

中西医结合妇科学

第一章 女性生殖系统解剖

第二章 第一节 骨盆

1. 骨盆

构成:

1. 骨盆的骨骼 髋骨、尾骨及左右两块髌骨。髌骨——髌骨、坐骨、耻骨。

2. 关节 耻骨联合、骶髌关节和骶尾关节。

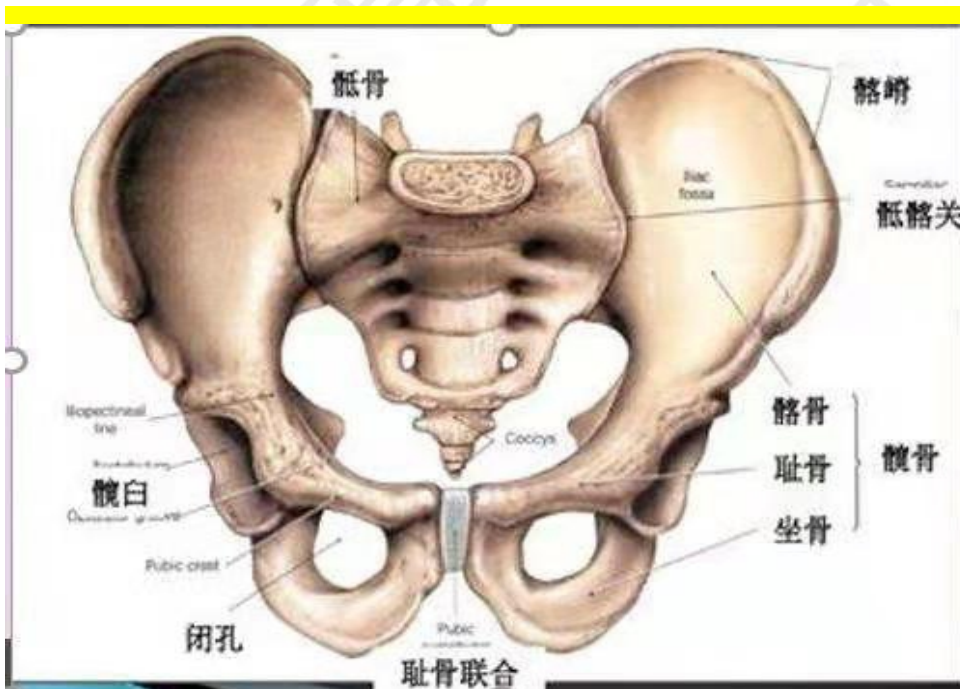
3. 韧带 骶结节韧带，骶棘韧带。

★骶棘韧带宽度即坐骨切迹宽度，是判断中骨盆是否狭窄的重要标志。

1. 假骨盆（大骨盆） 骨盆分界线之上。

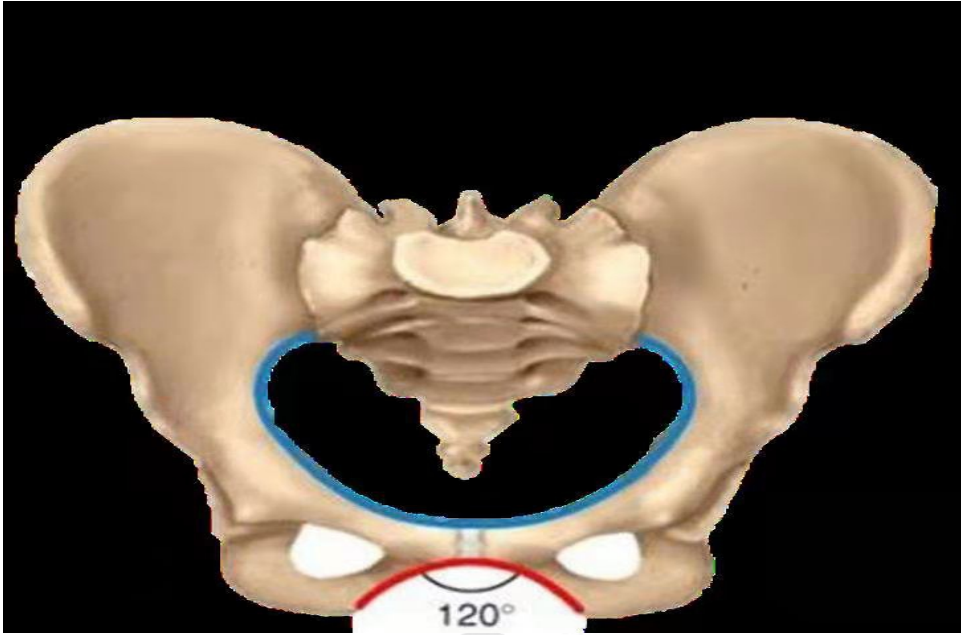
2. 真骨盆（小骨盆） 包括骨盆入口、骨盆腔和骨盆出口。

★女型最为多见。



考点 2. 骨盆的分界（掌握）

以**髌耻线**：假骨盆（又称大骨盆） 真骨盆（又称小骨盆、骨产道）



考点 3. 骨盆的类型

女型骨盆（横椭圆形）最多见；男型骨盆（漏斗型）最少见；类人猿型；扁平型

第二节 内、外生殖器

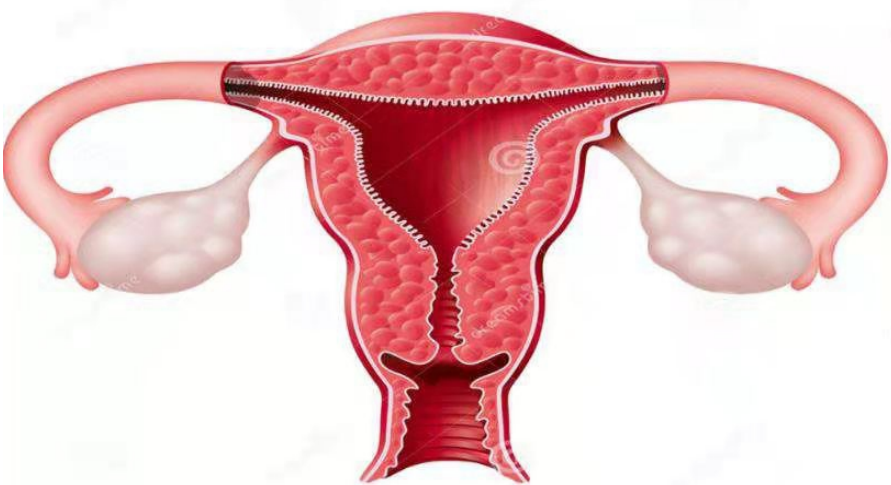
考点 1. 外阴的范围和组成（掌握）

阴阜；大小阴唇：大阴唇外伤后易形成血肿；阴蒂；阴道前庭（前庭球、前庭大腺、尿道口、阴道口及处女膜）

注：1. 前庭大腺正常情况下不能触及此腺，若腺管口闭塞，易形成脓肿或囊肿

考点 2. 内生殖器组成及功能

阴道、子宫、子宫附件（输卵管及卵巢）



内生殖器功能(掌握)☆☆☆

内生殖器：★阴道、子宫、输卵管及卵巢（子宫附件）。

◆ 阴道：性交器官，排出经、娩出胎儿的通道 ◆ 前壁长约 7~9 cm，后壁长约 10~12 cm，与直肠贴近 ◆ 阴道黏膜为复层鳞状上皮覆盖，无腺体，受性激素的影响有周期性变化

◆ 子宫

位置形态◆ 呈上宽下窄、倒置的梨形，前方为膀胱，后方为直肠 ◆ 重约 50g，长 7~8 cm，宽 4~5 cm，厚 2~3 cm（2-8cm）容量 5ML ◆ 宫体与宫颈的比例：婴儿期为 1:2，成人 为 2:1，老年期为 1:1；子宫峡部：非孕时长约 1cm，妊娠末期可达 7-10cm，成为子宫下段，上端为解剖学内口，下端为组织学内口（记忆：姐姐大在上面，地下组织）；组织结构

1) 宫体 ①子宫内膜层：功能层：其表面 2/3 发生周期性变化；基底层：余下 1/3 即靠近肌层的内膜，无变化；②子宫肌层：子宫收缩时压迫血管可止血。③子宫浆膜层

2) 宫颈：成年妇女，宫颈管长 3cm；主要由缔结组织构成；子宫颈管黏膜上皮细胞——高柱状上皮

宫颈阴道部——鳞状上皮；宫颈癌的好发部位——子宫颈外口柱状上皮与鳞状上皮交界处

3) 子宫韧带——4 对 圆韧带，阔韧带，主韧带，宫骶韧带（记忆：公主圆阔）主韧带为主

其作用是与骨盆底肌及筋膜共同维持子宫的正常位置

重点记忆：子宫颈管黏膜——高柱状上皮；宫颈癌：鳞柱交界处；主圆阔 主韧带最重要

◆ 输卵管

输卵管：管道。（1）长 8~14 cm 间质部：最窄；峡部：（异位妊娠破裂常见于峡部）“结扎部位”；壶腹部：管腔较宽大，长 5~8 cm，“受精部位”（异位妊娠最常见于壶腹部）

伞部：有“拾卵”作用。

◆ 卵巢

卵巢：产生与排出卵子、分泌甾体性激素；生殖年龄 妇女卵巢约 4 cm×3 cm×1 cm，重 5~6 g（1-4，56）；绝经后卵巢逐渐萎缩，变小变硬。卵巢表面无腹膜覆盖，卵巢表层为单层立方上皮即生发上皮。

考点 3. 对女性生殖器的认识（掌握）

西医名称	中医古籍名称	作用
外生殖器	阴毛 外阴	毛际 阴户, 又名四边
	阴道口 处女膜	玉门 (未嫁) 龙门 (未产) 胞门 (已产)
内生殖器	阴道	子肠、产道、地道
	宫颈外口	子门、子户
	子宫	女子胞、胞宫、胞脏、 子脏、子处、血室

第三节 邻近器官 (了解)

- 女性生殖器的邻近器官主要有：尿道、膀胱、输尿管、直肠、阑尾。

第四节 骨盆底 (助理不)

考点 1. 骨盆底的解剖结构

骨盆底：封闭骨盆出口的软组织；由多层肌肉和筋膜所组成；间有尿道、阴道及直肠穿过 1

考点 2. 会阴

广义的会阴是指封闭骨盆出口的所有软组织；狭义的会阴是指阴道口与肛门之间的软组织，厚约 3~4 cm

第五节 血管、淋巴及神经 (助理不)

