

· 临床报道 ·

鼻内镜下双极电凝治疗92例 难治性鼻出血疗效分析

周立辉,葛前进,张 鹏

(解放军150中心医院耳鼻咽喉头颈外科,河南 洛阳 471031)

摘要: 目的 探讨鼻内镜下双极电凝治疗鼻腔难治性出血的疗效,寻求更为完善的治疗鼻腔难治性出血的方式。方法 92例鼻出血患者采用鼻内镜下查找出血部位并用双极电凝止血。结果 92例患者均达到满意的止血效果,随访3~6个月无1例发生再出血。结论 鼻内镜下双极电凝治疗鼻出血疗效确切,患者痛苦少,损伤小,值得临床推广应用。

关键词: 鼻内镜;双极电凝;难治性出血;鼻腔;疗效

中图分类号: R765.23;R765.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2010)03-0217-03

鼻腔难治性出血是指在前鼻镜下不能准确寻找到出血部位,经常规前后鼻孔填塞治疗无效者,临床治疗比较棘手。我科2006年3月~2008年3月在鼻内镜下以双极电凝对92例(110侧)鼻腔难治性出血进行治疗,取得了满意的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

92例中男58例,女34例;年龄21~76岁,平均年龄53.6岁。单侧鼻出血74例,双侧鼻出血18例,所有患者均无明显诱因反复出现鼻出血,在我院或外院均行3次以上鼻腔填塞疗效不佳。所有病例均排除鼻腔占位性病变。合并高血压者23例,糖尿病者5例,服用抗凝药者3例。

1.2 治疗方法

患者取仰卧位,头抬高15°,常规消毒铺巾,先由前向后逐步抽出鼻腔填塞物,并在吸引器吸引下观察出血来源,抽出鼻腔填塞物后以1%丁卡因加0.1%肾上腺素棉片充分麻醉收缩鼻腔黏膜。应用30°鼻内镜全面细致检查鼻腔,重点检查鼻中隔后端、下鼻甲、下鼻道、上鼻道及嗅裂区、后鼻

孔和鼻咽部。鼻内镜检查时轻柔操作,防止因检查损伤鼻黏膜,引起继发性鼻出血。部分患者检查时无活动性鼻出血,可将鼻内镜充分接近黏膜,注意寻找小的黏膜隆起,可用吸引器轻轻触探,或嘱患者轻轻咳嗽,诱发出血,从而明确出血部位。出血部位明确后以双极电凝行电凝止血(双极电凝为德国产T400C医用双极电凝,功率调至10~15W,电凝时间为2~3s),先在出血血管周围行环形电凝,以刺激该血管收缩,减少血流量,最后电凝血管断端,使其封闭出血血管以达到止血。电凝时烧灼面不宜过大,以免增加术后出血机会。电凝后可不填塞或视情况给予局部止血海绵微填塞。对于出血较凶,无法进行电凝止血患者,暂用凡士林纱条行局部填塞止血,3d后再在鼻内镜下取出凡士林纱条,寻找到出血点后进行电凝止血。对于合并高血压患者术前应严格控制血压,术中由麻醉医生协助降压,合并糖尿病患者术后积极控制血糖。

2 结果

92例患者采用上述方法均达到满意的止血效果,无1例行后鼻孔填塞,随访3~6个月无1例发生再出血。92例患者中,58例初次鼻内镜检查即发现明确出血

作者简介:周立辉,男,主治医师,硕士。
通讯作者:周立辉,Email:zhli150@yahoo.com.cn.

部位,行双极电凝后即成功止血;26例发现疑似出血点,经“激惹”后明确,亦成功止血;8例因出血较凶,无法进行电凝止血,暂用凡士林纱条行局部填塞止血,3d后再在鼻内镜下取出凡士林纱条,寻找到出血点并进行电凝成功止血。所有患者均未出现明显并发症。

3 讨论

鼻出血是耳鼻咽喉科急症,处理不当或处理不及时可导致严重并发症。对于前鼻孔出血,常在前鼻镜检查即可发现,经前鼻孔填塞、烧灼或局部注射硬化剂等即可止血。但对于鼻腔深部的出血,因出血部位隐蔽,前鼻镜检查常难发现出血点,若盲目填塞,常会出现填塞不准确或无效填塞,患者痛苦大,且效果不佳。常引起头痛、张口呼吸,影响正常睡眠,且填塞时间过长,常继发鼻腔鼻窦感染,鼓室积液等并发症,心脏功能不全的老年人甚至可出现心律失常、心肌梗死等严重并发症。

