

妊娠合并牙龈瘤破裂出血抢救成功 1 例

赵林桦, 陈灼英(福建省宁德市闽东医院, 福建 宁德 355000)

中图分类号: R714. 12 文献标识码: B 文章编号: 1007-7693(2005)09-0917-01

患者 5a, 经产妇。因停经 38 + 1wk, 反复口腔出血 5 个月, 加剧 3 小时, 于 2003 年 12 月 9 日 7 时 30 分入院。末次月经 2003 年 3 月 15 日, 停经 50d 后轻度早孕反应, 5 个月开始胎动。停经 4 个多月后出现口腔出血, 多发生在刷牙, 咬硬物时, 每次出血量不等, 一般在半小时内出血能自行停止。多次就诊拟“左上颌牙龈瘤”, 因处孕期末彻底治疗。入院前 3 小时症状加剧, 口腔出血不止。检查: 体温 36. 7 度, 脉搏 108 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 110/76mmHg, 口唇沾满血迹, 左上颌牙槽活动性出血, 其他皮肤粘膜未见出血点。腹部足月妊娠大小, 胎儿头位, 胎心正常。血常规 HGB102g/L, WBC $9. 3 \times 10^{-9}/L$, PLT $329 \times 10^{-9}/L$, 出凝血时正常。CT 示: 右侧牙龈软腭间可见低密度病灶 $31 \times 20mm$, 边界不清。腹部彩超示: 胎头双顶径 98mm, 胎心率 151 次/min, 胎盘成熟度 II + 级, 羊水深度 86mm。入院后经全身及局部止血, 静脉输液等处理, 效果不佳。于 18 时 30 分在局麻下行右颌内动脉造影, 用 0/5 真丝线段及明胶海绵栓塞出血分支。22 时 30 分再次口腔出血, 考虑栓塞后出血与侧支循环建立有关, 给输少浆血 4u, 止血等处理。次日 8 时 30 分查房: 上颌牙龈瘤表面苍白, 肿瘤深度变浅, 充血改善。16 时 40 分患者口腔再次出血 300mL, 含血块, 静推“立止血”, 鲜血仍不断涌出。急请全院会诊: 认为目前出血非牙龈瘤主干血管, 而是侧支血管, 再则瘤体糜烂面渗血, 继续出血休克不可避免, 严重威胁母婴生命。必须采用综合治疗方案: 气管切开, 防止血块堵塞气道导致窒息; 接着剖宫产终止妊娠, 再行口腔牙龈瘤切除。此时血压下降。血 HGB65g/L, 18 时 20 分在气静麻醉下, 一路输液, 一路输血, 行气管切开置管后, 子宫下段剖宫产一男婴, Apgar7 分, 6 分钟后 10 分, 新生儿体重 3850g, 术

中出血 120mL。此后行右上颌牙龈瘤切除加右上第 7 牙拔除术, 术中见瘤体表面直径为 30X40mm, 并见破裂口活动性出血。患者术后并发双肺感染, 胸腔积液, 双下肺不张; 口腔真菌感染, 经多方治疗, 术后 20d 痊愈出院。住院期间输少浆血 18u, 病理报告: 右上颌妊娠性牙龈瘤(病理号 03-48888)。

讨论: 妊娠期牙龈瘤的发病与黄体酮水平增高有关, 可发生于单个牙的牙间, 也可在颊、舍侧乳头同时发生, 根据报道在孕妇中发生率为 1. 8% ~ 5%, 通常于妊娠第 3 个月迅速增大, 牙龈颜色鲜红光亮或暗紫色, 质地松软或略带韧性, 表面上皮呈半透明状, 极易出血。牙间乳头常呈扁圆形肥大, 向两侧扩延, 可有蒂或无蒂, 有的病例在肥大的龈缘处呈小分叶状, 或溃疡和纤维素渗出。严重病例可因巨大的妊娠瘤妨碍进食, 但一般直径不超过 20mm。分娩后妊娠牙龈瘤逐渐自行缩小, 但必须除去局部刺激物才能使病变完全消失。产后随着女性激素水平恢复常态, 妊娠牙龈瘤均可自动消退到妊娠前水平, 对一些体积较大妨碍进食的妊娠牙龈瘤, 则在妊娠 4 ~ 6 月之间可手术切除, 切除应达骨面, 包刮骨膜, 以免复发。

本例妊娠合并牙龈瘤, 在妊娠晚期口腔大出血, 无法等到妊娠结束后性激素水平恢复正常, 龈瘤自然缩小。该例瘤体大, 出血多, 导致贫血, 若病情发展则引起休克、甚至气道栓塞窒息, 母婴死亡。故在血管栓塞次日再次出血时, 当机立断采取气管切开、剖宫产、牙龈瘤切除, 成功抢救了母婴两条生命。

收稿日期: 2005-04-30