

Gäller för: Allergimottagning NÄL, Akutmottagning NÄL
Innehållsansvar: Anna-Lena Bramstång Björk, (anlbj1), Överläkare
Godkänd av: Monica Olsson, (monol25), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-02-10

Giltig till: 2027-02-10

Biallergi och getingallergi hos vuxna

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 allergiska reaktioner vid bi- och getingstick hos vuxna.

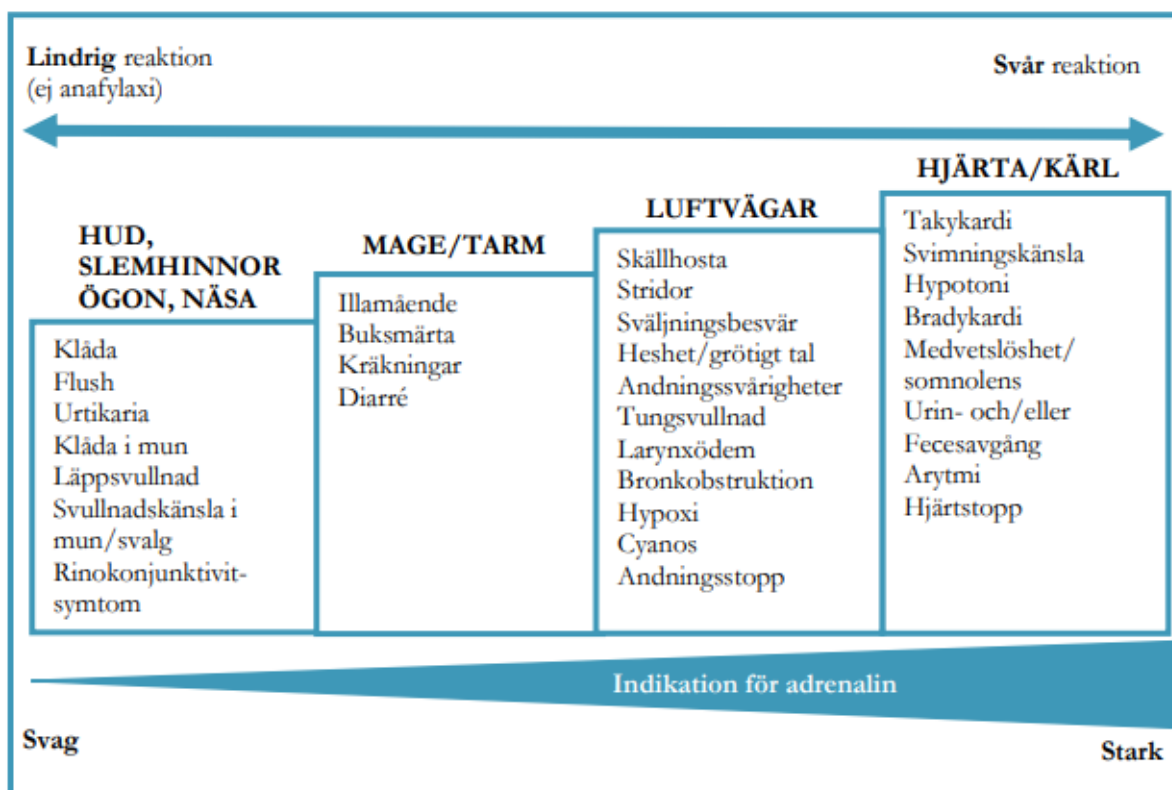
Åtgärder vid bi/getingstick

Anafylaxi

Akutbehandling, se [Anafylaxibehandling vuxna inom akutsjukvården](#)

Kortversion följer nedan:

Adrenalin 0,3-0,5 mg im. Om behov: syrgas och vätska. Tabl desloratadin 2 stycken när stabiliserad. Ej kortison, såvida inte patienten har astma och är obstruktiv. Tag S-Tryptas!



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

Föl saturation, puls och blodtryck. Sätt PVK och ge vätska om indicerat.

Indikation	Läkemedel	Adm sätt	Dos vuxna	Effekt
Kraftig urtikaria Andnöd Hypotension Allmänpåverkan Kraftiga buksmärter och kräkningar etc	EpiPen alt Jext eller Inj Adrenalin 1 mg/ml	Intramuskulärt i lårets utsida.	300 µg = 0,3 mg 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	Nebulisering Inhalation	2 ml (=2 mg) späds med 2 ml 0,9% NaCl,	Snabb Upprepa v b

	(som tillägg till adrenalin im)		dvs 4 ml vätska	
Hypotension och medvetslöshet 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
		Adrenalin i v kan ges om minst 2 doser Adrenalin im ej gett effekt. Ges långsamt under EKG-övervakning! Infusion är att föredra. Detta ger lägre risk för kardiella biverkningar. (Alt upprepade små doser a´ 0,01-0,05 mg)		
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 antihistamin i dubbel dos) (Obs: Ge ej Tavegyl!)	Per os	2 st = 10 mg	Inom 30 – 45 min.
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	10 st	Inom 2 tim.
		Intravenöst (ev intramuskulärt).	2 ml	

- Ta S-Tryptas

Tages helst 0,5 – 3 tim efter reaktionsstart, men har det gått längre tid ska provet tas ändå! Obs! Ange på labremissen hur lång tid efter reaktionsstart som provet togs!

