

22. BÖLÜM

HİPOVOLEMİK ŞOK YÖNETİMİ

Burak ELMAS¹

Şok tanım olarak dolaşım sisteminin, dokuların ihtiyacı olan oksijeni tam olarak karşılayamaması durumudur. Farklı çeşitleri ve farklı sebepleri olsa da organların perfüzyon bozukluğu ivedilikle düzeltilmediği takdirde hastanın ölümlüyle sonuçlanabilecek kadar önemli bir durumdur. Ayırıcı tanısı ve altta yatan sebebe yönelik yapılan tedavi hastanın sağ kalımına önemli ölçüde etki etmektedir. Şokun tedavisi kadar tanısının doğru konulması da önem arz etmektedir. Şokun tanısında vital bulgular, doku perfüzyonunu belirleyen klinik ve laboratuvar bulgularla birlikte değerlendirilmelidir.

Kapiller yataklara olan kan akımını arteriyoller düzenlemektedir. Arteriyoller kısmi olarak santral sinir sistemi tarafından denetlenen direnç damarları olarak bilinir. Ancak toplam kan hacminin önemli bir miktarını bulunduran venüllerde pasif direnç damarları olarak sayılabilmektedir. Nitekim kanama sırasında katekolamin salınımı ile bu venüller tonus artışını sağlayabilirler (1). Buna ek olarak kardiyak output ve kan hacminin dağılımı da değişmektedir. Böylece böbreklere, splanknik alana, kaslara ve uterusu giden kan akımı azalmış olsa da kalp, beyin ve adrenallere giden kan akımında değişim görece daha az olmaktadır.

¹ Uzm. Dr., Özel Olbamed Hastanesi, burak_elmas88@hotmail.com

pogastrik arter ligasyonu, uterin kompresyon sütürleri ve gerekirse histerektomi seçenekleri düşünülebilmektedir. Ayrıca anjiyografik embolizasyonu yöntemi kullanılabilecek hastalar için girişimsel radyolojiden konsültasyon istenilebileceği de tedavi alternatifleri arasında düşünülmelidir.

Hipovolemik şok gebelikte mortal seyredabilen durumlardandır. Öncelikle bu duruma sebep olan altta yatan problem tanımlanmalı ve eş zamanlı olarak hızla tedaviye başlanmalıdır. Tedaviye yanıtın takip edilmesi de en az tedavi yaklaşımı kadar önem arz etmektedir. Bu hastalar mümkünse üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ve multidisipliner yaklaşımla takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Barber A, Shires GT III, Shires GT: Shock. In Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al (eds): Principles of Surgery, 7th ed. New York, McGraw-Hill,1999.
2. Park JK et al Systemic hypotension is a late marker of shock after trauma: a validation study of advanced trauma life support principles in a large national sample. Am J Surg 2006;192:727-31.
3. Zuckerbraun BS, Peitzman AB, Biliar TR: Shock. In Brunicaudi FC, Andersen DK, Biliar TR et al (eds): Schwartz's Principles of Surgery, 9th ed. New York, McGraw-Hill, 2010.
4. Semler MW, Self WH, Wanderer JP, Ehrenfeld JM, Wang L, Byrne DW, et al. Balanced crystalloids versus saline in critically ill adults. N Engl J Med. 2018;378(9):829-39.
5. Yunos NM, Bellomo R, Glassford N, Sutcliffe H, Lam Q, Bailey M. Chloride-liberal vs chloride-restrictive intravenous fluid administration and acute kidney injury: An extended analysis. Intensive Care Med 2015;41:257-64.
6. Prevention and management of postpartum haemorrhage: green-top guideline no. 52. BJOG 2017;124(5):e106-e149.
7. Carson JL, Triulzi DJ, Ness PM: Indication for and adverse effects of red-cell transfusion. N Eng J Med 377:13,2017.
8. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Obstetric Hemorrhage. In: Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, et al, eds. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York, NY: McGraw-Hill (Türkçe Baskı); 2020:788-794.
9. Alexandre JM, Sarode R, McIntire DD, et al: Use of whole blood in the management of hypovolemia due to obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 113:1320,2009.
10. Klein AA, Arnold P, Bingham RM, et al. AAGBI guidelines: the use of blood components and their alternatives 2016. *Anaesthesia* 2016; 71: 829-42.
11. Bennet D. Arterial pressure: A personal view. In Pinsky MR, Payen D eds. *Functional Hemodynamic Monitoring* 2nd ed Berlin :Springer;2006:89- 97.