

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-01-22

Giltig till: 2028-01-21

Sepsis – diagnostik och behandling

Förändringar sedan föregående version

Inga ändringar i denna version.

Bakgrund och syfte

Sepsis är ett livshotande tillstånd som ofta utvecklas snabbt. Det definieras som *ett tillstånd av livshotande organ dysfunktion som orsakas av ett stort systemiskt svar på infektion*. Kriterierna och definitionen av SEPSIS har nyligen reviderats och uppdaterats både i Sverige och internationellt. Huvudbudskapet med det här dokumentet är att underlätta tidig upptäckt av en allvarlig infektion och ge vägledning i den tidiga behandlingen. Tidig identifiering och snabbt insatt antibiotika är avgörande för prognosen. För behandling av mindre allvarliga infektioner rekommenderar vi antibiotikarekommendationer från Nationell Strama app.

Åtgärder

Initialt omhändertagande vid misstanke om sepsis/allvarlig infektion

- Tillkalla mer personal, kontakta läkare. Vid behov kontaktas MIG
- PVK – 2 grova perifera infarter
- Akuta prover tas (finns i Melior labmall KKinsepsis).
- Bolus vätska samt syrgas, se nedan
- Antibiotika skyndsamt, se nedan
- Kontroll av vitalparametrar enligt O-NEWS; AF, POX, Puls, Blodtryck, Temp, RLS
- Ge syrgas vid behov (på oxymask)
- KAD bör sättas tidigt i förloppet men får inte fördröja övrig behandling med till exempel vätska och antibiotika.

Behandlingsmål efter 1 timma: Antibiotika ska vara givet, systoliskt blodtryck >90, POX >93%.

Intravenös vätska

Vid septisk chock ges intravenös Ringer-Acetat enligt bolusprincipen: 500 - 1000 ml som snabb infusion (30 minuter) med utvärdering av effekt på blodtryck och perifer cirkulation.

Den totala vätskemängden måste individualiseras; ta hänsyn till de faktiska förlusterna; feber, diarré, kräkning men också till hjärtats kapacitet. En patient med komorbiditet riskerar att snabbt utveckla lungödem och cirkulatorisk svikt om vätskemängden blir för snabb eller för stor. Upp till 30 ml/kg kroppsvikt kan vara rimligt under den tidiga rescuciteringsfasen (0 - 3 timmar). Det är sällan indicerat att ge mer än 4 - 6 liter/dygn.

Syrgas

Till patienter med takypné, hypoxi eller hypotension. Mål POX >93%.

Buffring

Metabol acidosis är ett uttryck för hypoperfusion, ingen indikation för buffring vid acidosis i samband med sepsis.

Akuta laboratorieprover och undersökningar vid allvarliga infektioner

Klin kem	Alltid: Hb, LPK, TPK, Na, K, Krea, PK/APTT, CRP, glukos, venös blodgas inklusive laktat (det blodprov som har högst prognostiskt värde. Laktat >2 mmol/l är ett allvarligt tecken).
Mikrobiologi	Alltid: Blododling x 2. Före antibiotika. Överväg: Urinodling, vaginalodling, streptokock A test (vaginalt eller i sår), sårodling, odling från CVK
Röntgen	Bukfokus: Ultraljud (graviditetsrester, vaginaltoppshematom, fri vätska, abscess etc.) Överväg: CT-buk (och först efter behandlingsstart och stabil patient) Pneumoni: Lungröntgen (efter behandlingsstart, stabil patient)

Antibiotikabehandling – vid osäkerhet kontakta jourläkare på infektion

- A. Stabil patient/begränsad sjukdom
Cefuroxim 1,5 g 1 x 3
alternativt
Piperacillin/Tazocin 4 g 1 x 3 + Metronidazol 1,5 g 1 x 1
- B. Allvarlig sepsis/septisk chock
Piperacillin/Tazocin 4 g 1 x 3 – 4
alternativt
Meropenem 1 g 1 x 4

C. Allergi, allvarlig – mot betalaktamantibiotika

Klindamycin 600 mg 1 x 3 – 4 + Ciprofloxacin 400 mg 1 x 3

Tänk på source control.

Överväg IVA-vård.

Fortsatt omhändertagande

- Vätske- och syrgasbehandling utvärderas fortlöpande
- Vitalparametrar följs enligt O-NEWS2
- Patienter med svår infektion ska ha KAD och diuresen ska följas
- Vid septisk chock (MAP \leq 90 mmHg + laktat $>$ 2 mmol/l trots adekvat vätsketillförsel), organdysfunktion (anuri eller koagulopati) eller stark oro över patientens tillstånd konsultera intensivvårdsläkare
- Vid misstanke om antibiotikaresistens eller osäkerhet kring diagnos eller behandling – konsultera infektionsläkare

Sepsis – definitioner och kriterier

Riskfaktorer för sepsis	<ul style="list-style-type: none">- Gravida eller patienter som genomgått förlossning, abort eller missfall de senaste 6 veckorna löper ökad risk om invasivt ingrepp såsom sectio, exaeres eller placentalösning. Samt om pågående blödning- Kirurgi (trauma) de senaste 6 veckorna- Immunsuppression eller cytostatika- Kronisk sjukdom
Allvarliga tecken talande för sepsis	<ul style="list-style-type: none">- RLS: medvetandesänkt eller desorienterad- Cirkulation: hypotension, takykardi, perifert kall- Andning: andnöd, andfåddhet, lungrassel- Buk: buksmärta, peritonit- Hud: petekier, kall/fuktig, marmorering, exantem- GI: kräkningar, diarré- Anuri- Feber, hypotermi, frossa- Laktat $>$2 mmol/l

Referenser och relaterad information

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2016;315:801-10.

Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Critical Care Medicine. 2017.

Läkartidningen. 2018;115:E3W9

Infektionsläkarföreningens vårdprogram [Svår sepsis och septisk chock](#)

Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) [Strama nationell](#).

[Sepsis på IVA](#)

Arbetsgrupp

Se arbetsgrupp [Sahlgrenska sjukhuset \(SU\) rutin](#)

Malin Andersson, barnmorska, Kvinnokliniken NU

Dag Prebensen, överläkare, Kvinnokliniken NU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-413172894-139

Version: 2.0

Giltig från: 2026-01-22

Giltig till: 2028-01-21