

原因主要是颈部楔状缺损、咬合面过度磨耗,不能将其归因于任何形式的牙体缺损和病变。对过敏的有效治疗主要是脱敏治疗,即是通过化学反应产生不溶性物质,使牙本质内物质凝聚,或促进磷灰石再矿化,以封闭或部分封闭牙本质小管,减少或避免牙本质内液体流动^[3],消除疼痛,达到治愈的目的。

Gluma 脱敏剂是常用的以腐蚀作用为主的脱敏剂,其主要成分是 36% 的 2-羟乙基甲基丙烯酸酯 (HEMA) 和 5% 戊二醛,戊二醛作用于牙本质小管中的蛋白质,使之变性凝固,封闭牙本质小管,阻止液体的流动^[4],可使牙本质通透性下降 60% ~ 80%^[5]。2-羟乙基甲基丙烯酸酯可溶于牙本质小管液,协助戊二醛进入小管内发挥作用,从而达到脱敏目的。Gluma 脱敏剂的渗透性在唾液和刷牙的作用下有增加的趋势。75% 氟化钠甘油中氟离子与钙盐有很强的亲和力,很容易与钙盐中的磷酸钙结合置换羟基磷灰石中的羟基形成氟磷灰石,能机械性阻塞牙本质小管,从而有效阻断液体流动,以达到脱敏效果;但表面涂氟易发生氟化物部分丢失,从而降低脱敏效果,且该方法难于完全封闭牙本质小管,并且

继发性牙本质形成需要一定时间,所以氟化钠脱敏效果慢,加之氟化钠甘油价格较贵,也影响到基层医院的普遍使用。本文观察 12 个月,Gluma 脱敏剂治疗牙本质过敏症疗效优于氟化钠甘油,对牙龈和口腔黏膜无明显副作用,不使牙体染色,值得临床应用。但由于牙本质过敏症是个非常复杂的病症,其发病机制尚不十分清楚,诊疗方法比较局限,其远期疗效仍然是困扰临床的一大课题。

[参 考 文 献]

- [1] 王满恩,王嘉德. 牙髓病学生物学基础[M]. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1991:111-114.
- [2] 樊明文. 牙体牙髓病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:134-136.
- [3] 张震康,樊明文,傅民魁. 现代口腔医学[M]. 北京:科学出版社,2003:513.
- [4] Chaussain-Miller C, Decup F, Domejean-Orli-Get S, et al. Clinical evaluation of the Carisolv chemomechanical caries removal technique according to the site/stage concept, I a revised caries classification system[J]. Clin Oral Investig, 2003, 7(1): 32-37.
- [5] Seara SF, Erthal BS, Ribeiro M, et al. Pereira GDS, the influence of a dentin desensitizer on the microtensile bond strength of two bonding systems[J]. Oper Dent, 2002, 27(2): 154-160.

[文章编号] 1000-2200(2009)09-0821-02

· 临床医学 ·

妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变 39 例诊治分析

陈秀艳

[摘要] 目的:探讨妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变的合理诊断及治疗方法。**方法:**39 例妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变患者均行 B 超检查证实,30 例选择在孕 16 ~ 20 周进行手术,肿瘤坏死及有乳头的肿瘤行卵巢切除术,余行肿瘤剔除术。**结果:**早孕术前诊断符合率 87.2% (34/39)。29 例妊娠顺利,4 例剖宫产同时肿瘤剔除,3 例术后未能随诊,1 例人工流产,1 例术后流产,1 例术后早产,新生儿死亡。**结论:**B 超检查提高了妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变的诊断率,手术时机宜选择在妊娠 16 ~ 20 周。

[关键词] 卵巢肿瘤;妊娠;卵巢疾病/外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 737.31 **[文献标识码]** A

妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变并非少见^[1],易漏诊,且因孕期卵巢手术对母亲及胎儿都有一定的危险性,保守处理又顾虑肿瘤扭转、恶变等并发症或影响妊娠及分娩,故处理原则尤为重要。本文分析我院妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变 39 例诊断及治疗,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1997 年 4 月至 2007 年 4 月,我院

产科收治妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变手术患者 39 例,占同期分娩数 0.29% (39/13 456);年龄 21 ~ 32 岁,其中初产妇 32 例,经产妇 7 例。妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变一般无症状,5 例发生卵巢肿瘤蒂扭转,2 例发生囊肿破裂表现为急性下腹痛,3 例早孕早期有先兆流产。39 例均行 B 超检查,其中 4 例孕早期妇科检查发现卵巢肿瘤后并通过 B 超检查证实,5 例因孕晚期才行 B 超检查未发现卵巢肿瘤,诊断符合率 87.2%。B 超所测肿瘤大小与手术所见相符者(直径相差 ± 1 cm) 20 例(51.8%);基本相符者(直径相差 ± 2 cm) 7 例(17.9%)。有 1 例 B 超提示为囊性乳头状肿瘤。无一例提示有恶性可能,均与病理结果相符。

[收稿日期] 2008-03-24

[作者单位] 安徽省五河县人民医院 妇产科,233300

[作者简介] 陈秀艳(1968-),女,主治医师。

1.2 手术方法 30例选择在孕16~20周进行手术(见表1)。手术方式除肿瘤扭转坏死及有乳头的肿瘤须行卵巢切除外,余均行肿瘤剔除术。术后常规给予黄体酮保胎治疗。

2 结果

除4例剖宫产同时行肿瘤剔除,3例术后未能随诊及1例因本人要求人工流产外,余31例有29例均妊娠顺利,4例因产科指征剖宫产外,均足月经阴道顺娩。有1例孕7周黄体囊肿破裂行黄体囊肿剔除术后流产,1例孕29周发生卵巢肿瘤蒂扭转坏死急诊术后早产,新生儿死亡。本组左侧23例,右侧15例,双侧1例。肿瘤直径3~18cm,其中5~15cm 19例。

表1 卵巢肿瘤的病理结果与手术时间

肿瘤名称	手术时期			合计(%)
	<16孕周	16~20孕周	>20孕周	
成熟囊性畸胎瘤	1	14	3	18
浆液性囊腺瘤*	1	5	3	9
卵巢纤维瘤	—	2	—	2
黏液性囊腺瘤*	—	2	—	2
卵巢瘤样病变	1	7	—	8
合计	3	30	6	39

*1例为囊性乳头状肿瘤

3 讨论

3.1 B超检查对诊断妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变的评价 长期以来,早孕期妇科检查一直被认为是诊断妊娠合并卵巢肿瘤最简便有效的方法。但随着子宫增大,并发的卵巢肿瘤逐渐难以查到而被漏诊^[2-4]。因此,除对患者进行常规妇科检查外,B超检查具有重要意义,是诊断妊娠合并卵巢肿瘤的重要手段。早、中孕期B超检查对了解肿瘤的大小、部位及性质是一种很有价值的辅助诊断方法。本组B超结果与肿瘤实际大小符合率为58.8%,如包括基本符合在内,则可达79.4%。有7例妇科检查未查到包块,均通过B超检查而证实其存在。但B超检查也有不足之处,卵巢囊肿在孕晚期常易被漏诊。本组5例B超未发现卵巢囊肿者,均为孕晚期,由于孕周增加,子宫随之增大,肿瘤相对移位或被子宫所遮挡而不易探测出。另外,孕晚期卵巢囊肿超声显像如观察不仔细,易误认为羊水也常是漏

诊的原因。故应强调早、中孕期B超检查的意义。

3.2 手术时机选择 一般认为手术时机应选择在孕16~20周为宜。其目的是避开黄体维持胚胎在宫内生存的早孕期,又争取在各类可能发生的并发症出现之前。B超显示有恶性肿瘤征象均应及时择期手术,术后母儿并发症远低于带瘤妊娠者^[5]。本组3例早孕期急诊手术,其中1例为黄体囊肿破裂,术后发生难免流产而被迫终止妊娠,这可能与早孕期手术破坏黄体有关。对此如能在术中尽量保留黄体,将破裂黄体缝合或术中、术后使用大剂量孕酮可能避免流产。本组30例孕中期16~20周手术者,结果均很理想。就其原因,可能是孕16周后胎盘形成,产生内分泌功能,足以代替卵巢妊娠黄体内分泌,不致对妊娠有影响。Buttery等^[6]认为,手术最好在孕中期进行,早孕期手术后流产率35%,而孕中期手术后流产率仅为2%。孕晚期子宫较大,手术较困难,且术中触动子宫刺激宫缩可能引起早产,增加胎儿死亡率。故在孕晚期发现卵巢肿瘤,根据情况,若能等到孕足月时行剖宫产手术同时行卵巢肿瘤手术为好。

妊娠合并卵巢肿瘤及瘤样病变最常见的并发症是卵巢肿瘤蒂扭转,这与子宫增大肿瘤位置改变、挤压肿瘤及成熟畸胎瘤发生率有关,妊娠期盆腔充血使肿瘤生长快也是其原因之一。本组囊肿扭转发生率仅为12.8%,这可能与本组大部分患者为预防性选择期手术有关。本组2例孕28周以后发生囊肿扭转者,均于早孕期已发现卵巢囊肿而未抓住孕中期手术的时机。一旦发生扭转,卵巢难以保留,故发现妊娠合并>5cm的卵巢肿瘤及瘤样病变应选择孕16~20周手术。

[参考文献]

- [1] 朱雪静,狄文.妊娠合并卵巢肿瘤86例诊治分析[J].中华医学杂志,2003,27(4):223.
- [2] 梁慧敏.妊娠合并卵巢肿瘤临床诊治[J].医学论坛杂志,2005,20(19):61.
- [3] 王美玉,潘晓燕,赵淑琴,等.妊娠合并卵巢肿瘤56例临床分析[J].黑龙江医学,2005,29(10):766.
- [4] 乐杰.妇产科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004:310.
- [5] Fatum M, Rojansky N. Laparoscopic surgery during pregnancy[J]. Obstet Gynecol Surv, 2001, 56(1):50-59.
- [6] Buttery BW, Beischer NA, Fortune DW, et al. Ovarian tumours in pregnancy[J]. Med J Aust, 1973, 1(7):345-349.