

A decorative ECG (heart rate) line in a dark gray color, spanning the width of the slide. It features several peaks and troughs of varying heights, with the most prominent peaks occurring near the left and right edges.

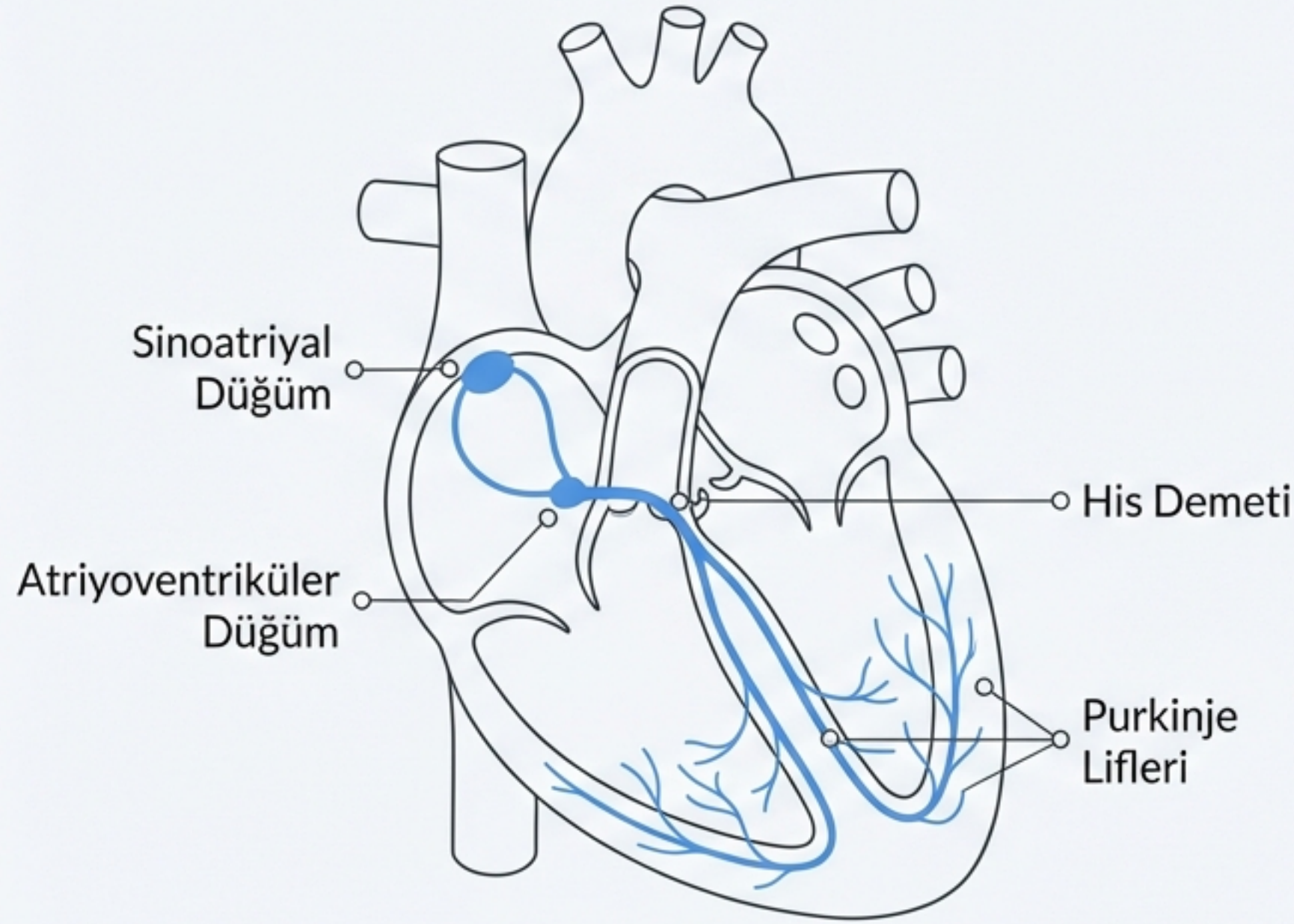
Eriřkin Ritim Bozuklukları

Dönem 3 İçin Tanı ve Tedavi Algoritmaları

[Hazırlayan Kurum/Kiři Adı]

Normalin Anatomisi: Kalbin Elektriksel Senfonisi

Ritim bozuklukları EKG ile tanınır. Normal bir EKG'de P dalgası atriyal uyarılmayı, QRS ventriküler uyarılmayı ve T dalgası yeniden toparlanmayı yansıtır.



Normal Sinüs Ritmi Kriterleri

- Her QRS öncesinde bir P dalgası vardır.
- P dalgalarının şekilleri aynıdır.
- PR süreleri birbirine eşittir.
- Hız 60 – 100 arasındadır.

Her Şey Tek Bir Soruyla Başlar: Hastam Stabil mi?

Ritim bozukluklarında ilk odak noktamız monitördeki çizgiler değil, hastanın kliniğidir. Tedavi yolculuğumuz, hastanın hemodinamik durumunu değerlendirmekle başlar.

