

Gäller för: Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL
Innehållsansvar: Karolin Wiklund, (karwi26), Specialistläkare
Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare
Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-08-18

Giltig till: 2027-08-18

Huggormsbett - handläggningsrutiner

Revidering i denna version

Uppdaterad i giltighetstid.

Sammanfattning/syfte

Behandlingsråd till sjukvårdspersonal för patient som blivit biten av huggorm.

Vilka berörs

Läkare och sjuksköterskor på AnOpIVA.

Bakgrund

I Sverige finns en inhemsk giftig ormart huggormen (*Vipera berus*). Giftet innehåller flera toxiner och är cytotoxiskt, hemolytiskt och proteolytiskt. Under säsongen april-oktober sker ca 150–200 sjukhuskrävande fall av bett, i vårt upptagningsområde ca 15–20. Senaste dödsfallet i Sverige inträffade för mer än 20 år sedan. Riktlinjerna har senaste åren reviderats med en bredare indikation för antikroppsbehandling (serum) för att minska risken för komplikationer och förkorta vårdtiden för den enskilda individen.

Ring giftinformationscentralen (GIC) på telefon 010-456 67 19, 112 eller via växeln, vid tveksamhet eller rådfrågning.
www.giftinformation.se/lakare/substanser/huggorm

Riskgrupper

Barn, högre dos toxin/kg kroppsvikt, oftare angioneurotiskt ödem och bronkospasm.

Gravida patienter, toxinet passerar placenta och kan ge fosterdöd.

Symptom

Lokala symptom (ca 75% av symptomatiska patienter)

Ett bettmärke oftast på en extremitet två punktformiga stickmärken med 3–9 mm mellanrum.

Giftet injiceras oftast subkutant och ger en nedbrytning av omkringliggande vävnad och huden blir ofta blålila med blodblåsor, denna progredierar i naturalförloppet i 48–72 timmar och kan kvarstå i ca 2 veckor. Andra lokala symptom är smärta och oro. Patienten kan få ett vasovagalt blodtrycksfall och även detta klassas som ett lokalt symptom, om det är snabbt övergående.

I 30% av alla fall har ingen deposition av gift skett (sk. torrbett), dessa patienter får inga symptom förutom 2 stickmärken.

Generella symptom (ca 25% av symptomatiska patienter)

Gastrointestinala symptom (vanligt): Ihållande buksmärta, diarré, kräkning.

Cirkulatoriska symptom: Blodtrycksfall som inte svarar på initial vätskebehandling (cirkulatorisk chock), takykardier, EKG-förändringar: Arytmier (sällan maligna), ST-T-förändringar.

Respiratoriska symptom: Bronkospasm (vanligare hos barn och astmatiker), slemhinnesvullnad. I sällsynta fall lungödem ffa. hos barn 3–6 dygn efter en kraftig reaktion.

Neurologiska symptom: Medvetandesänkning, kramper (sällsynt).

Hematologiska symptom: Koagulopati, hemolys (högt LD, lågt haptoglobin), leukocytos $> 15 \times 10^9/L$, DIC (trombocytopeni, högt PK/INR eller högt APTT), anemi sekundär till ett extensivt hematom; som ibland kan bli transfusionskrävande.

Njurpåverkan: Proteinuri, hematuri, njursvikt sekundär till cirkulationssvikt.

Övriga symptom: Feber, rabdomyolys, metabol acidosis, hyponatremi, hyperglykemi, kompartmentsyndrom, angioneurotiskt ödem.

Övervakning

Prover: Blodstatus, koagulationsstatus, elektrolytstatus, leverstatus, haptoglobin, LD och CK tas initialt på alla patienter. Vid allmänpåverkan eller progredierande lokal svullnad tas dessa prover upprepat, samt syrabasstatus. Bettstället och omkringliggande rodnad/svullnad markeras ut och följs varannan timme. På IVA följs lokal symptomutbredning i kärllönstret i Clinisoft. EKG tas vid ankomst, vid allmänpåverkan krävs arytmiovervakning.

Behandling

Allmän behandling

Lugnande besked.

Fasta tills vidare.

Smärtlindring (ej NSAID).

Måttligt högläge av drabbad extremitet.

Intravenös vätska (Ringer-Acetat) vid blodtrycksfall. Vid ihållande cirkulationssvikt kan noradrenalininfusion behövas, ibland även inotrop behandling.

