

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention för Patienter med Spinala sjukdomar och skador vårdade inom patientflöden Rygg

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Funktionsområde Arbetsterapi och Fysioterapi, Karolinska Universitetssjukhuset.

Vårdprogrammen riktar sig främst till arbetsterapeuter och/eller fysioterapeuter internt men även externt.

Innehåll

Introduktion.....	2
Teoretiska antaganden inom arbetsterapi och fysioterapi	2
Funktionstillstånd / diagnos	2
Indikation för fysioterapi och arbetsterapi.....	4
Mätmetoder/utfallmätt.....	5
Interventioner.....	6
Restriktioner och riskanalys.....	7
Vårdkedja/uppföljning/arbetssätt.....	7
Sökvägar.....	9
Referencer.....	9

Författare och produktionsår

Enhet	Namn	Profession	Datum	E-post	Telefon
Neuro Solna	Margareta Jonsson	Spec. sjukgymnast	2018/12/18	margareta.r.jonsson@sll.se	
Neuro Solna	Salomé Cronjé	Leg. fysioterapeut		hester.cronje@sll.se	

Reviderat

Enhet	Namn	Profession	Datum	E-post	Telefon

Granskare

Enhet	Namn	Profession	Datum	E-post	Telefon
Neuro	Evelina Laasonen Gomaa	Spec. Sjukgymnast	20190226	evelina.laasonen-gomaa@sll.se	07246 81368

Introduktion

Teoretiska antaganden inom fysioterapi

Fysioterapi syftar till att främja hälsa, minska lidande och till att behålla eller återvinna optimal rörelseförmåga och rörelsebetende. Fysioterapi omfattar kunskap om människan som en fysisk, psykisk, social och existentiell helhet i ett hälsoperspektiv. I centrum för kunskapen står förståelse av kroppen, dess rörelse och funktion samt interaktion med andra och med miljön. (Fysioterapi-profession och vetenskap, 2017. www.fysioterapeuterna.se)

Funktionstillstånd / diagnos

Vårdprogrammet inkludera följande diagnoser i patientflödena inom Tema Neuro och Tema TRM.

Degenerativa sjukdomar

Cervikalt diskbräck med ritzopati	M50.1
Cervikalt diskbräck med myelopati	M50.0
Cervikal spinal stenosis	M48.8
Cervikal foraminal stenosis	
Thorakalt diskbräck m. myelopati	M51.0
Thorakal spinal stenosis	M48.0

Lumbalt diskbråck M51.1

Lumbal spinal stenosis

Trauma

Cervikalt S12 .2

Thorakalt S22

Lumbalt S32

Sakralt S32.1

Beskrivning av ovan nämnda diagnoser:

M50.1, M50.0, M48.8

Långvarig smärta i halsryggen med utstrålning i arm/hand/fingrar kan bero på degenerativa förändringar i halskotpelaren i form av benpålagringar (osteofyter) eller buktande diskar/diskbråck (cervical spondylos). Stickningar/domningar inom specifikt dermatom stärker den kliniska bilden. I mer avancerade fall kan ryggmärgen bli påverkad (myelopati) med sfinkterpåverkan, och/eller spasticitet i benen.

Cervikal spondylos är vanligt förekommande och ökar i frekvens med stigande ålder hos både män och kvinnor. Delvis som led i normalt åldrande. Trauma mot halsryggen förefaller öka risken att utveckla spondylos flera år senare.

Klinisk bedömning i kombination med Magnetresonanstomografi (MRT) ger oftast diagnosen. Ofta behöver man komplettera med slätröntgen eller Datortomografi (DT) av halsryggen. I mer komplicerade fall utförs även DT myelografi och neurofysiologiska tester. På vissa kliniker praktiseras diagnostisk nervrotblockad.

De flesta fall kan behandlas konservativt där ett lämpligt program med fysioterapi och antiflogistika kombineras. I mer svåra fall kan kirurgiskt ingrepp övervägas av neurokirurg eller ortoped. Vilken kirurgisk teknik som används anpassas till det enskilda fallet, men främre fusion är den vanligaste approachen i Sverige (1).

