

Handarskoðun

Eyþór Örn Jónsson, deildarlæknir við bæklunarskurðeild Landspítalans

Jóhann Róbertsson, sérfræðingur í handarskurðlækningum við bæklunarskurðeild Landspítalans

Hendurnar hafa mikilvægu hlutverki að gegna í samskiptum okkar við umhverfið og upplifun okkar af því. Hendurnar eru vel úr garði gerðar til að sinna þessu hlutverki en þeim er hægt að stjórna mjög nákvæmlega fyrir tilstuðlan fjölmargra liða, vöðva og nákvæmrar ítaugunar. Auk þess er skynítaugun handanna mjög nákvæm. Vegna fingerðrar og nákvæmrar uppbyggingar þá eru hendurnar viðkvæmar fyrir slit- og álagssjúkdómum auk þess sem þær eru útsettar fyrir áverkum vegna stöðu sinnar gagnvart umhverfinu. Því er bæði gagnlegt og skemmtilegt að þekkja vel til grunnatriðanna í skoðun handa sem getur gefið miklar upplýsingar og byggir fyrst og fremst á því að þekkja til uppbyggingar handarinnar.

Við skoðun handa er mikilvægt að bera sig skipulega að. Skoðuninni má skipta upp í nokkra hluta sem þó eru mjög tengdir innbyrðis: Að horfa, þreifa, meta hreyfigetu, starfsemi vöðva og sina, tauga og æða. Hér á eftir verður gerð grein fyrir meginatriðum hvers hluta en í lokin verða tekin sérstaklega fyrir nokkur algeng vandamál með tilliti til sögutöku og skoðunar. Þó mikilvægt sé að bera sig skipulega að við skoðunina þá er misjafnt hvaða atriði þarf að leggja áherslu á hverju sinni eftir því hvert viðfangsefnið er. Eftirfarandi umfjöllun er ekki ætlað að vera tæmandi úttekt á handarskoðun en gerð verður grein fyrir aðalatriðunum og atriðum sem oft hafa reynst vandasöm.

Saga

Góð sjúkrasaga er undirstaða góðrar handarskoðunar. Mikilvægt er að fá fram hvaða atvinnu einstaklingurinn stundar og hver áhugamál hans kunna að vera. Ákveðnar iðjur útsetja fólk fyrir tilteknum slit- og álagssjúkdómum. Þegar tekin er ákvörðun um meðferð við áverkum skipta þessir þættir einnig máli því þeir gefa vísbendingar um það hversu miklar kröfur viðkomandi gerir til starfsgetu handanna. Aldur skiptir einnig máli í þessu samhengi sem og hvort viðkomandi er örvhentur eða rétthentur. Mikilvægt er að vita hvort saga sé um fyrri áverka eða sjúkdóma í hendinni. Við áverka þarf að fá fram nákvæmar upplýsingar um málsatvik.

Að horfa

Með því að horfa á hendurnar og bera saman útlit þeirra er hægt að verða margs vísari. Rétt er að gá sérstaklega að vöðvarýrnunum, aflögun, óeðlilegum lit, bólgu, sárum og örur.

Vöðvarýrnar geta stafað af vandamálum í úttaugum þótt sjúkdómar í vöðvum, miðtaugakerfi eða taugarótum komi einnig til greina. Ef litlafingursbungan (hypothenar) er rýr þá getur það verið vegna sjúkleika í ölnartauginni (n. ulnaris) sem ítaugar vöðva hennar. Ef þumalfingursbungan (thenar) er rýr þá getur það verið til marks um sjúkdóm í miðtauginni (n. medianus) sem ítaugar flesta vöðva þumalfingursbungunnar.

Mikilvægt er að leita eftir fyrirferðum og óeðlilegri stöðu. Hnútar aftantil á fjærliðum fingra eru kallaðir Heberdens hnútar og sambærilegir hnútar á nærlíðunum eru kallaðir Bouchards hnútar. Þessir hnútar eru taldir tengjast slitgigt.

