

· 经验交流 ·

鼻内镜下治疗鼻腔深部出血的效果分析

贾建平,戴 嵩,孙晓慧,郇旭辉,郭 峯,张 杰,侯 乐,訾 龙

(中国人民解放军第463医院耳鼻咽喉科,辽宁 沈阳 110042)

关键词:鼻腔深部出血;直接处理;鼻内镜

中图分类号:R765.23;R765.9

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2012)03-0233-03

鼻出血为耳鼻咽喉科常见急症之一,可单纯由鼻病引起,也可因全身疾病所致,治疗方法很多,有学者^[1]将治疗方法归纳为直接处理、间接处理及未处理3种,直接处理是指在明确出血点的情况下对其进行针对性的处理;间接处理是指无法明确出血点时采用的所有治疗措施;未处理是指鼻内镜检查后未行任何止血处理,仅进行观察,如有再出血则再行鼻内镜探查。快速、有效的治疗鼻腔深部出血一直是耳鼻咽喉科医生思考、探索的内容,中国人民解放军第463医院耳鼻咽喉科2009年6月~2011年6月收治鼻内镜下鼻腔探查电凝术治疗鼻腔深部出血患者62例,处理效果较好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者62例中男40例,女22例;年龄24~82岁,平均年龄 (53.3 ± 5.5) 岁。伴有高血压者15例,Ⅱ型糖尿病5例,肾功能异常6例,慢性呼吸系统疾病2例,非鼻腔系统恶性肿瘤3例,无血液系统疾病患者。所有患者均行鼻内镜鼻腔探查术,其中左侧鼻腔出血35例,右侧鼻腔出血27例;入选标准:经前鼻镜检查未发现出血部位的鼻出血患者且至少有一次前鼻孔或后鼻孔填塞史仍继续出血,有高血压病经正规控制血压治疗后仍有出血。

1.2 治疗方法

鼻出血患者在就诊时大部分均经过不规范的鼻腔填塞,因此对患者必须行各项术前常规检查,给予支持治疗,包括补液、输血等。患者取仰卧位,分次取出前鼻孔填塞物,有后鼻孔填塞者待鼻腔探查结束且无活动性出血时再将填塞物取出,用含有肾上腺素的1%丁卡因纱条收缩、麻醉鼻腔黏膜数次,吸引器吸除鼻腔分泌物及血凝块,鼻内镜下探查鼻腔,顺序由前至后,从上到下进行探查,有以下特征者可确定为出血点:①有活动出血点;②局部隆起呈火山口样外观,吸引器吸引几次后有活动性出血;③局部黏膜破溃,吸引器吸引几次后有活动性出血,且数分钟后出血速度无明显减慢。如果因为解剖关系无法详细观察,可采用30°或70°镜检查。顺序依次为下鼻道后部、鼻中隔后上部、鼻中隔偏曲棘突处。当发现出血点时在周围应用利多卡因局部黏膜麻醉,麻醉成功后一边吸引出血一边用双极电凝止血,电凝范围包括出血点在内大小约 $0.5\text{ cm} \times 0.5\text{ cm}$,深及骨质或软骨;治疗之后一般不必鼻腔填塞。

如果经过系统、详细的检查未发现出血点,可选择可疑部位电凝或明胶海绵、高分子止血海绵等填塞材料行间接处理;也可暂不处理即未处理,仅行临床观察。其中直接处理35次,间接处理32次,未处理12次。

术后行预防感染治疗1周,同时行临床观察3~19 d。术后3个月随访复查未见鼻出血者为临床治愈。

2 结果

62 例患者经鼻内镜治疗,有确切出血部位患者共 36 个部位,其中下鼻甲或下鼻道后部 12 次,鼻中隔后上部 8 次,鼻中隔前上部 8 次,鼻中隔偏曲后坡 3 次,鼻中隔中部 2 次,中鼻甲下缘 3 次。共处理 35 次,其中有 1 例患者在同一次检查中发现有两个出血部位,2 例患者止血后再次出血,检查后发现另有一处出血点。其中直接处理、间接处理及未处理具体处理结果见表 1。

