

Skadestue- instruks



ORTOPÆDKIRURGIEN

Indhold og forord

| | |
|--|----|
| Overekstremitet voksne..... | 3 |
| Overekstremitet børn..... | 10 |
| Underekstremitet voksne..... | 12 |
| Underekstremitet børn..... | 18 |
| Columnarlæsioner | 19 |
| Ansigtslæsioner | 20 |
| Øjenskader..... | 21 |
| Bidsår | 22 |
| Compartmentsyndrom | 23 |
| Brandsår | 24 |
| Analgesi/sedation med Rapifen og Dormicum..... | 25 |
| Egne notater | 27 |

Skadestueinstruksen, som den foreligger i 2. udgave, er udarbejdet i samarbejde med de specialeansvarlige overlæger ved Ortopædkirurgien i Region Nordjylland.

Instruksen har til hensigt at vejlede yngre læger i skadestuearbejdet samt at ensrette behandlingen af skaderne på regionens skadestuer. Formuleringerne er holdt korte og præcise og giver således ikke brugeren dybere indsigt i skadens behandling end den umiddelbart nødvendige. Ønsker brugeren en dyberegående forklaring henvises til sektorenes individuelle digitale instrukser.

Instruksen orienterer om de generelle behandlingstiltag, men ofte er det virkelige billede mere broget, og i tvivlstilfælde bør den yngre læge søge råd hos den mere erfarne kollega.

De mest almindelige skader er inkluderet i instruksen, men den kan ikke forventes at være komplet dækkende for de skader, man kan støde på i skadestuen. Såfremt brugerne oplever mangler i indholdet eller har forslag til forbedringer modtages gerne skriftlig henvendelse herom.



Overekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|--|---|--|
| F. clavicae S 42.0 | Collar'n'cuff til smertefrihed (2-3 uger). OP-indikation ved truet hud, åben fraktur eller kar- /nervepåvirkning. Ingen kontakt ml. knogleenderne: Snarest muligt tid i skulderamb. mhp. evt. osteosyntese. OBS Pneumothorax! | Ingen kontrol. |
| F. Scapulae S 42.1 | Der er altid tale om et kraftigt traume, hvorfor: Rgt. thorax pga. mulig samtidig hæmothorax/pneumothorax/lungekontusion/costafrakturer. Corpusfrakturer: Collar'n'cuff til smertefrihed (1-3 uger). Collumfrakturer: Stabil: Konservativt som ovenfor. Samtidig clavikelfraktur => "floating shoulder". Konf. med skulderlæge ang. evt. stabiliserende osteosyntese af claviklen. Cavitasfrakturer: Udisloceret: Konservativt som ovenfor. Disloceret: CT-scanning + indl. til osteosyntese. Acromionfraktur: Collar'n'cuff til smertefrihed (2-3 uger). Konf. med skulderlæge Proc. Coracoideus fraktur: Collar'n'cuff til smertefrihed (1-2 uger). Konf. med skulderlæge | Konservativ beh.: Evt. rgt. kontrol efter 10 dage i skulderamb. Fys. til genoptræning ved behov. |
| Luxatio articuli sternoclavicularis S 43.2 | Subluxation/distorsio: Collar'n'cuff 1-2 uger. Anterior luxation: Collar'n'cuff 1-2 uger. Posterior luxation: Extremitet sjælden! CT-scanning. Kan oftest behandles med løs mitella. Konf BV ang. akut reponering v. traumatisk lux. OBS Kompression af kar og trachea. | Ingen kontrol. Ingen kontrol. |
| Luxatio articuli acromioclavicularis S 43.1 | Subluxation: Collar'n'cuff i få dage. Svingøvelser efter 1-2 dage. Luxation: Collar'n'cuff i 1-2 uger. Bg. skal undgå tunge løft/kontaktsport i 3 mdr. OP kun ved sekundært henviste. | Ingen kontrol. Ved behov kontrol ved e.l. |

Overekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|--|---|---|
| Luxatio articuli humeroscapularis S 43.0 | Primær luxation: Rtg. før og efter reponering. Reponering i rus/intraartikulær LA a.m. Hipokrates, Kocher eller i bugleje. Collar'n'cuff til smertefrihed. | Ptt. < 40 år: Skulderamb. Farsø efter 2 uger til kontrol af rotator cuff læsion. |
| Luxatio habitualis humeri M 24.4 | 2. gangs luxation og flere: Initialt behandles som beskrevet ovenfor. Desuden tid i skulderamb. OBS Neurovaskulære forhold før og efter reponering! | Skulderamb efter 6 uger |
| F. colli humeri S 42.2 | Klassificeres efter Neer. Udisloceret (type 1): Collar'n'cuff i 3 uger. Disloceret efter Neer: Indl. til osteosyntese. 4-part frakturer behandles med hemialloplastik. | Rtg. kontrol efter 1-2 uger i skulderamb. |
| F. corporis humeri S 42.3 | Collar'n'cuff i 1 uge til afhævning. Herefter Sarmientobandage i 6-8 uger til radiologisk og klinisk heling. OP indikation ved svære, åbne frakturer samt ved påvirket kar/nervefunktion. OBS Neurovaskulære forhold inkl. radialisparese! | Klinisk kontrol og bandageanlæggelse efter 1 uge i skulderamb. Aalborg. |
| F. partis distalis humeri S 42.4 (Supra/intrakondylær) | Udisloceret: Vinkelgips i 6 uger. Disloceret: Indl. til osteosyntese. OBS Neurovaskulære forhold! | Klinisk og rtg. kontrol efter 2 og 6 uger. |
| F. capitulum humeri S 42.4 | OBS svær diagnose! Udisloceret: Vinkelgips i 3 uger. Disloceret: Indl. til osteosyntese. | Klinisk og rtg kontrol efter 2 uger. |
| Bursitis olecrani M 70.2 | Irritativ: Immobilisering med vinkelgips + NSAID i 1 uge. Infektøs: Behandles som absces med antibiotika og evt. excision. | Klinisk kontrol efter 1 uge; evt. ved e.l. |
| Haemarthrosis traumatica cubiti T 14.3 | Ansamling uden synlig fraktur. Collar'n'cuff til smertefrihed. | Ingen kontrol |

Overekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|---|---|--|
| Luxatio cubiti S 53.1 | Rtg. før og efter reponering! Reponeres i Rapifen/Dormicum rus. Vinkelgips i 3 uger. | Rtg kontrol efter 1 uge. |
| F. olecrani S 52.0 | Udisloceret: Vinkelgips i 3 uger. Kontrolrtg. efter gipsanlæggelse. Disloceret: Indl. til osteosyntese (K-tråde). | Rtg. og klinisk kontrol efter 1 uge. |
| F. radii, extremitas proximalis S 52.1 | F. capitis: Udisloceret: Vinkelgips i 2 uger. Disloceret (>30 gr. vinkling el. > 1/3 ledflade disloceret): Indl. til osteosyntese. F. colli: Udisloceret (og vinkling < 30 gr.): Vinkelgips i 2 uger. Disloceret (eller vinkling > 30 gr.): Indl. til reponering/fiksation i GA. OBS Monteggia/Galeazzi fraktur! | E.l. efter 2 uger. E.l. efter 2 uger. |
| F. corporis radii S 52.3 F. corporis ulnae (Parer-fraktur) S 52.2 | F. corporis radii ses sjældent isoleret! Begge er ustabile frakturer, der oftest kræver skinneosteosyntese. Udisloceret: Vinkelgips til radiologisk heling (ca. 6 uger). Disloceret: Indl. til reponering og osteosyntese. | Rtg. kontrol efter 1 og 6 uger. |
| F. Monteggia S 52.0 | = F. ulnae + Luxatio caput radii. Vinkelgips og indl. til osteosyntese. | |
| F. Galeazzi S 52.5 | = F. radii + Luxatio caput ulnae. Vinkelgips og indl. til osteosyntese. | |
| F. antebrachii F. corporis ulnae et radii S 52.4 F. extremitas distalis ulnae et radii S 52.6 | For begge typer gælder: Udisloceret: Vinkelgips fra knoer til midt-overarm i 6-8 uger. Disloceret: Indl. til reponering og evt. osteosyntese i GA. | Rtg. kontrol efter 1 og 2 uger samt ved gipsfjernelse. |

Overekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|---|--|--|
| F. radii, extremitas distalis S 52.5 | <p>Colles fraktur:</p> <p>Uacceptabel stilling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tab af > 10 gr. radial inklinasjon. • > 25 gr. dorsal vinkling i.f.t. normalt. • Radiusforkortning > 5 mm. • > 2 mm inkongruens i distale ledflade. <p>Akut ulna + > 5 mm og et betydeligt dorsalt corticalstab tyder på instabilitet.</p> <p>OBS: Hos yngre accepteres ikke så stor fejlstilling, som hos ældre.</p> <p>Stabil og udisloceret: Dorsal gipsskinne i 3 uger. Fjernes hos e.l.</p> <p>Stabil og disloceret: Reponering i LA. Dorsal gipsskinne i 5 uger. Er det nødvendigt med ulnardeviation eller volarflexion for at holde frakturen, er der indikation for operativ behandling.</p> <p>Instabil fraktur: Indl. til osteosyntese.</p> <p>Smiths fraktur: Instabil fraktur. Indl. til osteosyntese.</p> <p>Bartons fraktur: Volar afsprængning af radiusledfladen. Indl. til osteosyntese.</p> | <p>Ingen kontrol.</p> <p>Klinisk og rtg. kontrol efter 10-12 dage. Klinisk kontrol efter 5 uger.</p> <p>Amb. kontrol efter 5 uger.</p> |

Overekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|--------------------------------|---|---|
| F. ossis scaphoidei S 62.0 | <p>Ses ingen fraktur på det primære rtg. anlægges dorsal gipsskinne (uden fiksering af 1. finger), og pt. henvises til subakut MR-scanning. Skal indkaldes til ambulatoriet til svar efterfølgende.</p> <p>Corpusfraktur: Disloceret (> 1mm): Indl. til OP. Udisloceret: Dorsal gipsskinne (knoer til albue). Efter 8 uger rtg. kontrol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usikker heling: Ny gipsskinne og rgt efter 4 uger. Hvis der fortsat er usikker heling efter i alt 12 uger tilbydes MR-scanning. • Ingen heling: Osteosyntese med Herbert-skrue. • Heling: Gipsen seponeres. Afsluttes. <p>Fraktur af proximale pol bør osteosynteres. F. tuberositas: Dorsal gipsskinne i 4 uger. Ingen kontrol.</p> | |
| Luxatio carpi S 63.0 | <p>Indl. til reponering i GA. OBS neurovaskulære forhold</p> | |
| F. ossis metacarpi I S 62.2 | <p>Skafftfraktur: Udisloceret: Radial kantgips i 3-4 uger. Disloceret: Reponering i LA + radial kantgips i 4 uger. Ved instabil fraktur indl. til K-tråds fiksering og radial kantgips i 4 uger. Distal fraktur med > 30 gr. vinkling skal reponeres.</p> <p>Rodnær extraartikulær fraktur: < 30 gr. vinkling: Radial kantgips i 4 uger. > 30 gr. vinkling: Reponering i LA og radial kantgips i 4 uger. Evt. K-trådsfiksering. Grundledet må ikke hyperekstenderes ved bandagering!</p> <p>Bennets fraktur: Indl. til K-trådsfiksering + radial kantgips</p> | <p>Rtg. efter 1 uge. Rtg. efter 1 uge. Klinisk kontrol efter 4 uger.</p> <p>Rtg. efter 1 uge. Klinisk kontrol efter 4 uger.</p> |

Overekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|---------------------------------------|---|---|
| F. ossis metacarpi II+III S 62.3 | <p>Skaftfraktur: Udisloceret: Dorsal gipsskinne til PIP-led i funktionsstilling i 3 uger. Evt. handskegips. Disloceret: Reponering i LA + dorsal gipsskinne i 3 uger. Ved instabilitet indl. til osteosyntese. Acceptabel fejlstilling: < 10° palmar vinkling < 3 mm forkortning. Ad latum dislokation < 50%.</p> <p>OBS Rotationsfejlstilling!</p> <p>Subcapital fraktur: < 15 gr. vinkling: Handskegips + dobbelt fingertut i 3 uger. > 15 gr. vinkling: Reponering i LA + bandagering som ovenfor. Evt. osteosyntese.</p> | <p>Rtg. efter 1 uge.</p> <p>Rtg. efter 1 uge.</p> <p>Rtg. efter 1 uge og klinisk kontrol efter 3 uger for begge.</p> |
| F. ossis metacarpi IV+V S 62.3 | <p>Basisfraktur: Udisloceret: Dorsal gipsskinne i 3 uger. Disloceret: Reponering i LA + dorsal gipsskinne i 3 uger. Evt. K-tråd. Intraartikulær: Indl. til K-trådsfiksering.</p> <p>Skaftfraktur: Udisloceret: Ulnar kantgips i 4 uger. Disloceret: Reponering + ulnar kantgips i 4 uger. Evt. K-tråd. Acceptabel fejlstilling: < 25° palmar vinkling < 3 mm forkortning Ad latum dislokation < 50%</p> <p>OBS Rotationsfejlstilling!</p> <p>Subcapital fraktur: < 30 gr. vinkling: Handskegips/ulnar kantgips + tapening til nabofinger i 3 uger. > 30 gr. vinkling: Reponering + bandagering som ovenfor. Evt. K-tråd.</p> | <p>Ingen kontrol.</p> <p>Rtg. efter 1 uge, klinisk kontrol efter 3 uger.</p> <p>Ingen kontrol.</p> <p>Rtg. efter 1 uge, klinisk kontrol efter 4 uger.</p> <p>Rtg. efter 1 uge, klinisk kontrol efter 3 uger.</p> <p>Rtg. efter 1 uge, klinisk kontrol efter 3 uger.</p> |
| Distorsio art. digiti manus S 63.6 | Tapening til nabofinger / dobbelt fingertut i 1 uge | Ingen kontrol |

Overekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|--|---|--|
| F. pollicis S 62.5 | Udisloceret: Radial kantgips i 4 uger. Disloceret: Reponering + radial kantgips i 4 uger. Evt. indlægges til osteosyntese. | Ingen kontrol Rtg. efter 1 uge. |
| F. digiti manus II-V S 62.3 | Extraartikulær: Udisloceret: Dobbelt fingertut i 4 uger. Ved risiko for skred kan anlægges dorsal gipsskinne inddragende nabofingeren. Disloceret: Reponering i LA + dorsal gips som ovenfor. Ustabile frakturer indl. til osteosyntese (K-tråd). Distale phalanx fraktur: Carstamskinne i 3 uger Intraartikulær: Udisloceret: Dorsal gipsskinne inkl. nabofinger i 4 uger. Disloceret: Indl. til osteosyntese (K-tråd). | Ingen kontrol af simple fissurer. Ellers rtg. efter 1 og 4 uger. Rtg. efter 1 og 4 uger. Ingen kontrol. Klinisk kontrol efter 4 uger. |
| Luxatio articuli digiti manus S 63.1 | Rtg. før og efter reponering mhp. fraktur. Reponering + Carstamskinne i 2 uger. OBS læsion af collaterale ligamenter og volare plade. PIP-led og DIP-led: Såfremt der er stabilitet efter reponering, mobiliseres efter få dage. MCP-led og 1. fingers rodled: Indl. til K-trådsfiksering. | Klinisk kontrol efter 2 uger. |
| Ruptura lig. collateralis digiti manus S 63.4 | MCP I: Ulnar ligamentlæsion: Indl. til OP. Radial ligamentlæsion: Indl. til OP ved udtalt instabilitet. Dvs. > 30° åbning af leddet ved varus (adduktion) stress. II-V finger: Dobbelt fingertut i 2-3 uger. Kontakt BV ved udtalt løshed. | Ingen kontrol. |
| Laesio fibrocartilaginea volaris S 69.8 | Skinne med dorsal ekstensionsstøp i 4 uger. Aktiv fleksion fra første dag. Kan anlægges i ambulatoriet, så pt skal have tid snarest muligt. | |
| Dropfinger S 66.3 | Rtg. mhp. abscesio. Oakleyskinne i 6 uger med DIP-leddet i neutral stilling (behøver ikke være hyperekstenderet). Må ikke flekteres i de 6 uger! OBS: PIP-leddet må ikke bandageres! OP hvis der er sublaksation af distale phalanx. | Klinisk kontrol efter 6 uger. |

Overekstremitet børn

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|---|--|---|
| Epifysiolysefraktur Kodes efter tilsvarende fraktur. | Klassificeres efter Salter & Harris. Må ikke reponeres i LA i skadestuen! På mistanke om Type 1 epifysiolyse anlægges gipsskinne, og pt. kan afsluttes hos e.l. efter 2 uger. Hofte og albuer skal dog ses i amb. | |
| F. colli humeri S 42.2 | Greenstick: Collar'n'cuff i 3 uger. Optræning via e.l. Epifysiolyse Type 2: Forskydning < 1 knoglebredde: Som ovenfor. Der kan konservativt behandles selv med 1 knoglebredde forskydning hos børn i vækst. Ved vækstafslutning evt. operativ fiksatation. | Ingen kontrol. Rtg. efter 1 uge. |
| F. corporis humeri S 42.3 | Fikseret mitella i 3-4 uger. Evt. U-formet gipsskinne ved større børn. | Rtg. efter 1 og 4 uger. |
| F. supracondylea humeri S 42.4 | Udisloceret: Høj vinkelgips i 3 uger. Disloceret (vinkler < 10 gr. eller roterer): Indl. til reponering og fiksering i GA. OBS Neurovaskulære forhold! | Rtg. efter 1 og 3 uger. |
| F. intercondylea humeri S 42.4 | Svære at bedømme. Evt. supplerende CT/MR. Konf. med BV. Udisloceret: Vinkelgips i 4 uger. Disloceret (> 2mm): Indl. til reponering og fiksering i GA. | Rtg. efter 1 og 4 uger. |
| F. epicondyli medialis humeri S 42.4 | Udisloceret: Vinkelgips i 3 uger. Disloceret: Indl. til reponering og fiksering i GA. | Rtg. efter 1 og 3 uger. |
| F. condyli medialis humeri S 42.4 | Udisloceret: Vinkelgips i 3 uger + genoptræning. Disloceret: Indl. til reponering og fiksering i GA. | Rtg. efter 1 og 3 uger. |
| F. condyli lateralis humeri S 42.4 | Svære at bedømme. Konf. med BV. Skal oftest K-trådsfikseres. | |
| Subluxatio caput radii S 53.0 | Rtg. kan undværes ved karakteristisk anamnese med træk i underarmen. Ved traume skal der tages rtg. Reponering ved tryk i længderetningen med samtidig supination medfører ofte spontan brug af armen efter få minutter. Hvis ikke gives løs mitella i et par dage. | Ingen kontrol |

