

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Giltig från: 2025-09-19

Innehållsansvar: Andreas Thorén, (andth13), Överläkare

Giltig till: 2026-11-20

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1), Verksamhetschef

Intrakraniell blödning - handläggning och omhändertagande

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet.

Bakgrund, syfte och mål

Omhändertagande av medvetslös patient där intrakraniell blödning (=ICH) ej kan uteslutas skall övervakas och omhändertas optimalt för att förbättra outcome och prognos.

I andra hand kan utveckling till irreversibel situation med inklämning ge möjlighet för en patient att bli donator.

Arbetsbeskrivning

Akut omhändertagande

Då patient ankommer med RLS 4 eller lägre, kontaktas narkosjour. I samråd med mottagande läkare/bakjour tas beslut om fortsatt behandlingsnivå. Om beslut tas att inskränkning ej råder, och intrakraniell blödning ej kan uteslutas, sövs patienten och intuberas. Blodtryck och puls, pupillreaktioner och saturation övervakas och noteras kontinuerligt av narkos- eller IVA-personal. I samråd görs sedan akut CT-hjärna.

Vård på IVA

Om CT visar intrakraniell blödning skickas bilder till SU, Göteborg och neurokirurgen kontaktas inför ev kirurgisk intervention. Akutprover tas. Standarduppkoppling. KAD.

Ventilation

Patienten kopplas till respirator som ställs in med sikte på sat >95, pO2 >12, pCO2 4,0.

Cirkulation

Artärnål sätts. Vid ICH nedregleras blodtrycket till ca 160 mmHg. Vid behov ges propofolinfusion i första hand. Om detta ej räcker sätts Trandateinfusion alternativt Catapresan i intermittenta doser alternativt som infusion. Använd ej nitroglycerin. Vid MAP <70 ges Albumin och om detta ej räcker sätt noradrenalin.

Ev Nimotop till patient med subaraknoidalblödning.

Sedering

Ketanest är ej kontraindicerat vid förhöjt ICP. Vid behov ges propofol. Undvik opioider pga lång halveringstid. Stäng sederingen emellanåt och utvärdera vakenhetsgraden. Höjd huvudände minst 15 grader.

Koagulation

Pat med subaraknoidalblödning ges Cyklokapron 1 g x 3-4 iv. Ordinarie normal Trombyldos behöver ej reverseras. Om pat tagit stora doser ASA (Treo) kan Octostim övervägas vid ICH.

P-Natrium:

Undvik hyponatremi.

P-glukos:

Hålls mellan 4,5-10 mmol/l

Temp

Vid temp >37,5 ges paracetamol.

Neurologi

Pupiller, vakenhet, spontanmotorik, reflexer, spontanandning kontrolleras och noteras regelbundet.

Om hastiga blodtrycksskiftet sker, andningsmönster eller pupillstorlek ändras skall detta rapporteras.

Fortsatt omhändertagande

Om neurokirurgen accepterar patienten för övertag görs patienten transportklar snarast. Transport sker under säkerställda förhållanden.

Om patienten nekas övertag innebär detta ej att vården skall avslutas utan endast att patienten inte antas förbättras av kirurgi. Om patienten vaknar till övervägs extubation och förflyttning till stroke-avdelning. Om patienten ej förbättras övervägs avbrytande av intensivvården efter 48 timmar med överflyttning till strokeenheten.

Vid försämring tas tidig kontakt med donationskoordinator på Sahlgrenska oavsett patientens ålder. Se i övrigt donationspärmen för donationsrutiner.

Under hela processen är omhändertagande av anhöriga ytterst viktigt med så hög kontinuitet som möjligt.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Innehållsansvar: Andreas Thorén, (andth13), Överläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (anns1),
Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9696-242963441-59

Version: 9.0

Giltig från: 2025-09-19

Giltig till: 2026-11-20