



REGION NORDJYLLAND

AALBORG UH
CENTER HOVED-ORTO
AFSNIT SYGEUS THY-MORS

Der går mange tanker gennem hovedet på skadestuepatienten:

- Er det alvorligt?
- Hvornår bliver jeg rask?
- Hvornår kan jeg gå i arbejde?
- Er jeg tryk ved de der skal behandle mig?

Det er vigtigt man opfatter den krise patienten er i. Det første indtryk lægen giver, mener jeg er afgørende.

Er skaden af mindre omfang er der tid og man kan så godt, som det er muligt oprette en god atmosfære og helst ikke lade sig provokere.

Vær opmærksom på din patient. Vi møder psykisk syge mennesker ude af balance. De kan af en eller anden grund være sure på læger. Opfatter man en så dan fjendtlig situation, så hold god afstand fra at kunne blive slået. Mange af mine kolleger har fået en på hovedet, når vi begyndte at undersøge og vi kender alle til dødsfald efter knivstik, hvor kniven lå gemt.



Der er visse tilstande, hvor har tiden er knap og du skal give ordre med det samme. Det kan godt lade sig gøre, så snart du erkender nedenstående tilstande samtidig med, at du fortsætter med at undersøge patienten.

Handling umiddelbar kræves ved:

Luxation af skulder, albue, hofte, knæ og ankel.

Gør klar til øjeblikkelig anæstesi med lab. og anæstesitilsyn. Man reponerer ikke større led i rus eller anden form for sederende tiltag. Kald den ortopædiske bagvagt umiddelbart.

Manglende perifer puls i ekstremiteter.

Tænk på, at patienten måske har været 30 under vejs eller mere og at vedkommende skal ud på en times transport. Der må højst være blodtomhed i 2 timer, så du har mindre end 30 min til at reagere i. Etabler overflytning og kald den ortopædiske bagvagt.



Behandlersygeplejersken er specielt uddannet til at varetage skadestuepatienter og betragtes som en del af det ortopædiske afsnit. Har du brug for hjælp, vil du hyppigst kalde mellemvagten eller akutlægen. Du har til enhver tid lov til at kalde den ortopædiske bagvagt.

Der er visse tilstande hvor sygeplejersken automatisk kalder den ortopædiske bagvagt så du ikke behøver gøre dette. Det sker ved følgende tilstande:

- Mistanke om ligamentlæsion i knæ
- Tibia condyl fraktur
- Dybere liggende sår i vola manus
- Luxation af ankel
- Luxation af albue
- Luxation af ikke kunstig hofte
- Klemskader af hånd og underarm

Anamnese

Start med at få et godt overblik over hvad der er sket. Gå gerne i detaljer. Spørg om patienten fejler noget andet og får medicin. Mange patienter siger de ikke fejler nogen, men får gerne flere præparater, som har hjulpet og de følger ikke de er syge mere.

Ortopædisk undersøgelse

Gå omhyggelig til værks. Find steder for ømhed og beskriv stedet anatomisk i journalen. Vi ser tit der står "slået højre hånd" og siden "røntgen af højre hånd". Det er ikke særligt pænt over for de, som skal udrede og siden følge op på efterbehandlingen.

Bestil relevante prøver:

Blodprøver

Billeddiagnostik

- Røntgen (frakturer, luxationer m.v.)
- Ultralyd (fremmedlegemer, ikke til abscesser)
- CT-scanning (frakturer og dislokationer)
- MR-scanning (ikke til frakturer og kan ikke bestilles akut i Thisted)



Det er vigtigt vi lære at kommunikere ordentligt imellem sundhedsfaglige personer.

Kontakter du den ortopædiske bagvagt, skal du sige om du ønsker vedkommende skal komme eller du vil have et råd. Er der tale om et råd så:

- Forbered dig inden kontakt og fremlæg problemet kort:
- Kom med et godt relevant forslag til løsning hvis det er muligt

Henvisning til diagnostisk undersøgelse kræver en god tekst især ved røntgen. Skriv kort hvad du finder og hvad du fokusere på.



Skriv kort og præcist. Undgå sammenligning med pærer og æbler . Anvend metersystemet og vinkler.

Få så mange oplysninger om uheldet som muligt. Også gerne fra Falck og politi.

Tænk på at man efter 1 sek. falder 9,8 meter og lander med en hastighed på ca. 35 km/h.

- Lær at strukturer din arbejdsgang
- Gør een ting færdig ad gangen
- Undgå overflødig snak med patienten.
- Instruer kort og præcist i behandling og efterkontrol
- Optræd myndigt
- Lad vær med at gætte på hvad patienten fejler. Har du et forslag, beviser du det. Sig hellere at du ikke ved hvad det kan være og gå videre derfra med supplerende undersøgelse eller vurdering ved anden person
- Sig aldrig hvad der vil blive gjort ved en evt. operation hvis du ikke er den, som skal operere. Megen jura udspringer herfra.



Den objektive undersøgelse skal være systematisk og skal vægtes afhængig af den enkelte patient. Traume-patienter skal derfor ikke udsættes for samme undersøgelse, som ikke akutte patienter.

Hos traume-patienten er det vigtigt at beskrive skaderne (inspektion), foretage palpation, vurdere direkte og indirekte ømhed, og vurdere de neurovaskulære forhold på ekstremiteten. Kan patienten foretage aktiv bevægelse, er der sensibilitet, puls og kapillærrespons?

