



# 关于高危孕产妇的识别与救治

# 高危孕产妇的概念

高危孕产妇是指凡妊娠期因某种因素可能危害孕妇、胎儿与新生儿或导致难产者；除上述病理因素以外扩大到社会、经济、交通、文化的影响因素等。

# 高危孕产妇的识别

- 首先依赖于我们县、乡村的三级网络。
- 网底清数管理，村妇女主任、责狂医生培训，充分发挥由下而上网底作用。
- 早建卡(孕13周前)、孕4月、孕6月复诊进行产前筛查及三维B超检查、孕28周以后要求所有孕妇都应该到县级医院妇产科再次高危筛查

# 高危孕产妇的识别

凡符合高危孕产妇范畴的都可以诊断为高危孕产妇。通常可从孕妇的病史、临床检查、特殊检查获得所需要的诊断依据。

# 高危孕产妇的识别

## （一）孕早期筛查

### 1. 一般情况询问及体格检查

通过一般情况询问及体格检查可筛出以下高危因素

- （1）年龄<18岁及>35岁者
- （2）身高<1.45米
- （3）体重<40公斤或>80公斤
- （4）胸廓脊柱畸形
- （5）家庭贫困
- （6）孕妇或丈夫为文盲或半文盲
- （7）丈夫长期不在家Wee: （8）由居住地到卫生院需要一小时以上。

# 高危孕产妇的识别

## 2. 询问病史

通过询问病史可筛出以下高危因素

- (1) 自然流产 $\geq 2$ 次
- (2) 人工流产 $\geq 2$ 次
- (3) 早产史 $\geq 2$ 次（妊娠不足37周分娩）
- (4) 早期新生儿死亡史1次（早期新生儿为出生后七天内的新生儿）
- (5) 死胎、死产史 $\geq 2$ 次
- (6) 先天异常儿史1次（先天异常为各类出生缺陷及先天性聋哑儿等）
- (7) 先天异常儿史 $\geq 2$ 次
- (8) 难产史
- (9) 巨大儿分娩史（分娩过体重大于等于8千克的新生儿）

# 高危孕产妇的识别

- (10) 有产后出血史者。（指产后出血大于400毫升，进行特殊止血处理者）
- (11) 活动性肺结核
- (12) 肺心病
- (13) 甲状腺功能亢进或低下
- (14) 慢性肾炎
- (15) 原发性高血压或慢性高血压；
- (16) 心脏病，特别是有心衰史或紫绀型心脏病
- (17) 糖尿病孕妇及一级亲属有遗传病史
- (18) 妊娠早期接触可疑致畸药物
- (19) 妊娠早期接触物理化学因素及病毒感染等

# 高危孕产妇的识别

## （二）产科检查

通过产 科检查可发现以下高危因素。

1. 骶耻外径 $<18\text{cm}$ 、坐骨结节间径 $\leq 8\text{cm}$ 。
2. 畸形骨盆

## （三）辅助检查-通过辅助检查可筛出以下高危因素

1. 贫血 血红蛋白 $<100\text{g/L}$  进行血常规检查
2. 乙肝病毒携带 进行乙肝五项检查（代表体内病毒情况）
3. 慢性肾炎 通过尿常规检查
4. 妊娠糖尿病



# 高危孕产妇的识别

## （四）孕中、晚期

- 1.臀位、横位 孕30周后检查胎位异常，胎头在脐上或脐旁，为臀位或横位
- 2.先兆早产 早产儿的定义：妊娠满28周且不满37周分娩者。
- 3.羊水过多或过少
4. 妊娠高血压综合征
5. 估计巨大儿或IUGR。

# 高危孕产妇的救治

## 一、妊娠期高血压疾病：

妊娠期特有的疾病,包括妊娠期高血压、子痫前期、子痫、慢性高血压并发子痫前期及慢性高血压。

分类：

- 1.妊娠期高血压
- 2.子痫前期
- 3.子痫
- 4.慢性高血压并发子痫前期
- 5.妊娠合并慢性高血压

# 高危孕产妇的救治

## 【诊断要点】

- 1.病史、临床表现、体征、辅助检查。
- 2.重视门诊产前检查(体重、水肿、血压、尿蛋白)。强调:注意体重的异常增加。
- 3.辅助检查
  - 1)、血常规
  - 2)、尿液检查
  - 3)、凝血功能检查
  - 4)、血生化检查;肝肾功能、电解质
  - 5)、眼底检查
  - 6)、心电图
  - 7)、胎儿宫内情况检查:B超、NST、脐血流、生物物理评分、胎儿成熟度。

