

## PERIARREST ARİTMİLER

Kardiyak aritmiler, özellikle yaşlı popülasyonda oldukça sık izlenen ve görülme sıklığı gittikçe artmakta olan sorunlardır (1). Kardiyak aritmiler miyokardiyal enfarktüsün bir komplikasyonu olduğu gibi metabolik, endokrin veya ilaçlara bağlı nedenler ile de oluşabilirler (2). Bazı aritmilerin hayatı tehdit eden sonuçlar oluşturması çok nadir olsa da, bir kısım aritmilerin kardiyak arreste ilerleme olasılıkları çok daha yüksektir. Peri-arrest aritmiler, kardiyak arreste ilerleyebilecek veya bir kardiyak arrest sonrası ilk resusitasyonu takip eden dönemde ortaya çıkabilecek aritmiler olarak tanımlanmaktadır. Kritik hastalarda bu aritmilerin hızlı tanınması ve tedavisi kardiyak arrestin oluşumunun engellenmesini ve sağ kalımı artırır. İleri yaşam desteği uygulayıcıları sadece kardiyak arrestin geliştiği durumlarda değil, kardiyak arrest gelişmeden önce ortaya çıkan peri-arrest ritimleri tanıyarak tedavi edebilmelidirler.

*Peri arrest ritimlere yaklaşım sırasında izlenecek adımlar şöyle özetlenebilir:*

- Var olan ritmin oluşturduğu olumsuz bulguların varlığının tespiti
- Elektrokardiogramda (EKG) ritmin tanımlanması

Ritmin oluşmasına neden olan veya tetikleyen nedenin ortaya konulmasına önem verilmelidir. Her kardiyak arrest durumunda olduğu gibi, peri arrest ritimlerin izlendiği durumlarda da gerekli işlemler yapılırken daima altta yatan nedenin düşünülmesi ve eğer neden ortaya konulabiliyor ise mümkün olan tedavinin başlanması gerekmektedir. Bu yaklaşım özellikle geri döndürülebilir nedenlerin sebep olduğu durumlarda hayat kurtarıcıdır. Bu nedenle acil yapılması gereken girişimler sırasında bir yandan da nedenin tespit edilmesi unutulmamalıdır (5) (Tablo 1).

Sıklıkla peri arrest ritimlerin tedavisinin aciliyeti ve yapılması gereken girişimlerin içeriği olumsuz bulguların var olup olmamasına göre değişiklik gösterir (3).

Olumsuz bulgular perfüzyonun bozulmasına bağlı olarak son organda oluşan belirtilerdir (2). Bu bulguları sınıflandırmak gerekirse:

- Şok ve hipotansiyon:** sistolik basıncın 90 mmHg altında olduğu durumlarda solukluk, artmış sempatik aktiviteye bağlı olarak soğuk ekstremiteler, terleme, oliguri, konfüzyon
- Senkop:** beyin perfüzyonundaki düşmeye bağlı olarak gelişen geçici şuur kaybı
- Kalp yetersizliği:** pulmoner ödem veya artmış juguler venöz dolgunluk, sağ ventrikül de etkilenirse periferik ödem
- Miyokard iskemisi:** iskemik göğüs ağrısı veya 12 derivasyonlu EKG'de iskemi bulguları
- 150 atım /dk üzerinde taşikardi veya 40 atım/dk altında bradikardi (150 atım /dk üzerindeki atımlarda diyastol süresinin kısalmasına bağlı olarak koroner kan akımı azalır, 40 atım/dk altında ise atım hacmi yeterli olmaz ve son organ perfüzyonu bozulur).

elektrolit bozuklukları, akut miyokardiyal infarktüs, miyokardit ve yapısal problemler ile ilişkili olabilirler.

1. Birinci derece atriyoventriküler kalp bloğu:

PR aralığı 0.12 sn ile 0.20 sn arasında olmalıdır. Daha uzun olması durumunda AV nod ya da his demetinden kaynaklanan 1. Derece AV bloktan bahsedilir. Bu blok çoğunlukla fizyolojiktir ve semptom yaratmayıp tedavi gerektirmez.

2. İkinci derece atriyoventriküler kalp bloğu:

a. Mobitz tip I(Wenkebach AV blok): PR aralığı giderek uzar ve nihayetinde bir P dalgasını QRS takip etmez. Eğer asemptomatikse acil tedavi gerektirmez.

b. Mobitz tip II AV blok: PR aralığı sabittir ve bazı P dalgalarını QRS takip etmez. P ve QRS dalgaları arasında 2:1, ya da 3:1 gibi düzenli bir oran vardır.

3. Üçüncü derece atriyoventriküler kalp bloğu: P ve QRS dalgaları arasında herhangi bir ilişki söz konusu değildir ve asistol ile sonuçlanabileceği unutulmamalıdır.

Eğer hastada olumsuz bulgular yok ve asistoli riskleri mevcut değilse hastalar tedavi başlanmadan önce monitorize şekilde izlenmelidir. Bu hastalarda olumsuz bulgular gelişmeden farmakolojik tedaviye başlamak için bir neden yoktur.

Sonuç olarak bazı aritmilerin olumsuz bulgulara göre hemen tedavi edilmesi kardiyak arrest ile sonuçlanabilecek kötüleşmeleri önlemek için önemlidir.

Ayrıca aritmisi olan her hasta ABCDE yaklaşımı ile değerlendirilmelidir.

## Kaynaklar

1. Bengston LG, Lutsey PL, Loehr LR, et al. Impact of atrial fibrillation on healthcare utilization in the community: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *J Am Heart Assoc* 2014;3:e001006.
2. Sanghavi Rainer-Klein. Management of peri-arrest arrhythmia. *BJA CEPD Reviews* 2002; 2:104–112 <https://doi.org/10.1093/bjacepd/2.4.104>.
3. Byrnes TJ, Costantini O. Tachyarrhythmias and Bradyarrhythmias: Differential Diagnosis and Initial Management in the Primary Care Office *Med Clin North Am.* 2017; 3:495-506. doi: 10.1016/j.mcna.2016.12.005.
4. J. Soar et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation* 2015; 95:100–147.
5. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation.* 2010;121:586–613.
6. Tracy CM, Epstein AE, Darbar D, et al. 2012 ACCF/AHA/HRS focused update of the 2008 guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:1297–313.