

Anafylaxibehandling vuxna inom akutsjukvården

Förändringar sedan föregående version

- Kortison rekommenderas inte längre vid akut anafylaxi förutom vid astma.
- Större flexibilitet angående adrenalinbehandling: hellre till fler än färre
- Vid stridor: Ge även inhalation med adrenalin, som tillägg till adrenalin im.
- Antihistamin ges när patient är stabiliserad
- Den tidigare svårighetsgraderingen har utgått.

Bakgrund och syfte

Dokumentet syftar till att ge information om behandling vid anafylaxi, vuxen patient.

Definitioner

Anafylaxi är en akut, svår, oftast snabbt isättande systemisk överkänslighetsreaktion från flera organ-system och som är potentiellt livshotande.

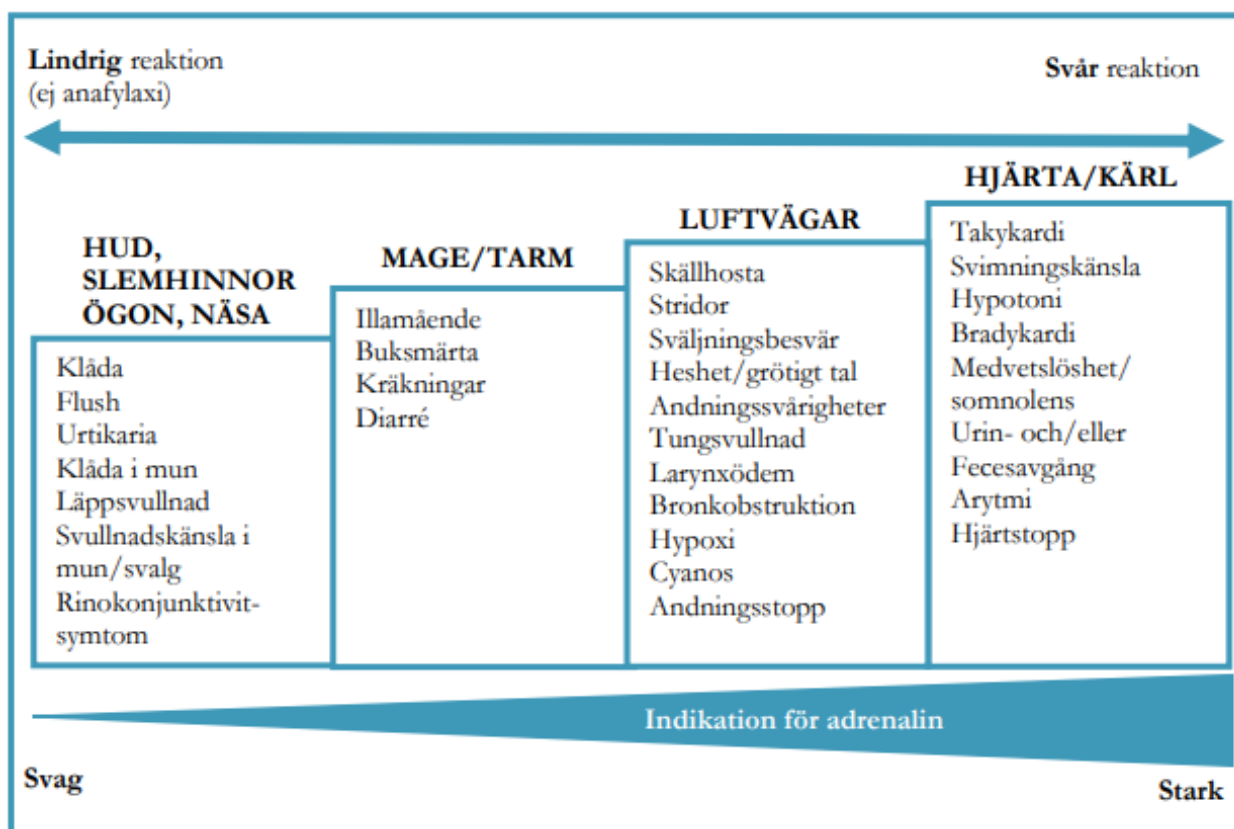
Anafylaktisk chock är anafylaxi där vasopressorbehandling behövs för att hålla systoliskt blodtryck på >90 mmHg.

Utförande i korthet

1. Larma 2222
2. Adrenalin im
3. S-Tryptas
4. EpiPen – recept och instruktion
5. Remiss Allergimottagningen
6. Diagnos

Akuta allergiska reaktioner och indikation för adrenalin

Adrenalin bör ges så fort som möjligt, redan vid **misstanke om anafylaxi**. Snarare en flytande successivt ökande indikationsgrad, än en absolut gräns, dvs **hellre behandla fler än färre patienter**. Detta då tidig administrering ger minskad risk för mortalitet, bifasisk reaktion respektive behov av IVA-vård, samt ger snabbare återhämtning.



ADRENALIN är den viktigaste behandlingen. Ges tidigt och intramuskulärt i låret.

Följ saturation, puls och blodtryck. Sätt PVK och ge vätska till alla med anafylaxi med cirkulatoriska symtom och/eller hypotension.

Indikation	Läkemedel	Adm sätt	Dos vuxna	Effekt
Kraftig urtikaria Andnöd Hypotension Allmänpåverkan Kraftiga buksmärtor och kräkningar etc	EpiPen alt Jext eller Inj Adrenalin 1 mg/ml	Intramuskulärt i lårets utsida.	300 µg = 0,3mg eller 0,3 – 0,5 ml (0,3 – 0,5 mg)	Inom 5 min. Upprepa var 5:e – 10:e min v b
Bronkobstruktion (ronki/väsande andning)	Inh salbutamol (Ventoline) 1, 2 eller 5 mg/ml eller Salbutamol spray 0,1 mg/dos	Inhalation Nebulisering Spray med spacer	5-10 mg 10-15 puffar (separerade doser)	Inom 5 min.
Hypoxi/ LV- symtom	Syrgas	Reservoar-mask	5-10 l/min	Omgående
Allmänpåverkan och/eller hypotension	Infusion kristalloid vätska, exv Ringer-Acetat	Snabbt intravenöst (ev övertrycksmanschett)	Ca 10 ml/kg. 500 ml bolus. Eftersträva normalt blodtryck.	Snabb vid tillräcklig volym. Upprepa v b
Stridor	Nebuliserat adrenalin 1mg/ml (som tillägg till adrenalin im)	Nebulisering Inhalation	2 ml (=2 mg) späds med 2 ml 0,9% NaCl, dvs 4 ml vätska	Snabb Upprepa v b
Hypotension och medvetlöshet trots behandling ovan med minst 2 doser adrenalin im, överväg	Inf utspätt Adrenalin 0,01 mg/ml OBS! LÄGRE STYRKA! EKG, täta puls- och BT- kontroller. Endast av läkare med god erfarenhet!	Intravenös infusion initialt låg hastighet, som kan ökas vb. (Undantagsvis bolus i små doser under minst 1 minut)	(0,01-0,05 mg)	Inom 1 min. Upprepa v b
Om dålig effekt av ovanstående, misstänkt acidosis	Infusion Tribonat/Bikarbonat	Intravenöst	I samråd med narkosläkare, kontrollera blodgaser	
Alla, när stabiliserad	Tabl Desloratadin 5 mg (eller annat	Per os	2 st = 10 mg	Inom 30 – 45 min.

	antihistamin i dubbel dos) (Obs: Ge ej Tavegyl!)			
Astmapatient med befintliga astmasymtom (ej för enbart anafylaxi!), när stabiliserad	Tabl betametason (Betapred) a´ 0,5 mg eller vid oförmåga att inta per os: inj 4 mg/ml	Per os Intravenöst (ev intramuskulärt).	10 st 2 ml	Inom 2 tim.

Vid hotande chock, sjunkande medvetandegrad, och om saturation ej kan upprätthållas, tillkalla narkos.

Vid kraftigt angioödem eller instabilt tillstånd, överväg IVA.

- **Kroppsläge:** Liggande med höjd fotända.
Vid andningsbesvär/kräkning- sittande med höjd fotända.
Hastig uppresning av patienter med anafylaxi kan leda till livshotande blodtrycksfall.
- **Vid bronkobstruktion** är tidig astmabehandling viktig:
Salbutamol. När stabiliserad, ge även betametason i stötdos.
- **Kortison ges EJ på indikationen anafylaxi** (då det inte har akut insättande effekt och inte säkert förebygger bifasisk reaktion)! Obstruktivitet hos astmapatient är enda indikationen för kortison vid anafylaxi.
- När patienten är stabiliserad: Ge icke-sederande **antihistamin**.
- Patienter med **KOL eller svår hjärtsjukdom** ska behandlas på samma sätt som andra patienter. Hos patienter med **ACE-hämmare** kan upprepat adrenalin behövas fler gånger.
- **Gravida** patienter ska behandlas på samma sätt som icke gravida. Patienten bör placeras halvliggande på vänster sida med höjda ben för att livmodern ej ska komprimera v. cava inferior.

