

鼻内镜辅助治疗鼻出血 30例疗效分析

王 伟, 祖志将

[摘要]目的: 探讨鼻内镜辅助治疗鼻出血的疗效。方法: 以 60例鼻出血患者为研究对象, 分为两组: 鼻内镜止血组 30例, 在鼻内镜辅助下治疗鼻出血; 对照组 30例, 以传统方法重新行鼻腔填塞或前后鼻孔填塞止血。比较两种方法的治疗效果。结果: 鼻内镜治疗组 30例中 1次即止血成功 27例, 3例经过 2次处理, 均治愈; 对照组中一次成功止血 16例, 14例再次出血, 其中 10例经 2次填塞, 4例经过 3次填塞。结论: 鼻内镜辅助电凝止血定位准确, 效果好, 止血迅速, 具有较好的临床应用价值。

[关键词] 鼻出血; 内镜术

[中国图书资料分类法分类号] R 765.23

[文献标识码] A

鼻出血是耳鼻咽喉科的常见症状。鼻腔填塞是传统治疗鼻出血的有效方法之一。由于鼻腔的解剖结构复杂, 填塞法止血常带有较大的盲目性, 因此易导致失败, 也会给患者带来很大的痛苦。针对鼻出血的治疗, 其基本原则是迅速查找鼻出血的部位, 并快速有效的止血。2002~2004年, 我科在鼻内镜辅助下治疗鼻出血 30例, 并与传统治疗鼻出血 30例作对照分析, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 60例鼻出血患者, 随机分为两组。鼻内镜治疗组 30例, 男 19例, 女 11例; 年龄 11~82岁。其中有高血压病史 10例。对照组 30例, 男 17例, 女 13例; 年龄 16~72岁。其中有高血压病史 18例。

1.2 方法 鼻内镜治疗组: 因鼻出血行前鼻孔或前后鼻孔填塞的住院患者再次出血时, 立即取出全部填塞物, 1%丁卡因加 1%麻黄碱 (1:1) 棉片表面麻醉及收敛鼻腔黏膜后于鼻内镜下 (0° 或 30°), 用自制具有绝缘性能的吸引器吸出鼻腔分泌物及血凝块, 边吸引边观察有无明确的出血点。出血点一经确定, 即以 1%麻黄碱棉片收敛, 出血停止或减少后, 以 20W 功率高频电刀电凝止血。出血停止后, 鼻腔放置明胶海绵, 不需鼻腔填塞。对于出血部位无法直视, 但可以明确判断其来源于鼻道或嗅裂深部等大致方向、部位者, 以凡士林纱布填塞相应的缝隙止血。处理后继续住院观察 2~4天, 无再次出血者, 出院门诊随访; 如再次出血, 可再次鼻内镜检查、止血。对照组: 采用重新作鼻腔前后鼻孔填塞处理。连续观察 48 h 不再出血后, 逐渐抽出前鼻腔纱条、后鼻孔纱球。完全抽出后 48 h 无出血, 出院门诊随

访。对于两组中有高血压病史和糖尿病病史者, 均给予控制血压、血糖等治疗。所有的患者出院后随访 1个月。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组 30例中 1次止血成功 27例, 成功率 90%, 3例经过 2次处理, 均治愈。3例 (10%) 未找到明确出血点。出血点的分布为: 鼻中隔中上部 1例, 鼻中隔后部 6例, 鼻中隔前方 9例, 中鼻甲后端 5例, 下鼻甲后端 3例, 鼻咽部 3例。3例未明确出血患者作鼻腔出血大致方向填塞。其中, 27例术后没有再次出血, 观察 48~72 h 后出院, 3例再次出血, 再次于鼻内镜下行凡士林纱条填塞后止血。对照组中 1次止血成功 16例, 成功率 53%, 14例再次出血, 其中重新填塞 2次者 10例, 重新填塞 3次者 4例。治疗组 1次处理即止血的成功率明显高于对照组 ($\chi^2 = 9.93$, $P < 0.01$)。

3 讨论

鼻腔的解剖结构复杂, 常规检查对于鼻腔深部的结构无法直视。在病情较重、常规简易方法难以止血的情况下, 鼻腔填塞是局部止血最常用的有效方法之一, 但有较大的盲目性。反复的填塞操作会损伤鼻黏膜, 给患者带来一定的痛苦。长时间的填塞, 尤其是后鼻孔填塞, 会引起中耳、鼻窦感染等并发症, 还有导致低氧血症和心肌缺血的危险, 对于一些老年患者和患慢性心脑血管疾病者有潜在的生命威胁。鼻内镜技术的临床广泛应用为鼻出血的检查、诊断和治疗提供了一个先进和准确的技术手段。其具有视角宽阔、视野清晰、操作精细和创伤小的优点^[1]。鼻内镜可准确地了解鼻腔内部情况, 明确鼻出血的部位及血管的性质。在鼻内镜直视下查找出血点, 进行出血点的烧灼止血, 或对确定大致方向、未见明确出血点者进行局部填塞。鼻内镜技术的应用和发展, 给鼻科学及其相关学科带来了革命性的

