OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Barn- och ungdomssjukvård, Avdelning 23 NÄL
Innehållsansvar: Ann Olsson, (annol7), Överläkare
Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-11-16
Giltig till: 2028-11-16

RSV och annan bronkiolit hos spädbarn

Syfte

Att säkerställa adekvat behandling vid inneliggande vård för bronkiolit

Förändringar sedan föregående version

Sammanslagen med Inhalationsbehandling med Ventoline och Adrenalin

Bakgrund

Bronkiolit drabbar framför allt spädbarn <6 månader och orsakas av svullnad och slemproppar i de minsta luftvägarna. Detta leder till s k airtrapping med dyspné, desaturation, förhöjd andningsfrekvens, inspiratoriska krepitationer och endexpiratoriska ronki.

Bronkiolit orsakas vanligtvis av RS-virus, men kan även bero på Human metapneumovirus eller liknande luftvägsvirus. Vanligast är att barnet från början visar förkylningssymtom och/eller bara generell slöhet och centralt utlösta apnétillbud (de yngsta och prematura). På tredje dagen har bronkioliten utvecklats och den kulminerar runt dag 5-6, för att sedan avta och vara över runt dag 8-10.

Provtagning

RS-virus kan diagnosticeras med PCR-teknik i nasopharynxaspirat. Det test som för närvarande används på NÄL är ”PCR-panelen” med diagnostik för RS, influensa och Covid-19.

I början av säsongen kan man vara något mer generös med provtagning för att skaffa sig en uppfattning om RS har kommit till vårt område. I övrigt gäller följande indikationer:

- Barn som ska läggas in och dela rum.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

- Barn under 1 år som är prematurfödda innan vecka 34 eller har kronisk lungsjukdom eller har kongenitalt hjärtfel.
- Barn med kronisk sjukdom i annan ålder kan också provtas efter noggrant övervägande.

Behandlingsprinciper

1. Rensugning av näsan, näsdroppar (koksalt), högläge med huvudet.

2. Paracetamol regelbundet mot ev feber och obehag, smärta vid hosta.

3. Syrgas: Målvärde >90% saturation.

4. Sond för matning om barnet inte orkar äta helt själv. I.v. vätskebehandling kan övervägas om barnet är mycket påverkat. Ta då ABL för svar på pCO2.

5. Vid krepitationer och förlängt expirium (bronkiolitbiljud) kan adrenalininhalation prövas. Vid utebliven effekt ska adrenalininhalationer inte fortsätta. Vid svår bronkiolit där intensivvård med CPAP /respirator övervägs ska alltid adrenalininhalation ges. NaCl-inhalation kan ges till alla barn för slemmobilisering utan risk för biverkningar. För doser och administrering, se ePed. Undvik att inhalera barnet tätare än varannan timme med Adrenalin efter inläggningen, det ger trötthet och takykardi.

6. Om barnet ej svarar på behandlingen, har apnéer, är svårt att syresätta, slött eller stiger i pCO2 (kapillärt) 8-9, lägg barnet i **högflödesgrimma**. Detta förhindrar atelektaser och förbättrar elimineringen av slem.
   Se PM ”Högflödesbehandling med syrgas till barn – Optiflow”

7. Om utebliven förbättring av högflödesgrimma (kvarstående högt pCO2, apnéer, ökande syrgasbehov) – ställningstagande till **CPAP.**

8. Vid ihållande feber på >38,5°, utebliven förbättring, överväg att kontrollera CRP, lungröntgen (atelektaser, infiltrat), ge antibiotika om tydliga tecken till bakteriell sekundärinfektion.

9. Vid långdragna besvär (>8-10 dagar) och/eller tydliga kliniska tecken till bronkobstruktivitet, överväg sedvanlig astmabehandling.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Barn- och ungdomssjukvård, Avdelning 23 NÄL

Innehållsansvar: Ann Olsson, (annol7), Överläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10035-986315719-219

Version: 8.0

Giltig från: 2026-11-16

Giltig till: 2028-11-16