

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
PREGNANCY COMPLICATED
WITH INTERNAL DISEASES

妊娠合并 内科疾病诊治

主 编/窦学术 司 毅 于 凤



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

11/25/2017

11/25/2017

11/25/2017

11/25/2017

妊娠合并内科疾病诊治

**Diagnosis and Treatment of Pregnancy
Comlicated with Internal Diseases**

主 编 窦学术 司 毅 于 凤

主 审 李国昌

副主编 刘仙明 魏守亮 李 峰 李艳玲 程翠云
杨绪珍

编 者 (以姓氏笔画为序)

于 凤 王雅南 公 欣 司 毅 刘仙明
李 峰 李为壮 李冬梅 李艳玲 杨绪珍



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

妊娠合并内科疾病诊治/窦学术,司毅,于凤主编. —北京:人民军医出版社,2011.1
ISBN 978-7-5091-4640-8

I. ①妊… II. ①窦…②司…③于… III. ①妊娠合并症-诊疗 IV. ①R714.25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 004684 号

策划编辑:徐卓立 文字编辑:马焰 责任审读:伦踪启

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8743

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:20.5 彩页 2 面 字数:491 千字

版、印次:2011 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3000

定价:88.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书由淄博市妇幼保健院举全院之力,积 10 年之功精心编写而成,重点解决妊娠合并内科疾病而出现的各种诊治问题,注重探索两者间的相互影响。通过合并症发生时的疾病特点、矛盾点、交叉点和处理难点等,提出合理解决问题的切入点或方案,给出特别提示以指导临床工作实践。全书共分 15 章,包括妊娠有关内科症状鉴别,妊娠生理,妊娠特有疾病,妊娠合并各种内科疾病,包括心血管系统疾病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、神经/精神系统疾病、代谢性和内分泌疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病、免疫系统疾病、传播性疾病等,以及妊娠期营养素缺失的防治,妊娠有害因素防治,妊娠合并内科危重症,还特别对妊娠期中、西药物的使用给予了指导。全书颇有创新和思考特色,有实用价值,对临床实践指导意义较大,适合妇产科、内科各专业、急诊科医护人员使用,也可供其他科室人员遇到相关问题时查阅参考。

序

有幸先睹此书,深感欣慰。

产科和内科的学术是紧密相连的,而妊娠合并内科疾病又是一个比较棘手的难题。为此,经两科联手,相互切磋,从两个视角入手,经十几位专家辛勤耕耘,结合常年大量的临床实践,并汲取国内外文献之精粹及最新研究进展,集众家之大成,合璧编撰成书,对解决该难题大有裨益,“学而不思则罔,思而不学则殆”,学和思不断循环,找准新视角,无疑是对医学进展的创新尝试。

该书体现了科学性、现代性和实用性。纵观全书,在病种上较全面地涉猎了妊娠合并的内科各系统疾病,努力寻找内科疾病和孕产妇的内在联系,孕产妇和内科疾病的相互影响,两者在诊疗上的矛盾点与交叉点,拓宽诊疗思路模式。本书还颇具特色,如强化内科疾病与妊娠的相互作用;针对性地进行诊治探讨;增添了特别提示栏目,以期提醒同仁们的关注等。除此之外,书中还专门阐述了与内科知识紧连的妊娠期的特有疾病;针对现代生活出现的新动向增写了营养素缺失和有害因素防治的章节;同时为提高急救水平,撰写了相关危重症救治章节。为弥补西医不足,对妊娠期中医药应用还做了相应说明。全书不仅突出重点、补遗拾缺,而且彰显特色,其内容翔实,引文有据,条理清晰,值得借鉴。

医海无涯,求索漫漫。此书独辟蹊径,开创两学科对话之先河,不过探索的也仅为冰山一角。随科学进步和探索的继续,当然,内容有待不断提高和更新。尽管如此,本书仍充满闪光与创意点,现借该书问世之际,推荐它给产科和内科同仁殚读,期盼成为一本较有价值的参考书。

