



Antibiotikavejledning for primærsektoren

Indholdsfortegnelse

For at gå til ønskede emne – klik på indikationen/symptomet

Om vejledningen	2
Centralnervesystemet	4
Meningitis	4
Hjerte.....	4
Endocarditis-profylakse.....	4
Øjne	5
Purulent conjunktivitis	5
Luftveje og ører	5
Otitis media	5
Akut sinusitis	6
Akut faryngo-tonsillitis	6
Influenza	7
Akut opblussen af KOL.....	7
Pneumoni erhvervet uden for hospital	7
Mave-tarm	8
Akut gastroenteritis.....	8
Helicobacter pylori	8
Urinveje og kønsorganer	8
Akut ukompliceret cystitis	8
Cystitis hos gravide	9
Kompliceret cystitis	9
Pyelonefritis	10
Vaginose og Trichomonasvaginitis	10
Candidavaginitis	10
Urethritis/cervicitis.....	10
Epididymitis	11
Endometritis/Salpingitis	11
Hud og bløddel.....	12
Impetigo.....	12
Erysipelas	12
Furunkulose	13
Sår	13
Bidsår	14
Erythema migrans.....	15
Pityriasis versicolor	15
Akne	15
Hudsvamp	16
Erythrasma	16
Mastitis	16
Negle	17
Neglesvamp	17
Paronychion	17
Herpes infektioner.....	18
MRSA	18
Links til lokale klinisk mikrobiologiske afdelingers instrukser til almen praksis	19
Penicillinallergi.....	19
Doseringsprincipper.....	20
Doseringstabel til målrettet behandling ud fra resistenssvar (S og I)	20
Doseringsinterval for β -laktam antibiotika	21
Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer	21
Penicillin til børn	22
Doserung efter vægt	23

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Om vejledningen

Region Hovedstadens antibiotikavejledning for primærsektoren er målrettet behandling af patienter uden for hospitaler.

Ud over forslag til valg af antibiotika, som altid bør rettes ind efter individuelle forhold, indeholder vejledningen praktiske kommentarer og råd. Der er lagt vægt på, at vejledningen er kort og hurtig at slå op i.

Vejledningen omfatter en lang række infektionsmedicinske emner, men ikke alle emner er medtaget. Hvad angår prøvetagninger og utensilier henvises til [lokale vejledninger](#).

Vejledningen blev udarbejdet i 2010 og opdateres løbende af en redaktionsgruppe bestående af regionale repræsentanter fra

- Sundhedsfagligt Råd (SFR) for Klinisk Mikrobiologi,
- SFR for Infektionsmedicin,
- Kvalitetsorganisationen i almen praksis (KAP-H),
- 1813 og
- Klinisk Farmakologisk Afdeling.

SFR for Klinisk Mikrobiologi udgør den faglige forankring og har godkendt vejledningen. Medicinfunktionen i Klinisk Farmakologisk Afdeling står for sekretariatsbetjeningen. Vejledningen var under den primære udarbejdelse i høring hos en lang række sundhedsfaglige råd, som høres ved væsentlige ændringer.

Vejledningen er tilgængelig på sundhed.dk og som app - find den her: www.antibiotikaAPP.dk. Appen er udviklet i et samarbejde mellem Klinisk Farmakologisk Afdeling og ZiteLab ApS.

Til orientering udgav Sundhedsstyrelsen i november 2012 en [vejledning om ordination af antibiotika](#). Vejledningen præciserer en række regler, bl.a. at diagnosen, der udløser recepten/ordinationen, specifikt skal angives på recept og i journal.

Vejledningen er senest revurderet og publiceret

9. juli 2021

Senere ændringer:

29. oktober 2021: Dosering ved [erythema migrans](#) hos børn under 8 år.

10. maj 2022: For at samordne med [Børnebasislisten](#) anføres clarithromycin til børn uanset vægt/alder under indikationer, hvor makrolid anbefales, ciprofloxacin øredråber med steroid tilføjes ved [AOM](#) hos patienter med dræn og nitrofurantoin tilføjes ved [cystitis hos børn](#) med penicillinallergi. Endvidere ændres dosering af penicillin ved [GBS hos gravide](#) til x 4 daglig.

23. december 2022: For at tage højde for, at penicillin V tabletter kan anvendes i både styrken 800 mg og 1 mill. IE, fx ved store prisforskelle eller i perioder med restordre, ændres dosering af penicillin V under følgende indikationer fra "1 mill. IE x 4 dgl." til "1 mill. IE eller 800 mg x 4 dgl.": Otitis media, akut sinuitis, akut faryngo-tonsillitis, pneumoni, GBS Cystitis hos gravide, Impetigo, erysipelas, sår, bidsår og paronychion.

1. maj 2023: Under [Purulent conjunktivitis](#) er tobramycin slettet, da det er udgået, og tekst vedr. kontaktlinsebrugere er tilrettet.

3. januar 2024: Under [Uretritis/cervicitis](#) og [Endometritis/Salpingitis](#) er særligt afsnit om undersøgelse og kontrol opdateret.

Redaktionsgruppen

- Nikolaj Askjær (formand), praktiserende læge, medicinkonsulent og konsulent for mikrobiologi og patologi i KAP-H, medlem af SFR for Klinisk Mikrobiologi, medlem af Region Hovedstadens Lægemiddelkomité.
- Jens Otto Jarløv, ledende overlæge, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Herlev Hospital, medlem af SFR for Klinisk Mikrobiologi
- Bjarne Ørskov Lindhardt, ledende overlæge, Infektionsmedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital, medlem af SFR for Infektionsmedicin
- Anders Damm-Hejmdal, cheflæge, Akuttelefonen 1813, 1-1-2 AMK Vagtcentral, Region Hovedstadens Akutberedskab (i redaktionsgruppen fra marts 2023)

Antibiotikavejledning for primærsektoren

- Stig Bille Hansen, praksiskonsulent for intern medicin i KAP-H og medlem af SFR for Infektionsmedicin (i redaktionsgruppen fra juni 2021)
- Helle Neel Jakobsen, farmaceut, medicinkonsulent, Medicinfunktionen i Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital (sekretær)

Kontakt vedr. vejledningen

Kommentarer og ændringsforslag modtages med glæde og vil hjælpe til at forbedre vejledningen.

Send en mail til medicinfunktionen@regionh.dk.

[Tilbage til indholdsfortegnelse](#)

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
<h3>Centralnervesystemet</h3>	
<h4>Meningitis</h4> <p style="text-align: right;">Link til forløbsbeskrivelse om meningokoksygdom</p>	
<p>Præhospitalt i konsultationen eller i hjemmet:</p> <p>Ved klinisk mistanke om meningokoksepsis eller meningitis, især ved petecchier eller kendt eksposition, skal patienten altid indlægges akut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ring 112 og rekvirer kørsel A1 (lægeambulance). - Bliv ved patienten indtil akutlægen ankommer. - Lægen sikrer i ventetiden på akutlægen frie luftveje og behandler evt. kramper. En læge skal ledsage patienten i ambulancen. <p>Link til Sundhedsstyrelsens vejledning.</p> <p>Anafylaksiberedskab: Se forløbsbeskrivelsen for anafylaksi.</p> <p>Kramper: Ved kramper gives Stesolid rektalvæske 10 mg. Børn under 3 år (<15 kg) dog kun 5 mg og børn under 1 måned 2,5 mg (tryk halvdelen af tube med 5 mg ud inden dosis gives). Fortsætter kramperne, gentages behandlingen efter 10 minutter.</p>	<p>Giv antibiotika helst i.v. langsomt eller evt. dybt i.m. femoralt eller glutealt.</p> <p><u>Voksne og børn over 14 år:</u> 3 g (5 mill. IE) benzylpenicillin (penicillin G) opløst i 10 ml sterilt vand <u>Børn:</u> 0,06 g (0,1 mill. IE)/kg, max 3 g (5 mill. IE) benzylpenicillin (penicillin G) opløst i sterilt vand eller doser i forhold til alder:</p> <p>Under 1 år: 0,6 g (1 mill. IE) (2 ml) 1-9 år: 1,2 g (2 mill. IE) (4 ml) 10-14 år: 2,4 g (4 mill. IE) (8 ml)</p> <p><u>Ved penicillinallergi:</u> <u>Voksne og børn fra 40 kg:</u> Ceftriaxon 2 g <u>Børn:</u> Ceftriaxon 50 mg/kg, max. 2 g</p> <p>2 stk. hætteglas á 1 g opløses i:</p> <p>i.v.: 2 x 10 ml sterilt vand. Injektionen gives langsomt i.v. i løbet af 2-4 min.</p> <p>i.m.: 2 x 3,5 ml sterilt vand (må ikke gives i.v.) Der injiceres max. 1 g i hver side.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
<h3>Hjerte</h3>	
<h4>Endocarditis-profylakse</h4>	
<p>Antibiotikaprofylakse ved kirurgiske indgreb relateret til mund og tænder.</p> <p>Retningslinjer, herunder hvilke risikopatienter der skal have profylakse, kan ses på www.cardio.dk</p>	<p><u>Voksne:</u> Amoxicillin 2 g 1 time før indgreb <u>Børn:</u> Amoxicillin 50 mg/kg 1 time før indgreb</p> <p><u>Ved penicillinallergi:</u> <u>Voksne:</u> Roxithromycin 300 mg 1 time før indgreb <u>Børn:</u> Clarithromycin 7,5 mg/kg 1 time før indgreb (findes som mikstur) eller roxithromycin 150 mg (fra 40 kg) 1 time før indgreb</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
<h3>Øjne</h3>	
<h4>Purulent conjunktivitis</h4>	
<p>Klinisk diagnose. Hovedparten kræver ikke antibiotisk behandling.</p> <p>Podning for Chlamydia og gonokokker hos nyfødte (< 4 uger).</p>	<p>Kloramfenikol øjendr. 1 x 6 (alternativt øjensalve 1 x 4) eller fusidinsyre øjendr. 1 x 2</p> <p>Behandlingsvarighed er til behandlingseffekt, dog max 1 uge. Hvis der ikke er effekt efter 3 dage, kan præparatskift og D+R overvejes.</p> <p>Kontaktlinser skal ikke bruges ved øjeninfektion.</p> <p>Kontaktlinsebrugere har øget risiko for infektion med <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, og der bør informeres om lav tærskel for rekontakt ved forværring. Kun ved påvist Pseudomonasinfektion anvendes topikal ciprofloxacin.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
<h3>Luftveje og ører</h3>	
<h4>Otitis media</h4>	
<p>Klinisk diagnose. Børn bør kontrolleres efter 1-3 måneder med otoskopi og tympanometri for at udelukke udvikling af sekretorisk otitis media.</p> <p>Behandling af akut ukompliceret otitis media hos børn > 6 mdr. bør primært være smertestillende, da infektionen oftest svinder efter få dage uden brug af antibiotika.</p> <p>Børn < 6 mdr. bør altid behandles med antibiotika.</p> <p>Børn med øreflåd og påvirket almen tilstand bør som hovedregel behandles med antibiotika.</p> <p>Børn med dræn og vedvarende øreflåd > 3 dage (upåvirket almentilstand) bør behandles med antibiotika lokalt frem for systemisk - ciprofloxacin øredråber uden eller med steroid (dexamethason eller fluocinolon-acetonid). Husk instruktion i opsugning af pus/sekret inden drypning.</p>	<p><u>Voksne</u>: Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 5 dage</p> <p><u>Børn</u>: Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 5 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi</u>:</p> <p><u>Voksne</u>: Roxithromycin 150 mg x 2 i 5 dage</p> <p><u>Børn</u>: Clarithromycin 15 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 5 dage (findes som mikstur) eller roxithromycin 150 mg x 2 (fra 40 kg) i 5 dage</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
Akut sinuitis	
<p>Effekt af antibiotisk behandling med hensyn til at afkorte forløbet og reducere antallet af komplikationer er beskeden. Langt de fleste akutte tilfælde skyldes virus.</p> <p>Klinisk diagnose evt. i kombination med CRP. Tilstedeværelse af min. 3 af nedenstående symptomer støtter mistanke om bakteriel infektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Misfarvet næseflåd (med unilateral dominans) og purulent sekret i næsehulen - Stærk lokal smerte (med unilateral dominans) - Feber (>38,0 °C) - Forhøjet CRP - 2-puklet forløb, dvs. forværring efter et initialt mildt forløb. 	<p><u>Voksne</u>: Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 7 dage</p> <p><u>Børn</u>: Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 7 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi</u>: <u>Voksne</u>: Roxithromycin 150 mg x 2 i 7 dage</p> <p><u>Børn</u>: Clarithromycin 15 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 7 dage (findes som mikstur) eller roxithromycin 150 mg (fra 40 kg) x 2 i 7 dage</p> <p><u>Ved behandlingssvigt</u>: Henvises evt. til øre-næse-halslæge.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer</p>
Akut faryngo-tonsillitis	
