

PEDIATRICKÉ POSTUPY V PRAXI

Primární vyšetření kriticky nemocného dítěte v pediatrické praxi

Primary assessment of the critically ill child in pediatric practice

Markéta Nowaková^{1,2}, Bořek Trávníček^{1,2}, Jan Pavlíček¹

¹Klinika dětského lékařství,
Fakultní nemocnice Ostrava
a Lékařská fakulta,
Ostravská univerzita, Ostrava

²Simulační centrum,
Lékařská fakulta,
Masarykova univerzita, Brno

SOUHRN

Nowaková M, Trávníček B, Pavlíček J. Primární vyšetření kriticky nemocného dítěte v pediatrické praxi

Primární vyšetření kriticky nemocného dítěte představuje strukturovaný postup umožňující rychlé rozpoznání bezprostředně život ohrožujících stavů a jejich okamžité řešení. Článek přináší přehled systematického přístupu založeného na schématu ABCDE, který vychází z doporučení Evropské resuscitační rady a je využitelný v ambulantní i nemocniční pediatrické praxi.

Úvodní distanční zhodnocení dítěte umožňuje během několika sekund odhadnout závažnost stavu na základě hodnocení dýchání, barvy kůže a chování. Následuje vlastní primární vyšetření zaměřené na průchodnost dýchacích cest, kvalitu dýchání, oběhovou stabilitu, neurologický stav a celkové vyšetření včetně doplnění základní anamnézy. Text zdůrazňuje význam časného rozpoznání respiračního a oběhového selhávání, skutečnost, že hypotenze je u dětí pozdním příznakem šoku, a nutnost zahájení léčby současně s vyšetřením.

Součástí sdělení je rovněž připomenutí principu opakovaného přehodnocování klinického stavu a významu strukturovaného předání pacienta. Cílem článku je poskytnout pediatriům praktický a srozumitelný rámec pro péči o kriticky nemocné dítě mimo specializovaná pracoviště intenzivní medicíny.

Klíčová slova: kriticky nemocné dítě, primární vyšetření, ABCDE, respirační selhání, oběhové selhání, šok

SUMMARY

Nowaková M, Trávníček B, Pavlíček J. Primary assessment of the critically ill child in pediatric practice

Primary assessment of a critically ill child represents a structured approach enabling rapid recognition and immediate management of life-threatening conditions. The article provides an overview of the systematic ABCDE approach based on the recommendations of the European Resuscitation Council which is applicable in both outpatient and hospital pediatric practice.

Initial distant assessment allows rapid estimation of severity by evaluating breathing, body color and behavior. This is followed by a structured primary assessment focusing on airway patency, breathing quality, circulatory stability, neurological status and overall examination including essential targeted history. The text emphasizes early recognition of respiratory and circulatory failure, the fact that hypotension is a late sign of shock in children, and the necessity of initiating treatment simultaneously with assessment.

The text also highlights the importance of repeated reassessment and structured handover to ensure continuity and safety of care. The aim of the article is to provide pediatricians with a practical and comprehensible tool for the management of critically ill children outside intensive care settings.

Key words: critically ill child, primary assessment, ABCDE, respiratory failure, shock

Korespondující autor:

doc. MUDr. Jan Pavlíček, Ph.D., MHA
Klinika dětského lékařství FN Ostrava
Tř. 17. listopadu 1789
708 52 Ostrava-Poruba
jan.pavlicek@fno.cz

ÚVOD

Kriticky nemocné dítě představuje jednu z nejnáročnějších situací v klinické praxi. S takovým pacientem se může setkat nejen pediatr, ale i lékař jiného oboru, zejména v rámci urgentního příjmu, ambulantní péče nebo jiného přednemocničního ošetření. Rozpoznání závažného stavu a zahájení adekvátních intervencí v prvních minutách kontaktu zásadně ovlivňuje další prognózu dítěte.

