

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201402012

· 短篇论著 ·

鼻内镜下蝶腭动脉银夹夹闭术治疗顽固性鼻出血

韩开亮, 孔娟, 宋忠云

(山东兖矿集团总医院耳鼻咽喉科, 山东邹城 273500)

摘要: **目的** 探讨鼻内镜下定位游离蝶腭动脉并以银夹夹闭治疗顽固性鼻出血的方法。**方法** 对22例经反复鼻腔填塞及鼻内镜下电凝术治疗后仍有顽固性鼻腔后部出血的患者于全麻或局麻下行鼻内镜检查,在中鼻甲后端附着部纵向切开黏骨膜,寻找蝶腭孔并充分解剖蝶腭动脉主干及分支,以1~2枚银夹夹闭,复位黏骨膜瓣并填塞止血纱布和膨胀海绵。**结果** 随访6~36个月,平均23个月。20例未再出血,2例分别于术后第6个月和9个月再次同侧筛动脉出血,经鼻内镜下电凝及填塞压迫止血后痊愈。**结论** 鼻内镜下解剖蝶腭动脉并以银夹夹闭治疗顽固性鼻出血,方法简单,疗效确切,值得临床推广。

关键词: 顽固性鼻出血;蝶腭动脉;鼻内镜;银夹

中图分类号: R765.23 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-1520(2014)02-0161-04

Endoscopic sliver-clipping of the sphenopalatine artery as the primary management for refractory epistaxis

HAN Kai-liang, KONG Juan, SONG Zhong-yun

(Department of Otorhinolaryngology, General Hospital of YanKuang Group, Zoucheng 273500, China)

Abstract: **Objective** To investigate the methodology and reliability of endoscopic sphenopalatine artery sliver-clipping in management of refractory epistaxis. **Methods** Twenty-two patients with severe intractable posterior epistaxis who had undergone various procedures like nasal packing, electro-or-chemical cautery or others and still exacerbated, were subjected to this study. Performed nasal endoscopy under general or local anesthesia. Then located sphenopalatine foramen and anatomized sphenopalatine artery and its branches after the longitudinal incision of mucoperiosteum which was at the attachment of the posterior part of the middle turbinate. Afterwards, one or two sliver clips were used to occlude sphenopalatine artery and its branches. Finally, reset mucoperiosteal flap and filled it with hemostasis gauze and expansive sponge. **Results** Twenty-two patients had been followed up for 6 to 36 months with an average of 23 months. Twenty patients did not suffered from recurrent epistaxis during the period. Only 2 patients suffered from recurrent epistaxis in the sixth month and the ninth month respectively. They did not suffered from epistaxis after electric cautery the anterior ethmoidal artery on the same side. **Conclusions** Sliver-clipping of the sphenopalatine artery, as a purely endonasal procedure is an effective and microinvasive means of achieving long-term control of refractory epistaxis. It has few complication compared with the other forms of arterial ligation.

Key words: Refractory epistaxis; Sphenopalatine artery; Endoscopy; Sliver-clipping

顽固性鼻出血目前仍是耳鼻咽喉科难治性疾患之一,主要原因是难以及时准确找到出血点并给予有效治疗。以往多认为出血部位来源于鼻腔后部的 Woodruff 静脉丛,或鼻中隔后段等,给予鼻腔填塞或同时行后鼻孔填塞,

甚至行颈外动脉或筛前动脉结扎,患者非常痛苦且效果欠佳。文献报道顽固性鼻出血常系鼻腔后部动脉性出血,多由蝶腭动脉主干或分支出血^[1]。我科对2007年9月~2010年5月住院的22例顽固性鼻出血患者行蝶腭动脉银夹夹闭术,取得良好疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集22例顽固性鼻出血患者,男17例,女5例;年龄39~67岁,平均52岁。均为单侧出血,左侧15例,右侧7例,经反复鼻腔填塞、鼻内镜下电凝术并辅助全身应用止血药物,高血压患者同时行降压治疗,将血压控制在正常范围,仍然不能控制出血。出血呈发作性,每次出血时间持续数分钟至半小时,出血量每次30~150 ml。22例患者中10例有高血压病史,全部患者无头面部外伤史及血液病史。经常规鼻内镜检查未发现明显出血点,出血部位怀疑来自鼻腔后部。其中血性分泌物来自中鼻道后端12例,嗅裂部5例,鼻中隔后上部3例,部位不明2例。

