

鼻内镜下治疗顽固性鼻出血 64 例临床分析

Clinical analysis of treatment effect on 64 patients with intractable epistaxis under nasal endoscopy and selection of nasal packing materials

古庆家¹ 李静娴¹ 樊建刚¹ 何刚¹

[关键词] 鼻出血;内镜检查;电凝;鼻腔填塞

Key words epistaxis;endoscopy;electrocoagulation;nasal packing

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.03.016

[中图分类号] R765.23 [文献标志码] B

顽固性鼻出血患者的出血点多位于鼻腔后端。采用传统的鼻腔填塞止血法治疗顽固性鼻出血须行后鼻孔栓塞,该方法易损伤鼻腔黏膜,常不能彻底止血,多需反复填塞,易导致鼻腔感染或其他并发症的发生,给患者带来较大痛苦^[1]。我科 2007-01-2012-12 应用鼻内镜对鼻腔填塞止血失败的 64 例顽固性鼻出血患者进行检查并止血治疗,术后应用钠吸绵填塞,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

64 例顽固性鼻出血患者中,男 42 例,女 22 例;年龄 18~72 岁,平均 48 岁。全部患者均为单侧鼻腔反复出血,出血量较大,额镜检查不能发现出血点,经常规的前鼻孔或前后鼻孔填塞,鼻出血仍未得到控制。所有患者均排除血液系统疾病。出血部位:嗅裂鼻中隔部 21 例(32.8%)(图 1);中鼻道后上部 15 例(23.4%)(图 2);下鼻甲穹隆顶部 24 例(37.5%)(图 3);部位不明 4 例(6.3%)。

1.2 治疗方法

术前检查中,发现贫血严重者予以纠正,在补足血容量的同时积极寻找出血点。患者取头高足

低仰卧位,先逐步抽出鼻腔填塞物,边抽取边观察出血来源;可先抽取一部分,用吸引器吸血时观察出血来源,尽量避免一次性全部抽出鼻腔填塞物,以免造成鼻腔大量出血,不易辨认出血部位;采用 1%丁卡因 10 ml+0.1%肾上腺素 2 ml 棉片鼻腔黏膜表面麻醉 3 次,抽出棉片,血染较重的棉片所在位置通常可提示为出血较多处。在鼻内镜下从前向后,自下而上,先检查鼻中隔,再检查各鼻甲、鼻道、鼻腔顶、后鼻孔及鼻咽部,重点检查下鼻道穹窿顶部、嗅裂鼻中隔部以及中鼻道后上部等区域,多可探明出血点。有部分患者检查时未见活动性鼻出血,可将鼻内镜充分接近黏膜,注意寻找小的黏膜隆起,再用吸引器轻触即可引起再次出血,从而明确出血部位;发现并确定出血点后行电凝局部烧灼止血,电凝时间不宜过长,不可过度凝固,电凝后的创面用钠吸绵填压。

2 结果

64 例患者经鼻内镜下电凝止血手术治疗,均一次手术成功,观察 3~5 d 痊愈出院。8 例患者术后有少量渗血,经鼻内镜检查发现,下鼻甲、中鼻甲或鼻中隔前端鼻黏膜擦伤创面出血,2 例再行电凝止血。

