

# 严重鼻出血的血管栓塞治疗

李添应<sup>①</sup>苏振忠<sup>①</sup>余达德<sup>1</sup> 陈伟<sup>1</sup> 陈锡辉<sup>2</sup>

(1 中山医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科; 2 放射科; 广州, 510080)

**提 要** 应用数字减影血管造影术和动脉栓塞术成功治愈 4 例严重鼻出血病人。作者认为用此方法治疗来自颌内动脉和颈内动脉的严重鼻出血是安全和有效的。

**主题词** 鼻出血/外科学; 血管造影术, 数字减影; 栓塞, 治疗性

**中图分类号** R 756.23

严重鼻出血是临床少见的病症,如处理不当或不及时,可危及生命。作者在 1987~1995 年间,应用数字减影血管造影术(digital subtraction angiography, DSA)和动脉内栓塞诊治严重鼻出血 4 例,取得良好疗效,现报告如下。

## 1 病例资料

**例 1** 男,51 岁。因反复大量鼻出血 6 d,于 1995 年 5 月 18 日转入我院。发病后,经多次前后鼻孔填塞未能止血。出血量约 1 200~1 500 mL,输血 600 mL。鼻部 CT 检查为双上颌窦炎症。DSA 检查见右侧面动脉末段分支的翼支末梢增粗及紊乱,动脉造影后期有造影剂染色的团块状毛细血管。右侧颌内动脉较为粗大,其腭降动脉较为模糊、增粗、形态不自然。提示右面动脉及颌内动脉末级分支形态异常。遂将导管超选择送到面动脉及颌内动脉深支,并用明胶海绵颗粒栓塞。术后诉有轻度头痛,2 d 后症状消失,未见其它并发症。12 d 病愈出院。

**例 2** 男,26 岁。因车祸致头面部外伤后反复鼻出血 18 d,外院 CT 检查为右额叶脑

挫裂伤,左额少量硬脑膜外血肿,筛窦和蝶窦积血,提示前颅底骨折。1 周后患者突然双鼻腔喷射状出血,其量约 2 500~3 000 mL。经双鼻腔气囊压迫填塞暂时控制止血,随后又 4 次活动性出血,即行右颈外动脉结扎。术后第 4 天取出鼻腔填塞物又先后 2 次大出血,约 2 000 mL,共输血 5 000 mL。于 1995 年 8 月 15 日转入本院,因再次大出血,即输血 1 200 mL。4 d 后 DSA 检查见左颌下动脉的眶下动脉及左咽升动脉增粗迂曲。将导管送至这 2 条动脉处,用明胶海绵颗粒栓塞。术后拔除鼻腔鼻咽填塞物,无活动性出血及其它并发症,术后 21d 病愈出院。

**例 3** 男,27 岁。因车祸致重型颅脑外伤 4 个月,入院前 2 个月来反复鼻出血,于 1993 年 10 月 11 日入院。入院时检查见左鼻嗅沟有血凝块,试图清理时大出血,出血量约 2 500 mL。病人出现昏迷,呼吸短促,血压及脉搏测不到等。经前后鼻孔填塞、气管内插管、输氧、输液、输血等抢救,血压回升,左眼眶处可闻与脉搏一致的血管杂音。2 d 后出现左侧肢体轻瘫。头颅 CT 检查显示蝶窦处有长圆形软组织影,考虑为蝶窦海绵窦假性动脉瘤,蝶鞍骨折。DSA 检查见海绵窦瘵位

① 第一作者,李添应,1949 年出生,男,副教授;苏振忠,1945 年出生,男,副教授

于床窦段,并经海绵窦向右侧分流,造影确认瘘口后,用3个0.8 cm直径钢圈闭塞左侧颈内动脉<sup>[1]</sup>。术后7 d拔除填塞物,无鼻出血,但有少量脑脊液漏。术后17 d痊愈出院,肢体活动好,1个月后脑脊液漏愈,但左眼失明。

**例4** 女,26岁,因右鼻反复出血1个月,于1987年9月6日入院。患者于入院1个月前不慎从3 m多高处跌下撞击头部,当时有昏迷,伤后有呕吐和右鼻出血。出血时伴有右眼视力下降,出血停止后视力可恢复。头颅CT检查见蝶窦及右侧筛窦积血,考虑有颅底骨折征。入院后全麻下行右侧筛前动脉和筛后动脉结扎以止血,未能奏效,再行筛窦探查,术中见后组筛窦有血块样肿块,肿块突然破裂大量涌血,经用肌肉组织和纱条压迫,暂时止血,结束手术。但术后不能拔除填塞物,右眼视力下降呈持续性,提示出血病因尚未明确。住院期间共输血3 300 mL。后经颈内动脉造影,见右侧颈内动脉C3段动脉瘤向蝶窦突入约2 cm,蒂部细。确诊后在DSA的条件下,用可脱性气囊栓塞右侧颈动脉C3段破裂部。术后可拔除填塞物,鼻出血止。术后17 d出院,右眼视力丧失未能恢复。

