

妊娠高血压综合征 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_E9_AB_98_E8_c22_308790.htm 名称妊娠高血压综

合征所属科室妇产科病因妊高征的发病原因，至今尚未阐明。简介发病有关因素及主要的几种病因学说。1.妊高征发病的有关因素 根据流行病学调查发现，妊高征发病可能与以下几种因素有关： 精神过分紧张或受刺激致使中枢神经系统功能紊乱时； 严寒季节或气温变化过大，非凡是气压高时； 年轻初孕妇或高龄初孕妇； 有慢性高血压、肾炎、糖尿病等病史的孕妇； 营养不良，如低蛋白血症者； 体型矮胖即体重指数[体重（kg）/身高（cm）²>0.24； 子宫张力过高，如羊水过多、双胎、糖尿病巨大儿及葡萄胎等； 家庭中有高血压史，尤其是孕妇之母有妊高征史者。2.病因学说（1）子宫-胎盘缺血学说：本学说最早由Young（1918）提出，认为临床上本病易发生于初孕妇、多胎妊娠、羊水过多，系由于子宫张力增高，影响子宫的血液供给，造成子宫-胎盘缺血、缺氧所致。此外，全身血液循环不能适应子宫-胎盘需要的情况，如孕妇有严重贫血、慢性高血压、糖尿病等，亦易伴发本病。亦有学者认为子宫-胎盘缺血并非疾病的原因，而是血管痉挛的结果。（2）神经内分泌学说：肾素-血管紧张素-前列腺素系统的平衡失调可能与本病的发生有一定关系。过去认为妊高征患者的血循环内有大量肾素（renin），从而使血管紧张素（angiotonin，A）含量增加，A使血管收缩，血压升高，并促进醛固酮（aldosterone）的分泌，从而增加肾小球回收钠离子。然而，近年来已证实妊高征

患者血浆内肾素及A₁含量均较正常孕妇低，非凡是重症患者的含量更低。因此，认为妊高征的发病可能与机体对A₁的敏感性增强有关。前列腺素（prostaglandin,PG）与妊高征发病有关，除已确认前列腺素E₂（PGE₂）具有拮抗A₁在血管壁肌纤维的作用而使血管扩张及前列腺素F_{2a}（PGF_{2a}）具有较强的血管收缩作用外，近年来又发现两种新的前列腺素类似物，即前列环素（prostacycline,PGI₂）及血栓素A₂（thromboxane,TXA₂）对妊高征的发病可能更具有重要意义，PGI₂具有抑制血小板凝集及增强血管扩张作用；TXA₂则具有诱发血小板凝聚及增强血管收缩作用。正常妊娠时，二者含量随妊娠进展而增加，但处于平衡。妊高征时，PGI₂量明显下降，而TXA₂量增高，从而使血管收缩、血压升高并可能引起凝血功能障碍。有资料表明，PGI₂的减少先于妊高征临床症状的发生，提示PGI₂的减少可能参予妊高征的发生。（3）免疫学说：妊娠被认为是成功的自然同种异体移植。正常妊娠的维持，有赖于胎母间免疫平衡的建立与稳定。从免疫学观点出发，认为妊高征病因是胎盘某些抗原物质免疫反应的变态反应，与移植免疫的观点很相似的。从妊高征的免疫学研究发现，母体血浆的IgG、补体价均低下，而夫妻间组织相容性抗原（HLA）不相容增高。这种HLA不相容可能与妊高征的发生有一定关系。有资料表明，妊高征患者HLA抗体的检出率明显高于正常妊娠。然而，不是每一例妊高征患者均能查出HLA抗体，甚至有重症患者检不出HLA抗体。因此，本病与免疫的关系仍未完全明确。（4）慢性弥漫性血管内凝血（DIC）学说：妊高征时，非凡是重症患者有出血倾向，有各种凝血因子不同程度的减少及纤维蛋白原降解产物

