

Minnesanteckningar från allergironden på Curera Hornstull 5 mars 2013

Deltagande var 15 läkare och 5 sjuksköterskor.

Tack Curera för att vi kunde ha en allergirond hos Er!

Per Thunqvist barnallergolog och medförfattare till VISS dokumentet för astma hos barn och ungdomar var inbjuden att diskutera detta alltid aktuella ämne. Per gick igenom dokumentet och en bra diskussion fördes kring barnastma och behandling. Dokumentet finns att ladda ner på www.viss.nu och mycket av det som diskuterades finns att läsa i dokumentet.

Nedan följer därför endast en kort sammanfattning och det som betonades under ronden att nämnas.

Barn med akut astma

Ge barn med påverkad obstruktivitet syrgas. Det är en fördel om man även på vårdcentralen kan ha en transkutan saturations mätare så att syrgas kan ges om barnen har SaO₂ under 92 %. Ge då 5-10L på mask.

Vilken inhalator man väljer beror lite på vilken man är van vid och hur påverkad barnet är. Nebulisering görs via ailos eller maxin, dosering står i viss.nu upprepas efter ca 20 min. Man kan även inhalera barnet med spacer och då ge 2 puffar varannan minut upp till ca 10 puffar. Ibland handlar inhalationen om att lösa upp slemmet och att nebulisera NaCl kan vara ett komplement. Vid RS bronkioliter kan adrenalin och eller NaCl ges för att lösa upp det sega slemmet. Vätska peroralt är viktigt vid obstruktivitet då barnet annars blir lätt uttorkad.

Om Betapred skall ges diskuterades och beror på barnets tillstånd och hur länge besvären har pågått. Betapred är ingen akutmedicin, det tar ca 1-2 timmar innan effekt. Betapred påverkar binjurebarken i ca en månad efter intag.

Vårdnivåer vid akutastma

Barn 0-6 månader med obstruktivitet bör skötas av barnläkare, på en akutmottagning eller Barnmottagning.

Kan skötas av allmänläkare

Barn 6 månader till 6 år med förkylningsutlöst astma ofta utlöst av virusinfektioner. Barnet är friskt mellan förkylningarna och svarar på given behandling. Kan behandlas med inhalationssteroider eller leukotrienantagonist-Singulair under 10-14 dagar. Om barnet är behandlingskrävande eller har behov av behandling mer än 4-6 ggr/år remiss till barnläkare.

Skolbarn 7-17 år som har god effekt av inhalationssteroid ej mer än 400 ug/dygn eller som enbart har effekt av Singulair eller inhalationssteroid ej mer än 200ug/dygn i kombination med en långverkande Beta 2 agonist.

Mer om vårdnivåer på www.viss.nu

Vid remittering till Barnläkare eller barnallergolog skall remissen innehålla:

- Allergianamnes och hereditet
- Hur mycket besvär barnet har, hur ofta
- Hur behandlingen har fungerat
- Vilken behandling barnet har nu och vilken utredning som redan är utförd: tester, blodprover, spirometri etc.

Diagnostik

Spirometri: Alla barn med misstänkt astma och vid uppföljande besök bör från skolåldern få möjlighet att blåsa en spirometri.

No-mätning förekommer inte så ofta på vårdcentraler, mäter grad av allergisk inflammation, således främst förhöjda värden vid allergisk astma. Kan ibland användas för att justera inhalationscortisondosen.

Remiss för torrluftsprovokation och ansträngningsprovokation kan göras, ett negativt resultat utesluter inte astma.

PEF är ett ganska okänsligt mått men kan om man gör en pef-kurva visa variabiliteten

/Marina Jonsson 2013-04-02