

LABEL

Dato for opstart ____/____ 20__

OPERATION: _____

ANLÆGGELSE AF EPIDURAL KATETER start kl. _____ slut kl. _____

Niveau _____ LOR _____ Kath. til mærke: _____

Blod: _____ Paræstesier: _____ Spinalvæske: _____

Test _____ mg/ml + adr. _____ µg/ml antal ml: _____

Anslagsniveau: _____

Andet:

Infusion					
Dato	Kl.	Lokalanæstesi Ropivacain mg/ml	Evt. tilsat morfika	Infusionshastighed (ml/h) min - maks.	Sign
Peroperativt					
Postop.					
Bolus					
Dato	Kl.	Ropivacain mg/ml		Antal ml	

Standard ordination til bolus:

3-6 ml Ropivacain, max hver 3. time.	sign.
Andet:	sign.

Samme doser kan anvendes hvis der er tilsat morfika

Standard epiduralblandinger til brug på stamafdelingen			
0,2%	Ropivacain 2 mg/ml	Uden morfin	Standard ropivacain
Alternativ blanding	mg/ml	µg/ml	Anden ordination

Epidural kateter seponeret: den ____ / ____ kl. _____

Bivirkninger af epidural behandling: _____

0	Ingen
1	Kløe
2	Kvalme
3	Opkastning
4	Paræstesier
5	Hypotension
6	Urinretention
7	Paræstesier

SKEMAET TIL ANÆSTESISEKRETARIATET.

Vejledning på omstående side:

Vejledning til stamafdelingen

Præoperativt følges ordinationerne på præskemaet, evt. lavmolekylær heparin skal være givet senest 12 timer præop. (dvs oftest dagen før). Når patienten ankommer fra opvågningsafsnittet, medfølger dels anæsthesiskemaet, dels vedhæftede epidural skema med information om hvornår det epidurale kateter er anlagt, hvilket mærke som skal være i hudniveau, tidspunktet for - og sammensætning af - infusion (typisk: ropivacain 2 mg/ml 3-10 ml/time. Derudover er der en ordination på evt. bolus doser.

Skemaet sendes til anæsthesisekretariatet når kateteret seponeres.

Angiv venligst evt. bivirkninger af behandlingen.

Observation af patienten på sengeafdelingen

Operationsdøgnet monitoreres hver 3.-4. time, andet døgn mindst hver 8. time: Sedations-niveau -

Respirations-frekvens - Blodtryk og Puls - Motorisk kraft (kan pt. løfte benene) - Om Patienten kan lade vandet (ja/nej/kateter). Dagligt inspiceres: Indstiks-stedet i ryggen.

Den effektive smertelindring skal udnyttes maksimalt og der tilskyndes til oral fødeindtagelse. Patienten kan sagtens mobiliseres, men initialt med støtte. Epidural kateteret kan midlertidigt afbrydes. De løse ender sikres med prop.

Dosering

som anført på skema. Sengeafdelingen kan frit regulere dosis indenfor de rammer, som ordineret på EDK-skemaet (f.eks. 3-7 eller 5-10 ml/time).

Gyn/Obs afd.

Afdelingens vanlige smertebehandling startes kl. 22 på op dagen og infusionen slukkes ved midnat. Hvis patienten er velbefindende næste morgen kan EDK seponeres. Hvis ikke genoptages infusionen i 1-2 døgn.

AK afd.

EDK Infusionen sep. på 1. eller 2. postoperative dag: Afdelingens vanlige smertebehandling startes kl. 22 og infusionen slukkes ved midnat. Hvis patienten er velbefindende næste morgen kan EDK seponeres. Ved mindre indgreb følges opskriften fra Gyn/Obs, dvs. at afdelingens vanlige sm. stillende startes kl. 22 (på op dagen) og EDK seponeres næste morgen, hvis patienten er velbefindende på denne behandling.

OK afd.

ved amputationer sep. EDK efter 3 døgn på samme måde som ovenfor.

Collum fem: infusionen stoppes tidligst 12 timer postop, typisk næste morgen og vanlig sm. stillende startes, hvorefter EDK kan seponeres. Ved EDK til smertedækning af optræning aftales nærmere.

Ved behov, f.eks til komplicerede eller større indgreb kan der aftales længere anvendelse af EDK (uanset stamafdeling).

Smarter

Ved smertegennembrud kan - efter ordination - gives en bolus på 3 - (6)ml Bupivacain 1/8% (evt. 1/4 %) i epidural kateteret. Max hver 3. time. Blodtrykket bør i så fald følges den næste halve time.

Hvis der ikke er generende bivirkninger, kan infusionshastigheden evt. øges eller man kan skifte til en stærkere blanding.

Samtidig med den epidurale smertebehandling bør der gives perifert virkende analgetika: f.eks. PANODIL 1 gram X 4 og evt. NSAID. Normalt er der ikke tilsat morfika til EKD-blandingen og derfor kan der frit gives supplerende morfika ud fra afdelingens rammeordinationer.

Bivirkninger

Almindelige: Motorisk parese, paræstesier, blæreparese og BT fald.

Der skiftes til en svagere blanding eller langsommere inf.. Ved udtalt motorisk parese afbrydes den epidurale infusion. Når paresen er ophævet kan infusionen genoptages med en svagere blanding. Ved BT - fald til under 90 mm Hg systolisk eller fald på mere end 20 % eleveres fodenden, og der gives intravenøs væske samt evt. inj. EFEDRIN 5 - 10 mg i.v. Gentages ved behov. Nedsæt inf. hastigheden og skift evt. til en svagere blanding lokalanæstesi.

Sjældne: Respirationsdepression og sedation.

Central respirations-depression kan vise sig ved mindre end 8 respirationer pr. minut, og forudgås ofte af sedation der ikke reagerer på verbal stimulation. Der gives inj. NALOXON 0,1 mg hvert andet minut til ønsket effekt. Husk at NALOXON har kortvarig effekt, suppler evt. med intramuskulær inj. 0,2 - 0,4 mg. (kald 41113). Skift til epidural infusion uden morfin tilsætning.

Ekstremt sjældne: Epidural hæmatom og infektion.

Ved mistanke om epidural hæmatom eller infektion skal der foretages neurologisk undersøgelse og konfereres med neurokirurg (MR-scanning). (Kald 41113)

Seponering af kateter

For at minimere risikoen for hæmatom dannelse i epiduralrummet må det epidurale kateter hos pt. der får lavmolekylært Heparin (INNOHEP, FRAGMIN, KLEXANE) **tidligst** fjernes 8 timer efter senest forudgående Heparininjektion.