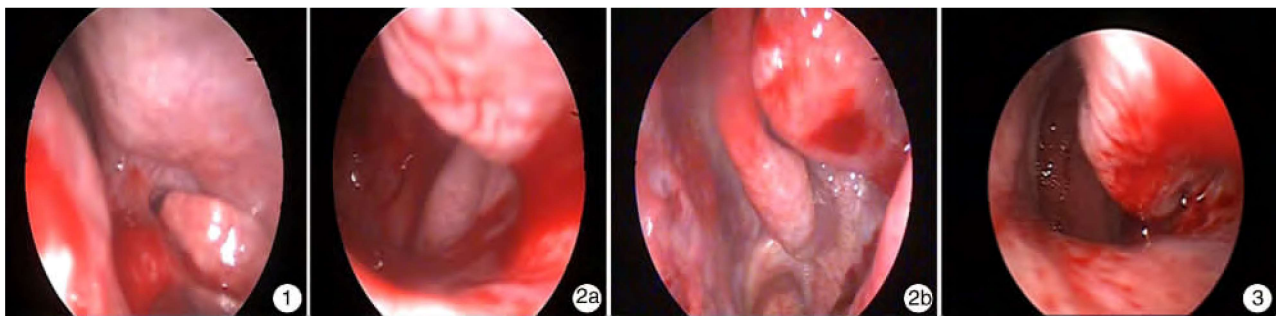


图 1 鼻内镜检查 血流于中鼻甲和鼻中隔间流向鼻腔后部,鼻中隔表面无血液,可见出血来源于嗅裂鼻中隔部; 图 2 鼻内镜检查 2a:后鼻孔处可见血液呈水滴状或线状流向鼻咽部,同时下鼻道后部亦多有积血;2b:此时只要将中鼻甲向内侧骨折移位,吸净中鼻道积血,即可见出血点位于中鼻道后上部; 图 3 鼻内镜检查 吸净鼻腔积血后,下鼻甲上缘以上部位不再再有新鲜积血,此时血液仍不断的自下鼻道侧壁流向鼻底,出血来源于下鼻道后端。

¹四川省人民医院耳鼻咽喉科(成都,610072)
通信作者:何刚,E-mail:heganghegang@live.cn

所有患者随访 3 个月~3 年,未再出血。

3 讨论

鼻出血治疗的关键在于迅速找到出血点并予以正确有效的止血。对鼻腔前端的出血可通过前鼻镜直视出血部位,采取局部填压、烧灼或者冷冻即可治愈。但有相当一部分患者的出血点较为隐蔽,前鼻镜下根本无法发现出血部位,既往最常用的方法是采取凡士林纱条前鼻孔填塞,出血较多者前、后鼻孔同时填塞,更甚者施行动脉结扎。虽然此类填塞方法较为可靠,但填塞过程给患者带来极大痛苦;患者难以接受填塞所引起的头痛、缺氧等症状,常妨碍其正常呼吸和睡眠。在填塞或抽取纱条的过程中,可能会引起患者虚脱或休克,尤其是对伴有高血压或冠心病的老年患者治疗风险更大。

临床治疗中鼻内镜手术得到广泛应用,为鼻出血的检查、诊断和治疗提供了一个先进和准确的技术手段,诊疗水平显著提高。借助鼻内镜的照明、放大和观察作用,可准确地探明鼻内出血的部位和局部情况,同时在直视下通过微填塞、激光、微波、高频电凝器等方式进行止血。应用鼻内镜技术治疗鼻出血具有以下优点:①易于观察鼻腔各部位活动出血点,尤其是鼻腔后部的出血点。本组 64 例患者中有 59 例(92.2%)在鼻内镜下准确找到出血部位。②直视观察下精确操作,简便易行,止血准确和迅速,止血效果好。③避免不必要的前鼻孔或后鼻孔填塞,患者所受痛苦较小,故该技术尤其适用于并发高血压、心血管疾病及血液病等患者鼻出血的治疗^[2]。顽固性鼻出血即常规鼻内镜检查未发现出血点,并经规范的鼻腔填塞(前鼻孔或后鼻孔)仍未控制的鼻出血^[3]。Liu 等^[4]报道鼻内镜下电凝术是治疗顽固性鼻出血的一线方法。顽固性鼻出血特点是出血多来自鼻腔后方,部位较隐蔽,因此必须在鼻内镜下进行出血部位的定位。寻出血点时,如果患者正处于出血状态,应先根据血流方向大致判断出血来源。检查时可边清理鼻腔内的积血边观察嗅裂鼻中隔部、中鼻道后上部和下鼻道后端等部位。上述 3 个出血部位各有不同的出血特点:①嗅裂鼻中隔部出血,血流呈瀑布状于中鼻甲和鼻中隔间流向后下方,若鼻中隔表面无血液,则要观察中鼻甲后端,见血流是从中鼻甲内侧还是外侧流向鼻咽部,若是从内侧向鼻咽部流出,只要将中鼻甲向外侧移位(图 1)。可用带吸引的电凝将中鼻甲向外移位,边吸边找出血点,找到后即可直接止血,观察无明显的活动性出血及渗血后再用钠吸缩填塞即可。②中鼻道后上部,于后鼻孔处可观察到血液呈滴水状或线状流向鼻咽部,同时下鼻道后部亦多有积血,此时只要将中鼻甲向内侧骨折移位,吸净中鼻道积血,即可见出血点。但实际上,处于出血间歇期或使用肾上腺素收缩后出血

