



بررسی فراوانی اپیستاکسی و نتایج تامپون گذاری قدامی و خلفی با و بدون سرجی سل در بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان های کامکار-عربنیا استان قم

صبا مؤمنی^۱، نرگس علیزاده^{۲*}

۱- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۲- استادیار گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۳، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: اپیستاکسی به خونریزی از حفره بینی یا نازوفارنکس گفته می شود که مشکل شایع در بسیاری از افراد به شمار می رود. هرچند اپیستاکسی معمولاً خود به خود محدود شونده است، اما در برخی موارد همچون بیماران سالمند یا افراد مبتلا به بیماری زمینه ای، می تواند تهدیدکننده حیات باشد. **مواد و روش ها:** این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی به روش نمونه گیری در دسترس بر روی ۲۲۶ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان کامکار و عربنیا دانشگاه علوم پزشکی قم با شکایت اپیستاکسی مراجعه کرده بودند انجام شد. داده ها با استفاده از چک لیستی که شامل اطلاعات دموگرافیک و اقدامات انجام شده بود جمع آوری شد که بعد از جمع آوری وارد SPSS شده و با کمک آمار توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: بیشتر بیماران با تشخیص نهایی، علل لوکال (محدود به بینی و بدون بیماری زمینه ای) بودند (۱۱۷ نفر (۵۱/۸٪)). در بررسی آماری بین تزریق پک سل با تعبیه سرجی سل ($P < ۰/۰۰۱$)، تزریق پک سل با نوع تامپون گذاری (قدامی یا خلفی یا درمان دیگر) ($P = ۰/۰۰۵$)، بین جنسیت با تعبیه سرجی سل ($P = ۰/۴۸$)، بین سن و تعبیه سرجی سل ($P < ۰/۰۰۱$)، سن و نوع تامپون گذاری ($P < ۰/۰۰۲$)، سن و علت مراجعه ($P < ۰/۰۰۱$) رابطه معنی داری وجود داشت ولی بین جنسیت با نوع تامپون گذاری ($P = ۰/۵۱۱$) رابطه معنی دار وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به وجود رابطه معنادار بین متغیرها و کاهش میزان دفعات مراجعه در بیمارانی که سرجی سل تعبیه شده است و احتمال دریافت پک سل در موارد شدید، اقدام مناسب و حیاتی در جهت بهبود بیماران و در صورت امکان تعبیه سرجی سل توصیه می شود.

واژه های کلیدی: اپیستاکسی، تامپون، اورژانس، بیمارستان.

*نویسنده مسئول: قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، تلفن: ۰۲۵-۳۷۷۲۶۶۸۸، نمابر: ۰۲۵۳۷۷۱۳۴۷۳، Email: narali1360@gmail.com

ارجاع: مؤمنی صبا، علیزاده نرگس. بررسی فراوانی اپیستاکسی و نتایج تامپون گذاری قدامی و خلفی با و بدون سرجی سل در بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان های کامکار-عربنیا استان قم. مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی ۱۴۰۳؛ ۱۹(۱): ۱۳-۸.



مقدمه

خونریزی از بینی و نازوفارنکس به علل گوناگون، که ممکن است به صورت خونریزی مکرر خفیف یا شدید و اورژانس رینولوژی و تهدیدکننده حیات اتفاق بیفتند. در حال حاضر این موضوع به عنوان یک چالش برای متخصصان گوش حلق و بینی مطرح می‌باشد. در سطح جهانی، میزان وقوع واقعی آن ناشناخته مانده است، اما تخمین زده می‌شود که ۶۰٪ از افراد در طول زندگی خود حداقل یک دوره از اپیستاکسی را تجربه کنند و ۶٪ آنها به دنبال مراقبت‌های پزشکی هستند. اپیستاکسی یک علت شایع گوش و حلق و بینی برای بستری در بیمارستان است، اگرچه به ندرت به مداخله جراحی نیاز است (۳-۱). در ایالات متحده به طور کلی ۱/۷ از هر ۱۰۰۰ ویزیت انجام شده در اورژانس مربوط به اپیستاکسی است. اپیستاکسی در تمامی گروه‌های سنی رخ می‌دهد، اما بیشترین شیوع این اختلال در سنین کمتر از ۱۰ سال و ۶۵-۴۰ سال به شکلی که ۴ مورد از هر ۱۰۰۰ ویزیت کودکان کمتر از ۱۰ سال و ۱۲ مورد از ۱۰۰۰ ویزیت اورژانسی افراد سنین ۴۰-۶۵ سال مربوط به اپیستاکسی می‌باشد (۴ و ۵).