# 高危孕产妇的救治

## 【治疗原则】

- 1.基本原则镇静、解痉、降压、利尿、适时终止妊娠。
- 2.根据病情不同,治疗原则略有不同
  - (1)妊娠期高血压:休息、镇静.对症,必要时降压。
  - (2)子痫前期:一般处理、解痉、降压,必要时终止妊娠。
  - (3)子痫:控制抽搐发作、防治并发症、短时控制后终止妊娠。
  - (4)妊娠合并慢性高血压:以降压为主。

# 高危孕产妇的救治

## 3.子痫的处理

- (1) 控制抽搐
- (2) 血压过高的，给予降压药物
- (3) 纠正缺氧和酸中毒
- (4) 终止妊娠：抽搐2h后可考虑终止妊娠
- (5) 护理
- (6) 密切观察病情变化,及时发现心力衰竭、脑出血、肺水肿、HELLP综合征、肾功能衰竭、DIC等并发症,并积极处理。

# 高危孕产妇的救治

## 二、妊娠期糖尿病：

妊娠期间的糖尿病包括两种情况,孕前已有糖尿病的患者,称为糖尿病合并妊娠;妊娠后首次发现和发病的糖尿病,称为妊娠期糖尿病（**GDM**）

# 高危孕产妇的救治

诊断要点:

## (一)糖尿病合并妊娠(DM)

1.妊娠前已确诊为糖尿病的患者。

2.妊娠前未进行糖尿病检查,尤其是存在糖尿病高危因素者,首次产检时空腹血糖或随机血糖达到以下标准,则应诊断为孕前糖尿病。方法与非孕期糖尿病相同。

(1)妊娠期空腹血糖(FBG)  $\geq 7\text{mmol/L}$  (126mg/d),或HbA1C  $\geq 6.5\%$ ,或75gOGTT2小时血糖(或随机血糖)  $\geq 11.1\text{mol/L}$  (200mg/dl)。无症状者需重复检查确认。

(2)孕期出现多饮多食多尿,体重不升或下降,甚至并发酮症酸中毒,伴血糖明显升高,随机血糖  $\geq 11.1\text{mol/L}$  (200mg/dl)者。

# 高危孕产妇的救治

## (二)妊娠期糖尿病(GDM)

诊断方法:

(1)一步法:妊娠24-28周对未诊断为糖尿病的孕妇直接行75gOGTT试验。方法为:试验前连续三天正常体力活动、正常饮食。检测前晚,晚餐后10点钟开始禁食(禁食时间至少8小时),次晨先抽血测空腹血糖,将75克无水葡萄糖(83克葡萄糖粉)溶于约300毫升温水中,5分钟内服完,从饮糖水第一口计算时间,于服糖后1小时、2小时分别抽血测血糖。检查期间静坐、禁烟。空腹、1小时、2小时三次血糖不超过5.1、10.0、8.5(mmol/L),任一点大于或等于标准即可诊断GDM。

(2)两步法:第一步 :进行 FPG,FPG $\geq$ 5.1mmol/L则诊断 GDM;如 FPG $\geq$ 4.4mmol/L但 <5.1 mmol/L者进行第二步:75g OGTT,如果 OGTT结果异常者则诊断为 GDM



# 高危孕产妇的救治

## 糖尿病的病因学分类

1. 1型糖尿病 $\beta$ 细胞破坏,胰岛素绝对缺乏。
2. 2型糖尿病胰岛素抵抗,或合并有胰岛素缺乏。
3. 妊娠期糖尿病(GDM)。
4. 其他类型。

# 高危孕产妇的救治

## 【治疗原则】

### (一)糖尿病合并妊娠的孕前评估

- 1.评估是否伴有糖尿病微血管病变,包括:视网膜、肾病、神经病变和心血管疾病
- 2.孕前准备

### (二)孕期治疗原则维持血糖在正常范围,减少母儿并发症,降低围产儿死亡率。

- 1.孕期血糖监测
- 2.孕妇并发症监测
- 3.胎儿监护
- 4.入院治疗指征门诊血糖控制不满意或有其他并发症时,需住院治疗,进行全面评估

# 高危孕产妇的救治

## (三)产时处理

- 1.住院及分娩时间糖尿病发生胎死宫内的风险增加,因此分娩时间不超过预产期。可于**39**周后入院引产。不需胰岛素治疗者**40**周前终止妊娠,需胰岛素治疗者**38—39**周终止妊娠。病情重有微血管病变者或有其他合并症者,根据病情提前住院终止妊娠。
- 2.分娩方式根据病情及是否有头盆不称等选择分娩方式。

