



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان زنجان

مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج)

آموزش دفتر پرستاری

مراقبت پرستاری در خونریزی بینی

نعمت‌اله سلیمان نژاد

۱۳۹۵

مراقبت پرستاری در خونریزی بینی

خونریزی بینی معمولاً شدت کمی داشته و بدرمانهای عادی جواب میدهند. در موارد ناچیزی نیاز به درمان وجود دارد. تعداد موارد خطرناک خونریزی بینی بسیار کم است. انسیدانس بروز خونریزی بینی در زندگی هر فرد ۶۰٪ است ولی فقط ۱۰٪ این خونریزی ها نیازمند درمان پزشکی هستند. در سنین کمتر از ۵۰ سال شیوع خونریزی در مردان بیشتر ولی پس از آن در هر دو جنس به یک نسبت شایع است. در سنین بالاتر خونریزی ها شدیدتر بوده و موارد خونریزی خلفی نیز بالاتر است اما در نوجوانان و جوانان شیوع خونریزی قدامی بیشتر بوده و معمولاً خفیف میباشند.



علل اپیستاکی

علل خونریزی بینی بقرار ذیل است:

الف: علل لوکال

تروماتیک: ناشی از شکستگی بینی، جراحی بینی، اینتوباسیون از بینی، اکسیژن نازال، دستکاری بینی با انگشت، خشکی ناشی از مصرف انتی هیستامین ها و اسپری استروئیدی، جسم خارجی بینی.

ساختمانی: انحراف سپتوم، پرفوراسیون سپتوم

روندهای التهابی: آلرژی و رینیت ها، سرماخوردگی، سینوزیت، محرک محیطی مثل سیگار و مواد شیمیایی

اختلالات تومورال: آنژیوفیروما، آنوریسم ها، پاپیلوما، کارسینوم اسکاموس، آدنوکارسینوما، همانژیوما

ب: علل سیستمیک

اختلالات انعقادی: نقص های اکتسابی و مادرزادی انعقادی، نارسائی کبدی و کلیوی، نقص تغذیه ای و ویتامینی، داروها، لوکمی

بیماریهای عروقی: آرتریواسکلروزیس، بیماریهای کلاژن، تالانژکتازی هموراژیک

مشکلات قلبی که فشار وریدی را بالا میبرند مثل تنگی میترا و نارسائی احتقانی قلب فشار خون: صد در صد ثابت نشده است.

شایعترین علت اپیستاکی تروما است. هوای خشک سبب ایجاد کراست بر روی سپتوم بینی می شود و با برداشته شدن

دلمه ها و یا فین کردن، مخاط می شکنند. فین کردن اقدامی نادرست است و با افزایش فشار درون بینی هم احتمال

مراقبت پرستاری در خونریزی بینی

خونریزی بینی را افزایش میدهد و هم باعث بروز فشار منفی و کشیده شدن محتویات غیر استریل درون بینی بدون محیط استریل سینوسها میشود. بدنبال فین کردن عروق خونی شکسته و اپیستاکسی رخ میدهد.

بیماران مبتلا به هیپرتانسیون و یا آترواسکلروز عروقی بیشتر از سایر افراد دچار خونریزی بینی میشوند اما بر اساس مطالب کتب مرجع هنوز ارتباط فشار خون با خونریزی بینی ثابت نشده است.

بیماران دریافت کننده شیمی درمانی و مبتلایان به لوسمی، ترومبوسیتوپنی یا نقصی در عروق ممکن است دچار اپیستاکسی شوند. خونریزی بینی در انحراف بینی بطور شایع دیده میشود که بعلت جریان دورانی هوا درون بینی، خشکی و دلمه بستن رخ داده و در نتیجه خونریزی بینی حادث میشود.

در فصول گرم سال میزان شیوع خونریزی بینی افزایش میابد. کمی رطوبت بینی باعث کاهش قدرت ترمیم مخاط بینی شده و لذا هر ضربه مختصری میتواند باعث بروز خونریزی بینی شود. خشکی بینی امکان تجمع میکروبی و ترشح آنزیم های مخرب فیبرینی را نیز فراهم میآورد.

اگر بصورت دیرس بدنبال تروما و آسیب ماگزیلوفاشیال، بیمار با خونریزی مراجعه کند احتمال بروز آنوریسم پس از تروما را که معمولاً ۷ هفته پس از ضربه ایجاد میشوند را بایستی در تشخیص افتراقی داشته باشیم. در مواردی علت خونریزی از بینی واضح نیست.

احتمال اینکه خونریزی از نیمه خلفی بینی در اثر ترومای خارجی باشد، اندک است. اکثراً این نوع خونریزی از گسیختگی در یک رگ اسکروتیک ناشی می شود. در صورت ابتلای بیمار به هیپرتانسیون وضعیت بدتر خواهد بود. انتظار بروز خونریزی خلفی را در افراد مسن داریم. خونریزی در اینموارد شدید است.

تغییر در میزان ویتامین C یا K و همچنین تغییر در زمان پروترومبین (PT)، زمان خونریزی (BT) و یا زمان انعقاد (CT) بطور شایعی همراه با اپیستاکسی نیستند. بعبارت دیگر بایستی تمامی بیماران مبتلا به خونریزی بینی را به مشکلات انعقادی ربط داد اگر این حالات علت اپیستاکسی باشند، بیمار باید از سایر مخاط و پوست هم خونریزی داشته باشد پس در بیماری که در سایر قسمت های بدنش خونریزی ندارد، اختلالات خونی به ندرت علت اپیستاکسی می باشند. البته در مورد این موضوع بحث فراوانی وجود دارد. بعنوان مثال در مطالعه مک گری در سال ۱۹۹۵، ۴۶٪ بیماران خونریزی شدید بینی نقص در BT داشته اند. اما معمولاً در این افراد شرح حال بروز خونریزی و انعقاد دیرس آن در سایر نقاط هم وجود دارد. شایترین بیماری نقص انعقادی فامیلیال بیماری ون ویلبراند است و در این بیماران شرح حال خونریزی های مکرر شایع است. پلاکت زیر ۲۰۰۰۰ با خونریزی خودبخودی همراه است.

تشخیص و درمان خونریزی بینی

مراقبت پرستاری در خونریزی بینی

قدم اول در بررسی و درمان بیمار مبتلا به خونریزی بینی ارزیابی وضعیت همودینامیک و راه هوایی اوست. اگر شرایط پایدار است باید به شرح حال دقیق پردازیم اول طرف مبتلا و یا غالب تر را پیدا میکنیم. تروما و خونریزی قبلی بسیار اهمیت دارد. شرح حال دارویی و درمانها نیز مهم است. آیا بیمار سابقه جراحی و درمانها خاصی داشته است؟ شرح حال فامیلی و حتی روانی و عادات او هم پرسیده شود.

روش مناسب برای تعیین محل خونریزی به شرح زیر است

۱- پزشک و بیمار باد گان بپوشند

۲- دبیمار بر روی صندلی بنشیند و به جز در صورت ضعف شدید و یا موارد شوک نباید دراز بکشد .

۳- کلیه لخته های خون به وسیله ساکشن بیرون آورده شود . در صورتی که دستگاه ساکشن در دسترس نباشد باید از بیمار خواسته شود تا با فین کردن ، بینی خود را از لخته های خون پاک کند .

۴- پزشک با نور کافی به بخش قدامی بینی نگاه کند . در صورت یافتن نقطه خونریزی دهنده جستجو تمام شده است.

۵- اگر منشاء خونریزی از قسمت قدامی نباشد و بیمار متوجه می شود که بطور مداوم لخته ها را می بلعد ، عاقلانه است که منشاء خونریزی را خلف بینی بدانیم.

برای معاینه خوب داشتن نور کافی و ساکشن مناسب بسیار ضروری است. پیدا کردن محل خونریزی اولین کلید درمانی است. اگر این وسایل را نداشته باشید از بیمار بخواهید فین کند و با اتوسکوپ (با اسپوکولوم بزرگ) داخل بینی را نگاه کنید. بیمار بایستی مستقیم روبروی شما نشسته باشد. همکاری معمولاً خوب نیست اما با توضیح اقدامات و هدف از هر اقدام باعث آرامش بیمار خواهد شد. قبل از هر کاری دو مسیر رگ خوب داشته باشید.

ست کامل درمان خونریزی بینی: گان، عینک ، دستکش ، اسپوکولوم بینی ، ساکشن مناسب ، نور هدمپ قوی ، پنس بایونت ، پماد تتراسیکلین ، مش ، داروهای بی حس کننده.

معاینه درون بینی را با خارج سازی لخته ها شروع کنید اگر لخته وارد ساکشن نشد آنرا با بایونت بشکنید. به جدار بینی و بخصوص سپتوم بینی دقت کنید. مکرر در حین معاینه علائم حیاتی را چک کرده و با بیمار صحبت کنید تا از هوشیاری او آگاه شوید. به تجربه دیده ام که در حین معینه اینگونه بیماران و بخصوص در حین تامپون کردن ، فیل از شوک وازو واگال ، پاهای بیمار در یک لحظه بسیار گرم شده و در چند ثانیه بیمار میافتد .

