

Nagłe przypadki w praktyce lekarza rodzinnego.

Julia Strumiło

Przypadek 1

Do praktyki lekarza rodzinnego zgłosił się 68-letni pacjent, z zawodu emerytowany kierowca, ze skargami na silną duszność i nieznacznie nasilone bóle zamostkowe. Dolegliwości wystąpiły nagle w godzinach porannych, w momencie zgłoszenia się pacjenta trwały od kilku godzin, duszność była bardzo nasilona. Pacjent od 15 lat chorował na nadciśnienie tętnicze (przyjmował ramipril oraz indapamid) oraz od 5 lat na cukrzyce typu II (leczony glimepirydem oraz metforminą). W wywiadzie- wieloletnie palenie papierosów- 40 paczkolet.

Stan ogólny pacjenta był ciężki: manifestował nasiloną duszność, nie był w stanie przyjąć pozycji leżącej. Skóra była blada, chłodna, wilgotna, dystalne części kończyn były zasinione. Pacjent odkasztuszał pienistą plwocinę. Nad płucami obecne były liczne rzężenia drobnobańkowe, czynność serca była niemiarowa około 100/ min, tony serca głucho. RR 170 / 90. Występowały nieznacznie nasilone obrzęki obwodowe.

Glikemia przygodna wynosiła 170 mg%.

EKG – Rytm zatokowy, miarowy ok. 100/ min, uniesienie odcinka ST o 4 mm w odprowadzeniach I, AVL, V5-V6

Rozpoznanie: Ostry zespół
wieńcowy. Obrzęk płuc.

Postępowanie:

- Pozycja pacjenta siedząca, z opuszczonymi nogami.
- Kwas acetylosalicylowy 150-300 mg.
- Tlen.
- Diuretyki – furosemid 20-40 mg p.o. lub i.v.
- Nitrogliceryna s.l. 0,4 mg co 5 min, łącznie 3 dawki.
- Morfina- 2-5 mg dożylnie ,dawkę można powtarzać co 5-15 min.

Przypadek 2.

Do Poradni Lekarza Rodzinnego wbiegła 23-letnia kobieta, krzyząc, że została użądlna przez osę. Pacjentka skarżyła się na silną duszność, całe ciało było pokryte bladoróżową, swędzącą wysypką o charakterze bąbli. Pacjentka manifestowała silny lęk, skarżyła się na świąd skóry, obrzęk i świąd gardła. Siostra pacjentki podała, że przed rokiem pacjentka została użądlna przez osę, wówczas nie wystąpiły żadne objawy niepokojące. Pacjentka nie chorowała na choroby przewlekłe, nie przyjmowała leków na stałe.

Zarówno osobniczy jak i rodzinny wywiad w kierunku chorób alergicznych był ujemny.

Badanie przedmiotowe

W badaniu przedmiotowym zwracała uwagę bladość skóry, była ona pokryta gęstym, lepkiem potem. Występowała nasilona duszność, obrzęk warg. Na całym ciele pacjentki obecne były liczne bąble pokrzywkowe. Czynność serca była miarowa ok. 120/min, nad płucami stwierdzono szmer pęcherzykowy, liczne świsty obustronnie. Ciśnienie tętnicze wynosiło 80/55.

Wstrząs anafilaktyczny po
użądleniu przez osę.



Postępowanie.

- Usunięcie czynnika wyzwalającego
- Pozycja pacjenta
- Adrenalina 0,5 mg i.m.(roztwór 1:1000)
- Płyny w szybkim wlewie dożylnym.
- Leki przeciwhistaminowe - H1 i H2 blokery i.m. lub i. v.
- Tlen
- Glikokortykosteroidy (hydrokortyzon 100mg co 6 h i. v. lub prednizon 0,5 mg/kg/ dobę)
- Leki rozkurczające oskrzela.
- Ew. glukagon

Przypadek 3

Podczas stania w kolejce do rejestracji w Praktyce Lekarza Rodzinnego, 23-letnia pacjentka nagle osunęła się na podłogę i straciła przytomność. Po uniesieniu kończyn dolnych, po około 2 minutach nastąpił całkowity powrót świadomości. Pacjentka podała, że jest zmęczona, bo pracowała dziś na nocną zmianę oraz że w zasadzie nic nie jadła. Omdlenie wystąpiło w pozycji stojącej, pacjentka była bardzo ciepło ubrana, ze względu na panujący na dworze mróz; bezpośrednio przed incydentem odczuwała zawroty głowy, szum w uszach oraz uczucie nóg „jak z waty”. Nie choruje na żadne choroby przewlekłe, nie przyjmuje leków na stałe. W ciągu ostatnich kilku lat dwukrotnie wystąpiły omdlenia, zawsze w pozycji stojącej (w kościele).

