

· 临床论著 ·

鼻内镜诊治顽固性鼻出血的临床分析

王 丽 郑红彩 周玉英 张迎宏 闫 燕 朱 丽 潘 滔

(北京大学第三医院耳鼻咽喉科 北京 100083)

【摘要】 目的 总结鼻内镜诊治顽固性鼻出血的临床经验。 方法 回顾性分析我院 1998 年 1 月~2004 年 12 月 258 例顽固性鼻出血的临床资料,全部病例经鼻内镜探查鼻腔,行相应止血治疗。 结果 鼻中隔出血 118 例,鼻腔侧壁出血 47 例,肿瘤出血 8 例,出血部位不明 85 例。258 例中,有效 257 例(99.6%),死亡 1 例(0.4%),治疗过程中再出血 43 例,出血部位不明组再出血发生率明显高于出血部位明确组($\chi^2 = 17.689$ $P = 0.000$)。 结论 鼻内镜下顽固性鼻出血的治疗重点应放在首次治疗,须仔细寻找出血部位,力争首次治疗成功,对反复出血病例应采取鼻内镜下前鼻填塞、鼻内镜下前后鼻栓塞、颌内动脉栓塞等综合治疗。

【关键词】 顽固性鼻出血; 鼻内镜

中图分类号 R765.23

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2005)11-0951-03

A clinical analysis of nasal endoscopic management for refractory epistaxis Wang Li, Zheng Hongcai, Zhou Yuying, et al. Department of Otorhinolaryngology, Peking University Third Hospital, Beijing 100083, China

【Abstract】 **Objective** To summarize the clinical experience of nasal endoscopic treatment for refractory epistaxis. **Methods**

A retrospective analysis was made on 258 patients with refractory epistaxis treated with intranasal endoscopic exploration and hemostatic treatment from January 1998 to December 2004 in this hospital. **Results** Hemorrhage was found on the nasal septum and the lateral nasal wall in 118 and 47 patients, respectively. Nose bleeding resulted from intranasal tumor in 8 patients. The site of bleeding was not clearly identified in 85 patients. Of the 258 patients, 257 responded to the treatment (99.6%) and 1 died (0.4%). Recurrent bleeding occurred in 43 patients. The incidence of recurrent bleeding was significantly higher in patients with unknown bleeding sites than in clearly diagnosed patients ($\chi^2 = 17.689$, $P = 0.000$). **Conclusions** The emphasis of nasal endoscopic treatment for refractory epistaxis should be laid on the initial management, during which the bleeding site should be carefully identified. For patients with repeated nose bleeding, a combination treatment, including endoscopic filling-up of the anterior nasal cavity, endoscopic embolization of anterior and posterior nose, or embolization of the internal maxillary artery, is necessary.

【Key Words】 Refractory epistaxis; Nasal endoscopy

顽固性鼻出血多指应用传统前鼻填塞、前后鼻栓塞等方法仍不能控制的鼻出血,是耳鼻喉科的急、重症之一,严重者会危及患者生命。鉴于鼻内镜能提供良好的照明和清晰的视野,它已成为治疗顽固性鼻出血的重要诊治手段。我院 1998 年 1 月~2004 年 12 月鼻内镜治疗顽固性鼻出血 258 例取的较好疗效,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

病例资料来源于我院病案科。1998 年 1 月~2004 年 12 月有 392 份鼻出血病例,共筛选出 258 份病例作为研究对象,男 189 例,女 69 例。年龄 17~83 岁,平均 57.3 岁。全部患者以反复鼻出血为主诉,其中 250 例常规前鼻填塞无效,6 例前后鼻栓塞无效,2 例前后鼻栓塞联合颌内动脉导管栓塞无效。鼻出血至鼻内镜处理时间 0.5~10 d,平均 3 d。出血量 30~5 000 ml。218 例合并一种或多种全身疾病,如高血压、糖尿病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、

脑血管病后遗症、溃疡病、肝硬化、肾功能不全、膀胱癌、肺癌、凝血机制障碍等,其中合并高血压 87 例(33.7% , 87/258)。鼻内镜下发现鼻腔肿瘤出血 8 例,分别为血管瘤 5 例,恶性淋巴瘤 1 例,嗅母细胞瘤 1 例,肾癌上颌窦转移 1 例。

