

妊娠期間常見的合併症

對於一個在及育年齡的婦女來說，懷孕是一個相當偉大的事業，因為妊娠期間，會有許許多多的合併症，下面我們僅將最常見的併發症，做詳盡的介紹：

一、妊娠合併高血壓

在懷孕中出現高血壓的情形常見的有：

- (1) 懷孕引發高血壓：指因懷孕而引起的高血壓，一般是指妊娠 20 週後才出現的高血壓。它可以只是血壓上升，也可能合併蛋白尿或水腫，甚至有痙攣發生。
- (2) 子癲前症：指妊娠 20 週以後才出現高血壓，同時至少伴有蛋白尿或水腫的症狀之一。
- (3) 子癲症：指妊娠 20 週以後，一直到產後產褥期間出現高血壓，同時合併抽痙發生。
- (4) 慢性高血壓：如果在懷孕以前已經出現高血壓，或高血壓出現在妊娠 20 週之前稱之。通常在腎臟或內分泌系統有潛藏的疾病。

血壓上升是子癲前症與子癲症最主要的症狀。隨著血壓尤其是舒張壓上升，蛋白質在腎絲球的濾過增加，開始蛋白尿出現。

由於血壓升高，血管壁通透性改變，使得過多的水份滯留在組織中，造成全身性的水腫。一般在懷孕期間也會因血液回流受阻而造成水腫的現象，這類水腫主要分布在下肢，且抬高腿部可以改善症狀。

而子癲前症的水腫是分布在全身，尤其是臉、手部，而且不會因姿勢改變而消失。除了血壓上升、蛋白尿和全身性水腫以外，子癲前症的病人也可能出現血液及凝血因子方面的病變，甚至會出現瀰漫性血管內凝血病變。

在腎臟方面，子癲前症的病人除了出現蛋白尿以外，腎臟血流、腎小球過濾速率也會降低，血中的尿酸、尿中氮素的濃度上升，在嚴重的病人甚至可能出現腎臟組織的病變。

在肝臟方面，最常見的是 GOT (AST)、高膽血紅素的上升，在嚴重的病人甚至會有肝臟破裂的現象。

在視力方面，上升的血壓可能造成眼底的病變，引起視力模糊，甚至引起視網膜剝離造成視力障礙。

其它如肺水腫、腹水...等現象也可能出現在嚴重的子癲前症病人的身上。

※子癲前症的診斷必須包括發生在妊娠期間：

- A. 20 週以後的血壓上升（間隔 6 小時以上的兩次血壓測量都在 140/90 毫米水銀柱以上，或是比先前收縮壓上升 30 毫米水銀柱，或舒張壓上升 15 毫米水銀柱以上時就可以診斷為高血壓）
- B. 同時有全身性水腫或蛋白尿（24 小時的尿蛋白質超過 300 毫克，或間隔 6 小時以上的兩次的隨意尿液取樣的尿蛋白都在 100 mg/dl 以上）兩者之一。血壓上升同時伴有抽痙則歸類在子癲症。

子癲症的抽痙是屬於大發作的表現，在懷孕的過程中、產程中、甚至產褥期都有可能發生。不過發生在產後 48 小時的抽痙要先懷疑是否有中樞神經的病變存在。

在本院的門診中，每一次產前檢查都會例行測量血壓以及檢查尿蛋白，以期早期發現妊娠高血壓。

對於輕微的妊娠高血壓病人，可以在家中臥床休息，以降血壓藥物控制血壓，並於門診追縱治療即可。一旦血壓持續上升或有嚴重的子癲前症症狀出現時，則需要住院觀察及治療。

二、妊娠糖尿病

由於胰島素普遍應用於高血糖的控制上，加以產前檢查的技術進步，現今糖尿病所引發的各種妊娠合併症呈顯著降低與改善。

- (1) 高血糖對母體本身的影響：
 - A. 血糖控制不良
 - B. 酮酸血症
 - C. 次發感染，特別是尿路感染
 - D. 子癲前症與子癲症的發生比率比一般人高 41 倍
- (2) 高血糖對胎兒的影響：
 - A. 胎兒高血壓→次發性高胰島素血症→胎兒器官肥大症

B. 若引起子宮胎盤血管病變

- a. 慢性胎盤功能衰竭
- b. 胎兒生長遲滯
- c. 胎死腹中

(3) 妊娠對血糖的影響：

- A. 妊娠早期，動情素及黃體激素會刺激胰島細胞增生，並分泌胰島素，促進肝醣儲存的增加而降低空腹的血糖值。
- B. 妊娠中期後段胎盤分泌的人類胎盤泌乳原增加，胰島素分解活性也增加，於是產生了顯著的胰島素拮抗作用，造成血糖上升。