暂时停止的患者,这时出血点往往表现为局部黏膜小的光滑突起或呈火山口状,吸引器轻触即可引起出血。可疑出血部位如触碰不出血亦需要电凝。本组采用带吸引器的单极电凝止血,可以待吸尽积血,找到出血点后电凝。因此手术器械无需反复进出鼻腔,避免造成黏膜损伤而形成新的出血点。电凝时可先凝固周围血管后再凝固出血点,还应严格控制电凝时间和功率,以免因凝固过度造成组织损伤过重而不易止血,尤其是容易损伤筛板和致鼻中隔穿孔^[5]。若出血部位仍难以探明,最好予以观察,待其再次出血时寻找。③下鼻道后端,尤其是穹隆顶部出血位置很隐蔽。鼻后外侧动脉有较粗分支隐形于下鼻道外侧壁上,也往往是某些所谓“出血部位不明”或“鼻腔后端出血”的来源^[6]。特征是吸净鼻腔积血后,下鼻甲上缘以上部位不再有新鲜积血,此时血液仍不断的自下鼻道侧壁流向鼻底。用丁卡因肾上腺素棉片反复收缩下鼻道,若仍无法进入下鼻道可将下鼻甲向内移,多可在下鼻道穹隆顶部中后 1/3 交界处观察到出血点呈泉涌或喷射状出血,查明出血部位后直接电凝止血。有些患者下鼻道狭窄或鼻中隔偏曲,进镜及吸引器头困难,可用剥离子向内掀起下鼻甲或行下鼻甲部分切除,以显露出血点^[7]。本组患者出血部位依次为下鼻甲穹隆顶部 24 例(37.5%),嗅裂鼻中隔部 21 例(32.8%),中鼻道后上部 15 例(23.4%),部位不明 4 例(6.3%)。传统观点认为下鼻道外侧壁后部的 Woodruff 静脉丛是顽固性鼻出血的主要部位。近年来该观点受到众多学者的质疑,杨大章等^[3]分析了 92 例难治性鼻出血,也认为 Woodruff 静脉丛出血少见。本组仅有 2 例患者是 Woodruff 静脉丛出血,仅占 3.1%。本研究表明,鼻腔后部出血多由蝶腭动脉引起,且蝶腭动脉在鼻腔黏膜的血液供应中占有重要地位,供应范围达到鼻腔黏膜面积的 90%。张维天等^[8]认为经历一次规范的前后鼻孔填塞,仍未能控制的顽固性鼻出血,如果内镜检查未发现明确出血点即可考虑施行蝶腭动脉电凝术。该术式切口小,黏膜剥离范围小,术后仅需局部填塞中鼻道后部,患者痛苦较小。而陈晓云等^[9]认为有多次填塞史的患者,鼻腔创面多而大,寻出血灶难度加大,填塞所造成的创面容易和真正的出血灶混淆,这是导致术后再出血的另一因素。建议放弃盲目鼻腔填塞,避免鼻黏膜损伤,尽早行鼻内镜检查,降低再出血率。本组有 8 例患者进行了二次治疗,可能是因为患者出血部位的供应血管较为粗大,电凝后造成了破裂或是出血部位较为隐蔽,电凝时未准确定位等原因造成。经再次行鼻内镜检查处理后,未再出血。

