

ARTYKUŁ POGŁĄDOWY

Ewa Drabik-Danis, Anna Hans-Wytrychowska

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Gorączkujące dziecko – kiedy należy skierować do szpitala

Child with fever – when should be sent to the hospital

Streszczenie

Gorączka u dziecka należy do bardzo częstych przyczyn zgłaszania się do lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej i na oddziały pediatryczne. Pediatrzy i lekarze rodzinni codziennie badają wielu gorączkujących małych pacjentów, których liczba sezonowo może znacznie wzrastać. Gorączka jest zwykle pierwszym objawem infekcji wirusowej lub bakteryjnej – inne symptomy występują później, po kilku godzinach lub dniach. Choroba ma zwykle przewidywalny przebieg. Warunkiem jest utrzymanie temperatury w rozsądnych granicach i dobry stan ogólny dziecka. Większość gorączkujących dzieci po badaniu lekarskim jest leczona w warunkach domowych. Należy jednak pamiętać, że gorączka może być zwiastunem bardzo ciężkiej choroby. Każde gorączkujące dziecko, którego stan ogólny się pogarsza, a badanie lekarskie budzi wątpliwości lub niepokój, powinno być skierowane do szpitala. Szczególną ostrożność należy zachować, badając gorączkujące dzieci w najmłodszej grupie wiekowej – do 2 lat.

Słowa kluczowe

gorączka u dzieci, diagnostyka, hospitalizacja, lekarz rodzinny

Abstract

Fever is a very often symptom children have and a reason of visits in regular health service and pediatrician units as well. Every days doctors examine many children with the fever. Number of cases can increase very much with seasonality. Fever is usually a primary symptom of virus or bacterial infection. Other symptoms can appear later after several hours or days. If the level of the temperature is on reasonable level and general shape of the child is good, nobody is afraid. Majority of patients is cured at home after doctor's examination. Although it has to be considered that the fever can be the sign of a heavy sickness. Each child with a fever, who's shape is getting worse and doctor has doubts or anxieties should be sent to a hospital. Examining children not older than two years requires exceptional care.

Key words

children's fever, diagnosis, taking care at the hospital, family doctor

Wprowadzenie

Gorączka jest ważnym, ale nieswoistym objawem chorobowym o bardzo indywidualnym charakterze. Często wzbudza niepokój rodziców, a dla lekarzy stanowi wyzwanie diagnostyczne.

Temperatura ciała małego pacjenta może bardzo szybko się zmieniać. Rosnące wskazania termometru potrafią mocno przestraszyć rodziców. Gorączka u małego dziecka jest jedną z najczęstszych przyczyn udania się do lekarza. Z perspektywy rodziców zawsze budzi niepokój i to uzasadnia szukanie pomocy lekarskiej. Dla lekarza w przychodni gorączka jest bardzo częstym objawem chorobowym wymagającym diagnozy. Lekarz musi ustalić rozpoznanie i zdecydować, jakie leczenie zalecić [1].

Najtrudniejsze zadania lekarza to:

- nie przeoczyć wątpliwych diagnostycznie przypadków,
- nie przeoczyć możliwego rozwoju choroby do stanów poważnych, które mogą zagrozić dziecku,
- zareagować adekwatnie w danej sytuacji, np. zlecić badania dodatkowe, ponownie ocenić dziecko i zdecydować o leczeniu,
- skierować pacjenta do szpitala [2].

Lekarz w otwartym leczeniu napotyka szereg pułapek (trudności) w diagnozowaniu małego gorączkującego pacjenta. Powinien zdawać sobie z nich sprawę i uwzględniać je, aby ograniczyć nie trafne diagnozy. Najczęstsze trudności to:

- konieczność decydowania w dość krótkim czasie o rozpoznaniu i postępowaniu (poczucie odpowiedzialności),
- duża liczba pacjentów do zbadania (presja czasu),
- brak kontaktu z dzieckiem do czasu ewentualnej ponownej wizyty.

Najczęstsze przyczyny gorączki u dziecka to zakażenia wirusowe albo bakteryjne dróg oddechowych, układu moczowego lub układu pokarmowego. Bardzo dużo porad w codziennej praktyce lekarskiej w leczeniu otwartym dotyczy dzieci gorączkujących. Infekcje wirusowe, tzw. przeziębienia, najczęściej zaczynają się zwykłą temperaturą, nawet wysoką gorączką, trwają kilka dni i objawy ustępują lub znacznie łagodnieją.

Uznaje się, że normą jest 6–8 chorób gorączkowych w roku, zwykle „przeziębienie”, przy czym u dzieci, które uczęszczają do żłobka lub przedszkola, może być ich więcej.

Początek wielu zakażeń jest skąpoobjawowy. Głównym sygnałem, że coś się dzieje z dzieckiem, jest gorączka. Podwyższona temperatura jest zawsze objawem alarmowym, gdy osiąga wysokie poziomy

(38–40°C), utrzymuje się dłużej niż 1–3 dni, słabo lub wcale nie reaguje na leki przeciwgorączkowe, pogarsza stan ogólny dziecka i gdy dołączają się inne niepokojące objawy [2, 8, 10].

Ocena lekarska gorączkującego dziecka [2, 3]

Ocena lekarska może przebiegać według różnych kryteriów dodatkowych, które mogą pomóc podjąć decyzję o skierowaniu pacjenta do szpitala, np.:

- wiek z podziałem na okres noworodkowy, niemowlęcy i wczesnego dzieciństwa,
- nasilenie gorączki, czas trwania, reakcja na leki przeciwgorączkowe,
- stan ogólny aktualnie i na podstawie informacji od rodziców,
- inne, poza gorączką, objawy chorobowe (szczególnie wzbudzające niepokój).

Na podstawie rzetelnie przeprowadzonego badania fizykalnego i przedmiotowego lekarz ustala najbardziej prawdopodobne rozpoznanie wstępne lub ostateczne. Jeśli decyduje się na leczenie domowe, powinien pamiętać, że ma ograniczoną możliwość korekty diagnozy w ciągu najbliższych dni. Zaordynowane leczenie dziecka gorączkującego może być:

- tylko objawowe (infekcja wirusowa),
- objawowe z rozważeniem antybiotykoterapii,
- objawowe z antybiotykoterapią doustną od zaraz (choroba bakteryjna).

Antybiotyk może zostać dołączony do leczenia objawowego w dalszym przebiegu choroby wirusowej (powikłania bakteryjne) [1, 5].

Choroba trwa w czasie: ma początek, fazę pełnego rozwoju, etap poprawy i powrotu do zdrowia lub fazę możliwych powikłań. Wywiad pozwala ocenić:

- w jakim momencie infekcji dziecko zgorączkowało,
- czy należy wiązać skok temperatury z początkiem nowej choroby,
- czy gorączka jest sygnałem nawrotu objawów lub powikłań niedawno leczonej choroby.

Stan podgorączkowy do 38°C na początku choroby zwykle nie budzi niepokoju. Stanowi sygnał, że:

- zaczyna się proces chorobowy (najczęściej infekcja wirusowa lub bakteryjna),
- układ odpornościowy został pobudzony i działa,
- zwiększa się wyraźnie ukrwienie tkanek,
- organizm mobilizuje się do walki z chorobą.

Zalecenia lekarskie w takiej sytuacji są dość proste i można je streścić w kilku punktach:

- dopóki stan ogólny dziecka jest dobry, nie ma potrzeby ponownego kontaktu z lekarzem,

- rodzice nie muszą w ciągu dnia obniżać temperatury za wszelką cenę (pod warunkiem regularnego sprawdzania jej wysokości),
- lek przeciwgorączkowy należy podać, gdy gorączka przekracza 38,0–38,5°C,
- istotne jest utrzymywanie temperatury w rozsądnych granicach,
- bardzo ważne jest, żeby dziecko piło (więcej niż zwykle) i jadło (częściej, mniejsze porcje),
- rodzice powinni na bieżąco obserwować zachowanie dziecka i jego stan ogólny,
- rodzice powinni wiedzieć od lekarza, co może niepokoić w przebiegu choroby.