<p>Klinisk vurdering inden Strep A-test. Benyt Centor-kriterierne hos patienter over 4 år:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feber $\geq 38,5^{\circ}$ • Hævede ømme lymfeknuder på halsen • Belægninger på tonsiller (obs mononukleose) • Ingen hoste <p>Ingen test og antibiotikabehandling ved højst 1 kriterie eller samtidig hoste, snue eller hæshed. Se modificerede centorkriterier i DSAM-vejledning. Algoritmen er vejledende og erstatter ikke klinisk vurdering.</p> <p>Ved gr. A streptokok positiv faryngo-tonsillitis kan med fordel anbefales at skifte tandbørste efter 2-3 døgns behandling for at forebygge recidiv. Ved recidiv overvejes podning fra evt. andre foci og podning af hele husstanden.</p> <p>Ved tonsillitis, hvor man mistænker bakteriologisk årsag, og hvor Strep A-test er negativ, skal man overveje infektion med gr. C, gr. G streptokokker eller Fusobacterium necrophorum. Test ved dyrkning. Konfereres evt. med klinisk mikrobiologisk afd., alternativt infektionsmedicinsk afd.</p> <p>Peritonsillær absces henvises til øre-næse-halslæge.</p>	<p>Faryngo-tonsillitis forårsaget af gr. A streptokokker skal behandles.</p> <p><u>Voksne</u>: Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 7 dage</p> <p><u>Børn</u>: Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 7 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi</u>: <u>Voksne</u>: Roxithromycin 150 mg x 2 i 7 dage</p> <p><u>Børn</u>: Clarithromycin 15 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 7 dage (findes som mikstur) eller roxithromycin 150 mg x 2 (fra 40 kg) i 7 dage</p> <p><u>Ved behandlingssvigt/recidiv</u>: <u>Voksne</u>: Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 10 dage</p> <p><u>Børn</u>: Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 10 dage</p> <p>Ved gentagne recidiver behandles efter podesvar, evt. clindamycin eller efter conference med klinisk mikrobiologisk afdeling.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
<p>Influenza Link til forløbsbeskrivelse om influenza</p>	
<p>I udvalgte tilfælde kan antiviral behandling være indiceret under influenzaudbrud.</p> <p>Følgende tilbydes behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immunkompetente børn og voksne tilhørende en risikogruppe og med influenzalignende symptomer med varighed <48 timer. Risikogrupper er som hovedregel de patientgrupper, som Sundhedsstyrelsen anbefaler influenzavaccination. - Immundefekte personer. <p>Se retningslinje fra Dansk Selskab for Infektionsmedicin.</p> <p>Følgende tilbydes ikke behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I øvrigt raske børn og voksne med milde/moderate influenza-lignende symptomer. - Personer, hvor influenzasymptomerne er aftagende – uanset varighed 	<p>Behandling skal startes senest 48 timer efter symptomdebut.</p> <p><u>Voksne og børn > 40 kg:</u> Oseltamivir 75 mg x 2 i 5 dage</p> <p><u>Børn > 1 år:</u> Oseltamivir ≤ 15 kg: 30 mg x 2 i 5 dage >15 kg – 23 kg: 45 mg x 2 i 5 dage >23 kg – 40 kg: 60 mg x 2 i 5 dage</p> <p>Dosisreduktion ved nedsat nyrefunktion.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
<p>Akut opblussen af KOL Link til forløbsbeskrivelse om KOL Link til RADS vejledning om nedre luftvejsinfektioner</p>	
<p>Klinisk diagnose.</p> <p>Ved lette tilfælde af akut opblussen uden påvirket almentilstand er antibiotisk behandling ikke indiceret. Antibiotisk behandling er indiceret, når alle tre nedenstående kliniske kriterier er opfyldt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • øget dyspnø • tiltagende ekspektoration • tiltagende purulens af sputum <p>Før start af antibiotika anbefales, at ekspektorat sendes til mikroskopi og D+R på Klinisk Mikrobiologisk afd. (utensilier kan rekvireres herfra). Ved manglende fund af patogene mikroorganismer kan antibiotika seponeres.</p>	<p><u>Voksne:</u> Amoxicillin 750 mg x 3 i 5 dage</p> <p>På grund af, at clavulansyre giver øget risiko for resistensudvikling og clostridieinfektioner anbefaler Region Hovedstadens hospitaler amoxicillin uden clavulansyre.</p> <p><u>Ved penicillinallergi:</u> Doxycyclin 100 mg x 2 i første døgn, og derefter 100 mg x 1 i 4 dage</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
<p>Pneumoni erhvervet uden for hospital Link til RADS vejledning om nedre luftvejsinfektioner</p>	
<p>Klinisk diagnose.</p> <p>Antibiotisk behandling startes, hvis sygehistorie og kliniske fund (almen påvirkning, feber, hoste, dyspnø, evt. ekspektoration og krepitation og dæmpning) giver mistanke om pneumoni af bakteriel genese.</p> <p>Diagnosen kan understøttes med CRP og ekspektorat til D+R. Ved CRP mindre end 50 mg/l hos i øvrigt raske med god almentilstand, kan man afvente mht. antibiotikabehandling.</p> <p>Ved klinisk mistanke overvejes PCR for Mycoplasma og Chlamydia.</p> <p>Ved tilstedeværelse af 2 eller flere af nedenstående forhold bør patienten indlægges (CRB-65 score):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confusion • Respirationsfrekvens >30/min • Blodtryk: diastolisk <60 eller systolisk <90 mm Hg • Alder ≥ 65 år. 	<p><u>Voksne (>40 kg eller >12 år):</u> Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 5 dage</p> <p><u>Børn:</u> Penicillin V 50 mg/kg fordelt på 4 doser i 5 dage</p> <p><u>Ved mistænkt eller verificeret Mycoplasma eller Chlamydia infektion og som alternativ ved penicillinallergi:</u> <u>Voksne:</u> Roxithromycin 150 mg x 2 eller 300 mg x 1 i 5 dage <u>Børn:</u> Clarithromycin 15 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 5 dage (findes som mikstur) eller roxithromycin 150 mg (fra 40 kg) x 2 i 5 dage</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
<h3>Mave-tarm</h3>	
<h4>Akut gastroenteritis</h4>	
<p>Klinisk diagnose.</p> <p>Dyrkning for patogene tarmbakterier er indiceret ved påvirket patient, epidemi, fødevareforgiftning eller rejse, og da så tidligt i forløbet som muligt. En prøve er ofte nok. Kan evt. gentages, hvis første prøve er negativ.</p> <p>Hos patienter, som er i eller for nylig har afsluttet antibiotisk behandling, skal <i>Clostridium difficile</i> mistænkes. På rekvisitionen skal anmodes om undersøgelse for <i>Clostridium difficile</i>. Se forløbsbeskrivelse.</p>	<p style="text-align: right;">Link til forløbsbeskrivelse om Clostridium difficile</p> <p>Antibiotika generelt ikke indiceret.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
<h4>Helicobacter pylori</h4>	
<p>Helicobacter pylori-antigen i fæces.</p> <p>Syrepumpehæmmer pauseres i 14 dage, og antibiotika må ikke gives 4 uger før undersøgelsen, da det kan give falsk negative resultater.</p> <p>For at sikre vellykket eradikation bør H. pylori test tilbydes til alle patienter, der har fået eradikationskur. Effekt kontrolleres tidligst 4 uger efter afsluttet eradikationsbehandling ved antigen i fæces.</p>	<p style="text-align: right;">Link til forløbsbeskrivelse om dyspepsi</p> <p>Eradikationsbehandling: En kombination af 2 af de 3 nedenfor nævnte i 7 dage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicillin 1 g x 2 ▪ Metronidazol 500 mg x 2 ▪ Roxithromycin 150 mg x 2 <p>Altid i kombination med syrepumpehæmmer x 2 i 7 dage</p> <p><u>Ved behandlingssvigt:</u> Efter 1. behandlingssvigt konfereres med gastroenterolog med henblik på 4-stofsbehandling.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
