



**ALERJEN İMMÜNÖTERAPİ UYGULAMALARDA
VE
ANAFİLAKSİ REAKSYONLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

HAZIRLAYANLAR

Uzman hemşire Habibe KARA

Uludağ Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Sunum Planı

Alerjen İmmunoterapi

- Tanım
- Endikasyonlar
- Kontrendikasyonlar
- Alerjen Ekstreleri ve Uygulama
- Subkutan İmmünoterapi
- Sublingual İmmünoterapi
- İmmünoterapide hemşirelik



Anafilaksi

- Giriş
- Patofizyoloji
- Risk Faktörleri
- Epidemiyoloji
- Etiyoloji
- Anafilaksi Klinik
- Anafilakside Tedavi
- Anafilakside Hemşirelik Yaklaşımı
- Vaka sunumu

Tanım

- İmmünoterapi, alerjik bireylere duyarlı oldukları alerjenin kontrollü ve giderek artan dozlarda uygulanması yoluyla, immünolojik yanıtın yeniden düzenlenmesini ve klinik tolerans gelişmesini hedefleyen bir tedavi yöntemidir.
- Amaç, hastanın immün cevabını değiştirerek semptomların ve ilaç kullanımının azaltılması ya da ortadan kaldırılmasıdır

Endikasyonlar

Spesifik IgE varlığı deri testi ve/veya in vitro yöntemlerle doğrulanan ve semptomlarla ilişkili olduğu belirlenen alerjenlere karşı; alerjik rinit, konjonktivit, astım ve Hymenoptera alerjisi vakalarında .

Uygun farmakoterapi ve çevre önlemlerine rağmen günlük aktiviteyi ve/veya hayat kalitesini etkileyen semptomların devam etmesi

Hastanın farmakoterapiye alternatif uzun dönem etkinliği olan bir tedavi seçeneğini istemesi

Farmakoterapinin istenmeyen yan etkilerinin gözlenmesi

Alerjiden kaçınmanın mümkün olmaması

Kontrendikasyon

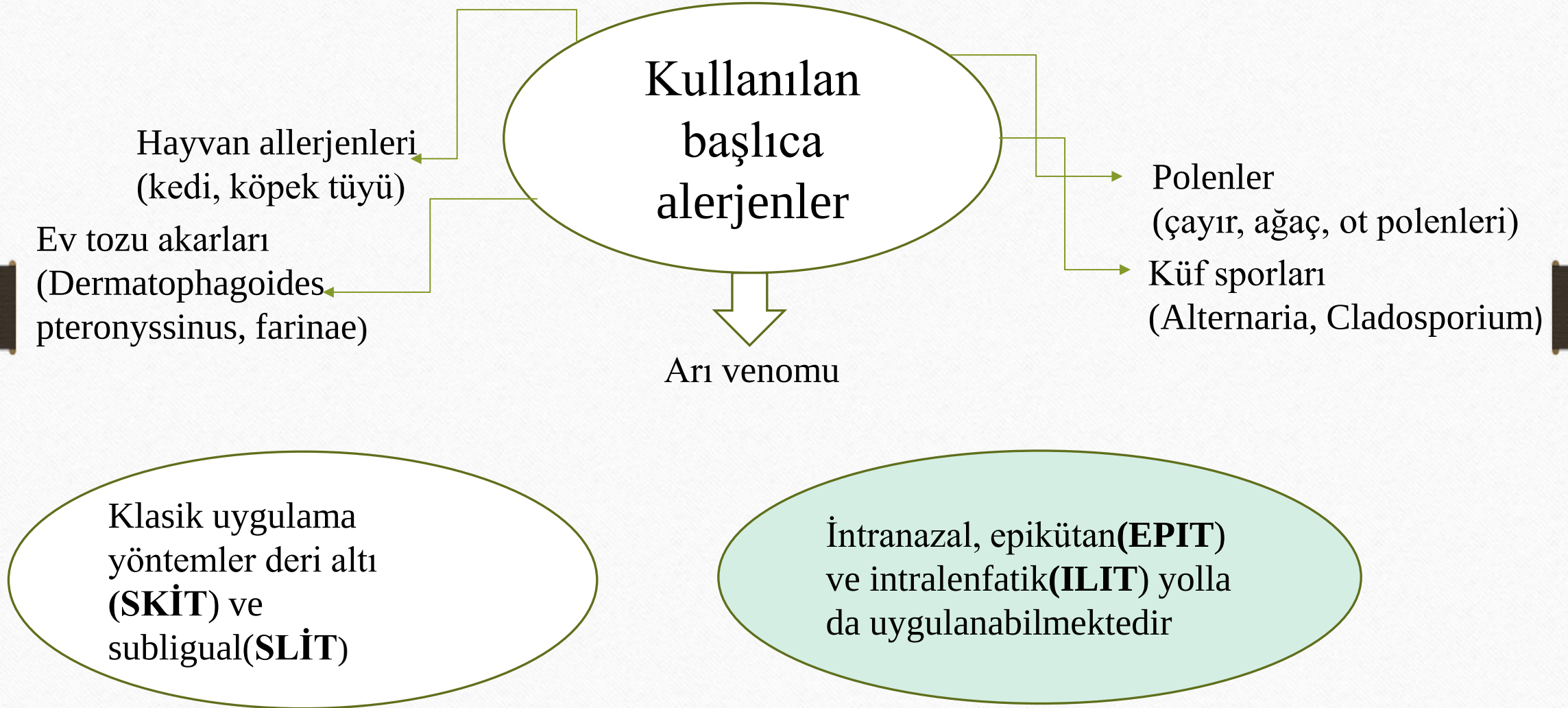
Kesin Kontrendikasyonlar

- ❖ Kontrolsüz veya şiddetli astım
- ❖ Aktif haldeki otoimmün hastalıklar (tedaviye cevap vermeyen)
- ❖ Aktif malign neoplaziler
- ❖ Gebelik (AİT başlamadan önce)
- ❖ AIDS

