

Baggrund for tapening:

Tapening betyder at man ved hjælp af special-tape (ofte kaldt: "sports-tape") påklister huden forsøger at aflaste skadede strukturer.

Tapening har en udbredt anvendelse indenfor idrætten, men ikke-sports-folk kan også have stor glæde af tapening.

Tapening bruges især ved forstuvninger med følgende formål:

- 1) Primær profylakse for at beskytte sunde ledbånd ved særlig risikofyldte belastninger.
- 2) Akut behandling efter en forstuvning for at undgå yderligere skade af det ødelagte ledbånd.
- 3) Rehabilitering efter en forstuvning for at muliggøre tidlig kontrolleret belastning, hvorved ophelingen fremskyndes.
- 4) Sekundær profylakse for at undgå ny forstuvning i ophelingsperioden (3-6 måneder) og ved en evt. efterfølgende funktionel instabilitet.

Tapening kan også bruges til aflastning af overbelastede strukturer såsom:

- 1) Knogler, som eksempelvis ved træthedsbrud (metatars stress-fraktur)
- 2) Diskus ved lumbago-iskias besvær.
- 3) Senespejl, ved eksempelvis hælsproesmerter (fasciitis plantaris).

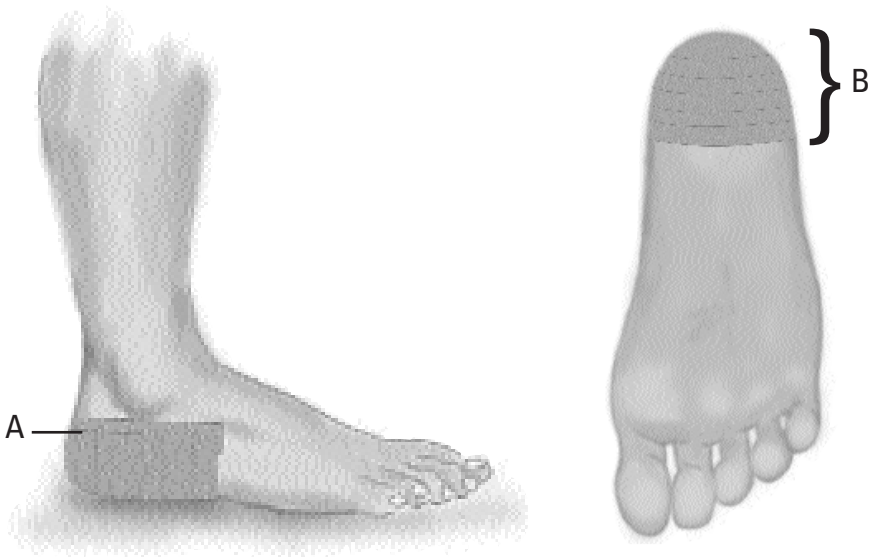
Tapening bruges derudover til biomekanisk korrektion:

- 1) Knæskal-stabilisering ved smerter omkring knæskallen udløst af dårlig knæskals sporing (patella-malalignment)
- 2) Albue-stabilisering for at undgå smerter udløst af overstrækning (hyper-ekstensioner)
- 3) Fedtpude-stabilisering ved smerter under hælen udløst af en ødelagt fedtpude.
- 4) Ryg-stabilisering for at indlære en mere hensigtsmæssig arbejdsstilling ved belastningsudløste rygsmerter.

Generelle principper ved tapening:

- 1) Barber hårene af, hvor tapen skal placeres. Tapen hæfter da bedre og er mindre smertefuld at fjerne
- 2) Vask huden ren for skidt, sved og fedt og tør den grundigt inden placering af tapen. Tapen klistrer da bedre.
- 3) Tape hæfter bedre på tape end på huden, hvorfor man ofte anbringer cirkulære tapestrimler som "ankre" og "låse"
- 4) Tape som anbringes cirkulært på arme eller ben bør være elastisk tape og lægges løst på, mens de underliggende muskler spænder.
- 5) Tapen skal lægges glat på uden folder, så hæfter den bedre og man begrænser risikoen for gnavsår.
- 6) Tapens bredde afpasses efter størrelsen på den struktur, man vil tape. I reglen benyttes 2,5 – 3,5 cm bredde.
- 7) Man skal bruge så lidt tape som muligt, og undgå tape-viklinger der kompromitterer den normale bevægefunktion, med mindre dette tilstræbes.
- 8) Gnid grundigt på tapen, når den er lagt, da den hæfter bedre, når den opvarmes.
- 9) Har man problemer med at tapen løsner sig, kan man evt spraye flydende plaster eller klisterspray på før anlæggelsen.
- 10) Vær opmærksom på, at gammel tape og tape, som har været udsat for større varmepåvirkning, mister en del af deres klisterevne.
- 11) Når tapen fjernes, bør hud og tape forsigtigt adskilles fra hinanden for at begrænse hudirritationen.
- 12) Længerevarende anvendelse af tape giver ofte hudirritation og evt. allergiske reaktioner.

