



妇科主治医师考试:《答疑周刊》2019 年第 18 期

问题索引:

一、【问题】请简述妊娠剧吐的病因?

二、【问题】请简述妊娠剧吐的临床表现有哪些?

三、【问题】请简述妊娠剧吐的诊断及鉴别诊断?

四、【问题】请简述如何治疗妊娠剧吐?

五、【问题】请简述妊娠期心血管方面的变化?

具体解答:

一、【问题】请简述妊娠剧吐的病因?

至今病因不明。鉴于早孕反应出现与消失的时间与孕妇血 hCG 值上升与下降的时间相一致,加之葡萄胎、多胎妊娠孕妇血 hCG 值明显升高,剧烈呕吐发生率也高,说明妊娠剧吐可能与 hCG 水平升高有关。雌激素也与妊娠剧吐密切相关,妊娠恶心和呕吐随雌二醇水平的增减而增减,服用雌激素的妇女比未服者更易恶心和呕吐证明了这种症状对雌激素的易感性。精神过度紧张、焦急、忧虑及生活环境和经济状况较差的孕妇易发生妊娠剧吐,提示此病可能与精神、社会因素有关。妊娠剧吐也可能与感染幽门螺旋杆菌有关。

二、【问题】请简述妊娠剧吐的临床表现有哪些?

停经 40 日左右出现早孕反应,逐渐加重直至频繁呕吐不能进食,呕吐物中有胆汁或咖啡样物质。严重呕吐引起失水及电解质紊乱,动用体内脂肪,其中间产物丙酮聚积,引起代谢性酸中毒。体重较妊娠前减轻 $\geq 5\%$,面色苍白,皮肤干燥,脉搏细数,尿量减少,严重时血压下降,引起肾前性急性肾衰竭。一些孕妇,会出现短暂的肝功能异常。近年研究发现妊娠剧吐患者常存在促甲状腺素的抑制状态,如无甲状腺本身疾病证据,不诊断甲状腺功能亢进。

三、【问题】请简述妊娠剧吐的诊断及鉴别诊断?

根据病史、临床表现及妇科检查,不难确诊。其诊断至少应包括每日呕吐 ≥ 3 次,尿酮体阳性,体重较妊娠前减轻 $\geq 5\%$ 。

对妊娠剧吐患者还应行临床化验检查以协助了解病情。

1. 尿液检查 测定尿量、尿比重、酮体,注意有无蛋白尿及管型尿。

2. 血液检查 测定红细胞数、血红蛋白含量、血细胞比容、全血及血浆黏度,了



解有无血液浓缩。动脉血气分析测定血液 pH、二氧化碳结合力等,了解酸碱平衡情况。还应检测血钾、血钠、血氯含量、凝血功能、肝、肾及甲状腺功能。

3. 必要时行眼底检查及神经系统检查。

妊娠剧吐主要应与葡萄胎及可能引起呕吐的疾病如肝炎、胃肠炎等相鉴别。

四、【问题】请简述如何治疗妊娠剧吐?

妊娠后服用多种维生素可减轻妊娠恶心、呕吐。对精神情绪不稳定的孕妇,给予心理治疗,解除其思想顾虑。

妊娠剧吐患者应住院治疗,禁食,根据化验结果,明确失水量及电解质紊乱情况,酌情补充水分和电解质,每日补液量不少于 3000ml,尿量维持在 1000ml 以上,输液中应加入氯化钾、维生素 C 等,并给予维生素 B1 肌肉注射。

止吐剂一线用药为维生素 B6 或维生素 B6-多西拉敏复合制剂。对合并有代谢性酸中毒者,可给予碳酸氢钠或乳酸钠纠正。营养不良者,静脉补充必需氨基酸、脂肪乳。一般经上述治疗 2~3 日后,病情多可好转。若患者体重减轻大于 5%~10%,不能进食,可选择鼻饲管或中心静脉全胃肠外营养。孕妇可在呕吐停止后,试进少量流质饮食,可逐渐增加进食量,同时调整补液量。

经治疗后多数病情好转可继续妊娠,若出现下列情况危及孕妇生命时,需考虑终止妊娠:

①持续黄疸;②持续蛋白尿;③体温升高,持续在 38℃ 以上;④心动过速 (≥ 120 次/分);⑤伴发 Wernicke 综合征等。

五、【问题】请简述妊娠期心脏血管方面的变化?

1. 妊娠期 随妊娠进展,胎盘循环建立,母体代谢增高,内分泌系统发生许多变化,母体对氧和循环血液的需求大大增加,在血容量、血流动力学等方面均发生一系列变化。

孕妇的总血容量较非妊娠期增加,一般自妊娠第 6 周开始,32~34 周达高峰,较妊娠前增加 30%~45%。此后维持在较高水平,产后 2~6 周逐渐恢复正常。血容量增加引起心排出量增加和心率加快。妊娠早期主要引起心排出量增加,妊娠 4~6 个月时增加过多,平均较妊娠前增加 30%~50%。心排出量受孕妇体位影响极大,约 5% 孕妇可因体位改变使心排出量减少出现不适,如“仰卧位低血压综合征”。妊娠中晚期需增加心率以适应血容量增多,分娩前 1~2 个月心率每分钟

平均约增加 10 次。血流限制性损害的心脏病, 如二尖瓣狭窄及肥厚性心肌病患者, 可能会出现明显症状甚至发生心力衰竭。

妊娠晚期子宫增大、膈肌上升使心脏向左向上移位, 心尖搏动向左移位 2.5~3cm。由于心排出量增加和心率加快, 心脏工作过增大, 导致心肌轻度肥大。心尖第一心音和肺动脉瓣第二心音增强, 并可有轻度收缩期杂音。这种妊娠期心脏生理性改变有时与器质性心脏病难以区别, 增加了妊娠期心脏病诊断的难度。

2. 分娩期 分娩期为心脏负担最重的时期。子宫收缩使孕妇动脉压与子宫内压之间压力差减小, 且每次宫缩时有 250~500ml 液体被挤入体循环, 因此, 全身血容量增加; 每次宫缩时心排血量约增加 24%, 同时有血压增高、脉压增宽及中心静脉压升高。第二产程由于孕妇屏气, 先天性心脏病孕妇有时可因肺循环压力增加, 使原来左向右分流转为右向左分流而出现发绀。胎儿胎盘娩出后, 子宫突然缩小, 胎盘循环停止, 回心血量增加。另外, 腹腔内压骤减, 大量血液向内脏灌注, 造成血流动力学急剧变化。此时, 患心脏病孕妇极易发生心力衰竭。

3. 产褥期 产后 3 日内仍是心脏负担较重的时期。除子宫收缩使一部分血液进入体循环外, 妊娠期组织间滞留的液体也开始回到体循环。妊娠期出现的一系列心血管变化, 在产褥期尚不能立即恢复到妊娠前状态。心脏病孕妇此时仍应警惕心力衰竭的发生。

从妊娠、分娩及产褥期对心脏的影响看, 妊娠 32~34 周后、分娩期 (第一产程末、第二产程)、产后 3 日内心脏负担最重, 是心脏病孕妇的危险时期, 极易发生心力衰竭。