考点一 血管

- 动脉 (女性生殖器血液来自) 卵巢动脉、子宫动脉、阴道动脉和阴部内动脉
- 静脉：盆腔静脉、卵巢静脉

考点二 淋巴：外生殖器淋巴、盆腔淋巴

考点三 神经

外生殖器官：阴部神经支配；内生殖器官：交感神经与副交感神经支配

子宫平滑肌具自律活动，完全切断其神经，仍能节律收缩，完成分娩，低位截瘫的产妇仍能自然分娩

第二章 女性生殖系统生理 (1-2 分)

第二节 月经及月经期的临床表现

考点 1. 月经的概念

月经：卵巢周期性变化而出现的子宫内膜周期性脱落及出血；月经第一次来潮称月经初潮，一般 13 到 14 岁加减 2；规律月经的建立是生殖系统功能成熟的主要标志

考点 2. 正常月经的临床表现

典型特征：周期性 周期:21~35 ，平均 28；经期:2~7 ，多为 3~5；经量:20~60 ml，大于 80 ml 为月经过多；小于 20ml 为月经过少；特征：暗红色、不凝固、无特殊气味

第三节 卵巢功能及其周期性变化

考点 1. 卵巢的功能（掌握）

卵巢两大功能：产生卵子并排卵和分泌女性激素

考点 2. 卵巢的周期性变化

1) 卵泡的发育及成熟：成熟卵泡直径可达 18~23mm，女性一生有 400-500 个成熟卵泡

2) 排卵：排卵多发生在下次经来潮前 14 左右

3) 黄体的形成及退化：排卵后形成黄体，若卵子未受，黄体在排卵后 9~10 开始退化

考点 3. 卵巢激素及其生理作用（掌握）

卵巢主要产生雌激素、孕激素及少量雄激素。均为甾体激素

		雌激素	孕激素
协同作用	乳房	乳腺管增生	乳腺泡增生
	子宫	促使子宫发育	促进维持子宫发育
拮抗作用	子宫内膜	促进子宫内膜增生、修复	使增生期转为分泌期
	子宫平滑肌	收缩↑，对催产素敏感性↑	收缩↓，对催产素敏感性↓
	宫颈粘液	使宫颈口松弛，增多、性状变稀	减少、性状变稠
	阴道上皮细胞	促使增生、角化	促使脱落
	水钠代谢	促进水钠潴留，抑制低密度脂蛋白合成	促进水钠排泄
	基础体温		排卵后升高0.3°C-0.5°C

雄激素的生理作用

(1) 对女性生殖系统的影响：促使阴蒂、阴唇和阴阜发育，促进阴毛、腋毛生长；过多容易对雌激素产生拮抗，可减缓子宫及其内膜的生长、增殖

(2) 对机体代谢功能的影响：促进蛋白合成，促进肌肉生长，刺激骨髓红细胞的增生；性成熟期前，促使长骨骨基质生长和钙的保留；性成熟后，可导致骨骺关闭，使生长停止；提高性欲

第四节 子宫内膜及其他生殖器的周期性变化

考点一. 子宫内膜周期性变化

子宫内膜分为基底层和功能层

1. 增生期 2. 分泌期 3. 月经期

经血形成：由于雌、孕激素水平下降

第五节 月经周期的调节（了解）

下丘脑促性腺激素释放激素（GnRH）

腺垂体对卵巢功能的调节：促性腺激素（FSH、LH）和催乳素（PRL）。卵泡刺激素（FSH）和黄体生成素（LH）

卵巢性激素的反馈作用

第六节 中医对 经、带下及其产生机理的认识

2. 特殊的月经现象

名称	定义
并月	身体无特殊不适而定期两月来潮一次者
居经/季经	三个月一潮者
避年	一年一行者
暗经	终生不潮而能受孕者
激经/盛胎/垢胎	妊娠早期仍按月有少量阴道流血但无损于胎儿者

考点二. 月经产生的机理

月经是肾气、天癸、冲任、气血协调作用于胞宫

考点三. 中医对月经周期调节的认识

在月经周期，肾阴阳消长、气血盈亏具有周期性的消长变化，形成胞宫定期藏泻的节律

考点四. 带下的生理现象及其产生机理

2. 带下产生及调节的机理 肾气——天癸——任脉 聚水谷之精津——下注于胞；此过程又得到督脉的温化和带脉的约束

第三章 妊娠生理（2-3 分）

第一节 妊娠的概念

始于：成熟卵子受精是妊娠的 终止于：胎儿及其附属物自母体排出

第二节 受精 与受精卵发育、输送及着床

受精部位：输卵管壶腹部与峡部联接处；

着床时间：约在受精后第 6~7，约在受精后第 11~12 完成。

受精：①精子获能 ②顶体反应：当精子与卵子相遇，精子释放出顶体酶通过酶，精子穿过放射冠和透明带③精子、卵子相遇 着床：定位、黏着和穿透（扎根）

第三节 胎儿附属物的形成及其功能

考点 1. 胎儿附属物的形成（掌握）

胎儿附属物是指胎儿以外的组织：1)胎盘 2)胎膜 3)脐带：长度——长 30~100cm, 平均 55cm
4) 羊水：羊膜腔内的液体称为羊水

● 羊水的来源：趣味记忆：来源——早母中尿晚胎肺

妊娠早期——母体血清——无色、透明；妊娠中期——胎儿尿液；妊娠晚期——胎肺参与生成——略浑浊、不透明

● 羊水的吸收：

①约 50%靠胎膜完成

②胎儿吞咽羊水

③脐带每小时可吸收羊水 40~50 mL

④胎儿角化前皮肤也有吸收羊水的功能，但量很少

● 羊水量：羊水为弱碱性

妊娠 38 周约 1000 ml, 以后逐渐减少

足月妊娠羊水量：800 ml

过期妊娠，羊水量可减少至 300 ml

考点 2. 胎儿附属物的功能（掌握）

1. 胎盘的功能：气体交换、营养物质供应 胎盘合成——记忆口诀：人人雌孕耐宫缩

合成功能：合成酶和激素（蛋白激素、甾体激素）

HCG 的功能：

- (1) 维持 经黄体寿命
- (2) 刺激孕酮形成，促进雄激素转化为雌激素。
- (3) 抑制植物血凝素对淋巴细胞的刺激作用
- (4) 刺激胎儿睾丸分泌睾酮，促进男性性分化。
- (5) 与母体甲状腺细胞 TSH 受体，刺激甲状腺活性。
- (6) 与尿促性激素（HMG）用可诱发排卵。

● 胎膜的功能：持羊膜腔的完整性，保护胎儿，胎膜在分娩发动上有一定作用

● 脐带的功能：胎儿和母体之间进行物质交换的重要通道

● 羊水的功能：（1）保护胎儿 （2）保护母体

第四节 妊娠期母体的变化（助理不）

考点 1. 妊娠期各系统变化特点

1. 生殖系统的变化

(1) 子宫：宫体、子宫峡部、宫颈 (2) 卵巢 (3) 输卵管 (4) 阴道 (5) 外阴

考点 1. 生殖系统的变化

子宫	1. 大小：7×5×3→35×25×22 2. 重量：5ml→5000ml 3. 容量：50g→1000g 4. 子宫峡部：1→7~10cm（黑加征） 5. 子宫颈：紫蓝色；粘液分泌增多、变稠，防止病原体入侵	鸡蛋——鸵鸟蛋/2斤米 注射器——1桶油
卵巢	略增大，停止排卵	
阴道	黏膜：紫蓝色，皱襞增多，有利于分娩。 PH值：降低，防止感染，但假丝酵母菌感染增加	
外阴	外阴部充血，大小阴唇色素沉着，小阴唇皮脂腺分泌增多。	

注：孕 12 周后子宫超出盆腔

考点 2. 乳房的变化：蒙氏结节—妊娠早期开始增大，乳晕变黑，乳晕上的皮脂腺肥大形成散在的结节状小隆起

三. 血液循环系统的变化

(1) 血液：

①血容量：增加，但血液呈稀释状态（血浆增加 1000ml，红细胞增加 450ml）

第五节 对妊娠生理的认识(掌握)

考点 1. 妊娠机制：

①肾气充盛，天癸成熟，冲任二脉以及胞宫功能正常

②受孕须有一定的时机，即“氤氲之时”

考点 2. 妊娠生理现象

(1) 生理特点：胞宫“藏而不泻” 停经 孕妇 “血感不足，气易偏盛”

(3) 脉象妊娠 2~3 个 后，六脉平和滑利，按之不绝，尺脉尤甚。

第六节 妊娠诊断

考点一 早期妊娠的诊断

1. 临床表现

(1) 停经、**早孕反应**（6 周左右出现, 12 周左右消失）、尿频

2. 检查与体征

(1) 乳房: 增大 深褐色**蒙氏结节**

(2) **黑加征**: 子宫峡部 (1cm 变为 7-10cm), 子宫体与子宫颈似不相连

3. 辅助检查

(1) 血、尿 hCG: (+), 诊断早期妊娠

(2) **B 型超声**: 妊娠 5+周时见到胚芽和原始心管搏动, 可**确诊为早期妊娠、活胎**。

考点 2. 、晚期妊娠的诊断:

临床表现: 子宫逐渐增大: 判断子宫大小与妊娠周数是否相符。**胎动: 妊娠 20 周左右有胎动, 胎动每小时约 3~5 次。胎音: 110~160 次/分。**胎体: 妊娠 24 周以后, 运用四步触诊法判断胎产式、胎先露和胎方位

辅助检查

①**B 超**: 显示胎儿数目、方位、胎心搏动和胎盘位置, 胎头双顶径, 有无畸形超声多普勒法可探测胎音、胎动音、脐带血流音及胎盘血流音。

②**胎儿心电图**: 通常于妊娠 12 周以后显示较规律的图形。

考点 3 胎产式、胎先露、胎方位

1. **胎产式**: 胎体纵轴与母体纵轴的关系称胎产式。

2. **胎先露**: 最先进入骨盆入口的胎儿部分称为胎先露。**纵产式有头先露、臀先露, 横产式有肩先露**

1. 胎方位: 胎儿先露部的指示点与母体骨盆的关系称胎方位



头先露
head presentation



臀先露
breech presentation



肩先露
shoulder presentation

第四章 产前保健 (1 分)

第一节 围生医学 (助理不考)

围生期 I 从妊娠满 28 周至产后 1 周。根据世界卫生组织的推荐,我国采用围生期 I 计算围生期死亡率。

第二节 孕妇监护

产前检查的时间从确诊为早孕时开始: 6~13+6 周, 14~19+6 周

产前系列检查从 20 周起开始: 妊娠 20~36 周期间, 每 4 周检查 1 次; 自妊娠 36 周起, 每周检查 1 次;

考点二 预产期推算 从末次月经第 1 算起, 月份减 3 或加 9, 日数加 7 (农历日数加 14), 注: 若孕妇记不清末次月经时间, 超声监测胎儿头臀长是估计孕周最准确的时间。

