

ANTIARİTMİK İLAÇLAR

Ömer Emre PALA¹

Antiaritmik ilaçlar, aritmi hastalarının birinci basamakta tedavisini önemli ölçüde geliştiren primer tedavi yöntemlerinin başında gelmektedir.

Aritmi hastalarına yönelik uygun tedaviye başlamak için kalbin elektrofizyolojik iletim sisteminin fizyolojisini incelemek gerekmektedir. Aritmi tedavilerinde kullanılan tüm ilaçlar, kalbin elektriksel ileti sistemini değiştirebilir.

Elektriksel bir uyarının başlaması genellikle Na^+ ve Ca^+ iyonlarının miyokart hücrelerine K^+ iyonlarının ise hücre dışında çıkması ile oluşur. İyonların bu transferi membranı dinlenim durumundan aktif hale getirir. Elektriksel enerji depolarize olduğunda kas kontraksiyonu (kasılması) oluşur.

Antiaritmik ilaç tedavisi aşağıdaki durumlarda uygulanır:

1. Atrial fibrilasyon (AF) ya da atriyal Flutter (AFL)'dan normal sinüs ritmine dönüşmesi ve devamlılığının sağlanmasında etkilidir.
2. Ventriküler ekstra atımların baskılanmasında etkilidir.
3. Ölümcül aritmilerin neden olduğu (VT gibi) kardiyak arrestin önlenmesinde rol oynamaktadır.

Hastaların şikayetlerine yönelik ilaç tedavisi mutlaka uzman (kardiyolog veya elektrofizyolog) tarafından belirlenmelidir. Çünkü ritim bozukluklarının yanlış tanı ve tedavisi proaritmik etkilere neden olmaktadır (1).

Proaritmik: Aritmik durumun yeni bir aritmii tetiklemesi veya mevcut aritmii kötüleştirme durumu.

Ritim bozukluklarının tedavisinde kullanılan ajanların birçoğu aslında proaritmiktir. Bu yüzden ritim bozukluğunda akılcı ilaç çok önemlidir.

Ritim bozukluklarında akılcı ilaç yaklaşımında dikkat edilecek noktalar:

- » Aritminin tipi, altta yatan nedeni ve hastanın klinik durumu doğru analiz edilmelidir.
- » Tanı net olmadan antiaritmik ilaç başlanmamalıdır.
- » Elektrolit dengesi takip edilmeli varsa (hipokalemi, hipomagnezmi vb.) tedavi edilmelidir.
- » İlaç etkileşimleri kontrol edilmelidir (özellikle amiodaron, warfarin, verapamil, digoksin gibi).
- » Proaritmik risk göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Kronik hastalıkları mutlaka bilinmelidir.

¹ Hem., Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemodinami ve Anjiyografi Laboratuvarı, omeremrepala@gmail.com, ORCID iD: 0009-0005-3220-3077



Hemşirelik Yaklaşımları

- » Hastanın CHA₂DS₂-VA risk faktörlerinin (hipertansiyon, DM, kalp yetersizliği vb.) düzenli takibi yapılmalıdır.
- » Kan basıncı, kan şekeri, kilo ve beslenme düzeni izlenmelidir.
- » Antikoagülan tedavi başlanan hastalarda kanama bulguları, ilaç uyumu ve diyet eğitimi konusunda gerekli bilgi aktarılmalıdır.
- » Hasta ve ailesi yüksek riskli hasta olduğunun bilincinde olmalı ve oluşabilecek semptomlarda acil başvuru yapılması gerektiği öğretilmelidir.
- » 75 yaş üzeri hastaların kanama riski barındırdığı için hedef INR 2,0 – 2,5 olmalıdır.
- » Non-romatizmal AF'lerde (kapak hastalığı olanlar) emboli riski yüksek olan hastalarda hedef INR 3-4 arasında olmalıdır.
- » Bu hastalarda antikoagülasyon dışında K vitamini de tedavileri için çok önem arz etmektedir.
- » K vitamini, kan damarlarında warfarin etkisini ortadan kaldırmaktadır (8).

Antikoagülan Uygulamalarında Hemşirelik Yaklaşımı

- » Aritmi hastalarında antikoagülan tedavi, SVO ve emboli riskini azaltmada hayati önem taşır.
- » Hemşireler bu süreçte ilaç uygulaması, hasta eğitimi, kanama bulgularının izlenmesi ve acil durum yönetimi konularında kritik role sahiptir.
- » İlaç uygulamalarındaki 8D kuralına dikkat edilmelidir (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru ilaç şekli, doğru kayıt ve doğru yanıt)
- » Hastaya ilacın uygulanma amacı, oluşabilecek yan etki ve kullanım şekli bahsedilir.
- » Kanama riskine karşı hastanın fiziksel değerlendirilmesi yapması konusunda bilgilendirilir. (Diş eti kanaması, burun kanaması, gözlerin kanlanması, hematoma, idrar ve gaitada kanama)

