

## 护士资格考试高频知识点——内外妇儿（5）

### 知识点 81：心绞痛

心绞痛是指在冠状动脉粥样硬化的基础上，由于心肌负荷增加，发生冠状动脉供血不足，导致心肌急剧暂时的缺血、缺氧所引起的临床综合征。

1. 症状 阵发性胸痛或心前区不适是典型的心绞痛特点：

(1) 疼痛部位：以胸骨体中段或上段，可波及心前区，甚至整个前胸，边界表达不清。可放射至左肩、左臂内侧，甚至可达左手无名指和小指，也可向上放射至颈、咽部和下颊部。部分病人疼痛部位可不典型。

(2) 疼痛性质：常为压迫感、发闷、紧缩感也可为烧灼感，偶可伴有濒死感。病人可因疼痛而被迫停止原来的活动，直至症状缓解。

(3) 持续时间：多在 3~5 分钟内，一般不超过 15 分钟。

(4) 缓解方式：休息或含服硝酸甘油后几分钟内缓解。

(5) 诱发因素：常由于体力劳动或情绪激动、饱餐、寒冷、吸烟、心动过速、休克等情况而诱发。

2. 体征 发作时可有心率增快，暂时血压升高。有时出现第四或第三心音奔马律。也可有心尖部暂时性收缩期杂音，出现交替脉。

心绞痛和心肌梗死简易鉴别：

1. 心绞痛=胸骨后压榨性疼痛<30 分钟，休息或口含服硝酸甘油能缓解，ST 段水平下移。

2. 心梗=胸骨后压榨性疼痛>30 分钟，休息或口含服硝酸甘油不能缓解，ST 段弓背向上抬高，病理性 Q 波。

### 知识点 82：急性心肌梗死

1. 主要症状

(1) 疼痛：是最早、最突出的症状，其性质和部位与心绞痛相似，但程度更剧烈，伴有烦躁、大汗、濒死感。一般无明显的诱因，疼痛可持续数小时或数天，经休息和含服硝酸甘油无效。少数病人症状不典型，疼痛可位于上腹部或颈背部，甚至无疼痛表现。

(2) 全身症状：一般在发生疼痛 24~48 小时后，出现发热、心动过速、白细胞增高、血沉增快。一般发热体温在 38℃ 左右，多在 1 周内恢复正常。可有胃肠道症状如恶心、呕吐、上腹胀痛，重者可有呃逆。

(3) 心源性休克：疼痛时血压下降，如疼痛缓解时，收缩压<10.7kPa (80mmHg)，同时伴有烦躁不安、面色苍白或青紫、皮肤湿冷、脉搏细速、尿量减少、反应迟钝，则为休克表现，常于心肌梗死后数小时至 1 周内发生。

(4) 心律失常：是急性心肌梗死病人死亡的主要原因。约有 75%~95% 的病人发生心律失常，多发生于病后 1~2 天内，前 24 小时内发生率最高，以室性心律失常最多见，如频发室性期前收缩，成对出现或呈短阵室性心动过速，常是出现室颤先兆。室颤是急性心肌梗死早期病人死亡的主要原因。

(5) 心力衰竭：约半数病人在起病最初几天，疼痛或休克好转后，出现呼吸困难、咳嗽、发绀、烦躁等左心衰竭的表现重者可发生急性肺水肿。右心室心肌梗死病人可发病开始即可出现右心衰竭表现，同时伴有血压下降。

2. 心电图特征性改变：①面向坏死区的导联，出现宽而深的异常 Q 波；②在面向坏死区周围损伤区的导联，出现 S-T 段抬高呈弓背向上；③在面向损伤区周围心肌缺氧区的导联，出现 T 波倒置；④在背向心肌梗死的导联则出现 R 波增高、S-T 段压低、T 波直立并增高。

