

LOGO

关于妊娠期高血压 疾病指南

妊娠期高血压疾病诊治指南 (2015)

一、分类

- (一) 妊娠期高血压
- (二) 子痫前期----子痫
- (三) 妊娠合并慢性高血压
- (四) 慢性高血压并发子痫前期

2012版

- 妊娠期高血压
- 子痫前期 (轻度、重度)
- 子痫
- 妊娠合并慢性高血压
- 慢性高血压并发子痫前期

一、分类

● (一) 妊娠期高血压

妊娠20周后首次出现高血压,收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg,于产后12周内恢复正常;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。

2012版

- 妊娠期首次出现高血压,收缩压 ≥ 140 mmHg (1 mm Hg=0.133 kPa)和(或)舒张压 ≥ 90 mm Hg。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。

一、分类

● (二) 子痫前期----子痫

1.子痫前期

妊娠20周后出现收缩压 ≥ 140 mmHg和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，且伴有下列任一项：尿蛋白 ≥ 0.3 g/24 h，或尿蛋白/肌酐比值 ≥ 0.3 ，或随机尿蛋白 $\geq (+)$ （无法进行尿蛋白定量时的检查方法）；无蛋白尿但伴有以下任何一种器官或系统受累：心、肺、肝、肾等重要器官，或血液系统、消化系统、神经系统的异常改变，胎盘-胎儿受到累及等。

2012版

- 轻度子痫前期 **【2015版已去除该项】**：妊娠20周后出现收缩压 ≥ 140 mm Hg和(或)舒张压 ≥ 90 mm Hg伴尿蛋白 ≥ 0.3 g / 24 h或随机尿蛋白 $\geq (+)$ 。
- 重度子痫前期：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。

一、分类

●重度子痫前期

子痫前期孕妇出现下述任一表现可诊断为**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) 持续性头痛、视觉障碍或其他**中枢**神经系统异常表现；
- (3) 持续性上腹部疼痛及**肝包膜下血肿**或**肝破裂**表现；
- (4) **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；
- (5) **肾功能受损**：尿蛋白 >2.0 g/24 h；少尿（24 h尿量 <400 ml、或每小时尿量 <17 ml）、或血肌酐 >106 μ mol/L；
- (6) 低蛋白血症伴腹水、胸水或心包积液；
- (7) **血液系统异常**：血小板计数呈持续性下降并低于 $100 \times 10^9/L$ ；微血管内溶血（表现有贫血、黄疸或血乳酸脱氢酶（LDH）水平升高）；
- (8) **心功能衰竭**；
- (9) **肺水肿**；
- (10) **胎儿生长受限**或羊水过少、胎死宫内、胎盘早剥等。

一、分类

2.子痫

子痫前期基础上发生不能用其他原因解释的抽搐。

一、分类

- (三) 妊娠合并慢性高血压

既往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周首次诊断高血压并持续到产后12周以后。

一、分类

●（四）慢性高血压并发子痫前期

慢性高血压孕妇，孕20周前无蛋白尿，孕20周后出现尿蛋白 ≥ 0.3 g/24 h或随机尿蛋白 $\geq (+)$ ；或孕20周前有蛋白尿，孕20周后尿蛋白定量明显增加；或出现血压进一步升高等上述重度子痫前期的任何一项表现。

2012版

- 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 ≥ 0.3 g / 24 h或随机尿蛋白 $\geq (+)$ ；或妊娠20周前有蛋白尿，加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 $< 100 \times 10^9 / L$ 。

二、诊断

结合患者病史、高血压、蛋白尿检测及相关辅助检查明确诊断。

●（一）病史

1. 注意询问患者**妊娠前**有无高血压、肾病、糖尿病及自身免疫性疾病等病史或表现，有无妊娠期高血压疾病史。
2. 了解患者**本次妊娠**中高血压、蛋白尿等症状出现的时间和严重程度。
3. 有无妊娠期高血压疾病**家族史**。

解读病史

了解各种“病史”非常重要。患者就医不及时，这就需要通过警觉性去发现这些隐匿疾病的存在。

- 对于肥胖者注意有无糖脂代谢问题；
- 对于不良妊娠包括流产史、胎死宫内史、早发或重度子痫前期史、不明原因羊水过少史和早产史，以及早孕期胎盘后出血等，注意有无自身免疫性疾病或高凝等血液系统疾病；
- 对于没有进行规律产前检查的孕妇，尽量获得所有的检查记录，从中查找是否存在预警信息，包括体重、水肿、宫高、血压、蛋白尿及血小板等化验指标的动态变化；
- 注意妊娠后的饮食环境等不良状况，从而判断发病诱因和病程时限，酌情扩展相关检查。

二、诊断

● (二) 高血压的诊断

1. 血压的测量：测量血压前被测者至少安静休息5 min。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）。

