

排在周末进行。医务工作者需要根据实践经验和参考相关的报道,分析患儿不依从的原因及采取相应的护理措施,尽量提高患儿治疗的依从性。

参考文献:

[1] 张亚梅,张天宇. 实用小儿耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:245-258.
[2] 骆伟华. 罗格脱敏治疗儿童哮喘的安全性研究[J]. 实用医学杂志,2008,24(9):1620-1621.

[3] 李玉云,刘碧霞,金丽玲. 特异性免疫治疗儿童变应性鼻炎70例疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2014,20(1):75-77.
[4] 朱亮,陆纪红,谢青,等. 皮下免疫和舌下免疫治疗尘螨变应性鼻炎的安全性及依从性分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,45(6):444-445.
[5] 吴清香,张杨,开月梅,等. 阿罗格脱敏治疗过敏性鼻炎的疗效观察及护理[J]. 护理学报,2007,14(4):75-77.
[6] 胡少芝,邝景云,赵群庆. 尘螨过敏患者治疗依从性分析与护理干预[J]. 护理学报,2006,13(1):46-47.
(修回日期:2014-07-02)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201503022

· 临床交流 ·

鼻内镜下电凝吸引治疗78例难治性鼻出血临床观察

谢丹,梁建伟,杨径,王兰田,陈琨

(长沙市八医院耳鼻咽喉科,湖南长沙410100)

关键词:鼻内镜;电凝吸引器电凝;难治性鼻出血;疗效

中图分类号:R765.23 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2015)03-0247-02

难治性鼻出血仍然是耳鼻咽喉科临床常见难治急症之一。其难治是因为没有找到明确出血点,治疗棘手。我科2009年9月~2013年12月对78例难治性鼻出血患者在鼻内镜下应用电凝吸引器电凝止血及鼻腔局部填塞,取得满意疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我科2009年5月~2013年6月收治难治性鼻出血患者78例,其中男49例,女29例;年龄23~75岁,平均年龄52.5岁。均为单侧鼻腔出血,左侧41例,右侧37例。其中46例伴有高血压病史,12例伴有糖尿病史,鼻中隔偏曲10例。所有患者入院前均经对症处理并行前后鼻孔填塞,出血次数5~10次,出血量估计200~700 ml,平均400 ml。

1.2 治疗方法

78例患者均在表麻下进行鼻腔探查止血。患者取平仰卧位,常规消毒铺巾,鼻内镜下先用大小适

中的吸引器清除鼻腔内的积血及血凝块,再用羟甲唑啉+1%丁卡因棉片充分麻醉收缩鼻腔,从前往后,从下到上有序地检查鼻腔及鼻咽部,寻找顺序:鼻中隔最前端-下鼻道前端-下鼻道后穹窿-后鼻孔上缘-下鼻甲上缘近上颌窦后凹附近-中鼻甲与中鼻甲基板反折处中鼻甲后端蝶腭动脉供血区、鼻中隔嗅区。如见出血或可疑出血者,用电凝吸引器在出血部位或可疑出血点及其周围进行电凝并同时吸引,直到出血部位周围黏膜变白或轻度碳化,对于鼻出血凶猛患者,出血时呈泉涌状或喷射状,一时找不到出血点,为防失血过多,则大致估计出血部位,迅速在鼻内镜下用凡士林纱条填塞可疑出血部位,48 h后分次抽出纱条,再在鼻内镜下找到出血点;在收缩止血后鼻黏膜上仅表现为一小丘状暗红点,触之可诱发出血,则采用电凝止血及吸引,止血后明胶海绵或凡士林纱条填塞;如鼻内镜下发现黏膜广泛的渗血区,则找几点可能性最大出血点采用吸引并电凝止血,不能广泛电凝,电凝后用明胶海绵局部填塞;若处于出血间期,可仔细对鼻中隔、下鼻道顶、嗅裂、中鼻道后上部等区域进行检查,此时出血点多呈白色粟粒状凸起,用吸引器轻吸,即可引起再次出血并予以电凝止血并吸引;对于鼻中隔偏曲患者,如

果出血不太凶猛,可先行鼻中隔矫正术再止血;如果出血比较凶猛,绕过偏曲部分进行填塞,待出血停止后再行鼻中隔偏曲矫正,对有明确诱发鼻出血病因者同时针对病因治疗。

2 结果

本次出血部位分别为:中鼻道后上端(蝶腭动脉供血区)40 例(51.28%)、嗅裂鼻中隔区 22 例(28.21%)、下鼻道顶后端 12 例(15.38%)、部位不明的 4 例(5.13%)。

