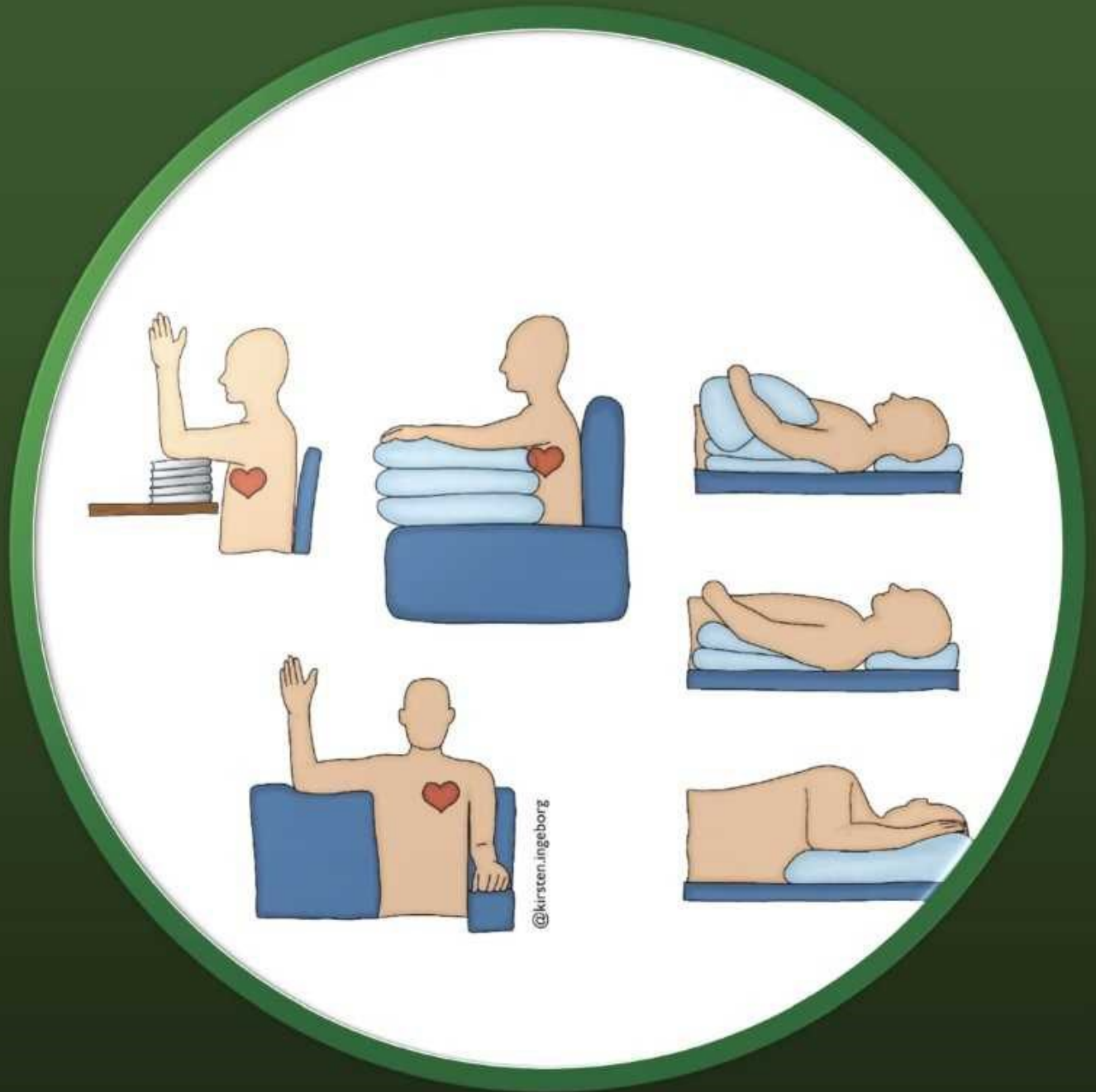


Sygepleje til patienter med håndkirurgiske lidelser



En del af e-bogen "Sygepleje til den ortopædkirurgiske patient"
Version 1, april 2022

FORFATTERE

Charlotte Siefert

Sygeplejerske, klinisk vejleder, SD, MKS-studerende

Ortopædkirurgisk ambulatorium, Odense Universitetshospital, Odense/Svendborg

Lotte Borch

Sygeplejerske, SD

Klinik for håndkirurgi, Afdeling for Led- og Knoglekirurgi, Herlev og Gentofte hospital

Camilla Paaske

Sygeplejerske, Master i Uddannelse og Læring (MUL), klinisk underviser

Afdelingen for Led- og Knoglekirurgi, Herlev og Gentofte Hospital

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|---|----|
| INTRODUKTION | 3 |
| ANATOMI | 3 |
| TYPISKE LIDELSER | 4 |
| Håndledsnære frakturer | 4 |
| Frakturer i håndroden | 5 |
| Fraktur i metakarpalknogler | 6 |
| Fingerfrakturer, luksationer og ledlidelser | 7 |
| Artrose | 8 |
| Læsioner på ekstensorsener | 9 |
| Læsioner af fleksorsener | 10 |
| Dupuytren's kontraktur (kuskefingre) | 10 |
| Nervelæsioner | 11 |
| Hudlæsioner | 12 |
| GENEREL SYGEPLEJE VED ELEKTIV OG AKUT HÅNDKIRURGI | 13 |
| BANDAGEBEHANDLING | 15 |
| Gips | 15 |
| Ortoser | 16 |
| Sygepleje til patienter med bandage | 16 |
| Sygepleje i forbindelse med bandagefjernelse | 18 |
| AFSLUTNING | 18 |
| REFERENCER | 19 |

INTRODUKTION

Håndens lidelser er mangeartede og spænder over en splint i fingeren til traumatiske håndskader med evt. efterfølgende behov for amputation. Fælles for alle er, at selv mindre skader kan medføre ændringer i bevægelighed og følesans, og derigennem resultere i funktionsnedsættelse af hånden. Resultatet af al behandling af og sygepleje til patienter med lidelser i hånden er, at patienter opnår bedst mulig funktion af hånden efter deres skade. Fokus er derfor på funktion af bløddele, led og knogler i hånd og underarm, mens udseende bliver sekundært.

