维普资讯 http://www.cqvip.com

Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1998, Vol. 7, No. 2

重度妊高征的处理及分娩方式的选择
（附 49 例临床分析）△

张莉英*

提　要　本文报道用硫酸镁、安定等综合治疗 49 例重度妊高征患者，结果得出大部分孕妇的妊高征的先兆子痫好转或症状控制后行剖宫产术疗效满意。

关键词　重度妊高征　药物硫酸镁　先兆子痫　剖宫产术

重度妊高征是一种严重的产科疾病，严重威胁着母婴安全。因此，合理治疗，选择适当的终止妊娠的时机和方法是抢救母婴生命的重要措施。现将我院收治的 49 例重度妊高征处理结果分析报导如下。

资料和方法

一、一般资料：　1993 年 1 月～1997 年 10 月我院收治重度妊高征 49 例，（其诊断标准参照郑怀美主编的妇产科学），年龄 21～39 岁，初产妇 42 例，经产妇 7 例，双胎妊娠 4 例，子痫 9 例，先兆子痫 40 例，水肿＋～＋＋＋＋43 例，无水肿者 6 例，蛋白尿＋～＋＋＋＋44 例，无蛋白尿者 5 例，49 例均有不同程度的高血压（19－29/13－17Kpa），红细胞压积＞0.35 者 26 例，正常者 9 例，＜0.33 者 14 例，血小板≤100×10^9/L 者 5 例，先兆子痫中三大症状伴头晕、眼花、胸闷者 21 例，子痫组三大症状伴抽搐，制搐最少 1 次，最多 5 次。

二、处理方法：　49 例重度妊高征均选用硫酸镁解痉，首次以 5g 硫酸镁快速静脉（1 小时内滴完）为负荷量，随后以 15g 加入 10%葡萄糖 1000ml 静脉滴注（8～10 小时内），晚间必要时给予 2.5g 加 2%普鲁卡因 2ml 深部肌注，24 小时总量达 25g 左右，次日则不予负荷量，3～5 天为一疗程，同时监测膝反射、呼吸、尿量。所有的病例均予安定 10mg 静注，每 6～8 小时一次，以镇静，产后可用冬眠合剂半量肌注。血压中等程度升高者予心痛定 10mg，每日 3 次。对血压≥21.3/14Kpa 者，给予酚妥拉明 10mg 加 10%葡萄糖 250ml 静脉滴注，共 18 例。对红细胞压积＞0.35，尿比重≥1.020，血粘滞度＞3.6 者，给予低分子右旋糖酐及 10%葡萄糖扩容，共 26 例。对血液浓缩伴血小板≤100×10^9/L，在扩容液中加丹参 12～15g 和/或肝素 12.5～25mg，共 5 例。子痫患者经用硫酸镁及安定后，抽搐仍不能控制，血压较高者（舒张压＞15Kpa）加用半剂冬眠合剂，同时防治心衰，脑水肿，纠正酸中度。对孕周≥36 周者，估计胎儿成熟，经积极治疗 24～48 小时症状无好转、或症状加重者，以剖宫产终止妊娠，对经积极治疗，症状好转，血压下降，尿量增多者，予催产素或口服蓖麻油煎蛋引产；对孕周＜35 周，估计胎儿体重＜1500g 者，经积极治疗症状无好转者，转入设备更好、具有新生儿监护室的医院处理分娩，对病情好转者，则可期待治疗。子痫控制后估计不能在 2～6 小时内分娩者剖宫产终止妊娠。产时注意密切监测产程进展，第一产程维持安静，对宫缩时躁动不安者剖宫产结束分娩，第二产程尽量缩短（会阴侧切，胎头吸引，低位产钳），第三产程注意胎盘胎膜及时娩出，产后立即注射宫缩剂及镇静剂，并继续给予解痉治疗，预防产后出血及产后子痫。