考点三. 产前检查的步骤及方法

四步触诊法: 查子宫大小、胎产式、胎先露、胎方位及先露部是否衔接

第一步: 判断宫底部的胎儿部分 胎头—硬而圆且有浮球感, 胎臀—软而宽且形状略不规则

第二步: 胎背—触到宽阔平坦饱满部分, 胎儿肢体—可变形的凹凸不平部分是

第三步手法: 胎先露部胎头或胎臀。

第四步手法: 确诊胎先露及其入盆程度。

听诊: 胎背上方。

枕先露时, 胎音—脐右(左)下方;

臀先露时, 胎音—脐右(左)上方;

肩先露时, 胎音—靠近脐部下方听得最清楚。

2. 产道检查

(1) 骨产道: 骨盆外测量及内测量 首次产检应做骨盆外测量

(2) 软产道检查(即阴道检查): 软产道包括子宫下段、宫颈、阴道、盆底软组织。

第三节 评估胎儿健康的技术 (助理不考)

考点一 胎儿宫内情况监护 (掌握)

1. 确定是否为高危儿

(1) 孕龄 < 37 周或 ≥ 42 周。

(2) 出生体重 < 2500 g。

(3) 大于孕龄儿。

- (4) 出生后 1 分钟内 Apgar 评分 \leq 3 分
- (5) 产时感染。
- (6) 高危产妇的新生儿。
- (7) 手术产儿。
- (8) 新生儿的兄姐有新生儿期死亡

妊娠 28 周以后，胎动计数 $<$ 10 次/12h，提示有胎儿缺氧可能

胎心音：110-160 次/分

考点二. 胎肺成熟度的监测

1. 妊娠满 34 周：胎儿肺发育基本成熟
2. 卵磷脂/鞘磷脂比值：若羊水 L/S \geq 2, 提示胎儿肺成熟
3. 磷脂酰甘油 (PG) 阳性：提示胎肺成熟。

第四节 孕期用药

1. 孕期用药原则 (老, 小, 单, 晚)
2. 孕期用药原则 衰其大半而止

第五章 正常分娩 (1-2 分)

第一节 决定分娩的四因素

1. 产力

- a 子宫收缩力：贯穿于分娩的全过程 正常宫缩有节律性、对称性和极性、缩复作用
- b. 腹肌和膈肌的收缩力 (腹压)
- c. 盆底肛提肌的收缩力：协助胎先露在盆腔进行内旋转

2. 产道

骨产道：指真骨盆 软产道：子宫下段、宫颈、阴道、骨盆底软组织

(子宫峡部：非孕时 1cm-临产前 7-10cm) 宫颈管：临产前 2-3cm, 临产后逐渐消失
会阴：由 5cm 变为 2-4mm)

3. 胎儿 大小 胎位 胎儿畸形

4. 精神心理因素

第二节 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

注：临床以胎头下降的程度作为判断产程进展的重要指标

第三节 先兆临产及临产的诊断

考点一. 先兆临产

三大表现：假临产、胎儿下降感、见红

1. 假临产：不规则子宫收缩
2. 胎儿下降感
3. 见红 是分娩即将开始比较可靠的征象。

考点二. 临产的诊断(掌握)

临产开始的主要标志是：

标志：规律宫缩，持续 30 秒及以上，间歇 5~6 分钟

特点：进行性宫颈管消失、宫口扩张、胎先露部下降

第四节 分娩的临床经过及处理（掌握）

考点一. 总产程及产程分期

总产程：从有宫缩至胎儿、胎盘娩出

产程分期：

产程		初产妇	经产妇
第一产程（ 宫颈扩张期 ）	从规律宫缩到宫口开全	≤20 h	≤14 h
第二产程（ 胎儿娩出期 ）	从宫口开全到胎儿娩出	≤3 h	≤2 h
第三产程（ 胎盘娩出期 ）	从胎儿娩出后到胎盘胎膜娩出	5~15 分钟， <30 分钟	

第一产程	规律宫缩	产程开始：持续 30 秒，间歇 5~6 分钟 宫口近开全：≥1 min，间歇 1~2 分钟
	宫口扩张	10 cm
	胎先露下降	★ 坐骨棘平面：是判断胎头高低的标志
	胎膜破裂	宫口近开全（胎膜早破）
第二产程	胎头拨露	宫缩时胎头露出于阴道口，宫缩间歇期胎头缩回阴道内

程	胎头着冠	胎头双顶径越过骨盆出口，宫缩间歇时胎头不再回缩
第三产程	胎盘剥离	胎盘与子宫壁发生错位而剥离，形成胎盘后血肿，剥离面不断增加

考点二. 关于分娩的认识（掌握）

试胎 弄胎 临产调护：“睡、忍痛、慢临盆”的临产调护六字要诀（达生编）

第六章 正常产褥（1-2 分）

第一节 产褥期的概念

产褥期：指产妇全身器官除乳腺外从胎盘娩出至恢复未孕状态所需的一段时期称为产褥期一般为 6 周

第二节 产褥期母体的变化

生殖系统：

子宫复旧：需时 6 周妊娠子宫从胎盘娩出，恢复至未孕状态的过程

子宫颈口：需时 4 周，产前圆形，产后“一”字形道与外阴：分娩后消失的阴道黏膜皱襞，约于产后 3 周 乳房：泌乳

心血管系统：产后 72h 内，血容量增加 15%-25%，预防心衰

血液系统：产褥早期，产妇血液仍处于高凝状态

第三节 产褥期临床表现

1. 产后宫缩痛 产后 1~2 日★出现，持续 2~3 天疼痛自然消失。
2. 泌乳热 产后 3~4 天★，持续 4~16 小时下降。
3. 褥汗 产一周★内皮肤排出大量汗液，夜间睡眠和初醒时更明显。
4. 体温 在产后 24 h 内略升高，一般不超过 38℃，脉搏缓慢，呼吸深慢。
5. 恶露 正常恶露有血腥味，但无臭味，持续 4~6 周；总量 250~500 mL★。

(1) 血性恶露：持续 3~4 日★

第四节 产褥期处理及保健（助理不考）

考点一. 产褥期处理

1. 产后 2h：产后 2h 内易出血、子痫、心力衰竭，观察产妇生命体征
2. 饮食：产后 1 小时流食或清淡半流食
3. 乳房护理：产后半小时内开始哺乳
4. 会阴：处理每日用 0.05%聚维酮碘液擦洗会阴 2~3 次

考点二. 母乳喂养

促进子宫复旧；推迟月经复潮、及排卵时间；降低乳腺癌、卵巢癌风险

第七章 妇产科疾病的病因与发病机理（1-2 分）

考点二. 中医常见病因(掌握)

1. 淫邪致病 寒、热、湿
2. 七情内伤（情志因素）怒，思，恐
3. 生活因素 房劳多产，饮食失节，劳逸失度，跌扑损伤，药误虫蚀
4. 其他因素 如体质因素等

第二节 发病机理

发病机理概括为：

1. 脏腑功能失常(肝脾肾)，
2. 气血失调
3. 冲、任、督、带损伤三方面
4. 胞宫、胞脉、胞络受损胞

第八章 妇产科疾病的中医诊断与辨证要点（3-4 分）

产后病的诊断与辨证要点（掌握） ★★★

1. 诊断

产后三病：“痉”“郁冒”“大便难”

产后三冲：“冲心”“冲肺”“冲胃”，产后败血上冲

产后三急：呕吐、盗汗、泄泻

2. 辨证应注重“产后三审”：

一审小腹痛与不痛，以辨恶露有无停滞；

二审大便通与不通，以验津液之盛衰；

三审乳汁与饮食多少，以察胃气的强弱。

第九章 治法概要

中医内治法(了解)

1. 滋肾补肾
2. 疏肝养肝
3. 健脾和胃
4. 调理气血重
5. 清热解毒
6. 利湿除痰
7. 调理奇经

第十章 妊娠病

第一节 中医对妊娠病的认识

考点一. 妊娠病的概念(了解)

妊娠期间, 发生与妊娠有关的疾病, 称妊娠病, 亦称胎前病

考点二. 妊娠病的发病机理 1. 阴血亏虚 2. 气机阻滞 3. 脾肾虚损 4. 冲气上逆

考点二. 妊娠病的治疗原则(掌握)

治疗原则: 胎元正常与否为**前提**

胎元正常者, **治病与安胎并举**

胎元不正, 宜从速**下胎以益母**

【妊娠剧吐 总结】

本病属中医“妊娠恶阻”范畴 ☆☆☆

一. **概念**: 妊娠早期, 恶心呕吐频繁, 不能进食, 中医“妊娠恶阻”

二. **诊断**: 临表+体征+妊娠试验阳性 尿酮体是妊娠剧吐引起代谢性酸中毒的重要指标。

三. **西医治则**: 镇静止呕(口服维生素 B6、甲氧氯普胺)

纠正脱水、电解质紊乱及酸碱失衡(补液>3000, 尿量>1000ml)

四. **终止妊娠**: 体温持续高于 38 ℃, 心率>120 次/分, 持续黄疸或蛋白尿或伴发 Wernicke 综合征时,

五. **中医**: 发病机理: 冲气上逆, 胃失和降——调气和中, 降逆止呕

用方趣记: 止呕, 请(青)香橘益生脉

青——青竹茹汤——痰滞证——化痰除湿, 降逆止呕

香——香砂六君子汤——脾胃虚弱——健脾和胃, 降逆止呕

橘——橘皮竹茹汤——肝胃不和——清肝和胃, 降逆止呕

益生——生脉散合益胃汤——气阴两亏——益气养阴, 和胃止呕

【流产 总结】

一. **概念**: 12 周前者, 早期流产; 12 周到 28 周前者, 称为晚期流产。

二. 中医名称: 胎漏、胎动不安、胎动欲堕、堕胎、小产、滑胎

三. 流产类型:

先兆流产: 阴道少量流血, 无腹痛或轻微下腹胀痛——胎漏/胎动不安(保胎黄体酮、维生素 E)

难免流产: 流产已不可避免, 宫颈口已扩张——胎动欲堕(下胎益母)

不全流产：妊娠物已部分排出体外——堕胎/小产（**清宫**）

完全流产：妊娠物已全部排出——堕胎/小产/暗产

稽留流产：胎停育，滞留在宫腔内未及时排出——胎死不下（**清宫-凝血功能**）

复发性流产：自然流产连续发生 3 次或 3 次以上者——**滑胎**

流产合并感染：伴有高热寒战、腹痛等感染症状

五. 中医：发病机理：冲任损伤，胎元不固

胎漏、胎动不安：保胎贵瘦

滑胎：补泰山（补肾固冲丸、泰山磐石散）

[[**异位妊娠总结**]]

