

妊娠期合并心脏病围产期综合管理的临床综述

沈茹

浙江萧山医院 311201

摘要：妊娠期合并心脏病在临床产科中属于高危妊娠范畴，也是最主要的非直接性产科死因。围产期的综合管理是改善临床妊娠结局的关键。本文通过系统化探究妊娠期合并心脏病围产期综合管理实践路径，为临床规范诊疗，降低母婴并发症与死亡风险提供一定参考。

关键词：妊娠期；心脏病；围产期；综合管理

前言

妊娠期合并心脏病并非单一化的疾病类型，而是包含先天性心脏病、风湿性心脏病以及围产期心肌病、妊娠期高血压心脏病等一组疾病的总称。在女性妊娠期间，身体体内血容量较孕前会增加 30%~50%，心率加快 10~15 次/分，心输出量明显升高，28~32 周达到峰值；进入分娩期及产后 72 小时，心脏负荷会进一步急剧上升，这也是心力衰竭高发的关键时段^[1]。心脏病孕妇的心脏代偿能力有限，难以承受上述剧烈变化，容易出现心力衰竭、感染性心内膜炎、静脉血栓栓塞等严重并发症，同时胎儿发生宫内生长受限、早产、缺氧乃至死亡的风险也会明显增加。基于此，探究系统性妊娠期合并心脏病围产期综合管理的实践路径，具有重要临床意义。

一、孕期监护的综合化管理

（一）孕期监护频率与内容

孕期监护需坚持“分层管理、个体化实施”的原则。对于 mWHO I 级、NYHA I 级低风险产妇，每 4 周产检 1 次，常规监测产妇血压、心率、体重、宫高以及腹部围度，定期复查心电图、超声心动图以及胎儿超声。针对 mWHO II 级、NYHA I~II 级中风险产妇，每 2~3 周随访 1 次，增加其心功能评估频次，重点观察产妇是否存在呼吸困难、心悸、水肿等心衰早期表现。mWHO III 级、NYHA II~III 级高风险产妇，则需每周随访，入住三级医院高危产科病房，对其进行持续的心电监护，动态化监测其心功能、心肌酶、B 型利钠肽（BNP）等指标；同时加强胎儿宫内监测，及时发现生长受限、缺氧等问题。

（二）孕期生活方式干预

生活方式调整是孕期预防心衰的基础，其核心在于减轻心脏负荷、减少心肌耗氧。产妇需保证每日 ≥ 10 小时的睡眠，避免熬夜、劳累以及剧烈运动，可以

散步等温和性活动为主；同时，避免情绪的剧烈波动与精神紧张。饮食则应遵循“高蛋白、高维生素、低盐低脂、少量多餐”的原则，预防产妇孕期体重增长过快或超标，避免额外增加其心脏负担；建议产妇在孕期多摄入膳食纤维，预防便秘，避免用力排便诱发心衰^[2]。

（三）孕期药物治疗与并发症防控

孕期用药严格遵循“安全有效、最小剂量、避免致畸”的原则，由专业专科医师指导用药，规避孕期禁忌药物。心力衰竭防控是综合管理的核心，需早期识别心衰征象，如轻微活动后气短、夜间阵发性呼吸困难、下肢水肿、心率持续>110次/分等；一旦确诊，立即采取座位、双腿下垂体位，进行高流量吸氧，并就诊遵医嘱进行相关治疗，若心衰难以控制，及时终止妊娠。在临床药物治疗产期心律失常，需按照类型选择药物，如室上性心动过速可采用普罗帕酮，避免胺碘酮等致畸药；严重心动过缓可植入临时起搏器等。预防产期孕妇静脉栓塞，鼓励其适当进行下肢活动，避免其长期卧床，高风险者可根据其临床诊断标准以及在专业医师指导下使用低分子肝素抗凝。