(fibrinogen degradation products,FDP) 明显增高 , 肾的病理检查发现肾小球血管内皮细胞及基底膜有前纤维蛋白沉着以及胎盘梗死等慢性DIC所致的改变。但DIC是本病病因还是结果 , 尚难判明。(5) 其他 : 近年对妊高征病因的研究又有新进展 , 如内皮素、钙、心钠素以及微量元素等 , 其中以血浆内皮素及缺钙与妊高征的关系较为瞩目。1) 妊高征与血浆内皮素 : 内皮素 (endothelin,ET) 是血管内皮细胞分泌的一种多**激素 , 是强有力的血管收缩因子。ET与TXA₂和血管内皮细胞舒张因子 (endothelium-derived relaxing factors,EDRFs) 与PGI₂ , 正常时保持动态平衡 , 控制机体的血压与局部血流。妊高征时 , 患者体内调节血管收缩的ET和TXA₂增加 , 而调节血管舒张的EDRFs和PGI₂却减少 , 使血管收缩与舒张的调节处于失衡。2) 缺钙与妊高征 : 近年认为妊高征的发生可能与缺钙有关。有资料表明 , 人类及动物缺钙均可引起血压升高。妊娠易引起母体缺钙 , 导致妊高征发生 , 而孕期补钙可使妊高征的发生率下降。因此 , 认为缺钙可能是发生妊高征的一个重要因素 , 其发生机理尚不清楚。此外 , 尿钙排泄量的检测可作为妊高征的猜测试验。临床表现妊娠高血压综合征 1.轻度妊高征 主要临床表现为血压轻度升高 , 可伴轻度蛋白尿和 (或) 水肿 , 此阶段可持续数日至数周 , 或逐渐发展 , 或迅速恶化。(1) 高血压 : 孕妇在未孕前或20周前 , 血压 (即基础血压) 不高 , 而至妊娠20周后血压开始升高。外周血涂片可见异形红细胞、盔形红细胞、棘红细胞、裂红细胞与三角形红细胞碎片。血小板计数 $\times 10^9/L$, 重症患者可以 $\times 10^9/L$ (> 600 μ/L 者 , 必须测血纤维蛋白原及纤维蛋白降解产物

(FDP)，并需测凝血酶原时间和部分凝血活酶时间。凡妊高征患者必须常规查血小板及肝功能，有异常者即当考虑本症。

4.妊高征并发肾功能衰竭的病程特点：典型的病程可分3期：(1)少尿期的表现为：水潴留或水肿；高血压；心力衰竭或急性肺水肿；高血压钾及相应的心律失常；高血镁；代谢性酸中毒；出现尿毒症的症状；继发感染。(2)多尿期：当由少尿期进入多尿期时，如尿量开始超过每日400ml即可算进入多尿期。尿量可为缓慢递增或忽然骤增，为期可长达2~3周。本期尿量虽多，而氮质潴留等症状可以仍然存在甚或继续加重。在多尿期常伴有脱水、低钠、低钾等严重水盐代谢紊乱，所以必须非凡注重。(3)恢复期：尿量恢复正常，症状好转或消失，体力及肾功能逐渐恢复，但肾功能恢复较慢。部分患者可呈非少尿型ARF，这些病人病情较轻，治愈率亦较高，由于有时临床表现不明显而被漏诊，致引起严重并发症，甚至延误抢救时机而危及病人，故应当引以为戒。妊高征患者产后血压忽然下降，病人面色苍白伴大汗淋漓。如产妇无失血及产道损伤，也无引起休克的其他原因而出现上述症状，则当考虑这种少见的产后血液循环衰竭。

诊断表1 分类 血压(kPa) 蛋白尿 水肿 自觉症状

轻度	中度	重度
ge.17.3/12.0 ~ < 21.3/14.6	或舒张压达13.3	有或无
无	ge.21.3/14.6或较基础血压上升8.0/4.0 ~	或有水肿
有 - ~ ~	子痫	在妊高征基础上有抽搐或昏迷
慢性高血压合并妊高征	妊娠前有高血压史，本次合并蛋白尿及水肿或有自觉症状者	并发症

