Henvist fra: Oslo kommunale legevakt
Fastlege: Fast Lege
Henvisningsårsak: Pustebesvær

Far, mor, vakthavende lege og undertegnede er tilstede. Informasjon fra foreldre via direkte intervju, samt fra tidligere journal.

Familie/sosialt
Gutt 5 måneder. Født på Ullevål sykehus. Begge foreldre er etnisk norske. Snakker godt norsk. Foreldres første barn. Ingen av foreldrene røyker. Ingen tepper i hjemme. Mor har foreldrepermisjon, jobber til daglig som ped.leder i barnehage. Far er sivilingeniør i 100 % stilling. Barnets mormor bidrar aktivt i oppfølging, og er innom og avlaster mor hver dag.

Hereditet: Mors søster døde plutselig i spedbarnsalder, ikke avklart årsak, mistenkt krybbedød. Ingen kjent arvelig sykdom forøvrig.

Svangerskap og fødsel:
Mor utviklet preeklampsi tredje trimester av svangerskapet. Fulgt tett opp de to siste ukene før forløsning grunnet avflatende tilvekst på fosteret. Innlagt observasjonsposten for gravide tre dager før forløsning, behandlet med trandate. Indusert fødsel. Vakuumforløst grunnet langsom fremgang og patologisk CTG. Et vakuumdrag, ukomplisert. GA 39+6. Fødselsvekt 3640 gram (50P), Lengde 51 cm (50P) Hodeomkrets 36 cm (50P). Apgar 6/8/9. Innlagt nyfødtintensiv fra føden grunnet pressende respirasjon og CPAP behov samt hypoglykemi. Utskrevet til barsel etter et døgn. Ingen mistanke om infeksjon eller holdepunkter for asfyksi. Tungebånd klippet ved 4 dagers alder grunnet ammeproblemer.

Vekst og utvikling: Følger vanlige helsestasjonskontroller. Var i tillegg ekstra fulgt opp de to første månedene grunnet dårlig vektutvikling. Etter overgang til kumelkproteinfri kost ved tre måneders alder har vekst stabilisert seg på 25-percentilen. Normal utvikling iht alder. Babler og smiler. Gir god kontakt til foreldre. Har snudd seg fra mage til rygg, men ikke fra rygg til mage. Støtter seg fint på hendene i mageleie og holder hodet stødig til vanlig. Har så vidt startet med litt smaksprøver på grønnsaker og grøt.

Vaksinasjonstatus: Følger det norske barnevaksinasjonsprogrammet.

Tidligere sykdommer:
- Fulgt tett opp ved helsestasjon grunnet ammeproblemer og avflatende vekstutvikling fra 2 måneders alder. Vurdert ved barnepoliklinikken 15.08.24, grunnet uro, blodig avføring og avflatende vekst. Mistenkt kumelkproteinallergi. Mor hadde lite melk, og ønsket å slutte å amme. Man gikk derfor over til kumelkproteinfri morsmelkerstatning (Althera). Etter tre uker med spesial-MME forsvant blodig avføring og uro. God vektoppgang etter dette, og ligger nå på 25-percentilen.
- Vurdert i barnemottaket 20.09.24 grunnet slapphet, hoste og tett nese. Påvist rhinovirus på nasofarynx PCR. Ingen tiltak, spontan bedring.
- Vurdert i barnemottaket 01.10.24. grunnet tre dagers sykehistorie med hoste, resp.besvær og dårlig matinntak. Fått paracet 10mg/kg mg supp med effekt. Observert seks timer, og deretter reist hjem. Påvist rhinovirus og parainfluensavirus på Nasofarynx PCR.

Allergier: Ingen kjente medikamentallergier eller andre allergier.

Aktuelt:
Henvist fra legevakt. Kommer med mor og far. Siden påvist virusinfeksjon 01.10. har barnet vært litt mer slapp enn vanlig, men fått i seg adekvat mengde væske og kviknet gradvis til. For fire dager siden ny debut med feber med temp 38,5. Mye uro og gråt, virket smertepreget. Fått paracet 10mg/kg rektalt hjemme med god effekt. Kviknet da til og sov fredelig gjennom natten. For tre dager siden økende hoste og nesetett. Stadig intermitterende feber, men god effekt av paracet. Vurdert på legevakt, hadde lav CRP, og det ble mistenkt viral infeksjon. De siste to dagene har barnet hatt stadig mer slimhoste, økende respirasjonsbesvær med surklete respirasjonslyder fra brystet og rask respirasjon. Kastet opp to ganger i går og to ganger i dag, alltid i forbindelse med hosteanfall. Ikke hatt diare. Utover kvelden i dag forteller mor at han har blitt økende slapp og sliten. Stort sett ligget i sengen og sovet. Mor tror ikke han har gått ned i vekt.

Naturlige funksjoner:
- Diurese: Har normalt 3-5 våte urinbleier daglig. Har ikke hatt våt bleie idag så vidt mor husker. To våte urinbleier i går, en av dem rundt midnatt natt til idag.
- Avføring: Har til vanlig regelmessig avføring, bristol stool chart 5. Ingen endring siste uken.
- Appetitt: Til vanlig god appetitt. Drikker 3-5 flasker med 150-200 ml MME daglig. I tillegg små mengder fast føde. De to siste døgn gradvis redusert inntak av MME. Drakk kanskje 400-500 ml MME igår. I dag fått i seg 200-300 ml MME.
- Søvn: Sover vanligvis godt på natten. Våkner 1-2 ganger per natt, men sovner raskt igjen. Den siste uken mer urolig, våknet lett. Det siste døgnet mer søvnig og trett. Sovet mer enn vanlig ikveld.
- Aktivitet: Aktiv og sosial. Blid når han ser mennesker. Det siste døgnet ikke vært interessert i leker eller kosebame. Vil helst ligge for seg selv.