I kapitlet beskriver vi anatomi, diagnostik og symptomer, samt den typiske behandling og eventuelle komplikationer på udvalgte lidelser. Derefter beskriver vi sygepleje til patienter med ortopædkirurgiske lidelser i hånden, hvilket bl.a. omfatter en systematisk guide til sygeplejeobservationer og inspektion af hånden.

Patienter med håndkirurgiske lidelser behandles ofte ambulant eller sammedagskirurgisk. Det vil derfor være disse patientforløb, der fokuseres på i kapitlet. Sygepleje beskrives hovedsageligt ud fra en erfaringsbaseret tilgang, da der er sparsom evidens for sygeplejefaglige interventioner.

Adskillige studier viser, at patienter, som kommer ud for en større, traumatisk håndskade, efterfølgende har store udfordringer med blandt andet PTSD og at vende tilbage til arbejde (1,2,3). Dette kapitel omhandler typiske lidelser for patienter ældre end 15 år, som den nyansatte/-uddannede sygeplejerske inden for det håndkirurgiske felt vil møde – og derfor ikke den komplekse patientgruppe.

ANATOMI

Underarmen består af to knogler: radius og ulna. Hånden består af 8 håndrodsknogler (karpalknogler), 5 mellemhåndsknogler (metakarpalknogler) og i alt 14 fingerknogler (phalangealknogler) (4). Tommelen består af to knogler, mens 2. - 5. finger består af tre knogler: proksimal-, mellem- og distalphalanx, med tilsvarende led: distale interphalangealled (DIP), proximale interphalangealled (PIP) og metacarpophalangealled (MCP). Se billede 1.



Billede 1. Illustrerer håndens knogler og led (4).

Bevægelsen i håndleddet foregår mellem radius og den proksimale del af karpalknoglerne, og hånden bevægelse fremkaldes af muskler på underarmens for- og bagside sammen med hånden muskler (4). De små muskler på selve hånden omfatter 19 muskler af særlig betydning for fingrenes præcisionsbevægelser. Fingerspidserne er rigt forsynede med føleenerver, hvilket gør hånden til et vigtigt føleorgan. Uden synets hjælp, men ved hjælp af hånden føleenerver, kan man danne sig præcise indtryk af genstandes form og overfladeegenskaber, den såkaldte stereognostiske sans, som benyttes ved f.eks. tyding af blindskrift (4, 9).

TYPISKE LIDELSER

De følgende afsnit beskriver typiske lidelser i hånden inddelt efter frakturer, led-, nerve- og senelidelser.

Håndledsnære frakturer

Omkring 14.000 mennesker pådrager sig årligt en håndledsnær fraktur, hvilket udgør en tredjedel af alle frakturer i befolkningen over 65 år (5, 6).

Hos kvinder ses en hyppigere forekomst efter menopausen, hvor denne frakturtype typisk skyldes osteoporose (14). Skademechanismen er ofte et faldtraume med enten bagover- eller foroverbøjning af håndleddet (lavenergitraume, hvor frakturen er udløst efter fald fra samme niveau). Hos unge opstår frakturer oftest i forbindelse med sport og trafik (højenergitraume) (7).

Diagnostik, symptomer og behandling

Symptomer er ømhed/smerter over frakturstedet med direkte og indirekte ømhed, hævelse, misfarvning og fejlstilling (dislokation) (7,9).

Behandlingsprincipper af håndledsnære frakturer afhænger af frakturtype og kan være enten kirurgiske (fx ved komminutte frakturer og fejlstillinger) eller konservative (uden operation, men med bandage og eventuel reponering) (6).

Komplikationer

Den hyppigste komplikation efter håndledsnære frakturer er kroniske smerter og nedsat bevægelighed i håndleddet. Dette sker oftest på grund af opheling i fejlstilling med efterfølgende artrose (7,15). Karpaltunnelsyndrom er en anden hyppig komplikation, der opstår som følge af ændrede pladsforhold volart ved håndroden, hvor nerven grundet mindre plads trykkes. Mere sjældent ses komplikationer som seneruptur, som kan opstå spontant, hvis osteosyntesematerialet generer seneren samt udvikling af compartment syndrom, som er en tilstand, der opstår, når øget tryk indenfor en muskelloger kompromitterer cirkulation og funktion i og til det fascieomsluttede væv (26).

Sygepleje

Sygepleje til patienter med håndledsnære frakturer omfatter smertelindring, præ- og postoperativ information samt vejledning i øvelser. Sygeplejersken skal sikre, at patienten har forståelse af vigtigheden af elevation og bevægelse af fingrene trods det, at de er hævede og bruddet gør ondt (7). Her kan en fysisk gennemgang af øvelser med patienten præoperativt med den raske hånd understøtte, at patienten ved, hvad han/hun skal gøre postoperativt med den skadede hånd. Sygeplejersken skal være opmærksom på, at hvis patienten pludselig får ophævet strække- eller bøjefunktion af fingre, kan det være tegn på seneruptur eller compartment syndrom, hvilket kræver akut operativt indgreb (4, 7).

Frakturer i håndroden

Den hyppigste fraktur i håndroden er en scaphoideumfraktur. Scaphoideum er vigtig for håndledets bevægelighed. Denne frakturtype heler langsomt grundet en sparsom blodforsyning (4). Frakturen rammer hyppigst unge mennesker. Skaden opstår ofte efter fald på strakt arm med dorsalt flekteret håndled (7).

Diagnostik, symptomer og behandling

Patienter med en scaphoideumfraktur har ofte en dyb, vag smerte radiale i håndleddet, som forværres, når man skal gribe noget eller klemme med hånden.

Diagnosen stilles klinisk og behandles typisk operativt, hvis frakturen er forskudt, med efterfølgende immobilisering af hånden i dorsal gipsskinne i 2 uger (7). Herefter erstattes gipsskinnen af en cirkulær underarmsgips eller en scaphoideum gips (se billede 3), som fikserer tommelfingerens rod- og grundled, mens yderleddet er frit, så patienten kan udføre pincetgreb. Gipsning udføres af sygeplejerske/gipseteknikker (varierer afhængig af hospital). Cirkulær underarms/scaphoideum gips seponeres 8 uger postoperativt i klinikken.