HÆLPUDETAPE



FORMÅL:

Samle hælpuden under hælen og dermed forbedre stødabsorbtionen. Anvendes ved hælpudesyndrom.

Symptomer: diffuse hælsmerter, som især udløses når man uden fodtøj træder ned på hælen.

Hælpuden føles blød, og hælknoglen kan mærkes igennem den. Smerter udløses ved tryk.

TAPEANLÆGGELSE:

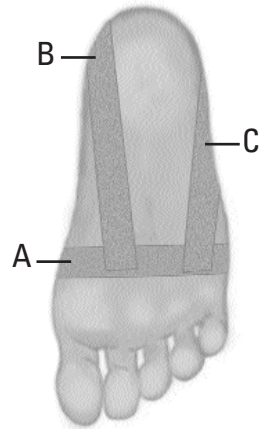
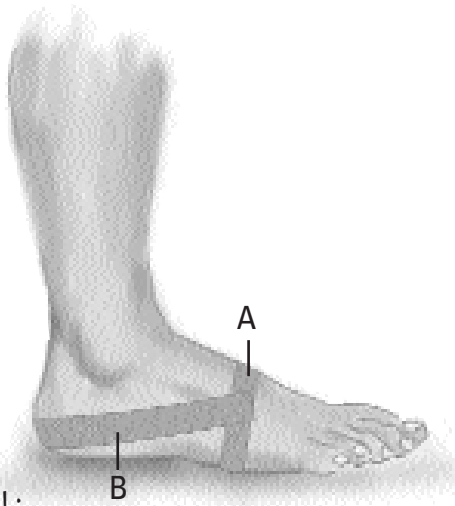
Først anlægges en tape halvcirkel omkring hælen (A) – "anker"

Derpå samles hælpuden under hælen med flere tapestrimler (B)

Der må ikke være noget blottet hud.

Til sidst afsluttes med endnu en tapestrimmel ovenpå "ankeret" A.

HÆLSPORETAPE



FORMÅL:

Understøtte og dermed aflaste senespejlet under foden (fascia plantaris).
Anvendes ved hælsore (fasciitis plantaris).

Symptomer: hælsmarter oftest på indersiden, som udløses ved hårde fod isæt og kraftfulde afsæt. Det gør i reglen ondt at gå på tæer.

Smerterne udløses ved direkte tryk svarende til senespejlets hæfte på hælknoglen.

TAPEANLÆGGELSE:

Først anlægges et "tape-anker" cirkulært om forfoden bag tæernes trædepuder (A)

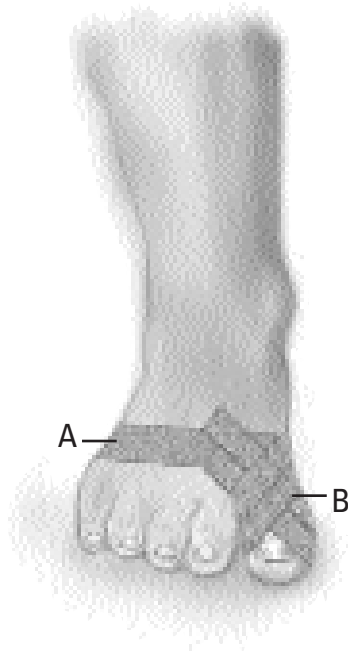
Anden tapestrimmel (B) startes fra ankeret på den udvendige fodrand, føres rundt om hælen (under hælseven) og frem under svangen på indersiden til ankeret.

Tredie tapestrimmel (C) startes fra ankeret på den indvendige fodrand, føres på samme vis rundt om hælen og frem under svangen på ydersiden til ankeret.

En evt. fjerde tapestrimmel startes fra ankeret på den udvendige fodrand midt mellem de to andre tapestrimler og føres rundt om hælen og frem i svangen mellem de to andre tapestrimler.

Til sidst afsluttes med endnu en tapestrimmel ovenpå "ankeret" A.

STORETÅTAPE:



FORMÅL:

Understøtte og dermed aflaste storetåens grundled.

Anvendes især ved forstuvninger af storetåens grundled og evt. skader på ledbrusk og kapsel.

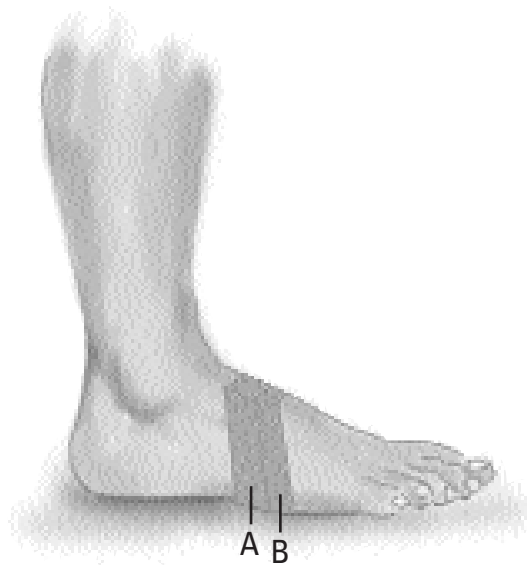
Disse skader opstår akut ved eksempelvis at sparke ind i sengestolpe e.l. eller ved gentagne vrid af storetåen ved eksempelvis sport på kunststof.

TAPEANLÆGGELSE:

Først anlægges et "tape-anker" cirkulært om forfoden bag tæernes trædepuder (A).

Derefter anlægges 2-3 tapestrimler fra ankeret på fodryggen rundt om storetåen og tilbage på ankeret på fodryggen (B)

MELLEMFODSTAPE:



FORMÅL:

Understøtte og dermed aflaste mellemfodsknoglerne (Metatarsi).
Anvendes ved smerter i mellemfoden ("metatarsalgia"), evt. træthedsbrud ("metatars-stressfraktur").

TAPEANLÆGGELSE:

Med elastisk tape anlægges en tapestrimmel cirkulært om forfoden bag tæernes trædepuder (A).

Herefter anlægges på samme måde en tapestrimmel halvt overlappende den første lidt bagved (B).

Hvis det er en stor fod kan man anlægge en tredje tapestrimmel yderligere en halv tapebredde bagved.

ANKELTAPE, SIDESTABILISERENDE:

FORMÅL:

Stabilisere ankelleddet (talo-crural led og subtalære led) mod for store sidevrik (supination og pronation) uden at forringe den normale ankelledsbevægelse (plantar- og dorsal fleksion).

Anvendes fortrinsvis under genoptræning efter en ankelforstuvning og ved en evt. efterfølgende funktionel instabilitet. I nogle tilfælde kan man også beskytte sunde ledbånd mod forstuvning, hvis man udsætter sig for meget risikofyldte belastninger.

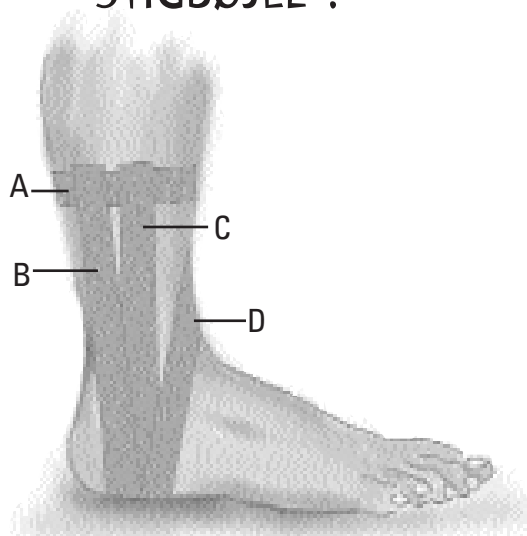
Akut forstuvning/rehabilitering: De første 2 døgn er behandlingen RICE (Ro, Is, Kompression, Elevation). Allerede fra 3.dagen skal der ske en aktiv mobilisering, men det er herunder vigtigt at beskytte det skadede ledbånd mod yderligere skade med en bevægelig ankelbandage eller tape. Ved en svær forstuvning anlægges både "stigbøjler", "ankellås" og evt "8-tal", men ved lette forstuvninger kan man nøjes med "stigbøjler".