Primární vyšetření kriticky nemocného dítěte vychází z principů doporučených Evropskou resuscitační radou (ERC) a je založeno na systematickém algoritmu ABCDE.⁽¹⁾ Cílem tohoto strukturovaného přístupu je rychlá identifikace bezprostředně život ohrožujících poruch a zahájení okamžité léčby. Postup není detailním vyšetřením „od hlavy k patě“, ale jde o systematické hodnocení vitálních funkcí podle jejich závažnosti. Zásadní výhodou algoritmu ABCDE je jeho univerzálnost, přehlednost a možnost opakovaného použití při zhoršení klinického stavu. Správná aplikace tohoto postupu umožňuje zabránit progresi hypoxemie, rozvoji šoku a následné oběhové zástavě.

Tento text si klade za cíl přiblížit jednotlivé kroky primárního vyšetření v kontextu běžné pediatrické praxe a doplnit je o klinické souvislosti důležité pro lékaře, kteří nejsou specializováni na intenzivní nebo urgentní medicínu.

DISTANČNÍ HODNOCENÍ DÍTĚTE

Prvním krokem při kontaktu s kriticky nemocným dítětem je tzv. distanční hodnocení, tedy krátké posouzení pacienta ještě před fyzickým vyšetřením. Tento přístup umožňuje během několika sekund odhadnout závažnost stavu a rozhodnout, zda je nutné okamžitě zahájit intervence.

Praktickým rámcem pro toto rychlé zhodnocení je koncept tří základních oblastí: dýchání, barva kůže a chování dítěte (označovaný jako BBB – breathing, body color, behavior). V mezinárodní literatuře se obdobný koncept označuje jako Pediatric Assessment Triangle.⁽²⁾

Dýchání

Již při prvním přístupu k pacientovi hodnotíme charakter dýchání dítěte. Sledujeme dechovou frekvenci, pravidelnost a přítomnost známek zvýšené dechové práce, jako je zapojování pomocných dechových svalů, zatahování mezižebří, alární nosní souhyb v inspiriu, sténavý výdech nebo slyšitelné inspirační či expirační fenomény (stridor, pískoty). Výrazné odchylky mohou signalizovat akutní respirační insuficienci.

Barva kůže

Barva kůže je důležitým ukazatelem oxygenace a periferní perfuze. Bledost, mramorování, centrální či periferní cyanóza nebo šedavý odstín kůže mohou signalizovat hypoxemii nebo oběhové selhávání. Naopak zarudnutí může být projevem febrilního stavu nebo vazodilatace.

Chování dítěte

Chování dítěte odráží stav centrální nervové soustavy i celkovou kompenzaci organismu. Hodnotíme spontánní

pohyby, kontakt s okolím, reakci na rodiče či vyšetřujícího, kvalitu pláče u kojenců a celkový tonus. Apatie, nereagování na podněty, výrazná podrážděnost nebo naopak hypotonie mohou být časnými známkami hypoxie nebo šoku.

Distanční hodnocení by mělo trvat pouze několik sekund. Pokud je kterákoli z těchto složek výrazně patologická, je nutné okamžitě přistoupit k dítěti a zahájit systematické primární vyšetření podle algoritmu ABCDE.

ZÁSADY BEZPEČNOSTI A ORGANIZACE PÉČE

Ještě před zahájením vlastního fyzikálního vyšetření je nutné zohlednit základní organizační a bezpečnostní aspekty péče o kriticky nemocné dítě. **Tyto principy jsou často označovány akronymem SSS (safety, stimulation, shout for help),** jejich význam však přesahuje pouhou mnemotechnickou pomůcku.

Bezpečnost

Bezpečnost zdravotníka i dítěte je základní podmínkou poskytování péče. V nemocničním prostředí bývá riziko minimální, avšak v ambulantní či přednemocniční péči je vždy nutné zhodnotit možné ohrožení, například agresivní chování doprovodu, rizikové prostředí nebo nejasné okolnosti události. Součástí bezpečnosti je také příprava pracovního prostoru, tj. zajištění dostatečného osvětlení, dostupnosti základních pomůcek a přehledného uspořádání vybavení.

