

Nedre luftvägsinfektion hos vuxna

Vårdnivå och remiss

Primärvård

Normalfall handläggs av allmänläkare.

Specialiserad vård

- Pneumoni eller exacerbation av KOL med påtaglig allmänpåverkan.
- Vid syrgasmättnad <92 % hos en tidigare lungfrisk patient sker akut remittering till sjukhus. Vid pneumoni bör allvarlighetsbedömning göras enligt CRB-65, (se Faktadokument Pneumoni, Allvarlighetsbedömning med CRB-65) och enligt Tecken på allvarlig infektion hos vuxna, (se Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård under relaterat).

Diagnostik och utredning

Hosta är naturligt förekommande under och efter de flesta förkylningar. Differentialdiagnostiken mellan akut bronkit och pneumoni baseras på anamnes och klinik. CRP-mätning ensamt ger inte grund för bedömning utan måste värderas med den kliniska bilden och hur länge symtom funnits.

Rökvanor är viktigt och självklart att ta upp med patienter som har nedre luftvägsinfektioner.

Mikrobiologisk diagnostik

Mikrobiologisk diagnostik är ofta av begränsat värde för den akuta handläggningen. Ta dock odling från nasofarynx alternativt sputum hos utvalda patienter (cirka 1 av 10) med misstänkt pneumoni i syfte att få resistensdata. Vid behandlingssvikt bör odling utföras och prov för mykoplasma övervägas.

Sannolikt akut bronkit

En opåverkad patient med hosta, utan känd KOL, kronisk bronkit eller astma, och utan fokala kliniska auskultationsfynd har sannolikt akut bronkit. Örent andningsljud bilateralt är vanligt. Missfärgade upphostningar saknar i dessa fall värde som indikator för behandlingskrävande bakteriell infektion. Mätning av CRP behövs inte för diagnos. Hostan varar normalt cirka tre veckor.

Sannolikt pneumoni

En påverkad patient med takypné (> 20/min) eller takykardi (> 120/min) och feber, hosta, dyspné, nyttillkommen uttalad trötthet samt nedsatta andningsljud, fokala biljud (rassel/ronki) eller dämpning vid perkussion har sannolikt pneumoni.

Vid pneumoni bör allvarlighetsbedömning göras enligt CRB-65, (se Faktadokument Pneumoni, Allvarlighetsbedömning med CRB-65.)

Oklar nedre luftvägsinfektion

Vid mindre tydlig klinisk bild kan CRP ge viss vägledning: CRP > 100 mg/L stärker misstanken om pneumoni. Även vid feber, hosta och dyspné > 1 vecka och samtidigt CRP > 50 mg/L är pneumoni vanligt. Vid CRP värden < 20 mg/L efter > 1 dygns sjukdom är behandlingskrävande pneumoni osannolik. CRP-värden mellan 20-50 mg/L ger inte tydlig diagnostisk vägledning.

Akuta exacerbationer av kronisk bronkit/KOL

En akut exacerbation kännetecknas av nytillkommet ökad mängd upphostningar och/eller ökad dyspné. Förekomst av gulgrönt missfärgade upphostningar – purulent sputum – är korrelerat till bakterieförekomst, höga bakterietal, ökad inflammation i nedre luftvägar och påvisad nytta av antibiotika. Sputumodling krävs inte för diagnos. Vid akut försämring av kronisk bronkit/KOL bör en klinisk värdering av svårighetsgraden utföras.

Se Faktadokument Nedre luftvägsinfektion - Värdering av svårighetsgraden vid akut försämring av KOL.

Prevention

Den enskilt viktigaste åtgärden för att begränsa morbiditet och mortalitet i influensa utgörs av årlig vaccination med aktuellt vaccin av de medicinska riskgrupperna.

Vissa riskgrupper ska också erbjudas vaccin mot pneumokocker i form av Pneumovacc och eller Prevenar.

Se Smittskydd och vårdhygiens dokument om Pneumokockvaccination.

I Faktadokument Tobaksbruk (Fakta levnadsvanor) finns det råd att använda vid möte med patient.

Behandling

Tidig mobilisering till sittande och andningsgymnastik har dokumenterat positiva effekter på förloppet vid pneumoni och torde minska risken att en akut bronkit övergår i pneumoni.

Akut bronkit

Patienter med akut bronkit har ingen nytta av antibiotikabehandling. Detta gäller oavsett om bronkiten orsakats av virus, mykoplasma eller klassiska bakterier!

