

AVANCERET GENOPLIVNING

ERC GUIDELINES FOR RESUSCITATION 2010



Udarbejdet af
Dansk Råd for Genoplivning og
Hjerteforeningen

HJERTE-LUNGE-REDNING = HLR

- Ved konstateret hjertestop alarmeres først, og derefter gives cykler af hjertemassage og ventilationer i forholdet 30:2. Start med hjertemassage. Tryk 5-6 cm ned, 100-120 tryk/min. Skift person til hjertemassage hvert 2. min.

STØDBAR RYTME - VF/PULSLØS VT

- Der afgives ét stød (bifasisk 150-360 J), og der fortsættes straks med HLR 30:2 i 2 min. Først herefter vurderes rytmen, og der tages stilling til, om rytmen fortsat er stødbar.
- Ved tvivl om, hvorvidt rytmen er fin ventrikelflimren eller asystoli, skal der ikke afgives stød, men der fortsættes med HLR i 2 min.
- Hver cyklus består af Stød-HLR-(Medicin)-Vurdér; de to første cykler er dog uden medicintilførsel. Medicin gives under HLR.
- Giv adrenalin 1 mg første gang i 3. cyklus, dvs. efter 3. stød, herefter hvert 3.-5. min.
- Giv amiodaron 300 mg i 3. cyklus, dvs. efter 3. stød, evt. gentaget 150 mg efter 5. stød.

IKKE-STØDBAR RYTME

- ASYSTOLI OG PULSLØS ELEKTRISK AKTIVITET (PEA)

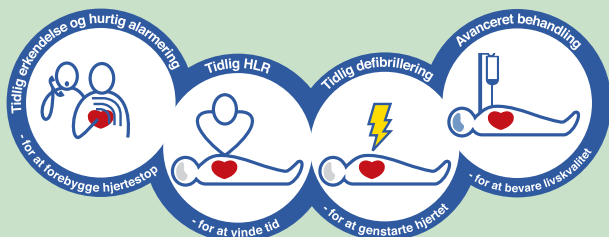
- Giv adrenalin hurtigst muligt, herefter hvert 3.-5. min.
- Overvej pacing ved bradykardi og asystoli.

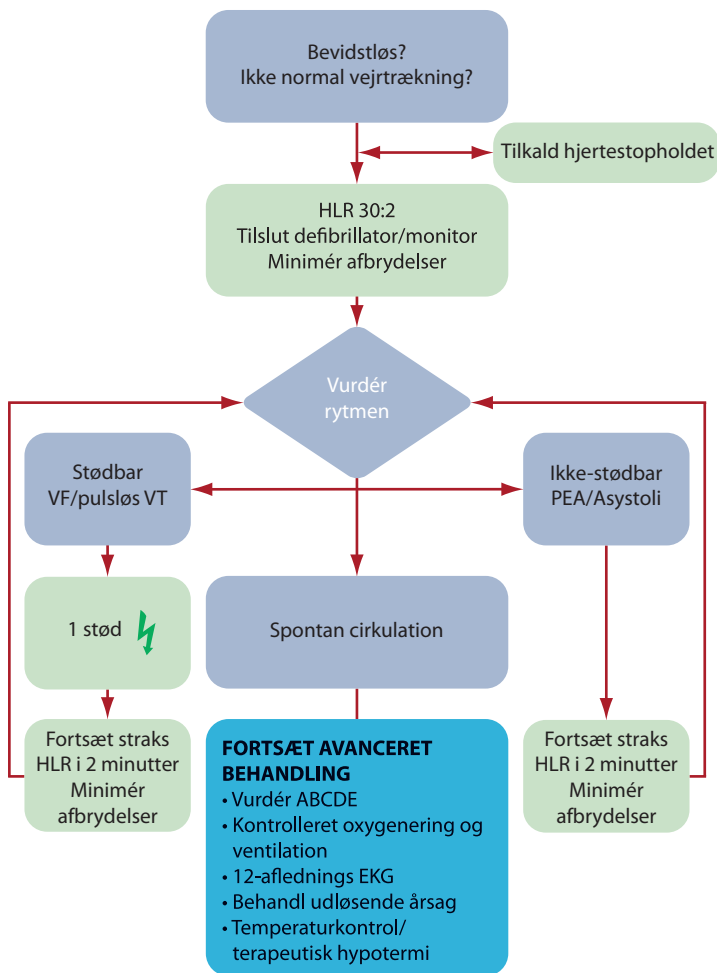
BØRN (INDTIL PUBERTETEN, DOG IKKE NYFØDTE)

- Brug samme algoritme, dog med følgende tilpasninger: Start med 5 ventilationer før hjertemassage. Forholdet mellem hjertemassage og ventilationer er herefter 15:2 og energimængden ved defibrillering er 4 J/kg.
- Vær opmærksom på hypoglykæmi efter genoplivning.

HUSK

- Tilstræb så få og korte afbrydelser i HLR som muligt. Ved håndfri defibrillering gives HLR under opladning.
- Skab overblik, identificér og behandl reversible årsager - også de sjældne, som ikke dækkes her.
- Terapeutisk hypotermi til genoplivede, bevidstløse patienter.





