



هيئة التعليم الطبي
كلية التمريض

أساسيات العناية المركزة

Principles of Critical Care

إعداد

د. طرف داغستاني

شارك في الإعداد

د. حسين الزعبي د. طلال نقار

د. محمد شعبان د. رائد كوكو

د. عصام العديوي

2017 – 2018

1439





هيئة التعليم الطبي

كلية التّخدير

أساسيات العناية المركزة

Principles of Critical Care

إعداد

د. طريف الداغستاني

شارك في الإعداد

د. حسين الزعبي

د. طلال نقار

د. محمد شعبان

د. رائد كولكو

د. عصام العدوي

الطبعة الأولى

2018 - 2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

((وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَانَ مِمَّا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا))

صِدْقَ اللَّهِ الْعَظِيمِ

مقدمة الطبعة الأولى

بسم الله الرحمن الرحيم

"وقل رب زدني علماً"

يعتبر طب العناية المركزة من فروع الطب الاختصاصية التي تطورت كثيراً في العقود الثلاثة الماضية. لقد كانت وحدة العناية المركزة تعتبر الغرفة ما قبل الوفاة حيث كان المريض الحرج يقضي آخر أيام عمره فيها. لقد تغير مفهوم طب العناية المركزة كثيراً حيث أصبح يحاول كشف علامات المرض الحرج باكراً كما تم إحداث فرق التدخل السريع خارج العناية، أما بالنسبة إلى قبول المرضى إلى العناية فلم يعد يقبل إلا المرضى الذين يستفيدون من العلاج فيها. كل التغيرات السابقة أدت إلى التقليل من نسبة وفيات العناية ومن إضاعة الموارد الصحية من دون جدوى.

لقد كان من دواعي سروري أن كلفت بتدريس مقرر العناية المركزة لطلاب كلية التخدير في هيئة التعليم الطبي، كونه مجال اختصاصي ولأنني أحب مجال التعليم أيضاً. لكن فوجئنا بغياب المراجع الحديثة باللغة العربية، مما اضطرنا إلى إعداد مؤلف جديد في طب العناية المركزة باللغة العربية. تخلل هذا العمل الذي استغرق أكثر من سنة الكثير من الصعوبات، حيث تم البحث عن المراجع الطبية الأجنبية الحديثة وجمع المعلومات منها وترجمتها وتنقيحها، إضافة إلى تبسيطها لتصبح مقبولة ومفهومة من قبل طلابنا وللمبدئين في فهم هذا العلم.

نضع بين أيدي طلابنا الأعزاء الطبعة الأولى من كتاب "أساسيات العناية المركزة" الذي يدرس لطلاب كلية التخدير على فصلين دراسيين، حرصنا أن تكون المادة العلمية فيه مكثفة وسلسة بنفس الوقت، لكي يكون لهم لبنة أساسية لفهم هذا العلم، ومن ثم ممارسته، وقد تم الاهتمام بذكر المصطلحات الأجنبية باللغة الإنكليزية كي يتذكرها الطلاب وتشجيعاً لهم على الاهتمام بالمصادر الطبية الأجنبية والقراءة منها. كما نأمل أن يغني هذا المؤلف مكتبتنا الطبية العربية كمرجع مبسط في علوم العناية المركزة.

ولا يسعنا إلا أن نشكر الله أولاً لأنه أعاننا على إنجاز هذا العمل المتواضع، وأن نشكر زملاءنا الأطباء الأكارم الذين ساعدونا في إتمام العمل: د. حسين الزعبي، ود. طلال نقار، ود. محمد شعبان، ود. رائد كولكو، ود. عصام العدوي ونسأل الله أن يجزيهم خير الجزاء.

نسأل الله أن يجعل عملنا خالصاً لوجهه الكريم وأن ينفع بهذا العلم، والله ولي التوفيق

د. طريف محمد طاهر الداغستاني

استشاري عناية مركزة

مدرس مقرر العناية المركزة-كلية التخدير

بتاريخ 2017/12/25

الفصول الرئيسية

رقم الصفحة	عنوان الفصل	رقم الفصل
07	مدخل إلى العناية المركزة	الأول
24	مقاربة المريض الحرج	الثاني
49	المراقبة الهيموديناميكية للمرضى الحرجين	الثالث
73	الصدمة الدورانية وأنواعها	الرابع
100	مبادئ التهوية الآلية	الخامس
126	إضطرابات التوازن الحمضي القلوي وغازات الدم	السادس
141	اضطرابات النظم القلبية	السابع
164	تدبير السوائل والشوارد في العناية المركزة	الثامن
215	القصور التنفسي الحاد	التاسع
235	الإنتانات المهددة للحياة وأساليب الوقاية من العدوى	العاشر
269	التهدئة والتسكين والارخاء في العناية المركزة	الحادي عشر
295	أساسيات العناية التمريضية في العناية المركزة	الثاني عشر
214	المعالجة الداعمة والمعالجة الوقائية في العناية المركزة	الثالث عشر
231	نقل المريض الحرج	الرابع عشر
350	العلاقة مع عائلة المريض والقضايا القانونية والأخلاقية في العناية المركزة	الخامس عشر

الفصل الأول

مدخل إلى العناية المركزة

Introduction to Intensive Care

- ❖ البدايات التاريخية
- ❖ تعريف وحدة العناية المركزة
- ❖ مستويات العناية المركزة
- ❖ أنواع العناية المركزة
- ❖ المواصفات العامة
- ❖ تجهيزات العناية
- ❖ نظام العناية
- ❖ طواقم العناية
- ❖ تنظيم العمل في العناية
- ❖ اختصاص العناية
- ❖ مستقبل العناية المركزة

مدخل إلى العناية المركزة

1. البدايات التاريخية History of ICU

نشأت فكرة العناية المركزة من وجود إصابات حادة وخطيرة مهددة للحياة أو بعد العمليات الجراحية الكبيرة والحاجة لتجميعهم في مكان واحد وتقديم علاجات خاصة لهم.

وقد بدأ تطبيق الفكرة في أمريكا من قبل الدكتور Dandy حيث فتح أول عناية جراحية عصبية مكونة من 3 أسرة في مستشفى جون هوبكنز. في عام 1927 تم إنشاء أو مركز للعناية بالمواليد الخدج في مستشفى سارة موريس في شيكاغو. وخلال الحرب العالمية الثانية تم فتح ما يسمى بأجنحة تدبير الصدمة لإنعاش الجنود المصابين في الحرب.

ما بين عام 1946-1948 اجتاح وباء شلل الأطفال أوروبا إلى أمريكا وسبب وفيات في الإصابات بسبب الشلل التنفسي والقصور التنفسي الحاد. فتم في الدانمارك اختراع التهوية اليدوية من خلال وضع أنبوب في الرغامى للمصابين بشلل الأطفال، حيث عرفت بـ التهوية الإيجابية المنقطة IPPV والتهوية اليدوية. واحتاجت الإصابات الشديدة عناية تمريضية مركزة.

وخلال الخمسينات من القرن الماضي أدى تطور التهوية الآلية إلى تنظيم ما يدعى بالعنايات المركزة التنفسية في كل من أوروبا وأمريكا وظهر فائدة مراقبة هؤلاء المرضى وجمعهم في مكان واحد. وتم فيما بعد إنشاء عناية عامة للمرضى ذوي الأمراض الشديدة بمن فيهم مرضى ما بعد الجراحة لأسباب مشابهة. وقد أدى تطور الإجراءات الجراحية (مثل زراعة الكبد والرئة...) إلى الحاجة للعناية المركزة بهؤلاء المرضى ما بعد الجراحة.

2. تعريف بوحدة العناية المركزة What is ICU

تعتبر وحدة العناية المركزة (ICU) intensive care unit وحدة مستقلة للعناية السريرية بالمرضى والتي تتعاون مع أقسام المستشفى الأخرى. تستخدم وحدة العناية المركزة أفضل التقنيات والأجهزة لمراقبة ودعم الوظائف الحيوية المتدهورة في المرضى الحرجين، وهم المرضى الذين لديهم مرض مهدد لحياتهم. تحتوي العناية المركزة على التجهيزات اللازمة وطواقم العمل المتخصصين بشكل متواصل.

وبهذا فإن مرضى العناية المركزة يمكن أن نضعهم في مجموعتين:

- المرضى الذين يحتاجون المراقبة والمعالجة بسبب تدهور واحد أو أكثر من الوظائف الحيوية وذلك إما لمرض حاد أو بعد الإجراءات التداخلية أو الجراحية أو الرضوض.
- المرضى الذين لديهم مسبقاً فشل في أحد الأجهزة الحيوية (مثل جهاز الدوران أو التنفس أو الكلى أو العصبي المركزي) مع وجود فرصة للشفاء الوظيفي بشكل مقبول.
- تطور مفهوم العناية المركزة خلال العقود الثلاثة الأخيرة، حيث أصبح يقوم بتقديم خدمات العناية بالمرضى الحرجين في المشفى سواء داخل وحدات العناية المركزة أو خارجها، والبدء الباكر بكشف المرضى الحرجين وتديبرهم (من خلال نظام الاستجابة السريعة RRS أو RRT)، وقبول المرضى القابلين للعلاج.
- كمبدأ عام المرضى الذين لديهم مرض نهائي غير قابل للتراجع أو العلاج لا يستطب قبولهم للعناية المركزة.

3. مستويات العناية المركزة Levels of ICU

- تحتاج المشافي الصغيرة إلى وحدات عناية مركزة تؤمن الخدمات الأساسية للمرضى الحرجين أما في حال احتاج المرضى لإجراءات أكثر تعقيداً فتحتاج لعنايات متقدمة أكثر، ويتم ذلك في عنايات المشافي الكبيرة المرجعية، وتنقسم العناية المركزة إلى مستويات ثلاثة بحسب امكانياتها
- أ- **المستوى الأول level I ICU** وهي عبارة عن عناية مركزة في المشافي الصغيرة والتي تؤمن الإنعاش والدعم القلبي والنفسي قصير الأجل للمرضى. ودورها الأساسي في المراقبة ومنع الاختلاطات باكراً. وتحتوي على المنافس الآلية والمراقبة القلبية الوعائية الباضعة لعدة ساعات. ينبغي أن يملك مسؤول العناية شهادة في العناية المركزة
- ب- **المستوى الثاني level II ICU** وتتواجد في المشافي الأكبر وتقدم عناية مشددة عالية المستوى بما فيها دعم الأجهزة الحيوية المتعددة، وينبغي توافر مدير طبي وصيدلية وتشريح مرضي وأشعة، قد تنقص بعض الاختصاصات في المشفى مثل الأشعة التداخلية والجراحة القلبية...). ينبغي أن يكون المدير الطبي وأحد الاختصاصيين معه لديهم شهادة في العناية المركزة. يجب طلب تديبر المرضى المقبولين في العناية من قبل اختصاصيي العناية الموجودين
- ت- **المستوى الثالث level III ICU** وتتواجد هذه العنايات في المشافي المرجعية الكبيرة. وينبغي أن يوفر هذا المستوى من العنايات كل التدابير اللازمة للمرضى الحرجين ولمدة غير محدودة. كما ينبغي أن تمتلك الإمكانيات اللازمة للتعليم والأبحاث. تدار هذه العنايات من اختصاصيين في العناية مع وجود برامج تدريب للطاقم الطبي الموجود، إضافة لوجود ممرضات عناية، ومعالجين تنفسيين ومعالجين فيزيائيين واختصاصيي الصيدلة السريرية والتغذية. كما يجب أن تتوفر كل أنواع الاستقصاءات

المخبرية والشعاعية وعلى مدار الساعة، وتوافر كل الاختصاصات اللازمة بالعناية بالمرضى. كل المرضى المقبولين في العناية من المستوى الثالث يتبعوا لاختصاصيي العناية (نظام العناية المغلق). يتبع نظام مستويات العناية هذا في الدول الأوروبية أما في أمريكا فيكون الترتيب بالعكس بحيث أن العناية من المستوى الأول هي الأكثر تقدماً ثم الثاني فالثالث.

4. أنواع العناية المركزة ICU

قد تقوم المشفى بتقسيم العناية المركزة على وحدات متعددة بحيث تختص كل وحدة بتدبير مرضى العناية التابعين لاختصاص معين مثلاً العناية الداخلية، والعناية الجراحية، وعناية الحروق، وعناية الرضوض وهكذا..... ولكن العديد من الدول تفضل نظام العناية متعددة الاختصاصات من دون التقسيم لوحدها على اعتبار أن المرضى الحرجين لديهم آلية مرضية متشابهة بغض النظر عن الإصابة الأساسية لأي اختصاص كانت، إضافة لإمكانية الاستفادة من التجهيزات بالشكل الأمثل. ولكن عادة يتم فصل العناية الكليلية وعناية الأطفال والولدان.

تشكل اسرة العناية عموماً ما نسبته حوالي 10% من أسرة المشفى، ويعتمد عدد الأسرة على دور ونوع العناية المطلوبة. فالعنايات متعددة الاختصاصات تحتاج عدد اسرة أكبر عموماً. وبشكل عام تعتبر العناية بعدد أسرة أقل من أربعة صغيرة جداً ولا يمكن أن تقدم الخبرة الكافية للطواقم الطبي الموجود. ومن الناحية الأخرى فإن العنايات الضخمة جداً (أكثر من 20 سرير) تخلق مشاكل كبير في إمكانية تدبير المرضى، والعدد النموذجي من الأسرة لكل وحدة عناية ما بين 10-14 سرير. ومن المقترح ألا يزيد عدد المرضى التابعين لكل فريق طبي في العناية عن 12 مريضاً خشية تراجع في مستوى العناية بالمرضى.

العناية الفائقة أو المتوسطة HDU:

تعتبر العناية الفائقة وحدة مجهزة بمستوى متوسط للعناية بالمرضى ما بين أجنحة التنويم والعناية المركزة. قد تنشأ ضمن أجنحة المرضى لاختصاص معين أو أن تكون مجاورة للعنايات المركزة وتتبع لها وهذا هو الغالب. تؤمن العناية الفائقة مراقبة ودعماً للمرضى الذين لديهم قصور حاد في أحد الأعضاء أو لديهم خطورة لتطور مثل هذا القصور الحاد. يمكن أن يبدأ تدبير المرضى عالي الخطورة فيها بعد نقلهم من غرف التنويم step-up كما أنها قد تكون المكان المناسب لخريج مرضى العناية قبل استقرار الحالة بشكل نهائي ونقلهم إلى أجنحة التنويم step-down. أما التجهيزات التي ينبغي توافرها في العنايات الفائقة فهي تلك التي تؤمن التدبير السريع للمرضى كالتالي في الطوارئ (بما فيها التهوية الآلية). وتلعب هذه العنايات دوراً هاماً في حال قصور عضو وحيد لدى المرضى.

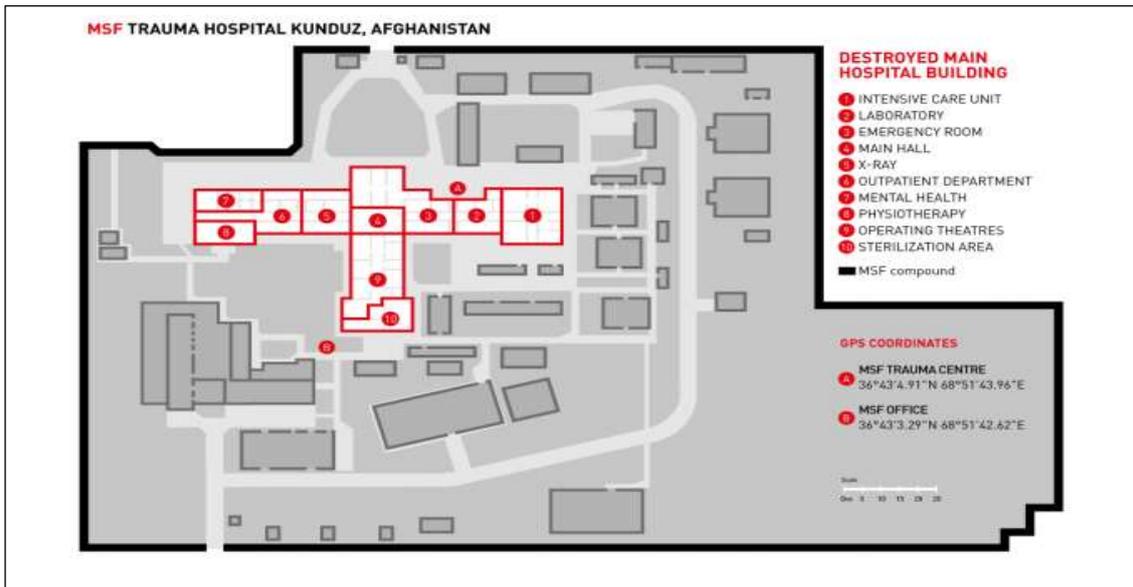
5. المواصفات العامة لوحدة العناية المركزة General characteristics of ICU

أ. الموقع والتصميم الهندسي:

العناية ليست جناحاً عادياً. والهدف من تصميم العناية خلق بيئة صحية، والذي يؤمن تحسن الحالة الجسمية والنفسية للمرضى والطاقم الطبي والزوار. ويعتبر التصميم المثالي للعناية هو الذي يساعد في التقليل من الأخطاء الطبية ويحسن النتائج للمرضى ويقلل مدة المكث في العناية، ويعزز الدعم الاجتماعي للمرضى إضافة إلى أنه قد يقلل التكلفة اللازمة. عموماً يتصف التصميم النموذجي بمرونته وقدرته على تقبل التطورات التي تحدث في الممارسة والتكنولوجيا.

تخطيط موقع العناية في المشفى ينبغي أن يوفر طريقاً سريعاً إلى كل أماكن الرعاية الحادة بالمرضى مثل غرف العمليات، وغرف الافاقة ما بعد العمليات، وقسم الطوارئ، ومنطقة الإجراءات الضرورية (مثل التنظير الهضمي، ومختبر القسطرة القلبية)، والاستقصاءات الشعاعية اللازمة (مثل التصوير الطبقي المحوري). يجب توفر خطوط الاتصالات على مدار الساعة. مع توفر تسهيلات النقل الآمن لمرضى العناية من وإلى العناية كتوفر ممرات واسعة وسالكة ومصاعد قريبة واسعة (ومن المعتمد توفر مصعد خاص بالعناية). كما ينبغي توفر منطقة أو غرفة للاستقبال العام وخدمات شؤون المرضى. وتكون المساحة الكلية للعناية 2,5 إلى 3 مرات المساحة المخصصة للعناية بالمرضى. ينبغي أن تكون منطقة العناية مغلقة بحيث لا يتم الدخول لها إلا بإذن، وتكون محمية أمنياً.

الشكل (1-1)



تقسم منطقة العناية المركزة إلى أربعة مناطق رئيسية: منطقة العناية بالمرضى، ومنطقة الدعم السريري، ومنطقة وحدة الدعم، ومنطقة دعم العائلة.

ب. منطقة العناية بالمريض

- وتتكون من غرف المرضى والمناطق المجاورة لها، وهدفها العناية بالمريض، وهي أهم منطقة.
 - كل سرير عناية يحتاج مساحة 20م² على الأقل (تصل إلى 25 م² في الغرفة المفردة) مع منطقة حركة محيطة بالسرير بمسافة 2,5 م على الأقل.
 - في غرف العناية المفردة ينبغي أن تكون المسافة حوالي 1,2 م من عند الرأس والقدمين، و1,8 م من الجانبين. يوجد نظام الأسرة المفتوحة (تفصل بستائر عادة)، ونظام الغرف المفردة حسب نوع ووظيفة العناية حيث تعتمد الغرف المفردة لعزل المرضى ومنع انتشار الجراثيم المعنونة بين المرضى. وتزود غرف العزل بمقدمة بمساحة 3م² لغسل الأيدي والتطهير ولبس معدات العزل التلامسي وغيره، وقد يضاف تقنية تأمين الضغط السلبي لمنع انتشار الجراثيم الهوائية مثل عصية الدرن. وقد بينت الدراسات أن نظام الغرف المفردة هو الأفضل من ناحية أمان المرضى.
- تجهز غرف العناية في العنايات من المستوى الثالث(المتقدم) بالتجهيزات التالية:

● 4 مأخذ أكسجين

● 3 مأخذ هواء

● 5 مخارج رشف أو شفط

● 20-16 منافذ كهربائية

● ضوء جانب السرير

● 4 مخارج للبيانات

- في معظم الحالات تستخدم الساق المعلقة في السقف ذات فرعين رئيسيين double medical pendant: فرع يحمل أجهزة المراقبة، والفرع الآخر يحمل مضخات التسريب.
- يجب أن تحتوي الغرفة على الفرش الآتي: سرير خاص بالعناية (كهربائي متعدد الحركات)، خزانة صغيرة 0 للمستلزمات الضرورية)، كرسي للمريض، وكرسي للزائر، وسلّة للمواد الملوثة، وسلّة أخرى للمهمات، علبة للأدوات الحادة مثل الإبر. يفضل وضع تلفاز في غرفة المريض، كما أن وجود ساعة جدارية وتقويم يحسن من توجه المريض.
- أبواب الغرف الأفضل أن تكون زجاجية تسمح برؤية المريض من الخارج، وينبغي أن تسمح الأبواب بمجال حركة واسع عند نقل المريض أو الأجهزة والمعدات ولذلك تفضل الأبواب الانزلاقية(الكهربائية).
- يراعى تحسين الديكور واختيار الألوان المريحة (مشنقات الأخضر والأزرق) مما يحسن من راحة المريض وقد يحسن النتائج أيضاً.

- أحياناً تزود الغرفة برافعة ميكانيكية لرفع المريض عند الحاجة وتخفيف حدوث أذيات له، وتنزل الرافعة من السقف.
- يتم تأمين الإضاءة الكافية لرؤية المريض إضافة لوصول الإضاءة الطبيعية للغرفة. حيث أن الإضاءة الطبيعية (من ضوء الشمس) تقلل توتر المريض وتقلل حاجته للمسكنات مع تحسن النوم عند المريض كماً ونوعاً. وغياب الضوء الطبيعي يزيد حدوث الشدة عند المريض ويزيد من حدوث عدم التوجه لدى المريض **disorientation**. في حال عدم توفر الضوء الطبيعي يستخدم الضوء الصناعي بسطوع قوي مما يخفف حدوث الاكتئاب.
- يراعى تخفيف الازعاجات الصوتية ما أمكن لذلك ينبغي أن تحوي الجدران والسقوف مواد قابلة لامتصاص الأصوات العالية. من المعتمد عالمياً ألا تزيد شدة الصوت عن 45 ديسيبل في النهار، و40 ديسيبل في المساء، و20 ديسيبل أثناء الليل (تتراوح شدة الصوت في المشافي عادة ما بين 50-70 ديسيبل وقد تزيد عن ذلك أحياناً)
- تأمين هواء لطيف وآمن طوال الوقت مع وجود التكييف الذي يمكن التحكم به مما يؤمن راحة المريض.
- ينبغي توفر مساحة كافية لأوراق المتابعة، إضافة لبعض المستهلكات الهامة مثل السيرنجات، وقساطر سحب المفرزات والوسائد في العربات الجانبية.
- توضع مغسلة عند مخرج الغرفة مع المطهرات والجل الكحولي، مع توفير مستلزمات لباس العزل التلامسي وغيره عند مدخل الغرفة مثل الثوب، والقفازات، والقناع، والقبعة، والجل الكحولي لتعقيم اليدين.

ت. منطقة الدعم السريري

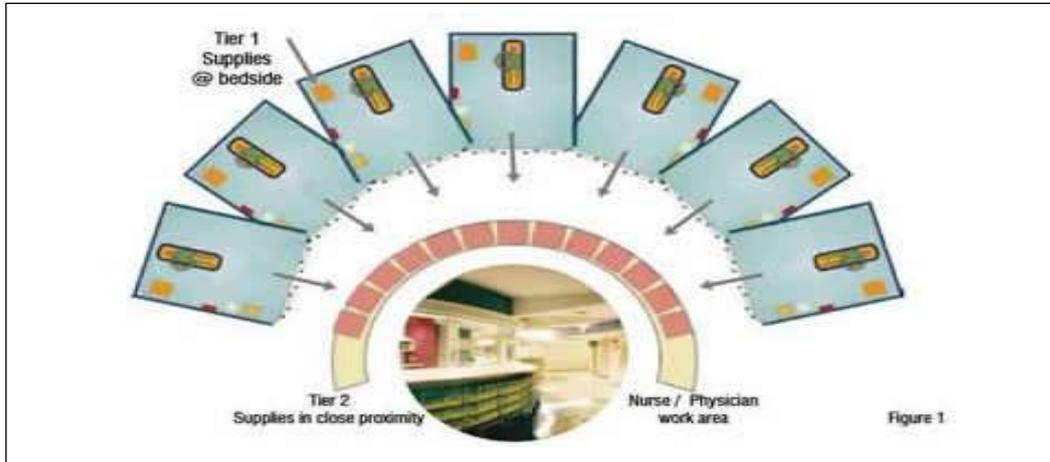
- وتتألف من الوظائف المتعلقة بالعناية بالمريض مباشرة، وتتواجد داخل الغرف أو خارجها.
- وتشتمل على المحطة المركزية التي قلت أهميتها بسبب التكنولوجيا الحديثة والمراقبة الالكترونية
- كما تحوي على مونيترات المراقبة، والصيدلية التابعة للعناية مع منطقة تحضير الأدوية، ومستودع مستلزمات العناية، والهواتف، والكمبيوترات واتصال الننت، إضافة إلى المراجع والكتب والاصدارات الخاصة بقوانين وأنظمة العناية.
- أما أجهزة الأرشفة الشعاعية الإلكترونية الادخال والتوثيق الكمبيوترية فينبغي أن تكون بجانب المريض. ويفضل أن يتاح الرؤية المباشرة لكل المرضى من المحطة المركزية.

ث. منطقة وحدة الدعم

- وتشير إلى الأماكن المتعلقة بالإدارة والطاقم الطبي، مثل المكاتب وغرف المناوبة، وقاعة الاجتماعات.

- منطقة المستودع الخاصة بالعناية يجب أن تأخذ مساحة كافية (تقريباً 10 م² لكل سرير على الأقل)، وألا تبعد أكثر من 30م عن منطقة المريض. المستلزمات كثيرة الاستخدام والسوائل الوريدية ينبغي أن تكون أقرب للمريض من المستلزمات الأقل استخداماً.
- ينبغي تأمين مساحة لمعدات الطوارئ ونقل المرضى بحيث يكون وصولها لكل أسرة المرضى سهلاً.
- من الضروري توافر غرفتين منفصلتين للاستعمالات النظيفة (مساحة 15م² تقريباً) وأخرى للاستعمالات الملوثة (مساحة 25م² تقريباً). تتوفر في بعض المراكز أنابيب خاصة لنقل العينات المخبرية وأحياناً لنقل الأدوية أيضاً (وذلك للتقليل من الوقت الضائع)
- أيضاً ينبغي تنظيم منطقة المكاتب (الاستقبال، والأطباء، والتمريض)، وغرفة الطبيب المناوب (حوالي 15م²)، ومنطقة الاستراحة والطعام (40م² لكل 8 أسرة)، إضافة لتوفر حمام ومنطقة الدراسة والاجتماع (حوالي 40م²)

الشكل (1-2)



الشكل (1-3)

ج. منطقة دعم العائلة

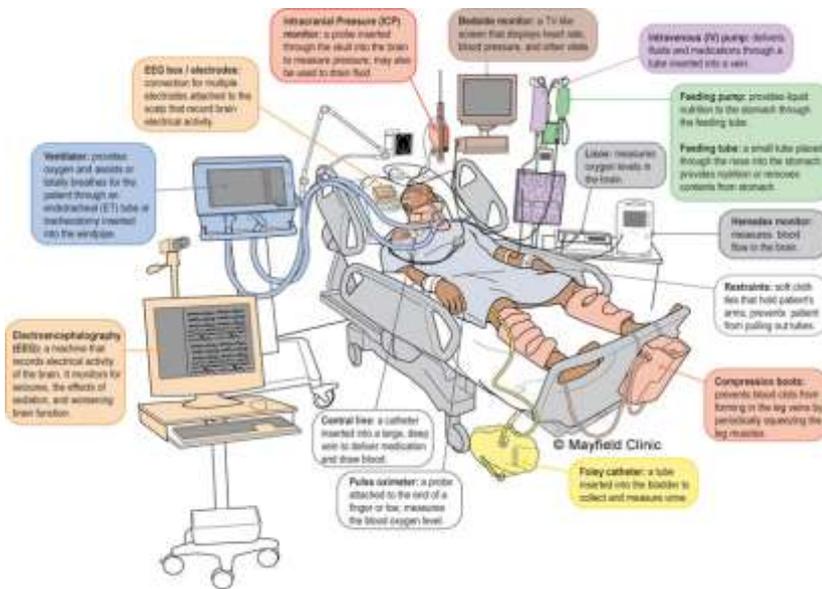
- وهي المنطقة الخاصة بدعم عوائل المرضى وزوار المرضى عموماً.
- ينبغي توفر منطقة خاصة بأقارب المرضى بمساحة لا تقل عن 10م² لكل 8 أسرة، مع توافر كل الخدمات اللازمة فيها من ماء ومشروبات ساخنة إضافة إلى الحمام والتلفاز.

6. تجهيزات العناية المركزة ICU equipment

وتختلف تجهيزات العناية المركزة بحسب حجم العناية ونوعها ووظيفتها. وينبغي توفر البروتوكولات مع التدريب اللازم لطاقم العناية على الأجهزة الموجودة. ومن الضروري توفر نظام الصيانة لهذه الأجهزة مع التفقد الدوري للمستهلكات للتأكد من صلاحيتها. وأهم تلك التجهيزات:

- أ. أجهزة مراقبة المريض (جهاز مراقبة متعدد الوظائف يشمل الضغط الباضع وغير الباضع، والنبض، ومخطط القلب والحرارة وإشباع الأوكسجين النبضي، أجهزة المراقبة قليلة البضع للهيموديناميكية ونتاج القلب، جهاز مراقبة الضغط داخل القحف
- ب. أجهزة الدعم التنفسي والقلبي والكلي (المنافس الآلية الثابتة الباضعة وغير الباضعة، المنافس المحمولة، مضخات التسريب الالكترونية، وأحياناً جهاز البالون داخل الابهر، أو جهاز الأكسجة خارج الجسم ECMO ، وأجهزة التحال الدموي)
- ت. معدات تدبير الألم (مضخة تسريب المسكن المستمر الذاتي من المريض PCA أو التسريب عبر القسطرة فوق الجافية).

الشكل (1-4)



ث. معدات الإنعاش (عربة

الإنعاش القلبي الرئوي

(crash cart

ج. أجهزة تشخيصية (جهاز

الاشعة النقال، جهاز

تخطيط القلب، جهاز

الأمواج فوق الصوتية،

جهاز غازات الدم،

وأجهزة التحاليل اليدوية

(السريعة)

ح. تجهيزات أخرى: منظار قصبي، غلايد سكوب، أجهزة المعالجة التنفسية..... الخ

7. نظام العناية المركزة ICU system

من المهم تحديد ومعرفة نظام العمل العام في العناية المركزة ومن المعروف وجود نوعين عالمياً لنظام العناية: النظام المفتوح والنظام المغلق.

وتتميز العناية ذات النظام المفتوح **open ICU** بوجود إمكانية التدخل المفتوح للأطباء من مختلف الاختصاصات سواء في قبول أو في تدبير مرضى العناية. أما العناية ذات النظام المغلق **closed ICU** فلها قوانين خاصة بها فيما يتعلق بقبول المرضى للعناية أو تخريجهم من العناية أو الخطة العلاجية وذلك تحت تحكم اختصاصي العناية المركزة حصراً. وقد يكون نظام العناية مزيحاً من النظامين فيسمى نصف المفتوح أو نصف المغلق.

ويبدو أن العنايات المغلقة (بالنظام المغلق) تقلل من التكلفة وتحسن من النتائج على المرضى. فقد بينت دراسة واسعة في استراليا ونيوزلندا أن نظام العناية المغلق أدى إلى نتائج إيجابية من حيث رفع نسبة البقاء وأنقص مدة مكث المرضى في العناية والمشفى.

8. طواقم العناية المركزة ICU Staff

يعتمد مستوى طواقم العناية على مستوى المشفى ومستوى العناية. على أية حال من الضروري وجود تواصل والاحترام والعمل بروح الفريق في هذا الطاقم وذلك مما ينعكس على العناية بالمرضى في النهاية.

تشمل طواقم العناية: الأطباء، والتمريض، والفنيين، وأخصائي التغذية، والصيادلة السريريين، والاختصاصيين الاجتماعيين

أ. الأطباء:

- ينبغي وجود مدير لقسم العناية بشهادة معتبرة في العناية المركزة والذي بدوره يقوم بتنسيق النواحي السريرية والإدارية والعلمية والتنشيطية. تشمل مهام مدير العناية بالمرضى، ومراقبة عمل الأطباء، وإعداد البرتوكولات التشخيصية والعلاجية في العناية، ويعتبر مسؤولاً عن مستوى الأداء والجودة، وتأمين المعالجة الآمنة والمناسبة، مع الاهتمام بالتنظيف والتدريب لطاقم العناية إضافة إلى تشجيع الأبحاث العلمية. ومن المعتمد تواجد مدير للعناية بشكل دائم على مدار الساعة.
- كما يعتمد القسم على أطباء اختصاصيين متدربين على العناية ومتوفرين في كل الأوقات، وينبغي أن يكون عدد الأطباء كافياً لتغطية المرضى وتغطية الاجازات والاستشارات خارج العناية وتغطية فريق الاستجابة السريعة **rapid response team**. في المستوى الثاني والثالث من العناية

يتواجد أيضاً أطباء متدربين (مقيمين) من اختصاصات أخرى مثل التخدير وطب الطوارئ، والباطنة والجراحة، وهؤلاء يجب أن يخضعوا للإشراف في عملهم، وأن يتواجد معهم الاختصاصيين دائماً. من المهم تنظيم جداول توزيع الأطباء، وأوقات الجولات على المرضى، وطريقة الاستلام من قبل مدير العناية مما ينعكس على العناية بالمرضى.

ب. التمريض:

- يمكن اعتبار التمريض عصب العناية المركزة، فمرضى العناية يحتاج تواجد الممرضة على مدار الساعة، ويقدر عدد التمريض اللازم لتغطية سرير عناية واحد بـ 6. من الثابت أن النقص في عناصر التمريض في العناية يزيد من نسبة وفيات المرضى ويزيد الضغط على التمريض وينقص رضاهم عن العمل في العناية المركزة. معظم مرضى العناية يحتاجون نسبة تمريض إلى مريض 1:1.

- وينبغي تواجد مدير للتمريض للاطمئنان على الأداء التمريضي. كما أنه في العناية المتقدمة (كالمستوى الثالث)، يقع على عاتق مدير التمريض تدريب الكادر التمريضي، والتثقيف المستمر، وإشراكهم في الأبحاث العلمية. يجب على كل الكادر التمريضي في العناية أن يحصلوا على تدريب وشهادة خاصة في تمريض العناية المركزة critical care nursing.

ج. الفنيون:

- يقوم المعالجون التنفسيون respiratory therapists بالعناية بالتجهيزات اللازمة لتدبير الطريق الهوائي والمعالجة بالأكسجين والتهوية الآلية الباضعة وغير الباضعة، كما يقومون بالعناية التنفسية لمرضى العناية مثل التمارين التنفسية اللازمة لإخراج المفرزات وجلسات الإرداذ ويتم استخدام بعض الأجهزة المساعدة في ذلك.

- أما المعالجون الفيزيائيون physiotherapists فيقومون بإجراء التمارين اليومية اللازمة للمرضى لمنع اليبوسة المفصليّة والتشجيع على الحركة الباكرة لمرضى العناية مما له دور هام في التقليل من اختلاطات الإقامة في العناية المركزة (كقروح الفراش، وذات الرئة، والضعف العضلي وطول المكث في العناية)

خ. يقوم الصيدلاني السريري بالمشاركة في الجولات على مرضى العناية وذلك في العناية المتقدمة وذلك مما لو دور هام في التقليل من حدوث الآثار الجانبية للأدوية والتداخلات الدوائية.

د. يقوم اختصاصي التغذية بحساب السعرات الحرارية اللازمة لكل مريض لتأمين الدعم الغذائي، مع اختيار الصيغة الغذائية المناسبة، لتقليل الاختلاطات الناجمة عن سوء التغذية.

ذ. يلعب الاختصاصيون الاجتماعيون دوراً هاماً في التواصل مع المرضى وعائلاتهم وخاصة بوجود حاجز اللغة أو التقاليد أو الشدة النفسية.

ر. عاملون آخرون: من الضروري أن يكون عناصر التنظيف في العناية مدربين بشكل خاص على العمل في وسط لعنايات واتباع البرتوكولات الخاصة بالتحكم والحد من انتشار العدوى والإنذانات. كما تحتاج العناية إلى مساعدين في إيصال العينات المخبرية والأدوية في حال عدم توفر أجهزة الأنابيب الناقلة أو صيدلية العناية. وأخيراً تحتاج العناية إلى تواجد خبراء ومهندسو الأجهزة الطبية لتأمين الصيانة الدورية للأجهزة واستمرار عملها.

9.تنظيم العمل في العناية organization of work in ICU

أ. النشاطات السريرية في العناية

(1)قوانين وأنظمة العناية: من المهم والحيوي توافر قرانين عمل واضحة في العناية المركزة أولها نظام العمل المغلق أو المفتوح. الأفضل أن يبقى فريق العناية في تواصل مع الأطباء المسؤولين عن المريض بداية، كما يتم طلب الاستشارات اللازمة من مختلف الاختصاصات.

ينبغي وضع قوانين واضحة ومحددة للقبول للعناية أو تخريجهم أو طلب الاحالات. كما ينبغي وضع التوصيف الوظيفي لكل كوادر العناية بشكل واضح.

القوانين والاجراءات المتعلقة بالعناية بالمريض ينبغي أن تكون مصاغة بشكل نموذجي وموحدة، مع توفيرها ليطلع عليها كل كوادر العناية بشكل دوري، على سبيل المثال القوانين المتعلقة بإجراءات التحكم بالعدوى والعزل والحد من انتشار الانتان، وقوانين عدم إجراء الانعاش do not resuscitate (DNR)والتهديئة والتسكين....الخ.

(2)العناية بالمريض: يعتبر تدبير مريض العناية قضية متعددة الجوانب، حيث ينبغي أن يشترك فيها الأطباء والمريض الفنيين وبقية الكوادر (من صيدلانيين سريريين واختصاصي التغذية) بالتواصل والتعاون مع بعض للوصول إلى العناية الأمثل بالمريض. يتم إجراء الجولات اعلى المرضى بمعدل جولتين يومياً، وبعض المرضى الخطرين يحتاجون تقييماً أكثر يتم استخدام نظام المعلومات المتنقل لتسهيل العمل أثناء الجولة على المريض. هذا ويتم الإجراءات التالية لمريض العناية بشكل يومي:

- تقييم المريض بالفحص السريري والمتابعة الشعاعية والمخبرية
- مراجعة الأدوية التي تعطى للمريض (يتضمن مراجعة الجرعات ولآثار الجانبية والتداخلات)
- متابعة التهوية الآلية (للمرضى الموضوعين على أجهزة التهوية الآلية)
- مراجعة ناحية التغذية والسوائل
- وضع الخطة العلاجية

تقوم الممرضة المباشرة للمريض بتطبيق الخطة العلاجية، وتتابع مسؤولية التمريض الخطة العلاجية مع الممرضات لكل مريض.

من المفيد استخدام بعض الكلمات المختصرة التي تساعد على التقييم السريع لمرض العناية وعلى سبيل المثال الكلمة

FAST HUG (التغذية، التسكين، التهدئة، الوقاية من التهاب الوريد الخثاري، رفع رأس المريض، الوقاية من القرحة الهضمية، وضبط سكر الدم)

F feeding	H head elevation
A analgesia	U ulcer prophylaxis
S sedation	G glycemc control
T thromboembolic prophylaxis	

أثبتت الدراسات فائدة الجولات بالطواقم المتعددة (الأطباء، والتمريض، واختصاصيي المعالجة التنفسية، والصيدلانيين السريريين....) في تقليل التكلفة في العناية ومدة مكث المرضى، وحتى التقليل من نسبة وفيات المرضى أيضاً.

يراعى أن تكون التدابير العلاجية تتبع الطب المعتمد على البراهين ما أمكن، إضافة إلى اتباع التوصيات العالمية في حال وجدت.

ينبغي التواصل مع الاختصاصات الأخرى حسب الحاجة، إضافة إلى ضرورة التواصل مع عائلة المريض، وأخيراً يجب توثيق كل ذلك في الملف أو في أنظمة المعلومات الالكترونية حسب أنظمة المشفى.

توجد صيغ ورقية وكترونية لتأمين المراقبة والمتابعة لمرضى العناية المركزة.

(3) أهمية البروتوكولات التدبيرية في العناية: يقصد بالبروتوكولات في العناية تلك الارشادات السريرية المنظمة التي تستخدم في معالجة الأمراض الحرجة المعقدة (مثل الانتان الجهازى sepsis، والصدمة، ورضوض الراس الشديدة....)، أو تلك التي تستخدم في الوقاية من الاختلاطات (مثل برتوكول الوقاية من ذات الرئة المتعلقة بالمنفسة VAP)، أو تلك التي تهتم بالعناية بالمريض (مثل الفطام عن المنفسة، والتهدئة، والتغذية....)

- تتبع هذه البروتوكولات عادة البراهين العلمية المتوفرة، والتوصيات العالمية أو المحلية لكل حالة

- تحتاج للتحديث من فترة لأخرى
- تكون مطبوعة ورقياً أو الكترونية

وقد أظهرت بعض الدراسات فائدة هذه البروتوكولات في العناية بالمرضى، ولا تزيد من الكلفة في العناية، وقد تحسن النتائج على المرضى أيضاً.

وهناك ما يدعى بقوائم التفحص checklists والتي تساعد أيضاً في اختصار الوقت وعدم إغفال بعض النقاط الهامة وغالباً ما تستخدم مع الإجراءات في العناية، ولها فائدة في تحسين العناية بالمريض وتقليل الأخطاء.

(4) الاهتمام بعائلة المريض: ينبغي إعطاء الاهتمام للعائلة ومناقشة حالة المريض وتطورها بشكل متكرر وذلك مما يخفف قلق العائلة واضطرابهم بشأن مريضهم. ينبغي أن يتواصل مع العائلة طبيب عناية خبير مع ممثل عن العائلة. ينبغي أن تكون المعلومات المعطاة صحيحة، وأن تشرح الاختلاطات المحتملة وإنذار المرض، ومن الضروري إعلام العائلة فيما لو تقرر إجراء تدخلات علاجية خطيرة، حيث أن موافقتهم هنا شرط للقيام بهذه الإجراءات من الناحية القانونية، ويجب مراعاة الخلفية والثقافية والدينية للعائلة. ينبغي توثيق اللقاءات مع العائلة وما جرى فيها.

يتم إعطاء العائلة فرصة لزيارة مرضاهم يومياً، وبعض العنايات تطبق نظام الزيارة المفتوح حيث يمكن للعائلة زيارة مريضهم في أي وقت، مما يعزز من التواصل المستمر مع العائلة.

ب. النشاطات غير السريرية في العناية:

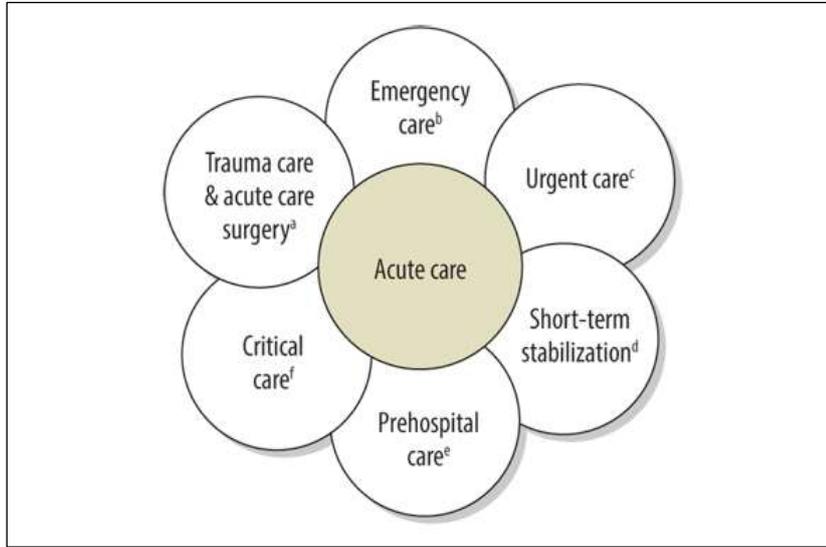
تعتبر النشاطات غير السريرية في العناية من الأمور الهامة جداً لأنها في النهاية تحسن العناية بالمريض وجودة الخدمات المقدمة. وبعض المركز تجبر الطاقم الطبي على القيام بمثل هذا النشاط في العناية. وتشمل هذا النشاطات ما يلي:

- تحسين الجودة: ويتم الاعتماد على بعض المشعرات (مثل نسبة حدوث الانتانات، إعطاء الصادات الباكر، وضبط سكر الدم...)
- التدريب والتعليم (توجيه الكوادر الجدد وتدريبهم، والقيام بالتنظيف والتعليم المستمر لكل الكوادر من خلال المحاضرات، أو اللقاءات، أو الجولات على المرضى)
- الأبحاث العلمية (خاصة في العنايات المتقدمة يوجد برنامج للأبحاث يتم مشاركة كوادر العناية فيه).

10. اختصاص العناية المركزة ICU specialty

يسمى طب العناية المركزة intensive care أيضاً بطب العناية الحرجة critical care. يعتبر اختصاص العناية المركزة واحداً من الاختصاصات التي تدخل تحت ما يسمى حالياً بطب العناية الحادة Acute Care. بحسب نشرة منظمة الصحة العالمية عام 2013 فقد تم تعريف طب العناية الحادة على أنه يتضمن كل الإجراءات التي تتم للمريض لتحسين الحالة الصحية بحيث تعتمد فعالية العلاج بشكل كبير على الوقت والتدخل السريع. ومن الاختصاصات التي تدخل ضمن طب العناية الحادة إضافة للعناية المركزة: طب الطوارئ، والجراحات الحادة والرضوض، والعناية ما قبل المشفى كما في الشكل.

الشكل (1-5)



ويقوم قسم الطوارئ بتدبير الإصابات الحادة التي يستقبلها وإجراء الانعاش الأولي وتأمين استقرار الحالة ثم يتم نقلها ومتابعتها في قسم العناية المركزة.

اختصاصي العناية intensivist ويسمى أيضاً critical care specialist: هو طبيب أنهى اختصاصه في طب الباطنة، أو الجراحة، أو التخدير، أو الطوارئ، ثم أنهى الفترة التدريبية في الاختصاص الفرعي في العناية المركزة وحصل على شهادة في اختصاص العناية المركزة. ويقع العائق الأكبر على اختصاصي العناية المركزة في العمل من ناحية العناية بالمرضى ووضع خطة العلاج، وإتباع قوانين العناية ووضع البروتوكولات والتواصل مع المريض وعائلته إضافة إلى تدخله في القضايا الأخلاقية والقانونية المتعلقة بالمرضى. أما تمريض العناية المركزة فيكون لديهم تدريب خاص

وشهادة في العناية المركزة، ويعتبر التمريض عصب عمل العناية كما ذكرنا وأحد أهم عناصر فريق عمل العناية، والمسؤولين المباشرين عن المرضى.

11. مستقبل العناية المركزة Future of ICU

يعتبر طب العناية المركزة مكلفاً حيث تبلغ تكلفة العناية بمريض العناية 3 أضعاف كلفة المريض العادي في أجنحة المرض. في إحدى الإحصائيات في الولايات المتحدة أظهرت أن العناية المركزة تستهلك حوالي 2,5% من الناتج القومي وتغطي أكثر من 60,000 سرير. مع ذلك تتجه معظم الخدمة الطبية في الوضع الحالي إلى زيادة عدد أسرة العناية في المشافي، ويعود ذلك لكثرة الإصابات الخطرة والإجراءات الجراحية واصابات الحروب والكوارث، وقد أدى استخدام أجهزة المراقبة غير الباضعة إلى تخفيف الاختلاطات والتكلفة، كما أن توسع العلاجات الدوائية قلل من مدة مكث المرضى في العناية والمشفى.

من الخدمات الحديثة والمتطورة في العناية المركزة:

- فريق الاستجابة السريعة (أو العناية ذات الأذرع) والذي سيتم شرحه في فصل منفصل.
- والعناية عن بعد Tele-ICU: يقصد عموماً بالطب عن بعد tele-medicine تبادل المعلومات الطبية بين مركزين أو أكثر باستخدام تقنيات الاتصال الإلكتروني لتحسين العناية بالمريض. وقد بدأ باستخدامها Grundy et al منذ حوالي 30 عاماً في العناية المركزة. يستخدم في هذه الطريقة جهاز خاص للاتصال السمعي والبصري إضافة للكمبيوتر ليتم تواصل الفريق القائم على العناية بالمريض مع الفريق المستشار في الطرف الآخر. يطلق على هذه التقنية أيضاً virtual ICU، eICU، remote ICU. الهدف الأساسي من هذه التقنية المساعدة في تحسين العناية والأمان على المريض، حيث تحد من خطورة نقل المرضى الحرجين إلى مراكز أخرى، ولكنها ليست بديلاً عن المعالجة المباشرة للمريض من قبل فريق العناية. بينت بعض الدراسات جدوى العناية عن بعد في تحسين العناية بالمرضى وتقليل نسبة الوفيات، إضافة إلى تقليل التكلفة.

الخلاصة

- يعتبر طب العناية المركزة من فروع طب العناية الحادة، والذي تطور بشكل سريع في العقود الأخيرة.
- للعناية المركزة نظامان رئيسيان: مغلق وهو المفضل ومفتوح، ولها مستويات ثلاثة، ولها أنواع، ويعتبر النوع متعدد الاختصاصات هو الأشيع.
- تقسم العناية إلى 4 أقسام: منطقة العناية بالمريض، ومنطقة الدعم السريري، ومنطقة وحدة الدعم، ومنطقة دعم العائلة. ويلعب تصميم العناية المركزة دوراً هاماً في تحسين العناية بالمريض، وتحسين النتائج على المرضى.
- يتألف طاقم العناية المركزة، من أطباء العناية والتمريض، والفنيين، واختصاصيي التغذية والصيدلانيين، وغيرهم. وإن العمل بشكل فريق متكامل ومتفاهم يحسن في الأداء والعناية بالمرضى
- تتألف نشاطات العناية من نشاطات سريرية والتي تهتم بالعناية بالمرضى، وأخرى غير سريرية كتحسين الجودة والتعليم وإجراء الأبحاث.

مراجع

- Chennai Critical care Consultants website,2011
- Health systems and services: the role of acute care, *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:386-388
- ORGANIZATION OF INTENSIVE CARE UNIT, Presentation, Dr. Sushil patel, department of anesthesiology, M.L.B. Medical College, Jhansi.
- Guidelines for intensive care unit design, Dan R. Thompson et al, *Crit Care Med* 2012 Vol. 40, No. 5
- Using protocols to improve patient outcomes in the intensive care unit:Focus on mechanical ventilation and sepsis, Marin H.Kollef and Scott T.Micek, *Semin Respir Crit Care Med* 2010
- A second set of eyes: An introduction to Tele-ICU, Susan F. Goran,RN, *CriticalCareNurse* vol 30,No.4,2010.

الفصل الثاني

مقاربة المريض الحرج

Critical Patient Approach

- ❖ ما هو المرض الحرج
- ❖ الآلية المرضية للمرض الحرج
- ❖ المقاربة السريرية للمريض الحرج
- ❖ تدبير الطريق الهوائي والتنبيب عند المرضى الحرجين
- ❖ فريق الاستجابة السريعة
- ❖ العلامات الحيوية العشرة وتفعيل فريق الاستجابة السريعة

مقاربة المريض الحرج

1. ماهو المرض الحرج What is critical illness

يعرف المرض الحرج critical illness بشكل بسيط على أنه الحالة التي يكون فيها الموت محتمل أو وشيك. والمرضى الحرجين هم الذين لديهم مرض مهدد لحياتهم. وقد يتعرض أي واحد منا في حياته للمرض الحرج، لكن مهمة فريق العناية المركزة معرفة هؤلاء المرضى وإنقاذهم من التطور نحو الموت. يتصف المريض الحرج critical patient ويدعى أيضاً بالمريض المعرض للخطر at-risk patient بوجود قصور في أحد أجهزة الأعضاء. حيث يحتاج هؤلاء المرضى إلى المراقبة والمعالجة بسبب قصور واحد أو أكثر من الوظائف الحيوية (مثل القلب أو الرئتين أو الكليتين...). وتعود أسباب المرض الحرج إلى أحد المجموعات التالية:

- مرض حاد (أو حاد مترابط على مزم) مثل الإنتان الجهازى sepsis، أو احتشاء العضلة القلبية MI، أو اضطرابات النظم، أو نزف هضمي.
- عقابيل بعض الإجراءات التداخلية (مثل تركيب قسطرة تفريغية عبر الجلد في الحويضة... الخ)، أو عمل جراحي،
- انسدادات دوائية أو بعوامل خارجية (كيميائية، شعاعية...).
- أو بسبب الرضوض والحروق الشديدة والإصابات الحربية.

وقد تظهر بعض الأعراض والعلامات باكراً وقد تتأخر. ويحدث بشكل شائع أن تتدهور الأعضاء بشكل متتابع مع مرور الوقت إلى أن يحصل ما يسمى قصور الأعضاء العديد multi-organ failure وتتناسب الوفيات عند هؤلاء المرضى طردياً مع عدد الأعضاء القاصرة، ومدة ذلك القصور وشدته.

يهدف الإنعاش الباكر للمريض الحرج إلى تأمين حمل أوكسجيني كاف لأعضاء الجسم الحيوية وذلك للحد من شدة المرض الحرج ومنع تطوره إلى قصور الأعضاء العديد المميت.

كما يقال درهم وقاية خير من قنطار علاج، يطبق هذا المبدأ غالباً لدى العناية بالمرضى الحرجين، حيث أن التعرف الباكر على المرضى الذين لديهم مرض خطر مهدد للحياة يجعل تدبيرهم ومنع تدهور حالتهم أمراً أكثر سهولة.

هناك مبدأ عام في العناية المركزة العناية الصحيحة في الوقت المناسب (الباكر) **Right time.....Right care**

إن العديد من التغيرات المرضية إذا تم اكتشافها بشكل باكر يمكن أن يتم تدبيرها بإجراءات بسيطة مثل التزويد بالأوكسجين، أو المعالجة التنفسية، أو السوائل الوريدية، أو المسكنات الفعالة. وكلما طال الزمن الفاصل بين بداية المرض الحاد والتدخل المناسب، كلما كان احتمال تدهور حالة المريض أكبر، وقد يصل الأمر لمرحلة توقف القلب والتنفس.

إن التعرف الباكر على المرضى الحرجين يتيح للأطباء الوقت لتحديد الآلية الفيزيولوجية للمرض وتحديد العوامل المسببة والبدء بالمعالجة.

2. الآلية المرضية للمرض الحرج:

أ. التنفس الخلوي **cellular respiration**:

يشير التنفس الخلوي إلى العملية التي يتم فيها تحويل الطاقة الكيميائية في المركبات الغذائية إلى طاقة حيوية بشكل ATP. ويقسم التنفس الخلوي إلى نوعين هوائي ولاهوائي.

(1) يعتمد التنفس الهوائي **aerobic respiration** على استقلاب المواد الغذائية (الجلوكوز بشكل أساسي) بوجود الأوكسجين وتحرير الطاقة منها ATP مع إنتاج ثاني أكسد الكربون والماء. بوجود الاكسجين تدخل البيروفات **puruvate** ا لنواتجة عن تحلل السكر الهوائي إلى الميتوكوندريا ضمن ما يسمى بحلقة حمض الليمون أو حلقة كريبس **Kreb's cycle** ثم في عملية الفسفرة التأكسدية **oxidative phosphorylation** ليتم إنتاج حوالي 38 جزيء من الـ ATP من كل جزيء جلوكوز. تحتاج الخلية هذه الطاقة لتأمين استقلالها ونشاطها والحفاظ على سلامتها.

(2) أما التنفس اللاهوائي **anaerobic respiration** فيعتمد على تحلل الجلوكوز اللاهوائي **anaerobic glycolysis** ليتم إنتاج اللاكتات **lactate** وهذا ما يحدث في بلاسما الخلية بغياب الأوكسجين وينتج طاقة ضئيلة حوالي 8 ATP فقط، وهذه الطاقة لا يمكنها أن تحافظ على بقاء الخلية طويلاً. كما أن حمض اللبن أو اللاكتات الناتجة تعتبر ناتجاً ساماً للخلايا ويجب إزالتها أو إزالة سميتها. تنتشر اللاكتات خارج الخلايا وتدخل الكبد ليتم تحويلها في الخلايا الكبدية إلى جلوكوز مرة أخرى في الأحوال الطبيعية. ويتم انتقال الجلوكوز إلى الخلايا

الأخرى والاستفادة منه في عملية تحلل الجلوكوز. وتعتمد قدرة الكبد على إزالة سمية اللاكتات وإعادة إنتاج الجلوكوز منها بشكل كبير على توفر الأكسجين الأمر الذي يتأثر كثيراً في الصدمة أو المرض الحرج.

ب. تأثير نقص الأكسجة النسيجية tissue hypoxia:

تبين معنا فيما سبق أهمية الأكسجين للخلايا في توليد الطاقة اللازمة لها في الميتوكوندريا في الظروف الطبيعية. في حال نقص الأكسجين المحمول للخلايا سيتم التحول للتنفس اللاهوائي وتراكم اللاكتات مما يؤدي لحدوث الحمض اللبني الذي يؤدي (إضافة لنقص الطاقة المتولدة) إلى عدم قدرة الخلية على الحفاظ على وظائفها وبالتالي يحصل موت الخلية والأذية النسيجية. ويجب الانتباه إلى أن استمرار نقص الأكسجين سيؤدي إلى حدوث أذية لاعكوسة في الخلية لا يمكن إصلاحها حتى بعودة تأمين الأكسجين لها من جديد. يؤدي نقص الأكسجة النسيجية نتيجة نقص التروية مثلاً (الاقفار النسيجي) إلى تراكم اللاكتات، وتراكم مستقلبات الأكسجين الخطرة والجذور الحرة. ويحدث عند عودة التروية للأنسجة أذية أخرى تدعى أذية عودة التروية reperfusion injury وتحدث بسبب الاستجابة الالتهابية التي تتوسطها الكريات البيضاء وتحرر الوسائط الالتهابية والجذور الحرة الخطرة التي تؤدي لموت الخلية.

ت. تعتبر الاستجابة الالتهابية كردة فعل عن الأذية النسيجية وسيلة دفاع للحد من المسبب، لكن استمرار هذه الاستجابة وبشكل غير منضبط يؤدي لتفاقم الأذية أكثر وهذا ما يحصل في المرض الحرج. تؤدي الاستجابة الالتهابية التي تحصل في المرض الحرج بسبب نقص التروية أو الأكسجة (كما في الصدمة الدورانية، أو فقد الطريق الهوائي، أو القصور تنفسي) إلى تفعيل 4 أجهزة: جهاز الكينين، وجهاز التخثر، وجهاز المتممة، وجهاز حل الفيبرين. وينتج عن ذلك تظاهرات سريرية ومخبرية كثيرة.

(1) يؤدي تفعيل الكينين إلى حدوث التوسع الوعائي وزيادة نفوذية الشعريات الدموية، كما يؤدي لتفعيل الكاليسرين المسؤول عن تحريض مستقلبات الألم.

(2) يحصل تفعيل في جهاز التخثر بحيث تتشكل علقات الفيبرين داخل الدوران الدقيق وتسبب في تطور نقص التروية والأكسجة للنسج أيضاً، كما أن ذلك يؤدي لاستهلاك عوامل التخثر التي تنقص مع الصفائح في الدم، فتتطاول أزمنة التخثر PT، PTT وتنقص الصفائح في الدم مما يوجب للنزف والصدمة وزيادة الحالة سوءاً (التخثر المنتشر داخل الأوعية DIC).

في الانتان الجهازى sepsis يحدث استجابة غير منتظمة للإنتان وتحرير الوسائط الالتهابية المتعددة السيتوكينات التي تحدث التظاهرات السريرية والمخبرية العديدة (راجع الفصل الحادي عشر).

ث. يحدث في مراحل متقدمة من نقص الأكسجة خلل في وظيفة الميتوكوندريا وبالتالي سوء الانتفاع بالأكسجين بالرغم من توفيره داخل الخلايا وهذا ما يشاهد في المراحل الأخيرة من الصدمة الانتانية.

نتيجة: يمكن القول إن القاسم المشترك للآلية المرضية في المرض الحرج هو نقص حمل الأكسجين إلى الأنسجة والخلايا أو عدم الانتفاع به، وهو ما يحدث سواء في الصدمة الدورانية، أو في انسداد الطريق الهوائي، أو في القصور التنفسي الحاد، أو الانتان الجهازى.

ج. الأعراض والعلامات السريرية: تظهر الأعراض والعلامات المبكرة بسبب نقص الأكسجة النسيجية عن سوء وظيفة الأعضاء وأيضاً عن استجابة المعاوضة.

(1) أهم العلامات السريرية المبكرة لسوء وظيفة الأعضاء: نقص اشباع الأكسجين، قلق، حمول، وهن عام، تسرع في معدل القلب، تسرع في التنفس، هبوط في الضغط الشرياني، تطول زمن الامتلاء الشعري، شح أو انعدام البول، تغيرات إقفارية على تخطيط القلب الكهربائي، حماض استقلابي بتحليل غازات الدم، وارتفاع مستوى اللاكتات في الدم. أما التظاهرات المتأخرة لنقص الأكسجة النسيجية فتتجلى بتظاهرات غير عكوسة لقصور الأعضاء العديدة.

(2) استجابة المعاوضة compensation والنظارات السريرية: يحدث تفعيل استجابة الجهاز الودي كمعاوضة تجاه الأذية في محاولة للمحافظة على استقرار الحالة الهيموديناميكية حيث يحدث تسرع في معدل ضربات القلب (لتأمين زيادة في حمل الأكسجين للأنسجة)، وتسرع في التنفس (لزيادة التقاط الأكسجين، وطرح الحموضة الزائدة بشكل ثاني أكسيد الكربون عبر الرئتين). وفي معظم الحالات تتناسب تظاهرات المعاوضة طردياً مع شدة المرض الحرج.

لكن يجب الانتباه أيضاً إلى أن غياب استجابة المعاوضة (بطء قلب، أو بطء تنفس) قد تدل على استفادها وبالتالي خطورة الحالة وسرعة تدهور المرض. تتعلق فترة المعاوضة لدى المريض الحرج بسلامة الجهاز القلبي والرئوي لتأمين مدخر فيزيولوجي كاف قبل انهيار المعاوضة decompensation والتدهور السريع للمريض وحدث توقف قلب وتنفس أو قصور أعضاء عديدة.

عادة ما يوجد هناك توازن بين المدخر الفيزيولوجي للمريض من جهة وبين المرض الحاد من جهة أخرى. إن الشبَاب وبمعنى آخر الأصحاء لديهم مدخر فيزيولوجي جيد ولذلك يمكن ألا تظهر عليهم أعراض وعلامات المرض الحرج إلا بشكل متأخر مقارنة مع المرضى المتقدمين بالعمر الذين لديهم خلل بوظيفة الجهاز القلبي والرئوي وبالتالي المدخر الفيزيولوجي لديهم محدود، ولديهم قابلية أكبر لترقي

المرض بصورة متقدمة والمعاناة من قصور الأعضاء المتعدد بدرجة أشد. وقد لا يبدي الأشخاص الواهنون والمضعفون مناعياً استجابة التهابية صارخة. وبشكل عام يمكن القول إنه نادراً ما يتدهور وضع المرضى الصحي بشكل مفاجئ ولكن يمكن أن تمر التغيرات الباكراً للمرض الحرج دون ملاحظتها من الفريق الطبي المعالج. في بعض الحالات مثل اضطرابات نظم القلب، والصمة الرئوية فإن التدهور يحدث بشكل مفاجئ ولا يمر بفترة معاوضة.

3. المقاربة السريرية للمريض الحرج Clinical approach

أ. التقييم العام والأهداف:

كما ذكرنا سابقاً فإن المرضى نادراً ما يتدهور وضعهم الصحي بشكل خاطف، حتى لو لم يلحظ الأطباء التدهور إلا بشكل مفاجئ. إن تمييز المرضى الحرجين عادة ليس بالأمر الصعب، لكن التحدي الأكبر هو تمييز المريض في المراحل الباكراً جداً من تدهور وضعه الصحي.

إن المظاهر السريرية للمرض الحرج هي في الغالب أمور غير نوعية، لذلك ينبغي كشف التظاهرات السريرية الباكراً التي تدل على سوء وظيفة الأعضاء بسبب المرض الحرج وعلاجها الباكر، قبل أن تتحول إلى أذية لا عكوسة تنتهي بالموت. (راجع العلامات الحيوية العشرة وجهاز الاستجابة السريعة في هذا الفصل)

من المهم معرفة المدخر الفيزيولوجي عند المريض حيث يعطي فكرة عن سرعة تدهور المريض وبالتالي أهمية وقت التداخل العلاجي. إن تمييز المرضى الخطرين المعرضين للتدهور يحتاج إلى تقييم وضعهم الصحي السابق، وتطور مرضهم الحالي، ووضعهم الفيزيولوجي الحالي.

وتتلخص أهداف تقييم المريض الحرج فيما يلي:

- تحديد الاضطرابات الفيزيولوجية الحادة الحالية عند المريض بالمسح الأولي
- تحديد السبب الأساسي للمرض الحرج الحالي من خلال المسح الثانوي
- تحديد المدخر الفيزيولوجي للمريض
- معرفة وتطبيق الطريقة الأفضل في التدبير

وينصح دائماً بمقاربة المسح الأولي والمسح الثانوي في تقييم المرضى الحرجين

ملاحظة: يتميز تقييم وتدبير المريض الحرج عن المريض المستقر في أن التقييم والتدبير يجب أن يسيرا في خط واحد معاً بسبب عامل الوقت الهام والحرج.

ب. المسح الأولي للمرضى الحرجين Primary survey

يقصد بالمسح الأولي كشف الاضطرابات الفيزيولوجية الخطيرة والمهددة للحياة وتدبيرها بسرعة في الدقائق الأولى من الاحتكاك بالمريض، وإجراء الإنعاش المباشر اللازم. وتتم مقارنة المسح الأولي من خلال تطبيق ABCD :

Airway=A الطريق الهوائي: التأكد من أن الطريق الهوائي سالك.

Breathing=B التنفس: التأكد من أنه يقوم بتزويد الجسم بالأكسجين والتهوية الكافية (يتم وضع قناع أو كسجيني إذا اقتضى الأمر).

Circulation=C الدوران: التأكد من أنه يحافظ على حجم دوران مناسب (يتم جس النبض وقياس الضغط الشرياني إذا كان منخفضاً يتم فتح وريد والبدء بالسوائل تسريباً سريعاً).

Disabilities=D الحالة العصبية: أي نسبة الوعي بشكل رئيسي وتفاعل الحدقات

يجب أن يسير التقييم والإنعاش بهذا التسلسل من الأهمية فعند وجود انسداد في الطريق الهوائي مثلاً (A) لا يجوز الانتقال إلى تقييم التنفس (B) أو الدوران (C) قبل معالجة انسداد الطرق الهوائي وهكذا.

وتؤخذ قصة سريرية سريعة أثناء المسح الأولي تعطي فكرة عن الملامح الرئيسية لظروف المرض الحرج: الشكاية الرئيسية، وجود رض، أو تناول أدوية أو سموم.

ت. المسح الثانوي Secondary survey

يقصد بالمسح الثانوي التقييم الكامل للمريض بعد إنهاء المسح الأولي، حيث يتم فحص المريض بشكل مركز ودقيق لكل أعضاء الجسم، بغية معرفة تفاصيل أكثر عن وظائف الأعضاء الأخرى وتحديد العوامل المسببة للمرض الحرج، إضافة إلى أنه يتم تقييم الاستجابة للمعالجة الأولية التي أعطيت. انظر الجدول (1-2)

يجب أن يتم إنجاز الفحص الكامل في مرحلة معينة ويتم الاستفادة من القصة والموجودات الأخرى خلال الفحص. إن حصول تدهور أو تطور أعراض جديدة سيكون مبرراً لتكرار المسح الأولي.

يعاد فحص الطريق الهوائي، وجهاز التنفس، وجهاز الدوران، والجهاز العصبي المركزي لكن بشكل تفصيلي إضافة إلى الجهاز الهضمي، والجهاز البولي التناسلي، والجهاز الهيكلي.

تستخدم ثلاثية: انظر، استمع، اشعر في فحص الأجهزة.

(1) الطريق الهوائي: يبحث عن وجود آثار رض على الطريق الهوائي أو وجود دم أو قيء أو جسم أجنبي قد تكون سبباً لانسداد الطريق الهوائي. إن وجود ضجيج بصوت التنفس (مثل الشخير، الصرير، الوزيز) يمكن أن تكون مؤشراً على انسداد جزئي بالطريق الهوائي. يجب إزالة المفرزات أو الدم وتأمين الطريق الهوائي (راجع فقرة تدبير الطريق الهوائي عند المريض الحرج)

(2) التنفس: إن عدد حركات التنفس ونمط التنفس واستخدام العضلات التنفسية المساعدة كلها ستكون عوامل مساعدة لتأكيد وتقييم شدة الإجهاد التنفسي أو انسداد مجرى الهواء. **تعتبر سرعة التنفس المؤشر المفرد الأكثر أهمية في الدلالة على المرض الحرج.** لذا يجب أن يتم أخذ وتوثيق عدد حركات التنفس بشكل دقيق. رغم أن سرعة التنفس يمكن أن تكون ناجمة عن عوامل مثل الألم والقلق، لكن بالمقابل يمكن أن تكون مؤشراً على مرض رئوي، أو اضطرابات استقلابية شديدة، أو إنتان. انظر إلى الزرقة، التنفس المتناقض (حركة البطن للداخل أثناء الشهيق)، و**عمق التنفس وتناظره**، استخدام العضلات الثانوية والسحب الرغامي. إن ازدياد عمق التنفس (تنفس كوسماول) يمكن أن يكون مؤشراً على حماض استقلابي شديد، إن التنفس الدوري (تنفس تشاين ستوكس) عادة ما يكون مؤشراً على أذية شديدة بجذع الدماغ أو اضطراب وظيفة العضلة القلبية.

انظر الجدول (2-2)

تذكر أن نقص الأكسجة يعتبر قاتلاً أما فرط الكربمية (فرط ثاني أكسيد الكربون في الدم) فلا يعتبر كذلك. ينبغي تسجيل نسبة ما يأخذه المريض من الأوكسجين في الشهيق إضافة إلى إشباع الأوكسجين باستخدام مقياس الأكسجة النبضي (يكون غير دقيق في نقص الحجم الشديد، أو هبوط في الضغط أو انخفاض في درجة حرارة الجسم). إن إشباع أوكسجيني 92% مثلاً عند مريض يأخذ ما نسبته 80% في الشهيق يختلف عن يأخذ ما نسبته 50% حيث أن شدة الإصابة التنفسية في الحالة الأولى أكثر. وبإصغاء الصدر يمكن كشف وجود تناظر أو عدمه في دخول الهواء. إن انعدام الأصوات التنفسية في جهة من الصدر يدل على انخماص تام، أو ريح صدرية قد تكون ضاغطة وتحتاج إ فراغاً اسعافياً، أما انعدام الأصوات (الصمت التنفسي) في الجهتين فيدل على الانسداد الكامل بالطريق الهوائي. كما يمكن سماع أصوات غير طبيعية مثل الوزيز أو الخراخر القصبية التي تدل على مفرزات قصبية، أو الخراخر السنخية التي قد تدل على وجود ذات رئة أو وذمة رئوية.

(3) الدوران: يمكن أن ينتج قصور الدورة الدموية عن اضطرابات أولية في الجهاز القلبي الوعائي أو اضطرابات ثانوية ناتجة عن اضطرابات استقلابية، أو خمج، أو نقص أكسجة، أو أدوية (الجدول

2-2). يمكن أن يكون هبوط الضغط علامة متأخرة على اضطراب الجملة القلبية الوعائية، المشير إلى نذير قصور في آليات المعاوضة. **يجب تقييم النبض المركزي والمحيطي** من ناحية السرعة، الانتظام، الحجم، التناظر. إن مرضى نقص الحجم أو منخفضي النتاج القلبي سيكون لديهم **نبض محيطي خيطي ضعيف** بسبب التقبض الوعائي كما في الصدمة. وإن صعوبة الحصول على موجة نابضة في مقياس الأكسجة النبضي يمكن أن يكون مؤشراً على حالة من التقبض الوعائي. قد يشير **النبض القافز** (ارتفاع ضغط النبض) إلى دوران مفرط الديناميكية، كما أن **اضطراب النظم** عادة ما يشير إلى رجفان أذيني. عادة ما يتبع الضربة البطينية البكرة فترة معاوضة، كما أن الضربة التالية غالباً ما تتميز بكم حجم النبض. إن **النبض التناقضي** هو عبارة عن ضعف أو غياب النبض مع النفس العميق ويمكن أن يحدث مع نقص الحجم الشديد، التهاب التأمور العاصر، السطام القلبي (انضغاط القلب بوجود دم في التامور أو انصباب سريع التطور)، الربو، الداء الرئوي الانسدادي المزمن. (الجدول 2-3). قد يكون قياس الضغط بالكم الآلي غير دقيق بسبب التقبض الوعائي عند المريض الناتج عن تحريض الودي، أو نقص الحجم الشديد، أو انخفاض نتاج القلب. ويعتبر القياس الباضع عبر القسطرة الشريانية هو الأكثر دقة يليه القياس اليدوي بالكم ثم القياس الآلي بالكم وهو أقل دقة. **ومن المعتمد أخذ قياس للضغط بأكثر من طريقة عند المريض الحرج.**

(4) الفحص العصبي: يمكن أن يكون التهيج والتخليط الذهني ناجماً عن نقص الأكسجة، بينما عادة ما ينتج عن فرط الكربمية (فرط ثاني أكسيد الكربون في الدم) انخفاض بدرجة الوعي يجب أن يتم تسجيل درجة الوعي حسب مقياس غلاسكو وذلك من خلال تقييم وظيفة الجهاز العصبي المركزي وحركة الأطراف. يجب توثيق تفاعل الحدقتين وقياسهما، كما يجب المباشرة بتقييم تفاصيل أكثر عن الوظائف الحسية والحركية للجملتين العصبيتين المركزية والمحيطية متى ما سمح الوقت بذلك.

(5) الفحص العام: يمكن أن يكون المريض صاحبياً، متهيجاً، يميل إلى النعاس، نائماً، متبلد الإحساس. يمكن أن تبدي العينان خللاً في الحدقتين أو لوناً يرقانياً. يمكن أن تكون الملتحمة شاحبة مشيرة إلى فقر الدم، كما يمكن ملاحظة الشحوب العام، الزرقة، التعرق، اليرقان، الحمى، التوهج. يمكن أن يكون الجلد رطباً أو جافاً، نحيلاً، متونماً، أو يظهر طفحاً جلدياً (مثل الشري). ويتم معاينة الأطراف لكشف وجود وذمة (كما في قصور القلب الاحتقاني) وجس حرارة الأطراف (تكون باردة في التقبض الوعائي والصدمة، ودافئة أو حارة في الانتان الجهازية). وينبغي قياس حرارة المريض.

(6) فحص البطن يعتبر أمراً أساسياً، لكن غالباً ما يتم إغفاله كجزء من فحص المريض الحرج. يجب تمييز المناطق المؤلمة من البطن والكتل المجسوسة. كما يجب الإشارة إلى حجم كل من الكبد والطحال، كما يجب الإشارة إذا كانت مترافقة مع إيلام. من الضروري خلال فحص البطن الانتباه

إلى صلابة البطن، انتفاخ البطن، أو وجود ألم ارتدادي(رجيع). إن الإصغاء يمكن أن يظهر نفخة وعائية أو غياب الأصوات المعوية.

(7) الفحص البولي والتناسلي من المهم توثيق النتائج البولي عند المريض عن طريق إدخال قسطرة بولية. يجب أن يتم فحص الخاصرتين والظهر إذا أمكن. يجب الأخذ بعين الاعتبار الحمل داخل الرحم أو الحمل الهاجر عند كل امرأة في سن الإنجاب.

(8) القصة السريرية: تقدم القصة المرضية المساهمة الأكبر للوصول إلى التشخيص. يتم أخذ قصة الشكايات الحالية وظروف الإصابة (رض، تسمم...)، وقصة السوابق الطبية والتحسسية وقائمة الأدوية، وتؤخذ القصة من أفراد العائلة ومقدمي الرعاية الصحية أو المرافقين. وتزداد **خطورة المرض الحرج** في المرضى الذين يعانون أي من الأحوال التالية:

- قبول إسعافي (معلومات محدودة)
- عمر متقدم (مدخر قلبي رئوي محدود)
- أمراض مزمنة شديدة مرافقة (مدخر محدود، خيارات محدودة في التدبير)
- اضطرابات فيزيولوجية شديدة (مدخر محدود، تعنيد على العلاج)
- قصة حديثة لعمل جراحي أو الحاجة إليه وخاصة عندما يكون إسعافياً
- نزف شديد أو الحاجة لنقل كميات كبيرة من الدم
- التدهور أو ضعف التحسن
- وجود اضطراب مناعي
- المشاركة بين هذه العوامل

إن المرض الحرج غالباً ما يكون مترافقاً مع نتائج قلب غير ملائم، ضعف تنفسي، تندي في مستوى الوعي. إن أعراضاً نوعية ستكون مترافقة مع المرض الحالي. يمكن أن يشكو المريض من أعراض غير نوعية مثل الانزعاج المعمم، الحرارة، الخمول، القهم، العطش. إن أعراضاً نوعية لأحد أعضاء الجسم يمكن أن تلفت الانتباه إلى أحد الأجهزة التنفسية، القلبية الوعائية، الهضمية. يعد تمييز المرض الحاد من المزمن أمر في غاية الأهمية في هذه المرحلة، حيث أن الحالات المزمنة من الصعب أن تتعافى ويمكن اعتبارها كعوامل مؤخرة خلال مرحلة الشفاء من المرض الحرج.

(9) مراجعة الجداول والتوثيق

تزداد المراقبة الفيزيولوجية ومتابعتها عند المريض الحرج مشعرات تكون مفيدة لتقييم حالة المريض وتوجيه المعالجة. لكن يجب أن تكون هذه المعطيات دقيقة وموثقة ومجدولة بشكل متكرر. فعلى سبيل المثال للحصول على قياس للضغط الوريدي المركزي بشكل صحيح فإن ذلك يعتمد على وضعية المريض

ومعايرة أدوات القياس وضبط صفر المقياس. كما يجب تحديد الحرارة المقاسة مثلاً شرجية أم فموية، كذلك قياس ضغط الدم هل تم بطريقة الكم اليدوي بالطريقة الباضعة بوجود قسطرة شريانية. إن **السجل الدوائي** للمريض هو مصدر بغاية الأهمية للحصول على معلومات عن الأدوية الموصوفة والأدوية التي تم إعطاؤها.

الجدول (2-1) المسح الأولي والثانوي

مقاربة المسح الأولي والمسح الثانوي للمريض الحرج		
<p>الطور الأول</p> <p>الاحتكاك الأولي - الدقائق الأولى</p> <p>(المسح الأولي)</p> <p>ما هو الخلل الفيزيولوجي الأساسي؟</p>	<p>الطور الثاني</p> <p>المراجعات اللاحقة</p> <p>(المسح الثانوي)</p> <p>ما هو العامل المسبب؟</p>	
<p>القصة</p> <p>الملاحظ الرئيسية للظروف والعوامل المحيطة:</p> <ul style="list-style-type: none"> الشهود، مقدمي الخدمة الطبية، الأقارب الأعراض الرئيسية: الألم، ضيق النفس، تبدل الحالة العقلية، الضعف يوجد رض أم لا يوجد سوابق عمل جراحي أم لا يوجد أدوية أو مواد سامة 	<p>معلومات أكثر تفصيلاً</p> <ul style="list-style-type: none"> الشكوى الحالية القصة السابقة، الأمراض المزمنة، الإجراءات الجراحية خطة المستشفى (إذا كانت قابلة للتطبيق) الوضع النفسي والاجتماعي بالإضافة للاستقلال الفيزيائي الأدوية والقصة التحسسية القصة العائلية المواضيع القانونية والأخلاقية ورمز الحالة مراجعة باقي أجهزة الجسم 	
<p>الفحص</p> <p>انظر، استمع، اشعر</p> <ul style="list-style-type: none"> الطريق الهوائي التنفس والأكسجة الدوران 	<p>الفحص المنهجي لأجهزة الأعضاء</p> <ul style="list-style-type: none"> الجهاز التنفسي جهاز القلب والدوران البطن والسبيل البولي التناسلي 	

<ul style="list-style-type: none"> ● الجهاز العصبي المركزي والجهاز الهيكلية العضلي ● جهاز الغدد الصم 	<ul style="list-style-type: none"> ● درجة الوعي 	
<p>سجلات الحالة وحفظ الملاحظات</p> <ul style="list-style-type: none"> ● سجلات الفحص الطبي إذا كانت متوفرة ● صيغ التشخيص الدقيق أو التشخيص التفريقي ● توثيق الأحداث الحالية 	<p>الحالة الفيزيولوجية الأولية والعلامات الحيوية</p> <ul style="list-style-type: none"> ● سرعة القلب، نظم القلب ● ضغط الدم ● سرعة التنفس، وقياس الأكسجة النبضي ● درجة الوعي 	<p>مراجعة الجدول والبيانات الموثقة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● نتائج التحاليل الدموية الأشعة ● تخطيط القلب الكهربائي ● الزرع والتحصن الجرثومي 	<ul style="list-style-type: none"> ● عينة غازات الدم الشريانية (أو وريدية إذا تعذر الحصول على الشريانية) ● سكر الدم 	<p>الاستقصاءات</p>
<p>تحسين المعالجة، تقييم الاستجابة، مراجعة التوجهات</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تأمين دعم نوعي لأجهزة الأعضاء حسب الحاجة ● اختيار المكان الأكثر ملاءمة للعناية بالمريض ● الحصول على نصيحة المتخصص ومساعدته 	<p>يتم تقديمها بالتوازي</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تأكد من الطريق الهوائي والأكسجة المناسبة ● تأمين خط وريدي وسوائل وريدية ● تقييم الاستجابة للإنعاش الفوري ● طلب النصيحة والمساعدة من الزملاء الأكثر خبرة 	<p>المعالجة</p>

الجدول (2-2) تقييم الطريق الهوائي والتنفس

الطريق الهوائي	
أسباب الانسداد	رض مباشر، إقياء، جسم أجنبي، تثبط الجهاز العصبي المركزي (مع انسداد الطريق الهوائي بالأنسجة الرخوة أو اللسان)، إنتان، التهاب، تشنج الحنجرة.
انظر إلى	الزرقة، تبدل نموذج التنفس أو عدده، استخدام العضلات التنفسية الثانوية، السحب الرغامي، تبدل درجة الوعي.
استمع إلى	الضحيج، التنفس (الشخير، الصرير، الوزيز، الغرغرة)، الصمت ويشير إلى انسداد كامل بالطريق الهوائي.
اشعر بـ	انخفاض أو غياب جريان الهواء
التنفس	
أسباب عدم كفاية التنفس أو الأكسجة	
تثبيط مركز التنفس	تثبيط الجهاز العصبي المركزي
نقص الجهد التنفسي	ضعف عضلي، تأذي الحبل الشوكي أو الأعصاب، شذوذات جدار الصدر، الألم
الاضطرابات الرئوية	ريح صدرية، تدمي الجنب، الاستنشاق، المرض الرئوي الساد المزمن، الربو، الصمة الرئوية، تكدم الرئة، الأذية الرئوية الحادة، متلازمة العسرة التنفسية الحادة، وذمة الرئة، الكسور الضلعية، الصدر السائب. الفحص السريري
انظر إلى	الزرقة، تبدل مستوى الوعي، انسحاب الرغامي، استخدام العضلات الإضافية، تبدل نمط التنفس، تبدل سرعة التنفس، عمق وتناظر التنفس، نسبة إشباع الأوكسجين.
استمع إلى	ضيق النفس، عدم القدرة على الكلام، الضحيج التنفسي، الأصمية أثناء القرع، الإصغاء إلى الأصوات التنفسية.
اشعر بـ	تناظر وامتداد حركة الصدر، موقع الرغامي، الفرقعة، انتفاخ البطن.

الجدول (2 -3) تقييم الدورة الدموية

أسباب القصور الدوراني	
أولي-يؤثر على القلب بشكل مباشر	نقص تروية قلبية، اضطراب نبض، خلل في صمامات القلب، اعتلال العضلة القلبية، السطام التأموري.
ثانوي-الآلية الإمرضية تنشأ من مكان آخر	دوائي، نقص أكسجة، اضطراب الشوارد، التجفاف، الخمج، فقد كمية من الدم بشكل سريع، فقر الدم.
الفحص السريري	
انظر إلى	نقص التروية المحيطة (شحوب)، نرف (بشكل واضح أو خفي)، تبدل درجة الوعي، ضيق النفس، نقص الصادر البولي، تمدد واحتقان الوريد الوداجي.
اصغ لـ	أصوات قلب إضافية أو متبدلة، نفخات على الشريان السباتي.
تحسس	نبض قلب بركي، النبض المركزي والمحيطي (قيم السرعة، النوعية، الانتظام، التناظر)، برودة الأطراف.

ث. الاستقصاءات

إن الحاجة إلى إجراء استقصاءات إضافية يجب أن يعتمد على قصة المريض والفحص الجسمي بالإضافة إلى نتائج الفحوص السابقة. إن الفحوص المعيارية كتعداد الدم الكامل وسكر الدم والشوارد والبولة والكرياتينين، وتحليل تخثر الدم، وأنزيمات القلب أو الكبد، وتخطيط القلب الكهربائي، والشعاعية مثل صورة الصدر البسيطة أو الطبقي المحوري، والأحياء الدقيقة من فحص تلويح غرام أو الزرع والتحسس الجرثومي، يجب أن يتم إجراؤها إذا كانت مستطبة. إن وجود حمض استقلابي يعد واحداً من أهم المؤشرات على المرض الحرج ولذلك يعتبر تحليل غازات الدم الشرياني من أكثر الفحوص أهمية في المرحلة الحادة من المرض الحرج، حيث أنها أيضاً تزودنا بمعلومات ضغط الأوكسجين وضغط ثاني أوكسيد الكربون في الدم الشرياني، ويمكن الاكتفاء بعينة الدم الوريدية في حال تعذر أخذ عينة شريانية. إضافة إلى معايرة نسبة اللاكتات في الدم الذي يعطي فكرة عن شدة نقص التروية الحاصل أو شدة الصدمة النزفية واستجابتها للمعالجة.

ج. تحديد المدخر الفيزيولوجي عند المريض physiological reserve

من المهم تحديد المدخر الفيزيولوجي عند المريض الحرج، حيث يعطي فكرة عن فترة المعاوضة لدى المريض وبالتالي يتدخل في وضع التدبير وخطّة المعالجة. تساعد القصة السريرية والفحص السريري والنتائج المخبرية في تحديد المدخر الفيزيولوجي لدى المريض الحرج. إن التقدم بالعمر أو وجود داء رئوي أو قلبي مزمن لدى المريض يشير إلى محدودية المدخر الفيزيولوجي وبالتالي يتطلب سرعة التدبير والمعالجة. وبالمقابل فإن الشباب الأصحاء لديهم مدخر فيزيولوجي جيد ويتحملون فترات أطول قبل حصول التدهور والتطور نحو قصور الأعضاء العديد أو توقف القلب. راجع فقرة استجابة المعاوضة أعلاه.

نلفت الانتباه إلى أنه بما أن المظاهر الخارجية للمريض يمكن أن تكون مُقَدَّعة لدى المريض الذي كان معافى سابقاً أو لدى الشباب مقارنة مع المتقدمين بالعمر أو الذين يعانون من أمراض مزمنة، لذا فإن التدهور يمكن أن يبدو وكأنه حدث بشكل أكثر حدة لدى الأشخاص الأصغر سناً بسبب وجود المعاوضة المطولة لديهم. لذا فإن أهمية التقييم يجب أن تتوجه بشكل خاص نحو تغيرات العلامات الحيوية والمعايير الفيزيولوجية وذلك بالتوازي مع خضوع المريض للمعالجة.

ح. وضع التشخيص والتشخيص التفريقي:

يجب أن تساعد القصة السريرية، والفحص السريري، والنتائج المخبرية على تسهيل الوصول إلى التشخيص. وينبغي وضع التشخيص التفريقي في الحالات غير الواضحة، كما أن مراقبة استجابة المريض للعلاجات الأولية تساعد في توضيح التشخيص. يجب الحصول على مساعدة من أشخاص أكثر خبرة إذا تدهورت حالة المريض ولم يتم التوصل إلى تشخيص محدد أو معالجة نوعية، كما يجب طلب استشارة الاختصاصات الأخرى حسب الحاجة. ينبغي استخدام بعض المشعرات المعتمدة عالمياً مثل مشعر APACHE II,III,IV ومشعر SOFA وذلك لتحديد شدة المرض ومعرفة انذار الحالة ونسبة الوفيات كما أنها تفيد في إعادة التقييم وتصنيف المرضى في دراسات الأبحاث. كما يتم أيضاً مناقشة مسألة نقل المريض إلى وحدة العناية المركزة أو وحدة العناية بمستوى أعلى. أما مسألة نقل المريض إلى مكان أكثر تطوراً فيتعلق بالمصادر المتاحة والأنظمة الموجودة. يجب دائماً عدم نسيان دعم المريض والعائلة وذلك بشرح الحالة لهم وطمأنتهم.

خ. مراقبة المريض الحرج:

ينبغي أن تكون خطة المراقبة واضحة للمريض الحرج، من ناحية نسبة الممرضة/المريض (راجع الفصل الثالث عشر)، ومشعرات المراقبة. يجب أن يوضع المريض في منطقة مراقبة monitored

area أو نقله للعناية المركزة حسب الامكانية والأنظمة المعمول بها في المشفى. **كمبدأ عام لا يتم نقل المريض الحرج حتى يتم تأمين استقراره الأولي.** وتشمل مراقبة المريض الحرج ما يلي:

المراقبة الهيموديناميكية: معدل القلب، نظم القلب، ضغط الدم، **والتنفسية:** معدل التنفس، ونسبة الأكسجين الشهقي، ونسبة اشباع الأكسجة الشريانية بمقياس الأكسجة النبضي، وحرارة الجسم خاصة المركزية، ودرجة الوعي حسب مقياس غلاسكو، وتوازن السوائل. إن **توازن السوائل** يجب أن يشمل النتاج البولي إضافة إلى فقدان السوائل من الأنابيب والمفجرات. يمكن أيضاً مراقبة الضغط الوريدي المركزي إضافة إلى إجراء عينة الدم الوريدي المركزي إذا كان لدى المريض قسطرة وريدية مركزية. كما يمكن من خلال القسطرة شريانية القياس المستمر للضغط الباضع، وفي حال توفر أجهزة مراقبة نتاج القلب غير الباضعة، فيمكن قياس نتاج القلب، والمقاومة الشريانية المحيطية إضافة إلى معلومات أخرى ذات أهمية. إن أجهزة المراقبة السابقة تحتاج إلى خبيراً للتعامل معها، كما أن القيم التي يتم الحصول عليها تحتاج إلى خبرة سريرية لتفسيرها لدى شخص خبير بالعناية المركزة.

د. تدبير المريض الحرج:

يقوم تدبير المريض الحرج على ثلاثة محاور رئيسية: **الإنعاش، والمعالجة الداعمة، والمعالجة النوعية**

(1) **الإنعاش Resuscitation:** يقصد بالإنعاش هو كل القيام بكل الإجراءات العلاجية اللازمة

لتأمين حمل أو كسجيني كاف للأعضاء والأنسجة، وبشكل خاص الأعضاء الحيوية وهي الدماغ، والقلب، والكلي، والكبد، والأمعاء. ويتم تحقيق هدف الإنعاش في تأمين حمل الأكسجين بإعطاء الأكسجين للمريض، إعطاء السوائل الوريدية، أو نقل وحدات الدم أحياناً، وإعطاء مقبضات الأوعية والدواعم القلبية حسب الحاجة. راجع تدبير الصدمة في الفصل الرابع.

ويجب البدء بإنعاش المريض أبكر ما يمكن أي في الساعات الأولى **وتوجد أدلة كثيرة على أن الإنعاش الباكر والكامل للمريض الحرج يحسن النتائج حيث يقلل من درجة قصور الأعضاء ويقلل نسبة الوفيات.** ولذلك يجب البدء بإجراءات الإنعاش حيثما كان المريض وعدم الانتظار حتى ينقل المريض إلى العناية المركزة

مراقبة فعالية الإنعاش: **لا يوجد طريقة سواء سريرية أو مخبرية مؤكدة لتحقيق أهداف الإنعاش ومراقبته،** ولكن بعض القيم والمعايير تساعد في ذلك:

■ **الضغط الشرياني الوسطي (يحافظ عليه عادة أكثر من 65 مم زئبقي وهو من**

الأهداف الهامة خلال الإنعاش)

- مراقبة النتاج البولي
- مراقبة الضغط الوريدي المركزي
- مراقبة اشباع الدم الوريدي المركزي
- مراقبة نتاج القلب في حال توفرت أجهزة مراقبة نتاج القلب
- مراقبة مستوى اللاكتات في الدم

(2) **المعالجة الداعمة:** ويقصد بها أساساً دعم الأجهزة أو الأعضاء القاصرة ويتم ذلك إما بواسطة الأدوية أو بعض الأجهزة (مثل التهوية الآلية، واستخدام التحال الدموي البطيء المستمر في مرضى القصور الكلوي الحاد). راجع الفصل الأخير في الكتاب.

(3) **المعالجة النوعية:** ويقصد بها معالجة السبب، فإذا كان صدمة دورانية بسبب الإنتان مثلاً تعطى الصادات الحيوية، وإذا كان صدمة بسبب نزف هضمي يتم محاولة السيطرة على النزف بواسطة التنظير الهضمي وربط البؤرة النازفة..... وهكذا.

1. تدبير الطريق الهوائي والتنبيب الرغامي لدى المريض الحرج:

كثيراً ما يستطب التنبيب الرغامي عند المريض الحرج وذلك إما لتطبيق التهوية الآلية كما عند مريض القصور التنفسي، أو لحماية الطريق الهوائي كما في انخفاض درجة الوعي والسبات (مقياس غلاسكو >8)، أو لتحسين حمل الأكسجين وتقليل استهلاكه الزائد بالجهد التنفسي كما في الصدمة.

أ. أسباب صعوبات الطريق الهوائي عند المريض الحرج:

ويعتبر المريض الحرج عموماً ذو طريق هوائي صعب *difficult airway* حيث تصل نسبة صعوبات التنبيب إلى 10% وربما أكثر مقارنة بغرفة العمليات التي لا تتعدى النسبة فيها 1-3%. وترجع هذه الصعوبات إلى عدة عوامل:

- نقص المدخر الفيزيولوجي وخاصة مخازن الاكسجين في الرئتين (السعة الحيوية الوظيفية)
- الحاجة الملحة *urgent intubation* للتنبيب بشكل أسرع لخطورة الحالة وعدم استقرارها
- عدم التقييم الجيد للطريق الهوائي لضيق الوقت وعدم تعاون المريض عادة
- التعرض لهبوط الضغط الشديد بتأثير الأدوية المهدئة التي تعطى في المباشرة (بسبب إحداثها للتوسع الوعائي والتنبيب القلبي)
- عدم التحضير الجيد إما لضيق الوقت أو لعدم توفر معدات صعوبة التنبيب اللازمة
- قلة خبرة الطبيب الذي يجري التنبيب في تدبير الطريق الهوائي (شائع في العناية)

ب. **الاختلالات المحتملة:** تكثر نسبة الاختلالات الحاصلة جراء تدبير الطريق الهوائي والتنبيب عند المرضى الحرجين سواء في العناية المركزة أو في قسم الطوارئ حيث تفوق الـ25% باليد الخبيرة وقد تفوق الـ50% في اليد غير الخبيرة وأهم هذه الاختلالات:

- نقص الأكسجة
- هبوط الضغط الشرياني (وحتى توقف القلب)
- رض الطريق الهوائي
- التنبيب المريئي
- الاستنشاق الرئوي
- الوفاة (وعادة تحدث بسبب نقص الأكسجة)
- أذية دماغية دائمة

ت. التوصيات العامة في تدبير الطريق الهوائي عند المريض الحرج

ينصح بإتباع التوصيات التالية في تدبير الطريق الهوائي والتنبيب عند المريض الحرج وذلك لتحقيق أمان المريض وتقليل الاختلالات ما أمكن عند هؤلاء المرضى:

(1) التقييم الجيد قبل البدء بإجراءات التنبيب حيث معظم الأحيان يوجد وقت مقبول يمكن الاستفادة منه. من المفيد استخدام اختصار LEMON الذي يساعد في كشف الصعوبات الظاهرة في التنبيب (الجدول 2-4).

(2) تحقيق الظروف المثلى عند المريض من الاستقرار الهيموديناميكي (المحافظة على الضغط الشرياني الوسطي <65 ملم ز)، والأكسجة الجيدة قبل التنبيب ($\leq 90\%$)

(3) ينصح بإجراء إمامة جيدة قبل إعطاء أدوية المباشرة وذلك بالتسريب السريع للسوائل الكريستالية مابين 500-1000 مل في حال عدم وجود قصور قلب عند المريض.

(4) إعطاء الأكسجة الاستباقية سواء بالقناع الأوكسجيني عالي التركيز، أو بتطبيق التهوية الآلية غير الباضعة. ومن المعتمد تحقيق إشباع أوكسجيني بنسبة 90% فما فوق قبل البدء بإجراءات التنبيب

(5) تحضير المعدات اللازمة للتنبيب بشكل جيد وخاصة دليل الأنبوب الرغامي، والبوجية، والقناع الحنجري (من الجيل الثاني خاصة) ومنظار الحنجرة المرفق بالفيديو

Videolaryngoscopy

(6) ينصح باختيار المباشرة السريعة المتتالية في حال أمكن ذلك. ويمكن اختيار التنبيب الواعي عند بعض المرضى (إصابة العمود الرقبي مثلاً)

(7) وضع المريض بالوضعية الصحيحة (الاستلقاء الظهرى مع بسط العنق ووسادة تحت الرأس، أو وضعية RAMP للبدنين، ووضعية الجلوس للمريض ناقص الأكسجة).

(8) استخدام أجهزة المراقبة أثناء التنبيب خاصة الضغط الشرياني ومقياس إشباع الأكسجين النبضي، وتخطيط القلب، ومقياس الكابنوغراف (أو الكابنومتر)

(9) استخدام الأدوية بحكمة: حيث ينصح بإعطاء جرعات متدنية من الأدوية المستخدمة في التنبيب سواء المسكنات أو المهدئات (حوالي 50% من الجرعات الاعتيادية) وخاصة في حالة المريض غير المستقر هيموديناميكياً مع تحضير مسبق للأدوية المقبوضة الوعائية. ينبغي تجنب استخدام ايتوميدات في حال وجود انتان جهازى، وتجنب بروبوفول في هبوط الضغط الشديد.

(10) استخدام الكابنوغراف (أو الكابنومتر) للتأكد من صحة التنبيب

(11) إجراء خزع الغشاء الدرقي الحلقى دون تردد في حال فقد الطريق الهوائي نقص الأكسجة (عدم القدرة على التهوية أو التنبيب)

(12) وضع خطة بديلة دائماً، وطلب المساعدة دائماً من الطبيب الأكثر خبرة في الطريق الهوائي أو طبيب التخدير

(13) اتبع دائماً التوصيات العالمية في تدبير الطريق الهوائي مثل توصيات جمعية الطريق الهوائي الصعب البريطانية عام 2015 2015 DAS airway guidelines. وإجراء الدورات التدريبية اللازمة في تدبير الطريق الهوائي.

(14) الجدول (2-4) اختصار LEMON لكشف صعوبات الطريق الهوائى

The LEMON mnemonic for predicting the difficult emergency airway	
Look externally	الفحص الظاهر لكشف أي صعوبات مثل بروز الثدييات أو رض للوجه
Evaluate 3-3-2	القياس بعرض الأصابع (3 لفتحة الفم، 3 للمسافة اللامية الذقنية، 2 للمسافة الدرقية اللامية)
Mallampati	فحص مقياس مالمباتي
Obstruction/Obesity	علامات انسداد الطريق الهوائي أو وجود بدانة لدى المريض
Neck mobility	فحص حركة العنق (هل يوجد تحدد أم لا)

4. نظام الاستجابة السريعة Rapid Response System

أ. **المبدأ والبيانات:** كما تم الشرح سابقاً أنه إذا لم يتم تمييز المرض الحرج ومعالجته خلال الفترة الأولى الذهبية (الساعات الأولى)، فإن نقص الأكسجة النسيجية سيتطور بشكل متسلسل ليسبب قصور الأعضاء العديد والوفاة. وقد أظهرت العديد من الدراسات أن التدهور الفيزيولوجي يسبق العديد من حالات توقف القلب والتنفس بساعات، وهذا يقترح أن التداخل الباكر يمكن أن يقي من الحاجة إلى الإنعاش أو حتى القبول في العناية المركزة. كما أن العناية المركزة لن تقدر استيعاب كل المرضى الذين قد يحتاجون لمساعدة العناية المركزة لبعض الوقت. إذاً ظهرت هناك حاجة متزايدة لدعم المرضى الخطرين أو الحرجين باكراً حيثما كانوا ضمن المشفى (أجنحة لمرضى، أو الطوارئ...) وهو ما يمكن أن يدعى العناية المركزة بدون جدران critical care without walls، ومن هنا جاء مبدأ إنشاء ما يسمى بأنظمة الاستجابة السريعة في العديد من المشافي ليتم تمييز المرضى الحرجين ومعالجتهم باكراً والحد من قبولهم للعناية المركزة.

أول ما نشأ ما يسمى الفرق الإسعافية الطبية (TEMs) medical emergency teams في استراليا في تسعينات القرن الماضي من الأطباء الممارسين للعناية، حيث كان يساعد في حالات توقف القلب أو قبيل توقف القلب. وطبقت الفكرة في بريطانيا عام 2000 مع إدخال عنصر التمريض أيضاً. في الولايات المتحدة الأمريكية بدأت بما يسمى جهاز الاستجابة السريعة rapid response system من خلال إنشاء جهاز عمل متكامل وليس فقط فريق، وسمي أيضاً أو العناية ذات الأذرع critical care outreach (CCO).

ب. **ما هي مكونات نظام الاستجابة السريعة؟** يعمل نظام الاستجابة السريعة ضمن قوانين وآليات ناظمة للعمل، مع التقييم المستمر لتحسين الأداء. ويتألف نظام الاستجابة السريعة من مكونين رئيسيين وارد وصادر:

(1) المكون الوارد: وهو الفريق الطبي الأساسي المشرف على الحالة والذي يبلغ عن الحالة وذلك بناء على تغيرات فيزيولوجية ومعايير معينة معدة مسبقاً (راجع العلامات الحيوية العشرة). وهؤلاء يحتاجون للنتقيف حول كشف التغيرات عند المريض والتدبير الأولي لها وكيفية الإبلاغ عنها. هذا ويتم في العديد من الدول إجراء دورات تدريبية على نظام الاستجابة السريعة ومعرفة علامات تدهور المريض الحرج وأساسيات تفعيل الفريق والتدخل الباكر على هؤلاء المرضى.

(2) المكون الصادر: وهو أعضاء فريق الاستجابة السريعة الذين يمكنهم الاستجابة بسرعة لأي تدهور حاصل لدى المريض وعادة ما يقاد الفريق من قبل التمريض (ممرضة عناية متدربة) وقد يكون طبيبياً.

يخضع هذا الفريق للتدريب على مهارات كثيرة (مثل BLS، ACLS ، الإنعاش، واستخدام مقبضات الأوعية، والتهوية الآلية، والإجراءات الضرورية كالتنبيب، وفتح قسطرة مركزية.... الخ) ليستطيعوا التعامل مع الحالات الحرجة. ويزود فريق الاستجابة السريعة بالتجهيزات اللازمة التي توضع عادة في حقيبة خاصة تحمل مع الفريق. يتكون هذا الفريق بشكل أساسي من طبيب عناية وممرضة عناية متدربة بشكل جيد، وقد يكون معهم أحد المعالجين التنفسيين أو الفيزيائيين في الفريق أيضاً. يتم تفعيل هذا الفريق للتدخل الباكر وفق معايير فيزيولوجية معينة (راجع العلامات الحيوية العشرة لاحقاً)، ويتم التعريف بها لكل طواقم المشفى.

(3) مهام الفريق: من مهام عمل فريق الاستجابة السريعة ما يلي:

- التعرف على المرضى الحرجين
 - مساعدة الفريق المشرف على المريض في الأجنحة في تدبير المرضى الحرجين ومتابعتهم
 - تقديم التداخلات العلاجية المتعلقة بإنعاش المريض الحرج
 - تسهيل نقل المريض للعناية المركزة عندما يقرر ذلك
 - متابعة مرضى العناية المركزة بعد تخريجهم من العناية
 - تثقيف الفرق الطبية الأخرى حول كشف وتدبير الحالات الحرجة
 - تحسين الأداء والعناية الطبية في المشفى عامة
- وقد تبين في العديد من الدراسات فوائد تطبيق نظام الاستجابة السريعة فيمايلي:
- إنقاص نسبة توقف القلب خارج العناية المركزة
 - إنقاص نسبة قبول المريض للعناية أو الوفيات بعد العمل الجراحي
 - إنقاص نسبة توقف القلب قبل نقل المريض للعناية

5. العلامات الحيوية العشرة وتفعيل فريق الاستجابة السريعة

أ. العلامات الحيوية العشرة (10 SOV) signs of vitality:

بدأ استخدام العلامات الحيوية التقليدية لتقييم المرضى المعرضين للخطر منذ منتصف القرن التاسع عشر وكانت تشمل النبض، والحرارة، والتنفس، ولون الجلد. ثم أضيف قياس الضغط الشرياني بعد ظهور كم قياس الضغط في أوائل القرن العشرين وظلت كذلك لحوالي 100 سنة. أثبتت العديد من الدراسات أن كشف التغيرات الفيزيولوجية باكراً مثل تسرع التنفس، وتراجع مستوى الوعي، وهبوط الضغط، وشح البول تسبق حدوث توقف القلب أو القبول للعناية بحوالي 4 ساعات فأكثر.

كما تبين أن معدل الوفيات يرتفع كلما زاد عدد العلامات الحيوية المضطربة لدى المريض وخاصة إذا كان المريض موجوداً في أجنحة المرضى، ولذلك زادت العلامات الحيوية التي تراقب عند المرضى الحرجين.

كانت العلامات الحيوية الرئيسية التي يعتمد عليها تفعيل فريق الاستجابة السريعة ست علامات وهي: النبض، معدل التنفس، إشباع الأوكسجين، الضغط الدموي، النتاج البولي، ومستوى الوعي، وتم توسيعها إلى عشر علامات لتشمل أيضاً زمن الإرواء الشعري، والحرارة، والألم، وكفاية حمل الأوكسجين (مستوى اللاكتات، إشباع الدم الوريدي المركزي)، ونستعرض هنا هذه العلامات وأهميتها وتغيراتها وكيفية تفعيل فريق الاستجابة السريعة. انظر الشكل (1-2)

(1) الحرارة temperature: تتراوح الحرارة الطبيعية المركزية ما بين 36,5-37,5 درجة مئوية. أما إذا زادت (< 38,3 للمركزية) فتدل على نشاط استقلابي سريع وزيادة استهلاك الأوكسجين. وقد تنقص أحياناً (>36) بسبب نقص تزوية الكبد (العضو الأساسي في توليد الحرارة) وقد تكون علامة إنذار سيء. تعتبر الحرارة المركزية هي الحرارة المعتبرة للجسم والتي تقاس من قسطرة الشريان الرئوي (قل استخدامه)، أو من المثانة. أما قياسات الحرارة الأخرى فهي أقل دلالة عن الحرارة المركزية وهي بحسب الأكثر دقة فالأقل دقة كمايلي: الحرارة المريئية<الحرارة المستقيمية> الحرارة الفموية<الحرارة الإبطية، أما الحرارة الأذنية فهي متغيرة. ينبغي السؤال عن موضع قياس الحرارة قبل اعتمادها.

(2) النبض pulse: يدل النبض على التقلصات القلبية، ويتم فحص النبض من عدة نواح: المعدل، والانتظام، والقوة. يبلغ معدل نبض القلب الطبيعي ما بين 60-100/د ويكون منتظماً. يتم فحص النبض محيطياً (الكعبري أو ظهر القدم)، ويلجأ لفحص النبض المركزي إذا كان النبض المحيطي غير واضح. قد تعكس زيادة معدل النبض استجابة المعاوضة إلى نقص حمل الأوكسجين أو زيادة المتطلب منه. أما ببطء معدل فقد يدل على استنفاد المعاوضة وسوء الحالة.

(3) معدل التنفس respiratory rate: يبلغ معدل التنفس الطبيعي ما بين 12-16 مرة/د، وينبغي قياسه خلال دقيقة من أجل الدقة. إن تسرع التنفس (<20/د) فقد يعود إلى تفعيل مباشر لمراكز التنفس في جذع الدماغ، أو كاستجابة المعاوضة إلى زيادة إنتاج ثاني أوكسيد الكربون أو الحمض الاستقلابي. ويعتبر تسرع التنفس علامة حساسة على وجود مرض حرج ينبغي أخذها بعين الاعتبار. أما ببطء التنفس (> 8/د)، فقد يدل على تثبيط مركز التنفس في جذع الدماغ. لذلك من المهم فحص عمق التنفس وانتظامه أيضاً.

- (4) **الضغط الشرياني blood pressure**: يبلغ الضغط الشرياني الطبيعي حوالي 70/120، وينبغي التأكد من صحة قياس الضغط الشرياني أولاً (حجم الكم المناسب). إذا كان الضغط الشرياني ناقصاً (>90 للانقباضي، أو >60 للوسطي) قد يؤدي إلى نقص تروية الأعضاء. ينتج هبوط الضغط عن نقص الحجم الوعائي، أو نقص نتاج القلب، أو انخفاض المقاومة الوعائية المحيطية. قد يشكل ارتفاع التوتر الشرياني الشديد حالة حرجة مهددة للحياة أيضاً.
- (5) **الألم pain**: وهو العلامة الحيوية الخامسة. يحدث مع الألم زيادة التفعيل الودي، وزيادة استهلاك الأوكسجين وخطورة اضطراب توازن الأوكسجين (عدم التوافق بين الوارد والمستهلك من الأوكسجين) وحدث نقص التروية النسيجية.
- (6) **إشباع الأوكسجين الشرياني oxygen saturation**: يتراوح إشباع الأوكسجين الطبيعي في الدم الشرياني ما بين 94-100%، ويدل على الأوكسجين المرتبط بالخصاب في الجهة الشريانية. يقاس بمقياس الإشباع النبضي. إن نقص الإشباع (خاصة >90%) يؤدي إلى نقص حمل الأوكسجين في الدم، ويكون علامة حرجة خاصة في حال زيادة المتطلبات النسيجية منه. أيضاً زيادة حاجة المريض من نسبة الأوكسجين الشهيق لها نفس الدلالة. أما النقص الشديد في إشباع الأوكسجين (>85%) فيشكل علامة خطيرة إذ يحدث اضطراباً في الوعي وقد يسبب أذية دماغية لاعكوسة.
- (7) **مستوى الوعي level of consciousness**: قد يشكل علامة حساسة على تروية الدماغ، ويحدد مستوى الوعي بمقياس غلاسكو عادة (يتراوح ما بين 3-15 درجة). يتدرج انخفاض الوعي من القلق anxiety فالنعاس lethargy، فالذهول stupor فالسبات coma. قد يتظاهر نقص الوعي بشكل هياج أو هذيان في بعض الحالات.
- (8) **زمن الإرواء الشعري capillary refill time** ويقصد به عودة التروية واللون الوردي للجلد بعد إزالة الضغط عنه ويشير إلى تروية الجلد ويبلغ زمنه الطبيعي ≥ 2 ثانية. ويدل تطاوله (>3 ثوان) على نقص التروية المحيطية نتيجة زيادة المقاومة الوعائية المحيطية والتقبض الوعائي كما يحدث في معظم أنواع الصدمة الدورانية.
- (9) **النتاج البولي urine output**: يشير النتاج البولي الطبيعي إلى تروية جيدة للكلى والأعضاء البطنية، ويعتبر نقصه (>30 مل في الساعة، أو >0,5 مل/كغ/ساعة) علامة حساسة على نقص تروية الكلى والأعضاء البطنية وتحسنه علامة جيدة.
- (10) **نقص إشباع الدم الوريدي المركزي (>65%)، أو زيادة مستوى اللاكتات في الدم (>2)، أو الحمض الاستقلابي**: كلها مشعرات مخبرية يدل نقصها على عدم كفاية حمل الأوكسجين في الدم أو خلل توازن الأوكسجين وخطورة حدوث نقص التروية النسيجية.

ب. آلية تفعيل واستدعاء فريق الاستجابة السريعة RRT activation

بالنظر إلى الشكل (2-2) إن حدوث تغيرات في العلامات الحيوية الثلاثة الأولى وهي الحرارة، ومعدل القلب، والألم تعتبر غير نوعية، ولكنها تستدعي فحص العلامات الحيوية السبعة الأخرى: وهي معدل التنفس، وإشباع الأوكسجين، والضغط الدموي، ومستوى الوعي، وزمن الإرواء الشعري، والنتاج البولي، وأحد الثلاثة (إشباع الدم الوريدي المركزي، أو الحمض الاستقلابي، أو مستوى اللاكتات في الدم) والتي تعتبر علامات أكثر نوعية، ولذلك فإن اضطراب علامتين من هذه العلامات السبعة يدل على أن المريض في حالة حرجة، ويستدعي تفعيل فريق الاستجابة السريعة.

يقوم الفريق الطبي المسؤول عن المريض بتفعيل فريق الاستجابة السريعة بالاتصال بمسؤول الفريق (غالباً ممرضة) والتواصل بطريقة SBAR كما في الشكل (2-2)

Situation= S ما هو الوضع الحالي أو المشكلة الحالية؟

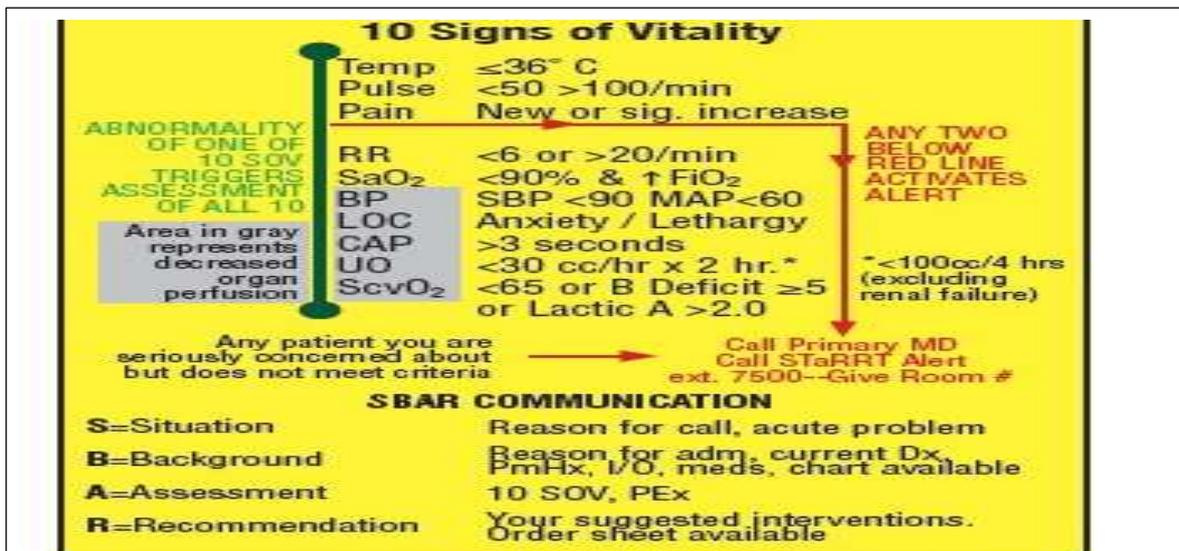
Background= B ما هي قصة المريض؟

Assessment= A ماذا تعتقد السبب في حصول المشكلة الحالية؟

Recommendation= R ما هو المطلوب منا بالضبط؟

وبعد معرفة الحالة وتحديد المطلوب بطريقة التواصل أعلاه يتم إعطاء التعليمات اللازمة. يقوم فريق الاستجابة السريعة بالتوجه إلى مكان المريض لتقييم المريض وإنعاشه إذا تطلب الأمر، ووضع خطة المعالجة. ومن المعتمد ان تصل ممرضة فريق الاستجابة السريعة خلال 5 دقائق من استدعائها، وطبيب العناية خلال 15 دقيقة من استدعائه.

الشكل (1-2) العلامات الحيوية العشرة ومعايير تفعيل فريق الاستجابة السريعة



الخلاصة

- يعرف المرض الحرج بأنه المرض المهدد للحياة، ويتصف المريض الحرج بأن لديه قصوراً في واحد أو أكثر من الأجهزة الحيوية يتطلب المراقبة والمعالجة المركزة.
- إن القاسم المشترك للألية المرضية في المرض الحرج هو نقص حمل الأكسجين إلى الأنسجة والخلايا أو عدم الانتفاع به.
- إن التعرف الباكر على المريض الحرج والتدخل الباكر يحسن النتائج حيث يقلل من درجة قصور الأعضاء ويقلل نسبة الوفيات
- يتميز تقييم وتدبير المريض الحرج عن المريض المستقر في أن التقييم والتدبير يجب أن يسيرا في خط واحد معاً بسبب عامل الوقت الهام والحرج.
- من المعتمد مقارنة المريض الحرج بإجراء المسح الأولي والمسح الثانوي.
- إن المظاهر السريرية للمرض الحرج هي في الغالب أمور غير نوعية، تعتبر سرعة التنفس المؤشر المفرد الأكثر أهمية في الدلالة على المرض الحرج.
- يجب التأكد من التغيرات الفيزيولوجية المقاسة عند المريض الحرج وتوثيقها
- من المهم تحديد المدخر الفيزيولوجي عند المريض الحرج، حيث يعطي فكرة عن فترة المعاوضة لدى المريض وبالتالي يتدخل في وضع التدبير وخطة المعالجة.
- إن المراقبة السريرية والمخبرية لاستجابة المريض الحرج للمعالجة هي أمر أساسي.
- ويعتبر المريض الحرج عموماً ذو طريق هوائي صعب، ويجب تقييم الطريق الهوائي والتحضير الجيد لديه.
- كمبدأ عام لا يتم نقل المريض الحرج حتى يتم تأمين استقراره الأولي.
- تكمن أهمية فريق الاستجابة السريعة في التعرف على المريض الحرج وتدبيره الباكر مما يقلل من الاختلاطات ويحسن نسبة الوفيات ويقلل الحاجة لقبول المرضى للعناية المركزة.
- ينبغي قياس العلامات الحيوية العشرة عند المريض المشتبه بتدهور حالته، وإتباع معايير تفعيل فريق الاستجابة السريعة.

مراجع

1. Fundamental Critical Care Support book, 2012
2. Advanced Practice in Critical care, A Case Study Approach, Sarah McGloin & Anne McLeod, 2010
3. Basic Assessment & Support in Intensive Care, Charles Gomersall et al, Asia Pacific Association of Critical Care Medicine, 2007
4. Designing, implementation, and Enhancing a rapid response System, Frank Sebat, Society of critical care medicine, 2009.

الفصل الثالث

المراقبة الهيموديناميكية للمرضى الحرجين

Hemodynamic Monitoring of Critical Patients

- ❖ اعتبارات أساسية
- ❖ مفهوم الهيموديناميكية ومشعراتها
- ❖ المشعرات الهيموديناميكية الأساسية
- ❖ المشعرات الهيموديناميكية المتقدمة
- ❖ المشعرات الهيموديناميكية المخبرية
- ❖ أشكال خاصة من المراقبة

المراقبة الهيموديناميكية للمرضى الحرجين

1. اعتبارات أساسية Basic concepts

- تعتبر الوظيفة الأساسية لكل من الجهاز القلبي الوعائي والجهاز الرئوي معاً هي تأمين الجريان الدموي مع حمل أوكسجين كاف إلى الأعضاء والأنسجة المختلفة إضافة تخليص تلك الأنسجة من الفضلات الاستقلابية السامة. وإنه من الصعوبة بمكان مراقبة الجريان الدموي أو حمل الأوكسجين مباشرة، بينما يتم مراقبة علامات عديدة غير مباشرة تدل على الجريان الدموي. فمثلاً تتم مراقبة درجة وعي المريض، وحرارة الأطراف، والنتاج البولي كدلالات غير مباشرة على الجريان الدموي للأعضاء (الدماغ، والجلد، والكلية).
- تهدف المراقبة الهيموديناميكية للمريض الحرج إلى معرفة حالة الجهاز القلبي الوعائي والرئوي، وكشف أي تغيرات فيزيولوجية مرضية، إضافة إلى مراقبة الاستجابات الفيزيولوجية للمعالجة عند المرضى الحرجين التي تساعدنا في الحكم على تأثيرات أي علاج مطبق.
- وتجدر الإشارة إلى أنه تبقى المراقبة السريرية للمريض هي حجر الأساس بالنسبة لباقي عناصر المراقبة الأخرى التي تقوم بها أجهزة متنوعة في أهدافها وفي دقتها، ويجب على طبيب العناية المركزة أن يقوم بفحص المريض سريرياً بفواصل زمنية تحدد حسب حالة كل مريض على حدة، ويجب إجراء هذا الفحص بشكل شامل لكن مع التركيز على فحص الأجهزة المصابة بالاضطراب حيث يمكن بهذا الفحص تقييم مدى تحسن المريض واستجابته للمعالجة.

2. مفهوم الهيموديناميكية hemodynamics

الهيموديناميكية أو الحرائكية الدموية هي دراسة حركات الدم في جهاز الدوران والقوى المتعلقة بها، والتي تعد دلالة على حالة الجهاز القلبي الرئوي
يدل على الهيموديناميكية مشعرات يمكن تقسيمها إلى:

- مشعرات هيموديناميكية أساسية: والتي تقاس مباشرة مثل تخطيط القلب المستمر والضغط الشرياني قياس الأوكسجة النبضي.

- مشعرات هيموديناميكية متقدمة: وعادة تكون أكثر تعقيداً وتقاس بشكل غير مباشر مثل نتاج القلب وحمل الأوكسجين، والمقاومة الوعائية المحيطية.

- وتستخدم أيضاً مشعرات مخبرية هامة مثل وجود الحمض الاستقلابي في غازات الدم وارتفاع مستوى اللاكتات في الدم لكشف وجود عدم كفاية التروية النسيجية.

ويمكن تصنيف المراقبة الهيموديناميكية بشكل واسع إلى: **مراقبة غير باضعة non-invasive** (لا يحتاج استخدامها إلى إحداث أذية في الجلد، أو الأغشية المخاطية) أو **مراقبة باضعة invasive** (يحتاج استخدامها إلى إحداث أذية في الجلد، أو الأغشية المخاطية)

ملاحظة: لكل طريقة مراقبة مذكورة مزايا ومساوئ إضافة إلى أنه لا يوجد مشعر هيموديناميكي يمكن أن يدل بشكل كامل عن الحالة القلبية الوعائية والرئوية، بل يمكن تشبيه المشعرات الهيموديناميكية بالأحجية puzzle التي يكمل بعضها بعضاً، كما تحتاج دوماً إلى ربطها بالتقييم السريري.

3. المشعرات الهيموديناميكية الأساسية Basic Hemodynamics

أ. مراقبة تخطيط القلب المستمر ECG:

تتم مراقبة تخطيط القلب المستمر من خلال ثلاثة إلى خمسة لواقط توضع على صدر المريض وتقوم بالنقاط النبضات القلبية وتحويلها إلى إشارات كهربائية تقوم أسلاك خاصة بنقلها مباشرة إلى جهاز خاص لمعاملتها وعرضها على الشاشة.

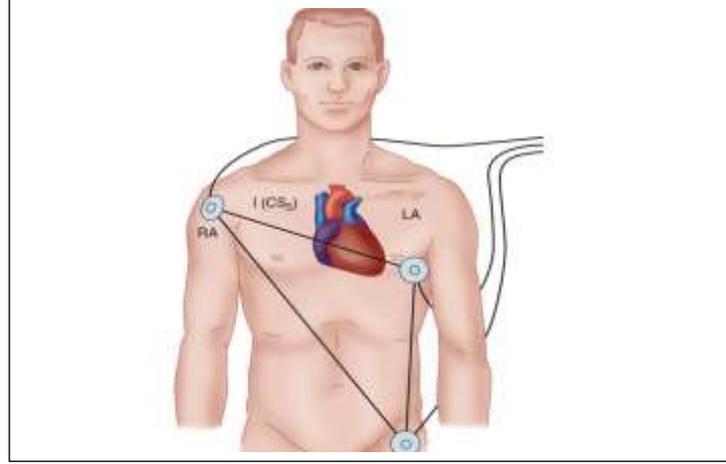
تُستطب مراقبة تخطيط القلب المستمر عند كل المرضى الحرجين بشكل روتيني وذلك لتحديد معدل ونظم القلب وكشف أي تغيرات إقفارية (نقص تروية) قلبية. ويمكن باستخدام المونيتورات الحديثة إضافة أكثر من مسرى للمراقبة في آن واحد.

تبقى المعلومات التي نحصل عليها من تخطيط القلب المستمر ضئيلة كما أن التغيرات التي تطرأ على تخطيط القلب المستمر لاتغني أبداً عن إجراء تخطيط قلب كهربائي ذو 12 مسرى كون الأخير هو الأكثر نوعية ودقة.

عادة يستطب مراقبة الاتجاه ثنائي القطب II لأنه الاتجاه الأمثل الذي يرصد اضطرابات النظم والقادر على كشف الموجة P الجيبية، وبالمقابل يعد الاتجاه الصدري V5 الأفضل لرصد ما يزيد عن 75% من حوادث نقص التروية القلبية ويمكن الحصول عليه بوجود 5 لواقط، أو يتم من خلال 3 لواقط مع تعديل بحيث يتم وضع مسرى الذراع الأيسر مكان V5 ويتم كشف التغيرات من خلال مراقبة المسرى I هنا. انظر الشكل (3-1).

يتعرض تخطيط القلب الكهربائي بشكل شائع للتشويش بسبب عدم التأريض الجيد أم حركة المريض أو ملامسته من أشخاص.

