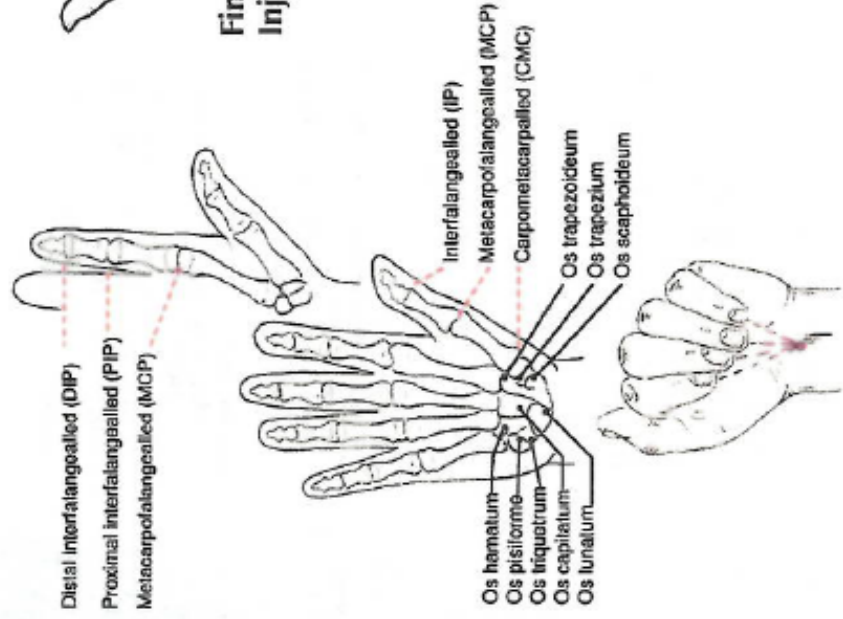


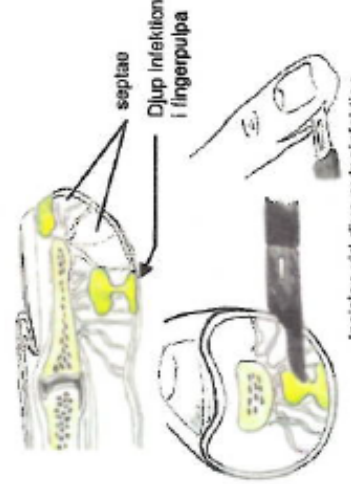


1. Nervstam
2. Interdigitalnerv
3. Digitalnerv

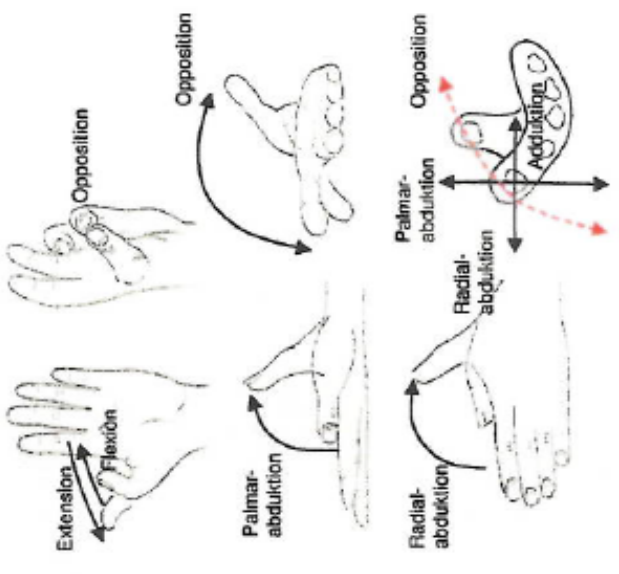
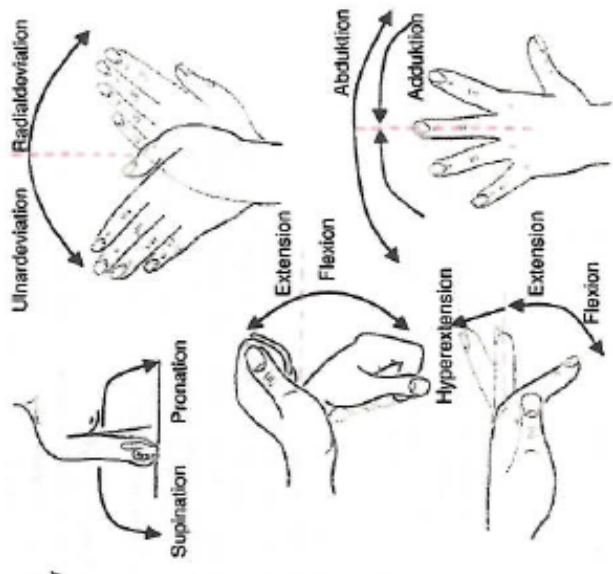
Fingerbasblockad
Injektionsställen
Nivåbestämning
Nervskada



Rätt inställning av fingerrotation



Motoriskt bortfall Sensoriskt bortfall	 Medianus	 Utebliven opposition i tumme
Ulnaris	 Utebliven fingerspreining	 Utebliven fingerspreining
Radialis	 Drophand – utebliven handleds- och fingersträckning	 Drophand – utebliven handleds- och fingersträckning



HANDSTATUSMALL

Anamnes

- Smärta? – Debut? Intensitet?
- (Penetrerande) trauma?
- Högttrycksinjektion?
- Feber? – I.v. missbruk? Annan inkörsport
- Katt-/hundbett?
- Förekomst av gikt/artritsjukdom?
- Momentan eller senare debut av sensibilitetsnedsättning?

