

棱有抗肿瘤、抗菌、抗炎、抗盆腔粘连、增加血流速度等作用,并能促进组织修复;丹参有扩张局部血管、疏通微循环的作用,使盆腔血流通畅,药物吸收量增加,同时还具有增强免疫力的功效;泽兰、赤芍有利于穿透前列腺胞膜作用,使药直达病所,在本方中起着关键作用<sup>[5]</sup>。中药红藤汤灌肠使药液通过直肠黏膜充分吸收,直达病变部位,促进了慢性炎症的吸收和消退。

本研究应用中药红藤汤保留灌肠联合盐酸坦洛新口服治疗慢性前列腺炎,结果表明,联合用药的疗效优于两药单独应用,且前者 NIH-CPSI 总分显著降低,临床症状明显改善。说明红藤汤联合坦

洛新应用疗效显著,能迅速有效地减轻患者临床症状,无明显不良反应,提高了患者生活质量,值得临床应用推广。

参考文献

[1]郭应禄,李宏军.前列腺炎[M].第2版.北京:人民军医出版社,2007.59-64  
 [2]郭应禄,胡礼泉.临床男科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1996.210-256  
 [3]Rowe E,Smith C,Laverick L,et al.A prospective, randomized, placebo controlled, double-blind study of pelvic electromagnetic therapy for the treatment of chronic pelvic pain syndrome with 1 year of followup[J].J Urol,2005,173(6):2 044-2 047  
 [4]何绍奇.现代中医内科学[M].北京:中国医药科技出版社,1991.370  
 [5]李福宏.特拉唑嗪联合前列安栓治疗III型前列腺炎的疗效[J].实用药物与临床,2011,14(6):526-528  
 [6]蒋毅,王久源.中医药治疗慢性前列腺炎机理研究进展[J].中华男科学杂志,2003,9(5):385-388

(收稿日期: 2013-09-06)

## 鼻内镜下鼻腔电凝术治疗鼻腔后部出血临床分析

张虹 陈瑜萍 肖志勇

(福建省福州市第二医院 福州 350007)

**摘要:**目的:探讨鼻内镜下鼻腔电凝术对鼻腔后部出血的临床疗效。方法:采用随机单盲对照,将入选的 40 例鼻腔后部出血患者随机分为治疗组和对照组,治疗组采用鼻内镜手术,对照组采用凡士林纱条填塞法。观察治疗中患者的疼痛反应、治疗后患者的进食情况以及治疗后 1 周内的再出血情况。结果:(1)止血过程中,治疗组患者的疼痛反应明显低于对照组( $P<0.05$ ),有统计学差异;(2)止血后,治疗组患者的进食情况明显优于对照组( $P<0.05$ ),有统计学差异;(3)治疗后 1 周内鼻腔再出血情况对比,治疗组临床疗效高于对照组( $P<0.05$ ),有统计学差异。结论:鼻内镜下鼻腔电凝术治疗鼻腔后部出血,具有疼痛反应小、不良反应少、止血明确的优势,值得临床推广。

**关键词:**鼻腔后部出血;鼻内镜;电凝术;手术疗法

### Clinical Analysis of Endoscope-aided Electrocoagulation in Treatment of Posterior Nasal Hemorrhage

ZHANG Hong, CHEN Yu-ping, XIAO Zhi-yong

(The Second Hospital of Fuzhou, Fujian 350007)

**Abstract:** Objective: To analyze clinical efficacy of endoscope-aided electrocoagulation in treatment of posterior nasal hemorrhage. Methods: A total of 40 patients with posterior nasal bleeding were randomly divided into treatment group and control group. The treatment group were given nasal endoscopic operation while control group were applied vaseline gauze. During the treatment, pain reactions of patients in each group were observed and compared, so were their eating difficulties immediately after the treatment and their epistaxis symptoms one week after the treatment. Results: (1) Patients in the treatment group experienced less epistaxis symptoms and milder pain reactions than those in the control group ( $P<0.05$ ), there was significant difference; (2) After the treatment, patients in the treatment group had much less eating difficulties than those in the control group ( $P<0.05$ ), there was significant difference; (3) One week after the treatment, the clinical efficacy of the treatment group was higher than that of the control group ( $P<0.05$ ), and there was significant difference. Conclusion: Endoscope-aided electrocoagulation is more advisable in clinical treatment of posterior nasal hemorrhage as it proves more effective and reduces pain and adverse reactions.

