

# Bradiaritmi Tedavisi

-Pacemaker

-Atropin:

semptomatik bradikardide sınıf IIa 0.5 mg. ve 3-5 dk. arayla toplam 3 mg.

0.5 mg altında bradikardi yapabilir.Perfüzyonu bozuk hastada pace beklenmeden yapılması gerekir.Koroner iskemi veya infarkt varsa infarkt zonunu genişletebilir.

1.derece ve 2. derece Tip1 AV blokta kullanılır.

2.derece Tip2 ve 3.derece AV blokta kaçınılmalı.!

**Alternatif İlaçlar:**

-Epinefrin (2 – 10 mcg /dk.)

-Dopamin (2 – 10 mcg /kg/dk.)

-Glukagon (özellikle Kalsiyum Knl Blok ve beta blok.

Zehirlenmelerinde; 3 mg. başlangıç bolus, 3 mg / saat infüzyon şeklinde verilir.

# Bradikardi Akış Şeması

- Gereksinim varsa ABC sağla – destekle
- Oksijen ver
- Monitörize et ve EKG çek
- Damar yolunu aç

Bradikardinin neden olduğu hemodinamik bozukluk ve semptomları var mı ?  
(Bilinç durumu, Şok bulguları, Göğüs ağrısı vs.)

Yeterli perfüzyon var  
•Monitörize et ve izle.!

Yeterli perfüzyon yok.!

- Transkutan pace hazırla. !Özellikle yüksek derece bloklarda kullan.
- Pace gelene kadar Atropin düşün. ! 3 mg.
- Epinefrin – Dopamin kullanmayı düşün.  
Pace gelene dek veya pace etkisiz olursa..

Monitörize et-izle.Kalıcı pace haz.  
•Eşlik eden durumların tedavisi

## • TAŞIARİTMİLER:

1. Dar QRS'li taşiaritmiler (supraventriküler)

2. Geniş QRS'li taşiaritmiler

### GENEL DEĞERLENDİRME

- A-B-C değerlendirilir.
- Monitörizasyon ve i.v. yol aç
- KB ve Nabızoksimetre
- Öykü ve FM'de ;Bilinç durumu değişiklikleri, hipotansiyon, şok bulguları, süregelen göğüs ağrısı değerlendirilmelidir.
- Anstabil hastalara acil elektriksel KV yapılır.
- Kalp ritminin spesifik tanısı konulmalıdır.
- Sol ventrikül fonksiyonu değerlendirilmelidir.
- 2 veya daha fazla antiaritmik müteakip kullanılmamalıdır.

# KARDIYOVERSIYON

- Senkronize

QRS anında uygulanan KV'dur. Rölatif refrakter periyod sırasında (hassas periyod) şok uygulanmasını önler.

Düşük enerjilerin VF etkisinden sakınmak içindir.

Düşük enerji gerektiren, nabızsız VT ve VF dışı durumlarda uygulanır.

- Asenkronize

Herhangi bir anda yüksek enerjili şoklamadır. Nabızsız VT ve VF durumunda tercih edilir.

# Taşikardi Akış Şeması

- Gereksinim varsa ABC'yi uygula-destekle
- Oksijen ver
- Monitörize et.! EKG çek .!
- Geri döndürülebilir nedenleri ayırt et .!

Hasta Stabil mi?

- Bilinç değişikliği
- Devam eden göğüs ağrısı
- Hipotansiyon ve şokbulguları(150/ dk. Altında hıza bağlı semptomlar nadir)

Stabil

- Damar yolu
- 12 lead EKG
- QRS genişmi?

Anstabil

- Acil senkronize KV uygula
- Sedatize et, ancak gecikme
- Konsültasyon iste.Nabız kaybolursa NEA akışını uygula

Dar QRS

Ritim düzenli mi? Düzensiz mi?

Geniş QRS (> 0.12 sn.)

Ritim düzenli mi? Düzensiz mi?

**Düzenli**

- Vagal manevra
- 6 mg Adenosin hızlı i.v.gerekirse 12 mg.tekrar
- KKB

**Düzensiz**

- Muhtemelen AF,AFL veya MAT
- Hız kontrolü
- Sinüse çevirme

**Düzenli**

- VT veya belirsiz ritim
- Amiodaron 150 mg.i.v. 10dk'da max.2.2mg/kg/gün
- Elektif KV için hazırlan
- Aberan iletili SVT ise, Adenosin düşün

**Düzensiz**

- Aberan iletili AF
- AF+preeksitasyon sendromu (WPW)
- Av blokerlerden kaçın Amiodaron Düşünülebilir.

