

## Hjerteinfarkt - mistanke ved bryst smerter hos inneliggende pasienter

Gjelder for: Hele SiV  
Dokumenttype: Prosedyre  
Sist endret: 31.12.2020

### 1. HENSIKT

Sikre adekvat oppfølging av pasienter med bryst smerter, og mistanke om hjerteinfarkt (AKS – Akutt Koronar Syndrom)

### 2. ANSVAR

Lege  
Sykepleier

### 3. FREMGANGSMÅTE

#### Vurderinger:

1. Vurdere pasienten i forhold til ABCDE  
Se: [Tidlig identifisering av akutt og kritisk syke pasienter](#)
2. Gjøre en hastevurdering med det verktøyet avdelingen bruker:  
For akutt mottaket benyttes [triageverktøyet](#)

For andre avdelinger/seksjoner:

Se: [NEWS2 Observasjonskurve - brukerveiledning](#)

For KFMR og KPR:

Når en pasient får akutte bryst smerter kontaktes vakthavende lege (evt. telefonisk) som igjen kontakter vakthavende medisinsk lege slik at det kan gjøres egen avtale i hvert enkelt tilfelle.

Ved bryst smerter, startes følgende utredning:

- EKG (innen 10 min)
- Blodprøver, se under.
- Kontakte lege/kardiolog for vurdering av videre behandling/overflytning til hjertemedisinsk avdeling.

Medikamenter

- Morfin 5-10 mg v/smerte
- Nitroglycerin i.v ved vedvarende smerter
- Afipran 10 mg iv v/kvalme
- 2 liter O<sub>2</sub> ved SpO<sub>2</sub> under 90 % (med forbehold ift. KOLS)

#### Videre oppfølging:

EKG, tas alltid ved nye smerteanfall. Ved normalt eller uavklart innkomst-EKG, bør det tas nytt etter 6-9 timer uavhengig av symptomer.

Ved nye smerteanfall eller mistenkelige funn under oppfølgingen, tas "Hjerte 2"

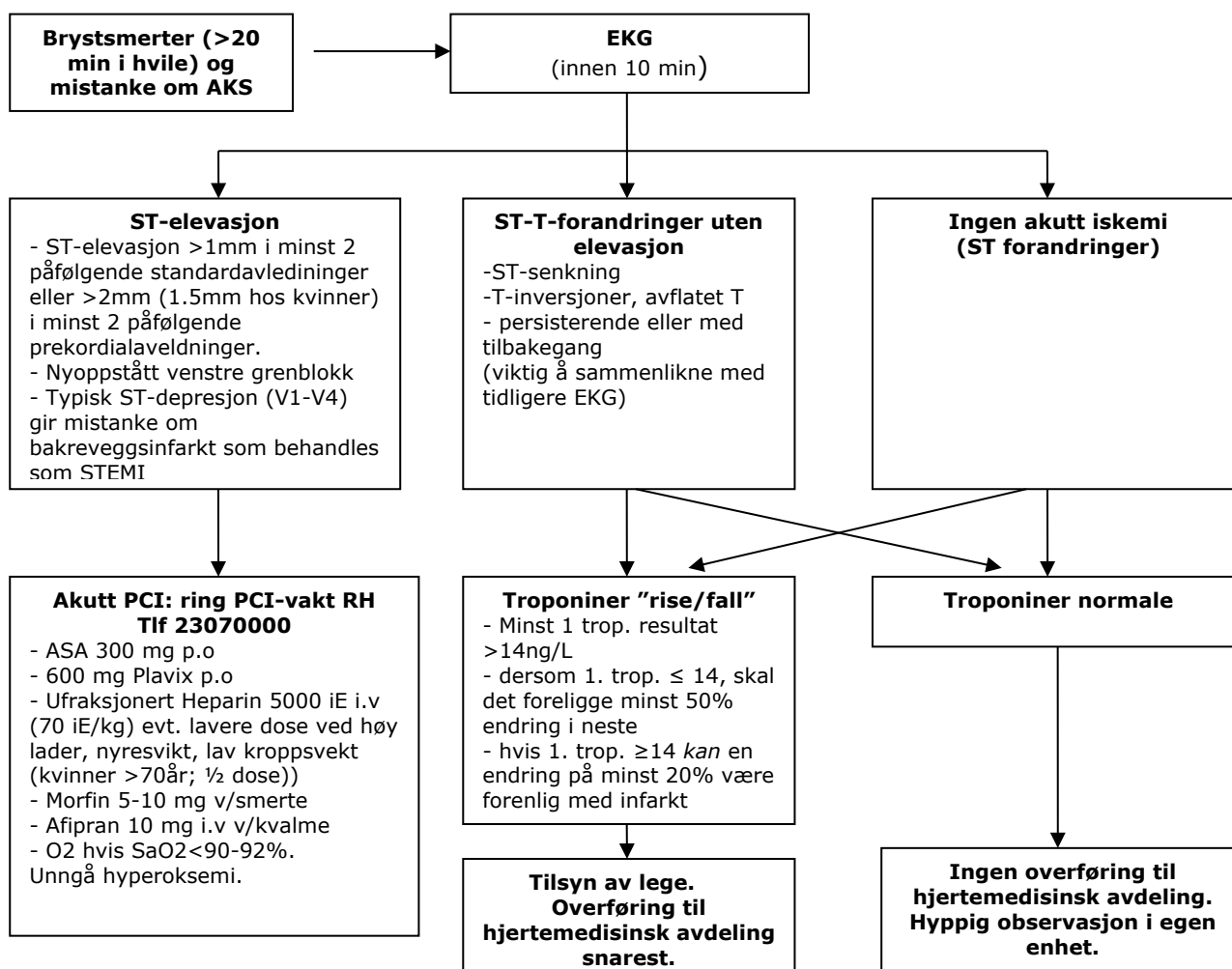
#### Blodprøver/infarktstatus:

**Prøve 1:** Ved innkomst; bestill "Medisinsk innkomst" og "Hjerte 1"

**Prøve 2:** 3-6 timer senere; "Hjerte 2"

**Prøve 3:** Tas ved positive Troponiner for å følge utviklingen.

**Benytt følgende flytskjema i initialvurderingen:**



**Konservativ eller invasiv behandlingsstrategi hos eldre:**

Ved høy alder er det pga. komorbiditet økt komplikasjonsrisiko med kateterbasert behandling, men det er fortsatt gevinst. Helhetssituasjonen bør derfor vurderes før det henvises til angiografi. Tidligere infarkt gir høyest risiko, mens hjerneslag, nyresvikt, perifer karsykdom, hjertesvikt, tidligere PCI også er risikofaktorer. Mental status og ernæringsstatus må også vektlegges, mens alder og KOLS per se ikke er risikofaktorer. De vanligste PCI-komplikasjonene hos pasienter over 80 år er infarkt, hjerneslag, nyresvikt og blødning. Man kan evt. diskutere tvilstilfeller med bakvakt kardiologi her eller evt. koronarvakt/hjertevakt RH.

**4.GENERELT**

**5.INTERNE REFERANSER**

- [2.2.6.4.22](#) RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) Verktøy for å gi pasienten rett hastegrad og rett prioritet i den akuttmedisinske kjede.
- [1.6.2.12.1](#) MEWS Observasjonskurve. Brukerveiledning
- [1.6.2.12.1.1](#) Tidlig identifisering av akutt og kritisk syke pasienter

**6.EKSTERNE REFERANSER**

**7. VEDLEGG**