病例选择标准 ①鼻出血前患者无鼻不适;②鼻出血治疗行传统前鼻填塞、前后鼻栓塞、颌内动脉导管栓塞等治疗无效,患者口鼻仍有活动性出血,或鼻腔填塞 48 h 以上,撤除填塞物后,鼻仍出血。

病例排除标准 ①外伤性鼻出血;②手术后鼻出血。

1.2 方法

全部病例在鼻内镜下探查鼻腔。采用日本产 Olympus 0°鼻内镜,患者仰卧头略高位,1% 的卡因和 0.1% 肾上腺素收敛麻醉鼻腔,根据出血部位和性质采取相应治疗,见图 1。

1.2.1 鼻内镜下鼻腔探查电凝止血术 对已行鼻腔填塞者,一边缓慢抽出纱条一边行鼻腔麻醉,特别注意血性分泌物的来源,以指导追踪可能的出血部

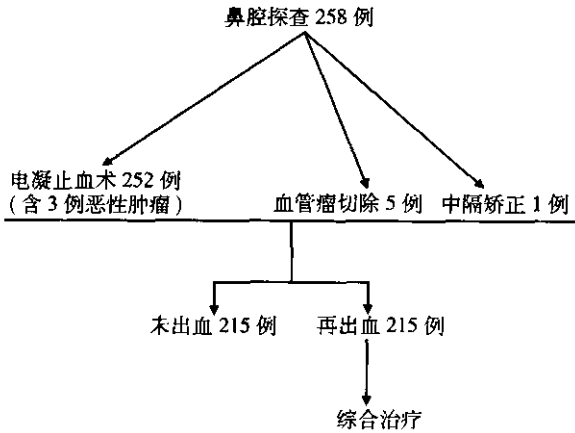


图 1 治疗流程图

位,一旦发现出血部位,立即用的卡因肾上腺素棉片压迫片刻,待出血减缓或停止后,迅速用双极电凝凝固出血部位 2~3 次。不能确定的出血部位,用吸引管轻轻触及数次,若能诱发出血,则行电凝治疗,遇电凝止血不满意者,例如恶性肿瘤出血,用油纱条行局部小范围区域性填塞,对出血部位不明者,用双极

电凝烧灼其可疑出血部位,或行预防性鼻腔填塞。若探查后发现为肿瘤出血,则取少量组织送病理学检查,鼻腔暂时行电凝填塞止血。根据组织病理学检查结果行相应治疗,恶性肿瘤术后放射治疗,血管瘤行鼻内镜下切除术。探查为严重鼻中隔偏曲引起的出血者,行鼻中隔矫正术。

1.2.2 鼻腔探查术后出血的处理 鼻内镜鼻腔探查术后再出血者采用鼻内镜下前鼻填塞、鼻内镜下前后鼻栓塞、颌内动脉栓塞等综合治疗。

1.3 疗效指标

有效指鼻内镜探查术后 2 周内鼻未再出血,再出血指术后 2 周内鼻出血复发。

1.4 统计方法

根据鼻内镜术中确定出血部位,将病例分为出血部位明确组和不明组,χ² 检验比较 2 组间术后再出血率。

2 结果

2.1 鼻内镜检查结果
出血部位见表 1。

表 1 鼻内镜下出血部位

中隔 (n=118)				鼻腔侧壁 (n=47)				肿瘤	部位不明	合计
前下部	顶部	后部	棘或嵴	下道内	下甲后	中甲后	中道内			
57	31	22	8	33	8	4	2	8	85	258

2.2 治疗结果

有效 257 例 (99.6%, 257/258), 死亡 1 例 (0.4%, 1/258), 此例为 72 岁老年患者,反复双侧鼻腔出血 12 h,鼻内镜探查术前 2 次前鼻填塞、1 次前后鼻栓塞仍出血不止,总出血量 1 000 ml,鼻内镜探查术可见右侧鼻腔后方活动性出血,出血速度快,具体部位不清,行鼻内镜下前后鼻栓塞术无效,在行颌内动脉栓塞过程中误吸血块,死于窒息。本组输血 9 例,输血量 400~7 400 ml。鼻内镜探查术后未

