

Perspektiver

Resultaterne har medført ændringer i hospitalets interne hjertestopundervisning og sat fokus på hjertestopbehandlingen. Alle undervisere i basal- og avanceret genoplivning på hospitalet er informeret om studiets resultater. Der er således kommet øget fokus på effektiv og korrekt udført hjertemassage med så få afbrydelser som muligt samt korrekt og hurtig genoplivning med AED.

KONKLUSION

Data udlæst fra AED bidrager med væsentlig information om kvaliteten af hjertestopbehandling på hospital. Tid fra alarmering til første defibrillering var acceptabel, men på punkter som kvalitet af hjertemassage og journalføring af genoplivningsforløb blev de internationale anbefalinger ikke fulgt. Tiden uden hjertemassage var for lang, dog primært betinget af anvendelsen af AED. Resultaterne har sat fokus på hjertestopbehandling og medført ændringer i hospitalets undervisning i basal- og avanceret genoplivning.

KORRESPONDANCE: Lone Due Vestergård, Hjertemedicinsk Afdeling B, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C. E-mail: ldue@hotmail.com

ANTAGET: 15. juli 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 2. september 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSE: Vi takker Teknisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle sygehus, for teknisk assistance, alle kliniske afdelinger for opbakning inkl. sekretærassistance og Hjertemedicinsk Afdeling for økonomisk støtte samt at stille sygeplejerske til rådighed til dataindsamling.

LITTERATUR

- Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F et al. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007;33:237-45.
- Deakin CD, Nolan JP, Sunde K et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 3. Electrical therapies: automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. *Resuscitation* 2010;81:1293-304.
- Krøner NHV, Løfgren B, Hansen TK et al. Registrering af hjertestop på hospital en udfordring i den kliniske hverdag. *Ugeskr Læger* 2012;174:856-9.
- Stecher FS, Olsen JA, Stickney RE et al. Transthoracic impedance used to evaluate performance of cardiopulmonary resuscitation during out of hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2008;79:432-7.
- Jacobs I, Nadkarni V, Bahr J et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries. *Resuscitation* 2004;63:233-49.
- Abella BS, Alvarado JP, Myklebust H et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. *JAMA* 2005;293:305-10.
- Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation* 2003;58:297-308.
- Chan PS, Krumholz HM, Spertus JA et al. Automated external defibrillators and survival after in-hospital cardiac arrest. *JAMA* 2010;304:2129-36.
- Allan N, Bell D, Pittard A. Resuscitation of the written word: meeting the standard for cardiac arrest documentation. *Clin Med* 2011;11:348-52.
- Stagelund S, Lippert FK. Dokumentation af hjertestop på hospital. *Ugeskr Læger* 2008;170:348-51.

Vurdering af brandsår

Kira Lundin¹, Hanna Kruse Reiband² & Bjarne Alsbjørn^{1,3}



STATUSARTIKEL

- Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet
- Traumecentret, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet
- Dansk BrandsårsAssociation

Ugeskr Læger
2014;176:V04130258

Vurdering af alvorligheden af et brandsår bygger på dets størrelse, dybde og lokalisation. Faktorer som patientens alder, komorbiditet og kompliance har også indflydelse, og en korrekt sårbehandling i den initiale fase er essentiel for at iværksætte relevant behandling og vurdere behovet for overflytning til en specialafdeling. Samtidig er brandsår svære at vurdere, da de kan udvikle sig i timerne efter skaden, og ikkebrandsårseksperter har som forventeligt sværere ved at vurdere dem [1-3].

Det anbefales, at alle akut tilskadedkomne, inkl. brandsårpatienter, vurderes og behandles efter *airway, breathing, circulation, disability, exposure* (ABCDE)-princippet med primær stabilisering og gennemgang af skaderne [4].

I denne artikel gennemgås de vigtigste punkter ved primær vurdering og initial behandling af brandsår, som erfaringsmæssigt er udfordrende for yngre læger på skadestuer og i akutmodtagelser. Akutmodtagelse efter ABCDE-princippet samt den egentlige

sårbehandling og -forbinding ligger uden for denne artikels område, og der henvises til den relevante litteratur [4-6].

