

BÖLÜM

49

ÇARPINTI

Mehmet ÖZEN¹

GİRİŞ

Çarpıntı, hastaların aile hekimine, hastaneye veya acil servise başvurmasına neden olan en yaygın yakınmalar arasındadır. Tek başına ya da eşlik eden başka yakınmalarla birlikte pek çok hastalığın belirtisi olabileceği gibi fizyolojik bir durum da olabilir.

Kardiyologlara yapılan başvuruların ikinci en yaygın nedeni olan çarpıntının, birinci basamak hekimlerine yapılan ziyaretlerin de %16'sında başvuru yakınması olduğu tahmin edilmektedir (1).

Çarpıntı, normalde hissedilmeyen kalp atımlarının göğüs bölgesinde kişiyi rahatsız edecek şekilde farkına varılması, atım sayısının artması ya da arada bazı atımların atlamasıdır (1-3). Kalbin hızında ve ritminde düzensizlik, atım hacminde artış olursa ve bazı hiperkinetik durumlarda çarpıntı hissedilir (3). Çarpıntı, tıbbi terminolojide *palpitasyon* olarak da adlandırılır. Hastalar genellikle kalp atışlarının anormal veya yüksek farkındalığını tanımlamak için "çarpıntı" terimini kullanırlar. Kesin semptomlar ve ortaya çıktıkları koşullar, altta yatan farklı olayları ayırt etmeye yardımcı olabilir (4).

Normal bir kalp atışı, kalbin sağ atriyumunda bulunan sinüs düğümünde üretilen az miktardaki elektriğin kalbin kas hücrelerine yayılarak önce üst kısımdaki atriyumların, sonra aradaki *atriyoventriküler nod* (A-V düğüm) denilen bağlantıdan geçerek alt kısımdaki ventriküllerin kasılmasını sağlaması ile oluşur. A-V düğüm bir röle istasyonu işlevi görür; atriyumlardan gelen sinyali alır, biraz geciktirir, sonra karıncıklara ileterek onların kasılarak vücuda kan pompalamasını sağlar. Böylece vücudun yüzeye yakın damarlarında hissedilebilen nabız denilen atımlar oluşur. Yetişkinler için dinlenme sırasında normal kalp hızı 60 ile 100 arasındadır ve bu, zindelik düzeyine veya tıbbi komorbiditelerin varlığına göre değişir. Beyin, sinüs düğümünün hangi hızda atması gerektiğini kontrol eder; egzersiz sırasında veya stresli zamanlarda atım hızı artar, dinlenirken ve uykuda yavaşlar. Normal hızlı kalp atışına sinüs taşikardisi denir. Normal yavaş kalp atışına sinüs bradikardisi denir (5, 6).

Çarpıntının başlıca nedeni ritm bozukluklarıdır. Ritm bozukluğunun tıbbi terminolojideki karşılığı *disritmi* olmasına karşın hatalı olarak *aritm* (ritm yokluğu) olarak adlandırılmaktadır. Aritmi terimi yaygın bir kullanıma sahip olduğundan akademik yayınlarda ve klinik uygulamada yerleşmiş durumdadır (7).

Özellikle yapısal kalp hastalığından etkilenen kişilerde yaygın olarak görülen bir yakı-

¹ Doç. Dr., SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, ozenmehmet@isnet.net.tr

Çarpıntıları senkop, kontrolsüz aritmiler, hemodinamik bozulma veya göğüs ağrısı ile ilişkili olan hastalar ileri değerlendirmeye alınmalıdır (10).

Kalp atış hızı ve kalp atış hızı değişkenliğinin izlenmesi için akıllı telefonlar ve akıllı saatler gibi seçeneklerin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Bu izleme sistemleri AF gibi ciddi bir aritmi riski taşıyanlar için erken tanımlama sağlamaya yardımcı olabilir (10). Özellikle EKG kaydı yapabilen akıllı saatler, taşikardiyi düşündüren çarpıntısı olan ancak klinikte kullanılan kayıt cihazları ile kanıt saptanamayan hastalarda yararlı olabilir.