# 高危孕产妇的救治

## (四)产后处理:

1. GDM 患者产后一般无需使用胰岛素,显性糖尿病使用胰岛素者产后皮下胰岛素用量减半,并结合血糖水平调整胰岛素。产后输液一般可按每4g葡萄糖加1U胰岛素的比例,并根据血糖值调整胰岛素浓度。
2. 提倡母乳喂养。
3. GDM产妇产后6-12周随访,行75g OGTT检测,测空腹及2小时血糖,确定有无发展为显性糖尿病,正常值(WHO标准);FBG $<6.1\text{mmol/L}$ ,2小时血糖 $<7.8\text{mmol/L}$ ;FBG  $\geq 7\text{mmol/L}$ 或2小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 为糖尿病;介于之间为空腹血糖受损(IFG)和糖耐量受损(IGT)。异常者内分泌就诊,正常者建议每三年进行一次随访。
4. 抗生素预防感染

# 高危孕产妇的救治

## (五)新生儿处理

1. 新生儿出生后监测3、6、12、24小时血糖,防止低血糖,必要时转新生儿科观察。
2. 无论体重大小均按早产儿处理,注意保温、提早喂糖水、早开奶。
3. 注意检查有无低血糖、低血钙、红细胞增多、黄疸、畸形、RDS等。

# 高危孕产妇的救治

## 三:妊娠合并甲状腺疾病

### 一、妊娠合并甲状腺功能亢进

轻症和经治疗后能控制的甲亢,一般不影响妊娠,重症不易控制的甲亢患者,可引起流产、早产和死胎,伴妊娠期高血压疾病或子宫收缩乏力时,会加重心血管系统症状,甚至出现心衰和甲亢危象。

# 高危孕产妇的救治

## 诊断

### (一)病史

妊娠前有甲亢病史

### (二)临床表现

- 1、症状:心悸、多汗、食欲亢进、消瘦、情绪急躁、怕热和乏力,有时有腹泻。
- 2、检查:孕妇可有突眼、甲状腺肿大并有血管杂音,心率>100次/分,双手震颤。

### (三)实验室检查

- 1、基础代谢率>30%;
- 2、血清蛋白结合碘>0.79mmol/L;
- 3、T3、T4增高一倍以上,FT3、FT4增高;

# 高危孕产妇的救治

## 治疗原则

(一) 处理原则:控制甲亢发展,通过治疗安全渡过妊娠和分娩。

(二) 药物治疗

(三) 手术治疗

(四) 产科处理

1、妊娠期:甲亢孕妇易发生FGR,应加强监护。妊娠37-38周入院监护,并决定分娩方式。

2、症状能控制者,可等待自然分娩,分娩方式按产科指征决定。

3、大多数患者经治疗后能胜任妊娠和分娩,但以下情况宜终止妊娠。

(1)重症病人用丙基400mg/d疗效不满意者。

(2)合并心衰者,于心衰控制后终止妊娠。



# 高危孕产妇的救治

- 4、阴道分娩时,尽量减轻疼痛,吸氧,补充能量,缩短第二产程,预防感染和注意产后出血和甲亢危象。
- 5、新生儿处理:出生时取脐带血检测T3、T4,以了解新生儿甲状腺功能。
- 6、产后需继续服用PTU者,由于乳汁中含量低,可喂奶。

# 高危孕产妇的救治

## 二、妊娠期甲状腺功能减低

### 【概述】

甲状腺功能减低(甲减)月经紊乱、影响生育,能妊娠者多病情轻,妊娠期甲减的发病率约为**2.5%**,其中以亚临床甲减为主。症状无特异性,但可造成流产、早产、胎盘早剥、并发妊娠高血压、并可影响胎儿的神经精神发育。因此,妊娠期甲减需要治疗。

# 高危孕产妇的救治

## 【诊断要点】

- (一)病史妊娠前有甲状腺疾病史,如慢甲炎、甲状腺手术史或放射性碘治疗史等。
- (二)临床表现无特异性,可表现为疲乏、畏寒、便秘、眼睑肿胀、语言缓慢、精神活动迟钝等。甲状腺可肿大或正常。
- (三)实验室检查TSH升高,FT3、FT4正常(亚临床甲减)或降低(临床甲减)。可伴有甲状腺抗体TPO-Ab或TG-Ab (+)。

# 高危孕产妇的救治

## 【治疗原则】

(一)孕前咨询有甲减的孕妇,孕前服用左旋甲状腺素片,维持甲功至正常。

(二)孕期治疗

1.孕期左旋甲状腺素片应加量25cr/o—50%,早孕期维持TSH<

2.5 pLIU/ml,

中晚孕期维持rrSH<3iu,IU/ml.

2.有甲减高危因素的妇女,孕期首诊应行甲状腺功能检测,以发现潜在的甲减,并进行治疗。这些高危因素包括:孕前甲减史、自身免疫性甲状腺疾病史及家族史、型糖尿病、其他自身免疫性疾病、可能导致甲状腺功能贮备降低的情况(如颈部放疗史、甲状腺部分切除史)等。

3.产科处理无特殊,一般能耐受分娩。

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/178044122007006052>