主任医师 李国昌

2011年1月

前言

随着医学领域跨学科发展和多学科对话的增多,临床思维的域度正不断得到拓展和增宽,对从事妇幼保健工作的医护人员来说,日常大量的实践中常常遇到产科与内科诊治交叉关联的问题,它们相互影响,使原来相对简单的产科或内科问题复杂起来,增加了临床处理的难度,也彰显出一系列新的临床问题。《妊娠合并内科疾病诊治》一书就是在这一领域中探索和总结的结晶。

本书旨在解决妊娠与内科密切相关的医疗问题,包括两者间的矛盾点和交叉点、处理的难点,以及找出解决的切入点或解决方案。经过近 10 年全院两科的通力合作,从酝酿到策划,从编写到修改,集中了几十位高中级医务人员,参阅大量国内外文献,几易其稿,最后编撰成书。

本书内容共分为 15 章。其中“妊娠的生理与病理”重点撰写与内科联系密切的各系统变化,作为本书的基石;“妊娠有关内科症状鉴别”以孕妇的内科常见症状为主,重点突出鉴别要点,以把握诊断方向;“妊娠特有疾病”则重点撰写妊娠期间易发生的各种疾病,其发生和变化与内科相关系统的改变密不可分;其后各章分别讲述妊娠合并的内科各系统疾病,以常见病为主兼顾少见和罕见疾病。考虑到社会生活现代化和工农业的迅猛发展,我们增写了“妊娠有害因素防治”、“妊娠期营养素缺失的防治”两章内容;为强化抢救意识,提高急救水平还把“妊娠合并内科危重症”内容编入书中。

本书中有关疾病归类有交叉现象,我们做了选择性归类,如病毒性肝炎归到消化系统疾病。各章节中我们根据需要设定了一些必要的栏目,如“疾病与妊娠的相互作用”“病因/分类”“疾病特点/临床表现”“孕期实验室检查及监测”“鉴别诊断要点”“诊断思路”“治疗/治疗原则”“产科处理”“分娩时机及方式”“新生儿处理”“产后随访”“特别提示”等。其中“疾病与妊娠的相互作用”旨在描写妊娠对疾病、疾病对妊娠以及对胎儿的相互影响;“产科处理”作为治疗中的特别需要的单列项目给予讲述;而“特别提示”栏目对文中涉及到的重点、难点、交叉点问题进行梳理,希望起到画龙点睛的作用。

由于妊娠合并内科疾病的用药问题比较困难,书中特别列出了相关的中药应用以弥补西药之不足,如抗病毒中成药等。此外,我们在撰写中对妊娠期内科处理的注意事项,如何掌握各诊疗指南或标准的区别,如何进行物理检查和药物应用时的禁忌证,相关合并症的诊断和发病因素的学术进展等做了侧重论述。书后的“附录”中列有妊娠期中药及西药应用禁忌和各种检查正常值以方便读者查阅。

尽管我们做了很多努力,期望通过本书的经验总结能对产科和内科临床一线同仁提供临床工作参考,但鉴于编写经验不足和水平有限,肯定存在许多不足之处,恳请前辈和同仁多提宝贵意见。

奚学术

2011 年 1 月

目 录

第 1 章 妊娠有关内科症状鉴别	(1)
第一节 妊娠合并发热	(1)
第二节 妊娠合并咳嗽	(3)
第三节 妊娠合并腹痛	(6)
第四节 妊娠合并呕吐	(8)
第五节 妊娠合并腹泻	(12)
第六节 妊娠合并偏头痛	(14)
第七节 妊娠合并血尿	(17)
第八节 妊娠合并昏迷	(19)
第 2 章 妊娠生理	(22)
第一节 妊娠期母体变化	(22)
一、生殖系统	(22)
二、乳房	(23)
三、血液循环系统	(23)
四、泌尿系统	(24)
五、消化系统	(24)
六、呼吸系统	(25)
七、内分泌系统	(25)
八、新陈代谢	(26)
九、皮肤及其他	(26)
第二节 胚胎、胎儿发育特征	(27)
第 3 章 妊娠特有疾病	(28)
第一节 妊娠期高血压	(28)
第二节 妊娠剧吐	(33)
第三节 HELLP 综合征	(35)
第四节 妊娠期急性脂肪肝	(37)
第五节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(41)
第六节 妊娠晚期出血	(44)
一、前置胎盘	(44)
二、胎盘早剥	(47)
附：产前出血的鉴别要点与处理规程	(50)

第七节 羊水栓塞	(52)
附:羊水栓塞的抢救规程	(54)
第4章 妊娠合并心血管系统疾病	(56)
第一节 妊娠合并原发性高血压	(56)
第二节 妊娠合并心肌病(围生期)	(61)
第三节 妊娠合并先天性心脏血管病	(63)
第四节 妊娠合并风湿性心脏病	(65)
第五节 妊娠合并病毒性心肌炎	(68)
第六节 妊娠合并感染性心内膜炎	(70)
第七节 妊娠合并心律失常	(75)
一、妊娠合并期前收缩	(75)
二、妊娠合并阵发性室上性心动过速	(76)
三、妊娠合并心房颤动	(77)
第八节 妊娠合并心力衰竭	(80)
第九节 妊娠合并特发性肺动脉高压	(83)
第十节 妊娠合并静脉血栓栓塞症	(86)
第十一节 妊娠期异栓症	(88)
第5章 妊娠合并呼吸系统疾病	(91)
第一节 妊娠合并急性上呼吸道感染	(91)
第二节 妊娠合并肺炎	(92)
第三节 妊娠合并急性气管-支气管炎	(94)
第四节 妊娠合并支气管哮喘	(95)
第五节 妊娠合并肺结核病	(100)
第6章 妊娠合并消化系统疾病	(105)
第一节 妊娠合并病毒性肝炎	(105)
第二节 妊娠合并急性上消化道出血	(109)
第三节 妊娠合并胃炎	(112)
一、妊娠合并急性胃炎	(112)
二、妊娠合并慢性胃炎	(114)
第四节 妊娠合并消化性溃疡	(115)
第五节 妊娠合并急性胰腺炎	(118)
第六节 妊娠合并急性胆囊炎和胆石症	(120)
第七节 妊娠合并炎症性肠病	(121)
一、妊娠合并溃疡性结肠炎	(121)
二、妊娠合并克罗恩病	(123)
第7章 妊娠合并神经/精神系统疾病	(126)
第一节 妊娠合并脑出血	(126)
第二节 妊娠合并缺血性脑动脉梗死	(128)
第三节 妊娠合并颅内静脉梗死	(130)

第四节 妊娠合并癫痫·····	(132)
第五节 妊娠合并脑瘤·····	(135)
第 8 章 妊娠合并代谢性和内分泌疾病·····	(139)
第一节 妊娠合并糖尿病·····	(139)
第二节 妊娠合并糖尿病酮症酸中毒(DKA) ·····	(143)
第三节 妊娠合并水、电解质和酸碱平衡失常 ·····	(144)
一、妊娠合并水、钠平衡失常·····	(145)
二、妊娠合并钾平衡失常 ·····	(149)
三、妊娠合并酸碱平衡失常 ·····	(151)
第四节 妊娠合并甲状腺功能亢进症·····	(156)
第五节 妊娠合并甲状腺功能减退症·····	(158)
第 9 章 妊娠合并泌尿系统疾病·····	(160)
第一节 妊娠合并尿路感染·····	(160)
第二节 妊娠合并急性肾小球肾炎·····	(162)
第三节 妊娠合并肾病综合征·····	(164)
第 10 章 妊娠合并血液系统疾病 ·····	(167)
第一节 妊娠合并贫血·····	(167)
一、妊娠合并缺铁性贫血 ·····	(167)
二、妊娠合并巨幼细胞贫血 ·····	(168)
三、妊娠合并再生障碍性贫血 ·····	(169)
第二节 妊娠合并血小板减少症·····	(172)
第三节 妊娠合并血栓性血小板减少性紫癜·····	(174)
第四节 妊娠合并白血病·····	(175)
第 11 章 妊娠合并免疫系统疾病 ·····	(178)
第一节 妊娠合并系统性红斑狼疮·····	(178)
第二节 妊娠合并系统性硬化病·····	(180)
第三节 妊娠合并皮肌炎和多发性肌病·····	(182)
第四节 妊娠合并重症肌无力·····	(183)
第五节 妊娠合并类风湿关节炎·····	(184)
第 12 章 妊娠合并传播性疾病 ·····	(188)
第一节 妊娠合并弓形虫感染·····	(188)
第二节 妊娠合并风疹·····	(190)
第三节 妊娠合并巨细胞病毒感染·····	(191)
第四节 妊娠合并带状疱疹病毒感染·····	(193)
第五节 妊娠合并甲型 H ₁ N ₁ 流感·····	(196)
第六节 妊娠合并流行性腮腺炎·····	(198)
第七节 妊娠合并柯萨奇病毒感染·····	(199)
第八节 妊娠合并生殖道支原体感染·····	(200)
第九节 妊娠合并沙眼衣原体感染·····	(202)

