

鼻出血 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/307/2021\\_2022\\_\\_E9\\_BC\\_BB\\_E5\\_87\\_BA\\_E8\\_A1\\_80\\_c22\\_307751.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E9_BC_BB_E5_87_BA_E8_A1_80_c22_307751.htm) 名称鼻出血所属科室耳鼻喉科病因鼻粘膜内有丰富的血管床，又与外界直接接触，故引起鼻出血的原因很多，为叙述方便，现分局部原因和全身原因两类予以介绍：一.局部原因 1.鼻粘膜溃疡、糜烂 常见于鼻中隔前下区（Little区），多由慢性炎症引起。化学性气体、高温、干燥空气皆可成为诱因。此外，鼻中隔棘突或矩状突、鼻中隔穿孔、萎缩性鼻炎，也可引起局部鼻粘膜溃疡形成而导致出血。 2.鼻、鼻窦的急性感染。 3.外伤 鼻外伤发生鼻腔粘膜撕裂，可引起鼻出血。鼻额筛眶复合体外伤骨折常并发筛前动脉破裂，可引起鼻腔上部出血。颅底骨折可致颈内动脉破裂，形成外伤性假动脉瘤，经蝶窦发生严重鼻衄。前颅窝骨折若有大脑前动脉破裂，可引起鼻腔顶部筛骨水平板处出血。 4.肿瘤 肿瘤所致鼻出血多系肿瘤本身表面溃烂引起，出血程度因肿瘤性质而异。恶性肿瘤晚期侵犯大血管时可发生致命性鼻出血。（1）良性肿瘤 出敌国最严重的是鼻咽纤维血管瘤，多发生于男性青年。其次为出血性鼻息肉。鼻腔和鼻窦的毛细血管瘤出血也较多见。（2）恶性肿瘤 如鼻咽瘤、原发于鼻腔和鼻窦的腺癌、鳞状上皮癌、黑色素瘤、肉瘤等，早期可能仅为涕中带血或血性鼻涕，损伤较大血管时可发生严重鼻出血。二.全身原因 1.头颈部静脉压力增高 见于慢性支气管炎、肺气肿、肺原性心脏病、充血性心力衰竭等病。患者咳嗽时，头颈部静脉压力升高，易使下鼻道后端的Woodruff静脉丛怒张破裂而发生出血。有时老年患者便秘用力也可引起鼻出血。 2.血管壁脆性增加 见于动脉硬化

、维生素C、K等的缺乏。偏食引起维生素和某些稀有元素缺乏是小儿鼻衄的常见原因。此外，慢性胃肠疾病、肝病，皆可造成维生素缺乏。

3.遗传性毛细血管扩张症（Osler病）患者末梢小动脉与小静脉之间的内皮细胞连接处缺乏弹力纤维而不规则扩张，最易出血的部分是鼻中隔前部血管丛处。

4.血液凝血机制障碍 凡影响凝血机制的血液病皆可引起鼻衄，有时鼻衄可为这些疾病的首发症状。常见者有再生障碍性贫血、白血病、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、血友病等。血液病性鼻衄的特点是出血部位广泛，常波及周身粘膜和皮肤，鼻衄有长期性和反复性。此外，肝病因妨碍凝血酶原和纤维蛋白的合成也可发生鼻衄。

5.其他 风湿热、急性高热性传染病（如伤寒、回归热）、甲状腺功能亢进、月经期鼻出血等。久服大量非类固醇抗炎药物如阿斯匹林、消炎痛，由于影响花生四烯醇代谢，妨碍血栓素（thromboxane）的形成，也可发生鼻衄。

6.气压急速变化 如飞行、潜水或高原性反应，也可引起鼻衄。

诊断对鼻出血患者，应进行全面、精确检查，这关系到以后的治疗效果。

1.访问病史 鼻出血严重者就诊是往往双侧皆有血迹，通过病史询问了解首先出血的一侧，该侧即为出血鼻腔，对以往主要相关疾病的了解也属必要。

2.迅速找出血位置 以含有0.1%肾上腺素棉片放于出血鼻腔内，一分钟后取出，在鼻腔下寻找出血部位。

（1）鼻中隔前下方 该处鼻粘膜内有来自筛前动脉、鼻腭动脉、上唇动脉的分支，在粘膜浅层互相吻合成网状。该处称为Kiesselbach区或Little区，是常见的出血部位。