### 急性心梗重点总结

1. 大部分心梗的病因：冠脉内斑块破裂，血栓形成。
2. 左心室前壁——是心肌梗死最常发生的部位。
3. 心肌梗死早期（24 小时内）死亡主要由于：心律失常  
最常见的心律失常是室性期前收缩，首选：利多卡因。
4. 急性下壁心肌梗死最易合并房室传导阻滞和束支传导阻滞。
5. 缓解急性心肌梗死剧烈疼痛效果最好的是：吗啡、杜冷丁
6. 心梗：首选心电图、确诊心肌酶、并发症（乳头肌功能失调或断裂）、治疗（溶栓-尿激酶）。
7. 护理措施：急性期绝对卧床，减少搬动；防止便秘；低热量、低脂、低胆固醇饮食。

### 知识点 83：感染性心内膜炎病人的护理

1. 病因：多见于主动脉瓣关闭不全
2. 致病菌：急性心内膜炎——金黄色葡萄球菌；血常规是：血白细胞计数增高，并有核左移。红细胞沉降率升高。  
亚急性心内膜炎——草绿色链球菌。血常规是：正常色素型正常细胞性贫血。
3. 感染性心内膜炎：发热、瘀点、脾脏大、贫血、杵状指和趾。杂音：急性多见
4. 并发症：心衰。栓子脱落—脑栓塞。
5. 首选：血培养。记住 3，10~20ml。

对于未开始治疗的亚急性感染性心内膜炎病人应在第一日每间隔 1 小时采血 1 次，共 3 次。如次日未见细菌生长，重复采血 3 次后，开始抗生素治疗。

已用过抗生素者，应停药 2~7 天后采血。急性感染心内膜炎病人应在入院后 3 小时内，每隔 1 小时 1 次共取 3 个血标本后开始治疗。

每次取静脉血 10~20ml，作需氧和厌氧培养，至少应培养 3 周。

### 知识点 84：精神障碍之思维形式障碍

#### ①联想障碍

思维奔逸：语流增快，口若悬河，滔滔不绝，见于躁狂症。

思维迟缓：患者自觉脑子变笨，言语慢，反应慢，思考问题困难。见于抑郁症。

思维贫乏：沉默少语，谈话言语空洞单调或词穷句短。

思维散漫：说话东拉西扯。

思维破裂：言语支离破碎，语词杂拌，多见于精神分裂症。

#### ②思维逻辑障碍

象征性思维：以无关的具体概念或行动代表某一抽象概念，见于精神分裂症。

语词新作：病人自创一些新的符号、图形、文字，不解释不明白。

逻辑倒错性思维：推理缺乏逻辑性，无前提及根据，或因果倒置不可理解。

强制性思维：又称思维云集，指病人头脑中出现了大量的不属于自己的思维，这些思维不受病人意愿的支配，强制性地在大脑中涌现，好像在神奇的外力作用下别人思想在自己脑中运行。



知识点 85：

左心衰和右心衰的区别

	左心衰	右心衰
特点	肺循环淤血，心排量减低	体循环淤血
主要表现	劳力性呼吸困难—最早出现，夜间阵发性呼吸困难—典型，晚期：端坐呼吸，严重者：急性肺水肿	体静脉淤血症状，早期在身体的下垂部位和组织疏松部位，出现凹陷性水肿
咳嗽痰咯血	白色泡沫痰 粉红色泡沫痰因急性心衰导致肺泡和支气管淤血	不明显
体征	心率加快、第一心音减弱、心尖区舒张期奔马律，可有交替脉（左心衰竭特征性体征）。双肺底湿啰音	颈静脉怒张，肝-颈静脉回流征+（具特征性）
心脏	左室扩大为主	右房右室大
其它症状	乏力，疲倦，头晕—心排量不足，肾—少尿 BUN，CRE ↑	发绀：由于体循环静脉淤血，血流缓慢，血液中还原血红蛋白增多

