Bölüm
**107**

# ARİTMİ YÖNETİMİ

**Oktay ŞENÖZ [1]**

## GİRİŞ

Normal sinüs ritmi kalbin sağ atrium üst kısmında yer alan sinüs nodundan başlar.Normal bir kalpte sinüs nodundan dakikada 60-100 civarında uyarı çıkmaktadır.Olağan bir kardiyak siklusta EKG'ye yansıması her P dalgasını izleyen bir QRS dalgası vardır.Sıralama daima P-QRS-T dalgaları şeklinde oluşur(1-3)

Genel tanımı itibariyle kalbin elektriksel sistemindeki her türlü bozukluğa aritmi denmektedir. Kalbin çalışma döngüsü içinde uyarının çıkışında,uyarı çıkış hızında veya uyarının iletiminde sorun olduğunda klinikte karşımıza aritmi olarak çıkmaktadır.Kardiyak aritmiler sık görülmektedir ve halsizlik,yorgunluk,çarpıntı,göğüs ağrısı,nefes darlığı, senkop yada ani ölüm gibi geniş bir klinik yelpazede karşımıza çıkabilmektedir(4).

Çarpıntı yada aritmi,kardiyak nedenlere bağlı gelişebileceği gibi kalp dışı nedenler olan anemi,ateş yüksekliği,sepsis,hipovolemi,tirotoksikoz, fiziksel ve emosyonel stres,panik atak,anksiyete bozukluğu, depresyon veya somatizasyon bozukluğu gibi birçok psikiyatrik sebebe bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir.Bu nedenle çarpıntı yada aritmi semptomları ile başvuran her hastada aritmi varlığını saptamak ve aritmi etyolojisini ortaya çıkarabilmek için ilk değerlendirmede mutlaka ayrıntılı bir anemnez alınmalı,ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalı ve 12 derivasyonlu EKG değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Aritmili bir hastanın saptanması ve tedavi edilmesinin üç amacı vardır.Birincisi hastanın semptomlarını ortadan kaldırmak,ikincisi malign aritmilere bağlı gelişebilecek hemodinamik bozukluk ve ani ölümü engellemek,üçüncüsü ise aritminin dolaylı etkilerinden (atrial fibrilasyonlu hastadaki inme riski) hastayı korumaktır.

Birinci basamakta aritmili bir hasta değerlendirilirken hekim şu sorular ışığında bir plan çizmelidir.

- Aritminin tipi nedir?
- Saptanan aritmi hastanın semptomlarını ve klinik durumunu açıklıyor mu?
- Aritmi hastanın klinik ve hemodinamik durumunu olumsuz yönde etkiliyor mu?
- Acil kardiyoversiyon gerekli midir?
- Hastaya yatış veya uzman konsültasyonu gerekli midir?
- Antikoagülasyon yada başka bir medikal tedavi başlanmalı mıdır? Aritmileri taşiaritmiler,bradiaritmiler ve ekstrasistoler olarak üç ana gruba ayırabiliriz.

## TAŞİARİTMİLER

**T**anım,sınıflandırma ve fizyopatoloji:

Taşikardi kalp hızının dakikada 100 atımın üzerinde olacak şekilde ardışık en az 3 atımın oluşmasında denir(6).

Taşiaritmiler lokalizasyonlarına ve mekanizmalarına göre sınıflandırılırlar.Taşiaritmiler

[1] Uzman doktor Oktay ŞENÖZ,Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi, oktaysenoz@hotmail.com

bul edilir. Bazı hastalar çarpıntı hissedebilirken bazıları da kompanzatuvar pause bağlı bradikardi semptomları hissedebilir. Asemptomatik hastalarda tedaviye gerek yoktur. Semptomatik hastalarda beta blokerler veya kalsiyum kanal blokerleri yada sınıf 1A,1C ve sınıf 3 antiaritmikler kullanılabilir.