VURDERING AF BRANDSÅR

Brandsårets dybde

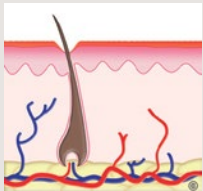
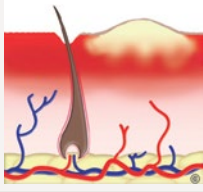
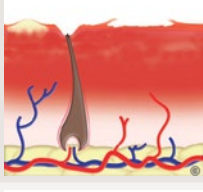
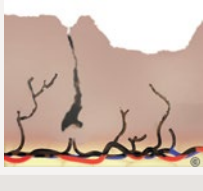
Dybden af brandsåret er den vigtigste faktor i helingspotentialitet. Dybden evalueres klinisk ud fra hudens farve, overflade, konsistens, smertesans og kapillærrespons samt tilstedeværelse af bullae og evt. tilbageblevne hårstrå (**Tabel 1**). Da den overfladiske (epidermale) forbrænding medfører rødme, ømhed og hævelse uden egentligt brud på hudbarrieren, regnes den såkaldte førstegradsforbrænding aldrig med. Skylning af en epidermal forbrænding med køligt vand er stadig indiceret, for at hindre at inflammationen i epidermis udvikler sig og danner et egentligt sår, dvs. en dermal forbrænding (tidligere kaldet andengradsforbrænding).

Den dermale forbrænding opdeles i den overfla-



TABEL 1

Brandsårsdybder og de kliniske karakteristika.

Betegnelsen	Illustration	Dybde af skade	Klinik	Behandling og forløb
Inflammation »1. grad«		Epidermis	Tør, intakt hud Smertefuld Rød	Rødmens og ømheden aftager på timerdage
Overfladisk dermal forbrænding »2. grad«		Epidermis og øverste dermis Dermale papiller evt. skånet	Fugtigt sår Bullae Smertefuld Lyserød-rød Bleger ved tryk	Heler uden arvæv på 10 dage ved uørt forbindelse – eller på 14 dage ved flamezinehandsker eller <i>exposure</i> -behandling
Dyb dermal forbrænding »2. grad«		Epidermis og dybt i dermis inkl. dermale papiller	Fugtigt sår Bullae Rød-højrrød Kan være smertefri Bleger ikke ved tryk	Kan hele på over 14 dage med kraftig arvævsdannelse Bør altid opereres i stedet
Subdermal forbrænding »3. grad«		Cutis nekrotisk i alle lag (epidermis og dermis)	Fugtig eller tør Altid smertefri Rød-hvid-brun-grå Evt. stiv og læderagtig Evt. koagulerede vener	Kan hele på uger-måneder med kraftig arvævsdannelse Bør altid opereres i stedet
»4. grad«		Hele cutis og subcutis nekrotisk Skadet væv ned til muskel og/eller periost	Sort, forkullet væv	Oftest amputation af afficeret ekstremitet Høj mortalitet

disk dermale og den dybe dermale forbrænding. Begge er karakteriseret klinisk ved fugtig såroverflade pga. bullædannelse. Ved de overfladiske dermale forbrændinger vil patienterne have intakt smeresesans, og huden har en lysere rød farve, som svinder ved tryk. Hårstrå kan være intakte og stadig fastsiddende. De dybe dermale forbrændinger er mørkere, evt. spættede i farven, med begrænset kapillærrespons, og patienterne kan have nedsat smeresesans. Bemærk, at de overfladiske dermale forbrændinger heler spontant uden arvævsdannelse fra epitelceller, der er beliggende mellem de dermale papiller og øverst i de epitelbeklædte adneksstrukturer. Konservativ ophealing af dybe dermale forbrændinger resulterer derimod i svær arvævsdannelse, da reepitelisering kun kan ske i meget begrænset omfang fra bunden af hårsække, talg og svedkirtler. Dybe dermale forbrændinger bør derfor altid opereres.

Subdermale forbrændinger strækker sig ned til subcutis og har derfor yderst begrænset helingspoten-

