

· 临床报道 ·

## 经鼻内镜高频电凝治疗鼻出血与 传统填塞止血的临床疗效观察

吴松林, 肖章建, 陈俊德, 龙卫东

(湖南张家界市人民医院 耳鼻咽喉头颈外科, 湖南 张家界 427000)

**摘要:** **目的** 探讨鼻内镜下寻找出血点, 同时行高频电凝止血与传统填塞止血疗效比较。**方法** 对115例经鼻内镜下高频电凝止血和121例传统前后鼻孔填塞治疗鼻出血患者的临床资料进行回顾性总结分析。**结果** 鼻内镜下高频电凝止血治疗组手术过程短暂、刺激小、反应轻、恢复快, 有效率达98.26%, 无并发症发生; 传统治疗组患者行传统前后鼻孔填塞痛苦大、反应重、恢复慢, 有效率85.12%, 并发鼻腔粘连发生率13.22%。两组之间差别均有统计学意义( $P < 0.01$ )。**结论** 鼻内镜下高频电凝止血治疗鼻出血, 视野清晰、止血准确, 免除了传统前后鼻孔填塞之痛苦, 效果确切, 并发症少, 尤其对探明鼻腔深部的出血点具有重要意义, 应常规采用。

**关键词:** 鼻出血; 鼻内镜; 高频电凝; 止血; 疗效观察

**中图分类号:** R765.23

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1007-1520(2010)01-0058-03

鼻出血是耳鼻咽喉科临床常见病, 同时也是许多疾病的临床症状之一。可单纯由鼻腔鼻窦疾病引起, 也可由某些全身性疾病所致, 但以前者多见<sup>[1]</sup>。鼻出血的传统止血方法主要是在额镜或头灯照明下肉眼寻找出血点, 然后用鼻腔填塞止血。由于鼻腔结构复杂, 常因找不到出血点而盲目填塞, 严重出血时则采用前后鼻孔填塞。2003年1月我们开始利用鼻内镜寻找出血点, 在明视下用高频电凝准确止血, 收到了满意的效果。通过对我科随访3个月以上的236例鼻出血患者的回顾性分析, 评价鼻内镜下高频电凝止血治疗鼻出血的临床疗效。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

1999年1月~2008年12月, 我科共收治鼻出血患者236例, 其中自2003年1月开始应利用鼻内镜寻找出血点, 在明视

下用高频电凝准确止血115例(鼻内镜电凝止血治疗组), 其中男69例, 女46例; 年龄27~85岁, 平均52.9岁, 左侧鼻腔65例, 右侧鼻腔50例, 合并高血压病、冠心病41例。传统鼻腔填塞治疗组121例, 其中男72例, 女49例; 年龄25~82岁, 平均48.6岁, 左侧鼻腔68例, 右侧鼻腔53例, 合并高血压病、冠心病49例。两组患者均系我院门诊或基层医院转诊患者; 全部病例均为单侧鼻腔出血, 无外伤及血液病等病史。两组患者在性别、年龄、病情等方面无显著性差异。术后均随访3个月, 随访期内除滴用复方薄荷滴鼻液外, 原则上不使用其他药物(高血压患者服用降压药物除外)。

#### 1.2 治疗方法

**1.2.1 鼻内镜电凝止血治疗组** 手术采用0°鼻内镜在彩显屏监控下取出鼻腔内填塞物, 用1%丁卡因加适量1:1000肾上腺素棉片, 充分收缩和表面麻醉鼻腔黏膜, 吸引管抽吸鼻腔内积血, 从前向后依次检查鼻中隔前部和中部以及中、上鼻甲对应的鼻

作者简介: 吴松林, 男, 主治医师。

通讯作者: 吴松林, Email: 6179765@163.com.

中隔部分(嗅裂区),再检查中鼻道,特别是中鼻道后段,最后检查下鼻道及后鼻孔,查找出血点。发现出血点立即用高频双极电凝止血,输出功率在25~35 W之间。电凝止血后,局部使用涂抗生素明胶海绵覆盖,不填压凡士林纱条,对老年患者以及伴有高血压病患者,术中同时请麻醉科心电监护,保障手术过程的安全性。术后常规抗炎、止血、输液对症支持治疗,高血压病请心内科协助降血压,观察3~4 d未再出血者予出院。

1.2.2 传统鼻腔填塞治疗组 患者入院时仍有出血者,取出鼻腔填塞物,经前鼻镜检查不能窥及出血部位或可疑为鼻腔中后段出血者,立即以凡士林纱条和锥形纱球行前后鼻孔填塞术,术后常规抗炎、止血、输液对症支持治疗,3~5 d后取出填塞物,鼻腔滴用复方薄荷滴鼻液,高血压病请心内科协助降血压,观察3~4 d未再发出血者予出院。

1.3 疗效判定标准

治愈:3个月内未再发出血,黏膜创面愈合。有效:3个月内出血次数少于3次,或单次出血量比术前明显减少。无效:出血量或出血次数无明显变化或加重。

1.4 统计学方法

采用SPSS 13.0 统计软件包运用 $\chi^2$  检验对数据进行统计学分析, $P < 0.01$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后疗效比较

