

ŞOK (Tarif, tasnif ve fizyopatoloji)

Dr. Ahmet Nasuhođlu (*)

Tıbbın her bransını yakından ilgilendiren ve acilen müdahaleyi gerektiren şok tablosu çok çeşitli şekillerde tarif edilmiştir. Genellikle iki türlü, yani klinik ve fizyopatolojik yönden tarif yapmak aydınlatıcı olacaktır.

Klinik tarif: Eskiden şok hipotension, hiporeaktivite, hipotermie ve hiporefleksie'den oluşan 4 hipolu bir klinik tablo olarak tarif edilirdi. Bugün bu tarif yeterli görülmemektedir ve şu şekilde bir tanımlama yapılmaktadır: Arteriel kan basıncının düşmesi, deride hipotermi, uçlarda morarma ve soğuk terleme ile birlikte ve oluguria ile seyreden akut ve dramatik bir sendromdur.

Fizyopatolojik bakımdan tarif ise çeşitli ötürler tarafından değişik şekillerde yapılmıştır. Biz bunların içinden birkaç tanesini sunuyoruz:

- 1 — Periferik dolaşım iflasıdır.
- 2 — Doku perfüzyonu yetmezliğidir.
- 3 — Damar yatağı ve kan hacmi arasındaki uygunsuzluk sonucu oluşan bir mikrosirkülasyon bozukluğudur.

4 — Arteriel yatakla, arteriel kan hacmi arasındaki uygunsuzluğun yol açtığı bir mikrosirkülasyon bozukluğudur.

Görüldüğü gibi bu çeşitli tanımlamaların ortak noktası bir «Doku perfüzyonu iflası» olmaktadır.

Klinik tablo:

Şok, travmadan, kanamadan yahut öteki olaylardan, etkenin şiddetiyle orantılı olarak ancak bir süre sonra veya bir hastalığın seyri esnasında bazı sebepler dolayısıyla genel durumun bozulmasından bir müddet sonra meydana çıkar. Klinik olarak şok'un 2 türlü belirtisi vardır. Bunlardan biri genel belirtiler, diğeri de organlara göre ortaya çıkan belirtilerdir.

- 1 — Genel belirtiler:

(*) Şişli Çocuk Hastanesi 2 ci Dahiliye Şef Muavini (Şef: Dr. Fikret Pamir).

a — Hipotermia: Bu en çok deride fark edilir, cilt soğumuştur. Ayrıca uçlarda (Parmaklar, çene) soğukluk fark edilir.

b — Soğuk terleme: Daima görülen bir belirtidir. Sempatik hiperaktiveyi gösterir.

c — Hipo-reaktivite: Hasta yorgun, apatik, sakindir. Ayrıca çevreye ilgisizdir.

d — Hiporeflexia: Reflekslerde hafifleme görülür. Bu özellikle patella ve aşil reflekslerinde belirgindir.

2 — Şokta, ikinci gurup klinik bulgular organlara göre tezahür eden belirtilerdir. Bunlarda:

a) Kalb-Damar sistemi: Bu sistemde görülen en önemli bulgu arteriyel kan basıncında düşmedir. Bundan başka taşikardi'de görülür. Aterokslerozda, kanamaların başında, infarktüste taşikardi görülmez.

b) Böbrek belirtileri: Şokta görülen en önemli bulgulardan birisi oligüridir. Bunun sebebi vazospazm, tuz ve su tutan hormonların fazla itrahidir.

c) Akciğer belirtileri:

Fizyopatoloji: Şok iki türlü hemodinamik bozukluk neticesi ortaya çıkan bir sendromdur.

1 — Kalb dakika hacmi azalmasıdır.

Kalb atım hacmini dolayısı ile dakika hacmini azaltan faktörler hipovolemia, venöz dolaşımın engellenmesi, kalb yetmezliği, kitlevi akciğer embolisidir.

2 — Damar yatağının genişlemesi:

Bunun da çeşitli sebepleri vardır: Anaflatik olaylar, nörojenik septik nedenler ve spinal anestezi esnasında görülen şoklar bu tipe ait örneklerdir.

