

# Medical Reference Cards

[medrefcards.alping.se](http://medrefcards.alping.se)

# Stor GI-blödning

Blodförlust, ml	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Blodförlust, % av total volym	<15	15-30	30-40	>40
Puls	<100	>100	>120	>140
Blodtryck	-	-	↓	↓
Pulstryck	- / ↑	↓	↓	↓
Andningsfrekvens	14-20	20-30	30-40	>35
Urinproduktion, ml/h	>30	20-30	5-15	försumbar
Vätsketerapi	RA	RA	RA + Blod	RA + Blod

- **Ventrikelsond** med upprepat lavage vid melena, hematemesis eller misstänkt övre GI-blödning.

- **Rektoskopi**

- **Upprepat blodtransfusion** vid massiv blödningand

- **4 erythrocyter : 4 plasma : 1 blodplättar** (Svenska påsar)

Om övre GI-blödning misstänks:

- Nexium 80 mg i.v., därefter 8 mg/h
- Cyklokapron 1g x 4-6 i.v. (låg evidens)
- Octostim\* (desmopressin\*) 0.3 µg/kg i.v. om uremisk, livercirros eller trombocytddefekt (t.ex. ASA)
- Ocplex doseras med hänsyn till INR
- Konaktion 10-20 mg i.v. om pat behandlas med Warfarin
- Erythrocyter: Mål-Hb >100
- Blodplättar: Mål >75-100 x 10<sup>9</sup>/L. Kritiskt vid 50 x 10<sup>9</sup>/L
- Plasma och andra koagulationsfaktorer
- Antibiotika vid esofagusvaricer

\* Glypressin (vasopressin) vid esofagusvaricer 2 mg x 6 i.v.

75% av alla GI-blödningar kommer från övre GI-kanalen

# Appendix AIR score

Kräkning		1
Smärta i höger fossa illiaca		1
Släppömhet eller muskelförsvar:	Lätt	1
	Mellan	2
	Stark	3
Temp $\geq 38,5$ °C		1
Neutrophiler	70-84%	1
	85-100%	2
Leukocyter (*10 <sup>9</sup> /L)	10,0-14,9	1
	>15,0	2
CRP	10-49	1
	>50	2
0-4	Låg sannolikhet. Polyklinisk uppföljning om opåverkat allmäntillstånd	
5-8	Måttlig sannolikhet. Inneliggande aktiv observation med ny bedömn/bilddiagn. eller diagnostisk laparoscopi enligt lokala traditioner	
9-12	Hög sannolikhet. Kirurgisk exploration rekommenderas	

Tips: Vid retrocecal appendix är smärtan ofta mindre uttalad i buken, men kan istället förekomma då patienten lyfter sitt högra ben

# Centorkriterier

Temp $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$	1
Beläggningar på tonsillerna (3-6 år räcker inflammationer=rodnade/svullnade tonsiller)	1
Ömmande käkvinkeladeniter	1
Frånvaro av hosta	1

Pat måste vara  $>2$  år för dessa rekommendationer  
(dock extremt ovanlig med bakteriell tonsillit  $<3$  åå).

- 0-2 poäng  $\rightarrow$  Symtomatisk behandling  
(paracetamol, ibuprofen eller  
acetylsalicylsyra)
- 3-4  $\rightarrow$  Strep A snabbtest **OM** positiv  
Penicillin V 1g x 3 i 10 dagar (Barn 12,5  
mg/kg x 3 i 10 dagar).
  - Recidiv(defineras som inom 1  
månad) Klindamycin 300mg x3 i 10  
dagar (Barn 5mg/kg x3 i 10 dagar)
- Alla: Ny kontakt om utebliven förbättring eller  
försämring inom 3 dagar
- CAVE: svårighet att svälja saliv och  
andningssvårigheter(epiglottit). Ensidig smärta  
(peritonsillit mm).

# Bakteriell Rinosinuit

## Hög diagnostisk signifikans

- Vargata (ffa meatus media)
- Kakosmi (dålig lukt i näsan)
- Duration >10 dagar
- Flera samtidiga tecken:
  - Ensidig värk
  - Dubbelinsjuknande
  - Purulent sekret i näsan

Låg(ingen) diagnostisk signifikans: feber, perkussionsömhet över bihålor, tyngdkänsla i ansikte/huvud, smärta vid framåtböjning.

## Beh.

- Nasal kortisonspray
- Penicillin V i 10 d
- Om terapisvikt överväg bredspektrumantibiotika eller käkspolning.

Glöm inte noggrant tandstatus samt fråga om tandläkarkontakt!

Ögonlockssvullnad hos barn → ethmoidit/orbital cellulit skall läggas in akut med i.v. a.b. och uppföljande CT inom 2 dagar.