

Šokk

A. Tüüpkäsitlus

Anamnees:

- peamiseks ülesandeks on välja selgitada võimalik šoki põhjus.
- kui patsiendi enda käest ei ole võimalik adekvaatset informatsiooni saada, tuleb küsitleda pealtnägijaid, omakseid, otsida vihjeid sündmuskohalt
- eelkõige tuleb mõelda kardiogeensele, hüповoleemilisele või anafülaktilisele šokile

Objektiivne leid:

- üldseisund
 - o patsiendi teadvuse seisund
 - o naha värvus ning temperatuur ja niiskus
 - o südame löögisagedus ning vererõhk
 - o hingamissagedus, SpO2 kui on mõõdetav
 - o kehatemperatuur
 - o veresuhkru väärtus
- viited arvataval e šoki põhjusele
 - o kaelaveenide täituvus – viitab parema südamepoole ülekoormusele (perikardi tamponaad, KATE, pingeline õhkrind, kardiogeenne šokk)
 - o kardiogeense šoki kahtlusel EKG peale patsiendi esmast stabiliseerimist
 - o kopsude auskultatsiooni leid – paisuräginad südamepuudulikkuse, kiuned nt. anafülaksia korral.
 - o kõhu palpatsioon – kahtlus aordi aneurüsmi ruptuurile, kõhutraumale, ägedale kõhule
 - o viited verejooksule – veri suu ümber, meleena, hematuuria, verejooks võimalikest haavadest
 - o traumatunnused – võimalik hemorraagiline šokk või spinaalne šokk
 - o kõrge palavik, infektsioonitunnused – septiline šokk naha punetus, tuse, lööve, uritkaaria – viitab ägedale
 - o allergilisele reaktsioonile, anafülaksiale

Käsitlus:

- anda patsiendile hapnikku reservuaariga maskiga 6-10 l/min rajada veenitee, esimesel võimalusel asetada ka teine veenikanüül võimalikult suure valendikuga
- kardiomonitoring
- massiivne infusioonravi (v.a. kardiogeense šoki puhul)
- anafülaktilise šoki puhul adrenaliini i/v boolusena või infusioonina.
- ohtlike rütmihäirete ravi, eelistatult elektriline kardioversioon.
- lisada infusioonile inotropne ravi dopamiini ja/või noradrenaliiniga perfuusoriga
- hingamispuudulikkuse korral intubatsioon või alternatiivne vabade hingamisteede meetod kopsude mehaanilise ventilatsiooni läbiviimiseks
- traumahaigel võimalusel verejooksu peatamine ja edasise verekaotuse vähendamine. Selleks optimaalne hoida RRs 100 mmHg piires.

Transport:

- kiire raamitransport intensiivravi võimaldavas haiglasse
- haigla informeerimine patsiendi seisundist ning saabumise ajast

B. Indikaatorid

Anamnees

- Kas anamneesist selgub võimalik šoki põhjus?

Objektiivne leid:

- Üldseisundi hindamine
 - o Kas on hinnatud patsiendi teadvuse seisundit?
 - o Kas on kirjeldatud naha värvus ning temperatuur ja niiskus?
 - o Kas on mõõdetud südamesagedust ning vererõhku?
 - o Kas on mõõdetud hingamissagedust ja SpO2 (kui on mõõdetav)?
 - o Kas on mõõdetud kehatemperatuuri?
- Kas on otsitud viiteid arvatavale šoki põhjusele ning neid õieti tõlgendatud?
 - o Kas on hinnatud kaelaveenide täituvust?
 - o Kas stabiliseeritud patsiendile on tehtud EKG? Kas on auskulteeritud kopse?
 - o Kas on palpeeritud kõhtu ja leidu kirjeldatud? Kas on otsitud viiteid ägedale verejooksule?
 - o Kas on otsitud traumatunnuseid ja neid kirjeldatud?
 - o Kas on tuvastatud kõrge palavik, muud infektsioonitunnused?
 - o Kas on leitud naha punetus, turse, lööve, urtikaaria?

Käsitlus:

- Kas patsiendile on antud hapnikku reservuaariga maskiga?
- Kas on rajatud kaks veeniteed?
- Kas patsiendile on rakendatud massiivset infusioonravi (v.a. kardiogeense šoki puhul)?
- Kas patsient on kardiomonitoritud?
- Kas anafülaktilise šoki puhul on patsiendile manustatud adrenaliini i/v boolusena või infusioonina?
- Kas ohtlike rütmihäirete puhul on patsiendile teostatud elektriline või medikamentoosne kardioversioon?
- Kas püsiva hüpotensiooni puhul on infusioonile lisatud dopamiini ja/või noradrenaliini perfuusoriga?
- Kas hingamispuudulikkuse korral on patsient intubeeritud või kasutatud alternatiivset meetodit avatud hingamisteedeks ning rakendatud kopsude mehaanilist ventilatsiooni?
- Kas traumahaigel on peatatud/püütud peatada verejooks?

Transport:

- Kas patsient on liigse viivitusega transporditud haiglasse?
- Kas haiglat on eelnevalt informeeritud patsiendi seisundist ning saabumise ajast?