S12.2

Skada i halsryggen omfattar frakturer, luxationer och ligamentskador med eller utan neurologiska bortfall. Vanliga orsaker är trafik- eller fallolyckor. I Sverige drabbas varje år ca 150 personer av en ryggmärgsskada.

Symtom vid akut skada i halskotpelaren:

1. Nacksmärta
2. Rhizopati

3. Bortfall av neurologiska funktioner nedom skadenivån, tetrapares/tetraplegi.
4. Avsaknad av reflexer nedom skadenivån.
5. Bukandning, lågt blodtryck, bradykardi, hypotermi, och priapism är tecken på hög ryggmärgskada.

Vid misstanke om halskotpelarskada är följande av särskilt stor vikt.

1. Samtliga förflyttningar av patienten utförs i stabilt planläge.
2. Frikostig med intubering om tecken på nedsatt andningsfunktion och/eller saturation. Koppla saturationsmätare, förse patienten med flera venösa infarter och koppla dropp. Håll patienten varm. Eftersträva systoliskt blodtryck över 120 mmHg.
3. Som del av traumaprogrammet utförs CT halsrygg vilket oftast ger diagnos. Patienter med tecken på cervikal ryggmärgskada handläggs av anestesiläkare tillsammans med neurokirurg eller ortoped. Vid tecken på ryggmärgskada utförs även MRT akut. Patienter med cervikal ryggmärgskada ska vårdas på intensivvårdsavdelning i det akuta skedet. Behov av respiratorvård kan uppstå relativt akut även om patienten initialt klarar egen andning.

Felställningar ska reponeras. Ryggmärg eller nervrötter som står under tryck av t. ex. epiduralhematom eller intryckt disk bör dekomprimeras akut (timmar). Operationens utförande och timing är beroende av skadetyper. Vanliga ingrepp är laminektomi, corpektomi, och/eller diskektomi. I samma seans som ryggmärgen dekomprimeras stabiliserar kirurgen kotpelaren med intern eller extern fixation. Exempel på extern fixation är Haloväst. Intern fixation bör utföras av neurokirurg eller ortoped snarast möjligt genom att skruva ihop kotor framifrån (främre fusion) eller bakifrån (bakre fusion).

Mobilisering påbörjas tidigt i förloppet, med hjälp av fysioterapeut vilket anses minska risken för infektioner, trombosor och kontrakturer vilket är av stor betydelse för patientens framtid.

Indikation för fysioterapi

Att ge ett systematiskt omhändertagande avseende bedömning av symtom, orsakssamband och möjliga fysioterapeutiska/arbetsterapeutiska åtgärder.

Att med reliabla och valida utvärderingsinstrument följa symtomutveckling och utvärdera insatta åtgärder.

Bedömning är en del i utredning och utvärdering i samband med kirurgiska och/ eller medicinska åtgärder.

Att patienten får en trovärdig förklaring till symtom, information om bedömningsresultat och möjliga behandlingsalternativ av symtom.

Att patienten ska vara införstådd med och delta i beslut om valda åtgärder.

Undvika komplikationer i samband med kirurgi och immobilisering.

Träning/rehabilitering.(2)

Mätmetoder / Utfallsmått

Mätmetod (Referens)	Syfte	Minimal core set
Anamnes: boende, yrke, arbetsförmåga (sjukskrivning), arbetsställningar, fritid, familj, fysisk aktivitet, språk, sjukdomshistoria (utlösande faktorer för aktuella symptom), medicinering, sovställning, hjälpmedel(3, 4)	Diagnostik och planering av vårdinsatser	x
Smärteckning (5), (6, 7)	Dermatomutbredning och karaktär av smärta	x
VAS, NRS (5)	Värdera smärtintensitet	x
Sensoriskt status enl. ASIA (8, 9)	Nivådiagnostik	x
Motoriskt status enl. ASIA eller D/W((10)	Nivådiagnostik	x
Neurologisk skadenivå vid ryggmärgspåverkan enl. ASIA	Följa upp utbredningen av skada	x
JAMAR (11)	Värdera greppstyrka i händerna	x
Senreflexer	Värdera neurologisk påverkan	x
Babinski	Värdera neurologisk påverkan	x
Fotklonus	Värdera neurologisk påverkan	x
Modified Ashworth Scale (12)	Värdera muskeltonus	x
Goniometer, funktionella tester.	Värdera ledrörlighet	x

