



• 临床研究 •

鼻内镜下单极电凝治疗老年人鼻出血 76 例分析

周立娟 王朝山 陈玉英 (北京市顺义区医院 北京 101300)

关键词:鼻出血 电凝法 内窥镜检查 治疗

中图分类号:R765.23 文献标识码:A 文章编号:1009-5187(2017)08-112-02

鼻出血是耳鼻喉科常见急症之一,尤其是老年人血管硬化、弹性差,收缩力减退,一旦血管破裂出血,易反复多量出血,且很难止血,至今仍是耳鼻喉科难治急症之一,近年来随着鼻内镜技术的发展及广泛应用,采用鼻内镜下微波、射频、激光及双极电凝止血治疗者屡见报道,但鼻内镜下运用单极电凝止血治疗者报道较少,笔者对我科 2009 年 1 月-2013 年 1 月采用鼻内镜下单极电凝治疗的 76 例老年人鼻出血患者的资料报道如下。

1 对象与方法

1.1 临床资料

本组 76 例鼻出血患者中,男 50 例,女 26 例,年龄 60-81 岁,平均 65.2 ± 7.8 岁,病程 3d-10d,均为单侧鼻腔出血,其中鼻中隔前部利特尔区 37 例,嗅裂鼻中隔部 17 例,下鼻道穹窿顶部 12 例,中鼻道后上部 6 例,蝶筛隐窝 4 例。伴高血压者 26 例,伴糖尿病者 11 例,伴冠心病者 9 例。本组患者均经门诊行规范的前鼻孔填塞治疗至少 1 次无效后收入院,行常规术前检查,排除肝肾功能不全、血液系统疾病、鼻腔肿瘤及外伤引起者。

1.2 治疗方法

患者取平卧位,取出前鼻孔填塞物,吸引器清除鼻腔内积血或凝血块后,以 1% 盐酸丁卡因 20ml 加 2ml 肾上腺素的棉片行鼻腔表面麻醉 3 次,依次自前向后,自下向上仔细查找出血点。

对于无活动性出血的患者,找到出血点后用单极电凝(输出功率 25w)直接烧灼血管断端,止血。对于活动性出血的患者,采用一次性输液管套在细吸引器上,前端留出 3mm 用于烧灼,后端留出 5mm 用于助手使用单极电凝(输出功率 30w),一边吸引,一边在出血点周围行花瓣状烧灼,待活动性出血减缓,然后再烧灼血管断端,若仍有少许渗血或出血可重复烧灼 1 次(图 1、图 2)。最后,烧灼创面均涂抹红霉素软膏。全部病例均在心电监护下完成,对于术中血压高的患者,给以压宁定等降压对症处理。对于无需鼻腔填塞的患者术后第二天起行生理海水鼻腔喷雾治疗;对于油纱填塞的患者术后 48 小时抽出填塞物后给以生理海水鼻腔喷雾治疗。

所有患者术后均给予静点头孢西丁钠 2g, bid, 抗炎及静注注射用白眉蛇毒血凝酶 1ku, qd, 止血对症等综合治疗 2-4 天出院。



图 1. 先于出血点周围花瓣状烧灼

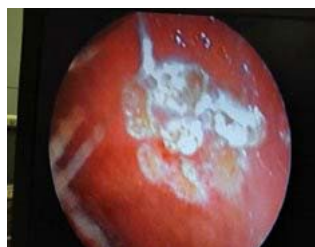


图 2. 后烧灼血管断端

2 结果

本组 76 例患者,经鼻内镜下单极电凝治疗后 74 例一次治愈,无需鼻腔填塞;1 例出血点位于嗅裂鼻中隔后部近鼻腔顶处,经再次电凝并油纱填塞后而治愈;1 例伴鼻中隔偏曲且出血点位于蝶筛隐窝经再次电凝并油纱填塞后出血仍未控制转上级医院治疗而失访,余 75 例患者均随访半年无复发,无并发症。其中 1 例伴鼻中隔前部小穿孔,随访半年穿孔未增大,因无不适症状,未予特殊处理。