目前,国内外应用的鼻腔填塞材料多种多样,为了寻求更合理的填塞材料,我科自 2012 年开始

应用钠吸绵填塞鼻腔,疗效满意。钠吸绵填塞的优点:①向四周均匀施压达到止血的作用,可根据需要进行裁剪,以适合不同大小的术腔;②不会对鼻黏膜造成过度压迫而导致黏膜溃疡和糜烂,并可有效止血,且不会向鼻咽部脱入,操作方法简单、准确;③具有降解快速、无需抽取、减轻患者痛苦及保护黏膜的作用,避免因凡士林纱条抽取而引起的二次出血及产生的新创面;④加固了止血效果,起到了双重止血作用。临床实践证明,采用鼻内镜下电凝止血术治疗顽固性鼻出血,术后采用钠吸棉填塞鼻腔,患者疗效好,痛苦小,值得临床进一步推广应用。

参考文献

[1] 王惠亭,桑建中,张国正. 鼻内镜下双极电凝治疗顽固性鼻出血[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(8):694-695.
 [2] 韩德民,周兵. 鼻内镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:258-260.
 [3] 杨大章,程靖宁,韩军,等. 难治性鼻出血的出血部位及治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40

(5):360-362.
 [4] LIU Y,ZHENG C,WEI W,et al. Management of intractable epistaxis: endoscopy or nasal packing[J]? J Laryngol Otol,2012,126:482-486.
 [5] 张俊,许学谷,李培华. 鼻内镜下电凝治疗难治性鼻出血 415 例分析[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2012,26(5):49-50.
 [6] 黄保文,李本农,李艳妮. 鼻内镜手术治疗下鼻道穹隆顶部出血[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,23(11):521-521.
 [7] 鲁杰,王继国,马洪峰,等. 鼻内镜电凝止血治疗难治性鼻出血[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(10):569-570.
 [8] 张维天,王磊,于栋祯,等. 鼻内镜下蝶腭动脉电凝术治疗顽固性鼻出血[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,23(8):343-345.
 [9] 陈晓云,汪静波,张悦,等. 难治性鼻出血治疗的探讨[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2009,16(6):343-344.

(收稿日期:2013-01-15)

鼻内镜下射频治疗下鼻道穹隆部出血的临床分析 Clinical analysis of radiofrequency under nasal endoscopy nasal interdomal hemorrhage

陈浩¹ 冯锡坚¹ 蔡建良¹ 达瑞¹

[关键词] 内镜检查;鼻出血;射频;止血

Key word endoscopy;hemorrhage; radiofrequency;hemostasis

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.03.017

[中图分类号] R765.23 [文献标志码] B

鼻出血是耳鼻咽喉科常见急重症之一,常规前鼻镜检查无法探查出血部位的,或经前、后鼻孔填塞无效的鼻出血即难治性鼻出血,临床上处理起来较为棘手。而下鼻道穹隆部出血是难治性鼻出血最多见的情形之一,因其出血灶位置深在隐蔽,填塞物不易压迫到位,往往止血效果不佳;多次填塞可造成鼻腔黏膜损伤,而且鼻腔填塞对患者心理、生理上均伤害较大,尤其后鼻孔填塞并发症发生率较高,如急性中耳炎、急性鼻-鼻窦炎、鼻部损伤、低氧血症、诱发心肌梗死和脑血管意外等,对老年患者更具危险性。随着鼻内镜技术的发展,在鼻内镜下明确出血部位并进行治疗已成为一种常规

方法。我院 2005-01-2013-01 门诊及住院的 2200 例鼻出血患者中,有 98 例患者经鼻内镜下探查明确出血灶位于下鼻道穹隆部,同期进行射频止血,取得良好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

98 例患者中,男 66 例,女 32 例;年龄 15~86 岁,平均 55.6 岁。所有患者均为单侧出血,出血量 100~800 ml。均无外伤及出血性疾病史,其中 37 例伴有不同程度的高血压病和动脉粥样硬化症,15 例伴有糖尿病,12 例同时伴有高血压病和糖尿病等。62 例接受过 1 次以上的前鼻孔填塞,33 例接受过 1 次以上的前、后鼻孔填塞。

¹ 广东医学院附属厚街医院耳鼻咽喉科(广东东莞,523945)
 通信作者:陈浩,E-mail:chenhao2003589@sina.com