

全国科学技术名词审定委员会

征求意见稿

妇产科学名词

CHINESE TERMS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

2024

医学名词审定委员会

妇产科学名词审定分委员会

征求意见时间

2024-03-05至2024-06-04

内 容 简 介

本征求意见稿是妇产科学基本名词，内容包括妇科症状、体征及检查，妇科感染性疾病，妇科肿瘤或瘤样病变，生殖器损伤疾病，妇科急慢性腹痛，子宫内膜异位症和子宫腺肌症，女性生殖器发育异常，妊娠生理，妊娠诊断，产前检查与孕期保健，遗传咨询、产前筛查与产前诊断，妊娠并发症，妊娠合并内外科疾病，胎儿异常与多胎妊娠，胎儿附属物异常，正常分娩，异常分娩，分娩并发症，产褥期与产褥疾病共 19 部分，全书共 1201 条，每条名词均给出了定义或注释。



全国科学技术名词审定委员会

第七届委员会委员名单

特邀顾问：路甬祥 许嘉璐 韩启德

主任：白春礼

副主任：梁言顺 黄卫 田学军 蔡昉 邓秀新 何雷 何鸣鸿
裴亚军

常委（以姓名笔画为序）：

田立新 曲爱国 刘会洲 孙苏川 沈家焯 宋军 张军
张伯礼 林鹏 周文能 饶克勤 袁亚湘 高松 康乐
韩毅 雷筱云

委员（以姓名笔画为序）：

卜宪群 王军 王子豪 王同军 王建军 王建朗 王家臣
王清印 王德华 尹虎彬 邓初夏 石楠 叶玉如 田淼
田胜立 白殿一 包为民 冯大斌 冯惠玲 毕健康 朱星
朱士恩 朱立新 朱建平 任海 任南琪 刘青 刘正江
刘连安 刘国权 刘晓明 许毅达 那伊力江·吐尔干 孙宝国
孙瑞哲 李一军 李小娟 李志江 李伯良 李学军 李承森
李晓东 杨鲁 杨群 杨汉春 杨安钢 杨焕明 汪正平
汪雄海 宋彤 宋晓霞 张人禾 张玉森 张守攻 张社卿
张建新 张绍祥 张洪华 张继贤 陆雅海 陈杰 陈光金
陈众议 陈言放 陈映秋 陈星灿 陈超志 陈新滋 尚智丛
易静 罗玲 周畅 周少来 周洪波 郑宝森 郑筱筠
封志明 赵永恒 胡秀莲 胡家勇 南志标 柳卫平 闻映红
姜志宏 洪定一 莫纪宏 贾承造 原遵东 徐立之 高怀
高福 高培勇 唐志敏 唐绪军 益西桑布 黄清华 黄璐琦
萨楚日勒图 龚旗煌 阎志坚 梁曦东 董鸣 蒋颖
韩振海 程晓陶 程恩富 傅伯杰 曾明荣 谢地坤 赫荣乔
蔡怡 谭华荣

第四届医学名词审定委员会委员名单

主任：陈 竺

副主任：饶克勤 刘德培 贺福初 郑树森 王 宇 罗 玲

委员（以姓名笔画为序）：

于 欣 王 辰 王永明 王汝宽 李兆申 杨伟炎

沈 悌 张玉森 陈 杰 屈婉莹 胡仪吉 徐建国

曾正陪 照日格图 魏丽惠

秘书长：张玉森(兼)

妇产科学名词审定分委员会委员名单

主任：乔杰 赵扬玉

委员（以姓名笔画为序）：

王子莲 王建六 冯玲 朱兰 刘开江 刘俊涛

刘彩霞 陈敦金 周应芳 胡娅莉 黄向华 梁华茂

梁志清 韩劲松 漆洪波

秘书：陈扬 姚颖



妇产科学名词编写委员会委员名单

主 编：赵扬玉 魏 媛 梁华茂

委 员 (以姓名笔画为序):

王立杰 王学举 王 姝 朱颖军 乔 宠 刘冠媛
闫 璐 孙秀丽 杜 辉 李 璨 杨秋红 连 岩
宋 悦 张孝艳 张利利 张 岩 张春好 张 颖
张 蕾 陈 奕 周 颖 祝洪澜 姚 颖 贺豪杰
崔洪艳 赫英东 魏 俊

秘 书：陈 扬

前 言

妇产科学是一门具有自身特点的医学学科，对保护女性身体和生殖健康及防治各种妇产科疾病起着重要的作用。随着科学的进步、社会的发展、知识技术不断更新，妇产科学新理论和新技术的不断涌现，现有名词已不能满足妇产科学各方面工作的需要，而且大量新出现的名词术语，带来了内涵理解、应用和交流方面的新问题。因此，妇产科学名词术语的规范化和标准化，对于推动我国妇产科学事业的健康发展，促进学科内部与对外交流，无疑具有十分重要的意义。

受全国科学技术名词审定委员会(以下简称“全国科技名词委”)和中华医学会名词审定委员会的委托，北京大学常务副校长、北京大学医学部主任乔杰院士牵头，于2019年4月14日成立了妇产科学名词审定分委员会和编写委员会，启动了妇产科学名词的审定编写工作。妇产科名词分委员会主任委员由北京大学常务副校长、北京大学医学部主任乔杰院士和北京大学第三医院妇产科主任赵扬玉教授担任，委员由50余位从事妇产科学专业工作的专家组成。按照全国科技名词委制定的《科学技术名词审定的原则及方法》，分委会确定了编写范围，拟定了编写大纲，落实了组织分工，开始收集、编写词条。经过几十名妇产科领域专家的反复修改、核对、整理，并于2020年12月、2021年9月进行了两次集中审定，在词条选弃、中英文核对、中文释义及格式等方面反复修改和审定，形成妇产科学名词征求意见稿，广泛征求国内妇产科学专业工作者的意见。于2022年5月完成征求意见稿的修订并上报全国科技名词委。2022年11月全国科技名词委再次组织妇产科学名词审定分委员会专家进行了稿件审定。妇产科学名词审定分委员会对专家提出的意见再次进行了研究并做了相应修改。2023年5月召开妇产科学名词定稿会，经过充分的讨论后汇总专家意见，形成了上报稿件，共1201条。2024年2月，经全国科技名词委审核批准，在全国科技名词委网站及有关媒体上公示征求社会意见，预公布期限为3个月。在此期间，请社会各界人士为本学科名词建言献策。结合反馈意见修改完善后，本名词规范由全国科技名词委正式对外公布，供全国各科研、教学、生产、经营及新闻出版等部门遵照使用。

医学名词审定是一项费时费力的工作，需要翻阅大量的参考文献，只有具有奉献精神、任劳任怨的人才能胜任此项任务。我们在此由衷感谢全体编审人员的辛勤付出，全国科技名词委专家的悉心指导，以及许多参与名词编写与审定工作但并未能在编写委员会、审定委员会名单中列出的专家的付出。妇产科学相关领域发展迅速、内容涵盖广，编写难度可想而知。全体编审人员虽做出了力所能及的努力，但因水平、精力所限，书中不可避免地存在不足、不当甚至不准确之处，殷切希望学界同仁提出宝贵意见，以期再版时修订与完善。

妇产科学名词审定分委员会
2024年1月

编排说明

- 一、本征求意见稿是妇产科学基本名词，共 1201 条，每条名词均给出了定义或注释。
- 二、全书分 19 部分：妇科症状、体征及检查，妇科感染性疾病，妇科肿瘤或瘤样病变，生殖器损伤疾病，妇科急慢性腹痛，子宫内膜异位症和子宫腺肌症，女性生殖器发育异常，妊娠生理，妊娠诊断，产前检查与孕期保健，遗传咨询、产前筛查与产前诊断，妊娠并发症，妊娠合并内外科疾病，胎儿异常与多胎妊娠，胎儿附属物异常，正常分娩，异常分娩，分娩并发症，产褥期与产褥疾病。
- 三、正文按汉文名所属学科的相关概念体系排列。汉文名后给出了与该词概念相对应的英文名。
- 四、每个汉文名都附有相应的定义或注释。定义一般只给出其基本内涵，注释则扼要说明其特点。当一个汉文名有不同的概念时，则用（1）（2）等表示。
- 五、一个汉文名对应几个英文同义词时，英文词之间用“，”分开。
- 六、凡英文词的首字母大、小写均可时，一律小写；英文除必须用复数者，一般用单数形式。
- 七、“[]”中的字为可省略的部分。
- 八、主要异名和释文中的条目用楷体表示。“全称”“简称”是与正名等效使用的名词；“又称”为非推荐名，只在一定范围内使用；“俗称”为非学术用语；“曾用名”为被淘汰的旧名。
- 九、正文后所附的英汉索引按英文字母顺序排列；汉英索引按汉语拼音顺序排列。所示号码为该词在正文中的序码。索引中带“*”者为规范名的异名或在释文中出现的条目。

目 录

前言

编排说明

正文

01.妇科症状、体征及检查	1
01.01 妇科疾病常见症状及体征	1
01.02 妇科体格检查	2
01.03 妇科常用检查	3
01.04 妇科内镜	7
02.妇科感染性疾病	9
02.01 外阴及阴道炎症	9
02.02 宫颈炎症	11
02.03 盆腔炎性疾病	11
02.04 生殖器结核	14
03.妇科肿瘤或瘤样病变	14
03.01 外阴肿瘤或瘤样病变	14
03.02 阴道肿瘤或瘤样病变	16
03.03 宫颈肿瘤	17
03.04 子宫肿瘤	23
03.05 卵巢肿瘤	29
03.06 输卵管肿瘤	41
03.07 滋养细胞疾病	42
04.生殖器损伤疾病	44
05.妇科急慢性腹痛	48
06.子宫内膜异位症和子宫腺肌症	54
07.女性生殖器发育异常	55
07.01 女性性腺的发育	55
07.02 常见的女性生殖器发育异常	56
07.03 女性性发育异常	59

08.妊娠生理	62
08.01 生殖细胞、受精及胚胎早期发生	62
08.02 胎膜与胎盘	63
08.03 羊膜与羊水	64
08.04 胎儿的发育及特点	64
08.05 母体生理变化	65
09.妊娠诊断	66
10.产前检查与孕期保健	68
10.01 产前检查	68
10.02 胎儿健康的评估技术	69
10.03 围产期保健	72
11.遗传咨询、产前筛查与产前诊断	72
11.01 遗传咨询	72
11.02 产前筛查	73
11.03 产前诊断	77
12.妊娠并发症	79
12.01 自然流产	79
12.02 妊娠剧吐	81
12.03 妊娠期高血压疾病	81
12.04 妊娠期特发性疾病	83
12.05 早产	83
12.06 宫颈机能不全	83
12.07 过期妊娠	84
13.妊娠合并内外科疾病	84
13.01 妊娠合并心脏病	84
13.02 病毒性肝炎	86
13.03 TORCH 感染	87
13.04 性传播疾病	87
13.05 血液系统疾病	88
13.06 内分泌系统疾病	89
13.07 消化系统疾病	91
14.胎儿异常与多胎妊娠	102
14.01 出生缺陷	91
14.02 巨大胎儿	92

14.03 胎儿窘迫	93
14.04 死胎	93
14.05 多胎妊娠	93
14.06 胎儿手术	95
15.胎儿附属物异常	96
15.01 前置胎盘	96
15.02 胎盘早剥	96
15.03 胎盘植入性疾病	97
15.04 胎膜早破	97
15.05 脐带异常	98
15.06 羊水量异常	99
15.07 副胎盘	99
16.正常分娩	100
16.01 分娩	100
16.02 分娩机制	102
16.03 先兆临产	103
17.异常分娩	105
17.01 产程异常	105
17.02 产力异常	106
17.03 产道异常	107
17.04 胎位异常	108
17.05 肩难产	109
18.分娩并发症	110
18.01 控制产后出血的技术	112
19.产褥期与产褥疾病	113
19.01 产褥期	113
19.02 母乳喂养	114
19.03 产褥疾病	115

01. 妇科症状、体征及检查

01.01 妇科疾病常见症状及体征

01.001 阴道流血 vaginal bleeding
又称“阴道出血”。除正常月经外，女性生殖器任何部位，包括阴道、宫颈、宫体等发生的出血经阴道流出。

01.002 月经过多 menorrhagia
曾称“月经频多”。月经总量超过 80ml 的症状。

01.003 不规则阴道出血 menometrorrhagia
完全无月经周期规律可循的阴道出血。多见于无排卵性异常子宫出血。

01.004 接触性出血 contact bleeding
患者在性交、阴道检查后出现的阴道出血。色鲜红，量可多可少，出血部位多为子宫颈。可见于宫颈癌、宫颈炎等。

01.005 经间期出血 intermenstrual bleeding
又称“月经间期出血”。有规律的、在可预期的月经之间发生的阴道出血。包括随机出现和每个周期固定时间出现的出血。按出血的时间可分为卵泡期出血、围排卵期出血、黄体期出血。

01.006 卵泡期出血 postmenstrual spotting
月经干净到排卵日期间出现的阴道出血。

01.007 围排卵期出血 periovulation spotting
由于排卵所致的雌激素水平短暂下降，子宫内膜失去雌激素的支持，而出现子宫内膜脱落，引起排卵期后的少量阴道出血。

01.008 黄体期出血 premenstrual spotting
发生在黄体期的阴道出血。多由黄体功能不全，子宫内膜发生脱落所致。

01.009 绝经后阴道出血 postmenopausal vaginal bleeding
绝经后女性出现的阴道出血。

01.010 白带 leukorrhea
由阴道黏膜渗出液、宫颈管及子宫内膜腺体分泌物等混合而成的女性阴道内的分泌物。其形成与雌激素作用有关。

01.011 生理性白带 physiological leukorrhea
女性生理状态下产生的阴道分泌物。正常呈白色稀糊状或蛋清样，黏稠、量少、无异味。一般在月经前后 2~3 天、排卵期及妊娠期增多；青春期前及绝经后较少。

01.012 病理性白带 pathological leukorrhea
女性患有某种妇科疾病如生殖道炎症或发生癌变时产生的，量或者形态不同于生理状态的阴道分泌物。

01.013 盆腔包裹性积液 pelvic encapsulated

effusion

盆腔粘连导致液体局限于盆腔的某一部位，形成的囊肿样改变。多继发于盆腹腔手术或盆腔炎症。

01.014 腹壁血肿 abdominal wall hematoma

因外伤、手术或其他原因导致腹壁局部血管破裂引起的局限性的腹壁内出血，局部隆起，形成包块。

01.02 妇科体格检查

01.015 外阴部检查 vulval examination

通过目测及触诊对外阴进行初步的常规检查。包括：观察外阴发育及阴毛分布，注意大阴唇、小阴唇及会阴部位有无皮炎、溃疡、赘生物或色素减退等变化；阴蒂、尿道口及处女膜情况、有无会阴侧切及陈旧撕裂瘢痕；必要时嘱屏气用力，观察有无阴道前后壁膨出、子宫脱垂或压力性尿失禁，如有肿物需要触诊其质地、边界、活动度、有无压痛等，为进一步的诊断提供依据。

01.018 子宫前倾 anteversion of uterus

子宫体向前朝向耻骨倾斜的状态。

01.019 子宫后倾 retroversion of uterus

子宫体向后朝向骶骨倾斜的状态。

01.020 子宫前屈 anteflexion of uterus

子宫体与宫颈间的纵轴形成的角度朝向前方的子宫位置。

01.021 子宫后屈 retroflexion of uterus

子宫体与宫颈间的纵轴形成的角度朝向后方的子宫位置。

01.016 阴道窥器检查 vaginal speculum examination

使用阴道窥器对于有性生活的女性进行的阴道及宫颈检查。通过检查协助判断是否有阴道炎、宫颈炎、宫颈癌等疾病。

01.022 三合诊 rectovaginal examination

经直肠、阴道、腹部联合进行的盆腔检查。是双合诊的补充检查，有助于查清盆腔后部及子宫直肠窝的情况。

01.017 双合诊检查 bimanual examination

应用腹部、阴道联合检查法了解盆腔脏器情况的检查方法。检查者一手的两指或一指放入阴道，另一手在腹部配合检查。其目的主要是扪清阴道壁、宫颈、宫体、输卵管、卵巢、子宫韧带及宫旁结缔组织，了解女性内生殖器情况及有无盆腔内其他组织来源的肿块及有无压痛。是盆腔检查中最重要的项目。

01.023 直肠-腹诊 rectal-abdominal examination

又称“肛腹诊”“肛查”。对于无性生活史、阴道闭锁或因其他原因不宜行阴道-腹部双合诊的患者所进行的盆腔检查方式。一手食指伸入直肠，另一手在腹部配合检查，以了解子宫、附件及盆腔情况。

01.03 妇科常用检查

01.024 生殖道脱落细胞学检查 cytology of genital tract

通过获取生殖道脱落的上皮细胞（如阴道上段、子宫颈阴道部、子宫颈管及子宫腔、输卵管上皮细胞等），协助判断生殖道生理及病理变化的检查。

一种脱落细胞的染色方法。包括固定、核染色、胞浆染色、封片、透明等步骤。该法主要用于检查雌激素水平及筛查癌细胞。

01.025 阴道细胞涂片 vaginal smear

取阴道上皮细胞以了解卵巢或胎盘功能的方法。对有性生活史的妇女一般在阴道侧壁上 1/3 处轻轻刮取细胞，在玻片上涂片并固定。

01.030 巴氏分级系统 Papanicolaou system for cervical cytology

子宫颈和阴道细胞学的传统分类方法。按细胞学诊断标准分成五级。该方法使细胞学的诊断与组织病理学术语一致并与临床处理密切结合，以发现没有任何症状的宫颈病变。

01.026 子宫颈刮片 cervical pap smear

又称“子宫颈刷片”。在子宫颈外口鳞-柱状上皮交界处，以子宫颈外口为圆心，用木质铲形小刮板轻轻旋转刮取或锥形刷转刮数周，刮取局部脱落细胞并固定以进一步明确有无宫颈细胞学改变的方法。是子宫颈癌筛查的重要方法。

01.031 宫颈细胞学贝塞斯达报告系统 The Bethesda System for reporting cervical cytology, TBS

又称“TBS 分类法”。1988 年美国癌症研究所在马里兰州贝塞斯达（Bethesda）召开会议制定的阴道贝塞斯达命名系统。于 1991 年细胞学诊断报告被正式采用，2001 年（第 2 版）、2014 年（第 3 版）再次修订。

01.027 薄层液基细胞学检查 thinprep cytologic test, TCT

采用液基薄层细胞检测系统检测宫颈脱落细胞，并进行细胞学分类诊断的方法。与传统的宫颈刮片检查相比明显提高了标本的满意度及宫颈异常细胞的检出率。

01.032 无上皮内病变或恶性病变 negative for intraepithelial lesion or malignancy, NILM

宫颈细胞学检查结果中上皮细胞无异常的描述性诊断。在没有瘤变的细胞学依据时，要在前面的总分类和/或报告的描述结果中陈述是否有微生物或其他非肿瘤细胞。包括微生物中霉菌、放线菌、人乳头瘤病毒、阴道毛滴虫等微生物，及其他非肿瘤细胞、炎症反应性细胞改变、表皮细胞萎缩、宫内节育器反应、放疗反应性改变等。

01.028 宫腔吸片 endometrial aspiration cytology

对可疑子宫腔内病变进行的一种吸取宫腔组织的方法。采用特制吸管伸入宫腔，吸出宫腔内容物，将吸出物涂片、固定、染色以进一步诊断的方法。

01.033 不典型鳞状细胞 atypical squamous cell, ASC

又称“非典型鳞状细胞”。宫颈细胞学贝塞斯达报告系统（TBS）分类中的一种。提示有

01.029 巴氏染色法 Papanicolaou staining

鳞状上皮内病变的细胞改变，但从质量和数量上又不足以做出明确判断。分为无明确诊断意义的非典型鳞状细胞和不能排除高级别鳞状上皮内病变的非典型鳞状细胞两类。

01.034 无明确诊断意义的非典型鳞状细胞
atypical squamous cell of undetermined significance, ASC-US

宫颈细胞学贝塞斯达报告系统 (TBS) 分类中的一种。属于非典型鳞状细胞。细胞改变提示低级别鳞状上皮内病变，但不足以确定，是细胞学判读最多、可重复性最低的上皮细胞异常。

01.035 不能排除高级别鳞状上皮内病变的非典型鳞状细胞 atypical squamous cell, cannot exclude high grade squamous intraepithelial lesion, ASC-H

宫颈细胞学贝塞斯达报告系统 (TBS) 分类中的一种。属于非典型鳞状细胞。细胞大小与不成熟化生细胞相似、核质比接近高级别鳞状上皮内病变 (HSIL)，但核不正常 (如染色质增多、不规则和核形状不规则) 不如 HSIL 明显。

01.036 不典型腺细胞 atypical glandular cell, AGC

宫颈细胞学检查中组织学改变超出良性反应的范畴，但未达到原位腺癌诊断标准的腺细胞改变。

01.037 不能明确意义的非典型腺细胞
atypical glandular cell, not otherwise specified, AGC-NOS

又称“非典型腺细胞无具体指定”。宫颈细胞学贝塞斯达报告系统 (TBS) 分类中的一种。属于腺细胞异常。腺细胞核的非典型改变超过了反应性或修复性改变，但缺乏原位癌或浸润腺细胞癌的特点。

01.038 不典型腺细胞倾向瘤变 atypical glandular cell favor neoplastic, AGC-FN

宫颈细胞学贝塞斯达报告系统 (TBS) 分类中的一种。属于腺细胞异常。腺细胞形态学改变提示原位腺癌或浸润腺癌，但无论在数量上还是在质量上均不足以诊断原位癌或浸润腺癌。

01.039 原位腺癌 adenocarcinoma *in situ*, AIS

宫颈细胞学贝塞斯达报告系统 (TBS) 分类中的一种。属于腺细胞异常。是颈管腺上皮的高度病变。特点是核增大、深染、成层，核分裂活跃，但没有浸润表现。

01.040 人乳头瘤病毒 human papillomavirus, HPV

一种具有种属特异性的嗜上皮病毒。是一组微小无包膜环状双链 DNA 病毒，主要通过直接或间接接触污染物品、性接触或母婴传播感染人类，能引起人体皮肤黏膜的鳞状上皮增生，如寻常疣、跖疣、扁平疣、生殖器疣及宫颈癌等。根据人乳头瘤病毒生物学特征和致癌潜能，分为低危型和高危型两大类。

01.041 高危型人乳头瘤病毒 high risk human papillomavirus

可引起外阴/阴道癌、子宫颈癌和高度宫颈上皮内病变的人乳头瘤病毒。包括 HPV16、18、31、33、35、39、45、51、52、56、58、59、66、68 等亚型。

01.042 低危型人乳头瘤病毒 low risk human papillomavirus

主要引起泌尿生殖系统疣、轻度鳞状上皮内病变、复发性呼吸道息肉相关的人乳头瘤病毒。包括 HPV 6、11、42、43、44 等亚型。

01.043 人绒毛膜促性腺激素 human chorionic gonadotropin, hCG

一种由 α 、 β 亚基组成的糖蛋白激素。主要由胎盘合体滋养细胞合成分泌。 α 亚基结构与垂体分泌的卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)、甲状腺刺激素(TSH)等基本相似,而 β 亚基不同。临床上可用 β 亚基的特异性抗体检测母体血清 β 亚基,判断妊娠状态或用于妊娠滋养细胞疾病的诊断以及预后判断。

01.044 癌抗原 125 cancer antigen 125, CA125

一种上皮性肿瘤标志物。来源于胚胎时期的体腔上皮细胞。羊膜也有阳性表达,一般表达水平低且有一定时限。在多数卵巢浆液性腺癌表达阳性,一般阳性准确率可达80%以上。是应用最广泛的卵巢上皮性肿瘤标志物。持续的血清高水平预示术后肿瘤残留、复发或恶化。另外对宫颈腺癌、子宫内膜癌诊断也有一定敏感性。

01.045 人附睾蛋白 4 human epididymis protein 4, HE4

一种上皮性卵巢癌的标志物。其最早发现于人的附睾远端上皮细胞中,属于酸性糖蛋白家族。在正常卵巢表面上皮中不表达,而在卵巢浆液性癌和子宫内膜样癌中明显高表达。

01.046 糖类抗原 19-9 carbohydrate antigen 19-9, CA19-9

由直肠癌细胞系相关抗原制备的单克隆抗体。除作为消化道肿瘤如胰腺癌、结直肠癌、胃癌及肝癌的标记物,亦可作为部分卵巢上皮性肿瘤特别是卵巢黏液性肿瘤、畸胎瘤等肿瘤的标志物。

01.047 甲胎蛋白 alpha-fetoprotein, AFP

由胚胎卵黄囊及胚肝细胞产生的一种糖蛋白。在卵巢恶性生殖细胞肿瘤及肝癌中较为特异,临床上用于诊断及疗效监测。

01.048 癌胚抗原 carcinoembryonic antigen, CEA

一种肿瘤胚胎抗原。为糖蛋白,消化道肿瘤及卵巢黏液性肿瘤均可表达阳性,临床上用于诊断及疗效监测。

01.049 鳞状细胞癌抗原 squamous cell carcinoma antigen, SCCA

从子宫颈鳞状上皮细胞癌分离制备得到的一种肿瘤糖蛋白相关抗原。对绝大多数鳞状上皮细胞癌均有较高特异性,临床上用于诊断及疗效监测。

01.050 雌激素受体 estrogen receptor, ER

类固醇激素受体超家族成员的一类。由雌激素 α 受体(ER- α)和雌激素 β 受体(ER- β)组成,两者均与雌激素配体高度结合。存在于子宫内膜、平滑肌、乳腺及身体很多脏器中,与扩散到细胞核的雌激素结合,通过基因调控机制,发挥生物学效应,促进机体生长发育、调节女性生殖系统的功能。

01.051 孕激素受体 progesterone receptor, PR

一类位于孕激素靶组织细胞内或细胞表面的特异性蛋白质。存在于卵巢、子宫、乳腺等女性生殖器的组织及细胞中,阳性表达定位于细胞核内,特异地与孕激素结合,调节下游基因的转录从而发挥作用。

01.052 p53 基因 p53 gene

位于人类染色体17p13.1上的一种抑癌基因。因编码一种分子量为53kDa的蛋白质而得名,是生物体内一种抑制细胞转变为癌细胞的基因,也是重要的转录因子。正常的p53

基因能激活或抑制某些基因的转录，参与机体 DNA 损伤后修复，诱导细胞凋亡，从而维持细胞基因组的稳定性。其失活对肿瘤形成起重要作用。

过程中产生专一性的加工修饰，导致双亲中某一方的等位基因被沉默，从而使后代体细胞中两个亲本来源的等位基因有不同的表达活性的现象。

01.053 乳腺癌相关基因 breast cancer-related gene, BRCA

家族性乳腺肿瘤相关的两个基因。包括 BRCA1 和 BRCA2，均为抑癌基因。在 DNA 损伤后同源重组修复、细胞周期调控、基因转录、细胞凋亡等方面具有重要作用。BRCA 基因突变与遗传性乳腺癌-卵巢癌综合征高度相关。

01.057 活[体]组织检查 biopsy

在生殖器病变处或可疑部位取小部分组织作病理学检查的方法。

01.058 外阴活组织检查 vulval biopsy

在外阴病变部位或可疑病变部位采取少量组织进行病理学检查的方法。

01.059 子宫颈活组织检查 cervical biopsy

于宫颈表面可疑病变处钳取组织进行病理学检查的方法。最好在阴道镜指导下进行。是诊断子宫颈癌前病变和子宫颈癌的必要步骤。

01.054 错配修复基因 mismatch repair gene, MMR gene

一类参与检测、切除和修复 DNA 复制中错配碱基的基因。其编码的蛋白质可特异识别、切除和修复 DNA 复制中的错配碱基，保证遗传物质的稳定性和完整性。而微卫星不稳定性可导致原癌基因的激活和抑癌基因的失活，从而导致癌变。采用免疫组织化学法检测恶性肿瘤患者如子宫内膜癌患者中 4 种错配修复基因蛋白（MLH1、MSH2、MSH6 及 PMS2），可用于由基因突变 DNA 错配所导致的林奇综合征筛查的标志物。

01.060 宫颈管搔刮术 endocervical curettage, ECC

采用刮匙环刮宫颈管，刮出的组织物送病理学检查的方法。常用于评估宫颈管内组织有无异常。当病变延伸至宫颈管或细胞学 AGC 及以上或 3 型转化区时，应在宫颈活检的同时行宫颈管搔刮术。

01.055 程序性细胞死亡蛋白-1 programmed cell death protein-1, PD-1

免疫球蛋白超家族 B7-CD28 协同刺激分子的关键成员。主要表达于活化的 T 细胞、B 细胞、自然杀伤细胞等，参与自身免疫、肿瘤免疫的调节过程。

01.061 子宫内膜活组织检查 endometrial biopsy

刮取子宫内膜组织送病理学检查，以了解子宫内膜状态的方法。可以间接反映卵巢功能、直接反映子宫内膜病变，判断子宫发育程度及有无宫颈管及宫腔粘连，为妇科临床常用的辅助诊断方法。

01.056 基因组印记 genomic imprinting

又称“遗传印迹（genetic imprinting）”“亲代印迹（parental imprinting）”“配子印迹（gametic imprinting）”。在配子或合子发生期间，来自亲本的等位基因或染色体在发育

01.062 诊断性刮宫 diagnostic curettage

简称“诊刮”。刮取子宫内膜和内膜病灶行活组织检查，作出病理学诊断以诊断宫腔疾病的方法。

01.063 腹腔穿刺术 abdominal paracentesis
经腹壁穿刺，抽取腹腔内液体，对吸出物进行肉眼观察、化验、病理学检查等以明确诊断的方法。

01.064 经阴道后穹窿穿刺术 transvaginal culdocentesis
经阴道后穹窿穿刺，抽取盆腔积液，对吸出物进行肉眼观察、化验、病理检查等以明确诊断的方法。

01.065 阴道镜检查 colposcopy
利用阴道镜充分暴露的阴道和子宫颈，光学放大5~40倍，直接观察这些部位的血管形态和上皮结构，以及对涂布3%~5%醋酸的反应，并对可疑部位行定点活检的诊断方法。

01.066 裸眼醋酸染色试验 visual inspection with acetic acid, VIA
又称“醋酸目视检查”。宫颈检查的一种方法。以3%~5%醋酸棉球浸湿子宫颈表面1min，正常及异常组织中核质比增加的细胞会出现暂时的白色（醋酸白），周围的正常鳞状上皮则保留其原有的粉红色，以此来协助诊断宫颈病变。

01.067 裸眼碘染色试验 visual inspection with Lugol's iodine, VILI
又称“鲁氏碘液目视检查”。宫颈检查的一种方法。通过用鲁氏碘液棉球浸湿子宫颈及其周围阴道黏膜，使富含糖原的成熟鳞状上皮细胞被碘染成棕褐色，而未成熟或病变鳞状细胞及腺上皮细胞不染色，以协助诊断宫颈病变的检查。

01.04 妇科内镜

01.068 宫腔镜 hysteroscopy
用于子宫腔内检查和治疗的一种纤维光源内窥镜。包括镜体、能源系统、光源系统、灌流系统和成像系统；它是利用镜体的前部进入宫腔，对所观察的部位具有放大效应，以直观、准确成为妇科宫内病变的一项微创性检查方法。

01.069 膨宫 distention
宫腔镜检查中通过灌流系统将膨宫介质注入子宫腔，使其充分膨胀，以利于镜下检查和操作的步骤。

01.070 膨宫介质 distention media
在宫腔镜手术中，持续注入子宫腔，使子宫腔充分膨胀，保持清晰视野以利观察和操作的物质。包括气体膨宫介质（如CO₂）、低黏度液体（如甘氨酸、葡萄糖、甘露醇或山梨

醇、生理盐水）、高黏度液体（如右旋糖酐）等。

01.071 灌流系统 perfusion system
宫腔镜手术中，控制膨宫介质的入量和出量，保持膨宫压力，保证子宫腔在手术中的最佳膨胀状态的机械系统。

01.072 宫腔镜检查术 hysteroscopic surgery
一种用于诊断及治疗子宫疾病的内镜手术。应用膨宫介质扩张宫腔，通过插入宫腔的光导玻璃纤维镜直视观察宫颈管、宫颈内口、子宫内膜及输卵管开口的生理与病理变化，以便针对病变组织直观准确取材并送病理检查的内镜检查；同时也可直接在宫腔镜下进行手术治疗。

01.073 宫腔镜子宫内膜切除术 hyster-

oscopic endometrial resection

宫腔镜监测下切除子宫内膜的手术。即去除子宫内膜功能层、基底层及浅肌层，达到子宫内膜不能再生的目的。

01.074 宫腔镜子宫内膜息肉切除术 hysteroscopic endometrial polypectomy

宫腔镜下，以环形电极或其他器械将子宫内膜息肉自根部切除的手术。

01.075 宫腔镜子宫肌瘤切除术 hysteroscopic myomectomy

宫腔镜下切除突向宫腔内的子宫肌瘤的手术，包括黏膜下平滑肌瘤和部分瘤体突入宫腔的肌壁间平滑肌瘤。

01.076 宫腔镜子宫纵隔切除术 hysteroscopic uterine septum resection

宫腔镜下将子宫纵隔切除，以扩大宫腔容积的手术。是治疗子宫纵隔的标准术式。

01.077 宫腔镜宫腔粘连松解术 hysteroscopic adhesiolysis

通过机械性或电器械在宫腔镜下分离已存在的宫腔粘连的手术。主要用于治疗因宫腔粘连导致的月经异常、不孕及复发性流产等。

01.078 宫腔镜宫腔异物取出术 hysteroscopic foreign body extraction

在宫腔镜直视下寻找并取出宫腔内异物的手术。如宫内节育器残留取出等。

01.079 宫腔镜并发症 hysteroscopic complication

宫腔镜手术操作引起的其他组织器官的损伤、缺失、功能障碍等病症。

01.080 子宫穿孔 uterine perforation

宫腔手术操作中造成子宫壁全层损伤，导致

宫腔与腹腔或其他脏器相通的一种手术并发症。

01.081 过度水化综合征 hyperhydration syndrome

宫腔镜手术中，灌流介质大量吸收引起体液超负荷和/或稀释性低钠血症所致的综合征。如诊治不及时，将迅速出现急性肺水肿、脑水肿、心肺功能衰竭甚至死亡。是宫腔镜手术中严重并发症之一。

01.082 气体栓塞 gas embolism

宫腔镜手术过程中，伴随创伤性损伤事件的发生，气体进入人体循环系统，导致血流受阻，甚至血液循环中断的并发症。其发病率较低，严重时可危及患者生命。

01.083 宫腔粘连 intrauterine adhesion

因各种原因使子宫内膜受到损伤或感染，进而引发组织粘连，导致宫腔部分或全部闭锁，或子宫颈内口闭锁，并由此引发的月经异常、不孕、复发性流产等一系列的并发症。

01.084 宫颈粘连 cervical adhesion

由于各种原因，使宫颈管黏膜受损伤后形成粘连，导致的宫颈管狭窄或闭锁。可引起闭经、周期性腹痛及经血潴留等症状。

01.085 腹腔镜手术 laparoscopic surgery

在密闭的盆、腹腔内进行检查或治疗的内镜手术操作。将接有冷光源照明的腹腔镜经腹壁插入腹腔，连接摄像系统，使盆、腹腔内脏器得以显示并可通过特殊器械进行手术操作达到诊断和治疗的目的。

01.086 无气腹腔镜手术 gasless laparoscopic surgery

又称“非气腹腹腔镜手术”。在无气腹条件下施行的腹腔镜手术。是通过腹壁的机械悬

吊为腹腔内手术提供一个无需持续气体维持的腹腔内手术操作空间。可以消除气腹对患者的不利影响。

进入且积存的现象。以手按压皮下气肿的皮肤，可引起气体在皮下组织内移动，可出现捻发感或握雪感。

01.087 单孔腹腔镜手术 single port laparoscopic surgery

又称“单一切口腹腔镜手术”。通过单一的切口放入各种腹腔镜手术器械，完成一般多孔腹腔镜手术或开腹手术相同的手术操作。一般选择脐部或自然腔道如阴道等作为手术入路，可达到美容、微创、快速恢复的目的。

01.090 腹壁穿刺部位种植 abdominal puncture implantation

妇科恶性肿瘤腹腔镜手术时，恶性肿瘤细胞种植于穿刺部位，形成转移灶的现象。

01.091 酸误吸综合征 acid pulmonary aspiration syndrome

又称“门德尔松综合征（Mendelson syndrome）”。由于腹腔压力增加，胃内压力过高等原因，导致患者胃内容物逆流到咽喉腔，甚至进入气道，导致支气管痉挛，肺间质水肿及肺透明膜变的综合征。表现为哮喘样呼吸、发绀、呼吸困难、呼吸阻力增加和心动过速，双肺可闻支气管哮鸣音或湿性罗音，可很快导致肺组织水肿或急性呼吸窘迫综合征的发生。

01.088 机器人辅助腹腔镜手术 robot assisted laparoscopic surgery

采用机器人手术平台完成传统的腹腔镜手术。机器人手术系统为外科医生提供了更好的灵活性、精确性及可操控性。

01.089 皮下气肿 subcutaneous emphysema
腹腔镜操作过程中或之后皮下组织有气体

02. 妇科感染性疾病

02.01 外阴及阴道炎症

02.001 阴道微生态 vaginal microecology

由阴道微生物群、宿主的内分泌系统、阴道解剖结构及阴道局部免疫系统共同组成的生态系统。正常阴道微生物群种类繁多，以乳杆菌为主，这些微生物与宿主阴道之间相互依赖、相互制约，达到动态的生态平衡。

体侵入。

02.003 非特异性外阴炎 non-specific vulvitis

由物理、化学等非病原体因素所致的外阴皮肤或黏膜炎症。表现为外阴皮肤黏膜瘙痒、疼痛、烧灼感，于活动、性交、排尿及排便时加重。

02.002 下生殖道感染 infection of lower genital tract

外阴、阴道和子宫颈的感染。病因可能是阴道内正常微生物群的生态平衡被破坏或者病原

02.004 前庭大腺炎 bartholinitis
病原体侵犯前庭大腺导管导致的炎症。表现为局部肿胀、疼痛、灼热感，检查见局部皮

肤红肿、压痛明显，患侧前庭大腺开口处有时可见白色小点。

02.005 前庭大腺脓肿 abscess of Bartholin gland

又称“巴氏腺脓肿(Bartholin gland abscess)”病原体侵犯前庭大腺及腺管，腺管开口因肿胀或渗出物阻塞，分泌物不能外流形成的脓肿。多为单侧，患者表现为外阴肿物、疼痛、发热等。查体在大阴唇后部可触及有触痛的囊性肿物。如脓肿破裂则局部有脓液流出。

02.006 前庭大腺囊肿 bartholin cyst

又称“巴氏腺囊肿(Bartholin gland cyst)”。前庭大腺腺管开口阻塞，前庭大腺分泌物积存不能外流从而局部潴留形成囊肿，或者前庭大腺脓肿消退后，脓液吸收后被黏液分泌物所替代，亦可形成前庭大腺囊肿。多为单侧。患者可无症状或存在外阴坠胀或性生活不适，查体在大阴唇后部可触及无痛性囊性肿物。

02.007 滴虫性阴道炎 trichomonal vaginitis

由阴道毛滴虫引起的常见阴道炎症。表现为阴道分泌物增多及外阴瘙痒，间或出现灼热、疼痛、性交痛等。典型分泌物特点为稀薄脓性、泡沫状、有异味。

02.008 外阴阴道假丝酵母菌病 vulvovaginal candidiasis, VVC

曾称“念珠菌性阴道炎(candidal vaginitis)。由假丝酵母菌引起的常见外阴阴道感染性疾病。表现为外阴阴道瘙痒，以夜晚更加明显。部分患者有外阴灼热痛、性交痛及排尿痛。阴道分泌物呈豆渣样或凝乳样。确诊依据为阴道分泌物检查时发现假丝酵母菌的芽生孢子或假菌丝。

02.009 单纯性外阴阴道假丝酵母

菌病 simple vulvovaginal candidiasis

非孕期妇女发生的散发性、白假丝酵母菌所致的轻或中度外阴阴道炎症。表现为瘙痒症状无或偶有发作，疼痛无或轻至中度，阴道黏膜充血水肿无或轻至中度，无外阴抓痕、皲裂及糜烂，分泌物量无或较正常增多或量多但无溢出。

02.010 复杂性外阴阴道假丝酵母

菌病 complex vulvovaginal candidiasis

一类特殊类型的外阴阴道假丝酵母菌病。包括非白假丝酵母菌所致的、重度、复发性、妊娠期或其他疾病未控所患的外阴阴道假丝酵母菌病。

02.011 复发性外阴阴道假丝酵母

菌病 recurrent vulvovaginal candidiasis, RVVC

1年内发作大于等于4次，有症状并经真菌学证实的外阴阴道假丝酵母菌病。

02.012 细菌性阴道病 bacterial vaginosis, BV

阴道内正常菌群失调，乳杆菌减少、加德纳菌及其他厌氧菌增加所致的内源性混合感染。以带有鱼腥臭味的稀薄阴道分泌物增多为主要表现，阴道分泌物中见大量线索细胞。下列4项临床特征中至少3项阳性即诊断，①线索细胞阳性；②胺试验阳性；③阴道分泌物pH值>4.5；④阴道分泌物呈均质、稀薄、灰白色；其中线索细胞阳性为必备条件。

02.013 胺试验 whiff test

一种细菌性阴道病的诊断试验，取阴道分泌物少许放在玻片上，加入10%氢氧化钾溶液1-2滴，产生烂鱼肉样腥臭气体为阳性，系细菌性阴道病阴道分泌物中胺遇碱释放氨

所致。

02.014 萎缩性阴道炎 atrophic vaginitis

由于雌激素水平降低、阴道局部抵抗力下降引起的、以需氧菌感染为主的阴道炎症。表现为外阴烧灼不适、瘙痒，阴道分泌物稀薄，淡黄色；感染严重者阴道分泌物呈脓血性。检查见阴道皱襞消失、萎缩、菲薄。阴道黏膜充血，有散在小出血点或点状出血斑。

02.015 婴幼儿外阴阴道炎 infantile vaginitis

因婴幼儿外阴皮肤黏膜薄、雌激素水平低及阴道内异物等所致的外阴阴道继发感染，表现为阴道分泌物增多，呈脓性。可引起外阴瘙痒，患儿哭闹、烦躁不安或用手搔抓外阴。部分患儿伴下泌尿道感染，出现尿急、尿频、尿痛。

02.02 宫颈炎症

02.016 急性宫颈炎 acute cervicitis

由多种病原体，物理因素、化学因素刺激，或机械性子宫颈损伤、子宫颈异物伴发感染所致的子宫颈的急性炎症。大部分患者无症状，有症状者主要表现为阴道分泌物增多，呈粘液脓性，阴道分泌物刺激可引起外阴瘙痒及灼热感。可出现性交后出血等症状，查体可见宫颈充血、水肿，镜下可见上皮变性、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。

