



Skånes Universitetssjukvård

VO Hjärt- och Lungmedicin

HIA, Lund

Tfn: 046 – 17 14 55

Fax: 046 – 17 20 57

PM

**Antikoagulation,
trombocythämning**

Giltigt till: 21 12 24

PM Ansvariga: Jasminka Holmqvist, Patrik Tyden
Ersätter PM daterat:

Behandling av patienter med NSTEMI/IA/AKS

Värdera blödningsrisken!

Använd mobil applikation ARC-HBR (High Bleeding risk criteria) eller tabellen längst ner i PM. HBR (hög blödningsrisk) föreligger vid 1 major eller 2 minor kriterier.

Använd sökord "blödningsrisk" i Melior och notera blödningsrisken i angioremissen.

Notera ev. överkänslighet.

Farmakologisk behandling:

1. **Smärtlindring** (Spray Nitroglycerin, Morfin)
2. **ASA 75 mg, laddningsdos (LD) 4 tabl x1, därefter 75 mg 1x1**
3. **Statin i hög dos T. Atorvastatin 80 mg 1x1**
4. **Inj Arixtra 2,5 mg/0,5 ml (fondoparinux) sc.**
Inj Arixtra 1,5 mg/0,3 ml (vid nedsatt njurfunktion eGFR<30ml/l
Alternativ -låg molekulärt heparin: Klexane-enoxaparin i dosen för AKS enligt FASS)
 - Behandling med fondoparinux eller LMWH avstås endast vid höggradig instabilitet och behov av **omedelbar** koronarangio (<2h) för indikation för akut angio se nedan.
Vid konservativ behandling av NSTEMI/IA rekommenderas behandling med Arixtra i 4–5 dagar se HIAs vårdprogram.
Vid MINOCA fortsatt med Arixtra i väntan på MR hjärta (tänk på MINOCA-BAT studien).
Waran/NOAK behandlade patienter ges inte Arixtra utan fortsatt med peroral antiokoagulantia. Waran bytes till NOAK om inte specifik indikation för Waran- behandling föreligger.
5. **Ingen förbehandling eller laddningsdos** med P2Y12 hämmare (Brilique, Efiect, Clopidogrel) P2Y12 ordineras i regel av PCI operatören/kardiologen på angiolabbet efter att man har visualiserat patientens kranskärl.
6. **PPI behandling** T. Omeprazol/Esomeprazol- skall övervägas
7. **Syrgas** används inte rutinmässigt, vid saturation <90%



Skånes Universitetssjukvård

VO Hjärt- och Lungmedicin

HIA, Lund

Tfn: 046 – 17 14 55

Fax: 046 – 17 20 57

PM

**Antikoagulation,
trombocythämning**

Giltigt till: 21 12 24

PM Ansvariga: Jasminka Holmqvist, Patrik Tyden
Ersätter PM daterat:

Målsättning är att pat skall genomgå tidig koronarangiografi snarast möjligt, helst inom 24 tim efter ankomst

Efter PCI ordinerar DAPT. Med DAPT (dual antiplatelet therapy) menas ASA i kombination med ett av nedanstående läkemedel:

T. **Brilique** (ticagrelol) 90 mg, LD 180 mg, därefter 90 mg x2

T. **Efient** (prasogrel) LD 60 mg, därefter 10 mg x1. För pat. med ålder ≥ 75 år eller vikt <60 kg 5 mg x1 Obs Efient (prasugrel) är kontraindicerat vid tidigare stroke eller TIA.

T. **Clopidogrel** (LD) 600 mg, därefter 75 mg x1.

För duration av behandlingen vänligen se HIAs vårdprogram och separat PM.

Indikation för akut koronarangiografi vid NSTEMI/AKS (<2h)

Mycket hög risk

1. Hemodynamisk instabilitet
2. Kardiogen chock: lågt/fallande blodtryck, låg saturation i kombination med hypoperfusion: stegrande laktat (>2), fördubblad eller signifikant stigande kreatinin, minskad diures
3. Patienten som är svår att smärtstillas eller med återkommande bröstsmärtor trots behandlingen
4. Livshotande arytmier eller hjärtstopp
5. Akut hjärtsvikt relaterad till NSTEMI/AKS
6. Misstanke om LM-stenos eller 3VD: ST-sänkning ≥ 1 mm i ≥ 6 avledningar och ST-höjning i V1
7. EKG med ST sänkningar V1-V4, anses STEMI ekvivalent och ska handläggas som STEMI
8. Patienter med icke tolkningsbart EKG (ventriculär PM, LBBB) i kombination med punkt 1,2,3 och 4
9. Mekanisk komplikation av hjärtinfarkt



Skånes Universitetssjukvård

VO Hjärt- och Lungmedicin

HIA, Lund

Tfn: 046 – 17 14 55

Fax: 046 – 17 20 57

PM

Antikoagulation,
trombocythämning

Giltigt till: 21 12 24

PM Ansvariga: Jasminka Holmqvist, Patrik Tyden
Ersätter PM daterat:

MAJOR	MINOR
	Hög ålder (>75 år)
Anemi (Hb<110 g/L)	Lindrig anemi: kvinnor 110-119 män 110-129
Trombocytopeni (≤ 100)	Lindrig trombocytopeni
Spontan blödning som krävde sjukhusvård eller transfusion inom 6 månader eller upprepade sådana	Spontan blödning som krävde sjukhusvård eller transfusion (<12 månader) och som inte uppfyller majorkriterier.
Svår njursvikt (eGFR<30ml/min)	Njursjukdom (eGF 30-59ml/min)
Leversjukdom med portalhypertension	
Cancersjukdom (diagnositerad under senaste 12 månader) exklusive hudcancer som inte är melanom pågående cancerbehandling)	
Nyligen stort trauma eller omfattande kirurgi/biopsi	
Förväntad långtidsbehandling med OAK	Läkemed: NSAID, steroider
Ischemisk stroke inom 6 månader Tidigare hjärnblödning Tidigare traumatisk hjärnblödning (< 12 månader) Kända arteriovenösa malformationer	Tidigare CVI som inte uppfyller major criterion
Planerad kirurgi (som inte kan vänta) under pågående DAPT	
Blödningsbenägenhet orsakad av koagulopati eller hemostatisk störning	



Skånes Universitetssjukvård

VO Hjärt- och Lungmedicin

HIA, Lund

Tfn: 046 – 17 14 55

Fax: 046 – 17 20 57

PM

**Antikoagulation,
trombocythämning**

Giltigt till: 21 12 24

PM Ansvariga: Jasminka Holmqvist, Patrik Tyden
Ersätter PM daterat:

Kliniska kriterier för hög ischemisk risk i kombination med komplex CAD

- Recidiverande AKS
- Generell kärlsjukdom (CAD* och PAD*)
- Prematur CAD (<45 år) eller recidiverande sjukdom med ny koronarlesion under 2 år
- DM
- Flerkärllssjuka (multivessel CAD)
- Känd inflammatorisk sjukdom (SLE, HIV, RA)
- Njursvikt

Komplex CAD-bedöms av PCI operatören. Diskussion på PCI/hjärtkonferens.
Exempel: LM-stent, omfattande revaskularisering vid flerkärllssjuka, CTO

*CAD-coronary artery disease

PAD-perifer arteriell sjukdom (karotisstenos, njurartärstenos, claudicatio mm)