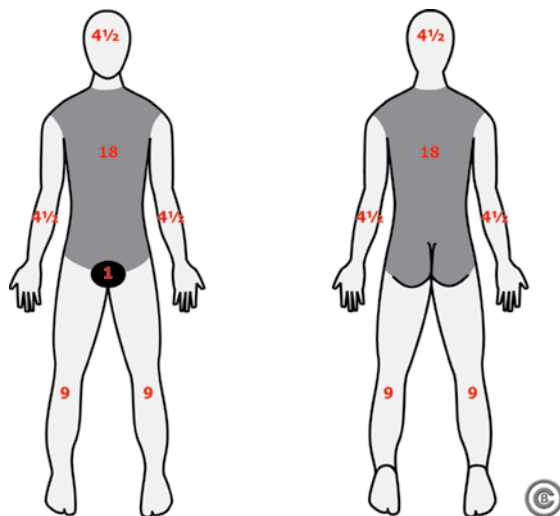
tiale; disse er ligeledes operationskrævende. Klinisk ses vævet fast og uelastisk, overfladen er tør, og farven kan variere fra det rødlige til hvid-beige-brun, og evt. tilbageblevne hårstrå er løstsiddende på grund af beskadigelse. Synligt koagulerede kar er karakteristisk. Den sterile gummidækkede spids af en blodprøvetagningsnål (Vacurette) kan bruges til at vurdere kapillærrespons og dermed dybden med, idet ophævet kapillærrespons tyder på en dyb dermal eller subdermal forbrænding [3, 7].

Såkaldte fjerdegradsforbrændinger strækker sig igennem subcutis til muskel eller periost – vævet ses forkullet eller »køgt«, og der er ingen følesans eller vaskularitet. Disse forbrændinger er sjældne og vil normalt kræve amputation af de afficerede ekstremiteter.

Syre- eller baseætsninger ligner klinisk de termiske brandsår og kan beskrives som disse. Brandsår er karakteriseret ved tre zoner af vævsskade: 1) *zone of coagulation*, hvor der er indtrådt celledød og koagula-

FIGUR 1

Niprocentsreglen. Kroppen opdeles i derivater af ni, dvs. at hele hovedet eller en hel arm svarer til 9% og forsiden/bagsiden af et ben ligeledes. Forsiden og bagsiden af truncus svarer hver til 18%.



tion af proteiner, dvs. irreversibel skade, 2) *zone of stasis*, hvor cellerne er skadede, men celledød kan afværiges ved korrekt behandling og undgåelse af hypoksi, infektion og andre forværende faktorer, og 3) *zone of hyperaemia*, hvor der er påvirkede celler, der har øget metabolisme og normalt kommer sig fuldstændigt [8]. Megen behandling sigter imod at redde *zone of stasis* for derved at mindske både brandsårets dybde og dets overfladeareal.

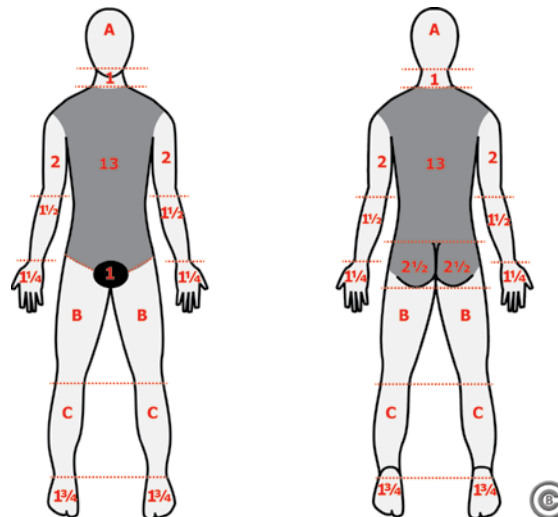
Brandsårets størrelse

Vurderingen af et brandsårs størrelse er udfordrende; især interratervariabilitet kan være betydelig [9-11]. Størrelse angives som procent af *total body surface area* eller som procent *estimated area burned* (EAB). Her gennemgås de tre mest anvendte metoder: niprocentsreglen, *Lund-Browder charts* og håndfladereglen. Anvend gerne flere metoder for at opnå et bedre estimat og bemærk, at hudområder med kun epidermal inflammation (såkaldt førstegradsforbrænding) ikke skal medregnes. Niprocentsreglen bygger på opdeling af kroppen i derivater af tallet ni og er velegnet til store brandsår, der er lokaliseret på en eller flere kropsdele, og til en hurtig initialvurdering af brandsårets omfang. Den giver dog højere interratervariabilitet end håndfladereglen og *Lund-Browder charts* [12].

Desuden er legemsproportionerne anderledes hos børn, hvor niprocentsreglen derfor ikke kan anvendes (Figur 1). *Lund-Browder charts* er en mere præcis måde at opgøre EAB på, og man tager højde

FIGUR 2

Lund-Browder chart. Bemærk de forskellige proportioner for hoved og ekstremiteter i forhold til alder [5, 13].