Rölatif Kontrendikasyonlar

- ❖ Astım (kısmi kontrol)
- ❖ Beta-bloker tedavisi
- ❖ Organa özgü veya remisyonadaki otoimmün hastalıklar
- ❖ Ağır kardiovasküler hastalıklar
- ❖ Ciddi psikiyatrik ve/veya mental hastalıklar
- ❖ Kronik enfeksiyonlar
- ❖ İmmün yetmezlikler
- ❖ İmmün baskılayıcı ilaç kullanımı
- ❖ Düşük tedavi uyumu
- ❖ Öncesinde AİT ile ciddi sistemik reaksiyon öyküsü varlığı

Alerjen Ekstreleri ve Uygulama



Alerjen Seçimi

- Deri testi pozitifliği veya serumda spesifik IgE varlığı her zaman klinik duyarlılığı göstermez
- Hastanın öyküsünde klinik olarak semptomlarla uyumlu olan ve deri testinde anlamlı derecede pozitiflik saptanan alerjenle tedavi yapılmalıdır
- Yaşadığı coğrafik bölge, bitki örtüsü ve iklim şartlarının da bilinmesi alerjen seçiminde göz önüne alınmalıdır

SKİT-Uygulama

1.Doğ artış dönemi

- Alerjen ekstresinin giderek artan dozlarda uygulandığı dönem
- Enjeksiyonlar 8-16 hafta konvansiyonel olarak uygulanır
- Yeni aşılarında 1 gün içinde de idameye ulaşabiliyor

2.İdame dönemi

- Hedeflenen etkin tedavi dozuna erişildiğinde başlar
- Enjeksiyon aralıkları uzatılır
- İnhalan alerjenler için dört hafta, venom'da iki yıldan sonra sekiz haftaya kadar çıkılabilmekte
- İdame dozunda 3-5 yıl devam edilir

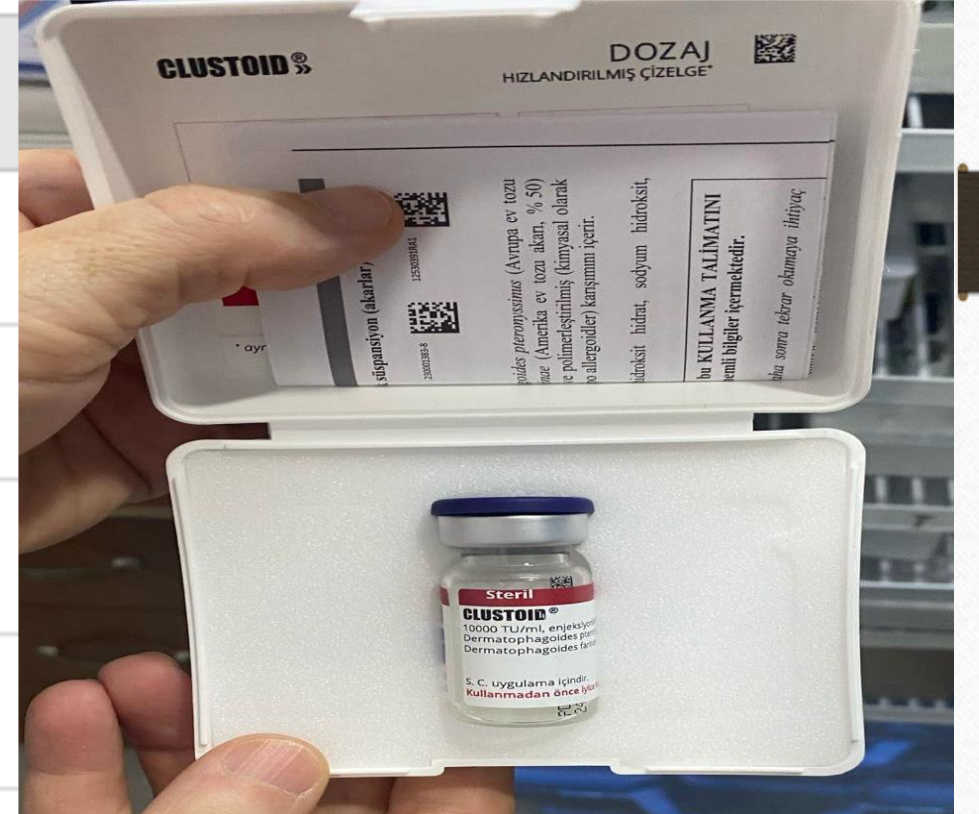
HymnoxVenom



Etiket	Flakon	Hafta	Konsantrasyon	Doz
Sarı Etiketli	Flakon A	1. Hafta	25 MCG	0.1 ML
		2. Hafta	25 MCG	0.2 ML
		3. Hafta	25 MCG	0.4 ML
		4. Hafta	25 MCG	0.8 ML
Siyah Etiketli	Flakon B	5. Hafta	100 MCG	0.4 ML
		6. Hafta	100 MCG	0.6 ML
		7. Hafta	100 MCG	0.8 ML
		8. Hafta	100 MCG	1.0 ML
Siyah Etiketli	Flakon B	Her 4 haftada bir	100 MCG	1.0 ML

