

**Acordarea primului ajutor
prespitalicesc în principalele urgențe
medico-chirurgicale**

Colica biliară

Colica biliară reprezintă o inflamație a veziculei biliare ce se caracterizează printr-o durere violentă și persistentă în regiunea hipocondrului drept cu iradiere în umărul drept sau în vârful omoplatului, fiind însoțită uneori de grețuri și vărsături.

Sindromul algic din colica biliară este declanșat atât de contracția musculaturii netede a veziculei biliare inflamate cât și de creșterea presiunii intravezicale.

Colica biliară apare la pacienți de obicei în contextul unei afecțiuni cronice biliare, precum dischinezia biliară sau litiaza biliară, în special după o masă bogată în alimente colecistochinetice (grăsimi, ouă, frișcă, ciocolată) sau după consumul de alcool.

Colica biliară poate fi unicul simptom al litiazei biliare.

Semne și simptome:

1. Durere în hipocondru! drept sau epigastru cu debut brusc, uneori nocturn, după 3-5 ore de la ingestia alimentelor colecistochinetice.

Durerea atinge maximul de intensitate în aproximativ 15-30 de minute de la debut și poate să dureze 4-5 ore, cu o intensitate crescută.

Durerea din colica biliară este intensă și continuă, fiind resimțită inițial în epigastru, ulterior iradiind spre hipocondrul drept la intersecția liniei ce unește umărul drept cu ombilicul, cu rebordul costal drept. De asemenea, durerea cu sediul la nivelul hipocondrului drept poate iradia în coloana vertebrală dorsal și în umărul drept sau epigastru.

2. Sindrom dispeptic cu greață, vărsături alimentare urmate de vărsături biliare, gust amar, anorexie, agitație psihomotorie. Vărsăturile nu sunt urmate de diminuarea intensității durerii.

3. Febră.

4. Hipocondru! drept este sensibil la palpare, iar la aproximativ o cincime dintre pacienți se poate descoperi o formațiune renitentă la palpare ce reprezintă vezicula biliară în tensiune ca urmare a obstrucției complete a canalului cistic (hidropsul vezicular).

5. Semnul Murphy este pozitiv dacă la inspirul profund sau tuse durerea se exacerbează la palparea profundă a hipocondrului drept.

6. Uneori, la 24 de ore după colică, ca urmare a migrării unui calcul biliar la nivelul canalului coledoc, poate apărea icterul ce se va manifesta mai ales sub forma subicterului conjunctival.

Investigațiile paraclinice:

- examenul radiologic abdominal poate evidenția prezența calculilor radioopaci.
- ecografia abdominală poate determina prezența calculilor biliari, precum și prezența unei mase flegmonoase în jurul veziculei biliare.

Diagnosticul diferențial al colicii biliare se va face cu afecțiunile organelor de vecinătate:

1. pancreatita acută
2. apendicita acută
3. pielonefrita
4. ulcerul duodenal
5. hepatita acută
6. abcesul hepatic

Complicațiile colicii biliare:

1. empiem
2. hidrops vezicular
3. gangrenă
4. perforatie
5. fistulizare
6. ileus
7. peritonită

Colica apendiculară

Se prezintă ca o durere vie, localizată în fosa iliacă dreaptă, produsă de inflamația acută a apendicelui și care iradiază în epigastru, fiind însoțită de grețuri și vărsături.

Durerea se exacerbează la palparea punctului situat pe linia ce unește ombilicul cu spina iliacă anterioară-superioară, la unirea trei mii externe cu două treimi interne (punctul Mc Burney).

Apendicita poate apărea la orice vârstă, dar este mai frecventă între 10-30 de ani.

Semne și simptome

Criza apendiculară apare de obicei nocturn, într-un mod brusc, și se manifestă sub forma unui sindrom dispeptic însoțit de febră și durere.

Bolnavii pot prezenta durere inițială periombilical asociată cu un sindrom dispeptic cu grețuri, vărsături alimentare și bilioase, anorexie, constipație urmată de diaree.

Durerea situată inițial periombilical se mută ulterior la nivelul fosei iliace drepte, putând iradia spre regiunea lombară, bazin sau rădăcina coapsei.

Durerea din colica apendiculară este exacerbată de tuse, mișcare sau la inspirul profund.

