

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντιμετώπιση ενός σοβαρά άρρωστου ή τραυματισμένου παιδιού απαιτεί μία συστηματική, καλά εξασκημένη προσέγγιση, η οποία να μπορεί να εφαρμοστεί σχεδόν αντανακλαστικά (Εικόνα 1-1). Θα πρέπει να είναι κανείς σε θέση να διακρίνει τις προτεραιότητες αντιμετώπισης για τη σταθεροποίηση του ασθενούς, πριν ληφθεί πλήρες ιστορικό και πραγματοποιηθεί φυσική εξέταση. Πράγματι, η οριστική θεραπεία μπορεί να μην είναι εφικτή έως ότου ολοκληρωθούν η διάσωση και η σταθεροποίηση. Τέλος, η επιτυχία εξασφαλίζεται μόνο αν οι ιδιαίτερες ανατομικές, φυσιολογικές και παθοφυσιολογικές απαντήσεις των παιδιών γίνουν κατανοητές από την ομάδα διάσωσης.

II. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**A. Ορισμός**

Η πρωτογενής αξιολόγηση περιλαμβάνει την αρχική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς κατά το χρόνο που εντοπίζονται τα προβλήματα που απειλούν τη ζωή του. Ιεραρχούνται οι προτεραιότητες αντιμετώπισης για τη διάσωση και τη σταθεροποίηση του ασθενούς.

B. Στάδια πρωτογενούς αξιολόγησης

Η πρωτογενής αξιολόγηση σχεδιάζεται για την προσέγγιση των παρακάτω αντικειμένων με τη σειρά που αναφέρονται.

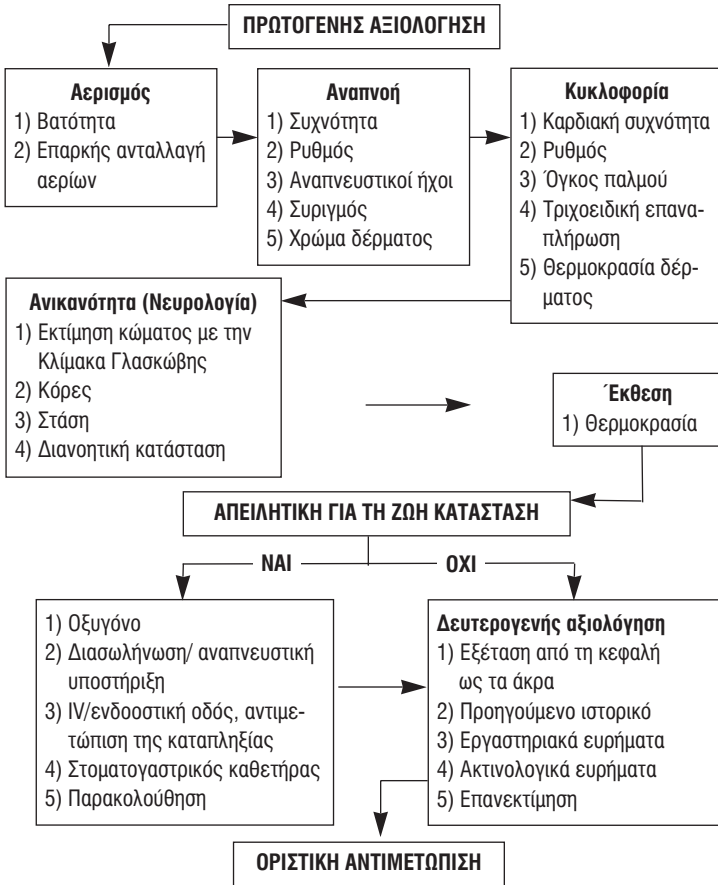
1. Αεραγωγός (Airway)
2. Αναπνοή (αερισμός) (Breathing)
3. Κυκλοφορία (έλεγχος αιμορραγίας) (Circulation)
4. Ανικανότητα (νευρολογική εκτίμηση) (Disability)
5. Έκθεση (θερμοκρασία) (Exposure)

Γ. Αεραγωγός (Airway)

Οι στόχοι της αποκατάστασης του αεραγωγού είναι:

1. Αναγνώριση και αποκατάσταση της απόφραξης.
2. Πρόληψη της αναρρόφησης του γαστρικού περιεχομένου.

