**口腔妇产科学知识点总结**

　　一、女性生殖系统解剖及生理

　　1、内生殖器：指生殖器的内藏部分、包括阴道、子宫、输卵管及卵巢，其中输卵管和卵巢称为子宫附件。

　　2、子宫解剖学内口及组织学内口：子宫体与子宫颈之间的最狭窄部分称子宫峡部，其上端在解剖学上较狭窄，故称为解剖学内口;峡部的下端，为粘膜组织体与颈的交界处，因而称为组织学内口。

　　3、妇女一生的7个阶段：胎儿期、新生儿期、儿童期、青春期、性成熟期、绝经过渡期、绝经后期。

　　4、月经：指有规律的、周期性的子宫出血，这种出血是卵巢内卵泡成熟、排卵和黄体形成，且子宫内膜有从增生到分泌变化的结果(月经血不凝是因为其含有一种激活因子能使血中纤溶酶原变成纤溶酶)。

　　5、卵巢的功能：一是生殖功能，二是内分泌功能(合成分泌雌激素、孕激素及小量的雄激素)。

　　6、子宫内膜周期性变化有：增生期5-14、分泌期15-28、月经期1-4，其中排卵多发生在两次月经中间，一般在下次月经来潮前14天左右。

　　二、妊娠生理、妊娠诊断、正常分娩

　　1、着床：指晚期囊胚植入子宫内膜的过程。其必须具备条件有：A、透明带消失B、囊胚细胞滋养细胞分化出合体滋养细胞C、囊胚与子宫内膜的发育同步化D、孕酮作用使子宫允许受精卵着床。

　　2、胎儿循环系统方面有一条脐静脉、两条脐动脉，在肺动脉与主动脉弓之间有动脉导管，左右心房之间有卵圆孔;肺动脉血液大部分经动脉导管流入主动脉，再经腹下动脉至脐动脉、进入胎盘，与母血进行气体交换。

　　3、妊娠后心脏心搏出量从妊娠10周开始增加，至妊娠32-34周达高峰，并持续此水平直至分娩;血容量也发生同样的变化。

　　4、临床上将妊娠全过程共40周分为三个时期：早期妊娠即妊娠12周末以前;中期妊娠13-27周末;晚期妊娠即妊娠28周后。

　　5、黑加征：有些孕妇子宫峡部极软，双合诊检查时，子宫颈和子宫体似不相连。

　　6、妊娠12周子宫增大，子宫底已位于耻骨联合上2-3横指;16周后，胎动每小时3-5次;18-20周起用听诊器能听到胎心音，似滴答声。

　　7、胎体纵轴与母体纵轴的关系称为胎产式，平行的称为纵产式，占大数;最先进入骨盆入口的胎儿部分称为胎先露;胎儿先露部的指示点与母体骨盆的关系称为胎方位，简称为胎位。

　　8、推算预产期(EDC)：问清末次月经日期推算预产期的方法，按末次月经第一天算起，月份减3或加9，日数加7，如为阴历，则日数加14。

　　9、决定分娩的三因素是产力、产道、胎儿，产力包括子宫收缩力(节律性、对称性和极性、缩复作用)、腹肌及膈肌收缩力和肛提肌收缩力。缩复作用即：子宫体部收缩时，平滑肌纤维短、变宽，收缩后肌纤维松弛，但不能完全恢复到原来的长度而较前略短的现象。

　　10、骨盆轴：连续骨盆各假想平面中点的曲线。分娩时胎儿沿此轴方向娩出。软产道是由子宫下段、子宫颈、阴道及骨盆底软组织构成的弯曲管道。

　　11、见红：分娩发动前24-48小时，因宫颈内口附近的胎膜与子宫壁分离，毛细血管破裂，流出少量血液与宫颈管内粘液混合后排出。是分娩即将开始的一个比较可靠的征象。产程总时正常不超过24小时，其中宫口扩张最大时限为8小时，超过8小时为活跃期延长。