الشكل (3-1) تعديل وضع المساري الثلاثة لتخطيط القلب لكشف تغيرات أكثر



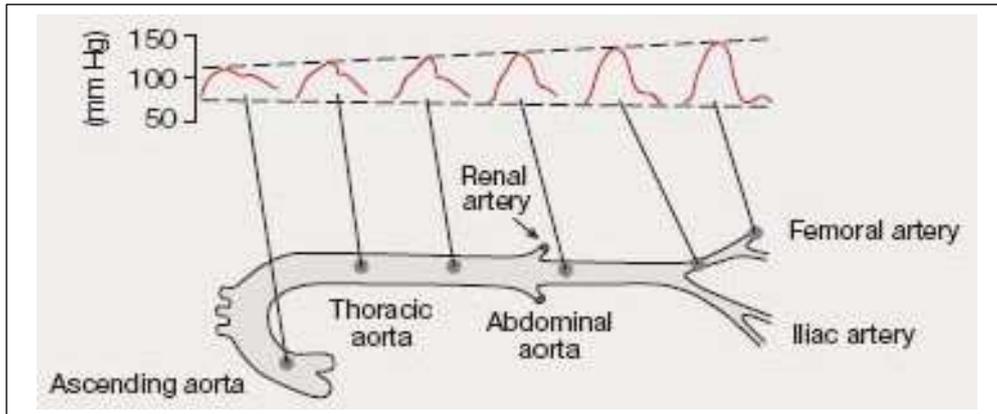
ب. الضغط الدموي الشرياني Arterial blood pressure:

يجري الدم بشكل نبضي في الشرايين وذلك تبعاً لفعالية الدورة القلبية، بينما يكون الجريان الدموي في الشعريات مستمراً لا نبضياً. ويعتبر الضغط الشرياني هو المحدد الأساسي للتدفق الدموي إلى العضو. ويستطب مراقبة الضغط الشرياني عند كل المرضى الحرجين بشكل روتيني. لكن يجدر الانتباه إلى أن الضغط الشرياني يبقى مشعراً غير حساس كثيراً كدلالة على اضطراب في الجهاز القلبي الرئوي، حيث يمكن أن يكون المريض في صدمة دورانية مثلاً مع أن ضغطه الشرياني لازل طبيعياً. للضغط الشرياني 3 مكونات قابلة للقياس: الضغط الانقباضي والضغط الانبساطي والضغط الوسطي

(1) الضغط الشرياني الانقباضي (SBP) Systolic blood pressure: وينتج عن الضغط

الأعظمي المتولد أثناء التقلص البطيني الانقباضي. وترتفع قيمة الضغط الانقباضي كلما ابتعدت نقطة قياسه عن الأبهر نحو الشرايين المحيطة (انظر الشكل 3-2). وتتجلى أهميته في أنه يتعلق بالمتطلب أمام القلب. تتراوح القيمة الطبيعية للضغط الانقباضي في المجال 95-

الشكل (3-2) ازدياد الضغط الانقباضي مع التقدم للأمام في الشرايين 125ملمز.



(2) الضغط الشرياني الانبساطي (Diastolic blood pressure (DBP): ينتج الضغط الانبساطي

عن انخفاض الضغط أثناء الاسترخاء البطيني الانبساطي، وتتجلى أهميته في تدخله في التروية الكليلية (البطين الأيسر) أكثر من الضغط الوسطي. حيث يسبب انخفاضه إلى التروية الكليلية وقد يحدث نقص تروية حاد أو احتشاء في العضلة القلبية. هذا وتتنخفض قيمة الضغط الانبساطي كلما ابتعدت نقطة قياسه عن الأبهري باتجاه الشرايين المحيطية. يتراوح معدله الطبيعي ما بين 60-90 مم زئبقي.

(3) ضغط النبض (pulse pressure): وهو الفرق ما بين الضغط الانقباضي والانبساطي، وهو

الضغط المسؤول عن قوة نبضان الشرايين المجسوسة. تتراوح قيمته الطبيعية ضمن المجال 30-60 ملمز. يزداد ضغط النبض في حالات فرط الفعالية الديناميكية الدموية مثل الإنتان الجهازية والانسمام الدرقي كما يزداد أيضاً في قصور الصمام الأبهري. وينخفض في حالات اعتلال العضلة القلبية التوسعي أو معظم أشكال الصدمة الدورانية والاندحاس القلبي.

(4) الضغط الشرياني الوسطي (Mean arterial pressure (MAP): يعرف الضغط الوسطي

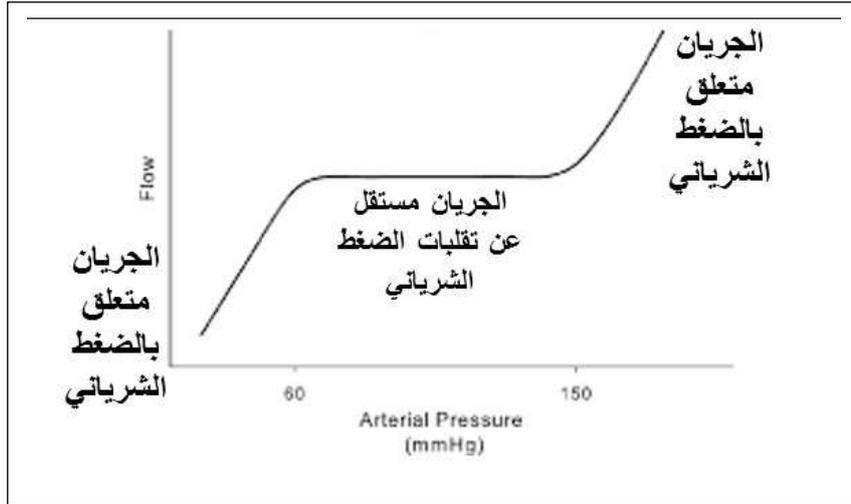
بأنه الضغط الحقيقي الموجود داخل الشرايين الجهازية في معظم الدورة القلبية، وهو الضغط المسؤول عن تروية الأعضاء عموماً، باستثناء الدوران الكليلي.

في الظروف الطبيعية تتحكم آلية التنظيم الذاتي autoregulation بتروية العضو. أي يبقى الجريان الدموي إلى العضو ثابتاً رغم تغيرات الضغط الشرياني وذلك ضمن حدود معينة من الضغط الشرياني أما خارج هذه الحدود (أعلى أو أدنى) يصبح الجريان الدموي مرتبطاً بالضغط الشرياني. توجد آلية التنظيم الذاتي في الأعضاء الحيوية كالدمغ، والقلب، والكلية. غالباً ما تضطرب آلية التنظيم الذاتي عند المريض الحرج، ويصبح الجريان الدموي للعضو معتمداً على الضغط الدموي بسبب آليات المعاوضة للحفاظ على ضغط شرياني طبيعي (انظر الشكل 3-3).

يعتبر قياس الضغط الشرياني الوسطي هو الأكثر موثوقية لعدة أسباب:

- لا تتغير قيمته كثيراً بتغيير مكان قياسه مقارنة مع الضغط الانقباضي والانبساطي
- لا يتأثر بعوامل الاخماد التي تتدخل في قياس الضغط الشرياني الغازي
- هو الضغط الرئيسي الذي يحدد الجريان الدموي إلى العضو بآلية التنظيم الذاتي باستثناء تروية البطين الايسر التي تعتمد بشكل أساسي على الضغط الشرياني الانبساطي.

الشكل (3-3) منحنى آلية التنظيم الذاتي



يمكن أن يقاس الضغط الشرياني الوسطي بالكم الآلي أو بواسطة القسطرة داخل الشريان. كما يمكن حسابه من خلال المعادلة الآتية:

$$\text{الضغط الشرياني الوسطي} = \text{الضغط الانبساطي} + (\text{الضغط الانقباضي} - \text{الضغط الانبساطي}) / 3.$$

تتراوح قيمته في الحالة الطبيعية بين 85 إلى 100 ملمز

ويتعلق الضغط الوسطي بمتغيرين رئيسيين هما نتاج القلب (CO) Cardiac output والمقاومة الوعائية المحيطية (SVR) systemic vascular resistance

$$\text{المقاومة الوعائية المحيطية} \times \text{نتاج القلب} = \text{الضغط الشرياني الوسطي}$$

$$\text{MAP} = \text{CO} \times \text{SVR}$$

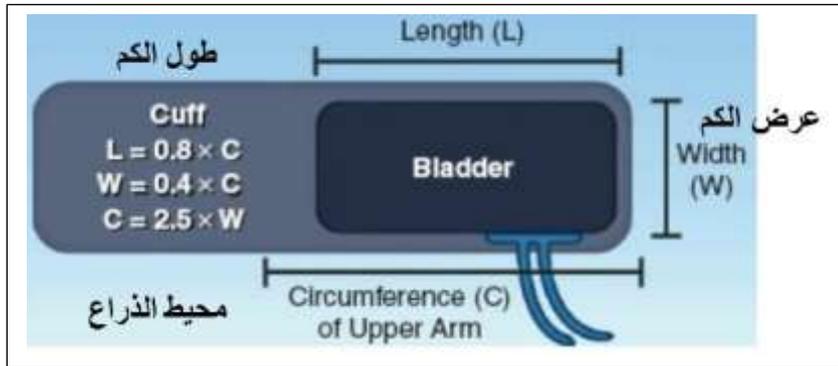
لذلك تؤدي العوامل التي تنقص نتاج القلب (احتشاء عضلة قلبية أو أدوية مثبطة للعضلة القلبية) أو تنقص المقاومة الوعائية المحيطية (التوسع الوعائي في الانتان الجهازى، أو الأدوية الموسعة للأوعية) إلى حدوث هبوط في الضغط الشرياني.

كما تؤدي العوامل التي ترفع من نتاج القلب (أدوية مثل دوبيوتامين) أو ترفع من المقاومة الوعائية المحيطية (مقبضات الأوعية مثل نورأدرينالين) إلى حدوث ارتفاع في الضغط الشرياني

(5) مراقبة الضغط الشرياني: يمكن قياس الضغط الشرياني عند المريض بإحدى طرق ثلاث هي القياس بالكلم اليدوي والقياس بالكلم الآلي غير الباضع والقياس الباضع المباشر والمستمر بواسطة القسطرة الشريانية.

- المراقبة غير الباضعة (NIBP) **Non-invasive blood pressure**: وهذا القياس يعتمد على نفخ كم يحيط بالذراع (أو الفخذ) ليتم إغلاق الشريان بشكل كامل ثم يتم تفريغ الكم ليعود الجريان الدموي مرة أخرى إلى الشريان وعندها يتم قياس الضغط الانقباضي والانقباضي بشكل غير مباشر وذلك إما باستخدام السماعة الطبية (ذات القمع)، أو بشكل آلي (رصد الاهتزازات). يقاس الضغط الشرياني بهذه الطريقة بشكل شائع من الشريان العضدي وبشكل أقل من الشريان الفخذي. بشكل عام ينبغي أخذ أكثر من قياس من أكثر من مكان عند المريض الحرج. يجب أن يكون كم مقياس الضغط العادي مناسباً لقد وسن المريض لأن استخدام كم صغير نسبياً يؤدي لقراءات مرتفعة بشكل زائف واستخدام كم كبير يعطي قراءات مرتفعة. وكثيراً ما تحدث أخطاء في قياس الضغط بهذه الطريقة بسبب عدم اختيار المقاس الصحيح لكم الضغط. حيث يجب أن يكون طول الكم المطاطي الداخلي يعادل 80% على الأقل من محيط الذراع (أو الفخذ حسب مكان القياس)، ويكون عرض هذا الكم على الأقل 40% من محيط الذراع (انظر الشكل 3-4)

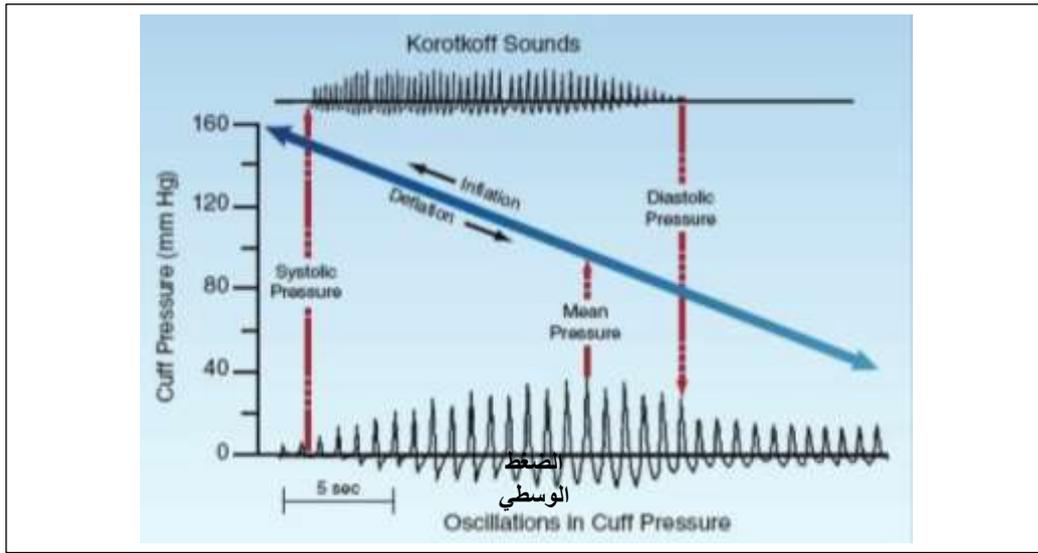
الشكل (3-4) شروط اختيار مقاس الكم المطاطي لقياس الضغط الشرياني



- القياس بالكلم اليدوي: وهنا تستخدم السماعة الطبية ذات القمع، ويتم إصغاء أصوات كوروتكوف korotkoff حيث يمثل أول صوت الضغط الانقباضي، بينما يمثل اختفاء الأصوات تماماً الضغط الانقباضي.
- القياس بالكلم الآلي **Oscillometric NIBP**: يؤمن الكلم الآلي غير الباضع قياساً متقطعاً للضغط الشرياني دون الحاجة لنفخ وإفراغ الكلم بشكل يدوي، ويعتمد على مبادئ عمل مختلفة مثل قياس الذبذبة **Oscillations**. وتتميز هذه الطريقة بقياسها للضغط الوسطي إضافة للضغط

الانقباضي والانبساطي، حيث يتم التقاط أعلى ذبذبة نابضة والتي تعبر عن الضغط الوسطي (انظر الشكل 3-5). وقيمة الضغط الوسطي المقاسة بهذه الطريقة أدق من قياس الضغط الانقباضي والانبساطي. وهذه الطريقة أكثر استخداماً لدى مرضى المشافي عموماً بما فيهم المرضى الحرجين رغم أنها أقل دقة من القياس اليدوي (خاصة للضغط الانقباضي والانبساطي).

الشكل (3-5) طريقة قياس الذبذبات بكم الضغط الآلي غير الباضع



● المراقبة الباضعة لضغط الدم (Invasive blood pressure (IBP):

يمكن مراقبة ضغط الدم الباضعة عن طريق إدخال قسطرة داخل الشريان المحيطي وبهذا يتم القياس المباشر لضغط الدم من داخل الشريان وعرض موجة الضغط الشريانية على المونيتور حيث تتصل القسطرة الشريانية بمحول للطاقة وشاشة عرض وتسجيل. كما توصل القسطرة الشريانية أيضاً إلى محلول ملحي مع كم ضغط ينفخ إلى قيمة أعلى من الضغط الشرياني عند المريض وذلك لمنع ارتداد الدم إلى القسطرة وتشكل خثرة فيها وانسدادها انظر الشكل (3-6). يستطب اللجوء لهذه الطريقة عند المرضى المصدومين بشكل خاص أو الذين يعالجون بالأدوية الفعالية وعائياً (كالنورأدرينالين والدوبامين) أو بخافضات الضغط الوريدية أو الذين يحتاجون لسحب عينات دموية شريانية متكررة لقياس غازات الدم الشرياني.

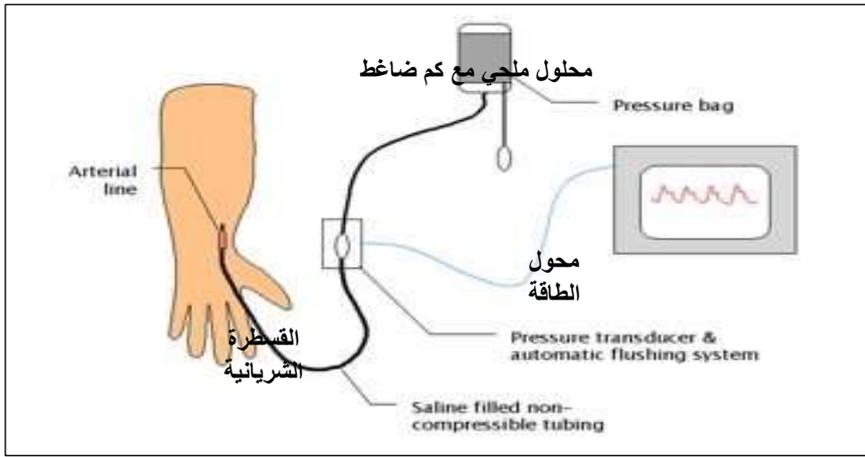
مواقع القسطرة الشريانية: يجب اختيار شريان محيطي بشكل مثالي بحيث إذا أغلق بخثرة دموية لا يهدد الدوران في كامل الطرف. ويعتبر الشريان الكعبري وشريان ظهر القدم هما

أكثر الشرايين استخداماً، وأحياناً للضرورة يتم قسطرة شرايين أخرى مثل الشريان الزندي والفخذي.

يتمتع قياس الضغط الشرياني المباشر بهذه الطريقة بالمزايا التالية:

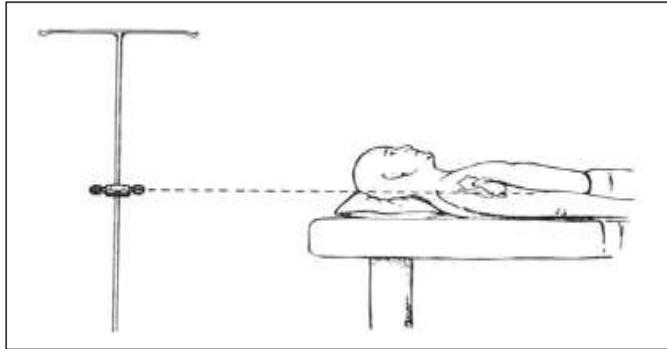
- تؤمن قياساً مستمراً ودقيقاً للضغط الشرياني
- إضافة لإمكانية سحب عينات متكررة من الدم الشرياني لقياس غازات الدم الشريانية
- يمكن دراسة وتحليل موجة الضغط الشرياني على الشاشة للاستفادة منها في حساب حجم الضربة القلبية ونتاج القلب.

الشكل (3- 6) طريقة قياس الضغط الشرياني الباضعة



معايرة النظام: يتم بداية فتح القسطرة إلى الهواء الجوي zeroing لإزالة تأثير الضغط الجوي واعتباره المستوى صفر للضغط مع إجراء غسيل لكل الخط الشرياني flushing ويجب أن يتم معايرة محول الطاقة على مستوى القلب (الخط منتصف الإبط) levelling وعندها يصبح النظام معياراً وجاهزاً للقياس.

الشكل (3- 7) معايرة القسطرة الشريانية على مستوى الخط منتصف الإبط (مستوى القلب)



ومن مساوئ ومعوقات قياس الضغط الشرياني الباضع ما يلي:

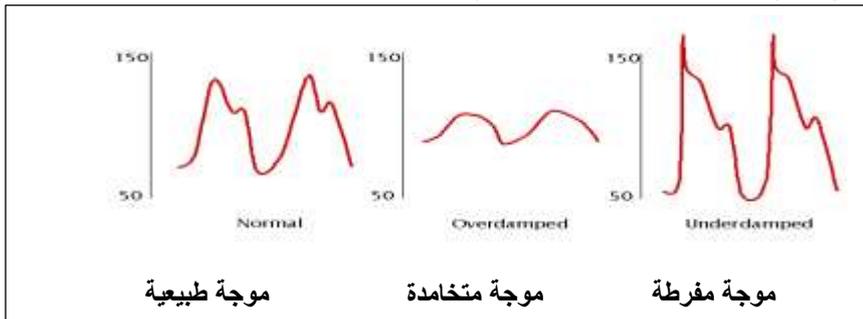
- عدم معايرة محول الطاقة إلى الصفر وعلى مستوى القلب.
 - تشكل خثرات دموية ضمن القسطرة الشريانية.
 - تشكل فقاعات الهواء ضمن أجزاء الدارة الشريانية
 - تشنج الشريان الذي أدخلت إليه القسطرة وبالتالي عدم دقة القياس بهذه الطريقة
 - إضافة لمضاعفات ناتجة عن القسطرة نفسها مثل النزف والانتان
- الموجة الشريانية الطبيعية وتغيراتها انظر الشكل (3-8): بعد معايرة جهاز قياس الضغط الشرياني الباضع وظهور الموجة الشريانية الطبيعية قد تطرأ تغيرات على تلك الموجة لعدة أسباب. حيث قد تنتشط هذه الموجة (تتخامد) أو قد تكون مفرطة (تتزايد).

تخامد الموجة overdamping: حيث تكون الموجة مثبطة وتعطي قراءة متدنية كاذبة للضغط الشرياني وتنتج عن عدة أسباب:

- وجود خثرة في القسطرة
 - وجود هواء في أي مستوى من جهاز القياس
 - انثناء الجهاز أو القسطرة
 - استخدام جهاز نقل السوائل عالي المطاوعة بدل الجهاز منخفض المطاوعة
- الموجة المفرطة underdamping: حيث تكون الموجة زائدة بشكل غير طبيعي وتعطي قراءة مرتفعة كاذبة للضغط الشرياني وقد يعود ذلك إلى إضافة تطويلة لجهاز القياس.

في كلا الحالتين سواء ظهور الموجة المتخامدة أو المفرطة يجب إعادة معايرة الجهاز وتصفيره وغسله بالكامل، لتعود الموجة الشريانية الطبيعية للظهور وبالتالي يصبح القياس صحيحاً. يتأثر كل من الضغط الانقباضي والانبساطي بتغيرات موجة الضغط الشرياني، بينما يقل تأثيرها على الضغط الانبساطي ولذلك تبقى قيم الضغط الشرياني الوسطي هي الأكثر موثوقية.

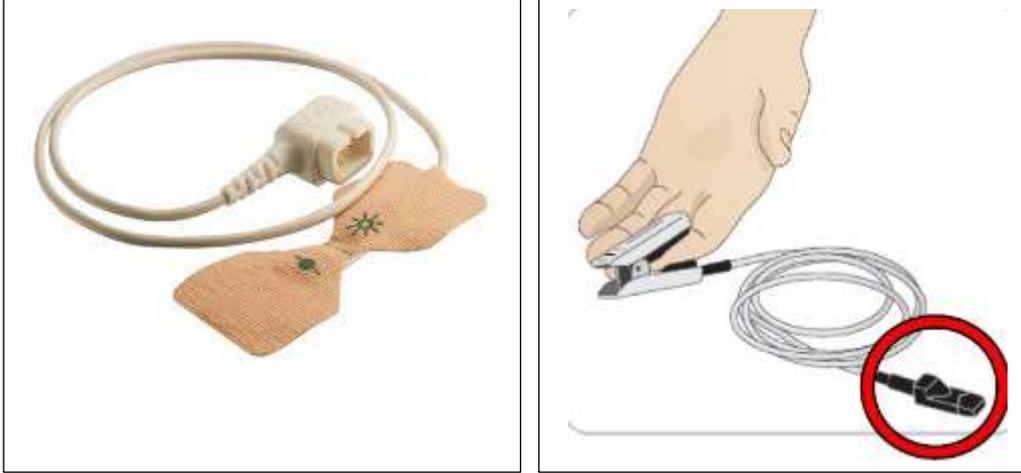
الشكل (3-8) شكل موجة الضغط الشرياني الطبيعية والمتخامدة والمفرطة



ت. مقياس اشباع الأوكسجين النبضي (SPO₂) pulse oximetry

يؤمن مقياس اشباع الأوكسجين النبضي قياساً موثوقاً ومستمرّاً وغير باضع لتشبع الخضاب بالأوكسجين في الدم الشرياني. حيث يميز هذا الجهاز بين الخضاب المؤكسج والخضاب المرجع اعتماداً على اختلاف امتصاصهما للضوء (حيث يمتص الخضاب المؤكسج الأشعة تحت الحمراء أكثر، أما الخضاب المرجع فيمتص الأشعة الحمراء أكثر) وهذا الامتصاص يتغير مع النبض، ويتم التقاط الأشعة بعد مرورها عبر النسيج من قبل اللاقط. يقيس هذا الجهاز تشبع الخضاب بالأوكسجين في النسيج خلال الطور الشرياني والوريدي من النبضان ثم يشتق تشبع الدم الشرياني. يتم قياس تشبع الخضاب بالأوكسجين بوضع لاقط خاص على الإصبع (اليد أو القدم) هو الأشيع، أو على صيوان الأذن أو جسر الأنف (انظر الشكل 3-9).

الشكل (3-9) شكل اللاقط في مقياس إشباع الأوكسجين النبضي

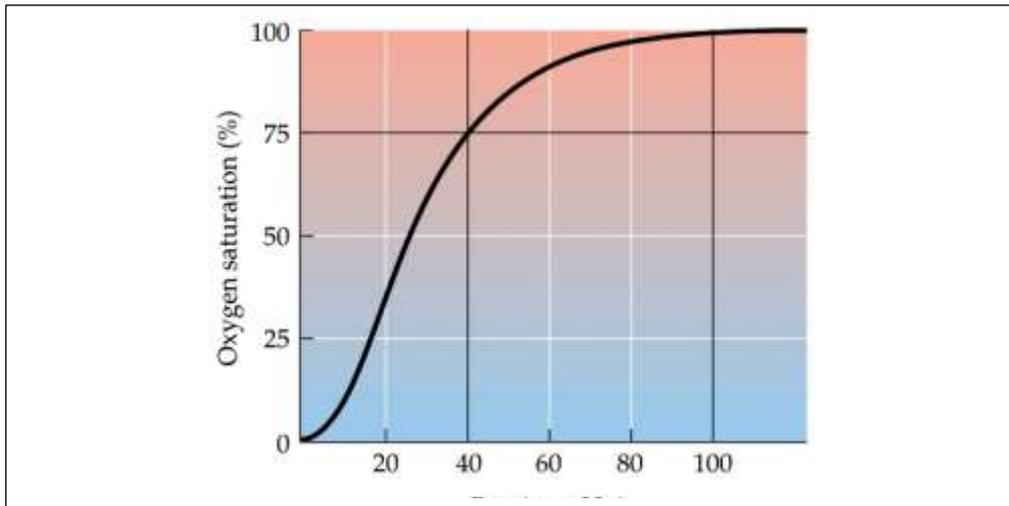


يجب استخدام جهاز الأكسجة النبضي بشكل مستمر عند كل المرضى الحرجين لكشف نقص الأكسجة وتدبيره ومراقبة العلاج بالأوكسجين. كما أنه يعطي معلومات عن تروية النسيج ومعدل القلب (انظر الشكل 3-10). الاشباع الطبيعي يزيد على 94% في التنفس في الهواء العادي، ويعتمد أيضاً على مقدار الأوكسجين الذي يعطى للمريض لذلك ينبغي دائماً تحديد الأوكسجين التي يأخذها المريض لمعرفة شدة نقص الأكسجة عنده. يجب تذكر العلاقة ما بين كمية الأوكسجين في الدم واشباع الخضاب بالأوكسجين (منحنى ارتباط الخضاب بالأوكسجين)، فمثلاً إشباع أوكسجيني 95% يعادل ضغط أوكسجين في الدم الشرياني PaO₂ ما بين 60-160 ممز وإن إشباع أوكسجيني أقل من 90% يعادل PaO₂ أقل من 60 ممز. (يوجد مزيد من الشرح حول منحنى ارتباط الخضاب بالأوكسجين في فصل الصدمة الدورانية).

الشكل (3- 10) موجة مقياس إشباع الأوكسجين النبضي



الشكل (3- 11) علاقة إشباع الأوكسجين بضغط الأوكسجين في الدم الشرياني (منحنى ارتباط الخضاب بالأوكسجين)



من معوقات القراءة في مقياس الأكسجة النبضي:

- التأخر نسبياً في قراءة التغيرات السريعة في أكسجة الدم الشرياني (بعد دقيقة تقريباً)
- الوضعية غير المناسبة للمسرى اللاقط.
- نقص التروية المحيطية وضعف النبض بسبب نقص نتاج القلب أو وجود تقبض وعائي محيطي، أو انخفاض حرارة المريض (كون عمله يعتمد على وجود تروية محيطية كافية)
- تحرك المريض باستمرار
- فرط الانارة في الغرفة

وقد يعطي قيماً منخفضة بشكل زائف للتشبع في الحالات التالية:

- طلاء الأظافر (خاصة الأزرق)
- الميتهيموغلوبين (بسبب الانسمام بالنترات) حيث يعطي قراءة إشباع ثابتة وهي 85%
- صبغة زرقة الميثيلين (يعطى في علاج فرط الميتهيموغلوبين)

كما أنه قد يعطي قيمةً مرتفعةً بشكل زائف للتشبع في حال ارتفاع الكربوكسي هيموغلوبين بسبب الانسمام بأول أكسيد الكربون كما في الاختناقات أثناء الحرائق.

في مثل هذه الحالات التي يتعذر فيها الحصول على قراءة صحيحة لمقياس الأكسجة النبضي يتم إجراء تحليل نسبة الاشباع الشريانية SO_2 عن طريق عينة غازات الدم الشريانية.

ث. مراقبة الضغط الوريدي المركزي (CVP): Central venous pressure

تقوم مراقبة الضغط الوريدي المركزي بقياس الضغط في الأوردة الكبيرة في الصدر وعادةً ما يكون الوريد الأجوف العلوي والأذين الأيمن. تتضمن تلك المراقبة إدخال قسطرة في أحد الأوردة المركزية ولذلك فإن رأس القسطرة يقع في ملتقى الوريد الأجوف العلوي مع الأذين. تتراوح القيمة الطبيعية للضغط الوريدي المركزي ما بين 2-5 مم زئبقي.

مواقع القسطرة: الأوردة التي تستخدم هي: الوريد الوداجي الباطن، والوريد ما تحت الترقوة، والوريد الفخذي.

قد يعتمد على مراقبة الضغط الوريدي المركزي سريريًا لتقييم الحمل القلبي للبطين الأيمن أو ضغط الامتلاء الخاص بالبطين الأيمن وحالة الحجم داخل الأوعية. وبالتالي تكون دليلاً مساعداً أثناء العلاج بالسوائل لإعطاء الكمية اللازمة من السوائل دون إعطاء كميات مفرطة منها وحدوث الآثار الجانبية لذلك مثل وذمة الرئة. لكن تبقى موثوقية هذه الطريقة ضعيفة (مراقبة الضغط الوريدي المركزي) لتدخل عدة عوامل فيها.

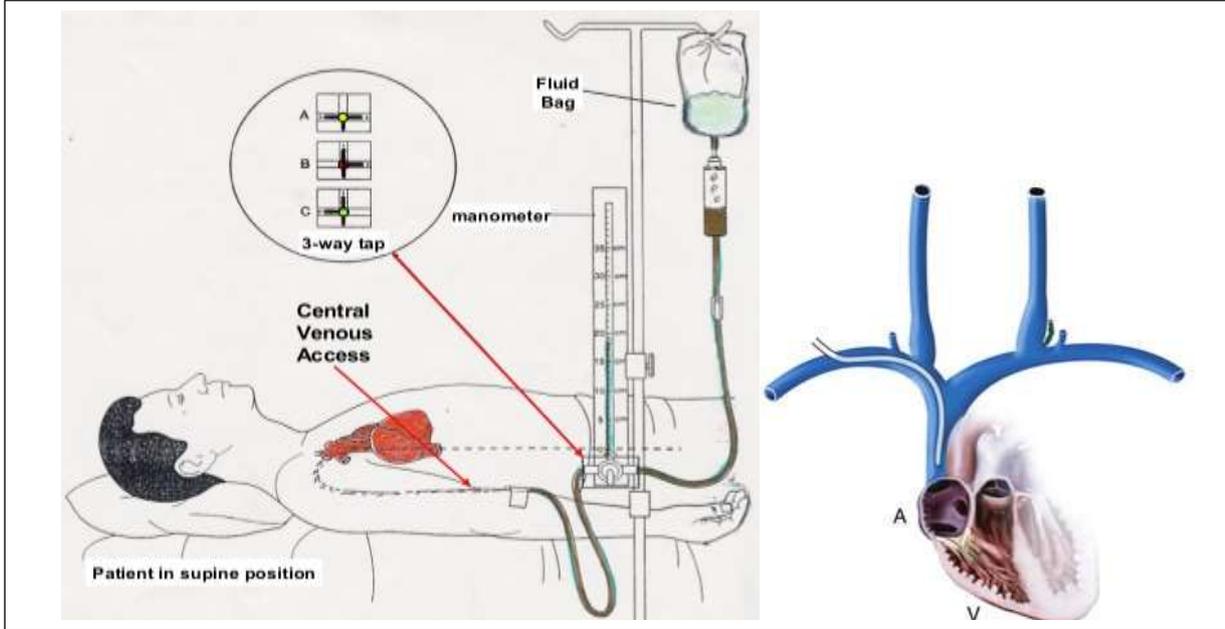
حيث يمكن ان يزداد الضغط الوريدي المركزي في:

- ارتفاع الضغط داخل الصدر: مثل التهوية بالضغط الإيجابي المتقطع، والسعال
 - الإعاقة الوظيفية القلبية: قصور القلب، والاندهاس القلبي
 - فرط الحمل الدوراني من السوائل
- وقد يتناقص بسبب التوسع الوعائي أو نقص الحجم الوعائي ونقص العود الوريدي.

يمكن قياس الضغط الوريدي المركزي بشكل بسيط باستعمال المسطرة وترك عمود السائل متصل بالقسطرة المركزية بحيث يعتبر الخط منتصف الإبط (مستوى القلب) هو الصفر وارتفاع السائل يقاس فوقه أو تحته بالمسطرة ليعطي قيمة الضغط الوريدي المركزي بالسنتيمتر ماء كما في الشكل (3-12).

ملاحظة: في حال توفر محول الطاقة ونظام التوصيل يجب معايرة وتصفير القسطرة المركزية كما في القسطرة الشريانية قبل اعتماد قياساتها.

الشكل (3- 12) القسطرة الوريدية المركزية (تحت الترقوة) وقياس الضغط الوريدي المركزي



4. المشعرات الهيموديناميكية المتقدمة Advanced Hemodynamics

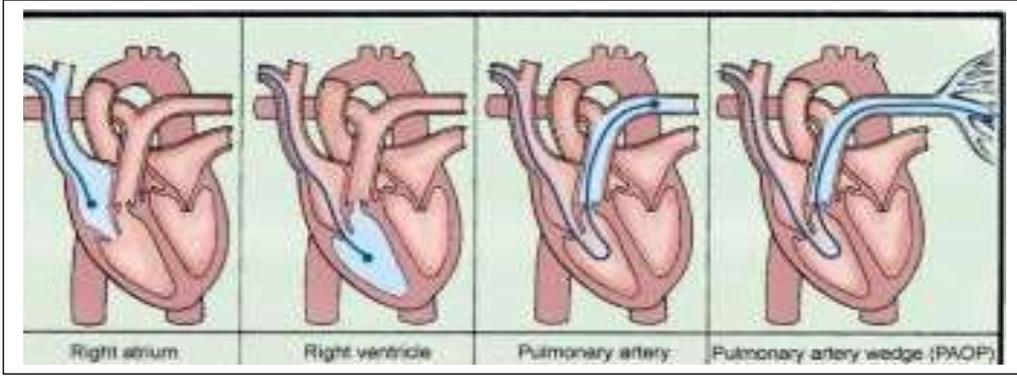
أ. الضغط الاسفيني الرئوي أو ضغط الانسداد الشرياني الرئوي

: Pulmonary artery obstructive pressure (PAOP)

يعبر عن ضغط الامتلاء الانبساطي في البطين الأيسر أي الحمل القبلي للبطين الأيسر والحجم الوعائي. يتم الحصول على الضغط الانسدادي الشرياني الرئوي من خلال إدخال قسطرة وريدية مركزية خاصة للشريان الرئوي (تدعى قسطرة سوان-غانز) عبر أحد الأوردة المركزية (الوداجي الباطن أو تحت الترقوة)، وهذه القسطرة في نهايتها بالون صغير لتعوم داخل أجواف القلب وتحرك باتجاه حركة الدم من الأذين الأيمن فالبطين الأيمن فالشريان الرئوي، وتدفع إلى أحد فروع الشريان الرئوي حتى تسده بشكل كامل، وعندها ستلتقط نهاية القسطرة الضغط المنعكس من البطين الأيسر في الانبساط وهذا هو الضغط الإسفيني (انظر الشكل 3- 13). وقد قل استخدام قسطرة الشريان الرئوي كثيراً كونها باضعة جداً (بقي استخدامها في جراحة القلب) وذات تأثيرات جانبية كثيرة، إضافة لظهور أجهزة المراقبة الأقل بضعاً التي تغني عنها.

تتراوح القيمة الطبيعية للضغط الاسفيني ما بين 4-12 ملمز. ويرتفع في حالة قصور البطين الأيسر ووذمة الرئة قلبية المنشأ والاندحاس القلبي وفرط الحمل الحجمي. وينخفض في حالة نقص الحجم.

الشكل (3-13) قسطرة الشريان الرئوي للحصول على الضغط الاسفيني



ب. نتاج القلب (CO): Cardiac Output

يعرف بأنه حجم الدم الذي يخضه القلب إلى الدوران الجهازى كل دقيقة، وهو يتراوح في الحالة الطبيعية بين 4.5-6 لترات/دقيقة. يتعلق نتاج القلب بمعدل نبض القلب وحجم الضربة

$$\text{Cardiac output(CO)} = \text{stroke volume(SV)} \times \text{heart rate(HR)}$$

$$\text{معدل القلب} \times \text{حجم الضربة} = \text{نتاج القلب}$$

ويتعلق حجم الضربة القلبية بالعوامل الثلاثة: الحمل القلبي والحمل البعدي وقلوصية العضلة القلبية (يوجد مزيد من الشرح حول نتاج القلب في فصل الصدمة الدورانية). كثيراً ما يستخدم مشعر القلب cardiac index بدلاً من نتاج القلب ويحسب بقسمة نتاج القلب على مساحة سطح الجسم بالمتر المربع ويتراوح مشعر القلب الطبيعي ما بين 2,6-4,2 ل/د/م². ويعتبر أدق من نتاج القلب.

يزداد نتاج القلب (ومشعر القلب) في حالات فرط الفعالية الديناميكية الدموية مثل الانتان الجهازى وفي الانسمام الدرقي والحمل والجهد وفرط الحمل الحجمى (غير المترافق مع قصور القلب) وعند إعطاء الأدوية المقوية للقلوصية القلبية (مثل دوبيوتامين). ينقص مشعر القلب في كل أشكال قصور القلب والصدمة الدورانية (باستثناء الصدمة الإنتانية خاصة في المراحل الأولى).

ويحتاج معرفة نتاج القلب إلى قياس حجم الضربة القلبية stroke volume (يتراوح الطبيعي ما بين 60-85 مل)، وتوجد طرق عديدة لقياس حجم الضربة القلبية منها طرق باضعة ومنها قليلة البضع ومنها غير باضعة:

- طريقة التمديد الحرارى باستخدام قسطرة الشريان الرئوي: والتي لم تعد تستخدم إلا قليلاً في جراحة القلب.
- طريقة التمديد الحرارى الأقل بضعاً من خلال أجهزة قياس نتاج القلب قليلة البضع
- طريقة قليلة البضع عن طريق تحليل موجة الضغط الشرياني قليلة البضع

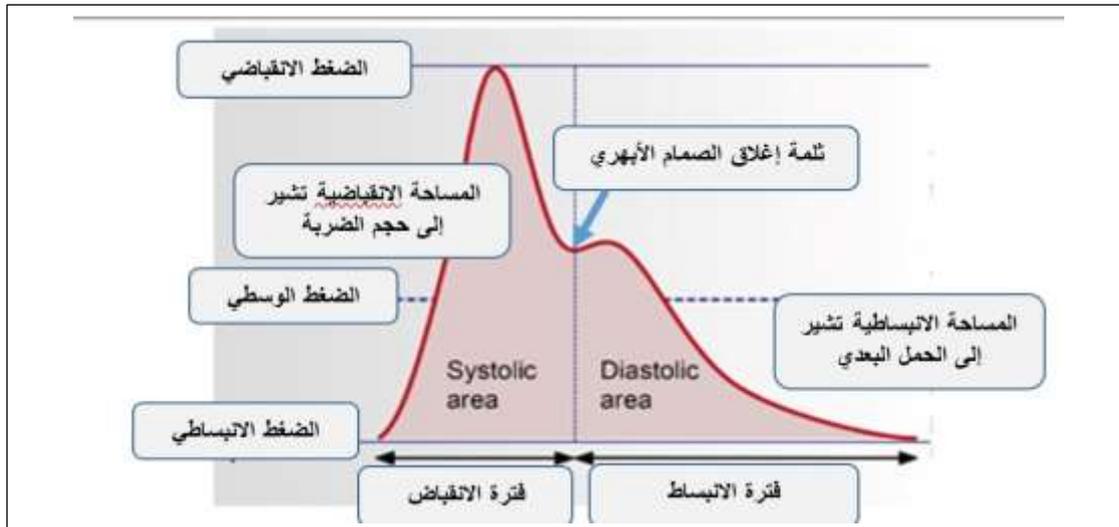
- طريقة فيك: التي تعتمد على الفرق في محتوى الأوكسجين الشرياني والوريدي، واستهلاك الأوكسجين وتحسب بمعادلة خاصة
- طريقة الدوبلر عبر المري Trans-esophageal Doppler حيث يتم كشف الجريان الدموي في الأبهري لتحديد نتاج القلب
- طريقة تصوير القلب اعتماداً على المعاوقة الصدرية الكهربائية وهذه غير باضعة أبداً لكنها غير دقيقة.
- الايكو عبر المري (transesophageal echocardiography(TEE) يتم الحصول على معلومات كثيرة باستخدام الايكو عبر المري منها حجم الضربة القلبية، إضافة إلى تقييم الوظيفة البطينية (كشف شذوذات شذوذ حركة الجدار الناتجة عن نقص التروية القلبية) وتقييم وظيفة الصمامات. ولكن يحتاج استخدامه إلى يد خبيرة.

• شرح طريقة تحليل موجة الضغط الشرياني قليلة البضع

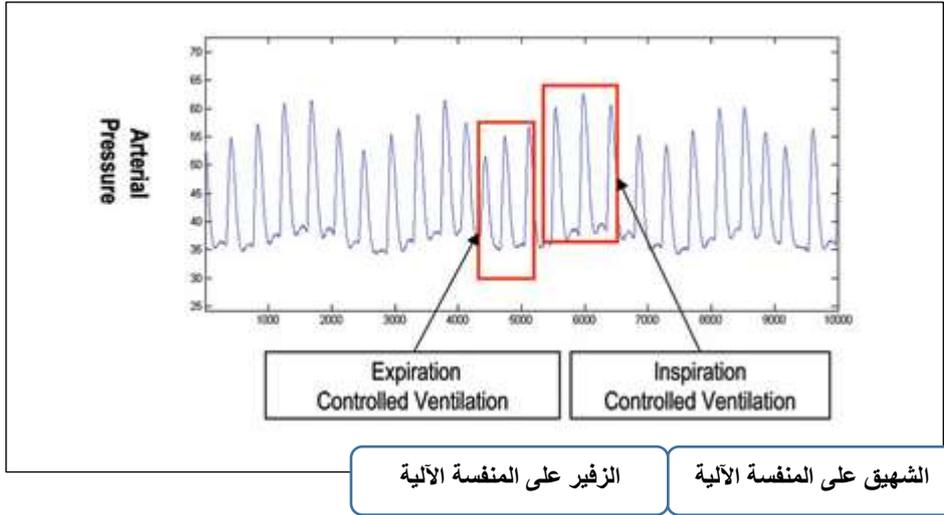
Minimally invasive arterial wave analysis device

تعتمد هذه الطريقة على توصيل جهاز قياس نتاج القلب بالخط الشرياني (قسطرة داخل الشريان)، ويقوم الجهاز بتحليل موجة الضغط الشرياني لاستنتاج حجم الضربة القلبية ونتاج القلب (انظر الشكل 3-14). كما يحسب الجهاز المقاومة الوعائية المحيطية. إضافة لإمكانية تحليل موجات الضغط المتتابعة وحساب تغيراتها بين الشهيق والزفير لإعطاء فكرة عن حالة السوائل والحجم داخل الأوعية (انظر الشكل 3-15)، حيث إذا زادت نسبة التغيرات في الموجات المتتالية عن 15% فإن ذلك يعني أن الحجم داخل الأوعية غير كاف وأن المريض يحتاج المزيد من السوائل. لكن يجب أن يكون المريض على جهاز التنفس الآلي (المنفسة الآلية) لكي يعطي الجهاز قياً موثوقة.

الشكل (3-14) أقسام موجة الضغط الشريانية



الشكل (3-15) تحليل موجات الضغط الشريانية المتتالية



ت. المقاومة الوعائية الجهازية أو المحيطية (SVR) systemic vascular resistance :

يفيد حساب هذه المقاومة في تقييم درجة التقبض أو التوسع الوعائي الجهازية وفي تقييم الحمل البعدي الخاص بالبطين الأيسر

ت حسب المقاومة الوعائية الجهازية وفق المعادلة التالية:

المقاومة الوعائية الجهازية × نتاج القلب = الضغط الشرياني الوسطي

$$MAP = CO \times SVR$$

تتراوح قيمته الطبيعية ضمن المجال 900-1400 داين. ثانية/سم⁵.

تزداد المقاومة الجهازية في حالة نقص الحجم وحالات نقص النتاج (بما فيها صدمة نقص الحجم والصدمة القلبية) وعند إعطاء الأدوية المقبضة للأوعية. وتنقص المقاومة الجهازية في الانتان الجهازية، وفي الصدمة التوزعية كما في الصدمة الإنتانية والصدمة العصبية وعند إعطاء موسعات الأوعية.

ث. محتوى الدم الشرياني من الأوكسجين (CaO₂) Arterial oxygen content تم شرحه في

فصل الصدمة الدورانية

ج. حمل الأوكسجين في الدم الشرياني (DO₂) Oxygen delivery تم شرحه في فصل الصدمة

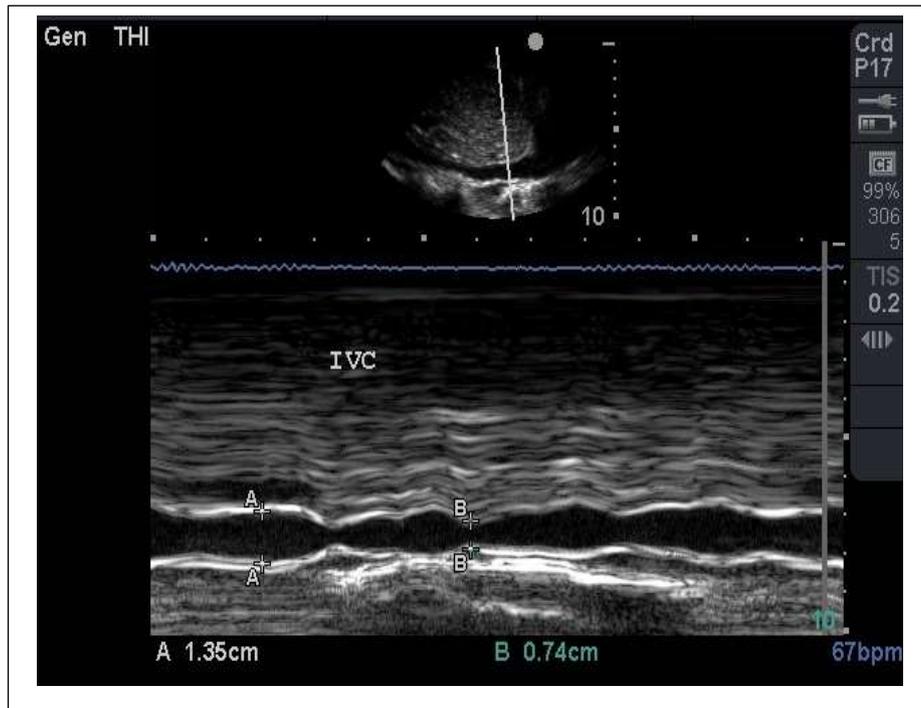
الدورانية

ح. استخدام الأمواج فوق الصوتية في تقييم الهيموديناميكية ultrasound assessment of

hemodynamics

تعطي الأمواج فوق الصوتية معلومات قيمة بخصوص الهيموديناميكية من خلال:

- تقييم حجم السوائل داخل الأوعية وذلك بكشف قابلية الوريد الأجوف السفلي للانخماص (الشكل 3-16)
 - تقييم وظيفة القلب وقلوصيته
 - كشف أو نفي الاندحاس القلبي
 - تقييم البطين الأيمن لكشف وجود صمة رئوية بشكل غير مباشر
- الشكل (3-16) تقييم قابلية الوريد الأجوف السفلي للانخماص باستخدام الأمواج فوق الصوتية



5. المشعرات الهيموديناميكية المخبرية Laboratory Hemodynamics

أ. إشباع الخضاب بالأوكسجين في الدم المختلط SvO_2 أو في الوريد المركزي $ScvO_2$:
يقيس إشباع الخضاب في الدم الوريدي المختلط SvO_2 الإشباع في الدم القادم من الأوجفين العلوي والسفلي بعد اختلاطهما في البطين الأيمن وهو يعكس قيمة الأوكسجين التي ما زالت مرتبطة بالخضاب بعد مرورها بكل الشعيرات في الجسم أي الدم الوريدي النهائي أو المختلط. وقد تم العدول عن استخدامه كونه يحتاج إدخال قسطرة الشريان الرئوي ذات الاختلاطات الكثيرة.
وعوضاً عنه يتم الحصول على إشباع الخضاب في الدم الوريدي المركزي $ScvO_2$ من قسطرة موضوعة في الوريد الوداجي أو الوريد تحت الترقوة. القيمة الطبيعية حوالي 65% - 70%.

إن انخفاض قيمة $ScvO_2$ تعني اختلال التوازن بين الحاجة والمتوفر من الأوكسجين وقد يكون ذلك بسبب انخفاض النتاج القلبي أو مستويات الخضاب أو نسبة إشباع الخضاب الشرياني بالأوكسجين أو يكون بسبب زيادة استهلاك الأوكسجين وقد يكون هناك عدة أسباب مع بعض.

أما ارتفاع $ScvO_2$ فقد يكون طبيعياً أو عدم استهلاك الأوكسجين من قبل الأنسجة وهي علامة وخيمة تدل على إصابة الميتوكوندريا وفقدان دورها في التنفس الخلوي كما يحدث في مراحل متقدمة من الصدمة الانتانية.

ب. مستوى اللاكتات في الدم:

يتم إنتاج اللاكتات عبر الاستقلاب اللاهوائي أثناء نقص الأكسجة الخلوية. يكون ارتفاع اللاكتات أثناء الصدمة أو نقص التروية بسبب عدم كفاية تزويد الأوكسجين للأنسجة.

مستواها الطبيعي أقل من 2. تفيد مراقبة اللاكتات لتقدير الاستجابة للمعالجة حيث قد يكون انخفاض مستوياتها ثانياً بعد ارتفاعها مؤشراً مفيداً على الاستجابة للمعالجة. أما استمرار ارتفاع مستوى اللاكتات فيدل على عدم الاستجابة للمعالجة و يترافق مع سوء الإنذار في المرضى الحرجين.

6. أشكال خاصة من المراقبة special monitoring methods :

تتطلب بعض الحالات الحرجة أنواعاً أخرى خاصة من المراقبة نذكر هنا أهمها في الممارسة السريرية:

أ. مراقبة الضغط داخل القحف intracranial pressure (ICP) monitoring:

(1) أهمية الضغط داخل القحف: من المعلوم أن القحف عبارة عن صندوق صلب مغلق بداخله النسيج الدماغي، والسائل الدماغي الشوكي، والدم، وعندما يزيد حجم أحد هذه المكونات فإنه سيرفع من الضغط داخل القحف عند استنفاد آليات المعاوضة. يتعلق ضغط التروية الدماغية بالضغط داخل القحف، وبالضغط الشرياني الوسطي وفق العلاقة التالية:

$$\text{CPP} = \text{MAP} - \text{ICP}$$

الضغط داخل القحف الضغط الشرياني الوسطي ضغط التروية الدماغية

وبحسب هذه العلاقة يؤدي ارتفاع الضغط داخل القحف إلى حدوث نقص في ضغط التروية الدماغية مما يؤدي إلى آثار وخيمة على النسيج الدماغي قد تنتهي بعقاييل عصبية دائمة أو حتى موت الدماغ إذا لم يتم تدبيرها الباكر.

لذلك من الضروري مراقبة الضغط داخل القحف بشكل مستمر في بعض الحالات الحرجة (مثل رض الدماغ الشديد). في الحالات الطبيعية فإن الضغط داخل القحف لا يتجاوز 10 مم زئبقي، أما عندما يصل إلى 20-25 مم زئبقي فيعتبر مرتفعاً ويتطلب التدخل العلاجي. وعادة يتم ضبط الضغط داخل القحف بحيث يتم الحفاظ على ضغط التروية الدماغية ما بين 60-70 مم زئبقي.

(2) طرق مراقبة الضغط داخل القحف:

تتم مراقبة الضغط داخل القحف بغرس مسبار مراقبة ضمن القحف ويوصل على جهاز المراقبة حيث يعطي قيمة وموجة الضغط داخل القحف. يتم وضع مسبار المراقبة بعدة طرق (الشكل 3-17) أهمها:

- مسبار المراقبة داخل البطينات الدماغية: وهو الأكثر دقة وشيوعاً ويمكن تأمين نزح السائل الدماغي الشوكي للخارج
- مسبار المراقبة داخل البرانشيم الدماغي: وهو أقل رصاً ولكنه غير دقيق
- مسبار المراقبة فوق الجافية أو تحت الجافية

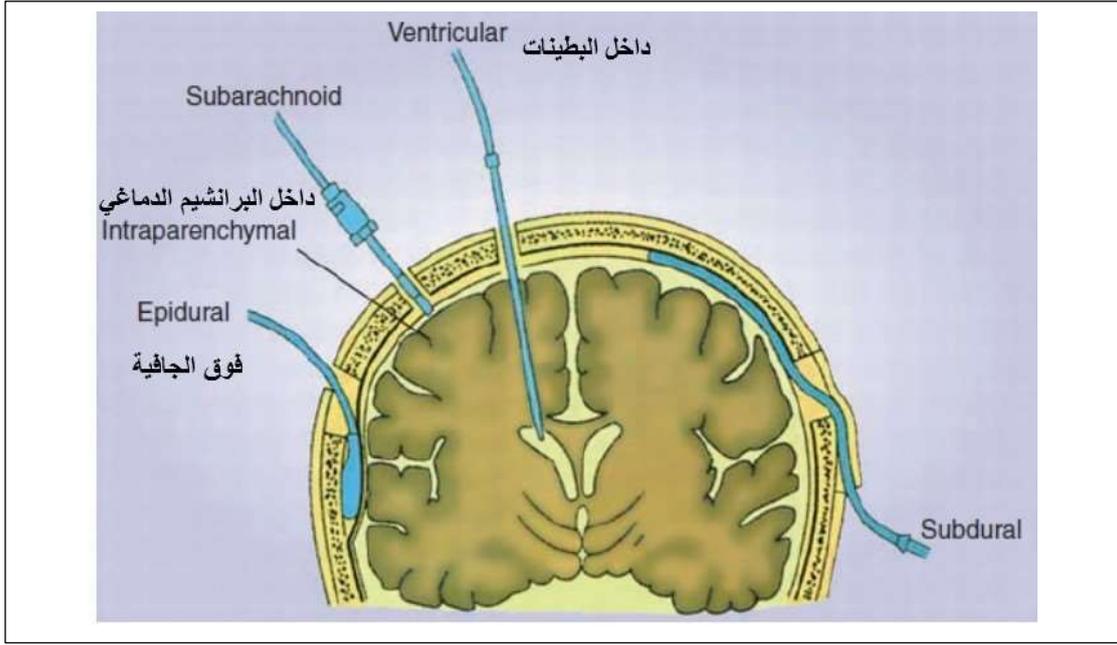
(3) استطببات مراقبة الضغط داخل القحف:

- رض الرأس الشديد
 - نزف دماغي مترافق بنزف داخل البطينات الدماغية
 - سكتة دماغية إقفارية واسعة
 - قصور الكبد الصاعق
 - وذمة دماغية متفاقمة
- ملاحظة:** لا يتم مراقبة الضغط داخل القحف في حال كان المريض واعٍ، أو بوجود اضطراب في وظائف التخثر.

(4) اختلالات مراقبة الضغط داخل القحف:

- انتان في الدماغ وخاصة انتان بطينات الدماغ وهو اختلاط شائع وخاصة بطول فترة بقاء مسبار المراقبة
- نزف دماغي نادر بشكل عام، ويحدث خاصة بوجود اضطراب في التخثر عند المريض

الشكل (3- 17) طرق مراقبة الضغط داخل القحف



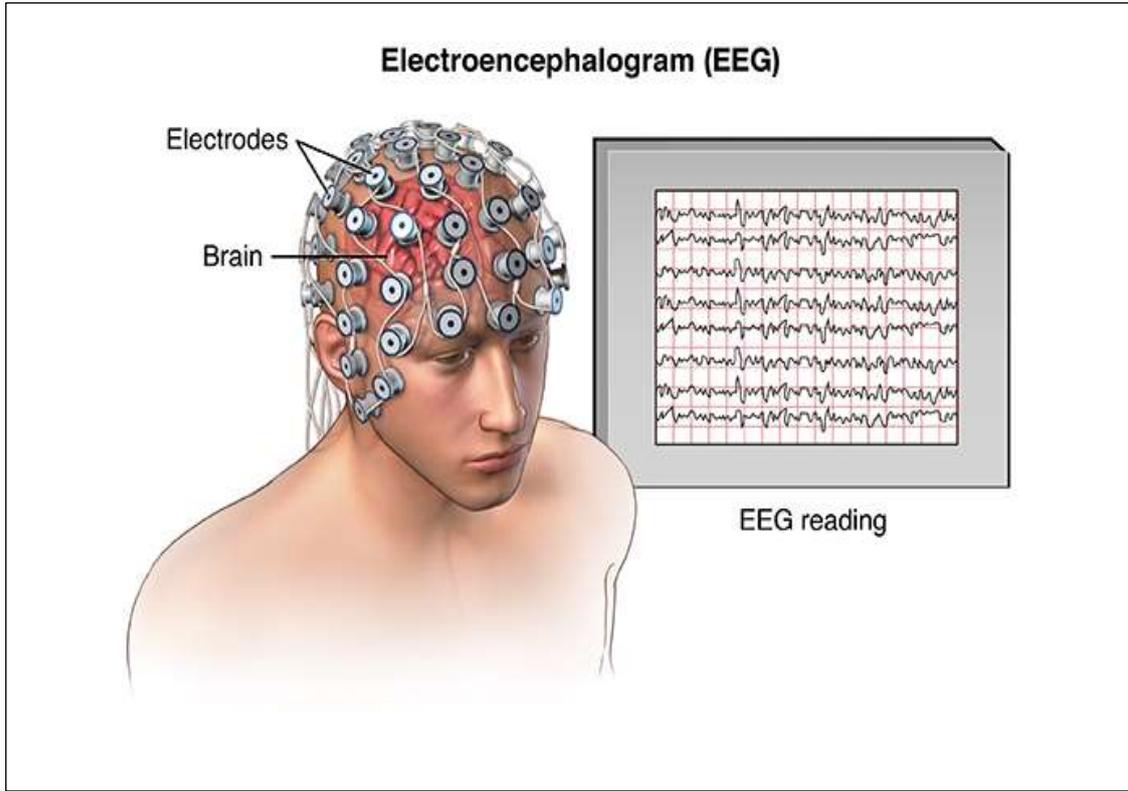
ب. مراقبة تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG) electroencephalography: monitoring

تخطيط الدماغ الكهربائي هو عبارة عن كشف الفعالية الكهربائية للدماغ من خلال التقاطها عبر الكترودات متعددة توضح على الرأس بواسطة جهاز خاص يحلل تلك الفعالية الكهربائية ويظهرها بشكل مخططات على شاشة المراقبة (الشكل 3- 18). يتم دراسة وتحليل الموجات النوعية المسجلة على شاشة جهاز EEG.

تستطب مراقبة تخطيط الدماغ الكهربائي في حالات تدني مستوى الوعي عند المريض، أو لكشف وجود اختلاجات صرعية غير مرئية ومتابعة استجابتها للمعالجة.

- **مقياس الطيف الثنائي (BIS) bispectral Index Sensor:** يعتبر مقياس الطيف الثنائي شكلاً معدلاً من جهاز تخطيط الكهربائي يستخدم ثلاثة الكترودات فقط، ويعطي المقياس قراءة بشكل رقمي مع موجات غير نوعية على شاشة المراقبة. إن دور هذا المقياس في العناية المركزة لم يحدد بشكل واضح بعد، كما أن استخدامه له عوائق عملية مثل القيام بتحريك المريض. يستخدم لمراقبة مستوى التهدئة في العناية، أو في حالات ارتفاع الضغط الشديد داخل القحف بحيث يتم الوصول إلى فعالية كهربائية مسطحة أو خط سواء كهربائي بغية السيطرة على ارتفاع الضغط داخل القحف (انظر فصل التهدئة والتسكين والارخاء في العناية).

الشكل (3- 18) مراقبة تخطيط الدماغ الكهربائي



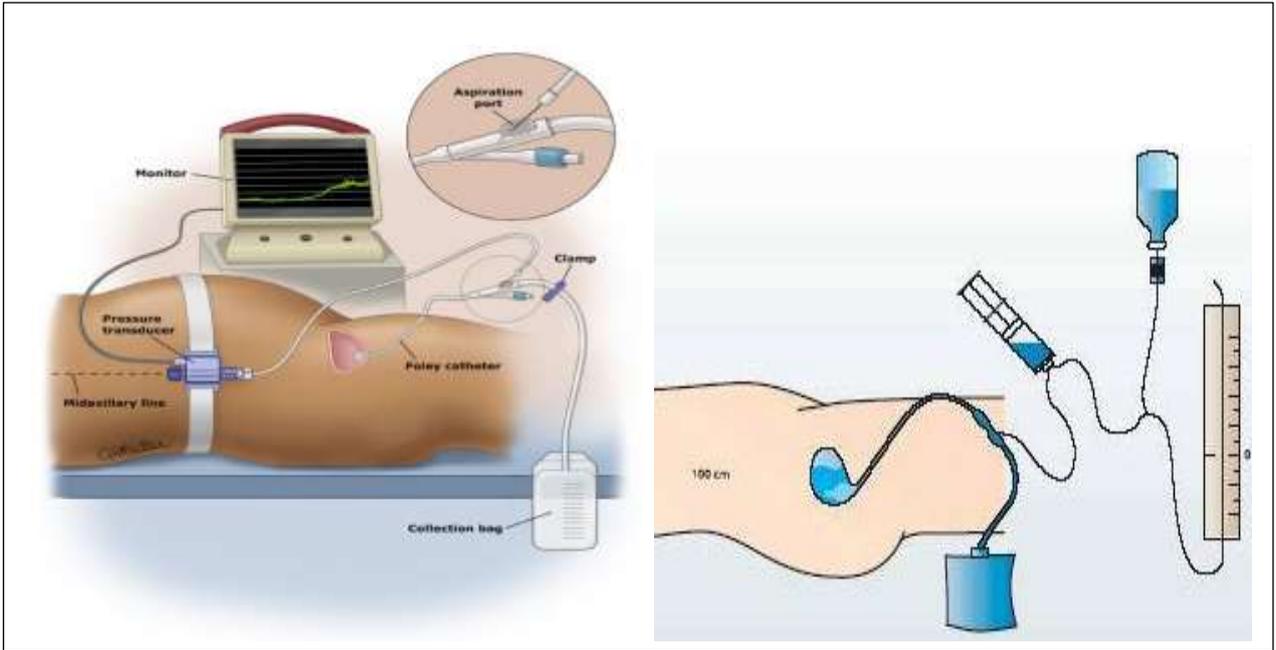
ت. مراقبة الضغط داخل البطن (IAP) intraabdominal pressure monitoring:

- (1) أهمية الضغط داخل البطن: إن القيمة الطبيعية للضغط داخل البطن يبلغ حوالي 5-7 مم زئبقي، فإذا زادت عن 12 مم زئبقي فيعتبر ارتفاعاً في الضغط داخل البطن. تأتي أهمية ارتفاع الضغط داخل البطن من كونه يمكن أن يسبب نقص في تروية الأعضاء داخل البطن، كالأمعاء والكلى. وهناك حالة تسمى متلازمة الجوبة البطنية abdominal compartment syndrome وذلك عندما يرتفع الضغط داخل البطن فوق 20 مم زئبقي مع وجود عسر في وظيفة أحد الأعضاء الحيوية (مثل عسر وظيفة الكلية المرافق).
- (2) أسباب ارتفاع الضغط داخل البطن: ينتج ارتفاع الضغط داخل البطن عن أسباب بطنية (مثل أذيات البطن)، أو أسباب خارجية مثل الإنعاش المفرط بالسوائل مثلاً.
- (3) يستطب مراقبة الضغط داخل البطن في حال وجود عوامل خطورة لدى المريض لحدوث ارتفاع في الضغط داخل البطن مثلاً في رضوض البطن الواسعة، وخاصة بوجود أذية كلوية مرافقة.
- (4) قياس الضغط داخل البطن: أكثر الطرق شيوعاً لقياس الضغط داخل البطن هي استخدام القسطرة البولية داخل المثانة، حيث يعتبر الضغط داخل المثانة مؤشراً على الضغط داخل البطن في هذه الحالة.

أما تقنية قياس الضغط داخل البطن باستخدام القسطرة البولية فتجرى كمايلي (الشكل 3- 19):

- يتم وضع المريض بوضعية الاستلقاء البطني،
- ويتم وصل القسطرة البولية إلى جهاز نقل السوائل ويفتح إلى الهواء الجوي ليتم القياس المباشر لعمود الماء بالسّم ماء (1مم ز = 1,36 سم ماء)،
- أو يتم استخدام محول الطاقة وجهاز مراقبة الضغط الباضع، وذلك بعد معايرة الصفر على الخط منتصف الإبط.
- ويتم حقن 25 مل من المحلول الملحي النظامي في المثانة عبر القسطرة البولية وذلك قبل 30-60 ثانية قبل كل قياس،
- والقراءة المعتمدة يجب أن تكون في نهاية الزفير مع غياب أي تقلصات بطنية من المريض.

الشكل (3- 19) تقنية استخدام القسطرة البولية لقياس الضغط داخل البطن: إلى اليمين القياس المباشر بارتفاع عمود الماء، إلى اليسار القياس باستخدام محول الطاقة وجهاز مراقبة الضغط الباضع.



الخلاصة

- تهدف المراقبة الهيموديناميكية للمريض الحرج إلى معرفة حالة الجهاز القلبي الوعائي والرئوي، وكشف أي تغيرات فيزيولوجية مرضية، إضافة إلى مراقبة الاستجابات الفيزيولوجية للمعالجة
- تقسم مشعرات المراقبة الهيموديناميكية إلى مشعرات أساسية، ومشعرات متقدمة، ومشعرات مخبرية
- توجد طرق مراقبة باضعة وأقل بضعةً وغير باضعة، ولكل طريقة مزايا ومساوئ ومعوقات يجب معرفتها
- تم العدول عن استخدام قسطرة الشريان الرئوي الباضعة في المراقبة الهيموديناميكية لكثرة آثارها الجانبية، ولتطور أجهزة قياس نتاج القلب الأقل بضعةً
- تعتمد معظم أجهزة قياس نتاج القلب الأقل بضعةً على تحليل موجة الضغط الشرياني وتتابعها
- يجب ربط التغيرات الهيموديناميكية دائماً بالمراقبة السريرية للمريض باعتبارها هي حجر الأساس
- لا يوجد مشعر هيموديناميكي يمكن أن يدل بشكل كامل عن الحالة القلبية الوعائية والرئوية، بل يمكن تشبيه المشعرات الهيموديناميكية بالأحجية puzzle التي يكمل بعضها بعضاً
- توجد أنواع أخرى خاصة من المراقبة لدى المرضى الحرجين لها استطببات محددة مثل مراقبة الضغط داخل القحف، ومراقبة تخطيط الدماغ الكهربائي، ومراقبة الضغط داخل البطن

مراجع

1. Core Topics in Critical Care Medicine, Fang Gao Smith & Joyce Yeung, 2010
2. OH'S INTENSIVE CARE MANUAL, 7th edition 2014
3. Cardiovascular Physiology Concepts 2nd edition, 2011, Richard E. Klabunde,
4. Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, a LANGE medical book, 5th edition, 2013
5. Critical Care Study Guide Text and Review, 2nd edition, Gerard J. Criner, 2010
6. The ICU BOOK, Paul L. Marino, 4th edition, 2014
7. Textbook of critical care, Jean-Louis Vincent, Edward Abraham, seventh edition, 2017
8. المرجع في طب العناية المركزة، إعداد د. محمد عبد الرحمن العينيّة، دار القدس للعلوم، الطبعة الأولى، 2005

الفصل الرابع

الصدمة الدورانية وأنواعها

Circulatory Shock

- ❖ توازن وحمل الأكسجين في الجسم
- ❖ تعريف الصدمة والآلية المرضية
- ❖ أنواع الصدمة وأسبابها
- ❖ أعراض وعلامات وتشخيص الصدمة
- ❖ تدبير الصدمة

الصدمة الدورانية وأنواعها

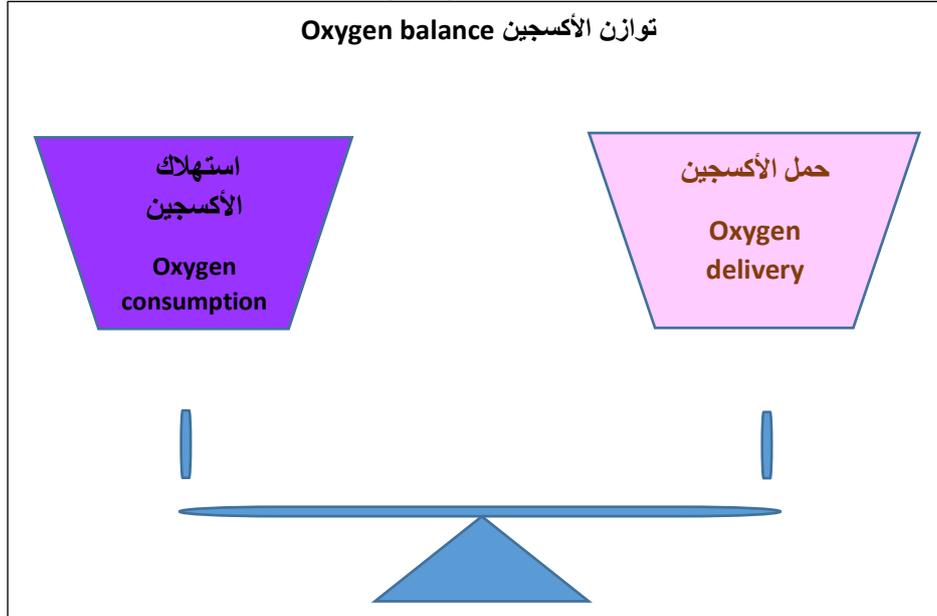
1. توازن وحمل الأوكسجين في الجسم Oxygen Balance

تحدد الأكسجة النسيجية **tissue oxygenation** مقدار الأوكسجين المتوافر على مستوى الأنسجة والخلايا، ولكن لا توجد طريقة موضوعية لقياس الأكسجة النسيجية حتى الآن بالرغم من وجود محاولات لذلك. وبدلاً من ذلك نقوم بدراسة توازن الأوكسجين في الجسم **oxygen balance** والذي يعطي فكرة غير مباشرة عن التروية النسيجية والأكسجة النسيجية.

في الحالة الفيزيولوجية الطبيعية يوجد توازن أوكسجيني كاف لدى المريض مع مخزون احتياطي لمنع حدوث نقص التروية النسيجية. ينبغي فهم مبدأ توازن الأوكسجين في الجسم لفهم الأساس الفيزيولوجي للصدمة الدورانية ومعظم الأمراض الحرجة وبالتالي تدبيرها الصحيح.

يتأمن توازن الأوكسجين في الجسم من خلال العلاقة والتوازن ما بين حمل الأوكسجين في الدم، واستهلاك الأوكسجين في الأنسجة (انظر الشكل 4-1)

الشكل (4-1)



أ. حمل الأوكسجين Oxygen delivery

يعرف حمل الأوكسجين بأنه كمية الأوكسجين المحمولة إلى الأنسجة عن طريق الدم، وهو المركب الأساسي من توازن الأوكسجين الذي يمكن تعديله بالمداخلات العلاجية المختلفة في المرضى الحرجين. تكون كمية حمل الأوكسجين إلى الأنسجة عادة ثلاثة أو أربعة أضعاف حاجتها الطبيعية والزيادة تعتبر كمدرخ احتياطي. يعتمد حمل الأوكسجين على متغيرين أساسيين هما: النتاج القلبي (الجريان الدموي) ومحتوى الدم الشرياني من الأوكسجين.، لكن في الحالات الحرجة قد تؤدي التدهورات الفيزيولوجية إلى نقص في الكمية المعطاة من الأوكسجين أو زيادة في حاجة الأنسجة له مما يخل في هامش الأمان المذكور، وعلاوة على ذلك فإن تأمين حمل أوكسجين كاف لا يضمن دائماً استخداماً كافياً على مستوى الأنسجة (خلل الانتفاع بالأوكسجين)

(1)النتاج القلبي: النتاج القلبي هو حجم الدم الذي يضخه القلب من البطين الأيسر أو الأيمن خلال دقيقة واحدة. معدل النتاج القلبي عند الراحة هو 5.6 لتر بالدقيقة لدى الرجل و4.9 لتر بالدقيقة لدى المرأة. لقياس النتاج القلبي بشكل دقيق ولا بد من توفر وسائل مراقبة معقدة لكن فهم المتغيرات التي تحدد النتاج القلبي ومحتوى الدم من الأوكسجين يتيح توجيه المعالجة بشكل أسهل.

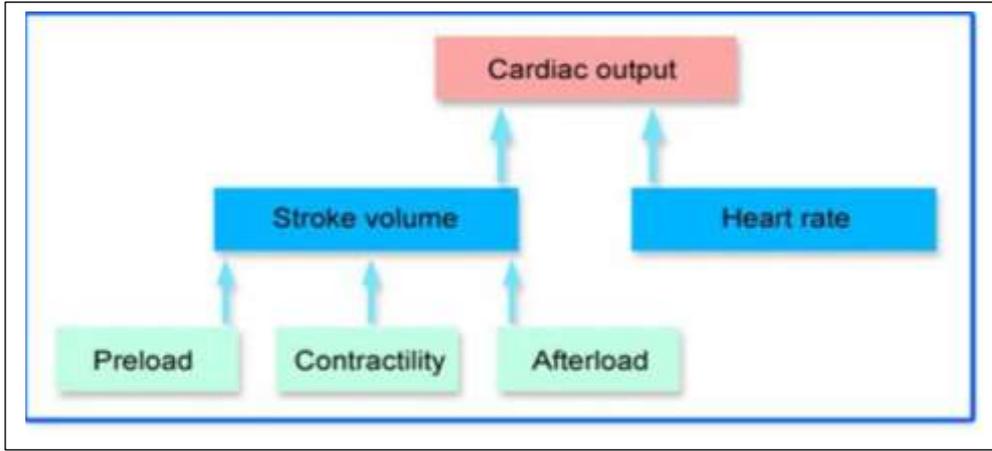
النتاج القلبي (مل/د أو ل/د): هو حاصل ضرب معدل ضربات القلب في حجم الضربة القلبية.

$$\text{Cardiac output(CO)} = \text{stroke volume(SV)} \times \text{heart rate(HR)}$$

وحجم الضربة القلبية stroke volume: هو كمية الدم الذي يتم ضخها من القلب في كل ضربة ويتحدد بالفرق بين حجم البطين في نهاية الانبساط وحجمه في نهاية الانقباض وتؤثر في حجم الضربة العوامل التالية(انظر الشكل 4-2):

- **الحمل القبلي preload:** وهو حجم البطين الأيسر في نهاية الانبساط ويتعلق بشكل رئيسي بالعود الوريدي للقلب
 - **والحمل البعدي afterload:** وهو العبء الضغطي أمام البطين الأيسر ويتعلق بشكل رئيسي بالمقاومة الوعائية المحيطة
 - **وقلوصية العضلة القلبية contractility** وتخضع بشكل كبير لتأثير الجهاز العصبي الودي
- رغم أنه من السهل قياس معدل ضربات القلب غير أن قياس حجم الضربة يحتاج إلى تصوير القلب بالصدى (إيكو) أو بالوسائل الباضعة (راجع فصل المراقبة الهيموديناميكية). يتم اختيار طريقة قياس النتاج القلبي اعتماداً على الخبرات والتقنيات المتوافرة.

الشكل (4-2) العوامل المؤثرة على النتاج القلبي



كثيراً ما يستخدم مشعر القلب cardiac index بدلاً من نتاج القلب في المراقبة الهيموديناميكية لكونه يتعلق بحجم المريض ويعتبر أدق من نتاج القلب.

ويحسب مشعر القلب بقسمة نتاج القلب على مساحة سطح الجسم بالمتر المربع ويتراوح مشعر القلب الطبيعي ما بين 2,6-4,2 ل/د/م².

(2) منحني فرانك – ستارلنغ Frank-Starling (منحني المطاوعة البطينية): يشير الحمل القلبي إلى

حجم البطين في نهاية الانبساط، والذي يرتبط بكل من العود الوريدي والمطاوعة البطينية. إن تمطط البطين (مطاوعته) والحجم الذي يمكن للبطين أن يحمله يشكلان أساس منحني فرانك-ستارلنغ. بشكل عام فإن وجود حجم أكبر داخل البطين في نهاية الانبساط يزيد من تمطط العضلة البطينية ويؤدي إلى حجم ضربة بطينية أكبر (الشكل 4-3 أ).

ونظراً لأنه من الصعب قياس حجم البطين، يتم استخدام ضغط البطين في نهاية الانبساط الذي يعكس الضغط الأذيني حيث يتساوى كل من ضغط البطين والضغط الأذيني في نهاية الانبساط لكون الصمامات الأذينية البطينية مفتوحة.

ويمكن أن يتم تطبيق العلاقتين التاليتين:

• الحمل القلبي في القلب الأيمن:

الضغط الوريدي المركزي = ضغط الأذين الأيمن في نهاية الانبساط = ضغط البطين الأيمن في نهاية الانبساط

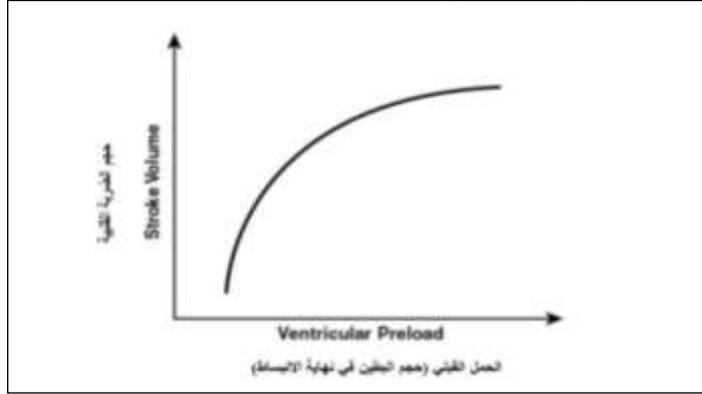
• الحمل القلبي في القلب الأيسر:

الضغط الشرياني الانسدادي الرئوي = ضغط الأذين الأيسر في نهاية الانبساط = ضغط البطين الأيسر في نهاية الانبساط. يتم قياس الضغط الوريدي المركزي بواسطة القسطرة الوريدية المركزية، ويتم قياس الضغط الشرياني الرئوي الانسدادي (أو مايسمى بالضغط الاسفيني) بقسطرة الشريان الرئوي التي يتم إدخالها عبر أحد

الأوردة المركزية أيضاً حتى الوصول إلى الشريان الرئوي ليتم نفخ البالون وسد أحد فروع الشريان الرئوي وبذلك يعكس الضغط المقاس هنا الضغط المنتقل من الأذين الأيسر.

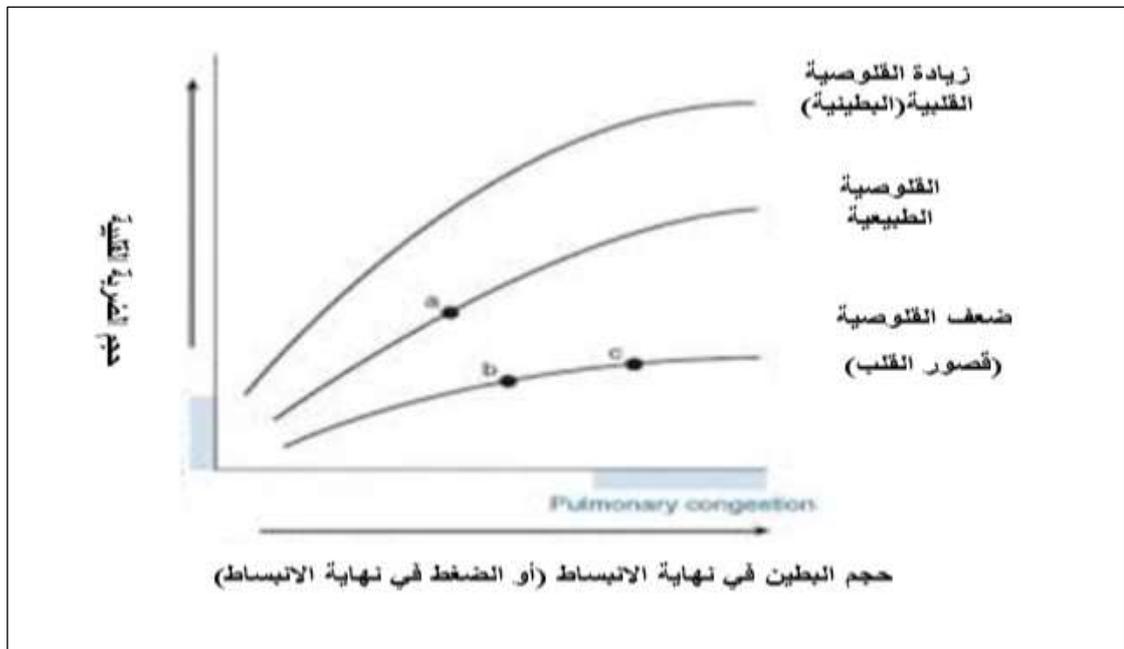
كما يساعد الفحص بواسطة الايكو القلبي على تقدير الحمل القلبي في كل من البطين الأيسر أو الأيمن، وهذا أكثر استخداماً من قسطرة الشريان الرئوي الذي أصبح من النادر استخدامه.

الشكل (4-3/أ) منحنى فرانك - ستارنغ (الوظيفة البطينية): العلاقة ما بين الحجم في نهاية الانبساط في البطين (الحمل القلبي) وحجم الضربة القلبية



- قد ينخفض منحنى الوظيفة البطينية بوجود قصور في البطين كما هو الحال بوجود احتشاء عضلة قلبية واسع، أو اعتلال في عمل عضلة البطين بسبب الانتان الجهازية.
- ويمكن أن يرتفع منحنى الوظيفة البطينية في حال زيادة القلوصية القلبية كما في إعطاء المريض مقويات القلب مثل دوبيوتامين، أو أدريناالين تسريباً وريدياً.
- يشير الشكل (4-3/ب) إلى تغيرات منحنى فرانك ستارنغ (الوظيفة البطينية)

الشكل (4-3/ب) تغيرات منحنى فرانك-ستارنغ (الوظيفة البطينية)



(3) محتوى الدم الشرياني من الأوكسجين: يعرف المحتوى الشرياني من الأوكسجين (CaO_2) بكمية الأوكسجين المرتبطة بالخضاب إضافة للأوكسجين المنحل في الدم الشرياني كما هو مبين في المعادلة التالية:

محتوى الدم الشرياني من الأوكسجين = الأوكسجين المرتبط بالخضاب + الأوكسجين المنحل في الدم

$$CaO_2 \text{ (مل من الأوكسجين/دسل)} = \{ \text{Hb (غ/دسل)} \times 1.34 \times SaO_2 (\%) \} + \{ PaO_2 \times 0.003 \} \text{ (ملزم)}$$

حيث Hb هو الخضاب، SaO_2 هو نسبة إشباع الخضاب بالأوكسجين في الدم الشرياني، PaO_2 هو الضغط الجزئي للأوكسجين في الدم الشرياني. إن كل غرام كامل الإشباع من الخضاب ينقل بين 1.34 و1.39 مل من الأوكسجين حسب ألفة الخضاب للأوكسجين. يتراوح محتوى الدم الشرياني من الأوكسجين ما بين 18-20 مل/دسل عندما يكون مستوى الخضاب والإشباع طبيعيين.

يعد الخضاب هو المؤثر الرئيسي على تأمين حاجة الأنسجة للأوكسجين وهو يحرر الأوكسجين المرتبط به تبعاً لمدى اقتناص الأوكسجين المنحل عندما يصل الدم للشعريات، وإن قدرة الخضاب على تحرير المزيد من الأوكسجين في حال زيادة الحاجة أو نقص حمل الأوكسجين هي عامل المعاوضة الرئيسي للمحافظة على الوظائف الخلوية.

يظهر منحنى ارتباط الأوكسجين بالخضاب العلاقة بين نسبة إشباع الخضاب بالأوكسجين والضغط الجزئي للأوكسجين المنحل في الدم PO_2 . يقترب مستوى الإشباع من الحد الأعظمي عند قيمة PO_2 تساوي 60 ملمز، وأي زيادة إضافية في PO_2 تحدث زيادة طفيفة في الإشباع. لاحظ كذلك أن انخفاضاً سريعاً في الإشباع يحدث عندما ينقص PO_2 عن 60 ملمز (الشكل 4-4).

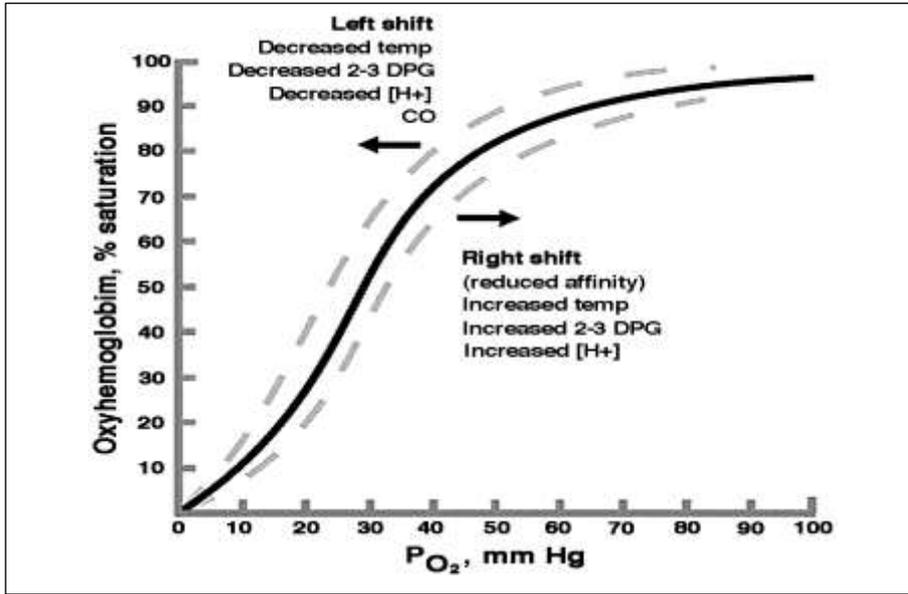
عندما ينخفض PO_2 إلى مستوى 40 ملمز في الشعريات فإن انخفاض قيمة إشباع الخضاب إلى 75% يعكس كمية الأوكسجين المحررة للنسج، وفي حالات الشدة الفيزيولوجية قد تصل قيمة إشباع الخضاب بالأوكسجين على مستوى النسج إلى $> 20\%$ مما يعكس تحرر المزيد من الأوكسجين للنسج.

يؤدي الحمض والحمى وتوفر 2,3DPG (نقل دم الطازج) إلى انحراف منحنى ارتباط الأوكسجين بالخضاب نحو اليمين مما يعني أن الخضاب يصبح أقل ألفة للأوكسجين وأكثر سهولة في تحريره للأنسجة. بينما يؤدي القلاء وانخفاض حرارة الجسم ونقص كمية 2,3DPG (نقل دم قديم) إلى انحراف المنحنى نحو اليسار مما يعني أن الخضاب يصبح أكثر ألفة للأوكسجين ويصعب تحرره للأنسجة.

(الشكل 4-4)

يجدر التنبيه إلى أن CaO_2 يعكس كمية الأوكسجين المتاحة في الدم الشرياني وليس الأوكسجين الواصل للأنسجة ولا القيمة المستهلكة منه. يمكن تقدير محتوى الدم من الأوكسجين بمعايرة مستوى الخضاب وقياس نسبة إشباعه بالأوكسجين حيث أن الجزء المنحل ($0.003 \times PaO_2$) لا يساهم إلا قليلاً في كامل المحتوى لذلك غالباً ما يتم إهماله في حساب المحتوى الشرياني من الأوكسجين. لا يمكن مراقبة الخضاب بشكل مستمر لكن يمكن قياس الإشباع باستمرار باستخدام مقياس الأوكسجين النبضي (SpO_2).

الشكل (4-4): منحنى ارتباط الأوكسجين بالخضاب



(4) استهلاك الأوكسجين Oxygen consumption: ويعرف بأنه كمية الأوكسجين المستهلكة في الدقيقة. لا نعلم إلا القليل عن العوامل المؤثرة باستهلاك الأوكسجين على مستوى الخلايا والأنسجة ولا توجد طريقة لقياسه بشكل مباشر. ويقاس عادة استهلاك الأوكسجين الكلي VO_2 في الجسم بعدة تقنيات منها معادلة fick والتي تحسب كمية الحريرات المستهلكة في الاستقلاب. يزداد استهلاك الأوكسجين بعدة عوامل أهمها:

- الحرارة، والقلق، والألم، والرعشة shivering.

ولذلك من المهم أن يكون المريض في وضع مستقر أثناء وقت قياس استهلاك الأوكسجين، ومن الناحية العملية يحافظ على ثبات استهلاك الأوكسجين باستخدام خافضات الحرارة في حال الحمى، وإعطاء المهدئات والمسكنات مع تنبيب المريض ووضعه على التهوية الآلية.

ويمكن استخدام معادلة فيك المعدلة لحساب استهلاك الأوكسجين كمايلي:

استهلاك الأوكسجين = نتاج القلب (محتوى الأوكسجين الشرياني - محتوى الأوكسجين الوريدي)

$$VO_2 = CO (CaO_2 \text{ mL/dL} - CvO_2 \text{ mL/dL})$$

- حيث CaO_2 هو محتوى الدم الشرياني من الأوكسجين
- CvO_2 هو محتوى الدم الوريدي من الأوكسجين (حوالي 15 مل/دسل طبيعياً)
- يعادل VO_2 حوالي 250 مل/د وهو استهلاك الأوكسجين في الجسم في الحالات الطبيعية.

(5) إشباع الأوكسجين في الدم الوريدي المختلط (SvO_2) mixed venous saturation

SvO_2 يقيس الإشباع في الدم القادم من الأوجفين العلوي والسفلي بعد اختلاطهما في البطين الأيمن وهو يعكس قيمة الأوكسجين التي ما زالت مرتبطة بالخضاب بعد مرورها بكل الشعيرات في الجسم أي الدم الوريدي النهائي أو المختلط.

يتم أخذ عينة SvO_2 تقليدياً من الشريان الرئوي وذلك في حال تم إدخال قسطرة الشريان الرئوي، التي أصبح من النادر استخدامها في العناية المركزة نظراً لعدم جدواها وللاختلاطات الحادثة من جراء تركيبها. ويستعاض عن SvO_2 بأخذ عينة من دم الوريد الأوجف العلوي بواسطة القسطرة الوريدية المركزية المدخلة في الوريد الوداجي الباطن أو الوريد تحت الترقوة (وليس من الوريد الفخذي) حيث تقيس هذه العينة إشباع الأوكسجين في الدم الوريدي المركزي $ScvO_2$ بدلاً من الدم المختلط.

القيمة الطبيعية لـ SvO_2 حوالي 75% أو أكثر، ويكون أدنى بـ 2-3% منه (لأن استهلاك الدماغ من الأوكسجين أكثر). ولكن قد يكون $ScvO_2$ أعلى من SvO_2 بحوالي 5-7% في مرضى الصدمة أو نقص التروية وذلك لارتفاع استهلاك الأوكسجين من الدم الوريدي القادم من الجهاز الهضمي.

(6) نسبة استخلاص الأوكسجين (O_2ER) oxygen extraction ratio وتعتبر هذه النسبة عن نسبة

إلتقاط الأوكسجين من قبل الأنسجة على مستوى الأوعية الشعرية الدموية، وتعكس هذه النسبة ولع الأنسجة بالأوكسجين. في الظروف الفيزيولوجية الطبيعية تتراوح O_2ER حوالي 25% يتم استخلاصها من قبل الأنسجة من الأوكسجين المرتبط بالخضاب. وينتج عن نسبة الاستخلاص هذه الـ 25% إشباع الأوكسجين في الدم المختلط SvO_2 بنسبة 75%، وتحسب نسبة استخلاص الأوكسجين كمايلي:
نسبة استخلاص الأوكسجين =

محتوى الأوكسجين الشرياني - محتوى الأوكسجين في الدم المختلط / محتوى الأوكسجين الشرياني X 100

$$O_2ER = \frac{CaO_2 - CvO_2}{CaO_2} \times 100$$

$$O_2ER = \frac{20 - 15}{20} \times 100 = 25\%$$

كما تحسب بطريقة أخرى أيضاً بقسمة استهلاك الأوكسجين/ حمل الأوكسجين X 100

$$O_2ER = \frac{VO_2}{DO_2} \times 100$$

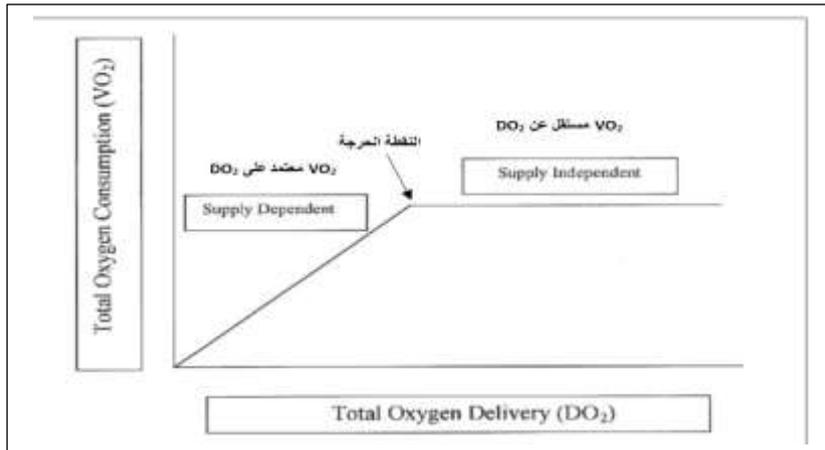
حيث استهلاك الأوكسجين VO_2 حوالي 250 مل/د/م²، وحمل الأوكسجين DO_2 حوالي 1000 مل/د/م²

(7) العلاقة ما بين حمل الأوكسجين واستهلاك الأوكسجين: في الحالة الطبيعية يتحدد DO₂ بحاجة خلايا

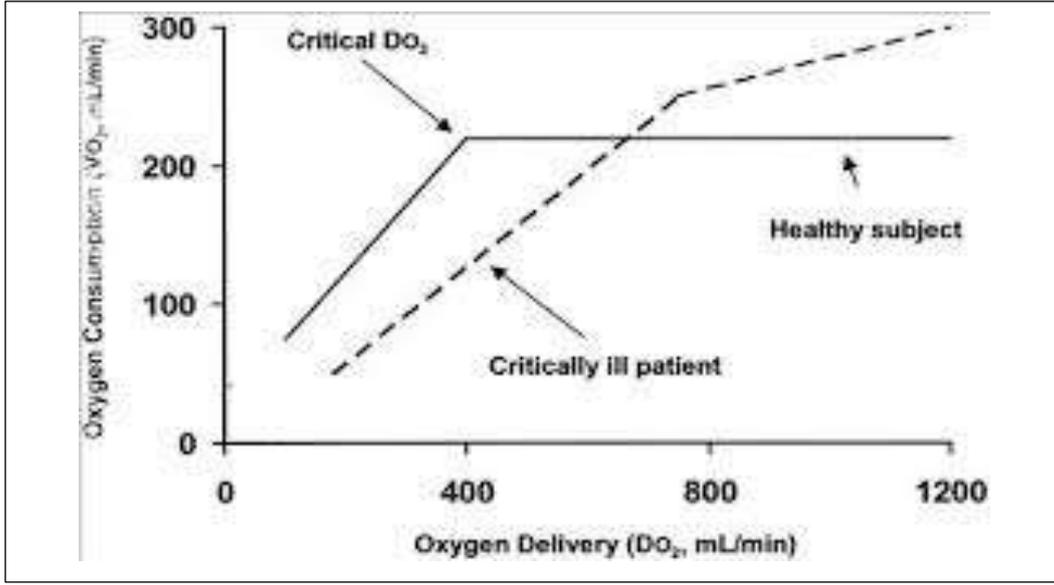
الأنسجة واستهلاكها للأوكسجين VO₂. ففي حالة زيادة معدل الاستقلاب الخلوي (أثناء التمارين مثلاً) تحدث زيادة مقابلة في نتاج القلب والتروية المحيطة إلى الأعضاء المتعلقة (العضلات في التمارين)، ويمكن لـ DO₂ أن يرتفع إلى 4-5 أضعاف مستواه أثناء الراحة. وهذا الارتفاع مع ذلك قد لا يكفي لتلبية حاجة الخلايا من الأوكسجين. وهنا تحاول الخلايا المعاوضة للنقص الحاصل في DO₂ وذلك بزيادة نسبة استخلاصها للأوكسجين من 25% إلى 80% إلى أن يصل لنقطة معينة لا يعود معها DO₂ كافياً. وفي حال استمرار انخفاض DO₂ ليصل إلى النقطة الحرجة critical point حيث تصل نسبة استخلاص الأوكسجين من خلايا الأنسجة لقيمتها العظمى ولا تستطيع تلبية حاجة الخلايا من الأوكسجين كافياً، يبدأ هنا الاستقلاب اللاهوائي، وتدعى هذه النقطة بالعتبة اللاهوائية **anerobic threshold**، ينتج عن الاستقلاب اللاهوائي إنتاج اللاكتات و حدوث الحمض الاستقلابي.

- إذاً في الحالات الطبيعية يكون VO₂ مستقلاً عن التغيرات الحاصلة في DO₂ استجابة لمتطلبات الأنسجة المتغيرة من الأوكسجين. أما ما بعد النقطة الحرجة (العتبة اللاهوائية) فإن العلاقة ما بين VO₂ و DO₂ تصبح خطية مباشرة أي أن استهلاك الأنسجة أصبح معتمداً بشكل كلي على حمل الأوكسجين. وهذه هي العلاقة ثنائية الطور ما بين VO₂ و DO₂ في الحالات الطبيعية. انظر الشكل (4-5)
- يبدي المرضى الحرجون المصابون مثل مرضى الصدمة اعتماداً على حمل الأوكسجين في مستويات أعلى له (ارتفاع مستوى النقطة الحرجة). إضافة لذلك تغيب العلاقة الطبيعية ثنائية الطور بين حمل الأوكسجين واستهلاك الأوكسجين انظر الشكل (4-6).
- قد يعود ذلك إلى أنه وبسبب الحالة المرضية التي يمر بها هؤلاء المرضى لا يمكنهم رفع الـ DO₂ بشكل كاف للوصول إلى الجزء من المنحنى الذي لا يعتمد فيه استهلاك الأوكسجين على حمل الأوكسجين، أو بسبب عدم قدرة الخلايا على زيادة استخلاص الأوكسجين لتلبية متطلباتها منه، وتبقى العلاقة ما بين DO₂ و VO₂ مباشرة خطية.

الشكل (4-5) العلاقة ما بين حمل الأوكسجين DO₂ واستهلاك الأوكسجين VO₂



الشكل (4-6) العلاقة ما بين VO_2 و DO_2 في المرضى الحرجين- الخط المنقط (مرضى الصدمة)



(8) تقييم ومراقبة توازن الأوكسجين: إذا يعتمد توازن الأوكسجين على الكمية الواصلة منه للأنسجة والحاجة الاستقلابية لهذه الأنسجة. وتتخلص محددات توازن الأوكسجين في معرفة خضاب الدم، إشباع الدم الشرياني بالأوكسجين، وتحديد نتاج القلب، واستهلاك الأنسجة للأوكسجين. لا يمكن تقييم توازن الأوكسجين بشكل مباشر بل بالطرائق غير المباشرة التي تقيس استخدام الأوكسجين كلياً ولا تعطي معلومات عن استخدامه من قبل عضو أو نسيج معين. الشكل (4-7)

تتضمن قياسات استخدام الأوكسجين الكلي والتي تساعد في مراقبة المرضى الحرجين نسبة إشباع الخضاب بالأوكسجين في الوريد المركزي $ScVO_2$ ومستوى اللاكتات في الدم الجهازية.

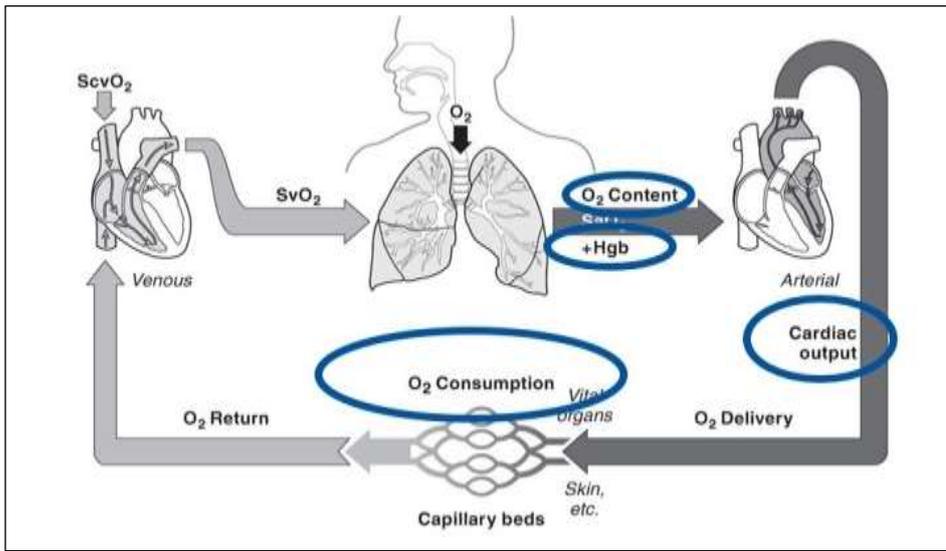
(1) إشباع الخضاب بالأوكسجين في الوريد المركزي $ScVO_2$: يمكن الحصول على $ScVO_2$ بشكل مستمر أو متقطع من قسطرة موضوعة في الوريد الوداجي أو الوريد تحت الترقوة وهو يتماشى مع نسبة الإشباع في الدم الوريدي المختلط SVO_2 الذي نحصل عليه من قنطرة الشريان الرئوي. يتم تقدير استهلاك الأوكسجين بواسطة نسبة إشباع الخضاب بالأوكسجين في الوريد المركزي $ScVO_2$. إن انخفاض قيمة $ScVO_2$ تعني اختلال التوازن بين الحاجة والمتوفر من الأوكسجين وقد يكون ذلك بسبب انخفاض النتاج القلبي أو مستويات الخضاب أو نسبة إشباع الخضاب الشرياني بالأوكسجين أو يكون بسبب زيادة استهلاك الأوكسجين وقد يكون هناك عدة أسباب مع بعض.

(2) مستوى اللاكتات في الدم: وهو مؤشر آخر على توازن الأوكسجين ويتم إنتاجه عبر الاستقلاب اللاهوائي أثناء نقص الأكسجة الخلوية. يكون ارتفاع اللاكتات أثناء الصدمة أو نقص الإرواء بسبب عدم كفاية تزويد الأوكسجين للأنسجة. لا تملك مستويات اللاكتات حساسية ونوعية عالية بالنسبة لنقص الأكسجة الخلوية ولكن غالباً ما ترتفع هذه المستويات في حالات نقص الإرواء وقد يكون انخفاض مستوياتها ثانياً

مؤشراً مفيداً على الاستجابة للمعالجة. إن ارتفاع مستوى اللاكتات يترافق مع سوء الإنذار في المرضى الحرجين جداً.

(3) مراقبة عوامل توازن الأوكسجين: ليس من السهل مراقبة توازن الأوكسجين لغياب التقنيات اللازمة لمراقبة بعض عوامله (كالتقلصية ونسبة استهلاك النسيج للأوكسجين) أو للحاجة لبعض الخبرات والأجهزة (كقنطرة الشريان الرئوي وتخطيط صدى القلب)، لكن يمكن لمراقبة بعض المتغيرات كنسبة إشباع الخضاب بالأوكسجين والضغط الدموي والضغط الوريدي المركزي و ScvO₂ إضافة للمعلومات السريرية أن تساعد في تقييم كفاية توازن الأوكسجين.

الشكل (4-7) محددات توازن الأوكسجين في الجسم



2. تعريف الصدمة الدورانية والآلية المرضية

:definition and pathophysiology of shock

الصدمة هي متلازمة نقص التروية النسيجية ونقص أكسجة الأنسجة والناجمة عن أسباب متعددة.

تحدث الصدمة عند وجود اختلال في التوازن ما بين الحاجة للأوكسجين والمتوفر منه (انظر الشكل 4-8) ولا يجب تعريف الصدمة بانخفاض الضغط رغم أنها كثيراً ما تترافق معه، ففي بعض مرضى الصدمة يكون الضغط بداية في المستويات الطبيعية بالرغم من كونه أقل بكثير من المستوى الأصلي للمريض أو كون سبب الحفاظ عليه هو استجابة المعاوضة (تفعيل الجهاز الودي).

يمكن أن يحدث نقص الأكسجة أو التروية نتيجة واحد أو أكثر من الآليات التالية:

- نقص كامل أو جزئي في حمل الأوكسجين لأجهزة الجسم (نقص النتاج القلبي، نقص محتوى الدم من الأوكسجين)
 - إرواء نسيجي غير فعال (سوء في توزيع الجريان الدموي للأجهزة أو عدم كفاية ضغط التروية)
 - خلل في الانتفاع بالأوكسجين القادم للأنسجة (خلل خلوي أو في الميتوكوندريا)
- كما يترافق نقص التروية النسيجية مع استجابة التهابية التي قد تزيد من أذية الأعضاء الحاصلة.

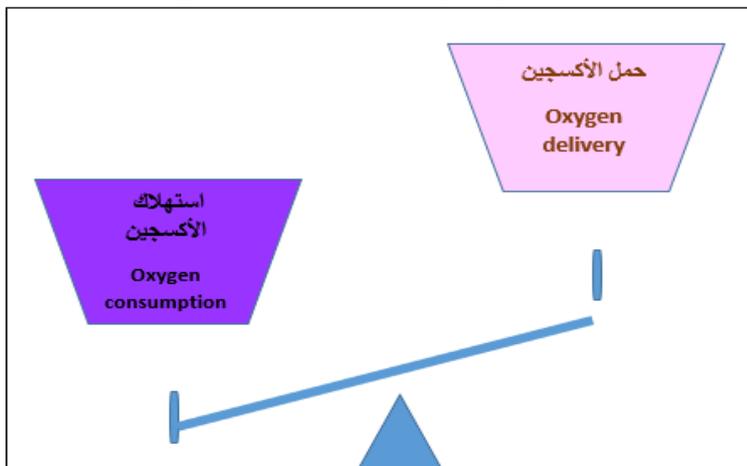
تتضمن آليات **المعاوضة** في الصدمة استجابات غدية عصبية تساعد على زيادة إرواء وأكسجة الأنسجة، فمثلاً يساعد التقبض الوعائي الودي في كثير من أشكال الصدمة على إعادة توجيه الدم من الأعضاء ذات الحاجة المنخفضة للأوكسجين كالجلد إلى الأعضاء الحيوية والمعتمدة على الأوكسجين كالدماع والقلب.

وقد يؤدي التقبض الوعائي المعاوض إلى الحفاظ على ضغط الدم في المراحل الأولى للصدمة وتدعى **الصدمة المعاوضة compensated shock** كما يزيد الضغط الانبساطي وينقص ضغط النبض (الفرق بين الضغط الانقباضي والانبساطي). يترافق التقبض الوعائي الشديد مع برودة الأطراف. تترافق الصدمة التوزعية بتوسع وعائي فتكون الأطراف دافئة بالرغم من وجود علامات نقص التروية الأخرى.

يعكس تسرع القلب الذي تتواسطه الاستجابة الودية محاولة زيادة النتاج القلبي، أما تسرع التنفس فقد يكون استجابة معاوضة لتحسين التقاط الأوكسجين من الرئتين أو لمعاوضة الحمض الاستقلابي.

يؤدي المزيد من التغيرات أثناء الصدمة إلى اضطرابات الأكسجة على مستوى الأنسجة. يحرر الخضاب المزيد من الأوكسجين عندما يتقدم في الأوعية الشعرية لتأمين متطلبات الأنسجة. إن انحراف منحني إشباع الخضاب بالأوكسجين نحو اليمين بسبب الحمض أو ارتفاع الحرارة يسهل تحرير الأوكسجين من

الشكل (4-8) اضطراب توازن الأوكسجين في الصدمة



الخضاب وينعكس ذلك بانخفاض إشباع الأوكسجين في الدم الوريدي المركزي ($ScvO_2$) في معظم أشكال الصدمة، لكن المستويات الطبيعية لا تعني بالضرورة كفاية الأكسجة النسيجية فقد تترافق مع خلل في استخدام الأوكسجين أو خلل في توزيع الجريان الدموي (كالصدمة الإنتانية)

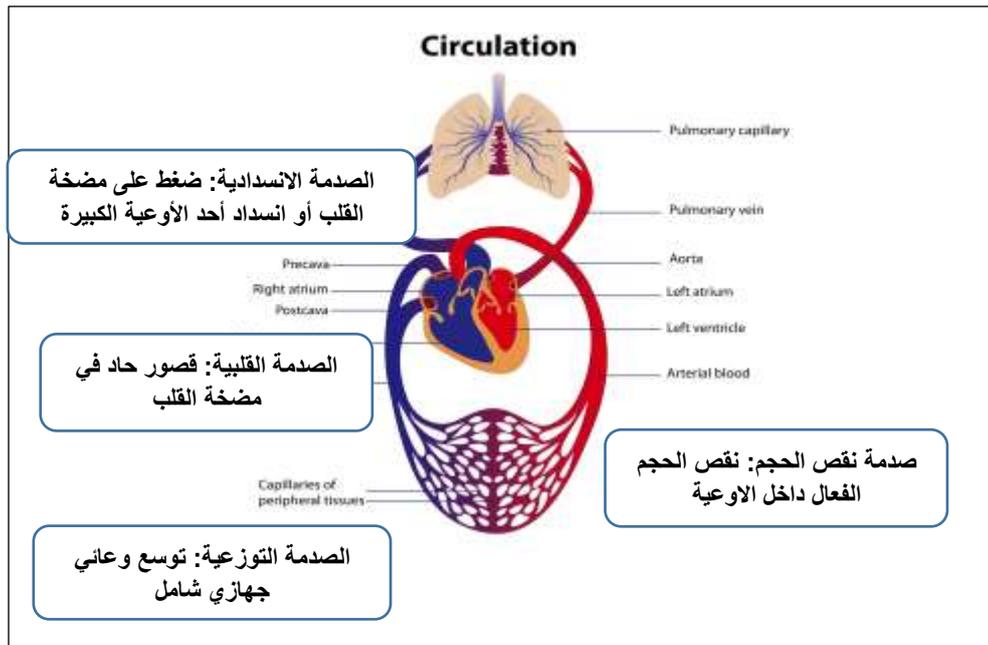
في المراحل المتقدمة من الصدمة يحدث انكسار في المعاوضة وتسمى **الصدمة اللامعاوضة decompensated shock** حيث تبدأ اللاكتات بالارتفاع في الدم ويحدث قصور الأعضاء العديد.

1. أنواع الصدمة وأسبابها : Types and causes of shock

يوجد أربعة أنواع للصدمة تبعاً للخصائص القلبية الوعائية وهي: الصدمة بنقص الحجم والصدمة القلبية والصدمة الانسدادية والصدمة التوزعية. حيث تعمل آلية كل نوع من الصدمة على أحد الأقسام الثلاثة للجهاز القلبي الوعائي وهي مضخة القلب، الحجم الدوراني داخل الأوعية، والأوعية الدموية نفسها (الشكل 4-9):

- وتنتج الصدمة القلبية عن قصور حاد في مضخة القلب، أما الصدمة الانسدادية فتشبه الصدمة القلبية ولكن تنتج عن وجود ضغط خارجي على مضخة القلب أو وجود انسداد في أحد الأوعية الضخمة في الصدر،
- تنتج صدمة نقص الحجم عن فقدان الحجم الفعال داخل الأوعية،
- أما الصدمة التوزعية فتنتج عن اضطراب المقوية الوعائية وحدوث توسع وعائي جهازي شامل وكل نوع من الصدمة ينتج عن اسباب مرضية متعددة (الجدول 4-1) وعند أخذ قصة مرضية دقيقة وإجراء فحص سريري جيد يمكن استخلاص معلومات كافية لتحديد السبب الأرجح للصدمة، وقد يتواجد عند المرضى أكثر من نوع (صدمة مختلطة) كوجود ضعف وظيفي قلبي في الصدمة الإنتانية أو صدمة نقص الحجم.

الشكل (4-9) أنواع الصدمة



الجدول (4-1) أسباب: الصدمات المختلفة

<p>قلبية</p> <p>اعتلالية (كالاحتشاء) ميكانيكية (إصابة صمامية) لا نظميات قلبية</p>	<p>نقص الحجم</p> <p>نزفية (فقد الكريات الحمر) غير نزفية (فقد البلازما)</p>
<p>انسدادية</p> <p>صمة رئوية كبيرة ريح صدرية ضاغطة اندحاس (سطم) قلبي التهاب تامور عاصر</p>	<p>توزعية</p> <p>إنتانية (انتان جهازي) قصور حاد في الكظر عصبية (إصابة الجهاز الودي) تأقية (تأق شديد)</p>

إن معرفة الملامح الهيموديناميكية hemodynamics (الحركية الدموية) لكل نوع من أنواع الصدمة مهم لتحديد أساليب العلاج المناسبة حتى بغياب قياسات دقيقة. والجدول (4-2) يوضح الملامح الهيموديناميكية لمختلف أنواع الصدمة رغم وجود بعض الاختلافات تبعاً للألية الإراضية للصدمة والحالة القلبية ودرجة الإنعاش. لاحظ أنه يوجد ارتفاع في المقاومة الوعائية المحيطية في الصدمة القلبية والنزفية والانسدادية في محاولة من الجسم للحفاظ على الضغط (ضغط التروية)، بينما تكون المقاومة الوعائية منخفضة في الصدمة الانتانية بسبب التوسع الوعائي.

الجدول (4-2) الملامح الهيموديناميكية (الحركية الدموية) لأنواع الصدمة

ضغط امتلاء البطينات يعادل الضغط داخل البطينات في نهاية طور الانبساط كما يسمى الحمل القلبي

نوع الصدمة	معدل القلب	النتاج القلبي	ضغط امتلاء البطينات	المقاومة الوعائية المحيطية	ضغط النبض	ScvO ₂
قلبية	↑	↓	↑	↑	↓	↓
انسدادية	↑	↓	↑	↑	↓	↓
نقص الحجم	↑	↓	↓	↑	↓	↓
توزعية	↑	أوطبيعي	↓	↓	↑	↑ أو طبيعي

أ- صدمة نقص الحجم Hypovolemic shock:

تحدث عندما ينقص حجم السوائل داخل الأوعية نسبة للسعة الوعائية وذلك عقب نزيف داخلي خفي أو خارجي ظاهر يتم فيه فقد الكريات الحمر أو الدم الكامل، أو فقدان سوائل (البلازما) عن طريق الجهاز الهضمي أو البول أو التجفاف أو ضياعات السوائل عبر الحيز الثالث كما في الحروق والرضوض والتهاب البنكرياس.

الموجودات الحركية الدموية في صدمة نقص الحجم هي نقص النتاج القلبي وانخفاض ضغط الإمتلاء في البطين الأيسر والأيمن (الحمل القلبي) وزيادة الحمل البعدي (المقاومة الوعائية المحيطية SVR) نتيجة التقبض الوعائي المعاوز.

ينخفض ScvO₂ نتيجة نقص النتاج القلبي مع احتمال نقص تراكيز الخضاب (كما في النزيف). يبدي مرضى الصدمة بنقص الحجم إضافة لأعراض الصدمة عامة انبساطاً وعدم انتفاخ في الأوردة الوداجية.

ب- الصدمة التوزعية Distributive shock:

وتتميز بانخفاض في المقوية الوعائية المحيطية توسع وعائي). أكثرها شيوعاً الصدمة الإنتانية وأقل من ذلك الصدمة العصبية والصدمة التأقية، وصدمة قصور الكظر الحاد.

- تحدث الصدمة الإنتانية نتيجة وجود انتان جهازي سواء بسبب الجراثيم أو الفيروسات أو الفطريات
- وتحدث الصدمة العصبية نتيجة إصابة الجهاز الودي وخاصة مع رضوض وأذيات النخاع الشوكي
- أما الصدمة التأقية تحدث بسبب التآق وتحرر الهيستامين الناتج عن تناول أو إعطاء أو استنشاق مواد معينة يتحسس لها المريض.
- أما صدمة قصور الكظر الحاد فتنتج عن قصور حاد في غدة قشر الكظر بسبب الانتان أو غيره تتضمن الملامح الحركية الدموية: نتاج قلبي طبيعي أو زائد مع انخفاض SVR وضغط إمتلاء بطني منخفض أو طبيعي والعلامة البارزة هي زيادة ضغط النبض. قد يحدث نقص في نتاج القلب إن لم يتم الحفاظ على الحجم داخل الأوعية، وقد يكون ScvO₂ طبيعياً أو مرتفعاً نتيجة: سوء توزع الدوران الشعري (تحويل الدم داخل الأوعية الدقيقة أو شنت دوراني)، أو عدم تمكن الأنسجة من الانتفاع بالأكسجين. وعلى النقيض من أنواع الصدمة الأخرى فإن التوسع الوعائي في الصدمة التوزعية يؤدي إلى أطراف دافنة وضغط انبساطي منخفض وضغط نبض مرتفع (الفريق مابين الضغط الانقباضي والانبساطي).

ج- الصدمة القلبية Cardiogenic shock:

يكون جريان الدم غير كاف نتيجة قصور في المضخة القلبية ناجم عن ضعف حاد في العضلة القلبية الفعالة (نقص تروية أو اعتلال قلبي) أو عيب ميكانيكي أو بنيوي (قصور دسام أو فتحة في الحاجز) أو اضطراب في النظم القلبي.

غالباً ما تنجم الصدمة القلبية عن احتشاء قلبي حاد أو اختلاطاته اللاحقة، وهي الشكل الأشد لقصور القلب والذي يتميز بوجود انخفاض في الضغط ونقص في الإرواء مع الحاجة لتدخلات علاجية مختلفة.

الموجودات الهيموديناميكية هي: نقص النتاج القلبي وارتفاع ضغوط الامتلاء البطيني وزيادة الحمل البعدي أو SVR، وفي حالة نقص النتاج القلبي ينخفض ScvO₂ نتيجة زيادة النقاط الأنسجة للأوكسجين.

د- الصدمة الانسدادية Obstructive shock:

المظهر البارز هو الانسداد في وجه الجريان وزيادة الحمل البعدي (العبء أمام القلب).

- يضعف الاندحاس القلبي (وجود دم أو انصباب ضاغط في التامور) والتهاب التامور العاصر من امتلاء البطين الأيمن بإعاقة الانبساط
 - في حين يكون نقص الامتلاء البطيني في الريح الصدرية الضاغطة نتيجة إعاقة العود الوريدي،
 - وفي حالة الصمة الرئوية الكبيرة يزداد الحمل البعدي للبطين الأيمن.
- تتميز الموجودات الحركية الدموية بنقص نتاج القلب وزيادة الحمل البعدي مع قيم متفاوتة لضغوط الامتلاء البطيني الأيسر حسب الآلية الإمرضية.

2. أعراض وعلامات وتشخيص الصدمة Signs and symptoms od shock:

كأي مريض حرج ينبغي مقارنة الصدمة بإجراء المسح الأولي والثانوي للمريض. تعتبر الصدمة متلازمة سريرية واسعة المظاهر السريرية والتي تقع في ثلاث مجموعات (الشكل 4-10):

- أعراض وعلامات ناتجة عن استجابة المعاوضة (مرحلة الصدمة المعاوضة)
 - أعراض وعلامات ناتجة عن نقص تروية وأكسجة الأعضاء
 - أعراض وعلامات ناتجة عن السبب الأساسي الذي أدى لحدوث الصدمة.
- من علامات المعاوضة: تسرع القلب وتسرع التنفس.

من الأعراض الناجمة عن نقص تروية الأعضاء:

- تغير الحالة العقلية: هياج أو خبل وذهول أو سبات

- شح البول أو انقطاعه
- غثيان أو إقياء
- هبوط في الضغط
- نبض خيطي
- زرقة أطراف أو نقص أكسجة شريانية
- تطاول زمن الامتلاء الشعري
- تغيرات مخبرية: البولة أو الكرياتينين أو البيليروبين أو اضطراب عوامل التخثر، ارتفاع أنزيمات الكبد، وأنزيمات القلب.
- بإجراء غازات الدم الشريانية يمكن كشف الحمض الاستقلابي metabolic acidosis
- ذو فجوة الصواعد anion gap من أكثر الاضطرابات المرافقة لنقص التروية
- يترافق الحمض الاستقلابي عادة مع ارتفاع في مستوى اللاكتات التي تعد مؤشراً على شدة نقص التروية الحاصل أو شدة الصدمة النزفية.
- من العلامات الأكثر نوعية لبعض أنواع الصدمة والتي قد تساعد في تشخيص نوع وسبب الصدمة:
- وجود إقياء أو اسهال متكرر سواء مدمى أو غير مدمى، قد يدل على سبب صدمة نقص الحجم
- يدل ارتفاع ضغط النبض على الصدمة التوزعية
- ويعتبر انخفاض الضغط الدموي الانقباضي بأكثر من 10 ملمز أثناء الشهيق (النبض التناقضي) علامة مهمة قد تدل على الاندحاس (السطام) القلبي.
- إن وجود إصابة في النخاع الشوكي مع بطء قلب يمكن أن يدل على وجود صدمة عصبية
- قد يلاحظ انتفاخ الوداجيين في كل من السطام القلبي وإذا ترافقت مع خراخِر وذمة رئة في الصدمة القلبية.
- تكون الأطراف باردة بسبب التقبض الوعائي وارتفاع المقاومة الوعائية المحيطية في الصدمة القلبية والانسدادية ونقص الحجم، بينما تكون الأطراف دافئة بسبب التوسع الوعائي وانخفاض المقاومة الوعائية المحيطية في الصدمة التوزعية.
- تكون الحمى ظاهرة في الصدمة الإلتانانية وقصور الكظر الحاد.
- تغيرات إقفارية أو لانظمية على تخطيط القلب الكهربائي قد تدل على وجود إقفار قلبي حاد أو لانظمية غير مستقرة كسبب للصدمة القلبية

- الاستقصاءات الشعاعية مثل صورة الصدر البسيطة أو الطبقي المحوري: فوجود ارتشاحات رئوية قد يدل على وذمة رئة كما في الصدمة القلبية، أو ريح صدرية ضاغطة كسبب للصدمة الانسدادية، أو تدمي الجنب كسبب للصدمة النزفية.
- كما قد يكشف التصوير الطبقي المحوري للبطن نزفاً مستبطناً متجمعاً داخل البطن كسبب للصدمة النزفية.
- يساعد استخدام الأمواج فوق الصوتية أو الايكو بكشف اندحاس قلبي أو نزف مستبطن في البطن.
- وجود نتيجة إيجابية قريبة من الزرع الجرثومي والتحسس يدل على وجود انتان جهازي أدى إلى الصدمة الإنتانية.

الشكل (4-10) أعراض وعلامات الصدمة السريرية والمخبرية



3. تدبير الصدمة Management of Shock

من الضروري تشخيص الصدمة والتدخل الفعال مبكراً لمنع حدوث أذيات لا عكوسة وقصور في وظائف الأعضاء ومن ثم الموت. بعد تأمين الطريق الهوائي والتنفس (AB) يجب أن يركز تدبير الصدمة على تصحيح انخفاض الضغط إذا وجد وتصحيح الاختلال الحادث في توازن الأوكسجين باعتبارهما الغايات

الأساسية. ينبغي تحديد المدخر الفيزيولوجي عند المريض لمعرفة مدى المعاوضة عنده وتحديد سرعة التداخلات العلاجية عنده.

تتلخص أهداف تدبير الصدمة بمايلي:

- الهدف الأساسي هو تحسين حمل الأوكسجين واستخدامه كمحاولة لإعادة التروية وتوازن الأوكسجين وذلك لتجنب أذية الخلايا أو الأعضاء(الإنعاش)
- مراقبة المريض
- المعالجة الفعالة بإيقاف ومعالجة السبب
- والمعالجة الداعمة الشاملة.

يجب أن تكون استعادة الاستقرار الدوراني أولوية(الإنعاش) بينما تتواصل الجهود لمعالجة السبب.

أ. الإنعاش **resuscitation** تركز المداخلات الهادفة لاستعادة كفاية التروية على:

- تحقيق ضغط دموي كاف
 - و/أو زيادة نتاج القلب
 - و/أو تحسين محتوى الدم من الأوكسجين.
 - كما يجب دائماً تقليل الحاجة للأوكسجين واستهلاكه
- الهدف الأولي في إنعاش الصدمة هو تأمين ضغط دموي (**تحسن الضغط قبل التروية**) أدنى يحتاجه الجسم لإيصال الجريان الدموي للقلب والأعضاء الأخرى ريثما يتم تحسين العوامل الأخرى في نقل الأوكسجين، ويوصى مبدئياً بقيم **ضغط دموي وسطي MAP حوالي 65 ملمز** أو أكثر. يتم الحصول على الضغط المطلوب بواسطة السوائل و/أو الأدوية المؤثرة وعائياً.

الهدف التالي في إنعاش الصدمة هو **تحسين حمل الأوكسجين** ويتم ذلك بزيادة النتاج القلبي ورفع مستويات الخضاب وزيادة إشباع الخضاب. كما يتم محاولة التخفيف قدر الإمكان من استهلاك الأوكسجين عند المريض بتطبيق التهوية الآلية وإعطاء المهدئات وتخفيض حرارة الجسم في الحمى.

وتتلخص التداخلات العلاجية في الإنعاش بمايلي

(1) تأمين الأوكسجين: يمكن زيادة مستوى إشباع الخضاب بالأوكسجين عبر زيادة PaO_2 بواسطة تزويد المريض بالأوكسجين أو التهوية الآلية، لكن متى وصلت قيمة PaO_2 إلى 60-70 ملمز فلا فائدة إضافية من المزيد. يستحسن الحفاظ على نسبة إشباع أوكسجيني 95% أو أكثر. **وتقريباً كل مرضى الصدمة يحتاجون للتثبيبات الرغامي والتهوية الآلية الباضعة لتخفيف الجهد التنفسي على المريض وزيادة استهلاك الأوكسجين من العضلات التنفسية إضافة للتزويد بالأوكسجين.**

(2) المعالجة بالسوائل:

المعالجة الأولية لمعظم أنواع الصدمة هو تعويض الحجم بإعطاء السوائل.

يمكن تعويض السوائل المفقودة بواسطة المحاليل البلورية أو الغروانية. المحاليل البلورية رخيصة وتحقق الغاية ذاتها بالرغم من الحاجة لكميات أكبر بسبب حجم توزعها العالي (يبقى حوالي ربعها داخل الأوعية والباقي في الأنسجة الخلالية)، ويجب استخدام المحاليل سوية التوتر مثل الملحي النظامي أو رينغر لاكتات فقط.

محلول الديكستروز في الماء لا يزيد الحجم الوعائي إلا قليلاً بسبب توزعه السريع في حيزات الجسم فلا يجب استعماله مطلقاً في الصدمة، وكذلك المحلول الملحي نصف النظامي 0.45%.

تتضمن المحاليل الغروانية النشاء والألبومين والجيلاتين.

تستعمل المحاليل البلورية بدفعات من 500-1000 مل (20-30 مل/كغ) أو المحاليل الغروانية بدفعات 250-500 مل خلال حوالي 15 دقيقة، ويتم تكرارها حسب الحاجة مع مراقبة المتغيرات المناسبة بشكل لصيق، أما في مرضى الصدمة القلبية المشتبهة أو المثبتة فيجب استخدام دفعات أصغر.

الهدف الأول للإنعاش بالسوائل هو تصحيح نقص الحجم وهو ما يتظاهر غالباً بتحسّن تسرع القلب أو هبوط الضغط أو شح البول، لكن هذه العلامات قد تبقى في حالة الصدمة الإنتانية (التوزعية) أو العصبية أو الانسدادية. كما تفيد ملاحظة تغيرات الضغط النبضي على موجات مقياس الأوكسجين النبضي أو موجات القطرة الشريانية في معرفة مدى الاستجابة للسوائل.

ينبغي تجنب الاستخدام المفرط للسوائل حيث له العديد من التأثيرات الجانبية: مثل تدهور الأكسجة نتيجة وذمة رئوية أو العلوص (الشلل) المعوي نتيجة وذمة الأمعاء أو متلازمة ارتفاع الضغط داخل البطن، لذلك يجب إعطاء الصدر باستمرار ومراقبة الأكسجة عن طريق غازات الدم الشرياني أو مقياس الأوكسجين النبضي ومراقبة الضغط الوريدي المركزي باستمرار أثناء الإنعاش بالسوائل. كما يجب مراقبة الضغط داخل البطن في كل المرضى الذين يحتاجون نقل حجوم كبيرة من المحاليل.

في غياب مراقبة باضعة للمريض، يجب الحذر من إعطاء المزيد من السوائل في حال استمرار هبوط الضغط أو نقص التروية ويجب توقف إعطائها عندما لا يؤدي إلى أي تغير في الضغط الدموي مما يوحي بأن الحجم تم تعويضه وأن إعطاء المزيد قد يسبب نتائج مؤذية، وعندها يتطلب الأمر استعمال الأدوية المؤثرة وعائياً لضبط الضغط وتحسين التروية. كما ينبغي تجنب إعطاء المدرات في حال شح البول أو انقطاعه في الصدمة قبل إعطاء السوائل الكافية وعودة التروية للأعضاء الهامة.

(3) إضافة للمحاليل البلورية والغروانية يستطب استخدام كريات الدم الحمر المحفوظة PRBCs

لتحسين سعة نقل الأوكسجين عند مرضى النزف الشديد أو فقر الدم. وتعتبر زيادة مستوى الخضاب بنقل الدم من أهم الوسائل لزيادة حمل الأوكسجين عند بعض المرضى فمثلاً الزيادة من 7 إلى 9 غ/دسل تزيد من إيصال الأوكسجين بنسبة 30٪ حتى لو بقي النتاج القلبي كما هو. أثناء الإنعاش قد نحتاج لمستويات أعلى (≤ 10 غ/دسل)، ويكفي عادة الحصول على مستوى خضاب 7-9 غ/دسل بعد الاستقرار.

ملاحظة: لا يجب استعمال البلازما الطازجة المجمدة FFP إلا لتصحيح اضطرابات التخثر وليس لتعويض السوائل.

الجدول (4-3) التداخلات العلاجية في الصدمة

المتغير الهيموديناميكي	التداخل العلاجي
الضغط الدموي	سوائل، مقبضات أو موسعات وعائية
النتاج القلبي	
الحمل القلبي	سوائل، موسعات وعائية
القلوصية القلبية	مقويات قلب
الحمل البعدي	مقبضات أو موسعات أو عية
محتوى الأوكسجين في الدم الشرياني	
الخضاب	نقل الدم
إشباع الخضاب	إعطاء الأوكسجين، التهوية الآلية
الحاجة للأوكسجين	التهوية الآلية، التركيب، التسكين، خافضات الحرارة

(4) الأدوية المؤثرة وعائياً و vasoactive agents:

تتضمن الأدوية المؤثرة وعائياً والتي تستعمل في حالة الصدمة أدوية لها مفعول مقبض وعائى أو مقوي قلبي أو موسع وعائى. المقبض الوعائى هو دواء يملك فعالية ودية $\alpha 1$ مما يؤدي لتقبض الشريانات وارتفاع في المقاومة الوعائية المحيطة وارتفاع الضغط الشرياني، أما الدواء المقوي للقلب فيملك تأثير مقوي لتقلصية القلب عبر فعالية ودية $\beta 1$.

ويستطب استخدام الأدوية المؤثرة وعائياً في المرضى الذي يبقى لديهم هبوط في الضغط أو ضعف في النتاج القلبي بالرغم من تعويض الحجم. ويلخص الجدول مختلف هذه الأدوية وآليات تأثيرها. يجب استشارة طبيب العناية المركزة عند أي حاجة لاستعمال أحد هذه الأدوية.

- **النورأدرينالين noradrenaline**: هو أحد اثنين من الأدوية المفضلة في الصدمة الإنتانية والدوبامين هو الثاني. له تأثيرات مقبضة وعائية كما له تأثيرات مقوية ومسرعة للقلب لكن أقل شيوعاً. تبدأ جرعات البالغين من 0,5-0,05مكغ/كغ/د وتتم معايرتها للوصول للتأثير المطلوب.
- **الدوبامين dopamine**: من الأدوية شائعة الاستعمال وله تأثيرات وعائية وقلبية **معتمدة على الجرعة** وكما قلنا فهو أحد الدوائين المفضلين في الصدمة الإنتانية. في الجرعات المتدنية (1-5 مكغ/كغ/د) موسع وعائي ومدر، وفي الجرعات المتوسطة (6-10مكغ/كغ/د) تكون التأثيرات المقوية للقلب ظاهرة بينما في الجرعات العالية (أكثر من 10مكغ/كغ/د) تظهر التأثيرات المقبضة للأوعية. والجرعات الأعلى من 20مكغ/كغ/د لا تفيد عادة والنورأدرينالين له مفعول مقبض أقوى ربما. تتضمن التأثيرات الحانئية تسرعات القلب واللانظميات.
- **الأدرينالين adrinaline**: وله تأثيرمقوي ومسرع للقلب وبالجرعات الأعلى مقبض وعائي. تبدأ الجرعات من 0,1 مكغ/كغ/د وترفع للوصول للتأثير المطلوب. إن ازدياد استهلاك العضلة القلبية للأوكسجين عند استعمال الأدرينالين يحدد من استخدامه وخاصة بوجود مرض إكليلي، كما أن نقص التروية المعوية تترافق معه أكثر من بقية مقبضات الأوعية. هو المقوي القلبي الأول المستخدم في الصدمة التأقية.
- **الفينيل إفرين phenylephrine**: هو مقبض وعائي أدريناليني ألفا صرف. أكثر ما يفيد في حالات التوسع الشرياني بغياب وجودتنشيط قلبي كما في الصدمة العصبية أو هبوط الضغط الناجم عن التخدير فوق الجافية.
- **الفازوبريسين vasopressin**: مقبض وعائي قوي يعمل على المستقبلات V1. قد ينقص من النتاج القلبي بزيادة الضغط كما النورأدرينالين. يجب التفكير بالفازوبريسين في الصدمة المستعصية على السوائل والأدوية الأخرى بالرغم من عدم إثبات تحسن في الوفيات.
- **الدوبيوتامين dobutamine**: هو مقلد ودي بيتا-1 ذو تأثير مقوي للقلب، ويحدث زيادة في النتاج القلبي عادة. الضغط الدموي يبقى كما هو أو ينخفض أو يرتفع قليلاً، ويجب استخدامه بحذر لدى مرضى هبوط الضغط ففي حال عدم كفاية الحجم داخل الأوعية قد يحدث تدهور سريع مع تسرع قلبي خطير.

الجدول (4-4) الأدوية المؤثرة وعانياً

α_1 (\uparrow BP)	β_2 (\downarrow BP)	β_1 (\uparrow HR)	DA-R (\uparrow UOP)	
10 < مكغ/كغ/د		6-10 مكغ/كغ/د	1-5 مكغ/كغ/د	الدوبامين 1-20 مكغ/كغ/د
+++				الفينيل إفرين 1-300 مكغ/د
++++		+		النورأدرينالين 0.01-0.5 مكغ/كغ/د
++++	+++	++++		الأدرينالين 0.01-0.5 مكغ/كغ/د
	++	+++		الدوبيوتامين 1-20 مكغ/كغ/د
	+++	+++		الميلرينون 0.125-0.5 مكغ/كغ/د
<p><u>الاختصارات:</u> DA-R مستقبل دوبامين، UOP النتاج البولوي، HR معدل أو سرعة القلب، BP الضغط الدموي</p> <p>α_1 = مستقبل أدريناليني يتواسط التقبض الشرياني ويزيد المقاومة الوعائية المحيطة</p> <p>β_1 = مستقبل أدريناليني يزداد تقلصية القلب و/أ، سرعته</p> <p>β_2 = مستقبل أدريناليني يتواسط التوسع القسبي وكذلك التوسع الشرياني</p>				

ب. المراقبة الهيموديناميكية لمرضى الصدمة

يحتاج مرضى الصدمة للمراقبة من أجل تحديد التداخلات الضرورية ثم استجابة المريض لهذه التداخلات.

- مراقبة تخطيط القلب المستمرة ضرورية لمعرفة سرعة القلب والنظم
- أما الضغط فأفضل طريقة لمراقبته هي القسطرة الشريانية الباضعة حيث أن الطرق غير الباضعة (كم الضغط اليدوي أو الآلي) تفتقر إلى الدقة في مرضى الصدمة.
- يجب مراقبة نسبة إنباع الأوكسجين بواسطة مقياس الأوكسجين النبضي.
- يفيد الضغط الوريدي المركزي في بعض المرضى كمؤشر للحمل القبلي للبطين الأيمن وبالتالي تقدير الحاجة للسوائل رغم أن هذه الطريقة غير دقيقة.
- قد يكون من المفيد مراقبة ScVO₂ عبر قنطرة الوريد المركزي كمؤشر على توازن الأوكسجين
- من الضروري مراقبة النتاج البولوي بوضع قسطرة بولية للتأكد من تروية الكليتين بالحفاظ على معدل 0,5-1 مل/كغ/سا. (لا يكون النتاج البولوي مؤشراً دقيقاً في حالة وجود قصور كلوي مسبق)
- يجب مراقبة مستوى اللاكتات (الطبيعية ≥ 2) باكراً وبفواصل معينة والقيم الطبيعية أو المتناقصة تعني تحسن توازن الأوكسجين

- نقص الأساس **base deficit** هو قياس للأساس اللازم لمعادلة pH في الدم الشرياني ويفيد كمؤشر على مدى شدة تراكم الحمض، وهو يكون سالباً في حالات الصدمة غير المعالجة بشكل كاف ويعود إلى الصفر تقريباً عند عودة التروية الطبيعية
- كما يجب مراقبة القيم المخبرية الأخرى لمعرفة ترقى أو تحسن الخلل الوظيفي للأعضاء.
- قد تفيد المراقبة الباضعة جزئياً في توجيه المعالجة (أجهزة مراقبة النتاج القلبي).
- إن استخدام الأمواج فوق الصوتية وتصوير القلب بالإيكولنتقييم حمل السوائل والقلوصية القلبية يتيح فهم أعمق للاستجابة للمعالجة وقد يكون هذا هو الطريق الأمثل لتوجيه المعالجة بالسوائل في بعض الحالات.

ملاحظة: لا يوجد نقطة نهائية محددة يمكن الاعتماد عليها للقول بزوال الصدمة وعودة الحالة الدورانية الطبيعية، وفوق ذلك فإن المهم في أي نقطة يمكن اتخاذها هو منحى تطورها أكثر من قيمتها المطلقة فالسوائل والأدوية يجب معايرتها بناء على ذلك.

ت. معالجة السبب:

(1) في صدمة نقص الحجم: في فقد السوائل يجب تحديد نوع السوائل المفقودة للتعويض اللاحق لهابسوائل مشابهة لتلك المفقودة (الفقد من الجهاز الهضمي العلوي بالإقياء مثلاً يكون أساساً لحمض كلور الماء من المعدة وبالتالي يتم التعويض بالسوائل التي تحتوي الكلور مثل المحلول الملحي النظامي)

أما النزيف فيعالج بنقل الدم ومنتجاته. ومن الأفضل إنعاش مرضى النزف السريع بعدد وحدات متساوية من الكريات الحمر المحفوظة والبلازما الطازجة المجمدة والصفائح.

كما يجب معرفة مصدر النزيف والسيطرة عليه بمختلف التقنيات المتوفرة، فمثلاً يمكن السيطرة على النزف الهضمي العلوي بإجراء المنظار الهضمي العلوي وحقن المنطقة النازفة ببعض الأدوية... وهكذا

(2) في الصدمة التوزعية

- في الصدمة الانتانية الناتجة عن الانتان الجهازي فإن الدواء الفعال وعائياً المختار هنا بعد عدم الاستجابة للسوائل هو النورأدرينالين ثم الدوبامين.
- يجب البدء بالصادات الحيوية الواسعة باكراً قبل ظهور نتائج الزرع والتحسس الجرثومي حيث أن ذلك مما يحسن من نسبة البقاء ويقلل الوفيات عند المرضى.
- يجب السيطرة على بؤرة الانتان باكراً سواء بالوسائل الجراحية (استئصال الزائدة الدودية الملتهية) أو بالوسائل الأقل بضعاً (تفريغ خراج بوضع مفجر من خلال الأشعة التداخلية)

- كذلك يستطب استخدام الستيروئيدات القشرية(الهيديروكورتيزون) في الصدمة الإنتانية عندما تكون استجابة الضغط للسوائل والأدوية ضئيلة.
- تعالج الصدمة التاقية بالسوائل الوريدية والأدرينالين تحت الجلد أو وريدياً.
- في صدمة قصور الكظر الحاد: إضافة للسوائل الوريدية ومقبضات الأوعية تعطى الستيروئيدات القشرية الوريدية.
- في الصدمة العصبية قد يكون الدوبامين هو الدواء الوعائي المفضل لأنه يملك خاصية ألفا-1 وبيتا-1 معاً فيحدث التقبض الوعائي إضافة لزيادة معدل القلب (معظم هؤلاء المرضى لديهم بطء في القلب)، ويمكن استخدام الفينيل ايفرين كونه مقبض وعائي شديد.

(3) في الصدمة القلبية:

- الهدف الأساسي هنا هو تحسين الوظيفة القلبية ويجب معالجة اللانظميات بشكل عاجل، مما ينعكس على حمل الأكسجين في الدم.
- العلاج المختار للصدمة القلبية الناجمة عن نقص تروية قلبي حاد هي إعادة الإرواء القلبي بالقسطرة الاكليلية عبر الجلد (Percutaneous coronary intervention(PCI).
- يجب استخدام دفعات أقل من السوائل الوريدية بشكل حذر (٢٥٠ مل مثلاً بدل 500 مل) خشية من ارتفاع ضغوط البطين الأيسر وحدوث وذمة رئة.
- في حال وجود انخفاض في الضغط في مريض صدمة قلبية فيجب استخدام النورأدرينالين لتحسين الضغط الانقباضي بشكل سريع ويمكن إضافة مقوي قلبي وريدي كالدوبيوتامين لتقوية وظيفة القلب بعد أن يستقر الضغط وذلك بغية إنقاص جرعة المقبضات الوعائية.
- كما تستخدم معالجات أخرى تهدف لإنقاص الحمل البعدي بحذر مثل الموسعات الوعائية كالنيتروبروسايد nitroprosside وذلك فقط في حال استقرار الضغط دموي. كما قد تستخدم المدرات أحياناً لإنقاص الحمل القبلي مثل الفوريسمايد furosemide في حال كان الضغط الشرياني طبيعياً.

(4) في الصدمة الانسدادية

- العلاج المختار هنا هو إزالة الانسداد إضافة للحفاظ على الحجم داخل الوعائي.
- الإنعاش بالسوائل مهم مؤقتاً لكن مقويات القلب ومقبضات الأوعية دورها ضئيل وتأثيرها عابر إن وجد.
- تعتبر الصمة الرئوية سبباً شائعاً للصدمة الانسدادية وتعالج بحالات الخثرة (مثل الستربتوكيناز) أو باستئصال الخثرة مع مضادات التخثر لمنع تمدد الصمة.

- في حالة الاندحاس القلبي قد يكون بزل السائل التاموري منقذاً للحياة
- أما في حالة الريح الصدرية الضاغطة فيجب العمل بسرعة على تصريف الضغط بالابرة في الورب الثاني في جهة الريح الصدرية ومن ثم إدخال أنبوب الصدر.
- ث. **المعالجات الداعمة في الصدمة:** ويقصد بها أساساً دعم الأجهزة أو الأعضاء القاصرة ويتم ذلك إما بواسطة الأدوية أو بعض الأجهزة (مثل التهوية الآلية، واستخدام التحال الدموي البطيء المستمر في مرضى القصور الكلوي الحاد). كما يتم الدعم الغذائي لمريض الصدمة.

الخلاصة

- يعتمد توازن الأوكسجين في الجسم على العلاقة ما بين حمل الأوكسجين في الدم واستهلاكه في الأنسجة
- يختل توازن الأوكسجين في مرضى الصدمة ويحدث الحماض وإنتاج اللاكتات عند النقطة الحرجة
- المحددات الرئيسية لحمل الأوكسجين هي: نتاج القلب، والخضاب، وإشباع الدم الشرياني بالأوكسجين
- الخضاب هو المساهم الرئيسي للأوكسجين الذي تحتاجه الأنسجة.
- يفيد معرفة ScVO2 في تقييم توازن الأوكسجين وبدل نقصه على نقص في حمل الأوكسجين أو زيادة في استهلاك الأنسجة للأوكسجين.
- يقوم مقياس الأوكسجين النبضي بتقدير نسبة إشباع الخضاب بالأوكسجين في الدم الشرياني لكنه لا يعكس كفاية توصيل الأوكسجين للأنسجة والأعضاء.
- تعرف الصدمة الدورانية على أنها متلازمة ناتجة عن نقص في التروية والأكسجة النسيجية لعدة أسباب
- لا يشترط وجود هبوط في الضغط الشرياني لتشخيص الصدمة
- للصدمة أربعة أنواع بحسب الآليات الهيموديناميكية: القلبية والانسدادية والتوزعية ونقص الحجم.
- تبدأ الصدمة عادة بأعراض لانوعية في فترة الصدمة المعاوضة، وقد تتطور إلى قصور الأعضاء العديد في مرحلة الصدمة اللامعاوضة
- يعتمد تشخيص الصدمة على متلازمة من الأعراض السريرية والمخبرية
- يهدف تدبير الصدمة بشكل أساسي إلى تحسين حمل الأوكسجين واستخدامه لإعادة التروية وتوازن الأوكسجين وذلك لتجنب أذية الخلايا أو الأعضاء (الإنعاش)
- تتضمن التداخلات العلاجية في إنعاش الصدمة إعطاء السوائل الوريدية، وإعطاء الأدوية الفعالة وعائياً، والتزويد بالأوكسجين، ونقل الكريات الحمر.
- من المراقبات الأساسية لمرضى الصدمة: مراقبة نسبة إشباع الخضاب بالأوكسجين في الدم الوريدي المركزي ScVO2 ومستوى اللاكتات في الدم.
- لا بد من تحديد سبب الصدمة ومعالجته

مراجع

1. Fundamental Critical care Support book, 2017
2. The ICU BOOK, Paul L. Marino, 4th edition, 2014
3. Critical Care Study Guide Text and Review, 2nd edition, Gerard J. Criner, 2010.

الفصل الخامس

مبادئ التهوية الآلية

Principles of Mechanical Ventilation

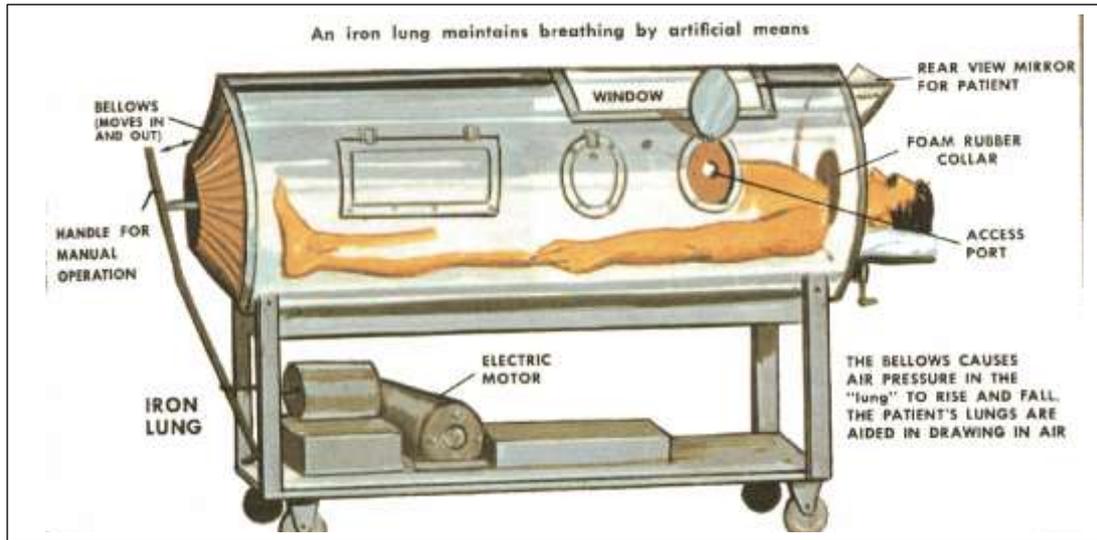
- ❖ لمحة تاريخية عن التهوية الآلية
- ❖ ميكانيكية التنفس
- ❖ تعريف التهوية الآلية وأنواعها
- ❖ استجابات التهوية الآلية
- ❖ التأثيرات الفيزيولوجية والاختلالات للتهوية الآلية
- ❖ أنظمة التهوية الآلية
- ❖ مراقبة مريض التهوية الآلية
- ❖ الترطيب والتدفئة
- ❖ التهدئة والتسكين والارخاء
- ❖ التهوية الآلية غير الباضعة
- ❖ فطام المريض عن التهوية الآلية

مبادئ التهوية الآلية

1. لمحة تاريخية عن التهوية الآلية History of mechanical ventilation

تقدم التهوية الآلية للمريض باستخدام جهاز المنفسة **ventilator** وهي جهاز آلي يؤمن الدعم التنفسي الكامل أو الجزئي للمريض. وقد مرت أجهزة التهوية الآلية بتطور تاريخي حتى وصلت لشكلها الحالي. كانت البدايات خلال القرن التاسع عشر، حيث تم ابتكار العديد من أجهزة التهوية بالضغط السلبي، انتشر نموذجان بشكل واسع من بين تلك النماذج، أحدهما عبارة عن أسطوانة تحيط بكامل الجسم عدا الرأس، حيث تطبق ضغطاً سلبياً على جدار الصدر لدعم التنفس خلال الشهيق ودعيت الرئة الحديدية "Iron Lung" انظر الشكل (5-1)، وكان النموذج الآخر عبارة عن صندوق حديدي يحيط بجدار الصدر فقط ويطبق ضغطاً سلبياً لدعم الشهيق ودعي بالدرع الصدري، حيث نجحت هذه الأجهزة في إنقاذ العديد مرضى الإصابات العصبية العضلية.

الشكل (5-1) الرئة الحديدية



في منتصف الخمسينيات من القرن الماضي انتشر وباء شلل الأطفال في شمال أوروبا، حيث كان المرضى المصابون يموتون نتيجة الاختناق (بسبب شلل العضلات التنفسية وفشل التهوية المرافق). ففي منتصف عام 1952 وخلال 3 أشهر فقط تم قبول حوالي 2722 مريضاً مصاباً بشلل الأطفال في مشافي كوبنهاغن- الدنمارك، حيث احتاج 315 مريضاً منهم إلى دعم تنفسي، وتم وضع العديد من مبادئ التهوية الآلية خلال تلك الفترة.

في تلك الأثناء (ستينيات القرن الماضي) طورت شركة Emerson في بوسطن جهازاً لتهوية الرئة بالضغط الإيجابي (سبق ذلك اختراع وتطوير التنبيب الرغامي والتهوية اليدوية بالأمبو) حيث وضع ذلك الجهاز في مشفى Massachusetts في الولايات المتحدة الأمريكية وأصبح النموذج الأولي الذي اعتبر نجاحاً باهراً وهذا النموذج (التهوية بالضغط الإيجابي) لازال متبعاً حتى الآن. لقد كانت أولى منافس الضغط الإيجابي تعمل بنظام التهوية مضبوطة الضغط Pressure Control. بدأ العمل بنظام التهوية مضبوطة الحجم Volume Control في الستينيات حيث أعطى هذا النظام موثوقية أكبر في تأمين حجم ثابت للتهوية بالدقيقة. خلال السبعينيات والثمانينيات تم تطوير أجهزة التهوية الآلية حيث أصبح المريض قادراً على أخذ حركات تنفسية على جهاز التهوية الآلية (في البدء بشكل حركات مساعدة Assist/Control ثم بشكل حركات عفوية SIMV).

2. ميكانيكية التنفس lung mechanics

أ. مقدمة:

تعتبر الوظيفة الأساسية للرئتين هي تأمين التبادل الغازي gas exchange أي النقاط الأوكسجين من الهواء الجوي وإيصاله إلى الدوران، إضافة إلى طرح غاز ثاني أوكسيد الكربون من الدم إلى الهواء الخارجي. وتدعى وظيفة الرئتين بتأمين الأوكسجين إلى الدم بعملية الأكسجة oxygenation، أما وظيفة الرئتين بطرح ثاني أوكسيد الكربون إلى خارج الجسم فتدعى بعملية التهوية ventilation. تتأمن وظيفة الرئتين من عملية حركة الهواء دخولاً وخروجاً من الرئتين وهذا ما يدعى بالتنفس respiration حيث يتم إدخال حجم معين من الهواء أثناء الشهيق في كل حركة تنفسية ليتم التبادل الغازي ثم يتم إخراج نفس الحجم في الزفير ويطلق على هذا الحجم الداخل أو الخارج في كل حركة تنفسية بالحجم الجاري tidal volume وتكرر الحركات التنفسية من شهيق وزفير بمعدل يتراوح ما بين 10-15 حركة في الدقيقة، وهذا ما يدعى بالتهوية خلال دقيقة minute ventilation. ويحدث التبادل الغازي في الرئتين حصراً في الأسناخ الرئوية والطرق الهوائية الصغيرة جداً، والتي تدعى

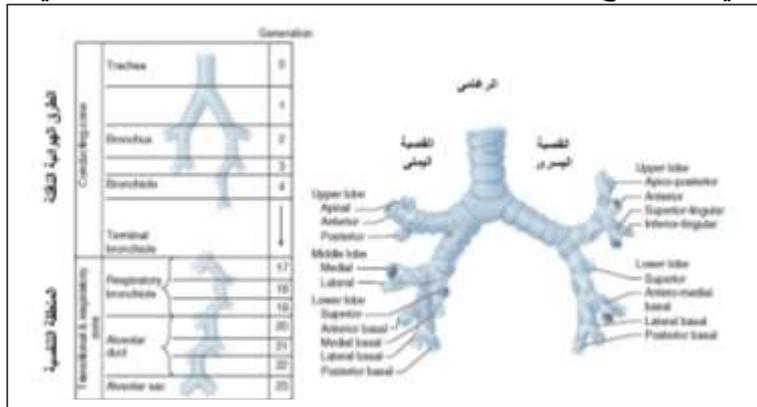
بالمنطقة التنفسية

respiratory zone

(وهي عبارة عن القصيبات

التنفسية، والقناة السنخية،

والسنخ)، كما في الشكل (5-2).



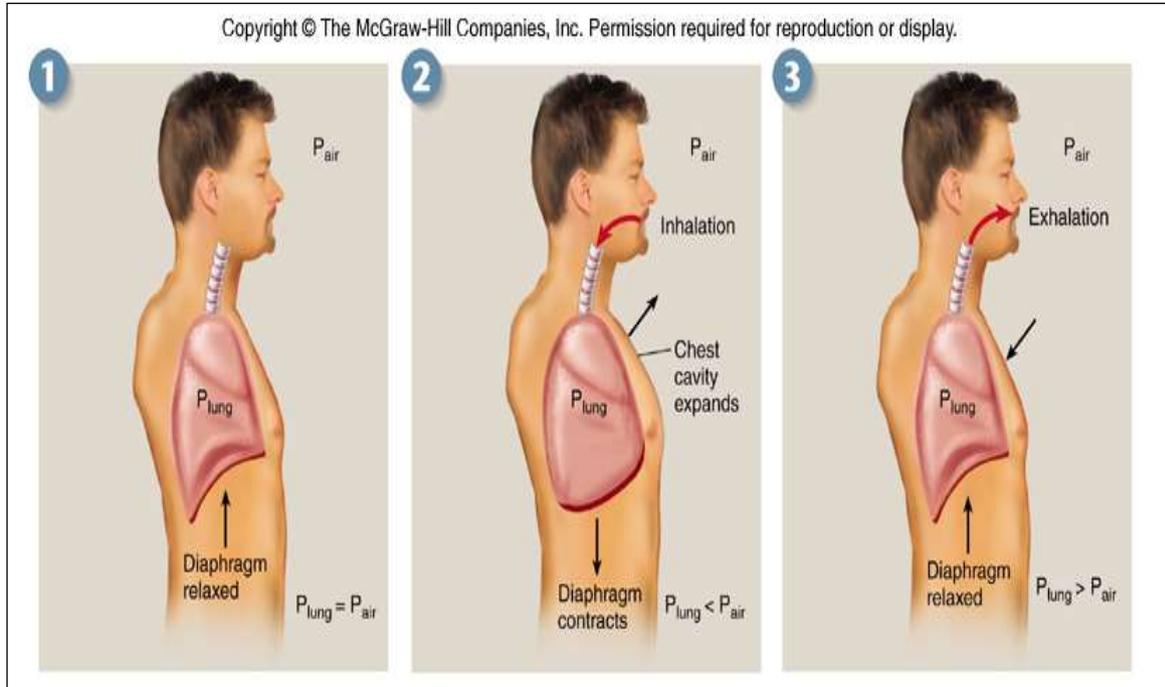
الشكل (5-2) مستويات تفرع الشعب القصبية حتى الأسناخ

لا يحدث أبداً في الطرق الهوائية الكبيرة أو المتوسطة وتقتصر مهمة تلك الطرق الهوائية على نقل الغازات الداخلة والخارجة. ولذلك يدعى حجم الهواء الموجود في الطرق الهوائية بالحجم الميت التشريحي **anatomical dead space** لأنه لا يساهم أبداً في التبادل الغازي.

ب. آلية التنفس:

أثناء التنفس الطبيعي للإنسان يؤدي تقلص عضلات التنفس (خاصة عضلة الحجاب الحاجز، ثم العضلات الوربية بين الأضلاع) إلى انخفاض الضغط ضمن جوف الجنب المحيط بالرئتين، وبالتالي تشكل فرق في الضغط ما بين مدخل الهواء (الفم والأنف) وما بين سطح جدار الصدر الخارجي. يسمى هذا الفرق في الضغط المتشكل نتيجة تقلص عضلات التنفس **بالمدرج الضغطي " Pressure Gradient** والذي يؤمن القوة اللازمة لدخول الهواء إلى الرئتين بشكل فعال خلال الشهيق. أما في الزفير فتسترخي عضلات التنفس فيتم ارتداد جدار الصدر والرئتين بشكل منفعل ويحدث خروج الهواء من الرئتين (انظر الشكل 5-3).

الشكل (5-3) آلية التنفس الطبيعي في الشهيق والزفير



إذاً في الحالة الطبيعية تقوم عضلات التنفس بأداء العمل اللازم لتمدد الصدر فينقص الضغط الخارجي على الرئتين ويؤدي ذلك إلى تمدد الرئتين فتتوسع الأجواف الهوائية داخل الرئتين (الأسناخ الرئوية) وتسحب الهواء إلى داخل الرئتين. عندما لا تستطيع عضلات التنفس على إحداث التمدد اللازم في عضلات الصدر (نتيجة ضعف مرضي في تلك العضلات) تتعطل تلك الآلية الطبيعية وعندها نحتاج

إلى جهاز يحدث الفرق في الضغط (المدرج الضغطي) لإدخال الهواء لداخل الرئتين وهو جهاز التهوية الآلية (المنفسة).

أما في حال تعطل وظيفة العضلات التنفسية، فلكي يتم تأمين دخول الهواء إلى الرئتين توجد طريقتان من التهوية الآلية:

- فإما أن نطبق ضغطاً سلبياً على سطح الجسم الخارجي أو جدار الصدر فيتم سحب جدار الصدر للخارج وتأمين دخول الهواء والتنفس وهذه هي **التهوية الآلية بالضغط السلبي**،
- وإما أن يتم تطبيق ضغط إيجابي على مدخل الهواء مما يؤدي لدخول الهواء وحدوث التنفس، وهذه هي **التهوية الآلية بالضغط الإيجابي**. وأبسط طريقة للتهوية الإيجابية هي ما نقوم به من تهوية المريض باستعمال جهاز الأمبو بشكل يدوي حيث يتم ضغط الكيس مما يولد ضغطاً إيجابياً ويحدث مدروجاً في الضغط ما بين مدخل الهواء (الفم) والأسناخ الرئوية، فيتم جريان الهواء إلى داخل الأسناخ الرئوية، ثم يحدث الزفير بشكل عفوي ويخرج الهواء إلى الوسط الخارجي.

ت. معادلة الحركة Equation of motion:

يحدث دخول الهواء إلى الرئة عبر الطرق الهوائية بسرعة جريان معينة وحجم محدد، وذلك حسب قيمة مدرج الضغط المتولد.

يمكن تشبيه الرئة والطرق الهوائية بالون يتم نفخه عبر أنبوب متصل به، حيث يعادل الأنبوب هنا الطرق الهوائية الناقلة (الحجم الميت)، كما يعادل البالون هنا الرئة التي تتمدد نتيجة دخول الهواء بداخلها. يتعلق كل من **سرعة جريان الهواء** عبر الأنبوب (الطرق الهوائية) و**حجم الهواء** الذي سيدخل البالون (الأسناخ الرئوية) ب**مدرج الضغط المتشكل**.

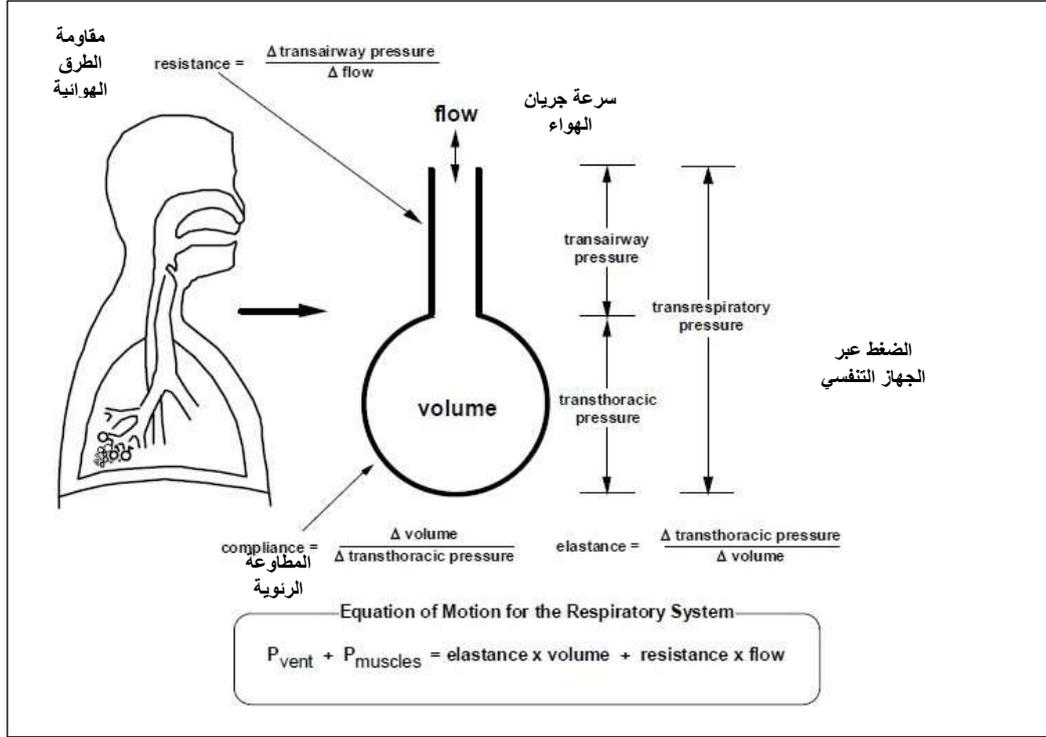
تدعى العلاقة الرياضية التي تربط ما بين المتغيرات الثلاثة الضغط والحجم وسرعة جريان الهواء أثناء التهوية بمعادلة الحركة للجهاز التنفسي وتتعلق تلك المتغيرات (الضغط، الحجم، سرعة الجريان) بالحالة الميكانيكية للرئة (المطاوعة الرئوية) والطرق الهوائية (المقاومة)، وبذلك تتشكل المعادلة الآتية (انظر الشكل 5-4):

$$\text{الضغط المطبق} = (\text{الحجم/المطاوعة}) + (\text{المقاومة} \times \text{سرعة الجريان})$$

- **مقاومة الطرق الهوائية Resistance:** تعبر عن إعاقة جريان الهواء عبر الطرق الهوائية الناقلة، وخاصة الطرق الهوائية الكبيرة. تتعلق مقاومة الطرق الهوائية بعاملين هما طول الطرق الهوائية (مثل التنبيب الرغامي، دارة المنفسة)، وقطر الطرق الهوائية (مثل تشنج قصبي، مفرزات قصبية غزيرة، انثناء الأنبوب الرغامي). حيث تزداد المقاومة بزيادة طول الطرق

الهوائية أو بنقص قطرها. يمكن تقدير مقاومة الطرق الهوائية بحساب نسبة مدرج الضغط عبر الطرق الهوائية إلى سرعة جريان الهواء الناتجة. **المقاومة = الضغط / سرعة الجريان**

الشكل (4-5) متغيرات معادلة الحركة للجهاز التنفسي



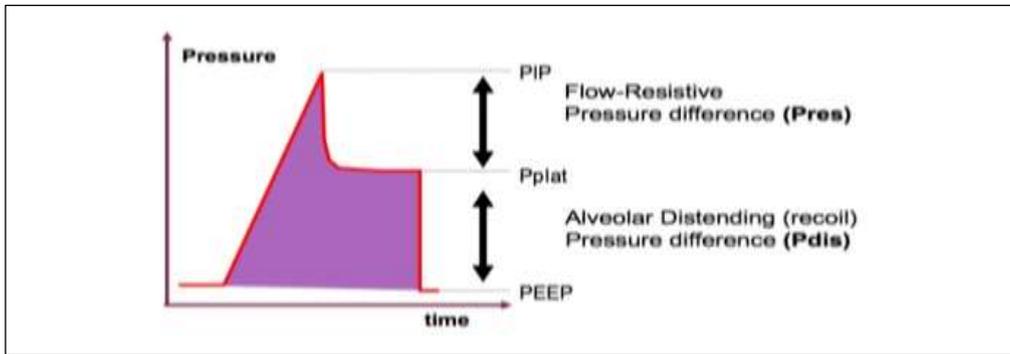
- **المطاوعة الرئوية Compliance:** تعبر عن قابلية النسيج الرئوي وجدار الصدر للتمدد. وهي تعاكس المرونة elastance والتي تعبر عن الارتداد المرن وممانعة النسيج الرئوي وجدار الصدر للتمدد. إن جدار الصدر هو تركيب مرن أيضا مع خواص مشابهة للرئة من حيث قابلية التمدد والانضغاط مع تمتعه بقوة عود الارتداد المرن التي تدفعه للعودة إلى حجمه الأصلي في حالة الراحة. تكون المطاوعة الصدرية حاصيلة لمطاوعة النسيج الرئوي وجدار الصدر معا. تتعلق المطاوعة الرئوية بالنسيج الرئوي وجدار الصدر فقط دون تدخل الطرق الهوائية.
- **تنخفض المطاوعة الكلية** عند وجود إصابة برانشيم (نسيج) الرئة بسبب امتلاء الأسناخ بمواد غريبة مثل ذات الرئة والنزف الرئوي ومتلازمة العسرة التنفسية الحادة ARDS ، أو بسبب اضطراب في جدار الصدر مثل وجود ريح صدرية، أو انصباب في الجنب(حول الرئة) أو اضطراب في الحجاب الحاجز مثل وجود ضغط مرتفع داخل البطن .

■ **الضغوط ضمن الطرق الهوائية:** يطلق على قوة الضغط التي تحرك الهواء في الشهيق بالضغط عبر الجهاز التنفسي **trans-respiratory system pressure**، ويعرف بأنه الضغط عند مدخل الهواء إلى الصدر (فتحة الفم أو الأنبوب الرغامي) مطروحاً منه الضغط على سطح الجسم. عند بدء الحركة التنفسية على جهاز التهوية، ومع دخول الحجم الهوائي المقرر للرئة وجريانه عبر الطرق الهوائية، يحدث ازدياد تدريجي لقيمة الضغط في الطرق الهوائية حتى إعطاء كامل الحجم المقرر، بعدها يبدأ الزفير العفوي. تدعى أعلى قيمة يبلغها الضغط في الطرق الهوائية أثناء الشهيق بالضغط القمي الشهيق، وتدعى القيمة التي يصل إليها الضغط في نهاية الشهيق بضغط الصفحة (انظر الشكل 5-5).

- **الضغط القمي الشهيق (Peak Inspiratory Pressure (PIP):** هو القيمة العظمى للضغط المسجل في الطرق الهوائية أثناء الشهيق. يعبر عن الضغط المطبق على الطرق الهوائية الكبيرة وهو يرتبط بمقاومة الطرق الهوائية كما يتأثر أيضاً بتبدلات المطاوعة الرئوية.

- **ضغط الصفحة (Plateau Pressure (P_{plat}):** هو الضغط المسجل في الطرق الهوائية في نهاية الشهيق عند توقف الجريان الهوائي تماماً. وحيث أن الجريان يكون متوقفاً هنا فهو لا يتأثر بمقاومة الطرق الهوائية الكبيرة بل يعبر عن الضغط المطبق على الأسناخ الرئوية الطرق الصغيرة و. يتعلق هذا الضغط بمطاوعة النسيج الرئوي وجدار الصدر. يمكن قياس هذا الضغط بإجراء توقف للجريان في نهاية الشهيق لمدة قصيرة (من 0,5-2 ثانية) حيث يتعادل الضغط المسجل في الطرق الهوائية مع الضغط في الأسناخ وبالتالي يكون الضغط المسجل في الطرق الهوائية عند نهاية الشهيق معادلاً لضغط الصفحة.

الشكل (5-5) الضغوط ضمن الطرق الهوائية



3. أنواع التهوية الآلية Types of mechanical ventilators

جهاز التهوية الآلية أو المنفسة ventilator هو آلة معدة لتأمين حركة الهواء اللازمة جزئياً أو كلياً إلى داخل الرئتين أو إلى خارجها وبالتالي تأمين التبادل الغازي. تعتبر المنفسة أداة موثوقة لتقديم

تراكيز عالية ومضبوطة من الأوكسجين للمريض إضافة لقيامها بتخفيف العبء عن المريض بتقليل الجهود التنفسي لديه. يهدف تطبيق التهوية الآلية إلى تحقيق التبادل الغازي الأمثل عبر الرئة، دون إحداث أذية رئوية مرافقة. تعتبر التهوية الآلية مجرد علاج سريع وداعم لوظيفة جهاز التنفس، بينما يجب علاج السبب الأساسي الذي أدى للقصور التنفسي عند المريض.

أنواع التهوية الآلية: من حيث المبدأ يمكن أن تطبق ضغطاً سلبياً أو ايجابياً على جدار الصدر لتأمين تهوية المريض. وهنا يمكن تمييز نوعين من المنافس:

- **المنافس ذات الضغط السلبى negative pressure ventilator**، وهنا تطبق المنفسة ضغطاً سلبياً على سطح الجسم الخارجي أو جدار الصدر فيتم سحب جدار الصدر للخارج وتأمين دخول الهواء والتنفس وهذه المنافس لها أهمية تاريخية فقط ولم تعد تستخدم لأنها غير عملية.
- **والمنافس ذات الضغط الإيجابي positive pressure ventilators**
- حيث تطبق المنفسة ضغطاً إيجابياً على مدخل الهواء مما يؤدي لدخول الهواء و حدوث التنفس، وفي نهايته الشهيق تتوقف المنفسة عن تزويد المريض بالضغط الإيجابي فيعود مستوى الضغط عند الفم إلى الصفر بينما يبقى الضغط داخل الأسناخ إيجابياً، وعندها يتحرك الهواء من الأسناخ إلى الفم وهذا ما يحدث أثناء الزفير، وإن كل المنافس الحالية تعمل بالضغط الإيجابي.

أما بحسب نوع اتصال المنفسة بالمريض يوجد نوعان رئيسيان للتهوية الآلية:

- عندما تتصل المنفسة الآلية بالمريض بواسطة الأنبوب الرغامى أو بأنبوب فغر الرغامى تدعى بالتهوية الآلية الباضعة **invasive ventilation**،
- أما عندما تتصل المنفسة بالمريض بواسطة قناع فتدعى بالتهوية الآلية غير الباضعة **non-invasive ventilation**.

مصدر الطاقة في المنفسة: يتأمن مصدر الطاقة للمنافس إما من التيار الكهربائي أو من الغاز المضغوط. تستخدم الطاقة الكهربائية لتشغيل الضاغط داخل المنفسة. تتأمن قوة تمدد الرئتين من الغاز المضغوط سواء في الأسطوانات أم من مصدر الغاز المركزي الجداري في المشافي. كما أن كل المنافس الحديثة على معالج دقيق داخلها **microprocessor** يتحكم بعمل المنفسة وأدائها. كما تحوي شاشة عرض كبيرة متصلة بها والتي تظهر مختلف المتغيرات الرقمية والمخططات التنفسية للمراقبة، إضافة لوجود أنظمة انذار وحساسات.

1. استطببات التهوية الآلية Indications of mechanical ventilation

هناك العديد من الأمور التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند قرار بدء التهوية الآلية لدى مريض ما، حيث أن دور التهوية الآلية هو دعم وظيفة التنفس لدى المريض وليس لها القدرة على شفاء الحالة المرضية المسببة للقصور التنفسي والتي تحتاج على علاج سبب القصور التنفسي (إنتان، انسمامات...).

تستطب التهوية الآلية عندما لا يعود التنفس العفوي لدى المريض قادرا على حفظ الحياة لديه. كما تستطب أيضا لدى المرضى الحرجين كما في حال مرضى الصدمة الدورانية.

إن قرار وضع المريض على المنفسة هو قرار سريري بالدرجة الأولى أكثر منه رقمي (معتمد على أرقام معينة)، ويجب تقييم الحالة السريرية لدى كل مريض ومقارنتها بالمعطيات الرقمية عند مناقشة قرار البدء بالتهوية الآلية لديه.

ويمكن تقسيم استطببات التهوية الآلية إلى خمس حالات:

أ. **انقطاع التنفس** بسبب إصابة مركز التحكم التنفسي في جذع الدماغ مثلا.

ب. **القصور التنفسي الحاد** والذي عادة إما بسبب فشل في وظيفة التهوية ويؤدي ذلك إلى ارتفاع قيم $PaCO_2$ ، أو نتيجة لفشل في وظيفة الأكسجة ويؤدي ذلك إلى انخفاض قيم PaO_2 في الدم.

(1) **قصور التهوية الحاد**: يحدث في ارتفاع في قيم ثاني أكسيد الكربون في الدم الشرياني ($PaCO_2$) مما يؤدي لحدوث حموضة في الدم وانخفاض قيمة pH ($pH < 7.30$) من خلال غازات الدم الشريانية.

(2) **قصور الأكسجة الحاد**: حيث تضطرب وظيفة الأكسجة في الرئتين ويقل بالنتيجة مقدار الأوكسجين في الدم الشرياني مع نزول اشباع الأوكسجين الشرياني حيث يكون ($PaO_2 < 60mmHg$)، مع عدم استجابة المريض لطرق إعطاء الأوكسجين العادية (مثل قناع الأوكسجين، أو القنية الأنفية).

ت. **الإنهاك وزيادة الجهد التنفسي increased work of breathing**: حيث أن وجود علامات زيادة المجهود التنفسي وتعب العضلات التنفسية respiratory distress مثل: الزلة التنفسية الشديدة dyspnea، وتسرع التنفس tachypnea، أو التنفس السطحي، استعمال العضلات التنفسية المساعدة، رقص خنابتي الأنف، السحب بين الاضلاع، والحركة العجائبية للحجاب الحاجز، والتعرق الغزير، و تسرع القلب، وارتفاع الضغط الدموي. حيث قد نبدأ بالتهوية الآلية قبل حدوث قصور تهوية فعلي وذلك لمنع فشل محتم للعضلات التنفسية وتدهور مفاجئ للمريض.

ث. **حماية الطرق الهوائية:** يجب البدء بالتهوية الآلية بالضغط الإيجابي عند الحاجة لإجراء التنبيب الرغامي لدى بعض المرضى، وذلك لحماية الطرق الهوائية لديهم. رغم غياب وجود اضطراب بالوظيفة التنفسية لديهم.

ج. **الإصابات الجهازية مثل الانتان الجهازي أو الصدمة الدورانية** لدعم الجهاز التنفسي وتقليل استهلاك الأوكسجين وتحسين حمل الأوكسجين، وللوقاية من حدوث انهيار في معاوضة المريض وحصول قصور في الأعضاء الحيوية.

ملاحظة: يعتمد اختيار طريقة التهوية الآلية بشكل باضع أو غير باضع فيعتمد على حالة المريض ونمط وشدة القصور التنفسي لديه وحالته العامة وتوافر الأجهزة كما يعتمد على خبرة الفريق الطبي المعالج.

2. التأثيرات الفيزيولوجية والاختلالات للتهوية الآلية

تقوم التهوية الآلية بتطبيق ضغط إيجابي داخل الصدر خلال الشهيق **وبذلك فهي تعاكس الفيزيولوجيا الطبيعية للتنفس التي يكون فيها الضغط خلال الشهيق سلبياً**، وينتج عن ذلك تأثيرات عديدة في الجسم.

أ. **التأثيرات الهيموديناميكية:** وهي الأهم، حيث يؤدي تطبيق الضغط الإيجابي داخل الصدر في التهوية الآلية إلى تقليل العود الوريدي للقلب (تقليل الحمل القلبي) وإنقاص نقص حجم داخل الأوعية، مما يؤدي إلى انخفاض النتاج القلبي وبالتالي هبوط الضغط الدموي وخاصة في المرضى ناقصي الحجم أصلاً. ويمكن تدبير هبوط الضغط الحاصل بتعويض الحجم الوعائي (سوائل وريدية) واستعمال الأدوية الفعالة وعائياً عند الضرورة. وترتفع قيمة الضغط الوريدي المركزي بسبب الضغط الإيجابي داخل الصدر المحدث بالمنفسة.

ب. **التأثيرات المعدية:** يقع مرضى التهوية الآلية تحت خطر قرحات الشدة والنزف الهضمي العلوي، لذا يجب تطبيق الوقاية المناسبة لدى هؤلاء المرضى.

ت. **التأثيرات التغذوية:** قد يؤدي نقص التغذية لدى مرضى التهوية الآلية إلى استقلاب هدام للبنية العضلية (ضمور العضلات التنفسية). كما يؤدي فرط التغذية (خاصة الكربوهيدرات) إلى زيادة معدل الإستقلاب ونتاج غاز CO_2 مما قد يزيد متطلبات التهوية.

ث. **التأثيرات على النوم:** يبدي مرضى التهوية الآلية نماذج غير طبيعية للنوم. إن شدة الحرمان من النوم لدى هؤلاء المرضى تعادل في الأهمية تلك التي تحدث عند المرضى الواعيين وتؤدي إلى نعاس نهاري مع ضعف في القدرات المعرفية. قد يسبب الحرمان من النوم إلى هذيان وعدم تزامن مع المنفسة والاعتماد على المهدئات.

ج. أذية الرئة المرافقة للمنفسة (VALI) ventilator associated lung injury : نظراً لأن ميكانيكية عمل المنفسة مخالفة للفيزيولوجيا الطبيعية (إحداث ضغط إيجابي في الصدر)، فيحدث فرط تمدد في الأسناخ الرئوية (أو ما يسمى بالرض الحجمي volutrauma) الذي يعتبر أحد العوامل الهامة في حدوث أذية الرئة المرافقة للمنفسة.

لذلك من المهم مراقبة بضغط الصفحة والتحكم به حيث أنه هو الضغط المطبق على الأسناخ (يجب ألا تتجاوز قيمة ضغط الصفحة 30 سم ماء خلال التهوية الآلية)، وذلك منعاً لحدوث فرط تمدد في الأسناخ وتطور أذية الرئة المرافقة للمنفسة.

ح. اختلاطات أخرى: الرض الضغطي barotrauma وحدث الريح الصدرية، ذات الرئة المرتبطة بالمنفسة، والانسمام بالأوكسجين (إعطاء تراكيز عالية من نسبة الأوكسجين الشهيق $FiO_2 < 60\%$)

3. أنظمة التهوية الآلية Modes of mechanical ventilation

يمكن تقديم الدعم التنفسي عبر المنفسة من خلال أنظمة عديدة (مربكة نوعاً ما)، وتختلف هذه الأنظمة في طريقة تقديم الهواء المستنشق وأنواع الحركات التي يسمح للمريض بأخذها على المنفسة وطريقة ضبط المتغيرات (الحجم، الضغط، الجريان، الزمن). ليس هناك من دليل علمي قوي يدل على تفوق أحد هذه الأنظمة على غيره أو أن أحدها هو النظام المثالي لجميع المرضى، ولكل نظام منها إيجابياته وسلبياته (انظر الجدول 5-1). يعتمد اختيار نظام التهوية الآلية على قدرات المنفسة وخبرة وتفضيل الطبيب معرفته الجيدة بنظام ما، والأهم من ذلك احتياجات المريض. يفضل مناقشة اختيار نظام التهوية الأنسب لكل مريض على حدة بدلاً من الاعتماد على نظام واحد لجميع المرضى.

نبدأ بدراسة أنواع الحركات التنفسية ثم نتناول أهم أنظمة التهوية الآلية.

أ. أنواع الحركات التنفسية بحسب علاقة المريض بجهاز التهوية الآلية

إن لكل حركة تنفسية ثلاث خصائص هي: بدء الحركة، وعمق الحركة، وانتهاء الحركة. كي نبدأ حركة تنفسية معينة يجب أولاً تحديد طريقة بدئها (trigger)، هل تقررها المنفسة بشكل آلي (غالباً يعتمد على الزمن)، أم يقررها المريض.

(1) الحركة التنفسية الإجبارية mandatory breath عندما تكون من مسؤولية المنفسة تماماً

(البدء، العمق، الانتهاء).

(2) الحركة التنفسية العفوية spontaneous breath والتي تكون من مسؤولية المريض تماماً

(البدء، العمق، الانتهاء).

نأتي على الحركات التنفسية التي يتشارك فيها المريض والمنفسة:

(3) فهناك الحركة التنفسية المساعدة Assisted breath:

يبدؤها المريض وتكملها المنفسة فتحدد عمقها وتنتهيها أيضا (يكون دور المريض هنا فقط إشارة بدء الحركة).

(4) وهناك أيضا الحركة التنفسية المدعومة Supported breath:

يبدؤها المريض وينهيها المريض ويتشارك المريض والمنفسة في تحديد عمقها (حركة عفوية مدعومة).

ب. التهوية المضبوطة المساعدة Assist-Controlled Ventilation(A/C):

يدعى هذا النظام أيضاً نظام (CMV) controlled mandatory ventilation، يسمح هذا النظام للمريض بأخذ نوعين من الحركات التنفسية: الحركات الإيجابية "Controlled" والحركات المساعدة "Assisted" (الشكل 5-6)، تتحسس المنفسة للجهد المبذول من قبل المريض وتستجيب له بأن تقدم حركة تنفسية مماثلة تماما للحركة الإيجابية.

إن للحركة المساعدة المقدمة من قبل المنفسة نفس الشكل والحجم والزمن للحركة الإيجابية ولكنها تختلف فقط في أن المريض هو الذي يبدأ الحركة. يمكن أن يعمل هذا النظام بالنمط الحجمي ACVC حيث يتم تحديد الحجم الجاري المطلوب في كل حركة تنفسية بشكل مسبق، أو يعمل بالنمط الضغطي ACPC حيث يتم تحديد

ت. مقدار الضغط المطبق وزمن الشهيق بشكل مسبق.

ملاحظة: يجب عدم الخلط بين نظام A/C ونظام التهوية الإيجابية المتقطعة intermittent positive pressure ventilation (IPPV) الذي يتم فيه تقديم حركات تنفسية إجبارية للمريض بمعدل ثابت، ولا يسمح للمريض بالتنفس العفوي فلا يكون المريض قادراً على بدء أي تنفس إضافي بين الحركات الإيجابية المقدمة من المنفسة.

وهذا النظام لا يتواجد حالياً في المنافس الحديثة، ويقتصر استخدامه في غرف العمليات للمرضى تحت تأثير التخدير والارخاء العضلي.

ويطلق على هذا النظام CoMV تمييزاً له عن نظام CMV الذي يسمح للمريض بأخذ حركات تنفسية عفوية.

Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation(SIMV)

وهو نظام تهوية جزئي حيث يمكن للمريض هنا أخذ حركات عفوية إضافة إلى الحركات الإلزامية المقدمة من قبل المنفسة (يحدد حجم وتواتر الحركات الإلزامية من قبل المعالج). يفترض أن يقدم نظام **SIMV** دعماً تنفسياً كاملاً للمريض في البداية، ثم يتم إنقاص مقدار الدعم التنفسي حسب تحمل المريض للتنفس العفوي (الشكل 5-6).

استخدم نظام **SIMV** كثيراً في السابق كنظام فطام عن المنفسة، وقد قل استخدامه في الفطام حالياً. مقارنة بين نظامي **A/C, SIMV**: يملك نظام **SIMV** بعض المزايا منها تحسين التزامن مع المنفسة، تقليل ضغط الطرق الهوائية الوسطي، تقليل الميل لإحداث فرط تهوية واحتباس هوائي داخل الأسناخ.

يمكن أن يكون نظام **A/C** نظام تهوية أفضل للمرضى الحرجين الذين يتطلبون دعماً كاملاً للتهوية وعند المرضى الذين يتطلبون مستوى ثابتاً من **CO₂** حيث يكون التذبذب في حجم التهوية بالدقيقة غير مرغوباً.

(مثال: مريض لديه رض شديد على الرأس مع ارتفاع توتر داخل القحف حيث يجب ضبط مستوى **PaCO₂** لديه ضمن الحدود الطبيعية).

ج. التهوية بالدعم الضغطي Pressure Support Ventilation:

وهي طريقة لدعم الحركات التنفسية العفوية عند مرضى التهوية الآلية حيث يتنفس المريض بشكل عفوي مع تلقي دعم ضغطي إيجابي خلال الشهيق (الشكل 5-6).

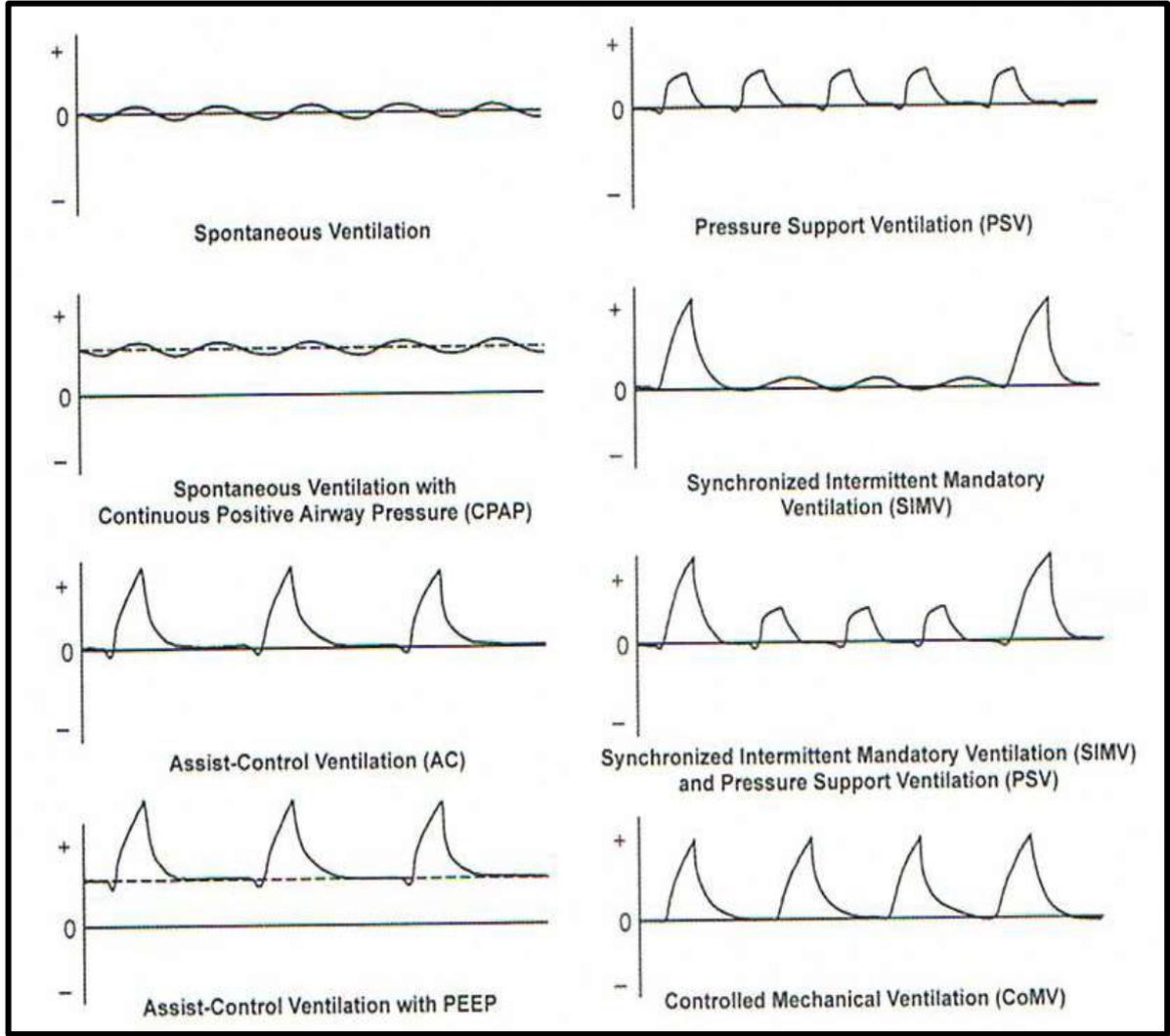
يمكن استعماله كنظام جزئي مرافق لنظام آخر (مثلاً مع **SIMV**) أو كنظام مستقل حيث يستخدم بشكل شائع كنظام فطام عن جهاز التهوية الآلية.

يتحكم المريض هنا بتواتر التنفس وبكافة أجزاء الحركة التنفسية (البدء، زمن الشهيق، الحجم الجاري بالتعاون مع المنفسة).

ح. الضغط الإيجابي بنهاية الزفير (PEEP) positive end-expiry pressure:

يعرف الضغط الإيجابي بنهاية الزفير (**PEEP**) بأنه إيجاد ضغط ضمن الطرق الهوائية عند نهاية الزفير يزيد في قيمته عن الضغط الجوي المحيط ومنع عودته إلى القيمة صفر، وهو مقارنة تطبق عند المريض الموضوع على المنفسة.

الشكل (5-6) مخططات بعض أنظمة التهوية الآلية



يهدف استخدام الضغط الإيجابي بنهاية الزفير PEEP بشكل رئيسي لإعادة فتح الأسناخ الرئوية المنخفضة والحفاظ عليها مفتوحة وهو ما يسمى بتجنيد الأسناخ recruitment مما يمنع حدوث أذية في تلك الأسناخ كما أنه يحسن الأكسجة عند المرضى. لا يعتبر PEEP نظام تهوية بل مقارنة أو مناورة إضافية للمرضى الموضوعين على التهوية الآلية (انظر الشكل 5-6). يمكن تطبيقه أيضاً عند المريض عند المريض الذي يتنفس عفويًا على جهاز التهوية الآلية وعندها ما يعرف باسم **الضغط الإيجابي المستمر في الطريق الهوائي (CPAP) continuous positive airway pressure** الذي يعبر عن وجود ضغط إيجابي في الطرق الهوائية بشكل مستمر خلال تنفس المريض (انظر الشكل 5-6). من تأثيرات الـ PEEP أنه ينقص العود الوريدي إلى القلب فيسبب انخفاضاً في الضغط الشرياني خاصة عند المرضى ناقصي الحجم، كما أنه قد يسبب ارتفاع الضغط داخل القحف بسبب ارتفاع الضغط داخل الصدر.

من استطببات استخدام الـ PEEP متلازمة العسرة التنفسية الحادة ARDS، ووذمة الرئة القلبية، والقصور التنفسي ناقص الأكسجة. ويجب تجنب استخدامه في حال وجود ارتفاع الضغط داخل القحف، وفي الريح الصدرية قبل علاجها (تفجير الصدر)، وفي وجود نقص في الحجم داخل الأوعية. عادة ما يبدأ بتطبيق الـ PEEP بقيمة 5 سم ماء ويتم رفع قيمته بشكل تدريجي.

الجدول (5-1) إيجابيات وسلبيات أنظمة التهوية الشائعة

نظام التهوية	الإيجابيات	السلبيات
A/C (أو CMV)	يمكن للمريض زيادة الدعم التنفسي يقلل من المجهود التنفسي مقارنة بالتنفس العفوي	تأثيرات سلبية هيموديناميكية فرط تهوية غير مناسب زيادة المجهود التنفسي إذا لم يكن ضبط الحجم الجاري وسرعة الجريان موافقاً لحاجات المريض
ACVC مضبوط الحجم	ضمان تقديم الحجم الجاري المحدود (شرط عدم الوصول إلى حدود الضغط الأعظمي)	زيادة ضغط الطرق الهوائية
ACPC مضبوط الضغط	تحديد قيمة الضغط الشهيق الأعظمي، معدل جريان شهيق متبدل حسب حاجة المريض	يتغير الحجم الجاري المقدم زيادة ونقصاناً تبعاً لتبدلات المطاوعة / المقاومة.
PSV الدعم الضغطي	راحة المريض، تحسين توافق المريض مع المنفسة، تقليل المجهود التنفسي	إنذار توقف التنفس قد لا يكون كافياً، عدم تحمله من قبل بعض المرضى
SIMV	تأثيرات أقل على جهاز الدوران	زيادة المجهود التنفسي مقارنة مع نظام AC
Co MV	ارتياح العضلات التنفسية بشكل تام	يتطلب استعمال المهدئات والمرخيات العضلية تأثيرات سلبية هيموديناميكية

الإعدادات البدئية للمنفسة initial ventilator settings

سيتم شرح الإعدادات البدئية للمنفسة في نظام التهوية مضبوطة الحجم للـ A/C ويدعى volume (control ventilation VCV) في حالة وجود رئة سليمة عند المريض انظر الجدول (5-2).

تشمل الإعدادات البدئية المتغيرات التالية:

- (1) الحجم الجاري V_t .
- (2) معدل الحركات التنفسية Rate or Frequency.
- (3) معدل الجريان الشهيق Flow Rate (أو زمن الشهيق T_i ونسبة الشهيق/الزفير I:E ratio)
- (4) نسبة الأكسجين المستنشق FiO_2 .
- (5) الضغط الإيجابي في نهاية الزفير PEEP.

- يعطى **الحجم الجاري** عند المريض برئة طبيعية ما بين 8-10 مل/كغ. يجب الانتباه إلى اعتبار وزن الجسم المثالي عند حساب الحجم الجاري، وليس الوزن الحقيقي. حيث يتعلق حجم الرئتين بطول المريض وليس بوزنه (توجد طريقة لحساب الوزن المثالي).
- ويختار **معدل الحركات التنفسية** ما بين 12-16 في الدقيقة بداية. يتم تعديل كل من الحجم الجاري ومعدل الحركات التنفسية فيما بعد حسب قيمة $PaCO_2$ في غازات الدم الشريانية. في حال تم رفع معدل الحركات للمرض فيما بعد فيجب الانتباه إلى زمن الزفير حيث يتأثر أكثر من زمن الشهيق، ويمكن تعديله من تغيير نسبة I:E.

ملاحظة:

إن الاعدادات الثلاثة معدل الجريان الشهيق **Flow Rate**، زمن الشهيق **Ti**، نسبة الشهيق للزفير **I:E ratio** هي إعدادات تتعلق ببعضها البعض، ويؤدي تغيير قيمة أحدها إلى تغيير قيمة البقية. عادة ما يوضع معدل الجريان الشهيق عادة على قيمة 40-100 ليتر/د. وزمن الشهيق في البدء 0,8-1 ثانية . عادة يكون زمن الزفير أعلى من زمن الشهيق حيث تكون نسبة الشهيق:الزفير I:E 1 : 2 أو 1 : 3 مناسبة.

- أما نسبة الأكسجين المستنشق **FIO₂** فنبداً بقيمة **100%** عند تنبيب المريض ثم يتم تخفيضها تدريجياً حتى الوصول إلى المستوى الآمن وهو أقل من **60%** منعاً من حدوث الانسمام بالأوكسجين. تعتبر الأكسجة الشريانية من **90%** فما فوق مقبولة في معظم المرضى.
- **الضغط الإيجابي في نهاية الزفير PEEP** يتم الحفاظ على ضغط الأسناخ إيجابياً خلال فترة الزفير وذلك لمنع حدوث انخماص في الأسناخ خلال الزفير. في الأحوال العادية يتم وضع قيمته ما بين 5-10 سم ماء، ويمكن زيادته في اصابات الرئة وحالات نقص الأكسجة.

توجد اختلافات في اختيار الاعدادات في حال وجود أذية في البرانشيم الرئوي (مثل متلازمة العسرة التنفسية الحادة)، أو في حال كون الطرق الهوائية مصابة (مثل مرض الداء التنفسي الانسدادي المزمن (COPD) انظر الجدول (5- 2)

الجدول (5- 2) الإعدادات البدنية للمنفسة حسب حالة الرئة والطرق الهوائية

إصابة طرق هوائية	إصابة برانشيم رئوي	رئة طبيعية، طرق هوائية سليمة	
A/C	A/C	A/C	النظام
8-12/min	15-35/min	12-16/min	معدل الحركات التنفسية
5-8ml/kg	4-6ml/kg	8-10ml/kg	الحجم الجاري
1:4-1:5	1:2-3:1	1:2-1:3	I:E
60 L/min	40 L/min	40-60 L/min	معدل الجريان
3-5	10-15	5-10	PEEP
1	1	1	FiO2

هذا وتوجد إرشادات مقبولة عالمياً تشرح الإعدادات البدنية للتهوية الآلية انظر الجدول (5- 3)

الجدول 3-5 إرشادات الإعدادات البدنية للتهوية الآلية

1. اختر نظام التشغيل الذي تعرفه بشكل جيد. تكون أهداف الدعم التنفسي البدنية هي تحقيق أكسجة/تهوية كافية، تقليل المجهود التنفسي، تحقيق التزامن بين المريض والمنفسة، تجنب القيم المرتفعة للضغط السنخي (ضغط الصفحة).
2. يجب البدء بقيمة FiO_2 100% ثم يتم معايرة FiO_2 لتحقيق أكسجة مقبولة حيث يجب الحفاظ على SpO_2 : 92-94%. في حالات ARDS يكون تحقيق أكسجة $SpO_2 \leq 88\%$ كافياً وذلك لتقليل اختلاطات التهوية الآلية
3. يجب البدء بقيمة Vt : 8-10 مل/كغ عند مرضى لديهم مطاوعة رئوية طبيعية. عند مرضى انخفاض المطاوعة الرئوية (ARDS) يكون الحجم الجاري المطلوب 4-6 مل/كغ من وزن الجسم المثالي لتجنب فرط تمدد الأسناخ وللحفاظ على ضغط صفحة شهيق أقل من 30 سم ماء.
4. اختر معدل الحركات التنفسية وحجم التهوية بالدقيقة المناسب للحالة السريرية وذلك حسب قيمة PH ، $PaCO_2$ المرغوبة (PH أكثر أهمية)
5. استعمل PEEP في أذيات الرئة المنتشرة للحفاظ على انفتاح الأسناخ في نهاية الزفير. عند ثبات الحجم الجاري، قد يؤدي لرفع قيمة PEEP إلى زيارة الضغط الشهيق القمي وضغط الصفحة وهي تأثيرات غير مرغوبة عند مرضى ARDS. نادراً ما يكون قيمة $PEEP < 15$ سم ماء ضرورية.
6. اضبط عتبة الحساسية للحفاظ على جهد تنفسي أدنى للمريض لبدء الشهيق. كن حذراً من فرط التنفيل الشهيق في حالة كون عتبة الحساسية مفرطة الحساسية.
7. عند مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن COPD، تجنب الإعدادات التي تقلل من زمن الزفير وتسبب زيادة الاحتباس الهوائي (Auto PEEP)
8. اطلب مساعدة اختصاصي العناية عند الضرورة.

4. مراقبة مريض التهوية الآلية Monitoring of mechanical ventilation

تهدف مراقبة مريض التهوية الآلية إلى:

- مراقبة استجابة للمريض للإعدادات المختارة، والتي يتم مراجعتها بشكل يومي وتعديلها حسب تطور الحالة،
- إضافة إلى الحد من أو تجنب حدوث الاختلالات المرافقة للتهوية الآلية وتدبيرها في حال حدوثها أهم المشعرات التي تتم مراقبتها:
- مراقبة قيمة ضغط الصفحة P_{plat} (يحافظ عليه في حدود 28-30 سم ماء ومنع ارتفاعه) لحماية الرئة من الأذية المحدثة بالمنفسة **VALI**
- مراقبة الضغط الشهقي القمي **PIP** لكشف تغيرات المقاومة والمطاوعة
- مراقبة قيمة ما يسمى بالـ **Auto-PEEP** لمنع تطور احتباس هوائي
- مراقبة حالة الأكسجة: من خلال PaO_2, SaO_2 .
- مراقبة حالة التهوية: من خلال $PaCO_2, pH$.
- مراقبة الحالة الهيموديناميكية للمريض (خاصة الضغط الشرياني)

أ. **مراقبة ضغوط الطرق الهوائية:** عند ازدياد الضغط القمي الشهقي **PIP** دون زيادة مرافقة في ضغط الصفحة P_{plat} تكون المشكلة هي زيادة مقاومة الطرق الهوائية. الأسباب المحتملة: انسداد الأنبوب الرغامي، انسداد الطرق الهوائية بالمفرزات الكثيفة، تشنج الطرق الهوائية، وجود ماء في دارة المنفسة، انثناء الأنبوب الرغامي (عض المريض عليه مثلاً).

أما عند ازدياد كل من الضغط القمي **PIP** وضغط الصفحة P_{plat} تكون المشكلة هي نقص في مطاوعة الرئة ومطاوعة جدار الصدر (نقص قابلية التمدد). الأسباب المحتملة: انخماص سنخي، وذمة رئة حادة، أو **ARDS**، ريح صدرية، انصباب جنبي، ارتفاع الضغط داخل البطن.

ب. **الاحتباس الهوائي أو الـ $auto-PEEP$:** يعبر الاحتباس الهوائي عن وجود كمية إضافية من الهواء المحتبس في الأسناخ عند نهاية الزفير بشكل عارض غير مقصود وذلك نتيجة الإفراغ غير الكامل للأسناخ لعدم إعطاء وقت كاف للزفير. لا يكون هذا الهواء في حالة توازن مع الضغط الجوي بل يبدي ضغطاً إيجابياً عالياً نسبة للضغط الجوي. يراقب الاحتباس الهوائي من خلال مراقبة قيمة الـ **Auto-PEEP** أي الـ **PEEP** الداخلي المنشأ. للاحتباس الهوائي تأثيرات جانبية إضافية سلبية على الحالة الهيموديناميكية حيث يؤدي إلى هبوط شديد في الضغط الشرياني

قد يكون خطيراً ومميتاً. وفي هذه الحالة يجب فصل المريض مباشرة عن المنفسة لمدة عدة ثوان ومن ثم إعادة وصلها للتخلص من الهواء المحتبس في الأسناخ وإزالة تأثيره بسرعة. يتم تجنب الاحتباس الهوائي أو علاجه بزيادة زمن الزفير من خلال تقليل معدل الحركات التنفسية (يزداد زمن الدورة التنفسية وبالتالي زمن الزفير)، أو بتقليل الحجم الجاري المعطى للمريض. **ت. مراقبة حالة الأكسجة:** يتم عادة الحفاظ على الأكسجة الشريانية فوق 90%، وفي حال نزول الأكسجة توجد طرق لتحسين الأكسجة وتشمل:

- رفع نسبة الأوكسجين المستنشق FiO_2

- زيادة مستوى الـ PEEP

ث. مراقبة حالة التهوية: يقصد هنا ضبط كل من غاز ثاني أكسيد الكربون ودرجة الحموضة الدموية ($PaCO_2, pH$). بشكل عام نسمح بارتفاع قيم $PaCO_2$ وحدوث حماض تنفسي معتدل، ريثما تتحسن حالة الرئة وتصبح التهوية الرئوية أسهل.

ويمكن تخفيض قيمة $PaCO_2$ عند الحاجة بزيادة مقدار التهوية الكلية بالدقيقة وذلك عن طريق:

- زيادة الحجم الجاري V_t : حتى الوصول إلى الحدود العليا المسموحة للحجم الجاري

V_t (بحيث لا يزيد ضغط الصفحة P_{plat} عن 30 سم ماء)

- زيادة معدل الحركات التنفسية بالدقيقة : حتى الوصول إلى حد أقصى 35 أو تشكل

احتباس هوائي

كما يمكن محاولة التقليل من إنتاج CO_2 : وذلك بعلاج الحمى إن وجدت، وتقليل كمية الكربوهيدرات في التغذية (بنتج عن استقلابها CO_2).

ج. مراقبة الحالة الهيموديناميكية: ينتج عن تطبيق التهوية الآلية هبوط في الضغط الشرياني بسبب

الضغط الإيجابي في الصدر ونقصان العود الوريدي كما تم شرحه سابقاً. إن هبوط الضغط الشرياني عند بداية تطبيق التهوية الآلية قد يعود أيضاً إلى:

(1) المهدئات والمسكنات المستخدمة أثناء التنبيب،

(2) أوحوث ريح صدرية ضاغطة،

(3) أو الاحتباس الهوائي (خاصة مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن)،

(4) أو إقفار حاد/ احتشاء العضلة القلبية و هبوط الضغط الناتج عنه (خاصة مرضى نقص التروية

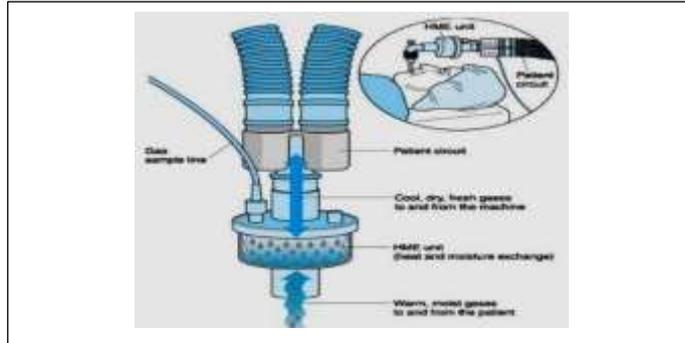
القلبية سابقاً).

يعالج هبوط الضغط الشرياني الناتج عن التهوية الآلية بإعطاء السوائل الوريدية، وأحياناً الأدوية الفعالة وعائياً (مثل نورأدرينالين). هبوط الضغط الذي يحصل لاحقاً قد يعود لأسباب أخرى مثل الصدمة الدورانية.

5. ترطيب وتدفئة هواء المنفسة Humidification

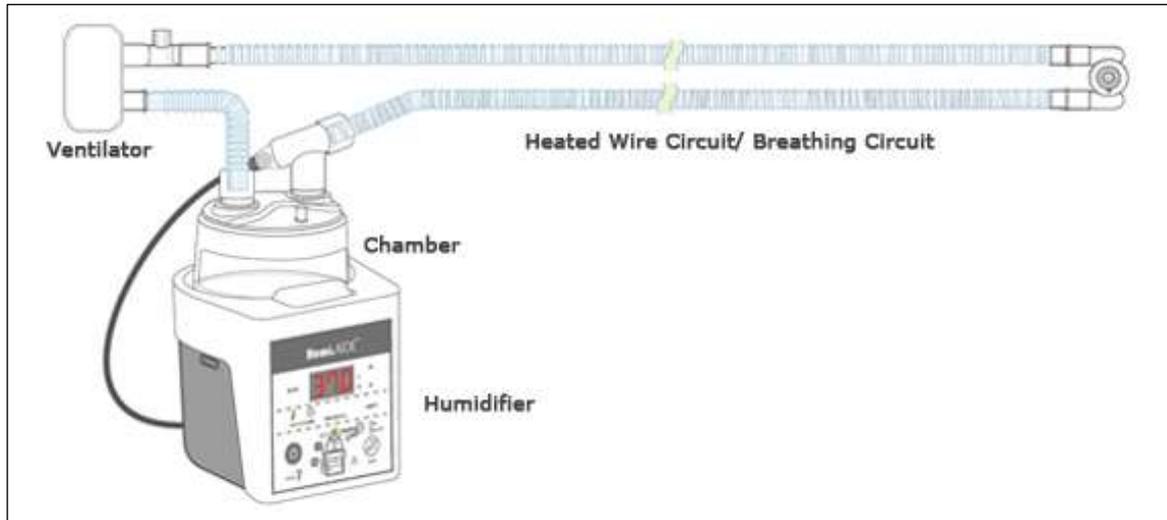
يحتاج الهواء المحمول بالمنفسة إلى التدفئة والترطيب في التهوية الباضعة خاصة لأنه يتجاوز وظيفة التدفئة والترطيب الطبيعية لكل من الأنف والفم بوجود الأنبوب الرغامي، ويكون الهواء المقدم خلال التهوية الآلية عادة جافاً وغير دافئ. ويحصل هذا خاصة في التهوية الآلية الباضعة.

توجد طرق يتم فيها تقديم التدفئة والترطيب للهواء الداخل خلال التهوية الآلية لمنع أذية المخاطية التنفسية وتقليل لزوجة المفرزات. تشمل الطرق المتوافرة الترطيب المنفعل **passive humidifier** أو ما يدعى بـ **HME**، أو الترطيب الفاعل **active humidifier** والذي يتم التحكم به من خلال معالج ميكروي (المرطب الحراري) انظر الشكل (5- 7/أ-ب). يكون الترطيب المنفعل مضاد استطباب عند وجود مفرزات غزيرة أو وجود دم في الطرق الهوائية.



الشكل (5- 7/أ) المرطب المنفعل HME في المنفسة الآلية

الشكل (5- 7/ب) المرطب الفاعل في المنفسة الآلية



6. التهدة والإرخاء العضلي أثناء التهوية الآلية

Sedation and relaxation on mechanical ventilation

يكون التنبيب الرغامي والتهوية الآلية عادة غير مريح للمريض ويسبب الانزعاج والقلق. يمكن إعطاء المهدئات والمسكنات ومزيلات القلق لتحسين ارتياح المريض وتخفيف قلقه. يجب استعمال المرخيات العضلية بحذر. تكون التأثيرات المسببة للنسيان لمجموعة البنزوديازيبينات (مثل ميدازولام) مفيدة بشكل خاص.

إن معظم الأدوية المهدئة والمسكنة تسبب هبوطاً في الضغط الشرياني والتثبيط التنفسي، لذلك يجب الحذر عند استعمالها عند المرضى غير المنببين والذين يعانون من قصور تنفسي حاد أو في حالة حرجة وذلك بسبب احتمال حدوث انكسار في معاوضتهم وحدث هبوط الضغط الشرياني أو التثبيط التنفسي الشديد. يجب مراقبة مستوى التهدة والتسكين عند مرضى التهوية الآلية لتجنب حدوث التهدة العميقة وتأثيراتها الجانبية.

7. التهوية الآلية غير الباضعة (NIV) Non-invasive ventilation

أ. تعريفها: هي طريقة في التهوية الآلية لدى المرضى يتم فيها تطبيق ضغط إيجابي على الطرق الهوائية والاسناخ بشكل غير غازي باستخدام قناع وجهي أو أنفي دون الحاجة للتنبيب الرغامي، وتدعى أيضاً بـ NPPV. تتضمن فوائد التهوية غير الباضعة على نفس فوائد التهوية الباضعة وتشمل تقليل المجهود التنفسي وتحسين الأكسجة وتحسين التبادل الغازي.

ب. ميزات وسلبيات التهوية غير الباضعة: تمتاز التهوية غير الباضعة بالميزات التالية

- المحافظة على صحو المريض وعدم الحاجة لإعطاء المهدئات والمسكنات
- السماح للمريض بالكلام والأكل والشرب أيضاً
- كما تحافظ على وظيفة العضلات التنفسية
- عدم الحاجة لتدفئة وترطيب الهواء كونه يمر بالطرق الطبيعية
- تقلل من مخاطر الإنتان المرتبطة بالتهوية الباضعة والتنبيب الرغامي (مثل ذات الرئة المرافقة للمنفسة)
- يضاف إلى ذلك سهولة إيقاف التهوية الآلية واختبار مقدرة المريض على التنفس العفوي بدون دعم
- مع سهولة العودة إليها في حالة استمرار العسرة التنفسية لدى المريض.

وتوجد بعض السلبيات الناتجة عن تطبيق التهوية الآلية غير الباضعة مثل أذيات الضغط على الوجه والأنف بسبب تطبيق القناع، وعدم حماية الطرق الهوائية من خطر الاستنشاق (انظر الجدول 5-4)

الجدول (5-4) ميزات وسلبيات تطبيق التهوية الآلية غير الباضعة

الميزات	السلبيات
• تقليل الحاجة من المهدئات	• رهاب الأماكن المغلقة
• الحفاظ على سلامة منعكسات الطرق الهوائية	• زيادة الحمل على الطاقم الطبي
• تجنب رض الطرق الهوائية العلوية	• أذيات الضغط على الوجه والأنف
• تقليل حدوث التهاب الجيوب وذات الرئة المكتسبة بالمشفى	• عدم حماية الطرق الهوائية
• تحسين ارتياح المريض	• عدم القدرة على إجراء سحب المفرزات من الرغامي والقصبات
• تقليل فترة بقاء المريض في العناية المركزة والمشفى	• تمدد المعدة باستخدام القناع الوجهي أو الخوذة الرأسية
• تحسين نسبة البقيا	• تأخير التنبيب

ت. استطبائيات استخدام التهوية غير الباضعة

- الهجمات الحادة لـ COPD: تعتبر التهوية غير الغازية NIV المعالجة المعيارية لدى هذه المجموعة من المرضى.
- الوذمة الرئوية القلبية الحادة.
- أيضاً بعد نزع التنبيب الرغامي Extubation: يمكن اللجوء إلى التهوية الآلية غير الباضعة NIV مباشرة بعد نزع التنبيب كمساعدة ريثما يصل بالمريض إلى الفطام النهائي عن التهوية الآلية

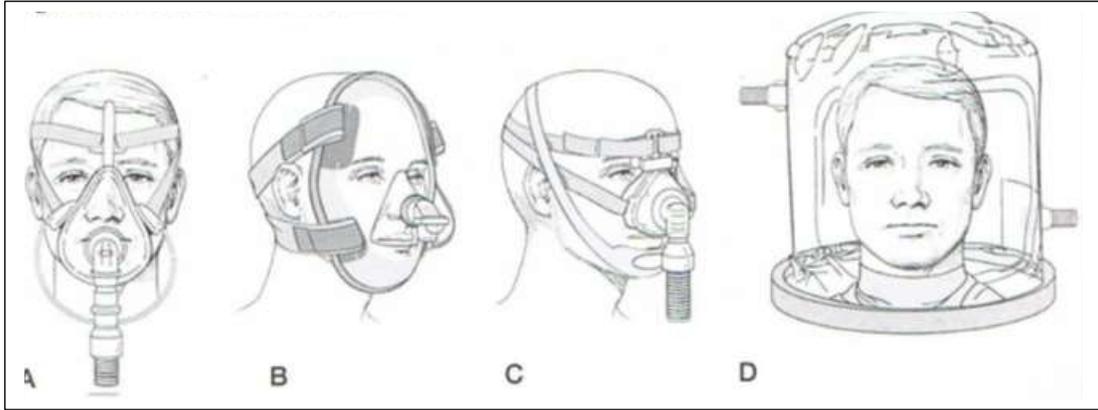
ث. تطبيق التهوية الآلية غير الباضعة: ولها شكلان

- (1) ثنائية مستوى الضغط المطبق (Bi-PAP): يتم استخدام مستويين من الضغط الإيجابي خلال التهوية غير الباضعة حيث أنها تشمل تقديم دعم ضغطي إيجابي خلال الشهيق (يشابه نظام الدعم الضغطي PSV) أثناء التنفس العفوي على التهوية الباضعة، إضافة إلى تقديم ضغط ايجابي مستمر (CPAP) continuous positive airway pressure الذي يسمح بالتنفس العفوي على مستوى ضغط أعلى من الضغط الجوي. وبذلك يكون هناك مستويان من الضغط مطبقان (أحدهما شهيق هو الأعلى والآخر زفير هو الأدنى). ويستطب هذا النظام لتحسين الأكسجة وطرح ثاني أكسيد الكربون.

(2) أحادية مستوى الضغط المطبق حيث يمكنها تقديم ضغط ايجابي مستمر فقط (CPAP) دون تقديم دعم ضغطي أثناء الشهيق، وهذا النظام يستطب لتحسين الأكسجة فقط مثل مرضى وذمة الرئة القلبية .

يوجد في العديد من المنافس الحديثة الباضعة إمكانية لتقديم التهوية غير الباضعة، أو تقدم بواسطة المنافس غير الباضعة. يتم تطبيق التهوية غير الغازية عبر قناع أنفي أو وجهي محكم أو عبر خوذة رأسية (الشكل 5- 8).

الشكل (5- 8) نماذج الأقنعة التي يتم استخدامها لتقديم التهوية غير الباضعة NIV



ج. شروط تطبيق التهوية الآلية غير الباضعة:

(1) المريض واعٍ ومتعاون، والذي يتوقع تحسن وظيفته التنفسية خلال 48-72 ساعة.

(2) يجب أن يكون ضغط المريض مستقرًا.

(3) أن يكون المريض قادراً على التحكم بمفرزات الطرق الهوائية لديه.

ح. مضادات استنطاب التهوية غير الباضعة: يتضمن الجدول (5-5) مضادات استنطاب التهوية غير

الباضعة. الجدول (5-5) مضادات استنطاب التهوية غير الباضعة NPPV

• عدم الاستقرار الهيموديناميكي	• النزف الهضمي العلوي الفعال
(الصدمة)	• نقص الأكسجة الشديد
• نقص التروية القلبية واضطرابات النظم	• اعتلال الدماغ (انخفاض الوعي)
• المريض غير المتعاون	• رضوض وجراحات وحروق الوجه
• عدم قدرة المريض على حماية الطرق الهوائية	• الهياج الشديد
• خطورة الاستنشاق	

ملاحظة: يجب التحول سريعاً إلى التنبيب الرغامي وبدء التهوية الباضعة عند عدم توافر الخبرة الكافية بتطبيق التهوية غير الباضعة، أو حالة المريض السيئة، أو فشل الاستجابة لهذا النوع من التهوية. ويجب مراقبة المريض بشكل دقيق مع مراقبة إشباع الأكسجين، وإجراء غازات الدم الشريانية، ومراقبة نظم القلب لديه بشكل مستمر.

يجب الحذر عند إعطاء المهدئات خلال التهوية غير الباضعة مع ضرورة المراقبة. كما يجب الانتباه إلى ضرورة وضع ضمادات أنفية لمنع أذية الضغط الناتجة عن القناع الأنفي، إضافة لتفريغ المعدة من الهواء عند استعمال القناع الوجهي أو الخوذة. ويمنع المريض من تناول الطعام ريثما تتحسن حالته. ينبغي تجنب زيادة الضغط الشهيق عن **20 سم ماء** حيث قد يحدث تمدد المعدة ويحرض الإقياء.

الفطام عن التهوية الآلية Weaning from mechanical ventilation

ينبغي البدء بسحب التهوية الآلية (الفطام) عند تحسن المريض وزوال سبب استطبائها. إن معرفة توقيت البدء بالفطام عن التهوية الآلية أكثر أهمية من طريقة إجراء الفطام. يكمن التحدي الأكبر في المرضى الذين يفشلون في الفطام عن المنفسة. يمكن تعريف نجاح الفطام بأنه عدم الحاجة لإعادة التنبيب خلال **48 ساعة من نزع التنبيب**.

تشمل المتابعة النموذجية لجميع مرضى التهوية الآلية إجراء مسح يومي لجاهزيتهم للفطام، وذلك بالترافق مع إيقاف المهدئات والمسكنات وإيقاظ المرضى (يسمى ذلك Sedation Vacation) وذلك بشكل روتيني لجميع المرضى ما لم يكن هناك مضاد استطباب صريح يحدده الطبيب المعالج.

■ يشمل مسح جاهزية المرضى للفطام: تقييم سلامة الجهاز العصبي المركزي وجهاز القلب والدوران والجهاز التنفسي. ويمكن تلخيص ذلك بالنقاط التالية:

- تحسن القصور التنفسي وزوال الحالة المسببة.
- سلامة مركز التحكم بالتنفس.
- تحسن وظيفة التبادل الغازي.
- استقرار الحالة الهيموديناميكية للمريض
- سلامة عمل الأعضاء الرئيسية الأخرى
- وسلامة الوضع الاستقلابي في الجسم
- غياب الحرارة والنزف
- زوال الطور الحاد للإصابة المرضية التي استدعت التهوية الآلية
- المريض واعي، متجاوب، ومتعاون

- عندما يحقق المريض معايير الفطام السابقة يوضع على تجربة التنفس العفوي **spontaneous breathing trial(SBT)** والتي تعد أفضل مشعر للتنبؤ بنجاح عملية الفطام. ويتم خلالها وضع المريض على نظام الدعم الضغطي PSV مع CPAP بالحدود الدنيا، أو التنفس عبر القطعة T (T piece) التي توصل مباشرة للأنبوب الرغامي.
 - كما يقاس خلال تجربة التنفس العفوي مشعر هام آخر هو مشعر التنفس السطحي السريع **Rapid Shallow Breathing Index(RSBI)** وذلك بقسمة معدل الحركات التنفسية على الحجم الجاري (مقاساً باللتر). حيث يكون احتمال نجاح المريض في الفطام عالياً إذا كانت قيمة RSBI أقل من **105**، ويكون احتمال فشل الفطام عالياً إذا كانت قيمة RSBI أكبر من **105**.
 - كما يعتبر وجود اضطراب هيموديناميكي أو هياج وتعرق المريض من مؤشرات فشل الفطام.
- إن القاعدة الأساسية في تجربة التنفس العفوي هي تجنب إنهك المريض، حيث يجب ألا تسبب الشدة المرافقة لعملية الفطام تعب العضلات التنفسية واستنفاد طاقة المريض، لذا يسمح بتجربة التنفس العفوي مرة واحدة يومياً، مع إراحة المريض لمدة 24 ساعة عند فشله قبل المحاولة التالية.
- نزع التنبيب **Extubation**: يجب طرح الأسئلة التالية قبل نزع التنبيب الرغامي:
 - هل المريض قادر على حماية الطرق الهوائية وطررد المفرزات لديه؟
 - ماهي كمية المفرزات القصبية لدى المريض؟
 - وما هو تواتر إجراء سحب المفرزات لديه قبل نزع التنبيب؟
 - ثم هل هناك أذية حنجرية هامة تسيء لعملية التهوية بعد نزع التنبيب؟
- رغم جميع الإجراءات السابقة من التحضير الجيد للمرضى وفحص مشعرات الفطام، ونجاح المرضى في تجربة التنفس العفوي، يفشل **15-20%** من المرضى، ويحتاجون لإعادة التنبيب خلال **48** ساعة من نزع التنبيب، تزداد نسبة الوفيات عند هذه المجموعة من المرضى.

الخلاصة

- تقدم التهوية الآلية للمريض باستخدام **جهاز المنفسة** وهي جهاز آلي يؤمن الدعم التنفسي الكامل أو الجزئي للمريض ويحسن التبادل الغازي.
- تقسم التهوية الآلية إلى تهوية باضعة تحتاج إلى التنبيب الرغامي وتهوية غير باضعة تطبق عبر أنواع من الأقنعة.
- تعمل المنافس بألية الضغط الإيجابي والتي تعاكس فيزيولوجيا وميكانيكية التنفس الطبيعي.
- يترافق تطبيق التهوية الآلية بتأثيرات على الجسم أهمها التغيرات الهيموديناميكية كنقص نتاج القلب وهبوط الضغط الشرياني بسبب نقص العود الوريدي. كما تسبب اختلاطات مثل أذية الرئة المرافقة للمنفسة، وذات الرئة المرافقة للمنفسة.
- توجد العديد من أنظمة التهوية الآلية ولكل منها ميزات ومساوئ ولا يوجد دليل على أفضلية أحدها على الآخر.
- يعبر الـ PEEP عن الضغط الإيجابي المطبق في نهاية الزفير ويستخدم لتجنيد الأسناخ ومنع انخماصها وتحسين الأكسجة، ولا يعتبر نظاماً مستقلاً. وإن تطبيقه أثناء التنفس العفوي يدعى بالـ CPAP.
- تختلف الإعدادات الأولية للتهوية الآلية في حال كان المريض برئة طبيعية عن المريض المصاب في الطرق الهوائية أو في نسيج الرئة نفسه.
- يجب مراقبة مريض التهوية الآلية بشكل مكثف لتجنب حدوث الاختلاطات وتديبرها مباشرة في حال حدوثها.
- ينتج هبوط الضغط الشرياني عند بدء وضع المريض على التهوية الآلية إلى الضغط الإيجابي المحدث بالمنفسة إضافة لتأثير المهدئات والمسكنات المستخدمة، أو حدوث ریح صدرية ضاغطة، أو الاحتباس الهوائي (خاصة مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن)، أو إقفار حاد/ احتشاء العضلة القلبية.
- من المفيد جداً مراقبة كل من الضغط الشهيق القمي PIP وضغط الصفحة Pplat للمساعدة في التشخيص السببي
- ينبغي الحفاظ على ضغط الصفحة أقل من 30 سم ماء لتجنب الرض الحجمي وحدث أذية الرئة المرتبطة بالمنفسة VALI
- ينبغي تجنب حدوث الاحتباس الهوائي للمريض auto-PEEP وكشفه بسرعة وتديبره
- من المهم تدفئة وترطيب الهواء المعطى للمريض عبر التهوية الآلية
- تستطب التهوية الآلية غير الباضعة عند المريض الواعي المتعاون والمستقر هيموديناميكياً والذي يتوقع تحسن وظيفته التنفسية خلال **48-72 ساعة**
- ينبغي مسح المريض يومياً لإمكانية فطامه عن المنفسة مع إيقاف المهدئات والمسكنات
- تعتبر تجربة التنفس العفوي ((SBT أفضل مشعر للتنبؤ بنجاح فطام المريض عن التهوية الآلية

مراجع

1. الوجيز في التهوية الآلية: د طلال نقار الطبعة الثالثة، 2014
2. Fundamentals of mechanical ventilation, Robert L, first edition, 2003
3. المرجع في طب العناية المركزة، إعداد د. محمد عبد الرحمن العينية، دار القدس للعلوم، الطبعة الأولى، 2005
4. Fundamental Critical Care Support book, 2012

الفصل السادس

اضطرابات التوازن الحمضي القلوي

وتحليل غازات الدم

Acid-Base disturbances and blood gas analysis

- ❖ إنتاج الحموضة في الجسم
- ❖ دور الرئة والكلية في التوازن الحمضي القلوي
- ❖ اضطرابات الأساسية في التوازن الحمضي القلوي
- ❖ الحمض الاستقلابي
- ❖ الحمض التنفسي
- ❖ القلاء الاستقلابي
- ❖ القلاء التنفسي
- ❖ تحليل ومقارنة غازات الدم

اضطرابات التوازن الحمضي القلوي

1. إنتاج الحموضة في الجسم Production of acidity

أ. مقدمة:

يؤدي الاستقلاب الخلوي الطبيعي في خلايا الجسم إلى إنتاج حموضة في الجسم لدى الشخص الذي يتناول كمية كافية من السعرات الحرارية، ويبلغ معدل إنتاج الحموضة (شاردة الهيدروجين) اليومي ما يعادل تقريباً 15000 ميلي مول.

ينتج عن استقلاب الكربوهيدرات (السكريات) والدهون حموضة على شكل ثاني أكسيد الكربون كمنتج نهائي، والذي يتم طرحه عن طريق الرئتين، ويعتبر هذا الطريق هو المنتج الأكبر والرئيسي للحموضة في الجسم.

كربوهيدرات (أو دهون) + أوكسجين = ثاني أكسيد الكربون + ماء

كما ينتج عن استقلاب البروتين حموضة بكمية أقل وذلك بشكل أحماض غير عضوية مثل الحمض الكبريتي(السلفات)، والحمض الفوسفوري، والتي يتم طرحها عن طريق الكلية.

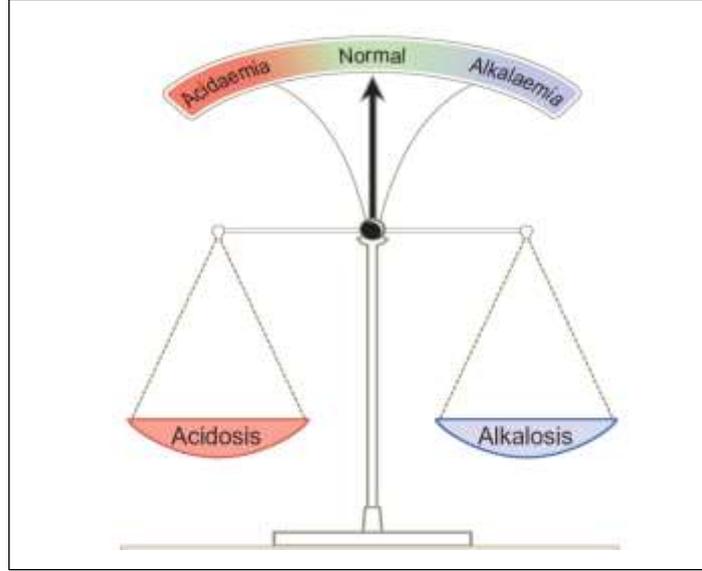
في الأحوال الطبيعية يتم طرح الأحماض عن طريق الرئتين والكليتين بشكل فعال وبالتالي يتم الحفاظ على تركيز الهيدروجين في الوسط خارج الخلايا والدم وضبطه ضمن مجال محدد.

ويكون تركيز الهيدروجين حوالي 40 نانو مول / ل وهو تركيز ضئيل جداً.

يتم الضبط الدقيق لتركيز الهيدروجين في الوسط خارج الخلايا والدم ولهذا الضبط فوائد فيزيولوجية وذلك بتأمين بيئة مثالية لعمل جميع خلايا الجسم وهذا ما يسمى بالتوازن الحمضي القلوي.

تتدخل كل من الرئة والكلى في الحفاظ على التوازن الحمضي القلوي في الجسم. لا يتم قياس تركيز شاردة H^+ عادة وإنما يقاس ما يعرف بالـ pH وهو القيمة اللوغاريتمية لشاردة الهيدروجين، وهو رقم مطلق يعبر عن درجة الحموضة في الجسم ويتراوح المجال الطبيعي للـ pH في السائل خارج الخلايا والدم من 7.35-7.45 أي وسط معتدل(متوازن) بدون وجود قلاء أو حماض.

الشكل (6-1) التوازن الحمضي القلوي



ب. الدوائى buffers:

الحمض acid هو مادة قادرة على إعطاء بروتون (H^+ شاردة هيدروجين)، أما الأساس base فهو مادة قادرة على إعطاء شاردة هيدروكسيد (OH^-) أو استقبال بروتون. وتعتمد قوة الحمض (أو الأساس) على شدة انحلاله في الماء وإذا كانت قدرة الحمض على الانحلال في الماء كبيرة فإنه سيعطي بروتون بكمية كبيرة وعندها يسمى حمضاً قوياً (مثل حمض كلور الماء)، وإذا كانت قدرته على الانحلال وإعطاء بروتون ضئيلة يسمى عندها حمضاً ضعيفاً (مثل حمض الكربونيك الناتج عن CO_2). وتكون معادلة الحمض الضعيف كمايلي:



تسبب إضافة الحموضة (شوارد الهيدروجين) الداخلية أو الخارجية إلى حدوث تبدل سريع في pH الجسم، مما قد يحدث آثاراً سيئة على عمل الخلايا ووظائفها. ولذلك يتم تعديل الحموضة تلك بمادة أخرى تنتج في الجسم تدعى بالدوائى buffers التي تتواجد في السائل داخل الخلايا و خارج الخلايا. والدوائى عبارة عن أحماض ضعيفة وتعتبر هي خط الدفاع الأول في مواجهة اضطرابات التوازن الحمضي القلوي وذلك قبل بدء المعاوضة الكلوية أو الرئوية.

تعد البيكربونات bicarbonate أهم هذه الدوائى على الإطلاق، وهي شاردة قلوية تتواجد بكميات كبيرة في الوسط خارج الخلايا والدم ناتجة عن انحلال حمض ضعيف هو حمض الكربونيك. حيث أن

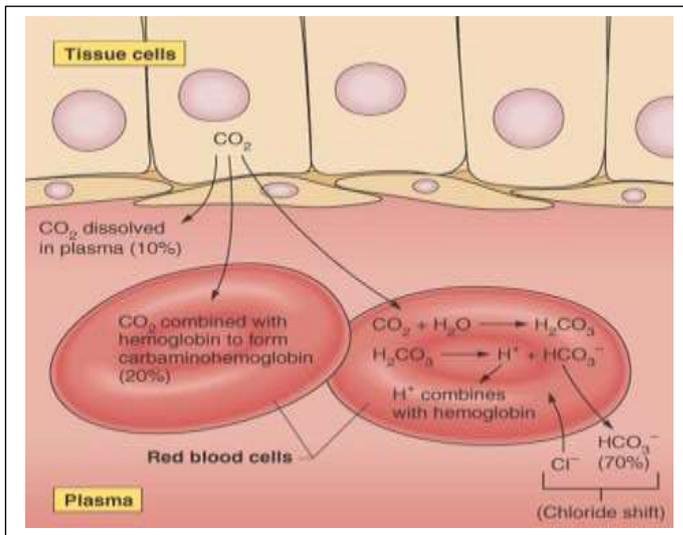
ثاني أكسيد الكربون الناتج من الاستقلاب في الخلايا يتحرر إلى الوسط خارج الخلايا والدم ليقوم بالارتباط بالماء وتشكيل حمض الكربونيك الذي يتفكك إلى البيكربونات والبروتونات (شوارد الهيدروجين) وعندما يصل إلى الرئتين يقوم بالتفكك مرة ثانية إلى ماء وثاني أكسيد الكربون ليتحرر عبر الرئتين، وهذه م



الكلية

الرئة

وتعتبر هذه هي المعادلة الرئيسية في التوازن الحمضي القلوي، ويجب على الرئتين أن تحافظ على معدلٍ من إخراج غاز ثاني أكسيد الكربون يقي اتجاه المعادلة السابقة نحو تشكيل حمض الكربونيك، وبالمقابل تقوم الكليتان بإعادة تصنيع البيكربونات، بالإضافة لقدرتها على التخلص مباشرة من بعض الحموض. من الدوائى الأخرى الهامة في الدم أيضاً الهيموغلوبين الذي يمكنه الارتباط بشاردة الهيدروجين أيضاً (انظر الشكل 6-2).



الشكل (6-2) الدوائى في الدم:
البيكربونات والهيموغلوبين تدرأ
الحموضة الناتجة عن CO2

1. دور الرئة والكلية في التوازن الحمضي القلوي

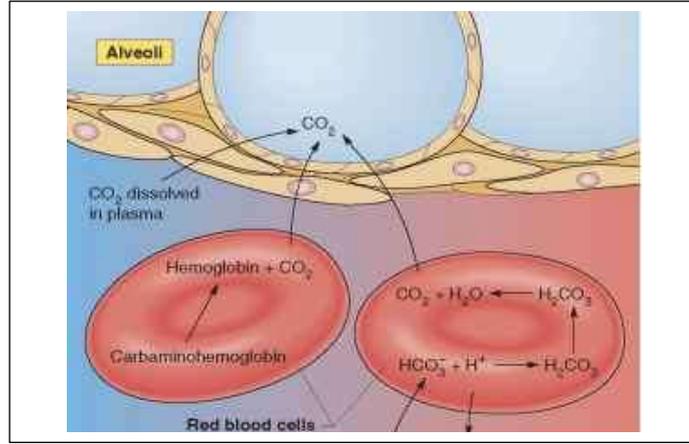
The role of lung and kidney in acid-base balance

أ. دور الرئة في التوازن الحمضي القلوي:

تعد الرئتان مسؤولتان عن إخراج CO₂ الناتج عن الاستقلاب من الجسم. وتقوم الرئتان في الواقع بطرح الكم الأعظم من حمل الحموضة المنتج في الجسم على شكل CO₂. يتحدد ضغط ثاني أكسيد الكربون في الدم PaCO₂ بوظيفة التهوية في الرئتين (حجم التنفس ومعدل التنفس) انظر الشكل (6-3). عندما يتغير إنتاج CO₂ يتعدل معه التنفس. حيث في حال زيادة إنتاج CO₂ بسبب زيادة الاستقلاب مثلاً تزداد التهوية في الدقيقة ليتم إخراج CO₂ بشكل أكبر والتخلص من الزائد منه، وعندما يقل إنتاج CO₂ تنخفض

التهوية في الدقيقة ويقل إخراج CO₂ من الرئتين، وبذلك يتم الحفاظ على PaCO₂ في الدم بالحدود الطبيعية.

الشكل (6-3) تحرر ثاني أكسيد الكربون وطرحه عن طريق الرئة



ب. دور الكلية في التوازن الحمضي القلوي:

تعد الكليتان مسؤولتين عن طرح الأحماض الاستقلابية غير العضوية. حيث تقوم بإعادة امتصاص شاردة البيكربونات HCO₃⁻ وإفراز شوارد H⁺ في البول بنفس الوقت أيضاً. وتقوم الكلية بالعملتين سواء طرح H⁺ أو إعادة امتصاص HCO₃⁻ استجابة للتغيرات في الإنتاج الأحماض الاستقلابية غير العضوية.

2. الاضطرابات الأساسية في التوازن الحمضي القلوي The main acid-base disturbances

أ. عندما يحدث خلل في ضبط تراكيز شوارد الهيدروجين في الدم تتغير درجة الـ pH في الدم وينتج عن ذلك أربعة اضطرابات أساسية:

(1) حيث إما أن تنخفض الـ pH عن 7,35 ويصبح الوسط حامضياً وهذا ما يسمى بالحمض **acidosis**. وقد ينتج الحمض عن تراكم الحموض أو نقص البيكربونات في الدم وعندها يسمى بالحمض الاستقلابي.

(2) أو قد ينتج عن تراكم غاز CO₂ في الدم وعندها يسمى بالحمض التنفسي.

(3) أو أن ترتفع قيمة الـ pH عن 7,45 ويصبح الوسط قلويًا وهذا ما يسمى بالقلاء **alkalosis**.

وقد ينتج القلاء عن فقد الحموضة الزائد من الجسم وهذا ما يسمى بالقلاء الاستقلابي

(4) أو قد ينتج عن فرط تهوية وطرح زائد لغاز CO₂ وهذا ما يسمى بالقلاء التنفسي.

ويجدر الانتباه إلى أنه قد تحدث اضطرابات مركبة في التوازن الحمضي القلوي كاجتماع حدوث حماض استقلابي مع حماض تنفسي في حالة توقف القلب والتنفس، أو اجتماع حدوث حماض استقلابي مع قلاء تنفسي في الانسمام بالساليسيلات (أسبرين)

ب. المعاوضة compensation:

تحدث المعاوضة لأي اضطراب في التوازن الحمضي القلوي بواسطة الكلية أو الرئة. وتحاول المعاوضة إعادة قيمة الـ pH إلى مستواها الطبيعي ولكن في معظم الحالات لا تعود الـ pH إلى الطبيعي تماماً.

ففي الاضطرابات الاستقلابية سواء الحماض أو القلاء تقوم الرئة بالمعاوضة من خلال التحكم بعملية التهوية وبالتالي بمستويات CO_2 في الدم، لتحاول إعادة قيمة الـ pH إلى مستواها الطبيعي. وتتميز المعاوضة الرئوية بأنها مباشرة وسريعة، وتكتمل خلال 12-24 ساعة. تختلف قدرة المعاوضة الرئوية من مريض لآخر بحسب سلامة الجهاز القلبي الرئوي (المدخر الفيزيولوجي)، فقد تكون جزئية أو تكون كاملة.

أما في الاضطرابات التنفسية سواء الحماض (ارتفاع CO_2) أو القلاء (انخفاض CO_2) تقوم الكلية بالمعاوضة من خلال التحكم بكمية البيكربونات المنتجة وطرح شاردة الهيدروجين لتحاول إعادة الـ pH إلى مستواها الطبيعي. وتتميز المعاوضة الكلوية بأنها بطيئة حيث تحتاج حوالي 48 ساعة إلى عدة أيام لتكتمل.

ت. تدبير اضطرابات التوازن الحمضي القلوي

يعتمد التشخيص على تحليل غازات الدم ويقوم التدبير على مايلي:

- (1) معالجة السبب: يجب البحث عن السبب وهو حجر الأساس في معالجة كل أشكال اضطرابات التوازن الحمضي القلوي
- (2) إعطاء بيكربونات الصوديوم كما في الحماض الاستقلابي، أو أسيتازولاميد acetazolamide في القلاء الاستقلابي
- (3) إعطاء السوائل الملحية كما في القلاء الاستقلابي
- (4) التهوية الآلية كما في الحماض التنفسي

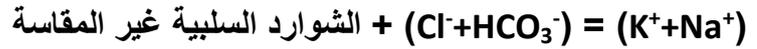
3. الحمض الاستقلابي Metabolic acidosis

ينتج عن نقص البيكربونات أو عن تراكم الحمض تكون فيه $pH > 7,35$ ، و $HCO_3^- > 22$ ممول/ل

أ. فجوة الصواعد **anion gap**:

في كل الأحوال يجب أن يتساوى عدد الشوارد الإيجابية والسلبية دوماً في جميع أوساط الجسم سواء داخل الخلايا أو خارج الخلايا وذلك لكي يتحقق التعادل الكهربائي **electroneutrality**. فمثلاً في الدم فإن:

الشوارد الإيجابية = الشوارد السلبية



الشوارد السلبية غير المقاسة (الصواعد) لا يتم معايرتها بشكل روتيني مثل البروتينات وخاصة الألبومين ($protein^-$) والسلفات (SO_4^-) والفوسفات (PO_4^{--}) وتسمى بفجوة الصواعد وبذلك تكون فجوة الصواعد:

$$\text{فجوة الصواعد} = (Cl^- + HCO_3^-) - (K^+ + Na^+)$$

تبلغ قيمة فجوة الصواعد الطبيعية حوالي 10-15 ميلي مول/ليتر، ويمكن التمييز بين نوعين من الحمض الاستقلابي بحسب كون فجوة الصواعد طبيعية أو مرتفعة مما يساعد في معرفة سبب الحمض الاستقلابي وعلاجه.

ب. أنواع الحمض الاستقلابي:

يقسم الحمض الاستقلابي إلى نوعين بحسب كون فجوة الصواعد طبيعية أو مرتفعة: ويساعد هذا التقسيم في التشخيص التفريقي ومعرفة سبب الحمض الاستقلابي لكي يتم علاجه.

(1) الحمض الاستقلابي المترافق مع فجوة صواعد مرتفعة: وينتج عن إنتاج حموضة داخلية زائدة

أو عن إدخال حموضة على الجسم من مصدر خارجي، ومن أسبابه:

- الحموض خارجية المنشأ: مثل التسمم بالسالي سيالات (الأسبرين)، أو التسمم بالكحول (مثل الميثانول).

- الحموض داخلية المنشأ: مثل الحمض اللبني (بسبب الصدمة ونقص التروية النسيجية مع ارتفاع اللاكتات)، الحمض الخلوني السكري (كما في الداء السكري)، تراكم الفوسفات والسلفات في القصور الكلوي.

(2) الحمض الاستقلابي مع فجوة صواعد طبيعية: وينتج عن فقد شاردة البيكربونات القلوية سواء عن طريق جهاز الهضم في البراز أو عن طريق الكلية في البول. ويترافق عادة مع ارتفاع في مستوى الكلور في الدم. وأهم أسبابه:

- الضياع المعوي: كما في الإسهال حيث تضيع كميات ملحوظة من البيكربونات مع البراز، أو في أو نواسير الأمعاء الدقيقة أو البنكرياس حيث قد تسبب هذه النواسير ضياعاً في البيكربونات عبر الجهاز الهضمي بشكل ملحوظ،

- تسريب المحاليل الملحية بشكل مفرط أيضاً يسبب الحمض الاستقلابي طبيعي الفجوة
ت. المعاوضة:

يحصل انخفاض البيكربونات في الدم (أقل من 22 ميلي مول/ل) بسبب درء الحموضة الزائدة، ويأتي دور الرئة في معاوضة الحمض الاستقلابي بزيادة التهوية فيتسرع تنفس المريض ويزداد عمقه (يدعى هنا بالجوع التنفسي أو تنفس كوسماول Kussmaul breathing) ليتم طرح CO_2 ولذلك ينخفض pCO_2 في الدم، وبالنتيجة تبدي غازات الدم ما يلي: $pH \downarrow$ ، $pCO_2 \downarrow$ ، $HCO_3 \downarrow$.

ث. تأثيرات الحمض الاستقلابي على الجسم:

يؤدي الحمض إلى تأثيرات عديدة على أجهزة وأعضاء الجسم وخاصة في الحالات الشديدة أهمها:

(1) تأثيرات قلبية وعائية: ضعف قلوصلية العضلة القلبية، لانظميات تسارعية أو تباطئية، التقبض

الوعائي، نقص الجريان الدموي إلى الكليتين والأعضاء الحشوية

(2) تأثيرات رئوية: فرط التهوية، ضعف العضلات التنفسية

(3) تأثيرات عصبية: تخليط ذهني، دوخة

(4) تأثيرات استقلابية: زيادة معدل الاستقلاب، نقص تصنيع مخزون الطاقة ATP، فرط سكر

الدم، وفرط البوتاسيوم

(5) تأثيرات أخرى: تحرر الوسائط الالتهابية (السيتوكينات)، فقد العظام (انحلالها)، وفقد العضلات.

ملاحظة: قد توجد بعض التأثيرات المفيدة للحمض وخاصة في حالات نقص الأكسجة النسيجية (كما في الصدمة)، حيث يقلل الحمض ألفة الهيموغلوبين بالأوكسجين ويحرف المنحنى نحو اليمين مما يساعد في تحرر الأوكسجين أكثر إلى الانسجة ووقايتها من آثار نقص الأكسجة.

ج. تدبير الحمض الاستقلابي:

(1) معالجة السبب

(2) فرط التهوية الخفيف يمكن في الحمض الاستقلابي الشديد غير المعاوض (pH أقل من 7,2)

إجراء فرط تهوية خفيف إلى متوسط لتحسين قيمة الـpH.

(3) بيكربونات الصوديوم: يستطب إعطاؤها في الحمض الاستقلابي طبيعي فجوة الصواعد

بشكل تسريب بطيء.

أما في الحمض الاستقلابي مرتفع فجوة الصواعد فلا يستطب إعطاؤها بشكل عام، وتعطى

بحذر في الحمض اللبني في حال كان الـ PH أقل من 7,2، وفي الحمض الخلوني السكري

تعطى إذا كان الـ PH أقل من 7.

4. الحمض التنفسي Respiratory acidosis

يعرف الحمض التنفسي بأنه زيادة رئيسية في ثاني أكسيد الكربون بسبب نقص التهوية الرئوية.

وتكون استجابة المعاوضة من قبل الكلية بتعزيز إفراز الهيدروجين وزيادة امتصاص البيكربونات

فترتفع البيكربونات في الدم. تبدي غازات الدم ما يلي: $\downarrow \text{pH}$ ، $\uparrow \text{pCO}_2$ ، $\uparrow \text{HCO}_3^-$.

أ. أسباب الحمض التنفسي:

كل ما يسبب إلى وظيفة التهوية يؤدي إلى ارتفاع CO_2 في الدم وحدوث الحمض التنفسي ويعود ذلك

لعدة أسباب قد تكون حادة أو مزمنة:

(1) تشمل الأسباب الحادة للحمض التنفسي ما يلي:

- تثبيط الجملة العصبية المركزية الناجم عن تناول السموم، الأدوية، أذية الرأس، انتان، الحوادث

الوعائية الدماغية.

- الاضطرابات العصبية العضلية الحادة التي تسبب لعمل عضلة الحجاب الحاجز والعضلات

التنفسية الأخرى وبالتالي تنقص من أداء وظيفة التهوية (مثل أذية النخاع الشوكي في رضوض

العمود الفقري).

- انسداد جزئي أو كامل في الطريق الهوائي

- أذية شديدة في الرئة: مثل متلازمة العسرة التنفسية الحادة ARDS

(2) تشمل الأسباب المزمنة للحماض التنفسي ما يلي:

- تثبيط الجملة العصبية المركزية الناجم عن أورام جذع الدماغ، الاستخدام المديد للمهدئات والأفيونات، البدانة المترافقة مع فرط الكربمية (ثاني أكسيد الكربون) المزمن.
- الاضطرابات العصبية العضلية الناجمة عن التصلب الجانبي الضموري، أو التصلب المتعدد، أو الشلل النخاعي، أو الحثل العضلي.
- أمراض الرئتين والطرق الهوائية المزمنة مثل الداء الرئوي الانسدادي المزمن COPD، والتليف الرئوي، أو تحدد التهوية نتيجة الحبن المزمن أو البدانة.

ب. **المعاوضة الكلوية:** عادة لا تستجيب الكلى بشكل فعال للحماض التنفسي الحاد، لكن يمكن للاستجابة الكلوية أن تتكامل خلال 3-7 أيام بحيث تعاضد بشكل جيد في الحماض التنفسي المزمن.

ت. **تدبير الحماض التنفسي:**

(1) معالجة السبب

(2) **التهوية الآلية:** سواء الباضعة أو غير الباضعة، وذلك للتمكن من ضبط مستويات CO_2 وإراحة المريض ريثما يعالج السبب.

5. القلاء الاستقلابي Metabolic alkalosis

يتميز بزيادة رئيسة في البيكربونات في البلازما (26 ميلي مول/ل) ناتجة إما عن فقدان الحمض (الهيدروجين) أو زيادة البيكربونات سواء بسبب إعادة امتصاصها الزائد أو بسبب إعطائها من مصدر خارجي. وآلية المعاوضة هي زيادة في ثاني أكسيد الكربون في الدم ناتج عن نقص التهوية في الرئة. تبدي غازات الدم ما يلي: $pH \uparrow$ ، $HCO_3 \uparrow$ ، $pCO_2 \uparrow$.

أ. أسبابه:

للقلاء الاستقلابي عدة أسباب نذكر منها:

- ضياع الحمض من الجهاز الهضمي مثل حالات الإقياء الشديد أو الرشف المديد بالأنبوب الأنفي المعدي ويترافق هنا مع نقص في شاردة الكلور بسبب فقدها من مفرزات المعدة.
- زيادة إطراح الكلى للحمض مثل حالات فرط الألدوستيرون.
- زيادة الوارد من البيكربونات من مصدر خارجي.

ب. تأثيرات القلاء الاستقلابي على الجسم:

يؤدي القلاء إلى العديد من التأثيرات السلبية على أجهزة وأعضاء الجسم وقد تكون أسوء من تأثيرات الحمض وخاصة في الحالات الشديدة، أهم تلك التأثيرات:

- (1) تأثيرات عصبية: تقبض الأوعية الدماغية، اختلاجات، تخليط ذهني، دوخة.
- (2) تأثيرات عضلية: ضعف عضلي، كزاز عضلي، تقلصات عضلية.
- (3) تأثيرات قلبية وعائية: ضعف القلوصية القلبية، لانظميات قلبية.
- (4) تأثيرات تنفسية: نقص التهوية الرئوية، انخماص رئوي، نقص الأكسجة.
- (5) تأثيرات استقلابية: زيادة اللاكتات، نقص البوتاسيوم، نقص الكالسيوم، نقص المغنزيوم.

ملاحظة: يزيد القلاء من ألفة الهيموغلوبين للأوكسجين مما يؤدي إلى انحراف المنحنى نحو اليسار وصعوبة تحرر الأوكسجين إلى الأنسجة وهذا له تأثير سيء على أكسجة الأنسجة.

ت. التدبير:

- (1) معالجة السبب الرئيسي للقلاء الاستقلابي
- (2) هنالك أنواع من حالات القلاء الاستقلابي مثل حالات الإقياء تعالج بإعطاء كلور الصوديوم (المحلول الملحي النظامي) والذي يعاكس نقص الحجم داخل الأوعية ويعوض نقص الكلور.
- (3) وفي بعض الحالات الشديدة تعطى أدوية تزيد من حموضة الدم لتعدل القلاء الموجود مثل أسيتازولاميد.

6. القلاء التنفسي Respiratory Alkalosis

► القلاء التنفسي يتظاهر بفرط تهوية يؤدي إلى نقص في ثاني أوكسيد الكربون في الدم. وتقوم المعاوضة الكلوية يؤدي بإفراز كمية أكبر من البيكربونات مما يؤدي لنقصها في الدم أيضاً. وفي حال الإزمان تحدث آلية أخرى تتجلى بنقص إطراح الهيدروجين من الكلية. تبدي غازات الدم مايلي: $\text{HCO}_3\downarrow, \text{pCO}_2\downarrow, \text{pH}\uparrow$

أ. أسبابه:

كل ما يؤدي إلى زيادة التهوية الرئوية يسبب القلاء التنفسي. قد يتطور القلاء التنفسي بشكل حاد أو مزمن حيث يأخذ فترة طويلة من الزمن ويعود لعدة أسباب:

- أسباب لها علاقة بالجملة العصبية: انتان، حادث وعائي دماغي، رض
- بعض الأدوية مثل الساليسيلات وهي تترافق مع تنبيه فرط التهوية بألية مركزية.
- أمراض البرانشيم الرئوي: وذمة الرئة، صمة رئوية، ذات رئة، تليف رئوي.
- نقص الأكسجة سواء الحاد حيث تزداد التهوية لزيادة التقاط الأوكسجين، أو المزمن كما في السكن في المرتفعات.
- أسباب أخرى: الحمل، الأمراض الكبدية، التعرض للحرارة المفرطة.
- ب. التدبير: يعالج القلاء التنفسي بمعالجة السبب.

