

- Ανάλυση πληροφοριών

Το δεύτερο στάδιο της αξιολόγησης της κοινότητας περιλαμβάνει την ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν με σκοπό να οδηγηθούμε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα - ανάγκες - προβλήματα.

Έχοντας την εικόνα της κοινότητας, ο νοσηλευτής προσπαθεί να διαπιστώσει τα μεγάλα κοινοτικά προβλήματα, που τυχόν υπάρχουν, ή θέματα που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και κοινοτικές ή άλλες δραστηριότητες που λειτουργούν με σκοπό την επίλυση προβλημάτων.

- Νοσηλευτική Διάγνωση - Διατύπωση προβλημάτων και αναγκών της κοινότητας

Η Νοσηλευτική Διάγνωση πρέπει να περιγράφει μια κατάσταση και να την αιτιολογεί. Γράφεται σαν πρόβλημα και εντοπίζεται συγχρόνως η αιτία που το προκαλεί. Για παράδειγμα:

- Δυσκολία στην εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος στους κατοίκους που οφείλεται στον μεγάλο αριθμό περιθωριακών νεαρών και την ανεπαρκή αστυνομική κάλυψη.
- Κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων της κοινότητας λόγω έλλειψης κοινοτικών ιδρυμάτων και οργανωμένης υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι.
- Ανεπάρκεια στην κάλυψη των διατροφικών αναγκών των κατοίκων που οφείλεται στο ακατάλληλο για καλλιέργεια έδαφος της κοινότητας και την απομόνωσή της από άλλες παραγωγικές κοινότητες.

Κάθε νοσηλευτικό πρόβλημα πρέπει να επιβεβαιωθεί τόσο από υποκειμενική όσο και από αντικειμενική πληροφόρηση. Μετά τη διαπίστωση, διατυπώνεται το πρόβλημα και καθορίζεται το πρόγραμμα για την αντιμετώπιση.

2. Προγραμματισμός

Ο προγραμματισμός σκοπεύει να θέσει προτεραιότητες, να διατυπώσει αντικειμενικούς σκοπούς και να ανακαλύψει διαθέσιμες πηγές και μέσα, με σκοπό να δοθεί η καλύτερη δυνατή λύση στο κάθε πρόβλημα που διαπιστώνεται.

Μια πρόταση για την ιεράρχηση των προβλημάτων είναι η χρησιμοποίηση της κλίμακας αναγκών της κοινότητας που αναφέρθηκε. Οι ανάγκες - προβλήματα που βρίσκονται στη βάση της κλίμακας έχουν προτεραιότητα στην ικανοποίησή τους. Εάν τα τρία προβλήματα που αναφέρθηκαν συνυπάρχουν στην ίδια κοινότητα, τότε θα ιεραρχηθούν ως εξής:

- Η ανάγκη για εξασφάλιση διατροφής στην κοινότητα προηγείται
- Ακολουθεί η ανάγκη για ασφάλεια των κατοίκων

- Τελικά υπάρχει το πρόβλημα της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων

Ανάλογα με την έκταση του προβλήματος και τις πηγές που διατίθενται για την αντιμετώπισή τους, το νοσηλευτικό πρόγραμμα θα σκοπεύει σε πρωτογενή, δευτερογενή ή τριτογενή προληπτική παρέμβαση. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις επομένως μπορεί να περιλαμβάνουν: εκπαίδευση, καθοδήγηση, νοσηλεία, παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες, ηθική υποστήριξη ή ακόμη συνδυασμό όλων αυτών.

Στο παράδειγμα που αναφέρεται στη διατροφή των κατοίκων:

Ως πρωτογενής προληπτική παρεμβατική ενέργεια μπορεί να θεωρηθεί η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός προγράμματος ενημέρωσης των κατοίκων σχετικά με τις διατροφικές ανάγκες του οργανισμού.

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στη φροντίδα των ατόμων της κοινότητας που παρουσιάζουν ήδη διατροφικά προβλήματα.

Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στην ενεργοποίηση της κοινότητας για την αποκατάσταση των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της αποθεραπείας μετά από διατροφικά προβλήματα και ανάπτυξη μακροπρόθεσμων στρατηγικών για εξασφάλιση της απαραίτητης διατροφής.

Τα χαρακτηριστικά των αντικειμενικών σκοπών που περιμένουμε να επιτευχθούν με την εφαρμογή συγκεκριμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, είναι:

- ☒ Να είναι ρεαλιστικοί - οι αντικειμενικοί σκοποί πρέπει να συμβαδίζουν με τη συγκεκριμένη πραγματικότητα, να μπορούν να πραγματοποιηθούν σύμφωνα με τις συνθήκες που υπάρχουν και τα μέσα που διατίθενται.
- ☒ Να είναι σαφείς και συγκεκριμένοι - οι σκοποί και τα αναμενόμενα αποτελέσματα για κάθε συγκεκριμένο πρόβλημα διατυπώνεται γραπτά με σαφήνεια ώστε να μην αφήνουν περιθώρια παρερμηνείας ή αβεβαιότητας.
- ☒ Να μπορούν να μετρηθούν - διατυπώνονται έτσι ώστε να δίνονται συγκεκριμένες παράμετροι για τον έλεγχό τους. Να περιγράφουν μια συγκεκριμένη κατάσταση, στην οποία αναμένεται να οδηγηθούμε.
- ☒ Να εκφράζουν συμπεριφορά, για να μπορούν να ελεγχθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους.
- ☒ Να μπορούν να επιτευχθούν στο προβλεπόμενο χρονικό διάστημα το οποίο διατυπώνεται επίσης γραπτά.