Overekstremitet børn

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|---|---|--|
| Luxatio cubiti S 53.1 | Indl. til reponering i GA + vinkelgips i 1-2 uger. | Rtg. og klinisk kontrol efter 2 uger. |
| F. olecrani S 52.0 | Udisloceret: Vinkelgips i 2-3 uger. Albuen bandageres i 45 gr. fleksion. Disloceret: Indl. til reponering og fiksering i GA. | Rtg. efter 1 uge. |
| F. colli radii S 52.1 | < 20 gr. vinkling: Vinkelgips i 3 uger. > 20 gr. vinkling: Indl. til reponering i GA. | Ingen kontrol. |
| Haemarthrosis traumatica cubiti T 14.3 | Ansamling uden synlig fraktur. Vinkelgips eller collar'n'cuff i 1 uge. Overvej MR ved mindre børn (obs. chondral fraktur). | Klinisk kontrol efter 5 dage i børneamb. |
| Infractio antebrachii distalis + Greenstick S 52.6 | Oftest distalt i radius (S 52.5). Dorsal gipsskinne i 3 uger. | Ingen kontrol. |
| Epifysiolysis radii distalis S 52.5 | Type 1: Dorsal gipsskinne i 1 uge. > Type 1: Indl. til reponering og fiksering i GA. | Kontrol ved e.l. Ved smerter kan der bandageres i 3 uger i alt. |
| F. radii, extremitas distalis S 52.5 | Udisloceret: Dorsal gipsskinne i 3 uger. Disloceret: Indl. til reponering i GA. | Ingen kontrol. |
| F. radii et ulnae distalis S 52.6 | < 10 år: 20 gr. vinkling accepteres. > 10 år: 15 gr. vinkling accepteres. Dorsal gipsskinne fra knoer til albue i 3 uger. Indl. til reponering og evt. K-trådsfiksering ved uacceptabel stilling/instabilitet. | Rtg. efter 5 og 10 dage. |
| F. corporis antebrachii S 52.6 | Udisloceret (< 15 gr. vinkling): Vinkelgips i 4 uger. Er frakturen placeret proximalt accepteres kun 8 gr. vinkling, inden der skal osteosynteres. Disloceret: Indl. til reponering og C-nails. | Rtg. 5. dag, 10. dag og efter 4 uger. |
| F Monteggia S 52.0 F. Galeazzi S 52.5 | For begge: Anlæggelse af vinkelgips i skadestuen + indl. til reponering og ofte osteosyntese. | |

Underekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|--|--|---------|
| Arthritis purulenta | <p>Monoartikulær. Rammer hos voksne oftest knæet, mens hofte er hyppigst er afficeret hos børn.</p> <p>Kan opstå ved hæmatogen spredning, ved overgriben fra knogle- eller bløddelsinfektion eller ved direkte inokulering (f.eks. ledpunktur).</p> <p>Karakteristiske symptomer:</p> <p>Ledsmerter, bevægeindskrænkning, indirekte ømhed, tvangsstilling (hofte semiflekteret og let udadroteret, knæet semiflekteret). Desuden rødme og hævelse.</p> <p>Ved mistanke:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rgt • Tp + Bp (L+D, CRP, SR, BS, venyler) • Hofte: UL • Knæ: Aspiration <p>Skal indlægges til i.v. antibiotisk behandling (opstartes efter ledpunktur), gentagne ledpunkturer (knæet, anklen), kirurgisk drænage (hofte) og synovektomi.</p> | |
| F. ossis pubis et ischii S 32.1-8 | <p>Type A bækkenringsfraktur: Indl. til smertebehandling og mobilisering.</p> <p>Type B og C bækkenringsfrakturer: Ustabile (ofte multitraumeptt.). Kontakt BV.</p> | |
| F. acetabuli S 32.4 | <p>CT-scanning.</p> <p>Udislocerede: Indl. til smertebehandling og aflastning.</p> <p>Dislocerede: Indl. til osteosyntese.</p> | |
| Luxatio coxae S 73.0 | <p>Kan forsøges reponeret i Rapifen/Dormicum rus, men oftest er reponering i GA nødvendigt.</p> <p>Indl. til mobilisering.</p> <p>CT mhp. afsprængning/"mus" i leddet efter reponering.</p> <p>OBS N. Ischiadicus funktion!</p> | |
| Luxatio coxae med ledprotese T 84.0 | <p>Reponeres i Rapifen/Dormicum rus eller i GA.</p> <p>Evt. indl. til mobilisering.</p> <p>OBS N. Ischiadicus funktion!</p> | |

Underekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|--|---|---|
| F. colli femoris S 72.0 | Udisloceret: Indl. til osteosyntese med 2-huls DHS (glideskrue). Disloceret: < 70 år: Osteosyntese med 2-huls DHS. > 70 år: Hemialloplastik. OBS i.v. drop! | |
| F. pertrochanterica femoris S 72.1 | Klassificeres efter Evan (Type I-V). Indl. til osteosyntese med 4-huls DHS. OBS I.v. drop pga. internt blodtab! | |
| F. subtrochanterica femoris S 72.2 | Indl. til osteosyntese med TAN-søm/6-huls DHS. Evt. anlægges bløddelsstræk i skadestuen. OBS I.v. drop pga. internt blodtab. | |
| F. corporis femoris S 72.3 | Indl. til intern fiksektion med marvsøm. Evt. anlægges bløddelsstræk i skadestuen. OBS I.v. drop pga. internt blodtab. | |
| F. supra-, intercondy- lea et condyli femoris S 72.4 | Indl. til osteosyntese. Indtil OP: Don-Joy/gjpskinne/bløddelsstræk. OBS i.v. drop pga. internt blodtab. | |
| Luxatio patellae S 83.0 | Rgt. efter reponering mhp. osteokondral læsion/fraktur. 1. gangs luxation: Don-Joy låst i 0-30 gr. i 6 uger Habituel luxation: Støttebind + evt. krykker. Må gerne støtte. | Knæamb. efter 2 uger. Knæamb. efter 2-4 uger mhp. realignment. |
| F. patellae S 82.0 | < 3 mm diastase eller ledlinespring: Don-Joy 0-30 gr. i ca. 6 uger. Må belaste på strakt ben. > 3 mm diastase eller ledlinespring: Indl. til osteosyntese. Isometrisk quadricepstræning. | Klinisk kontrol efter 1 uge. |

Underekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|--|---|--|
| Distorsio genus S 83.6 | Simpel distorsion uden specifik ligamentskade behandles med støttebind + RICE. | E.l. ved gener efter 2-3 uger. |
| D. lig. coll. genus medialis S 83.4 | Grad 1 = få grader valgusløshed: Støttebind + krykker til aflastning. Grad 2 = subtotal ruptur: Ulåst Don-Joy + krykker. Må støtte. Grad 3 = total ruptur: Ulåst Don-Joy + krykker. Må støtte. Ofte kombinationslæsion med ACL. | E.l. ved gener efter 2-3 uger. Knæamb. efter 6 uger. Knæamb. efter 6 uger. |
| D. lig. coll. genus lateralis S 83.4 | Rgt. m.h.p. Segonds fraktur eller andre afrivninger. Disse indl. til vurdering ved BV. Ellers behandling som ovenfor. | |
| Læsio lig. cruciatum anterior S 83.5 | Rgt. m.h.p. eminentiafraktur. Hvis fraktur: Indl. til OP. Hvis ej fraktur: Støttebind eller ulåst Don-Joy + krykker. Må støtte. | Knæamb. efter 4-6 uger. |
| Læsio lig. cruciatum posterior S 83.5 | Rgt. m.h.p. abscicio. Hvis disloceret: Indl. til OP. Ellers behandling som ved forreste korsbåndslæsion. OBS Knæluksation ved udtalt hævelse! Check perifer puls grundigt. Ved mistanke indl. til udredning med A-grafi. OP efter 7-10 dage. | Knæamb. efter 4-6 uger |
| Ruptura traumatica menisci genus S 83.2 | Ingen aflåsning af knæet: Støttebind + krykker. Må støtte. Aflåsning af knæet, nu frit: Støttebind + krykker. Må støtte. Fortsat aflåsning: Subakut artroskopi i ambulanseregion (Dagkirurgisk). | E.l. efter 4 uger. E.l. efter 4 uger. |

Underekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|---|--|---|
| F. condyli tibiae S 82.1 | CT m.h.p. ledfladedepression. OP hvis: <ul style="list-style-type: none"> • Mediale condyl ikke er anatomisk på plads. • Laterale condyl ses med depression eller diastase > 3-4 mm eller vinkler > 10 gr. Ellers konservativ behandling med Don-Joy 0-30 gr. uden belastning. Belastning efter 6 uger. | Rgt. og klinisk kontrol planlægges individuelt i traumeamb. |
| F. corporis tibiae S 82.2 | Udisloceret, lukket: Høj bagre gips uden belastning. Disloceret: Indl. til osteosyntese. | Rgt. efter 1 og 6 uger i traumeamb. |
| F. corporis fibulae S 82.4 | Tensoplastbandage eller støttebind + krykker i 3-4 uger. OBS Udeluk medial malleolfraktur (PE IV) og peroneusparese. | Ingen kontrol. |
| F. malleoli lateralis S 82.6 Et medialis S 82.5 Et trimalleolaris S 82.7 | Ved grov frakturluxation foretages grovreponering og gipsning inden rgt! Isoleret, udisloceret lateral malleolfraktur: Bagre gips til afhævning i 2 uger. Derefter aircast i 5 uger. Isoleret, 100% udisloceret medial malleolfraktur: Kan konservativt behandles med bagre gips og aircast som ovenfor. Alle andre tilbydes osteosyntese medmindre AT/ iskæmi/diabetes taler imod operativt indgreb. OBS Høj fibulafraktur ved medial malleolfraktur! | Kontrol i traumeamb. efter 2 uge. |
| Distorsio regionis malleolis S 93.4 | Behandles med støttebind + RICE. Krykker efter behov. HUSK at undersøge for tibialis posterior ruptur. | Ingen kontrol. |
| Luxatio tali S 93.0 | Reponeres straks! Rgt. efter reponering. Indl. til elevation, smertebehandling og mobilisering. OBS Neurvaskulære forhold! | |

Underekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|-------------------------------------|---|---|
| F. tali S 92.1 | Udisloceret collumfraktur: Crusgips med fodledet i neutralstilling i 8 uger. Rgt. efter gipsanlæggelse. Må ikke belaste! Alle andre: Indl. til osteosyntese. | Rgt. og klinisk kontrol efter 8 uger. |
| F. calcanei S 92.0 | Udisloceret, extraartikulær: Konservativt behandles med bagre gips. CT-scanning ved tvivl. Disloceret, extraartikulær: (Andenæbsfraktur). Indl. til osteosyntese. OBS truet hud ved hælen/akillesenen. Intraartikulær, disloceret: Indl. til CT-scanning og evt. osteosyntese. OBS Columnafraktur (typisk L1) ved fald fra højde! | Klinisk kontrol efter 2 uger. |
| F. ossis navicularis S 92.2 | Udisloceret: Bagre gips til afhævning i 10 dage. Herefter gågips. Støtte til smertegrænsen. Samlet bandageringstid 6 uger. Disloceret: Indl. til CT-scanning og osteosyntese. | Amb. efter 10 dage til anlæggelse af gågips. Klinisk kontrol efter 6 uger. |
| Frakturluxation i mellem- og bagfod | Subtalært mellem talus og calcaneus/naviculare. Choparts led mellem talus/calcaneus og naviculare/cuboideum. Lisfrancs led mellem cuboideum/cuneiforme og metatarserne. Alle indl. til reponering og evt. osteosyntese i GA. CT-scanning til afklaring af læsionens omfang. | |
| F. ossis metatarsi I S 92.3 | Udisloceret: Bagre gips til afhævning i 10 dage. Derefter gågips i 3-4 uger samlet. Disloceret: Indl. til osteosyntese. | Amb. efter 10 dage til anlæggelse af gågips. Klinisk kontrol efter 3-4 uger. |
| F. ossis metatarsi II-IV S 92.3 | Udisloceret: Tensoplast i 2-3 uger + krykker. Disloceret eller multiple: Indl. til K-trådsfiksering. | Ingen kontrol. |