7. تحليل ومقاربة غازات الدم Blood Gas analysis

أ. ما هو تحليل غازات الدم: تحليل غازات الدم الشرياني هو فحص مخبري يتم فيه أخذ عينة من الدم الشرياني (وهو المعتمد وليس الدم الوريدي) ووضعها في جهاز غازات الدم لنحصل على عدد من المتغيرات التي تدل على حالة التوازن الحمضي القلوي في الجسم إضافة لحالة الأكسجة.

وقد تم وضع تلك المتغيرات التي نحصل عليها من تحليل غازات الدم وقيمها الطبيعية في

الجدول (6-1)

الجدول (6-1) القيم الطبيعية للمتغيرات في تحليل غازات الدم

الوحدة	القيمة الطبيعية	المتغيرات في غازات الدم
-	7,45-7,35	pH
ميلي مول/ل	26-22	HCO ₃
مم زئبقي	45-35	pCO ₂
مم زئبقي (على الهواء الجوي)	100-80	pO ₂
- (على الهواء الجوي)	%96 ≤	O ₂ sat

وفي معظم أجهزة غازات الدم يمكن الحصول على قيم الشوارد الرئيسية التالية في الدم: Na⁺, K⁺, Cl⁻, Ca⁺⁺, ليتم حساب فجوة الصواعد ومعرفة الاضطرابات الشاردية المرافقة.

ب. استطببات إجراء غازات الدم:

- (1) تقييم حالة التوازن الحمضي القلوي (حماض أو قلاء ونوعه) ومعرفة السبب
- (2) معرفة قيم ضغط غاز الأوكسجين وثاني أوكسيد الكربون، مما يفيد في تقييم الأمراض الرئوية وتحديد حاجة المريض للأوكسجين أو التهوية الآلية ومراقبته.
- ت. طريقة جمع العينة وأخطاء القراءة:

لإجراء الاختبار يجب الحصول على دم شرياني. ولأجل ذلك تُستخرج عينة الدم الشرياني من أحد الشرايين السطحية والذي عادة ما يكون الشريان الكعبري، ويمكن من الشريان الفخذي عند تعذر أخذها من الشريان الكعبري.

قبل استخراج عينة الدم الشرياني، يتأكد عضو الطاقم الطبي من وجود الشريان بواسطة فحص النبض.

(1) يتم استخلاص عينة غازات الدم الشريانية كما يلي:

- تعقيم مكان استخراج العينة بمحلول الكحول،
- وإدخال إبرة صغيرة إلى الشريان وتكون مغسولة بالهيبارين لمنع تخثر عينة الدم،
- واستخراج الدم من الشريان إلى الحقنة،
- والضغط قليلاً على مكان سحب العينة (حوالي دقيقتين) لتجنب النزيف من مكان استخراج العينة.
- يجب المحافظة على العينة باردة وإجراءها مباشرة دون تأخر، وتعتمد دقة القراء على سرعة إجراء العينة. يمكن إحاطة العينة بالتلج عندما يستغرق إجراؤها وقتاً طويلاً

(2) من أخطاء القراءة الشائعة:

- ارتفاع قيمة ثاني أوكسيد الكربون الكاذب في العينة من 3-10 ملم ز/سا بسبب التأخر في إجرائها أو عندما تكون العينة غير محاطة بالتلج.
- نقص الأكسجة الكاذب والذي غالباً ما يحدث عندما نتأخر في تحليل العينة غير المبردة والحماية على أعداد ضخمة من الكريات البيضاء.
- الحماض الكاذب بسبب وجود كمية مفرطة من الهيبارين الحامضي في العينة.
- إن امتزاج فقاعات هوائية كبيرة مع الدم الشرياني يؤدي لارتفاع تركيز الأوكسجين وانخفاض ثاني أوكسيد الكربون.

ملاحظة: إن جهاز غازات الدم هو جهاز خاص يستخدم محاليل كيميائية تستخدم لمعايرة غازات الدم. لابد من إجراء صيانة دورية لهذا الجهاز وإجراء تقييم يومي لهذه المحاليل لضمان الحصول على نتائج صحيحة وعادة ما يستغرق إجراء تحليل غازات الدم مدة لا تتجاوز الخمس دقائق.

ث. مقارنة غازات الدم:

يتم ذلك بالخطوات التالية:

(1) ننظر إلى قيمة pH فإذا كانت الـ pH أقل من 7,35 فهو حماض، وإذا كانت أكثر من 7,45 فهو قلاء

(2) إذا كانت الـ pH أقل من 7,35 ننظر إلى pCO_2 ، HCO_3 : فإذا كان pCO_2 مرتفعاً فهو حماض تنفسي، أما إذا كان HCO_3 منخفضاً فهو حماض استقلابي.

(3) وإذا كانت الـ pH أكثر من 7,45 ننظر إلى pCO_2 ، HCO_3 : فإذا كان pCO_2 منخفضاً فهو قلاء تنفسي، أما إذا كان HCO_3 مرتفعاً فهو قلاء استقلابي.

ملاحظة: وجود قيمة طبيعية للـ pH لا يعني بالضرورة أنه لا يوجد اضطراب في التوازن الحمضي القلوي، بل قد يشير إلى وجود اضطرابات مركبة

(4) إذا كان هناك حماض استقلابي فيجب حساب فجوة الصواعد (HCO_3+Cl) - ($Na+K$) لمعرفة هل هو حماض استقلابي مرتفع الفجوة أو طبيعي الفجوة وبالتالي التوجه للسبب.

انظر الجدول (6-2) يلخص قيم متغيرات غازات الدم في اضطرابات التوازن الحمضي القلوي.

ملاحظة: يجب عدم معالجة غازات الدم فقط بل يجب دائماً الربط مع الحالة السريرية للمريض والتوجه لمعالجة السبب أيضاً

الجدول (6-2) اضطرابات التوازن القلوي بحسب غازات الدم

ملاحظات	pCo2	HCO3	pH	
تحسب فجوة الصواعد	↓	↓	↓	حماض استقلابي
تعتمد قيمة HCO_3 على كون الحماض التنفسي حاد أم مزمن	↑	ط أو ↑	↓	حماض تنفسي
	↑	↑	↑	قلاء استقلابي
تعتمد قيمة HCO_3 على كون القلاء التنفسي حاد أم مزمن	↓	ط أو ↓	↑	قلاء تنفسي

الخلاصة

- يتم انتاج يومي للحموضة في الجسم وبكميات كبيرة أغلبها بشكل ثاني أوكسيد كربون الناتج عن الاستقلاب.
- يعبر عن الحموضة بقياس درجة الـ pH وهي القيمة اللوغارتمية لشوارد الهيدروجين.
- يتم الضبط الدقيق لتركيز الهيدروجين في الوسط خارج الخلايا والدم ولهذا الضبط فوائد فيزيولوجية من أجل بيئة مثالية لعمل جميع خلايا الجسم وهو ما يسمى بالتوازن الحمضي القلوي.
- يتم الحفاظ على التوازن الحمضي القلوي بفضل الدوائى داخل وخارج الخلايا والكلية والرئة.
- الدوائى هي أحماض ضعيفة، وتعتبر البيكربونات أهم الدوائى خارج الخلايا وفي الدم.
- تقوم الرئة بالمعاوضة بشكل مباشر وسريع في مواجهة الحماض والقلاء الاستقلابي وذلك بالتحكم بعملية التهوية ومستويات ثاني أوكسيد الكربون في الدم.
- تقوم الكلية بالمعاوضة تجاه الحماض والقلاء التنفسي، وذلك من خلال امتصاص البيكربونات وطرح الهيدروجين، لكن معاوضتها بطيئة تحتاج عدة أيام لتكتمل.
- تصنف اضطرابات التوازن الحمضي القلوي إلى أربعة أنواع: الحماض الاستقلابي والحماض التنفسي، والقلاء الاستقلابي، والقلاء التنفسي.
- تعبر فجوة الصواعد عن الشوارد السلبية غير المقاسة في الدم، ويفيد حسابها في تصنيف الحماض الاستقلابي إلى نوعين نوع مرتفع الفجوة، ونوع آخر طبيعي الفجوة مما يساعد في معرفة سببه.
- يعتمد تدبير اضطرابات التوازن الحمضي القلوي على معرفة السبب وعلاجه بشكل أساسي.
- يمكن علاج بعض أشكال الحماض الاستقلابي بإعطاء بيكربونات الصوديوم تسريباً وريدياً.
- يفيد تحليل غازات الدم الشريانية في معرفة حالة التوازن الحمضي القلوي وحالة الأكسجة.
- يجب مراعاة شروط سحب وتحليل عينة غازات الدم وعدم التأخر بإجرائها تجنباً لأخطاء القياس.
- يتم تحديد الاضطراب في تحليل غازات الدم من خلال معرفة قيم pH , pCO_2 , HCO_3 .

مراجع

1. Arterial blood gases made easy, Iain A M Hennessey, Alan G Japp, 2nd edition, 2016
2. Oh's intensive care manual, 7th edition, 2014
3. المرجع في طب العناية المركزة، إعداد د. محمد عبد الرحمن العينية، دار القدس للعلوم، الطبعة الأولى، 2005

الفصل السابع

اضطرابات النظم القلبية

Cardiac Arrhythmia

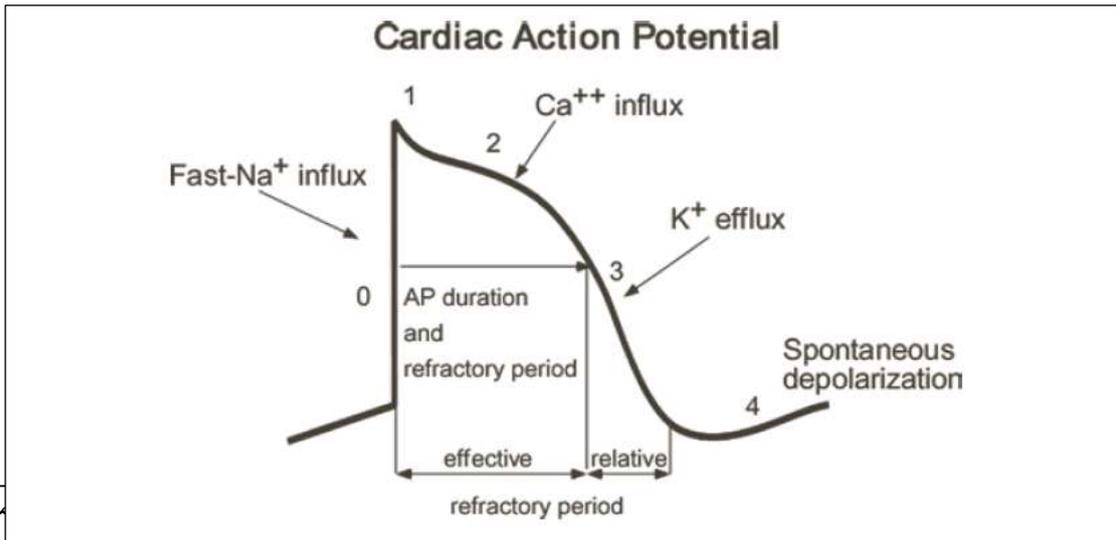
- ❖ الجهاز الناقل في القلب
- ❖ آليات وأسباب وأنواع اضطرابات النظم
- ❖ مقارنة المريض المصاب باضطراب في النظم
- ❖ صفات النظم الطبيعي
- ❖ أهم اضطرابات النظم التسارعية ومقاربتها
- ❖ أهم اضطرابات النظم التباطؤية ومقاربتها

اضطرابات النظم القلبية

1. الجهاز الناقل في القلب Cardiac conduction system

- أ. آلية كمون العمل **action potential** في خلايا القلب: إن وجود فرق في تراكيز الشوارد الرئيسية مثل الصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم والكلور على طرفي الغشاء الخلوي ما بين داخل وخارج الخلية (إضافة لوجود مضخات وقنوات شاردية في الغشاء) يلعب الدور الأساسي في توليد ما يسمى كمون العمل في الخلية. ويعرف كمون العمل على أنه تغير الفولتاج خلال الزمن حيث يحدث فيه نزع الاستقطاب وعودة الاستقطاب في الخلايا القلبية.
- ب. يتألف كمون العمل من 5 أطوار: الطور (0) يحدث فيه الدخول السريع لشوارد الصوديوم إلى داخل الخلية ونزع الاستقطاب، ثم الطور (1) يحدث فيه تثبيط لقنوات دخول الصوديوم وعودة استقطاب عابرة مع خروج شوارد البوتاسيوم، ثم الطور (2) يمثل بداية الهضبة ويحدث فيه دخول شوارد الكالسيوم البطيء مع استمرار الخروج البطيء للبوتاسيوم، ثم الطور (3) ويمثل عودة الاستقطاب السريع للخلية نتيجة تثبيط دخول شوارد الكالسيوم مع تباطؤ مع استمرار خروج البوتاسيوم البطيء، أخيراً الطور (4) ويمثل كمون الغشاء أثناء الراحة حيث يعود استقطاب الخلية ريثما يبدأ نزع الاستقطاب التالي. تكون الخلية في مرحلة عصيان مطلق خلال الأطوار (0) و(1) و(2) حيث لا تستجيب لأي منبه خلال هذه الأطوار، أما في الطور (3) فتنتهي فترة العصيان المطلق في الخلية ويمكن تنبيه الخلية خلاله بمنبه قوي (العصيان النسبي). انظر الشكل (7-1)

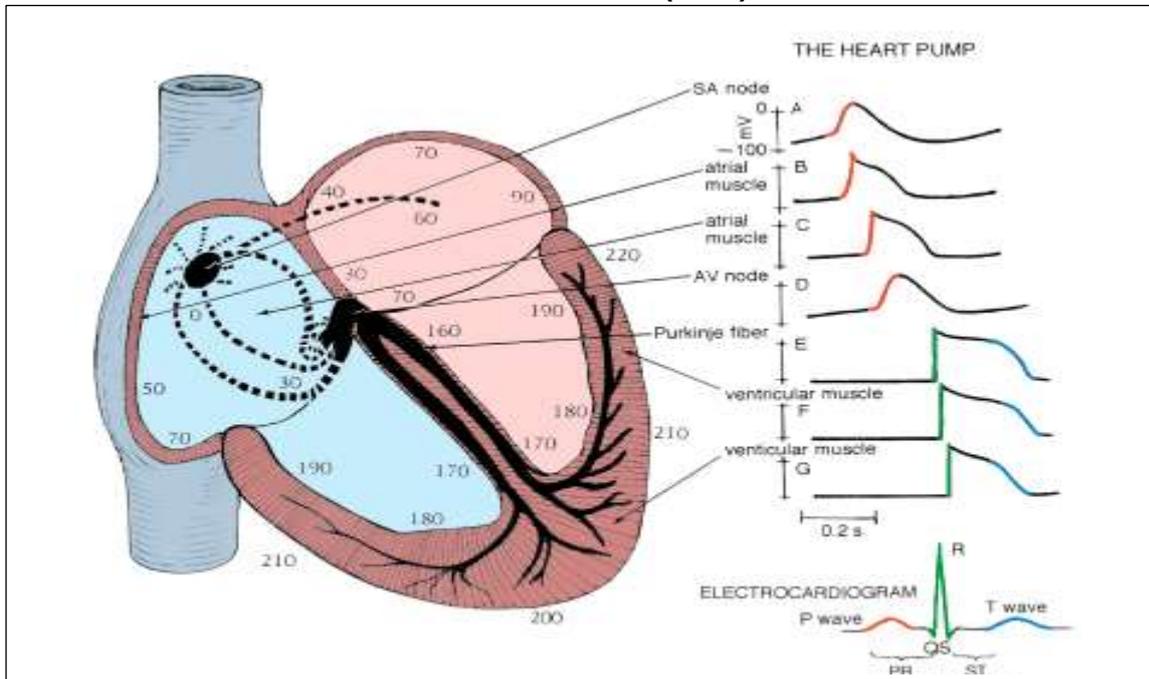
الشكل (7-1) مراحل كمون العمل في خلايا الجهاز الناقل للقلب



ت. **ذاتية العقدة الجيبية:** تتميز العقدة الجيبية (وبدرجة أقل بقية خلايا الجهاز الناقل في القلب) بوجود ما يسمى نزع الاستقطاب التلقائي خلال الطور(4) من كمون العمل، وهذا يحدث بسبب انخفاض نفوذية أغشية خلاياها لتتأثر خروج البوتاسيوم مع الدخول المنفعل للصدويوم إليها، يؤدي لحدوث كمون العمل التلقائي فيها. وتسمى هذه الخاصية **بالتلقائية أو الذاتية automaticity والتي تتفوق فيها العقدة الجيبية خاصة ولذلك تدعى ناظم خطى القلب.** ويمكن لبقية أجزاء الجهاز الناقل في القلب أن تبدأ من ذاتها أيضاً في حال توقف العقدة الجيبية عن العمل لسبب مرضي.

ث. **أقسام الجهاز الناقل في القلب:** تختلف خلايا الجهاز الناقل في القلب عموماً عن خلايا العضلة القلبية بأن لها خاصية الذاتية في كمون العمل. في الحالات الطبيعية تقوم العقدة الجيبية sinus node والتي تتوضع أعلى الأذنين الأيمن بدور ناظم خطى للقلب. حيث تبدأ منها السيالة الكهربائية لتنتقل منها إلى العقدة الأذينية البطينية atrioventricular node والتي تتوضع في قاعدة الحاجز بين البطينين ويحصل فيها تأخير بسيط في نقل السيالة الكهربائية. ثم تأتي حزمة هيس bundle of His، والتي تتفرع إلى غصنين: غصن أيسر، وغصن أيمن. ثم إلى ألياف بوركنجي داخل البطينات ويكون نقل السيالة سريعاً في حزمة هيس وتفرعاتها. الشكل (7-2)

الشكل (7-2) تفرعات الجهاز الناقل للقلب



ج. تأثير الجهاز العصبي الذاتي على الجهاز الناقل: تخضع كل من العقدة الجيبية والأذينية البطينية لتأثير الجهاز العصبي الذاتي (الودي ونظير الودي)، أما حزمة هيس وألياف بوركنجي فلا تتأثر عادة به. حيث يؤدي تنبيه العصب المبهم (نظير الودي) إلى تباطؤ في القلب (بسبب تباطؤ عمل العقدة الجيبية) وتأخر النقل في العقدة الأذينية البطينية، ويستخدم هذا التأثير علاجياً في علاج بعض اضطرابات النظم التسارعية وذلك بتمسيد الجيب السباتي مما يؤدي لتحريض العصب المبهم وإحداث تباطؤ في القلب المتسرع. بينما يؤدي التنبيه الودي إلى تسرع في القلب وتسرع النقل في العقدة الأذينية البطينية كما يحصل أثناء الرياضة أو الشدة.

ح. تروية الجهاز الناقل في القلب: تتروى العقدة الجيبية في 60% من الحالات من الشريان الاكليلي الأيمن، وفي 40% من الحالات من الشريان المنعكس الأيسر. تتلقى العقدة الأذينية البطينية التروية من الشريان الاكليلي الأيمن بنسبة 90% والباقي من الأمامي النازل الأيسر. وهذا يفسر حدوث اضطراب في نقل العقدة الأذينية البطينية عند حدوث احتشاء سفلي في العضلة القلبية (حيث يتروى من الاكليلي الأيمن). تتروى حزمة هيس من الشريان الأمامي النازل الأيسر ومن المنعكس.

خ. أدوية مضادات اضطرابات النظم تقسم هذه الأدوية بحسب آلية تأثيرها على كمون عمل غشاء الخلية إلى أربع مجموعات:

(1) المجموعة الأولى I: وهي حاصرات قنوات الصوديوم، وتؤثر على الطور (0) من كمون العمل منها كينيدين، بروكائيناميد، وليدوكائين.

(2) المجموعة الثانية II: وهي حاصرات بيتا beta-blockers وتؤثر على الطور الرابع من كمون العمل، منها بروبرانولول، وايسمولول، وميتوبرولول.

(3) المجموعة الثالثة III: التي تحصر قنوات البوتاسيوم وتؤثر على الطور الثالث من كمون العمل، أهمها أميودارون، وايبوتيليد ibutilide.

(4) المجموعة الرابعة IV: وتحصر قنوات الكالسيوم calcium channel blockers وبالتالي تؤثر على الطور الثاني من كمون العمل، منها فيراباميل، وديلتيازيم.

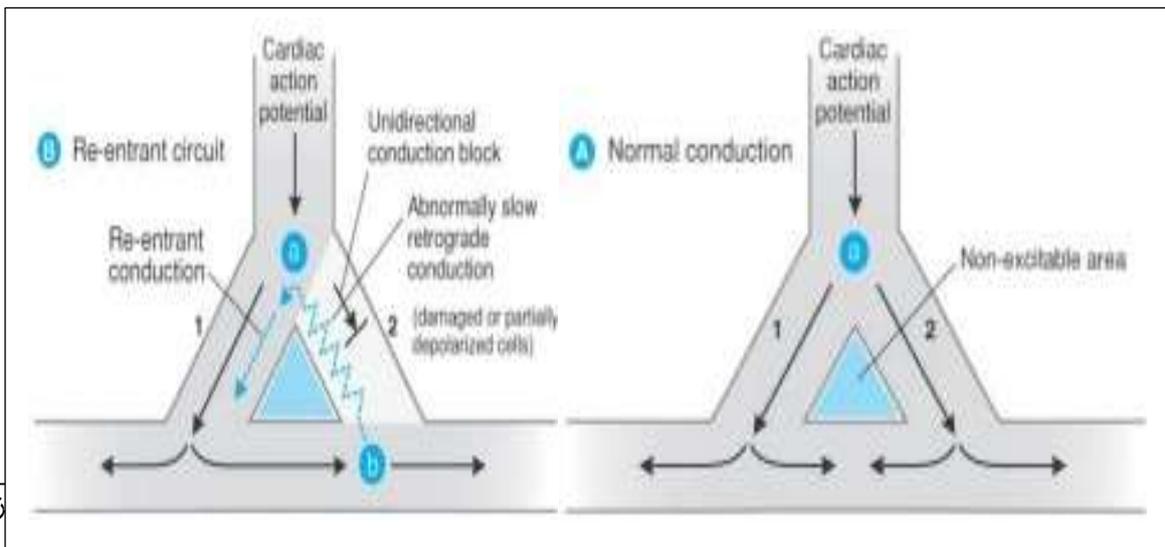
وبعض الأدوية هي مضادة لاضطرابات النظم لكن لا تدخل ضمن التصنيف السابق كمثال عنها دواء ديجوكسين digoxin.

2. آليات وأسباب وأنواع اضطرابات النظم

mechanisms types and causes of arrhythmias

- أ. آليات حدوث اضطرابات النظم: يحدث اضطراب النظم أو اللانظمية بإحدى آليتين إما بسبب اضطراب في بدء تشكل السيالة (الدفعة) العصبية أو باضطراب في نقل تلك السيالة.
- يحدث اضطراب تشكل السيالة العصبية إما بسبب اضطراب الذاتية (حيث الخلل في الطور 4) أو بوجود فعالية قاذحة (تنبيهية مستمرة، وتحدث خلال عودة الاستقطاب عادة). كمثال على اضطراب الذاتية التسرع الجيبي والتسرع الوصلي الاشتدادي، وبعض أشكال التسرع البطيني. وكمثال على اضطرابات النظم بوجود فعالية قاذحة التسرع بطيني بانقلاب الذرى أو Torsade de pointes ، واضطرابات النظم المسببة بالانسمام بالديجوكسين.
 - اضطرابات نقل السيالة يمكن ان تسبب تباطؤ أو تسرع في القلب. ومن أمثلة ذلك الحصار الأذيني البطيني بدرجاته الثلاثة، وحصار أحد غصني حزمة هيس.
 - وتحدث معظم الاضطرابات التسارعية بآلية عودة الدخول reentry mechanism والتي تتلخص بمايلي: في الحالة الطبيعية تنتقل السيالة العصبية بسرعة ثابتة في كل الخلايا القلبية وباتجاه واحد لوجود فترة عصيان في الخلايا أثناء انتقال السيالة. تحتاج آلية عودة الدخول إلى: (1) وجود منطقة بطيئة أو عديمة النقل للسيالة بالاتجاه الطبيعي لها وتحصر انتقال السيالة منها، (2) مع وجود طريق آخر طبيعي لنقل السيالة بالاتجاه الطبيعي، (3) وصول السيالة العصبية من الطريق الآخر (الطريق البديل) ويتم تنبيه تلك المنطقة المحاصرة للسيالة بشكل عكسي لتنتقل السيالة بشكل دائري ومستمر ويحدث ما يسمى بعودة الدخول. انظر الشكل (7-3)

الشكل (7-3) ظاهرة عودة الدخول: (فوق طبيعي، تحت آلية عودة الدخول)



ومن الأمثلة عن اضطرابات النظم التسارعية التي تحدث بآلية عودة الدخول: التسرع البطيني بسبب نقص التروية، والتسرع فوق البطيني الاشتدادي SVT، والرجفان الأذيني، والرجفان البطيني.

ب. أسباب اضطرابات النظم: تعود اضطرابات النظم إلى عدة أسباب أهمها

(1) الاقفار الاكليلي: حيث يؤدي الاقفار الاكليلي إلى نقص الأكسجة والحمض وكلاهما

يؤثر على كمن عمل الراحة للخلايا ويؤثر على الذاتية وانتقال السيالة أو الدفعة العصبية.

(2) الاضطرابات الاستقلابية والشاردية: الاستقلابية كالحماض ونقص الأكسجة وانخفاض

الحرارة وفرط نشاط الدرق، والشاردية أهمها نقص أو فرط البوتاسيوم، نقص الكالسيوم، ونقص المغنيزيوم.

(3) تنبيه الجهاز العصبي الذاتي: تم شرحه في السابق.

(4) الأدوية: كالأتروبين يؤدي لحدوث تسرع جيبى (بسبب تثبيط نظير الودي)، ومقبضات

الأوعية ومقويات القلب مثل الأدرينالين والنورأدرينالين، وأدوية مضادات اضطرابات النظم نفسها من تأثيراتها الجانبية أنها تعرض على حدوث اضطراب في النظم، ويختلف التأثير الناتج عنها بحسب آلية تأثيرها.

(5) عيوب وراثية: مثل تطاول مسافة QTC الخلقى

ت. أنواع اضطرابات النظم: تقسم اضطرابات النظم بحسب معدل القلب: إلى تسارعية (يحدث فيها

زيادة معدل القلب عن 100/د)، أو تباطؤية (فيها تباطؤ معدل القلب أقل من 60/د) وهو

التقسيم الأهم والأشيع. وبحسب مكانها: إلى بطينية أو فوق بطينية، أو اضطرابات العقدة

الجيبية، أو العقدة الأذينية البطينية... الخ. وبحسب عرض مركب QRS إلى ضيقة وعريضة

مركب QRS. وبحسب التظاهرات السريرية إلى مستقرة أو غير مستقرة، وعرضية أو غير

عرضية.

3. مقارنة المريض المصاب باللانظميات Approach of a patient with

arrhythmia

أ. الأعراض والعلامات والفحص: قد تكون اللانظميات لا عرضية تكشف على المونيتور فقط

(مثل خوارج الانقباض البطينية أو الأذينية)، وقد يشكو المريض من خفقان في اللانظميات

التسارعية في حال كان المريض واع، أو تحدث دوخة أو حتى إغماء.

أمام أي لانظميات على المونيتور يجب أن يحدد معدل القلب لتصنيف اللانظمية تسارعية أم تباطؤية. ويجب تقييم ما يلي:

- الضغط الشرياني للمريض، هل يوجد هبوط في الضغط
- ألم الصدر

- حالة الوعي: هل يوجد انخفاض أو غياب في الوعي المريض

كقاعدة عامة في حال وجود هبوط في الضغط الشرياني لدى المريض أو ألم في الصدر أو هبوط في الوعي، تعتبر اللانظمية غير مستقرة وحالة اسعافية يجب علاجها بسرعة.

ملاحظة: في حال المريض كان فاقداً للاستجابة تماماً مع غياب التنفس، يتم مباشرة الكشف عن وجود توقف في القلب وذلك بجس النبض السباتي فإذا كان غائباً فهذه حالة توقف قلب يتم طلب فريق الإنعاش والبدء بإجراء الإنعاش القلبي الرئوي حسب التوصيات العالمية المعتمدة.

ب. الاستقصاءات: يتم إجراء تخطيط قلب كهربائي ذي المساري 12 لتحديد نوع اضطراب النظم، تطلب شوارد الدم (K ,Na ,Ca ,Mg)، غازات الدم الشريانية، أنزيمات القلب مع مراجعة الأدوية التي يأخذها المريض لمعرفة سبب اضطراب النظم الحاصل.

ت. التدبير:

(1) التدبير العام لكل اللانظميات يبدأ بـ ABC أي تأمين الطريق الهوائي، وإعطاء الأكسجين

أو التهوية بالأمبو في حال عدم كفاية التنفس، وقياس الضغط الشرياني، وفتح وريد والبدء بتسريب السوائل الوريدية بسرعة في حال هبوط الضغط.

(2) يجب معرفة سبب اللانظميات لكي نعالجها ونمنع تكرارها. تفيد بعض المناورات والأدوية

في تشخيص وعلاج اللانظميات التسارعية: فمثلاً تمسيد الجيب السباتي carotid

massage maneuver، ومناورة فالسلفا Valsalva maneuver تنبهان العصب

المبهم (نظير الودي) وتثبطان كلاً من العقدة الجيبية والعقدة الأذينية البطينية وبالتالي تدل

على أن اللانظمية فوق بطينية ويمكن أن توقفها (مثل التسرع الجيبي، والتسرع فوق

البطيني الاشتدادي)، بينما لا تستجيب اللانظميات البطينية لمثل هذه المناورات. وتؤدي

المناورات الأخرى لتحرض المبهم نفس الغاية مثل حبس النفس، أو غمر المريض في الماء

البارد.

إن إعطاء دواء أدينوزين adenosine يشخص ويبطئ اللانظميات التسارعية فوق البطينية أيضاً.

(3) الصدمة الكهربائية المتزامنة وغير المتزامنة DC-shock :

يقصد بالصدمة غير المتزامنة **unsynchronized DC shock** بإعطاء الصدمة الكهربائية بشكل لا يتزامن مع مركب QRS عند المريض وهي تستطب حصراً في حالات توقف القلب بسبب الرجفان البطيني أو التسرع البطيني عديم النبض ومقدارها ما بين 120-200 جول في الأجهزة الحديثة (ثنائية الطور). أما لو طبقت في اللانظميات التي تترافق بوجود نبض فقد تؤدي لحدوث رجفان بطيني وتوقف القلب.

أما الصدمة المتزامنة **synchronized DC -shock** فيتم فيها ضبط الصدمة الكهربائية بحيث تنفرغ متزامنة مع ظهور المركب QRS وبالتالي توصف هذه الصدمة بالمتزامنة. تطبق هذه التقنية لأن الصدمة الكهربائية التي تنفرغ في مرحلة عود الاستقطاب (خلال ظهور الموجة T) قد تؤدي لحدوث رجفان بطيني. ويعمل تطبيق الصدمة المتزامنة على إيقاف النظم المتسارع الشاذ، ليسمح بعودة النظم الطبيعي للعمل ابتداء من العقدة الجيبية بدلاً من البؤرة الشاذة. ومقدار الصدمة المتزامنة يبدأ من 50 جول عادة.

كقاعدة عامة تستطب الصدمة الكهربائية المتزامنة في كل اللانظميات التسارعية غير المستقرة (التي تترافق مع هبوط في الضغط، أو انخفاض في مستوى الوعي، أو ألم في الصدر)

(4) الأدوية: يستخدم أدينوزين في التسرعات فوق البطينية (ذات مركب QRS الضيق) بجرعة 6-12 مغ وريدياً إعطاء سريع. يستطب أميودارون **amiodarone** بجرعة 150-300 مغ وريدياً في التسرعات فوق البطينية، وفي الرجفان البطيني المعند على الصدمات الكهربائية، أو في التسرع البطيني. أما ليدوكائين **lidocaine** فيعطى بجرعة 1-1,5 مغ/كغ في اللانظميات التسارعية البطينية كبديل عن أميودارون.

(5) **ناظم الخطى المؤقت Temporary pacemaker**: يعد تركيب ناظم الخطى المؤقت إجراءً منقذاً للحياة يستطب لتدبير اضطرابات النظم العرضية الشديدة المعندة على العلاج الدوائي. وله نوعان ناظم الخطى الجلدي وناظم الخطى الوريدي. من اللانظميات التسارعية التي قد يستخدم فيها ناظم الخطى هو التسرع فوق البطيني بألية عودة الدخول، حيث يستلم ناظم الخطى نظم القلب بدل البؤرة المسببة للانظمية. أما في اللانظميات التباطئية فيستخدم في ببطء القلب الجيبي، وفي الدرجة الثانية والثالثة من الحشرات الأذينية البطينية.

2. صفات نظم القلب الطبيعي: Normal sinus rhythm

يبدأ النظم الطبيعي للقلب من ناظم الخطى الطبيعي للقلب وهو العقدة الجيبية لتنتقل السيالة العصبية إلى العقدة الأذينية البطينية ثم إلى حزمة هيس وألياف بوركنجي في البطينين. ويتصف هذا النظم الطبيعي باتباع الخطوات الخمسة بمايلي (الشكل 4-7):

- معدل القلب: 60-100/د
 - المسافات ما بين مركبات QRS : متساوية
 - موجة P موجودة/شكلها: نعم/طبيعية
 - عرض مركب QRS : ≥ 0.1 ثانية
 - تشابه مركبات QRS : نعم
- الشكل (7-4) نظم القلب الطبيعي



3. اضطرابات النظم التسارعية Tachyarrhythmia:

تتميز اللانظميات التسارعية بأن معدل القلب فيها فوق 100/د، وقد تكون فوق بطينية (أذينية، أو وصلية) أو بطينية:

أ. التسرع الجيبي Sinus tachycardia: التسرع الجيبي هو عبارة عن زيادة معدل القلب عن 100/د دون وجود أي شذوذ آخر في مواصفات النظم (انظر الشكل 5-7). وتعتمد السرعة القصوى للتسرع الجيبي على العمر وفق العلاقة التالية: **المعدل الأقصى للقلب = 220 - العمر**. لذلك ينقص بتقدم العمر. **يعتبر التسرع الجيبي أكثر اضطرابات النظم التسارعية شيوعاً.**

- (1) الآلية المرضية: تثبيط المبهم والسماح لسيطرة الجهاز الودي على العقدة الجيبية
 - (2) من أسبابه: الخوف والقلق، الألم، نقص الحجم، الحمى، فقر الدم.
 - (3) التدبير: يكون عادة لاعرضي. يعالج بمعرفة السبب وعلاجه، من المفيد إجراء مناورات تحريض المبهم للحد من سرعته، ولايستطب إعطاء حاصرات بيتا.
- الشكل (7-5) التسرع الجيبي



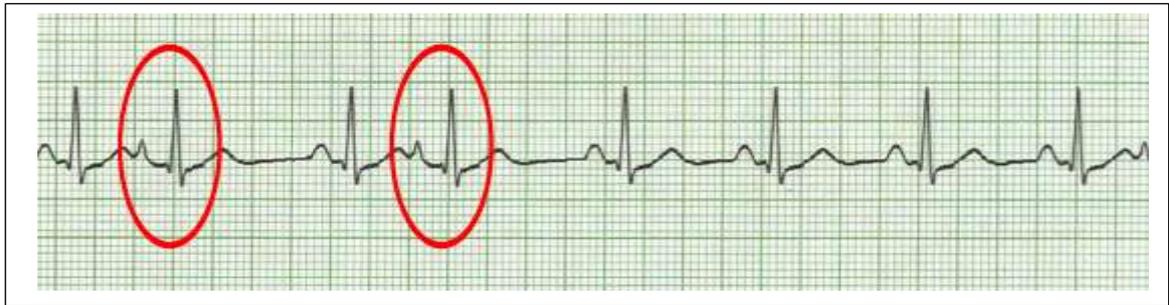
- نود التنبيه لوجود ما يدعى **اللانظمية الجيبية sinus arrhythmia** وهي عبارة عن اضطراب في مسافات QRS دون تسرع في القلب وتكون مركبات QRS طبيعية الشكل مع وجود موجة p طبيعية. وعادة تزيد اللانظمية الجيبية خلال الشهيق وتنقص خلال الزفير. تكون لا عرضية عادة وتحدث بسبب مرض قلبي أو الشدة وتناول الكافئين وبعض الأدوية الأخرى.
- لا تحتاج لمعالجة إلا إذا كانت عرضية وتعالج بمعالجة السبب. انظر الشكل (7-6)

الشكل (7-6) اللانظمية الجيبية



- أما **خوارج الانقباض الأذينية (PACs) premature atrial contractions** وهي عبارة عن ضربات شاذة تنشأ من الأذين من مكان غير العقدة الجيبية ولذلك تكون موجة p مشوهة غير أنها موجودة قبل كل مركب QRS ومعدل القلب يتغير حسب عدد هذه الخوارج، ويكون شكل QRS طبيعياً انظر الشكل (7-7).
- تكون عادة طبيعية وتحدث عند الأصحاء، وقد تحدث بسبب الشدة أو نقص الأكسجة، أو ارتفاع التوتر الشرياني.
- عادة سليمة لا تحتاج إلى معالجة لكن يجب تمييزها عن خوارج الانقباض البطينية التي تغيب فيها موجة p ويكون مركب QRS عريضاً ومشوهاً.

الشكل (7-7) خوارج الانقباض الأذينية



ب. **الرفرفة الأذينية atrial flutter**: تتميز الرفرفة الأذينية بوجود لا نظامية تسارعية ناشئة عن بؤرة في الأذنين تعمل بألية عودة الدخول. وتكون سرعة الأذنين ما بين 250-350/د، ونسبة سرعة الأذنين على البطينين 2 : 1 أو أكثر ويعطي شكلاً منتظماً، والشكل النموذجي للرفرفة الأذينية يعرف بما يسمى بأسنان المنشار **sawtooth appearance**

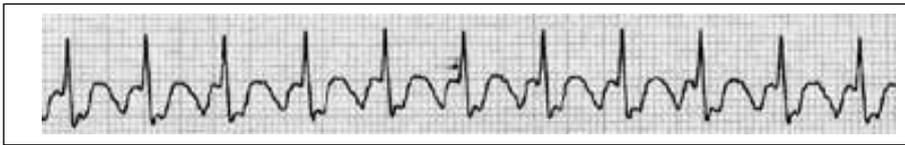
(1) مواصفات النظم بالخطوات الخمسة كمايلي (انظر الشكل 7-8):

- **معدل القلب: 250-350/د للأذنين، وأقل للبطينين نسبة 2 : 1**
- **المسافات ما بين مركبات QRS : متساوية**
- **موجة P موجودة/شكلها: غير موجودة، وتوجد موجات أسنان المنشار (موجات f)**
- **عرض مركب QRS : طبيعي**
- **تشابه مركبات QRS : نعم**

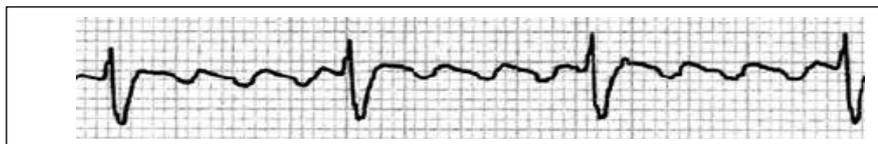
(2) **تتظاهر بالخفقان، والزلزلة التنفسية، او الإغماء. من أسبابها: أمراض الصمامات القلبية(التاجي)، والمتلازمة الإكليلية الحادة، واعتلال العضلة القلبية.**

(3) **التدبير: تعتبر الصدمة الكهربائية المتزامنة هي المعالجة النوعية للرفرفة الأذينية وتستجيب عادة لشدات قليلة من الصدمة (25- 50 جول)، وقد تحتاج لاستخدام ناظم الخطى لاستلام النظم بدلاً من البؤرة الشاذة. تعتبر الرفرفة الأذينية معدة على المعالجة الدوائية لذلك فهي قليلة الفائدة (مثل حاصرات بيتا، أو حاصرات الكالسيوم). كما ينبغي إعطاء مضادات التخثر في حال مضى على الرفرفة أكثر من 48 ساعة (مثل هيبارين تسريب وريدي أو اينوكسابارين تحت الجلد) للوقاية من تشكل الخثرات في الأذنين الأيسر وانطلاق الصمات للدماغ أو بقية أعضاء الجسم. قد تتحول الرفرفة الأذينية إلى رجفان أذيني في أي وقت عندها تعالج كما يعالج الرجفان الأذيني.**

الشكل (7-8) أ/ رفرفة أذينية تتميز بوجود أسنان المنشار مع معدل أذنين إلى بطينين 2 : 1



الشكل (7-8) ب/ رفرفة أذينية تتميز بوجود أسنان المنشار مع معدل أذنين إلى بطينين 4 : 1



ت. الرجفان الأذيني (AF) atrial fibrillation: يعتبر الرجفان الأذيني اللاانظمية الأكثر شيوعاً والتي تحتاج إلى قبول في المشفى أو للمعالجة. يتميز الرجفان الأذيني بغياب موجة p مع عدم انتظام مسافات مركبات QRS ولذلك يدعى الرجفان الأذيني بالانظمية غير المنتظمة *irregular irregularity*. تتراوح سرعة الاذنين ما بين 350-400 /د وقد تفوق ذلك لكن معظم تلك النبضات لاتصل إلى البطينين ولذلك يكون معدل البطينين أقل بكثير. آليتها وأعراضها تشبه الرفرفة الأذينية.

(1) مواصفات النظم بالخطوات الخمسة كمايلي (انظر الشكل 7-9):

- معدل القلب: 350-600 للأذنين، وأقل للبطينين 100-180/د-
- المسافات ما بين مركبات QRS: غير منتظمة ومتبدلة (لا نظامية غير منتظمة)
- موجة P موجودة/شكلها: غير موجودة
- عرض مركب QRS: طبيعي
- تشابه مركبات QRS: نعم

(2) الأسباب: أهمها قصور القلب الاحتقاني، والاقفار الاكليلي، داء القلب الصمامي (التاجي)، وارتفاع التوتر الشرياني، والمرضى الحرجين، وبعد جراحة القلب، والانسمام الدرقي، والانسمام الكحولي.

(3) التدبير: يعتمد تدبير الرجفان الأذيني على كونه مستقراً أو غير مستقر، وكونه حاد أو مزمن.

وخطوط المعالجة ثلاثة: قلب النظم كهربائياً أو دوائياً، وضبط معدل القلب، ومضادات التخثر.

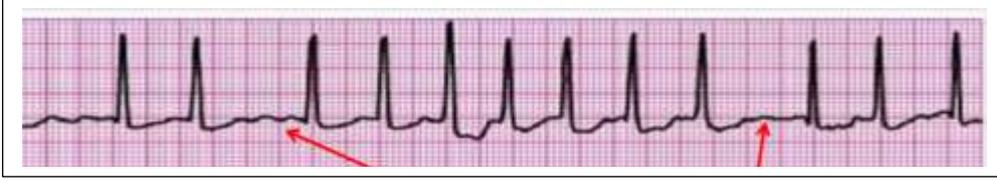
▪ ففي الرجفان الأذيني غير المستقر (أي يترافق مع هبوط في الضغط، أو ألم صدري أو غياب في الوعي) يتم علاجه بشكل إسعافي بالصدمة الكهربائية المتزامنة تتبع بالمعالجة الدوائية بدواء أميودارون.

▪ وفي الرجفان المستقر الحديث يتم إعطاء المعالجة الدوائية فقط إما لقلب النظم إلى جيبي مثل أميودارون أو ايبوتيليد *ibutilide*، أو للتحكم بمعدل القلب (البطينات) مثل حاصرات بيتا (ميتوبرولول، أو ايسمولول)، أو حاصرات الكالسيوم (فيراباميل)، أو أميودارون، أو ديجوكسين في حال وجود قصور قلب مرافق.

▪ أما الرجفان الأذيني المزمن (أكثر من 48 ساعة) فعالباً ما يتم ضبط معدل القلب فقط، إضافة لإعطاء مضادات التخثر (هيبارين أو اينوكسابارين). لا يتم قلب النظم إلى جيبي في هذه الحالات لاحتمال وجود خثرات في الأذنين الأيسر (إلا بعد التأكد من عدم وجود خثرات

بواسطة الايكو القلبي). فقلب النظم إلى جيبي قد يسبب تحرك الصمات من الخثرات وانتشارها إلى الدماغ أو الأعضاء الأخرى وتسببها بحوادث إقفارية حادة.

الشكل (7-9) الرجفان الأذيني



ث. التسرع فوق البطيني (SVT) **supraventricular tachycardia**: وله عدة أشكال ويعتبر التسرع فوق البطيني الناشئ من العقدة الأذينية البطينية بآلية عودة الدخول AV nodal reentry tachycardia (AVNRT) هو الشكل الأكثر شيوعاً. وينتج عن آلية عودة الدخول في العقدة الأذينية البطينية، وتكون سرعته ما بين 150-250/د. وأهم عرض هو الخفقان.

(1) ويتصف النظم في AVNRT بالخطوات الخمسة بمايلي انظر الشكل(7-10):

- معدل القلب: 150-250 للأذنين والبطينين
- مسافات ما بين QRS: منتظمة
- موجة P: غير موجودة
- عرض مركب QRS: طبيعي
- تشابه مركبات QRS: نعم

تتميز التسرعات فوق البطينية بمركبات QRS ضيقة (طبيعية) بعكس التسرعات البطينية التي تكون فيها مركبات QRS عريضة.

(2) الأسباب: يحدث عادة بدون وجود مرض قلبي وبشكل اشتدادي، من الأسباب نقص الأكسجة، والشدة.

(3) التدبير: في حال ترافق بعدم استقرار هيموديناميكي (هبوط في الضغط) يعالج بالصدمة الكهربائية المتزامنة (100 جول). أما في حال كان مستقراً فيمكن تطبيق تمسيد الجيب السباتي (تنبيه المبهم)، وفي حال فشله فإن الدواء النوعي هو أدنوزين يعطى 6-12 مغ وريدياً.

الشكل(10-7)



ج. التسرع البطيني (VT) ventricular tachycardia:

تتميز اضطرابات النظم البطينية عموماً بغياب موجة p لأن منشأ الدفعة العصبية تكون من البطينات وبالتالي لا تحصل إزالة استقطاب الأذينات، كما تكون مركبات QRS عريضة أو مشوهة لأن السيالة العصبية لا تمر بالطريق الطبيعي.

(1) تحدث خوارج الانقباض البطينية premature ventricular

contractions(PVCs) من بؤرة شاذة من مكان ما في البطين، تغيب فيها موجة p

ويكون QRS عريضاً، (الشكل 7-11).

الشكل(7-11) خوارج الانقباض البطينية



إذا كان عدد الخوارج 3 متتابة أو أكثر فتسمى بالتسرع البطيني غير المطول non-

sustained VT. في حال كانت الخوارج مختلفة في شكلها فهي خوارج متعددة البؤر

تصدر من أكثر من مكان من البطين، وتكون أخطر. من أعراض PVCs الخفقان أو

الدوخة أو هبوط الضغط (بسبب نقص النتاج القلبي)، وبجس النبض تكون الضربة الخارجة

ضعيفة، والضربة التالية للخارجة البطينية أقوى لزيادة الامتلاء البطيني وزيادة النتاج القلبي

بعد الخارجة. ومن أسبابها الشدة، والتمارين، أو تنتج عن إقفار قلبي، أو نقص الأكسجة، أو

اضطراب شاردي أو بالانسمام بالديجوكسين. قد تتطور إلى تسرع بطيني أو رجفان بطيني

في مرضى الإقفار القلبي. لا تحتاج لعلاج إذا كانت لا عرضية ويتم معالجة السبب. تعالج

في حال مرضى الإقفار القلبي الحاد بإعطاء حاصرات بيتا في المرضى المستقرين

هيموديناميكياً، أما المرضى غير المستقرين فيعتبر ليدوكائين (1-1,5 مغ/كغ وريدياً) هو

الدواء المختار ثم أميودارون.

(1) أنواع التسرع البطيني وهو عبارة عن وجود مركبات بطينية عريضة QRS شاذة لأنها تخرج

من بؤرة بطينية شاذة (مثل خوارج الانقباض البطينية)، وللتسرع البطيني نوعان:

▪ التسرع البطيني غير المطول non-sustained VT عندما تتواجد 3 خوارج

بطينية متتابة أو أكثر ولكن لا تستمر أكثر من 30 ثانية مع معدل قلبي أكثر من

100/د. وقد يكون لا عرضياً. ويعالج مثل خوارج الانقباض البطينية.

▪ والتسرع البطيني المطول sustained VT عندما يستمر وجوده أكثر من 30 ثانية

(2) يتصف النظم في التسرع البطيني بالخطوات الخمسة بمايلي (انظر الشكل 7-12/أ):

● معدل القلب: 100-250/د

● مسافات ما بين QRS: منتظمة

● موجة P: غير موجودة

● عرض مركب QRS: عريض

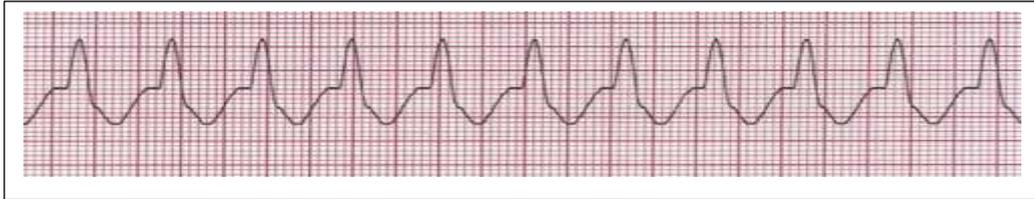
● تشابه مركبات QRS: نعم لكنها شاذة

(3) الآلية: ويحدث التسرع البطيني بآلية عودة الدخول، وهذا ينطبق على التسرع بطيني وحيد

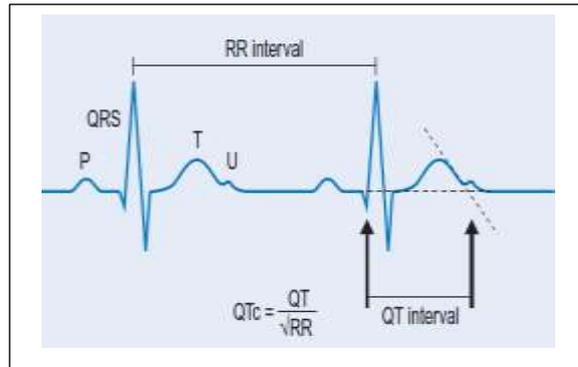
الشكل (من بؤرة واحدة) وهو الأكثر شيوعاً.

وهناك تسرع بطيني عديد الشكل (من عدة بؤر)، وينتج عادة عن تطاول مسافة QTc (أكثر من 0,44 ثانية) انظر الشكل (7-11/ب) مما يؤدي لعودة الاستقطاب الباكر وعمل الفعالية القادحة، ويدعى أيضاً بالتسرع البطيني بانقلاب الذرى أو **Torsade de pointes** وينتج بشكل أساسي عن نقص المغنزيوم أو أدوية مضادات اضطراب النظم نفسها (خاصة المجموعة الأولى ماعدا ليدوكائين: مثل كينيدين، والثالثة مثل أميودارون)، انظر الشكل 7-12/ج. ويسمى بانقلاب الذرى بسبب انفصال مركب QRS حول خط سواء ال-ECG.

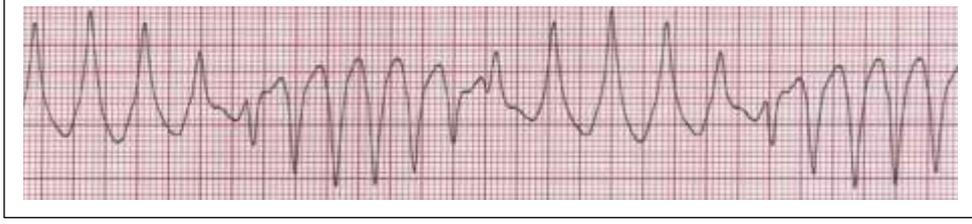
الشكل (7-12/أ) التسرع البطيني وحيد الشكل



الشكل (7-12/ب) مسافة QTc



الشكل(12-7/ج) التسرع البطيني عديد الشكل (انقلاب الذرى torsade de pointes)



(4) الأسباب: ينتج التسرع البطيني دائماً تقريباً عن إصابة في العضلة القلبية وخاصة الإقفار القلبي الحاد (المتلازمة الاكليلية الحادة)، أو قصور القلب. وقد ينتج عن الانسمامات الدوائية أو الاضطرابات الشاردية (فرط أو نقص البوتاسيوم).

وقد يتحول التسرع البطيني إلى توقف قلب أو رجفان بطيني. أما التسرع البطيني عديد الشكل (انقلاب الذرى) فينتج بشكل أساسي عن تطاول QTc كما ذكر أعلاه.

(5) الأعراض: ألم صدري، خفقان، إغماء، أو هبوط في الضغط. قد يترافق التسرع البطيني مع توقف قلب pulseless VT وعندها تطبق عليه إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي حسب التوصيات العالمية.

(6) التدبير: في المرضى غير المستقرين هيموديناميكياً يستطب اسعافياً إجراء الصدمة الكهربائية المتزامنة تبدأ من 120 جول وحتى 200 جول. أما المرضى المستقرين فتعطى مضادات اضطراب النظم خاصة أميودارون، ثم بروكائيناميد procainamide أو ليدوكائين. يعالج التسرع البطيني عديد الشكل (انقلاب الذرى) بالصدمة غير المتزامنة مع إعطاء المغنزيوم وريدياً (2غ خلال 10 دقائق)، وإيقاف المسبب.

ح. الرجفان البطيني (Ventricular Fibrillation (VF): يتصف الرجفان البطيني بوجود نظم بطيني مشوش وسريع جداً أكثر من 300/د. لايسير النظم في الطريق الطبيعي أبداً، وينتج عن بؤر عديدة في البطين تعمل بألية عودة الدخول. لا يوجد انقباض أذيني أو بطيني (توقف قلب). انظر الشكل(7-13)

الشكل(13-7) الرجفان البطيني



- (1) الأسباب والأعراض: احتشاء العضلة القلبية، والاضطرابات الشاردية، وانخفاض حرارة الجسم، تسرع بطيني غير معالج، والرض القلبي. ويتصف سريراً بتوقف قلب وتنفس
- (2) التدبير: هو حالة توقف قلب وتنفس، ولذلك تدبيره حسب التوصيات العالمية للإنعاش القلبي الرئوي. تستطب الصدمة غير المتزامنة مباشرة ما بين 120-200 جول.

خ. مخططات مقارنة اللانظميات التسارعية

(1) بعد إجراء ABC (تأمين الطريق الهوائي وإعطاء أكسجين، وفتح وريد مع البدء بالسوائل، ووصل جهاز المونيتور للمريض)، ويتم طلب إجراء تخطيط قلب بـ 12 مسرى.

(2) تعتمد مقارنة اللانظميات التسارعية على سؤالين اثنين (انظر الشكل 7-14):

- هل المريض مستقر أو غير مستقر،
- إذا كان غير مستقر (هبوط ضغط، ألم صدري، انخفاض في الوعي) تستطب وبشكل اسعافي الصدمة الكهربائية المتزامنة.
- أما المريض المستقر فتستطب المعالجة الدوائية.
- هل مركب QRS ضيق (طبيعي)، أم عريض (غير طبيعي).

(3) أما مقدار الصدمة المتزامنة ثنائية الطور حسب توصيات جمعية القلب الأمريكية المحدثة عام 2015 فهي كالآتي:

- مركب QRS ضيق ومنتظم يعطى 50-100 جول (غالباً رفرقة أذينية)
- مركب QRS ضيق وغير منتظم يعطى 120-200 جول (غالباً رجفان أذيني)
- مركب QRS عريض ومنتظم يعطى 100 جول (تسرع بطيني)
- مركب QRS عريض غير منتظم فيعطى صدمة غير متزامنة (رجفان بطيني، تسرع متعدد البؤر أو انقلاب الذرى)

(4) الأدوية أهمها أدينوزين يعطى وريدياً بجرعة 6مغ، ويمكن أن يكرر بجرعة 12 مغ. وأمبودارون وريدياً يعطى بجرعة 150مغ خلال 10 دقائق ويكرر حسب الحاجة، ثم يسرب على 24 ساعة.

AHA ACLS Adult Tachycardia Algorithm

(With A Pulse)

Tachyarrhythmia typically seen when the heart rate is ≥ 150 /min
Is the tachyarrhythmia causing the symptoms?

The priority should be to identify and treat the underlying cause

- Maintain patent airway; assist breathing if necessary
- Apply oxygen (if hypoxemic); monitor pulse oximetry
- Apply cardiac monitor; monitor blood pressure

Synchronized Cardioversion Doses

Initial recommended doses:

- Narrow regular: 50-100 J
- Narrow irregular: 120-200 biphasic or 200 J Monophasic
- Wide regular: 100J
- Wide irregular: defibrillation dose (not synchronized)

Adenosine IV Dose:

First dose 6mg rapid IV push and NS flush
Second dose: 12 mg if needed

Is the Tachyarrhythmia causing:

- Hypotension?
- Altered mental status?
- Signs of shock?
- Ischemic chest discomfort?
- Acute heart failure?

Yes

Synchronized Cardioversion

- Consider sedation
- May use **adenosine** for regular narrow complex tachyarrhythmia

No

Is the QRS Wide ≥ 0.12 second

Yes

- Start IV and 12 lead ECG if possible
- May use **adenosine** only if regular and monomorphic
- Consider **antiarrhythmic** infusion
- Consider expert consultation

No

- Start IV and obtain 12-lead ECG if possible
- Vagal Maneuvers
- Adenosine (if rate is regular)
- β -Blocker or calcium channel blocker
- Consider expert consultation

Antiarrhythmics that may be considered

Amiodarone
Procainamide
Sotalol

4. اضطرابات النظم التباطئية **Bradyarrhythmia** :

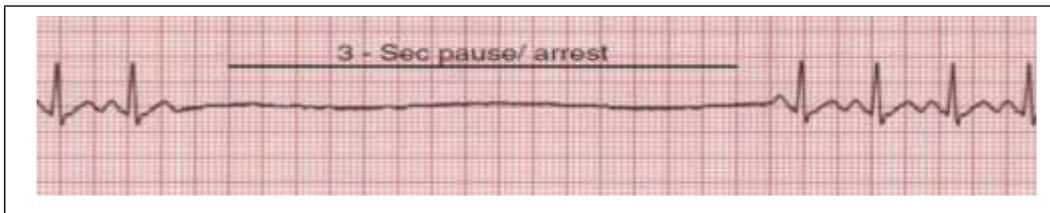
تعرف بوجود بطء في القلب أي انخفاض في معدل القلب إلى أقل من 60 ضربة/د.
أ. **بطء القلب الجيبي sinus bradycardia**: يكون الاضطراب الوحيد هو بطء في معدل القلب مع وجود موجة p وشكل طبيعي لمركب QRS انظر الشكل(15-7). ويحدث بسبب زيادة تفعيل نظير الودي، ويكون خلال النوم وعند الرياضيين طبيعياً.
(1) الأسباب: الأدوية كمثبطات الجهاز الودي (حاصرات الكالسيوم، وحاصرات بيتا، أميودارون)، أو منبهات نظير الودي (نيوستغمين)، احتشاء سفلي في العضلة القلبية، نقص في الأكسجة، هبوط الحرارة، والانتانات الجهازية، ونقص نشاط الدرق.
(2) التدبير: يتم معالجة السبب فقط في حال كان لاعرضياً، أما في بطء القلب العرضي (يترافق مع هبوط في الضغط، أو ألم صدري، أو هبوط في الوعي وإغماء) فيعالج بالأدوية: أتروبين أو دوبامين، أو ناظم الخطي المؤقت في حال عدم الاستجابة للأدوية.

الشكل(7- 15) بطء القلب الجيبي

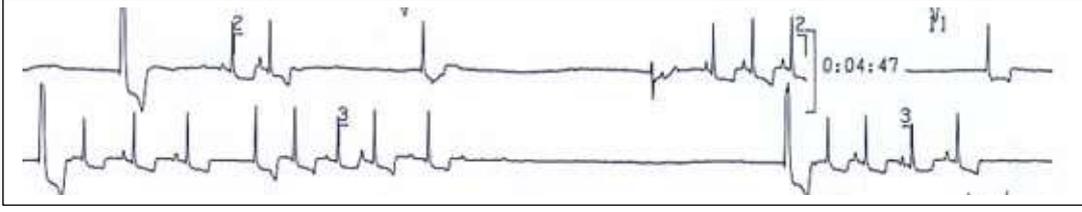


ب. **عسر وظيفة العقدة الجيبية sinus node dysfunction** أو ما يسمى متلازمة العقدة الجيبية المريضة sick sinus syndrome: حيث تتميز بوجود بطء جيبي مستمر وغير مفسر، مع توقف جيبي أحياناً أي توقف العقدة الجيبية عن العمل بشكل كامل sinus arrest لعدة ثوان (انظر الشكل 7-16/أ)، وقد يحدث تناوب من تسرع وبطء جيبي بنفس الوقت tachy-brady syndrome (انظر الشكل 7-16/ب). وغالباً ما تحدث عند المسنين نتيجة التنكس في العقدة الجيبية بسبب تقدم السن. قد تكون لا عرضية، أو قد يحدث إغماء إذا طالت فترة التوقف أو البطء وتدبيرها مشابه لتدبير بطء القلب الجيبي.

الشكل(7- 16/أ) التوقف الجيبي



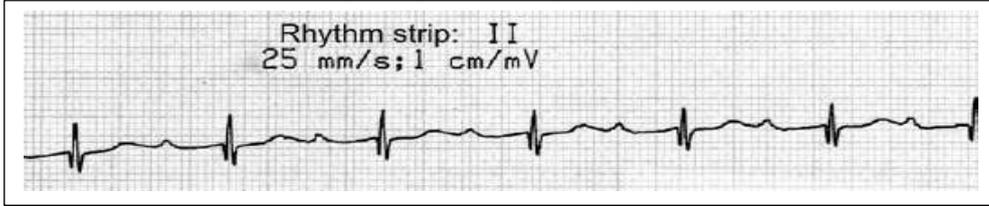
الشكل (7-16/ب) تناوب التسرع والبطء في متلازمة العقدة الجيبية المريضة



ت. الحصار الأذيني البطيني (AV block) **atrioventricular block** : ينتج الحصار الأذيني البطيني عن بطء انتقال الدفعة أو السيادة العصبية في منطقة الوصل الأذيني البطيني. وبحسب سرعة هذا الانتقال يقسم الحصار الأذيني البطيني إلى 3 درجات:

(1) **الحصار الأذيني البطيني من الدرجة الأولى first-degree AV block**: يحدث فيه فقط بطء في انتقال الدفعة العصبية عبر الوصل الأذيني البطيني مما يؤدي إلى تطاول مسافة P-R فقط (أكثر من 5مربعات صغيرة أي $0,2 <$ ثانية)، انظر الشكل (7-17). ينتج هذا الحصار بشكل شائع عن تنبيه المبهم (نظير الودي)، أو بعض الأدوية مثل ديجوكسين، وأحياناً يترافق مع احتشاء العضلة القلبية السفلي. عادة لايسبب أعراضاً ولايحتاج لأي معالجة.

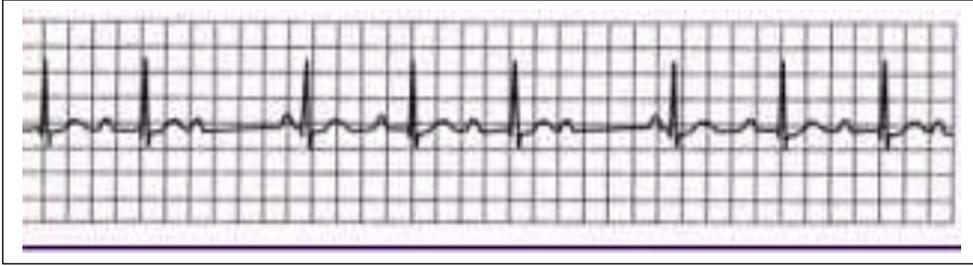
الشكل (7-17) حصار أذيني بطيني من الدرجة الأولى



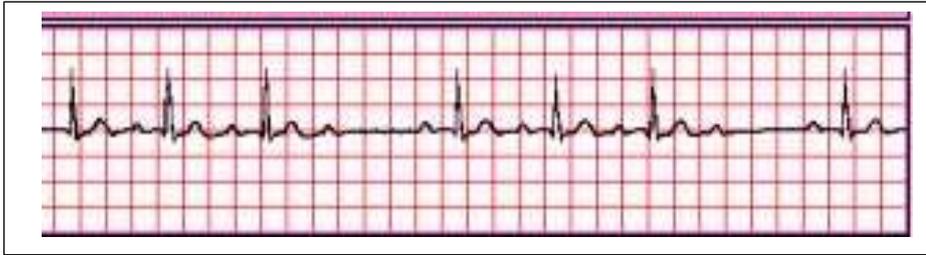
(2) **الحصار الأذيني البطيني من الدرجة الثانية second-degree AV block**: وله شكلان الأول اسمه Mobitz I يحصل فيه تطاول تدريجي في مسافة P-R إلى أن تختفي الاستجابة البطينية تماماً ولايظهر مركب QRS لتعود بعدها مسافة P-R بالتطاول التدريجي وهكذا، وهي تدعى **ظاهرة وينكباخ Wenckbach phenomenon** انظر الشكل (7-18). والسبب قد يكون تنبيه المبهم أو مرضي وغالباً ولايحتاج لمعالجة.

والشكل الثاني اسمه **Mobitz II** وينتج عن انتقال متقطع للدفعة العصبية عبر الوصل الأذيني البطيني، وتكون فيه مسافة P-R طبيعية ويحصل انتقال من الأذينات إلى البطينات كل 2 إلى 4مرات، فيسمى حصار أذيني بطيني درجة ثانية بنسبة 2 : 1 أو 4 : 1، انظر الشكل (7-19) يكون الحصار هنا دائماً مرضياً، وقد يتطور إلى حصار قلب تام. يحتاج غالباً لوضع ناظم خطى مؤقت أو دائم.

الشكل (7-18) حصار أذيني بطيني درجة ثانية من نمط وينكباخ



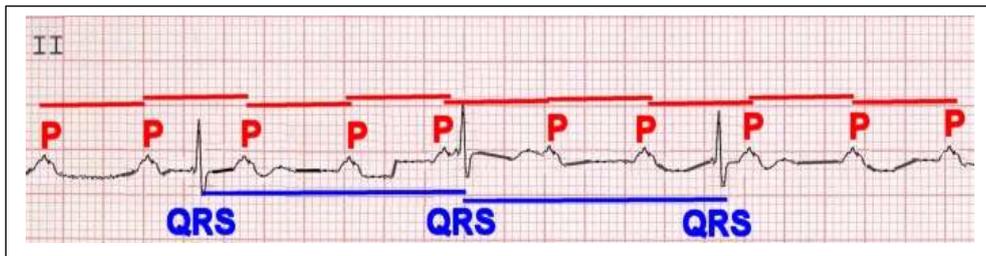
الشكل (7-19) حصار أذيني بطيني درجة ثانية من نمط Mobitz II بنسبة 2 : 1



(3) الحصار الأذيني البطيني من الدرجة الثالثة **third-degree AV block**: ويدعى

بحصار القلب التام **complete heart block** حيث لا يحصل فيه أي انتقال للدفعة العصبية ضمن الوصل الأذيني البطيني، فينفصل عمل الأذينات عن البطينات، وتعمل الأذينات بمعدل ثابت، وتعمل البطينات بمعدل ثابت بشكل مستقل تماماً عن الأذينات، ويكون مركب QRS ضيقاً أو عريضاً بحسب البؤرة النازمة للبطينات، انظر الشكل (7-20). ينتج حصار القلب التام في معظم الحالات عن حدوث تليف مجهول السبب في الجهاز الناقل للقلب، أو بسبب احتشاء في العضلة القلبية، أو بعد جراحة القلب. يعالج بوضع ناظم خطى مؤقت أو دائم في القلب.

الشكل (7-20) حصار القلب التام



ث. مقارنة اللانظميات التباطئية: نظراً لأن نقص الأكسجة يعتبر سبباً شائعاً لتباطؤ القلب فيجب التركيز على كشف وجود نقص الأكسجة من خلال تقييم الطريق الهوائي A والتنفس B (وجود تنفس بطني تناقضي أو جهد تنفسي)، مع فحص إشباع الأكسجين النبضي فإذا كان منخفضاً يتم إعطاء أكسجين للمريض. كما يتم وصل المونيتور وقياس الضغط الشرياني، وفتح خط وريدي (C)، ويجرى تخطيط قلب كهربائي ذو 12 مسرى إن أمكن. إذا كان المريض مستقراً فيحتاج للمراقبة فقط، أما إذا كان وضع المريض غير مستقر (هبوط ضغط، ألم صدري، انخفاض في درجة الوعي) فيجب معالجة الحالة بشكل اسعافي كمايلي انظر الشكل(7-21):

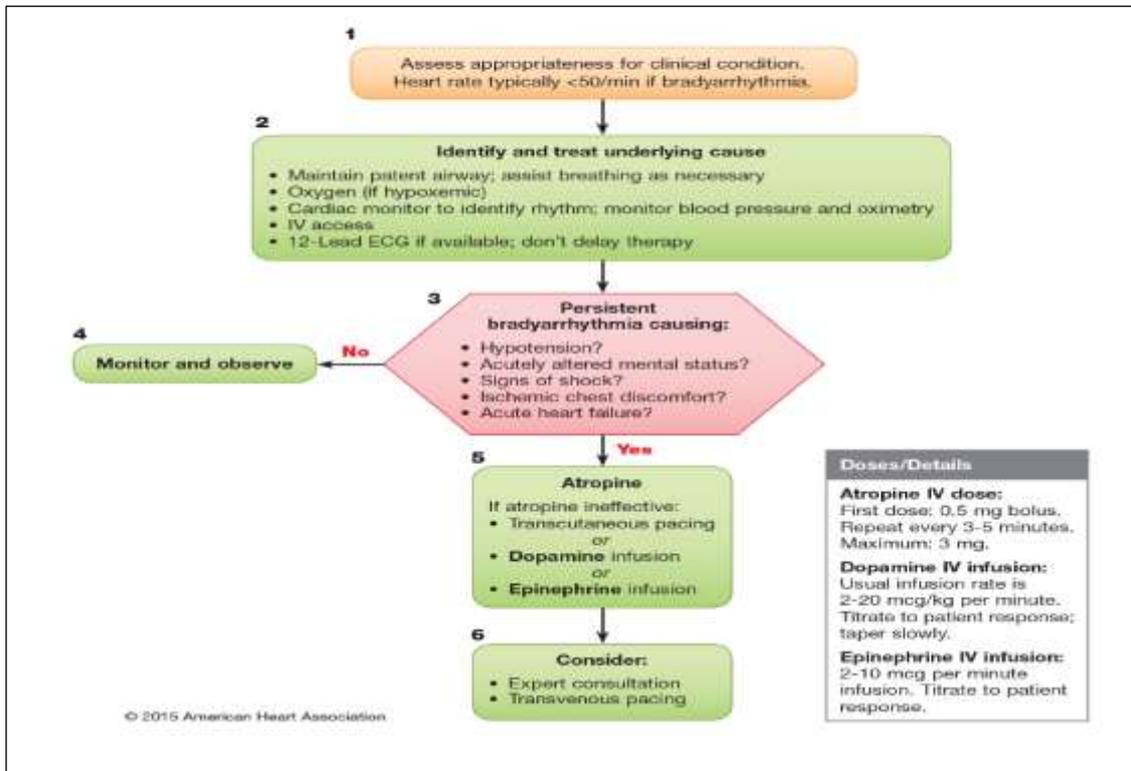
(1) أتروبين **atropine** وهو الخط الأول والدواء المختار في ببطء القلب العرضي. يعطى وريدياً بجرعة 0,5 مع ل 3-5 دقائق والجرعة العظمى هي 3مغ. يعتبر إعطاء أتروبين إجراء مؤقتاً ويجب ألا يؤخر وضع ناظم الخطى عبر الجلد إذا كان مستتباً (المريض في حالة صدمة مثلاً). عادة لا يستجيب الحصار الأذيني البطيني Mobitz II وحصار القلب التام للأتروبين. يمكن استخدام دوبامين **dopamine** (2-10 مكغ/كغ/د) أو أدريالين

adrenaline (2-10مكغ/د) تسريب وريدي في حال عدم الاستجابة للأتروبين

(2) ناظم الخطى عبر الجلد يطبق في حال عدم استجابة المريض للأدوية.

(3) ناظم الخطى الوريدي المؤقت يستخدم في حال فشل ناظم الخطى عبر الجلد

الشكل (7-21) مقارنة وتبدير اضطرابات النظم التباطئية حسب جمعية القلب الأمريكية 2015



الخلاصة

- يقوم الجهاز الناقل للقلب بنقل الدفعة (السيالة) العصبية بدءاً من الأذنين الأيمن إلى كل أجزاء القلب ويتألف من العقدة الجيبية، والعقدة الأذينية البطينية، وحزمة هيس، وألياف بوركنجي.
- تتميز العقدة الجيبية بخاصية الذاتية التي تجعلها تقوم بدور ناظم خطى للقلب.
- يحدث اضطراب النظم أو اللانظميات بإحدى آليتين إما بسبب اضطراب في بدء تشكل الدفعة العصبية أو باضطراب في نقل تلك الدفعة.
- تعتبر عودة الدخول الآلية الرئيسية لكثير من اللانظميات التسارعية مثل الرجفان الأذيني والتسرع البطيني والرجفان البطيني.
- تحدث اضطرابات النظم بسبب الاقفار الاكليلي الحاد أو الاضطرابات الشاردية، أو لأسباب استقلابية، أو دوائية.
- يعتبر التسرع الجببي أكثر اللانظميات التسارعية شيوعاً، ويعتبر الرجفان الأذيني أكثر اللانظميات التي تحتاج القبول في المشفى أو المعالجة
- يتم مقارنة مريض اللانظميات من خلال ABC، وكشف أعراض وعلامات عدم الاستقرار، وإجراء ECG-12.
- تتصف اللانظميات البطينية بغياب موجة P وبمركب QRS عريض أو مشوه، أما اللانظميات فوق البطينية فيكون مركب QRS ضيقاً (طبيعياً) عموماً.
- تستخدم مناورات تنبيه المبهم (نظير الودي) ودواء أدينوزين لتشخيص ومعالجة اللانظميات التسارعية.
- تستطب الصدمة الكهربائية المتزامنة في كل اللانظميات التسارعية غير المستقرة (التي تترافق مع هبوط في الضغط، أو انخفاض في مستوى الوعي، أو ألم في الصدر).
- تستخدم الصدمة غير المتزامنة في الرجفان البطيني والتسرع البطيني بلا نبض (توقف قلب) أو التسرع البطيني عديد الشكل (انقلاب الذرى).
- يتم البحث عن وجود نقص في الأكسجة وتدبيرها الباكر في اللانظميات التباطئية.
- يعتبر أتروبين الخط الأول في علاج اللانظميات التباطئية العرضية أو غير المستقرة، والمعالجة النوعية هي وضع ناظم الخطى.
- يجب دائماً معالجة سبب اللانظميات منعاً لتكرارها أو تحولها للانظميات خطيرة مثل توقف القلب أو الرجفان البطيني

مراجع

4. Basic Cardiac Rhythms – Identification and Response, university of Toledo, Medical center,2014
5. Web-based Integrated 2010 & 2015 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care
6. Critical Care Study Guide Text and Review,2nd edition, Gerard J. Criner,2010
7. OH's INTENSIVE CARE MANUAL, 7th edition 2014

الفصل الثامن

تدبير السوائل والشوارد في العناية المركزة

Fluid and electrolytes Management in ICU

- ❖ أهمية السوائل وتوزعها في الجسم
- ❖ التوازن اليومي للسوائل في الجسم
- ❖ آليات حركة وتوزع السوائل والشوارد في الجسم
- ❖ آليات ضبط توازن السوائل في الجسم
- ❖ السوائل الوريدية العلاجية أو المحاليل الوريدية
- ❖ المعالجة بالسوائل الوريدية
- ❖ اضطرابات السوائل والشوارد
- ❖ مقارنة السوائل والشوارد في مريض العناية المركزة

تدبير السوائل والشوارد في العناية المركزة

1. أهمية السوائل وتوزعها في الجسم the importance and distribution
:of body fluids

أ. أهمية السوائل في الجسم:

الخلية هي الوحدة الوظيفية الأساسية في جسم الانسان. لكي تقوم الخلية بوظائفها على أكمل وجه، لابد من وجود البيئة المناسبة الضرورية التي تضمن انتقال المواد الغذائية للخلية وكذلك التخلص من الفضلات الناتجة عن العمليات الاستقلابية. إن التنظيم الدقيق للسوائل داخل الجسم يساعد على وجود هذه البيئة المناسبة. عندما نتكلم عن السوائل في الجسم فإن المقصود بذلك هو الماء بشكل أساسي، حيث أن جميع سوائل الجسم عبارة عن محاليل مزيجة من الماء والمواد المنحلة فيه. ويمكن تلخيص وظائف الماء في الجسم فيما يلي:

-نقل المواد الغذائية والشوارد والأكسجين إلى الخلايا

-إطراح الفضلات خارج الجسم

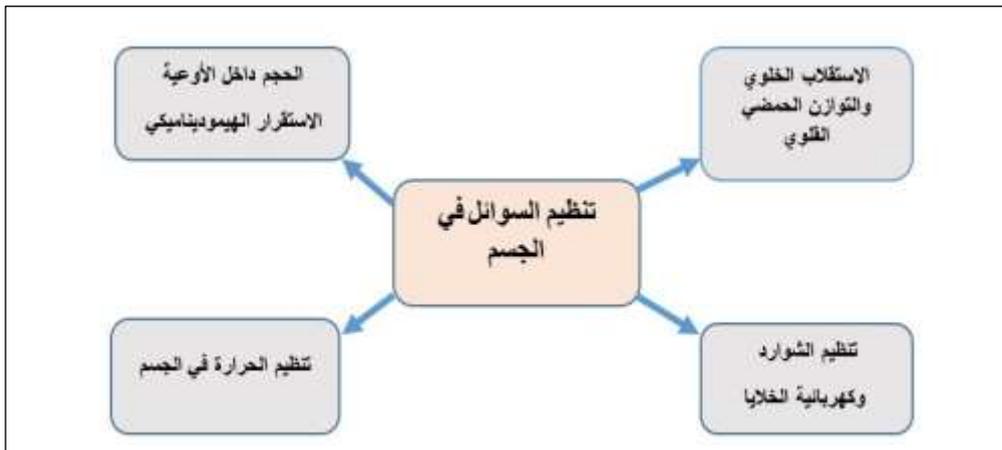
-تنظيم حرارة الجسم

-تأمين التزليق المناسب للمفاصل والأغشية المختلفة في الجسم

-تأمين وسط ملائم لهضم الأطعمة في الجهاز الهضمي

ويرتبط تنظيم الماء في الجسم بالكثير من الوظائف الحيوية الهامة انظر الشكل (8-1)

الشكل (8-1) ارتباط تنظيم السوائل بالوظائف الحيوية الأخرى في الجسم



لذلك لا وجود للحياة بدون ماء، وصدق الله تعالى في كتابه الكريم: **{وجعلنا من الماء كل شيء حي}**.

يشكل الماء حوالي 60% من وزن الجسم، وتختلف الأعضاء في نسبة احتوائها على الماء، فمثلاً تصل نسبة الماء إلى أكثر من 80% في كل من الدماغ الكلية، ثم تليها العضلات والجلد أكثر من 70%، ثم الكبد حوالي 70%، ثم العظام حوالي 20%، ويعتبر النسيج الشحمي خالياً من الماء تقريباً حيث لا تتعدى نسبة الماء فيه الـ 10%، ولذلك زيادة نسبة النسيج الشحمي تؤثر على نسبة في الجسم، كما هي الحال عند النساء حيث تشكل نسبة الماء عندهن 50% من وزن الجسم بدلاً من 60% عند الرجال. فمثلاً الرجل الذي وزنه 70 كغ تبلغ كمية الماء الكلية في جسمه حوالي 42 ليتر، بينما المرأة بنفس الوزن يبلغ كمية الماء في جسمها حوالي 35 لتر.

تنقص نسبة سوائل الجسم مع تقدم العمر، مثلاً تبلغ نسبة الماء عند رضيع خديج حوالي 80% من وزنه، أما الرضيع الطبيعي بتمام موعد الولادة فتبلغ نسبة الماء حوالي 70% من وزنه. مع البلوغ تبلغ نسبة السوائل بالجسم حوالي 60% ويستمر التناقص بسوائل الجسم كلما تقدم العمر. البالغ المسن تكون نسبة السوائل عنده حوالي (45% حتى 55%) بسبب الفقد التدريجي للكتلة العضلية حيث تشكل العظام والأنسجة الرخوة النسبة الأكبر من وزن الجسم عنده.

ب. توزيع السوائل في الجسم:

إن فهم فيزيولوجيا توازن السوائل وتوزعها في الجسم أمر هام جداً لمعرفة كيفية تدبير المعالجة بالسوائل ولكشف اضطرابات السوائل وتدبيرها. يتوزع الماء في الجسم ضمن حيزين كبيرين هما الحيز داخل الخلايا والحيز خارج الخلايا.

(1) الحيز داخل الخلايا أو الحيز الخلوي **intracellular compartment**: ويحتوي على

السائل داخل الخلايا **intracellular fluid (ICF)** والذي يشكل حوالي ثلثي مجموع سوائل الجسم.

(2) الحيز خارج الخلايا **extracellular compartment** فيحتوي على السائل خارج

الخلايا **extracellular fluid (ECF)** والذي يشكل حوالي ثلث مجموع سوائل الجسم (قاعدة الأثلاث)

يتوزع السائل خارج الخلايا في حيزين جزئيين مختلفين بعض الشيء عن بعضهما هما: السائل الخلوي، والسائل داخل الأوعية.

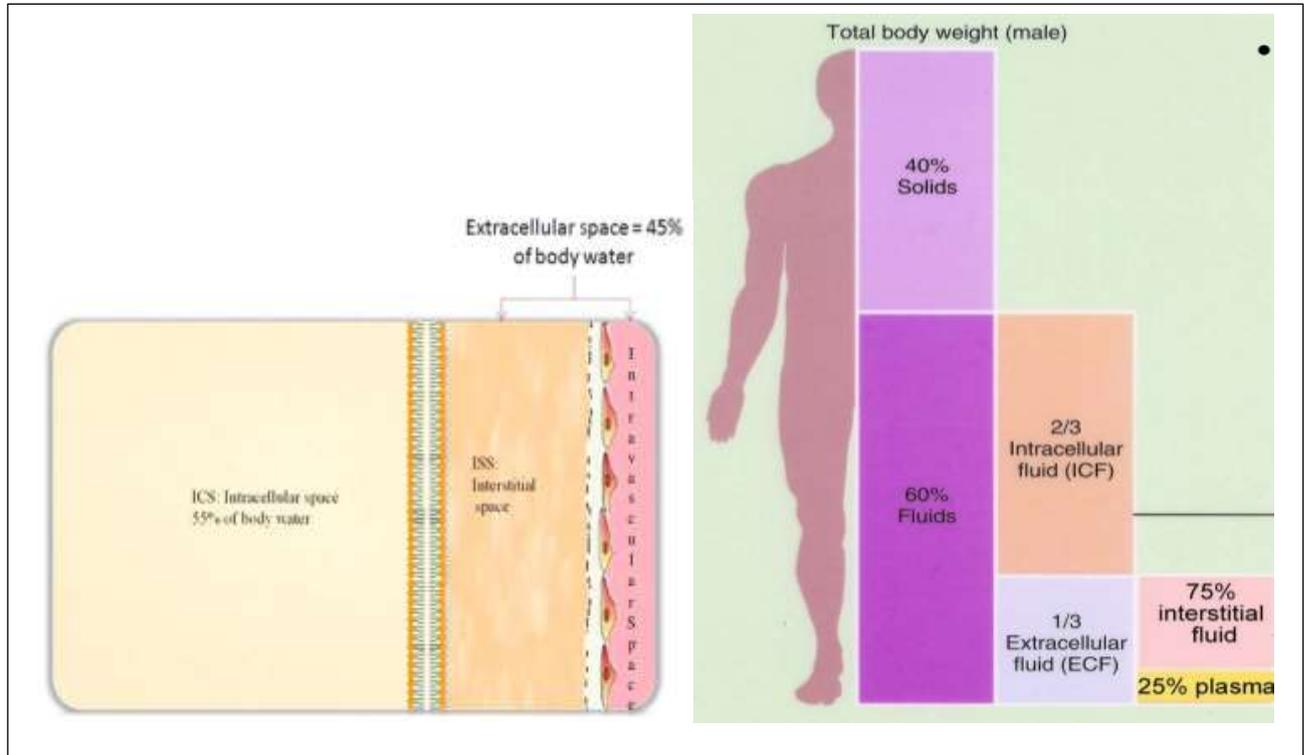
- إن السائل الخلوي **interstitial fluid** هو السائل الذي يحيط بالخلايا ويشكل حوالي ثلاثة أرباع السائل خارج الخلايا.

- أما السائل داخل الأوعية **intravascular fluid** أو البلازما plasma فهي سائل يوجد ضمن الجهاز الوعائي وتشكل حوالي ربع السائل خارج الخلايا (قاعدة الأرباع). يشكل السائل خارج الخلايا جهازاً هاماً ينقل الأكسجين والمغذيات إلى الخلايا وينقل ثاني أكسيد الكربون الفضلات الحامضية منها. ينقل السائل الخلالي الفضلات من الخلايا عبر الجهاز اللمفي أو عبر الشعريات الوعائية مباشرة إلى البلازما. ولكي يقوم الجسم بوظائفه بشكل طبيعي يجب أن تبقى نسب حجوم السوائل في الأحياء المذكورة إلى بعضها ثابت، انظر الشكل (8-2).

مثال: حجم السوائل وتوزعها عند رجل بالغ وزنه 70 كغ:

- حجم السوائل الكلية عنده 60% من وزن الجسم = 42 لتر
- حجم السائل في الحيز داخل الخلايا $3/2$ من السوائل الكلية = 28 لتر
- حجم السوائل في الحيز خارج الخلايا $3/1$ من السوائل الكلية = 14 لتر
- حجم السوائل في الحيز الخلالي $4/3$ الحيز خارج الخلايا = 10,5 لتر
- حجم السوائل في الحيز الوعائي (البلازما) $4/1$ الحيز خارج الخلايا = 3,5 لتر

الشكل (8-2) نسبة سوائل الجسم وتوزعها ضمن الأحياء



ت. توزع الشوارد المختلفة في الأحياء الثلاثة:

يختلف التركيب الشاردي لكل من الحيز داخل الخلايا وخارج الخلايا (الخلالي والبلازما متقاربان جداً). فالحيز داخل الخلايا الشوارد الأساسية فيه: الإيجابية البوتاسيوم والمغنيزيوم، والسلبية

الفوسفات والبروتينات، أما الحيز خارج الخلايا فأهم الشوارد الأساسية فيه: الإيجابية، الصوديوم والكالسيوم والسلبية، الكلور والبيكربونات (الجدول 8-1).

تعتبر شاردة الصوديوم هي الشاردة الايجابية الرئيسة في الحيز خارج الخلايا والمسؤولة عن حجم السوائل في كل من الحيز داخل الخلايا والحيز خارج الخلايا وهي المحدد الأهم للحلولية (تشرح لاحقاً).

تتميز البلازما عن الحيز الخلالي باحتوائها على البروتين بنسبة أعلى مما يساهم في توليد الضغط الغرواني وقوة إعادة امتصاص السوائل المرتشحة إلى داخل الأوعية مرة أخرى.

الجدول (8-1) التركيب الشاردي لأحياز وسوائل الجسم المختلفة

Properties	Plasma	Interstitial fluid	Intracellular fluid
Colloid-osmotic pressure (mmHg)	25	4	-
Osmolality (mOsmol/kg)	280	280	280
pH	7.4	7.4	7.2
Na ⁺ (mmol/L)	142	143	10
K ⁺ (mmol/L)	4	4	155
Cl ⁻ (mmol/L)	103	115	8
Ca ²⁺ (mmol/L)	2.5	1.3	< 0.001

ث. الحيز عبر الخلايا transcellular fluid:

وهو عبارة عن حيز صغير يحتوي سوائل الجسم التي تشكل مفرزات وظيفية هامة لخلايا العضو وتتجمع في تجمعات مغلقة تدعى مفرزات **secretions** أو تطرح لخارج الجسم وتدعى مفرغات **excretions**.

يعد الحيز عبر الخلايا جزءاً السائل خارج الخلايا وله وظائف هامة. المفرزات هي نواتج الغدد، مثلاً الغدد اللعابية تفرز اللعاب، والغدد المعدية تفرز عصارة المعدة، والصفيرة المشيمية في بطينات الدماغ تفرز السائل الدماغي الشوكي. أما المفرغات فهي الفضلات التي تنتجها خلايا الجسم كمفرغات الجهاز الهضمي والجهاز البولي.

يوجد توازن خاص بين البلازما والمفرزات والمفرغات، فمعظم السوائل والشوارد التي تفرز إلى السبيل الهضمي يعاد امتصاصها في المعى الغليظ لتعود إلى مجرى الدم.

ومن المهم معرفة تركيب هذه المفرزات والمفرغات ومحتواها الشاردي حتى يتم تعويضها بأنواع السوائل العلاجية المناسبة في حال فقدانها المرضي (الجدول 8-2).

التركيز بالملي مولال	[Na ⁺]	[K ⁺]	[Cl ⁻]	[HCO ₃ ⁻]
اللعاب Saliva	20-80	10-20	20-40	20-60
عصارة المعدة Gastric juice	20-100	5-10	120-160	0
عصارة البنكرياس Pancreatic juice	120	5-10	10-60	80-120
الصفراء Bile	150	5-10	40-80	20-40
مفرغات اللفاف Ileal fluid	140	5	105	40
مفرغات الكولونات Colonic fluid	140	5	85	60
العرق Sweat	65	8	39	16
CSF	147	3	113	25

الجدول (8-2): التركيب
الشاردي لبعض المفرزات
والمفرغات في الجسم

2. التوازن اليومي للسوائل في الجسم daily fluid balance in the body:

يوجد توازن يومي دقيق في جسم الانسان ما بين الوارد والصادر من السوائل أو الماء. يوجد مصدران إضافيان للماء غير تناول الماء: الماء مع الطعام (مثل الفواكه والخضروات حيث فيها حوالي 100% ماء)، والماء الناتج عن أكسدة الكربوهيدرات. توجد مصادر أخرى لفقد الماء غير النتاج البولي وهي الفقد غير المحسوس والعرق.

الصادر	الوارد
مصادر الفقد الطبيعي اليومي للماء بالحد الأدنى فتتألف من:	الشخص الطبيعي يتناول وينتج من الماء يومياً حوالي 1600 مل بالحد الأدنى وتتألف ممايلي:
- البول 500 مل	- الماء في الطعام 500مل
- الجلد 400 مل	- الماء المتناول حوالي 800 مل
- الجهاز التنفسي 400 مل	- الماء من الأكسدة 300مل
- العرق 100 مل	
- البراز 200 مل	

بالخلاصة فإن معظم الوارد من الماء يأتي من المتناول عن طريق جهاز الهضم، الذي يقوم بامتصاص حوالي 98% من الماء الموجود ليتم إخراج حوالي 200 مل من الماء يومياً فقط في البراز، ومعظم الفقد اليومي من الماء يكون عن طريق الكلية في البول. وفي كل الأحوال يكون التوازن اليومي للسوائل حوالي الصفر (الشكل 8-3).

أ. البول urine:

يقدر المتناول اليومي من الماء حوالي 500 مل (بفرض أنه لا يوجد زيادة في الفقد). وهذه القيمة تعتمد على التناول والانتاج اليومي الكلي للماء والمعدل الأدنى للفقد اليومي. الأشخاص الذين يملكون على تركيز البول عندهم حتى حلولية 1200 أسمول/كغ وطرح 600 ميلي أسمول من الذوائب (الصوديوم والبوتاسيوم والبولية) يومياً يمكن أن ينتجوا كمية بول بالحد الأدنى حوالي 500 مل (600 ميلي أسمول / 1200 / أسمول/كغ)

ب. فقد الماء غير المحسوس insensible fluid loss

يشير الفقد غير المحسوس للماء إلى فقد الماء بالتبخر عبر الجلد أو عبر الجهاز التنفسي، ويتم فيه فقد الماء بشكل صرف دون شوارد مرافقة، ولذلك فهو يختلف عن التعرق الذي تفقد في الشوارد أيضاً مع الماء. يقدر الفقد غير المحسوس عبر الجلد بـ 400 مل يومياً، ومن الجهاز الهضمي حوالي 400 كمل يومياً أيضاً والمجموع حوالي 800 مل يومياً. وبما أن الإنتاج اليومي للماء الناتج عن عمليات الاستقلاب الخلوي يقدر بحوالي 300-400 مل يومياً أيضاً، فإن الفقد غير المحسوس يمكن أن يقدر بـ 400 مل بالنتيجة. وكثيراً ما يغفل الفقد غير المحسوس عندما يحسب توازن السوائل للمريض. إن الماء القادم من الأكسدة ومعظم الماء المفقود من الرئتين عبر التنفس مرتبطان. إن إنتاج ثاني أكسيد الكربون والماء يحصل بنسبة 1:1 أثناء أكسدة الكربوهيدرات والأحماض الدسمة، وهكذا فإن الماء الناتج من الأكسدة ومعظم الماء المفقود من الرئتين أثناء التنفس يمكن أن يخرج من تقدير توازن السوائل.

ت. العرق sweat:

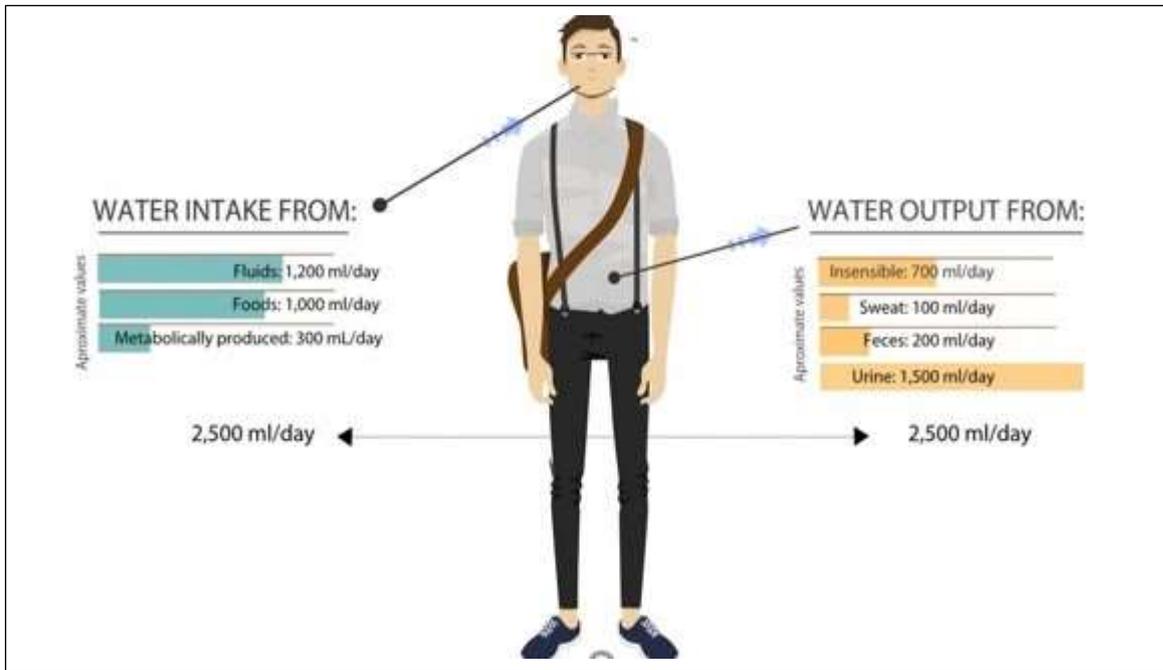
العرق ليس ماء صرفاً، ولا يصنف ضمن الفقد غير المحسوس، ويحتوي على ما نسبته 0,2-1% من الشوارد، وأهمها الصوديوم حيث يتراوح تركيزه في العرق ما بين 30-65 ميلي مول/ل، ثم الكلور ما بين 5-35 ميلي مول/ل. يفرز العرق بشكل رئيسي من غدد متخصصة في الجلد تدعى بـ eccrine glands والتي تتعصب بالجهاز الودي، ويتم التحكم بالتعرق مركزياً من منطقة الوطاء من خلال آليات التحكم بحرارة الجسم. عندما يحتاج الجسم لفقد حرارة أكثر يزداد فقد الماء بالتعرق عن طريق الجلد. ومن ناحية أخرى ينقص هذا المقدار خلال الصيام وانعدام الحركة. ولذلك كمية العرق متفاوتة جداً تقدر في الحالات الطبيعية حوالي 500 مل.

وفي حال ارتفاع درجة حرارة الجسم تقدر زيادة الحاجة بـ 2,5 مل/كغ لكل درجة مئوية زيادة فوق درجة حرارة الجسم الطبيعية 37 وذلك بسبب زيادة الفقد غير المحسوس للماء بالتبخر إضافة لزيادة التعرق.

ث. يضطرب توازن السوائل في الجسم في الحالات المرضية

(1) إما أن يصبح سلبياً لحدوث فقد مستمر في سوائل الجسم وعدم قدرة المريض على تناول الماء (غياب منعكس العطش، أو وجود مرض شديد)

(2) أو أن يصبح إيجابياً بسبب إعطاء السوائل الوريدية المفرط، أو لعدم القدرة على طرح الماء من الجسم بسبب وجود قصور في الكلية أو القلب.
الشكل (8-3) التوازن اليومي للسوائل في الجسم



3. آليات حركة وتوزع السوائل والشوارد في الجسم

Mechanisms of fluid & electrolytes movement in the body

يعتمد توازن السوائل والشوارد على التوازن الخارجي بين الجسم والوسط المحيط، كما يعتمد على التوازن الداخلي بين الحيز داخل الخلايا والحيز خارج الخلايا (بما فيه السوائل الخلالية والبلازما) وهذا التوازن والتوزع للسوائل والشوارد يعتمد على:

- الخصائص الفيزيائية والكيميائية لسوائل الجسم: مثل pH، والتركيب الشاردي، والمحتوى البروتيني لكل حيز

- كما يعتمد على خصائص الأغشية شبه النفوذة: كالحلولية، والتوترية، والضغط الحلولي، والضغط الغرواني.

إن كل حيز من السوائل منفصل بواسطة أغشية حيوية شبه نفوذة **semi-permeable membranes** تسمح بحركة السوائل وبعض الشوارد والذوائب. وتتضمن الأغشية الحيوية شبه النفوذة في الجسم مايلي:

- أغشية الخلايا: تفصل السائل داخل الخلايا عن السائل الخلالي وتتركب من الليبيدات والبروتين.

- أغشية الشعريات: تفصل السائل داخل الأوعية (البلازما) عن السائل الخلالي (انظر لاحقاً).

أ. مبادئ حركة السوائل وتوزع الشوارد في أحياء الجسم:

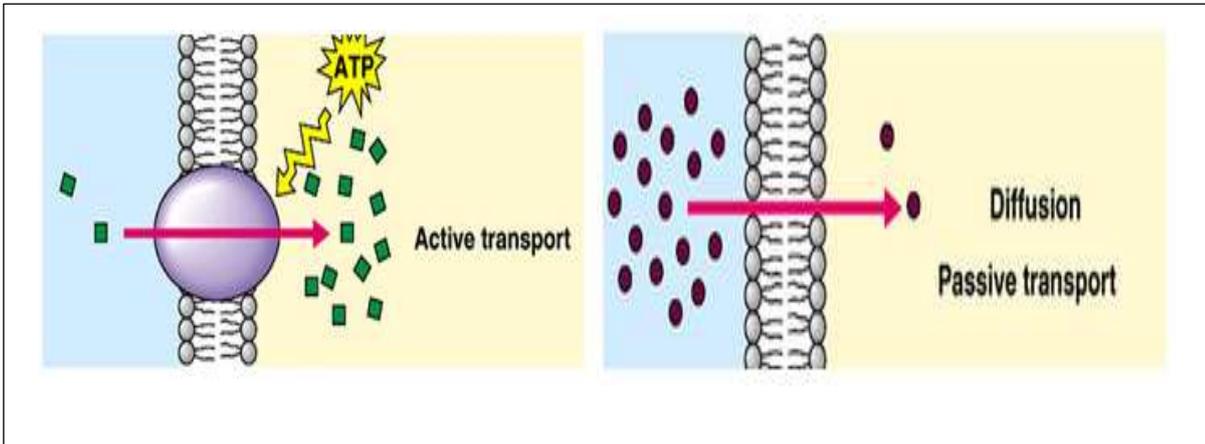
وفقاً لخصائص سائل الجسم ومحتواها الشاردي إضافة لوجود الأغشية شبه النفوذة ينتج عن ذلك عدة أنواع من حركة السوائل والشوارد في الجسم:

(1) الانتشار **diffusion**: الانتشار هو التمازج المتواصل للجزيئات الموجودة في السوائل (أو الغازات أو الجوامد) و يحدث بحركة الجزيئات العشوائية. تنتقل الجزيئات في حادثة الانتشار من المحلول مرتفع التركيز إلى المحلول منخفض التركيز بدون الحاجة للطاقة (انظر الشكل 8-4). تحدث عملية الانتشار هذه حتى عندما يوجد غشاء رقيق يفصل بين المادتين. يشكل الانتشار أحد الآليات الهامة لحركة الشوارد ومواد الجسم الأخرى من خلال الثقوب أو الفرجات في جدران الأوعية الشعرية. يختلف معدل انتشار المواد حسب: حجم الجزيئات، وتركيز وحرارة المحلول. تتحرك الجزيئات الكبيرة بسرعة أقل من الجزيئات الصغيرة.

(2) النقل الفاعل **active transport**: يمكن للمواد أن تعبر الغشاء الخلوي من الجانب قليل التركيز إلى الجانب عالي التركيز بطريق النقل الفاعل، وتختلف هذه العملية عن الانتشار في أنها تتطلب صرف طاقة. في النقل الفاعل تتحد المادة مع حامل يوجد على السطح الخارجي للغشاء الخلوي وتنتقل إلى السطح الداخلي منه. وعندما تنفصل عن الحامل تنطلق داخل الخلية. لا بد من توفر حامل معين لكل مادة لكي تنتقل نقلاً فاعلاً (الشكل 8-4). لهذه العملية أهمية خاصة في الحفاظ على الفوارق في تركيز الصوديوم والبوتاسيوم في السائلين داخل وخارج الخلايا ففي الحالات الطبيعية يكون تركيز الصوديوم في السائل خارج الخلايا مرتفعاً بينما يكون تركيز البوتاسيوم في السائل داخل الخلايا مرتفعاً، وتتم المحافظة

على هذا الوضع بآلية النقل الفاعل (مضخة صوديوم – بوتاسيوم) التي تنقل الصوديوم خارج الخلايا وتنقل البوتاسيوم داخل الخلايا (انظر الشكل 8-6).

الشكل (8-4) الانتشار(اليمن) حركة الشوارد والذوائب من المكان ذي التركيز المرتفع إلى المنخفض بشكل منفعل بدون طاقة، والنقل الفاعل(اليسار) حركة الشوارد من المكان ذي التركيز المنخفض إلى المرتفع بوجود حامل خاص بشكل فاعل يحتاج طاقة



(3)الرشح **filtration**: الرشح عملية تتحرك بها السوائل والذوائب معاً عبر غشاء من حيز لآخر بوجود قوة دافعة(ضغط).

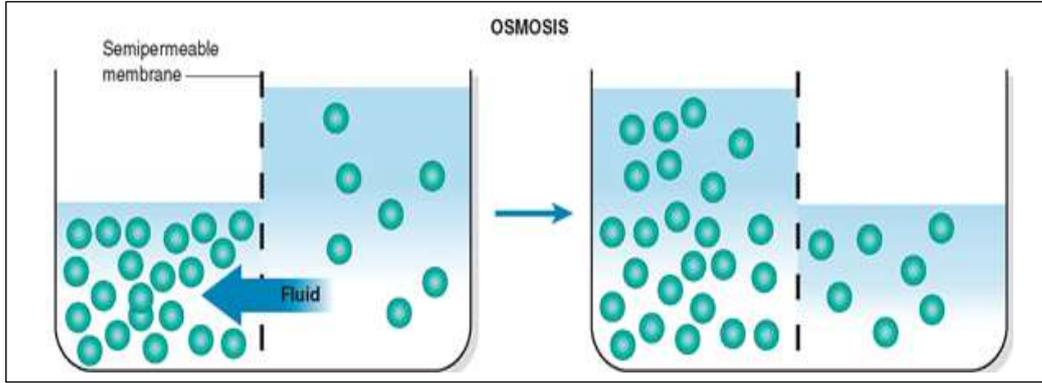
تتم الحركة من منطقة الضغط المرتفع إلى منطقة الضغط المنخفض، والمثال على الرشح هو حركة السائل والمغذيات من داخل الشعريات الشريانية إلى السائل الخلوي المحيط بالخلايا (انظر حركة السوائل عبر أغشية الشعريات الدموية).

(4)الحلول **osmosis** والضغط الحلولي (الأسموزي) **osmotic pressure**: الحلول هو

انتقال الماء من الوسط ذي التركيز الأدنى إلى الوسط ذي التركيز الأعلى من الذوائب حتى الوصول الى تساوي التركيز بين الوسطين. عند وجود غشاء شبه نفوذ يمنع الجزيئات الفعالة حلولياً من عبوره، تتولد عن هذه الجزيئات الفعالة حلولياً (الشوارد مثلاً) قوة تقوم بسحب الماء من خلال الغشاء شبه النفوذ تدعى هذه القوة بالضغط الحلولي أو الاسموزي (انظر الشكل 8-5).

يشكل الحلول أو الضغط الحلولي الآلية الأساسية لحركة الماء عبر الأغشية الخلوية بالاتجاهين حسب مدرج الضغط الحلولي لأي جهة. كما يشكل الحلول الآلية الأساسية لإعادة امتصاص الماء عبر الأنابيب الكلوية.

الشكل (8- 5) الحلول: حركة الماء من التركيز المرتفع للذوائب إلى التركيز المنخفض بدون طاقة بوجود الأغشية شبه النفوذة، والقوة التي تحرك الماء تدعى بالضغط الحلولي



(5) **الحلولية osmolarity**: تتحدد من خلال التركيز الكلي للذوائب أو الجزيئات المنحلة داخل الحيز. وحلولية وسط ما يعبر عنها بتركيز الذوائب في سوائل ذلك الوسط، وتقاس بالميلي أسمول/ لتر من المحلول. أما عندما تقاس بوحدة الميلي أسمول/كغ من الماء أي على وحدة الكتلة بدلاً من الحجم فتدعى **osmolality** وهي عموماً تحمل نفس المعنى (حيث 1كغ ماء=1لتر ماء). تتحدد الحلولية في الحيز خارج الخلايا بشكل رئيسي بشاردة الصوديوم، كما تتعلق بمستوى سكر الدم وبالبنولة الدموية أيضاً. تبلغ الحدود الطبيعية لحلولية البلازما ما بين 280-295 ميلي أسمول/لتر كما هي الحلولية في الحيز خارج الخلايا عموماً (انظر التوتيرية أيضاً).

(6) **التوتيرية tonicity**: هي القياس النسبي للضغط الحلولي لمحلولين يفصل بينهما غشاء شبه نفوذ، ففي هذه الحالة تتم حركة الماء من المحلول ذي الفعالية الحلولية الأدنى (عدد جزيئات أو شوارد أقل) إلى المحلول ذي الفعالية الحلولية الأعلى (عدد جزيئات أو شوارد أكثر)، ويدعى مدروج الضغط الحلولي المتولد بين المحلولين بالتوتيرية. ويمكن أن نصف التوتيرية بأنها **الحلولية الفعالة effective osmolality**. تعتبر كل أحياز السوائل في الجسم متعادلة التوتيرية **isotonic** لأن الماء يتحرك بسهولة عبر جدر الشعريات وعبر أغشية الخلايا. تقاس التوتيرية بالميلي أسمول/كغ ماء. ويمكن حساب توتيرية البلازما بجمع تراكيز الشوارد والجزيئات الفعالة في البلازما وهي الصوديوم، والكلور، والغلوكوز (تستثنى البنولة هنا لأنها تعبر أغشية الخلايا بسهولة ويتوازن تركيزها على طرفي غشاء الخلية وبالتالي لا تكون فعالة في التوتيرية). تبلغ توتيرية البلازما حوالي 280-290 ميلي أسمول/كغ ماء.

يعتبر الصوديوم هو المحدد الأساسي لتوترية البلاسما، وتكون توترية البلاسما مماثلة تقريباً لتوترية السائل الخلالي، ولذلك فإن تركيز شاردة الصوديوم يعد هو المحدد الأساسي للحجوم النسبية لكل من السوائل داخل الخلايا وخارج الخلايا.

يتم تنظيم توترية (أو حلولية) البلاسما بواسطة هرمون ADH أو ما يدعى بالهرمون المضاد للإدرار الذي يفرز من غدة النخامى الخلفية (انظر لاحقاً).

تستخدم التوتيرية لتصنيف المحاليل الوريدية نسبة إلى توترية البلاسما إلى أسوية التوتر، ومنخفضة التوتر، ومرتفعة التوتر (انظر فقرة المحاليل الوريدية). إن تسريب محلول منخفض التوتر ينقص من الضغط الحلولي للبلاسما ويسبب حركة الماء من الحيز خارج الخلايا إلى الحيز داخل الخلايا. أما تسريب المحلول أسوي التوتر فيحافظ على الضغط الحلولي للبلاسما. وبالنسبة للمحلول مرتفع التوتر فيرفع من الضغط الحلولي للبلاسما ويسبب حركة الماء من الحيز داخل الخلايا إلى الحيز خارج الخلايا.

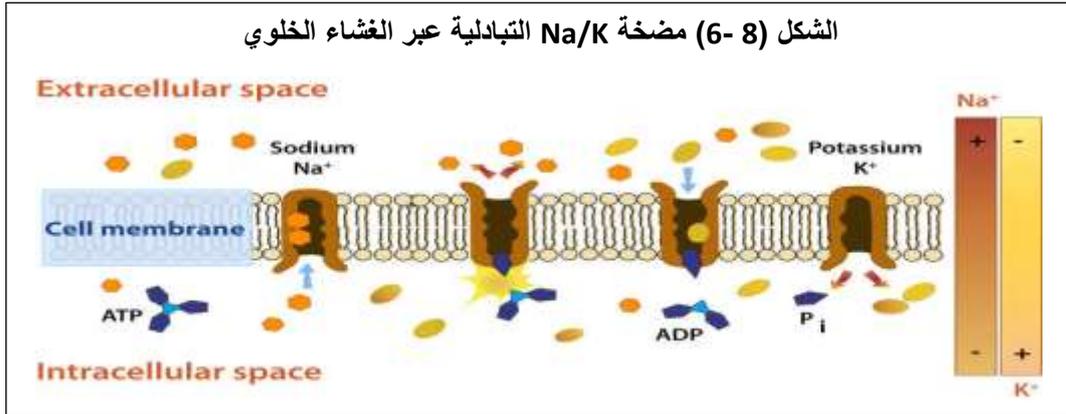
(7) مبدأ التعادل الكهربائي electroneutrality: يشير التعادل الكهربائي إلى الحفاظ على التوازن في الشحنات الكهربائية السالبة والموجبة في وسط ما.

فيزيولوجياً تقوم الخلايا بالحفاظ على التعادل الكهربائي على طرفي غشاء الخلية وذلك بالسماح بدخول أو خروج الشوارد السالبة والموجبة حتى يتحقق التعادل الكهربائي. وتلعب مضخات الشوارد الموجودة في أغشية الخلايا الدور الرئيسي في ذلك فمثلاً تقوم مضخة Na^+/K^- بإخراج شاردة الصوديوم الموجبة من الخلية وإدخال شاردة البوتاسيوم الموجبة أيضاً بدلاً منها.

تكون الشحنة الكهربائية القريبة من غشاء الخلية سالبة حيث يتولد كمون العمل. تأتي أهمية الحفاظ على التعادل الكهربائي لمنع حدوث اضطراب شاردي أو اضطراب في التوازن الحمضي القلوي وبالتالي حدوث خلل في وظائف الخلية.

يطبق مبدأ التوازن الكهربائي أيضاً عند تحضير السوائل الوريدية العلاجية فمثلاً المحلول الملحي النظامي يحتوي صوديوم ذي الشحنة الموجبة ميلي مول ويحتوي على الكلور 154 ذي الشحنة السالبة 154 ميلي مول أيضاً.

كما يطبق مبدأ التعادل الكهربائي عند حساب فجوة الصواعد في التوازن الحمضي القلوي (راجع بحث التوازن الحمضي القلوي)



ب. تنظيم حجم السوائل على مستوى الخلية **cell volume**:

في الحالة الطبيعية يمكن للماء أن يعبر الأغشية الخلوية بالحلول بسهولة دخولاً وخروجاً، ولكن هذه الآلية إذا استمرت بدون ضبط قد تؤدي إلى انتفاخ الخلية وانفجارها، أو إلى انكماشها وفي كلا الحالتين إما أن يحدث خلل كبير في وظائف الخلية أو قد تموت الخلية. ويتعلق تنظيم حجم سوائل الخلية أيضاً بالحفاظ على كمن غشاء الخلية أثناء الراحة. وتلعب 3 آليات رئيسية لضبط حجم السوائل في الخلية:

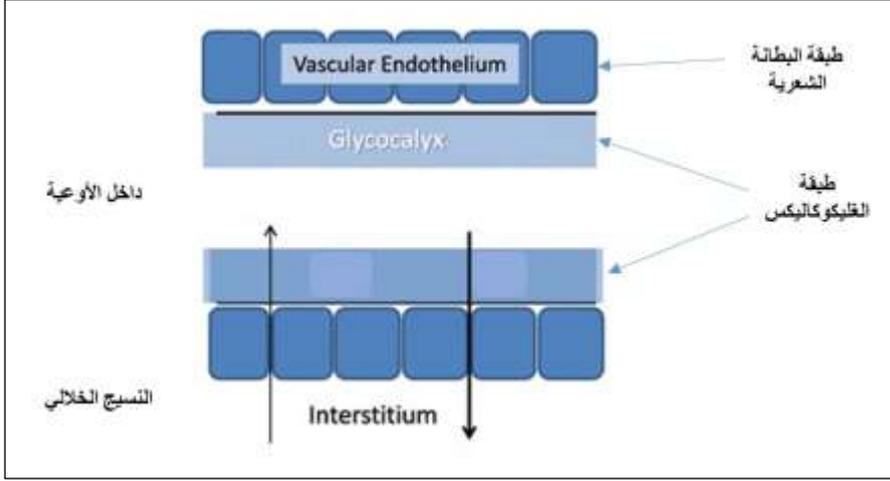
- وجود البروتينات كبيرة الحجم وذات الشحنة السالبة داخل الخلية والتي تعيد توزيع الشوارد الأخرى للحفاظ على التعادل الكهربائي على طرفي غشاء الخلية.
- وجود مضخات خاصة بالصوديوم تمنع دخول الصوديوم إلى داخل الخلية (مضخة-Na (K
- الحفاظ على مستوى ثابت تقريباً للصوديوم (الحلوية) خارج الخلايا.

ت. حركة السوائل عبر أغشية الشعريات الدموية **fluid movement across**

:capillary membranes

تنظم حركة السوائل عبر أغشية الشعريات بقوى فيزيائية، وبالخصائص الخاصة للأحياز المختلفة (المحتوى الشاردي والبروتيني لها) وللأغشية شبه النفوذة التي تفصل بين هذه الأحياز. (1) تتألف أغشية أو جدر الشعريات الدموية من طبقتين (الشكل 8-7):

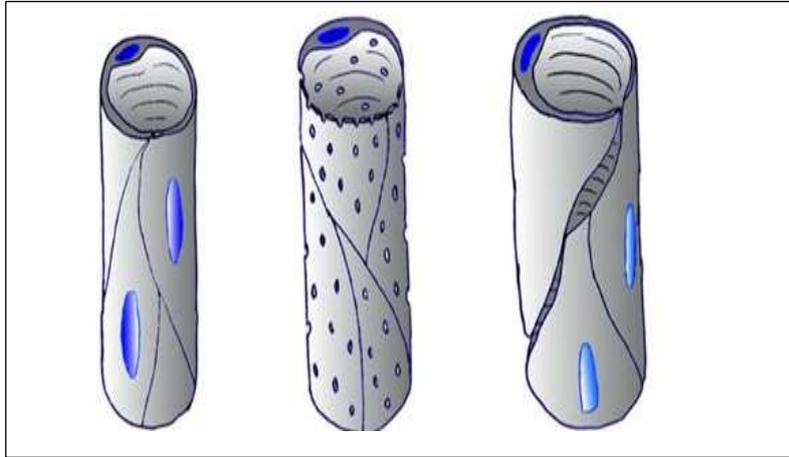
- الخلايا البطانية للشعريات والتي تصطف إلى جانب بعضها البعض تتميز بوجود فترات بين خلاياها البطانية إضافية لوجود ثقب في الخلايا أحياناً.
- طبقة الغليكوكاليس **glycocalyx** وهي طبقة بروتينية رقيقة تبطن البطانة الوعائية وتقوم بدور المصفاة للجزيئات ولا تسمح للجزيئات البروتينية الكبيرة بالنفوذ عبرها.



الشكل (7- 8) طبقتا جدار الوعاء الشعري

(2) أنواع الشعريات الدموية: تختلف نفوذية الشعريات الدموية للماء بين أعضاء الجسم المختلفة باختلاف وظائفها:

- ذات نفوذية عالية جداً كما في الكبد ونقي العظام (بسبب وجود الفرجات بين الخلايا البطانية للشعريات) ويمكن أن تسمح للكريات الحمر والبيض بالمرور إضافة للجزيئات الكبيرة.
- أو ذات نفوذية متوسطة كما في الكبد الكلوية وزغابات الأمعاء الدقيقة (بسبب وجود الثقوب في الخلايا البطانية للشعريات) وتسمح للجزيئات الكبيرة بالمرور.
- أو نفوذية شبيهة منعدمة وتوصف بالكتيمة كما في الحاجز الوعائي الدماغي (بسبب غياب الفرجات بين الخلايا البطانية للشعريات) والتي تسمح فقط للماء والجزيئات الصغيرة كالشوارد بالمرور. انظر الشكل (8- 8)



الشكل (8- 8) اختلاف شكل الشعريات الدموية ونفوذيتها في الأعضاء المختلفة:

- أ- اليمين: الشعريات ذات الفرجات فيما بين الخلايا البطانية.
- ب- الوسط: الشعريات ذات الثقوب في الخلايا البطانية.
- ج- اليسار: الشعريات قليلة النفوذية أو الكتيمة

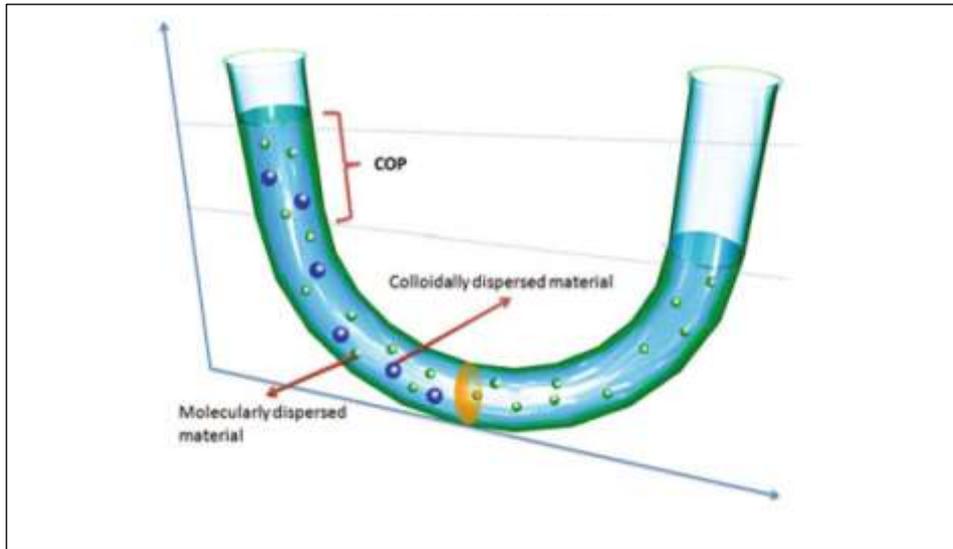
(3) ضغط الرشح filtration pressure: تلعب الضغوط المشكلة في الشعريات الدور الرئيسي في حركة السوائل عبرها. تدعى محصلة الضغط في الحيز الوعائي والتي تؤدي إلى

حركة السوائل والذوائب إلى داخل أو خارج الأوعية **بضغط الرشح**، والذي يتعلق بنوعين من الضغط:

- **الضغط المائي السكوني (الهيدروستاتيكي) hydrostatic pressure**: وهو الضغط الذي يحدثه الماء في حيز مغلق على جدران الوعاء. الضغط الهيدروستاتيكي للدم هو القوة التي يطبقها الدم على جدران الوعاء الدموي. المبدأ في الضغط الهيدروستاتيكي هو أن الماء أو السائل يتحرك من المنطقة عالية الضغط إلى المنطقة منخفضة الضغط. ويتعلق الضغط الهيدروستاتيكي في الأوعية الدموية بشكل كبير بالضغط الشرياني.

- **الضغط الغرواني oncotic pressure**: يدعى أيضاً **colloid-oncotic pressure** وهو عبارة عن قوة جذب أو سحب متولدة من الجزيئات الضخمة خاصة البروتينات (الألبومين بشكل أساسي) والتي لا تعبر الأغشية شبه النفوذة عادة. يعتبر الضغط الغرواني أحد القوى التي تنظم حركة السوائل عبر الأغشية الحيوية، حيث يتحرك الماء من المحلول منخفض تركيز البروتين إلى المحلول مرتفع تركيز البروتين (الشكل 8 - 9)

الشكل (8 - 9) الضغط الغرواني: حركة الماء باتجاه طرف الغشاء ذي التركيز المرتفع لجزيئات البروتين



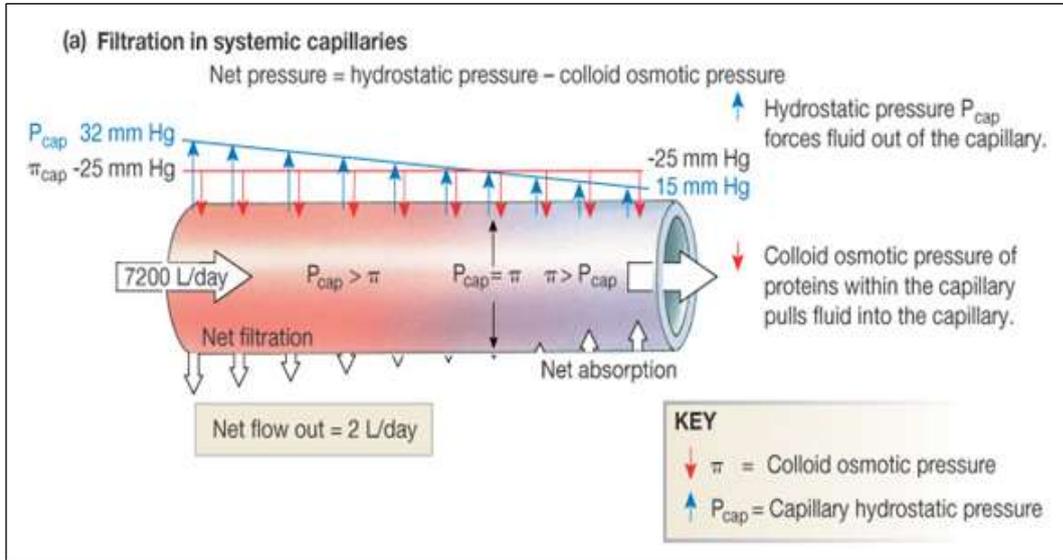
وتعتبر معادلة ستارلينغ **Starling equation** عن ضغط الرشح عبر أغشية الشعريات الدموية كمايلي:

ضغط الرشح \approx	-	مدروج الضغط الهيدروستاتيكي ما بين الشعريات والسائل الخلالي
مدروج الضغط الغرواني ما بين الشعريات والسائل الخلالي		

فإذا كان **ضغط الرشح موجباً** فإن الماء يترك الأوعية الدموية (البلازما) نحو السائل الخلالي ويحدث الرشح وهذا ما يحصل على الجهة الشريانية من الشعريات أي في بدايتها. أما إذا كان **ضغط الرشح سالباً** فيعود الماء باتجاه الأوعية ويحدث الامتصاص وهذا ما يحصل على الجهة الوريدية من الشعريات أي في نهايتها (انظر الشكل 8-10).

يؤدي الخلل في هذه الآلية إلى تشكل الوذمات أحياناً بسبب زيادة الرشح كما في الوذمة الرئوية المترافقة بارتفاع الضغط الشرياني، أو نقص الامتصاص بسبب بطء حركة الدم كما في قصور القلب أو بسبب نقص في بروتينات البلازما.

الشكل (8-10) القوى المؤثرة في ضغط الرشح عبر غشاء الوعاء الشعري



الخلاصة: تلعب آلية الضغط الحلولي المتعلقة بشكل أساسي بتركيز شاردة الصوديوم الدور الأساسي لحركة السوائل ما بين الحيز داخل الخلايا والسائل الخلالي (خارج الخلايا). وتلعب آلية الرشح (الضغط الهيدروستاتيكي والضغط الغرواني) الدور الأساسي لحركة السوائل ما بين داخل الأوعية والوسط الخلالي.

