

Die Algemene Praktisyn se taak as diensdoenende geneesheer by sportbyeenkomste

B. Hantering van spesifieke sportbeserings - I

— D P van Velden

D P van Velden
MB ChB, MPrax Med
Hoof, Dept Huisartskunde
Fakulteit Geneeskunde
Universiteit van Stellenbosch
Posbus 63
Tygerberg 7505

KEYWORDS: Sports medicine; Emergency care; First aid; Head injuries; Injuries; Back; Neck; Thorax; Abdomen

Summary

The GP is often called upon to be the official doctor for the sportsmen and public during a sports meeting. In 3 sections, A, B and C, clear guidelines are given with regard to effective practical emergency measures for the most common sport-injuries encountered, as well as the minimum emergency facilities needed at big sports meetings.

Sentrale beserings

Hieronder word geklassifiseer hoofbeserings, nek- en rugbeserings, toraks- en buikbeserings.

Hoofbeserings

Alle hoofbeserings moet as potensieel gevaarlik beskou word. In die praktyk word hoofbeserings in drie kategorieë verdeel.

1. Geringe hoofbeserings

Die speler het 'n hoofbesering opgedoen, met of sonder 'n snywond, maar het nie sy bewussyn verloor nie en is in alle opsigte normaal. Hy kan voortgaan met die spel nadat aandag geskenk is aan die lokale besering.

2. Ernstige breinbeserings

Na 'n hoofbesering vertoon die speler een of meer van die volgende simptome of tekens: volgehoue verwardheid of bewusteloosheid, onvermoë om normaal te praat, visiestoornis of dubbelvisie, strompelende loopgang, ongelyke pupille, konvulsies, bloeding uit die oorkanaal, asimmetriese gesigsuitdrukking, nekstyfheid of erge hoofpyn, sensasieverlies of verlamming van liggaamsdele of onwillekeurige bewegings.

Onder hierdie omstandighede het die speler 'n ern-

stige breinbesering en moet hy in 'n maagliggende posisie of 'n stabiele syliggende posisie (*nie* op sy rug *nie*) van die veld verwyder word, begelei word deur 'n kundige persoon om lugwegobstruksie te voorkom, en dringend na die hospitaal vervoer word. Ontoereikende asemhaling en inaseming van vomitus is katastrofies vir die beseerde brein. 'n Verslegtende bewussynstoestand beteken 'n bloeding in die brein tot andersins bewys, en is 'n baie ernstige teken.

3. Potensieel gevaarlike "middelgroep" met konkussie

Dit sluit spelers in wat duidelik tussen bogenoemde twee groepe val en is die algemeenste kategorie van hoofbeserings in sport.

Dit verteenwoordig gevalle wat vir 'n kort periode bewusteloos was, maar geen waarneembare tekens het van ernstige breinskade nie. Hulle het *konkussie* (diffuse breinbesering, harsingskudding) opgedoen.

Geneesheer moet nie toelaat dat spelers met konkussie voortgaan met die spel in kontak sport nie. Hulle moet die veld verlaat, vir 24 uur waargeneem word en nie speel voor 2 weke na alle simptome van die besering verdwyn het nie. Konkussie is 'n gevaarlike diagnose om op die veld te maak en moet liefers retrospektiewelik gemaak word nadat ernstiger breinskade uitgeskakel is. Die besering wat die konkussie veroorsaak het, kon ernstiger breinbeserings soos bv breinbloeding veroorsaak het, wat eers heelwat later mag manifesteer.

S Afr Fam Pract 1987; 8: 257-61

Nek- en rugbeserings

● *Nekbeserings*

Die gevaar van hierdie beserings is dat selfs geringe verplasing van nekwerwels uitgebreide rugmurgbeskadiging kan veroorsaak met gevolglike para- of quadriplegie.

Dit is om hierdie rede dat geneeshere enige geval van 'n nekbesering in 'n baie ernstige lig moet beskou. Pyn en styfheid in die nek is op sigself 'n

Alle hoofbeserings moet as potensieel gevaarlik beskou word

aanduiding dat die speler nie mag voortgaan met die spel nie. Die beseerde nek is verswak en kan maklik lei tot 'n verdere besering met rugmurgskade.

Alle spelers met 'n potensieel gevaarlike nekbesering, of wat 'n uitgesproke besering het met verlamming ens, moet versigtig op 'n plat oppervlakte geplaas word terwyl die kop en nek te alle tye ondersteun word op so 'n wyse dat geen nekbeweging kan voorkom nie. Die kop en nek moet te alle tye deur die mees ervare noodhulpwerker ondersteun word, terwyl hy versigtig op 'n draagbaar geplaas word, in die ambulans vervoer word en weer afgelaai word by die hospitaal totdat die noodgevallepersoneel kan oorneem. Hierdie gevalle moet *plat op hul rug* vervoer word en nooit sittend in 'n motor nie.