Komplikationer

Den hyppigste komplikation til en ubehandlet scaphoideumfraktur er udvikling af artrose i håndleddet (7, 9). Risiko for pseudoartrose og knoglenekrose afhænger af, hvor på scaphoideum frakturen er sket, netop grundet blodforsyningen fra kun én ende (7).

Sygepleje

Det er vigtigt, at sygepleje til patienter med scaphoideumfraktur omfatter information og vejledning omkring bandagering. Grundet den lange bandageringstid er patienten i øget risiko for bandageløshed, hudirritation og svamp. Desuden kan informationen have fokus på KRAM-faktorer (særligt rygning og alkoholindtag) betydning for opheling og komplikationer pga. knoglens sparsomme blodforsyning.

Fraktur i metakarpalknogler

Frakturen i I. metakarpalknogle (Bennetts og Rolando fraktur), opstår typisk i forbindelse med fald eller andet traume, hvor tommelen vrides udad. Det kan f.eks. være en tommelfinger, der bliver fanget i et tov/hundesnor/hestetømme/skistavsstrop (7, 9). Fraktur i 2. - 5. metakarpalknogle opstår oftest ved direkte traume. Fraktur i 5. metakarpal opstår oftest i forbindelse med slagsmål ved slag med knyttet hånd (7, 20).

Diagnostik, symptomer og behandling

Symptomerne på en metakarpalfraktur er ømhed, misfarvning, hævelse i og omkring frakturen og evt. fejlstilling. Den kliniske diagnose bekræftes radiologisk og ved klinisk undersøgelse af evt. rotationsfejlstilling. Den radiologiske undersøgelse gentages efter 7-10 dage for at udelukke ny fejlstilling (4, 7). Behandling af fraktur ved I. metakarpal er altid operativ med reponering og fiksering med K-tråde eller skruer (4, 7). Skaftfrakturer i 2. - 5. metakarp med mindre fejlstilling og uden rotationsfejlstilling kan behandles konservativt med sambandagering og dorsal skinne. Ved større fejlstilling overvejes operativ behandling.

Komplikationer

Hyppest ses ledstivhed ved forkert eller langvarig immobilisering, artrose og rotationsfejlstilling. Ved operation kan der opstå adhærence mellem sener og osteosyntesemateriale, som kan påvirke fingerens bevægelighed og funktion (4, 11).

Sygepleje

Det er vigtigt, at sygeplejersken ved udskrivelsen informerer patienter med en metakarpalfraktur om symptomer på komplikationer, såsom infektion ved K-tråde eller løs gips, da dette kan medføre friktion eller tryk, som kan give infektion. Sygeplejersken skal ligeledes vejlede om vigtigheden af at kunne flektre og ekstendere fingrene, og at patienten skal tage kontakt til lægen, hvis denne ophæves eller bliver stærkt nedsat. Der skal forventningsafstemmes med patienten om de kosmetiske følger, hvor der kan ses forsænkede knoer. Dette vil være en synlig, omend ufarlig, så dog permanent påmindelse om deres skade.

Fingerfrakturer, luksationer og ledlidelser

Fraktur eller luksation i phalanges (fingerknogler) sker oftest ved direkte traume, enten mod knoglen eller ved slag mod spidsen af fingeren under boldspil.

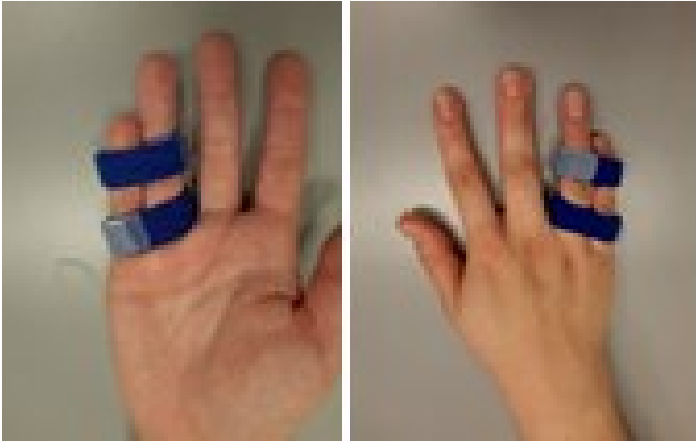
Diagnostik, symptomer og behandling

Symptomerne på fraktur og luksation i fingrene er ømhed, misfarvning og hævelse.

Frakturer, som er udislocerede og stabile, kan behandles konservativt med gips. Nogle steder vælges sambandagering til nabofinger i 4 uger (se billede 2). I sidstnævnte tilfælde holdes fingrene der ved bedre mobiliseret, hvilket afkorter genoptræning og ledstivhed minimeres. Dislocerede frakturer forsøges reponeret i lokalanæstesi, hvorefter de immobiliseres i gipsbandage eller skinne i ca. 4 uger (2). Et lukseret fingerled kan ofte reponeres ved let træk i fingerens længderetning (udføres hyppigst af lægen). I nogle tilfælde kan den volare plade være i klemme, hvilket umuliggør reposition og disse behandles derfor operativt. Er der stabile forhold, kan luksationen behandles med en Carstamskinne (fast, præfabrikeret fingerskinne i aluminium) i maksimum 2 uger (se også billede 3).

Sygepleje

En korrekt bandagering skal kunne tillade bevægelighed af alle fingerled og samtidig sidde til uden at sidde for stramt. Det kontrolleres ved observation af, om fingrenes ledlinjer er synlige.



Billede 2. Illustrerer sambandagering af 4. og 5. finger.

Det er især vanskeligt at sambandagere 4. til 5. finger grundet længdeforskellen. Den yderste strop lægges derfor fra 4. fingers mellemlid til 5. fingers yderlid.

Ved manglende bevægelighed efter bandagering iværksættes træning ved ergoterapeut. En korrekt anlagt Carstamskinne immobiliserer kun det lukserede lid. Ved f.eks. et lukseret PIP-lid, skal det således være muligt at bevæge MCP-leddet, når skinnen er anlagt.

Artrose

Artrose i hænder ses især hos ældre patienter, men kan også ses hos andre efter tidligere skader på lid. Artrose kan opstå i alle lid i hånden, men hyppigst er det tommelfingerens rodled, som rammes (14).