(4) 妊娠性糖尿病的檢查

至於如何在臨床上發現妊娠性糖尿病？

- A. 依照血漿葡萄糖的測量值。
- B. 於第 24 至 28 週間，不管最後進餐時間，口服 50 公克葡萄糖作篩檢。
- C. 一小時後測定靜脈血漿糖濃度。
- D. 對於大於或等於 140 mg/dL 的病人推薦作正規的診斷性耐糖試驗。

(5) 妊娠性糖尿病的診斷

- A. 病人經過至少 3 天正常飲食（糖分每天攝取至少 150 公克）及活動，隔夜禁食 8 小時至 14 小時，於清晨口服 100 公克葡萄糖。
- B. 分別於空腹，一小時，二小時，和三小時後測定靜脈血漿糖濃度，試驗期間病人必須靜坐和禁煙。
- C. 確定診斷需至少有二項靜脈血漿糖濃度超過或符合下列標準值：
 - 空腹時，105mg/dL
 - 一小時，190mg/dL
 - 二小時，165mg/dL
 - 三小時，145mg/dL

D. 顯明性糖尿病：連續 2 次或 2 次以上空腹靜脈血漿血糖值大於或等於 105mg/dL（懷孕時的標準），非懷孕時標準值是 140mg/dL。

※在懷孕的過程中，需評估下列的事項：

(1) 評估血糖控制情況：

可測尿糖，酮體，飯前、飯後血糖，若懷疑合併酮酸血症，加測動脈血氧及電解質即可證實。另外，HbA1c 可代表過去兩個月血糖控制情況。

(2) 評估胎兒發育和健康：

- A. 超音波檢查可早期篩檢胎兒先天異常，並追蹤胎兒發育，是否發生巨嬰症，子宮內生長遲滯，或者羊水過多。
- B. 從第 28 至 32 週起可每週做一次非壓力試驗（NST），若有異常，可進一步做催生素收縮試驗、血流研究，以早期發現胎兒窘迫。

(3) 早期診斷並治療糖尿病妊娠常見的一些產科併發症，如尿道感染、子癲前症等。

※懷孕期間血糖的控制，將決定整個妊娠期間的一切：

(1) 嚴格控制母親血糖是決定胎兒預後最重要的因素

母親的空腹血糖 >105mg/dL 和飯後血糖 \geq 120mg/dL 時，其胎兒在子宮內或新生後死亡的危險性較大，這些母親應在產前接受對胎兒周密的監視。

A. 懷孕期間血糖控制目標：

- 飯前 60-95mg/dL（靜脈血漿糖 70-105mg/dL）
- 飯後一小時 <140mg/dL
- 飯後二小時 <120mg/dL
- 上午 2-4 時 >60mg/dL

B. 對於輕微的糖尿病患者，可先以飲食節制，以孕婦未懷孕前的理想體重為計算基礎。

C. 控制飲食後在兩週以內兩次以上，如果不能把空腹血漿糖濃度維持在 $\leq 105\text{mg/dL}$ 或飯後二小時血漿糖濃 $\leq 120\text{mg/dL}$ 時，應開始以胰島素治療，有效的胰島素治療需要病人自己監視血糖。妊娠期間不可使用口服降血糖藥物。

(2) 生產時機及方式的決定：

A. 如果病人血糖控制良好，胎兒監視正沒有其他產科或內科併發症發生，可等到足月再生產，如果有胎兒窘迫或嚴重的併發症發生，應儘快中止妊娠。如果決定剖腹生產，可於妊娠第 38 週後確定胎兒肺成熟後施行。

B. 糖尿病妊娠常合併有巨嬰症或嚴重的內科併發症，故剖腹生產的比率較一般妊娠高出甚多，對於合乎下列條件的孕婦可考慮引產：

1. 胎兒沒有胎頭骨盆腔不對稱
2. 非高產次
3. 子宮頸情況合適
4. 頭位且胎頭固定於骨盆腔。

(3) 產後血糖之控制

妊娠性糖尿病的孕婦往往在產後即不需要胰島素注射，血糖即恢復正常；而胰島素依賴型孕婦在產後會有一段胰島素需求量降低，但是很快血糖又會升高難以控制，需小心監視血糖，以免發生酮酸血症。

(4) 新生兒之處理：

糖尿病母親的新生兒易發生一些諸如低血糖、低血鈣、新生兒黃疸、呼吸窘迫症或先天異常等併發症，故生產時最好請小兒科醫師從旁照顧新生兒並嚴密監視。