Badanie przedmiotowe.

W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono odchyień od stanu prawidłowego. Czynność serca była miarowa, 90 /min, tony serca czyste. RR 120/70.

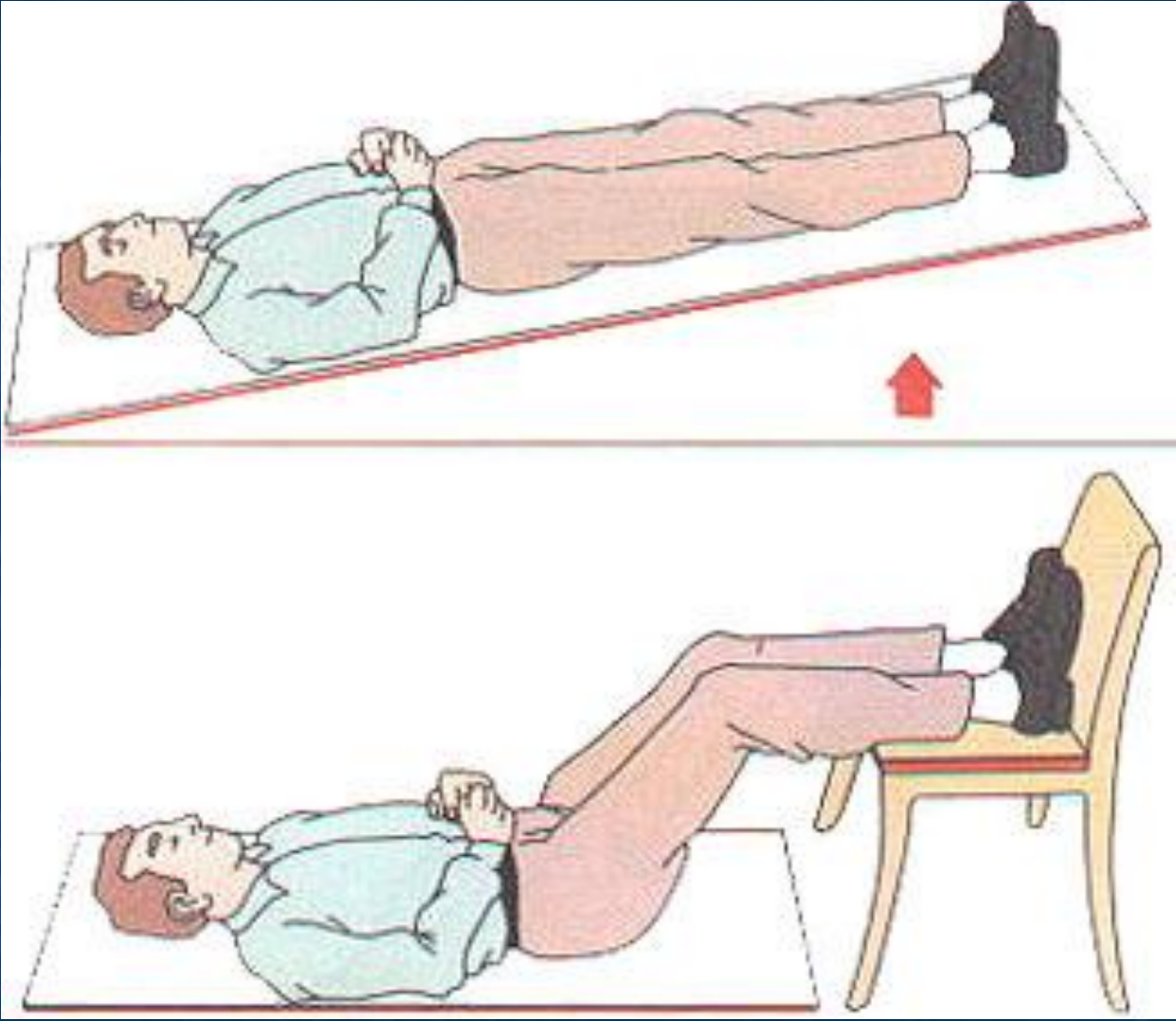
Glikemia przygodna 74 mg%

EKG - rytm zatokowy miarowy 72/min.
Normogram. Bez niedokrwienia i zaburzeń rytmu.