表 1 鼻内镜下鼻出血不同处理方式治疗效果

分组	治愈 (次)	再出血 (次)	合计 (次)	治愈率 (%)
直接处理	33	2	35	94.3
间接处理	21	11	32	65.6
未处理	2	10	12	16.7
合计	56	23	79	70.9

3 讨论

鼻出血是临床常见急症之一,据国外文献估计,60% 以上的人群一生中至少会有一次鼻出血,这些患者中 6% 是需要医学干预治疗的,而 10,000 例中有 1.6 例需要入院治疗^[2]。临床上鼻腔深部出血常表现为出血部位难以明确的间断性出血,其出血时间不确定及出血部位深在,这两个因素导致鼻腔深部出血难以治疗,是所有鼻出血中非常棘手的一种情况,鼻腔深部出血的治疗可分为全身治疗及鼻腔治疗,鼻腔治疗又可分为直接处理和间接处理^[3],所谓鼻腔直接处理是指找到确切出血点,有针对性进行治疗;间接处理是除针对可疑出血点或部位治疗,包括盲填(即未找到出血点,依临床检查估计的出血部位进行预防性鼻腔填塞治疗)、盲烧(即未找到出血点,依临床检查估计的出血部位进行预防性鼻腔烧灼治疗)和经鼻内镜行上颌动脉、蝶腭动脉结扎^[4]等。本项研究中 35 例次为直接处理,治愈率达 94.3%,其次为间接处理 32 例次,治愈率为 65.6%,而未处理患者治愈率(自愈率)仅为 16.7%。直接处理疗效明显优于间接处理

和自愈。所以对于鼻腔深部出血的患者在有条件的情况下尽量采用内镜下探查,力争找到出血点后予以直接处理,这样才能保证疗效。

鼻内镜下直接处理鼻出血部位与其它方式相比有以下优势:①止血确切,一次性治愈率高。本院自从开展鼻内镜下鼻腔探查止血术之后,未再采用后鼻孔填塞及颈外动脉结扎治疗;②患者痛苦小。无论传统的经前、后鼻孔纱条填塞治疗,还是新兴的膨胀海绵或气囊压迫治疗均会引起患者鼻腔、头部疼痛,且随着填塞持续而存在,此外还会导致鼻腔分泌物多,进食进水困难,影响睡眠呼吸;③患者鼻腔黏膜损伤小。所有鼻腔填塞均会引起鼻腔黏膜直接损伤和长期压迫血运障碍造成的间接损伤,气囊压迫更会造成大面积的黏膜缺血坏死,软骨及骨质外露,导致寻找出血点困难。

但是鼻内镜下直接处理也存在以下一些缺点:①设备昂贵;②术者要有一定的鼻内镜检查及治疗经验;③收费较高,特别是反复鼻出血而寻找出血点困难的患者需要多次鼻内镜检查者;④由于以上几种原因使此技术无法在门、急诊中推广使用。

一般认为吴氏静脉丛是鼻腔后部出血的常见部位,随着鼻内镜技术的发展、普及,很多鼻腔深部出血可以通过鼻内镜检查、治疗,吴氏静脉丛在鼻出血中的重要性已经受到现代经验的挑战^[5]。本文观察结果表明常见的出血部位集中于下鼻甲或下鼻道后部(12 次)、鼻中隔后上部(8 次)、鼻中隔前上部(8 次)、鼻中隔偏曲后坡(3 次)、鼻中隔中部(2 次)、中鼻甲下缘(3 次)。笔者临床观察出血点常见部位集中鼻腔后部的 Woodruff 静脉丛,鼻中隔后段及鼻底,中下鼻道的血液供应来源于蝶腭动脉的分支鼻后外侧动脉,而嗅裂区则来源于筛前动脉。后者位置较深,空间狭窄,前鼻镜无法看到,如果再伴有鼻中隔偏曲等解剖异常,妨碍了临床医师通过前鼻镜的观察和处理。

关于鼻腔处理之后是否需要鼻腔填塞的问题,不同的学者意见不一^[6-8]。笔者以为无论术中是否找到出血点均以不填塞为宜,原因如下:①鼻腔填塞可增加鼻腔黏膜的损伤,不利于术后的恢复;②增加患者痛苦;③患者再次出血时往往较紧急,且出血时间较短,再次检查时须将鼻腔填塞取出,不利于快速处理,而