第十节 妊娠合并淋病	(204)
第十一节 妊娠合并梅毒	(205)
第十二节 妊娠合并麻疹	(207)
第十三节 妊娠合并流行性出血热	(209)
第13章 妊娠期营养素缺失的防治	(212)
第14章 妊娠期有害因素防治	(218)
第一节 概述	(218)
第二节 常见毒物的防治	(219)
一、铅及其化合物	(219)
二、汞及其化合物	(220)
三、氟	(221)
四、苯及其化合物	(221)
五、甲醛	(222)
第三节 烟酒对妊娠及胎儿的影响	(222)
一、吸烟对孕妇的危害	(223)
二、妊娠女性吸烟对胎儿发育和健康的危害	(223)
三、酗酒对孕妇及胎儿的影响	(224)
第四节 麻醉药物对母体及胎儿的影响	(224)
一、麻醉性镇痛药	(224)
二、镇静安定药	(226)
三、局部麻醉药(简称局麻药)	(226)
四、静脉麻醉药	(228)
五、吸入性麻醉药	(229)
六、肌肉松弛药	(229)
七、抗胆碱能药物	(230)
第五节 吸毒对妊娠及胎儿的影响	(230)
第15章 妊娠合并内科危重症	(232)
第一节 妊娠合并肺栓塞	(232)
第二节 妊娠合并弥散性血管内凝血	(236)
第三节 妊娠合并休克	(240)
一、失血性休克	(241)
二、感染性休克	(242)
三、过敏性休克	(242)
四、各型休克的诊断标准	(243)
第四节 妊娠合并急性肾衰竭	(246)
第五节 妊娠合并多器官功能障碍综合征	(249)
第六节 妊娠期心脏骤停与复苏	(254)
第七节 妊娠合并急性呼吸窘迫综合征	(260)
第八节 产科急性左心衰竭的诊治	(265)

附录 A 妊娠期 FDA 用药分级	(268)
附录 B 孕妇用药须知	(299)
附录 C 哺乳期妇女用药须知	(309)
附录 D 妊娠期中药禁忌	(314)

第 1 章 妊娠有关内科症状鉴别

第一节 妊娠合并发热

正常人的体温受体温调节中枢所调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围。当机体在致热原的作用下或各种原因引起体温中枢功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。正常体温在不同个体略有差异,正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,且常受机体内、外因素的影响稍有波动。在24h内下午体温较早晨高,剧烈活动劳动或进餐后体温可略升高,但一般波动范围不超过 1°C 。妇女在经期及妊娠期体温稍高于正常。老年人因代谢率稍低,体温相对低于青壮年。另外,在高温环境下体温也可稍升高。体温升高不超过 38°C ,为低热,体温升高 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$,为中等热,体温升高 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,为高热,体温升高 $>41^{\circ}\text{C}$ 为超高热。

【发热与妊娠胎儿相互作用】

1. 高热对胎儿的危害以孕早期和孕中期最为明显。在高温环境下,物理性有害因子会杀死早期胚胎中正处于分裂中的细胞,使该组织停止发育,造成畸胎,严重的可致胚胎死亡。

2. 高热对脑组织的危害最为明显,体温升高 1.5°C ,胎儿脑组织就停止发育,若升高 3°C ,则可造成脑细胞死亡,从而导致胎儿出生后智力低下,学习记忆力和反应能力差。

