

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201803017

· 临床报道 ·

下鼻道后穹窿部鼻出血特点及内镜治疗分析

钱卓明¹, 刘锦峰², 王宁宇², 刘士辉¹

(1. 首都医科大学附属北京朝阳医院怀柔医院 耳鼻咽喉科, 北京 101400; 2 首都医科大学附属北京朝阳医院 耳鼻咽喉头颈外科, 北京 100020)

摘要: **目的** 探讨下鼻道后穹窿部鼻出血的临床特点及治疗方法。**方法** 回顾性分析2017年1月~2017年6月收治的5例下鼻道后穹窿部鼻出血患者的临床资料, 5例患者均为反复、频发、动脉性出血, 出血位置隐蔽, 常规行前后鼻孔填塞后仍反复间断出血, 所有患者均在全麻鼻内镜下行鼻腔探查及电凝止血术。**结果** 5例患者均在术中探及出血点位于下鼻道后穹窿部, 通过电凝止血术一次止血成功, 随访1~3个月均未复发。**结论** 临床中反复顽固性鼻出血、前后鼻孔填塞无效时, 需考虑下鼻道后穹窿部出血, 鼻内镜下单极电凝止血疗效肯定。

关键词: 下鼻道后穹窿; 鼻出血; 鼻内镜; 电凝止血
中图分类号: R765.23 文献标识码: A [中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2018, 24(3): 273-276]

Clinical characteristics and endoscopic treatment of epistaxis at posterior fornix of inferior meatus

QIAN Zhuo-ming¹, LIU Jin-feng², WANG Ning-yu², LIU Shi-hui¹

(1. Department of Otolaryngology, Beijing Huairou Hospital, Beijing 101400, China; 2. Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Beijing Chaoyang Hospital of Capital Medical University, Beijing 100020, China)

Abstract: **Objective** To explore clinical features of and treatment method for epistaxis at posterior fornix of inferior meatus. **Methods** Clinical data of 5 patients suffering from epistaxis at posterior fornix of inferior meatus treated in our department from Jan 2017 to June 2017 were analyzed retrospectively. Frequent arterial epistaxis with hidden bleeding location occurred repeatedly after anterior and posterior nasal packing. All the patients received nasal exploration and electrocoagulation under nasal endoscope. **Results** Endoscopic exploration revealed that the bleeding site was located at the posterior fornix of the inferior meatus in all the 5 patients. Primary hemostasis was successfully achieved by endoscopic electrocoagulation and no recurrence occurred during follow-up ranged from one month to three months. **Conclusion** Epistaxis of posterior fornix of inferior meatus should be taken into account when intractable epistaxis occurs frequently and anterior-posterior nasal cavity packing is ineffective. The curative effect of endoscopic unipolar electrocoagulation is definite for hemostasis.

Key words: Posterior fornix of inferior meatus; Epistaxis; Nasal endoscope; Electrocoagulation
[Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2018, 24(3): 273-276]

鼻出血是耳鼻咽喉头颈外科的常见急症^[1], 绝大部分出血通过前鼻镜检查便可以发现出血位置, 如鼻中隔利特尔区, 给予单纯收缩、化学性烧灼、前鼻孔填塞或电凝止血等均可收到良好效果。但是也有一些隐匿性或顽固性鼻出血, 经过反复前后鼻孔填塞后均未能有效止血, 是临床治疗的难点^[2-3]。

隐匿性鼻出血按出血部位由多至少依次为: 下鼻道穹窿区域、中鼻甲嗅裂区域、中鼻道后端区域、鼻腔最前上区域、鼻中隔偏曲区域等^[4]。但是, 下鼻道后穹窿区由于位置深在、邻近鼻咽部, 并有下鼻甲的遮挡, 这给发生在该区域的鼻出血的诊断、治疗带来极大的挑战^[5]。因此, 本文对下鼻道后穹窿部位鼻出血特点及治疗进行总结, 期望为临床鼻出血的治疗提供帮助。

基金项目: 北京市自然科学基金资助(7162066)。
作者简介: 钱卓明, 女, 硕士, 主治医师。
通信作者: 刘锦峰, Email: sanming_1978@163.com

1 资料与方法

1.1 一般资料

2017 年 1 月~2017 年 6 月北京朝阳医院收治的 16 例难治性鼻出血中,下鼻道后穹窿部鼻出血共 5 例(31.25%)。病例资料详见表 1。

表 1 5 例患者一般资料

临床项目	病例 1	病例 2	病例 3	病例 4	病例 5
性别	男	男	男	男	女
年龄(岁)	57	31	44	38	54
出血侧别	左	左	左	右	右
入院血压(mmHg)	130/80	110/75	140/95	120/85	160/105
单纯前鼻孔填塞次数	2	3	1	1	1
前后鼻孔填塞次数	1	1	1	1	1
高血压病史	有	无	有	有	无
口服抗凝药物	无	无	无	无	阿司匹林
血液病及凝血异常	无	无	无	无	无

5 例患者有 3 例(60%)患者存在高血压,其中仅 1 例日常规律口服降压药物,血压控制基本正常。2 例高血压患者未规律用药控制血压。1 例无高血压病史患者入院血压 160/105 mmHg。

5 例患者起病均无明显诱因,均为自发性出血。出血为间歇性,速度快,流水样,反复多次,可自行停止,出血时口鼻均有出血。2 例已于外院行鼻内镜检查,未发现新生物及出血点,并行多次前鼻孔填塞,无效后改为前后鼻孔填塞,前后鼻孔填塞后仍有阵发性出血倒流至口咽部,于我院就诊收入院治疗。3 例患者直接就诊于我院门诊或急诊,均行前鼻孔填塞后无效,其中 1 例由于出血量大,前鼻孔填塞无效后未仔细探查便行前后鼻孔栓塞。其余 2 例患者经过反复收缩,在 2.7 mm 内镜下探查明确了出血部位,并给予膨胀海绵压迫,后因仍有鼻腔间断少量

渗血且海绵滑脱再次出血,改为前后鼻孔栓塞,3 例在前后鼻孔填塞后仍有阵发性出血。收住院后常规术前行血常规、生化及凝血功能等检查,均无手术禁忌证。行鼻窦 CT 检查未发现占位性病变。

1.2 治疗方法

由于出血不能控制,5 例患者入院当天均急诊行鼻内镜探查止血术。均行全麻气管插管,在出血减少期间,迅速清理干净咽腔血性分泌物,防止误吸及窒息。常规消毒铺单,边取填塞物边收缩鼻腔,并对渗血糜烂黏膜进行电凝处理。3 例常规例行检查利特尔区、鼻中隔全部、嗅裂区、中鼻道,最后骨折内移下鼻甲检查下鼻道,出血部位电凝处理。2 例术前已经明确了出血部位,直接先行骨折内移下鼻甲,检查下鼻道,5 例患者下鼻道穹窿部均有血管瘤样结构突起,大小约 2~3 mm。其中 3 例位于下鼻道后穹窿顶部(图 1),1 例位于后穹窿内侧(图 2),1 例位于后穹窿外侧(图 3)。

明确出血位置后,吸引器头部略弯曲,外套输液器管,作为单极电凝的延长部,可边吸血边止血。由于所及出血组织较小,吸引器可以将小血管瘤完全吸入到吸引器内,单极电凝后血管瘤样结构四周均被电凝变性,血管瘤样结构被电凝后碳化消失。之后对周围 1cm 范围黏膜广泛烧灼,避免周围畸形血管再次出血。止血后,创面覆盖纳西棉,并将下鼻甲外移复位,术毕。5 例患者均给予补液、抗炎等支持对症治疗。