妊娠高血压的并发症 1.妊高征心脏本病亦称妊娠中毒症心脏病，为产科领域中特有的心脏病。2.脑血管意外脑血管意外包括脑溢血、脑血栓和蛛网膜下腔出血，为妊高征较少见

的并发症。3.HELLP综合征在重度妊高征非凡是血粘稠度增加，微循环灌注受损者，可并发HELLP综合征。4.弥散性血管内凝血妊高征与弥散性血管内凝血（DIC）的关系：妊高征非凡是先兆子痫及子痫患者与DIC的关系密切。5.妊高征并发肾功能衰竭妊高征并急性肾功能衰竭（acute renal failure,ARF）甚为罕见，但先兆子痫或子痫患者伴有HELLP综合征，或急性脂肪肝，或产后溶血性尿毒症时，则必须注重ARF发生的可能。6.产后血液循环衰竭妊高征患者产后并发血液循环衰竭极为少见，假如发生则多在产后30分钟之内，产后超过24小时者则不属此症。7.妊高征并发胎盘早期剥离妊高征并发胎盘早期剥离的典型症状与体征在临床上发生，诊断并无困难。但不典型者，非凡是在妊娠34~35周，假如既非羊水过多亦非双胎妊娠，而有子宫张力较高，宫缩不明显，临床医师常多考虑为妊高征先兆早产而予以硫酸镁治疗，以求达到解痉和抑制宫缩的目的；却未考虑胎盘附着在子宫后壁的早期剥离，此点至为重要。所以对于中、重度妊高征患者如有原因不明的子宫张力高者，应B超检查其胎盘是否在子宫后壁，结合临床表现，有助于正确诊断和处理。治疗由于妊高征的病因至今未明，故至今仍是根据其好发因素以及病理生理变化特点采取解痉、降压、利尿及适时终止妊娠等原则治疗。解痉药物硫酸镁的应用硫酸镁仍为治疗妊高征的首选药物。国内外临床实践证实，硫酸镁仍为最好的解痉药物；在治疗先兆子痫及子痫时，仍为首选药物，可以很好的控制和预防子痫的发作。硫酸镁的剂量与给药途径：国内外对于硫酸镁的应用剂量至今未能统一。（1）Pritchard在治疗子痫患者时，硫酸镁首次剂量（负荷量）为静脉注射4g，肌

内注射每侧臀部各5g，即首次为14g。并以肌肉注射途径结于硫酸镁的维持量，方法是尿量 $\geq 30\text{g/d}$ 时，必得慎重，应在严密观察下使用之。使用硫酸镁的注重事项：（1）重度妊高征患者非凡是较长时期的低盐甚或无盐饮食，可并发低钠血症，治疗过程中可有呕吐，致钠盐的进一步丢失和酸中毒，临床表现为呼吸深而慢，肌无力，膝腱反射减弱或消失，尿量减少，胎心率减慢，易被误认为镁中毒。此情况下，即不可再盲目大剂量使用硫酸镁，也不得单纯临床观察，需立即测血清镁及常规的电解质，并进行心电图监测，决定进一步处理。（2）注重尿量、膝反射和呼吸，此3项为观察镁中毒的首要指标。Chesley还强调在行硫酸镁静脉滴注时，除以上3项之外，必得定时听心律和心率，因为 Mg^{2+} 可使房室传导受阻，故不可忽视。（3）在硫酸镁作用高峰时，慎加用呼吸抵制药物，必要时亦需减少剂量，以免呼吸抵制。（4）伴有心肌病存在时，必须慎用硫酸镁，因可有低排高阻性心力衰竭甚或心脏停搏。对于有瓣膜病变的心脏病患者伴有妊高征时，虽不禁用硫酸镁，但必须注间静脉滴注速度和补液量。（5）静脉滴注优于推注，后者需稀释硫酸镁浓度至5%~8%，推注必得缓慢，单位时间浓度过高亦可引起镁中毒。（6）必得注重体重与剂量的关系与流向速度。凡体重较轻者，不可在短时间内使用大剂量硫酸镁，以免中毒。Prichard在1984年资料中指出，一子痫患者体重56kg，抽搐未能控制，乃静脉推注2g，子痫抽搐仍未控制，又追加硫酸镁2g静脉注射，计在2小时内，共用硫酸镁20g之后，患者抽搐停止，但心跳、呼吸亦停止而死亡。Prichard此后又碰到2例相同病例，仍用同样剂量的硫酸镁，同样发生心跳呼吸停止，然而因作好了所管