- Ritim düzeldiyse,muhtemel SVT,Uzun dönem tedavi düzenle
- Düzelmediyse AFL, Ektopik atriyal veya Junctional taşikardi?

# SİNÜS TAŞİKARDİSİ

- **Tedavide** altta yatan nedenin tespiti önemlidir.
- Yeterli ağrı tedavisi
- KY için diüretik, oksijen
- Hipovolemi için sıvı tedavisi
- Ateş ve perikardit için NSAİDs
- İskemi için beta bloker veya nitrogliserin
- Beta blokerler; hiperdinamik durum varlığında miyokardın oksijen ihtiyacını ve kalp hızını azaltmak için:
  - **Propranolol** 0.25-0.50 mg i.v., 5 dk.'da bir toplam 0.15-0.20 mg./kg.doza dek tekrarlanır. Hipovolemi ve Kalp Yetmezliğinde kontrendikedir.
- Altta yatan neden bulunamaz veya emin olunamazsa, **Esmolol** (25-200mcg./kg./dk.) gibi **çok kısa etkili beta blokerler** denenebilir.

# PAROKSİSMAL SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİ PSVT

**Tedavide;** artmış ventrikül hızına bağlı artan iskemiye azaltmak için hızlı ve agresif olunmalıdır.

1.**Karotid sinüs masajı;**vagal tonusu artırarak sinüs ritmine dönüşü sağlayabilir.

2.**Adenosin;**akut MI hastalarında SVT için ilk tercih edilecek ilaç.6-12 mg.1-3 sn.içinde hızla i.v.puşe.

3.Belirgin sol ventrikül yetmezliği olmayan hastalarda i.v.verapamil(5-10mg.),**diltiazem**(15-20mg.),**metoprolol**(5-10mg.)diğer seçeneklerdir.i.v.verapamil ile i.v.beta blokerler kombine edilmemelidir,ciddi hipotansiyon oluşabilir.

4.**Senkronize KV;**KKY veya Hipotansiyon varlığında başlangıcı 50 J olmak üzere uygulanır.

5.**Digoksin** etkili olsa da etkisinin geç başlaması nedeniyle akut tedavide önerilmemektedir.

# ATRIYAL FIBRILASYON

- HT, ateroskleroz, tirotoksikoz, MD ve atriyal dilatasyonla seyreden her durum neden olabilir.
- Stabil olmayan hastalarda senkronize kardiyoversiyon
- Mutlaka heparinize edilmeli
- 48 saatten eskiyse,TEE ile trombüs araştır
- Ventrikül hızını düşürmek önceliklidir.
- Ventrikül kapasitesine göre Kals Kanl Blkr , beta blokerler veya amiodaron kullanılabilir.
- Amiodaron, sotalol vb.ilaçlar 48 saatten eski olanlarda muhtemel trombüs varlığında embolilere neden olabilir.
- Mutlaka uzman görüşü alınarak tedavi edilmelidir.