感染所致。

02.018 宫颈息肉 cervical polyp

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的赘生物。常呈舌状或分叶状。

02.017 慢性宫颈炎 chronic cervicitis

宫颈发生的慢性炎症，临床表现无特异性，镜下可见子宫颈间质内有大量淋巴细胞、浆细胞等慢性炎细胞浸润，可伴有子宫颈腺上皮及间质的增生和鳞状上皮的化生。可由急性宫颈炎迁延而来，也可由病原体持续

02.019 宫颈肥大 hypertrophy of cervix

慢性炎症的长期刺激导致宫颈腺体和间质增生，宫颈外观增大的表现。

02.020 宫颈柱状上皮异位 ectopic columnar epithelium of cervix

曾称“宫颈糜烂（cervical erosion）”。子宫颈管内的柱状上皮生理性外移至子宫颈阴道部的一种表现。由于柱状上皮菲薄，其下间质透出呈红色，因此，外观呈细颗粒状的红色改变。

02.03 盆腔炎性疾病

02.021 盆腔炎性疾病 pelvic inflammatory disease

女性上生殖道的一组感染性疾病。主要包括

子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎。炎症可局限于一个部位，也可同时累及几个部位。按发病过程、临床表现

可分为急性与慢性两种。

02.022 急性子宫内膜炎 acute endometritis

病原体感染子宫内膜所致盆腔炎症。表现为腹痛、发热，阴道分泌物脓性、血性或水性，有异味，病理检查子宫内膜充血、水肿，有炎性渗出物，严重者内膜坏死、脱落形成溃疡。

02.023 急性子宫肌炎 acute uterine myositis

子宫内膜炎向深部侵入子宫肌层导致的盆腔炎症。表现为腹痛、发热，妇科检查宫颈口可见脓性分泌物流出，宫颈举痛，宫体稍大，有压痛。

02.024 急性输卵管炎 acute salpingitis

输卵管黏膜感染，导致输卵管黏膜肿胀、间质水肿及充血、大量中性粒细胞浸润的盆腔炎症。表现为腹痛、发热，妇科检查可触及增粗的输卵管，压痛明显。

02.025 急性输卵管积脓 acute tubal empyema, acute pyosalpinx

急性输卵管炎加重，输卵管上皮发生退行性变或成片脱落，引起输卵管黏膜粘连，导致输卵管管腔及伞端闭锁，若有脓液积聚于管腔内则形成输卵管积脓。表现持续性腹痛，活动或性交后加重，发热，阴道分泌物增多，妇科检查时可触及附件区包块，压痛明显，不活动。

02.026 急性输卵管卵巢炎 acute salpingo-oophoritis

又称“急性附件炎”。卵巢与存在炎症的输卵管伞端粘连形成的急性卵巢周围炎。表现为腹痛及发热，多发生在流产、分娩或宫腔

手术后，妇科检查触及宫颈举痛，附件区增厚压痛。

02.027 急性输卵管卵巢脓肿 acute fallopian tube ovarian abscess, acute tubo-ovarian abscess

输卵管卵巢炎通过卵巢排卵的破孔侵入卵巢实质，脓液聚集，形成卵巢脓肿，脓肿壁与输卵管积脓粘连并穿通，形成输卵管卵巢脓肿。表现为下腹包块及局部压迫刺激症状。包块位于子宫前方可出现膀胱刺激症状，如排尿困难及尿频；包块位于子宫后方可有直肠刺激症状，出现腹泻、里急后重感及排便困难。

02.028 急性盆腔腹膜炎 acute pelvic peritonitis

盆腔内生殖器发生严重感染时，蔓延至盆腔腹膜形成的弥漫性腹膜炎。表现为腹膜充血、水肿，并有少量含纤维素的渗出液，导致盆腔脏器黏连。患者常出现腹痛、发热及消化系统症状如恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。

02.029 急性盆腔结缔组织炎 acute pelvic connective tissue inflammation

病原体经淋巴管进入盆腔结缔组织而引起结缔组织充血、水肿及中性粒细胞浸润的一种盆腔炎症。表现为持续性腹痛、发热，病情严重可出现高热、寒战，妇科检查可扪及宫旁一侧或两侧片状增厚，或两侧骶韧带高度水肿、增粗、压痛明显。

02.030 肝周围炎 perihepatitis

又称“菲茨-休-柯蒂斯综合征（Fitz-Hugh-Curtis syndrome）”。肝包膜炎症而无肝实质损害的肝脏周围炎性改变。表现为继盆腔炎症下腹痛后出现右上腹痛，以吸气时明显，右季肋部触痛，墨菲征阳性，

疼痛常向肩部、臂内侧放射，故可误诊为胆囊炎。

02.031 盆腔炎性疾病后遗症 se-

quelaes of pelvic inflammatory disease
盆腔炎性疾病未得到及时正确的诊断和治疗，可能会发生不孕、异位妊娠、盆腔包块、慢性盆腔痛及盆腔炎性疾病反复发作的一类疾病。



02.04 生殖器结核

02.032 生殖器结核 genital tuberculosis

由结核分枝杆菌引起的女性生殖器炎症。

02.033 输卵管结核 tuberculosis of fallopian tube

结核分枝杆菌侵及输卵管导致的病变。常为邻近部位结核的侵犯。多累及双侧，是导致不孕的重要原因之一。临床表现为下腹疼痛、不孕、月经异常、白带增多等。为最常见的生殖器结核类型。

02.034 子宫内膜结核 endometrial tuberculosis

结核分枝杆菌侵及子宫内膜导致的病变。表现为异常子宫出血，继而发生月经量减少甚至闭经，导致不孕。常由输卵管结核蔓延而来。

02.035 卵巢结核 ovarian tuberculosis

结核分枝杆菌侵及卵巢导致的病变。主要由输卵管结核蔓延而来。

02.036 宫颈结核 cervical tuberculosis

结核分枝杆菌侵及子宫颈导致的病变。常由子宫内膜结核蔓延而来或经淋巴或血液循环传播，较少见，表现为异常阴道流血、分泌物增多、宫颈溃疡或肿物。

02.037 盆腔腹膜结核 pelvic-peritoneal tuberculosis

结核分枝杆菌侵及盆腔腹膜导致的病变。分为渗出型和粘连型。分别以腹水和盆腔粘连为主要病变特点，常可导致肠梗阻及女性生殖器官结核，继而引起不孕。

03. 妇科肿瘤或瘤样病变

03.01 外阴肿瘤或瘤样病变

03.001 外阴尖锐湿疣 condyloma acuminatum of vulva

一种与低危型人乳头瘤病毒相关的，主要由人乳头瘤病毒 6/11 型引起的生殖器乳头状良性增生性病变。表现为散在或呈簇状增生的粉色或灰白色小乳头样突起，也可融合成片或块状，好发于易受损性交部位，如会阴后联合、小阴唇及前庭部。

03.002 外阴佩吉特病 Paget's disease of

vulva

一种生长在外阴、以肿瘤细胞在表皮内为主要特征的腺癌。多发生于外阴及肛周，呈湿疹样外观，表现为界限清楚的红色斑块，表面有渗出性结痂，病程缓慢。

03.003 外阴乳头状瘤 papilloma of vulva

由外阴鳞状上皮细胞增生形成的良性肿瘤。表现为外生性生长，形成较多指样或乳头状突起，并可成菜花状或绒毛状外观，可带蒂。

03.004 外阴汗腺瘤 hidradenoma of vulva

由表皮内顶浆分泌性汗腺的腺上皮增生而成的一种外阴良性肿瘤。表现为单个或多个隆起于皮肤表面、界限清晰、生长缓慢的小结节，多位于大阴唇表面或大小阴唇交界的皱褶处。

03.005 外阴脂肪瘤 lipoma of vulva

外阴部位一种成熟性脂肪小叶组成的良性肿瘤。表现为皮下组织内质软的分叶状皮下结节。多无症状，增大有下坠感。

03.006 外阴平滑肌瘤 leiomyoma of vulva

来源于外阴平滑肌、毛囊立毛肌或血管平滑肌的一种良性肿瘤。表现为突出于皮肤表面、光滑，质硬，可活动的结节或肿块，常位于大阴唇、小阴唇或者阴蒂部。

03.007 外阴纤维瘤 fibroma of vulva

发生于外阴，由成纤维细胞增生而成的一种良性肿瘤。表现为皮下小结节或增大为带蒂的实性肿块，多为单发，常见于大阴唇。

03.008 外阴黑色素痣 melanocytic naevus of vulva

发生于外阴部位皮肤的黑色素细胞的良性肿瘤，表现为褐色或黑色斑丘疹、斑片或结节，其上可有毛发。

03.009 外阴鳞状上皮内病变 vulvar squamous intraepithelial lesion

又称“外阴上皮内瘤变（vulvar intraepithelial neoplasia, VIN）”。外阴发生的局限于鳞状上皮内的一组病变。有进展为浸润癌的风险。

03.010 外阴低级别鳞状上皮内病变 vulvar low-grade squamous intraepithelial lesion

发生于外阴上皮的由人乳头瘤病毒（HPV）感染导致的外阴鳞状上皮内病变。外阴上皮层内细胞轻度增生伴核异型性，上皮过度增生和异型细胞改变局限于上皮下 1/3。病变常可自行消退，进展为浸润癌的风险极低。

03.011 外阴高级别鳞状上皮内病变 vulvar high-grade squamous intraepithelial lesion

发生于外阴上皮的常与高危型人乳头瘤病毒（HPV）感染相关的外阴鳞状上皮内病变。表现为外阴上皮层内细胞有中重度增生伴核异型、核分裂象增加，细胞排列紊乱，占上皮的下 2/3 或几乎全层。进展为浸润癌的风险较高。

03.012 分化型外阴上皮内瘤变 differentiated-type vulvar intraepithelial neoplasia

一种与人乳头瘤病毒（HPV）感染无关的外阴上皮内瘤变。常伴硬化性苔藓，扁平苔藓等外阴慢性病变。病变常位于阴蒂及周围，伴反复、顽固性瘙痒。多呈单病灶，表面不平，色素减退，或为边界不清、较厚的白色斑块。组织病理学表现为鳞状上皮基底细胞和/或旁基底细胞有轻微异型性，细胞密集、核深染、或出现单个或小簇细胞角化不良，形态上分化好。

03.013 外阴鳞状细胞癌 squamous cell carcinoma of vulva

原发于外阴鳞状细胞的恶性上皮性肿瘤。是外阴最常见的恶性肿瘤。表现为外阴瘙痒及外阴肿物，合并感染或较晚期癌时可出现局部疼痛、渗液和出血。

03.014 外阴恶性黑色素瘤 malignant melanoma of vulva

由外阴皮肤内黑色素细胞聚集且异常增生形成的恶性肿瘤。表现为平坦稍隆起或结节

状突起的伴有色素沉着样病变，多伴溃疡或出血，单发或多发，好发于阴蒂及大小阴唇部位。

瘤、纤维肉瘤等一大组恶性肿瘤。表现为外阴肿物，肿物增大侵犯皮肤形成溃疡后可出现出血和疼痛。

03.015 外阴基底细胞癌 vulva basal cell carcinoma

发生于外阴表皮原始基底细胞或毛囊的一种生长缓慢的低度恶性肿瘤。主要表现为外阴肿物及局部瘙痒或烧灼感。病变呈湿疹样改变或结节性，偶见明显的色素沉着。

03.018 外阴局部扩大切除术 vulval wide local excision

早期外阴癌的一种手术方式。要求手术切除范围达病灶外 2cm，深部达尿生殖膈下方；如果病灶侵犯尿道口，在预期不引起尿失禁的情况下可切除尿道远端 1cm。适用于外阴恶性黑色素瘤及国际妇产科联盟（FIGO）分期为 I A 期（病灶直径≤2cm，间质浸润深度≤1mm）的外阴鳞癌。

03.016 外阴腺癌 adenocarcinoma of vulva

原发于外阴腺体组织的恶性肿瘤，包括起源于巴氏腺、尿道旁腺或汗腺的腺癌。表现为阴道疼痛和肿胀。中晚期患者可出现溃疡，合并感染可出现渗液或者流血。

03.019 外阴根治性切除术 radical vulvectomy

适用于外阴肿瘤中病灶较大或病灶累及尿道或肛门一种手术方式。手术范围包括切除全外阴，手术边缘应至少超过肿瘤边缘 2~3cm，切除深度应达泌尿生殖膈下筋膜或耻骨骨膜，甚至行部分尿道、直肠切除及造瘘。

03.017 外阴肉瘤 sarcoma of vulva

发生于外阴的一类恶性间叶性肿瘤。包括胚胎性横纹肌肉瘤、腺泡状横纹肌肉瘤、平滑肌肉瘤、上皮样肉瘤、腺泡状软组织肉瘤、恶性外周神经鞘瘤、脂肪肉瘤、血管肉瘤、卡波西肉

03.02 阴道肿瘤或瘤样病变

03.020 阴道鳞状上皮内病变 vaginal squamous intraepithelial lesions

又称“阴道上皮内瘤变(vaginal intraepithelial neoplasia, VaIN)”。由人乳头瘤病毒感染引起的阴道鳞状上皮异常。是阴道鳞癌的癌前病变。

03.022 阴道鳞状细胞癌 vaginal squamous cell carcinoma

原发于阴道鳞状上皮细胞的恶性肿瘤。好发于绝经后老年女性。以阴道后壁中上段最常见，常呈多中心，未累及宫颈外口和外阴。可能与高危型人乳头瘤病毒感染、阴道壁长期受机械性或炎性刺激等有关。临床及病理表现类似宫颈鳞癌。

03.021 阴道癌 vaginal cancer, carcinoma of vagina

原发于女性阴道部位的恶性肿瘤。罕见，约占女性生殖器官恶性肿瘤的 1%。主要病理类型为上皮来源，如鳞癌、腺癌。

03.023 阴道腺病 vaginal adenosis

阴道壁表面或表皮黏膜下结缔组织内出现腺体组织或增生的腺组织结构的一种疾病。多见于子宫内暴露于己烯雌酚的女性。患者可无明显自觉症状。或表现为白带增多，亦

可出现性交后出血、性交痛及阴道灼热感等。

03.024 阴道腺癌 vaginal adenocarcinoma

一种发生于阴道的恶性、浸润性腺癌。包括子宫内膜样癌、透明细胞癌、黏液性癌（宫颈管型或肠型）、中肾管癌等。

03.025 阴道腺鳞癌 vaginal adenosquamous carcinoma

一种具有腺癌和鳞状细胞癌两种成分的阴道恶性上皮性肿瘤。恶性程度较高，预后较差，病因主要与人乳头瘤病毒感染相关。

03.026 阴道侵袭性血管黏液瘤 vaginal aggressive angiomyxoma

一种好发于女性盆腔、会阴深部和阴道软组织的，具有局部侵袭性的软组织肿瘤。肿瘤含丰富的黏液水肿样基质和常显示某些肌样分化的星形和梭形细胞。肿物常为无痛性缓慢生长，具有局部浸润破坏和复发的潜能，但一般不发生转移。

03.027 阴道恶性黑色素瘤 vaginal malignant melanoma

由阴道鳞状上皮内黑色素细胞聚集且异常增生形成的一种高度恶性肿瘤。多见于绝经后女性，表现为阴道黏膜表面散在棕黑色息肉样赘生物或结节。可有阴道异常分泌物、阴道肿块等。

03.03 宫颈肿瘤

03.013 宫颈病变 cervical lesion

在宫颈区域发生的各种病变。包括炎症、损伤、肿瘤（以及癌前病变）、畸形和子宫内膜异位症等。

03.014 宫颈鳞状上皮内病变 cervical squamous intraepithelial lesion

又称“宫颈上皮内瘤变（cervical intraepithelial neoplasia, CIN)”。与宫颈浸润癌密切相关的一组非浸润性子宫颈鳞状上皮病变，多与人乳头瘤病毒感染相关。分为低级别鳞状上皮内病变及高级别鳞状上皮内病变。

03.015 宫颈低级别鳞状上皮内病变 low grade squamous intraepithelial lesion, LSIL

一种多数由人乳头瘤病毒感染宫颈鳞状上皮发生的非浸润性病变。组织学上呈鳞状上皮基

底及副基底样细胞增生，细胞核极性轻度紊乱，未明确诊断意义的不典型鳞状上皮细胞有轻度异型性，核分裂象少，局限于上皮下 1/3 层，P16 染色阴性或在上皮内散在点状阳性的子宫颈病变。多与低危型 HPV 感染有关，多数可自行消退，或需较长时间方可发展为高级别病变。

03.016 宫颈高级别鳞状上皮内病变 high grade squamous intraepithelial lesion, HSIL

一种多数由人乳头瘤病毒感染宫颈鳞状上皮发生的非浸润性病变。组织学上鳞状上皮基底细胞增生，细胞核极性紊乱，核浆比例增加，核分裂象增多，异型细胞扩展到上皮下 2/3 层甚至全层，P16 在上皮 >2/3 层面内呈弥漫连续阳性的子宫颈病变。包括宫颈上皮内瘤变 2 级，宫颈上皮内瘤变 3 级、中/重度鳞状上皮不典型增生以及原位癌。属于子宫颈癌前病变，如果不治疗进展为浸润性癌的风险较高。

03.017 宫颈上皮内瘤变 cervical intraepithelial neoplasia, CIN

一组宫颈癌前期病变的统称。包括宫颈上皮细胞不典型增生和子宫原位癌。分为3级。

03.018 宫颈上皮内瘤变1级 cervical intraepithelial neoplasia I, CIN I

一种多数由于人乳头瘤病毒感染导致的宫颈上皮内病变。包括人乳头瘤病毒感染所致的扁平湿疣病变，基底细胞增生，和挖空细胞形成，上2/3层面为分化成熟细胞，核分裂主要出现在下1/3层面的子宫颈上皮内病变。相当于极轻度和轻度不典型增生。

03.019 宫颈上皮内瘤变2级 cervical intraepithelial neoplasia II, CIN II

一种由于高危型人乳头瘤病毒感染导致的宫颈上皮内病变。成熟细胞出现在上皮的上1/2至2/3层面，细胞核的异型较宫颈上皮内瘤变I级更为明显；核分裂象增多，主要存在于上皮的下2/3层面。相当于中度不典型增生。

03.020 宫颈上皮内瘤变3级 cervical intraepithelial neoplasia III, CIN III

一种由于高危型人乳头瘤病毒感染导致的宫颈上皮内病变。成熟细胞仅见于上皮1/3层面或完全缺如，细胞核显著异型，核分裂象增多，常出现病理性核分裂象的子宫颈上皮内病变。相当于重度不典型增生和原位癌。

03.021 鳞柱交接部 squamocolumnar junction, SCJ

位于宫颈外口处，宫颈鳞状上皮与柱状上皮交接的部位。由活跃的化生上皮所构成，分为原始鳞-柱状交接部和生理鳞-柱状交接部。

03.022 原始鳞-柱状交接部 original

squamocolumnar junction, OSCJ

胎儿期来源于泌尿生殖窦的鳞状上皮向头侧生长，至子宫颈外口与子宫颈管柱状上皮相邻的结合部。

03.023 生理鳞-柱状交接部 physiological squamocolumnar junction, PSCJ

生育年龄女性宫颈生理情况下的鳞柱交接部。青春期后在雌激素作用下，子宫颈管柱状上皮及其下的间质成分到达子宫颈阴道部，使原始鳞-柱状交接部外移，外移的柱状上皮由交接部内侧向子宫颈方向逐渐被鳞状上皮替代，形成新的鳞-柱状交接部，即生理鳞-柱状交接部。

03.024 宫颈转化区 cervical transformation zone

又称“[宫颈]移行带”，宫颈原始鳞-柱状交接部和生理鳞-柱状交接部之间的区域，由活跃的化生上皮构成，是宫颈癌前病变以及宫颈癌高发的区域。

03.025 宫颈1型转化区 cervical transformation zone type 1

阴道镜视野下，转化区和病变区域全部边界均位于子宫颈外口处，鳞柱交接部完全可见的转化区状态。

03.026 宫颈2型转化区 cervical transformation zone type 2

阴道镜视野下，转化区和病变区域部分位于宫颈管外，部分位于宫颈管内，镜下仅能看到部分转化区和部分病变区域边界的转化区状态。通过辅助手段（如子宫颈扩张器等）可完全暴露转化区。

03.027 宫颈3型转化区 cervical transformation zone type 3

阴道镜视野下，转化区全部或绝大部分及宫

颈病变的全部边界，均位于宫颈管内不可见的转化区状态。

03.028 宫颈腺囊肿 cervical adenocoele

又称“纳氏囊肿(Naboth cyst)”。宫颈腺管口狭窄或堵塞，导致腺体分泌物引流受阻、滞留形成的囊肿。表现为宫颈表面或宫颈内大小不等的囊性肿物，内为黏液。

03.029 宫颈鳞状上皮化生 cervical squamous metaplasia

暴露于宫颈阴道部的柱状上皮受阴道酸性环境影响，柱状上皮未分化储备细胞开始增殖，并逐渐转化为鳞状上皮，继之柱状上皮脱落，被复层鳞状细胞所替代的过程。

03.030 宫颈鳞状上皮化 cervical squamous epithelialization

宫颈阴道部鳞状上皮直接长入柱状上皮与其基底膜之间，直至柱状上皮完全脱落而被鳞状上皮替代的过程。

03.031 宫颈腺上皮内瘤变 cervical glandular intraepithelial neoplasia, CGIN

为宫颈浸润前期的腺上皮病变，被认为是宫颈腺癌的癌前病变。其发病多与高危型人乳头瘤病毒感染相关。

03.032 低级别宫颈腺上皮内瘤变 low grade cervical glandular intraepithelial neoplasia, LG-CGIN

又称“宫颈腺体不典型增生”。具有细胞异型性，但不足以诊断腺体原位癌/高级别腺上皮内病变的病变。

03.033 高级别宫颈腺上皮内瘤变 high grade cervical glandular intraepithelial neoplasia, HG-CGIN

为浸润前期的宫颈腺上皮病变。包括腺体原

位癌(AIS)/高级别腺上皮内瘤变，若不治疗，有显著发展为浸润性腺癌的风险。其组织学诊断标准为：细胞具有重度和显著异型性；可见核分裂象；常见细胞凋亡。

03.034 人乳头瘤病毒疫苗 human papillomavirus vaccine, HPV vaccine

通过将人乳头瘤病毒主要衣壳蛋白晚期基因1(late gene 1, L1)诱导生成的人乳头瘤病毒衣壳蛋白病毒样颗粒装配在酵母菌、杆状病毒、大肠埃希菌、痘病毒等不同的载体中，诱导机体产生特异性抗体，从而达到预防相关型别人乳头瘤病毒感染导致的宫颈癌及癌前病变等疾病的一种疫苗。

03.035 宫颈物理治疗 cervical physiotherapy

使用如冷冻、激光、电熨等物理方法治疗宫颈病变的一种治疗方式。针对活检提示宫颈上皮内病变、宫颈管诊刮阳性，阴道镜、细胞学检查或活检未怀疑浸润且无原位癌或腺癌的患者。

03.036 宫颈冷冻治疗 cervical cryotherapy

一种宫颈病变治疗方法。通过冷冻的方法，应用冰点下温度使组织发生局部破坏，使子宫颈病变上皮坏死脱落，然后再被新生的鳞状上皮覆盖，从而达到治疗效果。

03.037 宫颈激光消融 cervical laser ablation

一种宫颈病变治疗方法。通过激光的方法使宫颈病变上皮坏死脱落，然后再被新生的鳞状上皮覆盖，从而达到治疗效果。

03.038 宫颈电灼 electrocautery of cervix

一种宫颈病变治疗方法。通过电灼的方法，使子宫颈病变上皮坏死脱落，然后再被新生的鳞状上皮覆盖，从而达到治疗效果。

03.039 光动力治疗 photodynamics therapy

一种应用光敏剂、光特性及氧分子治疗疾病的方法。光敏剂吸收细胞内，相应波长的光照射病变部位，激发态的光敏剂转移能量给氧，产生活性氧自由基，达到阈值后可直接杀伤肿瘤细胞、封闭肿瘤血管并可提升抗肿瘤免疫作用。

03.040 宫颈冷刀锥切术 cold knife conization, KKC

应用手术刀锥形切除包括宫颈转化区及部分宫颈管组织的术式。切除包括病变范围、移行带和颈管区域。目的是通过病理检查确诊宫颈病变，并治疗部分宫颈病变。

03.041 宫颈环形电切除术 loop electrosurgical excision procedure, LEEP

应用高频环形电极对宫颈病变部分进行锥形切除的术式。切除第1块包括围绕病变的宫颈外区域，深度约为8~10mm，第2~3块为宫颈内口组织。

03.042 宫颈癌 cervical cancer

原发于子宫颈部位的恶性肿瘤。是女性生殖系统最常见的恶性肿瘤。危险因素包括高危型人乳头瘤病毒（HPV）持续感染、过早性行为、多个性伴侣、多孕多产、吸烟、免疫功能缺陷等。临床表现主要为异常子宫出血，如不规则阴道出血，性交后出血，阴道排液，晚期出现腰腹疼痛及贫血、严重消瘦等全身衰竭症状。

03.043 宫颈微小浸润性鳞状细胞癌 microscopic infiltrating squamous cell carcinoma of cervix

在宫颈高级别鳞状上皮内病变基础上，镜检发现小滴状、锯齿状癌细胞团突破基底膜、浸润间质的一种宫颈癌类型。

03.044 宫颈浸润性鳞状细胞癌 infiltrating

squamous cell carcinoma of cervix

发生于宫颈鳞状上皮的恶性肿瘤。宫颈鳞状细胞癌病灶浸润间质范围超出微小浸润癌，多呈网格状或团块状浸润宫颈间质。大部分与高危型人乳头瘤病毒（HPV）尤其是HPV16型感染相关，可分为角化型和非角化型。早期宫颈浸润性鳞状细胞癌可出现阴道流血、阴道排液或无明显临床表现，晚期因病变累及范围而出现不同的继发性症状。

03.045 外生型宫颈浸润性鳞状细胞癌 exophytic infiltrating squamous cell carcinoma of cervix

宫颈浸润性鳞状细胞癌的一种生长类型。宫颈局部癌灶向外生长，呈乳头状或菜花样，组织脆，触之易出血。典型临床表现为接触性出血。

03.046 内生型宫颈浸润性鳞状细胞癌 endophytic infiltrating squamous cell carcinoma of cervix

宫颈浸润性鳞状细胞癌的一种生长类型。宫颈癌病灶向子宫颈深部组织浸润，宫颈肥大变硬，呈桶状。早期临床表现多不典型，可表现为阴道排液、不规则子宫出血。

03.047 颈管型宫颈浸润性鳞状细胞癌 cervical canal infiltrating squamous cell carcinoma of cervix

宫颈浸润性鳞状细胞癌的一种生长类型。宫颈鳞状细胞癌灶发生于子宫颈管内，宫颈外观无明显异常，宫颈呈桶状，常有阴道排液。

03.048 溃疡型宫颈浸润性鳞状细胞癌 ulcerative infiltrating squamous cell carcinoma of cervix

宫颈浸润性鳞状细胞癌的一种生长类型。外生型和内生型宫颈浸润性鳞状细胞癌继续发展，癌灶坏死脱落，宫颈局部形成溃疡

或空洞，似火山口状。典型临床表现为阴道
排液、分泌物多、有恶臭味。

03.049 角化型宫颈浸润性鳞状细胞癌 ke-
ratinizing infiltrating squamous cell
carcinoma of cervix

宫颈浸润性鳞状细胞癌的一种病理类型。大
致相当于宫颈高分化鳞癌，癌细胞体积大，
有明显角化珠形成，可见细胞间桥，细胞异
型性较轻，无核分裂象或核分裂象罕见。预
后相对较好。

03.050 非角化型宫颈浸润性鳞状细胞癌
non-keratinizing infiltrating squamous
cell carcinoma of cervix

宫颈浸润性鳞状细胞癌的一种病理类型。大
致相当于宫颈中分化和低分化鳞癌。细胞体
积大或较小，可有单细胞角化但无角化珠，
细胞间桥不明显，细胞异型性常明显，核分
裂象多见。预后相对较差。

03.051 宫颈腺癌 cervical adenocarcinoma
发生在宫颈腺上皮的恶性肿瘤。大部分与高
危型人乳头瘤病毒（HPV）尤其是 HPV18
型感染相关，少部分为非 HPV 感染相关型。
病变多起源于宫颈管内膜，根据分化方向及
形态特征分为普通型宫颈腺癌、黏液性宫颈
腺癌、绒毛腺管状癌、宫颈内膜样癌等。其
发生位置较深，早期临床症状不明显。

03.052 普通型宫颈腺癌 common cervical
adenocarcinoma

宫颈腺癌最常见的组织学亚型。与高危型人
乳头瘤感染相关，约占宫颈腺癌的 90%。来
源于子宫颈管柱状黏液细胞。镜下见腺体结
构复杂、呈筛状和乳头状，腺上皮细胞增生
呈复层，核异型性明显，核分裂象多见。

03.053 宫颈原位腺癌 adenocarcinoma *in*

situ of cervix

局限于宫颈管黏膜及黏膜腺体的宫颈病变。
子宫颈病变保持正常腺体结构，黏膜上皮或
腺腔上皮被覆核大、深染、胞浆黏液减少、
有核仁的恶性细胞，细胞核分裂活性增加，
上皮呈不同程度的复层，但基底层完整。是
子宫颈腺癌前期病变，与人乳头瘤病毒感染
密切相关。

03.054 宫颈混合癌 mixed cervical carcino-
ma

来源于宫颈，含有多种病理成分的恶性肿瘤。
根据鳞癌和腺癌两种成分的多少，分为鳞腺
癌和腺鳞癌

03.055 宫颈腺肉瘤 cervical adenosarcoma

原发于宫颈的，由良性或有轻度非典型性腺
上皮成分与低度恶性间质成分组成的恶性
肿瘤。

03.056 宫颈癌肉瘤 cervical carcinosarcoma

又称“宫颈恶性米勒混合瘤（cervical ma-
lignant mixed Müllerian tumor）”。来自子
宫颈肌层、宫颈管内膜间质、结缔组织上皮或
血管或以上混合成分的子宫颈恶性肿瘤，常
见类型有平滑肌肉瘤、子宫内间质肉瘤、
恶性米勒管混合瘤、横纹肌肉瘤等。

03.057 宫颈恶性黑色素瘤 cervical malig-
nant melanoma

一种原发于宫颈黑色素细胞的罕见高度恶
性肿瘤。临床多表现为阴道分泌物增多、不
规则阴道流血。宫颈恶性黑色素瘤

03.058 宫颈残端癌 stump carcinoma of cer-
vix

子宫次全切除术后所残留的宫颈局部发生
癌变。

03.059 宫颈癌临床分期 clinical staging of cervical cancer

通过各种临床检查包括妇科检查、影像学检查等，评估原发肿瘤的范围以及是否有局部和远处转移，从而对患者的宫颈癌做出分期。

03.060 筋膜外子宫切除术 extrafascial hysterectomy

于子宫颈筋膜外切除全子宫的一种手术方式。

03.061 次广泛子宫切除术 subradical hysterectomy

又称“II型子宫切除术”。早期宫颈癌手术方式之一。包括切除子宫、子宫旁、阴道2~3cm、双侧骶韧带2cm、双侧主韧带及阴道旁各2cm。保留或切除双侧卵巢。适用于I A2及放疗后仅有子宫颈部分残留或复发的宫颈癌患者。

03.062 广泛性子宫切除术 radical hysterectomy

又称“宫颈癌根治术”“III型子宫切除术”。早期宫颈癌手术治疗的术式之一。包括切除子宫，近盆壁处切除主韧带，近骶骨处切除宫骶韧带（主、骶韧带切1/2至2/3），切除阴道上1/3至1/2，保留或切除双侧卵巢。

03.063 A型广泛性子宫切除术 type A radical hysterectomy

又称“宫颈癌最小根治术（minimal radical surgery）”。宫颈癌手术治疗的术式。即输尿管识别但不游离，子宫颈旁组织切除至输尿管内侧，子宫颈外侧的宫骶韧带及膀胱子宫韧带基本不切除，宫旁组织最小化切除，阴道切除小于1cm。适用于宫颈原位癌、早期浸润癌、晚期癌放化疗后患者。

03.064 B型广泛性子宫切除术 type B radi-

cal hysterectomy

又称“改良广泛性子宫切除术”。宫颈癌手术治疗的术式。子宫颈旁组织切除达输尿管“隧道”水平，部分切除宫骶韧带及膀胱子宫韧带，不切除子宫颈旁组织中子宫深静脉下方的神经丛，阴道切除至少1cm，可经阴道、经腹和腹腔镜进行。适用于早期宫颈浸润癌。包括宫颈癌B1型和B2型根治术。

03.065 C型广泛性子宫切除术 type C radical hysterectomy

宫颈癌手术治疗的术式。是经典的宫颈癌根治术式。切除宫颈旁组织至与髂内血管交界处（保留子宫深静脉下方神经），切除宫骶韧带于直肠水平（保留腹下神经），膀胱子宫韧带于膀胱水平（保留膀胱支），切除距肿瘤或子宫颈下缘1.5~2cm的阴道及阴道旁组织。可经阴道、经腹和经腹腔镜进行。适用于IB1期-II A2期宫颈癌患者。包括C1型广泛性子宫切除术和C2型广泛性子宫切除术。

03.066 C1型广泛性子宫切除术 type C1 radical hysterectomy

又称“保留神经的广泛性子宫切除术（nerve-sparing radical hysterectomy, NSRH）”。广泛性子宫切除术的一种类型。手术中，分离出背侧的自主神经后切除背侧子宫旁组织；暴露下腹下神经丛，在切除侧方子宫旁组织时仅切除盆丛的子宫支；膀胱阴道韧带内的盆丛的膀胱支予以保留，故只切除腹侧子宫旁组织的内侧，暴露输尿管下方的下腹神经，保留膀胱支。

03.067 C2型广泛性子宫切除术 type C2 radical hysterectomy

经典的广泛性子宫切除术。切除范围与C1型广泛性子宫切除术相同，但在宫旁组织处理中不保留盆腔内脏神经（膀胱支及腹下神

经)。

及阴道根据需要切除。适用于盆腔侧壁复发的宫颈癌患者。

03.068 D 型广泛性子宫切除术 type D radical radical hysterectomy

宫颈癌手术治疗的一种术式。切除子宫旁组织达盆壁，血管达髂内血管以上，暴露坐骨神经根并完全游离。包括 D1 型广泛性子宫切除术和 D2 型广泛性子宫切除术。可经阴道、经腹和经腹腔镜进行。

03.071 广泛性宫颈切除术 radical trachelectomy, RT

又称“根治性宫颈切除术”。宫颈及宫旁组织达根治性切除，保留其余部分子宫及生育功能的手术方法。术中宫旁组织切除范围与宫颈癌 B 型根治术相同。适用于有生育要求的、年轻的、国际妇产科联盟 (FIGO) 分期为 IA2~ I B1 期宫颈鳞癌或腺癌患者。

03.069 D1 型广泛性子宫切除术 type D1 radical hysterectomy

又称“侧盆扩大广泛性子宫切除术 (laterally extended radical hysterectomy)”。D 型广泛性子宫切除术的一种类型。输尿管完全游离，子宫动脉连同髂内动脉切断，侧方宫旁组织切断，自盆壁血管，腹侧及背侧宫旁组织分别于膀胱、骶骨水平切断，阴道根据需要切除。适用于 II B 期宫颈癌患者。

03.072 盆腔淋巴结清扫术 pelvic lymphadenectomy

妇科恶性肿瘤中评估盆腔淋巴结受累情况或切除转移淋巴结的手术方式。切除范围包括髂总淋巴结、髂外淋巴结、髂内淋巴结、腹股沟深淋巴结、闭孔淋巴结等，其结果关系到患者肿瘤的分期、预后以及术后治疗方法的选择。

03.070 D2 型广泛性子宫切除术 type D2 radical hysterectomy

又称“侧盆廓清术 (laterally extended endopelvic resection, LEER)”。D 型广泛性子宫切除术的一种类型。输尿管完全游离，子宫动脉连同髂内动脉切断，侧方宫旁组织切断，自盆壁肌肉筋膜，腹侧宫旁、背侧宫旁

03.073 盆腔廓清术 pelvic exenteration

针对盆腔内复发的妇科恶性肿瘤，切除所有受累的盆腔脏器并行相关重建的手术。根据切除范围分为前盆腔、后盆腔及全盆腔廓清术。主要用于中央型复发性宫颈癌。

03.04 子宫肿瘤

03.074 子宫肌瘤 uterine myoma, uterine fibroid

又称“子宫平滑肌瘤 (uterine leiomyoma)”。子宫平滑肌组织增生形成的良性肿瘤。由平滑肌及纤维结缔组织组成，是女性生殖器官中最常见的良性肿瘤。最常见的临床症状包括经量增多、经期延长、不规则阴道流血、腹部包块、压迫症状、疼痛、不孕等。

03.075 子宫体肌瘤 myoma of uterine corpus
生长于子宫体部的平滑肌瘤。是最常见的子宫平滑肌瘤类型，主要表现为月经增多、腹部包块、压迫症状、疼痛、不孕等。

03.076 宫颈肌瘤 cervical myoma, cervical fibroid

生长于子宫颈部的平滑肌瘤。由子宫颈间质内平滑肌组织或血管肌组织增生形成。常见

临床症状包括压迫症状（尿频、尿潴留、排尿不畅、便秘）、阴道不规则出血、阴道分泌物增多等

03.077 子宫肌壁间肌瘤 intramural myoma, intramural fibroid

生长于子宫肌层内的子宫平滑肌瘤。周围有正常的肌层包绕，可表现为子宫增大，子宫形状改变呈不规则凸起，可出现经量增多、经期延长、不规则阴道流血、腹部包块、压迫症状等。

03.078 子宫浆膜下肌瘤 subserous myoma, subserous fibroid

生长于子宫肌层并向子宫浆膜面生长的子宫平滑肌瘤。肌瘤突出于子宫表面，表面仅由少许肌壁及子宫浆膜覆盖。表现为子宫增大，外形不规则，带蒂浆膜下肌瘤可表现为子宫旁的实性肿物。主要表现为腹部包块、压迫症状、疼痛等。

03.079 子宫黏膜下肌瘤 submucous myoma, submucous fibroid

生长于子宫肌层并向宫腔方向生长的子宫平滑肌瘤。肌瘤突出于宫腔，表面仅有子宫内膜覆盖，表现为经量增多、经期延长、不规则阴道流血、贫血、阴道分泌物增多、不孕等。

03.080 子宫阔韧带肌瘤 uterine broad ligamentous myoma

生长于阔韧带前后腹膜之间的平滑肌瘤。分为真性阔韧带肌瘤和假性阔韧带肌瘤。

03.081 假性子宫阔韧带肌瘤 false broad ligament leiomyoma

生长于阔韧带前后腹膜之间的平滑肌瘤。其蒂部位于子宫或宫颈侧壁，瘤体突向阔韧带内。可压迫附近输尿管、膀胱、髂血管引起

输尿管积水、肾积水、尿频等症状。

03.082 真性子宫阔韧带肌瘤 true broad ligament leiomyoma

生长于阔韧带前后腹膜之间的，与子宫体不相连的平滑肌瘤。由平滑肌及纤维结缔组织组成，可压迫附近输尿管、膀胱、髂血管引起输尿管积水、肾积水、尿频等症状。

03.083 圆韧带肌瘤 myoma of round ligament

原发于子宫圆韧带平滑肌组织的肌瘤。表现为子宫圆韧带走行部位由平滑肌及纤维结缔组织增生形成的实性包块。常无明显症状，较大者可出现压迫症状。

03.084 子宫寄生性肌瘤 uterine parasitic myoma

子宫平滑肌瘤因各种原因脱落于盆腹腔内，种植于大网膜、肠系膜等处，获得血液供应并生长所形成的肌瘤。

03.085 子宫肌瘤变性 uterine fibroid degeneration

子宫肌瘤细胞质内或细胞间质内呈现异常物质或正常物质增多的现象，主要为各种原因引起子宫肌瘤局部血运供给不足所致的退行性变。

03.086 子宫肌瘤玻璃样变 hyaline degeneration of uterine fibroid

又称“[子宫肌瘤]透明变性”。子宫肌瘤肌纤维退变，剖面漩涡结构或编织状结构消失一种子宫肌瘤变性类型。镜下见病变区肌细胞消失，为均匀透明无结构区。

03.087 子宫肌瘤囊性变 cystic degeneration of uterine fibroid

子宫肌瘤肌细胞坏死液化发生的囊性改变。

肌瘤内出现大小不等的囊腔，其间有结缔组织相隔，腔内含清亮液体，也可凝固成胶冻状的一类子宫肌瘤变性类型。镜下见囊腔为玻璃样变的肌瘤组织构成，内壁无上皮覆盖。

03.088 子宫肌瘤红色变性 red degeneration of uterine fibroid

子宫肌瘤的一种特殊类型坏死表现。多见于妊娠期或产褥期，患者可出现发热、腹痛等症状。肌瘤剖面为暗红色，如半熟的牛肉，质软，镜下组织高度水肿，瘤体内小静脉内有血栓形成，血管扩张充血，广泛出血并有溶血。

03.089 子宫肌瘤肉瘤变 sarcomatous change of uterine fibroid

子宫平滑肌细胞异常增生、细胞有异型性、核分裂象易见的一类肌瘤变性类型。肌瘤组织变软且脆，切面灰黄色，似生鱼肉状，与周围组织界限不清。镜下见平滑肌细胞增生活跃，排列紊乱，漩涡状结构消失，细胞有异型性，核分裂象易见（>10个/10HPF），并可出现肿瘤细胞凝固性坏死。患者可表现为子宫肌瘤增长迅速，月经量增多，不规则出血等。

03.090 弥漫性子官平滑肌瘤病 diffuse leiomyomatosis of uterus

一种罕见的特殊类型子宫平滑肌瘤。表现为子宫弥漫性增大，几乎整个子宫肌层都布满无数界限不清、富于细胞的平滑肌瘤结节，细胞无非典型性病变。患者可表现为月经量增多，不规则出血、腹部包块等。

03.091 良性转移性平滑肌瘤 benign metastasizing leiomyoma

具有典型良性形态学特点但发生全身其他部位转移的平滑肌肿瘤。非常少见。起源于组织学上良性的平滑肌瘤。临床上以子宫肌

瘤剔除或全子宫切除术后数年发现，好发部位包括肺部、骨盆、淋巴结、乳房、骨骼和心脏等部位，其中以肺部最为常见。在发现转移灶并且排除其他非子宫区域（胃肠道、腹膜后等）原发性平滑肌肿瘤后才能确定诊断。

03.092 腹膜播散性平滑肌瘤病 leiomyomatosis peritonealis disseminata

一种特殊类型子宫平滑肌瘤。表现为多发性平滑肌瘤小结节播散分布于腹膜、大网膜、肠系膜、子宫直肠陷凹以及盆腹腔脏器表面，结节为灰白色，实性，大小不等。多在手术时发现，肿瘤为良性，对周围组织无浸润或破坏。患者同时有子宫肌瘤或既往有子宫肌瘤手术史，医源性播散性腹膜平滑肌瘤病与腹腔镜手术非密闭的肌瘤粉碎器使用相关。