出血 215 例,再出血 43 例。再出血时间和例数分别为术后当天 21 例,术后第 1 天 8 例,第 2 天 4 例,第 3 天 6 例,第 3 天以后 4 例,42 例经综合治疗出血停止,见表 2。主要并发症:脑梗塞 2 例 (0.8%, 2/258),分别发生于鼻内镜电凝术后第 1 天和颌内动脉导管栓塞术后当天,保守治疗后均留有不同程度肢体功能障碍。暂时性脑脊液鼻漏 1 例,保守治愈;急性胰腺炎 1 例,转入外科治愈;鼻中隔穿孔 1 例,修补治愈。

表 2 鼻内镜下治疗方式

探查术后未出血 (n=215)			探查术后再出血 (n=43)				合计
电凝止血	血管瘤切除	鼻中隔矫正	内镜下前鼻填塞	内镜下前后鼻填塞	颌内动脉栓塞	内镜下前后鼻填塞 + 颌内动脉栓塞	
209	5	1	29	6	4	4*	258

注: * 其中 1 例死亡

2.3 2 组鼻内镜术后再出血情况比较

出血部位不明组术后再出血发生率明显高于出血部位明确组,2 组间差异有高度显著性 (χ² = 17.689, P=0.000),见表 3。

表 3 两组术后再出血情况比较 (例 %)

组别	未出血	出血
部位明确组 (n=173)	156 (90.2)	17 (9.8)
部位不明组 (n=85)	59 (69.4)	26 (30.6)
吻合数据	215	43

3 讨论

本组顽固性鼻出血以男性居多,与田湘娥报道接近^[1],33.7% 病例有高血压病史。鼻内镜具有良好的照明和放大作用,可以较准确提供鼻腔各个部位的信息,明显提高出血部位的检出率,鼻内镜下的止血治疗具有止血精确、创伤小的优点,鼻内镜在鼻出血中的应用提高了顽固性鼻出血的诊治水平。

3.1 出血部位及其分布规律

在本组所查明的出血部位中,约 2/3 位于中隔顶部、上部、后部、下鼻道内、中下甲后端等,这些部位位置深在,前鼻镜多不能窥视,提示多数顽固性鼻出血的出血部位较隐蔽,前鼻镜检查不容易发现出血部位,常规填塞止血方法带有很大的盲目性,影响止血效果。值得注意的是,鼻中隔前下部位出血,在特殊情况下,可以成为顽固性出血。本资料有 57 例顽固性出血部位在鼻中隔前下部,形成鼻中隔前下顽固性出血的主要原因与前鼻镜未能发现出血部位有关,如出血部位位于中隔前下的凹沟内,或检查者经验不足,少数情况下为出血血管特别粗大,常规前鼻填塞压迫不住所致。根据本资料统计,顽固性鼻出血好发部位有一定的分布规律:鼻中隔出血多于鼻腔侧壁出血,鼻腔黏膜覆盖薄的区域出血多于黏膜覆盖厚的区域出血,鼻中隔出血部位主要在前下部,其次为顶部,最后为后部,鼻腔侧壁出血部位主要在下鼻道内,其次为中下鼻甲后端。上述现象可能与鼻中隔相对平直、受气流直接冲击机会多有关。鼻中隔黏膜较薄,在受寒冷、干燥气流影响下,比鼻腔侧壁更容易受到损伤。在鼻内镜下寻找出血部位时,以上各区域应作为重点查找部位,逐一检查,避免遗漏。

3.2 出血部位不明的原因

本组有 33.1% (85/257) 病例未发现明确出血部位,原因是多方面的:①鼻腔本身不规则,具有细、小、深、长、迂曲等结构特点,有些部位隐蔽不容易全面观察,特别是合并中隔偏曲、巨大嵴/棘突时,鼻内镜检查尤为困难;②由于反复前鼻填塞,或鼻腔填塞时间过长,鼻腔黏膜严重肿胀,鼻腔变窄,妨碍鼻内窥镜的插入和检查;③动脉性出血的出血部位局限,通常高出周围黏膜,出血呈搏动性,严重者可如小喷泉状,具有典型的病理形态特征,容易辨认,而由黏膜糜烂引起的出血,其出血范围弥散,特别是经前鼻填塞后,鼻腔黏膜呈擦伤样改变,黏膜糜烂引起的出血与之难以鉴别;④顽固性鼻出血常阵发性发作,有些患者在出血间歇期内做鼻内镜检查,多不能发现出血部位,而遇到出血特别凶猛时,鼻内镜镜头很容易被血染污,根本无法检查。

