

妇科主治医师考试：《答疑周刊》2019 年第 14 期

问题索引：

一、【问题】妊娠期高血压如何治疗？

具体解答：www.med66.com

一、【问题】妊娠期高血压如何治疗？

妊娠期高血压疾病治疗的目的是控制病情、延长孕周、确保母儿安全。治疗基本原则是休息、镇静、解痉，有指征地降压、利尿，密切监测母胎情况，适时终止妊娠。应根据病情轻重分类，进行个体化治疗。妊娠期高血压应休息、镇静、监测母胎情况，酌情降压治疗；子痫前期应镇静、解痉，有指征地降压、利尿，密切监测母胎情况，适时终止妊娠；子痫应控制抽搐，病情稳定后终止妊娠。

（一）评估和监测

妊娠期高血压疾病病情复杂、变化快，分娩和产后生理变化及各种不良刺激均可能导致病情加重。因此，对产前、产时和产后的病情进行密切监测十分重要，以便了解病情轻重和进展情况，及时合理干预，早防早治，避免不良临床结局发生。

1. 基本检查 了解有无头痛、胸闷、眼花、上腹部疼痛等自觉症状。检查血压、血尿常规。注意体重指数、尿量、胎动、胎心监护。
2. 孕妇特殊检查 包括眼底检查、凝血指标、心肝肾功能、血脂、血尿酸及电解质等检查。
3. 胎儿特殊检查 包括胎儿发育情况、B 型超声和胎心监护监测胎儿状况和脐动脉血流等。

根据病情决定检查频度和内容，以掌握病情变化。

（二）一般治疗

1. 妊娠期高血压患者可在家或住院治疗，轻度子痫前期应住院评估决定是否院内治疗，重度子痫前期及子痫患者应住院治疗。
2. 应注意休息并取侧卧位，但子痫前期患者住院期间不建议绝对卧床休息。保证充足的蛋白质和热量。不建议限制食盐摄入。
3. 保证充足睡眠，必要时可睡前口服地西洋 2.5~5mg。



（三）降压治疗

降压治疗的目的：预防子痫、心脑血管意外和胎盘早剥等严重母胎并发症。收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ 的高血压孕妇必须降压治疗，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的高血压孕妇可以使用降压治疗；妊娠前已用降压药治疗的孕妇应继续降压治疗。

目标血压：孕妇无并发症脏器功能损伤，收缩压应控制在 $130\sim 155\text{mmHg}$ ，舒张压应控制在 $80\sim 105\text{mmHg}$ ；孕妇并发症脏器功能损伤，则收缩压应控制在 $130\sim 139\text{mmHg}$ ，舒张压应控制在 $80\sim 89\text{mmHg}$ 。降压过程力求下降平稳，不可波动过大。为保证子宫胎盘血流灌注，血压不可低于 $130/80\text{mmHg}$ 。

常用的口服降压药物有：拉贝洛尔、硝苯地平短效或缓释片、肼屈嗪。如口服药物血压控制不理想，可使用静脉用药：拉贝洛尔、尼卡地平、酚妥拉明、肼屈嗪。为防止血液浓缩、有效循环血量减少和高凝倾向，妊娠期一般不使用利尿剂降压。不推荐使用阿替洛尔和哌唑嗪。禁止使用血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）和血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARB）。

1. 拉贝洛尔 为 α 、 β 能肾上腺素受体阻滞剂，降低血压但不影响肾及胎盘血流量，并可对抗血小板凝集，促进胎儿肺成熟。该药显效快，不引起血压过低或反射性心动过速。用法：50~150mg 口服，3~4 次/日。静脉注射：初始剂量 20mg，10 分钟后若无有效降压则剂量加倍，最大单次剂量 80mg，直至血压控制，每日最大总剂量 220mg。静脉滴注：50~100mg 加入 5%葡萄糖 250~500ml，根据血压调整滴速，待血压稳定后改口服。