插管、用氧等抢救工作，并及时应用葡萄糖钙静脉推注，终于拯救了此2例孕妇的生命。Prichard通过以上3个病例的教训，非凡强调了应用硫酸镁时，必得注重体重与剂量和应用速度之间的关系，这一问题是非常重要的，需引以为戒。（7）凡使用大剂量硫酸镁静脉及肌肉注射者，必须行血清镁值测定，以决定是否应用。尽管如Anderson报道硫酸镁天天可用44g，连续4天，无不良反应，而且效果很好。但我们国家的孕妇一般体重均在60kg，以不超过30g/d为宜；24小时后可考虑减量。（8）在重复或持续静脉滴注硫酸镁时，除监护膝反射外，应精确监护尿量，至少100ml/4h，即 ≥ 1.008 ，血细胞比容为0.35 碳酸氢钠 纠正酸中毒，回吸收4倍组织液，快速扩容 酸中毒存在 5.影响扩容治疗效果的因素（1）扩容剂选择使用不恰当：在重度妊高征患者中多有高血粘度、血液浓缩，可根据化验结果予以右旋糖酐-70或右旋糖酐-40、平衡液，以增加和稀释血液。当胶体渗透压 $\geq 14.7\text{kPa}$ （110mmHg）者当予以静脉滴注。2.胍苯哒嗪（apresoline）：可阻断 α_1 、 μ ，开始6滴/分钟，以后每分钟增加2滴（即 $12\alpha_1$ -肾上腺素能受体阻滞剂，使小动脉扩张，外周血管阻力降低，血压下降，可使心脏前、后负荷降低，因而使左心室使终末期压力下降，改善心功能。首次剂量为0.5mg，以后可改为0.5~1mg，每日3次口服，并可逐加剂量。在服用第一次药物时，可能出现首次剂量现象，即在服药后发生较严重的头晕不适，但以后再服用时，即可无此反应。8.青心酮：化学名称为3,4-二羟基苯乙酮，由秃毛冬青叶中分离、提取的一种有效成分，具有扩张血管，调节PGI₂-TXA₂的平衡作用，体内及体外用药对由ADP诱导的血小板聚集皆有抑制作用。