2. 妊娠期高血压定义为同一手臂至少2次测量的收缩压 ≥ 140 mmHg和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg。①**密切随访**：若血压低于 140/90 mmHg，但较基础血压升高30/15 mmHg时，虽不作为诊断依据却需要密切随访。②**确诊高血压**：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 ≥ 140 mmHg和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg诊断为高血压。③**严重高血压**：对严重高血压孕妇收缩压 ≥ 160 mmHg和（或）舒张压 ≥ 110 mmHg时，间隔数分钟重复测定后即可以诊断。

二、诊断

(三) 蛋白尿的检测

所有孕妇每次产前检查均应检测尿蛋白或尿常规（II-2B）。尿常规检查应选用中段尿。可疑子痫前期孕妇应检测24 h尿蛋白定量。尿蛋白 ≥ 0.3 g/24 h或尿蛋白/肌酐比值 ≥ 0.3 ，或随机尿蛋白 $\geq (+)$ 定义为蛋白尿。应注意蛋白尿的进展性变化以及排查蛋白尿与孕妇肾脏疾病和自身免疫性疾病的关系。

二、诊断

(四) 辅助检查

1. 妊娠期高血压：应注意进行以下**常规检查**和必要时的复查：

(1) 血常规；(2) 尿常规；(3) 肝功能；(4) 肾功能；(5) 心电图；(6) 产科超声检查。尤其是对于孕20周后才开始进行产前检查的孕妇，注意了解和排除孕妇基础疾病和慢性高血压，必要时进行血脂、甲状腺功能、凝血功能等的检查。

2. 子痫前期及子痫：**视病情发展和诊治需要应酌情增加以下检查项目**：

(1) 眼底检查；(2) 血电解质；(3) 超声等影像学检查肝、肾等脏器及胸腹水情况；(4) 动脉血气分析；(5) 心脏彩超及心功能测定；(6) 超声检查胎儿生长发育指标；(7) 头颅CT或MRI检查。

三、处理

●治疗目的：预防重度子痫前期及子痫的发生，降低母儿病死率，改善妊娠结局。

●治疗的基本原则：**个体化治疗原则。**

- (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：预防抽搐，有指征地降压、利尿、镇静，密切监测母胎情况，预防和治疗严重并发症，适时终止妊娠。
- (3) 子痫：控制抽搐，病情稳定后终止妊娠，预防并发症。
- (4) 妊娠合并慢性高血压：以降压治疗为主，注意预防子痫前期的发生。
- (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。

三、处理

(一) 评估和监测

(五) 扩容疗法

(九) 促胎肺成熟

(二) 一般治疗

(六) 镇静药物的应用

(十) 分娩时机和方式

(三) 降压治疗

(七) 利尿剂的应用

(十一) 子痫的处理

(四) 硫酸镁防治子痫

(八) 纠正低蛋白血症

(十二) 产后处理

三、处理

(一) 评估和监测

1. **基本监测**：注意头痛、眼花、胸闷、上腹部不适或疼痛及其他消化系统症状，检查血压、体质量、尿量变化和血尿常规，注意胎动、胎心等的监测。
2. **孕妇的特殊检查**：包括眼底、凝血功能、重要器官功能、血脂、血尿酸、尿蛋白定量和电解质等检查，有条件的单位建议检查自身免疫性疾病相关指标。
3. **胎儿的特殊检查**：包括胎儿电子监护、超声监测胎儿生长发育、羊水量，如可疑胎儿生长受限，有条件的单位注意检测脐动脉和大脑中动脉血流阻力等。
4. **检查项目和频度**：根据病情决定，以便于掌握病情变化。

三、处理

(二) 一般治疗

1. 治疗地点：

- 妊娠期高血压孕妇可居家或住院治疗；非重度子痫前期孕妇应评估后决定是否住院治疗；重度妊娠期高血压、重度子痫前期及子痫孕妇均应住院监测和治疗。

2. 休息和饮食：

- 应注意休息，以侧卧位为宜；保证摄入足量的蛋白质和热量；适度限制食盐摄入。

3. 镇静：

- 保证充足睡眠，必要时可睡前口服地西泮2.5~5.0 mg。

三、处理

(三) 降压治疗

1. 降压治疗的目的是预防心脑血管意外和胎盘早剥等严重母胎并发症。

- 降压治疗指征：收缩压 ≥ 160 mmHg和（或）舒张压 ≥ 110 mmHg的高血压孕妇应进行降压治疗；收缩压 ≥ 140 mmHg和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg的高血压患者也可应用降压药。

三、处理

2.目标血压

孕妇未并发器官功能损伤，收缩压应控制在130～155 mmHg为宜，舒张压应控制在80～105 mmHg；孕妇并发器官功能损伤，则收缩压应控制在130～139 mmHg，舒张压应控制在80～89 mmHg。

- 降压过程力求血压下降平稳，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）。
- 在出现严重高血压，或发生器官损害如急性左心室功能衰竭时，需要紧急降压到目标血压范围，注意降压幅度不能太大，以平均动脉压（MAP）的10%～25%为宜，24～48 h达到稳定。