03.093 子宫静脉内平滑肌瘤病 intravenous leiomyomatosis

由子宫肌瘤向脉管内生长或由脉管壁本身的平滑肌组织增生后突向管腔内形成的肿瘤，病变在腔内自由漂浮或与血管壁黏附。大体检查血管内见平滑肌瘤组织蠕虫样生长，病灶可扩散到子宫外，进入盆腔静脉，或沿下腔静脉进入心脏，有时可累及肺部。常见临床表现为盆腔疼痛、阴道流血等，累及静脉时可出现昏厥、呼吸困难，甚至死亡。

03.094 恶性潜能未定的子宫平滑肌瘤

uterine smooth muscle tumor of uncertain malignant potential, STUMP

又称“[子宫]不典型性平滑肌瘤（uterine atypical smooth muscle neoplasm, uterine atypical leiomyoma）”。不能明确诊断为平滑肌肉瘤，但也不完全符合平滑肌瘤或其亚型诊断标准，其可能具有恶性生物学行为的一种子宫平滑肌瘤类型。组织病理学表现为肿瘤具有可疑的凝固性坏死，或没有坏死，但

是核分裂象>15个/10HPF,或虽然核分裂象<10个/10HPF,但是具有细胞的不典型性,上皮样或黏液性平滑肌瘤在不典型性及增生活性方面介于良恶性之间,或不能确定是上皮样还是黏液性分化的肿瘤。

03.095 子宫肌瘤切除术 myomectomy

仅切除子宫内平滑肌瘤,而保留子宫的手术。适用于有生育要求的女性。可经腹、经腹腔镜、经阴道或经宫腔镜下完成。

03.096 子宫切除术 hysterectomy

切除子宫的手术。根据切除范围,包括广泛子宫切除、全子宫切除、次全子宫切除等。手术可经腹、经阴道或经腹腔镜进行。

03.097 子宫动脉栓塞术 uterine arterial embolization, UAE

采用血管介入的手段,选择性阻断子宫动脉及其分支,以减少子宫血供的一种手术方式。用于治疗子宫肌瘤、控制或减少子宫出血性疾病(如产后大出血、剖宫产瘢痕妊娠、宫颈妊娠等)所致的出血等。

03.098 高能聚焦超声 high intensity focused ultrasound, HIFU

将超声波聚焦后,穿透到人体内,汇聚至肿瘤部位,利用焦点处超声波的热效应,在靶区形成60℃以上的高温,导致蛋白质变性及组织细胞凝固性坏死或不可逆的严重损伤,从而达到治疗肿瘤目的的一种治疗方法。可用于子宫肌瘤、子宫腺肌瘤等。

03.099 子宫腺肌瘤 uterine adenomyoma

子宫腺肌病病灶呈局限性生长形成的似肌壁间肌瘤的结节或团块。由平滑肌围绕不同数量的子宫内膜腺体和子宫内膜间质所构成的良性病变,平滑肌是其中的主要成分。可表现为痛经。其与周围子宫肌层无明显界限,难以剥除。

03.0100 子宫肉瘤 uterine sarcoma

来源于子宫肌层、肌层内结缔组织和内膜间质的恶性肿瘤,或继发于子宫平滑肌瘤的恶性间叶性肿瘤。少见,恶性程度高。临床表现有阴道不规则出血、下腹疼痛、下坠等不适感、腹部包块、压迫症状等。

03.0101 子宫平滑肌肉瘤 uterine leiomyosarcoma

完全由具有平滑肌分化的细胞构成的子宫恶性肿瘤,是子宫最常见的恶性间叶性肿瘤。分为原发性和继发性两种。原发性平滑肌肉瘤指有具有平滑肌分化的细胞组成的恶性肿瘤,发自子宫肌层或肌壁间血管壁的平滑肌组织。继发性平滑肌肉瘤为原已存在的平滑肌瘤恶变。临床表现有阴道不规则出血、下腹疼痛、下坠等不适感、腹部包块、压迫症状等。

03.0102 子宫内间质肉瘤 endometrial stromal sarcoma, ESS

子宫内间质来源的恶性间叶性肿瘤。包括低级别子宫内间质肉瘤、高级别子宫内间质肉瘤和未分化子宫肉瘤。临床表现主要有不规则阴道出血、月经增多、阴道排液、贫血、下腹痛等。

03.0103 低级别子宫内间质肉瘤 low grade endometrial stromal sarcoma, LG-ESS

一种细胞形态类似增殖期子宫内间质细胞的恶性肿瘤。表现为浸润性生长,累及子宫肌层和/或脉管。肿瘤呈息肉状或结节状,突向宫腔或侵及肌层,边界欠清。镜下见子宫内间质细胞侵入子宫肌层肌束间,细胞形态大小一致,无明显的不典型和多型性,核分裂象一般<5个/10HPF,无坏死或坏死不明显。预后相对较好。临床表现主要有不规则阴道出血、月经增多、阴道排液、贫血、下腹痛等。

03.0104 高级别子宫内膜间质肉瘤 high grade endometrial stromal sarcoma, HG-ESS

一种子宫内膜间质来源的高度恶性肿瘤。肿瘤通常呈破坏、浸润性生长，肿瘤呈息肉状或结节状，突向宫腔或侵及肌层，无明确边界。镜下见肿瘤细胞缺乏均匀一致，具有渗透样浸润性生长方式，肿瘤细胞大，核异型明显，核分裂象常>10个/10HPF。该类型易发生宫外转移，预后较差。临床表现主要有不规则阴道出血、月经增多、阴道排液、贫血、下腹痛等。

03.0105 未分化子宫肉瘤 undifferentiated uterine sarcoma

一种发生于子宫内膜或肌层的恶性肿瘤。边界不清，侵袭破坏肌层，肿瘤细胞呈高级别特征，没有特定分化表现。大体见侵入宫腔内的息肉样肿块，伴出血坏死。镜下肿瘤细胞分化差，细胞大小不一致，核异型明显，核分裂活跃，多脉管侵犯，恶性程度高。临床表现主要有不规则阴道出血、月经增多、阴道排液、贫血、下腹痛等。

03.100 子宫腺肉瘤 uterine adenosarcoma

一种具有良性腺上皮成分及肉瘤样间叶成分的恶性肿瘤。镜下见被间质挤压成裂隙状的腺上皮成分，周围间叶细胞排列密集，细胞轻度异型。当 $\geq 25\%$ 的肿瘤由高级别肉瘤成分构成时，被归类为腺肉瘤伴肉瘤过度生长。约30%发生局部复发。发生转移的病例通常伴有肉瘤过度生长，预后较差。临床表现主要有不规则阴道出血、月经增多、阴道排液、贫血、下腹痛等。

03.101 子宫内膜息肉 endometrial polyp

由良性腺体和间质杂乱增生所构成的局限性病变。常隆起并高于毗邻黏膜表面。镜下病变内的子宫内膜腺体常呈扩张、囊性变，

间质具有纤维化和厚壁血管。可无明显症状或表现为月经失调、阴道不规则出血。

03.102 子宫腺肌瘤性息肉 adenomyomatous polyp

伴有显著平滑肌成分的子宫内膜局限性增生，呈结节状突向宫腔的病变。可无明显症状或表现为月经失调、阴道不规则出血。

03.103 子宫内膜增生 endometrial hyperplasia

子宫内膜非生理状态的腺体过度增生的病变。由于雌激素长期刺激，缺乏孕激素拮抗所致。分为子宫内膜增生不伴非典型性和子宫内膜非典型增生。

03.104 子宫内膜增生伴不典型性 endometrial hyperplasia without atypia

子宫内膜过度增生，伴腺体大小和形态不规则，腺体和间质比例高于增殖期子宫内膜，但无明显细胞不典型性的子宫内膜改变，包括既往所称的单纯型增生和部分复杂型增生，是长期雌激素作用而无孕激素拮抗所致。

03.105 子宫内膜非典型增生 endometrial atypical hyperplasia, EAH

子宫内膜增生伴有细胞不典型的状态。子宫内膜腺体增生明显超过间质增生，增生子宫内膜腺上皮细胞形态明显不同于周围子宫内膜或病变区域内腺体比例超过间质。镜下表现为管状结构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），病变区域腺体比例超过间质，腺体拥挤，仅有少量间质分隔。属于癌前病变。

03.106 子宫内膜癌 endometrial carcinoma

发生于子宫内膜的一组上皮性恶性肿瘤。以来源于子宫内膜腺体的腺癌最常见。为女性

生殖道三大恶性肿瘤之一。多见于老年妇女，主要表现为绝经后阴道出血。治疗采用以手术为主的综合治疗，因多在早期发现，预后较好。

03.107 I 型子宫内膜癌 type I endometrial carcinoma

又称“雌激素依赖型子宫内膜癌（estrogen-dependent endometrial carcinoma）”。其发生可能在无孕激素拮抗的雌激素长期作用下的子宫内膜样癌。患者较年轻，常伴有肥胖、高血压、糖尿病、不孕或不育及绝经延迟，或无排卵性疾病等。肿瘤分化较好，雌孕激素受体阳性率高，预后好。PTEN 基因失活和微卫星不稳定是常见的分子事件。

03.108 II 型子宫内膜癌 type II endometrial carcinoma

又称“非雌激素依赖型子宫内膜癌（estrogen-independent endometrial carcinoma）”。发病与雌激素无明确关系的一种子宫内膜癌少见类型。如子宫内膜浆液性癌、透明细胞癌、癌肉瘤等。多见于老年女性，肿瘤恶性程度高，分化差，雌孕激素受体多阴性或低表达，预后不良。p53 基因突变和人表皮生长因子受体-2（HER2）基因过度表达为常见分子事件。

03.109 林奇综合征 Lynch syndrome

又称“遗传性非息肉性结直肠癌综合征”。一种由错配修复基因突变引起的常染色体显性遗传病。具有家族遗传性，先证者常为家族中早发结直肠癌患者，其遗传学特征是 DNA 错配修复基因功能障碍导致的高度微卫星不稳定性。与年轻女性的子宫内膜癌发病有关。

03.110 子宫内膜样癌 endometrioid carcinoma

一类具有子宫内膜样分化的子宫内膜癌。属

于 I 型子宫内膜癌，病理表现为子宫内膜腺体高度异常增生，上皮复层，并形成筛孔状结构。癌细胞异型明显，核大、不规则、深染，核分裂活跃，分化差的内膜样癌腺体少，腺结构消失，成实性癌块。常见临床表现有阴道流血（绝经后阴道出血、围绝经期月经紊乱）、异常的阴道排液、宫腔积液或积脓、下腹痛等。

03.111 子宫内膜浆液性癌 endometrial serous carcinoma

一种 II 型子宫内膜癌。多见于绝经后女性，与 p53 基因突变相关，高度恶性，预后差。病理学特征为复杂的乳头状结构，细胞异型性明显，多为不规则复层排列，呈乳头状、腺样及实性巢片生长，1/3 伴砂粒体。常见临床表现有阴道流血（绝经后阴道出血、围绝经期月经紊乱）、异常的阴道排液、下腹疼痛等。

03.112 子宫内膜黏液性癌 endometrial mucinous carcinoma

I 型子宫内膜癌的一种类型。病理表现为肿瘤半数以上由胞质内充满黏液的细胞组成，大多数腺体结构分化良好。常见临床表现有阴道流血（绝经后阴道出血、围绝经期月经紊乱）、异常的阴道排液、下腹疼痛等。临床分期早，分化好，预后相对好。

03.113 子宫内膜透明细胞癌 endometrial clear cell carcinoma

II 型子宫内膜癌的一种类型。病理表现多呈实性片状、腺管样或乳头状排列，细胞质丰富、透亮，核呈异型性，或由靴钉细胞组成。常见临床表现有阴道流血（绝经后阴道出血、围绝经期月经紊乱）、异常的阴道排液、下腹疼痛等。

03.114 子宫癌肉瘤 uterine carcinosar-

coma

又称“恶性米勒管混合瘤(malignant mixed Müllerian tumor)”。一种由恶性上皮和恶性间叶成分混合组成的子宫恶性肿瘤。镜下见恶性上皮成分通常为米勒管型上皮，间叶成分分为同源性和异源性。恶性程度高。常见临床表现有绝经后阴道出血、异常的阴道排液、腹盆腔包块、腹水、下腹疼痛等。

03.115 子宫内膜去除术 endometrial ablation

采用各种不同的方法去除全层子宫内膜及部分浅表肌层的一种手术方式。多用以治疗异常子宫出血等。

03.116 热球子宫内膜去除术 uterine balloon thermo-ablation, UBT

用特定设备以短期高热效应破坏子宫内膜的功能层和基底层的腺上皮及基底层下浅

层平滑肌组织，使其变性坏死，以减少月经量的一种手术方式。用来治疗月经过多且不要求生育的妇女。

03.117 子宫内膜癌分期手术 staging surgery of endometrial carcinoma

子宫内膜癌的手术方式。范围包括腹腔冲洗液/腹水细胞学检查、全面盆腹腔探查及活检、全子宫双附件切除、盆腔及腹主动脉旁淋巴结切除，根据术后病理进行子宫内膜癌的手术-病理分期，并进一步辅助治疗。

03.118 前哨淋巴结绘图活检 sentinel lymph node mapping biopsy

在注入示踪染料至或接近原发肿瘤后，对发现的阳性淋巴结、肿瘤特异或器官特异的淋巴结，进行有选择性和有限的切除，避免系统淋巴结切除的方法。

03.05 卵巢肿瘤

03.119 卵巢肿瘤 ovarian neoplasm

来源于卵巢的肿瘤。可发生于任何年龄，其组织起源及组织病理学类型繁多，可以来源于各型上皮细胞、性索-间质细胞、生殖细胞以及其他少见的组织细胞。不同类型的卵巢肿瘤生物学行为不同。

03.120 卵巢上皮性肿瘤 ovarian epithelial tumor

来源于卵巢表面生发上皮的肿瘤。是最常见的卵巢肿瘤类型。占原发性卵巢肿瘤 50%~70%，依据细胞类型分为浆液性、黏液性、浆液-黏液性、子宫内膜样、透明细胞及布伦纳肿瘤，依据肿瘤生物学行为分为良性、交界性及恶性。

03.121 卵巢浆液性肿瘤 ovarian serous

tumor

一组肿瘤的细胞特征类似于输卵管上皮的肿瘤。分为良性、交界性和恶性。是卵巢上皮性肿瘤中最常见的类型，

03.122 卵巢浆液性囊腺瘤 ovarian serous cystadenoma

卵巢浆液性肿瘤的一种良性类型。单侧多见，多为囊性，表面光滑，壁薄，囊内充满淡黄色清亮液体。组织病理学表现为囊壁内衬输卵管样上皮（分泌细胞和纤毛细胞）或单层扁平至立方上皮，细胞没有异型性，无核分裂象。

03.123 卵巢浆液性表面乳头状瘤 ovarian serous surface papilloma

卵巢浆液性肿瘤较少见的一种良性类型。一

一般为双侧，位于卵巢表面，乳头生长不匀称，外无包膜，易脱落到腹腔内，种植到腹膜上，产生腹水。

03.124 卵巢浆液性腺纤维瘤 ovarian serous adenofibroma

卵巢浆液性肿瘤的一种良性类型。缺乏特殊症状，大部分患者在妇科检查或B超等辅助检查时被发现，以单侧发病占绝大多数。大体上肿瘤为实性，表面光滑或有分叶，呈结节状，活动度好。组织病理学可见间质细胞密度大和纤维化形成大的实性区域，伴有散在的浆液性腺体或粗的乳头结构。

03.125 卵巢浆液性交界性肿瘤 serous borderline ovarian tumor, SBOT

组织学形态和生物学行为处于良性浆液性肿瘤和浆液性癌之间的一种卵巢上皮性肿瘤。镜下观察上皮增生不超过3层，细胞核异型，染色较深，限于中度范围下，核分裂象较少，一个高倍视野内不多于一个，间质无浸润。早期预后相对较好，有反复复发倾向。

03.126 卵巢浆液性交界性肿瘤微乳头亚型 ovarian serous borderline tumor-micropapillary variant

又称“卵巢非浸润性低级别浆液性癌 (ovarian non-invasive low-grade serous carcinoma)”。卵巢浆液性交界性肿瘤中的少见类型。组织病理学表现为粗大乳头表面出现细长密集的长宽之比 $>5:1$ 的微乳头，后者可融合成筛状结构；微乳头/筛状结构连续成片，或病变占肿瘤10%以上的成分。此型肿瘤较普通型更易发生腹膜种植等卵巢外病变（50%对比8%），故其复发率较高，当出现卵巢外病变时，预后与低级别浆液性癌相似。

03.127 卵巢浆液性癌 ovarian serous carcinoma

最常见的卵巢恶性上皮性肿瘤。多为双侧发生，实性为主，可伴广泛盆腹腔转移和腹水。镜下见囊壁上皮明显增生，复层排列，一般在4~5层以上，癌细胞为立方形或柱状，细胞异型明显，并向间质浸润。根据细胞核分级及核分裂计数，可分为高级别和低级别浆液性癌两类。

03.128 卵巢低级别浆液性癌 low-grade serous carcinoma of ovary

一种恶性程度较低的卵巢浆液性癌。镜下可见上皮呈低度恶性细胞形态。预后比高级别浆液性癌好，对化疗敏感性欠佳。

03.129 卵巢高级别浆液性癌 high-grade serous carcinoma of ovary

一种高度恶性的卵巢浆液性癌。镜下可见上皮呈高级别核异型性，常呈乳头状、腺样和实性生长。预后较差。

03.130 卵巢黏液性肿瘤 ovarian mucinous tumor

一种组织发生来源于卵巢表面生发上皮的卵巢肿瘤。分为宫颈内膜样型和肠型黏液上皮。多数无症状，大的肿瘤表现为盆腹腔包块。

03.131 卵巢黏液性囊腺瘤 ovarian mucinous cystadenoma

一种衬覆胃肠型黏液上皮的良性卵巢肿瘤。单侧多见，多为多房囊性，体积较大，表面光滑，囊内充满胶冻样黏液，组织病理学囊壁内衬单层黏液柱状上皮，可见杯状细胞。

03.132 卵巢黏液性腺纤维瘤 ovarian mucinous adenofibroma

一种特殊的卵巢黏液性良性肿瘤。多为实性，

表面光滑或有分叶，呈结节状，活动度好。组织病理学表现为肿瘤间质成分较多，黏液腺上皮成分较少。

03.133 卵巢黏液性交界性肿瘤 ovarian mucinous borderline adenoma

卵巢肿瘤组织学形态和生物学行为处于良性黏液性肿瘤和黏液性囊腺癌之间的一种卵巢上皮性肿瘤。镜下观察上皮复层化达2~3层，不超过3层，细胞轻、中度非典型性，黏液分泌减少，可见杯状细胞；核分裂象每10个高倍视野内不超过5个，肿瘤细胞不侵及间质。预后较好。

03.134 卵巢黏液性腺癌 ovarian mucinous adenocarcinoma

卵巢上皮性恶性肿瘤中的一种类型。多为转移性，常见于胃肠道及阑尾来源，原发性黏液性癌不常见。瘤体巨大，单侧，包膜光滑，切面多房囊性或实性，囊内多为黏液，可见出血坏死。镜下见异型黏液性上皮排列成腺管状或乳头状，出现融合性或毁损性间质浸润。原发性黏液性癌可分为膨胀型和毁损性浸润两种生长模式，预后不同。

03.135 卵巢子宫内膜样肿瘤 ovarian endometrioid tumor

组织来源于卵巢表面上皮向子宫内膜样上皮化生的一种卵巢上皮性肿瘤。

03.136 卵巢子宫内膜样囊腺瘤 ovarian endometrioid cystadenoma

卵巢子宫内膜样良性肿瘤的一种类型。大体呈囊样结构，囊腔内可见陈旧性出血。组织病理学表现为囊壁衬覆良性子宫内膜样上皮，与子宫内膜囊肿不同的是，上皮下缺乏子宫内膜间质及其小血管成分。

03.137 卵巢子宫内膜样腺纤维瘤 ovarian

endometrioid adenofibroma

一种子宫内膜分化的卵巢良性肿瘤。肿瘤腺体形态与子宫内膜相似，常有明显的纤维间质。多为实性，表面光滑或有分叶，呈结节状，活动度好。组织病理学表现为肿瘤由腺管及纤维两种成分组成，并且纤维间质成分突出，有时呈现致密的纤维瘤样改变。

03.138 卵巢子宫内膜样交界性肿瘤

ovarian endometrioid borderline tumor

组织学形态和生物学行为处于良性子官内膜样肿瘤和恶性子宫内膜样腺癌之间的一种卵巢肿瘤。镜下见腺上皮有非典型增生，细胞核有异型性，但无间质浸润。

03.139 卵巢子宫内膜样癌 ovarian endometrioid carcinoma

卵巢上皮性癌的一种类型。多为单侧，较大，切面囊性或实性，有乳头生长，囊液多为血性。镜下特点与子宫内膜癌极相似，多为高分化腺癌，常伴鳞状分化。

03.140 卵巢浆黏液性癌 ovarian seromucinous carcinoma

又称“卵巢宫颈型黏液混合米勒上皮性癌（ovarian endocervical-type mucinous and mixed epithelial carcinoma of Müllerian type）”。以浆液性和宫颈型黏液性上皮类型为主的混合性卵巢上皮性恶性肿瘤。相对少见，平均发病年龄约为45岁。临床以盆腔肿块为主要表现，超过半数有腹膜子宫内膜异位症。组织病理学表现为肿瘤形成乳头结构，也可形成筛状及融合的腺体结构，出现间质浸润；被覆上皮主要有类似浆液性上皮组织，同时混合有宫颈内膜上皮细胞及透明细胞，部分伴有卵巢子宫内膜异位症。肿瘤预后与临床分期相关。

03.141 卵巢透明细胞肿瘤 ovarain clear cell tumor

一种由具有多角形胞质透亮细胞组成的卵巢上皮性肿瘤。起源于米勒上皮，是卵巢的一大类肿瘤，包括良性、交界性和恶性肿瘤。可以上皮成分为主，也可以纤维成分为主。上皮成分中最常见的是透明细胞或鞋钉样细胞。大多以腺纤维瘤为背景。

03.142 卵巢透明细胞囊腺瘤 ovarian clear cell cystadenoma

卵巢透明细胞良性肿瘤的一种类型。非常少见，肿瘤大体呈囊性，组织病理学表现为囊壁衬覆温和的立方或扁平细胞，胞质透亮或呈嗜酸性，或呈鞋钉样，核分裂象罕见。

03.143 卵巢透明细胞腺纤维瘤 ovarian clear cell adenofibroma

卵巢透明细胞良性肿瘤中最为常见的类型。肿瘤为实性，表面光滑或有分叶，呈结节状，活动度好。组织病理学表现为纤维间质丰富、致密，其间见大小不等的囊腔，囊腔内衬覆立方、扁平或鞋钉样细胞，胞质透明，偶尔呈细颗粒状或嗜酸性。细胞无明显异型性，无核分裂象。有时可以见到子宫内膜异位症病灶。

03.144 卵巢透明细胞交界性肿瘤 borderline ovarian clear cell tumor

一种比较少见的卵巢交界性上皮性肿瘤。瘤细胞巢的上皮由 1~3 层多角形细胞或鞋钉状细胞组成，可见非典型细胞，核分裂象每 10 个高倍镜视野不多于 3 个，间质无浸润。

03.145 卵巢透明细胞癌 clear cell carcinoma of ovary

一种卵巢上皮性癌。镜下可见透明细胞、靴钉样细胞及嗜酸细胞，细胞异形性明显，可见核分裂象，排列成实性片状、条索、腺管

乳头状。临床研究显示卵巢透明细胞癌与卵巢子宫内膜异位囊肿有相关性。

03.146 卵巢浆黏液性肿瘤 ovarian seromucinous tumor

一种卵巢上皮性肿瘤类型。具有两种及以上米勒上皮成分，其中主要的上皮成分类似于宫颈黏液上皮，故以往被归入黏液性肿瘤中的宫颈型，肿瘤中还可可见浆液性上皮，部分伴有卵巢子宫内膜异位症。

03.147 卵巢浆黏液性囊腺瘤 ovarian seromucinous cystadenoma

由浆液、黏液两种或两种以上米勒上皮构成的多呈囊性的一种卵巢上皮性良性肿瘤。多为单侧发生，表面光滑，囊内含有浆液或黏液成分。组织病理学表现为囊内壁衬覆细胞为浆液性和宫颈型黏液性细胞混合组成，有时也含有子宫内膜样、移行及鳞状上皮成分，部分区域可伴有卵巢子宫内膜异位病灶。

03.148 卵巢浆黏液性腺纤维瘤 ovarian seromucinous adenofibroma

由浆液、黏液两种或两种以上米勒上皮构成的以实性为主的一种卵巢囊性上皮性良性肿瘤。切面呈灰白色。组织病理学表现为腺上皮成分同囊腺瘤，由浆液性和宫颈型黏液性细胞混合组成，但以间质成分居多，也可伴有卵巢子宫内膜异位症。

03.149 卵巢浆黏液性交界性肿瘤 ovarian seromucinous borderline tumor

又称“卵巢不典型增生性浆黏液性肿瘤 (ovarian atypical proliferative seromucinous tumor)”。由两种及以上米勒上皮混合组成的具有低度恶性生物学行为的一种卵巢上皮性肿瘤。好发于中青年女性，平均年龄为 34~44 岁，近 1/3 的患者伴有子宫内膜异位症，肿瘤体积较大，平均为 8~10cm，多为

单侧。组织病理学表现为主要由浆液性和宫颈型黏液性细胞混合组成，形成复杂的乳头结构，细胞轻至中度异型。肿瘤中可出现少量子宫内膜样上皮、透明细胞及移行细胞等成分。肿瘤常伴有 ARID1A 基因突变，整体预后较好。

一类原发于卵巢的具有移行上皮特点的恶性肿瘤，且组织中无良性、化生性或增生性勃伦纳瘤上皮成分。

03.150 卵巢移行细胞瘤 transitional cell tumors of ovary

又称“布伦纳瘤 (Brenner tumor)”。一种原发于卵巢的，具有类似泌尿道的正常移行上皮或膀胱移行上皮特点的卵巢上皮性肿瘤。被认为来源于卵巢的表层上皮，分为良性、交界性及恶性勃伦纳瘤及恶性移行细胞瘤。

03.154 卵巢中肾样腺癌 ovarian mesonephric-like adenocarcinoma

卵巢中肾样腺癌 (MLA) 是一种非常罕见的肿瘤，起源于女性生殖道的中肾管残余。原发于卵巢呈现中肾管分化的腺癌，大部分肿瘤发生于绝经后妇女。卵巢 MLA 临床表现无特异性，当卵巢肿瘤大到引起腹部不适时，可出现腹胀或腹痛等症状。组织学特征等同于女性生殖道其他部位发生的中肾癌，包括小管样、腺样 (假子宫内膜样)、导管 (裂隙样或成角的腺体)、乳头状和实性模式。

03.151 卵巢良性移行细胞瘤 benign transitional cell tumor of ovary

又称“良性布伦纳瘤 (benign Brenner tumor of ovary)”。一种良性行为的卵巢移行细胞瘤。镜下该肿瘤由上皮细胞巢和纤维间质组织构成，上皮巢周围由明显的基底膜围绕，巢内细胞为圆形或多角形，细胞界限清楚，胞浆透明富含糖原。

03.155 卵巢未分化癌 ovarian undifferentiated carcinoma

一种不能呈现任何米勒细胞分化特征的卵巢恶性上皮性肿瘤。非常少见，平均发病年龄为 55 岁，诊断时多为晚期。肿瘤呈实性，常伴有大片状坏死。组织病理学表现为肿瘤呈实性、巢片、索条等结构，肿瘤细胞以圆形为主，部分可呈梭形，核分裂象高。近一半病例伴有错配修复蛋白的表达缺失，肿瘤进展快，预后差。

03.152 卵巢交界性移行细胞瘤 borderline transitional cell tumor of ovary

又称“交界性布伦纳瘤 (borderline Brenner tumor of ovary)”。一种交界性的卵巢移行细胞瘤。较少见，镜检可见分支的纤维血管乳头表面被覆移行细胞上皮，结构较复杂，细胞增生活跃，呈轻到重度异型及核的多形性，分裂活跃，无间质浸润，常有局灶性坏死。

03.156 卵巢癌肉瘤 ovarian carcinosarcoma

又称“卵巢恶性米勒混合瘤 (ovarian malignant mixed Müllerian tumor)”。属卵巢上皮和间质混合性肿瘤。是一种含有恶性上皮和恶性间叶成分的高侵袭性肿瘤。

03.153 卵巢移行细胞瘤 malignant transitional cell tumor of ovary;

又称“卵巢恶性移行细胞瘤”“卵巢恶性布伦纳瘤 (malignant Brenner tumor of ovary)”。

03.157 卵巢混合细胞腺癌 mixed cell ovarian adenocarcinoma, MCOA

一种恶性妇科肿瘤。由浆液性、黏液性和乳头状肿瘤细胞组成。其患者的临床特征和预后尚不清楚。

03.158 卵巢间叶性肿瘤 ovarian mesenchymal tumor

一类起源于间叶组织的卵巢肿瘤。罕见。

03.159 卵巢子宫内膜间质肉瘤 ovarian endometrial stromal sarcoma

一种起源于卵巢间充质的恶性肿瘤。肿瘤由圆形或卵圆形细胞组成，肿瘤细胞围绕厚壁小血管，呈漩涡状排列。较少见，分为低级别及高级别两种病理类型。

03.160 卵巢低级别子宫内膜间质肉瘤 ovarian low-grade endometrioid stromal sarcoma

原发于卵巢、由类似于子宫内膜间质细胞组成的低度恶性间叶性肿瘤。好发于围绝经期或绝经后女性，常表现为腹胀及腹痛，常单侧卵巢受累，有近 1/3 的病例表现为双侧卵巢受累，多数肿瘤合并子宫内膜异位症。组织病理学表现类似于子宫发生的低级别子宫内膜间质肉瘤，由短梭形及卵圆形类似增生期子宫内膜间质细胞组成。

03.161 卵巢高级别子宫内膜间质肉瘤 ovarian high-grade endometrioid stromal sarcoma

原发于卵巢、具有子宫内膜间质分化迹象的恶性间叶性肿瘤。好发于围绝经期或绝经后女性，常表现为腹胀及腹痛，常单侧卵巢受累。组织病理学表现为类似子宫发生的高级别间质肉瘤，肿瘤细胞具有高度异型性，核分裂象易见，预后差。

03.162 卵巢混合性上皮-间叶性肿瘤 ovarian mixed epithelial and mesenchymal tumor

同时含有上皮和间质两种成分的卵巢肿瘤。多数为恶性，包括卵巢腺肉瘤和癌肉瘤。

03.163 卵巢黏液瘤 ovarian myxoma

原发于卵巢的良性间叶性肿瘤。罕见，好发于生育期女性，多无临床症状，常为单侧附件肿块。组织病理学表现为肿瘤由分化良好的梭形细胞和丰富的黏液样基质组成，部分黏液瘤可能是卵巢间质瘤的黏液变所致。临床多为良性，偶有复发病例报道。

03.164 卵巢性索-间质肿瘤 ovarian sex cord-stromal tumor

又称“卵巢性腺-间质肿瘤”。由性索和胚胎性腺的特异性间质衍化而来的卵巢肿瘤。

03.165 卵巢纤维瘤 ovarian fibroma

由产生大量胶原的梭形细胞构成的卵巢良性肿瘤。是性索间质肿瘤中较常见的一种。可产生胸腹水，切除肿瘤后胸腹水消失。

03.166 卵巢富于细胞性纤维瘤 ovarian cellular fibroma

卵巢细胞瘤中的一种特殊病理类型。较少见，临床表现同卵巢纤维瘤，部分患者合并胸腔积液、腹水及血清 CA125 升高，临床易误诊为恶性肿瘤。肿瘤较纤维瘤偏大，大小平均为 8cm。组织病理学表现为肿瘤细胞丰富密集，细胞质界限不清，核呈圆形或卵圆形，无或仅有轻度异型性，核分裂象为 1~3 个/10HPF，胶原成分较少，一般为良性，预后良好，偶见复发。

03.167 卵巢卵泡膜细胞瘤 theca cell tumor

一种瘤细胞与卵泡膜细胞及其黄素化细胞相似的卵巢性索间质肿瘤。瘤细胞可分泌雌激素。

03.168 卵巢黄素化卵泡膜细胞瘤 partly luteinized theca cell tumor of ovary

部分黄体化的卵泡膜细胞瘤是卵泡膜细胞

瘤的一种变体。这种肿瘤属于一组肿瘤，其中包括卵泡膜细胞瘤，据信其来源于成熟的卵巢间质。该肿瘤可归类为介于卵泡膜细胞瘤和间质黄体瘤之间的“卵巢细胞型”特化性腺间质肿瘤。

03.169 卵巢硬化性间质瘤 ovarian sclerosing stromal tumor

一种良性的卵巢间质肿瘤。好发于年轻女性，没有性激素分泌异常症状，一般单侧发生，呈灰白实性或分叶状。组织病理学表现为肿瘤由成纤维细胞和圆形/多边形间质细胞构成，富细胞的假小叶和少细胞的硬化或水肿带不规则相间分布。小叶内常见管腔大小不均的薄壁血管。肿瘤属于良性，完整切除肿瘤后预后良好

03.170 卵巢微囊性间质瘤 ovarian microcystic stromal tumor

卵巢纯间质来源的良性肿瘤。罕见，单侧发生。组织病理学表现为瘤组织由微囊结构与实性富于细胞的区域和纤维性间质共存，免疫组织化学显示肿瘤细胞 CD10 和波形蛋白呈强阳性，而抑制素和钙视网膜蛋白呈阴性或弱阳性。

03.171 卵巢印戒细胞间质肿瘤 ovarian signet-ring stromal tumor

卵巢良性纯间质来源的肿瘤。仅见个案报道，为单侧发生。组织病理学表现为肿瘤由印戒状间质细胞构成，胞质内不含脂质、糖原或中性/酸性黏多糖。免疫组织化学染色显示瘤细胞可表达 CD56、 α 抑制素和平滑肌肌动蛋白（SMA）。

03.172 卵巢间质细胞瘤 ovarian Leydig cell tumor

由纤维瘤样间质和成簇类似睾丸的间质细胞构成的卵巢良性间质瘤。肿瘤由多角形细

胞组成，胞质呈嗜酸性或淡染。类似睾丸的间质细胞内含赖因克（Reinke）结晶。完全或主要由间质细胞组成的卵巢类固醇细胞瘤，罕见。起病隐匿，且临床表现多不典型，肿瘤一般体积不大，切面呈黄色或暗棕色。手术切除后预后良好。

03.173 卵巢类固醇细胞瘤 steroid cell tumor of ovary

一组由形态上类似睾丸间质细胞、黄体细胞或肾上腺皮质样细胞所组成卵巢肿瘤的统称。临床较罕见，大多具有不同程度的内分泌功能。青春期前女性多表现为性早熟，育龄期女性为男性化表现及月经紊乱，绝经后女性为阴道出血。

03.174 卵巢恶性类固醇细胞瘤 ovarian malignant steroid cell tumor

生长方式和细胞学特征属于恶性的卵巢类固醇细胞瘤。约占卵巢类固醇细胞瘤的 1/3，组织病理学表现为肿瘤出现局部侵犯是判定恶性的唯一标准。提示恶性的相关指征包括瘤体直径 > 7cm，核分裂象 > 2 个/10HPF，坏死、出血明显，细胞重度异型。

03.175 卵巢纤维肉瘤 ovarian fibrosarcoma

卵巢原发的恶性纤维性肿瘤。罕见，多发生于绝经后女性，表现为腹部肿块。肿瘤体积一般较大，质软，常伴明显的出血、坏死。组织病理学表现为肿瘤细胞极其丰富，呈编织状排列。细胞中至重度异型，核分裂象 > 4 个/10HPF，可见病理性核分裂象。属于高度恶性肿瘤，预后极差。

03.176 卵巢颗粒细胞瘤 ovarian granulosa cell tumor

仅由卵巢颗粒细胞构成的肿瘤或颗粒细胞所占比例 > 10% 的肿瘤。背景常为纤维卵泡

膜瘤样间质。低度恶性，具有远期复发特点，根据病理组织特征，分为成人型颗粒细胞瘤和幼年型颗粒细胞瘤两种类型。肿瘤多为单侧，圆形或椭圆形，呈分叶状，表面光滑，实性或部分囊性；切面组织脆而软，伴出血坏死灶。肿瘤能分泌雌激素。

03.177 卵巢成人型颗粒细胞瘤 adult granulosa cell tumor of ovary

又称“卵巢成年型粒层细胞瘤”。卵巢颗粒细胞瘤的一个病理亚型。为一种低度恶性的卵巢性索间质肿瘤。镜下见颗粒细胞环绕成小圆形囊腔，菊花样排列、中心含嗜伊红物质及核碎片（考尔-埃克斯纳小体）。肿瘤能分泌雌激素，青春期前患者可出现性早熟，生育年龄患者出现月经紊乱，绝经后患者有不规则阴道出血。

03.178 卵巢幼年型颗粒细胞瘤 ovarin juvenile type granulosa cell tumor, JGCT

又称“卵巢幼年型粒层细胞瘤”。卵巢颗粒细胞瘤的一个病理亚型。是一种主要发生于儿童和年轻成人的特殊类型的颗粒细胞瘤。占颗粒细胞瘤的 5%，98%为单侧。镜下瘤细胞多为弥漫分布，部分呈结节状，以小滤泡结构居多，罕见核碎片（考尔-埃克斯纳小体）。多数患者初诊时为早期，预后良好。若肿瘤破裂、腹腔积液细胞学阳性或肿瘤生长突破卵巢，则术后复发风险较高。

03.179 卵巢支持细胞瘤 ovarian Sertoli cell tumor

完全或几乎以类似睾丸支持细胞样细胞构成的单纯性卵巢性索肿瘤。少见，仅占卵巢性索间质肿瘤的 4%，多数支持细胞瘤无激素分泌功能，少数伴有高雌激素所致阴道流血等症状，极少数有雄激素所致去女性化及男性化表现，部分患者伴有生殖器发育异常。肿瘤实性，质硬，包膜完整。组织病理学表

现为肿瘤完全或几乎由形成实性或空心小管的支持细胞构成，间质没有或有极少的间质细胞。

03.180 卵巢环状小管性索肿瘤 ovarian sex cord tumor with annular tubule

由性索成分（支持细胞）排列成单纯性或复杂性环状小管而构成的卵巢支持细胞瘤。罕见。根据临床上是否伴有波伊茨-耶格综合征分为两个亚型：不伴者，为散发性，多为单侧发生，瘤体较大，组织病理学表现为瘤细胞排列复杂，由环状小管盘绕而成，此型约 20%呈恶性，可出现淋巴结播散转移；伴有者，发病时更年轻，多为双侧卵巢受累，瘤体极小，组织病理学表现为多灶错构瘤样微瘤，钙化明显，瘤组织环状小管结构较简单，由环状或实心小管构成，绝大部分为良性。

03.181 卵巢混合性性索-间质肿瘤 ovarian mixed sex cord-stromal tumor

多种组织成分组成的卵巢性索间质肿瘤。包括性索瘤伴环状小管、两性母细胞瘤和不能分类的性索间质肿瘤等。

03.182 卵巢支持-间质细胞瘤 ovarian Sertoli-Leydig cell tumor, SLCT

又称“[卵巢]睾丸母细胞瘤”。一种由不同比例的支持细胞和类似睾丸间质细胞的瘤细胞构成的卵巢肿瘤。镜下见不同分化程度的支持细胞及间质细胞。高分化者属于良性，中低分化为恶性。多发生于 40 岁以下妇女，单侧居多，通常较小，实性。

03.183 卵巢生殖细胞肿瘤 ovarian germ cell tumor

来源于原始生殖细胞向多个分化方向的一组异质性肿瘤。多发生于年轻妇女及幼女，除成熟性畸胎瘤等少数组织学类型外，大多

数为恶性肿瘤。

03.184 卵巢畸胎瘤 ovarian teratoma

卵巢生殖细胞肿瘤的一种最常见的类型。由多胚层组织构成，偶见只含一个胚层成分。肿瘤多数为良性，由成熟组织组成，少数为恶性，由未成熟组织组成。

03.185 卵巢成熟畸胎瘤 ovarian mature teratoma

发生于卵巢的，完全由来自两个或三个胚层（包括内胚层、中胚层和外胚层）的成熟组织构成的良性肿瘤。

03.186 卵巢未成熟畸胎瘤 ovarian immature teratoma

发生于卵巢的、含有数量不等的未成熟胚胎性成分（通常为未成熟的神经外胚层成分，如原始神经管）的畸胎瘤。根据未成熟神经外胚层成分的多少分为1级、2级、3级。有向成熟畸胎瘤转化的特性。

03.187 卵巢单胚层畸胎瘤 ovarian monodermal teratoma

主要或完全由单胚层（内、外胚层）来源的卵巢成熟性畸胎瘤。

03.188 卵巢甲状腺肿 struma ovarii

完全或主要由甲状腺组织构成的卵巢畸胎瘤。有可能分泌甲状腺激素，可出现甲亢的症状。可出现和正常甲状腺滤泡组织一样的改变，具有以上成分方可诊断。卵巢甲状腺肿包括甲状腺瘤和/或甲状腺癌（恶性卵巢甲状腺肿），甲状腺癌最常见为乳头状癌，其次为滤泡癌。

03.189 畸胎瘤伴恶性转化 teratoma with malignant transformation

良性畸胎瘤向恶性畸胎瘤转变的现象。病理

表现为肿瘤内同时可见分化良好和分化不良的组织，还有胚胎性癌样组织、灶性恶性上皮性组织及间叶组织。临床表现为良性畸胎瘤转化为具有侵袭倾向的恶性畸胎瘤，发生转移、浸润等恶性生物学行为。

03.190 卵巢甲状腺类癌 ovarian strumal carcinoid

原发卵巢类癌的一种亚型。肿瘤同时含有甲状腺组织和类癌两种成分，罕见。因临床症状及体征不典型，易造成误诊，多为偶然发现。组织病理学表现为肿瘤中甲状腺成分可以是巨滤泡，也可以是小滤泡，类癌成分多为梁状或岛状。预后良好。

03.191 卵巢无性细胞瘤 ovarian dysgerminoma

一种中度恶性的卵巢生殖细胞肿瘤。肿瘤细胞在组织化学和超微结构上均与原始生殖细胞相同。肿瘤为圆形或椭圆形，中等大，实性，触之如橡皮样。表面光滑或呈分叶状，切面淡棕色。

03.192 卵巢卵黄囊瘤 ovarian yolk sac tumor

又名“卵巢内胚窦瘤（ovarian endodermal sinus tumor）”。一种来源于胚外结构卵黄囊的卵巢生殖细胞肿瘤。好发于儿童及年轻妇女。恶性程度高，生长迅速、易早期转移，对化疗敏感。经正规治疗后预后良好。