2 结果

患者术后无明显疼痛及不适,术后第 2 天出院,术后给予生理盐水冲洗鼻腔,避免鼻腔干燥及形成结痂或粘连,术后 1 个月及 3 个月复查未再出现鼻出血,未见鼻腔粘连。

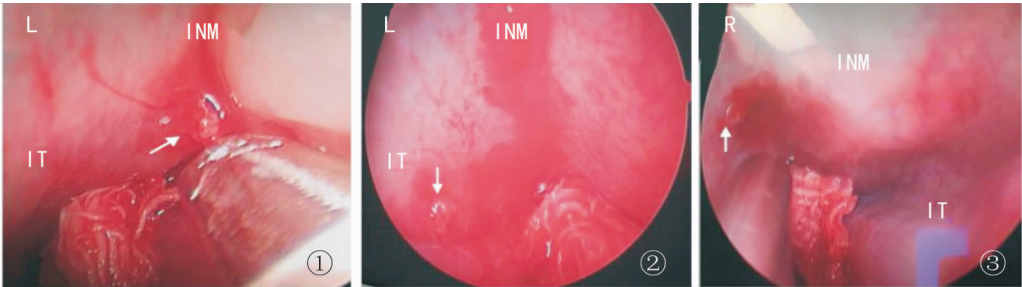


图 1 出血部位位于下鼻道后穹窿顶部(箭头所指) 图 2 出血部位位于下鼻道后穹窿内侧(箭头所指)的下鼻甲黏膜皱褶内 图 3 出血部位位于下鼻道后穹窿外侧靠近上颌窦内侧壁处(箭头所指) IT:下鼻甲;INM:下鼻道

3 讨论

下鼻道后穹窿部是顽固性或隐匿性鼻出血的好区域。文献结果显示在难治性或隐匿部位动脉性出血中占比最高,达25%~45.9%^[3,4,6-7]。下鼻道后穹窿部易发生鼻出血可能与其局部结构有关,下鼻道后穹窿部主要责任血管为蝶腭动脉分支鼻后外侧动脉,呈直角弯曲状支配这一区域,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,根据血流动力学原理,动脉破裂出血可能性远比静脉大^[8],本组5例患者均为动脉性出血,董文汇^[9]也认为,真正的吴氏静脉丛出血少见,鼻腔深部顽固性出血多为动脉性出血,常呈阵发性、间歇性。

由于下鼻道后穹窿部解剖位置深在、邻近鼻咽部,同时由于下鼻甲的阻挡,使得下鼻道后穹窿出血具有其独特性:①位置隐蔽,空间狭小,常规鼻内镜检查很难发现。在常规门诊的鼻内镜检查时,4.5 mm内镜很难进入到下鼻道,尤其是后部的穹窿区,患者也难以耐受此部位检查。即使用2.7 mm内镜,可以进入下鼻道,但是快速的出血很快就模糊了内镜视野。但是,在出血停止后或出血速度较慢时使用2.7 mm内镜则能探查发现此部位的鼻出血。本组2例患者,在门诊通过2.7 mm内镜明确了出血部位;②口鼻同时出血。由于下鼻道后穹窿部临近鼻咽部,出血极易顺软腭、咽侧壁流入口咽,因此,患者往往口鼻同时出血^[5];③呈动脉性出血,血管瘤样结构可能与血压波动有关,一旦形成血管瘤样结构,即使血压稳定仍可出现反复频繁出血:出血量较大,速度快,具有突发突止的现象,不同于下鼻道外侧壁后部的吴氏静脉丛出血。本文5例患者中有3例具有高血压病史,1例无高血压病史者,入院血压160/105 mmHg,提示出血可能与血压波动有关^[10-11];④前后鼻孔填塞效果不佳^[5]。由于鼻阈的阻挡,在不移位下鼻甲的情况下填塞材料,只是填塞了鼻底及鼻腔外侧壁的区域,动脉性出血未能接受到足够的压迫,出血不能停止,血液会自下鼻道后部流向鼻咽部;自总鼻道填塞更是无效,由于下鼻甲骨的阻挡,使得出血部位具有天然的间隙,不能被压迫;前后鼻孔填塞后能够起到一定的作用,但是后鼻孔栓子不能完全封闭并压迫出血部位,同时吞咽运动和软腭的活动,都会便于出血自后鼻孔向鼻咽部流出。这是导致本组患者后鼻孔填塞后仍然出血的

