

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISKE PROCEDURER

29. Stavros AT, Thickman D, Rapp CL et al. Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. *Radiology* 1995;196:123-34.
30. Skaane P, Engedal K. Analysis of sonographic features in the differentiation of fibroadenoma and invasive ductal carcinoma. *Am J Rad* 1998;170: 109-14.
31. Benoit JL, Kora R, McGregor SE et al. Fibroadenoma of the breast: diagnostic pitfalls of fine-needle aspiration. *Diagn Cytopathol* 1992;8:643-7.
32. Hermansen C, Poulsen HS, Jensen J et al. Diagnostic reliability of combined physical examination, mammography, and fine-needle puncture ("triple-test") in breast tumors. *Cancer* 1987;60:1866-71.
33. Naraynsingh V, Raju GC, Sieunarine K. Treatment of breast lumps in the teenager. *Br J Surg* 1987;74:1168.
34. Greenberg R, Yehuda S, Kaplan O. Management of breast fibroadenomas. *J Gen Intern Med* 1998;13:640-5.

Tibiastræk

Klaus Hindsø

Indikationer

Anlæggelse af tibiastræk har mange steder været standard som primærbehandling af patienter med hoftenære femurfrakturer. Undersøgelser har dog ikke vist, at patienternes smerter reduceres eller at repositionen præoperativt lettes. Teoretiske overvejelser vedrørende mindsket intraartikulært tryk og mindsket risiko for caputnekrose ved mediale collum femoris-frakturer har ikke kunnet eftervises [1]. På de fleste ortopædkirurgiske afdelinger anvendes tibiastræk derfor sjældent. Proceduren har stadig sin plads i foreløbig behandling af mere distale femurfrakturer med det formål at reducere blødning og smerter samt mindske risikoen for, at knoglefragmenter forårsager skade på kar, nerver eller hud.

På underbenet har man mulighed for at anlægge stræk som plasterstræk appliceret på huden eller som tibiastræk med en stålpind (K-tråd) gennem knoglen. Plasterstræk giver ikke mulighed for at trække med mere end ca. 3 kg af hensyn til huden. Yderligere er trækretningen relativt vandret sammenlignet med femurs akse, og plasterstrækket får derfor blot samme funktion, som opnås, når underbenet støttes med f.eks. sandsække. Plasterstræk må kun anlægges på intakt hud, der kan tåle trækket og senere fjernelse af plasteret, hvilket ofte er et problem hos ældre patienter. Strækket forhindrer inspektion af underbenet, og såfremt dette er en vigtig del af observationen af patienten, må plasterstræk ikke anlægges.

Hos børn anvendes stræk ofte som den endelige behandling af femurfrakturer. Denne behandling kræver specielle forhold og bliver ikke omtalt yderligere.

Kontraindikationer

Tibiastræk er en invasiv procedure, som ikke bør foretages nær inficeret hud. Der anvendes lokalanæstesi, og eventuelle allergier eller medikamentelle interaktioner skal klarlægges.

Forberedelse af patienten

Anlæggelse af stræk foregår oftest på skadestuen relativt kort tid efter patientens ankomst. Det kræver ikke nogen speciel forberedelse af patienten; men at få en stålpind boret gennem knoglen kan være en skræmmende oplevelse. Omhyggelig information før og under proceduren er derfor vigtig. Patienten skal naturligvis informeres om formålet med proceduren og om risiko for komplikationer i form af hudbesvær ved plasterstræk og infektion ved tibiastræk. Smertestillende medicin (morphin) bør gives, hvis det ikke allerede er givet før røntgenundersøgelsen. Dette behøves pga. den nødvendige omlejring af benet.

Som anført anvendes tibiastræk ikke så hyppigt, og forberedelserne til anlæggelsen kan vise sig at være uventet besværlige. Snore og vægte er ikke på deres plads, og skruenøglen kan ikke bruges. Hvis patienten og de pårørende skal have et godt førstehåndsindtryk af hospitalet, er det vigtigt, at alle remedier findes frem og er i brugbar stand, før proceduren indledes.