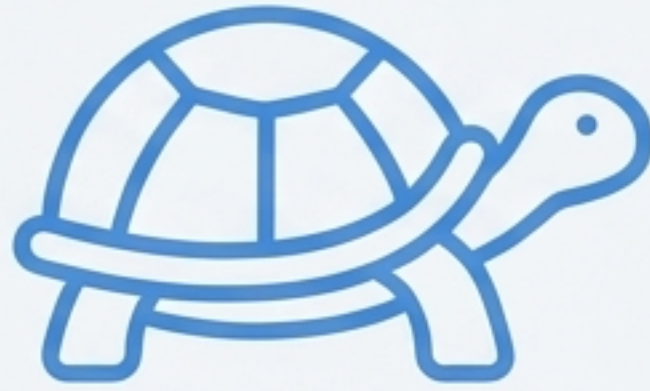


Anstabilite Belirtileri

- Bilinç değişikliği
- Hipotansiyon ve şok bulguları
- Devam eden iskemik göğüs ağrısı
- Akut kalp yetmezliği / Akciğer ödemi

Üç Ana Patika: Hız ve Nabız Bize Ne Anlatıyor?

Hastanın nabzını ve kalp hızını değerlendirerek ilk yol ayrımına geliriz.



BRADİARİTMİLER

(Hız < 60/dk)



TAŞİARİTMİLER

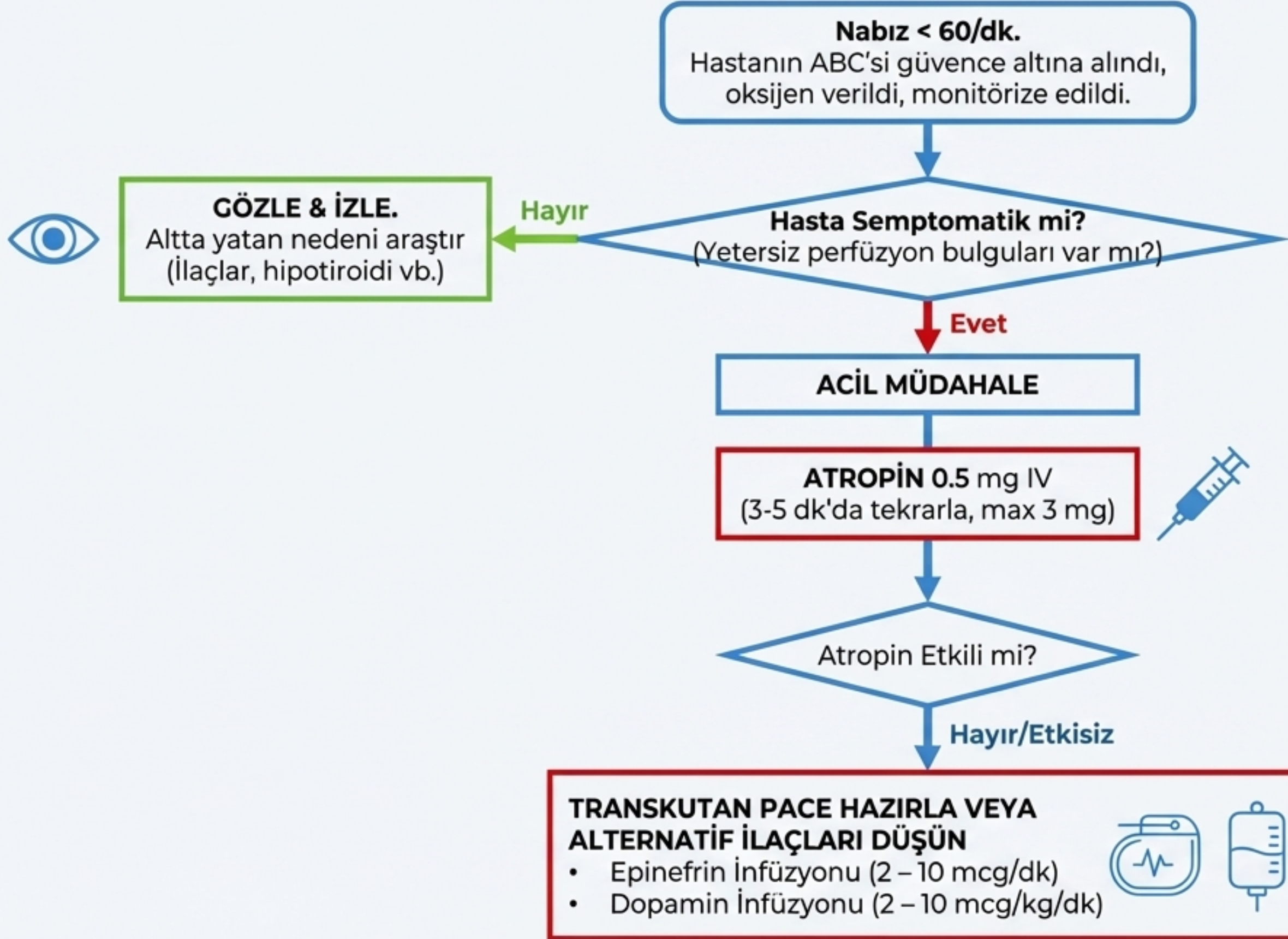
(Hız > 100/dk)



NABIZSIZ ARREST

(Kollaps)

Patika 1: Bradikardi Tedavi Algoritması

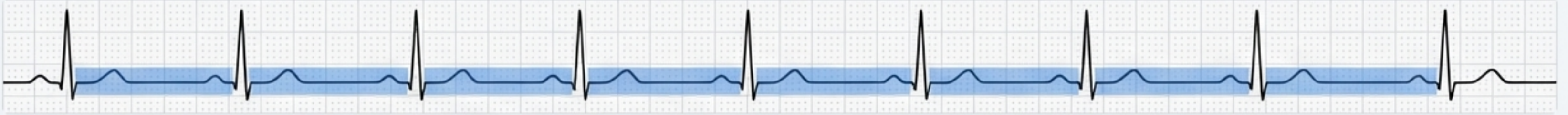


Önemli Uyarı

2. Derece Tip II veya 3. Derece AV Blok'ta Atropin'den kaçınılmalı!
Bu durumlarda doğrudan Pace'e geçmek daha güvenlidir.