Patienter med åbenbare frakturer og fejlstillinger skal ikke undersøges regelret for bevægeudslag eller ledstabilitet. Derimod skal der ordineres røntgenundersøgelse med henblik på dokumentation af skaderne.

Svære fejlstillinger skal altid korrigeres og stabiliseres med bandage inden røntgenundersøgelse.

Ofte er stæk i længde akse med passende modtræk tilstrækkeligt.

- **Inspektion:** Beskrivelse af sår, hud (misfarvning, cyanose, lividitet, induration), behåring, fejlstilling, abnorm vinkling, hævelse/ødem og atrofi af muskler omfangsforskel (evt. omfangsmål).
- **Palpation:** ømhed, ledansamling, tumor, hudtemperatur.
- **Bevægelse:** angives eventuelt i grader og kan måles såvel aktivt som passivt. Man bemærker om der er skurren og smerter ved bevægelse og i hvilken stilling det eventuelt fremkaldes. Indskrænket bevægelse noteres.
- **Motorisk og sensorisk funktion og herunder vurdering af tonus, sensibilitet og reflekser**
- **Sensibilitet** undersøges ved let berøring med finger eller vatpind, mens patienten kigger væk eller lukker øjnene. Kulde, varme, vibrations- og stillingssans kan også vurderes.
- **Smertesansen** (= evnen til at skelne spidst fra stump): Med lukkede øjne angiver patienten, om en given genstand er spids eller stump.
- **Stereognostisk sans** er evnen til at erkende genstande uden synets hjælp. Typisk undersøges 2 punkts-diskriminationen på hånden ved hjælp af bøjet papirclips. Med et let tryk berøres fingerpulpa med 1 eller 2 ben af clipsen. Den mindste benafstand, der kan erkendes som 2 punkter er normalt 2-3 mm.
- **Senereflekser:** Overekstremiteten: Biceps-, triceps- og brachio radialisrefleksen



Palpation:

Ømhed (hvor)

Undgå den brede hånd. Palper differentieret og anvend kendskabet til anatomien

Ledansamling (væske, synovial hypertrofi)

Tumor (blød, hård og ikke mindst størrelse. Anvend cm og grader. Undgå sammenligning med æbler, pærer m.v.

Hudtemperatur (brug bagsiden af hånden og sammenlign med andre steder f. eks. Modsatte ekstremitet

Underekstremiteten: Patellarsene, akillessene, plantarreflekser (Babinski).

Kraft kan bedømmes neurologisk ved gradsskala 0-5:

- 0: Ingen kontraktion
- 1: Spor af kontraktion.
- 2: Aktiv bevægelse, når tyngden elimineres.
- 3: Aktiv bevægelse mod tyngden.
- 4: Aktiv bevægelse mod tyngde og modstand.
- 5: Normal kraft.

Nedsat kraft kan være betinget af en række andre årsager end neurologisk. Ved akut skade er den ofte smertebetinget eller forårsaget af selve læsionen f.eks. muskel/senelæsion eller nerve skade. Ved mere kroniske tilstande som fejlstillinger og andre deformiteter kan betyde at musklerne fungere insufficient, der kan medføre nedsat masse og kraft.

- **Stabilitet af led:** Typisk foretages stabilitetsundersøgelse af fingrene specielt grundledet af 1. finger, knæ- og ankelledet. Men en række andre led kan også testes for instabilitet. En sikker stabilitetsundersøgelse kræver nogen erfaring.
- **Special tests:** For hvert led/region findes en række special test. Kun de relevante for kandidatuddannelse er taget med.
- **Vaskulær status:** puls forhold, kapillær- respons, venefyldning, hudfarve, behåring.
Puls forhold vurderes distalt fra og proksimalt. Herudover undersøges om der fremkommer lividitet ved elevation og vene-genfyldningstiden noteres.
- **Funktionsundersøgelse:** Beskriv hvad patienten kan og hvorledes det foretages. F.eks. ”gangen er haltende med vægtoverføring til venstre ben” eller ”patienten kan ikke flektre aktivt over yderledet af 3. venstre finger”

Motorisk og sensorisk funktion:

Tonus

Sensibilitet undersøges ved let berøring med finger eller vatpind, mens patienten kigger væk eller lukker øjnene. Kulde, varme, vibrations- og stillingssans

Smertesansen evnen til at skelne spidst fra stumpt uden patienten ser

Stereognostisk sans er evnen til at erkende genstande uden synets hjælp. 2 PD på hånden.

Svedreaktion

Senereflekser: Egale, abnorme.

Kraft kan bedømmes neurologisk ved gradsskala 0-5:

0: Ingen kontraktion

1: Spor af kontraktion.

2: Aktiv bevægelse, når tyngden elimineres.

3: Aktiv bevægelse mod tyngden.

4: Aktiv bevægelse mod tyngde og modstand.

5: Normal kraft.

ABC-princippet

- A – Airway (frie luftveje)
- B – Breathing (vejrtrækning)
- C – Circulation (kredsløbet og hjertet)

Hvad gør ortopæden?

- C – Columna (specielt hals)
- B – Bækken (blødning)
- C – Circulation (ekstremiter)

Er det på ulykkesstedet

Skab sikkerhed

Vurdér personen

Tilkald hjælp

Giv førstehjælp

