

Spezielle Notfallsituationen bei Kindern

So gehen Sie lege artis vor

Laryngospasmus

Ein Laryngospasmus ist ein Schutzreflex, der bei tiefer Bewusstlosigkeit nicht funktioniert. Im Kleinkindalter kommt dieses Problem relativ häufig vor, z.B. beim Beinaheertrinken. Der Notarzt sollte kurz den Rachen inspizieren, eventuell absaugen und dann eine Maskenbeatmung mit kontinuierlichem positivem Druck durchführen. Der Beatmungsrhythmus sollte den inspiratorischen Stridor nutzen. Der Laryngospasmus löst sich dabei in der Regel von selbst, wenn die Hypoxie zu stark wird. Weitere Maßnahmen wie Intubationsversuche oder Ähnliches sind nicht indiziert.

Akute Epiglottitis

Seit Einführung der Hämophilus-B-Impfung ist die akute Epiglottitis sehr selten geworden. Für dieses Krankheitsbild sprechen ein akuter Beginn mit Fieber, starkem Speichelfluss, inspiratorischem Stridor plus expiratorischem Karcheln und Schluckbeschwerden, wobei Heiserkeit und Husten fehlen. Die akute Epiglottitis bedeutet immer eine Vitalgefährdung.

Das Kind muss nach Voranmeldung sofort in eine geeignete Kinderklinik (Intensivbereitschaft) eingewiesen werden. Nur dort kann unter Reanimationsbereitschaft eine Racheninspektion

und eventuell Intubation durchgeführt werden. Der Notarzt beschränkt sich darauf, in Intubations- und Koniotomiebereitschaft Sauerstoff zu applizieren und eventuell eine Maskenbeatmung durchzuführen. Wichtig ist, dass der kleine Patient in sitzender Position behandelt wird. Denn schon das Hinlegen kann ausreichen für eine respiratorische Dekompensation. Sowohl der Larynxtracheobronchitis als auch die Larynxmaske sind hier völlig ungeeignet.

Laryngotracheobronchitis

Beim Pseudokrapp entwickeln sich die Symptome langsam, der Patient hat selten Fieber und keine Schluckbeschwerden. Er leidet unter einem trockenen inspiratorischen Stridor, Heiserkeit und Husten. Der Rachen darf nicht mit dem Spatel inspiziert werden wegen der differenzialdiagnostisch nicht auszuschließenden Epiglottitis. Man lässt das Kind konsequent inhalieren. Eine rektale Kortisongabe stellt einen adjuvanten Therapieansatz dar. Zur Abschwellung wird Epinephrin inhalativ eingesetzt. Wenn das Kind darauf nicht anspricht, sollte man es in die Klinik einweisen. Doch sowohl Beatmung als auch Klinikeinweisung sind beim Pseudokrapp selten erforderlich.

Fremdkörperaspiration

Kleine Spielzeugteile, Erdnüsse, Wurstscheibchen, Karottenstückchen, Bonbons oder Gummibärchen: sie alle können zentrale Luftwege verschließen und Kinder in eine lebensbedrohliche respiratorische Insuffizienz bringen. Um den Fremdkörper herauszukatapultieren, bringt der Ersthelfer das Kind mit nach unten gerichtetem Gesicht und geöffnetem Mund in Kopftieflage und gibt bis zu fünf Schläge auf die Schulterblätter. Dann dreht er das Kind um und führt wieder in Kopftieflage eine ruckartige Thoraxkompression durch (s. Abbildung 1 und 2).

Das klassische Heimlich-Manöver mit abdominaler Kompression ist insbesondere im Kindesalter kontraindiziert. Schäden wie Lebertraumatisierung oder Zerreißen von großen Bauchgefäßen sind möglich.

Gelingt es nicht, den Fremdkörper zu entfernen, muss man mit dem Kind so schnell wie möglich in die Klinik fahren. Wenn das Kind auf dem Transport plötzlich dekompensiert, kann eine Intubation vielleicht erreichen, wenigstens eine Lunge zu belüften.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ Kongress „Medizin 2010“, Stuttgart, 29.–31.10



Abb. 1 Vorgehen bei Fremdkörperaspiration: Kind in Bauch- und Kopftieflage fünfmal auf die Schulterblätter schlagen.

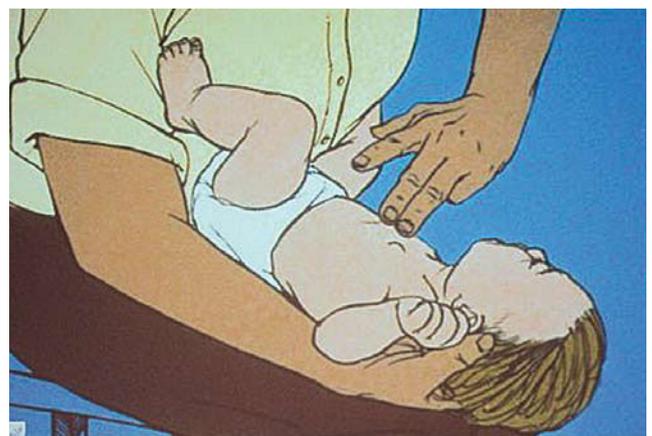


Abb. 2 Schritt 2: Kind umdrehen und in Kopftieflage eine ruckartige Thoraxkompression durchführen.