

## Stroke/TIA

### Patientens perspektiv

- Det finns en utbredd okunskap kring vilka symtom som kan inträffa vid stroke/TIA. Detta kan ofta försena en adekvat kontakt med sjukvården.
- Vid misstänkt stroke är tiden knapp eftersom effekten av den akuta behandlingen är tidsberoende. Detta medför att all fördröjning försämrar prognosen för patienten.
- Strokepatienten bör ges en teambaserad vård av personal med särskild kompetens på en strokeenhet som är kvalitetssäkrad.

Bristande språkförståelse/uttrycksförmåga och nedsatt kognitiv funktion är vanligt i samband med stroke och kan försämra anamnesupptagandet och möjligheten att involvera patienten i vårdprocessen. Misstanke om Stroke/TIA handläggs enligt personcentrerat vårdförlopp, se under Mer information

### Vårdnivå och samverkan

Misstanke om stroke/TIA handläggs enligt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp:

- Se Flödesschema under relaterad information.
- Åtgärdsöversikt, tabell 1, sidan 7-22, Se Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA under relaterad information.

Misstänkt TIA/Stroke är **akutfall** och ska till sjukhus.

Notera **klockslag** för debut **eller** senast kända tidpunkt utan misstänkta strokesymtom.

- Symtom inom 20 h eller livshotande tillstånd eller hotande vitalfunktioner-akut ambulans, prioritet 1.
- Vid stabila symtom (inga nya eller flukturerande symtom eller helt försvunnit) 20h-14 dagar snar transport. Individuell bedömning av patientens tillstånd avgör lämpligt transportsätt. Annat transportsätt än ambulans kan användas. Obs! Får inte köra egen bil!
- Över 14 dagar kontakt med strokejour på respektive sjukhus

Se Telefonnummer till strokeansvarig läkare alternativt medicinbakjour i Eksjö, Jönköping och Värnamo under relaterad information.

För äldre multisjuka personer i särskilda boenden bedöms medicinska vinster i relation till risker med inremittering till sjukhus. Önskvärt är en i förväg upprättad behandlingsplan där man värderat följderna av försämring/akut sjukdom, t.ex. insjuknande i stroke.

## Bakgrund

Rekommendationen behandlar akut omhändertagande vid misstänkt stroke eller TIA (transitorisk ischemisk attack).

## Definition

- Stroke – akut påkommen fokal störning av hjärnans funktion med symtom som varar minst 24 timmar och där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär.
- TIA – akut påkommen övergående fokal störning av hjärnans eller retinans funktion där samtliga symtom är borta inom 24 timmar och där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär.

## Epidemiologi

- Incidens för stroke – 250-300 fall per 100 000 invånare och år
- Incidens för TIA – 100 fall per 100 000 invånare och år
- Prevalens – 1 000 av 100 000 invånare har tidigare haft stroke och lever med varierande grad och typ av funktionsnedsättning
- Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige och den vanligaste orsaken till förvärvad funktionsnedsättning hos vuxna.

## Etiologi

Ischemisk stroke utgör 85 % av fallen, varav:

- 25 % är storkärlssjuka – trombos i precerebrala artärer, till exempel karotisstenos
- 20 % är kardiella embolier – vanligen från förmaksflimmer, hos yngre förmaksseptumdefekt
- 20 % är småkärlssjuka – trombos i cerebrala artärer
- 5 % är specifika ovanliga diagnoser – till exempel dissektion eller vaskulit
- 30 % är okänt ursprung.

Intracerebrala blödningar utgör orsak i 10 % av fallen och subaraknoidalblödningar i 5 %.

## Risikfaktorer

- Hög ålder
- Kardiella orsaker inklusive förmaksflimmer
- Rökning, riskbruk av alkohol
- Hypertoni

- Hyperlipidemi
- Diabetes
- Tidigare stroke eller TIA
- Fetma, ohälsosamma matvanor
- Otillräcklig fysisk aktivitet
- Psykosocial stress, depression
- Manligt kön
- Ärftlighet
- P-piller eller annan hormonbehandling
- Sömnapné
- Koagulationsrubbningar.

## Utredning

Grundläggande diagnostik utgörs av anamnes och klinisk neurologisk undersökning. Orsaken (infarkt/blödning) säkerställs därefter med datortomografi (CT/DT). En intracerebral blödning syns direkt medan hjärninfarkter ofta inte syns förrän efter viss tid.

### Primär utredning

Misstanke föreligger om följande kriterier är uppfyllda:

- patienten är över 18 år samt plötsligt påkomna akuta neurologiska symtom eller bortfall exempelvis
- halvsidig förlamning eller halvsidigt känselbortfall
- tal/språkstörning
- synfältsbortfall
- ögonmotorikrubbning
- förvirring
- yrsel/koordinationsstörning
- mycket svår huvudvärk

### Symtom

Nyttillkomna stroke- och TIA-symtom bör kunna härledas till ett kärlområde och oftast vara negativa (bortfall av funktion). En överlappning av symtom från karotis- och vertebralisområdena kan förekomma.