## 2 治疗分析与讨论

### 2.1 血管栓塞的优点

鼻出血是耳鼻喉科常见急症,其原因复杂。一般性的鼻出血经前后鼻孔填塞、冷冻、激光等常规处理,多能控制出血,但这些方法对危及生命的严重鼻出血常不能奏效,须行动脉结扎或血管栓塞<sup>[1,2]</sup>。自从1974年Sokoloff<sup>[3]</sup>等用血管栓塞术治疗2例难控制的鼻出血获得成功以来,临床应用常规血管造影技术于诊治鼻出血成功的国内外的文献报道增多,尤其在80年代以来,DSA的发展使这项技术在临床应用更具前景。在DSA的条件下,血管内栓塞治疗有如下优点<sup>[3~5]</sup>:(1)在造影直视下看清鼻出血的部位,并能直

接进行栓塞治疗;(2)只需局麻,操作简单方便;(3)栓塞后能立即除去前后鼻孔填塞物,免除患者痛苦;(4)在行动脉结扎失败后仍可作为治疗严重鼻出血的一种方法。本组病例资料亦证明了这一点。本组病例经随访2个月至8年无再出血。

### 2.2 栓塞部位的确定

本组例3、4的治疗经验表明,及时脑血管造影有助于确定损伤部位,并用永久性的栓塞剂(可脱性气囊、不锈钢圈等)堵塞血管破裂部,其疗效是确实可靠的。颅底、鼻窦骨折并有难治性的鼻出血临床较少见。损伤颈内动脉颅内段形成假性动脉瘤是一种特殊的类型,假性动脉瘤破裂鼻出血的临床表现为有长短不一的外伤的潜伏期,出血呈喷射状,短期内大量出血常造成失血性的险情。这种情况下DSA及时确定出血部位尤为重要。血管造影未能确定出血部位的患者(例1、2),栓塞部位可以根据鼻腔的血液供应、吻合支及其中某些异常表现(增粗、迂曲等)来选择,临床疗效同样良好。

### 2.3 血管栓塞的禁忌症

复习文献,栓塞治疗的禁忌症是:(1)存在有危险的血管吻合支;(2)出血来自自动脉的筛动脉,因栓塞可致盲;(3)有严重的动脉粥样硬化性疾病;(4)造影剂过敏者不宜行血管造影术。

(本组病例救治中,得到珠江医院和广东陆军医院放射科、脑外科以及本院脑外科的大力协助,特此致谢)

## 参 考 文 献

- 1 李添应,余达德,邓世南.鼻衄(附270例分析).新医学,1990,21(5):249
- 2 邬树兰.蝶窦假性动脉瘤并发严重鼻出血1例.临床耳鼻咽喉科杂志,1994,8(6):358
- 3 Sokoloff J, Wickbom I, McDonald D, et al. Therapeutic percutaneous embolization in intractable epistaxis. Radiology, 1974, 11: 285
- 4 S trutz J, Schumacher M. Uncontrollable

epistaxis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1990,116: 697

epistaxis: an analysis of 31 cases. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1993,119:837

- 5 Siniluoto T, Leinonen A, Karttunen AI, *et al.*  
Embolization for the treatment of posterior

(1995-10-13 收稿 1996-05-02 修回)

## ANSARTER EMBOLIZATION TO TREAT SEVERE EPISTAXIS

Li Tianying Su Zhenzhong Yu dade Chen Wei Chen Xihui

(Department of Otolaryngology, First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen  
University of Medical Sciences, Guangzhou, 510080)

Four cases of severe epistaxis were successfully treated with digital subtraction angiography and transarterial embolization. The authors regard that it is a safe and effective method in treating severe epistaxis from internal maxillary artery and internal carotid artery.

**Subject headings** epistaxis/surgery; angiography, digital subtraction; embolization, therapeutic

---

· 学 讯 ·

本刊与研究生处决定于1997年4月之前出版一期研究生论文专辑,望有关人员做好准备。

(本刊编辑部)