

鼻内镜下电凝止血与局部填塞治疗难治性鼻出血比较

肖 涛(重庆市垫江县人民医院耳鼻咽喉科 408300)

【摘要】 目的 比较分析鼻内镜下电凝止血与局部填塞治疗难治性鼻出血的疗效。**方法** 将垫江县人民医院收治的难治性鼻出血患者 90 例纳入研究对象,分为给予鼻内镜下电凝止血治疗的观察组和给予局部填塞治疗的对照组,观察两组患者的止血相关指标、术后负面情绪指标。**结果** 观察组出血量(36.2 ± 6.4)mL、止血时间(42.1 ± 6.9)min、鼻腔黏膜恢复时间(3.4 ± 0.7)d、鼻腔通气恢复时间(2.6 ± 0.5)d、填塞后再次出血率(4.44%)、治疗后出现综合征反应率(15.56%)及黏膜变化率(13.33%)均明显低于对照;止血后 3 d 时观察组患者汉密尔顿焦虑量表、汉密尔顿抑郁量表、焦虑自评量表、抑郁自评量表、疼痛程度数字评价量表评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 鼻内镜下电凝止血有助于改善止血效果、改善鼻腔功能、防止再出血发生、缓解负面情绪,具有积极的临床价值。

【关键词】 难治性鼻出血; 鼻内镜; 电凝止血; 局部填塞

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.09.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)09-1273-03

A comparative study of endoscopic electrocoagulation hemostasis and local packing in treating refractory epistaxis

XIAO Tao (Department of Otolaryngology, Dianjiang County People's Hospital, Chongqing 408300, China)

【Abstract】 Objective To compare and analyze the effect of endoscopic electrocoagulation hemostasis and local packing in treating refractory epistaxis. **Methods** 90 cases of refractory epistaxis in our hospital were enrolled and randomly divided into the observation group treated by endoscopic electrocoagulation hemostasis and the control group treated only by local packing treatment. Then the hemostasis related indexes and postoperative negative emotion indexes were observed in the two groups. **Results** In the observation group, the bleeding volume was (36.2 ± 6.4)mL, hemostatic time was (42.1 ± 6.9)min, nasal mucosa recovery time was (3.4 ± 0.7)d, nasal ventilation recovery time was (2.6 ± 0.5)d, rebleeding rate after packing was (4.44%), syndrome response occurrence rate after treatment was (15.56%) and mucosa change rate was (13.33%), which were significantly lower than those in the control group; the NRS scores of HAMA and HAMD, SAS and SDS at 3 h after hemostasis were significantly lower than those in the control group, the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Endoscopic electrocoagulation hemostasis conduces to improve the hemostatic effect and nasal function, prevent rebleeding, alleviate negative emotions and possesses the active clinical value

【Key words】 refractory epistaxis; endoscopy; electrocoagulation; local packing

难治性鼻出血是指出血部位隐蔽、短时间内出血量大的鼻出血类型,经前鼻镜检查无法找到明确出血点,这也会给纱布填塞治疗造成较大难度,且止血效果不佳^[1]。鼻内镜是近年来应用于耳鼻咽喉科检查和治疗的显微技术,能够通过清晰显示鼻腔内结构来寻找隐蔽的出血点,并通过电凝来彻底止血^[2]。本院近年来也逐步开展鼻内镜下电凝治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2011 年 1 月至 2012 年 12 月本院耳鼻咽喉科收治的难治性鼻出血患者纳入研究,共纳入 90 例患者,分为给予鼻内镜下电凝止血治疗的观察组和给予局部填塞治疗的对照组各 45 例。观察组男 32 例,女 13 例;年龄 32~57 岁,平均(42.7 ± 6.2)岁;单侧出血 28 例,双侧出血 17 例;出血部位:下鼻道后端 17 例,中鼻道后端 7 例,嗅裂部 9 例,鼻中隔后端 8 例,中鼻甲下缘 4 例。对照组男 30 例,女 15 例;年龄 30~55 岁,平均(42.2 ± 5.8)岁;单侧出血 29 例,双侧出血 16 例;出血