În funcție de poziția apendicelui durerea din colica apendiculară poate prezenta diferite localizări:

- apendice retrocecal - durere în zona flancului drept sau regiunea lombară inferioară dreaptă
- apendice subhepatic - durere în hipocondru! drept
- apendice pelvin - durere în hipogastriu
- apendicelui mezoceliac - durere în regiunea juxtaombilicală

Febra apare în special în perioada inițială după care caracteristic pacientul devine subfebril cu o temperatură de 37,5°C.

La examenul fizic palparea fosei iliace drepte produce durere intensă, cu contractură musculară și sensibilitate la decomprimarea bruscă după palparea profundă (semnul Blumberg).

Palparea regiunii fosei iliace drepte în timp ce bolnavul efectuează flexia membrului inferior pe abdomen accentuează durerea (semnul Jaworski), semn caracteristic în apendicită.

Diagnosticul de apendicită este dat în special de sensibilitatea la palparea regiunii fosei iliace drepte (durere provocată).

Tușeul rectal poate determina durere către fosa iliacă dreaptă, mai ales în condițiile unui apendice pelvin, precum și semne de iritație peritoneală în fundul de sac Douglas.

Investigații paraclinice:

- Leucocitoză cu neutrofilie și deviere la stânga a formulei leucocitare.
- Probele inflamorii sunt crescute: VSH crescută, hiperinoză plasmatică, PCR crescută și alfa 2 globulina crescută.
- Amilaza serică este în limite normale, excluzând diagnosticul de pancreatită.
- Radiografia abdominală pe gol exclude diagnosticul de ocluzie intestinală în care apar imagini hidroaerice "în cuiburi de rândunică" și poate descoperi prezența unui pneumoperitoneu semn al perforației apendiculare.
- Ecografia abdominală poate determina edemul inflamator al peretelui apendicular, abcesul apendicular, adenopatii satelite sau revărsat lichidian circumscris.

Complicațiile colicii apendiculare

1. Perforația apendiculară
 - plastron apendicular (localizat)
 - abces apendicular
 - peritonită generalizată
2. Septicemie soc septic
3. Pancreatită acută
4. Tromboflebită
5. Abces hepatic
6. Angiocolită

Hemoragia digestivă superioară

Hemoragia digestivă superioară (HDS) reprezintă hemoragiacele sediul la nivelul treimii inferioare a esofagului, stomacului, duodenului și jejunului proximal și care se exteriorizează sub formă de hematemeză și melenă.

Hematemeza reprezintă o vărsătură de sânge negricios neaerat, parțial digerat, amestecat cu resturi alimentare, ce are aspect asemănător zațului de cafea.

Melena reprezintă eliminarea de sânge digerat prin scaun, care este de culoare neagră, lucios și lipicios, cu aspect asemănător păcurei.

În cazul unei HDS importante, tabloul clinic va fi dominat de prezența hipotensiunii arteriale orostatice, sincopă și apariția șocului hipovolemic cu risc de deces.

Diagnostic diferențial al hematemezei se va face cu:

- epistaxisul de deglutiție
- hemoptizia cu aspect de vărsătură în "vin roșu" din căile aeriene
- hemoragia buco-faringiană
- vărsătura bilioasă

Melena trebuie diferențiată de scaunul negru ce apare după:

- terapia orală cu fier, cărbune, bismut
- consumul de: cafea, măsline sau spanac

Cauzele hemoragiei digestive superioare:

- Boli ale esofagului
 - varicele esofagiene în cadrul hipertensiunii digestiv portale din ciroza hepatică
 - hernia gastrică transhiatală
 - esofagita peptică de reflux
 - ulcerul esofagian
 - tumori benigne esofagiene
 - tumori maligne esofagiene
 - sindrom Mallory-Weiss
- Boli ale stomacului
 - ulcer cronic
 - gastrita erozivă
 - gastropatie portală
 - tumori benigne ale stomacului
 - carcinomul gastric
 - stomac operat
- Boli ale duodenumului
 - duodenite acute
 - ulcer duodenal
 - diverticuloza

Boli ale organelor de vecinătate:

- Boli ale ficatului - hipertensiunea portală
- Boli ale tractului biliar
 - hemobilia
 - tumori ale ampulei Vater
- Boli ale pancreasului
 - pancreatita acută sau cronică
 - cancerul de pancreas
 - schwanoame
 - pseudochist pancreatic
- Boli generale extradigestive
 - insuficiența cardiacă
 - feocromocitomul
 - colagenozele
 - uremia