Svokölluð Boutonnière staða lýsir sér með beygju um nærlíð fingurs og yfirréttu á fjærlið. Algengustu orsakarinnar eru iktsýki og áverkar. Meingerðin er með þeim hætti að miðhluti réttisinarinnar (central slip) missir hald sitt á aftanverðum nærenda miðkjúkunnar. Við það kemur fram beygja um nærlíðinn vegna þess að grunnlægi beygivöðvi fingranna (m. flexor digitorum superficialis) sem hefur festu lófamegin á nærhluta miðkjúkunnar beygir um nærlíðinn án mótverkunar frá réttisinni. Réttisinni dreifir úr sér yfir aftanverðri nærkjúkunni og myndar sinabreiðu (dorsal aponeurosis) sem sendir frá sér bönd hliðlægt við nærlíðinn en þau hafa festu á aftanverðum nærhluta fjærkjúkunnar og rétta um fjærliðinn. Ef miðhluti réttisinarinnar missir hald sitt þá dregst sinabreiðan nærlægt með þeim afleiðingum að hliðarböndin flytjast í átt til lófans en þetta veldur yfirréttu á fjærliðnum. Ef grunur er um að miðhluti réttisinarinnar sé slitinn má staðfesta greininguna með því að prófa réttu gegn mótstöðu sem viðkomandi getur þá ekki framkvæmt. Við Boutonnière aflögun tregðast fjærliðurinn við óvirkri (passive) beygju.

Mallet aflögun kemur fram þegar réttisinni missir hald sitt á aftanverðum nærhluta ystu kjúkunnar en það leiðir til beygjustöðu um fjærliðinn. Oftast er þetta afleiðing áverka þar sem ysta kjúk-

an er þvinguð í beygju gegn virkri réttu. Viðkomandi getur ekki rétt ystu kjúkuna gegn mótstöðu.

Svokölluð svanahálsaflögun (Swan neck deformity) lýsir sér með yfirréttu í nærlíð fingurs en beygju um fjærliðinn og hnúaliðinn. Iktsýki er algengasta orsök fyrir þessari aflögun en hún getur einnig komið fram við Mallet áverka. Þá missir réttisinni hald sitt á ystu kjúkunni með þeim afleiðingum að réttisina breiðan dregst nærlægt og togar í festuna á aftanverðum nærenda miðkjúkunnar sem veldur yfirréttu um nærlíðinn.

Hlaupbelgir (ganglion cysts) eru algengustu fyrirferðirnar sem finnast á höndum. Þeir ganga út frá liðhálu (synovia) liða eða sinaslíðra og eru góðkynja. Hlaupbelgir eru reglulegir að lögun og gefa stundum aðeins eftir þegar þrýst er á þá en þéttleiki þeirra og stærð getur þó breyst til eða frá með þrýstingnum í liðnum eða sinaslíðrinu. Þeir eru stundum aumur viðkomu. Með kröftugu ljósi er hægt að lýsa í gegnum þá. Algengasta staðsetning hlaupbelgja er yfir aftanverðum úlnliðnum en aðrir algengir staðir eru yfir úlnliðnum lófamegin, aftantil á nær- og fjærliðum fingra og lófamegin yfir hnúaliðum.

Það er rétt að hafa það í huga að fyrirferðir geta líka verið illkynja og grunur ætti að vakna um slíkt ef fyrirferð er mjög stór, vex hratt, er föst við undirlagið, veldur miklum verkjum, brottfalls-einkennum eða sárum.

Við Dupuytren's sjúkdóm myndast hnútar og strengir í bandvefsfelli lófans (palmar aponeurosis) sem bæði er hægt að sjá og þreifa á. Eftir því sem sjúkdómurinn gengur lengra geta fingurnir kreppt í hnúaliðum og nærlíðum fingra en algengast er að kreppt myndist í baugfingri og litlafingri.

Litarbreytingar geta gefið vísbendingar um undirliggjandi ástand. Roði getur bent til sýkingar og mar til brots eða annars áverka. Ef rennsli í slagæðum er tregt getur komið fram hvítur blær en blámi við tregt rennsli í bláæðum.

Preifing

Preifað er yfir beinum og mjúkvefjum með skipulegum hætti. Á meðal þess sem leitað er eftir eru fyrirferðir, eymslir og hitamismunur. Við brot eru gjarnan eymslir þegar preifað er yfir brotstaðnum

en oft koma einnig fram óþægindi þegar sett er álag eftir endilöngu beininu, svokölluð óbein eymsli. Óbein eymsli geta líka komið fram við sjúkdóma í liðum. Ef grunur er um bólgu eða sýkingu í lið getur verið gagnlegt að þreifa á liðnum til að meta hvort vökvi er í honum. Vökvaaukning í úlnlið sem og fingur- og hnúaliðum er yfirleitt mest áberandi aftantil.