部位:下鼻道后端 18 例,中鼻道后端 9 例,嗅裂部 8 例,鼻中隔后端 7 例,中鼻甲 3 例。两组患者性别、年龄、出血部位等基本资料差异无统计意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)年龄小于 60 岁;(2)明确的鼻出血诊断,出血量超过 200 mL;(3)前鼻镜检查未找到明确出血点;(4)报请医院伦理委员会批准且所有患者签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 (1)外伤性鼻出血患者;(2)鼻腔术后出血患者;(3)肿瘤性鼻出血患者。

1.3 止血方法

1.3.1 对照组 采用传统局部堵塞法,患者取坐位,吸引器吸出鼻腔内凝血块,应用 10% 丁卡因鼻腔表面麻醉,取凡士林纱条填入出血的鼻腔,顺序为由上至下、由后至前,保证纱条紧紧填满鼻腔,至出血停止,48~72 h 后取出鼻腔堵塞物,如仍有活动性出血,继续更换填塞的凡士林纱条。

1.3.2 观察组 患者取仰卧位后吸尽鼻内出血,并用 0.1% 的肾上腺素合并丁卡因做黏膜麻醉,伸入鼻内镜后寻找出血点,并用 18 W 电凝镊对其进行电凝,直至出血点周围组织变为灰白色,术后用止血药物止血及抗菌药物预防感染及明胶海绵填敷于烧灼创面。

1.4 两组患者各指标及表现

1.4.1 两组患者止血指标 观察两组患者止血指标,包括出血量、止血时间、鼻腔黏膜恢复时间、鼻腔通气恢复时间及治疗后 1~3 个月再次出血率。

1.4.2 观察两组综合征反应及黏膜表现 综合征包括合并头痛、鼻痛、发热等,黏膜表现以鼻内镜下观察取出堵塞物,包括合并糜烂、再创伤出血。

1.4.3 两组患者术后负面情绪 止血后 3 d 时采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)对患者的心理状态进行评估,

得分越高、焦虑和抑郁情绪越强烈。

1.5 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计学软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,用两独立样本 *t* 检验分析;计数资料采用频数(*n*)或率(%)表示,用 χ^2 检验分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者止血相关指标比较 见表 1。观察组患者出血量、止血时间、鼻腔黏膜恢复时间、鼻腔通气恢复时间及填塞后再次出血率均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组综合征反应及黏膜变化比较 见表 2。观察组治疗后出现鼻塞、头痛、鼻痛、发热等综合征反应比例明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 14.048, P < 0.05$);观察组治疗后黏膜变化比例明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 15.512, P < 0.05$)。

表 1 两组患者止血相关指标比较

组别	<i>n</i>	出血量($\bar{x} \pm s, mL$)	止血时间($\bar{x} \pm s, min$)	鼻腔黏膜恢复时间($\bar{x} \pm s, d$)	鼻腔通气恢复时间($\bar{x} \pm s, d$)	填塞后再次出血 [<i>n</i> (%)]
观察组	45	36.2 ± 6.4	42.1 ± 6.9	3.4 ± 0.7	2.6 ± 0.5	2(4.44)
对照组	45	59.4 ± 8.9	62.4 ± 10.4	5.1 ± 0.9	4.2 ± 0.8	7(15.56)
<i>t</i> / χ^2		<i>t</i> =5.827	<i>t</i> =6.283	<i>t</i> =6.882	<i>t</i> =7.236	$\chi^2 = 15.232$
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组综合征反应及黏膜变化比较

组别	<i>n</i>	综合征反应					黏膜变化		
		鼻塞(<i>n</i>)	头痛(<i>n</i>)	鼻痛(<i>n</i>)	发热(<i>n</i>)	合计[<i>n</i> (%)]	糜(<i>n</i>)	再创伤出血(<i>n</i>)	合计[<i>n</i> (%)]
观察组	45	1	6	0	0	7(15.56)	2	4	6(13.33)
对照组	45	7	13	9	1	30(66.67)	11	15	26(57.78)

