

ABC om

Praktisk handläggning av näsblödning

Näsblödning, eller epistaxis, drabbar nästan alla någon gång i livet. Redan Hippokrates beskrev hur man kan stoppa näsblödningar [1]. De flesta fall av näsblödning är okomplicerade, men hos ca 6 procent av dem som blöder näsblod behöver sjukvården hjälpa till för att stoppa blödningen [2]. Därför är det viktigt att alla inom vården har god kännedom om hur man praktiskt handlägger vanliga typer av näsblödning.

För en mer utförlig beskrivning av epidemiologi, riskfaktorer och avancerad terapi hänvisas till annan litteratur. Denna ABC-artikel baseras på en litteraturgenomgång i PubMed-databasen med sökorden: »epistaxis management«, »anterior/posterior epistaxis«, »duration of nasal packs«, »RapidRhino® epistaxis« och »Foley catheter epistaxis«. Sökningen visar att det finns begränsad evidens baserat på randomiserade studier om basal handläggning av näsblödning.

Praxis i dag baseras huvudsakligen på empirisk kunskap. De rutiner vid näsblödning som beskrivs i artikeln används vid öron-, näs- och halsklinikerna vid Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm, Lunds universitetssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg och Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand.

Anatomi och förebyggande åtgärder

Vanligast är främre näsblödningar, från det kärlplexus som återfinns anteroinferiort på nässkiljeväggen, vanligen kallat locus Kiesselbachi. Ungefär 90–95 procent av alla näsblödningar uppstår där [2]. En bakre näsblödning är en blödning där blödningskällan inte går att visualisera med nässpekulum och pannlampa [3, 4].

För att förebygga näsblödning är det viktigt att nässlemhinnan hålls mjuk och smidig. Patienten kan själv smörja nässlemhinnan med mjukgörande olja eller skölja med koksaltlösning. Såväl olja som koksaltlösning och -sprej finns som kommersiella produkter på apotek. Studier har visat bättre effekt av oljesprej (sesamolja) än av koksaltsprej [5].

PÅ VÅRDcentral

Samma förfarande bör användas i hemmet och på vårdcentralen/akuten som första åtgärd.

Förberedelse är A och O

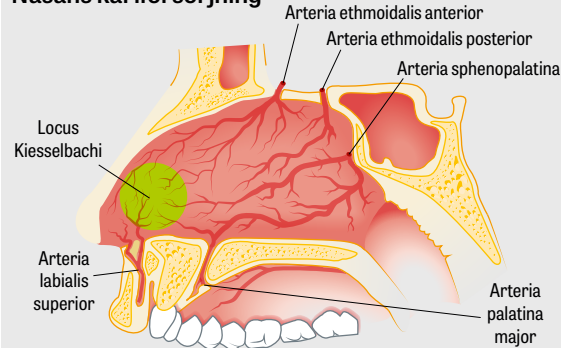
Se till att alla instrument är framdukade innan un-

Ulrika KE Svensson,
ST-läkare

• ulrika.ke.svensson@vgregion.se

Johan Hellgren, docent, överläkare; båda öron-, näs- och halskliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Näsans kärlförsörjning



► Vanligast är näsblödningar från locus Kiesselbachi, ett kärlplexus i nässkiljeväggen.

Förlaga: J Clin Diagn Res; publiceras med tillstånd.

ORSAKER TILL NÄSBLÖDNING

Näsblödning är ofta idiopatisk, men det finns flera vanliga orsaker [10]

LOKALA

- Trauma (t ex frekvent näspetning)
- Främmande kropp
- Irritanter (t ex cigaretttrök)
- Läkemedel (t ex nasal steroid)
- Uttorkning och sårbildning vid septumdeviation (framför allt på den konvexa sidan)
- Kärlanomalier
- Septumperforation
- Tumörer i näs-bihåleområdet, såväl benigna (t ex angiofibrom) som maligna

SYSTEMISKA

- Läkemedel (NSAID, ASA, antikoagulantia)
- Hypertoni
- Levercirros
- Granulomatös polyangit (Wegeners granulomatös) (vid känd systemsjukdom med ofta atypisk blödning bör kontakt tas med öron-, näs- och halsspecialist)
- Mb Osler (vid känd systemsjukdom med ofta atypisk blödning bör kontakt tas med öron-, näs- och halsspecialist)
- Koagulationsrubbningar vid t ex blodsjukdomar