3. Εφαρμογή του προγράμματος - Υλοποίηση

Η επιτυχημένη υλοποίηση ενός κοινοτικού προγράμματος εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την επιδέξια και συστηματική αξιολόγηση που προηγήθηκε. Η ανάλυση των πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε συγκεκριμένες άμεσες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, αλλά και σε προγραμματισμό εκπαιδευτικών ή και ερευνητικών δραστηριοτήτων. Η ανάγκη για αλλαγές στην κοινότητα επισημαίνονται συχνά μετά την ανάλυση των πληροφοριών και τη διαπίστωση των προβλημάτων και αναγκών. Όταν λοιπόν πρόκειται να αρχίσει κάποιο καινούριο πρόγραμμα στην κοινότητα, να επέλθει δηλαδή κάποια κοινοτική αλλαγή, ο νοσηλευτής χρειάζεται να προσέξει τα ακόλουθα σημεία:

- Εξασφάλιση υποστήριξης ισχυρών ηγετικών στελεχών της κοινότητας
- Ανακάλυψη οικονομικών πόρων και πηγών.
- Εξασφάλιση συνεργασίας ιδιωτικών και δημοσίων φορέων και οργανισμών.
- Εξασφάλιση υποστήριξης από ομάδες και οργανισμούς που ασχολούνται με περιβαλλοντικά και πολιτιστικά θέματα.
- Ενθάρρυνση συμμετοχής στον προγραμματισμό, από τα άτομα που θα συμμετέχουν στην υλοποίηση του προγράμματος .
- Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς επιστήμονες που μπορούν να βοηθήσουν.
- Διατήρηση του κέντρου βάρους στην υγεία και όχι στο ίδιο το πρόγραμμα.

Κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος επιβάλλεται να υπάρχει συνεχής επικοινωνία και ενημέρωση με τα μέλη της κοινότητας και τους εκπροσώπους των διάφορων οργανισμών και επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων, ιδιαίτερα των περισσότερο σχετιζόμενων με την υγεία. Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών και των μελών της υγειονομικής ομάδας, είναι ο αποφασιστικότερος παράγοντας για την εξασφάλιση της επιτυχίας του προγράμματος.

4. Εκτίμηση του αποτελέσματος

Η κριτική μελέτη γίνεται συνέχεια σε όλη τη διάρκεια της διεργασίας και σε κάθε στάδιο, αλλά και η τελική εκτίμηση του αποτελέσματος είναι απαραίτητη, προκειμένου το πρόγραμμα να συνεχιστεί, να αναμορφωθεί ή ακόμη και αν χρειαστεί, να ανασκευαστεί εφόσον δεν επιτυγχάνει το σκοπό του και δεν οδηγεί στη λύση του προβλήματος. Ερωτήσεις αξιολόγησης που πρέπει να κατατεθούν προκειμένου να κριθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, είναι:

- Έχουν επιτευχθεί οι αντικειμενικοί σκοποί που ετέθησαν;

- Ήταν οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν ακριβείς, τεκμηριωμένες και ολοκληρωμένες;
- Τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν βασίστηκαν σε εξακριβωμένα και αξιόπιστα δεδομένα;
- Υπήρχε ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στον προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση των παρεμβάσεων;
- Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος;
- Είναι τα κριτήρια αξιολόγησης καθαρά και επαρκή;

Το κοινοτικό πρόγραμμα ακόμη αξιολογείται κατά πόσον είναι επίκαιρο και σχετικό με τα προβλήματα της κοινότητας, εάν έχει υπερβολικό κόστος σε σχέση με την αναγκαιότητά του και κατά πόσο έχει μακροπρόθεσμη θετική συνεισφορά στην υγεία των κατοίκων.

Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να συγκεντρωθούν από επιδημιολογικά χαρακτηριστικά (μείωση νοσηρότητας, αύξηση γεννητικότητας, κλπ), από παρατηρήσεις ή μικρές ερευνητικές μελέτες, καθώς και συνεντεύξεις με ομάδες κατοίκων ή άλλους επιστήμονες που εργάζονται στην κοινότητα.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η κατ' οίκον νοσηλεία, τείνει να κατακτά περισσότερο έδαφος διεθνώς, με στόχο τη δραστική αποσυμφόρηση των ιδρυμάτων που παρέχουν τριτοβάθμια περίθαλψη, τη μείωση του κόστους, την πρόληψη των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων και τα ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη που απορρέουν για τον ασθενή και τους οικείους του. Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα, εφαρμόζεται από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ογκολογικών κυρίως νοσοκομείων, με αντικείμενο την ανακούφιση καρκινοπαθών σε καταληκτικό στάδιο της νόσου τους.

Δεδομένου ότι στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, η κατ' οίκον νοσηλεία περιορίζεται κυρίως στη μετανοσοκομειακή πρωτοβάθμια περίθαλψη, μελετήθηκε και σχεδιάστηκε υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλεία που πρωτοτυπεί και στο διεθνή χώρο, εφαρμόζοντας δευτεροβάθμια περίθαλψη στο σπίτι. Για κάθε ασθενή ορίζεται από την υπηρεσία, θεράπων γιατρός με ανάλογη ειδικότητα που φέρει τη συνολική ευθύνη και έχει υπό την εποπτεία του ομάδα γιατρών που πραγματοποιούν πρωινή και απογευματινή επίσκεψη στο σπίτι του ασθενούς. Νοσηλευτές και νοσηλεύτριες επισκέπτονται τον ασθενή κάθε 6 ή 8 ώρες, ενώ η υπηρεσία βρίσκεται σε 24ωρη ετοιμότητα για έκτακτη άμεση επέμβαση για να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε απρόβλεπτη διαταραχή. Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες του συστήματος καλύπτουν με ασφάλεια τις ανάγκες ενός σημαντικού ποσοστού ασθενών που σήμερα νοσηλεύονται σε τριτοβάθμια ιδρύματα.