Max gångsträcka, 10 m, 6 MW, ojämnt underlag, trappa, gångmönster	Värdera gångförmåga	x
Romberg, TUG, BBS, tandemgång, enbenstående	Värdera balans	x
EQ5D	Värdera hälsorelaterad livskvalité	

Minimal core set = mätningar som ska utföras vid varje standardiserad uppföljning enligt (WHO/ICF/ICHOM/OMERACT eller annat internationellt konsortium som arbetar inom aktuellt område), Register: vilket register registreras mätvärdet i.

Intervention

Patienter som fick strukturerad postoperativ fysioterapi efter cervikal kirurgi rapporterade högre grad av förväntat resultat än patienter som fick generella råd () Många patienter som fick generella råd behövde kompletterande behandling efter kirurgi. Resultat visar att patienter opererade p.g.a. cervikal ritzopati tolererar väl nackspecifik träning postoperativt ()

Fysioterapi påbörjad inom fyra veckor postoperativt efter spinal kirurgi har visat sig säkert och utan komplikationer för patienten ()

Intervention (Referens)	Målsättning
Information och råd i samband med bedömningen (3)	Att patienten ska kunna upprepa och visa förståelse för given information
Träningsprogram med genomgång (13-16)	Korrekt genomförda övningar
Hänvisning externt	Adekvat omhändertagande med hänsyn till symtom
Konsultationssvar	Tydligt svar på frågeställning

Pre-/postoperativ information ((17)	Lugn, informerad och trygg patient
Andningsvård pre-/postoperativt.	Undvika respiratoriska komplikationer. Optimal syresättning
Mobilisering och råd efter kirurgi (17, 18)	Undvika cirkulatoriska komplikationer. Minimera smärta
Utprovning av hjälpmedel	Skapa förutsättningar för optimal funktion
Rekommendation postop. rehab. (19)	Vård på rätt vårdnivå
Uppföljning inom vårdkedja vid Ryggmärgsskada	Adekvat vård med hänsyn till skada/sjukdom

Restriktioner

Det finns inga generella restriktioner

Ev. restriktioner införs av PAL i patientjournalen.

Riskanalys

Respiratoriska komplikationer

Tromboser

Vård på inadekvat vårdnivå

Förlängd vårdtid

Begränsad funktionsnivå utifrån givna förutsättningar

Förlängd sjukskrivningstid

Vårdkedja/Uppföljning/Arbetsätt

Bedömning av patienter i öppen vård:

Konsultationer skickas från neurolog eller neurokirurg till arbetsterapi/fysioterapi.

Muntlig konsultation från neurokirurgmottagningen ang. patienter som ska vårdas inneliggande eller ska skrivas in för kirurgi.

Journalanteckning skrivs som svar på konsultation.

Inneliggande patienter bedöms av ansvarig fysioterapeut/arbetsterapeut på resp. vårdenhet. Ingen skriftlig konsultation krävs.

Fysioterapeut och eller arbetsterapeut rekommenderar lämplig rehabilitering och eftervård utifrån bedömt behov och patientens önskemål.

Uppföljning för patienter som skrivs ut till hemmet sker i samband med kontrollröntgenbesök eller efter konsultation från neurokirurg.

