

Akutt barn

Ståle Onsgård Sagabråten

Hva er ditt verst tenkelige
scenarium med akutt syke barn?

Mine "mareritt"

- ▣ Hjernehinnebetennelse – sepsis!
- ▣ Alvorlig dyspnoe!
- ▣ Kramper!

«Leveregler»

- ✦ «Du skal ha en god unnskyldning for ikke å se et barn under 1 år med feber»
 - ✦ «Du skal ha en enda bedre unnskyldning for ikke å legge inn et barn under 6 mdr med feber» Prof. Trond Markestad
- ✦ Utslett kan ikke bedømmes på telefon
- ✦ Det er aldri bortkastet å ta inn et barn med utrygge småbarnsforeldre til undersøkelse

Undersøkelsen

- Observer barnet mens det taes sykehistorie: Hva er hovedsymptomene? Hvor raskt har symptomene oppstått (timer eller dager)? Tidligere infeksjoner, andre akutte syke i familie/barnehage/skole, vaksinasjoner, spesielle sykdommer i familien, reiser i utlandet.
- Undersøk til slutt! Helt avkledd barn ! Inspeksjon av huden (utslett). Ta god tid !
- Prøver: CRP, Hb evt hvite m/diff, trc, glukose. Evt: Nasopharynx eller halsprøve, blodkultur, urinprøve. Jo yngre, jo mer aggressiv diagnostikk.

Symptomer og tegn

- Generelt: «Virker syk», allmenntilstand (evt. etter antipyretika), smerter (lokalisasjon, natur, periodisitet), hud, temperatur, utslett. Nevrologi: Bevissthet, nakkestivhet (observer spontanbevegelse hos barnet, eller bevegelse på oppfordring som f.eks. «navlebeskuelse»), irritabilitet, fontanellespenning.
- Øvre luftveier: Renning fra nesen, munnpusting, hoste, otoskopifunn, tonsiller, halsfunn
- Nedre luftveier: Resp. frekvens, inndragninger, hoste, stetoskopifunn.
- Abdomen: Diaré, peritonitt-tegn, palpasjonsømheter.
- Ekstremiteter: «Vil ikke gå på benet», «bruker ikke armen», lokal hevelse.

Normalverdier

	Respirasjon	Puls
• 0-6 m	35-50	115-140
• 6-12 m	25-35	105-115
• 1-2 år	25-30	100-110
• 2-6 år	ca 25	90-105
• 7-10 år	20-25	80-90
• 11-14 år	16-20	70-80

Huskeregler

- Respirasjonsfrekvensen er ca $1/3$ - $1/4$ av pulsfrekvensen
- Ved feber stiger pulsfrekvensen ca 10 slag/minutt for hver grad temperaturstigning
- Slå opp!

Febersykt barn

- Turnuslege på vakt 1. juledag
- Travel dag; venterommet fullt av pasienter som er angrepet av influensa
- Mor ringer og forteller at datteren på 13 ble syk i natt med 39 i temp. Svært vondt i hodet og verker i hele kroppen
- Så langt er hun lik alle de andre med influensa, men mor har sett noe mer...

Jenta har prikker!

- Små runde prikker i huden
- Lar seg ikke trykke bort
- Turnuslegen:
 - Petekker?
 - I så fall betyr det alvorlig sykdom
- Ber pasienten komme til kontoret med en gang



Funn

- Går selv, er noe medtatt
- Intenst røde, små prikker på armer og torso som ikke lar seg avbleke – petekkkier
- Angir smerte i ryggen ved full fleksjon av nakken – lett meningealt irritert
- Jenta har vært kvalm og har kastet opp
- BT 110/80, p=95 mm. Pulm: ua Abd: ua

Meningitt/truende sepsis?

- ❑ Mistanken er sterk, men sier vi dette så betyr at vi vil skremme livet av mor som tidligere har mistet et barn.
- ❑ Neste steg: Ringer dr. Nilsen
- ❑ Han er der på minutter og trekker samme konklusjon
- ❑ Så til behandling...

