

鼻衄血與鼻咽癌

鼻頭頸科主治醫師李亦倫

總頸動脈供應了整個頭頸區域包括顱內的血液循環，它由主動脈分支出來，沿著頸部上行，在約等同於舌骨的高度分叉為內、外頸動脈。外頸動脈有許多的分支動脈，提供大部分頭頸部組織的血液灌流；而內頸動脈則上行至顱內才開始有分支，主要支配前大腦區域。供應鼻腔的血管主要來自外頸動脈系統的分支，在鼻腔的上緣則由內頸動脈的分支供應。其中，來自外頸動脈系統的上頷動脈 (internal maxillary artery) 是支配鼻腔最主要的血管，它的最末端分支蝶腭動脈 (sphenopalatine artery)，供應鼻中隔和鼻腔外側壁的後下方。眼動脈 (ophthalmic artery) 是內頸動脈進入顱內後的第一個分支，它也是鼻腔中唯一來自內頸動脈系統的血管，又分出前篩和後篩動脈 (anterior & posterior ethmoid artery) 兩個分支，負責支配鼻中隔

和鼻腔外側壁的上方。另外鼻腔的前緣有來自外頸動脈系統的面動脈分出的上唇動脈，鼻腔後緣則有上頷動脈另一分支降腭動脈輔助灌注。鼻中膈的前下緣是這些血管共同匯集之處，稱為Kiesselbach氏血管叢，因為血液支配豐富，所以是最常見的鼻出血位置。尤其幼兒或是年長者，或本身合併有鼻及鼻竇炎，鼻中膈彎曲等前驅因子者，在冬天乾燥寒冷的空氣刺激下，容易出現鼻黏膜受損而流鼻血的狀況，若沒有適時壓迫止血，也有可能會「氾濫成災」。因為絕大多數因鼻黏膜破皮造成出血的位置位於鼻腔前側，所以給予施壓多能止血，但是若反覆出現流鼻血或是合併其他鼻咽癌可能之症狀時，必須謹慎懷疑鼻腔或鼻咽腫瘤的可能性，須由耳鼻喉科醫師診視評估。

鼻咽在耳咽管開口附近的主要血管支配是由來自外頸動脈系統的升咽動脈所供應，當鼻咽部腫瘤表面潰爛破皮，就可能有後鼻部出血或是清晨咳痰帶有血絲的症狀，此類鼻出血多數可用保守性治療處理，甚且後者可能是鼻咽癌最先期的症狀之一。至於在鼻咽後外側，一個稱之為咽旁空間的深處，則有上行支配

顱內的內頸動脈經過，此動脈負責大腦前側的血液循環，是頸部最重要的大血管。一般來說內頸動脈的外膜(adventitia)相當強韌，對於腫瘤的侵犯或是放射線治療的傷害都有一定的抵抗性。但是部份鼻咽癌患者經治療後，因為復發的腫瘤往深層侵犯，或是因放射線治療造成放射性壞死(radionecrosis)導致軟組織的破壞，影響內頸動脈外膜的強韌性，可能形成偽動脈瘤(pseudoaneurysm)，並可能發生致死性極高的頸動脈爆裂症候群(carotid blowout syndrome)。此類病患多以大量口鼻出血表現，且可能因為大量血塊影響呼吸道通暢。當一位經放射治療後的鼻咽癌患者出現這種現象，必須強烈懷疑頸動脈爆裂的危險。在緊急處理上，應以維持病患呼吸道暢通為首要目的，因為鼻咽深層壓迫止血不易，後續若病患生命跡象穩定，盡快安排診斷性血管攝影術確定出血位置，若是內頸動脈的問題，以栓塞測試(occlusion test)確定側枝循環存在後，施以破壞性的永久性囊球栓塞術(balloon occlusion)是最理想的處理方式。對於側枝循環未建立或是狀況較為緊急無法施行栓塞測試者，可先利用建設性的支

架置放術(stent graft)維持血管的功能，但長期來說，可能會有支架移位，狹窄或血栓，感染及復發出血等問題。另外有部份患者其出血位置在內頸動脈彎曲處無法以支架置放作為治療，在急性大量出血狀況下只能接受血管栓塞，出現腦中風的後遺症機率較大。整體來說，這是一種相當棘手的臨床問題，醫師及病患對這種鼻出血需相當提高警覺。

總結以上敘述，鼻咽癌病患可能會有微量鼻出血或是痰液帶有血絲做為先期症狀，有時會有大量鼻出血的現象。在接受過放射治療後併發放射性壞死以及深層腫瘤局部復發的患者，出現大量鼻出血時則需要提高警覺，懷疑內頸動脈破裂並且要積極介入處理。