Se vidare under rubrik ”Övrigt” nedan.

- Anamnes
Bi eller geting? Gadd kvar? (i så fall bi). Var stack den? Hur snabbt kom reaktionen? Symtom? Blodtrycksfall etc?
- Observation, inläggning
Beror på svårighetsgrad.
Vid anafylaxi skall alla patienter observeras minst 4 timmar efter symtomtomfrihet.
Vid svår anafylaxi (dvs anafylaktisk chock eller bifasisk reation): minst 12 timmar.

Vid hemgång

Besluta om patienten bör förskrivas adrenalinpenna

Lokalreaktion och urtikaria är ej indikation, men vid svårare reaktioner än så bör adrenalinpenna förskrivas, dvs låg tröskel för förskrivning.

Vidare indikation vid biallergi hos biodlare.

Recept adrenalin

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

Instruktion till patienten angående adrenalinpenna

Den som förskriver adrenalinpenna måste också se till att patienten får öva på att ge sig injektion samt 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 telefon 010-435 00 00 (växeln) eller via 1177, eller kontakta sin Vårdcentral för att få instruktion. **Viktigt!**

Antihistamin

3 dagars behandling med antihistamin, t ex Desloratadin rekommenderas efter anafylaxi. 1x1, som vid behov kan ökas till 1-2 x 1-2.

Kortison

Per oralt kortison rekommenderas INTE som efterbehandling.

Engångsdos Betapred ca 3-6 st i max 2 dagar kan dock övervägas om Desloratadin i högdos 2x2 skulle bli otillräckligt.

Remiss till allergimottagningen för utredning och eventuell allergivaccination.

Ange i remissen reaktionstyp/grad, tidförlopp, behandling/effekt samt att patienten fått recept (inklusive EpiPen eller Jext) samt instruktion om dess användande). Ange om patienten står på ACE-hämmare eller betablockad, då sådan behandling kan vara olämplig hos denna patientgrupp. Eventuellt tillskriva behandlande läkare med fråga om preparatbyte är lämpligt.

Kopia av journalanteckning till Vårdcentral.

Lokalreaktion

- Antihistamin icke-sederande peroralt (t ex Desloratadin) 2 st
- Betapred 6-10 st
- Recept Betapred, antihistamin (t ex Careidin munsönderfallande (lätt att ta) eller T.Desloratadin)
- Lugnande besked. Risk för systemreaktion nästa gång är liten, se rubrik nedan.
- Ej remiss till allergimottagningen

Diagnos

T78.2 + X23.9 Anafylaxi av getingstick/bistick.

Diagnos ska skrivas i klartext.

Diagnoserna i ICD-10 är dåliga på att beskriva överkänslighetsreaktioner varför originaltexten blir missvisande. X-kodtexten ska inte skrivas ut.

Övrigt

S-Trypas:

- 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 diffa mellan chock av anafylaktisk orsak resp annan orsak, få kvitto på anafylaxi vid oklara fall, samt att upptäcka riskpatienter.
- Kan tas även på döda inom 48 timmar, om man misstänker anafylaxi som dödsorsak. Kan frysas och analyseras senare.

Reaktionssätt

- 1 Lokalreaktion
- 2 Systemreaktion - (anafylaktisk reaktion)
- 3 Toxisk reaktion - kan vara svår att skilja från den allergiska.

Risk för systemreaktion vid förnyat stick

Symtomens svårighetsgrad korrelerar med risken för systemreaktioner vid nytt stick.

<u>Tidigare reaktion</u>	<u>Risk för systemreaktion vid nytt stick</u>
Lokalreaktion	5 %
Mild systemreaktion	15 – 30 %
Svår systemreaktion	> 50 %

Vid endast urtikaria/angioödem är det mest sannolikt, att nästa reaktion blir av samma slag men lindrigare, därnäst mest sannolikt att reaktionen blir av samma slag och svårighetsgrad.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Allergimottagning NÄL, Akutmottagning NÄL

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

Godkänd av: Monica Olsson, (monol25), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10065-1556658966-16

Version: 34.0

Giltig från: 2025-02-10

Giltig till: 2027-02-10