Diagnostik, symptomer og behandling

Symptomerne er ømme, deforme eller stive lid, hvor patienterne beskriver smerter i hvile samt ved og efter belastninger. Der kan nogle gange høres en knasen og skurren ved bevægelse af ledet. Med tiden kan der komme fejlstilling (14). Ved svære tilfælde kan en stivgørende operation af det angrebne lid eller indsættelse af protese afhjælpe symptomerne (4, 7). Inden da kan blokadebehandling benyttes som lindring.

Sygepleje

Patienter med artrose kan, især når diagnosen stilles, have ekstra brug for vejledning fra sygeplejerske eller ergoterapeut i forhold til hvor og hvordan, der skaffes hjælpemidler, som kan aflaste i hverdagen. Ved lette og intermitterende gener kan der vælges at se tiden an, evt. udlevere en støttebandage samt opfordre patienten til at træne fingre og håndled med varmtvandsbad og øvelser. Almindeligt håndkøbs smertestillende kan også hjælpe.

Senelidelser

Læsioner på ekstensorsener

Den mest almindelige læsion af en ekstensorsene er en såkaldt dropfinger. Ved et direkte traume mod den strakte finger, fx ved boldspil eller ved minimalt traume som sengeredning, kan der ske afrivning af ekstensorsenens tilhæftning ligamentært på yderstykket (DIP-leddet).

Diagnostik, symptomer og behandling

Symptomer på en dropfinger er ømhed og hævelse i og omkring fingrenes yderled. Yderleddet på fingeren hænger og kan ikke ekstenderes, derved navnet "dropfinger" (billede 3). Afrivning, der inkluderer et knoglestykke, kaldes en "ossøs" dropfinger.



Billede 3. Billedserie, der illustrerer dropfinger og behandling med Carstamsskinne

Lukkede afsprængninger, herunder ossøse, behandles konservativt med en fastsiddende volar metalskinne, en Carstamsskinne, der, som tidligere nævnt, også bruges ved fingerledsluksationer (16). Der tapes med eftergiveligt plaster i 5-6 uger. Ved seponering af skinnen før tid, eller hvis fingrens yderled ikke holdes strakt, kan der opstå en re-ruptur af senen og behandlingen startes forfra i 6 uger (17,18).

Sygepleje

Sygepleje til patienter med dropfinger omfatter information om forebyggelse af re-ruptur og håndhygiejne. Det er vigtigt, at patienten har forståelse af konsekvenserne af mulig re-ruptur. At håndhygiejnen med fordel kan udføres med vaskeklude, da almindelig håndvask og rindende vand kan kompromittere bandageringen. Skal skinnen skiftes, bør det være med hjælp fra en person, der er instrueret i, hvordan dette foregår, fx egen læge. Hvis fingeren under skiftningen ikke hele tiden holdes fuldt ekstenderet, er der øget risiko for, at den ikke heler og behandlingen forlænges/starter forfra.

Læsioner af fleksorsener

Fleksorseneskader opstår hyppigst som følge af et skarpt traume med f.eks. sav eller glasskår. En læsion kan desuden ske, hvis patienten har rheumatoid artrit (RA), da der gennem tiden sker en nedbrydning af senen (4, 7).

Diagnostik, symptomer og behandling

Ved skade på ekstensorsenerne på håndryggen ophæves ekstensionen af metacarpofalangealledene (fingrenes grundled) visende sig ved, at fingrene ikke kan strækkes ud.

Behandlingen er suturering af senelæsion og eventuel hudlæsion. Hånden immobiliseres i gipsbandage eller anden skinne i 5 uger (19). Der skal helst foretages akut operation af en fleksorsenelæsion, da senerne retraherer (indskrumper), hvilket besværliggør operation og påvirker prognosen negativt (4, 7). Træning af fingrene efter fleksorseneruptur varetages hyppigst af specialiserede ergoterapeuter (17). Bandageringstid i skinne/gips er 6 uger, og først efter 12 uger må hånd og fingre bruges uden skånehensyn.

Sygepleje

Fokus på sygepleje til patienter med fleksorsenerupturer er vejledning og forventningsafstemning med patienten præ- og postoperativt. Inden og under suturfjernelsen instrueres patienten i ikke at strække fingrene eller at dorsalflektre håndleddet. Der støttes manuelt, hvis det skønnes usikkert, om patienten kan undlade at strække fingrene, mens bandagen er fjernet. Der skal være opmærksomhed på "vaskekonehud"/svamp, da fingrene jo ikke kan strækkes.

Dupuytren's kontraktur (kuskefingre)

Dupuytren's kontraktur er en kronisk, arvelig, genetisk betinget lidelse, hvor der tilkommer fortykkelse med knuder og strengdannelser i fascie palmaris (håndfladens sener) (21). Dette kan medføre strækkemangel (kontrakturer) svarende til fingrene. Prævalensen i den danske befolkning er 1-2 % og stigende med alderen (for 65-årige mænd er den 20 %) (10). Lidelsen ses 5-15 gange hyppigere hos mænd. Udviklingen af Dupuytren's kontraktur påvirkes af alkoholoverforbrug, rygning og traumer/kirurgi og langvarig eksposition for vibrerende maskiner. Lidelsen ses desuden hyppigere hos patienter med cancer, diabetes, epilepsi og HIV (10).

Diagnostik, symptomer og behandling

Symptomerne er ømme og fortykkede noduli i hulhånden/på volarsiden af fingrene og/eller hårde strenge, der kan forveksles med sener (10). Patienten bliver over tid, som sygdommen progredierer, mere og mere hæmmet i brugen af hånden i hverdags gøremål, som foreksempel at tage handsker på, rede hår, gribe om ting og give hånd.

Dupuytren's kontraktur har en udpræget recidivfrekvens, da kirurgi kan provokere fornyet aktivitet af knude- og strengdannelsen. Derfor skal kirurgisk behandling først tilbydes, når tilstanden er generende i hverdagen og ikke af kosmetiske årsager.



Billede 4. Illustrerer udretning af 5. finger efter operation for Dupuytren's kontraktur (23, 24).

Ved kirurgi foretages der et zigzag snit i håndfladen og på de afficerede fingre eller finger (se billede 4). Det fortykkede bindevæv eller streng fjernes og huden lukkes igen. Der forbindes med en stor mængde gaze og lettere immobiliserende forbinding til de første par dage.