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΩΝ ΑΕΡΟΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ ΑΠΟ ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

1. ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΕΡΟΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Η απόφραξη των αεροφόρων οδών, μπορεί να οφείλεται

- σε πτώση της γλώσσας προς τα πίσω, όπως συμβαίνει σε επεισόδιο απώλειας της συνείδησης. Σύμφωνα με νεότερα δεδομένα, η απόφραξη βρίσκεται στο επίπεδο της μαλακής υπερώας και της επιγλωττίδας.
- σε οίδημα του λάρυγγα από τραύμα ή φλεγμονή
- σε αμφοτερόπλευρη παράλυση των φωνητικών χορδών
- σε κατάποση ξένου σώματος
- σε πνιγμό ή στραγγαλισμό

Αντιμετώπιση στην κοινότητα

Συχνά, η απόφραξη των ανωτέρων αεροφόρων οδών συμβαίνει κατά το φαγητό. Το θύμα αρχικά αντιδρά με βήχα, προσπαθώντας να απομακρύνει το ξένο σώμα. Η απόφραξη μπορεί να είναι μερική ή πλήρης. Η ταχεία αναγνώριση της απόφραξης οδηγεί σε επιτυχή αναζωογόνηση. Οι χειρισμοί που πρέπει να κάνουμε είναι:

1. Δοκιμασία αφαίρεσης του ξένου σώματος με το δάκτυλο: Γίνεται μόνο σε αναίσθητο θύμα, το οποίο δεν έχει φαρυγγικά αντανακλαστικά ή τη δυνατότητα να δαγκώσει το δάκτυλο του διασώστη. Το στόμα ανοίγεται ανασηκώνοντας τον πώγωνα ή απομακρύνοντας την κάτω από την άνω γνάθο με τα δάκτυλα. Ακολουθώντας με τη βοήθεια του δείκτη του δεξιού χεριού μας ερευνούμε την περιοχή του στοματοφάρυγγα προσέχοντας να μην σπρώξουμε το ξένο σώμα προς την είσοδο του λάρυγγα, αλλά να το αποκολλήσουμε και να το φέρουμε προς τα έξω. Αυτό επιτυγχάνεται με την κίνηση του δείκτη του χεριού μέσα στο στόμα από τη μια πλευρά προς την άλλη.
2. Πλήξεις στην πλάτη: Τοποθετούμε το αριστερό μας χέρι στην προστερνική περιοχή (για να εξασφαλιστεί αντίσταση) και με το δεξί χέρι εφαρμόζουμε μια σειρά άνω των 5 έντονων χτυπημάτων στη μεσοπλάτια χώρα, προσπαθώντας να αποκολλήσουμε ή να μετακινήσουμε το ξένο σώμα. Τα χτυπήματα γίνονται κατά την εκπνοή. Το κεφάλι του θύματος πρέπει να είναι χαμηλότερα από το θώρακά του, έτσι ώστε η αποβολή του ξένου σώματος να υποβοηθηθεί από τη βαρύτητα. Οι χειρισμοί αυτοί μπορεί να γίνουν σε άτομα που

βρίσκονται σε εγρήγορση (όρθια ή καθιστή θέση). Αν ο χειρισμός αυτός αποτύχει, ακολουθεί συμπίεση του επιγαστρίου (χειρισμός του Heimlich).

3. Κοιλιακές συμπίεσεις ή χειρισμός του Heimlich: Σκοπός του χειρισμού είναι να προκαλέσει απότομη κίνηση του διαφράγματος προς τα άνω, δημιουργώντας τεχνητό βήχα. Μπορεί να εφαρμοσθεί με τον ασθενή όρθιο, καθιστό, πεσμένο κάτω. Στην όρθια ή καθιστή θέση, ο διασώστης στέκεται πίσω από το θύμα και τυλίγοντας τα χέρια του γύρω από τη μέση του θύματος πάνω από τον ομφαλό και κάτω ακριβώς από την ξιφοειδή απόφυση, προκαλεί μια απότομη συμπίεση. Οι συμπίεσεις πρέπει να συνεχισθούν μέχρι το ξένο σώμα να αποβληθεί ή ο ασθενής να χάσει τις αισθήσεις του. Στην ύπτια θέση, ο διασώστης γονατίζει με το θύμα ανάμεσα στα πόδια του και προκαλεί συμπίεσεις με το ένα χέρι τοποθετημένο πάνω στο άλλο. Η μέθοδος αυτή είναι χρήσιμη για τους παχύσαρκους ασθενείς στους οποίους δεν είναι δυνατό να αγκαλιάσουμε την κοιλιακή τους χώρα.

Η εφαρμογή του χειρισμού Heimlich αποτελεί θέμα συζήτησης στα παιδιά λόγω της μεγάλης πιθανότητας πρόκλησης επιπλοκών. Τέτοιες επιπλοκές είναι η ρήξη κοίλων σπλάχνων, ρήξη συμπαγών σπλάχνων (ήπατος, σπλήνας), κατάγματα πλευρών και πνευμοθώρακας. Ανάλογες επιπλοκές έχουν περιγραφεί και σε ενήλικες όταν οι χειρισμοί είναι βίαιοι. Ακριβώς λόγω των επιπλοκών αυτών, ο χειρισμός δεν πρέπει να γίνεται στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης και σε υποψία πλήρους στομάχου.

2. ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΑΕΡΟΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία καρδιοαναπνευστικής ανακοπής στα βρέφη και παιδιά, και μπορεί να είναι μερική ή πλήρης.

Όταν η δυσχέρεια αναπνοής εγκαθίσταται βαθμιαία, απαιτείται διαφορική διάγνωση από φλεγμονή που προκαλεί οίδημα και απόφραξη στις αεροφόρους οδούς, όπως λαρυγγίτιδα, επιγλωττίτιδα, κλπ. Τα πρωτόκολλα της πνιγμονής που αναλύονται παρακάτω για βρέφη και παιδιά, θα πρέπει να συνεχίζονται μέχρι την αποβολή του ξένου σώματος.

- Απόφραξη αεροφόρων οδών σε παιδιά ηλικίας άνω του ενός έτους

Τα μέτρα που θα ληφθούν πρέπει να ακολουθήσουν την κάτωθι σειρά:

ΠΡΩΤΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

1. Τεχνητός αερισμός: αν δεν υπάρχουν σημεία ικανοποιητικής αυτόματης αναπνοής ή αν ο αεραγωγός παραμένει αποφραγμένος, τότε εφαρμόζεται τεχνητή αναπνοή με το σκεπτικό ότι ο αεραγωγός μπορεί να είναι μόνο μερικώς αποφραγμένος και έτσι να μπορέσει να περάσει λίγος αέρας στους πνεύμονες.