Underekstremitet voksne

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|---|--|--|
| F. ossis metatarsi V S 92.3 | <p>Avulsion af tuberositas (obs = apofyse hos børn): Udisloceret (< 2 mm): Tensoplast i 2-3 uger + stivbundet fodtøj. Evt. Walker. Vægtbæring efter evne. Disloceret (intraartikulær step-off > 2 mm eller intraartikulær fragment > 30 % af ledfladen): Inkl. til osteosyntese.</p> <p>Jones fraktur (proximale 1/3 af diafysen): Udisloceret: Bagre gips til afhævning i 10 dage. Derefter crusgips uden støtte. Bandageringstid i alt 6-8 uger. Disloceret: Inkl. til osteosyntese</p> | <p>Ingen kontrol.</p> <p>Rgt. kontrol efter 1 uge</p> <p>Efter 10 dage anlægges crusgips. Rgt. og klinisk kontrol efter 6 uger.</p> |
| F. digiti pedis I S 92.4 | <p>Udisloceret, extraartikulær: Plasterspica + stivbundet fodtøj i 3-4 uger. Disloceret, intraartikulær: Inkl. til reponering og osteosyntese.</p> | Ingen kontrol. |
| F. digiti pedis II-V S 92.5 | <p>Rgt. ikke nødvendigt! Evt. ved grov vinkling. Ellers en klinisk diagnose! Plasterspica (inkl. nabotå) + stivbundet fodtøj i 3-4 uger. Evt. plasterskift ved e.l. ellers instruktion af pt. i selv at omlægge plasterspica.</p> | Ved reponering informeres pt. om at henvende sig, såfremt tåen igen ændrer stilling. Ellers ingen kontrol. |
| Laesio traumatica tendinis Achillis S 86.0 | <p>Inkl. til suturering i LA. Indtil OP lejrtes benet på Braun-skinne. Efter OP: 1.-2. uge: ROM-Walker i 30° spidsfod. I 3. uge 15-30 gr. bevægelighed; I 4.-6. uge 0-30 gr. bevægelighed + belastning. Der anbefales 2 cm hælindlæg i 2-3 mdr. efterflg. Konservativ behandling er at foretrække ved diabetisk neuropati, dårlig cirkulation, eczem, store ødemer, steroidbehandling og dårlig compliance. 1.-2. uge: ROM-Walker fixeret i 30° spidsfod. 3.-4. uge: ROM-Walker fixeret i 15° spidsfod. 5. uge: ROM-Walker med 15-30° bevægelighed. 6.-8- uge: ROM-Walker med 0-30° bevægelighed + støtte. Der anbefales 2 cm hælindlæg i 2-3 mdr. efterflg.</p> | <p>Suturfjernelse efter 2 uger + instruktion i bandageindstilling. Efter 6 uger bandagejernelse og fys. til instruktion i genoptræning.</p> <p>Efter 2 uger amb. kontrol med instruktion i indstilling af støvlen. Klinisk kontrol efter 8 uger.</p> |

Underekstremitet børn

| Diagnose | Behandling | Kontrol |
|---|---|--|
| Coxitis simplex M 13.1 (serøs artrit) | Udeluk purulent artrit og Calvé-Perthes sygdom! Ved mistanke: <ul style="list-style-type: none"> • Rgt. begge hofter og bækken + Lauenstein. • UL af hofteledet. • Tp + Bp (L+D, CRP, SR) Karakteristisk er halten, smerter i hofte / lår / knæ og bevægeindskrænkning. Behandlingen er aflastning, evt. sengeleje indtil bedring + NSAID. | Klinisk kontrol i børneamb. efter 1 uge + evt. gange flere. |
| Epifysiolysis capitis femoris S 72.0 | Typisk 10-16 år. Karakteristisk er smerter i hofte / knæ, halten, reduce-ret indadrotation, og pt. ligger med abduceret og udadroteret ben. Rgt. begge hofter inkl. Lauenstein. Indl. til total aflastning i seng og OP. | |
| F. corporis femoris S 72.3 | Små børn (< 18 kg) behandles med plasterstræk i 3 uger + kørestol i 2-3 uger. Større børn (> 18 kg og < 11 år) behandles med osteosyntese med C-nails. Større børn > 11 år behandles med marvsøm. | |
| Epifysiolysis distalis femoris S 72.4 | Indl. til reponering og fiksering. | |
| Eminentiaafsprængning S 82.1 | Indl. til reponering og fiksering. | |
| F. tibiae S 82.1/2/3 + F. corporis fibulae S 82.4 | Udisloceret: Bagre gips til afhævning i 10 dage. Derefter cirkulering. Samlet bandageringstid 6 uger. Må belaste ved radiologisk helingstegn. Disloceret: Indl. til reponering i GA og ofte høj cirkulær gips. Evt. ekstern fiksatation. | Rtg. og klinisk kontrol efter 10 dage. Rtg. efter 3 og 6 uger. |
| Epifysiolysis partis proximalis tibiae S 82.1 | Indl. til reponering og fiksering. | |
| Epifysiolysis partis distalis tibiae S 82.3 | Indl. til reponering og fiksering. | |
| Epifysiolysis distalis fibulae S 82.6 | Udisloceret (Type 1): Bagre gips i 10 dage. Disloceret: Indl. til reponering og fiksering. | Kontrol ved e.l. |

Columnalæsioner

| Diagnose | Behandling |
|--|--|
| Distorsio col. cervicalis S 13.4 | Grundig undersøgelse inkl. direkte og indirekte ømhed samt neurologi. Ved mindste mistanke om fraktur/luksation foretages CT-scanning. Distorsion behandles med blød halskrave til aflastning et par dage samt smerte-behandling med paracetamol og NSAID. Remission forventes efter 2-4 uger. Kan søge e.l. ved fortsatte gener. |
| F. col. cervicalis | <ul style="list-style-type: none">• Grundig neurologisk undersøgelse!• CT col. cervicalis.• Ryg BV tilkaldes ved neurologiske udfald eller CT-verificeret fraktur/luksation. Ryg BV skal kontaktes før henvisning til neurokirurgisk afd.• ALTID stiv halskrave + vendes "som træstamme". |
| F. col. thoracalis S 22.0 F. col. lumbalis S 32.0 | Grundig neurologisk undersøgelse inkl. perianal sensibilitet og sphincter-tonus! Vendes "som træstamme" indtil andet tillades! Vurdering af stabilitet ved Denise 3 søjle teori. Konf. med BV (Ryg BV). |

Ansigtsslæsioner

| Diagnose | Behandling |
|---|---|
| F. nasi S 02.2 | Rtg. ikke nødvendigt – klinisk diagnose! Der skal undersøges for septumhæmatom, og dette noteres i skadetekoret. Ved konstateret septumhæmatom kontaktes ØNH. Ved åben fraktur: Tbl. Penicillin 1 MIE x 3 i 3 dg. Profylaktisk. Sendes hjem til afhævning og medgives instruks om fremmøde i ØNH-amb. 2-3 dage senere. Skriftelig information forefindes i skadestuen. |
| F. orbita pars inferior S 02.3 | “Blow out fraktur” ved kontusion direkte mod øjet. Typisk hævelse/misfarvning, enophthalmus, tågesyn/dobbeltsyn. Kontakt vagthavende ØNH. |
| F. ossis zygomaticus S 02.4 | CT af ansigtsskelettet. Typisk ses anæstesi af samsidige næsefløj og overlæbe samt lateral subconjunctival blødning. Kontakt vagthavende ØNH. |
| F. ossis maxillae S 02.4 | Klassificeres efter Le Fort (I-III). Er ofte dobbeltsidige Kontakt ØNH/Kæbekirurgisk forvagt ang. behandling. |
| F. ossis mandibulae S 02.6 | Sammenbidet undersøges grundigt. CT af ansigtsskelettet eller rgt. inkl. ortopan-tomografi. Kontakt kæbekirurgisk forvagt ang. behandling. |
| Luxatio art. temporo- mandibularis S 03.0 | Kæben fastlåst i åben position Kontakt kæbekirurgisk forvagt. |
| Tandskader | Kæbekirurgisk forvagt kontaktes ved traumebetingede tandskader i såvel mælketsæt som permanente tandsæt. Tyggeskader, tandpiner, tabte fyldninger og lignende behandles ved egen tandlæge på efterfølgende hverdag. |
| Epistaxis S 04.0 | Primær behandling: Siddende stilling, kompression, isterninger i munden. Kontrol af BT og puls. Inspektion af cavum nasi for lokalisering af blødningen. Tamponade: Lokalanæstesi med Xylokainspray. Tamponade indføres efter påføring af vaselinsalve langs bunden af cavum nasi. Vædes med saltvand og fastgøres til næseryggen. Fjernes efter 1-2 dage i ØNH-amb. En anden mulighed er indføring af Stryknon-meche. Denne fastgøres ligledes til næseryggen og kan fjernes hos praktiserende ØNH-læge eller i ØNH-amb. |

Øjenskader

| Diagnose | Behandling |
|--------------------------|---|
| Abrasio cornea S 05.0 | <p>Øjenomgivelser, conjunctiva og cornea inspiceres grundigt. Ved mistanke om perforation af bulbus: Akut henvisning til øjenafd.!</p> <p>Øjet bedøves med Oxybuprokain. Eventuelle fremmedlegemer fjernes med vatpind (med Oxubuprokain eller Fucithalamic salve på) eller hulmejsel (forsigtigt). Farvning med fluorescein og inspektion for abrasioner. Efter anvendelse af LA skal pt. bære øjenklap i 3-4 timer.</p> <p>Fucithalamic 1% i skadestuen + recept på samme (1 drb x 2 dgl. i 5 dg). Kontrol hos praktiserende øjenlæge ved behov.</p> |
| Corpus alienum cornea | <p>Fjernelse af fremmedlegemet + som ovenstående. Ved fastsiddende fremmedlegeme gives Fucithalamic og henvises til praktiserende øjenlæge eller øjenamb. m.h.p. fjernelse dagen efter (ikke akut).</p> |
| Svejseøjne | <p>Ofte svær injicering af cornea, conjunctival hyperæmi, lysskyhed og tåreflåd. Undersøgelse som ovenfor. Behandlingen er Fucithalamic og evt. Voltaren øjendråber. Instruktion i smertebehandling med paracetamol/NSAID.</p> |
| Syre-baseætsninger | <p>Anamnestic er det vigtigt at få afklaret, hvorvidt der er tale om flydende stof eller faste partikler. Ligeledes hvornår skaden er sket. PH-måling er IKKE indiceret!</p> <p>Primær behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedøvelse med Oxybuprokain. • Skylning med isoton NaCl. Varighed ½-1 time. • Faste partikler fjernes. Øjenlågene vendes og checkes. Anvend vatpind med kloramfenikolsalve. <p>Derefter farves med fluorescein. OBS Hvis corneaepitelet mangler helt, kan der ikke umiddelbart ses farvning med fluorescein, men venter man nogle få minutter vil cornea være kraftigt farvet. Sammenlign med cornea på den anden side.</p> <p>Henvisning til øjenafd.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved større epiteldefekter (> ¼ corneaareal). Amb. tid 8-16. Ej akut. • Ved svær påvirkning af vævet ved limbus (den corneo-sklerale overgang). Amb. tid 8-16. Ej akut. • Ved faste partikler, der ikke kan fjernes. Akut – hele døgnet! <p>Alle andre gives Kloramfenikol øjensalve x 3 dgl i 1 uge. Klap i 3-4 timer efter anvendelse af LA. Ved fortsatte gener efter 1-2 dage kan pt. henvende sig til prakt. øjenlæge.</p> |
| Læsio palpebra S 01.1 | <p>Læsion af tårekanalen eller gennemgående læsion af øjenlåsranden sutureres ikke i skadestuen. Vagthavende øjenlæge kontaktes.</p> |

Bidsår

| Diagnose | Behandling |
|--|---|
| <p>Vulnus morsum Kodes som alm. vulnus efter region.</p> | <p>Grundig vask! Devitaliserede sårrande excideres. Ansigtsslæsioner sutureres primært, mens alle andre stripses/lades åbne. Ved tegn på infektion behandles såret altid åbent + podning + antibiotika + ambulans kontrol i såramb.</p> <p>Antibiotikaproylakse ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Håndlæsion • Ansigtsslæsion • Dybt/lednært sår • Punktursår • Immunosuppression • Alder > 50 år <p>Profylaktisk behandling: Hunde- og kattebid: Tbl. Penicillin 1 MIE x 3 i 3 dage. Der gives initialt 2 MIE i skadestuen. Ved penicillinallergi: T. Ciprofloxacin</p> <p>Menneskebid: Caps. Dicloclil 1 g x 4 i 3 dage + Tbl. Penicillin 1 MIE x 3 i 3 dage. Der gives initialt 2 g Dicloclil og 2 MIE Penicillin i skadestuen. Ved penicillinallergi: T. Moxifloxacin</p> <p>Svinerosen: Ses i.f.m. stiksår ved slagteriarbejde med svinekød. Tbl. Penicillin 1 MIE x 3 i 3 dage. Der gives initialt 2 MIE i skadestuen. Ved penicillinallergi: T. Ciprofloxacin</p> <p>Svine-/Ornebid: Hvis bidsåret ikke er ganske ubetydeligt bør indlæggelse til i.v. behandling med ceftriaxon overvejes.</p> |
| <p>Tægebid T 14.0E</p> | <p>Tægen fjernes forsigtigt med tægetang eller pincet (drejes ud). Ved Erytema migrans: Tbl. Penicillin 1,5 MIE x 3 i 10 dage. Er der ikke tegn på erytema migrans gives ikke antibiotika. Pt. informeres om at søge læge, såfremt erytemet skulle opstå. OBS Flåtbid kan give rød hudreaktion omkring bidstedet i op til 3 dage, uden at det drejer sig om erytema migrans!</p> |