Redskaber og utensilier

- Bor - oftest håndbor (**Fig. 1**). Tyk K-tråd på 1,8-2,0 mm (spids i den ene ende og flad i den anden ende). Kniv (blad nr. 10).
- 10 ml lokalanæstetikum med eller uden vasokonstriktor (f.eks. 1% lidocain).
- Steril afdækning til assistancebord samt et stykke under patientens ben, sterilt hulstykke, sterile handsker, hue og maske. Farvet klorhexidinsprit. Tamponer til afspritning.
- Strækbøjle, gazemecher, filtpuder og metalplader. Skruenøgle til stramning af bøjleens møtrikker og fladtang til afbøjning af K-trådens ender (**Fig. 2**).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISKE PROCEDURER



Fig. 1. Bakke pakket med håndbor (Johannsons bor), K-tråde, filt- og metal-skiver og skruer. Tamponer og peanus arterieklemmer er til afsprøjtning. K-tråden indsættes i boret (nederst til venstre), bundpladen (øverst til højre) støttes mod hoften, mens håndtaget føres frem og tilbage, således at K-tråden roterer.



Fig. 2. K-trådens ender er ombøjjet og kanylehætter er påsat, således at stikuheld undgås. Over K-tråden er filt- og metalskiverne monteret og holdt fast mod huden af metalskruerne. Strækbøjlen skal stramme K-tråden godt til ved justering af strækbøjlen midterskrue. Denne stramning af K-tråden er vigtig og skal forhindre, at den skærer sig gennem knoglen i strækperioden.

- Snore, trisser og lodder. Stativ med trisser for enden af sengen.
- Brauns skinne eller lignende til lejring af benet med let flekteret hofte og knæ.

Procedure

Tibiastræk anlægges fortil proksimalt på tibia ved tuberositas (Fig. 2). Derved fungerer strækket bedst muligt i femurs længderetning, og risikoen for at lædere kar og nerver er minimal. K-trådens placering må dog ikke være for overfladisk, da den så kan skære gennem knoglen hos osteoporotiske patienter.

- Benet lejes på Brauns skinne oven på et sterilt afdækningsstykke. Området afsprøjttes to gange med efterfølgende lufttørring. Hulstykke anbringes over tuberositas.

- Lokalanæstesimidlet optrækkes sterilt. Indstiksstedet lateralt infiltreres med lokalanæstesi i huden og periost. Forventet udgangssted medially infiltreres ligeledes i begge niveauer. Udgangsstedet kan være lidt usikkert at beregne, så området medially infiltreres i større diameter end lateralt.
- En lille stikincision foretages lateralt, og K-tråden bores med jævnt tryk gennem knoglen. Det letter proceduren, hvis benet roteres og holdes af en hjælper, således at indboringen kan foretages parallelt med gulvet. Der appliceres tryk på håndboret med hoften, og denne ende af boret bliver derfor usteril. Man skal være klar til at stoppe trykket og boringen i det øjeblik knoglen gennembrydes, så K-tråden ikke »plover« videre ind i bløddelene og løfter huden teltformet op.
- Idet K-tråden når huden på medialsiden foretages en lille stikincision med kniven over K-trådens spids, og K-tråden føres nu videre, så lige store dele stikker ud lateralt og medially.
- Hvis huden strammer eller folder op om K-tråden, udvides stikincisionen, så der ikke opstår tryk på huden.
- Gazemecher og filt puder føres over K-trådens ender, så de ligger mod huden og metalpladerne placeres uden på og fikseres med de små skruer. Herefter kan den sterile afdækning fjernes.
- Strækbøjlen sættes på K-tråden, hvis ender bukket om, og bøjlen endemøtrikker strammes til, så K-tråden er godt fikseret. Strækbøjlen midterskrue drejes, så K-tråden strammes hårdt til. Dette forhindrer K-tråden i at skære sig gennem knoglen i strækperioden.
- Snoren bindes stramt om strækbøjlen og føres gennem trisserne for enden af sengen, hvorefter lodder svarende til 10 % af patientens vægt hænges i snorens frie ende. Hvis snoren kan glide ud til siderne på strækbøjlen sikres mod dette ved omvikling med plaster.
- K-trådens spidse ender dækkes f.eks. med kanylehætter og plaster, så stikuheld undgås.

Efterfølgende kontrol af patienten

Det er vigtigt at forebygge tryksår, der let opstår, når patienten ligger i stræk. Personlig hygiejne og venderegimener er vanskelige at overholde, men må ikke forsømmes. Patienten kan ikke komme helt om på siden, men halvt sideleje er muligt. På det berørte ben kontrolleres det, at strækbøjlen ikke rører ved underbenets forside. Benet skal beskyttes mod hårde kanter på skinnen, hælen skal aflastes, og hvis strækperioden overstiger et par døgn, skal spidsfodsprofylakse iværksættes.

