

Addisonkris – akut binjurebarkssvikt

Revideringar i denna version

Inga ändringar jämfört med tidigare version.

Syfte

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

Arbetsbeskrivning

BAKGRUND

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

- a) Primär binjurebarkssvikt (Addisons sjukdom, kongenital binjurebarkshyperplasi)
- b) Sekundär binjurebarkssvikt – Hypofyssvikt
- c) Tertiär (iatrogen) binjurebarkssvikt

BEHANDLING

I initialskedet bör patienten vårdas på IVA eller möjligen MAVA. Då tillståndet bedöms stabilt är patienten flyttbar till annan avdelning med endokrin profil (avd 16/29 för patient inlagd på Specialistmedicin).

I. Kortisonbehandling

- Inj. Hydrokortison (Solu-Cortef), 100 mg, i.v. eller i.m., ges omedelbart.
- Fortsättningsvis ges 50-100 mg i.v./i.m. var fjärde timme reducerat till 50 mg var sjätte till åttonde timme allt eftersom patienten förbättras.

- Samtidig behandling med mineralokortikoider (T. Florinef) är initialt inte nödvändig.

II. Salt och vatten

- Behovet av salt och vatten varierar. Vid obehandlad Addisons sjukdom föreligger vid kris stor brist på extracellulär volym, varför 2-3 liter 0,9 % NaCl kan behöva tillföras på några få timmar.
- Tillståndets svårighetsgrad 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.

Ansvar

Sektionschef på enheten och vårdenhetschef är ansvarig för att rutinen följs. Den sjuksköterska som utför arbetet ansvarar för att den utförs enligt rutin.

Uppföljning, utvärdering och revision

Avvikelse från rutinen ska dokumenteras i journal och inträffade händelser rapporteras i Med Control Pro, där ansvarig chef står för vidare utredning, uppföljning och åtgärd.

Revidering av rutindokument ska ske efter 2 år av den rutinansvariga sjuksköterskan och vårdenhetsöverläkare.

Dokumentation

Styrande dokument hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

Lena Bokemark Sektionschef, Sektionen för Endokrinologi, diabetologi och metabolism.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Oskar Ragnarsson, (oskra),
Överläkare/Universitetslekt

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9881-362022085-4

Version: 8.0

Giltig från: 2025-11-14

Giltig till: 2027-11-14