2. Χτυπήματα στη ράχη: κρατώντας το παιδί σε πρηνή θέση, δίνονται 5 γρήγορα και δυνατά χτυπήματα στη μέση της ράχης ανάμεσα στις ωμοπλάτες. Το κεφάλι του παιδιού πρέπει να είναι χαμηλότερα από το θώρακα. Αυτό επιτυγχάνεται όταν ο ανανήπτης είναι γονατιστός και κρατάει το παιδί ξαπλωμένο κατά μήκος των μηρών του.
3. Θωρακικές πλήξεις: γυρίζουμε το παιδί σε ύπτια θέση, με το κεφάλι χαμηλότερα από τον θώρακα και εφαρμόζονται 5 απότομες και δυνατές πλήξεις στον θώρακα με συχνότητα 20 ανά λεπτό. Οι πλήξεις εφαρμόζονται στο ίδιο σημείο που τοποθετούμε τα χέρια μας κατά τη διάρκεια της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, δηλαδή στο κάτω μέρος του στέρνου.
4. Έλεγχος στοματικής κοιλότητας: μετά από 5 χτυπήματα στη ράχη και 5 θωρακικές πλήξεις στη μεσότητα του στέρνου, ελέγχεται το στόμα και αφαιρείται το ξένο σώμα αν είναι προσιτό.
5. Διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού: εφαρμόζονται οι γνωστοί χειρισμοί, όπως υπερέκταση της κεφαλής, υπερέκταση της κάτω γνάθου, κλπ, και επανεκτιμάται η ύπαρξη ικανοποιητικής αναπνοής.
6. Τεχνητός αερισμός: αν δεν υπάρχουν σημεία ικανοποιητικής αναπνοής, εφαρμόζουμε αερισμό στόμα με στόμα, με το σκεπτικό ότι ο αεραγωγός μπορεί να είναι μόνο μερικώς αποφραγμένος και μπορεί έτσι να περάσει λίγος αέρας στους πνεύμονες.

Αν ο τρόπος που ακολουθήθηκε ήταν ανεπαρκής, επαναλαμβάνεται η ως άνω διαδικασία με τις ακόλουθες τροποποιήσεις:

ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

1. 5 χτυπήματα στην πλάτη
2. 5 κοιλιακές συμπίεσεις
3. Έλεγχος στοματικής κοιλότητας
4. Διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού
5. Τεχνητός αερισμός

ΤΡΙΤΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

1. 5 χτυπήματα στη ράχη
2. 5 θωρακικές συμπίεσεις
3. 5 κοιλιακές συμπίεσεις
4. Έλεγχος στοματικής κοιλότητας
5. Διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού
6. Τεχνητός αερισμός

Κοιλιακές συμπίεσεις – χειρισμός Heimlich

- Σε ύπτια θέση: Οι πλήξεις στην κοιλιά γίνονται με το παιδί σε ύπτια θέση. Ο ανανήπτης με την παλάμη του ενός χεριού του εφαρμόζει 5 απότομες πλήξεις με ανοδική κατεύθυνση προς το διάφραγμα, στη μέση της απόστασης μεταξύ ομφαλού και ξιφοειδούς απόφυσης. Ο χειρισμός δεν συνίσταται στα βρέφη επειδή υπάρχει κίνδυνος ρήξης ενδοκοιλιακών σπλάχνων. Το πρωτόκολλο της πνιγμονής πρέπει να

συνεχίζεται μέχρι την αποβολή του ξένου σώματος. Όταν η δυσχέρεια της αναπνοής εγκαθίσταται βαθμιαία απαιτείται στη διαφορική διάγνωση να συμπεριληφθούν οι οξείες φλεγμονές, όπως επιγλωττίτιδα και λαρυγγίτιδα. Αν το παιδί αναπνέει αυτόματα, πρέπει να το ενθαρρύνουμε για να βήξει και να αποβάλλει το ξένο σώμα.

- Σε όρθια θέση: εφαρμόζεται μόνο εάν οι προσπάθειες του παιδιού για αποβολή του ξένου σώματος, δε φέρνουν αποτέλεσμα ή η αναπνοή του είναι ανεπαρκής. Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται ως ακολούθως – ο ανανήπτης στέκεται πίσω από το θύμα, που είναι σε όρθια θέση και με τα χέρια του αγκαλιάζει την κοιλιά του παιδιού. Στη συνέχεια, εφαρμόζει γρήγορες κοιλιακές συμπίεσεις, με σκοπό την απότομη αύξηση της πίεσης στο θώρακα και την πρόκληση ενός τεχνητού βήχα για να αποβληθεί το ξένο σώμα. Κατά τη διάρκεια του χειρισμού αυτού, είναι απαραίτητο το κεφάλι να είναι σε χαμηλότερη θέση από το θώρακα. Ο χειρισμός αυτός πρέπει να αποφεύγεται σε βρέφη.

Η δοκιμασία αφαίρεσης ξένου σώματος με το δάκτυλο πρέπει να αποφεύγεται γιατί μπορεί να προκαλέσει ολίσθηση του ξένου σώματος προς το λάρυγγα και να επιδεινώσει την απόφραξη.

- Απόφραξη αεροφόρων οδών στα βρέφη

Ο μηχανισμός απόφραξης του ανώτερου αεραγωγού σε βρέφη είναι ίδια όπως και στα παιδιά, με τη διαφορά ότι στα βρέφη δεν πρέπει να εφαρμόζεται ο χειρισμός Heimlich και οι κοιλιακές συμπίεσεις, λόγω του κινδύνου ρήξης σπλάχνων, κυρίως του ήπατος και του σπλήνα.