一. 概念：凡受精卵在**子宫体腔以外着床发育**称为异位妊娠

二. 病因：**输卵管炎症**是输卵管妊娠最主要的病因

病理：输卵管妊娠流产：**多见于输卵管壶腹部**；输卵管妊娠破裂：**多见于输卵管峡部**

子宫的变化：输卵管妊娠时，**子宫增大变软，但小于停经月份**；**子宫内膜呈蜕膜变化，但无绒毛**

三. 诊断：**病史+临床表现+体征+实验室检查及其他检查**

临表：停经史、腹痛、阴道少量流血、晕厥与休克

体征：贫血貌，面色苍白、脉快而细弱、血压下降 下腹部明显压痛和反跳痛、内出血多时，叩诊有移动性浊音

妇检：后穹隆常饱满，有触痛，子宫颈摇举痛，子宫小于停经月份

实验室：**血β-HCG 测定：早期诊断异位妊娠的重要方法**

B 超检查：可确诊 阴道后穹隆穿刺：可协助诊断，抽出暗红色不凝固血

四. **西医治疗**：药物（米非司酮、中药）：输卵管未发生破裂或流产；直径≤4 cm；血β-HCG<2000U/L，无明显内出血；肝肾功能及血常规检查正常

手术治疗：（1）生命体征不稳定、腹腔内出血、病情进展：血 HCG 大于 3000UL 或持续升高有胎心搏动，附件区包块大（3）药物治疗失败者、或者药物治疗有禁忌证（4）持续性异位妊娠者：经治疗仍有滋养细胞存活（5）随诊不可靠者

五. 中医辨证论治

未破损期	胎阻胞络	活血祛瘀，杀胚消癥	宫外孕II号方
------	------	-----------	----------------

已 破 损 期	不稳定型 胎元阻络，气虚血瘀	益气化瘀，消癥杀 胚	宫外孕 I 号方
	休克型 气陷血脱	回阳救逆，益气固 脱	参附汤合生脉 散
	包块型 瘀结成癥	活血化瘀，消癥散 结	理冲汤

第五节 妊娠期高血压疾病

考点一. 病理生理变化(掌握)

全身小血管痉挛、内皮损伤、局部缺血是子痫—子痫前期的基本病理变化。

考点二. 中医病因病机

脾肾两虚——**子肿** 阴虚阳亢——**子晕** 若子肿、子晕进一步发展——**子痫**

考点三. 分类及临床表现（掌握）

1. **妊娠期高血压**：孕 20 周首次高血压+产后 12 周内恢复、偶有上腹部不适
2. **子痫前期**：孕 20 周后高血压+尿蛋白（轻度和重度）
3. **子 痫**：**子痫前期+抽搐**
4. **慢性高血压并发子痫前期**

高血压+妊 20 周后+尿蛋白 ≥ 0.3 g/24 h

5. **妊娠合并慢性高血压** 孕 20 周前收缩压 ≥ 140 mmHg 或舒张压 ≥ 90 mmHg 或孕 20 周后首次诊断高血压并持续到产后 12 周后

考点四. 诊断与鉴别诊断（掌握）

1. 诊断:病史+高血压+蛋白尿+水肿+辅助检查

考点五. **子痫前期及子痫的西医治疗原则**

1. 子痫前期的西医治疗原则 1) 休息、镇静、解痉、降压、合理扩容 2) 必要时利尿、密切监测母胎状态、适时终止妊娠
2. 子痫的西医治疗原则
 - 1) 一旦发生子痫，**立即左侧卧位以减少误吸**，开放呼吸道，建立静脉通道
 - 2) 治疗原则：控制抽搐，纠正缺氧和酸中毒，控制血压，抽搐控制后终止妊娠

考点六. 子肿、子晕、子痫的概念及辨证论治（掌握）

1. **子肿**：妊娠肿胀
2. **子晕**：妊娠眩晕
3. **子痫**：妊娠痫症。妊娠晚期或临产前及新产后+癫痫症状

1. 子肿辨证论治

证型	症候	治法	方剂
脾肾两虚	妊中晚期面目及下肢浮肿， 按之凹陷难起 倦怠无力，气短懒言 腰酸膝软，小便短少，或大便溏薄	健脾温肾 行水消肿	白术散合五苓散
气滞湿阻	妊中晚期，先由脚肿，渐及于腿， 随按随起 头晕胀痛，胸闷肋胀，腕胀 苔薄腻，脉弦滑	理气行滞 除湿消肿	天仙藤散

趣味记忆：**子肿，白术五天**（消）

2. 子晕辨证论治——肝旺

证型	症候	知法	方剂
阴虚肝旺	妊中晚期，头晕目眩， 头痛耳鸣视物模糊，颜面潮红，口干咽燥 舌红或绛，少苔	滋阴养血 平肝潜阳	杞菊地黄丸
脾虚肝旺	妊中晚期，面浮肢肿逐渐加重 头昏头重如眩冒状 胸闷心烦，呕逆泛恶 神疲肢软纳少嗜卧 舌淡胖有齿痕，苔腻，脉弦滑缓	健脾利湿 平肝潜阳	半夏白术天麻汤

趣味记忆：**子晕，杞半夏**—滋阴又健脾

3. 子痫辨证论治

证型	症候	治法	方剂
肝风内动	妊娠晚期、产时或新产后，头痛眩晕，视物不清， 突发四肢抽搐，两目直视，牙关紧闭 角弓反张，甚至昏不知人 颜面潮红，心悸烦躁 舌红苔薄黄，脉细弦滑或弦滑数	滋阴清热 平肝息风	羚角钩藤汤
痰火上扰	头晕头重猝然昏不知人，面部口角及四肢抽搐 胸闷烦躁泛恶，面浮肢肿，气粗痰鸣 舌红，苔黄腻，脉弦滑数	清热豁痰 息风开窍	牛黄清心丸

趣味记忆：**子痫，羚牛黄**—平肝又豁痰

子肿	脾肾两虚证 气滞湿阻证	白术散合五苓散 天仙藤散
子晕	阴虚肝旺证 脾虚肝旺证	杞菊地黄丸 半夏白术天麻汤
子痫	肝风内动证 痰火上扰证	羚角钩藤汤 牛黄清心丸

子肿白术五天（消） 子晕杞半夏一滋阴又健脾 子痫羚牛黄一平肝又豁痰
记忆口诀（风羚痰牛黄，气滞天仙，脾肾白，脾虚半夏阴杞菊）

第六节 胎儿生长受限（助理不考）

二、西医病因

1. 母体因素 ★营养因素（最常见）。

2. 胎儿因素

3. 胎盘脐带因素 过长、过细、扭转、打结。

三、西医治疗

1. 一般治疗 吸氧，卧床休息★（左侧卧位）。

2. 药物治疗 β 肾上腺素激动剂能改善子宫胎盘血流，促进胎儿生长发育，硫酸镁能恢复胎盘正常的血液灌注。

3. 终止妊娠指征

(1) 未达 32 孕周：硫酸镁保护胎儿神经系统。

(2) 未达 34 孕周：应促胎肺成熟后再终止妊娠（地塞米松）。

四、辨证论治——保胎长寿（气、血、阴、阳虚）

证型	治法	方药
肾气亏虚	补肾益气，填精养胎	寿胎丸
气血虚弱	益气养血，滋养胎元	胎元饮
阴虚内热	滋阴清热，养血育胎	保阴煎
胞宫虚寒	温肾扶阳，养血育胎	长胎白术散

考点六. 中医辨证论治

胎萎不长（掌握）

证型	证候	治法	方剂
肾气亏虚	妊娠中晚期腹形小于妊月，胎儿存活 腰膝酸软，或形寒肢冷 舌淡，苔白，脉沉细	补肾益气 填精养胎	寿胎丸
气血虚弱	面色晄白或萎黄，神疲懒言 气短乏力，头晕心悸 舌淡，苔少，脉细弱	益气养血 滋养胎元	胎元饮
阴虚内热	颧赤唇红，手足心热，烦躁不安，口 干喜饮 舌质红，少苔，脉细数	滋阴清热 养血育胎	保阴煎
胞宫虚寒	形寒怕冷，腰腹冷痛，四肢不温 舌淡苔白，脉沉迟	温肾扶阳 养血育胎	长胎白术散

趣味记忆：胎萎不长，保胎长寿

保—阴虚内热——保阴煎 胎—气血虚弱——胎元饮 长—胞宫虚寒——长胎白术散
 寿—肾气亏虚——寿胎丸

第七节 前置胎盘

是妊娠晚期阴道流血的主要原因。

1. 分类

- (1) **完全性**前置胎盘：中央性前置胎盘。
- (2) **部分性**前置胎盘。
- (3) **边缘性**前置胎盘：胎盘下缘附着于子宫下段。
- (4) **低置**胎盘：胎盘附着于子宫下段，边缘距宫颈内口 <2 cm。

2. 临床表现

妊娠晚期或临产时，发生★**无诱因、无痛性反复阴道流血**。

(2) 腹部检查：子宫软，无压痛，子宫大小与停经月份相符；由于子宫下段有胎盘占据，故胎先露高浮。

3. 辅助检查 B型超声确诊。

四、对母儿的影响★

1. 产时、产后出血 2. 植入性胎盘 3. 产褥感染 4. 围生儿预后不良

终止妊娠指征： ※※※

- ① 反复大量流血甚至休克者，无论胎儿成熟与否，应及时终止妊娠；
- ② 胎龄达 36 周以上；
- ③ 胎儿肺成熟；
- ④ 胎龄未达 36 周，出现胎儿窘迫征象；
- ⑤ 胎儿已死亡或出现难以存活的畸形。

第八节 胎盘早剥

分类 显性剥离、隐性剥离、混合性剥离

三、临床表现与分类

1. **典型临床表现** 阴道流血、腹痛，可伴子宫张力增高和子宫压痛。

2. **流血特征** 陈旧不凝血

3. **Page 分级标准评估病情的严重程度**

0 级：分娩后回顾性诊断——无明显症状

I 级：外出血，子宫软，无胎儿窘迫

II 级：胎儿宫内窘迫或胎死宫内

III 级：产妇出现休克症状，伴或不伴弥散性血管内凝血

2. **临床表现** 妊娠 20 周后或者分娩期胎儿娩出前阴道流血，量或多或少。腹痛、贫血或伴休克。

3. **腹部检查** 子宫体压痛明显，硬如板状，或宫底高，胎位不清，胎心不规则或消失。

4. **辅助检查** B 超确诊。

五、并发症★

1. **胎儿宫内死亡**

2. **弥散性血管内凝血**

3. **产后出血**

4. **急性肾衰竭**

5. **羊水栓塞**

六、西医治疗原则

1. II、III 级——终止妊娠。

2. 0~I 级——轻、宫口扩张，短时间内结束分娩。

3. 剖宫产术

(1) I 级胎盘早剥：出现胎儿窘迫征象者

(2) II 级胎盘早剥：不能再短时间内结束分娩

(3) III 级胎盘早剥：产妇病情恶化，胎儿已死，不能立即分娩

(4) 破膜后，产程无进展

(5) 产妇病情急剧加重危及生命，不论胎儿是否存活，均应立即剖宫产

第九节 羊水过多（助理不考）

1. 妊娠期间羊水量★**超过 2000 mL**。
2. 临床表现 妊娠 20~32 周腹部胀大迅速、子宫明显大于妊娠月份并伴有压迫症状和胎位不清、胎心音遥远。
3. 实验室及其他检查
 - (1) B 超：羊水指数 ≥ 25 cm 或羊水池最大深度 ≥ 8 cm。
 - (2) 实验室检查：①羊水检查：羊水甲胎蛋白（AFP）升高。②血糖检查：慢性羊水过多者，应排除糖尿病。