Stimulace dítěte

U dítěte, které spontánně nereaguje nebo má zavřené oči, je vhodné zahájit vyšetření jemnou stimulací. Nejprve oslovujeme dítě hlasem, případně přistupujeme k lehké taktilní stimulaci (například jemné zatřesení za rameno nebo poklepání). Reakce na podnět poskytuje rychlou informaci o stavu vědomí a perfuzi centrálního nervového systému. U dítěte, které je aktivní, plačtivé nebo reaguje adekvátně, není cílená stimulace nutná.

Přivolání pomoci

Péče o kriticky nemocné dítě by neměla probíhat izolovaně. Pokud stav pacienta vyžaduje potenciálně pokročilé intervence, je vhodné pomoc přivolat včas, nikoli až při zhoršení stavu. V nemocničním prostředí to znamená aktivaci resuscitačního týmu nebo přivolání zkušenějšího kolegy. V ambulantní péči může být nutné zajistit rychlý transport na vyšší pracoviště. Rozhodnutí o přivolání pomoci by mělo být založeno na klinickém posouzení, nikoli až na manifestním selhání vitálních funkcí.

PRIMÁRNÍ VYŠETŘENÍ PODLE SCHÉMATU ABCDE

Toto **primární vyšetření (ABCDE – airway, breathing, circulation, disability, exposure)** je zaměřeno na odhalení bezprostředně život ohrožujících stavů, které vyžadují urgentní řešení. Cílem je předejít zhoršení stavu dítěte a vzniku potenciální oběhové zástavy.

A – dýchací cesty (airway)

Prvním krokem systematického primárního vyšetření je zhodnocení průchodnosti dýchacích cest. **Základní otázka je: jsou dýchací cesty volné, parciálně neprůchodné, nebo neprůchodné?** Posouzení probíhá současně **pohledem, poslechem a vnímáním proudu vzduchu**. Sledujeme pohyby hrudníku a břicha, přítomnost dýchacích fenoménů (chrčení, stridor, lapání po dechu) a snažíme se vnímat proud vydechaného vzduchu u úst a nosu dítěte.

Poloha dítěte

U kojenců je optimální neutrální poloha hlavy, protože nadměrný záklon může vést k uzavěru měkkých struktur. U větších dětí je vhodná tzv. čichací poloha, tedy mírný záklon hlavy. Správná poloha může sama o sobě obnovit průchodnost dýchacích cest a efektivní spontánní dechovou aktivitu.

Jednoduché manévry

Při podezření na obstrukci lze použít předsunutí dolní čelisti jako samostatný manévr nebo spojit s výše uvedeným záklonem hlavy.

Pomůcky

Pokud jednoduché manévry nestačí, lze zvážit použití nosního nebo ústního vzduchovodu. U těchto pomůcek je však nutná opatrnost, zejména u kojenců může manipulace vyvolat vagovou reakci s bradykardií. Zavedení by mělo být prováděno pouze při jasné indikaci a s odpovídající zkušeností.

Oxygenoterapie

Při jakémkoli podezření na hypoxemii je indikováno podání kyslíku. V případě kriticky nemocného dítěte je vhodné začít použitím obličejové masky s rezervoárem.

Monitoring

Je-li k dispozici pulzní oxymetr, sledujeme saturaci hemoglobinu kyslíkem. Je však nutné mít na paměti limity této metody, například opožděnou reakci při akutní hypoventilaci nebo zkreslení výsledku měření při špatné periferní perfuzi.

B – dýchání (breathing)

Po zajištění průchodnosti dýchacích cest následuje zhodnocení kvality dýchání. **Základní otázkou je, zda je dítě schopno zajistit dostatečnou oxygenaci a ventilaci, nebo zda se rozvíjí respirační selhání.** Respirační selhání může

vzniknout buď na podkladě poruchy oxygenace (nedostatečné okysličení krve), nebo ventilace (nedostatečné odstraňování oxidu uhličitého), případně kombinací obou mechanismů.⁽³⁾

Dechová frekvence

Prvním krokem je zhodnocení dechové frekvence. Tachypnoe bývá časnou známkou respirační tísně nebo metabolické kompenzace. Bradypnoe je naopak varovným příznakem vyčerpání dechového úsilí a může předcházet respirační zástavě. Při hodnocení je nutné vždy přihlížet k věku dítěte, protože fyziologická dechová frekvence je u kojenců významně vyšší než u adolescentů.

