

Das akut kranke Kind

Chat GPT lieferte an sich die perfekte Definition: Kind, das plötzlich und unerwartet krank ist.. Sagt an sich nichts über den Schweregrad aus.

Mir geht es heute um das Erkennen des akut schwer erkrankten Kindes. S.g Red Flags.

Es wird keine perfekte Zusammenstellung nach ausführlicher Literatursuche, sondern praktische Hinweise nach 24 J in der Praxis am Land

Grundprinzipien:

Die Eltern haben Recht

Jeder im Team hat Recht

Die erfahrene Schwester hat Recht

Ersteindruck

Müde, leidend, agitiert,

Wehrt sich oder lässt alles über sich ergehen (kann auch kooperativ sein)

Hautfarbe

Geräuschvolle Atmung, ..

Zeichen der Atemnot: Einziehungen, gepresste Atmung, Nasenflügel, sitzende Position,

Tab. 1 Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)				Tab. 2 Kindliche Unbehagens- und Schmerzska nach Büttner (KUSS)			
	0	1	2		0	1	2
Gesichtsausdruck	Entspannt	Grimassieren, angespannt		Weinen	Gar nicht	Stöhnen, Jammern, Wimmern	Schreien
Weinen/Schreien	Ruhig	Wimmern, leises Stöhnen	Energisches Schreien	Gesichtsausdruck	Entspannt, Lächeln	Mund verzerrt	Mund und Augen grimassieren
Atemmuster	Entspannt	Tachypnoe, Dyspnoe, Apnoe		Rumpfhaltung	Neutral	Unstet	Aufbäumen, Krümmen
Arme	Ruhig, entspannt	Gebeugt oder gestreckt, angespannt		Beinhaltung	Neutral	Strampelnd, tretend	An den Körper gezogen
Beine	Ruhig, entspannt	Gebeugt oder gestreckt, angespannt		Motorische Unruhe	Nicht vorhanden	Mäßig	Ruhelos
Wachheit	Ruhig schlafend oder wach und aufmerksam	Unruhig, irritiert					

Anamnese:

Seit wann Fieber, wie hoch, senkbar ?, durchgehend oder nur am Abend, ..

AZ: spielt das Kind, trinkt es, ganz ruhig, schrilles Schreien, ..

Erbrechen, Durchfall, kein Stuhl

Sonst wer krank

Grunderkrankung

Impfstatus (Hämophilus, Pneumokokken, Meningokokken, Pertussis, ..)

Immer kompletter Status (Läuse und Flöhe)

IMMER AUSGEZOGEN

3 Wichtige Pkte, die ich auch versuche den Eltern zu vermitteln und die in jeden Status gehören

Prüfung des **Meningismus** (bei Baby auch Kontrolle der Fontanelle), ältere Kinder auch Lasègue

Rekap Zeit: <2 sec

Inspektion der **Haut:** Petechien, Ekchymosen, (Quaddeln, Ausschlag)

Status: Ich persönliche mag keinen vorgedruckten Status , wo gestrichen oder ergänzt wird
(Dokumentationswut, ..und im Endeffekt steht das, was wichtig wäre, oft nicht drin)

HNO: Rachen : Beläge, Rötung, Aphten, Zahnfleisch, Symmetrie, Zunge ,

Cave Epiglottitis: kein Spateln !!!!!!!!,

Lymphknotenstatus,

TF, abstehende Ohren (Mastoiditis)

HNAP, ev Prüfen Facialis, Pupillen, ..

Red Flags: ausgeprägte Schluckbeschwerden, abstehende Ohren, Asymmetrie, atyp .Lnn

Cor:

a. Herzfrequenz:

Cave: Bradykardie (Anorexie, Hypothyreose, AV Block, ..)
Tachykardie

Herzfrequenz und Grundrhythmus bei Kindern und Jugendlichen

Die **Herzfrequenz** liegt im Kindesalter höher als bei Erwachsenen. Bei Jugendlichen nähert sich die Herzfrequenz der von herzgesunden Erwachsenen. Die nachfolgenden Tabellen führen Normalbereiche auf. Die Daten basieren auf eine in den 1970er Jahren durchgeführten Untersuchung. Viele pädiatrische Lehrbücher beziehen sich auf diese Quelle.