3. 最新的研究还发现,孕妇发热可以加强其他致畸原,如砷化钠、维生素A的致畸作用。

4. 在世界性流行性感流行期间和随后一段时间内,先天性畸形发生率升高的主要原因不是流行性感病毒对胎儿造成的直接危害,而是孕妇患流行性感后发热引起的结果。

【妊娠合并发热病因】 引起发热的病因很多,临床上分为感染性与非感染性2大类,而以前者较多。

1. 感染性发热 各种病原体如细菌、病毒、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局灶或全身性,均可出现发热。

2. 非感染性发热 主要有以下几类原因。

(1) 无菌性坏死物质的吸收:如机械性、物理性或化学性损害;因血栓形成或血管栓塞等内脏梗死,组织坏死或细胞破坏等。

(2) 抗原-抗体反应:如药物热、风湿热、血清病、结缔组织病等。

(3) 内分泌代谢障碍:如甲状腺功能亢进、严重失水等。

(4) 皮肤散热减少:如广泛性皮炎、鱼鳞病以及慢性心力衰竭等。

(5) 体温调节中枢功能失常:如中暑、重度安眠药中毒等。

(6)自主神经功能紊乱:属功能性发热范围。如感染后低热、夏季低热、生理性低热等。月经前及妊娠初期可出现。

【发热类型】

1. 稽留热 体温常在 39°C 以上,昼夜间体温变动范围较小,但 24h 内变动不超过 1°C ,这种热型可持续数天或数周,退热可渐退或骤退。临床常见于大叶性肺炎、肠伤寒、斑疹伤寒、恙虫病等急性发热病的极期。

2. 弛张热 体温高低不等,昼夜之间体温波动范围较大,发热时体温可在 39°C 以上,24h 内体温温差达 $1.5\sim 2.0^{\circ}\text{C}$ 或更多,但最低温度仍在正常体温以上。临床常见于败血症、严重肺结核、脓毒血症、肝脓肿、支气管肺炎、亚急性细菌性心内膜炎、风湿热、肠伤寒、恶性组织细胞病等。

3. 间歇热 体温可突然高达 39°C 以上,经几个小时后体温恢复正常,间歇数小时或 $1\sim 2\text{d}$ 体温又突然升高,反复发作,如此高热与无热交替出现,称为间歇热。临床常见于疟疾、化脓性局灶性感染、肾盂肾炎等。

4. 波状热 体温在数天内逐渐上升至高峰,然后又逐渐下降至微热或常温,不久再发,体温曲线呈波浪式起伏,称为波状热。临床常见于布氏菌病、恶性淋巴瘤、胸膜炎、周期热等。

5. 回归热 体温突然升高可达 39°C 以上,持续数日后降至正常,经过若干时间又重新发热,持续数日以后,又下降至正常,即高热期与无热期各持续若干天,周期性互相交替出现,也称再发热。临床常见于鼠咬热,或在某些发热性疾病的基础上又合并其他发热病。

6. 不规则热 发热无一定的规律,持续时间也不一定,称为不规则热。临床常见于流感、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、亚急性细菌性心内膜炎、风湿热、恶性疟疾、肺结核;也可在疾病过程中有 2 种或 2 种以上的发热疾病合并存在时,如大叶性肺炎引起脓胸及败血症等并发症时,热型可由稽留热变为弛张热。另外,发热病人使用某些药物,如解热镇痛药、肾上腺皮质激素类药物引起退热,可使原来的热型变为不规则热型。

【鉴别诊断要点】

1. 感染性发热 感染性发热多具有以下特点。

(1)起病急伴或不伴有寒战的发热。

(2)全身及定位症状和体征。

(3)外周血白细胞计数高。

(4)四唑氮蓝试验(NBT),如中性粒细胞还原 NBT 超过 20%,提示有细菌性感染,有助于与病毒感染及非感染性发热的鉴别(正常值 $<10\%$)。应用激素后可呈假阴性。

(5)C 反应蛋白测定(CRP)阳性提示有细菌性感染及风湿热,阴性多为病毒感染。

(6)中性粒细胞碱性磷酸酶积分增高,正常值为 $0\sim 37$,增高越明显越有利于细菌性感染的诊断,对除外妊娠、癌肿、恶性淋巴瘤者更有意义。应用激素后可使之升高或呈假阳性。