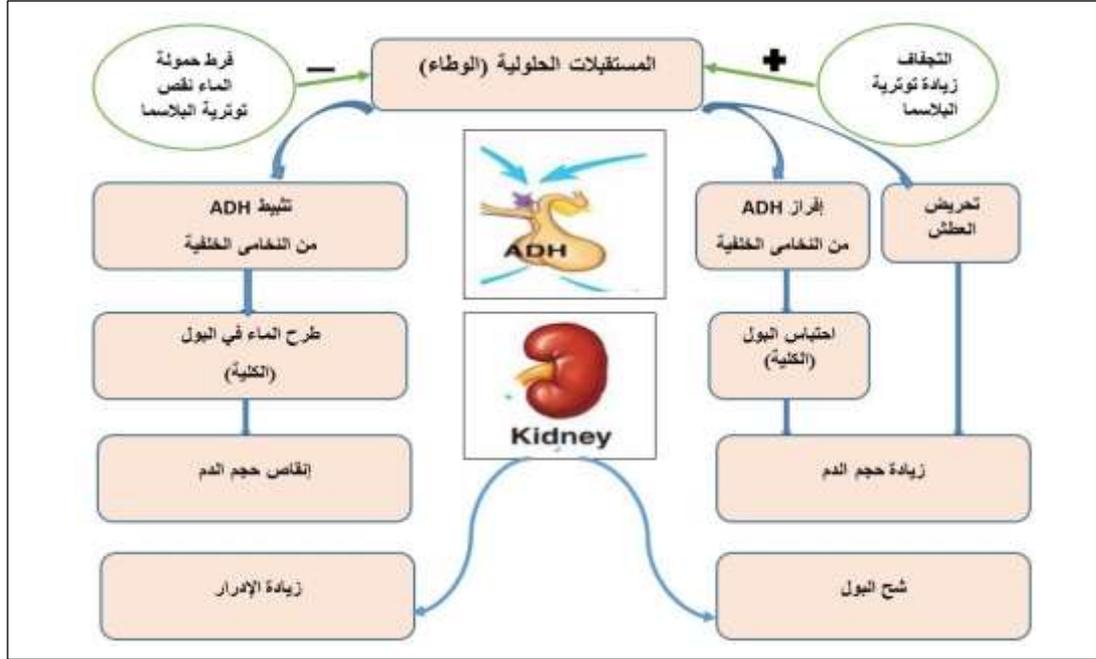
4. آليات ضبط توازن السوائل في الجسم fluid balance in the body :control of

إن التنظيم المحكم للتوازن بين الوارد والصادر من الماء وتوزع الماء في الجسم يعد أمراً حيوياً للأداء الأمثل لكل وظائف الأعضاء في الجسم، وإن أي اضطراب في توازن أو توزع السوائل يؤدي إلى خلل كبير في وظائف عدة أعضاء في الجسم.

يتم تنظيم توازن السوائل في الجسم عموماً بالتنظيم الحلوي أو الأسموزي **osmoregulation** وتنظيم الحجم ومنعكس العطش.

وتتداخل عدة أعضاء وآليات لضبط توازن السوائل (الشكل 8-11):

الشكل (8-11) آلية التنظيم الحلوي للسوائل في الجسم



أ. دور مستقبلات الحلوية في الوطاء **osmoreceptors**:

في الحالات الطبيعية تقوم مستقبلات الحلوية في منطقة الوطاء بكشف أي تغير في توترية السائل خارج الخلايا بحساسية عالية (بمجرد تغير بنسبة 1-2% في التوتيرية) وتستجيب بالتحكم بإفراز هرمون ADH من النخامى الخلفية. يؤدي فقد السوائل إلى زيادة الصوديوم والحلوية، وبالتالي تفعيل مستقبلات الحلوية فينتج عن ذلك تحريض منعكس العطش وزيادة تحرر الهرمون مضاد الإدرار ADH.

عند الشخص الطبيعي تؤدي هذه التغيرات إلى زيادة تناول الماء ونقص اطرارح الماء مما يحافظ على توازن الماء. ثم تأتي أهمية مستقبلات الضغط **baroreceptors** التي تتحسس لنقص الحجم وهي أقل حساسية من مستقبلات الحلوية (تستجيب عند تغير حجم الدم بنسبة 7-10%)، لكن فعاليتها كبيرة في تحريض إفراز ADH إذا تفاعلت.

ب. الهرمون المضاد للإدرار **(ADH) antidiuretic hormone**:

يقوم الوطاء بإنتاج هرمون الـ ADH ويتم تخزينه في الغدة النخامية الخلفية ليفرز بعدها في الدوران العام.

يفرز ADH من غدة النخامى الخلفية استجابة لارتفاع الحولية في الدم (التي تتحدد بشكل رئيسي بشاردة الصوديوم) من خلال تحسس وتحريض المستقبلات ال حلولية في الوطاء. يقوم الـ ADH بتنظيم حلولية البلاسما، فيعمل على زيادة امتصاص الماء من قبل القناة الجامعة في الكلية وإعادة الحولية إلى مستواها الطبيعي. ويؤدي وجوده إلى إفراغ البول المكثف. كما أن نقص الحجم الدوراني أيضاً يحرض إفراز الـ ADH من خلال تحريض مستقبلات الحجم في الجيب السباتي و الأبهرى و الاذنين الايسر. للـ ADH دور مقبض للأوعية الشريانية أيضاً مما يزيد من المقاومة الوعائية المحيطة ويؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم.

أما في حالات انخفاض الحولية في البلاسما فيتم تثبيط إفراز ADH وبالتالي يزيد إخراج البول من قبل الكلية لكي ترتفع الحولية وتعود لمستواها الطبيعي، وهنا يتم الإدرار وطرح بول ممد منخفض الكثافة.

من محرضات إفراز الـ ADH أيضاً: الشدة stress والألم، والجراحة.

ت. العطش thirst:

بالإضافة الى الهرمون المضاد للإدرار، يقوم العطش ايضاً بتنظيم السائل الخارج الخلوي، يتم تحريض العطش بشكل أساسي من قبل نفس العوامل التي تزيد من افراز الهرمون المضاد للإدرار. ولذلك في المريض الواعي الذي يستطيع الشرب مع منعكس عطش سليم مع توفر الماء لا يحصل فرط صوديوم في التناول الطبيعي للوجبات. إن معظم الماء المتناول لا يتم بسبب العطش، إنما يشكل العطش آلية احتياطية. من محرضات العطش: زيادة حلولية البلاسما، ونقص الحجم الدوراني، وانخفاض الضغط الشرياني.

ث. الكلية kidney:

وتعتبر أهم عضو في ضبط توازن السوائل والشوارد في الجسم، بل هي الوظيفة الرئيسية للكلية. تقوم الكلية بشكل طبيعي بفلتر 180 لتر من البلاسما بشكل يومي عند الشخص البالغ. بينما تقوم بإخراج فقط 1.5 لتر من البول. معظم الماء المرشح يعاد امتصاصه من الكلية مباشرة بشكل منفعل (لا يحتاج لطاقة)، بغض النظر عن هرمون ADH، حيث يعاد امتصاص الصوديوم خاصة ويتبعه الماء بتأثير المدروج الحولي الحاصل.

يتحدد حجم البول بمقدار حمل الذوائب(الشوارد) وبأقصى حلولية للبول يمكن أن تنتج. تتراوح حلولية البول ما بين 500-800 ميلي أسمول/كغ. يمكن للكلية أن تزيد من تركيز البول وترفع من حلولية البول حتى 3-4 أضعاف القيمة الطبيعية. تعمل الكلية بشكل مستقل أو من خلال

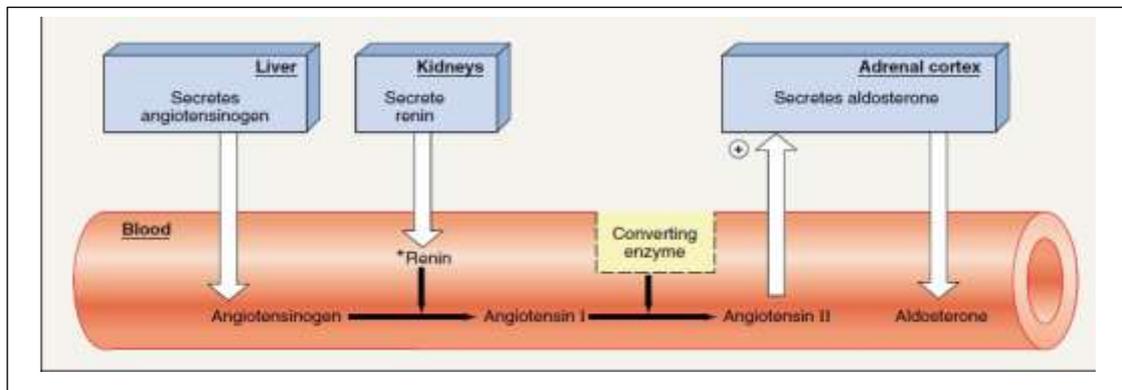
الاستجابة للرسائل المنقولة عبر الدم، مثل جهاز الرينين-أنجيوتنسين-ألدوستيرون أو هرمون ADH. وبالخلاصة تقوم الكلية بالأدوار التالية:

- إعادة امتصاص السوائل وإطراحها حسب حالة السوائل في الجسم
- تستجيب لتأثيرات هرمون ADH في إعادة امتصاص الماء أو طرحه
- تنظيم توترية السائل خارج الخلايا من خلال عملية إعادة امتصاص الصوديوم بشكل رئيسي
- الاطراح النوعي لبعض الشوارد الأخرى مثل البوتاسيوم والهيدروجين.

ج. جهاز الرينين-أنجيوتنسين-ألدوستيرون renin-angiotensin-aldosterone system

يؤدي نقص الحجم الدوراني إلى زيادة افراز الرينين من الكلية الذي يؤدي الى تشكل الأنجيوتنسين. يعمل الأنجيوتنسين على إحداث التقبض الوعائي، ويؤدي إلى زيادة ضغط الدم، ومن تأثيرات الأنجيوتنسين الأخرى أنه يحرض على العطش وبالتالي يتم شرب الماء لتحسين الحجم الدوراني. ينتج طليعة الأنجيوتنسين بداية من الكبد باسم الأنجيوتنسينوجين الذي يتفكك بفعل الرينين إلى أنجيوتنسين في الدم. يحرض الأنجيوتنسين غدة قشر الكظر على إنتاج هرمون الألدوستيرون الذي يؤثر على الأنابيب البعيدة في الكلية فيزيد من إعادة امتصاص الصوديوم (ومعه الماء) وإطراح البوتاسيوم والهيدروجين، فيعمل كذلك على تحسين الحجم داخل الاوعية، وبذلك فإن الألدوستيرون يلعب دوراً هاماً في تنظيم الحجم الدوراني. يساهم كل من الكبد والكلية وغدة قشر الكظر في تنظيم عمل جهاز الرينين-أنجيوتنسين-ألدوستيرون (الشكل 8-12).

الشكل (8-12) جهاز الرينين-أنجيوتنسين-ألدوستيرون



ح. الجهاز العصبي الودي sympathetic system:

إن النقص في الحجم سوف يؤدي إلى زيادة التنبيهات الودية، التي تؤدي إلى زيادة النتاج القلبي من خلال زيادة القلوصية القلبية وزيادة النقل وسرعة القلب، إضافة إلى زيادة في مقاومة الشرايين. كما أن تفعيل الجهاز الودي يحرض على إفراز الرينين وبالتالي تفاعل جهاز الرينين-أنجيوتنسين-ألدوستيرون وتأثيراته المعروفة في حبس الماء والصوديوم والتقبض الوعائي. وبالمحصلة إن تحريض الجهاز الودي يحسن الحجم الدوراني ويرفع الضغط الشرياني كعواضة لنقص الحجم الحاصل.

خ. الببتيدات المدرة للصوديوم natriuretic peptides:

هي مجموعة من الببتيدات الهرمونية التي تؤثر على حجم السوائل في الجسم والوظيفة القلبية الوعائية. لها أنواع المشهور منها الببتيد الأذيني المدر للصوديوم (atrial natriuretic peptide (ANP). تتفاعل هذه الببتيدات استجابة لزيادة في الحجم وارتفاع في ضغط أجواف القلب (مثلاً في قصور القلب الاحتقاني، والقصور الكلوي المزمن) وتعمل على زيادة إطراح الصوديوم، وتوسيع الأوعية، ومعاكسة عمل جهاز الرينين- أنجيوتنسين- ألدوستيرون.

5. السوائل الوريدية العلاجية Intravenous fluids أو المحاليل الوريدية IV

:solutions

هي محاليل مصنعة لتعويض سوائل الجسم المفقودة. تتألف المحاليل الوريدية من مكونين أساسيين: الماء ومادة منحلة فيها (الذوائب)، ويكون مجموع شحنة الذوائب التي فيها تعادل الصفر ليتحقق مبدأ التعادل الكهربائي. وبناء على الذوائب الموجودة تتغير خصائص هذه المحاليل ويتم تقسيمها إلى أنواع ثلاثة رئيسية:

- محاليل بلورانية (كريستالية)
- محاليل غروانية
- محاليل سكرية

كما تقسم بحسب نسبة توترية المحلول إلى توترية البلاسما إلى ثلاثة أصناف:

المحاليل أسوية التوتر isotonic solutions والتي تكون توتريتها مشابهة لتوترية البلاسما (280-300 ميلي أسمول/كغ)

المحاليل منخفضة التوتر hypotonic solutions والتي تكون توتريتها أقل من توترية البلاسما

المحاليل مرتفعة التوتر hypertonic solutions والتي تكون توتريتها أعلى من توترية البلاسما ويعتبر المحلول النموذجي هو الذي يكون أسوي التوتر، ولا يسبب اضطرابات شاردية، وأن يحوي ذوائب يمكن استقلالها في الجسم.

أ. المحاليل البلورانية **crystalloid solutions**:

يدخل في تركيب هذه المحاليل إضافة للماء الشوارد والتي يمكنها أن تعبر عبر الأغشية شبه النفوذة، والماء الذي فيها يتبع حركة الشوارد في الجسم بآلية الحلول. تتوزع السوائل البلورانية في الجسم بسهولة في الحيز خارج الخلايا بنسب متفاوتة بين داخل الأوعية والوسط الخلالي حسب تركيبها. يمكنها أيضاً أن تدخل الحيز داخل الخلايا ولكن بنسبة أقل. من مزايا السوائل البلورانية ما يلي:

- رخيصة الثمن
 - سهلة التخزين وتدوم لفترة طويلة
 - قليلة التأثيرات الجانبية عموماً
 - تنوعها لتناسب الاختلافات في المعالجة بين المرضى
 - ندرة الارتكاسات التحسسية لها
- يوجد العديد من أشكال هذه المحاليل المحضرة تجارياً انظر الجدول.

ونتناول هنا أهمها بالتفصيل:

(1) المحلول الملحي النظامي normal saline: ويتألف من كلور الصوديوم بنسبة 0,9% و يحتوي الصوديوم بتركيز 154 ميلي مول/ل، والكلور بنسبة 154 ميلي مول/ل فقط دون شوارد أو ذوائب أخرى، ويعتبر بشكل عام اسوي التوتر (توتريته 308 أي مرتفع التوتر قليلاً) رغم أن تركيز الصوديوم والكلور فيه أعلى من البلاسما أو السائل خارج الخلايا (حوالي 140 ميلي مول للصوديوم و100 ميلي مول للكلور في البلاسما). يوجد أيضاً المحلول الملحي النظامي مع الجلوكوز أو ما يدعى اختصاراً بـ D5S، مشابه تقريباً للملحي النظامي مع إضافة الجلوكوز له.

توزعه: ينتشر المحلول الملحي النظامي فقط في الحيز خارج الخلايا ويتوزع فيه حسب أقسام هذا الحيز (قاعدة الأربع) أي ربعه يبقى داخل الأوعية وثلاثة أرباعه يذهب إلى الوسط الخلالي. فمثلاً بعد تسريب لتر واحد منه تبقى في الأوعية الدموية كمية 250 مل وتذهب كمية 750 مل إلى الوسط الخلالي. **استطبابه:** كمعوض حجم في فقد الحجم أو الصدمة، وينبغي أن يعطى في الصدمة النزفية بنسبة 3-4 أضعاف حجم الدم النازف.

- التأثيرات الجانبية:

- فرط حمولة الماء والصوديوم خاصة بوجود قصور في الكلية أو القلب، مما قد يسبب وذمة محيطية أو وذمة رئوية
- وذمة في الأنسجة نتيجة تمدد الألبومين ونقص الضغط الغرواني في البلازما (قد ينتج عنها متلازمة الجوبات المحيطة أو في البطن compartment syndrome)
- الحماض الاستقلابي مفرط الكلور
- اضطراب التخثر التمديدي (تمدد عوامل التخثر خاصة مع إعطاء أحجام عالية يمكن مع كل البلورانيات)

(2) المحاليل البلورانية الفيزيولوجية physiological solutions أو تدعى أيضاً بالمحاليل

المتوازنة **balanced solutions**: المحلول المتوازن هو الذي يشبه تركيبه البلازما كما وكيفاً، حيث يحتوي على الصوديوم، والبوتاسيوم، والكلور، والمغنسيوم، والكالسيوم وبتراكيز مشابهة للبلازما، إضافة إلى ذائب قابلة للاستقلاب. وأهمها محلول رينجر Ringer's حيث تم تحضير هذه المحاليل كمحاكاة لتركيب البلازما في الجسم لتلافي التأثيرات الجانبية التي ترافق المعالجة بالمحلول الملحي النظامي. تم تقليل تركيز الصوديوم، وتم تقليل كمية الكلور في هذه المحاليل. كما تم في بعضها إضافة ذائب قابلة للاستقلاب مثل اللاكتات lactate أو الأسيتات acetate أو المالات malate لها والتي تستقلب في الأنسجة إلى بيكربونات وذلك لتجنب حدوث الحماض الاستقلابي الذي يحصل مع المحلول الملحي النظامي (الجدول 8-3). وبالطبع لا يمكن إضافة البيكربونات مباشرة إلى المحاليل لأنها تترسب في الكيس. الأمثلة عليها محلول الرينجر Lactated Ringer ويدعى أيضاً محلول هارتمان Hartmann's، أو الرينجر أسيتات، أو محلول Sterofundin حيث تم إضافة الأسيتات والمالات له، أو محلول Plasma-Lyte الذي يحتوي على المغنسيوم، والأسيتات والغلوكونات. المحاليل الفيزيولوجية أو المتوازنة هي أسويه التوترية أيضاً.

- **توزعها** نفس توزع المحلول الملحي النظامي بحيث أنها تنتشر بالمعظم في الحيز خارج الخلايا

- **استطباتها:** الإماهة خلال العمل الجراحي، والمعالجة المحافظة الروتينية أي حاجة السوائل اليومية

- **الآثار الجانبية والتحذيرات:** تشبه الآثار الجانبية لها تلك التي تحدث مع المحلول الملحي النظامي، لكن حدوث الحماض الاستقلابي مفرط الكلور أقل. لا يمكن استخدام المحاليل التي

تحتوي على الكالسيوم لتمديد وحدة الكريات الحمر المكدسة قبل نقلها (مثل رينجر لاكتات) خشية اتحاده مع السيترات وتشكيله رواسب في جهاز نقل الدم.

(3) المحاليل البلورانية منخفضة التوتر hypotonic solutions: وتتصف في أنها تنقص من الضغط الغرواني وانخفاض توترية البلاسما، وتؤدي إلى انزياح الماء من الحيز خارج الخلايا إلى الحيز الخلوي مما قد يسبب الوذمة الخلوية وتحلل الخلايا (منها الكريات الحمر). الأمثلة عليها المحلول الملحي نصف النظامي NS %0,45 (فيه نصف كمية الصوديوم والكلور الموجودة في المحلول النظامي، والمحلول الملحي ربع النظامي NS %0,0225 (فيه ربع كمية الصوديوم والكلور الموجودة في المحلول النظامي). قد تستخدم هذه المحاليل للمعالجة المحافظة اليومية بالسوائل، لكن استخدامها بكميات كبيرة يسبب الوذمة الدماغية وارتفاع التوتر داخل القحف، لذلك لا تستخدم في حال الوذمة الدماغية أو النزوف داخل القحف (كما في رضوض الرأس).

الجدول (8-3) تركيب بعض المحاليل البلورانية

Electrolyte or parameter	Plasma	0.9% NaCl	Ringer lactate	Ringer acetate	Sterofundin®
Colloid-osmotic pressure (mmHg)	25	-	-	-	-
Osmolality (mOsm/Kg)	287	308	277	256	291
Sodium (mEq/L)	142	154	131	130	145
Potassium (mEq/L)	4.5	-	5.4	5	4
Magnesium (mEq/L)	1.25	-	-	1	1
Chloride (mEq/L)	103	154	112	112	127
Calcium (mEq/L)	2.5	-	1.8	1	2.5
Lactate (mEq/L)	1	-	28	-	-
Bicarbonate (mEq/L)	24	-	-	-	-
Acetate/Malate (mEq/L)	-	-	-	27/-	24-5

(4) المحاليل البلورانية مرتفعة أو مفرطة التوتر Hypertonic crystalloids: وتتميز أنها تحتوي تراكيز مرتفعة من الصوديوم مثل المحلول الملحي 3% والملحي 7,5%. عندما تزيد توتريتها عن 900 ميلي أسمول/ل يجب تسريبها في القسطرة الوريدية المركزية وليس المحيطية. ويعود تأثيرها إلى رفعها لتوترية البلاسما وانزياح الماء إلى البلاسما من الحيز خارج الخلايا ثم من الحيز داخل الخلايا. من ميزاتها أنها تقلل الحاجة من الحجم المعطى حيث تعطى بجرعة حوالي 4مل/كغ فقط، كما أنها تقلل من الوذمة النسيجية والخلوية، لكن نصف عمرها داخل الأوعية الدموية

قريب من المحاليل أسوية التوتر وقد يكون لها تأثير مقو لقلوصية القلب، وموسع وعائي أيضاً. تستطب كعميضات حجم في فقد الحجم في الوذمات الدماغية بعض رضوض الدماغ ولا يستطب استخدامها المطول. من أثارها الجانبية فرط تركيز الصوديوم. كما أن رفعها لتوترية البلاسما يمكن أن يسبب انحلال في الكريات الحمر.

أهم استخداماتها:

- معالجة الوذمة الدماغية أياً كان سببها (مثل رض دماغي...)
- في إنعاش الحروق (لتخفيف الوذمة النسيجية)
- في نقص الصوديوم الشديد

ب. المحاليل الغروانية colloid solution:

تدعى المحاليل الغروانية بهذا الاسم لاحتوائها على جزيئات كبيرة (بروتينية أو غير بروتينية) والتي لا يمكن لها أن تعبر الأغشية شبه النفوذة حيث لا تستطيع عبور جدران الشعريات ولذلك تبقى في الأوعية الدموية وترفع الضغط الغرواني للبلاسما وترفع حجم البلاسما 100%. تتعلق قوتها في تمديد حجم الدم بوزنها الجزيئي، وتتعلق مدة تأثيرها بنصف عمرها في البلاسما. قد يحدث ارتشاح للغروانيات إلى خارج الشعريات الدموية مما يحد من تأثيرها كما يحصل في الانتان الجهازية sepsis والالتهابات الجهازية.

قد تكون أسوية الغروانية iso-oncotic أو منخفضة الغروانية hypo-oncotic أو مرتفعة الغروانية hyperoncotic وذلك نسبة إلى الضغط الغرواني في البلاسما. قد تكون الغروانيات أيضاً محاليل متوازنة أي محاكية لتركيب الشوارد في البلاسما أو غير متوازنة.

- أهم استطبائاتها: تستخدم الغروانيات كعميضات حجم لمرضى نقص الحجم الشديد أو الصدمة الدورانية، ولكن من غير الواضح هل هي أفضل أم البلورانيات. بشكل عام تستخدم كخط ثاني بعد البلورانيات.

- من مزاياها:

- تساهم في تعزيز الضغط الغرواني في البلاسما
- تبقى فترة أطول داخل الأوعية الدموية وبالتالي فهي فعالة كعميضات حجم volume expanders

- أهم مساوئها وتأثيراتها الجانبية:

- تعتبر عالية الثمن عموماً واستخدامها أقل من المحاليل البلورية
- تسبب ارتكاسات تحسسية
- تأثيرات جانبية أخرى: مثل الهيماسيل HES قد يسبب قصوراً كلوياً
- قد تسبب وذمة رئوية
- اضطراب في تخثر الدم

- أنواعها الرئيسية:

- منتجات الدم (كالصفيحات والبلازما المجمدة الطازجة) لها استطبابتها الخاصة ولا تستخدم كمعويضات حجم
- البروتينية من الألبومين البشري human albumin solution
- الجيلاتينية gelatin based
- النشوية starch based أو السكرية المركبة

(1) الألبومين البشري human albumin: ومتوفر بتركيز 4% منخفض الغروانية، 5%

أسوي الغروانية، 20% و 25% مرتفعا الغروانية. وزنه الجزيئي 69000 دالتون. يعتبر كمعويض حجم فعال يزيد الحجم خلال 30 دقيقة، ويستمر تأثيره إلى 16-24 ساعة.

(2) الجيلاتينات Gelatins: هي ببتيدات مشتقة من الكولاجين البقري. ولها ثلاثة أنواع رئيسية

حسب المادة المضافة المرتبطة بالجلياتين يتراوح وزنها الجزيئي ما بين 30000-350000 دالتون. تضاف إليها الشوارد المختلفة. نصف عمرها 2,5 ساعة ويستمر تأثيرها كمعويض للحجم ما بين 1-3 ساعات، أي مدة تأثيرها أقل من باقي الغروانيات. الأمثلة عليها هيماسيل Hemacell، جيلفونديول Gelofusine. أهم تأثيراتها الجانبية التفاعلات التأقية ثم اضطرابات التخثر.

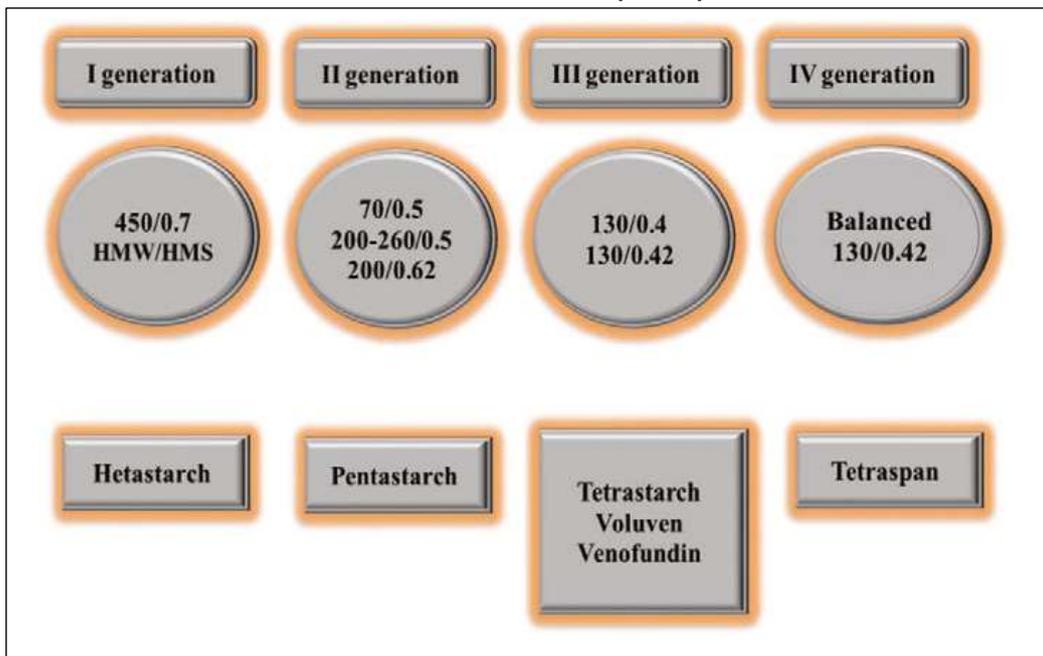
(3) الغروانيات النشوية (HES) hydroxyethyl starches: وهي مشتقة من نشويات

طبيعية. أو ما أنتجت في سبعينيات القرن الماضي، لها تراكيز مختلفة 3% منخفضة الغروانية، 6% أسوية الغروانية، 10% مرتفعة الغروانية)، وأوزان جزيئية مرتفعة تبدأ من 70 ألف وحتى 450 ألف دالتون، ونسبة تمديد الحجم في البلازما 100% أو أكثر حسب تركيزها. يطول نصف عمرها في البلازما وإطراحها بحسب وزنها الجزيئي. تتراوح مدة تأثيرها المعويض للحجم ما بين 8-12 ساعة، وتطرح عن طريق الكلية. لها أربعة أجيال (الشكل 8 - 13). أهم تأثيراتها الجانبية خطورة حدوث القصور الكلوي خاصة مع الأوزان الجزيئية المرتفعة، واضطرابات التخثر والصفيحات والحكة. الجيل الجديد منها هو الرابع مثل

Tetraspan (130\0,42) هو محلول متوازن مشابه لتركيب البلاسما يقل معه حدوث القصور الكلوي واضطراب الصفائح.

(4) الديكسترانينات dextrans solutions : هي نوع من السكريات المركبة ومتوفرة فقط في الولايات المتحدة الأمريكية ولها صنفان بحسب وزنها الجزيئي إما 40000، أو 70000 دالتون يستمر تأثيرها ما بين 3-5 ساعات. وتطرح بشكل رئيسي عن طريق الكلية. تأثيراتها الجانبية أكثر من غيرها وخاصة التفاعلات التأقية، والسمية الكلوية، واضطرابات التخثر، ولذلك لم تستخدم إلا نادراً.

الشكل (8-13) أجيال الغروانينات النشوية HES



ت. المحاليل السكرية glucose solutions :

مثالها التقليدي المحلول السكري 5% المشهور بالديكستروز 5% D5W وهو محلول منخفض التوتر (253 ميلي أسمول/ل) يحتوي على الماء والغلوكوز 50غ/ل.

(1) تم تصنيع محاليل أخرى حيث مزج الغلوكوز مع البلوريات لرفع الأسمولية أو لتعويض بعض الحاجة من الكربوهيدرات (الغلوكوز) ومنها:

- أسوية التوتر: مثل محلول S ¼ D5 (355 ميلي أسمول/ل)
- أو مرتفعة التوتر: مثل محلول D5 NS (586 ميلي أسمول/ل)، ومحلول S ½ D5، (432 ميلي أسمول/ل)، ومحلول D5 LR (525 ميلي أسمول/ل)،

(2) توزعها: يتميز المحلول السكري 5% أنه يتوزع في كل أحياء الجسم مثل توزع الماء الكلي في الجسم (قاعدة الأثلاث)، أي ثلثيه ينتشر إلى الحيز داخل الخلايا، وثلثه يبقى في الحيز خارج الخلايا ولا يبقى في البلازما إلا 1/12 منه فقط. بالنسبة للغلوكوز الموجود في المحلول السكري فإنه يدخل إلى داخل الخلايا ويستقلب من خلال تنفس الخلية (بوجود الأكسجين) لينتج في النهاية ثاني أكسيد الكربون والماء (الماء أيضاً)، وكل جزيء غلوكوز يولد 6 جزيئات من الماء من خلال استقلابه في الخلايا، ولذلك هذه المحاليل معيضة جيد للماء (الإماهة). بالنسبة لتوزع المحاليل السكرية الأخرى فهو يختلف حسب محتواها من الصوديوم.

مثال: إذا تم تسريب لتر من المحلول السكري 0,5% فإنه يتوزع كالتالي: حوالي 650 مل للحيز داخل الخلايا، و350 مل تقريباً في الحيز خارج الخلايا، يتوزع منها حوالي 270 في الوسط الخلالي ويبقى فقط حوالي 80 مل في الأوعية الدموية أي ضمن البلازما! ولذلك فإن محلول D5W لا يستخدم كمعوض حجم نهائياً لبقاء جزء ضئيل جداً منه في البلازما.

(3) استطبباتها:

- يستطب محلول D5W بشكل أساسي للوقاية من انخفاض سكر الدم عند مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين، وقد يستخدم لعلاج فرط الصوديوم.
- معظم هذه المحاليل يستخدم لإعطاء الحاجة اليومية المحافظة من السوائل والشوارد والغلوكوز، وأيضاً لإماهة المرضى في حالات التجفاف.

(4) التحذيرات: وتعتبر المحاليل السكرية مضاد استطببات في الوذمات الدماغية (كما في رضوض الرأس) لأنها تزيد من الماء داخل الخلايا، ولا تعطى في نقص البوتاسيوم لأنها تحرر الأنسولين الذي يؤدي لانزياح البوتاسيوم إلى داخل الخلايا ونقصانه في البلازما. كما لا تعطى هذه المحاليل في حالات الإنعاش بالسوائل بشكل عام لعد جدواها.

ملاحظة: لماذا يضاف الغلوكوز إلى الماء في المحلول السكري ولا يعطى الماء فقط وريدياً لإماهة المريض؟

- إن الماء لوحده دون شوارد أو ذوائب يكون بدون توترية، وبالتالي في حال تسريبه الوريدي فإنه يدخل إلى الكريات الحمراء بألية الحلول ويؤدي إلى انحلالها (انحلال الدم)، ولذلك لا يعطى الماء وريدياً مباشرة أبداً ولا بد من إضافة ذوائب أو شوارد معه.

ث. خلاصة توزع مختلف أنواع المحاليل الوريدية في الجسم:

يظهر الجدول التالي(8-4) توزع بعض أنواع المحاليل في أحياز الجسم المختلفة وذلك بعد تسريب لتر واحد منها:

الجدول (8-4) توزع مختلف المحاليل الوريدية بعد تسريب 1000 مل (1 لتر) منها

المحلول	الحيز داخل الخلايا	الحيز الخلالي	الحيز الوعائي
0,9% NS	0 صفر	650 مل	350 مل
غروانيات (ألبومين أو HES)	0	0	1000 مل
D5W	650 مل	270 مل	80 مل
0,45% saline	325 مل	460 مل	215 مل

وهكذا تكون المحاليل التي تحقق أكبر حجم في الحيز الوعائي (مثل 0,9%NS، والألبومين) مناسبة كمعويضات حجم وتستخدم في إنعاش مرضى نقص الحجم والصدمة. أما المحاليل التي تحقق تواجد أعلى في الحيز داخل الخلايا (مثل D5W) فهي مناسبة للمعالجة اليومية المحافظة بالسوائل أو لتعويض التجفاف.

6. المعالجة بالسوائل الوريدية IV fluid therapy:

تعتبر المعالجة بالسوائل الوريدية مثل أي معالجة دوائية لا بد لها من استطباب وجرعة ومحاذير واختلاطات.

أ. استطباباتها: للمعالجة بالسوائل الوريدية ثلاثة أنواع رئيسية وفيها يتحدد نوع السوائل المعطاة والكمية(الجرعة) وطريقة الاعطاء:

(1)المعالجة المحافظة fluid maintenance therapy:

- وتستطب في الحالات الفيزيولوجية الطبيعية لتعويض الفقد اليومي للسوائل سواء عن طريق البول أو العرق أو التنفس أو البراز عند المرضى الذين لا يستطيعون تناول الطعام أو الشرب عن طريق الفم، وليس لديهم علامات لنقص الحجم أو التجفاف.
- وتهدف المعالجة المحافظة هنا إلى الحفاظ على التوازن الطبيعي للماء والشوارد في الجسم، وتأمين جزء من التغذية(الكربوهيدرات) وذلك خلال مدة انقطاعهم عن الطعام والشرب. ومن الأمثلة على ذلك المرضى الذين لا يستطيعون البلع بسبب سكتة دماغية stroke، وما

بعد جراحة الأمعاء، والإمهاء ما قبل الجراحة مع الصيام. تستطب المعالجة المحافظة لفتره قصيرة فقط.

- الجرعة اليومية من السوائل الوريدية في المعالجة المحافظة ما بين 25-30 مل/كغ، يضاف الحاجة اليومية من البوتاسيوم، والصوديوم، والكلور حوالي 1 ميلي مول/كغ لكل منهم

كما يضاف الجلوكوز بجرعة 50-100 غ لمنع التقويض الاستقلابي

- تزداد الحاجة من السوائل في حال وجود حمى، أو نعرق زائد، أو حروق، أو فرط تهوية، أو وجود زيادة في كمية البول، أو مفرغات زائدة من جهاز الهضم. فمثلاً نحتاج إلى زيادة الوارد من السوائل بمقدار 100-150 مل يومياً عن كل ارتفاع بمقدار درجة حرارة واحدة فوق الـ 37°.

- وفي حالات أخرى ينبغي تحديد كمية السوائل المعطاة كما هو عند المرضى البدينين بحيث تعطى السوائل حسب الوزن المثالي لا الحقيقي، وأيضاً في حال وجود قصور في الكلية أو القلب أو الكبد

- تستخدم السوائل البلورانية من نوع S ¼ (ملحي ربع نظامي)، أو محلول الجلوكوز 5%، أو المختلط D5S، أو S ½ D5 ويمكن أن يضاف البوتاسيوم بتركيز 20 ميلي مول/ل

- التحذيرات: قد يحدث نقص الصوديوم، وينصح للعودة لتناول السوائل عن طريق الفم في أقرب وقت حالما تسمح حالة المريض بذلك.

(2) المعالجة التعويضية fluid replacement therapy:

- وتستطب لتعويض نقص السوائل (والشوارد) المرضي deficit، والتي يتم فقدها عبر الجهاز الهضمي، أو البول، أو النزف.... الخ وذلك في حال التجفاف أو فقد الحجم الخفيف إلى المتوسط. ويتم تقييم حالة الحجم بمشعرات سريرية ومخبرية (انظر مقارنة حالة السوائل والشوارد عند مريض العناية).

- وتهدف إلى إصلاح الاضطراب الحاصل في السوائل و/أو الشوارد. ولا بد هنا من معرفة تركيب السائل المفقود حتى يتم تعويضه.

- يتم الإضافة أو التعديل على المعالجة المحافظة بالسوائل للمريض حسب مقدار النقص في السوائل والاضطراب في الشوارد الموجود،

- يجب معرفة المحتوى الشاردي للسوائل المفقودة من الجسم (راجع الحيز عبر الخلايا): مثلاً يتم فقد البوتاسيوم مع الاقياء والاسهال، وهنا يجب تعويض البوتاسيوم مع السوائل

- يتم التعويض ببطء عموماً على مدى يومين إلى ثلاثة أيام في الحالات الخفيفة والمتوسطة، ويقدر المفقود بجمع القيم التالية: النتاج البولوي + الفقد غير المحسوس المقدر + أي فقدان ظاهري آخر (مفرغات هضمية...)، أما في الحالات الشديدة فيتم التعويض السريع (انظر الإنعاش بالسوائل)
- يفضل أن يكون معدل الإعطاء أكثر من معدل المفقود المقدر بحوالي 50-100 مل/ساعة
- تستخدم هنا السوائل العلاجية بشكل عام أسوية التوتر من نوع البلورية المتوازنة، أو الملحي النظامي 0,9%، أو D5W، أو D5S.
- في حال إعطاء السوائل حول العمل الجراحي يتم إعطاء المريض تعويضاً عن ساعات الصيام التي صامها ويسمى fluid deficit بكمية تعادل حاجته العادية (المحافظة)
- وفي حال النزف يتم التعويض بالسوائل البلورية المتوازنة أو بالغروانيات.
- يجب مراقبة استجابة المريض والتقييم الدوري لحالة الحجم عنده لمعرفة مقدار السوائل التي يحتاجها لاحقاً

(3) الإنعاش بالسوائل fluid resuscitation:

- ويقصد بها المعالجة السريعة بإعطاء دفعات كبيرة من السوائل وفي وقت قصير (مثلاً 500 مل أو 1000 مل خلال 20-30 دقيقة)
- وتستطب في حالات نقص الحجم الشديد أو الصدمة الدورانية، أي عند المرضى الحرجين.
- وتهدف إلى المحافظة على تروية الأعضاء الحيوية من خلال تحسن الحجم الدوراني بالسوائل، حيث أن التأخر في إعطاء السوائل أو إعطاء كميات قليلة في هذه الحالات قد يؤدي إلى حصول أذية نقص التروية في الأعضاء الحيوية والوصول لمرحلة الصدمة اللاعكوسة (انظر الإنعاش في بحث الصدمة)
- تعطى المحاليل البلورية أسوية التوتر مثل المحلول الملحي النظامي والرينجر، أو البلورية المتوازنة (مثل محلول هارتمان)، ويمكن إعطاء المحاليل الغروانية أيضاً.
- ينبغي تجنب الاستخدام المفرط للسوائل حيث له العديد من التأثيرات الجانبية: مثل تدهور الأكسجة نتيجة وذمة رئوية أو العلوص (الشلل) المعوي نتيجة وذمة الأمعاء أو متلازمة ارتفاع الضغط داخل البطن.
- يتم توجيه المعالجة بالسوائل باستخدام المراقبة الهيموديناميكية المتقدمة للحالة الحجمية (انظر مقارنة السوائل والشوارد عند مريض العناية المركزة).

ب. اختلالات المعالجة بالسوائل الوريدية:

- فرط حمولة السوائل: وذمة محيطية، وذمة رئوية، ارتفاع التوتر داخل البطن، ومتلازمة الجوبات العضلية.
- نقص الحجم
- اضطرابات شاردية
- اضطراب التوازن الحمضي القلوي
- الانتان العائد لوجود القسرة الوريدية، أو الإجراءات غير العقيمة

7. اضطرابات السوائل والشوارد fluid & electrolytes disorders:

أ. التجفاف dehydration ونقص الحجم hypovolemia:

(1) **التجفاف:** هو النقص الكلي في سوائل الجسم والذي قد يكون معزولاً أو مترافقاً مع فقد الملح (الصوديوم)، لكن نسبة فقد الماء تفوق فقد الصوديوم بكل الأحوال، مما يؤدي إلى ارتفاع الصوديوم في البلاسما وارتفاع توترية البلاسما. أما **نفاذ الحجم volume depletion** أو **نقص الحجم hypovolemia:** فهو حدوث نقص في السائل خارج الخلايا عندما يزداد الفقد في الملح والماء عن الوارد اليومي وبشكل مستمر.

(2) **الآلية المرضية:** في حال التجفاف ترتفع توترية البلاسما بسبب فرط الصوديوم بسبب ذلك سحب السوائل من داخل الخلايا. يحرض ارتفاع توترية البلاسما منعكس العطش، كما يحرض مستقبلات الحلوية، وتفرز النخامى الخلفية هرمون الـADH الذي يزيد إعادة امتصاص الماء عن طريق الأنابيب الجامعة في الكلية، ولكن لا يتم تصليح النقص الحاصل في السوائل إما بسبب غياب الإحساس بالعطش كم هو في حالة غياب الوعي، أو عدم قدرة المريض على تناول الماء بسبب المرض الشديد. أما نقص حجم السائل خارج الخلايا ونقص الحجم الدوراني فينبه مستقبلات الضغط في الجهاز الدوراني مما يحرض على إفراز الـADH أيضاً كما أنه يحرض كل من الجهاز الودي وجهاز الرينين-أنجيوتنسين-ألدوستيرون، فيقوم الألدوستيرون بإعادة امتصاص الماء والصوديوم من الأنابيب البعيدة في الكلية، كما يقوم الأنجيوتنسين مع التحريض الودي بإحداث تقبض في الأوعية الدموية لتحسين الضغط الدموي (وتحويل الدم إلى الأعضاء الحيوية)، حيث غالباً ما يترافق نقص الحجم الدوراني مع هبوط الضغط الشرياني.

خلاصة: إذاً التجفاف يعبر عن نقص السائل داخل الخلايا، وفقد الحجم يعبر عن نقص الحجم داخل الأوعية الدموية، وقد يجتمع كلا الاضطرابين التجفاف ونقص الحجم في نفس المريض.

(3) أسباب فقد السوائل من الجسم:

- قد ينتج عن الفقد عن طريق الكلية (الادرار)
 - أو الفقد من الجهاز الهضمي (الإقياء أو الإسهال)
 - أو يحدث **الفقد في الحيز الثالث third space loss**: يقصد به السوائل التي تفقد خارج الخلايا ولكن ليس في الحيز الخلالي أو في الأوعية الدموية، حيث تكون غير قابلة للتبادل مع الحيزين داخل وخارج الخلايا وبالتالي تعتبر غير وظيفية (بسبب ارتشاح البروتينات معها).
يشار إلى فقد السوائل في الحروق، وإلى رض الأنسجة الشديد كما في الجراحات الكبرى، وإلى تجمع السوائل المرضي في البريتوان أوفي جوف الجنب بالحيز الثالث. كما قد يشار بالحيز الثالث أيضاً إلى إعادة توزع السوائل من الحيز الوعائي إلى الخلالي، وهنا يكون فقد الحجم نسبياً (الحجم الكلي للماء والسائل خارج الخلايا طبيعي). تحدث هذه الحالة بسبب التوسع الوعائي الشديد، أو بسبب أذية طبقة الغليكوكاليكس، وزيادة الرشح خارج الأوعية الدموية كما في الانتان الجهازى sepsis، والتآق.
 - **الفقد بالتعرق الغزير:** التعرق أمر فيزيولوجي هام من أجل تحكم الجسم بالحرارة، لكنه قد يشكل مصدراً كبيراً لفقد الماء والشوارد. الفقد اليومي للتعرق متفاوت ما بين 100 إلى 8000 مل في اليوم. الإنتاج الأعظمي للتعرق يقدر بـ 50 مل/د أو 2000 مل/ساعة عند الشخص المتأقلم، ويسبب في الحالات الشديدة فقد 25% من سوائل الجسم الكلية. وقد يصل فقد الصوديوم في اليوم إلى 350 ميلي أسمول مع التعرق في الحالات الشديدة.
- (4) الأعراض والعلامات السريرية:** يسبب فقد السوائل الصرفة نسبياً (التجفاف) أعراضاً بسبب زيادة الحلوالية ونقصان الحجم داخل الخلايا وتكون معظم الأعراض عصبية لتأثر الخلايا العصبية أولاً. أما أعراض فقد الحجم فتنتج عن اضطراب الهيموديناميكية بسبب نقص الحجم داخل الأوعية الدموية (مثل هبوط الضغط وتسرع النبض) وعادة لا تحصل أعراض عصبية. يجب كشف نقص الحجم والتداخل العلاجي الباكر قبل حدوث الصدمة والوهط الدوراني (الشكل 8 - 14).

- **الأعراض العصبية** وتتلخص في: تغييم الوعي، والعطش، واضطراب الاحساسات، وفي الحالات الشديدة قد يحصل السبات (الغيبوبة) coma والاختلاجات seizures.

- من العلامات السريرية لنقص الحجم هبوط الضغط الانتصابي **postural(orthostatic) hypotension** والذي يعتبر من العلامات الباكرة. ويتم كشفه بقياس الضغط الشرياني عند المريض في وضعية الاستلقاء ثم في الوقوف. وغالباً ما يشعر المريض بالدوخة وعدم الثبات على القدمين في حال الوقوف السريع. في الحالات الشديدة قد يحدث فقد وعي عند المريض أثناء الوقوف.
- تقييم انتباج الجلد حيث تظهر التنية الجلدية لكنها علامة متأخرة وغير موثوقة (الشكل 8 - 14)، والأفضل منها تقييم انتباج اللسان **tongue turgor**، حيث في الشخص ذو إمالة كافية يكون عنده تنية واحدة أما في حالة التجفاف فتكون هناك تنيات إضافية في اللسان.
- في حالات فقد الحجم الشديد تحدث الصدمة الدورانية وتظهر علامات نقص تروية الأعضاء كنقص الذئاج البولي، وبرودة الأطراف بسبب التقبض الوعائي المحيطي، وتغيم الوعي، وهبوط الضغط الشرياني (راجع بحث الصدمة الدورانية)
- (5)التدبير: يعطى الماء بالفم أو السوائل السكرية وريدياً ببطء في التجفاف، وتعطى السوائل البلورانية أو الغروانية في نقص الحجم بسرعة عادة (انظر المعالجة بالسوائل)، و ينبغي معرفة سبب لفقد السوائل الحاصل وعلاجه.

الشكل (8 - 14) تشكل التنية الجلدية في التجفاف



ب. فرط حمولة السوائل في الجسم fluid overload:

- (1)التعريف: فرط الإمالة **overhydration** وهي حالة فرط الماء في الجسم أو ما يدعى بالانسام بالماء **water intoxication**، أما فرط الحجم **hypervolemia** فيشير إلى حالة فرط السائل خارج الخلايا وزيادة حجم الدم.

(2)الأسباب:

- ينتج فرط الإمالة وفرط الحجم غالباً عن المعالجة بالسوائل الوريدية مع وجود وظيفة كلوية غير طبيعية كما في الأمراض القلبية أو الكبدية أو الكلوية، حيث لا تستطيع الكلية في هذه

الحالات أن تطرح الماء من الجسم بشكل طبيعي. وقد ينتج أيضاً عن نقل السوائل أو منتجات الدم بكميات كبيرة وفي وقت قصير (كما في إنعاش الصدمة).

(3) الآلية المرضية: في فرط الإماهة ينخفض الصوديوم في البلازما بسبب نقصه النسبي مقابل فرط الماء، وتنخفض توترية البلازما فينزاح الماء إلى داخل الخلايا ويؤدي إلى توذم الخلايا واضطراب في وظائفها. في فرط الحجم يكون مستوى الصوديوم طبيعياً عادة وتبقى توترية البلازما طبيعية ولا تنزاح السوائل إلى داخل الخلايا ولذلك لا تظهر الأعراض العصبية عادة، وقد يرتفع الصوديوم وتوترية البلازما أيضاً (تسريب محاليل مرتفعة محتوى الصوديوم).

(4) الأعراض والعلامات: نظراً لأن خلايا الدماغ حساسة لفرط الإماهة تحدث الاضطرابات العصبية باكراً مثل التغير في السلوك. تحدث دوخة أو تخطيط ذهني أو هذيان delirium عند المريض، وقد تحدث اضطراب في الرؤية. إضافة إلى حدوث آلام عضلية وتعب، وغثيان وإقياء وتسرع في التنفس، وزرقة أو نقص في الأكسجة. قد تغيب الأعراض أو تكون خفيفة إذا حدث فرط الإماهة بشكل تدريجي. وفي فرط الحجم تظهر أعراض وعلامات فرط الحجم الدوراني: مثل الوذمة الانطباعية المحيطية، انتفاخ الجلد، والوذمة الرئوية. انظر الجدول (8-4)

ملاحظة: قد تحدث الحالتين عند المريض أي فرط الإماهة مع فرط الحجم.

الجدول (8-4) العلامات السريرية لكل من نقص الحجم، وفرط الحجم

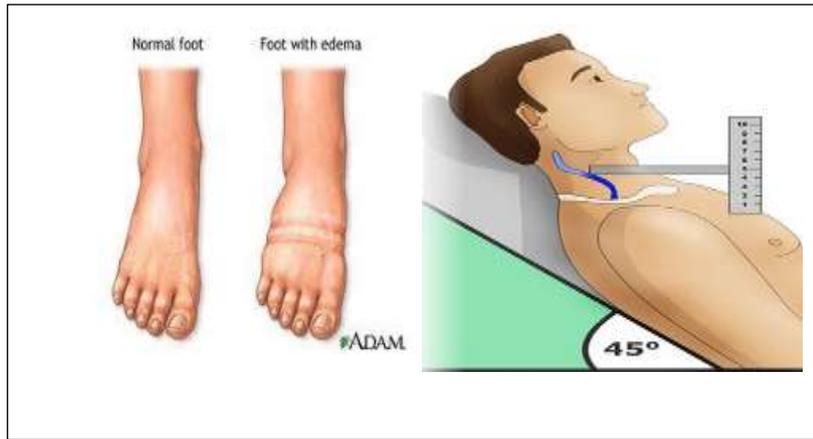
التجفاف/نقص الحجم	فرط الإماهة/فرط الحجم
<ul style="list-style-type: none"> ■ أعراض عصبية: تغييم الوعي، سبات، اختلاجات ■ جفاف الأغشية المخاطية (خاصة الفم) ■ انخماص الجلد ■ انخماص الوريد الوداجي الباطن ■ شح البول (مع بول داكن) ■ هبوط الضغط الانتصابي ■ تسرع القلب ■ في نقص الحجم الشديد تحدث أعراض وعلامات الصدمة: هبوط الضغط الشرياني، نبض خيطي سريع، شح أو انقطاع البول، تطاول زمن الامتلاء الشعري، برودة الأطراف، اضطراب الوعي 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ارتفاع ضغط الوريد الوداجي الباطن ووذمة محيطية ■ ارتفاع الضغط الشرياني ■ ووذمة رئوية ■ انصباب في جوف الجنب ■ حبن في البطن ■ في الحالات الشديدة: تظهر علامات قصور القلب مع تسرع قلب وظهور صوت الخبب بإصغاء القلب

- ارتفاع ضغط الوريد الوداجي الباطن **JVP** له فائدة في كشف حالة فرط حمولة السوائل. ويتم فحصه والمريض بوضعية نصف جلوس (45 درجة)، ويقاس الـ **JVP** بطريقة غير مباشرة، حيث أن مستوى امتلاء الوريد الوداجي (نبضه) يجب ألا يزيد عن 3-4 سم للأعلى من الثلمة القصية، ويمكن تمييزه عن النبض السباتي بأنه يختفي بالضغط عليه ويتغير مع التنفس حيث ينقص أثناء الشهيق ويزداد بالزفير (الشكل 8-15).
- زيادة وزن المريض
- وذمة محيطية تبدأ في منطقة العجز أو الكاحل وتكون انطباعية **pitting edema** حيث لا يعود الجلد لوضعه الطبيعي بعد الضغط عليه (الشكل 8-15).
- يمكن أن نكتشف وجود ارتفاع في الضغط الشرياني
- يمكن إصغاء الخراخر الرئوية كدلالة على حدوث الوذمة الرئوية **pulmonary edema**، ويرافقها عادة نقص في الأكسجة الشريانية أو الزرقة
- كما أن قرع البطن قد يدل على وجود سائل حين في البطن
- في الحالات الشديدة تظهر علامات قصور القلب مثل تسرع القلب واصغاء صوت الخبيب.
- (5) المعالجة:** يعالج فرط الإماهة وفرط الحجم بتحديد السوائل، وبالمدرات، أو سحب السوائل بغسيل الكلى (التحال الدموي). ويجب دائما معالجة السبب (قصور القلب أو الكبد أو الكلية)

الشكل (8-15) من علامات فرط الحجم:

أ- ارتفاع ضغط الوريد الوداجي الباطن

ب- وذمة أطراف انطباعية



ب

أ

ت. الاضطرابات الشاردية **electrolytes disturbances**:

(1) **تتوزع الشوارد** ما بين الحيز داخل الخلايا والحيز خارج الخلايا. في البلازما قد تكون الشاردة متحدة مع مركبات أخرى (مثلاً ارتبط الكالسيوم بالألبومين) أو تكون حرة متشردة وهو الجزء الفعال للعنصر.

(2) لكل شاردة دور حيوي معين في الجسم يعتمد على تركيزها البلازمي.

(3) تخضع هذه الشوارد لتنظيم دقيق وتوازن ما بين الوارد والصادر منها للحفاظ على تركيزها البلازمي الطبيعي، ومن المعتمد استخدام الوحدة الدولية في القياس (انظر الجدول 8-5).

الجدول (8-5) القيم الطبيعية للشوارد في البلازما

الشاردة	الوحدة التقليدية	الوحدة الدولية
صوديوم	145-135 ميلي مكافئ/ل	145-135 ميلي مول/ل
كلور	107-98 ميلي مول/ل	107-98 ميلي مول/ل
كالسيوم كلي	10-8,6 مغ %	2,5-2,15 ميلي مول/ل
كالسيوم شاردي	5,28-4,64 مغ %	1,32-1,16 ميلي مول/ل
بوتاسيوم	5-3,5 ميلي مكافئ/ل	5-3,5 ميلي مول/ل
مغنزيوم	2,1-1,3 ميلي مكافئ/ل أو 2,6-1,6 مغ %	1,07-0,65 ميلي مول/ل
فوسفات	4,5-2,7 مغ %	1,45-0,87 ميلي مول/ل

(4) **ينتج نقصان الشاردة في البلازما** عن قلة الوارد أو زيادة المفقود منها عن طريق جهاز الهضم أو الكلية، وقد ينتج أيضاً عن انزياح الشاردة من الحيز خارج الخلايا إلى الحيز داخل الخلايا (مثل شاردة البوتاسيوم).

(5) **كما ينتج زيادة الشاردة في البلازما** عن زيادة الوارد منها أو نقص إخراجها عن طريق جهاز الهضم أو الكلية. وقد ينتج أيضاً عن انزياح الشاردة من الحيز داخل الخلايا إلى الحيز خارج الخلايا (كما في شاردة البوتاسيوم والمغنزيوم)

(6) تتفاوت الأعراض والعلامات السريرية لاضطرابات الشوارد حسب وظائف الشاردة، وسرعة تطور النقص أو الزيادة فيها. حيث قد تكون لاعرضية أو مع أعراض خفيفة في حال الاضطراب المزمن البطيء، وتكون واضحة وشديدة في الاضطراب الحاد السريع.

(7) يجب دائماً في تدبير اضطرابات الشوارد البحث عن السبب ومعالجته، إضافة إلى تصحيح الاضطراب الحاصل في الشاردة.

ث. اضطرابات شاردة الصوديوم sodium disturbances:

(1) أهمية الصوديوم وتوازنه في الجسم: يشكل الصوديوم الشاردة الموجبة الرئيسية خارج الخلايا وهو شاردة مركزية هامة جداً في جسم الانسان حيث يتدخل في الأدوار التالية:

- تنظيم حجم الدم والسوائل في الجسم
- دور غير مباشر في الهيموديناميكية
- ضروري للنقل العصبي (نقل السيالات العصبية)
- لفعالية العضلة القلبية
- وظائف استقلابية أخرى

يتراوح تركيز الصوديوم الطبيعي في البلازما ما بين 135-145 ميلي مول/ل. تقدر الحاجة اليومية من الصوديوم ما بين 1-2 ميلي مكافئ/كغ من وزن الجسم، وهناك توازن دقيق ما بين الصوديوم المتناول والمطروح من الجسم. تقوم الكلية بتنظيم مستوى الصوديوم في البلازما، ففي الحالات الطبيعية إن المتناول اليومي من الصوديوم يتم طرحه عن طريق البول (100-200 ميلي مكافئ). على أية حال يمكن للكلية أن تطرح بولاً خال من الصوديوم تقريباً. تنتج معظم اضطرابات الصوديوم عن اضطراب في الماء، حيث يترافق نقص الصوديوم مع فرط الماء، ويترافق فرط الصوديوم مع نقص الماء. وغالباً ما يكون الخلل في توزيع الصوديوم أما الكمية الكلية فتبقى ثابتة.

(2) نقص الصوديوم Hyponatremia: ويعرف بأنه نقصان تركيز الصوديوم في البلازما تحت 135 ميلي مول/ل. ونظراً لارتباط الصوديوم بشكل وثيق بتوازن الماء في الجسم، فإن نقص الصوديوم يترافق باضطرابات في توازن الماء. يترافق نقص الصوديوم في معظم حالات مع فرط الماء.

- أسباب نقص الصوديوم: يمكن تقسيمها إلى:

■ **فرط أو احتباس الماء فقط:** قصور القلب، قصور الكلية، قصور الكبد، فرط إفراز هرمون ADH المرضي، المعالجة المفرطة بالسوائل ناقصة التوتر (مثل الغلوكوز 5%)، أو فرط تناول الماء.

ملاحظة: لا يؤدي عادة تناول الماء بكميات كبيرة إلى نقص الصوديوم عند الأشخاص الطبيعيين ما لم يتجاوز المتناول 10-15 لتر من السوائل يومياً.

■ **فرط الماء مع فقد الصوديوم:** ما بعد الجراحة، أو المعالجة بالسوائل الوريدية غير المناسبة بعد فقد السوائل من الجسم. وفي هذه الأحوال تكون نسبة الصوديوم/الماء منخفضة فينتج عن ذلك نقص الصوديوم في البلازما وتنخفض حلولية البلازما. يسبب فرط السكر في الدم نقصاً في الصوديوم مع ارتفاع حلولية البلازما.

الأعراض والعلامات السريرية: الوهن، الغثيان والاقياء، اضطرابات عصبية كالهياج، والتخليط الذهني، والسبات أو الاختلاجات، وآلام العضلية. وقد تظهر أعراض فرط الماء المرافق (انظر فرط الإماهة وفرط الحجم) مثل الوذمات المحيطية ووذمة الرئة.

- **المعالجة:**

- معالجة السبب أولاً
- تصحيح نقص الصوديوم بإعطاء المحلول الملحي مرتفع التوتر 3% في الحالات الشديدة وخاصة بوجود أعراض عصبية
- تحديد الماء أو السوائل الوريدية، وإعطاء المدرات في حالات فرط الإماهة أو فرط الحجم.

(3) فرط الصوديوم Hypernatremia: ويعرف بأنه ارتفاع في مستوى الصوديوم في البلازما عن 145 ميلي مول/ل. ويترافق في معظم الأحيان مع فقدان السوائل من الجسم (التجفاف ونقص الحجم).

- **الأسباب:** فقدان الماء الزائد من الجسم، عدم تناول الماء (الصيام مثلاً)، فقدان هرمون ADH (كما في البيلة النفهة)، واستعمال المدرات. تزداد نسبة الصوديوم/الماء وترتفع حلولية البلازما مع تقلص الحجم خارج الخلايا. وقد ينتج فرط الصوديوم عن الإعطاء المفرط للسوائل أسوية أو مرتفعة التوتر وتترافق مع فرط الحجم الدوراني.
- **الأعراض والعلامات السريرية:** الإعياء، اضطرابات عصبية كالتخليط الذهني وحتى السبات والاختلاجات، تقلصات رمعية myoclonus، وفرط منعكسات. في حل التطور السريع والحاد لفرط الصوديوم تكون الأعراض العصبية واضحة، أما في حال تطور فرط الصوديوم بشكل بطيء يحصل تأقلم ولا تظهر الأعراض العصبية.

- المعالجة:

- معالجة السبب
- إعطاء السوائل الفموية و/أو الوريدية منخفضة التوتر (مثل المحلول السكري 5%)
- يكون تصحيح فرط الصوديوم بطيئاً (ما بين 48-72 ساعة)، باستثناء الحالات الحادة، حتى لا تحصل الوذمة الدماغية في التصحيح السريع

ج. اضطرابات شاردة البوتاسيوم **potassium disturbances**:

(1) أهمية البوتاسيوم وتوازنه في الجسم: يشكل البوتاسيوم الشاردة الموجبة الرئيسية للحيز داخل الخلايا (تركيزه الخلوي حوالي 155 ميلي مول/ل). له دور رئيسي في كمون الراحة للخلية، وهام أيضاً لوظيفة الكلية. يتدخل في نقل الدفعات العصبية والتقلص العضلي بما فيها العضلة القلبية. تبلغ الحاجة اليومية من البوتاسيوم للبالغ حوالي 1-1,5 ميلي مكافئ/كغ. وتزداد الحاجة له بزيادة الاستقلاب. يبلغ التركيز الطبيعي للبوتاسيوم في البلازما حوالي 4,5 ميلي مول/ل. لارتفاع البوتاسيوم أو انخفاضه في البلازما تأثيرات على انتقال الدفعات العصبية، وعلى كهربائية القلب حيث قد تحدث اللانظميات القلبية. تعتبر الكلية هي العضو المسؤول عن تنظيم مستوى البوتاسيوم في البلازما بتدخل هرمون الألدوستيرون الذي يطرح البوتاسيوم عن طريق البول، إضافة للأنسولين والتفعل الودي (β) ينقصان من البوتاسيوم.

(2) **نقص البوتاسيوم hypokalemia**: ويعرف بأنه نقص البوتاسيوم في البلازما لأقل من 3,5 ميلي مول/ل.

- أسبابه تنتج عن 3 آليات رئيسية:

- نقص الوارد من البوتاسيوم: سواء عن طريق الفم أو عدم تعويض الحاجة اليومية مع المحاليل الوريدية.
 - ضياع البوتاسيوم: عن طريق جهاز الهضم (كما في الإسهالات، والإقياءات)، أو عن طريق البول (بعد إعطاء المدرات مثلاً)
 - انزياح البوتاسيوم من خارج إلى داخل الخلايا: كما في القلاء، والمعالجة بالأنسولين، والتحرير الودي.
- الأعراض والعلامات السريرية تعتمد على مستوى البوتاسيوم منها: فإذا كان $> 2,5$ ميلي مول/ل تظهر اللانظميات القلبية (مثلاً خوارج الانقباض البطيئة، والرجفان الأذيني...)، وتغيرات على تخطيط القلب الكهربائي (انخفاض ST، انخفاض موجة T، وظهور موجة U)، انظر الشكل (8-16/أ).

- **المعالجة:** إعطاء البوتاسيوم عن طريق الفم أو الوريد حسب مستوى البوتاسيوم وشدة الأعراض والعلامات. في حال الإعطاء الوريدي يجب ألا يزيد معدل التسريب عن 0,5-1 ميلي مكافئ/كغ/ساعة.

(3) ارتفاع البوتاسيوم **hyperkalemia**: ويعرف بأنه زيادة في البوتاسيوم في البلازما عن 5,5 ميلي مول/ل.

- **الأسباب:**

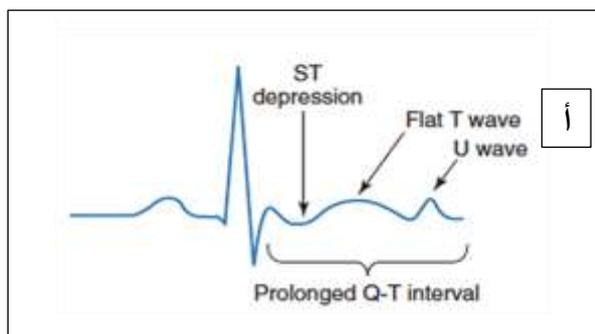
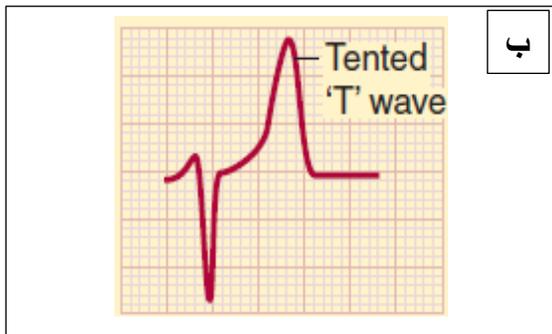
▪ نقص إخراج البوتاسيوم من الجسم: كما في القصور الكلوي المزمن، الأدوية المعاكسة لعمل الألدوستيرون (مثل سبيرينولاكتون **spironolactone**)
 ▪ انزياح البوتاسيوم من داخل الخلايا إلى خارج الخلايا: كما في الحمض الاستقلابي، وانحلال الدم، أو انحلال الخلايا العضلية **rhabdomyolysis**، أو انحلال الخلايا الورمية.

- **الأعراض والعلامات السريرية:** يحدث ضعف عضلي وحتى شلل عضلي أحياناً. علامات قلبية: تظهر عند مستوى للبوتاسيوم 6-7 ميلي مول/ل، مثل زيادة التلقائية **automaticity** وتغيرات في تخطيط القلب الكهربائي (ارتفاع موجة T، تطاول مسافة-P-R)، وفي ارتفاع البوتاسيوم الشديد (10-12 ميلي مول/ل) يتطاول مركب QRS وقد يحدث توقف قلب بالانقباض أو بالرجفان البطيني. انظر الشكل (8-16/ب)

- **المعالجة:**

▪ حماية العضلة القلبية في حال وجود علامات قلبية: بإعطاء غلوكونات الكالسيوم وريدياً
 ▪ أدوية تزيح البوتاسيوم من داخل الخلايا إلى خارج الخلايا مثل الأنسولين وريدياً مع الغلوكوز، وتصحيح الحمض بإعطاء البيكربونات، وفرط التهوية.
 ▪ إخراج البوتاسيوم من الجسم: بإعطاء المدرات، أو بالتحال الدموي **hemodialysis**، محرضات مستقبلات بيتا كالسالبوتامول (الفتولين) بالإرذاذ، أو المركبات الصمغية **resins** التي تلتقط البوتاسيوم وتطره عن طريق جهاز الهضم.

الشكل (8-16): أ- علامات نقص البوتاسيوم على تخطيط القلب، ب- علامات فرط البوتاسيوم على تخطيط



ح. اضطرابات الكالسيوم **calcium disturbances**:

(1) **أهمية الكالسيوم في الجسم:** يعتبر الكالسيوم مسؤولاً عن كثير من الوظائف الهامة في الجسم، كوظائف الغدد الصم، وجهاز التخثر، والتقلص العضلي، والنقل العصبي. يعتبر الكالسيوم شاردة موجبة خارج الخلايا ونسبة قليلة فقط منه تكون داخل الخلايا. يتوضع 99% من الكالسيوم عند البالغ في الأسنان والعظام وهو الجزء الثابت، والباقي 1% فقط هو الجزء المتحرك القابل للتبادل. في البلازما يكون 50% من الكالسيوم الكلي حراً بشكل شاردة موجبة، و50% مرتبطاً (40% يكون مرتبطاً بالألومين، و10% مرتبط بشوارد سالبة مثل السلفات والسيترات والفوسفات). يتراوح التركيز البلازمي للكالسيوم الكلي ما بين 2,2-2,6 ميلي مول/ل، أما الكالسيوم الشاردي فيتراوح ما بين 1,3-1,5 ميلي مول/ل. بالرغم من أن الذي يقاس عادة في البلازما هو الكالسيوم الكلي، فإن الكالسيوم الحر الشاردي في البلازما هو المسؤول عن تأثيرات الكالسيوم وليس الكالسيوم الكلي.

(2) **توازن الكالسيوم في الجسم:** يبلغ المتناول اليومي للكالسيوم حوالي 15-20 ميلي مول ويمتص 40% منه وي طرح بالبول يومياً حوالي 2,5-7,5 ميلي مول حيث يشرف على تنظيم الكالسيوم في الجسم الآليات التالية:

- **الكلية** وهي العضو الأساسي المسؤول عن تنظيم مستوى الكالسيوم من خلال إعادة امتصاص أو إطراح الكالسيوم.
- **هرمون جارات الدرق (PTH) parathyroid hormone** الذي يحرض الكلية على إعادة امتصاص الكالسيوم ويقلل من إطراحه وبذلك يرفع من مستوى الكالسيوم في الدم ويمنع حدوث نقص فيه.

- **الفيتامين (د)** الذي يزيد من امتصاص الكالسيوم من الأمعاء.
- **كالسيتونين calcitonin** الذي يفرز من الخلايا C في الغدة الدرقية والذي يعمل على تخفيض مستوى الكالسيوم في الدم من خلال زيادة إطراحه وزيادة ترسبه في العظام.

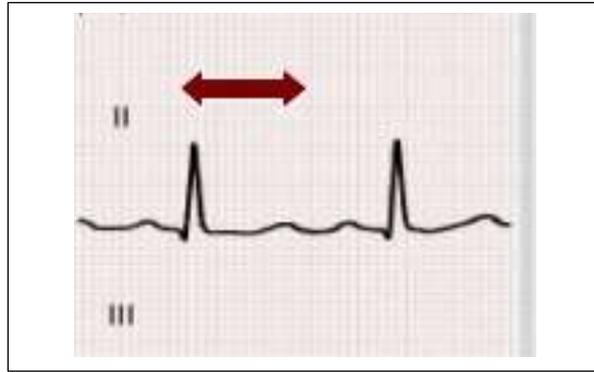
(3) **نقص الكالسيوم hypocalcemia:** ويعرف بأنه نقص التركيز البلازمي للكالسيوم الكلي عن 2,1 ميلي مول/ل. ويفضل دائماً قياس الجزء الشاردي الفعال. ويعتبر من الحالات المهددة للحياة إذا كان حاداً.

- **الأسباب:** يعتبر نقص الألومين السبب الأشيع، عوز هرمون PTH كما في قصور الغدد جارات الدرق، القصور الكلوي، عوز فيتامين(د)، نقص تناول أو نقص امتصاص

الكالسيوم من الأمعاء. كما يترافق نقص الكالسيوم مع الانتان الجهازى sepsis، وفرط التهوية، ونقل كميات كبيرة من وحدات الكريات الحمراء المكثفة التي تحتوي السيترات (يتحد الكالسيوم مع السيترات فينقص مستواه في البلازما)

- الأعراض والعلامات السريرية: أهمها القلبية حيث يحصل تطاول مسافة QT (انظر الشكل 8-17) مما يهيئ لحدوث لانظميات بطينية خطيرة، وقد يحدث هبوط في الضغط الشرياني. أعراض عصبية مثل متلازمة التكرز tetanic syndrome بسبب زيادة إثارة الوصل العصبي العضلي والتي تتصف بحدوث الخدر والتنميل في الفم واللسان، والتشنجات العضلية في اليدين والقدمين والوجه.
- المعالجة: يعطى الكالسيوم الوريدي 10% بشكل كلور الكالسيوم، أو بشكل غلوكونات الكالسيوم. كما ينبغي معالجة السبب دائماً.

الشكل (8-17) تطاول قطعة QT في نقص الكالسيوم



(4) فرط الكالسيوم hypercalcemia: ويعرف بأنه ارتفاع في مستوى الكالسيوم في البلازما عن 2,6 ميلي مول/ل. ينتج فرط الكالسيوم في معظم الحالات عن وجود السرطانات، أو فرط نشاط الغدد جارات الدرق. أهم الأعراض والعلامات السريرية الوهن العام، والامسك، والآلام العضلية، والاكنتاب أو التخليط الذهني، والغثيان والاقياء، والحصيات الكلوية. المعالجة: تعتمد على الإماهة الجيدة بالمحاليل الملحية حيث أن الصوديوم يقلل من إعادة امتصاص الكالسيوم في الكلية، إضافة إلى إعطاء المدرات لتسهيل إطراح الكالسيوم. وقد يستخدم الكالسيتونين، والستيروئيدات القشرية (مثل هيدروكورتيزون)، وينبغي معالجة سبب فرط الكالسيوم.

خ. اضطرابات المغنزيوم **magnesium disturbances**:

(1) **أهمية المغنزيوم وتوازنه:** المغنزيوم شاردة موجبة تتواجد داخل الخلايا بشكل رئيسي، ويتوضع 50% منه ضمن العظام، القسم خارج الخلايا ثلثه مرتبط بالألبومين في البلازما. للمغنزيوم أدوار فيزيولوجية هامة ففي داخل الخلية يتدخل في تخزين الطاقة والانتفاع بها، وفي وتصنيع البروتينات، وفي ثبات الحمض النووي، وفي عمل الحديد من الأنزيمات والـATP. أما خارج الخلايا فيلعب دوراً هاماً في عمل الوصل العصبي العضلي، والنقل العصبي، وعمل الجهاز الناقل في القلب، والقلوصية القلبية والمقوية الوعائية. وبشكل عام فإن المغنزيوم يعاكس عمل الكالسيوم. يبلغ المتناول اليومي منه ما بين 8-20 ميلي مول، ويمتص منه 40%، ويطرح منه في البول يومياً حوالي 2,5-8 ميلي مول. ويتم تنظيم مستواه في البلازما من قبل جهاز الهضم والكلية.

(2) **نقص المغنزيوم hypomagnesemia:** من أهم الأسباب سوء التغذية، والاسهال، والكحولية، أو زيادة الاطراح الكلوي للمغنزيوم (تناول المدرات، الحماض الخلوني، فرط الفوسفات). كثيراً ما يرتبط نقص المغنزيوم مع فرط الكالسيوم. كما أن نقص المغنزيوم يؤدي إلى نقص البوتاسيوم بسبب زيادة إطراحه الكلوي. الأعراض والعلامات السريرية: الأعراض العصبية كالرجفة والرمع، والتشنجات العضلية والرأفة، والتغيم في الوعي والهديان والاختلاجات، والوهن العضلي، واللانظميات الخطيرة (مثل انقلاب الذرى torsade de pointes). يعالج نقص المغنزيوم بتعويض المغنزيوم عن طريق الفم في الحالات الخفيفة، وبالإعطاء الوريدي للمغنزيوم في الحالات الشديدة.

(3) **فرط المغنزيوم hypomagnesemia:** وأهم أسبابه: فرط حمولة المغنزيوم مع وجود قصور في وظيفة الكلية كما يحدث بسبب تناول المليينات عند المسنين، أو بالمعالجة المفرطة بسلفات المغنزيوم وريدياً في الانسمام الحلمي، وفي القصور الكلوي. كما يحدث فرط المغنزيوم أيضاً في انحلال الدم، والحماض الخلوني. ويطرافق بنقص في مستوى الكالسيوم. تتصف الأعراض والعلامات السريرية لفرط المغنزيوم بالوهن العضلي وضعف المنعكسات، والغثيان والاقياء، وهبوط الضغط واللانظميات القلبية. يعالج فرط المغنزيوم الشديد بإعطاء غلوكونات الكالسيوم. كما تعطى المدرات أو يجرى التحال الدموي حسب وظيفة الكلية. وفي الحالات الخفيفة يكتفى بتقليل الوارد اليومي من المغنزيوم.

د. اضطرابات الكلور chloride disturbances:

(1) **أهمية الكلور وتوازنه في الجسم:** يشكل الكلور الشاردة السالبة الرئيسية في الحيز خارج الخلايا، ويشترك الصوديوم في تحديد حجم السائل خارج الخلايا. ويتدخل الكلور في كمن راحة الخلية، والنقل العصبي، والتوازن الحمضي القلوي، والضغط الغرواني في البلازما. يتراوح التركيز البلازمي للكلور ما بين 97-107 ميلي مول/ل. يحدث امتصاص الكلور في القسم الأول للأمعاء الدقيقة بالتبادل مع شاردة البيكربونات، كما يعاد امتصاصه في الكلية مع الصوديوم. يتم إطراح الكلور في البراز والبول والعرق. يرتبط استقلاب الكلور بشكل كبير بالصوديوم والبيكربونات وبالتوازن الحمضي القلوي.

(2) **نقص الكلور hypochloremia:** وأهم أسبابه فقد الكلور عن طريق جهاز الهضم (الإقياء، أو رشف مفرزات المعدة)، أو عن طريق الكلية (إعطاء المدرات)، وفي القلاء الاستقلابي بسبب تبادله مع البيكربونات المرتفعة. يترافق نقص الكلور مع نقص اطراح البيكربونات وزيادة امتصاص الصوديوم في الكلية. غالباً ما يكون انخفاض الكلور بلا أعراض سريرية. يعالج نقص الكلور بتعويض الحجم، وتصحيح الاضطراب الحمضي القلوي، ومعالجة السبب.

(3) **فرط الكلور hyperchloremia:** وأهم أسبابه فرط نشاط جارات الدرق، أو نقص إطراحه الكلوي كما في القصور الكلوي أو فرط تناول الكلور أو فرط إعطائه في المحاليل الوريدية المحتوية على الكلور بتركيز عالي (مثل المحلول الملحي النظامي)، وفي الحمض الاستقلابي الطبيعي الفجوة، ويمكن القول أن فرط الكلور مرتبط دائماً باضطراب التوازن الحمضي القلوي. غالباً ما يكون فرط الكلور لاعرضياً. وقد تظهر أعراض وعلامات الحمض الاستقلابي مثل العطش، والوهن، وتنفس كوسماول. تعتمد معالجة فرط الكلور على معالجة السبب، وتعويض الحجم، وإيقاف الأدوية التي تسبب ارتفاع الكلور، وتقييم وظيفة الكلية.

ذ. اضطرابات الفوسفات phosphate disturbances:

(1) **أهمية الفوسفات في الجسم:** يتواجد معظم الفوسفات في العظم، ويعتبر شاردة سالبة داخل خلوية بشكل رئيسي. يدخل الفوسفات في تركيب مركب الطاقة الأساسي للخلايا ATP، وداخل الكريات الحمر، وفي تركيب البروتينات الليبيدات الفوسفورية والأحماض النووية، ويعتبر الفوسفات دارئة buffer خلوية وبولية ضد الحمض.

(2) **نقص الفوسفات hypophosphatemia:** وينتج إما عن نقص تناوله، أو زيادة إطراحه (كما في عوز فيتامين د، وفرط نشاط جارات الدرق)، أو انزياحه إلى داخل الخلايا (كما في القلاء). قد يكون نقص الفوسفات لاعرضياً، وقد يحصل الخدر، والضعف العضلي،

والاختلاجات، والسبات والانحلال العضلي، وقصور القلب. تعتمد المعالجة على تعويض الفوسفات فمرياً، أو وريدياً بإعطاء فوسفات الصوديوم، أو فوسفات البوتاسيوم.

(3) فرط الفوسفات hyperphosphatemia: ينتج فرط الفوسفات عن فرط تناوله أو نقص إطراره. القصور الكلوي أو الانحلال العضلي، أو الحمض أو الانسمام بفيتامين د. تتضمن الأعراض السريرية فرط الترسيبات الكلسية والحصى الكلوية. تتضمن المعالجة بزيادة إطرار الفوسفات بإعطاء هيدروكسيد الألومنيوم، أو بإزاحة الفوسفات إلى داخل الخلايا بإعطاء المحاليل السكرية مفرطة التوتر، وقد يجرى التحال الدموي في بعض الحالات.

8. مقارنة السوائل والشوارد في مريض العناية المركزة

:fluids and electrolytes approach in ICU

أ. خصوصية مريض العناية المركزة:

يختلف مريض العناية المركزة أو المريض الحرج عن غيره من المرضى في عدة نواحي تؤثر على تدبير السوائل والشوارد لديه:

(1) في معظم الأحيان يكون المريض غير واع، أو أن منعكس العطش والبلع غائبين وبالتالي لا يستطيع تناول الطعام والشراب

(2) شدة المرض تمنع أحياناً من إعطاء السوائل عن طريق الأنبوب الأنفي المعدي

(3) قد يكون في حالة صدمة دورانية وبالتالي وجب الإنعاش الباكر بكميات كافية من السوائل وبسرعة لتأمين الاستقرار الهيموديناميكي

(4) وجود قصور في عدة أعضاء حيوية بسبب المرض الحرج وبالتالي فهو معرض لاضطراب المعاوضة واحتمال التدهور السريع، يتطلب ذلك إتباع تعديل خطة المعالجة بالسوائل.

(5) مريض التهوية الآلية وإمكانية فقد السوائل عن طريق الرئة في حال فرط التهوية أو عدم ترطيب دارة المنفسة

(6) يتعرض مريض العناية لفقد الحرارة لعدة أسباب (مثل وجود التحال الدموي المستمر)، أو وجود حمى وبالتالي يحتاج لتعديل خطة المعالجة بالسوائل

(7) كثرة وجود الاضطرابات في التوازن الحمضي القلوي وفي الشوارد وبالتالي الحاجة لمراقبتها وتعديل خطة المعالجة أيضاً

(8) وجود أجهزة مراقبة هيموديناميكية خاصة تساعد في التعديل المستمر في خطة المعالجة بالسوائل

ينبغي الاستخدام الحكيم للسوائل والشوارد في مرضى العناية لتحقيق التوازن في السوائل والشوارد المناسب لكل حالة. حيث أن إعطاء كميات غير كافية من السوائل يعرض المريض للجفاف ونقص الحجم، وبالتالي لخطر حدوث قصور الكلية الحاد، أما إعطاء كميات كبيرة من السوائل وغير مضبوطة يعرض المريض لفرط حمولة في السوائل وبالتالي لخطورة حدوث وذمة الرئة. يتم مقارنة السوائل والشوارد في مريض العناية من خلال معرفة التقييم السريري للمريض، والتقييم الهيموديناميكي للحجم، والاستقصاءات الشعاعية والمخبرية.

ب. التقييم السريري للمريض: ويتم من خلال:

(1) **القصة السريرية:** يتم خلالها البحث على وجود عوامل خطورة لفقد أو فرط حمولة السوائل:

- عوامل الخطورة لنقص الحجم: كالإقياء والاسهال، أو النزف، أو الحروق، أو البوال (فرط تبول)، أو فقد بالحيز الثالث كما في الانتان الجهازي sepsis، بسبب التوسع الوعائي الشديد،.... الخ (الجدول 8-6)

- عوامل الخطورة لفرط حمولة بالسوائل: كوجود قصور كلوي، أو قصور قلب، أو قصور كبد، أو إعطاء سوائل وريدية بكثرة (الجدول 8-6)

الجدول (8-6) عوامل الخطورة لحدوث فرط حمولة في السوائل، أو لحدوث نقص في السوائل

الصادر	الوارد	
<p>نقص الصادر</p> <ul style="list-style-type: none"> • قصور الكلية الحاد أو المزمن • قصور القلب • قصور الكبد 	<p>زيادة الوارد</p> <ul style="list-style-type: none"> • المعالجة بالسوائل الوريدية • زيادة تناول الماء المرضي 	<p>التعرض لفرط حمولة في السوائل</p>
<p>زيادة الصادر</p> <ul style="list-style-type: none"> • مفرغات هضمية: إسهال، إقياء، فقد بالأنبوب المعدي • الفقد الكلوي: بوال أو إدرار • الفقد غير المحسوس: التعرق، الحمى المستمرة، التهوية الآلية بدون ترطيب • الفقد بالحيز الثالث: التهاب البنكرياس الحاد، انسداد الأمعاء، الانتان الجهازي، قصور الكبد الحاد 	<p>نقص الوارد</p> <ul style="list-style-type: none"> • المعالجة بالسوائل الوريدية • المرضي غير الواعين • مرضي نقص التغذية • المرضي الصائمون (ممنوع تناول الطعام والشراب كما هو قبل الجراحة) • وجود اضطراب في منعكس العطش (عدم الشعور بالعطش) • اضطراب آلية البلع (المريض غير قادر على البلع) 	<p>التعرض لنقص السوائل أو نقص الحجم</p>

(2) الفحص السريري لمريض العناية:

- إن نقطة البدء في تشخيص اضطرابات السوائل في الجسم هو الفحص السريري للمريض. ولكن يجب الانتباه للنقاط الهامة التالية:

- قد تبقى العلامات السريرية خفية حتى يتم فقد أو تلقي كميات كبيرة من السوائل،
- كما أنه لا توجد علامة سريرية واحدة مميزة لعوز السوائل أو فرط حملتها، ولذلك يتم جمع العديد من العلامات السريرية للوصول إلى صورة أوضح.
- بالنسبة لمريض العناية قد تغيب كثير من الأعراض والعلامات بسبب غياب وعي المريض، أو إعطاء المهدئات، أو وجود التهوية الآلية.

- يجرى الفحص العام والجهازي بحثاً عن علامات نقص أو فرط حمولة في السوائل

- يعتبر وجود هبوط في الضغط الشرياني، مع تسرع القلب والتنفس علامات قد تدل على نقص في السوائل.

- إن وجود ارتفاع في الضغط الشرياني، مع وذمة محيطية انطباعية، أو وذمة رئوية (خراخر رئوية)، أو وجود صوت الخبب بإصغاء القلب كلها علامات تشير إلى فرط حمولة في السوائل

- نقص إشباع الدم الشرياني قد يدل على فرط حمولة بالسوائل وحدوث الوذمة الرئوية
- من الضروري مراقبة النتاج البولي ومن المقبول ما بين 0,5-1 مل/كغ في الساعة. حيث يدل نقص النتاج البولي على (شح البول) على نقص تروية الكلية بسبب نقص الحجم، كما أن البوال قد يكون من أسباب التجفاف ونقص الحجم عند المريض

(3) وزن المريض: يفيد وزن المريض عند المؤهين لاحتباس السوائل في الجسم مثل مرضى قصور الكلية وقصور القلب، وبما أن كثافة الماء هي 1 غ/مل فإن فقد 1 كغ من الوزن يعادل فقد 1 لتر من الماء، ولذلك فإن مراقبة الوزن يعتبر مشعر جيد عن تغيرات سوائل الجسم. ويفضل وزن المريض يومياً إن أمكن، وللأسف يصعب ذلك عند معظم مرضى العناية.

(4) مراجعة جدول الصادر والوارد fluid intake/output: يجب معرفة توازن السوائل في

مريض العناية من خلال مراجعة جدول الوارد والصادر وذلك بغية كشف أي اضطراب في السوائل أو الشوارد باكراً وتديبيرها. وجدول الوارد والصادر هو عبارة عن تسجيل الوارد والصادر من السوائل للمريض بدقة على مدار اليوم. تتم المراقبة من خلال جدول ورقي أو الكتروني يسجل فيه الوارد والصادر كل ساعة ويحسب التوازن اليومي للسوائل في ساعة محددة صباحاً (عادة 6 صباحاً) من قبل ممرضة العناية. مع الانتباه إلى أنه يوجد من نوع عدم الدقة في ذلك وغالباً يعود للفقْد غير المحسوس أو لصعوبة حساب الصادر (مثل حساب كمية

البراز في الاسهال). يفيد مراقبة التوازن اليومي والتوازن التراكمي للسوائل(على مدى عدة أيام):

- حساب الوارد **fluid intake**:

- السوائل التي تعطى للمريض عن طريق الفم من ماء ومشروبات ويمكن إعطاءها بكوب محدد الحجم ليسهل حسابها
- السوائل الوريدية سواء تسريباً بمضخة مع الحجم المعطى في الساعة أو دفعات وريدية
- الأدوية التي تسرب عن طريق الوريد
- السوائل والطعام الذي يعطى عن طريق الأنبوب الأنفي المعدي
- التغذية الوريدية في حال وجدت

- حساب الصادر **fluid output**:

- حجم البول باستخدام القسطرة البولية أو يجمع البول في وعاء بلاستيكي مدرج
- تقدير كمية البراز، أو حساب كمية الخارج من فغر الأمعاء أو الكولون
- تقدير أو حساب الكمية الخارجة بالإقياء أو الخارجة من الأنبوب الأنفي المعدي
- تقدير الفقد غير المحسوس (وجود حمى، أو تسرع تنفس، أو تهوية آلية بدون ترطيب)، وكمية العرق في حال كان المريض يتعرق بغزارة، وتقدير النز المستمر من الجرح
- حساب الكمية الموجودة في المفجرات الجراحية في البطن أو الصدر

ت. الاستقصاءات الشعاعية والمخبرية:

- (1) صورة الصدر البسيطة: والتي تجرى لمعظم مرضى العناية، ويمكن من خلال وجود ارتشاحات، أو احتقان الأوعية الرئوية كشف وجود فرط في حمولة السوائل
- (2) الأمواج فوق الصوتية، والايكو القلبي: يتم فيها تقييم الحالة الهيموديناميكية الحجمية (انظر لاحقاً)، وتقييم الوظيفة القلبية، وكشف وجود انصباب في الجنب أو البطن مما قد يدل على فرط حمولة.
- (3) التحاليل الكيميائية الدموية: بعض التغيرات المخبرية قد ترافق التجفاف أو فرط الحجم لكن لا يوجد اختبار نوعي في ذلك:

- البولة والكرياتينين: يرتفعان في حالة التجفاف، لكن نسبة ارتفاع البولة تفوق نسبة ارتفاع الكرياتينين
- الصوديوم: يقدم الصوديوم الاختبار الأفضل عن توازن السوائل نسبة إلى الذوائب أو الشوارد
- نقص الصوديوم: يدل على نقصان نسبة الصوديوم/الماء والذي غالباً ما ينتج عن فرط حمولة السوائل إما بسبب فرط تناول الماء أو فرط إعطاء السوائل الوريدية ناقصة التوتر.

- فرط الصوديوم: يدل على زيادة نسبة الماء/ الصوديوم وهذا يترافق مع التجفاف،
- نقص أسمولية أو فرط أسمولية البلاسما تشبه دلالاتها نقص الصوديوم، وفرط الصوديوم
- الشوارد الأخرى يتم فحص مستواها البلاسمي من أجل توجيه المعالجة بالسوائل وتصحيح اضطراباتها: البوتاسيوم، الكالسيوم، الكلور، المغنيزيوم، الفوسفات.
- غازات الدم الشريانية: لكشف وجود حمض أو قلاء مرافق لاضطراب السوائل والشوارد وتصحيحه
- مستوى اللاكتات (الطبيعية ≥ 2) في الدم، حيث قد يدل ارتفاعها على وجود نقص الحجم الشديد (الصدمة) ونقص تروية الأعضاء الحيوية

ث. التقييم الهيموديناميكي للحالة الحجمية عند مريض العناية volume status assessment:

يقصد بالحالة الحجمية أي معرفة كفاية الحجم الدوراني داخل الحيز الوعائي. وتعتبر معرفة الحالة الحجمية عند مريض العناية الركن الأساسي لمعرفة حالة تروية الأعضاء عند المرضى الحرجين، وتوجيه المعالجة بالسوائل.

ونظراً لعدم دقة التقييم السريري، ومراقبة الصادر والوارد، الاستقصاءات المخبرية لتقييم الحالة الحجمية عند مرضى العناية، لابد من ادخال طرق أكثر دقة وموضوعية لمعرفة الحالة الحجمية لمريض العناية (راجع بحث المراقبة الهيموديناميكية، والصدمة)، من خلال المراقبة الهيموديناميكية المتقدمة للمريض، ومن الطرق المستخدمة في العناية:

(1) مراقبة الضغط الوريدي المركزي في بعض المرضى كمؤشر للحمل القبلي للبطين الأيمن وبالتالي تقدير الحالة الحجمية للسوائل رغم أن هذه الطريقة غير دقيقة.

(2) مراقبة مشعرات الحجم الدوراني باستخدام أجهزة مراقبة نتاج القلب الباضعة جزئياً التي تقوم بتحليل موجة الضغط داخل الشريان، وكشف وجود تغيرات في موجات الضغط الشرياني المتتابعة أثناء الشهيق والزفير لإعطاء فكرة عن حالة السوائل والحجم داخل الأوعية وتوجيه المعالجة.

(3) استخدام الأمواج فوق الصوتية وتصوير القلب بالإيكو لتقييم حمل السوائل والقلوصية القلبية

ملاحظة: من المهم جداً عند مرضى العناية مراقبة الاستجابة بعد إعطاء السوائل الوريدية العلاجية بمختلف الطرق السابقة، حيث من خلال تقييم استجابة المريض يتم توجيه المعالجة بالسوائل بالطريقة المثلى.

الخلاصة

- يعتبر الماء من العناصر الحيوية الهامة لعمل وظائف الأعضاء، وتوازن الشوارد، والتوازن الحمضي القلوي وكمون عمل الخلايا، وتنظيم حرارة الجسم.
- يشكل الماء الكلي في الجسم ما نسبته 60% من وزن الجسم عند الرجل، و50% من وزن الجسم عند المرأة.
- من المهم فهم فيزيولوجيا توازن السوائل والشوارد وتوزعها في الجسم لمعرفة كيفية تدبير المعالجة بالسوائل والشوارد.
- يتوزع الماء داخل الجسم ضمن حيزين كبيرين هما: الحيز داخل الخلايا(الثلاثان)، والحيز خارج الخلايا(الثلاث)، ويتألف الحيز خارج الخلايا من الحيز الخلالي (ثلاثة أرباعه)، والحيز الوعائي أو البلازما(ربعه).
- يشكل الصوديوم الشاردة الإيجابية الرئيسية خارج الخلايا والتي تتحكم بتوترية البلازما وحجم الحيز داخل الخلايا والحيز خارج الخلايا.
- التوتيرية هي الحلولية الفعالة أو المؤثرة، ويجب أن تتساوى الأسمولية(التوتيرية) داخل وخارج الخلايا دوماً.
- يعبر بالحيز عبر الخلايا عن جزء السائل خارج الخلايا الذي يطرح عن طريق المفرزات والمفرغات.
- يشكل التعداد الكهربائي أحد المبادئ الهامة في حركة الشوارد، وتحضير المحاليل الوريدية وحساب فجوة الصواعد.
- يوجد توازن يومي دقيق في جسم الانسان ما بين الوارد والصادر من السوائل.
- يشمل الفقد غير المحسوس للسوائل ما يخرج عبر الجلد بالتبخر أو عبر الرئتين ويكون بشكل سائل صرفة، ولا يعتبر العرق من الفقد غير المحسوس.
- يعبر عن أغشية الخلايا، وأغشية الشعريات الدموية بالأغشية الحيوية، وهي عبارة عن أغشية شبه نفوذة للماء والشوارد.
- يمكن للماء أن يعبر بسهولة أغشية الخلايا بالاتجاهين بألية الحلول أو الضغط الحلولي، ويتحكم الصوديوم بشكل أساسي بحركة الماء عبر أغشية الخلايا.
- يتحكم ضغط الرشح بحركة الماء عبر أغشية الشعريات الدموية، ويتعلق بنوعين من الضغوط هما الضغط الهيدروستاتيكي، والضغط الغرواني.
- يتصافر عمل كل من مستقبلات الحلولية، وهرمون ADH، ومنعكس العطش، ومستقبلات الضغط، والكلية في الحفاظ على توازن السوائل في الجسم.
- تقسم المحاليل الوريدية إلى ثلاثة أنواع رئيسية: البلورانية، والغروانية، والسكرية.
- تتميز المحاليل البلورانية المتوازنة بتركيبها المشابه للبلازما، وباحوائها على ذائب قابلة للاستقلاب لمنع حدوث الحماض مثل اللاكتات والأسيتات.
- للمحاليل الغروانية ثلاثة أنواع رئيسية: بروتينية، وجيلاتينية، ونشوية.
- يوجد خلاف حول أفضلية استخدام البلورانيات أو الغروانيات في معظم الحالات السريرية.
- يجب معرفة كيفية توزع أنواع المحاليل المختلفة بعد إعطائها في الجسم لمعرفة طريقة استخدامها
- تعتبر المعالجة بالسوائل الوريدية نوعاً من المعالجة الدوائية حيث لها استجابات، وأنواع، وجرعات، واختلاطات، ومضادات استتباب.
- تقسم المعالجة بالسوائل الوريدية إلى 3 أنواع: المعالجة المحافظة، والمعالجة التعويضية، والانعاش بالسوائل.
- للمعالجة بالسوائل الوريدية اختلاطات متعددة مثل فرط الحجم أو نقص الحجم، واضطرابات شاردية، واضطرابات في التوازن الحمضي القلوي.
- ينبغي التشجيع للعودة الباكرة إلى تناول السوائل عن طريق الفم أو الجهاز الهضمي للحد من الآثار الجانبية الناتجة عن استخدام السوائل الوريدية.
- يعبر عن نقص السائل داخل الخلايا بالتجفاف، يعبر عن نقص الحجم الوعائي بفقد الحجم، وقد يجتمع كلاهما في نفس المريض.
- يعبر عن فرط الماء في الجسم بفرط الإماهة أو الانسمام بالماء، ويعبر عن فرط السائل خارج الخلايا بفرط الحجم وقد يجتمع كلاهما في مريض واحد.

الخلاصة...تتمة

- يجب البحث عن علامات نقص السوائل، أو فرط السوائل في الجسم، في المرضى الذين لديهم عوامل خطورة لتطور اضطراب في السوائل أو الشوارد، بغية كشف وتديبير الاضطراب بشكل مبكر.
- لكل شاردة دور حيوي معين في الجسم يعتمد على تركيزها البلاسمي الذي يخضع بدوره إلى توازن دقيق.
- ينتج زيادة مستوى الشاردة في البلاسما عن الزيادة في تناولها، أو النقص في إطراحها، أو إعادة توزعها من الحيز داخل الخلايا إلى الحيز خارج الخلايا.
- ينتج نقصان مستوى الشاردة في البلاسما عن النقص في تناولها، أو الزيادة في إطراحها، أو إعادة توزعها من الحيز خارج الخلايا إلى الحيز داخل الخلايا.
- تعتمد الأعراض السريرية لاضطرابات الشاردة زيادة أو نقصاناً على دورها ووظائفها في الجسم.
- يجب دائماً في علاج اضطرابات السوائل والشوارد البحث عن السبب وعلاجه، إضافة لتصحيح اضطراب السوائل أو الشاردة الموجود.
- يعتبر تقييم وتديبير السوائل عند مريض العناية المركزة من الأمور الصعبة لخصوصيات تتعلق به مثل وجود الصدمة، والتنهوية الآلية، وقصور عدة أعضاء لديه، وسرعة تدهور حالته.
- ينبغي الاستخدام الحكيم للسوائل والشوارد في مرضى العناية لتحقيق التوازن في السوائل والشوارد المناسب لكل حالة.
- من المهم تقييم الحالة الحجمية عند مريض العناية لتوجيه المعالجة بالسوائل، وذلك باستخدام المراقبة الهيموديناميكية المتقدمة.
- من المهم جداً عند مرضى العناية مراقبة الاستجابة بعد إعطاء السوائل الوريدية العلاجية بمختلف الطرق، لكي يتم توجيه المعالجة بالسوائل بالطريقة المثلى.

المراجع

1. Body Fluid Management from physiology to therapy, Felice Eugenio Agrò, 2013
2. 'Fluid Physiology' by Kerry Brandis -from <http://www.anaesthesiaMCQ.com>
3. BMJ best practice
4. Uptodate website
5. Fluidstutorial.com
6. Oh's intensive care manual, 7th edition 2014
7. Hydration and Fluid Balance Monitoring in Adult Patient, NHS website, UK
8. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/overhydration>
9. Textbook of critical care, jean-louis vincent, Edward Abraham, seventh edition,2017

الفصل التاسع

القصور التنفسي الحاد

Acute Respiratory Failure

- ❖ تعريف القصور التنفسي الحاد
- ❖ أسباب القصور التنفسي الحاد
- ❖ الآلية المرضية
- ❖ المقاربة السريرية
- ❖ الوسائل التشخيصية
- ❖ التدبير
- ❖ أجهزة المعالجة بالأوكسجين

القصور التنفسي الحاد

يظهر القصور التنفسي عندما لا يستطيع الجهاز التنفسي توفير احتياجات الإنسان الاستقلابية، حيث أن للجهاز التنفسي دورين استقلابيين هامين: التخلص من غاز CO_2 ، وأكسجة الدم. يحدث القصور التنفسي نتيجة ضعف في وظيفة أحد أجزاء الجهاز التنفسي. ولا يعتبر القصور التنفسي مرضاً مستقلاً بحد ذاته، بل هو نتيجة نهائية للكثير من الحداثيات المرضية التي تصيب الجهاز التنفسي. يصنف القصور التنفسي على أساس سرعة حدوثه إلى قصور تنفسي حاد أو مزمن. في القصور التنفسي الحاد تحدث اضطرابات مرضية كارثية تؤدي إلى فشل تنفسي مهدد للحياة أي يصبح المريض في حالة حرجة. بينما في القصور التنفسي المزمن يحدث تدهور تدريجي وتخريب في النسيج الرئوي يؤدي إلى ضعف في التبادل الغازي يمتد لمدة طويلة. قد يحدث القصور التنفسي الحاد عند أي شخص دون وجود أي أمراض تنفسية مسبقة قد يحدث حدوث قصور تنفسي حاد على أرضية القصور المزمن لدى المريض في حال تعرض المريض لإصابات أخرى. يعتبر القصور التنفسي الحاد هو أحد أكثر الأمراض المسببة للقبول في العناية المركزة، وسيتم في هذا الفصل مناقشة أسبابه وألياته وتدبيره.

1. تعريف القصور التنفسي الحاد definitions

يعرف القصور التنفسي على أنه فشل في عملية التبادل الغازي، أي فشل تزويد الدم بالمقدار اللازم من الأوكسجين، أو فشل الإطراح الفعال لثاني أكسيد الكربون منه.

هناك 3 أنماط من القصور التنفسي: نقص أكسجة الدم، فرط غاز CO_2 في الدم، والشكل المختلط.

- القصور التنفسي بنقص أكسجة الدم يعرف بأن ضغط الأوكسجين الجزئي في الدم الشرياني PaO_2 أقل من 60-50 مم زئبقي أو باضطراب نسبة PaO_2 مقابل نسبة الأوكسجين المستنشق FiO_2 (ما يعرف بنسبة P:F حيث تكون أقل من 300)
- القصور التنفسي بفرط CO_2 أو ما يسمى بفرط الكربمية **hypercapnia** في الدم يعرف بارتفاع الضغط الجزئي لـ CO_2 في الدم عن 50 مم زئبقي.
- مع وجود حمض مرافق ($pH > 7.36$)
- القصور التنفسي المختلط: حيث يحدث كل من نقص الأوكسجة وفرط ثاني أكسيد الكربون

2. أسباب القصور التنفسي الحاد Etiology

أ. **فيزيولوجيا عمل الجهاز التنفسي:** لكي يتم عمل الجهاز التنفسي بشكل جيد لا بد من تناسق عمل أقسامه المختلفة لتحقيق التبادل الغازي. تشمل هذه الأقسام كلا مما يلي: الجهاز العصبي، الجهاز العضلي (المضخة)، الطرق الهوائية الناقلة، الوحدات النسخية، السرير الوعائي.

(1) المراكز العصبية: حيث يتوضع مركز التحكم بالتنفس في البصلة السيسائية، حيث يعمل على تحديد عدد الحركات التنفسية RR ونمط التنفس. يؤدي تثبيط مركز التنفس في الاضطرابات الاستقلابية كالقلاء الاستقلابي أو بسبب الأدوية المثبطة للتنفس أو بعض الإصابات العصبية إلى قصور تنفسي مركزي يتظاهر بانقطاع تنفس أو بطء معدل التنفس.

(2) الجهاز العضلي (المضخة Pump): يتألف من العضلات التنفسية الشهيقية (الحجاب الحاجز بشكل أساسي، التي على زيادة الضغط السلبي داخل الصدر أثناء الشهيق مما يؤدي إلى خلق مدروج ضغطي ما بين الطرق الهوائية على مستوى الفم والأسناخ، يؤدي ذلك إلى دفع الهواء إلى الدخول إلى الرئة عبر مدروج الضغط. يحدث فشل عمل العضلات التنفسية (فشل المضخة) لعدة أسباب مثل استعمال المرخيات العضلية المطول أو استعمال الستيروئيدات، أو اضطرابات الشوارد. ويعتبر فشل المضخة سبباً شائعاً للقصور التنفسي لدى مرضى العناية المركزة.

(3) الطرق الهوائية: تبدأ من الطرق الهوائية العلوية حتى الطرق الهوائية الصغيرة فالقصبيات الانتهائية. تشكل هذه الطرق الجزء الذي لا يشارك في التبادل الغازي عبر الشجرة القصبية ويدعى بالحيز الميت التشريحي anatomical dead space وتبلغ قيمته حوالي 2مل/كغ أي حوالي 150مل لدى الشخص البالغ. يحدث القصور التنفسي لدى إصابة هذه الطرق بأمراض تحد من ناقليتها للهواء وتسبب انسداداً هاماً للجريان عبرها. يدل وجود الصرير "stridor" على وجود تضيق في الطرق الهوائية العلوية، كما يمكن تشخيص التشنج القصبي بالإصغاء (وزيز، خراخر) في الطرق الهوائية السفلية.

(4) الحيز السنخي: يتألف من القصبيات التنفسية، القنوات السنخية، والأسناخ. تؤمن هذه الوحدات سطحاً واسعاً يسمح بحدوث التبادل الغازي بشكل سريع. يحدث القصور التنفسي عند حدوث انخماص في هذه الوحدات أو عند امتلائها بمواد غريبة (ماء، دم، قيح، بروتين ...) أو عند تأذي الحاجز السنخي الشعري.

(5) الجهاز القلبي الوعائي حيث يؤثر على السرير الوعائي الشعري الرئوي والذي يرتبط مع الحاجز السنخي بشكل وثيق. تحدث إصابة السرير الوعائي في بعض الحالات المرضية مثل

الصمة الرئوية (انسداد حاد في أحد فروع الشريان الرئوي بسبب صمة منطلقة من أحد الأوردة البعيدة) مما يؤدي إلى انقطاع التروية في مجموعة كبيرة من الوحدات السنخية وحدث خلل في التبادل الغازي.

باختصار، يمكن اعتبار الجهاز التنفسي مؤلفاً من قسمين رئيسيين:

- الرئة وتقوم بالتبادل الغازي (نقل الأوكسجين وغاز ثاني أكسيد الكربون بين الشعيرات والأسناخ)، ويؤدي القصور في عملها إلى حدوث قصور تنفسي بنقص الأوكسجة أساساً، وقد يشاركه فرط ثاني أكسيد الكربون في الحالات الشديدة.
- المضخة (مركز التنفس والأعصاب والعضلات التنفسية والحجاب الحاجز والقفس الصدري) وتقوم بعملية التهوية أي تجديد هواء الأسناخ، ويؤدي قصور المضخة إلى قصور تنفسي بفرط ثاني أكسيد الكربون

ب. أسباب القصور التنفسي الحاد:

إن جميع إصابات الجهاز العصبي المركزي، والجهاز العصبي العضلي، والطرق الهوائية العلوية والسفلية، والنسيج الرئوي والجهاز القلبي الدوراني قد تكون سبباً في القصور التنفسي الحاد (انظر الجدول 9-1) والشكل (9-1).

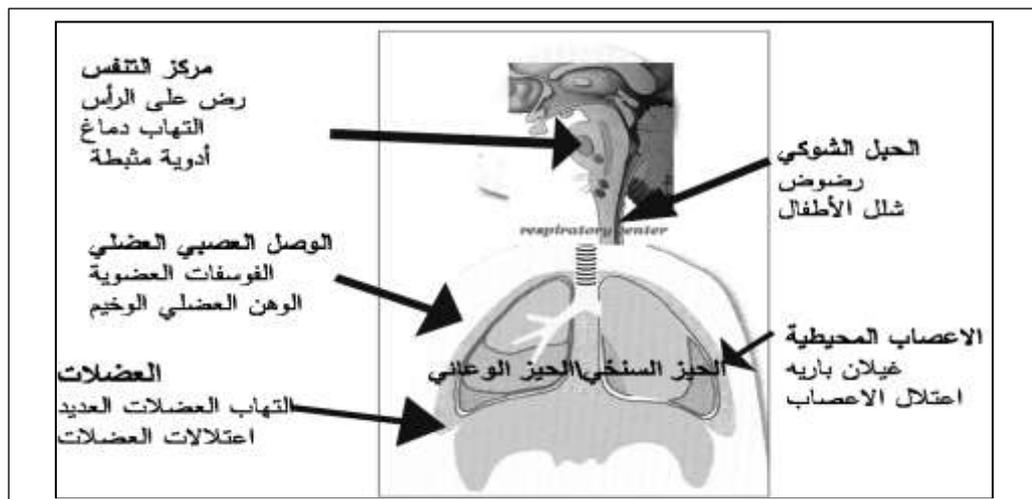
يشاهد نقص أكسجة الدم عند مرضى ذات الرئة الشديدة، إصابة الرئة الحادة أو وذمة الرئة الحادة. تؤثر هذه الأمراض بصورة رئيسية على قدرة الجهاز التنفسي على أكسجة الدم عند مروره في الشرايين السنخية. يشاهد فرط CO_2 عند من يعاني من تضيق الطرق الهوائية الشديد، القصور التنفسي المركزي أو القصور التنفسي العضلي. وأكثر أسباب القصور التنفسي الحاد شيوعاً:

- النوبات الاشتدادية للداء الرئوي الساد المزمن والتي تتميز بكثافة المفرزات المخاطية القيحية بالإضافة إلى التشنج القصي. غالباً ما تترافق مع قصور تنفسي من النمط المختلط.
- غالباً ما تترافق ذات الرئة مع نقص أكسجة الدم، ولكن يمكنها أن تسبب فرط CO_2 ، خاصة في حال وجود أمراض تنفسية أخرى (مثل الـ COPD).
- متلازمة العسرة التنفسية الحادة (ARDS) وتنتج عن الاستجابة الالتهابية الجهازية التي تسببها الاصابات أو الأمراض الصدرية أو غير الصدرية. ينجم نقص الأوكسجة المسيطر في هذه الحالة عن زيادة تحويل الدم (شنت) shunt بسبب امتلاء الاسناخ بنتحة التهابية.

- إصابات الدماغ المرضية غالباً ما تتزامن مع فرط CO_2 ، رغم أنه يمكن أن تختلط بنقص أكسجة الدم في حالة الاستنشاق المرافق أو بوجود داء رئوي مزمن.
 - انكسار معاوضة قصور القلب الاحتقاني يترافق بصورة أساسية مع نقص أكسجة الدم (تالياً لامتلاء الأسناخ وازدياد تحويل الدم). كما قد يحدث فرط CO_2 في الحالات الشديدة أو بوجود مرض رئوي.
- الجدول 9-1 أسباب القصور التنفسي بحسب مستوى الاصابة**

الجزء	الوظيفة	الإصابات الممكنة	طرق مراقبة الوظيفة
الجهاز العصبي المركزي	تحديد معدل الحركات التنفسية ونمط التنفس.	نقص التروية، الرضوض، النزوف، الأدوية المثبطة.	عدد مرات التنفس RR نمط التنفس
الجهاز العصبي المحيطي والجهاز العضلي	زيادة قيمة الضغط السلبي في جوف الجنب أثناء الشهيق وبالتالي خلق مدرج ضغطي بين الفم والأسناخ.	اضطرابات الشوارد المرخيات العضلية، سوء التغذية، الحثل العضلي، الوهن العضلي الوخيم، غيلان باريه.	السعة الحيوية VC الضغط السلبي الشهيق الأعمى NIP.
الطرق الهوائية	نقل الهواء من وإلى الحيز السنخي.	الربو COPD	الإصغاء (وزيز، خراخر)، سماع الصرير.
الحيز السنخي	الجزء الرئوي للتبادل الغازي.	انخفاض الأسناخ. امتلاء الأسناخ بمواد غريبة (دم، قيح، ماء، قيء، بروئين).	مشعرات الأكسجة الإصغاء (انخفاض، تكثف) صورة الصدر.
السرير الوعائي	الجزء الوعائي للتبادل الغازي.	صمه رئوية	يتم تشخيص اصابته بالنفي

الشكل (9-1) مستويات الإصابات التي تؤدي لحصول القصور التنفسي



قد يجتمع أكثر من سبب للقصور التنفسي في آن واحد، فمثلاً قد يؤدي حدوث فشل في وظيفة المضخة إلى فشل في وظيفة الرئة بسبب تراكم المفرزات وسوء تهوية الأسناخ وانخفاضها. كما أن زيادة المجهود التنفسي نتيجة وجود انسداد في الطرق الهوائية أو نقص مطاوعة الرئة أو زيادة متطلبات التهوية قد يؤدي في النهاية إلى حدوث تعب العضلات التنفسية وفشل في وظيفة المضخة.

3. الآلية المرضية للقصور التنفسي pathophysiology

أ. **التبادل الغازي السنخي:** يتم تبادل الغازات على مستوى الأسناخ بآلية الانتشار البسيط المعتمد على مدروج الضغط لكل غاز ما بين الأسناخ والدم. حيث ينتشر غاز الأكسجين مثلاً من الأسناخ إلى الشعريات السنخية، وينتشر ثاني أكسيد الكربون بالعكس من الشعريات السنخية إلى الأسناخ ليخرج مع الزفير. تصف معادلة الغازات السنخية انتقال الأكسجين من الهواء المحيط إلى الأسناخ الرئوية. حيث في الحالات الطبيعية تتواجد في الأسناخ الغازات التالية: غاز النتروجين وهو الغالب، وغاز الأكسجين، وغاز بخار الماء، وغاز ثاني أكسيد الكربون انظر الشكل (9-2).

ويعبر عن معادلة الغازات السنخية بمايلي:

$$PAO_2 = F_{I}O_2 \times (P_B - P_{H_2O}) - PaCO_2 / RQ$$

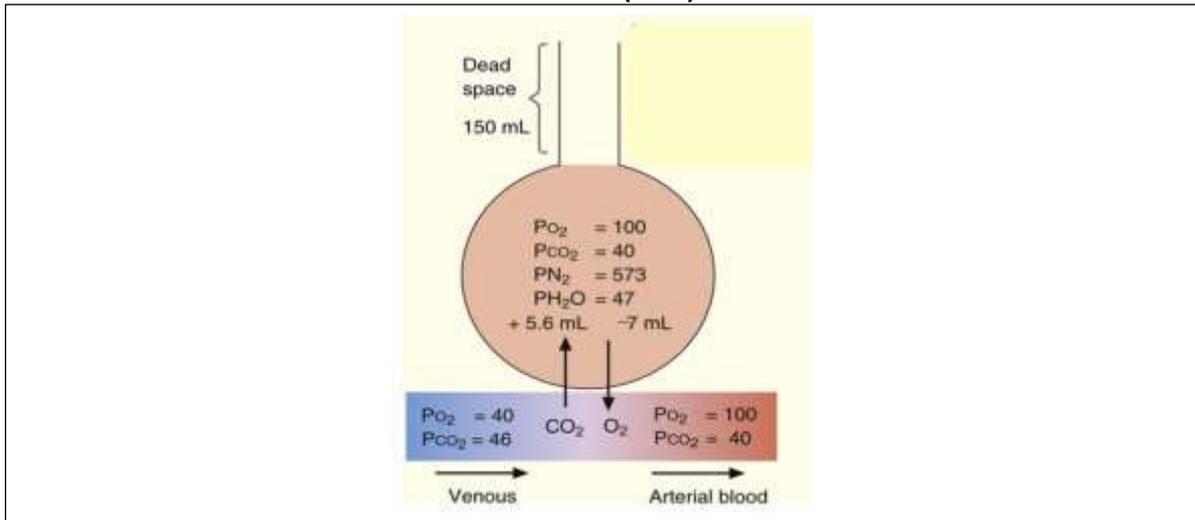
حيث PAO_2 هو ضغط غاز الأكسجين في الأسناخ الجاهز للتبادل الغازي، و $F_{I}O_2$ هو نسبة الأكسجين في الهواء المستنشق (21%، في هواء الغرفة)، و P_B هو الضغط الجوي الطبيعي على مستوى سطح البحر (حوالي 760 مم ز)، و P_{H_2O} ضغط بخار الماء (47 مم ز)، و هو $PaCO_2$ ضغط ثاني أكسيد الكربون في الدم الشرياني (حوالي 40 مم ز)، و RQ respiratory quotient هو الحاصل التنفسي (نسبة انتاج CO_2 على استهلاك الأكسجين وتساوي عادة حوالي 0,8 في تناول الاعتيادي للطعام). بمبادلة القيم السابقة في معادلة الغازات السنخية نحصل على قيمة PAO_2 :

$$PAO_2 = 0.21 \times (760 - 47) - 40 / 0.8 = 100 \text{ mmHg}$$

أي أن قيمة ضغط غاز الأكسجين في الأسناخ في حال التنفس في هواء الغرفة تبلغ حوالي 100 مم ز. ويمكن حساب ضغط غاز الأكسجين السنخي في حال التنفس بنسبة 100% أكسجين مستنشق حيث تبلغ حوالي 663 مم ز. كما أنه في حال المرتفعات ينقص الضغط الجوي وبالتالي ينقص ضغط الأكسجين في الأسناخ ومن ثم ضغط الأكسجين في الدم الشرياني وينتج عن ذلك نقص أكسجة الدم الشرياني عند قاطني المرتفعات.

من المهم فهم معادلة الغازات السنخية حيث تبين لنا علاقة كل من الأوكسجين المستنشق والتهوية الرئوية (P_{aCO_2}) بضغط الأوكسجين في الدم الشرياني (الأوكسجة)، وتساعدنا في الوصول إلى تشخيص سبب العديد من الاضطرابات التنفسية. والقيمة المستخدمة في ذلك هي حساب الفرق ما بين ضغط الأوكسجين السنخي والأوكسجين الشرياني ويرمز له بالمدرج السنخي الشرياني للأوكسجين أو $P(A-a)O_2$. تبلغ قيمة هذا المدرج في الأحوال الطبيعية حوالي 5-10 مم ز عند التنفس في هواء الغرفة عند الشبان، ويصل حتى 20 مم ز عند كبار السن (انظر لاحقاً).

الشكل (9-2) ضغوط الغازات السنخية



ب. تناسب التهوية والتروية **ventilation/perfusion match**: حتى يكون التبادل الغازي كافياً في الأسناخ لا بد من وجود توازن بين كمية الهواء الواصل للأسناخ الرئوية أي التهوية الرئوية (V) وكمية الدم الواصلة للحاجز السنخي الدموي أي الجريان الدموي الشعري (Q). يعبر عن هذا التوازن بما يسمى نسبة التهوية/التروية " V/Q ratio". في الحالات الطبيعية تتفاوت نسبة التهوية/التروية بين مناطق الرئة المختلفة وتتراوح هذه النسبة ما بين 0,6-3 ووسطياً تبلغ ما بين 0,8-1. وتختلف أيضاً حسب وضعية الجسم والحجوم الرئوية والعمر. ولكن بالرغم من ذلك فإن نسبة التهوية/التروية تبقى متناسبة ومضبوطة بشكل معقول وتدعى تناسب التهوية/التروية V/Q match. وتضطرب هذه النسبة في الحالات المرضية وتظهر عدم تناسب التهوية/التروية V/Q mismatch، حيث قد تزيد التهوية على حساب التروية، أو قد تزيد التروية على حساب التهوية لتساهم بحدوث القصور التنفسي كما سنرى لاحقاً.

ت. نقص الأوكسجة hypoxemia:

ينجم نقص الأوكسجة عن عدة 5 آليات أساسية

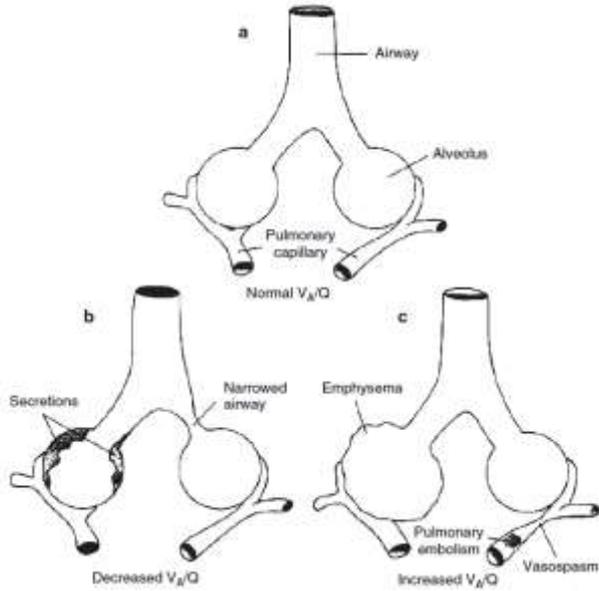
(1) عدم التناسب بين التهوية السنخية والتروية السنخية V/Q mismatch كما في الشكل 9-3.

وتشكل الاضطراب الفيزيولوجي الأساسي الذي يسبب نقص الأكسجة.

يحدث خلل المبادلات الغازية عند اضطراب التناسب بين تهوية الأسناخ الرئوية، وتروية الشعيرات الدموية في الأسناخ. ويمكن تمييز حالتين متقابلتين من خلل التهوية/التروية هما (انظر الشكل 9-3):

- نقص التهوية/التروية أي $V/Q < 0.8$ حيث تنقص التهوية وتبقى التروية جيدة كما يحدث بوجود مفرزات في الطريق الهوائي، أو في تشنج القصبات.
- زيادة التهوية/التروية أي $V/Q > 1$ ويدعى بتأثير الحجم الميت حيث تكون التهوية مفرطة كما في النفاخ الرئوي بسبب تخرب جدر الأسناخ، أو تنقص التروية كما في الصمة الرئوية، ونقصان الجريان الرئوي لأي سبب.

الشكل 9-3: عدم تناسب التهوية والتروية في الرئة



a: تناسب التروية والتهوية في الرئة السليمة

b: نقص التهوية مقابل التروية (التروية أفضل من التهوية)

c: نقص التروية مقابل التهوية: حيث التهوية أفضل من التروية (ما يسمى تأثير الحجم الميت)

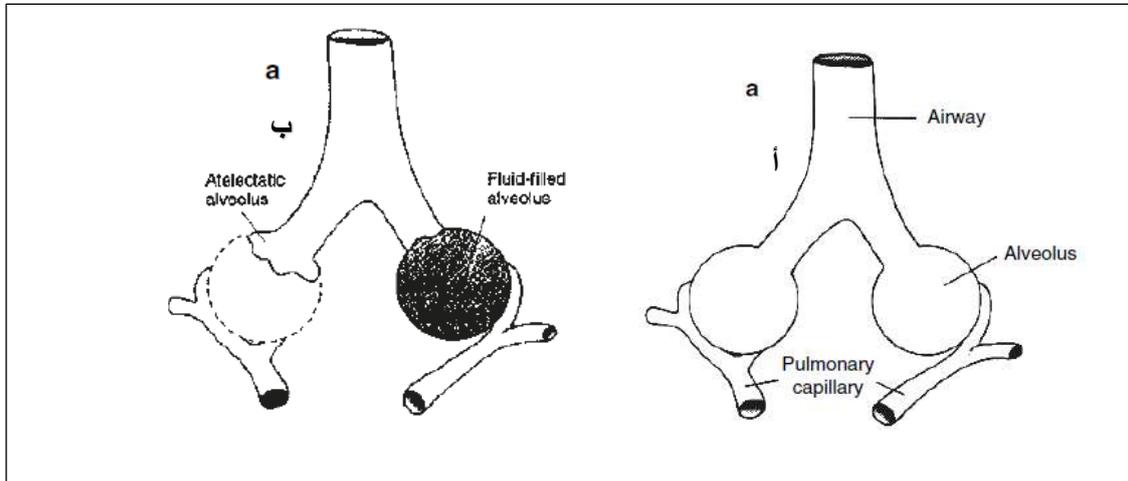
إن الأمراض التي تسبب انسداد الطرق الهوائية أو انخماص الرئة (ذات الرئة، الاستنشاق، وذمة الرئة) تسبب نقصاً في كمية الأكسجين الموجود في الطرق الهوائية البعيدة والضروري للتبادل السنخي. ورغم أن الجريان الدموي لهذه الوحدات الرئوية ينقص أيضاً، ولكنه لا ينخفض بمقدار نقص الأكسجين المرافق، مما يزيد في كمية الدم غير المؤكسج العائد إلى القلب. إن إضافة الدم غير المؤكسج من الأسناخ المريضة إلى الدم المؤكسج من الوحدات الرئوية السليمة سيؤدي إلى تمديد الدم المؤكسج مسبباً نقص أكسجة الدم. يستجيب عادة عدم تناسب التهوية التروية بشكل جيد للمعالجة بالأكسجين وتحسن الأكسجة.

(2) **الشننت أو التحويلة Shunt:** يعبر الشننت عن ذلك الجزء من الدم الوريدي المختلط الذي يعبر القلب الأيمن إلى القلب الأيسر مباشرة دون المرور عبر الرئة. كما يمكن أيضا للدم الوريدي المختلط أن يعبر الرئة ويمر عبر الشعريات الرئوية لكن دون حدوث مبادلات غازية عبر الحاجز السنخي الشعري بسبب انعدام تهوية الأسناخ في منطقة من الرئة (الشكل 9-4). يمكن اعتبار الشننت الشكل الشديد من عدم تناسب التروية والتهوية بحيث تنعدم التهوية وتبقى التروية أي $V/Q=0$ ، ولكن من الأفضل تصنيفه بشكل مستقل لاختلاف أسبابه واختلاف طرق علاجه. يؤدي الشننت الكبير (نسبته $<30\%$) إلى حدوث نقص في الأكسجة لا يستجيب لإعطاء الأكسجين بتركيز عالية (100%) وذلك بسبب انغلاق الأسناخ وعدم حدوث التبادل الغازي. ولا بد هنا لتحسين الأكسجة من معاكسة السبب (انغلاق الأسناخ) وذلك بتطبيق التهوية الآلية بالضغط الإيجابي والعلاج الدوائي المناسب. عادة ما يحدث فرط الكاربمية أيضا عند تجاوز نسبة الشننت 60% من الأسناخ الرئوي. ويمكن للشننت أن يكون تشريحياً (داخل القلب) أو فيزيولوجياً (داخل الرئة).

• **الشننت التشريحي anatomical shunt:** يحدث عند عبور الدم من القلب الأيمن إلى القلب الأيسر مباشرة وتجاوز الرئة تماما (التشوهات القلبية الولادية مثل وجود فتحة بين الأذنين، أو فتحة بين البطينين).

• **الشننت الفيزيولوجي physiological shunt:** يحدث عند عبور الدم للشعريات الرئوية الملاصقة للأسناخ الرئوية دون حدوث تبادل غازي بسبب انخماص الأسناخ أو امتلائها بمواد غريبة كالسوائل كما في متلازمة العسرة التنفسية الحادة ARDS أو في وذمة الرئة القلبية، وجود الدم كما في النزف الرئوي أو القيح كما في ذات الرئة أو الاقياء كما في الاستنشاق الرئوي.

الشكل (9-4): أ. تناسب التهوية/التروية الطبيعي، ب. الشننت: انعدام التهوية وبقاء التروية



هناك آليات داخل الرئة لتخفيف خلل التهوية/التروية وحجم الشنت. حيث تستجيب الأوعية الدموية في الشجرة الرئوية لنقص الأكسجة بحدوث تقبض وعائي "hypoxic pulmonary vasoconstriction" مما يؤدي إلى تقليل مرور الدم في المناطق ناقصة الأكسجة في الرئة وبالتالي تقليل حجم اضطراب التهوية/التروية المنخفض أو الشنت وتأثيره على إشباع الدم الشرياني. وتفسر ظاهرة تقبض الأوعية الرئوية بنقص الأكسجة عدم حدوث نقص أكسجة شديد ($SpO_2=85\%$) لدى مريض جرح طاعن في الصدر مع انخماص تام لإحدى الرئتين وحدث ريح صدرية. حيث يفترض أن يؤدي انخماص الرئة التام إلى تشكل شنت كبير (50%)، وبالتالي حدوث نقص أكسجة شديد ($SpO_2=50\%$). لكن تقبض الأوعية الرئوية بنقص الأكسجة يخفف من حجم الشنت وتأثيره.

(3) نقص التهوية السنخية: حيث ينخفض معدل دخول الهواء الغني بالأكسجين للأسناخ. يؤدي ذلك إلى انخفاض الضغط الجزئي للأكسجين في الأسناخ " PAO_2 " وبالتالي انخفاض الضغط الجزئي للأكسجين الشرياني " PaO_2 ". ينتج نقص التهوية السنخية عن نقص معدل التنفس، أو نقص الحجم الجاري، أو عن زيادة الحجم الميت (انظر لاحقاً).

(4) أما الأسباب الأخرى الأقل لنقص الأكسجة تتضمن:

- **المرتفعات (نقص الضغط الجوي)**، أو انخفاض الضغط الجزئي للأكسجين في الهواء المستنشق (نقص FiO_2)، كما في التواجد في مكان مغلق أثناء الحرائق.
- **نقص انتشار الأكسجين غير الغشاء السنخي الشعري:** يحدث عند وجود تسمك في الحاجز السنخي الشعري. حيث يؤدي إلى ضعف انتشار الأكسجين عبر يعود ذلك إلى وجود الوذمة الخلالية، الالتهاب، التليف وغيرها. وفي هذه الحالات تتحسن الأكسجة من خلال المعالجة بالأكسجين كما في حالات عدم تناسب التهوية/التروية.

ث. فرط CO_2 أو فرط الكربمية hypercapnia:

يتعلق مستوى CO_2 (pCO_2) في الدم بمعدل إنتاج ومعدل طرحه. ينتج CO_2 خلال عملية الاستقلاب الخلوي وخاصة استقلاب الكربوهيدرات. أما إخراج CO_2 من الجسم فيتعلق بالتهوية الرئوية في الدقيقة. تعرف حجم التهوية بالدقيقة "minute ventilation" بأنه حجم التهوية الرئوية الكلي في دقيقة واحدة، أي كمية الهواء التي تدخل إلى الأسناخ الرئوية في دقيقة واحدة، ويساوي ناتج ضرب حجم الحركة التنفسية الواحدة (الحجم الجاري V_t) بعدد مرات التنفس بالدقيقة (RR). وتعادل قيمة "MV" في الأحوال الطبيعية حوالي 100 مل/كغ وهو المقدار اللازم من التهوية للحفاظ على $PaCO_2$ ضمن الحدود الطبيعية. يتناسب مستوى CO_2 عكساً مع التهوية في الدقيقة حيث ينقص بارتفاعها، ويزداد بنقصانها.

(1) يحدث فرط الكاربمية المتعلق بنقص التهوية ($\text{PaCO}_2 > 50\text{mm Hg}$) عندما يكون هناك عدم تناسب بين معدل التهوية السنخية ومعدل إنتاج CO_2 في الأنسجة (إما نقص في التهوية السنخية أو زيادة في إنتاج CO_2).

في حالات عدم تناسب التهوية/ التروية يحدث نقص الأكسجة ولا يحدث عادة فرط CO_2 بل قد يحدث العكس أي ينقص CO_2 وذلك بسبب حدوث زيادة في التهوية في حالات نقص الأكسجة بتحريض مركز التنفس مما يعزز من طرح CO_2 ، إضافة إلى العلاقة الخطية ما بين PaCO_2 ومحتوى CO_2 في الدم (العلاقة غير خطية للأكسجين أي PaCO_2 والأشباع) بحيث أن إنقاص PaCO_2 بزيادة التهوية يؤدي إلى إنقاص محتوى CO_2 في الدم الشرياني.

(2) تعبر التهوية السنخية **alveolar ventilation** عن الجزء الفعال من التهوية الكلية وتساوي التهوية الكلية مطروحا منها تهوية الحيز الميت، ويعبر عن التهوية السنخية بالمعادلة التالية:

$$V_A = (V_T - V_D) RR$$

حيث V_A هي التهوية التنفسية في الدقيقة V_T هو الحجم الجاري، V_D هو الحجم الميت، RR هو معدل التنفس. وبحسب المعادلة ينجم فرط غاز CO_2 عن نقص الحجم الجاري أو نقص معدل التنفس أو كليهما.

(3) أهمية الحجم الميت **dead space (V_D)**: يعبر الحيز الميت عن الجزء من الشجرة القصيبية الذي لا يشارك في المبادلات الغازية (تهوية دون تروية)، ويقسم إلى قسمين:

- الحيز الميت التشريحي وهو حجم الهواء الموجود في الطرق الهوائية الناقلة التي لا تساهم في التبادل الغازي، يبلغ حوالي 2 مل/كغ أي حوالي 150 مل في الشخص البالغ، أو ثلث الحجم الجاري أي V_D/V_T حوالي الثلث.

- والحيز الميت الفيزيولوجي وهو حجم الهواء الموجود في الأسناخ التي تكون نسبة التهوية فيها أعلى من التروية وبالتالي لا تساهم في التبادل الغازي. يزداد الحيز الميت الفيزيولوجي في حالات نقص التروية الرئوية (صمة رئوية، ونقص النتاج القلبي، و الصدمة الدورانية) أو تخرب الحاجز السنخي الشعري (نفاخ رئوي) أو بسبب فرط ضغط الطرق الهوائية وفرط تمدد الأسناخ الرئوية (كما في حدوث auto-PEEP عند مرضى COPD) حيث تتضغط الشعريات الرئوية في جدر الأسناخ وتتنخفض التروية مقابل التهوية.

إن زيادة الحجم الميت (V_D) تسبب عادة فرط غاز الـ CO_2 . حيث عندما يبقى جريان الهواء من وإلى الطرق الهوائية كافياً ولكن جريان الدم ينخفض جزئياً أو كلياً فإن الـ CO_2 لن يمتلك وقتاً

كافياً لينتشر عبر الدوران الرئوي إلى الأسناخ لي طرح، وسيعود الدم الغني بـ CO_2 إلى الأذينة اليسرى وبالتالي يرتفع في الدم الشرياني ($PaCO_2$). قد يسبب زيادة الحجم الميت أيضاً نقصاً في الأكسجة إذا لم يرافقه زيادة في التهوية الكلية.

(4) يمكن تقسيم آليات القصور التنفسي مفرط الكربمية إلى ما يلي:

- **نقص معدل التهوية الكلي:** يحدث فرط الكربمية عند انخفاض معدل التهوية الكلي بالدقيقة عن 4-6 ل/د.
- أمثلة: إصابات الجهاز العصبي المركزي ومركز التنفس في البصلة السيسائية (نزف، احتشاء، رضوض)، إصابات الأعصاب المحيطة (غيلان باريه، الوهن العضلي الوخيم)، أمراض العضلات (التهاب العضلات العديد، الحثول العضلية)، تشوهات جدار الصدر، الأدوية المثبطة لمركز التنفس كالأفيونات مثلاً، وفي التسممات، واضطرابات الشوارد.
- **زيادة الحيز الميت:** أمراض الرئة المزمنة (COPD، الربو) أمراض جدار الصدر المترافقة مع إصابة برانشيمية (الجنف). كما قد يحدث زيادة الحجم الميت في نقص الحجم الوعائي والصدمة الدورانية، والصمة الرئوية، ونقص نتاج القلب، وفي حال وجود auto-PEEP.
- **زيادة إنتاج CO_2 :** الحمى، الإنتان الجهازية، فرط الاستقلاب (حروق، انسمام درقي، وفرط الحرارة الخبيث) التغذية المفرطة الكربوهيدرات. خاصة في المرضى غير القادرين على المعاوضة (أي زيادة التهوية وطرح ثاني أكسيد الكربون) مثل مرضى الـ COPD.

ج. القصور التنفسي المختلط : من الشائع أن تجتمع خصائص كلا نمطي القصور التنفسي عند المرضى. ولذلك كان فهم الآلية الإمرضية لكلا النمطين ضرورياً من أجل وضع الخطط العلاجية. وغالباً ما تجتمع عدة آليات إمراضيه في تناغم أو توافق لإحداث القصور التنفسي. فعلى سبيل المثال إن الإصابات الرئوية المزمنة والحجم الميت الكبير غالباً ما تترافق بقصور القلب مما يزيد عدم تناسب التهوية/التروية ويزيد نقص الأكسجة.

4. التظاهرات السريرية والتقييم السريري:

- أ. **التظاهرات السريرية:** إن التظاهرات السريرية غالباً ما تضم أعراض وعلامات نقص الأكسجة، أو فرط غاز CO_2 أو كليهما وتتضمن:

- اضطراب الوعي، والمتراوح بين الهياج (عادة في نقص الأكسجة) والنعاس (عادة في فرط CO2)
- علامات زيادة الجهد التنفسي كاستخدام العضلات التنفسية المساعدة، والسحب الضلعي وفوق الترقوة وفوق القص. فرط التنفس أو حركات التنفس التناقضية غير المتوافقة (انسحاب الصدر والبطن للداخل أثناء الشهيق)
- بطء التنفس
- زرقة الأغشية المخاطية (الفم واللسان) أو سرير الظفر
- التعرق، تسرع النبض، ارتفاع الضغط الشرياني (علامات فرط تأثير الجهاز الودي وفرط الكاتيكول أمينات).

ب. **التقييم السريري:** بما أن القصور التنفسي الحاد حالة إسعافية مهددة للحياة، فإن التقييم الأولي لمريض القصور التنفسي الحاد يبدأ بإجراء ABCD:

- حيث يتم فوراً تقييم سلامة الطريق الهوائي والبحث عن وجود زرقة مركزية أو محيطية،
 - ثم ملاحظة معدل الحركات التنفسية RR وعمقها ونموذج التنفس. يجب البحث عن علامات العسرة التنفسية (استعمال العضلات المساعدة، السحب بين الأضلاع، التنفس العجائبي). يجب ملاحظة شكل الففص الصدري وحركته خلال الدورة التنفسية، يتلو ذلك القيام بالفحص السريري لكل من نصفي الصدر بالإصغاء.
 - ثم قياس الضغط الشرياني، ومعدل النبض
 - إضافة إلى مستوى الوعي والقدرة على حماية الطرق الهوائية.
- يتزاف ذلك بمسح سريع لباقي العلامات الحيوية مثل اشباع الأكسجين الشرياني SpO₂ مع مقدار الأكسجين المستخدم FiO₂، وقياس درجة الحرارة.

يعطي هذا التقييم السريع تقييماً أولياً عن: مركز التحكم التنفسي (RR)، وظيفة المضخة العضلية (كوجود تنفس سطحي مثلاً)، وصول الهواء للرئتين. وإن معرفة الجزء المصاب الذي أدى للقصور التنفسي يعتبر أمراً أساسياً في وضع خطة التدبير. مثلاً تتظاهر كل من نوبة الربو الحادة، ووذمة الرئة الحادة، والصمة الرئوية بقصور تنفسي بنقص الأكسجة ولكن يختلف التدبير في كل منهما.

في حال وجود نقص أكسجة عند المريض يمكن إجراء مناورة سريرية للوصول للآلية المرضية لنقص الأكسجة، وهي **مناورة الأكسجة:** وذلك بإعطاء المريض أكسجين بنسبة عالية جداً (قريبة من 100%)، فإذا تحسن اشباع الأكسجين عند المريض فإن آلية نقص الأكسجة تعود لعدم تناسب التهوية/التروية، أما

لم تتحسن الأكسجة فإن آلية نقص الأكسجة تعود إلى وجود تحويلة أو شنت رئوي. هذا وتبقى المقاربة السريرية غير نوعية للقصور التنفسي الحاد وغير كافية لوضع التشخيص ولا بد من إجراء غازات الدم

5. اعتبارات تشخيصية في القصور التنفسي الحاد:

أ. غازات الدم الشرياني: ضرورة لتشخيص القصور التنفسي الحاد ونوعه ومتابعته. من خلال

معرفة قيم: (PaCO₂, PaO₂, pH)

- وجود ↓ PO₂، ↓ SaO₂ يدل على قصور تنفسي بنقص الأكسجة
 - ↑ PaCO₂، ↓ pH تدل على قصور تنفسي بفرط الكربمية
 - وجود وجود ↓ PO₂ مع ↑ PaCO₂ يدل على قصور تنفسي مختلط
- ب. مشعرات الأكسجة:

(1) "PaO₂" و "SaO₂" من غازات الدم: لكن تكمن المشكلة في هذين المعيارين السابقين أنهما

لا تأخذ بالحسبان وجود الدعم التنفسي المقدم للمريض للحفاظ على أرقام طبيعية أو مقبولة للإشباع أو الضغط الجزئي للأكسجين. وبالتالي فلا بد من ذكر وجود الدعم التنفسي ومقداره (تهوية آلية، PEEP، FiO₂) عند ذكر هذه المشعرات. كما أنها لا تسمح بتقدير شدة حالة المريض للسبب السابق نفسه.

(2) نسبة ضغط الأكسجين في الدم الشرياني على نسبة الأكسجين المستنشق PaO₂/FiO₂: يتميز

هذا المشعر بسهولة حسابه، وهو المشعر الأشيع استخداماً عند مرضى العناية المركزة. تبلغ قيمته الطبيعية (300-500 mmHg). تعتبر قيمة 300 فما دون دالة على وجود نقص الأكسجة، ويرتبط بشكل جيد بمقدار الشنت داخل الرئوي. يستخدم هذا المشعر لتصنيف لتقدير شدة نقص الأكسجة، حيث كلما نقصت قيمته يدل على أن الحالة أكثر سوءاً كما أن نسبة P:F قد تكون مفيدة أيضاً في متابعة وضع المريض وتحديد فائدة المعالجات التنفسية.

(3) المدروج السنخي الشرياني للأكسجين أو P(A-a)O₂: يساعد هذا المشعر في تحديد سبب

نقص الأكسجة، وقد يساعد في متابعة الحالة. ففي حال وجود قصور تنفسي بنقص الأكسجة مع مدروج سنخي-شرياني طبيعي للأكسجين فهذا يعني أن نقص الأكسجة هنا ناجم عن فرط CO₂ (نقص التهوية) وليس عن الأسباب الأخرى لنقص الأكسجة. في حين أن زيادته تعني وجود أسباب أخرى لنقص الأكسجة (مثلاً عدم تناسب التهوية/التروية). تبلغ قيمة هذا المدروج في الأحوال الطبيعية حوالي 5-10 مم ز عند التنفس في هواء الغرفة عند الشبان، ويصل حتى 20 مم ز عند كبار السن. إن فائدة هذا المدروج محدودة في حال كان المريض على أكسجين مسبقاً خاصة بتراكيز عالية، حيث أن إعطاء الأكسجين يغير بشكل كبير من هذا التفسير وبما

أنه لا يمكن تعريض مرضى نقص الأكسجة للشدة الناتجة عن استنشاق هواء الغرفة، فإن المدروج عملياً يحسب عادة عندما يتلقى المريض الأكسجين مما يجعله قليل الفائدة في كثير من الأحيان.

ت. صورة الصدر البسيطة: تساعد صورة الصدر البسيطة في تحديد سبب القصور التنفسي الحاد وامتداد الإصابة، ومتابعة المرضى. فوجود ارتشاحات رئوية يدل على وجود وذمة رئوية وتتماشى مع نقص الأكسجة، أو ذات رئوة، أما فرط انتفاخ الرئة فنجده مع فرط الكربمية كما هو عند مرضى COPD. كما يمكن كشف وجود إصابة مرضية في الجنب أيضاً مثل انصباب في جوف الجنب أو وجود ريح صدرية.

ث. فحوص أخرى: تنفيذ وظائف التنفس كالحجم الأعظمي المزفور في الثانية FEV1، والسعة الحيوية الاجبارية (FVC) في مراقبة تطور الحالة وقد تشير إلى ضرورة إجراء التنبيب الرغامي، ولكن يصعب في كثير من الأحيان إجراؤها عند المرضى الحرجين. كما تساعد كالشوارد، والخضاب كدلائل على سبب القصور التنفسي الحاد.

6. تدبير القصور التنفسي الحاد

Management of acute respiratory failure

يعتبر القصور التنفسي الحاد حالة إسعافية حرجة يجب البدء بعلاجها قبل تحديد السبب وتوجيه المعالجة نحوه. بعد إجراء المسح الأولي وتدبير ABCD يتم المعالجة الداعمة بالأكسجين، أو بالتهوية الآلية والمعالجات الدوائية، والمعالجة السببية.

أ. المعالجة بالأكسجين والتهوية الآلية: يتم البدء بدعم المريض بالأكسجين بالوسيلة المناسبة (قنية أنفية، قناع فننتوري، قناع مانع لعودة التنفس...) حسب شدة الحالة. انظر فقرة المعالجة بالأكسجين. في مرضى نقص الأكسجة الشديد المعند (غالباً بسبب وجود شنت رئوي كما في مرضى العسرة التنفسية الحاد ARDS)، أو فرط الكربمية المعند (تنبيب الجهاز العصبي المركزي) لابد من البدء بالتهوية الآلية. في كثير من الأحيان تستخدم التهوية الآلية كمعالجة داعمة في القصور التنفسي الحاد لإراحة المريض ومحاولة تصحيح الأكسجة والتهوية ريثما يتم الوصول للسبب ومعالجته.

ب. العلاجات الدوائية:

تؤدي معظم الأمراض المسببة للقصور التنفسي الحاد إلى تغيرات تشريحية وفيزيولوجية عديدة وتتضمن التهاب القصبات، وذمة المخاطيات، تقبض العضلات الملساء للقصبات وزيادة إفراز

المخاط ولزوجته. وكل من هذه العوامل تساهم في انسداد الطرق الهوائية وزيادة مقاومتها، زيادة عدم التناسب بين التهوية والتروية والحجم الميت. قد تكون بعض الأدوية مفيدة في العناية بهؤلاء المرضى وقد تعدل بشكل مباشر من الشنت أو تأثيرات الحجم الميت.

(1) محرضات بيتا-2 β_2 : إن محرضات بيتا الانشاقية أدوية مفيدة في علاج العديد من أسباب القصور التنفسي الحاد. يؤدي تنبيه مستقبلات بيتا-2 إلى ارتخاء عضلات الأوعية والقصبات الملساء. وتعطى هذه الأدوية عن طريق الرذاذ nebulizer متقطع أو مستمر أو عبر بخاخ inhaler محدد الجرعة (أشهرها سالبوتامول أو فنتولين). إن الادريالين الانشاقى يمكن استخدامه لعلاج وذمة الحنجرة عند الكبار. وهو علاج معتمد لانسداد الطرق التنفسية عند الاطفال المصابين بالحنق،

(2) المضادات الكولينرجية: يتنافس ابراتروبيوم ipratropium مع الاستيل كولين على مستوى المستقبلات القصبية، مما يسبب ارتخاء العضلات الملساء القصبية، ويعطى هذا المركب عن طريق البخاخ أو الرذاذ. ويتصف بأن له تأثيراً متأخراً مقارنة بمشابهات بيتا ولكن تأثيره أكثر ثباتاً عند مرضى الـ COPD منه عند الربويين. إن إضافة ابراتروبيوم للسالبوتامول تزيد من فعالية الأخير عند نحو 30% من مرضى الربو

(3) الستيروئيدات القشرية: لقد تم تأكيد الدور الأساسي للالتهاب في أمراض الطرق الهوائية السادة، وقد تم توضيح فائدة المعالجة المكثفة بالستيروئيدات عند مرضى الربو والقصور التنفسي الحاد. أكثر ما يستخدم مثيل بريدنيزولون methylprednisolone وريدياً في الهجمات الحادة. وبعد الهجمة الحادة تستخدم الستيروئيدات الانشاقية.

(4) الصادات الحيوية antibiotics: غالباً ما تُعرض الانتانات الجرثومية (ذات الرئة/التهاب القصبات) القصور التنفسي الحاد. يجب استخدام الصادات الحيوية عند وجود شك سريري بأن التهاباً جرثومياً قد حدث (مثل تغير في صفات القشع لونه أو كميته، ارتشاحات رئوية على صورة الصدر، حمى، ارتفاع كريات الدم البيضاء). يجب أن تختار الصادات بعناية لتعالج الجراثيم المعتادة قبل وصول نتائج الزرع والتحسس الجرثومي.

ت. المعالجة النوعية: تتوجه نحو سبب القصور التنفسي. مثل معالجة قصور القلب في القصور التنفسي الناجم عن وذمة الرئة قلبية المنشأ، ومعالجة ذات الرئة التي سببت القصور التنفسي بالصادات الحيوية، وتخفيف ضغط الطرق الهوائية على جهاز التهوية الآلية ومعالجة الصدمة الدورانية بتعويض الحجم الوعائي لتصحيح تأثير الحجم الميت

ث. معالجات أخرى:

- مثل معاكسة تأثير المخدرات أو غيرها من الأدوية المثبطة للتنفس مثل إعطاء النالوكسون لمعاكسة فرط جرعة المورفين. واستخدام حالات المخاط كالأستيل سيستئين acetylcysteine في حال وجود مفرزات مخاطية كثيفة.
- كما يجرى تفجير الوضعة، والمعالجة الفيزيائية الصدرية، وشفط المفرزات الرغامية، مقياس التنفس التدريبي incentive spirometry، وتمارين التنفس العميق والسعال في بعض حالات القصور التنفسي. كما أن فائدة التغذية فعالية التمريض والرعاية التنفسية في منع الحاجة التنبيب والتهوية الآلية لا يمكن إهمالها ابداً.

7. أجهزة المعالجة بالأكسجين Oxygen therapy devices

أ. مبادئ عامة:

في معظم حالات القصور التنفسي الحاد، يمكن زيادة PAO_2 بشكل كبير عبر تزويد المريض بالأكسجين وبالتالي زيادة المدروج عبر الغشاء و تحسين PaO_2 يمكن اعطاء الأكسجين عبر العديد من الأجهزة (الشكل 9-5) و تتحدد فعالية كل واحدة منها بقدرتها على توفير الأكسجين وفق جريانٍ عالٍ كافٍ ليمائل الجريان الشهيق العفوي عند المريض. إن التوافق بين سعة الجريان في الجهاز المستخدم وحاجات الجريان الشهيق لدى المريض هو الذي يحدد كمية هواء الغرفة التي يأخذها المريض غير المنب. يجب اعتبار اعطاء الأكسجين تداخلاً مؤقتاً ريثما يتم تحديد سبب نقص الأكسجة وعلاجه، حيث أن الأكسجين دواء له محاذيره وآثاره الجانبية منها التسمم بالأكسجين.

إن هواء الغرفة المستنشق ($FiO_2: 21\%$) سيمدد الأكسجين المعطى للمريض بحيث أن تركيز FiO_2 الرغامي وبالتالي السنخي سيكون أقل بكثير من ذاك المعطى. ولذا تصنف أجهزة تزويد الأكسجين كمايلي:

- إما ذات تركيز أكسجين مرتفع (تستطيع إعطاء حتى $O_2 100\%$) أو ذات تركيز أكسجين منخفض.
- كما تصنف إلى ذات جريان مرتفع، أو متوسط أو منخفض بما يعكس قدرة توفير الأكسجين عند مستوى FiO_2 محدد.

فعلى سبيل المثال يكون الجريان مرتفعاً عند مرضى تسرع التنفس خلال كل تنفس. في هذه الحالات لن يستجيب نقص الأكسجة إلى اعطاء الأكسجين عن طريق القنية الأنفية حيث أنها جهاز منخفض تركيز الأكسجين ومنخفض الجريان ولاتستطيع موافقة جريان هواء المريض المرتفع، حيث يتم سحب هواء

الغرفة أيضاً أثناء الشهيق وسينخفض FiO_2 الرغامي. هؤلاء المرضى بحاجة إلى جهاز مرتفع الأكسجين عالي الجريان.

ب. أجهزة المعالجة بالأكسجين Oxygen delivery devices: الشكل (9- 5)

(1) **القنية الأنفية nasal cannula**: تدخل شوكات القنية القصيرة إلى المنخرين ويعطى الأكسجين 100% ولكن بجريان منخفض يتراوح بين 0.5 إلى 5 ل/د. ويعتمد الـ FiO_2 على حجم تنفس المريض خلال الدقيقة ولذا لا يمكن تقديره بدقة ولكن لا يتوقع ان يتجاوز FiO_2 الرغامي 40-50% ولا يؤدي الجريان الأعلى في زيادة الـ FiO_2 ولكنه يسبب جفاف المخاطية الأنفية وتخريشها. ويتحمل معظم المرضى الذي لا تتطلب حالتهم ضبط الـ FiO_2 بشكل وثيق القنية بشكل جيد. إن القنية الأنفية جهاز منخفض الأكسجين منخفض الجريان.

(2) **قناع فنتوري venturi mask**: ويوفر الأكسجين عبر جهاز مزج متدفق يزيد من سرعة الأكسجين ويوفر تزويداً مضبوطاً له. يمكن التحكم بالـ FiO_2 بشكل أكثر دقة بين 24-50% وفق جريان عال ببساطة عن طريق تغيير فتحة التدفق وتعديل جريان الأكسجين. وهي مفيدة جداً عند مرضى الداء الرئوي الساد المزمن الذين يحتاجون إلى درجة ما من نقص الأكسجة للمحافظة على المقوية التنفسية. لذا تجب معايرة الـ FiO_2 عندهم بدقة من أجل تحسين الأكسجة دون تثبيط التهوية. قناع فنتوري هو جهاز جريان عالٍ، متوسط نسبة الأكسجين.

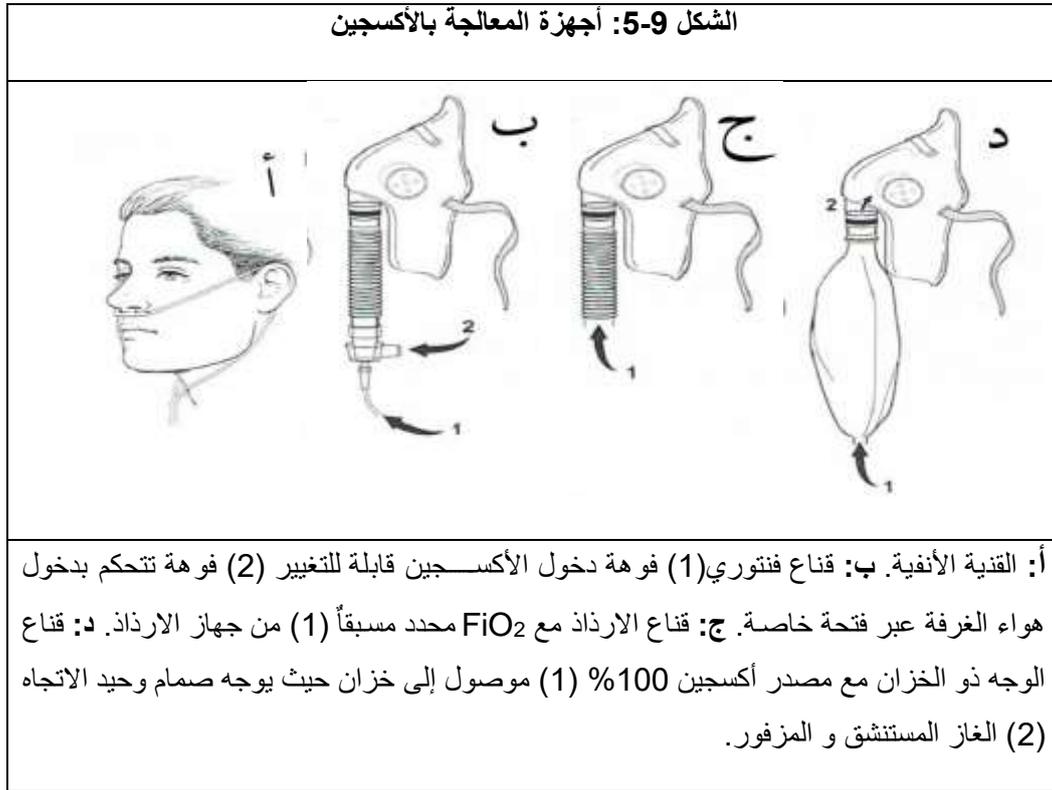
(3) **قناع الجريان الهوائي aerosol face mask**: إن الشكل الشائع منه يجمع بين تراكيز أكسجين مختلفة مع جريان متوسط، ويتصل القناع – والذي يملك فتحات جانبية كبيرة - بأنبوب عريض اللمعة إلى جهاز ارذاذ يمزج الأكسجين مع هواء الغرفة عند مستوى FiO_2 محدد مسبقاً. ويتم تقدير كفاية الجريان عن طريق مراقبة تنفس المريض العفوي. فإذا اختلفى كامل البخار من القناع أثناء التنفس فهذا يعني أن حاجات المريض تتجاوز قدرة جهاز الارذاذ وعندها يستنشق المريض هواء الغرفة. قناع الارذاذ هو جهاز جريان متوسط متفاوت الأكسجين.

(4) **قناع الوجه ذو الخزان**: ويتضمن خزاناً مرتبطاً بالقناع يتنفس منه المريض، ويتملأ الخزان من مصدر أكسجين 100% ويتم تعديل جريان الغاز ليستمر الخزان ممتلئاً كلياً أو جزئياً خلال دورة التنفس. عند تطبيقه بشكل جيد فإن قناع الوجه ذو الخزان يوفر أفضل العلاجات للمرضى غير المنبسيين ولكن نادراً ما يتجاوز FiO_2 60-90%. يدعى أيضاً قناع مانع عودة التنفس non-rebreathing mask (NRBM) كونه يحتوي صمام يمنع عودة تنفس الزفير واحتباس CO_2 . يعتبر قناع مانع عودة التنفس أداة عالية الأكسجين، عالية الجريان. يستخدم

القناع ذو الخزان يستخدم عادة لتحسين أكسجة مرضى نقص الأكسجة الشديد حتى استكمال التقييم وتوفير العلاج.

(5) وحدة القناع – الكيس- المنفاخ (BMV) أو الأمبو- Ambu

bag : رغم أنها ليست وسيلة لإعطاء الأكسجين بالمعنى الشائع، فإنها تُضم إلى الأدوات الإسعافية الأخرى، ولذا فهي متوافرة بسهولة. عندما يوضع القناع بإحكام على وجه المريض، يمكن منع استنشاق هواء الغرفة، وإذا أبقى جريان الأكسجين إلى القناع مرتفعاً (أكثر من 15 ل/د)، فإن يمكن توفير الأكسجين بجريان كافٍ. ولا توجد حاجة لضغط كيس الانعاش لتوفير الأكسجين. فالوحدة إذاً أداة عالية الأكسجين، عالية الجريان.



الخلاصة

- يصنف القصور التنفسي الحاد إلى: نقص الأكسجة، فرط غاز الـ CO₂ ، الشكل المختلط
- وتعد غازات الدم الشرياني الوسيلة الأساسية في تحديد هذا التصنيف
- إن أشيع الآليات الإمبراضية في نقص الأكسجة الحادة هي عدم تناسب التهوية مع التروية، وتستجيب للمعالجة بالأكسجين عادة
- يعد الشنت الرئوي الشكل الشديد من اضطراب التهوية/التروية والذي لا يستجيب للمعالجة بالأكسجين
- ينجم فرط غاز الـ CO₂ بشكل رئيسي عن تغير في أحد محددات معادلة التهوية السنخية: الحجم الجاري، سرعة التنفس والحجم الميت الفيزيولوجي.
- يستخدم الأكسجين بشكل شائع لعلاج نقص الأكسجة، ويجب ان نختار اداة اعطاء الاكسجين بعناية لتوافق حاجات الجريان والأكسجة الخاصة بالمريض.

المراجع

5. الوجيز في التهوية الآلية: د طلال نقار الطبعة الثالثة،2014
6. Fundamental of critical care support book,2012
7. Critical Care Study Guide Text and Review,2nd edition, Gerard J. Criner,2010
8. Basics of anesthesia,6th edition Ronald D& Manuel C, 2011

الفصل العاشر

الانتانات المهددة للحياة وأساليب الوقاية من انتشار العدوى

Life threatening Infections and Preventive Measures

- ❖ تعريف عامة
- ❖ الحدوث والعوامل المؤهبة
- ❖ الآلية المرضية للانتان الجهازى
- ❖ التظاهرات السريرية والمخبرية للانتان
- ❖ مبادئ المعالجة بالصادات
- ❖ أهم الانتانات فى العناية المركزة
- ❖ تدبير الانتان الجهازى والصدمة الانتانية
- ❖ مقارنة الحمى فى العناية المركزة
- ❖ أساليب الوقاية من انتشار الانتان فى المشافى وعزل المرضى

الانتانات المهددة للحياة وأساليب الوقاية من انتشار العدوى

تشكل الانتانات الخطيرة أو المهددة للحياة سبباً أو نتيجة للمرض الحرج. ويعتبر مرضى العناية المركزة فئة معرضة لحدوث الانتانات بشكل خاص لعدة أسباب منها التثبيط المناعي، ووجود أمراض سابقة لدى المريض. قد تؤدي هذه الانتانات إلى حدوث الانتان الجهازى والصدمة الانتانية وبالتالي ترتفع نسبة المراضة (الاختلاطات) والوفيات بشكل كبير. لذلك يعتبر تقييم وتدبير الانتان من المواضيع الهامة يومياً في وحدات العناية المركزة حيث إن الكشف المبكر عن هذه الانتانات وتدبيرها السريع بالمضادات الحيوية والسيطرة على بؤرة الانتان يمكن أن ينقذ من الاختلاطات والوفيات الناتجة عنها.

1. تعاريف عامة Definitions:

أ. **الانتان infection:** وهو غزو الأحياء الدقيقة (الجراثيم، أو الفيروسات، أو الطفيليات) للجسم. أما وجود الجراثيم (الفلورا) الطبيعية في الجسم فلا يعتبر انتاناً. قد يبقى الانتان موضعاً أو ينتشر عبر الأوعية الدموية واللمفاوية، كما أنه قد يكون عرضياً (مع أعراض سريرية) أو غير عرضي، وقد يكون حاداً أو مزمنياً.

ب. **الالتهاب inflammation:** هو تفاعل نسيجي يحمل معه الوسائط الدفاعية من كريات بيض وبروتينات بلاسمية إلى موقع الأذية النسيجية من انتان أو غيره. تحدث زيادة في التدفق الدموي في مكان الأذية، وتنبه النهايات العصبية. ينتج عن ذلك تظاهرات موضعية مميزة للالتهاب وهي: الاحمرار، والحرارة، والتورم، والألم. وينتهي الالتهاب بعملية الترميم النسيجي. قد يكون الالتهاب حاداً أو مزمنياً. من الشائع أن يحدث الالتهاب بسبب الانتان ولكن ليس من الضروري ذلك فكثيراً ما يتواجد الالتهاب من دون وجود انتان (بسبب رضى أو تخريش كيميائي...)

ت. **تجرثم الدم bacteremia:** وهو عبارة عن كشف وجود الجراثيم في الدم، وتكون عادة لاعرضية. أما **انتان الدم septicemia:** فهو عبارة عن وجود الجراثيم مع تكاثرها في الدم وقد ترافق مع وجود الذيفان الجرثومي toxin، فهي حالة أخطر وتسمى أيضاً **بتسمم الدم**. وغالباً ما ترافقها أعراض مثل الحمى وتسرع القلب والتنفس، وقد تسبب الانتان الجهازى.

ث. **الانتان الجهازى sepsis:** يعرف الانتان الجهازى حالياً بأنه عسر وظيفة الأعضاء المهدد للحياة والناتج عن استجابة للإنتان غير منضبطة. إذاً يوجد انتان سبب استجابة صارخة في

الجسم وغير منضبطة أدت لحدوث أذية وعسر وظيفة في الأعضاء الحيوية. وقد تم إلغاء تعريف ما يسمى بالانتان الجهازى الشديد.

ج. **الصدمة الإنتانية septic shock**: تحدث عندما يؤدي الانتان الجهازى إلى اضطرابات دورانية وخلوية أو استقلابية شديدة خطيرة تزيد من نسبة الوفيات. وهي بالتعريف وجود هبوط ضغط ناتج عن الإنتان الجهازى الذى لم يستجيب للإنعاش الأولى الكافى بالسوائل واحتاج لإعطاء مقبضات الأوعية للحفاظ على الضغط الشريانى ≤ 65 مم زئبقى، ويكون كذلك مترافق مع ارتفاع فى اللاكتات ≤ 2 ممول/ل.

2. الحدوث والعوامل المؤهبة للانتان incidence and risk factors:

أ. قد تكون الانتانات مكتسبة بالمجتمع أو مرتبطة بالمشافى وبالرعاية الصحية.
(1) **الانتانات المكتسبة بالمجتمع community-acquired infections**: وتحدث لدى المريض خارج حدود المراكز الصحية أو المشافى، أو تكون موجودة عند قبول المريض للمشفى. وتكون الميكروبات المسببة حساسة للمضادات الحيوية مثلاً المكورات العقدية فى ذات الرئة المكتسبة بالمجتمع.

(2) **الانتانات المرتبطة بالمشافى Hospital-acquired infections (HAI)**: وتدعى أيضاً Nosocomial infections هي مجموعة من الانتانات التى تكون غير موجودة عند قبول المريض للمشفى وتحدث بعد 48 ساعة أو أكثر من قبول المريض. هناك ما يسمى أيضاً بالانتانات المرتبطة بالرعاية الصحية health care-associated infections (HCAI) وتعرف بأنها انتانات مكتسبة أثناء تلقي المريض الرعاية الصحية عموماً لسبب آخر غير الانتان. يكون العامل المسبب فى الانتانات المرتبطة بالمشافى أو بالرعاية الصحية أقوى وعلاجه أصعب، وقد تكون الجراثيم المسببة مقاومة ومعددة على المعالجة.

ب. **وتحدث الانتانات المرتبطة بالمشافى وبالرعاية الصحية فى الولايات المتحدة بنسبة 5% من المرضى، وتؤدي إلى زيادة مدة المكث فى المشفى، وزيادة نسبة المراضة (الاختلاطات) والوفيات بنسبة 5%، إضافة إلى زيادة التكلفة.** وقد زادت نسبة حدوث الانتانات فى العناية المركزة وذلك لزيادة التعامل مع الفئة المعرضة لها مثل المرضى المتقدمين فى السن، والمرضى المثبتين مناعياً، ومرضى السرطانات، والمرضى المزمنين، ومرضى الرضوض المتعددة، ومرضى الجراحات الواسعة والإجراءات التداخلية الأخرى.

ت. يعتبر الانتان الجهازي **sepsis** مرضاً واسع الانتشار عالمياً، وعلى الرغم من أنه كان معروفاً منذ زمن طويل، فإنه لم يعرف سريراً حتى القرن العشرين. كان يعرف على أنه الاستجابة الالتهابية الجهازية للانتان، ولكن في الآونة الأخيرة أصبح التعريف المعتمد عالمياً هو ما صدر عن المجمع الأوروبي والجمعية الأمريكية للعناية المركزة في عام 2016 الماضي، وبالرغم من انخفاض حدوث الانتان الجهازي الشديد من 30% إلى 17% في الدراسات الحديثة فلا يزال الانتان الجهازي السبب الأشيع لقبول المريض للمشفى وسبب رئيسي للوفيات، ولإزال الانتان الجهازي سبباً هاماً في المراضة (الاختلاطات) كطول مدة المكث في العناية والوفيات في العناية المركزة. ويبقى السيطرة على الانتان والإعطاء الباكر للصادات الحيوية حجر الأساس في معالجة الانتان الجهازي. ومن ضمن أنواع الصدمات الدورانية تبقى الصدمة الدورانية السبب الأكثر شيوعاً ثم يأتي بعدها الصدمة القلبية وصدمة نقص الحجم، تبلغ نسبة الوفيات من الصدمة الانتانية ما بين 40-50%. يحدث عند الرجال أكثر من النساء والمسنين أكثر من الشباب.

ث. عوامل الخطورة المؤهبة للانتان:

يوجد العديد من العوامل التي تؤهب لحدوث الانتان عند المريض وقد تم تلخيصها في الجدول (10) - (1)، مع التنويه أن غياب هذه العوامل لا يفي بوجود الانتان.

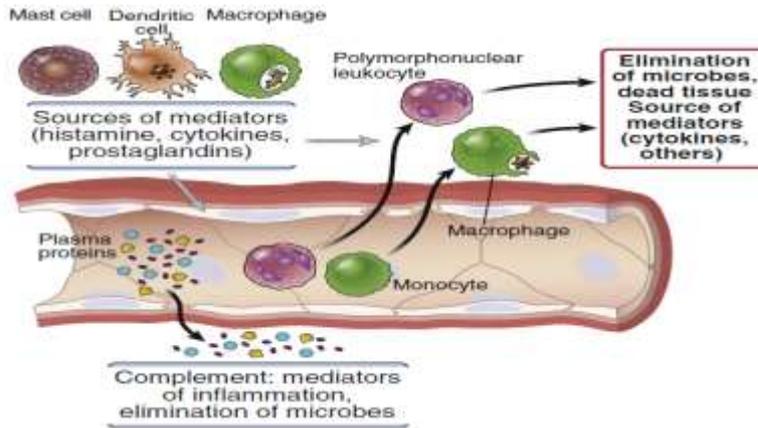
الجدول (10-1) عوامل الخطر المؤهبة للانتان

أمراض مسبقة:	نقص مناعة أو	أذيات حادثة أو طبية:	أسباب أخرى:
داء سكري	تثبيط مناعي:	الرضوض المتعددة	طرفي العمر: المسنونون
قصور الكبد	الايديز HIV	الحروق	والأطفال
السرطانات	المعالجة الكيميائية	إجراءات تداخلية باضعة	سوء التغذية
استعمال الستيروئيدات القشرية	أو الشعاعية	زرع معدات غريبة في	
الكحولية	زراعة الأعضاء	الجسم(صمامات قلبية مثلاً)	
غياب الطحال (لأي سبب)			

3. الآلية المرضية للإنتان والإنتان الجهازى pathophysiology of infection and sepsis:

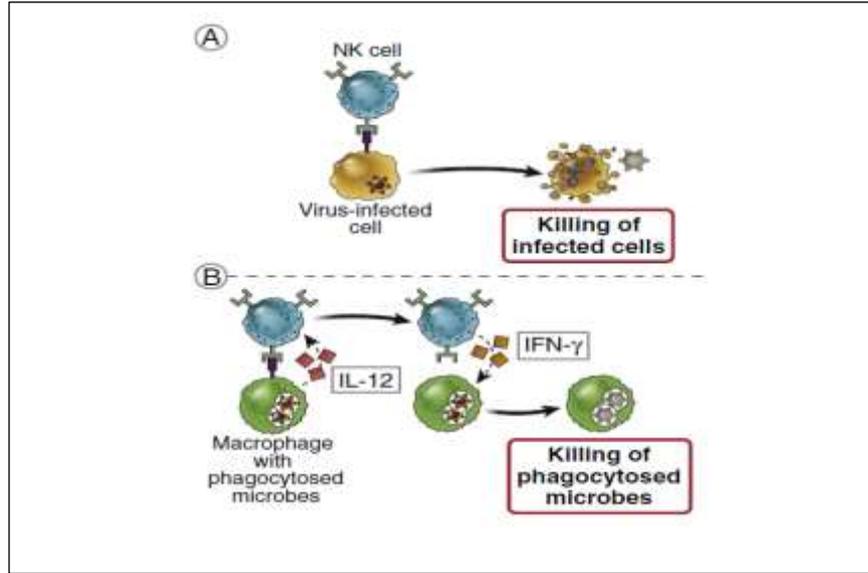
أ. الاستجابة الالتهابية النموذجية للإنتان: في الإنتان العادي تحدث استجابة التهابية نموذجية تجاه الميكروب تتميز بمايلي:

- تفعيل الخلايا الغصنية dendritic c.، والخلايا البدينة mast c.، والبالعات النسيجية macrophages بالتماس مع الميكروب مما يؤدي إلى الإفراز الموضعي للهستامين والمادة P، والعديد من الوسائط الالتهابية أهمها TNF، IL-1 (انظر الشكل 10-1)
- تؤدي هذه العوامل إلى تحرض هجرة الكريات البيض إلى منطقة الالتهاب، إضافة إلى زيادة نفوذية الأوعية الدموية والرشح البروتيني للمنطقة (بما فيها بروتينات المتممة)، كما تفعل ما يسمى بالقاتلات الطبيعية NK
- تقوم الكريات البيض والبالعات القادمة للمنطقة بالقضاء على العامل المسبب (الميكروب)، وذلك بابتلاع الميكروب وإفراز سلسلة نواتج الأكسجين القاتلة للميكروب مثل الجذور الحرة وأكسيد النترىك (NO) nitric oxide
- تقوم القاتلات الطبيعية (NK) natural killers بقتل الخلايا المليئة بالميكروب، إضافة لإفرازها العامل interferon- γ الذي يقوم بتفعيل عمل البالعات لالتهام الميكروبات وقتلها (الشكل 10 - 2)
- تحدث عملية الحد من الالتهاب لمنع انتشاره وحصول أذيات نسيجية محيطة وذلك بإفراز عامل IL-10 المثبط للالتهاب من البالعات والخلايا الغصنية
- أخيراً يحدث تنظيف المنطقة من المواد والخلايا المتموتة لتبدأ عملية الترميم والإصلاح في منطقة الالتهاب.



الشكل (10-1)
الاستجابة
الالتهابية
النموذجية

الشكل (10- 2) عمل القاتلات الطبيعية: أ. قتل الخلايا المصابة، ب. تفعيل عمل البالعات



ب. في الانتان الجهازي: تحصل استجابة التهابية غير منضبطة ومتفاقمة تجاه الميكروب أكثر تعقيداً تتميز عموماً بمايلي:

- تحرر للعديد من الوسائط الالتهابية الأولية أهمها TNF، IL-1 من البالعات وخلايا أخرى
- تحرر الوسائط الالتهابية الثانوية سلسلة نواتج الأوكسجين مثل الجذور الحرة وأكسيد النتريك (موسع وعائي شديد) والتي تؤذي البروتينات والليبيدات الخلوية والـDNA، وتحدث عسر في وظيفة الميتوكوندريا. كما أنها قد تنتشر للخارج وتؤدي للنسج المحيطة.
- التخثر المناعي المنتشر حيث يعمل العامل النسيجي بشكل منتشر، و يؤدي إلى ترسب الفيبرين، واضطراب الآليات المضادة للتخثر (بما فيها بروتين C المفعّل)، وكل ذلك يمكن أن يؤدي لحدوث التخثر المنتشر داخل الأوعية (Disseminated intravascular coagulation (DIC).

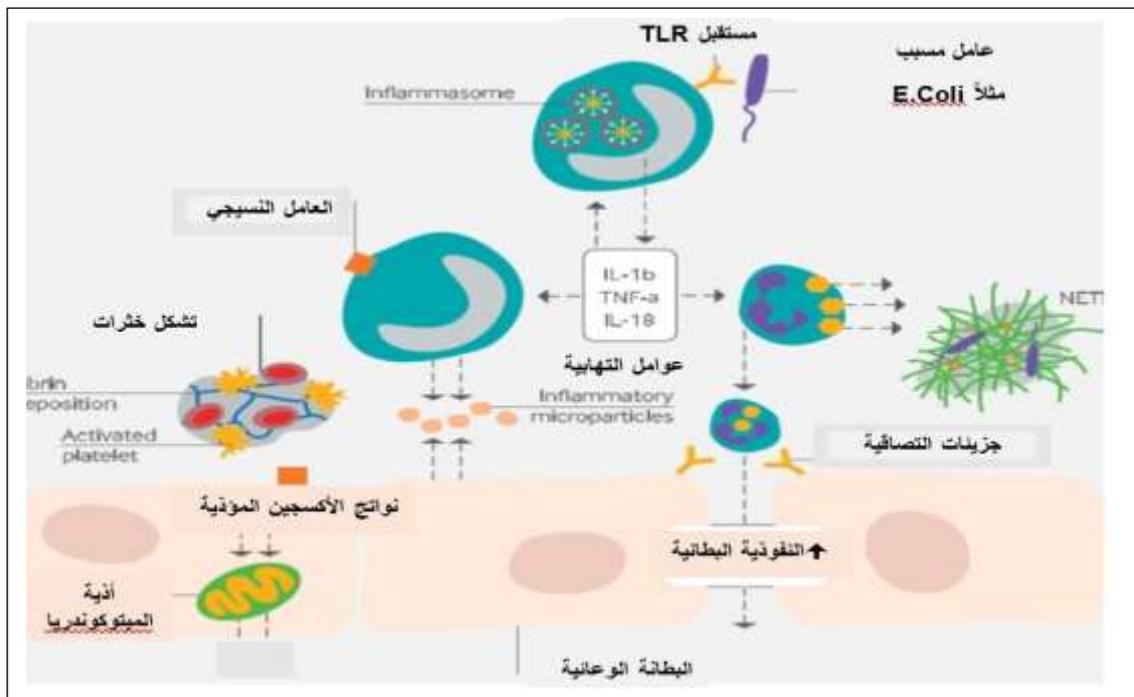
تؤدي هذه الاستجابة الالتهابية المتفاقمة في الانتان الجهازي إلى:

- أذية الدوران الدقيق **microcirculation** وحدوث وذمة نسيجية واسعة بعدة آليات منها أذية الوظيفة الحاجزية للبطانة الوعائية، وأذية طبقة الغليكوكاليكس، والتوسع الوعائي الشديد، وخروج نتحة بروتينية.
- كما يحدث انسداد لمعة الأوعية الدقيقة بخثرات دقيقة معها تكتلات من الكريات البيض والحمرة، ويتطور التخثر المنتشر داخل الأوعية DIC (وهي متلازمة تتظاهر بالنزف المنتشر بسبب

استهلاك الصفائح وعوامل التخثر) مع تفاقم التروية الدموية مما يسبب أذية في الأعضاء الحيوية.

- تحدث الأذية وعسر الوظيفة في عدة أعضاء، فعلى مستوى الرئة مثلاً تحدث وذمة بروتينية في النسيج الخلالي للرئة، ثم تنتقل إلى الاسناخ وتسبب اضطراب وظيفة التهوية/التروية ونقص الأكسجة الشريانية وتطور متلازمة العسرة التنفسية الحادة ARDS. وعلى مستوى الأمعاء يضطرب الحاجز المعوي مما قد يسبب دخول الجراثيم وحدوث مزيد من الانتان. وعلى مستوى الدماغ يضطرب عمل الحاجز الوعائي الدماغى.
- إذا استمرت أذية الأعضاء الحيوية (أكثر من 48 ساعة عادة) قد تؤدي إلى ما يسمى قصور الأعضاء العديده (MODS) multi-organ dysfunction syndrome الذي يؤدي إلى الوفاة بنسبة عالية جداً.
- من مميزات الاستجابة في الانتان الجهازى أيضاً حدوث التقويض الاستقلابى catabolism حيث يحصل تخرب في العضلات وانطلاق الأحماض الأمينية الحرة لتستخدم كطاقة مولدة لسكر للخلايا المناعية. كما يحصل نوع من المقاومة للأنسولين مع فرط سكر الدم المرافق يتناسب مع شدة الأذية الحاصلة.
- هيموديناميكياً: يحدث التوسع الوعائى الشديد وانخفاض المقاومة الوعائية المحيطية، مما يسبب ارتفاع ضغط النبض، إضافة إلى ارتفاع نتاج القلب بزيادة حجم الضربة القلبية وزيادة معدل القلب، بالرغم من حدوث تثبيط للعضلة القلبية بسبب الانتان.

الشكل (10-3) الاستجابة الالتهابية المتفاقمة في الانتان الجهازى



4. التظاهرات السريرية والمخبرية للإنتان Clinical and laboratory :manifestations of infection

يعتمد تشخيص الإنتان على التقييم السريري بدءاً بالقصة السريرية، فعوامل الخطورة، ثم الفحص السريري. تساعد الاستقصاءات المخبرية والشعاعية في تشخيص وجود انتان أو رفع نسبة احتمال وجوده، وتحديد نوع الانتان هل هو مكتسب بالمجتمع أو من المشافي.

أ. التظاهرات السريرية العامة: وهي متعددة ومعظمها غير نوعي لوجود الإنتان:

(1) الحمى **fever** كثيراً ما تتواجد في الإنتان، ولكن قد تغيب أو حتى يكون المريض منخفض الحرارة بالرغم من وجود انتان خطير لديه وخاصة عند المتقدمين في السن والكحوليين ومرضى قصور الكبد والكلية أو في حال كان المريض يتناول خافضات الحرارة مسبقاً.

(2) من المظاهر الأخرى: القشعريرة، والعرواءات، وتسرع التنفس، وضيق التنفس، والغثيان والاقبياء.

(3) إن تسرع القلب من العلامات الشائعة لكن قد يغيب عند المرضى الذين لديهم عسر وظيفة الجهاز العصبي الذاتي، أو الذين يتناولون حاصرات بيتا أو حاصرات الكالسيوم.

(4) قد يكون هبوط الضغط الشرياني ناتجاً عن التجفاف ونقص الحجم ولكن قد يشير أيضاً لوجود صدمة انتانية، وخاصة إذا لم يستجيب للإنعاش الأولي بالسوائل.

(5) إن نقص التروية إلى الكلى يسبب شح أو انقطاع بول.

(6) كما اضطراب الوعي (الوسن أو التهيج وحتى السبات) العائد لاعتلال الدماغ الانتاني شائع أيضاً.

(7) قد توجد الفرغريات **petechiae** والكدمات في الأطراف بسبب نقص الصفيحات.

ب. وهناك أعراض وعلامات أخرى تتعلق بموضع الإنتان:

(1) ففي انتانات الجهاز العصبي المركزي قد يحدث الصداع، والاختلاجات، والارتكاس السحائي، أو علامات عصبية توضعية مثل خزل أو شلل في أحد الأطراف. كما يضطرب الوعي لكنها علامة غير نوعية لوجود الانتان.

(2) في الانتانات التنفسية: قد تتظاهر بالزلة التنفسية، وتسرع التنفس والسعال، والتقيح، وأحياناً بنفث الدم. قد يوجد بإصغاء الصدر الخراخر والمفرزات أو التنفس الأنبوبي دالاً على انتان صدري موضع أو منتشر. كما أنه بالقرع قد يوجد انخفاض في الأصوات أو الأصمية دالاً على انصباب الجنب

(3) أما الإنتانات داخل البطن: فقد تسبب ألماً بطنياً، وانتفاخ البطن، والغثيان و/أو الإقياء، والاسهال، والقمة (فقد الشهية). وبالفحص السريري قد يكشف وجود إيلام بطني tenderness موضعي أو منتشر، أو الألم الرجيع (ألم الكتف الأيمن في التهاب المرارة مثلاً)، والشلل المعوي(العلوص)، أو وجود دم خفي بالبراز.

(4) في الإنتانات البولية: قد تسبب ألماً في الخاصرة، وألماً بطنياً، والإيلام، وعسر التبول، والبيلة الدموي، وشح البول. أما الإنتانات الناتجة عن القسطرة البولية فلا تسبب أعراضاً موضعية عادة.

(5) الإنتانات الجلدية: قد تتظاهر بالألم والحمامى(الاحمرار)، وانتباج الجلد كما في التهاب النسيج الخلوي cellulitis، واحمرار حواف الجرح والمفرزات القيحية في الإنتانات الجروح. قد تنتج بعض الآفات الجلدية أيضاً عن انتان منتشر كما في التهاب شغاف القلب الانتاني، ومتلازمة الصدمة السمية.

ت. الكشف السريري باكراً عن وجود انتان جهازي: يمكن الشك بوجود انتان جهازي عند الشك بوجود انتان مع ترافقه بوجود متغيرين من المتغيرات الثلاثة التالية:

- تغير الحالة العقلية: انخفاض في مشعر غلاسكو
- هبوط الضغط الشرياني الانقباضي ≥ 100 مم ز
- ارتفاع معدل التنفس ≤ 22 حركة/د

نموذجياً في حال الشك بوجود انتان يتم حساب ما يسمى مشعر قصور الاعضاء SOFA score ، حيث أن انخفاضه بمقدار درجتين مؤشر قوي على وجود انتان جهازي.

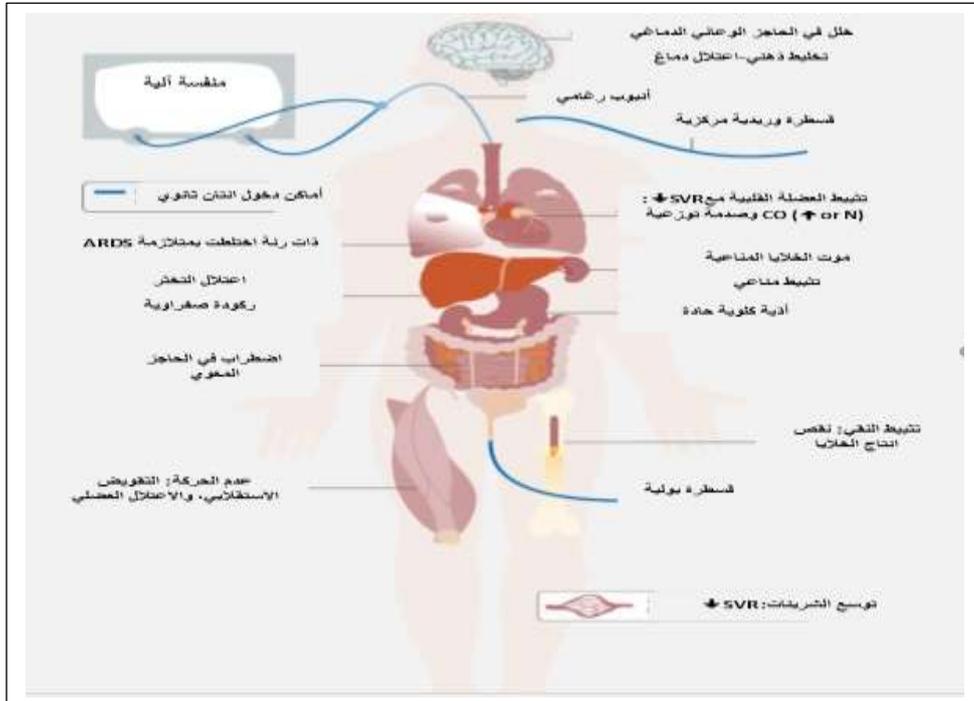
ث. الصدمة الإنتانية وتنتظر بهبوط الضغط الشرياني المعند على الانعاش الأولي الكافي بالسوائل والحاجة للبدء بمقبضات الأوعية. تكون صدمة توزعية بسبب التوسع الوعائي الشديد حيث تتظاهر بدفء الأطراف وارتفاع ضغط النبض وعلامات نقص تروية الأعضاء العام(راجع بحث الصدمة الدورانية)، ومخبرياً ترتفع اللاكتات < 2 . انظر الشكل(10- 4)

ج. الاستقصاءات المخبرية: تطلب التحاليل المخبرية الروتينية رغم أنها غير نوعية للإنتانات، وذلك لتقييم وظائف الأعضاء الحيوية.

(1) اضطراب الكريات البيض leukocytosis حيث ترتفع مع انحراف الصيغة لليسار (وجود أشكال غير ناضجة من الكريات البيضاء). ولكن ينبغي الإشارة إلى أن الكريات البيض يمكن أن ترتفع أيضاً لأسباب أخرى غير انتانية مثل الفترة البكرة ما بعد العمل الجراحي، والمعالجة بالاستيروئيدات القشرية، وفي نقل الدم الكتلي، وفي الرضوض المتعددة. كما أن الكريات البيض

- قد تبقى طبيعية رغم وجود انتان فعال كما هو الحال عند المسنين، ومرضى فرط الطحالية، وتنشيط النقي المزمن. قد تترافق بعض الانتانات الشديدة بنقص في الكريات البيض neutropenia كما في الانتانات الفيروسية الشديدة، ولدى مرضى الايدز، وداء البروسيلة.
- (2) اضطرابات التخثر: أشيع اضطراب في التخثر يرافق الانتانات هو نقص الصفائح. كما قد يحدث فرط التخثر المنتشر داخل الأوعية DIC ويكون علامة إنذار سيء حيث ترتفع أرقام كل من زمن البروثرومبين PT وزمن الثرومبولاستين PTT، ومنتجات تحطم الفيبرين، وينقص الفيبرينوجين.
- (3) يرافق الانتان الجهازى عادة فرط سكر الدم بسبب وجود مقاومة نسبية للأنسولين.
- (4) قد تبدي غازات الدم وجود حماض استقلابي، وانخفاض PCO2 معاوض، ونقص أكسجة الدم.
- (5) إن وجود ارتفاع في لاكتات الدم علامة هامة دالة على اضطراب توازن الأكسجين ونقص التروية النسيجية كما في الصدمة الانتانية.
- (6) قد يوجد اضطراب خفيف إلى متوسط في وظائف الكبد بصورة ركودة صفراوية حيث يرتفع البيليروبين وأنزيمات الكبد. وغالباً ما يوجد درجة من القصور الكلوي يعود لعوامل متعددة مثل هبوط الضغط ونقص الحجم.
- (7) من الواسمات المخبرية الأخرى التي تشير إلى الالتهاب أو الانتان هي البروتين الارتكاسي C أو C-RP وبروكالسيتونين procalcitonin، وفائدتها في مراقبة الاستجابة للمعالجة بالمضادات الحيوية أكثر من فائدتها التشخيصية.
- (8) ضادات الحيوية أكثر من فائدتها التشخيصية.

الشكل (10- 4) العلامات السريرية مع حدوث الاختلالات الثانوية في الصدمة الانتانية



ح. الفحوص المخبرية الجرثومية microbiologic studies

(1) يمثل التلوين بصبغة غرام **Gram stain** للعينات الاختبار الأسرع الذي يجرى لكشف وجود الجراثيم وهل هي مكورات أم عصيات إيجابية أم سلبية الغرام، أما النوع النهائي للمسبب فيحتاج لإجراء اختبار التحسس الجرثومي. أما العصيات المقاومة للحمض كالدرن والفطريات فتحتاج تلوينات خاصة.

(2) **الزرع الجرثومي culture**: نموذجياً يجب أخذ عينة الزرع قبل البدء بإعطاء المضادات الحيوية، ولكن ذلك غير ممكن في معظم الأحيان في المرضى الحرجين بسبب الحاجة لبدء المضادات الحيوية أبكر ما يمكن. أما نتيجة التحسس الجرثومي **sensitivity** لمعرفة المسبب بشكل دقيق تأخذ ما بين 48-72 ساعة.

- اختيار عينة الزرع يعتمد على المظاهر السريرية عند المريض. وقد نحتاج إعادة الزرع أحياناً لتقييم وجود تغيرات في الجراثيم أو ظهور أنماط مقاومة من الجراثيم.
- بالنسبة لزرع الدم يتم جمع عينتين على الأقل من الدم المحيطي (واحد للهوائيات، والثانية للهوائيات)، إما أن تؤخذ العينتين من مكانين مختلفين، أو تؤخذ من نفس المكان لكن مع فاصل زمني حوالي 30 دقيقة. حجم الدم في العينة حوالي 10-15 مل. وينبغي أخذ العينة بشكل عقيم حتى نتجنب تلوثها من الجراثيم المحيطة.
- في عينات الجهاز التنفسي تفضل العينات المستخرجة بالشفط الرغامي العميق أو بالمنظار القصي، أما القشع فيعتبر أقل حساسية. بالنسبة لعينة البول فينبغي أن تؤخذ من القسطرة البولية مباشرة وليس من كيس جمع البول.

خ. **الاستقصاءات الأخرى**: التي تساعد في كشف مصدر الانتان منها الشعاعية مثلاً الطبقي المحوي للصدر أو البطن، والطبقي المحوري أو الرنين المغناطيسي للدماغ. وبزل سائل الجنب، أو بزل السائل الدماغي الشوكي،.....الخ.

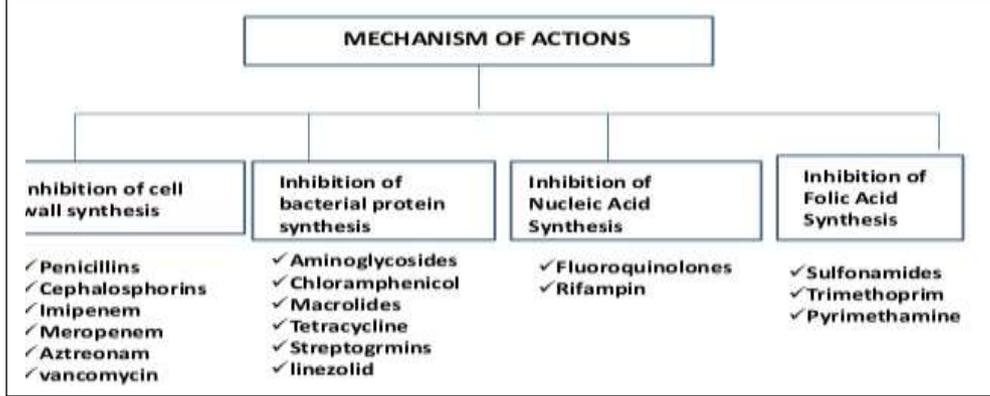
5. المعالجة بالمضادات الحيوية antimicrobial therapy:

أ. **تعريفها**: وتدعى أيضاً بالمضادات **antibiotics**: وهي عبارة عن مجموعة واسعة من الأدوية الموجهة ضد الانتانات سواء الجراثيم أو الفيروسية أو الفطرية أو الطفيلية. وأكثرها استخداماً هي مضادات الجراثيم

ب. أنواع الصادات الحيوية:

(1) بحسب آلية التأثير على الجرثوم تصنف إلى: المؤثرة على الجدار كالببتا لاكتام (بنسلينات وسيفالوسبورينات)، أو على البروتينات (أمينوغليكوزيدات)، أو على الأحماض النووية (فلوروكينولونات)، أو على تصنيع حمض الفوليك (مركبات السلفا) الشكل (10- 5)

الشكل (10- 5) أنواع الصادات الحيوية بحسب آلية التأثير



(2) بحسب طيف تأثير المضاد الحيوي (الشكل 10- 6):

- منها ما يؤثر على الجراثيم إيجابية الغرام gram positive مثل سيفازولين
- ومنها ما يؤثر على الجراثيم سلبية الغرام gram negative مثل سيفتازيديم
- ومنها ما يؤثر على الجراثيم اللاهوائية anaerobes مثل ميترونيدازول
- ومنها ما هو واسع الطيف broad spectrum يؤثر على مجموعات مختلفة من الجراثيم مثل بيبراسلين-تازوباكتام (Tazocin) يغطي معظم السلبيات والايجابيات واللاهوائيات
- ومنها ما هو خاص بأنواع محددة من الجراثيم مثل مضادات عضية الدرن (ايتامبوتول

الشكل (10- 6) طيف تأثير المضادات الحيوية (مثلاً)

Gram Positive Cocci			Gram Negative Bacilli			Anaerobes
MRSA	MSSA	Streptococci	E.coli, Klebsiella	Pseudomonas	ESCAPP*	
		Penicillin				
		Amoxicillin				
		Flucloxacillin				
		Cephazolin				
		Clindamycin				Clindamycin
		Clindamycin/Fusidic Acid				
		Vancomycin/Teicoplanin, Linezolid, Daptomycin				Metronidazole
		Trimethoprim				
		Ciprofloxacin				
		Gentamicin/Tobramycin, Aztreonam				
		Moxifloxacin				Moxifloxacin
		Cefuroxime				
		Ceftriaxone				
		Ceftazidime				
		Cefepime				
		Amoxicillin-clavulanate				Amoxicillin-clavulanate
		Ticarcillin-clavulanate, Piperacillin-tazobactam				Ticarcillin-clavulanate, Piperacillin-tazobactam
		Meropenem [†] , Imipenem [†]				
		Ertapenem [†]				Ertapenem [†]

ت. المقاومة الجرثومية للمضادات الحيوية antimicrobial resistance:

وتحدث مقاومة الميكروبات ومنها الجراثيم للمضادات الحيوية بعدة آليات: الآلية الوراثية

(1) حدوث طفرة وراثية تغير تركيب مستقبل الدواء،

(2) تغيير نفوذية الدواء إلى داخل الخلية الجرثومية أو طرحه خارجاً

(3) افراز أنزيمات تحلل وتخرب المضاد الحيوية مثل أنزيم بيتا-لاكتاماز

إن سوء استعمال المضادات الحيوية يعد من الأسباب الشائعة لتطور المقاومة الجرثومية للمضادات الحيوية، وقد أصبحت المقاومة الجرثومية مشكلة صعبة التدبير في المشافي والعناية المركزة. ومن أهم الجراثيم المقاومة والمعندة على المعالجة (MDR) multi-drug resistant والتي تنتشر في المشافي والعناية:

- العنقوديات المذهبة المقاومة للميتيسيلين *meticillin-resistant staphylococcus aureus* (MRSA): والتي تستجيب فقط لبعض المضادات الحيوية مثل فانكوميسين، أو لينيزوليد.

- الجراثيم المعوية سلبية الغرام المفرزة لطيف واسع من أنزيم بيتا-لاكتاماز *extended spectrum beta lactamase (ESBL)* منها العصيات الكولونية، والكليبيسيلا، والتي قد تستجيب لمضادين أو ثلاثة فقط مثل ميروبيينيم أو ايميبينيم.

- العصيات الزرق المقاومة *P. aeruginosa MDR*: قد تستجيب لـ بييراسيلين - تازوباكتام "تازوسين"، أو سيفبييم، أو كاربابينام (ميروبيينيم أو ايميبينيم)،

- الأسينيتوباكترا المقاومة *Acinetobacter MDR*: والتي ربما لا تستجيب إلا لمضاد الكوليسيتين

ث. أنواع المعالجة بالمضادات الحيوية: توجد ثلاثة أنواع -الوقائية- التجريبية- النوعية

(1) إعطاء المضادات الحيوية الوقائية **prophylactic antimicrobials**: حيث تعطى

المضادات الحيوية هنا لمنع حدوث الانتان. تهدف المعالجة بالمضادات الحيوية هنا إلى تعزيز مناعة المريض ومنع حدوث انتان. كما هو الحال في بعض الإجراءات الجراحية حيث تتسرب الجراثيم للدم وتسبب تجرثم الدم وربما تسبب انتانات في بعض الأماكن من الجسم بما فيها انتان الجرح نفسه، فإعطاء المضادات الحيوية الوقائية، ينقص بشكل كبير من خطورة حدوث مثل هذه الانتانات. وتعطى المضادات الحيوية الوقائية في حالتين:

- إما أن الإجراءات الجراحية تكون على أماكن غنية بالفلورا الطبيعية مثل جهاز الهضم والجهاز البولي، أو أن المريض لديه نقص مناعة، أو لديه أداة طبية غريبة في جسمه كالصمامات الصناعية

في القلب. تعطى جرعة المضاد الحيوي عادة قبل ساعة من العمل الجراحي، وينصح بتكرار الجرعة في الجراحات الطويلة (أطول من 4 ساعات) أو النازفة. يمكن الاستمرار بالمضادات الحيوية الوقائية حتى 24 ساعة كحد أقصى أما بعد ذلك فلا يوجد لها فائدة. يتم اختيار المضاد الحيوي حسب موضع الجراحة، فتستخدم مضادات سلبيات الغرام واللاهوائيات في جراحات الأمعاء، وتستخدم مضادات إيجابيات الغرام واللاهوائيات في الجراحات السنية.

(2) المعالجة التجريبية بالمضادات الحيوية **empirical antimicrobials**: ويقصد بها

إعطاء المضادات الحيوية لإنتان محتمل اعتماداً على التقييم السريري للمريض، وقبل تأكيد التشخيص وخاصة في الحالات الخطيرة أو المرضى الحرجين. تعطى المضادات الحيوية التي تغطي الجراثيم الأكثر احتمالاً المتوقعة ويعتمد ذلك على الخبرة، وبشكل تقليدي تعطى واسعة الطيف التي تعطى الجراثيم سلبية وإيجابية الغرام. المعالجة التجريبية تستخدم قبل ظهور نتائج الزرع والتحسس الجرثومي، فإذا ظهر جرثوم معين توجه المعالجة بالمضاد النوعي ضده (يصغر طيف المضاد الحيوي بعد أن كان واسعاً)

(3) المعالجة النوعية **definitive antimicrobials** حيث تكون موجهة ضد ميكروب محدد

بالزرع والتحسس الجرثومي

ج. توصيات عامة للعلاج بالمضادات الحيوية

بشكل عام عند معالجة الإنتان يجب استخدام المضادات الحيوية بشكل مناسب ومسؤول، منعاً لظهور الآثار الجانبية أو السمية على الأعضاء الحيوية، أو تطور المقاومة الجرثومية، وهنا بعض التوصيات في ذلك:

(1) ينبغي التفكير بأهم الجراثيم المسببة للإنتان المحتمل في حال عدم تأكد الإنتان. في الإنتان

الجهازي من المعتمد اختيار المضاد الحيوي المناسب حسب موقع الإنتان المتوقع لحين انتظار نتيجة المزارع. حيث ذلك مما ينقص نسبة الاختلاطات والوفيات حسب العديد من الدراسات.

(2) ينبغي تقييم وجود زمر جرثومية مقاومة عند المريض من خلال بعض عوامل الخطورة لذلك

مثل: زرع مسبق لجراثيم معدة لدى نفس المريض، أو معالجة سابقة بالمضادات الحيوية (خاصة واسعة الطيف)، أو إقامة مطولة بالمشفى أو العناية المركزة، أو بوجود تثبيط مناعي لدى المريض (مثلاً استخدام مثبطات المناعة)، أو في حال انتشار وباء لجراثيم معدة في المشفى أو في العناية .

(3) قدرة اختراق المضادات الحيوية للأنسجة أمر هام أيضاً في اختيار المضاد الحيوي المناسب،

فمثلاً من المعروف محدودية نفوذية بعض المضادات الحيوية للجهاز العصبي والرئتين.

- (4) كما أن لتصفية الدواء دوراً في اختيار المضاد الحيوي المناسب، حيث أن العديد من الصادات الحيوية تطرح بواسطة الكلية (باستثناء بعض الصادات مثل سيفترياكسون، لينيزوليد، كلينداميسين)، أو تطرح بواسطة الكبد.
- (5) ينبغي الأخذ بعين الاعتبار وجود التأثيرات الدموية والكبدية للصاد. فبعض الصادات الوريدية تحتاج لإعطاء السوائل الوريدية معها، وهذا مهم خاصة عند المرضى الذين يجب أن تحدد السوائل لديهم.
- (6) كشف وجود حساسية المرض تجاه بعض المضادات الحيوية، وبالتالي تجنب استخدامها عنده.
- (7) يجب ضبط جرعة الدواء والأخذ بعين الاعتبار التداخلات الدوائية المحتملة والتأثيرات الجانبية للمضاد الحيوي المستخدم.
- (8) في مرضى العناية المركزة يوصى باستخدام الطريق الوريدي للمضادات الحيوية، أما الطريق الفموي فيكون مناسباً بعد استقرار حالة المريض وضمان سلامة الامتصاص للطريق الهضمي
- (9) يجب استخدام المضاد الحيوي بالجرعة القصوى الممكنة خاصة في الانتان الجهازية والصدمة الانتانية
- (10) يجب تعديل جرعة الدواء في حالات معينة مثل لدى المرضى المسنين، والمرضى الذين لديهم اضطراب كلوي أو كبدي، وتجنب الأدوية ذات السمية الكلوية أو الكبدية.
- (11) يجب التفكير بإيقاف المضاد الحيوي عند تحسن الوضع السريري للمريض والحصول على مزارع سلبية.
- (12) يساعد الزرع الجرثومي والواسمات الحيوية biomarkers (مثل بروكالسيتونين) في إيقاف الصاد الحيوي التجريبي خلال 3-5 أيام عند مرضى الالتهابات دون وجود انتان.
- (13) ينبغي عدم استخدام الصادات الحيوية في الحالات الالتهابية الجهازية غير الانتانية تجنباً للآثار الجانبية للصادات ومنعاً لتطور المقاومة الجرثومية
- (14) إن كلفة المعالجة بالصاد تلعب دوراً في اختياره، وخاصة في حال شح الموارد.

6. أهم الانتانات في العناية المركزة common infections in ICU :

أهم الانتانات الشائعة في العناية المركزة وهي بحسب دراسة عالمية واسعة:

الانتانات التنفسية (خاصة ذات الرئة) حوالي 60%، الانتانات داخل البطن حوالي 20%، انتانات الكلية والطرق البولية حوالي 14%، وانتانات مجرى الدم حوالي 15%.

أ.ذات الرئة pneumonia:

تعتبر ذات الرئة قضية هامة في العناية المركزة حيث أنها تترافق بزيادة نسبة المراضة والوفيات، وبالرغم من كل التداخلات العلاجية تبقى ذات الرئة سبباً رئيسياً للوفيات في العناية. يوجد 3 أشكال لذات الرئة: المكتسبة بالمجتمع والمرتبطة بالمشافي والمرتبطة بالتهوية الآلية:

(1) ذات الرئة المكتسبة في المجتمع (CAP) community-acquired pneumonia: وهي

عبارة عن انتان مهدد لحياة يصيب البرانشيم الرئوي ناتج عن عامل مسبب من المجتمع. 20% من ذوات الرئة المكتسبة بالمجتمع تحتاج للقبول في المشفى. من ضمن المرضى المقبولين في المشفى فإن حوالي الثلث يحتاجون للقبول في العناية المركزة. الأعراض الشائعة هي زلة تنفسية، تسرع في التنفس، نقص أكسجة، سعال منتج لشفق، وحرارة. وتبدي صورة الصدر ارتشاحات أحادية أو ثنائية الجانب. من علامات ذات الرئة الشديدة (أي مع انتان جهازي) تسرع التنفس الشديد، واضطراب في الوعي، وهبوط في الضغط الشرياني، واضطراب مرافق في وظائف الكلى. عند المضعفين مناعياً تنتج الإصابة بجراثيم مماثلة لكن الإصابة تكون أشد. إن 80% من مرضى ذات الرئة الشديدة يحتاجون في النهاية للتنبيب الرغامي مع التهوية الآلية، وقد تتطور للحالة إلى متلازمة العسرة التنفسية الحادة ARDS.

أهم الاستقصاءات لذات الرئة: زرع الدم، تلوين غرام مع زرع جرثومي للشفق أو لمفرزات الجهاز التنفسي، وبزل سائل الجنب في حال وجود انصباب في الجنب، والفحص الفيروسي للعينات التنفسية.

العامل المسبب: إن الجرثومة الأشيع لذات الرئة والتي يحتاج المصاب بها للتنويم بالمستشفى هي العقديات الرئوية pneumococci، وهناك ميكروبات أخرى مثل المستدميات النزلية، والمكورات العنقودية، والجراثيم اللانموجية مثل ليجونيلا وميكوبلازما وكلاميديا.

بالنسبة المرضى الذين وضعهم أفضل ولا يحتاجون عناية مركزة تستطب المضادات الحيوية التالية:

- بيتالاكتام (سفترياكسون، أو أمبيسلين- سولباكتام) + ماكروليد (أزيثروميسين)
- أو يستخدم فلوروكينولون لوحده (ليفوفلوكساسين، أو موكسيفلوكساسين)
- إذا كان هنالك اشتباه بذات رئة استنشاقية (كما عند الكحوليين) فينصح بإضافة كلينداميسين لتغطية الجراثيم اللاهوائية ما لم يتم استخدام مركبات بيتالاكتام - مثبطات بيتالاكتاماز (مثل أمبيسيلين- سولباكتام) لأنها تغطي اللاهوائيات أيضاً.

- وينصح بالعودة للطريق الفموي طالما تحسن المريض وأصبح قادراً على تناول الطعام.

بالنسبة لذات الرئة الشديدة والتي تحتاج قبولاً في العناية المركزة تعطى المضادات الحيوية التالية:

- سيفترياكسون + أزيثروميسين في حال عدم الشك بزمر جرثومية مقاومة
 - ويعطى سفالوسبورين من الجيل الرابع (سيفيبيم) أو بيبيراسيلين-تازوباكتام + أزيثروميسين في حال الشك بزمر مقاومة (مثل العصيات الزرق)
 - في حال وجود عصيات درنية لابد من استخدام مضادات الدرن، ومضادات الفيروسات في حال الإصابة الفيروسية (مثل أوسيلتاميفير oseltamivir المشهور بـ تاميفلو)
- ملاحظة:** في حال وجود شك بالإصابة بالفيروسات أو بالمتفطرات الدرنية (الدرن) فلا بد من إجراء عزل تنفسي (هوائي) للمريض.

(2) ذات الرئة المكتسبة بالمشفى (Hospital-acquired pneumonia (HAP) وذات الرئة المرتبطة بالمنفسة (ventilator-associated pneumonia (VAP)

ذات الرئة المكتسبة بالمشفى هي عبارة عن ذات رئة تحدث عند المريض بعد 48 ساعة أو أكثر من قبوله للمشفى، وتعد سبباً رئيسياً لإنتانات المشافي. أما ذات الرئة المرتبطة بالمنفسة (التهوية الآلية) فهي ذات رئة مرتبطة بالمشفى والتي تحدث بعد 48-72 ساعة من التنبيب الرغامي للمريض ووضعه على المنفسة، وتحدث بنسبة 9-27% من المرضى المنبيين.

- الآلية المرضية لذات الرئة المرتبطة بالمشفى هي حدوث استنشاق دقيق لمفرزات البلعوم (والمعدة) التي تحمل الميكروبات ذات الفوعة virulent microorganisms إلى الطرق التنفسية السفلية.

- وإن حوالي 75% من المرضى الحرجين والمنومين في المشفى يحدث لديهم استعمار للجسم بميكروبات المشفى خلال 48 ساعة من قبولهم. وعند المرضى المنبيين يحدث استنشاق المفرزات البلعومية حول بالون الأنبوب الرغامي للتطور ذات الرئة المرتبطة بالمنفسة.

- **العوامل المسببة:** بشكل رئيسي تكون الجراثيم سلبية الغرام بالدرجة الأولى، ويمكن وجود العقنوديات المذهبة. تميل العضويات الممرضة في ذات الرئة المشفوية لأن تكون أكثر مقاومة (مثل العصيات الزرق) وتظهر بشكل أشيع لدى المرضى المنومين بالمشفى لفترة طويلة أو لديهم استخدام سابق للمضادات الحيوية أو يكون لديهم عوامل ممرضة إضافية.

- من أجل التشخيص لابد من محاولة الحصول على عينات من الطريق التنفسي السفلي في حال كان ذلك ممكناً وذلك لإجراء تقييم للعوامل الممرضة لدى المرضى الموضوعين على المنفسة الآلية.

- **المعالجة:** في حال عدم وجود خطورة لجراثيم مقاومة (في ذات الرئة الباكرة خلال 5 أيام) يستخدم:

- بيبراسيللين-تازوباكتام (تازوسين)
 - أو سيفالوسبورين واسع الطيف مثل سيفتازيديم أو سيفيبيم
 - أو ليفوفلوكساسين
 - أو كاربابينيم (ايميبينيم أو ميروبينيم)
 - أو أومينوغلوكوزيد (جنتاميسين، أو أميكاسين)
- ويضاف فانكوميسين أو لينيزوليد في حال الشك بوجود عنقوديات من نوع MRSA.**
- ويتم الاستمرار بالمعالجة لفترة لا تتجاوز ثمانية أيام عادة.

ب. الإنتانات داخل البطن **intra-abdominal infections:**

تعتبر الإنتانات داخل البطن انتانات ذات اختلاطات خطيرة مع زيادة احتمال فشل المعالجة. قد تكون انتانات البطن مكتسبة بالمجتمع أو مرتبطة بالمشافي أيضاً. الإنتانات البطنية المكتسبة بالمجتمع قد تنتج عن انتقاب في الجهاز الهضمي. ويتكون العضويات المسببة للجراثيم سلبية الغرام في القسم الداني من الأمعاء الدقيقة، واللاهوائيات في القسم البعيد من الأمعاء الدقيقة، إضافة إلى الجراثيم إيجابية الغرام أيضاً. ويجب إعلام الجراح فوراً بمجرد الشك بالانتان البطن لإمكانية الحاجة للتدخل الجراحي الباكر مما يحسن في معدل البقاء ويقلل الوفيات. تعالج الإنتانات هنا بإعطاء بيتالاكتام-مثبط بيتالاكتاماز، أو كاربابينيم (ميروبينيم أو ايميبينيم)، أو يعطي سيفالوسبورين/فلوروكينولون مع ميترونيدازول. يتم الاستمرار بالمضادات الحيوية حتى زوال الأعراض، عادة ما بين 5-7 أيام. في حالات الإنتانات البطنية المكتسبة بالمشافي يمكن توقع الجراثيم المسببة من الزرع والتحصن السابقة في المشفى. وتعطى مضادات الفطريات عندما يتم عزل الفطور بالفحص المخبري خاصة عند المرضى ضعيفي المناعة أو بعد عمليات زرع الأعضاء.

ت. إنتانات الطرق البولية **Urinary tract infections**

تعد انتانات الطرق البولية من الإنتانات الشائعة في العناية المركزة التي تزيد مدة المكث في العناية والوفيات والتكلفة أيضاً. يعرف انتان الطرق البولية بوجود **بيلة جرثومية bacteriuria** مع أعراض سريرية (مثل الحمى، والعرواءات، وتغير الحالة العقلية، الوهن العام) دون وجود سبب آخر مفسر لتلك الأعراض. ويحدث الانتان البولي عندما يتعطل تصريف الجراثيم من السبيل البولي كما هي الحال عند وجود حصيات في السبيل البولي أو وجود قسطرة بولية، أو شلل المثانة كما في إصابات النخاع

الشوكي، أو وجود تشوهات بولية. إن 80% إلى 90% من انتانات الطريق البولي في المشفى تنتج عن وجود قسطرة بولية أو عن تداخلات على السبيل البولي.

تؤدي القسطرة البولية إلى حدوث ببيلة جرثومية (خروج جراثيم في البول) عند 3-10% من المرضى، مثل هؤلاء المرضى (في حال غياب انسداد بولي) فإنه من النادر أن يتطور لديهم إنتان أو تجرثم دم صاعد من الطريق البولي أو انتان جهازى، وإن إزالة القسطرة البولية قد يكون كافٍ لوحده لزوال تجرثم البول.

وبالفحص السريري يمكن كشف وجود ألم في الخصرة، وإيلام في الزاوية الضلعية الفقرية، انزعاج في الحوض، أو ببيلة دموية (دم في البول).

إن انتان الطرق البولية غالباً يكون لاعرضياً لدى مرضى العناية خاصة مرضى التهوية الآلية (تناول مهدئات تخفي الأعراض).

يمكن أن تظهر مضاعفات أكثر خطورة لدى المرضى السكريين أو المضعفين مناعياً إلى تنخر حليمات الكلية أو تطور خراج حول الكلية والتي قد تحتاج لتدخل جراحي.

تعد الجراثيم المعوية سلبية الغرام من أهم العوامل الممرضة في إنتانات السبيل البولي (خاصة العصيات الكولونية E.coli).

المعالجة: ليس كل ببيلة جرثومية تحتاج للمعالجة، وبشكل عام الببيلة الجرثومية اللاعرضية لا تحتاج إلى معالجة. أما المرضى الذين يتطور لديهم إنتان بولي علوي (التهاب حويضة وكلية) فيحتاجون دائماً إلى المعالجة بالمضادات الحيوية.

بسبب ظهور السلاسل الجرثومية سلبية الغرام المقاومة ينصح باستخدام بأكثر من نوع من المضادات الحيوية تشمل عادة مثل: سيفالوسبورينات من الجيل الثاني أو الثالث، أو بنسلينات-مثبطات أنزيم بيتالكتاماز (أوغمنتين مثلاً). تعطى المعالجة بناء على نتيجة الزرع الجرثومي والتحسس.

وتعطى **المعالجة التجريبية** بالمضادات الحيوية واسعة الطيف في حالات انتانات الطريق البولي الشديدة (مع انتان جهازى):

- بنسلين واسع الطيف-مثبطات أنزيم بيتالكتاماز
- سيفالوسبورين الجيل الثالث
- فلوروكينولون
- أو كاربابينيم (ميروبينيم أو إيميبيينيم)

تعد **ببيلة المبيضات candiduria** (وجود فطور المبيضات في البول) إصابة شائعة لدى المرضى الذين لديهم قساطر بولية لفترات طويلة أو تلقوا العلاج بالمضادات الحيوية واسعة الطيف أو الذين لديهم

بيلة سكرية (سكر في البول) . يمكن أن تعالج لفترة قصيرة بمضاد فطريات مثل فلوكونازول ولا بد من سحب القسطرة البولية أو تبديلها

ث. إنتانات الخط الوعائي الشرياني أو الوريدي catheter-related bloodstream infections (CRBSI)

كثيراً ما يتم تركيب قسطرة وريدية مركزية أو قسطرة داخل الشريان لدى مرضى العناية، ولذلك يشيع انتان الخط الوعائي أو القساطر الوعائية في العناية. للتشخيص يتم إرسال زرع الدم من القسطرة الموجودة إضافة لإجراء زرع الدم المحيطي. يجب إزالة القسطرة الوعائية فوراً في الحال لدى المرضى الذين لديهم إنتان متوقع أو مثبت في القسطرة داخل الوعائية والمترافقة مع اضطراب في وظائف الأعضاء أو صمات جهازية أو عدم استقرار قلبي وعائي . بالإضافة إلى أن حصول التبدلات الموضعية عند موضع القسطرة مثل التقيح أو التهاب الجلد الحمامي فإنه أيضاً يوجب إزالة القسطرة.

إن العنقوديات من نوع سلبية أنزيم التخثر **S. coagulase-negative** والعنقوديات المذهبة هي العوامل الممرضة الأشيع في إنتان مجرى الدم المرتبط بالقساطر.

في المرضى سليمي المناعة والذين لديهم إنتان مثبت بالعنقوديات سلبية أنزيم المخثر ولكن ليس لديهم أعراض جهازية، قد يكون إزالة القسطرة فقط، هو إجراء كافٍ لديهم. بينما يستطب البدء بفانكوميسين إذا كان المريض مضعف مناعياً أو لديه أعراض جهازية، أو لدى المرضى الذين لديهم أجهزة صناعية مثل الصمامات القلبية أو غيرها، خشية حدوث إنتان ثانوي فيها.

في حال كانت العنقوديات المذهبة هي العامل الممرض فحينها لا بد من البدء باستخدام نافسيلين.

في حال كانت العنقوديات من نوع **MRSA** فحينها لا بد من استخدام فانكوميسين (أو لينيزوليد). كما قد تحتاج مضاد الفطريات في حال وجود الفطريات في الدم. ولا بد من إضافة من سيفالوسبورين جيل ثالث أو رابع عند الاشتباه بوجود جراثيم سلبية الغرام بالإصابات في المشافي. تختلف مدة المعالجة حسب المسبب ومدة تجرثم الدم، ففي العنقوديات سلبية أنزيم التخثر تعالج لمدة 5-7 أيام في حال تمت إزالة القسطرة، ولمدة 10-14 يوماً في حال تم الإبقاء على القسطرة. في حال انتان الدم بالفطريات المرتبط بالقسطرة الوعائية، لا بد من سحب القسطرة وتستمر المعالجة بمضاد الفطريات حتى أسبوعين من آخر زرع دم سلبي عند المريض.

ج. التهاب السحايا Meningitis:

تتظاهر بالصداع والحرارة والعلامات السحائية (مثل صلابة الرقبة)، والاختلاجات، وتغير الحالة العقلية تشكل ذات السحايا الجرثومية أحد أهم الأمراض الإنتانية الاسعافية، وعندما يتم الاشتباه بالتهاب السحايا الجرثومية فيجب حينها البدء فوراً بالمضادات الحيوية وعدم انتظار نتيجة البزل القطني.

تعتبر العقديات الرئوية أو النيسيريات السحائية أهم العوامل الجرثومية الممرضة لدى البالغين وذلك لدى الاشتباه بذات السحايا المكتسبة بالمجتمع.

يعتمد التشخيص على فحص تلويح غرام ثم الزرع والتحسس الجرثومي للسائل الدماغي الشوكي الذي يؤخذ بالزل القطني، كما يجرى زرع الدم.

تشمل المعالجة التجريبية الأولية الجيل الثالث من سيفالوسبورين (سيفترياكسون أو سيفوتاكسيم) والتي تؤمن تغطية مبدئية مناسبة. يجب إضافة فانكوميسين لدى الاشباه بالعقديات الرئوية المعقدة على البنسلين.

في حال عزل النيسيريات السحائية بالسائل الدماغي الشوكي أو بمزرعة الدم فيجب العلاج بجرعات عالية من بنسلين G بالطريق الوريدي.

في حال إثبات أن سبب الإصابة هي النيسيريات السحائية فيجب حينها تلقي الطاقم الطبي الذي احتك بالمريض بشكل مباشر العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية.

يجب إضافة ديكساميثازون لمدة يومين لتخفيف نسبة المراضة والوفيات وخاصة عندما تكون العقديات الرئوية هي سبب الإصابة بذات السحايا.

في حالات خاصة نحتاج لإضافة مضادات حيوية مختلفة، فمثلاً عند الاشتباه بكون الليستريا هي سبب الإصابة بذات السحايا وخاصة لدى مرضى طرفي العمر (حديثي الولادة، الرضع، المسنين) أو لدى المرضى الذين لديهم اضطراب بخلايا T اللمفاوية (إما بسبب داء سكري، أو استخدام الكورتيزونات، أو المعالجة بمثبطات المناعة) فلا بد من إضافة أمبيسلين (لتغطية الليستريا) أو الاستعاضة عنه بالتري ميتوبريم-سلفاميثوكسازول لدى المرضى الذين يعانون من حساسية للأمبيسلين.

هنالك خطورة عالية لدى المرضى الذين خضعوا لجراحة عصبية حديثاً أو لتكيب تحويلية صناعية لتصريف السائل الدماغي الشوكي، للإصابة بالعنقوديات المذهبة أو العنقوديات سلبية أنزيم المخثر أو الإصابة بالجراثيم سلبية الغرام مثل العصيات الزرق أو الكليسيلا مثل هؤلاء المرضى يحتاجون للبدء بجرعات عالية من فانكوميسين بالإضافة إلى سيفالوسبورين من الجيل الثالث أو الرابع.

ح. إثنان قرحات الفراش Bed sore infection

قرحة الفراش هي عبارة عن تفتح في الجسم نتيجة عدم تدفق الدم بشكل سليم وبالتالي موت طبقات من الجلد، والمناطق الأشيع للإصابة هي أسفل الظهر والأكتاف من الخلف وأكعاب الأقدام. الأشخاص الذين يعانون من الشلل أو عدم القدرة على الحركة هم الأكثر عرضة للإصابة بقرح الفراش، وتزداد لدى المرضى المصابين بأمراض مثل السكتة الدماغية أو الداء السكري.

تكون قرح الفراش مؤلمة وتتسبب في طول مدة إقامة المريض بالمشفى، وتعد الوقاية من هذه الإصابة هي من أهم الأولويات لمرضى العناية المركزة، حيث أن علاج قرحة الفراش أصعب بكثير من منع حدوثها.

تحتاج قرح الفراش التي أصيبت بالانتان للعلاج بالمضادات الحيوية الموضعية أو الجهازية حسب شدة الإصابة ودرجتها، وقد يتم إشراك التداخلات الجراحية لإجراء تنضير للأنسجة المتنخرة أو تفجير الخراجات.

يتم عادة اختيار المضاد الحيوي بناءً على المزارع المأخوذة من هذه الأماكن، ولكن عادة يتم استخدام المضادات الحيوية التي تغطي الجراثيم الإيجابية والسلبية الغرام، حيث أن مثل هذه الإنتانات عادة ما تكون ناتجة عن الإصابة بجراثيم متعددة.

خ. انتانات موضع العمل الجراحي Surgical site infections

تعتبر انتانات موضع العمل الجراحي من الانتانات الشائعة وتشكل 20% من انتانات المشافي عموماً. وتحصل بسبب تلوث موضع الجراحة قبل أو أثناء العمل الجراحي. في حال العمل الجراحي النظيف فلا تتعدى نسبة انتان موضع الجراحة أكثر من 10%، أما في حال العمل الجراحي ممكن التلوث (جراحة الأمعاء) فقد ترتفع النسبة إلى 15%، وفي الجراحات الملوثة تصل نسبة الحدوث إلى 20%، وفي حال وجود انتان مسبق لدى المريض تبلغ نسبة الحدوث 40% فما أكثر. تستطب المضادات الوقائية في حال الجراحات ممكنة التلوث أو الملوثة وينبغي اختيار المضاد الحيوي الذي يغطي الجراثيم المحتملة وليس المضاد واسع الطيف خشية تطور زمر جرثومية مقاومة.

العامل المسبب غالباً العنقوديات المذهبة العقديات الحالة β زمرة A أو تسمى بالعقديات المقيحة S. pyogenes حيث تسبب التهاب النسيج الخلوي cellulitis أو الخراجات الجلدية. وتحدث انتانات موضع الجراحة عادة بعد 5-7 أيام من الجراحة، وقد تحدث في وقت مبكر (بعد 24-48 ساعة) مع بعض العوامل المسببة خاصة مثل العقديات المقيحة أو المطثيات clostridium. وهنا تحتاج إلى التنضير الجراحي إضافة إلى المضادات الحيوية. يتم توجيه المعالجة بالمضادات الحيوية بواسطة تلوين صبغة غرام والزرع الجرثومي.

من المضادات الحيوية المستتابة؛ في حال العنقوديات الحساسة للميتيسيلين يعطى سيفازولين أو نافسيلين، وفي العنقوديات المقاومة للميتيسيلين MRSA يعطى فانكوميسين أو لينيزوليد، أما في حال الإصابة العقديات المقيحة أو المطثيات فيعطى بنسيلين G مع أو بدون كلينداميسين.

قد تحدث حالة خطيرة ومهددة للحياة تدعى بمتلازمة الصدمة السمية toxic shock syndrome التي يمكن أن تحدث خلال 48 ساعة من انتان الجرح وتظاهر بالحمى والاسهال، والاقياء، وهبوط

الضغط القصور الكلوي الحاد مع ارتفاع في البولة والكرياتينين. وتعود هذه المتلازمة إلى إفراز الليفان من العنقوديات المذهبة أو من العقديات المقيحة رغم أن موضع الجرح نفسه غالباً لا يبدو عليه علامات الانتان. تعتمد المعالجة على فتح الجرح والبدء مباشرة بالمضادات الحيوية المناسبة.

د. التهاب الكولون المرتبط بالمضادات الحيوية antibiotic-associated colitis:

وهو عبارة عن التهاب الكولون المسبب من قبل جراثيم لاهوائية تدعى بالمطثيات الصعبة clostridium difficile. وتحدث في معظم الحالات نتيجة المعالجة بالمضادات الحيوية خاصة كلينداميسين إضافة إلى المضادات الحيوية واسعة الطيف من البنسلينات، والسفالوسبورينات، وغيرها. يتظاهر التهاب الكولون بالمطثيات الصعبة بالإسهال والمغص البطني. وترتفع الكريات البيض في الدم بشكل مميز في هذه الإصابة (أكثر من 15-20 ألف). يعتمد التشخيص على كشف وجود ليفان المطثيات في البراز. تعالج الحالة بإيقاف المضادات الحيوية المسببة والبدء بإعطاء المضادات تجاه المطثيات الصعبة. يعطى ميترونيدازول فموياً لمدة 10 أيام. وفي الحالات الأشد يعطى فانكوميسين وريدياً لوحده أو بالمشاركة مع ميترونيدازول وريدياً. أحياناً تتطور الحالة إلى ما يسمى الكولون الضخم السمي toxic megacolon وهي حالة خطيرة وقد تحتاج للتدخل الجراحي واستئصال الكولون بأكمله.

ذ. الانتانات بالفطور Fungal infections:

يعتبر مرضى العناية أكثر الفئات من المرضى عرضة للانتانات الفطرية والتي ارتفع معدل الإصابة بها في السنوات الأخيرة (أخر دراسة عالمية واسعة حوالي 19% من العوامل المسببة للانتانات في العناية) وبقيت نسبة الوفيات للإصابة بها مرتفعة. فمثلاً قد تصل نسبة الوفيات بوجود فطريات في الدم من نوع المبيضات إلى حوالي 50%. وأهم العوامل المسببة هي المبيضات البيض Candida albicans في المرضى الحرجين، وبالدرجة الثانية المبيضات غير البيض والفطور الأخرى. كثيراً ما نجد بالفحص المخبري استعمار colonization بالفطور دون إنتان، ومن الصعب وضع التشخيص بالفحص السريري العادي أو حتى بالزرع الروتينية، لذلك غالباً ما تتم المعالجة بمضادات الفطور تجريبياً بوجود عوامل خطيرة مؤهبة للإصابة بها.

أهم عوامل الخطورة المؤهبة للانتانات بالفطور هي:

- المعالجة بالمضادات الحيوية واسعة الطيف
- الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب HIV
- الإصابة بالسرطان

- نقص الكريات البيض المحببة
- استخدام الستيروئيدات لفترة طويلة
- التغذية الوريدية الكاملة
- الحروق الشديدة
- زرع الأعضاء
- وجود قسرة وريدية مركزية عند المريض

المعالجة: في الانتانات الخطيرة أكثر ما يستخدم أمفوتريسين B لكن له سمية كلوية. من مضادات الفطور الحديثة الفعالة أيضاً وأقل سمية من أمفوتريسين: كاسبوفونجين، وفوريكونازول. ويمكن استخدام فلوكونازول في الانتانات الفطرية الأقل شدة.

7. تدبير الانتان الجهازى والصدمة الانتانية Management of sepsis and septic shock

يعتمد تدبير الانتان الجهازى والصدمة الانتانية على التشخيص والتدبير الباكر مما يقلل من معدلات الاختلاطات والوفيات. يركز التدبير على ثلاثة محاور رئيسية:

- الإنعاش
- إعطاء المضادات الحيوية
- السيطرة على مصدر الانتان

أ. الإنعاش Resuscitation: من المعتمد السرعة ما أمكن في الإنعاش (راجع فصل الصدمة).

(1) يتم إعطاء السوائل الوريدية من نوع البلورانيات بشكل دفعات وريدية وبجرعة 30 مل/كغ خلال الساعات الثلاثة الأولى من الإنعاش. يمكن إعطاء المحلول الملحي النظامي أو المحاليل البلورانية المتوازنة. ثم يتم تقدير الحاجة للمزيد من السوائل الإضافية بتقييم الحالة الهيموديناميكية للمريض، وخاصة المراقبة الهيموديناميكية غير الباضعة. ويمكن في حال الحاجة لسوائل إضافية أن يعطى الألبومين إضافة إلى البلورانيات. ولكن لا تستخدم أبداً المحاليل الغروانية النشوية (مثل HES) في إنعاش الانتان الجهازى والصدمة الانتانية، بسبب خطورة تطور أذية الكلية الحادة. وإن الضغط الشرياني الوسطي المعتمد في الصدمة الانتانية مع الحاجة لمقبضات الأوعية هو 65 مم ز.

(2) المقبضات الوعائية والدواعم القلبية: يعتبر نورابينفرين هو المقبض الوعائي المختار والأول في الصدمة الانتانية. ويمكن إضافة مقبض آخر مثل فازوبريسين أو ابينفرين عند الحاجة للوصول

بالضغط الوسطي للقيمة المطلوبة (65 مم ز). يعطى دوبيوتامين في المرضى الذين لازال لديهم نقص تروية نسيجية بالرغم من الإنعاش الكافي بالسوائل وإعطاء المقبضات الوعائية. يستطب وضع قسطرة مراقبة داخل الشريان للمراقبة الدقيقة للضغط الشرياني لدى المرضى الذين يسرب لهم مقبض وعائي أو داعم قلبي.

(3) لا يستطب نقل الكريات الحمر المكثفة في الانتان الجهازى والصدمة الانتانية عموماً ما لم ينزل الخضاب عن 7 غ% .

(4) وكأحد أهداف مراقبة الإنعاش هو الإنقاص من قيم اللاكتات المرتفعة التي تعكس التروية النسيجية. ب. المعالجة بالمضادات الحيوية:

(1) من المعتمد البدء بالمضادات الحيوية الوريدية أبكر ما يمكن بالتحديد خلال الساعة الأولى من تشخيص الإنتان الجهازى أو الصدمة الانتانية. لأن كل ساعة تأخير بإعطاء الصاد الحيوى تزيد نسبة الوفيات حوالي 8% في هذه الحالات.

(2) ويجب أن تعطى المضادات الحيوية التجريبية واسعة الطيف والتي تغطي كل الميكروبات المحتملة. في الصدمة الانتانية تحديداً من المفضل استخدام أكثر من مضاد حيوى.

(3) مدة المعالجة المقترحة بالمضادات الحيوية هي ما بين 7-10 أيام.

(4) وتتدخل عدة عوامل في اختيار المضاد الحيوى المناسب منها موقع الانتان وقدرة المضاد على اختراق موقع الانتان، والحالة المناعية للمريض، والأمراض المرافقة عند المريض.

(5) ينبغي توضيق طيف المضاد الحيوى عندما تظهر نتائج الزرع والتدسس الجرثومي، أو بتدسن الوضع السريري للمريض.

(6) تساعد الواسمات المخبرية مثل عيار مستوى بروكالسيتونين في التقصير من مدة المعالجة بالمضادات الحيوية، على أن يتم إيقافها في النهاية.

ت. السيطرة على بؤرة الانتان source control:

من المعتمد في الانتان الجهازى والصدمة الانتانية السيطرة على بؤرة الانتان عند تحديدها بأسرع ما يمكن، وفيما إذا كانت تحتاج لإجراء تداخلي أو جراحي. مثلاً إزالة القسطرة الوعائية إذا كانت سبباً محتملاً، وتفريغ الخراج، والتداخل الجراحي المناسب حسب الإصابة. وينبغي السيطرة على مصدر الانتان خلال 6-12 ساعة من كشفه كحد أقصى، وذلك بعد الإنعاش الناجح الأولي.

ث. معالجات أخرى داعمة:

- (1) يستطب استخدام الستيروئيدات القشرية بشكل خاص هيدروكورتيزون وريدياً في الصدمة الانتانية التي تم انعاشها الكافي بالسوائل والمقبضات الأوعية ولم يحصل مع ذلك استقرار هيموديناميكي للمريض. وجرعة هيدروكورتيزون المعتمدة هي 200 مغ يومياً.
- (2) كما ينبغي ضبط سكر الدم بحيث لا يرتفع عن 180 مغ%
- (3) من المعالجات الداعمة المعالجة الاستبدالية الكلوية المستمرة في قصور الكلية الحاد المرافق للإنتان الجهازى والتي ربما يفضل البدء بها مبكراً في هذه الحالات.

8. مقارنة الحمى في العناية المركزة Fever approach in ICU:

- أ. تعرف الحمى في العناية بأنها ارتفاع في درجة حرارة الجسم $\leq 38,3^{\circ}\text{C}$. تحدث الحمى عند 70% من مرضى العناية تقريباً. إن انخفاض حرارة الجسم عن 36°C قد يكون علامة على وجود انتان شديد وبشكل عام تعتبر علامة إنذار سيء عند المريض .
- ب. في مقارنة الحمى أولاً يجب معرفة موضع قياس الحرارة، حيث أن قياسها يعتبر دقيقاً إذا كان من داخل الأوعية الدموية، أو من المري أو من المثانة، ثم أقل دقة المستقيمية والفموية والأذنية، أما الإبطية والجلدية المباشرة فهي غير دقيقة ويجب عدم استخدامها في مرضى العناية. قد يكون سبب الحمى إنتانياً وقد يكون غير إنتاني. لذلك ينبغي التقييم السريري الدقيق واجراء الاستقصاءات اللازمة.

ت. الأسباب: للحمى في العناية أسباباً إنتانية أو غير إنتانية

- (1) من الأسباب الإنتانية الشائعة: الانتانات المرتبطة بالقسطر الوعائية، ذات الرئة المرتبطة بالمشافي أو المرتبطة بالمنفسة، انتانات موضع الجراحة، الانتانات البولية، والانتان الجهازى. يحدث التهاب الجيوب لكن ندرأ عند مرضى العناية.
- (2) أما الأسباب غير الإنتانية للحمى في العناية: التهاب الوريد الخثاري، والصمة الرئوية، والارتكاسات المرتبطة بنقل الدم ومنتجاته، والارتكاسات الدوائية، والحادث الوعائي الدماغى.
- ث. المعالجة: لا تعالج الحمى وخاصة في حال الشك بوجود انتان لأنها تساهم في مقاومة الميكروب، إلا إذا كانت الحرارة فوق 41°C ، أو كان لدى المريض أذية عصبية مركزية (احتمال وجود ارتفاع توتر داخل القحف)، أو احتشاء في العضلة القلبية عندها يجب تخفيض الحرارة إلى الحد الطبيعي.

9. أساليب الوقاية من انتشار الانتان في المشافي وعزل المرضى prevention of hospital-acquired infections and infection control

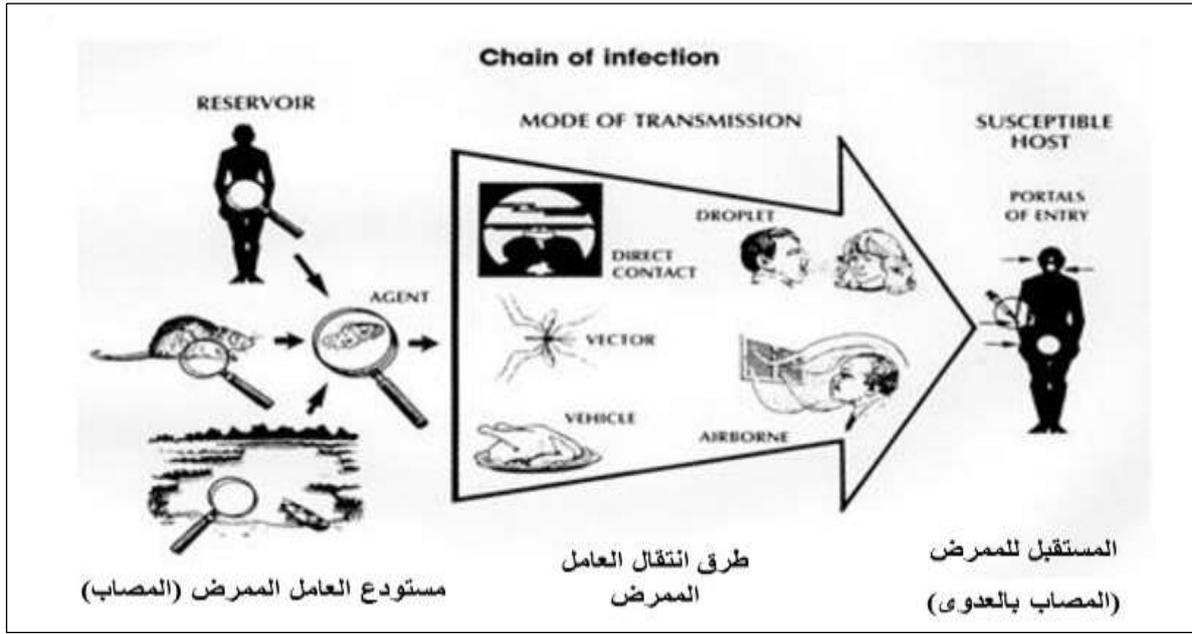
إن الانتانات المرتبطة بالرعاية الصحية في ازدياد كما بينا (5- 10%)، ونسبة 9-37% منهم يحتاجون للقبول في العناية المركزة. وتزيد من نسبة الاختلاطات إضافة إلى الوفيات التي تبلغ حوالي 12-80% في الدول المتقدمة! فمثلاً في الولايات المتحدة الأمريكية تؤدي الإنتانات المرتبطة بالرعاية الصحية إلى 100,000 حالة وفاة سنوياً.

تعتبر العناية المركزة عامل خطر مرتفع لحدوث انتانات المشافي، وتساهم في زيادة الأمراض (الاختلاطات) والوفيات والكلفة المالية. يلعب مزودي الخدمة الصحية دوراً هاماً مباشراً أو غير مباشر في انتقال العدوى في المراكز الصحية، وفي تطور الانتانات الجرثومية المقاومة. إن معظم الانتانات المرتبطة بالمشافي يمكن الوقاية منها. يعتبر الاهتمام بالنظافة الشخصية وخاصة نظافة اليدين العامل الأهم في الحد من انتشار الانتانات في المشافي. إن الحد من حدوث انتانات المشافي، يقع بالدرجة الأولى على عاتق مزودي الخدمة الصحية من أطباء وممرضين وفنيين وذلك من خلال الالتزام بإجراءات ضبط انتشار العدوى في المشافي.

أ. حلقة انتشار الانتان **chain of infection**: تشكل انتقال الانتان عن طريق تلوث أيدي مزودي الرعاية الصحية من أهم الطرق لنقل العدوى والانتان في المشافي. ينتج عن التداخل ما بين العامل الممرض، والمستقبل، والبيئة حلقة من انتشار العدوى أو الانتان كمايلي (الشكل 7-10):

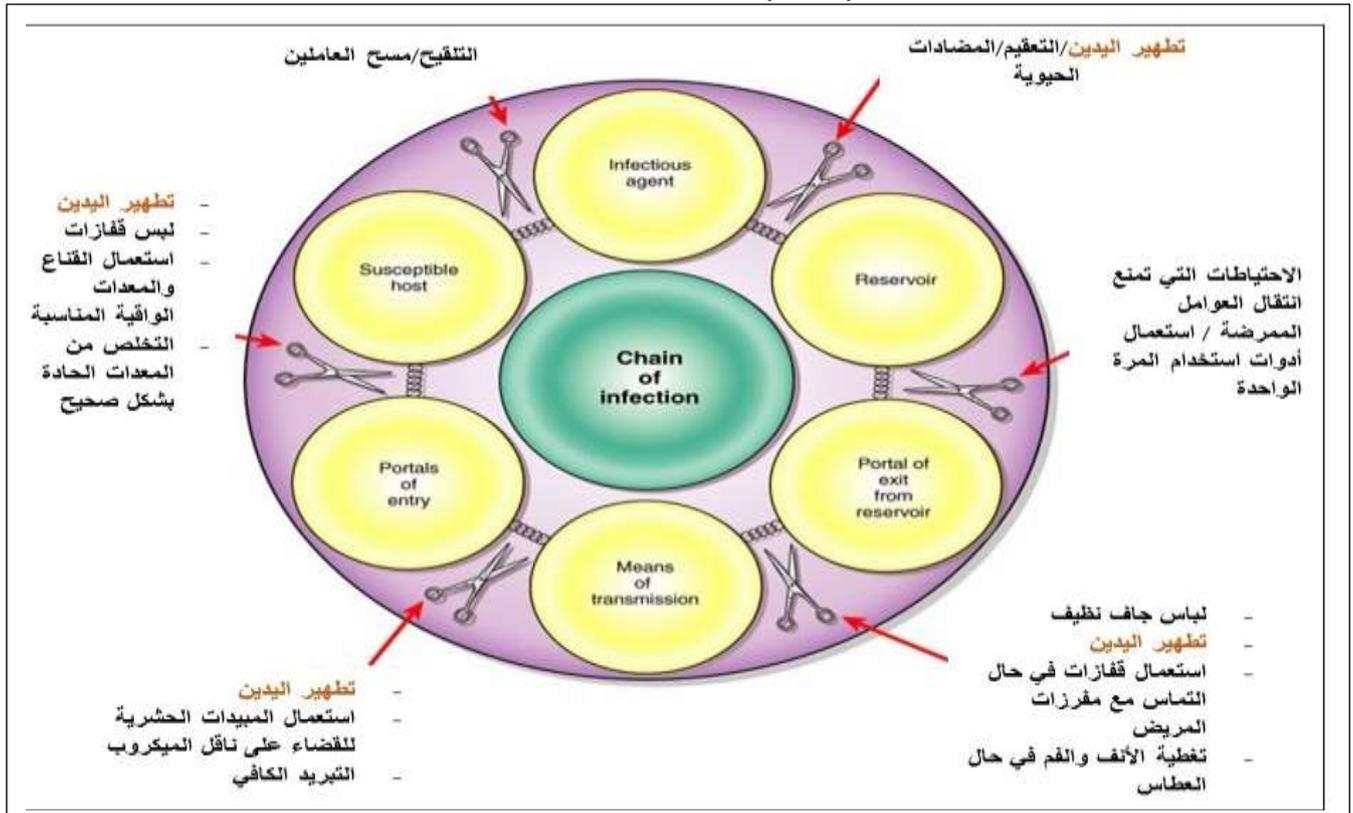
- يبدأ العامل الممرض بترك مستودعه وهو مكانه المفضل للعيش وللتكاثر (المصاب الأولي، أو البيئة)،
- من خلال طريق للخروج (المفرزات-الدم-الماء الملوث...)
- وينتقل بأحد طرق الانتقال (الهواء، الرذاذ، التماس، ناقل حي كالبعوض)،
- ثم يدخل عبر طرق الدخول (الطرق التنفسي، أو الهضمي...)
- إلى المستقبل للمرض الذي لديه قابلية العدوى فيصيبه وهكذا...

الشكل (10-7) حلقة انتشار الانتان ما بين المستودع والمستقبل (المصاب بالعدوى)



ب. الإجراءات الاحتياطية المعيارية **standard precautions**: وهي إجراءات وقائية عامة والتي يجب أن تتبع أثناء التعامل مع المرضى والتي يمكنها أن تكسر من حلقة انتشار الانتان على أكثر من مستوى (الشكل 10-8). ومنها أساليب النظافة الشخصية، ونظافة اليدين، ووسائل الحماية الشخصية.

الشكل (10-8) مستويات كسر حلقة انتشار الانتان



(1) نظافة اليدين أو تطهير اليدين hand hygiene: يعتبر العناية بنظافة اليدين (تطهير اليدين)

أهم الأساليب مطلقاً في الحد من انتشار الانتان في المشافي، حيث يعمل على كسر حلقة انتشار الانتان على عدة مستويات (الشكل 10- 8). لتطهير اليدين عدة أشكال:

- **Handwashing** غسل اليدين بالماء والصابون يجب في حال تلوث اليدين بأي مواد مرئية، واختياري في حال عدم وجود تلوث واضح في اليدين حيث يمكن أن ينوب عنه فرك اليدين بالكحول، ويجب ألا يستعمل غسل اليدين بالصابون وفرك اليدين بالكحول معاً.
- **Alcohol-based handrub** فرك اليدين بالجيل الكحولي وهو الأكثر شيوعاً لسهولة استخدامه. ويتم اجراءه في مدة 30-40 ثانية وبطريقة معينة لضمان تطهير كافة سطوح اليدين انظر الشكل (10- 9)
- **Surgical hand hygiene/antiseptis** التطهير الجراحي لليدين: غسل اليدين بصابون مطهر أو فرك اليدين بالكحول قبل ارتداء اللباس المعقم لإجراء العمل الجراحي. الشكل (10- 9) طريقة الفرك بالجيل الكحولي لتطهير اليدين



ويستطب تطهير اليدين في خمس مواضع رئيسية: انظر الشكل (10- 10)

- قبل فحص المريض
- بعد الانتهاء من فحص المريض
- عند لمس أي تجهيزات محيطه بالمريض
- بعد لمس مفرزات أو سوائل خارجة من المريض
- قبل البدء بالإجراءات التداخلية على المريض

(2) ارتداء وسائل الحماية الشخصية (PPE) personal protective equipment من

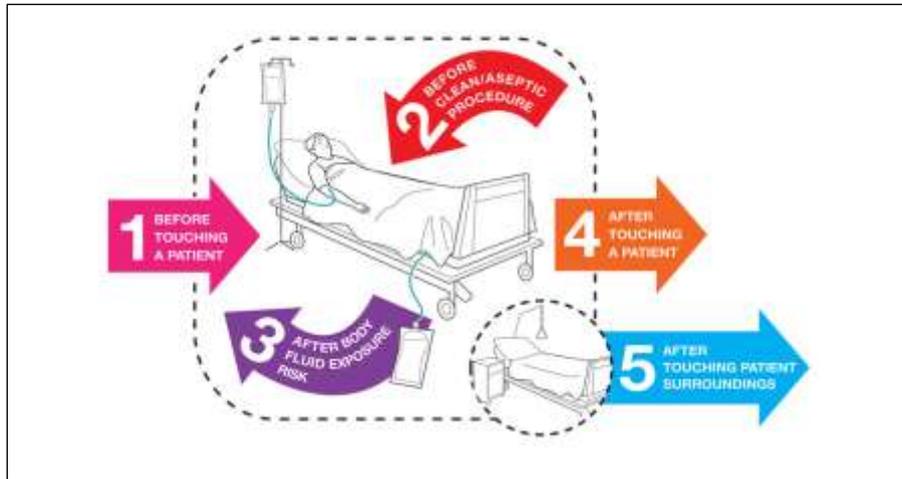
ثوب نظيف، وقفازات، وقناع واق حسب حالة المريض من ناحية العزل. إن لبس القفازات لا يغني عن تطهير اليدين المسبق. ويجب عدم ارتداء نفس القفازات للعناية بأكثر من مريض. يتم الحفاظ على طول أطراف اليدين بحيث لا تتجاوز 0,5 سم من الجلد (أو ربع انش)

(3) التعامل مع الانتانات التنفسية المحتملة منذ التماس الأول مع المريض: من تغطية الأنف والفم

بمنديل أثناء السعال أو العطاس منعاً لانتشار المفرزات التنفسية، وتوفير حاويات صغيرة لرمي المناديل الملوثة، وتوفير الكحول لتطهير اليدين. كما يتم إعلام الفريق الصحي ووضع لوحة التحذير المناسبة وإعطاء تعليمات لعائلة المريض والزوار.

(4) التخلص من النفايات الطبية وتعقيم الأدوات الملوثة

الشكل (10- 10) المواضع الخمسة التي يتم فيها تطهير اليدين



ت. طرق انتقال العدوى وعزل المرضى: يمكن للانتانات المرتبطة بالمشافي أو بالرعاية الصحية عموماً أن تنتقل وتسبب العدوى بعدة طرق إما بالتلامس المباشر، أو بالهواء ، أو بالحمل (الرداذ)، ووفقاً لذلك توجد ثلاثة أنواع رئيسية من عزل المرضى:

(1) العزل التلامسي contact isolation : تقوم المشفى بإجراء هذا النوع من العزل على

الحالات التي يمكن أن تنتقل العدوى فيها عن طريق التلامس المباشر معها، مثل العنقوديات المذهبة ، والكليبيسيلا، وغيرها. وتشمل احتياطات العزل التلامسي: تطهير اليدين بالإضافة لارتداء القفازات والرداء العازل.

(2) العزل الهوائي airborne isolation : وهو أخطر الأنواع حيث تنتقل الإصابة عبر الهواء

فبمجرد دخولك غرفة المريض وإن كنت بعيداً عنه، فأنت معرض للعدوى ، من الأمثلة حالات الدرن وإنفلونزا الخنازير والكورونا. تتم الوقاية باستخدام واقى للعينين وقناع من نوع خاص

مثل N95 وذلك بالإضافة لارتداء القفازات والرداء العازل. ويوضع المريض في غرفة عزل خاصة فيها ميزة الضغط السلبي (الشفط) للحد من تواجد العامل المسبب في الوسط المحيط بالمريض.

(3) العزل الرذاذي droplet isolation: وهذه الحالة تعتبر خطيرة أيضاً حيث ينتقل العامل المسبب بواسطة الرذاذ الذي يخرج مع عطاس أو سعال المريض ومن الأمثلة عليها حالات الإنتان السحائي، والانفلونزا العادية، وتتم الوقاية بارتداء القناع بالإضافة للقفازات والرداء العازل.

وهناك نوع آخر من العزل يسمى **بالعزل العكسي reverse isolation:** في مثل هذه الحالات يكون المريض مضعف مناعياً، ويتم عزله خوفاً من انتقال العدوى له من الآخرين. يتم التعامل مع المريض بعد ارتداء القناع والقفازات والرداء العازل.