用，而且作用迅速、毒副作用极少。剂量：100mg加5%葡萄糖液500ml，每日2次静脉滴注。

镇静剂的应用

- 1.地西洋（安定）：具有较强的镇静、抗惊厥、催眠、肌肉松弛等作用。对于子痫或临床表现即将发生抽搐的先兆子痫患者，可用地西洋10~20mg加入25%葡萄糖液20~40ml，缓慢静脉推注，5~10分钟内注毕，可迅速控制抽搐。如已用硫酸镁静脉注射者，则用地西洋10mg静脉注射为宜。对中度妊高征患者，亦可给地西洋2.5mg，每日3次口服。由于地西洋可迅速经胎盘进入胎儿体内，而且即使是足月妊娠，其胎儿肾脏排泄地西洋的速度较慢，故易使胎儿体内积蓄地西洋，甚至出生后可在体内存留1周左右，因而可影响新生儿的吸吮作用和哺乳，所以应注重需避免长期服用地西洋。
- 2.阿米妥钠：具有催眠和抗惊厥作用。对于已发生抽搐，经用硫酸镁未能控制者，可用阿米妥钠0.2~0.5g加50%葡萄糖液20ml静脉注射，5~10分钟注毕。另需注重凡已用硫酸镁者，不宜多次使用阿米妥钠静脉注射，以免与硫酸镁协同作用而发生呼吸抑制。口服剂量为0.1g，每8小时一次，临床上一般只用1~2天。
- 3.吗啡：为较强的镇痛剂。子痫抽搐时，皮下注射10~15mg可较快见效。由于可抑制呼吸，致呼吸性酸中毒，降低排尿量，并可增加颅内压，故近年来已较少用于控制子痫的治疗。根据临床经验，对于重度先兆子痫患者，行剖宫产结束分娩后，予以吗啡止痛，可以收到防止产后子痫发作的效果，故仍是值得应用的。在山区、农村、遇有子痫患者转院治疗时，可先予吗啡10~15mg皮下注射，有利于途中安全。
- 4.苯巴比妥及巴妥钠：具有一般巴比妥类药物的作用特点，大剂量有抗抽搐作用，如过量则有麻醉作用，甚至可抑制呼吸。本药的

催眠作用较长，约6~8小时，常用剂量：口服0.03~0.06g，每日3次，或用巴比妥钠0.1~0.2g肌肉注射。利尿及脱水剂的应用妊高征者虽常伴有水肿，但近年来认为不可常规使用利尿剂。

1.应用利尿剂的缺点（1）可致电解质平衡失调，并可导致胎儿发生急性胰腺炎而死亡。（2）可使胎儿血小板减少而易致出血。（3）孕妇体重减轻但蛋白尿并无好转。（4）使孕妇血液浓度，加重微循环障碍，造成临床表现有体重减轻，似乎病情好转的假象。（5）应用利尿剂者，新生儿体重明显较对照组为轻。（6）噻嗪类药物可使子宫收缩受抑制，而致产程延长。

2.应用利尿剂的指征（1）肺水肿、心力衰竭者。（2）全身性浮肿者。（3）血容量过高，重度贫血者。对妊高征患者仅下肢水肿即予以口服利尿剂，仅医务人员的自我安慰，对病情无益。

3.利尿剂的选择（1）呋塞米（速尿）：用于上述指征者，其作用部位可能在亨利襻升支，但对近曲小管也有一定作用。其特点为作用快，有较强的排钠、钾作用，因而可导致电解质紊乱和缺氧性碱中毒。妊高征心力衰竭及肺水肿患者以利尿剂与洋地黄类药物同时应用，疗效很好。常用呋塞米20~40mg加5%葡萄糖液20~40ml，静脉注射，并可按病情予以重复使用，可有良效。剂量可酌情加大或改肌肉注射均可。（2）甘露醇：本品为脱水剂，亦为渗透性利尿药。静脉注射后，可以提高血浆渗透压，造成血、脑间的渗透压差，使脑内水分移向血循环，从而降低颅内压，减轻脑水肿。由于甘露醇不进入细胞内，故一般不致引起颅内压反跳现象。静脉快速滴注后，由肾小球滤过，极少由肾小管再吸收，在尿内排出甘露醇时，即带出大量水分。如肾功能不全及颅内压增高时，给予本药可有一定疗效。剂量