#### Karotis-området

- Halvsidig pares och/eller känselstörning
- Central facialispares, synfältsbortfall och monokulär blindhet
- Dysfasi, neglekt.

#### Vertebrobasilaris-området

- Halv- eller dubbelsidig pares och/eller känselstörning
- Synfältsbortfall och dubbelseende
- Ataxi, yrsel med nystagmus
- Känselnedsättning i en ansiktshalva
- Svalgpares, tungpares
- Dysartri, dysfagi, heshet.

#### Subaraknoidalblödning

- Urakut insättande huvud- och/nackvärk (så kallat åskknallsinsjuknande), kan gå över efter några timmar och följas av nytt häftigt insjuknande (kallas varningsblödning)
- Illamående, kräkning
- Vakenhetsänkning och nackstyvhet (ofta flera timmar efter insjuknandet).

#### Ökat intrakraniellt tryck

Större ischemi eller blödning ger ökat intrakraniellt tryck:

- tilltagande huvudvärk, desorientering, illamående, kräkningar (främst på morgonen), synpåverkan med obskurationer eller dubbelseende
- i senare skede medvetandepåverkan, oregelbundet andningsmönster, ensidigt vidgad ljusstel pupill.

Övergående symtom som medvetandeförlust, svimning, förvirring, yrsel och balansstörning kvalificerar inte för en diagnos av TIA om de uppträder isolerat och inte stöds av andra undersökningsfynd.

### Anamnes

- Aktuella symtom
- Tidpunkt för debut, förlopp
- Skalltrauma
- Riskfaktorer.

### Status

- Allmäntillstånd – medvetandegrad
- Hjärta och halskärl – blåsljud, oregelbunden rytm
- Blodtryck
- Lungor
- Neurologstatus – sensorik, grov- och finmotorik, balans, reflexer
- Överväg EKG – bör tas vid icke-akut utredning.

### Laboratorieprover

- Vid akuta symtom – överväg CRP, glukos, temp för att utesluta möjliga differentialdiagnoser.
- Vid icke akuta symtom – överväg blodstatus, glukos, blodfetter, elektrolyter och njurfunktion.

### Differentialdiagnoser

- Migrän med aura
- Subduralhematom
- Aortadissektion
- Tumör
- Epilepsi
- Akut perifer yrsel
- Perifer mononeuropati
- Encefalit
- Feber, hypo-/hyperglykemi eller elektrolytrubbning hos patient med tidigare stroke/TIA
- Hypoglykemi eller metabol störning
- Skov av demyeliniserande sjukdom
- Transitorisk global amnesi
- Akut ögonsjukdom, temporalisarterit.

## Prevention

### Primärprevention

Se Faktadokument Levnadsvanor.

### Levnadsrelaterade riskmarkörer

- Se Faktadokument Hypertoni och Stroke
- Se Faktadokument Hyperlipidemi
- Se Faktadokument Förmaksflimmer
- Se Faktadokument Typ 1 Diabetes
- Se Faktadokument Typ 2 Diabetes

### Sekundärprevention

- Rökning, fysisk aktivitet, kost, alkohol och stress går igenom.
- Antitrombotisk behandling i princip alltid insatt via neurologen;
- 1. För TIA/ischemisk stroke utan kardiell embolikälla  
ASA 75–160 mg/dygn **alternativt** Klopido-rel 75 mg/dygn. ASA 50, 75 eller 160 mg/dygn + Dipyridamol 200 mg 2 gånger/dygn är också ett alternativ som dock ofta är förenat med huvudvärk och sämre följsamhet jämfört med monoterapi.

2. TIA/ischemisk stroke med kardiell embolikälla (vanligtvis förmaksflimmer) NOAK i första hand. Vid samtidig mekanisk klaffprotes, mitralvitium eller gravt nedsatt njurfunktion ska antikoagulation ske med Warfarin.
  - Målbloodtryck;  
I regel  $\leq 130/80$  mm Hg, där kombination av ACE-hämmare och diuretikum är förstahandsval.
  - Blodfetter;  
Målnivå LDL  $\leq 1,8$  mmol/l

Hos de mest sjuka äldre görs individuell bedömning avseende sekundärprevention/risk för multimedcinering med allvarliga biverkningar som följd, se avsnitten kring Hypertoni, Trombocythämmande behandling vid hjärt-kärlsjukdom samt lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär sjukdom i behandlingsrekommendationer Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre (se under relaterad information).

### Läkemedel

- Se länkar under primärprevention
- Se Trombocythämning under relaterad information.
- Se Faktadokument Antikoagulantia

### Carotiskirurgi

Akut kontakt vid symtomgivande stenoser 50-99 %. Se Faktadokument Kriterier för gradering av carotisstenoser.

## Behandling

### Akutbehandling

- Säkerställ fri luftväg och adekvat andning
- Följ vitalparametrar
- Kontrollera glukos och behandla eventuell hypoglykemi
- Sätt grov perifer venkateter och överväg att ge infusion Ringer-Acetat 1000 ml.

