

- [11] LI Y, YIN Z H, BIAN W G, et al. Meta-analysis of Rapid Rehabilitation Surgery in Hip and Knee Replacement[J]. Altern Ther Health Med, 2024; AT10630.
- [12] DE SALVO S, SACCO R, MAINARD N, et al. Total hip arthroplasty in patients with common pediatric hip orthopedic pathology[J]. J Child Orthop, 2024, 18 (2): 134-152.
- [13] CHEN G, YU D D, WANG Y C, et al. A prospective randomized controlled trial assessing the impact of preoperative combined with postoperative progressive resistance training on muscle strength, gait, balance and function in patients undergoing total hip arthroplasty[J]. Clin Interv Aging, 2024, 19: 745-760.
- [14] REINHARD J, SCHIEGL J S, PAGANO S, et al. Favourable mid-term isokinetic strength after primary THA combined with a modified enhanced recovery after surgery concept (ERAS) in a single blinded randomized controlled trial[J]. Arch Orthop Trauma Surg, 2024, 144 (8): 3323-3336.
- [15] LOONEY A M, DAY H K, COMFORT S M, et al. Proximal hamstring ruptures: treatment, rehabilitation, and return to play[J]. Curr Rev Musculoskelet Med, 2023, 16 (3): 103-113.

(收稿日期: 2024-12-30 修回日期: 2025-04-20)

• 病例报告 •

输尿管腔外型子宫内膜异位症 1 例报道并文献复习

李定潮¹, 孟惠娟², 张志昱¹, 张俊¹, 袁和兴¹, 徐晓健^{1△}

(苏州大学附属第一医院: 1. 泌尿外科; 2. 妇产科, 江苏 苏州 215000)

[摘要] 输尿管子宫内膜异位症是子宫内膜异位症的一种罕见类型。由于发病率低、临床症状缺乏特异性, 因而易出现漏、误诊, 从而导致不可逆的肾功能损害, 影响患者生活质量。2023 年 12 月该院收治 1 例输尿管腔外型子宫内膜异位症患者, 经输尿管狭窄段切除术联合吻合术成功解决了输尿管梗阻, 结合病例资料对相关文献进行复习, 以帮助临床医生诊治相关疾病。

[关键词] 子宫内膜异位症; 输尿管; 腔外型; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.09.045

文章编号: 1009-5519(2025)09-2232-05

中图法分类号: R711.71; R693

文献标识码: B

输尿管子宫内膜异位(UE)是指子宫内膜腺体和间质在输尿管种植、生长、浸润的疾病, 主要发生在育龄期女性。由于 UE 的临床表现多种多样, 且缺乏特异性, 因此, 诊断较为困难^[1]。本院泌尿外科收治 1 例输尿管腔外型子宫内膜异位症患者, 结合文献复习探讨输尿管子宫内膜异位的临床表现、诊治等相关知识, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 47 岁。因右侧腰部阵发性酸痛不适 1 个月余、加重 5 d 于 2023 年 12 月 10 日至本院泌尿外科就诊。就诊前 1 个月余无明显诱因出现右侧腰部酸胀不适, 呈阵发性发作, 劳累后加重。5 d 前症状加重, 腰酸持续发作未见明显缓解, 遂至外院就诊, 查 CT 和 CT 尿路造影提示右侧输尿管盆腔段的骶髂关节下缘水平处见结节状软组织密度影, 大小 1.7 cm×1.7 cm×1.3 cm, 增强扫描可见强化; 右侧输尿管盆腔段局部截断, 伴上游肾盂、肾盏、输尿管明显扩张、积液, 下段输尿管显示不清, 见图 1。询问详细病史得