Tapen anvendes hele dagen i starten og aftrappes gradvist over de følgende 3 måneder. Til sidst benyttes tapen kun ved særlig risikofyldte belastninger.

Funktionel instabilitet: Er en ikke sjælden følge efter en forstuvning. Balancen er herunder så dårlig, at personen ustandselig får nye forstuvninger og kan forstuve foden selv på næsten plant underlag. Ved denne tilstand er tape (eller bevægelige ankelbandager) en vigtig del af behandlingen.

Ved let instabilitet er "stigbøjler" tilstrækkeligt, ved sværere instabilitet kan man supplere med "ankellås" og "8-tal".

"STIGBØJLE":



TAPEANLÆGGELSE:

Under tapeanlæggelsen holdes foden i neutralstilling med foden i 90 graders vinkel ud fra underbenet.

Først anlægges et eller to "tape-ankre" cirkulært om underbenet 10-20 cm over ankelleddet (A).

Derefter anlægges 3 stighbøjler. Disse startes fra ankeret på indersiden af underbenet, hvis det er de udvendige ledbånd, der er beskadigede (95%), og modsat i de sjældne tilfælde hvor det er det indvendige ledbånd, der er skadet.

Stighbøjlen føres ind under hælen og trækkes op på ankeret på ydersiden af underbenet. Idet man anlægger stighbøjlen skubbes ydre fodrand lidt op, samtidig med at man nærmest trækker fodranden en smule op med tapen.

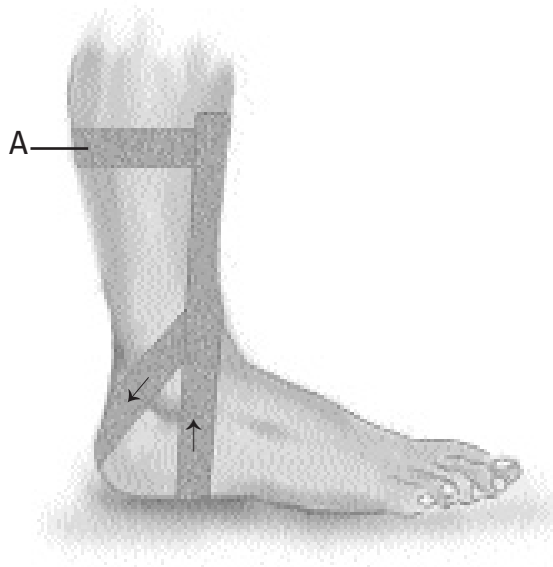
En stighbøjle (B) anlægges med bagerste halvdel af ydre ankelkno midt under tapen.

En stighbøjle (C) anlægges med forreste halvdel af ydre ankelkno midt under tapen.

En skrå stighbøjle (D) startes fra ankeret på forsiden af underbenet skråt ned over underbenet over forreste halvdel af inderste ankelkno, under foden og over forreste halvdel af yderste ankelkno og skråt ind over underbenet op til ankeret.

Til sidst afsluttes med endnu en tapestrimmel ovenpå "ankeret" A.

"ANKELLÅS":



TAPEANLÆGGELSE:

Først anlægges et eller to "tape-ankre" cirkulært om underbenet 10-20 cm over ankelleddet (A).

Start på ankeret på indersiden af underbenet, før tapen frem foran benet og ned over yderste ankelkno, bag om hælen lige under akillessenen, ned under hælen og op på den udvendige side af benet til ankeret.

På tilsvarende måde kan man anlægge en ankellås på den indvendige side, hvis det inderste ledbånd er ødelagt.

Tilslidst afsluttes med endnu en tapestrimmel ovenpå "ankeret" A.