全心衰=左心衰+右心衰

心衰症状、护理简记口诀

左肺右体有规律  
呼困水多其特点  
排量减少无耐力  
中毒并发需警惕

注：呼困水多——呼吸困难和水肿；排量减少——心排出量减少；中毒——洋地黄中毒。



知识点 86：心肌、心包疾病病人的护理

1. 肥厚型心肌病主要死亡原因：心源性猝死。
2. 心肌疾病病人吸氧氧流量 2~4L/min。



3. 纤维蛋白性心包炎的主要症状：胸痛。
4. 心包积液时最突出的症状：呼吸困难。
5. 纤维蛋白性心包炎的典型体征：心包摩擦音。
6. 诊断心包积液迅速可靠的方法是：超声心动图。
7. 缩窄性心包炎最常见的病因是：结核性心包炎。
8. 心包穿刺术第一次抽液量不超过：200ml。

急性心包炎体征简单记忆：心包内有少量浆液，起润滑作用；心包内有纤维渗出出现心包摩擦音，大量流出没有摩擦音，出现心包压塞。

### 知识点 87：血栓闭塞性脉管炎临床表现

(1) 局部缺血期：以血管痉挛为主，表现为**间歇性跛行**，患肢足背、胫后动脉搏动明显减弱。

(2) 营养障碍期：出现持续性疼痛，夜间尤甚，剧痛常使其夜不能寐，迫使其屈膝抱足而坐，或将患肢垂于床沿，以增加血供缓解疼痛。这种现象称之为**静息痛**（休息痛）。

(3) 组织坏死期：患肢动脉完全闭塞，发生**干性坏疽**，此后，坏死组织可自行脱落，在残端留下经久不愈的溃疡创面。

间歇性跛行出现在局部缺血期，静息痛出现在营养障碍期，而组织坏死期会出现干性坏疽。

肢体抬高试验（Buerger 试验）：病人平卧，患肢抬高  $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$ ，持续 60 秒，若出现麻木、疼痛、苍白或蜡黄色者为阳性，提示动脉供血不足。再让病人下肢自然下垂于床缘以下，正常人皮肤色泽可 10 秒内恢复正常。若超过 45 秒且皮肤色泽不均匀，进一步提示患肢存在动脉供血障碍。