Tabelle: Herzfrequenz bei Säuglingen in Abhängigkeit vom Lebensalter.

Alter	0-1 Tage	1-3 Tage	3-7 Tage	7-30 Tage	1-3 Monate	3-6 Monate	6-12 Monate
Herzfrequenz (/min)	94–155 (122)	91–158 (122)	90–166 (128)	106–182 (149)	120–179 (149)	105–185 (141)	108–169 (131)

2. und 98. Perzentile, Mittelwerte (in Klammern). Nach Davignon et al. 1979.

Tabelle: Herzfrequenz bei Kindern in Abhängigkeit vom Lebensalter. Nach

Alter (Jahre)	1-3	3-5	5-8	8-12	12-16
Herzfrequenz (/min)	89-152 (119)	73-137 (109)	65-133 (100)	62-130 (91)	60-120 (80)

2. und 98. Perzentile, Mittelwerte (in Klammern). Nach Davignon et al. 1979.

Bei Kindern und Jugendlichen liegt eine **respiratorische Sinusarrhythmie** vor: Bei der Inspiration kommt es, basierend auf einer stärkeren Füllung des Herzens, zu einem reflektorischen Anstieg der Herzfrequenz. Für die Expiration gilt das Gegenteil.

Nicht selten sind auch ein „**wandernder Vorhofschriftmacher**“, d. h. ein Wechsel des Schrittmachers mit entsprechenden Änderungen der P-Wellenmorphologie, und das zeitweise Dominieren eines **junktionalen Rhythmus**. Letzterer verschwindet bei Belastung.

Auch nächtlich kurzzeitig auftretende **AV-Blockierungen II. Grads, Typ Wenkebach** sind in diesen Lebensabschnitten als Normalbefund zu werten.

Literatur

- Dickinson DF. [The normal ECG in childhood and adolescence](#). Heart 2005;91:1626-1630.
- Rijnbeek PR, Witsenburg M, Schrama E et al. [New normal limits for the paediatric electrocardiogram](#). Eur Heart J 2001;702-711.
- Davignon A, Rautaharju P, Boisselle E, et al. Normal ECG standards for infants and children. *Pediatr Cardiol*. 1979;1:123-152.

- b. Rhythmus:
oft ausgeprägte respiratorische Arrhythmie,
Extrasystolen sind gar nicht so selten, meist harmlos
- c. pathologische Geräusche:
bitte immer in Ruhe abhören, bei den hohen kindlichen HF schwierig
- d. sonstiges
bei Herzkindern immer Leber palpieren
Femoralispulse tasten
z.B. fehlende bei Aortenisthmusstenose
hebende bei PDA
Hautfarbe: plethorisch, blass, cyanotisch,

**RED FLAGS: Brady/TACHYARRHYTHMIEN; FEHLENDE PULSE;
DEKOMPENSATIONSSZEICHEN**

Pulmo:

- a. Atemfrequenz
- beim Neugeborenen etwa 40-45 Atemzüge/min
 - beim Säugling etwa 35-40 Atemzüge/min
 - beim Kleinkind etwa 20-30 Atemzüge/min
 - beim Kind etwa 16-25 Atemzüge/min
 - beim Erwachsenen etwa 12-18 Atemzüge/min
- b. hinhören ohne Stethoskop:
in oder exsp Geräusche auf Distanz, Stridor, Giemen
- c. zuschauen:
Einziehungen, sitzende Haltung, Nasenflügeln, Pressen, Bauchatmung
- d. Auskultation:
VA, ausgeprägtes Giemen, Rasseln, ganz zartes Giemen, Knistern, Seitendifferenz,
kaum AG, v.a. keine Expiration,
eventuell Gabe von Sultanol und Kontrolle,
immer im Sitzen und Liegen