Efter 3-4 døgn bør stikincisionerne kontrolleres. Plejen kan foregå med sæbevand og skumgummiklude, efter at metalpladerne og filt puderne er skubbet væk fra huden. Filt puderne skiftes. Metalpladerne placeres igen, og de små skruer strammes.

Risici ved indgrebet

Selve indgrebet indebærer en minimal risiko for læsion af kar og nerver. Når proceduren udføres fra lateralsiden, vil man være i sikker afstand fra nervus peroneus. Smerter og blødning i musculus tibialis anterior er et lille problem, men frygten for dette bør ikke føre til, at K-tråden placeres for overfladisk. K-tråden ville derved kunne skære sig gennem knoglen efter anlæggelse af strækket.

Overfladisk infektion forekommer relativt hyppigt ved langvarig strækbehandling og behandles med hudpleje to gange dagligt, udvidelse af stikincisionerne ved tegn på retention og antibiotika.

Kommentar

Tibiastræk er let at anlægge, men er ikke længere en almindelig procedure, som hurtigt læres af yngre kolleger. Strækanlæggelse er ofte led i den akutte og foreløbige behandling, og den manglende rutine i indgrebet betyder, at det er vigtigt, at såvel lægen, personalet som instrumentariet er godt forberedt til proceduren.

Litteratur

1. Parker MJ, Handoll HHG. Pre-operative traction for fractures of the proximal femur (Cochrane review). I: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.

Screening og kort intervention for excessivt alkoholforbrug

En kvalitativ beskrivelse af praktiserende lægers erfaringer

Anders Beich, cand.scient.soc. Dorte Gannik & Kirsti Malterud

Resumé

Introduktion: Almen praksis spiller en vigtig rolle for individorienteret forebyggelse. Lægerne anbefales at screene deres patienter for excessivt alkoholforbrug og yde kort rådgivning. Her beskrives en gruppe lægers erfaringer med et af WHO anbefalet program, som de afprøvede i deres daglige praksis.

Materiale og metoder: Fireogtyve læger, der deltog i et pragmatisk interventionsstudie, blev interviewet om deres erfaringer i fokusgrupper eller individuelt. Analyserne blev foretaget direkte på de digitalt lagrede interview ved hjælp af en deskriptiv, fænomenologisk metode.

Resultater: Lægerne var overraskede over, hvor vanskeligt det var at skabe kontakt, lydhørhed og motivation hos de individer, de fandt ved screening. De var i tvivl om rationalet for screening af en stor gruppe unge med umodne drikkemønstre. Programmet var ressourcekrævende, forstyrrede konsultationsprocessen og førte til uflexible konsultationer. Lægerne anså relationen for at være robust nok, også til systematisk forebyggelse, men undlod ofte opfølgning på de initiale interventioner, når chancen bød sig. Flere læger angav utilstrækkelige færdigheder i rådgivning om livsførelse og sundhed. Vores informanter kunne ikke anbefale den screeningsbaserede kortere intervention.

Diskussion: Dette screeningsprogram skabte flere problemer end det løste for en gruppe læger, som må anses for positivt selekteret, når det gælder motivation for forebyggelse. Det må være vigtigt at gennemføre evalueringer af de processer, der er involveret i

forebyggelsesprogrammer og -teknologier, hvis de er dokumenteret at have effekt under ideelle eksperimentelle betingelser.

Det anbefales, at individer, der søger hjælp i sundhedsvæsenet, systematisk bliver udspurgt om bestemte risikofaktorer i livsførelsen og bliver individuelt rådgivet. Almen praksis har på grund af de mange kontakter været særlig anbefalet som ramme for den type forebyggelse.

Når det gælder alkoholforbrug, er der internationalt stor bevågenhed på screening og kort intervention, en screeningsbaseret, kortvarig rådgivningsform (**Fig. 1**), og det anbefales, at fokus for forskningen nu rettes mod implementering [1]. Implementeringsforskning indikerer imidlertid, at opgaven ikke er ligetil [2, 3], og interventionseffekten er primært dokumenteret med *efficacy*-studier, der er foretaget under kontrollerede og nærmest ideelle omstændigheder.

I 1997 startede i Danmark et evalueringsstudie indeholdende en række projekter, der belyser en screeningsbaseret rådgivning udviklet og anbefalet af WHO [4]. I studiet undersøges man aspekter af kompatibilitet, hensigtsmæssighed, validitet og effekt i et pragmatisk design, der bevidst tilstræber dagligdags praksisomstændigheder. Niogtredive praktiserende læger fra fire amter meldte sig frivilligt og implemente-