Hreyfigeta

Til að byrja með getur verið fullnægjandi að meta hreyfigetu með því að biðja sjúklinginn um að krepna hnefann, rétta úr öllum fingrunum og beygja og rétta úlnliðinn. Ef þessar hreyfingar eru óeðlilegar eða önnur málsatvik mæla með því er hreyfigeta einstakra liða skoðuð, bæði virk (active) og hlutlaus (passive). Í töflu 1 eru viðmiðunargildi fyrir hreyfigetu úlnliðs og liða handarinnar. Auk þess sem þar kemur fram þá er ranghverfing (pronation) og réttthverfing (supination) framhandleggsins að jafnaði 85°–90°, hvort um sig. Gildin í töflu 1 eru aðeins til viðmiðunar því hreyfigeta getur verið talsvert breytileg á milli einstaklinga. Því getur það gefið mjög mikilvægar upplýsingar að bera hreyfigetuna saman við hina hendina.

Liður	Beygja	Rétta
Úlnliður	80°–90°	70°–90°
Hnúaliðir fingra 2–5	85°–90°	30°–45°
Nærlíðir fingra 2–5	100°–115°	0°
Fjærlíðir fingra 2–5	80°–90°	20°
Hnúaliður þumals	50°–55°	0°
Fingurliður þumals	85°–90°	0°–5°

Tafla 1. Viðmiðunargildi fyrir hreyfigetu úlnliðs og liða handarinnar. Tekið úr: Magee DJ. *Orthopedic Physical Assessment*. Blaðsíða 425. 5. útgáfa. St. Louis: Saunders; 2008.

Vöðvar og sinar

Styrkur tiltekinna vöðva og heilleiki sinna þeirra er prófaður með hreyfingu gegn mótstöðu. Ef grunur er um áverka á sin þá er sérstaklega mikilvægt að prófa gegn mótstöðu því annars geta sinaáverkar leynst vegna tengsla við aðliggjandi sinar, til dæmis vegna samgróninga. Þeir vöðvar sem stýra hreyfingum handarinnar skiptast í innri vöðva (intrinsic) og ytri vöðva (extrinsic). Ytri vöðvarnir eiga upptök á framhandleggnum eða í kringum olnbogann en hafa festu á hendinni. Innri vöðvarnir eiga bæði upptök og festu innan handarinnar. Hér verður aðallega fjallað um skoðun á þeim ytri vöðvum sem oftast verða fyrir sinaskaða en farið verður yfir skoðun á hluta af innri vöðvunum í kaflanum um tauga-skoðun.

Sinahólf	Vöðvi	Hreyfing við prófun
1.	Langur fráfærsluvöðvi þumals Stuttur réttivöðvi þumals	Fráfærsla á þumli í plani handarinnar, eins og við að "húkka" far (sjá mynd 2).
2.	Langur sveifarlægur réttivöðvi úlnliðs Stuttur sveifarlægur réttivöðvi úlnliðs	Úlnliður réttur gegn mótstöðu. Sinarnar eru þreifanlegar sveifarmegin yfir úlnliðnum.
3.	Langur réttivöðvi þumals	Lófínn lagður á borð og þumlinum lyft frá borðinu.
4.	Réttivöðvi fingra Réttivöðvi vísifingurs	Rétta á hnúaliðum II-IV.
5.	Réttivöðvi litlafingurs	Rétta á fimmta hnúalið með fingur II-IV beygða.
6.	Ölnarlægi réttivöðvi úlnliðs	Rétta á úlnlið og fráfærsla í átt til ölnar.

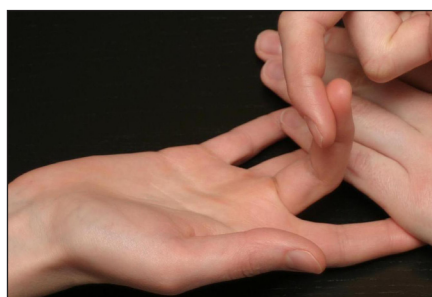
Tafla 2. Hreyfingar sem notaðar eru til að prófa réttivöðva handarinnar. Prófað er gegn mótstöðu. Vöðvarnir eru flokkaðir eftir sinahólfunum sem þeir liggja í.

Grunnlægur beygivöðvi fingra, m. flexor digitorum superficialis, hefur festu lófamegin á nærundunum á miðkjúkum fingra 2–5 og beygir um nærlíðina. Djúplægur beygivöðvi fingra, m. flexor digitorum profundus, beygir um fjærlíðina en samdráttur hans veldur einnig vissri beygju um nærlíðina og því þarf að læsa sinum hans þegar grunnlægur beygivöðvi fingra er prófaður. Það er gert með því að halda hinum fingrunum í réttu. Beygja í nærlíðnum er síðan prófuð gegn mótstöðu (sjá mynd 1).