Red Flags: alle Zeichen der ANS, Seitendifferenz

Abdomen

a. Palpation:

immer gesamtes Abdomen: Leber, Milz können bis unter den Nabel gehen,

AS, DS,

Resistenzen, Tumore

b. Auskultation

träge, lebhafte oder fehlende Darmgeräusche

Red Flags: Abwehrspannung, DS, fehlende DG, ausgeprägte Organomegalie

Genitale

Inspektion von:

Leiste: Brüche, Ovarvorfall, Hydrocele

Genitale: Phimose, Schwellung, Varikozele, Hoden , Synechie bei Mädchen

Anus: Atresie, Rhagaden, Fistel, Ausschlag

Red Flags: nicht reponierbarer Bruch, Rötung/Schwellung Hoden, Ovarvorfall, rechtsseitige Varikozele

Extremitäten und Haut

Schwellungen, Rötungen, Muskeltonus, ev Reflexe, Wirbelsäule, Gangbild, Neurologie

Ausschläge, Hautfarbe, Turgor, Blutungen, Verletzungen

Weitere Untersuchungen

RR-HF-AF-SpO2-Temp: immer anlassbezogen

BBD, CRP:

immer im Zusammenhang mit der Klinik sehen, wir behandeln keine Laborwerte

Neg Labor schließt aber wiederum eine Sepsis nicht aus

Harn:

natürlich primär Sackerlharn

Sgl Katheterharn

Kind : Mittelstrahl (Becher muss nass sein)

Röntgen:

Immer Nutzen und Risiko abwägen

EKG:

kindliches EKG ist altersabhängig

Lufu:

Kann manchmal sehr nützlich sein (aber bei schwerer Bronchitis ??)

(All.test)

Abstrich

StreptA : sollte meiner Meinung nach auch zur Klinik passen, überbewertet

Covid: dzt eher interessehalber, kann sich ändern

RSV: für prognostische Einschätzung

Influenza: wichtig für Therapie (Tamiflu)

Kurze Zusammenfassung

Bitte immer kompletten Status durchführen (Kinder definieren nicht ihre Beschwerden, Knieschmerzen sind oft Hüftschmerzen (häufige Anamnese der Coxitis fugax))

Immer auf Red Flags achten

Man kann immer etwas übersehen (wird uns leider allen passieren) – aber nicht durch Schlampigkeit/ Selbstüberschätzung

Je mehr man gesehen hat, umso vorsichtiger und selbstkritischer wird man

Mein Leitsatz: Ich muss nicht alles wissen, aber ich muss wissen, wer es wahrscheinlich besser weiß. Und heutzutage muss ich mich leider auch darum kümmern, dass der Patient einen zeitgerechten Termin bekommt

Kollegin: Ich behandle alle Kinder so, als wären sie meine

1. Das fiebernde Kind:

Definition: 37.5 – 38.3: subfebril, ab 38.3 febril

Gebräuchlich: bis 2 Mo ab 38 dann 38.5

a) Sgl: **der fiebernde Säugling hat bis zum Beweis des Gegenteils eine Sepsis**, HWI, Pneumonie,

Zwischenbeispiel: Mama kommt: sagt ihr Sgl ist ganz anders, trinkt schlechter, schläft unruhig,
(Haut, Meningismus, Fontanelle, FP)

ich finde nix, aber er wirkt fahrig, ... ----- ad Klinik

b) Kleinkind: Fieber

Angina, ... das ist leicht

Status unauff., AZ o.k, BB, CRP o.b: i.e.L. Virusinfekt

Status unauff., AZ o.k, CRP 150: i.e.L Bakt. Inf (DD z.b. Adenovirus, ..)

