

· 论 著 ·

## 鼻内镜下难治性鼻出血的微创治疗研究

邹 帆, 邝韶景, 高明华, 李忠万, 李明红

(重庆市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科 400014)

**摘要:**目的 探讨鼻内镜下难治性鼻出血的微创治疗方法。方法 2007 年 1 月至 2009 年 1 月对 78 例难治性鼻出血患者行鼻内镜检查,以低温等离子刀止血结合微创材料填塞鼻腔治疗。结果 78 例患者经鼻内镜检查明确出血点,单纯烧灼 30 例,烧灼加局部明胶海绵填塞 16 例,烧灼加局部膨胀海绵填塞 32 例。电话随访 1~2 个月,一次治愈 74 例,二次治愈 4 例。结论 难治性鼻出血的常见出血部位以嗅裂区和下鼻道后端多见,鼻内镜检查可准确定位出血点,从而有针对性地进行止血治疗,是一种微创而有效的治疗方法。

**关键词:**鼻出血;内窥镜检查;治疗**中图分类号:**R765.23;R765.041**文献标识码:**A**文章编号:**1671-8348(2010)07-0792-02

## Study of microtraumatic management of intractable epistaxis under nasal endoscope

ZOU Fan, KUANG Shao-jing, GAO Ming-hua, et al.

(Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, the Third People's Hospital of Chongqing, Chongqing 400014, China)

**Abstract:** Objective To study the endoscopic refractory epistaxis minimally invasive treatment. **Methods** A retrospective study of which were 78 cases of epistaxis in patients with refractory nasal endoscopy to stop bleeding low-temperature plasma cutter combination treatment of invasive nasal packing materials from January 2007 to January 2009. **Results** The results of 78 cases of clear bleeding points, 30 cases of simple burning, 17 cases of partial burning plus 16 cases of gelfam packing, sponge burning plus 32 cases of local expansion. They were followed up by telephone 1-2 months, 74 cases of a cure, cured four cases of secondary treatment. **Conclusion** Epistaxis refractory bleeding site in the common area and under the olfactory cleft nasal mostly back-end, nose endoscopy bleeding point can be accurately targeted, and thusing bleeding Targeted therapy is a minimally invasive and effective treatment.

**Key words:** epistaxis; endoscopy; treatment

鼻出血是耳鼻咽喉科较常见的一种疾病,传统的治疗手段是行前或(和)后鼻孔填塞<sup>[1]</sup>,绝大部分鼻出血经过正规的前鼻孔填塞即可治愈。但有些鼻出血即使经过多次前后鼻孔填塞亦不能控制出血,称之为难治性鼻出血。作者自 2007 年 1 月至 2009 年 1 月采用鼻内镜治疗难治性鼻出血 78 例,取得了较好的治疗效果,现报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 鼻出血患者 78 例,男 60 例,女 18 例,年龄 33~89 岁,病程 3~15 d。左侧鼻出血 46 例,右侧 32 例。其中合并高血压 52 例,糖尿病 15 例。入院前均已接受门诊治疗。其中行前鼻孔填塞 55 例次,行前、后鼻孔填塞 12 例次,微波治疗 33 例次。

**1.2 方法** 均在鼻腔黏膜表面麻醉下行鼻内镜检查,其中 6 例加用强化麻醉(伴明显高血压或疼痛较敏感)。术前检查中贫血严重者予纠正贫血,在补足血容量的同时积极寻找出血点。患者取头高足低仰卧位,先逐步抽出鼻腔填塞物,边抽取边观察出血来源。可先抽取一部分,用吸引器吸血检查出血来源,避免一次将鼻腔填塞物全部抽出,致使鼻腔大量出血,不易辨认出血部位。吸除鼻腔内血液后,再用 1%丁卡因(内加 0.1%的肾上腺素)棉片行鼻腔黏膜表面麻醉,抽出棉片,血染较重的棉片所在位置通常可提示为出血较多处。由于患者经过多次鼻腔填塞,鼻中隔和下鼻甲黏膜可因填塞创伤出血,多为渗血,经过棉片收敛后,通常出血可停止。棉片抽出后以 0°镜行全面细致的鼻腔检查。合并有严重的鼻中隔偏曲患者(17 例),将妨碍鼻内镜对鼻腔后端进行检查和操作,可于偏曲处的