Dechová práce

Zvýšená dechová práce patří mezi nejcitlivější ukazatele zhoršujícího se respiračního stavu. Sledujeme zapojení pomocných dechových svalů, zatahování jugula a mezižebří, alární nosní souhyb, sténavý výdech (grunting) nebo paradoxní dýchání. Tyto známky signalizují zvýšené úsilí o udržení adekvátní ventilace.

Dechový objem a symetrie ventilace

Poslechem hodnotíme přítomnost a symetrii dechových fenoménů. Asymetrie může upozornit na jednostrannou patologii (např. pneumotorax, aspirace cizího tělesa). Povrchní nebo slábnoucí dýchání může být známkou vyčerpání dechového úsilí a hrozícího respiračního selhání.

Oxygenace

Oxygenaci hodnotíme klinicky (barva kůže, stav vědomí), a je-li dostupná, pomocí pulzní oxymetrie. Snížená saturace kyslíkem vyžaduje okamžité zahájení oxygenoterapie. Je potřeba zdůraznit, že normální hodnota saturace nevylučuje hypoventilaci, zejména při podávání kyslíku může být zvýšená koncentrace oxidu uhličitého maskována.

Intervence

Při známkách respirační insuficience zahajujeme oxygenoterapii. Volba způsobu podání závisí na tíži stavu a spolupráci dítěte. Při selhávání spontánní ventilace je nutné zahájit podporu ventilace samorozpínacím vakem s obličejovou maskou. Pokud tento postup nestačí nebo je stav dítěte závažný, je indikováno zajištění dýchacích cest a umělá plicní ventilace na specializovaném pracovišti. U některých pacientů může být přínosná vysokoprůtoková nosní oxygenoterapie nebo neinvazivní ventilace, je-li dostupná. Rozhodnutí o pokročilých metodách podpory dýchání by mělo být činěno v úzké spolupráci s pracovištěm intenzivní péče a zpravidla realizováno na specializovaném pracovišti.

Monitoring

Součástí sledování je kontinuální pulzní oxymetrie. Pokud je k dispozici, může být přínosné měření koncentrace vydechaného oxidu uhličitého (kapnometrie), které umožňuje identifikovat hypoventilaci. V nemocničním prostředí lze doplnit vyšetření acidobazické rovnováhy, které umožňuje

objektivizovat poruchu ventilace a posoudit tíži a míru kompenzace respiračního selhání.

C – oběh (circulation)

Po zhodnocení dýchání následuje posouzení oběhové stability dítěte. Součástí hodnocení oběhu je zhodnocení srdeční frekvence a kvality pulzu, periferní perfuze včetně kapilárního návratu, barvy a teploty akraálních částí, měření krevního tlaku a posouzení známek městnání. **Základní otázkou je, zda dítě vykazuje známky šoku, a pokud ano, zda je šok kompenzovaný, nebo již dekompenzovaný.** Je nutné zdůraznit, že šok je především klinická diagnóza. Hypotenze je u dětí pozdním a varovným příznakem a její přítomnost svědčí již pro dekompenzovaný stav.⁽⁴⁾ Pediatr by měl rozpoznat časné známky oběhové insuficience ještě před poklesem krevního tlaku.

Srdeční frekvence a charakter pulzu

Tachykardie bývá prvním kompenzačním mechanismem při oběhovém selhávání. U dětí je srdeční výdej výrazně závislý na srdeční frekvenci, protože schopnost zvýšit vlastní tepový objem je omezená. Bradykardie v kontextu akutního onemocnění je vždy závažným příznakem a může předcházet zástavě oběhu. Hodnotíme také kvalitu periferních pulzací, jejich náplň, symetrii a pravidelnost.

