6 LEBER T M, BALKWILL F R. Zymography: a single-step staining method for quantitation of proteolytic activity on substrate gels[J]. Anal Biochem, 1997, 249(1): 24-28.
7 MURPHY G, KNAUPER V, ATKINSON S, *et al*. Matrix metalloproteinases in arthritic disease[J]. Arthritis Res, 2002, 4(Suppl 3): S39-S49.
8 GIANNELLI G, ERRIQUEZ R, FANNONE F, *et al*. MMP-2, MMP-9, TIMP-1 and TIMP-2 levels in patients with rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis[J]. Clin Exp Rheumatol, 2004, 22(3): 335-338.
9 UCHIBORI M, NISHIDA Y, TABATA T, *et al*. Expression of matrix metalloproteinases and tissue inhibitors of metalloproteinases in pigmented villonodular synovitis suggests their potential role for joint destruction[J]. J Rheumatol, 2004, 31(11): 110-119.
10 章伟佳，朱一平，樊春梅，等. CD147分子和基质金属蛋白酶在类风湿关节炎滑膜中的表达[J]. 中华风湿病学杂志，2004，8(3)：135-138.
11 王进，朱一平，樊春梅，等. 类风湿关节炎外周血与滑液细胞CD147分子表达的研究[J]. 中华风湿病学杂志，2003，7(12)：742-745.
12 SUN J, HEMLER M E. Regulation of MMP-1 and MMP-2 production through CD147/extracellular matrix metalloproteinase inducer interactions[J]. Cancer Res, 2001, 61(5): 2276-2281.

（编辑 陈聪连）

文章编号：1000-5404(2006)13-1377-01

个案与短篇

鼻中隔矫正术治疗重度鼻中隔偏曲并发鼻出血的临床观察

蒋路云，戚思国，唐尚成 （达州市中心医院耳鼻咽喉科，达州 635000）

我科于2003年2月至2005年6月对16例重度鼻中隔偏曲并发鼻出血患者一期行鼻中隔矫正术治疗取得满意疗效。现总结如下。

1 资料与方法

16例患者中，男性12例，女性4例。年龄22～61岁，平均42岁。右侧鼻出血11例，左侧5例。此次鼻出血病史最长2周，最短半天，平均4.5 d。总失血量最大1 000 ml，最少100 ml，平均400 ml。13例曾在院外反复行鼻腔填塞、后鼻孔填塞等治疗，3例未作鼻腔填塞（病史短，12～24 h）。检查发现均鼻中隔重度偏曲，高位3例，低位8例，高低位同时偏曲5例。

治疗方法：患者入院后急查血常规、凝血象、心电图、血糖，对正在出血患者暂时用1%麻黄碱或油纱填塞减少出血，2例因病史长，出血量大，血红蛋白<8 g，先进行输液，补液等治疗，完善上述处理后在鼻窦内窥镜下行鼻中隔矫正术。全部采用鼻腔表面麻醉（2%丁卡因20 ml+1‰肾上腺素3支）。于鼻出鼻的对侧（即鼻腔宽大1例）作切口，剥离鼻中隔软骨、筛骨、犁骨骨膜，务必要保持此侧黏骨膜瓣完整，解开各骨缝并剥离出血侧筛骨、犁骨骨膜，剥离时多会出现黏骨膜瓣破损，特别是在嵴突部位，此时常常遭遇较多出血，可用麻醉棉片压迫片刻，必要时还可用纯肾上腺棉片来压迫，并可辅双极电凝止血，经上述处理后出血一般可暂时减少，应尽快完成剥离后切除偏曲骨质，切除偏曲骨质后患侧便可填入纱条止血，适当修整鼻中隔软骨，见中隔基本端正后缝合切口，抽出患侧填塞物后此时一般出血基本停止，如有渗血可用双极电凝处理，用内窥镜进一步检查鼻腔、鼻咽部后填入油纱条，术后抗炎、适当止血药物，营养支持等治疗。48～72 h逐渐抽出油纱条，之后每日用贝复济金霉素棉片换药。

2 结果

16例患者均顺利完成手术，术中失血量最多的400 ml，最少50 ml，平均150 ml。术后未再出血，术后1周顺利拆线，术后10～14 d黏膜创面愈合后出院。

3 讨论

重度鼻中隔偏曲患者因偏曲侧黏膜菲薄，血管表浅，嵴突部位黏膜缺血造成黏膜糜烂、气道压力过大等因素造成鼻腔反复出血。此时因鼻腔狭窄，出血部位往往无法检查到，反复的盲目填塞造成新的损伤、感染使本就不易愈合的创面进一步扩大，导致顽固性鼻腔出血[1-3]。本组16例中有13例曾反复行鼻腔填塞，且有4例曾行后鼻孔填塞，均未能有效止血，而且有2例患者因失血较多导致输血。我们通过行鼻中隔矫正手术使该组病人成功止血，且术后未再出血，我们认为可能与鼻中隔矫正术后鼻中隔血管压力减轻、鼻腔宽大后便于压迫及烧灼止血、术后黏膜张力减轻便于愈合等因素有关[4]。术中平均出血150 ml，比常规鼻中隔矫正术稍多，但患者完全耐受，术后创面全部愈合，未出现鼻中隔穿孔等并发症。说明该方式是安全可行的。

关键词：鼻中隔偏曲；鼻出血；鼻中隔矫正术
中图法分类号：R756.230.5 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 卜国铉. 鼻科学[M]. 第2版. 上海：上海科学技术出版社，2000：303-310.
[2] 杨成章，汪广平，肖红俊. 鼻中隔矫正术在老年人顽固性鼻出血中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志，2000，14(9)：427-428.
[3] 简敦炳，项济生，陈建军，等. 顽固性鼻出血的临床治疗[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志，2004，18(11)：660-661.
[4] 周智永，郑晓红. 经鼻内窥镜治疗老年顽固性鼻出血的体会[J]. 中国内镜杂志，2003，9(6)：92.

（编辑 张大春）

作者简介：蒋路云（1969-），男，四川省达州市人，主治医师，主要从事鼻内窥镜方面的研究。电话：(0818)2386613

收稿日期：2005-11-23；**修回日期**：2006-03-24