1 פרכוס או לאחר פרכוס בתינוקות ובילדים

ילד מפרכס או במצב שלאחר פרכוס

↓

פעל לפי עקרונות פרוטוקול **גישה כללית למטופל**

↓

- אבטח את נתיב האוויר של המטופל
- השכב את המטופל על צידו, ככל האפשר 1
- שקול מתן חמצן 2
- שקול צורך בהתקנת עירוי תוך־ורידי או תוך־לשדי

↓

האם המטופל מפרכס?

כן ← תן דורמיקום 3 ב־I.N / I.M / I.V

לא ← ↓

- חבר מוניטור למטופל
- בדוק מדדים חיוניים
- שקול את הצורך בבדיקת רמת סוכר בדם

↓

- המשך ניטור וטיפול בזמן פינוי דחוף לבית החולים הקרוב
- בצע הערכת מדדים חוזרת כל 5-10 דקות
- שקול העברת דיווח מקדים לבית החולים

1 **השכבת המטופל על צידו, לשם מניעת אספירציה.**
שימוש בריפוד להגנה ולמניעת חבלת ראש אצל המטופל.

2 **חמצן**
- מתן חמצן כדי לשמור על ערכי סטורציה בטווח של 94%-99%.

3 **דורמיקום**
- מינון למתן ב־I.V – 0.1 mg/kg. מנה מקסימלית 5 mg.
- מינון למתן ב־I.N / I.M - 0.2 mg/kg, עד למקסימום של 10 mg.
- אם הפרכוס נמשך אפשר לחזור על המנה לאחר 5 דקות במתן ב־I.V ולאחר 10 דקות במתן ב־I.M או I.N.
- אין לעבור על מינון כולל של 5 mg במתן ב־I.V או 10 mg במתן ב־I.N/ I.M.
- לאחר מתן דורמיקום יש לעקוב אחר לחץ הדם. במקרה של ירידה בלחץ הדם יש לתת עירוי נוזלים במינון 20 ml/kg.

היפוגליקמיה
- אם ערכי הסוכר בדם נמוכים מ־60 mg%, יש לתת גלוקוז ב־I.V במינון 0.2-0.5 gr/kg (מנה מקסימלית 12.5 gr).
- ריכוז תמיסת הגלוקוז עד 10%.
- יש לשוב ולבדוק את ערכי הסוכר בדם כעבור 5-10 דקות.
- אם ערכי הסוכר בדם של המטופל עדיין נמוכים – אפשר לתת מנת גלוקוז נוספת (מחצית הכמות).

דגשים נוספים באבחנה ובטיפול

רובם המכריע של הפרכוסים יסתיימו עצמונית בתוך 5 דקות. קיים סיכוי של 6% להתקף חוזר בתוך 24 שעות.

פרכוסי חום

- מופיעים בילדים בני 6 חודשים עד 5 שנים. 2%-5% מהילדים יחוו לפחות פרכוס חום אחד בחייהם. הסיכוי להופעת הפרכוס עולה ככל שטמפרטורת הגוף עולה על 38^0. קיימת נטייה גנטית לפרכוסי חום.
- אם הפרכוס חלף, הילד בהכרה מלאה ואין חסרים נוירולוגיים – אין צורך לפעול להשגת גישה ורידית או לבדוק את רמת הגלוקוז בדם.
- סטטוס אפילפטיקוס הוא פרכוס הנמשך למעלה מ־5 דקות ברציפות או רצף פרכוסים עוקבים מבלי שהמטופל חוזר להכרה מלאה ביניהם.

סיבוכים

- שיעור התמותה כתוצאה מפרכוס מתמשך או מפרכוסים חוזרים הוא 4%-6% בממוצע.
- סוגי הסיבוכים האפשריים (בשיעור של עד 30%) – היפרתרמיה, בצקת ריאות, הפרעות קצב, חסרים נוירולוגיים ממוקדים (כגון חולשה או שיתוק), אנצפלופתיה, רבדומיוליזיס.

דגשים לתשאול המטופל וסביבתו –

- יש לברר אם המטופל סובל ממחלות רקע, כגון אפילפסיה, סוכרת, מחלת חום שאירעה לאחרונה, מחלות לב, גידולים במוח.
- יש לברר אם המטופל מדווח על הופעת "Aura" טרם ההתקף; האם יש מחלת חום; האם יש מקרי אפילפסיה במשפחה; האם הפרכוס מוקדי (פוקלי); האם היה אובדן שליטה על הסוגרים; האם הפרכוס כלל תנועות טוניות־קלוניות; האם נגרמה חבלה כתוצאה מהפרכוס; האם המטופל נוטל טיפול תרופתי קבוע.

דגשים לביצוע הבדיקה הגופנית –

- יש להעריך את מצב ההכרה של המטופל; האם נתיב האוויר שלו פתוח; האם נצפים חסרים נוירולוגיים; האם יש סימני חבלה חיצוניים.
- סטיית מבט קבועה המלווה בחוסר הכרה ובטכיקרדיה יחסית – אלה יכולים להעיד על פרכוס מתמשך (ongoing).
- אין להכניס אצבעות לפיו של מטופל מפרכס או במצב שלאחר פרכוס בניסיון לפתוח נתיב אוויר.