

颈外动脉结扎术治疗顽固性鼻出血 24 例报告

金 新,王君影,顾东生,万兰兰

(淮安市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科,江苏 淮安 223300)

[关键词] 顽固性鼻出血;颈外动脉结扎术

[中图分类号] R765.23

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2013)01-146-02

doi:10.7655/NYDXBNS20130133

鼻出血是耳鼻喉科常见的症状之一,原因可分局部因素及全身因素,鼻出血多为单侧,亦可为双侧。可间歇反复出血,亦可为持续性出血。出血量多少不一,轻者仅为涕中带血,重者可引起失血性休克。一般通过对症处理及填塞等方法可以治愈,但少数患者可能因为出血部位隐蔽,出血量大,鼻腔多次填塞等原因转化为顽固性鼻出血,亦称为难治性鼻出血或严重鼻出血。2002年1月~2010年12月淮安市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科共收治24例顽固性鼻出血,采用了颈外动脉结扎术的止血方法,获得满意疗效,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

24例患者,男16例,女8例,年龄12~72岁,中位年龄32岁。左壁14例,右壁10例。出血的主要原因:外伤16例,凝血功能障碍3例,高血压2例,鼻腔术后2例,肿瘤1例。所有病例均为已行反复前和(或)后鼻孔填塞、激光、微波、冷冻等治疗而未愈。

1.2 方法

患者取仰卧位,术侧肩下垫枕,头后仰并略偏向对侧,局部浸润麻醉,以舌骨大角为中心,沿胸锁乳突肌前缘作一长约6cm的斜行切口,切开皮肤及皮下组织牵开颈外浅静脉,沿切口切开颈浅筋及颈阔肌,暴露胸锁乳突肌前缘,用拉钩将其向后牵开,即可看到颈内静脉,将其与胸锁乳突肌一道向后牵开,在舌骨大角高度,以手指摸清颈动脉的搏动后,于该处用钝性分离法纵行分开颈动脉鞘,暴露颈动脉分叉、颈外动脉、甲状腺上动脉和舌动脉。在颈动脉表面,有时可看到舌下神经或其降支,应将其牵开,妥加保护,用钝性分离法小心谨慎将甲状腺上动脉和舌动脉的起始部位及其上下一段颈动脉沿圆周的管

壁暴露(注意分开位于其后方的迷走神经),用动脉钩或小弯血管钳在甲状腺上动脉与舌动脉之间绕过颈外动脉内侧壁,用7号丝线将颈外动脉双重结扎,但不切断,逐层缝合切口勿留空隙,适当加压包扎。

2 结果

24例患者手术后鼻出血停止,治疗效果满意,术后6~10d出院,随访6~12个月未复发。

3 讨论

顽固性鼻出血亦称为难治性鼻出血或严重鼻出血,之所以称之为难治性鼻出血,多由于此类患者已经过常规的鼻止血方法治疗而无疗效,究其原因有多种,可为外伤、凝血功能障碍、肿瘤、高血压及其他不明确的原因,甚至多种原因合并存在,本组24例患者中,外伤16例,其中伴有同侧上颌骨不同程度的骨折10例。

颈动脉在相当于甲状软骨上缘水平分成颈内动脉和颈外动脉两支。两支的分叉处高低可有很大差异,高者可至舌骨平面,低者相当于甲状软骨中点平面。分叉处77%高于甲状软骨上缘^[1],颈外动脉从颈总动脉分出后,开始位居颈内动脉内侧,继则绕过其前方而居其前外侧。颈外动脉位于颈动脉三角中,与颈内静脉、迷走神经共同被包于颈动脉鞘内。颈动脉三角的前上界为二腹肌后腹,前下界为肩胛舌骨肌上腹,后界为胸锁乳突肌前缘。颈外动脉的起始部刚好从胸锁乳突肌前缘露出,向上渐离开此前缘而贴紧舌骨大角和下颌下腺的包膜,在二腹肌后腹和茎突舌骨肌下方向上前行入深部而离开颈动脉三角。在翼腭窝内分出蝶腭动脉、眶下动脉和腭大动脉,其中蝶腭动脉是鼻腔的主要供血动脉。蝶腭动脉经蝶

(下转第148页)

支架缓解梗阻后可以行腹腔镜治疗^[3]。

影响操作成功率及临床成功率的原因主要有:

①器材的选择,所选导丝难以通过梗阻部位及支架推进器材料过硬,故可选用柔顺的支架推进器及弹性较好的导丝;②梗阻相关因素,如梗阻的部位、长度及梗阻程度等;③操作者的经验丰富与否。

