

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201301022

· 经验交流 ·

全麻下鼻内镜治疗老年顽固性鼻出血的临床观察

赵春红,李玉杰

(郑州大学附属郑州中心医院 耳鼻咽喉头颈外科,河南 郑州 450007)

关键词:鼻出血,顽固,老年性;鼻内镜,治疗

中图分类号:R765.23

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2013)01-0076-02

顽固性鼻出血是指前鼻镜检查未能发现出血点,常规鼻腔填塞、血管收缩剂、镇静剂均不能有效控制的鼻出血。临床传统使用前后鼻孔填塞治疗顽固性鼻出血,虽有一定疗效,但具有盲目性且痛苦大,可能引起严重并发症。2008年6月~2011年12月,我科采用全麻下鼻内镜寻找出血点并采取相应的治疗措施治疗老年顽固性鼻出血患者89例,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组男68例,女31例;年龄60~84岁,病程5天至2个月。均为单侧鼻腔出血,均有2次以上凡士林纱条和(或)膨胀海绵的鼻腔填塞史,部分病例行后鼻孔填塞。61例有高血压病史,2例长期服用阿司匹林等抗凝药物者有凝血功能异常,全部病例均无外伤及出血性疾病。有高血压、糖尿病等基础疾病的患者,入院后予以积极降血压、控制血糖等对症处理。

1.2 治疗方法

患者仰卧位,全麻成功后,在0°鼻内镜下用吸引器清除鼻腔内血液,取出鼻腔填塞物及血凝块,初步判断出血部位,然后用1%丁卡因加0.1%肾上腺素液棉片,填入可疑出血部位,充分麻醉收缩鼻腔黏膜后,进一步判断出血部位,如果处于出血状态,可沿着出血方向

边吸引边寻找,按照鼻中隔、嗅裂、中鼻甲、中鼻道、下鼻甲、下鼻道等顺序逐一检查,必要时换用30°鼻内镜检查隐蔽部位,检查中、下鼻道时可将中鼻甲、下鼻甲内移,检查嗅裂时可用剥离子将中鼻甲外移。当探查到有活动性出血时,容易找到并确定出血部位,当检查暂无出血者,若可见有少量凝血块黏附或黏膜面有2~3 mm大小的圆形、乳头状、火山口状或粟粒样突起,以吸引头触之,则可见明显的活动性出血。对严重鼻中隔偏曲患者在全麻下行中隔矫正术。根据患者不同的出血状态、不同的出血部位灵活选择以下止血方法:①电凝吸引器止血:鼻内镜下观察到明确出血点。以电凝吸引器头对出血点周围2~3 mm处作间断环状式凝固,随后凝固出血点封闭血管,至局部黏膜呈白色、出血停止。局部涂布生物蛋白海绵。②局部微填塞止血:对于嗅裂前上部、下鼻道及中鼻道内有时因出血点位置深在,鼻内镜虽然能明确出血点,但电凝吸引器无法到位,则使用合适大小填塞物予以局部微填塞。不可吸收性填塞物在48~72 h后鼻内镜下取出。对于全身情况不好、耐受性差的患者常选用可吸收材料(纳吸绵、明胶海绵),避免抽出时痛苦。③局部预防性填塞止血:对于反复填塞致鼻腔黏膜大面积糜烂渗血、内镜下出血点不能明确的患者,先用电凝吸引器选择可疑出血点给予电凝(功率不可过大,局部黏膜变白即可),局部涂布生物蛋白海绵,最后对易出血部位(嗅裂前上部、下鼻道)给予明胶海绵等可吸收材料预防性填塞。④阻断蝶腭动脉止血:对出血部位不明且排除筛前动脉来源的大出血患者,于中鼻甲尾部上方0.5~1 cm处,采

