

• 论 著 •

鼻内镜治疗难治性鼻出血的疗效分析

管 琴¹, 雷家欢¹, 江满杰²

[摘要] 目的 分析鼻内镜治疗难治性鼻出血的疗效,与传统的填塞止血方法比较。方法 回顾性分析 2013 年 1 月—2014 年 12 月接受治疗的鼻出血患者 79 例的临床资料。比较鼻内镜止血组(61 例)与鼻腔填塞止血组(18 例)的治疗效果、疼痛程度、再出血(治疗后至随访 4 周结束)、出血量(治疗开始至随访 4 周结束)、术后鼻腔恢复通气时间等。结果 鼻内镜组患者治愈率为 91.8%,高于鼻腔填塞组(72.2%)。术后 4 周内鼻内镜组患者再出血率为 6.5%,低于鼻腔填塞组 38.9%。治疗中鼻内镜组患者疼痛评分平均值为(3.11±2.72),与鼻腔填塞组(3.74±1.49)比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后疼痛评分平均值(1.59±0.48)低于鼻腔填塞组(3.43±1.37)。鼻内镜组总出血量(31.05±12.83) mL 低于鼻腔内填塞组(51.09±18.32) mL。鼻内镜术后主观鼻腔恢复通气时间(3.1±1.8) d 短于鼻腔填塞组(6.4±1.8) d。以上各项指标两组比较,除治疗中患者疼痛评分平均值外,其他指标差异均有统计学意义($P<0.01$)。结论 鼻内镜下电凝止血术操作出血点位置准确,疗效可靠,出血量少,疼痛较轻,术后恢复较快,可作为难治性鼻出血的首选治疗方法。

[关键词] 难治性鼻出血;鼻内镜;电凝

[中图分类号] R765.23 **[文献标志码]** A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2016.05.013

Electric coagulation hemostasis under nasal endoscope for treatment of intractable epistaxis

GUAN Qin¹, LEI Jia-huan¹, JIANG Man-jie². 1. Tangshan Sanatorium, Nanjing General Hospital of Nanjing Military Command, Nanjing, Jiangsu 211131, China; 2. Department of Otolaryngology, Nanjing General Hospital of Nanjing Military Command, PLA, Nanjing, Jiangsu 210002, China

[Abstract] **Objective** To study the clinical effect of electric coagulation hemostasis under nasal endoscope for treatment of intractable epistaxis and compared with traditional packing hemostasis method. **Methods** Clinical data of intractable epistaxis patients received treatment at our hospital from Jun 2013 to Dec 2014 were retrospectively analyzed. Patients were divided into two groups. Group A (total 61 patients) received nasal endoscope treatment; Group B (total 18 patients) received packing hemostasis treatment. Cure rate, pain scale, nasal ventilation function of recovery and rehaemorrhagia rate were compared between the two groups. **Results** Group A had a higher cure rate than Group B, and the difference was statistically significant (91.8% vs 72.2%, $P<0.01$); The pain scales were lower in Group A in post-treatment time than Group B, and the difference was statistically significant (1.59±0.48 vs 3.43±1.37, $P<0.01$), while this difference was not statistically significant in treatment time (3.11±2.72 vs 3.74±1.49, $P>0.05$); The amount of bleeding was lower in Group A than in Group B, and the difference was statistically significant (31.05±12.83 vs 51.09±18.32, $P<0.01$); Group A had a lower rehaemorrhagia rate than Group B, and the difference was statistically significant (6.5% vs 38.9%, $P<0.01$); The Group A had a sooner ventilation function of recovery than Group B, and the difference was statistically significant (3.1±1.8 vs 6.4±1.8, $P<0.01$). **Conclusion** Electric coagulation hemostasis under nasal endoscope is a safe and effective treatment for intractable nosebleed.

[Key words] intractable epistaxis; nasal endoscope; electric coagulation

鼻出血(epistaxis)是耳鼻喉科常见的症状,可由鼻部本身的疾病引起,如鼻中隔偏曲、内翻性乳头状瘤^[1]、鼻腔恶性肿瘤,也可继发于全身性疾病^[2]。一般鼻出血为单侧。出血量多少不一,轻者

仅呈现为涕中带血,严重者可引起失血性休克,可表现为间歇性出血,也可持续出血。反复鼻出血可导致贫血。约 5%~10% 的鼻出血表现为短时间内反复频繁发作,每次出血量较多,常规鼻内镜检查难以发现出血点,经规范的前、后鼻孔填塞仍不能控制,称为顽固性鼻出血,属于耳鼻喉科的急症或重症^[3]。现回顾性分析 2013 年 1 月—2014 年 12 月在我院接受治疗的鼻出血患者的临床资料,总结鼻内镜治疗难治性鼻出血的效果和经验,报告如下。

作者单位: 1. 211131 江苏南京,南京军区南京总医院汤山疗养院耳鼻喉-头颈外科; 2. 210002 江苏南京,南京军区南京总医院耳鼻喉-头颈外科

通讯作者: 江满杰, E-mail: jiangmjdoc@163.com

引用格式: 管 琴, 雷家欢, 江满杰. 鼻内镜治疗难治性鼻出血的疗效分析[J]. 东南国防医药, 2016, 18(5): 493-495.