肠道穿孔是结直肠支架置入术最严重的并发症,发生率4.9%~5.0%^[4],故需选用柔顺的支架推进器及弹性较好的导丝。支架置入术中勿反复操作导丝,避免内镜穿过狭窄部。支架置入前后行放疗或者放置肠道支架位置较偏也易发生肠穿孔^[5]。其次是支架移位,发生率2.13%~11.00%^[4],支架需根据患者肠腔狭窄情况选择适合管径及硬度的支架^[6],且需覆盖梗阻的整个长度并超出近端及远端的正常结肠2cm以上。支架置入成功后需嘱患者卧床休息,避免活动,24h后可取坐位或立位。再次梗阻发生率2.13%~12.00%^[4-5],主要见于姑息性治疗患者,原因多为肿瘤生长及粪块堵塞等。支架置入导致的出血发生率5%,一般量较少。术前应注意检查凝血功能,术中予氩离子凝固术凝固、去甲肾上腺素盐水冲洗创面,术后嘱患者进食流质,保持大便通畅质软,一般保守治疗便能停止出血。腹痛、里急后重主要发生在低位直肠支架的病例。内镜联合X线行支架置入与单纯内镜下手术相比,定位准确。选择合适

类型和直径的支架,术中仔细认真,避免粗暴操作,可以减少并发症的发生^[7]。

[参考文献]

[1] Spinelli P, Dal Fante M, Mancini A. Self-expanding mesh stent for endoscopic palliation of obstructing tumors: a preliminary report[J]. Surg Endosc, 1992, 6(2): 72-74

[2] Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction[J]. J Visc Surg, 2012, 149(1): 3-10

[3] Cheung HY, Chung CC, Tsang WW, et al. Endolaparoscopic approach vs conventional open surgery in the treatment of obstructing left-sided colon cancer[J]. Arch Surg, 2009, 144(12): 1127-1132

[4] Sebastian S, Johnston S, Geoghegan T, et al. Pooled analysis of the efficacy and safety of self expanding metal stenting in malignant colorectal obstruction[J]. Am J Gastroenterol, 2004, 99(10): 2051-2057

[5] Datye A, Hersh J. Colonic perforation after stent placement for malignant colorectal obstruction: causes and contributing factors [J]. Minim Invasive Ther Allied Technol, 2011, 20(3): 133-140

[6] 丁霞芬, 施瑞华, 于莲珍, 等. 内镜引导下置放可回收支架治疗食管癌术后良性吻合口狭窄的护理[J]. 南京医科大学学报: 自然科学版, 2008, 28(1): 133-134

[7] Baron TH. Colonic stenting: a palliative measure only or a bridge to surgery? [J]. Endoscopy, 2010, 42(2): 163-168

[收稿日期] 2012-10-10

(上接第146页)

腭孔进入鼻腔,分成内侧支和外侧支。外侧支分成鼻后外侧动脉,进而分成下鼻甲支、中鼻甲支和上鼻甲支,供应鼻腔外侧壁后部、下部和鼻腔底。内侧支(鼻腭动脉),经蝶窦开口的前下方分成鼻后中隔动脉,分布于鼻中隔后部和下部。来自颈内动脉的筛前动脉、筛后动脉与来自颈外动脉的上唇动脉和腭大动脉在鼻中隔前下部黏膜下相互吻合,形成动脉丛,称为利特尔动脉丛,是鼻出血的最常见部位。因此,颈外动脉结扎术可有效治疗其相应供血部位的顽固性鼻出血。极少数不能很好止血,可能是来自颈内动脉系统的出血而要结扎筛前动脉,也可能存在血管异常,情况复杂,需做血管造影定位。

结扎颈外动脉的部位多选择在甲状腺上动脉与舌动脉之间。其理由是:①甲状腺上动脉与下动脉之间有许多吻合支。若在甲状腺上动脉下方结扎,血液仍可

经甲状腺下动脉→吻合支→甲状腺上动脉→颈外动脉,达不到止血目的;②在甲状腺上动脉上方结扎,颈外动脉血流继续进入甲状腺上动脉,在颈外动脉近心端不易形成血栓,无血栓脱落进入颈内动脉之虞。

误结扎颈内动脉是最严重的手术并发症。因此失误可引起脑供血不足,导致对侧偏瘫,甚或脑软化而死亡。如能掌握颈内、外动脉的解剖特点,手术时小心从事,则完全可避免之。在结扎前可试行暂时阻断颈外动脉,触颞浅动脉或面动脉的搏动,如搏动消失则证明是颈外动脉。随着数字减影血管造影在临床的日益普及,血管栓塞法治疗鼻出血的适应证越来越广,有条件的情况下可以采取此法进行止血。

[参考文献]

[1] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 130

[收稿日期] 2012-02-13