بستری شدن در بیمارستان به علت اپیستاکسی با افزایش سن به تدریج افزایش می‌یابد (۶). در میان بیماران بستری در بیمارستان، قبل از ۴۹ سالگی اغلب جنسیت مرد و پس از آن توزیع جنسیتی برابر می‌شود. این پدیده به اثر محافظتی استروژن در زنان نسبت داده شده است، که در پرورش یک مخاط بینی سالم و در جلوگیری از بیماری عروقی تأثیرگذار بوده است (۷ و ۸). تنوع فصلی، با غلبه بر وقوع اپیستاکسی در ماه‌های زمستان، در بیشتر موارد مشاهده شده است (۹-۱۱). اما نه در همه مطالعات (۱۲). از عوامل فصلی مؤثر در اپیستاکسی می‌توان به بروز عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی، رینیت آلرژیک و تغییرات مخاطی همراه با نوسانات دما و رطوبت اشاره کرد (۱۲).

بر اساس محل درگیری، اپیستاکسی به دو دسته قدامی و خلفی تقسیم می‌شود. خونریزی از بخش‌های قدامی بینی بیش از ۹۰ درصد موارد خونریزی را تشکیل می‌دهد (۱۳ و ۱۴)، از این تعداد بیش از ۹۰ درصد موارد به ناحیه عروقی قدامی که شبکه کسلباخ نامیده می‌شود، مربوط است. خونریزی‌های خلفی معمولاً ناشی از انشعابات خلفی-جانبی شریان اسفونوپالاتین و گاهی شریان کاروتید است که می‌تواند منجر به خونریزی قابل توجه شود (۱۵).

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۵ که با هدف بررسی شیوع اتیولوژی و درمان بیماران اپیستاکسی انجام شد، شیوع ۷/۵٪ (۳۸/۴۰۰) و نسبت مرد به زن ۲۵ به ۹ در بیماران ۴ تا ۸۰ ساله به دست آمد. همچنین دو اتیولوژی مهم اپیستاکسی تروما و local nasal factor شناخته شد، در این مطالعه، درمان بیماران با توجه به علت زمینه‌ای صورت گرفته بود که ۵۰٪ نیاز به بستری داشته و ۱۰/۴۱٪ نیاز به ترانسفیوژن پیدا کردند (۱۶). در مطالعه‌ای دیگر walker و همکاران، اپیدمیولوژی بیماران با شکایت اپیستاکسی را مورد

مطالعه قرار دادند، ۲۳/۲٪ با شکایات اپیستاکسی مراجعه کرده بودند که تقریباً یک سوم بیماران را شامل می‌شد و میانگین سن پذیرش اپیستاکسی ۷۰ سالگی بوده در حالی که سایر اورژانس‌های گوش حلق و بینی در میانگین ۳۱ سالگی مراجعه داشته‌اند. در این مطالعه توزیع زن و مرد تقریباً برابر بود. (۱۷) در یک مطالعه دیگر شایع‌ترین علت، تروما (۵۶/۴٪) و بعد از آن اپیستاکسی به دنبال بالا بودن فشار خون ۱۱/۸٪ و عفونت سینوس با ۱۰/۹٪ سه علت شایع این شکایات قرار گرفته‌اند. در بحث درمان مداخله غیر جراحی نسبت به جراحی در صد بالاتری داشته و ۶۲/۷٪ بیماران تنها با درمان‌های غیر جراحی بهبود یافته‌اند. در این مطالعه، مداخله جراحی عمدتاً به صورت جاندازی باز و فیکساسیون داخلی استخوان‌های صورت در ترومای ماگزیلوفاشیال بود (۱۸).

