

Gäller för

V/O Kirurgi

Samtliga enheter i regionens traumaorganisation

Rutiner för intrahospital spinal rörelsebegränsning

Bakgrund

Vid trauma mot rygg och ryggmärg kan rörelseuttag i ryggen orsaka en (förvärrad) neurologisk skada. Till dess att instabil skada på kotpelaren kunnat uteslutas, kliniskt eller via bilddiagnostik, ska rörelseuttag i ryggen begränsas. Detta kan ske på olika sätt beroende på patientens medvetandenivå.

Traumanätverk Sverige har 2019 författat nationella rekommendationer gällande prehospital spinal rörelsebegränsning vid trauma. Dessa innebär ffa en revidering av rutinen vid misstanke om cervikal skada¹; enbart immobilisering av halsrygg förekommer inte längre i det akuta omhändertagandet.

Initial handläggning

- Prehospital personal gör en bedömning avseende risk för behandlingskrävande spinal skada¹, och handlägger utifrån denna bedömning.
- De validerade algoritmer som används vid bedömningen är *Nexuskriterierna* eller *Canadian C-spine rules*
- Patienten ankommer akutmottagningen med en av tre alternativa rörelsebegränsningar:
 - Patienten skyddar själv sin rygg genom att undvika smärtsamma rörelser.
 - Vårdpersonal skyddar ryggen manuellt.
 - Patienten hålles helkroppsimmobiliserad inkl huvudblock och remmar – men utan halskrage¹.

Intrahospital rutin:

- Vid övertagande av patientansvar på akutmottagningen gör ansvarig läkare en egen bedömning avseende risk för förekomst av (instabil) spinal skada
- Vid låg risk för instabil skada:
 - Patienten behöver inte vara immobiliserad.
 - Om radiologisk utredning med t.ex CT halsrygg ska genomföras, uppmanas patienten undvika smärtsamma rörelser och hålla sig i

stillhet (liggande ej nödvändigt) tills undersökning är genomförd och svar föreligger.

- Vid hög risk för instabil skada:
 - Patienten ska hållas helkroppsimmobiliserad inkl huvudblock – *utan halskrage*, tills misstanken utesluts eller bekräftats via radiologisk undersökning.
 - Vid behov (vid vissa patientnära moment, undersökningar etc) är manuell stabilisering av halsryggen gångbart.

- Om spinal skada uteslutes:
 - All spinal rörelsebegränsning avvecklas.
- Om cervikal spinal skada bekräftas:
 - Ansvarig läkare tillser att stel halskrage (Vista[®] krage el motsv behandlingskrage) appliceras, varefter övrig immobilisering kan avvecklas.
 - Kontakt tas med neuroortoped/NK-jour, för samråd avseende fortsatt handläggning och ev behov av restriktioner i mobilisering (sängläge, enbart assisterad mobilisering el dyl).
- Om lägre spinal skada bekräftas:
 - Kontakt tas med neuroortoped/ortopedjour, för samråd avseende fortsatt handläggning och ev behov av restriktioner i mobilisering (fortsatt immobilisering på traumabår, sängläge, enbart assisterad mobilisering el dyl).
- Om cervikal spinal skada ej kan uteslutas trots genomförd CT-undersökning, eller om annan akut utredning/behandling måste föregå CT-undersökning:
 - Om klinisk misstanke kvarstår immobiliseras patientens halsrygg temporärt med stel halskrage (Vista[®] krage).
 - Kontakt tas i lugnt skede med neuroortoped/NK-jour för samråd avseende fortsatt utredning (ställningstagande till akut MR-undersökning).

Observera att ovanstående rutin gäller samtliga patienter med frågeställning om cervikalt trauma; såväl ankommande via ambulans som sökande själva och/eller via remiss.

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