

· 经验交流 ·

老年性鼻出血 85 例的临床治疗

莫凌凌

(广西壮族自治区江滨医院 耳鼻喉科, 广西 南宁 530021)

关键词: 鼻出血; 老年性; 治疗

中图分类号: R765.23

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2012)04-0321-02

老年性鼻出血是耳鼻咽喉头颈外科常见急症之一, 由于老年人机体生理功能的改变, 又常伴有高血压、动脉硬化等心脑血管疾病及其他系统疾病, 治疗不当易诱发心脑血管意外, 严重时危及生命。现对诊治的 85 例老年性鼻出血患者的临床资料进行回顾性分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集 2009 年 3 月~2010 年 8 月收治的老年鼻出血患者共 85 例, 男 58 例, 女 27 例; 年龄 62~90 岁, 平均年龄 78.6 岁; 其中 25 例合并高血压, 28 例合并高血压糖尿病, 13 例合并高血压、糖尿病及脑梗死, 11 例合并高血压冠心病, 8 例合并有肺心病, 经相关检查所有患者排除外伤、血液病、鼻腔肿瘤等疾病; 均为单侧发病, 多为阵发性反复出血, 每次出血量约 50~300 ml, 出血时间 30 min 至 3 d。

1.2 治疗方法

患者取半卧位, 使用 1% 丁卡因和 1% 麻黄碱表麻收缩鼻腔黏膜后, 应用 Wolf 牌鼻内镜操作, 清除鼻腔积血后, 在鼻内镜下根据出血部位及出血性状采取不同的治疗措施: ①对点状及喷射状出血采用双极电凝在血管断端周围作环形烧灼止血; ②对鼻腔前部或后端出血、出血量多且范围大的病例或者出血部位隐蔽无法判断具体出血部位时采用膨胀海绵定位

填塞, 将海绵置于出血部位并覆盖完全时, 注入生理盐水后海绵膨胀压迫止血。

1.3 疗效评价

术后 3 d 内出血少于 50 ml 者, 视为治愈; 鼻腔填塞物拔出后, 再次出血量超过 50 ml 者, 视为复发。

2 结果

85 例患者中, 78 例经鼻内镜下双极电凝治疗治愈, 治愈率 91.8%; 7 例双极电凝治疗失败者改用膨胀海绵定位填塞止血 5.5 d, 均治愈。所有病例随访半年未发生再出血, 未出现鼻腔粘连、鼻中隔穿孔及心脑血管意外等并发症。

3 讨论

老年性鼻出血在临床上屡见不鲜, 老年人因鼻黏膜生理性萎缩, 又常伴有高血压、动脉硬化、糖尿病等疾病, 鼻出血时量大急骤而不易自止, 目前鼻出血治疗方法很多, 但是治疗的关键是迅速找到出血点和采取正确有效的止血措施。因为老年人在机体上的特殊性, 所以在治疗上要求迅速、微创及痛苦小。

鼻腔填塞是目前治疗老年性鼻出血最常用的有效方法, 但是传统的前后鼻孔凡士林纱条填塞具有一定的盲目性, 而填塞引起的头痛、鼻塞症状常让老年患者难以忍受, 填塞导致大面积鼻黏膜损伤也容易引起感染和有反复出血的可能。近年来, 随着鼻内镜在临床上的广泛应用, 老年性鼻出血经鼻内镜鼻腔止血治疗

获得良好疗效。鼻内镜视野清晰,能明确出血部位。对于点状及喷射状出血在鼻内镜下应用双极电凝探头对准出血点周围组织进行环形热凝止血,止血迅速而有效,可避免不必要的前后鼻孔填塞,患者痛苦小且并发症少;鼻腔内弥漫性出血患者和出血汹涌、无法判断具体出血部位患者采用膨胀海绵定位填塞法,止血效果好,鼻黏膜损伤小,但是填塞时间较长。随着医用电凝^[1]、气囊压迫止血法^[2]、选择性的动脉血管造影和栓塞^[3]、经上颌窦内动脉结扎术^[4]等的应用也为鼻出血开辟了新的治疗途径,且收到良好的效果。

对老年性鼻出血患者除采用局部止血措施外,合理的全身治疗也至关重要。高血压是鼻出血的主要原因,因此应采取控制血压、镇静及积极的精神安慰等综合措施。老年性鼻出血多为鼻腔小动脉出血,与凝血机制障碍大多无关,为了防止心脑血管疾病意外发生,要慎用止血药物。老年人由于血管和黏膜修复能力差,过早抽取填塞物易导致反复出血加重病

情,所以适当延长填塞时间可以提高治疗效果。

笔者针对老年人的特点采用在鼻内镜下双极电凝治疗或者联合定位填塞方法治疗老年鼻出血,既不损伤大面积鼻黏膜达到治愈的效果,又可以避免因盲目填塞而诱发或加重心脑血管疾病为治疗带来的潜在风险,损伤和痛苦小,老年患者易于接受,值得临床应用。

参考文献:

- [1] 田湘娥,蒋卫红.鼻内镜下高频电凝止血在鼻出血中的应用[J].中国内镜杂志,2003,9(1):15,18.
- [2] 陈湘中,李建红,谭友泉.老年病人鼻出血263例治疗分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(1):52-53.
- [3] 汪世存,吕维富,孙一兵,等.难治性鼻出血的介入栓塞治疗[J].医学影像学杂志,2003,13(6):394.
- [4] 葛圣蕾.顽固性鼻腔后部出血的手术治疗[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(1):57-60.

