

PM

Rubrik: Intrahospital spinal och cervikal rörelsebegränsning	
Enhet/förvaltning: Akutmottagningen, Blekingesjukhuset	Huvudområde/delområde: Medicinska PM/Trauma
Ansvarig: Tomas Ericson, verksamhetschef	Utfärdare: Jonathan Björnsson, ST-läkare
Gemensamt med: Ortopedkliniken Kirurgkliniken Anestesi kliniken	Version: 1.0
Godkänt datum: 2021-02-18	Nästa revidering: 2023-02-18

KOPIA

Syfte

Tydliggöra klara riktlinjer för när och hur spinal och cervikal rörelsebegränsning ska ske intrahospitalt baserat på de nationella rekommendationerna i området som utgavs av det nationella traumanätverket 2019.

- Bakgrund

Vid trauma mot rygg och ryggmärg kan rörelser i ryggen orsaka och/eller förvärra neurologisk skada. Därför ska rörelse i ryggen begränsas till dess att instabil skada på kotpelaren utesluts, vilket sker genom bilddiagnostik och/eller klinisk bedömning. 2019 författades nationella rekommendationer gällande prehospital spinal rörelsebegränsning vid trauma. Här framkom framförallt en revidering avseende isolerad rörelsebegränsning av halsryggen som inte längre rekommenderas. ¹

Prehospitalt görs en bedömning av ambulanspersonal avseende risk för spinal skada. Denna kan resultera i negativ bedömning och då behövs ingen spinal rörelsebegränsning, eller positiv bedömning, vilket föranleder spinal rörelsebegränsning. De algoritmer som används vid bedömningen för halsryggen är Canadian C-spine Rule (CCR) och/eller NEXUS lågriskkriterier.

Vid positiv bedömning ankommer patienten till akutmottagningen med tre alternativa rörelsebegränsningar, anpassade till den skadades anatomi:

- Patienten skyddar själv sin rygg genom att undvika smärtsamma rörelser
- Personal skyddar ryggen manuellt
- Patienten hålls spinalt rörelsebegränsad inkl. huvudblock och remmar, men utan halskrage. Halskragen används enbart vid losstagning/urtagning, om manuell rörelsebegränsning ej är genomförbar.

Intrahospitalt

Efter SBAR-rapport av ambulanspersonalen övergår patientansvaret till ansvarig läkare (traumaledare) som gör en egen bedömning avseende risk för instabil spinal skada med hjälp av CCR och klinisk undersökning.

Vid låg risk för instabil skada:

- Ingen rörelsebegränsning.
- Om bilddiagnostik ska utföras för att utesluta skador i ryggen ska patienten uppmanas undvika smärtsamma rörelser och hålla sig still (behöver ej vara liggande) tills undersökningen är utförd och svar föreligger. Om patienten ej bedöms kunna följa uppmaningarna bör spinal rörelsebegränsning ske.

Vid stark misstanke om instabil spinal skada:

- Patienten hålls spinalt rörelsebegränsad inklusive huvudblock utan halskrage tills misstanken bekräftats eller uteslutits.
- Halsryggen kan även manuellt stabiliseras vid behov eller stabiliseras med behandlingskrage (Vista®), kontakta ortopedjour)
- Vid tidskritisk förflyttning från ambulansbår till traumatransfer används lakanlyft och/eller glidbrädor, annars scoopbår. Manuell stabilisering av halsryggen tills total rörelsebegränsning med traumatransferns remmar och huvudblock.

Om spinal skada utesluts radiologiskt och efter upprepad klinisk bedömning avvecklas all spinal rörelsebegränsning.

KOPIA


Cervikal spinal skada

- Ansvarig läkare ser till att patienten erhåller behandlingshalskrage (Vista®, kontakta ortopedjour)
- Ansvarig läkare tar kontakt med ryggjouren i Malmö i första hand och i andra hand neurokirurgjouren i Lund för vidare handläggning samt mobiliseringsrestriktioner. Röntgenbilder länkas till SUS.
- Vid tidskritisk förflyttning från traumatransfer till säng eller ambulansbår används lakanlyft och/eller glidbrädor, annars scoopbår. Halsryggen stabiliseras manuellt alternativt med sandsäckar, rullade handdukar och tejp eller huvudblock.

Spinal skada

- Ansvarig läkare tar kontakt med ryggjouren i Malmö för samråd kring fortsatt handläggning. Rörelsebegränsningen kvarstår fram tills nya direktiv givits. Patienten bör ligga på mjukt underlag vid en eventuell transport.
- Vid tidskritisk förflyttning från traumatransfer till säng eller ambulansbår används lakanlyft och/eller glidbrädor, annars scoopbår. Halsryggen stabiliseras manuellt alternativt med sandsäckar, rullade handdukar och tejp eller huvudblock.

Om spinal skada ej kan uteslutas trots DT-undersökning eller om undersökningen ej kan genomföras och den kliniska misstanken kvarstår ska halsryggen rörelsebegränsas med stel halskrage (Vista®), som tillhandahålls via ortopedjouren.

Ovanstående riktlinjer gäller alla patienter med frågeställning om spinalt trauma, oavsett om de ankommer med ambulans eller gående till triaget. Om en patient med cervikalt eller spinalt trauma som ankommer till triaget bedöms kunna hålla nacken och/eller ryggen stilla och undvika smärtsamma rörelser så behövs ingen rörelsebegränsning. Vid osäkerhet läggs patienten försiktigt ned på bår, halsryggen stabiliseras manuellt och ortopedjouren, anknäring  kontaktas.

¹Traumanätverk Sverige, Löf: Prehospital spinal rörelsebegränsning vid trauma – Nationella rekommendationer 2019