SAMTIDIG MED HLR

- Sikr kvalitets-HLR: frekvens, dybde, recoil
- Planlæg handlinger inden afbrydelser i HLR
- Giv ilt
- Overvej avanceret luftvej og kapnografi
- Hjertemassage uden afbrydelser, når avanceret luftvej er etableret
- Vaskulær adgang (intravenøs/intraossøs)
- Giv adrenalin hvert 3.-5. min.
- Korrigér reversible årsager

REVERSIBLE ÅRSAGER

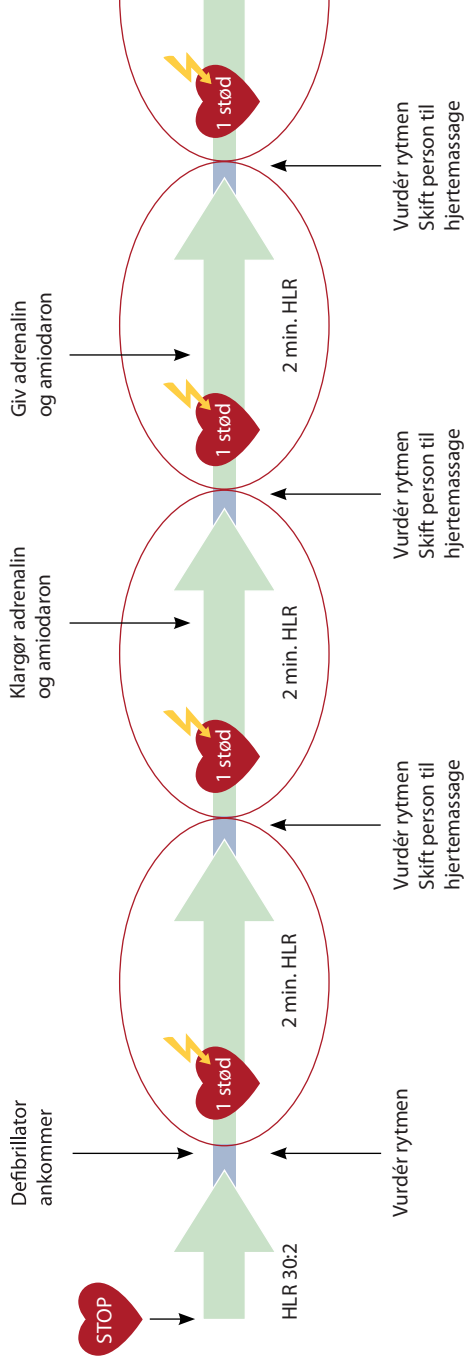
- Hypoxi
- Hypovolæmi
- Hypo-/hyperkalæmi/metabolisk
- Hypotermi
- Trombose
- Tamponade - hjerte
- Toksiner
- Trykpnemothorax

Behandlingssekvens ved VF/pulsløs VT

Cyklus:

Stød - HLR - (Medicin) - Vurdér

BEHANDLINGSSEKVEN



MEDICIN OG JOULE

Medicin og Joule Indikation	Voksne I.V./I.O.	Børn (indtil puberteten) I.V./I.O.
Adrenalin VF Pulsløs VT PEA Asystoli	1 mg bolus hvert 3.-5. min.	0,01 mg/kg bolus hvert 3.-5. min.
Amiodaron VF Pulsløs VT	300 mg bolus efter 3. stød Evt. gentages 150 mg bolus efter 5. stød	5 mg/kg bolus efter 3. stød Evt. gentages 5 mg/kg bolus efter 5. stød
Bikarbonat Hyperkaliæmi Forgiftning med tricyk- liske antidepressiva	50 ml 8,4% (50 mmol) natriumbikarbonat bolus Gentages ved behov	1 mmol/kg 8,4% natriumbikarbonat bolus Gentages ved behov
Calcium Hyperkaliæmi Hypocalcæmi Forgiftning med cal- ciumantagonister	10 ml (5 mmol) calciumchlorid 0,5 mmol/ml bolus Gentages ved behov	0,1 mmol/kg bolus Gentages ved behov
Magnesium Refraktær VF/ Pulsløs VT Torsades de pointes Hypokaliæmi Digoxin-forgiftning	4 ml (8 mmol) magnesiumsulfat/ magnesiumklorid 2 mmol/ml over 1-2 min. Evt. gentages efter 10-15 min.	0,4 mmol/kg over 1-2 min.
Energimængde ved defibrillering 	Bifasisk: 150-360 J x 1 (Brug producentens anbefaling. Ved tvivl: 200 J x 1) Monofasisk: 360 J x 1	Bi- og monofasisk: 4 J/kg x 1

I.V. = Intravenøs, I.O. = Intraossøs

Udarbejdet af Dansk Råd for Genoplivning i samarbejde med Hjertereforeningen. Anbefalingerne er baseret på 2010-retningslinjerne udgivet af European Resuscitation Council, www.erc.edu.

Produktion: XX

Folderen kan rekvireres hos Hjertereforeningen på tlf. 3393 1788 eller www.hjertereforeningen.dk eller hos Dansk Råd for Genoplivning på www.genoplivning.dk