### 下肢静脉曲张的特殊检查

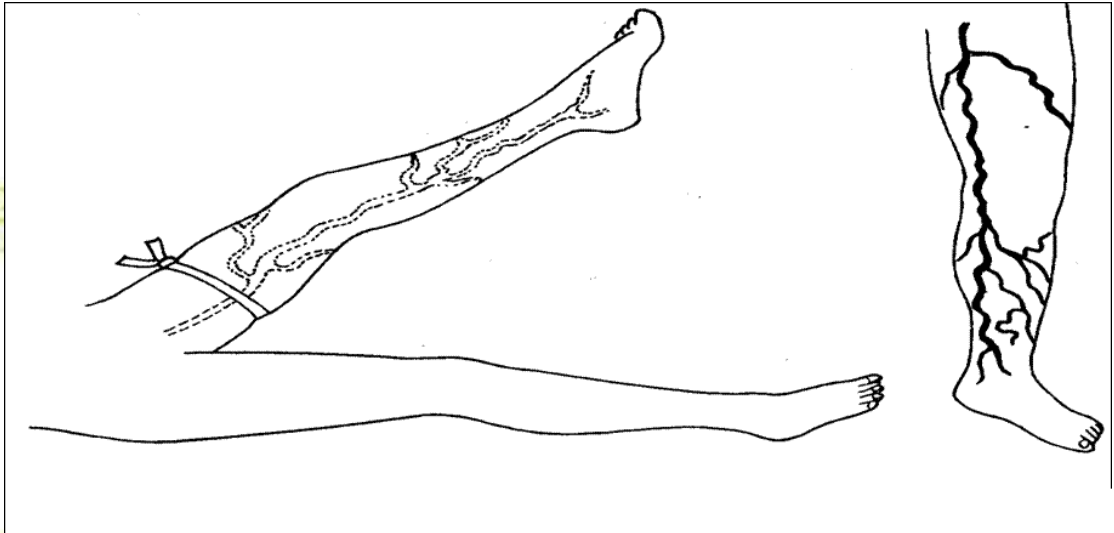
#### (1) 大隐静脉瓣膜功能试验

①方法：病人平卧，抬高下肢排空静脉，在大腿根部扎止血带阻断大隐静脉，病人站立。

#### ②临床意义：

瓣膜功能不全：10 秒内放开止血带，出现自上而下的静脉逆向充盈；

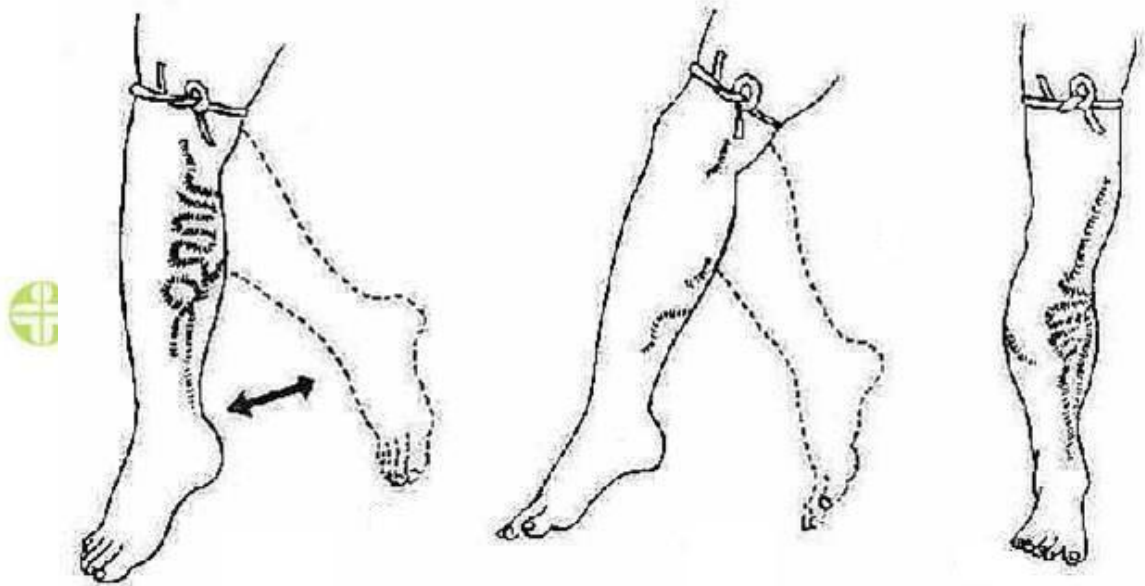
交通静脉瓣膜关闭不全：未放开止血带前，止血带下方的静脉在 30 秒内已充盈。



### (2) 深静脉通畅试验

①方法：止血带阻断大腿浅静脉主干，嘱病人连续用力踢腿或作下蹲活动10余次。

②临床意义：随着小腿肌泵收缩迫使浅静脉血向深静脉回流而排空。若在活动后浅静脉曲张更为明显、张力增高，甚至出现胀痛，提示深静脉不通畅。



### (3) 交通静脉瓣膜功能试验

①方法：病人仰卧，抬高下肢，在大腿根部扎上止血带，然后从足趾向上至胭窝缠绕第一根弹力绷带，再自止血带处向下，缠绕第二根弹力绷带；让病人站立，一边向下解开第一根弹力绷带，一边向下缠绕第二根弹力绷带。

②临床意义：如果在第二根绷带之间的间隙内出现曲张静脉，即意味该处有功能不全的交通静脉。

### 知识点 88：心脏骤停病人的护理

(1) 心脏骤停的三大临床表现：

大动脉搏动（颈动脉，股动脉）——金标准

心音消失——银标准

意识丧失——铜标准

- (2) 一般在循环停止 4~6 分钟，大脑将发生不可逆损害。
- (3) 判断心脏骤停的时间是：10 秒内。
- (4) 心脏骤停患者有颈部损伤开放气道时应采用：托颌法。
- (5) 救治心脏骤停的首选药：肾上腺素。
- (6) 呼吸囊（简易呼吸器）每次可压入气体为：500~1000ml。
- (7) 基础生命支持的步骤：CAB 即：人工循环（C）、气道通畅（A）、人工呼吸（B）。