Alder	Nyfødt	1 år	5 år	10 år	15 år	Voksen
½ af hoved, %	9,5	8,5	6,5	5,5	4,5	3,5
½ af femur, %	2,75	3,25	4	4,25	4,5	4,75
½ af crus, %	2,5	2,5	2,5	0,75	3	3,25

for børns anderledes kropsproportioner. Ved graviditet, overvægt, amputerede lemmer og forbrændinger af mammae kan der dog opstå fejl eller unøjagtigheder i estimering af EAB [6, 12-14] (Figur 2). En patients håndflade fra fingerspidser til håndledets bøjefure svarer til næsten 1% af kropsoverfladen, uafhængigt af patientens alder. Derfor er metoden velegnet ved spredte uregelmæssige brandsår og ved brandsår hos børn. Det er vigtigt at bruge patientens egen håndflade som reference, for at arealet kan passe i forhold til alder og kropsbygning [4, 13, 15].

Brandsår med over 3% dermal forbrænding kan være svære at behandle ambulant, og ved 1% subdermal forbrænding vil et operativt indgreb være indiceret. Derfor skal disse patienter konfereres mhp. overflytning til en specialafdeling.

Brandsårets lokalisation og andre komplicerende faktorer

Komplicerede lokalisationer, såsom ikkebagatelagte brandsår i ansigtet, på hænderne, de store led, genitalia eller ved mistanke om inhalationsskade, kan kræve overflytning til et brandsårscener. Arkontrakturer efter brandsår i ansigtet eller på hænderne kan være funktionelt og psykosocialt invaliderende. Over de store led er der risiko for invaliderende kontrakturer, og på genitalia/perineum er risikoen for infektion forhøjet.

Andre komplicerende faktorer er mistanke om inhalationsskade, dybe cirkulære forbrændinger, højvoltage, høj komorbiditet eller nonaccidentiel skade.

Anamnesticke oplysninger om brand eller røg i lukkede rum, eksplosion imod ansigtet eller thorax, forbrændte ansigtshår og især sod i munden/svælg og hæshed skal medføre mistanke om øvre eller nedre inhalationsskade. Stridorøs vejtrækning betyder øvre inhalationsskade med begyndende luftvejsødem og kræver akut intubation [4].

Cirkulære forbrændinger af dyb dermal og subdermal type kan medføre perifer iskæmi pga. *tourniquet*-effekt af den forbrændte, ueftergivelige, hud og det samtidige vævsødem. Dette ses primært på fingrene og på ekstremiteterne. På halsen eller truncus kan den ueftergivelige hud være respirationstruende [4].

Ved højvoltage-skader adskiller den kliniske præsentation sig markant fra de termiske brandsår, idet den dybe vævsskade kan være udbredt, men ikke er tilgængelig for inspektion. Alle afficerede ekstremiteter bør observeres i forhold til de neurovaskulære forhold, tegn på kompartmentsyndrom og myoglobinuri.

Patienten skal undersøges for både indgangs- og udgangsport for strømmen. Der bør tages et elektrokardiogram ved ankomsten, hvorimod længerevarende monitorering ikke er indiceret.

Hos patienter med immunsuppression, hjerte-/lungeinsufficiens eller sandsynlige kompliansproblemer kan indlæggelse være nødvendig. Ved mistanke om nonaccidentiel skademekanisme hos børn eller voksne er indlæggelse på Brandsårscentret altid påkrævet [4, 16]. Derfor bør disse typer konfereres med en specialafdeling mhp. eventuel overflytning.

Konferer med vagthavende brandsårslæge, gerne med mulighed for at sende kliniske fotos, idet fjernvurdering vha. telemedicinsk billedoverførsel kan forbedre evalueringen af brandsåret og dermed optimere patientbehandlingen og resurseforbruget [2, 17-21].

PRIMÆR BEHANDLING

Skylning eller nedsænkning i køligt vand begrænser brandsårets udbredelse, både termisk og ved at bortlede toksiske substanser fra de ødelagte celler. Afkøling af det forbrændte område skal fortsætte indtil smertefrihed eller i mindst en time, idet brandsår er dynamiske og kan blive dybere i timerne efter skaden. Sufficient afkøling minimerer denne udvikling, og brandsåret kan vurderes løbende imens. Skyllervandet bør initialt være køligt for at modvirke den termiske skade, men ikke koldt nok til at medføre karkonstriktion og hypoksi.