1. Τεχνητός αερισμός: αν δεν υπάρχουν σημεία ικανοποιητικής αυτόματης αναπνοής ή αν ο αεραγωγός παραμένει αποφραγμένος, τότε εφαρμόζεται τεχνητή αναπνοή με το σκεπτικό ότι ο αεραγωγός μπορεί να είναι μόνο μερικώς αποφραγμένος και έτσι να μπορέσει να περάσει λίγος αέρας στους πνεύμονες. Πρέπει να δίνεται πάντα αρκετός χρόνος για την παθητική εκπνοή του αέρα.
2. Χτυπήματα στην πλάτη: τοποθετούμε το νεογνό πρηνηδόν πάνω στο αντιβράχιό μας, στηρίζοντας το στήθος και την κεφαλή του με την παλάμη μας και με το άλλο χέρι μας εφαρμόζουμε 5 έντονα χτυπήματα στη μεσοπλάτια χώρα. Εάν το θύμα είναι βρέφος ή μικρό παιδί, το τοποθετούμε πρηνηδόν στο αντιβράχιό μας, στηρίζοντας το στήθος και το κεφάλι του με την παλάμη μας και με το άλλο χέρι μας εφαρμόζουμε 4 έντονα χτυπήματα στη μεσοπλάτια χώρα.
3. Θωρακικές συμπίεσεις: γυρίζουμε το βρέφος σε ύπτια θέση και κάνουμε 5 γρήγορες συμπίεσεις στη μεσότητα του στέρνου επιδιώκοντας με την σύμπτυξη του θωρακικού τοιχώματος και τη δημιουργία αυξημένης ενδοθωρακικής πίεσης, την αποβολή του ξένου σώματος.
4. Έλεγχος της στοματικής κοιλότητας: μετά από 5 χτυπήματα στη ράχη και 5 θωρακικές πλήξεις, ελέγχεται το στόμα και αφαιρείται το ξένο σώμα αν είναι προσιτό.

5. Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού: εφαρμόζονται οι γνωστοί χειρισμοί, όπως υπερέκταση της κεφαλής, κάτω γνάθου, κλπ και επανεκτιμάται η ύπαρξη ικανοποιητικής αναπνοής.
6. Τεχνητός αερισμός: αν δεν υπάρχουν σημεία ικανοποιητικής αναπνοής, εφαρμόζουμε αερισμό στόμα με στόμα, με το σκεπτικό ότι ο αεραγωγός μπορεί να είναι μόνο μερικώς αποφραγμένος.

ΠΝΙΓΜΟΣ

Πνιγμός είναι ο θάνατος από ασφυξία που επέρχεται μετά από εμβύθιση στο νερό. Το θύμα του πνιγμού έχει μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσει σοβαρή δυσλειτουργία συστημάτων.

Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στον πνιγμό σχετίζονται τόσο με την υποξαιμία και την υπερκαπνία εξαιτίας της ασφυξίας, όσο και με την εισρόφηση νερού. Σε σπάνιες καταστάσεις είναι δυνατόν το θύμα του πνιγμού να πεθάνει από υποξαιμία, χωρίς εισρόφηση, εξαιτίας του λαρυγγόσπασμου.

Οι παθοφυσιολογικές διαταραχές της εισρόφησης εξαρτώνται από το εάν το νερό είναι θαλασσινό ή γλυκό, επειδή σε σύγκριση με το πλάσμα, το θαλασσινό νερό είναι υπέρτονο ενώ το γλυκό υπότονο.

Σε εισρόφηση γλυκού νερού, η απορρόφησή του από τις κυψελίδες προκαλεί αύξηση του ενδαγγειακού όγκου, πτώση της ωσμωτικότητας του πλάσματος και αιμόλυση. Αντίθετα, η εισρόφηση θαλασσινού νερού προκαλεί τη μετακίνηση ύδατος από τον ενδαγγειακό χώρο προς τις κυψελίδες με αποτέλεσμα την ελάττωση του ενδαγγειακού όγκου και την αιμοσυμπύκνωση.

Η εισρόφηση νερού προκαλεί βρογχόσπασμο, απώλεια του επιφανειοδραστικού παράγοντα και βλάβη της κυψελιδοτριχοειδικής μεμβράνης. Η εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου, η οποία είναι συχνή σε τέτοιες καταστάσεις. Αυξάνει τη βαρύτητα της βλάβης. Το 50% των ασθενών με πνιγμό, θα αναπτύξει σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας ARDS - Acute Respiratory Distress Syndrome.

Η συχνή εμφάνιση εγκεφαλικού οιδήματος που σχετίζεται με την υποξαιμία επιδεινώνει ακόμη περισσότερο την οξυγόνωση του εγκεφάλου.

Η εμφάνιση ποικίλων αρρυθμιών είναι συχνή και οφείλονται στην υποξαιμία, στη μεταβολική και αναπνευστική οξέωση και στις ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Η ανάπτυξη της οξείας σωληναριακής νέκρωσης που οφείλεται στην υπόταση και υποξαιμία, συχνά επιδεινώνεται από τη ραβδομύλυση και την αιμόλυση.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όταν στο ιστορικό του ασθενούς αναφέρεται κατάδυση με πεπιεσμένο αέρα, η διαφορική μας διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει και αρκετές άλλες

καταστάσεις. Η χρήση πεπιεσμένου αέρα κατά την κατάδυση μπορεί να προκαλέσει την νόσο από αποσυμπίεση η οποία συνδέεται με την δημιουργία φυσαλίδων αζώτου στους ιστούς και στο αίμα κατά τη φάση της ανάδυσης. Η νόσος από αποσυμπίεση εκδηλώνεται με σοβαρό πόνο στις αρθρώσεις αλλά και ποικίλα νευρολογικά συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Ακόμη, κατά την απότομη ανάδυση, η ταχεία έκπτυξη του πεπιεσμένου αέρα στους πνεύμονες μπορεί να προκαλέσει βαρότραυμα από ρήξη των κυψελίδων, πνευμοθώρακα και εμβολή αέρα στα αγγεία που εκδηλώνεται με συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα αλλά και με καρδιαγγειακό shock.

Σε κάθε θύμα πνιγμού με καταδυτική συσκευή πεπιεσμένου αέρα, οι παραπάνω καταστάσεις θα πρέπει να θεωρούνται πιθανές.

