

鼻内镜下治疗顽固性鼻出血的并发症及其预防

黄世凡, 邓 云, 舒建满, 罗人瑞

(怀化医学高等专科学校附属怀化市第三人民医院 耳鼻喉科, 湖南 怀化 418000)

关键词:鼻出血;鼻内镜;并发症
中图分类号:R739.65 **文献标识码:**C **文章编号:**1007-1520(2013)05-0460-02

顽固性鼻出血即常规检查未发现出血点、应用传统的局部压迫、规范的前鼻孔和/或后鼻孔填塞和输血等方法均不能控制的鼻出血,为耳鼻咽喉头颈外科常见的急症之一。目前多在鼻内镜下寻找出血部位,再使用双极电凝或低温等离子射频消融等手段进行止血。现有鼻出血的研究多关注其临床疗效,而对治疗后的并发症报道较少。本研究则将我科自2009年1月~2013年3月经鼻内镜下采用双极电凝诊治的84例顽固性鼻出血患者所出现的并发症分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

84例患者中男53例,女31例;年龄27~81岁,平均年龄54.3岁;病程5h至27d。均为单侧鼻出血,其中左侧47例,右侧37例。所有患者入院前均有2次或以上前鼻孔或同时行后鼻孔填塞无效病史。全部患者否认外伤史,入院后检查均排除血液系统疾病。67例患者伴有高血压病,16例患者伴有2型糖尿病,21例患者伴有鼻中隔偏曲,3例患者曾在外院行鼻腔激光或等离子消融治疗。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、控制血糖等内科处理。

1.2 治疗方法

所有患者均收入院治疗。入院后根据个体病情差异分别予以积极的抗感染、控制血压、补充血容量等治疗等,情况严重时给予输血及

抗休克等处理。治疗过程中注意患者及家属紧张焦虑情绪的心理疏导。在进行内科治疗的同时,行鼻内镜下双极电凝止血。当患者年龄大、疼痛耐受力差、出血量大及部位不明时结合患者本身意愿行全身麻醉,高龄局麻患者术中同时行心电监护。本组15例采用全身麻醉、69例行局部麻醉。

患者取仰卧位,消毒铺单后,取出鼻腔填塞物后,吸引器吸除鼻腔内积血。1%丁卡因肾上腺素纱条表麻收缩鼻腔黏膜后,采用边吸引边寻找的方式,按照鼻中隔、嗅裂、中鼻甲、中鼻道、下鼻甲、下鼻道、后鼻孔及鼻咽部等顺序逐一检查。寻找出血点的过程中,必要时可行中下鼻甲或鼻中隔偏曲部位的骨折移位,扩大手术空间。鼻中隔偏曲严重影响手术操作时,慎重考虑行鼻中隔矫正术。本组中2例患者同期行鼻中隔矫正术。注意区分手术过程中因操作造成的黏膜损伤继发出血与真正的鼻出血原发部位出血。找到明确出血部位后,双极电凝止血,电凝时间勿过长,以达到黏膜发白血止即可。如未找到明确出血部位,电凝阻断蝶腭动脉血供或可疑部位明胶海绵或碘仿纱条填塞止血。术后继续抗感染、鼻腔润滑等治疗。

1.3 疗效评定标准

随访1~2个月,同一部位未出现活动性出血定义为治愈^[1]。所有患者术后1~3个月门诊复查,行鼻内镜检查明确鼻腔情况。

2 结果

该组患者中有7例(8.3%)术中未发现明显出血部位,行蝶腭动脉电凝及可疑部位明胶海绵或碘仿纱条填塞。出血部位分别位于嗅

作者简介:黄世凡,男,副主任医师。
通讯作者:黄世凡,Email:157587171@qq.com

裂、鼻中隔上部及后端46例(54.8%),中鼻甲及中鼻道13例(15.5%),下鼻道穹窿部18例(21.4%)。79例(94.0%)患者1次手术止血成功,4例(4.8%)患者行2次手术,1例(1.2%)患者3次手术治愈。