EGENVÅRD

Egenrådsråd till patienter [11]. Om blödningen fortsätter trots dessa åtgärder rekommenderas patienten att söka läkare

- Sitt upp! Om man lägger sig ned ökar blodflödet till huvudet och näsan. Om man sitter upp undviker man dessutom att svälja ned allt blod.
- Snytt ut koagler. Applicera bomullstuss indränkt med kärlsammandragande näsdroppar, alternativt olja, i näsan och tryck över näsvingarna 20 minuter. Upprepa.
- Sug på en isbit och tryck om möjligt denna upp mot hårda gommen.
- På apotek finns blodstillande vadd och andra produkter för hemmabruk.

dersökningen påbörjas. En extra person till hjälp kan vara bra. Tänk också på risk för blodsmitta; undersökare och assistent ska förses med förkläde, munskydd och vid behov visir. Försök att identifiera varifrån blödningskällan kommer. Fråga patienten på vilken sida blödningskällan började. Vid pulserande blödning från en kärlpipa på locus Kiesselbachii rör det sig ofta om en arteriell blödning; sivande blödningskälla är snarast av venöst ursprung.

Svalget bör alltid inspekteras. Detta ger en hänvisning till varifrån blödningskällan härrör; vid bakre blödningskälla rinner det ofta rikligt med blod på bakre svalgväggen utan att motsvarande mängd kommer via näsöppningarna.

Samtidig blödning från båda sidor i näsan förekommer men är ovanlig. Orsaken till att blod kan komma från bägge näsborrarna är oftast att blödningskällan »rinner över« från den ena sidan till den andra bakom näsan.

Då säker blödningskälla har identifierats

Etsning med silvernitrattsticka:

- Lätt bedövningstuss alternativt spreja med t ex nafazolin-lidokainlösning, lidokainsprej eller oximetazolin-/xylometazolinsprej. Låt verka 5-10 minuter. Nafazolin och oximetazolin/xylometazolin är kärlsammanslagande. Patienten bör själv hålla ett tryck med fingrarna över näsvingarna.
- Sug rent från blod.
- Etsa med silvernitrattsticka. Håll kvar stickan 5-10 sekunder; detta både etsar kärl och ger möjlighet till mekanisk kompression. Etsningen kan behöva upprepas.
- Anlägg en stor bomullstuss (lika stor som patientens lillfinger) smord med olja, t ex paraffinolja eller matolja. Patienten kan själv ta bort tussen efter ett par timmar.

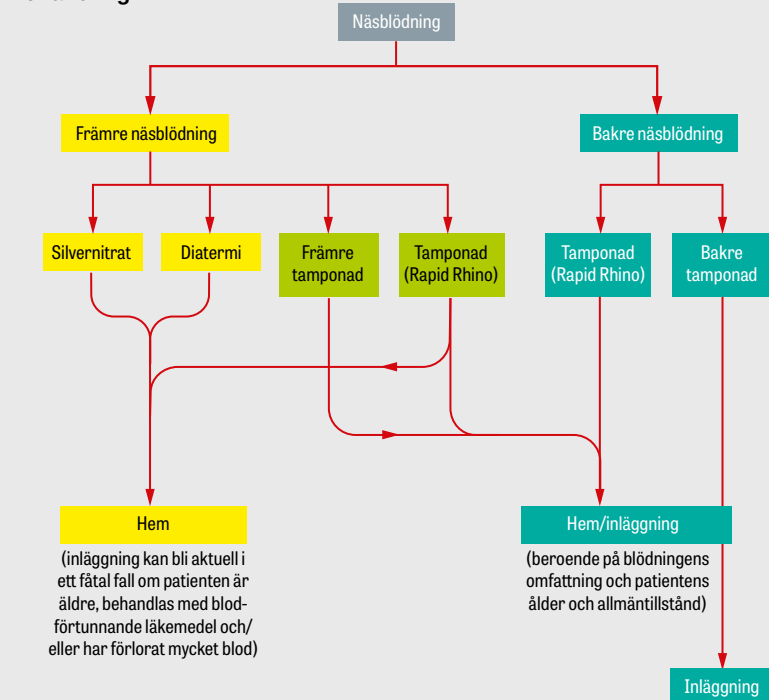
Att tänka på: För att etsningen ska ha fullgod effekt får det inte blöda. Ibland kan det dock vara så att blödningskällan fortsätter trots att patienten suttit med tussar i näsan i flera omgångar. Det kan då vara värt ett försök att etsa över det blödande området i syfte att minska blödningskällan något, varefter patienten bör er-hålla nya bedövningstussar i näsan.

