

关于妊娠期高血压疾病诊治指南版



妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- 中华医学会妇产科学分会妊娠期高血压疾病学组组织有关专家根据国内外最新研究进展,参考加拿大、澳大利亚等国外最新的相关指南,并结合我国国情和临床治疗经验,经反复订座修改,最终形成本指南。
- 本指南遵循循证医学的理念,对有关治疗方案做出证据评价,以进一步规范我国妊娠期高血压疾病的临床诊治。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- 本指南的循证证据进行等级评价并有推荐建议：（
1）证据等级：
 - I：证据来自至少1个高质量的随机对照试验；
 - II-1：证据来自设计良好的非随机对照试验；
 - II-2：证据来自设计良好的队列(前瞻性或回顾性)研究或者病例对照研究；
 - II-3：证据来自比较不同时间或地点干预措施效果的差异；
 - III：基于临床经验、描述性研究或者专家委员会报告等的专家意见。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (2)推荐建议:
- A: 证据适合推荐应用于临床预防;
- B: 证据较适合推荐应用于临床预防;
- C: 有的证据间不一致;
- D: 有一定证据不推荐用于临床预防;
- E: 有相当证据建议不推荐用于临床预防;
- I: 没有足够的证据。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- 一、分类
- (一)妊娠期高血压
- 妊娠期首次出现高血压，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ($111\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，于产后12周恢复正常。尿蛋白阴性。产后方可确诊。少数患者可伴有上腹部不适或血小板减少。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (二)子痫前期
- 轻度：妊娠20周后出现收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mm Hg伴尿蛋白 ≥ 0.3 g / 24 h或随机尿蛋白 $\geq (+)$ 。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- 重度：血压和尿蛋白持续升高，发生母体脏器功能不全或胎儿并发症。子痫前期患者出现下任一不良情况可诊断为重度子痫前期：
 - (1) 血压持续升高：收缩压 ≥ 160 mmHg和(或)舒张压 ≥ 110 mmHg；
 - (2) 尿蛋白 ≥ 2.0 g / 24 h或随机尿蛋白 $\geq (++)$ ；
 - (3) 持续性头痛、视觉障碍或其他脑神经症状；
 - (4) 持续性上腹部疼痛等肝包膜下血肿或肝破裂症状；
 - (5) 肝酶异常：血丙氨酸转氨酶(ALT)或天冬氨酸转氨酶(AST)水平升高；

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (6)肾功能异常：少尿(24 h尿量 <400 ml 或每小时尿量 <17 ml)或血肌酐 >106 $\mu\text{mol} / \text{L}$ ；
- (7)低蛋白血症伴腹水或胸水；
- (8)血液系统异常：血小板计数呈持续性下降并低于 $100 \times 10^9 / \text{L}$ ；血管内溶血、贫血、黄疸或血乳酸脱氢酶(LDH)水平升高；
- (9)心力衰竭、肺水肿；
- (10)胎儿生长受限或羊水过少；
- (11)孕34周前发病(II-2B)。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (三)子痫
- 子痫前期基础上发生不能用其他原因解释的抽搐。
- (四)妊娠合并慢性高血压
- 妊娠20周前收缩压 ≥ 140 mm Hg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg，妊娠期五明显加重；或妊娠20周后首次诊断高血压并持续到产后12周以后。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (五)慢性高血压并发子痫前期
- 慢性高血压孕妇妊娠20周前无蛋白尿，20周后出现尿蛋白 $\geq 0.3 \text{ g} / 24\text{h}$ 或随机尿蛋白 $\geq +$); 或妊娠20周前有蛋白尿，20周后尿蛋白明显增加或血压进一步升高或出现血小板减少 $< 100 \times 10^9 / \text{L}$ 。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- 二、诊断

- (一)病史

- 注意询问妊娠前有无高血压、肾病、糖尿病等病史，了解患者此次妊娠后高血压、蛋白尿等症状出现的时间和严重程度，有无妊娠期高血压疾病家族史。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

