

鼻出血诊断及治疗指南(草案)

中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组
中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组

鼻出血(epistaxis)是耳鼻咽喉科最常见的急症之一,轻者仅表现为涕中带血,重者可导致失血性休克。由于病因复杂,鼻出血诊断方法和治疗手段多样。在参考国内外最新研究进展的基础上^[1-6],结合国内临床具体情况,经本刊编委会鼻科组和中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组专家充分讨论,制订本指南,旨在使鼻出血的诊断和治疗逐步规范化,提高治疗效果。

一、临床分类

1. 按病因分类:分为原发性鼻出血(特发性或自发性)和继发性鼻出血(病因明确)。

2. 按出血部位分类:分为鼻腔前部出血和鼻腔后部出血。

二、病因

导致鼻出血的原因分为局部因素和全身因素(表1)。成人鼻出血常与心血管疾病、非甾体类抗炎药物的使用以及酗酒等因素有关;儿童鼻出血多见于鼻腔干燥、变态反应、鼻腔异物、血液系统疾病、肾脏疾病以及饮食偏食等。

三、诊断

1. 临床表现:多为单侧鼻腔出血,如由全身因素引起者,亦可双侧出血。出血剧烈或鼻腔后部的出血常表现为口鼻同时流血或双侧流血。血块大量

凝集于鼻腔可导致鼻塞症状。咽入大量血液可出现恶心、呕吐,需要与咯血、呕血进行鉴别。成人急性失血量达 500 ml 时,多有头昏、口渴等症状,失血量达到 1 000 ml 时可出现血压下降、心率加快等休克前期症状。

表 1 常见鼻出血的原因

局部因素	全身因素
创伤(包括手术创伤)	凝血功能障碍(血液系统疾病、肝脏或肾脏功能障碍、非甾体类抗炎药物使用、酗酒等)
鼻腔鼻窦炎症	心血管疾病
鼻中隔病变	急性传染病
鼻部肿瘤	内分泌疾病
解剖变异	遗传性出血性毛细血管扩张症
血管畸形	

2. 检查:目的在于查明出血原因和确定出血部位。

(1)前鼻镜检查:多能发现鼻腔前部的出血点。

(2)鼻内镜检查:用于明确鼻腔后部或隐匿部位的出血。应特别注意检查下鼻道穹隆顶部(图1)、中鼻道后上部(图2)、嗅裂鼻中隔部(图3)和蝶筛隐窝等区域(图4)^[7]。

(3)数字减影血管造影术(digital subtraction

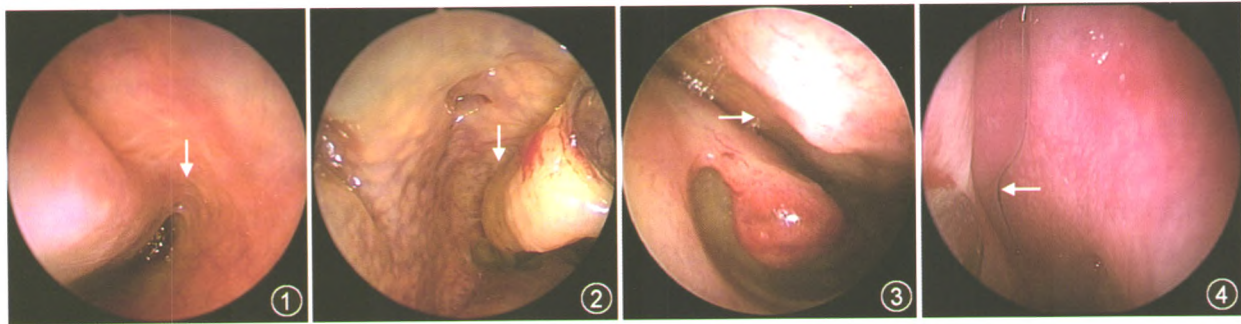


图 1 下鼻道穹隆顶部(↑) 图 2 中鼻道后上部(↑) 图 3 嗅裂鼻中隔部(↑) 图 4 蝶筛隐窝区域(↑)

DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1673-0860. 2015. 04. 001

通信作者:杨大章,中日友好医院耳鼻咽喉头颈外科,邮政编码:100029,Email: yangdazhang2000@ aliyun. com;张秋航,首都医科大学宣武医院耳鼻咽喉头颈外科,邮政编码:100053,Email: zhangqiuhan@ 163. com

angiography, DSA):对头颅外伤所致的鼻腔大出血,应高度警惕颈内动脉破裂、颈内动脉假性动脉瘤、颈内动脉海绵窦瘘等可能,行 DSA 有助于明确诊断^[8]。

