

# Behandlings- rekommendationer

# Luftvägsinfektioner

Våren 2013



UTGIVEN AV LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I LANDSTINGET SÖRMLAND



# Innehållsförteckning

Akut mediaotit

Rinosinuit hos barn

Rinosinuit hos vuxna

Tonsillit

Akut bronkit och pneumoni hos vuxna

Akut bronkit och pneumoni hos barn

Akut exacerbation av KOL

Handläggning av misstänkt penicillinallergi

Vårdprogrammet har utarbetats av STRAMA (Strategigruppen för Rationell Antibiotikaanvändning och Minskad Antibiotikaresistens), som är Läke-medelskommitténs expertgrupp i antibiotikafrågor.

Maria Remén, bitr smittskyddsläkare, Infektionskliniken, MSE

Maria Lindberg, Medicinkliniken, NLN

Stina Schell, VC Bagaregatan, Nyköping

Håkan Lindroth, Infektionskliniken, MSE

Malin Enarsson, Infektionskliniken, MSE

Ulla Östergren, mikrobiolog, Unilabs

Faiz Fendukly, mikrobiolog, Unilabs

Gösta Lööf, apotekare Läke-medelskommittén

Christofer Olsson, Barn-och ungdomskliniken, MSE

Jens Sörensen, Privatläkarföreningen

Erik Wallberg, ÖNH-kliniken, MSE

Bodil Linde-Olsson, adjungerad, Specialisttandvården Åsidan, Nyköping

Avsnittet om utredning av penicillinallergi är granskat av dr Kaj Theman, allergimottagningen MSE.

Hänvisningar till länkar finns och kan användas i den digitala versionen av behandlingsrekommendationerna.

# Akut mediaotit

## Definition

Varig (purulent) inflammation i mellanörat som har börjat plötsligt, är kortvarig och kan verifieras kliniskt

## Etiologi

De vanligaste otitpatogenerna är *Streptococcus pneumoniae* (pneumokocker), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catharralis* och *Streptococcus pyogenes*. Vid rötötit dessutom *Stafylococcus aureus* och *Pseudomonas aeruginosa*.  
Mest komplikationer med pneumokocker.

## Diagnostik

Otoskopi har en sensitivitet och en specificitet runt 60 %. Pneumatiskt otoskopi är något är bättre, och för otomikroskopi är sensitivitet och specificitet runt 90 %. Bäst sensitivitet har pneumatisk otoskopi kombinerat med tympanogram.

Indikation för NPH-odling vid terapisivikt och upprepade recidivotiter. Vid perforation och terapisivikt ev. odling ur hörselgången.

CRP, LPK och SR har inget värde i otitdiagnostiken utom vid misstanke på mastoidit eller andra komplikationer.

## Värdering av kliniska fynd

Säker AOM	Turbulent sekretion och/eller perforerad/chargerad (fiskfjällslik) Eller buktande, ogenomskinlig, färgförändrad, orörlig trumhinna
Osäker AOM	Ogenomskinlig, färgförändrad, orörlig, ej buktande trumhinna, eller trumhinnan kan inte bedömas
Ej AOM	Färgförändrad rörlig trumhinna eller genomskinlig, indragen eller normalställd, orörlig trumhinna (=SOM)

Länk till tympanogramtolkning finns i nätupplagan av rekommendationerna.

# Handläggning sporadisk AOM

Läkarbedömning bör erbjudas inom ett dygn, sällan finns medicinska skäl för undersökning kvälls- och nattetid. Om patienten blir besvärsfri under väntetiden behöver ingen undersökning göras. Erbjud smärtstillande paracetamol (alternativt ibuprofen till barn över 6 månaders ålder). Rekommendera högläge.

Vid läkarbesöket ges information om normalförlopp och eventuella komplikationer att uppmärksamma ([www.strama.se/patientinfo](http://www.strama.se/patientinfo)). Rekommendera nytt läkarbesök efter 2–3 dagar vid utebliven eller tveksam förbättring samt omgående vid försämring, oavsett antibiotikabehandling eller ej.

Patienten bör undersökas snarast och remitteras akut till ÖNH-specialist eller pediatrik akutklinik vid allmänpåverkan (till exempel slöhet, oförmåga till normal kontakt eller till att skratta och le, irritabilitet) eller vid minsta tecken på mastoidit (rodnad, svullnad, ömhet bakom örat eller utstående ytteröra).

Aktiv exspektans rekommenderas för:

- Barn 1–12 år med säker AOM utan komplicerande faktorer.\*
- Patienter oavsett ålder med osäker AOM utan komplicerande faktorer.\*

Vid säker AOM rekommenderas antibiotika- behandling för:

- Barn 1–12 år med AOM och komplicerande faktorer.\*
- Barn < 1 år samt ungdomar > 12 år och vuxna.
- Barn < 2 år med bilateral AOM
- Perforerad AOM oavsett ålder.

## \*Komplicerande faktorer

- Svår värk trots adekvat analgetikabehandling
- Infektionskänslighet på grund av annan samtidig sjukdom/syndrom eller behandling
- Missbildningar i ansiktsskelett eller inneröra
- Tillstånd efter skall- eller ansiktsfraktur
- Cochleaimplantat
- Känd mellanöresjukdom eller tidigare öronoperation (avser inte plaströr)
- Känd sensorineural hörselnedsättning

## Definition recidiverande otit

Minst tre säkerställda episoder av akut öroninflammation under en sexmånadersperiod  
Alternativt minst tre episoder av akut öroninflammation under en sexmånadersperiod eller minst fyra episoder under tolv månader.

## Antibiotikabehandling

Barn

PcV 25 mg/kg x 3 i 5 dagar

Vid penicillinallergi:

Erytromycin oral suspension 10 mg/kg x 4 (alternativt 20 mg/kg x 2) i 7 dagar

Vuxna

Penicillin 1,6 g x 3 i 5 dagar. Vid penicillin- allergi ges vuxna och barn > 35 kg

Erytromycin enterokapslar 250 mg x 4 (alternativt 500 mg x 2) i 7 dagar

Recidiv

PcV 25 mg/kg x 3 i 10 dagar alternativt amoxicillin 20 mg/kg x 3 i 10 dagar

Terapivikt

Amoxicillin 20 mg/kg x 3 i 10 dagar

Recidiv = ny akut mediaotit inom en månad med symtomfritt intervall. Terapivikt = oförändrad, förvärrad eller på nytt uppblossande akut mediaotit trots minst tre dygns antibiotikabehandling. Nasofarynxodling och ev. odling från hörselgången vid perforation.

## Uppföljning

Kontroll efter 3 månader görs av barn < 4 år som haft dubbelsidig AOM eller ensidig AOM + sekretorisk otitis media (SOM) på andra örat. Övriga behöver enbart kontrolleras vid misstanke om hörselnedsättning

Länk: Patientråd vid otit finns i nätupplagan av rekommendationerna.

## Handläggning av rörotit

Rinnande ”rörotit” handläggs i första hand av eller i samråd med ÖNH-kliniken.

Vid rinnande öra utan allmänpåverkan: lokalbehandling med örondroppar Terracortril med polymyxin B, 3 droppar x 3 under 7 dagar. Tag odling och vid behov byte till annan lokalbehandling efter odlings svar.

Vid samtidig feber och/eller allmänpåverkan: lokalbehandling enligt ovan samt peroral antibiotika, i första hand PcV 25 mg/kg x3 i 5 dagar, ev längre vid engagemang av mjukdelar. Ta kontakt med ÖNH-specialist. Ta odling, byte av preparat i första hand utifrån odlings svar.

## Rinosinuit hos barn

### Bakgrund:

Barn har årligen 6–8 ÖLI. Detta är ett viktigt led i uppbyggnaden av immunförsvaret.

Barn kan ha missfärgad snuva, även under lång tid, utan att behandlingskrävande rinosinuit behöver misstänkas.

Barn med okomplicerad rinosinuit har inte nytta av antibiotikabehandling. Misstänk främmande kropp vid ensidig, varig snuva.

### Akuta, svåra besvär

Akut debut med svår värk, lokal svullnad, hög feber, allmänpåverkan inklusive slöhet, föranleder misstanke om etmoidit eller frontalsinuit. Dessa patienter ska omhändertas akut för ställningstagande till behandling och remiss till barn/ÖNH-specialist.

## Rinosinuit hos vuxna

### Bakgrund

Varje förkylning ger rinosinuit och kan därmed ge värk från bihålorna, slem och snuva.

