

Cirkulationspåverkan (C)

Faktaägare: Granquist Åsa
Dokumentförvaltare: Kongstad Poul
Styrande dok (ej labmedicin), (ST) Riktlinje

Gäller för: Region Skånes Ambulanssjukvård

5.2 Hjärtstopp

Räddningstjänst

Räddningstjänst HLR och D-HLR görs enligt de nationella riktlinjerna från HLR-rådet. Ambulansteamet (MA) skall efterfråga och mottaga muntlig rapport från räddningstjänsten. Innehållet av denna ska dokumenteras.

Ambulanssjukvård

Vuxen: Vuxen-HLR utförs enligt nationella A-HLR algoritmen. Se A-HLR algoritm avsnitt 8.6.

Barn: A-HLR utföres enligt nationella riktlinjer. Se algoritm avsnitt 8.7. Hos hjärtfriska barn beror hjärtstopp oftast på hypoxi och därför är ventilation i denna grupp den viktigaste åtgärden. Barn utan luftvägshinder är oftast lätta att ventileras.

Neonatal: Neonatal HLR utföres för nyförlösta barn enligt nationella riktlinjer med undantag att adrenalin inte ges prehospitalt. Se neonatalalgoritm avsnitt 8.8. Vid tveksamhet användes Barn A-HLR-algoritmen utan läkemedel och defibrillering.

Ventilation

Vid ventilation med larynxmask, mask eller pocketmask utförs ventilationen synkront 30:2 med uppehåll av kompressioner vid ventilationen. Barn ventileras 15:2 och neonatala barn 3:1.

Larynxmask är rekommenderat hjälpmedel vid hjärtstopp. Om intubation görs med Boussignactub ska man ej ventileras patienten under pågående HLR, då de mekaniska/manuella kompressionerna vid HLR ger tillräcklig ventilation. Vid överlämning på akutmottagningen ska Boussignactuben vara märkt och fränkopplad. Tubläge skall kontrolleras kliniskt och med endtidalt CO₂ med LUCAS avstängd och manuell ventilation.

Läkemedel

Manuell HLR och defibrillering prioriteras initialt före mekaniska kompressioner och läkemedel vid hjärtstopp. Läkemedel under HLR administreras via intravenöst eller intraossös infart.

Cordarone ges enligt HLR-rådets algoritm till vuxna med eller utan läkarordination. Cordarone till barn ges enligt algoritm på likartat sätt.

Beslut om att avsluta eller fortsätta HLR

HLR skall inte påbörjas om det finns ett tidigare **beslut om "ej HLR"**. Detta skall vara en signerad läkaranteckning eller tydligt framgå av legitimerad sjukvårdspersonal.

Likaså skall HLR inte påbörjas om **samtliga** nedanstående förutsättningar är uppfyllda:

- Obevittnat dödsfall.
- EKG visar asystoli.
- Ingen bystander-/IVPA-HLR påbörjad.
- Tid från larm tills ambulans anländer > 15 min.

Efter 20 minuters P-HLR utförd av ambulanssteamet har medicinskt ansvarig möjlighet att självständigt **avbryta HLR** om alla följande punkter är uppfyllda:

Cirkulationspåverkan (C)

Faktaägare: Granquist Åsa
Dokumentförvaltare: Kongstad Poul
Styrande dok (ej labmedicin), (ST) Riktlinje

Gäller för: Region Skånes Ambulanssjukvård

- Kontinuerlig asystoli under P-HLR.
- Hjärtstoppet ej bevittnat av ambulanssteamet.
- Vuxen patient.
- Ingen misstanke om intoxication eller hypotermi.
- Ingen synlig graviditet

Traumatiskt hjärtstopp

- Stoppa eventuell yttre blödning
- Ventilera patienten med syrgas
- Gör thoraxdekompensation på bägge sidor och låt katetrarna sitta kvar.
- Påbörja infusion Ringer-acetat samt tranexamsyra
- Börja omedelbar transport till sjukhus eventuellt med hjälp av mekaniska kompressioner om detta är möjligt
- Använd LUCAS vid behov

HLR vid hypotermi

- Vid kroppstemperatur >35 grader: HLR som vanligt.
- Vid kroppstemperatur mellan 30 och 35 grader: Farmaka ges med dubbla dosintervall dvs var 8:e minut
- Vid kroppstemperatur under 30 grader ges ej farmaka. HLR ges kontinuerligt.