

拟行 CHEP 手术的声门癌,存在声门下侵犯的 5 例患者,其中有 2 例,彻底切除环状软骨内侧被肿瘤侵犯及邻近安全边界内黏膜,电灼环状软骨内侧缘,其余 3 例患者中 1 例为环状软骨弓前方垂直部分切除,1 例为弓侧方垂直部分切除,1 例为弓上部水平部分切除,并用带状肌或甲状腺加固,防止吻合口裂开。环状软骨弓水平部分切除的 1 例患者,行残余环状软骨、会厌、舌骨固定术。5 例患者中除 1 例术前放疗后复发患者未行术后放疗外,其余 4 例患者均配合术后放疗,随访均在 2 年以上,无肿瘤复发,术后患者经过训练,吞咽功能恢复良好,1 例戴管 1 年拔管,1 例戴管 3 年拔管,其余 3 例均放疗结束后顺利拔管,且喉功能恢复良好。

我们的初步经验表明,对声门癌声门下侵犯的病例,仍可行环状软骨内侧黏膜的扩大切除或环状软骨的部分切除,因环状软骨部分切除后,大部分支架存在,基本不影响吻合重建喉功能,将残喉与会厌,舌骨吻合,可恢复喉功能。拔管延迟与喉组织切

除过多及瘢痕形成致使吻合口缩小有关,经训练最终拔管。

参考文献:

[1] 包兵,钱雯,宋济昌. 声门型喉癌的 CT 分析[J]. 中国医学计算机成像杂志,2000,6(6): 378-380.

[2] 王全桂,赵伟. 声门型喉癌术后复发与转移的初步分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2003,17(9): 529-530.

[3] 陈瑞坤,许海波,黄前进,等. 喉垂直部分切除术 36 例疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2014,20(4):315-318.

[4] Laccourreye H, Lacau St-Guily J, Brasnu D, et al. Supracricoid Hemilaryngopharyngectomy. Analysis of 240 cases[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1987,96(1):217-221.

[5] 黎高新,王继华,肖旭平. 喉环状软骨上喉次全切除喉功能重建及疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2009,15(2): 114-116.

[6] 李平,何跃. 环状软骨、舌骨、会厌固定术治疗声门癌[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(7):391.

(收稿日期:2015-12-21)

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201604021

· 临床交流 ·

鼻内镜下电凝治疗鼻腔后部出血 137 例临床分析

杨中纯,周 芳

(长沙市中心医院 耳鼻咽喉科,湖南 长沙 410000)

关 键 词:鼻出血;鼻内镜;电凝治疗

中图分类号:R765. 23 文献标识码:C 文章编号:1007-1520(2016)04-0331-03

鼻出血(epistaxis)是耳鼻咽喉科常见急症,秋冬季节高发,6% 的鼻出血患者需要医学干预^[1]。鼻出血各年龄阶段均可发病,其中 10 岁以下及 45 ~ 65 岁年龄段高发,男女比例约为 1.4:1^[2]。根据出血部位分为鼻腔前部出血(85% ~ 95%)和鼻腔后部出血(5% ~ 15%)^[3]。鼻腔前部出血经过局部压迫、局部烧灼、前鼻孔填塞后多可治愈,而鼻腔后部出血往往需要进一步处理,包括 Foley 导尿管后鼻孔压迫、局部烧灼、介入栓塞、血管结扎等。选择正

确、有效的止血手段不但能减轻患者的痛苦,还能缩短住院时间,减轻患者经济负担。我科 2011 年 6 月 ~ 2015 年 10 月对 137 例鼻腔后部出血患者进行鼻内镜下电凝止血,取得了满意的疗效,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

137 例患者中,男 91 例,女 46 例;年龄 18 ~ 82 岁,平均 53.3 岁。伴高血压病患者 76 例,有脑血管意外病史患者 9 例,有冠心病患者 5 例。95 例患者已于外院或门急诊行 1 ~ 3 次前鼻孔填塞治疗

作者简介:杨中纯,女,博士,主治医师。
通信作者:周 芳,Email:zhoufang0213@163.com

无效。所有患者经前鼻镜检查未见明确出血点,无易出血倾向病史,无外伤、局部炎症、鼻腔鼻窦肿瘤、血液系统疾病。

1.2 治疗方法

1%丁卡因棉片(含1:1 000肾上腺素或赛洛唑啉)棉片收缩麻醉出血侧鼻腔3遍,每次5 min。收缩麻醉完全后,0°鼻内镜下寻找出血点。若处于出血状态,1%利多卡因行出血点附近黏膜下注射,电凝(输出功率30W,持续3~5 s)出血点至出血停止。若出血点迅猛,则予1:1 000肾上腺素盐水棉片收缩压迫出血处后,电凝出血点周围黏膜至出血明显减少后再电凝出血点至出血停止。若为非出血状态,内镜下查找到红色凸起出血点后,吸引器触碰或吸引至出血,确认出血点后电凝止血。鼻内镜未找到出血点者,行微填塞或前后鼻孔填塞。