Netice: Şok arteriyel yatakla, arteriyel yataktaki kan hacmi arasındaki uygunsuzluk neticesi doku ferfüzyonu yetmezliğidir. Bu da çeşitli şekillerde olur.

a) Hipovolemide: Tüm damar yatağı, özellikle arteriyel yatağın hacmi normaldir. Fakat hipovolemi dolayısı ile bunun içindeki kan azalmıştır.

b) Doğrudan doğruya sol kalbin dakika hacminin azaldığı hal-lerde (İnfarktüs, miyokard depresyonu gibi durumların sebep olduğu kardiyojenik şoklarda) arteryel yatağın hacmi normal olmasına rağmen içindeki kan azalmıştır.

c) Pulmoner embolide yine kalb dakika hacmi azalmıştır, aynı şekilde arteryel yatak kanla dolmaz.

d) Aşırı vazodilatasyonlarda (vazojenik şoklarda yani septik şokun ilk devresinde, anaflaktik şokta, spiral anestezisi şokunda ve sinirsel şoklarda, dolaşan kan hacmi normaldir fakat arteryel yatak genişlediğinden gene dolmaz.

Şokta etilolojik faktörler: Şokta, tarifteki gibi, etilolojik tasnif- te de çok değişik sınıflandırmalar mevcuttur. Bunlar içinde en ma- kul bulunduğumuzu sizlere sunuyoruz:

I — Hipovolemia

A — Dışa su kaybı

1 — Hemorajik (Kanama)

2 — Gastro-intestinal

a) Kusma (Pilor stenozu, barsak tıkanması)

b) İshal

3 — Renal

a) Diabetes Mellitus

b) Diabetes İnsipidus

Fazla diüretik kullanma

4 — Deriden

a) Yanıklar

b) Exudatif lezyonlar

c) Karşılanmayan terleme ve farkına varılma-
yan su kaybı

B — İç sekestrasyon

1 — Fraktürler

2 — Asitler (peritonit, pankreatit, siroz)

3 — Hemotoraks

II — Kardiyojenik

A — Miokard infarktüsü

B — Aritmi (Paroksizmal taşikardi veya fibrilasyon, ağır
bradikardi)

III — Kan akımında tıkanıklık

A — Akciğer embolisi

B — Pnömotoraks

- C — Kardiak tamponad
 - D — Dissekan aort anevrizması
 - E — İntrakardiak (yuvarlak - valv şeklinde kalb iç trom-
büsü, Atrial miksuma)
- IV — Nörojenik
- A — İlaçlarla meydana gelen
 - 1 — Anestezi
 - 2 — Ganglion bloke edici veya diğer antihipertansif ilaçlar
 - 3 — İlaç alınması (Barbiturat, gluthetimide, pheno-
thiazinler)
 - B — Modülle spinais yaralanmaları
 - C — Ortostatik hipotansiyon (primer otonomik yetersizlik,
periferik nöropati)

Son olarak bilhassa asistan arkadaşlarımıza faydalı olmak gayesi ile bir şok vak'asında tanı ve ayırıcı tanıya varmak için gerekli temel prensipleri, bir liste halinde bildirelim:

ŞOKTA TANI VE AYIRICI TANI

Anamnez:

- 1 — Hipovolemia
- 2 — Koroner yetmezliği
- 3 — Septik olaylar
- 4 — Steroid
- 5 — İlaçlar
- 6 — Alkol
- 7 — Endokrin bozukluklar
- 8 — Hipersansitivite

Müşterek belirtiler:

- 1 — Arteriyel kan basıncında düşme
- 2 — Takikardia
- 3 — Uçlarda soğukluk ve siyanoz
- 4 — Oligüria
- 5 — Soğuk terleme

Şoktan şoka değişen belirtiler:

- 1 — Merkezi venöz basınç (Hipovolemik ve traumatik şoklarda düşük, kardiojenik şokta yüksek)
- 2 — Nabız (Kardiojenik şokta aritmi, anaflaktik şokta ve sinirsel olanda yavaş)

Özet

Şokların tarifi, sınıflandırılması, fizyopatolojisi anlatılmış ayrıca acil vak'alarda tanıya varmak ve ayırıcı tanı yapmak için gerekli prensipler liste halinde verilmiştir.

Summary

Definition, classification and pathologic physiology of shocks reviewed in addition prenciples to reach a diagnosis and diffirential diagnosis are given as a list.

- 1 — Eremin, J. Marshall V: The diagnosis and management of refractory shock. Med. J. Australia. 1:778, 1969
- 2 — Scheidt. S Ascheim R. Killip. T. Shock after myocardial infarction. Amer. J. Cardial 26:266, 1970
- 3 — Hopkins. R. W. Fratiene. R. Penn. 1. sabga G. Simeone Am. Surg 160:669, 1964
- 4 — Hardway. R.M, James P.M. Anderson. R.W. Brenderburg. C. E. West R. L. intensive study and treatment of shock in men.