Omdlenie wazowagalne.

Postępowanie: pozycja horyzontalna, uniesienie kończyn dolnych.

Ewentualnie-podanie płynów do picia.



Przypadek 4

Do poradni Lekarza Rodzinnego zgłosił się 68-letni pacjent, skarżący się na nagłe osłabienie, niepokój, kołatanie serca, które występowały od około 15 minut. Objawy dość szybko nasilały się. Pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze oraz na cukrzycę typu II (przyjmuje metforminę, glimepiryd, leczony od roku także insuliną długodziałającą). Ponadto pacjent leczy się z powodu depresji (przyjmuje citalopram).

Badanie przedmiotowe.

Zwracała uwagę bladość powłok pacjenta, skóra była pokryta zimnym potem. Pacjent był trudny w kontakcie, występowały zaburzenia świadomości. Czynność serca była miarowa około 100/min, RR 110/75. Nad płucami stwierdzono szmer pęcherzykowy.

EKG - RZM ok.100/min, lewogram. Podczas wykonywania EKG wystąpiła utrata przytomności oraz drgawki toniczno-kloniczne.

Glikemia oznaczona glukometrem wynosiła 32 mg%

Hipoglikemia

Postępowanie

Podanie 20 % roztworu glukozy w bolusie, następnie 10 % roztworu we wlewie dożylnym, po odzyskaniu przytomności podanie węglowodanów doustnie.

Powtarzalne oznaczenia glikemii.

Hospitalizacja.

Poszukiwanie ewentualnych innych współistniejących schorzeń.

Przypadek 5

Do Poradni Lekarza Rodzinnego zgłosili się rodzice z 5-cio letnim dzieckiem, ugryzionym przez psa. Pies należał do dziadków chłopca, pogryzienie nastąpiło podczas zabawy, dziecko prowokowało psa, ciągało za ogon, biło łopatką po głowie. Pies poza tym incydentem zachowywał się normalnie, był szczepiony przeciwko wściekliźnie ok. 5 miesięcy wcześniej (wpis w książeczce zdrowia psa)

Rana znajdowała się na przedramieniu , była dość płytka , około 3 cm długości. Stan ogólny dziecka był dobry. Pogryzienie miało miejsce około 3 godzin przed zgłoszeniem się do lekarza.

Chłopiec był szczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień, ostatnia dawka szczepienia przeciwko tężcowi była podana ok. dwóch miesięcy wcześniej (Boostrix-polio)

Postępowanie.

1. Opracowanie rany.
2. Antybiotykiem z wyboru w ranach zakażonych jest amoksycylina z kw. klawulanowym.
3. Historia szczepień przeciwko tężcowi.
4. Rozważenie konieczności szczepienia przeciwko wścieklicznie- ewentualnie obserwacja weterynaryjna zwierzęcia- psy,koty.

Historia szczepień pacjenta	Ryzyko wystąpienia tężca	
	Niskie	Wysokie
Nieszczepieni lub niekompletnie szczepieni lub historia szczepień niepewna	szczepionka Td lub T, następnie kontynuować kolejne dawki szczepienia podstawowego wg schematu 0; 1; 6 miesiąc	szczepionka Td lub T + antytoksyna (LIT - swoista immunoglobulina 250/500 j.m. lub KAT - surowica przeciwężcowa 3000 j.m.) następnie kontynuować kolejne dawki szczepienia podstawowego wg schematu 0; 1; 6 miesiąc
szczepienie podstawowe lub przypominające – ostatnia dawka więcej niż 10 lat temu	szczepionka Td lub T – jedna przypominająca dawka	szczepionka Td lub T – jedna przypominająca dawka + antytoksyna (LIT - swoista immunoglobulina 250/500 j.m. lub KAT - surowica przeciwężcowa 3000 j.m.)
szczepienie podstawowe lub przypominające – ostatnia dawka 5 – 10 lat temu	szczepionka Td lub T - jedna przypominająca dawka	szczepionka Td lub T - jedna przypominająca dawka
szczepienie podstawowe lub przypominające – ostatnia dawka mniej niż 5 lat temu	nie wymaga	nie wymaga ewentualnie gdy szczególnie wysokie ryzyko należy rozważyć szczepionką Td lub T – jedna przypominająca dawka

Postępowanie poekspozycyjne we wściekłości

Rozpoczęcie postępowania poekspozycyjnego można odłożyć do czasu potwierdzenia wścieklicy u zwierzęcia, o ile zwierzę, które narażło człowieka nie wykazywało objawów choroby podczas ekspozycji i jest możliwa jego 15-dniowa obserwacja weterynaryjna – dotyczy wyłącznie psa i kota.