2. 非感染性发热 非感染性发热具有下列特点。

(1)热程长超过 2 个月,热程越长,可能性越大。

(2)长期发热一般情况好,无明显中毒症状。

(3)贫血、无痛性多部位淋巴结肿大、肝脾大。

【治疗原则】

1. 一般治疗 充分休息,多饮水。易消化、清淡饮食。

2. 病因治疗 对于感染性疾病首先应用抗生素、抗病毒药等药物治疗。妊娠期抗生素首选青霉素或头孢类、大环内酯类等,禁用氨基糖苷类和喹诺酮类抗生素,抗病毒选用中药制剂如柴胡、清开灵等。

3. 降温治疗 发热时最好的降温措施是物理降温,如酒精擦浴、冰盐水灌肠等,其次谨慎使用非甾体类解热镇痛药如水杨酸类药、对乙酰氨基酚(扑热息痛)、酚氨加敏等。妊娠及哺乳期妇女禁用阿司匹林;孕妇发热首先采取物理降温,如用温毛巾反复擦身,在腋窝、额部和腹股沟部放置冰袋等。

4. 补液治疗 补充电解质和维生素。

(翟爱东 李为壮)

第二节 妊娠合并咳嗽

咳嗽是机体的防御反射,有利于清除呼吸道分泌物和有害因子。妊娠期合并频繁而剧烈的咳嗽会对患者的工作、生活和社会活动造成严重的影响。

【妊娠合并咳嗽的病因】

1. 呼吸道及胸膜疾病 咽、喉、气管、支气管和肺受刺激性气体、异物、炎症、出血及肿瘤等的刺激均可引起咳嗽;胸膜炎、自发性气胸及外伤性血气胸或胸腔穿刺亦可引起咳嗽。

2. 心血管疾病 常见于二尖瓣狭窄、左心衰竭及肺栓塞等。

3. 消化系统及口腔、耳、鼻、喉科疾病 如胃食管反流性疾病、鼻炎及外耳道刺激等。

4. 中枢神经系统疾病 如脑炎、脑外伤、脑出血等。

5. 药物 以血管紧张素转换酶抑制药(ACEI)常见。

6. 运动、吸烟及精神因素 也可诱发咳嗽。

(1)不同类型咳嗽病因的分布特点:普通感冒是急性咳嗽的最常见病因,其次见于急性支气管炎、过敏性鼻炎、慢性支气管炎急性发作及支气管哮喘等;亚急性咳嗽的常见原因是感冒后咳嗽、细菌性鼻窦炎等;慢性咳嗽(不明原因慢性咳嗽)通常是指X线胸片无明显异常,以咳嗽为主或唯一症状者。2009年版《咳嗽的诊断与治疗指南》指出慢性咳嗽的常见病因有4类:①咳嗽变异性哮喘(CVA);②上气道咳嗽综合征(UACS)又称鼻后滴漏综合征(PNDS);③嗜酸粒细胞性支气管炎(EB);④胃-食管反流性咳嗽(GERC)。其他原因如支气管扩张、气管-支气管结核及变应性咳嗽(AC)等较少见。

(2)妊娠引发咳嗽的特殊原因:①妊娠妇女呼吸道黏膜增厚、充血水肿使局部抵抗力降低,易发生呼吸道感染而引起咳嗽症状;②患有心血管疾病的孕妇,可引发心功能不全而引起咳嗽;③胃肠道张力减低、孕晚期胃受压及妊娠剧吐等,使胃内容物反流入食管及对鼻咽部刺激均可引起咳嗽;④分娩时并发羊水栓塞。

(3)妊娠合并咳嗽的常见并发症:①气胸、纵隔气肿。②晕厥、鼻黏膜下静脉破裂及心动过缓。③咽喉痛和声带损伤。④剖宫产后伤口裂开及腹直肌断裂。⑤尿失禁、头痛、失眠及呕吐。⑥剧烈的咳嗽使胸腔压力升高、回心血量减少,致母体及胎盘缺血缺氧而影响胎儿的生长发育。剧烈的咳嗽有可能引发胎膜早破而引起早产。⑦患有呼吸道传染性疾病的母体,通过咳嗽可感染新生儿。

