

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

Giltig från: 2024-10-29

Innehållsansvar: Johan Ingemarsson, (johin2), Sektionschef

Giltig till: 2026-10-29

Granskad av: Alexander Haner, (aleha3), Specialistläkare

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

# Huvudvärk - Akuten

## Förändringar sedan föregående version

Inga

## Syfte

Riktlinjer kring bedömning, utredning och behandling av huvudvärk på akutmottagningen.

## Arbetsbeskrivning

### Huvudvärk – handläggning på akuten

Akutmottagningens uppgift är i första hand att utesluta allvarlig orsak till huvudvärken.

Med en noggrann anamnes och ett fullständigt neurologstatus kommer man mycket långt.

## Orsaker

- Subarachnoidalblödning
- Meningit
- Sinustrombos
- Hjärntumör
- Virusencefalit
- Spänningshuvudvärk
- Migrän
- Läkemedelsutlöst huvudvärk
- Hortons huvudvärk
- Trigeminusneuralgi
- Temporalisarterit

## Sammanfattning

Utred	Utred inte (akut i alla fall)
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Urakut debut</li><li>2. Fokalneurologi</li><li>3. Medvetandepåverkan</li><li>4. Meningit/encefalit</li><li>5. Personlighetsförändring</li><li>6. Förstagångskramper</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Känd migrän</li><li>8. Diffus huvudvärk utan andra tecken</li><li>9. Typisk spänningshuvudvärk</li></ol>

## Subarachnoidalblödning (SAH)

### Symtom

10. Urakut insättande huvudvärk
  - Pressa anamnesen
  - Urakut debut av huvudvärk **SKALL** alltid utredas (om ej känt sedan tidigare t.ex. postcoital huvudvärk, ansträngningsutlöst huvudvärk, migrän etc.)
    - Ibland nackstelhet
    - Varierande vakenhetsgrad
    - Ofta påfallande påverkad patient

### Utredning

DT-hjärna av god kvalitet utförd **inom 6h** från symptomdebut utesluter eller bekräftar SAH, förutsatt att nedanstående anamnestiska och kliniska kriterier är uppfyllda.

### Anamnes:

Insjuknandetidpunkt skall vara säkerställd.  
Fokala neurologiska symptom eller medvetandeförlust får inte ha förekommit.  
Patienten har insjuknat i åskknallshuvudvärk, ev. i kombination med nackvärk, men inte isolerad nackvärk.

### Status:

Fullt vaken (RLS 1, GCS 15)  
Ingen feber  
Normalt neurologstatus  
Avsaknad av nackstelhet

För att snabbt bedöma dessa patienter skall sjuksköterska i Triage eller Team omedelbart meddela läkare för bedömning.

Patienter som söker efter >6h måste utredas med lumbalpunktion (LP) för att helt utesluta SAH, om inga kontraindikationer för LP finns. Likvor måste analyseras inom 30 minuter med spektrofotometri. Vid kontraindikation är DT-angiografi med aneurysmfrågeställning.

# Meningit

## Symtom

- Akut insjuknande med huvudvärk, hög feber, ibland medvetanderubbning och kräkningar
11. Ofta akut debut, från timmar till enstaka dygn
- Vanligen, men inte alltid, uttalad nackstyvhet
  - Eventuellt septiska embolier/petechier (meningokocker)
  - Sällan fokalneurologi men ofta motorisk oro

## Allmänt

- Adekvat behandling SKALL inledas inom 1 timme
  - Om LP inte lyckas inom 10-15 min – ge antibiotika
12. Fördröj inte LP eller behandling med CT hjärna. Om lumbalpunktion bedöms kontraindicerad före CT så påbörjas antibiotika och steroidbehandling före LP.
13. Ofta IVA-vård. Alltid diskussion med infektionsjour.

## Diagnos

- Kortfattat allmänstatus, neurologstatus samt öronstatus
- Lumbalpunktion ger diagnosen

## Analyser LP

- Visuell granskning (grumligt?)
- Ev. tryckmätning
- Fyra rör
  - Rör 1 (2 ml): Odling, (direktmikroskopi)
  - Rör 2 (3 ml): Till kylskåp för ev. senare analys (antigentest, ev. PCR virus, tbc, borrelia etc.)
  - Rör 3 (2 ml): Till kylskåp för ev. senare analys (bakterie-PCR)
  - Rör 4 (2 ml): Celler, laktat, protein/albumin, glukos (+ p-glukos)

## Övriga odlingar

- Blod x 2
- Urin
- Nasofarynx

- Eventuellt sputum, pustler, öronsekret

### Kontraindikationer för lumbalpunktion

- RLS  $\geq 4$
  - Kramper senaste 1-2h
14. Fokalneurologi  
15. Känd ökad blödningsbenägenhet (DOAK, Waran)

### Behandling

- Antibiotika
    - 16. Cefotaxim 3g x 4 iv och Ampicillin 3g x 4 iv eller Meronem 2g x 3 iv
    - 17. Vid pc-överkänslighet: Meronem 2g iv (x3)
    - 18. Vid anafylaktisk chock på pc: Kloramfenikol-succinat 1g (x3)
    - 19. Steroider
- Betametason 0,12 mg/kg x 4 iv (max 8 mg) före antibiotikastart.

## Sinustrombos

### Symtom

- Akut eller gradvis insättande
- Huvudvärk samt varierande symtom
  - Neurologiska bortfall
  - Medvetandepåverkan
  - Staspapiller

### Riskgrupper

- Sen graviditet samt post-partum
- Koagulopati

### Utredning

- I samråd med neurolog
- CT hjärna med venös kontrast (men ej helt diagnostiskt)
- CT-angio eller MR-angio

## Hjärntumör

### Symtom

- 20. Huvudvärk (sällan debutsymtom)
- 21. Illamående och kräkningar

22. Progredierande fokalsymtom
  23. Personlighetsförändring
  24. Krampanfall
  25. Huvudvärken förvärras vid krystning/ansträngning
  26. Debuterar/förvärras på efternatt/morgon
  27. Anamnes från anhöriga är viktigt, speciellt rörande personlighetsförändringar
  28. Neurologstatus kan vara helt normalt
- Utredning
    29. CT med och utan kontrast. Ej akut undersökning
      - MR-hjärna

## Virusencefalit

Nedanstående gäller framför allt herpesencefalit, en svår sjukdom som måste behandlas tidigt.

### Symtom

30. Feber och huvudvärk är ofta initialsymtom
  - Dysfasi, desorientering, kognitiva defekter, fokalneurologi, kramper, sänkt vakenhet.
  - Oftast ej nackstelhet

### Diagnos

31. Lp med celler, protein, glukos, odling, serologi samt multiplex-PCR (Filmarray). Skicka röret med celler och kemanalyser först. Om stegrade celler, skicka resterade rör.
32. Om normala celler men **kvarstående klinisk misstanke** om viral encefalit: skicka resterande rör
33. Om normala celler och **svag klinisk misstanke**: avvakta att skicka resterande rör
34. CT/MR oftast u a i initialskedet (görs ej från akuten)
35. EEG kan stödja diagnosen (görs ej från akuten)

### Behandling

- Fall för infektionsklinik
- 36. Antiviral behandling (aciclovir) på misstanke tills HSV-infektion uteslutits
- I övrigt symptomatisk behandling

## Spänningshuvudvärk

### Symtom

- Kontinuerlig, dov, molande, ibland som ett band runt huvudet men lokalisation varierar
  - Kommer inte i attacker, väcker ej patienten
  - Ofta långdragen
  - Ofta palpöm skalp/nacke, ibland tecken på bruxism
37. Normalt neurologstatus

### Utredning

- Status inklusive neurologstatus
- Blodtryck

### Behandling

- Sjukgymnast
38. Information
39. Analgetika med försiktighet, aldrig opiater. NSAID och paracetamol i kombination under en begränsad tid
- Uppföljning inom primärvården
40. Gör inte ”psykologisk CT-hjärna” från akuten

## Migrän

### Symtom

- En- eller dubbelsidig
  - Pulserande och intensiv
  - Ljud- och ljuskänslig
41. Illamående. Kräkningar vanligt
- Ibland föregående aura
42. Ofta flimmerskotom
- Migrerande domning hand/ansikte relativt vanligt
  - Dysfasi förekommer
  - Pareser ovanligt
- Duration 4-72h
  - Normalt neurologstatus (om ej bortfall enl ovan)

### Utredning

43. Vid tidigare känd migrän behövs ingen utredning

- Vid förstagångsinsjuknande är ofta subarachnoidalblödning en differentialdiagnos som behöver uteslutas
- Triptaneffekt är ej diagnostiskt

### Behandling

44. Förstahandsbehandling:

- Paracetamol, ASA, NSAID
- Ev. antiemetika i tillägg

45. Andrahandsbehandling:

46. Triptaner som tablett, nässpray eller injektion

47. Profylaktisk behandling finns, se RMR Migrän.

## Läkemedelsutlöst huvudvärk

### Symtom

- Ihållande diffus huvudvärk >15 dagar/månad

### Orsak

48. Initialt oftast spänningshuvudvärk, migrän etc.

49. Oftast överförbrukning av analgetika som ger läkemedelsorsakad huvudvärk

- De flesta huvudvärksmediciner kan ge läkemedelsutlöst huvudvärk

### Behandling

- Utsättning av läkemedel, men detta får skötas i primärvård
- Initial försämring
- Förbättring efter 1-2 veckor utan läkemedel
- Efter utsättning framträder i regel den ursprungliga huvudvärken

## Hortons huvudvärk

Ovanlig diagnos, vanligast hos män

### Symtom

- Ensidig intensivt skärande huvudvärk i panna, öga, tinning
- Ofta rinnande rött öga, ibland mios + ptos
- Utlöses ofta av alkohol
- Attacker på 15 min-3 h som återkommer frekvent i kluster om dagar-veckor
- Normalt neurologstatus

### Utredning

50. Ingen utredning om diagnosen är känd sedan tidigare

## Behandling

- Anfallskupering
  - Imigran i injektion
  - Syrgas på mask, 6-8 L/min

## Trigeminusneuralgi

### Symtom

51. Intensiv elektrisk smärta unilateralt i trigeminusområdet

- Triggas av tuggning, rakning, tvättning etc.

### Utredning

- Om ingen fokalneurologi – ingen akut utredning
- Fall för poliklinisk neurologkontakt

## Temporalisarterit

### Symtom

- Huvudvärk, skalpömhet, tuggsmärta
- Ömhet över temporalisartärer
- Synstörning är ett allvarligt tecken
- Oftast äldre patienter
- Ofta associerat med PMR

### Diagnos

- Hög SR + symtom
- Snabbt svar på kortison

## Ansvar

Respektive linjeförordning ansvarar för att rutinen är känd och följs.

## Uppföljning och utvärdering

Revisionsansvarig ansvarar för uppföljning och utvärdering. Avvikelse hanteras enligt SU:s riktlinjer för MedControl Pro.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

**Innehållsansvar:** Johan Ingemarsson, (johin2), Sektionschef

**Granskad av:** Alexander Haner, (aleha3), Specialistläkare

**Godkänd av:** Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9772-1276147733-78

**Version:** 8.0

**Giltig från:** 2024-10-29

**Giltig till:** 2026-10-29