（2）鼻中隔前端底部 若该处有搏动性出血，可用手指压迫该侧上唇。假如出血减少或停止，表示上唇动脉鼻中隔支破裂，治疗时须考虑上唇动

脉结扎术。（3）鼻腔顶部 头面部外伤时应注重鼻腔顶部检查，血液自鼻腔顶部下流，提示筛前动脉破裂。筛前动脉在筛窦气房中走行，筛窦骨折时可发生严重出血。（4）如头部外伤数日后发生严重鼻出血，应检查患者视力、眼肌功能，警惕中颅窝骨折、颈内动脉破裂形成的假性动脉瘤。颈内假性动脉瘤的诊断依据： 头部外伤史。 视力减退或失明。 动眼神经麻痹。 经潜伏期后有大量鼻出血。 颅内血管杂音。 颅内血管造影。（5）鼻内窥镜检查 如出血发生在鼻中隔偏曲后方、鼻中隔后缘、中鼻甲后方、下鼻甲前后端及鼻底、鼻壁，可借助鼻内窥镜发现确切的出血部位。3. 如时间答应，应行鼻窦X丝照片。4. 严重鼻出血者，应迅速了解其全身状况。（1）体温、脉搏、心脏、血压和血常规化验。（2）观察周身皮肤、眼结膜、口腔粘膜等处有无出血或瘀斑，明确有无血液疾病。（3）对意识不清的鼻出血患者，须观察有无频繁的吞咽动作，必须行口咽部检查，以判定鼻出血是否继续进行而经咽部流入胃部。治疗鼻出血的治疗原则应是“”，即首先尽快把血止住，然后施以病因治疗。从治疗方面考虑，鼻出血可分为小量出血、突发性严重出血两大类。一. 小量出血 对这类鼻衄应首先查明出血点。由于出血量小，答应有充分时间仔细寻找出血点。用一般鼻镜发现出血部位后，治疗方法如下：1. 烧灼法 出血部鼻粘膜表面麻醉，在该部点涂50%硝酸银或三氯醋酸，利用其蛋白凝固作用使破裂的小血管封闭。也可电灼该部，或者应用激光或冷冻治疗。2. 粘膜下剥离 对于鼻中隔前部粘膜出血点反复出血的病例，可采用此法。操作方法与常规鼻中隔粘膜下切除术相同，如有偏曲的鼻中隔软骨应予切除，剥离范围应

稍广些。Narwla (1987) 根据一组资料研究后认为，此法优于结扎动脉，之所以有效，可能是由于一些病例实际上有鼻中隔偏曲，或者充分破坏了粘膜下血管网之故。

3. 瘢痕形成法 鼻粘膜表面麻醉，用眼科三角刀在鼻中隔易出血区做三条切口，长1~1.5cm，切开粘膜，割断扩张的毛细胞血管，切口两侧做1~2mm宽的粘膜下剥离，压迫24小时。

4. 鼻内窥镜下电灼术 用前鼻镜检查难以发现出血点时，可进行鼻内窥镜检查，以发现鼻后部出血部位，如鼻中隔后部、下鼻道后外侧壁、鼻底后部和中鼻道等处。在内窥镜下引入电灼器头进行烧灼，也可经光导纤维导入激光烧灼。由于CO<sub>2</sub>和YAG激光易引起较大面积烧伤，故以KTP激光较为合适。应先烧灼出血点四周，最后再在血管断端处烧灼。