نوع درمان اپیستاکسی بر اساس میزان و شدت خونریزی از بینی انتخاب شده و طیف وسیعی از اقدامات طبی و جراحی را شامل می‌شود. عدم درمان در موارد شدید ممکن است منجر به وقوع شوک هموراژیک و حتی وقایع تهدیدکننده حیات شود. از طرف دیگر، بر اساس آنچه در اکثر پژوهش‌ها مشهود است، شایع‌ترین اتیولوژی تروما ارزیابی شده است و در مردان بیشتر از زنان و در بزرگسالان بیش از کودکان است. همچنین زمان شیوع مطابق فصل زمستان در ایران است. بهترین شیوه درمان به طور کلی غیر جراحی است و در خون ریزی قدامی پک کردن و در خون ریزی خلفی نیز تامپون با کاتتر فولی می‌باشد. سرجی سل یا سلولوز اکسید شده یکی از روش‌های هموستاز است که در اغلب پروسیجرهای جراحی جهت کنترل خونریزی استفاده می‌شود. سرجی سل با تشکیل لخته و ایجاد فشار از بروز خونریزی و عوارض پس از عمل جلوگیری می‌کند و از نظر اقتصادی کاملاً به صرفه و مفید می‌باشد. سرجی سل قابل جذب بوده و معمولاً مشکل خاصی ایجاد نمی‌کند اما در مواردی با مختل شدن جذب و یا بروز واکنش بافتی باعث بروز مشکلاتی برای بیماران خواهد شد. با وجود اهمیت این شکایت مهم، مطالعه‌ای در قم به این منظور انجام نشده است. بنابراین هدف از این مطالعه تعیین فراوانی اپیستاکسی و ویژگی‌های اپیدمیولوژیک این بیماری در بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بیمارستان کامکار-عرب نیا در استان قم و مقایسه بین نتایج استفاده از سرجی سل بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی به روش نمونه‌گیری در دسترس در بازه زمانی ۱۳۹۶/۱/۱ لغایت ۱۳۹۸/۱۲/۲۹ بر روی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های کامکار و عرب‌نیا با شکایت اپیستاکسی انجام شد که حجم نمونه مورد نیاز با در نظر گرفتن خطای نوع اول برابر ۵ درصد، شیوع اپیستاکسی ۳۹/۵٪ و $d=7$ بر اساس مطالعات مشابه (۱۹) حداقل ۱۸۷ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ریزش‌های احتمالی ۲۲۶ نفر محاسبه شد.

$$n = \left(\frac{Z_{(1-\alpha/2)}}{d} \right)^2 \times p(1-p) / d^2$$

Hemoptysis		
۲/۲	۵	ثبت نشده
۰/۹	۲	نداشتند
۸۵	۱۹۲	داشتند
۱۵	۳۴	نداشتند
۹۰/۳	۲۰۴	داشتند
۹/۷	۲۲	نداشتند
۴۲/۵	۹۶	نداشتند
۱۹	۴۳	قدامی
۳۸/۵	۸۷	قدامی-خلفی
۷۵/۲	۱۷۰	نداشتند
۲۴/۸	۵۶	داشتند
۸۷/۲	۱۹۷	نداشتند
۱۲/۸	۲۹	داشتند
۹۱/۲	۲۰۶	نداشتند
۸/۸	۲۰	داشتند

در این بخش نتایج نشان داد که بین تزریق پک سل با تعبیه سرجی سل ($P < 0/001$)، تزریق پک سل با نوع تامپون گذاری ($P = 0/005$) بین جنسیت با تعبیه سرجی سل ($P < 0/48$)، بین سن و تعبیه سرجی سل ($P < 0/001$)، سن و نوع تامپون گذاری ($P < 0/002$)، سن و علت مراجعه ($P < 0/001$) رابطه معنی داری وجود داشت ولی بین جنسیت با تامپون گذاری ($P = 0/511$) رابطه معنی دار وجود داشت.

