

孕妇心血管血流参数异常的处理

崔竹梅 相尧美

1994年10月~1995年1月,我院应用无创性心血管血流参数检测仪对晚期妊娠妇女心血管血流参数进行多次检测,对其中30例异常的病人,采用不同方案进行治疗,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

晚期妊娠妇女30例,年龄23~38岁,孕周30~40 $\frac{2}{7}$ 周。其中合并妊娠高血压综合征10例。

嘱被检测者取平卧位,四肢肌肉放松休息5min后,输入身高、体重、年龄、孕周等数据,置传感器于左桡动脉搏动最强处。待屏幕上显示14项参数及一幅完整的脉搏波形图时,打印有产科意义的平均动脉压(MAP)、心脏指数(CI)、外周阻力(TPR)和血液粘性(V)4项参数。所测结果以丛克家^[1]报道的正常妊娠妇女的MAP,CI,TPR及V数值为判断标准。

结果表明,治疗前MAP异常20例,V异常27例,CI异常26例,TPR异常27例。

低排伴轻、中高阻及极高阻者给予低分子右旋糖酐500ml,静脉滴注,每日1次,分别治疗5d和7d。轻、中高阻和极高阻不伴低排者给予心痛定10mg舌下含化,每日3次,分别治疗5d和7d。合并有血液粘稠度高者加用肠溶阿斯匹林50mg,每日2次。轻、中、重度妊娠高血压综合征病人分别给予硫酸镁5,10,15g加入5%葡萄糖500ml溶液静脉滴注,每日1次,5~7d为1疗程。

治疗前后MAP,CI,TPR及V的检测结果见附表。由附表可见,治疗后孕妇MAP较治疗前降低,差异无显著性($t=1.72, P>0.05$);CI升高,差异有极显著性($t=4.136, P<0.001$)。TPR及V降低,差异有极显著性($t=5.676, 3.796, P<0.001$)。

附表 治疗前后MAP,CI,TPR及V变化($\bar{x}\pm s$)

时间	MAP (P/kPa)	CI (Q/L·min ⁻¹ ·m ⁻²)	TPR (R/MPa·s·L ⁻¹)	V (η/mPa·s)
治疗前	12.19±1.43	2.13±0.69	11.68±2.24	4.64±0.55
治疗后	12.07±1.45	2.66±0.78*	10.40±2.40*	4.06±0.46*

与治疗前比较,* $t=3.796\sim 5.676, P$ 均 <0.001

2 讨论

血液粘稠度高的病人应用小剂量阿斯匹林治疗的原理为:阿斯匹林为乙酰水杨酸类药物,它作用于前列腺素合成过程中第一个合成酶——环氧化酶,导致前列环素、血栓素A合成受阻,由于前列环素及血栓素A在体内极不稳定,可通过二者代谢物6-Keto-PGF α 和TXB $_2$ 的含量来反映其体内水平。妊娠期外周血中二者含量均高于非妊娠期,两者间达到一种新的平衡。妊娠高血压综合征时体内前列环素合成下降,血栓素A $_2$ 合成增高,使血栓素A $_2$ /前列环素(T/P)比值升高。研究表明,小剂量阿斯匹林可使妊娠高血压综合征病人T/P比值基本不变。同时小剂量阿斯匹林可抑制纤维结合蛋白含量的升高和抗凝血酶Ⅲ的消耗,降低血液的粘稠度,从而可预防妊娠高血压综合征的发生^[2]。因此,对于血液粘稠度高的病人及时给予小剂量阿斯匹林,降低血液粘稠度,可预防妊娠高血压综合征的发生,并且目前尚未发现其对孕产妇、胎儿、新生儿有副作用。

对于低排高阻病人及时给予解痉及扩容治疗,采用低分子右旋糖酐和心痛定治疗结果表明,CI较用药前明显提高,TPR较用药前明显下降。通过监测CI及TPR值正常后及时停药,可预防妊娠高血压综合征的发生。对于妊娠高血压综合征同时合并低排高阻病人除应用上述药物外,加用硫酸镁静脉滴注可明显改善病情。因此,通过对血流参数的监测可及早发现血液动力学变化,根据检测结果及时治疗,以预防妊娠高血压综合征的发生。同时,对于妊娠高血压综合征病人的治疗也有指导意义,因此可在临床上推广使用。

关键词 妊娠;血液动力学;药物疗法

中国图书资料分类法分类号 R714.246

参考文献

- 1 丛克家. 妊高征扩容治疗血液动力学检测. 中华妇产科杂志, 1992;27:5
- 2 程蔚蔚. 小剂量阿斯匹林预防妊高征. 中华妇产科杂志, 1991;26(6):342

作者单位 青岛医学院附属医院妇产科(青岛 266003)

(1996-04-03收稿 1996-11-10修回)