SONUÇ

Birinci basamağa yapılan başvurular arasında önemli bir yer tutan çarpıntı yakınmasının nedeni fiziksel bir hastalık olabileceği gibi psikiyatrik bir bozukluk da olabilir. Bu hastalarda çarpıntıya neden olabilecek tüm tıbbi nedenler dışlandıktan sonra ayrıntılı ruhsal durum muayenesi ile psikiyatrik bir bozukluğun taranması ve uygun tedaviye karar verilmesi gereksiz tetkiklerin yapılmasını ve hastanın yaşam kalitesinin bozulmasını önleyebilir (34).

Altmış beş yaş ve üstü hastalarda fırsat buldukça nabız muayenesi ve düzensiz nabız saptandığında EKG ile yapılacak tarama, ilk inme gelişmeden AF'nin saptanması açısından önemlidir (28). Çarpıntısı olan hastalara kapsamlı, maliyetli ve zaman alıcı araştırmalar yapılmasına karşın bazen kesin bir tanı koymak mümkün olmaz. Uzun süreli ayaktan EKG izlemesi, semptomların paroksizmal ve kısa süreli olduğu çarpıntılar sırasında kardiyak ritmin belgelenmesine olanak tanır (35).

Hastalar için çok endişe verici olabilen çarpıntıların çoğunun etiolojisi iyi huyludur. Bununla birlikte, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda sağlanan uygun takip, semptomların zaman içinde izlenmesi ve yaşamı tehdit edebilecek durumların zamanında belirlenerek hastaların daha kapsamlı biçimde değerlendirilmesi ve tedavisi için uygun birimlere yönlendirilmesi kritik önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Abbott AV. Diagnostic approach to palpitations. *American Family Physician*, 2005;71(4):743-750. PMID: 15742913
2. Bethencourt C, Goins A, Chami ME. (2022). Palpitations. Ankit A. Bhargava, Bryan J. Wells, Pablo A. Quintero (Eds.) *Handbook of Outpatient Cardiology* içinde (37-46). Cham, Switzerland: Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-88953-1_3
3. Tutar E, Güleç S, Candan İ. (2005). Kardiyovasküler Sistem: Kardinal Semptomlar. İsfendiyar Candan (Ed.), *Muayeneden Tanıya* içinde (241-242). Ankara: Antıp AŞ
4. Tayal U, Dancy M. Palpitations. *Medicine*, 2013;41(2):118-124. DOI: 10.1016/j.mpmed.2012.11.004
5. American Heart Association. Arrhythmias. İnternette erişim tarihi: 20.02.2022, Erişim adresi: www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_317633.pdf
6. Kossmann CE. The normal electrocardiogram. *Circulation*. 1953;8(6):920-936. DOI: 10.1161/01.CIR.8.6.920
7. Korkmaz ME. (1999). Aritmiler. Yaşar Karaaslan, Abdurrahman Kadayıfçı, Ertuğrul Köroğlu (Eds.), *Klinisyen: Hekimler İçin Klinik Başvuru El Kitabı* içinde (247-258). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
8. Weitz HH, Weinstock PJ. Approach to the patient with palpitations. *The Medical Clinics of North America*, 1995;79(2):449-456. DOI: 10.1016/s0025-7125(16)30078-5
9. d'Avila A, Andries E, Brugada P. (1994). The Investigation of the Patient with Palpitations. Jean-Louis Vincent (Ed.), *Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine* içinde (290-303). Berlin, Heidelberg, Springer.
10. Goyal A, Robinson KJ, Katta S, et al. (2021). *Palpitations*. *StatPearls [Internet]* içinde Treasure Island (FL), StatPearls Publishing; İnternette erişim tarihi: 20.02.2022, Erişim adresi: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436016/
11. Candan İ. (2005). Palpitasyon-Çarpıntı. İsfendiyar Candan (Ed.), *Klinik Bilimlere Giriş 2: Semptom ve Bulguların Analizi* içinde (149-155). Ankara: Antıp AŞ
12. Tutar E, Candan İ. (2002). Kardinal Semptomlar ve Fizik Muayene. İsfendiyar Candan, Derviş Oral (Eds.), *Kardiyoloji* içinde (105-4-105). Ankara: Antıp AŞ
13. Yusuf S, Camm AJ. Deciphering the sinus tachycardias. *Clin Cardiol*. 2005;28(6):267-276. DOI: 10.1002/clc.4960280603

14. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors In Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA*. 2001;285(18):2370–2375. DOI: 10.1001/jama.285.18.2370
15. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*, 1991;22(8):983-988. DOI: 10.1161/01.STR.22.8.983
16. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, et al. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort: The Framingham Heart Study. *JAMA*. 1994;271(11):840–844. DOI: 10.1001/jama.1994.03510350050036
17. Dang D, Arimie R, Haywood LJ. A review of atrial fibrillation. *J Natl Med Assoc*. 2002;94(12):1036-1048. PMID: 12510703
18. Werkö L. (1994). Atrial Fibrillation: Introduction. S. Bertil Olsson, Maurits A. Allessie, Ronnie W.F. Campbell (Eds.), *Atrial Fibrillation: Mechanism and Therapeutic Strategies* içinde (1-13). New York, Futura Publishing Company.
19. Zimetbaum P, Josephson ME. Evaluation of patients with palpitations. *NEJM*, 1988;338(19):1369-1373. DOI: 10.1056/NEJM199805073381907
20. Josephson ME, Wellens HJJ. Differential diagnosis of supraventricular tachycardia. *Cardiol Clin*. 1990;8:411-442. DOI: 10.1016/S0733-8651(18)30348-5
21. Yiğit F, Çakmak S, Yılmaz M, ve ark. Çarpıntı ve göğüs ağrısının 18-25 yaş arası bireylerde anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri ile ilişkisi. *Cukurova Med J*. 2019;44(3):1085-1093. DOI: 10.17826/cumj.503218
22. Barsky AJ, Cleary PD, Coeytaux RR, et al. Psychiatric disorders in medical outpatients complaining of palpitations. *J Gen Intern Med* 1994;9:306-313. DOI: 10.1007/BF02599176
23. Henning A, Krawiec C. (2021). Sinus Tachycardia. *StatPearls [Internet]* içinde Treasure Island (FL), StatPearls Publishing; İnternette erişim tarihi: 20.02.2022, Erişim adresi: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553128/
24. Hijazi Z, Hohnloser SH, Oldgren J, et al. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin in relation to baseline renal function in patients with atrial fibrillation: a RE-LY (Randomized Evaluation of Long-term Anticoagulation Therapy) trial analysis. *Circulation*, 2014;129(9):961-970. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003628
25. Khan R. (2021). Ventricular Tachycardia. Fred F. Ferri (Ed.) *Ferri's Clinical Advisor 2022* içinde (1573.e7-1573.e15) Elsevier. İnternette erişim tarihi: 20.02.2022, Erişim adresi: www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323755702009796
26. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Atriyal Fibrilasyon Tedavisi İçin Görev Grubu. Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2010;38(4):1-65.
27. Lip GY. What is the most effective and safest delivery of thromboprophylaxis in atrial fibrillation?. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 2012;42:35-44. DOI: 10.4997/jrcpe.2012.s04
28. ESC Uygulama Kılavuzları Komitesi. Atriyal Fibrilasyon Tedavisi ESC Kılavuzunun 2012 Odaklı Güncellemesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2013;41(3):53-81.
29. Maegdefessel L, Azuma J, Tsao PS. Modern role for clopidogrel in management of atrial fibrillation and stroke reduction. *Vasc Health Risk Manag*. 2010;6:95-103. DOI: 10.2147/vhrm.s6104
30. Özer N. Atriyal fibrilasyonda yeni oral antikoagülanlarla yapılan klinik çalışmalar; Klinik çalışmalar ışığında hangi durumda hangi oral antikoagülanı tercih edelim?. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 2016;44(2):33-40.
31. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *NEJM*, 2011;365(10):883-891. DOI: 10.1056/NEJMoa1009638
32. Lopes RD, Alexander JH, Al-Khatib SM, et al. Apixaban for reduction in stroke and other thromboembolic events in atrial fibrillation (ARISTOTLE) trial: design and rationale. *American Heart Journal*, 2010;159(3):331-339. DOI: 10.1016/j.ahj.2009.07.035
33. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *NEJM*, 2013;369(22):2093-2104. DOI: 10.1056/NEJMoa1310907
34. Yıldırım O. Çarpıntılı hastaya psikiyatrik bakış. *Abant Medical Journal*, 2013;2(3):261-264. DOI: 10.5505/abantmedj.2013.58076
35. Giada F, Raviele A. Clinical approach to patients with palpitations. *Cardiac Electrophysiology Clinics*, 2018;10(2), 387-396. DOI: 10.1016/j.ccep.2018.02.010