2. 硝苯地平 为钙离子通道阻滞剂，可解除外周血管痉挛，使全身血管扩张，血压下降，由于其降压作用迅速，一般不主张舌下含化，紧急时舌下含服 10mg。用法：口服 10mg，3 次/日，24 小时总不超过 60mg。其副作用为心悸、头痛，与硫酸镁有协同作用。

3. 尼莫地平 为钙离子通道阻滞剂，其优点在于选择性的扩张脑血管。用法：20~60mg 口服，2~3 次/日；静脉滴注：20~40mg 加入 5%葡萄糖溶液 250ml，每日总量不超过 360mg，该药副作用为头痛、恶心、心悸及颜面潮红。

4. 尼卡地平 二氢吡啶类钙离子通道阻滞剂。用法：口服初始剂量 20~40mg，3 次/日。静脉滴注 1mg/h 起，根据血压变化每 10 分钟调整剂量。



5. 酚妥拉明 α 肾上腺素能受体阻滞剂。用法: 10~20mg 溶于 5%葡萄糖 100~200ml, 以 10 μ g/min 静脉滴注。

6. 甲基多巴 可兴奋血管运动中枢的 α 受体, 抑制外周交感神经而降低血压, 妊娠期使用效果较好。用法: 250mg 口服, 3次/日。根据病情酌情增减, 最高不超过 2g/d。其副作用为嗜睡、便秘、口干、心动过缓。

7. 硝酸甘油 作用于氧化亚氮合酶, 可同时扩张动脉和静脉, 降低前后负荷, 主要用于合并心力衰竭和急性冠脉综合征时高血压急症的降压治疗。起始剂量 5~10 μ g/min 静脉滴注, 每 5~10 分钟增加滴速至维持剂量 20~50 μ g/min。

8. 硝普钠 强效血管扩张剂, 扩张周围血管使血压下降。由于药物能迅速通过胎盘进入胎儿体内, 并保持较高浓度, 其代谢产物(氰化物)对胎儿有毒性作用, 不宜在妊娠期使用。分娩期或产后血压过高, 应用其他降压药效果不佳时, 方考虑使用。用法: 50mg 加入 5%葡萄糖溶液 500ml, 以 0.5~0.8 μ g/(kg·min) 静脉缓滴。妊娠期应用仅适用于其他降压药物无效的高血压危象孕妇。用药期间, 应严密监测血压及心率。

(四) 硫酸镁防治子痫

硫酸镁是子痫治疗的一线药物, 也是重度子痫前期预防子痫发作的预防用药。硫酸镁控制子痫再次发作的效果优于地西洋、苯巴比妥和冬眠合剂等镇静药物。除非存在硫酸镁应用禁忌或硫酸镁治疗效果不佳, 否则不推荐使用苯二氮卓类(如地西洋)和苯妥英钠用于子痫的预防或治疗; 对于轻度子痫前期患者也可考虑应用硫酸镁。

1. 作用机制 ①镁离子抑制运动神经末梢释放乙酰胆碱, 阻断神经肌肉接头间的信息传导, 使骨骼肌松弛; ②镁离子刺激血管内皮细胞合成前列环素, 抑制内皮素合成, 降低机体对血管紧张素 II 的反应, 从而缓解血管痉挛状态; ③镁离子通过阻断谷氨酸通道阻止钙离子内流, 解除血管痉挛、减少血管内皮损伤; ④镁离子可提高孕妇和胎儿血红蛋白的亲合力, 改善氧代谢。

2. 用药指征 ①控制子痫抽搐及防止再抽搐; ②预防重度子痫前期发展成为子痫; ③子痫前期临产前用药预防抽搐。

3. 用药方案 静脉给药结合肌内注射。

(1) 控制子痫: 静脉用药: 负荷剂量硫酸镁 2.5~5g 溶于 10%葡萄糖 20ml 静推



(15~20 分钟), 或者 5%葡萄糖 100ml 快速静滴, 继而 1~2g/h 静滴维持。或者夜间睡前停用静脉给药, 改为肌内注射, 用法: 25%硫酸镁 20ml+2%利多卡因 2ml 深部臀肌内注射。24 小时硫酸镁总量 25~30g, 疗程 24~48 小时。

