

Hjärtstopp

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)
[Akutfas](#)
[Utredning och bedömning](#)
[Indikationer för behandling](#)

[Behandling](#)
[Omvårdnad](#)
[MeSH-ord](#)

Sammanfattning

Det finns många anledningar till att patienten drabbas av hjärtstopp, där hjärtsjukdom torde vara den vanligaste orsaken. Oavsett anledningen till hjärtstoppet är detta ett synnerligen tidskritiskt tillstånd.

Akutfas

Plötslig medvetslöshet, ingen puls och/eller egenandning. Avancerad hjärt-lungräddning påbörjas omedelbart enligt HLR-rådets riktlinjer.

Utredning och bedömning

Anamnes, kontroll av fastställda vitalparametrar samt triagering enligt RETTS-a.

Indikationer för behandling

Symptomatisk behandling

Medvetslöshet utan egen andning, agonal andning eller onormal andning

Avancerad hjärt-lungräddning utförs alltid vid:

Pågående ventrikelflimmer samt

Patienter med hjärtstopp som inte uppfyller kriterierna för avbrytande enligt nedan.

Avstå från HLR alternativt avbryt om nedanstående kriterier uppfylls och patienten är vuxen:

1. Säkra dödstecken
2. Obevittnat hjärtstopp utan bystander-HLR där tiden från larm till ankomst överstiger 15 minuter och första EKG visar asystoli.
3. Kontinuerlig asystoli trots >20 minuter A-HLR

Vid tveksamhet, påbörja omedelbart HLR.

OBS! Vid hypotermi, drunkning, synlig graviditet eller misstänkt intoxication ska HLR ej avbrytas utan föregående läkarbedömning.

Patienten ska normalt behandlas på hämtplats tills cirkulationen är återupprättad. Om detta inte lyckas - ta ställning till om behandlingen kan avbrytas enligt kriterierna ovan.

Dödsfall utanför sjukhus ska konstateras av läkare enligt lokalt PM.

Hjärtstoppspröpp ska alltid skrivas vid genomförd HLR och fyllas i digitalt i Paratus.

Behandling

Avancerad hjärt-lungräddning genomförs enligt Cardiologföreningens riktlinjer, med följande regionala anpassning:

Omedelbar start av bra manuell HLR*

Därefter analys** och eventuell defibrillering

Därefter 2 minuter HLR med LUCAS kopplad snarast möjligt

Därefter tillämpas manuell kompressionsdefibrillering, osv.

*Om bevitnat av ambulanspersonalen eller bra HLR innan ambulansens ankomst defibrilleras snarast möjligt.

**Halvautomatik bör användas vid första analys

Om patienten trachealintuberats görs kontinuerliga bröstkompressioner. Ventileras då med 10 andetag/minut.

Om patienten ventileras på annat sätt görs HLR 30:2 med kortast möjliga paus för inblåsningar.

Inblåsningar ska göras tills synlig höjning av bröstkorgen

Manuell HLR ska utföras med två-livräddarteknik för att minimera paustiderna

Manuell defibrillering får utföras efter delegering.

Ventilation utförs med oxygentillförsel 10 l/min och pocketmask/ mask och ballong. Intubation är en fördel om detta kan utföras snabbt och utan problem.

Läkemedel

Adrenalin injektionsvätska 0,1 mg/ml, 10 ml ges i.v./i.o omgående vid asystoli/PEA.

Vid VF/VT ges Adrenalin efter 3:e defibrilleringen. Därefter var 4:e minut

Amiodaron (Cordarone®)injektionsvätska 50 mg/ml, 300 mg (6 ml späds med 14 ml Glukos 50 mg/ml en 20 ml-spruta) snabbt intravenöst/intraosseöst om kvarstående VF/VT efter 3 defibrilleringar.

Tilläggsdos **Amiodaron** (Cordarone®)injektionsvätska 50 mg/ml 150 mg(3ml späds med 7 ml glukos 50mg/ml) ges i.v./i.o. efter 5:e defibrilleringen och vid kvarstående VF/VT.

Andningsoxygen minst 10l/min.

Omvårdnad

Normoventilera patienten. Värdera om endotracheal intubation.

Intraosseös access tidigt

Vid ROSC- diagnostiskt EKG

MeSH-ord

Akutmedicin

Hjärta och kärl

Intensivvård

Uppdaterat från föregående version- ingen förändring från föregående version. Höjda ben borttaget.

Gäller från 2015-12-01