بحث

ایستاکسی به طور کلی با مرطوب کردن مخاط بینی، اجتناب از ضربه یا تحریک مستقیم و درمان با نمک قابل پیشگیری است اگر این اقدامات پیشگیرانه با شکست مواجه شوند، موارد غیر تهدید کننده زندگی همچنان به راحتی با فشرده سازی و یا تنگ کننده عروق موضعی کنترل می شوند (۲۰) ایستاکسی علیرغم اینکه یک بیماری عمدتاً خوش خیم است، صرف نظر از علت شناسی، می تواند شدید باشد، به ویژه در افراد مسن و شکننده تر، که نیاز به بستری شدن در بیمارستان و درمان تهاجمی از جمله بسته شدن مکرر بینی، تزریق خون، آمبولیزاسیون شریانی یا جراحی دارند (۲۱). اگرچه فرض بر این است که علت شناسی چند عاملی است، عوامل محرک ایستاکسی به طور کلاسیک به دو دسته تقسیم می شوند: موضعی، مانند تروما یا تحریک مستقیم و سیستمیک، مانند تالانژکتازی هموراژیک ارثی (HHT) یا فشار خون تخمین زده می شود که علت ایستاکسی تنها در ۱۵ درصد موارد شناسایی شده است. زمانی که علت شناسی پیدا نشود، به آن ایستاکسی ایدیوپاتیک یا ضروری می گویند (۲۲ و ۲۳). این مطالعه با هدف بررسی فراوانی ایستاکسی و نتایج تامپون گذاری قدامی و خلفی در بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان کامکار-عربنیا استان قم انجام شد.

نتایج نشان داد که بیشتر شرکت کنندگان، جنسیت مرد، سابقه بیماری زمینه ای و در بهمن ماه دچار ایستاکسی شده بودند و میانگین سنی شرکت کنندگان $40/20 \pm 26/49$ سال بود. در مطالعه ای که فیلیپا و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که جنسیت مرد، سن بالاتر، بیماری عروق

داده ها با استفاده از چک لیستی که شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، بیماری زمینه ای و ماه خونریزی) و اقدامات انجام شده (تشخیص نهایی، تزریق پک سل، تزریق FFP، نوع تامپون گذاری، Koter، سرجی سل و جاندازی) جمع آوری و ثبت شد که بعد از جمع آوری وارد SPSS شده و با کمک آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (تی تست، من ویتنی، کای دو و فیشر) تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

در این مطالعه نتایج نشان داد که در مجموع ۲۲۶ نفر در مطالعه شرکت کردند که (۳/۵۵٪) ۱۲۵ بیمار مرد و (۷/۴۴٪) ۱۰۱ نفر زن بودند. بیشتر شرکت کنندگان بیماری زمینه ای (۶/۶۸٪) ۱۵۵ و در ماه بهمن (۳/۱۷٪) ۳۹ دچار ایستاکسی شده بودند (جدول ۱). میانگین سنی شرکت کنندگان $40/20 \pm 26/49$ سال و تعداد دفعات خونریزی $1/29 \pm 1/05$ بود.

جدول ۱- ویژگی های دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	زیر گروه	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۲۵	۵۵/۳
	زن	۱۰۱	۴۴/۷
	نداشته	۱۵۵	۶۸/۶
بیماری زمینه ای	قلبی	۳۷	۱۶/۴
	ریوی	۶	۲/۷
	گوارشی	۲	۰/۹
	کلیوی	۵	۲/۲
	غیره	۲۱	۹/۳
	فروردین	۲۲	۹/۷
	اردبیهشت	۱۰	۴/۴
ماه خونریزی	خرداد	۱۵	۶/۶
	تیر	۱۰	۴/۴
	مرداد	۱۹	۸/۴
	شهریور	۱۳	۵/۸
	مهر	۱۷	۷/۵
	آبان	۱۲	۵/۳
	آذر	۹	۴
	دی	۲۹	۱۲/۸
	بهمن	۳۹	۱۷/۳
	اسفند	۳۱	۱۳/۷

بیشتر بیماران تشخیص نهایی لوکال (۵۱/۸٪) ۱۱۷، عدم تزریق پک سل (۸۵٪) ۱۹۲، عدم دریافت FFP (۹۰/۳٪) ۲۰۴، عدم تامپون گذاری (۴۲/۵٪) ۹۶، عدم استفاده از کوتر (۷۵/۲٪) ۱۷۰، عدم استفاده از سرجی سل (۸۷/۲٪) ۱۹۷ و عدم جاندازی (۹۱/۲٪) ۲۰۶ داشتند (جدول ۲).

