

## INTRACEREBRALT HEMATOM (ICH) – AKUT HANDLÄGGNING

Ofte snabb symptomprogress – ICH tillväxer. Ju tidigare pat kommer till sjukhus, desto större chans att akut behandling kan minska ytterligare hematomekspansion

### Akut radiologisk utredning: DT + DT-angiografi (DTA)

Endast DT vid mycket låg funktionsnivå / kort förväntad överlevnad före ICH

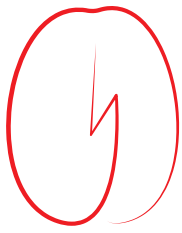
- ICH i basala ganglierna hos pat med hypertoni: oftast mikroangiopatiska
- I frånvaro av hypertoni och vid lobära ICH: sök andra orsaker
- Intraventrikulärt hematoma – risk för hydrocefalus
- Lillhjärns-ICH – risk för snabb försämring (*hjärnstamskompression, hydrocefalus*)
- DT-venografi vid misstanke om sinustrombos (*ytliga ICH nära sinus/stora vener*)
- Aktiv blödning (*spot sign på DTA*) – risk för tidig försämring

### Akut handläggning (A, B och D)

- Säkra luftväg, andning, syresättning >95%
- RLS 4–8 eller GCS 3–8: intubation + IVA för systemisk optimering, oavsett om kirurgi är aktuellt. Efter 24 tim: DT och klinisk kontroll, ställningstagande till fortsatt vårdnivå. Prognostisering inom 24 tim är osäkert, bör ej göras (*undantag: kort förväntad överlevnad före ICH*)

### Akut handläggning – blodtryck (BT)

- Mål-BT hos vaken pat: systoliskt <140 mm Hg, skall nås inom en timme från ankomst till sjukhus, upprätthållas minst 24 tim. Dock: sänk ej snabbare än 60 mm första timmen. Vid medvetandesänkning: samråd med NK-jour.
- För att nå mål inom en timme krävs ofta:
  - Snabb frikostig symptomlindring – smärta, trängningar, illamående, oro
  - Närvaro bedside av läkare och sjuksköterska tills BT-mål uppnått
  - Mät med manschett så ofta som krävs för att nå målet, alt med artärnål
- Medicinering:
  - Trandate (*labetalol*) 15–30 mg iv. Upprepa var 5–10 min till max 120 mg första timmen. Infusion ofta bra efter bolus, 1–2 mg/min, max 2,4 g/dygn
  - Furosemid 40 mg iv
  - Nepresol (*dihydralazin*) 6,25–12,5 mg iv. Upprepas var 20–30 min
  - Catapresan (*klonidin*) 75–150 µg iv. Maxdos 150 µg x 4
  - Undvik nitroglycerin (*möjlig negativ effekt, sämre utfall*)



# Akut Neurologi Sverige

## Reversering av antikoagulantia – varje minut räknas

Påbörja behandling omedelbart. Ges parallellt med ev blodtryckssänkande behandling.

Preparat	Behandling
Warfarin	Ocplex/Confidex enl nedan och samtidig Konaktion 10 mg iv (Konaktion kan vb upprepas efter 12-24 tim)
Pradaxa	Praxbind 5 g (totalt 2 flaskor) enligt FASS.
Eliquis/Xarelto/Lixiana	Diskutera med koagulationskonsult
Trombocythämmare	Iv trombocyter <i>endast</i> om pat skall opereras akut

## Dosering Ocplex/Confidex

Målvärde PK (INR) <1,5. PK kontrolleras 10 min resp 2 tim efter inj/inf

KROPPSVIKT (kg)	PK (INR) 1,5-2	PK (INR) 2-3	PK (INR) > 3	Upprepad dos om otillräcklig effekt
40-60	500 IE	1 000 IE	1 500 IE	500 IE
60-90	1 000 IE	1 500 IE	2 000 IE	1 000 IE
>90	1 500 IE	2 000 IE	2 500 IE	1 000 IE

## Övervakning

- RLS/GCS, pupiller, NIHSS, blodtryck och puls, intervall 15 min - 3 tim utifrån klinik och radiologi (*risk för snabb försämring?*)  
Ny DT vid neurologisk försämring

## Neurokirurgiska aspekter

- Op-indikation: sjunkande medvetande pga högt ICP, om kirurgi bedöms kunna förbättra långtidsprognos
- Op-beslut grundas på multifaktoriell analys av prognostiska faktorer, bl.a. ålder, tidigare sjukdomar, funktionsnivå, aktuell/förändrad medvetandegrad, hematometts läge och storlek

## Överväg kontakt med regional strokejour

- Vid svårvärderad etiologi utan synlig blödningskälla
- Om patient saknar klassiska riskfaktorer för ICH (*särskilt hypertoni*)
- Vid hematometts orsakat av venös trombos

Rekommendationen ersätter inte lokala/regionala riktlinjer. Det är vårdgivarens och den behandlande läkarens ansvar att vård och behandling ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Inga anspråk kan framställas mot föreningen Akut Neurologi i Sverige i detta avseende. Gäller kortets fram- och baksida. Utgiven år 2020.