<h3>Urinveje og kønsorganer</h3>	
<h4>Akut ukompliceret cystitis</h4>	
<p>Raske, ikke-gravide kvinder uden kendte komplicerende forhold i urinvejene og som ikke har recidiverende UVI</p> <p style="text-align: right;">Link til forløbsbeskrivelse om recidiverende ukompliceret cystitis hos kvinder Link til Medicinrådets vejledning om urinvejsinfektion</p>	
<p>Kun behandling ved symptomer og tegn på UVI.</p> <p>Urin undersøges før start af antibiotisk behandling. Dyrkning er mest valid. Fasekontrastmikroskopi kan anvendes i praksis med erfaring i dette (dyrkning ved negativt resultat).</p> <p>Ved brug af leukocyt-nitritstix:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begge felter positive - stor sandsynlighed for UVI • Begge felter negative – lav sandsynlighed for UVI • Lav diagnostisk værdi ved manglende overensstemmelse mellem felter <p>Resistensbestemmelse udføres ikke rutinemæssigt. Ved usikker sammedagsdiagnostik afventes om muligt antibiotisk behandling, indtil der er svar på dyrkning.</p>	<p>Pivmecillinam 400 mg x 3 i 3 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi:</u> Nitrofurantoin 50-100 mg x 4 i 3 dage eller trimethoprim 200 mg x 2 i 3 dage</p> <p>Sulfamethizol kan benyttes ud fra resistensbestemmelse.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
Cystitis hos gravide	
<p>Ved symptomer og/eller positiv urinstix sendes urin til D+R.</p> <p>Ved Streptococcus gr. B påføres fundet vandrejournalen. Konferer evt. behandling med mikrobiolog/obstetriker. Hvis tæt på termin orienteres fødested.</p>	<p>Pivmecillinam 400 mg x 3 i 5 dage</p> <p><u>Ved Streptococcus gr. B</u> Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 5 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi eller recidiverende cystitis:</u> Konferer med mikrobiolog.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
Kompliceret cystitis	
<p>Børn under 15 år, mænd, kvinder med alvorlig komorbiditet (diabetes, KOL, nedsat immunforsvar, misdannelser i urinvejene mm.), recidiverende UVI (3 eller flere seneste år) eller som er institutionaliserede</p> <p style="text-align: right;">Link til forløbsbeskrivelse om urinvejsinfektion hos børn Link til Medicinrådets vejledning om urinvejsinfektion</p>	
<p>Kun behandling ved symptomer og tegn på UVI. D+R foretages. Fasekontrastmikroskopi kan anvendes i praksis med erfaring i dette (dyrkning ved negativt resultat).</p> <p>Ved brug af leukocyt-nitritstix:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begge felter positive - stor sandsynlighed for UVI • Begge felter negative – lav sandsynlighed for UVI • Lav diagnostisk værdi ved manglende overensstemmelse mellem felter <p>Ved usikker sammedagsdiagnostik afventes om muligt antibiotisk behandling, indtil der er svar på D+R.</p> <p>Hos kateterbærere skal katetret skiftes.</p> <p>Langtidsprofylakse med antibiotika bør undgås. Ved behov kan der alterneres mellem pivmecillinam 200 mg og trimethoprim 100 mg for at nedsætte risikoen for resistensudvikling. Der foreslås skift hver 3. måned forudgået af ny klinisk vurdering. Pause anbefales efter 6 måneder.</p> <p>Børn: Ved mindre børn skal øvre urinvejsinfektion (UVI) altid overvejes.</p> <p>Ved børn under 2 år, hvor der er klinisk mistanke om UVI, bør man konferere med pædiater. Stixundersøgelse er her usikker og skal altid følges op med D+R.</p> <p>Henvisningskriterier for børn – se forløbsbeskrivelse om urinvejsinfektion hos børn.</p>	<p><u>Voksne:</u> Pivmecillinam 400 mg x 3 i 5 dage</p> <p>Ved penicillinallergi: Nitrofurantoin 50-100 mg x 4 i 5 dage (GFR≥45 ml/min). Ved betydende nyrefunktionsnedsættelse (GFR<45 ml/min) – konferer med klinisk mikrobiolog.</p> <p><u>Børn >2 år:</u> Pivmecillinam 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser i 5 dage</p> <p>Ved penicillinallergi eller behov for mikstur: Trimethoprim mikstur 6 mg/kg fordelt på 2 doser i 5 dage eller nitrofurantoin 5 mg/kg fordelt på 3 doser i 5 dage.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
Link til forløbsbeskrivelse om urinvejsinfektion hos børn	
Pyelonefritis	
Klinisk diagnose understøttes med urin D+R og CRP. Henvisningskriterier for børn – se forløbsbeskrivelse om urinvejsinfektion hos børn	<u>Voksne</u> : Pivmecillinam 400 mg x 3 i 7 dage <u>Ved penicillinallergi</u> : <u>Voksne</u> : Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 7 dage Tilbage til indholdsfortegnelse
Vaginose og Trichomonasvaginitis	
Klinisk diagnose understøttes med pH-test, amintest, wet-smear. Podning for gonokokker og chlamydia kan anbefales ved start.	
<u>Vaginose</u> : Der ses færre recidiver, når der suppleres med laktobaciller efter antibiotisk behandling (syrnede mælkeprodukter, vaginalkapsler).	<u>Vaginose</u> : Metronidazol vagitorier 500 mg x 1 i 6 dage eller metronidazol vaginalgel 7,5 mg/ml 5 g x 1 i 5 dage eller clindamycin vaginalcreme 2% 5 g x 1 i 7 dage eller metronidazol p.o. 2 g dag 1 og 3 eller 500 mg x 2 i 7 dage
<u>Trichomonas</u> : Partner bør behandles samtidig.	<u>Trichomonas</u> : Metronidazol p.o. 2 g som éngangsdosis eller 500 mg x 2 i 7 dage Tilbage til indholdsfortegnelse
Candidavaginitis	
Klinisk diagnose, understøttes med wet-smear. Mykologisk verifikation anbefales før systemisk behandling.	Miconazol vaginalkapsel 400 mg i 3 dage (håndkøb) eller clotrimazol vaginaltablet 500 mg som éngangsdosis (alternativt 100 mg i 6 dage) (håndkøb-frihandel) eller fluconazol p.o. 150 mg som éngangsdosis (recept) Tilbage til indholdsfortegnelse
Link til forløbsbeskrivelse om veneriske sygdomme	
Urethritis/cervicitis	
<u>Klamydia</u> : Kombineret NAT-test for <i>Chlamydia trachomatis</i> og <i>Neisseria gonorrhoeae</i> . Husk test af partner og partnerbehandling samt informér om seksuel afholdenhed frem til 7 dage efter afsluttet behandling. Der anbefales ikke rutinemæssig kontrol efter endt behandling. Opfølgning efter 3-6 måneder med fornyet prøvetagning kan overvejes ud fra viden om høj risiko for re-infektion. Hos alle, der modtager analt samleje, herunder mænd, der har sex med mænd, bør der desuden podes fra rektum og ved oralsex også fra svælg. Klinisk Mikrobiologisk Afdeling sender positive <i>C. trachomatis</i> -rektalprøver fra mænd videre til SSI til undersøgelse for Lymfogranuloma venereum (LGV).	<u>Klamydia inkl. rektal klamydia</u> : Doxycyclin 100 mg x 2 i 7 dage