جدول ۲- ویژگی های بیمارستانی افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	زیر گروه	فراوانی	درصد
تشخیص نهایی	trauma	۴۶	۲۰/۴
	Local	۱۱۷	۵۱/۸
	INR یا	۲۷	۱۱/۹
	HTN	۲۲	۹/۷
	اختلال PLT	۷	۳/۱

کمتری تزریق شده بود. که نشان دهنده مفید بودن و کارا بودن این روش می باشد. همچنین افرادی که حاضر نشده بودند برای آنها تامپون گذاری انجام شود هم پک سل بیشتری از سایر افراد دریافت کرده بودند. که اغلب علت ناراضیاتی از مشکلات تامپون گذاری بوده است. در افراد با سن کمتر هم بیشتر از سرجی سل استفاده شده بود. با میانگین سنی ۳۶/۹ سال که با $(P=0/001)$ این تفاوت معنی دار بود. در مطالعه‌ای که قهنویه و همکاران (۲۸) انجام دادند نتایج نشان داد که استفاده از تامپون نقش بسیار مهمی در کنترل خونریزی دارد در واقع این وسیله باعث کنترل خونریزی در کوتاه مدت می شود. در مطالعه‌ای که رین و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که پک بینی روشی مؤثر، اما ناراحت کننده در کنترل اپیستاکسی می باشد که معمولاً نیاز به بستری دارد (۳۹). از طرف دیگر جاگذاری و نگهداری تامپون بینی می تواند باعث ایجاد تروما به مخاط و در نتیجه خونریزی مجدد شود. همچنین برای بسیاری از بیماران یک وضعیت ناراحت کننده است که حتی عده‌ای این وضعیت را تحمل نمی کنند از طرفی سندرم شوک استافیلوکی از عوارض تامپون بینی می باشد به علاوه انسداد راه هوایی بینی ناشی از تامپون، می تواند موجب اختلال در تنفس، هیپوکسی و افت اشباع اکسیژن شریانی شده و به ویژه در افراد مسن که دارای بیماری‌های زمینه‌ای قلبی ریوی هستند، پیامدهای جدی و خطرناکی در پی داشته باشد (۳۰ و ۳۱). که با مطالعه ما هم خوانی دارد. به عبارت دیگر می توان گفت علت عدم استفاده از تامپون می تواند این مسائل باشد.

از نقاط قوت این مطالعه عدم انجام چنین مطالعه‌ای در سطح دانشگاه و توجه به مسئله مهم و حیاتی مثل اپیستاکسی می باشد چرا که یکی از مسائل مهم و حیاتی در ترومای صورت، آسیب به بینی از جمله (شکستن بینی، خونریزی، اختلال در تنفس و...) می باشد که در صورت عدم رسیدگی ممکن است موجب مشکل بحرانی در فرد گردد و از نقاط ضعف این مسئله عدم کنترل متغیرهای مخدوش کننده مثل سابقه بیماری و داروهای استفاده شده در فرد است که پیشنهاد می گردد در مطالعات آتی با مدنظر قرار دادن تعداد نمونه بیشتر، عوارض استفاده از داروها، مدت زمان اقامت (تحت نظر بودن) در بخش اورژانس، مراجعه مجدد به بخش اورژانس، رضایت‌مندی بیماران، هزینه‌های درمان و بررسی روش‌های مداخله‌ای و یا به عبارت دیگر مطالعاتی در جهت ایجاد راهنما و مسیر درمانی در جهت مدیریت دقیق این اختلال انجام شود.

با توجه به ارتباط بین متغیرها لزوم انجام مطالعات بیشتر در جهت انجام اقدام مناسب برای بهبود سریع و به موقع بیماران انجام شود. که از جمله آن استفاده به موقع و خصوصاً در افراد با بیماری زمینه‌ای و سن بالا از روش‌های نوین مثل استفاده از سرجی سل توصیه می شود.