快速处理是及时找到出血点的关键。本研究在早期多采用鼻腔填塞,后期则不行任何处理,以利下一次出血时详查。

参考文献:

- [1] Scott-Brown's. Otolaryngology, Head and Neck Surgery [M]. 7th edition, Great Britain: Edward Arnold (publishers) Ltd, 2008: 1601-1602.
- [2] Viehweg TL, Roberson JB, Hudson JW. Epistaxis: diagnosis and treatment [J]. Journal of oral and maxillofacial surgery, 2006, 64(3): 511-518.
- [3] Melia L, McGarry GW. Epistaxis: update on management [J]. Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery, 2011, 19(1): 30-35.
- [4] O'Flynn PE, Shadaba A. Management of posterior epistaxis by endoscopic clipping of the sphenopalatine artery [J]. Clinical Otolaryngology and Allied Sciences, 2000, 25(5): 374-377.
- [5] Chiu TW, Shaw-Dunn J, McGarry GW. Woodruff's plexus [J]. Journal of Laryngology & Otology, 2008, 122(10): 1074-1077.
- [6] 古庆家,秦学玲,梁传余. 鼻内镜下治疗顽固性鼻出血64例临床分析[J]. 耳鼻咽喉头颈外科,2002,9(6): 325-327.
- [7] 李红权,李培华,许学谷,等. 鼻内镜下治疗顽固性鼻出血23例临床分析[J]. 徐州医学院学报,2005,25(1): 70-71.
- [8] 田秀芬,汤建芬. 经鼻内镜治疗顽固性鼻出血42例[J]. 郑州大学学报医学版,2008,43(6): 1252-1253.

(修回日期:2012-02-15)

· 经验交流 ·

应用康复新液耳内镜下治疗鼓膜穿孔45例

孙 贺,朱 旭

(鞍山市中心医院耳鼻咽喉科,辽宁鞍山 114002)

关键词:康复新液;耳内镜;鼓膜穿孔

中图分类号:R764.9

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2012)03-0235-02

鼓膜穿孔通常因炎症或者外伤引起,儿童及成人均易发生,常导致患者听力下降或增加中耳感染机会,治疗鼓膜穿孔目前多采用同体组织移植的手术方式,鞍山市中心医院耳鼻咽喉科于2008年1月~2010年12月在门诊应用康复新液药剂于耳内镜下行鼓膜修补术45例45耳,效果满意,报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组鼓膜穿孔患者45例中男25例,女20例;年龄18~55岁,平均年龄37岁。其中外伤性鼓膜穿孔21例,由慢性中耳炎(单纯型)导致的鼓膜穿孔24例。穿孔均位于鼓膜

紧张部,穿孔直径小于鼓膜直径1/2。所有因中耳炎造成的鼓膜穿孔者,至少干耳1个月,外伤性鼓膜穿孔在急性炎症消退后开始治疗。术前均常规行纯音测听及声导抗检查评估咽鼓管功能,对于慢性中耳炎患者术前行颞骨CT了解中耳病变,所有患者治疗前语言频率气骨导差距均在20dB以上,咽鼓管功能良好,鼓室黏膜性状正常,无乳突炎,为慢性中耳炎静止期。

1.2 手术方法

手术设备采用德国Storz's 0°直径2.7 mm耳内镜及其成像系统,常规消毒铺巾,1%丁卡因麻醉鼓膜表面,对外耳道及中耳敏感者可用2%利多卡因加少许肾上腺素麻醉外耳道,耳内镜下检查排除鼓室内异常情况,检查听骨链情况。用耳显微钩针将穿孔边缘上皮划开,用显微杯状钳将穿孔残缘愈合的上皮组织清除,

并用刮匙或者镰状刀搔刮穿孔边缘内侧,将卷入穿孔内侧的上皮组织清除后,用剪刀将可渗透性滤纸片(已消毒)剪成小圆形,大小为超过鼓膜穿孔直径、小于鼓膜紧张部,放置在穿孔外侧,将穿孔贴紧,边缘无外露,向外耳道内滴入康复新液 2 滴,使贴补后的鼓膜表面形成液状药膜,外耳道口放置无菌棉球,手术结束。