Temperatura powyżej 38°C (38–40°C), zwłaszcza trwająca 1–3 dni bądź dłużej, utrzymująca się mimo podawania leków przeciwgorączkowych (wraca ponownie, gdy kończy się działanie leku, słabo i na krótko obniża się po jego podaniu itp.) wymaga aktywnego podejścia rodziców, stałej obserwacji zachowania i stanu ogólnego dziecka oraz koniecznie wizyty u lekarza.

Wysoka temperatura działa wyraźnie niekorzystnie na małe dziecko. W części odpowiada za gorsze samopoczucie, niechęć do jedzenia, powoduje, że dziecko jest marudne, niespokojne, bardziej płacliwe, ma zaczerwienioną twarz, załzawione i szkliste oczy, szybciej i płycej oddycha. Lekarz musi ustalić, czy zachowanie pacjenta nie jest niepokojące po normalizacji temperatury. W sytuacji wysokiej gorączki u małego dziecka rodzice często są na tyle zaniepokojeni, że już w pierwszej lub drugiej dobie pojawiają się u lekarza.

Konkluzją wielu porad lekarskich na samym początku schorzeń zaczynających się gorączką jest informacja, że stan dziecka jest dobry, nie ma objawów niepokojących, dziecko jest aktywne, bawi się, pije i je. Zwykle wystarczą wtedy zalecenia dotyczące pielęgnacji dziecka, zasad podawania leków przeciwgorączkowych (jaki preparat, w jakiej dawce, kiedy i ile razy w ciągu doby), uważnej obserwacji, dbania, żeby piło i jadło, a także wskazanie, kiedy potrzebna jest ponowna wizyta u lekarza.

Badając dziecko gorączkujące, lekarz musi rozstrzygnąć kilka dylematów diagnostycznych i terapeutycznych. Jednym z zasadniczych jest odpowiedź na pytanie, czy pacjent może być leczony w domu czy też wymaga skierowania do szpitala. Decyzja zostaje podjęta na podstawie dokładnie zebranego wywiadu, szczegółowego badania fizykalnego dziecka, oceny stanu ogólnego od początku choroby (dane z wywiadu) i podczas badania [4, 5].

Sytuacje, w których należy skierować dziecko do szpitala

Wysoka gorączka bez uchwytnej przyczyny w badaniu fizykalnym

Przy wysokiej gorączce bez uchwytnej przyczyny w badaniu fizykalnym należy podjąć próbę pogłębienia diagnozy poprzez zlecenie badań dodatkowych: badanie ogólne moczu, morfologia krwi z rozmazem, CRP. Ważne, żeby wyniki tych badań lekarz otrzymał jak najszybciej. Potwierdzenie wysokich wskaźników zapalnych w morfologii (wzrost leukocytozy z odmłodzeniem form granulocytarnych i wzrostem odsetkowym), wyraźnie podwyższone CRP i/lub nieprawidłowy wynik badania moczu (leukocyturia aż do ropomoczu, białkomocz) z wysokim prawdopodobieństwem wskazują na zakażenie układu moczowego.

Leczenia szpitalnego wymagają w takiej sytuacji najmłodsze dzieci, poniżej 2. roku życia, ponieważ standard leczenia zakłada wykonanie dodatkowych badań, pobranie moczu i krwi na posiew, leczenie parenteralne antybiotykiem oraz nawadnianie i stałą kontrolę stanu dziecka.

Jeśli badanie moczu wypada prawidłowo, ale pozostałe wyniki wyraźnie wskazują na prawdopodobne zakażenie bakteryjne, należy wdrożyć racjonalną antybiotykoterapię doustną. Warunkiem leczenia w domu jest dobry, stabilny stan ogólny i wyznaczona kontrola lekarska za kilka dni.

Brak poprawy lub pogorszenie się stanu ogólnego i/lub nieskuteczne leczenie doustne jednoznacznie przemawiają za skierowaniem gorączkującego dziecka do szpitala [1, 3, 4].