结　果

经上述药物治疗，40 例先兆子痫，32 例在

* 作者单位：510890　广东省花都市花东医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

24小时内症状得到好转，好转率为80%，其中5例因产科原因，在症状控制后即行剖宫产术，18例经阴道分娩，9例因孕周过小，在症状控制后分别延长1至3周，而后择期剖宫产终止妊娠，母婴均存活。另有8例症状未控制，7例急行剖宫产术，母婴存活，1例因孕周过小而转院。子痫9例，7例在子痫控制后即行剖宫产术，2例入院时已临产，均在子痫控制6小时内经阴道分娩（均产钳助产），49例孕产妇无1例死亡，产后失血≥400ml者5例，占10.2%，发生失血性休克2例，最多输血达2500ml，并发心衰肺水肿1例。52例新生儿其中新生儿窒息4例，无1例死亡。本组剖宫产均在连续硬膜外麻醉下施行。

讨　论

一、重度妊高征的处理：妊高征患者中存在不同的血液流力学改变，黄艳仪等通过检测血液流变性、血管紧张素（AⅡ），醛固醇（ALD）等发现，妊高征患者存在三种不同的情况：①血管紧张素增高；②醛固酮增高；③血管紧张素、醛固酮正常。高血管紧张素型妊高征常有血液浓缩，低血容量，表现为低排高阻，治疗应以解痉、扩容、降低心脏后负荷。而高醛固酮妊高征主要表现为低血粘滞度，血容量增加，心排量高，外周阻力中度增加，治疗应以解痉，适当利尿，特别是在纠正低蛋白血症的同时，适当利尿可取得较好疗效，而不需扩容，以免加重心脏负担。正常血管紧张素，醛固酮型妊高征表现为血粘滞度正常，治疗仅需解痉、镇静、降压[1]。本组资料通过检测患者的红细胞压积，尿比重血粘滞度将病人分为高血粘度型，低血粘度型及正常血粘度型，符合上述病理生理学改变，针对不同病理生理学改变，采用不同的治疗方法，通过分类治疗，取得了较好的疗效，症状好转率达80%。大剂量硫酸镁治疗重度妊高症已为广大产科工作者接受。但是，在缺乏血镁浓度监测的情况，大剂量使用硫酸镁，易引起镁中毒，分类治疗，既可减少硫酸镁的剂量，又可取得较好疗效。本组重度妊高征的硫酸镁剂量为每日20～25g，低于文献报道。血液浓缩常伴有高凝，尤其是有血小板下降者，常提示合并有慢性DIC。本组资料中5例血液浓缩伴有血小板下降者，予肝素12.5～25mg治疗，无一例发生产后出血，小剂量肝素可以干扰血凝过程的许多环节，增强纤溶，降低血粘度，疏通微循环，改善多脏器血流灌注，减少渗出。从而可以治疗和预防DIC，且无明显副作用[2]。

二、终止妊娠的时间及方式的选择：妊高征是妊娠特有的疾病，妊娠结束后病情可自行好转，因此，适时终止妊娠是治疗重度妊高征的重要一环。妊娠达36周后，胎儿肺已趋成熟，随着孕周的继续增加，妊高征的病情将加重，加上胎盘老化因素，新生儿窒息率将有所增加，在此时终止妊娠，即可解除病因，阻断母体内的恶性循环，又可提高胎儿存活率[3]。本组39例大于36孕周的孕妇均在积极治疗的基础上，及时终止妊娠，无1例孕产妇死亡，新生儿窒息4例，占7.6%。剖宫产是抢救重度妊高征的有效手段，尤其是对初产妇，产程长，产时的阵痛，分娩的疲劳及紧张均易致妊高征急剧恶化而出现抽搐，剖宫产可不受宫颈条件的限制，迅速终止妊娠，而且剖宫产避免了阴道产时宫缩、腹压等导致的血液动力学改变，能使胎儿尽快脱离不良环境，从而降低新生儿窒息率[3]。子痫控制后不宜久等，应尽快手术，有条件阴道分娩者，应尽量缩短产程。本组资料40例先兆子痫，剖宫产占20例，占50%，子痫9例，剖宫产7例，占77.77%。无一例母婴死亡。

参考文献

1. 黄艳仪. 妊高征监测与治疗的探讨. 中国实用妇科与产科杂志，1997，13(1)：31.
2. 尚涛等. 肝素在重度妊高征治疗中的价值. 中国实用妇科与产科杂志，1997，13(4)：229.
3. 刘志善等. 31例子痫的临床分析. 实用妇产科杂志，1997，13(2)：96.

（收稿：1998－01－04）