Periferní perfuze

Důležitým ukazatelem je kapilární návrat (capillary refill time, CRT). Prodloužení CRT nad 2–3 sekundy může signalizovat centralizaci oběhu. Sledujeme barvu kůže, přítomnost mramorování a teplotu končetin. Studené akraální části těla při teplém trupu jsou typickým projevem centralizace.

Krevní tlak

Měření krevního tlaku je důležitou součástí vyšetření, normální hodnota nevylučuje šok. U dětí může být krevní tlak dlouhou dobu udržován kompenzačními mechanismy a jeho pokles signalizuje pokročilé selhávání oběhu.

Známky městnání

Posuzujeme náplň krčních žil (je-li hodnotitelná), přítomnost hepatomegalie nebo nově vzniklých vlhkých fenoménů (chrůpků) nad plícemi. Tyto nálezy mohou upozornit na kardiogenní nebo obstrukční příčinu oběhového selhání.

Vliv na ostatní orgánové systémy

Alterace oběhu se může projevit i na jiných orgánových systémech – dechový systém (tachypnoe v důsledku metabolické acidózy), diuréza (oligurie) a centrální nervový systém (agitovanost, somnolence). Tyto příznaky plnému rozvoji cirkulačních příznaků často předcházejí.

Intervence

Při podezření na šok je nutné neprodleně zajistit žilní nebo intraoseální vstup. Základním krokem je podání bolusu krystaloidního roztoku v dávce 10 ml/kg během 5–10 minut s následným přehodnocením klinického efektu. Další postup závisí na předpokládané etiologii šoku (tab. 1). U septického šoku je indikována časná antibiotická léčba, u anafylaxe podání adrenalinu, u arytmií cílená antiarytmická terapie nebo elektrická kardioverze. V případě selhávání oběhu může být nutná podpora oběhu vazopresory nebo inotropiky.

Monitoring

Základem monitorování je kontinuální sledování srdeční frekvence a rytmu pomocí EKG, opakované měření krevního tlaku a pulzní oxymetrie. V nemocničním prostředí je nutné doplnit vyšetření acidobazické rovnováhy a hladiny laktátu. Tyto parametry umožňují posoudit míru tkáňové hypoperfuze, odhalit metabolickou složku šoku a zhodnotit, zda jsou kompenzační mechanismy organismu ještě účinné, nebo již dochází k jejich vyčerpání.

Ultrazvukové vyšetření v místě péče (POCUS, point-of-care ultrasound) může zkušenému lékaři pomoci při diferenciální diagnostice šoku (např. posouzení srdeční funkce, pohybu pleury, náplně dolní duté žíly nebo přítomnosti volné tekutiny).⁽⁵⁾

D – neurologické zhodnocení (disability)

Neurologické zhodnocení je nedílnou součástí primárního vyšetření. Stav vědomí dítěte odráží jak funkci centrální nervové soustavy, tak nepřímo i kvalitu oxygenace a perfuze mozku. Změna vědomí může být důsledkem hypoxie, hypoperfuze, metabolické poruchy nebo primárního neurologického onemocnění.

Rychlé orientační posouzení lze provést pomocí jednoduché škály AVPU, která hodnotí, zda je dítě bdělé (alert), reaguje na oslovení (voice), reaguje pouze na bolestivý podnět (pain), nebo nereaguje vůbec (unresponsive). Tato

Tab. 1: **Orientační rozdělení šoku u dětí a základní principy léčby**

Typ šoku		Typické příčiny	Základní princip terapie
Hypovolemický		dehydratace, krvácení	rychlá volumoresuscitace
Kardiogenní		myokarditida, vrozená vada	opatrná tekutinová léčba, inotropní podpora
Distribuční	Septický	bakteriální infekce	tekutiny, vazoaktivní látky, časná antibiotika
	Anafylaktický	expozice alergenů	intramuskulární adrenalin
Obstrukční		tamponáda, tenzní pneumotorax	odstranění příčiny

metoda je praktická zejména v akutní situaci a umožňuje rychlé opakované hodnocení stavu.