小切口去除棘或嵴突,或者用剥离子对鼻中隔偏曲部位进行骨折移向对侧,保证有足够的空间便于鼻内镜检查。重点检查嗅裂后端、鼻中隔顶端鼻外侧软骨与鼻中隔软骨相移行处、鼻中隔后端、后鼻孔周围及下鼻道。嗅裂后端和下鼻道通常不易暴露,也是难治性鼻出血较常发生的部位。检查嗅裂时,可将薄棉片贴于中鼻甲内侧,以剥离子抵在棉片上将中鼻甲适度外移。检查下鼻道时,可用剥离子伸入下鼻道将下鼻甲骨折内移,使下鼻道宽敞后再行检查。如检查时无明显出血,可将鼻内镜充分接近黏膜,注意寻找小的黏膜隆起,可用吸引器轻轻触探,诱发出血,从而明确出血部位。出血部位明确后,用低温等离子刀对出血点行电凝止血。检查无活动性出血点后,以明胶海绵或膨胀海绵行鼻腔填塞。嗅裂区,中、下鼻道均填以明胶海绵,总鼻道内填入膨胀海绵,并注入生理盐水,使膨胀海绵逐渐膨胀压迫止血。术后给予抗感染及止血药等治疗,术后 2~5 d 抽出膨胀海绵。明胶海绵待其自行排出。

**1.3 疗效评定** 治疗后 1~2 个月内原部位未再发生鼻出血为临床治愈。

### 2 结 果

**2.1 出血部位** 78 例中,嗅裂后端出血 26 例,下鼻道穹窿部后端出血 15 例,鼻中隔后端出血 12 例,鼻中隔顶端出血 9 例,下鼻甲后端内侧出血 8 例,中鼻道出血 5 例,中鼻甲出血 3 例。

**2.2 疗效** 74 例患者一次治愈(治愈率达 94.9%),2 例鼻中隔后端出血患者抽出鼻腔填塞物后第 2 天再次出血,重新行鼻内镜检查,见鼻中隔利特尔区再次出血,重新行低温等离子刀止血填塞治愈。2 例抽出鼻腔填塞物后,鼻腔少量出血,未再

行填塞,保守治疗 2 d 后止血。全部患者均治愈,无 1 例发生并发症。

### 3 讨论

传统的鼻出血治疗方法为鼻腔填塞<sup>[2-3]</sup>,对于鼻腔前部的出血通常行前鼻孔填塞即可奏效。对于鼻腔后部的出血,因前鼻孔填塞多难以形成有效的压迫而止血效果往往不佳。分析其原因,前鼻孔填塞因恐纱条自后鼻孔脱出,因而不能在鼻腔后端填入足以形成可靠压迫的纱条。即使行纱条袋状填塞,因形成袋的上下两侧的纱条的限制,袋中央尤其是后部不易再填塞入较多纱条。作者通过鼻内镜检查发现,后鼻孔填塞本身并不能真正形成对鼻腔后端后鼻孔区域的可靠压迫,但后鼻孔有了纱布卷填塞后,经前鼻孔填塞的纱条不会漏到鼻咽部,前鼻孔填塞的纱条可不必再行袋状填塞,可用小的细纱条对后鼻孔区形成较紧密的填塞。本组中 12 例已行前、后鼻孔填塞,但仍未能控制出血,一方面可能系后鼻孔填塞方法欠妥,另一方面可能因出血部位较隐蔽,纱条不易压迫到位有关。据文献报道,后鼻孔填塞的失败率为 26%~52%<sup>[4]</sup>。作者的经验表明,难治性鼻出血患者的鼻腔多较狭窄,纱条填塞到鼻腔后端较困难,因而导致鼻出血难以得到有效处理。部分患者鼻腔狭窄是造成合并阻塞性睡眠暂停综合征,这些患者因高血压不易控制,因而更易发生鼻出血<sup>[5]</sup>。对鼻腔狭窄的患者常规填塞纱条止血难以奏效,而鼻内镜下采用可吸收性材料行微型填塞较易进行。此外,部分患者鼻中隔有明显的偏曲,而偏曲后部填塞常规纱条难以到位,鼻内镜下微型填塞则较易进行。如偏曲影响操作,可行局限性偏曲部分的骨质切除,手术操作简单且能改善患者的鼻腔功能。位于下鼻道穹窿部的出血如合并骨性下鼻甲肥大并且下鼻甲内展,下鼻道较宽敞,常规前后鼻孔填塞也难以形成对出血部位的有效压迫,此时鼻内镜下的填塞止血却较方便。

