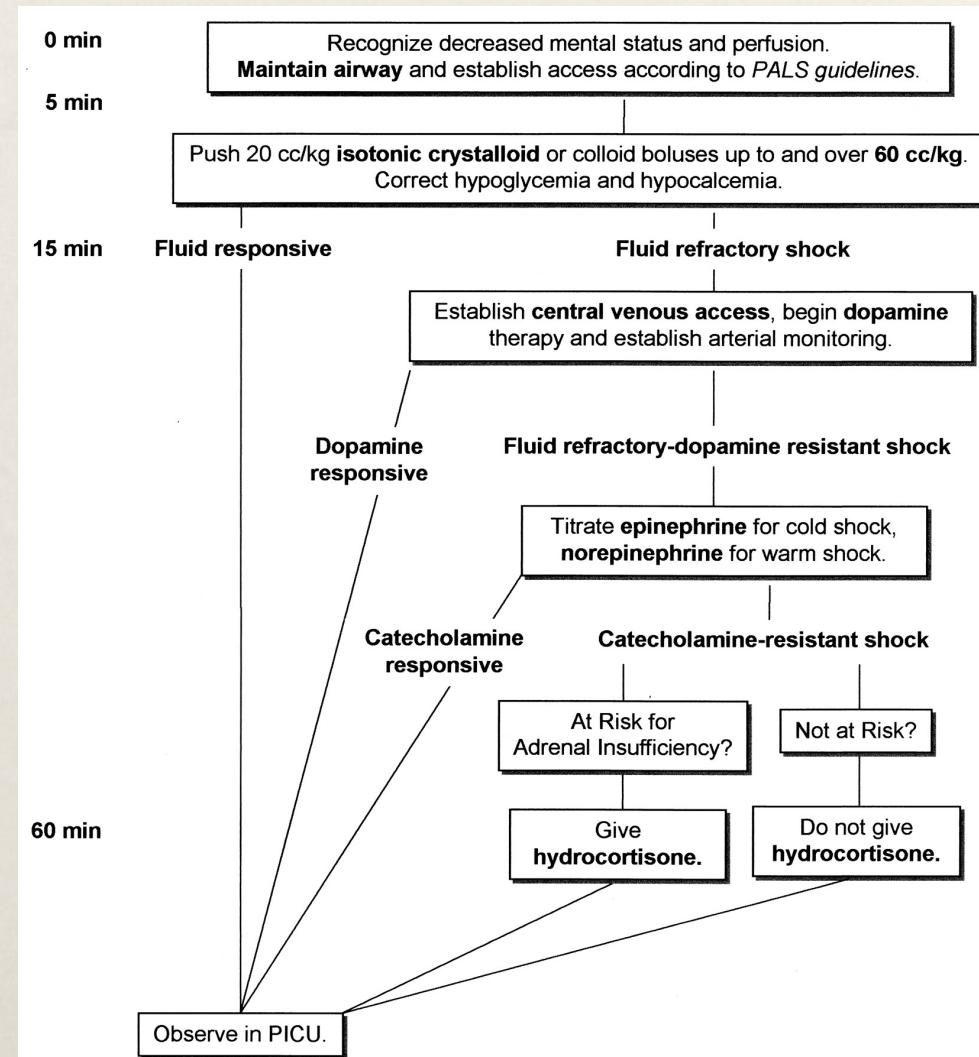


Shock-typer

- * Hypovolæmisk
- * Cardiogent
 - * Pumpesvigt
 - * Mb cordis congen
 - * Arrytmie
- * Septisk
- * Anafylaktisk
- * Neurogent
- * Obstruktivt
- * Dissociativt
- * Spinalt?