1.2 治疗方法

14例患者全身麻醉,8例局部麻醉,吸引器吸除鼻腔血凝块查找出血点的同时,用1%丁卡因加1‰肾上腺素棉片逐步收敛鼻腔黏膜,并将下鼻甲骨骨折外移,中鼻甲骨骨折内移,其中5例鼻甲骨增生明显和3例鼻中隔偏曲致鼻腔或中鼻道狭窄,行中、下鼻甲成形术和鼻中隔矫正术,或行中鼻甲后端部分切除术,以形成宽敞的中鼻道便于操作。在中鼻甲后端前1 cm处的中鼻道外侧壁行纵形切口,切透黏骨膜,上端始于中鼻甲附着部,下端达下鼻甲附着部,用黏膜剥离子向后向上紧贴骨面分离至蝶腭孔,见蝶腭血管神经呈束状横向发出(图1),部分呈分枝状,为充分游离动脉,多需用骨凿或电钻去除蝶腭孔前上方的骨性隆起即筛嵴,充分暴露蝶腭动脉主干,然后以1~2枚银夹夹闭蝶腭血管神经束或其分支(图2),再将分离的黏骨膜瓣复位,表面敷以止血纱布,中鼻道用膨胀海绵填塞,鼻腔用凡士林纱条填塞。观察48 h后如未再出血,则分别于术后72 h逐步抽出鼻腔填塞纱条和膨胀海绵。

2 结果

22例患者均找到蝶腭孔并用银夹夹闭蝶腭血管神经束,术后随访6~36个月,平均23个月,20例未再出血,2例分别于术后第6个



图1 0°鼻内镜下右侧蝶腭孔的解剖标志及蝶腭动脉 1:筛嵴;2:中鼻甲;3:蝶腭动脉

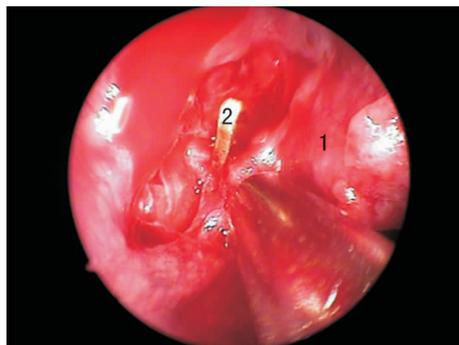


图2 银夹夹闭右侧蝶腭动脉 1:中鼻甲;2:银夹

月和第9个月再次出血,经鼻内镜检查发现均系鼻腔顶部出血,给予筛前动脉电凝和鼻腔填塞止血痊愈。术后所有患者均无腭部感觉异常和软腭麻痹等并发症。

3 讨论

顽固性鼻腔深部出血是耳鼻咽喉科较为棘手的急危重症之一,其有出血凶猛,出血量较大,出血点不易发现等特点,传统的治疗方法有鼻腔填塞,筛前动脉或颈外动脉结扎术等,操作创伤大,患者非常痛苦,且治疗效果欠佳。研究表明鼻腔后部出血多因蝶腭动脉引起,蝶腭动脉血液供应范围达到鼻腔黏膜面积的90%,内镜下经鼻腔蝶腭动脉结扎术是创伤最小,最有效的治疗鼻腔深部出血的方法^[2]。蝶腭动脉来源于颈外动脉的分支上颌动脉(也称颌内动脉),Morton和Khan描述上颌动脉在翼腭段分为3个区,I区:发出上牙槽后动脉、眶下动脉、圆孔动脉;II区:发出腭降动脉和翼管动脉;III区:发出蝶腭动脉^[3]。蝶腭动脉是上