胸部 按压 C	胸部 按压	胸骨中下 1/3 交界处。 一手掌根部放在胸骨正中双乳头平面的胸骨上， 另一只手重叠放在第一只手上，肘关节伸直，依靠肩 部和背部的力量垂直下按压
	按 压速率	100 次/分
	按 压深度	≥5cm
开放 气道 A	畅通呼吸道，清理口腔、鼻腔异物或分泌物，如有假牙 一并清除	
人工 呼吸 B	开放气道→捏鼻子→口对口→缓慢吹气（2 秒以上），病人 胸廓明显抬起为标准（吹气量 700~1000ml），10~12 次/分	
抢救 时按压- 通气比	每胸外按压 30 次，俯下做口对口人工呼吸 2 次（30:2）	

知识点 89：痰液颜色和性状

项目	临床意义	
色	粉红色 泡沫样痰	见于急性肺水肿
	铁锈色 痰	见于肺炎链球菌肺炎
	红棕色 胶冻痰	肺炎克雷伯感染
	白色转 黄色	提示细菌感染
	草绿色	见于绿脓杆菌或干酪性肺炎
	红褐色 痰	阿米巴脓肿
	果酱样	肺吸虫病
状	大量痰	24 小时咳痰量 > 100ml，痰液静置，分三层，见 于肺脓肿、支气管扩张
	血性痰	见于肺结核、支气管扩张、肺癌等
	粘液性 痰	见于支气管炎、支气管哮喘和早期肺炎等

	浆液性痰	见于肺淤血
	粉红色泡沫痰	急性肺水肿
味	恶臭味	厌氧菌感染

**知识点 90：呼吸困难根据临床表现可分为：**

(1) 吸气性呼吸困难：病人吸气费力，吸气时间显著长于呼气时间，辅助呼吸肌收缩增强，出现明显三凹征(胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙或腹上角凹陷)。原因：由于上呼吸道部分梗阻，气流进入肺部不畅，呼吸肌收缩，肺内负压极度增高所致。见于喉头水肿、喉头有异物的病人。

(2) 呼气性呼吸困难：病人呼气费力，呼气时间显著长于吸气时间。原因：由于下呼吸道部分梗阻，气体呼出肺部不畅所致。多见于支气管哮喘、肺气肿等病人。

(3) 混合性呼吸困难：病人吸气和呼气均感费力，呼吸的频率加快而表浅。多见于肺部感染的病人。

**知识点 91：【异常呼吸】**

(1) 潮式呼吸：又称陈-施呼吸，是一种周期性的呼吸异常。特点表现为开始呼吸浅慢，以后逐渐加深加快，达高潮后，又逐渐变浅变慢，然后呼吸暂停 5~30 秒后，再重复出现以上的呼吸，如此周而复始；其呼吸形态呈潮水涨落样，故称潮式呼吸。

