

# Handläggning av Tourniquet på akutmottagningen SkaS

Förändringar sedan föregående version  
Ny rutin.

## Bakgrund och syfte

Tourniquet (TQ) kan vara ett mycket effektivt sätt att stoppa stor livshotande blödning från extremiteter. Beroende på placering och hur länge TQ sitter finns en risk att onödigt stor ischemisk vävnadsskada uppstår. Denna risk skall upprepat, minst 1gg/timme, värderas och vägas mot patientens övriga cirkulatoriska status och risk för systemiska biverkningar vid konvertering/avlägsnande av TQ. Målet är att inom rimlig tid, och under säkra förhållanden, avlägsna TQ och ersätta den med exempelvis tryckförband för bevarad blödningskontroll.

## Utförande

### Grundläggande principer

Föreligger blödningskontroll? Om inte, applicera ytterligare TQ eller använd annan metod.

Patient som inkommer med TQ på extremitet där blödningschock föreligger eller där TQ sitter inom 10 cm från amputationsskada skall EJ konverteras i det primära omhändertagandet.

Om TQ suttit mindre än 2 timmar anses risken för systemiska biverkningar, med reperfusionssyndrom som låg. Patienten skall vara uppkopplad och kontinuerligt övervakas av läkare i samband med konvertering.

Om TQ suttit mer än 2 timmar kan man förvänta sig biverkningar vid påsläpp, som i så fall skall ske under IVA lika förhållanden. Risken för systemiska biverkningar ökar med tiden.

Risk för reblödning föreligger alltid vid konvertering varför behandling av blödningschock ska vara påbörjad och kunna fortgå.

I normalläge, i den civila kontexten, kommer patienten snabbt till traumaomhändertagande sjukhus varför konvertering av TQ sällan behöver prioriteras tidigt i omhändertagandet. Adekvat smärtlindring är av yttersta vikt för att en vaken patient ska tolerera TQ.

I extremfall, TQ mer än 8 timmar, kan man förvänta sig irreversibla skador på muskler och nerver varför amputation med bevarad TQ ska övervägas.

### **Principer för konvertering av TQ**

Konvertering av TQ skall ske på plats där det finns möjlighet att bedöma och rengöra skada samt åtgärda blödningskälla och resuscitera patienten. Operation är oftast platsen för detta.

1. Exponera. Rengör skada.
2. Åtgärda uppenbar kärlskada. Ligera om tillämpligt. Shunta eller laga beroende på fysiologi och kirurgisk expertis.
3. Tamponera sårhålan och applicera nytt tryckförband om kärlskadan inte kan åtgärdas.
4. Applicera TQ närmare skadan om utrymme finns. Dock minst 5 cm ifrån och ej nära/över led. Dra ej åt. Lämpligt att använda pneumatisk TQ om tillgänglig.
5. Lätta försiktigt, gradvis (halvt varv/2 min) på den proximala, ursprungliga TQ. Observera upprepat om fortsatt blödningskontroll samt systemiska biverkningar.

6. Om ej blödningskontroll dra åt/pumpa upp den distala, nysatta TQ. Kontrollera upprepat att blödningskontroll föreligger.
7. Upprepa konverteringsförsök när och om patientens status tillåter. Annan plats/teknik/kompetens?

Om det bedöms att TQ ej kan avlägsnas finns ändå värde i att konvertera till pneumatisk TQ som genererar betydligt mindre smärta.

### **Materiel i TQ låda**

- Pneumatisk TQ (Delfi) x 2
- CAT TQ x 2
- Gasväv x 12
- Tryckförband x 4
- Detta PM inplastat x 1

(Hemostatiska förbandsprodukter finns att tillgå på operation vid behov)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VO4 Akutsjukvård

**Innehållsansvar:** Joel Wallén, (joewa1), Överläkare

**Granskad av:** Isak Arvidsson, (isaar1), Överläkare

**Godkänd av:** Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1),  
Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9678-1600500551-125

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2026-06-07

**Giltig till:** 2028-06-05