

OMVÅRDNAD VID RYGGSKADOR

I huvudsak är omvårdnaden vid ryggskador mycket lik annan ortopedisk vård. Det som är speciellt är främst mobiliseringsföreskrifterna och hjälpmedlen.

MOBILISERING

Hur patienten ska mobiliseras beror på diagnos och patientens tillstånd. Mobiliseringsföreskrifterna kan skilja sig åt ganska mycket även vid likartade diagnoser. Se därför alltid till att du vet vad som gäller för aktuell patient. I slutet av operationsberättelsen (dikteras av operatören efter operationen) står oftast postoperativa ordinationer och mobiliseringsföreskrifter. Sjukgymnasten brukar också kunna ge svar. I omvårdnadsjournalen bör man ha ett ställe där man fyller i mobiliseringsföreskrifter, hjälpmedel och hur många man bör vara vid mobilisering.

Ryggskador

Vid ryggskador eller efter ryggoperation skall patienten oftast plankvändas. Det innebär att patienten vänds utan vridning av ryggraden, som om hon hade en plank i ryggen. Ingen vridning får ske mellan bäcken och axlar. Vid vändning skall patienten ligga med böjda knän, ha en kudde mellan knäna, hålla armarna på bröstkorgen (krama en kudde) och **inte hjälpa till**. Plankvändning kräver en vårdare på var sin sida om sängen. Den vårdare som vänder patienten mot sig lägger en arm på övre delen av ryggen och en på höften. Den andre vårdaren hjälper till genom att dra lite i draglakanet under vändningen. En fast kudde eller ihoprullad filt läggs bakom ryggen innan man släpper patienten. Vändning tillbaka till rygglägen görs på motsvarande sätt men då tar den vårdare som vänder patienten emot sig hand om överkroppen och den andre bäcken och ben. Vändning underlättas av att man har ett gliddrag under patienten. Draglakan (med plastdrag under) eller gliddrag skall placeras så att de ligger från bäckenet upp till axlarna. Patienten får inte lyftas med draglakanet utan skall istället dras eller hasas.

Det finns ofta restriktioner av hur högt man får höja under huvudändan. Ibland får man inte höja alls. Patienten får under inga omständigheter använda dävert.

Mobiliseringen av ryggskadade sker i två steg; först plankvändning till sängkanten och sedan uppresning till sittande. Om patienten har en skada eller är opererad i ländryggen nedanför lumbalkota 2 (L2) finns även en restriktion för maximal höftfleksion. Sängen måste därför oftast vara höjd en bit. Mobiliseringen är likadan som vid buksnitt.

Många gånger krävs en korsett för att en ryggskadad ska få mobiliseras.

Exempel på korsetter som används vid ryggskador:

- **Mjuk tygkorsett/DOSI** (en resårkorsett som knäpps fram med kardborreband)
- **Förstärkt tygkorsett** (ser ut som en gammaldags korsett, knäpps fram med hyskor och hakar och blyxtlås. Har stålskenor insydda.)
- **LBP** (low back pain) korsett (en hård plastkorsett som knäpps fram)
- **Bodybrace** (en hård plastkorsett med knäppning i sidorna)
- **Hyperextensionskorsett** (trepunktskorsett)
- **CT-brace** (cerviko thorakal)

Observera att stora individuella skillnader finns i mobiliseringen beroende på typer av skada och operationsmetod. Vissa korsetter är endast stödjande och smärtlindrande medan andra är oundgängliga för att undvika komplikationer.

Alla patienter som bär en korsett ska ha ett linne under korsetten för att undvika skav och värmeutslag. Linnen ska bytas minst en gång per dag. Om skav eller tryck uppstår av korsetten skall detta rapporteras till sjukgymnasten. Tjocka förband får aldrig läggas under en korsett för att den skaver då detta kan förvärra problemet. Patienten ska istället få vara utan korsetten så mycket som möjligt och lufta huden tills korsetten blivit justerad.

Patienter med instabila frakturer duschas inte. Postoperativt kan alla duscha liggande utan korsett. Vissa patienter får duscha stående utan korsett men får då ej böja sig och behöver därför hjälp med ben och rygg.

Nackskador

En patient med stabil fraktur i halsryggen opereras vanligen inte utan behandlas konservativt med något slags stödjande halskrage av fastare typ, vanligen **C62-krage**. Vid skador i neder delen av halsryggen används **CT-brace** eller **Aspen CTB**. Dessa patienter har sällan restriktioner avseende hur mycket ryggstödet får höjas.