Status

Inspektion

- Skadans lokalisering – Vilka strukturer kan vara skadade?
- Hematom, svullnad
 - Felställning
 - Tonus
 - Atrofier
 - Torr hud (upphävd Sudomotorreflex)

Palpation

Var har patienten smärta? Tänk på *ytanatomin i relation till underliggande strukturer*:

Radius eller ulna styloiden, scaphoideumtuberkeln, pisiformis, hamulus oiss hamai, fossa tabatiere, listers tuberkel, handledsflexorer (FCR, FCU), senskitor, lester (MCP, PIP, DIP)

Test av funktion – distalstatus, sensoriskt motoriskt

Distalstatus av största vikt inom handkirurgi!
Inspektion av sår ger inte tillräcklig information!

Distalstatus:

- Kapillär återfylnad (pulpa eller nagelbädd – normalt ca 3sek)
- Turgor i fingerpulpa (välfylld och spänstig)
- Allen test för a radialis och ulnaris

Sensoriska test:

- Skada på nervstam, interdigitalnerv eller digitalnerv? (se bild)
- Diskrimination av vass/trubbigt distalt?
- 2-PD med gem - <5mm är normalt, >10mm talar för nervskada
- Sudomotorreflex – uebliven svettfunktion/ torr hud vid nervskada

Motoriska test:

- Flexor digitorum profundus (FDP)
- Flexor digitorum superficialis (FDS)
- Flexor pollicis longus (FPL)
- Handledsflexorer: Flexor carpi- radialis och ulnaris (FCR och FCU)
- Extensor pollicis longus (EPL) (vanligt sek till odilaterad distal radius fraktur)
- Extensor digitorum communis – fingersträckning, varje finger separat
- Handledsextension – dropphand (radialisnervskada)
- Opposition av tummen (Opposition av tumme - Abduktor pollicis brevis, APB) – motoriskt test av n medianus
- Fingerspretning alt. selektiv abduktion av pekfingret (1:a dorsala interossen) – motoriskt test för låg ulnarisskada
- Flexor digitorum profundus dig V – motoriskt test för hög ulnarisskada

Stabilitetstester

- (ev. behov av tum-/fingerbasblockad vid us, alt åb efter 1v.)
- Ulnar collateral ligamentskada (ULCL) i MCP-led dig 1 (undersökning i sträckt och semiflexerat läge)
 - Kollateral ligament i MCP-leder dig 2-5 (undersökning i 90° flexion)

Specifika tester

- Positiv Timels tecken över nerver
- Phalens test vid Carpal tunnel syndrom
- Finkelsteins test vid Mb de Quervain

När kontakta HPK?

- Misstänkt cirkulationsproblematik/replantation
- Compartmentsyndrom
- Allvarliga mjukvävnadsskador
- Tendovaginit, septisk artrit
- Högttrycksinjektorskada (organiskt lösningsmedel/fetoljarg etc)
- Brännskada - fullhud? lechnära?
- Stora sår, kläm-/lacerationsskador särskilt om hudäckningsproblem
- Flexorsnedskada
- Extensorskador distalt om MCP-leden – även skjuta sträcksensador över PIP-led som kan ge knäpphålsdeformitet
- Multippla, dislocerade frakturer samt svårbehandlade intraartikulära frakturer
- Carpala ligamentskadofluxationer

Infektion

- Markera utbredning av rodnad/svullnad
 Alltid odling innan antibiotika ges!
- Paronyki
 - Pulpainfektion
 - Distinkt rodnad, svullnad fingerpulpa
 - Indikation för exploration vid risk för nekros
 - Midlateral incision som klyver alla septa in till benet (se figur)
 - Septisk artrit
 - Svullen led m kompressionsömhet
 - Indikation för akut spolning!
 - Septisk tendovaginit
 - Fingrar står flekterade
 - Smärta över böjsena vid palpation
 - Smärta vid passiv extension, aktiv rörelse
 - Indikation för akut spolning!
 - Erysipelas
 - Ev. gips, i.v. ab. – inläggning vid allmänpåverkan

Djurbett

- Mekanisk rengöring + rikligt med NaCl
- Omläggning - gips och högläge
- OBS att aklring suturer (låt sekundärläka)
- Ab profylaktisk (ej enbart Heracilin/Dalacin – tar ej Pasteurella Multocida – Ab med Spektramox). Kontroll kan i många fall ske på VC

Fraktur

- Rotationsfelställning? Jmf med frisk hand, notera naglarnas lutning. Tecken på scaphoideumfraktur? Intraartikulär?
- Multipla dislocerade frakturer samt carpala ligamentskador/ luxationer bör remitteras till HPK.

ÖVRIGT

Fingerbasblockad

- Totalt 8-10ml Carbocain (10mg/ml). Injiceras med tunn (GRÅ) nål proximalt om MCP böjveckat först volart i handflatan och sedan dorsalt på motsvarande plats över handryggen. Spruta långsamt! Anslag på 10-15 min.
- Carbocain med adrenalin inte förlämpligt för fingret utan ger övergående blodfrihet som kan utnyttjas.

Blodtomt fält (BTF)

- BTF med blodtrycksmanschett kan användas för korta ingrepp (<20min) och manschettens pumpas då till 80mmHg ovan systoliskt BT (max 250mmHG). Stasslang/ handskfingrastas kan också användas för BTF under längre tid. Glöm ej avlägsna manschett/gummihandske efter us/åtg!