1 对象与方法

1.1 对象 收集 2013 年 1 月-2014 年 12 月在我院接受治疗的 98 例鼻出血患者的临床资料。鼻出血均为原发性,经影像学检查排除肿瘤、外伤、血液系统疾病所致的鼻出血,符合研究条件的患者 79 例。年龄(53.21 ± 9.1)岁;男 56 例(70.9%),女 23 例(29.1%)。依据治疗方式的不同分为两组,鼻内镜组 61 例(77.2%),鼻腔填塞组 18 例(22.8%)。两组患者的性别、年龄分布差异无统计学意义。

1.2 治疗方法及标准^[4] 鼻内镜治疗组:鼻腔内黏膜局部麻醉,对于高度紧张患者可行全麻。患者取仰卧位;鼻内镜吸引鼻腔内出血,依次按鼻中隔、下鼻道、中鼻道、嗅裂、蝶筛隐窝、后鼻孔等检查鼻腔。定位出血点后,采用双极电凝止血;创面用止血纱布、纳吸棉或膨胀海绵等填塞,于 24~48 h 内取出填塞物,再次观察确认有无再出血;门诊随访 4 周。

鼻腔填塞组:经鼻内镜检查鼻腔内无明显活动性出血点,或者入院即因前期鼻出血多次止血后鼻腔黏膜广泛性糜烂,采用止血纱布、凡士林油纱条或膨胀海绵前鼻孔填塞,或同时前后鼻孔填塞,于 24~48 h 内取出填塞物,观察有无再次出血;门诊随访 4 周。

疗效判断:治愈:治疗后完全停止出血(48 h 内);有效:治疗后出血量及出血次数明显减少(48 h 内);无效:出血量及出血次数较前无改善或加重,需进一步治疗。

疼痛评估:采用视觉模拟评估法(visual simulation evaluation method, VAS),分为 5 个等级(0~4 级),0 级表示无痛,4 级表示疼痛程度最重。

1.3 观察指标 比较鼻内镜治疗组与鼻腔填塞止血组患者的止血效果、出血量估计、疼痛程度评分、再出血(治疗后至随访 4 周结束)、主观鼻腔恢复通气时间。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析。数据以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两组间配对计量资料比较采用 *t* 检验。率的比较用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 出血部位 鼻内镜组 61 例中,明确出血部位者 58 例,其中下鼻道后端穹隆处 25 例,嗅裂处 18 例,蝶筛隐窝处 8 例,中鼻道后端 7 例,部位不明 3 例。鼻腔填塞组 18 例,14 例行前鼻腔填塞,4 例行前后鼻孔栓塞。

2.2 治愈率 鼻内镜组 61 例中患者有 56 例彻底止血,治愈率 91.8%;而鼻腔内填塞 18 例中 13 例获得彻底止血,治愈率 72.2%,两组治愈率比较差异具有统计学意义($P<0.01$)。

2.3 再出血率 术后随访 4 周,鼻内镜组有 4 例再次出血(6.5%),而鼻腔填塞组有 7 例再次鼻出血(38.9%);鼻内镜组再出血率低于鼻腔填塞组,差异具有统计学意义($P<0.01$)。

2.4 鼻出血量 鼻内镜组总出血量低于鼻腔内填塞组,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$),见表 1。

2.5 疼痛评分、出血量、恢复通气时间 治疗中鼻内镜组患者疼痛评分与鼻腔填塞组比较差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后鼻内镜组疼痛评分低于鼻腔填塞组,差异有统计学意义($P<0.01$)。鼻内镜组主观鼻腔恢复通气时间短于鼻腔填塞组。两组疼痛评分、鼻出血量及鼻腔恢复通气时间见表 1。

3 讨论

难治性鼻出血一般多发生于中老年人^[5],每次出血量较大,以鼻腔后下部位出血为主^[6],常在短时间内反复频繁发作。解剖学观点常强调鼻腔后部的 Woodruff 静脉丛出血,并建议此处出血的治疗方法为后鼻孔栓塞。随着鼻内镜技术的发展,其优势日渐明显^[7]。鼻内镜下检查发现鼻腔出血的部位主要包括:①下鼻道后部穹隆处,此处血管为蝶腭动脉鼻腔外侧支,亦为传统教科书认定的 Woodruff 静脉丛出血;②嗅裂,此处出血责任血管为筛前动脉;③中鼻道后端及蝶筛隐窝处,此处责任血管为蝶腭动脉分支。本组鼻内镜检查组中 61 例中 58 例能明确出血部位(95.1%)。鼻腔填塞组主要用于夜间发生、出血量比较汹涌时急诊所采取