Patienter med instabila frakturer opereras och operationsmetoden avgör val av krage. De patienter som är helt stabila efter operationen klarar sig med en **mjuk halskrage** (skumgummikrage som knäpps fram med kardborreband).

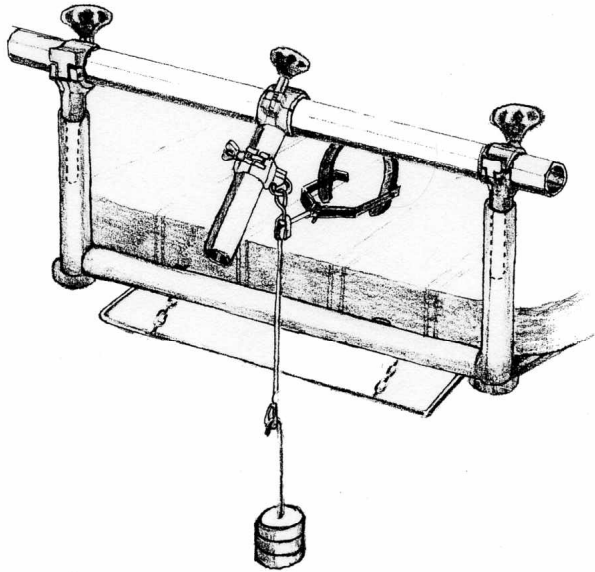
Exempel på kragar och korsetter som används vid nackskador:

- **CT-brace** (cerviko thorakal, hård plastkorsett som sitter över bröstkorgen och upp över hals och nacke, knäpps med kardborreband i sidan)
- **Aspen CTB** (en modernare och bekvämare variant av CT-brace)
- **C62-krage** (hård plastkrage som täcker halskota 6 till 2, C6-C2)
- **mjuk halskrage** (skumgummikrage som knäpps fram med kardborreband)

- **haloväst** (plastväst på överkroppen, metallring runt huvudet och stag som går mellan ringen och västen)

Huden under kragar skall kontrolleras och tvättas dagligen! De patienter som är stabila efter operationen får duscha utan krage. De som är instabila och har CT-brace eller Aspen CTB måste duscha liggande. Observera att speciella restriktioner kan gälla.

Instabila frakturer som är dislocerade (lägesförändrade eller luxationsfraktur) måste ofta först behandlas med **halosträck**.



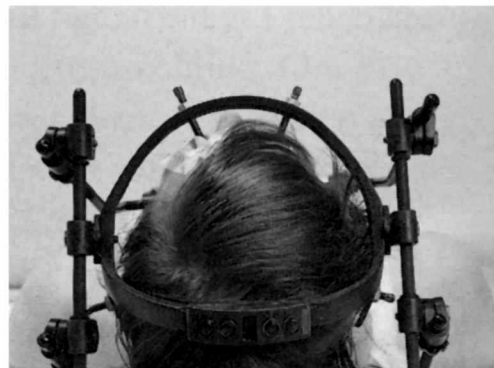
Halosträck (SU/SS Ortopedoperation).

En haloring (metallring) fästes runt huvudet med fyra skruva mot skallbenet. En sträckanordning fästes i ringen (halosträck). Sträcket lägges på ortopedoperation under genomlysning så att resultatet genast kan bedömas (gäller Sahlgrenska Sjukhuset). Belastningen ökas successivt tills önskat läge uppnås. Detta kan ta detta flera dagar och kräver upprepade röntgenkontroller av läget.

Patienter som behandlas med halosträck har ett stort omvårdnadsbehov och behöver till exempel hjälp med mat, munvård och hygien. De får endast ligga plant i ryggläge men får lov att lyfta ben och stjärt för hygien och bäcken. Axlarna ska dock ligga mot bädden.

En patient som ligger i halosträck och mår illa och kräks riskerar att aspirera uppkastningarna. Patienten måste då vändas på sidan. Man kopplar loss sträcket och gör en plankvändning med minst tre vårdare. En erfaren undersköterska, sjuksköterska eller läkare håller huvudet, följer med i vändningen och ser till att ingen vridning eller böjning framåt/bakåt sker i halsryggen. Ett sugaggregat skall alltid vara kopplad hos patienten så länge hon ligger i halosträck. Det kan vara bra att förebygga med läkemedel mot illamående.