Sygepleje

Sygeplejersken skal have kendskab til lokale retningslinjer for bandagering, da behandlingsregimer kan være forskellige. Ofte foretages forbindingsskift med forskelligt interval, afhængigt af indgrebets omfang og patientens øvrige helbredstilstand, typisk fra 3-5 dage postoperativt, men der kan også gå helt op til 7 dage. Forbindingsskift før 24 timer postoperativt udføres sterilt. Efter 24 timer anvendes ren forbindingsskiftteknik.

Første skift udføres typisk i ambulatoriet, da kontrol af vitalitet og korrekt bandagering er nødvendig. Korrekt bandagering er med en udretning af fingrene, som understøtter den kirurgiske intention. Patienten skal dog kunne bevæge fingerleddene. Typisk anvendes der sårkontaktlag, da det fortsat kan bløde, for at undgå, at forbindingen sidder fast i gaze, brandsårsbind/crepebind/mollelast eller lignende. Der kan være forskel på valg af materialer. Postoperativt må forbindingen ikke være for stram, men dog fortsat med let kompression.

Patienten instrueres i at udføre strække- og bøjeøvelser, også selvom cikatricen evt. åbner sig. Nogle patienter får en skinne på til natten i 3-4 måneder, som hjælper med udstrækningen. Dette vil være afhængigt af, hvor svær grad af kontraktur patienten har haft.

Nervelæsioner

Nerverne på underarm og hånd har et karakteristisk tilhørende kutant nerveforsyningsområde. Håndens og fingrenes muskler styres af forskellige nerver på forskellige områder.

Nervelæsioner kan være lukkede eller åbne. Lukkede læsioner, som sker ved afklemning af nerven, opstår pga. tryk fra omgivelserne, som beskadiger nervens myelinskede. Prognosen for nerveafklemning er god. Ved åbne læsioner, hvor der er mistanke om nerveskade, bør denne eksploreres og sys inden for de 5 første dage fra traumat (7).

Typiske lidelser er klemt nervus medianus (karpaltunnelsyndrom) og afklemning af nervus ulnaris. Nedsat plads i karpaltunnelen, hvor nervus medianus ligger sammen med de 9 fleksorsener, giver øget tryk på nervus medianus, som forsyner 1. - 3. og delvist 4. finger. Årsagen kendes ikke altid, men følgende tilstande kan give mindsket plads i karpaltunnelen; collesfraktur, håndrodsskade, RA, infektion, familiær disposition, hypothyroidisme, diabetes og graviditet. Hos 50 % opleves det bilateralt og kvinder rammes hyppigst (4).

Diagnostik, symptomer og behandling

Diagnosen stilles på baggrund af anamnese og test af ændret sensibilitet, eventuelt suppleret med ENG (4, 7, 8). Patientens symptomer er smerter, følelsesløshed og sovende fornemmelse i håndfladen og i de 3 radiale fingre. Der er nedsat kraft og atrofi af thenarmusklerne, da nerven ikke aktiverer musklen samt tiltagende fummelfingerthed (sensibilitetstab på fingerspidserne gør det vanskeligt at håndtere små objekter, som fx knapper og mønter). Samtidigt fortæller patienten, at symptomerne ofte forværres om natten, eller når armen holdes i ro, og at det hjælper at ryste eller massere hånden.

Der forsøges i første omgang behandling med en håndledsskinne, (ortose) der hindrer volar- og dorsalfleksion af håndleddet om natten (25). Nogle steder behandles med en binyrebarkhormonblokada i karpaltunnelen ved mistanke om synovit (ikke i nerven). Ved manglende effekt af skinne- og/eller blokadebehandling tilbydes patienten operation, da nerven ellers med tiden kan skades permanent. Akutte skader behandles ved dekompressionsoperation, hvor ligamentet carpi transversum spaltes i fuld bredde (7).

Sygepleje

Sygeplejen til patienter med nervelæsioner retter sig mod information om forløb og genoptræning: at der fx kan forventes postoperative gener i form af muskulær ømhed over håndleddet i op til 6 måneder postoperativt, og at effekten af operation kan lade vente på sig. Selvom cicatricen er helet efter 2 uger, mindes patienten om, at karpalligamentet først er helet efter 6 uger, (7,11) hvorfor fysisk hårdt, manuelt arbejde og belastning over håndleddet ikke bør genoptages, før de 6 uger er gået.

Hudlæsioner

En typisk håndlidelse med læsion af huden vil være enten en pulpalæsion (hvor fx fingeren er kommet i klemme eller blevet skåret af et skarpt redskab) eller en læsion forårsaget af bid. Ved sidstnævnte skal der være særlig opmærksomhed på tegn på infektion (se mere i kapitel om infektion).

Diagnostik, symptomer og behandling

Diagnose og behandling stilles af lægen på baggrund af anamnese og i forhold til, om der er knogleblottelse, seneblottelse eller om læsionen involverer neglelejet.

Sygepleje

Principperne omkring bandagering af den læderede finger afhænger af dels læsionens omfang, men også af lokale instrukser. Overordnet vil det dog være, at der inderst lægges sårkontaktlag, da det fortsat kan bløde, og at der yderst lægges en fingerstülpa, som kan suge så meget som muligt, men samtidig give så meget bevægelighed som muligt. Der kan være forskel på valg af materialer lokalt. Patienten instrueres i så hurtigt som muligt at begynde at lave hærtningsøvelser ved at banke fingerspidsen med stigende intensitet mod underlag for at stimulere normale føleimpulser.

GENEREL SYGEPLEJE VED ELEKTIV OG AKUT HÅNDKIRURGI

Patientens evne til at klare sig selv kan være ændret postoperativt i forhold til habituel situation, uanset, om der er tale om akut eller elektiv (planlagt) kirurgi.

Patienten, som kommer til et elektivt kirurgisk indgreb vil have den fordel, at det netop er planlagt, så patienten kan forberede sig på indgrebet og tiden efter. Patienten kan være med til at vælge det rigtige tidspunkt for kirurgi i forhold til livssituation, job m.m. samt forventningsafstemme afhængig af erhverv, brug af bil/cykel og fritidsaktiviteter.