Jeżeli została narażona osoba uprzednio szczepiona przeciwko wściekłości podaje się tylko dwie dawki przypominające szczepionki według schematu szczepienia w 0; 3 dobie. Nie należy wówczas podawać swoistej immunoglobuliny .

SZCZEPIENIA PRZECIWI WŚCIEKLIŹNIE (POEKSPOZYCYJNE)

Swoiste zapobieganie czynne:

- rozpoczęcie szczepienia wg skróconego (tj. poekspozycyjnego) schematu szczepień zgodnie z zaleceniami producenta szczepionki – schemat podawania kolejnych dawek - w 0; 3; 7; 14; 30 dobie.

Swoiste zapobieganie czynno-bierne:

- jak wyżej, plus jednocześnie z pierwszą dawką szczepionki podaje się swoistą immunoglobulinę ludzką - 20 j.m./kg mc.

Immunoglobulinę można podać do 7 dnia od podania pierwszej dawki szczepionki.

Kwalifikację do szczepienia przeciwko wściekliźnie przeprowadza specjalistyczna Poradnia Chorób Zakaźnych.

Hipoglikemia



Headache



Sweating



Shaking



Confusion



Drowsiness



Hunger



Fast Heart Rate



Dizziness

These symptoms and others can be signs of hypoglycemia.

Hipoglikemię rozpoznaje się przy obniżeniu stężenia glukozy **poniżej 70mg/dl (? mmol/l)**, niezależnie od występowania objawów klinicznych, które u części osób mogą pojawiać się przy znacznie niższych wartościach glikemii.

Nieświadomość hipoglikemii, określana jako nieodczuwanie patologicznie niskich (**<70mg/dl**) wartości glikemii, jest istotnym powikłaniem częstego występowania epizodów hipoglikemii.

- Pełnoobjawowa hipoglikemia pojawia się zwykle przy stężeniu glukozy mniejszym niż 40 mg%(2,2 mmol/l)
- Częściej występuje u chorych na cukrzyce typu 1 stosujących intensywną insulinoterapię
- Zwiększone ryzyko hipoglikemii występuje u chorych na cukrzycę z HbA1c poniżej 6,1% ,

Ryzyko wystąpienia hipoglikemii wzrasta w następujących sytuacjach:

- stosowanie insuliny w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami przeciwcukrzycowymi
- stosowanie pochodnych sulfonilomocznika lub glinidów w monoterapii lub skojarzeniu z innymi lekami przeciwcukrzycowymi
- niewłaściwe dawkowanie ww. leków w sytuacji wzmożonego wysiłku fizycznego, zmniejszonego dowozu kalorii lub spożywania alkoholu
- dążenie do szybkiej normalizacji wartości HbA_{1c}

Postępowanie doraźne

1. U chorego przytomnego:

- w zależności od stopnia hipoglikemii doustne podanie 10–20g glukozy lub napoju słodzonego; 10-20g glukozy powoduje krótkotrwały wzrost glikemii po około 10-20 min., aby uniknąć ponownego wystąpienia hipoglikemii należy spożyć węglowodany złożone, a pomiar powtórzyć po 60 min.
- monitorować glikemię
- rozważyć podanie glukagonu domięśniowo
- nauczyć otoczenie chorego podawania glukagonu

2. U chorego nieprzytomnego lub osoby mającej zaburzenia świadomości i niemogącej połykać:

- podać dożylnie 20% roztwór glukozy (0,2 g glukozy/kg m.c.), a następnie wlew 10% roztworu glukozy
- w razie trudności z dostępem do żył- podać domięśniowo lub podskórnio 1mg glukagonu (0,5mg u dzieci < 6.r.ż.), w przypadku braku poprawy po 10 min. ponownie wstrzyknąć glukagon
- po uzyskaniu przytomności podać doustnie węglowodany, do chwili całkowitego ustąpienia ryzyka nawrotu incydentu hipoglikemii

Nie należy podawać glukagonu chorym na cukrzycę typu 2, a także po spożyciu alkoholu!