3. Ευδόωση επαρκούς ανταλλαγής αερίων.
4. Επιπλέον λεπτομερειακά στοιχεία που αφορούν την αποκατάσταση του αεραγωγού στα παιδιά αναφέρονται στο Κεφάλαιο 2.



Εικόνα 1-1. Αλγόριθμος της αρχικής εκτίμησης του παιδιατρικού ασθενούς.

Δ. Αναπνοή (Breathing)

1. Μόλις εξασφαλισθεί ο αεραγωγός του ασθενούς, το παιδί πρέπει να παρακολουθείται για την επάρκεια της αναπνοής. Η ανταλλαγή αερίων μπορεί να είναι ανεπαρκής λόγω κεντρικών αιτιών όπως η άπνοια, ή λόγω διαταραχής της μηχανικής του θωρακικού τοιχώματος, όπως ο πνευμοθώρακας υπό τάση. Το αίτιο του προβλήματος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα.
2. Μέθοδοι για την βελτίωση του αερισμού
 - α. Αναπνοή στόμα με στόμα, αναπνοή στόμα με μύτη
 - β. Αναπνοή μέσω μάσκας - ασκού
 - γ. Ενδοτραχειακή διασωλήνωση
 - δ. Κρικοθυρεοτομή (βελόνη ή χειρουργική)
3. Τεχνικές επείγουσας αναπνοής παρουσιάζονται εκτενέστερα στο *Κεφάλαιο 2*.

Ε. Κυκλοφορία (Circulation)

1. Η κυκλοφορική επάρκεια εκτιμάται με την καταγραφή της ποιότητας, του ρυθμού και της κανονικότητας του παλμού κεντρικά και περιφερικά. Προσδιορίζεται η πλήρωση των τριχοειδών και η αρτηριακή πίεση. Σημείωση: η αρτηριακή πίεση είναι μία από τις λιγότερο ευαίσθητες μεθόδους μέτρησης της επάρκειας της κυκλοφορίας στα παιδιά. Στα παιδιά η κυκλοφορία μπορεί να είναι ανεπαρκής παρά τη φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Οι φυσιολογικές τιμές των αιμοδυναμικών παραμέτρων αναφέρονται στον Πίνακα 1-1.
2. Μπορεί να χρειασθεί υποστήριξη της κυκλοφορίας κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς αξιολόγησης (μία εκτίμηση του βάρους του σώματος του παιδιού είναι απαραίτητη για τη θεραπεία με υγρά ή φάρμακα) (Πίνακας 1-2):
 - α. Έλεγχος της ενεργού αιμορραγίας
 - β. Ενδοφλέβια υγρά, κρυσταλλοειδή διαλύματα /αίμα
 - γ. Εφαρμογή ενδύματος MAST
 - δ. Εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις
 - ε. Απινίδωση
3. Περισσότερο κατατοπιστικές πληροφορίες σχετικά με την κυκλοφορική καταπληξία παρουσιάζονται στο *Κεφάλαιο 5*.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1-1. Εύρος τιμών ζωτικών παραμέτρων			
Ηλικία	Μέσος σφυγμός (παλμοί/ λεπτό)	Συχνότητα αναπνοών (αναπνοές/λεπτό)	Συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg)
Πρόωρα	125±50	30-60	35-56 συστολική
Νεογνά	140±50	30-60	75/50
1- 6 μηνών	130±45	30-40	80/46
6- 12 μηνών	115±40	24-30	96/65
12- 24 μηνών	110±40	20-30	99/65
2- 6 ετών	105±35	20-25	100/60
6- 12 ετών	95±30	16-20	110/60
Ηλικία μεγαλύτερη των 12 ετών	82±25	12-16	120/60

ΠΙΝΑΚΑΣ 1-2. Μέση τιμή σωματικού βάρους								
γέννηση	6 μην.	12 μην.	24 μην.	36 μην.	5 ετών	10 ετών	12 ετών	14 ετών
3.5 Kg	7 Kg	10 Kg	12 Kg	15 Kg	20 Kg	30 Kg	40 Kg	50 Kg

ΣΤ. Ανικανότητα (Disability)

