

ZBRINJAVANJE DOJENČETA S AKUTNOM RESPIRATORNOM INSUFICIJENCIJOM - PRIKAZ SLUČAJA

IVANA TOMIĆ, SANELA NOVAK, TANJA ĆOSIĆ*

Akutna respiratorna insuficijencija predstavlja hitno stanje u zbrinjavanju djeteta te zahtjeva određena znanja i vještine osoblja koje skrbi za takvog pacijenta. Skrb i njega djeteta provodi se u jedinicama intenzivnog liječenja, te iziskuje prepoznavanje pogoršanja stanja pacijenta, brzu reakciju i pravovremene intervencije kako bismo spriječili komplikacije i posljedice dužeg perioda bez opskrbe krvi i tkiva kisikom. U radu će biti prikazan slučaj dojenčeta koje je sa akutnom respiratornom insuficijencijom zaprimljeno na naš Odjel intenzivnog liječenja te se brzom reakcijom uz adekvatnu terapiju oporavilo bez nastalih komplikacija.

Deskriptori: AKUTNA RESPIRATORNA INSUFICIJENCIJA, NEINVAZIVNA VENTILACIJA, DOJENČE, MEDICINSKA SESTRA

UVOD

Akutna respiratorna insuficijencija po definiciji predstavlja stanje u kojem uslijed neadekvatne disajne funkcije dolazi do manjka kisika i viška ugljičnog dioksida u krvi odnosno do hipoksemije i hiperkapnije. S obzirom da je disanje kao jedna od osnovnih vitalnih funkcija uvjetovano međusobnom interakcijom više organa i organskih sustava, i respiratorna insuficijencija može biti posljedica raznih bolesti i patoloških stanja (1). Dojenčad i mala djeca u pravilu razvijaju akutnu respiratornu insuficijenciju mnogo lakše i brže nego veća djeca i odrasli, što je u pravilu odraz odre-

đenih fizioloških i anatomskih karakteristika najmlađe populacije (2).

Uzroci kronične respiratorne insuficijencije u djece mogu biti različiti. Novorođenče je najviše pogođeno respiratornom insuficijencijom time što ima ograničene uvjete za kompenziranje respiratorne insuficijencije, a u isto vrijeme mu je potrebno gotovo dva puta više kisika nego odraslima. Za dijagnozu respiratorne insuficijencije potrebno je napraviti brzu procjenu prohodnosti dišnih puteva, načina disanja, radi li se o zadovoljavajućoj ili nedostatnoj ventilaciji. Ako se na vrijeme terapijski ne reagira može doći do teškog ireverzibilnog pada oksigenacije, pogoršanja općeg stanja i u konačnici iznenadnog prestanka disanja. Mehaničku ventilaciju treba primjeniti onda kada se spontanim disanjem ne može postići adekvatna ventilacija potrebna za održavanje PaO₂, PaCO₂ i acidobazne ravnoteže.

*Dječja bolnica Srebrnjak, Zagreb

Adresa za dopisivanje:
E-mail: ivanakurek@gmail.com
snovak985@gmail.com
tajatacosic@gmail.com

Klinički simptomi respiratorne insuficijencije su: tahidispneja s dispnejom, tahikardija, poremećaji disanja, slabijeisanje, zamor, mišićna hipotonija, cijanoza i sl. Tahipneja je osnovni kompenzacijski mehanizam kojim organizam najčešće prevladava smanjeni vitalni kapacitet uslijed restriktivne ili opstruktivne bolesti disajnog sustava. U procjeni tahipneje nužno je voditi računa o dobi djeteta te fiziološkim vrijednostima frekvencije disanja koje su obrnuto proporcionalne kronološkoj dobi djeteta.

Metode liječenja respiratorne insuficijencije: opskrba krvi i tkiva kisikom putem invazivne ili neinvazivne ventilacije, a ovisno o stanju djeteta, monitoring vitalnih funkcija, nadoknada volumena tekućine parenteralnim putem te putem nazogatrične sonde, ostale suportivne mjere liječenja, simptomatska terapija.

PRIKAZ SLUČAJA

U radu ćemo prikazati provođenje skrbi i njege bolesnog dojenčeta na Odjelu intenzivnog liječenja naše ustanove, te kako je tekao tijekom zbrinjavanja i liječenja oboljelog djeteta.

Muško dojenče u dobi od 52 dana primljeno je zbog akutne respiratorne insuficijencije uzrokovane RSV virusom. Dolazi iz naše hitne ambulante u pratnji dežurne medicinske sestre i roditelja. Kod prijema lošeg općeg stanja, tahidispnoičan, tahikardan, zakašlja se u prekidima, koristi pomoćnu dišnu muskulaturu, klima glavicom, koža difuzno blago marmorizirana. Odmah po prijemu dojenče se stavi na neinvanzivnu potporu Opti Flow High Junior aparata FiO 60% i sa protokom 6L. Postave se dva venska puta i započne parenteralna rehidracija uz intravenski antibiotik (Ceftriaxon) i kortikosteroid (metilprednizolon), inhalacije salbutamola, hipertonične otopine i racemičnog epinefrina, uz ostale mjere simptomatskog lije-

čenja te hranjenje putem sonde. Iz aspirata nazofarinksa dobije se pozitivan nalaz RSV virusa. U ABS-u registrira se hipoksija te hiperkapnija uz acidozu. Tijekom 24 sata dolazi do stabilizacije općeg stanja i normalizacije ABS-a, te se kroz nekoliko dana liječenja dojenče stabilizira i premješta na dojenački odjel. Kući se otpušta 8. dana boravka, stabilnih vitalnih funkcija, živahno, zadovoljno i uredno podnosi pojede.

ZAKLJUČAK

Zaključno možemo reći da je akutna respiratorna insuficijencija teško kliničko stanje, posebno u djece zbog fizioloških i anatomskih karakteristika dječje populacije. U pristupu djetetu s akutnom respiratornom insuficijencijom ključno je brzo prepoznavanje simptoma i sprječavanje razvoja potpunog zatajenja disanja i posljedičnog srčanog zastoja. Skrb za ovako teške pedijatrijske pacijente zahtjeva timski rad i izniman angažman svog medicinskog osoblja koje skrbi za pacijente. Od iznimne je važnosti edukacija osoblja te komunikacija u timu kao i komunikacija između pacijenata, roditelja i medicinskih sestara tijekom hospitalizacije. Medicinske sestre-tehničari koji skrbe za ovakve pacijente moraju posjedovati određena specifična znanja i vještine u radu sa malim pacijentima i njihovim roditeljima.

LITERATURA

1. Baker MD, Ruddy RM. Acute respiratory failure. U: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM. Textbook of pediatric emergency medicine, 5. izd., Lippincott Williams and Wilkins, 2006; 1137-40.
2. Mackway-Jones K, Molyneux E, Phillips B, Wieteska S, urednici. Advanced paediatric life support, 4. izd., Blackwell publishing, 2005.
3. Taradi N i suradnici. Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi pedijatrijskog bolesnika. 2015.