随着鼻内镜技术在临床的广泛应用,为鼻出血的检查、治疗提供了更加先进和准确的技术手段。鼻内镜下寻找出血点具有前鼻镜下无法比拟的优点:①鼻内镜明视下亮度强,术野广阔清晰,可对鼻腔的各部进行检查,尤其是比较深在、隐蔽的部位,出血点定位准确。②损伤和痛苦小,可避免不必要的前鼻孔或后鼻孔填塞。③可重复进行。双极电凝是通过热效应使局部病变血管闭锁达到止血目的。其最大优点是它产生的热能只在两瓣镊子尖端的很小一个空间,对组织破坏范围很小,不会有热的扩散^[1]。与传统的治疗方法相比较,鼻内镜下双极电凝手术损伤范围小,安全系数高,患者痛苦小,术后恢复快。因此,对于难治性鼻出血在鼻内镜下双极电凝止血不失为一种简便有效的方法,值得临床推广^[2]。

鼻内镜下双极电凝止血的关键是准确找到出血部位。术中利用0.1%肾上腺素棉片充分收缩鼻腔黏膜,以扩大术野,并用1%丁卡因棉片局部麻醉,做到无疼痛反应,并需要耐心和技巧,轻柔操作。根据鼻

腔血管分布特征,下鼻道顶部出血在下鼻道穹窿顶部中后端可窥及似火山口状出血点如泉涌或喷射状出血。嗅裂鼻中隔部位出血多呈瀑布状于中鼻甲和鼻中隔间流向后下方。中鼻道后上部出血多在鼻后孔处窥及血液呈滴水帘状或线状流向鼻咽部。部分患者处于出血间隙期,可用吸引器轻轻触探,或嘱患者轻轻咳嗽,诱发出血。治疗中我们对92例患者110侧鼻腔难治性出血部位进行观察,发现出血部位位于下鼻道顶部56侧,鼻中隔后下部23侧,嗅裂鼻中隔区17侧,中鼻道9侧,中鼻甲下缘3侧,Woodruff静脉丛2侧。传统观点认为Woodruff静脉丛是鼻腔难治性出血的主要部位^[3]。随着鼻内镜的出现,人们对鼻腔难治性的出血部位进行了进一步观察,发现这种沿用已久的观念实际上并非正确^[4],谢宏武等^[5]统计53例隐蔽性鼻出血无1例出于Woodruff静脉丛。杨大章等^[6]分析了92例难治性鼻出血,也认为Woodruff静脉丛出血少见。本组病例仅有2例(2侧)患者是Woodruff静脉丛出血,只占1.8%。分析其原因,可能有两点:①静脉压力低,顺应性好,而动脉压力高,血管壁易发生粥样硬化,更易发生破裂出血。②上述易出血的解剖部位多呈直角弯曲状,受鼻腔空气层流压力刺激明显;另一方面血管在弯折部位,承受的血流冲击压力较大。

鼻出血的治疗,除局部止血外,全身治疗也不容忽视。本组病例我们均结合患者的全身情况予以相应治疗,伴高血压患者应配合降压治疗,服用抗凝药物(如阿司匹林等)患者暂停抗凝药,肝肾功能不全的患者积极治疗肝肾疾病,尤其是老年患者因伴发全身疾病较多更应重视。在治疗过程中,我们也注意到鼻内镜下双极电凝止血具有一定的局限性:①对于鼻中隔偏曲或鼻腔局部狭窄并发鼻出血的患者,由于器械无法通过狭窄部位,电凝止血常较困难,可先予局部微填塞,必要时可行鼻中隔偏曲矫正术。②对于出血汹涌的患者,往往来不及行双极电凝止血,故需先给予局部填塞。③对于较大的动脉出血,双极电凝往往无效,仍需行血管栓塞或血管结扎。因此临床中我们应

综合考虑,合理选择治疗手段。

参考文献:

- [1] 石美鑫. 实用外科学[M]. 第二版. 北京:人民卫生出版社,2002,437.
- [2] 徐源. 355例鼻出血病因和出血部位分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,1992,6:42-31.
- [3] 吴弋,顾兴华,袁峰. 鼻内镜直视下治疗鼻腔深部出血[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,13(1):60-61.
- [4] 颜永毅,许荣,封新荣,等. 鼻内镜下寻找鼻腔难治性出血点的体会[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2000,35:383.
- [5] 谢宏武,包小庆,陈玉赞,等. 隐蔽部位鼻出血的再认识与治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,40(5):305-306.
- [6] 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.