【妊娠合并咳嗽的诊断要点】

1. 询问病史及体格检查

(1) 病史: 诊断咳嗽的首要步骤是仔细搜集病史。多数患者单凭病史就可以对咳嗽作出特异性诊断。询问病史应注意咳嗽的特点: ①干性咳嗽见于急性咽炎、感冒、胸膜炎、二尖瓣狭窄等, 咳嗽伴有痰液见于慢性支气管炎、肺炎、肺脓肿等; ②突然出现的发作性咳嗽, 多见于急性咽喉炎、气管与支气管异物等, 运动后咳嗽可见于运动性哮喘, 夜间咳嗽多见于 CVA 和心脏疾病, 而长期慢性咳嗽则常见于慢性支气管炎、肺结核等; ③支气管扩张和肺脓肿等的咳嗽往往在清晨或夜间变动体位时加剧, 慢性支气管炎多在寒冷季节加重, 气候转暖时缓解; ④咳嗽伴浓痰有恶臭味者, 提示有厌氧菌感染, 黄绿色或翠绿色痰则提示铜绿假单胞菌感染。咳嗽伴有发热 见于呼吸系统感染, 伴有胸痛者多见于肺炎、胸膜炎及自发性气胸, 伴有呼吸困难者则见于肺水肿、支气管哮喘等。

(2) 体格检查: 包括鼻、咽、气管、肺部等。注意气管的位置、颈静脉充盈、心界是否扩大、瓣膜区有无器质性杂音等。呼气性哮鸣音, 提示支气管哮喘; 吸气性哮鸣音, 要警惕中心性肺癌、气管异物或支气管结核等。

2. 根据病史选择有关辅助检查 应由简单到复杂; 先检查常见病, 后检查少见病。

(1) 外周血白细胞及嗜中性白细胞分类增高提示有细菌感染, 而嗜酸性粒细胞增高提示寄生虫感染及变应性疾病。血清特异性 IgE 测定亦有助于变应性疾病的诊断。

(2) X 线胸部摄片检查(屏蔽腹部), 如发现器质性病变, 根据病变特征再选择相关检查。X 线胸片若无明显病变, 则按慢性咳嗽诊断程序进行检查。

(3) 痰涂片或培养监测结核分枝杆菌及一般细菌培养, 有助于结核病的诊断及抗感染药物的应用。

(4) 肺通气功能检查可帮助诊断和鉴别气道阻塞性疾病, 如哮喘、慢性支气管炎和大气道肿瘤等。

孕期不宜采用的辅助检查有诱导痰检查、纤维支气管镜检查、咳嗽敏感性检查及变应原皮肤试验等。

3. 诊断性治疗 如不具备相应的检查条件及孕期不宜进行相关检查时, 可根据临床特征进行诊断性治疗, 并根据治疗反应确定咳嗽病因, 治疗无效时再酌情选择有关检查。治疗部分有效, 但未完全缓解时, 应除外复合病因。

4. 咳嗽的分类

(1) 按咳嗽病程分类: ①急性咳嗽, 时间 < 3 周; ②亚急性咳嗽为 3~8 周; ③慢性咳嗽, 时间 > 8 周。

(2) 按咳嗽按性质分类: ①干咳, 咳嗽无痰或少痰; ②湿咳, 咳嗽伴有痰液。

5. 有关咳嗽病因的诊断标准

(1) 普通感冒: ①鼻部相关症状(如流涕、打喷嚏、鼻塞等), 伴或不伴发热; ②流泪; ③咽喉部有刺激感或不适; ④胸部体格检查正常。孕妇具备以上 4 条标准时可诊断为普通感冒。

(2) 急性气管-支气管炎: 病初常有上呼吸道感染症状, 随后咳嗽可渐加剧, 伴或不伴咳痰。全身症状可在数天内消失, 但咳嗽、咳痰一般持续 2~3 周。X 线检查无明显异常或仅有肺纹理增加。查体双肺呼吸音粗, 有时可闻及湿性或干性啰音。