　　12、胎盘剥离征象有：A、宫底上升达脐上、B、剥离的胎盘降至子宫下段，阴道口外露的一段脐带自行延长、C、少量阴道流血、D、在耻骨联合上方向下按压子宫下段时，子宫底上升而外露的脐带不再回缩。

　　13、新生儿评分满分为10分，8-10分为良好，4-7分为中度窒息，4分以下为重度窒息需紧急抢救。新生儿阿普加评分法中：每分钟心率100次及以上2分，呼吸佳2分，肌张力四肢活动2分，喉反射咳嗽恶心2分，皮肤色全身红润2分。

　　三、流产、宫外孕、前置胎盘、胎盘早剥、妊高征

　　1、流产：妊娠在28周前，胎儿体重小于1000G而中断者，发生在12周之前称为早期流产，12-28周者称为晚期流产。流产又分为自然流产与人工流产。稽留流产指胚胎或胎儿在宫内已死亡但尚未自然排出者。习惯性流产指自然流产连续发生3次或3次以上者。感染性流产即残留在宫腔内的组织若引起感染，患者出现发热、下腹痛、阴道排臭液等。对于难免流产的在处理时应尽早清除宫腔内容物，以达到止血目的。

　　2、宫外孕：当受精卵于子宫体腔以外着床，称为异位妊娠，习称为宫外孕。慢性输卵管炎最易引发。输卵管妊娠流产多在妊娠8-12周，破裂多见于妊娠6周左右。

　　3、输卵管妊娠临床表现：A、停经、B、腹痛(为主要症状，表现为下腹撕裂样痛，自下腹一侧开始向全腹扩散，伴恶心呕吐)、C、阴道流血(不规则阴道流血)、D、晕厥与休克、E、体征方面腹部检查下腹明显压痛及反跞痛，盆腔检查子宫有漂浮感。作为诊断，辅助检查如阴道后穹窿穿术或腹腔穿刺术、妊娠试验、超声检查都可防止误诊。

　　4、妊娠高血压综合征(PIH)：是妊娠期特有的疾病，本病发生在20周以后，临床表现为高血压、蛋白尿、浮肿，严重时出现抽搐、昏迷、心肾功能衰竭，甚至发生母婴死亡。其全身小动脉痉挛是本病的基本变化。轻度>140/90mmHg，中度>160/110mmHg，重度>=160/110mmHg伴明显的自觉症状。

　　5、中、重度妊高征治疗原则为解痉降压镇静合理扩容及利尿，适时终止妊娠。其注意事项为A、用药前或用药时，检测膝反射应存在、B、呼吸不少于10次/分、C、尿是不少于600ml/24h或25ml/h、D、备有解毒作用的钙剂。

　　6、扩容治疗指征是血液浓缩，即红细胞比积大于或等于0.35，禁忌于心血管负担过重、肺水肿表现等。

　　7、终止妊娠的指征：A、先子瘅孕妇经积极治疗无明显好转、B、先子瘅孕妇胎龄已超36周经治好转者、C、先子瘅孕妇胎龄不足36周胎儿已成熟、D、子瘅控制后6-12小时的孕妇。

　　8、前置胎盘：正常位置的胎盘附着于子宫体的后壁、前壁、或侧壁，若胎盘附着于子宫下段甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口，其位置低于胎儿先露部。其为妊娠晚期出血的主要原因。分为完全性、部分性、边缘性前置胎盘。症状以妊娠晚期或临产时发生无诱因无痛性反复阴道流血为主要症状，完全性的初次出血时间早约28周左右。胎盘定位B超检查准确率达95%以上。产后检查胎膜破口距胎盘边缘7CM以内胎盘前置部分有黑紫色陈旧性血快附着。