محل های شایع خونریزی بینی

مراقبت پرستاری در خونریزی بینی

قسمت قدامی بینی : بیشتر این نوع خونریزی ها از شبکه عروق کسلباخ واقع در قسمت قدامی سپتوم منشاء می گیرند .
عمده خون قسمت قدامی سپتوم از شبکه کاروتید خارجی تامین می شود.

قسمت خلفی بینی : عروق این قسمت بزرگ هستند و اغلب خونریزی شدید می دهند . قسمت خلفی مئاتوس تحتانی (در زیر شاخک تحتانی) محل شایعی برای خونریزی است . عروق این ناحیه شاخه های شریان ماگزیلاری داخلی (از کاروتید خارجی) هستند . شریان اتمویدال قدامی ، شاخه شریان افتالمیک (از کاروتید داخلی) و به بخشهای فوقانی قسمت خلفی بینی خون می رساند . خونریزی از این شریان در بالای بینی ، در بین سپتوم و شاخک میانی مشاهده می شود .

سایر نقاط : به دنبال ضربه شدید به صورت و یا وجود نئوپلاسم ، ممکن است خون از سینوس های پاراناژال منشاء بگیرد . علت دیگر تانژکتازی خونریزی دهنده ارثی و یا دیسکرازیهای خونی است که ممکن است تمام مخاط بینی دچار خونریزی شود . در بیماران مبتلا به دیسکرازیهای خونی ممکن است پتشی ، اکیموز ، هماچوری و یا سایر تظاهرات یک اختلال هماتولوژیک دیده شود .

خونریزی معمولاً تنها از یک طرف بینی و نیز تنها از یک نقطه منشاء می گیرد . موارد خونریزی دو طرفه شامل شکستگی های بینی و یا بعد از وسیله گذاری در طرف فاقد خونریزی است . در موارد خونریزی شدید معمولاً خون از پشت سپتوم می گذرد و در طرف دیگر نیز ظاهر می شود . این موارد ممکن است خونریزی دو طرفه تصور شوند .

درمان

خونریزی از بخش قدامی بینی

اگر محل خونریزی بینی قدامی و شدت آن زیاد است درمان شامل کوتر و پک قدامی است و اگر جواب نگر فتمیم لیگاسیون شریانی و آمبولیزاسیون درمان نهایی است . اما در شدت متوسط درمان کوتر و پک قدامی است . در خونریزی قدامی خفیف بینی ، درمان کوتر و پیگیری بیمار و در صورت شکست درمان ، پک قدامی انجام شود .

کلاً خونریزی قدامی ساده ترین خونریزی است . زیرا این ناحیه در دسترس است و عروق آن کوچک هستند . روش درمان به شرح زیر است :

۱- به وسیله ساکشن لخته های خونی را باید خارج نمود .

۲- سپس یک گلوله پنبه ای آغشته به اپی نفرین یک هزارم را بر روی محل خونریزی قرار می دهیم .

۳- پس از آن گلوله پنبه ای را خارج نموده و محل خونریزی دهنده را به وسیله قلم نیترات نقره ، اسید تری کلرواستیک

۵۰ درصد و یا Suction Cutery ، کوتر می نماییم .

مراقبت پرستاری در خونریزی بینی

با استفاده از کوکایین ، تتراکایین و یا گزیلوکایین می توان بی حسی کافی برای انجام کوتر بدست آورد . در بالغین می توان کوتر شیمیایی را بدون بی حسی انجام داد.

پس از کنترل خونریزی به بیمار گفته می شود که از دستکاری و یا فین کردن بینی پرهیز نماید . بعد از گذشت یک هفته بیمار می تواند از وازلین یا روغن معدنی جهت مالیدن بر روی سپتوم استفاده نماید. در مواد خفیف خونریزی، پس از انجام کوتر نیازی به تامپون بینی نمی باشد.

دستکاری غیر قابل کنترل بینی: بعضی از بیماران نمی توانند از دستکاری بینی خود اجتناب نمایند و ممکن است باعث زخمی شدن و حتی سوراخ شدن سپتوم بینی خود شوند. در این موارد در صورت شکست روشهای معمول، میتوان با پک کردن هر دو طرف بینی (بمدت ۷ تا ۱۰ روز) به وسیله پنبه های چرب شده با پمادهای آنتی بیوتیکی نئوسپورین، اکسی تتراسیکلین یا باسیتراسین به ترمیم غشاهای مخاطی کمک نمود. استفاده از آنتی بیوتیک از ایجاد بوی بد جلوگیری می کند.