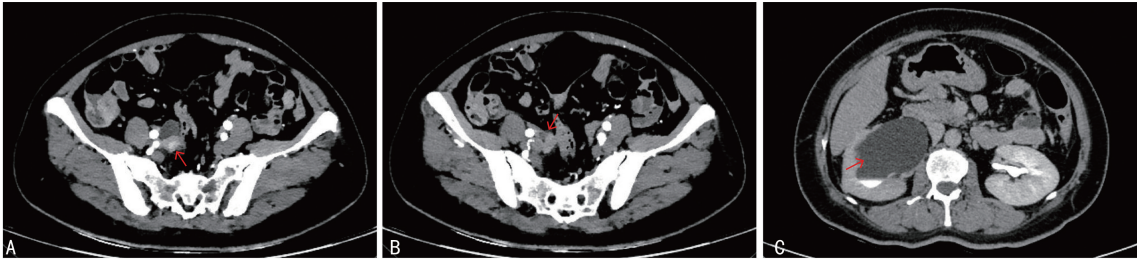
知患者于 2014 年因子宫肌瘤行腹腔镜下子宫全切术。门诊查体: 右肾区叩痛及轻压痛, 右侧输尿管走行区轻压痛。拟输尿管占位(右)、肾积水(右)、子宫全切术后收住院。入院后进行相关检验: 尿红细胞 5.58 个/ μ L, 尿白细胞 6.51 个/ μ L; 3 次尿脱落细胞检查均未见异形细胞。考虑到患者既往有妇科手术史遂请妇科进行多学科会诊, 建议进行血癌抗原 125、抗子宫内膜抗体等实验室指标测定, 以帮助鉴别诊断妇科肿瘤转移及子宫内膜异位症所致输尿管肿物阻塞, 但最终仍需病理学检查确诊。排除患者手术禁忌证后于 2023 年 12 月 13 日在全身麻醉下行经尿道输尿管镜输尿管检查联合活检术(右)。术中见右输尿管口上行 10 cm 处一乳头状新生物充满整个输尿管管腔, 予活检钳夹取病变组织 2 块, 合计最大直径 0.3 cm, 送病理检查, 见图 2A。术后病理检查提示输尿管慢性炎, 见图 2B。考虑输尿管息肉完全阻塞输尿管腔道遂于 2023 年 12 月 27 日在全身麻醉下行狭窄段切除联合断端吻合术(右), 术中见输尿管离膀胱壁间段

[△] 通信作者, E-mail: xxjsuda2011@163.com。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250530.1619.004\(2025-06-03\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250530.1619.004(2025-06-03))

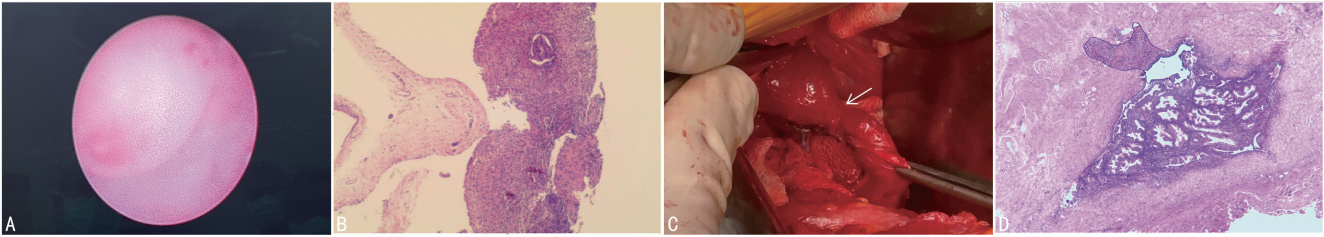
开口约 8 cm 处一狭窄环,外覆纤维结缔样组织,离断局部狭窄输尿管,大小 3.5 cm×1.0 cm×1.0 cm,其内可见 0.8 cm×0.6 cm×0.5 cm 息肉样组织,将切除部分送病理检查,输尿管残端行断端吻合术,见图 2C。术后病理检查提示管壁外有子宫内膜组织,见图

2D。患者术后病情平稳,恢复良好出院。术后 8 周患者拔除右侧输尿管内支架并复查腹盆腔平扫 CT,提示右肾积水较前明显改善,见图 3。术后 9 个月复查 B 超提示右肾大小 9.2 cm×3.1 cm,皮质回声变薄,右肾盂分离 8 mm。