　　9、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，是妊娠晚期的一种严重的并发症。病因以血管病变为主，妊高高征、妊娠合并慢性高血压及慢性肾炎等的患者，其底蜕膜小动脉痉挛或硬化，引起底蜕膜缺血坏死出血，从而形成胎盘后血肿，导致胎盘自子宫壁剥离。

　　10、严重的胎盘早剥可由于人剥离处的胎盘绒毛和蜕膜中释放大量的组织凝血活酶进入母体激活凝血系统，导致DIC，因而发生严重的凝血功能障碍造成难控制的产后大出血危及产妇生命。重型的胎盘早剥持续性剧烈腹痛腹胀子宫硬如板，有压痛子宫比妊娠周数大，且随胎盘后血肿的增大，宫底随之升高，子宫呈高张状态。剥离超过1/2或以上胎儿胎心听不到。

　　11、胎盘早剥处理原则;及时纠正休克、同时终止妊娠、防治并发症。

　　四、放假(胎窘、羊水栓塞、胎膜早破)

　　1、胎膜早破即胎膜在临产前破裂，孕妇突感有水自阴道内流出。

　　2、羊水栓塞：是在分娩过程中羊水进入母体血循环，引起肺栓塞、休克和发生弥漫性血管内凝血等一系列严重症状的综合征，居我国孕产妇死亡第五位。其发生与下列因素有关：A、宫缩过强、B、子宫有病理性开放的血管、C、胎儿窘迫、过期妊娠、死胎不下等。

　　3、胎儿窘迫：因母体、胎儿、脐带、胎盘因素引起的以胎儿宫内缺氧为主要表现的一组病理性综合症状。

　　五、异常分娩、产后出血、子宫破裂、妊娠合并心脏病

　　1、妊娠合并心脏病占孕产妇死因的第二位，以风湿性心脏病为最多见，其次是先天性心脏病、妊高征性心脏病。其诊断：A、病史、B、体征(如心脏扩大、舒张期杂音、严重的心律失常)、C、辅助检查(心电图、X线检查)。

　　2、妊娠早期心力衰竭的诊断：若出现下述症与征应考虑：A、轻微活动后即出现胸闷、心悸、气短;B、休息时心率每分钟超过110次呼吸每分种超过20次;C、夜间常因胸闷需坐起呼吸或需到窗口呼吸新鲜空气。

　　3、妊娠期的妊娠合并心脏病防治：A、对不宜妊娠者应于妊娠12周前行人工流产;B、加强孕期检查，3-4级且26-28周孕应住院治疗;C、保证充分休息每天应有10小时睡眠;D、进高蛋白高维生素食防体重增加过多，整个妊娠期体重不超过10kg;E、积极防止和纠正贫血，维生素B缺乏及各种感染等;F、不主张预防性应用洋地黄。

　　4、异常分娩：即难产，其发生的原因是分娩三要素(产力、产道、胎儿)中的任何一个或一个以上的因素发生异常以及三个因素间相互不能适应，从而使分娩过程受阻。分为产力异常、产道异常、胎儿异常。

　　5、产力包括子宫肌、腹肌、隔肌及肛提肌的收缩力，以子宫收缩力为主，产力异常主要表现为子宫收缩力异常。协调性宫缩乏力(产道及胎儿因素、子宫因素、精神因素等)。

　　6、胎儿异常包括胎儿发育异常和胎位异常，其胎位异常原因：A、骨盆异常不易向前旋转;B、胎头俯屈不良;C、其他因素等(正常胎位即分娩时枕前位约占90%)发育异常中巨大胎儿指体重达到或超过4000g。

　　7、子宫破裂;子宫体部或子宫下段在妊娠期或分娩期发生破裂，为产科极为严重并发症，多发生在分娩期。按原因分：自然破裂、创伤性破裂;按部位分;子宫下段破裂、子宫体部破裂;按破裂程度分：完全破裂和不完全破裂。