为20%甘露醇200~250ml或山梨醇200~250ml，每8小时一次，或每日2次，于15~20分钟内迅速静脉滴注，但可致低钠血症，故必得定期检测血钾、钠等。（3）心钠素（ANP）：具有较强的排钠、利尿及扩张血管作用，因可抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统（R-A-A-S），故可改善肾功能，因心钠素对肾小管的抑制作用甚微，主要为增加肾血流量，对体内的电解质紊乱及酸碱失调有一定的纠正作用，对妊高征并发肾功能不全者将为重要的药物之一。（4）其他利尿剂：如氢氯噻嗪（双氢克尿塞）或氨苯喋啶等由于具有上述的特点，近年来多不主张广泛应用于妊高征患者。另需指出如妊高征心力衰竭、肺水肿者，忌用甘露醇。总之，治疗妊高征的常用药物以解痉、降压为主，扩容、利尿需按病情、化验指标决定是否应用。按不同阶段辨证治疗

1.轻度妊高征：均在门诊随访，适当休息，左侧卧位，不必限制钠盐摄入，夜间可酌用苯巴比妥以利睡眠。中药可用杞菊地黄汤加减，方剂为：生地12g，山萸肉9g，淮山药12g，茯苓12g，妙丹皮6g，泽泻12g，枸杞子9g，菊花12g，钩藤12~30g（后下）。药方中以生地、山萸肉、枸杞子补肝肾之阴，淮山药、茯苓健脑利湿，丹皮凉血清热，菊花、钩藤清肝火，泽泻利水。用以上中药治疗可使症状好转，血压亦有不同程度降低。

2.中度妊高征：行左侧卧位休息，可予解痉、镇静及口服降压药物。应用中药时可在杞菊地黄汤基础上加减少。

（1）镇痉药：羚羊角粉300mg吞服，或用地龙9~12g，全蝎1.5g（后下）。

（2）平肝潜阳药：龙骨30g，牡蛎30g，石决明30g，珍珠母30g。以上四味药均需先煎。

（3）育阴药：女贞子12g，桑椹子12g，旱莲草12g，天冬12g，麦冬9g，元参12g，龟板12~15g。

(4) 活血化瘀药：当归9~12g，丹参9~12g，赤芍9g，大蓟15~30g，小蓟15g。如经门诊治疗无效，则当按前述原则住院治疗。

3. 重度妊高征：对先兆子痫患者立即采取积极措施，防止发生子痫及其他严重并发症。

(1) 绝对卧床休息，避免声光刺激。

(2) 每2~4小时测血压一次，夜间为避免影响休息可减少一次血压测量。尿常规检查每日一次，准确记出入水量，同时须行眼底、心电图检查及血液生化测定。有条件者可行超声心动图检查，以利及早发现心功能异常。

(3) 药物治疗：药物选择及应用均按前述方法进行。头痛明显者，提示颅内压增高，需先用20%甘露醇250ml，快速静脉滴注，另应同时测定血细胞比容、尿比重，有条件情况下测全血粘度及血浆粘度，以决定是否扩容治疗。对于有贫血、水肿严重而血细胞比容低值者，应予输血，或成分输血，或输白蛋白，同时予以利尿，则病情可明显改善。先兆子痫并发腹水者，予以人体白蛋白或胎盘白蛋白静脉滴注，隔日或每日一次，可有一定效果。但最重要的是短时期保守治疗后，应及时终止妊娠，病情可渐愈，且对母婴安全有益。不可一律等待孕36~37周再予以结束分娩，将导致胎死宫内及母体病情加剧。

4. 子痫的治疗：根据Iffy报道，子痫患者的死亡不外乎以下7种原因，即：持久高血压危象、肾衰；严重胎盘早期剥离、死胎；急性肺水肿，心力衰竭；抽搐致胃内容物吸入，引起通气障碍；过多药物应用致中毒；治疗期间心跳骤停；缺氧性脑病、脑溢血。

5. 子痫的护理：对子痫患者的护理，与治疗有同样的重要性。首次应将患者置入单人蝉室，并要空气流通及亲属陪伴；保持绝对安静，避免一切声、光刺激。抽搐时，禁先用硫酸镁肌内注射，因