Θεραπεία

Η εξασφάλιση της βατότητας των αεραγωγών και η έγκαιρη διόρθωση της υποξαιμίας με τη χορήγηση οξυγόνου, αποτελούν τους άμεσους θεραπευτικούς σε κάθε θύμα με πνιγμό. Ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης θα πρέπει να διατηρείται πάνω από 90% και εάν αυτό δεν εξασφαλίζεται με τη χορήγηση οξυγόνου και την εφαρμογή μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού, ο ασθενής θα πρέπει να διασωληνώνεται και να εισάγεται στη ΜΕΘ για την αντιμετώπιση επιπλοκών όπως το ARDS και η πνευμονίτιδα από εισρόφηση. Η ακτινογραφία θώρακος της εισαγωγής είναι συνήθως αρνητική και οι πνευμονικές διηθήσεις εμφανίζονται 48 - 72 ώρες μετά.

Απόλυτη ένδειξη για διασωλήνωση αποτελεί η κωματώδης κατάσταση του ασθενούς.

Οι ασθενείς με υπόταση χρειάζονται επιθετική χορήγηση υγρών με οδηγό την τιμή της κεντρικής φλεβικής πίεσης.

Σε πνιγμό σε γλυκό νερό, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές δεν είναι συνήθως σημαντικές. Αντίθετα, όταν ο πνιγμός συμβαίνει σε θαλασσινό νερό, είναι συχνή η εμφάνιση υπερνατριαιμίας η οποία θεραπεύεται με επιθετική διούρηση και χορήγηση υπότονων υγρών. Σε αποτυχία της συντηρητικής αγωγής για τη διόρθωση της υπερνατριαιμίας χρειάζεται αιμοκάθαρση.

Πρόγνωση

Ο πιο ευαίσθητος προγνωστικός δείκτης είναι η νευρολογική εικόνα τους ασθενούς μία έως δύο ώρες μετά την ανάνηψη. Ανάλογα με την νευρολογική εικόνα, έχει προταθεί η κατάταξη των ασθενών σε τρεις κατηγορίες βαρύτητας.

Το 90% των ασθενών που κατατάσσονται στην κατηγορία Α και Β και το 50% της ομάδας C επιβιώνουν και έχουν πλήρη αποκατάσταση. Από τους υπόλοιπους ασθενείς της ομάδας C το 10 - 23% έχει μόνιμες νευρολογικές

βλάβες. Συνολικά το 80% των ασθενών με πνιγμό έχει πλήρη αποκατάσταση, το 2-9% παρουσιάζει μόνιμες νευρολογικές βλάβες και το 12% πεθαίνει.

Αντιμετώπιση στην κοινότητα

Συμπτώματα

1. Ο ασθενής αρχίζει να ασθμαίνει ή να αναπνέει με θόρυβο
2. Ο ασθενής πιάνει γερά τον λαιμό του
3. Ο ασθενής δεν μπορεί να μιλήσει
4. Ο ασθενής έχει δυσκολία στην αναπνοή και αρχίζει να βήχει – η αναπνοή μπορεί να σταματήσει
5. Το δέρμα είναι ωχρό, άσπρο, γκρίζο ή γαλαζωπό
6. Ο ασθενής φαίνεται ή ενεργεί πανικοβλημένος
7. Τελικά, επέρχεται απώλεια των αισθήσεων

Άμεση αντιμετώπιση

1. Αν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του, μπορεί να μιλήσει, να βήξει ή να αναπνεύσει, μην παρεμβαίνετε στις προσπάθειές του να βγάλει βήχοντας το αντικείμενο. Αν δεν μπορεί να αναπνεύσει, σταθείτε πίσω του και εκτελέσετε τεχνική Heimlich.
2. Αν ο ασθενής είναι ανίσθητος ή έχει χάσει τις αισθήσεις του, καλέστε βοήθεια και τοποθετήστε τον ανάσκελα σε άκαμπτη επιφάνεια, ανοίξτε τη δίοδο του αέρα και εκτελέστε ΚΑΡΠΑ. Σε αποτυχία αυτής, προσπαθήστε να σαρώσετε τη στοματική κοιλότητα και με προσοχή να αφαιρέσετε το αντικείμενο. Εξακολουθείτε τις προσπάθειες ΚΑΡΠΑ μέχρι να φτάσει βοήθεια ή να εξαντληθείτε.
3. Αν ο ασθενής είναι βρέφος, τοποθετήστε το μπρούμυτα κατά μήκος του βραχίονα με σταθερά χαμηλωμένο το κεφάλι του και δώστε 4 δυνατά χτυπήματα στην πλάτη με την παλάμη σας. Αν αυτό αποτύχει, γυρίστε το ανάσκελα και δώστε 4 γρήγορες ωθήσεις προς τα πάνω στο στήθος του. Αν είναι απαραίτητο, επαναλάβετε τη διαδικασία.
4. Αν ο ασθενής είναι πολύ παχύς ή έγκυος γυναίκα, σταθείτε πίσω του και τοποθετήστε τη γροθιά σας στο κέντρο του στέρνου στο θώρακα, αλλά όχι πάνω από τα πλευρά. Εκτελέστε τεχνική Heimlich, με αυτόν τον τρόπο.
5. Αν είστε μόνος σας, τοποθετείστε την γροθιά σας πάνω στο στομάχι σας και ελαφρά πιο πάνω από τον αφαλό και εκτελέστε τεχνική Heimlich. Αν αυτή η διαδικασία δεν έχει αποτέλεσμα, πιέστε το στομάχι σας δυνατά πάνω από μια καρέκλα, τραπέζι, νεροχύτη ή κιγκλίδωμα.

Αν ο ασθενής πνίγεται στη θάλασσα, διατηρήστε συνθήκες της δικής σας ασφάλειας και δώστε του ένα σωσίβιο, κάποιο αντικείμενο ή ένα άκρο σας για να πιαστεί πριν τον σύρετε προς τα έξω. Πάντα ζητάτε βοήθεια. Αν υποπτεύεστε κάποιο τραύμα στον αυχένα ή την πλάτη του ασθενούς, τοποθετήστε ενώ βρίσκεται ακόμα στο νερό, άκαμπτη επιφάνεια κάτω από τον αυχένα και μέχρι τους γοφούς του ασθενούς και βγάλτε τον στην ακτή. Αν

ο ασθενής δεν αναπνέει, αμέσως μόλις το σώμα του μπορεί να στηριχθεί κάπου, ακόμα και αν είναι στο νερό, αρχίστε αναπνοή στόμα με στόμα ή ΚΑΡΠΑ. Όταν υπάρχει υποψία τραύματος στον αυχένα, να θυμάστε ότι οποιαδήποτε κίνηση του κεφαλιού, είτε μπρος πίσω, είτε προς τα πλάγια, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα παράλυση ή θάνατο. Αν πρέπει λοιπόν να μετακινήσετε τον ασθενή, κρατάτε πάντα το κεφάλι, τον αυχένα και το σώμα του στην ίδια ευθεία.