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
<p><u>Gonorré:</u> Kombineret NAT-test for <i>Chlamydia trachomatis</i> og <i>Neisseria gonorrhoeae</i> SAMT podning til dyrkning og resistens ved positiv test for gonokokker. Man behandler ud fra NAT-svar (kun ca. halvdelen af dyrkningerne er positive for <i>N. gonorrhoeae</i>).</p> <p>Husk test af partner og partnerbehandling.</p> <p>Behandlingskontrol bør udføres 2 uger efter behandling. Patienten frarådes samleje, indtil der foreligger negative kontrolpodningsvar.</p> <p>Gonorréinfektion skal anmeldes til SSI via SEI2 elektronisk.</p>	<p><u>Gonorré:</u> Ceftriaxon 500 mg i.m. som éngangsdosis.</p> <p>Påvist gonorré bør henvises til veneraklinikken eller infektionsmedicinsk afdeling mhp. behandling.</p>
<p><u>Mycoplasma genitalium:</u> Ved negativ test for klamydia og gonorré og vedvarende symptomer suppleres med PCR for <i>Mycoplasma genitalium</i>. Ved positiv prøve undersøges for resistens og der behandles derefter.</p> <p>Husk kontaktopsporing.</p> <p>Behandlingskontrol bør udføres 3-5 uger efter afsluttet behandling.</p>	<p><u>Mycoplasma genitalium:</u> Ved påvist følsomhed: Azithromycin 500 mg dag 1 og 250 mg dag 2-5</p> <p>Ved påvist makrolidresistens: Moxifloxacin 400 mg x 1 i 7 dage</p> <p>Ved behandlingssvigt efter moxifloxacin: Supplér med undersøgelse for quinolonresistens (SSI); hvis påvist resistens, henvis til venerologisk klinik mhp. behandling med Pristinamycine.</p> <p>Symptomatiske patienter med påvist <i>Mycoplasma genitalium</i>, hvor resistenssvar ikke kan afventes, kan overvejes behandlet med doxycyclin 100 mg x 2 i 7 dage.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
Link til forløbsbeskrivelse om veneriske sygdomme	
<p>Epididymitis</p> <p>Klinisk diagnose understøttes med urindyrkning samt klamydia- og gonorétests.</p> <p>Ved mistanke om gonorébettinget epididymitis henvises til venerologisk klinisk.</p> <p>Se endvidere Sundhedsstyrelsens vejledning.</p>	<p><u>Uden mikrobiologisk diagnose:</u> <35 år: Doxycyclin 100 mg x 2 i 10 dage >35 år: Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 10 dage</p> <p><u>Ved påvist Chlamydia:</u> Doxycyclin 100 mg x 2 i 10 dage</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
Link til forløbsbeskrivelse om veneriske sygdomme	
<p>Endometritis/Salpingitis</p> <p>Klinisk diagnose understøttes med vaginal podning og CRP.</p> <p>Ved purulent udfåd henvises til venerologisk klinik mhp. lysmikroskopi for at udelukke gonorré.</p> <p>Ved feber og rokkeømhed af uterus samt forhøjet CRP henvises til gynækologisk regi.</p>	<p>Doxycyclin 100 mg x 2 i 10 dage, evt. kombineret med metronidazol 500 mg x 2 i 10 dage</p> <p>Behandling af gravide er en specialstopgave.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
Hud og bløddele	
Impetigo	
<p>Klinisk diagnose. Podning til D+R første gang patienten henvender sig.</p> <p>Patienter med impetigo og disses pårørende bør instrueres i grundig håndhygiejne, separate håndklæder, der skiftes dagligt. Håndklæder, sengetøj og kropstøj vaskes ved min 60°.</p>	<p><u>Ved få og afgrænsede læsioner:</u> Lokal behandling med sæbebad, evt. klorhexidinsæbe og klorhexidincreme. Fusidin creme anvendes kun i særlige tilfælde ved behandlingssvigt med relevant antiseptisk behandling. Dette grundet resistensudvikling. Mupiricincreme bør af samme årsag forbeholdes eradikation af MRSA.</p> <p><u>Ved udbredte læsioner:</u> <u>Voksne:</u> Dicloxacillin 1000 mg x 4 i 5-7 dage <u>Børn:</u> Dicloxacillin 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser eller clarithromycin mikstur 15 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 5-7 dage</p> <p>Ved dyrkningsverificeret gr. A streptokokinfektion og behandlingssvigt skiftes til: <u>Voksne:</u> Penicillin V 1(-2) mill. IE eller 800(-1.600) mg x 4 i 5-7 dage <u>Børn:</u> Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 5-7 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi:</u> <u>Voksne:</u> Roxithromycin 150 mg x 2 i 5-7 dage <u>Børn:</u> Clarithromycin 15 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 5-7 dage (findes som mikstur) eller roxithromycin 150 mg x 2 (fra 40 kg) i 5-7 dage</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer</p>
Erysipelas	
<p>Klinisk diagnose. Podning fra evt. fokus.</p>	<p><u>Voksne:</u> Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 5-7 dage <u>Børn:</u> Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 5-7 dage</p> <p><u>Ved dyrkningsverificeret eller mistænkt stafylokokinfektion (behandlingssvigt af penicillin V) suppleres med:</u> <u>Voksne:</u> Dicloxacillin 1000 mg x 4 i 5-7 dage <u>Børn:</u> Dicloxacillin 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser eller clarithromycin mikstur 15 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 5-7 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi:</u> <u>Voksne:</u> Roxithromycin 150 mg x 2 i 5-7 dage <u>Børn:</u> Clarithromycin 15 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 5-7 dage (findes som mikstur) eller roxithromycin 150 mg x 2 (fra 40 kg) i 5-7 dage</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
	Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer
Furunkulose	
<p>Klinisk diagnose, understøttes af D+R.</p> <p>Patienter med furunkulose og disses pårørende bør instrueres i grundig håndhygiejne, separate håndklæder, der skiftes dagligt.</p> <p>Håndklæder, sengetøj og kropstøj vaskes ved min 60°.</p> <p>Husk næsebærertilstand ved recidiver eller familiær ophobning.</p>	<p>Klorhexidinsæbe helkropsvask dagligt i 7-10 dage</p> <p>Hvis indikation for antibiotika behandles efter podesvar.</p> <p>Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
Sår	
	Forløbsbeskrivelse om diabetisk fodsygdom
<p>Grundig rensning af sår og fjernelse af inficeret/dødt væv.</p> <p>Ved indikation for behandling foretages D+R.</p> <p>Overvej tetanusprofylakse.</p>	<p>Initial behandling ved inficerede sår</p> <p>Dicloxacillin 1000 mg x 4, evt. suppleret med penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4</p> <p>Behandlingen rettes ind efter dyrkningssvar.</p> <p>Behandlingsvarigheden er individuel.</p> <p>Ved diabetiske sår - lav tærskel for kontakt til diabetesambulatorium/sårcenter.</p> <p>Tilbage til indholdsfortegnelse</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
Bidsår	
<p>Grundig rensning af sår og fjernelse af inficeret/dødt væv. D+R fra alle inficerede sår. Husk tetanusprofylakse.</p>	<p><u>Antibiotikaprofylakse i følgende tilfælde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle håndlæsioner - Dybe skarpe bid - Hos immunsvækkede personer <p>Overvej konference med ortopædkirurg/mikrobiolog ved knogle-, led- eller senelæsioner samt knusningslæsioner. Ved dyrebid forstås bid fra almindelige husdyr.</p> <p><u>Voksne:</u> Ved dyrebid: Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 3 dage Ved menneskebid: Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i kombination med dicloxacillin 1000 mg x 4 i 3 dage</p> <p><u>Børn:</u> Ved dyrebid: Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 3 dage Ved menneskebid: Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i kombination med dicloxacillin 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 3 dage</p> <p><u>Ved etableret infektion:</u></p> <p>Lav tærskel for henvisning til hospital.</p> <p><u>Voksne:</u> Ved dyrebid: Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 10 dage Ved menneskebid: Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i kombination med dicloxacillin 1000 mg x 4 og metronidazol 500 mg x 3 i 10 dage</p> <p><u>Børn:</u> Ved dyrebid: Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 10 dage. Ved menneskebid: Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i kombination med dicloxacillin 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser og metronidazol 30 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 10 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi:</u> Konferer med klinisk mikrobiolog.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