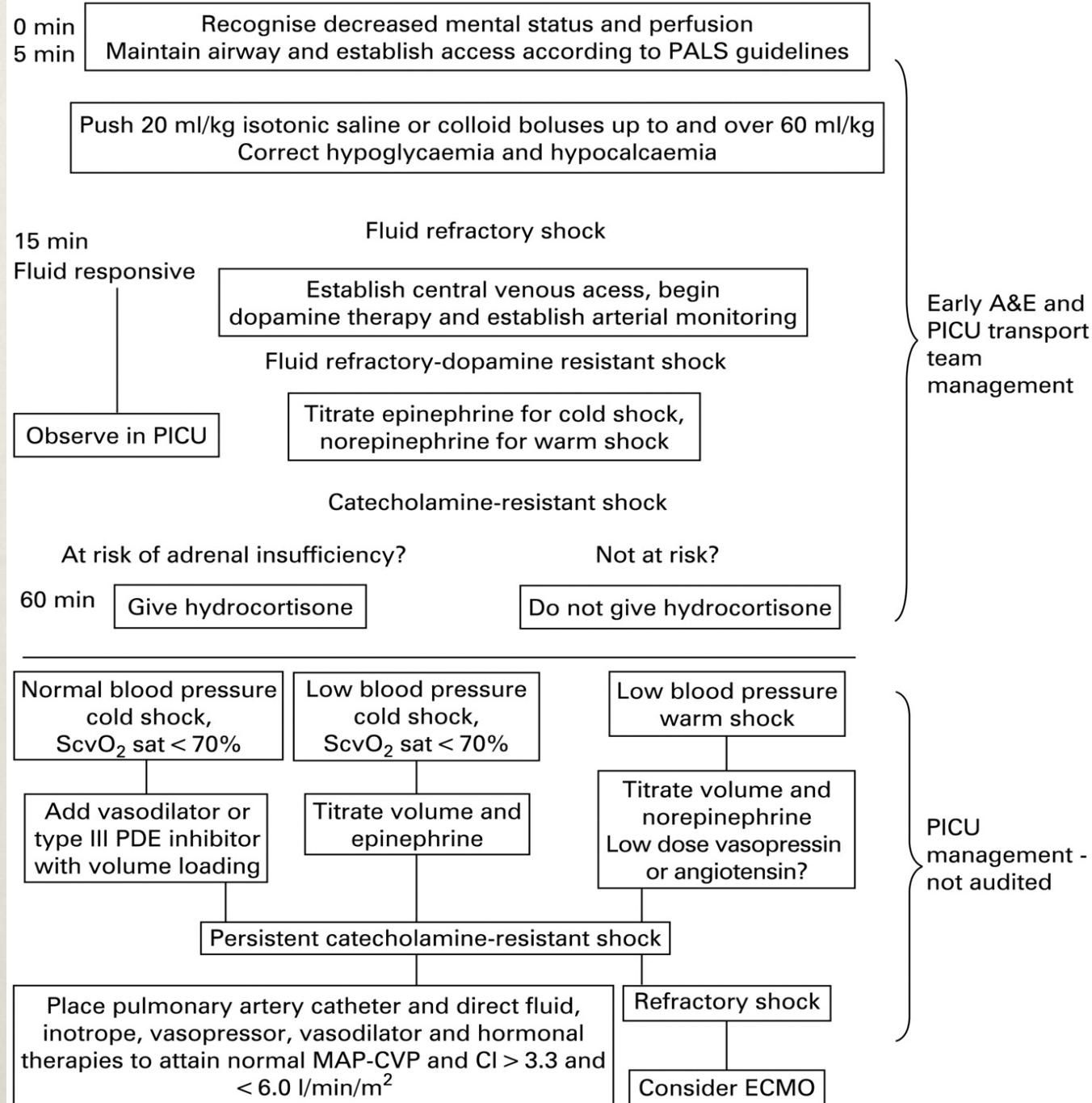
The ACCM Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Patients in Septic Shock stepwise management of recommended therapeutic interventions during the first 60 minutes of resuscitation.



Han Y Y et al. Pediatrics 2003;112:793-799

©2003 by American Academy of Pediatrics

PEDIATRICS®



Behandlingsmål indenfor de første minutter/timer

- * Bedring af bevidsthedsniveau
- * Sikring af A+B
- * Normalisering kapillær respons (og BT?)
- * Tydeligt faldende hjerteaktion
- * 'Passende' timediurese
- * Faldende laktat

Dopamin eller adrenalin?

