妊娠期高血压疾病 每位妈妈都需注意的并发症

妊娠过程承载着准妈妈的期待,同时存在多种妊娠相关风险,妊娠期高血压疾病为其中需要重点关注的并发症。该疾病可损害母体健康,威胁胎儿安全,属于孕期产检重点监测的妊娠并发症。掌握相关知识,落实预防与处置措施,是准妈妈保障自身与胎儿安全的重要内容。

什么是妊娠期高血压疾病

临床将该疾病分为四类。妊娠期高血压指妊娠20周后首次出现血压升高,血压≥140/90mmHg,不伴随蛋白尿、水肿等表现,产后12周内血压可恢复正常。子痫前期以血压升高为基础,合并蛋白尿、肝肾功能损伤、血小板减少等异常,是病情进展的关键阶段。子痫由未得到有效控制的子痫前期发展而来,以抽搐、昏迷为主要表现。慢性高血压并发子痫前期指孕前已确诊高血压,孕期新发子痫前期相关症状。

妊娠期高血压:潜在的"炸弹"

妊娠期高血压可对母体、胎儿产生多重危害,风险随病情加重升高。母体可发生脑出血、心力衰竭、肾功能衰竭、胎盘早剥等严重并发症,危及生命;部分患者远期遗留慢性高血压,影响长期健康。疾病引发全身小动脉痉挛,造成胎盘血管收缩、胎盘血流量下降,胎盘供氧供血不足,诱发胎儿生长受限、早产、低出生体重,严重时出现胎儿宫内窘迫、胎儿死亡。

妊娠期高血压的诊疗:合理监测规避不良结局

诊疗原则为早期识别、早期干预,适时终止妊娠,保障母婴安全性。产检中的血压测定、尿常规检查属于基础筛查项目。医师结合高危因素开展风险评估,高危因素包含初产、年龄≥35岁或≤18岁、多胎妊娠、肥胖、妊娠期高血压或子痫前期既往史、慢性高血压、糖尿病、肾脏疾病等。孕20周后强化监测,血压持续升高或检验指标异常时,完善动态血压、尿蛋白定量等检查,明确病情分级,同步评估胎儿宫内状态。

轻症患者以生活方式干预为主要手段;重症患者在医师指导下使用药物治疗。临床常用降压药物包括拉贝洛尔、硝苯地平,此类药物对胎儿相对安全,不可自行调整用药或停药。医师定期评估病情,符合指征者住院监护;病情持续进展时,可提前终止妊娠,规避不良结局。

居家管理与临床干预同等重要。饮食层面适度限制钠盐摄入,充足补充蛋白质、维生素与钙,可选择瘦肉、鸡蛋、牛奶等食物,改善机体状态。作息层面保障每日睡眠时长不少于8小时,优先采取左侧卧位,改善胎盘供血。血压控制平稳、无不适症状时,开展散步、孕妇瑜伽等低强度活动,禁止剧烈运动。规律开展居家血压监测,固定时段测量并留存记录。出现头痛、头晕、视物模糊、下肢水肿进行性加重等表现,立即就诊。维持情绪平稳,规避焦虑、紧张,不良情绪可造成血压波动,加重病情。

患妊高症:除了剖宫产无路可走

多数妊娠期高血压患者具备阴道试产条件。阴道分娩对母体创伤更小、产后恢复速度优于剖宫产,产程刺激可促进胎儿肺部发育,降低新生儿呼吸系统疾病发生风险。血压控制平稳、无严重并发症、胎位正常、产道条件达标时,可行阴道试产。产程中医师持续监测母体血压、心率、宫缩及胎心状态,出现血压骤升、胎儿窘迫等异常,及时转为剖宫产,保障母婴安全。

重度子痫前期、胎盘早剥、胎儿窘迫等特殊情况,医师结合病情综合评估,必要时选择剖宫产终止妊娠。

妊娠期高血压疾病可以有效管控。准妈妈坚持规范产检、遵从诊疗方案、落实居家管理,大多可平稳度过孕期、顺利分娩。维护孕期健康,既是对母体自身负责,也可为胎儿提供良好的发育基础。

