

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin, Lungmottagning Sahlgrenska,  
KOL-mottagning Sahlgrenska, KOL-centrum Sahlgrenska  
Innehållsansvar: Anders Andersson, (andan1), Överläkare  
Granskad av: Karin Rahm, (karra1), Sektionschef  
Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-05-22

Giltig till: 2026-11-30

# Akut skov av KOL – initial bedömning samt åtgärder

## Förändringar sedan föregående version

Tillägg: När det gäller antibiotikabehandling är det viktigt att bedöma tidigare odlingar för anpassad behandling. Verksamhetsnamn ändrat.

## Bakgrund och syfte

Bedömning och åtgärder vid akuta skov av KOL.

## Förutsättningar

Läkare inom sektionerna Lungmedicin och allergologi, verksamhet Specialistmedicin, Område 6, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ansvarar för att utföra arbetet enligt gällande rutin.

Sektionscheferna, ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

## Utförande

### Har patienten KOL?

Rökare eller f.d. rökare med anamnes på dyspné, eventuellt pip i luftrören, tyder på KOL men spirometri krävs för diagnos.

### Vad orsakar akut försämring?

Ökad obstruktivitet med eller utan infektion. Vätskeretention (sekundär till lungsjukdomen eller till samtidig hjärtsjukdom). Pneumothorax.

## Hur pass allvarlig är försämringen?

- **Lätt skov:** Obetydlig allmänpåverkan. Ingen vilodyspné. Obetydlig ansträngningsdyspné SaO<sub>2</sub> 94 % eller mer (POX).
- **Medelsvårt skov:** Viss allmänpåverkan. Besvärande andnöd vid ansträngning. SaO<sub>2</sub> mellan 90–94 % (POX).
- **Svårt skov:** Vilodyspné. Cyanos. Ödem. Andningsfrekvens >25, HR >110/min. Medvetandepåverkan. Utmattnings. SaO<sub>2</sub> <90 %. PaO<sub>2</sub> <8,0\*, PaCO<sub>2</sub> >6,5\*, pH <7,35.
- **Livshotande skov:** Konfusion. Koma. PaO<sub>2</sub> <6,5\*, PaCO<sub>2</sub> ≥ 9,0\*, pH <7,3.

*\*Under förutsättning att dessa är klart lägre/högre än patientens habituella värden.*

## Behandling

- **Lätt skov:** Poliklinisk vård. Antibiotika mot eventuell infektion och/eller steroidkur per os, se ”Farmaka ...”. Vid hemgång råd om rökstopp och remiss till KOL-centrum för uppföljning inom 6 veckor. Oftast intensifiering av inhalationsläkemedel och motståndsandning.
- **Medelsvårt skov:** Antibiotika vid eventuell infektion. Steroider per os eller i.v. inhalation salbutamol + ipratropium via nebulisator. Vid utebliven förbättring: kontroll av blodgas, röntgen pulm, EKG. Överväg inläggning. Vid hemgång råd om rökstopp och remiss till KOL-centrum för uppföljning inom 6 veckor (se Lätt skov). Oftast intensifiering av inhalationsläkemedel och motståndsandning.
- **Svårt skov:** Ta blodgas. Börja med syrgas 1-2L/min och öka successivt till POX 90–94 % uppnått, ta ny blodgas. Vid kolsyreretention eftersträvas ett PaO<sub>2</sub> mellan 7,0 - 8,0 kPa (≈POX mellan 85–90 %), försök då att få patienten att djupandas. Inhalation salbutamol + ipratropium via nebulisator. Om patienten inte orkar inhalera: ge Bricanyl s.c. eller eventuellt Teofyllamin i.v. Steroider per os eller i.v. Diuretika vid ödem. Överväg NIV (non-invasiv ventilation) vid respiratorisk acidosis. Antibiotika vid infektionstecken. Lungröntgen och EKG. I allmänhet inläggning.
- **Livshotande skov:** Behandling som vid svårt skov. Inläggning. Överväg intensivvård. Antibiotika vid intubation eller start av NIV (non-invasiv ventilation).