Einzelfallentscheidung: eher Antibiotikum, dranbleiben

Status unauff, AZ red., CRP 150: Septic work up (Rö, Harn, ev LP) seh ich zumindest so

2.HNO:

a) Angina

ursprünglich:

Fieber

tiefroter Rachen,

Beläge,

hohes CRP

Leukozytose

ev. pos. StreptA Test

dann stellten wir die Diagnose Angina

wohlwissend , dass die meisten Anginen viral sind

und auch aus Sorge um das rheumatische Fieber

Jetzt:

neue Isaac Kriterien

Definition und Ätiologie

Akute Halsschmerzen		Chronische Halsschmerzen	
Definition: unterhalb 14 Tagen Dauer Krankheitsbilder: Pharyngitis, Rhinopharyngitis, akute Tonsillitis bzw. Tonsillopharyngitis		Definition: oberhalb 14 Tagen Dauer, meist ohne Zeichen eines akuten Infekts, je nach Ursache ggf. mit Begleitsymptomen (AZ-Verschlechterung, B-Symptomatik)	
Viral 50-80 %	Bakteriell	Noxen, Medikamente, Reizung, lokale und systemische Erkrankungen	
<ul style="list-style-type: none">Rhinoviren ca. 20 %Coronaviren ≥ 5 % (Ausnahme: Pandemiezeit)Adenoviren ca. 5 %Epstein-Barr Virus ca. 1 %	<ul style="list-style-type: none">β-hämolyisierende Streptokokken Gruppe A (= GAS) ca. 15-30 %β-hämolyisierende Streptokokken Gruppe C und G ca. 5-10 % bei erwachsenen Patienten!	<ul style="list-style-type: none">RauchenSchnarchen/OSASMedikamenten-induziert: ACE-Hemmer, Inhalative KortikosteroidePost intubationemStimmbelastung und funktionelle DysphonieUmweltfaktoren: z. B. Emissionen und LuftverschmutzungNeoplasienReflux-ErkrankungVaskulitidenKawasaki-KrankheitRezidivierende TonsillitisSchilddrüsenerkrankungen	

Diagnostik und Therapie bei akuten Halsschmerzen ohne Red Flags:

- Wenn Antibiose erwogen wird, klinische Scores verwenden: Centor, Mclsaac, FeverPAIN (T II, B)*
- Keine routinemäßige Labordiagnostik (GCP)*
- Anwendung von GAS-Schnelltest nur bei Patienten bis zum 15. Lebensjahr und Score-Wert ab 3 (T II, 0)*
- Rachenabstrich nur bei Beschwerderesistenz nach antibiotischer Therapie; gilt nicht in Pandemiezeiten! (GCP)*
- Immer Beratung über Spontanverlauf, individuelles Risiko und Selbstmanagement (GCP)*
- Symptomatische Therapie mit Ibuprofen oder Naproxen anbieten (T II, 0)*
- Nutzen und Ziel der antibiotischen Therapie ist eine moderate Symptomverkürzung (max. 16 Std.), nicht die Prävention von suppurativen oder nicht-suppurativen Komplikationen (T Ia)*
- Score-Werte bis 2: keine Antibiose, rein symptomatische Therapie (T II, B)*
- Score-Wert von 3: rein symptomatische Therapie oder Delayed prescription; Shared-decision-making (T II, B)*
- Score-Werte ab 4: Option wie Score von 3 oder sofortige antibiotische Therapie; Shared-decision-making (T II, B)*

Abwendbar gefährliche Verläufe – spezifische Probleme

Individuelles Vorgehen bei:	Überweisung HNO-Arzt bei:	Sofortige Klinikeinweisung bei:	Re-Evaluation: keine Besserung nach 3-4 Tagen
<ul style="list-style-type: none">V.a. Scharlach-ErkrankungV.a. infektiöse MononukleoseInfektion mit anderem Fokus (Pneumonie, Bronchitis, Otitis media, Sinusitis)Typische Konditionen mit schwerer ImmunsuppressionErhöhtes Risiko für ein akutes rheumatisches Fieber (ARF)Schwere Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none">Verdacht auf NeoplasieVerdacht auf einen Peritonsillarabszess (Vorstellung selbigen Tags, sonst Klinikeinweisung)>6 Wochen anhaltendRezidivierende akute Tonsillitiden (> 6x/Jahr zur Frage nach OP-Indikation)	<ul style="list-style-type: none">Stridor oder Atembeeinträchtigung (V.a. Epiglottitis, infektiöse Mononukleose)Hinweise auf eine schwere systemische Erkrankung (z. B. Meningitis, Diphtherie, Kawasaki-Syndrom, Lemierre-Syndrom)Hinweise auf schwere suppurative Komplikationen (peritonsilläre, para-, retropharyngealer Abszess)Exsikkose	<ul style="list-style-type: none">Folgendes berücksichtigen:Differentialdiagnosen (wie infektiöse Mononukleose)Symptome oder Anzeichen für ernstere/systemische ErkrankungVorherige Behandlung mit Antibiotika (Resistenzentwicklung!)

