

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窿顶部出血[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<sup>1</sup> 冯锡坚<sup>1</sup> 蔡建良<sup>1</sup> 达瑞<sup>1</sup>

[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。

<sup>1</sup> 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

## 1.2 治疗方法

本组患者均在鼻腔黏膜表面麻醉下行鼻内镜检查。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,用吸引器吸血检查出血来源,尽量避免一次将鼻腔填塞物全部抽出,致使鼻腔大量出血,不易辨认出血部位。应先清理鼻腔内的凝血块和血性分泌物,再用1%丁卡因(20 ml 丁卡因内加0.1%的肾上腺素3~4滴)棉片行鼻腔黏膜表面麻醉,抽出棉片,血染较重的棉片所在位置通常可提示为出血来源方向。棉片抽出后以0°鼻内镜行全面细致的鼻腔检查。检查下鼻道时需特别注意,因下鼻道穹隆部狭小深在,通常不易暴露,易留下“死角”,需细心查找,检查时,需充分收缩下鼻甲,用1%丁卡因棉片填塞下鼻道并包绕下鼻甲,反复2次,5~10 min/次,探查时可将薄棉片贴于下鼻甲外侧,以剥离子抵在棉片上将下鼻甲适度内移,如伴有下鼻甲骨性增生肥大,则需用剥离子伸入下鼻道将下鼻甲骨折内移,使下鼻道宽敞后再行检查,必要时可换用30°鼻内镜。在检查时如有活动性出血,可用吸引器一边吸引一边顺着血流方向追踪,较容易找到并确定出血灶;如无明显出血,可将鼻内镜充分接近黏膜,注意寻找小的圆形、乳头状、粟粒样黏膜隆起,尤其是黏膜表面欠光滑且有少量凝血块黏附的可疑区域(图1a),可用小块棉片来回擦拭或以吸引头触之,这时可诱发明显的活动性出血(图1b)。确定出血部位后,需加强局部表面麻醉,再导入射频治疗头对出血点周围2~3 mm处作间断环状凝固,随后凝固出血点封闭血管,至局部黏膜呈灰白色,出血停止即可(图1c),若出血量大或出血点范围较大,可由助手拿吸引器把吸引头对准出血灶稍下方2~3 mm处,边吸引边止血(图1b),并将治疗仪调高档位进行治疗,治疗后再用小块棉片来回擦拭

已凝固出血处,如仍有出血可重复进行射频凝固,直至出血完全停止。如导入射频治疗头时感觉操作空间不够,可将鼻内镜换成管径更小的儿童鼻内镜或耳内镜进行操作,也可达到满意的治疗效果。术后局部用涂有金霉素眼膏的明胶海绵填塞,可更好地保护创面,并予以抗感染及止血药物治疗。明胶海绵可待其自行排出。

## 1.3 治愈标准

以治疗1~3个月内未再发生相同区域的出血作为治愈标准。

## 1.4 随访

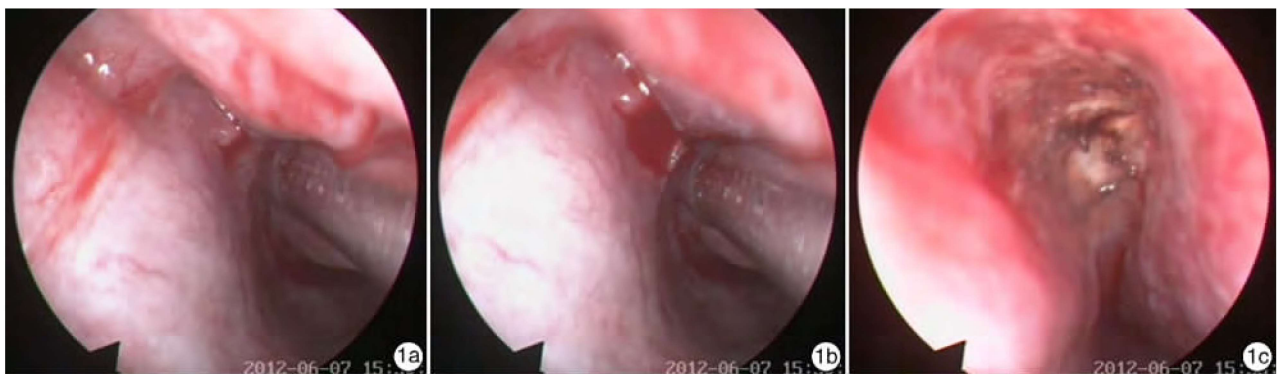
治疗后第2、4、8、12周在门诊行鼻内镜检查,观察创面愈合情况,检查有无鼻腔粘连等并发症。

## 2 结果

一次治愈90例,二次治愈8例,治愈率为100%。

## 3 讨论

60%的人一生中至少发生过一次鼻出血,许多全身和局部疾病均可引起鼻出血<sup>[1]</sup>。本研究中大部分鼻出血患者在鼻镜下即可发现出血点,止血较容易<sup>[2]</sup>,但部分患者因出血部位隐蔽,即使在鼻内镜下查找出血点仍较难止血。临床上,对于这些出血部位不明确且出血较多的患者常常采用前鼻孔填塞术,如出血仍不止且流向鼻咽部或由对侧鼻腔涌出者,则常采用后鼻孔填塞术。但上述2种鼻腔填塞止血的方法往往临床效果较差,一方面因填塞不易到位,不能有效压迫出血点;另一方面,鼻腔填塞术对于伴有高血压和冠心病的患者,容易引起心脑血管意外等并发症<sup>[3]</sup>。分析鼻出血止血效果不佳的最主要原因,是未能及时找出明确的出血部位而进行盲目的鼻孔填塞。所以治疗鼻出血最关键的因素是能否快速明确出血灶所在位置,然后选择合适的治疗方式。