(作者:方专集 福建省妇幼保健院 副主任医师)

宝宝贫血、黄疸总反复 或许是PKD作怪

宝宝贫血、黄疸总反复?照了几天蓝光还降不下来;有的孩子从小到大脸色偏白、跑两步就喊累,也许是丙酮酸激酶缺乏症(PKD)这种遗传病在作怪。它和地中海贫血、蚕豆病一样,都属于溶血性贫血,只是更罕见、更易被忽略。

PKD是什么病

一句话版:PKD是红细胞"缺电"导致的遗传性溶血性贫血。

红细胞是身体的"运输工",每天靠糖酵解产生能量(ATP)来维持生命。丙酮酸激酶,就是这条能量生产线上不可缺少的一台"发电机组"。

当控制这台机组的基因(PKLR基因)发生突变,机组运转失灵,红细胞"电量"不足,细胞膜撑不住,提前被破坏——于是溶血发生,贫血出现。

PKD是一种常染色体隐性遗传病,父母双方各携带一个异常基因(但自己不发病)。每次妊娠中,宝宝同时遗传到两个异常基因才会患病,发生概率约为1/4。

PKD宝宝会有什么表现

PKD最典型的特征就是"千人千面":有的孩子终身只有轻微贫血,有的宝宝一出生就面临生死考验。大致分两个阶段看:

新生儿期:黄疸和贫血是两大信号

重症宝宝出生不久就会明显黄疸、贫血,部分孩子在胎内可出现胎儿水肿或生长受限。黄疸如果进展快、胆红素相关风险升高,可能需要照蓝光,必要时也会考虑换血治疗。

提醒家长:新生儿黄疸很常见,但"黄疸重得离谱、退了又反复、伴随贫血"的宝宝,一定要警惕溶血性疾病,包括PKD。

儿童及青少年期:四个典型信号

① 慢性贫血:脸色苍白、易疲劳,运动耐力差;

② 黄疸与胆结石:眼白发黄,甚至胆结石;

③ 脾脏肿大:孩子可能表现为腹胀、左上腹不适;

④ 铁过载:铁在体内异常沉积,引起肝脏和内分泌系统损害。

怎么确诊

第一步:先排除更常见的溶血原因,如地中海贫血、蚕豆病。

第二步:抽血测红细胞丙酮酸激酶活性,结合PKLR基因检测可最终确诊。

确诊后怎么治疗

四种手段对症支持治疗,以减轻贫血、控制并发症、让孩子正常成长为目标。

① 输血——用于重度贫血、生长发育迟缓,或感染诱发的急性溶血危象,快速把血红蛋白拉回安全线。

②脾切除——脾脏是破坏红细胞的主战场,切脾后贫血改善、输血减少。通常在充分评估病情和输血需求后考虑,并且术前需完成相关疫苗接种,把术后感染风险降到最低。

③祛铁——定期监测铁代谢与铁负荷,证据明确且需要时进行祛铁治疗,避免脏器损害。

④ 造血干细胞移植——目前可实现长期治愈的主要手段,主要用于极重型、长期依赖输血、并发症多的孩子,需要充分权衡配型和移植风险。

再生育前把风险算清楚

① 已确诊宝宝的父母建议基因家系验证,明确遗传情况;

② 夫妻双方都是携带者,建议孕前或孕早期遗传咨询和产前诊断。

居家护理清单

① 盯住两个色,注意宝宝脸色有没有变白;小便颜色是否像浓茶、酱油色。这些提示溶血活动增强,但仍需结合症状并按医嘱复查。

② 严防感染:感染是诱发溶血危象最常见的"导火索",要尽量避免感染。

③ 遵医嘱补叶酸:造血代偿加快,叶酸需求更高,多吃新鲜蔬菜水果。

④ 规律复查:血常规、网织红细胞、铁蛋白、腹部超声定期做,盯住贫血、铁负荷、脾脏和肝脏的变化。

PKD是终身性疾病,并非"治不好",而是"管得好"的慢性病。只要规范随访、合理治疗、细心护理,绝大多数患儿都能正常上学、正常运动,拥有不错的生活质量。

(作者:郑歆婷 福建省妇幼保健院 主治医师)