Diatermi med bipolär pincett. Vid tydlig kärlpipa på nässkiljeväggen med arteriell pulserande blödning kan diatermi vara tillämplig:

- Lätt bedövningstuss och låt verka 5-10 minuter.
- Infiltrera knappt 1 ml lokalbedövning innehållande adrenalin, t ex lidokain med adrenalin (10 mg/ml + 5 µg/ml), under slemhinnan i anslutning till blödningskällan. Låt verka 5-10 minuter. Ett alternativ kan vara upprepade bedövningstussar i omgångar.
- Sug rent i näsan. Ofta får man suga samtidigt som man diatermibehandlar, och då är det bra att ha assistans för att hålla instrumenten.
- Diatermin ska vara ställd på lägsta effekt.
- Placera skänklarna på diatermipincetten över kärlet och bränn.
- Applicera bomullstuss med olja (se ovan under etsning).

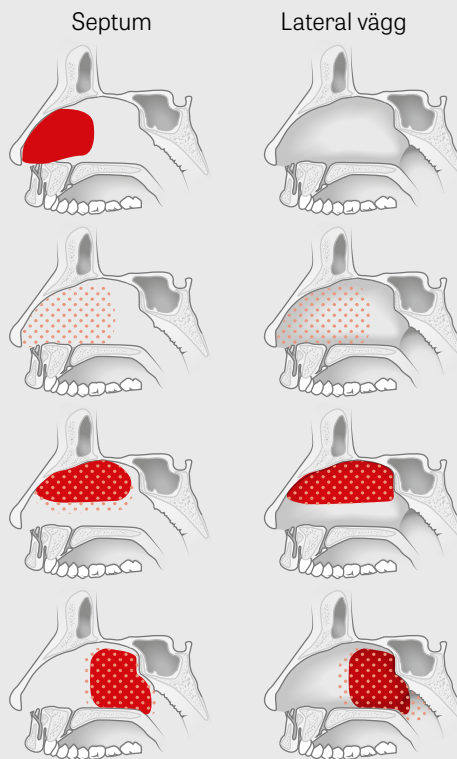
Att tänka på: Diatermi är betydligt mer smärtsam än

Behandling



► Översiktligt behandlingsträd för näsblödning.

Lokalisation och typ av blödning



Behandling

Distinkt främre blödning.
Lämpligt med silvernitrattsticka alternativt bipolär diatermi.

Diffus blödning från främre och delvis bakre delen av näsan.
Lämpligt att pröva med främre tamponad (Terracortril med polymyxin B).

Diffus blödning från nästaket.
Här kan man pröva en främre tamponad packad upp mot nästaket tillsammans med tamponad med Rapid Rhino, alternativt en bakre tamponad med Foleykateter.

Bakre näsblödning.
Behandlas med bakre tamponad med Foleykateter alternativt en Rapid Rhino med dubbla ballonger.

Diffust blödande område

Distinkt blödande kärl

► För korrekt behandling är det viktigt att försöka identifiera varifrån blödningskällan kommer.
Förlaga: Björn Petruson.

etsning, vilket är viktigt att informera patienten om i förväg. Diatermi är en mer potent metod än etsning med silvernitrat. Septumperforation efter etsning eller diatermi i näsan är ovanlig, men detta ses oftare hos patienter som behandlas på bägge sidor av septum samtidigt eller upprepade gånger [6]. Därför bör endast en sida i taget behandlas med någon veckas mellanrum.

Då ingen säker blödningskälla kan identifieras

Om ingen blödningskälla ses eller om blödnigen fortsätter trots försök enligt ovan läggs nästamponad. Nedan presenteras några alternativ som i första hand kan provas på vårdcentral. Kontakt tas med närmaste öron-, näs- och halsklinik. Evidens saknas för vilken tamponad som är den optimala och optimal tid som tamponaden ska ligga kvar [7].

Eftersom en tamponad utövar ett tryck på nässlemhinnan bör ställning alltid tas fortlöpande till när tamponaden snarast kan avvecklas. I praktiken bör tamponader i form av ballonger som expanderas i näsan om möjligt avvecklas inom 1 dygn. Däremot kan mjuka tamponader i form av gasväv indränkt med antibiotikainnehållande salva (tex hydrokortison med oxitetracyklin [Terracortril med polymyxin B]) ligga kvar längre. Vi föreslår att detta alltid anpassas för den enskilde patienten med hänsyn tagen till blä näsblödningens omfattning, patientens ålder och allmänna hälsotillstånd samt eventuell läkemedelsbehandling.