Bradikardinin Yüzleri: AV Blokları Tanımak

1. Derece AV Blok



PR mesafesi uzamış (>0.20 sn), her P dalgasını bir QRS takip eder.

2. Derece AV Blok (Tip I - Wenckebach)



PR mesafesi giderek uzar ve bir QRS kaybolur ("uzayarak düşer").

2. Derece AV Blok (Tip II)



PR mesafesi sabittir, bir P dalgası aniden iletilmez ("uzamadan düşer"). Genellikle daha tehlikelidir.

Tam Ayırışma: 3. Derece AV Blok (Tam Blok)

Atriyumlar ve ventriküller arasındaki elektriksel iletişim tamamen kaybolmuştur. Atriyumlar kendi hızlarında (P dalgaları), ventriküller ise kendi kaçış ritimlerinde (QRS'ler) çalışır.

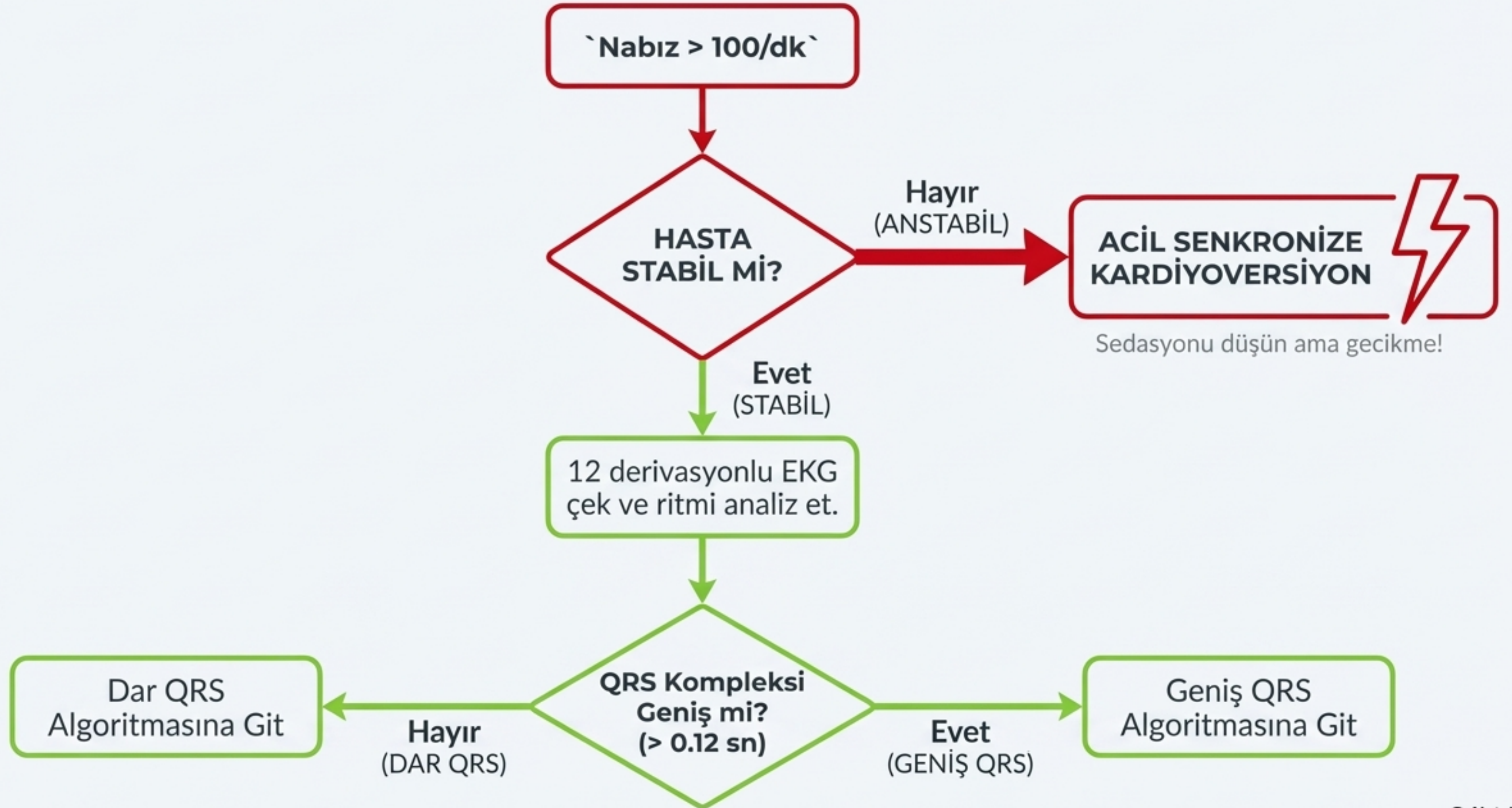


AV DISSOSİYASYON

Klinik Not

Bu ritim sıklıkla anstabildir ve acil pace tedavisi gerektirir. Atropin genellikle etkisizdir ve önerilmez.

Patika 2: Taşikardiye Sistematiik Yaklaşım



Dar QRS Taşikardi: Düzenli mi, Düzensiz mi?

