

## Neseblødning

Gjelder for: Hele SiV  
Dokumenttype: Prosedyre  
Sist endret: 22.12.2023

### 1. HENSIKT

Klarlegge arbeidsflyt ved neseblødning for å sikre raskest mulig god undersøkelse og behandling.

### 2. ANSVAR

Ethvert helsepersonell som får meldt neseblødning må kontakte koordinator i akuttmottaket, tlf 2220, som iverksetter videre varsling og forberedelse for mottak av pasient i tråd med denne prosedyre. AMK må i tillegg varsle ØNH lege direkte, tlf 90691966, om alle neseblødninger som transporteres til SIV via AMK mellom kl 1600 og 0730, helst minimum 30 min før ankomst SIV.

Vakthavende ØNH-lege er ansvarlig for å stanse blødningen.

### 3. GENERELT

Neseblødning er svært vanlig og opp mot 60% av befolkningen opplever dette i løpet av livet. 10% av disse må søke legehjelp.

Man inndeler typisk neseblødning i:

- Anterior blødning, typisk sv.t locus Kisselbachii
- Posterior blødning. Ofte hos eldre pasienter. Ofte kraftigere blødning.

Epistaxis kan være symptomatisk ved sjeldne tilstander, f.eks Mb. Osler, tumores i nese og bihuler, nyresykdommer og leukemiske sykdommer.

### 4. FREMGANGSMÅTE

#### Varsling

- Ethvert helsepersonell som får meldt Neseblødning skal kontakte koordinator i akuttmottaket, tlf 2220.
- Koordinator i akuttmottaket varsler forvakt ØNH. Dagtid: tlf 2850, kveld/natt: tlf 90691966
- Koordinator varsler ØNH-SPL i mottaket som forbereder ØNH-rom i mottaket for mottak av pasient.
- Pasient bringes direkte til ØNH-rom i mottaket i påvente av ØNH-lege.

#### Utstyr

Sykepleier finner frem/ sjekker at følgende utstyr på ØNH rom er tilgjengelig når neseblødning er meldt:

- Tetrakain/adrenalinoppløsning 20ml
- Sterilt vann 20 ml. Ampulle.

- 1 pk nesetampong rull + saks
- Lang tampongtang
- 4 stk TCPB salvetamponger
- Bipolar diatermi med pedalstyring med 2 pinsetter. (vinklet tupp og kne)
- Middels tykt Ullevålsug/metallsug
- Metallspatel
- Nesespekulum
- Xylocainspray med munnstykke
- Surgicel
- Foleykateter nr.12 og 14
- Blå kateter plastklemme
- Meroceltampong
- Rapid Rhino Nasal Catheter med enkelt og dobbeltballong
- 2 sprøyter a 10 ml.
- 2 sprøyter a 5ml.
- Plastkopper
- Tensoplast 2,5 cm
- Hansker, munnbind, pannelampe, og beskyttelsesbriller
- Plastforklær (til pas/spl/lege)
- Pussbekken med cellostoff
- Veneflonkurv. Utstyr til infusjon. BT apparat.
- Usterile hansker og isbiter.

**Sykepleier/hjelpepleier:**

Dekker pasienten med plastforkle. Pasienten skal sitte lett fremoverbøyd i ØNH-stol og blod skal renne ut av munn, ikke svelges. Barn kan sitte i egnet seng.

Legger isbiter i latexhanske på halsen/nakken samt over neseryggen.

Observerer og dokumenterer blodtrykk, puls og bevissthetsnivå.

Informerer pasienten etter behov om tiltak som settes i gang.

Legger inn veneflon.

Kobler til infusjon etter avtale med lege.

Bestiller aktuelle blodprøver etter avtale med lege. Husk å notere ned hastegrad.

**ØNH-lege:**

Forslag til algoritme, individuell vurdering nødvendig.

Vakthavende ØNH har 30 minutters utrykkingstid. Anamnestic skal det foreligge opplysninger om hvorvidt pasienten har generalisert blødningstendens og evt. er i AK-behandling. Man skal vurdere å ta Hb, type & screen, INR, leukocytter og trombocytter.

Beskytt alltid deg selv med hansker, munnbind og beskyttelsesbriller.