　　8、产后出血：指胎儿娩出后24小时内阴道流血量超过500ml。多发生于2小时内，是我国产妇死亡的首选原因，按病因分为;宫缩乏力(处理原则是迅速止血、纠正休克和控制感染)、软产道裂伤(四级医疗事故一旦确诊即行修补缝合术最有效)、胎盘因素(胎盘滞留、剥离不全、嵌顿、植入)、凝血功能障碍4类。

　　六、生殖系统炎症、宫颈癌、子宫肌瘤

　　1、生殖系统炎症常见的症状为外阴瘙痒、分泌物增多，有外阴炎、阴道炎、宫颈炎、盆腔炎等。

　　2、前庭大腺炎位于两侧大阴唇后部，腺管开口于小阴唇内侧与处女膜之间的沟内，易感染，阻塞造成腺腔内脓液积聚而形成前庭大腺脓肿，在急性炎症消退后，若腺管阻塞致分泌物潴留则可形成前庭大腺囊肿，这些都是妇科常见病。

　　3、滴虫性阴道炎病原体是阴道毛滴虫，可直接通过性交传染也可间接接触传染，治疗用酸性制剂效果好，如乳酸、甲硝唑等。治愈应于每次月经后复查连续三次阴性。

　　4、念珠菌性阴道炎系白色念珠菌感染引起的阴道炎，抵抗力下降、口腔或肠道传染繁殖、也可经性交传播。治疗以碱性制剂效果好，如碳酸氢钠溶液、制霉菌素栓、达克宁栓剂等。

　　5、细菌性阴道病是一种由于阴道内乳酸杆菌减少、多种病原体入侵而造成的混合感染，甲硝唑200mg阴道塞入及阴道双氧水冲洗效果不错。

　　6、慢性宫颈炎病理主要可分为：宫颈糜烂、宫颈肥大、宫颈息肉、宫颈腺囊肿、宫颈粘膜炎。

　　7、子宫肌瘤：女性生殖器肿瘤中最常见的一种良性肿瘤，来源于子宫平滑肌组织。35岁以上妇女约有20%存在子宫肌瘤。按生长部位分为：宫体、宫颈肌瘤;按与子宫肌壁的关系可分为肌壁间肌瘤60-70%、浆膜下肌瘤20%、粘膜下肌瘤10-15%。临床表现为：月经过多、腹部包块、白带增多、腰酸腹痛、尿频尿急尿潴留的压迫症状、不孕和流产、继发性贫血、借助B超等可诊断。

　　8、子宫肌瘤变性：玻璃样变(发生于结缔组织)、囊性变(组织坏死液化)、红色变(瘀血溶血等)、肉瘤变(肌瘤恶变、增大迅速危险)、钙化。

　　9、治疗：A、随访观察B、药物(雄激素可拮抗雌激素的作用、促性腺激素释放激素激动剂GnRH-a又称为药物性卵巢切除、中药百消丸)C、手术(指征：a若肌瘤大于孕2个半月子宫大小b月经症状明显以致贫血c可疑肌瘤有恶变，方式：肌瘤剔除术适用于35岁以下保留生育能力，子宫切除术)D、物理疗法。

　　10、子宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤之一，在我国仍占妇女恶性肿瘤之首，目前认为其发生与早婚、性生活紊乱、多产等有关。好发部位：A、原始鳞-柱交接部：宫颈上皮是由宫颈阴道部的鳞状上皮和宫颈管柱状上皮组成，两者交接部位在宫颈外口。B、移行带区：原始鳞-柱交接部与生理性鳞-柱交接部之间所形成的区域。转移途径：直接蔓延、淋巴转移、血行转移。

　　11、子宫颈的癌前病变称为宫颈上皮内瘤样病变CIN包括宫颈不典型增生及宫颈原位癌。宫颈不典型增生分为3度：a轻度病变局限在皮层的下1/3;b中度病变局限在皮层的下2/3;c重度病变累及上皮全层，仅有1-2层表面的正常鳞状上皮。宫颈原位癌指上皮细胞癌变，但未穿透基底膜，无间质侵犯。