三、处理

3.常用降压药物

肾上腺素能受体阻滞剂、钙离子通道阻滞剂及中枢性肾上腺素能神经阻滞剂等药物。

- 常用口服降压药物有拉贝洛尔（I-A）、硝苯地平（I-A）或硝苯地平缓释片（II-B）等；
- 静脉用降压药物，常用有：拉贝洛尔（I-A）、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）。
- 硫酸镁不作为降压药使用（II-2D）。
- 妊娠中晚期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）。

三、处理

4.常用降压药物用法

1) 拉贝洛尔：为 α 、 β 肾上腺素能受体阻滞剂。用法：

- 口服50~150 mg，3~4次/d。
- 静脉注射：初始剂量20 mg，10 min后如未有效降压则剂量加倍，最大单次剂量80 mg，直至血压被控制，每日最大总剂量220 mg。
- 静脉滴注：50~100 mg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：

- 口服5~10 mg，3~4次/d，24 h总量不超过60 mg。紧急时舌下含服10 mg，起效快，但不推荐常规使用。
- 缓释片20 mg口服，1~2次/d。

三、处理

3) 尼莫地平：为二氢吡啶类钙离子通道阻滞剂，可选择性扩张脑血管。用法：

- 口服20~60 mg，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：为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：每小时1 mg为起始剂量，根据血压变化每10分钟调整用量。

5) 酚妥拉明：为 α 肾上腺素能受体阻滞剂。用法：

- 10~20 mg溶于5%葡萄糖溶液100~200 ml，以10 μ g/min的速度开始静脉滴注，应根据降压效果调整滴注剂量。

三、处理

6) 硝酸甘油：作用于氧化亚氮合酶，可同时扩张静脉和动脉，降低心脏前、后负荷，主要用于合并急性心功能衰竭和急性冠状动脉综合征时的高血压急症的降压治疗。用法：

- 起始剂量5~10 $\mu\text{g}/\text{min}$ 静脉滴注，每5~10分钟增加滴速至维持剂量20~50 $\mu\text{g}/\text{min}$ 。

7) 硝普钠：为强效血管扩张剂。用法：

- 50 mg加入5%葡萄糖溶液500 ml按0.5~0.8 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ 缓慢静脉滴注。孕期仅适用于其他降压药物无效的高血压危象孕妇。产前应用时间不宜超过4 h。

三、处理

（四）硫酸镁防治子痫

硫酸镁是子痫治疗的一线药物（I-A），也是重度子痫前期预防子痫发作的预防用药（I-A）。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（I-A）。除非存在硫酸镁应用禁忌证或者硫酸镁治疗效果不佳，否则不推荐使用苯巴比妥和苯二氮草类药物（如地西洋）用于子痫的预防或治疗。对于非重度子痫前期的患者也可酌情考虑应用硫酸镁（I-C）。

三、处理

1. 硫酸镁用法：

(1) 控制子痫抽搐：

- 静脉用药负荷剂量为4~6 g，溶于10%葡萄糖溶液20 ml静脉推注（15~20 min），或5%葡萄糖溶液100 ml快速静脉滴注，继而1~2 g/h静脉滴注维持。
- 或者夜间睡眠前停用静脉给药，改用肌内注射，用法为25%硫酸镁20 ml+2%利多卡因2 ml臀部肌内注射。24 h硫酸镁总量25~30 g（I-A）。

(2) 预防子痫发作：适用于重度子痫前期和子痫发作后。

- 负荷剂量2.5~5.0 g，维持剂量与控制子痫抽搐相同。用药时间长短根据病情需要调整，一般每天静脉滴注6~12 h，24 h总量不超过25 g；用药期间每天评估病情变化，决定是否继续用药；引产和产时可以持续使用硫酸镁，若剖宫产术中应用要注意产妇心脏功能；产后继续使用24~48 h。

(3) 若为产后新发现高血压合并头痛或视力模糊，建议启用硫酸镁治疗。

(4) 硫酸镁用于重度子痫前期预防子痫发作以及重度子痫前期的期待治疗时，为避免长期应用对胎儿（婴儿）钙水平和骨质的影响，建议及时评估病情，病情稳定者在使用5~7 d后停用硫酸镁；在重度子痫前期期待治疗中，必要时间歇性应用。

三、处理

2. 使用硫酸镁的注意事项：

- 血清镁离子有效治疗浓度为 $1.8 \sim 3.0 \text{ mmol/L}$ ，超过 3.5 mmol/L 即可出现中毒症状。

- 使用硫酸镁的必备条件：

- (1) 膝腱反射存在；
- (2) 呼吸 ≥ 16 次/min；
- (3) 尿量 $\geq 25 \text{ ml/h}$ （即 $\geq 600 \text{ ml/d}$ ）；
- (4) 备有10%葡萄糖酸钙。镁离子中毒时停用硫酸镁并缓慢（ $5 \sim 10 \text{ min}$ ）静脉推注10%葡萄糖酸钙 10 ml 。如孕妇同时合并肾功能不全、心肌病、重症肌无力等，或体质量较轻者，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。

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/796123131043010123>