Boli ale sângelui

- discrazii sanguine ce apar în coagulopatii, trombopatii, trombocitopenii, hemofilie
- leucemie
- CID
- hemopatii maligne cu fibrinoliză

Boli ale vaselor

- teleangiectazia hemoragică ereditară (boala Osler-Weber-Rendu)
- disecția de anevrism aortic, de arteră splenică sau hepatică la nivelul tubului digestiv

Alte cauze

- utilizarea cronică de AINS
- iatrogen postterapie anticoagulante, antiagregante sau trombolitice

Aprecierea clinico-hemodinamică a gravității hemoragiei digestive superioară

	Usoară	Medie	Gravă
Pierdere de sânge	< 500 ml	500-1.500 ml	1.500-2.500 ml
AV	Normală	Tahicardie < 100 bătăi/min.	Tahicardie > 120 bătăi/min.
TA	Normală	> 100 mmHg	< 100 mmHg
Diureză	Normală	Tendință la sdere	Oligurie

Colica renală

Este produsă de un spasm al musculaturii netede a căilor urinare excretoare superioare și se manifestă ca o durere unilaterală acută paroxistică în regiunea lombară cu iradiere uretero-vezico-genitală și în rădăcina coapsei, fiind însoțită de polakiune, disurie și hematurie microscopică sau macroscopică, posibil grețuri și vărsături.

Etiologia colicii renale:

Cauze renale:

- Litiaza renală cu migrarea ureterală a calculului reprezintă cauza cea mai frecventă
- Inflamațiile urogenitale
 - pielonefrita
 - pielonefroza
 - tuberculoza renală
 - hematurie importantă cu cheaguri
- Tumorile renale

Cauze extrarenale - tumorile de uter, colon și rect pot provoca rar colici prin compresiune extrinsecă pe pelvisul renal și ureter, ceea ce produce spasm asociat al musculaturii netede ureterale

Tablou dinic

Semnul caracteristic al colicii renale este reprezentat de durere intensă în regiunea lombară ce iradiază caracteristic în flancul și fosa iliacă, hipogastru până la rădăcina coapsei de partea respectivă.

Caracteristic apar tulburări micționale precum polachiuria, disuria și hematurie micro sau macroscopică.

În regiunea lombară, palparea punctelor costo-muscular aflat la intersecția coastei a XII-a cu marginea laterală a musculaturii paravertebrale și costo-vertebral, aflat la intersecția coastei a XII-a cu coloana lombară, produce durere.

În cazul litiazei renale manevra Giordano efectuată cu blândețe este pozitivă, percuția regiunii lombare afectate în zona punctului costo-muscular producând o durere intensă.

Migrarea calculului de la nivelul pelvisului renal în ureter va conduce la apariția sensibilității la palparea punctelor ureterale și anume punctul uretral superior aflat la intersecția orizontalei de la nivelul ombilicului cu marginea laterală a mușchiului drept abdominal (ce corespunde căilor renale superioare) și a punctului ureteral mijlociu situat la intersecția liniei orizontale dintre cele două spine iliace antero-superioare cu marginea laterală a mușchiului drept abdominal (ce corespunde regiunii lombare și iliace a ureterului).

Poate să apară și un sindrom dispeptic cu grețuri și vărsături.

Meteorismul abdominal poate fi semnul unui ileus dinamic cu oprirea tranzitului pentru materii și gaze.

Migrarea juxtavezicală a calculului accentuează tulburările micționale precum polachiuria și disuria. Poate să apară și anurie reflexă.

Retenția acută de urină

Definiție

Retenția acută de urină (RAU) reprezintă imposibilitatea eliminării prin micțiune a urinei din interiorul vezicii urinare, fie ca urmare a unei obstrucții mecanice, fie din cauza unor alterări funcționale ale detrusorului sau ale sfincterelor uretrale.

Modul de debut al RAU este brusc, constând în imposibilitatea urinării la un pacient care nu a prezentat anterior tulburări micționale.

Cauza este reprezentată de apariția unor obstacole mecanice pe traiectul eliminării urinei adică la nivel uretral sau vezical ori un dissinergism între contracția mușchiului vezical și relaxarea sfincterului vezical.

Clinic, bolnavul prezintă senzația micțiunii imperioase, dar fără a putea realiza acest act fiziologic. În acest context bolnavul prezintă la nivelul hipogastri- lui dureri intense, iar la palpare examinatorul poate descoperi o formațiune elastică, renitentă, ovalară, de consistență variabilă, în funcție de cantitatea de urină strânsă, reprezentată de globul vezical.