Compartmentsyndrom

| Diagnose | Behandling |
|--------------------|--|
| Compartmentsyndrom | <p>Forhøjet tryk i muskelloger, som kompromiterer mikrovaskularisationen medførende iskæmi og ultimativt nekrose.</p> <p>Diagnosen er klinisk. Ved tvivl eller ved patienter, der ikke kan samarbejde, kan man supplere med trykmåling.</p> <p>Symptomer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Smerter ud over det sædvanlige!• Hårde og spændte muskelloger.• Smerteforværring ved passiv udstrækning af involverede muskelloger.• Føleforstyrrelser eller pareser (hvis sensorisk/motorisk nerve gennemløber muskellogen).• Pulsens forsvinder ikke/meget sjældent. Det er mikrovaskularisationen, der er påvirket. <p>Trykmåling: Mål alle muskelloger og mål flere steder i logerne. Er der fraktur, skal man måle tæt ved (men ikke i) frakturhæmatomet.</p> <p>Der skal udføres akut fasciotomi, hvis: BT (diastolisk) – Muskellogetryk < 30 mmHg</p> |

Brandsår

| Diagnose | Behandling |
|---|---|
| Ambustio Capitis/colli T 20.0 Extr. sup. T 22.0 Manus T 23.0 Trunci T 21.0 Extr. inf. T 24.0 Pedis T 25.0 | Bedømmes efter 9 %-reglen og forbrændingsgraden Skylning med lunkent vand indtil smertefrihed. Bullae afklippes og vaskes sterilt. |
| Som 3. ciffer anvendes forbrændingsgrad. | 1. grads forbrændinger behøver ikke forbindelse og ej heller ambulat kontrol. Analgetisk behandling med paracetamol. |
| | Ang. specifik behandling af brandsår herudover samt retningslinier for overflytning til brandsårsafdeling henvises til separat brandsårsinstruks. |

Analgesi/sedation med Rapifen og Dormicum

Indikation:

Reponering af luxationer med eller uden fraktur, hyppigst skulderluxation, luxation af THA, fraktur-luxation i fodled og grovreponering af crusfraktur.

Før analgesi/sedation:

- Overvej om ledningsanalgesi anlagt ved anæstesi-lægen (kode 541) er en mulighed.
- Ved skulderluxation kan intraartikulær analgesi med 20 ml Lidokain 10 mg/ml uden adrenalin under steril teknik være et alternativ/supplement.
- Anamnese til idelukkelse af ptt. med kontraindikationer imod analgesi/sedation i ortopædkirurgisk skadereg.
- Opfylder pt. kriterier for hjemsendelse fra skadestuen.
- Alle patienter skal have ilt nasal 2 L/min, monitorering med EKG, BT og SAT.
- Monitoreringen skal fortsættes indtil pt. opfylder hjemsendelseskriterier.
- Alle patienter skal have velfungerende i.v. adgang.

Kontraindikationer:

- Patienter med kendt allergi overfor Rapifen eller Dormicum.
- Patienter med svær hjert- eller lungesygdom. Ptt. med svært påvirket almentilstand.
- Svært berusede.
- Patienter med myasthenia gravis.
- Patienter med kranietraume.
- Patienter under 12 år.

Hjemsendelseskriterier:

- Patienten skal kunne observeres i op til 2 timer af skadestuens plejepersonale inden hjemsendelse.
- Patienten må ikke selv føre motorkøretøj.
- Patienten skal være ledsaget af en anden voksen person.
- Skønnes patienten ikke egnet til hjemsendelse efter 2 timer, skal indlæggelse kraftigt overvejes.

Uønskede sideeffekter:

- Ved respirationsinsufficiens (Sat O₂ < 90 %) og svært påvirket bevidsthedsniveau, kan antidot behandling gives.
- Hos mange med ovennævnte symptomer, vil opstart af reponering være "antidot" nok. Ellers gi-ves:
- Narcanti 0,1 – 0,4 mg i.v., evt. gentaget.
- Lanexat 0,1 – 0,2 mg i.v., evt. gentaget.

Vejledende dosering af sedation/analgesi (se skema nederst):

- Dormicum 0,05 mg/kg i.v. (2,5–5,0 mg) gives over 2 min. under observation af effekt.
- Afvent maksimal effekt (typisk 5–10 min.).
- Herefter evt. gentages i ½ dosis.
- Ved ønsket sedativ effekt af Dormicum indgives Rapifen 0,01 mg/kg i.v. (0,5-1,0 mg).
- 2 min. efter indgift af Rapifen indtræder maksimal analgetisk effekt.
- Herefter evt. gentages i ½ dosis.
- Tålmodighed – vent i henholdsvis 5 min. og 2 min. inden ovennævnte gentagelse af Dormicum og eller Rapifen.

Først nu foretages den kirurgiske procedure!**Vejledende doseringsskema:**

Dormicum 1 mg/ml. Pas på ikke at tage Dormicum 5 mg/ml!

Rapifen 0,5 mg/ml.

| Vægt (kg) | 40-50 | 50-60 | 60-70 | 70-80 | 80-90 | 90-100 | 100+ |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Dormicum | 2,5 ml | 3,0 ml | 3,5 ml | 4,0 ml | 4,5 ml | 5,0 ml | 5,0 ml |
| Rapifen | 1,0 ml | 1,2 ml | 1,4 ml | 1,6 ml | 1,8 ml | 2,0 ml | 2,0 ml |

Ved behov for gentagelse bruges ½ dosis.

Egne notater

Aalborg Sygehus
Sygehus Vendsyssel i Hjørring
Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn
Sygehus Himmerland i Farsø

telefon 99 32 11 11
telefon 99 64 64 64
telefon 99 20 21 22
telefon 98 65 70 00

Instruksen er udarbejdet af Læge Lotte Priess-Sørensen, Ortopædkirurgisk Klinik, Aalborg, og er redigeret af de specialeansvarlige overlæge ved Ortopædkirurgien.

2. udgave november 2008

Ortopædkirurgien

Sdr. Skovvej 11
9000 Aalborg
Telefon 99 32 24 05
E-mail orto@rn.dk
www.orto.rn.dk



REGION NORDJYLLAND