

Stroke - det akuta omhändertagandet

Gäller för: Medicinkliniken Växjö

Akutskedet 1:dygnet

Prehospital vård

Stroketrombolyslarm. Obs vikten av insjuknande tid då behandling måste starta inom 4.5 timmar från symtomdebut. CT-skalle måste ske omedelbart vid ankomst till akuten. Se akut handläggning av misstänkt stroke (trombolys, Rädda hjärnan, reperfusionsterapi).

Hjärnblödning med medvetandepåverkan eller förhöjt blodtryck bör initialt vårdas på IVA.

Mottagande

Alla patienter med misstänkt stroke/TIA ska direkt inläggas på stroke och neuroavdelningen.

Ansvarig SSK och USK tar emot patienten på avdelningen. Omvårdnadsanamnes och status ska vara genomfört inom ett dygn. Bedömning av strokekompetent läkare ska ske inom ett dygn.

Kontroller

Enligt strokeschema:

Dygn 1 KL: 07-11-15-18-21-02.

Dygn 2 KL: 07-15-21

Dygn 3 KL 7-18.

Dygn 4-7 BT, puls och temp två gånger dagligen.

Utredning

Akut CT-skalle och eventuell CTA. Patienter med antikoagulantbehandling eller medvetandesänkning bör handläggas enligt Rädda hjärnan-rutin.

Blodtryck

BT över 220/120 vid infarkt och över 140/80 vid blödning ska sänkas försiktigt. I första hand med i v Trandate eller p o/i v Betablockad (T Seloken® 25 mg), i andra hand calciumblockad (T Plendil®), inj Isoptin® 2.5mg).

Vid akut ischemisk stroke är huvudregeln att inte ge akut blodtryckssänkande behandling om inte särskilda indikatorer föreligger första dygnet (>220/120).

Puls

Sjunkande puls kan indikera stigande intrakraniellt tryck.

Temp

Temp över 37,5 ska sänkas (tabl eller supp Alvedon® 1 g).
Bedömning/behandling av eventuell infektion.

P-glukos

BS skall hållas under 11 mmol/l. Vid känd diabetes, fastevärde >6.1 eller icke fastevärde >11 skal dygnskurva föras och Insulin ges enligt särskilt

pm – vidbehovsinsulin för strokepatienter.

Saturation

Vid SaO₂ < 95% ges syrgas tillräckligt för att hålla saturationen över gränsen.
Obs! Försiktighet hos patient med KOL – O₂ efter läkarordination.

Saturation < 90 % ska föranleda läkarbedömning – eventuell telefonkonsultation kan anses som tillräcklig.

Pupiller

Bedömning följande storlek, sidoskillnad och reaktion.

Neurologi

Bedömning följande av medvetande påverkan och fokalneurologi.

RLS

Medvetandegrad enligt RLS 1-8.

Miljö

Lugn miljö med minskad stimuli ska eftersträvas. Enkelrum samt så få anhöriga som möjligt.

Lab-analys

Rutinmässig provtagning innefattar blodstatus, elstatus, CRP, lipidstatus och Hb1aC på alla patienter. PK på patienter med hjärnblödning och samtidig antikoagulantibehandling.

EKG

Ska tas på alla patienter i akutskedet. Telemetriövervakning minst 1 dygn på patienter utan känt förmaksflimmer.

ASA

Om blödning uteslutits med CT ska ASA ges. Tidigare obehandlad patient ges akut

T Trombyl® 4x75 mg. Tidigare behandlad patient ges nästa doseringstillfälle dosen 75 mg.

Infusion

I akutskedet ges infusion till patienter med osäker sväljningsförmåga. Glukosinnehållande lösning ska undvikas.

Symtomprogress

Ska föranleda snar läkarbedömning. Stor frikostighet med förnyade CT undersökningar och eventuell CTA.

Vidare Vårdtid

Vårdplan

Ska vara upprättad inom 1-3 dygn.

Paramedicin

Första bedömning så fort som patientens tillstånd tillåter. AT och SJG informeras. Bedömningen ligger till grund för beslut om eventuell vidare rehabilitering.

Nutrition

Bedömning av sväljningsförmågan enligt sväljscreening. Logopedbedömning i vissa fall, konsultremiss krävs. Dehydrering ska undvikas, glukosfria infusioner ges de första dygnet. Frikostighet med tidig parenteral nutrition vid behov.