为注射时的疼痛刺激即可诱发抽搐。各种治疗，如注射针剂、导尿等均需动作轻柔，以减少刺激。丈夫在旁陪伴，有利消除患者的精神紧张。为防止抽搐及昏迷时从床上摔下，需加用床挡。活动假牙需取出，并备妥包囊纱布的压舌板，以便及时放入患者口中，防止抽搐时咬破唇、舌。患者需取头低侧卧，以防粘液吸入呼吸道或舌头阻塞呼吸道。必要时，以吸引器吸出喉头粘液或吐出物，以免窒息。在昏迷未清醒时，禁止给予任何饮食和口服药，以防误入呼吸道，导致窒息或肺炎。另需精确记录出入量，注重瞳孔大小、呼吸及心率，每小时记录血压、脉搏、呼吸以及四肢运动情况、腱反射和子宫张力，有助及早发现脑溢血、肺水肿及肾功能不全和有无临产。适时终止妊娠

1.引产指征：妊高征患者治疗后，适时终止妊娠为重要措施之一。

- (1) 重度妊高征积极治疗48~72小时无明显好转者。
- (2) 重度妊高征治疗好转，已 $ge.18.7kPa$ (140mmHg)者。
- (2) 重症患者而子宫颈条件不成熟，不能在短期内经***分娩者。
- (3) 人工破膜引产失败者。
- (4) 胎儿-胎盘功能明显低下或B超检查生物物理指标评分在6分以下者。
- (5) 子痫反复发作，给足量的解痉、降压、镇静剂仍不能控制者。
- (6) 初产妇妊高征心脏病、肺水肿心衰控制后，也以剖宫产较妥。

5.妊高征患者剖宫产注重事项

- (1) 以持续硬膜外麻醉为安全，但需左侧卧15 α -受体阻滞剂，使肺动脉扩张，降低肺高压，纠正缺氧。在用药同时，加用罂粟碱30~60mg溶于50%葡萄糖液20ml，静脉注射，以改善冠状动脉供血。

表3 妊高征心力衰竭常用扩血管药的药效

药物	静脉张力	小动脉阻力	心率	动脉压	心排出量	左心室充盈压	给药方式	不良反应
酚妥拉明	-	-	-	-	-	-	-	-

- darr. darr. uarr.

darr.darr.darr.uarr. darr. 0.5 ~ 8darr. uarr. darr.darr.darr.darr. - -
uarr. darr. 12.5mg, 口服, g8h 扩张静脉作用大于动脉 硝苯地
平 - darr. darr.uarr.darr.darr. darr. darr. 12.5 ~ 25mg加5%葡萄
糖250 ~ 500ml静脉滴注 心悸, 面潮红 硝酸甘油 darr. darr.
20mu.g加5%葡萄糖液250ml, 静脉滴注, 速度为5

~ 10lt.75ge.18.6kPa (140mmHg) 伴有DIC者, 更易导致脑溢
血。根据我们的临床经验, 非凡在刚分娩之后, 应以补充凝
血因子为主, 使用肝素以小剂量为妥。曾有1例为双胎妊娠伴
重度妊高征, 产后出血不凝, 实验室指标均符合DIC。在输
血同时予以肝素25mg静脉滴注, 血尿及***出血均止, 又加
用12.5mg肝素静脉滴注, 总量仅37.5mg, 但血尿及***出血又
出现, 停用肝素后, 出血渐少。此例说明产科的DIC非凡重
要的是去除病因, 则可迅速好转。不宜对妊高征的DIC在去
除病因之后使用大剂量的肝素治疗。妊高征并发肾功能衰

