

来自下咽、喉部、食管上段及甲状腺等部位,颈下部癌多来自肺、消化道、乳腺等部位。也可根据转移癌的病理类型寻找原发灶,如为鳞癌则多来自鼻咽部、鼻腔、下咽、喉部等处,腺癌则多来自甲状腺及涎腺及消化道等^[2]。

能找到原发灶的病例应于原发灶处活检确诊,尽量避免颈部活检,但即使经过全面、系统、反复的全身检查,仍有不少患者无法找到原发灶。本研究中3例转移癌均为鳞癌,行患侧颈淋巴结清扫术后辅助放疗,并对患者进行随访。

炎症性包块8例,占有所有病例的8.1%。与同类文献^[3-4]相比,明显较低,考虑和如下因素有关:①随着生活水平的提高,人们保健意识的增强及抗生素的应用,普通的炎症感染通过预防及系统的治疗基本可以得到缓解或治愈,真正需手术诊治的基本为疑难、非典型或难治性疾病。本组6例非特异性炎症患者均为经过系统抗炎治疗后无好转者;②结核发病率近年有抬高的趋势,但一般通过痰检、PPD及血结核抗体等相关检查,基本可确诊,而活

检术存在结核杆菌播散、切口不易愈合等弊端,多不提倡采用。本研究中2例患者通过上述常规检查未能确诊。

综上所述,颈部肿块病变形式多样,病理类型纷杂,掌握其诊疗的一般规律,做好全面精准的术前检查,利于提高诊断的准确率,为制定正确、严密的手术方案提供依据,降低手术风险。

参考文献:

- [1] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M],第7版.北京:人民卫生出版社,2008:388.
- [2] 赵素萍,谢志海,肖健云.100例颈部肿块的临床分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(5):279-281.
- [3] 廖涛,宋文光.颈部肿物诊疗的探讨[J].国际医药卫生导报,2004,10(16):129-130.
- [4] 张原明,王桂香.颈部肿块78例临床分析[J].中国药物与临床,2011,11(3):330-331.

(修回日期:2013-06-05)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201305015

· 临床报道 ·

蝶腭动脉电凝术治疗顽固性鼻出血

戚建伟,吴元庆,曹 萍,徐进敬

(南京医科大学附属南京第一医院 耳鼻咽喉科,江苏 南京 210006)

摘要: **目的** 探讨鼻内镜下蝶腭动脉电凝术在临床治疗顽固性鼻出血中的可行性。**方法** 本研究对2009年9月~2012年10月期间收住院的经常规治疗无效的6例鼻出血患者,于全身麻醉后在鼻内镜下根据解剖标志寻找蝶腭动脉,应用双极电凝烧灼,局部黏膜复位后可吸收性小块明胶海绵或止血纱布压迫。**结果** 6例患者均完全止血,术后随访1~3个月,患者均无再次出血,未诉有特殊不适,复查未见鼻腔粘连,蝶腭动脉区黏膜愈合好。**结论** 鼻内镜下蝶腭动脉电凝术治疗顽固性鼻出血疗效确切,是有效治疗顽固性鼻出血方法之一,也符合现代外科微创原则。

关键词:蝶腭动脉;筛骨嵴;鼻内镜;鼻出血;电凝术。

中图分类号:R765.23 **文献标识码:**B **文章编号:**1007-1520(2013)05-0438-03

顽固性鼻出血是临床上较难处理的常见

疾病,当排除筛前或筛后动脉出血和假性动脉瘤引发的出血后,出血多来源于蝶腭动脉的分支鼻后外侧动脉及鼻后中隔动脉,传统的前鼻镜检查不易发现出血部位。顽固性鼻出血目

前尚无统一的标准或概念。Elahi 等^[1]将顽固性鼻出血限定为:应用传统的局部压迫、血管收缩剂、镇静剂、前后鼻孔填塞等方法均不能控制的鼻出血。病因目前多认为和高血压有关,治疗除一般处理和全身基本治疗外,局部治疗非常重要。因此,如何能安全简便并且有效地治疗顽固性鼻出血是当前耳鼻咽喉科学领域研究的热点,本文介绍6例顽固性鼻出血,经蝶腭动脉电凝术治疗,效果满意,报道如下。