Noggrann information om normalförloppet och för rökare råd om rökstopp.

I Faktadokument Tobaksbruk (Fakta levnadsvanor) finns det råd att använda vid möte med patient.

Pneumoni

Förstahandsval: fenoxymetylpencillin 1 g x 3 i 7 dagar.

Terapisvikt, mykoplasmapneumoni (med fall i omgivningen) eller typ 1-allergi mot penicillin:

doxycyklin 200 mg dag 1–3, därefter 100 mg x 1 i sammanlagt 7 dagar.

Oklar nedre luftvägsinfektion

Om patienten inte är allmänpåverkad rekommenderas exspektans med förnyad kontakt eller fördröjd antibiotikaföreskrivning.

Akut exacerbation av kronisk bronkit/KOL

Patienter med missfärgade upphostningar tillsammans med ökad mängd upphostningar och/eller ökad dyspné har nytta av antibiotikabehandling.

Amoxicillin 750 mg x 3, doxycyklin (200 mg dag 1–3, därefter 100 mg x 1). Behandlingstid 5 dagar. Om missfärgade upphostningar saknas är antibiotikabehandling som regel inte indicerad.

Symtomatisk behandling av hosta vid nedre luftvägsinfektioner

För ”slemlösande medel” saknas evidens för den slemlösande effekten. För hostdämpande läkemedel finns nästan inga godtagbara studier men kan prövas vid besvärande rethosta.

Sjukskrivning

Akut bronkit nedsätter normalt inte arbetsförmågan. Om patienten har långvarig svår hosta kan det möjligen påverka allmäntillståndet genom att patienten blir trött.

Se Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Akut bronkit under relaterat.

En patient med vanlig pneumoni insjuknar relativt akut efter en förkylning och är då kraftigt allmänpåverkad och arbetsoförmögen upp till 2 veckor i alla former av arbeten.

I svårare fall, eller då patienten har andra komplicerande grundsjukdomar som till exempel astma eller KOL, kan förloppet och behovet av sjukskrivning vara mer långvarigt och uppgå till 1 månad. Det är viktigt att den komplicerande sjukdomen noggrant beskrivs vid sjukskrivning.

Se Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Pneumoni under relaterat.

Uppföljning**Akut bronkit**

Vid akut bronkit krävs inte uppföljning, men vid recidiverande akut bronkit eller hosta >4 veckor bör spirometri övervägas i efterförloppet.

Pneumoni och oklar nedre luftvägsinfektion

Vid pneumoni och oklar nedre luftvägsinfektion ska patienten, om inte förbättring skett, ta förnyad kontakt inom 2-3 dagar. Vid utebliven förbättring efter tre dagars penicillinbehandling, överväg lungröntgen. Om diagnos kvarstår kan byte göras till doxycyklin (se under behandling). Om försämring skett bör infektionsklinik kontaktas.

Vid pneumoni rekommenderas uppföljning efter cirka sex veckor i form av ett läkarbesök eller en telefonkontakt. Om luftvägssymtom kvarstår bör, framför allt för rökare över 40–50 år, lungröntgen utföras och spirometri övervägas. Rökare bör ges råd om rökstopp.

I Faktadokument Tobaksbruk (Fakta levnadsvanor) finns det råd att använda vid möte med patient.

Akut exacerbation av kronisk bronkit/KOL

Vid akut exacerbation av kronisk bronkit/KOL är rutinmässig uppföljning inte nödvändig. Vid oförändrat purulenta upphostningar efter 4-5 dagar med antibiotika bör eventuellt byte till annat antibiotikum föregås av sputumodling.

Kvalitetsindikatorer

Antibiotika	
Andel med antibiotikabehandling vid CRP<20	<20%
Akut bronkit	
Andel med antibiotikabehandling	<20%
Pneumoni	
Andel PcV	>70%

Omvårdnad

- Paracetamol vid temp >38,5 grader.
- Extra dryck.
- Ta det lugnt men undvika sängläge.

Rehabilitering

- Regelbunden andningsträning med djupandning/motståndsandning.
- Lägesförändringar.
- Host- och huff-teknik.

Se Pneumoni hos vuxna - Fysioterapeutiska/sjukgymnastiska riktlinjer under relaterat.

Patientinformation

Se Lunginflammation, 1177 under relaterat.