

鼻内镜下鼻腔深部顽固性出血的治疗

董文汇

(潍坊市人民医院耳鼻咽喉科, 山东 潍坊 261041)

关键词: 鼻内镜; 鼻出血; 深部; 顽固性
中图分类号: R765.23 文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2012)04-0319-02

鼻出血是耳鼻咽喉科常见急症之一, 常规鼻镜检查不能发现鼻腔深部出血点, 一次以上规范的鼻腔填塞不能控制出血, 出血量大(200 ml以上)甚至引起失血性休克, 此类患者称之为鼻腔深部顽固性出血^[1]。潍坊市人民医院耳鼻咽喉科2006年1月~2010年12月共收治45例鼻腔深部顽固性出血患者, 鼻内镜下行电凝止血治疗, 疗效满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

45例鼻腔深部顽固性出血患者中, 男26例, 女19例; 年龄51~88岁, 平均年龄64岁; 均为单侧出血, 其中右侧22例, 左侧23例; 发病时间约2h~10d; 估计出血量约200~500ml。所有患者均接受过1次以上规范的前和(或)后鼻孔填塞治疗。伴有高血压病史者21例, 常年服用阿司匹林类药物者9例。全组无外伤及血液病病例, 无肝功能不良病例。

1.2 仪器设备

采用杭州市桐庐医疗光学仪器总厂桐庐牌0°及30°鼻内镜; 德国蛇牌双极电凝仪; 南昌市祥恩公司吸收性明胶海绵。

1.3 治疗方法

鼻腔深部顽固性出血患者入院后根据每位患者具体情况作相应处理, 对于一般情况差、高龄、体弱者先给予吸氧输液等支持治疗; 贫血较重者给予输血治疗; 有高血压、糖尿病患者

给予降血压、控制血糖治疗。12例一般情况差、高龄、体弱或对疼痛敏感者在全麻下手术, 33例条件较好者在鼻腔黏膜麻醉下手术。

患者取仰卧位, 全麻者经口插管, 常规消毒铺巾, 鼻腔填塞者缓慢松解抽出鼻腔填塞物, 吸引器吸出鼻腔内血凝块及分泌物, 在0°和30°鼻内镜下用含肾上腺素的1%丁卡因棉片收敛麻醉鼻腔黏膜3次, 每次间隔3~5min。若发现明显出血点则给予电凝凝固止血, 直至出血点周围黏膜发白为止。双极电凝功率一般25~35W。在电凝凝固鼻腔黏膜表面放置小块明胶海绵。

在鼻腔黏膜收敛麻醉过程中若不能发现明显出血点, 则有顺序地检查鼻腔各部位, 一般按照鼻中隔、嗅裂、中鼻甲、中鼻道、下鼻甲、下鼻道、蝶筛隐窝及后鼻孔次序逐一检查, 鼻腔填塞患者多有黏膜糜烂, 更要仔细检查。必要时将中鼻甲、下鼻甲骨折, 使之内移或外移, 以利于嗅裂及中鼻道、下鼻道的检查。如见鼻腔黏膜小肉芽、小凸起或火山样隆起尤应注意, 对可疑出血部位可用棉片擦拭或吸引器轻触吸引以诱发出血明确出血部位, 确定出血部位后给予电凝凝固止血。在电凝凝固鼻腔黏膜表面放置小块明胶海绵。对未明确出血部位者, 给予常见出血部位(嗅裂、中鼻道前段、中鼻甲后端、蝶筛隐窝等部位)电凝, 并给予中鼻甲尾部后上方0.5~1cm处的蝶腭动脉电凝, 对可疑的出血部位黏膜也给予电凝。在电凝凝固鼻腔黏膜表面放置小块明胶海绵。

1.4 治愈标准

鼻腔深部顽固性出血患者经鼻内镜下电凝止血治疗后4周内原出血部位无活动性出血。

作者简介: 董文汇, 男, 主治医师。
通讯作者: 董文汇, Email: dwh0702@163.com.