三、中医治疗

证型	治法	方药
脾气虚弱	健脾渗湿，养血安胎	鲤鱼汤
气滞湿郁	理气行滞，利水除湿	茯苓导水汤
肾阳亏虚	补肾温阳，化气行水安胎	真武汤

趣味记忆：**羊水过多，茯苓（蒸）真鲤鱼**

茯苓—气滞湿郁——茯苓导水汤

真—肾阳亏虚——真武汤

鲤鱼—胞宫虚寒——脾气虚弱

第十节 母胎血型不合（助理不考）

1. ABO 血型不合 孕妇血型为 O 型，胎儿血型为 A 型或 B 型。
2. Rh 血型不合 孕妇为 Rh 阴性，胎儿为 Rh 阳性者。

二、辨证论治

证型	治法	方药
湿热内蕴	清热利湿，固冲安胎	茵陈二黄汤
热毒内结	清热解毒，利湿安胎	黄连解毒汤
瘀热互结	清热凉血，化瘀安胎	二丹茜草汤
阴虚血热	滋阴清热，养血安胎	知柏地黄丸

第十一章 妊娠合并疾病（助理不考）

第一节 心脏病（助理不考）

1. 妊娠对心脏病的影响

- (1) 妊娠期：妊娠★32~34周心脏压力达到高峰。
- (2) 分娩期：心脏负担★最重的时期。
- (3) 产褥期：★产后3日内心脏负担较重。

2. 临床表现

左心↓ 右心↓

3. 早期心衰

4. 常见并发症 心力衰竭（妊娠32~34周、分娩期及产褥早期）缺氧和发绀 静脉栓塞及肺栓塞（孕产妇重要死因之一）感染性心内膜炎 恶性心律失常

5. 西医治疗

- 1) 防治心力衰竭 休息、营养，限盐（4~5 g）。
- 2) 妊娠期处理 终止妊娠的指征：
 - (1) 不宜妊娠者：孕12周前行人工流产术
 - (2) 不宜妊娠者：孕12周以上行钳刮术或中期引产术
 - (3) 已心衰——先控制心衰，再终止妊娠
 - (4) 孕28周以上者，不宜施行引产术；顽固性心衰——行剖宫产术
- 3. 分娩期处理 禁用麦角新碱（缩宫）。
- 4. 产褥期处理 心功能在III级以上者，不宜哺乳。

辨证论治

证型	治法	方药
心气虚证	益气养血，宁心安胎	养心汤
心血虚证	养血益气，宁心安胎	归脾汤
阳虚水泛	温阳化气，行水安胎	真武汤+五苓散
气虚血瘀	益气化瘀，通阳安胎	补阳还五汤+瓜蒌薤白半夏汤

第二节 病毒性肝炎（助理不考）

2. 临床表现

- (1) **症状**: 食欲不振、恶心呕吐、腹胀、肝区疼痛、畏寒、发热, 皮肤巩膜黄染、尿黄。
- (2) **体征**: 肝区叩击痛、肝肿大。

3. 实验室检查 ALT 增高、总胆红素升高, 尿胆红素阳性。聚合酶链反应 (PCR) —— 病毒 DNA 或 RNA 阳性, 确定分型。

三、辨证论治

证型	治法	方药
湿热蕴结-阳黄	清热利湿, 佐以安胎	茵陈蒿汤
湿邪困脾-阴黄	健脾化湿, 养血安胎	胃苓汤
肝郁脾虚	疏肝理气, 健脾安胎	逍遥散
热毒内陷-肝性脑病	清热解毒, 凉血救阴	犀角地黄汤合黄连解毒汤

第三节 糖尿病 (助理不考)

1. 病史 糖尿病家族史, 年龄 > 30 岁, 肥胖, 流产、早产、死胎、死产、巨大儿、羊水过多、畸形儿、新生儿死亡。

2. 临床表现 多饮、多食、多尿或外阴阴道假丝酵母菌病反复发作。

3. 实验室检查

- (1) 空腹血糖 (FPG): 首次 ≥ 5.1 mmol/L, **确诊**。

药物治疗

- (1) **胰岛素: 首选**。
- (2) 妊娠期糖尿病酮症酸中毒: ① 血糖 > 13.9 mmol/L 时, 将胰岛素加入 0.9% 氯化钠。
② 血糖 ≤ 13.9 mmol/L 时, 将胰岛素加入 5% 葡萄糖氯化钠。

3. 新生儿处理 出生后 30 分钟开奶病滴服 25% 葡萄糖液

辨证论治

证型	治法	方药
肺热津	清热润肺, 生津止渴	消渴方

伤		
胃热炽盛	清胃泻火，养阴生津	玉女煎
肾阴亏虚	滋补肝肾，养阴清热	六味地黄丸+生地黄饮子
阴阳两虚	滋阴助阳	金匱肾气丸

第四节 尿路感染（助理不考）子淋

1. **病史** 孕前或有尿频、尿急、尿痛病史。

2. 临床表现

(1) 症状：**无症状菌尿症仅出现菌尿。**

急性膀胱炎：膀胱刺激征+下腹部不适，偶有血尿。

急性肾盂肾炎：起病急，全身症状重+腰痛和膀胱刺激征+下腹疼痛

慢性肾盂肾炎：反复发作的泌尿道刺激症状或仅有菌尿症。

(2) 体征：腰大肌外缘与第12肋骨交叉处有压痛，**肾区叩击痛。**

3. **实验室检查** 细菌培养，尿沉渣计数检查，外周血白细胞增高。

二、中医辨证论治（热——泻火通淋）

证型	治法	方药
心火偏亢	清心泻火通淋	导赤散
阴虚火旺	养阴泻火通淋	知柏地黄丸
湿热下注	清热利湿通淋	五淋散加车前子

第十二章 异常分娩（助理不考）

第一节 产力异常（助理不考）

病因：头盆不称、胎位异常

二、临床表现与诊断

分类	节律性、对称性、极性	宫缩乏力/过强
----	------------	---------

子宫收缩乏力	协调性	正常	收缩强度弱，宫腔内压力低（ <15 mmHg），宫缩时间短、间歇时间长且无规律（ <2 次/10 分钟）
	不协调性	极性倒置，无效宫缩	
子宫收缩过强	协调性	正常	产道无阻力→急产（ <3 h）
			头盆不称，胎位异常→病理性缩复环
	不协调性	异常	强直性子宫收缩→先兆子宫破裂征象
			子宫痉挛性狭窄环→局部
先兆子宫破裂：持续性腹痛，烦躁不安，拒按，胎位、胎心不清，有时有肉眼血尿、病理缩复环			

三、子宫收缩乏力

异常产程		产程分界要点	初产妇	经产妇
第一产程	潜伏期延长	从临产规律宫缩开始至活跃起点（ $4\sim6$ cm）	>20 h	>14 h
	活跃期延长	从活跃起点（ $4\sim6$ cm）始至宫口开全	宫颈口扩张速度 <0.5 cm/h	
	活跃期停滞	破膜且宫颈口扩张 ≥ 6 cm 后	宫缩正常，宫颈口停止扩张 ≥ 4 h 宫缩欠佳，宫颈口停止扩张 ≥ 6 h	
第二产程延长		产程无进展（胎头下降和旋转）	>3 h	>2 h
		硬膜外麻醉镇痛分娩时	>4 h	>3 h
滞产		总产程	>24 h	
急产		总产程	<3 h	

四、对母儿的影响

分类		不良表现★
子宫收缩乏力	对产妇影响	水、电解质紊乱、酸中毒 泌尿生殖道瘻 产后出血 产褥感染
	对胎儿影响	产程延长→胎儿宫内缺氧→胎儿宫内窘迫

子宫收缩过强	对产妇影响	软产道撕裂、子宫破裂 产褥感染、胎盘滞留、产后出血
	对胎儿影响	胎儿窘迫、新生儿窒息 颅内出血、新生儿感染、坠地骨折

五、西医处理原则

分类		处理
子宫收缩乏力	协调性	头盆不称及胎位异常——行剖宫产术； 无头盆不称或胎位异常——加强宫缩
	不协调性	恢复正常节律性和极性★（哌替啶、吗啡或地西洋） 严禁使用缩宫素
子宫收缩过强	协调性	宫缩抑制剂★（哌替啶、硫酸沙丁胺醇、硫酸镁）
	不协调性	梗阻性原因——立即行剖宫产术

第二节 产道异常（助理不考）

分类 产道——骨产道及★软产道（子宫下段、宫颈、阴道、外阴）。

胎儿小、宫缩好、胎位正常——可以试产；不入盆，宫缩乏力、头盆不称——剖宫产。

第三节 胎位异常（助理不考）

臀先露 妊娠 30 周前，臀先露多可自然回转成头位。妊娠 30 周后仍为臀位，用膝胸卧位或艾灸、激光照射至阴穴纠正胎位。

肩先露 同臀先露；分娩期宫口开大 5 cm 以上，破膜不久，在乙醚深麻下行内转胎位术，转成臀先露。

第十三章 胎儿窘迫与胎膜早破

第一节 胎儿窘迫（助理不考）

1. 胎儿急性缺氧（血氧运输和交换障碍、脐带血循环障碍） ①前置胎盘、胎盘早剥。②脐带异常。③休克。④缩宫素使用不当，造成过强及不协调宫缩。⑤孕妇应用麻醉药及镇静剂过量，呼吸抑制。

2. 胎儿慢性缺氧 ①母体血液氧含量不足。②子宫胎盘血管硬化、狭窄、梗死。③胎儿自身因素。

第二节 胎膜早破

胎膜早破：★临产前胎膜破裂。生殖道感染；羊膜腔压力增高；胎膜受力不均；创伤；营

养因素。

1. 临床表现 孕妇主诉阴道流液或外阴湿润★。
2. 阴道酸碱度 $\text{pH} \geq 6.5$ ，提示胎膜早破。
3. 阴道液涂片 阴道液涂片见到羊齿植物叶状结晶。
4. 期待疗法 妊娠 28~35 周、胎膜早破不伴感染，羊水平段 ≥ 3 cm 者。