* Level of Evidence/ Empfehlungsgrad

Autoren: J. H. Ottoggi, J. F. Chenot, G. Schmiemann, G. Weckmann, N. Toepfner, R. Berne, M. Bickel, R. Laskawi, J. Windlühr, K. Krüger

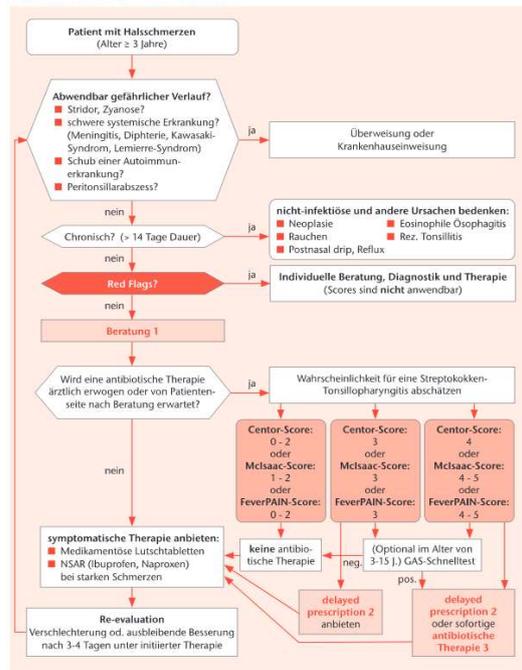
Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
SLK-Leitungsteam

DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

© DEGAM 2020, redak., geändert: 12/2021
www.degam-leitlinien.de



Hausärztliches Vorgehen – Algorithmus



Red Flags (bei akuten Halsschmerzen):

- Scharlach-Exanthem
- V.a. Mononukleose
- Infektion mit anderem Fokus (Pneumonie, Bronchitis, Otitis Sinusitis)
- Immunsuppression
- Chemotherapie
- Orale Kortikoidtherapie
- Schwere Komorbiditäten
- erhöhtes Risiko für ARF (Kriterien: siehe Langfassung)

1 Beratung über

- voraussichtlichen Verlauf: selbstlimitierend, Beschwerdedauer ca. 1 Woche
- geringes Risiko (ca. 1-1,5 %) für behandelbare Komplikationen (Otitis media / Sinusitis / PTA / Erysipel)
- Selbstmanagement (z. B. viel Flüssigkeit, körperliche Schonung usw.)
- Wahrscheinlichkeit für eine bakterielle Pharyngitis auf Basis von Anamnese und ärztlicher Befunderhebung
- Vor- und Nachteile einer antibiotischen Therapie bei Pharyngitis:
 - (+) durchschnittliche Symptomverkürzung von 16 Stunden
 - (-) hohe NNT v. ca. 200 zur Vermeidung einer o.g. Komplikation
 - (-) bei Einnahme, ca. 10 % UAW (Diarrhoe, Anaphylaxie, Mykosen)
- (ggf. auf Nachfrage: geschätzte Inzidenz des ARF: < 1: 1.000.000 => geschätzte NNT > 5500 für rheumat. Herzerkrankung in Dtl.)

2 Delayed prescription

- Rezept über antibiotische Therapie ausstellen.
- Einlösen bei signifikanter Verschlechterung ODER wenn nach 3-5 Tagen keine Besserung.

3 Antibiotische Therapie

> 15 J.: Penicillin V 3 x 0,8-1,0 Mio I.E. p.o. 5-7 d
Bei Penicillinunverträglichkeit: Clarithromycin 2 x 250-500 mg p.o. für 5 d

3-15 J.: Penicillin V 50-100.000 IE/kgKG/d verteilt auf 3 ED p.o. 5-7 d
Bei Penicillinunverträglichkeit: Clarithromycin 15 mg/kgKG/ verteilt auf 2 ED für 5 d

Scores:

Centor-Score (jeweils 1 Punkt)	Mclsaac-Score (jeweils 1 Punkt): ergänzend zum Centor-Score:	FeverPAIN-Score (jeweils 1 Punkt)
Tonsillensudate	Pat <15 J.: +1 Pkt.	Fever (Fieber in letzten 24 Stden.)
Zervikale Lymphadenopathie	Pat >45 J.: -1 Pkt.	Plus (Tonsillensudate)
Fieber in der Anamnese über 38°C		Attend rapidly (ärztliche Vorstellung innerhalb von 3 Tagen wegen Schwere d. Beschwerden)
Kein Husten		Inflamed tonsils (Deutliche Rötung und Schwellung der Tonsillen)
		No cough/coryza (Kein Husten/Rhinits)

Autoren: J. H. Ottoggi, J. F. Chenot, G. Schmiemann, G. Weckmann, N. Toepfner, R. Berne, M. Bickel, R. Laskawi, J. Windlühr, K. Krüger

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
SLK-Leitungsteam

DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

© DEGAM 2020, redak., geändert: 12/2021
www.degam-leitlinien.de



Über die Relevanz des rheumatischen Fiebers heute verweise ich auf Spezialisten

Therapie der Angina tonsillaris

Persönliche Anmerkung:

Früher: wissenschaftliche Entscheidung über die Wahl des AB

Heute: wirtschaftliche Entscheidung: was ist überhaupt lieferbar

Penicillin (z.B.Ospen) 100000 E/kg KG in 2-3 ED

z.B: 15 kg: Ospen 750 2 x 5 ml

alternativ: Ceclor: 40mg/kg in 2-3 ED

Klacid: 15 mg/kg in 2 ED

b) Otitis

Leitlinie DGPI: AB Therapie bei Sgl <6 Mo, schwerer AOM, protrahierter AOM (> 48-72 Std) und Grunderkrankung

Ich halte mich grob an die alten Empfehlungen

<2 J: behandeln

>2J: antiphlogistische Therapie, Nasentropfen, Ko 2T

Therapie:

Antiphlogistisch: Ibuprofen, Paracetamol

Abschwellende Nasentropfen

Antibiotika:

Amoxicillin: 50 mg/kg in 2-3 ED: 5 (-7)T

alternativ:

Amoxicillin/Clavulansre

Cephalosporine Gruppe 2 (Cefuroxim-axetil(Zinnat), Cefpodoxim(Biocef))

Clarithromycin

c) Stomatitis, Herpangina

Therapie: antiphlogistisch, antipyretisch

d) Otitis externa

Schmerz bei Druck auf Tragus, klassische Schwimmbadotitis

Therapie: z.B Otolol

2. Pulmologisch

a) Bronchiolitis

v.a. Sgl

Herbst/Winter

Symptome: Husten, feinblasige Rgs, Tachypnoe, Trinkschwäche

Cave Apnoen, Atelektasen, Sättigungsabfälle

Dg: Abstrich

Prophylaxe: Synagis 5 x /Winter

Ab 2023: wahrscheinlich Impfung für Schwangere

Ab 2024: ev Impfung 1x/Saison

Th: symptomatisch

b) Bronchitis – Asthma:

Alarmzeichen: sitzende Haltung, Nasenflügeln, Pressen, Einziehungen, Bauchatmung

Auskultatorisch: Giemen, Rasseln, abgeschwächtes AG

Bronchodilatator: Sultanol DA 4H mit Vorschaltkammer (bis zu 10)