03.193 卵巢胚胎性癌 ovarian embryonal carcinoma

一种极少见的未分化并具有多种分化潜能的高度恶性生殖细胞肿瘤。

03.194 卵巢非妊娠绒毛膜癌 ovarian nongestational choriocarcinoma

一种卵巢生殖细胞中的多潜能细胞向胚外

结构（滋养细胞或卵黄囊等）发展而来的恶性程度极高的生殖细胞肿瘤。卵巢细胞异常分化，形成恶性滋养细胞，有侵袭转移能力，也可以分泌 hCG，常表现为卵巢的较大体积实性肿物，内部充满、缺血、坏死，伴有血 hCG 显著升高。

03.195 卵巢混合性生殖细胞肿瘤 ovarian mixed germ cell tumor

由 2 种或更多种生殖细胞肿瘤类型构成的卵巢恶性肿瘤。可包括无性细胞瘤、卵黄囊瘤、胚胎瘤等多种成分。

03.196 卵巢生殖细胞-性索-间质肿瘤 ovarian germ cell-sex cordstromal tumor

一组由生殖细胞和性索-间质成分混合组成的卵巢肿瘤。包括性腺母细胞瘤及其他混合性生殖细胞-性索间质肿瘤，罕见。预后与所含的生殖细胞类型有关。

03.197 卵巢性腺母细胞瘤 ovarian gonadoblastoma

由伴有恶性生殖细胞肿瘤的性腺母细胞瘤、不成熟性索细胞和生殖细胞混合而成的肿瘤（生殖细胞部分可视为原位恶性生殖细胞肿瘤）。罕见，几乎均发生在有发育异常的性腺组织中。肿瘤多数为双侧病变，瘤体较小，当伴有恶性生殖细胞瘤，如无性细胞瘤成分过度生长时，肿瘤明显增大。组织病理学表现为肿瘤由原始生殖细胞与不成熟的支持或粒层细胞混杂排列，生殖细胞成分主要为无性细胞瘤或类似睾丸精原细胞瘤的成分，这些成分可以出现退变及钙化，也可以过度增生。

03.198 卵巢网腺瘤 adenoma of rete ovarii

起源于卵巢网的良性肿瘤。罕见，多发病于绝经后妇女，可能表现为盆腔/腹腔不适或因

血清睾酮升高而导致的男性化迹象。组织病理学上卵巢网腺瘤位于卵巢门的中央，边界清楚，由密集的小的、拉长至圆形的、扩张的小管组成，部分管腔内有局灶的、不同复杂程度的乳头。衬覆细胞呈立方形至轻微柱状，有很少的嗜酸性至淡染胞质，通常没有细胞异型性和核分裂象。间质稀少，其中可能含有 Leydig/黄素化细胞。

03.199 卵巢网腺癌 adenocarcinoma of rete ovarii

起源于卵巢网的恶性肿瘤。罕见，多发病于绝经后妇女，组织病理学上可具有分支状小管、囊肿、乳头和实性生长，有细胞异型性和核分裂象活性。

03.200 卵巢沃尔夫管肿瘤 ovarian Wolffian tumor

又称“卵巢中肾管肿瘤”。沃尔夫管起源的一种罕见的独特的上皮性肿瘤。大多数附件沃尔夫管肿瘤位于阔韧带和输卵管中段。仅 20% 见于卵巢，位于门部，靠近卵巢网。临床上多无症状，少见情况下，患者表现为腹痛、腹腔肿块或阴道出血。

03.201 卵巢实性假乳头状瘤 ovarian solid pseudopapillary neoplasm

原发于卵巢、组织形态与胰腺实性假乳头状瘤相似的肿瘤。罕见，发病年龄为 17~57 岁，临床表现为非特异性的卵巢肿块。肿瘤直径常 >10cm，囊实性。组织病理学表现同胰腺同名肿瘤，瘤细胞呈片状和巢状排列，其间可见索状和假乳头状结构。

03.202 卵巢高血钙型小细胞癌 ovarian hypercalcemic type small cell carcinoma

罕见的卵巢未分化肿瘤。好发于年轻女性，临床上常伴有血钙水平增高。肿瘤体积通常

较大，常伴有出血、坏死。组织病理学表现为瘤细胞常呈弥漫性排列，其间可见灶状滤泡样腔隙，腔内含嗜酸性液体，肿瘤细胞较小，但其间可见大细胞成分。近期研究表明该肿瘤具有 SMARCA4 基因突变。治疗效果不理想，预后差。

或血性液体，囊壁有浅黄色波浪状花环样结构或不完整的黄色条带。多发生于排卵后或妊娠期，多数无症状。可发生囊肿破损、出血，严重者可引起急腹症。组织病理学表现为囊壁较厚，可见黄素化的颗粒细胞和卵泡膜细胞组成的皱褶样结构，两层细胞结构清晰。

03.203 卵巢肾母细胞瘤 ovarian nephroblastoma

又称“卵巢维尔姆斯瘤 (ovarian Wilms tumor)”。原发于卵巢的类似于肾母细胞瘤特征的肿瘤。肿瘤来源于后肾组织，偶见于卵巢或原始中胚层。原发于卵巢者罕见，儿童及成人均可发生，组织病理学表现与肾的同名肿瘤相同，对化疗非常敏感。

03.207 卵巢巨大孤立性黄素化滤泡囊肿 ovarian large solitary luteinized follicle cyst

以单侧、大而孤立的黄素化滤泡囊肿为特征，囊壁菲薄、光滑，囊内含水样液或黏液样物质的卵巢囊肿。多见于妊娠中晚期或产褥期。组织病理学表现为囊壁衬覆单层至数层黄素化的颗粒细胞及卵泡膜细胞，二者常不易区分。多数囊肿可自发消失。体积巨大者可手术切除，预后良好。镜下可见囊壁衬覆多层黄素化细胞。

03.204 卵巢瘤样病变 ovarian tumor-like lesion

卵巢非肿瘤性囊肿或增生性病变。可为生理性，亦可为病理性。

03.208 卵巢高反应黄素化 ovarian hyper-reaction luteinosis

又称“卵巢过度黄素化反应”“卵巢黄素化囊肿 (ovarian theca-lutein cyst, theca-lutein ovarian cyst)”。多与妊娠相关，与生理及病理状态下人绒毛膜促性腺激素过度刺激有关的卵巢良性囊肿。常见于多胎妊娠、妊娠滋养细胞疾病及促排卵药物治疗的患者。一般无症状，往往在剖宫产术中或于 B 超检查时发现。双侧卵巢增大，最大可至直径 15cm 以上。切面见多发囊肿，壁菲薄，内含水样或血性液体。组织病理学表现为囊壁衬覆黄素化卵泡膜细胞与颗粒细胞，中央缺乏纤维化。一般在产褥期退缩，少数可持续 6 个月，个别囊肿长期不退缩或伴有卵巢广泛出血梗死者需手术治疗。

03.205 卵巢滤泡囊肿 ovarian follicle cyst

由于卵泡上皮变性、卵泡壁结缔组织增生变厚、卵细胞死亡、卵泡液未被吸收或者增多而形成的卵巢囊肿。属于生理性囊肿。多见于育龄期的非妊娠女性。一般无临床症状。囊肿直径 $\geq 3\text{cm}$ ，多为孤立性，切面为单房，内含水样或血性液体。组织病理学表现为卵泡囊壁衬覆两层细胞，内层为颗粒细胞，外层为卵泡膜细胞。囊肿常在 4~6 周自动吸收消失，持续存在或进行性增大者可行手术切除。

03.206 卵巢黄体囊肿 ovarian corpus luteum cyst

卵巢在排卵后形成黄体，正常成熟黄体的直径为 2~3cm，呈囊性结构，若囊性黄体持续存在或增长，黄体腔内有大量的积液，形成直径超过 3cm 的囊肿。单房，内含淡黄色

03.209 卵巢妊娠黄体瘤 ovarian pregnancy luteoma

正常妊娠时黄体细胞增生所形成的单个或多个结节状肿物。产后自然消退，多在妊娠末期出现，典型者发生于 30~40 岁多产次的女性。多数患者无症状，常在剖宫产或输卵管结扎术时偶然发现。有时为明显的盆腔包块，少数患者可出现男性化表现。病变组织常呈现较大的实性结节，直径最大达 20cm，平均为 6.6cm，常为多发性。切面为红色至棕黄色，质软，边缘清晰，常见局灶性出血。组织病理学表现为结节由片状或巢状增生的黄素化细胞组成，少数可见滤泡样腔隙及淡红色液体或胶样物质。

03.210 卵巢间质增生 ovarian stromal hyperplasia

与黄素化细胞无关的卵巢间质细胞的非肿瘤性增生现象。表现为皮髓质间界限消失或出现结节。多发于围绝经期及绝经后女性，大多数无症状，少数出现雌激素或雄激素升高的临床表现。双侧卵巢正常大小或轻度增大。组织病理学表现为间质细胞呈结节状或弥漫性生长，占卵巢的大部分，皮髓质界限消失

03.211 卵巢间质卵泡增生 ovarian stromal hyperthecosis

距卵泡一定距离的间质内出现黄素化间质细胞，常伴卵巢间质增生的现象。主要发生于育龄期女性，常出现去女性化或男性化等内分泌症状，血浆中睾酮升高，多为双侧受累，卵巢正常大小或轻度增大。组织病理学表现为卵巢间质中散在黄素化间质细胞，周围是卵巢正常结构。

03.212 卵巢纤维瘤病 ovarian fibromatosis

因间质成纤维细胞增生与胶原沉积导致的卵巢瘤样增大的较常见的良性肿瘤。通常保留滤泡等卵巢原有成分。好发于中青年女性。临床表现为月经异常与不孕症。一侧或双侧

卵巢增大。卵巢表面光滑，呈白色结节状或分叶状。组织病理学表现为纤维细胞呈短束状交织排列，可有席纹样结构，伴较多胶原沉积，类似于少细胞性纤维瘤，细胞学形态为良性。对于双侧卵巢受累但希望保留生育功能的患者，可行卵巢楔形切除术。术后多数患者内分泌症状消失。

03.213 卵巢巨块性水肿 ovarian massive edema

因间质内积聚水肿液导致卵巢呈现肿瘤样增大的现象。通常保留原有的滤泡结构。好发于年轻女性。常有急腹症症状。表现为卵巢巨大，卵巢大多保持原有轮廓，外表颜色苍白、有光泽、质软，若扭转严重形成卵巢卒中时则呈暗紫色。组织病理学表现为间质水肿明显，各级卵泡等正常卵巢结构被疏松的水肿组织分隔。为良性病变。为排除肿瘤，需手术楔形切除并行冰冻切片检查。

03.214 卵巢间质细胞增生 ovarian Leydig cell hyperplasia

又称“卵巢门细胞增生 (ovarian hilus cell hyperplasia)”。卵巢门区域的间质细胞数量增多的现象。多发生于妊娠期或绝经期前后。一些患者表现出雄激素或雌激素增高的症状。卵巢常无明显异常所见，在部分病例的卵巢门处可发现微小的黄色结节。组织病理学表现为间质细胞数量增多，呈弥散性或结节状排列，多位于血管及神经干旁。为良性病变，术后患者内分泌症状多能自行消失。

03.215 卵巢转移性肿瘤 metastatic tumor of ovary

由其他器官或组织转移至卵巢形成的肿瘤。

03.216 卵巢克鲁肯贝格瘤 ovarian Krukenberg tumor

一种特殊的卵巢转移性癌。原发部位在胃肠

道，肿瘤多为双侧性，中等大，多保持卵巢原状或呈肾形，组织病理学上肿瘤通常由印戒细胞组成，也形成腺管状、梁状、巢片状结构。

03.217 原发性腹膜浆液性癌 primary peritoneal serous carcinoma

原发于腹膜的浆液性癌。诊断标准包括双侧卵巢正常或良性增大，卵巢外病灶大于卵巢表面病灶。

03.218 卵巢类癌 ovarian carcinoid

发生于卵巢的、与胃肠道类似的高分化神经内分泌肿瘤。可以是原发性或转移性，组织学上分为4型：岛状或巢状、小梁或花带状、黏液和甲状腺类癌。

03.219 卵巢恶性肿瘤全面分期手术 comprehensive staging surgery of ovarian cancer

一种早期卵巢癌患者采取的手术方式。手术路径可采用开腹或腹腔镜入路，手术步骤包括：腹腔积液或腹腔冲洗液细胞学检查；全面探查腹膜和腹腔脏器表面，活检和/或切除任何可疑病灶；正常腹膜随机盲检，如右结肠旁沟、子宫直肠陷凹等部位；全子宫和双附件切除；横结肠下网膜切除；选择性盆腔淋巴结切除及腹主动脉旁淋巴结取样；黏液性肿瘤应行阑尾切除。

03.220 卵巢癌肿瘤细胞减灭术 cytoreductive surgery of ovarian cancer

晚期卵巢癌手术方式之一。手术目的是尽可能切除所有原发灶和转移灶，使残余肿瘤病灶体积最小，必要时可切除部分肠管、膀胱、脾脏等脏器，尽可能去除肉眼所见的肿瘤，达到满意的肿瘤细胞减灭术，以获得最优的生存预后。

03.06 输卵管肿瘤

03.221 输卵管肿瘤 tumor of fallopian tube

发生于输卵管的肿瘤。包括良性和恶性，以上皮性肿瘤多见。

积不大。

03.224 输卵管乳头状瘤 papilloma of fallopian tube

一种输卵管发生的良性上皮性肿瘤。肿瘤通常为单侧性。非常罕见，位于壶腹部时可导致输卵管增粗，管腔扩张，并常合并输卵管积水。位于伞端时，多呈疣状或小菜花样，以细蒂与伞端黏膜相连。镜下可见乳头状结构，乳头表面被覆单层柱状上皮，间质为富含血管的结缔组织。

03.222 输卵管腺瘤样瘤 adenomatoid tumor of fallopian tube

一种输卵管良性肿瘤。位于输卵管肌壁或浆膜下，与周围组织界限分明，无完整包膜，镜下肿瘤由许多大小不等的腺管状腔隙组成，间质为胶原或平滑肌。

03.225 输卵管畸胎瘤 teratoma of fallopian tube

一种发生在输卵管的畸胎瘤。基本上均为成熟性畸胎瘤，未成熟畸胎瘤较罕见。

03.223 输卵管平滑肌瘤 leiomyoma of fallopian tube

一种来源于输卵管平滑肌的良性间叶性肿瘤。主要见于输卵管间质部，通常单发，体

03.226 输卵管浆液性上皮内癌 serous

tubal intraepithelial carcinoma, STIC

为输卵管（浆液性）分化的非浸润性高级别上皮恶性肿瘤。绝大多数在伞端，可以脱落继而累及卵巢和腹膜。

03.227 初次肿瘤细胞减灭术 primary cytoreductive surgery

初诊晚期输卵管-卵巢癌患者进行的初次最大程度减灭肿瘤的手术。经妇科查体及影像学检查综合评估，有实现满意减瘤可能，则可直接手术。

03.228 中间型肿瘤细胞减灭术 interval

cytoreductive surgery

又称“间期肿瘤细胞减灭术”“间歇性肿瘤细胞减灭术”。一种晚期卵巢癌的手术方式。经评估无法达到满意肿瘤细胞减灭术的晚期卵巢癌患者，在获得明确的细胞学或组织学诊断后可先行新辅助化疗，再行肿瘤细胞减灭术，手术后继续化疗。

03.229 再次肿瘤细胞减灭术 secondary cytoreductive surgery

卵巢癌患者经初次手术及化疗后肿瘤复发，为再次减少肿瘤负荷而进行的二次手术。常用于首次治疗后达到临床完全缓解又复发的患者。

03.07 滋养细胞疾病

03.230 妊娠滋养细胞疾病 gestational trophoblastic disease, GTD

一组来源于胎盘滋养细胞的增生性疾病。组织学上分为妊娠滋养细胞肿瘤（包括绒毛膜癌、胎盘部位滋养细胞肿瘤和上皮样滋养细胞肿瘤）、葡萄胎妊娠（完全性葡萄胎、部分性葡萄胎和侵蚀性葡萄胎）、非肿瘤病变及异常（非葡萄胎）绒毛病变。

03.231 葡萄胎 hydatidiform mole

又称“水泡状胎块”。妊娠后胎盘绒毛滋养细胞增生，间质水肿，形成大小不一的水泡，水泡间借蒂相连成串，形如葡萄。常见的典型表现为停经后阴道流血，子宫异常增大、变软，妊娠呕吐。

03.232 完全性葡萄胎 complete hydatidiform mole

葡萄胎的一种。为发生于胎盘的非肿瘤性无序增生，且不伴有胚胎发育，染色体核型为二倍体，均来自父系。病理表现为胎盘绒毛全部受累水肿，弥漫性滋养细胞增生，可确

认的胎儿或胚胎组织缺失。大体检查可见水泡状物，大小不一，直径自数毫米至数厘米不等，其间有纤细的纤维素相连，常混有血块及蜕膜碎片。为葡萄胎最常见的类型。

03.233 卵巢黄素化囊肿 theca lutein ovarian cyst

大量人绒毛膜促性腺激素刺激卵巢卵泡内膜细胞发生黄素化而形成的一种卵巢囊肿。常为双侧、多囊性，表面呈分叶状，囊壁薄，内含清亮或琥珀色液体。多无症状，亦可因发生扭转或破裂导致患者急性腹痛。多见于葡萄胎，正常妊娠及多胎妊娠也可发生。

03.234 部分性葡萄胎 partial hydatidiform mole

葡萄胎的一种。表现为部分胎盘绒毛呈水泡状，局部滋养细胞增生，胚胎及胎儿组织可见。染色体核型为三倍体，由一个单倍体卵子和两个单倍体精子或一个减数分裂缺陷的双倍体精子受精而成。

03.235 复发性葡萄胎 recurrent hydatidiform mole

同一个患者发生两次或以上的葡萄胎。

03.236 家族性复发性葡萄胎 familial recurrent hydatidiform mole

在一个家系中两个或两个以上的家族成员反复发生（两次或两次以上）葡萄胎。

03.237 持续性葡萄胎 persistent mole

葡萄胎完全排空后3个月，人绒毛膜促性腺激素持续阳性，未降至正常范围的一种疾病状态。

03.238 基因组印记 genomic imprinting

又称“遗传印迹（genetic imprinting）”“亲代印迹（parental imprinting）”“配子印迹（gametic imprinting）”。在配子或合子发生期间，来自亲本的等位基因或染色体在发育过程中产生专一性的加工修饰，导致双亲中某一方的等位基因被沉默，从而使后代体细胞中两个亲本来源的等位基因有不同的表达活性的现象。

03.239 妊娠滋养细胞肿瘤 gestational trophoblastic neoplasia, GTN

一组与妊娠滋养细胞相关的肿瘤。包括侵蚀性葡萄胎、绒癌、胎盘部位滋养细胞肿瘤及上皮样滋养细胞肿瘤等。无转移妊娠滋养细胞肿瘤的主要表现是异常阴道流血，多继发于葡萄胎妊娠，转移性妊娠滋养细胞肿瘤多继发于非葡萄胎妊娠，主要通过血行转移至全身，特别是肺等。

03.240 侵蚀性葡萄胎 invasive mole

葡萄胎组织侵入子宫肌层或转移至子宫以外的一种妊娠滋养细胞肿瘤。来源于良性葡萄胎，多数发生在葡萄胎清除后半年内。组织病理学见水泡状组织侵入肌层，有绒毛结

构及滋养细胞增生和异型性。患者可表现为不规则阴道出血，亦可合并子宫外转移病灶。

03.241 绒毛膜癌 choriocarcinoma

简称“绒癌”。一种高度恶性的滋养细胞肿瘤。可继发于各种类型的妊娠如葡萄胎、流产、宫外孕、足月产之后。组织病理学可见肿瘤细胞呈大片状，具有明显异型性的合体滋养细胞和细胞滋养细胞，伴出血坏死或有血管浸润，无绒毛形成。主要表现为阴道流血和各种转移症状。转移途径以血行转移为主，对化疗高度敏感。

03.242 胎盘部位滋养细胞肿瘤 placenta site trophoblastic tumor, PSTT

起源于胎盘种植部位的一种特殊类型的滋养细胞肿瘤。由单一增生的胎盘中间滋养叶细胞组成。免疫组化胎盘催乳素（HPL）阳性，而仅少部分细胞人绒毛膜促性腺激素阳性。较为少见。表现为阴道不规则流血、子宫增大和胎盘种植部位结节。治疗以手术为主。

03.243 上皮样滋养细胞肿瘤 epithelioid trophoblastic tumor, ETT

由绒毛膜型中间型滋养细胞恶变形成的一种罕见的滋养细胞肿瘤。主要见于育龄期女性，可继发于各种妊娠，临床表现缺乏特异性，主要表现为异常阴道出血。组织病理学可见瘤细胞呈散在的巢团状、片状分布，镶嵌在平滑肌组织间，呈地图样改变，细胞巢内及瘤细胞间有小灶性出血坏死。

03.244 胎盘部位过度反应 exaggerated placental site, EPS

又称“合体细胞性子宫内膜炎（syncytial endometritis）”。一种比较少见的非肿瘤性病变。见于正常妊娠、流产或葡萄胎。良性经过，可以自然消退，预后良好。

03.245 胎盘部位结节 placental site nodule

由绒毛膜型中间滋养细胞和透明化间质构成，呈边界清晰的结节状或斑块样病变。是一种良性疾病，无恶变及复发倾向。

03.246 静息型滋养细胞疾病 quiescent gestational trophoblastic disease,

QGTD

一种特殊类型的滋养细胞疾病。发生在葡萄胎排出后或妊娠滋养细胞肿瘤或绒癌化疗后，没有临床异常表现或放射学证据，血清人绒毛膜促性腺激素（hCG）持续低水平，或升高的人绒毛膜促性腺激素从未降至正常或低值，一般小于 200mIU/ml 或更低，对化疗和手术无反应，持续低值至少超 3 个月。

04. 生殖器损伤疾病

04.001 生殖道瘘 genital tract fistula

由于各种原因导致生殖器官与其毗邻器官之间形成异常通道。

04.002 尿瘘 urinary fistula

生殖道与泌尿道之间形成的异常通道。表现为尿液不受控制地从阴道流出。

04.003 膀胱子宫瘘 vesicouterine fistula

膀胱与子宫间形成的异常通道。在泌尿生殖道瘘中十分少见，通常为剖宫产后切口继发。主要症状为产后经阴道漏尿，偶伴发热等。

04.004 膀胱宫颈瘘 vesicocervical fistula

膀胱与宫颈之间形成的异常通道。膀胱瘘孔通向宫颈管腔，尿液由宫颈口持续流出，阴道壁上无瘘孔。

04.005 膀胱阴道瘘 vesicovaginal fistula

因分娩或手术或放射治疗损伤、或恶性肿瘤侵犯等引起的膀胱和阴道之间的异常通道。临床表现为尿液经阴道不自主流出。

04.006 尿道阴道瘘 urethrovaginal fis-

tula

尿道和阴道之间形成的异常通道。多见于分娩损伤、外伤和妇产科手术损伤女性尿道所致。主要症状为术后或者产后尿液经阴道不自主流出、会阴部湿疹等。

04.007 输尿管阴道瘘 ureterovaginal fistula

输尿管和阴道之间形成的异常通道。表现为尿液经阴道不自主流出，可经内窥镜、造影等确诊。多因妇科术中损伤输尿管所致。

04.008 膀胱输尿管阴道瘘 vesicoureterovaginal fistula

膀胱、输尿管和阴道之间形成的异常通道。

04.009 亚甲蓝试验 methylene blue test

一种泌尿生殖道瘘的诊断方法。将三个棉球逐一放在阴道顶端、中 1/3 处和远端。用稀释的亚甲蓝溶液 200ml 充盈膀胱，必要时可嘱病人走动 30 分钟，然后逐一取出棉球，根据蓝染棉球是在阴道上、中、下段估计瘘孔的位置。

04.010 直肠阴道瘘 rectovaginal fistula

直肠和阴道之间的先天性或后天性通道。主

要临床表现为经阴道排气排便，严重时大便不能自控。

04.011 低位直肠阴道瘘 low rectovaginal fistula

又称“肛门阴道瘘”。瘘口直肠侧位于齿状线或低于齿状线，而阴道侧位于阴唇系带或低于阴唇系带的直肠阴道瘘

04.012 中位直肠阴道瘘 mid-level rectovaginal fistula

阴道侧瘘口位于阴道中 1/3、介于低位和高位之间的直肠阴道瘘。

04.013 高位直肠阴道瘘 high rectovaginal fistula

阴道侧瘘口位于近宫颈或阴道穹窿平面的直肠阴道瘘，瘘管也可开口于乙状结肠。

04.014 盆底功能障碍性疾病 pelvic floor dysfunction, PFD

各种病因导致的盆底支持组织薄弱损伤，导致盆腔脏器下移及盆腔器官功能异常的一类疾病。

04.015 女性盆底 female pelvic floor

由封闭骨盆出口的肌肉、筋膜和韧带组成的结构，在女性中，尿道、阴道和直肠经此贯穿而出。盆底组织承托并保持子宫、膀胱和直肠等盆腔脏器于正常位置。

04.016 盆腔器官脱垂 pelvic organ prolapse, POP

由于盆底支持组织损伤或薄弱，导致子宫及其相邻的尿道、膀胱和直肠向下移位的一种疾病。严重者可脱出于阴道口外。

04.017 阴道前壁脱垂 anterior

vaginal wall prolapse

由阴道前壁支持结构损伤或薄弱所致的阴道前壁下移的一种疾病。严重者可脱出于阴道口外。

04.018 尿道膨出 urethrocele

尿道下方的支持组织损伤或薄弱，导致尿道下方的阴道远端以尿道口为支点向下膨出的一种疾病。

04.019 膀胱膨出 cystocele

因耻骨宫颈筋膜损伤或薄弱，导致膀胱向阴道内突出的一种疾病。严重者可脱出于阴道口外。

04.020 阴道后壁脱垂 posterior vaginal wall prolapse

因阴道后壁支持结构异常所致的阴道后壁下移的一种疾病。严重者可脱出于阴道口外。

04.021 直肠膨出 rectocele

因直肠前筋膜损伤或薄弱，导致直肠向阴道内突出的一种疾病。严重者可脱出于阴道口外。

04.022 直肠子宫陷凹疝 rectouterine fossa hernia

盆腔腹膜突入阴道后壁与无腹膜的直肠前壁之间形成疝囊的一种疾病。小肠、乙状结肠或大网膜可进入疝囊。

04.023 子宫脱垂 uterine prolapse

子宫从正常位置沿阴道下降，宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至子宫全部脱出于阴道口以外的一种疾病。常合并有阴道前壁和/或后壁膨出。

04.024 阴道穹隆脱垂 vaginal cuff prolapse

阴道断端（子宫切除后）或宫颈沿阴道下降，

甚至脱出于阴道口以外的一种疾病。

04.025 盆腔器官脱垂定量分期

pelvic organ prolapse quantification system, POP-Q

一种量化盆腔器官脱垂的分期系统。利用阴道前壁、阴道顶端（或宫颈）、阴道后壁各2个解剖指示点与处女膜的关系来界定脱垂程度，与盆底的三腔室理论相对应，由此将脱垂量化到各个腔室。

04.026 子宫托 pessary

用于治疗妇女子宫脱垂的一种医疗器具。由聚乙烯、硅橡胶等材料制成，放置于阴道内起承托作用

04.027 盆底康复治疗 pelvic floor rehabilitation

通过康复训练达到治疗及预防盆底功能障碍性疾病目的一种治疗方式。可辅助电刺激、磁刺激、射频等物理治疗手段。

04.028 阴道前后壁修补术 anterior and posterior colporrhaphy

通过缝合加固阴道前后壁的筋膜及部分肛提肌治疗阴道前后壁脱垂的一种手术方式。

04.029 骶骨固定术 sacrocolpopexy

通过补片或其他移植物将阴道前后壁及阴道顶端或宫颈与骶前筋膜桥接缝合固定的一种手术方式，为治疗中盆腔脱垂的一种手术方式。

04.030 骶棘韧带固定术 sacrospinous ligament fixation, SSLF

通过将阴道穹隆或宫颈缝合固定于骶棘韧带以纠正中盆腔脱垂的一种手术方式。

04.031 高位子宫骶韧带悬吊术 high uterosacral ligament suspension, HUS

经阴道及经腹将宫颈或阴道顶端与坐骨棘水平以上的双侧骶韧带缝合固定以治疗中盆腔脱垂的一种手术方式。

04.032 曼彻斯特手术 Manchester operation

又称“曼市手术”。一种治疗脱垂的手术方式。起源于英国曼彻斯特市，主要包括阴道前后壁修补、主韧带缩短及宫颈部分切除术，适用于年龄较轻、宫颈延长的子宫脱垂病人。

04.033 盆底重建手术 pelvic floor reconstructive surgery

治疗女性盆腔脏器脱垂的手术方法。通过结构重建和组织替代，达到解剖复位及功能改善的目的。

04.034 盆底整体理论 integral theory

一种关于盆腔脏器脱垂发病机制的理论。盆底有关韧带、筋膜和肌肉相互协调保持盆腔器官位于正常位置并参与维持盆腔脏器功能。解剖和功能是一个整体。盆底支持结构的解剖变化可带来相应的盆腔脏器功能异常。而解剖的修复可带来功能的恢复。

04.035 阴道支持三水平理论 three levels of vaginal support

一种关于阴道的支持理论。在水平方向上将阴道支持轴分为三个水平支持。第一水平：顶端支持，由骶韧带—子宫主韧带复合体垂直支持子宫、阴道上1/3，是盆底最为主要的支持力量；第二水平：水平支持，由耻骨宫颈筋膜附着于两侧腱弓形成白线和直肠阴道筋膜肛提肌中线，水平支持膀胱、阴道上2/3和直肠；第三水平：远端支持，耻骨

宫颈筋膜体和直肠阴道筋膜远端延伸融合于会阴体，支持尿道远端。由德兰西（DeLancey）提出。

04.036 盆底三腔室理论 three compartment of pelvic floor

一种将盆底结构从垂直方向分为前盆腔、中盆腔和后盆腔的理论。前盆腔包括阴道前壁、膀胱和尿道；中盆腔包括阴道顶部和子宫；后盆腔包括阴道后壁和直肠。是盆底整体理论的核心。由彼得罗斯（Petros）提出。

04.037 压力性尿失禁 stress urinary incontinence

由腹压增加导致的尿液不自主经尿道流出，不伴随逼尿肌收缩的一种疾病。

04.038 解剖型压力性尿失禁 anatomic stress urinary incontinence

又称“尿道高活动性压力性尿失禁”。因盆底支持组织薄弱而使膀胱尿道结合处下移所致的尿失禁类型。占压力性尿失禁 90% 以上。

04.039 尿道内括约肌障碍型尿失禁 intrinsic sphincteric deficiency, ISD

由于储尿期括约肌不能有效收缩所致的尿失禁。占压力性尿失禁约 < 10%。

04.040 压力试验 bladder stress test

又称“压力性尿失禁诱发试验”“尿失禁压力诱发试验”。用于诊断压力性尿失禁的一种试验。患者膀胱充盈时，取膀胱截石位或站立位检查。嘱患者向下屏气用力或咳嗽，观察尿道口有无尿液不自主溢出，如有则为阳性，提示压力性尿失禁。如果截石位状态下没有尿液溢出，应让患者站立位时重复压

力试验。

04.041 指压试验 Marshall-Bonney test

又称“膀胱颈抬高试验”。用于辅助诊断尿失禁的一种试验。检查者把中食指放入阴道前壁的尿道两侧，指尖位于膀胱与尿道交接水平，向前上轻轻抬高膀胱颈，再行诱发压力试验。如压力性尿失禁现象消失，则为阳性，提示尿道高活动性压力性尿失禁。

04.042 棉签试验 cotton swab test

用于检查是否有尿道高活动的方法。病人仰卧位，将涂有利多卡因凝胶的棉签置入尿道，使棉签头处于尿道膀胱交界处，分别测量病人在静息时及向下屏气用力动作时棉签棒与地面之间形成的角度。在静息及做向下屏气用力动作时该角度差小于 15° 为良好结果，说明有良好的解剖学支持；如角度差大于 30°，说明解剖学支持薄弱；15° ~ 30° 时，结果不能确定。

04.043 尿动力学检查 urodynamic study, UDS

采用流体力学、生物力学等方法阐述下尿路病理生理学机制的一种检查方法。包括尿流率测定、充盈期膀胱压力—容积测定、排尿期压力—流率测定、同步盆底肌电图测定、漏尿点压力测定、尿道压力测定等。

04.044 耻骨后膀胱尿道悬吊术 retropubic urethropexy

将尿道旁筋膜缝合至耻骨后韧带上，以抬高膀胱颈，达到提高尿道压治疗尿失禁目的的一种手术方式。包括伯奇（Burch）手术和 MMK 手术

04.045 伯奇手术 Burch procedure

缝合膀胱颈旁阴道及阴道周围组织至同侧

库珀（Cooper）韧带，以抬高膀胱颈，达到提高尿道压，治疗压力性尿失禁的一种手术方式。

04.046 MMK 手术 Marshall-Marchetti-Krantz operation

将膀胱颈旁筋膜组织缝合在耻骨联合后方的骨膜上，以抬高膀胱颈，达到提高尿道压，治疗压力性尿失禁的一种手术方式。

04.047 经阴道尿道中段无张力悬吊术 tension-free vaginal tape, TVT

一种治疗尿失禁的手术方式。通过穿刺引导将吊带放置在尿道中段下方，保持无张力状态，当腹压增加时吊带可阻止尿道下移并压迫尿道提高尿道压力的，适用于解剖型压力性尿失禁、尿道内括约肌障碍性压力性尿失禁以及合并有急迫性尿失禁的混合性尿失禁。

04.048 经闭孔尿道中段无张力悬吊术 tension-free vaginal tape-obturator, TVT-O

一种治疗尿失禁的手术方式。经闭孔路径穿

刺引导将吊带放置在尿道中段下方，保持无张力状态，当腹压增加时吊带可阻止尿道下移并压迫尿道提高尿道压力，适用于解剖型压力性尿失禁、尿道内括约肌障碍性压力性尿失禁以及合并有急迫性尿失禁的混合性尿失禁。

04.049 经耻骨后尿道中段无张力悬吊术 retropubic tension-free vaginal tape

一种治疗尿失禁的手术方式。经耻骨后路径穿刺引导将吊带放置在尿道中段下方，保持无张力状态，当腹压增加时吊带可阻止尿道下移并压迫尿道提高尿道压力，适用于解剖型压力性尿失禁、尿道内括约肌障碍性压力性尿失禁以及合并有急迫性尿失禁的混合性尿失禁。

04.050 自体阔筋膜悬吊术 fascia lata pubovaginal sling

经耻骨后路径穿刺引导，将自体阔筋膜替代合成吊带放置在膀胱颈下方，抬高尿道，提升尿道压的一种尿失禁手术。适用于多种类型尤其是复发型尿失禁手术治疗。

05. 妇科急慢性腹痛

05.001 妇科急腹症 gynecologic acute abdominal disease

由于生殖器官发生病理变化，从而产生以腹痛为主要症状，同时伴有全身反应的临床综合征。

05.002 异位妊娠 ectopic pregnancy

又称“宫外孕”。受精卵种植并发育在子宫体腔以外部位的妊娠。

05.003 输卵管妊娠 tubal pregnancy

受精卵因某些因素在输卵管内运行受阻而在输卵管某一部位着床、发育的一种常见异位妊娠。根据着床部位不同分为壶腹部、峡部、间质部及伞部妊娠。

05.004 输卵管妊娠破裂 rupture of tubal pregnancy

受精卵着床于输卵管黏膜，绒毛向管壁方向侵蚀，突破肌层及浆膜，造成输卵管妊娠破裂和腹腔内出血的一种急腹症。多见于输卵管峡部妊娠。

05.005 输卵管妊娠流产 tubal abortion

受精卵种植在输卵管黏膜，由于蜕膜形成不完整，发育中的囊胚向管腔突出，突破包膜，发生流产，从而导致出血的一种急腹症。多见于输卵管壶腹部或伞部妊娠。

05.006 原发性腹腔妊娠 primary abdominal pregnancy

胚胎或胎儿着床及发育于子宫、输卵管和卵巢以外的腹腔内的一种异位妊娠。常见的种植部位包括阔韧带、子宫直肠窝、子宫膀胱陷凹、输卵管和子宫表面。

05.007 继发性腹腔妊娠 secondary abdominal pregnancy

输卵管妊娠流产或破裂后种植到腹腔而发生的一种异位妊娠。

05.008 卵巢妊娠 ovarian pregnancy

受精卵在卵巢着床和发育导致的一种异位妊娠。可分为原发性或继发性卵巢妊娠。

05.009 宫角妊娠 cornual pregnancy

受精卵附着在输卵管开口近宫腔侧，但向宫腔侧发育而不向间质部发育形成的一种异位妊娠。超声可见妊娠囊与子宫内膜相通。

05.010 剖宫产瘢痕妊娠 cesarean scar pregnancy, CSP

受精卵着床于前次剖宫产子宫切口瘢痕处的一种异位妊娠。

05.011 宫颈妊娠 cervical pregnancy

受精卵着床和发育在宫颈管内的一种异位妊娠。

05.012 子宫残角妊娠 pregnancy in rudimentary horn

受精卵着床并发育于残角子宫内的一种异位妊娠。

05.013 阔韧带妊娠 broad ligament pregnancy

受精卵着床于阔韧带并在此生长、发育的一种异位妊娠。

05.014 子宫肌壁间妊娠 intramural pregnancy

受精卵着床并发育于子宫肌层的一种异位妊娠，常发生在子宫肌瘤剔除术后，也可见于剖宫产术后等。

05.015 多胎异位妊娠 multiple ectopic pregnancy

至少有一处妊娠为异位妊娠的多胎妊娠。包括宫内宫外复合妊娠及宫外多胎妊娠。

05.016 宫外多胎妊娠 multiple extrauterine pregnancy

子宫以外的多胎妊娠。为异位妊娠的极特殊类型，多见于输卵管内多胎妊娠或双侧输卵管妊娠。

05.017 宫内外复合妊娠 intrauterine and extrauterine compound pregnancy

宫内外妊娠同时存在，即2个或多个胚胎在母体内发育，并且其中至少一个是在子宫内妊娠，其余为异位妊娠的现象。是一种特殊类型的异位妊娠。

05.018 未知部位妊娠 pregnancy of unknown location, PUL

患者行人绒毛膜促性腺激素检查结果阳性，但超声系统检查未确定妊娠部位的一种特殊类型妊娠。

05.019 重复异位妊娠 recurrent

ectopic pregnancy

又称“反复异位妊娠”。首次异位妊娠经手术切除或保守性治疗（手术或药物治疗）治愈后，再次发生的异位妊娠。

05.020 持续性异位妊娠 persistent

ectopic pregnancy

又称“持续性宫外孕”。异位妊娠（通常为输卵管妊娠）行保守性手术后，残余滋养细胞继续生长的一种疾病状态。可再次发生腹腔内出血、腹痛等。

05.021 陈旧性异位妊娠 old ec-

topic pregnancy

输卵管妊娠流产或破裂后，长期反复内出血形成血肿、机化并与周围组织粘连形成包块的一种异位妊娠。

05.022 黄体破裂 rupture of corpus

luteum

卵巢排卵后形成黄体，当卵巢黄体在外力作用或其他因素作用下发生的破裂。破裂后发生出血，可引起急腹症。是临床上最为常见的卵巢破裂类型。

05.023 卵巢囊肿蒂扭转 ovarian

cyst torsion

卵巢囊肿或肿瘤以骨盆漏斗韧带、卵巢固有韧带和输卵管为蒂发生扭转导致的妇科急腹症。多发生于瘤蒂长、中等大小、活动度好，重心偏于一侧的卵巢囊肿，当蒂向一个方向扭转时，导致供应卵巢的血管发生扭曲，使卵巢囊肿缺血，甚至坏死破裂，引起剧烈腹痛。

05.024 卵巢扭转 ovarian torsion

因各种原因导致的卵巢以卵巢固有韧带、骨盆漏斗韧带为轴发生的位置旋转，继而卵巢

血供受阻、缺血，甚至卵巢破裂的一种急腹症。表现为突发腹痛或反复腹痛。

05.025 卵巢肿瘤破裂 rupture of

ovarian tumor

因卵巢肿瘤增长速度过快，或外力作用下引起肿瘤壁的薄弱部分破裂，内容物流出的一种急腹症。常表现为急性腹痛、腹膜刺激征，甚至休克。常见于卵巢恶性肿瘤。

05.026 子宫肌瘤扭转 torsion of

uterine leiomyoma

以子宫肌瘤蒂部为轴发生的肌瘤旋转，因血液回流障碍及血供受阻可产生腹痛表现的一种急腹症。常见于子宫浆膜下肌瘤。

05.027 子宫扭转 torsion of uterus

因妊娠、子宫肌瘤、子宫畸形等疾病导致子宫重心偏移于一侧而发生旋转导致腹痛的一种急腹症。临床可表现为剧烈腹痛、恶心、呕吐、腹胀或排尿困难，通过超声或手术诊断。

05.028 出血性输卵管炎 hemor-

rhagic salpingitis

在输卵管间质层发生出血，突破黏膜层进入管腔，甚至由输卵管伞端流入腹腔，引起腹腔内出血及剧烈腹痛为主要症状的妇科急腹症。

05.029 异位妊娠保守手术 con-

servative surgery for ectopic pregnancy

在异位妊娠部位取出妊娠组织，保留妊娠部位器官的手术。适用于有生育要求的年轻妇女。

05.030 输卵管开窗术 salpingot-

omy

在输卵管妊娠手术时，于输卵管系膜的对侧，

即输卵管的游离缘、输卵管妊娠最薄弱处作一切口，取出妊娠组织，保留输卵管的一种手术方式。

05.031 输卵管节段切除端端吻合术 partial tube resection and tubal anastomosis

切除妊娠段或梗阻段输卵管，检查两端输卵管通畅后，两端残端对合缝合的手术。适用于输卵管峡部及壶腹部近侧段妊娠或梗阻者。

05.032 卵巢部分切除术 partial oophorectomy

去除卵巢妊娠物及孕囊或去除卵巢病变，保留卵巢的手术治疗方式。

05.033 输卵管伞端成形术 fimbrioplasty

重建远端闭合的输卵管，使其恢复正常输卵管结构的手术。适用于治疗输卵管伞部阻塞而输卵管伞部黏膜皱襞依然可以辨别的不孕症，或输卵管伞端妊娠清除妊娠组织后，缝合止血并恢复输卵管伞端结构。