1.3 疗效标准

所有患者治疗出院后随访1个月,患侧鼻腔无再次鼻出血为治愈。

2 结果

2.1 鼻内镜检查结果

137例患者中,129例患者找到出血点,其中5例为第1次未找到,再次出血后全麻下第2次鼻内镜下找到出血点。8例患者0°鼻内镜下未见出血点。

2.2 出血部位

129例找到明确出血点的患者中,59例出血点位于下鼻道后段穹窿,43例位于嗅裂鼻中隔部,15例位于中鼻道后上端,8例位于鼻中隔黏膜凹陷内,2例位于鼻底,2例位于蝶筛隐窝。

2.3 疗效

129例找到明确出血点患者中,1例82岁男性伴高血压、糖尿病患者,术后半月双侧鼻塞,无鼻痛、发热等症状,查体见鼻中隔黏膜呈淡红色,向两侧鼻腔膨出。穿刺抽出黄白色脓液,血常规及脓液细菌培养均未见异常。连续2 d鼻中隔局部穿刺抽脓后鼻中隔黏膜未再膨出,复查1周后脓肿未复发,随访1个月未再出血及脓肿形成。8例未见出血点患者,其中4例血丝沿中鼻道往后下滑至鼻咽部,予开放前筛,明胶海绵填塞中鼻道后未再出血;2例血丝来自嗅沟顶部,予涂有金霉素的明胶海绵6~8片压紧后凡士林纱条填塞未再出血;2例鼻内镜下未见出血点,其中1例行前鼻孔填塞,1例行前后鼻孔填塞

后,鼻腔仍有少许出血,5 d后取出鼻腔填塞物,观察1周末再出血。术中未见明确出血点的患者,术后观察5~7 d未再出血者,予出院。所有患者治疗后随访1个月,均无再次鼻出血,无鼻腔粘连、鼻中隔穿孔等并发症。

3 讨论

3.1 鼻出血常见部位分析

鼻腔的任何部位均可发生出血,鼻腔的供血动脉主要来自颈外动脉系统的蝶腭动脉和上唇动脉,以及来自颈内动脉系统的筛前动脉和筛后动脉。其中鼻腔后部出血主要来自蝶腭动脉。我们所治疗的鼻出血患者中,下鼻道中后段(责任血管为蝶腭动脉的鼻后外侧动脉下鼻甲支)出血占43.7%(59/137),嗅裂鼻中隔部(责任血管为筛前动脉)占31.4%(43/137),中鼻道后上端(责任血管为蝶腭动脉的鼻后外侧动脉中鼻甲支)占10.9%(15/137),鼻中隔黏膜凹陷内(责任血管为蝶腭动脉鼻后中隔动脉分支)占5.8%(8/137),未找到明确出血点的占5.8%(8/137)。这一结果与陈晓栋等^[4]研究结果一致。

3.2 鼻内镜检查技巧

鼻内镜下电凝止血疗效与患者出血部位及配合程度、手术医生操作熟练程度等因素有关。我们的经验是:①对局麻患者,麻醉需充分,减轻患者不适感,消除患者紧张情绪。高血压患者术中监测血压变化,降低患者心脑血管意外的风险;②术前初步判断出血部位,根据病史首先寻找可能性大的出血部位。以鼻腔后部出血为首发症状的患者,我们检查鼻腔的顺序为下鼻道、嗅沟鼻中隔部、中鼻道后端、蝶筛隐窝。对于鼻中隔黏膜凹凸不平的患者,需仔细检查凹凸不平的黏膜面的每一个凹陷。以上检查完成后全面检查鼻腔、鼻咽部;③下鼻道、嗅沟或中鼻道暴露困难时,可使用带吸引功能的剥离子剥开对应的鼻甲或鼻中隔。如果骨质增生剥离子拨动仍不能暴露者,可以凡士林纱条包裹剥离子后将下鼻甲或中鼻甲骨往内侧轻轻骨折;④如果鼻内镜检查过程中出血过于凶猛,可予1:1 000肾上腺素盐水棉片压迫出血部位,待出血停止或减少后再止血。