　　12、子宫颈癌的临床分期：0期：原位癌、Ⅰ期：局限于宫颈、Ⅱ期超越宫颈、Ⅲ期：癌灶超越宫颈阴道浸润已达下1/3、Ⅳ期：癌播散超出真骨盆或浸润膀胱粘膜及直肠粘膜。

　　13、子宫颈癌症状：接触性出血、阴道排液多为水样、米泔样或脓血样、伴有恶臭。阴道镜检可确诊。

　　七、卵巢肿瘤、滋养细胞疾病、子宫内膜异位症

　　1、卵巢癌--临床表现：多无特异性、非典型A、腹水、腹胀;B、月经不调;C、腹痛;D、恶液质;E、压迫症状;F、轻度症状;肿瘤注记物CA125 A、特异性80%;B、敏感性80%;C、监测治疗预子预后;综合治疗：A、手术;B、化疗(早期、足量、联合);C、生物制剂。

　　2、成熟畸胎瘤，又称皮样囊肿多见于20-40岁，多为单侧，表面光滑腔内充满油脂和毛发，有时可见牙齿和骨质。

　　3、内胚窦瘤，恶性程度很高、多见于儿童与青少年、瘤细胞产生甲胎蛋白AFP、肿瘤生长迅速，易转移，预后较差。

　　4、无性细胞瘤，瘤细胞对放疗特别敏感。

　　5、能分泌雌激素的性索间质肿瘤：颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤，能分泌雄性激素的有：支持-间质细胞瘤(睾丸母细胞瘤)

　　6、卵巢转移性肿瘤的原发性肿瘤来自乳腺、肠道(多见)、胃、子宫等，为转移性性肿瘤，其中库肯勃瘤：是来自胃肠道的转移性腺癌，双侧、无粘连，切面为实性胶质状，多伴腹水。

　　7、卵巢肿瘤的并发症：A、卵巢囊肿蒂扭转;B、卵巢囊肿破裂;C、感染;D、恶变。

　　8、卵巢囊肿蒂扭转主要症状为：突然下腹剧烈疼痛，可伴恶心、呕吐，甚至休克。体检时发现附件包块，张力较大，在蒂部有明显压痛。

　　9、卵巢良性、恶性肿瘤的鉴别：A、病史后者短快B、体征后者双侧多表面结节状血性可能查到癌细胞C、一般情况后者逐渐出现恶病质D、B超检查后者液性暗区有杂乱光团、回音不均界不清E、标志物前者阴性，后者阳性。

　　10、恶性肿瘤的治疗原则;以手术为主，加用化疗、放疗、生物治疗等综合治疗。手术治疗是关键，原则是肿瘤细胞减灭，化学药物治疗应早期足量联合用药。

　　11、妊娠滋养细胞疾病GTD：主要包括葡萄胎、侵蚀性葡萄胎和绒毛膜癌(即绒癌)绒癌镜检中找不到正常绒毛结构，伴有大片出血坏死以致灶中心不易找到肿瘤细胞。

　　12、葡萄胎HM，组织学特点;A、滋养细胞不同程度增生;B、绒毛间质水肿;C、间质内血管消失或仅有极稀少的无功能血管。临床表现：A、闭经;B、阴道流血;C、腹痛;D、子宫异常增大;E、卵巢黄素囊肿。诊断超声检查见粗点状或落雪状图像。

　　13、葡萄胎治疗：A、清宫，确诊后及时清除宫腔内容物，1周后重复清宫1次。B、切除子宫40岁以上无生育要求子宫迅速增大者C、预防性化疗，其指标：a年龄大于40岁b排出前HCG异常升高c滋养细胞高度增生或伴有不典型增生d清除后HCG下降进行性e出现可疑转移灶者f无条件随访者。D、随访应有2年，应嘱患者避孕2年，避孕宜采用避孕套或阴道隔膜。