Erythema migrans	
<p>Klinisk diagnose. Serologi har ingen værdi.</p> <p>Opdateret 29. oktober 2021</p>	<p><u>Voksne</u>: Penicillin V 1,5 mill. IE x 3 i 10 dage <u>Børn</u>: Penicillin V 100 mg/kg/døgn, maks. 3 g, fordelt på 4 doser i 10 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi</u>:</p> <p><u>Voksne og børn >12 år</u>: Doxycyclin 100 mg x 2 i 10 dage <u>Børn 8-12 år</u>: Doxycyclin 4 mg/kg fordelt 2 doser i 10 dage (højst 100 mg per dosis) <u>Børn < 8 år</u>: Azithromycin 10 mg/kg x 1 i 3 dage eller 10 mg/kg x 1 første døgn, derefter 5 mg/kg x 1 i 4 døgn.</p> <p><u>Gravide</u>: Konferer med klinisk mikrobiolog.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer</p>
Pityriasis versicolor	
<p>Klinisk diagnose kan understøttes med mikrobiologisk diagnostik.</p>	<p>Ketoconazol shampoo 2% x 1 i 5 dage eller ciclopiroxolamin shampoo 1,5% 2 gange ugentligt i 2 uger</p> <p>Alternativt antimykotika creme</p> <p><u>Ved svær infektion</u>:</p> <p>Fluconazol 50 mg dagligt i 2-4 uger eller 300 mg ugentligt i 2-3 uger</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
Akne	
<p>Hovedprincippet i al aknebehandling er brug af flerstofsterapi. Start med lokalbehandling, som ved utilstrækkelig effekt (obs compliance) kan suppleres med antibiotika, p-piller eller systemisk isotretinoin (via dermatologer).</p>	<p>Lokal behandling</p> <p>Benzoylperoxid gel/wash gel Azelainsyre creme/gel Clindamycin kutanopløsning - bør gives sammen med benzoylperoxid grundet risiko for resistensudvikling.</p> <p>Ved akne præget af komedoner kan retinoid alene (adaplen, isotretinoin) eller i kombination med benzoylperoxid anvendes. Retinoider må ikke anvendes under graviditet.</p> <p>Ved behov for antibiotika gives tetracyclin i doser, der anvendes ved infektion – gives altid i kombination med lokalbehandling.</p> <p>Tetracyclin 500 mg x 2</p> <p>Behandlingsvarigheden er individuel, men stoppes efter 6-12 uger (stoppes, når der ikke længere kommer nye elementer). Lokalbehandling fortsættes som efterfølgende vedligeholdelsesbehandling.</p> <p>Ved utilstrækkelig effekt af lokalbehandling og systemisk antibiotika i 6-12 uger henvises til dermatolog.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
Hudsvamp	
Klinisk diagnose. Kan understøttes af mikrobiologisk diagnostik.	Lokalt med antimykotika. Systemisk behandling ved sværere infektioner samt ved infektion i hårsække/follikler. Tilbage til indholdsfortegnelse
Erythrasma	
Klinisk diagnose.	Clindamycin kutanopløsning (eller fusidin creme) x 2 i 2 uger Miconazol creme til opheling og yderligere 10 dage Evt. Roxithromycin 150 mg x 2 i 14 dage Tilbage til indholdsfortegnelse
Mastitis	
<p>Lav tærskel for henvisning til hospital.</p> <p>Der skelnes mellem:</p> <ol style="list-style-type: none"> Puerperale infektioner. Non-puerperale infektioner, som skyldes Staph. aureus eller diverse aerobe/anaerobe bakterier. <p>Ved mastitis uden tegn på absces (rødme, axillær adenit og/eller feber) kan den praktiserende læge påbegynde antibiotisk behandling.</p> <p>Hvis der ikke er noget synlig pus i mælken, kan barnet ammes under antibiotikabehandlingen. Ved synligt pus i mælken bør man benytte brystpumpe og smide mælken fra det afficerede bryst ud i nogle dage efter påbegyndt antibiotikabehandling og til mælkens udseende er blevet normalt.</p>	<p><u>Ved puerperale infektioner:</u> Dicloxacillin 1000 mg x 4 Behandlingsbehovet er ofte mere end en uge.</p> <p><u>Ved non-puerperale infektioner:</u> Dicloxacillin 1000 mg x 4 og supplerende behandling med metronidazol 500 mg x 3, da der ofte er blandingsinfektion.</p> <p><u>Ved penicillinallergi:</u> Konferer med mikrobiolog.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
Negle	
Neglesvamp	
<p>Mikrobiologisk diagnostik inden behandling. Inden opstart af peroral behandling tages levertal og de kontrolleres efter 4 uger.</p>	<p>Systemisk behandling med antimykotika i 6-12 uger afhængig af lokalisation, fx terbinafin 250 mg x 1</p> <p>Evt. Itraconazol pulsebehandling 200 mg x 2 i en uge, gentaget 1-2 gange med 3 ugers interval</p> <p><u>Topikal behandling:</u> Fx amorolfin neglelak 1-2 gange ugentligt eller ciclopirox neglelak 1 gang dagligt kan anvendes</p> <ul style="list-style-type: none"> • supplerende til systemisk behandling eller • ved max 50% involvering af neglepladen, max 3-4 negle og når neglematrix ikke er involveret, eller • hos patienter hvor systemisk behandling ikke kan anvendes fx grundet interaktion. <p>Behandlingsvarighed til neglen er udvokset: 6 mdr. for en fingernegl og 9-12 mdr. for en tånegl.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
Paronychion	
<p>Klinisk diagnose. Evt. D+R I milde tilfælde er daglige sæbebad x 3 tilstrækkelig.</p>	<p><u>Hvis indikation for antibiotika rettes behandlingen ind mod stafylokokker:</u> <u>Voksne:</u> Dicloxacillin 1000 mg x 4 i 5-7 dage <u>Børn:</u> Dicloxacillin 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser eller clarithromycin mikstur 15 mg/kg/døgn fordelt på 2 doser i 5-7 dage</p> <p><u>Ved dyrkningsverificeret gr. A streptokokinfektion og behandlingssvigt anvendes:</u> <u>Voksne:</u> Penicillin V 1 mill. IE eller 800 mg x 4 i 5-7 dage <u>Børn:</u> Penicillin V 50 mg/kg/døgn fordelt på 4 doser i 5-7 dage</p> <p><u>Ved penicillinallergi:</u> <u>Voksne:</u> Roxithromycin 150 mg x 2 i 5-7 dage <u>Børn:</u> Clarithromycin 15 g/kg/døgn fordelt på 2 doser i 5-7 dage (findes som mikstur) eller roxithromycin 150 mg x 2 (fra 40 kg) i 5-7 dage</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse Tabel over børnedoseringer ved flydende formuleringer</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Undersøgelse og kontrol	Antibiotisk behandling
Herpes infektioner	Link til forløbsbeskrivelse om veneriske sygdomme Link til forløbsbeskrivelse om virus og gravide
<p>Klinisk diagnose. Kan understøttes med PCR.</p>	<p>Behandlingsforslag gælder for immunkompetente voksne. Behandling startes så tidligt som muligt</p> <p>Herpes genitalis</p> <p><u>Primærudbrud</u>: Valaciclovir 1 g x 2 i 10 dage Alternativt aciclovir 200 mg x 5 eller aciclovir 400 mg x 3 i 10 dage</p> <p><u>Recidiv</u>: Valaciclovir 500 mg x 2 i 5 dage, eventuelt kan 1 g x 1 i 5 dage afprøves. Alternativt aciclovir 400 mg x 3 i 5 dage</p> <p><u>Profylaktisk behandling ved recidiverende svær infektion</u>: Valaciclovir 500 mg x 1 eller aciclovir 400 mg x 2, der kan forsøges reduceret til 400 mg daglig. Behandlingen bør revurderes, evt. pauseres, efter et år.</p> <p>Topikal behandling har ringe effekt og bør derfor ikke anvendes.</p> <p>Herpes labialis</p> <p>Ofte selvlimiterende og milde tilfælde. Systemisk behandling kan overvejes til</p> <ul style="list-style-type: none"> - immunsvækkede patienter, - patienter med risiko for spredning (fx ved atopisk eksem) og - patienter med hyppige recidiver. <p>Ved behov for systemisk behandling gives doser som ved herpes genitalis (se ovenfor). Dosis af valaciclovir kan evt. reduceres til 500 mg x 2 i 5 dage ved primær herpes labialis.</p> <p>Ved recidiverende infektion kan et kort regime med valaciclovir 2 g x 2 i 1 dag også anvendes. Behandling startes i prodromfasen.</p> <p>Topikal behandling med aciclovir har beskeden effekt. Startes initialt og kan muligvis reducere ubehag og nedsætte smitterisiko.</p> <p>Valaciclovir er godkendt til børn over 12 år, mens aciclovir kan anvendes til yngre børn.</p> <p>Herpes zoster</p> <p>Valaciclovir 1 g x 3 i 7 dage</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>
MRSA	
<p>Podning efter lokal prøvetagningsinstruks.</p> <p>Se endvidere Sundhedsstyrelsens vejledning og infektionshygiejniske retningslinjer på SSI.dk.</p>	<p>Se forløbsbeskrivelsen om MRSA.</p> <p>Systemisk behandling aftales med lokal Klinisk Mikrobiologisk Afdeling.</p> <p style="text-align: right;">Tilbage til indholdsfortegnelse</p>