颌动脉的终末支,多数情况下出蝶腭孔进入鼻腔即分为两支,一支为鼻后中隔动脉,经蝶窦口下方黏膜到达鼻中隔,并分为鼻后中隔上动脉和鼻后中隔下动脉。另一支为鼻后外侧动脉,发出分支进入上、中、下鼻甲尾端。少数情况下蝶腭动脉在翼腭窝内即形成分支,通常分出前支和后支。因此术中应仔细找出其主干及分支,逐一夹闭。有学者认为内镜下蝶腭动脉结扎术的成功关键之处是需要靠近蝶腭孔处选择性结扎蝶腭动脉或其分支^[4],因此准确辨认和夹闭蝶腭动脉治疗顽固性鼻出血成功的第一步是顺利找到蝶腭孔。蝶腭孔是一骨性裂孔,位于鼻腔外侧壁后、上区域,被鼻黏膜覆盖,蝶腭动脉及蝶腭神经节的分支通过该孔到鼻腔。骨性蝶腭孔的位置分为3类,Ⅰ类:位于上鼻甲、上鼻道的后方,占35.9%;Ⅱ类:位于中鼻甲或中鼻道的后端,占4.6%;Ⅲ类:位于上鼻甲或上鼻道后方并向下至中鼻甲或中鼻道的后方,占59.6%^[5]。蝶腭孔后缘到蝶窦口下缘的距离均值(8.80 ± 2.36)mm,蝶腭孔前缘到前鼻棘的距离均值为(52.00 ± 4.23)mm^[6],对手术大致定位蝶腭孔具有指导意义;该孔向外侧即通向翼腭窝。分离中鼻道黏骨膜瓣时见中鼻道外侧壁呈一光滑的骨面,继续向后分离时遇到一骨性隆起即筛嵴,是腭骨体垂直板内侧的隆起,与筛骨附着。筛嵴的后下方呈一凹陷即蝶腭孔,孔内穿出的血管神经束有蝶腭动脉,静脉和神经。用骨凿或电钻去除筛嵴可更好的暴露蝶腭孔,用带吸引器的黏膜剥离子尽量仔细分离蝶腭血管神经束,充分显露其主干,操作时应仔细分离,开始分离部位应靠下,术者保持在蝶腭动脉下方操作。向后分离直到暴露蝶骨前壁,蝶骨前壁是重要的解剖标志,提示术者向后分离的程度已充分,下一步应向上分离。注意保护好蝶腭血管神经束防止误伤。用银夹1~2枚夹闭主干及分支,注意血管夹一定要夹住组织根蒂部的全部,并检查其后部,确定没有分支需要单独结扎处理。

本组22例患者术中均顺利找到蝶腭孔并施以银夹夹闭术,术后止血率100%,其中有2例患者分别于术后6个月和9个月同侧鼻腔再次出血,经内镜检查发现出血来源于鼻腔顶部,行筛窦切除术发现1例出血部位位于筛前

动脉管,1例位于筛后动脉管,给予电凝出血点和止血纱贴敷,膨胀海绵填塞后治愈。

目前文献报道治疗蝶腭动脉出血多应用双极电凝先电凝游离的血管束,之后再切断,止血效果确切^[7]。我们认为这种术式一旦失败或者再次出血,下一步将较难处置,再次出血的蝶腭动脉将缩回翼腭窝难以寻找,或需找到上颌动脉施行结扎。有学者建立了翼腭窝内镜学习的解剖模型,发现经鼻腔内镜下寻找蝶腭动脉并逆行解剖上颌动脉是可行的^[8],但颌内动脉翼腭窝段变异较大,掌握颌内动脉翼腭段及其周围区域的解剖对治疗顽固性鼻出血有重要意义^[9-10],术者必须具备熟练的内镜操作技术和精通颌内动脉翼腭段的应用解剖,否则容易造成术区过大,导致严重出血,因此应慎重选择,而经鼻腔应用银夹夹闭蝶腭动脉血管束而不切断更具有优越性,夹闭术既阻断蝶腭动脉血流止血又保留血管神经束,防止了血管断端回缩进翼腭窝再次出血而难以处理之隐患,又保留蝶腭神经功能,避免出现鼻腔和腭部麻木疼痛等不适。

术中如果未能顺利找到蝶腭孔时,我们不建议大范围的分离组织去刻意寻找,以免造成较大的创伤引起出血,粘连等并发症,可考虑行血管造影查找责任血管并同时行栓塞治疗或应用其他方法止血。

术中将中鼻道黏膜瓣覆盖银夹,然后再应用止血纱布及膨胀海绵填塞中鼻道,也是防止再出血及术腔粘连的重要措施^[11]。

参考文献:

- [1] Koh E, Frazzini VI, Kagetsu NJ. Epistaxis: vascular anatomy, origins, and endo vascular treatment [J]. Am J Roentgenol, 2000, 174(3): 845-851.
- [2] Snyderman CH, Goldman SA, Carral RL, et al. Endoscopic sphenopalatine artery ligation is an effective method of treatment for posterior epistaxis [J]. Am J Rhinol, 1999, 13(2): 137-140.
- [3] Morton AL, Khan A. Internal maxillary artery variability in the pterygopalatine fossa [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1991, 104(2): 204-209.
- [4] Prades JM, Asanau A, Timoshenko AP, et al. Surgical anatomy of the sphenopalatine foramen and its arterial content [J]. Surg Radiol Anat, 2008, 30(7): 583-587.
- [5] 司建忍, 马桦, 王忠植, 等. 国人骨性蝶腭孔和翼管的

- 应用解剖[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1988, 23(3): 153-155.
- [6] 张咏梅, 郝玉梅, 朱世杰. 蝶腭孔的解剖学观察[J]. 山东大学基础医学院学报, 2002, 16(6): 338-339.
- [7] 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]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2009, 23(8): 343-345.
- [8] 盖志, 孙树岩. 鼻内镜下翼腭窝区解剖观察[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2005, 12(8): 499-501.
- [9] 敖勇, 张华, 郭银, 等. 鼻内镜下颌内动脉翼腭段应用解剖及意义[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2013, 19(1): 32-37.
- [10] 董文汇. 鼻内镜下鼻腔深部顽固性出血的治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(4): 319-320.
- [11] 徐婷, 王行炜, 谢冬华, 等. 难治性鼻出血部分原因分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(2): 128-130.

(修回日期: 2013-08-09)

DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.201402021

· 临床报道 ·

43例颈部外伤的临床诊治

杨念念, 朱胜华, 肖立云, 杨枝芳

(邵阳市中心医院耳鼻咽喉头颈外科, 湖南邵阳 422000)

摘要: **目的** 总结颈部外伤的救治方法和注意事项。**方法** 根据病因及临床表现将43例颈部外伤患者分为3组, 即A组(颈部异物伤组)、B组(颈部开放性外伤组)、C组(颈部闭合性外伤组), 并作出相应的救治。**结果** 37例患者痊愈出院, 发生喉狭窄及吞咽障碍各1例, 大出血休克死亡1例, 留有不同程度声嘶者4例, 无食管瘘及气管瘘发生。**结论** 在颈部外伤的救治中, 解除呼吸困难、止血及抗休克是救治的关键, 同时需积极进行咽喉、气管及食管等功能的重建。

关键词: 颈部外伤; 救治

中图分类号: R64; R653 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2014)02-0164-03

颈部外伤是耳鼻咽喉头颈外科急危症之一, 常累及咽喉、气管、食管、血管、甲状腺及神经等重要结构, 且多为合并伤, 如诊断不及时或处理不当, 可危及患者生命或留下后遗症。我科于2007年12月~2012年12月共收治颈部外伤患者43例, 抢救治疗满意, 总结报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

43例颈部外伤患者中, 男32例, 女11例; 年龄3~71岁, 平均年龄29.7岁, 以中青年居多; 病程0.25~16h。根据致伤原因、临床表现分为3组: ①A组(颈部异物伤组)9例, 其中4例异物尖端刺破咽、喉黏膜进入咽腔, 5例未

刺破咽、喉腔黏膜; 钢筋及金属刺伤3例, 木棒及树枝戳伤6例; 表现为呼吸困难3例(I度1例, II度2例), 声嘶4例, 咯血4例, 皮下气肿3例; ②B组(颈部开放性外伤组)21例, 包括殴打砍伤6例, 车祸伤6例, 刎颈4例, 摔伤3例, 枪弹伤和爆炸伤各1例; 表现为呼吸困难14例(I度8例, II度4例, III度2例), 伤口活动性出血12例, 伴失血性休克5例, 声嘶16例, 咯血14例, 皮下气肿5例; ③C组(颈部闭合性外伤组)13例, 包括殴打伤5例, 车祸伤4例, 自缢2例, 暴力挤压伤2例; 表现为呼吸困难10例(I度7例, II度2例, III度1例), 声嘶11例, 咯血3例, 颈部血肿6例, 皮下气肿3例。

1.2 治疗方法

根据致伤原因及临床表现进行不同处理。

A组: 就诊时伤口均已未见活动性出血, 完善CT检查明确损伤部位, 4位患者局麻下手