

Standard behandlingsprotokoll for Post-ROSC-behandling på HIO: Temp. ktr < 37.5 °C

OBST-TTM:	Inklusjon av alle pasienter	Få samtykke fra pårørende. Daglig utfylling av skjema
Monitorering:	EKG/ST-overvåkning, SaO ₂ , arteriekran (blodtrykk/blodgasser), foleykateter, CVK, Arctic Sun. SvO ₂ fra CVK eller Swan Ganz., Tp blodglukose, elektrolytter, laktat, ekko cor, rtg thorax, evt PiCCO eller Swan Ganz kateter	
Behandling:	Mål:	Tiltak:
CNS:	Sederes til RAAS-4	Standard: Propofol/fentanyl. Hemodynamisk ustabil: Midazolam/fentanyl
	Ingen kramper	Øk sedasjon (se protokoll), EEG, antiepileptika, magnesium
	Daglig vekkeforsøk	Sedasjon stoppes etter 24 timer. Daglig sedasjonsstopp
Respirasjon:	pCO ₂ 4,7 -6,0 kPa. pH >7.2, SO ₂ 94 – 97 %. PaO ₂ 10-13 kPa. FiO ₂ <0,5	Kontrollert modus, APVcmv (alternativt PCV+), PEEP ≥ 5, Unngå høy PEEP hos pasienter med høyre ventrikkelsvikt
Sirkulasjon:	Reperfusjon	Akutt koronarangio ved STEMI eller ikke tolkbar rytme (grenblokk, pacing). Andre pasienter: kun ved sirkulatorisk instabilitet eller recidiverende arytmier. Husk tromboseprofylakse
	MAP > 65-70 mmHg	Volum, noradrenalin. Vurder vasopressin i tillegg ved NA >0.3mcg/kg/min. Ev. inotropi
	Sinusrytme uten iskemi	Ved arytmi: Vurder volumstatus og elektrolytter. Vurder cordarone. Reangiografi ved mistanke om reokklusjon
	ScvO ₂ >70% (CVK) eller SvO ₂ > 65% (lungearteriekateter). Laktat < 2.0 mmol/l	Vurder volum, evt inotropi (lavdosert dobutamin eller Simdax)
	Temperaturkontroll (TTM) - ≤ 37,5°C i 24 timer (min.) -72 t. Temp. ≥ 33 - ≤ 37,5°C: ingen tiltak	Etter 24 t: daglig vekkeforsøk. Hvis fortsatt komatøs: TTM opptil 72 t etter ROSC. Temp. ≥ 37,5 °C: Paracet, kalde kluter, iv væsker, isposer. Ved behov: ArcticSun, måltemp 37,5 °C. Naturlig kalde pasienter (≥ 33°C) skal ikke aktivt varmes opp
	Vedvarende sjokk (kardiogent? Blødning? SIRS?)	Ekko cor, PiCCO eller Swan Ganz. Vurder CT thoraks/abdomen. Vurder behov for volum/væsketrekk, inotropi/vasopressor/vasodilasjon (dobutamin/Simdax, noradrenalin/vasopressin, nitropress). Ev.bytt sedasjon til Midazolam. <u>Hypoterm, ustabil pasient: Skal ikke aktivt varmes opp.</u> Unntak: Alvorlige transfusjonkrevende blødninger. Varmes 0,5 °C/time til 36°C
Nyrer:	Diurese: 0.5 - 1 ml/kg/t	Vurder volum eller furosemid. Ev. dialyse
Klinisk kjemisk:	Blodsukker: 6-10 mmol/l	Novorapid 1 IE/ml. NB! Unngå hypo- og hyperglykemi
	Elektrolytter: Normalverdier	Substitusjon, f.eks KCl infusjon
	Hb >8.5 (>9 ved hjerteinfarkt) g/dl	SAG
	Buffer: pH>7.2, BE>-10	Vurder Tribonat (sjekk andre årsaker)
Mage/tarm:	Unngå tarmparalyse	Karbolytt/Glukosel 10 % iv 20 ml/t i opptil 24 timer. Tarmparalyse profylakse med enteral ernæring 5-10 ml/t når pasienten er stabil. Ulcusprofylakse (Somac 40 mg). Ved ventrikkelretensjon: Afipran 10mg x 3 iv. Ved respiratorbehandling >24t følges Nivå 1 prosedyre: Ernæring av voksne intensivpasienter
Prognostisering:		<u>Ankomst:</u> Blodprøvepakke: "Stor medisinsk intensivstatus v/innkomst" i Dips. Pupilometri: Npi, GCS <u>Dag 1</u> (førstedags visitt, ca 24 t etter ROSC): Blodprøvepakke: "Liten medisinsk intensivstatus" + legg til NSE, pupilometri: Npi, GCS, EEG ved kramper <u>Dag 2</u> (etter 48-72 t): Blodprøvepakke: "Liten medisinsk intensivstatus" + NSE, Npi, GCS <u>Dag 3</u> (etter 72-96 t): Blodprøvepakke: "Liten medisinsk intensivstatus" + NSE, Npi, GCS. Hjernenerve-reflekser, EEG og N20 SEP, transkranial doppler, vurder CT og/eller MR om pasienten ikke våkner

Revidert og tilpasset HIO av Geir Ø. Andersen, Eirik Qvigstad, Arnliot Flaa og Siw P. Trudvang, Anders Adam, april 2024.