

RUTIN Sicklecellanemi, akut omhändertagande

Innehållsansvarig: Petra Lindroos Kölqvist Leg. Sjuksköterska,
Godkänd av: Lars Möllgård, Sektionschef
Denna rutin gäller för: Sektionen för hematologi och koagulation

Revideringar i denna version

Första utgåvan av dokumentet

Revisionshistoria

rev	Giltig från	Förändring	Författare

Granskare

Sofia Grund, Leg. Läkare, Överläkare
Amanda Jonsson Leg. Sjuksköterska.

Innehåll

1	Syfte.....	1
2	Bakgrund	1
3	Akut omhändertagande	2
4	Provtagning/kontroller.....	2
5	Smärtbehandling	2
6	Infektionsbehandling.....	2
7	Övrigt	3
8	Uppföljning, utvärdering och revision av rutin	3
9	Relaterad information	3
10	Referenser	3

1 Syfte

Denna rutin gäller för sjuksköterskor och läkare som arbetar på Sektionen för hematologi och koagulation och som handhar patienter med Sicklecellanemi med sicklingskris

2 Bakgrund

Patienter med sicklecellanemi kan drabbas av s.k sicklingskriser. Ett tillstånd där de röda blodkropparna ändrar form till sickelceller som har en tendens till att klumpa ihop sig med varandra vilket leder till ökad blodviskositet och risk för ocklusion i kroppens organ med smärtor som följd.

RUTIN Sicklecellanemi, akut omhändertagande

En sicklingskris utlöses ffa vid stress som kan bero på dehydrering, nedkylning, infektion, utmattning eller vistelse på hög höjd. Hur ofta samt svårighetsgraden av kris varierar från patient till patient.

Vanligt insjuknande är smärtor, feber, anemi, hemolys. Akuta komplikationer är stroke, DVT/emboli, akut bröstsyndrom, priapism, infektion, njursvikt mm.

3 Akut omhändertagande

Under dagtid bör patienten erbjudas plats på hematologimottagningen utan att passera akutmottagningen. Jourtid ska patienten alltid hänvisas till akutmottagning för snabbt omhändertagande.

Initialt ska patienten erbjudas en säng. Kontroller och blodprover tas snarast. Patienten ska snarast få täcken och flertalet värmekuddar för att öka värmen i kroppen. Säkerställ venacces samt subkutan infart (för att slippa sticka patienten vid upprepade tillfällen). Behöver undersökningar göras för att utesluta embolier, infektion mm?

4 Provtagning/kontroller

Provtagning enligt mall "SCA i kris", dvs Hb, Lpk, Tpk, diff, retikulocyter, LD, Bilirubin, Haptoglobin, CRP samt kreatinin. Vid behov tas även DAT/IAT. Bastest alternativt MG-test. Övrig provtagning och ev. odlingar utifrån symtom.

Puls, Blodtryck, SaO₂ samt temp. Överväg lungröntgen, CT eller u-ljud.

5 Smärtbehandling

Patienten ska snabbt erhålla smärtlindring. Analgetika bör ges regelbundet och inte vid behov. Undvik smärtgenombrott. Vanligast är att kombinera Morfin intravenöst samt subkutan i kombination med paracetamol och/eller NSAID. Använd med fördel någon form av skattningsskala för smärta, ex. VAS för att utvärdera smärtbehandling. Intravenös vätskebehandling påbörjas snarast men undvik övervätskning. Vid hypotoni ges med fördel 2-3 l Ringer-Acetate, om cirkulatoriskt stabil patient ges Rehydrex eller Natriumklorid intravenöst. Många patienter upplever lindring av bröstsmärtor med syrgas. Vanligt är att initialt pröva med 5 l O₂ på syrgasmask om SaO₂ är <95 %.

6 Infektionsbehandling

Personer med SCA har en kraftigt ökad risk för allvarliga bakteriella infektioner.

Vid feber $\geq 38,5^\circ$ bör patienten alltid utredas. Provtagning enligt ovan samt ställningstagande till

- LP med odling vid minsta meningitmisstanke
- Blodgas

Är patienten kraftigt allmänpåverkad behöver intravenös antibiotika omedelbart sättas in samt patienten bör läggas in för fortsatt omvårdnad och medicinsk behandling. Tecken är hypotension, andningspåverkan, tecken till dehydrering, Hb <50 g/L, mm.

Det är också relativt vanligt med infektioner i skadade organ såsom lunga, njurar och skelett/leder.

RUTIN Sicklecellanemi, akut omhändertagande

Infektion är en stress för kroppen och risk för sickling och andra SCA-manifestationer som t ex vaso-ocklusiva episoder/smärta, akut bröstsyndrom och mjältsequestrering.

Om temp > 38,5° men kliniskt opåverkad patient kan patienten observeras i några timmar och sedan gå hem med peroral antibiotika och noggrann uppföljning, telefonkontakt dagligen. Vid feber > 39,5 bör man oavsett allmäntillstånd dock lägga in patienten.

7 Övrigt

Patienten bör erbjudas dagliga uppföljande besök på hematologimottagningen för att om möjligt försöka bryta sicklingkrisen med smärtbehandling. Vid behov bör patienten erbjudas inläggning i slutenvård för smärtlindring, övervakning mm. Säkerställ att patienten har analgetika för egenvård avseende smärtbehandling samt ev. sömntabletter för att föröka tillgodose att patienten kan sova. Vid hemolys och medföljande anemi, ex hb <70 eller vid tydliga anemisyntom kan blodtransfusion övervägas. Vid grav anemi och svår sicklingkris eller akut bröstsyndrom kan det bli tal om blodutbyte.

8 Uppföljning, utvärdering och revision av rutin

Sjuksköterska och Läkare i AnemiLeukemiteamet ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

9 Relaterad information

Vg se vårdprogram Sicklecellanemi.

10 Referenser

Vårdprogram "Sicklecellanemi, Vårdplaneringsgruppen för pediatrik hematologi"