Patientområde

Neurokirurgi (Tema Neuro)

Rekonstruktiv ortopedi (Tema Trauma och Reparativ Medicin)

Patientflöde

Diagnosgrupperna återfinns inom Tema Neuro/Neurokirurgi/rygg och Tema trauma och reparativ medicin/Rekonstruktiv ortopedi/ryggsjukdomar

Se även Vårdprogram vid ryggmärgspåverkan/skada och följande länkar

G:\Kar\HP\HP_FO Arbter.Fyster\1. FUNKTIONSENHETER\Neuro 1 och 2\NEURO 1 & 2 FYSIO SOLNA\Nackträningssgrupp\Nackträningssprogram

G:\Kar\HP\HP_FO Arbter.Fyster\1. FUNKTIONSENHETER\Neuro 1 och 2\NEURO 1 & 2 FYSIO SOLNA\Rekommenderade sjukgymnaster

Sökvägar

Databas	Sökord (<i>MeSH om möjligt</i>)	Datum
PubMed	epidemiology, neck, spondylosis, Symptom, Assessment, Needs assessment, Pain management, Treatment outcome, Conservative treatment, degenerative disc disease OR "Spinal Diseases" OR Intervertebral Disc Degeneration OR Spinal Stenosis OR Spondylosis OR Intervertebral Disc Displacement OR radiculopathy OR degenerative myelopathy AND early ambulation OR early mobilization OR romberg test OR Jamar dynamometer OR Modified Ashworth Scale, Pain Measurement OR Pain drawing OR medical history taking OR rehabilitation OR surgery	

1. Referenser

1. Peolsson A HR, Vavruch L, Öberg B. Predictive factors for the outcome of anterior cervical decompression and fusion. . Eur Spine J 2003; 12:274-280.

2. Zhang X, Zhang Z, Wen J, Lu J, Sun Y, Sang D. The effectiveness of therapeutic strategies for patients with radiculopathy: A network meta-analysis. Mol Pain. 2018;14:1744806918768972.

3. Overmeer T, Boersma K. What Messages Do Patients Remember? Relationships Among Patients' Perceptions of Physical Therapists' Messages, Patient Characteristics, Satisfaction, and Outcome. Phys Ther. 2016;96(3):275-83.

4. Mizer A BA, Gibson J, Donaldson MB., . Self-report and subjective history in the diagnosis of painful neck conditions: A systematic review of diagnostic accuracy studies. Musculoskeletal Sci Pract. 2017;Oct; 31:30-44.

5. Chiarotto A, Maxwell LJ, Ostelo RW, Boers M, Tugwell P, Terwee CB. Measurement Properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, and Pain Severity Subscale of the Brief Pain Inventory in Patients With Low Back Pain: A Systematic Review. J Pain. 2018.

6. Persson L MU. Pain-drawing: a quantitative and qualitative model for pain assessment in cervico-brachial pain syndrome. . The Pain Clinic 1994;7(1):13-22. .

7. Anna MacDowall YR, Martin Skeppholm & Claes Olerud. Anxiety and depression affect pain drawings in cervical degenerative disc disease. Upsala Journal of Medical Sciences. 2017; 122:2, 99-107

8. Jonsson M, Tollback A, Gonzales H, Borg J. Inter-rater reliability of the 1992 international standards for neurological and functional classification of incomplete spinal cord injury. Spinal Cord. 2000;38(11):675-9.

9. www.asia.org

10.M Hislop HJ MJ. Daniels and Worthingham´s muscle testing, techniques of manual examination Saunders company; 1995.

11.Bohannon RW, Peolsson, A., Massy-Westropp, N., Desrosiers, J., & Bear-Lehman J. . Reference values for adult grip strength measured with a Jamar dynamometer: a descriptive meta-analysis. *Physioterapi*. 2006;92:11-5.

12.Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*. 1987;67(2):206-7.

13.Wibault J, Oberg B, Dederig A, Lofgren H, Zsigmond P, Peolsson A. Structured postoperative physiotherapy in patients with cervical radiculopathy: 6-month outcomes of a randomized clinical trial. *J Neurosurg Spine*. 2018;28(1):1-9.

14.Peolsson A, Peolsson M, Jull G, Lofstedt T, Trygg J, O'Leary S. Preliminary evaluation of dorsal muscle activity during resisted cervical extension in patients with longstanding pain and disability following anterior cervical decompression and fusion surgery. *Physiotherapy*. 2015;101(1):69-74.