二. 突发性严重出血 此型鼻衄多来势凶猛，迅速止血甚为重要，然后再进一步查找病因进行治疗。止血措施主要有：

1. 前鼻孔鼻腔填塞法 这是治疗严重鼻衄的首选措施。填塞物为无菌凡士林纱条，填压时应预先置一硬塑鼻导管，以维持起码的鼻通气，双侧鼻填塞时尤为重要。鼻填塞时间一般为24小时，到时可一次或分次取出，以免发生鼻窦或中耳并发症。如需填塞物留置数天甚至一周，填塞物中应加入抗生素粉，也可应用碘仿纱条。凡士林纱条填塞患者痛苦较大，现有改良方法如下：

(1) 止血套填塞法 将涂有油剂的指套或橡皮套先置于鼻腔，然后以纱条作套内填塞。

(2) 气囊压迫止血法 将附有通气管的橡皮膜或硅胶膜气囊置于鼻腔出血部位，套内注气使其扩张以压迫止血，且借通气管维持鼻呼吸。

2. 鼻后孔填塞法 若出血侧鼻腔经前鼻孔填塞后仍有血流入咽部或由对侧鼻孔涌出者，提示出血部位在鼻腔后部，此时应行后鼻孔填塞。后

鼻孔填塞物不可留置过久，一般应于24~36小时内取出，否则易引起多种并发症，严重者可致颅底骨髓炎、脑膜炎等，故后鼻孔填塞尤应注重防止感染。主要填塞物是锥形纱球。现多主张改用带通气管的气囊压迫，不仅可明显减轻患者痛苦，而且能大大降低并发症的发生。先用表面麻醉剂喷患侧鼻腔和咽部，取细导尿管由前鼻孔插入鼻腔，沿鼻底经后鼻孔而至口咽部，将其首端用止血钳拉出口外，尾端则留于前鼻孔外。再将事前预备好的无菌凡士林油纱球（锥形纱球，稍粗于大拇指头）取双线系于导尿管前端，将导尿管尾端从前鼻孔向回拉，纱球即由口腔向后停留于咽部，此时速用止血钳将纱球向后上推入鼻咽部，并同时将鼻孔处的导尿管尾端向外拉紧，使纱球堵塞于患侧后鼻孔。前鼻孔露出的双丝线不可放松，继续进行前鼻填塞，再于前鼻孔放一干纱球，将双丝线在纱布球上打结，使后鼻填塞的纱球不致向下滑脱。将纱球上垂于咽部的双线从口腔引至颊部，用胶布固定，留作两天后取出纱球时向下牵引之用。对于突发性鼻衄，若用多次填塞势必损伤鼻粘膜，以致出血日趋加重。此是可应用可吸收性填塞物，一次填塞后不再取出更换，一周后填塞物即在鼻腔内液化吸收或自行排出。此类物质为明胶海绵、氧化纤维素、纤维蛋白绵（fibrinfoam）等，使用时先将其浸入凝血剂溶液中，挤出多余液体后填塞于鼻内。鼻腔填塞仍是目前治疗鼻衄的主要方法。前鼻孔填塞成功率在90%以上，前、后鼻孔填塞则在48%~80%之间，Monux（1990）报道322例鼻腔填塞止血成功率为100%。尽管填塞法效果较好，但其并发症也不容忽视，尤其是老年患者和心、肺功能不良者，可出现严重反应如心肌梗塞或死亡，故对此类患者行鼻

