

Strokelarmsjournal för medicin- och geriatrisklinikerna i Jönköpings län

Datum och klockslag:	Patient-ID:
----------------------	-------------

Innehåll

Instruktioner till medicinjour i Eksjö	2
Instruktioner till medicinjour i Jönköping	3
Instruktioner till medicinjour i Värnamo.....	4
Blodtryckssänkning	5-6
NIHSS.....	7
Ordnation av Metalyse (tenecteplase)	8-9
Trombektomi vid ischemisk stroke upp till 24 timmar från symtomdebut	10-11

Om dokumentet

Medicin – och geriatrisklinikernas strokelarmsjournal används som stöd för handläggning och dokumentation vid strokelarm. Dokumentet är framtagen av Lokal arbetsgrupp (LAG), stroke/TIA, Region Jönköpings län. Det är senast reviderat 2024-04-03.

Strokelarm – instruktioner till medicinjour i Eksjö

Patienten i ambulans

- Ta rapport ifrån strokekoordinator och möt upp denne samt ambulansen på röntgen.
- Läs journalen före ankomst om det finns tid. Kontraindikationer i journalen? Vid uppenbara kontraindikationer – överväg möjligheten för trombektomi.
- Kontrollera behandlingskriterier och kontraindikationer för trombolysbehandling.
- Remiss till "CT hjärna och CT-halsangio" skrivs av strokekoordinator.
- Ha beredskap för att muntligt ordinera 10 mg Trandate intravenöst om systoliskt blodtryck över 185/110 och ingen kontraindikation. Skriv in ordination när du kommit till Medicin G. Observera korrekt tidpunkt.
- Strokekoordinator tar med trombolysmapp.
- Vid Warfarinbehandling tas blodprov på röntgen.
- Om oerfaren jour – kontakta bakjour: dagtid (08:00-16:30) strokejour Eksjö, ank **345 13**.

CT-labb

- Röntgen av hjärnan först. Ta sedan neurologstatus enligt NIHSS (notera poäng på sidan 6).
- Blodtrycksmätning i båda armarna om ej tagit i ambulansen (>30 mmHg i skillnad mellan höger och vänster arm kan indicera aortadissektion, informera läkare) - avbilda aortabågen. Vid aortadissektion ge **ej** Metalyse.
- Invänta muntligt svar från röntgenläkare att CT hjärna inte påvisat kontraindikation för trombolys.
- Röntgensjuksköterska utför CT-angio.
- Inhämta patientsamtycke till revaskulariseringsbehandling (trombolys/trombektomi).
- Ge klartecken till strokekoordinator att Metalyse ska blandas. Bekräfta varandra tydligt.

Regional strokejour i Linköping **070-297 14 60** eller via växeln **010-103 00 00** ska kontaktas vid oklarhet omedelbart eller lokal bakjour.

- Efter utförd CT-angio carotis gå till röntgenläkare/granskningen (nattetid ring TMC, ank 252 43) för att få muntligt besked.
- Visar CT-angio carotis tromb i ICA, M1, M2, A1, A2 eller a.basilaris kan patienten vara aktuell för trombektomi, agera enligt följande:
 - Strokekoordinator ringer 112.
 - Beställ akut transport (prio 1) till trombektomicenter pga akut stroke.
 - Ange plats där patientens ska hämtas.
 - Fyll i ambulanstransportremiss i Cosmic. Under "Läkemedelsordinationer under transport", kryssa i rutan "Följ gemensam riktlinje".
 - Röntgenläkaren ombesörjer bildlänkning.
 - Ring till regional strokejour i Linköping och rapportera patienten, som redan kan vara på väg med ambulans.
 - Dokumentera – provsvar och epikris faxas så snart de föreligger.
 - Om ambulansen inte är på plats, följ med till strokeenheten, aktivera transport från avdelning. Obs, kommunicera med strokekoordinator, inte med annan personal.
 - Rapporteringsmall:
 - Trombolys/trombektomifall
 - Patientdata inklusive medicinska data
 - Insjuknandetid
 - NIHSS – initialt
 - Trombolysstart – klockslag
 - CT-halsangio avvikelser
 - Annat av betydelse

- Ingen trombos påvisad vid CT-angio:
 - Följ med patienten till strokeenheten, dokumentera där.
 - Vid trombolysbehandling ges Metalyse i första hand på röntgen alternativt flyttas patienten direkt upp till Medicin G för start av Metalyse där.