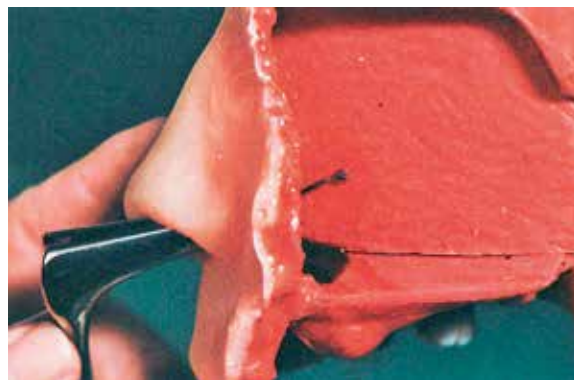
Främre tamponad:

- Sug rent i näsan.
- Lägg bedövningstuss.
- Packa en 1 eller 2 cm bred gasvävstamponad indränkt i Terracortril med polymyxin B-droppar. Tamponaden bör vara väl genomdräckt. Även Terracortril salva och vaselin kan användas men har större tendens att »suga fast« mot slemhinnan.

Tamponad med Rapid Rhino. Detta är en tamponad som utövar mekaniskt tryck och är täckt med en yta som stimulerar trombocyttaggregationen [8]. Den finns i flera olika längder och med såväl en som två uppblåsbara ballonger (den senare kan användas till att stoppa bakre näsblödningar):

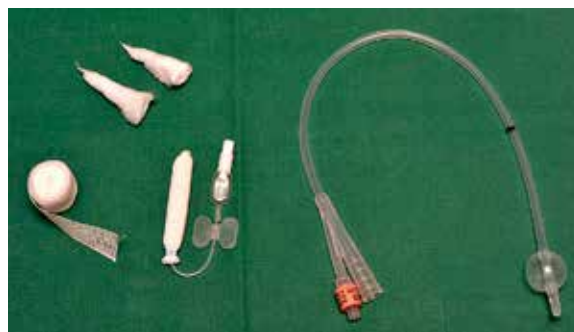
- Sug rent i näsan.
- Lägg bedövningstuss.
- Blötlägg tamponaden i sterilt vatten i 30 sekunder för att stärkelseskiktet på ytan ska reagera med vattnet och fungera optimalt.
- För in tamponaden i mellersta eller nedersta näsgången beroende på varifrån blödnigen kommer. Tänk på att föra in den parallellt med näsgolvet. Det är viktigt att föra in den hela vägen till epifarynx.
- Fyll ballongen långsamt med luft. Ha hela tiden ögonkontakt med patienten, eftersom detta moment spänner och smärta. Mängden luft beror på blödnigen och storlek på patientens näsa. Det är lämpligt att börja med 3-5 ml, men detta kan behöva ökas till 6-8 ml.
- Många patienter klarar att tömma och dra ut denna tamponad själv, varför de bör få med sig en spruta hem för detta.

Att tänka på: När denna tamponad väl har blivit fuk-



En bit bomull doppas i bedövningsvätska uppblandad med kärlsammmandragande medel. Tussen läggs mot det blödande kärlet på nässkiljeväggen och får ligga kvar till dess att blödnigen upphört. Med silvernitratsticka etsas det skadade kärlet. Principen är densamma vid diatermi; vid diatermi behövs dock ytterligare bedövning i form av lidokain med adrenalin under slemhinnan.

Foto: Björn Petruson



Olika packningsmaterial, från vänster: gasvävstamponad, formade bomullstussar, tamponad (Rapid Rhino) och Foleykateter.

Foto: Jan-Erik Persson

tad bör den appliceras snarast; den blir fort väldigt mjuk och sladdrig, och det kan vara svårt att föra in den i näsan. Hos patienter med måttlig till kraftig septumdeviation kan det vara omöjligt att föra in denna tamponad. Dessa patienter bör behandlas med en bakre tamponad med Foleykateter enligt nedan. Om man på vårdcentral saknar möjlighet att etsa/diatermibehandla, kan det vara lämpligt att låta patienten snyta rent och sedan bedöva med tussar och anlägga denna form av tamponad inför fortsatt transport till större akutmottagning.