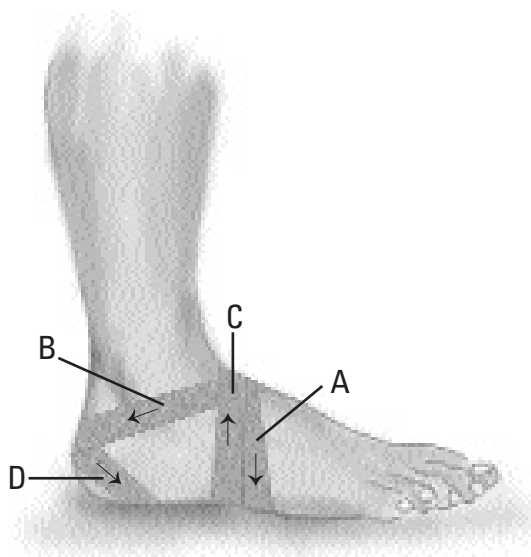
"8-TALS BANDAGE":



TAPEANLÆGGELSE:

Start lige foran ankelleddet og før tapen ind under fodsvangen på indersiden og op på ydersiden, fortsæt hen over starttapen foran ankelleddet og bag om underbenet og atter frem foran på ankelleddet hvor det sluttes.

"DOBBELT 8-TALS BANDAGE":



FORMÅL:

Bruges især ved forstuvninger af ledbåndet fortil i ankelleddet (lig. tibio-fibulare anterior), hvor man får smerter ved kraftige opadbøjninger (dorsal-fleksioner) af foden.

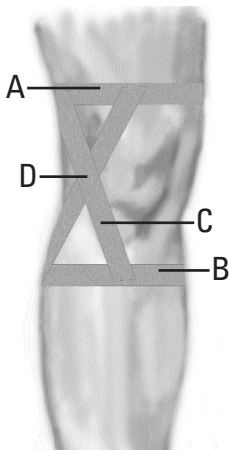
Denne tape må ikke strammes, men rulles løst på. Hvis den alligevel bliver for stram (sker ofte), må den løsnes.

TAPEANLÆGGELSE:

Start på fodryggen lige foran ankelleddet og før tapen ned omkring yderste fodrand (A), under fodsålen og op på fodryggen igen ; fortsæt hen over nederste del af yderste ankelkno bagom hælen under akillessenen (B). Tapen krydses her ned under indvendige side af hælen og op på den udvendige fodrand (C).

Herfra fortsættes hen over nederste del af inderste ankelkno bagom hælen under akillessenen. Tapen krydser her den tidligere tape, går ned under den udvendige side af hælen (D) og op på den indvendige fodrand for at sluttes oppe på fodryggen.

KNÆSKALSTABILISERENDE BANDAGE:



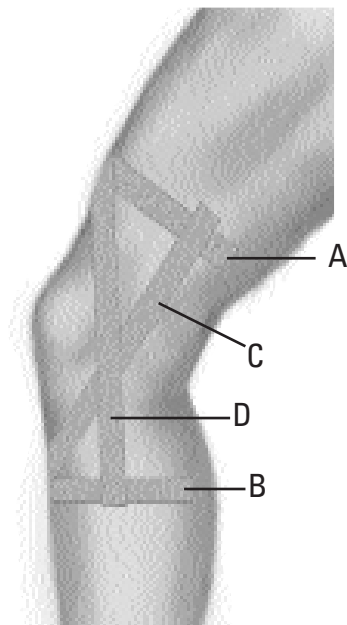
FORMÅL:

At styre knæskallens bevægelse, så den glider lige op og ned. Anvendes fortrinsvis når knæskallen har tendens til at glide ud mod ydersiden, når knæet bøjes og strækkes (malalignment med lateraliseret patella) og der samtidig er smerter diffust under knæskallen ved længerevarende knæbøjning (teater-syndrom) og/eller ved gentagne knæbelastninger (Patello-Femoralt Smertesyndrom = PFS). Tapen skal medføre mindsket smerte straks, og er en god indikator for, om patienten vil have glæde af en knæskalstabiliserende bandage.

TAPEANLÆGGELSE:

Under tape anlæggelsen holdes knæet let bøjet. Først anlægges 2 ankre A+B. 1 over og 1 under knæet. Disse skal være åbne bagtil. Dernæst anlægges en tapestrimmel C over knæskallens nederste yderste halvdel, så halvdelen af tapen går ind over knæskallen. Tapen flugter med knæskallens kant og bliver således skråt forløbende. Den løfter og skubber knæskallen lidt indad. Anden tape strimmel D anlægges over knæskallens øverste yderste halvdel, så halvdelen af tapen går ind over knæskallen og forløber skråt ned over den første tapestrimmel. Tilsidst afsluttes med endnu en tapestrimmel ovenpå "ankeret" A og B.

KNÆ, SIDESTABILISERENDE:



TAPEANLÆGGELSE:

Under tapeanlæggelsen holdes knæet let bøjet (ca. 20 graders flexion). Man bør undgå rotationer i knæet. Dette gøres lettest ved at anlægge tapen på stående patient med benet der skal tapes oppe på en ca 10-15 cm forhøjning og knæet bøjet udover tæerne.

Ca. 10 cm over ledlinien og 10 cm under ledlinien på henholdsvis lår og underben anlægges to ankre (A og B). Disse skal være åbne bagtil.

Fra ankeret på låret anlægges en støttende tape (C). Den starter midt på indersiden af låret og følger lårets længderetning nedad, fortsætter retningen ned på underbenet, hvor den grundet knæbøjningen vil gå frem på forsiden, og hæftes her på ankeret.

Fra ankeret på underbenet anlægges en støttende tape (D). Den starter midt på indersiden af underbenet og følger underbenets længderetning opad, fortsætter retningen op på låret, hvor den grundet knæbøjningen vil gå frem på forsiden, og hæftes her på ankeret.

Disse to støttende tapestrimler vil nu krydse hinanden eksakt svarende til ledlinien, og dermed muliggøre en acceptabel knæbevægelighed.

En tredje støttende tape kan placeres mellem de to andre.

Tilsluttet afsluttes med endnu 2 tapestrimler ovenpå "ankerene" A og B.

FORMÅL:

Stabilisere knæleddet mod for store sidevrik (især valgus vrik) uden at forringe den normale knæbevægelse.

Anvendes fortrinsvis under genoptræning efter forstuvninger af ledbåndet på knæets inderside (mediale collaterale ligament).

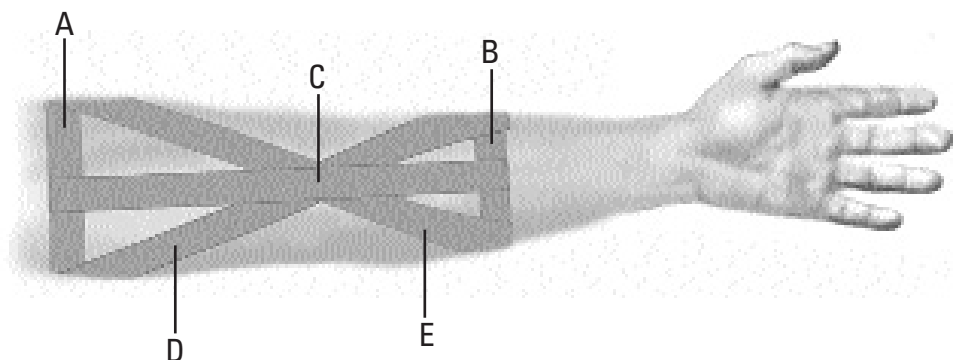
Akut forstuvning/rehabilitering:

De første 2 døgn er behandlingen RICE (Ro, Is, Kompression, Elevation).

Allerede fra 3. dagen skal der ske en aktiv mobilisering, men det er herunder vigtigt at beskytte det skadede ledbånd mod yderligere skade med en bevægelig knæbandage eller tape.

Tapen anvendes hele dagen i starten og aftrappes gradvist over de følgende 3 måneder. Til sidst benyttes tapen kun ved særligt risikofyldte belastninger.

ALBUESTØTTENDE BANDAGE:



FORMÅL:

At undgå overstrækninger i albueleddet.

Anvendes især for at forhindre gentagne overstrækninger, medførende smerter over strækkesiden grundet knoglesammentrykning (olecranon contusion) og evt. ledsmerter (kapsulære smerter) både bagpå og foran i albueleddet. Dette problem ses hyppigt hos håndboldmålmand.

TAPEANLÆGGELSE:

Under tapeanlæggelsen holdes albuen bøjet ca 20 grader og hånden let udad drejet (let supineret).

Ca 10 cm over og under albueleddet anlægges et cirkulært anker (A og B). Disse skal være åbne bagtil.

