

Minnesanteckningar traumamöte 25-02-18

Närvarande; Jonas, Ingela, Daniel, Sebastian Berg, Sebastian Boström, Daniel, Linda
Isabell (med kort stund på länk).

Föregående möte

Blodvärmare-> Daniel tittar närmare detta.

Immobilisering-> Jonas har gjort en lathund med ” take home message.” Kort sammanfattning är att patienter ska log rollas om man inte gör ett aktivt val att avstå r/t skada. Lathunden bifogas till minnesanteckningarna

E- ansvarig läkare i regionen. (E= expolision). Jonas har varit i kontakt med H. Berglund på beredskapsenheten då att det uppmärksammats att det inte finns någon arbetsbeskrivning.

De återkommer och först då kommer det bli aktuellt för kirurgen att föreslå lämplig representant.

Dagens möte

Övning 25/2 Diskussion kring planerad övning.

Granskning Några patienter granskas i gruppen

IVA Sebastian lyfter frågan om det skulle vara aktuellt att IVA SSK är med på akutrummet vid det initiala omhändertagandet. Frågan har kommit från IVA. Det diskuteras för och nackdelar. Han tar tillbaka frågan för diskussion på IVA om för och nackdelar där. Frågan tas upp vidare i gruppen under våren.

Digital manual. Den digitala manualen är nu klar och det fungerar bra med löpande uppdateringar. Ingela har kontakt med kommunikationsenheten för att få till en ” blänkare ” på Navet.

Nästa möte 18/3

Vid pennan Ingela

Här kommer ett take home message om det som jag sade på kirurgens möte förra tisdagen

- Skopbår (det vi alla kallar spine board) som traumapatienter oftast kommer in på.
 - Skall avlägsnas direkt efter ambulansrapport efter överflytt till brits/traumatransfer om inte livräddande åtgärder måste vidtas omedelbart
 - Lossa huvudet först! Stabilisera halsryggen (kirurg vid trauma 2, narkos vid trauma 1) lossa sedan kroppen och ta bort brädan.
 - Patienter som inte anländer på skopbår är **INTE** per automatik friade från spinal skada
- Bäckengördel
 - Sätts vid misstanke om bäckenskada **OCH** hemodynamisk instabilitet. Undvik att provocera ett bäcken på en hemodynamiskt stabil patient med misstänkt bäckenskada, detta gäller både undersökning av bäcken eller att dra åt en gördel vilket medför risk för blödning.
 - Misstänkt bäckenskada vid högenergivåld och ont i bäckenet. Undersökning av bäcken görs för att ev kunna avstå CT av bäcken inte för att konstatera att en misstänkt bäckenskada är instabil.
 - Vid misstänkt skada och stabil patient kan gördel sättas löst innan transport till CT för att kunna dra åt vid behov.
 - Gördel sätts över **trochanter major** för att ge inåtrotation i höftleden, skall inte sitta över bäcken skoveln. Bifogad bild 1
- Log-roll
 - Det ingår i omhändertagandet att patientens rygg undersöks!
 - I **utvalda** fall kan traumaledaren välja att denna undersökning görs efter CT om CT planeras **omgående** och det inte finns misstanke om signifikant skada på ryggen som förändrar utredningsgången. Exempel på dessa patienter skulle kunna vara:
 - Patienten med hög misstanke om instabil spinal skada (rygg/nacksmärta + neurologiska bortfall)
 - Misstanke om bäckenskada på tidigare instabil patient där blödningen förefaller avstannat och pat bedöms stabil nog för CT
 - Misstanke om hotande inklämning vid neurotrauma, detta för att spara tid till CT.
- Traumatransfer
 - Spänn fast kropp först och sedan huvudet. Max tid på transfer är 4 timmar, detta inkluderat tiden på skopbår.
- Spinal rörelsebegränsning av LÖF 2022 (mycket text i denna men det vi vill förmedla är)

- *"ABCDE-stabila och kognitivt opåverkade patienter utan neurologisk påverkan anses själva ha förmågan att begränsa sina rörelser i kotpelaren i det för dem mest bekväma läget" Bifogad bild 2*
- Alltså kan dessa patienter lossas från traumatransfer och läggas i vanlig brits innan CT svar. Beslut om detta ligger hos traumaledare
- *"Spinal rörelsebegränsning behövs ej rutinmässigt vid penetrerande skador och bör undvikas vid penetrerande skador hos kritiskt sjuk patient"*
- Detta pga den låga risken för instabila kotskador vid penetrerande våld och att risken att spinal rörelsebegränsning fördröjer och försvårar livräddande åtgärder
- Tourniquet
 - Flertalet utbildningar för civila lär ut att sätta tourniquet vilket medför en "risk" att fler patienter kommer till sjukhuset med tourniquet
 - Dessa skall **alltid** tas bort och utvärderas på akutrummet om patienten inte måste vidare pga andra livshotande skador (life before limb). Får man inte kontroll på blödning med tryckförband sätts tourniquet som en sista utväg.

Hojhoj