表 1 两组患者疼痛评分、鼻出血量及鼻腔恢复通气时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	出血量(mL)	治疗中疼痛评分	治疗后 48 h 疼痛评分	主观鼻腔恢复通气时间(d)
鼻内镜组	61	31.05±12.83*	3.11±2.72	1.59±0.48*	3.1±1.8*
鼻腔填塞组	18	51.09±18.32	3.74±1.49	3.43±1.37	6.5±1.8

注:与鼻腔填塞组比较,* $P<0.01$

的止血方法,止血是首先采取的紧急措施,嗣后再明确出血部位。

本组资料显示,鼻内镜组患者治愈率显著高于鼻腔内填塞组,且术后再出血率低于鼻腔内填塞组。表明鼻内镜下精确定位出血点,治愈率为 91.8%,再次出血率为 6.5%,与李海洲等^[8]报道结果相似。鼻腔填塞法对出血点定位缺乏精准性,止血效果并不可靠,治愈率仅为 72.2%,再次出血率达 78.9%。

对患者治疗过程中疼痛感觉和舒适程度的比较,以视觉模拟评分法评估治疗中及治疗后 48 h 内的疼痛情况。本组资料结果表明,治疗过程中疼痛两组无明显差别,但术后的疼痛评分鼻内镜组低于鼻腔内填塞止血组。鼻内镜组术中疼痛评分与鼻腔内填塞组相似,可能由于患者在治疗时的恐惧感,治疗时间较长,电凝瞬间局部刺激,尤其是鼻中隔偏曲者较难暴露下鼻道穹隆、嗅裂区等出血部位,必要时需全麻鼻内镜下处理鼻腔鼻中隔及中鼻甲再行内镜下止血^[9]。鼻内镜组有 5 例因患者非常恐惧检查而行全麻。两组患者治疗后 48 h 疼痛评分鼻内镜组明显低于鼻腔填塞组,说明鼻内镜检查组术后鼻腔舒适度明显高于鼻腔填塞组。填塞易损伤鼻腔黏膜,常不能彻底止血,多需反复填塞,易导致鼻腔感染或其他并发症的发生,给患者带来较大痛苦^[10]。

由于鼻内镜检查的微创性,鼻腔损伤小,鼻腔功能恢复快,鼻腔主观恢复通气快,具有明显优点^[11-12]。

综上所述,鼻内镜下电凝止血术疗效可靠,并发症少,术后恢复较快,具有较多优越性。尤其老年难治性鼻出血可缩短出血时间,减少出血量,缓

解应激反应,可明显提高有效性与安全性^[13],可作为难治性鼻出血的首选治疗方法。

【参考文献】

- [1] 黄杰,陈丽,高莉莉.鼻腔鼻窦内翻性乳头状瘤 48 例[J]. 东南国防医药,2011,13(1):40-41.
- [2] 赵学林.心理干预在老年性鼻出血治疗中的作用[J].贵阳中医学院学报,2015,37(6):58-59.
- [3] 郭丽敏,王德辉.顽固性鼻出血的诊疗策略探讨[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2015,15(2):115-117.
- [4] 曹爽,朱红.经鼻内镜脑膜脑膨出切除与修补术 1 例护理[J].医学研究生学报,2011,24(4):447-448.
- [5] 郝晓霞,李育玲,李晓.难治性鼻出血的舒适护理[J].护理研究,2013,27(10):3415-3416.
- [6] 王俊国,钱晓云,王涵东,等.鼻内镜下电凝结合微填塞治疗难治性鼻出血[J].现代生物医学进展,2015,115(35):6896-6899.
- [7] 李惠,孙珍龙,吴俊,等.膨胀海绵外套胶皮在鼻腔填塞中的应用[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2014,21(12):657-659.
- [8] 李海洲,那学武,朱丽明,等.鼻出血部位及原因的研究和鼻内镜下治疗体会[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(20):1608-1610.
- [9] 黄杰,陈丽.鼻内镜鼻窦手术中中鼻甲的处理[J].东南国防医药,2004,6(6):423-424.
- [10] 古庆家,李静娴,樊建刚,等.鼻内镜下治疗顽固性鼻出血 64 例临床分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(3):198-200.
- [11] 施祝良,张学渊,黄洁.术后鼻黏膜组织嗜酸性粒细胞阳离子蛋白及趋化因子的变化[J].东南国防医药,2011,13(5):419-421.
- [12] 吴晶,罗伟,王天友,等.可乐定对鼻内镜术中小剂量肾上腺素浸润注射所致低血压的影响[J].医学研究生学报,2011,24(8):840-842.
- [13] 黄辉,柴伟,何苗,等.鼻内镜双极电凝烧灼治疗老年难治性鼻出血的有效性与安全性研究[J].中国地方防治杂志,2015,30(6):478-480.

(收稿日期:2016-05-05;修回日期:2016-06-12)

(本文编辑:齐名;英文编辑:王建东)