- * Double-blind prospective randomized controlled trial etc..
- * 120 børn, 1 md til 15 år, sepsis, 'fluid-refractory shock'
- * Dopamin 5-7.5-10 vs adr. 0.1-0.2-0.3
- * Markant bedre overlevelse i adr. gruppe OR adr. 6.5 !!??
- * MEN...
 - * Single center
 - * Ækvipotente doser?

Nyt studie!

- * E-Pub 23.09.16
- * Ramaswamy et al, PCCM 2016
- * Double-Blind randomized Clinical Trial Comparising Dopamine and Epinephrine in Pediatric Fluid-Refractory Hypotensive Septic Shock.
- * Det taler vi om i næste session!
- *

Akutte undersøgelser ved cirkulatorisk shock

- * Diverse blodprøver
- * Ekkardiografi tidligt hvis muligt
- * Røntgen (thorax, abdomen)
- * Ultralyd (abdomen, neonatalt cerebrum)
- * Diverse dyrkninger, PCR etc.
- * CAVE lumbalpunktur før barnet er ABC stabilt (og der ikke er andre kontraindikationer)

4 H'er og 4 T'er

4 H'er

* Hypoxi

* Hypovolæmi

* Hyper/hypokaliæmi

* Hypothermia

4 T'er

* Tryk pneumothorax

* Tamponade

* Toxiske substanser

* Trombo-emboli

Barnet med mistænkt sepsis

- * Tegn på infektion / inflammation
 - * $T_p < 35.0$ / > 38.5
 - * Tachycardi (obs hypotermi)
- * OG mindst et af følgende tegn på kompromitteret vævsperfusions:
 - * Nedsat LOC
 - * Hypoxi
 - * (Oliguri)
 - * Kraftige pulse
 - * Laktat > 1.0 (2.0?) mmol/l

Behandling af det septisk shockerede barn

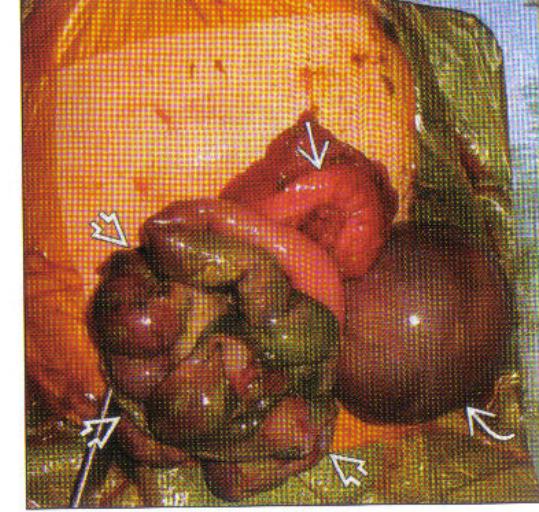
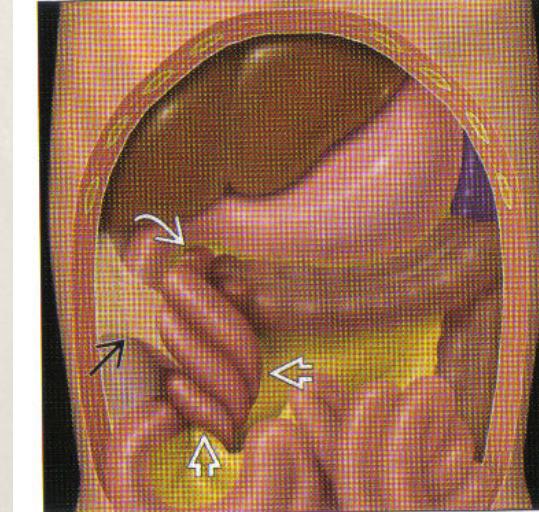
- * Symptomatisk (ABCDE)
 - * HUSK ilt og evt. støtteventilation
 - * Mindst én god vaskulær adgang (PVK, IO, CVK)
 - * Antibiotika afhængigt af lokal instruks og mistænkt fokus
 - * 'Fokusjagt' vigtig! Tænk på kirurgisk sanering.
 - * Evt IgG ved fx toxisk shock syndrom
 - * Ved mistanke om nekrotiserende fasciitis skal overflytning til facilitet med hyperbar iltterapi overvejes tidligt

