

Gäller för: Verksamhet Öron- Näs- och Halssjukvård  
Innehållsansvar: Margareta Bjärnhall, (marbj88), Överläkare  
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad  
Godkänd av: Björn Torén Krusell, (bjoto2), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-27

Giltig till: 2028-04-27

# Antibiotikaterapi vid Öron-, näs- och halsinfektioner

## Bakgrund

Denna guide ger ett stöd för antibiotikaval.

För öppenvård hänvisas till [Strama Nationell](#).

I Strama Nationell finns även doseringsrekommendationer vid nedsatt njurfunktion samt antibiotikaval till gravida.

Nedan tabeller vänder sig främst till inneliggande vård.

## Allmänna aspekter

Var frikostig med odlingar från infektionsfokus, t ex pus eller vävnadsbiopsi, innan antibiotika sätts in samt vid misstanke om terapivikt. Blododling ska utföras vid feber (>39 grader) samt i alla fall där intravenös antibiotikaterapi insätts, oavsett feber, enligt generell blododlingsrutin inom SU.

Vid misstänkt systemisk pneumokockinfektion och negativa odlingar kan analys av pneumokockantigen i urin vara av diagnostiskt värde.

Snabbtest för streptokocker, kan utöver vid tonsillit, tas vid misstanke om nekrotiserande mjukdelsinfektion orsakad av grupp A streptokocker (GAS). 16-S-RNA, en generell bakterie-PCR, kan bli aktuell vid djupt infektionsfokus, exv osteomyelit, ffa om antibiotika redan påbörjats.

Doseringsanvisningarna i denna rutin gäller för vuxna med normal njurfunktion. För dosjustering vid nedsatt njurfunktion hänvisas till "Läkemedel" i App Strama Nationell. Intravenös administrering av antibiotika är resurskrävande. Övergång till perorala antibiotika bör övervägas tidigt. Antibiotika med hög biotillgänglighet peroralt är doxycyklin, klindamycin, metronidazol, ciprofloxacin, moxifloxacin och trimetoprim-sulfa. Amoxicillin har något högre och mindre varierande biotillgänglighet än fenoximetylpenicillin.

## Överkänslighet

Journalförd penicillinallergi motsvarar sällan sann allergi. Ofta rör det sig om en icke-allergisk reaktion eller en allergi som avtagit över tid. Penicillinrestriktion kan leda till bredare behandling eller användning av antibiotika med sämre effekt; i vissa studier har patienter med penicillin-allergimärkning haft sämre utfall.

Vid tidigare icke-allvarlig reaktion på penicillin kan detta ges. Likaså kan penicillin ges om reaktionen haft oklar symtomatologi, ligger långt tillbaka i tiden och inte medförde sjukhusvård.

Vid tidigare angioödem eller anafylaxi ska penicillin undvikas men cefalosporin och karbapenem kan ges. Risken för korsallergi mellan penicilliner och cefalosporiner (undantag cefadroxil) samt karbapenemer bedöms som mycket låg eller obefintlig.

Efter svåra fördröjda pc-reaktioner (t.ex. DRESS eller Stevens–Johnson syndrom) bör alla betalaktamantibiotika undvikas tills vidare.

Noggrann anamnes och analys krävs innan en patient ska anges vara läkemedelsöverkänslig och man bör undvika att ställa denna ”diagnos” på svaga indicier eller uppgifter. Det finns alltid möjlighet att ge första dosen på akutmottagningen, enligt deras rutin.

## ÖRON

Diagnos	Förstahandsval (iv)	Peroral uppföljning	Kommentar
<b>Akut otit med komplikation</b> S. pneumoniae, β-hemolytiska streptokocker, H. influenzae	Cefotaxim 1 g x 3 iv	Amoxicillin/Klavulan syra 875/125 mg x 3	Behandla enl odlingssvar
<b>Kronisk otit med komplikation</b> Anaeroba grampositiva kocker, S. aureus, E. coli, proteus, P. aeruginosa	Enligt odlingssvar	Ciprofloxacin 750 mg x 2 vid pseudomonas	Ciloxandroppar
<b>Malign extern otit</b>	Ciproxin 750 mg x 2		Lång behandlingstid

P. aeruginosa			
<b>Perikondrit</b> S. aureus	Kloxacillin 2 g x 3 iv	Flukloxacillin 1 g x 3	Alsolspritomläggning

**NÄSA**

Diagnos	Förstahandsval (iv)	Peroral uppföljning	Kommentar
<b>Näsfurunkel</b> S aureus	Kloxacillin 2 g x 3 iv	Flukloxacillin 1 g x 3	Ev. kirurgisk dränering
<b>Septumabscess</b> S aureus	Kloxacillin 2 g x 3 iv	Flukloxacillin 1 g x 3	Incision

**MUN OCH SVALG**

Diagnos	Förstahandsval (iv)	Peroral uppföljning	Kommentar
<b>Tandabscess/ Munbottenflegmone</b> Anaeroba streptokockerfu sobakterier	Bensylpenicillin 3 g x 3 + Metronidazol 1,5 g x 1	Fenoximetylpenicillin 1,6 g x 3 + Metronidazol 0,4 g x 3	Allvarlig infektion: Meronem 0,5 g x 3 eller Piperacillin/tazobaktam 4 g x 3-4
<b>Bakteriell parotit</b> S. Aureus Streptokocker	Cloxacillin 2 g x 3 iv eller Cefotaxim 2g x3	Flukloxacillin 1 g x 3	Salivstimulering och rehydrering
<b>Tonsillit</b> β-hemolytiska streptokocker	Bensylpenicillin 1 g x 3 iv	Fenoximetylpenicillin 1 g x 3 i 10 dagar eller 800 mg x 4 i 5 dagar	Recidiv: Cefadroxil 500 mg x 2 eller Klindamycin 300 mg x 3 i 10 dagar
<b>Peritonsillit</b> Blandflora, anaeroba gramnegativa bakterier, anaeroba streptokocker	Bensylpenicillin 3 g x 3 iv	Fenoximetylpenicillin 1 g x 3	Incision, Tonsillektomi

<b>Parafaryngeal/retrofaryngeal abscess</b> Anaerober, streptokocker, Staf. aureus, pneumokocker, H. influenzae	Piperacillin/tazobaktam 4 g x 3 iv eller Cefotaxim 2g x3	Amoxicillin 750 mg x 3	Incision
<b>Epiglottit</b> H.influenzae, pneumokocker  β-hemolytiska streptokocker.	Cefotaxim 1 g x 3 iv	Amoxicillin/Klavulan syra 875/125 mg x 3	
<b>Herpes simplex (svår primär)</b>	Valaciklovir 500 mg x 2 i 5 dagar		Barn >2 år: Aciklovir mixtur

**ANSIKTE & HALS**

Diagnos	Förstahandsval (iv)	Peroral uppföljning	Kommentar
<b>Erysipelas</b> β-hemolytiska streptokocker	Bensylpenicillin 3 g x 3 iv	Fenoximetylpenicillin 1 g x 3 (vid vikt > 90 kg: 2 g x 3)	
<b>Lymfadenit</b> β-hemolytiska streptokocker, S. aureus	Cefotaxim 2 g x 3 iv	Flukloxacillin 1 g x 3	Cefadroxil finns som mixtur
<b>Herpes zoster</b> Ramsay-Hunt /annan kranialnervspåverkan	Valaciklovir 500 mg 2 x 3 i 7 dagar		Vid kranialnervspåverkan : överväg prednisolon

**ESOFAGUS**

Diagnos	Förstahandsval (iv)	Peroral uppföljning	Kommentar

<b>Esofagusperforation</b>	Piperacillin/tazobaktam 4 g x 3 iv		
----------------------------	------------------------------------	--	--

## SINUS

Diagnos	Förstahandsval (iv)	Peroral uppföljning	Kommentar
<b>Akut bakteriell rinosinuit</b> H.influenzae, S pneumoniae		Fenoximetylpenicillin 1,6 g x 3	7 dagar (2-3 veckor vid terapivikt)

## Ansvar

Ansvar för att arbeta utefter denna riktlinje har samtliga läkare inom ÖNH/SU. Ansvar för att denna riktlinje blir känd för att den finns har verksamhetschef ÖNH/SU.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvar för uppföljning/revision av innehållet i riktlinjen har vårdenhetsöverläkare ÖNH/SU.

Medvetet avsteg från riktlinjen dokumenteras i Melior om riktlinjen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från riktlinjen rapporteras i MedControlPRO.

## Granskare/arbetsgrupp

Axel Håkansson, Överläkare ÖNH/SU

Margareta Bjärnhall, Överläkare ÖNH/SU

Ulrika Snygg-Martin, Överläkare Infektion/SU

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Öron- Näs- och Halsjukvård

**Innehållsansvar:** Margareta Bjärnhall, (marbj88), Överläkare

**Granskad av:** Ulrika Snygg Martin, (ulrsn),  
Universitetssjukhusöverläkare, Axel Håkansson, (axeha2),  
Överläkare

**Godkänd av:** Björn Torén Krusell, (bjoto2), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9821-892910994-6

**Version:** 8.0

**Giltig från:** 2026-04-27

**Giltig till:** 2028-04-27