



Allergiás reakció, anaphylaxia ellátása

Kiadás dátuma	2022.03.16.	Jóváhagyta	Dr. Gebei Róbert orvos igazgató
Következő revízió	2024.03.16.	Vonatkozik	Kivonuló eü. személyzet

Célok

- Leírni az allergiás reakció formáit súlyosság alapján.
- Leírni az allergiás reakció és anaphylaxia helyszíni ellátási lehetőségeit.

Háttér, Definíció

- A légimentő riasztások 2-3%-a allergiás reakció miatt ellátás, de ezen esetek mindössze ¼-e anaphylaxia
- WAO definíció 2020: Az anaphylaxia súlyos szisztémás hiperszenzitív reakció, amely általában hirtelen kezdődik és halált okozhat. Az anaphylaxia jellemzői az életet veszélyeztető légúti, légzési és/vagy keringési zavar mely tipikus bőrtünetek és keringési sokk nélkül is előfordulhat.

Anaphylaxia nagyon valószínű (adrenalin adása javasolt), ha:

Hirtelen (percek, órák alatt) kialakuló bőr és nyálkahártya tüneteket (kiütés, kipirulás, viszketés, vizenyős ajak, nyelv, uvula) légúti/légzési tünetek (dyspnoe, sípolás-búgás, stridor, hypoxia) vagy keringési/célszerv perfúziós zavar (hypotonia, 30%-ot elérő vérnyomás csökkenés, collapsus, syncope, inkontinencia) kíséri.

vagy

Gyanított vagy ismert allergénnel való kontaktust követően hirtelen (percek, órák alatt) kialakuló hypotonia vagy 30%-ot elérő vérnyomáscsökkenés vagy bronchospasmus vagy légúti tünet (stridor, hangszín változás, nyelészavar) észlelhető. Bőrtünetek hiányában is.

Klinikai diagnózis. A precíz definíció a kezelés szempontjából nem fontos.

Anaphylaxia jellemzői:

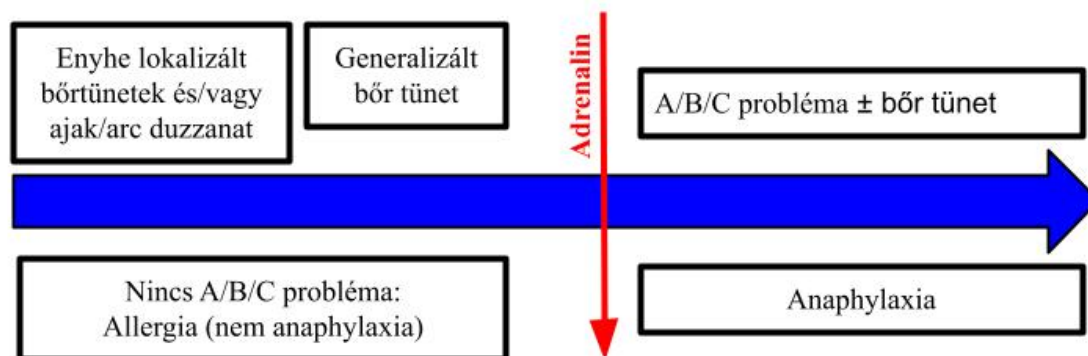
- Hirtelen kezdődő és gyorsan progrediáló tünetek
- Légúti (A) és/vagy Légzési (B) és/vagy Keringési (C) problémák
- Általában bőr és/vagy nyálkahártya tünetek (kipirulás, urticaria, angioedema)

A diagnózist megerősítheti az allergén expozíció azonban az esetek 30%-ban nincs nyilvánvaló kiváltó ok.

Figyelem:

- Bőr és nyálkahártya tünetek önmagukban nem jelentenek anaphylaxiát.
- Bőr és nyálkahártya tünetek az esetek 10-20%-ban enyhék, esetleg hiányozhatnak.

Gastrointestinalis tünetek (hányinger, hasi fájdalom, hányás) ABC probléma hiányában általában nem jelentenek anaphylaxiát. Hasi fájdalom és hányás rovarcsípés esetén lehet anaphylaxiás tünet.



HEMS ellátás

Enyhe allergiás reakció: Anaphylaxia kritériumait ki nem merítő esetekben tüneti ellátás javasolt általában antihistaminnal. Amennyiben a beteg tünetmentessé válik a helyszínen hagyható alapos felvilágosítást követően.

