# Intrahospital spinal rörelsebegränsning vid traumalarm nivå 1 och 2

Fastställd av Regional processägare traumasjukvård (HS 2020–00893) månad okt 2020 giltig till nov 2022. Utarbetad av DUG, Drift och utvecklingsgrupp inom traumasjukvårdssystemet i VGR

## Syfte

Tydliggöra intrahospital spinal rörelsebegränsning för patienter vid Traumalarm nivå 1 och 2.

## Bakgrund

### Spinal rörelsebegränsning intrahospitalt

Det saknas i nuläget nationella riktlinjer för intrahospital spinal rörelsebegränsning. Däremot finns det prehospitala riktlinjer som nästan har tagit bort rigid halsryggskrage helt.
Se nationella rekommendationer för Prehospital rörelsebegränsning vid trauma (www.lof.se)

Det finns flera exempel där rörelsebegränsning potentiellt kan göra mer skada än nytta, exempelvis riskerar planläge hos en kyfotiskt Bechterewpatient att förvärra en eventuell skada och man bör i dessa fall istället polstra liberalt med kuddar eller vårda i sidoläge.
Patienter som inte har förståelse för och kan följa uppmaning om rörelsebegränsning, för dem riskerar en eventuell skada att förvärras om de sätts fast med remmar. Överväg sedering i samband med rörelsebegränsning vid hög risk för skada hos patient som inte följer uppmaningar,
I följande rekommendationer beskrivs normalfallet för spinal rörelsebegränsning vid traumalarm nivå 1 och 2. Använd den teknik som passar just din patient bäst.

Till huvudblock kan användas filtar, sandsäckar eller annat anpassat huvudstöd. När huvudblocken används tillsammans med en traumamadrass/trauma transfer skall huvudblocket fästas i underlaget. Om huvudblocken används i säng eller vanlig brits behöver de ej fästas till underlaget utan användas då som ett stöd för patienten. Det blir även en påminnelse för patienten att minimera rygg och hals rörelser, då patienten i dessa fall använder sitt muskelförsvar till att skydda en eventuell spinal skada. Skyndsam CT för att utesluta spinal skada rekommenderas.

## Rekommendation

Gemensam rekommendation för barn- och vuxentrauma

| Patient | Akuten | På röntgen | På IVA/Avd<br>Sekundärtransport mellan sjukhus |
|---|---|---|---|
| Nivå 1 i normalfall.<br>Medvetslös *alternativt* vaken med påverkad perifer neurologi. | Huvudblock.<br>Traumatransfer/vaccummmadrass*.<br>Blockvändning<br>Rörelsebegränsning vid förflyttning. | Huvudblock.<br>Traumatransfer/vacummmadrass*.<br>Rörelsebegränsning vid förflyttning. | Huvudblock alternativt enligt ordination av ortopedjour.<br>Blockvändning.<br>Rörelsebegränsning vid förflyttning. |
| Nivå 2 i normalfall.<br>Vaken utan neurologiska symtom men med risk för spinal skada.<br>Patienten skyddar sin egen halsrygg genom muskelförsvar. | Huvudblock.<br>Rörelsebegränsning vid förflyttning.<br>Blockvändning.<br>Ingen traumatransfer/vacummadrass. | Huvudblock.<br>Rörelsebegränsning vid förflyttning.<br>Ingen traumatransfer/vacummadrass. | Huvudblock.<br>Rörelsebegränsning vid förflyttning.<br>Blockvändning. |
| Följer inte uppmaningar och/eller drogpåverkad | Huvudblock.<br>Traumatransfer/vacummadrass* vid stark misstanke om spinalskada, överväg då sedering.<br>Blockvändning.<br>Rörelsebegränsning vid förflyttning. | Huvudblock.<br>Traumatransfer/vacummadrass* vid stark misstanke om spinalskada, överväg då sedering.<br>Rörelsebegränsning vid förflyttning. | Huvudblock.<br>Rörelsebegränsning vid förflyttning.<br>Eventuell blockvändning. |

* Traumatransfer/vacummadrass används endast under transport i samband med CT-undersökning och då som regel med fixerade remmar. Avvecklas alltid vid ankomst till patientens slutdestination (IVA/OP/AVD/Akuten).

## Uppföljning

Uppföljning sker i samband med uppföljning av verksamhetsplanen en gång per år.

## Innehållsansvarig

Erik Johnsson, verksamhetschef, Regionalt traumacentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset