

شوگ

انواع آن و مراقبتهای پرستاری

(آنچه پرستاران باید بدانند)



تهیه و تنظیم : مرضیه خلیلی راد

زیر نظر سوپروایزر آموزشی

پاییز ۹۱

در موقع بروز ، شوگ خونرسانی به سلول کاهش یافته و ارائه اکسیژن و موادغذایی کاهش می یابند. بنابراین سلول ها باید انرژی را از طریق متابولیسم بی هوازی کسب نمایند. در این حالت انرژی کمی از مواد غذایی کسب شده و اسید لاکتیک در فضای داخل سلولی تجمع می یابد. این تغییرات عملکرد طبیعی سلول را مختل می نماید. سلول متورم شده و نفوذپذیری غشاء آن افزایش می یابد ، الکترولیت ها و مایعات از خارج سلول وارد سلول می شوند، پمپ سدیم-پتاسیم مختل میشود. ساختار سلولی عمدتاً میتوکندری آسیب می بیند و مرگ سلولی رخ می دهد. مراحل شوگ: شوگ دارای سه مرحله جدا از هم ، ولی به دنبال هم می باشند که عبارتند از :

۱. مرحله جبرانی

۲. مرحله پیشرونده

۳. مرحله غیرقابل برگشت

وضعیت تهدیدکننده زندگی است که در آن فشار خون سیستمیک برای حمل اکسیژن به اندامهای حیاتی و عملکرد سلول کافی نباشد. برای اینکه جریان خون کافی به بافتها و سلولها برسد، باید شرایط زیر فراهم باشد:

* پمپ قلبی مناسب * سیستم عروقی

مناسب * حجم خون مناسب

در صورت اختلال یکی از این شرایط ، شوگ بروز می کند که بصورت زیر طبقه بندی میشود :

۱) شوگ هیپوولمیک : زمانی که حجم داخل عروقی کم است ، اتفاق می افتد . (هرگاه حجم داخل عروقی ۱۵ تا ۲۵ درصد کاهش یابد)

۲) شوگ توزیعی یا جریانی : در اثر اختلال توزیع یا عدم تطابق خون به سلولها ایجاد میشود که خود به سه نوع شوگ نوروژنیک ، شوگ سپتیک و شوگ آنافیلاکتیک تقسیم میشود.

یافته های بالینی در مراحل شوک:

یافته ها	مرحله جبرانی	مرحله پیشرونده	مرحله غیر قابل برگشت
فشار خون	طبیعی	۸۰ تا ۹۰ میلیمتر جیوه < فشار سیستولیک	به حمایت مکانیکی یا دارویی نیاز دارد
تنفس	بیش از ۲۰ بار در دقیقه	تنفس های سریع و سطحی	به لوله گذاری داخل تراشه نیاز دارد
ضربان قلب	بیش از ۲۰ بار در دقیقه	بیش از ۱۵۰ بار در دقیقه	نامنظم یا آسیستول
پوست	سرد و چسبناک و مرطوب	لکه لکه و تپشی	زردی
برون ده ادراری	طبیعی	کمتر از ۰.۵ میلیمتر به ازای هر کیلوگرم در ساعت	آنوری، نیاز به دیالیز
وضعیت هوشیاری	گاهش می سابد	خواب آلودگی	از دست دادن هوشیاری

درمانهای عمومی در شوک و مراقبت پرستاری :

۱- جایگزینی مایعات برای حفظ حجم مایعات داخل وریدی :

در جایگزینی مایعات از کریستالوئیدها (محلولهای الکترولیتی که ، آزادانه بین فضای داخل عروق و فضای بینابینی حرکت می کنند) کلئیدها (مایعات وریدی دارای مولکولهای بزرگ) یا فرآورده های خونی استفاده میشود.

شایعترین و جدی ترین عارضه در جایگزینی مایعات ، افزایش بار قلبی -عروقی و ادم ریوی است. بیماران ، که جایگزینی مایعات دریافت می کنند باید مرتباً از نظر برون ادراری کافی ، تغییرات سطح هوشیاری ، خونرسانی پوست و تغییرات در علائم حیاتی کنترل شوند. صداهای اضافی ریوی نظیر کراکل ها ممکن است نشانه ادم ریوی باشند.

۲- توزیع مجدد مایعات: علاوه بر تجویز وریدی ، قرار دادن بیمار در وضعیت بدنی مناسب به توضیح مایعات بدن کمک می کند. وضعیت ترلندبرگ تعدیل شده ، در بیماران مبتلا به شوک توصیه میشود. اندامهای تحتانی حدود ۲۰ درجه بالاتر از بدن قرار می گیرند و زانوها صاف هستند، تنه به صورت افقی و سر کمی بالاتر قرار می گیرند، قرار دادن

بیمار در وضعیت ترلندبرگ کامل به دلیل اشکال در تنفس توصیه نمیشود.

۳- استفاده از داروهای موثر بر عروق برای حفظ تون عروق و بهبود عملکرد قلب : از داروهای تحریک کننده آلفا و بتا یک آدرنرژیک استفاده میشود. در زمان تجویز این داروها ، نشانه های حیاتی هر ۱۵ دقیقه یکبار کنترل می شوند. این داروها ، باید از طریق CVP تزریق شوند زیرا خروج از رگ (انفیلتراسیون) برخی از این داروها ممکن است موجب نکروز و کنده شدن بافت شود. تنظیم دوز دارو طبق دستور پزشک و توسط پرستار انجام میشود و تعداد قطرات براساس واکنش بیمار به درمان تعیین می گردد. داروهای موثر بر عروق را نباید به طور ناگهانی قطع کرد زیرا این عمل موجب ناپایداری شدید همودینامیک و تشدید سندروم شوک میشود.

۴- حمایت تغذیه ای برای تامین نیازهای متابولیکی: باید هرچه سریعتر حمایت تغذیه ای را از طریق ورید یا روده شروع کرد. آنتی اسیدها و H_2 بلوکرها (رانیتیدین-فاموتیدین) و داروهای ضد پتپیکی (ساکرافیت) برای جلوگیری از ایجاد زخم معده و افزایش PH معده تجویز شود.