Strokelarm – instruktioner till medicinjour i Jönköping

Patienten i ambulans

- Ta fram trombolysmapp.
- Möt upp i ambulanshall.
- Ha beredskap för att ordinera 10 mg Trandate intravenöst om systoliskt blodtryck över 185/110 och ingen kontraindikation.
- Vid Warfarinbehandling tas blodprov på akutmottagningen.
- Om oerfaren – kontakta bakjour.

Under transport till CT

- Stanna inte under transporten till CT för att undersöka patient.
- Ta emot rapport från ambulans enligt checklista.
- Komplettera eventuellt med anamnes från anhörig/patient.

CT-labb

- Ta neurologstatus enligt NIHSS.
- Blodtrycksmätning i båda armarna om ej tagit i ambulansen (>30 mmHg i skillnad mellan höger och vänster arm kan indicera aortadissektion, informera läkare) - avbilda aortabågen. Vid aortadissektion ge **ej** Metalyse.
- Invänta muntligt svar från röntgenläkare att CT hjärna inte påvisat kontraindikation för trombolys.
- Inhämta patientsamtycke till revaskulariseringsbehandling (trombolys/ trombektomi).
- Ge klartecken till trombolysjuksköterskan att blanda Metalyse (Tenecteplase) enligt aktuell kroppsvikt.
- Ge klartecken till röntgensjuksköterskan att utföra CT-angio carotis.

Regional strokejour i Linköping **070-297 14 60** eller via växel **010-103 00 00** ska kontaktas vid oklarhet omedelbart eller lokal bakjour.

- Efter utförd CT-angio carotis gå till röntgenläkare/granskningen (nattetid ring TMC, ank 252 43) för att få muntligt besked.
- Visar CT-angio carotis tromb i ICA, M1, M2, A1, A2 eller a.basilaris kan patienten vara aktuell för trombektomi, agera enligt följande:
 - Be strokelarms sjuksköterska ringa 112.
 - Beställ akut transport (prio 1) till trombektomicenter pga akut stroke.
 - Ange plats där patienten ska hämtas.
 - Fyll i ambulanstransportremsen i Cosmic.
 - Röntgenläkaren ombesörjer bildlänkning.
 - Ring till regional strokejour i Linköping och rapportera patienten, som redan kan vara på väg med ambulans.
 - Dokumentera – provsvar och epikris faxas så snart de föreligger.
 - Om ambulansen inte är på plats, följ med till strokeenheten, aktivera transport från avdelning. Obs, kommunicera med trombolys-ssk, inte med annan personal.
 - Rapporteringsmall:
 - Trombolys/trombektomifall
 - Patientdata inklusive medicinska data
 - Insjuknandetid
 - NIHSS – initialt
 - Trombolysstart – klockslag
 - CT-halsangio avvikelser
 - Annat av betydelse

- Ingen trombos påvisad vid CT-angio:
 - Följ med patienten till strokeenheten, dokumentera där.

Strokelarm – instruktioner till medicinjour i Värnamo

Patienten i ambulans

- Ta rapport från ambulans eller akutmottagning.
- Skriv omgående remiss:
 - CT-hjärna (strokelarm)
 - CT-angio carotis
- Jourtid kl. 22:00-07:30 kontaktas Teleconsult **08-123 501 90**.
- Läs journalen före ankomst om det finns tid.
- Finns kontraindikationer för trombolys? Vid uppenbara kontraindikationer – värdera möjligheter för trombektomi.

