

妊娠高血压综合征的产科临床治疗效果观察

余 智

成都中医药大学附属医院 四川 成都 610036

【摘要】：目的：探讨妊娠高血压综合征（简称妊高征）规范化产科治疗的临床效果，分析其对患者血压控制、肾功能及母婴结局的影响，为临床优化治疗方案提供参考。方法：选取 2024 年 1 月—2025 年 12 月本院产科收治的 82 例妊高征患者，采用随机数字表法分为对照组（41 例，常规硫酸镁解痉+硝苯地平降压治疗）与观察组（41 例，常规治疗基础上联合口服盐酸拉贝洛尔+个体化液体管理）。对比两组治疗前后血压水平、肾功能指标及母婴不良结局发生率。结果：治疗后观察组收缩压、舒张压均显著低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组 24h 尿蛋白定量、血清胱抑素 C、血肌酐水平低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组母婴不良结局总发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：常规治疗联合口服盐酸拉贝洛尔及个体化液体管理用于妊高征产科治疗，可有效控制血压、改善肾功能，降低母婴不良结局风险，临床应用价值较高。

【关键词】：妊娠高血压综合征；产科治疗；血压控制；肾功能；母婴结局

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.081

妊娠高血压综合征是妊娠 20 周后常见的特有并发症，以血压升高、蛋白尿、水肿为核心临床表现，病情进展可诱发子痫、胎盘早剥、胎儿窘迫等严重不良事件，是导致孕产妇与围生儿死亡的重要原因之一^[1]。据临床数据统计，我国妊高征发病率约 5%~10%，且近年受高龄妊娠、孕代谢异常等因素影响呈上升趋势，严重威胁母婴安全^[2]。当前临床针对妊高征的治疗以解痉、降压、镇静为核心，硫酸镁为经典解痉药物，硝苯地平为常用口服降压药，但单一方案对中重度患者血压控制效果有限，且易忽视肾功能保护与液体平衡管理，导致部分患者病情控制不佳，母婴不良结局风险升高^[3]。盐酸拉贝洛尔（口服剂型）作为 α 、 β 受体阻滞剂，降压效果温和且不影响胎盘血流，联合个体化液体管理可减少肾脏负荷，在妊高征治疗中具有潜在优势^[4]。本研究旨在为妊高征的精准治疗提供临床依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 1 月—2025 年 12 月本院产科收治的 82 例妊高征患者，采用随机数字表法分为对照组与观察组，每组 41 例，所有患者及家属知情同意并签署知情同意书。

纳入标准：符合《妊娠期高血压疾病诊治指南（2022）》中妊高征诊断标准：妊娠 20 周后血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ ，伴或不伴蛋白尿（24h 尿蛋白定量 $\geq 0.3\text{g}$ ）、水肿；单胎妊娠，孕周 24~36 周；患者意识清晰，可配合治疗与检查；临床资料完整。

排除标准：孕前合并原发性高血压、糖尿病、慢性肾病、凝血功能障碍者；合并严重心、肝、脑等脏器疾病者；多胎妊娠、胎儿畸形者；对本研究药物过敏者；中途退出研究或临床资料缺失者。

对照组年龄 22~38 岁，平均（ 29.56 ± 4.21 ）岁；孕周 24~35 周，平均（ 30.12 ± 2.58 ）周；病情程度：轻度 18 例、中度

15 例、重度 8 例。观察组年龄 23~39 岁，平均（ 30.21 ± 4.53 ）岁；孕周 25~36 周，平均（ 30.58 ± 2.74 ）周；病情程度：轻度 17 例、中度 16 例、重度 8 例。两组患者各项基线资料对比具有可比性，（ $P>0.05$ ）。

1.2 治疗方法

对照组采用常规治疗方案：

①解痉：硫酸镁注射液（规格：10ml:5g，津药和平），负荷量 4~6g 加入 5%葡萄糖注射液 20ml，20min 内静脉推注，维持量 1~2g/h 持续静脉滴注，解痉治疗持续 48 小时，总量 $\leq 20\text{g}$ ；

②降压：硝苯地平片（规格：10mg）口服，10mg/次，3 次/d，根据血压调整剂量，控制血压在 140~150/90~100mmHg；

③常规护理：卧床休息（左侧卧位）、低盐饮食（每日盐摄入量 $\leq 5\text{g}$ ）、定期胎心监护、每日复查血压与尿常规。

观察组在对照组常规治疗基础上联合口服盐酸拉贝洛尔+个体化液体管理：

①拉贝洛尔：硝苯地平效果不佳时加用盐酸拉贝洛尔片（规格：50mg/片），50mg 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 静脉滴注，初始速度 20 滴/min，根据血压调整，控制血压平稳下降，避免低于 130/80mmHg；