Cauzele retenției acute de urină:

I. Cauze urogenitale:

1. Subvezicale

- boli uretrale - (uretrite, periuretrite, fimoza, parafimoza, stricturile uretrale, stenoza de meat vezical, traumatisme uretrale, calculi inclavați în uretră, bălănițe, tumori de uretră și de penis)
- leziuni cervico-prostatice (prostatita acută și cronică, abcesul prostatei, adenomul de prostată, adenocarcinomul de prostată, prezența de cheaguri la nivelul calului vezical)

2. Vezicale

- tumori vezicale
- litiaza vezicală
- scleroza de col vezical
- vezica neurologică

3. Supravezicale

- TBC renală cu cistită
- traumatisme renale cu hematurie masivă
- pielonefrite acute

II. Cauze extraurinare:

1. Neurologice

- traumatisme medulo-rahidiene cu sindrom de secțiune
- herpesul și zona zoster
- boli cerebro-spinale
- leziuni ale SNV simpatic
- tabesul
- prolaps de disc intervertebral L1-L5
- sindrom de coadă de cal
- spina bifidă
- meningoencefalite
- accidente vasculare cerebrale

2. Pelvine

- fibrom uterin
- tumori pelvine
- tumori retrovezicale la bărbat
- retroversia sau retroflexia uterului gravid
- prolaps genital

Alte cauze:

- apendicita acută
- ruptura uretrei
- pelvipertonita
- postoperator după rahianestezie
- expunerea prelungită la frig

Diagnosticul diferențial se face cu anuria situației în care lipsa micțiunii apare ca urmare a nefiltrării glomerulare din insuficiența renală acută și nu apar tenesmele vezicale și nictiglobul vezical specific RAU.

Complicațiile retenției acute de urină:

1. ruptura vezicii urinare apare în condițiile instalării rapide a globului vezical, dar are o incidentă scăzută
2. infecția urinară înaltă, precum pielonefrita urmată de septicemie, poate apărea prin ascensionarea infecției de la nivelul vezicii urinare în condițiile unei retenții de durată sau a cateterizărilor uretrale repetate cu potențial septic
3. uremia poate apărea ca urmare a scăderii filtrării glomerulare din cauza creșterii retrograde a presiunii hidrostatice la nivelul pelvisului renal, dar și din cauza infecției de la acest nivel (Pielonefrită interstitială)
4. hemoragie vezicală

Reacția anafilactică

Anafilaxia este definită ca o reacție acută, severă, generalizată sau sistemică, amenințătoare de viață, produsă prin eliberarea mediatorilor inflamației alergice din mastocite și bazofile.

Se caracterizează prin debut rapid, neașteptat și evoluție adesea dramatică către deces, de aceea trebuie considerată totdeauna o urgență medicală și trebuie cunoscută de către toți profesioniștii din domeniul medical.

Diagnosticul de anafilaxie este clinic sau bazat pe istoricul sugestiv al unui episod neasistat de către medic și rareori poate fi confirmat prin teste in vivo sau in vitro.

Etiologie

Cele mai frecvente cauze de anafilaxie sunt:

- alimentele,
- medicamentele (în special antibiotice din clasa betalactaminelor, anestezice, derivate de sânge și chimioterapice)
- înțepăturile de insecte.

Factorii de risc pentru producerea anafilaxiei țin de:

- tipul alergenului
 - calea de pătrundere în organism,
 - de intervalele de administrare a medicației
- declanșatoare
- caracteristicile individuale ale pacientului.

Factorii individuali agravanți sunt reprezentați de către patologia asociată, medicația concomitentă primită de pacient,

dar și de condițiile socio-economice, în special de accesul la asistența medicală de specialitate.

Terenul atopic se asociază cu risc crescut de anafilaxie, în special la unele alergene cum sunt alimente, latex, efortul fizic și substanțe de contrast.

Dintre bolile asociate, care cresc riscul de anafilaxie și severitatea acesteia, se menționează bolile cardio-vasculare, dermatita atopică, astmul bronșic și mastocitoza sistemică, iar dintre factorii agravanți (ca-factori) sunt de reținut: efortul fizic, alcoolul, unele infecții, factori hormonal, terapia cu antiinflamatoare nesteroidiene și inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA).