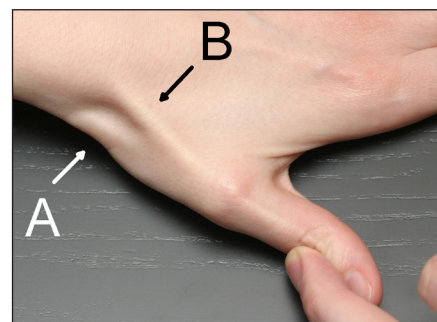
Djúplægur beygivöðvi fingra hefur festu lófamegin á nærundunum á fjærkjúkum 2–5. Til að prófa hann er fjærlíðurinn beygður gegn mótstöðu á meðan nærlíðnum er haldið kyrrum.

Langur beygivöðvi þumals, m. flexor pollicis longus, festist á fjærkjúku þumalsins og er prófaður með því að beygja fingurlið þumalsins gegn mótstöðu.

Úlnliðurinn á sér tvo aðal beygivöðva en þeir eru ölnarlægi beygivöðvi úlnliðs, m. flexor carpi ulnaris, sem hefur festu á baunarbeininu (os pisiforme) og sveifarlægur beygivöðvi úlnliðs, m. flexor carpi radialis, sem festist lófamegin á nærenda annars og þriðja miðhandarbeins. Þessir vöðvar eru prófaðir með því að beygja



Mynd 1. Grunnlægur beygivöðvi löngutangar prófaður.

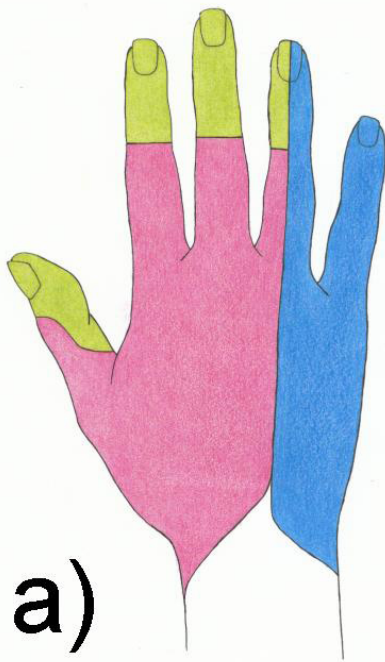


Mynd 2. Vöðvar fyrsta réttisnahólfis prófaðir með fráfærslu á þumlinum í plani handarinnar. Við þetta verða sínar vöðvanna mjög greinilegar þar sem þær mynda sveifarlegu mörkin á „anatomic snuffbox“, merkt sem A. Á myndinni sést einnig sin langa réttivöðva þumals en hún myndar ölnarlægu mörkin á „anatomic snuffbox“, merkt sem B.

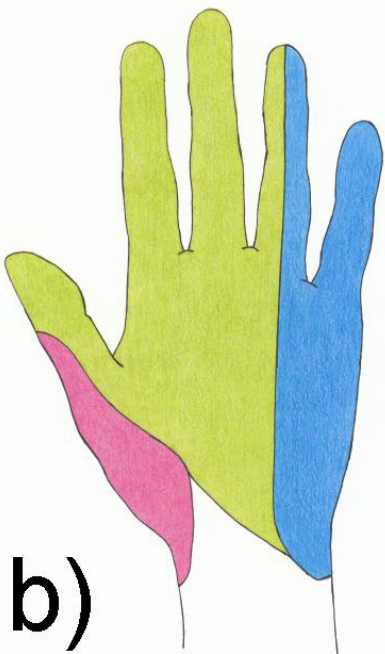
úlnliðinn gegn mótstöðu og þreifa samtímis á sinunum við festurnar.

Réttisnarnar liggja yfir aftanverðum úlnliðnum í sex aðskildum sinahólfum. Í töflu tvö kemur fram með hvaða hreyfingum er best að prófa réttivöðvana og sinar þeirra. Það er rétt að leggja áherslu á það að réttivöðvi fingranna (m. extensor digitorum) réttir aðallega um hnúaliðina og er því prófaður með þeirri hreyfingu. Rétta nær- og fjærlíða fingranna fer hins vegar að miklu leyti fram fyrir tilstuðlan millilægu handarvöðvanna (mm. interossei) og yrmlingsvöðvanna (mm. lumbricales).