**Key words:** Posterior nasal hemorrhage; Endoscope; electrocoagulation; Surgical therapy

中图分类号: R765.23

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.006

鼻出血多发于秋冬季,鼻腔前部出血易明确出血部位,止血治疗多及时、有效;鼻腔后部出血多见于中老年人,多数患者伴有高血压、动脉硬化等基础疾病,加之出血部位较隐蔽,临床上表现为出血量多、不易止血及易出现贫血、休克等并发症。传统治疗方法为首先以凡士林灭菌纱条行前、后鼻孔填塞,随着鼻内镜在鼻科手术的广泛应用,现在常利用其探查术明确鼻腔后部出血部位,以达到电凝止

血的效果。为此,我科从 2012 年 10 月~2013 年 2 月收集鼻腔后部出血患者 40 例,观察对比疗效。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 40 例鼻腔后部出血患者均为我院耳鼻喉科住院患者,既往均无鼻腔病变及手术史,按就诊顺序编号并采用随机数字表法随机分为鼻内镜下电凝术治疗组和凡士林填塞对照组,每组各

20 例。治疗组中男 13 例,女 7 例;年龄 42~78 岁,平均 60.1 岁;病程 2~10 d,平均 4.95 d。对照组中男 11 例,女 9 例;年龄 36~81 岁,平均 58.2 岁;病程 1~12 d,平均 6.6 d。两组患者性别、年龄、病程经检验后,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照中华医学会颁布的《临床诊疗指南-耳鼻喉科分册》<sup>[1]</sup>。(1)单侧或双侧鼻腔出血,可经后鼻孔流至咽部,严重者可合并休克表现;(2)鼻腔内有活动性出血,或已行前鼻孔填塞、前后鼻孔填塞;(3)前鼻镜或鼻内镜检查。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)就诊时清理鼻腔凝血块后,可明确系鼻腔后部出血;(3)鼻腔黏膜小血管破裂出血。

1.4 排除标准 (1)鼻腔、鼻窦、鼻咽部肿瘤出血;(2)鼻腔异物出血;(3)颅底骨折出血;(4)伴发血液系统或肝、肾疾病影响凝血功能;(5)不耐受凡士林填塞或手术治疗;(6)妊娠及哺乳期妇女;(7)有其它严重消耗性疾病、感染性疾病;(8)治疗期间口服抗凝药物。

1.5 治疗方法 治疗组采用 GD350-s3 高频双极电凝器、双极电凝(长 19 cm,镊子尖部直径 0.9 mm)、德国 Stryker 公司产鼻内镜(0°、30°、45°、70°、90°,直径 4 mm)及其配套器械。术中用浸润有 1% 丁卡因与 1% 肾上腺素混合液的棉片(比例为 15:1)表面麻醉鼻腔 2 次,每次 2~3 min。术中探查见嗅裂区、蝶骨体前方、鼻中隔后部或下鼻道后端活动性出血点,以双极电凝局部烧灼至出血点表面呈褐黄色、结痂无渗血。术后以金霉素纳吸棉覆盖创面。对照组采用凡士林灭菌纱条行前后鼻孔填塞,于填塞前分别喷入 1% 丁卡因表面麻醉及 1% 麻黄素收缩鼻腔黏膜,于填塞 72 h 内完全取出。

### 1.6 观察指标

1.6.1 疼痛反应 采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)进行疼痛评估。方法:在纸上画一条长 10 cm 的横线,一端标 0,表示无痛,另一端标 10,表示剧痛,中间部分表示不同程度的疼痛,让患者根据自我感觉在横线上作记号,表示疼痛的程度。分别记录两组中每个患者治疗中的疼痛分值。