Podrobnější posouzení vědomí lze provést pomocí Glasgow Coma Scale (GCS), respektive její pediatrické modifikace.⁽⁶⁾ Hodnotí se otevření očí, slovní odpověď a motorická reakce. V běžné pediatrické praxi však často postačuje sledovat trend – tedy zda dochází ke zlepšení, stabilitě, či zhoršování stavu.

Lateralizační příznaky a zornice

Součástí vyšetření je orientační posouzení symetrie spontánních pohybů končetin a reakce na podněty. Asymetrie může upozornit na fokální neurologické postižení. Hodnotíme rovněž velikost a symetrii zornic a jejich reakci na světlo. Anizokorie nebo porucha fotoreakce mohou signalizovat nitrolební patologii.

Křeče

Přítomnost křečí vyžaduje okamžitou intervenci. Vždy je nutné současně myslet na možné reverzibilní příčiny, zejména na hypoglykemii.

Intervence

Základním opatřením při poruše vědomí je zajištění adekvátní oxygenace a perfuze mozku, tedy stabilizace dýchání a oběhu. Je-li přítomna hypoglykemie, je nutné její okamžité řešení. U křečí zahajujeme antikonvulzivní terapii. Při podezření na intoxikaci je nutné zvážit toxikologický screening (krev, moč, žaludeční obsah), možnost specifického antidota a současně hodnotit přítomnost typických klinických syndromů (toxidromů), které mohou napovědět etiologii stavu.

Monitoring

Součástí primárního vyšetření je měření glykemie pomocí bedside testu. V nemocničním prostředí lze doplnit vyšetření acidobazické rovnováhy a iontogramu, která mohou objasnit metabolickou příčinu poruchy vědomí.

E – celkové vyšetření, anamnéza a teplotní management (exposure)

Posledním krokem primárního vyšetření je celkové zhodnocení dítěte včetně doplnění základních anamnestických údajů. Tato fáze by měla probíhat až po stabilizaci vitálních funkcí, nikoli na úkor jejich řešení.

Celkové odhalení dítěte

Dítě je nutné přiměřeně svléknout a systematicky prohlédnout. Cílem je odhalit případné kožní projevy (exantém, petechie, hematomy), známky traumatu, otoky, deformity nebo jiné patologické nálezy, které nebyly zřejmé při předchozím vyšetření. Současně je však nezbytné myslet na prevenci hypotermie, zejména u kojenců a malých dětí. Po vyšetření by mělo být dítě opět přikryto a udržováno v tepelném komfortu.

Teplotní management

Poruchy tělesné teploty mohou významně ovlivnit klinický stav. Hypotermie zhoršuje koagulaci, metabolickou stabilitu i kardiální funkci. Naopak vysoká horečka může zvyšovat metabolickou náročnost a zhoršovat neurologický stav. Udržování normotermie je proto důležitou součástí primární péče. Výjimku představují vybrané klinické situace řešené na specializovaných pracovištích (např. hypoxicko-ischemická encefalopatie novorozence), kde může být indikováno cílené řízení tělesné teploty.

Základní cílená anamnéza

Součástí této fáze je doplnění klíčových anamnestických údajů, které mohou zásadně ovlivnit další postup. V akutní situaci postačuje krátká strukturovaná anamnéza zahrnující zejména: přítomnost alergií, aktuálně užívané léky, závažná předchozí onemocnění, poslední příjem potravy, okolnosti vzniku obtíží. Tyto informace bývají označovány mnemotechnickou pomůckou AMPLE (allergies, medication, past medical history, last meal, environment/exposure), avšak pro běžnou klinickou praxi je důležitější jejich obsah než samotná zkratka.

Bolest

Nedílnou součástí péče je hodnocení a léčba bolesti. Bolest může zhoršovat hemodynamickou stabilitu i spolupráci dítěte a její adekvátní tlumení je součástí kvalitní pediatrické péče.