● *Rugbeserings*

Alhoewel die servikale werwels, meer dikwels beseer word as die meer stabiele torakale en lumbale werwels, kan frakture en akute diskusbeserings wel voorkom, met of sonder rugmurgbeskadiging. Alle rugbeserings moet dus ook as potensieel gevaarlike beserings beskou word en op 'n ferm draagbaar na 'n hospitaal vervoer word vir verdere evaluasie.

Wanneer breinbesering enigins vermoed word, moet pasiënt in 'n maagliggende of syliggende posisie vervoer word - nie op sy rug nie

Borskasbeserings

Ribfrakture is hier die mees algemene probleem en gewoonlik maklik diagnoseerbaar met simptome van pyn met asemhaling en lokale drukteerheid op die beseerde rib. Aangesien inwendige borskasbeserings ook mag voorkom met ribfrakture, moet

dit radiologies uitgeskakel word. Met frakture van die laer ribbes moet die risiko van intra-abdominale beserings nie uit die oog verloor word nie.

Die algemene gebruik om 'n stywe kompressieverband aan te wend oor die ribfraktuur, word nie aanbeveel nie aangesien dit komplikasies in die onderliggende long kan veroorsaak en die asemhaling belemmer.

Die behandeling sluit dus in pynverligting, oefening en fisioterapie om atelektase van die long te verhoed.

Buikbeserings

Beserings van die intra-abdominale organe is relatief skaars, en moet vermoed word in alle gevalle met buikpyn, skok of drukteerheid. Die vroeë tekens kan egter min en misleidend wees en mag eers na 'n paar uur manifesteer, sodat observasie en 'n tweede ondersoek in alle gevalle van buikpyn na 'n besering, gedoen behoort te word.

Nierbeserings mag presenteer met hematurie en is dikwels geassosieerd met frakture van die transverse prosesse van die rugwerwels.

Onthou om pasiënte met 'n moontlike intra-abdominale besering nul-per-mond te hou

Dit is belangrik om te onthou om pasiënte met 'n moontlike intra-abdominale besering nul-per-mond te hou, aangesien daar 'n sterk moontlikheid van 'n operatiewe ingreep mag bestaan.

Perifere beserings

Dit is by verre die algemeenste probleem waarmee die geneesheer gekonfronteer word en behels alle beserings van die ledemate. Beserings wat hier ter sprake is, is frakture (oop of geslote), gewrigsbeserings (ontwrigtings of ligamentbeserings), spierbeserings (verrekkings, kneusings, hematome, spierskeure) en velbeserings (skaafwonde en lasesiasies).

'n Belangrike beginsel wat in gedagte gehou moet word in die geval van ontwrigtings en frakture, is dat die perifere polse altyd ondersoek moet word.

Frakture

Die diagnose van frakture op die sportveld is gewoonlik voor-die-hand-liggend en in die meeste gevalle is die speler self oortuig dat hy 'n been gebreek het. Die simptome en tekens van 'n fraktuur mag baie duidelik wees, maar dikwels is drukteerheid oor 'n been al teken van 'n kraak of onverplaaste fraktuur. Dit is altyd belangrik om te onthou dat met frakture daar altyd gepaardgaande sagteweefselbeserings is.

● *Geslote frakture*

Die noodbehandeling van geslote frakture behels eerstens die vasstelling van 'n bevredigende sirkulasie distaal van die fraktuur, asook bepaling van senuweefunksie in die betrokke ledemaat. Immobilisasie van die fraktuur in 'n nagenoeg anatomiese posisie, is al wat nodig is, sodat die pasiënt na die hospitaal vervoer kan word.

● *Oop frakture*

Dit is 'n minder algemene besering en die noodbehandeling behels slegs die aanwending van 'n steriele verband sonder om te poog om die been te reduseer, aangesien dit kan aanleiding gee tot wondbesmetting.

Ondersoek altyd perifere polse

Gewrigsbeserings

Ontwrigtings gaan gewoonlik gepaard met uitgebreide ligamentskade en soms ook met frakture en beskadiging van die groot naasliggende bloedvate en senuwees, sodat spoedeisende reduksie

somtyds noodsaaklik is om permanente skade te voorkom. In die geval van ontwrigtings van groot gewigte moet die perifere polse dus altyd ondersoek word.

1. *Skouer*

Akute skouerontwrigtings moet verkieslik nie op die veld reduseer word nie weens die gevaar van 'n onderliggende fraktuur.

Herhalende ontwrigtings reduseer soms makliker dmv die konvensionele reduksiemetodes (Kocher en Hippokrates).