Information som typisk gives præoperativt er: fjernelse af neglelak og kunstige negle, kortklippede rene negle og ingen smykker. Ligesom at patienten skal kontakte afdelingen, hvis der er rifter eller sår på hånden dagene op til operationen. Patienten rådes til at bære praktisk tøj (bluser med vide ærmer og bukser med elastik, så fx toiletbesøg nemt kan klares med en hånd) (22).

Patienten med en akut håndkirurgisk lidelse er udfordret i forskellig grad både fysisk (ex. smerter, hævelse) og psykosocialt (ex. krisetilstand, planlægning af hjemlige og arbejdsmæssige forhold). Dette gør, at sygeplejersken bør gøre sig overvejelser, om dels patientens evne til at modtage og forstå givet information, både under indlæggelse samt ved de efterfølgende ambulante kontroller. Dels er det en god idé at understøtte den mundtlige information med så vidt muligt skriftlig og/eller anden visuel illustration. Informationen kan eventuelt prioriteres i forhold til forløbet og i anerkendelse af, hvad patienten kan rumme på det givne tidspunkt. Det kan støtte patienten at inddrage pårørende i informationen (11).

Den ældre eller gangbesværede patient, der bruger stok, vil være ekstra faldtruet med en arm, der ikke kan/må støttes på. Her foreslås en underarmsrollator/talerstol, hvor underarmen

ikke belastes. Der bør være opmærksomhed på årsagen til patientens fald i forhold til identifikation af faldtruede ældre (+65-årige) (12). Ved fraktur skal man være opmærksom på, om det er et lavenergibrud (et brud opstået efter fald fra samme niveau), som kan skyldes mulig osteoporose (13) - se også det generiske kapitel. Personer med osteoporose har ved fald øget risiko for fraktur. Udredning og behandling af underliggende osteoporose samt forebyggelse af nye fald, bør derfor overvejes hos denne gruppe (12, 13).

Betydningen af en skade eller lidelse varierer. En splint i fingeren kan opfattes vældigt indgribende for den enkelte. Andre patienter negligerer skader og gener i hænder og fingre meget længe, før de søger læge. Symptomer såsom sovende fingre, stivhed og skævhed opfattes måske som noget, alle mennesker har, og patienterne nævner det ikke, før der specifikt spørges ind til det. Afstanden fra overflade til de dybereliggende strukturer i hænderne er kort, og kender man til de klassiske symptomer på de almindeligste lidelser i hånden, vil man, med ganske få spørgsmål og en systematisk tilgang til undersøgelser, kunne afdække rigtigt mange af håndens diagnoser/lidelser. En guide til systematiske observationer er en hjælp til ikke at overse noget.

Guide til afdækning af patientens håndlidelser

Smerter:

- Lokalisation?
- Er smerten opstået akut i forbindelse med traume eller er den tiltaget langsomt?
- Er smerten udløst ved en bestemt belastning/handling bevægelse?
- Hvordan opleves smerterne, brændende/stikkende/jagende/murrende, styrke?
- Er de konstante eller er der smerter ved bestemte bevægelser?
- Hvad gør patienten for at undgå forværring og evt. lindre smerten?

Hævelse:

- Har patienten feber?
- Er der rødme eller varme (f.eks. af en cikatrice eller anden hudlæsion)?
- Har armen været eleveret?
- Er de frie led brugt?
- Har forbindingen været for stram?
- Palpér for væske under huden, ødem?

Bevægeindskrænkning og funktionsnedsættelse:

- Kan fingrene ikke strækkes pga. immobilisering eller obs om ekstensor- eller fleksorsenen er skadet?

- Er der forskel fra den raske ekstremitet?
- Nedsat kraft?
- Stivhed?
- Træthed?

Inspektion:

- Hvordan er farven på huden og vævet?
- Er der sår eller trykspor fra fx gips eller anden bandage?
- Hvordan er hudfarverne, er de fx blege eller blåmarmorerede, hvide eller blå?
- Hvordan er cirkulationen? Den arterielle forsyning af fingrene vurderes ved kapillær fyldningstest (tryk på pulpa). Normalt genfyldes pulpa < 2 sekunder efter, at man har ophævet trykket mod fingerspidsen – der kan evt. sammenlignes med den modsatte hånd.
- Hvordan er sensibiliteten? Vigtigt at føle på siderne af fingrene, da disse forsynes forskelligt af nerver.
- Er der en snurrende, sovende eller smertefuld prikkende fornemmelse?
- Kolde/varme fingre? Kolde fingre obs cirkulation (for stram forbindelse?)
- Blødning?
- Nedsat funktion/kraft?
- Rotation, anatomisk stilling?

Livskvalitet i et hverdagslivsperspektiv:

- Kan personlig pleje udføres?
- Er sædvanlige aktiviteter udfordret (såsom arbejde, hobby eller fritidsinteresser)?
- Hvordan påvirker fx smerter og ubehag patientens psykiske velbefindende (angst /depression)?
- Sociale konsekvenser (fx mangler noget af fingeren/hånden – patienten gemmer denne væk). Dette vil måske være mest udtalt ved patienter med store, traumatisk håndskader.

BANDAGEBEHANDLING

Gips

Ved frakturer og andre håndskader såsom nervelæsion, overskårne sener, indsættelse af proteser m.m., bruges der typisk gips. Gips bruges til at immobilisere ekstremiteten med det formål at understøtte frakturen i en anatomisk normal stilling eller så sener, ligamenter m.m. får ro til at hele. En gips kan lægges cirkulært eller som en skinnebehandling (7).

Begrebet gips anvendes populært også for andre produkttyper, som har samme funktion. Det varierer fra hospital til hospital, hvilket produkt, der anvendes. Eksempler på "gips" kan være X-lite (plastik gips) eller Scotch cast (syntetisk).