(2) 预防子痫发作: 负荷和维持剂量同控制子痫处理。用药时间长短依病情而定, 一般每日静滴 6~12 小时, 24 小时总量不超过 25g。用药期间每日评估病情变化, 决定是否继续用药。

4. 注意事项 血清镁离子有效治疗浓度为 1.8~3.0mmol/L, 超过 3.5mmol/L 即口出现中毒症状。使用硫酸镁必备条件: ①膝腱反射存在; ②呼吸 \geq 16 次/分钟。

③尿量 \geq 17ml/h 或 \geq 400ml/24h; ④备有 10%葡萄糖酸钙。镁离子中毒时停用硫酸镁并静脉缓慢推注 (5~10 分钟) 10%葡萄糖酸钙 10ml。如患者同时合并肾功能不全、心肌病、重症肌无力等, 则硫酸镁应慎用或减量使用。条件许可, 用药期间可监测血清镁离子浓度。

(五) 镇静药物的应用

镇静药物可缓解孕产妇精神紧张、焦虑症状, 改善睡眠, 当应用硫酸镁无效或有禁忌时可用于预防并控制子痫。

1. 地西洋 具有较强的镇静、抗惊厥、肌肉松弛作用, 对胎儿及新生儿的影响较小。用法: 2.5~5mg 口服, 3 次/日或睡前服用; 10mg 肌内注射或静脉缓慢推入 (>2 分钟) 可用于预防子痫发作。1 小时内用药超过 30mg 可能发生呼吸抑制, 24 小时总量不超过 100mg。

2. 冬眠药物 可广泛抑制神经系统, 有助于解痉降压, 控制子痫抽搐。冬眠合剂由哌替啶 100mg、氯丙嗪 50mg、异丙嗪 50mg 组成, 通常以 1/3 或 1/2 量肌内注射, 或加入 5%葡萄糖 250ml 内静脉滴注。由于氯丙嗪可使血压急剧下降, 导致肾及子宫胎盘血供减少, 导致胎儿缺氧, 且对母儿肝脏有一定的损害, 现仅用于硫酸镁治疗效果不佳者。

3. 苯巴比妥钠 具有较好的镇静、抗惊厥、控制抽搐作用, 用于子痫发作时 0.1g 肌内注射, 预防子痫发作时 30mg 口服, 3 次/日。由于该药可致胎儿呼吸抑制, 分娩前 6 小时宜慎重。

(六) 有指征者利尿治疗

子痫前期患者不主张常规应用利尿剂, 仅当患者出现全身性水肿、肺水肿、脑水

肿、肾功能不全、急性心力衰竭时，可酌情使用呋塞米等快速利尿剂。

甘露醇主要用于脑水肿，该药属高渗性利尿剂，患者心衰或潜在心衰时禁用。甘油果糖适用于肾功能有损伤的患者。严重低蛋白血症有腹腔积液者应补充白蛋白后再应用利尿剂效果较好。

（七）促胎肺成熟

孕周 < 34 周的子痫前期患者，预计 1 周内可能分娩者均应接受糖皮质激素促胎肺成熟治疗。

（八）分娩时机和方式

子痫前期患者经积极治疗母胎状况无改善或者病情持续进展时，终止妊娠是唯一有效的治疗措施。

1. 终止妊娠时机

（1）妊娠期高血压、轻度子痫前期的孕妇可期待至足月。

（2）重度子痫前期患者：妊娠 < 26 周经治疗病情不稳定者建议终止妊娠；妊娠 26~28 周根据母胎情况及当地母儿诊治能力决定是否期待治疗；妊娠 28~34 周，如病情不稳定，经积极治疗 24~48 小时病情仍加重，促胎肺成熟后终止妊娠；如病情稳定，可考虑期待治疗，并建议转至具备早产儿救治能力的医疗机构；妊娠 ≥ 34 周患者，胎儿成熟后可考虑终止妊娠；妊娠 37 周后的重度子痫前期应终止妊娠。