Medikamenter:
D-vitamindråper 10 µg daglig.

Status presens 14.10.24 kl 2315
Ligger i mors armer. Fremstår i redusert allmenntilstand, slapp og sliten. Åpner øynene og følger med blikket når tilsnakket. Viser en viss interesse for omgivelsene i starten. Stritter ikke imot under undersøkelse. Innsunket øyne, Myk, men lett innsunket fremre fontanelle. Ikke stående hudfold. Ingen ødemer, utslett eller petekkier. Ingen cyoanose eller ikterus. Rask, påskyndet respirasjon med subcostale og intercostale inndragninger. Hoster flere ganger. Blek hudfarge.

Vekt: 7 kg (50P). Lengde: 67 cm (50P). HO 43 cm (50P)

HR: 180/min (forhøyet, ref 100-160).
Kapillær fylningstid: 3 sekunder (Forlenget. Ref <2 sek)
RF: 60/min (forhøyet, ref 35-45)
Temp rektalt: 38 (forhøyet, ref 37)
Spo2: 92 % (lav, ref < 95 %)
BT 80/50 mmHg (normal, ref 75-100/40-55)
PEVS: 4
(PEVS er ikke med i malen, men fint å ha med dersom tilgjengelig eller dere vurderer selv ut ifra målinger og skjema)*

Otoskopi: Lett rødlig injisert trommehinner bilateralt, ingen synlig væske i mellomøret, synlig lysrefleks.

Fauces: Rødlige slimhinner, symmetriske tonsiller med fri midtlinjer, ingen pussproppper.
Hel gane.
Collum: Ikke nakkestiv. Ingen palpable lymfeknuter.
Thorax: Normalkonfigurert. Subcostale og intercostale inndragninger.
Cor: Regelmessig aksjon, rene toner, ingen bilyder,
Pulm: Inspiratoriske og ekspiratoriske grove fremmedlyder i sentrale luftveier. Sidelike respirasjonslyder. Ingen knatrelyder bibasalt. Ingen dempning ved perkusjon bilateralt.
Abdomen: Normalkonfigurert, normale tarmlyder, bløt og uøm, palpable lyskepulser bilateralt.
Genitalia: Normale maskuline genitalia. Begge testikler i skrotum,
Rektalundersøkelse: Ikke gjennomført grunnet ikke indikasjon.
Reflekser: Ikke utløstbar moro-, gripe- eller sugereflekser.

Supplerende undersøkelser:
Blodprøver: Hb 12,1, (10,3-14,4), **leuk 17** (6,3-15,5), **lymfocytter 7** (1,7-6,7) **CRP 11** (<5). pH 7,35 (7,35-7,45), **pCO2 6,3** (4,7-6,3), **BE -6** (-3-3) kreatinin 16 (15-31**), s-glukose 7,1** (3,3-5,5),
Rtg thorax: Ingen pneumothorax. Perihilære fortetninger bilateralt.
Nasofarynx PCR: Tatt, ikke besvart.

Vurdering/Tiltak:
5 måneder terminfødt gutt med kjent kumelkproteinallergi, ellers frisk med normal utvikling. To virale luftveisinfeksjoner den siste måneden som han gradvis har kommet seg fra. Henvist idag fra legevakt med fire dagers sykehistorie med feber, redusert allmenntilstand og hoste. Det siste døgnet økende slimhoste, oppkast, slapphet og redusert væskeinntak. Ved undersøkelse sees en gutt i redusert allmenntilstand med tydelig respirasjonsbesvær med rask respirasjonsfrekvens og intercostale og subcostale inndragninger. Spo2 92 %. Tydelige grove inspiratoriske og ekspiratoriske fremmedlyder, forenlig med slim/sekret i sentrale luftveier. I tillegg moderat dehydrert med innsunket øyne, takykardi med HR 180/min, redusert evne til å drikke, redusert urinproduksjon og forlenget kapillær fylningstid. Biokjemisk er det lett stigning i CRP og leukocytter.

Klinisk og biokjemisk forenlig med viral bronkiolitt med påfølgende dehydrering grunnet lite væskeinntak siste døgn.

Tiltak:
- Paracet 15 mg/kg po.
- Pasienten legges på High Flow 2L/kg etter at rtg thorax er tatt.
- Inhalasjon med 2 ml NaCl 9mg/ml på forstøver settes opp ved behov, men skal ikke brukes hvis det stresser barnet.
- Det legges NG-sonde og han rehydreres med 10 ml/kg/t med MME over 6 timer.
- Ny vurdering om en time.
    - Hvis ingen respiratorisk bedring vurderes CPAP og høyere omsorgsnivå.
    - Hvis ingen effekt av paracet og væske po: Vurdere IV væske.

Tillegg 16.10.: Påvist RS-virus og Metapneumovirus på nasofarynx PCR.