1.6.2 进食情况 将两组中每个患者治疗前后的进食情况进行对比,无差异或进食量增加者记为正常,进食量减少者记为欠佳。

1.6.3 止血效果 观察两组治疗后 1 周内的鼻腔再出血情况,以治愈(无出血)及无效(再出血)分别统计例数。

1.7 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计分析软件进

行数据处理,疼痛反应比较采用配对样本  $t$  检验,进食情况及止血效果比较分析采用卡方检验,检验水准均为  $\alpha = 0.05$ ,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 疼痛反应 对照组 VAS 评分 5 分 2 例,6 分 1 例,7 分 5 例,8 分 6 例,9 分 3 例,10 分 3 例;治疗组 VAS 评分 1 分 3 例,2 分 5 例,3 分 6 例,4 分 3 例,5 分 3 例。两组比较,  $t = 9.659$ ,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义,说明鼻内镜电凝术患者的疼痛程度要低于凡士林填塞组患者。

2.2 进食情况 见表 1。两组比较,  $\chi^2 = 17.289$ ,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义,说明鼻内镜电凝术对患者进食的影响程度要低于凡士林填塞法。

表 1 两组进食情况比较 例

组别	n	正常	欠佳
治疗组	20	18	2
对照组	20	5	15

2.3 止血效果 见表 2。两组比较,  $\chi^2 = 5.161$ ,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义,说明鼻内镜电凝术的止血效果优于凡士林填塞法。

表 2 两组止血效果比较 例

组别	n	治愈	无效
治疗组	20	19	1
对照组	20	12	8

## 3 讨论

本组病例资料显示:治疗组嗅裂区出血 9 例,鼻中隔后端出血 4 例,下鼻道后端出血 4 例,蝶骨体前方出血 3 例。对照组行凡士林灭菌纱条前后鼻孔填塞后仍渗血或填塞 72 h 拔除纱条后 1 周内再出血患者中,行鼻内镜探查+电凝术,嗅裂区出血 5 例,下鼻道后端出血 3 例。可见,难治性鼻腔后部出血多系嗅裂区、下鼻道出血,因这些区域空间狭小,位置隐蔽。

凡士林填塞法简单易行,但有以下不足:(1)常规前鼻镜无法准确窥及后部出血部位,且在填塞凡士林纱条过程中,由于疼痛、鼻中隔偏曲等因素,导致不能完全有效地压迫出血部位。(2)鼻腔后部出血多发于中老年人,常伴有高血压、动脉硬化等疾病, Schaller<sup>[2]</sup> 研究发现刺激三叉神经支配区域的组织可诱发心率和平均动脉压较基础值下降大于 20%,即发生鼻心发射,同时疼痛不适、烦躁情绪又引起血压升高,对控制出血不利。(3)填塞法易损伤鼻腔正常黏膜,有发生除原发部位外鼻出血及术后鼻腔粘连的可能。(4)填塞 72 h 后拔除纱条时 2 例对照组患者(10%)于中鼻道出现黏脓性分泌物,经抗感染治疗 1 周后分泌物消失,提示填塞法可诱发

鼻窦炎。(5)后鼻孔填塞栓压迫咽鼓管咽口,可诱发咽鼓管炎、分泌性中耳炎。(6)杨小龙等<sup>[1]</sup>分析认为鼻腔填塞物压迫止血,易使局部组织缺血缺氧,引起反应性水肿致致痛物质分泌增多,鼻腔分泌物引流不畅刺激神经末梢加重疼痛,也是造成填塞后患者头痛、进食欠佳的重要因素。

双极电凝利用高频电流的热效应,使血管壁脱水皱缩、血液凝固,血管与凝血块融为一体,达到止血目的,而不引起神经反应,患者术中疼痛反应轻。电凝范围适当旁开出血点周围约 5 mm,待创面愈合形成瘢痕后,可治疗同一部位反复出血症状。双极电凝所需电量仅为单极电凝的 1/4~1/3,对正常黏膜的热损伤较小,可多次在同一部位电凝,即电凝术多采用的间断电凝法,每次电凝时间 0.5 s,一般出血点呈褐黄色,周围正常黏膜发白。注意电凝器的输出功率不可过高,以免造成鼻中隔穿孔及深部

组织损伤。Vallfors<sup>[4]</sup>等研究发现双极电凝在生理盐水、血液存在的情况下,同样能起到电凝效果,这点优于单极电凝及氩激光。鼻内镜借助角度镜一般可探及隐蔽的出血部位,利用 70°、90° 镜可探查嗅裂区,利用 30°、45° 镜可探查下鼻道穹窿部,做到鼻出血的靶向性治疗。术后填塞金霉素纳吸棉材料可保护创面,不致于痂皮过快脱落,因其系可吸收高分子生物材料,避免了术后因换药带来的不适。

