

编者按：5月的第二个星期日，母亲节翩然而至。每个人都在感恩自己的母亲，正所谓“十月胎恩重，三生报答轻。”妊娠期生理及心理上的变化，对于每个母亲来说无不是重大考验。然而，先天性心脏病、高血压、糖尿病、肝炎等疾病，以及身体障碍等，均严重威胁着孕产妇及胎儿的健康和生命安全。患有此类疾病的女性，以及妊娠期合并上述疾病的孕妇，对孕育胎儿同样有着强烈的渴望。如何降低此类女性妊娠风险，如何使她们安全孕育下一代，是全社会关注的问题。

# 妊娠合并疾病：从桑兰生子谈起

## 高位截瘫 孕育后代并不可怕

▲ 同济大学附属上海市第一妇婴保健院 段涛



段涛 教授

大多数截瘫女性仍保留正常生育功能和性生活能力，虽截瘫孕妇妊娠及分娩风险较大，但并无禁忌症。

### 高位截瘫女性仍可正常受孕

高位截瘫对体表和四肢影响较大，但对内脏功能影响不大，对怀孕生育无直接影响。高位截瘫女性患者月经正常，有正常

的性冲动，可正常受孕，这是因为女性的排卵功能是由大脑通过内分泌激素调节的，并不受脊髓损伤的影响。

### 截瘫对妊娠期孕妇存在独特影响

**血栓形成** 妊娠期血液处于高凝状态，截瘫孕妇长期卧床体位相对固定，下肢血流不畅，发生血栓栓塞的风险增加。若患者既往有血栓栓塞性疾病，怀孕前长期口服避孕药或截瘫孕妇突发下肢水肿明显加重，应立即检查是否发生血栓，可予肝素治疗。

**泌尿系统感染** 可造成早产，败血症，甚至诱发急性肾功能衰竭。截瘫孕妇由于膀胱排空不完全，尿路感染机会大大增加。建议尽量避免留置尿管，必要时预防性使用抗菌素。

**贫血** 妊娠期孕妇易发生缺铁性贫血，截瘫孕妇产前约有70%已发生缺铁性贫血。建议严重贫血截瘫孕妇(血红蛋白<60g)，应少量多次输血，控制输血速度，警惕急性左心衰竭的发生。

**肺功能改变** 妊娠期间，膈肌上升、子宫增大、腹压增加，使膈肌活动幅度减少，对于颈椎和高位胸椎损伤的截瘫孕妇，这种改变影响更加明显。建议截瘫孕妇进行深呼吸训练、胸部物理疗法，以预防和减少肺部并发症。



高位截瘫桑兰顺利产下一名男婴

图版来源/东方网

### 截瘫发生时间决定对胎儿的影响

**妊娠前发生截瘫** 孕12周前流产发生率并未增高，但孕37周前早产发生率约为30%~40%。妊娠后期，增大的子宫压迫下腔静脉，导致回心血量减少20%~30%，

孕妇发生“仰卧位综合征”，导致胎儿宫内缺氧，甚至胎盘早剥胎死宫内。建议将床向左侧倾斜以避免子宫压迫下腔静脉。

**妊娠后发生截瘫** 早孕

时外伤所致截瘫常导致胎儿流产；孕12~20周内，若未流产，存活胎儿可发生颜面缺损、大脑发育不全等畸形；孕20周后创伤可致胎盘早剥，胎死宫内。

### 两种分娩方式可供选择

48%的截瘫孕妇可经阴道分娩，截瘫孕妇由于盆底肌肉松弛，故不建议行会阴切开缝合，主张硬

膜外麻醉，因其可预防分娩时自主反射亢进的发生，麻醉药物首选丁哌卡因。也可选择剖宫产终

止妊娠，麻醉首选硬膜外麻醉，术中给予呼吸支持，技术上难以行硬膜外麻醉时，可采用全麻。

## 先天性心脏病妊娠 全方位管理是关键

▲ 首都医科大学附属北京安贞医院妇产科 李燕娜



李燕娜 教授

先心病育龄期妇女，要以良好的心态、科学的态度对待妊娠分娩过程，遵从医生的建议，不具备条件时坚决避免妊娠。

近年，心脏外科手术技术的提高，越来越多的先心病患儿长大成人，步入生育年龄，面临结婚生子的挑战。妊娠合并先心病孕期管理理论和

实践的深入发展，对于形成系统临床路径，提高孕期监护和治疗水平，降低围产期母婴并发症发生率和病死率均具有重要意义。

### 孕前初筛评估妊娠风险

2011欧洲心脏病学会妊娠心血管病诊治指南建议，对患有先心病的育龄女性应进行孕前初筛评估妊娠风险，明确先心病的类型、是否已经接受手术、心肺功能

状态、有无其他合并症和妊娠风险后，再决定是否能够妊娠。通过初筛，将妊娠风险分为黄色、橙色和红色并制定预警机制。红色：不宜妊娠，作为重点宣教；橙色：需进行心

脏手术，然后再考虑妊娠；黄色：可妊娠。对于有孕前评估的妊娠合并先心病孕妇，多数可经阴道自然分娩，部分有产科指征且心功能恶化时可及早择期剖宫产终止妊娠。

### 高危妊娠进行全方位管理

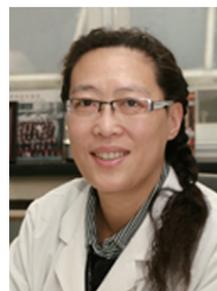
高危妊娠者应注意：(1)孕前应得到心脏病专家和产科专家指导；(2)孕后加强保健和产前检查；(3)做好预防措施，避免发生呼吸

道感染。应避免与传染源接触，注意休息，保证充足睡眠，提高机体免疫力。一旦出现上呼吸道感染，及时就诊；(4)增加高蛋白、高维生素类食品的

进食，减少脂肪类食物和盐的摄入，防止体重增加过快、过多；(5)适当增加产前检查次数，发现问题及时处理，必要时预产期前2~3周住院待产。

## 妊娠合并高血压 谨选降压药

▲ 北京大学人民医院心脏中心 陈源源



陈源源 教授

心内科与妇产科应紧密协作，控制血压，由产科专家决定终止妊娠时机。

妊娠全程及分娩前后，高血压及可能合并的子痫前期与子痫，威胁着孕妇及胎儿的健康与生命。

### 重视拟妊娠前准备与评估

妊娠期高血压好发因素较明确：精神紧张、初产妇年龄<18岁或>40岁、伴慢性高血压、子宫张力过高(如双胎或多胎、糖尿病巨大儿及葡萄胎等)等，因此，拟妊娠前的准备与评估非常重要。评估包括血压水平、靶器官损害情况及正在应用的降压药物与疗效等。

### 慎重进行药物选择

建议妊娠前已接受降压药物治疗的孕妇，主动去心内科调整药物治疗方案，避免因血压过低而增加胎儿畸形的风险。

妊娠全程首选 $\alpha$ 、 $\beta$ 受体阻滞剂拉贝洛尔，其降压作用显著且不良反应较少；硝苯地平片及缓释片可安全用于妊娠早、中、晚期，作为第二选择，但在分娩前应慎重应用，因其可能造成子宫收缩乏力；妊娠前已服用噻嗪类利尿剂的孕妇，若并发子痫前期应停止服用；血压控制不良时，应选择联合药物降压，如拉贝洛尔联合硝苯地平。妊娠全程绝对禁用肾素-血管紧张素系统抑制剂。