SHOCK

Shock είναι η αδυναμία του κυκλοφορικού συστήματος να προσφέρει αίμα με επαρκή ροή και πίεση στους ιστούς, ώστε να διατηρηθεί ο αερόβιος μεταβολισμός τους. Η αντιμετώπισή του απαιτεί θεραπευτικούς χειρισμούς, που στόχο έχουν την εξασφάλιση της αιμοδυναμικής σταθερότητας, ώστε να αποκατασταθεί η διαταραχθείσα μικροκυκλοφορική, κυτταρική και υποκυτταρική ομοιόσταση.

Αν το shock δεν αναταχθεί εγκαίρως, οδηγεί στο θάνατο.

Η αποτελεσματική αντιμετώπισή του απαιτεί καλή γνώση της παθοφυσιολογίας του και της φυσιολογίας και φαρμακολογίας της ανάνηψης.

Σε κάθε είδος shock, το καλό ιστορικό και η κλινική εξέταση, σε συνδυασμό με την κλινική εμπειρία, θα καθορίσουν την αναγκαία παρακολούθηση – monitoring, έτσι ώστε οι πληροφορίες που θα ληφθούν να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά. Το επεμβατικό monitoring, κυρίως ο δεξιός καρδιακός καθετηριασμός, δε μας εφοδιάζει με απόλυτους αιμοδυναμικούς δείκτες.

Η συνεχής εκτίμηση της αιμάτωσης και της κλινικής πορείας του ασθενή που βρίσκεται σε shock δίνει τις πληροφορίες για την επάρκεια ή μη της καρδιακής παροχής. Κλινικά σημεία όπως η διανοητική σύγχυση, η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια, το κρύο δέρμα, η περιφερική κυάνωση ή τάση για υπόταση, συνηγορούν ισχυρά υπέρ της μειωμένης παροχής οξυγόνου στους ιστούς. Στις περιπτώσεις αυτές, οι θεραπευτικοί χειρισμοί πρέπει να είναι άμεσοι και επιθετικοί, γιατί η έγκαιρη αποκατάσταση και η διατήρηση στα απαραίτητα επίπεδα της ιστικής οξυγόνωσης, θα εξασφαλίσει τη λειτουργική ακεραιότητα των οργάνων και επομένως την επιβίωση του βαρέως πάσχοντος.

Παθοφυσιολογία του shock

1. Υποογκαιμικό Shock

Το υποογκαιμικό shock προκαλείται από ελάττωση του ενδοαγγειακού όγκου. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε ελάττωση της φλεβικής επιστροφής, ελάττωση του τελοδιαστολικού όγκου και επομένως της καρδιακής παροχής. Παρατίθενται τα κλινικά σημεία και η αιτιολογία που προκαλούν υποογκαιμικό shock:

Κλινικά σημεία

- Μικρός και ταχύς σφυγμός
- Ψυχρά και κυανωτικά άκρα
- Επιβραδυνόμενη τριχοειδική πλήρωση
- Ελάττωση καρδιακών ήχων

Αιτιολογία

- Αιμορραγία (φανερή ή μη)
- Απώλεια υγρών από το ΓΕΣ
- Εγκαύματα
- Αύξηση τριχοειδικής διαβατότητας
- Σήψη
- Ενδοκρινικές διαταραχές
- Διούρηση

2. Καρδιογενές Shock

Το καρδιογενές shock προκαλείται από ελάττωση της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου. Η κατάσταση αυτή οδηγεί στην ελάττωση της καρδιακής παροχής. Το καρδιογενές shock αιμοδυναμικά, χαρακτηρίζεται από αύξηση του προφορτίου και των αγγειακών αντιστάσεων. Παρατίθενται τα κλινικά σημεία και οι κυριότερες αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν καρδιογενές shock.

Κλινικά σημεία

- Μικρός σφυγμός
- Ψυχρά άκρα με κακή αιμάτωση
- Διάταση σφαγίτιδων
- Αρρυθμίες

Αιτιολογία

- Ισχαιμία / έμφραγμα
- Βαλβιδική νόσος
- Μυοκαρδίτιδα
- Μυοκαρδιοπάθεια
- Σηψαιμία
- Αρρυθμίες
- Φάρμακα (β – αποκλειστές, αναστολείς ιόντων ασβεστίου, χημειοθεραπευτικά)

3. Υπερδυναμικό Shock

Η κυριότερη αιμοδυναμική διαταραχή στο υπερδυναμικό shock είναι η αγγειοδιαστολή που συνήθως συνοδεύεται από αυξημένη καρδιακή παροχή. Πιο συχνή αιτία είναι η σήψη και λιγότερο συχνή το νωτιαίο shock, η οξεία

φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια και η θυρεοτοξίκωση. Η αιμάτωση και η προσφορά οξυγόνου στους ιστούς εξαρτάται από την ικανότητα της καρδιάς να αυξήσει και να διατηρήσει αυξημένη την καρδιακή παροχή. Το προφορτίο είναι συχνά ελαττωμένο λόγω της συστηματικής αγγειοδιαστολής και της αυξημένης τριχοειδικής διαβατότητας. Η καρδιακή συσταλτικότητα είναι επίσης συχνά ελαττωμένη λόγω μυοκαρδιακής καταστολής από τις κυτταροκίνες, τη μυοκαρδιακή ισχαιμία, τη διαταραχή του μυοκαρδιακού μεταβολισμού, την ελάττωση του πληθυσμού των β – υποδοχέων και του μυοκαρδιακού οιδήματος. Η παθοφυσιολογία του υπερδυναμικού shock είναι κατά κανόνα σύνθετη και συχνά απαιτεί επεμβατικό monitoring για την παρακολούθηση των αιμοδυναμικών παραμέτρων.