Behandling av mistenkt meningitt

- ❑ Viktig: Sikre blodkultur først
- ❑ Så: høye doser antibiotika iv hvis lang transport til sykehus (mer enn 30 min)
 - I vårt tilfelle med ukjent agens: Penicillin 5+2 mill og kloramfenikol 1g gitt 30 min etter ankomst
- ❑ Varsler NLA og Barneavdelingen i Drammen

Ved ankomst barneavdeling

- Våken og helt adekvat cerebralt
- Respiratorisk og sirkulatorisk stabil
- Petekkier på truncus og ekstremiteter
- Klager på hodepine
- Lett nakkestiv
- Virket lyssky
- Petekkier i ganen

Meningokokksepsis, pike 4 år



Lab

- SR 11, CRP 109 – 147 - 16
- Hvite 21,7 - 22.1 - 5.2
- Nøytrofile granulocytter 19,6 - 9,10 - 2,68
- Normale elektrolytter og syre/base
- Urin: ketoner+++
- Blodkultur og spinalvæske: Gr. B-meningokokker
- D: Meningokokksykdom med sepsis og moderat meningitt

Behandling

- Kloramfenikol seponert etter at dyrkningssvar forelå
- Penicillin 6 mill ie x 4 (75 mg/kgx4)
- 2 døgn i intensivavd, så på sengepost
- Feiret nyttår hjemme!
- I dag: Frisk og aktiv, ingen sekveler

KRAMPER

- ❑ Flere årsaker, ikke bare epilepsi
- ❑ Feberkramper ved rask temp. stigning
- ❑ Obs meningitt
- ❑ Enkelt anfall under 5 min trenger ikke behandling utover å beskytte pasienten og evt. senke kroppstemperatur. NB! Sikre frie luftveier
- ❑ Ved anfall > 5 min gis diazepam supp/iv
 - <10 kg: 5mg supp, >10kg: 10mg - gjentas
 - Opptil 1 mg/kg kan gis totalt, alt. Buccoral
- ❑ Drøfte videre behandling/utredning med pediater

Akutt, alvorlig astmaanfall

- Mor ringer fra hytta på fjellet, mer enn 1 time fra legekantoret. Unnskylder seg fordi hun ringer så sent på kvelden, men syntes hun måtte da gutten hennes på 11 mdr var blitt tungpusten på formiddagen
- Gutten har tidligere blitt behandlet for et astmaanfall med god effekt av Ventoline på kammer, men dette har ikke hjulpet nå

Dårlig pust?

- Hvor dårlig er pusten?
 - Hva spør en etter på telefonen?
 - Høre?
- "Magen går opp og ned når han puster"
- Lenge å vente på ambulanse, ber foreldrene ta med barnet i bilen og ringe underveis hvis problemer oppstår

Definitivt dårlig i pusten!

- ❑ Solid unge (i godt hold)
- ❑ Sliten og drivvåt av svette, men afebril
- ❑ Subcostale inndragninger
- ❑ Kraftig forlenget ekspirium
- ❑ Takypnoe – $>60/\text{min}$ og takykardi >160
- ❑ Ingen cyanose – får ikke målt metning
- ❑ Svak luftinngang, knapt hørbar utgang

Behandling

- ▣ Varsler NLA – ikke flyvær
- ▣ Bricanyl 2,5 mg (1/2 endosebeholder)
- ▣ Racemisk adrenalin 0,1 ml i 2 ml saltvann
- ▣ På pariapparat med maske
- ▣ Oppnår rask bedring med fall i respirasjonsfrekvens
- ▣ CRP < 8
- ▣ Observerer, blir enige om å vente med steroider...(Betapred po, SoluCortef im)

Videre forløp

- På ny tett under transport, fikk betaagonist med god effekt
- Ved innkomst metning 82%, puls 190-210
- Respirasjon 70-80/min
- Liten effekt av Ventoline, avventer Adrenalin pga takykardi
- Starter Theofyllin støt og drypp, oksygen
- CRP normal, atelektase – fremmedlegeme?
- Videre utredning på Rikshospitalet