

妊娠期心脏病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E5\\_A6\\_8A\\_E5\\_A8\\_A0\\_E6\\_9C\\_9F\\_E5\\_c22\\_308637.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_A6_8A_E5_A8_A0_E6_9C_9F_E5_c22_308637.htm) 名称妊娠期心脏病  
所属科室妇产科临床表现

- 1.心力衰竭：心脏病患者若原来心功能已受损或勉强代偿，可因妊娠而进一步心功能代偿不全。在风心病孕妇，心功能不全表现为：  
肺弃血：多见于二尖瓣病变，患者气急、劳累后更甚，两肺基底部有细湿罗音。X线检查示间质水肿。  
急性肺水肿：多见于重度二尖瓣狭窄，由于高血容量使肺动脉压增高所致。患者忽然气急，不能平卧，咳嗽，咯泡沫样痰或血，两肺散在哮鸣音或湿罗音。  
右心衰竭：常见于年龄较大、心脏扩大较显著、有心房颤动者，平时即有劳动力减退，或曾有心务衰竭史。在心病孕妇，动脉导管未闭、房间隔缺损、室间隔缺损等伴有肺动脉高压者，常导致右心衰竭；肺动脉瓣狭窄和法洛三联症，由于右心室压力负荷过重，也多表现为右心衰竭；主动脉瓣狭窄则可因左心室压力负荷过重而表来左心衰竭。
- 2.感染性心内膜炎：无论风心病或心病均可因菌血症而并发感染性心内膜炎。如不及时控制可促发心力衰竭而致死。
- 3.缺氧及发绀：在发绀型心病，平时即有缺氧及发绀，妊娠期外周阻力低，发绀加重。非发绀型、左至右分流的病孕妇，若因失血等原因而血压下降，可致暂时性逆向分流，即右至左分流，从而引起发绀及缺氧。
- 4.栓塞：妊娠期间，血液处于高凝状态，加上心脏病伴有的静脉压增高及静脉血液郁滞，易于并发栓塞症。血栓可能来自盆腔，引起肺栓塞，使肺循环压力增高，从而激发肺水肿，或使左至右分流逆转为右至左分流。若为左右心腔交通的病，则血栓可能通

过缺损而造成四周动脉栓塞。诊断若孕前即知患有器质性心脏病，当然不存在诊断问题，但有些患者可无自觉症状而不就医。由妊娠引起的一系列心血管系统的功能改变，可导致心悸、气急、水肿等症状，也可伴有心脏轻度增大、心脏杂音等体征以及X线、心电图改变，从而增加心脏诊断困难。不过，若发现下列异常，应考虑存在器质性心脏病。1. 级以上、粗糙的收缩期杂音。2. 舒张期杂音。3. 严重的心律失常，如心房颤抖或扑动、房室传导阻滞等。4. X线摄片示心影明显扩大，尤其个别心房或心室明显扩大。5. 超声心动图显示心瓣膜、心房和心室病变。

治疗心脏病孕妇的监护

1. 终止妊娠的指征：原有心脏病的妇女能否耐受妊娠，原决于多方面的因素，如心脏病的种类、病变程度、心功能状况、有无并发症等。在评估心脏病孕妇耐受妊娠的能力时，既需慎重思考妊娠可能加重心脏负担而危及生命，也要避免过多顾虑，致使能胜任者丧失生育机会。凡有下列情况者，一般不适宜妊娠，应及早终止：心脏病变较重，心功能级以上，或曾有心衰竭史者；风心病伴有肺动脉高压、慢性心房颤抖、高度房室传导阻滞，或近期内并发细菌性心内膜炎者；先心病有明显发绀或肺动脉高压症；合并其他较严重的疾病，如肾炎、重度高血压、肺结核等。但如妊娠已超过3个月，一般不考虑终止妊娠，因对有病心脏来说，此时终止妊娠其危险性不亚于继续妊娠。如已发生心力衰竭，则仍以适时终止妊娠为宜。

2. 继续妊娠的监护：心力衰竭是心脏病孕妇的致命伤，而心脏负荷因血浆容量与已报关耗量增加等生理变化而加重及其代偿功能减退及导致心力衰竭的主要环节。因此，加强孕期监护的目的在于预防心力衰竭，而具体