Diagnosticul de anafilaxie este probabil atunci când unul

dintre următoarele trei criterii clinice sunt îndeplinite:

1. Debut acut (minute-ore) cu afectare:

- Cutanată/mucoase (prurit, urticarie, eritem/flush) cu sau fără angioedem buze/limbă, eritem conjunctival, lăcrimare

PLUS

- Simptome respiratorii (rinoree, dispnee, wheezing, bronhospasm, edem laringian cu stridor, tuse) sau hipotensiune ori simptome asociate (hipotonie, sincopă)

2. Două sau mai multe dintre următoarele simptome apărute după expunerea la un alergen cunoscut:

- Antecedente de reacție alergică severă
- Manifestări cutanate/mucoase (urticarie, flush, prurit generalizat/edem buze/limbă/uvulă),
- Simptome respiratorii (dispnee, wheezing/bronhospasm, stridor)
- Hipotensiune sau simptome asociate (hipotonie, sincopa)
- În cazul anafilaxiei alimentare - simptome digestive (crampe abdominale, vărsături)
- Hipotensiune debutată după minute - ore, după expunerea la un alergen cunoscut pentru acel pacient - la copii TA sistolică sub norma lui vârstei sau scăderea TA sistolice cu $> 30\%$, iar la adulți TA < 100 mmHg sau scăderea TA baza le cu $> 30\%$

Clasificarea anafilaxiei (Mueller):

- Gradul I- urticarie, prurit, stare de rău
- Gradul II - angioedem, constricție toracică, greață, vărsături, dureri abdominale, vertij
- Gradul III- dispnee, wheezing, stridor, disfagie, disfonie
- Gradul IV - hipotensiune, colaps, pierderea conștienței, incontinență sfincteriană, cianoză.

Diagnosticul diferențial al anafilaxiei:

1. Afecțiuni cutanate sau mucoase

- urticaria severă
- angioedemul dobândit sau ereditar
- sindromul de alergie orală

2. Boli respiratorii

- laringo-traheita acută
- obstrucția bronșică sau traheală acută (aspirația de corpi străini, disfuncția corzi lor vocale, tumorile carcinoide)
- astmul acut sever (fără afecta rea altor organe)

3. Boli cardiovasculare

- sincopa vaso-vagală
- tromboembolismul pulmonar
- infarctul miocardic acut
- criza hipertensivă
- aritmii severe

4. Reacții toxice sau farmacologice

- intoxicația etanolică
- intoxicația cu opiacee
- eliberarea acută de histamină (de ex. după consum de pește din familia Scombroidae alterat)

5. Boli neuropsihice

- sindromul de hiperventilație
- atacurile de panică
- epilepsia
- isteria
- accidente cerebrovasculare
- psihoze
- coma (metabolica, traumatică)

6. Boli endocrine

- hipoglicemia
- tireotxicoza
- sindroame carcinoide
- feocromocitomul

Cele mai frecvente boli cu care se poate confunda șocul anafilactic sunt alte cauze de șoc:

- cardiogen (prin aritmii, infarct miocardic, embolie pulmonară),
- hemoragie sau
- toxiceseptic.

Cea mai frecventă stare clinică asemănătoare anafilaxiei, dar cu prognostic mult mai bun, este sincopa vaso-vagală, care survine după o stimulare dureroasă, de exemplu după o puncție pleurală sau altă injecție. Aceasta se caracterizează prin paloare, transpirații și vertij, dar lipsesc pruritul, dispneea și cianoza, iar revenirea este de obicei spontană și rapidă.

Evoluție și prognostic

În cazurile severe sau în lipsa unei intervenții terapeutice rapide, simptomele respiratorii produse prin edem laringian și bronhospasm progresează rapid către asfixie și deces.

Apariția simptomelor cardiovasculare agravează tabloul clinic prin hipotensiune, colaps, aritmii, uneori accidente coronariene acute.

În absența intervenției medicale prompte, decesul prin anafilaxie se poate produce rapid (minute). Uneori decesul se poate produce și tardiv, după zile sau chiar săptămâni, ca o consecință a leziunilor multiorganice.

Există și cazuri de reacții anafilactice bifazice, cu o incidență de până la 20%, care pot apărea după un interval de 4-12 ore de la primele simptome și pot fi mai severe. Riscul acestora este crescut dacă se administrează adrenalină tardiv sau în doze insuficiente și în lipsa corticoterapiei.