2.3 两组患者负面情绪比较 见表 3。止血后 3 d 时观察组患者疼痛程度数字评价量表(NRS)、HAMA、HAMD、SAS、SDS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 两组患者止血后心理状态比较($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	NRS 评分	HAMA 评分	HAMD 评分	SAS 评分	SDS 评分
观察组	1.5 ± 0.3	11.4 ± 1.9	12.3 ± 1.7	41.3 ± 7.3	43.2 ± 6.5
对照组	3.2 ± 0.6	16.4 ± 2.8	21.8 ± 3.2	65.9 ± 9.8	64.5 ± 11.3
<i>t</i>	10.874	5.878	6.367	5.534	4.992
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

鼻出血是临床常见的症状,其病因包括鼻腔、鼻窦疾病、鼻窦邻近结构病变及某些全身疾病。在此基础上,机体受全身因素和局部因素作用可发生鼻出血^[3]。局部原因包括鼻腔及鼻窦受到创伤、鼻中隔偏曲、感染、肿瘤等;全身原因包括高血压、动脉硬化、凝血功能异常、白血病、血小板减少性紫癜等^[4]。多数情况下通过凡士林纱布填塞、气囊导尿管压迫及前鼻镜下电凝止血等方法可以取得理想的止血效果。

尽管如此,仍存在部分难治性鼻出血的患者,又称为隐蔽性鼻出血或顽固性鼻出血,临床上尚无明确定义,多指出血部位隐蔽、短时间内出血量大(超过 200 mL)的鼻出血^[5]。由于难治性鼻出血患者经前鼻镜检查无法找到明确的出血点,因而采用常规的凡士林纱布填塞治疗具有一定的盲目性,无法准确对出血点进行压迫。这就会影响整体止血效果、降低止血一次成功率,并造成抽出凡士林纱布后再出血发生^[6]。

目前研究认为,针对难治性鼻出血的治疗,仍应该积极寻找出血点,以保证确切的止血效果,防止再出血发生。鼻内镜是近年来应用于耳鼻咽喉科检查和治疗的显微技术,具有视野清晰、亮度充足、方便直视下操作的特点,通过内镜探头使用能够清晰显示鼻腔内结构,尤其有利于发现隐蔽部位的出血^[7]。通过内镜直视下进行电凝止血能够使局部出血点闭合,同时给予止血药物止血及抗菌药物预防感染。一方面可以保证电凝后确切的止血效果;另一方面也能减少填塞纱布的用量,减轻因填塞而造成的不良情绪反应^[8]。

国外 Eladl 等^[9]的研究已经报道了鼻内镜下电凝止血联合局部填塞治疗难治性鼻出血的积极价值。本院从 2011 年开

始实施鼻内镜下止血的治疗, 研究表明, 观察组患者出血量、止血时间、鼻腔黏膜恢复时间、鼻腔通气恢复时间及填塞后再次出血的例数均少于对照组。由此说明观察组患者止血效果更好、鼻腔功能恢复更快。通过分析术后鼻塞、头痛、鼻痛、发热等综合征反应发生率及鼻内镜下观察取出堵塞物黏膜变化, 可以发现, 内镜下电凝止血, 避免了传统鼻腔堵塞的盲目操作, 降低了并发症发生的可能, 减少了鼻黏膜损伤^[10]。但在手术操作过程中, 应注意电凝范围不宜过深、过大, 电凝时间不宜过长^[11]。进一步比较因填塞而引起的负面情绪可知, 观察组患者 NRS、HAMA、HAMD、SAS、SDS 评分均低于对照组, 由此说明观察组患者负面情绪更弱。

综上所述, 鼻内镜下电凝止血有助于改善止血效果、改善鼻腔功能、防止再出血发生、缓解负面情绪, 具有积极的临床价值。

参考文献

[1] 陈星辉. 鼻内镜下高频电凝难治性鼻出血 54 例临床疗效[J]. 医学临床研究, 2009, 26(6): 1140-1141.
 [2] Paul J, Kanotra SP, Kanotra S. Endoscopic management of posterior epistaxis[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2011, 63(2): 141-144.
 [3] 吴彦桥, 邸斌, 李军, 等. 鼻内镜下难治性鼻出血出血点寻找及止血策略[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2013, 27(4): 1-3.
 [4] 李云秋, 肖旭平, 冯晓辉. 低温等离子消融术治疗慢性肥厚性鼻炎临床疗效观察[J]. 医学临床研究, 2012, 29(8):

1552-1554.