2 结果

术后每日 2 次滴入康复新液 2 滴,注意清理外耳道,使其保持洁净,嘱患者外耳道勿进脏水及勿擤鼻。1 周后复诊,复诊时取出滤纸片,观察鼓膜穿孔情况,若穿孔不愈合,重复上述手术方法,每周复诊 1 次。小于鼓膜直径 $1/4$ 的穿孔 1 周内愈合;大于鼓膜直径 $1/4$,而小于 $1/3$ 的穿孔 2~3 周内愈合;大于鼓膜直径 $1/3$,而小于 $1/2$ 的穿孔 4~6 周内愈合。术后 3 个月随访,鼓膜均恢复为白色半透明状,所有患者均未用抗生素,无感染等不良反应。

3 讨论

鼓膜穿孔是耳科常见病症,常继发于不同原因的耳创伤及化脓性中耳炎。临床上对鼓膜穿孔的治疗目前有多种方法,经典手术多选择在显微镜下采用自体组织移植的方法修补鼓膜,自体组织移植常为颞肌筋膜、软骨膜、脂肪等,这种方式治疗需要显微镜及专用显微手术器械,手术带有一定创伤。一些门诊简单的治疗技术,如生物膜、植物膜的贴补方法受

到穿孔大小及个体鼓膜组织自身生长因素的影响,存在疗效不肯定。本组病例采用耳内镜下应用康复新液的鼓膜贴补方法,不需耳内及耳后切口,为直视下进行手术,视野良好,操作简单,快捷,提高了手术成功率,手术时间短,痛苦小,微创^[1],费用低廉,不影响患者的工作和生活,适合于基层医院门诊应用,且较传统的鼓膜贴补方法(烧灼法、蛋膜贴补治疗等)愈合时间缩短。康复新液主要成份为美洲大蠊酒精提取物,其药理作用具有显著促进肉芽组织生长,通过促进血管新生加速坏死组织脱落,迅速修复各类溃疡及创伤创面,达到抗炎、消肿,使鼓膜上皮细胞增生活跃。手术采用可渗透性滤纸片吸附康复新液,避免康复新液经咽鼓管流失,使鼓膜创缘长时间接触药液,利于生长,但不可滴入过多,以免产生闷胀感。术后均可不应用抗生素。本组手术结果证明鼓膜穿孔愈小则愈合时间愈短,而稍大的穿孔则需反复多次手术,相对于采用移植物的方法愈合时间较长。耳内镜相对显微镜下操作立体效果较差,且该手术方法需要严格选择适应证,而对于较大的穿孔及复杂的中耳炎,效果不佳,为其局限性^[2]。

参考文献:

- [1] 区永康,郑亿庆,陈穗俊,等. 耳内镜在经耳道鼓膜修补术的应用[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2003, 17(4): 237-238.
- [2] 吴伟铭,叶涛. 耳内镜下鼓膜修补术 25 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009, 12(6): 463-464.

(修回日期:2012-02-15)

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》2012 年征订启事

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》是中华人民共和国教育部主管、中南大学主办、中南大学湘雅医院承办、国内外公开发行的医学学术性期刊,已被列入中国科技论文统计源期刊。本刊以耳鼻咽喉颅底外科工作者为主要读者对象,重点报道耳鼻咽喉颅底外科领域内领先的科研成果、基础理论研究及先进的临床诊疗经验。本刊设有基础研究、临床研究、临床报道、经验交流、技术与方法、病例报道、综述等栏目。本刊为双月刊,定价 12.00 元,全年 72.00 元,全国各地邮局均可订阅,邮发代号 42-171。本刊编辑部可免费为读者代办邮购。通讯地址:湖南省长沙市湘雅路 87 号中南大学湘雅医院《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》编辑部(湘雅医院内),邮编:410008,投稿网址: <http://www.xyosbs.com>, Email: xyent@126.com, 电话(传真): 0731-84327469。欢迎踊跃投稿、积极订阅。