Κλινικά σημεία

- Πρώιμα: Ζεστά άκρα με καλή αιμάτωση, μεγάλος σφυγμός
- Όψιμα: Ψυχρά άκρα με κακή αιμάτωση, μικρός σφυγμός

Αιτιολογία

- Φλεγμονώδεις διαταραχές
- Νευρογενείς βλάβες
- Αναφυλαξία
- Σήψη από βακτήρια, μύκητες, ιούς

4. Αποφρακτικό Shock

Οφείλεται σε παρεμπόδιση της φλεβικής επιστροφής του αίματος. Αιμοδυναμικά συνυπάρχουν στοιχεία υποογκαιμίας και καρδιογενούς δυσλειτουργίας. Αιτίες είναι ο πνευμοθώρακας υπό τάση, ο υδροθώρακας, το πνευμομεσοθωράκιο, η συμπτωτική περικαρδίτιδα. Αιμοδυναμικά, παρατηρούνται ελαττωμένο προφορτίο από ελαττωμένη πλήρωση των κοιλιών, αλλά επίσης και αύξηση των τελοδιαστολικών πιέσεων και ελάττωση της διατασιμότητάς τους. Κλινικά παρατηρείται ταχυκαρδία, υπόταση, αγγειοσύσπαση και διόγκωση των σφαγίτιδων.

Καρδιογενές Shock από δυσλειτουργία της Δεξιάς Κοιλίας

Πρόκειται για οξεία ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας κυρίως λόγω ισχαιμίας, εμφράγματος, πρωτοπαθούς πνευμονικής υπέρτασης, θρομβοεμβολικής νόσου, παρόξυνσης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, σοβαρής κίρρωσης.

Διάγνωση

Σε κάθε ασθενή με shock, θα πρέπει να δίνεται κλινική απάντηση στα παρακάτω διαδοχικά ερωτήματα:

- Είναι η καρδιακή παροχή ελαττωμένη ή αυξημένη; Ο συνδυασμός αυξημένης καρδιακής παροχής με υπόταση, χαρακτηρίζεται από μεγάλη πίεση παλμού, χαμηλή διαστολική πίεση, ζεστά άκρα με καλό τριχοειδικό σφυγμό, πυρετό ή

υποθερμία και λευκοκυττάρωση ή λευκοπενία. Τα παραπάνω ευρήματα συνηγορούν υπέρ του σηπτικού shock. Αντίθετα, η ελαττωμένη καρδιακή παροχή χαρακτηρίζεται από μικρή πίεση παλμού, ψυχρά άκρα και χαμηλό τριχοειδικό σφυγμό. Σε μια τέτοια περίπτωση θα πρέπει να δίνεται απάντηση από επόμενο κλινικό ερώτημα:

- Είναι η καρδιά γεμάτη, έχει δηλαδή αυξημένο ή ελαττωμένο προφορτίο; Στο πρώτο ενδεχόμενο τα κλινικά ευρήματα είναι τυπικά του καρδιογενούς shock: διόγκωση των σφαγίτιδων, περιφερικό οίδημα, υγροί ρόγχοι, 3^{ος} καρδιακός τόνος, οπισθοστερνικό άλγος, ισχαιμικές αλλοιώσεις στο ΗΚΓ, ακτινολογικά ευρήματα πνευμονικού οιδήματος. Στο δεύτερο ενδεχόμενο τα παραπάνω κλινικά σημεία απουσιάζουν και η διάγνωση του υποογκαιμικού shock είναι σχεδόν βέβαιη. Στην περίπτωση αυτή, η κλινική εξέταση θα πρέπει να κατευθύνεται στην εξακρίβωση μιας πιθανής απώλειας αίματος (τραύμα, αιματέμμεση, κοιλιακή διάταση, πτώση αιματοκρίτη) ή αφυδάτωσης (ελαττωμένη σπαργή δέρματος, έμετοι, διάρροια). Η διάκριση μεταξύ καρδιογενούς και υποογκαιμικού shock είναι απαραίτητη γιατί η θεραπευτική τους προσέγγιση είναι διαφορετική. Πολλές φορές, ο παραπάνω διαγνωστικός αλγόριθμος δεν είναι αρκετός για την ακριβή διάγνωση και θα πρέπει να απαντηθεί ένα τρίτο ερώτημα:
- Τι δεν ταιριάζει με τα παραπάνω; Πολύ συχνά στην κλινική πράξη, το shock μπορεί να έχει διπλή αιτιολογία, π.χ. σηπτικό shock σε συνδυασμό με ισχαιμία του μυοκαρδίου ή / και υποογκαιμία, καρδιογενές shock που επιπλέκεται με υποογκαιμία ή σήψη, κλπ. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτούνται περισσότερα δεδομένα για την ακριβή διάγνωση και θεραπεία, όπως για παράδειγμα, υπερηχογράφημα καρδιάς ή / και δεξιός καρδιακός καθετηριασμός.

Αντιμετώπιση

Γενικές Αρχές

Η αντιμετώπιση του ασθενή με shock, θα γίνει με βάση τις αρχές ανάνηψης του βαρέως πάσχοντος. Πρωταρχικά, εξασφαλίζεται η βατότητα του ανώτερου αεραγωγού και στη συνέχεια η επάρκεια αερισμού. Τονίζεται ότι σε οποιοδήποτε είδος shock, το έργο των αναπνευστικών μυών αυξάνεται εκθετικά, κυρίως εξαιτίας της προσπάθειας αντιρρόπησης της μεταβολικής οξέωσης από την ιστική υποξία αλλά και του πνευμονικού οιδήματος σε περίπτωση καρδιογενούς shock. Στο shock, οι αναπνευστικοί μύες μπορεί να λαμβάνουν έως και το 25% της καρδιακής παροχής. Επομένως, ο μηχανικός αερισμός, πολύ συχνά, κρίνεται απαραίτητος στην αντιμετώπιση του shock. Με τον μηχανικό αερισμό, η αιματική ροή ανακατανέμεται σε άλλα ευγενή όργανα και διορθώνεται η αναπνευστική και μεταβολική οξέωση από την