3.3 鼻出血为鼻腔肿瘤的首发症状

顽固性出血可以是鼻腔肿瘤的早期临床表现,应引起重视。本组有 8 例鼻腔肿瘤均以出血为首发症状,5 例为鼻腔血管瘤,行鼻内镜下切除后获得痊愈,3 例为恶性肿瘤,均及时进行术后放射治疗。鼻内镜对确定鼻出血原因、防治漏诊误诊、指导治疗具有十分重要的意义。

3.4 鼻内镜的治疗作用

本组有 215 (83.3% 215/258) 例行鼻内镜探查治疗后未出现再出血,说明多数顽固性鼻出血患者

可以通过首次鼻内镜治疗达到止血目的。鼻内镜下的双极电凝止血术具有止血精确、到位的优点,是鼻出血的有效治疗方法^[1,2],也是本组病人的主要治疗方式。鼻内镜引导下前、后鼻填塞均在良好的照明条件下进行,避免盲目操作,使填塞物更到位,止血更有效。及早对患者进行鼻内镜诊治,能阻止一部分鼻出血向顽固性鼻出血转化。

3.5 再出血的原因及其分析

研究显示:出血部位不明组再出血发生率明显高于出血部位明确组($\chi^2 = 17.689, P = 0.000$),提示鼻内镜探查术中出血部位不明是导致再出血的原因之一。本组大多数再出血病例在未发出血部位的情况下,只对可疑出血部位进行电凝烧灼,未行预防性填塞,治疗缺乏针对性,因而再出血率高。导致再出血的其他原因有:出血血管粗大,鼻内镜下电凝后数天再破裂出血,鼻中隔极度偏向出血侧,出血部位隐蔽、深在,无论是电凝头还是填塞物,均不能准确到位;此外,凝血机制障碍患者,反复鼻腔检查填塞后,鼻腔黏膜多处受到机械创伤,成为新的出血部位;部分高血压患者治疗期间血压控制不好,血管内血流压力大,破裂血管不容易愈合,致使出血复发。由此可见再出血原因复杂,完全单靠一种治疗方法往往效果不理想,在反复出血的情况下,应采取综合治疗。

根据以上分析可以得出,顽固性鼻出血治疗的重点应放在首次治疗上,特别强调在传统前鼻镜未发现出血部位情况下,须做鼻内镜检查^[3];按照出血部位的分布规律,有计划地全面地寻找出血点,力争首次治疗成功。对于已经行前鼻填塞,口鼻仍有活动性出血病例,应尽早于鼻内镜下探查鼻腔,否则填塞的时间越长,鼻腔黏膜的创伤反应越重,找到出血部位的可能性越低。遇到内镜下未能发现出血部位的情况下,要给予适当的后续治疗,依据出血速度、出血量和具体的临床情况,酌情行鼻内镜下预防性前鼻或后鼻填塞,降低再出血率。由于病情复杂,完全靠鼻内镜治疗顽固性鼻出血难以全面起效,综合治疗是治疗顽固性鼻出血的必要手段。对出血特别凶猛、鼻内镜下止血困难病例,依据出血来源,可行颌内动脉栓塞治疗和(或)筛前动脉结扎治疗。

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. 中国内镜杂志 2003 9:15-18.
- 2 Ahmed A, Woolford TJ. Endoscopic bipolar diathermy in the management of epistaxis: an effective and cost-efficient treatment. Clin Otolaryngol 2003 28(3):273-275.
- 3 蔡红武. 鼻内镜在鼻出血诊治中的应用. 山东大学基础医学学报 2004 18:18-19.

(收稿日期 2005-04-05)

(修回日期 2005-07-07)