Napady drgawkowe

Napady drgawkowe

Są szczególnym rodzajem zaburzeń neurologicznych. Wyróżniamy wiele rodzajów napadów drgawkowych (np. uogólnione i częściowe), lecz najbardziej dramatyczne charakteryzują się nagłymi i gwałtownymi skurczami mięśniowymi (drgawki toniczne i kloniczne).

- Początek napadu jest zwykle nagły i wywołany zaburzeniami funkcjonowania OUN.
- W czasie konwulsji chory zazwyczaj jest nieprzytomny, czasami występują przerwy w oddychaniu, zdarzają się wymioty.
- Poważne ryzyko wiąże się z z możliwością powstania niedrożności dróg oddechowych i doznania przez chorego urazu podczas napadu drgawek.
- Czas trwania drgawek może być różny – zazwyczaj nie przekracza 5 minut (większość napadów trwa 1-2 minuty)

Przyczyny drgawek

- Istnieje wiele przyczyn mogących wywołać drgawki. Czasami przyczyna może być nieuchwytna. W tej sytuacji nie należy tracić czasu na rozważanie etiologii drgawek, gdyż jest to niepotrzebna strata czasu!

Najczęstsze przyczyny drgawek:

- Przewlekłe schorzenia neurologiczne np. padaczka;
- Wysoka gorączka (zwłaszcza u małych dzieci <3 r.ż.);
- Zatrucia (alkohol, leki, inne);
- Zaburzenia metaboliczne, np. hipoglikemia, zaburzenia elektrolitowe;
- Urazy czaszkowo-mózgowe;
- Niedotlenienie OUN;
- Guzy mózgu;
- Powikłania ciąży (np. rzucawka).

Padaczka jest to nagłe, napadowe zaburzenie czynności OUN wywołane wzmożoną aktywnością neuronalną o charakterze przejściowym.

Stan padaczkowy to ciągła aktywność napadowa, trwająca dłużej niż 30 min., albo co najmniej dwa napady, pomiędzy którymi nie dochodzi do odzyskania przytomności.

Jakkolwiek **NOWA DEFINICJA STANU PADACZKOWEGO** to napad trwający powyżej 5 minut ponieważ większość napadów toniczno-klonicznych trwa 1-2 minuty.

Napady padaczki mogą mieć charakter uogólnionych lub częściowych. Napady uogólnione cechuje:

- nagła utrata świadomości poprzedzona toniczną sztywnością całego ciała, bezdechem i sinicą;
- wystąpienie drgawek klonicznych;
- przygryzienie języka, zwrot gałek ocznych w jedną stronę, mimowolne oddanie moczu;
- wiotkość, senność i splątanie po napadzie.

Częściowe- ogniskowe napady padaczkowe w zależności od lokalizacji w mózgu obszaru odpowiedzialnego za wyładowanie neuronalne mają charakter zróżnicowany i występują pod postacią:

- drgawek ogniskowych;
- zaburzeń czuciowych- drętwienia, błyski świetlne;
- objawów autonomicznych;
- zaburzeń psychicznych.

Do zadań lekarza POZ udzielającego pomocy pacjentowi z drgawkami należą:

- szybka ocena miejsca zdarzenia (należy koniecznie zwrócić uwagę na bezpieczeństwo własne);
- usunięcie przedmiotów, które mogłyby spowodować u chorego samouszkodzenie;
- zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych (ABC);
- zebranie wywiadu (jeśli możliwe);
- stałe utrzymywanie drożności dróg oddechowych;
- uzyskanie dostępu dożylnego;
- farmakoterapia- benzodiazepiny (przy przedłużającym się napadzie) DIAZEPAM 10 mg powoli iv, LORAZEPAM 4mg przez 2 minuty iv
- tlenoterapia
- wezwanie pogotowia ratunkowego

Bezwzględnie zabronione jest wkładanie jakichkolwiek przedmiotów do jamy ustnej (poza służącymi do utrzymania drożności np. rurka ustno-gardłowa).

Chory z drgawkami może bezwiednie oddać mocz lub stolec. Jeśli to możliwe, powinno się uszanować prywatność chorego i poprosić osoby trzecie o opuszczenia miejsca zdarzenia.

Własne obserwacje przekazać lekarzowi pogotowia ratunkowego.

Drgawki gorączkowe u dzieci

Drgawki gorączkowe występują u dzieci w wieku od 6 miesiąca do 5 roku życia (szczyt występowania w 18 m-cu życia). Występują w przebiegu chorób z gorączką. Częstość 2-4% populacji pediatrycznej.