Patienter som behandlas med halosträck får ibland hallucinationer, förvirring, pirring eller domning i armar och ben. Detta händer oftast i anslutning till början av sträckbehandling eller vid ökning av belastningen. Orsaken kan vara för kraftigt sträck vilket drar i nerverna. Belastningen måste minskas och läkare tillkallas om sådana problem uppstår.



Haloväst (Ortopedi sida 652, bild 40:15).

Efter behandlingen i halosträck får patienten en **haloväst** som håller upp haloringen och därmed nacken. En haloväst består av haloringen och fyra kolfiberstavar som fäster i en plastväst. Under västen bärs ett foder av antingen syntetisk ull eller äkta fårskinn. Halovästen ger både fixation och sträck vilket särskiljer den från andra ortoser

Om en patient med haloväst får hjärtstopp kan HLR (hjärt-lungräddning) göras genom att halovästens två nedersta spännen öppnas och västens front fälls upp. Halsryggen är trots den öppnade västen stabil.

Haloringens insticksställen ska den första veckan inspekteras dagligen, tvättas med tvål och vatten två gånger i veckan och läggas om torrt vid behov. Man bör vara uppmärksam på eventuell sårinfektion.

Från magen och nedåt kan patienten duscha stående. Håret tvättas antingen liggande på bakåtlutande duschbräda eller med huvudet lutat över badkarskanten.

Knäppningar och knakningar i västen kan tyda på att skruvarna behöver efterdras. Detta får endast göras av läkare.

DRÄNAGE

Dränage efter ryggoperationer backas och dras normalt dagen efter operationen på ordination av läkaren eller sjuksköterskan. Dränagen skall normalt backas och dras **passivt**. Efter backning får det maximalt komma

50 ml i dränaget på fyra timmar. Om det kommer mer får dränaget sitta kvar ytterligare 12 till 24 timmar.

I halsen är det trångt och många blodkärl passerar. Man riskerar därför att orsaka stora blödningar om man drar ett dränage aktivt. Dränage efter operationer i nacken/halsryggen skall därför alltid dras **passivt och ej backas**. Undantag görs endast på ordination av läkare. Efter avlägsnande av dränage från halsryggen måste patienten observeras så att en blödning inte trycker på mat- och luftstrupen. Patienten skall kunna andas och svälja utan problem.

Om patienten stabiliserats i ryggen på grund av metastaser i ryggraden dras dränagen som vanligt. Om däremot en tumör och omkringliggande vävnad opererats bort lämnar operatören ofta en stor sårhåla. Efter sådana operationer kan dränaget få sitta kvar upp till en vecka! Dränaget åstadkommer undertryck i sårhålan som bidrar till läkningen. Dessa dränage dras endast på ordination av läkare. Kontrollera med sjuksköterska eller ansvarig läkare om du är osäker på vilken typ av operation som utförts.

SÅRKONTROLL

Sårkontrollen är densamma som vid de flesta ortopediska ingrepp. Förbandet inspekteras operationsdygnet för att se en eventuell blödning och förstärks vid behov. Oftast finns det ett ytterförband eller en förstärkning som avlägsnas första till andra dagen efter operationen. Den femte postoperativa dagen eller vid behov byts innerförbandet. Man tittar vid förbandsbyte efter tecken på infektion (smärta, svullnad, rodnad, värmeökning, var). Läckage av serös vätska kan tyda på en yttlig sårinfektion som kan utvecklas till en djup infektion i skelettet. Man bör då ta en sårodling från det ställe läckaget kommer ifrån (se anvisningar för sårodling från bakteriologiskt laboratorium). Efter sju dagar har såret läkt så pass mycket att patienten får duscha med tättslutande duschförband (Cutifilm eller OpSite). Man skall ej byta förband i onödan och inte röra såret.

DISTAL STATUS

Precis som vid annan ortopedisk vård finns det anledning att kontrollera distal status, dvs värme, känsel och rörlighet i extremiteterna. Detta görs främst vid skador som gipsas eller större trauman. Vid ryggskador kan nervinklämningar ge allvarliga permanenta skador. Därför måste även undersköterskan vara uppmärksam på distal status.