De flesta bakteriella rinosinuit läker spontant. Besvären är ofta långvariga, 2–3 veckor, oavsett antibiotikabehandling eller ej. Allvarliga komplikationer är ytterst sällsynta.

## Etiologi

Pneumokocker, H influenzae. Dental infektion: anaeroba bakterier.

## Diagnostik

Utifrån symtombild

- ÖLI  $\leq$  10 dagar med färgad snuva, lätt till måttlig värk i maxillarområdet: egenvård och exspektans.
- ÖLI  $>$  10 dagar med färgad snuva, svår värk i maxillarområdet, ibland med försämring efter 5–7 dagars förkylning: läkarbesök för bedömning.

Symtom/tecken där antibiotika kan vara aktuellt:

Varig snuva-ensidiga symtom-svår smärta-dubbelinsjuknande

Tre av fyra symtom/tecken: bakteriell rinosinuit sannolik

$<$  3 symtom/tecken: röntgen eller exspektans

Röntgen med fynd av vätska/ helt förtätad sinus = sannolik bakteriell rinosinuit (slemhinnesvullnad räcker ej för diagnos). Överväg remiss till ÖNH för spolning.

Vargata i epifarynx/mellersta näsgången är ett ovanligt men säkert tecken på bakteriell rinosinuit.

Remissfall till ÖNH-klinik: Patienter med svår värk, lokal svullnad eller hög feber.

Långdragna besvär: Allergi, tandfokus, polyper, tumörer. Remiss till ÖNH-klinik vid behov.

## Behandling

Nasala steroider

PcV 1,6 g x 3 i 7–10 dagar.

Överkänslighet: Doxycyklin

Terapisvikt: ompröva diagnos, överväg punktion. Antibiotikabyte tidigast efter 5 dagar:

Amoxicillin 500 mg 1x3 i 10 dagar

Recidiv inom fyra veckor: Amoxicillin 500 mg x3 i 7-10 dagar

Länk: Patientråd Ont i bihålor finns i nätupplagan av rekommendationerna.

## Tonsillit:

### Bakgrund

Faryngotonsillit orsakas i knappt 50% av fallen av beta-hemolytiska streptokocker grupp A. Flertalet av dessa patienter blir symtomfria på en vecka oavsett om antibiotika givits eller ej.

Majoriteten av peritonsilliter föregås inte av tonsillit orsakad av streptokocker.

Komplikationerna reumatisk feber och glomerulonefrit är sällsynta.

Hos små barn  $<$  3 år är virusetiologi vanligast. Bärarskap av streptokocker är mycket vanliga denna åldersgrupp. Bärarskap ger utslag på Strep A test.

### Etiologi

Epstein-Barr-virus (EBV, mononucleos), adenovirus, coxsackievirus, streptokocker grupp A(GAS), streptokocker grupp C eller G (endast 5 % av totala antalet streptokocker).



## Diagnostik

Handläggning av barn > 3 år och vuxna:

Samtidig förekomst av hosta, snuva, nästäppa, svalg och munblåsor talar starkt för virusetiologi.

CRP och LPK saknar diagnostiskt värde vid faryngotonsillit

Diagnostiska kriterier för tonsillit - Centorkriterier:

- Feber  $\geq 38,5$
- Ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna
- Beläggning på tonsillerna\*
- Frånvaro av hosta

\* för barn 3-6 år ersätts beläggningar på tonsillerna av rodnade eller svullna tonsiller

0–2 Centorkriterier och opåverkad patient med lätta/måttliga besvär = trolig virusinfektion. Avstå från provtagning och antibiotika.

3–4 Centorkriterier = möjlig infektion med streptokocker grupp A. Ta snabbtest. Vid positivt test, erbjud antibiotikabehandling. Sjukdomstiden kan då förkortas med 1–2,5 dygn.

4 Centorkriterier + ett tilläggsriterium = sannolik infektion med streptokocker grupp A. Inget behov av snabbtest. Erbjud antibiotikabehandling.

Tilläggsriterier: Streptokocker grupp A i närmiljö, paronyki, impetigo, smultrontunga och skarlatiniformt utslag.

Handläggning barn < 3 år:

Inflammation i hals eller tonsiller beror oftast på virusinfektion, grupp A streptokocker står endast för enstaka procent. Samtidig hosta, snuva, nästäppa, svalg-och munblåsor talar starkt för virusetiologi.

