

## Sammanfattande faktaruta

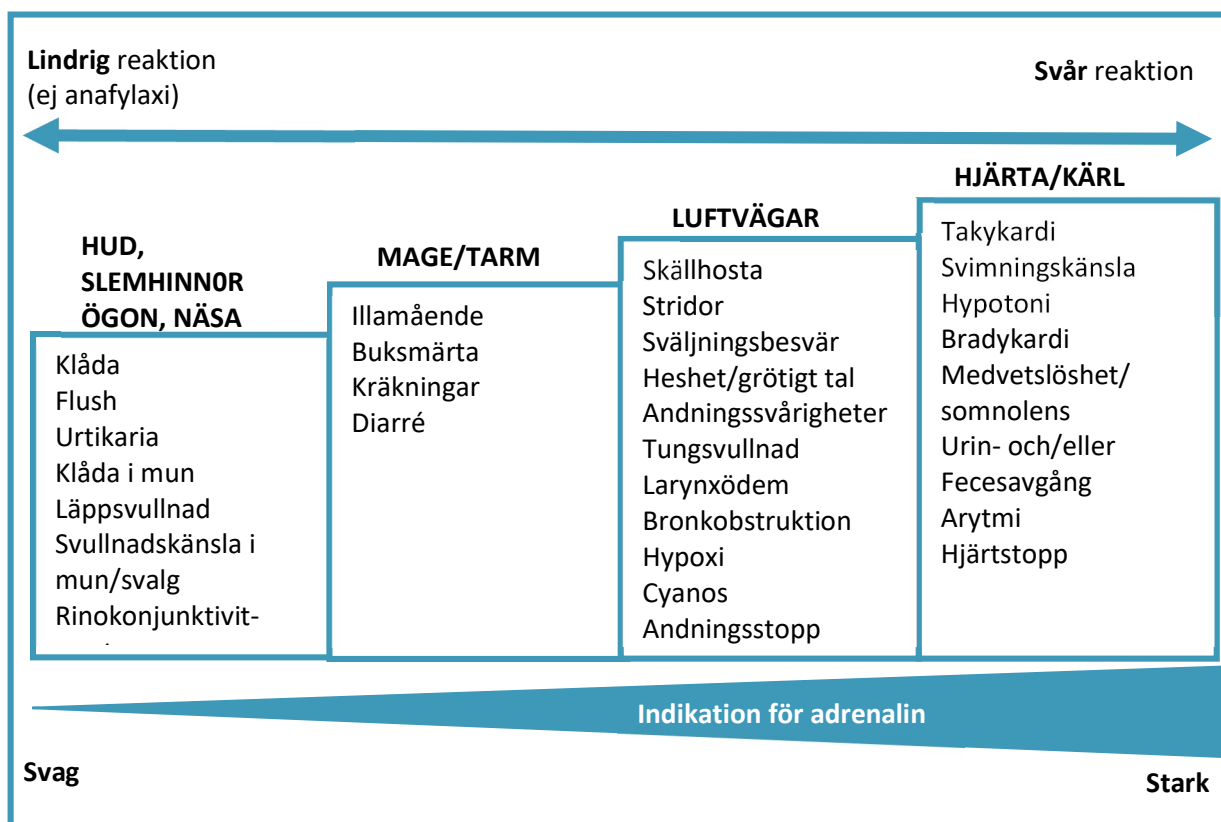
---

- Adrenalin är det viktigaste läkemedlet. Ges tidigt och intramuskulärt i låret
- Antihistamin ges när patienten är stabiliserad.
- Rutinmässig steroidbehandling vid akut anafylaxi rekommenderas inte.
- Optimalt behandlad astma minskar risken för utveckling av svår anafylaxi
- Hastig uppresning av patienter med anafylaxi kan leda till livshotande blodtrycksfall
- Vid anafylaxi ska patienten observeras minst 4 timmar efter symtomfrihet
- Diagnosen anafylaxi ska sättas enbart då diagnostiska kriterier är uppfyllda.
- Den tidigare använda svårighetsgraderingen av anafylaxi har utgått då det ej underlättar diagnos eller styrker indikation för adrenalin.
- Anafylaxi ska utredas av allergolog eller allergikunnig läkare som också tar ställning till långsiktig förskrivning av adrenalinautoinjektor
- Den som förskriver adrenalinautoinjektor måste också se till att patienten (och anhörig) får information om handhavande
- Behandling med 3 dagars peroralt antihistamin rekommenderas efter anafylaxi

Anafylaxi är en akut, svår, oftast snabbt isättande systemisk överkänslighetsreaktion från flera organ-system och som är potentiellt livshotande.

Anafylaktisk chock är anafylaxi där vasopressorbehandling behövs för att hålla systoliskt blodtryck på >90 mmHg.

## AKUTA ALLERGISKA REAKTIONER OCH INDIKATION FÖR ADRENALIN



Figur 8: Akuta allergiska reaktioner och indikation för adrenalin.