05.034 异位妊娠根治性手术 radical surgery for ectopic pregnancy

输卵管妊娠时切除患侧输卵管的手术。

05.035 输卵管切除术 salpingectomy

自输卵管伞端至该侧宫角处切除输卵管的手术。

05.036 输卵管卵巢切除术 salpingo-oophorectomy

又称“附件切除术（adnexectomy）”。同时切除输卵管、卵巢的手术。

05.037 输卵管卵巢脓肿切开引流术 incision and drainage for tubo-ovarian abscess

将输卵管卵巢脓肿切开，引流其内脓液，而保留输卵管卵巢的手术。主要用于抗生素控制不满意的输卵管卵巢脓肿。

05.038 卵巢囊肿切除术 ovarian cystectomy

又称“卵巢囊肿剥除术”。将卵巢内囊肿剥离取出，保留正常卵巢组织的手术。

05.039 卵巢成形术 oophoroplasty

完成卵巢肿瘤切除后，将卵巢的正常组织整形缝合，达到止血、成形卵巢的目的的一种手术方式。

05.040 剖宫产瘢痕妊娠清除术 resection of cesarean scar pregnancy

针对剖宫产瘢痕妊娠，清除妊娠组织的手术。

05.041 慢性盆腔痛 chronic pelvic pain, CPP

非周期性的、定位于盆腔的，包括腹壁、盆腔脏器、会阴区域、腰骶部、臀部持续 6 月以上的疼痛。可因泌尿道、生殖道、胃肠道、肌肉骨骼等系统的器质性疾病或者功能性疾病引起。

05.042 盆腔粘连 pelvic adhesion

盆腔内的组织器官由于感染、创伤、肿瘤等原因引起正常处于分离状态的盆腔内脏器或盆腔内脏器与腹膜之间附着在一起的状态。

05.043 卵巢残余综合征 ovarian remnant syndrome, ORS

卵巢切除后，残余的卵巢组织（非有意留下）引起盆腔疼痛或包块等症状和体征的一种

综合征。

05.044 残留卵巢综合征 residual ovarian syndrome, ROS

因良性病变行子宫切除术，有意保留一侧或两侧卵巢，术后卵巢出现肿块、盆腔疼痛、性交痛等症状及体征的一种综合征。

05.045 性交痛 dyspareunia

在性交时发生的生殖器或盆腔的疼痛。

05.046 外阴痛 vulvodinia

外阴部位发生的疼痛和不适。可有瘙痒、性交困难、疼痛、烧灼感、粗糙感、搏动感、刺痛等临床表现，可见于外阴溃疡，阴道炎急性期等。

05.047 外阴前庭炎 vulvar vestibulitis

又称“外阴前庭综合征”。一种发生于外阴的慢性持续性临床综合征。表现为接触时外阴疼痛，以阴道口剧烈疼痛为主，有烧灼感，并可伴有尿频、尿痛，妇科检查可见前庭红斑和触痛。

05.048 间质性膀胱炎 interstitial cystitis, IC

一种原因不明，表现为尿急、尿频、夜尿增多及盆腔疼痛的一种慢性非细菌性膀胱炎症。

05.049 肠易激综合征 irritable bowel syndrome, IBS

一组持续或间歇发作，以腹痛、腹胀、排便习惯和/或大便性状改变为临床表现，而缺乏胃肠道结构和生化异常的肠道功能紊乱性疾病的综合征。

05.050 阴部神经痛 pudendal

neuralgia

阴部神经卡压或受损导致其分支所支配区域的肌肉、筋膜及皮肤的疼痛。

05.051 阴部神经阻滞术 pudendal nerve block

使用药物或物理措施，阻断阴部神经支配区域感觉神经纤维的传导功能，以达到缓解或消除疼痛目的的一种治疗方式。

05.052 阴部神经解压术 pudendal nerve decompression

利用手术的方法解除阴部神经的卡压，从而缓解疼痛的一种手术方式。

05.053 阴部神经调节 pudendal neuromodulation

利用介入技术，将特定电刺激施加于阴部神经来缓解阴部神经支配区域疼痛的一种治疗方式。

05.054 盆底张力性肌痛 pelvic floor tension myalgia

由于各种原因造成盆底肌肉痉挛、张力增高而引发的盆腔疼痛，经阴道或经肛门检查常可扪及盆底肌肉筋膜的压痛点。

05.055 腹部肌肉筋膜疼痛 abdominal myofascial pain

由腹壁或盆底肌肉、筋膜炎症、损伤或病变导致的慢性盆腔疼痛。

05.056 扳机点 trigger point

又称“触发点”，按压肌肉筋膜时能够激惹疼痛的某一特定位置。具有深层组织敏感、结节、伴放射痛三个特点。

05.057 髂腹下神经阻滞 iliohypogastric nerve block

使用药物或物理措施，阻断髂腹下神经支配区域感觉神经纤维的传导功能，以达到缓解或消除疼痛目的的一种治疗方式。

05.058 髂腹股沟神经阻滞 ili- oinguinal nerve block

使用药物或物理措施，阻断髂腹股沟神经支配区域感觉神经纤维的传导功能，以达到缓解或消除疼痛的目的的一种治疗方式。

05.059 生殖股神经阻滞 geni- tofemoral nerve block

使用药物或物理措施，阻断生殖股神经支配区域感觉神经纤维的传导功能，以达到缓解或消除疼痛的目的的一种治疗方式。

05.060 腹直肌分离 rectus ab- dominis diastasis

两侧腹直肌从腹白线位置向两侧分离的一种状态。多发生于妊娠晚期及产后。

05.061 梨状肌综合征 piriformis syndrome

当梨状肌受到周围的骶髂关节、腰骶椎病变等刺激，出现肌痉挛、肥大、挛缩，导致其压迫坐骨神经，引起以坐骨神经痛、间歇性跛行为主要表现的综合征。

05.062 耻骨联合分离 pubic sym- physis diastasis

骨盆前方两侧耻骨纤维软骨联合处，因各种因素出现分离移位，表现为耻骨联合距离增宽或上下脱位，出现局部疼痛和下肢抬举困难等功能障碍的软组织损伤疾病。

05.063 腹腔镜子宫神经消融术

laparoscopic uterine nerve ablation, LUNA

切除或消融部分子宫骶韧带，以破坏位于韧带中的感觉神经纤维及二级神经节的一种手术方式。

05.064 骶前神经切断术 presacral neurectomy, PSN

手术切断骶前神经，可用于治疗严重痛经及与子宫内膜异位症相关的慢性盆腔痛的一种手术方式。

05.065 神经节阻滞 ganglion block

在神经节周围注射局麻药，阻滞其冲动传导，使所支配的区域产生麻醉作用的一种治疗方式。

05.066 奇神经节阻滞 ganglion impar block, Walther ganglion block

在奇神经节周围注射局麻药，阻滞其冲动传导，以达到缓解或消除疼痛的目的的一种治疗方式。

05.067 盆腔淤血综合征 pelvic congestion syndrome, PCS

由于盆腔静脉迂曲扩张造成的盆腔疼痛的一种综合征。主要疼痛特点是钝痛或下坠感，经前及久立后加重、深部性交痛、性交后疼痛等。影像学检查特点为子宫或卵巢静脉迂曲扩张，血流缓慢。

05.068 卵巢静脉栓塞术 emboli- zation of ovarian vein

利用静脉导管技术，对盆腔静脉淤血的患者进行卵巢静脉栓塞以治疗盆腔疼痛的技术。

06. 子宫内膜异位症和子宫腺肌症

06.001 子宫内膜异位症 endometriosis, EMT

具有生长功能的子宫内膜组织（腺体和间质）出现在子宫体以外部位的疾病。绝大多数位于盆腔脏器和壁腹膜，以卵巢、宫骶韧带最常见。异位的子宫内膜随卵巢激素变化而发生周期性出血。主要症状为下腹痛与痛经、不孕及性交不适。

06.002 卵巢子宫内膜异位囊肿 ovarian endometriomas

又称“[卵巢]巧克力囊肿([ovarian] chocolate cyst)”。卵巢出现子宫内膜异位所形成的囊肿。源于子宫内膜在卵巢内种植或是由生发上皮化生为子宫内膜所致。

06.003 原发性卵巢子宫内膜异位囊肿 primary ovarian endometriomas

子宫内膜种植到卵巢使该处卵巢皮质凹陷形成的囊肿。直径多 <2 cm，囊壁有粘连、层次不清，手术不易剥离。

06.004 继发性卵巢子宫内膜异位囊肿 secondary ovarian endometriomas

原发性卵巢子宫内膜异位囊肿或卵巢表面内异症病灶浸润并蔓延至生理性囊肿如黄体囊肿或滤泡囊肿壁上形成的囊肿。囊壁层次清楚，手术相对易剥离。又分 a, b, c 三个亚型。

06.005 腹膜型子宫内膜异位症 peritoneal endometriosis

异位子宫内膜侵犯腹膜，形成分布于盆腔腹

膜及脏器表面病灶的一种疾病。主要包括红色病变（早期病变）、蓝色病变（典型病变）及白色病变（陈旧病变）。以子宫骶骨韧带、直肠子宫陷凹和子宫后壁下段浆膜最为常见。

06.006 深部浸润型子宫内膜异位症 deeply infiltrating endometriosis, DIE

病灶浸润深度 ≥ 5 mm 的子宫内膜异位症。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，也可侵犯膀胱壁和输尿管。

06.007 假孕疗法 pseudopregnancy therapy

通过外源性高效孕激素及相对较小量的雌激素，模拟妊娠期间体内激素的状态来治疗子宫内膜异位症的方法。

06.008 药物性卵巢切除 medical oophorectomy

育龄期女性连续使用促性腺激素释放激素激动剂（GnRH-a），持续抑制垂体分泌性腺激素，导致卵巢分泌的激素水平明显下降，出现暂时性闭经的一种治疗方法。

06.009 子宫腺肌病 adenomyosis

又称“子宫腺肌症”。子宫内膜腺体及间质侵入子宫肌层，形成弥漫或局限的病灶导致的病变。主要表现为继发性渐进性痛经，月经过多和不孕。

07. 女性生殖器发育异常

07.01 女性性腺的发育

07.001 原始生殖嵴 primordial

genital ridge

胚胎发育至 4~5 周时，在体腔背面肠系膜的基底部两侧，左右两侧各出现两个由体腔上皮增生所形成的隆起。内侧的短而细长的隆起称为生殖嵴，是生殖腺发生的原基，根据性别的发育方向，未来在女性发育成卵巢，在男性发育成睾丸。

07.002 生殖嵴 gonadal ridge

又称“生殖腺嵴”。人胚胎发育第 5 周时，位于胚体尾端、原始消化管背系膜与中肾嵴之间的纵行隆起。由体腔上皮及其下方的间充质增生聚集而成。是形成卵巢的原基。

07.003 尿生殖嵴 urogenital ridge

人胚胎发育第 4 周末，生肾索体积不断增大，从胚体后壁突向体腔，在背主动脉两侧形成左右对称的一对纵行隆起。是中肾、性腺和性腺管道发生的原基。

07.004 原始生殖细胞 primordial germ cell

产生雄性和雌性生殖细胞的早期细胞。胚胎形成第 3~4 周时，近尿囊根部的卵黄囊内胚层内出现的大而圆的细胞；于第 4 周沿背侧肠系膜迁入生殖腺嵴，后分化为精原细胞或卵原细胞。

07.005 原始性腺 primordial gonad

又称“原始生殖腺”。尚未发生性别分化的生殖腺。由原始生殖细胞迁移分化而来，最终发育成雌性生殖腺卵巢或雄性生殖腺睾丸。

07.006 性决定区 sex determining region

又称“Y 染色体性别决定区（Y chromosome sex determining region）”。存在于 Y 染色体短臂上的决定生物个体性别的性染色体基因编码区。

07.007 抗米勒管激素 anti-Müllerian hormone

又称“副中肾管抑制因子（Müllerian inhibiting substance, MIS）”。转化生长因子- β 家族中的一种糖蛋白。妊娠后约 5 周由小窦卵泡和早期窦状卵泡表达。可抑制副中肾管上皮的增殖从而使副中肾管退化。缺乏该激素副中肾管不退化而发育为输卵管、子宫和阴道上段。在女性中由小窦卵泡和早期窦状卵泡表达。抗米勒管激素的水平反映了原始卵泡池的大小，并且可能是许多临床情况中反映卵巢功能的最佳生化标志物。

07.008 生殖结节 genital tubercle

胚胎形成第 5 周初，尿生殖褶的头端靠拢，中胚层增殖形成的隆起。是阴茎或阴蒂的原基。如果生殖腺分化为睾丸，在睾丸产生的雄激素作用下，可发育为阴茎；如果生殖腺分化为卵巢，可增大发育成阴蒂。

07.009 尿生殖窦 urogenital sinus

胚胎 7 周时，尿直肠隔融合入泄殖腔膜的内侧面，形成尿生殖膜的前面和直肠膜的后面，从而将直肠与泌尿生殖道分隔开。尿生殖膜上形成孔道与羊膜腔相通，形成原始的尿生殖窦。女性尿道下部与阴道均由尿生殖窦发育而成。

07.02 常见的女性生殖器发育异常

07.0010 处女膜闭锁 imperforate hymen

又称“无孔处女膜”。由于胚胎发育过程中，位于阴道末端的泌尿生殖窦组织未腔化，使

阴道开口梗阻的一类外阴畸形。表现为青春后期闭经、周期性下腹痛或盆腔包块。查体发现为阴道口蓝紫色膨隆。

07.0011 筛孔处女膜 cribriform hymen

开口为多个小孔的处女膜。

07.0012 纵隔处女膜 septate hymen
又称“双孔型处女膜”。开孔中间有纵行条带分隔的处女膜

07.0013 MRKH 综合征
Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome

又称“先天性子宫阴道缺如综合征”。双侧副中肾管发育不全或双侧副中肾管尾端发育不良所致的一种先天性女性生殖道畸形。表现为先天性无阴道，几乎均合并无子宫或仅有始基子宫，卵巢发育及功能多为正常。

07.0014 阴道闭锁 vagina atresia
副中肾管尾端或泌尿生殖窦发育缺陷造成的阴道完全或部分闭合，子宫发育良好，伴或不伴子宫颈发育异常。是在窦结节和阴道板形成阴道的过程中，由于未管化或管化后上皮过度增生，管腔未重新开通引起的畸形。

07.0015 阴道下段闭锁 atresia of lower vaginal
泌尿生殖窦未参与形成阴道下段所致的一种先天性阴道畸形。子宫体、宫颈及阴道上段均正常，子宫内膜功能正常，多表现为月经血及分泌物流出受阻。

07.0016 阴道完全闭锁 complete atresia of vagina
副中肾管尾端及泌尿生殖窦发育缺陷导致的阴道全部闭合。可合并宫颈发育不良，子

宫体正常、发育不良或畸形，子宫内膜功能较差。

07.0017 阴道横隔 transverse vaginal septum

两侧副中肾管会合后的尾端与泌尿生殖窦相接处未贯通或部分贯通所致的一种先天性阴道畸形。横隔可位于阴道内任何部位，但以上、中段交界处为多见。表现为月经血及分泌物流出受阻。

07.0018 完全性阴道横隔 complete transverse vaginal septum
无孔的阴道横隔。多位于阴道下部。

07.0019 不全性阴道横隔 incomplete transverse vaginal septum
有小孔的阴道横隔。多位于阴道上段。

07.0020 阴道纵隔 longitudinal vaginal septum

双侧副中肾管会合后，尾端纵隔未消失或部分消失所致的一种先天性阴道畸形。分为完全纵隔和不全纵隔。完全纵隔以对称性为特点。前者下端达阴道口，后者未达阴道口。常伴有双子宫、双子宫颈。

07.0021 阴道斜隔综合征 oblique vaginal septum syndrome

又称“HWWS 综合征 (Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome)”。一种双子宫、双子宫颈、双阴道，一侧阴道完全或不完全闭锁的先天性畸形。可能由于一侧副中肾管向下延伸未达到泌尿生殖窦形成一盲端所致。多伴闭锁阴道侧的泌尿系统畸形，以肾缺如多见。

07.0022 无孔阴道斜隔 oblique vaginal septum without hole

阴道斜隔的一种分型。闭锁阴道隔膜后的子宫与外界及另侧子宫完全隔离，宫腔积血聚在隔后腔。

07.0023 有孔阴道斜隔 oblique vaginal septum with hole

阴道斜隔的一种分型。闭锁阴道隔膜上有数毫米的小孔，隔后子宫与另侧子宫隔绝，经血通过小孔滴出，引流不畅。

07.0024 无孔阴道斜隔合并宫颈瘘管 oblique vaginal septum without hole combined with cervical fistula

阴道斜隔的一种分型。闭锁阴道隔膜上无开孔，但在两侧宫颈管间有小瘘管，有隔一侧子宫内的经血可通过另一侧宫颈排出，引流不畅。

07.0025 先天性宫颈发育异常 congenital anomaly of cervix

由于副中肾管尾端发育不全或发育停滞所致的宫颈发育异常。主要包括宫颈缺如、宫颈闭锁、先天性宫颈管狭窄、双宫颈等。

07.0026 [子]宫颈未发育 cervical agenesis

又称“[子]宫颈缺如”“[子]宫颈发育不良(hypoplasia of cervix)”“先天性无[子]宫颈(congenital absence of cervix)”。宫颈结构完全缺失的一种宫颈发育缺陷。常合并阴道完全闭锁。

07.0027 [子]宫颈外口闭塞 cervical external orifice occlusion

宫颈内口发育正常，宫颈管腔存在，宫颈管内膜发育正常，但宫颈外口未发育的一种宫颈发育异常。

07.0028 [子]宫颈完全闭锁 cervical

atresia

具有正常或发育不良的宫颈阴道部结构，但宫颈管完全闭锁不通的一种宫颈发育异常。

07.0029 先天性宫颈管狭窄 congenital stenosis of cervical canal

具有正常或发育不良的宫颈阴道部结构，有连接宫腔及阴道的宫颈管腔，但孔道狭窄的一种宫颈发育异常。表现为经血流出不畅。

07.0030 双宫颈 double cervices

有两个宫颈阴道部，各自有宫颈管与宫腔及阴道相通，两个宫颈阴道部可分开或相连，宫颈管间也可有交通的一种宫颈发育异常。

07.0031 宫颈纵隔 cervical septum

仅有一个宫颈阴道部，宫颈管腔正中有纵行隔膜的一种宫颈发育异常。可合并完全子宫纵隔。

07.0032 先天性无子宫 congenial absence of uterus

因双侧副中肾管形成子宫段未融合退化所致的一种子宫形成缺陷。常合并无阴道。卵巢输卵管发育正常，第二性征不受影响。

07.0033 始基子宫 rudimentary uterus

由于双侧副中肾管融合后不久即停止发育所致的子宫发育异常。子宫极小，仅长1~3cm。多数无宫腔或为一实体肌性子宫；无子宫内。无月经来潮。卵巢输卵管发育可正常。

07.0034 幼稚子宫 hypoplastic uterus, infantile uterus

双侧副中肾管融合形成子宫后发育停止所致的子宫发育异常。子宫较正常小，常呈极度前屈或后屈，宫颈相对较长，多呈锥形，外口小，可有宫腔和内膜。卵巢输卵管常发

育正常。可造成痛经、月经过少、闭经或不孕。

07.0035 单角子宫 unicornous uterus

仅一侧副中肾管正常发育，另一侧副中肾管完全未发育或未形成管道而形成的子宫。同侧卵巢、输卵管功能正常，另一侧副中肾管完全未发育或未形成管道，未发育侧卵巢、输卵管和肾脏也往往同时缺如。

07.0036 残角子宫 rudimentary horn of uterus

一侧副中肾管发育，另一侧副中肾管不同程度发育异常形成的子宫。仅有子宫体及输卵管形成，而无子宫颈及阴道结构，子宫体末端为盲端。残角子宫内可有或无宫腔和子宫内膜，常与正常输卵管和卵巢相连。

07.0037 双子宫 didelphic uterus

为两侧副中肾管未融合，各自发育形成子宫体和宫颈的子宫发育异常。两个宫颈可分开或相连，宫颈之间也可有交通瘻管；也可为一侧子宫颈发育不良、缺如，常有一小通道与对侧阴道相通。亦可伴有双阴道。

07.0038 双角子宫 bicornuate uterus
双侧副中肾管融合不良所致的一种子宫类型。按宫角在宫底水平融合不全分为完全双角子宫和不完全双角子宫。

07.0039 纵隔子宫 septate uterus

为双侧副中肾管融合后，纵隔吸收受阻所致的一种子宫畸形。是最常见的子宫畸形。表现为自宫底向宫腔纵向延伸形成的纤维隔。

07.0040 完全纵隔子宫 complete septate uterus

子宫腔纵隔末端到达或超过宫颈内口者的

纵隔子宫类型。可合并双宫颈或宫颈纵隔。

07.0041 不全纵隔子宫 incomplete septate uterus

子宫腔纵隔末端终止在内口以上水平的纵隔子宫类型。大多数纵隔子宫为不全纵隔。

07.0042 弓形子宫 arcuate uterus

由于中肾旁管尾侧轻度合并不全，子宫顶部轻度凹陷形成的子宫。子宫外形基本正常，宫底外形无切迹，宫腔底部内膜呈弧形内凹，内凹深度一般 $<1\text{ cm}$ ，两侧内膜夹角 $>90^\circ$ 。

07.0043 输卵管缺失 absence of fallopian tube

同侧副中肾管未发育导致的单侧输卵管缺如。常伴同侧输尿管和肾脏的发育异常

07.0044 输卵管痕迹 remnant of fallopian tube

同侧副中肾管未发育导致的输卵管部分结构残存。常伴同侧输尿管和肾脏的发育异常

07.0045 输卵管发育不全 abnormal development of fallopian tube

输卵管细长弯曲，肌层不同程度的发育不全，无管腔或部分管腔不通畅，有憩室或副伞，是较常见的生殖器官发育异常。可造成不孕，是异位妊娠的原因之一。

07.0046 副输卵管 supernumerary fallopian tube

单侧或双侧输卵管之上附有一稍小但有伞端的输卵管。有的与输卵管之间有交通，有的不通。

07.0047 双输卵管 duplication of fallopian tube

单侧或双侧有二条发育正常的输卵管，均与

宫腔相通。

07.0048 卵巢未发育 ovarian agenesis

单侧或双侧卵巢结构完全缺失的一种卵巢发育异常。多表现为低性腺激素。多发生于性染色体畸变女性。

07.0049 卵巢发育不良 hypoplastic ovary, streak ovary

又称“条索状卵巢”。由遗传因素、下丘脑-垂体疾病或内分泌因素(如甲状腺功能异常)导致,患者出现卵巢发育形态异常或功能不

全的现象。发育不良的卵巢外观色白,呈细长索状,卵巢切面仅见纤维组织,无卵泡。

07.0050 异位卵巢 ectopic ovary

卵巢形成后仍停留在原生殖嵴部位,未下降至盆腔内,一般位置高于正常卵巢的状态。卵巢结构发育正常者无症状。

07.0051 副卵巢 supernumerary ovary

正常卵巢以外的多余卵巢组织。一般远离正常卵巢部位,可出现在腹膜后。无症状,多因其他疾病手术时发现。

07.03 女性性发育异常

07.0052 46, XX 型女性性发育异常 46, XX type disorder of sex development

所有染色体为46XX的女性性发育异常,包括性腺、性激素及生殖道发育异常。

07.0053 46, XX 性腺发育异常 46, XX gonadal dysplasia

又称“性腺发育不全(gonadal dysgenesis)”。染色体为46,XX,但性腺条索状,成年后雌激素水平低,促性腺水平升高的一种发育异常。表型为女性,第二性征不发育,内外生殖器为发育不良的女性型,有输卵管、子宫及阴道。

07.0054 46, XX 卵睾型性发育异常 46, XX sex development of ovotestis disorder

染色体为46,XX,但性腺同时具有卵巢和睾丸两种性腺组织的一种发育异常。一侧性腺可以是单纯的卵巢或睾丸,也可以是卵巢和睾丸在同一侧性腺内,成为卵睾。

07.0055 睾丸型性发育异常 sex development of testicular disorder

又称“XX男性综合征(XX male syndrome)”。一种罕见的性反转疾病。是染色体核型为46,XX的性反转男性,主要遗传基础是SRY基因异常。发病率约为1/20000,患者表型为男性,内生殖器为睾丸,青春期呈现男性,第二性征稍差。

07.0056 21-羟化酶缺陷 21-hydroxylase deficiency

由于编码21-羟化酶的CYP21A2基因突变所致的遗传性疾病。21-羟化酶缺乏使糖皮质激素、盐皮质激素合成减少,类固醇合成停留在孕酮和17-羟孕酮水平,其对下丘脑和腺垂体的反馈抑制作用减弱,引起促肾上腺皮质激素分泌增加。在促肾上腺皮质激素分泌增多的作用下,形成过量的雄烯二酮,10%的雄烯二酮代谢成为睾酮,过量的睾酮会引起女性胎儿男性化。因此女性患者出生时外生殖器有不同程度的男性化表现。

07.0057 11 β -羟化酶缺陷症 11 β -hydroxylase deficiency

由于 11 β -羟化酶缺陷导致的肾上腺皮质类固醇激素合成障碍。11 β -羟化酶缺乏时皮质醇与醛固酮合成均减少，去氧皮质酮、去氧皮质醇与雄激素均增多，造成女性男性化。胎儿在宫内受高雄激素作用，出生时外生殖器有男性化改变，进入青春期后月经紊乱，周期不规律或无月经来潮，伴有多毛、痤疮等高雄激素表现，成年女性可能表现为不孕。由于产生过多的去氧皮质酮可造成血压升高。

07.0058 3 β -羟基类固醇脱氢酶缺陷症 3 β -dehydrogenase deficiency

由于 3 β -羟基类固醇脱氢酶缺陷导致的肾上腺和卵巢激素合成障碍。可引起糖皮质激素、盐皮质激素、雄激素和雌激素等合成减少。女性患儿外阴正常或轻度的男性化，因高水平的脱氢表雄酮在外周转化为活性较强的雄激素使阴蒂增大，少数有阴唇阴囊皱襞融合，呈女性假两性畸形。患者可出现不同程度的失盐表现。

07.0059 17 α -羟化酶缺陷症 17 α -hydroxy-lase deficiency

一种因肾上腺皮质激素合成途径中 17 α -羟化酶缺陷引起的罕见的常染色体隐性遗传性疾病。17 α -羟化酶缺陷时性激素合成受阻，女性患者的雌激素合成缺乏，缺乏女性第二性征。典型者表现为外生殖器幼稚型，原发性闭经，乳房和阴毛不发育，多发性卵巢囊肿，低血钾性高血压，卵泡刺激素和黄体生成素升高。

07.0060 先天性低促性腺激素性性腺功能低下 congenital hypogonadotropic hypogonadism

垂体分泌的促性腺激素水平低或功能异常，无法刺激女性性腺即卵巢合成雌激素的一种发育异常。表现为无女性第二性征，内外生殖器发育不良，青春期时无乳房发育，无

腋毛、阴毛生长，无月经来潮。常见于卡尔曼综合征，是一种具有临床及遗传异质性的疾病，多伴嗅觉缺失。

07.0061 46,XY 型女性性发育异常

46,XY disorder of sexual development
染色体核型为 46,XY，但可能因发育期间 Y 染色体功能缺失，体内雄激素合成异常或其受体突变，外在表现为女性特征的一种发育异常。患者可出现发育不良的卵巢、无子宫、外生殖器发育不良及原发性闭经。

07.0062 46,XY 性腺发育异常 46,XY gonadal dysplasia

又称“46,XY 性腺发育不全 (46,XY gonadal dysgenesis)”。一种染色体为 46,XY，生殖器呈女性外观的发育异常。在胚胎早期睾丸不发育，未分泌睾酮和副中肾管抑制因子，因此中肾管缺乏睾酮刺激，未能向男性发育，副中肾管未被副中肾管抑制因子抑制而发育为输卵管、子宫与阴道上段，外生殖器为受雄激素影响而发育为女性外阴，性腺为条索状。

07.0063 46,XY 卵睾型性发育异常 46,XY, sex development of ovotestis disorders

染色体为 46,XY，但性腺同时具有卵巢和睾丸两种性腺组织的一种发育异常。一侧性腺可以是单纯的卵巢或睾丸，也可以是卵巢和睾丸在同一侧性腺内，成为卵睾。

07.0064 睾丸退化 testicular degeneration

染色体为 46,XY，胚胎期睾丸在不同阶段发生退化，但在退化之前有一段时间有部分内分泌功能，分泌睾酮和米勒管抑制物。社会性别可为女性，外生殖器可有不同程度的男性化和副中肾管不全退化导致的发育异常。外生殖器表现受睾酮影响仅部分发育。临床

表现可为小阴唇融合、阴蒂稍增大、尿道开口在阴蒂根部。盆腔内为发育不全的输卵管，但无子宫。

07.0065 5 α -还原酶缺陷 5 α -reductase deficiency

5 α -还原酶缺乏导致的病症。男性外生殖器的分化与发育依赖于靶器官内的 5 α -还原酶将循环的睾酮转化为双氢睾酮。缺乏 5 α -还原酶 II，在胚胎发育过程中，外生殖器不发育，出生时外生殖器多为女性表现，阴道为盲端，无子宫，中肾管分化良好，前列腺不发育。

07.0066 胆固醇碳链裂解酶缺陷症 cholesterol desmolase deficiency

又称“StAR 缺陷症 (StAR deficiency)”。由于类固醇生成急性调节蛋白 (StAR, StAR 基因编码) 缺陷引起的类固醇激素合成严重受阻的病症。因为 StAR 可将细胞内胆固醇递送到线粒体内膜，其缺陷可导致先天性类脂性肾上腺皮质增生症。StAR 缺陷症极罕见，StAR 缺陷儿出生后不久出现肾上腺功能降低危象，出现皮质功能不足症状、假两性畸形 (46, XY)。实验室检查发现所有的肾上腺或性腺激素均降低或不可检出。

07.0067 雄激素不敏感综合征 androgen insensitivity syndrome

又称“睾丸女性化综合征 (testicular feminization syndrome)”。位于 Xq11-12 上的雄激素受体基因发生突变导致雄激素受体功能缺陷而出现不同程度女性化的发育异常。表现为患者有睾丸，染色体组型为 46, XY，能产生雄激素，但由于体细胞缺乏雄激素受体，中肾管未分化为男性生殖管道，外生殖器及第二性征的表型均为女性的综合征。根

据是否有男性化表现分为完全型和不完全型。

07.0068 特纳综合征 Turner syndrome

又称“先天性卵巢发育不全 (congenital agenesis of ovary)”，一种性染色体缺失导致的综合征。性染色体缺失一个 X (45, XO)，单一的 X 染色体多来自母亲；还可有多种嵌合型。患者呈女性体态，但卵巢发育不全，身材矮小，蹼状颈，宽胸，外生殖器和乳房呈女性型但发育不良，肘外翻，部分智力低下。

07.0069 克兰费尔特综合征 Klinefelter syndrome

又称“先天性生精小管发育不全综合征”。一种染色体为 47, XXY 的性染色体数目异常导致的综合征。本病特点为患者有类无睾身材、男性乳房发育、小睾丸、无精子及尿中促性腺激素增高等。

07.0070 45, X/46, XY 综合征 45, X/46, XY syndrome

染色体核型为 45, X/46, XY 的一种混合性性腺发育不良。很罕见，临床表型与嵌合成分所占比例相关。

07.0071 46, XX/46, XY 卵睾型性发育异常 46, XX/46XY gonadal dysgenesis of ovotestis disorder

染色体为 46, XX/46, XY 的嵌合型，性腺条索状，同时具有卵巢和睾丸两种性腺组织的性发育异常。一侧性腺可以是单纯的卵巢或睾丸，也可以是卵巢和睾丸在同一侧性腺内，成为卵睾。临床表型与嵌合成分所占比例相关。

08. 妊娠生理

08.01 生殖细胞、受精及胚胎早期发生

08.001 生殖细胞 germ cell, gamete

特殊分化的、最终产生单倍体配子的细胞的统称。包括从原始生殖细胞直到最终已分化的细胞。

08.002 精子发生 spermatogenesis

男性的睾丸中生殖细胞从精原细胞一直发育至成熟精子的过程。始于精原干细胞的有丝分裂，是曲细精管中生精细胞增殖、分化的复杂过程。主要包括精原细胞增殖、精母细胞减数分裂和精子变态形成3个阶段。

08.003 精子成熟 sperm maturation

精子离开生精小管，在附睾内停留8~17天经历一系列成熟变化，获得运动能力，达到功能上成熟的过程。

08.004 卵子发生 oogenesis

卵原细胞经过初级卵母细胞和次级卵母细胞而生成卵子的过程。

08.005 排卵 ovulation

处于第二次成熟分裂中期的次级卵母细胞从卵巢表面排至腹腔的过程。

08.006 受精 fertilization

精子和卵子结合成受精卵的过程。是新个体发育的开端。

08.007 卵子运行 oocyte transport

排卵时处于第二次成熟分裂中期的次级卵

母细胞连同周围的透明带和放射冠，随输卵管上皮细胞纤毛摆动和肌层收缩，通过腹腔进入输卵管壶腹部的过程。

08.008 精子运行 sperm transport

精子从射精部位向受精部位的移行。成熟精子从生精小管出发，进入附睾，贮存于附睾尾部，射精后精子穿过女性生殖道，到达输卵管壶腹部。

08.009 精子获能 capacitation

当精子通过女性生殖管道而受到管道中某些化学因子的作用时，去能因子被解除，获得穿透卵子的透明带能力的生理过程。是精子在受精前必须经历的一个重要阶段。

08.010 顶体反应 acrosome reaction

当获能精子遇到卵细胞周围的放射冠时，便释放顶体酶，溶解放射冠颗粒细胞之间的基质，穿越放射冠，接触透明带，再次释放顶体酶并穿越透明带的过程。

08.011 胚胎发生 embryogenesis

从受精卵发育成一个新个体的整个过程。包括细胞的增殖、生长、识别、迁移、分化以及组织和器官的形成等。

08.012 卵裂 cleavage

受精之后连续而迅速的细胞分裂。

08.013 卵裂球 blastomere

卵裂产生的形态上尚未分化的细胞。

08.014 桑葚胚 morula

受精后第 2~3 天, 卵裂球达 16 个, 外包透明带, 形似桑葚果的胚。

08.015 早期囊胚 early blastocyst

桑葚胚进一步分裂发育形成的球状幼胚。

08.016 晚期囊胚 late blastocyst

受精后第 5~6 日, 早期胚泡透明带消失, 总体积迅速增大, 继续分裂发育形成的囊胚。

08.017 受精卵着床 zygote implantation

受精后 6~7 日后胚胎植入子宫内膜的过程。受精卵着床经过定位、黏附和侵入三个过程。

08.018 受精卵定位 zygote apposition

透明带消失, 晚期囊胚以其内细胞团端接触

子宫内膜的过程。

08.019 受精卵黏附 zygote adhesion

晚期囊胚黏附在子宫内膜的过程。囊胚表面滋养细胞分化为两层, 外层为合体滋养细胞, 内层为细胞滋养细胞。

08.020 受精卵侵入 zygote invasion

滋养细胞穿透子宫内膜、内 1/3 肌层及血管, 囊胚完全埋入子宫内膜中且被内膜覆盖的过程。

08.021 胚层分化 germ layer differentiation

胚胎发育过程中, 结构和功能相同的细胞分裂增殖成结构功能不同的细胞、组织、器官的过程。

08.02 胎膜与胎盘

08.022 胎膜 fetal membrane

由胚泡分化来的胚胎本体的附属结构。由外层的平滑绒毛膜和内层的羊膜组成, 维持羊膜腔的完整性, 对胎儿起到保护作用, 在分娩发动上也有一定作用。

08.023 绒毛膜 chorion

晚期囊胚植入后, 植入部位的滋养层与其内面的胚外中胚层发育形成的结构。由绒毛膜板、各级绒毛膜干及绒毛组成。

08.024 绒毛膜板 chorionic plate

滋养层和衬于其内面的胚外中胚层组成板状结构。在其基础上形成各级绒毛膜干及绒毛。

08.025 绒毛 villus

由绒毛膜板向外发出的若干突起。外包合体滋养层和细胞滋养层, 内有胚外中胚层和血管。根据其发育阶段和构成成分的不同, 分为一级绒毛、二级绒毛和三级绒毛。

08.03 羊膜与羊水

08.026 羊膜 amnion

附着在胎盘胎儿面的半透明薄膜。由单层上皮细胞互相连接构成, 具有分泌羊水的作用,

光滑, 无血管、神经及淋巴, 厚度为 0.02~0.05mm。

08.027 羊水 amniotic fluid

充满在羊膜腔中的液体。最早由羊膜上皮分泌和血管渗透，中后期胎儿尿液成为主要来源，晚期胎肺也参与其形成。主要功能是保护胎儿和母体。

08.028 卵黄囊 yolk sac

由胚外内胚层和包于其外方的胚外中胚层组成的囊状结构。是母体和胚胎交换的最初始途径，在胎盘循环建立之前为胚胎提供营养、免疫、代谢、内分泌和造血等功能。

08.029 尿囊 allantois

胚盘尾端与卵黄囊交界处向体蒂内突出而形成的一个内胚层盲囊。出现于受精后的第3周初，仅存数周即大部退化，只有根部演变为膀胱的一部分，其壁上的尿囊动、静脉演变为脐动、静脉。

08.030 脐带 umbilical cord

连于胎儿脐部与胎盘胎儿面间的条索状结构。是母胎间气体交换、营养物质供应和代谢产物排出的重要通道。足月胎儿脐带长约30~100cm，直径约0.8~2cm，外包光滑羊膜，内含黏液性结缔组织、脐动脉、脐静脉等。

08.031 胎盘 placenta

由胎儿部分的羊膜和叶状绒毛膜及母体部分的底蜕膜共同组成的圆盘形结构。分胎儿

面和母体面，中央厚边缘薄。具有物质交换、防御、合成及免疫功能，对于保证胎儿正常发育至关重要。

08.032 叶状绒毛膜 chorion frondosum

与底蜕膜相接触的绒毛形成的胎盘胎儿部分。是胎盘的主要结构。

08.033 底蜕膜 decidua basalis

又称“基蜕膜”。与囊胚极滋养层接触的子宫内膜。是胎盘的母体部分。

08.034 蜕膜 decidua

妊娠期的子宫内膜。受精卵着床后，在孕激素、雌激素作用下子宫内膜腺体增大，腺上皮细胞糖原增加，血管充血。分为底蜕膜、包蜕膜及真蜕膜。底蜕膜为囊胚着床部位的子宫内膜，发育为胎盘母体部分；包蜕膜为覆盖囊胚表面的蜕膜；真蜕膜是底蜕膜及包蜕膜以外覆盖子宫腔的蜕膜。

08.035 母胎界面 maternal-fetal interface

母体蜕膜和胎体胎盘共同组成，是母体与胎儿直接“对话”接触的界面。由蜕膜基质细胞、蜕膜免疫细胞和滋养细胞构成。其免疫特性在维持母体对胎儿的免疫耐受方面具有重要作用。

08.04 胎儿的发育及特点

08.036 孕龄 gestational age

孕妇的怀孕周数。临床常由末次月经第一天开始来计算。孕龄早于胚胎受精日期约2周。由于孕妇月经周期长短不同，可结合早孕期超声更准确的确定孕龄。

08.037 胎儿循环 fetal circulation

胎儿出生前的心血管系统分布及其血液流通途径。由于胎肺无呼吸作用，氧合血需由脐静脉进入胎儿，通过卵圆孔及动脉导管的交通供应全身，并通过脐动脉带走代谢产物。胎儿出生后脐血管关闭，新生儿肺开始呼吸

活动，卵圆孔关闭，动脉导管关闭，主动脉

和肺动脉不再交通。

08.05 母体生理变化

08.038 母体生理变化 maternal physiological changes

为了适应胎儿生长发育的需要并为分娩做准备，在胎盘产生的激素参与和神经内分泌的影响下，孕妇体内各系统发生的一系列的生理变化。

08.039 黑加征 Hegar sign

早期妊娠特有的变化。表现为胚胎着床处局部较软，妊娠 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。

08.040 生理性子宫收缩 Braxton Hicks contraction

妊娠期子宫不规律的无痛性收缩。这种收缩是不规则和不对称的，收缩时子宫内压力不超过 10~15mmHg，随妊娠周数增加，收缩的频率和幅度也相应增加。

08.041 子宫血流量 uterine blood flow

供应子宫的血流量。随妊娠孕周增加而增加，妊娠足月时约 450~650ml/min，较非孕时增加 4~6 倍。

08.042 子宫下段 lower uterine segment

妊娠后子宫体下部与子宫颈阴道上部相连接处较狭细部分即子宫峡部。随子宫底的上升而逐渐伸展拉长变薄形成，妊娠期为宫腔的一部分，临产后伸展至 7~10cm，成为产道的一部分。

08.043 蒙氏结节 Montgomery's tubercles

妊娠期乳晕外围皮脂腺肥大形成散在的结节状隆起。

08.044 妊娠期血容量 maternal blood volume

妊娠期的血液容量。于妊娠 6~8 周开始增加，至孕 32~34 周到高峰，增加 40%~45%，平均增加 1450ml，在产后 6 周恢复。

08.045 生理性血液稀释 physiological blood dilution

妊娠期由于血浆量增加多于红细胞增加引起的血液稀释。易出现生理性贫血。

08.046 妊娠纹 striae gravidarum

妊娠期间孕妇腹壁皮肤出现的宽窄不同、长短不一的粉红色或紫红色的波浪状花纹。妊娠期肾上腺皮质分泌糖皮质激素增多，分解弹力纤维蛋白，弹力纤维变性，子宫增大时孕妇腹壁皮肤张力增大，皮肤弹力纤维断裂而形成。分娩后，这些花纹会逐渐消失，留下白色或银白色的有光泽的瘢痕线纹。

08.047 妊娠黄褐斑 chloasma gravidarum

妊娠期出现在面颊部并累及眶周、上唇，前额及鼻部的碟状褐色斑。由于促黑素细胞刺激激素分泌增加，及大量雌孕激素刺激黑色素分泌增加，致皮肤出现色素沉着，产后逐渐消退。

08.048 妊娠腕管综合征 pregnant carpal tunnel syndrome

妊娠期水肿及腕部筋膜、肌腱及结缔组织的变化，致腕管内压力增加，使腕管的软组织

变紧,压迫正中神经,导致手部麻木或疼痛,

持物无力等症状的综合征。

09. 妊娠诊断

09.001 妊娠期 gestational period

受孕后至分娩前的生理时期。从末次月经第一日开始计算,约280日(40周)。

09.002 早期妊娠 first trimester of pregnancy

妊娠开始到妊娠13⁺⁶周。

09.003 妊娠试验 pregnancy test

检测孕妇尿液或血液中是否含一定量的人绒毛膜促性腺激素诊断妊娠的试验。

09.004 早孕反应 morning sickness

妊娠女性在停经6周左右开始出现的一系列生理症状。包括:畏寒、头晕、厌油腻、恶心、晨起呕吐等,多在停经12周左右自行消失。

09.005 妊娠囊 gestational sac, GS

妊娠5周时超声检查在子宫内出现的圆形或者椭圆形囊状结构。其内为无回声区,妊娠囊内见到卵黄囊或胎芽可以诊断宫内妊娠。

09.006 中期妊娠 second trimester of pregnancy

从妊娠14⁺⁰周开始到妊娠27⁺⁶周。

09.007 头臀长度 crown-rump length, CRL

超声检查测量的胎儿头顶顶部最高点到臀部最低点的长度。是早期妊娠确认孕龄的最准确方法。

09.008 晚期妊娠 third trimester of pregnancy

从妊娠28⁺⁰周开始到妊娠41⁺⁶周。

09.009 胎势 fetal attitude

胎儿在子宫内的姿势。正常胎势为胎头俯屈,颈部贴近胸壁,脊柱略弯曲,四肢屈曲交叉于胸腹前,胎儿体积及体表面积均明显缩小,整个胎体成为头端小、臀端大的椭圆形。

09.010 胎产式 fetal lie

胎体纵轴与母体纵轴的关系。包括纵产式、横产式和斜产式。两纵轴平行者称为纵产式,两纵轴垂直者称为横产式;两纵轴交叉者称为斜产式。

09.011 胎先露 fetal presentation

最先进入母体骨盆入口的胎儿部分。

09.012 头先露 cephalic presentation

胎儿头部最先进入母体骨盆入口。

09.013 枕先露 occipital presentation

胎儿枕骨最先进入母体骨盆入口。胎头俯屈使下颏接近胸部。

09.014 面先露 face presentation

胎儿面部最先进入母体骨盆入口。胎头极度仰伸,胎儿枕部与胎背接触,多在临产后发现,经产妇多见。

09.015 额先露 brow presentation

胎儿额骨最先进入母体骨盆入口。胎头部分仰伸。

09.016 臀先露 breech presentation

胎儿臀部或胎儿足部最先进入母体骨盆入口。是最常见的异常胎位。可分为单臀先露、完全臀先露、不完全臀先露。以骶骨为指示点，有骶左前、骶左横、骶左后，骶右前、骶右横、骶右后 6 种胎方位。

