

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Giltig från: 2024-12-18

Innehållsansvar: Nicola Heinze, (johhe24), Överläkare

Giltig till: 2026-12-18

Granskad av: Nicola Heinze, (johhe24), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

# Synkope - riktlinje vid oklar orsak

## Sammanfattning

Denna riktlinje är avsedd för patienter med oklar orsak till medvetandeförlust. Syftet är att ställa rätt diagnos i så många fall som möjligt och att hitta kardiell orsak till synkope. Kardiell orsak kan ha en dålig prognos och är därför viktig att hitta och åtgärda.

Synkope har ofta en plausibel förklaring och behandling sker då av orsaken. Riktlinjen behöver då inte användas.

## Förändringar sedan föregående version

.

### Innehållsförteckning

<a href="#">Sammanfattning</a>	1
<a href="#">Förändringar sedan föregående version</a>	1
<a href="#">Bakgrund</a>	2
<a href="#">Förutsättningar</a>	2
<a href="#">Genomförande</a>	2
<a href="#">Initial bedömning (t ex på akutmottagningen)</a>	2
<a href="#">Riskbedömning</a>	3
<a href="#">Utredning inneliggande (enkel standardvårdplan)</a>	4
<a href="#">Uppföljning</a>	5
<a href="#">Definitioner</a>	5
<a href="#">Indelning</a>	5
<a href="#">Behandlingsrekommendationer vid vissa tillstånd</a>	7
<a href="#">Ortostatiskt prov - metod</a>	8
<a href="#">Karotismassage – metod</a>	8
<a href="#">Lutningstest</a>	9

<a href="#">Bilkörning</a> .....	9
<a href="#">Uppföljning</a> .....	9
<a href="#">Dokumentinformation</a> .....	9
<a href="#">Referensförteckning</a> .....	10
<a href="#">Länkförteckning</a> .....	10

## Bilagor

Bilaga 1. [Synkope oklar - anamnes](#)

Bilaga 2. [Ortostatisk test](#)

Bilaga 3. [Synkope - metod för lutningstest](#)

## Bakgrund

Synkope kan ha många orsaker. De flesta är godartade medan några har dålig prognos, fr.a. de med kardiell genes. Det är därför viktigt att identifiera sådan genes.

## Förutsättningar

Denna riktlinje är avsedd för patienter med oklar orsak till svimningen. Där orsaken är uppenbar, t ex AV-block III, lungemboli eller melena, handläggs dessa enligt sedvanliga rutiner.

## Genomförande

### Initial bedömning (t ex på akutmottagningen)

- Var det synkope? (plötslig debut, kort duration, spontant återställd, amnesi för händelsen).
- Finns vittne till händelsen? Hur beskriver denne det hela?
- Sjukhistoria – se bilaga 1 ”[Synkope oklar– anamnes](#)”
- Status – hjärta, lungor, blodtryck, buk, grovneurologiskt
- EKG
- Ortostatiskt test – se nedan [Ortostatisk test](#)
- Blodprover – Hb, elstatus, P-glukos, NT-proBNP, CRP
- Temp
- Läkemedel?

## Riskbedömning

Godartad orsak: T.ex. vasovagal svimning hos yngre, ortostatisk hypotension som är läkemedelsorsakad kan återgå till hemmet med lugnande besked, eventuellt med läkemedelsjustering. Ingen ytterligare utredning.

### Inläggningsindikationer vid oklar orsak

Patient med misstanke om kardiell genes eller annan allvarlig sjukdom bör läggas in.

Detta kan vara:

- Patienter med känd eller misstänkt hjärtsjukdom
  - Hjärtsvikt/låg ejektionsfraktion <40 %
  - Tidigare hjärtinfarkt
  - Signifikant blåsljud
- Synkope med bröstsmärta, vid ansträngning, i liggande eller med plötslig hjärtklappning
- Hereditet för plötslig död (förstegradssläkting med plötslig död <50 års ålder)
- EKG fynd t.ex.
  - Icke ihållande VT
  - Bifascikulärt block (LBBB eller RBBB+LAH/LPH)
  - Bradykardi <50/min, sinuserrest (utan förklaring som t.ex. träning)
  - Preexcitation
  - Långt QT-intervall
  - RBBB med ST-höjning i V1-3 (Brugada mönster)
  - Negativa T-vågor i V1-3 - givande misstanke om ARVC.
  - AV-block
  - Hypertrofitecken
- Upprepade synkope inom kort tidsrymd
- Misstänkt pacemaker/ICD-dysfunktion
- Anemi; Hb <90 eller pågående blödning
- Signifikant elektrolytstörning
- Andfåddhet eller pulsoximetri <92%
- Ihållande lågt blodtryck, systoliskt <90 mm Hg

### Övriga

För vissa patienter utan inläggningsindikation där man vill göra snar ytterligare utredning, t.ex. ekokardiografi, Holter, kan handläggas polikliniskt. Kontakta HIA dagvård på vardagar.

Vissa kan utredas med t.ex. en poliklinisk Holter men patientansvaret kan ligga kvar i primärvården. Skriv tydligt i journalen och skriv remiss till både hjärtmottagningen och primärvården.

Patienter med pacemaker/ICD som söker för oklar svimning: Dels kan dysfunktion ibland misstänkas och dels kan det finnas information om arytmier i dosans minne. Avläsning kan ske av HIA-överläkare på vardagar, kardiologjour dagtid helger.

## Utredning inneliggande (enkel standardvårdplan)

### ”Synkope oklar – enkel standardvårdplan”

- Ny anamnes från patient och ev. vittne – använd checklistan [Synkope oklar - anamnes](#)
- Telemetri 24-48 timmar – för definition av patologiska fynd se arytmi- och pacemakerkapitlet i Hjärthandboken
- 12-avlednings-EKG lagras dagligen de första två dagarna
- Kontroll Hb dag 2.
- Ekokardiografi vid misstanke om hjärtsjukdom
- Nytt ortostatiskt test på första morgonen [Ortostatisk test](#)
- Karotismassage på patient >40 år – metodologi, se nedan
- Fallriskbedömning

### **Neurologkonsult på särskild indikation:**

- Misstanke om epilepsi: T.ex. kramper utan uppenbar orsak i konvulsiv synkope, postiktalitet, lateralt tungbett.
- Neurologiska bortfallsymtom i förloppet.
- Autonom dysfunktion: T.ex. komplicerade fall med parkinsonism, diabetes.

### **Om ingen diagnos ev. fortsatt utredning:**

- Arbets-EKG vid misstanke om ansträngningsutlöst synkope eller ischemi.
- Invasiv elektrofysiologisk stimulering, indikation kan vara:
  - A. Patient med ischemisk hjärtsjukdom, arytmiorsak misstänks men ej påvisats i grundutredningen och annan ICD-indikation föreligger ej.
  - B. Patient med bifascikulärt block där man ej valt att ge pacemaker/ICD eller valt vägen med ILR-monitorering.
- Ev. diskussion på arytmikokonferens. ILR?
- Lutningstest – vid misstanke om reflektorisk synkope [Synkope – metod för lutningstest](#)

## Uppföljning

Bedöms från fall till fall.

- Primärvård
- Hjärtmottagning
- Övriga efter ev. orsak

## Definitioner

**Synkope:** Övergående, självterminerande medvetandeförlust. Beror på övergående cerebral hypoperfusion och leder till förlust av muskeltonus och oftast till fall och brukar ha en relativt abrupt debut och relativt snabb återgång till normalt tillstånd.

**Övergående medvetandeförlust:** Är ett bredare samlingsnamn och innefattar t.ex. partiell komplex epilepsi, intoxicationer och metabola rubbningar.

## Indelning

### Reflektorisk synkope

- Vasovagal svimning
  - vid smärta, rädsla etc.
  - vid ortostatisk stress, t.ex. långvarigt stående – skilj från ortostatisk hypotension
- Sinus caroticussyndrom
- Glossofaryngeusneuralgi
- Situationsbetingad
  - sväljsynkope,
  - miktionsynkope,
  - hostsynkope
  - **efter** ansträngning
  - efter måltid
- Atypisk – utan förkänning och/eller triggers mm.