Sultanol Inhal.lsg 0,02 ml/kg ad 2 ml (max 1 ml)

Sultanol Diskus: bis zu 4 H

Cortison: als Zapferl: 30 oder 100 mg

Infectodexakrupp: 0,5 ml /kg

Fortecortin: 0,5 mg/kg initial, dann

O2

Dauertherapie: sprengt den Rahmen des Vortrags

c) Pneumonie:

auch nur kurze Zusammenfassung

Fieber: hoch, wechselnd, t/s nur abends

red. AZ: t/s sofort, oder nach einiger Zeit

Tachypnoe: meist dabei

Husten: muss aber nicht sein

Rgs: persönliche Anmerkung: die schweren Pneumonien hört man oft nicht

Labor: gibt kein typisches Labor

Rö: sagt oft auch nichts, ob viral oder bakteriell

Therapie. Ändert sich immer wieder

Tab. 1 Die häufigsten bakteriellen Pneumonieerreger und ihre empirische antibiotische Behandlung

Patientengruppe	Häufigste Erreger	Bevorzugte Antibiotika	Applikation
Ambulant erworbene Pneumonien			
Säuglinge und Kleinkinder bis ca. 3 Jahre	Staphylokokken, Haemophilus influenzae, Pneumokokken	Amoxicillin oder Cephalosporin der Gruppe 2 (evtl. Gruppe 3)	i. v. oder p.o.
Ältere Kleinkinder bis ca. 6 Jahre	Haemophilus influenzae, Pneumokokken	Amoxicillin oder Cephalosporin der Gruppe 2 (evtl. Gruppe 3)	i. v. oder p.o.
Schulkinder und Jugendliche	Mykoplasmen, Chlamydien, Pneumokokken	Makrolide (z. B. Clarithromycin oder Azithromycin), Penicillin	p.o. (Makrolide) oder i. v. (andere)
Nosokomial erworbene Pneumonien			
Intensivstation, beatmet	Gramnegative Stäbchen oder Staphylokokken	Breitspektrumpenicillin oder Cephalosporin der Gruppe 3 und/oder Aminoglykosid	i. v.
Aspiration	Gramnegative Stäbchen, oft auch Anaerobier	Breitspektrumpenicillin mit β -Laktamase-Hemmer	i. v.
Immunsupprimierte	Staphylokokken, gramnegative Stäbchen (+ Pilze)	Meropenem oder Cephalosporine (Gruppe 3) + Aminoglykosid (+ Antimykotikum)	i. v.

d) Aspiration

Klassiker bei KK Erdnuss, Aspirationsanamnese

Seitendifferenz

e) Laryngitis

kommt meist plötzlich, ev vorher Heiserkeit

bellender Husten (ganz typisch, beim 2.Mal kennen ihn die Eltern schon)

inspiratorischer Stridor, Einziehungen

Th: Ruhe, kalte, feuchte Luft

Cortisonzäpfel 30 oder 100 mg (sehr individuell, für mich Grenze 10 kg)

Infektodexakrupp 0,5 ml /kg

Suprarenin 1 A ad 4 ml NaCl mit Pariboy (eher NAW)

3. Endo

a) **DM**: Häufigkeit nimmt zu, schwere Erstmanifestationen nehmen zu, Entgleisung beim Jugendlichen

Hyperglykämie:

Reduzierter AZ, Gewichtsabnahme, Polydipsie, Polurie (Windel platzt, rennt nachts dauernd),

Diagnose: Harn, BZ

Therapie:

Trinken,

NaCl: 10 -20 ml/kg als Bolus

kein Insulin (Cave Kalium)

immer weiter ad Zentrum

Hypoglykämie: (BZ < 50)

Symptome:

Angst, Schwitzen, Tachykardie, Zitterigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Doppelbilder, Bewusstseinsstörung, Krampfanfall

Anamnese wichtig

Therapie:

Orangensaft, Banane,

Glucose: 0,5 g/kg KG als Bolus über 5-10 min

Glucagon:

b) **Hypothyreose**

Symptome:

AZ reduziert , müde, (schwammig), Bradykardie, Kältegefühl

Ikterus prolongatus beim Säugling

c) **Hyperthyreose**

selten,

Cave nach Geburt bei Müttern mit Hyperthyreose

d) **Addison, Cushing, ..**

4. Nephrologie

a) Urosepsis:

Krankes Kind

Kind hohes Fieber (Flankenschmerz, Erbrechen, Dysurie),

CRP Erhöhung, path Harn

Cave: v.a. Nierenkind mit Dauerprophylaxe schließt neg Harn einen HWI nicht aus: Uricult

Th: Antibiotikum, kein Nureflex

b) Nephrot Syndrom

REd Flag!!!! Lidödeme.

Kann natürlich eine Allergie sein, aber erst bei Harn ohne Proteinurie

5. Kardio

a) Systolikum

jedes Systolikum gehört abgeklärt

b) Zyanose

nach Geburt SaO₂ Messung

c) AIST

Sgl, trinkt schlecht, tachypnoisch: immer an AIST denken, FP !!!!!!!!

Bei jedem Sgl (und auch später) ist das Tasten der FP ein Muss

c) Rhythmusstörungen:

Auskultation gehört sowieso zum Status

gehört auch zur DD des unruhigen, schlecht trinkenden, .. Sgl, KK

d) Myocarditis

Müdigkeit, RS bei krankem Kind, ..

e) Kardiomyopathie

6. Onko - Alarmsignale

- Kopfschmerz morgendlich, mit Erbrechen
- plötzliche Sehstörungen
- Lymphknoten: groß, derb, schlecht verschieblich, atyp. Lokalisation
- palp Auffälligkeiten
- Petechien
- Knochenschmerzen
- unerklärlicher Gewichtsverlust
- unklares Fieber, Blässe

7. Gastro.

Gastroenteritis

Cave Dehydratation, oft schwer abzuschätzen (müde, eingefallene Augen, stehende Hautfalten, schlechtes Trinkverhalten)

Pylorusstenose

erbricht nach jedem Essen schwallartig

Invagination

brüllt, dazwischen Erschöpfung, krank !, als Spätsymptom: blutiger Stuhl

Zöliakie

Kann alles machen, Cave: Gewichtsverlust, ev Ödeme, Anämie

CED (Mb Crohn, Colitis ulcerosa)

blutige Stühle, Gewichtsverlust, Bauchschmerzen

üblicherweise Calprotectin im Stuhl wiederholt erhöht

Ikterus

Älteres Kind: eigener Vortrag

Ikterus prolongatus : jeder Ikterus beim Sgl > 2 Wo gehört abgeklärt (TSH, T4, Bili direkt)

Appendicitis

kann beim KK atypisch sein, DS, Loslaßschmerz, kein Appetit, Labor oft unspektakulär

Cave: perf.App. – Bauch wieder weich

Unklarer Bauch: immer auch BZ machen

8. Genitalbereich

Leistenbruch:

falls nicht reponierbar – ad Klinik

Cave Frühgeburten

Hoden:

Rötung, Schwellung, Schmerzen unbedingt weitere Abklärung

Verdacht auf Hodentorsion: SOFORT

Ovarvorfall:

Imponiert wie Lnn in Leiste, aber isoliert

Balanitis

Varikozele

Cave rechtsseitige Varikozele

9. Vergiftung

01 406 43 43

10. Allergie/Anaphylaxie

- Agens entfernen (z.B Stachel)

- Sauerstoff

- Epipen:

<30 kg Epipen jr 150 mcg

>30 kg Epipen 300 mcg

- Volumen: 20 ml/kg

- Cortison

- Fenistil

11. (Fieber) Krampf

- Fieber messen, BZ

- Antipyrese

- Stesolid

< 15 kg: 5 mg

> 15 kg: 10 mg

- alternativ: Buccolam

- erster Fieberkrampf: Überwachung

Haidvogel, Sept. 2023