参考文献

[1]中华医学会.临床诊疗指南-耳鼻咽喉头颈外科分册[M].北京:人民卫生出版社,2009.231

[2]Schaller B.Trigemino-cardiac reflex during transsphenoidal surgery for pituitary adenomas [J].Clin Neurol Neurosurg,2005,107 (6): 468-474

[3]杨小龙,移康,田金徽,等.瑞纳凝胶对比膨胀海绵用于鼻腔填塞的 Meta 分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,26(14):655-660

[4]Vallfors B,Bergdahl B.Automatically controlled bipolar electrocoagulation--"COA-COMP"[J].Neurosurg Rev,1984,7(2-3):187-189

(收稿日期:2013-08-22)

# 奥扎格雷联合低分子肝素钙治疗脑血栓 45 例疗效观察

张军

(湖南省常德市汉寿县人民医院 汉寿 415900)

**摘要:**目的:探讨奥扎格雷联合低分子肝素钙治疗脑血栓的临床疗效,为临床脑血栓的治疗方案提供依据。方法:选择我院 2012 年 2 月~2013 年 8 月收治的 90 例脑血栓患者为研究对象,随机分为对照组与观察组各 45 例,对照组进行常规治疗,观察组在对照组基础上加用奥扎格雷联合低分子肝素钙进行治疗,分析比较两组患者的临床疗效。结果:观察组总有效率为 95.6%,明显高于对照组的 77.8%,两组疗效差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:奥扎格雷联合低分子肝素钙治疗脑血栓疗效显著,并能显著改善患者的神经功能症状,值得临床推广应用。

**关键词:**脑血栓;奥扎格雷;低分子肝素钙;疗效观察

中图分类号:R743.32

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.007

脑血栓是指血液中的栓子随血流进入脑动脉而阻塞血管,当侧枝循环不能代偿时,可引起该动脉供血区脑组织缺血性坏死,出现局灶性神经功能缺损,血栓以大脑中动脉主干、大脑前动脉、大脑后动脉、颈总动脉基底动脉交界处、基底动脉下段等处多见,约占缺血性脑卒中的 15%~20%<sup>[1]</sup>。根据栓塞部位的不同常可引起感觉、运动障碍,失语、失写、失读,病情严重者可引起脑疝、颅内压增高、昏迷,甚至死亡<sup>[2]</sup>。为进一步提高脑血栓的治疗效果,本文选择我院 2012 年 2 月~2013 年 8 月收治的 90 例脑血栓患者为研究对象,探讨奥扎格雷联合低分子肝素钙治疗脑血栓的临床疗效。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 研究对象** 选择我院 2012 年 2 月~2013 年 8 月收治的脑血栓患者 90 例,其中男性 46 例,女性 44 例,年龄 36~73 岁,平均(48.5±6.4)岁。所有患者均符合中国第四届脑血管病会议制定的诊断标准<sup>[3]</sup>,存在不同程度的肢体运动障碍,其中神经功能缺

损轻度 26 例,中度 52 例,重度 12 例。所有患者经 MRI 或 CT 检查未见脑出血病灶,均无奥扎格雷及低分子肝素钙的应用禁忌,排除患有免疫性疾病、肿瘤及心、肝、肺功能不全等疾病者。90 例患者随机分为对照组与观察组各 45 例,两组患者的性别、年龄、病程长短等各个方面比较均无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组患者行常规治疗,包括服用阿司匹林、维生素 C、胞二磷胆碱及脑细胞的保护药物,并行控制血压、血糖的对症治疗,纠正水电解质紊乱,维持酸碱平衡。观察组在对照组基础上加用奥扎格雷联合低分子肝素钙进行治疗:奥扎格雷 80 mg 加入 250 mL 生理盐水中静脉滴注,1 次/d,连续应用 2 周,同时皮下注射低分子肝素,剂量为 5 000 U/次,1 次/d,连续应用 2 周。

**1.3 疗效评定标准** 根据治疗后神经功能缺损程度评分减少情况为标准进行疗效评价<sup>[4]</sup>。基本治愈:神经功能缺损程度评分减少 >91%;显效:神经功能