15.Peolsson A, Soderlund A, Engquist M, Lind B, Lofgren H, Vavruch L, et al. Physical function outcome in cervical radiculopathy patients after physiotherapy alone compared with anterior surgery followed by physiotherapy: a prospective randomized study with a 2-year follow-up. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013;38(4):300-7.

16.Wibault J, Oberg B, Dederig A, Lofgren H, Zsigmond P, Persson L, et al. Neck-Related Physical Function, Self-Efficacy, and Coping Strategies in Patients With Cervical Radiculopathy: A Randomized Clinical Trial of Postoperative Physiotherapy. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017;40(5):330-9.

17.Snowdon M, Peiris CL. Physiotherapy Commenced Within the First Four Weeks Post-Spinal Surgery Is Safe and Effective: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(2):292-301.

18.Robson CH, Paranthala MP, Dobson G, Ly F, Brown DP, O'Reilly G. Early mobilisation does not increase the complication rate from unintended lumbar durotomy. *Br J Neurosurg*. 2018:1-3.

19.Nielsen PR, Jorgensen LD, Dahl B, Pedersen T, Tonnesen H. Prehabilitation and early rehabilitation after spinal surgery: randomized clinical trial. *Clin Rehabil*. 2010;24(2):137-48.

2018-12-11

Solna

Hälsoprofessioner/Arbetsterapi/Fysioterapi/Neuro
Telefon: 08. 51772242

Information till dig som har skadat eller opererats i halsryggen

Vanligtvis brukar man vara sjukskriven några veckor efter skadan eller operationen lite beroende på vad du arbetar med. Du kommer att vara trött under de första veckorna efter skadan eller operationen därför att det går åt energi att läka skadan/ingreppet. Man brukar säga att läkningstiden är 6 - 12 veckor.

Under läkningstiden ska du undvika:

- Att köra bil så länge du känner att du inte kan röra huvudet fritt
- Att utsätta dig för stötiga rörelser; hoppa, åka båt snabbt, utförsåkning
- Att böja huvudet kraftigt bakåt vid t.ex. bröstsim och hårtvätt
- Att lyfta och bära tungt (det ska inte orsaka smärta eller obehag)
- Att sova på mage

Detta är för att skadan/ingreppet ska läka så bra som möjligt.

När du skrivs ut från sjukhuset är vardaglig aktivitet och promenader lämpligt att börja med direkt. Rörelse av kroppen är gynnsamt för läkningen. Efter 2 veckor har du möjlighet till ett återbesök hos Fysioterapin på neurosektionen. Hör gärna av dig för att få övningar, möjlighet att ställa frågor samt diskutera fortsatt uppföljning. Du är välkommen att ringa oss på telefon 08-517 722 42.

Träning av halsryggen



- Titta ner mot naveln
- Håll 5 sek, upprepa 5 ggr
- Öka successivt till 30 ggr



- Titta ner mot naveln
- Tryck hela huvudet rakt bakåt
- Håll 5 sek. Upprepa 5 ggr
- Öka successivt till 30 ggr



- Titta ner mot naveln
- ”Rulla” upp huvudet så att bakhuvudet lättar 1 cm från underlaget
- Håll 5 sek, upprepa 5 ggr
- Öka successivt så att du orkar hålla 1 till 2 minuter



- Ligg på sidan, blicken ner mot naveln
- Lyft huvudet rakt upp i sidled och tillbaka ner mot underlaget
- Upprepa 5 ggr/sida
- Öka successivt till 30 ggr



- Huvudet utanför kanten
- Drag in hakan och pressa ihop skulderbladen
- Lyft huvudet med indragen haka till rakt läge
- Håll 5 sek, upprepa 5 ggr
- Öka successivt till 30 ggr



- Sträck armarna framåt, håll dem nära huvudet med tummarna uppåt
- Pannan hålls mot underlaget
- Lyft armarna så högt det går
- Håll 5 sekunder, upprepa 5 ggr
- Öka successivt till 30 ggr