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Links til lokale klinisk mikrobiologiske afdelingers instrukser til almen praksis

[Herlev Hospital, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling](#)
[Hvidovre Hospital, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling](#)

[Tilbage til indholdsfortegnelse](#)

Penicillinallergi

Mistanke om penicillinallergi bør bekræftes. Jf. retningslinjer for udredning af antibiotikaallergi fra Dansk Selskab for Allergologi mistænkes penicillinallergi hos omkring 10% af befolkningen. Det har vist sig, at allergi kan afkræftes hos 80-90% af patienterne.

Allergimistanke kan frafaldes og CAVE kan slettes uden udredning hvis

- Potentielt livstruende symptomer er udelukket
- Der ikke er hud- eller slimhindsymptomer

Og ét eller flere kriterier er opfyldt:

- Symptomdebut før opstart af antibiotikum
- Kun reaktion hos familiemedlem
- Har tålt samme præparat efterfølgende (tjek udleverede recepter i FMK og afklar om pt. har indtaget præparatet)
- Udelukkende ikke-allergiske bivirkninger eller symptomer (fx kvalme, opkastning, diarré, mavesmerter, oppustethed, sure opstød, halsbrand, svimmelhed, hovedpine, svampeinfektion, søvnløshed, øget svedtendens, ændret lugte- eller smagssans, træthed, hyperventilation, vasovagal reaktion).

Patienten skal have en grundig information, når CAVE slettes.

Hvis CAVE fastholdes, fordi allergimistanken er høj, eller allergi ikke kan udelukkes – anfør evt. en dato for revurderingen, så dine kolleger let kan se, at patienten er revurderet. Patienten henvises til udredning.

Se forhold omkring IgE-test og henvisningskriterier i [forløbsbeskrivelsen om penicillinallergi](#).

Se endvidere [retningslinjer for udredning af antibiotikaallergi med særligt fokus på penicilliner](#) fra Dansk Selskab for Allergologi.

[Tilbage til indholdsfortegnelse](#)

Antibiotikavejledning for primærsektoren

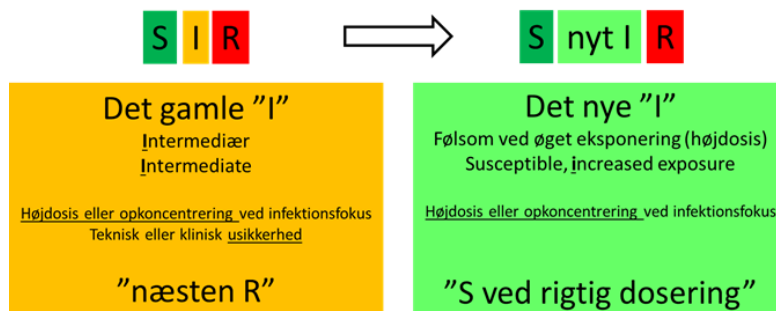
Doseringsprincipper

Doseringstabel til målrettet behandling ud fra resistenssvar (S og I)

NYT pr. maj 2021 fra de klinisk mikrobiologiske afdelinger

Betydningen af "I" er internationalt ændret til "følsom ved øget eksponering (højdosering)". Den tidligere betydning "intermediær" var flertydig og dækkede også over teknisk eller klinisk usikkerhed. Den nye betydning er entydig.

Både S og I betyder altså følsomt, men relaterer til forskellige doseringer, som fremgår af nedenstående doseringstabel. Isolater besvaret "I" kan behandles effektivt med højdosering antibiotika, og behandlingen er ikke mindre virksom end med et antibiotikum, som er besvaret "S".



For almen praksis er den vigtigste ændring i denne forbindelse, at følsomme *Haemophilus influenzae* fremover bliver besvaret "I" for amoxicillin +/- clavulansyre, hvilket tydeliggør, at der skal anvendes højdosering.

For børn anvendes indtil videre de i antibiotikavejledningen angivne standarddoser.

S og I relaterer til de angivne doser. Dvs. at for resistensbestemmelser svaret ud som "S" gives minimum standarddosering og for resistensbestemmelser svaret ud som "I", skal der anvendes højdosering-antibiotika.