治疗：（1）一般处理：绝对卧床，避免肛诊及阴道检查

（2）预防感染：破膜超过 12 h。

（3）抑制子宫收缩：硫酸镁。

（4）促胎肺成熟：妊娠 35 周前给予地塞米松。终止妊娠

第十四章 分娩期并发症

第一节 产后出血（产后血崩、产后血晕、胞衣不下）

胎儿娩出后 24 小时内失血量 ≥ 500 mL★，剖宫产时 ≥ 1000 mL。我国孕产妇死亡原因的首位。

病因：1. 子宫收缩乏力（最常见）★

治疗：

1. 子宫收缩乏力 按摩。应用宫缩剂：缩宫素、麦角新碱、米索前列醇等。宫腔纱条填塞法压迫止血、结扎盆腔血管或行髂内动脉或子宫动脉栓塞，必要时行子宫次全切除或子宫全切除术。

2. 胎盘因素 胎盘滞留时应立即取出或徒手剥离胎盘后取出。胎盘和胎膜残留可行钳刮术或刮宫术。

3. 软产道损伤 缝合。

4. 凝血功能障碍 尽快输新鲜全血，补充血小板、凝血因子。

四、辨证论治

证候	治法	方药
气虚证	补气固冲，摄血止崩	升举大补汤
血瘀证	活血化瘀，理血归经	化瘀止崩汤

第二节 子宫破裂

分类	诊断要点	治疗
先兆子宫破裂	梗阻性难产（头盆不称、胎位不正）	立即抑制子宫收缩：肌注哌替啶 100mg；静脉全身麻醉；立即行剖宫产术
	病理缩复环、下腹部压痛、胎心率的变化、血尿	
子宫破裂	瘢痕子宫	输液、输血、吸氧、抗休克的同时，无论胎儿是否存活，均应迅速手术
	先兆子宫破裂+突然发生剧烈腹痛+休克及明显的腹部体征	

第三节 羊水栓塞（助理不考）

属中医“**产后血晕**”范畴。

诊断

1. **病史** 宫缩过强+胎膜早破+宫颈、宫体裂伤——**基本条件**。

2. **临床表现** （胎膜破裂后、胎儿娩出后、手术中）突然出现寒战、呛咳、气急、烦躁不安、尖叫、发绀、呼吸困难、抽搐、出血、休克等。

3. 实验室检查

血涂片。胸部 X 线：双肺弥漫性点片状阴影，伴右心增大。

三、西医治疗原则

1. 立即抢救。
2. **早期阶段抗过敏★**，纠正呼吸循环功能衰竭和改善低氧血症、抗休克为主。
3. DIC 阶段早期抗凝治疗，**晚期抗纤溶治疗★**。
4. 及时使用利尿剂，预防肾衰竭。

第四节 脐带异常（助理不考）

1. 脐带先露

(1) 经产妇、胎膜未破、宫缩良好者——头低臀高位，经阴道分娩。

(2) 初产妇、足先露或肩先露者——**行剖宫产术**。

2. **脐带脱垂** 胎心尚好，胎儿存活者，尽快娩出。

第十五章 产后病

第二节 晚期产后出血

病属中医“**产后恶露不绝**”“**产后血崩**”范畴。

血性恶露：产后 3~4 日，量少无臭味。**产后出血**：产后 24 小时内，出血超过 500 mL。

晚期产后出血：分娩 24 小时后，在产褥期内。

中医发病机制★**冲任不固**，**气血运行失常**。

四、临床表现

1. **症状** 阴道流血；腹痛和发热；头晕、心悸，休克。

2. **体征** (1) 贫血貌，心率加快，血压降低，脉压缩小，呼吸增快。(2) 妇科检查：子宫增大、变软，宫口松弛，残留组织和血块；伴感染子宫压痛。

五、辨证论治——不保血生

证候	治法	方药
气虚证	补脾益气，固冲摄血	补中益气汤
血瘀证	活血化瘀，调冲止血	生化汤+失笑散
血热证	清热凉血，安冲止血	保阴煎

第三节 产褥感染（产后发热）

1. **病史** 难产、产程过长、手术产、急产、不洁分娩、产后出血

2. 临床表现

(1) **发热（产后3~7天）、下腹痛** (2) **体征**：下肢血栓静脉炎患者局部静脉压痛，或触及硬索状，下肢水肿，皮肤发白，习称“股白肿”。外阴、宫体或盆腔感染，脓肿形成有波动感

西医治疗 1. **一般治疗** 物理降温，取半卧位★；纠正水及电解质紊乱。2. **抗生素** 首选青霉素类和头孢类药物+甲硝唑。3. **引流通畅** 会阴伤口、腹部伤口感染、盆腔脓肿者→切开引流。4. **血栓静脉炎** 抗生素+肝素。5. **手术治疗** 抗感染并清除宫腔残留。

五、辨证论治

证型	治法	方药
感染邪毒	清热解毒，凉血化瘀	五味消毒饮合失笑散
热入营血	清营解毒，散瘀泄热	清营汤
热陷心包	清心开窍	清营汤送服安宫牛黄丸或紫雪丹

第四节 产褥中暑（助理不考）

抢救成功的关键：★迅速降低体温。

证候	治法	方药
暑入阳明	清暑泄热，透邪外达	白虎汤★
暑伤气津	清热解暑，益气生津	清暑益气汤★
暑入心营	清营泻热，清心开窍	清营汤送服安宫牛黄丸/ 紫雪丹/至宝丹

第五节 产褥期抑郁症（助理不考）

产妇在产褥期间出现抑郁症状，称为产褥期抑郁症，产后 2 周发病。

证候	治法	方药
心脾两虚	补益心脾，养血安神	甘麦大枣汤★+归脾汤
肝郁气结	疏肝解郁，镇静安神	逍遥散
瘀阻气逆	活血化瘀，镇逆安神	癫狂梦醒汤★

第六节 产后缺乳（产后乳汁不行）

发病机制：气血化源不足，或乳汁运行受阻。

证候	治法	方药
气血虚弱	补气养血，佐以通乳	通乳丹
肝郁气滞	疏肝解郁，通络下乳	下乳涌泉散
痰浊阻滞	健脾化痰通乳	苍附导痰丸+漏芦散

第七节 产后关节痛

病因 产后气血虚弱。**病机** 血虚、血瘀和风寒和肾虚。

三、辨证论治

证候	治法	方药
血虚证	养血益气，温经通络	黄芪桂枝五物汤★
血瘀证	养血活络，行瘀止痛	生化汤/身痛逐瘀汤
风寒证	养血祛风，散寒除湿	独活寄生汤
肾虚证	补肾养血，强腰壮骨	养荣壮肾汤

第八节 产后排尿异常

辨证论治

证候	治法	方药	
产后尿潴留★ 膀胱气化不利	肺脾气虚	益气生津，宣肺利水	补气通脬饮
	肾阳亏虚	补肾温阳，化气利水	济生肾气丸
	血瘀证	养血活血，祛瘀利尿	加味四物汤
	气滞证	理气行滞，行水利尿	木通散
产后小便频数与失禁	肺脾气虚	益气固摄	黄芪当归散
	肾气亏虚	温阳化气，补肾固脬	肾气丸

第十六章 外阴色素减退性疾病

1. 鉴别

鉴别	病因病机	症状	体征
外阴慢性单纯性苔藓	肝郁气滞、湿热下注	外阴瘙痒剧烈，伴灼热疼痛	早期皮肤★暗红或粉红，角化过度则呈白色病损特点：对称性。局部皮肤★增厚似皮革或苔藓样变
外阴硬化性	肝肾阴虚、血虚	外阴瘙痒，或无不适，	皮肤色素减退★呈粉红或白色，

苔藓	化燥、脾肾阳虚	晚期出现性交困难	★萎缩变薄，干燥破裂
----	---------	----------	------------

2. 辨证论治

证候		治法	方药
外阴慢性单纯性苔藓	肝郁气滞	疏肝解郁，养血通络	黑逍遥散
	湿热下注	清热利湿，通络止痒	龙胆泻肝汤去木通
外阴硬化性苔藓	肝肾阴虚	补益肝肾，养荣润燥	归肾丸合二至丸
	血虚化燥	益气养血，润燥止痒	人参养荣汤
	脾肾阳虚	温肾健脾，养血润燥	右归丸

第十七章 女性生殖系统炎症

第一节 女性生殖道的自然防御功能

1. 外阴 两侧大阴唇自然合拢，遮掩阴道口、尿道口。
2. 阴道 阴道口闭合，阴道前后壁紧贴；阴道自净作用。
3. 子宫颈 宫颈内口紧闭，宫颈管分泌大量黏液形成黏液栓。
4. 子宫内膜 子宫内膜周期性剥脱，为消除宫腔感染的有利条件。
5. 输卵管 输卵管黏膜上皮细胞的纤毛向宫腔方向摆动以及输卵管的蠕动，均有利于阻止病原体的侵入。
6. 生殖道免疫系统 淋巴组织及散在的淋巴细胞。

第二节 外阴炎

一、临床表现

1. 症状 外阴瘙痒，或灼热，或疼痛，或阴部干涩，灼热瘙痒。
2. 体征 外阴皮肤黏膜红肿、溃疡、糜烂、脓水淋漓，严重者可有腹股沟淋巴结肿大，压痛，体温升高等。

二、辨证论治

证候	治法	方药
湿热下注	清热利湿，杀虫止痒	龙胆泻肝汤
湿毒浸渍	清热解毒，除湿止痒	五味消毒饮
肝肾阴虚	滋肾降火，调补肝肾	知柏地黄汤

第三节 前庭大腺炎症（助理不考）

1. **急性炎症** 局部肿胀、疼痛、灼热感；大阴唇下 1/3 处有肿块，触痛明显，脓肿（波动感）；**恶寒、发热+腹股沟淋巴结肿大**。

2. **慢性炎症** 前庭大腺囊肿肿块，多呈椭圆形。

三、辨证论治

证候	治法	方药
热毒蕴结	清热解毒，消肿散结	仙方活命饮
寒凝痰瘀	温经散寒，涤痰化瘀	阳和汤

第四节 阴道炎症

一、阴道炎症分类

鉴别要点	假丝酵母菌病	滴虫阴道炎	萎缩性阴道炎	细菌性阴道病
病因	假丝酵母菌 (白色念珠菌)	阴道毛滴虫	雌激素↓	阴道内菌群失调，乳杆菌↓，厌氧菌↑
病史	抗生素、避孕药 妊娠期、糖尿病	不洁性交	绝经妇女 卵巢早衰	PH>4.5
临床表现	白色凝乳块状或豆渣样	灰黄色稀薄泡沫状	外阴瘙痒，灼热干涩感	白带灰白、稀薄、鱼腥臭味/氨臭
实验室	芽孢及假菌丝	阴道毛滴虫	PH增高 大量基底细胞	氨臭味试验阳性 线索细胞
首选药物	制霉菌素、酮康唑	甲硝唑	己烯雌酚	甲硝唑
阴道冲洗	碱性溶液冲洗 2%~3%苏打液	酸性溶液冲洗；1%乳酸或0.5%醋酸		

