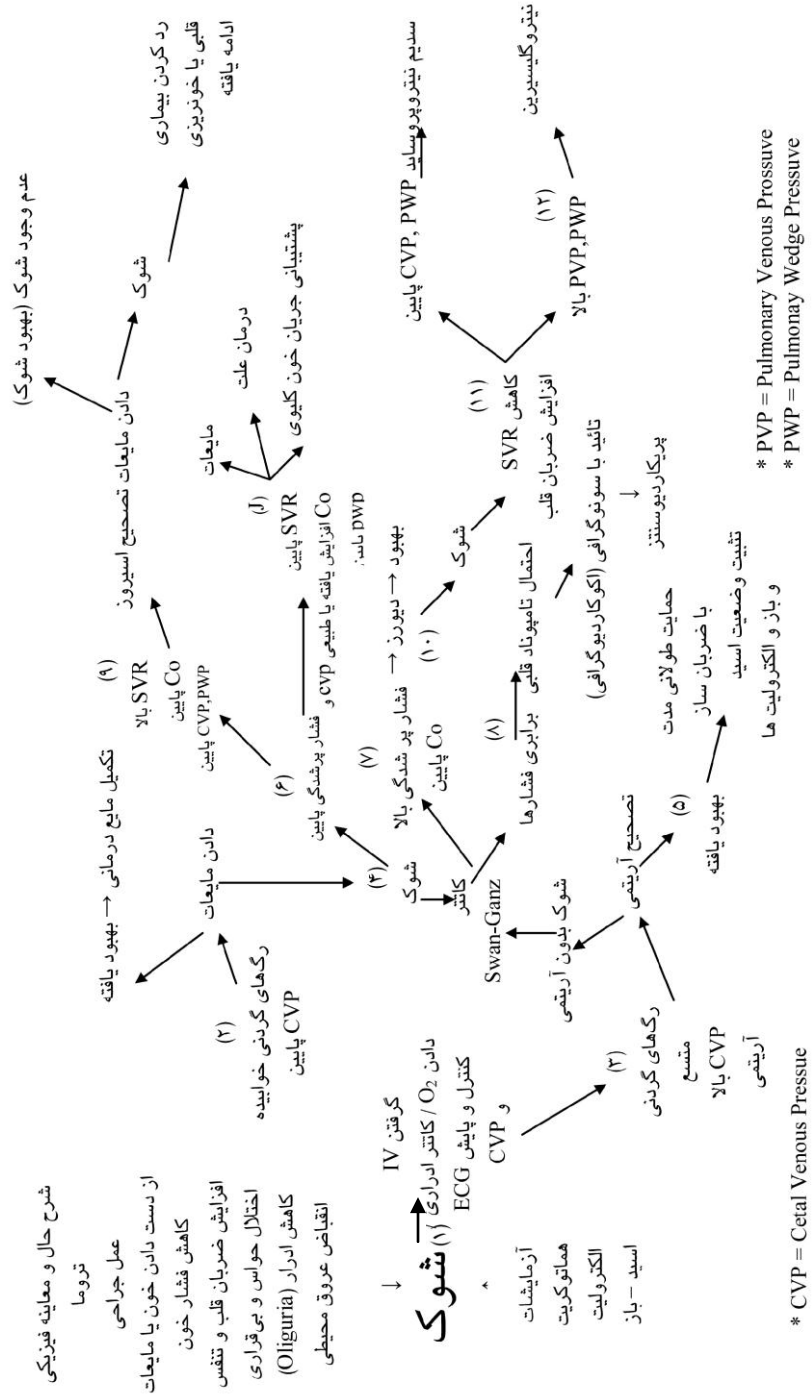


شوگ



* PVP = Pulmonary Venous Pressure
 * PWP = Pulmonary Wedge Pressure

* CVP = Central Venous Pressure

شوک

- ۱: در جریان احیا، پنوموتوراکس باید مدنظر باشد و سریع درمان شود.
- ۲: در بیمار با رگ‌های گردنی خوابیده، فشار ورید مرکزی پایین، و شرح حال از دست دادن مایعات یا خون، تروما یا جراحی، احیا با دادن مایعات شروع می‌شود. میزان حجم مایع داده شده باید براساس تخمینی از وزن بیمار باشد. محلول رینگر لاکتات (mg.kg) 20 باید به سرعت تزریق شود.
- احیاء اولیه شامل تزریق یک لیتر نرمال سالین یا رینگر لاکتات یا هر کریستالوئید ایزوتونیک دیگر به صورت bolous (حجم) در بالغین و 20ml.kg در کودکان است که در بالغین می‌توان تا یکبار و در کودکان تا ۲ بار تکرار کرد. (شوارتز)
- ۳: اگر رگ‌های گردنی برجسته بوده، CVP (فشار ورید مرکزی) افزایش یافته بود یا آریتمی وجود داشت باید منشأ قلبی را جستجو نمود و علت قلبی باید محتمل شمرده شود.
- ۴: اگر شوک ادامه یافت، باید کاتتر شریان ریوی (Swan-ganz catheter) گذاشته شود.
- ۵: درمان آریتمی با درنظر گرفتن نیاز به ضربان ساز یا درمان دارویی طولانی مدت پیگیری می‌شود.
- ۶: علل فشار پرشدگی پایین یا طبیعی شامل کاهش حجم داخل عروقی، سپسیس، ترومای شدید و شوک نورورژنیک (عصبی) می‌باشد.
- ۷: فشار پر شدگی بالا و عملکرد قلبی ضعیف چندین علت فشارنده را مطرح می‌کند. علل مکانیکی باید سریع مورد توجه قرار گیرد و درمان شود که این کار ممکن است نیاز به پریکاردیوستزی برای درمان تامپوناد قلبی یا پریکاردیت، توجه به ونتیلاسیون برای بیماران با آمبولی ریوی، و جراحی برای بعضی

مشکلات قلبی داشته باشد. درمان نارسایی قلبی باید به سوی کاهش بار داخل عروقی به وسیلهٔ دیورتیک‌ها و ایجاد دیورز باشد.