(修回日期:2010-01-01)

· 临床报道 ·

两种鼓膜修补法的临床疗效观察

董洪松,卢永田,林峰

(深圳市第二人民医院耳鼻咽喉科,广东深圳 518035)

摘要: 目的 探讨内植法鼓膜修补术与夹层法鼓膜修补术修补鼓膜穿孔的临床疗效。方法 回顾性分析63例(66耳)行内植法鼓膜修补术与夹层法鼓膜修补术修补鼓膜的临床资料,对两种修补方法治愈率进行分析。结果 全部患者术后随访时间6个月,内植法鼓膜修补术组32耳愈合率为90.63%(29/32),平均听力提高14.5 dB;夹层法鼓膜修补术组34耳愈合率为91.18%(31/34),平均听力提高15.7 dB。两种手术方法在鼓膜愈合率及听力提高方面无统计学差异。结论 内植法鼓膜修补术与夹层法鼓膜修补术是两种有效的鼓膜修补方法,临床上可以酌情选用。

关键词: 内植法鼓膜修补术;夹层法鼓膜修补术;手术治疗

中图分类号: R764.9

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2010)03-0219-03

鼓膜穿孔导致听力下降,从而影响人们的工作和生活。鼓膜修补术是通过组织移植技术修补鼓膜穿孔,重建一个完整而活动的鼓膜,其目的是提高听力及防止鼓膜穿孔所致的中耳感染。2004年3月~2008年9月我科应用内植法鼓膜修补术与夹层法鼓膜修补术修补鼓膜穿孔63例(66耳),其中愈合60耳,无效6耳。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

鼓膜修补术共63例(66耳),其中男38(40耳)例,女25例(26耳);年龄

13~56.8岁,右耳36例,左耳30例,病程3个月至15年。鼓膜大穿孔22耳(直径>5 mm),中等大小穿孔41耳(直径3~5 mm),小穿孔3耳(直径<3 mm)。其中17例(17耳)由外伤所致,35例(37耳)由慢性化脓性中耳炎所致,11例(12耳)继发于分泌性中耳炎置管后未愈合。病例选择标准^[1]:①鼓膜紧张部中央型穿孔,干耳1个月以上,其中包括鼓室黏膜表面稍湿润,但鼓室内不得有任何脓性分泌物。②外伤性鼓膜穿孔,经观察3个月不能自愈。③鼓室黏膜色泽正常,无鳞状上皮化生及隐匿胆脂瘤。④听力检查示听骨链及两窗功能正常。⑤咽鼓管功能良好。⑥颞骨CT扫描示鼓室及乳突正常。根据鼓膜穿孔的具体情况将患者分为内植法鼓膜修补

作者简介:董洪松,男,副主任医师,硕士。

通讯作者:董洪松,Email:donghs001@yahoo.com.cn.

术组与夹层法鼓膜修补术组。

1.2 鼓膜修补方法

两种手术方法均在显微镜下进行,移植均采用自体颞肌筋膜。

1.2.1 内植法鼓膜修补术 全麻或局麻。常规耳周备皮,消毒。第一切口用小圆刀自骨性外耳道口12点向外切开,延至耳轮脚前缘皮肤,分离皮肤及皮下组织,从此切口取颞肌筋膜,并将取出的颞肌筋膜挤压平整后自然晾干备用。于穿孔周边及内侧面做好血管移植床后,在外耳道2点至10点距鼓沟3~5 mm作第二切口,切开皮肤至骨质,用小剥离子分离外道皮肤至鼓环,掀起鼓环。适当修剪颞肌筋膜,使其比鼓膜穿孔面积大1/3左右,然后经鼓沟把颞肌筋膜置入鼓膜内侧面,将细小明胶海绵粒,填入鼓室内,复原外耳道皮瓣,明胶海绵充填,再碘仿纱条填塞,缝合切口,加压包扎。

