Anaphylaktischer Schock
– Sofortmaßnahmen –

Ein anaphylaktischer Schock ist selten, stets aber akut lebensbedrohlich; es wird im Allgemeinen folgendes Vorgehen bei Erwachsenen empfohlen:

Bereits bei beginnender Anaphylaxie (Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem):

- Ggf. Injektion/Infusion unterbrechen
- Venösen Zugang legen
- Symptomorientierte Lagerung: z. B. stabile Seitenlage, Trendelenburg-Lagerung (Beine hoch)
- Atemwege freihalten
- Zusätzliche Hilfskräfte heranziehen (bei zunehmender Symptomatik ggf. Notarzt)
- Gabe von Antihistaminika (s. u.)
- Gabe von Glukokortikoiden (s. u.)
- Überwachung

Medikamentöse Sofortmaßnahmen beim anaphylaktischen Schock bei Erwachsenen

- **Adrenalin (Epinephrin) i.m. oder i.v.**
  Beim nicht reanimationspflichtigen Patienten ist die sofortige intramuskuläre Applikation einer Dosis von 0,3-0,5 mg Adrenalin (ab 30-50 kg KG) in die Außenseite des Oberschenkels die medikamentöse Therapie der ersten Wahl.

  Bei fehlender Stabilisierung des Patienten und drohender Dekompensation von Atmung oder Kreislauf sollte Adrenalin intravenös appliziert werden. Hierfür wird die Verdünnung von 1 mg Adrenalin in 10 ml Natriumchlorid (NaCl) 0,9 %, d. h. eine Lösung von 0,1 mg/ml unter kontinuierlicher Kontrolle der Kreislaufparameter in Abhängigkeit von Wirkung und Nebenwirkungen verabreicht. Eine Dauerinfusion von ca. 0,05-1 µg/kg/Minute ist ebenso effektiv. Eine Puls- und Blutdruckkontrolle ist erforderlich.
- **Volumensubstitution**
  Primär sollten physiologische Kochsalzlösung (NaCl 0,9 %) oder balancierte Vollelektrolytlösungen eingesetzt werden.
- **Applikation von Sauerstoff**
- **Antihistaminika i.v.**
  z. B. Dimetinden oder Clemastin. Bei schweren und therapieresistenten Anaphylaxien zusätzliche Anwendung von H2-Rezeptorantagonisten (z. B. Ranitidin).
- **Glukokortikoide i.v.**
  500-1000 mg unabhängig von der Potenz des Glukokortikoids.

Quelle: Allergo J Int 2021; 30: 1-25 (Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie).

Siehe auch AWMF (www.awmf.org).