• (二)高血压的诊断

- 血压的测量，：测量血压前被测者至少安静休息5min。测量取坐位或卧位，注意肢体放松，袖带大小合适。通常测量右上肢血压，袖带应与心脏处于同一水平(II-2A)。妊娠期高血压定义为同一手臂至少2次测量的收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。
- 若血压较基础血压升高30 / 15 mmHg，但低于140 / 90mmHg时，不作为诊断依据，但须严密观察。
- 对首次发现血压升高者，应间隔4 h或以上复测血压，如2次测量均为收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 诊断为高血压。
- 对严重高血压患者 [收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$]，为观察病情指导治疗应密切监测血压。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (三)尿蛋白检测和蛋白尿的诊断
- 高危孕妇每次产前检查均应检测尿常规(II-2B)。尿常规检查应选用中段尿。可疑子痫前期孕妇应检测24h尿蛋白定量。
- 尿蛋白 $\geq 0.3 \text{ g} / 24 \text{ h}$ 或随机尿蛋白 $\geq 300 \text{ mg} / \text{L}$ (即 $30 \text{ mg} / \text{dl}$)或尿蛋白定性 $\geq (+)$ 定义为蛋白尿。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (四)辅助检查
- 1. 妊娠期高血压应定期进行以下常规检查：
 - (1)血常规；
 - (2)尿常规；
 - (3)肝功能；
 - (4)血脂；
 - (5)肾功能；
 - (6)心电图；
 - (7)B超。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- 2. 子痫前期、子痫视病情发展和诊治需要应酌情增加以下有关的检查项目：
 - (1)眼底检查；
 - (2)凝血功能；
 - (3)血电解质；
 - (4)超声等影像学检查肝、胆、胰、脾、肾等脏器；
 - (5)动脉血气分析；
 - (6)心脏彩超及心功能测定；
 - (7)B超检查胎儿发育、脐动脉、子宫动脉等血流指数；
 - (8)必要时行头颅CT 或MRI检查。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- 三、处理
- 妊娠期高血压疾病的治疗目的是预防重度子痫前期和子痫的发生，降低母胎围产期病率和死亡率，改善母婴预后。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。
- (1)妊娠期高血压：休息、镇静、监测母胎情况，酌情降压治疗。
- (2)子痫前期：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。
- (3)子痫：控制抽搐，病情稳定后终止妊娠。
- (4)妊娠合并慢性高血压：以降压治疗为主，注意子痫前期的发生。
- (5)慢性高血压并发子痫前期：兼顾慢性高血压和子痫前期的治疗。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (一)评估和监测
- 妊娠高血压疾病在妊娠期病情复杂、变化快，分娩和产后生理变化以及各种不良刺激等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和评估十分重要。监测和评估的目的在于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(III-B)。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- 1. 基本检查：了解头痛、胸闷、眼花、上腹部疼痛等自觉症状，检查血压、血尿常规、体质量、尿量、胎心、胎动、胎心监护。
- 2. 孕妇的特殊检查：包括眼底检查、凝血功能、心肝肾功能、血脂、血尿酸和电解质等检查(III-B)。
- 3. 胎儿的特殊检查：包括胎儿发育情况、B超和胎心监护监测胎儿宫内状况和脐动脉血流等(III-B)。
- 根据病情决定检查频度和内容，以掌握病情变化(III-B)。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (二)一般治疗
- 1. 地点：妊娠期高血压患者可在家或住院治疗；轻度子痫前期患者应评估后决定是否院内治疗；重度子痫前期、子痫患者均应住院治疗。
- 2. 休息和饮食：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(I-D)。保证摄入充足的蛋白质和热量。不建议限制食盐摄入(II-2D)。
- 3. 镇静：为保证充足睡眠，必要时可睡前口服地西泮2.5~5.0 mg。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- (三)降压治疗
- 降压治疗的目的是预防子痫、心脑血管意外和胎盘早剥等严重母胎并发症。收缩压 ≥ 160 mm Hg和(或)舒张压 ≥ 110 mmHg的高血压孕妇应降压治疗；收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg的高血压患者可使用降压治疗。
- 目标血压：孕妇无并发脏器功能损伤，收缩压应控制在130~155 mmHg，舒张压应控制在80~105 mmHg；孕妇并发脏器功能损伤，则收缩压应控制在130~139 mmHg，舒张压应控制在80~89 mmHg。
- 降压过程力求下降平稳，不可波动过大，且血压不可低于130 / 80 mmHg，以保证子宫胎盘血流灌注(III-B)。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- 常用的口服降压药物有：拉贝洛尔(I -A)、硝苯地平短效(I -A)或缓释片(I -B)。
- 如口服药物血压控制不理想，可使用静脉用药，常用有：拉贝洛尔(I -A)、尼卡地平、酚妥拉明(II -3B)。
- 孕期一般不使用利尿剂降压，以防血液浓缩、有效循环血量减少和高凝倾向(III-B)。
- 不推荐使用阿替洛尔和哌唑嗪”(I -D)。硫酸镁不可作为降压药使用(II-2D)。
- **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)(II-2E)。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- **1. 拉贝洛尔：**为 α_1 、 β 肾上腺素能受体阻滞剂。
用法：50~150mg口服，3~4次/d。静脉注射：初始剂量20 mg，10min后如未有效降压则剂量加倍，最大单次剂量80mg，直至血压被控制，每天最大总剂量220 mg。静脉滴注：50~100mg加入5%葡萄糖溶液250~500 ml，根据血压调整滴速；血压稳定后改口服。
- **2. 硝苯地平：**为二氢吡啶类钙离子通道阻滞剂。
用法：5~10mg口服，3~4次/d，24 h总量不超过60 mg。紧急时舌下含服10mg，起效快，但不推荐常规使用。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- **3. 尼莫地平：**二氢吡啶类钙离子通道阻滞剂，可选择性扩张脑血管。用法：20~60 mg口服，2~3次/d；静脉滴注：20~40 mg加入5%葡萄糖溶液250 ml，每天总量不超过360 mg。
- **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20~40 mg，3次/d。静脉滴注：1mg/h起，根据血压变化每10分钟调整剂量。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- **5. 酚妥拉明：**为 α 肾上腺素能受体阻滞剂。用法：10~20mg溶于5%葡萄糖溶液100~200 ml，以10 ug / min的速度静脉滴注；必要时根据降压效果调整滴注剂量。
- **6. 甲基多巴：**为中枢性肾上腺素能神经阻滞剂。用法：250mg口服，每天3次，以后根据病情酌情增减，最高不超过2 g / d。

妊娠期高血压疾病诊治指南(2012)版

- **7. 硝酸甘油：**作用于氧化亚氮合酶，可同时扩张静脉和动脉，降低前、后负荷，主要用于合并急性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 $5\sim 10\text{ }\mu\text{g} / \text{min}$ 静脉滴注，每 $5\sim 10$ 分钟增加滴速至维持剂量 $20\sim 50\mu\text{g} / \text{min}$ 。
- **8. 硝普钠：**强效血管扩张剂。用法： 50mg 加入 5% 葡萄糖溶液 500ml 按 $0.5\sim 0.8\text{ }\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ 缓慢静脉滴注。孕期仅适用于其他降压药物应用无效的高血压危象孕妇。产前应用不超过 4h 。

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/577005066040006102>