

Under genoplivningsforsøget

Korriger reversible årsager

- Hypoxi
 - Hypotermi
 - Hypovolæmi
 - Hypo/hypokaliæmi, hypocalcæmi, andre metaboliske forstyrrelser
 - Tamponade
 - Trykpneumothorax
 - Thromboembolisk obstruktion (koronar eller pulmonal)
 - Toksiske påvirkninger
 - Overvej supplerende behandling
-
- Hvis genoplivningsforsøget lykkes, træffes i samråd med involverede afdeling aftale om fremtidig stamafdeling evt. i samråd med kardiologisk bagvagt
 - Hvis genoplivningsforsøget ikke lykkes, noteres tidspunktet for mors
 - Ved hjertestop på **ekstern sengeafdeling** noteres behandlingsforløbet i journal som et kardiologisk tilsyn - evt. lovpligtig kontakt til politiet påhviler læge fra stamafdeling - samtale med pårørende påhviler afdelingens eget personale
 - Ved hjertestop i **skadestuen (hvor kardiologisk vagthavende har deltaget)** skrives skadejournal - evt. lovpligtig kontakt til politiet påhviler kardiologisk vagthavende - samtale med pårørende påhviler kardiologisk vagthavende

Actioncard ved hjertestop - Aalborg UH Syd

Kardiologisk læge (teamleder)

- Noter dig tidspunkt for hjertestop-alarmering
- Ved ankomst til afdelingen/skadestuen -fokuspunkter
 - Øjeblikkelig rytmekontrol
 - Tidlig defibrillering
 - Minimer afbrydelser af hjertemassage
- Sikre at patienten
 - Får sufficient hjertemassage (frekvens, dybde)
 - Ventileres evt. intuberes
 - Er monitoreret
 - Har fungerende i.v.-adgang, ellers anlægges intra ossøsadgang

(hvis der ikke er tilstrækkeligt personale til stede prioriterer/udfører kardiologisk læge ovenstående opgaver)

- Sørg for fyldestgørende information fra afdelingens/skadestuens/Falcks personale ang. alder, tidligere sygehistorie og hvor lang tid patienten har haft hjertestop

Voksne

Ved ikke-stødbar rytme

- HLR 2 minutter med 30 kompressioner (100-120/min, dybde 5-6 cm, minimer pauser, fokuser på hastighed og rytme) efterfulgt af 2 indblæsninger. Når intuberet forsættes hjertemassage uafhængig af indblæsninger.
- Giv 1 mg Adrenalin i.v./i.o. hurtigst muligt, gentages efterfølgende ved hver 2. rytmetjek hvis der ikke er spontan cirkulation (ROSC).
 - Overvej VAM-IHCA
- Rytmetjek hver 2 minut indtil ROSC.

Ved stødbar rytme

- Giv 1 stød (200 J) og genoptag HLR i 2 minutter
- Rytmetjek hvert 2. minut efterfulgt af HLR indtil spontan cirkulation (ROSC). Ved fortsat stødbar rytme gives stød.
- Efter 3. stød giv 1 mg adrenalin i.v./i.o som herefter gentages hver 2. rytmetjek indtil spontan cirkulation (ROSC)
- Efter 3. stød giv 300 mg Cordarone i.v./i.o., suppleres med yderligere 150 mg efter 5. stød.
 - Kan ved ROSC suppleres med infusion (900 mg/24 timer)

Børn

Ved ikke-stødbar rytme

- Hjertelungeredning (HLR) (15/2) i 2 minutter (når barnet er intuberet, gives indblæsninger uafhængigt af hjertemassage)
- Rytmetjek hver 2 minut indtil ROSC.
- Ved fortsat ikke-stødbar rytme fortsætte HLR som anført ovenfor
- Giv Adrenalin 0,01 mg/kg i.v./i.o. hvert 2. rytmetjek hvis ikke der er ROSC.

Medicindoser børn:

Særligt ved børn	10 kg	20 kg	30 kg
Adrenalin 0,01 mg/kg	0,1 mg	0,2 mg	0,3 mg
Cordarone 5 mg/kg	50 mg	100 mg	150 mg

Ved stødbar rytme

- Giv 1 stød (4 J/kg) og genoptag HLR som ovenfor.
Støddoser;
10kg:40J 20kg:80J 30kg:120J
40kg:160J 50kg:200J
- Rytmetjek hvert 2 minut efterfulgt af ROSC indtil spontan cirkulation (ROSC). Ved fortsat stødbar rytme gives stød.
- Efter 3 stød gives adrenalin 0,01 mg/kg
- Efter 3 stød gives cordarone 5mg/kg, suppleres med Cordarone 5 mg/kg efter 5. stød ved fortsat stødbar rytme