②个体化液体管理：严格控制输液速度（80~100ml/h），24h 液体入量 $\leq 1500\text{ml}$ ，记录出入量，维持液体负平衡（出量 $>$ 入量），避免肺水肿及肾脏负荷过重；

③强化监测：每日监测 24h 尿蛋白定量、血清胱抑素 C、酌情监测血肌酐，动态评估肾功能，及时调整治疗方案。

1.3 观察指标

（1）血压水平：分别于治疗前、治疗后 7d 采用电子血压

计测量两组患者收缩压（SBP）、舒张压（DBP），连续测量3次，每次间隔5min，取平均值记录。

（2）肾功能指标：分别于治疗前、治疗后7d采集患者空腹静脉血5ml，离心分离血清，采用免疫比浊法检测血清胱抑素C（Cys C）、酌情检测血肌酐（Scr）；收集患者24h尿液，采用双缩脲法检测24h尿蛋白定量（24h-UTP），严格按照试剂盒说明书操作。

（3）母婴不良结局：记录两组患者治疗期间及产后孕产妇不良结局（子痫、胎盘早剥、产后出血）、新生儿不良结局（胎儿窘迫、新生儿窒息、早产）发生情况，计算总发生率。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用t检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血压水平对比

治疗前两组SBP、DBP对比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后两组SBP、DBP均显著低于治疗前，且观察组低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组妊高征患者治疗前后血压水平对比（mmHg， $\bar{x} \pm s$ ）

组别		对照组(n=41)	观察组(n=41)	t值	P值
收缩压 (SBP)	治疗前	158.62±10.35	159.14±10.58	0.223	0.824
	治疗后7d	142.18±8.67	135.26±7.19	3.985	0.000
舒张压 (DBP)	治疗前	102.36±8.52	103.12±8.76	0.398	0.692
	治疗后7d	93.54±6.28	86.71±5.43	5.217	0.000

2.2 两组治疗前后肾功能指标对比

治疗前两组24h-UTP、Cys C、Scr对比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后两组肾功能指标均显著低于治疗前，且观察组低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组妊高征患者治疗前后肾功能指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别		对照组 (n=41)	观察组 (n=41)	t值	P值
24h尿蛋白 定量(g)	治疗前	2.86±0.75	2.91±0.78	0.297	0.768
	治疗后7d	1.52±0.48	0.87±0.32	7.214	0.000

血清胱抑 素C(mg/L)	治疗前	1.89±0.42	1.92±0.45	0.315	0.754
	治疗后7d	1.45±0.35	1.02±0.28	6.189	0.000
血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	治疗前	98.65±12.34	99.12±12.56	0.183	0.855
	治疗后7d	85.21±10.17	76.34±8.95	4.872	0.000

2.3 两组母婴不良结局发生率对比

观察组母婴不良结局总发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 两组妊高征患者母婴不良结局发生率对比[n（%）]

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P值
例数	41	41	-	-
子痫	3(7.32)	0(0.00)	-	-
胎盘早剥	2(4.88)	1(2.44)	-	-
产后出血	3(7.32)	1(2.44)	-	-
胎儿窘迫	4(9.76)	1(2.44)	-	-
新生儿窒息	2(4.88)	0(0.00)	-	-
早产	3(7.32)	0(0.00)	-	-
总发生率	10(24.39)	3(7.32)	4.507	0.034

3 讨论

妊娠高血压综合征是产科高发且危害严重的妊娠期特有疾病，多发生于妊娠20周后，病理机制复杂，不仅会引发血压升高、蛋白尿、水肿等典型症状，还会损伤肾脏、心血管等多个重要脏器功能，严重时诱发子痫、胎盘早剥、胎儿窘迫等急症，直接威胁孕产妇与围生儿生命安全^[5]。近年来，随着高龄妊娠、孕期代谢异常人群增多，该病发病率持续攀升，已成为影响母婴健康的核心产科难题之一。目前临床治疗核心以解痉、降压、保护脏器功能为主，硫酸镁、硝苯地平作为一线药物应用广泛，但单一常规治疗方案对中重度患者的干预效果有限，尤其在血压精准调控、肾功能保护及液体平衡管理方面存在短板，难以全面降低母婴不良事件风险，因此探索更高效、全面的联合治疗方案，对优化妊高征临床管理、改善母婴预后具有重要现实意义。

临床针对妊高征的常规治疗方案，以硫酸镁解痉联合硝苯地平降压为核心，硫酸镁（10ml:5g）通过抑制神经肌肉兴奋、扩张血管发挥解痉降压作用，持续解痉48小时可有效预防子

痫发作，是妊高征治疗的经典药物；硝苯地平作为钙通道阻滞剂，口服给药便捷，可快速降低外周血管阻力，实现基础降压效果，二者联用能满足轻度妊高征患者的基础治疗需求，且用药安全性较高、临床操作简便，是基层医院的主流治疗方案。但该方案存在明显局限性，硝苯地平降压强度有限，对中重度患者血压控制稳定性不足，易出现血压波动；同时常规治疗缺乏针对性液体管理策略，易导致患者液体负荷过重，加重肾脏代谢负担，且肾功能监测多为酌情开展，整体干预维度较单一，无法兼顾血压精准控制、脏器保护及不良结局预防，对重症患者的疗效提升空间较大^[6]。本研究观察组在常规治疗基础上，联合口服盐酸拉贝洛尔并实施个体化液体管理，拉贝洛尔兼具 α 、 β 受体阻滞作用，降压效果温和平稳，可避免血压骤降影响胎盘血流灌注，弥补硝苯地平降压短板；个体化液体管理严格控制输液速度与液体摄入量，维持液体负平衡，能有效减轻肾脏负荷、预防肺水肿，同时强化肾功能指标动态监测，可实现治疗方案的及时优化，二者协同作用，构建了“降压+解痉+脏器保护+液体调控”的综合干预模式，相较于常规治疗，干预更具针对性、全面性，契合妊高征复杂病理特点的治疗需求^[7]。

本研究结果显示，联合口服盐酸拉贝洛尔与个体化液体管理的综合治疗方案，在妊高征患者血压控制、肾功能保护及母

婴预后改善方面均展现出显著优势。治疗后观察组患者收缩压、舒张压水平较对照组下降更明显，表明联合治疗能更高效、平稳地控制血压，避免血压异常波动对母体及胎儿的不良影响；肾功能指标方面，观察组 24h 尿蛋白定量、血清胱抑素 C、肌酐水平改善效果显著优于对照组，提示该方案可有效减轻肾脏损伤、保护肾功能，减少蛋白尿排泄，延缓肾功能恶化进程；母婴不良结局发生率对比中，观察组子痫、胎盘早剥、胎儿窘迫等不良事件总发生率远低于对照组，充分证实综合治疗方案能有效规避高危并发症，为孕产妇及围生儿提供安全保障^[8]。上述结果充分说明，常规治疗联合口服盐酸拉贝洛尔与个体化液体管理，可形成协同增效作用，从多靶点、多维度干预妊高征病情进展，解决了单一常规治疗的核心短板，临床疗效更显著，且治疗过程中未出现严重不良反应，用药安全性可靠，适用于不同病情程度妊高征患者的临床治疗，尤其对中重度患者的获益更为突出^[9]。

综上，常规硫酸镁、硝苯地平治疗联合口服盐酸拉贝洛尔及个体化液体管理，可有效控制妊高征患者血压、改善肾功能、降低母婴不良结局发生风险，临床疗效显著且安全性高，值得在产科临床中推广应用。

参考文献:

- [1] 张春秀,曹蓉.妊娠高血压综合征的产科临床治疗效果分析[J].婚育与健康,2024,30(01):13-15.
- [2] 李秋燕.妊娠高血压综合征产科治疗的临床疗效分析[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2024(003):000.
- [3] 于晓青,郭晓,史艳想,等.妊娠高血压综合征的产科临床治疗效果分析[J].医学前沿,2024(18):40-41.
- [4] 刘薇.妊娠期高血压疾病的诊断与治疗[J].2023.
- [5] 孙玲玲,邵新星.妊娠高血压综合征的产科临床治疗效果研究[J].健康女性,2023(20):52-53.
- [6] 郭立英.妊娠期高血压疾病的产科治疗临床效果探讨[C]//临床医学健康与传播学术研讨会论文集(第一册).2025.
- [7] 石祥宇.观察妊娠高血压综合征的产科治疗方法和效果[J].婚育与健康,2024,30(05):19-21.
- [8] 刘长红.产科妊娠高血压综合征临床特征和治疗效果[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(S1):78-79.
- [9] 张娜.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠高血压综合征的临床效果及对母婴结局的影响[J].妇儿健康导刊,2023,2(13):111-113.