



# 妊娠合并高血压疾病——循证

陈敦金

州医学院第三附属医院

合并慢性高血压（HTN）的定义为（a）在妊娠前已有高血压病史或（b）在妊娠20周前血压 $\geq 160/110$ mmHg。

严重高血压的定义为收缩压（SBP） $\geq 160/180$ mmHg或舒张压（DBP） $\geq 110$ mmHg。

孕晚期，高危的高血压与以下因素有关：继发的靶器官损伤（左心室功能不全、视网膜病变、血脂障碍、母亲年龄 $>40$ 岁、微血管病变、中风病史）、既往妊娠丢失、SBP $\geq 180$ mmHg或DBP $\geq 110$ mmHg。

# 高危因素/相关





Телефон: +7 (383) 222-11-11  
E-mail: info@kzoo.ru

www.kzoo.ru



足够的证据来评估卧床休息对妊娠期高血压的治疗效果。

妊娠早期的早中期血压（BP）会生理性的下降，尤其是妊娠早期的患者。

妊娠早期血压妇女首诊时血压通常 $<140/90\text{mmHg}$ ，通常降压药不需要增加反而可能停药。

妊娠晚期血压会在妊娠晚期再次升高，此时需要检查子痫前期，现子痫前期则需重新服降压药。







的超声检查最好在孕早期（FTS在11—14孕周）  
胎儿学超声应该在18—20周左右查，关于生长的  
建议在28—32周进行。

（通常每周一次无应激试验[NST]）建议在32  
周开始，尤其是如果血压控制不良或重度高血  
压、GR或子痫前期。脐动脉多普勒检查建议在  
高危病例中进行

产期发病率和死亡率增加主要归因于并发子  
痫和/或FGR





# 妊娠期高血





# 其前痢子

期伴有以下任何标准：  
收缩压 $\geq 160/110\text{mmHg}$ （两次，间隔不小于6小时）  
尿蛋白 $\geq 5$ 克。有些人提出24尿蛋白2克代替5克  
血红蛋白 $< 100\ 000/\text{mm}^3$ （和/或有微血管病性溶血性贫血的  
证据）  
转氨酶升高（AST和/或ALT $\geq 70\text{U/L}$ ）  
头痛或其他大脑或视觉障碍（包括癫痫大发作）  
恶心或呕吐  
腹部（或右上腹部）疼痛  
血清肌酐升高（24小时尿量 $< 500\text{ml}$ ）。



HELLP（溶血、肝酶升高和血小板减少症）

血管痉挛与血管内腔收缩有关，毛细血管渗漏和胶体渗透压的下降是造成肺水肿的原因。

通常地，减少心输出量、降低血浆容量和增加全身血管阻力。

血小板减少和溶血伴有HELLP综合征（乳酸脱氢酶也增加）

AST、ALT增加，肝包膜下血肿。

抽搐发作、颅内出血、头痛、视力模糊、视蒙、一过性失明和反

血管痉挛、血浓缩和肾血流量减少导致了少尿（罕见导致急性肾衰，可能导致急性肾衰）。

子宫胎盘血流受损导致FGR、羊水过少、胎盘早剥和NST无反应

、有限的精子暴露、初次妊娠、“高危父亲”（子痫前期）、供卵和/或供精、多胎妊娠、子痫前期病史、慢性高血压、糖尿病、血管或结缔组织疾病、肾病、抗磷脂综合征（ASP）、胰岛素抵抗、母亲年龄小（YMA）或母亲年龄大（AMA）、非洲—美国种族、子痫前期家族史、母亲超重、社会经济地位低、可溶性fms样的酪氨酸激酶-1（sFlt-1）、胎盘生长因子减少和母血中白细胞高。



方面：HELLP综合征（20%）、DIC（10%）、肺水肿（2—5%）、胎盘早剥（1—4%）、  
（1—2%）、抽搐发作（<1%）、脑出血（  
%）、肝出血（<1%）及死亡（罕见）。

新生儿方面：早产（15—60%）、FGR（10%）、围产期死亡（1—2%）、低氧性神经系统  
（<1%）及远期的心血管发病率（胎儿起  
成人疾病—发生率不详）。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/55704113420006115>