


MEDICIN OG JOULE

Præparat Indikation	Voksne IV./IO.	Børn (indtil puberteten) IV./IO.
Adrenalin VF pulsløs VT PEA Asystoli	1 mg bolus hvert 3.-5. min. Endotrachealt: 2-3 mg fortyndet i 10 ml sterilt vand	0,01 mg/kg bolus hvert 3.-5. min. Endotrachealt: 0,1 mg/kg fortyndet i 5 ml sterilt vand
Amiodaron VF pulsløs VT	300 mg bolus lige før 4. stød Evt. gentaget 150 mg bolus lige før 6. stød	5 mg/kg bolus
Atropin Asystoli PEA < 60/min.	3 mg bolus Endotrachealt: 3 mg fortyndet i 10 ml sterilt vand	0,02 mg/kg bolus Endotrachealt: 0,03 mg/kg fortyndet i 5 ml sterilt vand
Calcium Hyperkaliæmi Hypocalcæmi Calciumantagonist- forgiftning	10 ml (5 mmol) calciumchlorid 0,5 mmol/ml bolus Gentaget ved behov	0,1 mmol/kg bolus Gentaget ved behov
Magnesium Refraktær VF / pulsløs VT Torsades de pointes Hypokaliæmi Digoxin-forgiftning	4 ml (8 mmol) magnesiumsulfat/ magnesiumchlorid 2 mmol/ml over 1-2 min. Evt. gentaget efter 10-15 min.	0,4 mmol/kg over 1-2 min.
Energimængde ved defibrillering 	Monofasisk: 360 J x 1 Bifasisk: 150-360 J x 1 (Brug producentens anbefaling. Ved tvivl: 200 J x 1)	Mono- og bifasisk: 4 J/kg x 1

IV. = Intravenøs, IO. = Intraossø

Udarbejdet af DL. Isbye, J. Rosenberg, T. Frost, MK. Jensen, T. Lauritsen,
C. Torp-Pedersen og FK. Lippert for ALS-instruktørerne i Danmark,
Dansk Råd for Genoplivning og Hjertereforeningen.

Produktion: Datagraf. 1. udgave. 3. oplag. 2009. Bestillingsnr. 273

Folderen kan rekvireres hos Hjertereforeningen på tlf. 3393 1788 eller www.hjertereforeningen.dk
eller hos Dansk Råd for Genoplivning på www.genoplivning.dk

AVANCERET GENOPLIVNING ERC GUIDELINES FOR RESUSCITATION 2005



ERC

Udarbejdet af Hjertereforeningen og
Dansk Råd for Genoplivning

HJERTE-LUNGE-REDNING = HLR

- Ved konstateret hjertestop alarmeres først, og derefter gives cykler af brystkompression og ventilation i forholdet 30:2. Start med brystkompression. Tryk 4-5 cm ned, 100 tryk/min. Skift person til hjertemassage hvert 2. min. Etabler EKG-overvågning og intra-venøs adgang. Intubér tidligt.

STØDBAR RYTME – VF/PULSLØS VT

- Der afgives ét stød (monofasisk 360 J, bifasisk 150-360 J), og der fortsættes straks med HLR 30:2 i 2 min. Først herefter vurderes rytmen, og der tages stilling til, om rytmen fortsat er stødbar.
- Ved tvivl om, hvorvidt rytmen er fin ventrikelflimren eller asystoli, skal der ikke afgives stød, men der fortsættes HLR 30:2 i 2 min.
- Hver cyklus består af Medicin-Stød-HLR-Vurdér; de to første cykler er dog uden medicintilførsel.
- Giv adrenalin 1 mg første gang efter 2. cyklus, dvs. lige før 3. stød, herefter hvert 3.-5. min.
- Giv amiodaron 300 mg efter 3. cyklus, dvs. lige før 4. stød, evt. gentaget 150 mg lige før 6. stød.

IKKE-STØDBAR RYTME

– ASYSTOLI OG PULSLØS ELEKTRISK AKTIVITET (PEA)

- Giv adrenalin 1 mg hurtigst muligt, herefter hvert 3.-5. min.
- Giv atropin 3 mg hurtigst muligt ved asystoli og bradykardi < 60/min.
- Overvej pacing ved bradykardi og asystoli.

BØRN (INDTIL PUBERTETEN, DOG IKKE NYFØDTE)

- Brug samme algoritme, dog med følgende modifikationer: Start med 5 ventilationer før første kompression. Kompressions-/ventilationsforholdet er herefter 15:2 og energimængden ved defibrillering er 4 J/kg.

GLEM IKKE

- Overvej magnesium ved ↓K, refraktær VT og torsade. Calcium ved ↑K og ↓Ca.
- Overvej hypotermibehandling af genoplivede, bevidstløse patienter.
- Skab overblik, find udløsende årsag – også de sjældne, som ikke dækkes her.

BEHANDLINGSSEKVENSS

AVANCERET HJERTE-LUNGE-REDNING

Cyklus:
Medicin – Stød – HLR – Vurdér

Behandlingssekvens ved VF/pulsløs VT