本组病例均为经鼻腔填塞治疗无效的患者,从出血部位分析,难治性鼻出血多发生于鼻腔后端、鼻道沟裂中<sup>[6-14]</sup>,前鼻镜检查通常难以看到。嗅裂区的出血较多见于嗅裂后部。既往认为,中鼻甲游离缘以上(包括嗅裂区)的鼻出血多来自颈内动脉系统的筛前后动脉,本组病例中嗅裂区的出血经检查发现多来自于蝶腭孔区域,即来自于颈外动脉系统供血。下鼻道后部的出血以动脉性出血多见,表现为出血突然发生,即使未经处理,也可自行停止,而常规鼻腔填塞大多难以奏效。该部位的出血在将下鼻甲骨骨折内移后,可在下鼻道穹窿部后端见到如火山口样的黏膜隆起,轻触之可引起搏动性出血。本组 1 例鼻内镜检查时见下鼻甲后端有搏动性出血,但反复低温等离子刀电凝止血无效,后经仔细检查,发现出血源于下鼻道,向后冲击下鼻甲后部,而非来自下鼻甲的出血。鼻中隔后端和下鼻甲内侧后端的出血,鼻内镜检查较易发现,也容易电凝止血,是难治性鼻出血中较易处理的一种类型。对下鼻甲后端出血有时需用弯头吸引器。低温等离子刀电凝仅头端暴露,且刀头较细,应用起来较方便而有效。鼻中隔顶端出血通常靠前上,多为动脉性出血。因出血迅速、量多,常规前鼻孔填塞来不及仔细检查,难以形成对出血点的准确压迫。但有一定经验者直接针对该处行前鼻孔填塞,效果较好,可不必行鼻内镜检查止血。

难治性鼻出血患者因经受过多次鼻腔填塞,对其有较强的恐惧心理。因此,术中、术后如何减轻患者的疼痛,对稳定患者情绪,减少因心理紧张引起的血压波动有重要意义。凡士林纱

条填塞和抽取时均可引起较严重的疼痛,本文采用可吸收性填塞材料,质地较软,填塞时和填塞后不会引起明显疼痛。因其可吸收不必抽取,避免了患者的二次疼痛。如出血点明确,电凝效果满意,可进行有针对性的微型填塞。通常位于下鼻道的出血,可仅用明胶海绵填塞下鼻道。其他部位不必填塞。位于嗅裂处的出血,以明胶海绵填塞嗅裂后,总鼻道可用膨胀海绵填塞至后鼻孔,防止填塞物自后鼻孔脱入鼻咽部。明胶海绵价格便宜,可形成较长时间缓和的压迫,应用较为方便。由于该种鼻腔填塞方法力度不大,对鼻中隔不形成明显压迫,对侧鼻腔可保持原有的通畅度,同时鼻咽部因不必填塞,患者对侧鼻腔可保持较好的鼻通气,这对有心脑血管疾病和高血压患者来说尤其重要,可避免因传统的前、后鼻孔填塞带来的因缺氧导致的心脑血管并发症。相对于前后鼻孔填塞来看,作者采用的填塞方法既微创又有效,患者痛苦小,不影响进食,术后康复快。在治疗的同时控制高血压及糖尿病也极为重要。

### 参考文献:

- [1] 田勇泉,孙爱华.耳鼻咽喉科学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2001:66.
- [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].中华耳鼻咽喉杂志,2005,40(5):360.
- [3] 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.
- [4] Jordan B, David D, William R. Endoscopic ligation of the internal maxillary artery for treatment of intractable posterior epistaxis[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1998, 107: 852.
- [5] 周义德,郑宏良,沈小华,等.伴高血压的鼻部阻塞性疾病患者术后血压观察[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2006,20(4):317.
- [6] 邢丽君,张中化,丁吉江.应用 Forley 导尿管治疗后鼻孔出血 72 例[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2006,20(4):381.
- [7] 练状,张攀.鼻内镜下成人严重鼻出血处理[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2007,21(4):325.
- [8] 吕宗合,周光霞,张莉.鼻内镜下对难治性鼻出血的处理体会[J].中国现代药物应用,2009,3(6):185.
- [9] 李良波.顽固性鼻出血的临床治疗[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,23(14):660.
- [10] 刘素芬,王凤荣.严重鼻出血 160 例临床分析[J].山东医药,2005,45(12):56.
- [11] 颜永毅,许荣,封新荣,等.鼻内窥镜下寻找鼻腔深部出血点的体会[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2000,35(4):383.
- [12] 潘军燕,杨雪明.鼻出血好发部位及意义[J].临床医学,2008,28(9):46.
- [13] 马文新,黄晓阳,张春业,等.84 例难治性鼻出血的鼻内镜诊治分析[J].中国民康医学,2008,20(19):2245.
- [14] 钟庭彬,黄明燕,徐浩文.鼻内镜下电凝止血结合填塞纱布治疗难治性鼻出血疗效观察[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,22(2):91.