常见于中枢神经系统的疾病，如脑炎、颅内压增高、酸中毒、巴比妥类药物中毒等病人。

(2) 间断呼吸：又称毕奥呼吸。表现为呼吸和呼吸暂停现象交替出现。特点为有规律地呼吸几次后，突然暂停呼吸，间隔时间长短不同，随后又开始呼吸；如此反复交替出现。

常见于颅内病变、呼吸中枢衰竭等病人。

(3) 深度呼吸：又称库斯莫呼吸，是一种深而规则的大呼吸。见于尿毒症、糖尿病等引起的代谢性酸中毒病人。

(4) 浮浅性呼吸：是一种浅表而不规则的呼吸，有时呈叹息样。见于濒死病人。

(5) 蝉鸣样呼吸：吸气时有一种高音调的音响，声音似蝉鸣，称为蝉鸣样呼吸。常见于喉头水肿、痉挛或喉头有异物等病人。

(6) 鼾声呼吸：是指呼气时发出粗糙鼾声的呼吸。多见于深昏迷病人。

**知识点 92：急性感染性喉炎**

1. 主要特征：犬吠样咳嗽、声音嘶哑、喉鸣和吸气性呼吸困难（三凹征）。

2. 按吸气性呼吸困难的轻重，将喉梗阻分 4 度。

分度	临床表现	体征
I 度	仅用于活动后出现吸气性喉鸣和呼吸困难	呼吸音及心率无改变
II	安静时有喉鸣和吸气	可闻喉传导



度	性呼吸困难	音或管状呼吸音， 心率加快
III 度	喉鸣和吸气性呼吸困难，烦躁不安、口唇及指趾端发绀，双眼圆睁，惊恐万状，头面出汗	呼吸音明显 减弱，心音低钝， 心率快
IV 度	渐显衰竭，昏睡状态，由于无力呼吸，三凹征可不明显，面色苍白发灰	呼吸音几乎 消失，仅有气管传 导音，心音低钝， 心率不齐

3. 三凹征的表现：胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙在吸气时有明显凹陷。

4. 减轻或消除喉头水肿常用：肾上腺皮质激素。

### 知识点 93：叩诊音

叩诊音共有五种：清音、浊音、实音、鼓音、过清音。正常人肺部的叩诊音为清音。

(1) 清音：是正常肺部的叩诊音。提示肺组织的弹性、含气量、致密度正常。

(2) 浊音：在病理状态下如肺炎（肺组织含气量减少）呈叩诊音。

(3) 鼓音：如同击鼓声，是一种和谐的音乐，病理情况下可见于肺内空洞、气胸、气腹等。

(4) 实音：是一种音调较浊音更高，音响更弱，在病理状态下可见于大量胸腔积液或肺实变等。

(5) 过清音：介于鼓音与清音之间，正常成人是不会出现的一种病态叩击音。临床上常见于肺组织含气量增多、弹性减弱时，如肺气肿。正常儿童可叩出相对过清音。

### 知识点 94：肺炎链球菌肺炎

临床表现=淋雨受凉+疲劳+胸痛+高热（39~41℃稽留热）+铁锈色痰+青霉素治好+无后遗症+叩诊呈浊音+语颤增强+患侧呼吸减弱+鼻翼煽动+呼吸浅快+口唇发绀

1. 症状病前常有上呼吸道感染、受凉、淋雨、疲劳等情况。典型表现起病多急骤，寒战、高热，数小时内体温可高达 39~41℃，呈稽留热型。全身肌肉酸痛，患侧胸痛明显，咳嗽时加剧。干咳，少量黏痰，典型者在发病 2~3 日时咯铁锈色痰。偶有恶心、呕吐、腹胀、腹泻等症状。感染严重病人可出现意识模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄、昏迷等神经精神症状。严重感染中毒病人易发生休克型肺炎，表现烦躁不安、意识模糊、嗜睡、面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、少尿或无尿。可以体温不升，常无咳嗽、咳痰现象。

2. 体征急性病容，面颊绯红、鼻翼煽动、呼吸浅快、口唇青紫。肺实变时表现为患侧呼吸运动减弱，语颤增强，叩诊浊音，听诊出现支气管呼吸音，干湿性啰音，累及胸膜时，可闻及胸膜摩擦音。休克型肺炎出现休克体征。病变广泛者可因缺氧而引起气急和发绀。