S-Tryptas:

- **Tag S-Tryptas på alla patienter med anafylaktisk (eller misstänkt sådan) reaktion.** Obs! Ange på labremissen hur lång tid efter reaktionsstart som provet togs!
- Tages **helst 0,5 – 3 tim efter reaktionsstart, men har det gått längre tid ska provet tas ändå!**

- Om förhöjt – sannolikt anafylaktisk reaktion. *Låt allergolog tolka svaret, då det måste jämföras med ett Tryptas taget i lugnt skede!*
- Tryptas är ett enzym som finns i mastcellen. Frisätts vid svåra anafylaktiska reaktioner till mätbara nivåer.
- Används för att få kvitto på anafylaxi, diffa mellan chock av anafylaktisk orsak resp annan orsak, vid oklara fall, samt att upptäcka riskpatienter (mastcellssjukdom, exv systemisk mastocytos).
- Vid dödsfall på misstanke om anafylaxi ska S-Tryptas och S-IgE för misstänkta allergen tas, kan ske inom 2 dygn. Kan frysas och analyseras senare. Ventrikelinnehållet skickas till Livsmedelsverket för analys av misstänkta födoämnesallergen.

Efter det akuta skedet

- **Dokumentera** reaktionen, förlopp och vitalparametrar, tidpunkt.
- **Fördjupa anamnes:** Exponeringar, till exempel föda (mängd), dryck (alkohol?), läkemedel (dos), samband med fysisk aktivitet, tid från exponering till debut?

Observation efteråt

- Vid anafylaxi skall alla patienter observeras minst 4 timmar efter att de har blivit symtomfria.
- Vid svår anafylaxi (dvs anafylaktisk chock eller bifasisk reaktion): minst 12 timmar.

Vid hemskrivning

- **Remiss** till allergimottagningen för uppföljning efter anafylaxi, för utredning och ställningstagande till långsiktig förskrivning av adrenalin.
- **Besluta om patienten bör förskrivas adrenalinpenna.** Låg tröskel för förskrivning efter akut anafylaxi eller misstänkt sådan.

Bör förskrivas adrenalinautoinjektor

Alla som fått anafylaxi av

- Födoämne
- Bi-eller getingstick
- Oklar utlösande orsak

Bör ej förskrivas adrenalinautoinjektor

Vid allergisk reaktion som ej bedöms som anafylaxi

Anafylaxi orsakat av (undvikbart) läkemedel

- **Recept** adrenalin

EpiPen eller **Jext a´ 300 µg, 2-3 st.** Inj kan ju behöva upprepas.

På grund av frekventa restsituationer, skriv gärna **både EpiPen och Jext**, ifall den ena ej finns tillgänglig på apoteket, och informera pat att bara en sort ska hämtas ut.

Den som förskriver adrenalinpenna måste också se till att **patienten** (och anhörig):

- **får en personlig vårdplan** (se slutet av dokumentet)
- **får öva** på att ge sig injektion och får broschyr och **information** av sköterskan.

I första hand görs detta på den enhet där patienten vårdas. Om detta inte är möjligt, kan allergimottagningen tillfrågas under kontorstid för instruktion. Om allergimottagningen har möjlighet, får patienten testa med adrenalinpenna i barndos eller atrapp.

Ring allergisjuksköterska på telefon 010-435 00 00 (växeln) och fråga/avtala tid.

Om jourtid; ge basal instruktion och uppmana patienten att **på kontorstid** kontakta allergimottagningen på 010-435 00 00 (växeln) eller via 1177, eller kontakta sin vårdcentral för att få instruktion. **Viktigt!**

- **3 dagars** behandling med icke-sederande antihistamin rekommenderas efter anafylaxi (t ex **Desloratadin** 5 mg eller Careadin munsönderfallande 5 mg) att ta 1x1 men om behov kan ökas till 1-2 x 1-2, samt 2 st vb om akut reaktion.
- **Efterbehandling med peroralt kortison rekommenderas inte.** Recept Betapred kan dock skrivas ifall Desloratadin skulle bli otillräckligt, för engångsdos ca 3-6 st (i max 2 dagar).
- **Kopia av journalanteckning till Vårdcentral.**
- **Varningsmärk journalen** under det röda ”!” om patienten haft en allvarlig (livshotande) reaktion med säkerställd orsak. Om varningsmärkningen gäller ett *läkemedel* ska den göras under den *gula varningstriangeln*.

Diagnos

- Diagnosen anafylaxi skall sättas enbart då diagnostiska kriterier är uppfyllda. Se bild diagnoskriterier nedan.
- Diagnos ska skrivas i klartext. Till exempel Anafylaxi av jordnöt, T78.0 + X58.99
- Diagnoserna i ICD-10 är dåliga på att beskriva överkänslighetsreaktioner varför originaltexten blir missvisande.
- Orsakskod ska anges som tillägg exempelvis X58.99.
- X-kodstexten ska inte skrivas ut.
- T-koderna används i samband med det akuta insjuknandet, medan Z-koden används retrospektivt.