Gorączka i szybko pogarszający się lub niepokojący stan ogólny

Lekarz musi uwzględnić w diagnostyce różnicowej możliwość rozwoju zakażenia uogólnionego. Im młodsze jest dziecko, tym jest to bardziej prawdopodobne. Chodzi o inwazyjną chorobę bakteryjną i jej różne postacie (posocznica, manifestacje narządowe, bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, wstrząs, zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego). Takie podejrzenie wymaga niezwłocznej decyzji o leczeniu szpitalnym. Pilny tryb i działanie bez zbędnej zwłoki wynikają z faktu, że czas jest czynnikiem na wagę powodzenia leczenia i szansy na pełne wyzdrowienie.

Zakażenie uogólnione i bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bardzo szybko ewoluuje od pojedynczych objawów, takich jak wysoka, oporna, prawie niedająca się zbić gorączka, do pojawiania

się niepokojących swoistych i nieswoistych objawów dodatkowych. Inne, poza gorączką, najczęściej wskazywane symptomy to: uwypuklenie ciemiączka u niemowlęcia, sztywność karku i objawy oponowe w wieku poniemowlęcym, wymioty, drgawki uogólnione lub ogniskowe, objawy toksyczne i wyraźne pogarszanie się stanu ogólnego, zmiana koloru skóry (bladoszara, zasinienie wokół ust), zmiany wybroczynowe lub krwotoczne na skórze, które mogą szybko się nasilać [6, 7].

Duże znaczenie dla lekarza mają informacje od rodziców sugerujące podejrzenie inwazyjnego zakażenia bakteryjnego – wyraźne, szybkie pogarszanie się stanu ogólnego, apatia, osłabienie, „słabo reaguje”, „jest gorzej, niż było”. Lekarz ocenia stan ogólny i parametry życiowe (oddychanie, akcja serca i tętno, powrót kapilarny, ciśnienie tętnicze, stan nawodnienia, diureza). Charakterystyka przebiegu zakażeń uogólnionych musi być znana każdemu lekarzowi w lecznictwie otwartym, który bada gorączkujące dzieci.

Inwazyjna choroba bakteryjna, posocznica i bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powinny być zawsze brane pod uwagę w diagnostyce różnicowej wysoko gorączkującego dziecka poniżej 2. roku życia [14, 15].

Gorączka u dziecka do 3. miesiąca życia

W przypadku dziecka do 3. miesiąca życia najwłaściwsze jest skierowanie do szpitala w celu ustalenia rozpoznania (stała obserwacja, ocena stanu ogólnego, możliwa diagnostyka laboratoryjna, leczenie parenteralne antybiotykiem, wyrównywanie zaburzeń i nawadnianie). Tylko w wypadku dobrego stanu ogólnego, gdy poza gorączką nic lekarza nie niepokoi, można przyjąć strategię uważnego wyczekiwania i obserwacji przez krótki czas (godziny, 1–2 dni). Celowe jest wykonanie badania ogólnego moczu, morfologii krwi z rozmazem i CRP (ważne, żeby wyniki tych badań lekarz otrzymał jak najszybciej). Wyraźnie podwyższone wskaźniki zapalne przesądzą o skierowaniu do szpitala [4, 5].

Wysoka gorączka mimo leczenia antybiotykiem przez 2–4 doby

Przy utrzymującej się przez 2–4 doby wysokiej gorączce mimo leczenia antybiotykiem należy ponownie zbadać dziecko i ocenić całość obrazu klinicznego. Skierowanie do szpitala jest uzasadnionym i dobrym wyborem, gdy stan ogólny dziecka się nie poprawia lub jest gorszy. Dodatkowo za skierowaniem do szpitala przemawia potrzeba:

- weryfikacji diagnozy (uwzględnienie mononukleozy zakaźnej, choroby Kawasaki, fazy gorączkowej chorób wysypkowych wieku dziecięcego i in.),
- poszerzenia diagnostyki o badania laboratoryjne,
- korekty leczenia (np. zmiana antybiotyku i drogi podania na parenteralną, wyrównywanie zaburzeń, nawadnianie, immunoglobuliny) [2, 9].