1. Forsøk å lokalisere blødningsfokus. Store koagler fjernes med sug og tang, før man initierer lokalanestesi.
2. Lokalbedøv med nesetampong dynket i teracain/adrenalin. La virke i minst 10 minutter. Ved gjennomblødning av tampong skiftes denne. Tamponering med tetracain/adrenalin vil i seg selv ofte gi hemostase. Derfor er det viktig å danne seg et inntrykk av blødningsfokus i forkant av detumisering.
3. *Anteriore blødninger*: Stases med god effekt ved elkoagulasjon (mono- eller bipolar).

*Monopolar: cave pacemaker.*

Ved mere diffuse - som regel venøse anteriore blødninger kan man forsøke lokalbehandling med "surgicel-frimærke"

Er blødningen lengre posteriort og ikke umiddelbart tilgjengelig for inspeksjon og lokalbehandling, ettersees nesekaviteten med stiv optikk (0/30°) for å lokalisere blødningsstedet.

#### 4. Posterioe blødninger:

- Man starter med de mest skånsomme (bløte) nesetamponader (Merocel eller TCPB (Terra-Cortril Polymyxin B)salvetampong, samt Rapid Rhino 7,5cm.
  - Merocel: Ved posterior blødning brukes lengste modell, som smøres grundig med TCPB. Indføres forsiktig. Kan evt fuktes til slutt med med sterilt vand evt. Cyklokapron. Snoren fikseres nøye fortil med tape.
  - TCPB salvetampong: Alternativ til Meroceltampong. Første snipp skal ha sikkerhetssløyfe (for at unngå nedheng i svelget). Motsatt ende fikseres nøye på apex nasi.
  - Rapid Rhino 7,5 cm: Ta av beskyttelseshette av plast. Fukt tampongen i sterilt vann i 30 sek. Tampongen legges inn nesen og blåses opp med luft. ca 10 ml. Snoren fikseres fortil med tape.

Kommer man ikke til målet med dette kan man forsøke Rapid Rhino 2 ballongs nasal kateter (for øvrig gjøres som ved Rapid Rhino 7,5cm) eller Foleykateter. Pasienter som mottar denne behandling bør ofte smertelindres så lenge tamponade er inneliggende. Disse pasientene bør innlegges.

- Foley-kateter med TCPB-Salvetampong: Blås opp ballongen før innsettelse for å sikre god funksjon og klipp av tupp distalt for selve ballongen. Nesen er grundig detumesert. Foley-kateteret innføres i bunnen av nesekaviteten og sees komme frem i oropharynx. Man injiserer 5 ml vand og trekker ballongen inn i choanae, til den kiles fast. Assistent fikserer og man "pakker" etterfølgende hele anteriore nesekavitet med TCPB-salvetampong. Ved blødning ekspanderes ballongen med 5 ml vand etappevis til hemostase (sjelden over 15 ml). Ballongen fikseres til slutt med skumgummi(fra operasjonsbørste) eller kompresser og blå kateter plastklemme.
- Sivblødning - tross tamponade (let til moderat): Ro, elevasjon av hodeenden og is i munn og på ytre nese.
- Anxiolytika og Cyklokapron kan vurderes.

Ved fortsatt kraftig, bakre blødning, tross ballong, må inspeksjon og evt koagulasjon i generell anestesi vurderes i samråd med bakvakt. I sjeldne tilfeller kan det videre bli nødvendig med karligering eller embolisering.

Traumepasienter med kraftig arteriell blødning i rhinopharynx: Sjelden. Som regel fallulykker/trafikk. Pasientene har basisfraktur, evt. Le Fort III med overrivning av arterier omkring rhinopharynx medførende voldsom blødning.

Bakvakt og anestesilege kontaktes omgående. Hemostase forsøke oppnådd med rikelig tamponering, slik at man oppnår hardt kompress i hele rhinopharynx.

## 5. INTERNE REFERANSER

## 6. EKSTERNE REFERANSER

- Uptodate.com – søk 10/1-14

- Retningslinjer Epistaxis – Syddansk universitetssykehus
- Avdelingsbasert erfaring

## **7. VEDLEGG**