措施可概括为减轻心脏负担与提高心脏代偿功能两项。（1）减轻心脏负担：应注重以下几方面：1）限制体力活动。增加休息时间，每日至少保证睡眠10~12小时。尽量取左侧卧位以增加心搏出量及保持回心血量的稳定。2）保持精神舒泰，避免情绪激动。3）进高蛋白、少脂肪、多维生素饮食。限制钠盐摄入，每日食盐3~5g以防水肿。合理营养，控制体重的增加速度，使每周不超过0.5kg，整个孕期不超过10kg。4）消除损害心功能的各种因素，如贫血、低蛋白血症、维生素尤其是B1缺乏、感染、妊娠高血压综合征。5）如需输血，多次小量（150~200ml）；如需补液，限制在500~1000ml/d，滴速<10~15滴/分钟。（2）提高心脏代偿功能：包括以下几方面：1）心血管手术：病情较重，心功能Ⅱ~Ⅲ级，手术不复杂，麻醉要求不高者，可在妊娠3~4个月时进行。紧急的二尖瓣分离术（单纯二尖瓣狭窄引起急性肺水肿）可在产前施行。未闭动脉导管患者期间发生心力衰竭，或有动脉导管感染时，有手术指征。2）洋地黄化：心脏病孕妇若无心力衰竭的症状和体征，一般不需洋地黄治疗，因为此时应用洋地黄不起作用。况且孕期应用洋地黄不能保证产时不发生心力衰竭，一旦发生反应而造成当时加用药物困难。再者，迅速洋地黄化可在几分钟内发挥效应，如密切观察病情变化，不难及时控制早期心力衰竭。故而，通常仅在出现心力衰竭先兆症状或早期心力衰竭时、心功能Ⅱ级者妊娠28~32周时（即孕期血流动力学负荷高峰之前）应用洋地黄。由于孕妇对洋地黄的耐受性较差，易于中毒，故宜选用快速制剂，如去乙酰毛花苷（西地兰）或毒毛花苷K毒（毒毛旋花子甙K）。维持治疗则选用排泄较快的地高辛，一般用至产后4~6周血循环

恢复正常为止。此外，心功能Ⅱ级、Ⅲ级的孕妇应增加产前检查次数，20周以前至少每2周由心内科、产科医师检查一次，以后每周一次，必要时进行家庭随访。除观察产科情况外，主要了解心脏代偿功能及各种症状。定期作心电图、超声心动图检查，以利对病情作出全面估计，发现异常、有心力衰竭先兆，立即住院治疗。预产期前2周入院待产，既能获充分休息，也便于检查观察。凡心功能Ⅲ级或有心力衰竭者应住院治疗，并留院等待分娩。

分娩期与产褥期的处理

### 1. 分娩方式的选择：心脏病孕妇的分娩方式，主要取决于心功能状态及产科情况。

(1) 剖宫产：剖宫产可在较短时间内结束分娩，从而避免长时间子宫收缩所引起的血流动力学变化，减轻疲惫和疼痛等引起的心脏负荷。此外，在持续硬膜外麻醉下进行手术过程中，孕妇血压、平均动脉压及心率的变化均较经阴道分娩为小。然而，手术增加感染和出血的机会，手术本身也是一种负担。因此，当存在产科原因时（如胎位异常、胎儿较大等情况），可适当放宽剖宫产指征，但仅于心功能Ⅱ～Ⅲ级、活动性风湿热、肺动脉高压或肺淤血、主动脉缩窄等情况下，行选择性剖宫产。术前、术中和术后心脏监护，术后抗感染等均是保证手术安全不可缺少的重要措施。

(2) 阴道分娩：心功能Ⅱ～Ⅲ级者，除非有产科并发症，原则上经阴道分娩。心脏病孕妇的平均产程和正常孕妇相比，无明显差别，但必须由专人负责密切监护。临产后即选用抗生素预防感染，使待产妇取半卧位，并给吸氧。如宫缩较强，阵痛难忍，可予以哌替定（杜冷丁）50～100mg肌肉注射；亦可采用持续硬膜外麻醉，既可减轻疼痛，又有利于第二产程的处理。严密观察心率与呼吸频率，第一产程中，每小时测