二、分娩期的综合管理

（一）分娩方式的选择

分娩方式的选择需要根据妊娠期合并心脏病围产期孕妇的临床指征以及风险分级等指标进行综合性判定。mWHO I～II级、NYHA I～II级、心功能稳定、无产科禁忌者，优先阴道分娩，该方式分娩创伤小、出血少、术后恢复快，对心脏负荷影响相对较小。mWHO III～IV级、NYHA III～IV级、心功能不稳定、重度肺动脉高压、胎儿窘迫或有剖宫产指征者，首选剖宫产，在这种情况下采用该方式可快速的终止妊娠，避免分娩期血流动力学剧烈波动，进一步降低心衰风险。

（二）产程监护与干预

对于阴道分娩者，第一产程进行持续性心电监护，监测血压、心率、呼吸、血氧饱和度；给予分娩镇痛，减轻疼痛诱发的心率加快与血压升高，降低心脏负荷。鼓励少量多餐、补充能量、避免疲劳；出现心衰先兆时，立即吸氧、利尿，必要时转剖宫产。第二产程严禁产妇屏气，宫口开全后行产钳或胎头吸引助产，缩短第二产程。第三产程胎儿娩出后，立即腹部放置沙袋（持续24小时），防止腹内压骤降导致回心血量骤减；快速娩出胎盘，减少出血，慎用缩宫素，必要时

用卡前列素氨丁三醇促宫缩^[3]。剖宫产者，麻醉首选硬膜外麻醉，避免全麻。术中持续心电监护，严格控制输液速度与总量，避免加重心脏负荷；手术操作轻柔、快速，减少时间与创伤；术后转入ICU监护，持续监测心功能与生命体征。

三、产褥期监护与管理

（一）产后监护

产后监护时长依心功能而定：mWHO I～II级、NYHA I级者，监护48～72小时，监测血压、心率、呼吸、血氧饱和度、BNP等，观察有无呼吸困难、水肿、心悸等心衰表现。mWHO III级、NYHA II～III级者，转入ICU监护≥72小时，持续心电监护，动态评估心功能至稳定。产后1、2、4、6周定期随访，复查超声心动图、心电图，评估心功能恢复，及时发现迟发性心衰^[4]。

（二）产后康复与生活指导

产妇在产后必须保证充足的休息，避免过早下床、劳累以及剧烈运动，按心功能恢复情况逐步增加活动量。饮食则需要继续实行低盐低脂、高蛋白高维生素的原则，控制液体入量，进一步防止水钠潴留；保持大便通畅，预防便秘。注意个人卫生，预防产褥感染与上呼吸道感染，避免诱发心衰。

（三）母乳喂养与避孕指导

母乳喂养需结合心功能：mWHO I～II级、NYHA I级、心功能稳定者可母乳喂养，促进宫缩、减少出血，对心脏负荷影响小；mWHO III～IV级、NYHA II～IV级、心功能不稳定者，不建议哺乳，避免心率加快、耗氧增加诱发心衰，指导人工喂养。避孕指导是重点，产后产妇心功能的恢复需要3～6个月，短期内再妊娠风险极高，需严格避孕^[5]。

结束语

综上所述，妊娠期合并心脏病围产期综合管理是维护母婴安全的重要环节。通过对其进行风险分层监护、合理性用药、科学选择分娩方式等措施，可有效降低产妇心力衰竭、心率失常等并发症风险，能够在一定程度上提升妊娠期合并心脏病围产期的临床诊疗水平。

参考文献

[1]宋冬梅,夏美娟,金杏. IKAP模式指导下的家庭跟进照护在妊娠合并心脏病患者中的应用[J]. 中国医药导报, 2023, 20(27):175-178.

[2]泮思林, 胎儿危重心脏病围产期干预创新模式的建立及推广应用. 山东省, 青岛市妇女儿童医院, 2023-02-09.

[3]王妮, 田红艳. 妊娠期心脏病患者围产期心衰的治疗方法、分娩方式调查分析[J]. 贵州医药, 2022, 46(10):1614-1615.

[4]龙艮芳. 围产期全程护理干预对妊娠期心脏病患者分娩结局的影响分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2022, 10(15):124-126.

[5]刘宇捷, 李春燕, 范翠芳. 妊娠合并心脏病相关的肺动脉高压的围产期诊治分析[J]. 武汉大学学报(医学版), 2022, 43(04):566-571.