1. Διενεργείται ταχεία αρχική νευρολογική εκτίμηση ως μέρος της πρωτογενούς αξιολόγησης. Περιλαμβάνει την εκτίμηση των αντιδράσεων της κόρης, του επιπέδου της συνείδησης και την καταγραφή των εστιακών προβλημάτων.
2. Λεπτομερής αναφορά στη νευρολογική εξέταση περιλαμβάνεται στα *Κεφάλαια 8 και 9.*

Ζ. Έκθεση (Exposure)

1. Παθητική απώλεια θερμότητας
Πλήρης φυσική εξέταση απαιτεί το γδύσιμο του ασθενούς. Λόγω της μεγάλης αναλογίας της επιφάνειας προς τη μάζα σώματος, τα παιδιά κρύνουν γρήγορα, ειδικά όταν ομοιοστατικοί μηχανισμοί διαταραχθούν από παθολογικές καταστάσεις.
2. Η υπο- και η υπερθερμία παρουσιάζονται στο *Κεφάλαιο 20.*

III. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

A. Ορισμός

Η δευτερογενής αξιολόγηση περιλαμβάνει μία λεπτομερή φυσική εξέταση. Επίσης περιλαμβάνει ένα λεπτομερές ιστορικό της νόσου ή του τραυματισμού, ένα σύντομο ατομικό αναμνηστικό, τις ενδειγμένες εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις οι οποίες οδηγούν σε συγκεκριμένη διάγνωση, ή έναν κατάλογο προβλημάτων που απαιτεί περαιτέρω προσοχή.

B. Κεφαλή

1. Το πρόσωπο εξετάζεται για
 - α. Παρουσία γναθοπροσωπικού τραυματισμού
 - (1) ψηλάφηση των οστικών προεξοχών
 - (2) παρουσία ροής αίματος ή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από τη μύτη, το στόμα ή τα ώτα
 - β. Αφυδάτωση
 - (1) εσοχή οφθαλμών ή/και των πηγών
 - (2) ξηρότητα βλενογόνου στόματος
2. Οι οφθαλμοί εξετάζονται για το μέγεθος των κορών και την αντίδρασή τους, ευρήματα στη βυθοσκόπηση και τον έλεγχο όρασης αν είναι δυνατόν (Κεφάλαιο 17).
3. Το κρανίο εξετάζεται προσεκτικά για ρήξη ή για αιμάτωμα. Ειδικά σημεία για κατάγματα της βάσης του κρανίου περιλαμβάνουν το σημείο Battle (εκχυμώσεις πίσω από το αυτί) και τα "μάτια δίκην ρακούν" (εκχυμώσεις γύρω και από τους δύο οφθαλμούς (Κεφάλαιο 8).

Γ. Τράχηλος

Ο τράχηλος ψηλαφάται για εμφανή σημεία καταγμάτων και για τη θέση της τραχείας στη μέση γραμμή. Η κάμψη, η έκταση και η περιστροφή του αυχένα αποφεύγονται έως ότου αποκλεισθεί ο τραυματισμός του (Κεφάλαιο 16).

Δ. Θώρακας

1. Γίνεται επισκόπηση το θώρακα για επάρκεια των αναπνευστικών κινήσεων, για ασυμμετρία αναπνευστικού ψιθυρίσματος ή για την παρουσία κάκωσης.
2. Εν συνεχεία ψηλαφάται προσεκτικά ο θώρακας και γίνεται ακρόαση των πνευμονικών πεδίων και της καρδιάς.

3. Το θωρακικό τραύμα παρουσιάζεται στο *Κεφάλαιο 14*, το άσθμα και η αναπνευστική ανεπάρκεια στο *Κεφάλαιο 3*.

E. Κοιλία

1. Η αρχική εξέταση της κοιλίας περιλαμβάνει την κινητικότητα του κοιλιακού τοιχώματος με την αναπνοή επισκοπικά, την ήπια ψηλάφηση για εντοπισμένη ευαισθησία ή μάζα, καθώς και την ακρόαση εντερικών ήχων.
2. Γίνεται παρατήρηση και ψηλάφηση των λαγονίων για αιμάτωμα
3. Απαιτούνται συχνά διαδοχικές εξετάσεις για την τεκμηρίωση της κατάλληλης διάγνωσης.
4. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας θα πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα εγκυμοσύνης και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτή.
5. Το κοιλιακό τραύμα παρουσιάζεται στο *Κεφάλαιο 17*.

