

## Mønsted's skadestue kompendium

	<p><b>Lukket læsion</b> Volar skinne med hele finger i neutralstilling. Kontrol ved ergoterapeut i skadesambulatoriet efter 3 uger til skift til dynamisk skinne (exeterskinne).</p>
<p><b>Ekstensorseneluksation</b> (DS66.9)</p>	<p>Sagital bånd læsion, der kan forårsage luksation af ekstensorsenen. "Boxer's knuckle". Hævelse over MCP-leddet. <u>Uden</u> luksation af sene: buddyloop til nabofinger i 4 uger. Kan gøre ondt i op til et år efter skaden. <u>Med</u> luksation af sene: "Sagital-band" skinne, hvis pt. kan kooperer til behandlingen, alternativ skinne i gips fabrikeret via ergo (se billede i ergo) holder MCP-leddet hyperekstenderet i 25°-30° grader, dvs blokerer fleksion af MCP-leddet, men fri bevægelighed af PIP og DIP. Kun MCP-leddet hvor læsionen er skal skinnebehandles. De øvrige MCP-led skal være frie. Skal bæres 8 uger døgnet rundt. Skal ses hos ergoterapeuterne, så det sikres at skinne sidder korrekt, og pt. følger behandlingen. <u>Kronisk</u> subluksation af sagitalbånd: henvises til Håndsektor.</p>
<p><b>Fleksorsenelæsion</b> (DS66.0-DS66.1)</p>	<p><b>Åbne læsioner</b> Skal eksploreres og syes ved håndkirurg. Meldes til ortopædkirurgisk mellemvagt om der er mulighed for operation i vagten ved håndkirurg, ellers henvisning til Håndsektoren. Skadestuebehandling: Beskrive ordentlig anamnese og undersøgelsesfund inkl. neurovaskulære forhold. Antibiotikaproylaks i.v i skadestue og peroral behandling indtil operation, såret vaskes sterilt, huden adapteres med suturer og gips anlægges. Sufficent smertebehandling. <b>Lukkede læsioner</b> Henvises til Håndsektoren</p>
<p><b>Ekstensorsenelæsion</b> DS66.2-DS66.3)</p>	<p>Læsioner fra MCP-led til DIP-led kan syes i LA i skadestuen med Primicron 4-0. På DIP-ledsniveau ofte en fortløbende sutur, evt. som 8-taller, mere proximalt kan modificerede kessler suturer/madrass suturering bruges. Gips 5 uger med hånden i bandageringsstilling (se under gips). Afsluttes i skadesambulatoriet og genoptræning via ergoterapien.  <u>Ekstensor pollicis longus læsion:</u> Læsioner fra MCP-ledsniveau og distalt kan syes i skadestuen. Ved mere proximale læsioner vil den proximale del af sene retraheres proximalt. I de tilfælde, antibiotika, såret vaskes sterilt, huden adapteres med suturer, radial kantgips. Skal opereres. Meldes til ortopædkirurgisk mellemvagt om der er mulighed for operation i vagten ved håndkirurg, ellers henvisning til Håndsektoren.</p>
<p><b>6. NERVELÆSIONER</b></p>	
<p>DS64.0-DS64.9</p>	<p><b>HUSK:</b> Behandles et åbent sår, og patienten angiver ændret sensibilitet for stik og berøring, skal man ikke bare se tiden an og regne med det går over!  Åbne sår, hvor der mistænkes læsion af nerve der kan sutureres, skal eksploreres. Meldes til ortopædkirurgisk mellemvagt om der er mulighed for operation i vagten ved håndkirurg, ellers henvisning til Håndsektoren.  <b>Nerver der kan sutureres</b> Volare digitale nerver sutureres til DIP-leds niveau. Dorsale digitale nerver sutureres IKKE. Behandles som almindeligt sår. Nerveskade på radial og/eller ulnar kutan gren over hånddryg kan forsøges sutureret. Henvises til Håndsektoren  <b>Akut behandling</b></p>