En udgangstemperatur vil typisk være 12-15 °C, som gradvis øges op til 18-20 °C, men lad patienten selv bestemme temperaturen. Smertestillende behandling er sjældent nødvendig i skyllefasen, idet køligt vand effektivt dæmper brandsårssmerter. Ellers anbefales basisbehandling med paracetamol efter vægt og evt. små, refrakte doser morfin (udelukkende givet i.v.), men ved større brandsår med risiko for brandsårshock bør dette undgås pga. kredsløbspåvirkning.

Hypotermi skal modvirkes, og især børn er udsatte. Derfor tildækkes de ikkeforbrændte områder med varmetæpper i plastikposer, og der gives varme, kalorierholdige drikke per os.

Behandlingen af bullae (brandsårsvabler) har været omdiskuteret, men der er nu rimelig konsensus om, at bullae og løs hud skal afklippes pga. infektionsfare [8]. Dette gøres så tidligt i forløbet som praktisk muligt.

Store brandsår kræver intensiv væsketerapi og understøttende behandling for at undgå, at patienten får brandsårshock. Ved forbrændinger over 15% EAB hos voksne, 10% hos børn og 5% hos ældre over 65 år bør man påbegynde væskebehandling for at undgå brandsårshock. Derfor skal der konfereres telefonisk med en specialafdeling før overflyttelsen af patienter med større brandsår mhp. igangsættelse af relevant behandling. Som udgangspunkt gives der væsketerapi som Ringers laktat efter Parklandformlen (4 ml/% EAB/kg legemsvægt) under observation af tilstrækkelige diureser. I.v.-adgange og kateter *à demeure* skal anlægges sterilt, da større forbrændinger svækker immunforsvaret, og patienterne da er meget udsatte for infektioner.

Ved ætsninger skal der altid bruges rindende vand frem for nedsænkning. Skylningen bør fortsætte indtil pH-værdien er 7 målt med pH-papir efter 15 og 30 minutters skyllepause. Smerterne skal da være aftaget. Syreætsninger skal typisk skylles i nogle timer, mens baseætsninger (forsæbninger) skal skylles betydeligt længere, i visse tilfælde op til et døgn. Temperaturen er underordnet og bør derfor være den mest komfortable. Forsøg på neutralisering med svag



FAKTABOKS

Vurdering og stabilisering i henhold til *airway, breathing, circulation, disability, exposure*-princippet. Køligt vand begrænser skadens udbredelse.

Arealet udregnes vha. *Lund-Browder charts*, håndflade- eller niprocentensreglen.

Dybden estimeres klinisk (intakt hud, farve, konsistens, kapillærrespons, smerte- og følesans).

Komplicerende faktorer udelukkes.

Store eller komplicerede brandsår konfereres med brandsårscenter.



TABEL 2

Guidelines for henvisning, idet komplicerede faktorer ved selv små brandsår kan nødvendiggøre overflytning til en specialafdeling. Patientrelaterede faktorer såsom immunsuppression, manglende kompliance mv. kan også medføre behov for specialistbehandling.

Guidelines for henvisning til brandsårcenter

Dermale forbrændinger over 3%
Subdermal forbrænding over 1%
Inhalationsskade
Højvoltage-skader
Cirkulære forbrændinger
Komplicerede lokaliseringer: ansigt, genitalia
Lednære: hals, aksil, lyske, fossa poplitea
Mistanke om nonaccidentel skade
Tvivlsspørgsmål

hhv. base eller syre er kontraindiceret, idet varmeudviklingen fra den kemiske reaktion medfører yderligere vævsskade. Under akut transport bør skylningen fortsættes, f.eks. med en sprayflaske. Mindre forbrændinger bør dog skylles færdig, og løs hud afklippes før overflytning. Patienter med større eller komplicerede forbrændinger bør overflyttes akut, og transporttiden skal gerne være under to timer, hvorfor helikoptertransport kan komme på tale. Ved overflytning til en specialafdeling, kan brandsåret indpakkes i ren *clingfilm*, dvs. en husholdningsfilm, som holder såret fugtigt. Filmen er tilnærmelsesmæssigt steril, når den første halve meter afklippes.

KONKLUSION

Alle brandsårpatienter skal behandles og stabiliseres efter ABCDE-princippet. Forbrændte hudområder skal behandles med køligt vand, idet brandsår ofte udvikler sig dynamisk i timerne efter skaden, afhængigt af den givne behandling.

Brandsåret skal vurderes i forhold til dybde, areal og lokalisering. Små og ukomplicerede brandsår kan behandles lokalt, mens større eller komplicerede brandsår skal konfereres med en specialafdeling mhp. overflyttelse af patienten. Forhold som patientens alder, komorbiditet og compliance har også indflydelse på behandlingsvalget. Se **Tabel 2** for opsummering af overflytningsskemaet.

