

· 临床报道 ·

难治性鼻出血部分原因分析

徐 婷¹, 王行炜¹, 谢冬华², 张 欣¹

(1. 中南大学湘雅医院 耳鼻咽喉头颈外科, 湖南 长沙 410008; 2. 中南大学公共卫生学院 流行病学与统计系, 湖南 长沙 410008)

摘 要: 目的 分析影响难治性鼻出血的原因, 为治疗难治性鼻出血提供临床指导。方法 收集 104 例难治性鼻出血患者的病例资料, 采用 SPSS 13.0 统计软件对影响难治性鼻出血的因素如年龄、出血部位、是否使用可吸收止血纱布以及是否伴有焦虑症等多种因素进行分析。结果 ①年龄 ≤ 55 岁的患者疗效高于 > 55 岁者 ($P = 0.012$), 伴高血压的患者疗效高于伴高血压者 ($P = 0.03$), 伴与不伴焦虑症患者的疗效无统计学差异 ($P = 0.137$)。②出血部位位于嗅裂区的患者有效率高于位于下鼻甲后穹隆和中鼻道后上端者 (P 均 < 0.05), 而下鼻甲后穹隆和中鼻道后上端出血者疗效无统计学差异 ($P = 0.771$)。③术后使用可吸收止血纱布的患者有效率显著高于使用凡士林者 ($P = 0.013$)。结论 难治性鼻出血的预后与年龄、出血部位、高血压等因素有关, 可吸收止血纱布的疗效优于凡士林纱布。

关 键 词: 难治性鼻出血; 原因; 疗效

中图分类号: R765.23

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)02-0128-03

难治性鼻出血指经过 2 次以上传统填塞方法(前鼻孔或后鼻孔)仍未完全控制的鼻出血。由于鼻出血常因抽出填塞物后再出血, 处理较为棘手, 一直以来都成为困扰大多数耳鼻咽喉科医师的疾病之一。笔者收集了近 6 年来收住我科的 104 例难治性鼻出血患者的临床资料, 对可能影响其预后的因素进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料与分组

收集我科 2003 年 1 月 ~ 2009 年 1 月住院的鼻出血患者共 104 例, 其中男 68 例, 女 36 例; 年龄 36 ~ 75 岁, 平均 52.3 岁; 43 例患者年龄 ≤ 55 岁, 61 例患者年龄 > 55 岁, 病程 2 ~ 14 d, 出血量 50 ~ 1000 ml。选入者符合以下条件: ①血常规、凝血功能正常, 无肝肾疾病。②非外伤性鼻出血。③单侧鼻腔出血。④排除鼻腔

恶性肿瘤。⑤焦虑症患者多经精神科医生诊断。将该 104 例患者随机分为两组, 凡士林纱布组与可吸收止血纱布组, 每组 52 例, 分别为术后术腔内填塞凡士林或可吸收止血纱布。两组患者性别、年龄、病程、临床表现、就诊时间、各辅助检查(血压测量和血常规等)结果等差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术处理 所有患者均行表面麻醉, 患者取仰卧位。在鼻内镜直视下抽出鼻腔填塞物后, 以 0.1% 肾上腺素加 1% 丁卡因棉片作鼻腔黏膜表面麻醉, 以吸引器吸净鼻腔分泌物及血凝块, 边吸引边按照以下顺序检查鼻腔: 鼻中隔(Little 氏区)、嗅裂(筛前动脉供血区)、中鼻甲后上端(蝶腭动脉供血区)、下鼻甲后端(Woodruff 静脉丛)等。如发现出血点予以双极电凝烧灼止血, 止血后使用可吸收止血纱布覆盖创面。对于下鼻道或中鼻道出血, 且暴露欠佳者, 先将中鼻甲或下鼻甲骨骨折以充分暴露出血点后再行双极电凝止血。对于嗅裂出血患者, 则将止血纱布卷成团后填塞止血。

作者简介: 徐 婷, 女, 博士研究生。
通讯作者: 张 欣, Email: xinzhang99@yahoo.cn.

1.2.2 术后处理与随访 术后常规应用抗生素。伴高血压患者服用降压药,并予以血压监控,对于鼻腔黏膜广泛糜烂患者加用复方薄荷油滴鼻剂,观察2~3 d 未再出血后出院。随访3个月。

2 结果

2.1 疗效评判

治愈:全身情况好转,鼻出血停止3 d 且随访2周无复发,鼻黏膜恢复正常;好转:出血停止但3 d后又反复;无效:治疗前后症状体征无改善,须其他治疗。治愈与好转例数均归为有效例数。

2.2 统计学处理

采用SPSS 13.0 统计软件包处理数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm SD$)表示,两两比较采用配对t 检验。两个样本率比较采用四格表资料卡方检验,多个样本率比

较采用 χ^2 分割法, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2.3 结果

经卡方检验,年龄 ≤ 55 岁的患者有效率高于 > 55 岁者,差异具有统计学意义($P = 0.012$);不伴高血压的患者有效率高于伴随高血压者,差异具有统计学意义($P = 0.03$);伴与不伴焦虑症患者的有效率无统计学差异($P = 0.137$),见表1。经 χ^2 分割法比较三种出血部位有效率,出血部位位于嗅裂区的患者有效率高于位于下鼻甲后穹隆和中鼻道后上端者,差异具有统计学意义(P 分别为0.001和0.000),而下鼻甲后穹隆和中鼻道后上端出血者有效率无统计学差异($P = 0.771$),见表2。经卡方检验,术后使用可吸收止血纱布的患者有效率显著高于使用凡士林者,差异具有统计学意义($P = 0.013$),见表3。