Snabbt genomförd revaskularisering och tidigt insatt sekundärprofylax är viktigt för prognosen och minskar risken för återinsjuknande, som kan vara så hög som > 10 % första veckan.

### Komplikationer

- Risken för återinsjuknande efter stroke är i genomsnitt 5-10 % första året och därefter mindre än 5 % årligen
- 5-10% av patienterna som drabbas av TIA insjuknar i stroke inom 1-2 dagar.

## Klinisk uppföljning

I de flesta fall bör uppföljning ske inom primärvården, lämpligen 2-3 månader efter insjuknande.

Teambaserad uppföljning av läkare, sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut är att föredra.

## Lokala tillämpningar

På Höglandet och i Värnamo sker tillsvidare uppföljning efter stroke via medicin- och geriatrikliniken. I Jönköping sker uppföljningen av stroke i de flesta fall inom primärvården.

Uppföljning av TIA ska ske i primärvården.

Rehabiliteringsmedicin har ett uppföljningsansvar för patienter som har vårdats på Rehabiliteringsmedicinska kliniken.

Om man vid återbesök inom primärvård finner särskild komplex problematik får man vid behov remittera patienter i arbetsför ålder till Rehabiliteringsmedicinska kliniken och för övriga patienter till respektive Geriatrisk klinik.

Uppföljningen syftar till följande:

1. Riskfaktorbedömning och uppföljning av sekundärprofylaktisk behandling
2. Medicinsk bedömning av andra komplikationer till TIA/Stroke
3. Fortsatta rehabiliteringsåtgärder, se nedan under rehabilitering.
4. Se Faktadokument Bilkörningsbedömning, *se även länk*  
Se Körkort efter stroke/TIA, Sveriges kommuner och landsting, obs!  
klickan på länken "läs" under relaterad information *och* Trafikmedicin, sydöstra sjukvårdsregionen (se under relaterad information).
5. Se Anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen under relaterad information.
6. Bedöm fortsatt sjukskrivningsbehov.

För att nå resultat i denna uppföljning kan checklista i samband med uppföljning (se Faktadokument) användas.

## Omvårdnad

Avsnittet utgår ifrån de svårigheter som är vanligt förekommande vid stroke, samt vad som är speciellt viktiga att uppmärksamma, för att förebygga olika komplikationer.

- Se Faktadokument Andning/cirkulation och andra vitala funktioner.
- Se Faktadokument Nutrition.
- Se Faktadokument Elimination.
- Se Faktadokument Hud.

- Se Faktadokument Aktivitet.
- Se Faktadokument Kommunikation.
- Se Faktadokument Sömn och vila.

## Rehabilitering

Det basala rehabiliteringsbehovet, efter utskrivning från slutenvård, ska tillgodoses av kommun och primärvården.

De olika yrkesprofessionerna inom strokerehabilitering; arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped samt psykolog arbetar med utredning, bedömning, information och åtgärder inom sitt yrkesområde. Professionerna samarbetar i team utifrån en helhet kring patientens resurser och problem.

Se även kliniska rehabiliteringsriktlinjer Rehabilitering, Folkhälsa och sjukvård Region Jönköpings län (se under relaterad information) samt Rehabilitering och smärta (se under relaterad information)

Följande rehabilitering efter stroke rekommenderas enligt Socialstyrelsens nationella vårdriktlinjer för stroke 2018 (se Faktadokument).

### Sluten vård

- Akutvård på strokeenhet med omedelbart omhändertagande av multidisciplinärt rehabiliteringsteam
- Vård på avdelning med teambaserad rehabilitering i obruten slutenvårdskedja efter akutfasen för patienter som har kvarstående rehabiliteringsbehov.

### Öppen vård

- Vid behov tidigt understödd utskrivning från sjukhus till hemmet, vid behov, med stöd av specialistvårdens multidisciplinära rehabiliteringsteam för strokepatienter  
Se Lokal rutin för specialistteam under relaterad information.
- Uppföljning med rehabiliterande insatser under första året efter strokeinsjuknande för patienter med aktivitetsbegränsning, nedsatt livskvalitet och/eller behov av symtomlindring
- I kroniska fasen fortsatt rehabilitering/uppföljning med bedömning, behandling, rådgivning och anhörigstöd. Individuellt anpassade behandlingsperioder med uppgiftsspecifik träning och gånginriktad träning med fokus på styrka och kondition rekommenderas
- Constraint Induced Movement Therapy (CIMT) kan användas i subakut eller kronisk fas för personer som har viss kvarvarande rörlighet i handled och fingrar. Hälso- och sjukvården bör endast ge modifierade varianter av CIMT inom ramen för kontrollerade studier eftersom metoderna saknar tillfredsställande vetenskaplig dokumentation



- Vetenskapligt stöd finns för att hemrehabilitering som tillgodoses av specifika stroke team har god effekt upp till 12 månader efter insjuknandet.

### **Kvalitetsuppföljning**

Punkt 2.2 i PSVF stroke och TIA, se Relaterad information.

### **Patientinformation**

Se Stroke, 1177 under relaterad information.

### **Relaterad information**

Se Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA under relaterad information.