Ponowna wysoka gorączka po kilku dniach poprawy u dziecka z infekcją górnych dróg oddechowych leczonego objawowo

Badanie lekarskie rozstrzyga, czy doszło do:

- rozprzestrzenienia się zakażenia pierwotnego,
- powikłań bakteryjnych (bakteryjne zapalenie zatok przynosowych z możliwymi powikłaniami, zapalenie ucha środkowego i jego następstwa),
- objęcia chorobą dolnych dróg oddechowych (zapalenie oskrzeli, zapalenie oskrzelików, zapalenie płuc) [9, 10].

Konieczna jest weryfikacja diagnozy. Lekarz decyduje, czy w związku z ustalonym nowym rozpoznaniem możliwe jest kontynuowanie leczenia w domu. Ocenia, czy pozwala na to stan ogólny dziecka (antybiotykoterapia doustna i/lub aerozolo-terapia inhalacyjna, adekwatne leczenie objawowe). Lekarz powinien wiedzieć, że nie można pozostawić takiego pacjenta bez nadzoru lekarskiego, i w związku z tym wyznaczyć wizytę kontrolną ponownie po 2–4 dobach leczenia.

Małe dziecko z zakażeniem górnych dróg oddechowych należy skierować do szpitala, jeśli lekarz stwierdza:

- brak poprawy lub pogorszenie stanu ogólnego,
- utrzymującą się wysoką gorączkę lub jej duże wahania,
- pojawienie się objawów dodatkowych.

Leczenia szpitalnego wymagają gorączkujące dzieci poniżej 2. roku życia, gdy lekarz stwierdza: obustronne ropne zapalenie ucha środkowego, wyciek z ucha, zapalenie wyrostka sutkowatego, powikłania oczodołowe, zazwyczaj w następstwie zapalenia zatok sitowych. Wymienione schorzenia mogą prowadzić do ciężkich następstw wewnątrzczaszkowych lub wewnątrzkraniowych. Opóźnianie decyzji o hospitalizacji i dalsze leczenie w domu kolejnym antybiotykiem to zły wybór i działanie wysoce nierozważne. Pacjent taki wymaga pozajelitowego podawania antybiotyku o szerokim spektrum, diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej oraz obserwacji i monitorowania postępów terapii [8, 10, 13].

Gorączka i dołączające się wymioty

Gorączka i wymioty to bardzo częsta sytuacja na początku wielu schorzeń górnych dróg oddechowych, wirusowych i bakteryjnych (zapalenie gardła i migdałków, ostre zapalenie ucha środkowego, zapalenie zatok przynosowych), przewodu pokarmowego (ostre nieżyty żołądkowo-jelitowe) oraz w chorobach zakaźnych. Niestety jest to także częsty nieswoisty obraz na początku bardzo poważnych chorób – w inwazyjnej chorobie bakteryjnej, neuroinfekcji, zakażeniach układu moczowego z urosepsą, w ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego i wielu innych. Obowiązuje zasada bardzo wnikliwego badania i skierowania chorego do szpitala, jeśli:

- wymioty nie ustępują po próbie częstego pojenia małymi porcjami,
- pojenie dziecka jest niemożliwe lub wysoce niewystarczające,
- dziecko nie przyjmuje pokarmów lub przyjmuje bardzo małe ilości,
- dziecko oddaje mało moczu lub pielucha jest sucha przez kilka godzin,
- stan ogólny zaczyna budzić niepokój,
- dołączają się dodatkowe objawy chorobowe,
- ustalono właściwe rozpoznanie (np. angina ropna, stan zapalny uszu) i lekarz wie, jak leczyć chorobę, ale wymioty uniemożliwiają antybiotykoterapię doustną.

W przypadku gorączki i wymiotów skierowanie do szpitala jest zasadne i przemawia za tą decyzją szereg przesłanek. Bez zbędnej zwłoki należy skierować do szpitala dzieci najmłodsze – poniżej 2. roku życia (szczególnie noworodki i niemowlęta) [5, 6, 10].

