

İLERİ KARDİYAK YAŞAM DESTEĞİ VE KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON

41. BÖLÜM

Ömer KAÇMAZ¹

GİRİŞ

Solunum ve dolaşım sistemi uygun çalışmayan hastanın, hava yolu açıklığını devam ettirmek için solunum ile dolaşım sisteminin desteklenmesi işlemine kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) denir.

Temel yaşam desteğinde (TYD) kardiyopulmoner resüsitasyonu (KPR) halktan kişiler yapabilirken, ileri kardiyak yaşam desteğini sadece sağlıkçı olan donanımlı ekipler yapabilmektedir. Ayrıca ileri kardiyak yaşam desteğinde (İKYD) ilaç ve ekipman da kullanılırken, temel yaşam desteğinde bunlar yer almamaktadır.

TYD ek olarak İleri kardiyak yaşam desteğinde (İKYD) etkin bir solunum ve dolaşım desteği sağlamak adına çeşitli araç ve gereçler ve bazı teknikler kullanılmaktadır. Hastanın ritmini kontrol etmek için monitörizasyon ve EKG, arrest sonrası stabilizasyon için damar yolu açılması ile defibrilasyon bu araç-gereç ve tekniklerden örneklerdir. İKYD, bünyesinde müdahale için gerekli bilgi, beceri, eğitim ve aynı zamanda karar verebilme yetisini de barındırır (1).

AHA kılavuzuna (2015) göre 5. halkanın yanına artık iyileşme halkası eklendi ve 2020 AHA

¹ Uzman Doktor, S.B.Ü. Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma hastanesi, omer.kacmaz7321@gmail.com

not attempt resuscitation-DNAR) gibi öneriler yasal olsa da ülkemizde yasak olduğundan resüsitasyon uygulanmalıdır.

ACİL VE KONSÜLTASYON NOTLARI

- Erken başlanan ve kaliteli uygulanan KPR ile erken defibrilasyon, sağ kalım üzerine en etkili faktörlerdir.
- Erişkin KPR göğüs basıları ile başlar ve mümkün olduğunca şoklanabilir ritimlere ulaşmak hedeflenir.
- Şoklanamaz ritimlerin tedavisi KPR iken, şoklanabilir ritimlerin tedavisi DEFİBRİLASYON'dur.
- Eğer şoklanamaz ritim varsa geri döndürülebilir nedenler olan 4H 4T mutlaka düşünülmelidir.
- Şoklanabilir ritim var olduğu sürece KPR'ye devam edilmeli ve özel durumlar haricinde 30 dakika şoklanamaz ritim varlığı KPR başarısını ciddi anlamda azalttığı bilinmelidir.

KAYNAKLAR

1. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. Part 1: Introduction to the International Guidelines 2000 for KPR and ECC: A Consensus on Science. Circulation 2000;102: I1-11.
2. European Resuscitation Council. Advanced life support. course. Provider Manuel. 4th ed. Nolan J, Baskett P, Gwinnutt C, de Latorre F, Lockey A, Mitchell S, Soar J (eds) Belgium 2001, Chapter 10, p:83- 88.
3. C and Sandler DA. The Resuscitation Council (UK) recommends a precordial thump as first treatment of a witnessed or in monitored cardiac arrest. Resuscitation 2000;47:91-92.
4. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Part 6: Advanced Cardiovascular Life Support: Section 2: Defibrillation. Circulation 2000; 102:190-4.
5. Graham-Garcia J, Heath J, Andrews J. Defibrillation and biphasic shocks: Implications for perianesthesia nursing. J Perianesth Nurs 2005;20:23-34.
6. Torok R and Till J. Biphasic or monophasic defibrillation for adult ventricular fibrillation. Emerg Med J 2003;20:464-465.
7. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Part 6: Advanced Cardiovascular Life Support: Section 3: Adjuncts for Oxygenation, Ventilation, and Airway Control. Circulation 2000; 102:195-104.
8. Stone BJ, Chantler PJ, Baskett PJ. The incidence of regurgitation during cardiopulmonary resuscitation: a comparison between the bag valve mask and laryngeal mask airway. Resuscitation 1998;38:3-6.
9. Kurola J, Harve H, Kettunen T, et al. Airway management in cardiac arrest--comparison of the laryngeal tube, tracheal intubation and bag-valve mask ventilation in emergency medical training. Resuscitation 2004;61:149-153.
10. Gabrielli A, Layon AJ, Wenzel V, Dorges V, Idris AH. Alternative ventilation strategies in cardiopulmonary resuscitation. Curr Opin Crit Care 2002;8:199-211.

11. Dorph E, Wik L, Steen PA. Arterial blood gases with 700 ml tidal volumes during out-of-hospital CPR. *Resuscitation* 2004;61:23-27.
12. CL, Pinchak AC, Hancock D, Hagen JF. Effect of injection site on circulation times during cardiac arrest. *Crit Care Med* 1988;16:1138-1141.
13. Vincent R. Drugs in modern resuscitation. *Br J Anaesth* 1997;79:188-197.
14. LaRocco BG and Wang HE. Intraosseous infusion. *Prehosp Emerg Care* 2003;7:280-285.
15. Smith MA. Use of vasopressors in the treatment of cardiac arrest. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2005;17:71-75.
16. Sanders AB, Kern KB, Otto CW, Milander MM, Ewy GA. End-tidal carbon dioxide monitoring during cardiopulmonary resuscitation. A prognostic indicator for survival. *JAMA* 1989; 62:1347-51.
17. Callaham M and Barton C. Prediction of outcome of cardiopulmonary resuscitation from end-tidal carbon dioxide concentration. *Crit Care Med* 1990;18:358-62.
18. Ahrens T, Schallom L, Bettorf K, et al. End-tidal carbon dioxide measurements as a prognostic indicator of outcome in cardiac arrest. *Am J Crit Care* 2001;10:391-398
19. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 2: ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation* 2000;102:112-121.
20. de Vos R, Oosterom L, Koster RW, de Haan RJ. Decisions to terminate resuscitation. Resuscitation Committee. *Resuscitation* 1998;39:7-13.