	Standarddosering (S)	Højdosering (I)
Penicillin V (Phenoxymethylpenicillin)	1-2 Mill. IE x 4 p.o.	ingen
Pivampicillin (Ampicillin anbefales ikke til p.o. behandling)	500 mg x 3 p.o.	500 mg x 4 p.o.
Amoxicillin	500 mg x 3 p.o.	500 mg x 4 eller 750 mg x 3 p.o.
Amoxicillin/clavulansyre	500 mg/125 mg x 3 p.o.	500/125 mg x 4 p.o.
Dicloxacillin/ Flucloxacillin	1 g x 4 p.o.	ingen
Pivmecillinam	400 mg x 3 p.o.	ingen
Ciprofloxacin	500 mg x 2 p.o.	750 mg x 2 p.o.
Clarithromycin	500 mg x 2 p.o.	ingen
Roxithromycin	150 mg x 2 p.o. eller 300 mg x 1 p.o.	ingen
Clindamycin	600 mg x 3 p.o.	
Doxycyclin	100 mg x 1 p.o.	100 mg x 2 p.o.
Tetracyclin	500 mg x 2 p.o.	500 mg x 4 p.o.
Metronidazol	500 mg x 3 p.o.	ingen
Nitrofurantoin	50-100 mg x 4 p.o.	ingen
Sulfamethizol	1 g x 2 p.o.	ingen
Trimethoprim	200 mg x 2 p.o.	ingen

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Ved spørgsmål til "det nye I" eller et konkret prøvesvar

Ring til vagthavende læge på Klinisk Mikrobiologisk Afdeling:

Optageområderne Nord og Midt: Herlev KMA tlf. 38 68 24 52

Optageområderne Byen, Syd og Bornholm: Hvidovre KMA tlf. 38 62 64 45

Doseringsinterval for β -laktam antibiotika

Effekten af β -laktam antibiotika (fx penicilliner, dicloxacillin, mecillinam, cefalosporiner) er afhængig af, at serumkoncentrationen ligger over bakteriens mindste hæmmende koncentration (MIC) i >50 % af behandlingsdøgnet (tidsafhængigt drab). Derfor skal β -laktam antibiotika grundet deres korte halveringstid altid doseres minimum 3 gange dagligt. **Bedre døgndækning opnås ved dosering 4 gange daglig**, hvorfor antibiotikavejledningen anbefaler dette.

Kort oversigt over mikroorganismer findes på pro.medicin.dk. Klik på lægemiddelgrupper – J Infektions- sygdomme, systemiske midler – Oversigt over mikroorganismer.

[Tilbage til indholdsfortegnelse](#)

Tablet over børnedoseringer ved flydende formuleringer

Doseringerne er i ml per døgn

Styrke	Enhed	Effektiv dosering pr. kilo	Enhed	Antal ml per døgn											Fordeles på antal doser	
				5 kg	6 kg	7 kg	8 kg	10 kg	12 kg	15 kg	18 kg	20 kg	25 kg			
V-penicillin																
Primcillin/Primve	50	mg/ml	50	mg/kg	5	6	7	8	10	12	15	18	20	25	4	
Amoxicillin																
Imacillin	50	mg/ml	50	mg/kg	5	6	7	8	10	12	15	18	20	25	3	
Amoxicillin med clavulansyre																
Augmentin Forte	50+ 12,5	mg/ml	50+ 12,5	mg/kg	5	6	7	8	10	12	15	18	20	25	3	
Clarithromycin																
Klacid	25	mg/ml	15	mg/kg	3	3,5	4	5	6	7	9	11	12	15	2	
Klacid	50	mg/ml	15	mg/kg	-	-	-	-	-	-	4,5	5	6	8	2	
Trimethoprim																
Trimopan	10	mg/ml	6	mg/kg	3	4	4,5	5	6	7,5	9	11	12	15	2	

Kilde: Tilrettet tabel fra Luftvejsinfektioner. Håndbog om udredning og behandling i almen praksis. 2005

Vægt ved forskellige aldre (2014-tal) kan ses på vækstkurver.dk. Median vægt (M) kan aflæses af tabellen på siden: <http://vækstkurver.dk/PDF/Tabeller/vaegt.pdf>.

Indtil barnet er 4 år, kan estimeret vægt i kilo beregnes som: $2 \times \text{alder (i år)} + 8$.

Se oversigt over flydende formuleringer af antibiotika på [IRF's hjemmeside](#) (OBS fra 2014).

1 g penicillin V \approx 1,525 mill. IE

1 mg penicillin V \approx 1525 IE

0,66 μ g penicillin V \approx 1 IE

[Tilbage til indholdsfortegnelse](#)

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Penicillin til børn

Almindelig penicillin smager grimt og kan være vanskeligt at administrere til børn. Det bør ikke forandres til bredspektret penicillin eller andet mere uhensigtsmæssigt antibiotikum.

Praktiske håndgreb til at få barnet til at spise penicillin V

Tabletter kan forsøges – også til små børn, der er introduceret til skemad

- Penicillin V tabletter kan knuses fx mellem to skeer eller deles. Den bitre smag kan camoufleres ved at opblende i en lille smule fødevarer (fx Nutella, marmelade, is, sukker eller evt. yoghurt) eller evt. lidt væske (fx saft, kakao, juice, cola). Penicillin V er syrestabil. Hvis barnet selv skal vælge fødevarer, så tilbyd max to ting at vælge imellem og brug det samme ved hver medicingivning.
- Kaster barnet op en halv time eller mere efter indtagelse af penicillin, skal administrationen ikke gentages, da penicillin absorberes relativt hurtigt.
- Fordelen ved at administrere knuste tabletter er, at man skal give et meget mindre volumen til barnet end ved administration af mikstur.
- Også almindelige tabletter med amoxicillin (med/uden clavulansyre), clarithromycin og flucloxacillin kan knuses. Amoxicillin findes også som dispergible tabletter, der kan opløses i lidt vand på en ske. Dicloxacillin-kapsler kan åbnes og indholdet tages med væske.
- De fleste børn kan sluge en tablet fra 6 års-alderen afhængig af tablettens størrelse og barnets aktuelle tilstand. Tabletten skal helst være mindre end 7 mm. For børn i alderen 2-5 år bør en tabletdel være mindre end 4 mm, hvis den skal sluges. Træn evt. med små pastiller (fx chokoladepastiller eller pebermyntepastiller).

Ved mikstur

- Brug sprøjte - giv det roligt ind i siden af munden (mod kinden) bagerst, så synkerefleksens stimuleres.
- Miksturen skal være kold.
- Barnet accepterer normalt at synke max 2,5 ml i 1-5 års-alderen.
- Hav væske, som barnet kan lide, til at skylle efter med (fx kakao eller juice).

Smagsindtrykket kan dæmpes

- Lad barnet sutte på en isterning inden medicinen gives.
- Barnet kan holde sig for næsen.

Forældre kan evt. opfordres til at skrive dagbog over, hvornår barnet har fået medicin - specielt, hvis der er flere involveret i medicingivningen.

[Tilbage til indholdsfortegnelse](#)

Antibiotikavejledning for primærsektoren

Dosering efter vægt

Svær overvægt kan medføre en risiko for underbehandling ved infektioner, idet en standarddosering af et antibiotikum ikke nødvendigvis vil give en sufficient koncentration af antibiotika.

Det er ofte størrelsen af dosis, der bør øges, hvorimod doseringsregimet (hvor ofte) kan være som hos normalvægtige.

I praksis kan man behandle efter følgende principper:

Vægt 50-79 kg	normal dosering
Vægt 80-119 kg:	125 % af normal dosering
Vægt 120-149 kg:	150 % af normal dosering
Vægt over 150 kg:	individuelle hensyn

Ved længere tids behandling vurderes situationen for den enkelte patient.

Ved lav vægt/undervægt bør der tages stilling til idealvægten, forventet fordelingsvolumen for det givne antibiotikum, samt nyre- og leverfunktioner, som meget vel kan være normale (hvilket betyder normal elimination). Dosis og doseringsregime bør justeres efter individuelle hensyn.

[Tilbage til indholdsfortegnelse](#)