درمان‌های بعدی برحسب الگوی نارسایی قلبی اختصاصی تر است. در طول احیا، کنترل مداوم سطح اکسیژناسیون و تعادل اسید و باز ضروری است. استفاده از نیترات‌ها برای اتساع عروق براساس ارزیابی کلی وضعیت قلبی انجام می‌شود.

۸: تامپوناد قلبی در موقعیت‌های بالینی مختلفی اتفاق می‌افتد که شامل: تروما، وضعیت بعد از عمل، تومورها، پارگی آئورت، اورمی و اختلالات انعقادی می‌باشد. شاخصه تامپوناد قلبی برابری فشارها در هر چهار حفرهٔ قلبی است. هر چند تامپوناد می‌تواند با نارسایی بطن چپ اشتباه شود، ارزیابی قلبی غیر تهاجمی تشخیصی است.

۹: اگر مقاومت عروق سیستمیک (SVR)^۱ بالا و برون ده قلبی پایین باشد، بیمار دچار کاهش حجم (hypovolemia) شده و احتیاج به افزایش مایعات با درنظر گرفتن وضعیت اسیدوز دارد. در صورت ادامه یافتن از دست دادن مایعات در فضای سوم باید برای تأمین مداوم مایعات آماده باشید و منشأ از دست دادن مایعات و خون را درمان کنید.

۱۰: در وضعیت مقاومت عروقی سیستمیک کاهش یافته تشخیص‌های احتمالی عبارتند از: ۱ - سپسیس ۲ - شوک عصبی (نوروژنیک). هدف درمان اولیه برطرف کردن علت شوک، فراهم کردن مایعات و تصحیح وضعیت الکترولیت‌ها و تعادل اسید و باز است. شاید استفاده از دوز کلیوی دوپامین برای حفظ عملکرد کلیوی نیاز باشد. اگر برون ده قلبی خیلی پایین باشد از دوبوتامین $5 \mu\text{g.kg.min}$ استفاده کنید.

تنها در صورتی جهت ایجاد انقباض عروقی از آدرنرژیک‌ها استفاده گردد که درمان‌های دیگر با شکست مواجه شده باشند. جهت ایجاد انقباض عروقی^۲ از فنیل افرین $100 \mu\text{g}$ برای افزایش مقاومت شروع کنید، یا از نوراپی نفری $0.1 \mu\text{g.kg.min}$ استفاده کنید. عملکرد ارگان‌ها و جریان خون محیطی را به دقت کنترل کنید.

۱۱: در صورت وجود حجم داخل عروقی کافی، برقراری ادرار^۳ با فوروزماید 40mg شروع شده و با بهبود حال بیمار افزایش داده می‌شود. برون ده قلب (CO)^۴ و فشار داخل ریوی (PWP)^۵ باید کنترل شود. یک داروی تقویت کنندهٔ قلب^۶ می‌تواند افزوده شود.