Astmatiker bör ta sin bronkdilaterande inhalation eller Ventoline för nebulisator, 5 mg/ml 1–2 ml.

Adrenalin 1 mg/ml vid tecken på anafylaxi, dos 0,3–0,5mg intramuskulärt till vuxna. Till barn 0,01 mg/kg intramuskulärt, max totalt 0,5 mg.

Kortisonbehandling påverkar inte toxineffekten och är bara indicerad vid allergiska reaktioner tex ansiktssvullnad, generell urtikaria eller anafylaxi. Detta är relativt sällsynt hos huggormsbitna personer. Vid allergisk reaktion ges 200 mg Solu-Cortef och desloratadin 10 mg till vuxna. Till barn under 20 kg ges 100 mg Solu-Cortef och 2,5 mg desloratadin, och till barn över 20 kg ges 200 mg Solu-Cortef och 5 mg (10 mg >40 kg) desloratadin. Om patienten inte kan svälja kan antihistamin Tavegyl ges intravenöst.

Tetanusprofylax kan ges om grundskydd saknas, men risken för tetanus är minimal och inga dokumenterade fall finns beskrivna.

Trombosprofylax ges vid immobilisering av patienten.

Antibiotika skall endast ges vid tecken på infektion. Detta är sällsynt och endast 2,6% av patienterna utvecklar en infektion efter ormbett.

Fasciotomi. Kompartmentsyndrom är ovanligt men kan inträffa, ffa i övre extremitet. Serumbehandling är bästa förebyggande behandling, men fasciotomi kan bli aktuellt i extremfall. Detta bör om möjligt undvikas då toxinskadad vävnad har väldigt dålig läkningsförmåga. Diskutera med GIC!

Serumbehandling (antikroppsbehandling)

Serumbehandling skall omgående ges vid generella symptom, anafylaxi och/eller vid lokala symptom där svullnaden har brett ut sig mer än 10 cm från bettstället inom 12 timmar. Bäst effekt har serumet om det ges inom 4 timmar men kan ha effekt upp till 24 timmar efter bettet. För riskgrupperna ges serum även vid endast lokala symptom. Diskutera gärna med GIC.

Dosering/Beredning

ViperaTAb 2 ampuller á 4 ml spädes i 100 ml NaCl 0,9%

Viperfav 1 ampull á 4 ml spädes i 100 ml NaCl 0,9%

Båda skall ges som infusion intravenöst på 30 minuter (ca 200ml/h). Vid tecken på allergisk reaktion avbryts infusionen och behandling som vid anafylaxi ges. Tidigare gavs Viperfav långsamt till en början för att kunna observera ev. allergiska reaktioner detta anses nu överflödigt.

Symptomen och utbredningen följs nogsamt och utvärderas varannan timme. 5–6 timmar efter avslutad infusion tas ställning till om ytterligare dos behöver tillföras, ffa vid tecken på recidiv eller progredierande utbredning.

