

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201302026

· 经验交流 ·

# 96例鼻出血的临床治疗体会

李宏慧,姚小宝,张少强,白艳霞

(西安交通大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科,陕西西安 710061)

关键词:鼻出血;治疗;鼻内镜术;电凝止血

中图分类号:R765.23 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2013)02-0165-03

鼻出血临床上较常见,一般由鼻腔局部或全身性疾病引起,危害较大,处理不当可导致严重失血、休克,甚至危及生命。现将我科2006~2010年收治的96例鼻出血患者治疗体会报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

96例患者中,男72例,女24例;年龄18~80岁,平均年龄54岁,均为单侧出血。全部病例均无外伤史。其中左侧鼻出血51例,右侧鼻出血45例。出血部位为:出血点位于下鼻道顶部5例,嗅裂鼻中隔9例,中鼻道后上部2例,下鼻道后端6例,鼻中隔前中部28例,鼻中隔中后部41例,鼻底部1例,未找到明确出血部位4例。所有病例至少施行过1次规范的前或后鼻孔填塞。20例伴有高血压和(或)心脏病,5例伴有糖尿病。

### 1.2 治疗方法

患者取半卧位,术前给予安定10mg肌肉注射。先用吸引器清除鼻腔内积留的凝血块,尽可能保持术野清晰,用1%丁卡因及肾上腺素液棉片行鼻腔黏膜表面麻醉2次。应用30°鼻内镜及监视系统,仔细寻找出血点,依次检查鼻底、下鼻道、下鼻甲、中鼻道、中鼻甲、鼻中隔、嗅裂、后鼻孔及鼻咽部。动脉性出血点一般为明显凸出黏膜表面火山样小凸起点,轻轻触碰可搏动性出血。找到明确出血部位者,行电凝烧灼出血点止血,如下鼻道后顶部内镜进

入困难时可将下鼻甲轻微骨折内移。对于正在出血者,可用吸引器边吸引边寻找出血点。如发生失血过多或失血性休克,同时给予吸氧、补液和输血等治疗;焦虑患者,给予适当镇静剂治疗;如果伴有高血压病或糖尿病,需进行内科正规治疗。嗅裂区出血部位难以暴露者,因电凝困难,可用胶原蛋白海绵放入嗅裂区,然后再填塞碘仿纱条,1周后逐渐取出<sup>[1]</sup>。鼻内镜手术后鼻腔仍出血,再次在鼻内镜下寻找出血点电凝止血。对来源于蝶腭动脉供血区域的出血,经电凝出血仍不能控制者,可考虑行颈外动脉结扎。对鼻中隔偏曲者同期行鼻中隔矫正术。术后给予复方薄荷油滴鼻。

## 2 结果

96例鼻出血患者中,1例1年前因鼻出血行颈外动脉结扎术,此次因对侧出现鼻腔大量出血,鼻内镜下未发现明确出血点,行对侧颈外动脉结扎术后鼻腔未再出血;1例行鼻中隔手术后仍间断出血,填塞止血效果不佳,鼻内镜下再次检查见下鼻甲后端出血,电凝止血后鼻腔未再出血;2例术后仍有鼻出血,疑为下鼻道后段出血,经鼻内镜下电凝止血,未再发鼻出血;1例行鼻中隔成形术后鼻底间断渗血,再次鼻内镜下止血,反复烧灼及应用止血材料局部压迫效果不佳,复查凝血4项发现APTT延长10s,行凝血因子筛查发现Ⅷ因子缺乏,血液科会诊诊断为血友病;5例因嗅裂区出血点难以暴露,遂行嗅裂区填塞碘仿纱条,1周后取出未再出血;2例为嗅裂区血管瘤出血,2例为鼻中隔血管瘤,均予切除后电凝烧灼止血。所有患者术后随访3个月未再发生出血,且均未

作者简介:李宏慧,女,硕士,主治医师。  
通讯作者:李宏慧,Email:lovenew@126.com.