Brak gwarancji przestrzegania zaleceń lekarskich i właściwej opieki domowej

Decyzja o skierowaniu gorączkującego dziecka do szpitala może wynikać – poza samą chorobą – z trudnej sytuacji domowej rodziny lub różnych indywidualnych okoliczności. Nadrzędne dla lekarza powinno być działanie w interesie dziecka i zabezpieczenie jego potrzeb leczniczych.

Może się również zdarzyć, że dziecko ma postawioną właściwą diagnozę, zalecone odpowiednie leczenie i może być leczone w domu, ale mimo najlepszych chęci rodzicom nie udaje się go skutecznie napoić, nakarmić, podać antybiotyku – nawet w nieskomplikowanych chorobach, gdy dokładnie wiadomo, jak leczyć. Takie trudności mogą wymusić skierowanie do szpitala. Dzieje się tak dość często z najmłodszymi dziećmi w różnych schorzeniach: w anginie, przy silnym bólu gardła, w zapaleniu

ucha, w zapaleniu jamy ustnej i dziąseł, w mononukleozie zakaźnej i wielu innych. Do dominującego objawu, jakim jest na początku wysoka gorączka, dołączają się: uporczywy brak łaknienia lub odmowa przyjmowania posiłków i picia, rozdrażnienie, wymioty, niepokój, bóle brzucha. Mamy wtedy do czynienia ze swoistym błędnym kołem objawów i trudno ocenić, co jest przyczyną, a co skutkiem.

Decyzję o skierowaniu do szpitala uzasadnia fakt, że tylko w takich warunkach możliwe jest racjonalne postępowanie obejmujące:

- nawadnianie parenteralne,
- wyrównanie ewentualnych zaburzeń,
- dodatkowe badania laboratoryjne,
- pozajelitowe podanie antybiotyku, jeśli są wskazania.

W krótkim czasie (2–3 dni) następuje zwykle poprawa stanu dziecka, opanowanie ostrych objawów i przerwanie błędnego koła zaburzeń. Możliwe jest wtedy wypisanie dziecka do domu i kontynuacja leczenia doustnego pod kontrolą lekarza w rejonie.

Gorączka u dziecka z chorobą przewlekłą [2, 3]

Różne schorzenia przewlekłe mogą przesądzić o potrzebie skierowania do szpitala, gdy gorączka utrzymuje się mimo prawidłowego postępowania. Lekarz powinien dokładnie ocenić wpływ wysokiej gorączki na schorzenie przewlekłe i możliwości nie tylko leczenia stanu ostrego, lecz także kontroli choroby podstawowej. Należy pamiętać, że różne schorzenia przewlekłe wymagają monitorowania, powtarzania badań dodatkowych i bieżącej oceny parametrów i stanu pacjenta. Choroby przebiegające z wysoką gorączką i schorzenie podstawowe, na które cierpi pacjent, mogą bardzo źle wzajemnie na siebie oddziaływać. Efektem może być zwiększenie liczby możliwych powikłań, zaostrzenie choroby podstawowej lub nieprzewidywalny przebieg infekcji.

W podjęciu decyzji o potrzebie skierowania do szpitala może bardzo pomóc konsultacja ze specjalistą zajmującym się dzieckiem.

Lista schorzeń i sytuacji klinicznych, które mogą wymagać takich decyzji, jest długa. Są to m.in.:

- cukrzyca,
- wrodzony przerost kory nadnerczy,
- deficyty odporności,
- choroby hematologiczne,
- nerczyca i inne choroby nefrologiczne,
- zakażenie HIV,
- zaostrzenie astmy,
- mukowiscydoza,
- włóknienie płuc,

- okres terapii steroidowej lub świeżo po niej,
- immunosupresja,
- stan po splenektomii,
- stan po zabiegach operacyjnych [11, 16].

Zasady dobrej komunikacji lekarz – pacjent (rodzice pacjenta) w czasie trwania ostrej choroby z gorączką

Zalecenia dla rodziców gorączkującego dziecka powinny być omówione przez lekarza podczas wizyty. Istotne jest wyjaśnienie, dlaczego są ważne i jak należy je wykonywać. Rodzice powinni otrzymać informacje ustne i w formie pisemnej. Przekaz słowny musi być dla nich jasny, sformułowany przystępnie i zrozumiale [4, 12].