[收稿日期] 2005-11-25

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 耳鼻咽喉头颈外科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 王 伟 (1978-), 男, 住院医师。

进步^[2],也给鼻出血的治疗带来新的理念。鼻出血的部位很多,统计资料显示,利特尔区的鼻出血占有所有鼻出血 40%~50%,40岁以上中年人或老年人则多发生在鼻腔后部^[3]。我们通过 60例鼻出血的临床观察,鼻出血发生在鼻中隔利特尔区 24例(40%),下鼻道后部 9例(15%),鼻中隔后下部 8例(13%),鼻咽部 10例(17%),部位不明确 9例(15%)。对于鼻出血的治疗,尤其对于鼻中隔中后段、鼻咽部及 Woodruff静脉丛等部位的出血,常规治疗的疗效差,易反复。本组鼻出血(90%)患者,在鼻内镜辅助下治疗取得了良好的效果。在鼻内镜

治疗时,良好的吸引器对于清除鼻腔的分泌物和血凝块,保障视野的清晰极其重要,可采用一定的顺序,由下至上,从前到后,仔细查找出血点。在鼻内镜下电凝止血时,尤其鼻中隔面的出血,电凝时尽量减少烧灼时间及功率、面积,防止鼻中隔穿孔的发生。

[参考文献]

- [1] 田勇泉.耳鼻咽喉科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2001:108-110.
- [2] 韩德民.鼻内窥镜外科技术及其延伸[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1999,34(5):271-273.
- [3] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998:180-194.

[文章编号] 1000-2200(2007)02-0192-02

。临床医学。

两种方法注射 A型肉毒毒素 治疗脑卒中后前臂屈肌痉挛疗效观察

李震宇,孙涛,华启海,徐磊

[摘要]目的:探讨徒手注射和肌电图引导定位注射 A型肉毒毒素(BTX-A)对脑卒中后前臂屈肌痉挛的疗效。方法:选择门诊和住院患者 30例,按就诊时间顺序分为徒手定位注射 BTX-A组(徒手组)与肌电图引导定位注射 BTX-A组(肌电组),分别进行 BTX-A徒手注射和肌电图引导定位注射,于注射前 1天和注射后 14天用改良 Ashworth分度评分评定患者前臂屈肌的痉挛状态。结果:两组患者治疗后前臂屈肌痉挛均有明显改善($P < 0.01$),肌电组疗效明显优于徒手组($P < 0.01$)。结论:应用肌电图引导定位进行 BTX-A肌肉注射治疗脑卒中后前臂屈肌痉挛能够提高疗效。

[关键词] 肌痉挛;肉毒杆菌毒素, A型;前臂;屈肌;肌电图;疗效

[中国图书资料分类法分类号] R 746.5 R 971.92 [文献标识码] A

脑卒中后导致的肢体肌肉痉挛是临床上常见而又难治的后遗症,且发病后指腕功能恢复较差,上肢痉挛较下肢表现更为明显。患者的残存功能可能因为痉挛而无法体现,长久的痉挛则造成残存功能的永久丧失。目前改善脑卒中后肢体痉挛较为有效的方法是局部注射 A型肉毒毒素(BTX-A)^[1,2]。为提高脑卒中后前臂屈肌痉挛的指腕功能,我科分别采用徒手注射与肌电图引导定位于前臂屈肌肌肉注射 BTX-A取得了较好的效果。为寻求最佳的注射方法,本文特将两种注射方法的疗效进行比较。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2003年 2月~2006年 2月,我院门诊和住院的脑卒中后前臂屈肌痉挛患者 30例。其中男 21例,女 9例;年龄 47~78岁。脑梗死 19例,脑出血 11例。病程 2~6个月。30例均神志清楚,能正确进行言语表达。按患者的就诊时间顺序

分为徒手定位注射 BTX-A组(徒手组)与肌电图引导定位注射 BTX-A组(肌电组)各 15例。

1.2 药物和用品 采用兰州生物制品研究所生产的治疗用 BTX-A干粉制剂,每支含 BTX-A 100 U。该制剂低温避光保存,使用前用生理盐水稀释,稀释时缓慢注入生理盐水,避免产生气泡,稀释后浓度为 50 U/ml,静置 5 min后使用。

丹麦产空心肌电图针,针体表面喷涂绝缘材料特富龙(Teflon;聚四氟乙烯),暴露针尖斜面。注射前经环氧乙烷气体消毒处理。针体连接导线和注射导管,导线的另一端连接导电的小夹子。注射导管的另一端可连接注射器的针管。这样当注射针刺入机体时,只有针尖部分是导电的。其它用品:丹迪 Keypoint肌电诱发电位仪(丹麦产)、表面电极、1 ml注射器、2%碘酊、75%乙醇等。

1.3 靶肌肉及点剂量 不论徒手或肌电图引导定位注射皆按表 1标准执行。

1.4 注射方法

1.4.1 定位 患者仰卧,患侧上肢置于利于操作的位置,暴露注射部位,助手沿靶肌长轴反向牵拉靶肌并诱发痉挛或使靶肌张力增高,同时治疗者触摸按

[收稿日期] 2006-08-04

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 针灸理疗康复科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 李震宇(1976-),男,住院医师。