Diagnoskod	Tilläggskod
T78.4 Allergisk/överkänslighetsreaktion	X58.99 - Känt ämne, plats UNS.
T78.0 Anafylaxi av (födoämne)	X59.99 - Okänt ämne
T88.6 Anafylaxi av (läkemedel)	Y57.9 - Läkemedel terapeutiskt bruk som orsak till ogynnsam effekt
T78.2 Anafylaxi UNS	X59.99 När X kod krävs vid tex urtikaria och/eller angioödem
Z91.0G Tidigare anafylaktisk reaktion	X23.9 - Kontakt med bålgetingar, getingar och bin

Tabell 4 – Diagnoskoder vid anafylaxi enligt ICD-10.

Exempel på koder vid akuta vårdtillfällen:

Anafylaxi av getingstick får diagnoskoden T78.2 och orsakskoden X23.9

Anafylaxi av läkemedel får diagnoskoden T88.6 med orsakskoden Y57.9 och ATC-kod för läkemedlet

Anafylaxi av jordnöt får diagnoskoden T78.0 och orsakskoden X58.99.

Anafylaxi är mycket trolig om ett av följande kriterier är uppfyllda						
1	Akut insjuknande (minuter till timmar) som involverar:	Hud och/eller slemhinna	OCH	Luftvägar	ELLER	Hjärta-kärl
2	Symtom från ≥ 2 av följande system efter exponering för, för den aktuella patienten, troligt utlösande allergen	Hud och/eller Slemhinna	Luftvägar	Hjärta-kärl	GI-kanalen (persisterande symtom)	
3	Blodtrycksfall efter exponering för, för den aktuella patienten, känt allergen.	Blodtrycksfall	Aldersgrupp Vuxna	Systoliskt blodtryck <90 mmHg <u>eller</u> Sänkning på >30 % fr basala blodtrycket.	Barn 1 mån-1 år 1-10 år >10 år:	<70 mmHg <70 mmHg + (2 x ålder) <90 mmHg
Symtombeskrivning						
Hud, slemhinna Generell urtikaria, Kraftig klåda Svullna läppar, uvula, tunga Flushing		Luftvägar Dyspné Pipande/väsande andning/bronkospasm Hypoxi Stridor Sänkt PEF Andningsstopp		Hjärta-kärl Hypotoni, synkope, Cirkulatoriskt chock Hjärtstopp Urin/fecesavgång		GI-kanalen Persisterande symtom: Upprepad kräkning Kraftig buksmärta Diarré

Källförteckning

[SFFA-Nationellt vardprogram anafylaxi 2024-10-04](#)

[Anafylaxi i fickformat](#) (här inkluderas barndoser)

[Personlig vårdplan anafylaxi](#)

Personlig vårdplan

Se nästa sida.

Personlig vårdplan

Vid akut svår överkänslighetsreaktion (Anafylaxi)

Namn och personnummer.....

Namn och telefonnummer anhöriga:

1.

2.

Allergiframkallande ämne.....

Lindrig reaktion Hudutslag med klåda (nässelutslag) Svullnadskänsla i mun och svalg Svullna läppar/ögonlock	Åtgärd: <ul style="list-style-type: none">○ Ge antihistamin:○ Kontakta anhörig.○ Om symtomen ökar, gå vidare med åtgärd enligt nedan.
Kraftig reaktion: Ofta reaktion från flera organ samtidigt. Besvären kan vara lindriga i början men snabbt förvärras. Utbrett nässelutslag, kraftig rodnad och/eller svår klåda över stora delar av kroppen Ökande svullnad i mun och svalg med heshet eller svårt att prata. Andningsbesvär såsom astma/pipande andning, hosta. Magsmärtor och/eller kräkningar Kallsvett, rodnad/blekhet Oro, ångest, trötthet, medvetslöshet.	Åtgärd: <ul style="list-style-type: none">○ Ge omedelbar injektion med adrenalinpenna. Tveka aldrig. Spruta på lårets utsida genom kläderna. Om dålig effekt så kan denna dos upprepas efter 5 minuter.○ Var i stillhet. Liggande med höjd fotända. Vid andningsbesvär/kräkning – sittande med höjd fotända. Undvik uppresning○ Om astmasymtom (hosta, svårt att andas) ge astmamedicin:○ Inhalera minst 2 doser. Om dålig effekt kan dosen upprepas efter 5-10 minuter. ○ Ring 112○ Kontakta anhörig○ När läget är stabilt kan antihistamin ges: Uppträd lugnt. Lämna inte den sjuke ensam!

Behandlande läkare.....

Namn, samt arbetsplats

Datum.....

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: NU-sjukvården

Innehållsansvar: Anna-Lena Bramstång Björk, (anlbi),
Överläkare

Godkänd av: Olof Ekre, (oloek), Områdeschef

Dokument-ID: NU10065-1556658966-14

Version: 31.0

Giltig från: 2026-01-12

Giltig till: 2028-01-12