ث. إجراءات الحد من تطور المقاومة الجرثومية: هذه الإجراءات تتبع في المشفى من قبل فريق ضبط انتشار الانتان infection control team من ذلك:

- كشف وجود العامل الممرض وتحديد نوعه من خلال مسح المرضى وإجراء الزرع والتحصن الجرثومي
- التخفيض من قوة المضادات الحيوية عند تحسن حالة المريض أو ظهور نتائج الزرع والتحصن
- استخدام المضاد الحيوي النوعي تجاه الميكروبات المحددة بالزرع والتحصن الجرثومي
- إيقاف المضاد الحيوي مباشرة عند عدم ثبوت أي دليل على وجود انتان
- التقييد من وصف المضادات الحيوية واسعة الطيف

ج. حزم الوقاية من أهم الانتانات في العناية المركزة: وتمثل هذه الحزم bundles مجموعة من الإجراءات التي تتبع للوقاية من بعض الانتانات الخاصة وضبطها، ويتم متابعة تطبيق هذه الحزم من قبل فريق ضبط انتشار الانتان في المشفى. هذه الحزم كثيرة وسنتناول هنا مجموعتين:

(1) حزمة الوقاية من ذات الرئة المرتبطة بالمنفسة VAP bundle انظر الجدول (10- 2)

الجدول (10- 2) حزمة الوقاية من ذات الرئة المرتبطة بالمنفسة)

تثقيف الطاقم الطبي حول كيفية العناية بمريض التهوية الآلية
استخدام التنبيب الفموي بدلاً من التنبيب الأنفي (في حال استطباب التنبيب)
وضع المريض ورأس السرير للأعلى بزاوية ما بين 30-45° (مالم يكن هناك مضاد استطباب)
الشفط المستمر للمفرزات ما تحت منطقة المزمار (الحبال الصوتية)
العناية بالفم باستخدام مطهر كلور هيكسيدين
الحفاظ على ضغط كاف لبالون الأنبوب الرغامي (20سم ماء)
التقييم اليومي لإمكانية الفطام عن المنفسة الآلية
تجنب فرط تمدد المعدة
تبديل دارة المنفسة في حال تلوثها بمواد مرئية
استعمال مثبطات الحموضة لدى المرضى المنببين (مثل رانيتيدين أو أمبيرازول)
العناية بنظافة اليدين

(2) حزمة الوقاية من انتان مجرى الدم المرتبط بالقسطرة الوريدية المركزية-

الجدول (10- 3) حزمة الوقاية من انتان مجرى الدم المرتبط بالقسطرة المركزية

تثقيف الطاقم الطبي حول تركيب القسطرة الوريدية والعناية بها
تجنب استخدام الوريد الفخذي في القسطرة المركزية
استخدام احتياطات التعقيم الكاملة أثناء إجراء القسطرة
استخدم مطهر كلور هيكسيدين 0,5% لتعقيم الجلد في مكان القسطرة
استخدم القساطر المغلفة بالمضاد الحيوي
تطهير مكان القسطرة بالكلور هيكسيدين مع تغيير الضماد عليها كل 5-7 أيام، تغيير ضماد الشاش كل يومين
التفقد اليومي للحاجة للقسطرة وإزالتها عند توقف الحاجة لها
العناية بنظافة اليدين

الخلاصة

- تعتبر الانتانات المهددة للحياة من الإصابات الشائعة في العناية المركزة والتي تزيد من نسبة الاختلاطات والوفيات في العناية
- الانتان هو مهاجمة الميكروب للجسم والالتهاب هو الاستجابة الطبيعية الدفاعية لأي عامل خارجي سواء أكان ميكروب أو لا
- الانتان الجهازى هو عسر وظائف الأعضاء الحيوية مهدد لحياة ناتج عن استجابة متفاقمة وغير مضبوطة للإنتنان
- الصدمة الانتانية تحدث عندما يؤدي الانتان الجهازى إلى اضطرابات دورانية وخلوية واستقلابية شديدة خطيرة تزيد من نسبة الوفيات. وتنتشر سريرياً بهبوط ضغط معدن على السوائل ومعتمد على مقبضات الأوعية مع ارتفاع في لاكتات الدم
- بحسب الباثية للإنتنان نوعان نوع مكتسب بالمجتمع، ونوع مرتبط بالمشافي هذا أخطر لأن الميكروبات فيه تكون أكثر مقاومة ومعندة على العلاج.
- يمثل الانتان الجهازى الاستجابة الالتهابية المتفاقمة والمعقدة تجاه الانتان ويتميز بحدوث الودمة النسيجية البروتينية، واضطراب الدوران الدقيق، ومع التخثر المنشر داخل الأوعية
- تعتبر المظاهر السريرية والمخبرية للإنتنان غير نوعية بشكل عام لكنها تعزز من التشخيص
- من المهم إجراء الزرع والتحسس الجرثومي لمعرفة العامل المسبب وتوجيه المعالجة بالمضادات الحيوية بشكل نوعي له
- المضادات الحيوية أدوية موجهة للقضاء على العوامل المسببة وأشيعها الجراثيم، للمضادات مجموعات عدة تختلف بألية التأثير على الجراثيم، ومنها ما هو ضيق الطيف ومنها ما هو واسع الطيف
- يوجد ثلاثة أنواع للمعالجة بالمضادات الحيوية المعالجة التجريبية، والمعالجة الوقائية، والمعالجة النوعية الموجهة.
- من العوامل المؤهبة لتطور الجراثيم المقاومة في المشافي: سوء استخدام المضادات الحيوية
- ووجود تثبيط مناعي لدى المريض وعدم اتباع إجراءات الوقاية من انتشار الانتان
- أكثر الانتانات انتشاراً في العناية المركزة هي ذات الرئة، وانتان مجرى الدم المرتبط بالقسطرة المركزية، والانتان البولي المرتبط بالقسطرة البولية
- تعتبر ذات الرئة أشيع الانتانات التي توجد في العناية ولها ثلاثة أشكال ذات الرئة المكتسبة بالمجتمع وذات الرئة المكتسبة بالمشفى، وذات الرئة المرتبطة بالمنفسة.
- يشكل الاستنشاق الدقيق لمفرزات البلعوم والمعدة الآلية الرئيسية لحدوث ذات الرئة المشفى والمنفسة
- عند الاشتباه بالتهاب السحايا الجرثومية يجب البدء فوراً بالمضادات الحيوية وعدم انتظار نتيجة البزل القطني
- انتان موضع العمل الجراحي من الانتانات الشائعة ويحدث عادة بعد 5-7 أيام من الجراحة
- يحدث التهاب الكولون المرتبط بالمضادات الحيوية عند استخدام المضادات الحيوية واسعة الطيف أو كلينداميسين، والعامل المسبب هو المطثيات الصعبة
- يحدث الانتان بالفطور بوجود عوامل خطيرة مؤهبة، وأهم العوامل المسببة هي المبيضات عموماً ومن الصعب تشخيصه
- يعتمد تدبير الانتان الجهازى والصدمة الانتانية على ثلاثة محاور رئيسية هي الإنعاش وإعطاء المضادات الحيوية، والسيطرة على مصدر الإنتان
- من المعتمد في الانتان والصدمة الانتانية الإنعاش الأولي بالسوائل البلورانية بجرعة 30مل/كغ خلا 3ساعات الأولى
- الضغط الشرياني الوسطي المعتمد في إنعاش الصدمة الانتانية هو 65 مم زئبقي
- المقبض الوعائي المختار الأول المعتمد في الصدمة الانتانية هو نورابينفرين
- من المعتمد البدء بالمضادات الحيوية الوريدية أبكر ما يمكن بالتحديد خلال الساعة الأولى من تشخيص الإنتان الجهازى أو الصدمة الانتانية
- ينبغي تضيق طيف المضاد الحيوي عندما تظهر نتائج الزرع، أو بتحسن وضع المريض.

- وينبغي السيطرة على مصدر الانتان خلال 6-12 ساعة من كشفه كحد أقصى، وذلك بعد الإنعاش الناجح الأولي.
- تعرف الحمى في العناية بأنها ارتفاع في درجة حرارة الجسم $\leq 38,3^{\circ}\text{C}$ ، ويجب معرفة موضع قياسها أولاً لتحديد دقة القياس
- للحمى في العناية أسباباً انتانية وأخرى غير انتانية
- لا تعالج الحمى إلا إذا كانت الحرارة فوق 41°C ، أو كان لدى المريض أذية عصبية مركزية أو قلبية حادة
- يلعب مزودي الخدمة الصحية دوراً هاماً مباشراً أو غير مباشر في انتقال العدوى في المراكز الصحية، وفي تطور الانتانات الجرثومية المقاومة
- توجد عدة طرق وإجراءات لكسر حلقة انتشار الانتان والحد من انتشار العدوى في المشافي ولكن يعتبر الاهتمام بنظافة اليدين هو العامل الأهم
- تطهير اليدين بالجيل الكحولي هو الأسهل والأكثر شيوعاً في الممارسة، ويجب تطهير كامل سطوح اليدين
- توجد ثلاثة أنواع رئيسية لعزل المرضى في المشافي بحسب طرق انتقال العوامل الممرضة وهي: العزل التلامسي، والعزل الهوائي، والعزل الرذاذي
- حزم الوقاية من الانتانات هي مجموعة من الإجراءات التي تتبع للوقاية من بعض الانتانات الخاصة وضبطها في العناية.

المراجع

1. Fundamental of critical care support book,2012
2. OH'S INTENSIVE CARE MANUAL, 7th edition 2014
3. Sepsis: pathophysiology and clinical management, Jeffrey E Gotts, Michael A Matthay, BMJ 2016
4. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3), JAMA 2016
5. Bedside Critical Care Guide, by: Ramzy H. Rimawi,2014
6. CURRENT Medical Diagnosis & Treatment, By Maxine A. Papadakis, and Stephen J., fifty-sixth edition,2017
7. TEXTBOOK OF CRITICAL CARE, jean-louis vincent, edward Abraham, seventh edition,2017
8. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016
9. BASIC IMMUNOLOGY Functions and Disorders of the Immune System,5th edition, Abul K. Abbas, and Andrew H. Lichtman, 2016
10. Prophylaxis and empirical uses of antibiotics, presented by Haroon RASHID, pharmacist, Rehman medical institute
11. Infection control standard precautions in health care, WHO,2009
12. USMLE First-Aid book,2017
13. Centers for disease control and prevention website,USA.
14. medical-dictionary.thefreedictionary.com

الفصل الحادي عشر

التهدئة والتسكين والإرخاء في العناية

Sedation analgesia & relaxation in ICU

- ❖ مبادئ أساسية
- ❖ التسكين في العناية
- ❖ التهدئة في العناية
- ❖ الإرخاء العضلي في العناية
- ❖ استراتيجيات التهدئة في العناية
- ❖ الهياج والهديان في العناية

التهدة والتسكين والإرخاء في العناية المركزة

مقدمة:

يعتبر جو العناية المركزة للعديد من المرضى مخيفاً ومجهداً، كما لا يمكن للمريض أن يتحمل العديد من الإجراءات التي تجرى في العناية المركزة مثل التنبيب الرغامي والتهوية الآلية والشفط والعلاج الفيزيائي التي قد تكون مؤلمة أيضاً. وللأسف لا يمكن التواصل بسهولة مع معظم مرضى العناية المركزة، حيث لا يتمكنون من التعبير عما يشعرون به أو عما يحتاجونه لذا فإنه يتم استخدام المهدئات والمسكنات لدى مرضى العناية لتخفيف الألم وحتى يتمكنوا من الشعور بالراحة، وبهدف وضعهم في ظروف آمنة.

لكن من ناحية أخرى فإن الاستخدام المستمر للمهدئات والمسكنات يسبب عدة اختلالات لدى مرضى العناية المركزة، حيث تطيل من فترة بقائهم على أجهزة التهوية الآلية ومن فترة مكوثهم في العناية المركزة، كما قد تسبب حدوث الهذيان لديهم. يعتبر التدبير الصحيح لاستخدام المهدئات في العناية المركزة من أهم وأصعب الأهداف المطلوب إنجازها في وحدة العناية المركزة. أما المرخيات العضلية فستستخدم باستطابات خاصة فقط في العناية وليس بشكل روتيني.

1. مبادئ أساسية **Principal concepts**

أ. **خصوصيات استخدام المهدئات والمسكنات في العناية:** رغم أن العديد من المهدئات والمسكنات

تستخدم نفسها في غرف العمليات لكن استخدامها في العناية يتميز بفرقين أساسيين:

(1) أولاً أن مرضى العناية لديهم غالباً **عسر وظيفة في عدة أعضاء**، كما أنهم يتلقون عدة أدوية

إضافة للتغذية أيضاً، والدعم بالتهوية الآلية، إضافة لحدوث تغيرات كبيرة في استقلاب الأدوية

وعمل المستقبل الدوائي.

(2) ثانياً تعطى المهدئات والمسكنات لمرضى العناية لفترة طويلة غالباً قد تصل إلى أسابيع، كما

تعطى بشكل تسريبي وريدي معظم الأحيان. وبالنتيجة كثيراً ما يحصل في العناية تطاول فترة

تأثير الدواء، وكثرة ظهور الآثار الجانبية للدواء.

لذلك توجد عدة اعتبارات لدى استخدام المسكنات والمهدئات في العناية:

- اختلاف طبيعة الحرائك الدوائية للمسكنات والمهدئات لدى مرضى العناية المركزة بالمقارنة مع استخدامها لدى الأشخاص الأصحاء. حيث يتغير بشكل واضح كل من نصف العمر الإطراحي، وحجم التوزع، وتصفية الدواء لدى المرضى الحرجين.
- إن استخدام هذه الأدوية بطريقة التسريب المستمر أو الإعطاء المتكرر يغير وبشكل مهم من طبيعة خصائصها الدوائية.
- تغير استجابة المرضى للأدوية المهدئة والمسكنات: فمثلاً لدى المرضى الذين هم في حالة صدمة دورانية تنخفض التروية الدموية للكبد والكلى مما يبطئ من استقلاب وإطراح الأدوية من جسم المرضى.
- عند البدينين يزداد حجم توزع الأدوية المنحلة في الدسم بسبب زيادة حجم النسيج الشحمي عندهم وبالتالي قد يسبب تطول فترة هذه الأدوية عندهم.
- بما أنه في الغالب يتم استخدام المهدئات والمسكنات لفترة طويلة لدى المرضى، فلا بد من الأخذ بالحسبان احتمال تراكم هذه الأدوية في الجسم. تعتبر أدوية البنزوديازيبينات من الأدوية المشهورة بهذه المشكلة، كما أن الأفيونات يمكن أن تتراكم عند استخدامها لفترات طويلة. وهذا يعود إلى ما يدعى بنصف العمر الحساس للتسريب.
- في حال استخدام المهدئات والمسكنات في التنبيب الرغامي لدى المرضى الحرجين غير المستقرين هيموديناميكياً فتعطى عادة بجرعات تبلغ حوالي 50% من جرعاتها التخديرية.

ب. نصف العمر الحساس للتسريب context-sensitive half-life:

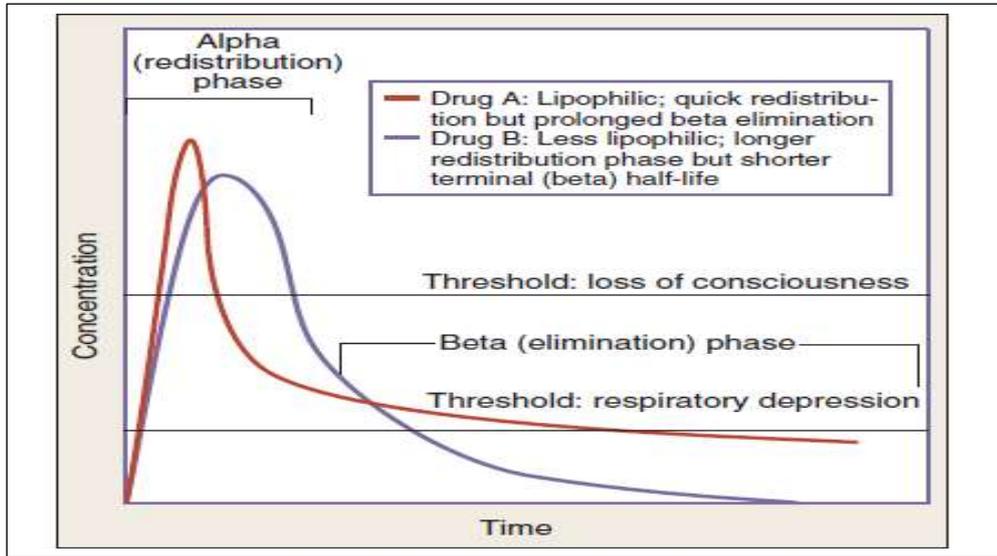
إن تركيز الأدوية المهدئة والمسكنة في البلازما يعتمد على تركيز الدواء بأنحاء مختلفة من الجسم مثل مجرى الدم والأنسجة الشحمية والجملة العصبية المركزية. يعتبر كقرينة لمعرفة خصائص الدواء يدعى العمر النصفى للدواء.

يعبر عن الزمن اللازم لكي ينخفض التركيز البلازمي للدواء إلى النصف (50%) بعد إيقاف تسريب الدواء بالـ نصف العمر الحساس للتسريب، الشكل (11-1)

- إن الدواء المحب للدسم يكون له بداية تأثير سريعة، وتوزع مبدئي سريع، مع طور إطراحي (استقلاب) بيتا أطول ينتج عن تخزين الدواء المحب للدهن داخل الأنسجة الشحمية وعودة توزع للبلازما بعد هبوط تركيزه فيها، مما يؤدي إلى ظهور تأثيرات الدواء (مثلاً حدوث تثبيط تنفسي مع الفنتانيل) مع تكرار الجرعة أو التسريب المستمر للدواء والمثال عليه فنتانيل.

- أما الدواء المحب للماء فيأخذ وقتاً أطول لإعادة التوزع مما يتسبب بتأخر بدء التأثير (تطاول الطور ألفا)، لكنه لا يتراكم بسبب عدم تخزينه في الأنسجة الشحمية وبالتالي قصر نصف عمره الإطراحي والمثال عليه مورفين. يزداد نصف العمر الحساس للتسريب في معظم الأدوية المهدئة والمسكنة كلما ازدادت الفترة المستخدم فيها الدواء بشكل تسريب وريدي مستمر أو بجرعات متكررة ومتقاربة.
- هنالك أدوية معينة تظهر فيها مشكلة التراكم الدوائي وازدياد نصف عمرها الحساس للتسريب مثل فنتانيل. وهذا يفسر حدوث تطاول التأثير خلال تسريب الفنتانيل رغم أنه قصير مدة التأثير حتى بغياب وجود قصور كبدي أو كلوي، وذلك يعود إلى تراكم الدواء في الأنسجة الشحمية في الجسم وتطاول نصف العمر الحساس للتسريب.
- هنالك أدوية محددة أقل ميلاً للتراكم حيث يقصر فيها نصف العمر الحساس للتسريب مثل بروبوفاول وريميفنتانيل والمخدرات الإنشاقية، والتي يمكن أن تكون ميزة عند استخدامها لدى المرضى الذين يحتاجون استخدام المهدئات لفترات طويلة.

الشكل (11-1) نصف العمر الحساس للتسريب: يتطاول في الدواء (A)، ويقصر في الدواء (B)



2. التسكين في العناية المركزة Analgesia in ICU:

أ. أسباب الألم في العناية:

لابد من الأخذ بعين الاعتبار أن العديد من المرضى الموضوعين على أجهزة التهوية الآلية يعانون من درجة معينة من الألم لذا يجب اعتبار المسكنات أحد أهم مكونات التهدئة في العناية المركزة.

هنالك العديد من العوامل التي تسبب الألم لدى مرضى العناية المركزة:

- آلام الشقوق الجراحية المجراة لمرضى العناية المركزة.
- يسبب التئيب الرغامي أماً لدى بعض المرضى.
- يمكن أن يسبب إدخال القساطر وأجهزة المراقبة الشعور بعدم الراحة لدى المرضى.
- يترافق وبشكل متكرر مكوث المريض لفترة طويلة في السرير مع ألم ظهري شديد،
- كذلك فإن العديد من الإجراءات التمريضية كتقليب المريض في السرير قد تسبب آلاماً مبرحة للمريض.
- يمكن أن ينتج الألم عن أذية الأنسجة التالية للأورام أو الالتهاب أو نقص التروية.
- بناءً على ما تقدم يتوجب وبشكل صارم على مقدمي الخدمة الطبية لمرضى العناية المركزة تحري وجود الألم لدى مرضاهم، ومعالجة هذه الآلام عند وجودها، وبالمقابل تجنب استخدام الأدوية المسكنة للمرضى حال عدم الحاجة لها. إذا تمكن مقدم الخدمة الطبية من التواصل مع المريض فيمكن استخدام المسكنات بناءً على طلب المريض عند شكايته من الألم.

ب. المسكنات في العناية المركزة:

(1) المسكنات الأفيونية Opioids: تنتمي الأدوية المسكنة الأكثر استخداماً في العناية المركزة

- لمجموعة الأفيونات. وتعتبر مسكنات ممتازة لكنها لا تسبب النسيان.
- تعمل الأفيونات على ثلاثة أنواع رئيسية من المستقبلات في الجسم μ , κ , δ والتي تتوضع في الدماغ، والنخاع الشوكي، والمحيط.
- تثبط مستقبلات ميو μ_{11} الأفيونية الاستجابة الألمية في الجملة العصبية المركزية. تتداخل بقية المستقبلات الأفيونية بتنشيط الجملة التنفسية وبإحداث التأثير المهدئ.
- ترفع الأفيونات عتبة الاستجابة لثاني أكسيد الكربون والتي عادة ما يحتاجها المرضى وخصوصاً الذين يعانون من عطش للهواء.
- عادة لا يمكن تحديد الأثر الناتج عن تأثير المستقبلات التنفسية بالأفيونات عن طريق مقياس الأكسجة النبضي، وخصوصاً لدى المرضى الذين يتم تزويدهم بالأوكسجين.
- وتختلف الخصائص السريرية والدوائية للأفيونات باختلاف عدة عوامل: كالخصائص الكيميائية والحولية للدواء، ووجود مستقبلات فعالة أو لا وعوامل تتعلق بالمريض (مثل وجود قصور كبدي أو كلوي)
- تعطى وريدياً تسريباً أو بشكل جرعات متقطعة
- الترياق النوعي في فرط الجرعة والانسامم بالأفيونات هو نالوكسون **naloxone** الذي يعطى (بجرعة 0,4 مغ عادة) في حال التنشيط التنفسي التالي لاستخدام الأفيونات، وتعطى الجرعات الأقل

منه بغية تحسين التهوية المثبطة دون معاكسة الأثر المسكن بشكل كامل. وباعتبار أن العمر النصفى للنالوكسون أقل من العمر النصفى للأفيونات فلا بد من تقييم الحاجة لإعادة استخدام أكثر من جرعة منه.

- الآثار الجانبية للأفيونات:

• من التأثيرات الجانبية الشائعة **التثبيط التنفسي** والذي يعتمد على الجرعة ويتصف بتنفس عميق وبطيء، والذي لا يحتاج إلا للمراقبة وقد يعطى نالوكسون بجرعات قليلة أحياناً. كما يحدث **تثبيط لحركة الجهاز الهضمي** الذي يمكن معالجته باستخدام ملينات البراز والمسهلات وكذلك تشجيع المريض على الحركة، وفي الحالات الشديدة (علاج انسداد الكولون الكاذب) يستخدم نيوستغمين.

• من الآثار الجانبية أخرى لاستخدام الأفيونات: حدوث الغثيان والإقياء والانحباس البولي والتي تعتبر قليلة الأهمية لدى مرضى العناية المركزة.

• تعتبر متلازمة صلابة الصدر من الاختلاطات النادرة المشاهدة في العناية لدى استخدام بعض الأفيونات المصنعة مثل فنتانيل، والتي آلية حدوثها غير مفهومة بشكل واضح. وفي مثل هذه الحالات يعتبر سوكسونيل كولين الدواء الأمثل لإرخاء العضلات التنفسية، وبالتالي السماح بإجراء التنبيب الرغامي وتطبيق التهوية الآلية لهؤلاء المرضى.

• من تأثيرات فرط الجرعة فرط التهدة، والتثبيط التنفسي، وبالتالي طول فترة التنبيب والتهوية الآلية. ولتجنب هذه الاختلاطات يتم الإيقاف اليومي للمسكنات (والمهدئات) وهذا ما يسمى إجازة التهدة **sedation vacation** مما يقلل فترة مكث المريض على التهوية الآلية وفي العناية المركزة أيضاً.

(2) الأفيونات المستخدمة في العناية المركزة: الأفيونات الثلاثة الأكثر استخداماً في العناية المركزة

لدى مرضى التهوية الآلية هي: مورفين، وهيدرومورفون، وفنتانيل.

- مورفين **morphine**: هو أفيون حلول بالماء نسبياً وبناءً على ذلك يتأخر بدء تأثيره وتكون

ذروتها خلال 20-30 دقيقة. ويوصف بأنه يحرر الهيستامين، لكن تعتبر القيمة السريرية لهذا الأمر ضعيفة. بشكل عام معظم الأفيونات يتم استقلابها بالكبد وتطرح عن طريق الكلية. ينتج عن استقلاب المورفين مستقلبات فعالة، والتي يمكن أن تتراكم في حال وجود قصور كلوي.

- **هيدرومورفون hydromorphone** وهو أقوى من المورفين بـ 5-10 أضعاف، وليس له مستقبلات فعالة، لكن هو نفسه يمكن أن يتراكم في حال وجود قصور كلوي وبالتالي يزداد تركيزه في البلازما. إن ذروة ومدة تأثير هيدرومورفون مشابهة للمورفين ولا ينتج عنه تحرير للهستامين.
- **فنتانيل fentanyl**: الفنتانيل حلول بالدمس لذلك فإن بدء تأثيره سريع جداً خلال 2-3 دقائق، وتمتد فترة تأثيره من 30-40 دقيقة عند استخدامه كجرعة مفردة. وبشكل مشابه لبقية الأفيونات تزداد فترة تأثيره إذا استخدم بجرعات متكررة. وباعتبار أنه حلول بالدمس فإنه يميل إلى أن يتخزن في الأنسجة الشحمية، لذا فإن المرضى الذين يتلقونه بشكل تسريب مستمر دون فترات توقف ربما يحصل لديهم تطاول في فترة تأثيره بعد إيقافه (تطاول نصف العمر الحساس للتسريب). ليس للفنتانيل أي مستقبلات تطرح في الكلية وكذلك فإنه لا يحرر الهستامين. إنه دواء قوي حيث يعادل كل 10 مكغ منه 1 ملغ من المورفين (أي حوالي 100 ضعف المورفين). توجد من فنتانيل لصاقات توضع على الجلد وتعطي تسكيناً يستمر لمدة 72 ساعة وجرعات مختلفة تبدأ من 25 مكغ وحتى 100 مكغ.

بالنسبة لـ **ميبيريدين meperidine** باستثناء دوره الفعال في علاج الارتعاشات والصلابة عدا عن ذلك فليس له أي مميزات إضافية عن الأفيونات الأخرى. ويمكن لمستقلبه نورميبيريدين أن يتراكم في حال وجود قصور كلوي، كما أن لهذا المستقلب تأثير محرض للاختلاجات. يحرر ميبيريدين الهستامين كما أن له تأثير مضاد كولينرجي، والذي ينتج عنه تسرع قلب في بعض المرضى بألية مشابهة لعمل أتروبين. ولذلك فقد تم استبعاد استخدامه بشكل كبير في العناية المركزة.

(3) أفيونات أخرى قد تستخدم في العناية:

- يعتبر **ريميفنتانيل remifentanyl** من الأفيونات الحديثة حيث له بدء تأثير سريع ويتم استقلابه بأنزيمات لا نوعية في البلازما إلى مستقبلات غير فعالة، لذا فإنه لا يتأثر في حال وجود قصور كبدي أو كلوي. إن جرعة البداية للتسكين الخفيف في العناية هي 0.01 إلى 0.05 مكغ/كغ/د والتي يمكن معايرتها إلى 0.1 إلى 0.2 مكغ/كغ/د للحصول على مستوى تسكين أعمق، كما في حال استخدامه في غرف العمليات. إنه دواء واعد حيث يمكن أن يقلل من التأثير المديد للمسكنات، ويمكن أن يقلل من الكمية التي يحتاجها المريض من المهدئات. على كل حال فإن احتمال حدوث التحمل السريع والذي يشار إليه بحالة فرط الألم قد تم وصفه في ريميفنتانيل. وحيث أنه يتم إطراحه بشكل سريع من الجسم فإنه أحياناً ممكن أن يعاني المريض من كونه بدون تأثير مسكن، لذا ففي حال

استخدامه لابد من الأخذ بعين الاعتبار الحيلة لتجنب هذه المشاكل. لقد تم كذلك تسجيل حدوث بطء قلب عابر أحياناً لدى استخدام ريميونتانييل.

- **ترامادول tramadol:** هو مسكن صناعي وله آليتا تأثير، تأثير محرض ضعيف لمستقبلات μ الأفيونية، كما يقوم بنثبيط إعادة التقاط نورابينفرين وسيروتونين، وهذا مما يعزز تأثير الطرق النازلة من الدماغ والمثبطة للألم. إنه مسكن فعال وخاصة عندما يشارك مع أسيتامينوفين (باراسيتامول). تأثيراته الأفيونية الجانبية قليلة أغلبها تأثيرات هضمية. شكله الفعال يأتي من استقلابه الكبدي.

(4) المسكنات الأخرى غير الأفيونية: مثل مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية (ايبوبروفين مثلاً) محدودة الاستخدام في العناية المركزة بسبب تأثيراتها الجانبية مثل حدوث قرحة الشدة والنزف الهضمي، والأذية الكلوية.

- **أسيتامينوفين acetaminophen** أو باراسيتامول الوريدي يستخدم في حال الألم الخفيف إلى المتوسط، وقد برهنت الدراسات أنه دواء آمن وفعال في تخفيف الألم ويقلل الحاجة من الأفيونات وبالتالي التقليل من الآثار الجانبية للأفيونات. لا يبدى باراسيتامول الفموي نفس فعالية الشكل الوريدي، حيث أن قمة التأثير البلاسمي لـ باراسيتامول الوريدي تفوق بـ 70% تلك التي تنتج عن الإعطاء الفموي للدواء، مما يعطي تأثيراً أسرع، وانتشاراً عبر الحاجز الوعائي الدماغى. من المعتمد تخفض جرعة باراسيتامول في حال وجود قصور كبد خفيف إلى متوسط بسبب استقلابه الكبدي. أما في حال وجود قصور كبدي شديد فيعتبر استخدامه مضاد استطباب.

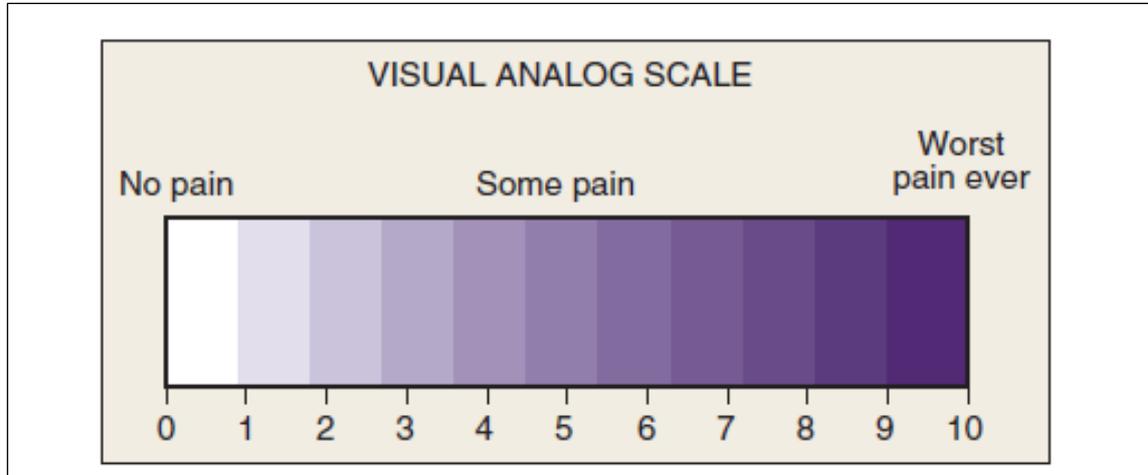
كما توجد تقنيات تسكينية غير دوائية: مثل الحصار المركزي (حول الجافية)، أو حصار الأعصاب المحيطة باستخدامها محدود في العناية باستثناء متابعة خطة التسكين في المرضى ما بعد العمل الجراحي.

ت. تقييم الألم:

يعتبر تقييم الألم من التحديات في العناية. لسوء الحظ فإن معظم مرضى العناية لا يمكن أخذ معلومات كافية عن الألم سواء الجزئي أم الكلي لدى مرضى العناية. على أية حال فإن عدم قدرة مرضى التهوية الآلية أو المهدئين على التعبير عن الألم ينبغي ألا يمنع من تقييم وتدبير الألم. يوجد العديد من المشعرات والمقاييس التي تقييم الألم: منها **مشعر التقييم البصري (VAS) Visual Analog Scale** ومشعر التقييم الرقمي (الشكل 11-2) ومشعر الألم السلوكي، ومشعر العناية الحرجة لمراقبة الألم. في المرضى الذين يتلقون تهديئة عميقة أو إرخاء عضلي عميق، ينبغي البحث عن علامات تفعيل الجهاز الودي مثل ارتفاع الضغط الشرياني، وتسرع القلب، والدُماع، والتعرق، وعدم ثبات المريض (حركة)، كإشارات بديلة على

وجود الألم. كما أن المراقبة الدورية لهذه العلامات بعد إعطاء المسكنات تعطي فكرة عن نجاح التسكين المعطى.

الشكل (11-2) مشعر تقييم الألم البصري VAS: من أقل درجة حيث لا يوجد ألم، ثم ألم متوسط، وحتى أعلى درجة وهو أسوأ ألم مر على المريض (ألم شديد جداً)، يمكن أن يشارك بالأرقام أيضاً من صفر وحتى 10



3. التهذئة في العناية المركزة Sedation in ICU:

يمكن تقييم حاجة المريض للمهدئات بعد التأكد من السيطرة على الألم. يمكن للسيطرة على الألم لوحدها أن تجعل المريض يشعر بالراحة دون الحاجة للمهدئات، وقد يحتاج بعض المرضى إلى تعديل وضعياتهم أو دعمهم كلامياً بينما قد يحتاج بعض المرضى إلى المهدئات لإزالة الشعور بعدم الراحة لديهم وتحقيق التوافق لديهم مع جهاز التنفس الاصطناعي وتخفيف عبء الجهد على الجهاز التنفسي لديهم. يمكن أن يقلل استخدام المهدئات للمرضى من استهلاك الأوكسجين والذي يمكن أن يكون أمراً مهماً لدى بعض المرضى الذين يعانون من صعوبة تبادل الغازات في الرئتين.

أ. أهم المهدئات المستخدمة في العناية المركزة:

(1) بنزوديازيبينات Benzodiazepines :

تعمل البنزوديازيبينات على مستقبلات حمض غاما أمينو بيوتريك GABA ناتجاً عنها تأثيرها المهدئ المزيل للقلق، وتأثيرها المنوم بالجرعات الأعلى.

تنحصر الأدوية المستخدمة في العناية المركزة من هذه المجموعة في ميدازولام ولورازيبام. يتمتع كل من ميدازولام midazolam و لورازيبام lorazepam بخاصية أليفة للدسم، مما يجعلهما يعبران الحاجز الوعائي الدماغى بسرعة وبالتالي يكون بدء تأثيرهما سريعاً. يمتاز ميدازولام عن لورازيبام بكون بدء تأثيره أسرع (أقل من دقيقة مقارنة بحوالي دقيقتين مع لورازيبام). بسبب خاصيتهما الأليفة

للدسم يميل ميدازولام ولورازبام للتراكم في الأنسجة الشحمية عندما يكون هنالك بطء في استقلابهما. أما ديازيبام diazepam فلا يستخدم في العناية لأن نصف عمره الإطراحي طويل ما بين 20-120 ساعة كما أن له مستقلب فعال مما ينتج عن ذلك تأثير مهدئ مديد.

يتم استقلاب البنزوديازيبينات في الكبد بواسطة أنزيم سيتوكروم p450 لذا تتطاول فترة تأثيرها في حال وجود خلل في وظيفة الكبد. ينتج عن استقلاب ميدازولام مستقلبات فعالة والتي تتراكم في الجسم في حال وجود قصور كلوي.

تأثيرات جانبية: تشتهر البنزوديازيبينات بسبب خصائصها الدوائية بطول فترة تأثيرها عند استخدامها بشكل متكرر في العناية المركزة. يمكن أن ينتج عن استخدام لورازبام حالات تسمم بالبروبيلين غليكول والذي يظهر بوجود حمض استقلابي مرتفع الفجوة مع قصور كلوي حاد. يمكن مشاهدة هذه الحالة بشكل خاص عند استخدام لورازيبام بجرعات عالية بالتسريب الوريدي المستمر مثل 15-20 ملغ/سا. ينتج عن البنزوديازيبينات تثبيط تنفسي، وهبوط في الضغط الشرياني، وحدوث الهذيان لدى المريض..

استخدامها في العناية: تعتبر هذه الأدوية عوامل محدثة للهذيان مما جعل منها أدوية غير مفضلة لاستخدامها كخط أول للتهدة في العناية المركزة. تتمتع البنزوديازيبينات أيضاً بخاصية مضادة للصرع، كما أنها تستخدم في حالات الانسحاب من الكحول.

(2) بروبوفول Propofol:

خصائصه الدوائية:

- وهو يعمل على مستقبلات حمض أمينو بيوتريك 2 والذي يختلف عن المستقبل الذي تعمل عليه البنزوديازيبينات وهو محب للدسم بشكل واضح (ويكون معلق ضمن محلول الدسم الداخلي) ولذا فإنه يعبر الحاجز الوعائي الدماغي بشكل سريع ويكون بدء تأثيره خلال دقيقة عند إعطائه بشكل دفعة وريدية، وله إعادة توزع سريعة بشكل واضح للأنسجة المحيطة وذلك خلال دقائق مقترناً مع حجم توزع كبير.
- إن هذه الخصائص الدوائية جعلت منه دواءً مثالياً للصحو السريع بعد إيقاف تسريبه المستمر، حتى في حال تراكمه فلا تتجاوز مدة الصحو بعد إيقافه أكثر من ساعة واحدة فقط. لذلك من الشائع استخدام بروبوفول للتهدة في العناية المركزة.
- يبدو أن — بروبوفول خاصة مضادة للصرع، كما أن له دور في الوقاية من تطور أذية عصبية في حالات نقص التروية الدماغية.

من تأثيراته الجانبية:

- يمكن أن يحدث هبوط الضغط التالي لاستخدامه بسبب التوسع الوريدي الحاصل وكذلك بسبب التثبيط المباشر للعضلة القلبية. لكن تكون هذه التأثيرات بعدها الأدنى في المرضى المنعشين بكمية كافية من السوائل.
- يسبب تسريب بروبوفول تلون البول باللون الأخضر ولكن نادراً وليس من الضروري ذلك أن يعكس السمية به.
- يتم توافر البروبوفول في مستحلب دسم لذا من المهم مراقبة مستوى الشحوم الثلاثية، هنالك أيضاً 1.1 كيلو كالوري لكل 1مل من البروبوفول، والتي يجب أن تدخل في الحساب عند وضع خطة التغذية.
- من النادر حدوث متلازمة تسريب البروبوفول والتي تظهر باضطراب في النظم وقصور قلبي وكلوي وكذلك حماض لبني، وانحلال عضلي وفرط بوتاسيوم الدم والآلية مجهولة. لقد تم وصف هذه المتلازمة لدى الأطفال مما أدى للتحذير من استخدام البروبوفول في وحدة العناية المركزة للأطفال. تحدث متلازمة تسريب البروبوفول بشكل واضح لدى تسريبه بجرعات عالية.

(3) **فوسبروبوفول phospropofol**: يعتبر دواء طليعة لـ بروبوفول وهو بديل محتمل للتهديئة في العناية المركزة، وهو حلول بالماء مع حجم توزع أقل بكثير مقارنة مع بروبوفول. إن التطبيقات الممكنة لهذه الخاصية هي انخفاض احتمالية تراكمه في المخازن الشحمية خلال استخدامه المديد على شكل تسريب مستمر. إن احتمالية التلوث الدوائي لفوسبروبوفول الحلول بالماء أقل من بروبوفول المستحلب. يعتبر بدء تأثيره أبطأ مقارنة بـ بروبوفول كونه يجب استقلابه أولاً إلى الشكل الفعال، ولكن على أية حال يبقى خلال دقائق. يمكن استخدامه بشكل آمن في حال وجود قصور كلوي متوسط، لكن لم يتم بعد دراسته في حالات القصور الكبدي. لازال يحتاج إلى دراسات إضافية للتأكد من استخدامه بشكل فعال وآمن في حال التسريب الوريدي المديد له.

(4) **ديكسميد يتوميدين dexmedetomidine**:

- يعتبر مقلد ألفا 2 agonist والتي تعمل بشكل عصبي مركزي على تثبيط تحرير نورإبينفرين الناقل الأساسي في الجهاز الودي.
- توجد مستقبلات α_2 بشكل رئيسي في الدماغ والنخاع الشوكي وتتدخل في أدوار متعددة: التهديئة والتسكين، وتثبيط الودي مما يبطئ معدل القلب، ويسبب توسع الأوعية الدموية، ولها

- تأثير مقبض وعائي بالآلية مباشرة على العضلات الملساء للأوعية، إضافة لتأثيرها المدر والآلية غير واضحة (انظر الشكل 11-3)
- لـ ديكسميديتوميدين تأثير مهدئ ومسكن بنفس الوقت مما يجعله من الأدوية التي يمكن أن تكون مثالية لاستخدامه للتهدئة في العناية المركزة، وخاصة في حالات التهدئة الخفيفة.
 - كما أنه ليس له تأثير مثبط للتنفس، ويكون المريض عادة صاحباً عند تنبيهه ويمكنه اتباع التعليمات.
 - وكذلك فهو أقل إحداثاً للهديان مقارنة مع البنزوديازيبينات ويقلل أيضاً من فترة البقاء على التهوية الآلية.
 - يعتبر تباطؤ القلب وهبوط الضغط أشد الآثار الجانبية، والتي تحدث بنسبة أقل إذا ماتم تجنب إعطاء جرعة تحميل منه وتم الاكتفاء بجرعة الاستمرارية.

(5) كيتامين ketamine:

- يعتبر كيتامين دواء معاكس لمستقبل NMDA الذي يرتبط بنقل الألم والحساسية المركزية.
- من النادر استخدام كيتامين للتهدئة أو التسكين في العناية المركزة. إنه دواء منوم فصامي مع إحداث نسيان وله خصائص مسكنة.
- إنه دواء مقلد للودي يحدث تسرع قلب وارتفاع في ضغط الدم، رغم ذلك يمكن أن يكون له تأثير سلبي مباشر على القلوصية العضلية. كما أنه يميل لأن يحدث أحلاماً مزعجة وهديان، وهذا ما يحد من استخدامه في العناية المركزة.
- من ميزاته الرئيسية أنه لا يحدث عادة تثبيط تنفسي، وهو موسع قصبي ولكنه أيضاً يمكن أن يزيد المفرزات في الجهاز التنفسي.
- لايسبب غثيان أو إقياء أو ضعف في حركة الأمعاء أو احتباس بولي.
- يمكن استخدامه في الاستقصاءات القصيرة مثل إجراء التنبيب الرغامي.
- بالجرعات القليلة (> 1 مغ/كغ) له تأثير مسكن بدون تأثيرات جانبية تقريباً.
- استخدامه مع الأفيونات الوريدية يعزز من التأثير المسكن ويساعد على الإنقاص من جرعة الأفيونات المستخدمة في التسكين
- إذا تم إعطاؤه بالتسريب الوريدي المستمر فإن الجرعة الموصى بها هي من 0.1 إلى 0.2 ملغ/كغ/سا.

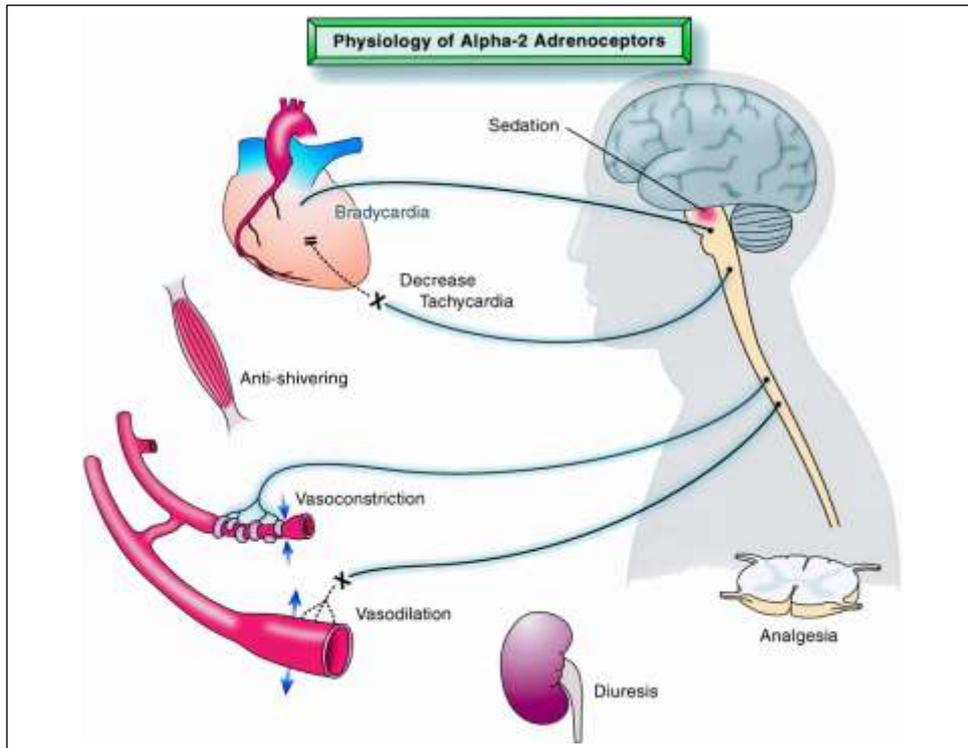
(6) إيتوميدات Etomidate:

- يعتبر من أدوية التخدير التي تستخدم أحياناً لتسهيل إجراء التنبيب الرغامي. لها خاصية منومة لكن ليس لها خصائص مسكنة. وسبب شيوعها كونها نادراً ما تحدث انخفاضاً في الضغط.
- تأثيرها الجانبي المهم هو كون أنها تحدث تثبيط كظري، ولذلك يجب تجنبه في حال الصدمة الانتانية.

(7) **باربيتورات Barbiturates:** تم الاحتفاظ بـ ثيوبنتون thiopentone لحالات خاصة مثل تدبير ارتفاع الضغط داخل القحف المعند، أو لتدبير الحالات الصرعية. ليس من الشائع استخدامه كعامل تهدئة عام نظراً لطول نصف عمره عند إعطائه على شكل تسريب وريدي مستمر.

(8) **المخدرات الغازية الإنشاقية Inhalation volatile anesthetics:** مثل إيزوفلوران وسيفوفلوران والتي يتم استخدامها في غرف العمليات من سنوات طويلة، ولكنها محدودة الاستخدام في العناية المركزة بسبب صعوبة الاحتفاظ بغازات التخدير، وهذه المشكلة قد تم حلها بوجود أجهزة التهوية الآلية الحديثة حيث يتم توصيلها وإعادة تدويرها ضمن الدارة، ولكن لا يوجد دراسات معتبرة لتقييم كفاءتها وأمان استخدامها لفترات طويلة لمرضى العناية المركزة. قد تفيد في حالات النوبات الربوية المعندة التي لا تستجيب للموسعات القصبية.

الشكل (11- 3) أدوار مستقبلات α_2 في الجسم



ب. تقييم مستوى التهدئة:

من المهم عند استخدام المهدئات تقييم مستوى تأثيرها بأدوات مناسبة.

حيث أن التهدئة العميقة لها آثار جانبية سيئة: تأخر الفطام عن التهوية الآلية، وتأخر المكث في العناية المركزة، وتطور الهذيان المرتبط بالعناية، إضافة لحدوث متلازمة الانسحاب في حال الاستخدام المديد لها.

أما التهدئة الخفيفة فتعرض المريض مثل انسحاب الأنبوب الرغامي (الإنباب الذاتي) self extubation، أو تزلزل الخطوط الشريانية والوريدية، وعدم الاستقرار الهيموديناميكي والتنفسي، ويبقى المريض في شدة نفسية.

أول ما تم استخدام أنظمة لتقييم درجة التهدئة كان في السبعينيات. بعد ذلك تم إدخال العديد من المقاييس التي تقيم التهدئة عند مرضى العناية المركزة:

- مقياس ريشموند للتهيج والتهدئة (RASS) وهو من أشهر المقاييس المستخدمة
- مقياس رامسي للتهدئة (RSS) Ramsay Sedation Score
- تخطيط الدماغ الكهربائي.

(1) مقياس ريشموند للتهيج والتهدئة (RASS) Richmond Agitation-Sedation Score

وهو من أشهر المقاييس المستخدمة لتقييم التهدئة إضافة للهيلاج في العناية المركزة، ويتضمن نقاط إيجابية كلما زادت تدل على زيادة مستوى الحركة والهيلاج، ونقاط أخرى سلبية كلما زادت تدل على زيادة التهدئة حتى الوصول للتهدئة العميقة فالسبات، انظر الجدول (11-1).

الجدول (11-1) مقياس ريشموند للتهدئة والهيلاج RASS

الدرجة	استجابة المريض للمنبهات الصوتية والجسمية
+4	مستعد للقتال، عنيف، خطير على المحيطين
+3	متهيج بشدة، ينزع الأنابيب والقسطر، عنيف
+2	متهيج، يتحرك حركات متكررة غير هادفة، يعاكس جهاز التنفس الاصطناعي
+1	مضطرب، قلق، عصبي لكن حركته ليست عنيفة أو شديدة
0	صاحي وهادئ
-1	غير متجاوب بشكل كامل، لكن لديه صحو (فتح عينين لمدة أكثر من عشر ثواني) على المنبهات الصوتية
-2	تهدئة سطحية، نعسان، لديه صحو (فتح عينين لمدة أقل من عشر ثواني) على المنبهات الصوتية أو الفيزيائية
-3	تهدئة معتدلة، حركة أو فتح عينين (دون تواصل بالعينين) على المنبهات الصوتية
-4	تهدئة عميقة لا يوجد استجابة على المنبه الصوتي، لكن يوجد فتح عينين أو حركة على المنبهات الفيزيائية
-5	لا يوجد استجابة على المنبهات الصوتية ولا الفيزيائية

يختلف مستوى التهدة المطلوب بين مرضى العناية، فحسب مقياس ريشموند:

- في معظم المرضى نحتاج مستوى تهدة خفيف إلى متوسط نحقق مشعر ريشموند ما بين صفر إلى -2.
- لكن في بعض الحالات نحتاج إلى تهدة عميقة حيث نحافظ على مشعر ريشموند -3 إلى -5 كما في الحالات التالية: متلازمة العسرة التنفسية الحادة الشديدة، أو رض الرأس شديد، أو في الحالة الاختلاجية أو الحالة الربوية، وذلك بغية التدبير الأمثل لهذه الحالات.

(2) تخطيط الدماغ الكهربائي: يؤمن تخطيط الدماغ الكهربائي قياساً للفعالية الدماغية، وهو مناسب لتقييم

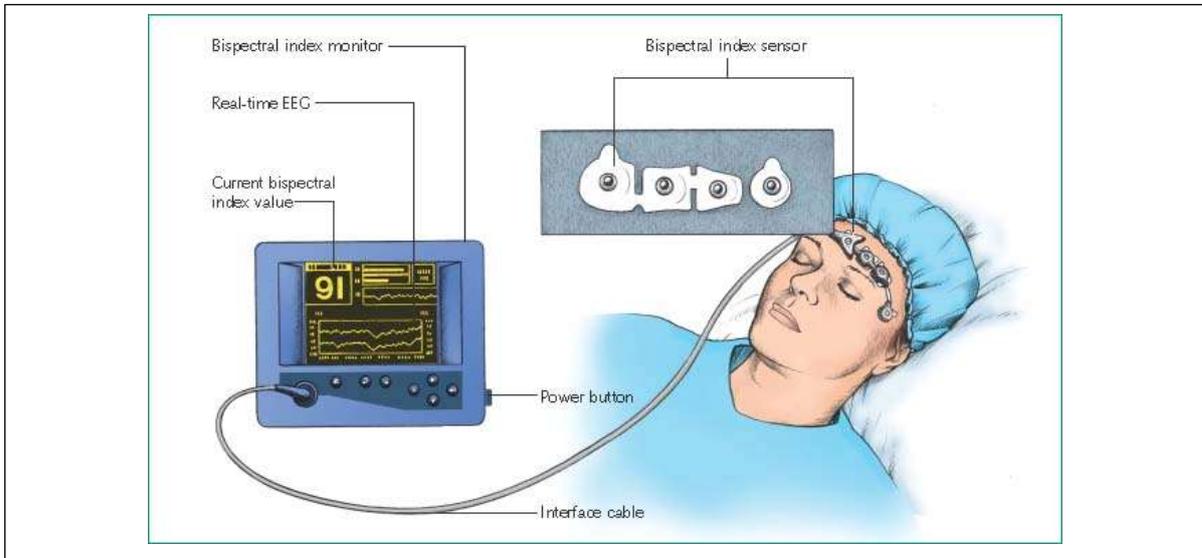
عمق التخدير وقد ثبت فعاليتها في ذلك، ولكن قد يكون من الصعوبة القيام بتفسيره في مرضى الاعتلال الدماغى. حديثاً تم توفر أجهزة تقوم بتحليل تخطيط الدماغ الكهربائي مثل **مقياس الطيف الثنائي**

Bispectral Index Sensor (BIS) حيث يعطي المقياس قراءة بشكل رقمي تتراوح من الرقم

صفر أي لا يوجد أي فعالية دماغية وحتى الرقم 100 حيث الصحو الكامل.

دور هذا المقياس في العناية المركزة لم يحدد بشكل واضح بعد، حيث لم يتم استخدام هذه الأجهزة بشكل واسع بعد في العناية المركزة. كما أن استخدامها له عوائق عملية مثل القيام بتحريك المريض. يمكن استخدامها في حالات خاصة مثل الحصول على تخطيط دماغي في حالة سواء كهربائي لدى مرضى يتم علاجهم من حالة ارتفاع ضغط شديد داخل القحف.

الشكل (11- 4) مقياس الطيف الثنائي كبديل عن تخطيط الدماغ الكهربائي لتقييم درجة التهدة والصحو



4. الإرخاء العضلي في العناية في ICU Muscle relaxation in ICU

لقد تم الابتعاد عن استخدام المرخيات العضلية خلال العقدين الماضيين، حيث ثبت تطول فترة الضعف العضلي لدى مرضى العناية المركزة الذين تلقوا المرخيات العضلية بسبب تراكمها لديهم.

مؤخراً تم الحديث عن استخدام هذه الأدوية في مجموعة محددة من المرضى المصابين بمتلازمة العسرة التنفسية الحادة الشديدة حيث وجد بابازين وزملاؤه أن استخدام سيسأتراكوريوم لمدة 48 ساعة قد حسن البقاء لدى هؤلاء المرضى.

أ. إن الاستطبابات المعروفة لاستخدام المرخيات العضلية هي:

- تسهيل إجراء التنبيب الرغامي
- كذلك لدى المرضى الذين لديهم عدم توافق (عدم تزامن) مع جهاز التهوية الآلية ولم يتم السيطرة عليه رغم الاستخدام الأمثل للمهدئات
- تحسين مطاوعة الصدر في بعض الحالات مثل الإصابة بالكزاز
- إحداث إعادة توزع للتدفق الدموي بعيداً عن العضلات الصدرية لدى المرضى الذين تصعب أكسجتهم (خاصة مرضى العسرة التنفسية الحادة الشديدة ARDS)

يجب الأخذ بعين الاعتبار أن المرخيات العضلية لا تمتلك خاصية إحداث النسيان، لذا فإنه يتوجب استخدام المهدئات حتى الوصول لدرجة النسيان إذا كان سيتم استخدام المرخيات العضلية وذلك لتجنب إحداث الإرخاء العضلي عند مريض صاحٍ. ويتم تقييم مستوى الوعي عند هؤلاء المرضى باستخدام تخطيط الدماغ الكهربائي (مثل مقياس الطيف الثنائي BIS) وذلك للتأكد من كون المريض في حالة نسيان.

في حال تم استخدام المرخيات العضلية لدى مرضى العناية المركزة فإنه يتوجب إيقافها بشكل يومي، كما هو الحال بالنسبة للمهدئات والمسكنات

ب. أهم المرخيات أو أدوية الحصار العصبي العضلي NMBs:

(1) سوكونيل كولين succinylcholine:

- المرخي الوحيد النازع للاستقطاب المستخدم.
- غالباً ما يستخدم لتسهيل إجراء التنبيب الرغامي وخاصة في المباشرة السريعة المتتالية rapid sequence induction .
- بدء تأثيره سريع عادة 30-60 ثانية ، وفترة تأثيره قصيرة 5-15 دقيقة.
- بعد إعطائه يظهر لدى المريض تقلصات عضلية حزمية متبوعة بشلل رخو.

- يتم استقلاب سوكسونيل كولين بخميرة الكولين استراز الكاذبة.
- آثاره الجانبية: بطء القلب، فرط بوتاسيوم الدم، ارتفاع الضغط داخل القحف، وارتفاع الضغط داخل العين تالية للتحزم العضلي. ومن المعروف أن سوكسونيل كولين قد يحدث متلازمة فرط الحرارة الخبيث.
- يوجد مضاد استطباب نسبي لدى مرضى السكتة الدماغية، وجود رض في الأشهر الثلاثة الماضية، شلل شقي أو نصفي في الأشهر الستة الماضية، ووجود حرق لدى المريض خلال سنة (بعد مرور 24 ساعة من الحرق)، وذلك بسبب احتمال حدوث ارتفاع شديد في بوتاسيوم الدم.

(2) روكورونيوم rocuronium:

- من أدوية حصار الوصل العصبي العضلي غير النازعة للاستقطاب
- بدء تأثير مشابه لـ سوكسونيل كولين مابين 45-60 ثانية. مدة تأثيره مشابه لـ سيسأتراكوريوم (30-45 دقيقة).
- عادة ما يتم استخدامه كبديل لـ سوكسونيل كولين لإجراء التنبيب السريع وذلك عندما يكون هنالك مضاد استطباب لاستخدام سوكسونيل كولين (مثل وجود حرق أو أذية نسجية أو فرط بوتاسيوم الدم).
- تأثيره بسيط جداً على ضربات القلب وضغط الدم.

(3) سيسأتراكوريوم cisatracorium:

- يعتبر أفضل المرخيات العضلية حيث يتم استقلابه ذاتياً بطريق هوفمان، بغض النظر عن وظيفة الكبد أو الكلية.
- (4) أما المرخيات الأخرى مثل بانكورونيوم وفيكورونيوم فيندر استخدامها في العناية المركزة. بانكورونيوم له تأثير حال لنظير الودي مما يؤدي إلى زيادة طفيفة في ضربات القلب، ويتم إطراره عن طريق الكلية. أما فيكورونيوم vecuronium فيمتد تأثيره من 30-60 دقيقة بعد جرعة مفردة وله مستقلب يتراكم في مرضى القصور الكلوي، ويؤدي ذلك إلى تطاول مدة الإرخاء.

ت. أهم اختلاطات استخدام المرخيات في العناية المركزة:

- (1) تطاول فترة تأثير المرخي العضلي وتأخر عودة التنفس العفوي مما يؤخر فطام المريض عن التهوية الآلية.

(2) حدوث الاعتلال العصبي العضلي المرتبط بالمرض الحرج والذي يتفاقم بالاستخدام المرافق للستيروئيدات.

ث. مراقبة مستوى الإرخاء العضلي في العناية:

يعتبر استخدام الحاث العصبي المحيطي **peripheral nerve stimulator** الأداة الرئيسية لمراقبة مستوى حصار الوصل العصبي العضلي، وعادة يوضع قطبي الحاث العصبي على العصب الزندي. من خلال تنبيه قطار الأربعة **train of four** يتم إصدار أربعة تنبيهات متتالية من الحاث العصبي. في حال غياب تأثير المرخي العضلي يتم ظهور أربع استجابات متتالية بتنبيه قطار الأربعة، أما في حال حصار 85-90% من مستقبلات الوصل العصبي العضلي فتظهر استجابة واحدة من أصل أربعة. إن حصار 70-85% من مستقبلات الوصل العصبي العضلي يؤدي إلى استجابة ثنائية إلى ثلاثية من تنبيه قطار الأربعة بالحاث العصبي، ويعتبر هذا هو الهدف في معظم الحالات ويتم على أساسه ضبط جرعة المرخي العضلي بالتسريب.

5. استراتيجيات التهدئة في العناية المركزة **Sedation strategies in ICU**

يعتبر وضع استراتيجيات التهدئة من الأمور المهمة لتقصير فترة حاجة المريض لكل من التهوية الآلية والمشفى، ولتلافي التأثيرات الجانبية الأخرى لاستخدام المهدئات في العناية المركزة.

لقد قام العالم ستروم **Strom** وزملاؤه بنشر دراستهم التي قارنت بين استراتيجية عدم استخدام المهدئات مع مجموعة استخدمت المهدئات بشكل يومي. لقد تلقت المجموعة التي لم تستخدم المهدئات المورفين عند اللزوم. لقد ظهر أن المجموعة التي لم تستخدم المهدئات قد احتاجت للتهوية الآلية عدداً أقل من الأيام، وكذلك كانت فترة إقامتهم بالعناية المركزة وبالمشفى أقصر، ولم تختلف نسبة الإنجاب الذاتي (نزع أنبوب التهوية من قبل المريض) بين المجموعتين.

تهدف التهدئة في معظم المرضى إلى تأمين راحة ورضى المريض مع المحافظة مستوى تهدئة خفيفة (مشعر ريشموند 0 إلى -2)، بحيث يمكن للمريض إلى التنبيهات الصوتية وينفذ بعض التعليمات عندما يطلب منه. أما التهدئة العميقة (مشعر ريشموند -3 إلى -5) فتستطب في حالات خاصة مثل استعمال المرخيات العضلية في مرضى متلازمة **ARDS** والحالات الاختلاجية، ومع ذلك ينبغي أن يتم تقييم المريض يومياً لمعرفة إمكانية العودة إلى التهدئة الخفيفة.

يعتبر استخدام المهدئات والأفيونات من عوامل الخطورة لزيادة حدوث الهذيان لدى مرضى العناية المركزة والتي قد تشير إلى سوء الإنذار في المرضى الحرجين.

على الرغم من أهمية اختيار المهدئات بصورة دقيقة اعتماداً على الخصائص الدوائية والعوامل المتعلقة بمرضى العناية المركزة، فإن الأهم من ذلك هو اعتماد ذلك استراتيجياً خاصة في التهدئة.

أ. لقد تم وصف العديد من الاستراتيجيات في مقاربة التهدئة في العناية أهمها:

- التهدئة الموجهة نحو الهدف محدد مع استخدام المشعرات

- التهدئة القائمة على التسكين

- التهدئة المتقطعة

- بروتوكول الإيقاف اليومي للمهدئات

يجب أن يكون الغاية من هذه الاستراتيجيات إنجاز أهداف واضحة ومحددة سلفاً للوصول لمستوى معين من التهدئة. إن اختيار مستوى التهدئة يجب أن يحدد بناءً على طبيعة المرض وصفات المريض والعلاجات والتدخلات العلاجية التي يتلقاها.

(1) التهدئة الموجهة نحو الهدف goal-directed sedation: كانت أول طريقة تم وصفها

حيث يتم ضبط مستوى التهدئة تبعاً لمشعر القياس المستخدم مثل مشعر ريشموند للتهدئة والهيلاج RASS. يجب تدوين الهدف من التهدئة من قبل الطبيب ونقله إلى الممرضة المتابعة لحالة المريض والتي لها الدور الأكبر في إنجازه والمحافظة على المستوى المطلوب. بعد وضع الهدف فإنه يجب تقييم مستوى التهدئة بشكل متكرر ومنتظم.

(2) التهدئة القائمة على التسكين analgosedation: وهي من المقاربات الحديثة والتي يفضل

تطبيقها في بعض المرضى والذين يكون استخدام التهدئة ليس جزءاً من علاجهم. يتم عادة البدء بالمسكنات الأفيونية وعندما يتم السيطرة على الألم يتم استخدام التواصل الصوتي للوصول لمستوى مرضٍ للمريض وفقاً لمستوى التهدئة المطلوب.

(3) التهدئة المتقطعة intermittent sedation: وتتم بإعطاء أدوية مهدئة بجرعات وريدية

متقطعة يتم ضبطها وفقاً لمشعر التهدئة المتبع، وأكثر ما تستخدم التهدئة المتقطعة مع البنزوديازيبينات مثل ميدازولام أو لورازيبام.

(4) بروتوكول الإيقاف اليومي للتهدئة daily interruption of sedation: حيث يتم

إيقاف المهدئات والمسكنات (والمرخيات) أو ما يسمى بإجازة المهدئات sedation vacation بشكل يومي وتقييم المريض، في حال سمحت حالته بذلك، ويتم اقتران تجربة التنفس العفوي اليومية مع إيقاف المهدئات وهنا يوجد احتمالات:

- إما أن يمضي المريض التجربة بنجاح فيتم المتابعة وطاقم المريض عن التهوية الآلية إذا كانت ضمن الخطة

- أو أن يستعيد المريض وعيه فيتم إعادة المريض إلى المهدئات بجرعة أقل مع مستوى محدد بالمشعرات إذا لم يكن هناك خطة لفظام المريض عن التهوية
- أو يحدث هياج مع المريض ونضطر لإعادة التهدئة مباشرة بإعطاء جرعات وريدية متقطعة من المهدئ ثم متابعة التهدئة المستمرة مع مستوى محدد بالمشعرات.

إن استراتيجية الاقتران بين الإيقاف اليومي للمهدئات مع تجربة التنفس العفوي أثبتت فعاليتها في انخفاض عدد الأيام التي استخدم فيها المريض التهوية الآلية، كما أدت إلى انخفاض معدل الوفيات خلال سنة، مع خطورة منخفضة لاستخدام جرعات زائدة من المهدئات. كما يمكن أن يساهم المرضى المتجاوبون من خلال تطبيق هذه الاستراتيجية في إجراءات إعادة التأهيل المطبقة عليهم. إن البدء بالعلاج الفيزيائي والوظيفي خلال فترة صحو المريض اليومية يحسن من الأداء الوظيفي للمريض في نهاية فترة إقامته في المستشفى. كما ظهر أن الإيقاف اليومي للمهدئات لدى المرضى قد قلل من اضطراب الشدة ما بعد الرض posttraumatic stress لديهم.

ب. إن الفوائد من استراتيجيات التهدئة المقترحة تتضمن

- (1) تقصير مدة الحاجة للتهوية الآلية
- (2) تقصير مدة الإقامة في العناية المركزة
- (3) فوائد اقتصادية (تقليل التكلفة)
- (4) تقليل الحاجة للاستقصاءات العلاجية مثل التصوير الطبقي المحوري (لتقييم سبب تدني مستوى الوعي).
- (5) تقليل نسبة الإصابة بذات الرئة المرافقة لاستخدام التهوية الآلية.
- (6) احتمال تقليل نسبة الوفيات.

ت. تتضمن مساوئ هذه الاستراتيجيات

- (1) ارتفاع نسبة الإنجاب الذاتي (نزع الأنبوب الرغامي من قبل المريض)
 - (2) ارتفاع احتمال الإصابة بنقص التروية القلبية
 - (3) تحريض متلازمة الانسحاب
- بالنسبة للمخاوف المتعلقة باحتمال زيادة حدوث الاضطرابات العصبية النفسية (مثل اضطراب الشدة التالي للرض) فإنه لم يتم إثبات ذلك، بل على العكس فإن الدلائل تشير لانخفاض حدوث مثل هذه الاضطرابات عند استخدام هذه الاستراتيجيات.

خلاصة يمكن أن نطبق الخطة العملية التالية في تهدئة مريض العناية:

- المداخلات غير الدوائية بتحقيق جو محيط مريح للمريض

- البدء بتسريب مسكن لتحقيق تهدئة خفيفة موجهة بمشعر ريشموند (0 إلى 2)
- إعطاء جرعات متقطعة من بنزوديازيبين (ميدازولام أو لورازيبام) عند الضرورة (حركة المريض الزائدة أو هياجه)
- في حال الحاجة لمزيد من التهدئة بمستوى خفيف يتم تسريب ديكسميديتوميدين، أو بروبوفول.
- في حال الحاجة لتهدئة عميقة (مثلاً مع الإرخاء العضلي) يتم تسريب بروبوفول، أو ميدازولام، أو لورازيبام مع إتباع مشعر ريشموند (3- إلى 5)
- يتم الإيقاف اليومي للمهدئات/المسكنات/المرخيات إذا كانت تسمح حالة المريض وإعادة تقييم حاجته لها.

6. الهياج والهذيان في العناية المركزة:

أ. الهياج **Agitation** في العناية المركزة: من الشائع حدوث الهياج لدى مرضى العناية، حيث يعتقد بوجود الهياج لدى 71% من مرضى العناية المركزة، وكثيراً ما يرتبط الهياج في العناية المركزة بالقلق أو بالهذيان. يؤدي الهياج إلى طول المكث في العناية، ويزيد من التكلفة.

(1) وأسباب الهياج في العناية متعددة:

- اضطرابات استقلابية (خاصة نقص أو فرط الصوديوم)
- الحمى
- نقص الأكسجة
- هبوط الضغط الشرياني
- استخدام المهدئات والمسكنات (خاصة بنزوديازيبينات)
- الانتان الجهازى
- الانسحاب من الكحول
- الضجة، والإزعاج، والألم

يتراوح الهياج من الخفيف إلى المتوسط فالشديد ويتم تقييمه عادة بمشعر ريشموند للتهدئة والهياج. يعتبر وجود الهياج الشديد حالة مهددة للحياة، قد يسبب الإنجاب الذاتي، واقتلاع القساطر من قبل المريض، وحدوث انتانات المشافي لديه وزيادة إنتاج CO2 وزيادة استهلاك الأكسجين والحمض اللبني. إضافة إلى حدوث نقص الأكسجة، وأذيات الرض الضغطي، وتقلبات في الضغط الشرياني بسبب عدم تزامن المريض مع المنفسة (المريض يقاتل المنفسة).

(2) ومن الضروري معرفة أسباب الهياج قبل بدء معالجته. يجب بداية نفي الأسباب الخطيرة والمهددة للحياة والتي قد تسبب الهياج مثل نقص الأكسجة، أو هبوط الضغط الشرياني، أو الريح الصدرية، ثم البحث عن الأسباب الأخرى. (يجب التنويه إن إعطاء دواء مهدئ لمريض يعاني من الألم من دون تسكين الألم أولاً سوف يحرض حدوث الهياج).

(3) في تدبير الهياج: في حال معرفة سبب الهياج يتم معالجة السبب. أما في حال عدم معرفة السبب بعد البحث، فلا بد من تهدئة المريض منعاً لإيذائه نفسه أو إيذائه للآخرين، من المعتمد في التوصيات الحديثة البدء بإعطاء المسكن كخط أول قبل المهدئ، ثم يمكن إعطاء دواء مهدئ مثل بنزوديازيبينات، ثم المهدئات النفسية مثل هالوبيريدول (انظر لاحقاً).

ب. الهذيان في العناية المركزة ICU Delirium :

يحدث الهذيان بشكل شائع لدى مرضى العناية المركزة، توجد عوامل تتعلق بالمريض وأخرى بيئية محيطية. إن الوقاية والتدخل الباكر مع المعالجة الفعالة للهذيان هما العنصران الأساسيان التي يمكنهما أن يحسنا النتائج على المريض ويقللان من مدة الإصابة والتكلفة.

(1) ماهو الهذيان؟ هو اضطراب في الوعي يؤدي إلى عدم القدرة المحافظة على الانتباه أو لفت الانتباه. يتطور هذا الاضطراب يتطور خلال وقت قصير دون أن يسبق ذلك عته مسبق لدى المريض.

(2) إن نسبة حدوث الهذيان لدى المسنين في العناية مرتفعة جداً حيث تقدر نسبة الحدوث لدى المسنين المنبئين في العناية المركزة ما بين 30-80%. ويوجد أدلة قوية أن الهذيان يتسبب بطول المكث في العناية والمشفى، وطول مدة بقاء المريض على التهوية الآلية، والتكلفة/ والمرضاة والوفيات لدى المرضى. كما أن هذيان العناية يرتبط بعسر الوظيفة المعرفية المزمن، لذلك فإن الكشف المبكر مع التدبير المناسب أمر إلزامي لدى مرضى العناية المركزة.

(3) الآلية المرضية للهذيان: غير واضحة البعض يعتقد بحدوث عدم توازن في النواقل العصبية زيادة أو نقصاً. كما يفترض البعض الآخر تدخل الآلية الالتهابية على مستوى الجهاز العصبي المركزي مما يسبب حدوث الهذيان.

(4) عوامل الخطورة لتطور الهذيان في العناية: يوجد نوعان من العوامل:

- عوامل غير قابلة التعديل: التقدم في السن، ووجود اضطراب سابق وظيفي أو معرفي، يمكن لمرضى العته أن يحدث لديهم هذيان (تغير حديث في مستوى الوعي عندهم)
- عوامل قابلة للتعديل: وهي الأهم مثل البيئة المحيطة بالمريض (عدم وجود نافذة أو ساعة في الغرفة)، عدم الحركة، اضطراب حلقات النوم واليقظة عند المريض، اضطراب احساسات

المريض، اختيار المهدئات والمسكنات، وربط المريض وتقييده. يمكن تعديل هذه العوامل مما يقلل من حدوث الهذيان ويقصر من مدته في حال حدوثه.

(5) تشخيص الهذيان في العناية: من أهم المشعرات لتقييم الهذيان في العناية هو طريقة تقييم

التخليط العقلي المعدلة للعناية Modified confusion assessment method for

the ICU(CAM-ICU) ويشرك معه مقياس ريشموند للتهدة والهياج RASS بحيث

يمكن وضع تشخيص الهذيان كمايلي:

- مستوى مشعر RASS هو 3- أو أعلى (أما 4- أو 5- فهو سبات ولا يمكن تقييم الهذيان)
- التغيير الحاد أو التقلب الحاد في الحالة العقلية
- عدم الانتباه
- تغيير مستوى الوعي: كحدوث توجس، أو خبل، أو ذهول، أو سبات
- أفكار غير مرتبة

وتساعد الأسئلة الموجهة للمراقبين لكشف وجود هذه المعايير عند المريض (انظر الجدول 11-2)

الجدول (11- 2) الأسئلة الموجهة لكشف معايير تشخيص الهذيان

الاضطراب	السؤال المطروح
التغيير الحاد أو التقلب في الناحية العقلية	والسؤال هو هل هناك أي دليل على حدوث تغيير حاد في حالة المريض العقلية عن وضعه السابق؟ هل يحدث تقلب في سلوك المريض الشاذ أثناء اليوم؟
عدم الانتباه	هل حدث لدى المريض صعوبة في تركيز انتباههم، مثلاً الصعوبة في الحفاظ على الكلام في الموضوع المطروح؟
أفكار غير مرتبة	هل كان تفكير المريض غير مترابط أو غير مرتب، أو أفكار غير واضحة، أو تدفق غير منطقي فيها، أو الانتقال غير المتوقع من موضوع إلى آخر؟
تغير في مستوى الوعي	هل يستجيب للتنبيهات الصوتية أو اللمسية؟ أم لا يستجيب لشيء؟

- **تحديد السبب:** من أكثر الأسباب شيوعاً اضطرابات السوائل والشوارد، والانتانات، والاضطرابات الاستقلابية، أو الانسمامات (المهلوسات أو الكوكائين)، الانسحاب من تناول الكحول، والأسباب الدوائية مثل بنزوديازيبينات، والأفيونات، والمضادات الكولينية. معظم حالات الهذيان توجد عدة أسباب مجتمعة.

● **تجنب العوامل المحرّضة:** توجد العديد من العوامل التي تحرض أو تفاقم الهذيان كالتي تم ذكرها مع عوامل الخطورة القابلة للتعديل. إن تعديل هذه العوامل يقلل من حدوث الهذيان كما يقصر من مدته.

- **الحد من تثبيت المريض** ويشمل أيضاً وجود القسطرة البولية، أو أنبوب المستقيم لأنها كلها تحد من حركة المريض. لذلك يتم يومياً تقييم الحاجة لإيقاف هذه العوامل عند انتهاء الحاجة لها.

- **التقليل من اضطراب حلقات النوم واليقظة:** بتوفير ضوء خافت، وتقليل التنبيهات الحسية في الليل. وفتح النوافذ أثناء النهار، وتجنب المشاهدة المستمرة للتلفاز، والحد من الزوار، وتجنب إيقاظ المريض المتكرر أثناء الليل. عند المرضى المسنين الذين ربما لديهم نقص في الرؤية أو السمع يجب تأمين النظارات، والسماعات ليقفوا متوجهين وعلى تواصل مع المحيط.

- **تشجيع المريض على الحركة الباكرة** مما ينقص من حدوث الهذيان ويقصر مدته، وينقص فترة الاعتماد على التهوية الآلية، وينقص التكلفة أيضاً.

● **المعالجة الدوائية:** إن استعمال المهدئات وخاصة البنزوديازيبينات قد يختلط بحدوث الهذيان ويعززه باستثناء البروبوفول والأفيونات.

- تم استخدام **هالوبيريدول haloperidol** في الهذيان المترافق بالهياج، بجرعة وريدية 1-10 مغ وبداية تأثير من 2-5 دقائق (نصف عمره حوالي ساعتين ويستقلب الدواء في الكبد)، ولكن من تأثيراته الجانبية، تطاول قطعة QT على تخطيط القلب الكهربائي، وظهور أعراض خارج هرمية أحياناً.

- كما استخدمت المهدئات النفسية من الجيل الثاني (مثل أولانزابين **olanzapine** ، وكوتيابين **quetiapine**) التي أنقصت من حدوث الهذيان مع قلة الآثار الجانبية الناتجة عنها مقارنة بالهالوبيريدول. من الأفضل استعمال الجرعة الأقل من الدواء ولأقصر فترة.

خلاصة

- يعتبر جو العناية المركزة للعديد من المرضى مخيفاً ومجهداً، وكثير من إجراءات العناية تسبب القلق والألم للمرضى
- يتميز استخدام المهدئات والمسكنات في العناية عن العمليات بفرقين أولهما وجود عسر وظيفة في عدة أعضاء لدى المريض، وثانيهما الحاجة لإعطائها لفترة طويلة
- يعود تراكم العديد من المهدئات والمسكنات بعد إيقاف تسريبها إلى تطاول نصف عمرها الحساس للتسريب، وهو الزمن اللازم لكي ينخفض التركيز البلاسمي للدواء إلى النصف بعد إيقاف تسريبه.
- يتطاول نصف العمر الحساس للتسريب مع الأدوية المنحلة بالدسم كالفنتانيل والميدازولام.
- يجب دائماً تحري وجود الألم عند مريض العناية وعلاجه الباكر
- الأفيونات هي أول المسكنات المستخدمة في العناية المركزة وخاصة منها مورفين، وهيدرومورفون، وفنتانيل
- الريميفنتانيل هو أفيون حديث له بدء تأثير سريع، وإطراح سريع لاستقلابه في البلاسما وهو دواء واعد في العناية المركزة.
- تم استبعاد استخدام ميبيريدين في العناية المركزة
- أسيتامينوفين (باراسيتامول) الوريدي مسكن غير أفيوني فعال وآمن وقليل الأثار الجانبية، ويقال الحاجة من الأفيونات.
- يعتبر مشعر التقييم البصري والتقييم الرقمي هما الأكثر استخداماً لتقييم الألم عند المريض
- البنزوديازيبينات مهدئات لها خاصية مضادة للصرع، ويفضل استخدامها بالجرعات المتقطعة أو الحاجة للتهدئة العميقة وترتبط بحدوث الهذيان في العناية.
- البريوفول مهدئ سريع التأثير وقليل التراكم ويستخدم بشكل شائع في تهدئة مرضى العناية
- الديكسميديتوميدين مهدئ بألية مقلد ألفا2 وله تأثير مهدئ ومسكن ويعتبر مثالي لمعظم حالات التهدئة في العناية
- يمكن استخدام كيتامين مع الأفيونات في العناية لتعزيز تأثيرها المسكن وإنقاص الجرعة اللازمة منها
- معظم المهدئات تسبب هبوطاً في الضغط الشرياني، لكن يضعف هذا التأثير في حال التصحيح المسبق لنقص الحجم بالسوائل
- الأيتوميدات دواء يؤمن استقراراً هيموديناميكياً، ويستخدم في التنبيب الرغامي، ولكن ينبغي تجنبه عند مرضى الانتان الجهازى
- لابد من تقييم مستوى التهدئة في العناية وأشيع مشعر مستخدم هو مشعر ريشموند للهياج والتهدئة RASS
- يعتبر مقياس الطيف الثنائي نوعاً معدلاً من تخطيط الدماغ يستخدم لتحديد مستوى الصحو والتهدئة أثناء التخدير ولكنه محدود الاستخدام في العناية
- للمرخيات العضلية استجابات محددة في العناية ويفضل مراقبة مستوى الإرخاء باستخدام الحاث العصبي المحيطي
- أهم اختلاطات استخدام المرخيات العضلية في العناية هي تطاول فترة تأثير المرخي، وحدوث الاعتلال العصبي العضلي المرتبط بالمرض الحرج
- تهدف التهدئة في معظم المرضى إلى تأمين راحة ورضى المريض مع المحافظة مستوى تهدئة خفيفة، من خلال تطبيق استراتيجيات لمقاربة التهدئة
- كثيراً ما يتم استخدام التهدئة المرتبطة بالتسكين عند البدء بتهدئة مريض العناية
- تستخدم التهدئة المتقطعة مع الينزوديازيبينات لتلافي تأثيراتها الجانبية(الهذيان) باستخدامها المطول
- لقد أثبتت استراتيجية الإيقاف اليومي للمهدئات مع تجربة التنفس العفوي فعاليتها في تقليل اختلاطات استخدام المهدئات في العناية مثل تقصير مدة التهوية الألية مع آثار جانبية قليلة
- من الشائع حدوث الهياج عند مرضى العناية، وله أسباب متعددة ويرتبط بالقلق الهذيان في العناية
- يجب محاولة معرفة سبب الهياج لتدبيره بشكل أمثل بمعالجة السبب

- الهذيان في العناية هو اضطراب حديث في الوعي يؤدي إلى عدم القدرة المحافظة على الانتباه أو لفت الانتباه ويشيع حدوثه في مرضى العناية
- يرتبط الهذيان في العناية بطول المكث في العناية والمشفى، وطول مدة التهوية الآلية، وزيادة التكلفة، ونسبة الأمراض والوفيات، والأهم في مقارنته هو الكشف المبكر عنه
- في تدبير الهذيان ينبغي تعديل عوامل الخطورة ممكنة التعديل، وتحديد السبب ومعالجته، قبل البدء بالمعالجات الدوائية
- في المعالجات الدوائية للهذيان يفضل استخدام الجيل الثاني من المهدئات النفسية (أولانزابين أو كوتيابين) على هالوبيريدول.

المراجع

1. Comprehensive Critical Care: Adult, Second Edition, Pamela R. Roberts, S. Rob Todd,2018
2. OH's intensive care manual, 7th edition 2014
3. AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS BOOK,2012
4. TEXTBOOK OF CRITICAL CARE, Jean-louis vincent, Adward Abraham, seventh edition,2017
5. Bedside Critical Care Guide, by: Ramzy H. Rimawi, 2014
6. Principles of Critical Care,4thEdition, Jesse B. Hall, MD, Gregory A. Schmidt, MD,2015
7. Critical Care Study Guide Text and Review,2nd edition, Gerard J. Criner,2010
8. Clinical Uses of α 2-Adrenergic Agonists,Takahiko Kamibayashi, M.D, Mervyn Maze, M.B., Anesthesiology 11 2000.

الفصل الثاني عشر

أساسيات العناية التمريضية في العناية المركزة

Principles of nursing care in ICU

- ❖ التعرف بتمريض العناية المركزة ومسؤولياتهم
- ❖ خطوات العملية التمريضية
- ❖ مستويات العناية بالمرضى
- ❖ التقييم التمريضي الشامل للمريض
- ❖ الإجراءات والتدخلات التمريضية في العناية
- ❖ التواصل في وحدة العناية

الفصل الثاني عشر

أساسيات العناية التمريضية في العناية المركزة

1. التعريف بتمريض العناية المركزة ومسؤولياتهم:

أ. مقدمة:

يقوم بالعناية بالمريض في العناية المركزة فريق مؤلف من الطبيب، والتمريض، والصيادلة السريريين، وفنيي العلاج التنفسي، وفنيي العلاج الفزيائي، وأخصائيي التغذية، والأخصائيين الاجتماعيين. ويعتبر تمريض العناية المركزة العنصر الأهم في حلقة تدبير المرضى الحرجين، بل هم عصب العناية المركزة، من الثابت أن النقص في عناصر التمريض في العناية يزيد من نسبة وفيات المرضى ويزيد الضغط على التمريض.

ب. من هم تمريض العناية المركزة:

إن الخدمة التمريضية في العناية المركزة هي عبارة عن حمل عناية متخصصة للمرضى الحرجين، حيث أن هؤلاء المرضى غير مستقرين، ولهم متطلبات معقدة ويحتاجون لوجود التوجس والحذر أثناء العناية بهم.

ولابد من أن يكون تمريض العناية بمستوى متميز من حيث المعرفة والمهارات السريرية مقارنة مع ممرضات الجناح أو العيادات. ويخضع تمريض العناية لتدريب خاص واختبارات كفاءة قبل أن يعتمدوا في العناية المركزة. وغالباً يطلب منهم الحصول على شهادة في تمريض العناية المركزة.

للتمريض أيضاً مستويات من ممرض عادي إلى ممرض أول إلى ممرض مسؤول charge nurse وينبغي تواجد مدير للتمريض للاطمئنان على الأداء التمريضي. يجب على كل الكادر التمريضي في العناية أن*

ت. أدوار التمريض في العناية المركزة: للتمريض في العناية أدوار متعددة، وبحسب ذلك يقسمون إلى مجموعات، كل مجموعة تقوم بدور معين انظر الجدول (12-1). حيث يوجد التمريض المباشر للمريض، والتمريض الإداري، وتمريض التنقيف، وتمريض الأبحاث.

ث. مسؤوليات التمريض في العناية المركزة:

يحتاج مرضى العناية إلى تواجد التمريض على مدار الساعة حيث تقع عليهم مسؤوليات كبيرة، وكثيراً ما يكون لدى هؤلاء المرضى احتياجات جسدية ونفسية بسبب شدة مرضهم. ممرضو العناية هم صلة

الوصول ما بين الطبيب والمريض. يركز مجال تمريض العناية المركزة على تأمين العناية القصوى للمرضى الحرجين بشدة، سواء داخل العناية أو خارجها.

فيما يلي مسؤوليات تمريض العناية في تأمين الرعاية المقدمة لمرضى العناية المركزة:

- تطبيق الخطة العلاجية والتقييم الدوري للمريض،
- وإعطاء لزومه الدوائي،
- تأمين احتياجات المريض وراحته
- وملاحظة أي تغيرات فيزيولوجية هامة أو اضطرابات نفسية وإبلاغ الطبيب المسؤول مباشرة.
- ولابد من توثيق كل الإجراءات التمريضية، وإجراءات الأطباء في ملف المريض وتلك مسؤولية قانونية
- هناك صبغة تكافلية للرعاية المقدمة في وحدة العناية حيث يشترك المرضى أنفسهم أو عائلاتهم في تلك الرعاية ويشاركون فيها.
- التمكن في مهارات التواصل إضافة لمهاراتهم السريرية لتأمين التواصل بين المرضى وعائلاتهم
- إتقان الوسائل التقنية مثل عمل أجهزة المراقبة الحديثة والتعامل مع أنظمة المعلومات الإلكترونية.
- استخدام المعارف المبنية على الأدلة العلمية المتعلقة بالمرض وإنذاره لتقديم النصيحة للمرضى وذويهم بشكل فعال
- وأخيراً لتمريض العناية دور أساسي كجزء من الفريق في تأسيس أهداف الرعاية في العناية المركزة

الجدول (12-1) أدوار التمريض في العناية ومهام كل منهم

تمريض الأبحاث nurse researcher	اختصاصيو التمريض السريري clinical nurse specialists	تمريض تدبير الحالة case-manager	التمريض التثقيفي nurse-educator	تمريض العناية المباشرة بالمريض staff nurse
<ul style="list-style-type: none"> - قراءة الكتب التمريضية الحالية - تطبيق المعلومات النظرية في الممارسة - جمع المعلومات - جمع البيانات - إجراء الدراسات المختلفة - يلعب كدور مستشار أثناء تطبيق الأبحاث 	<ul style="list-style-type: none"> - المشاركة في التثقيف وفي العناية المباشرة بالمريض - التشاور مع المريض وعائلته - التعاون مع التمريض الآخرين، وفريق العناية بالمريض لتأمين عناية عالية الجودة بالمريض <p>ممارس التمريض nurse practitioner</p> <ul style="list-style-type: none"> - تأمين العناية الأولية بالمريض وعائلته - قد يحصل على تاريخ المريض، ويجري الفحص السريري للمريض - طلب الاستقصاءات المخبرية والتشخيصية الأخرى وتفسير نتائجها - تشخيص الاضطراب عند المريض - معالجة المريض - تقديم المشورة وتثقيف المريض وعائلته 	<ul style="list-style-type: none"> - تأمين العناية الشاملة لمريض معين - دور في خطة تخريج المرضى و طلب الاستشارات المختلفة للمريض - تحديد الموارد الشخصية والاجتماعية - ترتيب حاجة المريض من المعدات والتجهيزات عند التخرج من العناية 	<ul style="list-style-type: none"> - تقييم الحاجة لتعليم المريض أو عائلته - تقييم فعالية التعليم - تثقيف الزملاء - امتلاك مهارات ممتازة في التعامل مع الأشخاص <p>تمريض الإدارة nurse-manager</p> <ul style="list-style-type: none"> - التمثيل الإداري لوحدة العناية المركزة - التأكد من فعالية ونوعية الأداء التمريضي في العناية 	<ul style="list-style-type: none"> - تقييم المريض - وضع الخطة التمريضية - العناية المباشرة بالمريض - مراقبة المريض - تنفيذ التداخلات التمريضية - إعطاء الأدوية والعلاجات المقررة - تحفيز المرضى للقيام بفعاليات الحياة اليومية

ج. تطوير المحاكمة السريرية لدى تلميذ العناية:

يحتاج طواقم تلميذ العناية المركزة للتدريب على المحاكمة السريرية، وللوصول إلى ذلك يحتاجون إلى امتلاك مهارات التفكير الحرج **critical thinking skills** وهو عبارة عن مزيج من المعرفة، والحدس، والمنطقية، والحس العام، والخبرة. حيث أن هذا النوع من التفكير يعطي القدرة على فهم القضية والاجابة السريعة على الأسئلة الصعبة، ويعزز القدرة على تحديد متطلبات المرض، والقدرة على أخذ القرار، وتحديد أفضل استجابة تلميضية تجاه التلميذ.

مما يساعد على التفكير الحرج مايلي:

الاستدلال على تشخيص المرض واختلاطاته ومعالجته من خلال الأسئلة التالية في الذهن:

- ماهي الأعراض والعلامات، عند التلميذ
 - ماهي موجودات الفحص السريري عند التلميذ
 - ما هو السبب المحتمل لهذا المرض
 - ماهي الاستقصاءات المخبرية والتشخيصية المطلوبة
 - هل لدى التلميذ أي عوامل خطورة للمرض الموجود، وما أهميتها، وهل يمكن الحد من عوامل الخطورة هذه؟
 - ما هو نوع المراقبة المطلوب للتلميذ
 - ماهي الأدوية والعلاجات الأخرى التي تعطر للتلميذ في هذا المرض (النظر في المصادر الطبية)
 - ماهي المضاعفات المحتملة للمرض الموجود عند التلميذ
 - ماهي معتقدات التلميذ الحضارية
- يحتاج التلميذ للتفكير الحرج ليطبق على كافة مستويات العناية التلميضية ابتداء بتقييم الحالة، ثم وضع الخطة، ثم تطبيق الخطة، ثم تقييم الاستجابة.

2. العملية التلميضية nursing process:

أ. أهمية العملية التلميضية: تقدم العملية التلميضية نموذجًا تستطيع الممرضة أو الممرض من خلاله استخدام المعلومات والخبرات لتقديم الرعاية ومساعدة المرضى في الشفاء من المرض. تتصف هذه المراحل التلميضية بصفات فريدة تجعلها قادرة على الاستجابة لتبدلات الحالة الصحية للتلميذ.

تتألف العملية التلميضية من خمسة متتابعة هي التقييم السريري الأولي، والتشخيص التلميضي، ووضع الخطة، والتدخل، والتقييم النهائي.

ب. المعلومات والخبرات المطلوبة للعملية التمريضية:

- معرفة النشاطات الحياتية المختلفة للمريض.
- معرفة طرق حل المشكلات.
- المعارف الضرورية لتنمية الاستقلالية في النشاطات الحياتية المختلفة بشكل يتناسب مع الظروف الفردية

ت. المراحل الخمسة في العملية التمريضية:

إن المراحل الخمسة في العملية التمريضية ليست مراحل مستقلة بل متداخلة وتشكل سلسلة مستمرة انظر الشكل (12-1). كمثل فإن التقييم السريري كمرحلة أولى من المراحل التمريضية غالبًا ما يجري خلال التداخل والتقييم النهائي، كما أن كل مرحلة من هذه المراحل تؤثر في الأخرى. كمثل على ذلك: في حال كانت المعلومات المستقاة خلال التقييم السريري غير متكاملة فهذا سيجعل التشخيص غير تام أو خاطئ، وهذا سينعكس على التخطيط والتداخل والتقييم النهائي.

(1) التقييم الأولي Assessment : يقع على عاتق تمريض العناية إجراء التقييم المستمر

للمريض للكشف عن وجود أي تغيرات في حالته السريرية، أو أي تغيرات أجهزة المراقبة. قد يتطلب التقييم استخدام أجهزة مراقبة عالية التخصص مثل المراقبة الهيموديناميكية المتقدمة باستخدام الأجهزة غير الباضعة والباضعة، ومراقبة الضغط داخل القحف... الخ. يجري الممرض أو الممرضة الفحص السريري والتقييم النفسي للمريض. إضافة إلى التقييم المخبري بمحاولة تفسير مختلف النتائج المخبرية

(2) التشخيص التمريضي diagnosis: من خلال التقييم الأولي للمريض، يمكن وضع التشخيص

الأولي لسبب التغيرات الحاصلة عند المريض.

(3) وضع الخطة planning: وضع الخطة يتطلب الأخذ بالاعتبار متطلبات المريض

الفيزيولوجية والنفسية، وتحديد أهداف واقعية مناسبة لهذا المريض. يجب تحديد الأهداف المرجوة لكل مشكلة على حدة والتي تهدف لمساعدة المرضى للوصول على الاستقلالية أو التغلب على الاعتمادية على الغير. والخطة قد تتبدل بتبدل حالة المريض، وينبغي توقع التغيرات المحتملة التي يمكن أن تحدث للمريض مثلاً في حال تم قبول مريض لديه تشخيص احتشاء في العضلة القلبية ينبغي مراقبة النظم القلبي وتوقع حدوث تغيرات في نظم القلب لدى المريض، أما في حال حدوث اضطراب النظم فعلاً فينبغي عندها تغيير الخطة التمريضية الموضوعية للمريض مع وضع أهداف جديدة.

(4) التداخل التمريضي implementation: يقوم التمريض بعدة تداخلات لتدبير مشاكل

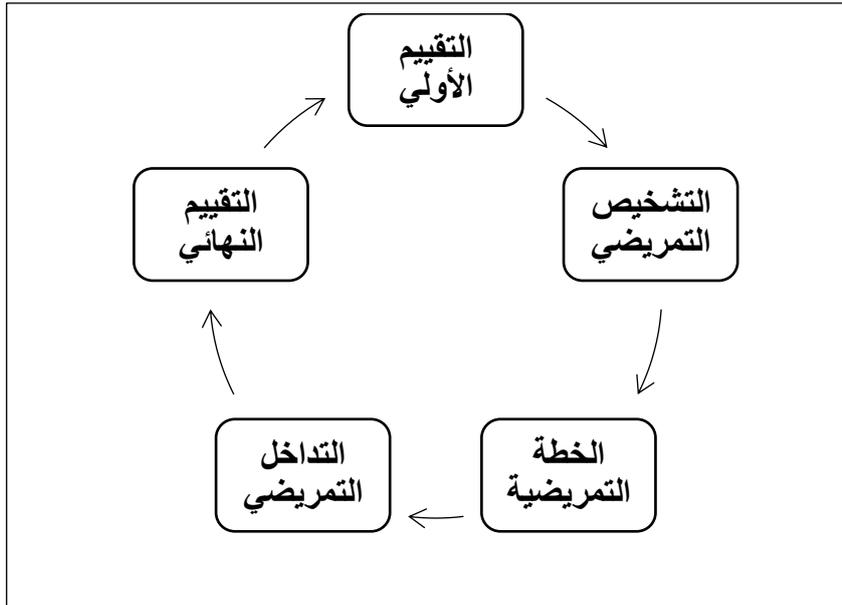
المريض الحالية ومنع حدوث مشاكل لاحقة لدى المريض من أمثلة ذلك:

- مراقبة وتدبير اضطرابات النظم القلبية
- تقييم المشعرات الهيموديناميكية مثل الضغط الشرياني، والنتاج القلبي، والضغط الوريدي المركزي
- تعديل جرعة الأدوية الفعالة وعائياً (مقبضات أو موسعات وعائية) بحسب المشعرات الهيموديناميكية
- تدبير الألم
- إعادة وضعية المريض بشكل صحيح
- إجراءات المحافظة على نظافة الجلد ومنع حدوث قرحات الفراش
- مساعدة المريض في السعال وإجراء التمارين التنفسية لمنع الاختلاطات الرئوية

(5) التقييم النهائي evaluation: حيث يتم تقييم استجابة المريض للتدخلات التمريضية التي

أجريت، وبناء على الاستجابة يتم تغيير خطة التدبير والتأكد من متابعة وصول المريض للأهداف الموضوعية.

الشكل (12-1) تداخل واستمرار خطوات العملية التمريضية



3. مستويات العناية بالمرضى Levels of Care:

يتم تصنيف المرضى الحرجين عادة في مستويات من أجل معرفة مستوى العناية التمريضية المطلوبة لهم. فبحسب التوصيات من جمعية العناية المركزة الأوروبية عام 2009 تم تقسيم مستويات العناية بالمرضى إلى 4 مستويات:

- أ- **المستوى صفر (level 0)** : وهو مثل أي مريض في أجنحة التنويم، مع إمكانية إعطاء علاجات وريدية، يحتاج متابعة عادية ومراقبة حيوية كل 4 ساعات.
- ب- **المستوى 1 (level 1)**: المرضى المحتمل حصول تدهور في حالتهم، كالمرضى الذين تم تخريجهم من العناية المركزة، أو الذين يحتاجون تداخلات علاجية أخرى (مثل تسريب الأنسولين). هؤلاء المرضى يحتاجون الدعم من فريق العناية المركزة ومراقبة حيوية كل 4 ساعات كحد أدنى.
- ت- **المستوى 2 (level 2)** : وهم المرضى الذين يحتاجون التداخل العلاجي لمنع تدهور حالتهم بسبب تداخل علاجي أو جراحي. مثل مرضى قبل الجراحة أو بعد الجراحة الكبرى، والمرضى بقصور عضو وحيد ويحتاجون أجهزة الدعم التنفسي الأساسي أو القلبي الأساسي والمتقدم (مثل التهوية غير الباضعة، أو خلال 24 ساعة من نزع الأنبوب الرغامي أو على الأدوية المؤثرة وعائياً، أو بخط شرياني وريديين أو مراقبة النتاج القلبي غير الباضع)، أو الدعم الكلوي (على أجهزة التحال الدموي) ، أو العصبي (مراقبة الضغط داخل القحف)، أو مرضى الرضوض أو الحروق الشديدة. هؤلاء المرضى يحتاجون مراقبة كل ساعة.
- ث- **المستوى 3 (level 3)**: وهم المرضى الموضوعون على أجهزة الدعم التنفسي المتقدم، أو وجود قصور في أكثر من عضو ويحتاجون دعم جهازين على الأقل (مرضى التهوية الباضعة أو الأكسجة خارج الجسم، أو المراقبة الهيموديناميكية المتقدمة والمستمرة)

4. التقييم التمريضي الشامل للمريض: Nursing comprehensive

assessment: ويتضمن التقييم الفيزيولوجي، والتقييم النفسي والبيئي

أ. التقييم الفيزيولوجي:

ويتضمن ما يلي:

- الفحص السريري الشامل
- التقييم الهيموديناميكي والتغيرات على أجهزة المراقبة
- التقييم المخبري مثل إجراء التحاليل الدموية

(1) الفحص السريري يشمل كل أجهزة الجسم من الأعلى للأسفل ما يلي:

• الطريق الهوائي:

- هل الطريق الهوائي محمي أم لا،
- إذا كان المريض منبب هل الأنبوب الرغامي مثبت ومحمي بشكل جيد؟، وما هو مستواه عند الثنيات السنية؟
- قدرة المريض على استمرارية فتح الطريق الهوائي والذي يعتمد على مستوى الوعي، والقوة العضلية
- للمريض هل يحتاج المريض لشفط المفرزات أم لا.
- هل يحتاج المريض إلى تنبيب رغامي وماهو السبب لحاجته له: لعدم تمكنه من حماية الطريق الهوائي أم بسبب القصور التنفسي أم لسبب آخر.

• التنفس

- ماهو معدل التنفس هل هو طبيعي (حتى 22 مرة/د) أم مرتفع أم منخفض
- نمط التنفس من ناحية النوعية والعمق
- حركة الصدر ارتفاعاً وهبوطاً هل هي متناظرة
- إصغاء الصدر في الجهتين هل هو متناظر، هل يوجد أصوات تنفسية غير طبيعية
- هل المريض قادر على الكلام وإكمال الجملة أم يوجد انقطاع
- إذا كان المريض على التهوية الآلية هل هو مرتاح وهل يوجد تزامن ما بين المريض والمنفسة

• الدوران:

- معدل ونظم القلب (منظم أم غير منتظم)
- فحص النبض المحيطي والمركزي
- زمن الامتلاء الشعري
- الضغط الشرياني
- انتباج الوريد الوداجي
- إصغاء أصوات القلب

• الجهاز العصبي:

- مستوى الوعي والتهديئة،
- مقياس غلاسكو،

- الكلام/ الوظيفة الحركية،
- قطر وتفاعل الحدقات،
- نمط التنفس المركزي،
- هل يوجد إرخاء عضلي دوائي.

● **الجهاز الهضمي:** فحص البطن، إصغاء أصوات الأمعاء، تحمل التغذية في الأنبوب الأنفي المعدي أو فموي، هل يوجد براز، هل يوجد خروج مدمى، أو إقياء مدمى أو طحل القهوة.

● **حالة الكلية والسوائل:**

هل يوجد وذمات محيطية، وزن المريض، حساب توازن الصادر والوارد ، ومراقبة الصادر البولي من حيث الكمية واللون والكثافة

● **تقييم سلامة الجلد:** هل يوجد تغير في لون الجلد، أو قرحات الضغط أو جروح، هل تعمل فرشة النفخ، هل يوجد حمى أو اندفاعات جلدية أخرى.

● **تقييم الألم:** يتم تقييم الألم عند المريض الواعي وغير الواعي على حد سواء. ينبغي مصدر الألم عن وجد، وشدة الألم (من 1-10)، ووجود مؤشرات أخرى لوجود الألم فيزيولوجية أو سلوكية، واستجابة المريض لتسكين الألم.

● **تقييم أمان المريض:** مثل خطر السقوط، والحاجة لتثبيت المريض

كما ينبغي معرفة مستوى العناية التي تم وضع المريض عليه (انظر لاحقاً)، وماهي حالة

الانعاش code status

(2) التقييم الهيموديناميكي ومراقبة الأجهزة:

- ✓ مراقبة الحرارة وتغيراتها مع التأكد من وضع مسبار قياس الحرارة في مكانه الصحيح
- ✓ المراقبة الباضعة للضغط الشرياني: مراقبة شكل الموجة لكشف وجود تخامد ونقص تخامد، وإصلاحه بمعايرة الجهاز وتصفيره عند الحاجة.
- ✓ مراقبة أجهزة قياس نتاج القلب قليل البضغ وكشف وجود تغيرات غير طبيعية، والمعايرة الدورية للجهاز
- ✓ مراقبة مضخات تسريب السوائل والأدوية، وإجراء التعديل المناسب حسب حالة المريض والخطة الموضوعية، وتهيئة سيرنجات أو أكياس المحاليل والأدوية لاستبدالها عند نفادها.
- ✓ مراقبة الضغط داخل القحف في حال وجود قسطرة المراقبة داخل القحف، ومراقبة الضغط الوريدي المركزي إذا كان في خطة تدبير المريض.

- ✓ تغيرات في تخطيط القلب الكهربائي: معدله، جيبى أم لا (وجود موجة p أم لا)، مسافة PR، مدى QRS، شكل موجة T.... الخ
- ✓ مراقبة الأنيوب الرغامي ومستواه، وأنيوب تفجير الصدر أو البطن ومستواها أنابيب التفريغ،
- ✓ مراقبة الخطوط الوريدية وخاصة القسطرة الوريدية المركزية من حيث مستواها وموضعها

(3) التقييم المخبري:

- متابعة نتائج التحاليل المخبرية
 - التأكد من النتائج الصحيحة للاختبارات وللمريض نفسه
 - قراءة نتائج التحاليل المخبرية وتحديد وجود اضطراب فيها
- تتم إعادة التقييم حسب مستوى العناية المقررة للمريض أو حسب الخطة المقررة من الطبيب. ويقوم الممرض أو الممرضة بوضع موجودات التقييم بكل أشكاله في جدول خاص بذلك إما ورقي أو الكتروني، ليتم متابعة التقييم ومقارنة التغيرات الحادثة مع السابقة

ب. التقييم النفسي: ويتضمن مايلي:

(1) التقييم السلوكي:

يمكن أن يتأثر سلوك المريض بالتغيرات الفيزيولوجية والنفسية السريعة والمصاحبة لمرضهم الحرج والعلاجات الدوائية والحيوية. وإن لم يتم معالجة هذه الاستجابات النفسية فربما تعيق عملية الشفاء. لذلك يجب القيام بالتقييم السلوكي مع التركيز على ما يلي:

- البيانات المتعلقة بخلفية المريض الطبية والاجتماعية والحالة الزوجية والمهنية والحالة المادية ومستوى التعليم
- التوازن والملاءمة
- مستوى الوعي والتوجه ومدى التجاوب
- التحكم بالحركة في حالات الشلل أو التشنج خاصة في العمليات العصبية الجراحية أو ما بعد الأذيات الرضية

(2) التقييم العاطفي:

يهدف التقييم العاطفي لتحديد استجابات المريض للعناية المركزة من خلال تعابيرهم ومشاعرهم: يشما التقييم العاطفي تقييم الخوف والقلق والإنزعاج، وتحمل الألم، والشدة الروحية، والاكتئاب.

ت. التقييم البيئي:

يتضمن التقييم البيئي من خلال تقييم الشدة التي فيها المريض، تقييم الاثرات الحسية الزائدة كالضجة والإنارة، والحرمان من النوم، والحاجة للعزل أم لا.

5. الإجراءات والتدخلات التمريضية في العناية Nursing interventions in

ICU: وهي تدخلات كثيرة ومتنوعة يمكن تقسيمها إلى تدخلات سريرية، وداعمة نفسية واجتماعية، وأخلاقية، وإدارية، وقانونية.

أ. التدخلات التمريضية السريرية:

- ✓ إعطاء الأدوية بأمر مكتوب من طبيب العناية الوريدية أو الفموية أو تحت الجلد بالجرعات المحددة وفي أوقاتها
- ✓ إعطاء السوائل الوريدية أو منتجات الدم ومراقبتها حسب خطة الطبيب
- ✓ إعطاء التغذية الفموية أو في الأنبوب الأنفي المعدي للمريض حسب خطة التغذية المقررة
- ✓ تقييم وتدبير الألم عند المريض
- ✓ العناية بالجروح أو بقرحات الفراش إذا كانت موجودة: من وضع المطهرات، وتغيير الضمادات بشكل دوري
- ✓ تأمين متطلبات المريض: للمريض حاجات مختلفة نفسية (تقدير واحترام الذات، وعاطفية)، واجتماعية، وروحية، وفيزيولوجية انظر الجدول (12-2)
- ✓ تأمين وضعية المريض المناسبة: وضعية السرير المعتمدة بشكل عام لمرضة العناية هي بوضعية رأس السرير للأعلى 30-45 درجة، ما لم يكن هناك أمر مختلف من الطبيب، أو أن يطلب المريض الوضعية المريحة له إن كان واعياً.
- ✓ النظافة الشخصية: كإجراء الحمام اليومي، وتنظيف المريض بعد التبول أو التبرز، وتنظيف الفم، والعينين
- ✓ التدخلات الوقائية والتي يقوم بها التمريض لمنع تطور الاختلالات عند المريض
 - كإجراء التمارين التنفسية لمنع الاختلالات التنفسية
 - والحركة الباكرة وإعادة التأهيل لمنع الاختلالات العصبية الحركية، وقرحات الفراش: ومن المعتمد تقليب المريض كل ساعتين لتقليل حدوث قرحات الفراش
 - إجراءات الوقاية من العدوى وانتشار الانتان.

الجدول (12- 2) احتياجات المريض الجسدية والنفسية والروحية

جسدية	نفسية	روحية
<ul style="list-style-type: none"> • الأكسجين. • الدوران الدموي الكافي. • توازن السوائل والشوارد. • التغذية. • طرح الفضلات والتخلص منها. • ضبط درجة الحرارة. • والتنظيم الاستتبابي. • سلامة الجلد. • الحركية والتمارين. • النظافة الشخصية. • الاسترخاء، الراحة والنوم. • السلامة. • الحس والإدراك. • النشاط الجنسي. 	<ul style="list-style-type: none"> • المعرفة. • التكيف. • التقدير وتقدير الذات. • الاستقلالية. • العلاقات. • التحفيز. • التواصل. 	<ul style="list-style-type: none"> • الحاجة للمغزى. • الحاجة للتعبير الديني.

ب. التداخلات الداعمة النفسية والاجتماعية:

وتهدف إلى التقليل من الآثار النفسية والعاطفية للشدة التي يقع فيها المريض بسبب المرض الحرج، وقلقه من وجوده في العناية، وكثرة الإجراءات العلاجية التي تجرى له. ويمكن تحقيق هذا الهدف عن طريق اتخاذ الخطوات التالية:

- **تعزيز احترام الذات:** يتم مناداة المريض باسمه ولقبه، والحفاظ على كرامته ومنحه الخصوصية وإبلاغه بجميع الإجراءات وعدم كشف جسمه من دون ضرورة. ينبغي أن لا يناقش الطاقم المسائل الخاصة أو تلك المتعلقة بالمريض حتى إذا كان فاقداً للوعي فقد يكون ما زال قادراً على سماع ذلك. إذا كان المريض واعياً فيجب أن تشمل كافة المحادثات الجارية بجانبه حالته فقط. بناء علاقة مع المريض أثناء تقييمه يظهر شخصية مهتمة ومساعدة.
- **منع العجز:** يمكن تحقيق ذلك بمشاركة المريض في ترتيب خطة العناية به، والسماح له بالمساهمة فيها، وتشجيع أفراد عائلته على الإكثار من زيارته، والسماح لهم بممارسة علاجاتهم الدينية أو التكميلية شرط ألا تتداخل مع العناية المقدمة للمريض.
- **تقليل الإجهاد من المحيط:** إلغاء أو إنقاص الضجيج إلى الحد المسموح به دولياً وهو 45 ديسيبل، فحص الإنذار مباشرة، مراقبة الأصوات المنبعثة والتأكد من تخفيضها للحد الأدنى، إخبار المرضى الصالحين عن الآلات وأجهزة المراقبة، إزالة كل المعدات الغير ضرورية من جول السرير

- **ضبط وتعديل الإجهاد العاطفي:** أحد الوسائل المقترحة في هذا الشأن هو استخدام اللمس في التواصل والتعبير عن الراحة والتطمين كلما تم مقابلة المريض. تشجيع ذوي المريض على لمسه وعدم الخوف من الأجهزة المتصلة به.
 - **الدعم الاجتماعي:** يطلب من التمريض تقديم العناية النفسية والنفسية الاجتماعية. إن فهم مبادئ العناية النفسية الاجتماعية يساعد التمريض على فهم مرضاهم بشكل أفضل والتخطيط لرعايتهم بشكل شامل.
- إن المعاناة من مرض يتطلب عناية مركزة قد تكون تجربة مخيفة ومجهداً جداً للمرضى، لذلك يتوجب على التمريض من أجل الحفاظ على إنسانية المرضى أن يقوموا بتقييم التأثير النفسي الاجتماعي الناتج عن الدخول لوحدة العناية عبر تقييم شامل للعوامل السلوكية والعاطفية والبيئية والفيزيولوجية.
- إن الدعم النفسي والاجتماعي والمعلومات الكافية يساعد أفراد العائلة لكيفية التعامل مع الحالة الحرجة لمريضهم.

ت. التداخلات الأخلاقية للتمريض في العناية:

- ✓ على تمريض العناية خلق جو عمل أخلاقي حيث أن هذا مهم جداً في التحضير للتعامل مع القضايا الأخلاقية الناشئة عن عوامل مختلفة. تتضمن مداخلات التمريض لبناء جو أخلاقي ما يلي:
- ✓ **توضيح القيم:** قم بمساعدة المرضى وذويهم على فهم القيم، وهذا يساعد العائلة على الموازنة بين محاسن ومساوئ أي تدخل طبي ويؤمن لهم إطاراً لأفضليات المريض واهتماماته
- ✓ **إعطاء المعلومات وتبيان المسائل:** ساعد على بناء جو من الثقة بين المريض وعائلته وبين التمريض. يلعب التمريض في العناية دوراً أساسياً في تسهيل عملية التواصل وتوضيح الاختلافات، ويجب أن تكون المعلومات المعطاة ليست مجرد كشفاً للحقائق.
- ✓ **استكشاف الشدة المعنوية:** غالباً ما يكون الممرضون عالقون ما بين قيود المؤسسة والطاقتهم الطبي وأمنيات المرضى وذويهم والمعتقدات الشخصية والواجبات والقيم.
- ✓ **المشاركة في صنع القرار:** على كل ممرضة أو ممرض عناية أن يكونوا قادرين على العمل مع بعض مع استمرار المشاركة والالتزام بعملية صنع القرار المشترك والتفاعل مع الآخرين.

ث. الإجراءات التمريضية الإدارية:

قبول وتخريج المرضى، وتسليم المناوبين أو أثناء النقل.

(1) في قبول المريض للعناية:

- قبل القبول في العناية، يتم التخطيط والتحضير لوصول المريض: من تنظيف للغرفة، وتحضير السرير وملحقاته، وخزانة المريض.
- كما يتم تجهيز كافة الاستمارات المطلوبة: استمارة القبول، استمارة المعالجة، استمارة إعطاء الأدوية، جداول المراقبة. غالباً ما تستخدم قائمة التفقد checklist فيها كل مستلزمات قبول المريض حتى لا يتم غفلان شيء منها.
- عند القبول يتم التعرف على المريض أولاً بصورة صحيحة. يكون لدى كل المرضى شريط تعريف أو سوار تعريف موضوع على رصغه أو كاحله. عادة ما تتم الكتابة على هذه الأشرطة باستخدام قلم أسود مقاوم للماء. يستخدم بشكل شائع شريط التعريف الأبيض الرسمي، حيث تكتب عليه المعلومات التالية: اسم المريض، والرقم الطبي، رقم الجناح/الغرفة/السرير، واسم الطبيب المسؤول.
- إدخال المريض من سجلات العناية أو من نظام المعلومات الالكتروني
- ويجب أن يوقع المريض أو عائلته نموذج الموافقة على الإجراءات العلاجية العامة في العناية.
- استلام الوثائق خاصة بالمريض من الممرضة المرافقة للمريض: من مراقبة وملاحظات الأطباء والتمريض، وخطة العلاج. ويتم استلام أدوية المريض العينية أو ممتلكاته الخاصة المرافقة إن كانت موجودة.
- يتم أخذ المراقبات الحيوية مباشرة للمريض والتقييم التمريضي الشامل، وأخذ وزن وطول المريض إذا كان غير محدد مسبقاً، وأخذ عينات من الدم والمفرزات لإجراء التحاليل العامة، والفحص الجرثومي
- يتم استدعاء الطبيب المسؤول في العناية لتقييم المريض، وطلب الاستقصاءات الإضافية، ووضع خطة العلاج

(2) في تخريج المريض من العناية:

- يتم تخريج المريض فقط بعد موافقة خطية من الطبيب، ويتم إعلام المريض أو عائلته بتخريجه وإلى أي جناح. يتم التأكد من هوية المريض: الاسم، الرقم الطبي، رقم السرير، ويتم تحضير المريض للتخريج.
- تؤخذ العلامات الحيوية مباشرة قبل تسليم المريض لممرضة الجناح

- يتم تسليم الوثائق الخاصة بالمريض من مراقبة وملاحظات الأطباء والتمريض، وخطة العلاج
- تسليم أدوية المريض العينية أو ممتلكاته الخاصة المرافقة
- كما يتم عادة استخدام قائمة التفقد checklist كما في قبول المريض لعدم غفلان شيء
- إخراج المريض من سجلات العناية أو من نظام المعلومات الإلكتروني
- يجب على الممرض أو الممرضة استدعاء الشخص المسؤول لتنظيف وتطهير الغرفة والسرير الذي أقام فيهما المريض.

(3) استلام وتسليم المرضى بين المناوبات أو عند نقل المرضى:

- منعاً لحدوث أي خلل أثناء تسليم أو استلام المرضى مما ينعكس سلباً على المريض يتم استخدام المختصر التالي **SBAR** أثناء التسليم أو الاستلام والذي يشمل مايلي:
- **Situation** أي ماهي الحالة: اسم المريض، عمره، التشخيص أو الشكوى
- الرئيسية **Background** سوابق المريض: الأمراض السابقة، القصة الدوائية أو الجراحية السابقة، وجود تحسس دوائي
- **Assessment** التقييم: سواء السريري من العلامات الحيوية أو فحص الأجهزة، أو المخبري، إضافة إلى وجود خطوط وريدية، والأدوية التي تعطى للمريض.
- **Recommendations** خطة التدبير: من أدوية وعلاجات أخرى، أو متابعات خاصة ، أو طلب استشارات

ج. الإجراءات التمريضية القانونية: التوثيق التمريضي

يعتبر التوثيق جزءاً من صلب الأداء التمريضي، وإن الوصول بالأداء التمريضي إلى المثالية يتطلب من العناصر التمريضية القيام بالتوثيق (تسجيل البيانات) بطريقة متناسقة بحيث تعكس فعلياً وبشكل دقيق تقييم حالة المريض والخطة والتدخلات المتعلقة به. يشير التوثيق إلى أية معلومات مكتوبة حول المريض والتي تصف العناية أو الخدمات المقدمة له، ويسمح التوثيق للعناصر التمريضية ولبقية عناصر السلك الطبي بالتواصل حول العناية المقدمة للمريض، كما أن التوثيق يدفع العناية التمريضية ويحث التمريض للوصول إلى المعايير الاحترافية والقانونية في الممارسة التمريضية. يتم الأخذ بعين الاعتبار في التوثيق حتى التفاصيل الصغيرة، لذلك فإن التوثيق المستمر هو الأفضل. ومن الناحية القانونية فإن عدم توثيق أي إجراء يعادل حقيقة عدم القيام به أصلاً.

من نماذج التوثيق الطبي (مثال : صفحة العلامات الحيوية Flow Sheets ، المتابعة اليومية Progress Notes، نماذج التخريج / التحويل discharge/transfer)

يتم التوثيق لكل مراحل العملية التمريضية التقييم الأولي، والتشخيص، والخطة العلاجية، وتقييم استجابة المريض.

افعل ولا تفعل في التوثيق التمريضي:

افعل ما يلي:

- تأكد أن لديك الملف الصحيح للمريض قبل البدء بالتسجيل
- تأكد من أن توثيقك الطبي يعكس العملية التمريضية وقدرتك الاحترافية.
- اكتب بشكل قانوني، بكلمات صحيحة ومناسبة، وبخط واضح وبدقة.
- اطبع وثائقك من خلال الكمبيوتر إذا كان خطك سيئاً.
- وثق العناية الطبية بالمريض وقت إجرائها، ولا تؤخر كتابة التوثيق التمريضي حتى نهاية

- الدوام.
- قم بتوثيق ما تراه فقط. إذا لم تكن متأكدًا سل أكثر عن طريقة التوثيق، قد يكون ما سجل سابقاً في الملف غير صحيح
- سجل التاريخ والوقت في السجل الطبي لأي توثيق تقوم به.
- قم بتسجيل المعطيات بشكل مختصر، ولكن كن متأكدًا من كتابة كل التفاصيل الطبية التمريضية.
- حاول أن توثق الإجراءات التمريضية مرة واحدة، كمثال فإن تسجيل العلامات الحيوية غير ضروري في المتابعة اليومية للممرضة في حال تسجيله على صفحة العلامات الحيوية، إلا إذا كانت هناك قيم غير طبيعية تم تحديدها وإبلاغ الطبيب عنها وتم أخذ بعض التدابير العلاجية للمريض.

لا تفعل ما يلي:

- لا تقم بتسجيل الأعراض المرضية مثال (ألم صدري) بدون أن تسجل الإجراءات التي قمت بها كارتكاس لذلك المرض.
- لا تؤخر القيام بالتوثيق الطبي.
- لا تقم بتسجيل الاختصارات الطبية غير الشائعة (الاختصارات النموذجية الشائعة فقط)
- لا تقم بتسجيل عبارات غير دقيقة (مثال: كمية كبيرة، أو صغيرة).

- لا تقم بالتوثيق لإجراءات ستتقوم بها لاحقاً. قد يحدث عارض ما يمنعك من أداء ذلك الإجراء.

- إن تسجيل الإجراءات التي لم تقم بها يعد احتياطياً
- لا تترك السجلات الطبية في متناول الزوار.

6. التواصل في وحدة العناية communication in ICU

أ. التواصل وأهميته:

التواصل هو عبارة عن عملية متبادلة من إرسال واستقبال الرسائل عبر مزيج من مهارات التواصل الكلامية وغير الكلامية، ويتضمن هذا الكلمات والحركات وتعابير الوجه ووضعيات الجسم التي توصل المعلومات. **التواصل هو جزء أساسي من التمريض** وهو يساعد الممرضين على تطوير علاقة إيجابية بين الممرضة والمريض من أجل تقديم رعاية تمريضية جيدة.

تتعرض قدرة المريض و/أو عائلته على التواصل للتعطيل بعد الإصابة بالمرض نتيجة تغير وضع المريض من شخص مستقل لشخص معتمد على الآخرين وتغير الروتين اليومي للعائلة وخاصة إذا كان المريض هو المعيل أو رأس العائلة أو الأم لأولاد صغار. يضاف إلى ذلك شدة المرض الذي قد يكون إنذاره سيئاً وكذلك أجواء العناية والحاجة الدائمة للمعلومات. كل هذا يشكل مصدر خوف للمريض وعائلته ينتج عنه درجة عالية من القلق والإحساس بالعجز ومن الصعب عليهم نقل هذه المشاعر للممرضين.

على التمريض ملاحظة وتحديد الصعوبات التي يواجهها المريض وعائلته كذلك في التعامل وذلك من خلال التواصل بكفاءة. فما هو التواصل بكفاءة؟ على التمريض تحديد حاجات المريض وعائلته للتواصل.

ب. **عوائق التواصل عند مرضى العناية:** تساهم العوامل التالية في وجود عوائق في وجه تواصل مرضى العناية:

- حالات الضعف كالشلل أو نقص الوعي أو الضعف العضلي أو التعب.
- الأدوية المستعملة مثل المهدئات والمسكنات والمرخيات العضلية.
- وجود الأنبوب الرغامي أو أنبوب الخزغ الرغامي
- الجراحات التي تؤثر على الكلام مثل استئصال اللسان أو الأذيات الفموية الفكية.
- وجود حاجز لغوي أو ثقافي أو سلوكي أو فيزيائي (مثل النظارات أو أدوات المساعدة السمعية)

ت. تقييم التواصل عند المريض

يعتمد تحديد طريقة التواصل المناسبة على العوامل التالية:

- مستوى الوعي والتوجه
- اللغة المفضلة
- القدرة على الإمساك والكتابة
- تأثير المهدئات والمسكنات المركزية
- الشلل.

ث. مداخلات التواصل للتمريض:

يتضمن تداخل التمريض تحديد طرائق التواصل المناسبة عقب تقييم المريض، وفيما يلي بعض الطرائق التي يمكن استخدامها:

- استعمال القلم والورقة للمساعدة على التواصل
- استعمال الوسائل المساعدة الأخرى مثل الصور وحروف الأبجدية.
- استعمال الطرق المعتمدة على الكمبيوتر كالموجودة في البلدان المتقدمة.
- تأمين أدوات المساعدة السمعية أو النظارات حال انتهاء العملية أو الاختبار الذين يمنع استعمالها.
- تأمين خدمات تتيح وجود أشخاص مؤهلين للترجمة.

الخلاصة

- يعتبر تمريض العناية أهم عنصر في فريق العناية المركزة، وهم عصب عمل العناية
- طاقم تمريض العناية هم تمريض متميز من حيث المعرفة والمهارات، ولهم أدوار متعددة ومستويات
- تتضمن مسؤوليات ممرضى العناية، تقييم مرضى العناية، ومراقبته، وتطبيق الخطة العلاجية، وإخبار الطبيب بمستجدات حالته. كما تشمل تأمين احتياجاته النفسية والاجتماعية والعاطفية، وتخفيف آثار الشدة النفسية عليه، والتواصل معه ومع عائلته
- تتألف العملية التمريضية من خمسة مراحل مستمرة بشكل حلقة وهي: التقييم الأولي، والتشخيص التمريضي، ووضع الخطة، والتدخلات التمريضية، وتقييم استجابة المريض
- يشمل التقييم التمريضي، التقييم الفيزيولوجي، والتقييم النفسي الاجتماعي، والتقييم البيئي
- تقسم التدخلات التمريضية إلى تدخلات سريرية، ونفسية اجتماعية، وأخلاقية، وإدارية، وقانونية
- يفيد استخدام قائمة التفتق checklist في قبول وتخريج مريض العناية لعدم غفلان شيء
- من المفيد استخدام مختصر SBAR عند استلام وتسليم المرضى الحرجين ويتضمن الحالة والسوابق والتقييم وخطة التدبير
- التوثيق من صلب عمل التمريض حيث يعزز متابعة المريض، ويشكل مسؤولية قانونية أيضاً.
- يجب التوثيق الواضح والدقيق والمستمر لكل الملاحظات والمراقبات والتدخلات التي تمت للمريض وفي وقتها تماماً
- التواصل هو جزء أساسي من عمل التمريض وهو عبارة عن عملية متبادلة من إرسال واستقبال الرسائل الكلامية وغير الكلامية، من كلمات وحركات وتعابير وجه ووضعيات الجسم
- توجد العديد من معوقات التواصل عند مرضى العناية منها وجود اضطراب الوعي أو الشلل
- يعتمد تحديد طريقة التواصل المناسبة على عدة عوامل أهمها: مستوى الوعي والتوجه، واللغة المفضلة، والقدرة على الإمساك والكتابة، وتأثير المهدئات والمسكنات

المراجع

1. أساسيات العناية التمريضية المركزة إعداد د. طلال نقار وآخرون، اشراف د. ياسين عرابي، مدينة الملك عبد العزيز الطبية-الرياض_المملكة العربية السعودية 2009
2. أساسيات الرعاية التمريضية-دار خطوات
3. Critical care nursing made incredibly easy,2009
4. Critical Care Study Guide Text and Review,2nd edition, Gerard J. Criner,2010
5. Pocket ICU, Gyorgy F, Richard D, 2013
6. Levels of critical care for adult patients. Intensive care society standards,2009

الفصل الثالث عشر

المعالجة الداعمة والمعالجة الوقائية في العناية المركزة

Supportive & Preventive Therapies in ICU

- ❖ المعالجة الداعمة وأنواعها
- ❖ المعالجة الوقائية وأنواعها

المعالجة الداعمة والمعالجة الوقائية في العناية المركزة

مقدمة:

كثيراً ما يحتاج مرضى العناية والمرضى الحرجين عموماً إلى معالجات داعمة وأخرى وقائية إضافة إلى المعالجات النوعية التي توجه ضد المرض الرئيسي المسبب. تهدف المعالجات الداعمة والوقائية في مرضى العناية إلى دعم الأعضاء الحيوية مثل الكبد والكلية والدماغ والقلب، وتجنب حدوث الاختلالات الناتجة عن المرض الحرج والمكث في العناية المركزة، إضافة إلى تأمين راحة المريض وتخفيف القلق لديه. تحسن المعالجات الداعمة والوقائية من معدل البقاء عند المرضى أيضاً.

1. المعالجة الداعمة supportive therapy:

هي نوع من المعالجة التي تعطى للمريض بهدف الوقاية من حدوث المضاعفات والآثار الجانبية، أو للسيطرة عليها أو للتخفيف منها ولتحسين راحة المريض ونمط الحياة.

كما تعطى المعالجة الداعمة في حال عدم تحديد السبب تماماً ريثما يتبين السبب لأن ذلك يقي من دخول المريض في مضاعفات خطيرة مثلاً في الانسمامات تعتبر المعالجة الداعمة هي حجر الأساس ريثما يتبين العامل المسبب ويعالج بالتريق النوعي

في مرضى العناية المركزة وخلال تقديم العلاجات النوعية للمرض الأساسي، تجرى العديد من الإجراءات الداعمة للأعضاء الحيوية التي منعاً من حدوث تدهور أو قصور كامل في وظائف تلك الأعضاء واختلالاته مما ينعكس سلباً على الشفاء والبقاء. كمثال يتم دعم الجهاز التنفسي بالتهوية الآلية عند مرضى الصدمة الدورانية. ومن أهم أنواع المعالجة الداعمة في مرضى العناية المركزة والمرضى الحرجين مايلي:

- الدعم الدوراني(الهيموديناميكي): بالمحافظة على الضغط الشرياني الوسطي بالسوائل و/ أوالمقبضات الوعائية
- الدعم التنفسي
- دعم الكلية
- دعم السوائل والشوارد، ونقل الدم

- الدعم الغذائي
- الدعم الحركي الوظيفي
- العناية التمريضية العامة والإجراءات التمريضية التي تصاحبها
- الدعم النفسي والاجتماعي
- المعالجة التلطيفية

سنتناول هنا أهم تلك العلاجات الداعمة علماً أن بقية العلاجات الداعمة قد تم شرحها سابقاً في فصول مختلفة من هذا الكتاب.