Belangriker egter as 'n suksesvolle reduksie is om aan die beseerde sportman te verduidelik dat die gewrigskapsel geskeur is en 6 weke sal neem om te herstel. Na die eerste ontwrigting moet die skouer vir 'n periode van 3 weke geïmmobiliseer word deur die bo-arm en voorarm teen die lyf te bind om abduksie en eksterne rotasie te voorkom. Daarna moet die skouer binne perke van pyn, dmv fisioterapie gerehabiliteer word met doelgerigte versterking van die interne rotatorspiere om die voorkoms van herhalende ontwrigting te verhoed.

Vir 'n sportman wat verkies om aktief te bly, is die keuse van behandeling na twee of drie ontwrigtings, chirurgiese herstel.

A totally new look
at urinalysis...



Combur 9 Test®

Rapidly identifies the abnormal urine by routinely "sieving out" those specimens requiring microscopic examination.

Test strip sieve



In conclusion, Professor Brühl et al. pointed out that whereas 41 pathologic urines were not detected under the microscope, only 2 pathologic urines slipped through the "sieve"!

Reference: Brühl, P., et al. Dtsch. Med. Wschr. 104 (1979) 1236.

Combur 9 Test®

The complete urine profile on a test strip



Your partner in diagnosis and therapy

Boehringer Mannheim (SA) (Pty) Ltd.,
P.O. Box 51927, Randburg 2125. Telephone: (011) 886-2400

2. Akromioklavikulêre beserings

Subluksasie: In hierdie pynlike besering is die noodbehandeling slegs pynverligting en 'n driehoekverband gevolg deur radiologiese ondersoeke om 'n fraktuur van die laterale deel van die sleutelbeen uit te skakel.

Ontwrigting: In akromioklavikulêre ontwrigting met erge opwaartse verplasing van die sleutelbeen, word dikwels vroeë chirurgie aanbeveel in persone wat aktief aan kontak sport wil deelneem, en dus 'n sterk skouer meganisme benodig.

3. Elmoog

Indien daar belemmering van die bloedvoorsiening in die voorarm is, is die behandeling van elmoogbeserings spoedeisend. Elmoogontwrigtings is 'n chirurgiese noodgeval, wat onder narkose reduseer moet word, met radiologiese kontrole om gevaarlike frakture uit te skakel.

4. Polsgewrig

Van alle polsgewrigbeserings moet röntgenfoto's geneem word om veral lunaatontwrigtings en skafoëdfrakture uit te skakel. Indien die pols radiologies normaal voorkom, maar daar teerheid in die omgewing van die skafoëd is, word die gewrig vir 10-12 dae in 'n skafoëdgips geplaas waarna die röntgenondersoek herhaal word na verwydering van die gips.

5. Vingerbeserings

Hierdie is baie algemene sportbeserings en moet akkuraat diagnoseer word.

Akute hamervingerdeformiteit (Mallet finger) kan as 'n noodmaatreël slegs aan die naasliggende vinger verbind word, en indien dit nie te pynlik is nie, kan die speler die wedstryd voltooi. Alle gevalle behoort vir chirurgiese opinie verwys te word aangesien chirurgiese herstel soms aangedui is.

Akute knoopsgatdeformiteit (Boutonnière-deformiteit) van die proksimale interfalangeale gewrig moet in ekstensie gespalk word en verwys word vir deskundige behandeling.

'n avulsie van die fleksorpees.

Interfalangeale ontwrigtings is gewoonlik dorsaal en kan versigtig reduseer word deur direkte druk op die basis van die ontwrigte falanks in 'n distale rigting terwyl die vinger flekseer word. Die vinger word aan die naasliggende vinger vasgebind en vroeë beweging aangemoedig. 'n Moeilike reduksie beteken gewoonlik 'n gevaarlike fraktuur en moet liefers eers radiologies ondersoek word.

Volare- en laterale ontwrigtings benodig dikwels chirurgiese herstel.

6. Kniebeserings

Dit is 'n baie algemene sportbesering en 'n korrekte diagnose in die akute fase is dikwels moontlik omdat die meganisme van die besering dikwels



Spelers met kniebeserings moet nie al hangende aan twee medespelers van die speelveld verwyder word nie.

duidelik was en aangesien spierspasma en effusie nog nie ontwikkel het nie, kan die knie beter ondersoek word as wat dit 'n uur of twee later die geval mag wees.

'n Paar praktiese wenke wat onthou moet word, is die volgende:

- Alle spelers met kniebeserings moet van die speelveld verwyder word, verkieslik op 'n draagbaar (en nie al hangende aan twee medespelers nie), te einde die noodhelper in staat te stel om ter plaatse te kan besluit of die speler met die spel kan voortgaan of nie.
- Die speler wat sê dat hy iets voel meegew of klap het, dat iets ernstigs gebeur het, of dat sy knie onstabiel voel, is gewoonlik nie verkeerd nie.