注:A.增强 CT(动脉期),扩张的输尿管周可见强化的结节状软组织密度影;B. 结节以下输尿管显示不清;C. CT 尿路造影检查提示右侧输尿管完全梗阻,造影剂无法排泄。

图 1 影像学检查



注:A.右输尿管管腔内白色乳头状新生物;B. 输尿管管腔内白色乳头状新生物为慢性输尿管炎(苏木精-伊红染色,10×);C. 术中见输尿管一狭窄环,外覆纤维结缔样组织;D. 输尿管管壁外有子宫内膜组织(苏木精-伊红染色,10×)。

图 2 输尿管镜下图像、术中肉眼病变及活检+病变组织病理学检查

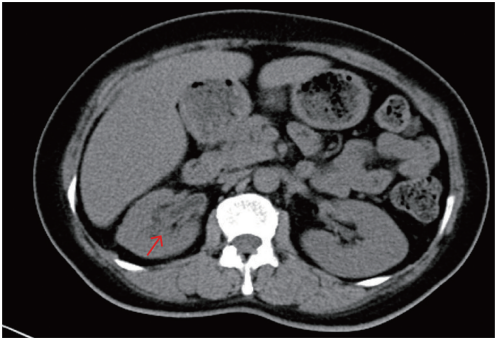


图 3 术后 8 周腹盆腔平扫 CT 检查

2 讨 论

UE 是一种罕见疾病,1917 年由 CULLEN 首次描述^[2],占子宫内膜异位症患者的 0.01%~1.70%^[3],是子宫内膜异位症累及泌尿系统的第二常见部位,仅次于膀胱^[4]。据国内文献报道,我国 UE 发病率约为同时期子宫内膜异位症患者的 1.1%(33/3 131)^[5],与国外文献报道的发病率基本一致。

2.1 流行病学 目前对 UE 的发病机制尚不明确,病变多为单侧发生,55.0%为左侧,28.9%为右侧,8.7%为累及双侧^[6],常影响膀胱-输尿管交界上方 3~4 cm 处的输尿管远端^[4]。根据病变层次可分为腔外型 and 腔内型,2 种类型可同时存在,其中又以腔外型

多见(约 80%)^[4]。孤立性 UE 较为罕见,82.5%的患者伴随于其他常见部位子宫内膜异位症的发生^[4]。

2.2 临床表现 对 UE 的诊断易出现漏、误诊,主要原因在于 UE 患者缺乏特异性症状^[7]。CAVACOGOMES 等^[8]对 700 例 UE 患者进行了系统的文献回顾,结果显示,许多患者具有子宫内膜异位症的典型症状,81%的患者有痛经,70%的患者有盆腔疼痛,66%的患者有性交痛,但没有尿路特异性症状。一项单中心的研究发现,诊断时已有 10.76%的患者同时合并肾积水^[9],当患者出现明确的症状或体征时,25%~50%的患者已出现肾功能损害^[10-11]。因此,早期诊断对保护患者肾功能、促进近期预后、改善远期生活质量具有重要意义。

2.3 影像学检查 UE 患者的查体通常呈阴性^[12]。因此,主要通过影像学检查进行诊断。经腹超声检查可明确肾积水程度和输尿管情况,有助于早期诊断输尿管病变^[13]。针对远端输尿管无法有效显影的问题,还可通过经阴道超声检查明确输尿管病变情况^[13]。有研究发现,经阴道超声结合经腹超声诊断 UE 的灵敏度为 97%,特异度为 100%^[14]。因此,有学者建议将超声检查作为 UE 首选检查方法^[15-16]。然而,超声

检查仅能评估输尿管是否存在狭窄、扩张或梗阻,无法明确病变程度^[17]。因此,对通过超声诊断的患者应进一步行 CT 及磁共振成像检查以明确病变与输尿管壁的关系。CT 检查具有高分辨率的特点,可直接显示输尿管实性病变肿块,也可通过注射造影剂了解病变与输尿管壁的层次关系^[18]。磁共振成像可诊断 UE 的受累部位和层次,有效区分管腔内、外型 UE^[19-20],其在 UE 诊断中的灵敏度为 87%,特异度为 100%^[14],对 UE 的诊断具有极大的价值。然而,最终确诊仍需手术获得大体病理检查^[2]。

2.4 治疗 子宫内膜异位症的治疗方式总体分为药物治疗和手术治疗两大类,但一直以来缺乏高质量的随机对照试验数据来比较药物治疗与手术治疗不同的效果^[21]。对 UE 来说,治疗的主要目的是消除异位子宫内膜组织,解除梗阻,通畅输尿管,避免进一步损伤,特别是保护患侧肾功能^[12,22]。一线药物包括长期给药安全、有效的激素避孕药和孕激素^[23-24],对以上药物疗效不佳的患者则推荐使用促性腺激素释放激素激动剂和芳香化酶抑制剂作为二线治疗药物^[23]。需注意的是,药物治疗可控制但不能消除异位子宫内膜灶^[25],患者一旦选择单纯药物治疗需长期坚持用药,停药后复发是难免的,因此,药物治疗应视为不愿接受或无法耐受手术的患者姑息治疗,而非 UE 患者的首选治疗方法。对存在输尿管狭窄或肾积水的患者禁止单纯使用药物治疗,因输尿管狭窄和积水的严重程度有逐渐增加的风险,最终导致肾功能丧失,此类患者应尽早接受手术治疗^[26]。因此,在以下几种情况下不能选择单纯药物治疗,包括但不限于存在梗阻性尿路病变,肠道子宫内膜异位症伴包块症状,合并卵巢恶性肿瘤,肿块大于 5 cm(尤其是 40 岁以上的妇女),有妊娠需求者^[21]。UE 的手术治疗包括保守性的输尿管松解术、部分输尿管壁切除术、输尿管内支架置入术、根治性输尿管切除端端吻合术、输尿管膀胱再植术和肾输尿管切除术等^[27]。对 UE 患者手术最大的价值在于可有效解决排尿困难和泌尿系统症状^[9]。其主要并发症集中在输尿管狭窄(15.0%~24.2%)、瘘管形成(2.0%~2.8%)和复发(2.0%~3.8%)^[6,9],而术中和术后使用吲哚菁绿对输尿管进行灌注评估可有效减少手术带来的并发症^[28-29]。但对选择哪种手术方法目前尚未达成共识^[30-32]。结合国外大型回顾性分析和国内专家的意见建议,对腔外型病变引起的轻度输尿管梗阻患者推荐采用保守性的手术方式,而对中、重度梗阻或腔内型病变患者建议行根治性手术方式^[6,33],最终仍需根据手术医生个人经验及手术水平对患者进行个体化手术方式的选择。对药物治疗和手术治疗在 UE 中的选择建议二

者结合使用:(1)术前药物治疗的使用可增加手术成功率,有研究表明,二者合用有效治疗 UE 导致的输尿管梗阻成功率明显高于未接受药物治疗的患者^[34]。(2)术后药物治疗的使用可有效降低复发率,有学者观察到术后使用药物治疗可将 18 个月随访时病变和症状复发的风险降低近 60%(风险比=0.41,95%可信区间 0.26~0.65)^[35]。此外,虽然手术治疗可明显改善泌尿系统症状,但近 1/3 因子宫内膜异位症相关疼痛而接受手术治疗的患者并不能从手术中获益^[36],而药物治疗对此类疼痛具有良好的改善效果^[37]。由此可见,二者互相配合才能使 UE 患者获得最大的收益。

2.5 病例资料分析 本例患者自述平时无常见的子宫内膜异位症的症状,且未确诊过其他部位的子宫内膜异位症。然而,单纯性泌尿系统子宫内膜异位症又少见,因此,其病因尚有待商榷。通过查阅资料发现,子宫内膜异位症存在医源性病因,如切口部位或瘢痕部位的子宫内膜异位症^[38]。据文献报道,少于 50% 的膀胱子宫内膜异位症患者曾接受盆腔手术,尤其是剖宫产手术^[39]。结合本例患者既往病史认为,可能是在 8 年前因子宫肌瘤行子宫全切术缝合止血时针线带离子宫内膜组织,从而引起输尿管壁上子宫内膜的医源性植入。因此,当手术可能累及子宫内膜时应注意尽可能避免器械带离子宫内膜并种植于周围脏器或组织,以防引起医源性子宫内膜异位症。

参考文献

[1] YANG K L, CHENG S D, CAI Y K, et al. Clinical characteristics and surgical treatment of ureteral endometriosis: our experience with 40 cases[J]. BMC Womens Health, 2021, 21(1): 206.

[2] PALLA V V, KARAOLANIS G, KATAFIGIOTIS I, et al. Ureteral endometriosis: A systematic literature review [J]. Indian J Urol, 2017, 33(4): 276-282.

[3] VERCELLINI P, CONSONNI D, BARBARA G, et al. Adenomyosis and reproductive performance after surgery for rectovaginal and colorectal endometriosis: a systematic review and meta-analysis[J]. Reprod Biomed Online, 2014, 28(6): 704-713.

[4] FROC E, DUBERNARD G, BENDIFALLAH S, et al. Clinical characteristics of urinary tract endometriosis: A one-year National series of 232 patients from 31 endometriosis expert centers (by the FRIENDS group)[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2021, 264: 155-161.

[5] 徐嘉宁, 曾诚, 薛晴, 等. 输尿管子宫内膜异位症 33 例临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2014, 15(2): 105-108.

[6] CUNHA F L D, ARCOVERDE F V L, ANDRES M P, et al. Laparoscopic treatment of ureteral endometriosis: a

- systematic review[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2021, 28(4):779-787.
- [7] TAYLOR H S, KOTLYAR A M, FLORES V A. Endometriosis is a chronic systemic disease; clinical challenges and novel innovations[J]. Lancet, 2021, 397(10276):839-852.
- [8] CAVACO -GOMES J, MARTINHO M, GILABERT-AGUILAR J, et al. Laparoscopic management of ureteral endometriosis: a systematic review[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2017, 210:94-101.
- [9] ALBORZI S, ASKARY E, POORDAST T, et al. Approach to ureteral endometriosis: a single-center experience and meta-analysis of the literature [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2023, 49(1):75-89.
- [10] ZHAO S Z, LI Y H, XU Y C, et al. Ureteral endometriosis: a uncommon cause of ureteral stricture and hydronephrosis[J]. Asian J Surg, 2023, 46(12):5832-5834.
- [11] MARTÍNEZ-ZAMORA M A, MENSIÓN E, MARTÍNEZ-EGEA J, et al. Risk factors for irreversible unilateral loss of renal function in patients with deep endometriosis [J]. Sci Rep, 2023, 13(1):11940.
- [12] KNABBEN L, IMBODEN S, FELLMANN B, et al. Urinary tract endometriosis in patients with deep infiltrating endometriosis: prevalence, symptoms, management, and proposal for a new clinical classification[J]. Fertil Steril, 2015, 103(1):147-152.
- [13] GUERRIERO S, CONDOUS G, VAN DEN BOSCH T, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements; a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2016, 48(3):318-332.
- [14] TIAN Z, ZHANG Y C, SUN X H, et al. Accuracy of transvaginal ultrasound and magnetic resonance imaging for diagnosis of deep endometriosis in bladder and ureter: a meta-analysis [J]. J Obstet Gynaecol (Lahore), 2022, 42(6):2272-2281.
- [15] PATEMAN K, MAVRELOS D, HOO W L, et al. Visualization of ureters on standard gynecological transvaginal scan; a feasibility study[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2013, 41(6):696-701.
- [16] CARFAGNA P, DE CICCIO NARDONE C, DE CICCIO NARDONE A, et al. Role of transvaginal ultrasound in evaluation of ureteral involvement in deep infiltrating endometriosis [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2018, 51(4):550-555.
- [17] SCIOSCIA M, VIRGILIO B A, LAGANÀ A S, et al. Differential diagnosis of endometriosis by ultrasound: a rising challenge[J]. Diagnostics (Basel), 2020, 10(10):848.
- [18] 沈岚, 齐琳, 吴昊, 等. 输尿管子宫内异位症的影像表现 [J]. 临床放射学杂志, 2013, 32(6):851-854.