ΣΤ. Πύελος

1. Οι οστικές προεξοχές της πυέλου ψηλαφώνται για ευαισθησία ή αστάθεια.
2. Το περίνεο εξετάζεται για ρήξη, αιμάτωμα, ενεργό αιμορραγία ή ακράτεια κοπράνων (φλεγμονώδη). Η κακοποίηση του παιδιού παρουσιάζεται στο *Κεφάλαιο 22*.

Z. Ορθό

Εξέταση του ορθού ενδείκνυται όταν υπάρχει υποψία κατάγματος πυέλου, παθολογίας από το έντερο ή κακοποίησης του παιδιού.

H. Άκρα

1. Τα άκρα εξετάζονται για αμυχές, μώλωπες ή αιματώματα. Οι τραυματισμοί των μαλακών μορίων παρουσιάζονται στο *Κεφάλαιο 18*.
2. Γίνεται έλεγχος για αστάθεια των οστών καθώς και εξέταση των νεύρων και των αγγείων όλων των άκρων.
3. Οι ορθοπεδικές κακώσεις παρουσιάζονται στο *Κεφάλαιο 16*.

I. Νευρολογική εξέταση

1. Περιλαμβάνει λεπτομερή εξέταση των κινητικών, αισθητικών και κρανιακών νεύρων και του επιπέδου συνείδησης.
2. Εξέταση τυμπανικών μεμβρανών και ρινός για σημεία κατάγματος της βάσης του κρανίου.

3. Εξέταση βυθών, αν αυτό δεν έχει γίνει ήδη.
4. Μία αριθμητική εκτίμηση μπορεί να βοηθήσει στην επακόλουθη εξέταση και εδώ συστήνεται το σκορ της τροποποιημένης κλίμακας της Γλασκώβης.
5. Σημειώνεται η παρουσία τραύματος του νωτιαίου μυελού (χαλαρά παράλυση, υπόταση χωρίς ταχυκαρδία, απουσία αντανακλαστικών).
6. Η νευρολογική εκτίμηση παρουσιάζεται περαιτέρω στα Κεφάλαια 8 και 9.

IA. Οστά της ράχης

Ο ασθενής με πιθανό τραυματισμό του νωτιαίου μυελού ακινητοποιείται σε μία σανίδα και τοποθετείται αυχενικό κολάρο (Κεφάλαιο 16). Αν δεν υπάρχει εμφανής τραυματισμός του νωτιαίου μυελού και παράλυση, ο ασθενής θα πρέπει να γυρίζεται με ήπιους χειρισμούς ώστε να εξετασθεί η ράχη για σημεία τραυματισμού.

IB. Λοιπή φροντίδα

1. Ιστορικό: Πρέπει να γίνει μία λεπτομερής και περιεκτική ανασκόπηση της κλινικής εικόνας και πρέπει να ληφθεί ιστορικό. Αυτό μπορεί να γίνει εύκολα με τον μνημονικό κανόνα "**ex AMPLE**": **A**-Allergies (αλλεργίες), **M**-Medications (φάρμακα), **P**-Past illnesses (προηγούμενες παθήσεις), **L**- last meal (τελευταίο γεύμα) και **E**-events preceding the injury or illness (γεγονότα που προηγήθηκαν του τραυματισμού ή του γεγονότος)
2. Ακτινολογικός και εργαστηριακός έλεγχος
3. Συνεχής παρακολούθηση και επανεκτίμηση
4. Κλίση των κατάλληλων ειδικών
5. Οριστική θεραπεία: Το άτομο που κάνει την αρχική εκτίμηση και τη σταθεροποίηση θα πρέπει να παραμείνει ο υπεύθυνος θεραπευτών ιατρός και να λειτουργήσει ως συνήγορος έως ότου αναληφθεί η ευθύνη για τη συνολική ευθύνη του παιδιού από κάποιον άλλον.

**ΣΕΛΙΔΑ 8 ΛΕΥΚΗ
ΝΑ ΣΒΗΣΤΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΣΙΠΚΟ**