

Gäller för: Anestesi-operation-intensivvård gemensam
Innehållsansvar: Johanna Fällén, (johfa11), Överläkare
Granskad av: Johanna Fällén, (johfa11), Överläkare
Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-02-23

Giltig till: 2028-02-23

Anafylaxi i samband med anestesi och intensivvård

Revidering i denna version:

Ingen revidering.

Bakgrund

Anafylaxi utgör en svår livshotande generell eller systemisk överkänslighetsreaktion som enligt European Academy of Allergology and Clinical Immunology (EAACI) task force kan orsakas av en allergisk eller icke-allergisk reaktion.

Oavsett bakomliggande mekanismer är de kliniska manifestationerna likartade: Diffust erytem, klåda, urtikaria och/eller angioödem, bronkospasm, larynxödem, hyperperistaltik, hypotension, hjärtarytmier och cirkulationskollaps. Vid icke-allergisk anafylaxi (förr kallad ”anafylaktoid” reaktion), som ofta är en variant som uppträder vid reaktioner på läkemedel, sker en direkt påverkan på det inflammatoriska systemet vilket hos den känsliga eller försvagade individen snabbt utvecklas till en generell, svår reaktion. Vid allergisk anafylaxi är individen vid kontakttillfället sensibiliserad, dvs han/hon har kommit i kontakt med ämnet tidigare och bildat antikroppar eller möjligtvis lymfocyter specifikt för ämnet.

Se kompendium , **Svenska föreningen för allergologi, SFFA 2015**

http://www.sffa.nu/wp-content/uploads/2015/12/Anafylaxi_sept_2015.pdf

Klassificering av manifestationer vid anafylaxi

Fem stadier med ökande svårighetsgrad:

1. Generella kutana symptom med erytem, urtikaria med/eller utan angioödem
2. Måttlig multiorganpåverkan med kutana symptom, hypotension och takykardi, bronkiell hyperreaktivitet (hosta, ventilationssvårigheter)
3. Svår livshotande multiorganpåverkan som kräver specifik behandling (cirkulationskollaps, brady/takykardi, annan hjärtarytmi, bronkospasm).
Kutana tecken kan saknas.
4. Cirkulations- eller andningsstillestånd
5. Mors

Syfte

Att förbättra omhändertagande vid anafylaxi i samband med anestesi- och intensivvård

Berör

Anestesi- och intensivvårdsläkare samt anestesi- och intensivvårdssköterskor inom AnOpIVA.

Åtgärd vid anafylaxi under anestesi och intensivvård

Behandling av anafylaxi under anestesi måste anpassas till situationen, patienten och de symptom som dominerar.

Initial behandling

- **Avsluta tillförsel av misstänkt orsakande substans!**
Avsluta om möjligt infusioner och blodtillförsel genast.
Överväg att höja patientens kroppstemperatur (vid misstanke om köldurtikaria).
- **Tillkalla hjälp**
- **Säkerställ luftväg och gasutbyte! Tillför 100 % oxygen!
Höj benen! Underhåll eventuellt anestesi med lågdos inhalationsanestetika**
- **Informera operatören och medarbetare!**
Beroende på situationen: ställ in, förenkla, snabba på eller avsluta operationen.

- **Ge adrenalin!**
Ge adrenalin 50-100 µg intravenöst. Upprepade bolusdoser kan titreras ytterligare en gång/min tills tillräcklig effekt nås. (Ofta varje till varannan minut).
Alternativt kan adrenalin 0,5-1 mg ges intramuskulärt. Doseringsintervall 5-10 minuter.
Trakeal tillförsel av adrenalin kan övervägas om intravenös tillgång ej är möjlig. Observera 2-3 gånger högre dos jämfört med intravenös dosering.
- **Överväg kontinuerlig infusion av adrenalin vid de svåraste reaktionerna**
- **Ge vätska i form av kristalloider eller kolloider och upprepa vid behov.**
- Om tillståndet är katekolaminrefraktärt kan vasopressin, metylenblått och glukagon (till patient som står på betablockad) vara effektivt –
Överväg även annan diagnos!
- Vid hjärtstillestånd: Följ HLR-riktlinjer

Inom pediatrik verksamt ges adrenalin enligt följande:

Intramuskulärt	Intravenöst
< 6 mån 50 µg	5-10 µg/kg
6 mån – 6 år 120 µg	5-10 µg/kg
6 – 12 år 250 µg	5-10 µg/kg
> 12 år 500 µg	5-10 µg/kg

Fortsatt behandling

Påbörja snabb intravenös infusion av Ringeracetat eller fysiologisk Natriumkloridlösning.

- Gravida (>20 veckor) skall placeras i vänster sidoläge.
- Patienter som har behandlats med β-blockerare kan behöva större doser samt glukagon intravenöst.

Sekundär behandling

- **Kortiokosteroider**

Ev kan 100-200 mg SoluCortef® ges intravenöst (till barn 50 – 100 mg intravenöst beroende på vikt). Rollen oklar vid anafylaxi, främst pga den långa tillslagstiden. Bifasiskt förlopp borde mildras. Optimal dos är oklar.

- **β-stimulerare**

Vid svårbehandlad bronkospasm kan β₂-stimulerare prövas som inhalation, direkt i trakealtuben eller intravenöst.

- **H₁-blockerare**

Tavegyl 1 mg/ml, 2 ml ges långsamt intravenöst.

Utredning av överkänslighetsreaktion i samband med anesthesi- och intensivvård

En allergologisk utredning ska göras vid anafylaxi och i först hand bör ansvarig anesthesiolog utfärda remissen. Remiss skickas till allergimottagning NÄL. Blodprov för analys av tryptas och IgE-antikroppar bör tas enligt lokala riktlinjer.

Riktlinjer finns på SFAIs hemsida www.sfai.se/riktlinjer/anafylaktisk-reaktion-under-anestesi.

Används som underlag för utredning.

https://sfai.se/wp-content/uploads/files/21-2c_Remiss_utredning.pdf

Denna ska skickas till Allergologimottagningen NÄL.

Viktigt att det tydligt beskrivs tid, symtom och händelseförlopp av reaktionen, vilka läkemedel som använts och när, i förhållande till reaktionen, det är givet, samt att anestesijournalen medföljer. Skriv även vad patienten fått för läkemedel på avdelningen innan och om någon av dessa är nya eller är misstänkta. Ange vilken/vilka läkemedel ni mest misstänker. Gäller det patient vårdad på IVA, postop, kan vi i läkemedelsmodulen inte se vilka läkemedel patienten fått.

Ange om ni önskar bedömning om detta var en allergiöverkänslighet respektive anafylaxi eller inte, eller om ni även önskar en testning om möjligt.

Om testning behövs tar vi då ställning till om vi ska skicka remissen vidare till Allergologimottagningen, SU, eller om vi kan hantera denna på NÄL.

Provtagning i samband med reaktionen

1. Ta ven- eller artärprov, två 10 ml glaströr utan tillsats, det ena för S-Tryptas och det andra för IgE/IgG-antikroppsanalys. (Skicka till klin kem som vidarebefodrar till Gbg – immunologen)
2. Ta gärna ytterligare ett prov för tryptas senare samma dag, 4-6 timmar efter reaktionen.
3. Övrig provtagning riktas mot behandling av överkänslighetsreaktionen och bör omfatta åtminstone artärblodgas, Hb och S-elektrolyter.

Fortsatt handläggning vid reaktioner på lokalanestetika

Det är egentligen onödigt att utföra injektionsprovokation mot lokalanestetika, eftersom det i princip alltid är vasovagalt utlösta. Här blir indikationen att övertyga patient och behandlande läkare/tandläkare om säkerheten att ge preparaten i framtiden.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Anestesi-operation-intensivvård gemensam

Innehållsansvar: Johanna Fällén, (johfa11), Överläkare

Granskad av: Johanna Fällén, (johfa11), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10033-657870698-3

Version: 6.0

Giltig från: 2026-02-23

Giltig till: 2028-02-23