أ. الدعم التنفسي **Respiratory support**:

ويتم بالتهوية الآلية الباضعة أو غير الباضعة أو بإعطاء الأكسجين، وبالعلاجات التنفسية الأخرى:

(1) **المعالجة الارذاذية nebulisation**: التي تعطى لتوسيع القصبات، ولترطيب القصبات، وتسهيل إخراج المفرزات.

(2) **المعالجة الفيزيائية للصدر chest physiotherapy**: حيث يتم مساعدة المريض على

تقوية عضلات التنفس، والسعال وإخراج المفرزات القصبية. كما يتم إجراء التمارين التنفسية باستخدام جهاز تدريب بسيط يدعى **Incentive spirometry** الذي يستخدم بشكل شائع بعد الجراحات البطنية والصدرية للتشجيع على فتح الرئتين ومنع الانخماص الرئوي، وتفجير الوضعة **postural drainage**، مع استخدام الطرق اليدوي، و الهز اليدوي أو باستخدام أجهزة توليد الاهتزازات **vibration devices**

ب. **الدعم الغذائي nutritional support**: يحتاج مرضى العناية إلى الدعم الغذائي الذي

يهدف إلى تأمين متطلباتهم الغذائية اليومية بشكل مثالي. قد يحتاج بعض المرضى الحرجين إلى متطلبات غذائية أكبر، لكن مع الأسف فإن معظم مرضى العناية لايتحملون تناول الوجبات العادية، إضافة إلى أنه قد يمنع بعض المرضى من تناول الطعام أو لا يستطيعون تناول الطعام مثل المرضى غير الواعين، مما يتطلب إطعامهم بواسطة الأنبوب المعدي، وفي بعض الحالات لابد من إدخال التغذية الوريدية الكاملة.

(1) **الحاجات الغذائية اليومية**: يتطلب الجسم يومياً العناصر الغذائية الرئيسية الثلاثة وهي:

الكربوهيدرات، والدهون، والبروتينات. يعتبر الجلوكوز (من الكربوهيدرات) الوقود الأساسي لعمل خلايا الدماغ، أما الدهون فتشكل المخزون الرئيسي للطاقة في الجسم.

تقدر الحاجة اليومية الطبيعية من الحريرات (كيلو كالوري) اللازمة للاستقلاب عند الشخص الطبيعي بـ **30x** وزن الجسم، ويتم تعديل هذه الحاجة عند مرضى العناية حسب حالة كل مريض:

- مثلاً في حال ارتفاع حرارة الجسم نضرب الحاجة اليومية بـ 1,1 لكل ارتفاع بمقدار درجة مئوية واحدة من حرارة الجسم الطبيعية

- في حال الشدة الخفيفة نضرب بـ 1,2 ، وفي حال الشدة المتوسطة إلى الشديدة (كما في الحروق مثلاً) نضرب بـ 1,4

يتم إعطاء الحاجة اليومية من الحريرات على شكل كربوهيدرات **70%**، والباقي أي **30%** على شكل دهون.

أما البروتينات فلاتدخل ضمن حساب الحريرات، ويتم إعطاء الحاجة اليومية منها بجرعة 1 غرام/كغ من وزن الجسم، في حالات فرط الاستقلاب يعطى 2-3 غ/كغ

الفيتامينات: تتواجد الفيتامينات في الأغذية عموماً لكن قد تزداد حاجة بعض المرضى لبعض الفيتامينات كما في حالات فرط الاستقلاب حيث تزداد الحاجة اليومية من الثيامين **thiamine (ب1)** الذي قد يؤدي عوزه إلى اختلالات خطيرة. هناك نوعان من التغذية المعوية والتغذية الوريدية، وبشكل عام تستطب التغذية المعوية في معظم مرضى العناية، ويلجأ للتغذية الوريدية في حالات خاصة نظراً لآثارها الجانبية ولكلفتها الأعلى بكثير من التغذية المعوية.

(2) التغذية المعوية enteral nutrition: يترافق عدم تناول الغذاء عن طريق الأمعاء بتطور ضمور مع تخرب في الزغابات المعوية، وتفقد وظيفتها أيضاً كحاجز دفاعي ضد هجوم بعض الميكروبات عن طريق الأمعاء. إن التغذية المعوية تحد من تطور هذه الاختلالات.

يتم البدء بالتغذية المعوية حالما تحسنت الصدمة عند المريض، وفي حال غياب وجود انسداد في الأمعاء أو شلل معوي. في حالات الصدمة يحصل نقص في تروية الأمعاء (كما هو في كل الأعضاء) وبالتالي لا تستطيع أداء وظائفها في الامتصاص والإطراح.

تستطب التغذية المعوية الباكرة عموماً، وينصح ألا يتأخر البدء بالتغذية المعوية أكثر من **5-7 أيام**، حيث أن التغذية الباكرة تحسن من مقاومة الانتانات، وشفاء الجروح.

تتم التغذية عبر أنبوب معدي عادة سواء أنفي أو فموي، وفي بعض الحالات يتم وضع الأنبوب في العفج (الاثني عشري) أو في الصائم (كما في التهاب البنكرياس الحاد). تستخدم مستحضرات غذائية جاهزة في معظم الحالات، ويمكن تحضير التغذية من الأغذية مباشرة في حال عدم توفر تلك المستحضرات.

تستخدم طريقة التسريب بواسطة مضخة آلية عادة حيث تعطى بمعدل تسريب 1,2-1,8 مل/كغ/ساعة(2000-2800 كيلو كالوري)

(3) من اختلاطات التغذية المعوية:

القلس المريئي والاستنشاق الرئوي وحدوث ذات رئة ويتم تجنبها بوضع المريض بوضعية الرأس للأعلى بزاوية 30 درجة

عدم التحمل وحدوث انتفاخ بالغازات، أو الاقياءات أو الإسهالات

فرطCO2: بسبب الفرط في إعطاء الكربوهيدرات

رض وأذية المري أو المعدة أو الأمعاء بسبب أنبوب التغذية

(4) التغذية الوريدية الكاملة (TPN) total parenteral nutrition: تستطب هذه الطريقة

من التغذية عند وجود نقص تغذية سابق عند المريض، أو في حال كان هناك مضاد استطباب للتغذية المعوية كما في رضوض الأمعاء المخترقة، وفي عمليات الجهاز الهضمي المترافقة باختلاطات مثل النواسير المعوية والانتانات داخل البطن.

يتم مزج مكونات التغذية الوريدية مع العناصر الإضافية بشكل عقيم ضمن كيس معقم بعد حساب متطلبات المريض منها، يتم تسريبها عبر القسطرة الوريدية المركزية لوحدتها فقط للحفاظ على عقامتها. تستخدم المضخة الآلية لضبط معدل التسريب اليومي.

تتم المراقبة اليومية للشوارد مثل الصوديوم والبوتاسيوم، والمغنزيوم والفوسفات، والغلوكوز وتصحيحها أثناء التغذية الوريدية المرضى.

(5) من اختلاطات التغذية الوريدية:

- اضطراب توازن الشوارد والسكر
- عوز بعض الفيتامينات والعناصر الهامة
- ركودة صفراوية (تجمع الصفراء لعدم استخدام الأمعاء للتغذية)
- اختلاطات تركيب القسطرة الوريدية المركزية مثل النزف أو الريح الصدرية أو الانتان

ت. دعم الكلية renal support:

وتتم بشكل رئيسي من خلال المعالجة الاستبدالية الكلوية Renal replacement therapy

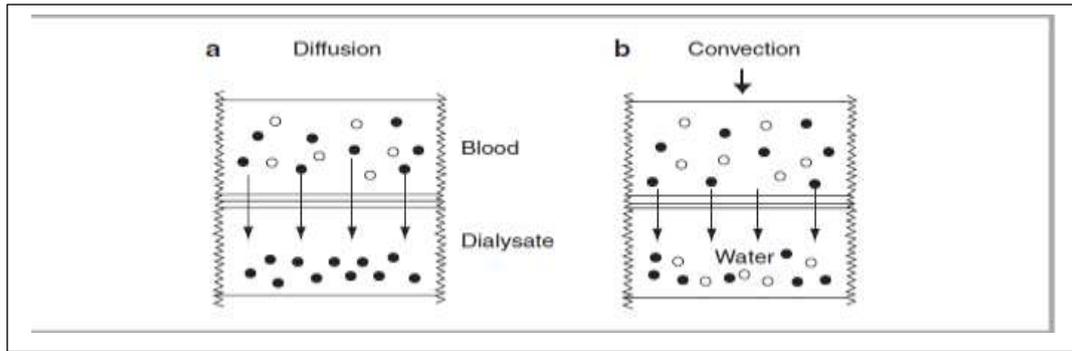
(1) ماهي المعالجة الاستبدالية الكلوية: تقوم فكرة المعالجة الاستبدالية الكلوية على التعويض عن

بعض وظائف الكلية في حال قصور في عملها.

والمبدأ فيها هو إخراج الدم خارج الجسم عبر قسطرة ثنائية اللمعة ودارة مغلقة ليمر عبر فلتر خاص فيه غشاء نصف نفوذ سللوزي أو صناعي ليتم تبادل الذوائب والشوارد وحركة الماء عبر

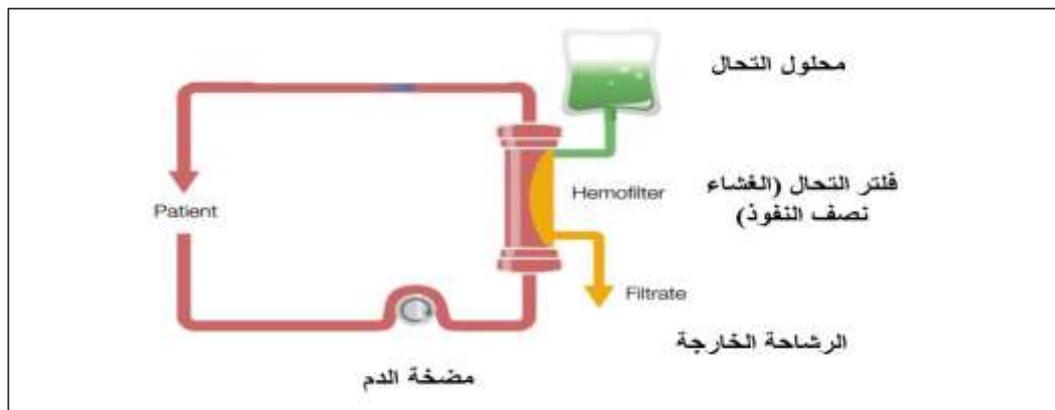
هذا الغشاء وبعد التبادل يعود الدم مرة أخرى إلى المريض من خلال نفس القسطرة. تحدث حركة الماء والذوائب عبر الغشاء نصف النفوذ في الفلتر بآليتين هما: آلية الانتشار البسيط **diffusion** للجزيئات الصغيرة، وآلية الحمل **convection** حيث تتم حركة الماء حاملاً معه الجزيئات الأكبر عبر الغشاء والذي يتعلق بالضغط الموجود في الدارة المغلقة ويدعى أيضاً بالترشيح الفائق **ultrafiltration** انظر الشكل (13-1).

الشكل (13-1) آليتا تبادل السوائل والذوائب عبر الغشاء نصف النفوذ لفلتر التحال الدموي:
أ- الانتشار، ب- الحمل أو الترشيح الفائق



يتم تأمين حركة الدم في الدارة من خلال جهاز خاص هو جهاز التحال الدموي **dialysis machine** الذي يحتوي على مضخة لدفع الدم في الدارة من المريض إلى الجهاز وإعادته من الجهاز إلى المريض. يوضع محلول التحال **dialysate** (يحتوي سوائل وشوارد عدا البوتاسيوم) على مضخة منفصلة ليمر على الجهة الثانية من الغشاء نصف النفوذ داخل الفلتر وباتجاه جريان معاكس لجريان الدم في الفلتر. يمكن التحكم من خلال الجهاز بمعدل تدفق الدم الخارج عبر القسطرة والدارة، وبمعدل تدفق محلول التحال، كما يمكن التحكم بمعدل وكمية السوائل المراد سحبها من المريض بآلية الترشيح الفائق، الشكل (13-2).

الشكل (13-2) مبدأ التحال الدموي



(2) استطببات المعالجة الاستبدالية الكلوية

- فرط البوتاسيوم الشديد
- الحماض الاستقلابي الشديد
- وذمة الرئة الشديدة مع فرط الحجم
- الارتفاع الشديد في وظائف الكلى
- الانسمامات الدوائية
- فرط الحرارة المعدن أو الشديد

(3) أشكال المعالجة الاستبدالية الكلوية:

- **المعالجة الاستبدالية الكلوية المستمرة continuous renal replacement therapy (CRRT)** حيث يجرى التحال الدموي بشكل مستمر وبطيء على مدار 24 ساعة إلى عدة أيام حسب الحاجة، ولها أشكال عديدة. وتتميز هذه التقنية بالمحافظة على الاستقرار الهيموديناميكي للمريض، ولذلك فهي الأكثر استخداماً في العناية المركزة.
- **التحال الدموي المتقطع intermittent hemodialysis(IHD)**: حيث يجرى التحال الدموي هنا بشكل جلسات بمعدل 2-3 جلسات أسبوعياً كل جلسة مدتها حوالي 3-4 ساعات، وتجرى عند المرضى المستقرين حيث أنها لا تؤمن استقراراً هيموديناميكياً.
- **التحال البريتواني peritoneal dialysis**: تعتمد هذه الطريقة على استخدام الغشاء البريتواني كغشاء نصف نفوذ للتبادل عبره، تستطب هذه الطريقة عادة في حال صعوبة تأمين قسطرة غسيل وريدية، واستخدامها نادر في العناية المركزة.

(4) من اختلاطات المعالجة الاستبدالية الكلوية

- هبوط الضغط الشرياني (خاصة مع التحال الدموي المتقطع)
- متلازمة عدم التوازن: اضطراب الوعي بسبب السحب السريع للبولة من الجسم (خاصة مع التحال المتقطع)
- النزف
- الصمة الهوائية: دخول الفقاعات الهوائية في الدارة
- هبوط حرارة الجسم (بسبب فقد الحرارة مع الدم خارج الجسم وعدم تدفنته)
- اختلاطات تركيب قسطرة الغسيل: ريج صدرية، انتان، نزف.

ث. الدعم النفسي والاجتماعي في وحدة العناية:

إن تجربة العناية المركزة للمريض قد تكون تجربة مخيفة ومجهددة جداً لهم، فعليهم تحمل الإجراءات المتقدمة سواء منها الباضعة أو غير الباضعة إضافة لوجودهم في بيئة غريبة عنهم تماماً لذلك يحتاج مريض العناية إلى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي في العناية. ويكون معظم المرضى معتمدين كلياً على الطاقم الطبي الموجود للعناية بهم وحمايتهم من الأخطار مما يجعلهم غالباً مضطربين. من الضروري توفير شروط بيئية مريحة للمريض من ناحية الإنارة والصوت. يلعب التمريض دوراً أساسياً في العناية النفسية والاجتماعية للمريض من خلال تماسهم المباشر مع المرضى وتواصلهم مهم. يتواجد في العناية الكبيرة عادة **اختصاصي اجتماعي** للمساعدة في تقديم الدعم الاجتماعي للمرضى. إن الدعم النفسي والاجتماعي من خلال المعلومات الكافية والتواصل المستمر يساعد المريض، كما يساعد العائلة في التعامل مع الحالة الحرجة لمريضهم. كما يلعب تثقيف المريض و/أو العائلة تجاه المرض الحرج دوراً هاماً في طمأنة المريض وعائلته.

ج. **المعالجة التلطيفية palliative therapy**: نوع خاص من المعالجة الداعمة التي تهدف إلى تخفيف الشدة والسيطرة على الألم لدى المرضى الذين لا يؤمل شفاؤهم، مثل تسكين الألم عند مريض بسرطان منتشر وغير مستجيب للمعالجة الكيميائية (انظر فصل القضايا الأخلاقية والقانونية في العناية).

2. المعالجة الوقائية preventive therapy :

هي المعالجة التي تهدف إلى منع حدوث مرض أو اختلاط معين وتدعى أيضاً بالوقاية prophylaxis. مثلاً استعمال مضادات التخثر للوقاية من حدوث التهاب الوريد الخثاري.

أ. **أهم الاختلاطات عند مرضى العناية المركزة**: ينتج عن مكث المريض في العناية المركزة إضافة إلى استخدام التهدة/الإرخاء العضلي، والتنبيب والتهوية الآلية عدة اختلاطات أهمها:

- عدم الحركة والضعف العضلي
- التهاب الوريد الخثاري والصمة الرئوية
- قرحات الفراش
- ذات الرئة المرتبطة بالمنفسة
- الانتانات بالميكروبات المقاومة للمضادات الحيوية
- اضطرابات نفسية مثل الهذيان، والاكتئاب، والقلق
- قرحة الشدة والنزف الهضمي
- الاعتلال العصبي العضلي المرتبط بالمرض الحرج

- الوفاة حوالي 15-25% يتوفون

ب. أهم الإجراءات الوقائية من الاختلالات في العناية:

- المعالجة الفيزيائية والحركة الباكرة
 - إيقاف يومي للمهدئات (إجازة المهدئات) وتجنب استخدام المرخيات العضلية ما أمكن
 - تجنب تثبيت المريض إلا لضرورة
 - الوقاية من قرحات الفراش
 - الوقاية من قرحة الشدة
 - الإجراءات الوقائية من انتشار العدوى والانتانات
 - إزالة القساطر الوريدية حالما لم يعد هناك حاجة لها
 - المعالجات الداعمة في العناية أيضاً تساهم في الوقاية من الاختلالات
- تحاول معظم المراكز العالمية اعتماد إجراءات وقائية تحت ما يسمى العناية المعتمدة على البراهين evidence-based care لتحسين النتائج على المرضى. سنستعرض هنا أهم الإجراءات الوقائية في العناية المركزة

ت. المعالجة الفيزيائية والحركة الباكرة في العناية early mobilization and :physiotherapy

(1) يترافق عدم الحركة في العناية بالعديد من الاختلالات أهمها فقدان اللياقة الجسمية الطبيعية،

والهذيان، وقرحات الفراش، وتطول فترة التأهيل ومدة البقاء في المشفى، والوفيات. يعبر مصطلح فقدان اللياقة الجسمية الطبيعية **deconditioning** عن فقد المريض القدرة على أداء الفعالية الحركية الطبيعية بشكل مثالي، بحيث يصبح المريض معتمداً على الغير لأدائها. ينتج عن فقدان اللياقة الجسمية الطبيعية عدة تأثيرات فيزيولوجية أهمها:

- **تأثيرات قلبية وعائية:** نقص نتاج القلب، نقص حمل الأوكسجين إلى الأعضاء والأنسجة، عدم تحمل النهوض من الاستلقاء سواء الجلوس أو الوقوف.
- **تأثيرات تنفسية:** نقص السعة الوظيفية المتبقية FRC، ضعف وظيفة العضلات التنفسية، وعسر أداء عضلة الحجاب الحاجز المسبب بالتهوية الآلية، وبالتالي تطول مدة البقاء على التهوية الآلية وصعوبة الفطام.
- **تأثيرات عضلية هيكلية:** ضمور عضلي عام، وضعف التحمل العضلي للعضلات بما فيها عضلات التنفس، تحدد في حركة المفاصل، نقص كثافة العظام، والتعرض للكسور عند العودة للحركة خاصة عند المسنين، وتطول فترة التأهيل والنقاهة، والاعتماد على الغير.

• إضافة لتطور اعتلال عضلي واعتلال عصبي مرتبطان بالمرض الحرج **critical care neuropathy and myopathy**: وخاصة بوجود انتان جهاززي، أو قصور أعضاء عديد، واستخدام سابق للستيروئيدات، والمرخيات العضلية.

إن المعالجة الفيزيائية مع الحركة الباكرة في العناية تعتبر آمنة وتخفف من تأثيرات فقدان اللياقة الجسمية الطبيعية، وتحسن الوظيفة الحركية للمريض، وتقلل فترة البقاء في العناية والمشفى، وتقلل نسبة الهذيان في العناية.

(2) لذلك من المعتمد حديثاً في ممارسة العناية المركزة تشجيع الحركة الباكرة للمريض **early mobilization** وذلك ضمن بروتوكول أو برنامج متكامل يشمل اختيار المهدئات المناسبة، وتطبيق إجازة المهدئات وتجربة التنفس العفوي اليومية، وكشف وتدبير الهذيان باكراً. ومما يساعد في نجاح هذا برنامج التغذية الجيدة وتنقيف المريض والعائلة بخصوص أهمية ومراحل الحركة الباكرة. ومن خلال تطبيق هذه البرامج أصبح رؤية مريض على التهوية الآلية ويتحرك ويمشي ضمن العناية أمراً واقعياً.

(3) من التدخلات العلاجية التأهيلية في المعالجة الفيزيائية والحركة الباكرة مايلي:

- التمارين التنفسية لتقوية العضلات التنفسية وتحسين أداء الوظائف الرئوية
 - الحركة المنفصلة(بالمساعدة) والفاعلة في السرير، تقلب المريض المتكرر
 - تمارين الثبات والتوازن على الكرسي
 - تمارين التوازن والثبات أثناء المشي
 - معالجات مساعدة مثل تطبيق الجبائر المؤقتة والتحرير الكهربائي
- ولابد من تضافر جهود جميع أفراد طاقم العناية في ذلك وخاصة التمريض، والمعالجين الفيزيائيين، والمعالجين التنفسيين، إضافة إلى توفر التجهيزات في هذه التدخلات العلاجية

ث. الوقاية من التهاب الوريد الخثاري (**deep venous thrombosis(DVT)** والصمة الرئوية:

التهاب الوريد الخثاري هو جزء من الانصمام الخثاري الوريدي **venous thromboembolism(VTE)** الذي يضم أيضاً تحته ما يسمى بالصمة الرئوية.

(1) التهاب الوريد الخثاري هو عبارة عن تطور خثرات في الأوردة العميقة ويحدث في أوردة الساقين عادة. ويعتبر التهاب الوريد الخثاري سبباً رئيسياً للمراضة والوفيات، وهو السبب الأكثر شيوعاً لوفيات المشافي التي يمكن الوقاية منها. تزداد نسبة الحدوث بين السكان خاصة مع تقدم

العمر. يبلغ معدل التهاب الوريد الخثاري في حال عدم الوقاية منه ما بين 10% في المرضى الباطنيين وحتى 60% في مرضى الجراحات العظمية الكبيرة. إن حوالي ما نسبته حوالي 40% من التهاب الوريد الخثاري يتطور إلى صمة رئوية.

(2) الآلية المرضية: يمكن تطور الانصمام الخثاري الوريدي بوجود واحد أو أكثر من العوامل الثلاثة

التالية التي تسمى بثلاثي فيرشو Virchow's triad:

- الركودة الوريدية
- أذية في جدار الوريد
- زيادة القابلية للتخثر

(3) عوامل الخطورة: توجد العديد من عوامل الخطورة التي تنطوي تحت هذه الآليات الثلاثة كما في الجدول (1-13).

الجدول (1-13) عوامل الخطورة لحدوث الانصمام الخثاري الوريدي

عوامل الخطورة	الآلية (عوامل فيرشو)
عدم الحركة، قصور القلب، التقدم في السن، الجراحة، أذية النخاع الشوكي	الركودة الوريدية
الرض، الحروق، السرطان	أذية جدار الوريد
الحمل، مناعات الحمل الاستروجينية، فرط التخثر البدئي، متلازمة أضداد الفسفوليبيدات، السرطان	زيادة القابلية للتخثر

(4) الصمة الرئوية (pulmonary embolism (PE هي عبارة عن انطلاق صمة أو صمات emboli من التهاب الوريد الخثاري لتستقر في الشرايين الرئوية فهي اختلاط لالتهاب الوريد الخثاري. غالباً ما تنتج الصمة الرئوية عن التهاب الوريد الخثاري في الطرف السفلي، أو في الأوردة الحوضية أو في الوريد الأجوف السفلي. تسبب الصمة الرئوية إلى حدوث تهوية الحيز الميت وعدم توافق التهوية/التروية مما يؤدي لتطور نقص الأكسجة، مع فرط تهوية ونقص pCO2. تؤدي الصمة الرئوية الضخمة massive PE إلى حدوث قصور في البطين الأيمن وعسر وظيفة البطين الأيسر وحدث الصدمة الانسدادية (راجع فصل الصدمة الدورانية).

(5) سريرياً: غالباً ما يكون التهاب الوريد الخثاري صامتاً سريرياً (بدون أعراض وعلامات)، وكذلك الصمة الرئوية، وقد يحدث تسرع التنفس والنبض، والحرارة. أما الصمة الرئوية الضخمة فتتظاهر بأعراض وعلامات الصدمة الدورانية (الانسدادية). يعتمد تشخيص التهاب الوريد الخثاري على إجراء التصوير بالأشعة الصوتية مع دوبلر للأطراف السفلي، أما في الصمة

الرئوية فيتم التشخيص بإجراء التصوير الوعائي المرافق للطبقي المحوري للصدر. يعالج الانصمام الخثاري الوريدي بمضادات التخثر، والأهم هو الوقاية.

(6) الإجراءات الوقائية من الانصمام الخثاري الوريدي: ينبغي البحث عن عوامل الخطورة للانصمام

الخثاري الوريدي لدى مرضى العناية للبدء بالإجراءات الوقائية عندهم والتي تتضمن مايلي:

- تشجيع الحركة الباكرة
- **مضادات التخثر:** هيبارين heparin يعطى 5000 وحدة تحت الجلد كل 12 ساعة، أو الهيبارينات منخفضة الوزن الجزيئي LMWH: مثل اينوكسابارين enoxaparin(Clexane) الذي يعطى بجرعة 40 مغ تحت الجلد مرة واحدة يومياً.
- **الوقايات الميكانيكية:**

- أجهزة الضغط المتقطع الهوائي intermittent pneumatic compression

devices: حيث يتم تطبيق كم هوائي ما بين الفخذ والساق ويتم نفخه آلياً بضغط 30-40 مم زئبقي كل 1-2 دقيقة ولمدة 10 ثوان. تعمل هذه الآلية على زيادة الجريان الوريدي إلى عدة اضعاف. تستخدم هذه الطريقة في الحالات التي لا يمكن فيها استخدام مضادات التخثر الوقائية بسبب وجود خطورة للنزف عند المريض مثلاً مابعد العمل الجراحي. وفي بعض الحالات التي يتعذر فيها تطبيق الكم الكامل على الساق يستخدم كم صغير على القدم ينفخ إلى 120 ممز ولمدة 20 ثانية.

- الجوارب الضاغطة TED stockings التي تضغط على أوردة الساق وتحسن العود

الوريدي، وتستخدم في الحالات ذات الخطورة المنخفضة لحدوث الانصمام الخثار الوريدي. وينبغي اختيار القياس المناسب لساق المريض

- زرع فلتر الوريد الأجوف السفلي المؤقت temporary IVC filter: حيث يتم إدخال

فلتر من نوع خاص بشكل شبكة إلى داخل الوريد الأجوف السفلي وذلك منعاً من انطلاق صمات إلى الرئة، وتستخدم هذه الطريقة في حال وجود خطورة عالية لحدوث الانصمام الخثاري الوريدي، مع وجود مضاد استطباب لاستخدام مضادات التخثر(خطورة حدوث نزف خطير).

ج. الوقاية من قرحة الشدة stress ulcer prophylaxis:

قرحة الشدة هي عبارة عن حدوث تآكلات في مخاطية الجهاز الهضمي العلوي للمري أو المعدة أو العفج (الاثني عشري).

(1) **الآلية المرضية:** تنتج قرحة الشدة عن حدوث إقفار أو نقص تروية أو نقص أكسجة للجهاز الهضمي العلوي بسبب المرض الحرج، كما قد يزداد إفراز الحموضة في بعض المرضى. ويعتقد أن الإنعاش الباكر لمريض الصدمة الدورانية يقلل من نسبة حدوث قرحة الشدة (1-3% حالياً). قد تكون قرحة الشدة سطحية ضمن طبقة المخاطية وقد تمتد عميقاً للطبقة تحت المخاطية وقد تصل إلى الأوعية الدموية فتحدث نزيفاً هضماً ولذلك أكثر ما **تتظاهر بالنزف الهضمي العلوي**. تكون قرحة الشدة عادة متعددة.

(2) **أهم عوامل الخطورة لحدوث قرحة الشدة:** التهوية الآلية، ووجود اعتلال في التخثر، والصدمة الدورانية (الجدول 13-2)

تعالج قرحة الشدة خاصة المترافقة بالنزف الهضمي بإعطاء أدوية مثبطات مضخة البروتون مثل أمبيرازول بطريق التسريب الوريدي، مع إجراء المنظار الهضمي القرحة النازفة، ونقل الدم عند الحاجة.

الجدول (13-2) عوامل الخطورة لحدوث قرحة الشدة في مرضى العناية المركزة

رض الرأس الرضوض المتعددة حرق واسع في الجسم < 35% من سطح الجسم قصة نزف هضمي علوي سابقة زرع الأعضاء	التهوية الآلية لمدة أكثر من 48 ساعة اعتلال التخثر الصدمة الدورانية الانتان الجهازية القصور الكلوي القصور الكبدي
---	--

(3) **الوقاية من قرحة الشدة والنزيف المرافق لها:**

- الإنعاش الباكر لمرضى الصدمة
- معالجة الانتان الجهازية والسيطرة على بؤرة الانتان
- البدء بالتغذية المعوية باكراً
- **دوائياً:** تعطى مضادات الهيستامين H₂ وريدياً أو فموياً مثل رانيتيدين (50 مغ 3 مرات وريدياً)، أو فاموتيدين. أو يمكن أن تعطى مثبطات مضخة البروتون مثل أمبيرازول أو ايزومبيرازول.

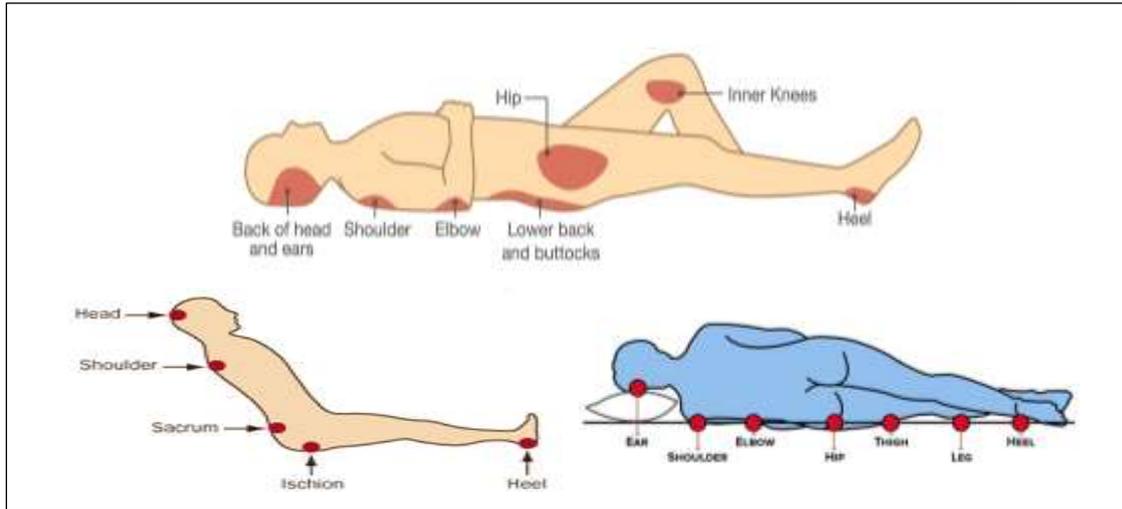
ح. **الوقاية من قرحات الضغط prevention of pressure ulcer:**

قرحات الضغط، أو قرحات الفراش bedsores، أو القرحات الاضطجاجية هي عبارة عن حدوث اذية في جلد المريض و/أو الطبقات التي تحته بسبب انضغاطها فوق البروزات العظمية التي تحتها.

(1) مواضع قرحات الضغط: عند المريض بوضعية الاستلقاء الظهرى، أو نصف الجلوس، تحدث قرحة الضغط، في منطقة القفا من الرأس، والمرفق، والكتف، والعجز والأليتين، والعقب في القدم، يضاف أيضاً الورك والفخذ في الوضعية الجانبية (انظر الشكل 13-3). تحدث قرحات الضغط بشكل شائع بسبب عدم الحركة.

(2) يعتقد أن الآلية المرضية الأساسية فيها حدوث إقفار موضعي بسبب الانضغاط إضافة لوجود قوة تمزيق shearing forces أيضاً، مع وجود عوامل خطورة. يمكن أن تتطور قرحة الضغط خلال 2-6 ساعات فقط من الانضغاط.

ملاحظة: تعتبر قرحات الضغط أحد المشعرات الأساسية على مستوى جودة العناية في العناية المركزة، فكلما قلت نسبتها تدل على مستوى جودة جيد للعناية، وكلما زادت نسبتها تدل على مستوى جودة متدن.



الشكل (13-3) المواضع من الجسم التي تتعرض لقرحات الضغط بحسب وضعية المريض

(3) عوامل الخطورة: تحدث قرحات الضغط بتواجد عدة عوامل خطورة مجتمعة لدى مريض العناية. وأهم عوامل الخطورة لتطور قرحات الضغط لدى مريض العناية المركزة:

- المرض الحرج نفسه

- فقد الحركة

- التقدم في السن

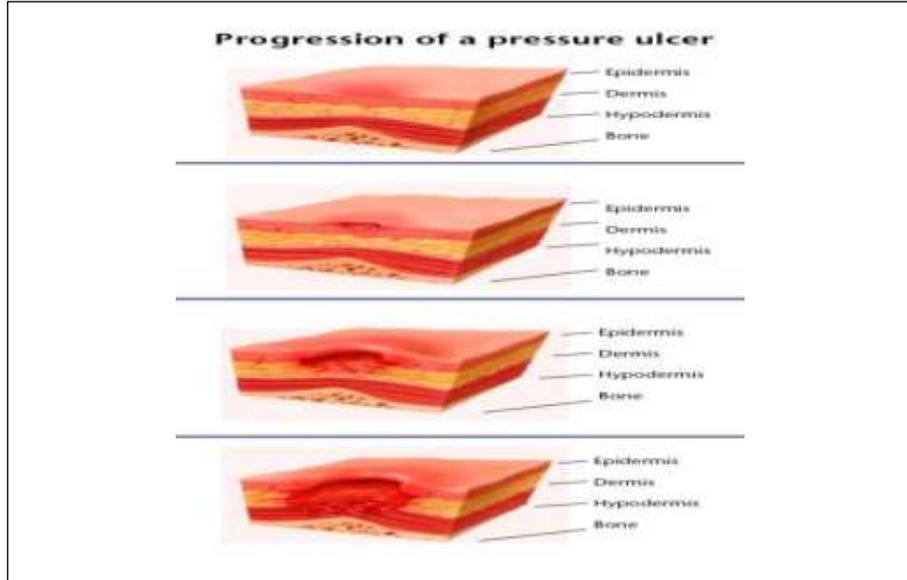
- سوء التغذية

- الرطوبة والاحتكاك الموضعيين

(4) درجات قرحة الضغط: لقرحة الضغط أربع درجات بحسب عمق القرحة واختراقها للجلد والأنسجة تحته (الشكل 13-4):

- الدرجة الأولى: حمامى أو احمرار في الجلد، أو تغير لون الجلد، أو انتباج موضعي

- الدرجة الثانية فقد سطحي للجلد لمستوى البشرة أو الأدمة تظهر بشكل سحجة أو حويصل صغير
 - الدرجة الثالثة: فقد كامل طبقات الجلد مع تنخر النسيج تحت الجلد
 - الدرجة الرابعة: تخريب واسع للعمق مع تنخر نسيجي إلى مستوى العضلات والعظام،
- الشكل (13-4) درجات قرحة الضغط حسب الترتيب من الأولى وحتى الرابعة



تعالج قرحات الضغط باكراً باتباع أساليب الوقاية، وفي حال تطور درجتها يتم استخدام ضمادات فيها مواد مرممة، وقد تحتاج القرحات المتنخرة والمصابة بالانتان إلى التنضير الجراحي.

(5) أهم الاجراءات الوقائية لمنع أو للحد من تطور قرحات الضغط هي:

- العناية اليومية بالجلد ونظافته لكشف أي تغير باكر فيه
- تجنب الرطوبة في الجلد
- العناية بحركة الأمعاء والمثانة
- استخدام فرشاة تخفيف الضغط
- تقليب المريض المنتظم المتكرر (يعتمد كل ساعتين)
- الحركة الباكرة
- التغذية الجيدة

خ. الأهداف الستة العالمية لتحقيق أمان المريض:

تم وضع 6 أهداف معتمدة عالمياً لتجنب الأخطاء الطبية والاختلاطات وتحقيق أمان المرضى في المشفى والعناية المركزة وهي:

- (1) تحديد هوية المريض بدقة: اسمه الكامل، رقم الملف الطبي،
- (2) تحسين التواصل الفعال بين أفراد طاقم العناية بالمريض مما يقلل الأخطاء، أكثر الأخطاء تحدث بسبب التواصل الشفوي، مثل إعطاء أمر عبر الهاتف، لذلك التواصل المكتوب هو المعتمد
- (3) تحسين الأمان في استخدام الأدوية المحظورة عالية الخطورة high-alert medications، مثل تحديد الدواء موقعه، ووضع لصاقة باسمه، وتخزينه الصحيح،(مثل المقبضات الوعائية، المهدئات، والأفيونات، ومضادات اضطراب النظم...)
- (4) التأكد من صحة الموضع من الجسم الذي سيطبق عليه الإجراء أو الجراحة، والإجراء الصحيح، والمريض الصحيح
- (5) التقليل من خطر الانتانات المكتسبة بالمشافي
- (6) التقليل من خطر سقوط المريض.

الخلاصة

- تهدف المعالجة الداعمة لمرضى العناية إلى الوقاية من الآثار الجانبية للمرض ومضاعفاته إضافة إلى تحسين راحة المريض
- كثيراً ما يتم دعم الأعضاء الحيوية خلال المعالجة الأساسية للمرض الحرج
- تبلغ الحاجة اليومية من الحبريات 30 كيلوجرام/كغ من وزن الجسم وتعطى على شكل كربوهيدرات 70%، و30% على شكل دهون
- من المعتمد البدء بالتغذية المعوية باكراً لدى معظم مرضى العناية، وينصح ألا يتم التأخر بها أكثر من 5-7 أيام
- تستطب التغذية الوريدية الكاملة عند عدم تحمل المريض على تناول التغذية المعوية واختلاطاتها أكثر وأعلى كلفة من التغذية المعوية
- للمعالجة الاستبدالية الكلوية ثلاثة أشكال: المعالجة الاستبدالية المستمر، والتحال الدموي المنقطع، والتحال البريتواني
- تشكل المعالجة الاستبدالية الكلوية المستمرة الشكل الأكثر استخداماً في العناية المركزة لأنها تحافظ على الاستقرار الهيموديناميكي للمريض
- تهدف المعالجة الوقائية إلى منع حدوث المرض أو منع الاختلاطات
- يتعرض مرضى العناية المركزة لكثير من الاختلاطات نتيجة مكثهم في العناية، وعدم الحركة وتناول المهدئات، والتهوية الآلية.
- يعبر مصطلح فقدان اللياقة الجسمية الطبيعية عن فقد المريض القدرة على أداء الفعالية الحركية الطبيعية بشكل مثالي، بحيث يصبح المريض معتمداً على الغير لأدائها، ولذلك تأثيرات عديدة فيزيولوجية
- يحدث اعتلال عصبي عضلي مرتبط بالمرض الحرج وخاصة بوجود انتان جهازي، أو قصور أعضاء عديدة، واستخدام سابق للستيروئيدات، والمرخيات العضلية
- من المعتمد حديثاً في ممارسة العناية المركزة تشجيع الحركة الباكرة للمريض early mobilization وذلك ضمن بروتوكول أو برنامج متكامل
- يضم الداء الخثاري الوريدي كلاً من التهاب الوريد الخثاري والصمة الرئوية
- يعتبر التهاب الوريد الخثاري سبباً رئيسياً للمراضة والوفيات، وهو السبب الأكثر شيوعاً لوفيات المشافي التي يمكن الوقاية منها
- ينتج الصمة الرئوية عن انطلاق جزء من الخثرات المتشكلة في الأوردة العميقة (التهاب الوريد الخثاري) بشكل صمات لتستقر في أحد فروع الشريان الرئوي.
- غالباً ما يكون التهاب الوريد الخثاري وكذلك الصمة الرئوية صامتين سريرياً (بدون أعراض وعلامات)
- تتظاهر الصمة الرئوية الضخمة بأعراض وعلامات الصدمة الدورانية (الانسدادية)
- تتضمن الإجراءات الوقائية من الداء الخثاري الانصمامي: الحركة الباكرة، ومضادات التخثر، والوقايات الميكانيكية
- تنتج قرحة الشدة عن حدوث إقفار أو نقص تروية أو نقص أكسجة للجهاز الهضمي العلوي بسبب المرض الحرج، تكون متعددة، وأكثر ما تتظاهر بالنزف الهضمي العلوي
- قرحات الضغط أو القرحات الاضطجاعية هي عبارة عن حدوث اذية في جلد المريض و/أو الطبقات التي تحته بسبب انضغاطها فوق البروزات العظمية التي تحتها. تحدث قرحات الضغط بشكل شائع بسبب عدم الحركة
- تعتبر قرحات الضغط أحد المشعرات الأساسية على مستوى جودة العناية في العناية المركزة
- لقرحة الضغط أربع درجات بحسب عمق القرحة واختراقها للجلد والأنسجة تحته
- من الإجراءات الوقائية لقرحات الضغط المحافظة على نظافة الجلد، وتقليل المريض المتكرر والحركة الباكرة والتغذية الجيدة

المراجع

1. Pocket ICU Gyorgy F, Richard D.Urman,2013
2. Critical Care Study Guide Text and Review,2nd edition, Gerard J. Criner,2010
3. Basic Assessment & Support in Intensive Care, Charles Gomersall, Gavin Joynt, et al, 2007
4. OH's INTENSIVE CARE MANUAL, 7th edition 2014
5. Pressure Ulcers in the ICU: Incidence, Risk Factors & Prevention, Stijn BLOT, Dept. of Internal Medicine, Faculty of Medicine & Health Science, Ghent University, Ghent, Flanders (Belgium), July 2015
6. www.wikipedia.com

الفصل الرابع عشر

نقل المريض الحرج

Transport of critical patient

- أنواع نقل المريض
- وسائل نقل المرضى
- استطبابات نقل المريض الحرج
- المخاطر والمضاعفات أثناء نقل المرضى
- التحضير لنقل المريض الحرج
- التخطيط للنقل
- التدبير أثناء مرحلة النقل
- إجراءات ما بعد النقل

عشر نقل المريض الحرج

مقدمة:

كما هو معلوم أن المريض الحرج لديه مرض مهدد للحياة، وإن نقل مثل هؤلاء المرضى يعرضهم لخطورات إضافية ويتطلب نقلهم خدمات عالية التدريب وممارسين بمهارات عالية. يتطلب النقل الآمن للمرضى الحرجين تقيماً دقيقاً وتحقيق الظروف الأمثل للمريض قبل النقل. يعتبر نقل المريض الحرج من المهارات السريرية (مثل فتح وريد مركزي وغيرها...) التي تحتاج إلى تدريب، ودورات تدريبية. يجب أن يكون هناك خطة نقل مناسبة وتوفر وسائل اتصالات عالية، إضافة لتوفر طاقم طبي مدرب بشكل مناسب مع المعدات اللازمة. إن الهدف الرئيسي هو تحقيق الأمان أثناء نقل المرضى وتقليل المخاطر والمضاعفات من جراء النقل ما أمكن. يلعب تدريب الطواقم الطبية إضافة لاتباع التوصيات العالمية guidelines أمراً هاماً حيوياً في تحقيق نقل آمن.

1. أنواع نقل المريض Types of patient transport:

يوجد ثلاثة أنواع من نقل المرضى:

- ما قبل المشفى Pre-hospital
- داخل المشفى ما بين الأقسام Inter-departmental
- ما بين المشافي Inter-hospitals

ونفس المعايير يتم تطبيقها على النقل في كل أنواع النقل.

كما أن هناك نوعين من النقل بحسب وسيلة النقل فهناك النقل بري والنقل الجوي Ambulance vs Air medivac

يشير نقل ما قبل المشفى إلى: نقل المريض الحرج من مكان الأذى أو المرض إلى المشفى.

أما النقل بين المشافي فله نوعان:

النقل الطارئ بين المشافي Emergency interhospital transport: قد تحتاج إلى النقل الطارئ أو المستعجل بين المشافي للأمراض الشديدة المهددة للحياة وذلك إما بسبب الافتقار للوسائل التشخيصية والكوادر والخبرات الطبية وأو التقنيات المتعلقة بالعلاج النوعي الفعال والأمن في مشفى الإحالة.

النقل شبه المستعجل بين المشافي Semi-urgent interhospital transport: يتعلق بنقل المرضى الحرجيين إما إلى مستوى عال من الرعاية أو إلى خدمات خاصة.

يشير النقل بين الأقسام إلى نقل المرضى الحرجيين من منطقة واحدة للمشفى إلى منطقة أخرى ضمنه.

قد يُظن أن النقل بين الأقسام داخل المشفى أقل خطراً من النقل خارج المشفى، لكن في الحقيقة فإن النقل داخل المشفى له خطورة لا تقل عن خطورة نقل المرضى خارج المشفى، حيث قد يحصل تزلزل الخطوط الوريدية أو الأنبوب الرغامي في كل أنواع النقل وهذه حوادث إسعافية تحتاج للتدخل السريع.

2. وسائل نقل المرضى Mode of transport

يعتمد نموذج مواصلات النقل المستخدم بشكل جزئي على المتطلبات السريرية وعلى توافر المركبات وعلى حالات مواقع الاستقبال والإحالة.

أ. يتأثر اختيار مركبات النقل بالعوامل التالية:

- طبيعة المرض
- إمكانية التأثيرات الطبية الناتجة عن بيئة النقل
- سرعة التدخل الطبي على المريض
- مكان المريض
- المسافة المتوقعة
- عدد أفراد فريق النقل والمعدات المتوفرة.
- أوقات النقل على الطرق وحالات الطرق
- أحوال الطقس وإعاقات الطيران للنقل الجوي
- تسهيلات الإنزال (الهبوط) الطيران
- مدى وسرعة المركبة
- توافر الموارد في موقع الإحالة
- خبرة وتدريب فرق النقل على أشكال النقل المتوفرة
- إرهاب مسبق فريق النقل

ب. **متطلبات مركبة النقل:** يجب أن تكون المركبات متلائمة مع المهمة من حيث التصميم متضمنة بيئة الحجرة والمعدات المتوافقة مع الأنظمة المحلية. وينبغي الفحص والصيانة الدورية للمركبات والمعدات الخاصة داخلها. وتتعلق المعدات الخاصة بـ:

- سلامة كل من المريض والطاقم الطبي
- مكان متنسَع كافي لوصول المريض وأعمال التداخلات الطبية الحرجة، وكحد أدنى توفر الوصول لرأس المريض وجهة من جسمه بشكل كامل.
- الطاقة الكهربائية الكافية والغازات الكافية من أجل دعم الحياة
- مصدر شفط مفرزات كاف
- الوصول السهل للصعود الآمن والنزول الآمن
- الإضاءة الكافية والتحكم بالجو الداخلي للمركبة
- تثبيت النقال والأجهزة والمتواجدة بالسيارة
- حماية من الأصوات والضجيج
- سرعة مناسبة للمركبة وزمن استجابة كاف
- نظام اتصالات جيد سواء داخلي أو خارجي
- أجهزة ذات إنذار صوتي ومرئي معاً
- تجنُّب إعاقة الجاذبية للسوائل

ت. خصوصيات النقل الجوي

بشكل عام تحتاج التجهيزات الطبية في الطائرة والمواد الضخمة المحمولة إلى الموافقة من السلطات الجوية.

قد يتم النقل الجوي بالحوامات أو بالطائرات العادية.

للنق الجوي خصوصيات وخطورات إضافية تتضمن مايلي:

- انخفاض الضغط الجزئي للأكسجين ($1500m PaO_2 = 75mmHg$)
- الحاجة إلى تسوية الضغط بمستوى سطح البحر حسب الوضع السريري
- خطورة زوال الضغط السريع
- تمدد الهواء الذي يملأ التجويفات في كلا المريض والمعدّات مثل بالون الأنبوب الرغامي، الأذن الوسطى، الهواء الذي يملأ الفراغات تحت الضمادات المثبتة بإحكام الهواء.... إلخ
- تورُّم الأطراف تحت الجبيرة الملاصقة للطرف
- تفاقم الصمّة الهوائية

- الخطر من هياج المريض
- ضيق المسافة، ومحدودية الإضاءة ومتطلبات التداخلات الطبية
- الضجّة(الصخب)
- تقلبات الحرارة أو الرطوبة
- التسارع والتباطؤ والارتجاجات والاهتزازات قد تسبب عدم استقرار حالة المريض
- التداخل الكهرومغناطيسي بين الكترونياات الطيران وأدوات المراقبة
- الخطورة من وجود معدات متحركة غير مثبتة
- الدوار المحرض بالحركة أو بزوال الضغط
- خطورة فقدان الاتصال

بشكل عام الطائرات ذات الجناحين أكثر أماناً من الحوامة في الظروف الجوية السيئة، كما أنها المفضلة إذا كانت مسافة الطيران طويلة (أكثر من 600 كم عادة) ومع كل وسائل النقل يكون التزوّد بطريق هوائي آمن والإجراءات داخل الأوردة وتأمين كل القساطرة والتزويد بالمراقبة المناسبة قبل الإقلاع هي أشياء أساسية للنقل الآمن.

3. استطببات نقل المريض الحرج indications of transfer of critical patient:

- قد يكون سبب نقل المرضى الحرجين طبيياً أو تنظيمياً:
- الحاجة لتقديم خبرات تقنية أعلى مثل جراحة عصبية، أو أشعة تداخلية، أو قسطرة قلبية،
 - الحاجة لتقديم تداخلات علاجية خاصة بالعناية المركزة: مثل وضع المريض بالانبطاح البطني مع التهوية الآلية
 - أمور تنظيمية فقط مثلاً عدم توفر أسرة والحاجة لإخلاء المرضى بسرعة لاستقبال المزيد(كما في حالات الكوارث، والفرز في قسم الطوارئ)
- وبسبب وجود خطورة دائماً في نقل المرضى الحرجين، ينبغي دائماً موازنة الفوائد مقابل المخاطر قبل نقل المريض، فقد لا يكون من الحكمة نقل المريض في هذا الوقت أو في هذه الظروف أو حتى نهائياً. وبالنسبة لتأمين تداخلات علاجية إضافية فيتم تحمل الخطورة إذا كانت هذه إذا كانت التداخلات ضرورية، مثلاً احتشاء عضلة قلبية مع صدمة قلبية مرافقة يحتاج إلى نقله إلى مركز متخصص بالقلب

لإجراء القسطرة القلبية بأسرع وقت. يجب دائماً تذكر الهدف الرئيسي في النقل وهو توفير النقل الآمن للمرضى الحرجين.

4. المخاطر والمضاعفات أثناء نقل المريض الحرج

risks and complications during transfer

- أ. أهم المخاطر والمضاعفات التي قد تحدث أثناء نقل المريض الحرج:
- (1) مضاعفات تقنية: تزحل أنبوب الصدر، والمفجرات الجراحية، أو الخطوط الوريدية
 - (2) تدهور فيزيولوجي للمريض: مثل ارتفاع التوتر داخل القحف (خاصة في رضوض الرأس)، هبوط الضغط الشرياني، نقص الأكسجة الشريانية
 - (3) عدم كفاية المراقبة: ضعف التجهيزات مثلاً
 - (4) عدم كفاية المعالجة، أو عدم كفاءة المعدات (المنفسة المتنقلة لاتعادل منفسة العناية الثابتة في امكانياتها)
 - (5) صعوبة إجراء الفحوصات المخبرية أو الشعاعية أثناء النقل
 - (6) نقص في عدد الفريق المسؤول عن النقل أو فريق غير متدرب أو غير خبير

ب. ماذا عن المرضى المنبيين؟

- إن وجود التنبيب الرغامي يجعل الحالة أكثر خطورة أثناء النقل:
- ✓ حيث يحتاج المريض إلى إعطاء التهذنة المتكرر أو بالتسريب التي لها اختلاطاتها مثل هبوط الضغط أو بطء القلب.
 - ✓ خطورة حدوث عدم استقرار هيموديناميكي
 - ✓ خطورة تزحل الأنبوب وخروجه نهائياً، والتي تعتبر حالة خطيرة وإسعافية وقد يتم فقد الطريق الهوائي
 - ✓ أيضاً وجود التهوية الآلية واختلاطاتها مثل الريج الصدرية والرض الضغطي والمشكلات التقنية للمنفسة
- إن معظم الحوادث التي تحدث أثناء نقل المرضى يمكن الوقاية منها وذلك بالتحضير الجيد من معدات لازمة، والرعاية الجيدة للمريض، والتواصل الجيد مع الجهة المستقبلة، وحسن التخطيط (وضع خطة منظمة).

ت. الحالات التي يفضل تجنب نقل المرضى فيها:
هناك أوقات وحالات يفضل فيها أن نتجنب نقل المرضى:

- أثناء الليل
- أوقات استلام وتسليم المرضى (تغيير المناوبين)
- المرضى الذين لديهم ارتفاع في التوتر داخل القحف (مالم لم يكن النقل ضرورة علاجية)
- المرضى الذين لديهم ارتفاع في ضغط الصدر أو ارتفاع قيمة ال-PEEP على المنفسة

5. التحضير لنقل المريض الحرج Preparation

يتضمن التحضير لنقل المريض الحرج تفقد أكثر من مجال مع وضع خطة مناسبة:

- التواصل
- فريق النقل
- التجهيزات والمعدات
- الأدوية Medication

ملاحظة: اتبع التوصيات العالمية guidelines أو المتوفرة في مركزك المتعلقة بنقل المرضى الحرجين

أ. التواصل Communication :

من المهم التواصل والتنسيق مابين المشفى صاحب الإحالة والمشفى المستقبل، وهذا يتطلب وجود منسقين إداريين وسريريين وبشكل مستمر. يحتاج المنسقين السريريين إلى إدراك قدرات مشفى الإحالة وبحاجة إلى معرفة عميقة لقدرات المشفى المستقبل، إضافة لمعرفة قدرات فريق النقل، ووسيلة النقل الأكثر ملاءمة للحالة. يجب توفر التواصل المستمر مع وسائل اتصال متاحة مابين جهة الإحالة والجهة المستقبلية لتقديم النصيحة الطبية ووضع الخطة المناسبة للنقل. وينبغي التواصل قبل بدء النقل من أجل:

- التأكد من توفر السرير في الجهة المستقبلية: فقد يكون السرير المشفى المستقبل قد استخدم حالة طارئة بعد التواصل الأول مع مشفى الإحالة
- التأكد من جاهزية البيانات التوثيقية الخاصة بالمريض بما فيها الفحص السريري والنتائج المخبرية والشعاعية
- التأكد من معرفة المكان من قبل فريق النقل (اسم المدينة، المشفى، موضع العناية ضمن المشفى)، مع ترتيب الإقامة أو طريق العودة لهم

- التأكد من أن الشخص المسؤول عن المريض يعلم بالحاجة لنقل المريض

ب. فريق النقل transport Team:

يلعب فريق النقل دوراً أساسياً في تحقيق نقل آمن، وينبغي أن يكونوا ملمين بوضع المريض وحالته ومتطلبات نقله. ولكون المرضى حرجين يجب أن يتمتع أعضاء فريق النقل بخبرات ومهارات سريرية متقدمة، إضافة إلى معرفة بالتقنيات العالية وأجهزة المراقبة المتطورة، ولذلك يتم خضوعهم لدورات خاصة وتقييم دوري. قد يتضمن فريق النقل طبيب طوارئ أو تخدير أو عناية إضافة إلى عناصر مساعدة أخرى مثل التمريض والمعالجين التنفسيين، وفنيو الطوارئ EMTs خاصة في النقل ماقبل المشفى.

يجب على فريق النقل أن يكون على معرفة بالمعدات والأجهزة المستخدمة في النقل وأن يكون خبيراً بشكل كافٍ بتأمين الطريق الهوائي، والتهوية الآلية وإجراءات الإنعاش المتقدمة المحدثه ACLS، مع التدريب على الإجراءات الطارئة المتوقعة الأخرى وكيفية تدبيرها. كما أن الانسجام بين أعضاء الفريق يحسن من نسبة النقل الآمن. يتم تسليم المريض من طبيب الإحالة إلى طبيب فريق النقل، كما يتم تسليم من التمريض المسؤول إلى التمريض في فريق النقل ونفس الشيء بالنسبة لفريق العلاج التنفسي.

ت. التجهيزات والمعدات equipment:

يحتاج نقل المرضى الحرجين إلى تحضير كثير من التجهيزات والمعدات

(1) أجهزة المراقبة monitor: يتضمن: ECG ، جهاز قياس الضغط الشرياني الباضع أو غير الباضع، مقياس CO2 أو capnography للمرضى المنبئين، ومقياس الحرارة. ويوجد جهاز المراقبة متعدد الوظائف الذي يمكن أن يحتوي كل أنواع المراقبات السابقة ويكون محمولاً. كما أنه من المفيد اصطحاب جهاز أمواج فوق صوتية محمول وخاصة عند خبرة باستخدامه.

(2) أدوات الدعم التنفسي:

- أسطوانات أوكسجين Oxygen cylinders
- معدات حمل الأوكسجين/الإرذاذ Oxygen delivery devices/nebulisations
- جهاز الأمبو مع صمام الـ PEEP
- مجموعة التنبيب Intubation kit
- جهاز شفط المفرزات suction device
- أدوات فغر رغامي الاسعافي cricothyrotomy kit
- أدوات تفجير صدر اسعافي chest drainage set
- منفسة آلية محمولة portable ventilator

(3) أدوات الدعم الدوراني:

- مزيل الرجفان القلبي defibrillator
- مع ناظم خطى مرافق لمزيل الرجفان pacemaker (أحياناً مستطب)
- محاليل وريدية وأجهزة نقل السوائل، وأكياس وحدات دم أو منتجاته إن تطلب الأمر
- أكمام ضغط المحاليل pressure bags
- قساطر وريدية محيطية ومركزية
- قساطر شريانية، ومجموعة قياس الضغط الشرياني الباضع
- مضخات التسريب الوريدي Infusion/syringe pumps

(4) مستهلكات متنوعة:

- أنابيب أنفية معدية
- قساطر بولية
- قفازات
- أربطة لتثبيت المريض
- أدوات ضماد وخياطة جروح
- جبائر وأطواق رقبية

(5) المنافس الآلية المحمولة Portable ventilators: وهي منافس آلية فيها إمكانيات أقل من

المنافس الثابتة ومخصصة لنقل المرضى المنبيين. معظم هذه المنافس يحتاج ضغط غازات 50 psi لكن بعضها لا يحتاج سوى جريان غازي عادي من مركبات الأكسجين oxygen concentrators. ويوجد نوعان رئيسيان من المنافس المحمولة:

- منافس معتمدة التشغيل على الغاز portable gas-powered ventilators حيث تستخدم طاقة الهواء لدفع غازات التنفس وتشغيل المنفسة (مثل ventiPAC) وهي المفضلة خلال نقل المرضى بشكل عام
- منافس ذات المعالج الدقيق microprocessor-controlled ventilator حيث يعتمد المعالج الدقيق على الطاقة الكهربائية لتنظيم الدورة التنفسية، أما الجريان الشهيق من الغازات فقد يتم دفعه هوائياً كما في المنافس السابقة أو بوجود ضاغط كهربائي (مثل Oxylog 3000)

هذه المنافس أكثر ملاءمة إذا كان المريض يأخذ تنفس عفوي جزئي أو كامل لكن تستهلك أكسجين أكثر و طاقة كهربائية أكثر.

ملاحظة: يجب النظر في كاتالوج المنفسة لمعرفة مواصفاتها وامكانياتها(خاصة إذا كانت تستخدم لأول مرة)

ث. الأدوية medications:

- (1) مهدئات **sedatives**: ketamine, midazolam
- (2) مسكنات **analgesics (opioids)**: fentanyl, morphine
- (3) مرخيّات العضلات **neuromuscular blockers** : SUX , cisatracorium
- (4) الأدوية الفعالة وعائياً **vasoactive agents** : مقبضات الأوعية vasopressors ومقويات القلب inotropes: مثل نور أدرينالين، دوبامين، فينيل ايفرين، دوبوتامين، أو خافضات الضغط: مثل لابينالول labetalol، و هيدرالازين hydralazine
- (5) أدوية الإنعاش القلبي الرئوي **CPR medications** : adrenaline
- (6) أدوية أخرى: Ventolin nebs, Lasix, hydrocortisone, mannitol, calcium gluconate or chloride ,amiodarone, magnesium sulphate, glucose50%, sodium bicarbonate, atropine, lidocaine, aspirin

6. التخطيط للنقل **planning for transport**

أ. **جاهزية التحضير:** كل حالة نقل تختلف بمتطلباتها عن حالة أخرى، مثلاً النقل داخل المشفى أو خارجه، وهل المريض في حالة صدمة على مقبضات الأوعية أم لا، هل يتطلب تهوية آلية أم لا..... ويتم تفقد الجاهزية المناسبة للحالة من عدة نواحي:

(1) **المعدات والأدوية** يتم تحضير المناسب من المعدات والأدوية لحالة المريض، ويجب الانتباه عند

اختيار التجهيزات إلى المقاس والوزن والحجم، وملاءمتها لظروف النقل:

- في بعض المشافي المتقدمة يتوفر ما يسمى **الوحدة المجهزة المتنقلة mobile unit** حيث

يجهز عليها كل المعدات والأدوات اللازمة لنقل المريض، وذلك لتوفير الوقت في التحضير،

وأكثر ما تستخدم هذه الوحدات المتنقلة في نقل المرضى الحرجين ما بين أقسام المشفى

- يفضل استخدام قائمة **تفحص checklist** لمتطلبات النقل عموماً حتى لا يتم غفلان أي

شيء من المعدات أو التحضيرات (الشكل 14-1)

الشكل (14-1) نموذج من قائمة تفحص تحضيرات نقل المريض الحرج

Patient label	Date	(dd/mm/yyyy)	
	Time of start transport	(hh/mm)	
	Time of arrival in ICU	(hh/mm)	
	Procedure		
	<input type="checkbox"/> CT-Scan	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Angiography
	<input type="checkbox"/> Other	
	Purpose of transport		
	<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Intervention	
	<input type="checkbox"/> Diagnostic and intervention		

Pre-transport

Equipment/materials	YES	NO	NA	In case of CT-Scan with contrast	YES	NO	NA
Transport bag present				Intravenous cannula 18GA present			
Transport trolley fully charged				Oral contrast administered			
Defibrillator present				If "YES":			
Manual resuscitation bag present				Renal protection according to protocol			
Sufficient oxygen level							
Check length of i.v. tubes							
In case of MRI; extend length i.v. tubes							
Shut off necessary i.v. tubes							

Medication	YES	NO	NA	Monitor	YES	NO	NA
Sufficient intravenous medication				EtCO ₂ monitoring present			
Additional intravenous sedatives				Check and set visual and audible alarm			
Additional intravenous inotropics							
Additional medication							
Additional infusion pump							
Additional intravenous fluids							
Stop enteral nutrition							
Stop enteral insulin							

Transport ventilator	YES	NO	NA
Turn on the oxygen			
Put HME filter between ventilator and ET/TT			
Check and set visual and audible alarms			

ET/TT depth (cm)	
------------------	--

Administrative	YES	NO	NA
Register baseline vital signs overleaf			
Switch patient in PDMS to "Transport"			
Radiology department informed			
Fill in MRI safety questionnaire			

ملاحظة: يفضل استخدام مضخات التسريب سواء للأدوية أو للسوائل كونها أكثر دقة أثناء نقل المرضى تحديد طريقة النقل المناسبة، التواصل والتنسيق التواصل مع المشفى المستقبل.

(2) هل الاحتياطي كاف؟: يجب تفقد الاحتياطي من الأكسجين (عدد الأسطوانات الاحتياطية) ومن

الطاقة الكهربائية في بطاريات الأجهزة (عمر البطارية)، ويعتمد حساب الاحتياطي المقدر على مدة الرحلة بشكل رئيسي التحضير. يجب أن تكون الأكسجين والبطاريات والأدوية الاحتياطية أكثر من الحاجة المقدر وذلك من أجل أقصى وقت للنقل.

مثلاً: بطاريات إضافية، أسطوانات أكسجين إضافية (عادة يضاف 50% كمية إضافية احتياطية من الأكسجين بعد تقدير الكمية اللازمة للنقل)

- **تقدير وقت نفاد الأكسجين من الأسطوانة:** يمكن تقدير الوقت المتبقي لنفاد الأكسجين في

الأسطوانات عن طريق مراجعة الجداول المخصصة لذلك بحسب نوع الأسطوانة (حجمها)

المستخدمة وجرمان الأكسجين المستخدم في الدقيقة (الجدول 14-1)

الجدول (14-1) مدة نفاد الأكسجين من الأسطوانة حسب نوع الأسطوانة ومعدل جريان الأكسجين

Flow Rate LPM	Mini M-6 Cylinder	ML-6 Cylinder	“C” Cylinder	“D” Cylinder	“E” Cylinder
.5	16.5 hours	17.2 hours	24.2 hours	41.9 hours	68.9 hours
.75	11.0 hours	11.4 hours	16.2 hours	28.0 hours	45.9 hours
1.0	8.3 hours	8.6 hours	12.1 hours	21.0 hours	34.4 hours
1.5	5.5 hours	5.7 hours	8.1 hours	14.0 hours	23.0 hours
2.0	4.1 hours	4.3 hours	6.1 hours	10.5 hours	17.2 hours
2.5	3.3 hours	3.4 hours	4.9 hours	8.4 hours	13.8 hours
3.0	2.8 hours	2.9 hours	4.0 hours	7.0 hours	11.5 hours
3.5	2.4 hours	2.4 hours	3.5 hours	6.0 hours	9.8 hours
4.0	2.1 hours	2.1 hours	3.0 hours	5.2 hours	8.6 hours
5.0	1.7 hours	1.7 hours	2.4 hours	4.2 hours	6.9 hours
6.0	1.4 hours	1.4 hours	2.0 hours	3.5 hours	5.8 hours

حساب مدة كفاية الأكسجين في الأسطوانة: يمكن حساب مدة كفاية الأكسجين في الأسطوانة بالعلاقة التالية:

مدة كفاية الأكسجين في الأسطوانة = ضغط الأسطوانة الحالي x عامل التحويل للأسطوانة / جريان الأكسجين في الدقيقة

حيث لكل أسطوانة عامل تحويل فمثلاً الاسطوانة من حجم E وهي الأكثر استخداماً في نقل المرضى عامل تحويلها 0,28،

مثال مريض موضوع على جريان 4 لتر /دقيقة من قناع أكسجين على اسطوانة E مع ضغط الأسطوانة psi2000 ويكون بذلك مدة كفاية الأكسجين في الأسطوانة:

$$140 = 4/0,28 \times 2000 \text{ دقيقة أي ساعتان و} 20 \text{ دقيقة}$$

أو تستخدم العلاقة التقريبية التالية بغض النظر عن عامل الأسطوانة:

المدة المتبقية (بالساعة) = ضغط الأكسجين في الأسطوانة / (200 x جريان الأكسجين في الدقيقة)

- في حال كان المريض موضوعاً على التهوية الآلية فالحساب يكون أكثر تعقيداً، حيث يحسب معدل الجريان بشكل تقريبي كما يلي:

معدل الجريان = التهوية في الدقيقة + الجريان الغازي

Bias flow+ minute ventilation= Flow rate

- ويكون الجريان الغازي average bias flow ثابتاً تقريباً في معظم المنافس المحمولة ويساوي حوالي 5 لتر/د مثال: إذا كان المريض على التهوية الآلية بمعدل تهوية في الدقيقة حوالي 10 لتر وكان نسبة الأكسجين في الشهيق 50%، فما هي المدة المقدرة لنفاذ الأكسجين من اسطوانة E مليئة (ضغط psi2000)

- نحسب معدل الجريان = 5+10= 15 لتر/د، وبما أن المريض على 50% أكسجين شهيق، فإذا احتاج المريض أكسجين بمعدل 7,5 ل/د.

- وبذلك يكون 2000 / 7,5×200 = 1,3 ساعة متبقية لنفاذ الأكسجين من الأسطوانة E

- فإذا كانت مدة النقل ساعتان فنحتاج 3 أسطوانات أكسجين من نوع E، حيث يجب الاحتفاظ باحتياطي من الأكسجين 50% إضافي على الأقل.

ملاحظة 1: يجب التأكد من توفر مفتاح الأسطوانة المرافق دائماً، لأهميته عن الحاجة لتبديل الأسطوانة

ملاحظة 2: لمقدار PEEP الموضوع للمريض تأثير ضئيل على استهلاك الأوكسجين من الاسطوانة

- ب. **جاهزية الفريق:** يجب تحديد الفريق الذي سيذهب لنقل المريض: طبيب، ممرض، معالج تنفسي، فني طوارئ... الخ، والتأكد من جاهزية فريق النقل في الوقت المحدد للنقل، ويجب أن يكون فريق النقل على علم بحالة المريض ومتطلباته ووسيلة النقل، والوجهة بدقة.
- ت. **قبل النقل مباشرة:** هناك بعض الإجراءات الضرورية التي تجرى قبل النقل مباشرة نلخصها هنا:

- (1) تأكد من جاهزية الجهة المستقبلة مع إبلاغهم ببدء النقل
- (2) تأكد من استطباب النقل، واحصل على نموذج الموافقة على النقل من قبل المريض/ أهل المريض
- (3) يجب إعادة تقييم المريض قبل البدء بالنقل وخاصة بعد وضع جهاز المراقبة والمنفسة المحمولة وضبط اعداداتها (إذا استخدمت). وينصح دائماً بإجراء تجربة على المنفسة المتنقلة قبل البدء بنقل المريض
- (4) ويكون استقرار العلامات الحيوية أولوية يجب تحقيقها قبل النقل. ويتم إجراء الإنعاش وتأمين الاستقرار الفيزيولوجي قبل النقل إذا كان لازماً، ويكون الاستثناء الوحيد لهذا إذا كان الاستقرار يقع عند توفر العلاج فقط في المشفى المستقبل (مثلا النزف الداخلي المستمر والثانوي للأذية).
- (5) بالنسبة لقرار التنبيب والوضع على المنفسة للمريض غير المنبب يعتمد على مدى استقرار المريض ونمط ومدة النقل. حاول تأمين استقرار المريض أولاً قبل النقل. ففي حال كان المريض لديه عسرة تنفسية قم بإجراء التنبيب الرغامي قبل المباشرة بعملية نقله.
- (6) قم بتركيب قسطرة مركزية قبل بدء النقل إذا كنت تتوقع أن يحتاج المريض لتسريب الأدوية المقبضة الوعائية (مثل نورأدرينالين)
- (7) تفقد الحاجات السريرية للمريض مثلاً إعطاء جرعات مناسبة من المسكنات أو المهدئات أو المرخيات، واستبدال مضخات الأدوية المقبضة أو الداعمة القلبية والمحاليل الوريدية
- (8) تأمين خط شرياني أو وريدي، وضع قسطرة بولية، إدخال أنبوب أنفي معدي، أو مفجرات، وتفريغ عبوات التصريف... حسب الاستطباب،
- (9) القاعدة العامة لاتدع شيئاً للطريق فقد لايتوفر الوقت الكافي أو الظروف أو المعدات اللازمة
- (10) تأكد أن كل الخطوط والأنابيب مؤمنة بوضع صحيح
- (11) تأكد من وجود جوارب الساقين الواقية من التهاب الوريد الخثاري
- (12) وضعية المريض بالطريقة الصحيحة (رأس السرير للأعلى 30 درجة بشكل عام، أو حسب تعليمات الطبيب المسؤول عن المريض)

(13) لا تنسى اصطحاب استقصاءات المريض المخبرية والشعاعية والتقارير الطبية اللازمة.

ث. نصائح للنقل الجوي:

- تأمين مراقبة باضعة invasive monitoring
- تأمين وسائل تدبير/الوقاية من انخفاض حرارة الجسم
- استعمال السماعه الطبية غير مجد، يستعاض عنها باستخدام جهاز الأمواج فوق الصوتية المحمول
- استبدال الهواء الموجود في بالون الأنبوب الرغامي بوسائل ملحي نظامي، لتجنب تمدده واحتمال تمزقه

7. التدبير أثناء مرحلة النقل management during transfer:

أ. مراقبة المريض أثناء النقل:

(1) المراقبة المباشرة للمريض: ارتفاع وهبوط الصدر، لون المريض، النبض، حرارة المريض... الخ

(2) المونيتور: Temp، O2 sat، BP، HR، capnography، ويتم أخذ قياسات المراقبة بفواصل زمنية مناسبة. إن مراقبة الكابنوغراف ضرورية لمرضى التهوية الآلية. وتتم مراقبة عمل المنفسة وانذاراتها وخاصة ما يتعلق بضغط الطريق الهوائي. يتم أخذ قياسات مراقبة بفواصل زمنية مناسبة حسب الحالة (كل ربع ساعة، أو نصف ساعة أو أكثر).

(3) تذكر دائماً في تقييم المريض أثناء النقل سلسلة A B C D والتي تشمل تقييم الطريق الهوائي، والتهوية والأكسجة الشريانية، والدوران (الضغط والنبض)، والفحص العصبي السريع بمقياس غلاسكو للوعي، والمنعكس الحدقي.

ملاحظة: التهوية اليدوية (بالأمبو) manual ventilation للمريض المننوب غير معتمدة أثناء نقل المريض لكن قد يكون ضرورياً وخاصة في الكوارث (نفاذ الموارد)، وفي حال استخدامها:

- وضع نسبة الأكسجين الشهيق المعطى يكون 100%
- ينبغي أن يكون بيد خبير
- تجنب فرط التهوية
- مراقبة حركة الصدر
- استخدم للمراقبة SPO2, ETCO2

- استعمال صمام PEEP في حال مريض نقص الأكسجة

(4) تقييم درجة الألم: يجب مراقبة ألم المريض متضمنةً تقييم منتظم لدرجة الألم وتديبره بشكل مناسب.

ب. الاختلاطات الشائعة أثناء نقل المرضى:

- فقدان الطريق الهوائي

- نقص الأكسجة

- هبوط الضغط

- ارتفاع الضغط

- لانظميات قلبية

- توقف القلب

- تحرك المريض أو حدوث هياج

سنتناول هنا أهم هذه الاختلاطات وكيفية مقاربتها وتديبرها.

(1) مشاكل الطريق الهوائي أثناء النقل:

- انسداد الأنبوب الرغامي (مفرزات-نزف-انثناء الأنبوب)

- ترحل الأنبوب للداخل (تنبيب القصبات)، أو للخارج جزئياً

- انسحاب الأنبوب نهائياً extubation

• الكشف عن مشاكل الطريق الهوائي:

- باكراً: عدم ارتفاع الصدر، نقص أو غياب الأصوات التنفسي بالإصغاء بالسماعة،

انذار ETCO₂ لوجود تسريب، صرير، سعال، انذار المنفسة (ارتفاع أو هبوط في

الضغط داخل الصدر)

- متأخراً: نقص الأكسجة الشريانية، الزرقة، بطء القلب، توقف القلب

(2) نقص الأكسجة أثناء نقل المريض:

يعتبر نقص الأكسجة من المشاكل المهددة للحياة لذلك يجب التصرف تجاهه بسرعة لمنع تطور

إصابة الدماغ بنقص الأكسجة. وينتج نقص الأكسجة عن عدة أسباب إما من المريض، أو من

الأنبوب الرغامي، أو من المنفسة. أما في حال كان المريض غير منبب فيتم تقييم حاجته للتنبيب

بعد رفع مقدار الأكسجين الشهقي لتحسين الأكسجة الشريانية. في كل الأحوال يجب التأكد أولاً

من صحة قراءة مقياس الأكسجة (تضطرب القراء في حال حركة المريض، أو برودة أطراف

المريض، أو تزلج اللاقط من مكانه...). ينبغي مقارنة نقص الأكسجة بشكل منظم وتديبر

السبب بسرعة كما في الشكل (14-2)، وتنطبق هذه المقاربة سواء إذا كان لدى المريض أنبوب الرغامى أو قنية خزع الرغامى.

(3) هبوط الضغط الشرياني:

يتم علاجه السريع بدفعات من السوائل الوريدية ثم المقبضات الوعائية، ويمكن فقط رفع جرعة المقبض الوعائي في كان المريض يعالج بتسريبه الوريدي مسبقاً. ويجب معرفة سبب هبوط الضغط الشرياني (راجع فصل المراقبة الهيموديناميكية و الصدمة الدورانية).

(4) توقف القلب أثناء النقل:

يتم إجراء خطوات الإنعاش القلبي الرئوي ACLS حسب توصيات جمعية القلب الأمريكية. وفي أغلب الحالات يتطلب الأمر إيقاف النقل (البري خاصة) لإجراء الإنعاش بشكل فعال. ويمكن استخدام أداة الإنعاش الآلي automated CPR device في حال توفرها حيث تعوم بإجراء الضغوطات الصدرية بشكل آلي، دون الحاجة لإيقاف عملية النقل.

8. إجراءات ما بعد النقل post-transfer period:

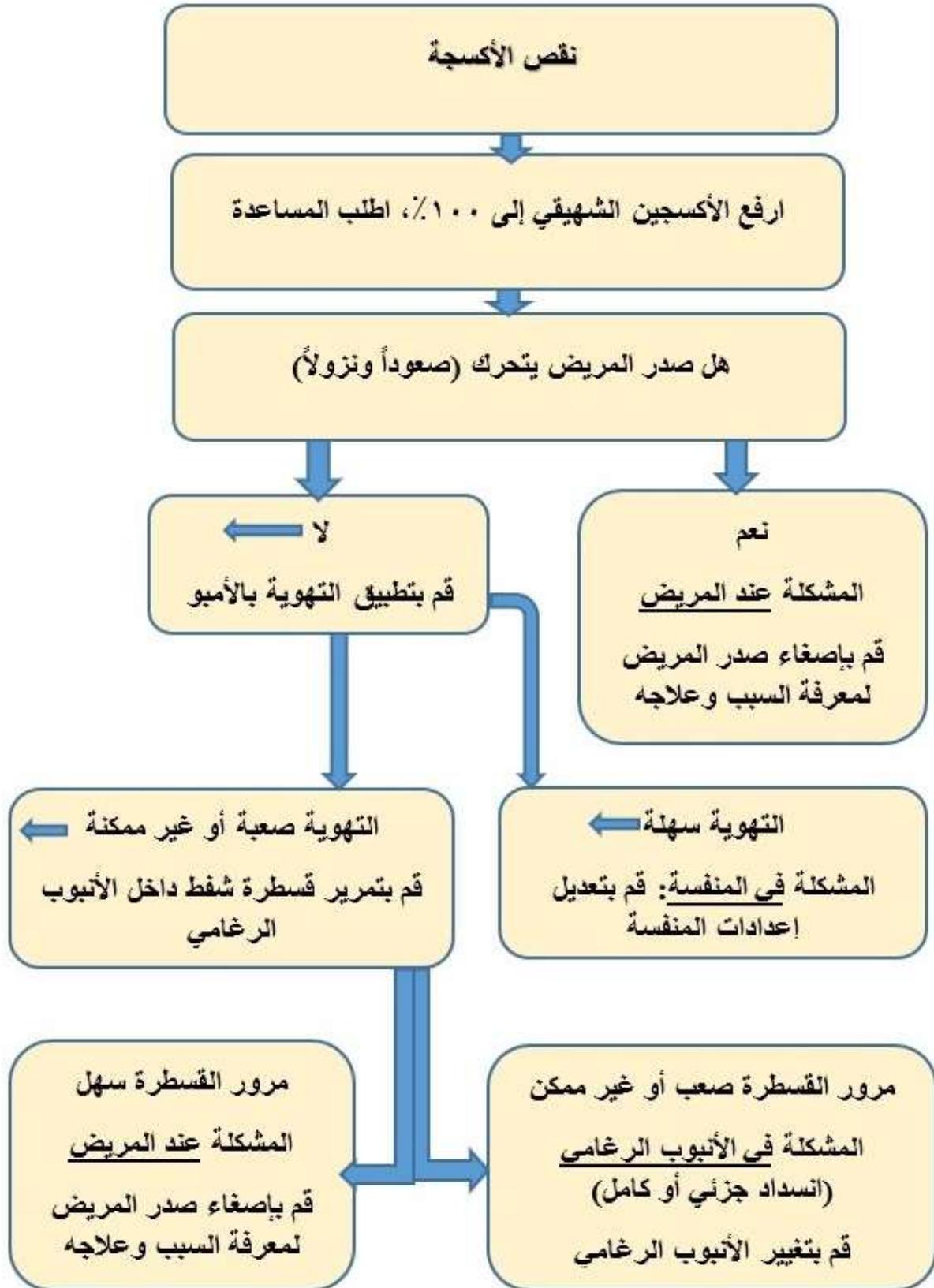
أ. التسليم endorsement:

يتم تسليم الحالة من طبيب النقل إلى طبيب المشفى المستقبل، كما يتم تسليم فريق التمريض بنفس الطريقة وفريق العلاج التنفسي، وفي التسليم يتم استعمال مختصر SBAR:

- ماهي الحالة situation: أي اسم المريض، عمره، التشخيص أو الشكوى الرئيسية
- سوابق المريض background: الأمراض السابقة، القصة الدوائية أو الجراحية السابقة، وجود تحسس دوائي
- التقييم assessment: سواء السريري من العلامات الحيوية أو فحص الأجهزة، أو الاستقصاءات الشعاعية والمخبرية، إضافة إلى وجود خطوط وريدية، والأدوية التي تعطى للمريض.
- خطة التدبير recommendations: من أدوية وعلاجات أخرى، أو متابعات خاصة، أو طلب استشارات

ب. التوثيق: ينبغي توثيق حالة المريض الطبية في السجل الطبي قبل وخلال وبعد النقل وما يتعلق بالعوامل البيئية والعلاج المقدم والتحديات اللوجستية والإجراءات المتخذة. يتوجب أيضاً توثيق الحوادث أو الاختلاطات أثناء عملية النقل وكيف تم تدبيرها. التوثيق يساعد الفريق الطبي على تحديد حالة المريض وعلاماته الحيوية، كما أنه ضروري لأجل النواحي القانونية.

الشكل (14- 2) مقارنة نقص الأكسجة أثناء نقل المريض الحرج



الخلاصة

- النقل مهارة سريرية تحتاج لتدريب مسبق لتحقيق الهدف وهو النقل الآمن
- من الضروري معرفة واتباع التوصيات العالمية والمحلية المتعلقة بنقل المرضى الحرجين
- يجب معرفة استطباق نقل المريض الحرج
- يجب التواصل والتنسيق العالي بين الجهة المحولة والجهة المستقبلة
- ينبغي تحديد فريق النقل الخبير والعمل بروح الفرق
- يجب تحضير وتفقد المعدات والأدوية اللازمة لنقل المرضى الحرجين (استعمل قائمة تفحص checklist)
- ينبغي تفقد الاحتياطي من الطاقة والأكسجين والأدوية قبل النقل
- يجب تأمين الوضع الأمثل والمستقر للمريض الحرج قبل نقله
- يجب تأمين مراقبة واستقرار المريض الحرج أثناء نقله
- ينبغي تسليم/توثيق كل مايتعلق بحالة المريض والاختلاطات الحاصلة أثناء النقل وتدبيرها

المراجع

1. Patient transportation Skills and techniques, patient-centered acute care training, ESICM training program Update, 2011
2. ANZCA Guidelines for Transport of Critically Ill Patients, 2015
3. Basic Assessment & Support in Intensive Care, 2007
4. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients, Jonathan Warren, Robert E. et al, 2004

الفصل الخامس عشر

العلاقة مع عائلة المريض والقضايا الأخلاقية

والقانونية في العناية المركزة

Family relationship

Ethical and Medicolegal issues in ICU

- ❖ مبادئ الأخلاقيات الطبية
- ❖ دور العائلة في العناية والعلاقة معها
- ❖ الموافقة المعلمة
- ❖ العناية بمرحلة نهاية الحياة
- ❖ التوثيق الطبي
- ❖ الموت الدماغي والتبرع بالأعضاء

العلاقة مع عائلة المريض والقضايا القانونية في العناية المركزة

مقدمة

يواجه الطاقم الطبي أثناء العناية بالمرضى الحرجين في العناية المركزة الكثير من الصعوبات والتحديات، فبالإضافة إلى معالجة السبب والمعالجات الداعمة للأجهزة، واستخدام أجهزة التقنيات المتقدمة المختلفة، لا بد من التواصل مع المريض أو عائلته، ومراعاة العديد من النواحي الأخلاقية والقانونية المرتبطة بتدبير هؤلاء المرضى، مما يحسن من رضا المريض وعائلته بالعناية المقدمة ويقلل من الشكاوي القانونية التي قد ترفع ضد طاقم العناية.

1. مبادئ الأخلاقيات الطبية **Medical Ethics** :

أ. **أخلاقيات الطب** أو آداب الطب جزء من الأخلاقيات يبحث المشكلات التي قد تنتج عن تعامل الأطباء مع المرضى ومع زملائهم من الأطباء أو غيرهم من العاملين في الحقل الصحي؛ وهي مجموعة من الأخلاقيات المتعارف عليها طبيًا خلال ممارسة مهنة التطبيب وهي أخلاقيات وقيم تم اكتسابها وتبنيها من قبل الهيئات الطبية على مدار تاريخ الطب واستنادًا لقيم دينية وفلسفية وأخلاقية، والتي تدعمها غالبًا مجموعة من القوانين واللوائح المنظمة للعمل الطبي

ب. هناك أربع قيم أساسية التي يجب أخذها بعين الاعتبار في مناقشات القضايا الأخلاقية الطبية:

- (1) **الاستقلال الذاتي autonomy** للمريض الحق في اختيار أو رفض طريقة معالجته.
- (2) **عدم الإيذاء nonmaleficence** من اللاتينية (*primum non nocere*) وتعني "بدايةً، لا تؤذ". سواء بقصد أو بغير قصد، والأذية قد تكون جسدية أو نفسية أو عاطفية، بإدخال عنصر مؤذ أو منع عنصر مفيد.
- (3) **العدالة justice** أي الإنصاف في توزيع مصادر الصحة النادرة، وتقرير من الذي يستحق أخذ علاج ما، وهذا يقتضي معالجة الحالات المشابهة بنفس الطريقة، ومعالجة الحالات المختلفة بطرق مختلفة.
- (4) **الإحسان Beneficence**: قدم أفضل اهتمام بالمريض واحرص على إسعاده، أي قدم الأفضل للمريض، بصدق وأمانة.

قد يحصل تعارض في تحقيق هذه الاهداف في الممارسة السريرية: مثلاً هل يجب أن أفعل مايرغب به المريض أو ما أعتقد أنه الأفضل للمريض؟

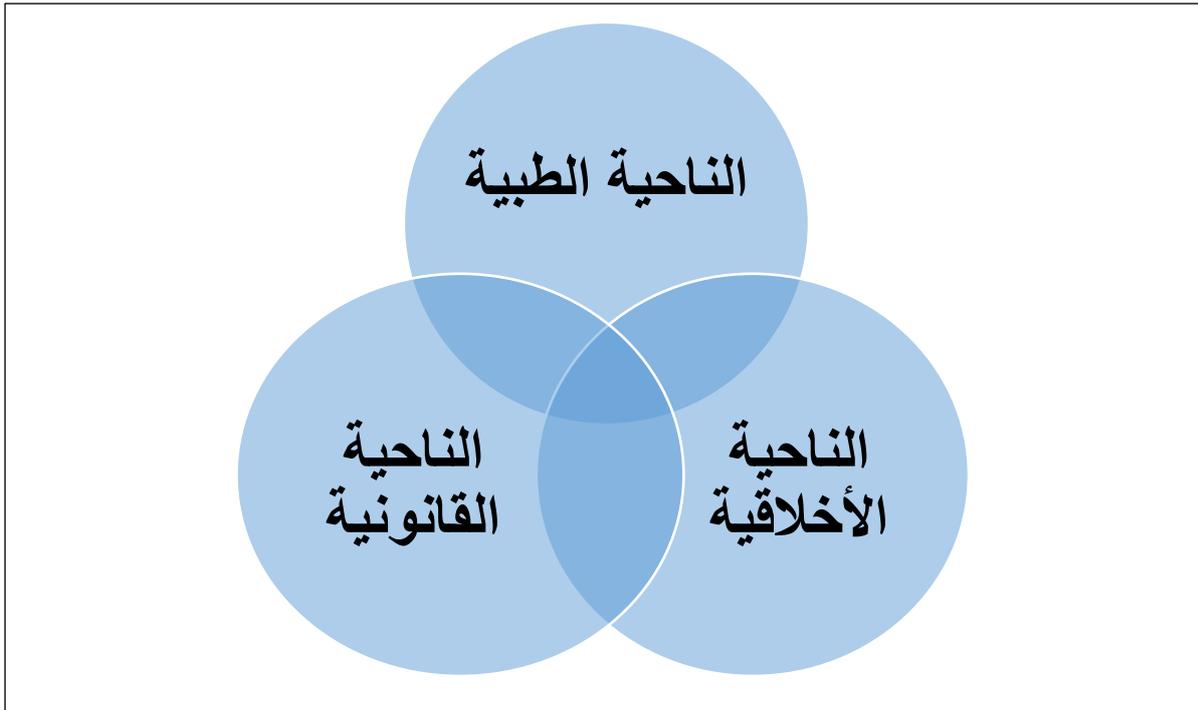
بالنسبة للعناية بالمرضى الحرجين فإن الحالة الحرجة تجعل من الصعب على المريض أن يأخذ قرارات متقدمة أو حتى على عائلة المريض في أخذ قرار لتوجيه الفريق الطبي بخصوص المعالجة.

تتداخل في الممارسة الطبية القيم الأخلاقية والقانونية مع النواحي الطبية ولذلك يجب على فرق العناية الاطلاع على النواحي القانونية وتداخلها مع النواحي الأخرى أثناء علاج المرضى الحرجين انظر الشكل(15-1)

ت. الأخطاء الطبية medical errors:

يقدر عدد الوفيات التي تعود إلى الأخطاء الطبية حوالي 98 ألف حالة سنوياً، ويعتبر وسط العناية المركزة مكاناً معرضاً للأخطاء الطبية وظهور التأثيرات الجانبية بنسبة عالية، ويعود ذلك لشدة المرض الحرج، والإجراءات العلاجية والتداخلية المعقدة أحياناً، ولذلك ينبغي الأخذ الحذر في ممارسة العناية وتعزيز الاتصال بين أفراد الطواقم الطبية المختلفة، ومع المريض وعائلته.

الشكل(15-1) تداخل النواحي الطبية والأخلاقية والقانونية في الممارسة الطبية



2. دور العائلة في العناية المركزة والعلاقة معها Family relationship in ICU

أ. من هي عائلة المريض:

عائلة المريض هي أي مجموعة تشترك الحياة الحميمة الروتينية اليومية للمريض الحرج، أي شخص جزء من حياة المريض الطبيعية يعتبر عضو من العائلة. مصطلح عائلة يصف الأشخاص الذين يتغير استنابهم وسعادتهم الاجتماعية نتيجة دخول مريضهم بالأذية أو المرض الحرج.

ب. وتكون الشدة الأولى بالنسبة للعائلة هي القلق المتعلق باحتمال موت فرد من أفرادها. وترتبط الاعترافات اللاحقة الأخرى بهذا أو بتطورات أخرى مع مرور الوقت وبقاء المريض في وحدة العناية المركزة. ويزداد قلق العائلة عندما يكون المريض الحرج هو الذي يقع عليه مسؤوليات العائلة خوفاً من عدم قدرة أحد على القيام بهذه المسؤوليات بغيابه وخاصة المخاوف المالية تكون هي الرئيسية، إضافات إلى الواجبات اليومية للعائلة (مثل تحضير نقل الأولاد للمدرسة، ورمي القمامة وتسجيل النفقات...) تصبح صعبة على العائلة القيام بها.

ت. مراعاة الاعترافات الدينية للأسرة: تختلف الخصائص الثقافية والموقف من المرض وتدبيره والموت باختلاف عدة عوامل منها الدين والأعراف. قد يؤمن المريض والعائلة أن الشفاء لن يتم إلا بمساعدة مختص ديني أو روحاني يتشاطر معهما القيم والمعتقدات. إن الإحالة إلى رجل دين أو معالج شعبي أو طبيب تقليدي قد تكون ملائمة لتؤمن الدعم للمريض والعائلة

ث. زيارة العائلة للمريض:

أكدت الدراسات حاجة العائلة إلى التماس العاطفي والجسدي مع المريض الحرج، وأن المرضى الحرجين يفضلون أن تكون أوقات الزيارة أكثر مرونة. وأشارت بعض الدراسات أيضاً إلى أن وجود العائلة عند سرير المريض قد يفيد عبر إنقاص الضغط داخل القحف وإنقاص قلقه وقلق العائلة وزيادة الدعم الاجتماعي للمريض وزيادة سيطرة المريض على نفسه. قد لا يكون مناسباً للوحدة ذات الحجم الصغير ترك الزيارة مفتوحة للزوار بلا حدود. وقد تكون ساعات الزيارة الموسعة أكثر ملاءمة عندما تكون الزيارة مُفَيَّدة في وقت تغيير كتابة التقارير.

يجب تحضير المريض والعائلة للزيارة. ويجب أن تعرف العائلة أسماء وأدوار الأعضاء المختلفين في فريق العناية. ويجب شرح القصد من وجود شاشات المراقبة والتجهيزات الأخرى ومعنى أجهزة الإنذار. يمكن استخدام الدليل الإرشادي لزيادة ارتياح العائلة عند التواصل مع مريضهم الحرج وملاسته.

إنَّ السماح للأطفال بزيارة وحدة العناية المركزة قد يتطلب ترتيبات خاصة من جانب الفريق. وإذا كان المريض يريد رؤية طفل أو حفيد وكان الطفل يريد أن يرى المريض في وحدة العناية المركزة فيجب أن

تقدم للطفل شروح مبسطة عن وضع المريض، وإن الإجابة عن أسئلة الطفل بتعبيرات يفهمها سوف تساعد في إنقاص المخاوف المحتملة. وعلى الشخص الذي يعتني بالطفل بأن يكون مدركاً أن الإجراءات والمعدات الباضعة مثل الأنابيب الأنفية المعدية يحتمل أن تزعج الصغير. وإذا كانت زيارة الطفل غير ممكنة فيجب إجراء الترتيبات لزيارة هاتفية.

ج. تحتاج العائلة إلى الحاجات القريبة التالية:

- رؤية المريض كثيراً والقدرة على زيارته في أي وقت
- أن تكون هناك غرفة انتظار قرب المريض للجلوس إلى جانبه فترة طويلة أو دائمة حسب الحالة
- أن يتم تغيير ساعات الزيارة في المناسبات الخاصة

ح. يجب أن يحضر الطاقم الطبي نفسه معرفياً وعاطفياً للتواصل مع المريض والعائلة فيما يخص:

- الأهداف الواقعية للمعالجة
- التوقعات من المعالجة المقدمة والبدائل
- رغبات المريض المصرح بها والضمنية فيما يتعلق بالتدخلات العلاجية متضمناً رغبات المريض
- والخيارات العلاجية المقبولة

في الممارسة ينبغي عندما تسمح الفرصة مناقشة المريض والعائلة بمستوى الدعم الحياتي المرغوب في الحال الحاجة له، والاطلاع على الأنظمة المعمول بها محلياً وفي المشفى بخصوص القضايا الأخلاقية. كما ينبغي المناقشة المباشرة مع المريض وعائلته لتحديد أهداف العناية بالمريض بناء على قيم المريض، ورغباته، ومايفضله، ومقاطعة ذلك مع الفوائد المتعلقة بذلك والانداز. وينبغي أن يكون التواصل واضحاً وموثقاً دائماً.

ملاحظة: يجب التركيز على معالجة المريض بشكل شمولي وليس على أرقام معينة (مثل قيم التغيرات الفيزيولوجية على المونيتور أو لإنذارات المونيتور)

خ. في حال الوفاة (الاحتضار) أو الوفاة المؤكدة للمريض:

يطلق موت المريض بداية تفجّع شديد ويكون مربكاً أحياناً عند العائلة. ويشير البحث العلمي أن الطريقة التي يتم بها إعلام العائلة بالموت لها تأثير مهم على استجابة التفجّع عندهم.

لذلك في حالة الاحتضار أو الموت يتم السماح للعائلة بالبقاء مع المريض ومراعاة شعورهم العاطفي. تُصطحب العائلة إلى غرفة خاصة هادئة. ويجب أن تكون هذه الغرفة قريبة من غرفة المريض ويسهل الوصول إليها من قبل أفراد العائلة الآخرين الواصلين مع إبداء الدعم العاطفي لهم. ويمكن أن يتم

الترتيب لأن تلتقي العائلة برجل دين أو بمرشد اجتماعي مدرب على التعامل مع حالات الموت. وإذا بدا أن الموت هو النتائج المحتمل يجب إخبار العائلة بتلك الإمكانية بوضوح وتعاطف وإن تحضيرهم تدريجياً للنبا سوف ينقص إنكارهم بعد الموت. **عند موت المريض يجب التصريح وبشكل واضح أن المريض قد مات فعلاً.** يجب استخدام نبرة دافئة ومتعاطفة وصادقة عند التواصل مع العائلة، والأفضل تحديد اثنين من أعضاء الفريق الطبي لإعلام العائلة، حيث يسمح هذا لأحد عضوي الفريق بأن يكون متفرغاً فيما إذا أصيب أحد أفراد العائلة بالإغماء مثلاً. كما ينبغي طمأنة العائلة بعد الوفاة أن مريضهم قد تلقى العناية اللازمة والقرارات المناسبة لحالته.

3. الموافقة المُعلِّمة **Informed consent**:

أ. أهميتها: تشكل موافقة المريض أحد أهم حقوقه في الأخلاقيات الطبية والتي تنطوي تحت مبدأ الاستقلال الذاتي. ومن المهم في الممارسة الطبية السليمة أخذ موافقة المريض قبل إدخال المعالجة، أو التعلم من خلاله، أو إدخاله في الأبحاث السريرية، ويستثنى من ذلك الاجراءات المنقذة للحياة حيث لا داعي للحصول على موافقة المريض (إلا بوجود رفض مسبق من قبل المريض ينبغي احترام رغبته)

ب. ماذا تتضمن: يجب أخذ الموافقة على الإجراءات أو التداخلات العلاجية الباضعة (مثل إدخال قسطرة مركزية، أو الإجراءات الجراحية) وخاصة إذا كانت عالية الخطورة وذلك بعد الشرح اللوافي للمريض حول الفوائد والمخاطر أو الاختلاطات منها، ولذلك تسمى بالموافقة المُعلِّمة، أي المبنية على علم المريض بكل الجوانب المتعلقة بهذه الموافقة. يتم أخذ الموافقة من المريض أو عائلته أو وكيله القانوني خاصة وأن مرضى العناية غير قادرين على أخذ القرار في كثير من الأحيان. يوقع كل من المريض أو ينوب عنه على الموافقة المعلمة إضافة إلى توقيع الطبيب وتحفظ في ملف المريض

يمكن تلخيص عناصر الموافقة المُعلِّمة فيمايلي:

- وصف الاجراء التداخلي
- سبب الاجراء التداخلي
- المزايا والمخاطر لهذا الاجراء
- وفيما لو كان هناك بدائل له

ملاحظة عملية: تأكد من وجود الموافقة المُعلّمة، سواء من المريض أو العائلة أو وكيل المريض، وأن تكون مصاغة بشكل واضح وموثقة في ملف المريض، تأكد من أن الشخص الموافق أو الموقع مؤهل قانونياً لذلك

ت. الرغبات المسبقة للمريض **ethical directives**:

ينبغي أن تؤخذ بالاعتبار رغبات المريض المسبقة المكتوبة فيما يتعلق بقبول أو برفض الرعاية الطبية أو الموافقة على بعض الإجراءات أو الحد من الإنعاش. الشخص الذي ينوب عن المريض ينبغي أن يكون الأقرب صلة للمريض أو أن يملك تصريحاً قانونياً بالنيابة عنه لعدم أهليته. يقصد بأهلية المريض القدرات المتعلقة بإعطاء الموافقة المعلّمة أو سحب الموافقة. وتحدد عدم الأهلية incompetency من قبل المحكمة.

في حال كان للمريض أهليه ورفض العلاج أو متابعة العلاج في المشفى، يتم استكمال الاستمارات المناسبة وإعلام الطبيب المعالج بقرار المريض، مع القيام بكل ما يمكن من أجل إقناع المريض بالتفكير في قراره. في حال أصر المريض على رفض العلاج فهذا من حقه في الأخلاقيات الطبية ولا يمكن إجباره على تلقي العلاج.

4. العناية بمرحلة نهاية الحياة **End-of-life care** :

يتدخل فرق العناية في صنع قرار فيما يتعلق بالعناية بمرحلة نهاية الحياة **end-of-life care** في ثلاث حالات رئيسية:

- عدم محاولة الإنعاش
 - منع أو سحب المعالجة
 - فرز المرضى (خاصة في حالات الكوارث أو زيادة العبء على المشفى)
- إن الهدف من العناية بمرحلة نهاية الحياة هو السماح للمريض للوفاة بكرامة واحترام، ويجب أن يكون واضحاً أنه في هذه المرحلة لا يتم سحب العناية بالمريض وإنما يسحب الدعم الحياتي عنه فقط. ينبغي دائماً معرفة مستوى الدعم الحياتي المرغوب أو المقرر للمريض ويجب توثيقه في ملف المريض (إنعاش كامل، عدم محاولة الإنعاش، أو منع أو سحب المعالجة)

أ. أمر عدم محاولة الإنعاش **Do-not-attempt-resuscitation(DNAR)**

كان المقصد الأصلي من الإنعاش القلبي الرئوي **CPR (cardiopulmonary resuscitation)** إنعاش المريض الذي يعاني من أنماط محددة من التوقف المفاجئ في القلب أو الرئة أو إعادته إلى الحياة

مثل ضحايا الغرق أو الصدمة الكهربائية أو الآثار الجانبية للأدوية أو الحوادث التخديرية أو حصار القلب أو احتشاء العضلة القلبية الحاد. ومع الوقت أصبح الـ CPR إجراءً طبياً روتينياً يقدم تقريباً لكل المرضى الذين يعانون من توقف قلبي أو تنفسي مهما كان مرضهم الأصلي.

في إحدى الإحصائيات في الولايات المتحدة تبين أن الإنعاش القلبي الرئوي CPR يجرى عند 30% من المرضى الذين يموتون في مستشفى كبير في بوسطن إلا أن CPR ليس مناسباً عند كل المرضى الذين يعانون من توقف القلب لأنه إجراء باضع بشدة وقد يشكل "خرفاً إيجابياً لحق الفرد في الموت بكرامة". أكثر من ذلك فقد لا يكون CPR مستطباً عندما يكون المرض في مراحله النهائية وغير قابل للتراجع وعندما لا يكسب المريض أية فائدة. ثم بدأ التفكير بما يسمى عدم إجراء الإنعاش لبعض المرضى.

يعرف أمر عدم محاولة الإنعاش DNAR أو عدم الإنعاش DNR بأنه الأمر الواضح من الطبيب يتعلق بالحد من إجراء تدخلات طبية معينة في حال حدث توقف القلب والتنفس عند المريض. وحيث أن جهود الإنعاش لا تنجح دائماً فالأدق أن يقال عدم محاولة الإنعاش. قد ينبني هذه الأمر على رغبة مسبقة مكتوبة للمريض أو قرار بذلك ممن ينوب عنه في عدم إجراء الإنعاش له في حال حدث لديه توقف قلب وتنفس.

إن أمر عدم الإنعاش لا يعني أبداً عدم العناية بالمريض أو عدم معالجته. وبصورة عامة يجب طلب موافقة المريض المؤهل عند كتابة أمر عدم الإنعاش. وإذا كان المريض غير مؤهل فيقوم الطبيب وأفراد العائلة باتخاذ القرار. حالما يتخذ القرار بعدم الإنعاش يجب كتابة الأمر وتوقيعه وتأريخه من قبل الطبيب المسؤول، وغالباً ما يحتاج التوقيع من أكثر من طبيب، ويجب مراجعة أمر عدم الإنعاش دورياً وقد تتطلب أنظمة المستشفى المراجعة كل 24 - 72 ساعة.

يشمل أمر عدم محاولة الإنعاش بشكل عام الحد من التدخلات العلاجية التالية:

- نقل الدم أو منتجاته
- التنبيب والتهوية الآلية
- استخدام مزيل الرجفان
- إجراء الإنعاش القلبي الرئوي CPR (الضغوطات الصدرية والتهوية)
- زيادة الدعم القلبي أو التنفسي الموجود مسبقاً (مثلاً مريض موضوع مسبقاً على التهوية الآلية، أو مقبضات الأوعية)

أما التداخلات العلاجية الأخرى فالأفضل أن تراجع ويحدد ما يقرر إيقافه منها(مثل التحال الدموي، أو المضادات الحيوية... الخ)، ويجب مراجعة الأنظمة المحلية وأنظمة المشفى المتعلقة بإجراءات عدم الانعاش أو الحد من الإنعاش.

أما العوامل التي يجب ألا تتدخل أبداً في قرار عدم محاولة الإنعاش فهي: الجنس، والعمر، والعرق، والحالة الاجتماعية أو الاقتصادية للمريض.

ب. منع أو إيقاف المعالجة **Withholding and Withdrawing Treatment**:

(1) يشير المنع **withhold** إلى عدم البدء بالمعالجة، في حين يشير الإيقاف **withdraw** إلى سحب المعالجة بعد البدء بها. غالباً ما يجد مهنيو الرعاية الصحية أن إيقاف العلاج أصعب عاطفياً من عدم إعطائه أساساً إلا أن الفارق بين عدم البدء بالمعالجة أو إيقافها ليس ذا أهمية أخلاقية أو قانونية.

(2) يعتمد ذلك على مبدأ عدم جدوى أو فائدة المعالجة المقدمة. ويمكن النظر لفائدة المعالجة من مستويين:

- أولاً استعادة الأهداف الفيزيولوجية: لذلك عند عدم الوصول لتلك الأهداف(مثل مستوى معين من الضغط الشرياني) رغم تطبيق المعالجة فإنه من الواضح أن القرار الطبي سيكون بإيقاف أم منع هذه المعالجة، ويفضل هنا التواصل مع المريض أو عائلته بشأن ذلك لكن لا يؤثر رأيهم هنا على القرار الطبي
- ثانياً عندما تقدم المعالجة شيئاً من الفائدة، فيجب هنا معرفة فيما لو كانت ستقدم فائدة أكبر للمريض أم لا وذلك لموازنة النتائج الفيزيولوجية مع عبء البدء بالمعالجة، وهنا يؤخذ بعين الاعتبار رأي المريض أو العائلة قبل البدء بهكذا معالجة.
- يطلق مصطلح **المعالجات غير المجدية medical futility** أو كما يسميها البعض **المعالجات غير المفيدة nonbeneficial medical treatment** على التداخلات العلاجية التي لا تساهم في تحسين النتائج على المريض، وقد تختلف تلك المعالجات غير المفيدة من وقت لآخر ومن مكان لآخر. لذلك ينبغي أن تقوم على البراهين وأن يؤخذ فيها بعين الاعتبار توقعات ورغبات المريض، وتساعد الأنظمة والقوانين المحلية وفي المشفى تعزيز محاكمة الفريق الطبي لتحديد العلاجات غير المجدية.

عندما يقرر المريض أو عائلته أن المعالجة المقترحة ستسبب أعباءً غير مرغوبة ويرفض مثل هذه المعالجة يكون احترام هذا القرار من قبل مهنيي الرعاية الصحية صائباً أخلاقياً. وإذا قرر المريض أو عائلته أن المعالجة المعطاة والحياة التي تؤمنها قد أصبحت مزعجين جداً للمريض يمكن عندئذ

السماح بإيقاف المعالجة. إن فرض علاج مؤذٍ أو غير مُجدٍ خلافاً لرغبات المريض يخرق حقه المستقل على اتخاذ القرار بنفسه عندما لا تمكن معرفة العلاقة بين رغبات المريض ومصالحته. وإن إيقاف المعالجة يقر أن للمريض حقاً مستقلاً في رفض العلاج وفي تحديد ما يشكل "نفعاً" له ويقر أيضاً بمبدأ عدم الأذى أو عدم إيذاء كرامة المريض ونوعية حياته عند فرض علاج غير مرغوب أو مؤلم أو غير مجد على المريض.

(3) وتتخلص أهداف منع أو إيقاف المعالجة في:

- تسكين الألم بشكل مناسب
 - تجنب أي إطالة غير مرغوبة لعملية الوفاة (تخفيف معاناة المريض)
 - السماح للمريض الإحساس بالسيطرة على الوضع
 - إيقاف اجراء التحاليل والاختبارات التي لاتفيد المريض
- في حال قرار منع أو إيقاف المعالجة يحول المريض إلى المعالجة التلطيفية.

(4) الموت الميسر euthanasia: يشير تعبير الموت الميسر (أو الموت الرحيم كما يسميه

البعض) هذا التعبير إلى حالات إنهاء الحياة المقصود من الطبيب وذلك بناء على رغبة من المريض الذي لديه مرض نهائي غير قابل للشفاء. ويعتبر ما يسمى بالانتحار المساعد من قبل الطبيب: physician-assisted suicide شكلاً من الموت الميسر. وتشكل قضية خلافية ولا تقرها كل الدول. ورغم التشابه بين مبدأ منع/إيقاف المعالجة والموت الميسر من حيث أن كلاهما يهدف إلى تخفيف معاناة المريض، إلا أن هناك فرقاً واضحاً بينهما وخاصة عند مرضى العناية المركزة. غالباً ماتكون المناقشات فيما يتعلق بمنع أو سحب المعالجة لدى مرضى العناية ولا يناقش موضوع الموت الميسر. وفي الشرع الإسلامي الحنيف يحرم تطبيق الموت الميسر سواء على الطبيب من باب تحريم قتل النفس بغير حق أو على المريض من باب تحريم الانتحار

ت. المعالجة التلطيفية palliative therapy:

المعالجة التلطيفية هي نوع من المعالجات الداعمة في الحالات المرضية غير القابلة للشفاء. تركز المعالجة التلطيفية على تعديل أعراض المرض بدلاً من معالجة المرض بحد ذاته وذلك بهدف تخفيف القلق وإراحة المريض، وبالتالي تحسين نمط حياته. وقد إنشأ فريق متعدد الاختصاصات خاص بالمعالجة التلطيفية في كثير من المشافي الكبرى العالمية.

وتتضمن المعالجة التلطيفية التداخلات الدوائية لتخفيف الأعراض والسيطرة على الألم، وتخفيف القلق و الدعم العاطفي للمريض والعائلة. إن تسكين الألم للمريض لإراحته يعد مقبولاً قانونياً وأخلاقياً حتى ولو

سرع عملية الوفاة. تستخدم المعالجة التلطيفية في العناية بمرحلة نهاية الحياة، وفي بعض الأمراض في مراحلها النهائية مثل السرطانات المنتشرة المعندة على المعالجة.

ث. فرز المرضى Triage:

تتصف العناية المركزة بأنها تحتاج إلى موارد وتكاليف مرتفعة إضافة إلى محدودية عدد الأسرة وعدم توافر أعداد كافية الطواقم الطبية العاملة أحياناً، ولذلك قد يكون العبء على العناية بالمرضى أعلى من القدرة الاستيعابية وعندها لا بد من إجراء فرز للمرضى. فقد لا يتم قبول المريض للعناية بناء على عدة عوامل:

- شح الموارد سواء التجهيزية أو البشرية،
 - أو بسبب شدة المرض وعدم القدرة على نقل المريض من مكانه،
 - أو بسبب سوء إنذار المرض وعدم جدوى قبوله في العناية
 - أو بناء على رغبة مسبقة من المريض أو عائلته بعدم قبول المريض للعناية
- توضع في العديد من المراكز العالمية معايير محددة لقبول المريض على العناية، فإذا لم يحقق المريض هذه المعايير يتم تدبير المريض ومتابعته في أجنحة المرض، ولا يتم قبوله إلى العناية المركزة. لكن يجب تذكر أن عدم قبول المريض الحرج إلى العناية المركزة يزيد من نسبة المراضة والوفيات عند هؤلاء المرضى بشكل ملحوظ، ولذلك يجب أن تصاغ معايير القبول إلى العناية بشكل موضوعي وموحد. ويطبق في هذه الحالات مبدأ الإحسان أي تقديم الأفضل للمرضى مع مراعاة مبدأ العدالة أي الحق في تلقي نفس المعالجة للحالات المتشابهة. وبالرغم من أن رغبة المريض محترمة بشكل عام إلا أنها ليست أولوية في حالات فرز مرضى العناية المركزة.

مثال على أهمية فرز المرضى هو قبول مريض سليم سابقاً تعرض لحادث سير ورض شديد على الرأس، بدلاً من قبول مريض لديه أمراض جهازية متعددة في مراحل متقدمة وغير قابل للشفاء.

5. التوثيق الطبي Medical documentation:

أ. أهمية التوثيق في العناية:

لا شك أن التعامل مع المرضى الحرجين يعتبر من الأمور الصعبة والتي يتوقع فيها الكثير من الاختلاطات، لذلك يتعرض أحياناً فريق العناية إلى الشكاوى من قبل المرضى أو ذويهم ظناً منهم بوجود تقصير في علاج مرضاهم. لذلك يعتبر التوثيق من الأمور الحساسة والهامة جداً في العناية. ويشمل التوثيق كل مراحل التعامل مع المريض بدءاً بموافقته على العلاج أو الإجراءات التداخلية، وتوثيق المراقبات والملاحظات... الخ.

ب. يشير التوثيق إلى أية معلومات مكتوبة حول المريض والتي تصف العناية أو الخدمات المقدمة له، ويخدم التوثيق الجيد في حماية مصلحة المريض من خلال متابعة المريض والعناية الأفضل به، والتواصل بين أعضاء الفريق الطبي، إضافة إلى ذلك يعتبر التوثيق الطبي وثيقة قانونية يعتمد عليها لكشف للمرافعة والدفاع في المحاكم، في حالات الشكاوى والأخطاء الطبية أو سوء الممارسة. لذلك ينبغي أن يكون التوثيق واضحاً وبخط واضح، مع ذكر اسم الشخص الموثق، والتاريخ والوقت بدقة. في بعض المشافي يعتمد النموذج الإلكتروني الذي يخزن داخل برنامج خاص يمكن الرجوع له وطباعة المستندات اللازمة منه.

ت. إن التوثيق المستمر هو الأفضل، ومن الناحية القانونية فإن عدم توثيق أي إجراء يعادل حقيقة عدم القيام به أصلاً. من نماذج التوثيق الطبي (مثال : صفحة العلامات الحيوية Flow Sheets ، المتابعة اليومية Progress Notes ، نماذج التخريج / التحويل discharge/transfer)، الموافقة المُعلّمة informed consent.

ث. الأوامر الشفهية من الطبيب: بشكل عام لا تقبل الأوامر الشفهية ويجب أن يكتب الأمر ويوثق في ملف المريض، ويستثنى من ذلك الحالات الإسعافية أو المهددة للحياة بسبب أهمية عامل الوقت حيث يقبل بتنفيذ الأمر الشفهي أو على الهاتف لكن ينبغي أو يسمعه اثنان من التمريض، وأن يوثق لاحقاً بالكتابة من قبل الطبيب.

6. الموت الدماغى Brain Death والتبرع الأعضاء:

في عام 1968 وضعت معايير هارفرد أساساً لتحديد الموت الدماغى وقد وجد أن هذه المعايير موثوقة تماماً. "لم توجد حتى الآن أية حالة حققت هذه المعايير واستعادت أياً من الوظائف الدماغية رغم استمرار الدعم التنفسي". تبنت بعض الولايات معايير هارفرد ضمن التشريعات في حين أن ولايات أخرى سنت تشريعات تعرف الموت الدماغى بمصطلحات أوسع وأقل تحديداً.

أ. تعريف الموت طبيياً death:

في عام 1981 في الولايات المتحدة الأمريكية تم وضع تعريف موحد للموت يجمع بين الناحية الطبية والقانونية حيث عرف الموت بأنه:

- إما التوقف غير العكوس للوظيفة الدورانية والتنفسية
- أو التوقف غير العكوس لوظائف الدماغ بشكل كامل متضمناً جذع الدماغ

ب. تعريف موت الدماغ:

يعرف موت الدماغ بأنه توقف في كل وظائف الدماغ بشكل كامل وغير عكوس، بما فيها وظائف جذع الدماغ.

ت. تشخيص موت الدماغ:

يتم وضع تشخيص موت الدماغ سريرياً من قبل الطبيب عندما يتأكد مايلي:

- سبات غير مستجيب للتنبيهات
 - غياب منعكسات جذع الدماغ (مثل منعكس القرنية، ومنعكس الحدقة للضوء....)
 - غياب التنفس بالرغم من اختبار التحدي برفع الـ CO2
- لكن يجب نفي كل الحالات الطبية الأخرى للسبات المشابه لموت الدماغ مثل انخفاض حرارة الجسم والانسمام ببعض الأدوية، مع مراقبة المريض فترة كافية لاستبعاد احتمال صحوه من حالة السبات.

تشخيص موت الدماغ سريرياً كاف، لكن في بعض الحالات يتطلب الأمر إجراء اختبارات تشخيصية لتأكيد موت الدماغ وأهمها: تخطيط الدماغ الكهربائي، وتصوير الأوعية الدماغية الظليل.

توضع في العديد من ابلدان معايير معتمدة طبياً وقانونياً لتشخيص موت الدماغ (الجدول 15-1)

يتم إجراء معايير موت الدماغ مرتين بفارق 6ساعات على الأقل ومن قبل طبيبين خبيرين، ويتم توقيع النموذج وتوثيقه ضمن ملف المريض.

في حال تأكيد تشخيص موت الدماغ وعدم صلاحية المريض للتبرع بالأعضاء (أوعدم موافقة عائلة المريض)، يعتبر المريض ميتاً من الناحية الشرعية والقانونية ويمكن إيقاف الأدوية وفصل أجهزة الدعم القلبي والتنفسي وغيرها عن المريض.

أما في حال كان المريض صالحاً للتبرع بالأعضاء يتم الاتصال بمنظمة أو جمعية زرع الأعضاء المحلية لمتابعة الحالة.

ث. التبرع بالأعضاء Organ donation:

حالما يتم تأكيد تشخيص موت الدماغ، يتم التواصل مع منظمة زرع الأعضاء المحلية لتقوم بالتنسيق والمتابعة من أجل قطف الأعضاء الصالحة من المريض، وذلك بعد الشرح لعائلة المريض وموافقهم.

عموماً بعد القرار بصلاحية أعضاء المريض الميت دماغياً يتم دعم المريض هيموديناميكياً سواء بالسوائل أو بالأدوية للمحافظة على الأعضاء الحيوية.

Table A6-1

Clinical Criteria for Brain-Death Certification

Prerequisites (all must be present):

1. Coma, irreversible and cause known
2. Neuroimaging explains coma
3. Central nervous system depressant drug effect absent (if indicated, toxicology screen; if

barbiturates given, serum level <10 µg/mL)

4. No evidence of residual paralytics (electrical stimulation if paralytics used)
5. Absence of severe acid-base, electrolyte, endocrine abnormality
6. Normothermia or mild hypothermia (core temperature >36°C [96.8°F])
7. Systolic blood pressure ≥100 mm Hg
8. No spontaneous respirations

Examination (all must be present):

1. Pupils nonreactive to bright light
2. Corneal reflex absent
3. Oculocephalic reflex absent (tested only if cervical spine integrity ensured)
4. Oculovestibular reflex absent
5. No facial movement to noxious stimuli at supraorbital nerve, temporomandibular joint
6. Gag reflex absent
7. Cough reflex absent to tracheal suctioning
8. Absence of motor response to noxious stimuli in all four limbs (spinally mediated reflexes are permissible)

Apnea test (all must be present):

1. Patient is hemodynamically stable
2. Ventilator adjusted to provide normocarbica (P_{CO_2} 35-45 mm Hg)
3. Patient preoxygenated with 100% F_{IO_2} for >10 minutes to Pa_{O_2} >200 mm Hg
4. Patient well-oxygenated with positive end-expiratory pressure of 5 cm H_2O
5. Oxygen provided via a suction catheter to the level of the carina at 6 L/min or attach T-piece with continuous positive airway pressure at 10 cm H_2O
6. Ventilator disconnected
7. Spontaneous respiration absent
8. Arterial blood gas drawn at 8-10 minutes, patient reconnected to the ventilator
9. P_{CO_2} >60 mm Hg or 20 mm Hg rise from normal baseline value

Ancillary testing (only one needs to be performed) to be ordered only if clinical examination cannot be completed due to patient factors, or if apnea testing inconclusive or aborted:

1. Cerebral angiography
2. Hexamethylpropyleneamine oxime (HMPAO) single-photon emission computed tomography
3. Electroencephalography
4. Transcranial Doppler ultrasonography

الخلاصة

- تتلخص مبادئ الأخلاقيات الطبية في حق استقلالية الرأي وعدم الأذى والإحسان والعدالة وقد يحصل نوع من التعارض بينها في ممارسة العناية المركزة
- تتداخل في الممارسة الطبية القيم الأخلاقية والقانونية مع النواحي الطبية ولذلك يجب على فرق العناية الاطلاع على النواحي القانونية وتداخلها مع النواحي الأخرى أثناء علاج المرضى الحرجين
- يعتبر وسط العناية المركزة مكاناً معرضاً للأخطاء الطبية وظهور التأثيرات الجانبية بنسبة عالية
- عائلة المريض هي أي مجموعة تشارك الحياة الحميمة الروتينية اليومية للمريض، ويضطرب استتبهاها بدخول مريضها إلى العناية المركزة
- ينبغي تقديم المساعدة للعائلة بخصوص السماح بزيارة المريض والتواصل العاطفي معه، ومراعاة معتقداتهم الدينية، وتقديم الدعم اللازم لهم في حال احتضار المريض أو وفاته
- ينبغي التواصل مع المريض والعائلة فيما يخص الأهداف الواقعية للمعالجة والتوقعات منها، والبدائل العلاجية، ورغبات المريض والعائلة فيما يتعلق بالتدخلات العلاجية متضمناً مستوى الدعم الحياتي المرغوب
- ينبغي أخذ الموافقة المعلمة من المريض أو عائلته فيما يخص بأي إجراء يطبق على المريض، وينبغي احترام حقه أو حقهم في رفض العلاج
- إن الهدف من العناية بمرحلة نهاية الحياة هو السماح للمريض للوفاة بكرامة واحترام، ويجب أن يكون واضحاً أنه في هذه المرحلة لا يتم سحب العناية بالمريض وإنما يسحب الدعم الحياتي عنه فقط
- لا يستطب الإنعاش القلبي الرئوي بشكل مطلق لكل المرضى الذين يحدث لديهم توقف قلب وتنفس، فقد يكون غير مجدٍ في المراحل النهائية للمرض، وقد قد يكون مؤذياً لمرضى آخرين.
- يعرف أمر عدم محاولة الإنعاش DNAR أو عدم الإنعاش DNR بأنه الأمر الواضح من الطبيب يتعلق بالحد من إجراء تدخلات طبية معينة في حال حدث توقف القلب والتنفس عند المريض
- العوامل التي يجب ألا تتدخل أبداً في قرار عدم محاولة الإنعاش هي الجنس، والعمر، والعرق، والحالة الاجتماعية أو الاقتصادية للمريض
- لا يوجد فرق بين منع المعالجة أو إيقاف المعالجة للمريض من الناحية الأخلاقية
- يهدف منع المعالجة أو إيقافها في العناية بمرحلة نهاية الحياة إلى تخفيف معاناة المريض وتسكين ألمه، وحفظ الموارد من لاستهلاك غير المبرر
- تركز المعالجة التلطيفية على تعديل أعراض المرض وذلك بهدف تخفيف القلق وإراحة المريض، وتحسين نمط حياته، وتستخدم في العناية بمرحلة نهاية الحياة، وفي بعض الأمراض في مراحلها النهائية
- إن وضع معايير محددة لقبول المرضى في العناية يساعد في أخذ القرار بما يتعلق بفرز المرضى وحفظ الموارد
- التوثيق الطبي من الأمور الهامة والحساسة في العناية ويعتبر وثيقة طبية وقانونية في آن واحد
- يعرف موت الدماغ بأنه توقف في كل وظائف الدماغ بشكل كامل وغير عكوس، بما فيها وظائف جذع الدماغ
- يجب نفي كل الحالات الطبية الأخرى للسبب المشابه لموت الدماغ مثل انخفاض حرارة الجسم والانسمام ببعض الأدوية
- تشخيص موت الدماغ سريرياً كاف، لكن في بعض الحالات يتطلب الأمر إجراء بعض الاختبارات لتأكيد التشخيص
- توجد معايير لتشخيص موت الدماغ معتمد طبيياً وقانونياً
- في حال تأكيد تشخيص الدماغ يحال إلى هيئة زرع الأعضاء فإذا تمت الموافقة للتبرع بالأعضاء من قبل الأهل يتم المحافظة على أعضائه الحيوية حتى يتم قطفها، أما إذا كان لم تتم الموافقة من قبل الأهل فيعتبر المريض ميتاً ويمكن سحب الأدوية والأجهزة عنه

مراجع

1. أساسيات العناية التمريضية المركزة إعداد د.طلال نفار وآخرون، اشراف د.ياسين عرابي، مدينة الملك عبد العزيز الطبية-الرياض_المملكة العربية السعودية 2009
2. المرجع في تمريض العناية المركزة-مترجم
3. Fundamental Critical care Support book, 2017
4. Critical Care Study Guide Text and Review, 2nd edition, Gerard J. Criner, 2010
5. Core Topics in Critical Care Medicine, Fang Gao Smith & Joyce Yeung, 2010
6. Textbook of critical care, Jean-louis Vincent, Edward Abraham, 7th edition, 2017

المحتويات

7	الفصل الأول: مدخل إلى العناية المركزة
24	الفصل الثاني: مقارنة المريض الحرج
49	الفصل الثالث: المراقبة الهيموديناميكية للمرضى الحرجين
73	الفصل الرابع: الصدمة الدورانية وأنواعها
100	الفصل الخامس: مبادئ التهوية الآلية
126	الفصل السادس: اضطرابات التوازن الحمضي القلوي
141	الفصل السابع: اضطرابات النظم القلبية
164	الفصل الثامن: تدبير السوائل والشوارد في العناية المركزة
215	الفصل التاسع: القصور التنفسي الحاد
235	الفصل العاشر: الانتانات المهددة للحياة وأساليب الوقاية من انتشار العدوى
269	الفصل الحادي عشر: التهدئة والتسكين والإرخاء في العناية المركزة
295	الفصل الثاني عشر: أساسيات العناية التمريضية في العناية المركزة
314	الفصل الثالث عشر: المعالجة الداعمة والمعالجة الوقائية في العناية المركزة
331	الفصل الرابع عشر: نقل المريض الحرج
350	الفصل الخامس عشر: العلاقة مع عائلة المريض والقضايا القانونية في العناية المركزة

* **نعم بعمون الله ونفضله** *