09.017 单臀先露 frank breech presentation

又称“腿直先露”。胎儿臀部最先进入母体骨盆入口且双髋关节屈曲及双膝关节伸直。臀先露中最为常见。

09.018 完全臀先露 complete breech presentation

又称“混合臀先露”。胎儿臀部及双足最先进入母体骨盆入口，胎儿双髋关节及双膝关节均屈曲。臀先露中较为常见。

09.019 不完全臀先露 incomplete breech presentation

胎儿以一足或双足、一膝或双膝、或一足一膝最先进入母体骨盆入口。臀先露中较少见。

09.020 肩先露 shoulder presentation

胎儿横产式，胎儿肩部最先进入母体骨盆入口。

09.021 忽略性肩先露 neglected shoulder presentation

肩先露胎膜早破后宫腔容积缩小，胎体易被宫壁包裹、折叠。随着产程进展，胎肩及胸廓一部分被挤入骨盆入口，胎儿颈部进一步侧屈使胎头折向胎体腹侧，嵌顿在一侧髂窝，胎臀则嵌顿在对侧髂窝或折叠在宫腔上部，胎肩先露侧上肢脱垂入阴道，另一侧上肢脱出于阴道口外。

09.022 复合先露 compound

presentation

胎先露部伴有胎儿肢体同时进入骨盆入口。临床以一手或一前臂沿胎头脱出最常见，多发生于早产者。

09.023 胎方位 fetal position

胎先露指示点与母体骨盆的关系。枕先露以枕骨、面先露以颞骨、臀先露以骶骨、肩先露以肩胛骨为指示点。每个指示点与母体骨盆入口左、右、前、后、横的不同位置构成不同胎方位。

09.024 枕前位 occipitoanterior, OA

胎儿枕骨位于母体骨盆前方的胎方位。头先露时以枕骨为指示点、每个指示点与母体骨盆入口左、右、前、后、横的不同位置有 6 种胎方位，枕前位是一种常见的胎方位，包括枕左前位和枕右前位。

09.025 颞前位 mentoanterior, MA

胎儿颞部位于母体骨盆前方的胎方位。面先露时以颞骨为指示点、每个指示点与母体骨盆入口左、右、前、后、横的不同位置有 6 种胎方位，颞前位包括颞左前位和颞右前位。

09.026 骶前位 sacroanterior, SA

胎儿骶骨位于母体骨盆前方的胎方位。臀先露时以骶骨为指示点、每个指示点与母体骨盆入口左、右、前、后、横的不同位置有 6 种胎方位，骶前位包括骶左前位和骶右前位。

09.027 肩前位 scapuloanterior, ScA

胎儿肩胛骨位于母体骨盆前方的胎方位。肩先露时以肩胛骨为指示点、每个指示点与母体骨盆入口左、右、前、后的不同位置有 4 种胎方位，肩前位包括肩左前位和肩右前位。

10. 产前检查与孕期保健

10.01 产前检查

10.001 产前检查 prenatal care

通过对孕妇及胎儿的监护,达到及早发现胎儿异常情况的孕妇检查。规范的产前检查能够及早防治妊娠并发症或合并症,及时发现胎儿异常,评估孕妇及胎儿的安危,确定分娩时机和分娩方式,保障母婴安全。内容包括详细询问病史、全面体格检查、产科检查、必要的辅助检查和健康教育指导。

10.002 围产期 perinatal period

妊娠达到及超过 28 周至产后 1 周的时期。各国采取的标准不统一。

10.003 预产期 estimated date of confinement, EDC

推算预期可能分娩的日期。通常按末次月经第一日开始计算的第 280 天。有条件者应根据早期妊娠超声检查来核对预产期。

10.004 末次月经 last menstrual period, LMP

自然状态下最后一次月经来潮的第 1 天。多数依据末次月经起始日计算妊娠周数及预产期。

10.005 四步触诊法 four maneuvers of Leopold

判定胎先露、胎方位、胎先露部是否衔接、胎产式,以及子宫大小和孕周是否相符的方法。

10.006 宫底高度 fundal height

耻骨联合上缘中点至子宫底的距离。通过其间接判断胎儿生长发育与孕周是否吻合。

10.007 腹围 abdominal circumference

环绕腹部最膨隆处一周的围长。通常经过脐水平测量。

10.008 悬垂腹 pendulous abdomen

孕妇的一种腹型。腹部完全向前膨胀隆起并呈下垂状,多考虑由于腹直肌无力或分离造成。

10.009 骨盆内测量 internal pelvimetry

通过内诊方法测量骨盆内各径线,用以了解骨盆大小的方法。

10.010 对角径 diagonal conjugate, DC

耻骨联合下缘至骶岬前缘中点的距离。正常值为 12.5~13cm。

10.011 坐骨棘间径 interspinous diameter

两侧坐骨棘间的距离。其长短与胎先露内旋转关系密切,正常值平均约为 10cm。

10.012 坐骨切迹 incisura ischiadica

坐骨棘与骶骨下部间的距离。即骶棘韧带宽度,反应中骨盆后矢状径。测量时将阴道内的示指置于韧带上移动,若能容纳 3 横指(5.5~6cm)为正常,否则属中骨盆狭窄。

10.013 出口后矢状径 posterior sagittal diam-

eter of outlet

坐骨结节间径中点至骶骨尖端的长度。正常值为8~9cm。

10.014 骨盆外测量 external pelvimetry

通过测量骨盆各径线来间接判断骨盆大小与形态的方法。包括测量髂棘间径、髂嵴间径、髂耻外径、坐骨结节间径及耻骨弓角度。

10.015 髂棘间径 interspinal diameter

两髂前上棘外缘的距离。正常值为23~26cm。

10.016 髂嵴间径 intercrestal diameter

两髂嵴外缘最宽的距离。正常值为25~28cm。

10.017 骶耻外径 external conjugate

第5腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点的距离。正常值为18~20cm。此径线可以间接推测骨盆入口前后径。

10.018 出口横径 transverse outlet

又称“坐骨结节间径”(bi-ischial diameter)。两坐骨结节内侧缘的距离。正常值为8.5~9.5cm。出口后矢状径值与坐骨结节间径值之和>15cm时,表明骨盆出口狭窄不明显。

10.019 耻骨弓角度 angle of subpubic arch

两侧耻骨形成的夹角。正常值为90°,小于80°为异常,反映骨盆出口横径的宽度。

10.020 宫颈成熟度评分 cervical Bishop score

一种评价判断宫颈成熟度的评分方法。可根据评分选择催引产方法。检查内容包括:子宫颈的位置、硬度,子宫颈管消退程度,子宫颈口扩张程度,胎儿先露部位的高低。

10.02 胎儿健康的评估技术

10.021 高危儿 high risk fetus

由于孕妇或胎儿本身各种不利因素,使其在宫内或娩出后面临各种风险的胎儿。

10.022 电子胎心监护 electronic fetal monitoring

通过放置在孕妇腹部的多普勒探头描记胎心率变化的曲线。是临床最常用的评估胎儿宫内状况的方法,能连续观察并记录胎心率的动态变化,同时描记子宫收缩和胎动情况,反映三者间关系。

10.023 胎心率基线 fetal heart rate baseline

10分钟内的平均胎心率水平(除外胎心周期性或一过性变化及显著变异的平均胎心率水平)。至少观察2分钟。正常胎心率基线为110~160次/分。

10.024 胎儿心动过速 fetal tachycardia

胎心率>160次/分,持续≥10分钟。

10.025 胎儿心动过缓 fetal bradycardia

胎心率<110次/分,持续≥10分钟。

10.026 胎心率基线变异 variability of fetal heart rate

胎心率每分钟自波峰到波谷的振幅改变。

10.027 胎心率变异消失 absent variability of fetal heart rate

胎心率自波峰到波谷的振幅波动完全消失。

10.028 胎心率微小变异 minimal variability of fetal heart rate

胎心率自波峰到波谷的振幅波动≤5次/分。

- 10.029 胎心率中等变异 normal variability of fetal heart rate
胎心率自波峰到波谷的振幅波动 6~25 次/分。
- 10.030 胎心率显著变异 marked variability of fetal heart rate
胎心率自波峰到波谷的振幅波动 >25 次/分。
- 10.031 胎心率加速 acceleration of fetal heart rate
基线胎心率突发显著增加, 开始到波峰时间 <30 秒。妊娠 32 周前, 加速在基线水平上 ≥ 10 次/分, 持续时间 ≥ 10 秒, 但 <2 分钟。妊娠 32 周及以后, 加速在基线水平上 ≥ 15 次/分, 持续时间 ≥ 15 秒, 但 <2 分钟。如果加速持续 ≥ 10 分钟, 则考虑胎心率基线变化。
- 10.032 胎心率早期减速 early deceleration of fetal heart rate
伴随宫缩出现的胎心率减速。通常是对称性地、缓慢地下降到最低点再缓慢恢复到基线。减速的开始到胎心率最低点的时间 ≥ 30 秒, 减速的开始、最低值及恢复与宫缩的起始、峰值及结束同步。
- 10.033 胎心率晚期减速 late deceleration of fetal heart rate
伴随宫缩出现的胎心率减速。通常是对称性地、缓慢地下降到最低点再缓慢恢复到基线。从开始到最低点的时间 ≥ 30 秒, 多在宫缩高峰后开始出现, 下降缓慢, 下降幅度不等, 持续时间长, 恢复缓慢。减速的开始、最低值及恢复分别延后于宫缩的起始、峰值及结束。
- 10.034 胎心率变异减速 variable deceleration of fetal heart rate
突发的、显著的胎心率急速下降。从开始到最低点时间 <30 秒, 胎心率下降 ≥ 15 次/分, 持续时间 ≥ 15 秒, 但 <2 分钟, 表现为胎心率减速的形态不规则, 持续时间长短不一, 减速的开始、最低值及恢复与宫缩的起始、峰值及结束无恒定关系。
- 10.035 胎心率延长减速 prolonged deceleration of fetal heart rate
明显低于基线的胎心率下降。减速程度 ≥ 15 次/分, 持续时间 ≥ 2 分钟, 但不超过 10 分钟。胎心减速持续 ≥ 10 分钟则考虑胎心率基线变化。
- 10.036 胎心率反复性减速 recurrent deceleration of fetal heart rate
20 分钟观察时间内, $\geq 50\%$ 的宫缩均伴发胎心率减速。
- 10.037 胎心率间歇性减速 intermittent deceleration of fetal heart rate
20 分钟观察时间内, <50% 的宫缩均伴发胎心率减速。
- 10.038 胎心率正弦波形 sinusoidal fetal heart rate pattern
胎心率基线呈现平滑的类似正弦波样摆动的波形, 频率固定, 3~5 次/分, 持续 ≥ 20 分钟。
- 10.039 正常宫缩 normal uterine contraction
正常频率的子宫收缩。观察 30 分钟, 10 分钟内有 5 次或者 5 次以下宫缩。
- 10.040 宫缩过频 tachysystole
子宫收缩频率过快。观察 30 分钟, 10 分钟内有 5 次以上宫缩。
- 10.041 无应激试验 non-stress test, NST

在无宫缩、无外界负荷刺激情况下，通过胎心监护监测胎动时的胎心率变化，了解胎儿的贮备能力的检测手段。有一定的假阳性率，可疑时应延长胎心监护的时间或者重复检查，必要时行生物物理评分。

10.042 缩宫素激惹试验 oxytocin challenge test, OCT

用缩宫素诱导宫缩并用电子胎心监护仪记录胎心率的变化，用于产前监护及引产时评价胎盘功能的检测手段。结果分为阴性、可疑及阳性。①阴性：胎心率基线变异正常，胎动后有胎心加速。每10分钟有3次宫缩，持续时间大于40秒，没有晚期减速或重度变异减速。②可疑（有下述任一种表现）：胎心基线率异常；间断出现晚期减速或重度变异减速或频发早期减速；过强刺激：宫缩过频过强（>5次/10分钟）；宫缩伴胎心减速，时间>90秒；出现无法解释的监护图形。③阳性：≥50%的宫缩伴随晚期减速。

10.043 产时胎心监护 electronic fetal monitoring during labor

产程中实施的胎心监护。推荐采用产时胎心监护图形的三级判读系统进行判读。

10.044 胎儿生物物理评分 biophysical profile, BPP

综合电子胎心监护及超声检查所示某些生理活动，以判断胎儿有无急慢性缺氧的一种产前监护方法。评分指标包括：无应激试验、胎儿呼吸运动、胎动、胎儿张力、羊水最大暗区垂直深度。

10.045 静脉导管 ductus venosus, DV

胎儿时期存在的一条通道。是位于肝脏内的一条连接脐静脉和下腔静脉的血管，出生以后闭锁成为静脉韧带。胎盘中含氧气的血液

从脐静脉经静脉导管分流向右心房入下腔静脉，对维持正常的胎儿循环很重要。

10.046 脐动脉收缩期/舒张期血流比值 umbilical arterial systolic/diastolic ratio, S/D

多普勒超声测量胎儿脐动脉收缩期峰值血流速度（S）与舒张期末期血流速度（D）的比值。体现了在胎儿心动周期中血流速度变化的振幅，主要反映胎儿-胎盘血流阻力，是妊娠期评价胎盘功能和胎儿发育的一个重要指标，可作为高危妊娠的胎儿监测方法。

10.047 脐动脉搏动指数 umbilical arterial pulsatility index, UA-PI

用于脐动脉多普勒评估的一个参数。是胎儿心动周期中心脏舒张期血流速度下降的幅度与整个心动周期平均血流速度之比。即（脐动脉收缩期峰值血流速度（S）-舒张末期血流速度（D））/平均血流速度（M），可反映胎儿胎盘下游循环的阻力，随胎龄增加而减低。

10.048 脐动脉阻力指数 umbilical arterial resistive index, UA-RI

用于脐动脉多普勒评估的一种参数。是胎儿心动周期中血流速度变化幅度与收缩末期血流速度之比。可反映胎儿胎盘下游循环的阻力，随胎龄增加而减低，也能体现由于心功能不良而致的相对性末梢阻抗增高。

10.049 胎儿大脑中动脉收缩期峰值流速 fetal middle cerebral artery-peak systolic velocity, MCA-PSV

多普勒超声测量胎儿大脑中动脉收缩期最高流速，是临床上主要用来评估胎儿贫血的无创方法。

10.03 围产期保健

10.049 围产期保健 perinatal care

孕期、产时、产褥期进行的一系列预防疾病和保护健康的措施。确保母婴安全，降低孕产妇死亡率和围生儿死亡率。包括孕期保健、产时保健、产褥期保健、新生儿保健、哺乳期保健等。

10.050 孕期营养 nutrition in pregnancy

孕期由于胎儿的生长发育、母体乳腺和子宫等生殖器官的发育以及为分娩后乳汁分泌所需进行的营养储备。营养作为最重要的环境因素，对母亲及子代的近期和远期健康都将产生至关重要的影响。

10.051 妊娠期体重管理 management of gesta-

tional weight gain

对妊娠期体重增长进行的合理管理。使其保持在适宜的范围，以保证胎儿正常生长发育、避免不良妊娠结局。孕妇体重增长可以影响母儿的近远期健康，孕妇体重增长过多或增长不足均会对母儿产生不利影响，孕期合理管理和控制体重至关重要。

10.052 仰卧位低血压 supine hypotension

妊娠晚期孕妇若较长时间取仰卧姿势，由于增大的妊娠子宫压迫下腔静脉，使回心血量及心排出量减少，出现头晕、恶心、胸闷及不同程度的血压下降表现。此时若改为侧卧姿势，使下腔静脉血流通畅，血压迅即恢复正常。

11. 遗传咨询、产前筛查与产前诊断

11.01 遗传咨询

11.001 遗传咨询 genetic counseling

从事医学遗传的专业人员或医师，对被咨询者提出的家庭中遗传性疾病的相关问题予以解答，并对其婚育问题提出建议和具体指导的过程。

11.002 遗传病 genetic disease

由于遗传物质改变导致的具有遗传特征的疾病。

11.003 自主原则 principle of autonomy

遗传咨询过程中，尊重咨询对象的意愿和决

定，确保任何决策的选择均不受任何压力的胁迫和暗示的原则。

11.004 知情同意原则 principle of informed consent

遗传咨询过程中，应确保咨询对象对于所有涉及自身及家庭成员的健康状态及疾病风险、遗传学检测可能出现的临床意义不明的基因变异、不同个体诊疗计划的利弊均有充分的理解，并完全自主的进行医疗方案的选择的原则。

11.005 无倾向性原则 principle of non-tendency

在遗传咨询的过程中，医务人员帮助咨询者了解不同方案的利弊，而不是替代咨询者做出选择的原则。

11.006 守密尊重隐私原则 principle of confidentiality and respect for privacy

遗传咨询过程中，未经许可，医务人员不得将遗传检查结果告知除亲属外的第三者的原则。

11.007 公平原则 principle of fairness

遗传学服务（包括咨询和检测）应该被平等地提供给所有需要的人的原则。

11.008 染色体病 chromosomal disease

由于染色体数目或结构异常而引起的临床综合征。

11.009 基因组疾病 genomic disease

由基因组 DNA 的异常重组而导致的微缺失与微重复，或基因结构的彻底破坏而引起异常临床表型的一组疾病。

11.010 单基因遗传病 single gene inherited disease

又称“孟德尔遗传病（Mendelian inherited disease）”。由单个位点或者等位基因变异引起的遗传性疾病。

11.011 多基因遗传病 polygenic inherited disease

在环境作用下受多对基因控制的遗传性疾病。

11.012 线粒体遗传病 mitochondrial genetic disease

由于线粒体环脱氧核糖核酸异常引起的遗传性疾病。

11.013 体细胞遗传病 somatic cell genetic disease

除生殖细胞外的体细胞内的基因发生变异，由于该变异的累加效应导致的疾病。这种变异不会遗传给子代。

11.014 易感基因 susceptible gene

和特定疾病具有阳性关联的基因或者等位基因，多位于 HLAII 类基因区或其附近。

11.015 主基因 major gene

对数量性状能产生明显表型效应的基因。

11.02 产前筛查

11.016 产前筛查 prenatal screening

在妊娠期间通过影像学、母体外周血检查等无创性手段，评价胎儿存在潜在异常风险的医疗措施。

11.017 染色体非整倍体异常 aneuploidy chromosome abnormality

细胞中染色体的数目不是某染色体组基数的整数倍的状态。

11.018 软指标 soft marker

妊娠期间胎儿超声检查发现的非特异性改变。包括妊娠早期的胎儿颈后透明层增厚，鼻骨缺失，妊娠中期的胎儿颈部皮肤皱褶增厚，肠管回声增强等。

11.019 无创产前检测技术 non-invasive prenatal test, NIPT

根据孕妇血浆中胎儿来源的游离脱氧核糖核酸信息筛查常见的非整倍体染色体异常的方法。

11.020 21 三体综合征 trisomy 21 syndrome

由于第 21 对染色体增加 1 条而引起的包括智力低下、短头、鼻梁低平、睑裂外角上斜、内眦赘皮、先天性心脏病等的多发先天性畸形。

11.021 整合产前筛查 integrated prenatal screening, IPS

早中孕期超声联合血清中的生化检测指标共同评价胎儿染色体异常风险的方法。在妊娠 9~13⁺⁶ 周检测血清妊娠相关血浆蛋白 A、 β -人绒毛膜促性腺激素；在妊娠 11~13⁺⁶ 周超声检查胎儿颈部透明带厚度；妊娠 15~20⁺⁶ 周进行血清甲胎蛋白、 β -人绒毛膜促性腺激素、游离雌三醇、抑制素四联筛查。联合上述指标共同评价。与早孕期筛查相比，在检出率相同的情况下，可以降低假阳性率。

11.022 血清序贯筛查 serum integrated test

通过对妊娠早、中期血清中的生化指标检测，评价胎儿染色体异常风险的方法。在妊娠 9~13⁺⁶ 周检测血清妊娠相关血浆蛋白 A、 β -人绒毛膜促性腺激素；妊娠 15~20⁺⁶ 周进行血清甲胎蛋白、 β -人绒毛膜促性腺激素、游离雌三醇、抑制素四联筛查。

11.023 酌情筛查 contingent screening

整合妊娠早期和中期指标评价胎儿染色体异常风险的方法。孕期首先进行妊娠早期筛查，筛查结果为胎儿风险高者进行绒毛穿刺取样。其他孕妇继续妊娠至中期进行产前筛查，获得综合性风险评估报告的筛查过程。

11.024 颈后皮肤褶皱 nuchal fold, NF

胎儿颈后部的皮肤组织。该处皮肤组织明显增厚提示胎儿染色体异常风险较高。

11.025 胎儿颈后透明层厚度 nuchal translucency, NT

妊娠 11⁺⁰~13⁺⁶ 周超声测量的胎儿颈部皮下皮肤强回声带与深部软组织强回声之间的无回声带的厚度。临床通常用于胎儿非整倍体的筛查。

11.026 无脑畸形 anencephaly

由于头侧的神经沟未闭，致使前脑原基发育异常所致的畸形。常伴有颅顶骨发育不全。

11.027 脑膨出 encephalocele

颅骨缺损伴有脑膜和脑组织从缺损处膨出的现象。

11.028 前脑无裂畸形 holoprosencephaly

前脑未完全分开成左右两叶而导致的脑畸形和由此引起的面部畸形。

11.029 露脑畸形 exencephaly

前神经管闭合失败导致的严重的神经系统畸形。主要特征为颅骨缺失，脑组织直接暴露、浸泡于羊水中，脑的表面有脑膜覆盖，但无颅骨及皮肤。

11.030 胼胝体缺如 agenesis of corpus callosum, ACC

又称“先天性胼胝体缺失”。连接大脑半球的两大半球间白质束未发育的病理状态。

11.031 胼胝体发育不良 hypoplasia of corpus callosum, HpCC

胼胝体形态发育完全，但是相对于同性别及年龄人群其发育长度正常但是厚度相对较薄的病理状态。多为胼胝体形成后受外界因素影响影响胼胝体发育所致。

11.032 丹迪—沃克综合征 Dandy-Walker syndrome, DWS

一种伴有多种先天性异常的颅脑畸形。主要特征是小脑蚓部先天性发育不良、第四脑室扩张或后颅窝扩张。

11.033 无脑回畸形 lissencephaly

一种神经元移行异常。病理表现以无脑回或脑回宽大、脑沟变浅为特点，程度严重者脑沟回完全消失，脑表面光滑。

11.034 脑裂畸形 schizencephaly

一种罕见的胎儿脑部裂开畸形。

11.035 先天性脑穿通畸形 congenital porencephaly

由于脑血管阻塞导致脑软化，脑实质内脑血管破裂出血，软化区域或出血灶被吸收后形成的脑内囊状改变，与脑室系统和（或）蛛网膜下隙相通的畸形。

11.036 肺不发育 pulmonary agenesis

喉气管原基的尾端没有分化为左、右肺芽，或左、右肺芽未能继续发育所造成的双侧或单侧肺缺如的病理现象。

11.037 先天性囊性腺瘤样畸形 congenital cystic adenomatoid malformation

一种组织学上以支气管样气道异常增生、缺乏正常肺泡为特征的肺组织错构畸形。提示正常肺泡发育受阻。

11.038 隔离肺 pulmonary sequestration

又称“肺隔离症”。以血管发育异常为基础的肺部先天性畸形。

11.039 支气管囊肿 bronchogenic cyst

支气管树分支发育异常而引起的先天性支气管囊性变。是较为罕见的支气管先天性畸形。

11.040 支气管闭锁 bronchogenic atresia

以一段支气管局部闭锁为特征的先天性支气管发育不全的一种表现。多发生于右肺上叶。

11.041 先天性膈疝 congenital diaphragmatic hernia, CDH

由于胚胎时期膈肌闭合不全导致单侧或双侧膈肌缺陷，部分腹内脏器由此处进入胸腔，造成解剖关系异常的一种疾病。

11.042 肾不发育 renal agenesis

双侧或单侧肾脏不发育的状态。双侧肾不发育是致命的，常合并孕妇羊水量减少、胎儿肺发育不良和耳朵位置偏低（波特综合征）。单侧肾不发育不常见，通常合并输尿管不发育，以及同侧膀胱三角区和输尿管开口缺如，常无症状。

11.043 异位肾 ectopic kidney

发育成熟的肾未能到达正常肾窝位置的先天性肾脏畸形。肾可位于盆腔、髂窝等位置。

11.044 马蹄肾 horseshoe kidney

两侧肾脏的上极或下极相融合而形成的“马蹄铁”形的肾脏发育异常。

11.045 常染色体隐性遗传多囊肾病 autosomal recessive polycystic kidney disease, ARPKD

又称“婴儿型多囊肾”。一种常染色体隐性遗传性肾脏疾病。多表现为双侧肾脏一致性增大，包膜光滑完整。其发病基因定位于6p21.1-p12。

11.046 常染色体显性遗传多囊肾病 autosomal dominant polycystic kidney disease, ADPKD

又称“成人型多囊肾”。一种常染色体显性遗传性肾脏疾病。其发病基因有3个，90%与位于16号染色体短臂的PKD1基因有关，1~4%与位于4号染色体的PKD2基因有关。

11.047 多囊性肾发育不良 multicystic dysplastic kidney, MCDK

胎儿肾实质畸形的一种。无功能性发育不良肾伴多个囊肿。其原因可能是肾实质分化的改变。无遗传性，以男性多见，常为单侧发病，对侧肾多发育正常。

11.048 胎粪性腹膜炎 meconium peritonitis

胎粪进入腹腔后引起的无菌性腹膜炎。常见于胎儿肠穿孔。导致胎粪性腹膜炎的主要原因有肠扭转、闭锁、供血不足以及胎粪性肠梗阻。

11.049 持续性右脐静脉 persistent right umbilical vein, PRUV

本应退化消失的右脐静脉没有退化，而应该退化的左脐静脉却退化的一种解剖结构变异。

11.050 静脉导管缺如 agenesis of ductus venosus

胎儿肝内的一段连接脐静脉与下腔静脉的管道未发育的静脉系统发育异常。

11.051 胎儿肝内钙化灶 fetal liver calcification

产前超声图像发现胎儿肝内出现的点状或团状强回声钙化灶。合并出现肝脏、腹部或腹膜后光团及腹水会影响诊断和预后。

11.052 软骨发育不全 achondroplasia

由于基因突变或者环境影响而导致的长骨生长板增殖缺陷。是最常见的人类骨骼发育不良性疾病。表现为肢体短小、中脸发育不良、小头并伴前额突出；肘关节外展受限、长骨短。纯合型软骨发育不全通常是致死性的。多数病例是由于成纤维细胞生长因子受体3基因（FGFR3）突变导致。

11.053 成骨不全 osteogenesis imperfecta, OI

又称“脆骨病”“脆骨-蓝巩膜-耳聋综合征”。由遗传性中胚层发育障碍造成的结缔组织异常而累及巩膜、骨骼、韧带等造成的先天性疾病。

11.054 半椎体 hemivertebra

一种先天性骨骼发育异常。指一侧椎体发育障碍而形成的椎体畸形，表现为半个椎体发育，另半个不发育、缺失。

11.03 产前诊断

11.055 产前诊断 prenatal diagnosis

又称“宫内诊断 (intrauterine diagnosis)”“出生前诊断 (antenatal diagnosis)”。对可疑存在出生缺陷的胎儿在出生前应用各种检测手段,如影像学、生物化学、酶学、细胞遗传学以及分子生物学等技术,全面评估胎儿在宫内的发育状况,对先天性和遗传性疾病作出的诊断。为胎儿宫内治疗提供依据。

11.056 染色体嵌合体 chromosomal chimaera

体内存在两种或两种以上染色体核型的个体。

11.057 染色体易位 chromosomal translocation

两条非同源染色体同时发生断裂,所形成的断裂片段移至另一条染色体断端,并连接形成新染色体的一种结构畸变。用符号 t 表示。

11.058 染色体缺失 chromosomal deletion

染色体某处发生断裂后,产生的无着丝粒片段丢失所形成的一种结构畸变。分为末端缺失和中间缺失,用符号 del 表示。

11.059 染色体微缺失 chromosomal microdeletion

由于染色体微小片段的缺失,改变了正常基因组部分片段的拷贝数,并导致具有复杂临床表现遗传性疾病。

11.060 染色体倒位 chromosomal

inversion

一条染色体发生两次断裂,两断裂点中间片段旋转 180° ,又重新连接的结构畸变。分为臂内倒位和臂间倒位,用符号 inv 表示。

11.061 染色体重复 chromosomal duplication

染色体片段在其原有位置上重复的结构畸变。用符号 dup 表示。

11.062 染色体多倍体 chromosomal polyploid

有三个或者三个以上染色体组的细胞或者个体。

11.063 染色体重排 chromosomal rearrangement

染色体片段的获得、丢失或位置改变等结构变异的统称。

11.064 罗伯逊易位 Robertsonian translocation

两条近端着丝粒染色体间通过着丝粒融合或短臂断裂而形成的染色体易位。

11.065 环状染色体 ring chromosome

染色体环状畸形。某一染色体两臂末端发生断裂,末端片段丢失,带着着丝粒的染色体节段的长、短臂的断端相连接。

11.066 双着丝粒染色体 dicentric chromosome

具有两个着丝粒的染色体。两条染色体分别发生一次断裂后,由两个具有着丝粒的染色

体断端相连接而形成。

11.067 等臂染色体 isochromosome

着丝粒在染色体中间，染色体的两臂在基因的种类、数量和排列方面均为对称的染色体。属于常见染色体变异和结构异常，当染色体的着丝粒发生横向分裂时，使一个子代细胞接受两条长臂，另一个接受两条短臂所形成。

11.068 性连锁遗传病 sex linked genetic disease

性染色体基因突变引起的遗传病。疾病伴随生殖细胞中的性染色体而发生传递，后代发病有性别差异。

11.069 遗传性代谢缺陷 inborn error of metabolism, IEM

因基因突变导致某种酶的缺失，引起代谢抑制、代谢中间产物累积而出现相应的疾病。多为常染色体隐性遗传病。

11.070 绒毛活检术 chorionic vil-lus sampling, CVS

在 B 超监护与引导下，用特制的取样器经腹或经阴道沿孕子宫壁到达取样部位后，吸取绒毛进行染色体分析或基因及酶代谢诊断的手术操作。适用于高龄孕妇、生育过染色体异常胎儿、夫妇之一染色体结构异常、X 连锁疾病胎儿的性别鉴定。

11.071 羊膜腔穿刺术 amniocentesis

妊娠中期通过穿刺技术获取羊水以对胎儿进行产前诊断的操作方法。

11.072 经皮脐血管穿刺术 cordocentesis, percutaneous umbilical blood sampling, PUBS

妊娠期间通过穿刺技术获取脐带血以对胎儿进行产前诊断的操作方法。

11.073 胎儿组织活检[术] fetal tissue biopsy

获取胎儿部分组织进行组织病理学或细胞遗传学检查的一种诊断方法。

11.074 植入前遗传学检测 preimplantation genetic testing, PGT

从体外受精第 3 日的胚胎或第 5 日的囊胚取 1~2 个卵裂球进行细胞和分子遗传学检测，以选用无遗传性缺陷的早期胚胎进行移植的技术。包括植入前非整倍体检测（PGT for aneuploidy, PGT-A），单基因检测（PGT for monogenic disease, PGT-M）和染色体结构重排检测（PGT for chromosomal structural rearrangements, PGT-SR）。

11.075 核型分析 karyotype analysis

在对染色体进行测量计算的基础上，分组、排队、配对并进行形态分析的过程。

11.076 荧光原位杂交技术 fluorescence *in situ* hybridization, FISH

用单链 RNA 或 DNA 探针通过荧光杂交法对细胞或者组织中的基因或 mRNA 分子在细胞涂片或组织切片上进行定位的方法。采用该方法检查 21、18 和 13 号常染色体，性染色体非整倍体以及三倍体，具有高检出率和检查时间短的优点。

11.077 染色体微阵列分析 chromosomal microarray analysis, CMA

又称“分子核型分析（molecular karyotype analysis）”一种能够在全基因组水平进行扫描，可检测染色体不平衡拷贝数变异，尤其是对于检测染色体组微小缺失、重复等不平

衡性重排具有突出优势的微型分析系统。

11.078 靶向基因测序 targeted gene sequencing

检测已知与遗传疾病有关的一个或多个特定基因的方法。当临床高度怀疑有遗传学改变，但染色体核型分析结果正常时，可采用该方法寻找特定的基因异常。

11.079 全外显子组测序 whole exome sequencing, WES

利用序列捕获技术将全基因组中所有外显子区域 DNA 序列捕获，富集后进行高通量测序的方法。可用于研究已知基因的单核苷酸多态性位点、插入缺失位点等，不适合用于研究基因组结构的变异。在临床上用于评估可能有遗传疾病，而针对相关表型已进行的特定基因检测未能做出诊断的胎儿。

11.080 比较基因组杂交 compara-

tive genome hybridization, CGH

将消减杂交、荧光原位杂交相结合，用于检测 DNA 序列的变化（缺失、扩增、复制），并将其定位在染色体上的方法。

11.081 单核苷酸多态性阵列 single nucleotide polymorphism array, SNP array

将大量单核苷酸多态性位点序列采用特殊方法固定在芯片上获得高密度单核苷酸微阵列的技术。可用于产前诊断。

11.082 全基因组测序 whole genome sequencing, WGS

对受检者整个基因组的所有脱氧核糖核酸（DNA）序列进行检测的技术。包括外显子、内含子和基因间序列，能检测更多的遗传信息，有助于更多遗传变异的发现，可作为产前检测的补充检查。

12. 妊娠并发症

12.01 自然流产

12.001 流产 abortion, miscarriage

胚胎或胎儿尚未具有生存能力而终止妊娠。我国指妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1000g 终止妊娠。

abortion

因母儿双方因素，通过机械或药物等方式，人工终止早期或中期妊娠的手术方法。包括早期人工流产和中期妊娠引产。

12.002 自然流产 spontaneous abortion

妊娠 28 周前，胎儿体重低于 1000g，不能独立生存，未使用人工方法而自母体自然分离的流产。

12.004 早期流产 early abortion

发生在妊娠 12 周前的流产。

12.003 人工流产 artificial abortion, induced

12.005 生化妊娠 biochemical pregnancy

发生在妊娠 5 周内的早期流产。胚胎在种植过程晚期发生丢失，胚泡已迁移植入内膜内，

生化指标血人绒毛膜促性腺激素（hCG）升高，但未形成宫内妊娠囊。

12.006 晚期流产 late abortion

发生在妊娠 12~27⁺⁶ 周的流产。不同国家对流产时限的界定有差异。

12.007 血栓前状态 prethrombotic state

多种因素引起的止血、凝血和抗凝系统失调的一种病理状态。具有易导致血栓形成的多种血液学变化。

12.008 抗磷脂综合征 antiphospholipid syndrome

持续存在抗磷脂抗体，并有静脉或动脉血栓形成和/或不良妊娠结局的一种临床自身免疫综合征。可为原发性疾病，也可伴发于系统性红斑狼疮或其他自身免疫性疾病。

12.009 无胚芽流产 anembryonic miscarriage

流产标本切开后检查囊胚部，胚囊中未见胚胎的流产。

12.010 有胚芽流产 embryonic miscarriage

流产标本切开后检查囊胚部，胚囊中可见胚胎的流产。

12.011 石胎 lithopedion

宫内死亡后发生钙化改变的胎儿。

12.012 浸软胎儿 soaked fetus

宫内死亡后发生自溶性改变的胎儿。

12.013 绒毛水泡样变 fluffy blister

绒毛水肿，血管稀少或无血管，合并滋养细胞增生或绒毛退行性变的病理表现。

12.014 先兆流产 threatened abortion

妊娠 28 周前出现阴道流血的症状。常为少量阴道流血，无组织排出，随后出现轻微下腹痛、痉挛痛或腰骶部胀痛，妇科检查子宫颈口闭合，子宫大小与孕周相符。如症状加重，可能发展为难免流产。

12.015 难免流产 inevitable abortion

不可避免的流产。在先兆流产基础上，阴道流血增多，阵发性下腹痛加重，或出现阴道流液。

12.016 不全流产 incomplete abortion

妊娠物未能全部排出的流产。妊娠物部分排出子宫腔，但还有部分残留于子宫腔或嵌顿于子宫颈口，或胎儿排出后胎盘滞留。

12.017 完全流产 complete abortion

未经人为方法干预，宫腔内妊娠物已全部排出的自然流产。

12.018 稽留流产 missed abortion

又称“过期流产”。胚胎或胎儿已死亡滞留宫腔内未能及时自然排出的流产。

12.019 复发性流产 recurrent spontaneous abortion, RSA

与同一性伴侣连续发生 2 次及 2 次以上的自然流产。

12.02 妊娠剧吐

12.020 妊娠剧吐 hyperemesis gravidarum

孕妇在妊娠期呕吐持续存在，出现体重减轻、

脱水、电解质紊乱、酮症甚至酸中毒等症状或体征。

12.021 食管贲门黏膜撕裂综合征 esophageal and cardiac mucosa laceration syndrome

又称“马洛里-魏斯综合征 (Mallory-Weiss syndrome)”。频繁的剧烈呕吐,或因腹压骤然增加的其他情况,导致食管下部、贲门黏膜撕裂而引起的以上消化道出血为主的综合征。

12.022 韦尼克脑病 Wernicke's encephalopathy

维生素 B1 缺乏引起的严重代谢性脑病。导致丘脑下部乳头体、导水管中央灰质和小脑上蚓部组织病变。临床以眼肌麻痹、共济失调、精神意识障碍三联征为主要表现。妊娠剧吐患者可并发该病。

12.03 妊娠期高血压疾病

12.023 妊娠期高血压疾病 hypertensive disorders of pregnancy, HDP

妊娠与血压升高并存的一组疾病。包括妊娠高血压、子痫前期、慢性高血压并发子痫前期。

正常上限 2 倍), 脑部症状(头痛, 视力障碍, 抽搐), 肺水肿。

12.024 妊娠高血压 gestational hypertension

妊娠期高血压疾病的一种类型。妊娠 20 周后首次出现的高血压。收缩压 ≥ 140 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa) 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg; 尿蛋白检测阴性。收缩压 ≥ 160 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 110 mmHg 为重度妊娠期高血压。

12.026 伴有严重临床表现的子痫前期 severe preeclampsia

子痫前期的一种类型。子痫前期孕妇出现下述任一表现为重度子痫前期: (1) 收缩压 ≥ 160 mmHg; (2) 舒张压 ≥ 110 mmHg; (3) 头痛; (4) 视觉障碍; (5) 上腹部疼痛; (6) 少尿; (7) 子痫抽搐; (8) 血清肌酐水平增高; (9) 血小板减少, 血小板计数 $< 100 \times 10^9/L$; (10) 转氨酶显著升高; (11) 胎儿生长受限; (12) 肺水肿; (13) 发病孕周早。

12.025 子痫前期 preeclampsia

又称“先兆子痫”。妊娠期高血压疾病的一种类型。孕前血压正常, 妊娠 20 周后出现收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg, 2 次测量血压至少间隔 4 小时; 蛋白尿: 尿蛋白定量 ≥ 0.3 g/24 h, 或尿蛋白/肌酐比值 ≥ 0.3 , 或随机尿蛋白 $\geq (+)$ (无条件进行蛋白定量时的检查方法); 无蛋白尿但符合以下新发情况: 血小板减少(血小板计数 $< 100 \times 10^9/L$), 肾功能不全(血清肌酐 > 1.1 mg/dL 或高于正常值上限 2 倍, 排除其他肾脏疾病), 肝功能受损(转氨酶高于

12.027 早发型子痫前期 early onset preeclampsia

子痫前期的一种类型。在妊娠 34 周前发病的子痫前期。

12.028 子痫 eclampsia

在子痫前期基础上发生的不能用其他原因解释的强直性抽搐。可以发生在产前、产时或产后, 也可以发生在无临床子痫前期表现时。

12.029 慢性高血压并发子痫前期

pre eclampsia superimposed on chronic hypertension

妊娠期高血压疾病的一种类型。在慢性高血压基础上出现子痫前期的表现。有几种情况：

- ①慢性高血压孕妇妊娠 20 周前无蛋白尿，妊娠 20 周后出现蛋白尿；
- ②妊娠 20 周前有蛋白尿，妊娠 20 周后尿蛋白量明显增加；
- ③血压在原来基础上进一步升高，出现符合子痫前期的任何一项表现。

12.030 妊娠合并慢性高血压 chronic hypertension in pregnancy

妊娠期高血压疾病的一种类型。妊娠前已存在的高血压或在妊娠 20 周前发现收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，妊娠期无明显加重；或妊娠 20 周后首次发现高血压但持续到产后 12 周以后。

12.031 子宫螺旋动脉重铸 uterine spiral artery recasting

妊娠后子宫螺旋动脉从非孕期高阻力低容量的状态转变为低阻力高容量状态的过程。

12.032 胎盘浅表着床 superficial implantation

绒毛外滋养细胞浸润能力受损，导致子宫胎盘血管床发育受阻的病理现象。

12.033 高血压急症 hypertensive emergency

一组以短时间内血压严重升高（通常收缩压 >180 和/或舒张压 >120 mm Hg），并伴有高血压相关靶器官损害（HMOD），或器官原有功能受损进行性加重为特征的临床综合征。靶器官包括视网膜，大脑，心脏，大

动脉和肾脏。这种情况需要快速检查诊断并立即降低血压，以避免进行性器官衰竭。通常需要静脉降压治疗。降压治疗的选择主要取决于器官损伤的类型。

12.034 高血压脑病 hypertensive encephalopathy

严重高血压引起的脑损伤。平均动脉压达 150mmHg 以上时，脑动脉过强的自动调节反应引起血管痉挛，使脑缺血缺氧，从而导致脑水肿、毛细血管破裂和组织坏死。表现为头痛、抽搐和意识障碍，并可伴有短暂的局灶性神经功能缺失。