二、辨证论治

证候	治法	方药
肝经湿热	清热利湿，杀虫止痒	龙胆泻肝汤
滋生湿虫	清热利湿，解毒杀虫	萆薢渗湿汤加苦参、防风

第五节 子宫颈炎

临床表现

(1) 急性：阴道分泌物增多，黏液脓性，伴外阴瘙痒及灼热感。

(2) 慢性：阴道分泌物增多，乳白色黏液状，甚至有血性白带或性交后出血。

西医治疗

1. 急性子宫颈炎

(1) 淋病奈瑟菌——头孢曲松钠、头孢克肟或氨基糖苷类。

(2) 沙眼衣原体——四环素类如多西环素，红霉素类，喹诺酮如氧氟沙星。

2. **慢性子宫颈管黏膜炎** 药敏试验结果选用相应抗感染药物。

3. **子宫颈息肉** 行息肉摘除术，将切除组织送病理。

4. **子宫颈肥大** 一般无需治疗。

四、辨证论治

证候	治法	方药
----	----	----

热毒蕴结	清热解毒，燥湿止带	止带方+五味消毒饮
湿热下注	疏肝清热，利湿止带	龙胆泻肝汤去木通
脾虚湿盛	健脾益气，升阳除湿	完带汤
肾阳虚损	温肾助阳，涩精止带	内补丸

第六节 盆腔炎性疾病

1. 症状 下腹疼痛；高热、寒战；阴道分泌物增多，脓性，秽臭。

2. 体征 下腹部肌紧张、压痛、反跳痛。

治疗：广谱青霉素、头孢菌素、氨基糖苷类、大环内酯类。手术治疗

盆腔炎性疾病

证候	治法	方药
热毒炽盛	清热解毒，凉血化瘀	五味消毒饮合大黄牡丹皮汤
湿热瘀结	清热利湿，化瘀止痛	仙方活命饮

盆腔炎性疾病后遗症

证候	治法	方药
湿热瘀结	清热利湿，化瘀止痛	银甲丸或当归芍药汤
寒湿凝滞	祛寒除湿，活血化瘀	少腹逐瘀汤
气滞血瘀	活血化瘀，理气止痛	膈下逐瘀汤
气虚血瘀	益气健脾，化瘀散结	理冲汤

【鉴别】

外阴炎		阴道炎		宫颈炎		盆腔炎	
证型	方药	证型	方药	证型	方药	证型	方药
湿热下注	龙胆泻肝汤	肝经湿热	龙胆泻肝汤	湿热下注	龙胆泻肝汤	湿热瘀结	仙方活命饮
湿毒浸渍	五味消毒饮	—	—	热毒蕴结	五味消毒饮+止带方	热毒炽盛	五味消毒饮、大黄牡丹皮汤
肝肾阴虚	知柏地黄汤	滋生湿虫	萆薢渗湿汤	脾虚湿盛	完带汤	—	—
—	—	—	—	肾阳虚损	内补丸	—	—

第十八章 月经病

第一节 中医对月经病的认识

主要机理：脏腑功能失常、气血失调——导致冲任二脉损伤。

1. 治疗原则 ★治本调经。

2. 治本大法 ★补肾、健脾、疏肝、调理气血，以★补肾健脾为要。

第二节 排卵障碍性异常子宫

1. 崩漏 2. 月经不调（周期、经期、经量）

分类	临床表现
----	------

崩漏	无排卵性异常子宫出血		月经周期紊乱，经期长短不一，经量 时多时少
月经不调	月经先期	黄体功能不足	黄体期缩短，伴不孕或孕早期流产
	经期延长	子宫内膜不规脱落	周期正常，经期延长，长达9~10日，或伴经量增多
	经间期出血	排卵期出血	月经中期或在基础体温开始上升时出现少量阴道流血
	月经过多	排卵性月经过多	月经量多，周期正常
	稀发排卵		月经后期、量少
下丘脑-垂体-卵巢-子宫轴			

诊断：1. **诊断性刮宫** 止血和明确子宫内膜病理诊断。

2. **基础体温测定** **单相型提示无排卵★**。

治疗原则：

分类		具体方法
西 医 治 疗 原 则	无排卵性异常子宫出血	青春期 及生育期→止血、调整周期，促排卵
		绝经过渡期 →止血，调整周期，减少经量，防止子宫内膜病变
	排卵性异常子宫出血	已婚育龄期或绝经过渡期→ 诊断性刮宫 ，止血迅速
		促进 黄体功能 恢复
★药物治疗： 一线治疗		
中 医 治 疗 原 则	崩漏	治疗原则：“急则治其标，缓则治其本”
		治疗方法：“ 塞流 ”“ 澄源 ”“ 复旧 ”
采用补肾、扶脾或疏肝		

六、辨证论治

1. 崩漏

证型		治法	方药
肾虚	肾阳虚	温肾固冲，止血调经	右归丸
	肾阴虚	滋肾养阴，调经止血	左归丸去牛膝加二至丸
脾虚证		补气摄血，固冲调经	固本止崩汤或固冲汤
血热	虚热证	滋阴清热，止血调经	保阴煎合生脉散
	实热证	清热凉血，止血调经	清热固经汤
血瘀证		活血化瘀，止血调经	逐瘀止血汤

2. 排卵性月经过多（月经过多）

证型	治法	方药
气虚证	补气升提，固冲止血	举元煎或安冲汤
血热证	清热凉血，固冲止血	保阴煎加炒地榆
血瘀证	活血化瘀，固冲止血	桃红四物汤

3. 黄体功能不足（月经先期）

证型	治法	方药
脾气虚证	健脾益气，固冲调经	补中益气汤

肾气虚证	补肾益气，固冲调经	固阴煎
阳盛血热	清热降火，凉血调经	清经散
肝郁血热	疏肝解郁，清热调经	丹栀逍遥散
阴虚血热	养阴清热，固冲调经	两地汤

4. 子宫内膜不规则脱落（经期延长）

证型	治法	方药
气虚证	补气摄血，固冲调经	举元煎
虚热证	养阴清热，凉血调经	两地汤合二至丸
湿热蕴结	清热利湿，止血调经	固经丸
血瘀证	活血化瘀，固冲调经	桃红四物汤合失笑散

5. 排卵期出血（经间期出血）

证型	治法	方药
肾阴虚	滋肾养阴，固冲止血	加减一阴煎
湿热证	清热除湿，凉血止血	清肝止淋汤
脾气虚	健脾益气，固冲摄血	归脾汤
血瘀证	活血化瘀，理血归经	逐瘀止血汤

第三节 闭经

原发性闭经

继发性闭经

原因：下丘脑性闭经：最常见★

诊断 病史+临床表现+体格检查、妇科检查、辅助检查。

西医治疗——性激素治疗

方法	药物	适应症
性激素补充治疗	雌激素	无子宫者——连服 21 日，停药 1 周后重复给药
	孕激素疗法	体内有一定内源性雌激素水平的闭经；5 日撤药
	雌孕激素人工周期疗法	有子宫者——21 日雌+后 10 日孕，连续 3~6 个周期
诱发排卵有生育要求	氯米芬★	有一定内源性雌激素水平的无排卵者
	促性腺激素	低促性腺激素闭经及氯米芬促排卵失败者
	促性腺激素释放激素（GnRH）	下丘脑性闭经
溴隐亭★		单纯高 PRL 血症者

辨证论治

证候	治法	方药
肾气亏损	补肾益气，养血调经	加减苁蓉菟丝子丸
肝肾阴虚	滋补肝肾，养血调经	育阴汤

气血虚弱	益气健脾，养血调经	人参养荣汤
阴虚血燥	养阴清热，养血调经	加减一阴煎
气滞血瘀	行气活血，祛瘀通经	血府逐瘀汤
寒凝血瘀	温经散寒，活血通经	温经汤《妇人大全良方》
痰湿阻滞	燥湿化痰，活血通经	丹溪治湿痰方/苍附导痰丸+佛手散

第四节 痛经

1. 病位 子宫、冲任。不通则痛、不荣则痛。

辨证论治

证候	治法	方药★
气滞血瘀	理气活血，逐瘀止痛	膈下逐瘀汤
寒凝血瘀	温经散寒，化瘀止痛	少腹逐瘀汤
湿热瘀阻	清热除湿，化瘀止痛	清热调血汤
气血虚弱	补气养血，调经止痛	黄芪建中汤
肝肾亏损	滋肾养肝，调经止痛	调肝汤
阳虚内寒	温经扶阳，暖宫止痛	温经汤《金匱要略》

第五节 多囊卵巢综合征

1. 内分泌特征 以雄激素过多、雌酮过多、黄体生成素/卵泡刺激素（LH/FSH）比值增大、胰岛素抵抗为主要特征。

2. 临床表现 ①月经失调，闭经，不孕；②多毛，痤疮，黑棘皮症；③腹部肥胖（中心型肥胖）

3. 诊断标准 ①稀发排卵或无排卵；②高雄激素血症；③卵巢多囊性改变。上述3条中符合2条，并排除其他致雄激素水平升高的病因。

三、西医治疗

1. 药物治疗

(1) 调整月经周期

①短效避孕药：首选★复方醋酸环丙孕酮（达英-35）②孕激素：醋酸甲羟孕酮，黄体酮。

(2) 高雄激素血症：螺内酯★。

(3) 胰岛素抵抗：二甲双胍★（肥胖或胰岛素抵抗）。

(4) 促排卵治疗：①一线促排卵药：氯米芬★；

辨证论治

证型		治法	方药
肾虚证	肾阴虚	滋阴补肾，调补冲任	左归丸
	肾阳虚	温肾助阳，调补冲任	右归丸
痰湿阻滞		燥湿除痰，活血调经	苍附导痰丸合佛手散
肝经湿热		清肝解郁，除湿调经	龙胆泻肝汤
气滞血瘀		行气活血，祛瘀通经	膈下逐瘀汤

第六节 经前期综合征

辨证论治

证型	治法	方药
肝郁气滞	疏肝解郁，养血调经	柴胡疏肝散★
肝肾阴虚	滋肾养肝，育阴调经	一贯煎★
脾肾阳虚	温肾健脾，化湿调经	右归丸合苓桂术甘汤★
心肝火旺	疏肝解郁，清热调经	丹栀逍遥散★
痰火上扰	清热化痰，宁心安神	生铁落饮★
气滞血瘀	理气活血，化瘀调经	血府逐瘀汤