腔填塞后，应密切观察心、肺功能及其变化。3.血管阻断术

鼻腔填塞仍不能有效止血者，应行血管阻断术。一般分为血管外治疗和血管治疗。（1）颈外动脉结扎术 鼻腔中鼻甲水平以下血管，系颈外动脉的末梢支，结扎后有一定止血效果。患者仰卧，肩部垫高，头部向对侧，沿胸锁乳突肌前缘行浸润麻醉。以甲状软骨上角为 midpoint，于胸锁乳突肌前缘切开皮肤及皮下组织，将胸锁乳突肌向后牵引，显露颈总动脉及其颈内颈外两个分支，然后向上剥离颈外动脉，暴露其分出的甲状腺上动脉及其上方的舌动脉，将切口内上方的二腹肌后腹和舌下神经向上牵引。在甲状腺上动脉和舌动脉之间用动脉瘤针穿粗丝线绕过颈外动脉并结扎之，此时颞浅动脉应停止搏动，也是判定结扎成功与否的标志。颈动脉畸形可致手术困难，常见的下列四种非凡情况需要妥善处理： 颈总动脉分支处有半数以上是在甲状软骨上缘平面之上。一般切口只能暴露颈总动脉而找不到颈外动脉，切勿将颈总动脉误行结扎。遇此情况应向上延长切口，暴露二腹肌后腹和茎突舌骨肌，用拉钩将腮腺向上牵引，在腮腺深处寻找颈外动脉并结扎之。在剥离和牵引腮腺时注重勿损伤面神经。 甲状腺上动脉有时由颈总动脉直接分出。遇此情况须向上剥离，寻找颈总动脉的分歧处，鉴别颈内动脉和颈外动脉，有舌动脉分出者为颈外动脉，无分支者为颈内动脉，这样可避免误将甲状腺上动脉以上的颈总动脉当作颈外动脉，而错扎了颈总动脉。 颈外动脉有时位于颈内动脉的后方。遇此情况不应单凭走行位置判定孰为颈外孰为颈内，而应严格按照有无分支来判定。只有分清甲状腺上动脉和舌动脉之后方可结扎，以免误扎颈内动脉。 甲状腺上动脉有时缺如，有时与舌

动脉合并为一支。遇此情况只要判定颈总动脉分歧处，即可结扎颈外动脉，而无误扎颈内动脉之虞。在分离颈总动脉分支处时，应于动脉鞘内滴入1%奴佛卡因以防颈动脉窦反射。颈总动脉结扎仅适用于外伤性颈内动脉瘤所致的鼻衄。手术时应避免损伤迷走神经。但颈总动脉结扎究竟会使脑组织的供血量降低，为安全计，最好在结扎前作一适应性试验，即用手指压迫颈总动脉10分钟，观察患者有无脑电图变化及脑神经阳性体征，此法称为Matas试验，若无不良反应即可结扎。临床上发现，颈外动脉结扎后侧支循环建立迅速，止血效果有时并不巩固，故近来多主张结扎远端血管。

(2) 颌内动脉结扎术 由于鼻内血液供给主要来自颌内动脉，故结扎后应最为有效。可采取上颌窦进路或口腔内进路。

上颌窦进路 首由Seiffert (1928) 报道，后由Chandler等推广应用。该进路即常规上颌窦根治术进路，但唇龈切口宜稍长，前壁窗口宜稍大。进入窦腔凿去窦后壁时应尽量向内侧扩大。切开后壁骨膜进入翼腭窝后，用血管钳剥离脂肪组织，见到一条横行的静脉后，于其深处4~5mm即可找到颌内动脉，然后在下列三处放置血管夹夹颌内动脉远侧端、腭降动脉远侧端和起始端近颌内动脉主干处。

经口腔内进路 在上颌骨严重损伤或肿瘤布满上颌窦、急性上颌窦炎以及上颌窦气化不良时，可选经口腔进路。该法首由Maceri (1984) 介绍，在上列2、3磨牙处切开口腔粘膜，越过颊龈沟达下颌支，适当分离取出颊部脂肪垫，稍扩大切口并伸入手指钝性分离确定下颌支及颞肌附着点。分离颞肌但要保留其下端附着点，于下颌支(侧面)与该肌内侧之间即可触摸到颌内动脉，确定血管后在其远端及近端分别置两个和1个血管夹。术毕还纳脂肪垫，缝