Det shockerede barn med abdominal lidelse

- * Gastroenteritis acuta - LIVSFARLIGT!
 - * væske-elektryolytproblemer
 - * CNS
- * Akut blødning
 - * øvre:
 - * ulcus, varicer, (næseblødning og tonsilblødning)
 - * nedre
 - * Meckels divertikel, inflammatorisk lidelse, div.
- * 'Akut abdomen'

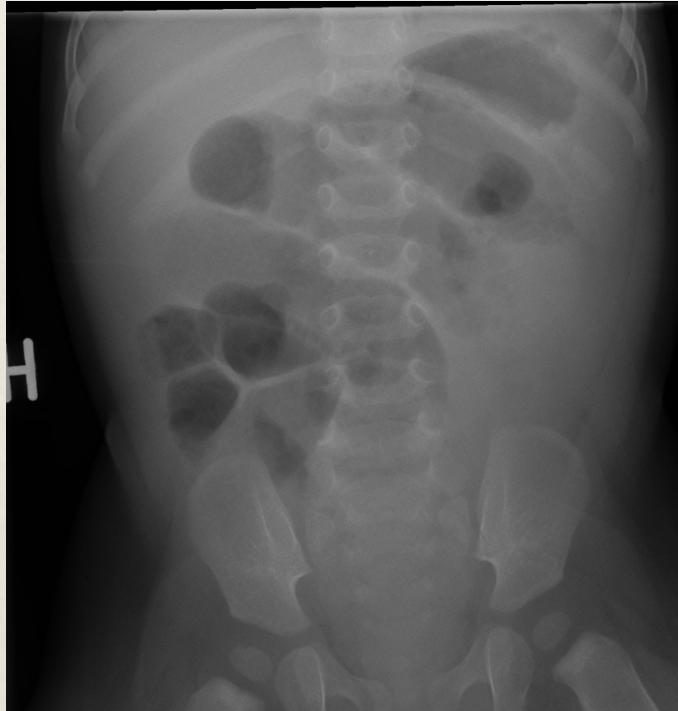
HØJ OBSTRUKTION MALROTATION -VOLVOLUS

MALROTATION- VOLVOLUS- ISKÆMI-



SPÆDBARN/SMÅBARN ILEUS - TYNDTARMSOBSTRUCTION.

KLINIK: INTERMITTERENDE ABD. SMERTER, SLIMEDE EVT BLODIGE AFF.



INVAGINATION OBS!!!



INVAGINATION OOA



MANIFEST OBSTRUKTIONSILEUS-



UL:INVAGINAT

HVAD SÅ??