1a:右侧下鼻道穹隆部可疑出血灶呈小血管瘤样突起,表面见少许血迹黏附;1b:右侧下鼻道穹隆部可疑出血灶用吸引头触碰后即有活动性出血;1c:右侧下鼻道穹隆部可疑出血灶用射频凝固后,黏膜呈灰白色。

图1 右侧下鼻道穹隆部可疑出血灶

本研究发现,下鼻道穹隆部出血是鼻腔填塞效果不佳且较难处理鼻出血最常见的情形之一。下鼻道穹隆部出血的临床特点:出血时,多数患者口中有大量血性分泌物吐出,患者也自我感觉血液来自鼻腔后端,而不是鼻腔前端;鼻内镜检查以动脉性出血多见,均为单一出血灶,范围一般较局限,但出血量大且较凶猛。本组患者出血灶多呈搏动性或喷射状出血,平均出血量均有数百毫升,出血常突然发生,即使未经处理也可自止,常规鼻腔填塞大多无效。下鼻道穹隆部出血之所以较难处理主要是因为其解剖部位的特殊性<sup>[4]</sup>:位置隐蔽深在,空间狭小,路径迂回,内镜等器械往往不易直接到达,易留下盲区和死角。Kumar等<sup>[5]</sup>认为应用硬质鼻内镜可快速准确判断来自鼻腔后外侧壁或鼻中隔后端等部位的鼻出血,同时采取填塞、烧灼等方法进行治疗。我们在鼻内镜下应用射频治疗下鼻道穹隆部出血时有如下体会:①处理这类鼻出血时最好由经验较丰富的临床医生完成,尽可能在首次鼻内镜检查时就能发现出血灶。②快速寻找并定位出血部位。检查时如有活动性鼻出血,可在鼻内镜引导下沿着出血来源方向追踪,一般较容易找到并确定出血部位;但如果出血停止或无明显出血,这时往往容易遗漏出血灶,所以更应小心排查一些可疑区域。为进一步确认,可用小块棉片在可疑区域来回擦拭或以吸引头轻轻触碰之,如这时诱发明显的活动性出血即可确定出血部位。③探查时需充分收缩下鼻甲,为了使下鼻道更宽敞,操作更方便,可对下鼻甲作相应的处理,如将下鼻甲骨折适度内移。必要时还可换用不同角度和管径更小的内镜。在整个操作过程中,注意勿损伤下鼻道穹隆顶部前 1/3 区域黏膜,以免伤及下鼻道前上方的鼻泪管开口,导致患者术后出现泪囊炎(溢泪)等并发

症。④在处理过程中要注意观察患者的全身情况,监测血压等。对出血量大血压降低患者,要及时补液扩充血容量防止发生失血性休克;对伴有高血压和冠心病的患者,则要行降血压治疗,做好心电监护,防止发生心脑血管意外等并发症。Razdan等<sup>[1]</sup>报道高血压病是住院患者鼻出血中最常见的全身性原因。本文 98 例中,有 49 例伴有高血压病,其中 8 例一次射频治疗后再发鼻出血,就是因为在一次射频治疗后未能有效控制好血压而导致,后经降血压治疗后再行二次射频治疗而痊愈。

鼻内镜下射频治疗下鼻道穹隆部出血迅速可靠,组织损伤小,患者痛苦少,手术费用低,明显优于鼻腔填塞、血管栓塞术和血管结扎术等止血方法。大部分患者可以在门诊处理,无需使用过多的抗生素及止血药物,患者易于接受,值得临床推广。

#### 参考文献

- [1] RAZDAN U, ZADA R, CHATURVEDI V N. Epistaxis: study of aetiology, site and side of bleeding [J]. Indian J Med Sci, 1999, 53: 545-552.
- [2] 黄选兆. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 124-129.
- [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] 彭大才, 李振强, 杨伟斌, 等. 蝶腭孔、翼管前口的应用解剖及临床意义[J]. 局解手术学杂志, 2004, 13(5): 292-294.
- [5] KUMAR M V V, PRASAD K U R, GOWDA P R B, et al. Rigid nasal endoscopy in the diagnosis and treatment of epistaxis[J]. J Clin Diagn Res, 2013, 7: 831-834.

(收稿日期: 2013-03-02)

## 《临床耳鼻咽喉头颈外科杂志》投稿要求

本刊已开通网上投稿、审稿系统(<http://www.whuhzss.com>),作者登陆网站后点击“我要投稿”进行注册(已注册过的作者请不要重复注册),注册完毕点击“登录”进行网上投稿。投稿成功后,系统会自动产生稿件编号。网上投稿完成后,请作者将一份纸质稿件(需注明稿件编号)和单位推荐信一并寄至本刊编辑部。

推荐信应注明稿件无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等项内容。作者中如有外籍作者或论文系作者在国外进修、学习、工作后撰写,还应附有国外所属工作单位同意在本刊发表的函件。如所投稿件为基础研究,请在来稿中注明:①国内外无类似文章发表;②阐明本研究的创新性,包括新内容、新发现;③创新性的新发现有何意义;④是否全部作者同意刊登;⑤请第一作者及通信作者亲笔签名。作者可在网上查询稿件处理情况,如欲投他刊,请与本刊联系(电话:027-85726342-8818)。本刊一般不退原稿,请作者自留底稿。