- [19] SHENOY-BHANGLE A S, PIRES FRANCO I, RAY L J, et al. Imaging of urinary bladder and ureteral endometriosis with emphasis on diagnosis and technique [J]. Acad Radiol, 2024, 31(9):3659-3671.
- [20] RENNAN L, YAO S, JIN H T, et al. Ureteral endometriosis: mr imaging appearance for predicting complex procedures[J]. Heliyon, 2024, 10(17):e34884.
- [21] MIJATOVIC V, VERCELLINI P. Towards comprehensive management of symptomatic endometriosis: beyond the dichotomy of medical versus surgical treatment[J]. Hum Reprod, 2024, 39(3):464-477.
- [22] UCCELLA S, CROMI A, CASARIN J, et al. Laparoscopy for ureteral endometriosis: surgical details, long-term follow-up, and fertility outcomes[J]. Fertil Steril, 2014, 102(1):160-166. e2.
- [23] BARRA F, SCALA C, FERRERO S. Current understanding on pharmacokinetics, clinical efficacy and safety of progestins for treating pain associated to endometriosis [J]. Expert Opin Drug Metab Toxicol, 2018, 14(4):399-415.
- [24] FERRERO S, EVANGELISTI G, BARRA F. Current and emerging treatment options for endometriosis [J]. Expert Opin Pharmacother, 2018, 19(10):1109-1125.
- [25] CANIS M, GUO S W. In the thicket of fears, doubts, and murky facts: some reflections on treatment modalities for endometriosis-associated pain[J]. Hum Reprod, 2023, 38(7):1245-1252.
- [26] BARRA F, SCALA C, BISCALDI E, et al. Ureteral endometriosis: a systematic review of epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, risk of malignant transformation and fertility[J]. Hum Reprod Update, 2018, 24(6):710-730.
- [27] LEONARDI M, ESPADA M, KHO R M, et al. Endometriosis and the urinary tract: from diagnosis to surgical treatment[J]. Diagnostics (Basel), 2020, 10(10):771.
- [28] RAIMONDO D, BORGHESE G, MABROUK M, et al. Use of indocyanine green for intraoperative perfusion assessment in women with ureteral endometriosis: a preliminary study[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2021, 28(1):42-49.
- [29] MRUGAŁA M, FIUTOWSKI M, NOWAK K, et al. Indocyanine green for assessment of ureteral vascularity can reduce the rate of ureteral complications in patients undergoing extended hysterectomy[J]. J Clin Med, 2024, 13(18):5425.
- [30] DI MAIDA F, LAMBERTINI L, GROSSO A A, et al. Urinary tract endometriosis: how to predict and prevent recurrence after primary surgical excision[J]. J Minim In-

vasive Gynecol, 2022, 29(10):1178-1183.

[31] DARWISH B, STOCHINO-LOI E, PASQUIER G, et al. Surgical outcomes of urinary tract deep infiltrating endometriosis[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2017, 24(6): 998-1006.

[32] ROCHA M A, MENDES G, CASTRO L F, et al. Outcomes of urinary tract Endometriosis-Laparoscopic treatment; a 10-year retrospective study[J]. J Clin Med, 2023, 12(22):6996.

[33] 王伟, 姚书忠. 输尿管子宫内异位症手术相关问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 37(3):287-290.

[34] KIM J, BOO Y, LEE C U, et al. Effects of hormone therapy on the clinical outcomes of endoscopic intervention in patients with endometriosis-related ureteral obstruction [J]. Investig Clin Urol, 2023, 64(1):13-19.

[35] ZAKHARI A, DELPERO E, MCKEOWN S, et al. Endometriosis recurrence following post-operative hormonal suppression; a systematic review and meta-analysis[J]. Hum Reprod Update, 2021, 27(1):96-107.