出现严重并发症。96 例中有 20 例同时有鼻中隔偏曲,同期行鼻中隔矫正术。

### 3 讨论

鼻出血是耳鼻咽喉科常见的急诊之一,一般鼻出血大多数来自鼻中隔前部 Little 动脉丛,经前鼻镜多能发现,且易止血。顽固性鼻出血多位于鼻腔后部及鼻腔隐蔽处,易反复,处理困难,尤其多见于高血压、动脉硬化的老年患者和头颅外伤者,可引起严重并发症,常需外科手术治疗<sup>[2]</sup>。顽固性鼻出血以往常用的治疗有前后鼻腔填塞术、颈外动脉结扎术、经上颌窦内动脉结扎术等<sup>[3]</sup>。对顽固性鼻出血患者应根据具体情况选择不同的治疗方式。本组病例均经前后鼻腔填塞且出血仍不能停止,结合患者的情况采用不同的方法止血,主要以鼻内镜下止血为主,同时对伴有鼻中隔偏曲者同期行鼻中隔矫正术,治疗效果满意。

传统的前鼻孔填塞法或后鼻孔栓塞法,虽以压迫止血,疗效一般尚可靠,但也带有盲目性,影响止血效果,尤其对于隐蔽部位如中鼻道或下鼻道后端及嗅裂顶部的出血。填塞期间患者感觉鼻塞、鼻胀、耳胀及头痛不适,影响呼吸或吞咽,也常可导致低氧血症,甚至加重高血压,或影响心肺功能,抽出纱条后,还易反复鼻出血。如对顽固的动脉性鼻出血患者采用颈外动脉结扎或选择性动脉栓塞治疗,虽有一定疗效,但常给患者造成较大的痛苦,甚至带来严重或不可逆的并发症<sup>[4]</sup>,如心脑血管意外、局部疼痛或软组织坏死、失明甚至死亡等,并且此两种方法对于来自颅内动脉眼动脉分支的筛前、后动脉出血也往往无效。但传统的鼻腔填塞对于出血点比较明确的患者较为实用,可以用止血材料局部填塞,避免大范围填塞所造成的痛苦,出血点不明确或面积较广者可用膨胀海绵填塞。在老年人鼻出血的填塞物的选择上,应先选择较舒适的材料如明胶海绵、止血纱布、膨胀海绵等。

鼻内镜技术的发展为鼻出血的治疗提供了便捷而行之有效的有效手段,国内外已普遍应用鼻内镜技术治疗鼻出血<sup>[4-5]</sup>。鼻内镜为鼻腔检查提供良好的视野,并能在直视下酌情采取激光烧灼、鼻腔填塞等不同治疗手段。研究发现,

鼻内镜下电凝止血较传统填塞取得明显疗效<sup>[6]</sup>。本组 96 例鼻出血患者行鼻内镜检查,绝大多数都能看清出血位置,并能发现一些比较微小的血管瘤或其他病变,从而根据不同情况分别进行处理,收到良好效果。鼻内镜下寻出血点与前鼻镜比较具有以下优点:①鼻内镜可以明确鼻腔各部位活动性出血点,尤其是鼻腔后部的出血。②直视下操作,止血准确和迅速,止血效果好。③损伤和痛苦小,可避免不必要的前鼻孔或后鼻孔填塞。故该技术尤其适应于合并高血压、血管疾病等患者的鼻出血治疗。在鼻出血的治疗中,对于中下鼻道出血,可行中鼻甲或下鼻甲内侧骨折移位,以暴露中、下鼻道。位于嗅裂筛顶部的动脉出血点,由于极度狭窄不易暴露及进行手术操作,则宜用可吸收性止血材料如明胶海绵或胶原蛋白海绵做成致密小卷,放入嗅裂区,进行加压填塞以压迫止血,不仅创伤小,且可取得良好治疗效果,根据情况,必要时也可在止血材料填塞后,在其下方的总鼻道内填置碘仿纱条,起支撑加固作用,1 周后取出,但须保留可吸收性止血材料,令其自行逐步排出,则有很好止血作用。此微创填塞法止血确切,几乎没有常规鼻腔填塞的副作用,且填塞碘仿纱条相比凡士林油纱条填塞时间可相对延长。

对于蝶腭动脉区的顽固性出血,如填塞仍不能止血,或无法明确出血点的鼻出血,必要时可行颈外动脉结扎,但同时应向患者告知结扎后再出血的风险。同时对于反复鼻出血患者,术前应详细检查,血常规、凝血六项,发现 PT 或 APTT 有异常的一定要常规复查,尤其是 APTT 较正常值延长超过 10 s 以上者,应及时请血液科会诊,以明确是否有血液疾病。如有血液系统疾病可适当延长填塞时间,同时给予全身治疗。发现鼻腔肿瘤者,可同时给予鼻腔活检明确诊断,及时行手术治疗。

#### 参考文献:

- [1] Wormald PJ, Wee DT, van Hasselt CA. Endoscopic ligation of the sphenopalatine artery for refractory posterior epistaxis [J]. *Am J Rhinol*, 2000, 14(4): 261-264.
- [2] 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.