12.035 可逆性后部脑病综合征 posterior reversible encephalopathy syndrome, PRES

一种具有非特异临床表现和独特神经病理学表现的临床综合征。其临床症状包括头痛、视觉障碍、癫痫发作和情绪改变，典型的影像表现为以后循环受累为主的血管源性水肿。

12.036 溶血-肝酶升高-血小板减少综合征 hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome, HELLP syndrome

又称“HELLP 综合征”，以溶血、肝酶水平升高及低血小板计数为特点的综合征。是妊娠期高血压疾病的严重并发症。可以发生在无血压升高或血压升高不明显或没有蛋白尿的情况下，也可以发生在子痫前期临床症状出现之前。

12.04 妊娠期特发性疾病

12.037 妊娠期肝内胆汁淤积症 intrahepatic cholestasis of pregnancy, ICP

以瘙痒和血清胆汁酸升高为特点的妊娠中晚期特有疾病。

12.038 妊娠期急性脂肪肝 acute fatty liver of pregnancy, AFLP
一种罕见但病情危急的妊娠并发症。以不同

程度的肝功能损害为主要临床表现，并伴随多器官功能受累，最终演变为严重的急性肝功能衰竭。

12.05 早 产

12.039 早产 preterm birth
妊娠达到 28 周但不足 37 周的分娩。

12.046 自发性早产 spontaneous preterm birth

妊娠达到 28 周但不足 37 周的自然分娩。

12.040 低出生体重儿 low birth weight infant
出生时体重在 1500~2500g 之间的新生儿。

12.047 治疗性早产 therapeutic preterm birth
又称“医源性早产”。由于母体或胎儿健康无法继续妊娠，在 37 周前终止妊娠者。

12.041 极低出生体重儿 very low birth weight, VLBW
出生时体重在 1000~1500g 之间的新生儿。

12.048 先兆早产 threatened preterm labor
妊娠达到 28 周但不满 37 周，孕妇出现规律宫缩(每 20 分钟 \geq 4 次或 60 分钟内 \geq 8 次)，宫颈进行性缩短但未扩张的临床表现。

12.042 超低出生体重儿 extremely low birth weight, ELBW
出生时体重低于 1000g 的新生儿。

12.049 早产临产 preterm labor
妊娠达到 28 周但不满 37 周，孕妇出现规律宫缩(每 20 分钟 \geq 4 次或 60 分钟内 \geq 8 次)，宫颈进行性缩短，伴有宫口扩张的临床表现。

12.043 早期早产 very preterm birth
妊娠 28 周至未满 32 周的分娩。

12.044 中期早产 moderate preterm birth
妊娠 32 周至未满 34 周的分娩。

12.050 延迟断脐 delayed umbilical cord clamping
在结扎脐带前等待一段时间的操作。对于早产儿，建议延迟结扎脐带 60~120 秒，对足月单胎，建议延迟结扎脐带 60 秒。

12.045 晚期早产 late preterm birth
妊娠 34 周至未满 37 周的分娩。

12.06 宫颈机能不全

12.051 宫颈机能不全 cervical incompetence, CIC

在没有宫缩的情况下，子宫颈由于解剖或功能缺陷而无法维持妊娠最终导致流产或早

产。

12.052 宫颈缩短 cervical shortening
妊娠期超声诊断：妊娠 24 周前子宫颈长度

≤25mm，伴进行性子宫颈扩张；非妊娠期超声诊断：子宫颈长度≤25mm。

12.053 宫颈环扎术 cervical cerclage

目前针对宫颈机能不全唯一有效术式。在一定程度上加强子宫颈的机械承载支持，有助于子宫颈内口承担妊娠晚期胎儿生长带来的负荷，避免子宫颈口扩张，降低其上行性感染风险，起到延长孕周、提高新生儿存活率的作用，进而改善妊娠结局。宫颈环扎术按手术途径不同可分为经阴道、经腹腔镜和开腹手术；按手术时机不同可分为孕前环扎和产后环扎；按紧急程度不同可分为择期环扎和紧急环扎。

12.054 紧急宫颈环扎术 emergency cervical cerclage

是针对妊娠中期有子宫颈缩短、子宫颈明显扩张的补救措施。手术指征：子宫颈内口扩张<40mm，且无明显宫缩，伴或不伴羊膜囊外凸于子宫颈外口，无明显感染迹象。

12.055 [子]宫颈托 cervical pessary

一种治疗宫颈机能不全的环状器械。使用时置放于缩短或机能不全的宫颈上，缓解或预防宫颈进一步缩短。

12.07 过期妊娠

12.056 过期妊娠 postterm pregnancy

核实孕周后，达到或超过 42 周（≥294 日）尚未分娩的妊娠。

12.058 早期足月妊娠 early term pregnancy

怀孕满 37 周至 38⁺⁶ 周的妊娠。

12.059 晚期足月妊娠 late term pregnancy

怀孕满 41 周至 41⁺⁶ 周的妊娠。

12.057 足月妊娠 term pregnancy

怀孕满 37 周至 41⁺⁶ 周的妊娠。

13. 妊娠合并内外科疾病

13.01 妊娠合并心脏病

13.001 妊娠合并心脏病 cardio-vascular disorders in pregnancy

妊娠前合并心脏病及妊娠后新发现的心脏病的统称。是常见的非直接产科死因。

13.002 妊娠合并先天性心脏病 congenital disease of heart in pregnancy

妊娠女性出生时就存在的心血管结构或功能异常，需考虑妊娠对母体和胎儿的影响。

13.003 房间隔缺损 atrial septal defect, ASD

左右心房之间的间隔发育不全或卵圆孔未闭合造成两侧血流相通的先天性心脏病。分为继发孔（第二孔）和原发孔（第一孔）型，继发孔型常见。对妊娠的影响取决于缺损的大小。

13.004 室间隔缺损 ventricular septal defect, VSD

左右心室间隔发育不全形成异常交通，在心室水平产生分流的常见先天性心脏病。缺损面积小，一般能顺利度过妊娠与分娩。缺损面积较大，且未行手术修补者，易出现肺动脉高压和心力衰竭，死亡率高。

13.005 动脉导管未闭 patent ductus arteriosus, PDA

出生后主动脉与肺动脉之间特殊循环管道（肺导管）未能闭合，致部分动脉血分流入肺循环的一种先天性心脏病。妊娠结局与未闭部分的管径大小有关。管径小、肺动脉压正常者，一般可至妊娠足月。若妊娠早期已有肺动脉高压或有右向左分流者，妊娠风险高。

13.006 法洛四联症 tetralogy of Fallot

由肺动脉流出道狭窄、室间隔膜部缺损、主动脉右移、骑跨和右心室肥大四种心脏及大血管畸形构成的先天性心脏病。妊娠前需评估妊娠风险。

13.007 肺动脉高压性右向左分流综合征 Eisenmenger syndrome

又称“艾森门格综合征”。一组先天性心脏病发展形成的综合征。如先天性室间隔缺损、房间隔缺损、动脉导管未闭等持续存在时，肺动脉高压进行性发展，使得右心系统

压力持续增高甚至超过左心系统压力，原来的左向右分流转变为右向左分流而出现青紫。孕产妇死亡率增高。

13.008 肺动脉狭窄 pulmonary artery stenosis

多因主动脉肺动脉隔形成时偏向肺动脉一侧引起的肺动脉管腔细小。轻度狭窄者，能度过妊娠及分娩期。重度狭窄（瓣口面积减少60%以上）预后不良，建议妊娠前手术矫治。

13.009 主动脉缩窄 coarctation of aorta

多因主动脉肺动脉隔形成时偏向主动脉一侧引起的主动脉管腔细小，多发生于左心室出口及主动脉起始部。常伴其他心血管畸形，预后差。

13.010 马方综合征 Marfan syndrome

一种累及全身结缔组织的常染色体显性遗传病。主要由位于15q21.11的编码微纤维蛋白的FBN1基因缺陷或突变引起。此外，与FBN2、FBN3、TGFBR I及TGFBR II基因的突变亦有着密切的关系。大多数患者有家族史，但同时又有25%~30%的患者系自身突变导致。合并妊娠时死亡率高，患本病妇女妊娠前需评估。

13.011 风湿性心脏病 rheumatic heart disease

孕妇反复发作风湿热，导致心肌和心脏瓣膜损害，再加上妊娠时循环血量增加，造成心脏正常功能受损的严重合并症。

13.012 二尖瓣狭窄 mitral stenosis

心室舒张时二尖瓣开放受限的现象。妊娠前需评估妊娠风险。

13.013 二尖瓣关闭不全 mitral incompetence

二尖瓣关闭时瓣膜口不能完全闭合，使一部分血液反流。单纯二尖瓣关闭不全者一般能耐受妊娠，合并二尖瓣狭窄者需综合评估。

13.014 主动脉瓣狭窄 aortic stenosis

主动脉瓣口小于正常的先天畸形。严重者应手术矫正后再考虑妊娠。

13.015 主动脉瓣关闭不全 aortic incompetence

主动脉瓣关闭时瓣膜口不能完全闭合，使一部分血液反流。妊娠期外周阻力降低使主动脉反流减轻，一般可以耐受妊娠。

13.016 心肌炎 myocarditis

各种原因引起的心肌炎症性病变。可发生于

妊娠任何阶段，主要是由于病毒感染，也可由细菌、真菌、药物等所致。病情控制良好者，可在密切监护下妊娠，心肌严重受累者，心衰发生率高。

13.017 妊娠期高血压性心脏病

hypertensive heart disease of pregnancy
既往无心脏病病史的孕妇，在妊娠期高血压疾病基础上出现以左心衰为主的心衰表现和体征。是妊娠期高血压疾病发展至严重阶段的并发症。

13.018 围产期心肌病 peripartum cardiomyopathy, PPCM

既往无心血管病史的孕妇，在妊娠晚期至产后数月内发生的扩张性心肌病，表现为心肌收缩功能障碍和充血性心力衰竭。再次妊娠可能复发。

13.02 病毒性肝炎

13.019 妊娠合并重型肝炎 fulminant hepatitis in pregnancy

妊娠合并肝炎发展而成的重症疾病。出现以下情况时考虑：（1）消化道症状严重；（2）血清总胆红素 $>171\mu\text{mol/l}$ ，或黄疸迅速加深，每日升高 $>17.1\mu\text{mol/l}$ ；（3）凝血功能障碍，全身出血倾向，凝血酶原活动度 $<40\%$ ；（4）出现肝臭气味，肝脏进行性缩小，肝功能明显异常，胆酶分离，白/球蛋白倒置；（5）

迅速出现肝性脑病；（6）肝肾综合征，出现急性肾衰竭。临床上在慢性肝炎基础上出现前三种临床表现时即可诊断。

13.020 胆酶分离 enzyme bilirubin separate

胆红素持续上升而转氨酶下降的病理现象。提示重型肝炎患者的肝细胞坏死严重，预后不良。

13.03 TORCH 感染

13.021 TORCH 感染 TORCH infection

一组以病毒为主的微生物感染。包括弓形虫、其他微生物（如微小病毒、梅毒螺旋体、风

疹病毒、巨细胞病毒和单纯疱疹病毒等)。大多数 TORCH 感染母亲没有临床症状,但对胎儿和新生儿却有潜在危害,微生物能通过胎盘或产道引起宫内感染,造成流产、死胎、胎儿生长受限或畸形和新生儿先天性感染。

13.022 弓形虫病 toxoplasmosis

由弓形虫感染引起,以神经功能紊乱,局部性或全身性麻痹及肝、脾、肺和心脏发生明显肿胀和广泛性坏死为特征的寄生虫病。孕妇在妊娠早期感染对胎儿影响最严重。可引起新生儿肝脾大、颅内钙化、脑积水、小头畸形、脉络膜视网膜炎等。

13.023 风疹病毒感染 rubella virus infection

风疹病毒经直接传播或经呼吸道飞沫传播引起的感染性疾病。感染后可在颜面部广泛出现斑丘疹,并可扩散至躯干和四肢,伴有

关节痛、头颈淋巴结病和结膜炎。母婴可通过以下 3 种方式传播:①宫内感染;②产道感染;③出生后感染。

13.024 先天性风疹综合征 congenital rubella syndrome

孕妇感染风疹病毒后引起胎儿及新生儿多系统病变的综合征。典型变现为感觉神经性听力损失、先天性心脏病(肺动脉狭窄、动脉导管未闭、先天性室间隔缺损)和白内障三联征,其他常见症状包括中枢神经系统畸形、血小板减少、肝脾大等。

13.025 巨细胞病毒感染 cytomegalovirus infection

巨细胞病毒侵犯人体引起的一种感染性疾病。主要通过飞沫、唾液、尿液和性接触感染,也可经输血、人工透析和器官移植感染。母婴可通过以下 3 种方式传播:①宫内感染;②产道感染;③出生后感染。

13.04 性传播疾病

13.026 性传播疾病 sexually transmitted diseases, STDs

可经性行为或类似性行为传播的一组传染病。孕妇感染后,可导致流产、早产、胎儿生长受限、死胎和出生缺陷等。

13.027 淋病 gonorrhea

由淋病奈瑟菌引起的以泌尿生殖系统化脓性感染为主要表现的性传播疾病。

13.028 播散性淋病 disseminated gonococcal infection, DGI

淋病奈瑟菌通过血循环传播,出现全身感染症状,引起的全身淋菌性疾病。妊娠期少见,多见于产后和流产后。

13.029 梅毒 syphilis

由梅毒螺旋体引起的一种全身性慢性性传播疾病。通过接触有传染性的皮损或体液传播。几乎可侵犯全身各器官,并产生多种多样的症状和体征,也可以很多年无症状而呈潜伏状态。早期梅毒分为一期和二期梅毒。一期梅毒表现为硬下疳;二期梅毒表现为梅毒疹、黏膜梅毒、骨关节梅毒和眼梅毒;晚期梅毒(病期超过 2 年)的典型表现为内脏梅毒,累及心血管、肝脏、神经等。

13.030 先天梅毒 congenital syphilis

宫腔内垂直传播而感染的梅毒。早期表现为皮肤大疱、皮疹、鼻炎、肝脾肿大、淋巴结肿大;晚期多出现在 2 岁以后,表现为楔状

齿、鞍鼻、间质性角膜炎、神经性耳聋等，病死率和致残率均明显增高。

13.031 妊娠期尖锐湿疣 condy- loma acuminata in pregnancy

由人乳头状瘤病毒引起的生殖器、会阴和肛门部位的丘疹样外阴病变。妊娠期的尖锐湿疣组织脆弱，阴道分娩时容易导致大出血。妊娠期人乳头瘤病毒感染可引起新生儿喉乳头瘤及眼结膜乳头瘤。

13.032 生殖器疱疹 genital herpes

由单纯疱疹病毒感染引起的性传播疾病，主要表现为生殖器及肛门皮肤溃疡，易复发。妊娠早、中期感染可引起流产、早产、胎儿畸形。晚期可引起新生儿感染单纯疱疹病毒，出现黄疸、肝脾大，皮肤和结膜出现疱疹，重者引起脑膜炎、脊髓灰质炎，甚至死亡。

13.033 沙眼衣原体感染 chla-

mydia trachomatics infection

由沙眼衣原体感染引起的性传播疾病，主要感染柱状上皮及移行上皮。孕期感染可引起流产、早产、胎膜早破、低出生体重儿等。分娩时能经产道感染新生儿，可引起新生儿结膜炎，少数可有沙眼衣原体肺炎。

13.034 支原体感染 mycoplasma infection

由支原体感染引起的性传播疾病。孕妇感染后可经胎盘垂直传播，或经生殖道上行扩散引起宫内感染。分娩过程中经产道感染胎儿。

13.035 非淋菌性尿道炎

non-gonococcal urethritis, NGU

由沙眼衣原体或支原体为主要病原体导致的尿道炎症性疾病。多通过性接触传播，也可见滴虫、单纯疱疹病毒、肝炎病毒、白色念珠菌等病原体感染。常表现为尿频、尿急、尿痛和尿道口分泌物等。

13.05 血液系统疾病

13.036 妊娠期贫血 anemia in pregnancy

妊娠期合并的贫血，孕妇外周血血红蛋白 $<110\text{g/L}$ 及红细胞比容 <0.33 。以缺铁性贫血最常见。根据血红蛋白水平可分为轻度（ $100\sim 109\text{g/L}$ ）、中度（ $70\sim 99\text{g/L}$ ）、重度（ $40\sim 69\text{g/L}$ ）和极重度贫血（ $<40\text{g/L}$ ）。

13.037 缺铁性贫血 iron deficien- cy anemia

由于胎儿生长发育及妊娠期血容量增加，对铁的需要量增加，孕妇铁相对摄入不足或吸收不良所致的贫血。是妊娠期最常见的贫血，约占妊娠期贫血的95%。

13.038 巨幼细胞贫血 megal-

blastic anemia

由叶酸或维生素 B12 缺乏引起脱氧核糖核酸合成障碍所致的一种贫血。是大细胞正血红蛋白性贫血，可累及神经、消化、循环、免疫及内分泌系统，可表现为全身性疾病。

13.039 再生障碍性贫血 aplitic anemia, AA

由于骨髓造血干细胞数量减少和质的缺陷导致的造血障碍，引起外周全血细胞减少为主要表现的一种贫血。主要表现为进行性贫血、皮肤及内脏出血及反复感染。可分为急性型和慢性型。妊娠可能使原有病情加重。重度贫血者可导致流产、早产、胎儿生长受限、死胎及死产等。

13.040 血小板减少 thrombocytopenia

妊娠期外周血血小板计数低于正常标准值。常见原因有妊娠期血小板减少、子痫前期、溶血-肝酶升高-血小板减少综合征、产科凝血异常、免疫因素、系统性红斑狼疮和抗磷脂综合征、感染及药物等。

13.041 原发免疫性血小板减少性紫癜 primary immune thrombocytopenic purpura, ITP

又称“免疫性血小板减少性紫癜”。自身抗体与血小板结合导致血小板破坏而出现血小板减少的疾病。妊娠期较为常见的自身免疫性血小板减少，主要临床表现为皮肤黏膜出血，严重者可致内脏出血，甚至颅内出血而死亡。妊娠本身不影响病程及预后，但孕

妇自然流产和母胎死亡率均高于正常孕妇。也可引起胎儿、新生儿血小板减少。

13.042 妊娠期血小板减少症 gestational thrombocytopenia

妊娠中晚期发生的外周血血小板计数低于正常标准值的疾病。约占妊娠合并血小板减少的75%，通常不低于 $50 \times 10^9/L$ ，是一个排除性诊断，产后自然缓解，且无新生儿血小板减少。

13.043 遗传性凝血缺陷性病 inherited coagulation defect

由于遗传性凝血因子缺陷造成的凝血功能障碍引起的一组出血性疾病。血友病（包括血友病A、B）和血管性血友病最为常见。

13.06 内分泌系统疾病

13.044 妊娠期甲状腺毒症 gestational thyrotoxicosis

孕前已确诊及在妊娠期初次诊断的甲状腺功能亢进。妊娠女性体内甲状腺激素过高，引起机体的神经、循环、消化等系统兴奋性增高和代谢亢进的内分泌疾病。病因包括Graves病，妊娠一过性甲状腺毒症，甲状腺高功能腺瘤，结节性甲状腺肿，甲状腺破坏以及外源性甲状腺激素过量应用等。

13.045 妊娠期一过性甲状腺毒症 gestational transient thyrotoxicosis, GTT

发生在妊娠前半期一过性的甲状腺功能亢进。与人绒毛膜促性腺激素产生增多、过度刺激甲状腺激素产生有关。临床特点是妊娠8~10周发病，出现心悸、焦虑、多汗等高代谢症状。

13.046 甲状腺危象 thyroid crisis

又称“甲亢危象(hyperthyroidism crisis)”。甲状腺毒症症状急性加重而导致全身代谢严重紊乱的一种严重急性综合征。孕妇表现为：（1）起病突然，甲亢临床表现加重；（2）心率超过140~160次/分；（3）体温达 $39^{\circ}C$ 以上；（4）伴有气急、烦躁不安、谵妄、嗜睡、昏迷等症状；（5）恶心、呕吐、腹泻、黄疸、脱水、电解质紊乱和酸碱平衡失调。若在甲状腺危象的基础上发生子痫前期，可出现急性血压升高、水肿加重、氮质血症、谵妄、抽搐、昏迷等。

13.047 临床甲减 clinical hypothyroidism

甲状腺素合成、分泌或生物效应不足的内分泌疾病。促甲状腺素（TSH）高于妊娠期参考值的上限，游离甲状腺素（FT4）低于妊娠期参考值下限，最常见原因是自身免疫性

甲状腺炎。妊娠期临床甲减损害子代的神经智力发育，增加流产、早产、低出生体重儿、死胎和妊娠期高血压疾病等风险，需给予治疗。

13.048 亚临床甲减 subclinical hypothyroidism, SCH

仅表现为血清促甲状腺素（TSH）高于妊娠期参考值的上限，游离甲状腺素（FT4）在妊娠特异性参考范围之内。有研究发现亚临床甲减增加不良妊娠结局的发生风险。

13.049 孕前糖尿病 pregestational diabetes mellitus, PGDM

孕前已确诊的糖尿病或妊娠期首次发现血糖升高已达糖尿病诊断标准。

13.050 妊娠期糖尿病 gestational diabetes mellitus, GDM

妊娠期首次发现或发生的糖代谢异常。

13.051 口服葡萄糖耐量试验 oral glucose tolerance test, OGTT

口服 75g 葡萄糖后间隔一定时间测定血糖水平的试验，是诊断妊娠期糖尿病的主要方法。妊娠 24-28 周间，禁食 8-14 小时，清晨空腹抽取静脉血后，受试者饮用含有 75g 葡萄糖粉的液体 250-300ml，5 分钟内饮完。服糖后 1 小时和 2 小时分别取静脉血。空腹、服糖后 1 小时、2 小时的血糖值应分别低于 5.1、10.0、8.5mmol/L。任何一点血糖值达到或超过上述标准即诊断妊娠期糖尿病。

13.07 消化系统疾病

13.052 急性阑尾炎 acute appendicitis

阑尾的急性非特异性炎症。妊娠期最常见的外科急腹症，临床表现不典型，诊断难度增加。全身炎症会诱发子宫收缩导致流产、早产，围产儿死亡率增加。

13.053 急性胰腺炎 acute pancreatitis

由于多种病因导致胰酶消化酶在胰腺内被激活，引起胰腺组织自身消化导致的急性化学性炎症，以妊娠中晚期多见，引起的一系列并发症可对孕妇及胎儿造成影响。

14. 胎儿异常与多胎妊娠

14.01 出生缺陷

14.001 出生缺陷 birth defect

又称“先天性异常(congenital anomaly)”。出生前已经存在(在出生前或生后数年内发现)的结构或功能异常。原因包括遗传、环境及二者共同作用。

一种发育异常。常有明显的神经症状。

14.002 脊柱裂 spina bifida

胎儿后神经孔闭合失败所导致的畸形。主要特征是背侧的两个椎弓未能融合在一起而引起的脊柱畸形，脊膜和脊髓通过未完全闭合的脊柱疝出或向外露出。

14.005 脑积水 hydrocephalus

由于脑室系统发育障碍、脑脊液生成和吸收失去平衡引起的颅内脑脊液异常增多。由中脑导水管和室间孔狭窄或闭锁引起者最常见。

14.003 隐性脊柱裂 spina bifida occulta

仅有椎板缺损而无脊膜或脊髓等椎管内容物膨出的一种发育异常性椎管关闭不全。一般无明显临床症状。

14.006 水脑 hydranencephaly

大脑半球大部缺损的积水性无脑畸形。可以残存颞叶、枕叶或额叶的部分组织，其余的部分皮质有充盈液体的薄膜囊代替。

14.004 开放性脊柱裂 spina bifida aperta

由于椎板缺损较大并有椎管内容物疝出的

14.007 单心房 single atrium

房间隔完全缺失，形成一房两室的三腔心的病理状态。发生肺动脉高压较早，长伴有二尖瓣发育异常。

14.008 单心室 single ventricle

室间隔完全缺失，形成两房一室的三腔心的病理状态。常伴有血管错位、肺动脉口狭

窄等。

14.009 腹裂畸形 gastroschisis

脐旁全层腹壁缺损，内脏从腹壁向外突出而且没有浆膜包裹覆盖的先天腹壁缺陷。超声检查联合母体血清甲胎蛋白筛查可检测出90%以上的病例。

14.010 脐疝 exomphalos

由于脐腔未闭，当腹内压增高时，肠管从脐部膨出形成的疝。

14.011 胎儿生长受限 fetal growth restriction

受母体、胎儿、胎盘等病理因素影响，胎儿生长未达到其应有的遗传潜能，多表现为超声估测胎儿体重或腹围低于相应胎龄第10百分位数。

14.012 脐带帆状附着 cord velamentous insertion

脐带一端附着于胎膜上，脐带血管通过羊膜与绒毛膜间进入胎盘的脐带附着异常。

14.013 小于孕龄儿 small for gestational age infant, SGA

出生体重低于同胎龄平均体重第10百分位数的新生儿。

14.02 巨大胎儿

14.014 巨大胎儿 macrosomia

体重达到或超过4000g的胎儿。

14.015 大于孕龄儿 large for gestational age infant, LGA

出生体重大于同胎龄平均体重第90百分位数的新生儿。

14.03 胎儿窘迫

14.016 胎儿窘迫 fetal distress

胎儿在子宫内因急性或慢性缺氧危及其健康和生命的状况。

14.017 急性胎儿窘迫 acute fetal distress

胎儿在子宫内因急性缺氧危及其健康和生命的状况。多因脐带因素、胎盘早剥、宫缩过强且持续时间过长及产妇处于低血压、休克等而引起，主要发生在分娩期。

14.018 胎儿酸中毒 fetal acidosis

宫内胎盘功能减低或分娩前缺氧等所致胎儿体内细胞内乳酸和氢离子浓度增加的一种病理生理状态。

14.019 慢性胎儿窘迫 chronic fe-

tal distress

胎儿在子宫内因慢性缺氧危及其健康和生命的状况。多因孕妇全身性疾病或妊娠期疾病引起胎盘功能不全或胎儿因素所致，主要发生在妊娠晚期，往往延续至临产并加重。

14.020 胎动计数 fetal movement counting

妊娠 28 周后孕妇主观监测胎儿安危的方法，因胎动次数不是均匀不变，每日早中晚有一定的变化，因此在早中晚各取一定时间计数，每段时间数 1 小时，然后把三个数字相加乘 4，即为 12 小时的胎动数。正常胎动次数 12 小时约 30-40 次，胎动次数低于 20 次或较平时减少 30% 时，提示胎儿在宫内有缺氧情况。胎动骤增而剧烈，有时也是胎儿严重缺氧的表现。

14.04 死胎

14.021 死胎 still birth

妊娠 20 周后胎儿在子宫内的死亡。包括临

产前胎死宫内和分娩过程中的死亡。

14.05 多胎妊娠

14.022 多胎妊娠 multiple pregnancy

一次妊娠宫腔内有两个或两个以上胎儿同时存在的现象。

各自独立。胎盘胎儿面有两个羊膜腔，中间隔有两层羊膜、两层绒毛膜。均为双绒毛膜双羊膜囊。

14.023 双卵双胎 dizygotic twins

两个卵子分别受精形成的双胎妊娠。两个胎儿各自的遗传基因不完全相同，故形成的两个胎儿有区别，如血型、性别不同或相同，指纹、外貌、性格类型等多种表型不同。胎盘多为两个，也可融合成一个，但血液循环

14.024 同期复孕 superfecundation

两个卵子在短时间内不同时间段受精而形成的双卵双胎的现象。精子也可来自不同的男性。

14.025 异期复孕 superfetation

受孕后的子宫腔内，经过较长一段时间后，

再次有孕卵种植并发育生长的现象。极为罕见。

14.026 单卵双胎 monozygotic twins

由一个受精卵分裂形成的双胎妊娠。形成原因不明，不受种族、遗传、年龄、胎次的影响。一个受精卵分裂成两个胎儿，具有相同的遗传基因，故两个胎儿性别、血型及外貌等均相同。

14.027 双绒毛膜双羊膜囊双胎 dichorionic diamniotic twins

受精卵在受精后 72 小时内（桑葚期）内细胞团形成而囊胚层绒毛膜未形成前即发生分裂的双胎。单卵双胎的一种，有两层绒毛膜及两层羊膜，胎盘为两个或一个。

14.028 单绒毛膜双羊膜囊双胎 monochorionic diamniotic twins

受精卵在受精后 4~8 天内（囊胚期）内细胞团及绒毛膜已分化形成之后、羊膜囊尚未出现前发生分裂的双胎。在单卵双胎中约占 70%。双胎共同拥有一个胎盘及绒毛膜，其中隔有两层羊膜。

14.029 单绒毛膜单羊膜囊双胎 monochorionic monoamniotic twins

受精卵在受精后 9~13 天羊膜腔形成后发生分裂的双胎。单卵双胎的一种，两个胎儿共用一个胎盘，并共存于同一个羊膜腔内。约占单卵双胎的 1%~2%。

14.030 连体双胎 conjoined twins

单卵双胎由于受精卵分裂过晚未完全分离形成的双胎，一般分裂发生在受精后的 13 天以后，可有不同程度、不同形式的连体，可以是外胚层组织连接如头连体、臀连体、胸腹连体等，也可以出现一胎包含在另一胎

中。

14.031 双胎输血综合征 twin to twin transfusion syndrome, TTTS

单绒毛膜双胎特殊并发症之一，一胎儿通过胎盘浅表吻合血管持续向另一胎儿输血的综合征。占单绒毛膜性双胎并发症的 10%~15%。双胎输血综合征的发病机制尚不明确，但主要与单绒毛膜性双胎共用 1 个胎盘，在胎盘层面有大量的血管吻合有关。需依据超声进行分期，目前广泛采用 Quintero 分期，分为 5 期。

14.032 供血儿 donor twin

双胎输血综合征中通过胎盘浅表吻合血管持续为另一胎儿输血的胎儿。超声检查表现为该胎儿膀胱变小甚至消失，羊水减少甚至无羊水，或伴有脐血流、静脉导管等血流异常。

14.033 受血儿 receipt twin

双胎输血综合征中通过胎盘浅表吻合血管持续接受另一胎儿为其输血的胎儿。超声检查表现为该胎儿膀胱增大、羊水过多、心脏增大甚至心力衰竭等，部分伴有脐血流、静脉导管等血流异常。

14.034 贴附儿 stuck twin

双胎之一羊水减少甚至消失后，胎膜包裹胎儿，贴附于子宫壁一侧的胎儿。

14.035 选择性胎儿生长受限 selective fetal growth restriction, sFGR

单绒毛膜性双胎的复杂性并发症之一，超声检查估测一胎儿体量小于相应孕周的第 10 百分位，同时伴有两胎儿体重不一致（相差 $\geq 25\%$ ）。

14.036 双胎动脉反向灌注序列征

twin reversed arterial perfusion sequence, TRAPs

又称“无心畸胎”。单绒毛膜性双胎的主要并发症之一，表现为双胎之一心脏缺如、残留或无功能的序列征。发生率为单绒毛膜性双胎的1%。超声下可见一发育正常的胎儿，还可见一形态不规则且无明确胎心搏动的无心胎。

14.037 双胎贫血-多血序列征
twin anemia polycythemia sequence,
TAPS

发生在单绒毛膜双胎妊娠中胎儿间慢性输血的一种胎儿并发症。两胎儿出现严重的血

色素差异但并不造成双胎羊水的改变。可能为原发，也可继发于胎儿镜激光治疗双胎输血综合征术后残留的微小血管吻合。

14.038 羊膜带综合征 amniotic
band syndrome, ABS

羊膜带缠绕或粘连胎体某部位而形成的变形、畸形或肢体截断的一组复合畸形。

14.039 延迟分娩 delayed delivery

双胎妊娠中发生一胎流产或早产后，将第二胎保留在子宫内维持妊娠数天至数周后再分娩，以增加尚未娩出的第二胎儿的生存机会的治疗方法。

14.06 胎儿手术

14.040 胎儿手术 fetal surgery

在胎儿和新生儿期通过胎儿外科手术或产时手术及早矫正和治疗部分胎儿异常或出生缺陷的方法。可改善出生缺陷儿的预后，提高出生缺陷儿的生命质量。目前临床上较为成熟有效的技术包括产时胎儿手术、胎儿介入治疗、胎儿镜及开放式胎儿宫内手术等。

进行输血，以缓解贫血胎儿相应症状的操作，经腹腔输血应用较少。

14.044 产时子宫外处理 ex-
uterointrapartum treatment, EXIT

胎儿外科手术的一种，即在保持胎儿胎盘循环，保持胎儿循环和血氧交换稳定的情况下，去除阻碍胎儿呼吸的诱因，具体分为两种：一种是对胎儿进行气管插管等方式建立人工通气后再断脐，胎儿离开母体进行下一步处置；另一种是一直保持胎儿胎盘循环，通过胎盘循环对胎儿进行麻醉并进行手术，术后再断脐，将患儿与母体分离。

14.041 微创胎儿手术 minimally
invasive fetal surgery

在非开腹或开放子宫的情况下，通过胎儿镜或其他穿刺设备对宫内胎儿进行的手术。

14.042 胎儿镜手术 fetoscopic
surgery

胎儿镜是一种很细的光学纤维内窥镜，通过胎儿镜经腹壁、子宫壁进入羊膜腔，直接观察胎儿体表，以及进行胎儿手术的操作。

14.045 开放性胎儿手术 open fe-
tal surgery

妊娠期间发现的部分胎儿异常，进行开腹及打开子宫后，取出胎儿或在宫内对胎儿进行的手术。缝合子宫及腹壁后继续妊娠至足月分娩，一定程度能降低出生缺陷和改善新生儿预后。

14.043 胎儿宫内输血术 intrau-
terine transfusion, IUT

在超声引导下，经脐静脉或腹腔为贫血胎儿

15. 胎儿附属物异常

15.01 前置胎盘

15.001 前置胎盘 placenta previa

妊娠 28 周以后，胎盘完全或部分覆盖子宫颈内口。包括既往的完全性和部分性前置胎盘。是妊娠晚期出血和早产的重要原因。

盘边缘距子宫颈内口的距离 <20 mm。包括既往的边缘性前置胎盘和低置胎盘。

15.002 低置胎盘 low-lying placenta

妊娠 28 周以后，胎盘附着于子宫下段，胎

15.003 胎盘前置状态 placenta preposition

妊娠中期胎盘附着于子宫下段，胎盘下缘覆盖或接近宫颈内口的状态。

15.02 胎盘早剥

15.004 胎盘早剥 placental abruption

妊娠 20 周后至分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前部分或完全从子宫壁剥离的现象。属于妊娠中晚期严重并发症，往往起病急、发展快，是急性 DIC 的重要原因，危及母儿生命。临床上按照胎盘早剥的分级标准评估病情严重程度：0 级为分娩后回顾性诊断；1 级为外出血，子宫软，无胎儿窘迫；2 级为胎儿窘迫，无母体休克；3 级为产妇出现休克症状，胎死宫内。

膜未与子宫壁分离，或胎头进入骨盆入口压迫胎盘下缘，使血液积聚于胎盘与子宫壁之间不能外流，故无阴道流血表现。

15.010 胎盘混合型剥离 mixed placental abruption

胎盘早剥时既有隐性出血又有外出血的类型。隐性剥离后血液不能外流，胎盘后出血越积越多，达到一定程度，压力增大，血液冲开胎盘边缘和胎膜经宫颈管流出。

15.005 胎盘显性剥离 revealed placental abruption

胎盘早剥时外出血的类型。胎盘自子宫壁发生剥离后，血肿位于胎盘与子宫壁之间，靠近胎盘边缘，随着血肿逐渐增大，血液冲破胎盘的边缘及胎膜，经宫颈管流出。

15.011 子宫胎盘卒中 uteroplacental apoplexy

胎盘早剥时胎盘后血液浸入子宫肌层和浆膜层的病理状态。胎盘早剥尤其是隐性剥离时，胎盘后血液积聚于胎盘与子宫壁之间，局部压力逐渐增大，血液浸入子宫肌层，引起肌纤维分离、断裂及变性；血液浸入达子宫浆膜层时，子宫表面呈紫蓝色瘀斑，以胎盘附着处明显。

15.006 胎盘隐性剥离 concealed placental abruption

胎盘早剥时无外出血的类型。胎盘边缘或胎

15.03 胎盘植入性疾病

15.012 胎盘植入性疾病 placenta accreta spectrum, PAS

胎盘绒毛异常侵及部分或全部子宫肌层的一组疾病。根据侵入到子宫肌层的深度可分为三类，胎盘粘连、胎盘植入及穿透性胎盘植入。

儿娩出后无法从子宫壁自然剥离。

15.014 胎盘植入 placenta increta

胎盘绒毛细胞浸润到达子宫深肌层，使胎盘在胎儿娩出后无法从子宫壁正常剥离，通常导致严重的产后出血。

15.013 胎盘粘连 placenta accreta

因蜕膜完全或部分缺失导致蜕膜上方不存在正常基质，导致胎盘绒毛直接与子宫肌层表面接触，并未侵入子宫肌层，使胎盘在胎

15.015 穿透性胎盘植入 placenta percreta

胎盘绒毛穿透子宫壁达子宫浆膜层，甚至侵犯子宫毗邻器官的胎盘植入类型。

15.04 胎膜早破

15.016 胎膜早破 prelabor rupture of membranes, PROM

临产前胎膜发生的自然破裂。

15.019 绒毛膜羊膜炎 chorioamnionitis

又称“羊膜腔感染 (intraamniotic infection, IAI)”。羊水、胎盘、胎儿、胎膜或绒毛膜任何单一或组合位置由多种微生物引起的炎症感染。可引起新生儿肺炎、脑膜炎、败血症甚至新生儿死亡，以及造成一些长期的并发症如支气管肺发育不良和脑瘫。

15.017 足月胎膜早破 term prelabor rupture of membranes

妊娠达到或超过 37 周临产前胎膜发生的自然破裂。

15.020 新生儿吸入性肺炎 neonatal aspiration pneumonia

胎儿或新生儿在宫内、分娩过程中或出生后经呼吸道吸入异物（常见为羊水、胎粪、乳汁）引起的肺部炎症。为新生儿早期常见病、多发病之一，死亡率高。

15.018 未足月胎膜早破 preterm prelabor rupture of membranes, PPRM

妊娠未达到 37 周临产前胎膜发生的自然破裂。

15.05 脐带异常

15.021 脐带异常 abnormalities of umbilical cord

脐带发生先露或脱垂、缠绕、长度异常或打结等，可对胎儿造成危害的病理现象。可引起胎儿急性或慢性缺氧，甚至胎死宫内。

15.022 脐带先露 presentation of umbilical cord

又称“隐性脐带脱垂”。胎膜未破时脐带位于胎先露前方或一侧的状态。

15.023 脐带脱垂 prolapse of umbilical cord

胎膜破裂后脐带脱出于宫颈口外，降至阴道内或露于外阴部的状态。

15.024 脐带缠绕 umbilical cord entanglement

脐带围绕胎儿颈部、四肢或躯干的状态。以绕颈较为常见，也可围绕胎儿身体。

15.025 脐带长度异常 abnormal umbilical cord length

脐带长度不在 30~100cm 的区间。

15.026 脐带过短 excessively short umbilical cord

脐带长度短于 30cm。妊娠期脐带过短常无临床症状，临产后因胎先露部下降，脐带被牵拉过紧，使胎儿血液循环受阻，因缺氧出现胎心率异常，严重者导致胎盘早剥。

15.027 脐带过长 excessively long umbilical cord

脐带长度超过 100cm。脐带过长可能造成脐带缠绕肢体，脐带打结、扭曲，严重者可导致胎儿宫内缺氧。

15.028 脐带假结 umbilical cord false knot

因脐血管较脐带长，血管卷曲似结，或因静脉较脐动脉长形成迂曲似结，通常对胎儿无大危害。

15.029 脐带真结 umbilical cord true knot

多为脐带缠绕胎体，后因胎儿穿过脐带套环而成真结。较少见，在单羊膜囊双胞胎中的发生率较高。若结未拉紧则无症状，拉紧后胎儿血液循环受阻可致胎儿发育不全或胎死宫内，多数仅在分娩后确诊。

15.030 脐带扭转 torsion of umbilical cord

脐带血管顺脐带纵轴扭转，通常呈左旋状，生理性扭转可达 6~11 周，过度扭转可导致胎儿生长受限及胎心率异常。

15.031 球拍状胎盘 battledore placenta

脐带一端附着于胎盘边缘的脐带附着异常。分娩过程对母儿多无影响，多在产后检查胎盘时发现。

15.032 脐带帆状附着 cord velamentous insertion

脐带一端附着于胎膜上，脐带血管在羊膜与绒毛膜间进入胎盘的脐带附着异常。无胶质保护的脐带血管容易受胎先露压迫，可导致脐血液循环受阻及胎儿窘迫。

15.033 前置血管 vasa previa

无华通胶或胎盘组织保护的胎儿血管走行于胎膜上，距离宫颈内口 2 cm 以内的位置，甚至位于胎先露下方，达到子宫下段或跨越宫颈内口。见于脐带帆状附着或双叶胎盘、副胎盘等。缺乏脐带胶质保护的脐带血管容易受宫缩时胎先露的压迫或发生破膜时血

管断裂，导致脐血循环受阻、胎儿失血而出现胎儿窘迫，甚至胎儿突然死亡。

15.034 单脐动脉 single umbilical artery
脐带内只有一条动脉的脐带解剖变异。

15.035 脐血管血栓 thrombosis of umbilical vessels, TUV
由脐带解剖结构异常、机械性损伤、感染、孕妇及胎儿凝血异常、孕妇血糖异常、吸烟等因素引起的脐血管内血栓形成。可分为闭塞性血栓和非闭塞性血栓两种。

15.036 脐带囊肿 umbilical cord cyst
发生于脐带上的囊性包块，根据组织来源不

同分为真性囊肿和假性囊肿，真性囊肿是胚胎原始结构的残留，假性囊肿是华通胶的局部囊性变或脐带局部水肿，比真性囊肿更常见，与胎儿染色体缺陷和其他先天性异常有关，尤其是脐膨出。

15.037 脐带血管瘤 umbilical cord hemangioma

由脐带的原始血管增生所形成的良性病变，有时伴有明显的华通胶黏液样变性，极罕见。

15.038 脐带畸胎瘤 umbilical cord teratoma
起源于异位的全能生殖细胞的罕见脐带肿瘤。包含来自3种胚细胞层的组织。

15.06 羊水量异常

15.039 羊水过多 polyhydramnios
妊娠期间羊水量超过2000ml。

15.040 急性羊水过多 acute polyhydramnios
羊水迅速增多的现象。子宫在数日内明显增大，因腹压增加而产生一系列压迫症状。多发生在妊娠20~24周。可能与胎儿结构异常、胎盘脐带病变、双胎妊娠及妊娠合并症有关。

15.041 慢性羊水过多 chronic polyhydramnios
羊水数周内缓慢增多的现象。症状较缓和，孕妇多能适应，仅感腹部增大较快，临床上无明显不适或仅出现轻微压迫症状。多发生在妊娠晚期。

