊娠子宫或卵巢囊肿区别。

备考要点 492：子宫肌瘤对妊娠影响：①流产、早产：黏膜下肌瘤及大的肌壁间肌瘤可影响孕卵着床及胚胎发育，造成流产或早产等。②胎盘低置、胎位异常：较大的肌瘤于妊娠期可使胎位异常，胎儿宫内发育迟缓，胎盘低置等。③产道阻塞、难产：位置较低、体积较大的肌瘤在分娩期，可发生产道阻塞、难产。④产后出血：子宫收缩乏力而致产程延长，产后出血等。

备考要点 493：子宫平滑肌肉瘤有血行播散、直接蔓延及淋巴转移。

备考要点 494：子宫平滑肌肉瘤的体征：子宫增大，外形不规则；宫颈口可有息肉或肌瘤样肿块，呈紫红色，极易出血，继发感染后有坏死及脓性分泌物；晚期肉瘤可累及骨盆侧壁，子宫固定不活动，可转移至肠管及腹腔，但腹腔积液少见。

备考要点 495：子宫平滑肌肉瘤的分期：Ⅰ期宫体，子宫平滑肌肉瘤和子宫内膜间质肉瘤看瘤体大小，腺肉瘤看肌层浸润深度；Ⅱ期盆腔；Ⅲ期腹腔；Ⅳ期膀胱、直肠、远处。

备考要点 496：子宫平滑肌肉瘤的治疗原则以手术为主。Ⅰ期和Ⅱ期行筋膜外子宫及双侧附件切除术。Ⅲ期及Ⅳ期应考虑手术、放疗和化疗综合治疗。低级别子宫内膜间质肉瘤孕激素受体多为高表达，大剂量孕激素治疗有一定效果。强调子宫应完整切除并取出，术前怀疑肉瘤者，禁用子宫粉碎器。

备考要点 497：原发性输卵管癌的病理：单侧居多，好发于输卵管壶腹部，病灶起自输卵管黏膜。

备考要点 498：原发性输卵管癌的鉴别诊断：输卵管癌与卵巢肿瘤、输卵管卵巢囊肿；有阴道排液需与子宫内膜癌鉴别；若不能排除输卵管癌应尽早剖腹探查确诊。

备考要点 499：女性生殖系统肿瘤三恶：宫颈癌、子宫内膜癌、卵巢肿瘤。

备考要点 500：妊娠滋养细胞疾病(GTD)是一组来源于胎盘绒毛滋养细胞的疾病。

备考要点 501：葡萄胎的临床表现：停经后，阴道流血(最常见症状，停经8~12周出现)；子宫异常增大、变软(最常见体征，停经周数与子宫大小不符)；腹痛(阵发性，腹痛后可见阴道流血)。

备考要点 502：葡萄胎清宫：一般选用吸刮宫。①应在手术室进行，输液、备血准备；②充分扩张宫颈管；③先用大号吸管（8号）吸引，待葡萄胎组织大部分吸出、子宫明显缩小后，改用刮匙轻柔刮宫；④合理使用缩宫素——可在充分扩张宫颈管和开始吸宫后静脉滴注缩宫素；⑤每次刮宫的刮出物必须送组织学检查，取材应注意选择近宫壁种植部位、新鲜无坏死的组织送检；⑥通常一次刮宫即可刮净葡萄胎组织。若有持续子宫出血或超声提示有妊娠物残留，需要第二次刮宫。

备考要点 503：有下列高危因素之一时应视为高危葡萄胎：①hCG>100000U/L；②子宫明显大于相应孕周；③卵巢黄素化囊肿直径>6cm；④年龄>40岁；⑤重复葡萄胎。

备考要点 504：葡萄胎自然转归：半年内复发，为侵蚀性葡萄胎；一年后复发，为绒毛膜癌；半年到一年内复发，两种都有可能。葡萄胎患者清宫后必须定期随访，以便尽早发现滋养细胞肿瘤并及时处理。

备考要点 505：葡萄胎清宫后血清hCG：首次转阴性的平均时间约为9周，最长不超过14周。若血清hCG持续异常应考虑滋养细胞肿瘤（侵葡）。

备考要点 506：葡萄胎清宫后随访时间（自血清hCG第一次阴性后，共计1年），葡萄胎清宫后每周1次，直至连续3次阴性，每个月一次共6个月，每2个月一次共6个月。

备考要点 507: 侵蚀性葡萄胎为葡萄胎组织侵入肌层引起组织破坏, 或并发子宫外转移者。多见于葡萄胎术后 6 个月内。恶性程度一般不高, 多数仅局部侵犯, 预后好。