(1) Első szint - Anaphylaxia kezelése, IM adrenalin:

Az anaphylaxiát okozó ágens eltávolítása: pl. gyógyszer okozta anaphylaxia esetén annak adagolását azonnal szüntessük meg (de a már nyitott véna fenntartandó!), a bőrben maradt rovar fullánkot távolítsuk el. Amennyiben a kiváltó allergén azonnal nem távolítható el, ne késlekedjünk a beteg további ellátásával.

Első és legfontosabb kezelés anaphylaxiában az **adrenalin (Tonogen)**. NINCS abszolút kontraindikációja. **IM adrenalin (1mg/ml):** 0,01mg/ttkg im. max. 0,5mg, elsődlegesen comb közepső harmad külső oldalába. Javasolt már vonulás közben 5ml-es fecskendőbe felszívni és 22G tűvel beadni. Hatástól (A, B, C javulás) függően 5 percenként ismételni (gyakran szükséges akár későbbi állapotromlás miatt is). Amennyiben 3 adag válik szükségessé lépj tovább ABCD szerint.

(2) Második szint - Im. adrenalin refrakter esetben:

Adrenalin perfúzor: im. adrenalinra nem/korlátozottan reagáló esetben adrenalin perfúzor 0,1mcg/ttkg/min induló dózissal hatás függvényében titrálva.

A: Továbbra is fennálló gége oedema esetén adrenalin (Tonogen) 3ml (1mg/ml, 3 ampulla) hígítás nélkül nebulizálva.



B: Oxigén kezdetben 10-15l/min NVL maszkon át, majd célzott oxigenizáció. Terápia kiegészíthető: salbutamol (Ventolin) 2-4 puff (gyermek: 1-2puff) 20 percenként az első órában vagy fenoterol+ipratropium-bromid (Berodual) 20-50 csepp (gyermek: 10-20csepp) /5ml fiz. sóban hígítva nebulizálva

C: Hypotenzio esetén folyadék bólusok 250ml (gyermek:10ml/ttkg) adása folyamatosan egymás után a hatás függvényében (általában 1-2l).

Noradrenalin perfúzor: szükséges esetben második vasopresszorként adrenalin perfúzor mellé választható 0,1-0,5mcg/ttkg/min.

Glucagon (*amennyiben rendelkezésre áll*): Béta-blokkolót szedő betegek esetén amennyiben nem reagálnak az adrenalinra úgy iv. 1-5mg (gyermek: 20-30mcg/ttkg) Glucagon bólusban 5 perc alatt majd 5-15mcg/ttkg/min.

E: Bőrtünet csökkentésére: H1 antihisztamin chlorpyramin (Suprastin) 20mg iv. (gyermek: 5-10mg iv.). Metilprednizolon (SoluMedrol) 1-2mg/ttkg iv. max. 40mg rutinszerűen ne adjunk, de javasolt, ha a beteg ismert asthma bronchiales, terápia refrakter esetekben szintén, bifázisos reakciót előzhet meg.

(3) Harmadik szint - Fentiek hatástalansága esetén - RSI:

RSI standard indikációk szerint. Kiemelt figyelem a légzés és keringés optimalizálására. Angioedema okozta fenyegető légúti elzáródásban crash RSI válhat szükségessé. "C" terv conicotomiára fekésszülni.

Anaphylaxiás shock miatti keringésmegállást követő CPR

- Anaphylaxiás beteg ellátás során kontaktusképtelenné/eszméletlenné válása illetve légzésleállása/csökkenő etCO₂ arrestet jelent.
- Keringésképtelenségben az IM. adott adrenalin felszívódása bizonytalan és adása megszakítja a quality CPR-t így iv. és io. út preferált ALS protokoll szerint.
- Elhúzó CPR is lehet sikeres (mint hypothermiában)

Irodalomjegyzék

1. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020 Available at: [https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551\(20\)30375-6/fulltext#%20](https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551(20)30375-6/fulltext#%20)

2. EAACI guideline: Anaphylaxis (2021 update)

3. ASCIA Guidelines - Acute Management of Anaphylaxis 2021. Available at: <https://www.allergy.org.au/hp/papers/acute-management-of-anaphylaxis-guidelines>

4. Resuscitation Council UK 2021 Resuscitation Guidelines. Available at: <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines>

5. Országos Mentőszolgálat Orvosszakmai Osztály: A heveny túlérzékenységi reakció (anaphylaxia) prehospitalis ellátása Szabványos Eljárásrend



Verzió 1	JELÉN DOKUMENTUM 2022.03.16.
Cím	Allergiás reakció, anaphylaxia ellátása
Szerzők	Dubóczki Zs., Jászkuti Á., Temesvári P., Gebei R.,