Ventriküler ekstrasistoli(VES); Ventriküldeki tek ya da farklı odaklardan çıkan uyarılara bağlı gelişirler. QRS morfolojisi anormal ve süresi 0,12 sn'den uzun olan ventrikülden kaynaklanan atımlara denir(19). VES'ler yapısal olarak normal kalplerde ve gençlerde görülebilir. Yapısal ve iskemik kalp hastalığı olanlarda VES görülme sıklığı artmaktadır. Semptomatik hastalarda, semptomları azaltmak veya ortadan kaldırmak için tıbbi tedavi veya ablasyon gerekebilir. Bu tür hastalarda ilk sırada beta blokörlerler yada kalsiyum kanal blokörleri kullanılabilir. Beta blokerler ve/veya kalsiyum kanalı blokerleri etkisiz olursa diğer antiaritmik ilaçlar düşünülebilir(20).

## Kaynaklar


**1**. Uptodate(2013).Arrhythmia management for the primary care clinician.(28.07.2019 tarihinde www.uptodate.com adresinden ulaşılmıştır).

**2**. Serinken M.(2013) Acil elektrokardiyografi. Kekeç Z(Ed.). Tüm Yönleriyle Acil Tıp. 3. Baskı içinde(s. 149 - 157). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

**3**. Yiğit F. Hangi aritmiler tedavi edilmelidir? TIPMED 2013;17(2):24-30.

**4**. Eken C. (2013). Kardiyak ritim bozuklukları. (Çete Y, Denizbaşı A, Çevik AA, Oktay C, Atilla R, Çev. Ed.).İstanbul: Nobel Kitabevi

**5**. Venables P, Tomlinson DR. Supraventricular and ventricular arrhythmias: medical management. Medicine 2010;38(9):515-21.

**6**. Marill KA.(2008) Tachycardias. Barton ED, Collings JL, DeBlieux PM, Gisondi MA, Nadel ES,Adams JG(Eds.). Emergency Medicine içinde(s.552-572).Philadelphia: Elseiver Saunders.

**7**. Griffin B.P.(2014). Kardiyovasküler hastalıklar el kitabı. (Çetin EROL,Enver ATALAR,Çev. Ed.).Ankara:Güneş Tıp Kitabevi.

**8**. Uptodate(2015).Advanced cardiac life support(ACLS) in adults.(27.07.2019 tarihinde www.uptodate.com adresinden ulaşılmıştır).

**9**. Sohinki D, Obel OA. Current trends in supraventricular tachycardia management. Ochsner J 2014 Winter;14(4):586-95.

**10**. Sarıkaya S, Akyol L, Şahin Ş, et al. Clinical Approach to Patients with Supraventriculer Tachycardia. Bozok Med J 2013,3(3):51-8.

**11**. Roberts-Thomson KC, Kistler PM, Kalman JM. Focal atrial tachycardia II: management. Pacing Clin Electrophysiol 2006;29(7):769-78.

**12**. Calkins H, Brugada J, Packer DL, et al. HRS/EHRA/ECAS expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personel, policy, procedures and follow-up: a report of the Heart Rhythm Society Task Force on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation. Heart Rhythm 2007;4(6):816-861.

**13**. Yealy DM, Kosowsky JM(2014). Dysrhythmias. In:Marx JA, Hockberger RS, Walls RM(Eds.).Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. 8th ed. içinde(s.1034-1062) .Philadelphia: Elseiver Saunders.

**14**. Antiarrhythmics Versus Implantable Defibrillators(AVID) Investigators.A comparison of antiarrhythmics-drug therapy with implantable defibrillators in patients resuscitated from near-fatal ventricular arrhythmias N End I Med 1997;337:1576-1583.

**15**. Ufberg JW, Clark JS. Bradydysrhythmias and atrioventricular conduction blocks. Emerg Med Clin North Am 2006;24(1):1-9.

**16**. Deal N. Evaluation and management of bradydysrhythmias in the emergency department.Emerg.Med. Pract. 2013;15(9):1-15.

**17**. Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA,et al. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for DeviceBased Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities:a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmia Devices) developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol 2008;51(21):e1-62.

**18**. Uptodate(2014).Ganz LI. Sinus bradycardia.(23.07.2019 tarihinde www.update.com adresinden ulaşılmıştır).

**19**. Akar N, Aydoğdu S, Diker E. General approach to ventricular arrhythmias. Anadolu Kardiyol Derg. 2004;4(3):246-52.

**20**. European Heart Rhythm Association; Heart Rhythm Society, Zipes DP, Camm AJ,Borggrefe M, Buxton AE, Chaitman B, Fromer M, et al.; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death). J Am Coll Cardiol 2006;48(5):e247-346.