

Godkänt: 2022-01-26
Giltigt t.o.m: 2025-01-26

Ver.nr: 4.0
Dnr:

Akut ryggsmärta

Ryggsmärta är vanligt i befolkningen i stort, livstidsprevalensen anges i studier till mellan 60-70 procent. Ryggproblem är den vanligaste orsaken till kronisk sjukdom hos både män och kvinnor upp till 64 års ålder och den näst vanligaste hos personer i åldrarna 65–74 år.

Mål på akuten:

- Utesluta farliga orsaker till smärtan. I de flesta fall kan ingen annan diagnos än lumbago/ryggsmärta UNS sättas.
- Få patienten att gå hem
 - Med mindre ont
 - Eventuellt med recept
 - Eventuellt med en kortare sjukskrivning
 - Tryggare
 - Med en inledande plan och råd

Anamnes och status är det viktigaste vid den första undersökningen. Fokus då på att utesluta farliga orsaker, till hjälp används så kallade röda flaggor i anamnes och status:

- Debut före 18 eller efter 55 års ålder.
- Konstant smärta, även i vila och nattetid.
- Misstanke om infektion eller inflammation.
- Progredierande pares.
- Nedsatt immunförsvar, t ex HIV.
- Steroidbehandling.
- Droghmissbruk.
- Nedsatt allmäntillstånd eller ofrivillig viktnedgång.
- Strukturell deformitet.
- Känd malignitet.
- Trauma.
- Ridbyxanestesi.
- Nyttillkommen blås- och/eller sfinkterpåverkan.

En enskild röd flagga har ofta lågt prediktivt värde för att urskilja allvarlig genes. En samlad bedömning är viktigt med status och ev lab-undersökning.

Vid anamnes- och statustagning bör man också försöka identifiera förekomst av ”gula flaggor”; psykosociala faktorer som medverkar i smärtproblemet och därmed förstärker smärtan och påverkar prognosen negativt. Exempel på gula flaggor kan vara:

- Rädsla eller undvikande beteende
- Katastroftankar
- Depression
- Somatisering
- Tron att fysisk aktivitet är skadligt

- Tron att besvären beror på en skada
- Vantrivsel på arbetet
- Missnöje med sjukvården
- Ekonomiska incitament för sjukskrivning

Finner man tecken på gula flaggor bör behandling som också fokuserar på psykosociala faktorer sättas in i ett tidigare skede för att minska risken för kronifiering av smärtorna. Remiss till patientens vårdcentral för i första hand sjukgymnastkontakt och ev också multimodal rehabilitering (beroende på durationen) får då övervägas.

Utredning:

Lab: Överväg CRP (som infektionsscreening och för kontroll av inflammationsgrad). Vid patienter över 50 år: Ta även: Hb, TPK, LPK, SR, kalcium och kreatinin. På män även PSA (kompletterat med PR-undersökning) om anamnes och status ger minsta misstanke om prostatacancer med skelettmetastaser.

Bladderscan: Bör göras på vid indikation, dvs om patienten uppger minsta miktionspåverkan, har några som helst neurologiska symtom och/eller avvikelser i status. Någon cut-off för vad som är normalt är svårt att definiera utan det får bedömas från fall till fall. Generellt bör dock påvisande av residualurin väcka misstanke om i första hand cauda equina-syndrom och i andra hand ryggmärgspåverkan.

Röntgen: Indikation för i första hand DT vid misstanke om kotfraktur. Indikation för vanlig röntgen föreligger i övrigt normalt inte. Allmänt föreligger indikation för MR-ländrygg om status och anamnes ger misstanke om underliggande allvarlig sjukdom (röda flaggor!) och då bättre att själv initiera vidare utredning än att hänvisa till vårdcentral, eller om patienten har uttalade besvär av en art som kan motivera uppföljning på Ortopediska kliniken och det inte finns någon aktuell undersökning gjord.

Inläggning och akut MR vid nyttillkommen utbredd och/eller progredierande pares i extremiteter (t ex medullapåverkan), misstanke om cauda equina-syndrom, misstanke om spondylit/diskit (handläggs i första hand av infektionskliniken). I övrigt blir inläggning aktuellt om patienten inte bedöms klara sig hemma pga sina smärtor.

Denna rutin är godkänd av verksamhetschefer Torun Bråmer, Ortopedkliniken, Mora lasarett samt Anna Brusewitz, Ortopediska kliniken, Falu lasarett.