*När det gäller antibiotikabehandling är det viktigt att bedöma tidigare odlingar för anpassad behandling.*

## Farmaka vid akut behandling av KOL

**Inhalation** Salbutamol 2,5–5 mg samt ipratropium 0,5 mg. Om patienten ej kan inhalera p.g.a. svår obstruktivitet kan man överväga inj Teofyllamin 23 mg/ml, helst i det nedre dosintervallet (3,8–7,6 mg/kg), vilket blir cirka 7,5–10 ml beroende på vikt. Ges sakta i perifer ven (under 20–30 min), ej i CVK. Ge ej Teofyllamin om patienten tagit extra Theo-Dur innan. Ge halvdos om patienten har en peroral underhållsdos. Uppgift om s-teofyllin i LabBest kan ge vägledning. Ev inj Bricanyl 0,25–0,5 mg s c eller långsamt i v under 5 min.

**Steroider:** Vid svårt påverkad patient injektion Betapred 4 mg/ml, 1–2 ml i.v. Ifall patienten kan svälja p o ge tablett Prednisolon 5 mg 6 (- 8) tabletter eller tablett Betapred 0,5 mg, 6–8 tabletter på akuten. Sedan fortsatt ordination med i första hand tablett Prednisolon 25 mg x 1 i 5 – 7 dagar. Vid anamnes på försämring sedan längre tid ev nedtrappning med 5 mg var 3:e dag från startdos 25 mg.

**Antibiotika:** (vid missfärgade sputa och ökade luftvägssymtom): t ex Amimox 750 mg 1 x 3 eller Doxyferm 100 mg, 2 x 1 dag 1–3 sedan 1 x 1. Behandlingstid 5–7 dagar, vid samtidig förekomst av bronkiektasier 10–14 dagar. Ifall intravenös antibiotika ordineras, ges vanligtvis Piperacillin/Tazobactam.

*När det gäller antibiotikabehandling är det viktigt att bedöma tidigare odlingar för anpassad behandling.*

## Indikation för inläggning

Dåligt svar på initial terapi, skov som pågått länge, flertal akutbesök under kort tid, påtagligt sämre blodgaser jämfört med habituell nivå och/eller syrgaskrävande hypoxi ( $\text{PaO}_2 < 7,0$ ), patienten klarar sig ej hemma, tillkomst av ödem, pneumothorax eller större pneumoni.

**Läkemedelsterapi under vårdtid:** Nikotinplåster till rökare. Steroider och antibiotika enligt ovan. Inhalation Sapimol/Combivent kl 6, 12, 18 och 22 (ej x 4). Ev. syrgas. Utsätt tillfälligt sömntablett/sederande vid koldioxidretention. Djupandning. Överväg om patienten behöver väckas och djupandas nattetid.

## Avsteg från rutin

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO, där aktuell linjechef ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning.

## Uppföljning

Uppföljning, utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske vid behov, dock senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har sektionschefen eller av denne utsedd person.

## Arbetsgrupp

Rutinen framtagen av: Anita Nordenson, överläkare

Uppdaterad av Anders Andersson, Överläkare och Lowie Vanfleteren, Överläkare/Universitetslektor.

## Källförteckning

### Referenser

[Läkemedel vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom \(KOL\) –  
behandlingsrekommendation](#) | Läkemedelsverket (lakemedelsverket.se)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Specialistmedicin, Lungmottagning Sahlgrenska, KOL-mottagning Sahlgrenska, KOL-centrum Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Anders Andersson, (andan1), Överläkare

**Granskad av:** Karin Rahm, (karra1), Sektionschef

**Godkänd av:** Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9788-135611145-93

**Version:** 8.0

**Giltig från:** 2026-05-22

**Giltig till:** 2026-11-30