Bakre tamponad med Foleykateter. Foleykatetern är avsedd för att användas i urinvägarna. Fördelen är dock att den är tillgänglig på de flesta mottagningar och sjukhus och att erfarenheten av att använda Foleykateter för bakre näsblödning är omfattande. Det finns speciella katetrar för näsan, men dessa är inte vanligt förekommande på vårdcentraler eller akutmottagningar. Foleykatetern stoppar effektivt svårbehandlade bakre näsblödningar som kan vara allvarliga och ibland livshotande.

Det finns ett par saker att beakta vid användning av Foleykateter [4]:

- Foleykatetern är omärkerad, vilket innebär att det är lätt att fylla ballongen när den befinner sig på fel ställe. Om ballongen fylls i näsan är detta smärtsamt för patienten, och om den fylls liggande i hypofarynx kan den blockera luftvägen. Genom att inspektera i munhålan kan man försöka se kateterspetsen när den når orofarynx. De flesta patienter är oroliga, hostar och spottar blod och har i denna situation lättutlöst kräkreflex, varför det kan vara svårt att använda munspatel. Gör därför förslagsvis en markering på Foleykatetern innan den förs in i näsan.
- Tamponaden kan fästas med en klämma utan att orsaka skada på näsvingen om en polstrande kompress läggs mellan näsvinge och klämma.

Gör så här:

- Klipp änden på katetern för att inte reta i epifarynx. Märk katetern 8 cm från den proximala änden av den fyllda ballongen.
- Sug rent i näsan.
- Katetern smörjs med gel (2-procentig lidokaingel) och förs in längs med näsgolvet på den sida som blöder.
- När markeringen är i nivå med näsvingen fylls ballongen med sterilt vatten. Hur mycket ballongen ska fyllas beror på patientens näsanatomi och näsblödningens omfattning, 7-10 ml till att börja med. De flesta ballonger som är fyllda med <5 ml kommer att åka igenom koanen och tillbaka in i näskaviteten. Vi rekommenderar att ballongen fylls med sterilt vatten i stället för luft av två anledningar: 1) luft har en tendens att läcka ut, och 2) ballongstorleken motsvarar bättre mängden vatten som används än mängden luft.
- Försiktigt dras sedan ballongen bakåt tills den tar stopp i epifarynx. Om det ändå fortsätter att komma blod i orofarynx kan ballongen fyllas ytterligare, dock till max 15 ml.
- Näskaviteten bör därefter packas med gasvävstamponader, förslagsvis indränkta i kärlsammandra-



Till vänster tamponad med Rapid Rhino med munstycket tejpats mot kinden; till höger en klassisk bakre tamponad med kompress mellan näsvinge och klämma.

Foto: Jan-Erik Persson

»Foleykatetern stoppar effektivt svårbehandlade bakre näsblödningar som kan vara allvarliga och ibland livshotande.«



Klipp bort toppen på en Foleykateter nr 12-14. Kateterballongen placeras i epifarynx och fylls med sterilt vatten. Mot denna bakre tamponad läggs gasvävsremсор i skikt efter skikt. Katetern fixeras framåt med en slangklämma. Näsvingen under klämma skyddas med en kompress.

Foto: Björn Petruson

gande näsdroppar och/eller Terracortril med poly-myxin B.

- Katetern fästs sedan mot näsvingen med en kompress mellan klämma och näsvinge för att skydda huden och bibehålla tryck mot epifarynx [4].

Att tänka på: Patienter med denna typ av tamponad bör vårdas inläggande på öron-, näs- och halsklinik eller i samråd med sådan klinik. Vi rekommenderar att sjukvårdspersonal dagligen kontrollerar näsan genom att lyfta på kompressen och titta på näsvingen för att undvika utveckling av tryckskador. Likaså bör trycket i ballongen släppas efter högst 24 timmar för att undvika skador i epifarynx. Patienten känner ofta att det är mycket obehagligt och smärtsamt att ha en bakre tamponad i näsan. Systemisk smärtlindring är därför viktig. I vissa fall kan tillägg av morfinpreparat behövas. Patienter med tamponad i näsan och sederings riskerar att utveckla hypoxi och ska därför övervakas på sjukhus.

BEHANDLING PÅ ÖRON-, NÄS- OCH HALSKLINIK

Näsblödning kan också behandlas med varmvatten-irrigation; näskaviteten spolas då med 50-gradigt vatten. Patofysiologin tros vara att ödem utövar kompression på kärlen och påskyndar koagulationskaskaden [9].