1例患者局麻手术时因术中疼痛刺激,出现心前区不适,予以填塞后终止手术;请心内科会诊予以扩冠护心处理后,再次全麻下手术治愈。门诊复查发现鼻中隔穿孔1例、中鼻道及嗅裂部位粘连4例,均给予对症处理后治愈。

3 讨论

鼻出血病因错综复杂,紧急处理常需行鼻腔填塞。常规的前后鼻孔填塞易导致患者鼻部胀痛、头痛、呼吸不畅及鼻腔感染。反复发作的顽固性鼻出血常发生于中老年人群,出血部位多见于鼻腔后段的鼻咽静脉丛及鼻中隔后段的动脉血管,出血部位隐匿,不易发现并止血^[2-3]。传统填塞操作过程盲目,往往不易止血且易导致鼻腔黏膜再次损伤。鼻内镜下操作可提供清晰视野,可多角度直视寻找并定位出血部位,配合双极电凝,可做到快速、有效及准确的止血。术后患者恢复快、痛苦轻、并发症相对较少。因此,鼻内镜下双极电凝止血是目前常用的止血方式之一。

有关鼻内镜下双极电凝止血的报道,常多注重其临床疗效分析,而对其术后并发症的报道较少。本组患者中,术后最严重的并发症为鼻中隔穿孔(1例),分析其原因是该患者术中出血量大,鼻中隔向出血侧呈棘突状偏曲明显,术中同时行鼻中隔黏膜下矫正术后,出血部位烧灼面稍大,且患者本身为糖尿病患者,伤口愈合能力差。因此鼻出血患者同期行鼻中隔手术须慎重,可采用中下鼻甲移位及偏曲部位鼻中隔骨折,增加手术空间及选用小口径鼻内镜^[3]。最为常见的并发症为鼻腔粘连,但本组患者中鼻腔粘连患者术后并无明显主观上的不适,复查时给予激光烧除粘连带,创面间覆盖明胶海绵后治愈。鼻内镜手术时因反复操作所致的疼痛刺激,可能诱发心血管意外情况的发生。本组病例中1例患者术中出现

心前区不适,虽未出现严重心血管意外的发生,但是提示鼻出血患者尤其是局麻手术患者,需警惕心血管意外的发生,术前需详细询问患者的心血管方面病史,必要时可考虑全麻下手术。

鼻内镜手术并发症的发生与术者的手术技巧及内镜操作娴熟程度密切相关。为了有效避免上述并发症的发生,需要注意以下几点:①充分表麻收缩和局麻鼻腔黏膜,以减轻疼痛,争取患者手术时的配合并迅速发现出血部位;②避免双极电凝功率过大及长时间烧灼,以封闭创面血管达到黏膜发白即可;③对于出血部位明确,但双极电凝难以到达的嗅裂前端、中鼻道内,必要时可用适当大小的明胶海绵或膨胀海绵等止血材料行局部微填塞^[3];④出血量大且排除非筛前动脉出血可于中鼻甲尾部行蝶腭动脉电凝^[4],避免盲目的大面积烧灼,引起黏膜萎缩及粘连;⑤鼻内镜、吸引器及双极电凝等器械进出鼻腔时,尤其是出血部位位于嗅裂及鼻腔后段时,操作应尽可能轻柔,避免因术者操作所致的正常黏膜的二次损伤;⑥老年人合并高血压或心脑血管病变患者,术中术后行心电监护,密切观察患者生命体征变化;情绪紧张焦虑的患者,注意围手术期患者的心理辅导;⑦术后应用鼻腔润滑剂,促进创面痂皮的脱落及愈合。

参考文献:

- [1] 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.
- [2] 杨大章,程靖宁,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.
- [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] Budrovich R, Saetti R. Microscopic and endoscopic ligation of the sphenopalatine artery[J]. Laryngoscope, 1992, 102(12 Pt 1):1391-1394.

(修回日期:2013-05-01)