2 结果

45 例鼻腔深部顽固性出血患者随访 1 个月以上,44 例患者未再出血一次性治愈;1 例患者鼻内镜下电凝止血术后 2 d 再次出血,因不愿接受 2 次鼻内镜下电凝止血治疗而行后鼻孔填塞而治愈。45 例患者中明确出血部位者 41 例,其中出血部位位于下鼻道后穹窿者 18 例,位于嗅裂及鼻中隔者 17 例,位于后鼻孔上缘者 4 例,位于蝶筛隐窝者 2 例;未确定出血部位者 4 例。

3 讨论

鼻出血是耳鼻咽喉科常见急诊之一,既可由鼻腔本身疾病引起,也可由鼻周或全身疾病引起。大多数学者认为,小儿及青少年鼻出血多在鼻腔前部,即利特尔区,而 40 岁以上的中年人或老年人鼻出血则多发生在鼻腔后部^[2]。鼻腔前段出血经普通鼻镜就能找到出血部位,止血容易且效果好;而位于鼻腔后部及顶部的出血,传统治疗方法是行前、后鼻孔填塞,对大部分患者行之有效,但仍有部分患者却疗效不佳。

有学者把普通鼻镜检查不能发现的鼻腔深部出血、一次以上规范的鼻腔填塞不能控制的出血、出血量大(200 ml 以上)甚至引起失血性休克,临床称之为鼻腔深部顽固性出血^[1]。位于鼻腔后部及顶部的出血,由于鼻腔视野狭窄,加之中、下鼻甲的遮挡,传统的前鼻镜无法找到出血点,只能盲目行前、后鼻孔填塞。如果出血部位隐蔽或凡士林纱条未能压迫到出血点的患者,治疗效果欠佳,这就是鼻腔深部顽固性出血难治的主要原因。多次鼻腔填塞易引起鼻腔黏膜广泛糜烂、鼻腔粘连、鼻窦炎及鼻中隔穿孔,甚至出血加重而导致贫血,抽出填塞物后易反复鼻出血。而且鼻腔填塞期间患者感觉鼻塞、鼻胀、耳胀及头痛不适,影响呼吸和吞咽,常可加重高血压或影响心肺功能,对于年龄大者,可引起心绞痛甚至心肌梗死等严重并发症^[3]。

对鼻腔深部顽固性出血患者采用颈外动脉结扎法或选择性动脉栓塞治疗,虽有一定疗效,但常给患者造成较大的痛苦,甚至带来严重或不可逆的并发症,如心脑血管意外、局部

疼痛或软组织坏死、失明甚至死亡等,并且此两种方法对于来自颅内动脉眼动脉分支的筛前、后动脉出血也往往无效^[4]。

对于鼻腔深部顽固性出血,传统观点认为鼻腔后部的 Woodruff 静脉丛是主要出血部位,主要与该部位的血管丰富且较易曲张有关。鼻内镜的广泛应用,为鼻腔深部顽固性出血患者出血部位的仔细检查和准确定位提供了可能,笔者通过观察研究发现真正的 Woodruff 静脉丛出血很少见。鼻腔深部顽固性出血多为动脉性出血,常呈阵发性、间歇性。本组 45 例患者无一例明确为 Woodruff 静脉丛出血。

笔者借助鼻内镜的照明、放大和观察作用,可准确地探明鼻内出血部位和局部情况,同时在直视下通过电凝在局部产生的点状高温和碳化作用,封闭血管残端来达到止血目的。明胶海绵价格低廉,取材方便,柔软、无毒、无刺激性,小块明胶海绵填塞放置在鼻腔黏膜电凝止血处起微填塞压迫作用,也有隔离电凝创面防止粘连作用,并对电凝后形成的伪膜形成保护作用。术后反应轻,无明显不适,大部分患者可维持鼻腔通气。术后 1~2 周明胶海绵液化后逐渐排出,不需换药取出,避免了换药时对创面的刺激^[5]。

笔者认为鼻腔深部顽固性出血,传统的前后鼻孔填塞止血,一方面效果不理想,另一方面患者十分痛苦且会引起较多并发症。鼻内镜下电凝止血治疗,患者痛苦减轻,并发症少,方法简单,疗效较佳。

参考文献:

- [1] 杨大章,程靖宇,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.
- [2] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 人民卫生出版社,1998: 180-194.
- [3] 于西武,王春利,司峰志,等. 鼻内镜下难治性鼻出血的治疗[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2011,25(16): 756-757.
- [4] 罗克强,杨大章,王娜亚,等. 鼻内镜下动脉性鼻出血的综合治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,14(5): 295-297.
- [5] 白洪亮,黄益灯,夏思文,等. 难治性鼻腔深部出血的治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(6): 473-474.

(修回日期:2012-02-06)