[5] Srinivasan V, Sherman IW, O'Sullivan G. Surgical management of intractable epistaxis: audit of results[J]. J Laryngol Otol, 2000, 114(9): 697-700.
 [6] 丁小军, 邓建华, 王建中, 等. 鼻腔填塞与鼻内窥镜下止血治疗鼻出血 235 例效果比较[J]. 交通医学, 2010, 24(3): 303-304.
 [7] 张晓根. 鼻内镜下微波烧灼止血明胶海绵填塞治疗鼻出血 30 例分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(15): 559-560.
 [8] 刘建设, 钟刚, 王彦君. 鼻内镜下治疗难治性鼻出血 163 例回顾性分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 27(11): 590-592.
 [9] Eladl HM, Dragonetta A, Gera R, et al. Endoscopic management of recurrent epistaxis: the experience of two metropolitan hospital in Italy[J]. Acta Otolaryngol, 2010, 130(9): 1048-1452.
 [10] Greve E, Moussata D, Gaudin JL, et al. High diagnostic and clinical impact of small-bowel capsule endoscopy in patients with hereditary hemorrhagic telangiectasia with overt digestive bleeding and/or severe anemia[J]. Gastrointest Endosc, 2010, 71(4): 760-767.
 [11] 牛雷芳, 孙中武. 鼻内镜下间极电凝法在顽固性鼻出血治疗中的应用[J]. 中国现代医药杂志, 2012, 14(11): 74-75.

(收稿日期: 2014-11-11 修回日期: 2015-01-29)

(上接第 1272 页)

血脂代谢异常导致的妊娠并发症是非常必要的。

严格筛选“正常”孕妇是建立血脂参考值范围的必备条件, 本文规定的“正常”孕妇是健康、体质量指数正常、无个人或家族代谢疾病史和妊娠合并症、并发症。另外, 考虑检测方法不同对正常参考值范围影响很大, 本研究采用当前比较先进、常用的酶法及免疫比浊法, 统一检测所有血清样品, 并有严格的实验室质量控制。本研究按统一设计的调查表及实验室检测结果, 对所有收集到的研究对象进行严格筛选, 最后有 492 例孕妇和 156 例非妊娠妇女进入血脂参考值范围的统计分析。根据美国临床生化学会建议, 建立参考值范围至少需要 120 名经过严格筛选的“志愿者”^[5-6]。本研究筛选的各孕期妇女数量均在 150 例以上, 其结果应该具有代表性。本研究从实际应用出发, 采用 M 及双侧限值(P2.5 和 P97.5)表示参考范围, 此种统计分析不仅适合于偏态分布资料, 也适合于正态分布资料^[7]。妊娠期妇女血脂各指标参考区间与非孕妇女存在较大差异, 且各孕期间也存在一定差异^[8]。本研究建立的妊娠妇女血脂各指标参考区间符合妊娠期血脂生理变化, 具有临床参考价值。

参考文献

[1] 徐艳, 杨慧霞. 妊娠期脂代谢异常及其营养治疗[J]. 中国

实用妇科与产科杂志, 2007, 23(4): 259-261.

[2] 陈珠, 钟南山, 陆再英. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 762.
 [3] 郑媛媛. 妊娠与血脂代谢异常的探究[J]. 医学综述, 2013, 19(21): 3874-3876.
 [4] 中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南(2007 年)[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2012, 19(16): 1-4.
 [5] Baloch Z, Carayon P, Conte-Devolx B, et al. Laboratory medicine practice guidelines: Laboratory support for the diagnosis and monitoring of thyroid disease[J]. Thyroid, 2003, 13(1): 3-26.
 [6] Saarelainen H, Laitinen T, Raitakari OT, et al. Pregnancy-related hyperlipidemia and endothelial function in healthy women[J]. Cir J, 2006, 70(6): 768-772.
 [7] Lazrus JH. Epidemiology and prevention of thyroid disease in pregnancy[J]. Thyroid, 2002, 12(10): 861-865.
 [8] 虞斌, 朱自强, 黄瑞萍, 等. 妊娠期血脂变化及其特异性参考区间的建立[J]. 山东医药, 2013, 53(10): 52-53.

(收稿日期: 2014-11-25 修回日期: 2015-01-28)