- [3] 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.
- [4] Frikart L, Agrifoglio A. Endoscopic treatment of posterior epistaxis[J]. Rhinology, 1998, 36(2): 59-61.
- [5] 杨大章, 史冬雪, 王忠植. 内窥镜在治疗顽固性鼻衄中

- 的应用[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1996, 31(1): 54.
- [6] 吴松林, 肖章建, 陈俊德, 等. 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[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(1): 58-60.

(修回日期: 2012-08-16)

DOI: 10.11798/j.issn.1007-1520.201302027

· 经验交流 ·

## 非变应性高反应性鼻病的临床分型和治疗探讨

宋纪军<sup>1</sup>, 刘宏建<sup>2</sup>

(1. 周口市中心医院耳鼻咽喉科, 河南 周口 466000; 2. 河南省人民医院, 郑州大学人民医院耳鼻咽喉科, 河南 郑州 450003)

**关键词:** 鼻炎, 变应性; 高反应性鼻病; 鼻炎, 非变应性; 分型; 治疗

**中图分类号:** R765.21 **文献标识码:** C **文章编号:** 1007-1520(2013)02-0167-03

非变应性高反应性鼻病是指鼻腔黏膜对某些刺激因子, 如变应原、寒冷、饮食、气味、空气污染等反应过强、超出正常生理状态的一类疾病。由于刺激因子不同和发病机制的差异, 临床表现为鼻痒、喷嚏、流清涕和鼻塞等症状患者, 除确诊为变应性鼻炎(AR)患者外, 还发现不少为非变应性鼻炎(NAR)患者, 临床将这两种表现相似的疾病, 统称为高反应性鼻病<sup>[1,2]</sup>。本文总结了2010年我院收治的非变应性高反应性鼻病患者的临床资料, 对非变应性高反应性鼻病的临床分型和治疗进行分析报道。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

对我院耳鼻咽喉科2010年1~12月以高反应性鼻部症状首诊并诊断为非变应性高反应性鼻病患者398例的临床资料进行分析。参照2004年兰州会议诊断标准, 同时结合其临床症状、诱发因素和鼻腔检查所见等进行排除性诊断。入组标准: ①具有喷嚏、清水样鼻

涕、鼻塞、鼻痒等典型高反应性鼻病临床表现; ②首次就诊未经治疗的患者; ③变应原皮肤试验阴性(试验前1周停用所有药物治疗); ④血清总IgE正常(<60 IU/mL), 血清24种常见变应原特异性IgE正常(均<0.35 KIU/mL)。排除标准: ①鼻腔感染性疾病、鼻息肉等; ②解剖学因素如鼻中隔偏曲、下鼻甲肥大、反向或泡性中鼻甲、鼻瓣区狭窄等结构性鼻炎; ③萎缩性鼻炎、药物性鼻炎及鼻腔肿瘤等。非变应性高反应性鼻病临床根据鼻腔黏膜体征表现将其分为水肿型: 鼻腔黏膜苍白水肿或者灰蓝色, 鼻内清水样分泌物; 充血型: 鼻腔黏膜干燥充血, 无清水样分泌物。

#### 1.2 方法

由于鼻腔黏膜的迟发性变态反应的存在, 为了最大程度控制或者调节局部免疫状态, 临床应该有足够的时间去干预<sup>[3]</sup>。我科对收治的398例非变应性高反应性鼻病患者给予2周1个疗程、连续8个疗程的药物治疗。

水肿型: 第1个疗程鼻喷激素, 如: 辅舒良鼻喷剂, 2次/d, 早晚各1次。抗组胺药如地氯雷他定或左旋西替利嗪交替使用。中成药: 玉屏风散1包/次, 3次/d。通窍鼻炎胶囊, 3片/次, 3次/d。第2个疗程: 继续使用鼻喷剂和口服中成药。鼻喷剂根据逐渐减量的原则

作者简介: 宋纪军, 男, 副主任医师。  
通讯作者: 刘宏建, Email: lhjent@163.com.