

Gäller för: Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL
Innehållsansvar: Katarina Strid, (katst), Överläkare
Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare
Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-11-18

Giltig till: 2026-11-18

Medvetslösa patienter med misstänkt stroke. Omhändertagande på akutmottagningen och IVA

Revidering i denna version

- Uppdaterad i giltighetstid.

Bakgrund

Förändrad rutin föranleds av data avseende handläggning av stroke-patienter i akutskedet som visar att:

- Beslut i akutskede om palliativ vård riskerar att fattas på bristfälliga grunder och kan därmed bli en självuppfyllande profetia.
- Det är svårt att bedöma prognos tidigt i förloppet en mer liberal inställning till initial IVA-vård behövs för att inte riskera att undanhålla patienter rätt vård och därigenom inte ge förutsättning för överlevnad överhuvudtaget.
- Även i gruppen intracerebrala blödningar, kritiskt sjuka i akutfasen överlever vissa patienter med bra resultat.

Syfte

Förbättring av vårdresultatet för medvetandesänkta patienter som inkommer akut genom att minska risken för aspiration, optimera syrsättning, blodtryck, elektrolytstatus och blodsocker med intensifierad övervakning och monitorering.

Vilka berörs

Akutmottagningens personal, akutläkare/medicinjour, neurolog/trombolysjour narkosjour, narkossjuksköterska och personal på IVA.

Åtgärder

- När medvetslös patient med **RLS 4 eller sämre** kommer till akuten ska akutens personal larma enl rutin inklusive narkosjour och narkossjuksköterska.
- Undantag: Patienter som sedan tidigare har eller får behandlingsbegränsningar vad gäller intensivvård pga. annan bakomliggande kronisk sjukdom.
- Aktuell patient intuberas direkt på akuten.
- IVA tar över patienten för vidare diagnostik tex CT-undersökning i samråd med PAL.
- Efter avslutad undersökning läggs patienten på IVA för fortsatt vård och terapi.
- Neurokirurg alternativt strokebakjour SU kontaktas av PAL för diskussion om övertagande/operation/trombectomi kan vara aktuellt.
- Till IVA i väntan på besked om ev övertag och transport. Artärnål. Optimering.
- Om patienten ej accepteras för övertag, fortsatt neuroprotektiv optimering.
- Om patienten vaknar, överväg extubation och flytt av patient till medicinsk vårdavdelning, i första hand strokeenheten avd 53. Beslut i samråd med neurolog/trombolysjour alternativt mellanjour medicin på jourtid.
- Om patient med stroke inte vaknar skall respiratorterapi genomföras i max 2 dygn, därefter extubation och överflyttning till strokeenheten, avd 53. Om tecken till hotande inklämning handläggning enl rutin, Organdonation
- Under hela processen är det mycket viktigt med stöd och information till anhöriga, och IVA-personal.
- PAL= Neurologkonsult skall dagligen ronda patienten tillsammans med IVA-läkare
- Rutinen ska utvärderas efter cirka ett år.

Behandling på IVA

- **Ventilation:** Välj ventilationsmode utifrån patientstatus, spontanandning eller ej men målvärden ska uppnås. O₂ saturation: 95% - 98%, PaO₂ 11-14 kPa (om ej KOL) normoventilation mot lätt hyperventilation, PaCO₂ 4,5 - 5,5 kPa
- **Blodtryck:** Olika målvärde beroende på om infarkt eller blödning föreligger.
Cerebral infarkt: Systoliskt blodtryck > 220 mmHg behandlas.
Cerebral blödning: Systoliskt blodtryck > 160 mmHg behandlas. Blodtrycket skall inte sänkas mer än 20 %.
Blodtrycket sänks i första hand med Labetalol, Furosemid ev tillägg med

Klonidin. Undvik Hydralazin som har sent anslag och mer uttalad seneffekt.

Sätt ut blodtryckssänkande behandling när blodtryck <130/80 mmHg. Om pågående antikoagulationsbehandling och blödning behandla utifrån aktuellt

läkemedel, Warfarin eller NOAK.

P-Na 140 – 145 mmol/l.

- **Kroppstemperatur:** Temp > 37,5° behandlas med 1 g Paracetamol, max 4 ggr/dygn. Vid hypertermi tag ställning till ev aktivare behandlingsstrategier. Bakomliggande infektion? Antibiotika? LP?
- **Blodsocker:** 6 – 10 mmol/l. Undvik både hypo- och hyperglycemi.
- **Sedering:** Undviks i första hand för att kunna utföra neurologisk bedömning. Vid behov av smärtlindring/sedering använd kortverkande läkemedel, Ultiva ev i tillägg med Propofol alternativt Klonidin eller Dexmedetomidin.
- **Kramper:** Behandlas initialt med inj Lorazepam alternativt Stesolid. Se rutin [Status Epilepticus](#)
- Patienter med **subarachnoidalblödning** ges Cykokapron 1 g x 3-4 i v. Om patienten har tagit stora doser ASA kan även Octostim 0,3 ug/kg iv övervägas.
- Patient med stroke skall protokollföras ”neurologstatus” i Clinisoft.
- Undvik Glucoslösningar iv första dygnet. Neg vätskebalans eftersträvas.
- Mobilisering/träning påbörjas så snart som möjligt.

Neurology 2001:56: 766-7, Stroke 2004:35:1130–34, Lancet Neurology 2005:4:662–72, JAMA 2005:294:725-733, JAMA 2005:10:725-33

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL

Innehållsansvar: Katarina Strid, (katst), Överläkare

Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10086-1525759947-146

Version: 6.0

Giltig från: 2024-11-18

Giltig till: 2026-11-18