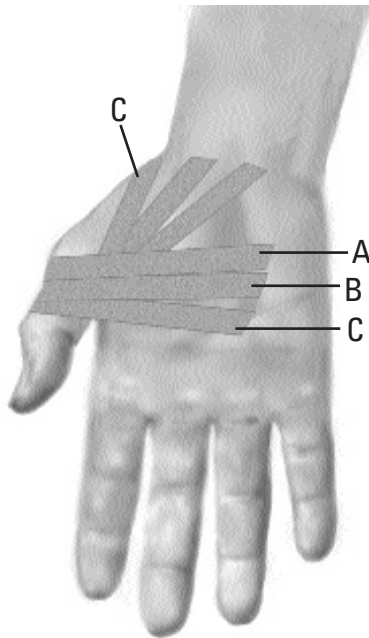
Første tapestrimmel (C) anlægges fra anker til anker i armens midtlinie.

Derefter anlægges et tape (D,E) kryds fra henholdsvis ankeret på underarmens yderside til ankeret på overarmens inderside og fra ankeret på underarmens inderside til ankeret på overarmens yderside.

Disse tapestrimler skal krydse hinanden lige over albuebøjningen.

Til sidst afsluttes med endnu 2 tapestrimler ovenpå "ankerene" A og B.

TOMMELFINGER BANDAGE:



FORMÅL:

Stabilisere tommelfingerens grundled (MCP 1 leddet)

Anvendes ved forstuvninger og overstrækninger (hyperekstensioner) af tommelfingeren.

TAPEANLÆGGELSE:

Tommelfingeren holdes i neu tralstilling.

Start midt på håndfladen lige ved håndleddet, før tapen rundt om tommelens grundled og atter ned på håndfladen, hvor den krydser starttapen (A).

Næste tape anlægges på samme måde, men startes lidt længere ude på håndfladen (B).

I fortsat vifteform kan en tredje tape anlægges (C).

FINGERTAPE:



FORMÅL:

Stabilisere fingerleddene.

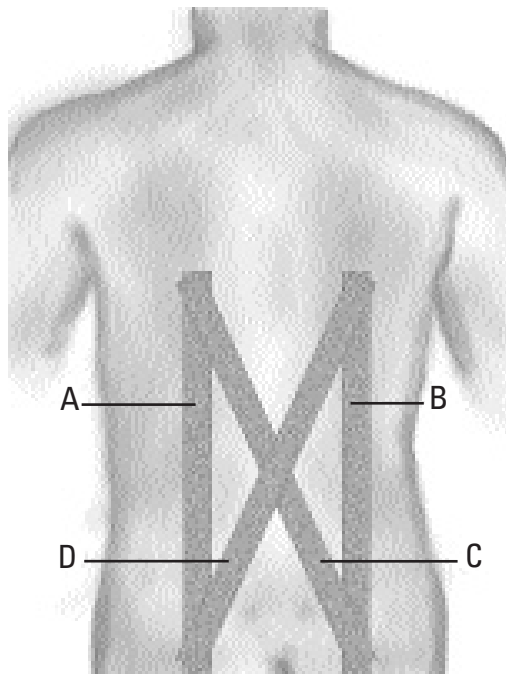
Anvendes især efter forstuvninger på fingerleddene (PIP og DIP led)

TAPEANLÆGGELSE:

Der anlægges to tapestrimler som ankere, en på hver side af det berørte led på fingerknoglerne. Tilsvarende anlægges tapestrimler på nabofingeren.

Herefter tapes de to fingre sammen med tapestrimler ovenpå ankrene. Således at den raske finger stabiliserer den skadede, og de begge to fortsat kan bøjes og strækkes.

RYGTAPE:



FORMÅL:

Holde ryggen i strakt (ekstenderet) stilling.

Anvendes især ved akutte lændehold, hvis man ønsker at aflaste diskus og de bagerste ledbånd (henholdsvis diskogen og ligamentær smerte).

Kan også anvendes ved lænderygsbesvær som mistænkes udløst af uhensigtsmæssige arbejdsstillinger (løft med flekteret ryg, løft under rotation, siddestilling hvor man hænger i ryggen), med henblik på indlæring af korrekte arbejdsstillinger.

TAPEANLÆGGELSE:

Under tapeanlæggelsen står patienten op med ret ryg.

Midt i hver ryghalvdel (en tommefingerlængde fra midtlinien) anlægges to længdegående tapestrimler (A,B), fra lige under skulderbladene ned til midt på balderne.

Derefter anlægges et tapekryds (C,D) fra den øverste ende af den ene tapestrimmel til den nederste ende af den anden - og omvendt.



**Voltaren Rapid 50 mg
diclofenac kalium**