## DIAGNOSKRITERIER FÖR ANAFYLAXI

Anafylaxi är mycket trolig om ett av följande kriterier är uppfyllda				
1	Akut insjuknande (minuter till timmar) som involverar:	<b>Hud och/eller slemhinna</b>	OCH	<b>Luftvägar</b> ELLER <b>Hjärta-kärl</b>
2	Symtom från $\geq 2$ av följande system efter exponering för, för den aktuella patienten, troligt utlösande allergen	<b>Hud och/eller Slemhinna</b>	<b>Luftvägar</b>	<b>Hjärta-kärl</b> <b>GI-kanalen (persisterande symtom)</b>
3	Blodtrycksfall efter exponering för, för den aktuella patienten, känt allergen.	<b>Blodtrycksfall</b>	<b>Åldersgrupp</b> <b>Vuxna</b> <b>Barn</b> 1 mån–1 år 1–10 år >10 år:	<b>Systoliskt blodtryck</b> <90 mmHg <u>eller</u> Sänkning på >30 % fr basala blodtrycket. <70 mmHg <70 mmHg + (2 x ålder) <90 mmHg
Symtombeskrivning				
<b>Hud, slemhinna</b> Generell urtikaria, Kraftig klåda Svullna läppar, uvula, tunga Flushing		<b>Luftvägar</b> Dyspné Pipande/väsande andning/bronkospasm Hypoxi Stridor Sänkt PEF Andningsstopp		<b>Hjärta-kärl</b> Hypotoni, synkope, Cirkulatoriskt chock Hjärtstopp Urin/fecesavgång
<b>GI-kanalen</b> Persisterande symtom: Upprepad kräkning Kraftig buksmärta Diarré				

# FLÖDESSCHEMA FÖR BEHANDLING AV ANAFYLAXI

Anafylaxi?

Bedömning enligt **Airway Breathing Circulation Disability Exposure**

## Anamnes

Snabbt insättande respiratoriska o/e cirkulatoriska symtom  
Hudsymtom tex klåda, urtikaria, läppsvullnad

**LARMA**

Avbryt exponering om möjligt

**Kroppsposition baserat på symtom:**

Främst respiratoriskt: uppesittande med höjda ben  
Främst kardiovaskulärt: liggande plant med höjda ben

**Övervaka**

Allmäntillstånd  
Syresättning  
Blodtryck

**Ge adrenalin intramuskulärt**

Säkerställ fria luftvägar

Ge högflödessyrgas 5-10 liter/minut på mask

**Vid svåra cirkulatoriska symtom** – ge iv vätska, kristalloid

**Vid ronki/väsande andning** ge beta<sub>2</sub>stimulerare i spacer eller i nebulisator

**Vid stridor** ge nebuliserat adrenalin som tillägg till intramuskulärt adrenalin

**Om utebliven förbättring inom 5 minuter: Upprepa Adrenalin intramuskulärt**

**Om cirkulatorisk eller respiratorisk instabilitet trots 2 doser intramuskulärt adrenalin och intravenös vätska:**

Kontakta hög vårdnivå för avancerad behandling, såsom intravenöst adrenalin  
Om hjärtstopp: följ riktlinjer för HLR

**Adrenalin 1 mg/mL intramuskulärt anterolateralt i låret, 0,01 mg/kg**

**Barn <15 kg**

Uträknad dos 0,01 mg/kg från ampull. När ej möjlighet finns ges autoinjektor 150 mikrog

**Barn 15-20 kg**

0,15 mg (autoinjektor 150 mikrog)

**Barn 20-60 kg**

0,3 mg (autoinjektor 300 mikrog)

**Vuxna & barn >60 kg**

0,3-0,5 mg (autoinjektor 300 mikrog)

**Kristalloid vätska intravenöst**

<25 kg: 10-20 mL/kg (max 500 mL/bolus) intravenöst, upprepa vid behov

>25kg: 500 mL bolus, intravenöst, upprepa vid behov

**Ronki/väsande andning:** ge beta<sub>2</sub>stimulerare

Spray med spacer: Salbutamol (0,1 mg/dos)

Vuxna: 10-15 puffar (separerade doser)

Barn ≥ 6 år: 6-10 puffar (separerade doser)

Barn 2-5 år: 6 puffar (separerade doser)

Barn 0-2 år: 4 puffar (separerade doser)

Nebuliserat: Salbutamol (1 mg/mL, 2 mg/mL, 5 mg/mL)

Vuxna : 5-10 mg

Barn ≥20 : 5 mg

Barn <20 kg: 2,5 mg

**Stridor:** Nebuliserat adrenalin, 1 mg/mL (som tillägg till adrenalin i.m.)

Vuxna och barn > 2 år: 2 mg (späd med 2 mL 0,9 % NaCl) (upprepas vb)

Barn <2 år: 1 mg (späd med 2 mL 0,9% NaCl)

**När patienten är stabiliserad:**

- Ge icke-sederande antihistamin i dubbel dos.
- Mät s-tryptas 1-4 timmar efter reaktionsstart.
- Fatta beslut om övervakningsnivå och övervakningstid:
  - Vid anafylaxi ska alla patienter observeras minst 4 timmar.
  - Patienter med svår anafylaxi, dvs anafylaktisk chock eller bifasiska reaktioner observeras minst 12 timmar.
- Dokumentera förlopp och vitalparametrar både före och efter given behandling i journal.

### **Bör förskrivas adrenalinoautoinjektor**

---

Alla som fått anafylaxi av

- Födoämne
- Bi-eller getingstick
- Oklar utlösande orsak.

### **Bör ej förskrivas adrenalinoautoinjektor**

---

- Vid allergisk reaktion som inte bedöms som anafylaxi
- Anafylaxi orsakat av (undvikbart) läkemedel
- Vid bi-och getingallergi efter ett års AIT-behandling (om normalt basalt tryptas)

### **Viktigt att tänka på vid anafylaxibehandling**

- Intramuskulär injektion av adrenalin i låret tidigt i förloppet är den viktigaste åtgärden vid behandling av anafylaxi.
- Vid bronkobstruktion är tidig astmabehandling viktig.
- Kroppsläge: Liggande med höjd fotända. Vid andningsbesvär/kräkning – sittande med höjd fotända. Hastig uppresning av patienter med anafylaxi kan leda till livshotande blodtrycksfall.