3 讨论

鼻出血是耳鼻喉科常见病之一,对于鼻出血的部位,本组病例依次为鼻中隔利特尔区占 48.7%(37/76),嗅裂鼻中隔部占 22.4%(17/76),下鼻道穹窿顶部占 15.8%(12/76),中鼻道后上部占 7.9%(6/76),蝶筛隐窝占 5.3%(4/76)。王娜亚^[1](1995)报告在鼻内镜下治疗普通鼻出血 56 例,出血部位以鼻中隔黎氏区的动脉或毛细血管出血占 58.9%,下鼻道后部出血占 26.8%,本组与报道相似。田勇泉^[2]认为老年人鼻出血部位多位于吴氏静脉丛或鼻中隔后段及鼻底部位,但杨大章^[3]等报道这种沿用已久的观念实际上并非正确,本组也未发现吴氏静脉丛出血病例。

本组 76 例患者中 74 例经鼻内镜下单极电凝一次治愈,术后无需鼻腔填塞,无并发症,效果满意。在我们采用鼻内镜下治疗鼻出血的初期,我们选用双极电凝止血治疗,我们认为毕竟双极电极使用更加安全广泛,但由于老年人鼻出血部位深在、隐蔽,双极电凝操作需要助手持吸引管吸引的同时术者持双极烧灼出血部位,对于位置隐蔽的狭小空间,这很难达满意止血的目的,为此我们改用单极电凝,克服了上述的不足。在临床工作中,笔者体会在使用单极电凝止血治疗中烧灼的深度及强度很重要,对于无活动性出血的患者,我们用单极电凝输出功率 25w 直接烧灼血管断端,持续 2-3 秒至局部粘膜变为黄褐色为宜。而对于活动性出血的患者,我们采用一次性输液管套在细吸引器上用单极输出功率 30w 电凝吸引器尾端而间接烧灼出血点,并且要及时清理干净烧灼头端的干痂,否则会影响烧灼强度。2015 年鼻出血诊疗指南(草案)指出使用单极电凝输出功率 < 25w,而我们用到 30w,无并发症,疗效满意,我们使用的功率比指南提到的功率稍高,这可能与利用吸引器间接烧灼而不是用单极电凝直接烧灼出血部位有关。对于 1 例出血点位于嗅裂鼻中隔后部近鼻腔顶处,经再次电凝并油纱填塞后而治愈者,笔者认为该处鼻中隔粘膜较菲薄,经烧灼后局部粘膜碳化,鼻中隔骨质暴露,但创缘仍有渗血,烧灼不满意需给以油纱局部小范围区域填塞。1 例伴鼻中隔偏曲且出血点位于蝶筛隐窝经再次电凝并油纱填塞后出血仍未控制者,笔者认为与鼻中隔偏曲及出血部位位于鼻中隔偏曲侧位置较深在狭小而不宜操作到位置有关。其中 1 例并发鼻中隔前部小穿孔,笔者认为在使用单极电凝止血治疗初期,由于缺乏经验同时电凝鼻中隔同一部位的两侧粘膜而引起。本组病例手术结束后烧灼创面均涂抹红霉素软膏,笔者认为这是手术取得成功必不可少的步骤,红霉素软膏可以软化鼻腔,滋润鼻腔粘膜,改善鼻腔内环境预防再次出血。笔者体会,涂抹不要过多,只需薄薄一层,以免过多药膏倒流入口中。生理海水具有杀菌、消炎、促进分泌物排除的作用,其中的氨基酸成分能滋养鼻腔粘膜,促进粘膜再生、修复,所以我们术后均给予生理海水鼻腔喷雾治疗。

良好的沟通、取得患者的积极配合是手术顺利完成的重要一步。对于老年人鼻出血患者,多伴有高血压、糖尿病、冠心病等慢性疾病,反复多量的出血使患者情绪紧张,烦躁,甚至有恐惧心理,这会使其交感神经释放去甲肾上腺素增多,引起外周血管阻力增高和血压上升^[4],血压的进一步上升又会加剧鼻出血,因此在治疗中我们不仅要给以积极止血、抗感染治疗,还要积极安抚患者的情绪,进行充分沟通交流,以缓解其紧张和焦虑情绪,必要时给以镇静剂,以消除其恐惧心理,取得患者的积极配合。

