

Primär bedömning

ABCDE

Extremitetsskador är sällan livshotande, men kan vara extremitets-hotande (slitskador/compartmentsyndrom/amputation). En lårbensfraktur kan dock via blödning orsaka cirkulationspåverkan – chock, i synnerhet vid bilaterala skador. Svårighetsgraden bedöms utifrån symtom på blödningschock, påverkat distalstatus, extremitetshot.

Sekundär bedömning

Först då livshotande tillstånd identifierats och stabiliserats (se trauma allmänt P41).

Helkroppsundersökning

Multitrauma – andra skador? Undersökning huvud – tå.

Riktad undersökning

Lokal smärta, svullnad/hematom, hudskada, felställning, öppen/sluten fraktur?
Luxation av led?
Distalstatus: pulsar, sensorik och motorik
Vid oproportionerlig svår smärta i svullen/spänd extremitet misstänks compartmentsyndrom. Nedsatt sensorik/motorik och pulsförlust är sena tecken på compartmentsyndrom

**Vital-
parametrar
/status**

Basal (AF, auskultation, saturation, PF, rytm, pulskvalitet, BT, vakenhet, temp)
• P-glukos

S Beskriv skadehändelse

A

M

P

L

E Medicinskt tillstånd som kan ha orsakat händelsen?

Indikationer för behandling

Ofri luftväg, hypoxi och yttre blödning måste åtgärdas.

Tecken till påverkad cirkulation: takykardi, blekhet, förlängd kapillär återfyllnad. (BT-fall sent tecken och kan vara svårt att mäta)

Behandling

Basal (fri luftväg, assistera andningen v.b, oxygen, venväg enligt ”Prehospital undersökning och behandling, barn”).

Vid tecken på hypovolem chock – prioritera avtransport.

Se nedan angående smärtbehandling.

Specifik

- Komprimera och lägg förband på yttre blödning
- Kontrollera distalstaus
- Täckförband vid öppen fraktur, skölj med NaCl/Ringer-Acetat, täck med sterilt förband, förstärk v.b. pga blödning
- Vid tecken till cirkulationspåverkan ges **Ringer-acetat**:
 - Bolus upp till 20 ml/kg (kan upprepas en gång v.b.) i.v. Bolus bör gå in på max 20 minuter.
 - Fortsatt väsketerapi efter läkarkontakt.
- Smärtbehandling får endast ges till kontaktbar patient:
- **Smärtlindring ges enligt riktlinje ”Smärtpbehandling allmänt”**
- Grovreponera vid känsel- och/eller cirkulationsstörning, alternativt vid kraftig felställning som förhindrar transport.
Ny kontroll av distalstatus efter reponering.
- Fixera misstänkt fraktur med skadad extremitet i högläge. Använd fixation som inkluderar led ovanför och nedanför frakturen.
- Vid tilltagande smärta efter fixation skall fixationen justeras. Överväg ischemiska smärtor på grund av kärlskada som orsak. Hög prio för snabb intransport.
- Vid skidolyckor kan pjäxan lämnas på foten men uppspänd om det känns bra. Pjäxan avlastar trycket från sträckskenans sele. Ofta mycket svårt att ta av stelfrusen slalompjäxa utan kraftfull smärtlindring. Ökar ej risken för compartmentproblem närmaste tiden efter olyckan. Sensorik får bedömas genom att fråga patienten om de känner som vanligt i skon. Vid kraftigt tilltagande smärtor får beslutet omprövas och pjäxan tas av efter uppvärmning och smärtstillning. Kontakta ortopedjour vid tveksamhet.
- Amputerad kroppsdel spolas rent och lindas i steril kompress eller duk som är fuktad med NaCl alt. Ringer-Acetat. Paketet läggs i plastpåse. Transportera kroppsdelens svalt tillsammans med patienten. Kroppsdelens får inte komma i direktkontakt med is/snö.

Övervakning

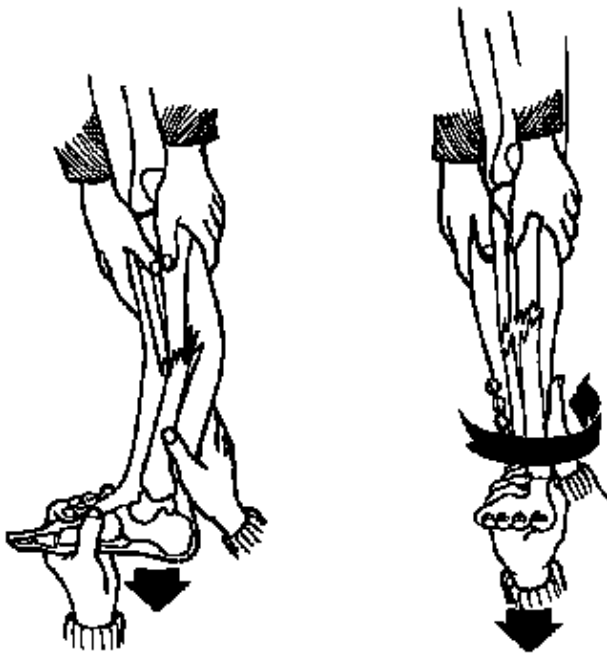
- Basal (ABCD, vitalparametrar/-status).

Mål för behandling

Se lokala direktiv

VAS \leq 3. Opåverkat distalstatus

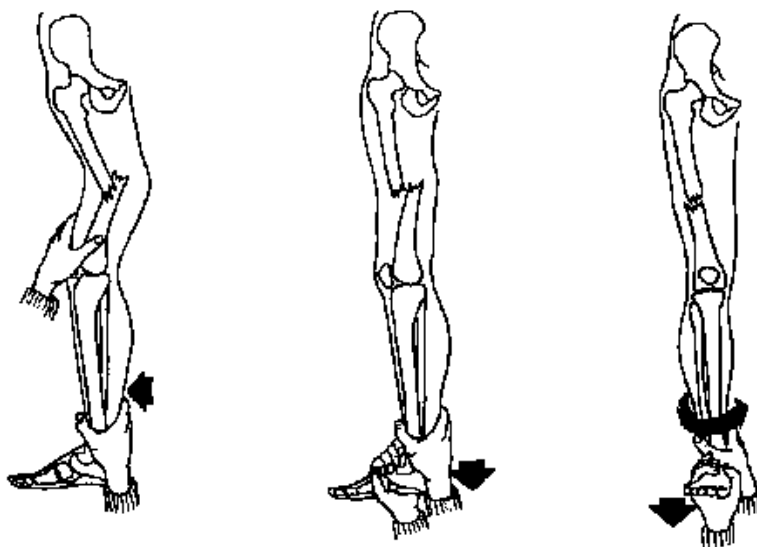
Förfarande vid reponering av underbensfraktur (Jan Sandegård©)



1. *Fatta ovan och nedom brottet. Drag i längdriktningen.*

2. *Häv vinkelfelställningen, fortsätt draget.*
3. *Rotera.*

Förfarande vid reponering av lårbensfraktur (Jan Sandegård©)



1. *Sträck i knäleden.*

2. *Drag i benets längdriktning.*

3. *Under fortsatt drag, rotera.*