

心源性休克的护理

心源性休克的护理

休克的概述

心源性休克概念、病理机制

心源性休克的临床表现特点

心源性休克的监测及护理要点

概述

一、休克的定义：

是由于各种原因导致的急性循环障碍，使周围组织血流灌注量严重不足（微循环障碍），以致各重要生命器官机能代谢发生严重障碍的全身性病理生理过程。

概述

二、分类

按病因分类

低血容量性：失血、创伤、烧伤、失液

感染性：感染性疾病

心源性：心梗、心律失常、心脏手术等

过敏性：药物、血清制剂、输血 / 血浆、其他

神经源性：高位脊髓损伤、脊髓神经炎、脑疝

梗阻性：肺栓塞、夹层动脉瘤

内分泌性：粘液性水肿、嗜铬细胞瘤

概述

二、分类

按
病
理
生
理
分
类

低血容量性休克(Hypovolemic shock)

心源性休克(Cardiogenic shock)

分布性休克(Distributive shock)

梗阻性休克(Obstructive shock)



概述

二、分类

按血液动力学分类

低动力型休克
(低排高阻型)

低血容量性

创伤性

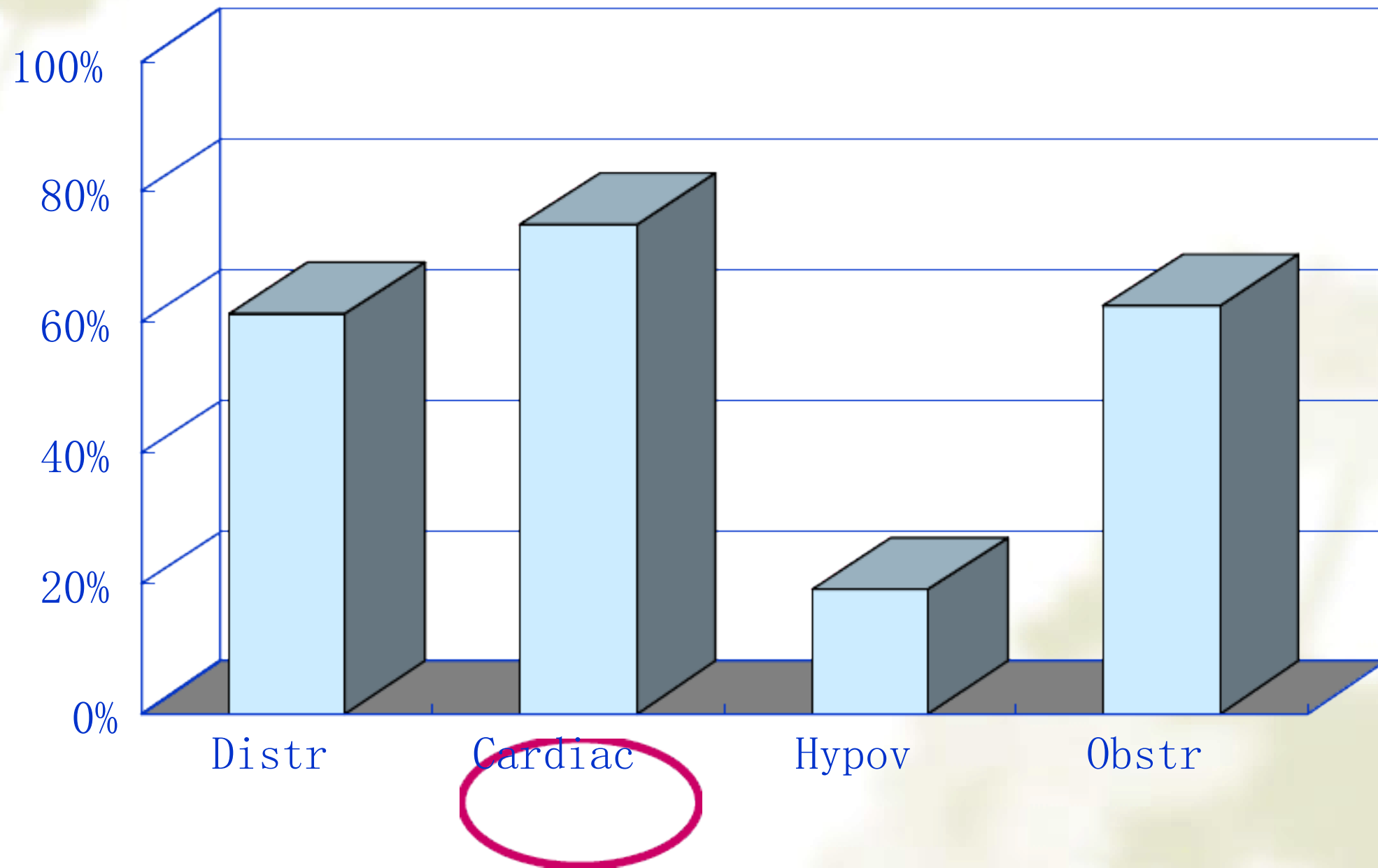
心源性

大部分感染性休克

高动力性休克：革兰氏阳性球菌感染性休克
(高排低阻型)



不同类型休克的死亡率



心源性休克的病理机制

一、定义：

心源性休克是**心泵衰竭**的极期表现，由于心
排血功能衰竭，不能维持其最低限度的心输出
量，导致血压下降，重要脏器和组织供血不足，
引起**全身性微循环功能障碍**，从而出现一系列
缺血、缺氧、代谢障碍及重要脏器损害为特征
的病理生理过程。

心源性休克的病理机制

二、病因

1. 心肌收缩力极度降低：大面积急性心梗、心肌炎、心肌病及严重心律失常等。
2. 心室射血障碍：大面积肺梗、急性瓣膜病变。
3. 心室充盈障碍：急性心包填塞、持续性心动过速，心房肿瘤或球型血栓嵌顿在房室口，心室内占位性病变等。

心源性休克的病理机制

4. 心脏直视手术后低排量综合征。
5. 混合型：即同一病人可同时存在两种或两种以上原因。

广义的心源性休克： 以上原因所致心源性休克。

狭义的心源性休克： 急性心肌梗死并心源性休克。
临床最常见。

不同病因的休克共同环节：**急性微循环障碍**

心源性休克的病理机制

泵功能衰竭

心输出量降低

氧输送降低

外周血管阻力增加

心源性休克的临床表现特点

休克的表现 + 心脏病的症状及体征

心源性休克的临床表现特点

急性心肌梗死并心源性休克

1. 血压下降:

- (1) 原血压正常者, 收缩压 $< 10.7\text{kPa}$ (80mmHg), 舒张压 $< 8.0\text{kPa}$ (60mmHg)。
- (2) 原有高血压者, 收缩压 $< 12.0\text{kPa}$ (90mmHg), (持续半小时以上); 或从原水平降低 30% 以上; 或血压下降 $> 10.7\text{kPa}$ (80mmHg)。

2. 周围循环衰竭的症状及器官血流灌注不足的表现：

- (1) 神志不清或呆滞、烦躁、表情淡漠，
- (2) 面色苍白、四肢厥冷、大汗淋漓、肢端末梢发绀，
- (3) 脉搏快而细，
- (4) 尿量？ 20ml/h或？ 400 ml/d， （0.5ml/h/kg）
- (5) 呼吸浅促，临终前有呼吸不规则或暂停表现，
肝肾功能障碍和高乳酸血症表现。

正常值：1~2mmol

意义：休克越严重，时间越长，血乳酸浓度越高

复苏有效：12~24小时内明显下降

>8mmol，病人生还的希望很小。

3. 血流动力学改变（有条件的单位）：

(1) 心脏指数（CI）？ $2.0\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$

(2) 肺动脉楔压（PCWP）？ 2.4kPa （ 18mmHg ）

(3) 中心静脉压（CVP）？ 1.18kPa （ $12\text{cmH}_2\text{O}$ ）

(4) 总外周血管阻力（TPR）？ $1400\text{dyn}\cdot\text{s}\cdot\text{cm}^{-5}$

4. 排除其他原因所致血压下降：

如：严重心律失常、血容量不足（呕吐、进饮少、利尿甚）、代谢性酸中毒、剧烈疼痛、应用抑制心肌的药物、过敏、感染、出血性休克等。

心源性休克的监测及护理

急性心梗并心源性休克

一、一般监测

胸痛的监测

心电、呼吸、血压、体温、 SaO_2 、尿量观察

酸碱和电解质

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/418126067124006075>