### 知识点 95：结核病的检查方法



1. 痰结核菌检查是确诊肺结核最特异的方法。痰菌阳性说明病灶是开放的，具有传染性。

2. 影像学检查：胸部 X 线检查是早期诊断肺结核的主要方法。肺部 CT 检查可发现微小或隐蔽性病灶，了解病变范围，帮助鉴别肺部病变。

3. 结核菌素试验测定人体是否受过结核菌感染。

目前多采用 PPD。通常取 0.1ml，即 5 结素单位 (TU) 于左前臂屈侧中、上 1/3 交界处作皮内注射，注射后 48~72 小时测量皮肤硬结的直径，小于 5mm 为阴性，5~9mm 为弱阳性，10~19mm 为阳性，20mm 或不足 20mm 出现水疱、坏死为强阳性。

结核菌素试验阳性仅表示曾有结核感染，并不一定患病。若呈强阳性，常提示活动性结核病。

结核菌素试验对婴幼儿的诊断价值大于成人，因年龄越小，自然感染率越低。3 岁以下强阳性反应者，应视为有新近感染的活动性结核病，须予治疗。

4. 纤维支气管镜检查对本病诊断和鉴别诊断有重要价值。

**知识点 96：**细菌性痢疾是由志贺菌属引起的肠道传染病。中毒性细菌性痢疾是急性细菌性痢疾的危重型，临床以突发高热、嗜睡、反复惊厥、迅速发生休克和昏迷为特征。

临床表现分为 4 型：

1. 休克型：主要表现为感染性休克。患儿面色苍白、四肢厥冷、脉搏细速、血压下降，后期伴心、肺、肾等多器官功能障碍。

2. 脑型：以颅压增高、脑水肿、脑疝和呼吸衰竭为主。患儿剧烈头痛、呕吐、血压增高、反复惊厥及昏迷，严重者呼吸节律不齐、双瞳孔不等大、对光反射迟钝或消失。此型病死率高。

3. 肺型：主要表现为呼吸窘迫综合征。

4. 混合型：同时或先后出现以上两型或三型的表现，极为凶险，死亡率更高。

**知识点 97：**流行性脑脊髓膜炎简称流脑，是由脑膜炎奈瑟菌又称脑膜炎球菌引起的急性化脓性脑膜炎。临床症状轻重悬殊，可分为普通型、暴发型、轻型和慢性败血症型四种类型。

(一) 普通型：最常见，占 90% 左右，可分为 3 期。

1. 呼吸道感染期 (前驱期)：传染性最强。主要表现为上呼吸道感染症状，约持 1~2 天。

2. 败血症期：多突发高热、头痛、呕吐等毒血症状。70%~90% 患者有皮疹，先为玫瑰疹，迅速发展为瘀点瘀斑，1~2mm 至 1~2cm 大小，渐成为暗紫色大疱坏死。皮肤黏膜瘀点瘀斑为本期特征性表现。皮疹多呈圆形，指压不褪色，以躯干常见。病情危重者瘀点、瘀斑迅速增多、融合，中央呈紫黑色坏死形态，愈后可留瘢痕。

3. 脑膜炎期：多数败血症患者于发病 24 小时内出现中枢神经系统症状，高热不退、头痛呕吐、烦躁不安、惊厥、昏迷、脑膜刺激征阳性。婴幼儿常表现为拒奶、惊叫、双眼凝视和前囟隆起。