Managementul anafilaxiei

Abordarea terapeutică a unei reacții anafilactice presupune respectarea câtorva principii de bază:

- identificarea primelor semne ale anafilaxiei,
- acționarea rapidă,
- susținerea funcțiilor vitale,
- eliberarea căilor aeriene,
- stabilirea gradului de severitate,
- pregătirea unei eventuale intubații oro-traheale și
- prevenirea continuării eliberării de mediatori ai inflamației alergice.

Această atitudine poate fi abreviată ABCDE - Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure approach. Pacientul cu anafilaxie trebuie supravegheat cel puțin 24 de ore, din cauza riscului de recidivă.

Atitudinea de urgență în cazul unei reacții anafilactice impune întreruperea imediată a contactului cu alergenul posibil incriminat (dacă acesta e cunoscut sau bănuț).

Managementul pe termen lung al pacientului care a avut un episod de anafilaxie implică:

- evaluarea alergologică completă,
- identificarea factorilor declanșatori și de risc,
- educația pacientului și a familiei,
- măsuri de profilaxie (inclusiv cunoașterea alergenelor ascunse și a reacțiilor încrucișate posibile) și
- instruirea privind administrarea trusei de urgență, cu adrenalină autoadministrabilă (AnaPen sau EpiPen) la nevoie.

Epistaxisul

Epistaxisul este definit ca o hemoragie ce se produce la nivelul narinelor și cavității nazale, în special la nivelul petei vasculare Kisselbach din partea antero-inferioară a septului cartilaginos sau de la nivelul nazofaringelui.

Etiologia epistaxisului poate fi reprezentată de cauze locale sau generale:

- Idiopatic - cauza cea mai frecventă
- Traumatic - prin introducerea degetului în nas, umiditate scăzută (cruste ade rente) sau a unui corp străin, mai ales în cazul copiilor
- Infecție de tract respirator superior - rinitele acute sau cronice, atrofile, sinuzitele acute sau cronice

- Anomalii vasculare - sclerozarea vaselor odată cu înaintarea în vârstă, telangiectazia hemoragica ereditară (boala Rendu-Osler), malformație arterio-venoasă
- Tumori maligne și benigne nazo-sinusale
- Hipertensiunea arterială
- Coagulopatie - ereditară: hemofilie, iatrogenă secundară, tratamentului cu: antiagregante plachetare, anticoagulante sau trombolitice, discrazii sanguine, leucemii, trombocitopenie, disfuncție plachetară.
- Perforație de sept

- Deviație de sept - una dintre părți este expusă excesiv la aerul cald
- Sângerare care - fractură, tumoră provine dintr-un sinus
- Endometrioză - endometru ectopie nazal
- Afecțiuni metabolice - uremie și insuficiență hepatică
- Boli ale ficatului - hepatită acută, ciroză hepatică, insuficiență hepatică cronică
- Boli infecțioase – gripă virală sau bacteriene : rubeolă, varicelă, febră tifoidă, scarlatină.

Atitudinea de urgență

În epistaxisul benign:

- calmarea bolnavului, acesta având capul poziționat cu bărbia în piept
- bolnavul va fi așezat pe scaun și i se va facilita respirația prin desfacerea cravatei, gulerului sau a curelei pantalonilor și i se va cere să respire pe gură
- se vor administra sedative, analgezice sau antihipertensive dacă tensiunea arterială este mărită
- se vor aplica măsuri de hemostază locală
- se va face compresiune digitală pe pata vasculară prin apăsare pe aripa nasului cu hemoragia timp de 10 minute
- se vor aplica comprese reci sau gheață pe regiunea frontonazală
- comprimarea petei vasculare prin introducerea în fosele nazale de tampoane îmbibate în soluții hemostatice (apă oxigenată, soluție de antipirină 10%, trombină, adrenalină 1 %o sau gelaspon) și anestezic (lidocaină, ulei de eucalipt)

- antibioterapie dacă durata tratamentului depășește 24 de ore.

- se vor administra hemostatice pe cale generală:

Adrenostazin

- Vitamina K (fitomenadion)

- Venostat

- Tamsilat

- Soluții cu calciu

În epistaxisul grav:

- resuscitare în caz de stop cardie-respirator

- până la internarea în spital se aplică aceleași măsuri ca și în epistaxisul benign

- hemostază locală: compresiunea narinară, tamponament nazal anterior

- administrare de hemostatice per os sau parenteral