（3）子痫：控制 2 小时后可考虑终止妊娠。

2. 终止妊娠的方式 妊娠期高血压疾病患者，如无产科剖宫产指征，原则上考虑阴道试产。但如果不能短时间内阴道分娩，病情有可能加重，可考虑放宽剖宫产指征。

3. 分娩期间注意事项 注意观察自觉症状变化；监测血压并继续降压治疗，应将血压控制在 ≤ 160/110mmHg；监测胎心变化；积极预防产后出血；产时不可使用任何麦角新碱类药物。

4. 早发型重度子痫前期期待治疗 妊娠 34 周之前发病者称为早发型；妊娠 34 周之后发病者为晚发型。早发型重度子痫前期期待治疗的指征为：①孕龄不足 32 周经治疗症状好转，无器官功能障碍或胎儿情况恶化，可考虑延长孕周；②孕龄 32~34 周，24 小时尿蛋白定量 < 5g；轻度胎儿生长受限、胎儿监测指标良



好；彩色多普勒超声测量显示无舒张期脐动脉血反流；经治疗后血压下降；无症状、仅有实验室检查提示胎儿缺氧经治疗后好转者。

（九）子痫处理

子痫是妊娠期高血压疾病最严重的阶段，是妊娠期高血压疾病所致母儿死亡的最主要原因，应积极处理。处理原则为控制抽搐，纠正缺氧和酸中毒，控制血压，抽搐控制后终止妊娠。

1. 一般急诊处理 子痫发作时需保持气道通畅，维持呼吸、循环功能稳定，密切观察生命体征、尿量（应留置导尿管监测）等。避免声、光等刺激。预防坠地外伤、唇舌咬伤。

2. 控制抽搐 硫酸镁是治疗子痫及预防复发的首选药物。当患者存在硫酸镁应用禁忌或硫酸镁治疗无效时，可考虑应用地西洋、苯妥英钠或冬眠合剂控制抽搐。子痫患者产后需继续应用硫酸镁 24~48 小时，至少住院密切观察 4 日。

用药方案：①25%硫酸镁 20ml 加于 25%葡萄糖液 20ml 静脉推注（>5 分钟）继之用以 2~3g/h 静脉滴注，维持血药浓度，同时应用有效镇静药物，控制抽搐；②20%甘露醇 250ml 快速静脉滴注降低颅压。

3. 控制血压 脑血管意外是子痫患者死亡的最常见原因。当收缩压持续 ≥ 160 mmHg，舒张压 ≥ 110 mmHg 时要积极降压以预防心脑血管并发症。

4. 纠正缺氧和酸中毒 面罩和气囊吸氧，根据二氧化碳结合力及尿素氮值，给予适量 4%碳酸氢钠纠正酸中毒。

5. 适时终止妊娠 一般抽搐控制后 2 小时可考虑终止妊娠。对于早发型子痫前期治疗效果较好者，可适当延长孕周，但须严密监护孕妇和胎儿。

（十）产后处理（产后 6 周内）

重度子痫前期患者产后应继续使用硫酸镁 24~48 小时预防产后子痫。子痫前期患者产后 3~6 日是产褥期血压高峰期，高血压、蛋白尿等症状仍可能反复出现甚至加剧，因此这期间仍应每日监测血压及尿蛋白。如血压 $\geq 160/110$ mmHg 应继续给予降压治疗。哺乳期可继续应用产前使用的降压药物，禁用 ACEI 和 ARB 类（卡托普利、依那普利除外）。注意监测及记录产后出血量，患者应在重要器官功能恢复正常后方可出院。

妇科主治医师考试：《答疑周刊》2019 年第 14 期（word 版下载）



【医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任】



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com



医学教育网
www.med66.com