Klasyfikacja:

- drgawki gorączkowe proste
- drgawki gorączkowe złożone

1. Drgawki gorączkowe proste - uogólnione, toniczno-kloniczne, trwające krócej niż 10-15 min.
2. Drgawki gorączkowe złożone - trwające 15-30 min.; częściowe, nawracające podczas tej samej choroby; dziecko nie odzyskuje pełnej świadomości po upływie godziny od ustąpienia napadu.

Jakie jest ryzyko nawrotu drgawek gorączkowych?

- 30% dzieci ma nawrót drgawek gorączkowych podczas kolejnej choroby gorączkowej;
- 9% dzieci ma więcej niż 3 epizody drgawek gorączkowych;
- nawrót jest najczęstszy w ciągu pierwszego roku po wystąpieniu drgawek gorączkowych;

Ryzyko nawrotu jest większe, jeżeli dziecko ma:

- pierwszy epizod drgawek w wieku poniżej 15 m-cy
- pierwszy epizod drgawek to drgawki złożone
- w rodzinie występowały drgawki gorączkowe lub padaczka.
- dziecko uczęszcza do przedszkola lub żłobka.

1% dzieci, u których wystąpiły drgawki gorączkowe, w przyszłości zachoruje na epilepsję (ryzyko populacyjne 0,4%).

Zwiększone ryzyko padaczki szczególnie dotyczy dzieci, u których wystąpiły drgawki gorączkowe złożone.

Postępowanie w drgawkach gorączkowych u dzieci

Większość napadów ustępuje samoistnie w ciągu kilku minut bez interwencji;

- rozluźnić ubranie dziecka, położyć je na boku;
- dbać o drożność dróg oddechowych- nie umieszczać niczego w ustach;
- usunąć z otoczenia dziecka przedmioty, które mogą spowodować uraz;
- podać leki przeciwgorączkowe doodbytniczo, schładzać kończyny metodami fizykalnymi;
- podać diazepam we wlewkach doodbytniczych;
- mierzyć czas trwania drgawek;
- wezwać pogotowie ratunkowe;

Omdlenia

Omdlenie to przemijająca utrata przytomności, wywołana zmniejszeniem perfuzji mózgu, po której chory samoistnie odzyskuje świadomość.

Do omdlenia dochodzi gdy przepływ mózgowy ustaje na 6-8 sekund.

Częstość

- Omdlenia w populacji ogólnej są częste-dotyczą od 1%(dzieci) do 10 %(osoby w wieku podeszłym)

Przyczyny:

- **omdlenie wazowagalne** – najczęściej w sytuacjach zwiększonego napięcia emocjonalnego np. w przypadkach skrajnego strachu lub bólu;
- **omdlenie ortostatyczne**
 - po dłuższym przebywaniu w pozycji stojącej;
 - przy podnoszeniu się z pozycji siedzącej lub leżącej – najczęściej u osób starszych (hipotonia ortostatyczna)
- **nadwrażliwość zatoki szyjnej** – stymulacja zatoki szyjnej (np. przez ciasny kołnierzyk, skręt głowy)
- **omdlenie wywołane bólem**
- **leki wazoaktywne** – leki hipotensyjne, anksjolityczne, przeciwdepresyjne, nasenne...
- **niedostateczne wypełnienie łożyska naczyniowego**
- **przyczyny sercowe** – zaburzenia rytmu i przewodnictwa serca, ch. niedokrwienność serca, wady serca
- **przyczyny sytuacyjne** – uporczywy kaszel, defekacja
- inne - hiperwentylacja

Wywiad:

- Obecność kołatanie serca, bólu w klatce piersiowej;
- Pionizacja lub długotrwała pozycja stojąca poprzedzające incydent;
- Silny stres poprzedzający incydent;
- Obecność objawów poprzedzających- zawroty głowy, mroczki przed oczami, nudności;
- Jak szybko nastąpił powrót świadomości ? Czy nie było żadnych następstw ?
- Czy podczas upadku nie nastąpił uraz?
- Farmakoterapia, szczególnie leki mogące powodować bradykardię i hipotonię ortostatyczną;
- Ostatnie zmiany w farmakoterapii;
- Obecność schorzeń kardiologicznych, neurologicznych, cukrzycy
- Przebyte urazy głowy;
- Zebranie wywiadu od świadków zdarzenia- obecność drgawek, automatyzmów

Badanie przedmiotowe:

Badanie przedmiotowe powinno się koncentrować na układzie krążenia celem oceny możliwości wystąpienia przyczyn zagrażających życiu:

- ocena objawów czynności życiowych z pomiarem ciśnienia na kończynach i próba ortostatyczna;
- badanie neurologiczne może wykazać niewielkie zmiany świadczące o niewydolności krążenia mózgowego;
- badanie per rectum?
- badanie kończyn w celu poszukiwania objawów zakrzepicy?

Rozpoznanie różnicowe:

- hipoglikemia
- napady padaczkowe - charakteryzują się występowaniem okresu ponapadowego zamroczenia, trwającego co najmniej 5 minut.
- udar mózgu lub TIA – obecność deficytów neurologicznych

W omdleniach powrót do pełnej świadomości jest szybki i całkowity.

W czasie napadów padaczkowych chorzy rzadko są wiotcy. Przy omdleniu brak jest przeważnie jakiegokolwiek aktywności motorycznej.

Większość chorych z padaczką ma ustalone już rozpoznanie.

Przyczyna omdleń - mimo
rozmaitych testów - stwierdzana
jest tylko w ok. 50 %.

1. Chorzy z rozpoznaną przyczyną omdleń powinni zostać przyjęci w celu leczenia w trybie pilnym lub obserwacji i monitorowania.
2. W przypadku chorych z nieustaloną przyczyną omdleń (jak dotąd to najliczniejsza grupa) konieczna jest ocena kliniczna, czy podłożem omdlenia nie jest poważne schorzenie.
3. Chorzy z pewną, łagodną przyczyną omdleń nie muszą być kierowani celem dalszej diagnostyki.

Następujące kryteria uzasadniają obserwację w warunkach szpitalnych:

- wiek powyżej 55 r.ż.
- obecność w wywiadzie czynników ryzyka wystąpienia poważnego schorzenia lub zaawansowanej miażdżycy (przebyte TIA, incydenty naczyniowo-mózgowe lub niedokrwienie mięśnia sercowego)
- niekorzystny stan psychiczny lub sytuacja socjalna

Wstrząs anafilaktyczny.

Ciężka, szybko rozwijająca się reakcja anafilaktyczna, w której występuje obniżenie ciśnienia tetniczego, zagrażające życiu

Główne przyczyny anafilaksji:

1. alergiczne
2. niealergiczne
3. idiopatyczne (30 %)

Alergiczne przyczyny anafilaksji:

1.leki

2.jady owadów błonkoskrzydłych

3.białka podawane pozajelitowo

4.pokarmy

5.alergeny wziewne

6.lateks

Niealergiczne przyczyny anafilaksji.

1. bezpośrednie uwalnianie mediatorów z mastocytów (opioidy, leki zwiotczające, roztwory koloidalne, wysięk fizyczny)
2. kompleksy immunologiczne
3. zmiana metabolizmu kwasu arachidonowego-nadwrażliwość na ASA i inne NLPZ
4. inne lub nieznanne mechanizmy (np. środki konserwujące)

Czynniki ryzyka:

- 1.wiek
- 2.atopia
- 3.miejsce przedostania się alergenów do ustroju
- 4.uprzednie narażenie na alergen
- 5.anafilaksja w wywiadzie - zwłaszcza na antybiotyki B-laktamowe, jady owadów błonkoskrzydłych i radiologiczne środki cieniujące

Główne objawy anafilaksji:

1) Skóra i tkanka podskórna

Objawy wczesne anafilaksji dotyczą najczęściej skóry: pieczenie lub swędzenie dłoni i stóp, uczucie gorąca, następnie pojawia się uogólniona pokrzywka

A. pokrzywka lub obrzek naczynioruchowy-90%

B. zaczerwienienie skóry-50%

C. każdy rodzaj nagłe występującej wysypki

2. Układ oddechowy:

- A. obrzęk dróg oddechowych, chrypka, stridor - 50-60%
- B. kaszel, świszczący oddech , duszność(50%)
- C. nieżyt nosa-15-20%

3. Przewód pokarmowy:

nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka-
30%

4. Reakcja ogólnoustrojowa:

spadek ciśnienia tętniczego i wstrząs -30%

Objawy- czas występowania

Objawy pojawiają się najczęściej w ciągu kilku sekund lub minut po narażeniu na czynnik wywołujący, ale niekiedy później-powyżej 30 minut.