1 材料与方 法

1.1 材料与设备

选取2009年9月~2012年10月经常规鼻腔填塞未成功的鼻出血患者6例,其中男5例,女1例;年龄50~71岁,平均年龄65.3岁。采用鼻内镜成像系统,0°鼻内镜,剥离子,骨凿,万能咬骨钳,弯头小球探针,直吸引器,黏膜刀,双极电凝设备等。

1.2 治疗方法

患者全身麻醉后抽除鼻腔内填塞物,彻底收缩鼻腔后,常规鼻内镜下检查,未能发现明确出血点,但患者又有反复出血倾向者,可考虑行蝶腭动脉电凝术。手术方法如下:①在

0°鼻内镜直视下,用剥离子将下鼻甲骨折后外移,充分暴露中鼻甲尾端;②中鼻甲尾端是定位蝶腭孔的重要解剖标志之一,于中鼻甲尾端外侧约10 mm处鼻腔外侧壁,用黏膜刀作一长约10 mm的弧形切口,切透黏骨膜至腭骨表面(图1);③用剥离子在黏骨膜下分离,将黏骨膜瓣掀向后下方,注意寻找突起的筛骨嵴,通常认为腭骨的筛骨嵴是寻找蝶腭孔的重要解剖标志(图2);④筛骨嵴下方即可见蝶腭动脉分支(图2),用骨凿或咬骨钳除去筛骨嵴,可找到蝶腭孔,蝶腭动脉从中横行而出,再用剥离子结合弯头探针可找到蝶腭动脉的分支,并将其充分暴露,局部予双极电凝烧灼止血(图3)。然后在局部用小块明胶海绵或可吸收性止血纱布进行微填塞。

2 结果

6例患者经鼻内镜下蝶腭动脉电凝止血术后均得到完全止血。术后随访1~3个月,未再次出血,患者无特殊不适,未出现鼻腔粘连,蝶腭动脉区黏膜愈合佳。术后无明显鼻面部胀痛、眼部酸痛等局部不适症状,亦无明显头昏头痛、食欲欠佳、睡眠差等全身不适症状。

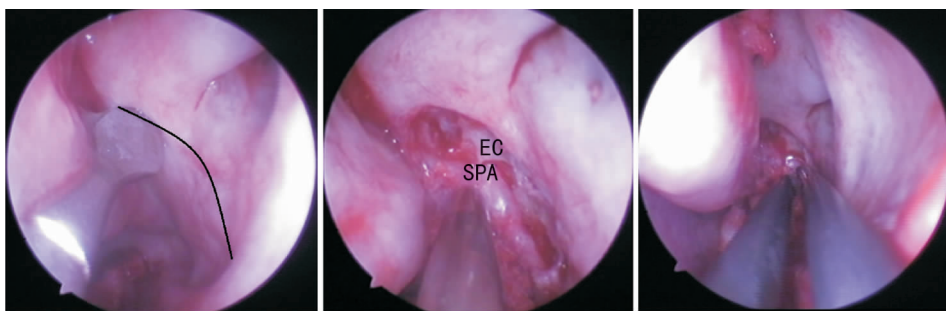


图1 中鼻道尾端外侧作弧形切口 图2 腭骨的筛骨嵴及下方蝶腭动脉血管丛一分支 EC:筛骨嵴;SPA:蝶腭动脉 图3 鼻内镜下用双极电凝蝶腭动脉止血术

3 讨论

鼻出血是耳鼻咽喉科常见急症,严重患者因反复鼻出血引起血红蛋白下降,导致全身血容量不足等严重并发症。急诊鼻出血多先予以传统的前/后鼻孔填塞进行止血处理,再辅

以止血药物、控制血压、通便等全身治疗。经前/后鼻孔填塞未能有效止血者,可在鼻内镜下寻找出血点,然后用双极/单极电凝等方法烧灼出血点止血。但仍有一部分患者,在鼻内镜下无法找到明确出血点,对可疑出血点烧灼及鼻腔填塞后,仍有反复出血的发生。