Akar-Polen-Epitel

Şiše	Hafta	Konsantrasyon	Doz
Kırmızı Şiše (Başlangıç)	1. Hafta	10,000 TU	0.1 ML
	2. Hafta	10,000 TU	0.3 ML
	3. Hafta	10,000 TU	0.5 ML
Kırmızı Şiše (İdame)	Her 4-8 haftada bir	10,000 TU	0.5 ML



SKİT Yan Etkileri

En sık lokal yan etkiler

- Enjeksiyon yerinde bir-iki gün süren eritem ve endürasyon
- Antihistaminikler ve soğuk uygulama ile tedavi edilir

Sistemik yan etkiler

- Enjeksiyon bölgesinden uzak organ sistemleri etkilenir
- Cilt, gastrointestinal, kardiyovasküler ve solunum sistemi
- Semptomların şiddeti, enjeksiyondan sonra ne kadar hızlı ortaya çıktığı ile ilişkili
- Anafilaksi gibi yaşamı tehdit edici sistemik reaksiyonlar çoğunlukla enjeksiyon sonrası ilk 30 dakika içerisinde gelişir
- Hasta enjeksiyonu sonrası en az 30 dakika gözlem altında tutulmalı
- Genellikle doz artımı sırasında gelişir
- Yan etki gelişirse bir sonraki dozda doz ayarlaması gerekir

SLİT

- İlk doz hekim gözetiminde klinikte verilmeli
- Hasta 30 dakika yan etkiler açısından gözlenmelidir
- Diğer uygulamalar evde uygulanabilir
- Her gün kullanılmalı
- Uzun dönem etkinlik için en az 3 yıl tedavi gerekir

Ekstre Türü Uygulama Yolu Uygulama Şeması

Ağızda eriyebilen tablet (liyofilizat) veya Aköz damla Aç karnına ve dil altına uygulanır. Dil altında 1-2 dakika bekletilir ve yutulur 5 dakika oral yol ile sıvı gıda alınmaz Yıl boyu*

SLİT Yan Etkiler

- En sık lokal semptomlar
- Boğazda irritasyon
- Ağızda kaşıntı
- Oral mukozal ödem
- Karın ağrısı
- Sistemik alerjik reaksiyonlar SKİT'e göre daha nadir
- En sık sistemik reaksiyonlar SLİT'in ilk dozunda görülmüştür
- İlk doz doktor gözetiminde uygulanmalı
- Epinefrin oto enjektörü tüm hastalara reçete edilmeli

İmmünoterapide Hemşirelik Süreci

• 1. Tedavi Öncesi Hazırlık:

- Aseptik koşullarda alerjen ekstraktlarının hazırlanması
- Doz doğruluğunun kontrol edilmesi (ölçme, karıştırma)
- Uygulanacak hastanın kimlik, tanısı ve doz bilgilerini doğrulama
- Ekipman ve acil müdahale kitlerinin hazır olup olmadığını kontrol etme

• 2. Uygulama Sırasında:

- Alerjen immünoterapisini uygun teknik ve steril şartlarda uygulamak (genellikle subkutan enjeksiyon)
- Hastayı uygulama öncesi bilgilendirmek ve onamını sağlamak
- Uygulama sonrası hastayı gözlem altına almak (genellikle 30 dakika)
- Anında gelişebilecek reaksiyonlara karşı tetikte olmak ve acil müdahaleyi başlatmak



3. Reaksiyon Yönetimi:

- Anafilaksi gibi ciddi yan etkileri tanımak ve hızlıca müdahale etmek
- Doktoru haberdar etmek ve acil tedavi protokolünü başlatmak
- Gözlem süresince hastanın vital bulgularını takip etmek

4. Hasta Eğitimi ve Takibi:

Tedavi süreci, olası yan etkiler ve acil durumda yapılması gerekenler hakkında hastayı bilgilendirmek

Hasta uyumunu teşvik etmek ve tedavi planını açıklamak

Hastanın semptom günlüğü veya takip formunu kontrol etmek

Alerji tedavisinin hedefleri, süresi ve başarı kriterleri hakkında açık bilgi vermek

5. Kayıt ve Raporlama:

Uygulanan doz, tarih, saat ve gözlenen etkileri detaylı olarak kaydetmek

Her uygulamadan sonra hasta aşı karnesini doldurmak

Uygulama sırasında kullanılan malzemeleri kayıt altına almak ve stok yönetimi yapma