1.2.2 夹层法鼓膜修补术 全麻下行耳后切口,并向上稍作延长,分离皮肤及皮下组织,切取颞肌筋膜,并将取出的颞肌筋膜挤压平整后自然晾干备用。用乳突牵开器充分暴露术野,作肌骨膜瓣,用骨膜起子将其推至骨段耳道口后壁,切开外耳道上、下、后壁皮肤,显露外耳道口,剥离外耳道皮肤及鼓膜上皮层,形成蒂在耳道前壁的袖套状皮肤鼓膜瓣,将皮瓣向前翻起,用金刚石钻头磨除外耳道后壁隆起的部分骨质(如果骨性外耳道狭窄),以扩大外耳道。取直角弯钩刮出鼓膜残边上皮,制备鼓膜移植床,将颞肌筋膜置于鼓膜上皮层与纤维层之间,并折叠包裹锤骨柄,复位外耳道皮肤,鼓膜四周填塞浸有抗生素的明胶海绵,耳道内填塞碘仿纱条,缝合切口,加压包扎。

1.3 术后处理

术后两组均使用抗菌素7 d,均在术后14 d取出外耳道填塞的碘仿纱条观察穿孔的愈合情况,内植法5例、夹层法4例术后14 d时移植鼓膜较苍白或有小穿孔,予以继续服用抗菌素7~10 d,并用贝复济(为一种上皮细胞生长因子)外喷,每天1次,10 d后再次复查,直至满3个月为止,此时两组仍各有3例鼓膜穿孔未愈。初长成的鼓膜较厚,色淡红,以后逐渐变薄,到6个月

观察时与正常鼓膜相似,无瘢痕,色泽良好。

1.4 观察指标

术后14 d及6个月后分别观察记录各组的穿孔愈合情况,用 χ^2 检验比较两组间的差异。各组术前及术后6个月鼓膜穿孔愈合者均行纯音听力测试观察听力恢复情况。

2 结果

2.1 两组术后14 d鼓膜穿孔愈合率比较见表1。

表1 两组术后14 d愈合率比较(耳)

组别	愈合	未愈	合计	愈合率(%)
内植法组	27	5	32	84.38
夹层法组	30	4	34	88.23
合计	57	9	66	86.36

注:经 χ^2 检验,内植法组与夹层法组两组间无显著性差异($P > 0.05$)

2.2 两组术后6个月鼓膜穿孔愈合率比较见表2

表2 两组术后6个月愈合率比较(耳)

组别	愈合	未愈	合计	愈合率(%)
内植法组	29	3	32	90.63
夹层法组	31	3	34	91.18
合计	60	6	66	90.90

注:经 χ^2 检验,内植法组与夹层法组两组间无显著性差异($P > 0.05$)

术后6个月鼓膜愈合患者行纯音听阈测试,听力均较术前提提高,其中内植法组的气导听阈(0.5、1.0、2.0 kHz均值)较术前平均改善约14.5 dB;夹层法组平均改善为15.7 dB。

3 讨论

随着手术显微镜的应用,移植技术的提高,鼓膜修补术的技术逐渐成熟,其修补方法有多种,本研究采用了内植法、夹层法修补鼓膜穿孔,均取得良好疗效。本研究中无论内植法还是夹层法,在切取颞肌筋膜时,

无需另做切口,这样可以减少创口与组织损伤。目前临床上已有多种供修补鼓膜穿孔使用的移植物,包括颞肌筋膜、耳软骨膜、骨膜、疏松组织、脂肪、静脉以及同种的硬膜,但因颞肌筋膜取材简便、大小不受限制,所以成为最广泛使用的移植材料^[2]。

根据鼓膜穿孔的大小可分为:小型穿孔,直径 $< 3\text{ mm}$;中型穿孔,直径 $3\sim 5\text{ mm}$;大穿孔,直径 $> 5\text{ mm}$ 及鼓膜全消失等^[3]。本研究发现对于鼓膜紧张部偏后方的中小穿孔采用内植法修补鼓膜效果比较好;对于鼓膜紧张部偏前方的中等穿孔与鼓膜较大穿孔(有鼓膜残边),以及外耳道曲折度大的病例,采用夹层法修补鼓膜效果会更好。