DYNAMIKA PRIMÁRNÍHO VYŠETŘENÍ A DALŠÍ POSTUP

Primární vyšetření podle schématu ABCDE není jednorázovým aktem, ale dynamickým procesem. Klinický stav kriticky nemocného dítěte se může rychle měnit, vyšetření i intervence by měly být vzájemně propojené a opakované přehodnocované.

Léčba současně s vyšetřením

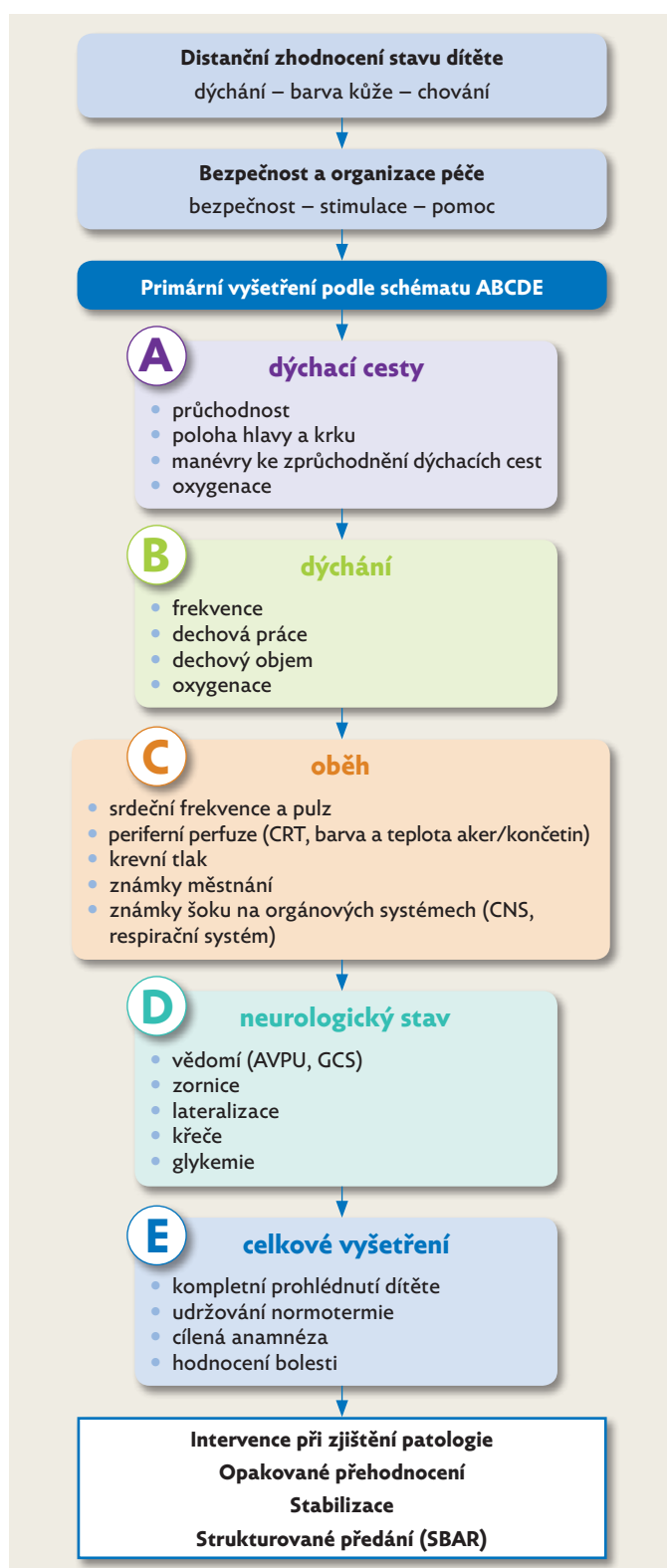
Jedním ze základních principů je zahájení léčby již během vyšetřování. Pokud je v kterémkoli kroku zjištěna závažná odchylka, je nutné okamžitě zahájit odpovídající intervenci a teprve poté pokračovat dalším písmenem algoritmu. Cílem není projít celý algoritmus, ale stabilizovat pacienta.

