OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra, Verksamhet Akutmedicin och geriatrik, Akutmottagning Sahlgrenska
Giltig från: 2026-10-01
Giltig till: 2028-09-30
Innehållsansvar: Oskar Svedberg, (osksv3), Specialistläkare
Granskad av: Jerker Persson, (jerpe3), Verksamhetschef
Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Addisonkris – akut binjurebarksvikt

Förändringar sedan föregående version

Ändrat ansvarig

Syfte

Ett samordnat omhändertagande av patienter med Addisonkris/akut binjurebarkssvikt inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Ansvar

Respektive linjechef ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Akut binjurebarkssvikt är ett livshotande tillstånd som kan drabba patienter med:

a) Primär binjurebarkssvikt (Addisons sjukdom, Kongenital binjurebarkhyperplasi)
b) Sekundär binjurebarkssvikt – Hypofyssvikt
c) Tertiär (iatrogen) binjurebarkssvikt

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Behandling

I initialskedet bör patienten vårdas på IVA eller möjligen MAVA. Då tillståndet bedöms stabilt är patienten flyttbar till annan avdelning med endokrin profil (avdelning 355 för patient inlagd på Medicin, Geriatrik och Akutmottagning Östra).

I. Kortisonbehandling

- Inj. Hydrokortison (Solu-Cortef), 100 mg, i.v. eller i.m., ges omedelbart.
- Därefter ges 50 - 100 mg i.v./i.m. var fjärde timme med minskning till 50 mg var sjätte till åttonde timme allt eftersom patienten förbättras.
- Samtidig behandling med mineralkortikoider (T. Florinef) är initialt inte nödvändig på grund av att stora doser hydrokortison ges.

II. Salt och vatten

- Behovet av salt och vatten varierar. Vid obehandlad Mb Addison föreligger vid kris stor brist på extracellulär volym, varför 2 - 3 liter 0,9 % NaCl kan behöva tillföras på några få timmar.
- Tillståndets svårighetsgrad, var uppmärksam på graden av hyponatremi, och reaktionen på behandlingen avgör hur snabbt den initiala salt- och vattentillförseln bör ske.
- Vid uttalad hypotoni kan det vara lämpligt att initialt ge plasma samtidigt med snabb tillförsel av salt och vatten (0,9 % NaCl-lösning).
- Kalium ges först när diuresen är god och eventuell hyperkalemi har korrigerats. Doseringen anpassas med ledning av elektrolytstatus.

Uppföljning, utvärdering och revision

Revisionsansvarig SU/Östra ansvarar för uppföljning och utvärdering. Avvikelser hanteras enligt SU:s riktlinjer för MedControl Pro.

Arbetsgrupp

Oskar Svedberg VÖL, Catharina Lundgren, VEC, Caroline Torman, sektionsledare, avdelning 355 Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra, Verksamhet Akutmedicin och geriatrik, Akutmottagning Sahlgrenska

Innehållsansvar: Oskar Svedberg, (osksv3), Specialistläkare

Granskad av: Jerker Persson, (jerpe3), Verksamhetschef

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9881-362022085-16

Version: 13.0

Giltig från: 2026-10-01

Giltig till: 2028-09-30