محیطی، بیماری قلبی و سابقه اپیستاکسی جز ریسک فاکتورهای بروز اپیستاکسی در افراد است (۲۴)، در مطالعه‌ای که دال ایندینس و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که حداقل و حداکثر دما نقش بسیار مهمی در بروز اپیستاکسی دارد (۲۵)، در مطالعه‌ای که لطفی و همکاران (۲۶)، انجام دادند نتایج نشان داد که میانگین سنی تقریبی ۵۴/۴۵ سال بود. فراوانی کلی اپیستاکسی در مردان بیشتر است اما نیاز به بستری به علت اپیستاکسی در هر دو جنس تقریباً برابر است. از نظر علت ایجادکننده حدود ۳۱ درصد ایدیوپاتییک بود و سپس به ترتیب فراوانی، افزایش فشارخون و مصرف داروهای آنتیکواگولان بود اما تروما تنها درصد ناچیزی از بستری ناشی از اپیستاکسی را شامل می شود. از نظر درمان تنها ۱۳ درصد با تحت نظر قرار گرفتن و اقدامات حمایتی درمان شدند و سایر درمان‌ها به ترتیب مورد استفاده قرار گرفتن شامل: تامپون قدامی، تامپون خلفی و کوتریزاسیون بود. و تنها ۷/۶۷ درصد از بیماران نیاز به جراحی پیدا کردند. طول مدت بستری به طور میانگین ۵/۵ روز بود. و از نظر فصلی تفاوت معناداری دیده نشد. به عبارت دیگر می توان بیان کرد که افزایش این مسئله در مردان به این دلیل است که مردها بیشتر در معرض تروما و آسیب‌ها قرار دارند و از طرف هر چقدر سن فرد افزایش یابد این مسئله نیز در فرد افزایش می یابد همچنین اپیستاکسی در فصل سرد و خشک نیز بیشتر است چون در این بازه زمانی دمای هوا کاهش پیدا کرده و منجر به شکنندگی عروق شده و منجر به خونریزی از بینی و اپیستاکسی می شود.

بیشتر بیماران تشخیص نهایی لوکال، عدم تزریق پک سل، عدم دریافت FFP، عدم تامپون گذاری، عدم استفاده از کوتر، عدم استفاده از سرجی سل و عدم جاناندازی داشتند که با مطالعات در نوع خود هم خوانی دارد (۱۵ و ۲۷)، که بیان کننده این مسئله است که بیشترین علت اپیستاکسی به علت آسیب همان محل است که ناشی از دست کاری بینی توسط خود فرد است از طرف دیگر بیشتر بیماران بدون نیاز به اقدام مهم و حیاتی بهبود پیدا می کنند، فقط در افراد سالمند و افراد دارای مشکلات زمینه مثل اختلالات انعقادی نیاز است که بیماران سریعاً مداوا و درمان شوند.

در بررسی میانگین سنی بیماران، افرادی که به علت تروما چار اپیستاکسی شده بودند، سن پایین تری (۲۳/۳۶ سال) از بقیه داشتند و افراد با اپیستاکسی با علت local رتبه میانگین سنی بعدی را داشتند (۳۴/۹۸ سال). افراد دارای بیماری زمینه‌ای میانگین سنی بالای ۶۰ را داشتند.

در بخش دیگر نتایج نشان داد که بین تزریق پک سل با تعبیه سرجی سل، تزریق پک سل با نوع تامپون گذاری، بین جنسیت با سرجی سل، بین سن و تعبیه سرجی سل، سن و نوع تامپون گذاری، سن و علت مراجعه رابطه معنی داری وجود داشت ولی بین جنسیت با تامپون گذاری رابطه معنی دار وجود نداشت. بدین معنی که افرادی در کنترل خونریزی آنها از سرجی سل استفاده نشده بود بیشتر از افرادی از سرجی سل بهره برده بودند، پک سل