DÜZENLİ (Muhtemel SVT/PSVT)

1. Vagal Manevralar Dene



→ 2. Etkisizse -> **ADENOZİN 6 mg**
Hızlı IV Puşe



→ 3. Gerekirse -> 12 mg Tekrarla.



DÜZENSİZ (Muhtemel Atrial Fibrilasyon - AF)

HIZ KONTROLÜ ÖNCELİKLİDİR.

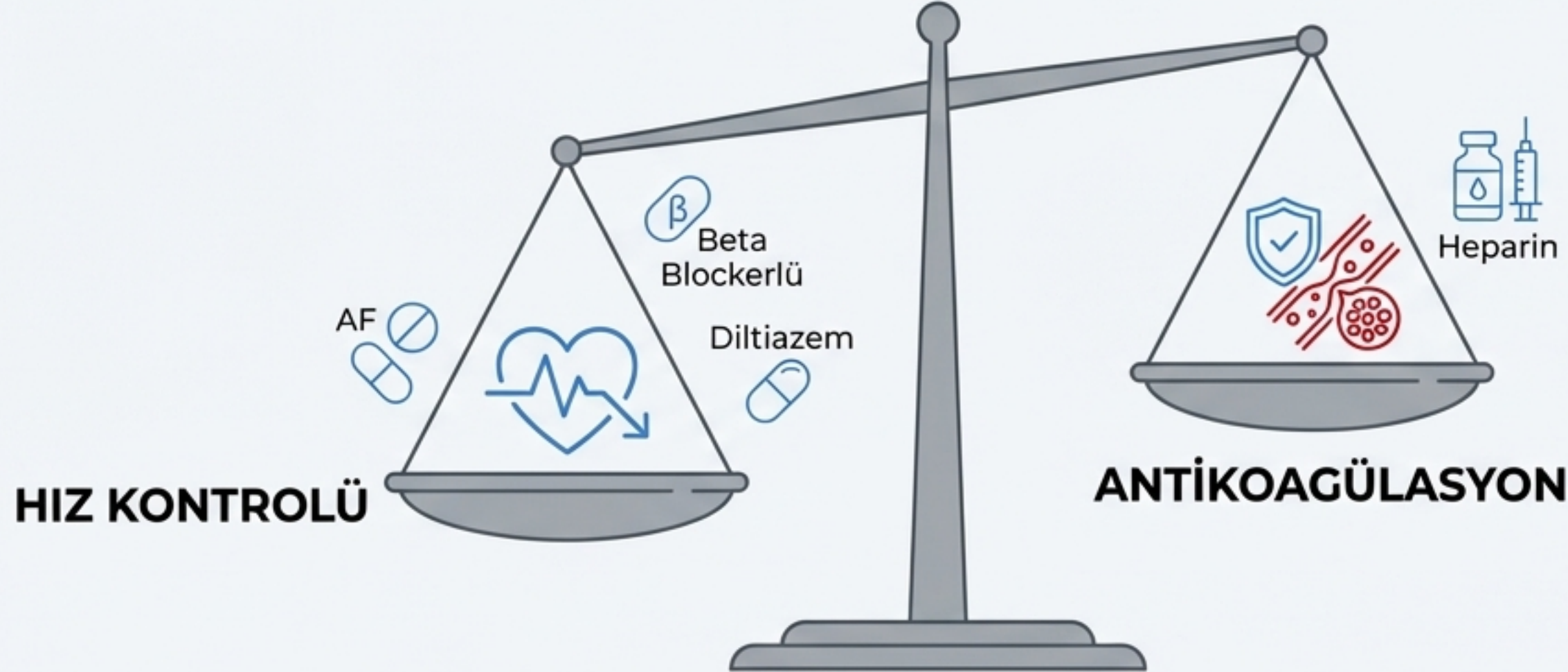
Tedavi: Ventrikül hızını kontrol altına al.
(Beta Blokerler, Kalsiyum Kanal Blokerleri)

Kritik Not: Antikoagülasyonu
Değerlendir! (Tromboemboli Riski)



Atrial Fibrilasyon: Hız ve Pıhtı Yönetiminin Dengesi

AF tedavisinin iki ana hedefi vardır: ventrikül hızını yavaşlatmak ve inme riskini azaltmak.

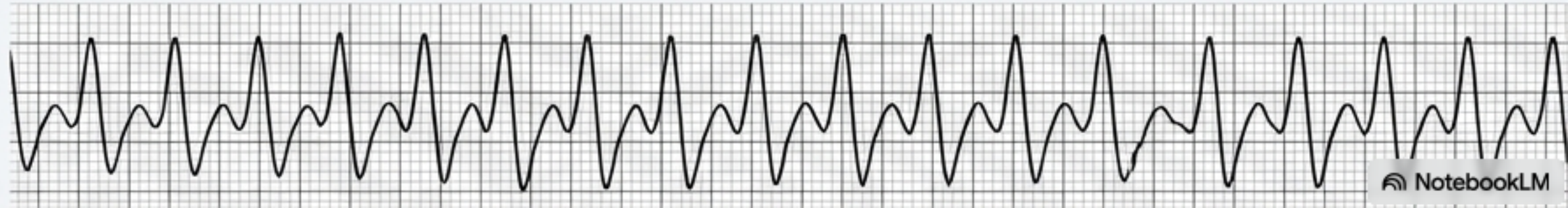
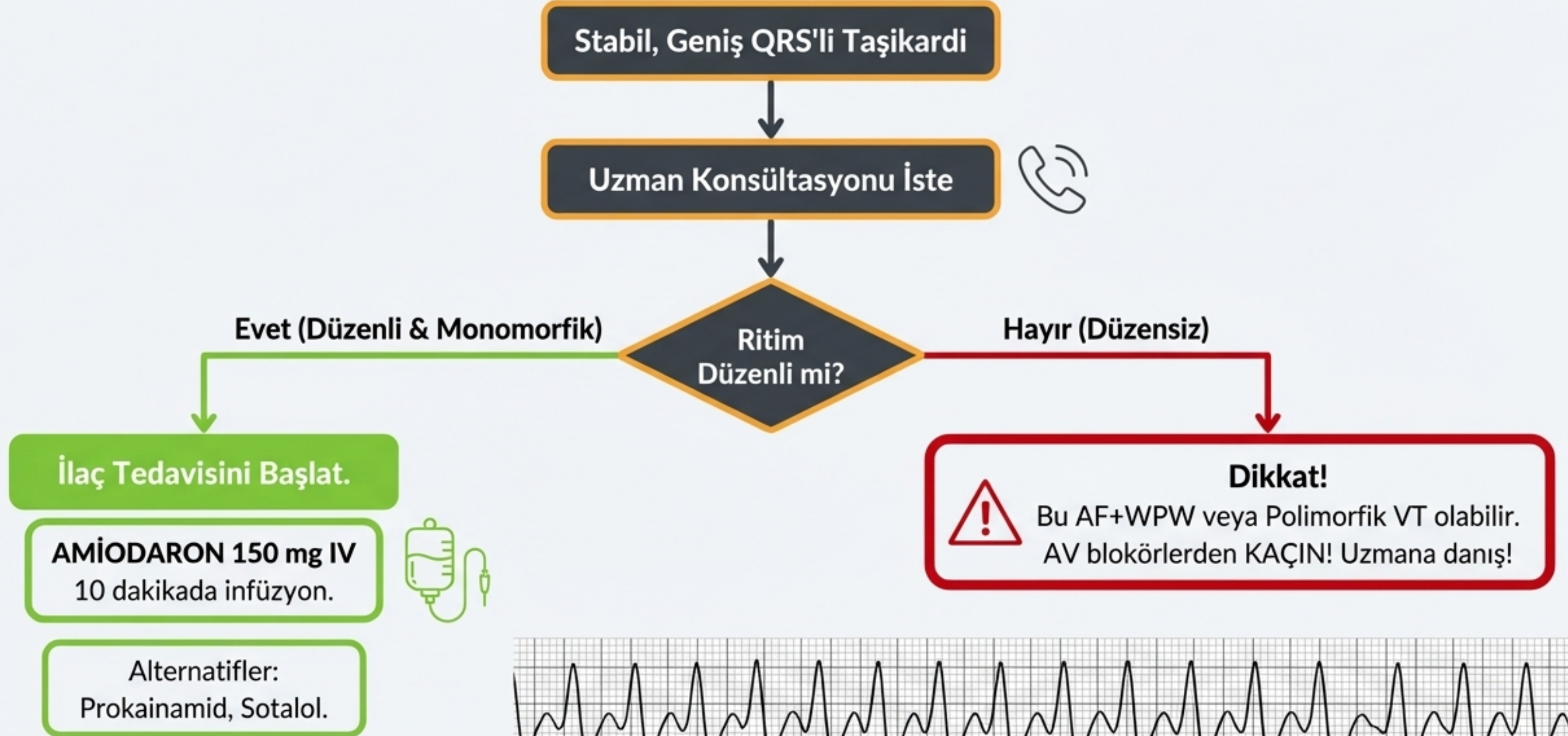


Kritik Uyarı

- AF > 48 saat ise veya süresi bilinmiyorsa, kardiyoversiyon  ncesi TEE ile trombüs dışlanmalıdır.
- Kontrendike olmadıkça hastalara Heparin başlanmalıdır.
- Sistemik embolizasyon riski 3 kat fazladır.

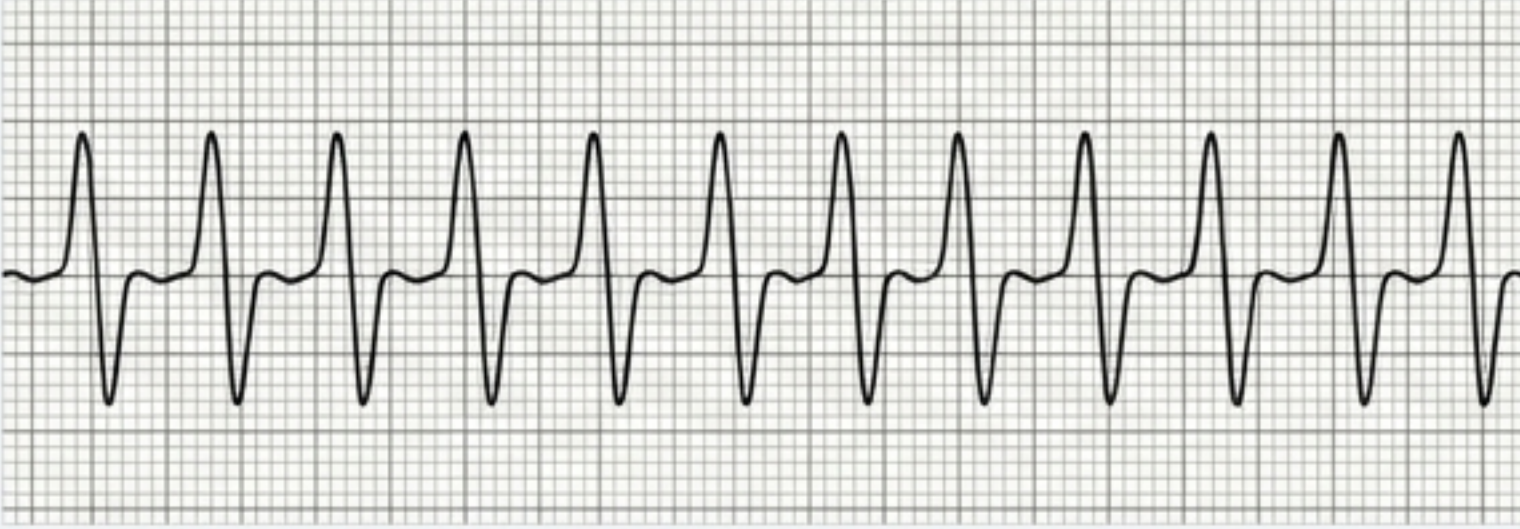
Geniş QRS Taşikardi: "Aksi Kanıtlanana Kadar VT'dir!"

