

TROLIGT ATT FARMAKA BIDROG I VART TREDJE FALL

Enligt en studie av 81 patienter inlagda för näsblod vid universitetssjukhuset i Umeå finns ett samband mellan hypertoni och näsblödning. I en tredjedel av fallen bidrog sannolikt farmaka, som NSAID/ASA, till blödningen. Om man mer aktivt definierar blödningskällan och behandlar med diatermi och etsning kan antalet bakre tamponader och behovet av sluten vård minskas.

Det finns flera orsaker till spontan näsblödning. Vår avsikt med följande studie var att belysa tänkbara riskfaktorer och att optimera den primära behandlingen genom en förbättrad diagnostik. Våra resultat talar entydigt emot en relation mellan medicinering med NSAID (icke-steroida anti-inflammatoriska läkemedel)/ASA (acetylsalicylsyra) och längre vårdtid. Däremot är patienter med Waranmedicinering mer vårdkrävande, i vårddygn räknat. I vårt material förkortades inte vårdtiden av Cyklokapron. Vi anser att ambitionen bör vara att mer aktivt definiera blödningskällan redan i det akuta skedet, med främre rinoskopi, endoskopi eller mikroskopi, för att därmed möjliggöra en adekvat behandling med diatermi eller kromsyrætsning. Antalet bakre ballongtamponader bör därmed reduceras liksom behovet av sluten vård.

Sex procent söker för näsblod

Omkring 60 procent av alla människor i Sverige blöder någon gång i livet näsblod, av dessa söker 6 procent läkarhjälp [5]. Av dem som söker läkare har cirka 40 procent någon form av defekt i

hemostasmekanismen. Hos ungefär 9 procent finner man en något förlängd blödningstid orsakad av acetylsalicylsyra som förhindrar trombocyternas aggregation till kärlväggen. Från praktisk synpunkt kan näsblödning indelas i två grupper efter dess lokalisering: epistaxis anterior (främre näsblödning, cirka 90 procent), som identifieras via främre rinoskopi, och epistaxis posterior (bakre näsblödning, cirka 10 procent), som inkluderar alla näsblödningar som inte kan identifieras via främre rinoskopi.

Öron-, näs- och halskliniken vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå har ett primärt upptagningsområde på 160 000 invånare. Cirka 40 patienter vårdas per år under diagnosen epistaxis vid sjukhuset, med en APDRG-kostnad (All patient diagnosis related group) på 11 000 kr per vårdtillfälle. Dagens sjukvård med allt mer begränsade ekonomiska resurser och ett ökat kvalitetsmedvetande ställer krav på att rutiner för diagnostik och behandling av olika sjukdomar granskas för optimal vård och nyttjande av resurser. Avsikten med vår undersökning var att granska handläggningen av patienter inlagda på grund av näsblödning för att påvisa faktorer som kan förändra och förbättra handläggningen.

En retrospektiv journalstudie av patienter inlagda under diagnosen epistaxis vid öron-, näs och halskliniken i Umeå från den 1 januari 1992 till den 1 maj 1994 har genomförts. Patienterna lades huvudsakligen in på öron-, näs- och halsavdelningen under jourtid, det vill säga 17.00–08.00.

81 patienter vårdades under diagnosen epistaxis. Tolv patienter drabbades av ny blödning och återinlades varav tre stycken två gånger, sålunda registrerades 96 vårdtillfällen. Patientmaterialet indelades på följande vis:

A. 51 patienter (63 procent) som ej intagit NSAID/ASA.

B. 24 patienter (30 procent) som regelbundet intagit NSAID/ASA.

C. 6 patienter (7 procent) som medicinerade med Waran.

Könsfördelningen i A och B var 45 procent kvinnor och 55 procent män och i C 67 procent (4 stycken) kvinnor. Medelåldern var i A 59 år (intervall 5–

92 år), i B 67 år (intervall 24–90 år) och i C 72 år (intervall 64–79 år). Ingen patient hade känd blodsjukdom.

Fördelningen mellan främre och bakre näsblödningar förhöll sig lika i A (30 procent bakre respektive 70 procent främre) och i B (37 procent bakre och 63 procent främre). I C hade endast en patient en bakre näsblödning. I A och B var medelvårdtiden för främre näsblödning 2,0 dagar och i C 3,4 dagar. Vid bakre näsblödningar var medelvårdtiden i A 4,1 dagar (± 1 SD; 4,1 $\pm 3,0$) och i B 3,3 dagar (± 1 SD; 3,3 $\pm 1,5$). I C var vårdtiden 5,0 dagar. I A behandlades 49 procent för hypertoni, i B 29 procent och i C 83 procent.

I grupp B fanns tre patienter med systemsjukdom vilken krävde konstant medicinering med NSAID. I C hade 100 procent hjärtsjukdom, i A och B 16 procent respektive 50 procent.

Medelvärdet för hemoglobin (Hb) vid inläggningen för de tre grupperna var jämförbart, 120 g/l. I A och B kontrollerades blödningsstatus, P-APT-tid (aktiverad partiell tromboplastintid), PK (protrombinkomplex) och fibrinogen, hos 30 procent respektive 54 procent och värdena var genomgående normala. I C kontrollerades blödningsstatus på alla patienter varav en hade ett PK under terapeutisk nivå (10–25 procent).

Alla behandlades med tamponad

Behandlingen av patienterna framgår av Tabell I. Vid främre näsblödning behandlades alla patienter i A (36 stycken) vid första vårdtillfället med främre tamponad, 19 patienter etsades med kromsyræ eller behandlades med diatermi på locus Kiesselbachi.

Elva patienter började blöda igen en gång och två stycken två gånger. Fem av dessa elva hade en bakre näsblödning vid första vårdtillfället, men endast en patient hade en bakre näsblödning vid andra vårdtillfället. Åtta av elva patienter omtamponerades utan försök till diatermi eller etsning, trots att en främre näsblödning var identifierad.

Vid främre näsblödning i B (15 stycken) fick alla patienter vid första vårdtillfället en främre tamponad, varav sex patienter också behandlades med kromsyrætsning eller diatermi på locus

Författare

KATARINA OLOFSSON
ST-läkare

ÅKE DAHLQVIST

chefsöverläkare; båda vid öron-, näs- och halskliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

Kiesselbachi. Ingen fick återfall vare sig med främre eller bakre näsblödning. I C hade fem av de sex patienterna en främre näsblödning varav en behandlades primärt med diatermi och övriga tamponerades.

Vid bakre näsblödning anbringades en bakre tamponad med hjälp av ballongkateter eller tamponad av gasbinda, en så kallad sockerbit. Försök till nasoskopi med endoskop eller mikroskop utfördes inte i någon av grupperna.

Till patienter i A gavs Cyklokapron vid 17 av 62 vårdtillfällen. Medelvårdtiden för dessa patienter var 3,5 dagar jämfört med 2,6 dagar för de patienter som inte fick Cyklokapron.

I B fick sju av 24 Cyklokapron med en medelvårdtid på 3,6 dagar jämfört med 2,1 dagar för dem som inte erhöll behandling med Cyklokapron. Sex patienter i A och en i B fick blodtransfusion (2–5 enheter). Ingen transfusion gavs i C-gruppen.

De vanligaste riskfaktorerna för näsblödning är övre luftvägsinfektion, näs-petning och intag av NSAID/ASA [4, 5]. Konsumtion av dessa preparat förlänger blödningstiden [4, 6] och ger en ökad blödningsbenägenhet [7, 8]. Indikationen för antikoagulationsbehandling har vidgats i Sverige, samtidigt som antalet dödliga komplikationer ökat från år till år [9]. I en nyligen presenterad studie omfattande 413 patienter kunde en blödningsfrekvens på 5,6 procent och en dödlighet på 1,5 procent redovisas [9].

I vår studie utgjorde medikamentell relaterade näsblödningar 37 procent av totalmaterialet, vilket är anmärkningsvärt mycket jämfört med Petruson och medarbetarens 9 procent [4].

Hypertoni vanlig tilläggsdiagnos

Vid två tredjedelar av alla näsblödningar förblir etiologin oklar [4]. Det anses att hypertoni i sig inte skall vara en predisponerande faktor för epistaxis [4] men i vårt material var hypertoni som tilläggsdiagnos vanlig (54 procent; intervall 29–83 procent). Detta kan relateras till en åldersstandardiserad populationsstudie, det så kallade MONICA-projektet [11] omfattande 1 000 män och 1 000 kvinnor i Norrbotten och Västerbotten. Där hade 16,3 procent av männen och 12,1 procent av kvinnorna i åldersgruppen 25–64 år hypertoni (åldersstandardiserat mot population i Norrbotten och Västerbotten 1990 och med hypertoni definierad som diastoliskt blodtryck >90 mmHg, systoliskt blodtryck >160 mmHg eller tablettbehandling).

I vår retrospektiva studie med 81 patienter förefaller inte NSAID/ASA-medicinering påverka vårdtiden. Patienter som medicinerar med Waran har oftast

Tabell 1. Behandling av de 81 patienterna med diagnosen näsblod. Grupp A utgörs av patienter som ej intagit NSAID/ASA, B av patienter som regelbundet intagit NSAID/ASA och C av patienter som medicinerade med Waran.

Grupp	Främre tamponad	Etsning/diatermi	Bakre tamponad	Vårdtid (dygn) med Cyklokapron	Vårdtid (dygn) utan Cyklokapron
A (36 st) främre	100%	31% (11) etsning 22% (8) diatermi	100%	} 3,5 ¹	} 2,6 ¹
A (15 st) bakre					
B (15 st) främre	100%	27% (4) etsning 13% (2) diatermi	100%	} 3,6 ¹	} 2,1 ¹
B (9 st) bakre					
C (5 st) främre	100%	20% (1) diatermi	100%		
C (1 st) bakre					

¹ Avser gruppen som helhet (främre + bakre näsblödning).

en mångfasetterad sjukdomsbild och kräver därmed ytterligare cirka ett vård-dygn. Vår studie pekar på ett tydligt samband mellan epistaxis och hypertoni, då hypertoni som tilläggsdiagnos är signifikant högre (54 procent) än i en ålderstandardiserad normalpopulation (14 procent) [11]. Vi betraktar därmed hypertoni som en riskfaktor vid epistaxis. Behandling med Cyklokapron reducerade inte vårdtiden hos våra patienter vilket skiljer sig ifrån de resultat som har presenterats av Petruson och medarbetare [4]. Detta kanske kan förklaras av att i vår studie insattes Cyklokapron vid terapivikt på främre och/eller bakre tamponad.

Behandling av näsblödning bygger på identifiering av blödningskällan. Utifrån lokalisering av denna tillämpas olika blodstillningsmetoder [5]. Behandlingen kan vara antingen kirurgisk (kärlligatur, kryoterapi, embolisering och endoskopiskt ledd kontroll av blödnings) eller icke kirurgisk (främre och/eller bakre tamponad och etsning med kromsyrepärkla). Bakre tamponad är associerad med komplikationer i form av återkommande blödning, infektion (rinosinuit, otitis media), ischemisk trycknekros, arteriell hypoxemi och allergi/anafylaxi likväl som biverkningar associerade till hospitaliseringen i form av djup ventrombosis, pulmonell embolism, pneumoni och död [1]. Shaw och medarbetare visade 1993 [3] att en kortare vårdtid och ett mindre behov av blodtransfusion följde icke kirurgisk behandling. I nyligen publicerade studier [1, 2, 10] har man genom att identifiera blödningskällan med hjälp av fibernasolaryngoskop eller mikroskop kunnat diatermibehandla denna och därigenom kunnat minska både antalet bakre tamponader och vårdtiden.

Viktigt definiera blödningskällan

Presenterat material har på öron-, näs- och halskliniken i Umeå medfört en uppmärksamhet kring diagnostik och behandling av näsblödning. Avseende den primära behandlingen bör am-

bitionen vara att mer aktivt, än vad som gjorts i detta material, definiera blödningskällan med främre rinoskopi, endoskopi eller mikroskopi, för att därmed möjliggöra en adekvat behandling med diatermi eller kromsyraetsning. Antalet bakre ballongtamponader bör därmed reduceras liksom behovet av slutna vård. Detta förutsätter att ändamålsenlig utrustning för diagnostik och behandling finns lättillgänglig. I vårt material fann vi en hög frekvens (37 procent) av näsblödning där farmaka sannolikt bidragit till näsblödning. Patienter som medicinerar med NSAID/ASA bör informeras om dessa preparats negativa effekt på näsblödningar.

Litteratur

- Nicolaides A, Gray R, Pflieger A. A new approach to the management of acute epistaxis. *Clin Otolaryngol* 1991; 16: 59-61.
- Premachandra DJ. Management of posterior epistaxis with the use of fiberoptic nasolaryngoscope. *J Laryngol Otol* 1991; 105: 17-9.
- Shaw CB, Wax M, Wetmore ST. Epistaxis; A comparison of treatment. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 18: 60-5.
- Petruson B, Haglund G. Näsblödningar. *Läkartidningen* 1974; 71: 5382-5.
- Petruson B. Näsblödningar – orsaker och behandling. *Läkartidningen* 1988; 85: 1031-5.
- Samra SK, Harrisson RL, Bee DE, Valero V. A study of aspirin induced changes in bleeding time, platelet aggregation, and Sonoclot coagulation analysis in humans. *Ann Clin Lab Sci* 1991; 21: 315-27.
- Velo GP, Milanino R. Nongastrointestinal adverse reactions to NSAID. *J Rheumatol* 1990; 17: 42-5.
- Nuutinen LS, Laitinen JO, Salomäki TE. A risk-benefit appraisal of injectable NSAIDs in management of postoperative pain. *Drug Saf* 1993; 9: 381-93.
- Sjöberg KH, Ormestad A, Hagglund H, Pettersson T. Komplikationer med antikoagulantia. *Läkartidningen* 1995; 92: 3006-10.
- Quine SM, Gray MR, Blumenthal H. Microscope and hot wire cautery management of 100 consecutive patients with acute epistaxis – a superior method to traditional packing. *J Laryngol Otol* 1994; 108: 845-84.
- F Huhtasaari, K Asplund, B Steigmayer, W Lundberg, PO Wester. Trends in cardiovascular risk factors in the northern Sweden, Monica Study: Who are the winners? *Cardiovascular Risk Factors* 1993; 3: 215-21.