Opakované přehodnocení stavu

Po každé intervenci je nutné zhodnotit její efekt. Tento postup lze shrnout jako **vyšetři – ošetři – znovu vyšetři**. Zlepšení, stabilita či zhoršení klinického stavu určují další postup. V případě zhoršení je nutné vrátit se na začátek algoritmu a znovu systematicky projít jednotlivé kroky.

Náhlé zhoršení stavu

Pokud během vyšetření dítě přestane dýchat nebo ztratí známky oběhu, je nutné bezodkladně zahájit kardiopulmonální resuscitaci podle platných doporučení pro základní a rozšířenou neodkladnou resuscitaci. Po obnovení spontánního oběhu se primární vyšetření znovu opakuje, protože příčina zástavy nemusí být zcela odstraněna.



Obr. 1: Schéma systematického primárního vyšetření kriticky nemocného dítěte podle principu ABCDE. Vyšetření probíhá sekvenčně, s okamžitým zahájením léčby při zjištění patologie a s opakovaným přehodnocováním klinického stavu.

AVPU – alert, voice, pain, unresponsive; CRT – capillary refill time; GCS – Glasgow Coma Scale; SBAR – situation, background, assessment, recommendation

Tab. 2: Příklad strukturovaného předání pacienta (SBAR)

Složka	Obsah
Situace (situation)	aktuální stav a důvod kontaktu
Kontext (background)	stručná relevantní anamnéza a provedené výkony
Hodnocení (assessment)	pracovní diagnóza, stabilita pacienta
Požadavek (recommendation)	co je cílem komunikace

Předání pacienta

Součástí kvalitní péče je také strukturované předání pacienta dalšímu týmu. Neúplná nebo nesystematická komunikace může vést ke ztrátě zásadních informací. V praxi je vhodné používat předem dohodnutý komunikační rámec, například model SBAR (situation, background, assessment, recommendation), který zahrnuje stručné shrnutí aktuální situace, klíčové anamnestické údaje, dosud provedené intervence a plán další péče (tab. 2).⁽⁶⁾ Cílem strukturovaného předání je zajistit kontinuitu péče a minimalizovat riziko pochybení.

ZÁVĚR

Primární vyšetření kriticky nemocného dítěte představuje strukturovaný a systematický přístup, který umožňuje rychlé rozpoznání život ohrožujících poruch a jejich okamžité řešení. Jeho důležitost spočívá v jednoduchosti, opakovatelnosti a univerzálnosti napříč různými klinickými situacemi. Pro pediatra mimo intenzivní nebo urgentní medicínu je klíčové osvojení základních principů algoritmu ABCDE a zvládnutí rozpoznání časných známek zhoršování stavu. Včasná identifikace respirační nebo oběhové insuficience významně ovlivňuje prognózu dítěte. Systematické myšlení, opakované přehodnocování stavu a cílená komunikace mezi zdravotníky jsou základními pilíři bezpečné péče o kriticky nemocné dítě. |

LITERATURA

1. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, et al. European Resuscitation Council guidelines 2021: Paediatric life support. Resuscitation 2021; 161: 327–387.
2. Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The Pediatric Assessment Triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. Pediatr Emerg Care 2010; 26(4): 312–315.
3. Weiss SL, Peters MJ, Alhazzani W, et al. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. Intensive Care Med 2020; 46(Suppl 1): 10–67.
4. Schlappbach LJ, Watson RS, Sorce LR, et al. International consensus criteria for pediatric sepsis and septic shock. JAMA 2024; 331(8): 665–674.
5. Flores S, Su E, Moher JM, et al. Point-of-care ultrasound in pediatrics: a review and update. Semin Ultrasound CT MR 2024; 45(1): 3–10.
6. Borgialli DA, Mahajan P, Hoyle JD Jr, et al. Performance of the Pediatric Glasgow Coma Scale score in the evaluation of children with blunt head trauma. Acad Emerg Med 2016; 23(8): 878–84.
7. Coolen E, Engbers R, Draaisma J, et al. The use of SBAR as a structured communication tool in the pediatric non-acute care setting. J Interprof Care 2020; 34: 1–10.