### Ortostatisk hypotension

- Läkemedelsorsakat – t.ex. antihypertensiva, alkohol, diuretika, neuroleptika, antidepressiva, mm
- Med hypovolemi – vid anemi, blödning, diarré, kräkningar
- Med autonom dysfunktion - vid t.ex. Mb Parkinson, diabetes, amyloidos, uremi, mm

## Kardiell

- **Mekanisk:** Aortastenosis, hypertrof obstruktiv kardiomyopati, aortadissektion, myxom, mitralstenos, hjärttamponad, hjärtinfarkt, global ischemi, lungemboli, pulmonell hypertension.
- **Arytmi:** AV-block, sinusarrest/SA-block, supraventrikulära och ventrikulära takykardier, långt QT-syndrom

## Cerebrovaskulär

- Stealsyndrom (mkt ovanligt)

Följande brukar inte räknas till synkope men kan ge medvetandeförlust:

- **Neurologisk:** Epilepsi. Skilj från konvulsivt synkope där kramper orsakas av cerebral ischemi vid t.ex. vasovagal svimning.
- **Metabolisk:** Hypoglykemi, hypokalcemi, hypoxi, intoxication
- **Psykiatrisk:** Hyperventilation, pseudosynkope m.fl.

Vasovagala attacker är vanligast (>50 %).

Det är **viktigt att hitta kardiell genes** som har allvarlig prognos!

**Tungbett** kan ses vid epilepsi men också vanligt synkope. Tungbett på laterala tungkanten talar mer för epilepsi än tungbett på tungspetsen som är vanligare vid synkope.

### För reflexogen synkope talar:

- Lång svimningsanamnes, debut <40 år
- Associerat med obehag; ljud, syn, lukt, smärta
- Associerat med långvarigt stående
- Under måltid
- Trängsel, varma miljöer
- Förkänning; blekhet, svettning, illamående, kräkning
- Vid huvudrörelse eller tryck mot karotis
- Samband med miktion, defekation, hosta
- Hjärtfrisk

#### För kardiell synkope talar:

- Svimning under ansträngning
- Svimning i liggande eller sittande
- Ingen eller kort prodrom
- Plötslig hjärtklappning associerat med synkope
- Hereditet för plöstlig död i unga år
- Känd strukturell hjärtsjukdom
- EKG-avvikelse: bifascikulärt block, QRS >120 ms, AV-block, bradykardi <40, VT, preexcitation, långt QT, tidig repolarisation, Brugada-utseende, T-neg i V1-3, epsilonvåg, hypertrofitecken

#### För ortostatisk hypotension talar:

- Debut under stående
- Efter längre stående
- Stående efter ansträngning
- Efter måltid
- Tidssamband med insättande/ökning av blodtryckmediciner
- Känd autonom neuropati, t.ex. parkinsonism

## Behandlingsrekommendationer vid vissa tillstånd

- Patient med **oklar** synkope och bifascikulärt block (LBBB eller RBBB + LAH/LPH). Om ekokardiografi visar väsentligen normal EF rekommenderas pacemaker hos äldre. Hos yngre kan man överväga ILR. Om nedsatt EF (<35-40%) överväg ICD. Se pacemakeravsnittet i Hjärthandboken respektive hjärtsviktavsnittet för indikationer. Diskussion på arytmikonferens?
- Patient med **oklar** synkope och nedsatt kammarfunktion bör värderas angående ventrikulär arytm som orsak. Telemetri och om ingen diagnos diskussion angående invasiv elfys. Patient med EF <35-40% kan i sig ha indikation för ICD.
- **Vasovagal synkope:** Förklara mekanismen, undvika triggers, inte slarva med salt och vätskeintag, lägga sig ned vid prodromalsymtom. Om större problem kan PCM (physical counterpressure manöver) ev. hjälpa, instruktion via

sjukgymnast. Vid kardioinhibitorisk orsak kan **någon** gång pacemaker hjälpa – se pacemakeravsnittet. Tillståndet är benigt och pacemaker är inte ett förstahandsalternativ.

- Ortostatisk hypotension – se över medicineringen, stödstrumpor, sova med förhöjd huvudända 10-15 grader. Rekommendera ökat salt och vattenintag till vissa. Ev. fludrokortison eller midodrin.

## Ortostatiskt prov - metod

Patienten bör vila liggande i minst 5 minuter. Blodtryck och puls mäts **manuellt** i liggande, omedelbart i stående, vid 1, 2 och 3 minuter i stående och fortsätts längre om blodtryck sjunker. Symtom anges. Se bilaga 2 ”[Ortostatisk test](#)”

Patologiskt prov – något av följande:

- Sänkning av systoliskt blodtryck  $\geq 20$  mm Hg
- Sänkning av diastoliskt blodtryck  $\geq 10$  mm Hg
- Sänkning av systoliskt blodtryck till  $< 90$  mm Hg

Dålig pulsstegring,  $< 10$  slag/min, ses vid neurogen ortostatisk hypotension. Kraftig pulsstegring ses vid t.ex. hypovolemi, anemi och POTS.

POTS – postural ortostatisk takykardi syndrom – ökning av hjärtfrekvens i stående  $> 30$  slag/min eller till  $> 120$  slag/min utan blodtrycksfall och med symtom (vid ålder 12-19 år krävs hjärtfrekvensökning  $> 40$  slag/min).

## Karotismassage – metod

Övervägs vid oklar synkope på patienter  $> 40$  års ålder.

Utförs under kontinuerlig EKG-övervakning och om möjligt blodtrycksmätning.

Tryck vid karotisbifurkationen (framför m sternocleidomastioideus mellan käkvinkeln och krikoidalbrosket), massera upp och ned i 10 sek.

- I liggande på först ena, sedan på andra sidan
- I stående på först ena, sedan på andra sidan.
- Patologiskt test är: **Symtom** + asystoli  $> 3$  sek eller systoliskt blodtrycksfall  $> 50$  mm Hg.
- Om signifikanta pauser bör EKG sparas för scanning.
- Patient som har signifikant paus och symtom kan hjälpas av pacemaker.

## Lutningstest

Används ibland för att påvisa vasovagalt synkope eller POTS.

För vasovagalt synkope är sensitiviteten ca 80%, dvs testet är negativt hos flera patienter med diagnosen. Även falskt positiva test förekommer. Se bilaga 3 ”[Synkope - metod för lutningstest](#)”

Indikationer:

- Upprepade synkope med misstanke om reflektorisk synkope eller fördröjd ortostatisk hypotension.
- Misstanke om POTS.

Ett test är positivt för vasovagalt synkope om synkope provoceras tillsammans med en kardioinhibitorisk respons eller blodtrycksfall.

## Bilkörning

- Bedömning om lämplighet för bilkörning måste ske från fall till fall.
- Typiskt vasovagalt synkope, inga tecken till hjärtsjukdom – inga restriktioner
- Patienter aktuella för ICD eller pacemaker – se dessa kapitel.
- Övriga patienter med hjärtsjukdom – se Transportstyrelsens författningar.

## Uppföljning

Bedöms från fall till fall

- Primärvård
- Hjärtmottagning
- Övriga efter orsak

## Dokumentinformation

För innehållet svarar

Nicola Heinze, överläkare/processledare hjärtrytmrubbning SÄS

Remissinstanser

Verksamhetschefer vid följande kliniker:

Akutkliniken

Anestesiklinik

Barn- och ungdomsklinik

Infektionsklinik

Medicinklinik

Neuro- och rehabiliteringsklinik

Medicinsk beredningsgrupp  
Sjukhusledning

Vårdenhetschefer:  
Hjärtintensivavdelning  
Hjärtvårdavdelning  
Medicinsk akutvårdsavdelning

## Referensförteckning

1. Transportstyrelsens författningssamling  
<https://www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/Regler-for-vag/>

## Länkförteckning

1. Transportstyrelsens författningssamling  
[www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/Regler-for-vag/](http://www.transportstyrelsen.se/sv/Regler/Regler-for-vag/)
2. ”Hjärthandboken - Lokala riktlinjer för vård vid hjärtsjukdom”  
publicerad på intranätet  
[Startsida - Södra Älvsborgs Sjukhus \(vgregion.se\)](http://Startsida-Sodra-Alvsborgs-Sjukhus(vgregion.se)) på  
medicinklinikens webbplats under rubrik  
Styrdokument/Kardiologi/Cirkulation
3. ”Synkope oklar - enkel standardvårdplan” under rubrik *Styrdokument*
4. ESC Guidelines Syncope 2018  
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/21/1883/4939241>
5. Praktisk instruktion ESC 2018  
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/21/e43/4939242>

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Södra Älvsborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Nicola Heinze, (johhe24), Överläkare

**Granskad av:** Nicola Heinze, (johhe24), Överläkare

**Godkänd av:** Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

**Dokument-ID:** SAS9614-1097948292-48

**Version:** 8.0

**Giltig från:** 2024-12-18

**Giltig till:** 2026-12-18