Zalecenia lekarskie powinny dotyczyć:

- zasad pielęgnacji,
- konieczności pojenia i metod podawania większej ilości płynów oraz odpowiedniego karmienia,
- obserwacji stanu ogólnego dziecka (lekarz powinien wyjaśnić, na co trzeba zwracać uwagę podczas choroby, i wymienić objawy budzące niepokój).

Kolejne punkty zaleceń lekarskich:

- regularna kontrola temperatury ciała dziecka (sprawny termometr, częstość i metoda pomiaru, zapisywanie wyników),
- zasady podawania leków przeciwgorączkowych – konkretne preparaty, droga podania, prawidłowe dawki (kiedy podać, w jakiej dawce, po jakim czasie lek zaczyna działać, ile razy można go powtórzyć w ciągu doby, przez ile dni),
- zasady podawania antybiotyku doustnego, jeśli został zaordynowany (przygotowanie zawiesiny, ile razy na dobę i w jakiej dawce określonej w mililitrach, przez ile dni),
- termin wizyty kontrolnej,
- informacja, gdzie udać się z dzieckiem w razie znacznego pogorszenia (izba przyjęć szpitala dziecięcego).

Jak rozmawiać z dzieckiem i jego rodzicami o potrzebie hospitalizacji

Podczas rozmowy z dzieckiem i jego rodzicami o potrzebie hospitalizacji przede wszystkim nie wolno straszyć szpitalem. Rodzice często przyjmują postawę lękową i wypowiadają się ze strachem o możliwym leczeniu na oddziale dziecięcym. Wystarczająco stresuje ich choroba dziecka i oczekują, że lekarz zrobi wszystko, żeby szpitala uniknąć. U podstaw takich zachowań mogą leżeć ich własne niemiłe doświadczenia, ogólne uprzedzenia

i nieokreślony strach. Od lekarza zależy, czy uda mu się te obawy rozpoznać, zracjonalizować i wytłumaczyć, że najważniejsze jest postępowanie dla dobra dziecka, na rzecz jego powrotu do zdrowia. Podczas wizyty lekarskiej należy otwarcie i zrozumiale mówić o:

- rozpoznaniu – co ono oznacza,
- przewidywanym przebiegu choroby,
- bieżącym stanie dziecka,
- dobrych zmianach w stanie ogólnym pod wpływem leczenia, które mają obserwować rodzice (np. kiedy ustąpi gorączka, kiedy zacznie lepiej jeść, kiedy prześpi spokojnie noc),
- objawach świadczących o braku poprawy lub o pogorszeniu,
- przebiegu leczenia i celach do osiągnięcia w kolejnych dniach.

Należy umożliwić rodzicom zadawanie pytań i na wszystkie odpowiedzieć.

Trzeba zawsze jasno określić bezpieczną granicę możliwości leczenia w domu. Celem takiego leczenia jest powrót dziecka do zdrowia, a nie unikanie szpitala za wszelką cenę.

Szpital to miejsce, do którego lekarz kieruje gorączkujące, chore dziecko po wyczerpaniu własnych możliwości diagnostycznych i/lub terapeutycznych, gdy już nie może zapewnić właściwej opieki i leczenia. Zwraca się do szpitala jako do placówki o znacznie szerszym zakresie kompetencji. Działa w interesie chorego dziecka. Skierowanie do szpitala to taka „prośba o pomoc w zapewnieniu dziecku bezpieczeństwa, sprawnej diagnostyki, skutecznej terapii”. Lęki i strach rodziców dobrze jest uspokoić poprzez pokazanie korzyści z leczenia szpitalnego – codzienny nadzór, badania laboratoryjne, diagnoza, adekwatne leczenie: nawadnianie dożylnie, antybiotyki parenteralnie, wyrównanie zaburzeń. Takie rozmowy pomagają budować wzajemne zaufanie i zrozumienie. Chore dziecko i jego rodzice stanowią pewną całość emocjonalną. Gdy lekarz pomaga dziecku, to pomaga też rodzicom i odwrotnie [12].