(4)其他检查:血常规、出血和凝血功能、肝肾功能、心电图、血压监测以及鼻部 CT 和/或 MRI 等检查。

四、治疗

治疗原则包括生命体征的维护、选择恰当的止血方法以及针对出血原因进行治疗。同时应根据患者处于出血期或间歇期以及是否具备内镜诊疗的条件进行相应的处理。鼻出血的处理流程见图 5。

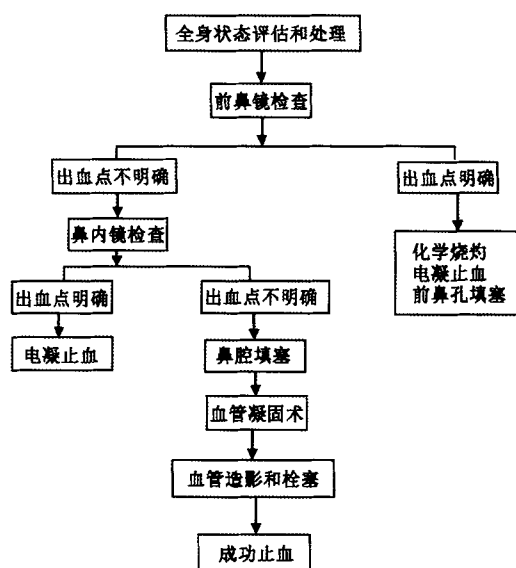


图 5 鼻出血的处理流程

在出血期,经前鼻镜或鼻内镜检查出血点明确,应采取电凝止血;如果不具备内镜诊疗条件,建议采用指压止血法或鼻腔填塞止血,危重患者,应在保证患者生命体征安全的情况下,必要时转上级医院进一步诊治。若鼻出血处于间歇期,应行鼻内镜探查,明确出血部位,切忌盲目施行鼻腔填塞。

(一)局部治疗

首先取出鼻腔内填塞物及血凝块,以 1% 丁卡因(含减充血剂)棉片收缩、麻醉鼻腔黏膜,详细检查鼻腔及鼻咽部,根据出血部位或出血状况选择合理的止血方法^[1-5]。

1. 指压止血法:适用于鼻腔前部的出血,尤其是儿童和青少年。方法:患者取坐位、头部略前倾,用手指按压出血侧鼻翼或捏紧双侧鼻翼 10 ~ 15 min,同时令患者吐出口内血液,避免误咽。

2. 电凝止血法:适用于出血点明确的患者。注意电凝功率不宜过大,一般双极电凝 < 10 w、单极电凝 < 25 w。在出血剧烈的情况下,直接烧灼出血点不仅止血困难,且持续烧灼可导致局部组织过度损伤,建议先用减充血剂棉片局部压迫止血,或先在出血点周围烧灼,待出血停止或血流减缓后再封闭血管断端。位于鼻中隔的出血,应避免同时处理相同部位的两侧黏膜,以防造成鼻中隔穿孔。

3. 鼻腔填塞术:包括前鼻孔填塞术和后鼻孔填塞术。

(1)前鼻孔填塞术:适用于内镜检查出血部位不明或无内镜诊疗条件的应急止血,以及全身疾病引起的弥漫性出血。采用无菌凡士林纱条、高分子膨胀海绵、可吸收止血材料及气囊或水球囊等材料,填塞 24 ~ 48 h 取出。填塞期间酌情使用抗菌药物。

(2)后鼻孔填塞术:适用于前鼻孔填塞无效者。填塞物一般应在 3 d 内取出。因该法有可能引起鼻中隔溃疡穿孔、鼻-鼻窦炎、中耳炎以及低氧高碳酸血症等并发症,故应严格掌握适应证或采取以下替代疗法。填塞期间应使用抗菌药物。

4. 血管凝固(结扎)术:经内镜检查出血部位不明或经鼻腔填塞后出血仍不能控制时,应根据鼻腔血管分布和可疑出血部位考虑进行相应的血管电凝(结扎)术。包括:蝶腭动脉、筛前动脉、筛后动脉、颈外动脉凝固(结扎)术等。

(1)经鼻内镜蝶腭动脉凝固术:适用于顽固、严重的鼻腔后部出血。患者取仰卧位,局部或全身麻醉后,以 1% 丁卡因(含减充血剂)棉片麻醉收缩鼻腔黏膜,将下鼻甲及中鼻甲分别向外侧及内侧骨折移位,充分显露中鼻甲后端和中鼻道。用针状电刀在中鼻甲尾部外侧 1 cm 黏膜处做一弧形切口。然后用吸引器剥离沿腭骨垂直板表面向内侧分离黏骨膜瓣,暴露腭骨垂直板上部及蝶腭切迹,即可在蝶腭孔上方确认蝶腭动脉,用电凝器将血管凝固并切断^[6]。