以往我科对于经前鼻孔填塞无效的患者给以前鼻孔填塞,目前采用鼻内镜单极电凝治疗后大多患者不需鼻腔填塞,避免了因填塞不

(下转第 117 页)



好的置管成功率,且观察组术中仅1例患者需切开乳头,其比例仅为0.33%,显著低于对照组的80.00%,提示经腹途径能显著降低乳头切开率,相对完整的保留乳头功能,避免后期胆道感染及反流现象发生^[7];同时两组患者术后胰腺炎、胆漏等不良事件的发生率对比差异虽无统计学意义,笔者分析可能与样本数较少有关;但本研究中,观察组发生胰腺炎病例少于对照组,笔者分析可能与经口途径置鼻胆管操作难度较大有关,操作过程中导丝易误入胰管组织,增加医源性胰腺炎的发生风险;同时本研究中观察组鼻胆管打折滑脱病例多于对照组,这也是经腹途径的最大缺陷,但笔者认为,此种现象可通过完善操作方式得到显著改善,这与张胜龙等^[8]的研究一致,且有研究认为,经口途径放置鼻胆管时,需通过口腔、胃肠道后再进入胆总管组织,与无菌操作相悖。由此可见,经腹途径防止鼻胆管引流,不仅置管成功率高,并发症少,还能相对完整的保留乳头功能,更符合无菌操作标准。

综上所述:在行腹腔镜、胆道镜和十二指肠镜联合治疗胆囊结石合并胆总管结石患者时,经腹鼻胆管引流术更符合无菌操作原则,感染风险小,并发症少,且置管成功率极高。

参考文献

[1] 李红阳,周世骥,谭晶,等.不同微创术式治疗胆囊结石合

并胆总管结石的临床研究[J].医学临床研究,2012,29(4):710-713.

[2] 郭静丽,刘浩.3.0T磁共振胰胆管成像在胆囊结石及胆总管结石上的临床应用[J].中国CT和MRI杂志,2014,12(8):44-45.

[3] 刘进衡,张刚,王妍亭,等.三镜联合会师技术经胆囊管入路行球囊鼻胆管引流术治疗经胆总管结石59例[J].实用医学杂志,2016,32(17):2887-2889.

[4] 吴松,杨成林.LCBDE与OCBDE治疗胆总管结石的临床疗效对比[J].湖南师范大学学报:医学版,2016,13(5):123-126.

[5] 徐琳,陈雪嘉,李敏,等.三镜同期手术治疗肝外胆管结石合并十二指肠乳头狭窄286例疗效观察及护理[J].重庆医学,2015,44(34):4888-4889.

[6] 黄峻松,叶大文,李博,等.经内镜逆行胰胆管造影术联合腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床价值[J].蚌埠医学院学报,2013,38(1):54-55.

[7] 杨志鹏, Yang Zhipeng.腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床探讨[J].中国基层医药,2014(17):2629-2631.

[8] 张胜龙,陈安平,李华林,等.经腹与经口鼻胆管引流在腹腔镜手术中的应用比较[J].中华肝胆外科杂志,2016,22(8):534-536.

(上接第112页)

当或反复填塞所致的粘膜损伤,压迫性坏死、感染、血氧饱和度下降等并发症,这大大减轻了患者的痛苦,得到老年患者的广泛认可。况且其操作方便,安全可靠,对条件有限的基层医院尤其值得推广应用。

参考文献

[1] 王娜亚,喻妮,王忠植,等.鼻内窥镜下微波凝固术治疗普通

鼻出血(附56例分析)耳鼻咽喉-头颈外科,1995,2(2):73-75

[2] 田勇泉,主编.耳鼻咽喉科学.第五版.北京:人民卫生出版社,2001.36-36

[3] 杨大章,程靖宇,韩军,等.难治性鼻出血的出血部位及治疗[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(5):360-362

[4] 马爱群.内科学[M].北京,人民出版社,2001:161-161.