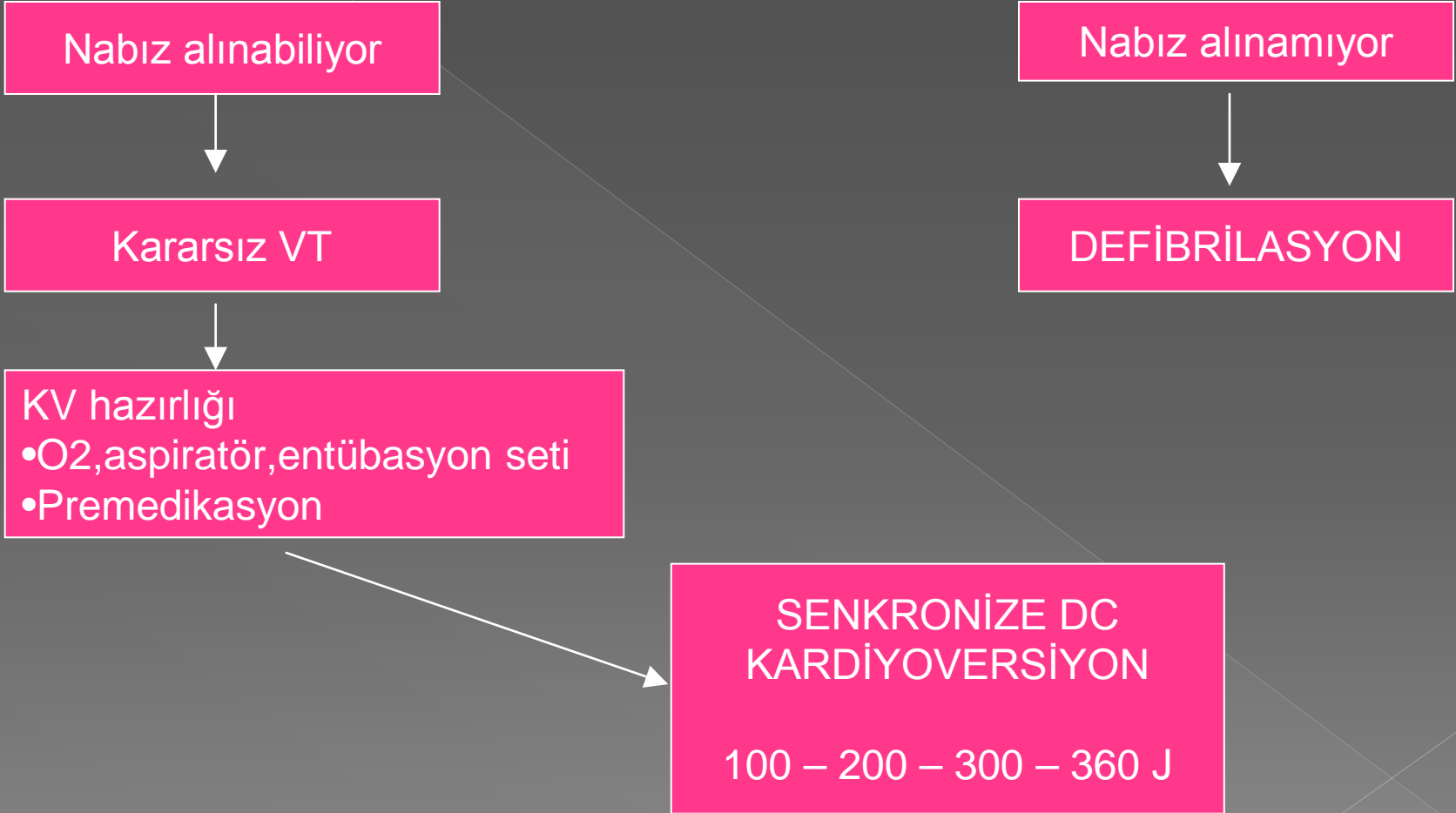


- AF'deki artmış emboli riski nedeniyle hastalara Kontrendike olmadıkça Heparin başlanmalıdır.
- Sistemik embolizasyon riski 3 kat fazladır.
- Atakların %50'si ritim bozukluğunun başlamasından sonraki ilk 24 saat içinde görülür.
- Yaygın anterior ve apikal MI'lı hastalarda EKO ile mural trombus varlığının değerlendirilmesi önerilmektedir.
- AF ortaya çıkarsa heparin başlanmalı
- ve aPTT 50-70 sn olacak şekilde tedavi sürdürülmelidir.