Spotyka się także reakcje późne i dwufazowe (1-20%) przypadków, w których objawy rozwijają się lub ponownie nasilają po 8-12 godzinach.

Rozpoznanie.

Rozpoznanie wstrząsu anafilaktycznego opiera się na typowych objawach podmiotowych i przedmiotowych oraz rozwoju objawów w krótkim czasie po kontakcie z czynnikiem mogącym wywołać reakcję anafilaktyczną

Postępowanie:

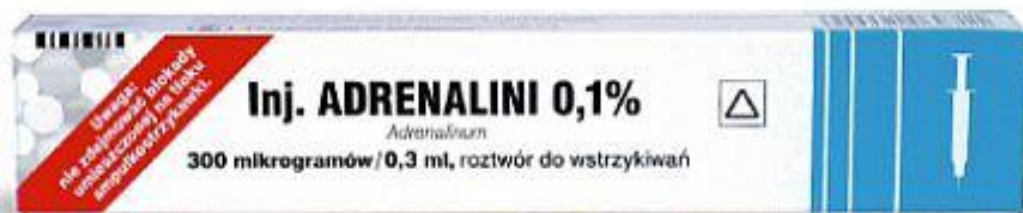
- 1. Ocenić przytomność ,drożność dróg oddechowych, oddychanie i krążenie
- 2. Przerwać narażenie na substancję podejrzaną o wywołanie reakcji alergicznej (np. usunąć żądło pszczoły)
- 3. Podać adrenalinę

Inj. ADRENALINI 0,1%

Adrenalinum 300 µg / 0,3 ml

/roztwór do wstrzykiwań domięśniowych/

Pierwsza pomoc we wstrząsie anafilaktycznym



- Adrenalinę należy podać każdemu pacjentowi, u którego stwierdza się objawy wstrząsu, obrzęku dróg oddechowych lub zaburzeń oddychania.

Szybka pomoc na wypadek wstrząsu anafilaktycznego



Krok 1: Usunięcie alergenu

**Krok 2: Zastosowanie automatycznego
wstrzykiwacza z epinefryną (adrenaliną)**

- 1** Ujmij wstrzykiwacz całą dłonią i usuń nakładkę ochronną
- 2** Uderz końcówką w udo
- 3** Trzymaj wstrzykiwacz dociśnięty do uda przez 10 sekund
- 4** Odłóż wstrzykiwacz i rozmasuj miejsce wstrzyknięcia

Krok 3: Wezwanie pomocy medycznej

pogotowie ratunkowe **999** telefon alarmowy **112**

Interwencje dodatkowe:

1. Ułożenie pacjenta
2. Utrzymanie drożności dróg oddechowych
3. Tlen
4. Leki przeciwhistaminowe i. m. lub i. v.
H1- i H2- blokery
5. Glikokortykosteroidy
6. Płyny dożylnie 1-2 litry 0,9 % NaCl w ciągu 5 minut
7. Ew. B-mimetyki
8. Ew. Glukagon

Jak zapobiegać anafilaksji?

- Zawsze zbierać wywiad w kierunku alergii
- Nie lekceważyć informacji, uzyskanej od pacjenta o uczuleniu na lek
- Jeżeli jest to możliwe, podawać leki doustnie a nie pozajelitowo
- Przy podaniu leku podskórnie lub domięśniowo, upewnić się, że igła nie tkwi w naczyniu krwionośnym
- Obserwować pacjenta po podaniu leku mogącego wywołać anafilaksję
- Nie wykonywać testów skórnych w okresie pylenia u pacjentów z alergią na pyłki roślin
- Próby prowokacyjne z lekami wykonywać w warunkach szpitalnych
- U chorych z anafilaksją w wywiadach raczej oznaczać swoiste IgE niż wykonywać testy skórne
- Zbierać wywiad dotyczący składników szczepionek
- Podawać antytoksyny ludzkie, a nie zwierzęce

Prewencja wtórna

- Noszenie przy sobie ampułkostrzykawki z adrenaliną do samodzielnego wstrzyknięcia
- Unikanie czynników wywołujących
- Odczulanie, jeżeli jest to możliwe
- Profilaktyka farmakologiczna
- Stałe noszenie odpowiedniej informacji medycznej
- Doraźne podanie GKS i leku przeciwhistaminowego przed spodziewanym kontaktem z czynnikiem potencjalnie uczulającym



THE SUMMONY © AND ACK BY MONTOR 2012 CRAIG MILLER CARTOONS.COM