合切口。此法主要是切开颊脂肪垫，于颌内动脉入翼腭窝发出分支之前的上颌骨后方结扎。不过颌内动脉在口内粘膜下的深度不一，浅者12mm，深者可达40mm。（3）筛前动脉结扎术 适用于鼻腔上部及筛窦外伤性鼻衄，或虽经颌内动脉结扎仍有鼻衄者，因颌内动脉闭塞后可有来自颈内动脉的血液经吻合支向鼻的颈外动脉分支供血之故。于患侧内眦与鼻根中线之间做弧形切口，上达眉梢，下至内眦平面，深达骨膜。沿眶骨壁向深处剥离骨膜，于2~3cm处，可见筛前动脉鞘横行至筛前孔，分离动脉并予结扎或双极电凝凝聚。（4）上唇动脉结扎术 适用于较剧烈的鼻腔前下部出血，虽经填压仍无效果，指压患侧前鼻孔出血减少，系上唇动脉末梢出血者。将1%普鲁卡因1~2ml注入前鼻孔下方0.5cm处并向鼻前庭浸润，用缝针从前鼻孔下方0.5cm处刺入，向上绕至鼻前庭底部约0.5cm深处穿出，在前鼻孔下方打结。（5）翼腭窝注射法 本法系将一定量药液注入由脂肪组织充填的封闭间隙——翼腭窝内，使窝内血管受压，致鼻粘膜血流量减少，血管闭合，达到止血目的。可经腭大孔注射，腭大孔至蝶腭孔、圆孔、眶下裂、视神经孔等处的距离皆为2.6cm以上。腭大管的方向与硬腭水平面向后上方的角度为60deg。用长4cm的口腔科麻醉针头，在距针尖2.5cm处弯曲60times.3mm大小混合50%盐水和50%造影剂的明胶海绵粒徐缓注入颌内动脉，直至透视下见其分支不显影为止。注入明胶海绵时的压力要尽量轻，以免明胶海绵小块碰到障碍发生返流，误入颈内动脉，造成脑血管栓塞。栓塞完毕观察15分钟，若无出血即退出导管。三.颈内动脉破裂致严重鼻衄 颅底骨折引起颈内动脉破裂出血，形成假性动脉瘤，至一定程度又再次出



血，血液经蝶窦流入鼻腔。对此类鼻出血应先行前后鼻腔填塞，然后选择以下治疗：1.假性动脉瘤孤立术 先行患侧颈总动脉和颈外动脉结扎，然后行患侧前颅窝开颅术，将假性动脉瘤近端的颈内动脉用Scoville夹子夹闭，必要时再结扎眼动脉，这样可使假性动脉瘤无血液来源，完全孤立，达到止血目的。2.蝶窦内肌肉填塞止血法 鼻外切口，经筛窦开放蝶窦。于蝶窦外上壁检查颈内动脉压迹，吸出窦内血块，用自体肌肉紧紧填塞以压迫颈内动脉裂口。必须严格无菌操作，防止颅内感染。3.可脱性气囊栓塞术 在X线荧光屏监视下，经动脉穿刺，导入动脉导管至颈内动脉破裂处，用可脱性气囊栓塞该处，气囊充气后压迫局部达到止血目的，将气囊置留于该部而把导管退出。该法疗效确实，且可避免开颅。至于其他一些疾病引起的鼻衄，主要应是治疗原发病，如心血管疾病、肝脏疾病、血液病等。对于鼻窦和鼻咽部肿瘤、炎性肉芽肿引起的鼻衄，也应治疗原发病。鼻咽部血管纤维瘤如发生忽然性大出血，应先行气管切开术，然后行前后鼻腔填塞，以为手术预备争取时间。遗传性毛细血管扩张症患者，鼻衄易长期反复发作，有时也较剧烈。较好的治疗方法是剥离鼻中隔和鼻底部的粘膜并予切除，以自体游离皮片移植创面，缝合固定。也可用筋膜代替游离皮片。四.鼻出血的全身治疗 1.输血与输液 应根据失血量而定。若血压下降，面色苍白，出汗，精神萎靡，应予输血。若因鼻填塞进食不便，或因误咽较多鼻血而引起较重呕吐者，应及时输液，补充电解质。2.止血药物的使用 可在实施前述止血措施之后使用，但对治疗鼻出血的疗效不够确切。近年Vinayak等（1993）静脉注射glypressin治疗急性鼻出血，据称疗效满足。3.相关疾病的

病因治疗。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。  
详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)