Billede 5+6. Illustrerer henholdsvis en kort dorsal skinne (lægges fx ved collesfraktur) og en radial kant-Ischaphoideum gips (lægges fx ved fraktur af schaphoideum)

Ortoser

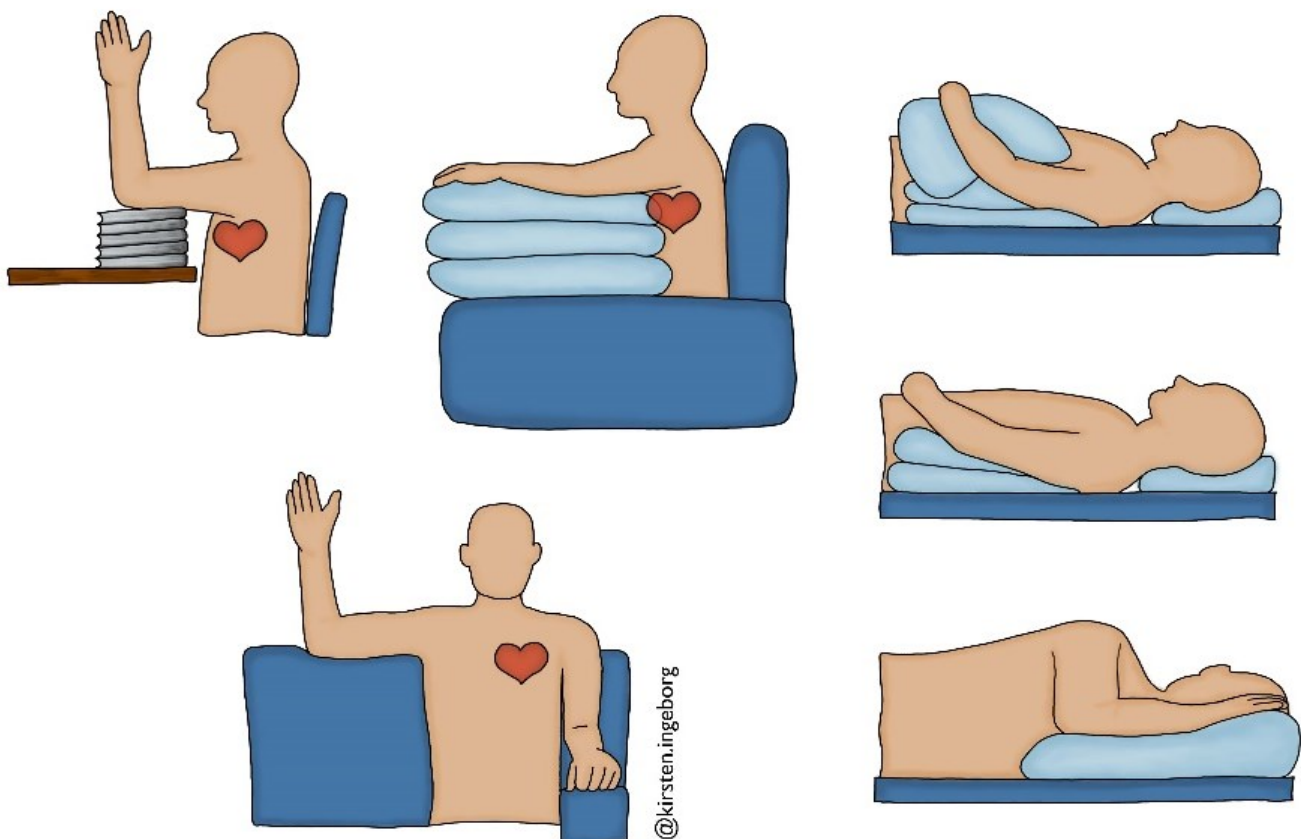
Ortoser er præfabrikerede bandager eller skinner, der er lavet af ergoterapeuter eller bandagister. Disse anvendes typisk til lettere immobilisering/aflastning af led, fx ved afbandagering, hvor fuld healing endnu ikke er opnået (fx en udisloceret collesfraktur, som behandles med gips de første 14 dage og herefter ortose) eller ved fingre, der skal immobiliseres eller udrettes (fx ved Dupuytren's kontraktur) (7).

Sygepleje til patienter med bandage

Sygeplejersken skal altid være opmærksom på følgende, uanset hvilken bandage, der er på:

- En cirkulær gips må ikke anlægges på patienter, hos hvem der er risiko for øget ødem og/eller hæmatomdannelse de efterfølgende timer/ dage. Dette vil medføre bandagestryk og risiko for compartmentsyndrom (se mere om dette i det generiske kapitel).
- Patienten kender til bandagens formål og funktion.
- At gipsen/bandagen er anlagt, så den giver fri bevægelighed i alle led, som *ikke* skal være bandagerede.
- At aftage fingerringe på den hånd, der skal bandageres for at undgå afklemning af finger ved evt. ødem.
- Der skal lægges ekstra polstring under gipsen: ved knoglefremspring, ved K-tråde, som er over hudniveau, over cicatricer samt i kanter.
- Bandagen skal føles fast og ikke forskydelig, men må ikke trykke eller snære.

- Hvis patienten klager over tryk og føleforstyrrelser, skal bandage/gips løsnes eller omlægges. I den forbindelse skal man være opmærksom på, at fjernes bandagen inden for de første 7-10 dage, er der risiko for, at frakturen forskubber sig.
- At patienten hjælpes til at mindske risikoen for hævelse ved at holde hånden over hjertehøjde de første 2-3 døgn. Dette er specifikt for den postoperative del, men patienten kan godt have behov for elevation længere (11). Se tegninger nedenfor af forskellige lejringsstillinger.
- At patienten instrueres i udspænding af nakke-/skuldermuskler (man spænder nemt op, når man har en bandageret hånd at passe på).
- At patienten instrueres i, at så snart bandagen er stabil/hærdet, skal der flere gange dagligt udføres knyt og strækøvelser med hånden over skulderhøjde. Alt, hvad der ikke er bandageret, skal bevæges. Lokale informationspjecer udleveres til patienten.
- At patienten forstår, at hånden/armen gerne må bruges til små opgaver som spisning og af- og påklædning, men under ingen omstændigheder til tunge løft og vrid.



Tegningerne illustrerer eksempler på forskellige lejringsstillinger, hvor hånden er eleveret over hjertehøjde til forebyggelse af ødematøse fingre.

Sygepleje i forbindelse med bandagefjernelse

Når patientens hånd eller fingre har været bandageret i en periode, vil der altid være et behov for mobilisering. Som regel klarer patienten selv dette med den mundtlige og skriftlige vejledning, der gives af sygeplejerske og læge, men der kan også være et træningsbehov gennem ergoterapeuten, som er en vigtig samarbejdspartner vedrørende rehabiliterende behandlinger af håndlidelser.