用电凝吸引器直接电凝蝶腭动脉,可以阻断鼻腔大部分血供,达到良好止血效果。本组病例尝试性应用2例,效果满意。

1.3 疗效判定标准

以治疗后3~6个月内出血侧鼻腔未再出现活动性出血作为治愈标准。

2 结果

89例患者中,1次止血治愈者86例(96.6%),2次止血治愈者3例(3.4%),总有效率100%,无鼻中隔穿孔、鼻腔粘连、心脑血管意外等并发症;随访3~6个月无复发。所有患者均避免了颈外动脉结扎及介入治疗,无患者接受输血治疗。

3 讨论

顽固性鼻出血多为动脉性出血,常呈阵发性发作,即使在前后鼻孔填塞的情况下也常常间歇性发作,出血部位报道不一^[1-2],从本组病例的结果来看,嗅裂、鼻中隔以及下鼻道穹窿为难治性鼻出血最常见的出血部位,与国内文献报道一致^[3-4]。

本组89例患者中出血点位于嗅裂、鼻中隔部47.2%(42/89)、下鼻道穹窿31.5%(28/89)、中鼻道及中鼻甲11.2%(10/89)、鼻底4.5%(4/89)、部位不明5.6%(5/89)。中、下鼻道的血液供应来源于蝶腭动脉的分支鼻后外侧动脉,蝶腭动脉是鼻腔的主要血供来源,而嗅裂区则来源于筛前动脉。以往这些部位之所以未引起注意,主要是位置深在隐蔽,如果不将中、下鼻甲作相应的骨折移位,即使应用鼻内镜亦很难窥及出血点。鼻内镜下观察到的黏膜明显糜烂擦伤甚至少许渗血,不要轻易将其作为确切的出血点而放弃对鼻腔深部的探查^[5],以免忽略了真正的出血部位。

直接电凝出血点是止血最直接有效的方法。明确出血点后,凝固出血点封闭血管,至局部黏膜变白、出血停止即可,否则直接烧灼

血管断端,可能会进一步扩大血管破损面引起更严重的出血。如果出血过于凶猛影响电凝效果,可先用0.1%肾上腺素棉片压迫出血部位,待出血停止或减缓后再行止血。电凝吸引器可及时清除出血和治疗时产生的烟雾,保持视野清晰,发现出血点能直接电凝,避免更换器械、清洗镜头而缩短手术时间,减少出血量。术毕局部给予生物蛋白海绵外涂,保护创面,避免痂皮脱落时再次出血及鼻腔粘连。对嗅裂鼻中隔面的出血点电凝功率不可过大,黏膜变白即可,避免引起鼻中隔穿孔,位置较高时避免损伤筛骨水平板。

对出血部位不明者,如排除筛前动脉来源的出血,直接电凝蝶腭动脉,可以阻断鼻腔大部分血供,达到良好止血效果。此方法目前深受到国内外学者推崇^[6-7],本组中2例行全麻鼻内镜下局部预防性填塞后再次出血,且出血点不明确,应用此方法得以治愈。

参考文献:

- [1] Chiu TW, McGarry GW. Prospective clinical study of bleeding sites in idiopathic adult posterior epistaxis [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007, 137(3): 390-393.
- [2] 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, 41(4): 305-306.
- [3] 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.
- [4] 朱正尧. 鼻内镜下改良电凝吸引管治疗难治性鼻出血[J]. *中国耳鼻咽喉颅底外科杂志*, 2011, 17(3): 223-224.
- [5] JUDD O. Novel method for safe cauterisation of posterior epistaxis [J]. *J Laryngol Otol*, 2009, 123(8): 910-911.
- [6] Voegels RL, Thome DC, Iturralde PP, et al. Endoscopic ligation of the sphenopalatine artery for severe posterior epistaxis [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2001, 124(4): 464-467.
- [7] 刘树森,徐达传. 与蝶腭动脉结扎术有关的解剖学研究进展[J]. *中国临床解剖学杂志*, 1999, 17(3): 278-279.

(修回日期:2012-10-19)