Cauda Equina syndrom kallas ett tillstånd då nervknippet som passerar ländryggen utsätts för ett så stort tryck att patienten får känselbortfall i perineum (området mellan blygdbenet och svanskotan) och svårt att kissa. Operation måste ske snarast för att undvika permanent skada som kan leda till livslång urin- och avföringsinkontinens. Kontroll av att

patienten kan kissa är därför mycket viktigt vid frakturer eller diskbräck i ländryggen.

Vid all daglig omvårdnad av patienter med ryggproblem eller skador i ryggen bör man fråga om rörlighet och känselnedsättning. Minsta förändring ska rapporteras till sjuksköterska eller läkare.

SKOLIOSOPERERADE PATIENTER

Det som främst skiljer skoliosopererade patienter från andra ryggopererade är den strikta regimen avseende nutritionen. På grund av att tarmarna ändrar läge då ryggen sträcks ut och en nerv som försörjer tarmpaketet störs får patienten **tarmparalys**. Därför följer patienterna ett strikt schema med regler för hur mycket och när de får börja dricka. Skoliosopererade patienter skall oftast mobiliseras åt endast en sida beroende åt vilket håll de har ryggen krökt. Ett vårdprogram för skoliosopererade finns på SU/SS avdelning 25.

SÄNGLÄGESKOMPLIKATIONER

Tidig mobilisering är viktigt för att undvika sänglägeskomplikationer och för att påskynda läkningen. Det är mycket få sjukdomstillstånd där den förr så populära ordinationen sängläge är av nytta. Vi människor är helt enkelt inte anpassade för att ligga stilla.

De "klassiska" sänglägeskomplikationerna är:

- **Förstoppning**
- **UVI** (urinvägsinfektion) ger oftast illaluktande urin, täta trängningar och feber. Urinsticka (nitur) tas och även urinodling om stickan är negativ men patienten har symtom enligt ovan.
- **Trycksår**
- **Pneumoni** (lunginflammation) ger sig främst tillkänna med feber men även hosta och lätt andfåddhet.
- **DVT** (djup ventrombos) och **lungemboli** (proppar i lungornas blodkärl)
- **Kontrakturer** (inskränkt rörlighet i leder)
- **Muskelförsvagning**

SMÄRTLINDRING

Smärtfrihet kan vara mycket svår att uppnå vid vissa sjukdomstillstånd men grundläggande pre- och postoperativ smärtlindring är oftast enkel att uppnå genom att som grundsmärtlindring på fasta tider kombinera Paracetamol (Panodil, Alvedon) med någon lätt opioid (Tiparol, Dexofen, kodein). Injektioner Morfin eller Ketogan ges vid behov. Istället för sprutor kan man använda en pump som ger Morfin kontinuerligt intravenöst. På så sätt får patienten en jämn koncentration av läkemedel i blodet och därmed mindre biverkningar än av injektationer vid behov. Sådana pumpar kallas ofta PCA-pumpar (patient kontrollerad anestesi). Ett annat

alternativ är att ge en kraftig opioid som långverkande tablett (Dolcontin, OxyContin).

Smärtlindring är i praktiken främst sjuksköterskans område. Dock arbetar undersköterskan mer med patienten och kan göra sjuksköterskan uppmärksam på patienter som har ont men inte säger till, till exempel "tuffa karlar" äldre eller dementa patienter. Det är också bra om extra smärtlindring ges en stund före mobilisering, så stäm av med sjuksköterskan innan det är dags att ta upp patienten.

Oro och rädsla förstärker upplevelsen av smärta varför vanlig omvårdnad, sällskap och närhet fungerar smärtlindrande! Lägesförändring regelbundet, en kudde under knäveckan och liknande omvårdnad kan också lindra.

KÄLLOR

Lindgren U, Svensson O. Ortopedi. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin/Liber; 1996.

Järhult J, Offenbartl K. Kirurgiboken. Stockholm: Förlaget Hagman; 1994.

Bauer G. Ortopedisk kirurgi. Lund: Studentlitteratur; 1979.

Lind B. Cervikala skador. Föredrag för sjuksköterskor; 2001.

Information till dig som fått en haloväst. SU/Sahlgrenska avdelning 25.

Vårdprogram för ryggpatienter. SU/Sahlgrenska avdelning 25.

FAKTAGRANSKNING

Anita Henriksson, sjuksköterska, Ortopedkliniken, SU/Sahlgrenska.

Björn Zoega, läkare, Ortopedkliniken, SU/Sahlgrenska.