Vid mer än ett par dygns problem ska enteral nutrition eftersträvas, tidig bedömning till eventuell nasogastrisk sond ska tas. Om sväljningsproblem kvarstår får PEG diskuteras. Sväljningsröntgen och FUS kan övervägas.

Elimination

Bladderscan på alla patienter. Viktigt att bedöma risken för utvecklande av resturin. Vid resturin över 400 ml genomförs i första hand tappning, vid kvarstående problematik sätts KAD. Detta ska dock undvikas i så stor utsträckning som möjligt på grund av ökande infektionsrisk.

Det finns ökad risk för obstipation på grund av inaktivitet. Alla patienter ska ha tarmreglerande medel såsom "trollmos". Viktigt med ökat fiberintag och dryck. Vid behov tillägg av tarmreglerande medel såsom Movicol eller motsvarande. Tarmfunktionen ska vara adekvat senast efter 3:e dygnet.

Trombosprofylax

Lågmolekylärt heparin (inj Klexane® 100mg/ml 0,4ml sc x 1) till infarktpatienter tills mobilisering påbörjats, såsom sittande dagtid och gångträning. Reducerad dos Klexane® 100 mg/ml 0.2 ml kan övervägas till hjärnblödningar efter 2-3 dygn.

Mobiliering

Tidig mobilisering är att eftersträva för att minska risken för komplikationer och ge en så bra "hjärnläkande" miljö som möjligt.

Intracerebrala blödningar med genombrott till ventrikelsystemet, hjärnstamsstroke och lillhjärnsstroke (sänkläge 5 dygn).

Rehabilitering

Beslut om vidare vård och rehabilitering ska ske så snart som möjligt. Vård på rehabiliteringskliniken kräver konsultremiss. Kommunal vård efter vårdplanering kan bli aktuellt, i avvaktan på rehab, ineliggande eller dagrehab. Viktigt att skicka remiss till rehabkliniken för uppföljning. Hemrehab kan erbjudas patienter med mild till måttlig stroke.

Utredningar

Doppler halskärl utförs på patienter där icke kardiell embolisering är möjlig orsak till infarkt. Patienten ska även vara operabel. Vid hopande TIA ska doppler göras akut alternativt CT-angio.

UKG utförs på infarktpatienter utan embolikälla.

MRT utförs vid oklar diagnos.

Sekundärprofylax

Stenosering i carotis överstigande 70%, på samma sida som infarkten, bör operas. Remiss till kärlkirurgerna. Patienter som inte opereras behandlas med Clopidogrel® 75 mg samt hög dos Atorvastatin©.

NK-Lund

Om kontakt med neurokirurgen i Lund önskas, tar ansvarig läkare telefonkontakt med NK-jouren via växeln på Universitetssjukhuset i Lund. Kontakt ska tas vid intracerebrala blödningar, lillhjärnsblödningar, lillhjärnsinfarkter, maligna mediainfarkter och subduralhematom med vedvetande påverkan/misstanke på begynnande inklämning samt vid alla subarahnoidalblödningar.

Stroke på annan avdelning

Patient med stroke ska vårdas på en strokeenhet. Om strokepatienter ligger på annan avdelning meddelas vårdplatskoordinatör och neurokonsulten.

Uppföljning

Strokepatienter som skrivs ut direkt till hemmet, ska följas upp via stroke och neurologmottagningen av stroteamet, detta sker 4-6 veckor efter utskrivning. För patienter som går till korttidsplats/vårdboende sker en telefonuppföljning ca 3 veckor efter utskrivningen. Detta skrivs i den medicinska slutanteckningen.

Bilkörning/Vapenlicens

Patienter som drabbas av stroke bör inte köra bil på 3-6 månader, TIA 1 månad, yrkesförare längre. Körförbudet är en överenskommelse mellan läkaren och patienten. Använd brev som finns i blankettarkivet för att informera patienten. Körförbudet bör följas upp till exempelvis på vårdcentral. Transportstyrelsen fattar beslut om indraget körkort. Polisen fattar beslut när det gäller vapeninnehav.

Rökning

Viktigt att fånga upp patienter som röker och erbjud rök avvänjande insatser.

Riksstroke

Alla strokepatienter registreras i Riskstroke. 1:a bedömningen vid det vid akuta insjuknande samt efter 3 månader. Riskstroke ändvänder som utvärderingsinstrument av strokevården.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare