

615.75:616—097.32

ANAFYLAKTICKÝ ŠOK PO UŽITÍ ACYLPYRINU

Podporučík MUDr. Milan KOCOUREK

Alergické projevy po užití léků jsou velmi pestré a časté. S pojmem alergických reakcí se většinou spojují vysokomolekulární substance jako alergeny, ale i jednoduché chemické sloučeniny [soli jodu, barbituráty, acid. acetylosalicylicum, soli niklu — rtuti (9)] jsou schopny vyvolat alergické reakce. Od samotné lékové alergie je nutno odlišit vedlejší působení léků, jeho toxicitu, event. idiosynkrasii (1, 7).

Celý alergický děj je kvalitativně změněná reaktivnost organismu, podmíněná reakcí antigenu s protilátkou (4). V prostředí tekutin a bílkovin organismu se váže antigen s antilátkou a vyvolávají enzymatické řetězové reakce s následným uvolněním druhotných dráždivých látek. Podle množství a jakosti ovlivňují pak hyperergní reakci (4, 8). Porucha vyšší nervové činnosti spolupůsobí jako vážný etiopatogenetický moment. Alergické projevy jsou pozorovány častěji u osob neurovegetativně labilních. Tato nerovnováha vegetativního systému je ovlivněna složkou endokrinní, ale její vliv je druhotný. Hormonům se tedy přisuzuje nespecifický vliv přes vegetativní nervovou soustavu (10, 4). Rozhoduje též pohotovost organismu k šoku (adaptivní reakce na stress či šok) (2).

Přecitlivělost na acidum acetylosalicylicum je dlouho známa. Popsal ji poprvé Cook v r. 1917. Někteří autoři tvrdí, že přecitlivělost na tuto látku je častější než na jiná léčiva (5, 6). Asi v 61 % případů všech reakcí se objevuje kopřivka, v 19 % edémy, dále skarlatiformní exantém, multiformní exantém, konjunktivitis. Reakce i po jedné tabletě nastávají většinou až po 10.—120. použití. Většinou probíhají klidně, avšak popisují se i případy s prudkým průběhem, končícím smrtí v podobě anafylaktického šoku. Daleko častěji jsou ohroženi lidé trpící zejména bronchiálním astmatem. Nejsou vzácné případy divokého průběhu po podání 1 tabl. ac. acetylosalicylicum, končící letálně. Proto se v poslední době upustilo od užívání Acylpyrinu jako komponenty běžných antiastmatických léků pro toto nebezpečí. Acidum acetylosalicylicum zařazujeme mezi antineuralgika. Její používání je hodně roz-

šířené, velmi často bez lékařského předpisu a kontroly.

V následujícím je popsán případ anafylaktického šoku po podání acylpyrinu.

Nemocný J. P., nar. 1932, čís. chor. 1741/57, navštívil 14. XII. zubní ambulatorium, kam pravidelně docházel k sání chrupu. Po ošetření zubu dostal od zdravotníka na ošetřovně tabletu proti bolestem. Pokračoval dále v zaměstnání, avšak za 15 minut po požití tablety pocítil pálení v ústech, hučení hlavy, malátnost s návaly na zvracení. S poněkud se stupňujícím otokem v obličeji se dostavil těžký dech. Pamatoval si ještě, že doběhl znovu na ošetřovnu, kde se již dusil. Na další si nepamatuje.

Podle údajů zdravotníka dostal nemocný tabletu acylpyrinu kolem 12.15 hod. Ve 12.30 hod. se dostavil nemocný na ošetřovnu s úzkostným výrazem v obličeji a stěžoval si na pálení v ústech, těžký dech, jako kdyby měl otok v krku, a na malátnost. Nemocný je zarudlý v obličeji, počínající otok kolem rtů a víček, spojivky značně nasřiknuté. Těžce lapá po dechu. Je neklidný, P — 90/min., plný, pravidelný, TK 100/60. Během vyšetřování má návaly na zvracení. Ve 12.35 hod. si stěžuje na černá kola v zorném poli, přestává vidět a ztrácí vědomí. Puls na periférii slabě hmatný, tachykardie, TK prudce klesá na 40/—, takže je posléze neměřitelný. Nemocný je pokryt lepkavým potem, zarudnutí se mění v cyanosu, vyznačenou zejména na periférii. Zornice rozšířené, jen líně reagují na světlo. Podle anamnestických údajů a klinického průběhu se pomýšlí na anafylaktický šok. Aplikován adrenalin v roztoku 1 : 1000 v množství 1 ml subc. Ihned zařízen převoz do nemocnice. Během převozu je puls slabě hmatný, nitkovitý, s frekvencí 130—150/min. Cyanosa se mění v zsinalost, mezi jednotlivými dechy se prodlužuje apnoická pauza. Při příjezdu do nemocnice stav týž s lapavými dechy. Puls 130/min., je lépe hmatný, TK 30/—. Převezen na chirurgické oddělení a uvažováno o intubaci. Ve 12.55 hod. dostává O₂, i. v. calcium gluconicum, devenan a phenergan. Ve 13.15 hod. je puls 120, slušně plněný, TK 60/30, dechy pravidelné, cyanosa ustupuje. Vědomí přechází pozvolna ze soporu v somnolenci.

Ve 14.00 hod. puls 100/min. plný, TK 100/60. Je již při vědomí, malátný, ospalý, stěžuje si na bolest hlavy a tíhu v krku. V odpoledních hodinách se stav natolik upravil, že v 19.00 hod. má TK 110/80, puls 86/min, plný, pravidelný, ospává. Zůstává mírný edém víček a cítí „otok v krku“. Následující den je stav dobrý. Puls 74/min., TK 125/80. Otoky odezněly, cítí se dobře.

16. XII. 1957 propuštěn uzdraven k útvaru.

Po uzdravení provedeno důkladné anamnestické vyšetření. Nemocný nikdy neprojevoval přecitlivělost k lékům či jiným látkám, které se běžně za alergeny pokládají. Rovněž rodinná

anamnesa bezvýznamná. Udával však, že jej často bolívala hlava a že užíval „různé prášky“. V tomto případě jde tedy o alergii, která probíhala řadu let latentně a náhle se manifestovala bouřlivou reakcí v podobě anafylaktického šoku. Provokačním momentem snad mohlo být určité emoční rozrušení při zákroku ve stomatologickém ambulatoriu, neboť vlivy vyšší nervové činnosti jsou při vzniku a průběhu alergických reakcí dostatečně známy (4).

Léková alergie, zejména v podobě anafylaktického šoku, se dá ovlivnit adrenalinem (roztok 1 : 1000 $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ ml subc., nebo i. v. s 5% glukosou), ephedrinem, běžnými antihistaminiky. Někteří doporučují užít kortisonu a ACTH (1), přičemž se uplatňuje vliv kortisonu na permeabilitu kapilár (10). Je zajímavé, že antihistaminika, kortison a ACTH patří mezi látky, které mezi alergickým projevům, avšak samy mohou způsobit alergické reakce. Doporučuje se též užít inhalace O_2 , je-li po ruce, a pomýšlet v případě edému hlasivek na intubaci (3, 10).

Závěrem tohoto sdělení je nutno upozornit starší lékaře na důležitost dokonalé zevrubné anamnesy příslušníků útvaru, neboť v posledních letech přibývá manifestních i latentních alergií. V pátrání po alergickém terénu se zaznamenávají všechny projevy alergos se zvláštním zřetelem k škodlivým vlivům životního prostředí.

Po tomto anamnestickém rozboru zaměří starší lékař svoji pozornost k objektivnímu vyšetření, které doplní, uzná-li za vhodné, důkladným vyšetřením, hospitalisací na odborném oddělení. Tak preventivně podchytí ty příslušníky útvaru, kteří jsou ohroženi alergickými projevy různého stupně.

Možnost náhlých alergických reakcí je značná. Je povinností staršího lékaře, aby cíleným odborným školením svého středně zdravotnického personálu a materiálním vybavením ošetrovny byl připraven vždy úspěšně terapeuticky zvládnout tyto závažné příhody.

Písemnictví

1. Brown: J. Amer. med. Ass., sv. 157, č. 10, 814–819, 1955.
2. Burdon: Ann. Allergy, sv. 16, č. 2, 168–173, 1958.
3. Friebel: Vie méd. No. spec. Mai, 103–104, 1955.
4. Kolektiv autorů: Alergie, Stát. zdrav. nakladatelství, vyd. 1., 1957.
5. Peinár: Pathologie a therapie chorob vnitřních, Díl III., sv. 2., část I., Stát. zdrav. nakladatelství, Praha 1954.
6. Prickmann, Buchstein: JAMA 108, 445, 1937.
7. Rost: Alergie, sv. 4, č. 2, 111–114, 1958.
8. Scheiffarth: Z. Laryng. Rhinol. Otol. 34, č. 1, 4–11, 1955.
9. Schlossberger: Int. Arch. allergy, sv. 5., č. 3/4, 261 až 282, 1954.
10. Serman: Med. Clin. N. Amer. sv. 39, č. 3., 751–764, 1955.