Patienten i ambulanshall

- Ta neurologstatus enligt NIHSS.
- Blodtrycksmätning i båda armarna om ej tagit i ambulansen (>30 mmHg i skillnad mellan höger och vänster arm kan indicera aortadissektion, informera läkare)
- Vid Warfarinbehandling tas blodprover på akutmottagningen.
- Transportera patienten skyndsamt till CT-labb på ambulansbår. Primär-/bakjour ansluter.
- Kontrollera behandlingskriterier och kontraindikationer för trombolysbehandling.
- Ordinera Trandate (Labetalol) vid blodtryck över 185/110 mmHg. Om kontraindikation finns välj Furix (Furosemid). Skriv in ordinationen i Cosmic när du kommit till HIA. Observera korrekt tidpunkt.

Beslutsstöd inför eventuell trombolys:

Kontorstid: Strokeläkare Värnamo sjukhus ank **475 75**

Övrig tid: Strokejour Linköping **070-297 14 60**, växel: **010-103 00 00**

CT-labb

- Patienten vägs på CT-labb.
- Invänta muntligt svar från röntgenläkare att CT-hjärna inte påvisat kontraindikation för trombolys.
- Meddela tydligt trombolysbeslut till sjuksköterska på **HIA 460 41**. Ordinera Metalyse (Tenecteplase) enligt patientens vikt. Poängtera att läkemedlet ska blandas nu.
- CT-angio carotis ska utföras. Vid blodtrycksskillnad >30 mmHg avbilda även aortabågen. Vid aortadissektion ge **ej** Metalyse.
- Visar CT-angio carotis tromb i ICA, M1, M2, A1, A2 eller a. basilaris kan patienten vara aktuell för trombektomi. Kontakta regional strokejour i Linköping.
- Ring 112.
- Beställ akut transport (prio 1) till trombektomicenter pga akut stroke.
- Ange plats där patientens ska hämtas.
- Fyll i ambulanstransportremiss i Cosmic. Under "Läkemedelsordinationer under transport", kryssa i rutan "Följ gemensam riktlinje".
- Uppge telefonnummer till avsändande läkare om konsultationsbehov uppstår. Vid omdirigering kontakta mottagande kollega och akutmottagning.
- För aktuella riktlinjer se separat trombektomi PM.
- Vid trombolysbehandling flyttas patienten direkt till HIA.

Datum och tid	Patient-ID	Ansvarig läkare
---------------	------------	-----------------

Blodtryckssänkning

Vid blodtryck 185/110 mmHg eller högre bör trombolysbehandling inte ges. Försök sänka blodtrycket.

Ge långsam injektion Trandate 5mg/ml (Labetalol) 5-10 mg iv. Kan upprepas vid behov efter 2–5 minuter.

Innan trombolysbehandling påbörjas får max 50 mg Trandate ges. Vid otillräcklig effekt och fortsatt behov av intensiv sänkning – avstå trombolysbehandling.

Efter given trombolysbehandling får maxdos på totalt 200mg Trandate ges per dygn. Vid otillräcklig effekt med Trandate överväg andra blodtryckssänkande läkemedel ex. Furix.

Vid behov tas frekventare blodtryckskontroller.

Kontraindikationer mot Trandate:

- Grav obstruktiv lungsjukdom
- AV-block grad II-III
- Obehandlad hjärtinsufficiens
- Sjuk sinusknuta
- Kardiogen chock
- Spasm angina

Vid kontraindikationer mot Trandate ges injektion Furix 20-40 mg iv.

Trombolys

Behandlingskriterier – måste besvaras med JA!		
Akut ischemisk stroke med säkerställd insjuknandetid (om exakt insjuknande tid inte går att fastställa räknas den tid när patienten senast sågs frisk). Trombolysbehandling kan påbörjas inom 4,5 timmar från symtomdebut.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Patienten är 18 år eller äldre.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Radiologi har uteslutit intrakraniella kontraindikationer (blödning, omfattande infarkt mer än 1/3 av kärlterritoriet, malign hjärntumör/metastas).	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Samtycke till behandling. Om patienten inte är beslutsmässig förutsätts samtycke.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ

Absoluta kontraindikationer – måste besvaras med NEJ!		
Blodtryck 185/110 mmHg eller högre trots akutbehandling med iv antihypertensiv medicinering.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Misstanke om annan diagnos än ischemisk stroke (t.ex. subaraknoidalblödning, malign hjärntumör/metastas, aortadissection).	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Tidigare genomgången spontan intracerebral blödning.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Klar misstanke om septisk embolisering/endokardit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Warfarinbehandling med INR högre än 1,7.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Om patienten står på NOAK/DOAK [apixaban, (Eliquis), dagibatran (Pradaxa), edoxaban (Lixiana) eller rivaroxaban (Xarelato)] och tablettintag skett för <48 timmar sedan (tidsgräns gäller normal njurfunktion).	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Fulldos icke fraktionerat heparin eller behandlingsdos lågmolekylärt heparin med sista dos intogs de senaste 24 timmarna. OBS! profylaxdos lågmolekylärt heparin är INTE kontraindikation	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ

Datum och tid	Patient-ID	Ansvarig läkare
---------------	------------	-----------------

Relativa kontraindikationer – överväg risk/nytta		
Klar misstanke om annan diagnos än ischemisk stroke (t.ex. pares pga hypoglykemi (p-glukos mindre än 3 mmol/l), krampanfall med postiktala fokala neurologiska fynd).	?	?
Inga/mycket ringa kvarstående symtom (d.v.s. liten sannolikhet för kvarstående funktionsnedsättning även utan behandling).	?	?
Medvetandesänkning (GCS mindre än 12 eller RLS mer än 2) som inte beror på patientens stroke.	?	?
Stroke, intrakraniell/intraspinal operation eller svårt skalltrauma de senaste 6 veckorna.	?	?
Tidigare känt obehandlat AVM (arteriovenös missbildning) eller aneurysm intrakraniellt.	?	?
Gastrointestinal- eller urinvägsblödning senaste 3 veckorna.	?	?
Större operation, förlossning eller trauma senaste 2 veckorna.	?	?
Känd okorrigerad blödningsrubbnig, trombocytantal mindre än 100 x10 ⁹ /l, annan blödningsrisk t.ex. kombinationsbehandling med flera trombocythämmare (osäker risk/nytta-kvot), pågående större blödning.	?	?
Terminalt svårt funktionsnedsatt patient med kronisk sjukdom t.ex. terminal cancer och svår demens.	?	?
Graviditet (om förväntad nytta att behandla måttlig eller svår stroke överväger den ökade risken för intrauterin blödning).	?	?
Aktiv gastrointestinal malignitet	?	?
Lumbalpunktion senaste 7 dagarna	?	?
Hjärt- och lungräddning senaste 10 dagarna	?	?
För patient utan känd trombocytopeni påbörjas behandling utan att invänta blodprovssvar. Vid trombocyter trombocytantal mindre än 100 x10 ⁹ /L avslutas behandlingen omedelbart.		

Endovaskulär intervention
Vid utebliven förbättring av trombolys eller vid kontraindikationer för trombolys. Bedöm om patienten är aktuell för trombektomi. Trombektomi kan indiceras från symtomdebut upptill 24 timmar efter symtomdebut om det radiologiskt verifierats signifikant räddningsbar vävnad. För aktuella riktlinjer se separat PM.

Information till patienten:

Vi misstänker att du drabbats av en stroke. Det innebär att ett av de blodkärl som försörjer hjärnan med blod har täppt igen.

Om blodstoppet varar finns risk för att symtomen blir bestående. Vi vill ge dig ett läkemedel för att kunna lösa proppen.

Det finns en liten risk för att du försämras av det proplösande läkemedlet, men chanserna till ordentlig förbättring är mycket större. Vi kommer därför, om röntgen bekräftar våra misstankar, att starta behandling så

Datum och tid	Patient-ID	Ansvarig läkare
---------------	------------	-----------------

Bedömning		Akut läk	15	30	45	60	2h läk	4h ssk	6h ssk	8h ssk	12h ssk	15h ssk	18h ssk	21h ssk	24h läk
1 A. Vakenhetsgrad	0	Vaken och alert (RLS 1)													
	1	Slö men kontaktkar vid lätt stimulering (RLS 2)													
	2	Mycket slö, kräver upprepade eller smärtsamma stimuli för kontaktkarhet eller för att följa uppmaning (RLS 3)													
	3	Koma, okontaktkar (RLS 4)													
1 B. Orientering <i>Fråga om patientens ålder och vad det är för månad nu</i>	0	Svarar korrekt på båda frågorna													
	1	Svarar korrekt på en fråga													
	2	Svarar inte korrekt på någon av frågorna													
1 C. Förståelse <i>Be patienten öppna och sluta ögon, knyta och öppna icke-paretiska handen</i>	0	Utför båda uppgifterna													
	1	Utför en av uppgifterna													
	2	Utför ingen av uppgifterna													
2. Ögonmotorik/ ögonställning	0	Normalt													
	1	Partiell blickspares													
	2	Komplett blickspares													
3. Synfält <i>Testa varje synfält för sig. Be patienten räkna fingrar i de fyra kvadraterna (om detta ej är möjligt använd hotrörelse).</i>	0	Inga synfältsbortfall													
	1	Partiell hemianopsi (t.ex. kvadrantanopsi)													
	2	Komplett hemianopsi													
	3	Bilaterala synfältsdefekter (t.ex. blind inklusive kortikal blindhet)													
4. Facialispares <i>Be patienten visa tänderna, höja ögonbrynen och blunda</i>	0	Ingen facialispares													
	1	Partiell central facialispares													
	2	Komplett central facialispares													
	3	Perifer eller bilateral facialispares													
5. Pares i arm <i>Be patienten sträcka ut armen (90° vinkel mot kroppen i sittande, 45° vinkel i liggande) och hålla kvar med handflata nedåt. Räkna högt till tio.</i>	0	Håller kvar armen i 10 sekunder													
	1	Armen sjunker inom 10 sekunder, men når inte sängen													
	2	Armen faller till sängen inom 10 sekunder													
	3	Armen faller omedelbart, rör armen mot underlaget													
	4	Ingen rörlighet i armen													
	9	Omöjligt att testa (stelopererad/amputerad, räknas inte i slutpoäng)													
6. Pares i ben <i>Be patienten i liggande lyfta benet i 30° vinkel mot sängen och hålla kvar. Räkna högt till fem.</i>	0	Håller kvar benet i 5 sekunder													
	1	Benet sjunker inom 5 sekunder, men når inte sängen													
	2	Benet faller till sängen inom 5 sekunder													
	3	Benet faller omedelbart, kan röra benet mot underlaget													
	4	Ingen rörlighet i benet													
	9	Omöjligt att testa (stelopererad/amputerad, räknas inte i slutpoäng)													
7. Extremitets-ataxi <i>Finger-näsa (alt. finger-finger) och häl-knä, med öppna ögon.</i>	0	Ingen ataxi (används också om pares eller om patienten inte förstår)													
	1	Ataxi i en extremitet													
	2	Ataxi i två extremiteter													
8. Sensibilitet (smärta) <i>Testas med nål proximalt i samtliga extremiteter.</i>	0	Normalt, ingen känselnedsättning													
	1	Lätt till måttlig känselnedsättning													
	2	Svår eller total känselnedsättning													
9. Språk <i>Be patienten beskriva bild (fig A) benämna föremål (fig B) och läsa meningar. Använd figurer och ord.</i>	0	Ingen afasi, normalt													
	1	Lätt till måttlig afasi													
	2	Svår afasi, fragmentariska uttryck													
	3	Stum eller global afasi (expressiv + impressiv)													
10. Dysartri <i>Be patienten läsa ord. Bilaga: mamma, tipp-topp osv.</i>	0	Normalt													
	1	Lindrig till måttlig dysartri													
	2	Svår dysartri, talar så sluddrigt att det inte går att förstå. Mutistisk													
	9	Intuberad eller annat fysiskt talhinder (räknas inte i slutpoäng)													
11. Sensoriskt neglekt <i>Be patienten beskriva bild (fig A)</i>	1	En modalitet nedsatt (visuell eller kutan oppmärksamhet vid bilateral simultan stimulering)													
	2	Uttalat halvsidigt neglekt (hemiinattention), oppmärksamhet vid såväl visuell som kutan stimulering													
TOTALSUMMA															