"Tüm geniş kompleks taşikardileri Ventriküler Taşikardi (VT) gibi tedavi et! Bu, ECC 2005 kılavuzlarının birinci ve en önemli kuralıdır."



Geniş QRS Morfolojileri: Monomorfik ve Polimorfik

Monomorfik VT



Ventrikülde tek bir ektopik odaktan kaynaklanır. Tüm QRS kompleksleri aynı şekil ve boyutta (“eş biçimli”). Tedavi önceki slayttaki gibidir.

Polimorfik VT (Torsades de Pointes)



Genellikle QT uzaması zemininde gelişir. QRS kompleksleri sürekli şekil değiştiriyor (“değişik biçimli”). Tedavisi farklıdır!

Torsades Tedavisi

Tedavide öncelik **IV Magnezyum!**

Gerekirse **Overdrive Pace** uygulanabilir.

Patika 3: Nabızsız Arrest - Hayata Dönüş Zinciri

HASTA YANITSIZ, NABIZ YOK -> YÜKSEK KALİTELİ CPR'A BAŞLA!

**RİTİM
ŞOKLANABİLİR
Mİ?**

ŞOKLANABİLİR (VF / Nabızsız VT)



Defibrilasyon uygula.

CPR'a devam et.

İlaçları düşün: Adrenalin, Amiodaron.
(Detaylar sonraki slaytta)

ŞOKLANAMAZ (Asistoli / NEA)

