

妊娠合并甲状腺机能亢进\_妇产科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/609/2021\\_2022\\_\\_E5\\_A6\\_8A\\_E5\\_A8\\_A0\\_E5\\_90\\_88\\_E5\\_c22\\_609393.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_A6_8A_E5_A8_A0_E5_90_88_E5_c22_609393.htm)

甲状腺功能亢进（甲亢）是一种常见的内分泌疾病，系甲状腺激素分泌过多所致。甲亢妇女常表现为月经紊乱、减少或闭经，生育力低。但在治疗后或未经治疗的甲亢妇女中，怀孕者亦不少，其发生率约为1/1000~2500次妊娠。妊娠期甲亢大多数是graves病，这是一种主要由自身免疫和精神刺激引起，特征有弥漫性甲状腺肿和突眼。【临床表现】正常妊娠由于母体甲状腺形态和功能的变化，在许多方面类似于甲亢的临床表现，例如心动过速、心输出量增加、甲状腺增大、皮肤温暖、多汗、畏热、食欲亢进等，在妊娠和甲亢中都常见。轻度甲亢对妊娠无明显影响，但中、重度甲亢以及症状未控制者的流产率、妊高征发生率、早产率、足月小样儿发生率以及围生儿死亡率增高。甲亢对妊娠的影响原因尚不清楚，可能因甲亢使营养要素消耗过多，以及妊高征发生率高，而影响胎盘功能所致。妊娠期因胎盘屏障，仅有少量t<sub>3</sub>、t<sub>4</sub>能透过胎盘，故不致引起新生儿甲亢。妊娠对甲亢影响不大，相反妊娠时往往会使甲状腺功能亢进的病情有不同程度的缓解。但妊娠合并重度甲亢，由于妊娠可加重心脏的负担，而加重了甲亢患者原有的心脏病变。个别患者因分娩、产后流血、感染可诱发甲亢危象。【诊断】正常妊娠由于母体甲状腺形态和功能的变化，在许多方面类似于甲亢的临床表现，例如心动过速、心输出量增加、甲状腺增大、皮肤温暖、多汗、畏热、食欲亢进等，在妊娠和甲亢中都常见，故使妊娠合并甲亢诊断有

一定困难。在产前检查时发现有甲亢的症状和体征时，应进一步做甲状腺的功能测定以明确诊断。妊娠期甲亢的诊断标准为：有高代谢症群，血清总甲状腺素（tt4） $180.6\text{nmol/l}$ （ $14\mu\text{g/dl}$ ），总三碘甲状腺原氨酸（tt3） $3.54\text{nmol/l}$ （ $230\text{ng/dl}$ ），游离甲状腺素指数（ft4i） $12.8$ 。甲亢的病情以tt4最高水平 $<1.4$ 倍正常值上限者为轻度甲亢； $>1.4$ 倍正常值上限为中度甲亢；有危象、甲亢性心脏病以及心力衰竭、肌病等为重度甲亢。【治疗措施】（1）孕前：因甲亢对胎儿有一系列不良影响，如确诊甲亢，应待病情稳定1~3年后怀孕为妥，用药（抗甲状腺药物或放射性碘）期间，不应怀孕，应采取避孕措施。（2）孕期处理1）甲亢孕妇应在高危门诊检查与随访，注意胎儿宫内生长速度，积极控制妊高征。2）妊娠期可以耐受轻度甲亢，故病情轻者，一般不用抗甲状腺药物治疗，因抗甲状腺药物能透过胎盘影响胎儿甲状腺功能。但病情重者，仍应继续用抗甲状腺药物治疗。在妊娠中、后期抗甲状腺药物剂量不宜过大，一般以维持母血tt4水平不超过正常上限的1.4倍为度，也即可有轻度甲亢。 $>1.4$ 倍正常上限时才用抗甲状腺药物。抗甲状腺药物中，丙基硫氧嘧啶不但可阻断甲状腺激素合成，且阻断t4在周围组织中转化成发挥效能的t3，使血清t3水平迅速下降。常用剂量丙基硫氧嘧啶 $150\sim 300\text{mg/d}$ ，或他巴唑 $15\sim 30\text{mg/d}$ ，甲亢控制后可逐渐减量。在预产期前2~3周不用药，或使用控制甲亢的最小有效量。丙基硫氧嘧啶用量每天保持在 $200\text{mg}$ 以下，他巴唑在 $20\text{mg}$ 以下，胎儿发生甲状腺肿的可能性极小。对于在应用抗甲状腺药物治疗中是否加用甲状腺激素的问题有争论，因甲状腺激素不易通过胎盘，使用后反而加大抗甲状腺药物