[36] BALL E, KARAVADRA B, KREMER-YEATMAN B J, et al. Systematic review of patient-specific pre-operative predictors of pain improvement to endometriosis surgery [J]. Reprod Fertil, 2021, 2(1):69-80.

[37] JENSEN J T, SCHLAFF W, GORDON K. Use of combined hormonal contraceptives for the treatment of endometriosis-related pain; a systematic review of the evidence [J]. Fertil Steril, 2018, 110(1):137-152. e1.

[38] 刘娟, 徐琳, 付亚娟, 等. 剖宫产后腹壁子宫内异位症 62 例临床分析[J]. 江苏医药, 2016, 42(20):2287-2288.

[39] JENSEN J R, CODDINGTON C C. Evolving spectrum: the pathogenesis of endometriosis[J]. Clin Obstet Gynecol, 2010, 53(2):379-388.

(收稿日期:2025-01-07 修回日期:2025-05-28)

• 病例报告 •

产后 HELLP 综合征合并急性胰腺炎及 PRES
1 例报道并文献复习

朱超飞^{1,2}, 夏 阳², 赵振华^{1,2△}

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310000; 2. 绍兴市妇幼保健院放射科, 浙江 绍兴 312000)

[摘 要] 浙江省绍兴市妇幼保健院收治 1 例产前子痫, 产后出现 HELLP 综合征、急性胰腺炎和可逆性后部脑病综合征(PRES)患者, 在剖宫产后出现持续性高血压, 辅助检查提示乳酸脱氢酶升高、血小板计数降低。磁共振成像检查提示以弥散受限为主的不典型 PRES 影像表现。经及时诊治, 患者于 8 d 后恢复良好出院。通过文献复习, 旨在提高临床医生对妊娠合并子痫患者出现产后 HELLP 综合征、急性胰腺炎及 PRES 的早期诊断与治疗能力。

[关键词] 产后期; HELLP 综合征; 子痫; 急性病; 胰腺炎; 可逆性后部脑病综合征; 病例报告
DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.09.046 **中图法分类号:**R714.7;R714.46
文章编号:1009-5519(2025)09-2236-03 **文献标识码:**B

HELLP 综合征为妊高征患者并发溶血、肝酶升高和血小板减少, 是妊娠高血压疾病的严重并发症, 严重威胁母婴健康及生命安全, 是妊娠期严重的多系统疾病^[1]。关于 HELLP 综合征合并急性胰腺炎、可逆性后部脑病综合征(PRES)病例的国内外文献报道均罕见^[2-3]。浙江省绍兴市妇幼保健院收治 1 例产前子痫, 产后发生 HELLP 综合征、急性胰腺炎、PRES 患者, 经及时诊治, 患者恢复良好出院, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 37 岁。因胚胎移植术后 6 个月、停经 29⁺₆ 周、抽搐 1 次于 2024 年 3 月 10 日由外院转入浙江省绍兴市妇幼保健院产科。既往身体健康。2023

年 9 月 2 日于外院行胚胎移植 1 枚, 孕期不定期产检, 孕前查甲状腺功能提示甲状腺功能减退, 给予优甲乐 12.5 μg、每天 1 次口服, 既往产检血压波动于 114~136/77~88 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。转入浙江省绍兴市妇幼保健院 1 周前孕妇无明显诱因出现双下肢水肿, 2 d 前起床时自觉脸部水肿明显, 4 h 前无明显诱因出现头晕, 随后抽搐 1 次, 持续 10 min 自行缓解, 伴呕吐 1 次。入院后给予硫酸镁解痉, 地塞米松针 6 mg 肌肉注射 1 次促胎肺成熟, 乌拉地尔 5 mL/h 静脉微泵治疗, 硝苯地平片 10 mg 口服降压, 复测血压 168/119 mm Hg, 产科查体:宫高 21 cm, 腹围 94 cm, 胎心率 130 次/分, 无宫缩, 臀先露。

△ 通信作者, E-mail: zhao2075@163.com。
网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250530.1659.020\(2025-06-03\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250530.1659.020(2025-06-03))