

Specifika tillstånd

Faktaägare: Granquist Åsa
Dokumentförvaltare: Larsson Oskar
Styrande dok (ej labmedicin), (ST) Riktlinje

Gäller för: Region Skånes Ambulanssjukvård

7.18 Addisonkris/Akut binjurebarksvikt

Orsak

Binjurebarksinsufficiens. *Primär* som vid Addisons sjukdom eller *sekundär* där långvarig systemisk kortisonbehandling är vanligast orsak, men även hypofyssvikt kan orsaka detta. Uppstår om man inte tagit sina mediciner eller om man utsätts för annan allvarlig sjukdom/stress.

Initial bedömning

ABCDE

Symtom

Allmän svaghet/trötthet. Hypotension. Takykardi. Buksmärta. Illamående. Kräkningar. Feber. Yrsel. Hyperpigmentering kan ses hos patienter utan känd primär binjurebarkssvikt.

Riktad undersökning

P-glukos, risk för hypoglykemi
Rytmövervakning, risk för arytmier

Behandling

Vuxna

- Inj. betametason 4 mg/ml, 2 ml (iv/io/im)
- Inf. Ringer-Acetat iv, 500 ml bolusdos. Upprepa vid behov beroende på cirkulatoriskt svar

Barn

- inj. betametason 4 mg/ml (iv/io/im) <6 år 1 ml, >6 år 2 ml
- Inf. Ringer-Acetat 20 ml/kg, bolusdos. Upprepas vid behov.

Att tänka på

Akut kortisolbrist är ett livshotande tillstånd som kräver snabb behandling

Dödsorsaken är vätskebrist och hypovolem chock

Kortisonbehandlade patienter med feber, infektion, kräkning, diarré ska ges behandling- även om de ökat sin per orala dos

Kontrollera om patienten har informationskort eller halsband (bild ska finnas med på endokrinologföreningens informationskort+addisonhalsband). Vissa patienter har Solu-cortef för injektion 100 mg (iv/io/im) i hemmet och detta kan då ges istället för betametason