

Nedre luftvägsinfektioner hos barn

Gäller för: Region Kronoberg

Innehållsförteckning

1	Inledning	2
1.1	Definition	2
1.1.1	Pneumoni (lunginflammation)	2
1.1.2	Akut bronkit (luftrörskatarr)	2
1.2	Etiologi.....	2
1.2.1	Akut bronkit	2
1.2.2	Pneumoni	2
2	Symtom.....	2
3	Utredning	3
3.1	Lab.....	3
3.1.1	Mikrobiologisk diagnostik	3
3.1.2	CRP	3
4	Behandling	3
4.1	Akut bronkit.....	3
4.2	Pneumoni.....	4
5	Remiss.....	4
6	Relaterade dokument.....	4
6.1	Interna länkar	4
6.2	Externa länkar.....	4

1 Inledning

1.1 Definition

1.1.1 Pneumoni (lunginflammation)

Symtom/statusfynd förenliga med akut nedre luftvägsinfektion i kombination med lungröntgenförändringar talande för denna sjukdom.

Symtom talande för pneumoni är feber, hosta, dyspné, nyttillkommen uttalad trötthet och andningskorrelerad bröstsmärta. Statusfynd talande för diagnosen är fokalt nedsatta andningsljud, fokala biljud (rassel/ronki) och dämpning vid perkussion.

1.1.2 Akut bronkit (luftrörskatarr)

Nyttillkommen hosta med eller utan slembildning som led i en luftvägsinfektion och där hostan inte är orsakad av annan bakomliggande lungsjukdom. Örent andningsljud bilateralt är vanligt förekommande hos dessa patienter. Lätt obstruktivitet är inte ovanligt. Lungröntgen är definitionsmässigt normal.

1.2 Etiologi

1.2.1 Akut bronkit

Genesen varierar med årstiden men rhinovirus, RS-virus och influensavirus dominerar.

1.2.2 Pneumoni

Hos barn under två år dominerar totalt sett RS-virus.

Bland bakterierna dominerar *S. pneumoniae* följt av *H. influenzae*.

M. pneumoniae är vanligare hos äldre barn.

2 Symtom

När ska vi misstänka pneumoni hos barn 6 månader till 6 år?

(Tabellen är från Läkemedelsverket)

	Ingen misstanke	Möjlig pneumoni	Svår pneumoni
Huvudkriterier			
Allmäntillstånd (AT)	Övre luftvägssymtom och opåverkat AT	Trött, men ger god kontakt	Påverkat AT
Andningsfrekvens (normalt: < 1år: < 50/minut; =/> 1 år: < 40/minut)	Normal	Ofta nära övre normalgränsen	Förhöjd (takypné)
Indragningar	Inga	Inga eller måttliga	Kraftiga
Dricker och kissar	Bra	Ganska bra	Dåligt
Oxygenmättnad ('saturation')	> 95 %	> 92 %	< 92 %
Tilläggs-kriterier			
Kroppstemperatur	< 38 °C	Oftast < 39,5 °C	Oftast > 39 °C
Hjärtfrekvens (normalt: < 1 år: < 160/minut; > 1 år: < 136/minut)	Normal	Oftast normal	Förhöjd (takykardi)

För diagnosen svår pneumoni är ett av huvudkriterierna tillräckligt. Alla barn med svår pneumoni remitteras till barnklinik

När ska vi misstänka pneumoni hos barn > 6 år?

	Ingen misstanke	Möjlig pneumoni	Svår pneumoni
Huvudkriterier			
Allmäntillstånd (AT)	Övre luftvägssymtom och opåverkat AT	Trött, men ger god kontakt	Påverkat AT
Andning	Normal	Mild andfäddhet kan förekomma	Subjektiva andningsbesvär; andningsfrekvens > 30/minut
Indragningar	Inga	Inga eller måttliga	Kraftiga
Dricker och kissar	Bra	Ganska bra	Dåligt
Oxygenmättnad ('saturation')	> 95 %	> 92 %	< 92 %
Tilläggs-kriterier			
Kroppstemperatur	< 38 °C	Oftast < 39,5 °C	Oftast > 39 °C
Hjärtfrekvens (normalt: 6-12 år: < 136/minut; > 12 år: < 111/minut)	Normal	Oftast normal	Förhöjd (takykardi)

För diagnosen svår pneumoni är ett huvudkriterium tillräckligt. Alla barn med tecken till svår pneumoni remitteras till barnklinik.

3 Utredning

3.1 Lab

3.1.1 Mikrobiologisk diagnostik

Mikrobiologisk diagnostik är ofta av begränsat värde för den akuta handläggningen vid nedre luftvägsinfektioner i öppenvård. Bakteriecultur från sputum eller nasopharynx bör övervägas hos patienter med säker eller sannolik pneumoni. Nasopharynxaspirat för antigen-test för RS-virus bör övervägas hos de minsta barnen.

3.1.2 CRP

Endast i mellangruppen möjlig pneumoni bör CRP kontrolleras.

Om CRP ingår i bedömningen måste värdet bedömas i relation till sjukdomsdurationen. Vid virusinfektioner är CRP högst dag 3-4 varefter de vid okomplicerat förlopp sjunker till <10 efter 7-10 dagar. CRP kan vara av värde efter 24 timmars sjukdomsduration. Sambandet mellan CRP och svårighetsgrad av bakteriell infektion är svagt. CRP kan inte differentiera mellan bakterier och virus.

Om CRP >80: övertag antibiotika
Om CRP <10: Avstå från behandling med antibiotika
Om CRP 10-80: Ge råd om skärpt observation och att söka åter vid försämring. Övertag telefonkontakt/återbesök och ev nytt CRP efter ett till två dygn.

4 Behandling

4.1 Akut bronkit

Antibiotika har ingen effekt på akut bronkit oavsett om bronkiten orsakas av virus, mycoplasma eller bakterier.

4.2 Pneumoni

Läkemedel	Dosering	Behandlingstid
Förstahandsalternativ till små barn som kräver mixtur		
Mixt. Kåvepenin®	20 mg/kg x 3	7 d
Mixt. Amoxicillin®	15 mg/kg x 3	5 d
Förstahandsalternativ till äldre barn som kan ta tabletter		
T. Kåvepenin ®	12,5 mg/kg x 3	7 d
Typ 1 allergi eller terapivikt och misstanke om mycoplasma eller klamydia		
Erymax®	<35 kg: 10 mg/kg x 4 >35 kg: 0,5 g x 4	7 d

För exakt doseringsangivelse se mallar i Cambio Cosmic

5 Remiss

Remittera om:

- Allmänpåverkad patient. Patient med påtagliga andningsbesvär.
- Luftvägsinfektion med feber >38° hos barn <1 månad.

6 Relaterade dokument

6.1 Interna länkar

[Rekommenderade läkemedel Kronoberg](#)

6.2 Externa länkar

[Patientinformation bronkit](#)

[LMV nedre luftvägsinfektioner i öppen vård 2008](#)

[Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård](#)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.