Ordination av Metalyse - tenecteplase (TNK)

Datum och tid		Patient-ID	
Patientens vikt (kg)	Total dos TNK (mg)	Signatur, ansvarig läkare	

Dosen Metalyse ska vara 0.25 mg/kg kroppsvikt, dock max 25 mg. Dosen bestäms av patientens kroppsvikt enligt tabellerna nedan. Ansvarig läkare ordinerar i rutan ovan. Kom ihåg att ordinera i Cosmic/läkemedelslista. Den totala dosen Metalyse ges som intravenös injektion på 5-10 sekunder.

Beredning

1. Dra upp 5 ml sterilt vatten och tillsätt till Metalyse pulver 25 mg.
2. Koncentrationen Tenecteplase blir 5 mg/ml.

Vikt (kg)	Volym beredd lösning (ml)	Tenecteplase (E)	Tenecteplase (mg)
<60	3,0	3000	15,0
60-69	3,5	3500	17,5
70-79	4,0	4000	20,0
80-89	4,5	4500	22,5
≥90	5,0	5000	25,0

Behandlingsstart

Behandlingsstart	Klockslag:						
	Före	15 min	30 min	45 min	60 min	75 min	90 min
Klockslag							
RLS							
Sys bltr							
Dia bltr							
Puls							
SpO2							
Temp							
EKG							
NIHSS							

Kontroller	105 min	2 tim	3 tim	4 tim	5 tim	6 tim	7 tim
Klockslag							
RLS							
Sys bltr							
Dia bltr							
Puls							
SpO2							
Temp							
EKG							
NIHSS							

Datum och tid		Patient-ID	
Patientens vikt (kg)	Total dos TNK (mg)	Signatur, ansvarig läkare	

Kontroller	8 tim	9 tim	12 tim	15 tim	18 tim	21 tim	24 tim
Klockslag							
RLS							
Sys bltr							
Dia bltr							
Puls							
SpO2							
Temp							
EKG							
NIHSS							

Efter trombolys

- CT-hjärna kontroll ska göras 22-36 timmar efter behandlingsstart. Tidigare vid behov.
- Antitrombotisk profylax kan startas (vid ASA ge laddningsdos) efter att 24 timmars CT-kontroll uteslutit blödning.
- Om kontrast givet – överväg Ringer-acetat.
- Strokelarmsjournalen skannas in i Cosmic.

Anteckningar

Vid komplikationer vid trombolys:

Intrakraniella blödningar

Intrakraniella blödningar märks på grund av försämring hos patienten med ökande neurologiska symtom (>2 NIHSS poäng), huvudvärk, medvetandesänkning.

Vid misstanke om allvarlig blödningskomplikation:

- Akut CT-hjärna för att konstatera om intrakraniell blödning föreligger.
- Ta laboratorieprover för blodstatus, PK-INR, APT-tid, fibrinogen.
- Kontakta koagulationsjour.
- Eventuell tranexamsyra (Cyklokapron) 10–20 mg/kg intravenöst.

Extrakraniella blödningar

Extrakraniella blödningar (exempelvis näsblod, blödning i munslemhinna, blödning från urinvägar) behandlas med kompression och transfusion vid behov. Eventuell annan farmakologisk behandling i samråd med koagulationsjour.

Angioödem (Quinckeödem)

Angioödem (Quinckeödem) är en ovanlig komplikation som utvecklas snabbt varför intubationsberedskap krävs. Avsluta ACE-hämmarbehandling.

Behandling vid angioödem med andra allergiska manifestationer till exempel urtikaria:

1. Injektion Solucortef 200 mg intravenöst alternativt Betapred 8 mg intravenöst.
2. Desloratadin 10 mg tablett alternativt Tavegyl 2 mg iv.
3. Vid svår svullnad – larma narkos - intubationsbehov! (MIG , Hjärtlarm)
4. Ge EpiPen autoninjektor intramuskulärt 0,3 mg subkutant alternativt adrenalin 1 mg/ml, 0,5 ml i nebulisator
5. På IVA diskutera med allergiansvarig - Injektion Firazyr 30 mg subkutant alternativt injektion Berinert 1000 E intravenöst.

Datum och tid	Patient-ID
Ansvarig läkare	

Trombektomi vid ischemisk stroke upp till 24 timmar från symtomdebut

Förutsättningarna för god effekt ökar ju tidigare reperfusionbehandlingen inleds. Akutbehandling med intravenös trombolysbehandling vid ischemisk stroke hos vuxna måste inledas inom 4,5 timmar från insjuknandet för att fördelarna ska överväga riskerna.

Trombektomi upp till 24 timmar efter symtomdebut kan ha god effekt.

Vid kontraindikationer mot trombolys kan trombektomibehandling bli aktuell utan föregående trombolys, till exempel vid pågående antikoagulantibehandling, oklar insjuknandetid eller om patienter anländer till sjukhus utanför tidsfönstret för trombolys (4,5 timmar). Vid ocklusion av hjärnans större artärer (ex. a cerebri medias första eller andra gren) är sällan trombolysbehandling ensam tillräckligt för att lösa upp proppen.

Indikation för trombektomi (besvara med JA)

Ischemisk stroke	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Påtagliga symtom (NIHSS vanligen ≥ 6 , individuell bedömning NIHSS 2–5)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Symtomdebut inom 24 timmar till påbörjad trombektomi. I det senare tidsfönstret (6–24 h) beroende bl. a. infarktvolym, infarktvolm relation etablerad infarkt/kliniska symtom, perfusionsstörning-/infarktförhållanden.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Central kärlocklusion i hjärnan	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Radiologi har uteslutit intrakraniell blödning eller annan, icke-ischemisk patologi som orsak till symtomen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ

Vid omfattande demarkeerad färsk infarkt bör trombektomicentrum kontaktas för diskussion och individualiserat beslut.

Relativa kontraindikationer mot trombektomi – besvaras med JA

Mycket ringa symtom	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Komorbiditet/övriga medicinska förhållanden som gör att behandlingen inte gagnar patienten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Ogynnsam radiologisk bild (ex. utbredda infarkter)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ

Överföring till högspecialiserat center för trombektomi

Om trombektomi är aktuellt ska vidare transport till trombektomicentrum på Universitetssjukhuset i Linköping ske omgående (Prio 1) med ambulans.

Strokejour Linköping **070-297 14 60**, växel: **010-103 00 00**.

Med adekvat övervakning kan trombolys ges under ambulanstransport. Vilken kompetensnivå som krävs under ambulanstransporten (specialistsjuksköterska, narkossjuksköterska eller narkosläkare) bedöms utifrån patientens tillstånd och transportens längd. Observera att patienter med basilaristrombos kan fluktuera påtagligt i medvetande och symtom.

Bedömning av behov av andningsstöd måste göras före transport.

KAD bör sättas omedelbart inför transport för trombektomi (oavsett residualurinmängd). Kateterisera med tunn kateter. KAD insättning får inte fördröja transporten.

Fyll i ambulanstransportremiss och ange ansvarig läkare och telefonnummer.

Tillse att dokumentation, inklusive bildmaterial (som lämpligen länkas), från första vårdgivare finns tillgängligt för mottagande centrum:

- Symtom
- Fynd och NIHSS vid ankomst och avfärd till första vårdgivare
- Tidpunkt för insjuknande och eventuell trombolysstart