Spelers met kniebeserings moet op 'n draagbaar van die speelveld verwyder word

Avulsie van die fleksor digitorum profundus-inplanting op die distale falanks benodig vroeë chirurgiese herstel (binne 'n paar uur) na die besering vir goeie funksionele resultate. Hierdie besering moet vermoed word in alle gevalle van "verstuiting" van die distale interfalangeale gewrig. 'n Eenvoudige toets in die noodhulpfase is om die hand met die dorsum op die tafel te plaas en die middelste falanks op die tafel vas te druk. 'n Onvermoë om die distale falanks te flekseer dui op

- Die speler wat van die veld afgehelp moet word en nie gewig op die knie wil neem nie, het gewoonlik 'n beduidende letsel.
- Die vroeë afwesigheid van effusie beteken eintlik niks, en geen afleiding aangaande die graad van besering moet daarop gebaseer word nie.
- Die belangrikste enkele faktor in die ondersoek is of die voetpols teenwoordig en normaal is. Die uitskakeling van arteriële en senuweebeserings is baie belangriker as die diagnose van die spesifieke ortopediese letsel. Veral waar knie-ontwrigting plaasgevind het, is hierdie aspek van kardinale belang en kan dit 'n tragiese fout wees om dit mis te kyk.

Die gewone ondersoek vir drukteerheid oor die kollaterale ligamente en die verskillende strektoetse vir die kollaterale- en kruisligamente, bly in die noodhulpkamer die belangrikste metode om die pasbeseerde knie te ondersoek, mits die dyspiere ontspanne is.

Die geneesheer moet pog om kniebeserings prakties in drie groepe te verdeel:

Geringe beserings

Dit is die speler wat kan voortgaan met die spel, maar daarna weer ondersoek moet word. Die sportman moet voel dat sy knie stabiel is en hy moet die draftoets kan slaag. Die ligamenttoetse moet negatief wees en die knie moet volle bewegingsomvang hê.

Spoedeisende ernstige beserings benodig dringende aandag:

- alle knie-ontwrigtings
- ongereduseerde patella-ontwrigtings
- meganiese sluiting van die knie
- alle gevalle waar 'n vermoede van 'n fraktuur bestaan.

Spoedeisende reduksie van knie-ontwrigtings is

noodsaaklik vanweë die gepaardgaande skade aan die bloedvate, senuwees, kapsel en ligamente. Arteriële beserings is hier die groot gevaar en daarom moet die speler nie al hangende-aan-tweemakkers, regop van die veld gehelp word nie, aangesien dit aanleiding kan gee tot herhalende ontwrigting en verdere skade. Ernstige kniebeserings moet dus gespalk word en op 'n draagbaar van die veld gehelp word.

Nie spoedeisende ernstige beserings lê tussen bostaande twee kategorieë. Hier word geen spoedeisende aandag vereis nie, maar benodig wel verdere deskundige ondersoeke of ingrepe binne die volgende 48 uur. Algemene praktisyns kan hier dus met veiligheid 24-48 uur wag totdat dit moontlik is om deskundige advies in te win.

Dit behels basies twee groepe beserings:

- Waar die diagnose duidelik is en daar geen dringendheid ter sprake is nie, skeure van die kollaterale- en kruisligamente val in hierdie kategorie.
- Waar daar onsekerheid bestaan oor die presiese letsel, maar geen spoedeisende situasie bestaan nie, en frakture uitgeskakel is. Dit is veral pasiënte met meniskusbeserings, druk- en strekteerheid van die ligamente en moontlike kruisligamentbeserings.

Die noodbehandeling in hierdie verband behels slegs die aanwending van 'n Robert Jones-tipe verband, die voorsiening van krukke en 'n afspraak met 'n deskundige so gou as moontlik. Die ideale prosedure hier is 'n ondersoek onder narkose en atroskopies om die diagnose te bevestig.

Deel C volg

Dalacin C™

Capsules and Palmitate Granules
for upper respiratory tract infections in
adults and children

Thorough penetration for enhanced
therapeutic performance.

Clindamycin Base

Dalacin C™ Capsules [S4] Reg. No. C/20.1.1/1 (Act 101/1965) Clindamycin HCl Hydrate equivalent to 150 mg Clindamycin base.
Dalacin C™ Palmitate Granules [S4] Reg. No. E/20.1.1/191 (Act 101/1965) Clindamycin Palmitate HCl equivalent to 75 mg/5 ml Clindamycin base.

Upjohn (Pty) Ltd
44 Monteer Road, Isando
Transvaal, R.S.A.
Reg. No. 58/00587/07