原因。因此对于具有下鼻道后穹窿部出血特点的患者应尽早行鼻内镜下探查止血。

由于下鼻道后穹窿部解剖位置的特殊性,术中止血措施的选择也很关键,文献有采用低温等离子刀^[12]、微波^[13]、双极电凝^[14]等措施。笔者的临床体会,对于下鼻道后穹窿部出血双极电凝存在局限性:①由于下鼻道操作空间的限制,双极电凝不能充分张开;②双极电凝的直角度,不能触及下鼻道穹窿偏内侧部位;③在出血时,没有吸引器辅助,出血使镜头极易污染,需反复擦拭,无法提供清晰的视野^[15],在狭小的下鼻道内又很难同时容纳鼻内镜、双极电凝及吸引器,因此,使用很不方便。为此,我们采用了类似朱正尧^[15]报道的电凝吸引管,自制的带弧度的细吸引器,外部套上输液管保护后,作为单极电凝的传导装置进行电凝止血,能在吸引的同时进行电凝止血,视野清晰,部位准确,使用方便^[3,15]。鼻内镜下探查止血的关键是明确出血点,但是有时寻找出血点并不容易。唐建勇等^[16]报道鼻内镜下首次寻找鼻腔深部出血部位成功率为85.4%,41例(41/239)患者在首次鼻内镜检查时未找到明确出现部位,这也是鼻出血治疗的难点。我们观察发现下鼻道后穹窿部的出血部位也并不完全固定,可以在下鼻道穹窿顶部,或内侧及外侧(图1~3)。因此,术中需要仔细探查,以免遗漏。尤其在穹窿顶部未发现出血部位时,探测黏膜皱褶内也非常必要。本组患者中1例血管瘤样结构(图2)就发生在黏膜皱褶中。由于下鼻甲黏膜皱褶可能会阻挡出血点,不利于寻找辨别,需要剥离子或吸引器展平黏膜皱褶,方可窥及。如果术中患者持续不出血,则更不利于出血部位的寻辨;另外前后鼻孔填塞后,鼻腔探查时黏膜存在不同程度的破损,可有多点渗血可能性,容易导致误判出血点。因此术中可与麻醉师配合调整血压,根据患者基础血压值适当升高血压,有助于寻找出真正出血点。本组5例患者均在内镜下明确了出血点,并一次成功止血。

下鼻道后穹窿位置隐蔽,空间狭小,有黏膜皱襞遮挡,此处出血不易发现,而且前后鼻孔填塞效果不佳,临床中反复顽固性鼻出血,前后鼻孔填塞无效时,需考虑下鼻道后穹窿部出血,需要鼻内镜下下鼻甲骨骨折内移对病变进行有效暴露并予以电凝止血^[15],方可有效去除病变并防止鼻出血的再次发生。

参考文献:

- [1] Schlosser RJ. Epistaxis[J]. N Engl J Med, 2009, 360(8): 784 - 789.
- [2] 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.
- Yang DZ, Cheng JY, Han J, et al. Management of intractable epistaxis and bleeding points localization[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2005, 40(5): 360 - 362.
- [3] 刘建设, 钟刚, 王彦君. 鼻内镜下治疗难治性鼻出血 163 例回顾性分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 27(11): 590 - 592.
- Liu JS, Zhong G, Wang YJ. A retrospective analysis of 163 cases with intractable epistaxis managed by nasal endoscopic surgery[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2013, 27(11): 590 - 592.
- [4] 杨钦泰, 邓慧仪, 王玮豪, 等. 难治性鼻出血隐匿出血部位的分布和治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 23(10): 602 - 605.
- Yang QT, Deng HY, Wang WH, et al. Distribution and treatment on intractable epistaxis in concealed sites[J]. Chinese Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2016, 23(10): 602 - 605.
- [5] 陈浩, 冯锡坚, 蔡建良, 等. 鼻内镜下射频治疗下鼻道穹隆部出血的临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28(3): 200 - 202.
- Chen H, Feng XJ, Cai JL, et al. Clinical analysis of radiofrequency under nasal endoscopy nasal interdome hemorrhage[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2014, 28(3): 200 - 202.
- [6] 楼正才, 罗利民, 陈家海, 等. 隐蔽部位动脉性鼻出血点的识别及处理[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 43(9): 701 - 702.
- Lou ZC, Luo LM, Chen JH, et al. Identification and management of arterial concealed epistaxis[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2008, 43(9): 701 - 702.
- [7] 杨中纯, 周芳. 鼻内镜下电凝治疗鼻腔后部出血 137 例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2016, 22(4): 331 - 332.
- Yang ZC, Zhou F. Clinical analysis of 137 with posterior epistaxis managed by endoscopic electrocautery[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2016, 22(4): 331 - 332.
- [8] 黄选兆, 汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 98 - 99.
- Huang XZ, Wang JB. Practice of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 1998: 98 - 99.
- [9] 董文汇. 鼻内镜下鼻腔深部顽固性出血的治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(4): 319 - 320.
- Dong WH. Nasal endoscopic treatment of intractable posterior epistaxis[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2012, 18(4): 319 - 320.
- [10] 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.
- Xu T, Wang XW, Xie DH, et al. Analysis of partial reasons for intractable epistaxis[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2010, 16(2): 128 - 130.
- [11] 钟振华, 程泽星, 庄远岭, 等. 鼻出血发病的相关因素分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2015, 21(5): 402 - 405.
- Zhong ZH, Cheng ZX, Zhuang YL, et al. Analysis of relevant factors in intractable epistaxis[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2015, 21(5): 402 - 405.
- [12] 戈超, 齐玉, 迟明泽. 鼻内镜下顽固性鼻出血探查及低温等离子电凝治疗的临床分析[J]. 中国医学文摘耳鼻咽喉科学, 2017, 32(4): 221 - 222.
- Ge C, Qi Y, Chi MZ. Clinical analysis of probing intractable epistaxis under nasal endoscopy and treatment with low temperature plasma coagulation[J]. Chinese Medical Digest: Otolaryngology, 2017, 32(4): 221 - 222.
- [13] 修崇林, 杨军, 薛刚. 鼻内镜下微波治疗鼻出血 83 例临床疗效[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(1): 61 - 62.
- Xiu CL, Yang J, Xue G. Clinical effect of endoscopic microwave treatment in 83 epistaxis patients[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2012, 18(1): 61 - 62.
- [14] 王惠亭, 桑建中, 张国正. 鼻内镜下双极电凝治疗顽固性鼻出血[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(8): 694 - 695.
- Wang HT, Sang JZ, Zhang GZ. Treatment of intractable epistaxis with bipolar electrocoagulation under nasal endoscope[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2009, 44(8): 694 - 695.
- [15] 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 - 225.
- Zhu ZR. Treatment of intractable epistaxis with improved electrocoagulation suction tube under endoscope[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2011, 17(3): 223 - 225.
- [16] 唐建勇, 郭万宏, 何端军. 鼻内镜下鼻腔深部出血的定位与治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2017, 23(5): 485 - 486.
- Tang JY, Guo WH, He DJ. Localization and treatment for epistaxis in deep nasal cavity[J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology-Skull Base Surgery, 2017, 23(5): 485 - 486.

(收稿日期: 2018-01-22)