第七节 绝经综合征

西医治疗

激素补充疗法（HRT）适应症 ①有血管舒缩功能不稳定及泌尿生殖道萎缩症状；②低骨量及接警后骨质疏松症；③有精神神经症状者。

方法	药物	适应症★
单一雌激素	子宫切除术后或先天性无子宫的卵巢功能低下妇女	
单一孕激素	绝经过渡期或绝经后症状严重且有雌激素禁忌证的妇女	
周期序贯法★	以28日为周期，第1~21日每天给予雌激素，第11~21天内给予孕激素，第22~28天停药（撤退性出血）	围绝经期及卵巢早衰的妇女
连续序贯法★	以28日为周期，雌激素不间断应用，孕激素于周期第15~28天应用。周期之间不间断	绝经3~5年内妇女
连续联合	每日给予雌激素和孕激素，发生撤退性出血的几率低	绝经多年的妇女

辨证论治

证候	治法	方药
肝肾阴虚	滋养肝肾，育阴潜阳	杞菊地黄丸

脾肾阳虚	温肾扶阳	右归丸
肾虚肝郁	滋肾养阴，疏肝解郁	一贯煎
心肾不交	滋阴降火，交通心肾	天王补心丹
肾阴阳两虚	滋阴补肾，调补冲任	二仙汤合二至丸

第十九章 女性生殖器官肿瘤

第一节 宫颈癌

转移途径 **直接蔓延**★最常见，淋巴转移，血行转移。晚期可转移至肺、肝或骨骼等。

临床分期★

I 期：肿瘤严格局限于宫颈；

II 期：肿瘤已超出宫颈，但未达盆壁，或未达阴道下 1/3；

III 期：肿瘤侵及盆壁和/或侵及阴道下 1/3 和/或引起肾积水或无功能肾；

IV 期：肿瘤超出真骨盆或（活检证实）侵犯膀胱和（或）直肠黏膜。

子宫颈活组织检查：**★确诊**。

手术治疗 **用于早期宫颈癌**★（I A-II A）。

第二节 子宫肌瘤★★

肌壁间肌瘤★（60%~70%）

变性 **★玻璃样变**（透明变，最常见）；**★红色样变**（妊娠期或产褥期）；囊性变、肉瘤样变（最少）、钙化。

分类		临床表现（取决于肌瘤的生长位置）★
症状	月经异常	经量增多、经期延长（带下量增多）
	下腹包块	子宫增大≥3 个月妊娠大，腹部可触及
	白带增多	肌壁间肌瘤、黏膜下肌瘤（明显）
	压迫症状	尿频、尿急、排尿困难；便秘
	其他	★黏膜下肌瘤 ：不孕、继发性贫血 ★浆膜下肌瘤 ：蒂扭转时可出现急腹痛 ★肌瘤红色变性 ：腹痛剧烈且伴发热
体征		浆膜下肌瘤：不规则单个或多个 ★结节状突起 黏膜下肌瘤：位于宫腔内者子宫均匀增大

辨证论治

证候	治法	方药
气滞血瘀	行气活血，化瘀消癥	膈下逐瘀汤
痰湿瘀阻	化痰除湿，活血消癥	开郁二陈汤
湿热瘀阻	清热利湿，活血消癥	大黄牡丹汤
气虚血瘀	益气养血，消癥散结	理冲汤
肾虚血瘀	补肾活血，消癥散结	金匱肾气丸合桂枝茯苓丸

第三节 卵巢肿瘤（助理不考）

转移途径 **★直接蔓延和腹腔种植为主**。

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	单侧多，活动，囊性，表面光滑，与子宫无黏连，无腹水	双侧多，固定，实性或囊实性，表面不平，呈结节状，常伴腹水，多为血性，可查到癌细胞
一般情况	良好	逐渐出现恶病质
B型超声	为液性暗区，可有间隔光带，边界清晰	液性暗区内有杂乱光团、光点，肿块边界不清

肿瘤标志物：★血清 CA125：80%。

病理组织学检查 确诊。

并发症 蒂扭转（约10%） ★最常见、剧烈疼痛。

第四节 子宫内膜癌

1. 病因★

I型：雌激素相关型，占多数，预后好。

II型：非雌激素相关型，预后不良。

2. 转移途径 ★直接蔓延最主要、淋巴转移，晚期可血行转移。

3. 西医治疗 ①手术治疗★首选。化疗、放疗。

4. 辨证论治

证候	治法	方药
痰湿结聚	化湿涤痰，软坚散结	苍附导痰丸
湿热瘀毒	清热解毒，活血化瘀	黄连解毒汤
肝肾阴虚	滋阴降火，清热解毒	知柏地黄丸
脾肾阳虚	温肾健脾，益气化瘀	固冲汤合肾气丸

第二十章 妊娠滋养细胞肿瘤

第一节 葡萄胎

葡萄胎诊断与鉴别诊断

诊断依据		诊断要点
症状	病史	停经史，平均为12周
	临床表现	①停经后不规则阴道流血★ ②阴道有★水泡状组织排出 ③严重妊娠呕吐，子宫异常增大变软；子宫在5个月妊娠大小时★触不到胎体，听不到胎心，无胎动
	实验室及其他检查	①HCG：明显高于正常（滋养细胞增生）。 ②B超：最常用★+诊断。 子宫腔内呈“落雪状”或“蜂窝状”影像（完全性葡萄胎） 上述表现+胎囊、部分胎儿（部分性葡萄胎）

西医治疗与随访

随访	HCG 定量测定	每周1次直至HCG正常后3周→每月1次直至HCG正常后6个月→每2个月1次共6个月，自第一次阴性后★共计1年
	注意月经是否规则，有无阴道异常流血、咳嗽、咯血	
	严格避孕6个月★，推荐避孕套和口服避孕药，一般★不用宫内节育器	

第二节 妊娠滋养细胞肿瘤（助理不考）

一、诊断

诊断依据	诊断要点
------	------

实验室及其他检查	①hCG 连续测定↑↑↑。 ②B超：★最常用。 ③病理检查★（确诊）： 侵袭性（绒毛结构）——葡萄胎排空后6个月内（<6个月）； 绒癌（未见绒毛）——葡萄胎排空后1年以上（>1年）
----------	--

二、西医治疗与随访

治疗原则以**化疗★**为主，手术和放疗为辅。

第二十一章 子宫内膜异位症与子宫腺肌病

第一节 子宫内膜异位症

1. 异位内膜★随卵巢激素的变化而发生周期性出血，最后发展为大小不等的★紫蓝色结节或包块（腹膜、宫骶韧带、直肠子宫陷凹）。
2. 卵巢子宫内膜异位症（卵巢巧克力囊肿） ★最多见。
3. 临床表现 ★育龄妇女有继发性、进行性加剧的痛经和不孕、性交痛，盆腔检查扪及与子宫相连的囊性包块或盆腔内有触痛性结节。
4. 活检即可确诊★。

西医治疗 抑制卵巢功能★

辨证论治

证候	治法	方药
气滞血瘀	理气活血，活血祛瘀	膈下逐瘀汤
寒凝血瘀	温经散寒，活血祛瘀	少腹逐瘀汤
瘀热互结	清热凉血，活血祛瘀	清热调血汤
痰瘀互结	理气化痰，活血逐瘀	苍附导痰汤合桃红四物汤
气虚血瘀	益气活血，化瘀散结	理冲汤
肾虚血瘀	补肾益气，活血化瘀	归肾丸合桃红四物汤

第二节 子宫腺肌病

临床表现：经量增多、经期延长以及★进行性加剧的痛经。

第二十二章 子宫脱垂

西医病因 ①妊娠、分娩★

分度		诊断要点（宫体+宫颈）	临床表现
I度	轻型	宫颈外口距处女膜缘<4 cm	一般无不适
	重型	宫颈外口已达处女膜缘	
II度	轻型	子宫颈脱出阴道口；宫体在阴道内	腰骶部疼痛或下坠感
	重型	宫颈+部分宫体已脱出于阴道口	
III度		子宫颈+宫体全部脱出至阴道口外	★排尿、排便异常
西医治疗		具体方法	
保守治疗	子宫托	子宫脱垂和阴道前后壁脱垂 重度子宫脱垂伴盆底肌萎缩、炎症、溃疡不用，经期停用	
		手术疗法	曼氏手术
		阴式子宫全切除及阴道前后壁修	★年龄较大无生育要求且无手术禁忌者
			II、III度子宫脱垂伴阴道前、后壁脱垂

补术		
阴道封闭术	★年老体弱不能耐受较大手术、不留性交功能	
盆底重建手术	—	

辨证论治

证候	治法	方药
中气下陷	补益中气，升阳举陷	补中益气汤
肾气亏虚	补肾固脱，益气升提	大补元煎
湿热下注	清热利湿	龙胆泻肝汤合五味消毒饮

第二十三章 不孕症

1. 原发性不孕：既往从未有过妊娠史，未避孕且未妊娠。“全不产”。继发性不孕：既往有过妊娠史，而后无避孕连续 12 个月未妊娠者。“断续”。

2. 西医病因 女方因素占 60%~70%，盆腔因素约占 35%，排卵障碍占 25%~35%。

3. 不孕症西医治疗——诱导排卵：氯米芬 首选促排卵药，来曲唑，尿促性素，卵泡刺激素，促性腺激素释放激素，溴隐亭。

辨证论治

证候	治法	方药
肾气虚弱	补肾益气，温养冲任	毓麟珠
肾阴虚证	滋阴养血，调冲益精	养精种玉汤合清骨滋肾汤
肾阳虚证	温肾益气，调补冲任	温肾丸
肝气郁结	疏肝解郁，养血理脾	开郁种玉汤
痰湿壅阻	燥湿化痰，调理冲任	启宫丸
湿热内蕴	清热除湿，活血调经	仙方活命饮
瘀滞胞宫	活血化瘀，调理冲任	少腹逐瘀汤

第二十四章 计划生育
第一节 避孕

并发症★

- (1) 子宫穿孔、节育器异位。
- (2) 节育器嵌顿或断裂。
- (3) 节育器下移或脱落。
- (4) 带器妊娠。

第二节 人工流产

人工流产是指妊娠 3 个月内采用药物或手术方法终止妊娠。

第三节 节育措施常见不良反应的中医药治疗

1. 月经异常

证候	治法	方药
肝郁血瘀	理气化瘀止血	四草止血方★
阴虚血瘀	养阴清热，化瘀止血	二至丸
气虚血瘀	益气化瘀止血	举元煎合失笑散
瘀热互结	清热凉血，化瘀止血	清经散

2. 流产术后出血

证候	治法	方药
瘀阻胞宫	活血化瘀，固冲止血	生化汤
气血两虚	益气养血，固冲止血	八珍汤
湿热壅滞	清利湿热，化瘀止血	固经丸