KORRESPONDENCE: Kira Lundin, Korsørgade 6, 6. th., 2100 København Ø.
E-mail: kira.lundin@dadlnet.dk

ANTAGET: 10. juli 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 9. september 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Chan QE, Barzi F, Cheney L et al. Burn size estimation in children: still a problem. *Emerg Med Australas* 2012;24:181-6.

- Saffle JR, Edelman L, Theurer L et al. Telemedicine evaluation of acute burns is accurate and cost-effective. *J Trauma* 2009;67:358-65.
- Hettiaratchy S, Papini R. Initial management of a major burn: II – assessment and resuscitation. *BMJ* 2004;329:101-3.
- ATLS – Advanced Trauma Life Support manual. American College of Surgeons, 2008. www.facs.org/trauma/atls (8. aug 2013).
- Skema til arealberegning og væsketerapi www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/1813C655-4C3B-41D5-8CEF-3CE9DBF27928/0/HOC_Plast_skema_vaeske.pdf (8. aug 2013).
- Alsbjorn B. Vejledning til læger og sygeplejesker omhandlende behandling af patienter med forbrændinger, skoldninger og ætsninger. http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/6BCFC161-F919-4490-B0D2-8EA16F56B63D/0/HOC_Vejledningbrand_280908.pdf (8. aug 2013).
- Javed M, Shokrollahi K. VACUETTE for burn depth assessment – a simple and novel alternative use for a ubiquitous phlebotomy device. *Burns* 2012;38:1084-5.
- Herndon D. *Total Burn Care*. W.R. Saunders, 2012.
- Chan QE, Barzi F, Cheney L et al. Burn size estimation in children: still a problem. *Emerg Med Australas* 2012;24:181-6.
- Irwin LR, Reid CA, McLean NR. Burns in children: do casualty officers get it right? *Injury* 1993;24:187-8.
- Laing JH, Morgan BD, Sanders R. Assessment of burn injury in the accident and emergency department: a review of 100 referrals to a regional burns unit. *Ann R Coll Surg Engl* 1991;73:329-31.
- Minimas D. A critical evaluation of the Lund and Browder chart. *Wounds* 2007;3:58-68.
- Lund C, Browder N. The estimation of areas of burns. *Surg Gyn Obst* 1944;79:352-8.
- Lundin K, Alsbjorn B. The 101 percent in Lund-Browder charts – a commentary. *Burns* 2012;39:819-20.
- Rossiter ND, Chapman P, Haywood IA. How big is a hand? *Burns* 1996;22:230-1.
- Alsbjorn B, Gilbert P, Hartmann B et al. Guidelines for the management of partial-thickness burns in a general hospital or community setting – recommendations of a European working party. *Burns* 2007;33:155-60.
- Gardiner S, Hartzell TL. Telemedicine and plastic surgery: a review of its applications, limitations and legal pitfalls. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012;65:e47-e53.
- Holt B, Faraklas I, Theurer L et al. Telemedicine use among burn centers in the United States: a survey. *J Burn Care Res* 2012;33:157-62.
- Jones SM, Milroy C, Pickford MA. Telemedicine in acute plastic surgical trauma and burns. *Ann R Coll Surg Engl* 2004;86:239-42.
- Wallace DL, Smith RW, Pickford MA. A cohort study of acute plastic surgery trauma and burn referrals using telemedicine. *J Telemed Telecare* 2007;13:282-7.
- Wallace DL, Hussain A, Khan N et al. A systematic review of the evidence for telemedicine in burn care: With a UK perspective. *Burns* 2012;38:465-80.

Sundhedsstyrelsen

TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Sundhedsstyrelsen meddeler, at der pr. 1. september 2014 ydes generelt uklausuleret tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

G03CA04	Ovestin tabletter*, COPHARMA ApS
R03AL03	Anoro inhalationspulver, GlaxoSmithKline Pharma A/S
A10BD16	Vokanamet tabletter, Janssen-Cilag A/S
S01ED51	Cosopt sine Ukonserveret*, Orifarm A/S
D07AD01	Dermovate salve*, Orifarm A/S
R03BA05	Flutide Diskus inhalationspulver*, Orifarm A/S
N03AG01	Orfiril Long kapsler*, Orifarm A/S

*) Omfattet af tilskudsprissystemet.