　　14、子宫内膜异位症：好发于育龄妇女30-40岁居多，侵犯卵巢者最常见80%，号称年青白领女士的幽灵，临床表现：A、痛经，为继发性进行性加重;B、月经不调;C、不孕;D、性交痛及肛门坠胀感。E、体征方面，可发现子宫多后倾固定，子宫直肠陷内或子宫骶韧带等部位触及痛性结节，在子宫的一侧或双侧附件处摸到囊性粘连性包块。

　　八、功血、闭经、计划生育

　　1、功血：即功能失调性子宫出血，是由于调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血，而全身及内外生殖器官无器质性病变存在。分为：一类无排卵性功血约85%，多见于青春期及更年期，不规则子宫出血为主要症状，特点为月经周期紊乱，经期长短不一，出血量时多时少，甚至大量出血。另一类为排卵性月经失调多见于生育年龄妇女，患者有排卵，但黄体功能异常。

　　2、功血治疗原则：积极止血、调整月经周期、促进排卵、改善全身情况。对于大量出血者，要求在6小时内明显见效，24-48小时内血止。对已婚患者应首选诊断性刮宫，止血迅速又有助于明确诊断，然后再用药调整。

　　3、排卵性功血的特点：A、排卵性月经过多;B、黄体功能不全;C、子宫内膜不规则脱落;D、排卵期出血。

　　4、闭经：是妇科疾病的常见症状，原发性闭经是指妇女年过18岁月经尚未来潮者;继发性闭经指妇女在建立了正常月经周期后停经6个月以上者。原因在于卵巢的闭经称为卵巢性闭经。(溴隐亭用于治疗闭经溢乳综合征)

　　5、闭经经查步骤示意图(P.219)：首先病史体检及辅助诊断方法无异常-->孕激素试验(无出血称为子宫性闭经)-->尿FSH测定或HMG刺激试验(无反应则为卵巢性闭经)-->垂体兴奋试验(无反应称为垂体性闭经，仍有反应的称为丘脑下部性闭经)。

　　4、宫内节育器IUD：是一种安全、有效、简便、经济、不影响性生活的长效避孕工具。种类多，有惰性宫内节育器(作为无菌性炎症和异物性反应，最终改变了子宫腔液和输卵管液的生化组成，损害配子或受精卵存活);活性宫内节育器(由于铜的缓慢释放，干预了子宫内膜的酶的系统，改变了众多酶的活性，从而使孕卵不易着床)。放置时间：月经干净后3-7日或人工流产术后;剖宫产者术后半年;哺乳妇女一般于产后3个月。取器时间也应在月经干净后3-7天。

　　5、宫内节育器的不良反应：A、创伤、子宫穿孔;B、感染;C、节育器嵌顿;D、节育器脱落;E、带器妊娠;F、月经改变和不规则出血。

　　6、药物避孕法有长效、短效、速效三种，短效的如复方炔诺酮片(口服避孕片1号)、长效的如复方已酸孕酮(避孕针1号)、速效的有探亲片1号、53号避孕药、米非司酮等。复方短效口服避孕药原理：A、抑制排卵;B、改变宫颈沾液性状C、改变子宫内膜形态与功能。

　　7、负压吸引术;用于孕周小于10周，及因某疾病不能继续妊娠者;禁忌于各种疾病的急性期或严重的全身疾患，急性生殖道炎症未经治疗者，妊娠剧吐酸中毒尚未纠正者，术前24小时内，相隔4小时体温2次超过37.5度。

　　8、人工流产综合征：指受术者在术中或手术结束时出现心动过缓、心律紊乱、血压下降、面色苍白、出汗及头晕胸闷，甚至发生昏厥和抽搐的一组综合症状，主要是手术操作的局部疼痛刺激迷走神经兴奋，反射性引起冠状动脉痉挛和房室传导阻滞所致。