(二) 暴发型：较少见，凶险、病死率高。临床又分为 3 种类型。

1. 休克型：多见于 2 岁以下婴幼儿，以高热、呕吐、惊厥起病。患儿于短时间内出现全身皮肤、黏膜广泛瘀点和瘀斑，并迅速扩大融合。随后出现面色苍白、

四肢末端厥冷、发绀、皮肤发花，脉搏细数，血压下降等周围循环衰竭表现。

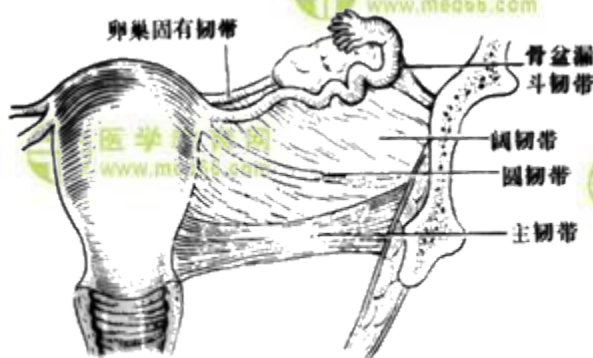
2. 脑膜炎型：多见于年长儿，发病急，除高热、皮肤瘀斑外，脑实质损害临床表现明显，出现一系列颅内压增高症状，剧烈头痛、极度烦躁，反复呕吐，频繁惊厥，肌张力增高；嗜睡，并迅速进入昏迷状态，严重者可发生脑疝。

3. 混合型：以上两型临床表现同时或先后出现。

(三) 轻型：多见于临床后期，低热、细小出血点，轻度头痛或呕吐。

(四) 慢性败血症型：罕见，多见于成人。以间歇发热、皮疹、关节疼痛为特征。

知识点 98：子宫韧带：共有 4 对。



①圆韧带：作用是维持子宫呈前倾位置。

②阔韧带：作用是保持子宫位于盆腔中央的位置。

③主韧带：作用是固定宫颈位置，保持子宫不致下垂的主要韧带。

④宫骶韧带：作用是将宫颈向后向上牵引，间接地保持子宫前倾位置。

知识点 99：硫酸镁使用注意事项

毒性反应：硫酸镁的治疗浓度和中毒浓度相近，治疗时应严密观察，控制入量。

硫酸镁的滴注速度以 1~1.5g/h 为宜，不超过 2g/h。每日维持用量 15~20g。

中毒现象首先表现为膝反射减弱或消失，全身肌张力减退及呼吸抑制，严重者心脏骤停。

使用时注意：

①膝腱反射必须存在；

②呼吸不少于 16 次/分；

③尿量每 24 小时不少于 600ml 或每小时不少于 25ml，尿少提示排泄功能受抑制，镁离子易蓄积而发生中毒；

④由于钙离子可与镁离子争夺神经细胞上的同一受体，阻止镁离子的继续结合，因此应随时准备好 10%葡萄糖酸钙 10ml 静脉推注作为解毒剂。

知识点 100：前置胎盘分型

前置胎盘按胎盘边缘与子宫颈内口的关系前置胎盘可分为 3 种类型。

按胎盘边缘与子宫颈内口的关系前置胎盘可分为 3 种类型。

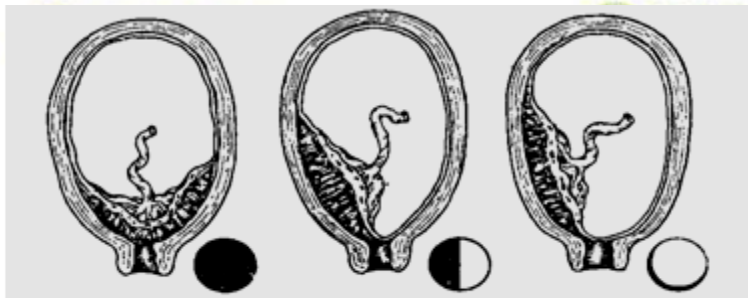
1. 完全性前置胎盘：子宫颈内口全部为胎盘组织所覆盖，又称中央型前置胎盘。初次出血早，反复出血次数频繁，量较多。

2. 部分性前置胎盘：出血情况介于完全性前置胎盘和边缘性前置胎盘之间。

3. 边缘性前置胎盘：胎盘附着于子宫下段，边缘不超越子宫颈内口。初次出血发

生较晚，多于妊娠 37~40 周或临产后，量较少。

病人可出现贫血，贫血程度与出血量成正比，出血严重者可发生休克，还可导致胎儿缺氧、宫内窘迫，甚至死亡。前置胎盘常合并胎位异常、胎先露下降受阻；分娩时易出现产后大出血；产后易发生产褥感染。



完全性前置胎盘      部分性前置胎盘      边缘性前置胎盘