Akut abdomen hos børn



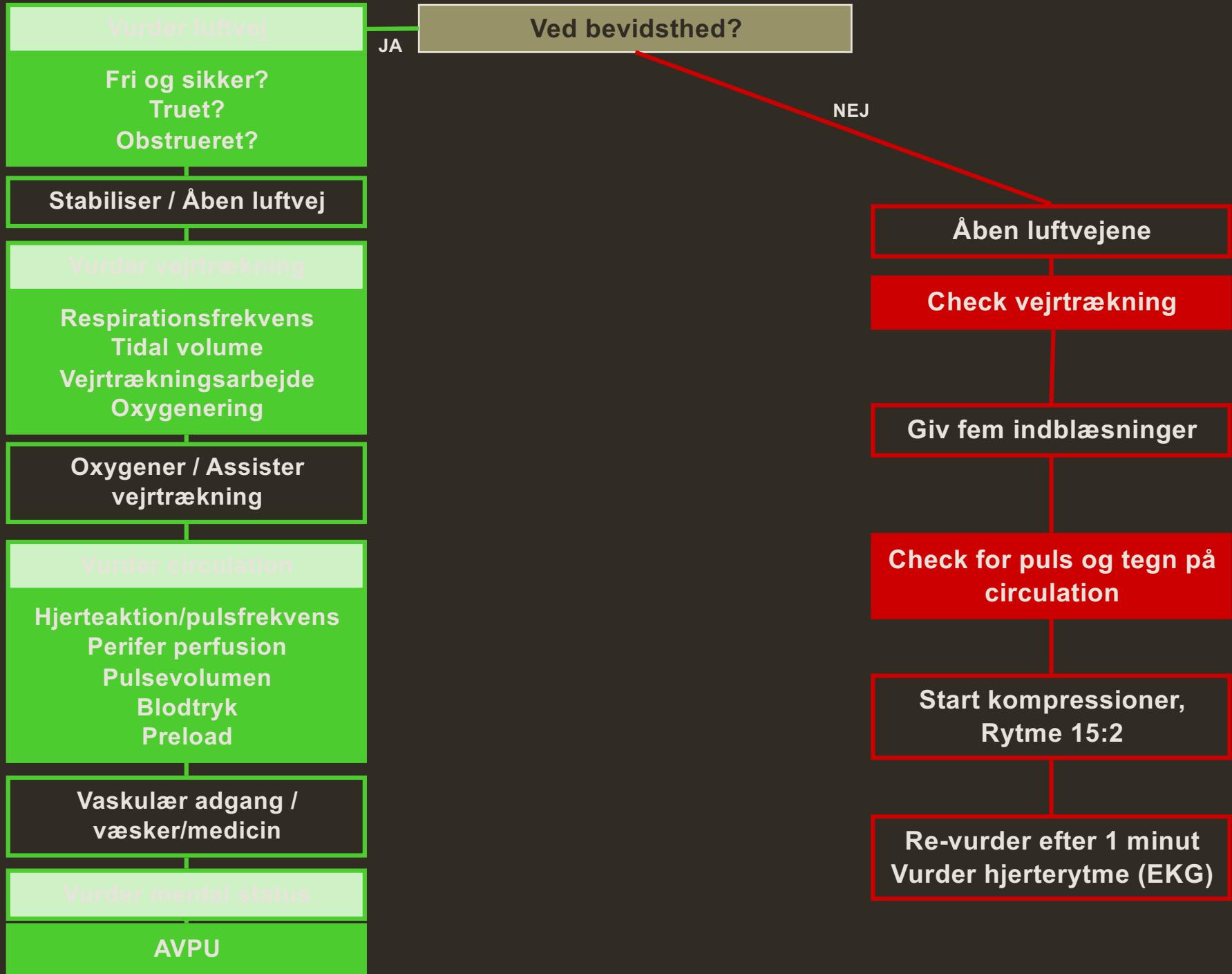
Ved mistanke om cardiogent shock

- * Få så god undersøgelse så hurtigt som muligt og specielt før lang transport.

- * Ring til en ven
 - * Prostaglandin (spædbørn)?
 - * Væskebehandling
 - * Oxygenbehandling
 - * Vasodilatation/diuretika?
 - * Arrytmier

Case: Dreng 10 år

- * Indlagt på lokal sgh med høj feber og hoste i et døgn.
- * Rtg viser mindre hilusnært infiltrat.
- * CRP ca 120, behandles med penicillin.
- * Gradvis forværring med stigende CRP.
- * D2 skift til Pip-tazo og claritromycin.
- * D3 yderligere forværring, BT syst 65-70 mmHg.
- * Ekkocard: EF 30%!
- * Overføres til RH.



Konklusion

- * Vær altid systematisk ABC
- * Husk vedvarende fuld re-evaluering
- * Tænk tidligt på ætiologi
- * Vær beredt!!!