Vid svårbehandlad näsblödning kan behandling i narkos bli aktuell, t ex clips på arteria sphenopalatina respektive arteriell röntgenologisk embolisering [4]. I Sverige används ofta också bipolär diatermi vid området för utträdet av arteria sphenopalatina. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

- Följande personer har bidragit med kritisk granskning av manuskriptet under dess tillkomst: Mats Holmström, Stockholm; Cecilia Ahlström-Emanuelsson och Morgan Andersson, Lund; Henrik Bergquist, Anders Ebenfelt, Gunnhildur Gudnadottir, Kenneth Holmberg, Erik Odelberg, Erik Odhagen, Björn Petruson och Åsa Robinson, Göteborg samt Thomas Eriksson, Sundsvall.

Citera som: *Läkartidningen*. 2016;113:DR7F

REFERENSER

1. Pothula V, Alderson D. Nothing new under the sun: the management of epistaxis. *J Laryngol Otol*. 1998;112:331-4.
2. Viehweg TL, Roberson JB, Hudson JW. Epistaxis: diagnosis and treatment. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006;64:511-8.

3. Rudmik L, Smith TL. Management of intractable spontaneous epistaxis. *Am J Rhinol Allergy*. 2012;26:55-60.
4. Ho EC, Mansell NJ. How we do it: a practical approach to Foley catheter posterior nasal packing. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2004;29:754-7.
5. Johnsen J, Bratt BM,

- Michel-Barron O, et al. Pure sesame oil vs isotonic sodium chloride solution as treatment for dry nasal mucosa. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;127:1353-6.
6. Amin M, Glynn F, Phelan S, et al. Silver nitrate cauterisation, does concentration mat-

- ter? *Clin Otolaryngol*. 2007;32:197-9.
7. Shargorodsky J, Bleier BS, Holbrook EH, et al. Outcomes analysis in epistaxis management: development of a therapeutic algorithm. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149:390-8.
8. Gudziol V, Mewes T, Mann WJ. Rapid Rhino:

- A new pneumatic nasal tamponade for posterior epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;132:152-5.
9. Novoa E, Schlegel-Wagner C. Hot water irrigation as treatment for intractable posterior epistaxis in an out-patient setting. *J Laryngol Otol*. 2012;126:58-60.

10. Kucik CJ, Clennett T. Management of epistaxis. *Am Fam Physician*. 2005;71:305-11.
11. Friis-Liby J, Groth A, redaktörer. ÖNH-handboken. Lund: Studentlitteratur; 2010. p.151.

KONSENSUS

De flesta är ense om att

- näsan ska rensas från koagulerat blod innan bomullstussar anläggs
- risk för septumperforation efter etsning/diatermi i näsan är liten och att septumperforation ses oftare hos patienter som behandlats på motstående sidor samtidigt eller upprepade gånger
- patient med bakre näsblödning ska vårdas inläggande.

Åsikterna går isär om

- huruvida tamponad med Rapid Rhino bör användas, eftersom den kan ge tryckskador om den får sitta för länge
- nyttan av att infiltrera lokalbedövning under slemhinnan vid främre näsblödning.

SUMMARY

This article presents the guidelines for the treatment of epistaxis in an out-patient setting in Sweden. Nasal hemorrhage from the anterior part of the nasal cavity is best treated with silver nitrate cauterization or electrocautery. Bleeding from the posterior part of the nasal cavity often requires treatment with a pneumatic nasal tamponade, RapidRhino, or a posterior nasal packing with a Foley catheter. When a patient requires treatment with posterior nasal packing it is recommended that a contact be taken with the nearest ENT clinic. The guidelines described are used by otorhinolaryngologists at Karolinska University Hospital, Stockholm, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Lund University Hospital, Lund and District Hospital Sundsvall-Härnösand, Sundsvall.

MEDICINENS ABC

- Medicinens ABC är en artikelserie där läkare under utbildning tillsammans med handledare beskriver vanliga sjukdomstillstånd, procedurer eller behandlingar som en nybliven specialist ska kunna handlägga självständigt. Artiklarna ska ge praktisk handledning inom ett avgränsat område.
- Ta kontakt med Anne Brynolf (anne.brynolf@lakartidningen.se) för diskussion av valt ämne och upplägg innan skrivandet börjar.