Við skoðun á réttisnum fingra er mikilvægt að horfa vel á hvar þær liggja yfir hnúaliðum. Á þetta einkum við hjá sjúklingum með gigtarsjúkdóma. Til að sinarnar virki eðlilega þurfa þær að liggja yfir hnúana en þeim er haldið þar af sinabreiðu. Sú sinabreiða veiklast við gigtarsjúkdóma (getur einnig gerst við áverka) og þá fara sinarnar að skreppa



a)



b)

Mynd 3. Húðsvæði sem taugar handarinnar ítauga, á handarbaki annars vegar (a) og á lófa hins vegar (b), eru sýnd með mismunandi litum. **Miðtaugin**, **ölnartaugin** og **sveifartaugin**.

til. Sinin dettur þá niður ölnarmegin við viðkomandi hnúa. Við þetta tapast full réttigeta og þetta er líka þáttur í þeirri óeðlilegu stöðu sem fingur sjúklinga með iktsýki leita í (flexion contracture og ulnar drift).

Taugar

Mikilvægur þáttur í handarskoðun er að skoða vandlega virkni þeirra þriggja tauga sem ítauga hendina en þær eru: Sveifartaugin (n. radialis), ölnartaugin (n. ulnaris) og miðtaugin (n. medianus). Meta þarf skyn og vöðvavirkni á ítaugunarsvæði hverrar taugar. Áður en vikið verður að helstu atriðum er varða

skoðun hverrar taugar fyrir sig verður getið um nokkur almenn atriði er varða taugaskoðun handarinnar.

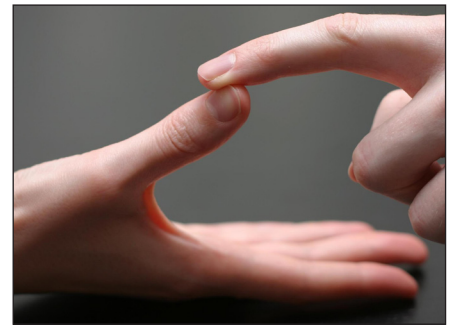
Á mynd 3 sést hvernig ítaugun húðarinnar skiptist á milli tauga handarinnar og greina þeirra. Ef fram koma einkenni sem falla ekki að þessa dreifingu getur það stafað af sjúkleika í mænugeira (spinal segment). Þegar skyn er metið við grunnskoðun er nægilegt að prófa snerti- og sársaukaskyn. Snertiskyn er til dæmis hægt að prófa með því að strjúka yfir húðina á ítaugunarsvæði viðkomandi taugar og sjúklingurinn er beðinn um að gefa til kynna ef eitthvað er óeðlilegt við snertinguna. Sársaukaskyn er hægt að prófa með ýmsum ráðum en til dæmis má klípa sjúklinginn varlega með anatómískri pincettu. Ef þörf er á nákvæmara mati á skyni er einnig hægt að prófa titringsskyn, stöðuskyn og tveggja punkta skyn.

Tveggja punkta skyn (two point discrimination; 2-PD) er prófað með því að snerta húðina á tveimur punktum samtímis. Þetta er endurtekið nokkrum sinnum með mismunandi bil á milli punktanna. Til verksins má nota beygða bréfastaklemmu, pincettu eða sérstakt mælitæki. Ef notuð er bréfastaklemma eða pincetta er gott að hafa reglustiku við höndina til að mæla lengdina á milli punktanna. Fundið er hvert bilið á milli punktanna þarf að vera að lágmarki til að viðkomandi greini að um tvo punkta sé að ræða en ekki bara einn. Í fingurgómi telst óeðlilegt ef meira en 6 mm bil þarf til að greina tveggja punkta snertingu.

Best er að kanna vöðvavirkni með hreyfingum sem framkvæmdar eru eingöngu eða að sem mestu leyti með vöðvum sem eru ítaugaðar af þeirri taug sem á að meta hverju sinni. Í úttaugum er að finna greinar frá semjuhluta sjálfvirka taugakerfisins (sympathetic nervous system) sem stjórnar vídd æða, svitamyndun og hreyfingum á hárum. Sjúkdómar geta bæði valdið aukningu og minnkun á starfsemi semjuhluta sjálfvirka taugakerfisins.

Miðtaugin

Þau húðsvæði sem taugar handarinnar ítauga geta verið aðeins breytileg á milli einstaklinga en ákveðin svæði hafa nokkuð stöðuga ítaugun og til að meta skyn er heppilegast að nota þau. Fyrir miðtauginna er þetta fingurgómur vísifingursins. Stutti fráfersluvöðvi þumalsins (m. abductor pollicis brevis) er ítaugaður af einni af endagreinum miðtaugarinnar þannig að kraftur vöðvans gefur vísbendingu um starfsemi endilangrar taugarinnar. Vöðvinn er prófaður með fráferslu á þumlinum en í henni felst að lyfta þumlinum upp frá lófanum gegn mótstöðu (sjá mynd 4).



