

Gäller för: Neurologi-stroke

Giltig från: 2025-11-11

Innehållsansvar: Ann-Loise Lindström, (annli7), Sjuksköterska

Giltig till: 2027-11-11

Godkänd av: Jeanette Faeder, (jeafa2), Verksamhetschef

# Akuta omhändertagande vid cerebrala blödningar

## Bakgrund

Intrakraniella blödningar innefattar intracerebrala blödningar/hematom (ICH), subarachnoidala blödningar (SAB), subdurala blödningar/hematom (SDH) och epidurala blödningar.

Traumatiska blödningar vårdas på kirurgklinik.

Cerebrala blödningar kan lokaliseras till olika delar av hjärnan. I storhjärnan kan blödningen vara central/djup eller lobär/ytlig. Blödningen kan också sitta i lillhjärnan, hjärnstammen eller i ventriklarna. Det kan även bli genombrottsblödningar till ventriklarna. Det är viktigt att observera att blödningar i lillhjärnan snabbt kan försämrats.

Alla blödningar riskerar att öka i storlek, speciellt under de första timmarna - dygnet efter insjuknandet. Om en försämring sker leder det till försämrad prognos, ökat funktionsberoende, neurologisk försämring och ökad risk för död. Detta kan förebyggas med ett optimalt omhändertagande i akutskedet.

Beroende på blödningens lokalisering, storlek och medvetandegrad hos patienten kan det bli aktuellt med utrymning av blödningen. Patienten flyttas då över till neurokirurgen på Sahlgrenska.

Den vanligaste orsaken till intracerebrala blödningar är hypertoni och de blödningarna är oftast lokaliserade till de centrala delarna av hjärnan = basala ganglierna eller thalamus men kan även sitta i lillhjärnan och hjärnstammen.

Vid blödningar orsakade av antikoagulantia (waran eller NOAK) skall dessa skyndsamt reverseras.

## Syfte

Att öka kunskapen hos personalen på stroke/neuroavdelningen för att förbättra och strukturera det akuta omhändertagandet vid cerebrala blödningar.

## Vid blödning orsakat av Waran/NOAK:

- Akut PK (om waranbehandlad)
- Vid behandling med waran, Eliquis, Xarelto ges Ocplex.
- Vid behandling med Pradaxa ges behandling Praxbind.
- Viktigt att observera att vid ordination av att ge dessa läkemedel måste det ges akut, behandlingen får inte vänta, det har högsta prioritet.

## Blodtrycksmål:

- Att nå systoliskt bltr 120–140 mmHg så snart det är möjligt
- Behandla med i.v läkemedel om systoliskt blodtryck 150 mmHg eller mer
- Sänk blodtrycket maximalt 60 mmHg första timmen
- Sänk inte blodtrycket mer än maximalt 90 mmHg från utgångsblodtryck under första dygnet
- Undvik systoliskt blodtryck lägre än 110 mmHg
- Undvika svängande blodtryck och blodtryckstoppar
- Blodtrycksmålen kan individanpassas

## Blodtrycksbehandling:

- Alltid manuella blodtryck vid intracerebrala blödningar
- Be inskrivande läkare sätta in inj Labetalol vb om det inte är gjort
- Behåll ordinarie blodtrycksbehandling
- Vid otillräcklig effekt, behandla i första hand med Labetalol iv
- Efter given dos skall nytt blodtryck kontrolleras inom 10–15 minuter
- Om blodtrycksmål ej nåts skall ytterligare blodtryckssänkande ges och detta upprepas till blodtrycksmålet är nått men observera ovanstående mål.
- Börja oftast med 10 mg Labetalol (2 ml á 5mg/ml) men ibland krävs 2–4 ml.
- Tänk på att behandla smärta och illamående.
- Labetalol får ges max 200 mg/dygn. Har en max-effekt inom 10–15 minuter. Halveringstid på ca 4 timmar men ibland varar inte effekten mer än 60 minuter. Biverkning bradykardi – undvik att ge om puls under 50, AV-block eller pågående astma
- Catapressan iv får ge max 600 microgram/dygn. Obs skall spädas. Max-effekt inom 20-30 minuter. Särskilt effektivt vid motorisk oro och smärta.

## Övervakning på avdelningen:

Blodtryck och vakenhet (RLS) behöver övervakas tätt inom första dygnet. Om patienten är medvetandesänkt och har stora funktionella bortfall är inte NIHSS befogat utan det räcker med RLS. Patienten kopplas till övervakningsmonitor och ställ in övre och nedre larmgräns, 150 mmHg respektive 110 mmHg.

Vid ankomst till avdelningen kontrolleras NIHSS samt alla vitala parametrar som vanligt. Därefter följs vakenheten (RLS) var 30:e minut de första 2 timmarna. Sedan följs vakenheten 1 gång i timman upp till 6 timmar och efter detta glesas det ut till var 3:e timma. Detta följs fram till nästa rond då läkaren får ordinera fortsatt övervakning. Om vakenheten försämras och RLS ökas med minst 1 p vid kontroll skall läkare kontaktas. Blodtrycket följs 1 gång/timma upp till 6 timmar. Om blodtrycket legat högt och iv läkemedel har fått ges, fortsatt med blodtryckskontroller 1 gång/timma fram till rond. Om blodtrycket legat stabilt runt målvärdet, kan det glesas ut till var 3:e timma fram tills rond. Om blodtrycket inte går ner trots upprepade behandlingar med Labetalol under de första timmarna kontakta läkare. Inläggande läkare kontaktar neurokirurgen (NK) om röntgenfynd.

## Omhändertagande på strokeenheten

- Sängläge med 30 graders förhöjd huvudända till nästa morgonrond om:
  - Svårreglerat blodtryck
  - Blödning i ventriklarna eller vid genombrott till ventriklarna
  - Huvudvärk
  - Sänkt vakenhet
- Fri mobilisering efter ork om:
  - Blodtryck inom referensvärden utan behov av extra blodtryckssänkande behandling, viktigt att mäta blodtrycket vid mobilisering.
- Täta blodtryckskontroller – se separat
- Telemetri skall kopplas vid blödning i bakre cirkulationen, lillhjärna/hjärnstam (ökad risk för akut arytmi)
- KAD skall sättas om sängläge
- Fasta till nästa morgonrond om patienten bedöms ha hög risk för försämring ex svårreglerat blodtryck
- Sväljbedömning enligt rutin
- Sätt nasogastrisk sond i tidigt skede om patienten bedöms ha osäker sväljning eller sänkt vakenhet för att kunna ge framför allt perorala läkemedel (ex blodtrycksmedicinering)
- Koppla inf Ringer-Acetet vid fasta – beräkna ca 30 ml/kg kroppsvikt
- Syrgas om POX under 95%
- Tänk på att behandla oro, smärta, illamående och ev urinretention
- Inf Paracetamol har bra effekt vid huvudvärk (bättre än tablett/suppositorier)
- Minska risk för obstipation, sätt tidigt in behandling med Movicol (grundbehandling 1 x 2 om ej diarré). Viktigt att patienten inte skall krysta.
- Följ p-glukos x 4 hos patient med diabetes och fastevärde i två dagar hos patient med icke känd diabetes

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- Enstaka epileptiska anfall är inte ovanligt i akutskedet och behandlas med iv Diazepam på läkarordination.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Neurologi-stroke

**Innehållsansvar:** Ann-Loise Lindström, (annli7), Sjuksköterska

**Godkänd av:** Jeanette Faeder, (jeafa2), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10118-83671035-44

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2025-11-11

**Giltig till:** 2027-11-11