的剂量，但联合应用能消除由于抗甲状腺药物引起的甲状腺功能减退和预防胎儿由于抗甲状腺药物的影响发生甲状腺功能减退或甲状腺肿大。3) 由于抗甲状腺药物能迅速通过胎盘影响胎儿甲状腺功能，有人主张在抗甲状腺药物治疗后行甲状腺次全切除术，并取得良好效果，但目前一般意见认为妊娠期应避免甲状腺切除术，因妊娠期甲亢手术难度较大，术后母体易合并甲状腺功能减退、甲状旁腺功能减退和喉返神经损伤，并且手术易引起流产和早产。4) 受体阻滞剂普萘洛尔（心得安）的应用，剂量10~20mg，每日3次。普萘洛尔对甲亢孕妇是一种有效的治疗药物，能缓解由于过多的甲状腺激素引起的全身性症状。普萘洛尔作用较快，效果较好，适用于甲亢危象和施行紧急甲状腺手术的快速准备。但受体阻滞剂在早期心力衰竭或代谢性酸中毒病人中会促使急性心力衰竭，在全身麻醉下会引起严重低血压，长期应用普萘洛尔可使子宫肌肉张力增高，导致胎盘发育不良，以及胎儿宫内生长迟缓，故在妊娠期甲亢中不宜作为首选药物。5) 产科处理：妊娠合并甲亢，治疗得当，妊娠能达足月，经阴道分娩和得到活婴。甲亢不是剖宫产的指征，妊娠合并重度甲亢，早产和围生儿的死亡率较高，并有胎儿宫内生长迟缓可能，故孕期要加强对甲亢的观察和控制，定期随访胎儿胎盘功能和防止早产。6) 产褥期处理：产后甲亢有复发倾向，产后宜加大抗甲状腺药物剂量。关于产后哺乳问题，虽抗甲状腺药物会通过乳汁影响婴儿甲状腺功能，但我们认为应结合产妇病情的严重程度以及服用抗甲状腺药物的剂量来考虑是否哺乳。7) 甲亢危象的处理：妊娠期甲亢未控制而停止抗甲状腺药物治疗、行产科手术以及产后感染和产后流

血会诱发甲亢危象，如不及时治疗可发生高热、频脉、心力衰竭、失神、昏迷。治疗应给以大量抗甲状腺药物，如丙基或甲基硫氧嘧啶，每次100~200mg，每6小时一次口服；他巴唑或甲亢平10~20mg，每6小时一次口服。神志不清不能口服者，可经鼻饲管注入。口服复方碘溶液，每日30滴左右。普萘洛尔20~40mg，每4~6小时一次口服，或0.5~1mg静脉注射，应用时注意心脏功能。利血平1~2mg，肌肉注射，每6小时一次。氢化可的松每日200~400mg，静脉滴注；并予以广谱抗生素、吸氧、冷敷及镇静解热剂，纠正水和电解质紊乱以及心力衰竭。

8) 新生儿管理：对甲亢孕妇分娩的新生儿，需注意检查有无甲状腺功能减退、甲状腺肿或甲亢，并作甲状腺功能检查。母体tsh、t4与t3很难通过胎盘屏障，但长效甲状腺刺激素(lats)很容易通过胎盘屏障，因此患甲亢母亲的婴儿有可能发生新生儿甲状腺功能亢进，这些新生儿可以出现明显的眼球突出和甲状腺功能亢进的体征，脐血测定t4和tsh浓度可估价新生儿甲状腺功能。新生儿甲亢可在出生后立即出现，或1周后才出现。新生儿甲亢的治疗，包括他巴唑每日0.5~1mg/kg，或丙基硫氧嘧啶每日5~10mg/kg，分次服用，并加用复方碘溶液，每次1滴，每日3次；有心力衰竭者应用洋地黄，激动者应用镇静剂。妊娠期母亲服用过抗甲状腺药物者，新生儿有可能出现暂时性甲状腺功能减退，应加以注意。

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)