

鼻内镜下电凝止血术在难治性鼻出血综合治疗中的应用

刘成珠 徐松波 吴目武 洪俊

【摘要】 目的 探讨鼻内镜下电凝止血术在难治性鼻出血的综合治疗中的应用效果。**方法** 回顾性分析 2010 年 1 月—2013 年 8 月安徽省蚌埠市第一人民医院耳鼻喉科收治的难治性鼻出血 24 例患者的临床资料,其中男 18 例、女 6 例,年龄 35~75 岁,病程 7~10 d。发生鼻出血次数 3~8 次,每次出血量 10~200 mL。均采用鼻内镜下鼻腔探查及电凝止血术治疗。术中先找到出血点并电凝之,黏膜糜烂处用纳吸棉填压。**结果** 本组 24 例患者均一次电凝手术成功止血。术后随访 6 个月,患侧均未再出血,鼻腔通气功能无影响,无一例继发嗅觉障碍或鼻腔粘连。**结论** 鼻内镜下鼻腔探查及电凝止血术是治疗难治性鼻出血的可靠方法之一。

【关键词】 鼻出血; 内镜; 止血,手术; 电凝术

鼻出血是耳鼻喉科较为常见的急症之一,大多数患者在接受血管收缩剂、镇静剂以及前后鼻孔填塞治疗后出血得以控制^[1]。但有少数患者由于出血部位隐蔽、深在,在经过上述传统方法治疗后仍然出血不止,临床上称之为顽固性鼻出血或难治性鼻出血^[2]。其临床特点是出血凶猛、出血量大,出血部位多在鼻腔后部以及隐蔽处,使得出血点难以寻找,鼻腔填塞物压不住出血点,以致鼻出血反复发作,严重者甚至可危及患者生命。2010 年 1 月—2013 年 8 月,安徽省蚌埠市第一人民医院耳鼻喉科共诊治鼻出血患者 198 例,其中难治性鼻出血患者 24 例(12.1%),均采用鼻内镜下鼻腔探查及出血点电凝止血术治疗,取得良好疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 24 例难治性鼻出血患者的临床资料,其中男 18 例,女 6 例;年龄 35~75 岁,平均 55 岁。病程 7~10 d。发生鼻出血次数 3~8 次/例,每次出血量 10~200 mL 不等。2 例因多次大量出血,出现严重贫血,血红蛋白分别为 55 g/L 和 57 g/L。其中 8 例在我科门诊行 3 次以上前鼻孔填塞,16 例经 3 次以上前后鼻孔填塞由他院转入我科治疗。患者均行鼻腔填塞法不能彻底止血,填塞后均间断出血,血液分别从前后鼻孔、口咽部、患侧眼部流出;其中 1 例左中耳炎患者左耳流血。患者均为单侧出血,左侧 14 例,右侧 10 例。2 例患者因“脑梗死”长期服用拜阿司匹林,8 例有高血压病史,1 例鼻中隔矫正术后 1 周反复鼻出血,其他患者无明显的鼻出血诱因。所有患者均无鼻外伤及血液病病史。

病例纳入标准:(1)近 7~10 d 发生鼻出血至少 3 次;(2)经门诊 3 次以上前、后鼻腔填塞法不能彻底止血。排除标准:(1)不符合难治性鼻出血的诊断者;(2)血液病患者。

1.2 设备与仪器

鼻内镜为浙江桐庐时空候器械有限公司生产的 0°、30° 镜。电凝器为常州市延陵电子设备有限公司生产的高频手术器,单相交流 220 V,50 Hz,输出功率 500 W。

1.3 治疗方法

24 例患者入院后常规体检,实验室检查和支持对症治疗,积极做好术前准备。高血压患者控制血压至正常范围,休克患者抗休克治疗,2 例严重贫血患者予输血治疗,2 例因脑梗死长期服用拜阿司匹林患者手术前后 1 周停止服用阿司匹林。

24 例均采用鼻内镜下探查出血点及电凝止血术治疗。6 例出血次数 6 次以上和 2 例出血量较大患者全身麻醉,其余 16 例患者采用局部麻醉。患者仰卧位,抽出鼻腔填塞物。全身麻醉患者用盐酸羟甲唑啉棉片收缩鼻腔黏膜;局麻患者用 2% 丁卡因及盐酸羟甲唑啉棉片收缩鼻腔黏膜和表面麻醉。鼻内镜下由前向后、由上向下仔细清理鼻腔,用吸引器吸尽鼻腔血块及分泌物,探查出血点。本组嗅裂出血 6 例,蝶筛隐窝出血 8 例,鼻中隔后端出血 4 例,下鼻道后穹窿部出血 6 例。出血点有活动性出血时,先用丁卡因及盐酸羟甲唑啉棉片压迫出血点 3~5 min 后取出,此时出血多已减少甚至停止;然后电凝出血点,将出血部位烧灼至周围黏膜泛白且无活动性出血,烧灼处填小块纳吸棉。处理鼻腔后端蝶筛隐窝和下鼻道后穹窿部出血时,如下鼻甲阻挡影响操作,则将下鼻甲向内侧骨折并移位,拓宽下鼻道;止血完成后,再将下鼻甲外移复位。鼻腔内其他的黏膜糜烂面以少量纳吸棉填压。

术后给酚磺乙胺或血凝酶静脉滴注 3~4 d;艾司唑仑 2.0 mg 口服,3 次/d,连用 3 d。鼻腔多次填塞造成黏膜糜烂合并有感染、白细胞明显增高者,全身抗生素抗感染治疗 5~6 d。同时对所有患者进行心理干预 5~6 d,消除患者因多次填塞和出血带来的恐惧心理。术后 1 周鼻内镜下清理鼻腔后出院,出院 1 周后复查时再次清理鼻腔。

2 结果

术后 1 周内所有患者均未再发生出血,2 例脑梗死患者

头颅 CT 检查未见新的梗死灶。除 2 例贫血患者术后 2 周出院外,其他患者均于术后 1 周出院。24 例均随访 6 个月,鼻腔通气功能无影响,嗅觉无障碍,患侧鼻腔无再出血发生,无一例继发鼻腔粘连。

3 讨论

难治性鼻出血多发生于嗅裂、蝶筛隐窝、鼻中隔后端及下鼻道穹窿中后 1/3 区域即中鼻道后穹窿部^[3]。因为这些区域多有鼻筛前、筛后动脉、鼻中隔后动脉和鼻外侧后动脉较粗分支走行^[4],由于其位置隐蔽不易被发现而往往成为某些“出血部位不明显”或“后鼻孔出血”的来源^[5]。陈钢等^[6]发现,鼻中隔矫正术中易损伤鼻中隔后端或上颌骨鼻嵴内动脉,术中电凝止血较难彻底,术后出血风险增加。本研究中,有 1 例鼻中隔矫正术后鼻出血患者,其出血点即位于鼻中隔后端。曾瑞芬等^[7]报道,鼻内镜手术后鼻出血发生率为 8.4%。发生于这些部位的鼻出血特点是来得快、停得快,多发生于夜间,这可能与夜间迷走神经兴奋血管扩张有关。初期出血甚至可以自止,不出血时可无任何症状;随后频繁鼻出血,出血量越来越大,最后难以自止,行鼻腔填塞也难以准确地压迫到出血点。

鼻出血的治疗原则是尽快明确出血部位,予以快速准确和有效地止血治疗。已接受过多次鼻腔填塞治疗仍然未能成功止血的患者,精神多处于高度紧张状态,术前应耐心做好患者心理疏导,消除其恐惧感,同时给予镇静剂治疗;对于极度贫血(血红蛋白 < 60 g/L)并且多次行鼻腔填塞治疗的患者,入院时给予输血、补液、抗感染治疗,待病人病情稳定后行鼻内镜探查电凝止血术。有学者报道,应用鼻内镜下自制绝缘电灼针止血^[8]或微波凝固止血^[9]治疗顽固性鼻出血,取得良好疗效。

手术中出血部位能否迅速探查是手术成功与否的关键^[10]。本组 24 例患者术中均在鼻内镜下分别成功探查嗅裂、蝶筛隐窝、鼻中隔后端、后穹窿等鼻腔较隐蔽深在的出血部位。对于活动性出血者,术中很快发现出血点,进行电凝并成功止血;如果出血部位不确切,但鼻腔局部仍有血液集聚,则利用吸引器边吸引边查找,均能通过鼻内镜及时发现出血点。静脉性出血多用单极电凝止血,对于动脉破裂搏动性出血则用双极电凝烧灼止血。明确出血部位并电凝止血后,患者一般不会发生再出血。但由于患者多次出血,神

经紧张、恐惧,对于小片黏膜糜烂出血,为保险起见,笔者均予以电凝烧灼防止再出血。处理后鼻孔出血时,如果遇到下鼻道狭窄,影响到鼻内镜、吸引器头及双极电凝的置入,可将下鼻甲骨折内移,拓宽下鼻道;待止血成功后,复位下鼻甲到原位,恢复原有的鼻腔解剖,以免影响术后鼻腔通气功能或继发鼻腔粘连。对于多次鼻腔填塞引起的黏膜糜烂创面,采用纳吸棉局部填塞。术后 1 周及 2 周分别行鼻内镜下鼻腔清理 1 次。

总之,采用鼻内镜下探查及电凝止血术治疗难治性鼻出血,疗效好,并发症少,患者创伤及痛苦小,建议有条件的医院推广应用。

参 考 文 献

- [1] Kucic CJ, Clenney T. Management of epistaxis [J]. Am Fam Physician, 2005, 71(2): 305-311.
- [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]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(5): 360-362.
- [3] 肖昌武,程始明,丁永军,等. 下鼻道后穹窿鼻出血的临床特点及综合治疗 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 364(8): 541-543.
- [4] Toriumi DM, Mueller RA, Grosch T, et al. Vascular anatomy of the nose and the external rhinoplasty approach [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1996, 122(1): 24-34.
- [5] 罗考强,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.
- [6] 陈钢,吴慧莉,孙汝山. 鼻中隔矫正术中出血原因分析及处理 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(14): 662-663.
- [7] 曾瑞芬,李维,艾金刚,等. 鼻内镜术后鼻出血相关因素分析 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 370(14): 1047-1049.
- [8] 马士崧,詹晓东,祖志将,等. 鼻内镜在治疗顽固性鼻腔后部出血中的临床应用 [J]. 解剖与临床, 2003, 8(3): 165-166.
- [9] 洪书平. 鼻内镜下微波治疗顽固性鼻出血 119 例 [J]. 解剖与临床, 2006, 11(1): 61.
- [10] Rudmik L, Smith TL. Management of intractable spontaneous epistaxis [J]. Am J Rhinol Allergy, 2012, 26(1): 55-60.

(收稿日期:2014-08-15)

(本文编辑:张萍)