

Avansert HLR - voksne

Konstaterer hjertestans og alarmer ⁽¹⁾

Start HLR 30:2 ⁽²⁾
og kople til defibrillator

Rytmeanalyse

VF



VT



⚡ Gi ett sjokk ⁽³⁾
og HLR i 1 min.

Sjekk sirkulasjon 1 min.
etter hvert sjokk ⁽⁴⁾

Hvis ingen sirkulasjon etter to sjokk:
Vurder medikamenter ^(5,6)

HLR i 2 min.

PEA ⁽⁴⁾



Asystole ⁽⁷⁾



Start HLR

Gi adrenalin ⁽⁵⁾
i løpet av det første
minuttet av sløyfen

HLR i 3 min.

MERKNADER

1. Bevisstløs, unormal respirasjon/bortfall av sirkulasjon.
2. Frekvens kompresjoner: 100-120 per minutt. Etter intubasjon: Komprimer kontinuerlig og ventiler med frekvens 10 per minutt
3. Strømstyrke: Følg anbefaling fra leverandør
4. Vurder sirkulasjonen (maks 10 sek.)
 - Om organisert rytme kjenn etter puls, evt. vurder kapnografi-verdi
5. Adrenalin (1 mg i.v./i.o. per gang)
 - VF/VT: Første dose gis etter to mislykkede sjokk (dvs. etter 4 minutter).
 - PEA/asystole: Gis ila. det første minuttet av hver sløyfe
6. Amiodarone
 - 300 mg i.v./i.o. gis etter to mislykkede sjokk
 - Ytterligere 150 mg i.v./i.o. kan gis ved manglende effekt
7. Sjekk at elektroder og kabler er festet

Etter reetablert sirkulasjon (ROSC)

- Tilstrebe normal ETCO₂ (4,5-5,5kPa)
- Normoventilér (10-12 vent./min)
- Tilstrebe O₂-metning 94-98%
- Ta 12-avlednings EKG og vurder tidlig PCI/trombolyse
- Vurder nedkjøling om pasienten ikke våkner 5-10 min. etter oppnådd ROSC (obs! sedasjon)
- Tilstrebe normalisering av BT, puls, blodgasser og blodsukker
- Behandle kramper
- Behandle grunnsykdom/årsak

Ved første anledning

- Intravenøs/intraossøs tilgang
- Kapnografi (ETCO₂-kurve)

Behandle spesielle årsaker ("4H + 4T")

- Hypoksi
- Hypovolemi
- Hypo/hyperkalemi
- Hypotermi
- Tamponade
- Trykknemotoraks
- Tromboemboli
- Toksiner/forgiftninger

Vurder etter hvert

- Mekanisk brystkompresjon, spesielt ved transport eller angiografi

Fortsett AHLR

- Så lenge pasienten har VF/VT
- Så lenge pasienten er hypoterm
- Så lenge det er etisk/medisinsk forsvarlig
- Til pasienten viser sikre tegn til liv