一次；第二产程中每10分钟测一次。宫缩间歇期内，如心率 $>100$ 次/分或两侧肺底出现细小湿音并有轻度气促，乃重度心力衰竭的先兆，应立即进行洋地黄化，静脉推注去乙酰毛花苷或毒毛花苷K。待等宫口开全后、胎头高位适宜时，即行手术助产以缩短第二产程。先心病有左至右分流者更应避免屏气动作。胎儿前肩娩出后，立即肌肉注射吗啡10mg、缩宫素10u。胎盘娩出后，腹部加压砂袋（1kg重）。密切观察血压、脉搏及子宫缩变情况。记录\*\*\*出血量。

## 2.产褥期处理要点：

由于加强孕期及产时监护，患者多能顺利过关。但是，若放松产褥期监护，则很有可能功亏一篑。据统计75%心脏病孕产妇死亡发生于产褥早期。

- （1）继续用抗生素防止感染，以杜绝亚急性细菌性心内膜炎的发生。
- （2）曾有心力衰竭的产妇，应继续服用强心药物。
- （3）注重体温、脉搏、呼吸及血压变化，子宫缩复与出血情况。
- （4）产后卧床休息24~72小时，重症心脏病产妇应取半卧位以减少回心血量，并吸氧。如无心力衰竭表现，鼓励早期起床活动。有心力衰竭者，则卧床休息期间应多活动下肢，以防血栓性静脉炎。
- （5）心功能Ⅲ级以上的产妇，产后不授乳。哺乳增加机体代谢与液量需要，可使病情加重。
- （6）产后至少住院观察2周，待心功能好转后始可出院。出院后仍需充分休息，限制活动量。严格避孕。

心力衰竭的诊治心脏病是心力衰竭的发生基础。从妊娠、分娩及产褥期血流动力学变化对心脏的影响来看，妊娠32~34周、分娩期及产褥期的最初3天，是心脏病患者最危险的时期，极易发生心力衰竭。左心在血容量过多负荷下，较右心更快发生心力衰竭；右心则在静水压负荷下，较左心更快发生心力衰竭。首发的左心衰竭见于二尖瓣病、

主动脉瓣病，及因动脉导管未闭或室间隔缺损所致的左至右心内分流。临床表现乃肺充血与肺毛细血管血压升高所致：呼吸困难、端坐呼吸、咳嗽、咯血、肺部音、肺动脉瓣区第二心音亢进与肺活量减小而静脉压正常。急性左心衰竭表现为阵发性呼吸困难和急性肺水肿。右心衰竭通常继发于左心衰竭。首发的右心衰竭见于肺动脉高压、肺动脉口狭窄等。临床表现主要起源于体循环静脉充血与静脉压升高：浅表静脉充盈、皮下水肿、肝肿大与触痛、发绀、腹水、胸水、心包积液以及肾、胃肠与神经系统障碍。

1.早期诊断：心脏代偿功能的分级亦即心力衰竭的分度：心功能Ⅰ级=轻度心力衰竭；心功能Ⅱ级=中度心力衰竭；心功能Ⅲ级=重度心力衰竭。

心力衰竭的早期症状为：无其他原因可解释的倦怠，稍微活动后即感胸闷、气急，睡眠中气短憋醒和（或）头部须垫高，肝区胀痛，下肢水肿。早期体征有：休息时，心率 $>120$ 次/分，呼吸 $>24$ 次/分，颈静脉搏动增强，肺底湿音，交替脉，舒张期奔马律，尿量减少及体重增加。心电图V1P波终末向量（PTF-V1）阳性（ $-0.03\text{mm}^2$ ）。

内放血作用。选用硝酸异山梨酯5~10mg、巯甲丙辅氨酸12.5mg或哌唑嗪1mg，每日3次。（4）镇静：小剂量吗啡（5mg）稀释后静脉注射，不仅有镇静、止痛、抑制过度兴奋的呼吸中枢及扩张外周血管，减轻心脏前后负荷作用，且可抗心律失常，常用于急性左心衰竭、肺水肿抢救。（5）减少回心静脉血量：用止血带加压四肢，每隔5分钟轮流松解一个肢体。半卧位且双足下垂可起相同作用。（6）抗心律失常：心律失常可由心力衰竭所致，亦可诱发或加重心力衰竭，严重者应及时纠正。快速房性异位节律，用电击复律安全有效，亦可选用奎尼

丁、普鲁卡因酰胺等。快速室性异位节律多用利多卡因、盐酸美西律（慢心律）、苯妥英钠，后者尤适用于洋地黄中毒者。高度或完全性房室传导阻滞原则上安装临时起搏器，亦可静脉滴注异丙基肾上腺素。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)