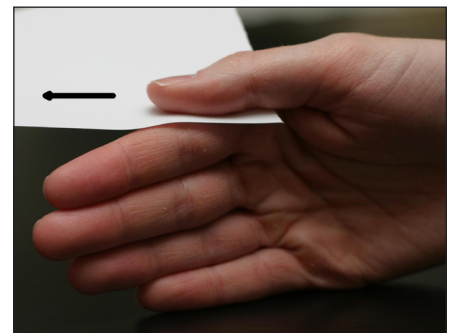
Mynd 4. Stutti fráfersluvöðvi þumalsins prófaður með því að lyfta þumlinum upp frá lófanum gegn mótstöðu.

Ölnartaugin

Fingurgómur litlafingursins er ítaugaður af ölnartauginni og því er gott að prófa skyn þar. Vöðvavirkni má prófa með fráferslu á vísifingri gegn mótstöðu. Froments próf reynir á kraftinn í aðfersluvöðva þumalsins sem er ítaugaður af ölnartauginni. Prófið er framkvæmt þannig að sjúklingurinn er beðinn um að klemma blað á milli þumalfingurs og vísifingurs með beinan þumal eins og sýnt er á mynd 5. Sá sem skoðar togar í blaðið en sjúklingurinn reynir að halda því á milli fingranna. Ef aðfersluvöðvi þumalsins er veiklaður þá eru það eðlileg viðbrögð að virkja langa beygivöðva þumalsins til þess að halda blaðinu. Við þetta kemur fram beygja um fingurlið þumalsins eins og sýnt er á mynd 6 og þá er prófið jákvætt.óf.

Sveifartaugin

Skyn er ágætt að meta á handarbakinu á milli miðhandarbeina eitt og tvö. Til að



Mynd 5. Upphafsstæða við Froments próf. Sá sem skoðar togar í blaðið eins og stefna örvarinnar sýnir.



Mynd 6. Jákvætt Froments próf.

meta vöðvavirkni er gott að prófa réttu á fingurlið þumalsins eða réttu á hnúaliðum 2–5 en hins vegar er ekki heppi-legt að nota réttu á nær- eða fjærliðum fingra því millibeinavöðvarnir sem eru ítaugaðir af ölnartauginni og yrmlingsvöðvarnir sem eru ítaugaðir af ölnar- og miðtauginni taka þátt í þessum hreyfingum. Einnig er gott að hafa í huga að sveifartaugin ítaugar enga af innri vöðvum handarinnar.

Helstu atriði skoðunar við nokkra algenga handakvilla

Klemma á miðtauginni í úlnliðsgöngum

Klemma á miðtauginni í úlnliðsgöngum (carpal tunnel syndrome) er algengust allra taugaklemma. Klemman lýsir sér með dofa á ítaugunarsvæði miðtaugarinnar. Einnig geta komið fram verkir. Til eru nokkur próf sem hægt er að nota við greininguna. Tinels próf er framkvæmt með því að banka yfir úlnliðsgöngunum en við jákvætt próf koma fram stingir á ítaugunarsvæði taugarinnar. Við Phalens próf þá er úlnliðnum haldið í fullri beygju í eina mínútu. Prófið er jákvætt ef fram kemur óeðlileg skynjun (par-esthesia) á ítaugunarsvæði miðtaugarinnar. Mátteleysi í innri vöðvum þumalsins kemur yfirleitt ekki fram fyrr en klemman er nokkuð langt gengin. Hafa ber í huga að tveggja punkta skyn er að öllu jöfnu eðlilegt við vægari klemmur. Ef það er skert þá er það vísbending um alvarlegri klemmu sem þarf að bregðast fljótt við.

Skaði á taugagreinum fingra

Ef til staðar eru skurðir á fingrum þarf alltaf að ganga úr skugga um að ekki hafi orðið skaði á taugagreinum en þær eru fjórar í hverjum fingri. Mikilvægastar eru þær tvær sem liggja lófamegin en önnur þeirra er ölnarmegin og ítaugar fingurgóminn þeim megin en hin liggur sveifarmegin og ítaugar fingurgóminn þeim megin. Við skoðunina þarf því að prófa hvorn helming fingurgómsins um sig sérstaklega með tilliti til bæði snerti- og sársaukaskyns. Ef eitthvert skyn er til staðar þá hefur taugin sennilega ekki farið alveg í sundur. Einnig er gott að hafa í huga að við taugaáverka getur starfsemi semjuhluta sjálfvirka taugakerfisins truflast en í upphafi kemur það einkum fram sem minnkuð svitamyndun með þurri húð.