(3) 感染后咳嗽: 是指当呼吸道感染的急性期症状消失后, 咳嗽仍迁延不愈, 多表现为刺激

性干咳或咳少量白色黏液痰,通常持续3~8周,X线胸片检查无异常,常见的病因有感冒后咳嗽、肺炎、支气管炎及原有疾病的复发或加重等。

(4)咳嗽变异性哮喘(CVA):①慢性咳嗽常伴有明显的夜间刺激性咳嗽;②支气管激发试验阳性或最大呼气流量(PEF)昼夜变异率 $>20\%$;③支气管扩张药、糖皮质激素治疗有效;④排除其他原因引起的慢性咳嗽。

(5)UACS/PNDS:鼻部疾病引起分泌物倒流鼻后和咽喉等部位,直接或间接刺激咳嗽感受器,导致以咳嗽为主要表现的综合征被称为鼻后滴流综合征(PNDS)。由于目前无法明确上呼吸道咳嗽感受器所致,2006年美国咳嗽诊治指南建议用上气道咳嗽综合征(UACS)替代PNDS。UACS除了鼻部疾病外,还常与变应性或非变应性咽炎、喉炎、慢性扁桃体炎等咽喉部的疾病有关。临床除咳嗽、咳痰外,可表现为鼻塞、鼻腔分泌物增加、频繁清嗓、咽后黏液附着。UACS/PNDS症状及体征无特异性,难以单纯通过病史及体格检查作出明确诊断,针对基础疾病治疗能有效缓解咳嗽时方能明确诊断。

(6)EB:①慢性咳嗽,多为刺激性干咳,或伴少量黏痰;②X线胸片正常;③肺通气功能正常,气道高反应性检测阴性,PEF日间变异率正常;④痰细胞学检查嗜酸性粒细胞比例 ≥ 0.03 ;⑤排除其他嗜酸性粒细胞增多性疾病。⑥口服或吸入糖皮质激素有效。

(7)胃-食管反流性咳嗽(GERC):①慢性咳嗽,以白天咳嗽为主;②24h食管pH监测 De-meester 积分 ≥ 12.70 和(或)SAP $\geq 75\%$;③排除CVA,EB,PNDS等疾病;④抗反流治疗后咳嗽明显减轻或消失。

(8)变应性咳嗽(AC):临床上某些慢性咳嗽患者,具有一些特应症的因素,抗组胺药物及糖皮质激素治疗有效,但不能诊断为支气管哮喘、变应性鼻炎或EB,将此类咳嗽定义为变应性咳嗽。目前尚无公认的标准,以下标准供参考。①慢性咳嗽,多为刺激性干咳;②肺通气功能正常,气道高反应性阴性;③具有过敏性疾病史或过敏物质接触史、变应原皮试阳性、血清总IgE或特异性IgE增高及咳嗽敏感性增高等。

(9)慢性支气管炎:咳嗽、咳痰连续2年以上,每年累积或持续至少3个月,并排除其他引起慢性咳嗽的病因,即可诊断为慢性支气管炎。

【妊娠合并咳嗽的治疗】

1. 病因治疗

(1)普通感冒:可选择抗病毒的中药及中成药,如小柴胡颗粒、桑菊感冒片、清热解毒口服液等。一般无需用抗菌药物。

(2)急性气管-支气管炎:以对症处理为主适当应用镇咳药、祛痰药及支气管舒张药治疗。若有细菌感染时,可选择大环内酯类、 β -内酰胺类等抗菌药物口服或静脉应用。

(3)感染后咳嗽:通常不必使用抗生素,但对肺炎支原体、肺炎衣原体等引起者,可使用大环内酯类抗生素治疗。对部分咳嗽症状明显的患者可以短期应用镇咳药、抗组胺药等。

(4)CVA:治疗原则同支气管哮喘。大多数患者吸入小剂量糖皮质激素加 β_2 受体激动药即可,时间不少于6~8周。

(5)UACS/PNDS治疗:依据导致UACS/PNDS的基础疾病而定。①非变应性鼻炎和普通感冒,治疗首选第一代抗组胺药和减充血药。②变应性鼻炎,首选鼻腔吸入糖皮质激素和口服抗组胺药治疗,如布地奈德、氯雷他定等,避免或减少接触变应原有助于减轻变应性鼻炎的症状。必要时可加用白三烯受体拮抗药等。③细菌性鼻窦炎,以抗感染治疗为主,抗菌谱应覆盖革兰阳