(修回日期:2012-04-18)

· 经验交流 ·

90°喉内镜下取下咽部鱼刺 168 例体会

何学斌

(浦东新区南汇中心医院 耳鼻咽喉科,上海 201300)

关键词:喉内镜;下咽部;鱼刺

中图分类号:R767.91

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2012)04-0322-02

咽喉部异物是耳鼻咽喉科最常见的急症之一,在浦东新区南片地区,因其大部分区域邻海,咽喉部卡鱼刺的患者非常多见。一般在间接喉镜下钳取鱼刺,但因间接喉镜视野小、方向感差,有时会造成局部组织损伤,特别是对一些配合不好的患者,钳取鱼刺的难度比较大。浦东新区南汇中心医院耳鼻咽喉科2009年1月~2011年12月用90°喉内镜钳取下咽部鱼

刺168例,取得满意效果,现总结报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

168例下咽部鱼刺患者,其中男96例,女72例;年龄7~83岁,平均年龄37岁;病程数分钟至15d。130例经间接喉镜检查确诊,38例疑似患者间接喉镜下未能窥见经喉内镜镜检查确诊。其中会厌谷110例,喉咽侧壁48例,8例位于梨状窝入口处,杓间区后方

2 例。局部有炎症反应 13 例。使用设备为杭州产 90°喉内镜,鼻内镜电子显视系统。

1.2 方法

患者取坐位,用 1% 丁卡因胶浆约 1 g 滴于舌背部,间隔 3 min,同法再滴 2 次。对于少数患者咽反射仍然敏感的可加滴上述表麻药 1 ~ 2 次,麻醉后 2 h 内禁水禁食。将 90°喉内镜连接鼻内镜电子监视系统,嘱患者用右手将舌拉出,将喉内镜伸入咽喉部,对于会厌谷及咽喉侧壁的鱼刺,将镜头伸到近悬雍垂处再稍微调整镜头的角度及深度很容易窥见鱼刺,对于梨状窝及环后区的鱼刺喉内镜要伸入一些,根据鱼刺所在的位置选择上下或左右开口的异物钳,左手持喉内镜,右手持异物钳,在显示器下伸入异物钳迅速将异物取出。

2 结果

168 例下咽部鱼刺患者,经喉内镜 150 例一次取出,16 例患者因鱼刺细小或舌根部淋巴滤泡增生明显,经多次钳取才取出;2 例患者因其舌部肥大,口咽部狭小,配合不佳,去外院经电子喉镜取出。

3 讨论

下咽部鱼刺异物常位于会厌谷、咽喉侧壁及梨状窝处。咽部黏膜感觉灵敏,很小的异物便会引起患者刺痛感,如不及时取出,还可引起局部感染;部分患者盲目吞咽饭团或馒头等团块食物,导致鱼刺越刺越深甚至下行,造成食管异物,并有可能引起严重的并发症。

以往下咽部鱼刺常在间接喉镜下夹取,由于光源照射亮度有限,且间接喉镜中影像前后倒置的原因,操作时异物钳方向不易准确控制,并且视野不清,对部分颈部粗短、咽部软组织拥挤、扁桃体及舌扁桃体肥大增生、淋巴滤泡较多或鱼刺刺入较深的患者,间接喉镜下取出异物存在较大困难^[1],特别是对咽反射敏感

患者或配合困难的小儿以及伴有心肺疾患的老年患者,间接喉镜下取鱼刺难以奏效,勉强钳取还会造成局部软组织损伤出血或肿胀,增加患者的痛苦。随着鼻内镜的广泛使用,也有将 70°鼻内镜用于取咽喉部异物,70°鼻内镜具有镜面小、视角大、亮度好、清晰度高及有局部放大作用等优点^[2],李明等^[3]在 70°鼻内镜下应用自制下咽异物镊取出 120 例下咽部异物,取得比较好的效果,作者最初也曾用其取咽喉部异物,但在电视下操作不如 90°喉内镜方便,90°喉内镜视野广阔,能够在一个视野窥及会厌、声带、梨状窝,且光线充足、亮度高、视野清晰。

90°喉内镜下取下咽部异物时对麻醉要求较高,放入喉镜时患者没有恶心、呕吐感觉,本组患者使用丁卡因胶浆效果较好。丁卡因制成胶浆后,可延缓黏膜局麻效果,只在局部起阻滞神经冲动的作用,较少吸收入血,达不到产生毒性的血药浓度^[4]。因为喉内镜镜头较粗大,术前应向患者耐心解释,消除其紧张恐惧心理,还要求患者尽量用鼻呼吸,以便配合操作。有时镜头起雾,视野模糊,可将镜头放入约 60℃ 的温水片刻。2 例患者因其舌部肥大,口咽部狭小,配合不佳,去外院经电子喉镜将鱼刺取出。

参考文献:

- [1] 扈祚良,谭磊道,何俊. 喉内镜镜下咽喉部异物取出术 107 例临床分析[J]. 医学创新研究,2008, 5(15): 51.
- [2] 杨浩,徐浩,吕唯,等. 鼻内镜下咽喉部异物取出术 126 例报告[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006, 12(5): 397.
- [3] 李明,孙玉兰,王建华,等. 70°鼻内窥镜下应用自制下咽异物镊取出下咽异物 120 例分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010, 16(4): 304.
- [4] 张敏. 地卡因胶浆在结肠镜中的运用[J]. 齐鲁护理杂志,2005, 11(8): 1034.

(修回日期:2012-02-14)