

Czy to dziecko jest ciężko chore? APLS

Stwierdzenie potrzeby pilnego udzielenia pomocy jest zasadniczą umiejętnością pediatry. Niesamowite może być zobaczenie momentu transformacji, która rozpoznaje to wiedzie do zwykle pełnego zadumy, opanowanego lekarza, który jest teraz zdopingowany do sprawnego, bezustannego działania w celu pilnego zapewnienia opieki – „nie omijając nic koniecznego ani nie dodając nic zbytecznego” – nastrój zalecany przez Grahama Greena dla morderstwa, ale równie odpowiedni dla leczenia chorób. Jeżeli pediatria jest dla Ciebie czymś nowym, korzystaj z każdej możliwości, aby obserwować tego typu zdarzenia, a później dokładnie wypytaj lekarza, co spowodowało, że postąpił w określony sposób, i wykorzystaj tę stronę, aby przygotować swój umysł na otrzymanie i zapamiętanie odpowiedzi, jaką usłyszysz.

Poważne objawy¹ – Zaburzenia przytomności (dziecko nie jest zainteresowane osobą lekarza, apatia, pobudzenie, śpiączka).

- Hiperwentylacja lub udział skrzydełek nosa/mięśnia mostkowo-obojęczkowo-sutkowego w oddychaniu; świsty; stridor, bezdech.
- Dziecko śmiertelnie blade, sine, sinica lub pokryte plamami albo objawy odwodnienia. ^{5 [n>1000]}
- Tętno słabe/niewyczuwalne, słabe napełnianie włóściczek. Aby to sprawdzić, należy ucisnąć palec na 5 s: ponowne wypełnienie włóściczek w warunkach prawidłowych zajmuje <2 s. Nie należy polegać na ciśnieniu krwi i szybkości tętna.
- Wysoka temperatura ciała, zimne dystalne części ciała.
- Niereaktywne lub nierówne źrenice; albo odkorowanie (zgięte ramiona, wyprostowane kończyny dolne); lub odmóżdzenie (ramiona i kończyny dolne wyprostowane); sztywne ułożenie ciała.
- Cichy płacz lub płacz o wysokim tonie dźwięku oraz brak spontanicznych ruchów podczas badania.
- „Mam jakieś złe przeczucie odnośnie do tego”: należy nauczyć się ufać swoim przeczuciom.²

Typowe przyczyny

- Posocznica, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.
- Biegunka i wymioty/zapalenie żołądka i jelit.
- Zaparcie, np. skręt jelit.
- Zaburzenia rytmu serca.
- Hipoglikemia.
- Wzrost poziomu mocznika i elektrolitów.
- Zaburzenia metaboliczne.
- Zapalenie mięśnia sercowego.
- Wrodzone wady serca.
- Kardiomiopatie.
- Wgłobienie jelita.
- DIC (p. dalej i OHCM rozdz. 15).
- Zespół hemolityczno-mocznicy.
- Zespół Reye'a (rozd. 10).

Wiek	Wartości należne	Częstość oddechów	Tętno	Ciepłota skurczowe mmHg
<1. roku		30-40/min	110-160/min	70-90
2-5 lat		20-30/min	95-140/min	80-100
5-12 lat		15-20/min	80-120/min	90-110
>12 lat		12-16/min	60-100/min	100-120

Szybka ocena dziecka ciężko chorego (powinna zająć <1 min)

Drogi oddechowe:

- Drożność

Oddychanie:

- Praca oddechowa. Należy zwrócić uwagę na: częstość oddechów; zaciąganie przestrzeni

1 P. DoH^{uk} bezpłatne DVD Spotting the Sick Child (nr katalogowy 40630); tel. 08701 555455 lub dh@prolog.uk.com.

2 Jest to powód spędzania wielu godzin na oddziale: żeby zdobyć doświadczenie, które pozwala na to, aby „złe przeczucia” były wiarygodne. Zapytaliśmy położniczkę, w jaki sposób rozpoznała on łóżysko przodujące podczas badania przez pochwę w czasie porodu. „To było łatwe – powiedział – czułem się złe, i zacząłem się pocić jak tylko mój palec dotknął do kości.”

międzybrowowych; udział dodatkowych mięśni oddechowych; sinicę. Należy zwrócić uwagę na: stridor; pochrząkiwanie; świsty.

Krążenie:

- Częstość i objętość tętna; ponowne napełnianie włóściczek; kolor skóry; temperatura.

Stopień reaktywności:

- A – czujne (*alert*); •V – reaguje na głos (*responds to voice*); •P – reaguje na ból (*responds to pain*); •U – nie reaguje (*unresponsive*) (tj. „AVPU”); należy również ocenić źrenice i ułożenie ciała.

Działanie – jeżeli dziecko jest ciężko chore. ▶▶ 100% tlen przez dobrze dopasowaną maskę ze zbiornikiem, a następnie:

- Natychmiastowe założenie dostępu do żyły. Jeśli nie udaje się założyć dostępu do żyły, należy zastosować dojście śródkostne (p. podrozdz. „APLS...” dalej w tym rozdz.)
- Koloidy: 20 ml/kg w bolusie dożylnym; należy powtórzyć, jeżeli stan dziecka nie ulega poprawie. ≥ 40 ml/kg. Wezwać PICU.
- Należy oznaczyć poziom glukozy we krwi (badanie na oddziale i w laboratorium); poziom mocznika i elektrolitów (poprosić szczególnie o oznaczenie HCO_3^- , i jeżeli dziecko wymiotuje, Cl^-); wykonać morfologię krwi; wykonać gruby rozmaz krwi, jeżeli dziecko podróżowało po krajach tropikalnych lub brak jest informacji, że nie podróżowało.
- Należy wykonać próbę krzyżową krwi, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo przebytego urazu lub wygląd pacjenta wskazuje na możliwość anemii.
- Rozważyć potrzebę wykonania zdjęcia RTG klatki piersiowej, badania moczu i punkcji lędźwiowej.
- Wykonać wymazy, posiew krwi (+ pobrać aspirat moczu przez nakłucie nadłonowe u dzieci <1 . r.ż., zanim zostanie rozpoczęte leczenie w ślepo dożylnymi antybiotykami, np. ceftriakson, cefotaksym (p. podrozdz. „Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych”).
- Jeżeli stan dziecka się pogarsza, należy rozpocząć monitorowanie ośrodkowego ciśnienia żylnego. Zwrócić się po pomoc do specjalisty; wykonać badanie gazometryczne oraz ewentualnie badanie przesiewowe układu krzepnięcia.
- Jeżeli stan dziecka jest bardzo ciężki, konieczna może być wentylacja, aby zmniejszyć obciążenie serca.
- Jeśli perfuzja jest nadal słaba (pomimo podania 60 ml/kg koloidów) lub $\text{OCZ} > 10$ cm H_2O , konieczne może być podawanie środków inotropowych (p. podrozdz. „Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych”).