- » Warfarin kullanan hastalarda rutin INR takibi (ayda bir kez) yapılması gerekmektedir. Aynı zamanda warfarin kullanan hastaların ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri (yeşil yapraklı sebzeler, bazı antibiyotikler) konusunda bilgilendirme yapılır.
- » İlacı uygulayacak hemşirenin kanama bulgularını dikkatli takip etmesi gerekmektedir (üriner sondası ya da idrar sondası varsa hematüri, peteşi, ekimoz).
- » Yaşam bulguları ve hemodinamik durum izlenir (spO₂, nabız, ateş, tansiyon vb.).
- » Hemşire acil durum prokollerine hakim olmalıdır.
- » Uygulanan ilaçlar kardiyoloji, hematoloji ve eczacılık ekipleri ile birlikte hasta yönetimi yapılması gerekmektedir.
- » Hasta taburcu olurken ilaçları doğru kullanımı ve düzenli kontrol konusunda bilgilendirmek gerekmektedir.
- » Ciddi bir kanama gelişirse ilacın kesilmesi, antidot (örneğin; warfarin için K vitamini, dabigatran için idarucizumab, FXa inhibitörleri için andexanet alfa) uygulaması konusunda hekim ile iş birliği halinde olunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aliot E.M., Stevenson W.G., Ma Almendral-Garrote J., et al. EHRA/HRS Expert Consensus on Catheter Ablation of Ventricular Arrhythmias: developed in a partnership with the European Heart Rhythm Association (EHRA), a Registered Branch of the European Society of Cardiology (ESC), and the Heart Rhythm Society (HRS); in collaboration with the American College of Cardiology (ACC) and the American Heart Association (AHA) Heart Rhythm 2009 Jun;6(6):886-933 PMID: 1946751 DOI: 10.1016/j.hrthm.2009.04.030 12.10.2025 tarihinde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19467519/> adresinden ulaşılmıştır.
2. Hazinski, M.F., Nolan, J.P., Billi, J.E., et al. (2010) Part 1: Executive Summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation, 122, S250-S275. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970897>
3. Morrison L.J., Deakin C.D., Morley P.T., Part 8: Advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommen-



- dations Circulation 2010 Oct 19;122(16 Suppl 2):S345-421. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971051. 13.10.2025 tarihinde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20956256/> adresinden ulaşılmıştır.
4. Nolan J.P., Nadkarni V.M., Billi J.E., Part 2: International collaboration in resuscitation science: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations 2010 Oct;81 Suppl 1:e26-31. doi: 10.1016/j.resuscitation. 2010.08.022. 13.10.2025 tarihinde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20956040/> adresinden ulaşılmıştır.
 5. Kirchhof P et al. 2020 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Eur Heart J 2010 Oct;31(19):2369-429. doi: 10.1093/eurheartj/ehq278. Epub 2010 Aug 29.
 6. Haissaguerre M, Fischer B, Labbe T et al: Frequency of recurrent atrial fibrillation after catheter ablation of overt accessory pathways. Am J Cardiol 1992; 69: 493-499.
 7. Adalet K, Mercanoğ u F, Onaz H ve ark: Atriyal Türk Kareliyel Demirş 2002; 30: 104-118 fibrilasyonu olan preeksitasyon sendromlu hastalarda aksesuar yol ablasyonundan sonra atriyal fibrilasyonun seyri. XIII. Ulusal Kardiyoloji Kongresi. 29 Eylül-3 Ekim 1997; özet ki abı , say fa 239. UpToDate. CHA₂DS₂-VASc score for estimating stroke risk in atrial fibrillation (updated 2024). 13.10.2025 tarihinde <https://mdcalc.scholaslicahq.com/article/143121> adresinden ulaşılmıştır.
 8. Lip GYH et al. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation: the CHA₂DS₂-VASc score. J Am Coll Cardiol. 2010;57(2):173-180.
 9. Yiğit Z. TAF Araştırmacıları adına. Türk Atrial Fibrillasyon Çalışması. Non-valvüler atriyal fibrillasyonlu hastalarda antikoagulan ve aspirinin tromboembolik risk üzerine etkileri. Türk Kardiyoloji Dern Arş 2000; 28: 1: 8-19
 10. Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Gold MR, et al. (Ağustos 2019). "Bradikardi ve Kardiyak İletim Gecikmesi Olan Hastaların Değerlendirilmesi ve Yönetimine İlişkin 2018 ACC/AHA/HRS Kılavuzu: Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Derneği Görev Gücü'nün Klinik Uygulama Kılavuzları ve Kalp Ritmi Derneği Raporu". *Dolaşım*. **140** (8): e382 – e482. doi:10.1161/CIR.00000000000000628. PMID 30586772.
 11. Eken C. Kardiyak ritim bozuklukları. Çete Y, Denizbaşı A, Çevik AA, Oktay C, Atilla R, çeviri editörü. Tintinalli Acil Tıp, Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2013. p.129 – 54.
 12. Sohinki D, Obel OA. Current trends in supraventricular tachycardia management. Ochsner J 2014 Winter;14(4):586-95.
 13. Eken C. Kardiyak ritim bozuklukları. Çete Y, Denizbaşı A, Çevik AA, Oktay C, Atilla R, çeviri editörü. Tintinalli Acil Tıp, Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2013. p.129 – 54
 14. Marill KA. Tachycardias. In: Barton ED, Collings JL, DeBlieux PM, Gisondi MA, Nadel ES, Adams JG, eds. Emergency Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2008 p.552 – 72.
 15. Roberts-Thomson KC, Kistler PM, Kalman JM. Focal atrial tachycardia II: management. Pacing Clin Electrophysiol 2006;29(7):769-78.