- Pediatr Otorhinolaryngol 2013;77:1370-1. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.05.020
14. Bell G, editor Management of Epistaxis. Annual Refresher Course for the Family Physician;2016.
15. Morgan DJ, Kellerman R. Epistaxis: evaluation and treatment. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2014;41:63-73. doi: 10.1016/j.pop.2013.10.007
16. Moran N DD. Epistaxis—Incidence, Etiology, and Management: A Hospital-based Study. Trauma 2016;16:57-97. doi: 10.5005/jp-journals-10013-1256
17. Walker TW MT, McGarry GW. The epidemiology and chronobiology of epistaxis: an investigation of Scottish hospital admissions 1995–2004. Clin Otolaryngol 2007;32:361-5. doi: 10.1111/j.1749-4486.2007.01530.x
18. Rahul RK AC, Sridevi K, Vinayakumar AR. Prevalence, risk factors and clinical presentations of patients with peripheral vertigo: a retrospective study from a tertiary care hospital. J Adv Med Res 2017;3:106-9. doi: 10.18203/2349-3933.ijam20160199
19. Alqarni ZM, Alajmi TA, Alhumaidi HH, AlharethAlhussain YMA, Alzahrani HSJA. Prevalence, causes, treatment, and outcome of epistaxis. 2019;60:30.
20. Monjas-Cánovas I, Hernández-García I, Mauri-Barberá J, Sanz-Romero B, Gras-Albert JR. Epidemiology of epistaxis admitted to a tertiary hospital. Acta Otorrinolaringologica (English Edition) 2010;61:41-7. doi: 10.1016/S2173-5735(10)70007-7
21. Knopffholz J, Lima-Junior E, Prêcoma-Neto D, Faria-Neto JR. Association between epistaxis and hypertension: a one year follow-up after an index episode of nose bleeding in hypertensive patients. Int J Cardiol 2009;134:e107-e9. doi: 10.1016/j.ijcard.2008.01.018
22. Kikidis D, Tsioufis K, Papanikolaou V, Zerva K, Hantzakos A. Is epistaxis associated with arterial hypertension? A systematic review of the literature. Eur Arch Otorhinolaryngol 2014;271:237-43. doi: 10.1007/s00405-013-2450-z
23. Terakura M, Fujisaki R, Suda T, Sagawa T, Sakamoto T. Relationship between blood pressure and persistent epistaxis at the emergency department: a retrospective study. Am J Hypertens 2012;6:291-5. doi: 10.1016/j.jash.2012.05.001
24. Côte FC, Orfao T, Dias CC, Moura CP, Santos M. Risk factors for the occurrence of epistaxis: Prospective study. Auris Nasus Larynx. 2018;45:471-5. doi: 10.1016/j.anl.2017.07.021
25. Danielides V, Kontogiannis N, Bartzokas A, Lolis C, Skevas A. The influence of meteorological factors on the frequency of epistaxis. Clin Otolaryngol Allied Sci 2002;27:84-8. doi: 10.1046/j.1365-2273.2002.00535.x
26. Lotfi A. Frequency of different causes of epistaxis in patients hospitalized in Imam Khomeini and Imam Reza hospitals during the last 10 years.
27. Haymes A, Harries V. 'How to stop a nosebleed': an assessment of the quality of epistaxis treatment advice on YouTube. J Laryngol Otol 2016;130:749-54. doi: 10.1017/S0022215116008410
28. Abootalebi Ghahnavieh A, Tashayoie A, Nasr Esfahani M, Golshani K. Comparative study of the efficacy of topical tranexamic acid with nasal tampon in management of epistaxis: A randomized clinical trial. Sci. J. Kurdistan Univ Med Sci 2020;25:140-9.
29. Reuben A, Appelboam A, Barton A, Vickery PJ, Body R, Hilton M, et al. Novel use of tranexamic acid to reduce the need for Nasal Packing in Epistaxis (NoPac) randomised controlled trial: research protocol. BMJ Open 2019;9:e026882. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026882
30. Kasperek ZA, Pollock GF. Epistaxis: an overview. Emergency Medicine Clinics 2013;31:443-54. doi: 10.1016/j.emc.2013.01.008
31. Sajjadi M, Honarvar H, Basiri-Moghadam K, Nazemi H, Mirhaghi A. Comparison of merocel and regular tampon regarding comfort and problems of patients after septo-rhinoplasty surgery. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2010;17:249-56.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت پژوهشی و ریاست بیمارستان کامکار-عرب‌نیا دانشگاه علوم پزشکی قم جهت هماهنگی‌های لازم تقدیر و تشکر دارند.

ملاحظات اخلاقی

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم این مطالعه را تأیید کرد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در تمام مراحل انجام پژوهش و نگارش مقاله سهیم بوده‌اند.

حمایت مالی

این پژوهش از هیچ‌گونه حمایت مالی در بخش خصوصی و دولتی برخوردار

نیود.

کد اخلاق

این مطالعه با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1400.025 توسط کمیته

اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم به تصویب رسیده است.

