

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Giltig från: 2026-03-05

Innehållsansvar: Maher Abbas, (mahab5), Överläkare

Giltig till: 2028-03-31

Granskad av: Josefine Hätting, (josos), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Bronkiolit orsakad av RS-virus hos barn – behandling

Revideringar i denna version

Revidering markerat med gult samt justerat sista länken sid 4.

Bakgrund, syfte och mål

Förbättra vården för barn med bronkiolit.

Arbetsbeskrivning

Detta styrdokument gäller barn under 24 månader med första episod av RSV bronkiolit. Behandling gäller även alla andra barn under 24 månader med typisk virusutlöst bronkiolit. Diagnosen baseras i första hand på den kliniska bilden. Vid oklarheter kan vidare undersökningar med snabbtest på akuten i första hand övervägas.

TYPISKA SYMTOM

0-1 månad: slöhet, matvägran, irritabilitet, centrala (icke obstruktiva) apnéer.

1-24 månader: snuva, hosta, förlängd (ibland pipande) utandning, inspiratoriska krepitationer, expiratoriska ronki, takypné (> 60/min under 2 månaders ålder och >50/min över 2 månaders ålder), indragningar

PÅ AKUTEN

Åtgärd: anamnes, fysisk undersökning, POX, riskbedömning. Ingen behandling krävs på akuten i typiska fall. Välmående barn kan släppas hem. Information av sannolikt förlopp skall ges till föräldrarna.

Anamnes

- Hur långt förlopp?
- Hur startade förloppet?
- Infektionsstatus: Hosta, snuva, feber, vätskeintag, matintag, kissat?
- Beteende: Orkar barnet prata/jollra och leka?
- Mediciner: Inhalationer i hemmet?
Febernedsättande/smärtstillande?
- Liknade besvär tidigare?

Riskbedömning:

Var i förloppet är patienten? Sociala faktorer. Reseavstånd.

Ökad risk för apnéer: prematuritet Ökad risk för svår bronkiolit: prematuritet, kronisk lungsjukdom (BPD), hjärtfel, immunbrist.

Inläggning: Barnen skall läggas in om allmänpåverkade och/eller har SaO₂ <95 % och/eller andningsfrekvens (i vila) > 70/min, kraftiga indragningar, prematurfödda < 34 veckor, eller har haft apnéer under sjukdomsförloppet. Riskpatienter (se riskbedömning) skall läggas in.

PÅ AVDELNINGEN

Förberedelser innan barnet hämtas från akuten.

- Finns sug och sugslangar på rummet?
- Finns grön slang och tratt till O₂ på rummet?
- Var finns andningsblåsan?
- Ta fram övervakningsutrustning, för att kunna ta en PEWS direkt vid ankomst.

Undersökningar: Inga vidare undersökningar (lab, rtg o.s.v) är rekommenderade i typiska fall. PCR prov (Triplex: Influenta A, B och RSV) görs om kohortvård (flera barn på samma rum) planeras. Multiplex görs om barnet INTE är immunkompetent och/eller vårdas på IVA.

Andningsmönster

- Ansträngd andning: indragningar i buk eller halsgrop, näsvingespel
- In-utandning: Andningsmönster (längre in- än utandning) symmetrisk (lika lång in- som utandning) eller omvänt (längre ut- än inandning).
- Andningsfrekvens: Antal andetag under en minut utan längre uppehåll för hosta, gråt eller apné. PEWS.

- Puls: Puls tas under en minut.
- Väsande andning: Om väsande andning i slutet av utandning, genom hela utandningsfasen eller om det förekommer även på inandning. Nedsatt andningsljud ”tyst obstruktion” vid allvarliga fall.
- Nästäppt, Hudfärg, Kroppshållning.

Behandling:

- Näsvård: Regelbundna sköljning med normalt (9 mg/ml) koksalt och ytlig nässugning.
- Lugn och ro
- Högläge
- Smärtlindring med paracetamol om barnet tex skriker vid hosta, inte vill äta eller är missnöjd.
- Vätskelista ska föras. **Ventrikelsond:** Om barnet inte orkar äta tillräckliga mängder används ventrikelsond. **Ordinera dygnsmängden på Omvårdnadsplanering!** Tänk på att ”lufta” sonden om magen känns spänd och hård.
- Utvärdera behandlingen kontinuerligt och följs PEWS. **Ordinera kontroller i Omvårdnadsplanering!**
- Slemmobilisering underlättas om barnet ändrar läge, ryggläge, sidoläge höger och vänster. Spädbarn behöver tas upp i famnen och vaggas. Barnet behöver komma upp i sittande position tex stol eller rullstol. För spädbarn lätt lutning på ryggen såsom i en babysitter. ”Bollning” att man använder en stor pilates boll upplevs som kliniskt gynnsamt.

O2: Skall ges om SatO2 <90%. 90% - 95% bedömningen ges individuellt (Ge O2 under 95% om barnet inte protesterar) Målsaturation: 92–97%. **Ordinera Medicinsk Oxygen i läkemedelslistan!**

Steg 1: Vanlig näsgrimpa Ge 100% O2 Flödet: 0.5–2 L/min.
Målsaturation: **92–97%**. **OBS!** Överväg aktivbefuktning på spädbarn.

Steg 2: Höglödesgrimpa (om barnet kräver > 2 L 100% O2 för att nå 92% och/eller slött och/eller har apnéer och/eller kapillär pCO2 > 7 kPa).
Ta blodgas om barnet kämpar med sin andning och/eller takykard. Se styrdokument [Högflöde syrgasbehandling – barn.](#)

Steg3: CPAP (om barnet kräver > 50% O2 via högflödesgrimman)
Tryck: 4–5 cm H2O. Justera O2 kvot. Ta blodgas innan och senast 2 timmar efter barnet läggs i CPAP.

Om barnet är svårt andnings påverkad (AF > 70 och/eller O2 behov > 2L/min per vanlig näsgrimpa och/eller > 50% vid högflödesgrimpa) diskutera med bakjouren och narkosjouren! PEWS

Inhalationer: Inga regelbundna inhalationer är rekommenderade.

Försök att undvika onödiga prover: Ta blodgas frikostigt i svåra fall. Ta blodgas innan och efter CPAP! Ta andra blodprover och beställ lungröntgen BARA om du misstänker LUNGINFLAMMATION.

Försök att undvika onödiga behandlingar: Inhalera INTE med Adrenalin, Ventolin, hypertont koksalt (3% NaCl) rutinmässigt. Inhalera med Ventolin BARA om du misstänker ASTMA. Utvärdera effekten 15 minuter efter inhalationen genom att kontrollera andningsfrekvens, puls, saturation och syrgasbehov. Om patienten svarar bra på Ventolin (minskad andningsfrekvens, minskad puls, ökad saturation, minskat syrgasbehov), behandla som astma. Se dokument [Akut astma_241206.pdf](#)

FÖRLOPP (RSV bronkiolit)

Inkubationstid: 3-5 dagar.

Förkylningssymtom: 1-3 dagar.

Bronkiolitsymtom: dag 3.

Sjukast: dag 5-7.

Tillfriskning: dag 8-10.

Långdraget förlopp: Vissa barn är fortsatt obstruktiva, reagerar med astmatiska symtom. Dessa barn behandlas som vid astma.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Maher Abbas, (mahab5), Överläkare

Granskad av: Josefine Hätting, (josos), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-38

Version: 7.0

Giltig från: 2026-03-05

Giltig till: 2028-03-31