虽然用内植法与夹层法修补鼓膜穿孔的愈合率分别是 90.6% 与 91.2% ,无统计学差异,而且疗效好,但它们各有优缺点。内植法是将移植组织贴补于鼓膜内侧面上的移植床上作为支架修补鼓膜穿孔的方法。内植法鼓膜修补术的先决条件为鼓膜穿孔有足够的残边可供移植组织内植。通常情况下,在切除穿孔边缘上皮后,残余鼓膜与移植物相互重叠至少 2 mm 以上方可考虑内植法。内植法容易在前下方出现移植物与鼓膜残边脱离,所以术后鼓膜再穿孔大多在前方。如果处理不当,还可能造成移植物与鼓室内壁粘连。曾有报道^[4]内植法术后咽鼓管功能不良发生率高于夹层法,原因是术者为防止移植物与鼓膜前方残边脱离,在放置移植物时将其过多的推向前方,可能造成咽鼓管的阻塞。此外,移植物过大、过多的筋膜臃塞在鼓室后部,可造成圆窗的阻塞,使听力恢复不满意。

夹层法是通过分离残余鼓膜的上皮层和其下方的纤维层,将移植组织置于这两层之间而修复鼓膜穿孔的方法。夹层法的优点在于,首先由于鼓膜内、外侧两层上皮可同时向移植物生长,所以上皮化较快。Komune等^[5]报道69耳夹层法鼓膜成形术,其穿孔愈合及鼓膜完全上皮化率达 94.2% ,完全上皮化平均时间为 16.1 d 。其次由于移植物直接夹在两层鼓膜组织之间不易遗留间隙,不易移位,而且将完整的带蒂上皮瓣覆盖移植鼓膜,增加了血液供应

和抗感染能力,故夹层法鼓膜修补术穿孔愈合率高。黄国彬等^[6]报道未干耳穿孔愈合率为 93.4% ,干耳为 97% 。最后残余纤维鼓环的支架作用可防止鼓膜因内侧移位而产生的鼓室狭窄或粘连,有利于咽鼓管功能的恢复。但夹层法操作技术比较复杂,费时多,若上皮层撕破或分离不完全,鳞状上皮遗留于移植物的下方,有继发胆脂瘤的危险^[7]。

本研究63例66耳中,有6耳穿孔未闭,占 9.1% ,其主要原因是咽鼓管功能不良、术后继发感染及移植筋膜铺放不良。2例患者有严重变应性鼻炎,经抗过敏治疗后手术,但症状控制不好;3例分别于术后出现感冒发热、鼻塞,取出填塞物后,见人工膜苍白潮湿,后继发穿孔;1例为移植筋膜铺放不良,铺放在鼓膜前下方的筋膜与鼓膜残边接触不够紧密。

总之,内植法与夹层法是两种有效的鼓膜修补方法,临床上可根据鼓膜穿孔的大小、位置和外耳道的宽窄、曲直,结合术者的经验,酌情选用。无论采用哪种方法都需要严格手术适应证,术中必须将穿孔边缘的上皮彻底去除,移植物应折叠包裹锤骨柄,此外掌握熟练而精确的耳显微外科操作技巧也是手术成功的关键。

参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2000, 883-884.
- [2] 郑中立. 耳鼻咽喉科诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,1989, 71.
- [3] 黄维国,邱建华. 传导性耳聋的听力重建[J]. 第四军医大学学报,2002, 23(19): 1729.
- [4] 郭梦和,黄以乐,王锦玲. 夹层法鼓膜成形术治疗鼓膜穿孔53耳报道. 临床耳鼻咽喉科杂志,1999, 13(4): 147-149.
- [5] Komune S, Wakizono S, Hisashi K, et al. Interlay method for myringoplasty[J]. Auris Nasus Larynx, 1992, 19(1): 17.
- [6] 黄国彬,管志伟. 407耳夹层法鼓膜成形术的疗效分析[J]. 临床医药实践杂志,2003, 12(3): 168.
- [7] 沈宇玲,金晓杰. 鼓膜成形术的现状和进展[J]. 听力学及言语疾病杂志,2007, 15(3): 249-252.

(修回日期:2010-04-13)