15.042 羊水最大暗区垂直深度 amniotic fluid volume, AFV

用于评估羊水量的一种超声指标。表示最大羊水池的垂直深度，正常值为大于2cm，小于8cm。

15.043 羊水指数 amniotic fluid index, AFI
用于评估羊水量的一种超声指标。将妊娠子宫分成左上，右上，左下和右下四个象限，四个象限的最大羊水暗区垂直深度之和。正常值为大于5cm，小于25cm。

15.044 羊水过少 oligohydramnios
妊娠晚期羊水量少于300ml的状态。

15.07 副胎盘

15.045 副胎盘 succenturiate placenta

1个或数个胎盘小叶发育成的胎盘副叶。与

主胎盘之间有胎儿来源的血管相连。

16. 正常分娩

16.001 正常分娩 normal delivery

妊娠 37~41⁺⁶ 周的产妇自然临产，产程进

展正常、胎儿以头位自然娩出，且分娩后母儿状态良好的分娩。

16.01 分 娩

16.002 分娩 delivery

妊娠达到及超过 28 周（196 日），胎儿及附属物从临产开始至全部从母体娩出的过程。

临产后正常宫缩的特点之一。

16.003 足月产 term labor

妊娠达到 37 周至 41⁺⁶ 周（259~293 日）的分娩。

16.008 子宫收缩对称性 symmetry of uterine contraction

临产后宫缩起自两侧子宫角部，左右对称地迅速向子宫底中线集中，再以 2cm/s 的速度向子宫下段扩散的现象。约 15s 可均匀协调地遍及整个子宫。是临产后正常宫缩的特点之一。

16.004 过期产 postterm labor

妊娠达到及超过 42 周（≥294 日）的分娩。

16.009 子宫收缩极性 polarity of uterine contraction

临产后子宫底部收缩最强、最持久，向下逐渐减弱，子宫底部收缩力是子宫下段 2 倍的现象。是临产后正常宫缩的特点之一。

16.005 产力 force of labor

将胎儿及其附属物从子宫内娩出的力量。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。

16.010 子宫缩复作用 uterine retraction

宫缩时，子宫体部肌纤维缩短变宽，间歇期虽松弛，但不能完全恢复到原来长度，经过反复收缩，肌纤维越来越短的现象。

16.006 子宫收缩力 uterine contractility

临产后迫使宫颈管消失、宫口扩张、胎先露下降、胎盘和胎膜娩出的贯穿于整个分娩过程的子宫收缩的力量。是临产后的主要产力。

16.011 产道 birth canal

胎儿从母体娩出的通道。包括骨产道和软产道两部分。

16.007 子宫收缩节律性 rhythmicity of uterine contraction

临产后子宫呈节律性收缩的特征。每次子宫收缩都是由弱渐强，维持一定时间，一般 30~40s，随后从强渐弱，直至消失进入间歇期，间歇期一般为 5~6min，并随产程进展宫缩持续时间逐渐延长，间歇期逐渐缩短。是

16.012 骨产道 bony birth canal

又称“真骨盆”。胎儿从母体娩出的骨性产道。为骨盆入口平面、中骨盆平面及骨盆出

口平面之间的通道，骨盆轴的上段向下向后，中段向下，下段向上向前。是产道的重要组成部分，其大小与形状与分娩关系密切。

16.013 骨盆入口平面 pelvic inlet plane

真假骨盆的交界面。大部分呈横椭圆形，其前后径为耻骨联合上缘中点至骶岬前缘正中，横径为左髂耻缘至右髂耻缘，斜径为骶髂关节至对侧髂耻隆突。

16.014 骨盆入口前后径 anteroposterior diameter of pelvic inlet

又称“真结合径 (conjugata vera)”。耻骨联合上缘中点至骶岬前缘正中的距离。平均约为 11cm。

16.015 骨盆入口横径 transverse diameter of pelvic inlet

左右髂耻缘间的最大距离。平均约为 13cm。

16.016 骨盆入口斜径 oblique diameter of pelvic inlet

骶髂关节至另一侧髂耻隆突间的距离。平均约为 12.75cm，分为左斜径与右斜径，左斜径为左骶髂关节至右髂耻隆突间的距离。

16.017 中骨盆前后径 anteroposterior diameter of mid-plane of pelvis

耻骨联合下缘中点通过两侧坐骨棘间连线中点到骶骨下端间的距离。平均约为 11.5cm。

16.018 骨盆出口平面 pelvic outlet plane

耻骨联合下缘及两侧耻骨降支组成前三角形，骶尾关节及两侧骶结节韧带组成后三角形，由这两个不同平面的三角形组成的平面。

16.019 骨盆出口前后径 anteroposterior diameter of pelvic outlet

耻骨联合下缘到骶尾关节间的距离。平均约为

11.5cm。

16.020 骨盆出口前矢状径 anterior sagittal diameter of pelvic outlet

耻骨联合下缘至坐骨结节连线中点的距离。平均约为 6cm。

16.021 骨盆轴 pelvic axis

贯穿骨盆径线中点的曲线。分娩及助产时，胎儿沿此轴方向娩出。

16.022 骨盆倾斜度 inclination of pelvis

妇女直立时，骨盆入口平面与水平面所成的角度。一般为 60°。

16.023 软产道 soft birth canal

由子宫下段、宫颈、阴道及盆底软组织共同组成的产道。

16.024 宫颈解剖学内口 anatomical internal orifice of cervix uteri

子宫峡部上端解剖上狭窄的宫颈内口。

16.025 宫颈组织学内口 histological internal orifice of cervix uteri

子宫峡部下端子宫内膜转变为子宫颈黏膜的宫颈内口。

16.026 子宫生理性缩复环 physiological retraction ring

临产后，由于子宫体部肌纤维的缩复作用，使上段肌壁越来越厚，下段肌壁被动牵拉而越来越薄，在子宫内面的上、下段交界处形成的环状隆起。

16.027 双顶径 biparietal diameter

胎儿两项骨隆突间的距离。为胎头最大横径。

16.028 枕额径 occipito frontal diameter

胎儿鼻根上方至枕骨隆突间的距离。

状缝、矢状缝形成的菱形骨质缺如部位。

16.029 枕下前凶径 suboccipito bregmatic diameter

胎儿前凶中央至枕骨隆突下方的距离。

16.033 后凶门 posterior fontanel

胎儿头部由两侧顶骨、枕骨及颅缝形成的三角形骨质缺如部位。

16.030 枕颞径 occipito mental diameter

胎儿颞骨下方中央至后凶顶部的距离。

16.034 胎儿畸形 fetal malformation

又称“出生缺陷(birth defects)”。胚胎或胎儿在发育过程中所发生的结构或功能代谢异常。

16.031 凶门 fontanel

胎儿头部两颅缝交界空隙较大处。包括前凶门和后凶门。

16.035 纵产式 longitudinal lie

胎体纵轴与骨盆轴平行关系的产式。更容易通过产道。

16.032 前凶门 anterior fontanel

胎儿头部由两侧额骨、两侧顶骨及额缝、冠

16.02 分娩机制

16.036 分娩机制 mechanism of labor

胎先露部随着骨盆各平面的不同形态，被动地进行一连串适应性转动，以其最小径线通过产道的全过程。

胎头下降至骨盆底遇到阻力时，胎头为适应前后径长、横径短的特点，枕部向母体中线方向旋转 45° 达耻骨联合后方，使矢状缝与中骨盆及骨盆出口前后径相一致的动作。

16.037 胎头衔接 engagement of fetal head

胎头双顶径进入骨盆入口平面，颅骨的最低点接近或达到坐骨棘水平的动作。

16.041 胎头仰伸 extension of fetal head

胎头枕骨下部达耻骨联合下缘时，以耻骨弓为支点，胎头逐渐后仰，胎头的顶、额、鼻、口、颞相继娩出的动作。

16.038 胎头下降 descent of fetal head

胎头沿骨盆轴前进的动作。贯穿于分娩全过程，并与其它动作同时进行。

16.042 胎头复位 restitution of fetal head

胎头娩出后，为使胎头与胎肩恢复正常解剖关系，胎头枕部向母体左或右外旋转 45° 的动作。

16.039 胎头俯屈 flexion of fetal head

胎头下降至骨盆底时，遇到肛提肌阻力，胎儿下颞更加接近其胸部，使胎头衔接时的枕额径变为枕下前凶径的动作。有利于胎头继续下降。

16.043 胎头外旋转 external rotation of fetal head

胎肩在盆腔内继续下降，前肩向前向母体中线旋转 45° 时，胎儿双肩径转成与骨盆出口前后径相一致的方向，胎儿枕部需在外继续向母体左或右外侧旋转 45° ，以保持胎头与

16.040 胎头内旋转 internal rotation of fetal head

胎肩的垂直关系的动作。

16.03 先兆临产

16.044 先兆临产 threatened labor

分娩发动前出现一些预示即将临产的症状。如不规则宫缩、胎儿下降感以及阴道少量淡血性分泌物。

16.045 假临产 false labor

孕妇在分娩发动前由于子宫敏感性增强而常出现的不规律的宫缩。特点是宫缩频率不一致，持续时间短、间隔时间长且无规律，强度不能逐渐增强，且不伴有宫颈管短缩、宫口扩张，给予镇静剂宫缩能被抑制。

16.046 见红 show

分娩发动前 24 至 48 小时内，宫颈内口附近的胎膜与该处子宫壁分离，毛细血管破裂而少量出血，与宫颈管内的黏液相混合呈淡血性黏液排出现象。

16.047 临产 labor

出现规律且逐渐增强的子宫收缩，持续 30s 或以上，间歇 5~6min，同时伴随进行性宫颈管消失、宫口扩张和胎先露部下降的现象。

16.048 总产程 total stage of labor

从规律宫缩开始至胎儿、胎盘娩出的全过程。

16.049 第一产程 first stage of labor

又称“宫颈扩张期”。自规律宫缩开始至宫口开全的过程。分为潜伏期和活跃期。

16.050 潜伏期 latent phase

规律宫缩至宫口扩张<5 cm 的产程阶段。国际上的不同指南对于潜伏期的界定存在差异。

16.051 规律宫缩 regular uterine contraction

有规律且逐渐增强的宫缩，持续 30s 或以上，间歇 5~6min，有些孕妇间歇为 7~10min，用强效镇静剂不能抑制宫缩。

16.052 活跃期 active phase

宫口扩张 5 cm 至宫口开全的产程阶段。国际上的不同指南对于活跃期的界定存在差异。

16.053 胎膜破裂 rupture of membrane

当羊膜腔内压力增加到一定程度时的胎膜自然破裂。正常破膜多发生在宫口近开全时。

16.054 人工破膜 artificial rupture of membrane

人工方式造成的宫口处胎膜破裂。以便观察羊水颜色、加强宫缩、加速产程进展。

16.055 外监护 external fetal heart monitoring

临床常用的电子胎心监护形式，能连续观察并记录胎心率的动态变化，同时描记子宫收缩和胎动情况。

16.056 内监护 internal fetal heart monitoring

通过将双极螺旋电极直接附着在胎儿上完成的胎心监护。金属丝通过阴道、宫颈放在胎儿头皮，从而完成对胎儿心脏活动的监测。

16.057 产程图 partogram

以曲线形式记录宫颈扩张和胎先露下降的相应关系的图示。可动态地表达产程的进展，能作为正确判断和及时处理难产的重要依据。

16.051 宫口扩张曲线 uterine orifice dilatation curve

产程图中根据不同时间点宫口扩张程度描绘的曲线。

16.052 胎头下降曲线 fetal head descent curve

产程图中不同时间点胎先露位置的下降曲线。以胎先露最低点与坐骨棘平面的关系标注。

16.053 阴道检查 examination of vagina

检查者通过示指和中指伸入阴道进行检查的方法。能了解骨盆大小，直接触清宫口四周边缘，准确估计宫颈管消退、宫口扩张、胎膜是否已破、胎先露部及位置。

16.054 肛门检查 rectal examination

检查者通过示指伸入肛门进行检查的方法。可了解宫颈软硬度、厚薄、扩张程度、是否破膜、骨盆腔大小、胎先露、胎位及先露下降程度。

16.055 第二产程 second stage of labor

宫口开全至胎儿娩出的过程。

16.056 胎头拨露 head visible on vulval gaping

宫缩时胎头露出于阴道口，露出部分不断增大，宫缩间歇期，胎头又缩回阴道内的现象。

16.057 胎头着冠 crowning of head

胎头双顶径越过骨盆出口时，宫缩间歇胎头

也不回缩的现象。

16.058 会阴切开术 episiotomy

一种在分娩过程中为扩大阴道开口所进行的外科切开术。

16.059 会阴后-侧切开术 postero-lateral episiotomy

会阴部做一斜形切口的一种会阴切开术。一般以偏离会阴中线 60° 为标准。

16.060 会阴正中切开术 median episiotomy

沿会阴后联合正中垂直剪开纵行切口的一种会阴切开术。

16.061 第三产程 third stage of labor

胎儿娩出后到胎盘娩出的过程。

16.062 胎盘剥离 placental separation

胎儿娩出后，子宫缩小，宫腔压力降低，胎盘和宫壁之间错位而剥离的过程。

16.063 阿普加评分 Apgar score

判断有无新生儿窒息及窒息严重程度的方法。以心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色 5 项体征为依据，每项为 0~2 分，满分为 10 分。

16.064 子宫内翻 inversion of uterus

子宫底部向宫腔内陷入，甚至自宫颈翻出的一种分娩期少见而严重的并发症。

16.065 手取胎盘术 manual removal of placenta

用手剥离取出滞留于宫腔内胎盘的手术。

16.066 初产妇 primipara

初次分娩的产妇。既往无孕 28 周及以上孕周分娩史。

16.067 经产妇 multipara
有孕 28 周及以上孕周分娩史的产妇。

16.068 剖宫产术后再次妊娠阴道试产 trial of labor after cesarean section, TOLAC
剖宫产术后瘢痕子宫孕妇再次妊娠时分娩方式选择阴道试产。适用于既往 1 次子宫下段剖宫产且无阴道试产禁忌证者。

16.069 剖宫产术后再次妊娠阴道分娩 vaginal birth after cesarean, VBAC
剖宫产术后瘢痕子宫孕妇再次妊娠时分娩方式为阴道分娩。有助于减少重复剖宫产及

其母婴并发症。

16.070 分娩镇痛 labor analgesia
孕妇生产的过程中，用于减轻孕妇的疼痛的方法。可以采用精神疗法、物理或者药物。目标是在保证母体和胎儿安全的前提下，满足孕妇个体化镇痛的要求。

16.071 导乐分娩 doula

使用非药物、无创伤的方法让产妇放松心情，减轻疼痛的生产方式。

17. 异常分娩

001 异常分娩 abnormal labor
又称“难产 (dystocia)”。产力、产道、胎

儿及心理因素中任何一个或者一个以上的因素发生异常及四个因素之间互相不能适应，而使分娩进程受到阻碍的现象。

17.01 产程异常

002 产程异常 abnormal labor stage
异常的产道、产力、胎儿等原因导致分娩全过程的延长、停滞或者过短的现象。

≥6 小时的一种产程异常。常提示头盆不称，应考虑实施剖宫产术。

003 潜伏期延长 prolonged latent phase
阴道试产时，潜伏期时间初产妇大于 20 小时，经产妇大于 14 小时的一种产程异常。

17.006 胎头下降延缓 protracted descent
第二产程初产妇胎头先露下降速度每小时小于 1cm，经产妇每小时小于 2cm 的一种产程异常。

004 活跃期延长 protracted active phase
阴道试产时，活跃期宫颈口未如期扩张，速度 < 0.5cm/h 的一种产程异常。通常情况下在活跃期应间隔 2~4h 进行一次阴道检查。

17.007 胎头下降停滞 arrested descent
第二产程胎头先露停留在原处不下降大于 1 小时的一种产程异常。

005 活跃期停滞 arrested active phase
阴道试产时，活跃期宫缩正常时宫口停止扩张 ≥4 小时，或宫缩欠佳时，宫口停止扩张

17.010 第二产程延长 protracted second stage
初产妇宫口开全大于 3 小时，经产妇大于 2 小时（硬膜外镇痛分娩时，初产妇大于 4 小

时，经产妇大于3小时）胎儿仍未娩出的一种产程异常。根据具体情况决定阴道助产或

者剖宫产。

17.02 产力异常

17.011 产力异常 abnormalities of expulsive forces

包括各种收缩力异常（子宫、腹肌及膈肌、肛提肌），最主要是子宫收缩力异常。产力不足可导致产程延长或停滞，产力过强可引起急产或严重并发症。

很好地松弛，导致宫口扩张受限，胎先露不能如期下降。

17.015 原发性宫缩乏力 primary uterine inertia

产程早期即出现的宫缩强度减弱的一种产力异常。

17.012 子宫收缩乏力 uterine inertia

在临产和分娩过程中，子宫收缩力减弱或者不协调的产力异常。可由子宫肌源性因素、头盆不称、胎位异常、孕妇内分泌失调、精神心理等因素导致子宫颈口不能有效扩张、娩出胎儿及其附属物。分为低张性子宫收缩乏力及高张性子宫收缩乏力。

17.016 继发性宫缩乏力 secondary uterine inertia

产程早期宫缩正常，在进展到活跃期后宫缩强度减弱，使产程延长或停滞的一种产力异常。多伴有胎位或者骨盆异常。

17.013 低张性子宫收缩乏力 hypotonic uterine inertia

又称“协调性子宫收缩乏力”。子宫收缩力弱，宫缩少于2次/10分钟，持续时间短，间歇期较长，宫缩高峰时，按压宫底仍有凹陷，但子宫收缩节律性、对称性、极性均正常的一种产力异常。

17.017 子宫收缩过强 uterine hyperstimulation

10分钟超过5次子宫收缩或收缩持续2分钟或更长的一种产力异常。

17.018 协调性子宫收缩过强 coordinated uterine hyperstimulation

子宫收缩力强、过频，但子宫收缩的节律性、对称性、极性均正常的一种产力异常。

17.014 高张性子宫收缩乏力 hypertonic uterine inertia

又称“不协调性子宫收缩乏力”。子宫收缩力减弱且宫缩失去正常的节律性、对称性，尤其是极性的产力异常。宫缩的兴奋点来自子宫下段一处或者多处，节律不协调、高频率的宫缩波不能产生向下的合力，使宫缩时宫底部较子宫下段弱，宫缩间歇期子宫不能

17.019 不协调性子宫收缩过强 uncoordinated uterine hyperstimulation

子宫收缩失去正常的节律性呈强直收缩，或者局部平滑肌持续不能放松的一种产力异常。可导致胎儿窘迫，子宫破裂等并发症。

17.020 急产 precipitate labor

从出现规律宫缩至胎儿娩出的时长不超过 3 小时的异常产程。可导致新生儿外伤及孕妇产道裂伤。

直性收缩的一种异常现象。可有孕妇腹部拒按，胎心听不清，不易查清胎位。若合并产道梗阻，可出现先兆子宫破裂征象。

17.021 病理性缩复环 pathologic retraction ring

子宫体部和子宫下段之间形成的明显的环形凹陷。因胎先露下降受阻，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，在两者之间形成环状凹陷，随着产程进展，可见该环逐渐上升平脐或脐上，压痛明显。是先兆子宫破裂的征象之一。

17.023 子宫痉挛性狭窄环 constriction ring of uterus

子宫局部平滑肌持续不放松，痉挛性不协调性收缩形成的环形狭窄征象。狭窄环位于胎体狭窄部及子宫上下段交界处，不随宫缩上升。也可导致第三产程胎盘嵌顿。

17.022 强直性子宫收缩 tetanic contraction of uterus

子宫收缩失去节律性，无间歇，呈持续性强

17.024 胎盘嵌顿 placental incarceration

宫颈内口附近子宫肌层出现痉挛性狭窄环，使已经剥离的胎盘不能及时娩出，嵌顿于宫腔内的现象。可影响子宫收缩导致产后出血。

17.03 产道异常

17.025 产道异常 abnormality of the birth canal

包括骨盆异常及由子宫下段、宫颈、阴道组成的软产道异常。以骨产道异常多见。可使胎儿娩出受阻。

17.028 单纯扁平骨盆 flat pelvis

骨盆入口平面狭窄的常见类型之一。骨盆入口呈横扁圆形，骶岬向前下突出，使骨盆入口前后径缩短而横径正常。

17.026 骨产道异常 abnormality of bony pelvis

骨盆径线过短或形态异常。致使骨盆腔小于胎先露部可通过的限度，阻碍胎先露部下降，影响产程顺利进展。可以为骨盆一个径线过短或者多个径线同时过短，也可以为一个平面狭窄或多个平面同时狭窄。

17.029 佝偻病性扁平骨盆 rachitic flat pelvis

骨盆入口平面狭窄的常见类型之一。骨盆入口呈横的肾形，骶岬向前突，骨盆入口前后径短。骶骨变直向后翘。尾骨呈钩状突向骨盆出口平面。由于坐骨结节外翻，耻骨弓角度增大，骨盆出口横径变宽。

17.027 骨盆入口平面狭窄 contracted pelvic inlet

骨盆入口平面前后径狭窄的一种骨产道异常。根据对角线长度将狭窄程度分为 3 级：<11.5cm 为临界性狭窄；10.0-11.0cm 为相对性狭窄；≤9.5cm 为绝对性狭窄。

17.030 中骨盆平面狭窄 contracted midpelvis

坐骨棘间径<10cm 的骨产道异常。是骨产道异常的常见类型之一，可使胎头内旋转受阻，导致持续性枕后（横）位，导致分娩受阻。主要见于男型骨盆及类人猿型骨盆。根据坐骨棘间径将狭窄程度分为 3 级：<

10.0cm 为临界性狭窄；8.5-9.5cm 为相对性狭窄； $\leq 8.0\text{cm}$ 为绝对性狭窄。

结节间径缩短，坐骨切迹宽度小于 2 横指，耻骨弓角度小于 90° ，坐骨结节间径加出口后矢状径小于 15cm，常见于男型骨盆。

17.031 胎头跨耻征 overlapping sign

一种胎头不入盆时检查头盆是否相称的方法。孕妇排空膀胱后仰卧，两腿伸直，检查者一手放在耻骨联合上方，另一手将胎头向盆腔方向推压。若胎头低于耻骨联合平面，表示胎头可以入盆，头盆相称，称为跨耻征阴性；若胎头高于耻骨联合平面，表示头盆不称，跨耻征阳性；胎头与耻骨联合同一平面，表示可疑头盆不称，跨耻征可疑阳性。跨耻征阳性孕妇取两腿屈曲半卧位再次检查。

17.035 横径狭窄骨盆 transversely contracted pelvis

骨盆入口、中骨盆及骨盆出口的横径均缩短，前后径稍长，坐骨切迹宽的一种骨产道异常。是中骨盆平面和出口平面狭窄的常见类型。与类人猿型骨盆类似。常因中骨盆及出口平面横径狭窄导致难产。

17.032 头盆不称 cephalopelvic disproportion

胎头的大小、位置与孕妇骨盆大小、形态不相称的现象。使胎头无法通过骨盆导致难产，明显头盆不称者需剖宫产终止妊娠。

17.036 均小骨盆 generally contracted pelvis
骨产道异常的一种类型。骨盆外形属于正常女型骨盆，但骨盆三个平面各径线均比正常值小 2cm 或者更多。多见于身材矮小、体型匀称女性。

17.033 骨盆出口平面狭窄 contracted pelvic outlet

以坐骨结节间径及骨盆出口后矢状径狭窄为主的一种骨产道异常。常与中骨盆平面狭窄相伴，主要见于男型骨盆。坐骨结节间径与出口后矢状径之和 $\leq 15\text{cm}$ ，足月胎儿不易经阴道分娩，应行剖宫产结束分娩。分 3 级，见表格。

17.037 畸形骨盆 defor pelvic deformity
骨产道异常的一种类型。骨盆失去正常形态及对称性，包括跛行及脊柱侧凸所致的偏斜骨盆和骨盆骨折所致的畸形骨盆。若畸形严重，明显头盆不称者，应及时行剖宫产术。

17.034 漏斗型骨盆 funnel shaped pelvis

骨盆入口各径线值正常，但两侧骨盆壁内收，状似漏斗的一种骨产道异常。是中骨盆平面和出口平面狭窄的常见类型。特点是中骨盆及出口平面明显狭窄，使坐骨棘间径和坐骨

17.038 软产道异常 abnormalities of reproductive tract

由阴道、宫颈、子宫下段及盆底软组织构成的软产道由先天发育异常及后天疾病因素引起的结构或者功能的异常。

17.039 瘢痕子宫 scarred uterus

曾经行剖宫产、子宫肌瘤切除、输卵管间质部及子宫角切除、子宫成形等手术后形成的有瘢痕的子宫。这类妇女再孕分娩时子宫破裂风险增加。

17.04 胎位异常

17.040 胎位异常 abnormal fetal position

胎产式或胎先露的异常。是影响分娩及决定

分娩难易程度的重要因素之一。

17.041 持续性枕后位 persistent occipitoposterior position

胎头枕部直至分娩结束持续不能转向前方，仍然位于母体骨盆的后方的一种胎位异常。使分娩发生困难。

17.042 持续性枕横位 persistent occiput transverse position

胎头枕部经充分试产仍位于母体骨盆侧方，不能转向前方的一种胎位异常。使分娩发生困难。

17.043 [胎头]高直位 sincipital presentation

胎头以不屈不伸的姿势于骨盆入口，其矢状缝与骨盆入口平面前后径一致的一种胎位异常。

17.044 高直前位 anterior sincipital presentation

胎头以不屈不伸的姿势于骨盆入口，其矢状缝与骨盆入口前后径一致，枕骨向前靠近耻骨联合的一种胎位异常。

17.045 高直后位 posterior sincipital presentation

胎头以不屈不伸的姿势于骨盆入口，其矢状缝与骨盆入口前后径一致，枕骨向后靠近骶岬的一种胎位异常。一旦确诊，应行剖宫产术。

17.046 前不均倾位 anterior asynclitism

枕横位入盆的胎头侧屈以其前顶骨先入盆的一种胎位异常。易发生在头盆不称，骨盆倾斜度过大，腹壁松弛时。前不均倾位不论是否伴有头盆不称，常需以剖宫产结束分娩。

17.047 外倒转术 external cephalic version, ECV

通过向孕妇腹壁施加压力，用手向前或者向后旋转胎儿，使不利于分娩的胎位（臀位、横位）转成有利于分娩的胎位（头位）的方法。

17.048 臀助产术 assisted breech delivery

臀先露分娩时，胎臀自然娩出至脐部后，由接产者协助胎肩及胎头娩出的助产技术。

17.049 臀牵引术 breech extraction

臀先露分娩时，胎儿全部由接产者牵拉娩出的助产技术。

17.050 内转胎位术 internal version

肩先露分娩时的一种助产技术。接产者将一只手伸入宫腔，抓住一只或者两只胎足，并将其牵出宫颈口，同时经腹向对侧推动胎儿身体上部，使胎位转为臀先露后进行臀牵引分娩。

17.051 剖宫产术 cesarean section

切开孕妇的腹壁及子宫，用以分娩出胎儿的手术方式。

17.052 产钳术 obstetric forceps delivery

使用产钳牵引胎头帮助胎儿娩出的助产技术。是第二产程处理难产的重要方式之一。

17.053 胎头吸引术 vacuum extraction

利用负压的原理，把胎头吸引器置于胎头上，形成一定负压后，进行牵引或旋转，协助胎儿娩出的阴道助产技术。

17.054 促宫颈成熟 cervical ripening

采用药物或机械方式以促进宫颈变软、变薄并扩张，降低引产失败率、缩短从引产到分

娩时间的方法。

17.055 引产术 induction of labor

通过药物及其他人工方法使产程发动，达到分娩目的的技术。

17.05 肩 难 产

17.054 肩难产 shoulder dystocia

胎头娩出后，胎儿前肩被嵌顿于耻骨联合上方，用常规方法不能娩出双肩的难产。可导致新生儿臂丛神经损伤、骨折等并发症。超过 50%的肩难产发生于正常体重的新生儿，因此无法准确预测和预防。

17.055 乌龟征 turtle sign

胎头娩出后胎头由向前冲状态转为回缩状态的肩难产征象。

17.056 屈大腿助产法 McRoberts maneuver

肩难产发生时的帮助产妇大腿屈曲的一种助产方法。在助手帮助下使产妇的双侧髋关节向腹部高度屈曲，使大腿贴近腹部，嵌顿于耻骨联合后的前肩自然松动，接产者适当加以牵引胎头而娩出前肩。

17.057 耻骨上加压法 suprapubic pressure

肩难产发生时的在产妇耻骨上加压的一种助产方法。当接产者持续、轻轻地向外牵拉胎儿时，助手在耻骨联合上加压 30~60 秒，按心肺复苏手法将力作用于胎儿肩胛骨后方，将胎肩推离中线至侧面并下降。应与屈

大腿助产法同时进行。

17.058 旋肩法 rotational maneuver

肩难产发生时的一种助产方法，接产者将示指和中指伸入阴道内，从胎儿背部寻找并确定前肩和肩胛骨位置，待子宫收缩时，同步性旋转胎肩使双肩径与骨盆斜径相一致。同时牵拉胎头，助手则应于腹部推压胎体以利旋转。

17.059 娩后臂法 delivery of the posterior arm

肩难产发生时先娩出胎儿后壁的一种助产方法，接产者一只手伸入产道内，握持胎儿后上肢并从胎儿前胸部牵出，经后盆腔先娩出胎儿后上肢和后肩部。然后，旋转胎体并娩出前肩部。

17.060 四肢着床法 all-fours maneuver

肩难产发生时的帮助产妇四肢着床的一种助产方法。产妇翻转至双手和双膝着地，依靠重力将后肩下降到骶岬下方。理论上骶骨关节的屈曲能使骨盆边缘的前后径增加 1~2cm。伴随轻轻的牵引，后肩先娩出。

18. 分娩并发症

18.001 产后出血 postpartum hemorrhage

胎儿娩出后 24 小时内，阴道分娩产妇出血量 $\geq 500\text{ml}$ ，剖宫产分娩产妇出血量 $\geq 1000\text{ml}$ 。

18.002 严重产后出血 severe postpartum hemorrhage

不论何种分娩方式，胎儿娩出后 24 小时内出血量 $\geq 1000\text{ml}$ 或伴有休克。

18.003 难治性产后出血 intractable postpartum hemorrhage

经过宫缩剂、持续性子官按摩或按压等保守措施无法止血，需要外科手术、介入治疗甚至切除子宫进行干预的严重产后出血。

18.004 胎盘滞留 retained placenta

胎儿娩出 30min 后，胎盘仍留在子宫内而未排出的现象。

18.005 胎盘胎膜部分残留 retained placenta and fetal membrane fragment

部分胎盘小叶、副胎盘或部分胎膜残留于宫腔的现象。可影响子宫收缩而出血。

18.006 软产道裂伤 soft birth canal laceration

分娩过程中发生的会阴、阴道和宫颈、子宫下段和骨盆底软组织裂伤。

18.007 会阴 I 度裂伤 first-degree perineal laceration, type I female genital mutilation

会阴皮肤及黏膜、阴唇系带、前庭黏膜或阴道黏膜等裂伤，不累及肌层和筋膜。

18.008 会阴 II 度裂伤 second-degree perineal laceration, type II female genital mutilation

包括会阴皮肤及黏膜、阴道黏膜、盆底肌肉及筋膜损伤，而肛门括约肌保持完整。多数呈向上与向两侧的方向撕裂并延及阴道侧沟，阴道后壁的下段黏膜呈舌状。

18.010 会阴 III 度裂伤 third-degree perineal laceration, type III female genital mutilation

除盆底肌肉外，裂伤累及肛门括约肌。可分为 a、b、c 三个等级，IIIa：肛门外括约肌肌层撕裂 $< 50\%$ ；IIIb：肛门外括约肌肌层撕裂 $> 50\%$ ，但肛门外括约肌仍完好；IIIc：肛门内、外括约肌均发生损伤。

18.011 会阴 IV 度裂伤 fourth-degree perineal laceration, type IV female genital mutilation

肛门内、外括约肌以及直肠黏膜均发生撕裂伤。

18.012 产道血肿 birth canal hematoma

在分娩过程中软产道不同部位的血管破裂，血液因不能外流形成的血肿。可发生于外阴、

阴道、阔韧带，甚至沿腹膜后上延至肾区，发病较隐匿，属产后出血的一种形式。

18.013 羊水栓塞 amniotic fluid embolism

羊水进入母体循环，引起肺动脉高压、循环衰竭、心脏骤停及孕产妇严重出血、弥散性血管内凝血、多器官功能衰竭等一系列病理生理变化的产科并发症。罕见，可导致母儿严重不良结局。

18.014 子宫破裂 uterine rupture

妊娠期或分娩期子宫体部或子宫下段发生破裂。严重时可危及母儿生命。

18.015 先兆子宫破裂 threatened uterine rupture

临产后胎先露部下降受阻时，子宫体部反射

性强烈收缩，使子宫下段伸展变薄出现病理性缩复环，此环随宫缩逐渐上升，胎儿大部分挤入子宫下段，使下段宫壁极度伸展，濒临破裂的状态。

18.016 不完全性子宫破裂 incomplete uterine rupture

妊娠期或分娩期发生的子宫肌层部分或全层破裂，但浆膜层完整，宫腔与腹腔不相通，胎儿及其附属物仍在宫腔内的子宫破裂类型。

18.017 完全性子宫破裂 complete uterine rupture

妊娠期或分娩期发生的子宫肌层与浆膜层全层破裂，宫腔与腹腔相通的子宫破裂类型。

18.01 控制产后出血的技术

18.018 宫腔填塞 intrauterine tamponade packing

通过机械方法压迫子宫的治疗方法。常用宫腔纱条和宫腔球囊填塞，用于治疗宫缩乏力等原因导致的产后出血。

控制产后出血的一种治疗方法。尤其适用于宫缩乏力导致的产后出血。

18.022 经导管动脉栓塞 transcatheter arterial embolization, TAE

通过介入技术将导管送至需要阻塞的动脉，注入栓塞物，以阻断血流达到止血的手术。

18.019 宫腔纱条填塞 intrauterine gauze tamponade

将纱布条均匀填塞整个宫腔以压迫创面的治疗方法。用于控制产后出血的一种方法。

18.023 大量输血方案 massive transfusion protocol, MTP

一种应对创伤、产科等病人大量失血时的救治方案。在准确评估出血量和出血速度的情况下，及时并合理补充红细胞、血小板等血液制品，纠正因大量失血导致的凝血功能异常，维持正常血容量，确保患者的组织氧供正常。

18.020 宫腔球囊填塞 intrauterine balloon tamponade

将球囊送入宫腔并注水充盈以压迫创面的治疗方法。用于控制产后出血的一种方法。

18.024 子宫按摩 uterine massage

通过按摩子宫底、促进子宫收缩以减少出血

18.021 子宫压缩缝合 uterine compression sutures

在宫缩剂和按摩子宫无效时，通过压迫缝合

的方法。

18.025 腹部-阴道子宫按摩 bimanual compression for uterine

一手握拳置于阴道前穹窿，顶住子宫前壁，另一手在腹部按压子宫后壁，使宫体前屈，两手相对紧压并均匀有节律地按摩或按压子宫的方法。

18.026 盆腔血管结扎 pelvic vascular ligation

通过对盆腔血管进行结扎来治疗产后出血的方法，包括子宫动脉结扎和髂内动脉结扎等。

18.027 子宫动脉结扎 uterine artery branch ligation

通过对子宫动脉进行结扎来治疗产后出血的方法，包括子宫动脉上行支结扎和子宫动脉下行支结扎。适用于宫缩乏力或胎盘因素导致的产后出血。

18.028 髂内动脉结扎 internal iliac artery ligation

通过对髂内动脉进行结扎来治疗产后出血的方法。适用于盆腔广泛渗血、阔韧带出血、腹膜后血肿等保守治疗无效的产后出血。

18.029 盆腔填塞 pelvic tamponade

用纱布填塞压迫盆腔治疗产后难以控制的大量出血的一种方法。

18.030 围产期子宫切除术 peripartum hysterectomy

分娩时或分娩后 24 小时内进行的子宫切除手术。可为计划性手术，也可为紧急手术。紧急手术最常见的指征是保守措施无法控制的严重子宫出血。

18.031 缩宫素 oxytocin

直接兴奋子宫平滑肌的药物。小剂量可增强子宫的节律性收缩，大剂量能引起子宫强直性收缩而起到止血作用。用于引产、催产、及产后因宫缩不良所致的出血。

19. 产褥期与产褥疾病

19.01 产 褥 期

19.001 产褥期 puerperium

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，通常为 6 周。

19.002 子宫复旧 uterine involution

胎盘娩出后子宫逐渐恢复至未孕状态的全过程。一般为 6 周。其主要变化为宫体肌纤维缩复和子宫内膜的再生，同时还有子宫血管变化、子宫下段和宫颈的复原等。

19.003 泌乳热 breast fever

产后 3~4 天出现乳汁增多, 乳房血管、淋巴管极度充盈、乳房胀大的症状, 伴体温升高的生理表现。不属病态。

19.004 产后宫缩痛 afterpains

在产褥早期因子宫收缩引起的下腹部阵发性剧烈疼痛。多见于经产妇。通常产后 3 天左右症状缓解。

19.005 恶露 lochia

产褥期血液、坏死蜕膜等组织脱落经阴道排出的分泌物。一般持续 4~6 周。

19.006 血性恶露 lochia rubra

产后最初 3~4 天经阴道排出的含大量血色鲜红的分泌物。镜下见多量红细胞、坏死蜕膜及少量胎膜。

19.007 浆液恶露 lochia serosa

产后经阴道排出的含多量浆液, 淡红色稀薄的分泌物。镜下见较多坏死蜕膜组织、宫腔渗出液、宫颈粘液, 少量红细胞及白细胞, 且有细菌。持续 10 日左右。

19.008 白色恶露 lochia alba

产后经阴道排出的色泽较白, 质黏稠的分泌物。持续约 3 周, 镜下见大量白细胞、坏死蜕膜、表皮细胞及细菌。

19.009 子宫复旧不全 uterine subinvolution

由于感染、胎盘组织残留或其他因素导致的子宫复旧功能受阻。常表现为血性恶露持续

时间延长, 甚至血量明显增多。盆腔超声检查有助于确诊胎盘组织残留及动静脉瘘等原因导致的子宫复旧不全。

19.010 褥汗 postpartum sweating

产后数周内皮肤排泄功能旺盛, 排出大量汗液的现象。以夜间睡眠和初醒时更明显。

19.011 产褥中暑 puerperal heat stroke

产褥期因高温环境使体内余热不能及时散发, 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。

19.012 产后尿潴留 postpartum urinary retention

产后排尿困难, 尿液潴留在膀胱内的现象。常发生于产后 24 小时内, 多因分娩过程先露部压迫膀胱及尿道所致。

19.013 [妊娠]腹直肌分离 rectus abdominis

diastasis of pregnancy

妊娠增大的子宫导致腹壁部分弹力纤维断裂, 腹直肌之间以异常距离分离的现象。产后的腹直肌间距离可能会增加、减少或保持不变。

19.014 [妊娠]耻骨联合分离 separation of pubic

symphysis of pregnancy

妊娠期骨盆前方两侧耻骨纤维软骨联合处距离增宽或上下错动, 出现局部疼痛和下肢抬举困难等功能障碍的软组织损伤性疾病。由于妊娠期韧带的松弛所致。

19.02 母乳喂养

19.015 哺乳 lactation

产妇通过乳腺分泌的乳汁给婴儿喂食的行为。

19.016 初乳 colostrum

产后第一周分泌的乳汁。质稠呈浅黄色, 富含大量的免疫蛋白和乳铁蛋白等, 易消化,

是新生儿早期理想的天然食物。

19.017 泌乳反射 milk ejection reflex

婴儿通过吸吮乳头刺激腺垂体分泌催乳素来促进乳汁分泌的过程。它也与产妇的营养睡眠、情绪和健康状况密切相关。

19.018 乳胀 breast engorgement

乳房过度充盈及乳汁淤积导致的乳房胀痛。

19.019 催乳 lactagogue

当乳汁不足时采取的增加乳汁生成和乳汁排出的方法。

19.020 退乳 weaning from breastfeeding

又称“回乳”。通过药物、物理等措施使乳腺不再分泌乳汁的方法。

19.021 乳头皲裂 nipple cracking

因不正确的哺乳方法导致的乳头表面皮肤出现浅表破裂口的现象。哺乳时会发生疼痛。

19.03 产褥疾病

19.022 产褥发热 puerperal fever

分娩 24 小时以后的 10 日内，体温达到或超过 38℃ 的现象。产褥发热常由产褥感染引起，但也可由生殖道以外感染如急性乳腺炎、上呼吸道感染、泌尿系统感染、血栓静脉炎等原因所致。

19.023 产褥感染 puerperal infection

分娩及产褥期生殖道受病原体侵袭，引起的局部或全身感染。

19.024 [产褥期]急性外阴阴道宫颈炎 [puerper-

al]acute vulvitis, vaginitis and cervicitis

分娩时外阴阴道宫颈部损伤导致的感染。以葡萄球菌和大肠埃希菌感染为主。

19.025 [产褥期]子宫感染 [puerperal]uterine

infection

病原体经胎盘剥离面侵入子宫导致的炎症，扩散至子宫蜕膜层称为子宫内膜炎，侵入子宫肌层称为子宫肌炎，两者常伴发。

19.026 [产褥期]血栓性静脉炎 [puerper-

al]thrombophlebitis

由于炎症、高凝状态等原因造成的深静脉炎症并发血栓形成。临床常表现有高热、寒战，局部疼痛等，产后 1~2 周多见，是产褥期严重的并发症。

19.027 [产褥期]卵巢血栓性静脉炎 [puerper-

al]ovarian vein thrombophlebitis, OVT

由于炎症等各种原因导致的卵巢静脉血栓形成。产后 1 周内出现发热和受累静脉侧腹痛、腰痛或背部疼痛，可伴发恶心、呕吐和腹胀。

19.028 [产褥期]下肢血栓性静脉炎 thrombophle-

bitis of lower limbs

又称“股白肿”。发生在股静脉、腘静脉及大隐静脉等下肢静脉的炎症。临床可表现为发热、下肢持续性疼痛等，严重者可致深静脉血栓形成，血液回流受阻，引起下肢水肿，皮肤发白。

19.029 晚期产后出血 late postpartum hemorrhage

分娩 24 小时后，在产褥期内发生的子宫大

量出血。以产后 1~2 周发病常见。

19.030 子宫切口愈合不良 poor healing of uterine incision

由于炎症、液化、出血等原因导致的子宫切口未正常愈合。是引起晚期产后出血原因之一。

19.031 产后抑郁 postpartum depression

产后出现的以抑郁为主的短暂情感紊乱。表现为从短暂的心境低落到伴有焦虑和恐惧的严重抑郁，对婴儿及其父亲漠不关心、敌意及睡眠紊乱等。这些症状通常会在产后 2~3 日内出现，在此后数日达峰，并在发病后 2 周内缓解。