备考要点 508: 绒毛膜癌可继发于任何妊娠。60% 继发葡萄胎; 30% 继发流产后; 10% 继发正常妊娠或异位妊娠。恶性程度高, 早期可发生血行转移。

备考要点 509: 侵蚀性葡萄胎恶性程度低, 异型性小; 镜下: 可见绒毛结构或退化的绒毛阴影。

备考要点 510: 绒毛膜癌恶性程度高, 异型性大; 镜下: 无绒毛或水泡状结构。

备考要点 511: 侵蚀性葡萄胎的诊断: ①病史及临床表现: 葡萄胎排空术后半年之内; ②hCG 连续测定: 不降、升高、持续, 葡萄胎清宫后: 4 周平台、3 次升高、持续超过 9 周以上; ③B 超: 子宫肌层内“蜂窝状”阴影, 局限性或弥漫性高回声、无包膜。④确诊: 任何病灶组织切片中可见绒毛结构或绒毛退变痕迹

备考要点 512: 绒毛膜癌的诊断: 1. 病史及临床表现: ①葡萄胎排空术后一年以上, ②足月产、流产、异位妊娠后。2. 血 β -hCG 测定不降、升高、持续! 葡萄胎后: 4 周平台、3 次升高、或更长时间; 人流/正常妊娠/异位妊娠后: 4 周不降或又升高。3. B 超、X 线、CT: 发现转移灶。4. 确诊: 切片“无绒毛或水泡

状结构。①4周平台，4次高水平呈平台状态($\pm 10\%$)，并持续3周或更长时间，即1，7，14，21日，②3次升高，3次上升($> 10\%$)，并至少持续2周或更长时间，即1，7，14日。

备考要点 513：葡萄胎的病理学特点：①滋养细胞增生；②绒毛间质水肿；③间质内血管消失；④卵巢黄素化囊肿的形成。

备考要点 514：滋养细胞肿瘤治疗原则：化疗为主、手术为辅三种疗法。化疗为主：低危患者单药化疗；高危患者联合化疗。放疗：主要用于肝、脑转移和肺部耐药病灶的治疗。手术：仅限于去除耐药病灶

备考要点 515：滋养细胞肿瘤目前常用的一线化疗药物有：甲氨蝶呤(MTX)、放线菌素D(Act-D)、国产更生霉素(KSM)、氟尿嘧啶(5-Fu)、环磷酰胺(CTX)、长春新碱(VCR)、依托泊苷(VP-16)等。

备考要点 516：滋养细胞肿瘤化疗方案：低危患者首选单药化疗，常用单药化疗方案：①MTX、②MTX+四氢叶酸、③Act-D、④5-FU。高危患者首选联合化疗。

备考要点 517：滋养细胞肿瘤预后：侵蚀性葡萄胎预后好，多数可用化疗药物治愈，并保留生育能力。绒癌死亡率：无化疗时代90%；现在20%~30%。

备考要点 518：胎盘部位滋养细胞肿瘤是指起源于胎盘种植部位的一种特殊类型滋养细胞肿瘤。临床罕见，占滋养细胞肿瘤

的 1~2%。可继发于足月产、流产、葡萄胎后，偶尔可合并活胎妊娠。

备考要点 519：异常子宫出血(AUB)是妇科常见的症状和体征，是一种总的术语，指与正常月经的周期频率、规律性、经期长度、经期出血量中的任何 1 项不符、源自子宫腔的异常出血。

备考要点 520：月经的临床评价指标至少包括周期频率和规律性、经期长度、经期出血量 4 个要素。

备考要点 521：无排卵性异常子宫出血主要表现为：①组织脆性增加；②子宫内膜脱落不完全；③血管结构与功能异常：子宫内膜破裂的毛细血管密度增加；小血管收缩不力造成流血时间延长，流血量增多；子宫内膜纤溶亢进；子宫内膜 PGE2 含量高于 PGF2a，血管易于扩张，出血增加。

备考要点 522：子宫内膜增生症单纯型增生：外观：如瑞士干酪，又称瑞士干酪样增生。镜下：腺体数量增多，腺腔囊性扩大，大小不一，可形成假复层，无分泌表现。间质也有增生，将腺体分开。发展为子宫内膜癌的几率仅为 1%。腺体+间质→都增生。

备考要点 523：子宫内膜复杂型增生：子宫内膜腺体高度增生，腺体数量明显增多，出现腺体背靠背现象，间质明显减少。腺上皮呈复层或假复层排列，细胞核大，深染，有核分裂象，但无细胞异形性。约 3%可发展为子宫内膜癌。只有腺体→增生。