(2)经鼻内镜筛前动脉、筛后动脉凝固术:主要适用于鼻腔上部及筛窦外伤性鼻出血,或经蝶腭动脉凝固术及上颌动脉栓塞后仍有出血者。方法:开放前组筛窦,暴露额隐窝,在额隐窝后方可见筛前动脉横跨筛顶。如果筛前动脉血管缺损,即可用双极电凝直接烧灼。如果筛前动脉血管无缺损,应先暴露血管外侧端,用剥离器紧邻血管处将纸样板骨折,然后分离去除筛前动脉周围骨片,充分暴露血管,电凝烧灼。注意勿将血管切断,以防其回缩至眶内造

成眶内血肿^[2]。必要时沿筛顶向后约 10 mm 处,暴露并凝固筛后动脉。

(3) 颈外动脉结扎术: 鼻腔鼻窦、鼻咽部肿瘤或放疗后的严重出血, 在不具备血管栓塞介入治疗的条件下, 可考虑颈外动脉结扎。

5. 血管栓塞术: 适用于上述方法不能控制的严重鼻出血或头颅外伤所致的严重鼻出血。通过 DSA, 对出血责任血管定位、栓塞治疗^[1-5]。

(二) 全身治疗

1. 维持生命体征: 严重的鼻出血应注意监测血压、心率, 必要时予以补液, 维持生命体征平稳。当血容量减少导致血红蛋白低于 70 g/L 时, 需要考虑输血^[4]。如出现失血性休克, 应及时进行抗休克治疗等急救处理。

2. 镇静剂: 有助于缓解患者紧张情绪, 减少出血。

3. 止血剂: 仅适用于凝血功能障碍导致的黏膜弥漫性出血。动脉性出血不建议应用。

4. 针对病因治疗: 如有明确的出血原因, 应选择适合的治疗措施, 积极治疗原发病。

(三) 几种特殊鼻出血的处理

1. 头颅外伤所致的严重鼻出血: 应高度警惕颈内动脉破裂、颈内动脉假性动脉瘤和颈内动脉海绵窦瘘的可能, 与神经外科或血管外科协作, 进行相应的介入治疗^[4]。

2. 遗传性出血性毛细血管扩张症: 该病属于常染色体显性遗传病, 导致血管壁脆弱和血管畸形。治疗包括鼻腔填塞、凝固止血、鼻中隔植皮、抗纤溶治疗、全身或局部应用雌激素治疗等。无效者可以选择永久性封闭前鼻孔。

3. 鼻腔、鼻咽部肿瘤及放疗后出血: 可选用鼻腔填塞术或血管栓塞术。

4. 凝血功能障碍所致鼻出血: 建议应用可吸收性止血材料填塞止血, 同时治疗原发病。

参与讨论专家(按姓氏笔画排序):

马有祥 马瑞霞 王洪田 王荣光 王振霖 王德云
王德辉 文卫平 史剑波 乔 莉 刘剑锋 刘 钢
吕 威 孙敬武 许 庚 张 罗 张 华 张 剑
张秋航 时光刚 李华斌 李学忠 李 娜 杨大章
陈 雷 周 兵 郑 艳 赵长青 陶泽璋 喻国冻
程 雷 董 震 韩东一 韩德民 魏永祥 魏均民
执笔专家: 杨大章 张秋航

参 考 文 献

- [1] Swift AC, Bleier BS, Bhala RK, et al. Epistaxis: etiology, investigations and management//DW Kennedy, PH Hwang. Rhinology: Diseases of the Nose, Sinuses, and Skull Base[M]. New York: Thieme, 2012: 507-526.
- [2] Melia L, McGarry GW. Epistaxis: update on management[J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2011, 19(1): 30-35.
- [3] Jones NS, Simmen DB. Epistaxis (2010)//PW Flint, BH Haughey, VJ Lund, et al. Cummings Otolaryngology head and neck surgery. 5th ed[M]. New York: Mosby, 2010: 682-693.
- [4] Castelnovo P, Pistochini PA, Palma P. Epistaxis//M Anniko, M Bernal-Sprekelsen, V Bonkowsky, et al. European Manual of Medicine Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery [M]. Berlin: Springer, 2010: 205-208.
- [5] McGarry GW. Epistaxis//MJ Gleeson, RC Clarke. Scott-Brown's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. 7th ed [M]. Boca Raton, CRC Press, 2008: 1596-1608.
- [6] Snyderman CH, Goldman SA, Carrau RL, et al. Endoscopic sphenopalatine artery ligation is an effective method of treatment for posterior epistaxis [J]. Am J Rhinol, 1999, 13 (2): 137-140.
- [7] 杨大章, 程靖宁, 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.
- [8] 时光刚, 姚寿国, 王昭迪, 等. 创伤性迟发性鼻出血与假性动脉瘤关系的临床研究[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 43(6): 414-418.

(收稿日期: 2015-03-06)

(本文编辑: 房玉新)

欢迎关注中华耳鼻咽喉头颈外科杂志微信公众平台



中华耳鼻咽喉头颈外科杂志