两组患者术后随访3个月,随访结果见表1。结果显示鼻内镜下高频电凝止血治疗组的疗效明显优于传统治疗组, $P < 0.01$ ,两组差异有统计学意义。

表1 两组患者术后疗效比较(n,%)

组别	n	治愈	有效	无效	有效率(%)
高频电凝止血治疗组	115	107	6	2	98.26
传统治疗组	121	69	33	19	85.12

注: $\chi^2=40.532, P=0.000$

平均住院时间:传统治疗组7~10 d,高频电凝止血治疗组4~5 d。术后随访3个月,高频电凝止血治疗组术后无一例患者发生鼻腔粘连,而传统治疗组术后16例患者发生鼻腔粘连,两组差异有统计学意义( $\chi^2=16.313, P=0.000$ )。

3 讨论

鼻出血是耳鼻咽喉科急症之一,治疗原则是迅速找到出血点和快速有效止血。过去对发生在鼻腔深部,反复多次的鼻出血治疗比较棘手,通常采用前后鼻孔填塞、动脉结扎和栓塞术<sup>[2]</sup>。

经鼻内镜探明出血部位,并对破例血管进行电凝或压迫,这是治愈鼻出血的根本保证。对于较大血管出血,不管是动脉还是静脉,均可采用直接电凝或间接电凝法。国外文献报道<sup>[3]</sup> 高频电凝治疗毛细血管扩张症性鼻出血亦有效。本组应用内镜电凝治疗组115例患者行鼻内镜下高频电凝止血术,失败2例,其中1例因术中鼻腔黏膜损伤渗血误认为原发出血点,行电凝止血后结束手术,术后第5天再发多次出血,经再次鼻内镜检查找到原发出血点止血成功;1例系鼻咽癌放疗后鼻黏膜放射性损伤重,恢复差,导致止血失败,后经再次电凝止血,随访3月未再发出血。本组有效率达98.26%,无并发症发生;传统治疗组行前后鼻孔填塞,有效率85.12%,鼻腔粘连16例发生率13.22%。

在止血过程中应注意:①高频电凝时不可直接烧灼血管断端,而是先对其周围环形烧灼,然后再烧灼封闭血管残端,否则易使血管破裂引发或加重出血<sup>[4]</sup>。②对来自较狭窄的嗅裂区和中鼻道的出血处理,有两种情况<sup>[5]</sup>,一是发现出血点直接给予电凝止血,另一种是无法窥视出血点或电凝困难时,可采用明胶海绵微填塞嗅裂或中鼻道,亦可达到止血目的。③对于鼻腔后部出血找不到出血点,如排除筛前动脉来源的出血,可电凝蝶腭动脉或鼻腔后部止血<sup>[6]</sup>。④操作时不要造成对称性损伤,需保证一侧黏膜完整,电凝止血后,局部使用涂抗生素

明胶海绵覆盖,不需填压凡士林纱条,如果鼻黏膜糜烂面积较大,可采用膨胀止血海绵覆盖,术后防止粘连形成。⑤术中应同时仔细检查鼻腔及鼻咽部有无新生物,若发现新生物同期行活检术,以免延误诊治。

#### 参考文献:

- [1] 田勇泉主编.耳鼻咽喉头颈外科学[M].第七版.北京:人民卫生出版社,2008,75-78.
- [2] 葛圣蕾.顽固性鼻腔后部出血的手术治疗[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(1):57-60.
- [3] Ghaheer BA, Fong KJ, Hwang PH. The utility of bipo-

lar electrocautery in hereditary hemorrhagic telangiectasia [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 134(6): 1006-1009.

- [4] 朱德君.44例老年顽固性鼻出血治疗分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(1):69-70.
- [5] 翁祖勋,黄慧青.鼻内镜下治疗隐蔽顽固性鼻出血48例分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(2):155-156.
- [6] Durr DG. Endoscopic electrosurgical management of posterior epistaxis: Shifting paradigm [J]. J Otolaryngol, 2004, 33(4): 211-216.

(修回日期:2010-06-20)

## · 经验交流 ·

# 孤立性蝶窦真菌病 12 例

毛明荣,徐六英,朱 勇,赵小军

(江苏省泰州市人民医院耳鼻咽喉头颈外科,江苏泰州 225300)

关键词:蝶窦炎;真菌病;诊断

中图分类号:R765.22

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2010)01-0060-02

真菌性蝶窦炎近年来由于诊断技术的不断提高,其病例报告逐渐增多,由于蝶窦部位较隐蔽,解剖关系复杂,临床表现缺乏特征性,早期诊断和治疗仍存在一定的困难。现就我院2000年1月~2007年9月收治的12例蝶窦真菌病进行分析,以探讨该病的临床特征、诊断和治疗。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

12例患者中男5例,女7例;年龄32~62岁,平均年龄44岁。病程2个月至3年,左侧5例,右侧7例。以头痛为主诉9例,头痛部位无特异性,可为额部、枕部、双侧颞部、眼球后疼痛,有时表现为全头痛或部位不明确。回吸涕中带血、鼻出

血、鼻阻塞3例,所有病例行鼻内镜、CT或MRI检查均经术后病理证实。12例中仅3例因涕血就诊于耳鼻咽喉科,其余病例均以头痛为首发症状就诊于神经内科。

### 1.2 治疗方法

12例均在局麻下行鼻内镜手术,先用1%丁卡因加0.1%肾上腺素棉片行鼻腔黏膜表面麻醉2次,对中鼻甲后端、蝶筛隐窝、鼻中隔后上部用1%利多卡因加0.1%肾上腺素行局部麻醉。术中将中鼻甲后端剪除,暴露上鼻甲后端的后上方蝶筛隐窝,寻找蝶窦开口,并充分扩大,向蝶窦内注入生理盐水,反复冲洗清理隐蔽部位的真菌团块。术后鼻腔后端填塞高膨胀止血海绵,48h后取出。

## 2 结果

12例均获治愈,所有病例无大出血及其他严重并发症,随访1~3年无复发。

作者简介:毛明荣,男,主任医师。

通讯作者:徐六英,Email:tzxly@163.com.

### 3 讨论

真菌性鼻窦炎发病率低,以非侵袭型居多。生理解剖改变、卫生条件较差及变态反应(部分病例)在致病及病情发展中有一定影响<sup>[1]</sup>。头痛是鼻窦真菌病的最常见临床表现,头痛通常发生在头颅中央深部,呈搏动性,并可波及眶后、眶周、枕后、颞部、额部或三叉神经分布区域。本组12例中有9例以头痛为唯一临床表现,就诊于神经内科,经影像学检查发现鼻窦真菌病转入我科治疗。因此临床上对头痛患者经药物治疗无效者有必要行鼻窦CT检查。凡有不明原因涕血、鼻涕霉臭味、涕中混有污秽干酪样物均应疑为本病,应及早作鼻内镜及CT检查。

CT扫描对鼻窦真菌病的诊断有重要价值,在鼻窦软组织块影内出现钙化影有助于区分真菌性和非真菌性鼻窦炎。Stammberger等<sup>[2]</sup>描述感染鼻窦CT表现为部分或全部混浊,部分病例在真菌块中可见到类金属密度的颗粒或絮状高密度影,认为这是钙盐沉积在近真菌块中心的坏死区内所致,发现率70%以上,是CT所提供的最具诊断价值的信息,窦腔内不均匀性混浊呈结节状软组织团块影更具诊断价值。本组12例术前CT扫描均见窦腔内软组织钙化影。

由于鼻窦解剖的特殊性和临床症状的非特异性,加之对孤立性真菌病的认识不足,临床上常误诊。因此临床上头痛患者药物治疗无效时有必要行鼻窦CT检查。鼻内镜检查对诊断鼻窦病变有重要意义,鼻窦病变时蝶筛隐窝处可见水肿、黏脓性分泌物、息肉或膨隆。当蝶筛隐窝处未发现异常并不能排除鼻窦病变,对这些病进行影像学检查是必不可少的。

目前对于鼻窦真菌病手术是首选治疗方法。鼻窦真菌病手术治疗的目的是清除病变组织和改善窦腔的通气引流,充分开放鼻窦开口,清除病变后再分次向鼻窦内注入生理盐水,清理隐蔽部位的真菌团块。本组患者均在局麻下行鼻内镜手术,术中将中鼻甲后端剪除,暴露上鼻甲后端的后上方蝶筛隐窝,寻找鼻窦开口,并充分扩大。若术中鼻窦自然开口无法找到或闭锁,则于后鼻孔上方1.0~1.5 cm靠近中线处打开鼻窦前壁,尽量扩大前壁开口,进入鼻窦,彻底清除窦内干酪样物质及分泌物。12例患者窦腔黏膜均有不同程度的水肿、增厚,除留取黏膜标本外,保留其余鼻窦黏膜,冲洗术腔,确保窦腔的充分引流。乐建新等<sup>[3]</sup>对孤立性鼻窦病变采用经上鼻道径路完成手术,术中不需要切除中鼻甲后部,手术安全有效。鼻内镜下鼻窦开放术可减少出血量,缩短手术及住院时间。术中应注意后筛房与鼻窦的关系,鼻窦开口开放应足够大,以免术后复发。但不宜过分向下扩大,以免损伤蝶腭动脉分支。对于鼻窦外侧壁及顶壁等危险区域病变不宜过分要求彻底切除,以免损伤视神经、颈内动脉或海绵窦,导致严重并发症。抗真菌药物副作用较大,且疗效不确切,本组均未使用抗真菌药物。

#### 参考文献:

- [1] 刘铭,周兵,刘华超,等. 变应性真菌性鼻窦炎[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2002,37(3):169-172.
- [2] Stammberger H, Jakse R, Beaufort F. Aspergillosis of the paranasal sinuses X-ray diagnosis, histopathology, and clinical aspects [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1984, 93 (3 Pt 1): 251-256.
- [3] 乐建新,孔维佳,项济生,等. 鼻内镜下经上鼻道径路处理孤立性鼻窦病变[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(5):359-362.

(修回日期:2009-12-09)