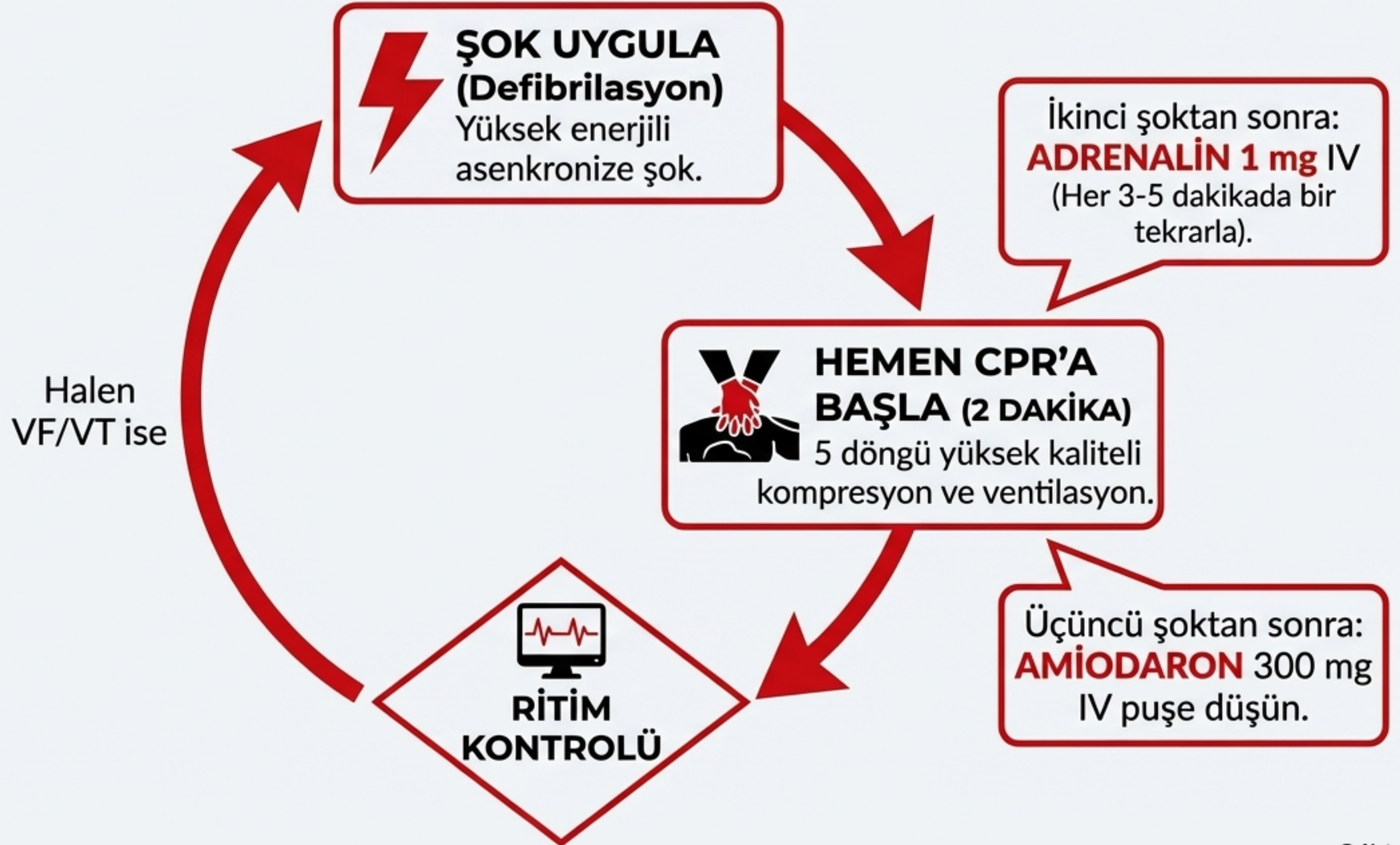


CPR'a devam et.

İlaçları düşün: Adrenalin (hemen).
Defibrilasyon ETKİSİZDİR.
(Detaylar sonraki slaytta)

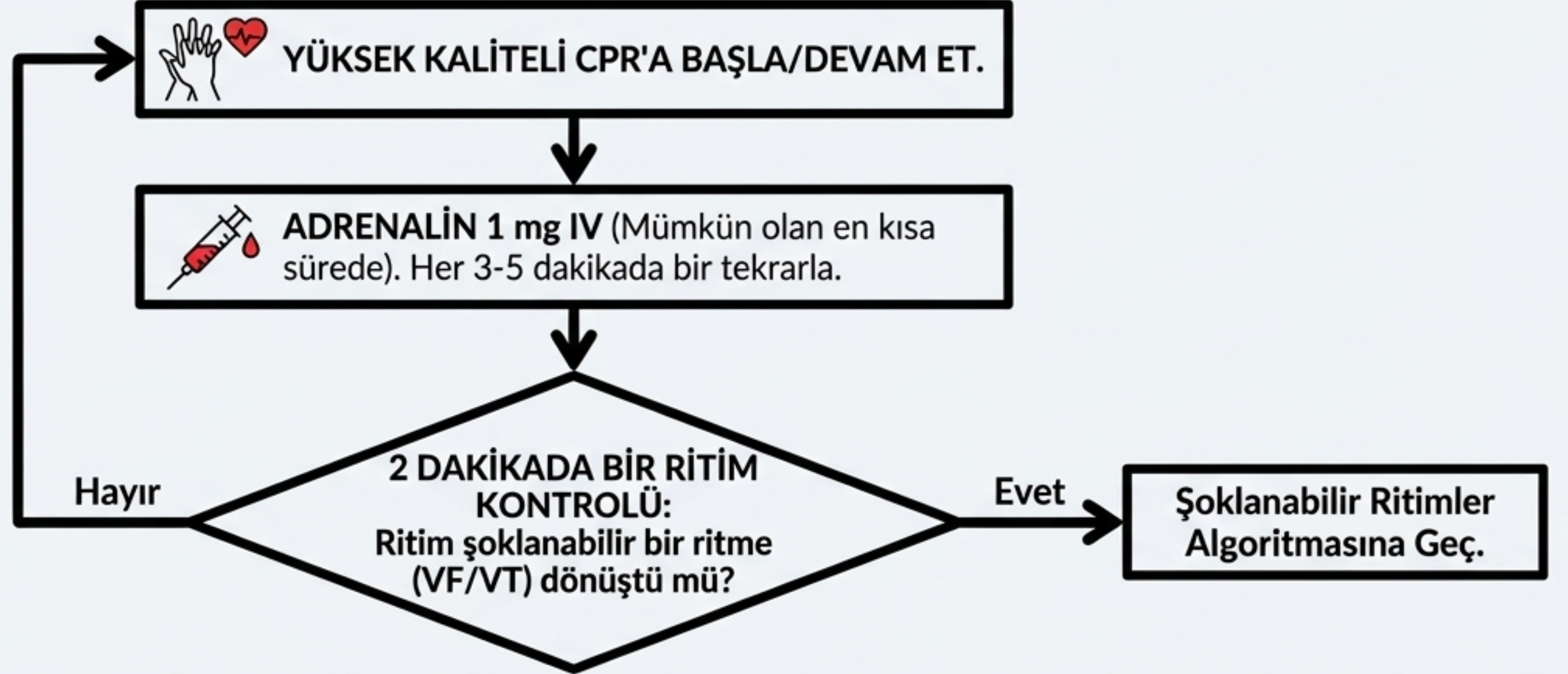
Geri Döndürülebilir Nedenleri Ara ve Tedavi Et! (H'ler ve T'ler)

Şoklanabilir Ritimler: VF / Nabızsız VT Döngüsü



Şoklanamayan Ritimler: Asistoli / NEA (Nabızsız Elektriksel Aktivite)

Bu ritimlerde organize bir ventriküler aktivite yoktur, bu nedenle şok etkisizdir. Odak noktası, dolaşımı manuel olarak sağlamak ve altta yatan nedeni düzeltmektir.



Vurgulu Not: Asistoli EKG'de düz çizgidir. NEA ise EKG'de bir ritim görülmesine rağmen nabzın olmamasıdır. Tedavileri aynıdır.