Vid verifierad streptokockinfektion i familjen finns det skäl att ta streptokocktest även hos dessa barn vid feber och luftvägssymtom.

Hos små barn med feber och halsont kan impetigo och skarlatiniformt utslag motivera snabbtest.

## Behandling

Vuxna: PcV 1 g x 3 i 10 dagar

Barn: PcV 12,5 mg/kg x 3 i 10 dagar

Överkänslighet: Cefadroxil (om ej typ 1 allergi föreligger) eller klindamycin i 10 dagar.

Vid terapivikt: ifrågasätt orsak till infektionen

Recidivinfektion (inom 4 veckor): Cefadroxil (om ej typ 1 allergi föreligger) eller klindamycin i 10 dagar.

Länk: Patientråd Ont i halsen finns i nätupplagan av rekommendationerna.

## Akut bronkit och pneumoni hos vuxna

### Bakgrund

Akut bronkit är en vanlig infektion som förorsakar sjukvårdskontakt hos upp till 10 % av befolkningen varje år. 10-15% av dessa har pneumoni. Pneumoni skiljer sig från akut bronkit med en betydande morbiditet och mortalitet.

Vanligaste och farligaste agens för pneumoni är pneumokocker. Även Hemophilus influenzae ger pneumoni i alla åldrar. Mykoplasma orsakar framförallt pneumoni hos yngre vuxna/ i öppenvården och incidensen varierar kraftigt mellan åren.

Virusinfektioner inkl. influensa är vanligaste orsak till akut bronkit, men kan även orsakas av bakterier eller mykoplasma.

Tuberkulos är en viktig differentialdiagnos vid långvarig hosta, framför allt om patienten tillhör riskgrupp. Legionella är en allvarlig infektion som bör övervägas efter utlandsvistelse.

Ge alltid rökare råd om rökstopp i samband med luftvägsinfektion.

## Diagnostik

Den kliniska bilden är avgörande. Vid akut bronkit har man en opåverkad patient med hosta utan känd lungsjukdom. Färgade upphostningar samt biljud vid auskultation är vanligt. Hostan är ofta besvärlig och pågår i genomsnitt 3 veckor. CRP behövs inte för diagnos.

Vid pneumoni är patienten påverkad med takypné (>20 andetag/min) eller takykardi (>120/min). Vanliga symtom är feber, hosta, dyspné, nyttillkommen uttalad trötthet och andningskorrelerad bröstsmärta. Auskultationsfynd är vanliga, fokalt nedsatt andningsljud/dämpning. CRP är inte nödvändigt vid kliniskt klar pneumoni och lungröntgen behövs vanligen inte i öppenvården.

Luftvägsprov vid pneumoni är aktuellt framför allt vid misstanke resistent bakterier, t ex vid utlandsresa eller vid terapivikt. I första hand tas sputumprov för odling. Ett sämre alternativ är NP-odling, som kan tas om sputum ej kan lämnas. Vid misstanke på mykoplasmapneumoni kan diagnosen verifieras med PCR för mykoplasma pneumoniae, prov tas från bakre svalgvägg. Serologi har ingen plats i diagnostiken.

Vid oklar nedre luftvägsinfektion, mindre tydlig bild som t ex hosta, feber, subjektiva andningsbesvär och viss allmänpåverkan, kan CRP ge viss vägledning: CRP >100 + klinik talar för pneumoni, CRP <20 efter >24 timmars symtom utesluter med hög sannolikhet pneumoni, symtom >1 vecka + CRP >50 talar för pneumoni.

Vid hosta >4-6 veckor hos rökare, överväg spirometri och lungröntgen.

## Behandling

Vid akut bronkit har antibiotika ingen effekt oavsett genes (bakterier, virus eller mykoplasma).

Vid pneumoni görs allvarlighetsbedömning för rätt vårdnivå, v.g. se länk: Pneumoni-score CRB-65 finns i nätupplagan av rekommendationerna.

Behandla i första hand med PcV 1 g x 3 i 7 dagar. Initial täckning mot mykoplasma behövs inte då självläkningen är hög. Vid terapivikt eller Pc-allergi ges Doxycyklin i 7 dagar (200 mg x 1 dag 1-3, därefter 100 mg x 1).

Vid osäkerhet kring ev. pneumoni rekommenderas i första hand aktiv expektans. Överväg lungröntgen alternativt recept i reserv.

## Uppföljning

Vid akut bronkit behövs ingen uppföljning.

Vid pneumoni rekommenderas klinisk kontroll (telefon eller besök) efter 6-8 veckor. Lungröntgenkontroll är indicerat hos rökare >40 år, vid utebliven förbättring/komplicerat förlopp, misstanke om tumör eller tuberkulos.

**Länkar, finns i nätupplagan av rekommendationerna.:**

Behandlingsrekommendationer för nedre luftvägsinfektioner i öppenvård:  
[www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)  
[www.strama.se](http://www.strama.se)

Patientråd Luftrörskatarr

# Akut bronkit och pneumoni hos barn

## Akut bronkit:

Ett opåverkat barn utan takypné, men med besvärlig hosta och ibland feber.

## Diagnostik:

CRP ej nödvändigt för diagnos.

## Behandling:

Antibiotika har ingen effekt oavsett genes (bakterier, virus eller mykoplasma)

Råd att komma tillbaka vid påverkat allmäntillstånd, ökande andningsbesvär eller svårigheter att få i sig vätska. Ge luftrörsvidgande vid obstruktivitet.

## Pneumoni:

Allmänpåverkat barn med feber, takypné, ibland hosta, men detta kan saknas.

## Diagnostik:

Takypné viktigt symptom på pneumoni. Barn <1 år: >50 andetag/min, barn > 1år:>40 andetag/min. Subjektiva andningsbesvär hos äldre barn.

Behandling:

Gör allvarlighetsbedömning för beslut om vårdnivå.

## Behandling:

Barn < 5 år: Pc V, oral suspension 20 mg/kg x 3 i 7 dagar eller amoxicillin 15 mg/kg x3 i 5 dagar.

Barn > 5 år: PcV tablett 12,5 mg/kg x3 i 7 dagar

Vid Pc allergi: Barn<35 kg: Oral suspension. 10 mg/kg x4 i 7 dagar.

Barn > 35 kg Erytromycin oral suspension. Enterokapslar 240 mg x4 i 7 dagar.

## Uppföljning:

Telefonkontakt inom tre dagar. Vid utebliven förbättring gör en nybedömning och ev. lungröntgen. Vid misstanke om mykoplasma, överväg byte till erytromycin eller doxycylin (barn > 8 år)

## Oklar nedre luftvägsinfektion:

Barn med viss allmänpåverkan och feber, som är trötta, men inte slöa och som har lätt förhöjd andningsfrekvens men ingen taken.

Diagnostik:

CRP>80+ klinik som talar för pneumoni, överväg antibiotika

CRP< 10 efter 24 h utesluter med hög säkerhet pneumoni, avstå från antibiotika.

## Behandling:

I första hand aktiv exspektans. Vid antibiotika, preparat som vid pneumoni.

# Akut exacerbation av kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

## Definition

Episodiskt förekommande försämring av grundsjukdomen som karakteriseras av ett eller flera av symtomen ökad dyspné, ökad sputumvolym och ökad sputumpurulens.

## Etiologi

Cirka två tredjedelar av exacerbationer av kroniskt obstruktiv lungsjukdom har infektiös orsak. Virus och bakterier är ungefär lika vanliga agens och dubbelinfektion är dessutom ofta förekommande. Vanligaste bakteriella agens är *H. influenzae*, *S. pneumoniae* (Pneumokocker) och *Moraxella catarrhalis*. Även gramnegativa bakterier förekommer. Rhinovirus är vanliga virusagens.

## Diagnostik

Diagnosen akut exacerbation är rent klinisk och förutsätter kunskap om att kronisk bronkit/KOL föreligger. En akut exacerbation kännetecknas av ett eller flera av följande symtom: nytillkomna missfärgade upphostningar, ökad mängd upphostningar och ökad dyspné. Missfärgade upphostningar är korrelerat till fynd av bakterier och höga bakterietal. Sputumodling krävs inte för diagnos men rekommenderas vid täta exacerbationer bla för att hitta gramnegativ kolonisation och vid svår exacerbation.

Vid akut försämring av kronisk bronkit/KOL bör en klinisk värdering av svårighetsgraden utföras (Tabell I). Patienter med svåra exacerbationer är i allmänhet sjukhusfall.

Tabell I. Vägledning för klinisk värdering av svårighetsgraden vid akut försämring av KOL.