备考要点 524: 子宫内膜增生伴有细胞不典型。镜下：管状或分支腺体排列拥挤，并伴有细胞不典型（包括细胞核增大、多形性、圆形、极性丧失和核仁），病变区域内腺体比例超过间质，腺体拥挤，仅有少量间质分隔。腺上皮细胞→有异形性。

备考要点 525: 无排卵性异常子宫出血主要表现为：不规则子宫出血，周期、经期、经量都不正常。

备考要点 526: 无排卵性异常子宫出血治疗原则：①止血；②调整周期；③促排卵。

备考要点 527: 无排卵性异常子宫出血对于大量出血患者要求在性激素治疗 6 小时内见效，24~48 小时内出血基本停止，若 96 小时以上仍不止血，应考虑存在其它器质性病变的可能。

备考要点 528: 无排卵性异常子宫出血应用孕激素止血的机制：使雌激素作用下持续增生的子宫内膜转化为分泌期，停药后内膜脱落较完全，故又称“子宫内膜脱落法”或“药物刮宫”。

备考要点 529: 无排卵性异常子宫出血应用雌激素止血的机制：应用大剂量雌激素可迅速提高血雌激素水平，促使子宫内膜生长，短期内修复创面而止血也称“子宫内膜修复法”。

备考要点 530: 有排卵性异常子宫出血确诊的检查是诊断性刮宫。

备考要点 531: 下丘脑性闭经（GnRH↓）是最常见继发性闭经，功能性原因为主。

备考要点 532: 垂体性闭经(FSH/LH 低下)原因: Sheehan 综合征; 垂体肿瘤; 闭经泌乳综合征。

备考要点 533: 卵巢性闭经原因: 卵巢早衰(POF); 卵巢功能性肿瘤; 多囊卵巢综合征。

备考要点 534: 早发性卵巢功能不全(POI)是指女性在 40 岁以前出现卵巢功能减退。主要表现为月经异常(闭经、月经稀发或频发)、促性腺激素升高($\text{FSH} > 25 \text{ IU/L}$)、雌激素缺乏。

备考要点 535: 子宫性闭经原因: 子宫内膜损伤、Asherman 综合征、子宫切除。

备考要点 536: 继发性闭经的诊断步骤: 第一步: 孕激素试验; 第二步: 雌、孕激素序贯试验; 第三步: FSH、LH 水平测定; 第四步: 垂体兴奋试验。

备考要点 537: 子宫内膜异位症具有生长功能的子宫内膜组织出现在子宫腔及宫体肌层以外的身体其他部位, 称为子宫内膜异位症。

备考要点 538: 子宫腺肌病——具有生长功能的子宫内膜腺体及间质侵入子宫肌层称为子宫腺肌病。

备考要点 539: 异位子宫内膜可以侵犯全身任何部位, 但绝大多数位于盆腔脏器和壁腹膜, 其中卵巢、宫骶韧带为最常被侵犯部位。

备考要点 540: 子宫内膜异位症发病机理种植学说: 经血倒

流种植→盆腔内病灶；淋巴及静脉播散种植→远离盆腔的器官病灶；医源性种植→疤痕部位病灶。

备考要点 541：内异症的形成可能还与下列因素有关：①遗传因素；②免疫与炎症因素；③其他因素：二噁(口恶)英在内异症发病中有一定作用。

备考要点 542：内异症主要病理变化为——异位内膜随卵巢激素的变化而发生周期性出血。一开始为紫褐色斑点或小泡，最后发展为大小不等的紫蓝色实质性癥痕结节或形成囊肿包块。

备考要点 543：卵巢型内异症：最多见，约 80% 患者病变累及一侧卵巢，双侧卵巢同时波及者约为 50%。病变早期——在卵巢浅表面可见红色、蓝色或棕色等斑点或小囊；随着病变发展——卵巢巧克力囊肿。一般直径多在 5cm 左右。囊肿反复出血、机化——卵巢与邻近器官紧密粘连、固定、手术时易发生囊壁破裂。

备考要点 544：腹膜型内异症好发部位：子宫骶骨韧带、子宫直肠陷凹、子宫后壁下段浆膜。在该处有散在紫褐色出血点或结节，甚至形成包块。

备考要点 545：深部浸润型内异症：病灶浸润深度 $\geq 5\text{mm}$ 的内异症。累及部位包括：宫骶韧带、直肠子宫陷凹、阴道穹隆、阴道直肠隔、直肠或者结肠壁等，也可侵犯至膀胱壁和输尿管。

备考要点 546：内异症的临床症状：①下腹痛和痛经；②不

孕；③性交不适；④月经异常；⑤其它特殊症状；⑥突发急性腹痛。

备考要点 547：双合诊检查盆腔异位症典型的体征：子宫——后倾固定，活动受限。附件区——囊性包块，粘连不活动，有轻压痛。直肠子宫陷凹、宫骶韧带或子宫后壁下段——扪及触痛性结节。病变累及直肠阴道间隙时——可看到蓝紫色斑点或小结节。

