

Behandling av akuta förmaksflimmer på IVA

Gäller för: Anestesikliniken

Utförs på: Intensivvårdsavdelningen Växjö, Intensivvårdsavdelningen Ljungby

Faktaägare: Pär Lindgren, chefsläkare CLV

1 Diagnos

12 avlednings EKG, snabb oregelbunden förmaksaktivitet, oregelbunden kammaraktivitet, oftast frekvens 120-180. Smala ej breddökade komplex, undantag skänkelblock.

1.1 Differentialdiagnoser

Multifokal förmakstakykardi, förmaksfladder med varierande blockering.

2 Behandlingsmål

Reglera kammarfrekvensen, återställa sinusrytm och hjärtminutvolym samt minska risken för tromboemboliska komplikationer.

3 Basal behandling

3.1 Volymstatus

Förmaksflimmer utlöses ofta av volymsskiften, både hypovolemi och hypervolemi. Sträva efter normovolemi. Ge på försök kolloid 250 ml eller kristalloid 500 ml på kort tid och utvärdera effekt. Vid tveksamhet utför hjärteko, ger också information om vänsterkammarfunktion.

3.2 Elektrolyter

Hypokalemi predisponerar för förmaksflimmer. Sträva efter S-K 4.5-5.0 (motsvarar i P-Kalium på blodgas 4.0-4.5).

Hypomagnesemi - Hypokalemi är ofta associerat med hypomagnesemi, och behandling av hypokalemi underlättas av Magnesiumtillförsel. Magnesium användes terapeutiskt för supraventrikulära arytmier pga sina calciumblockerande egenskaper. Kontrollera s-Mg, ge 20 mmol MgSO₄ i 100 ml NaCl på 60 minuter, och om s-Mg är lågt ge ytterligare 20 mmol Mg i underhållsdropp på 12 h.

3.3 Övriga utlösande faktorer

Minimera sympatikustonus (stress, smärta, oro), minimera exogen adrenerg tillförsel, undvik hypoxi och hyperkarbi (ffa akuta förändringar i PaCO₂). Kom ihåg hyperthyreos som möjlig orsak till förmaksflimmer.

3.4 Antikoagulantia

Försök till konvertering (gäller både farmakologisk och DC-konvertering) utan föregående adekvat antikoagulantibehandling endast om förmaksflimret ej stått längre än 72 h. I samråd med kardiolog kan försök till konvertering ske även om förmaksflimret stått längre, under förutsättning att undersökning med TEE ej kunnat påvisa embolikälla.

3.5 DC-konvertering

Förstahandsåtgärd om patienten cirkulatoriskt instabil. Ofta bara kortvarig effekt om underliggande orsak ej åtgärdats.

4 Farmakologisk konvertering till sinusrytm

4.1 Amiodaron (Cordarone)

Låg frekvens omslag på enstaka doser iv, bättre frekvens omslag vid uppföljande peroral medicinering. I dosen 150-300 mg iv bra frekvensreglerande effekt och liten negativ inotrop effekt. Bekymmersam farmakokinetik och biverkningsprofil med rapporter om lungfibros efter enstaka doser.

Dosering: [se särskilt PM](#). (Cordarone)

5 Frekvensreglering

5.1 Metoprolol (Seloken)

Förstahands medel på IVA.

Dosering 5 mg iv var 5:e minut max 15 mg.

Biverkningar: negativ inotrop effekt, bronkospasm.

5.2 Verapamil (Isoptin)

Om patienten har känd obstruktiv lungsjukdom väljes i första hand verapamil.

Dosering 2.5-5 mg iv, vb ytterligare 5-10 mg iv efter 15 minuter.

Biverkningar: negativ inotrop effekt, hypotension (kan motverkas av iv calcium tillförsel).

5.3 Digoxin (Digoxin)

Vid kraftigt nedsatt vänsterkammarmfunktion väljes i första hand digoxin

Dosering 0.5 mg iv följt av 0.25 mg efter 4 resp 8 h.

Digoxin är inte ett försthandsmedel pga långsamt insättande effekt, dålig effekt vid hög sympatikustonus, smalt terapeutiskt intervall samt dosjusteringsbehov vid nedsatt njurfunktion.

Biverkningar: arytmier pga förlångsammad SA och AV överledning.

5.4 Amiodaron (Cordarone)

Kan också övervägas vid nedsatt kammarmfunktion för frekvensreglering (se nedan).

Dos

Metoprolol (Seloken) 5 mg v 5:e min, max 15 mg

Verapamil (Isoptin) 2.5-5 mg v 5:e min max 15 mg

Digoxin (Digoxin) 0,5 mg + 0,25mg + 0,25 mg

Amiodaron (Cordarone) 300 mg iv på 20 - 120 minut