	Lindrig–medelsvår exacerbation	Svår exacerbation	Livshotande exacerbation
Allmänpåverkan	Obetydlig–lindrig	Påverkad, cyanos, ödem	Konfusion–koma
Dyspné	Obetydlig–besvärande ansträngningsdyspné	Vilodyspné	Uttalad vilodyspné
Andningsfrekvens	< 25/min	> 25/min	
Hjärtfrekvens	< 110/min	> 110/min	
Saturation (luftandning)	≥ 90 %	< 90 %	< 90 %
Blodgas	Behöver vanligen ej mätas	pO <sub>2</sub> < 8,0 kPa pCO <sub>2</sub> ≥ 6,5 kPa	pO <sub>2</sub> < 6,5 kPa pCO <sub>2</sub> ≥ 9,0 kPa pH < 7,3

## Behandling

De patienter som har nytta av antibiotikabehandling är de med missfärgade upphostningar tillsammans med ökad mängd upphostningar och/eller ökad dyspné (Rekommendationsgrad B). Vid exacerbationer av medelsvår KOL bör i första hand amoxicillin 500 mg × 3, doxycyklin (200 mg dag 1–3, därefter 100 mg × 1), eller trimetoprim-sulfä 160/800 mg × 2 användas (Rekommendationsgrad B). Behandlingen ges i fem till sju dagar. Om missfärgade upphostningar saknas är antibiotikabehandling som regel inte indicerad (Rekommendationsgrad B).

Vaccination: säsongsinfluensa årligen och pneumokocker enligt rutin.

# Handläggning vid misstänkt penicillinallergi

## Bakgrund

Penicillinutlösta reaktioner från hud och gastrointestinalkanal förekommer hos ca 5-10 % av behandlade patienter, dessa är dock mycket sällan IgE-medierade. Penicillin-V är ett viktigt förstahandsmedel vid behandling av bakteriella luftvägsinfektioner. Det är angeläget att identifiera de fåtal patienter som kan förväntas att få snabballergisk, IgE-medierad reaktion i samband med penicillinbehandling, liksom att bedöma vilka reaktioner som är ofarliga och inte ”stämpla” patienter som penicillinallergiker i onödan.

## Utredning

Nedanstående rekommendationer är avsedda för utredning och handläggning av patienter som reagerat i samband med per os penicillinbehandling i öppen vård.

1. Utslag utan klåda/gastrointestinala symtom:
  - Fortsatt behandling. Ny kur kan ges utan utredning.
2. Utslag med klåda och/eller lindrig till måttlig urticaria:
  - Avbryt penicillinbehandlingen. Ta ställning till indikation för fortsatt behandling med annan typ av antibiotika.
  - Om symtomen kom inom de första behandlingsdygnen: remittera till specialistmottagning för utredning med pricktest och provokation per os. (Barn: barnmottagningarna vid NLN, KSK och MSE. Vuxna: allergimott, MSE samt medicinmott NLN och KSK.)
  - Om symtomen kom senare: utredning med per os provokation. Den första dosen penicillin ges som provdos på mottagningen. Pat observeras under en timme med anafylaxiberskap.
3. Uttalad urticaria med eller utan led- och ansikssvullnad:
  - Avbryt behandlingen. Remittera för utredning enligt ovan.
4. Anafylaktisk reaktion eller mukokutant syndrom (utbredda hudsymtom, blåsor och sår på slemhinnor):
  - Avbryt behandlingen. Akut remiss till sjukhus. Anmäl till biverkningsregistret. Muntlig och skriftlig information till patienten/föräldrar. Journalen märkes med VARNING PENICILLIN.
5. Indikation för utredning med per os provokation kan även föreligga vid:
  - Oro hos föräldrar efter misstänkt reaktion på penicillin.
  - Återkommande episoder med utslag och lindrig klåda vid upprepad behandling med penicillin.

## Provokation med provdos

Kan ges på mottagningen i infektionsfritt intervall eller som första dos i samband med nästa behandlingskrävande infektion. Till barn ges som engångsdos penicillin V 25 mg/kg i tablettform eller mixtur. Observation med anafylaxiberskap 1 timme på mottagningen. Om testdosen inte ger upphov till reaktion, kan vanligt penicillin ges i framtiden. Negativ provokation utesluter dock inte sena reaktioner.





UTGIVEN AV LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I LANDSTINGET SÖRMLAND

