

带吸引器单极电凝治疗鼻出血 120 例体会

With aspirator monopolar electrocoagulation treatment of nasal bleeding a report of 120 cases

赵波¹ 金晓杰²

[关键词] 单极电凝,吸引器;鼻出血;鼻内镜

Key words unipolar electrocoagulation, aspirator; nasal bleeding; nasal endoscope

[中图分类号] R765.23 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2013)02-0097-02

鼻出血是耳鼻咽喉科急症之一,诊断并不困难,但要迅速有效止血并不容易,出血量大时可致失血性休克。传统的鼻腔填塞止血盲目,效果不好,且易导致各种并发症^[1],患者痛苦。临海市第二人民医院耳鼻咽喉科于 2006-04—2011-04 期间应用带吸引器单极电凝(杭州桐庐尖端内窥镜有限公司, B2122.1 鼻窦电凝吸引器)治疗 120 例鼻出血取得良好效果,现报道如下。

1 临床资料

本组鼻出血量大于 100 ml, 100 ml 量是通过患者描述;部分患者监测血压变化、心率变化、血常规化验。120 例患者中,男 78 例,女 42 例;年龄 16~82 岁,平均 55.6 岁。高血压 46 例,糖尿病 20 例,冠心病 8 例。所有患者均排除肿瘤及血液系统疾病。

治疗方法:患者取仰卧位或半坐卧位,准备好棉片(1%丁卡因 10 ml, 0.1%肾上腺素 1 ml),有鼻腔填塞物者取出鼻腔填塞,没有填塞物者直接放棉片 2~3 次,每次 5 min,充分收缩黏膜,特别是中鼻甲及下鼻甲。在鼻内镜下用吸引器仔细寻找出血点。大多可发现血管瘤样小突起,用吸引器触之会出现喷射状动脉出血。找到出血点后用带吸引器单极电凝止血,电凝一般调整到 25 W 左右,电凝时间不超过 3 s,电凝到黏膜发白为止,然后用涂有红霉素眼膏明胶海绵作创面保护,而不用其他填塞物,患者无明显不适,也不用抗生素。对出血来自嗅裂伴鼻中隔明显偏曲,微填塞无效需行鼻中隔偏曲矫正后电凝止血。对不能找到明确出血点,且可排除筛前动脉出血,可行蝶腭动脉电凝术。高血压患者请内科控制血压,防止发生心脑血管意外。疗效评价标准:以治疗后 3 个月内未再发生治疗侧鼻出血作为治愈标准^[2]。

2 结果

120 例鼻出血患者中,112 例找到出血点,全部

为动脉出血;8 例找不到出血点。出血部位分布:鼻中隔前中部 36 例,嗅裂处 34 例,下鼻道 30 例,中鼻甲后端 7 例,下鼻甲 5 例。其中 108 例 1 次止血成功,成功率为 90%。4 例在痂皮脱落时再次出血,均为鼻中隔处,需 2 次电凝止血。8 例找不到出血点中,2 例行微填塞后止血成功;2 例直接电凝蝶腭动脉后治愈;2 例仍出血,考虑为嗅裂出血,鼻中隔偏曲矫正后止血成功;2 例仍反复出血,转上一级医院进一步治疗。总有效率为 98%。行鼻中隔矫正需住院治疗,其余患者均门诊治疗,电话或门诊随访 3 个月未见再次出血。

3 讨论

鼻出血多见于中老年人群,其中男性常见,多有长期吸烟和饮酒史。分析与此年龄人群易患高血压病及伴动脉粥样硬化有关,冬、春季节更常见,与气候干燥致血管脆性增加、易发生破裂有明显关系^[3]。出血容易发生在这些区域,可能与其局部结构有关,一方面这些解剖部位多呈直角弯曲状,受鼻腔空气层流压力刺激明显;另一方面血管在弯折部位,承受的血流冲击压力较大。不同的年龄,出血点分布不同,60 岁以下以下鼻道穹窿部居多,60 岁以上以嗅裂居多,这与李惠涛^[4]的研究一致。

随现代科技的发展,鼻内镜的广泛使用,鼻内镜下寻找出血点具有视野清晰、多角度直视,可以检查鼻腔及鼻咽部各个角落,带吸引器电凝可同时进行清洁术野及止血治疗,适用一人操作,止血准确、迅速,效果良好,创伤小,术后不需行鼻腔填塞,患者痛苦少,恢复快。对出血部位不明者,如排除筛前动脉来源的出血,可直接电凝蝶腭动脉,此方法目前深受到国外学者推崇^[5]。我们有 4 例直接电凝蝶腭动脉,2 例成功,2 例失败;故我们认为鼻腔血管吻合支多,容易形成侧支循环,此方法在最后使用。

本组 4 例患者再次出血均为鼻中隔痂皮脱落所致。嗅裂、下鼻道及中鼻甲后端均未见脱落,考虑痂皮脱落为患者用手挖,或者空气对鼻中隔冲击有关。故术后鼻腔明胶海绵可以让它自行液化,不必强行取出,以免对鼻腔造成新的损伤,再次鼻出