(上接第113页)

[2] 刘红娟,李燕妮.半导体激光治疗仪治疗带状疱疹疗效观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2016,16(35):103-103.

[3] 梁慕兰,张美蓉,陈凤仪等.氦光治疗带状疱疹疼痛的疗效观察[J].国际医药卫生导报,2015,21(10):1451-1453.

[4] 杨楠,代剑峰.中药湿敷加针灸及半导体激光治疗带状疱疹

疗效观察[J].包头医学院学报,2016,32(3):100-101.

[5] 陈向红,熊会林.半导体激光治疗带状疱疹的疗效观察及护理[J].沈阳医学院学报,2015,17(3):160-161,164.

[6] 闻晓飞,党宏涛,宋美涛等.半导体激光联合药物治疗头面部带状疱疹后遗神经痛的临床观察[J].中华保健医学杂志,2014,16(6):471-472.

(上接第114页)

药,2008,34(9):950-950.

[2] 刘飞龙,叶国雄,苏远红等.大肠癌并发急性肠梗阻的外科治疗的探讨[J].临床外科杂志,2000,8(2):79-80.

[3] 莫崖冰,王志强,杨骏等.大肠癌致急性肠梗阻的外科治疗(178例临床分析)[J].中国现代手术学杂志,2009,13(1):22-24.

[4] 张德志.大肠癌合并急性肠梗阻的外科治疗[J].中国医药指南,2012,10(17):225-226.

[5] 付启龙.大肠癌致急性肠梗阻外科治疗48例分析[J].中国误诊学杂志,2011,11(34):8491.

[6] 姜祖才.大肠癌致急性肠梗阻的外科治疗[J].实用临床医学,2011,12(5):47-47.

(上接第115页)

间显著少于对照组,患者满意度显著高于对照组($P < 0.05$),与上述研究一致,说明肩关节镜手术中应用全麻复合臂丛神经阻滞麻醉可以提前阻止外周损伤冲动的传递,抑制外周和中枢敏化,从而起到预先镇痛效果,同时还可以有效降低麻醉药物用量,缩短拔管时间,拔管后臂丛镇痛效果持续作用,控制患者血压,提升患者满意度。

综上所述,全麻复合臂丛神经阻滞可以显著提高肩关节镜手术麻醉效果,缩短患者苏醒期,减少麻醉药物用量,安全性高,具有较高临床应用价值。

参考文献

[1] 李晓声.臂丛神经阻滞复合全身麻醉在老年患者肩关节术的应用[J].航空航天医学杂志,2015,26(7):805-807.

[2] 张代玲,冯树全,邵安民,等.喷他佐辛-罗哌卡因臂丛阻滞复合全身麻醉用于肩关节镜手术围术期效果[J].现代仪器与医疗,

2016,22(3):84-85.

[3] 熊为,张劲松,赵猛,等.臂丛神经阻滞复合全身麻醉与单纯全身麻醉在肩关节镜手术中应用效果比较的Meta分析[J].实用心脑血管病杂志,2016,24(5):5-10.

[4] 吴哲.臂丛神经阻滞复合全身麻醉在肩关节镜手术中的应用[J].现代诊断与治疗,2015,26(16):3624-3625.

[5] 李露,李秋军,周海滨,等.全身麻醉复合臂丛神经阻滞提高肩关节镜术的麻醉质量[J].国际麻醉学与复苏杂志,2013,34(3):230-233.

[6] 程智,白国强.丙泊酚复合芬太尼静脉麻醉和臂丛神经阻滞麻醉用于肩关节脱位手法复位的临床观察[J].医学信息,2014,22(27):224-225.

[7] 葛军超.臂丛神经阻滞复合喉罩全身麻醉在老年患者上肢手术中的应用效果[J].河南医学研究,2017,26(1):108-109.

[8] 徐红双,徐红菊,李大鹏,等.老年锁骨骨折术中双腔喉罩复合臂丛神经阻滞的麻醉效果分析[J].数理医药学杂志,2015,(11):1610-1611.