# **Anafylaxi, allergi, akut omhändertagande**

## Bakgrund

Den anafylaktiska reaktionen är oftast snabb och kan komma inom någon minut. Orsaken kan vara IgE-medierad allergi som föda och getingstick, andra immunologiska reaktioner, t.ex. serumsjuka, eller läkemedelsreaktioner som inte beror på IgE, t.ex. morfin eller NSAID. Fysikaliska stimuli som värme, kyla och ansträngning kan också ge anafylaxi. Att tänka på är att klåda, flush, urtikaria, angioödem, konjunktivit med klåda och rodnad, rinit med klåda, nästäppa med rinnsnuva och nysningar, klåda i mun, läppsvullnad, svullnadskänsla i mun och svalg, inte är anafylaxi. Inte heller är illamående med lindrig buksmärta och enstaka kräkning anafylaxi. Takykardi har tidigare ingått som en del i anafylaxi men gör det inte längre då det är alltför ospecifikt. För mer omfattande bakgrundsdokumentation var god se Anafylaxikompendiet på sffa.nu.

### Anafylaxins svårighetsgrad anges i grad 1–3

Grad 1: Förutom ovan nämnda besvär som inte är anafylaxi även eller enbart tillkomst av ökande buksmärta, upprepade kräkningar, diarré, heshet, lindrig bronkobstruktion, uttalad trötthet, rastlöshet samt oro.
Grad 2: Besvär som vid grad 1 med tillkomst av eller enbart skällhosta, sväljningsbesvär, medelsvår bronkobstruktion, svimningskänsla samt katastrofkänsla.
Grad 3: Ovan symtom, även tillkomst eller enbart urin- och/eller fecesavgång, hypoxi/cyanos, svår bronkobstruktion, andningsstopp, hypotoni, bradykardi, arytmi, hjärtstopp, förvirring samt medvetslöshet.

Obs! Vid bestämning av vilken anafylaxigrad som gäller är det det svåraste symtomet som avgör, t.ex. reaktion med svimning är grad 3 även om det är det enda symtomet.

### Speciell omvårdnad

1. Notera tidpunkt.
2. Kontrollera om puls och andning finns.
3. Ge adrenalin intramuskulärt (0,3–0,5 ml av Adrenalin 1 mg/ml) kan upprepas var 5–10:e minut. Om upprepade intramuskulära injektioner med adrenalin inte hjälper kan intravenös adrenalininjektion övervägas. Dock ska patienten då vara uppkopplad och van läkare och eller narkosläkare vara närvarande. Adrenalin intravenöst ges i koncentrationen 0,1 mg/ml i upprepade doser om t.ex. 0,1–0,3 mg eller som infusion.
4. Kontrollera fria luftvägar och ge O2.
5. Minska om möjligt pågående exponering (intravenös infusion avbryts och diffusion från subkutana injektioner, stick eller bett förhindras genom avsnörningar).
6. Höj fotändan.
7. Kontrollera blodtryck.
8. Skapa fria venvägar.
9. Ge antihistamin, Desloratadin 10 mg, gärna munsönderfallande.
10. Ge kortikosteroider (till exempel 8 mg Betapred intravenöst).
11. Ge i första hand 1 liter Ringeracetat eller liknande isoton lösning och vid behov inotropi om patienten svarar dåligt på upprepade adrenalininjektioner (till exempel dopamin 2–20 µg/kg/min) och till patienter med betablockare kan man försöka med glukagon (1–5 mg långsamt intravenöst över 5 minuter, kan fortsättas med infusion 5–15 µg/minut, som ökar c-AMP utan β-receptormedverkan).
12. Överväg intensivvårdsbehandling med fullständig cirkulations- och andningskontroll samt eventuellt behov av intubation. Blodgasanalys. Ge vid behov även assisterad andning och cirkulation. Eventuell hjärtåterupplivning (hjärtstillestånd är ovanligt men avsaknad av hjärtljud och pulslöshet vanligt på grund av blodtrycksfall).
13. Släpp eventuella avsnörningar.
14. Upprepa punkt 6–12.
15. Fortsatt övervakning då vissa anafylaxier tycks ha ett cykliskt förlopp. Upp till 20 procent kan ha ett bifasiskt förlopp efter 8–12 timmar varför uppföljning rekommenderas. För grad 1 övervakning minst 4 timmar, grad 2 minst 8 timmar samt för grad 3 minst 12 timmars övervakning på sjukhus.