ANAFİLAKSİ

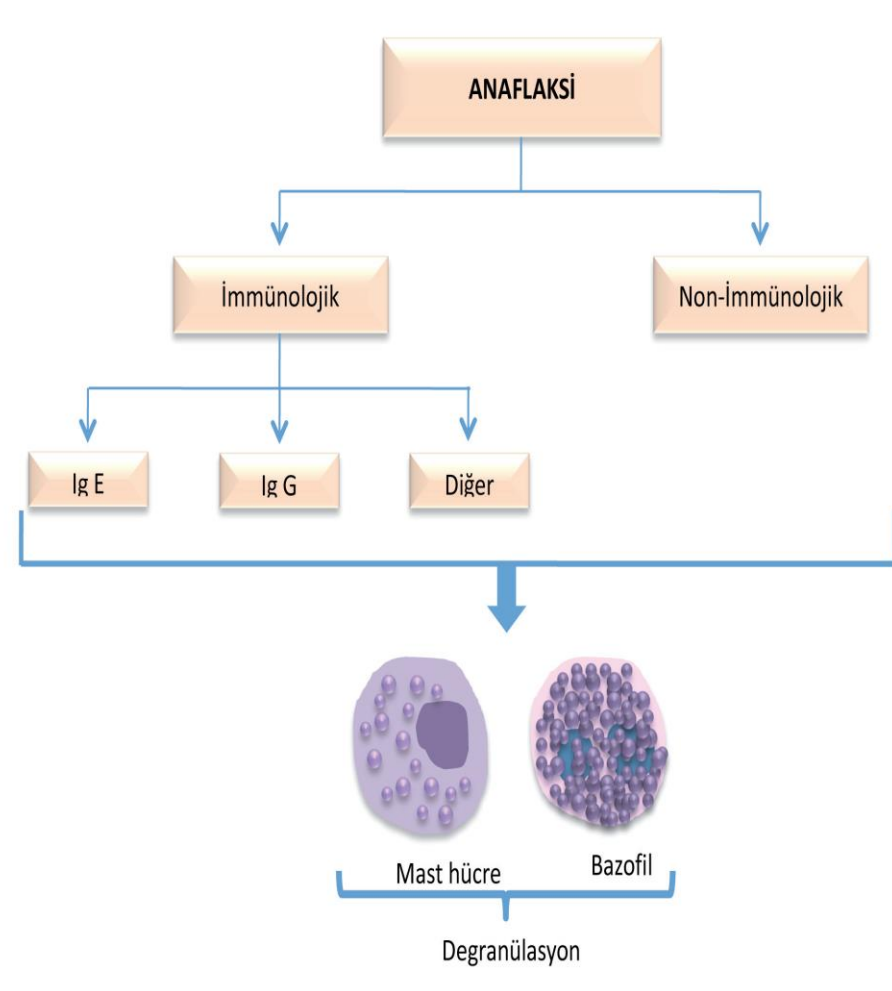
- Anafilaksi yaşamı tehdit eden, dakikalar içinde ortaya çıkabilen ve hızla ilerleyen ciddi sistemik aşırı hassasiyet reaksiyondur.
- Önemli olan klinik semptomların erken tanınması, doğru tanı ve hızlı tedavi yaklaşımıdır.
- Tüm sağlık çalışanlarının anafilaksiyi tanıma ve yönetme konusunda bilgi sahibi olması gerekir
- Tanı konulduktan sonra, hızla uygulanması gereken ve anafilaksi tedavisinde ilk tercih edilen ilaç

adrenalindir

Patofizyoloji

İmmunolojik Anafilaksi

İlki daha fazla antijene ihtiyaç duyan ve **IgE**'den bağımsız olan **IgG** aracılı anafilaksi, ikincisi interlokin reseptörüne bağımlı olan IgE aracılı anafilaksi. Hayvan modellerinde bu mekanizmalara ek olarak, immün kompleks ve kompleman aracılı anafilaksi de belirlenmiştir



Nonimmünolojik Anafilaksi

Ajanlar immünoglobulinlerin yardımını olmadan mast hücre ve bazofillerin degranülasyonuna neden olarak anafilaksiye neden olur.

Risk Faktörleri

Yaşa bağlı faktörler

- Bebeklik Dönemi
- Erkenlik Dönemi
- Erişkinlik ve İhtiyarlık Dönemi
- Hamilelik Süreci

Ek hastalıklar

- Astım ve Diğer Akciğer Hastalıkları
- Kalp Dolaşım Bozuklukları
- Psikiyatrik ve Psikolojik Durumlar
- Alerjik Rinit veya Atopi Varlığı

Risk Faktörleri

İlaçlar

- Beta-laktam antibiyotikler
- Non-Steroid Antiinflamatuvarlar
- Sedatifler, Antidepressanlar, Narkotikler,
- Anjiyotensin-konverting enzim (ACE) inhibitörleri
- Beta-adrenerjik blokörler

Anafilaksiyi şiddetlendiren diğer faktörler

- Fiziksel Aktivite
- Enfeksiyon Varlığı
- Stres
- Regl Dönemi
- Etnik Köken
- Meslek

Epidemiyoloji

- Avrupa'da anafilaksi insidansı yılda %0,3'tür ve anafilaksi nedeniyle ölüm oranı %0,001'in altındadır.
- Anafilaksi neden ile acile başvuran hastalarda en sık sebep ilaçlar ve gıdalar gösterilmektedir.
- Hastanede yatan hastalarda ise en sık anafilaksi nedeni ilaçlardır. Antibiyotiklerden en yaygın anafilaksi nedeni ise beta-laktam grubudur.
- Türkiye'deki hastanelere başvuran hastalarda ICD-10 üzerinden gerçekleştirilen bir çalışmada, her 100.000 kişiden yaklaşık 1,95'inin anafilaksi geçirdiği saptanmıştır .

Etiyoloji



BESİN



İLAÇLAR



BÖCEK
SOKMALARI



DİĞER
ETKENLER

Anafilaksi Tetikleyicileri-Gıdalar

- ❖ Çocuklarda en sık tavuk yumurtası, inek sütü, buğday ve fındıktır
- ❖ Yetişkinlerde gıda kaynaklı anafilaksi bölgeye ve yerel gıda maruziyetine bağlı olarak değişir
 - Kuzey Amerika ve Avustralya'da fındık ve ağaç yemişleri
 - Asya'da kabuklu deniz ürünleri
 - Orta Avrupa'da fındık, ağaç yemişleri, susam gibi tohumlar, buğday ve kabuklu deniz ürünleri
 - Güney Avrupa'da lipid transfer proteini içeren bitkisel gıdalar
 - Orta Doğu'da susam tohumu
 - Kore'de karabuğday

Anafilaksi Tetikleyicileri-Böcek Sokmaları

Anafilaksiye neden olan venom kaynakları da bölgesel farklılıklar gösterir

- En sık karşılaşılan venomlar Hymenoptera takımına (bal ve yaban arıları, ateş karıncaları) ait böcekler
- Ülkemizde bal arısı venomuna bağlı anafilaksiler daha siktır

ANAFİLAKSİ KLİNİK

Cilt
Reaksiyonlar

Ürtiker ve Anjoödem Kızarıklık
Döküntüsüz kaşıntı

Solunum

Üst havayolları: Stridor, Ses Kısıklığı,
Uvula Ödemi, Dil ve Dudakta Şişme
Alt havayolları: Dispne, Bronkospazm,
Takipne



Kalp
Damar

Hipotansiyon ,Aritmi, Kardiyak Arrest
Senkop ,Soğukluk, Siyanoz, Terleme

Gastro
intestinal

Bulantı, Kusma
Diyare
Abdominal Ağrı

Nörolojik

İrritabilite ,Laterji, Baş dönmesi, Baş
Ağrısı
Azalmış Bilinç Düzeyi ,Nöbet

Anafilakside hemşirelik yaklaşımı

Hastaya primer bakım veren hemşire, hasta ile ilgili değişiklikler meydana geldiğinde ilk olarak fark edebileceği için anafilaksi gelişiminde ilk müdahalede hemşirenin yaşamsal önemi vardır. Hemşireler anafilaksi protokollerine hakim olarak anafilaksi durumunda ne yapmaları gerektiğini bilmelidir

- Anafilakside Hemşirenin Yasal Sorumlulukları
- Anafilaksi Tedavi Sürecinde Hemşirelik
- Anafilaksi Sonrası Gözlem
- Anafilaksiden Korunma Yolları
- Anafilaksi ve Eğitim

Anafilakside Hemşirenin Yasal Sorumlulukları

- Hemşirelik Kanunu ve Yönetmeliğinde hemşirenin bu durumdaki görev ve yetkileri de açıklanmıştır.
- 2010 yılında yayımlanmış hemşirelik yönetmeliğinin alerji yönetmeliğinde.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde –risk grubu belirler, önlemleri sağlamalı ve erken tanılanmasını hedefler.
- İkinci ve üçüncü sağlık basamaklarında- tedavi ve bakım uygulamalarının başlatılmasından ve yürütülmesinden sorumludur.

Anafilakside Tedavi

- **Adrenalin:**
- **Antihistaminikler:**
- **Kortikosteroidler:**
- **Vazopresörler:**
- **Antikolinerjikler:**
- **Aminofilin:**
- **Glukagon:**



Anafilaksi Tedavi Sürecinde Hemşirelik

- **Adrenalin uygulaması:**

ADRENALİN

1: 1000 lik adrenalin IM yol $\Rightarrow$ 1 mg/1 ml

Tek enjeksiyonda maksimum doz: 0.3 mg (çocuk), 0.5 mg (erişkin)

Aynı doz 5-10 dakika ara ile tekrarlanabilir

NE ZAMAN IV ADRENALİN INFÜZYONU DÜŞÜNÜLMELİ?

>3 defa IM adrenalin uygulaması, oksijen ve IV sıvı desteğine
(> 40 ml / kg) rağmen düzelme yoksa düşün.

MUTLAKA MONİTORİZE ETİ!

Doz: 0.1µg/ kg / dak

1mg 1:1000 adrenalin 250 cc SF içine konulursa 4 µg / ml

- **Hastanın Pozisyonu:**

- **Oksijen tedavisi:**

- **Sıvı replasmanı:**

- **İnhale kısa etkili β -2 agonist:**

- **İdame Tedaviler:**

Anafilaksi Sonrası Gözlem

- Solunum yetmezliği ile başvuran hastalar en az 6-8 saat ve hipotansiyon ile başvuran hastalar en az 12-24 saat boyunca yakından takip edilmelidir.(Bifazik Anaflaksi ihtimaline karşı)

Anafilaksiden Korunma Yolları

- Korunma, kişinin yaşına, aktivitesine, ev ortamına, kaygı düzeyine, mesleğine, hobilerine ve hastaneye ulaşım kolaylığına göre bireysel olmalıdır. Her zaman alerjenlerin bilinmesi etkili korunma sağlanmamaktadır.



Anafilaksi ve Eğitim



- Hasta ve hasta yakınları anaflaksi yönünden bilgilendirilmelidir.
- Allerjen ile temas kesinlikle önlenmeli.
- Hastalara tedavi sonrası adrenalin otoenjektörü reçete edilmelidir.
- Hasta alerji uzmanına
- yönlendirilmelidir

Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitimi

- Her hastaya bireysel ilk yardım planı yazılı olarak hazırlanmalıdır.
- Anafilaksi bulguların listesi planın içinde yer almalıdır.
- Adrenalin otoenjektör tedavisini derhal uygulamak ve acil servislerle iletişime geçmek veya gecikmeden acil servise başvurmak çok önemlidir.
- Her hastaya veya hastadan sorumlu kişilere alerjenler listesini, anafilaksi sırasında yapılması gerekenler hakkında ve kiminle temasa geçilmesi gerektiğini belirten tanımlayıcı kimlik taşımanın önemi anlatılmalıdır

Adrenalin oto enjektör kullanma eğitimi



- Oto-enjektör kapağında bulunan kullanım anında açınız etiketinin yırtık ya da hasarlı olmadığından emin olun.
- Enjektör kapağı sadece kullanım anında açılmalıdır.
- Enjektörün alt kapağını çekerek çıkarınız.
- Enjektörün üst kilit kapağını çekerek çıkarınız.
- Oto-enjektörü bacağınızın uyluk yan kısmına hızlıca bastırınız.
- Oto-enjektörü çekmeden önce 10 saniye basılı tutulmalıdır.

ANAFİLAKSİ ACİL EYLEM PLANI

- Hafif/Orta şiddetli reaksiyon belirtileri:**
- Yüzde, dudaklarda ve gözde şişme
 - Ağızda kaşıntı
 - Deride kaşıntı, kurdeşen (ürtiker)
- Eylem Planı:**
- Hasta ile kalın, gerekirse yardım çağırın
 - Adrenalin Oto-Enjektör'ü hazır bulundurun
 - Antihistaminik verebilirsiniz.
 - Acil durum irtibat / ebeveyn kişisini arayın.

Adrenalin Oto-Enjektör Kullanımı



Alt Kırmızı kapağı çekerek çıkartın.



Yeşil Üst Kilit kapağını çıkartın.



Adrenalin Oto-Enjektör'ü üst bacak baldır kısmına uygulayın, en az 5 saniye bekleyin ve 10 saniye enjeksiyon bölgesine masaj yapın

QR KODU OKUTARAK
ADRENALIN OTO-ENJEKTÖR UYGULAMA
VIDEOSUNA ULAŞABİLİRSİNİZ.



Hastanın astımı var ve öksürük/ hisilti geliştii ise, adrenalin yapıldıktan sonra

verilebilir.

1. Alerji öyküsü bilinen ve şüpheli alerjenle temas
aşağıdaki tabloda bulunan bulgular

A. Deride kaşıntı, kabarıklık, kızarıklık, şişlik



B. Solunum sıkıntısı nefes darlığı, öksürük, hırıltı



C. Çarpıntı hissi, fenalaşma, bayılma hissi/bayılma



D. Ani başlayan kramp tarzında karın ağrısı, bulantı, kusma



ya da tek başına nefes darlığı, boğazda sıkışma hissi, tansiyon düşmesi varsa;

ANAFİLAKSİ İÇİN EYLEM PLANI

1. Hastayı sırtüstü yatırın – ayağa kalkmasına veya yürütmesine izin vermeyin.



- Bilinçsizse veya hamileyse (Sol tarafa doğru), kurtarma pozisyonuna getirin.
- Nefes alıp vermede güçlük çekiyorsa bacaklarını uzatıp oturtun.

2. Yardım çağırın.



3. Solunum ve nabzını kontrol edin.



4. Hastanın kıyafetlerini çıkarmadan üst bacağının orta dış yan bölgesine Oto-Enjektör'ü dik açı ile uygulayın, en az 5 saniye bekleyin ve çıkarın. 10 saniye enjeksiyon bölgesine masaj yapın.



5. 112'yi arayın, hastanın yanında kalın.



6. Acil durum irtibat / ebeveyn kişisini arayın



7. Yanıt yok ise ikinci Adrenalin Oto-Enjektör 5-15 dk sonra yapılabilir.



8. Hasta hastaneye transfer edilmeli ve gözetim altında tutulmalıdır.



Bu anafilaksi eylem planı sadece doktor tarafından doldurulup imzalanabilir ve doktorun rızası olmadan çoğaltılamaz.

VEM ilaç'ın koşulsuz desteği ile hazırlanmıştır.

VAKA SUNUMU

- ❖ L.B. 36 yaş erkek hasta,
- ❖ Meslek: çiftliği mevcut, hayvancılık yapıyor.
- ❖ Yüksek İhtisas Hastanesinden arı it için yönlendirilmiş.

ŞİKAYETLERİ:

astım :-

nefes darlığı:-,

eforla nefes darlığı: --

öksürük: --

spontan ürtiker: --

Sigara kullanımı yok.

İlaç Alerjisi:

Bilinen ilaç alerjisi yoktur. NSAİİ'leri tolere etmektedir.

Plan:

- Arı komponent testleri istendi.
- Arı prick testi elimizde mevcut olmadığından yapılamadı. **Önceki**

Spesifik IgE Sonuçları:

- Bal arısı spesifik IgE: 7 ++ (pozitif)
- Eşek arısı, sarıca arı, yabani arı spesifik IgE: Negatif

Tedaviler ve Bulgular:

Penepin, Yüksek İhtisas Hastanesi'nde reçete edilmiştir.

Şikayet Başlangıcı ve Gelişimi:

- Hasta yaklaşık 3 hafta önce alnından tek bir bal arısı tarafından sokulmuş.
- Sokulmadan yaklaşık 5 dakika sonra avuç içlerinde kaşıntı başlamış, bunu nefes darlığı ve senkop (bilinç kaybı) takip etmiş..
- 112 ile hastaneye sevk sırasında adrenalin uygulanmış.Toplamda 6 saat acil serviste kalmış.
- Bifazik reaksiyon gelişmemiş.

Besinle İlişkili Bulgular:

- Bal tüketiminde herhangi bir reaksiyon gelişmemekte
- 27.08.2024 konseyde bal arısı immünoterapi planandı

27.08.2024	Hymnox Apis A şişe 0,1 ml	Reaksiyon yok
03.09.2024	Hymnox Apis A şişe 0,2 ml	Reaksiyon yok
10.09.2024	Hymnox Apis A şişe 0,4 ml	Reaksiyon yok
17.09.2024	Hymnox Apis A şişe 0,8 ml	Reaksiyon yok
24.09.2024	Hymnox Apis B şişe 0.4 ml	20-25 dk sonra çarpıntı, baş dönme hissi oldu ta:120/80 kta:80/dk aşı yerinde kızarıklık, endurasyon yok.evde endurasyon 10 cm
01.10.2024	Hymnox Apis B şişe 0.2 ml	Reaksiyon yok
08.10.2024	Hymnox Apis B şişe 0.3 ml	1 saat bekleme sonrasında 4x4 mm endurasyon oldu
15.10.2024	Hymnox Apis B şişe 0.4 ml	Reaksiyon yok
22.10.2024	Hymnox Apis B şişe 0.6 ml	Reaksiyon yok
30.10.2024	Hymnox Apis B şişe 0.8 ml	Reaksiyon yok
05.11.2024	Hymnox Apis B şişe 0.9 ml	Reaksiyon yok
12.11.2024	Hymnox Apis B şişe 1 ml	ANAFİLAKSİ

Anafilaksi reaksiyonu

Hasta, 12.11.2024 tarihinde bal arısı venom immünoterapisi kapsamında 1 ml doz uygulamasından yaklaşık 15 dakika sonra yüzünde kızarıklık ve çarpıntı şikayetleri ile .



Vital bulgularında TA: 140/80 mmHg olarak ölçüldü.



Takiben hafif nefes darlığı ve gözlerde bulanıklık gelişti.



Kan basıncının TA: 110/60 mmHg'ya düşmesi üzerine hastaya 0.3 mg **ADRENALİN** intramusküler olarak uygulandı. Hastaya intravenöz Avil ve Prednol uygulandı.



Adrenalin sonrası semptomları gerileyen hasta acil servise doktor eşliğinde gönderildi.

SONUÇ

- Anafilaksi, hayati tehlike arz eden sistemik aşırı hassasiyet tepkisidir. Erken tanınması ve acil müdahaleye hızla başlanması, mortaliteyi önemli ölçüde azaltabilir.
- Anafilaksiyle ilk karşılaşan sağlık çalışanlarının eğitimi ve eğitimin güncel olması hayati öneme sahiptir.
- Adrenalin, gecikmeden uygulanması gereken en önemli ilaçtır ve tedavi protokolü, adrenalin uygulaması, sıvı replasmanı, hemodinamik ve solunum parametrelerinin yakından izlenmesini içerir ve tüm hemşireler tarafından iyi bilinmelidir.

KAYNAKÇA

Aksoy B., Akar T., Aksoy M.H. (2010). Anaphylactic reaction to lansoprazole: Case Report. *Turkiye Klinikleri J MedSci.* 30(1), 404-5.

Anıl H. (2017). Anafilaksi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 9(2), 130-135.

Arga M. (2018). Çocuklarda Anafilaksi'nin Tanı ve Tedavisine Güncel Yaklaşım. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* 10 2 18–26.

Atakul G. (2017). Anafilaksi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 9(1), 19-23.

Ben-Shoshan M., Clarke A.E. (2011). Anaphylaxis: past, present and future. *Allergy*;66(1):1-14.

Bostancı İ., Doğru M. (2011). Anafilaksi ve Anafilaksideki Gelişmeler. *Çocuk Dergisi*, 11(2), 43-53

Calvani M., Cardinale F., Martelli A., Muraro A., Pucci N., Savino. (2011). Risk factors for severe pediatric food anaphylaxis in Italy. *Pediatr Allergy Immunol* ;22:813-19.

Cardona V., Ansotegui I. J., Ebisawa M., El-Gamal Y., Rivas M.F., Fineman S., Worm M. (2020). Dünya alerji örgütü anafilaksi kılavuzu 2020. *Dünya Alerji Örgütü Dergisi* , 13 (10), 100472.

Civelek E., Erkoçoğlu M., Akan A., Özcan C., Kaya A., Vezir E., Kocabaş C. N. (2017). The Etiology and Clinical Features of Anaphylaxis in a developing country: A nationwide survey in Turkey.

Demir S. (2018). Farklı Yönleriyle İlaça Bağlı Anafilaksi. *Istanbul Medical Journal*, 19(3).

Demirkale Z.H. (2019).Anafilaksiye Akılcı Yaklaşım. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 11(2), 74-78.

Erkılınç A. C., Taşkaplan M. O. (2016). Anafilaksi. *Türkiye Klinikleri Dermatology-Special Topics*, 9(4), 5-14.

French S., Ellis A. K. (2020). Introduction to Anaphylaxis Essentials. *Anaphylaxis: A Practical Guide*, 1-10.

Güneş H., Özkars M. Y., Sevcan, İ. (2020). Pediatri hemşirelerinin anafilaksi konusundaki bilgi düzeyi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(2), 118-130.

Hemşirelik Yönetmeliği (2011). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/> Erişim Tarihi: 10.03.2024

Jerschow E., Lin R.Y., Scaperotti M. M., and McGinn A. P. (2014). "Fatal anaphylaxis in the United States. *Journal of allergy and clinical immunology*, 134(6):1318-1328.e7.

Kalesnikoff J., Galli S.J. (2010). Anaphylaxis: mechanisms of mast cell activation. *Anaphylaxis*, 95, 45-66.

Kim W. Y. (2018). Anaphylaxis: Early Recognition and Management. *Essentials of Shock Management: A Scenario-Based Approach*, 81-89.

- Kuruvilla M., Khan D.A.** (2015). Anaphylaxis to drugs. *Immunol Allergy Clin* ; 35: 303-19.
- Lee S., Bellolio M.F., Hess E.P., Campbell R.L.** (2014). Predictors of biphasic reactions in the emergency department for patients with anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014; 2: 281-7.
- Lieberman P. L.** (2014). Recognition and first-line treatment of anaphylaxis. *The American journal of medicine*, 127(1), S6-S11.
- Lott C., Truhlar A., Alfonzo A., Barelli A., Gonzalez-Salvado V., Hinkelbein J., Schmitz J.** (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*, 161, 152-219.
- Mert A.** (2022). Anafilaksi. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 13(1), 29-39.
- Nguyen S. M. T., Rupprecht C. P., Haque A., Pattanaik D., Yusin J., Krishnaswamy G.** (2021). Mechanisms governing anaphylaxis: inflammatory cells, mediators, endothelial gap junctions and beyond. *International journal of molecular sciences*, 22(15), 7785.
- O'Driscoll B. R., Howard L. S., Earis J., Mak V.** (2017). BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax*, 72(Suppl 1), ii1-ii90.
- Oflu A. T.** (2015). Anafilaksi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 16(1), 77-82.
- Orhan F., Civelek E., Şahiner Ü. M., Arga M., Can D., Çalıkaner A. Z., Yılmaz Ö.** (2018). Anafilaksi: Türk Ulusal Rehberi 2018. *Asthma Allergy Immunology/Astim Allerji Immunoloji*, 16.

Özdemir S., Tosun B. (2014). Anafilaksi ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 140-152.

Özmen S., Ayka E., Çörüt, N., Bostancı İ. (2015). Üçüncü Basamak Sağlık Çalışanlarının Anafilaksi ve Adrenalin Oto-Enjektör Bilgi Düzeyleri. *The Journal of Pediatric Research*, 2(3), 152-7.

Pflipsen M.C., Colon K.M.V. (2020). Anaphylaxis: recognition and management. *American family physician*, 102(6), 355-362.

Poowuttikul P., Seth D.(2019). Anaphylaxis in children and adolescents. *Pediatric Clinic*;66(5):995-1005

Severcan E. U. (2021). Anafilaksi ve Otoenjektör Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Pediatric Immunology and Allergic Diseases-Special Topics*, 2(5), 18-22.

Simons F.E. (2011). World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis (In Eng). *World Allergy Organ J*, 4(2):13-37.

Sipahi S., Tamay, Z. Ü. (2016). Anafilaksiye Yaklaşım. *Çocuk Dergisi*, 16(2), 86-91.

Urfaloğlu A. (2022). Anafilakside Hastaya Genel Yaklaşım. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 228-234.

Ünsal H., Akın C. (2020). İdiyopatik Anafilaksi. *Türkiye Klinikleri Immunology Allergy-Special Topics*, 13(3), 25-33.

Yılmaz D., Emeksiz Z. S., Mısırlıoğlu E. D. (2024). Anaphylaxis Current Approach. *Turkish Journal of Pediatric Diseases*, 1-6.

Zilberstein J., McCurdy M.T., Winters M.E. (2014). Anaphylaxis. *J Emerg Med*. Aug;47(2):182-7.

TEŞEKKÜRLER..