Når gips, ortose eller anden bandage fjernes, skal sygeplejersken være opmærksom på, at patienten:

- Kan blive utilpas (vasovagalt anfald).
- Kan opleve, at led er ømme pga. den lange immobilisering – patienten kan med fordel vejledes i at tage smertestillende ved genoptræning.
- Vejledes i, at huden på den bandagerede del kan være kuldeoverfølsom i op til et år.
- Anbefales at udføre øvelser 3 gange dagligt – lokale, skriftlige øvelsesprogrammer udleveres. Hver øvelse udføres ca. 10 gange i roligt tempo fra yderstilling til yderstilling. Strækket i hver yderstilling holdes kortvarigt. Patienterne instrueres i, at de med fordel kan bruge den raske hånd til at presse i øvelserne, men at disse kun bør udføres til smertegrænsen.
- Informeres om, at det at lave øvelser giver uro, træthed og ømhed, men dette er ikke farligt.
- Udover de udleverede øvelsesprogrammer opfordres patienterne til at bruge hånden til dagligdags gøremål såsom hårvask, påklædning, madlavning og lettere rengøring. Belastning af hånden øges gradvist efter lægens anbefalinger.
- Hvis patienten har en cicatrice eller anden læsion af huden med ardannelse, informeres om arbejdsbeskyttelse samt armassage (se generisk afsnit).

AFSLUTNING

Da brugen af hånden har stor betydning generelt i den enkeltes hverdag, er der meget ud over de direkte observationer og handlinger, man som sygeplejerske skal have fokus på i forbindelse med en holistisk pleje af patienter med håndkirurgiske lidelser. Det vil sige, at betydningen af lidelsen for patientens hverdagsliv skal afdækkes med henblik på at henvise til adækvat støtte, fx gennem midlertidig hjemmehjælp eller egen læge.

REFERENCER

1. Opsteegh L, Reinders-Messelink HA, Schollier D, Groothoff JW, Postema K, Dijkstra PU, van der Sluis CK. Determinants of return to work in patients with hand disorders and hand injuries. *J Occup Rehabil.* 2009 Sep;19(3):245-55. Doi: 10.1007/s10926-009-9181-4. Epub 2009 May 13. PMID: 19437109; PMCID: PMC2712060.
2. Opsteegh L, Reinders-Messelink HA, Groothoff JW, Postema K, Dijkstra PU, van der Sluis CK. Symptoms of acute posttraumatic stress disorder in patients with acute hand injuries. *J Hand Surg Am.* 2010 Jun;35(6):961-7. Doi: 10.1016/j.jhssa.2010.03.024. PMID: 20513577
3. Gustafsson M, Ahlström G. Emotional distress and coping in the early stage of recovery following acute traumatic hand injury: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006 Jul;43(5):557-65. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.07.006. Epub 2005 Sep 8. PMID: 16150449
4. Lange, Bent. Håndkirurgi. 2018
5. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/behandling-af-haandedsbrud-hos-aeldre>
6. http://www.ortopaedi.dk/fileadmin/Guidelines/NKR/NKR_for_haandedsnaere_brud_distal_radiusfraktur.pdf
7. Dippmann, C og Ryge C, Ortopædkirurgi i klinisk praksis. Gyldendal 2016
8. https://www.youtube.com/watch?v=dOm_1kAz8zg&t=8s
9. Lundborg, Göran. Håndkirurgi. Häftad, Svenska, 2015
10. Raundrup Kornø, M., Søe N., Dalin L. Behandling af Dupuytren's kontraktur, Ugeskrift for læger 2015.
11. Lærebog i håndterapi redaktør Alice Ørts Hansen & Susanne Boel RGO/ Munksgaard I udgave I oplag 2020
12. Sundhedsstyrelsen, 2006. Falddpatienter i den kliniske hverdag. <https://www.sst.dk/~media/1E493E28DB284605A110EEAF1EAE0503.ashx>
13. Sundhedsstyrelsen, 2018. Osteoporose: en afdækning af den samlede indsats mod osteoporose. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Osteoporose/Osteoporose---en-afd%C3%A6kning-af-den-samlede-indsats.ashx?la=da&hash=AC6E054380B701F2CC24F4208D77A2D69D0F6315>
14. Sundhedsstyrelsen, 2014. National Klinisk Retningslinje for Behandling af håndledsnære brud (distal radius fraktur) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/~media/EB0328BE70DE4D4AB5C6E164EC87C3BA.ashx?m=.pdf>
15. Dansk Selskab for Håndkirurgi. Klaringsrapport vedrørende Scaphoideumfrakturer <https://docplayer.dk/65569407-Klaringsrapport-vedroerende-scaphoideumfrakturer.html>
16. VIP-vejledning, 2021: [Carstam skinne](#)
17. [https://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/130960.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-BEYDA5/\\$FILE/Fingerfrakturer%20Klinisk%20Retningslinje%20-%20Ortop%C3%A6dkirurgisk%20Ergoterapi%202019.06%20BFH.pdf](https://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/130960.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-BEYDA5/$FILE/Fingerfrakturer%20Klinisk%20Retningslinje%20-%20Ortop%C3%A6dkirurgisk%20Ergoterapi%202019.06%20BFH.pdf)
18. VIP-vejledning, 2021: [Dropfinger - lukket extensorsenelæsion over yderled](#)
19. VIP-vejledning, 2021: [Behandling af håndledsnære fraktur, Behandlersygeplejersker, Akutmodtagelsen og Akutklinikken, HGH](#)

20. Guldagger, V mf. Metakarpalfrakturer 2020. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/metakarpalfrakturer>
21. VIP-vejledning, 2020: [Dupuytren's kontraktur](#)
22. Dalgaard A mfl, 2013. Ortopædkirurgi: sygdomslære og sygepleje.
23. <https://xn--ortopdkirurgen-4ib.com/operation/kuskehaand-dupuytren's-kontraktur/>
24. [Region Syddanmark \(ipapercms.dk\)](#)
25. Oxford Handbook of orthopaedic and trauma nursing. 2011. Ed. Jester R, Santy-Tomlison J, Rogers J.
26. Eva Lindhardt Hansen, Lasse Pedersen & Martin Lindberg-Larsen Ugeskr Læger 2021;183:VI1200817