References

- Kodiya A, Labaran A, Musa E, Mohammed G, Ahmad B. Epistaxis in Kaduna, Nigeria: a review of 101 cases. Afr. Health Sci 2012;12:479-82. doi: 10.4314/ahs.v12i4.13
- Mylonas S, Skoulakis C, Nikolaidis V, Hajjioannou J. Epistaxis Treatment Options: Literature Review. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2023;8.1-10. doi: 10.1007/s12070-023-03824-z
- Ikram T, Asim MU, Masood S, Fatima A, Akash H, Shahan Z, et al. Efficacy of chemical and electrical cautery (Comparison) in management of Anterior Epistaxis. J. Rawalpindi Med Coll 2022;1.6-10. doi: 10.37939/jrnc.v1i1.1807
- Kruelewitz NA, Fix ML. Epistaxis. Emergency Medicine Clinics 2019;37:29-39. doi: 10.1016/j.emc.2018.09.005
- Iqbal H, Bukhari St, Hassan Tu. Frequency of hypertension in the patients presenting with epistaxis in ENT Department, Nishtar Hospital, Multan 2017;6:375-7
- Tomkinson A, Roblin D, Flanagan P, Quine S, Backhouse S. Patterns of hospital attendance with epistaxis. Rhinology 1997;35:129-31.
- Daniell HW. Estrogen prevention of recurrent epistaxis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1995;121:354-361. doi: 10.1001/archotol.1995.01890030080017
- Fishpool S, Tomkinson A. Patterns of hospital admission with epistaxis for 26,725 patients over an 18-year period in Wales, UK. The Annals of The Royal College of Surgeons of England 2012;94:559-62. doi: 10.1308/003588412X13373405386691
- Nunez Da, Mcclymont Lg, Evans Ra. Epistaxis: a study of the relationship with weather. Clin Otolaryngol Allied Sci 1990;15:49-51. doi: 10.1111/j.1365-2273.1990.tb00432.x
- Okafor B. Epistaxis: a clinical study of 540 cases. Ear Nose Throat J 1984;63:153-9
- Juselius H. Epistaxis a clinical study of 1,724 patients. J Laryngol Otol 1974;88:317-27.
- Pollice PA, Yoder MG. Epistaxis: a retrospective review of hospitalized patients. Otolaryngology—Head and Neck Surgery 1997;117:49-53. doi: 10.1016/S0194-59989770205-5
- Venettacci O, Nettlefold C, Chan L, Daniel M, Curotta J. Sub-labial packing: a novel method of stopping epistaxis from Little's area. Int J



Investigation of the Frequency of Epistaxis and the Results of Anterior and Posterior Tamponade with and without Tuberculosis Surgery in Patients Referred to the Emergency Room of Kamkar-Arabnia Hospitals in Qom Province

Saba Momeni (G.P.)¹, Narges Alizadeh (Ph.D.)^{2*}

1- General Physician, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

2- Assistant Professor of Otorhinolaryngology, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Received: 25 October 2023, Accepted: 20 January 2024

Abstract:

Introduction: Epistaxis, commonly known as nosebleed, refers to bleeding from the nasal cavity or nasopharynx and is a prevalent issue among many individuals. While epistaxis typically resolves on its own, in certain instances, such as in elderly patients or individuals with underlying health conditions, it can pose a life-threatening situation.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted using available sampling method on 226 patients who referred to Kamkar and Arabnia Hospitals of Qom University of Medical Sciences with complaints of epistaxis. The data was gathered through a checklist containing demographic details and actions taken. Subsequently, it was inputted into SPSS for analysis, utilizing both descriptive and analytical statistics.

Results: The majority of patients with the conclusive diagnosis exhibited local causes limited to the nose and without any underlying diseases, accounting for 51.8% (117 individuals). In this research, a significant relationship was observed between pack-cell injection and Surgical placement ($P < 0.001$), pack-cell injection and the type of tampon used (anterior, anterior-posterior, or other treatment) ($P = 0.005$), age and Surgical placement ($P < 0.001$), age and type of tampon placement ($P < 0.002$), as well as age and reason for referral ($P < 0.001$). However, no significant association was found between gender and type of tampon placement ($P = 0.511$).

Conclusion: Given the significant correlation between the variables and the reduction in patient visits for those implanted with Sergicel, as well as the potential use of pack-cell in severe cases, it is advisable to take necessary and crucial actions to enhance patient outcomes. It is recommended to consider the implementation of Sergicel for improved patient care.

Keywords: Epistaxis, Tampon, Emergency, Hospital.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: N. Alizadeh, Email: narali1360@gmail.com

Citation: Momeni S, Alizadeh N. Investigation of the frequency of epistaxis and the results of anterior and posterior tamponade with and without tuberculosis surgery in patients referred to the emergency room of Kamkar-Arabnia hospitals in Qom province. Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences 2024;19(1):8-13.