1 Systemic Vascular Resistance

2 Vasoconstriction

3 Diuresis

4 Cardiac Output

5 Pulmonary Wedge Pressure

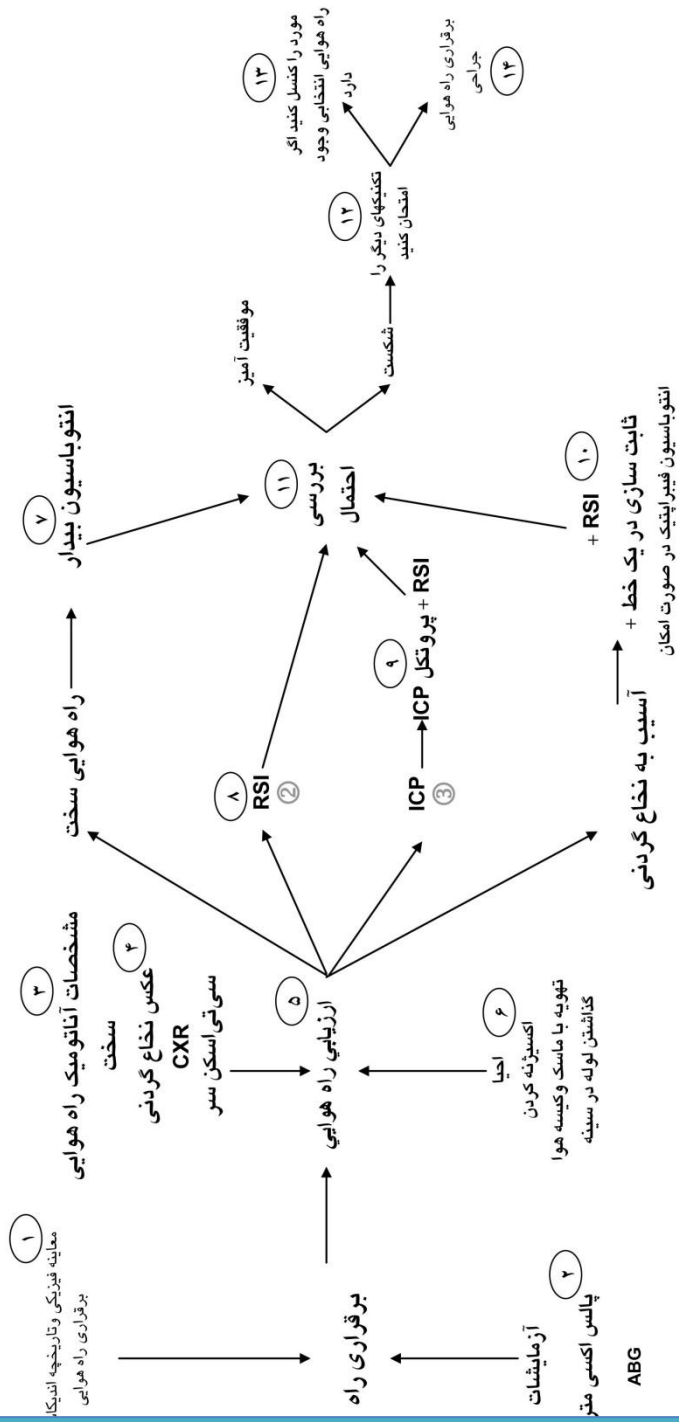
6 Inotrope Agent

۱۲: اگر شوک ادامه داشت، SVR باید کاهش داده شود. اگر ضربان قلب کند است باید ایزوپروترونول^۱ استفاده شود. اگر فشارهای پرشدگی بالا است نیتروگلیسرین $2.0 \mu\text{g.kg.min}$ افزوده شود. اگر فشارهای پرشدگی $25 \mu\text{g.min}$ می‌تواند استفاده شود.

۱۳: اگر فشارهای پرشدگی (CVP یا PWP) طبیعی یا پایین است از یک داروی کاهنده^۲ پس بار^۲ مانند نیتروپروساید^۳ $5 \mu\text{g.kg.min}$ استفاده کنید. اگر فشارهای پرشدگی بالاست نیتروگلیسرین $25 \mu\text{g.min}$ می‌تواند استفاده شود.

1 Isoproterenol
2. Afterload
3 Nitroprusside

برقراری راه هوایی



- 1- Arterial Blood Gas
- 2- Rapid Sequence Intubation
- 3- Intra Cranial Pressure