表 1 难治性鼻出血预后与各种因素的关系表

影响因素	组别	例数	有效(例)	χ^2	P 值
年龄(岁)	≤ 55	43	34	6.862	0.012 *
	> 55	61	33		
高血压	有	79	46	5.503	0.03 *
	无	25	21		
焦虑症	有	13	7	0.725	0.537
	无	91	60		

注:* 差异有统计学意义

表 2 3 种出血部位患者有效率的比较

组别	有效(例)	无效(例)	χ^2	P 值
嗅裂区组	12	22	11.088	0.001 ^①
下鼻甲后穹隆组	25	8	15.374	0.000 ^②
中鼻道后上端组	30	7	0.294	0.771 ^③

注:①嗅裂区组与下鼻甲后穹隆组比较;②嗅裂区组与中鼻道后上端组比较;③下鼻甲后穹隆组与中鼻道后上端组比较

表 3 两组疗效比较

组别	例数	有效(例)	无效(例)	有效率(%)	χ^2	P 值
凡士林纱布组	52	27	25	51.92	7.09	0.013 *
可吸收止血纱布组	52	40	12	76.9		

注:* 差异有统计学意义

3 讨论

难治性鼻出血的原因有很多。本文对年龄、止血是否使用可吸收止血纱布、出血部位、是否伴有高血压与焦虑症等因素对预后的影响进行分析。发现年龄在55岁以上的患者患难治性鼻出血预后较差,可能因老年患者血管弹性差,质脆,易破裂出血;而且年老患者往往伴有高血压、血管硬化及其他心脑血管疾病所致^[1]。嗅裂区的出血常好发于老年人,嗅裂区的出血预后最差。且难治性鼻出血患者往往曾先后在前鼻镜下盲目填塞凡士林纱条止血^[2],使原本脆弱的鼻腔黏膜糜烂,部分患者抽出填塞纱条时,鼻黏膜呈弥漫性渗血,无明显出血点,在老龄患者中更加明显。对此类患者,我们采用止血纱布覆盖创面,疗效较好,因为可吸收止血纱布可凝结血块,加速止血过程,其不依赖人体正常的凝血机制,控制小血管出血十分有效,并可留置于体内,通常需7~10 d才可完全吸收,几乎无组织反应,无毒性,过敏性和排斥反应的报导。经本组资料的卡方检验,我们发现术后使用SURGICEL可吸收止血纱布组的疗效显著高于使用凡士林组,证实了以上材料在鼻腔止血中的作用。传统鼻科学中认为难治性鼻出血好发部位主要来源于鼻腔后部的Woodruff静脉丛,鼻中隔后段及鼻底部^[3]。但近年来的临床研究发现该观念并不正确。陈晓云等^[4]研究认为难治性鼻出血常见出血部位大致分布为嗅裂区,总鼻道区与中、下鼻道区。杨大章^[5]认为出血部位最常见依次为下鼻道顶部,嗅裂鼻中隔部,中鼻道后上部。本组所讨论的104例难治性鼻出血部位主要位于以下三区:嗅裂区,下鼻道后穹窿部与中鼻道后上端。且嗅裂区出血患者预后最差,可能与嗅裂区的暴露最困难有关。此外嗅裂区的特殊解剖也使得止血较为困难,该区黏膜上皮细胞不同于鼻腔其他地区,为假复层无纤毛柱状上皮,黏膜层很薄,有嗅丝穿过筛板达嗅球。嗅裂区较狭

窄,尤其是当出血部位位于筛板处时,双极电凝往往只能以尖端烧灼,而不能以面烧灼。大大削弱了双极电凝的凝血效能。下鼻道后穹窿部虽然暴露较差,但行下鼻甲骨折内移后,还是能比较好的暴露并进行止血操作。蒋正举等^[6]研究发现难治性鼻出血原因中高血压占47.2%(34/72)。冯春英等^[7]研究发现126难治性鼻出血中有48例伴有高血压,占38%。本研究发现难治性鼻出血中伴随高血压患者的有效率显著低于不伴随高血压的患者。这与高血压患者血压反复不易控制有关。黄敏齐等^[8]人研究了心理因素与鼻出血预后的关系。发现鼻出血患者大部分有担心,易激惹,紧张与失眠等。某些心理因素可影响鼻出血的预后。本文进一步对焦虑与难治性鼻出血的预后关系进行分析,发现患焦虑症与不患焦虑症患者之间预后无显著差异,此可能由于样本数目过少,仅13例患焦虑症,因此尚不能得出鼻出血预后与焦虑症的关系。

参考文献:

- [1] 赵学林. 鼻内镜下治疗老年性鼻出血84例[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2007, 21(3): 266-268.
- [2] 梁红民, 李永利, 郭清保. 影响鼻出血止血的相关因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(6): 473-474.
- [3] 田勇泉. 耳鼻咽喉科学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 168.
- [4] 陈晓云, 汪静波. 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.
- [5] 杨大章, 程靖宁. 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.
- [6] 蒋正举, 王世飞, 邓建华. 难治性鼻出血原因分析及鼻内窥镜治疗体会[J]. 广东医学, 2007, 28(8): 1270-1271.
- [7] 冯春英, 刘明. 鼻内窥镜下双极电凝治疗难治性鼻出血[J]. 南方医科大学学报, 2006, 26(6): 837-838.
- [8] 黄敏齐, 郭镇平. 鼻出血预后多因素分析[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2007, 21(4): 327-331.

(修回日期: 2010-02-02)