3.3 治疗方法的选择

鼻腔前部出血经过局部压迫、局部烧灼、前鼻孔填塞后多可治愈,而鼻腔后部出血往往需要进一步处理^[5]。蝶腭动脉造影及栓塞治疗鼻出血有效率

为 71% ~ 95%^[6],但有引起偏瘫、失明等神经症状的风险,因此有学者认为,只有在鼻内镜下止血失败时才考虑行血管造影剂栓塞治疗^[7-9]。有学者认为鼻内镜下结扎蝶腭动脉失败率约 5% ~ 10%^[10]。鼻腔后部出血经传统前鼻孔填塞止血效果不确切、局部胀痛、鼻腔黏膜损伤大、引起感染风险大、观察时间长等缺点。血管结扎及栓塞则因出血部位不明确,有止血不完全、创伤大、受全身因素影响、费用高、部分医院介入治疗条件有限等缺点。鼻内镜下电凝止血具有止血效果确切,术后无需局部填塞、住院时间短等优点,应用鼻内镜下止血,可以在直视下寻找出血点,准确地对出血点进行电凝止血,鼻腔黏膜损伤小,止血效果好,术后无需鼻腔填塞,减轻患者痛苦,缩短住院时间^[11]。优于血管造影剂栓塞、前后鼻孔填塞^[12-14]及鼻内镜下微波及等离子治疗。本组 137 例患者,均选用鼻内镜下寻找出血点,其中 129 例通过电凝止血治愈,8 例通过鼻内镜下微填塞或前后鼻孔填塞治愈,所有患者均止血成功。术后 1 例患者出现鼻中隔脓肿,考虑可能与患者高龄、糖尿病及操作过程中动作粗糙等综合因素有关。鼻内镜下电凝止血不失为一种安全、有效的治疗方法,能够减轻患者痛苦,减轻患者经济负担,在鼻出血的治疗中值得推广应用。

参考文献:

[1] Akinpelu OV, Amusa YB, Eziyi JA, et al. A retrospective analysis of aetiology and management of epistaxis in a south-western Nigerian teaching hospital[J]. West Afr J Med, 2009, 28(3):165 - 168.

[2] Kodiya AM, Labaran AS, Musa E, et al. Epistaxis in Kaduna, Nigeria; a review of 101 cases[J]. African Health Sci, 2012, 12(4):479 - 482.

[3] Walker TW, Macfarlane TV, McGarry GW. The epidemiology and

chronobiology of epistaxis: an investigation of Scottish hospital admissions 1995 - 2004[J]. Clin Otolaryngol, 2007, 32(5):361 - 365.

[4] 陈晓栋,石照辉,邱建华,等. 成人自发性鼻出血的部位及治疗分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2013, 20(10):555 - 556.

[5] 韩开亮,孔娟,宋忠云. 鼻内镜下蝶腭动脉银夹夹闭术治疗顽固性鼻出血[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2014, 20(2):161 - 164.

[6] Bent JP 3rd, Wood BP. Complications resulting from treatment of severe posterior epistaxis[J]. J Laryngol Otol, 1999, 113(3):252 - 254.

[7] Simmen DB, Raghavan U, Briner HR, et al. The anatomy of the sphenopalatine artery for the endoscopic sinus surgeon[J]. Am J Rhinol, 2006, 20(5):502 - 505.

[8] Schwartzbauer HR, Shete M, Tami TA. Endoscopic anatomy of the sphenopalatine and posterior nasal arteries; implications for the endoscopic management of epistaxis[J]. Am J Rhinol, 2003, 17(1):63 - 66.

[9] Klotz DA, Winkle MR, Richmon J, Hengerer AS. Surgical management of posterior epistaxis: a changing paradigm[J]. Laryngoscope, 2002, 112(9):1577 - 1582.

[10] Kamani T, Shaw S, Ali A, et al. Sphenopalatine-sphenopalatine anastomosis: a unique cause of intractable epistaxis, safely treated with microcatheter embolization: a case report[J]. J Med Case Rep, 2007, 1:125.

[11] Paul J, Kanotra SP, Kanotra S. Endoscopic management of posterior epistaxis[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 63(2):141 - 144.

[12] Douglas R, Wormald PJ. Update on epistaxis[J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2007, 15(3):180 - 183.

[13] Supriya M, Shakeel M, Veitch D, et al. Epistaxis: prospective evaluation of bleeding site and its impact on patient outcome[J]. J Laryngol Otol, 124(7):744 - 749.

[14] Soyka MB, Nikolaou G, Rufibach K, et al. On the effectiveness of treatment options in epistaxis: an analysis of 678 interventions[J]. Rhinology, 49(4):474 - 478.

(收稿日期:2016 - 01 - 28)