Podsumowanie

Zagadnienie prawidłowego diagnozowania i leczenia gorączkującego dziecka w lecznictwie otwartym jest bardzo szerokie. Omówiono tylko wybrane sytuacje, które absolutnie nie wyczerpują tematu. Skupiono uwagę na wskazaniu momentów, gdy gorączka u dziecka wywołuje uzasadnione wątpliwości i niepokój lekarza. Szczególnie dużą odpowiedzialność odczuwają lekarze wobec najmłodszych

dzieci, termin „dziecko gorączkujące” obejmuje bowiem dużo różnych chorób o przebiegu prostym i przewidywalnym, ale także ciężkim, które mogą stanowić zagrożenie życia. Dlatego tak ważne jest poszerzanie własnej wiedzy i kompetencji, uczenie się praktyczne – poprzez analizowanie i zapamiętywanie tych przypadków, gdy chore dziecko sprawiało trudność w diagnostyce i terapii. Decyzja o potrzebie lub wręcz konieczności skierowania małego pacjenta do szpitala powinna zapadać bez zbędnej zwłoki. Liczy się nasza wiedza, sprawność w ocenie sytuacji i trafność diagnozy.

Piśmiennictwo

1. Kaczmarski M. Badanie kliniczne dziecka. W: Kubicka K, Kawalec W (red.). *Pediatrics*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
2. Dobrzańska A, Ryzko J. *Pediatrics*. Podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i egzaminu specjalizacyjnego. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005.
3. Kawalec W, Grenda R, Ziółkowska H. *Pediatrics*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2013.
4. Kliegman RM, Marcandante KJ, Jenson HB, Behrman RE. *Nelson Pediatrics*. Milczanowski A (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
5. Szczapa J (red.). *Podstawy neonatologii*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008.
6. Curtis S, Stobart K, Vandermeer B i wsp. Znaczenie objawów klinicznych w rozpoznawaniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. *Med Prakt Pediatr* 2011; 3: 80-82.
7. Słowińska-Jarząbek B, Szymanek J, Małeczka I i wsp. Zakażenia meningokokowe w pediatrii. *Pediatr Dyp* 2015; 19:13-18.
8. Tymińska J, Wysocki J. Zasady postępowania w przypadku podejrzenia i rozpoznania ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci. *Pediatr Dyp* 2015; 19: 20-29.
9. Hryniewicz W, Ozorowski T, Radzikowski A i wsp. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego. Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2016.
10. deMuri GP, Wald ER. Objawy kliniczne i leczenie ostrego zapalenia zatok przynosowych. *Med Prakt Pediatr* 2011; 1: 16-22.
11. Cianciara J, Juszczyk J. *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
12. Cohen-Solal J. *Jak rozumieć i pielęgnować dziecko*. Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2005.
13. Dzierżanowska D, Dzierżanowska-Fangrat K. *Przewodnik antybiotykoterapii* 2016. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2016.
14. Krajnik-Gwóźdź A. Dziecko z drgawkami w izbie przyjęć. *Pediatr Dyp* 2010; 14: 104-108.
15. Wendorff J. Drgawki gorączkowe – obraz kliniczny, czynniki predysponujące, postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne i prognoza. *Klinika Pediatryczna* 2006; 14: 470-474.
16. Kiliś-Pstrusińska K. Zakażenia układu moczowego u dzieci i młodzieży w praktyce lekarza POZ. *Lekarz POZ* 2016; 1: 77-82.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Ewa Drabik-Danis
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
tel. +48 693 060 800
e-mail: edede@vp.pl



LEKARZ POZ

Portal dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, internistów i pediatrów. Znajdują się w nim informacje dotyczące najczęstszych problemów w codziennej pracy lekarza POZ, wydarzeń i książek dla lekarzy POZ, najnowsze doniesienia naukowe, relacje z konferencji i kongresów oraz liczne wywiady.

NEWSLETTER LEKARZA POZ

Zapraszamy do subskrypcji bezpłatnego, cotygodniowego Newslettera Lekarza POZ. Wejdź na www.termedia.pl/Newsletter i zapisz się już dziś!