پک قدامی بینی با استفاده از اسپکولوم بینی و زیر نور درخشان صورت می گیرد . بدین منظور نوارهای آغشته به پمادهای آنتی بیوتیکی را به صورت لایه لایه (شبیه چین های آکاردئون) داخل بینی قرار می دهند .

خونریزی از بخش خلفی بینی

به علت شدید بودن خونریزی و دشواری مشاهده قسمت خلفی بینی ، درمان این خونریزیها پیچیده است. با استفاده از دستگاه ساکشن و پاکسازی خون در حین جلوبردن نوک لوله ساکشن ، در نهایت پزشک به نقطه ای می رسد که با عبور دادن نوک لوله ساکشن از آن بینی با خون انباشته می شود . این نقطه همان محل خونریزی دهنده است . اما در اغلب موارد نمی توان رگ خونریزی دهنده را دید . بعلت اشکال در دسترسی به محل خونریزی و مقدار زیاد خون ، استفاده از کوتر در اغلب موارد امکان پذیر نیست.

درمان در خونریزی بینی خلفی شدید پک قدامی خلفی است و اگر جواب نگر فتمیم بایستی لیگاسیون شریانی و آمبولیزاسیون انجام شود. در موارد خفیف خونریزی خلفی ، درمان مدیکال کرده و اگر درمان شکست خورد، درمان قطعی کوتر آندوسکوپیک محل خونریزی است. منظور از درمان مدیکال مرطوب کردن بینی و چرب کردن آن با ژل بینی و نیز اسپری سالین و بخور مرطوب کننده است. قطره های بینی نیز موثرند. دقت کنید که قطره های دکونژستان را بیش از چهار روز بکار نبرید.

روشهای پک خونریزی خلفی

پک کردن موضعی : گاهی یک گلوله پنبه ای کوچک آغشته به اپی نفرین بطور محکم در داخل مئاتوس تحتانی در ناحیه تقریبی خونریزی دهنده قرار داده می شود . این پک باید ۱ تا ۲ روز در محل باقی بماند . نسبت به پک خلف بینی مزیت

مراقبت پرستاری در خونریزی بینی

این نوع پک راحتی بیمار است و عیب آن احتمال جابجا شدن و کاهش فشار وارد بر محل خونریزی می باشد. پزشک با افزایش مهارت خود می تواند اکثر خونریزیهای خلف بینی را با پک قدامی متوقف سازد.

پک خلفی بینی کلاسیک: پک خلفی بینی از گازی متصل به سه نوار تشکیل شده است. پک، آغشته به پماد آنتی بیوتیکی که حاوی نئومایسین نباشد (چون در ۷٪ بیماران حساسیت به نئومایسین وجود دارد) می باشد. غالباً پک های خلف بینی به حدی بزرگ ساخته می شوند که هر دو کوان را مسدود می سازند و بیمار قادر به تنفس از طریق بینی نمی باشد. انسداد راه هوایی بینی ممکن است موجب کاهش سطح PO_2 و افزایش سطح PCO_2 و در نتیجه عوارض ثانویه تنفسی و قلبی شود. بنابراین در افراد مسن بهتر است از پک دو طرفه خلفی اجتناب شود و در صورتی که در افراد مسن از پک خلفی دو طرفه استفاده می شود، بیمار باید در بیمارستان بستری شده، تحت مراقبت دقیق قرار گیرد.

پک های بزرگ با فشار بر روی شیپور استاش موجب علائم گوشی می شوند. بنابراین پرده تمپان بیمار باید هر روز مشاهده شود، تا از پدید آمدن اوتیت میانی یا هموتمپان آگاه شویم. پک خلفی باید در عرض ۴۸ تا ۹۶ ساعت خارج شود. اگر پس از آن بیمار خونریزی شدید پیدا کرد، پک مجدداً قرار داده می شود. پس در تامپون خلفی حتماً بیمار را باید بستری نمود.

برای قرار دادن پک خلفی یک کاتتر را از سمت خونریزی کننده بینی عبور داده و آن را بوسیله یک هموستات از دهان بیرون می آوریم. سپس نوارهای دوگانه پک را به کاتتر گره زده و با کشیدن طرف نازل کاتتر، پک را به داخل دهان و در بالا و پشت کام نرم در قسمت نازوفارنکس می بریم. نوار سوم پک برای بیرون کشیدن آن در دهان باقی می ماند. پس از قرار دادن پک خلفی، قسمت قدامی بینی را (تنها در سمت خونریزی دهنده) به وسیله نوار بلندی از گاز پک می کنیم. در نهایت دو نواری که از بینی بیرون آورده شده اند را محکم به دور گاز گره می زنیم.

روش دیگر جهت پک خلفی، استفاده از کاتتر فولی است که در آن بالون کاتتر را در نازوفارنکس باد می کنند. کاتتر را درون بینی برده و از راه دهان انتهای آنرا در پشت زبان کوچک ببینید سپس آنرا کمی بالا کشیده و با ۳۰ سی سی سالین پر کنید. هر چند این وسیله روی محل خونریزی فشاری وارد نمی کند، اما می توان از آن بعنوان تکیه گاهی برای پک قدامی استفاده نمود. استفاده از این روش برای پزشکان کم تجربه آسانتر است. اثر بخشی آن به میزان تامپون کلاسیک خلفی نیست.

قرار گرفتن بیمار در وضعیت نشسته میزان خونریزی را کاهش می دهد. همچنین در این وضعیت خون وارد حلق نمی شود و رفلکس gag تحریک نمی گردد.

یکی دیگر از راههای تجربی جلوگیری از خونریزی تزریق سالین نرمال در فورامن پالاتین است که در بعضی بیماران با منشا خونریزی پالاتین بسیار کمک کننده است و به ما فرصت مناسب کنترل خونریزی با تامپون را میدهد.

اثر بخشی تامپون قدامی - خافی ۷۰٪ است.

مراقبت پرستاری در خونریزی بینی

لیگاتور شریانی

در صورتی که حتی پس از یک مناسب نیز نتوان خونریزی شدید بینی را کنترل کرد ، لیگاتور شریان ضرورت دارد . برخی از مکاتب معتقد هستند که ناراحتی حاصله برای بیمار در روش لیگاتور شریانی بسیار کمتر از یک طولانی مدت است . در حال حاضر تمرکز بر لیگاسیون شریان اینترنال ماگزیلاری و اتموئید است. در مواردی که خونریزی از قسمت بالایی و خلفی بینی رخ می دهد ، منشاء خونریزی از سیستم کاروتید داخلی (شریان اتموئیدی قدامی) می باشد . بستن شریان اتموئیدی قدامی بی خطر است . با ایجاد برشی در کانتوس داخلی چشم می توان به این شریان دست یافت . برای لیگاتور شریان کاروتید خارجی در گردن باید بتوان آن را از شریان کاروتید داخلی افتراق داد . تنها روش قطعی استفاده از این مطلب است که شریان کاروتید داخلی فاقد شاخه ای در گردن است . بدین منظور جراح باید قبل از لیگاتور شریان، حداقل دو شاخه آن را شناسایی نماید . می توان بجای لیگاتور شریان کاروتید خارجی ، یکی از شاخه های انتهایی آن به نام ماگزیلاری داخلی (شریان رینولوژیست ها) را لیگاتور نمود . در این روش از میکروسکوپ جراحی استفاده می شود.

سایر روشهای کنترل خونریزی

یکی از روشهای کنترل خونریزی از شریان ماگزیلاری داخلی ، تزریق محلول سالین از طریق کام به داخل سوراخ گریتر پالاتین است . این روش اغلب اثر موقت دارد اما به ما فرصت تامپون کلاسیک و رسیدگی به حال بیمار را میدهد . آمبولیزاسیون انتخابی شاخه های انتهایی شریان ماگزیلاری داخلی از روشهای موثری است که بتازگی معرفی شده است . بیماران مبتلا به اپیستاکسی اغلب رنگ پریده هستند و ممکن است درحال شوک باشند ، اما مرگ به ندرت رخ می دهد . زیرا اگر خونریزی بیمار به حدی باشد که بیمار دچار شوک شود ، فشار خون افت می کند و خونریزی تقریباً در تمامی این موارد قطع می شود .

تلائنژکتازی خونریزی دهنده ارثی (بیماری رندواوسلر - وبر) یکی از علل نامعمول خونریزیهای راجعه و شدید از بینی است . این اختلال اکثر ارگانها و سطوح اپی تلیال را گرفتار می سازد . اما معمولاً بیمار تنها از بینی یا دستگاه گوارشی دچار خونریزی می شود . عمل جراحی که در این مورد به کار می رود ، درموپلاستی سپتال است . از آنجایی که ضایعات موجود در اپی تلیوم سنگفرشی به ندرت دچار خونریزی می شوند ، در این عمل پیوند از پوست ران بر روی قسمت قدامی سپتوم ، کف و دیواره جانبی بینی زده می شود .