De Quervain sinaslíðursbólga

Bólga í sinaslíðri fyrsta réttisinahólfs er kölluð de Quervain sjúkdómur. Í þessu sinahólfi er að finna stutta réttivöðva þumals (m. extensor pollicis brevis) og langa fráferslúvöðva þumals (m. ab-

ductor pollicis longus). Við sögutöku kemur oftast fram að viðkomandi finnur til við réttu og fráferslu á þumlinum sem og við hreyfingar um úlnliðinn. Stundum kemur fram saga um endurteknar og einhæfar hreyfingar á þumlinum. Oftast eru til staðar bólga og þreif-eymsli yfir fyrsta réttisinaslíðrinu þar sem það myndar sveifarlega kantinn á „anatomic snuffbox“ (sjá mynd 2). Gjarnan koma fram eymsli við fráferslu og réttu á þumlinum gegn mótstöðu. Svonefnt Finkelsteins próf er oftast jákvætt en það er framkvæmt með því að biðja sjúklinginn um að kreppta hnefann utan um þumalfingurinn. Sá sem skoðar sveigir síðan úlnliðinn varlega yfir að ölninni en við jákvætt próf koma fram verulegir verkir (sjá mynd 7).

Sýkingar í sinaslíðum

Sýking í beygjusinaslíðri fingurs (septic flexor tenosynovitis) getur valdið miklum skaða á stuttum tíma. Því er mikilvægt að greina og meðhöndla þetta mein fljótt og örugglega. Oftast hefur viðkomandi hlotið sár á fingrinum tveimur til þremur sólarhringum áður en einkenni hefjast. Við greiningu má hafa til hliðsjónar skilmerki Kanavels en þau eru eftirfarandi: Bólginn fingur, eymsli eftir endilöngu sinaslíðrinu, fingur krepptur til háls (þannig er rúmmál sinaslíðursins mest) og miklir verkir við óvirka réttu á fingrinum. Síðastnefnda skilmerkið hefur mesta næmni. Í flestum tilvikum eru virkar hreyfingar einnig mjög sárar og sjúklingurinn er mjög tregur til að hreyfa fingurinn yfirleitt.

Snúningsskekkja á fingrum

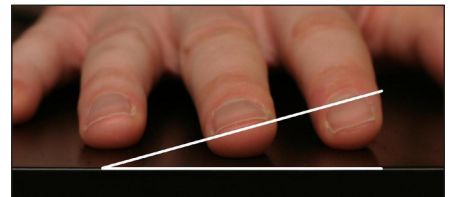
Brot á fingrum og miðhandarbeinum eru um það bil fimmtungur allra beinbrota. Við þessa áverka getur komið fram snúningur um brotið en ef það grær í þeirri stöðu verður fingurinn skakkur þegar hann er beygður. Slík



Mynd 7. Finkelsteins próf.



Mynd 8. Fingur skoðaðir í leit að snúningsskekkju með því að beygja um hnúaliði og nærliði fingra. Hér liggur litlilingurinn að hluta til undir baugfingrinum og það gæti vaknað grunur um snúningsskekkju á litlilinginum.



Mynd 9. Skoðað til að greina snúningsskekkju. Hallinn á nöglunum metinn miðað við borðplötu.

snúningsskekkja veldur verulegri truflun á starfsemi handarinnar og því er mikilvægt að greina og meðhöndla hana í upphafi þó það geti reynst krefjandi verkefni. Í grundvallaratriðum eru til tvær leiðir til að átta sig á því hvort snúningsskekkja sé til staðar. Í fyrsta lagi er sjúklingurinn beðinn um að beygja fingurna (sjá mynd 8). Ef þeir ganga verulega á mis þá vaknar grunur um snúningsskekkju. Það er gagnlegt að hafa hina hendina til hliðsjónar en viss breytileiki er eðlilegur, jafnvel á milli handa sama einstaklings. Hafa má til viðmiðunar að ef fingur skarast sem nemur hálfri fingurbreidd eða meira þá er sennilega um skekkju að ræða. Oft er erfitt fyrir sjúklinga að beygja fingurna fyrst eftir brot og þá getur þessi skoðun reynst erfið í framkvæmd.

Hin aðferðin felur í sér að meta hallann á nöglunum. Ef því verður við komið er best að leggja hendina á borð og meta hallann á nöglunum miðað við borðið (sjá mynd 9). Sem fyrr er gott að hafa hina hendina til hliðsjónar. Það er eðlilegt að fingurnir séu í um það bil 10° réttthverfingur (supination).

Rof á ölnarlæga hliðarliðbandi fyrsta hnúaliðs

Í daglegu tali er liðbandið gjarnan nefnt UCL (ulnar collateral ligament). Það er tiltölulega algengt að fólk slíti þetta liðband. Ef fram kemur við sögutöku að einstaklingur hafi hlotið fráferslu-álag um fyrsta hnúaliðinn ætti að vakna grunur um áverka af þessu tagi. Þetta getur til dæmis gerst við að falla með skíðastaf í hendi samanber enskt heiti



Mynd 10. Ólnarlæga hliðarliðband fyrsta hnúaliðs prófað með álagsprófi.

áverkans, „skier’s thumb“. Við eðlilegar aðstæður liggur liðbandið djúpt við sinabreiðu rétti- og aðfærsluvöðva þumalsins. Oftast slitnar það við fjærfestu sína á nærrenda nærkjúku þumalsins og getur þá skotist nærlægt undan fyrrgreindri sinabreiðu og lagst síðan ofan á hana. Liðbandið liggur þá ekki lengur upp við beinið og hefur ekki möguleika á því að gróa fast. Þetta getur aftur valdið óstöðugleika í liðnum og þar með ótímabæru sliti með tilheyrandi verkjum.

Því er mikilvægt að greina þessa áverka

en það getur þó verið krefjandi. Yfirleitt eru til staðar bólga, mar og þreifiefymsli sem eru mest áberandi ölnarmegin yfir fyrsta hnúaliðnum. Liðbandið er prófað með álagsprófi þar sem stutt er við fyrsta miðhandarbeiðnið en með fráfærslu á nærkjúku þumalsins er sett kiðálag (valgus) á fyrsta hnúaliðinn (sjá mynd 10). Hefðbundin skilmerki slits eru þau að liðurinn gefur eftir meira en 30° eða að munurinn reynist meira en 15° á milli handa einstaklingsins. Nýlegar rannsóknir hafa hins vegar leitt í ljós að hjá þó nokkrum hluta óslasaðra einstaklinga getur verið meira en 15° munur á milli hliða. Sumir telja réttast að miða greininguna við það að liðbandið gefi eftir án þess að skýr mótstaða komi fram að lokum eins og gerist þegar liðbandið er heilt.

Þakkir

Þakkir fá Ólöf Jóna Elíasdóttir og Jón Baldursson sem komu með gagnlegar ábendingar. Sigurði Ragnarssyni eru færðar þakkir fyrir ljósmyndatöku og Auði Sif Jónsdóttur fyrir teikningu.

Heimildaskrá

1. Blöndal H. *Topographia membri superioris (Svæðalýsing efri útlíms)*. Reykjavík. 2000.
2. Court-Brown C, McQueen M, Tornetta III P. *Orthopedic surgery essentials: Trauma*. 1. útgáfa. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006.
3. Kakar S, Giuffre J, Skeete K, Elhassan B. (iv) Dupuytren’s disease. *Orthopaedics and Trauma*. 2010;24(3):197–206.
4. Lewis C, Mauffrey C, Newman S, Lambert A, Hull P. *Current concepts in carpal tunnel syndrome: A review of the literature*. *European Journal of Orthopaedic Surgery and Traumatology*. 2010;20(6):445–52.
5. Magee DJ. *Orthopedic Physical Assessment*. 5. útgáfa. St. Louis: Saunders; 2008.
6. Miles SJ, Amirfeyz R, Bhatia R, Leslie I. (ii) Benign soft tissue tumours of the hand. *Orthopaedics and Trauma*. 2010;24(3):181–5.
7. Ritting AW, Baldwin PC, Rodner CM. Ulnar collateral ligament injury of the thumb metacarpophalangeal joint. *Clin J Sport Med*. 2010 Mar;20(2):106–12.
8. Seiler J. *Essentials of Hand Surgery*. 1. útgáfa. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
9. Tan V, Kinchelov T, Beredjikian PK. Variation in digital rotation and alignment in normal subjects. *J Hand Surg Am*. 2008 Jul–Aug;33(6):873–8.
10. Thornton DJA, Lindau T. (iii) Hand infections. *Orthopaedics and Trauma*. 2010;24(3):186–96.