竭1.实验室诊断 (1) 少尿期: 少尿指尿量每日少于400ml。1
) 尿常规: 血尿、蛋白尿和管型均可出现, 尿比重常固定
在1.012左右。2) 血氮质增高, 常以尿素氮增高最为显著。3
) 电解质紊乱: 以高血钾症、高血镁症、高血磷症、低血钠
症和低血钙症为多见。4) 代谢性酸中毒少尿期常需与功能性
(肾前性) 少尿相鉴别, 以下实验结果有助于少尿期的诊断
: 尿渗透浓度lt.1.10; 尿/血尿素氮, 或尿/血肌酐比gt.2;
尿钠gt.2。(2) 多尿期: 尿常规为低比重尿 (1.010 ~ 1.014
之间), 有蛋白尿及管型尿。氮质潴留轻重不等, 初期可继
续加剧, 之后渐下降, 有脱水可致红细胞比容增高, 有时可
出现低血钾症。(3) 恢复期: 轻度蛋白尿、肾浓度稀释功能
及肾小球滤过率下降可持续很长时间。2.并发ARF的治疗需首

先鉴别其ARF为功能性者抑或器质性者（表4）。如为功能性肾衰则首先补充血容量，解除血管痉挛。当血容量已补足，外周血压已恢复而尿量仍不增多时，应给予渗透性利尿剂，在补充血浆、白蛋白基础上予以快速静脉滴注20%甘露醇250ml，有利于消除肾小管细胞及间质水肿，解除肾小管痉挛。如每小时尿量达40ml，应继续给予甘露醇，以维持每小时100ml的尿量。同时可给予酚妥拉明或氨茶碱，以扩张血管，增加肾血流量，再加用呋塞米60~100mg，以避免心力衰竭。

表-4 功能性肾衰与器质性肾衰鉴别

鉴别要点	功能性肾衰	器质性肾衰
出现时间	病程早	发病后较长时间
尿比重	lt.1.015	gt.1.015
尿钠值 (mmol/L)	gt.40	lt.40
尿/血浆渗透压比值	lt.1.1:1	gt.1.1:1
尿/肌酐比值	lt.10:1	gt.10:1
尿沉渣	正常或偶见透明管型	见透明及颗粒管型
PSP试验	lt. 13.5mmol/L (30容积%)	或血气分析提示代谢性酸中毒

则应给予5%碳酸氢钠静脉滴注纠正之，必要时可应用血液净化技术。

3) 在治疗过程中，尚需注重稀释性低钠血症、高镁血症和低钙。

(4) 抗凝药物的应用：因妊高征ARF多由于出血、DIC而发病，所以肝素抗凝治疗需视病情及不同阶段而应用。Winston指出兆子痫、子痫患者面临着血压难以控制或伴有活跃性出血，则禁用肝素治疗。如为产后溶血性尿毒症伴肾功能衰竭时，则可用肝素抗凝治疗。我们同意Winston的意见，在解痉、降压、补充血浆等之后，血压控制而DIC仍存在时，可用小剂量肝素，首量为25mg加右旋糖酐100ml，静脉滴注之后，再按化验结果决定肝素使用的剂量。总之，对先兆子痫、子痫并发DIC而又有ARF者，不宜贸然使用大剂量肝素治疗。

(5) 营养：每日补充热能应ge.18.7kPa (140mmHg)者脑血管自身调节功能丧失，易致脑溢血。

(3) 突有皮质盲发生者，应立即剖宫产及积极处理，有利防止脑溢血。(4) 凡有蛛网膜下腔出血史、脑血管畸形或先天性脑动脉瘤者，孕期非凡是临产后更易发生脑血管意外，应择期行剖宫产，术后禁用麦角碱及缩宫素。弥散性血管内凝血妊高征并发DI的预防(1) 严格把握在解痉基础上扩容与降压，适时终止妊娠这两项原则，妊高征并发DIC将很少发生。(2) 对于妊高征伴胎儿宫内生长迟缓(IUGR)者，应用肝素合剂，肝素25mg加丹参注射液16ml，25%硫酸镁30ml溶于5%右旋糖酐-40内，每日一次，静脉滴注8小时，以达到疏通微循环，防止血小板凝集，对预防DIC有一定作用。5天为一疗程，停2天后，再按病情及化验结果可用第二疗程。

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