¹临海市第二人民医院耳鼻咽喉科(浙江临海,317016)

²上海交通大学医学院附属仁济医院耳鼻咽喉头颈外科
通信作者:金晓杰, E-mail: xiaojiejn007@yahoo.com.cn

血。

我们通过 120 例鼻出血患者行鼻内镜下带吸引器电凝止血治疗,体会如下。鼻内镜应重点检查如下几个部位:①嗅裂;②下鼻道中后段,尤其是穹窿顶部^[6];③中鼻甲后端,蝶腭动脉处;④鼻中隔近鼻底处。这与鼻腔动脉血管分布密切相关,嗅裂出血来自筛前动脉,下鼻道出血来自鼻后外侧动脉下鼻甲支等。手术中需注意的细节问题:①充分鼻腔黏膜麻醉,避免电凝止血时患者疼痛而不配合治疗;②充分黏膜收缩以便于寻找出血点;③调整好输出功率;④注意观察患者视力变化;⑤治疗时避免在鼻中隔相对对应双侧电凝,防止鼻中隔穿孔;⑥下鼻道出血点视野不佳时可以向内翻、骨折下鼻甲,在 45°镜下操作,视野更佳;⑦对出血汹涌者,可根据血管走行,先稍离开出血点电凝血管近心端,待出血减少后再电凝出血点;⑧操作时动作应准确轻柔,防止损伤正常黏膜;⑨术中注意患者生命体征变化,必要时行心电图监护。

我们发现鼻出血基本都为动脉出血,出血点一般仅 1 个,没有遇到 2 个或以上,且多沿鼻腔动脉走行分布。带吸引器的单极电凝可迅速、准确止血,特别是下鼻道、鼻中隔偏曲时的嗅裂出血,双极

电凝、等离子都无法到达出血点,有明显优越性,几乎无并发症发生,故带吸引器单极电凝是鼻出血的有效治疗方法。

参考文献

- [1] 廖建春,陆书昌. 现代耳鼻咽喉科科学[M]. 北京:人民军医出版社,2001:724-729.
- [2] 杨大章,程靖宁,韩军,等. 难治性鼻出血的出血部位及治疗[J]. 中华耳鼻咽喉科头颈外科杂志,2005,40(5):360-362.
- [3] 王丽,王丽华,周玉英,等. 顽固性鼻出血发病特征及临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2006,13(9):649-651.
- [4] 李惠涛. 62 例难治性鼻出血的出血部位及治疗分析[J]. 医学理论与实践,2006,8(12):952-953.
- [5] VOEGELS R L, THOME D C, ITURRALDE P P, et al. Endoscopic ligation of the sphenopalatine artery for severe posterior epistaxis[J]. Otolaryngol Head Neck Surg,2001,124:464-467.
- [6] 黄保文,李本农,李艳妮. 鼻内镜手术治疗下鼻道穹窿顶部出血[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,23(11):521-522.

(收稿日期:2012-02-08)

小儿气管切开术 33 例临床分析 Pediatric tracheotomy: clinical analysis of 33 cases

冯勇¹ 奚玲¹ 余晓旭¹ 何刚¹

[关键词] 儿童;气管切开术;并发症

Key words children; tracheotomy; complications

[中图分类号] R768 [文献标志码] B [文章编号] 1001-1781(2013)02-0098-03

与成人气管切开术相比,小儿气管切开手术具有很大的风险和更多的并发症,有文献报道其并发症发生率为 23.1%^[1],与婴幼儿气管切开术直接相关的死亡率为 0.7%,与手术并发症相关的死亡率为 2.2%^[2-3]。现回顾性分析 1992-01-2012-01 期间我院行气管切开术和地方医院紧急行气管切开术后转入我院的共 33 例小儿病例的临床资料,总结其临床经验,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

33 例患儿中,男 24 例,女 9 例,男:女为

2.67:1.00;年龄 9 个月~9 岁,其中 9 个月~1 岁(婴儿)6 例,1~3 岁(幼儿)15 例,3~9 岁(儿童)12 例。

小儿原发病分别为喉乳头状瘤 11 例,烧烫伤 8 例,气管异物 7 例,呼吸衰竭伴下呼吸道分泌物潴留 2 例,喉结核 1 例,急性喉炎 1 例,脑炎 1 例,咽后壁脓肿 1 例,咽喉血管瘤 1 例。其中常规气管切开术 12 例,紧急气管切开术 21 例。局部麻醉加基础麻醉 11 例,全身麻醉 21 例,紧急抢救无麻醉 1 例,麻醉插管总共 24 例。主要并发症包括术中急性左心衰伴肺水肿 4 例,气胸及纵膈气肿 2 例,皮下气肿 3 例,导管阻塞 1 例,术中窒息 1 例。具体病因及并发症按照婴儿、幼儿和儿童情况如下。

6 例婴儿中,气管异物和烧烫伤各 3 例。其发生并发症为术中急性左心衰伴肺水肿 2 例,气胸及

¹四川省医学科学院 四川省人民医院耳鼻咽喉科(成都,610072)
通信作者:冯勇, E-mail: yongfeng33@sina.com