备考要点 548：内异症治疗的根本目的：缩减和去除——病灶；减轻和控制——疼痛；治疗和促进——生育；预防和减少——复发。

备考要点 549：内异症性激素治疗(激素抑制治疗)：①口服避孕药；②孕激素类药物；③米非司酮；④孕三烯酮；⑤达那唑；⑥促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a)。

备考要点 550：子宫腺肌病是指子宫内膜腺体和间质存在于子宫肌层中，伴随周围肌层细胞的代偿性肥大和增生。

备考要点 551：子宫腺肌病体征：子宫呈均匀性增大或有局限性结节隆起、质硬而有压痛，经期时压痛尤为显著，月经来潮前子宫较大而月经后变小。

备考要点 552：子宫腺肌病的治疗：对于症状较轻、有生育要求及近绝经期患者可试用以下治疗：达那唑、孕三烯酮、GnRH-a、左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS)。

备考要点 553：子宫腺肌病手术治疗：年轻或希望生育的子宫腺肌瘤患者可试行病灶切除术，但术后有复发风险。对症状严重、无生育要求或药物治疗无效者应行全子宫切除术。是否保留卵巢取决于卵巢有无病变和患者年龄。

备考要点 554：不孕症是指夫妇同居 1 年、有正常性生活、未采取避孕措施而未受孕。我国不孕症发病率为 7%~10%。

备考要点 555：原发性不孕指婚后未避孕而从未妊娠者。

备考要点 556：继发性不孕指曾有过妊娠而后未避孕超过 1 年未孕者。

备考要点 557：女性不孕因素卵巢功能障碍：①排卵功能障碍：中枢神经系统性无排卵、下丘脑性无排卵、垂体性无排卵、卵巢性无排卵、多囊卵巢综合征(PCOS)、卵泡黄素化不破裂综合征(LUFS)等；②黄体功能不全：子宫内膜发育迟缓，与胚胎的发育不能同步，不利于植入；③全身性疾病：重度营养不良、甲亢甲减等。

备考要点 558：输卵管因素是不孕症最常见因素。输卵管因素不孕的原因包括：①炎症：输卵管管腔粘连、狭窄、纤毛破坏；②子宫内膜异位症：可导致盆腔粘连进而引起输卵管功能障碍；③输卵管先天发育不全、绝育术及宫外孕手术后，也可引起输卵管因素致成不孕。

备考要点 559：女性不孕因素中是子宫导致的病因有：①先

天性畸形；②黏膜下子宫肌瘤；③子宫内膜息肉、子宫内膜炎；④子宫内膜结核；⑤子宫内膜损伤人工流产、中期引产或足月产后刮宫手术等，可引起 Asherman 综合征。

备考要点 560：子宫内膜异位症患者中不孕率高达 40%；病变可造成子宫、输卵管、卵巢的粘连，影响卵子的排出、捡拾以及精子和受精卵的运行而导致不孕；还可能引起黄体功能不全、卵泡黄素化不破裂综合征以及患者的细胞或体液免疫功能异常。

备考要点 561：不孕症宫颈因素是由于宫颈黏液量与性状在月经周期中受雌、孕激素刺激而改变，与精子进入宫腔密切相关。宫颈因素不孕的原因包括：①宫颈重度糜烂、雌激素不足可影响黏液的量与性状，而影响精子穿入。②宫颈息肉、宫颈肌瘤堵塞也影响精子穿入。③宫颈外口过分狭窄也可因烧灼治疗宫颈糜烂后形成而致不孕。

备考要点 562：子宫脱垂手术治疗方法：①阴道封闭术、或称纵隔形成术(LeFort 手术)；②盆底重建术；③阴道子宫全切除及阴道前后壁修补术。

备考要点 563：子宫脱垂的临床分度：Ⅰ度轻型：宫颈外口距离处女膜缘 $<4\text{cm}$ ，未达处女膜缘；重型：宫颈外口已达处女膜缘，阴道口可见宫颈。Ⅱ度轻型：宫颈已脱出阴道口外，宫体仍在阴道内；重型：宫颈及部分宫体已脱出阴道口外。Ⅲ度：宫颈及宫体全部脱出阴道口外。

备考要点 564：继发性闭经常见原因：①下丘脑性闭经；②垂体性闭经；③卵巢性闭经；④子宫性闭经。

备考要点 565：Asherman 综合征为子宫性闭经最常见原因。多因人工流产刮宫过度或产后、流产后出血刮宫损伤子宫内膜，导致宫腔粘连而闭经。