50 例经电凝吸引器电凝止血并明胶海绵填塞一次治愈,22 例经电凝吸引器电凝止血并凡士林纱条填一次治愈,6 例 2 次鼻内镜检及电凝止血并凡士林纱条填塞,出血停止,总有效率为 100%。9 例在出血停止后行鼻中隔偏曲矫正术。

3 讨论

难治性鼻出血出血部位隐蔽^[1],关于此类鼻出血的出血部位,各学者统计报道不一。杨大章等^[1]统计报道 92 例难治性鼻出血中,主要位于下鼻道顶部,嗅裂鼻中隔部,中鼻道后上部;以下鼻道顶部最多见(共 52 例,占 56.5%)徐婷等^[2]报道鼻出血部位主要位于以下 3 区:嗅裂区,下鼻道后穹隆部与中鼻道后上端。本组 78 例难治性鼻出血患者中以中鼻道后端及嗅裂部位出血多见,共 66 例,占 84.62%。未发现鼻腔后端 Woodruff 静脉丛出血。查阅近年来文献发现,这类隐蔽性、难治性鼻出血的出血部位大多以筛前动脉供应的嗅裂区和来自蝶腭动脉供应的中、下鼻道鼻后外侧动脉及中隔动脉为常见,均以动脉性出血为主,和以往认为以鼻腔后端 Woodruff 静脉丛出血为主的观点不一致^[1]。究其原因嗅裂、鼻中隔及鼻腔外侧的血供主要是来源于筛前动脉、蝶腭动脉分出的鼻后中隔动脉及鼻后外侧动脉^[3]。出血容易发生在这些区域,可能与其局部结构有关,一方面这些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,且患者大部分为中老年人,其中大于 50 岁占 54 例(69.24%),且 58 例伴有慢性疾病,其中高血压患者占 58.97%,徐婷等^[2]认为难治性鼻出血的预后与高血压等因素有关,可能因为血压增高导致血管硬化,血管弹性减弱,血管脆性增加易致血管破裂出血,加之动脉的压

力较大,是出血的另一个诱因。其次,鼻中隔偏曲也是诱发出血的一个因素,鼻中隔偏曲易致鼻腔干燥,造成黏膜脱水,纤毛功能下降,血管脆性增加。本组 78 例患者中 10 例合并有鼻中隔偏曲(骨棘/骨嵴),常常出血部位就在偏曲(骨棘/骨嵴)处附近。有学者报道,严重鼻中隔偏曲是难治性鼻出血最常见的局部因素^[3]。

本组 78 例顽固性鼻出血患者治愈率为 100%,难治性鼻出血的出血部位一般位于鼻腔的隐蔽部位,出血反复,致治疗困难。因此,应根据鼻腔出血情况采用不同的处理措施,有明确出血点的,用电凝吸引器电凝止血,没有明确出血部位采用层叠式鼻腔填塞,出血局部凡士林纱条填塞,因鼻中隔严重偏曲,可考虑行鼻中隔矫正术,我科难治性鼻出血患者采用以上措施灵活处理,全部治愈。无一例行颈外动脉、蝶腭动脉、筛前动脉结扎及血管栓塞等治疗^[4-6]。总之,难治性鼻出血患者止血的关键是鼻内镜下寻找到出血点,并作局部电凝止血和(或)局部填塞。

难治性鼻出血除局部因素外,全身因素的处理也至关重要。本组资料显示,78 例患者中有 58 例伴有全身性疾病,有的甚至伴有多种疾病。其中高血压病最为多见,共 46 例,对高血压患者给予降压治疗,并严密监测血压变化;对失血性休克患者,应予抗休克治疗。对于糖尿病患者应请相关科室会诊治疗。

综上所述,鼻内镜下电凝止血和鼻腔填塞联合应用治疗难治性鼻出血效果好,并发症少,费用低,值得推广应用,如配合中药及全身疾病综合治疗更利患者的恢复。

参考文献:

- [1] 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.
- [2] 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.
- [3] 田勇泉. 耳鼻咽喉科学[M]. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社,2002:13.
- [4] 代洪,田丰,伍伟景,等. 颈外动脉或筛前动脉结扎术治疗重症鼻出血(附 23 例报告)[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(1):43-44.
- [5] Babin E, Moreau S, Couillet DR, et al. Anatomic variations of the arteries of the nasal fossa[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 128(2):236-239.
- [6] 戚建伟,吴元庆,曹萍,等. 鼻内镜下蝶腭动脉区的外科解剖[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013(4):299-301.

(修回日期:2014-08-30)