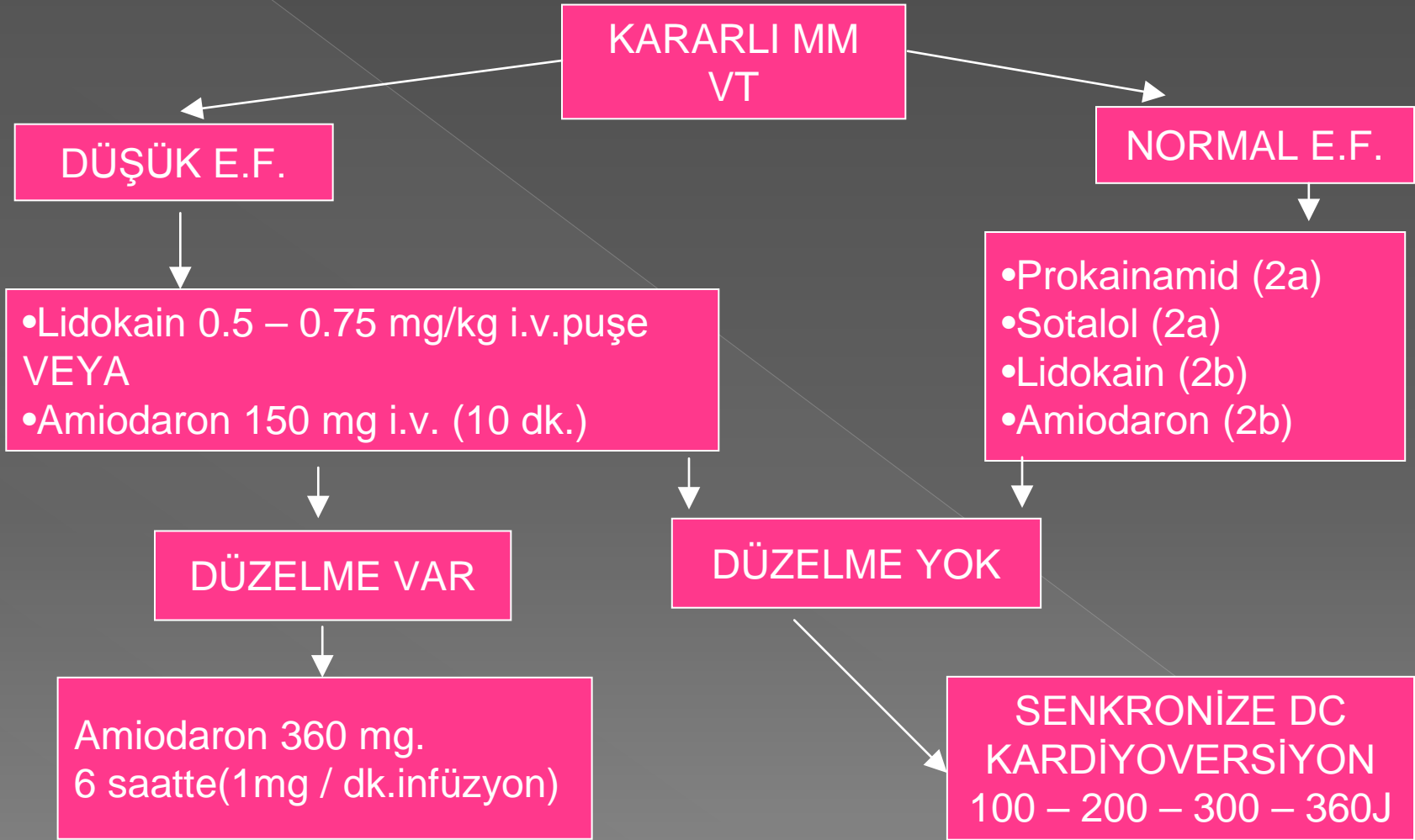
# GENIŞ QRS KOMPLEKS TAŞIKARDILER

1. Tüm geniş kompleks taşikardileri VT gibi tedavi et ..!
2. İlk kuralı asla unutma..!

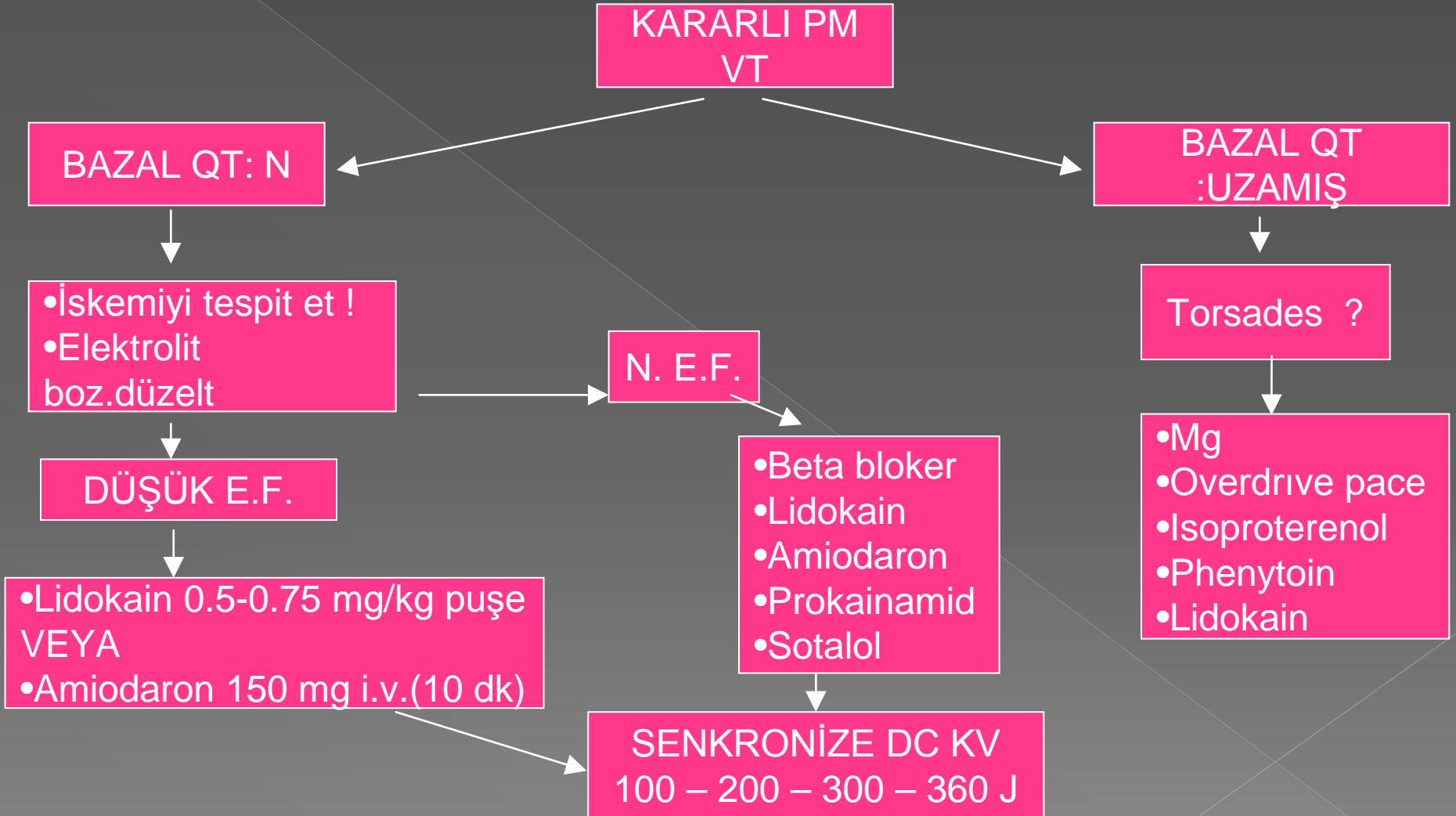
# Kararsız Monomorfik VT'nin Tedavisi



# Kararlı Monomorfik VT'nin Tedavisi



# Kararlı Polimorfik VT'nin Tedavisi



## Stabil VT de

Geçmiş öyküyü al.

Ritmi değerlendir.

Ventriküler fonksiyon yetersizliği bulguları ara.

Tüm antiaritmikler proaritmiktir.

2. bir antiaritmik kullanmak tehlikeli olabilir.

Eğer ilaca yanıt alınmazsa KV uygula.!

NABIZSIZ  
ARREST

A-B-C UYGULA  
MONİTÖRİZASYON

VF - VT

CPR

DEFİBRİLASYON  
300-300-360 J

CPR 1 dk.

VF/VT sürüyorsa  
•Defibrilasyon 1x360 J  
•Adrenalin 3-5 dk  
arayla 1 mg.

CPR 5 döngü (2dk.)

ASİSTOLİ veya NEA  
Non-VF/VT

CPR 3dk.

•Atropin 1mg.  
(max.3 mg.)  
•Adrenalin  
3-5 dk arayla 1 mg.

VF / VT

VF/VT sürüyorsa  
•Defibrilasyon  
•Amiodaron  
•Lidokain