Utskrivning

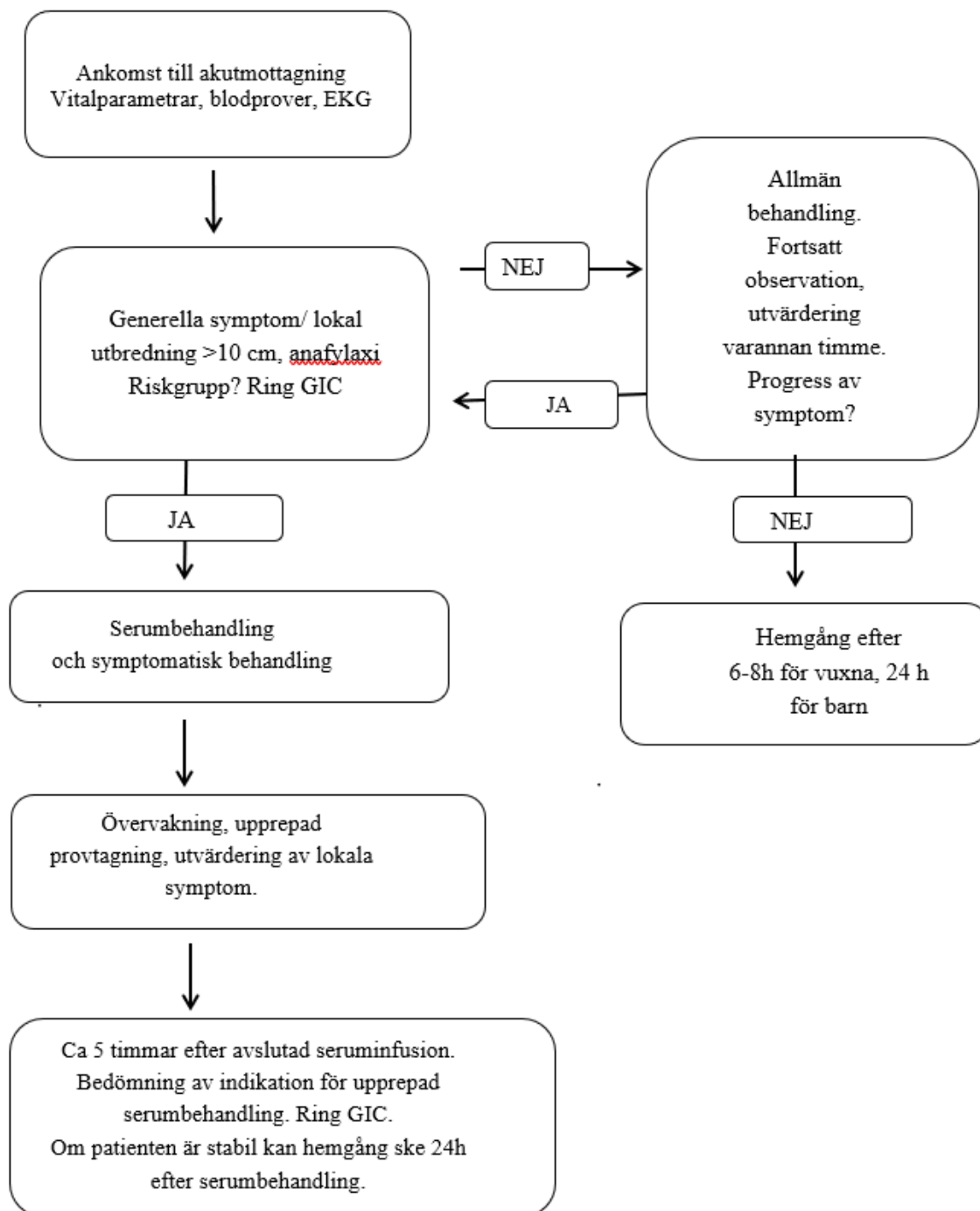
Skriv ut patienten först när tillståndet är ordentligt stabiliserat, återkommande symtom är vanliga. Övervaka på sjukhus ett dygn efter givet serum. Patienter med endast lokala symptom skall övervakas på sjukhus 6 timmar för vuxna och 24 timmar för barn från tidpunkten för bittet. Om inga lokala eller generella symptom har uppträtt inom 2 timmar sedan tidpunkten för bittet, rör det sig troligen om ett torrbett. Man kan då överväga att skriva ut patienten tidigare.

Övrigt

ViperaTAb innehåller Fab-fragment från får medan Viperfav innehåller F(ab')₂-fragment från häst. Inget av preparaten har någon specifik kontraindikation och dosering för respektive preparat är samma för vuxna och barn. Viperfav består av en större molekyl och får därför en längre halveringstid vilket gör att behandlingen sällan behöver upprepas, den stora molekylen kan dock ge upphov till en fördröjd överkänslighetsreaktion, sk. serumsjuka, vilket yttrar sig som muskel-ledvärk, feber och/eller hudutslag hos ca 1% av behandlade 1–2 veckor efter behandling. ViperaTAb består av en mindre molekyl med kortare halveringstid, och hos ca 20% av patienterna behöver behandlingen upprepas en och ibland även två gånger efter den första dosen.

Förenklat flödesschema för handläggning av huggormsbett på nästa sida.

Förenklat flödesschema för handläggning av huggormsbett



Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning 26 IVA NÄL

Innehållsansvar: Karolin Wiklund, (karwi26), Specialistläkare

Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10086-1525759947-133

Version: 14.0

Giltig från: 2025-08-18

Giltig till: 2027-08-18