传统观点认为Woodruff静脉丛是鼻腔顽固性出血的主要部位^[2]。而随着鼻内镜技术的出现,人们对鼻腔顽固性出血的部位进行了进

一步观察,发现这种沿用已久的观念实际上并非正确,有多位学者的研究证实了这一观点^[3-5],并认为出血点多位于嗅裂区、总鼻道区与中、下鼻道区。而蝶腭动脉是上颌动脉翼腭段的直接延续,是鼻腔的主要供血动脉,经蝶腭孔进入鼻腔后,分成内侧支和外侧支,分别供应鼻中隔后部、下部和鼻腔外侧壁的后部、下部、鼻腔底。Babin等^[6]认为蝶腭动脉供应范围可以达到鼻腔黏膜面积的90%左右。

基于鼻腔血液供应的解剖学理论基础,本研究将鼻内镜下蝶腭动脉电凝术引入这类顽固性鼻出血患者的治疗。这种方法也日渐受到国内外学者的推崇^[7-8]。

鼻内镜下蝶腭动脉电凝术手术切口小,黏膜剥离范围小,手术操作简单易行,损伤不大,并发症少,患者痛苦较小,止血效果确切,尤其是对严重的鼻腔后部出血,这一方法可代替颈外动脉、上颌动脉结扎术。持相似观点的学者认为,由于该技术微创,疗效确切,因而可以在处理顽固性鼻出血的早期考虑这一手段^[9]。并有学者明确提出宁早勿晚,对于顽固性鼻出血患者,如一次填塞失败,而体查不能发现明确出血点则应作蝶腭动脉结扎或电凝术^[10]。结合这些学者^[9-10]的经验,我们认为该手术完全可以作为顽固性鼻出血有效的治疗手段。

对于顽固性鼻出血的治疗,治疗方法的安全性、有效性以及价格等都是医生和患者选择的重要依据。随着鼻内镜技术的提高和镜下局部解剖学发展,使鼻内镜下蝶腭动脉的外科解剖得已实现,阻断的蝶腭动脉更接近出血点的位置,排除了更多的侧支循环的干扰,成功

率更高,也符合现代外科微创原则。

参考文献:

- [1] Elahi MM, Parnes LS, Fox AJ, et al. Therapeutic embolization in the treatment of intractable epistaxis [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1995, 121(1): 65 - 69.
- [2] 吴弋, 顾兴华, 袁峰. 鼻内镜直视下治疗鼻腔深部出血 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(1): 60 - 61.
- [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, 40(5): 305 - 306.
- [4] 陈晓芸, 汪静波. 难治性鼻出血治疗的探讨 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2009, 16(6): 343 - 344.
- [5] 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.
- [6] Babin E, Moreau S, Goulet DR, et al. Anatomic variations of the arteries of the nasal fossa [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 128(2): 236 - 239.
- [7] Miller TR, Stevens ES, Orlandi RR. Economic analysis of the treatment of posterior epistaxis [J]. Am J Rhinol, 2005, 19(1): 79 - 82.
- [8] 吴松林, 肖章建, 陈俊德, 等. 经鼻内镜高频电凝治疗鼻出血等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.
- [9] Nouraei SA, Manni T, Hajioff D, et al. Outcome of endoscopic sphenopalatine artery occlusion for intractable epistaxis: a 10-year experience [J]. Laryngoscope, 2007, 117(8): 1452 - 1456.
- [10] Loghran S, Hilmi O, McGarry W. Endoscopic sphenopalatine artery ligation--when, why and how to do it. An on-line video tutorial [J]. Clin Otolaryngol, 2005, 30(6): 539 - 543.

(修回日期:2013-04-07)