Elektriksel Tedavi: Kardiyoversiyon vs. Defibrilasyon

İkisi de elektrik şoku kullanır, ama aradaki zamanlama ve amaç farkı hayatidir.



SENKRONİZE KARDİOVERSİYON

Ne Zaman?: `Anstabil Taşikardiler (NABIZ VAR)` - AF, SVT, VT.

Nasıl?: Düşük enerjiyle başlar. Şok, QRS'in R dalgasına senkronize edilir.

Amaç: Organize ama hızlı olan ritmi "resetleyerek" normal sinüs ritmine döndürmek.



DEFİBRİLASYON (Asenkronize)

Ne Zaman?: `Nabızsız Arrest Ritimleri (NABIZ YOK)` - VF, Nabızsız VT.

Nasıl?: Yüksek enerji. Şok, kardiyak döngünün herhangi bir anında verilir.

Amaç: Tüm kaotik elektriksel aktiviteyi durdurup kalbin kendi ritmini başlatmasına izin vermek.

Neden Oldu? Geri Döndürülebilir Nedenleri Unutma!

CPR ve algoritmaları uygularken, arrestin altında yatan nedeni de aktif olarak araştırmalı ve tedavi etmeliyiz.

H'ler



Hipovolemi



Hipoksi



Hidrojen iyonu (Asidoz)

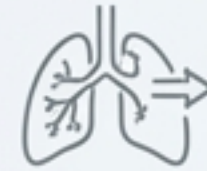


Hipo/Hiperkalemi



Hipotermi

T'ler



Tansiyon Pnömotoraks



Tamponad (Kardiyak)



Toksinler



Tromboz (Pulmoner Emboli)



Tromboz (Koroner/MI)

Aritmi Farmakolojisi: Anahtar İlaçlar



ATROPİN

- **Endikasyon:** Semptomatik Bradikardi (Sinüs Bradikardisi, 1. ve 2. Derece Tip I AV Blok)
- **Doz:** 0.5 mg IV, 3-5 dk'da tekrar. Maksimum 3 mg.
- **Uyarı:** Yüksek dereceli bloklarda (Tip II, 3. Derece) etkisiz olabilir veya durumu kötüleştirebilir.



ADENOZİN

- **Endikasyon:** Stabil, dar ve düzenli QRS'li taşikardi (SVT/PSVT).
- **Doz:** 6 mg hızlı IV puşe, gerekirse 12 mg tekrar.
- **Uyarı:** Çok kısa yarı ömrü vardır, çok hızlı uygulanmalıdır. Düzensiz veya geniş QRS'li taşikardilerde dikkatli kullanılmalıdır.



AMİODARON

- **Endikasyon:** Geniş QRS'li taşikardiler (VT), VF/Nabızsız VT arresti.
- **Doz (VT):** 150 mg IV 10 dakikada.
- **Doz (Arrest):** 300 mg IV puşe, sonra 150 mg düşünülebilir.
- **Uyarı:** Birçok ilaçla etkileşime girer, uzun yarı ömrü vardır.

Klinik İnciler: Akılda Kalması Gerekenler

Ritim bozukluklarına yaklaşımda temel kurallarınız.



1

ÖNCE HASTA, SONRA MONİTÖR: Her zaman ilk soru "Stabil mi?" olmalı. Tedaviyi hastanın kliniği belirler.



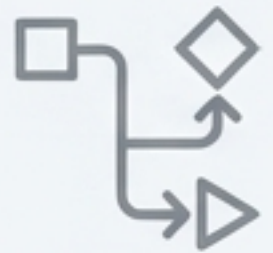
2

GENİŞ QRS = VT'dir: Aksi kanıtlanana kadar geniş QRS'li bir taşikardiyi VT olarak kabul et. Bu en güvenli yoldur.



3

AF = HIZ + PIHTI: Atrial Fibrilasyon yönetiminde antikoagülasyon, hız kontrolü kadar kritiktir.

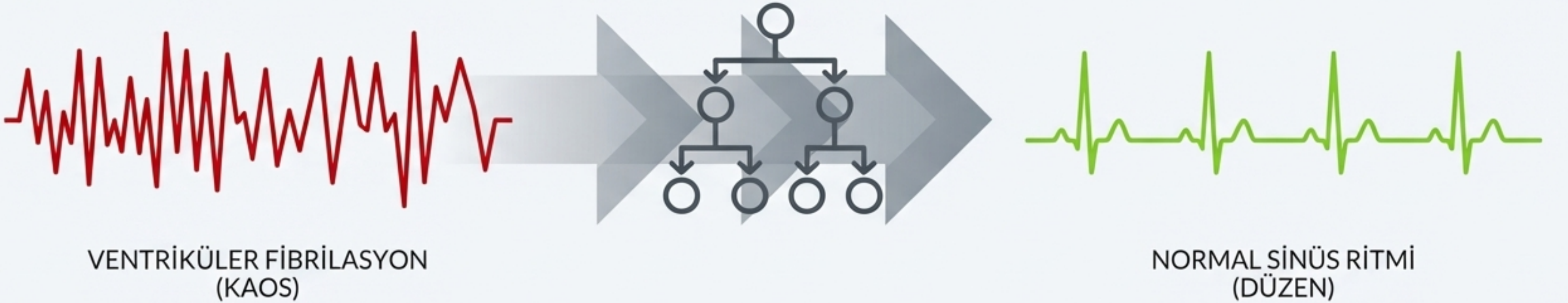


4

ALGORİTMA KILAVUZDUR, ZİHİN DEĞİL: Algoritmalar güçlü araçlardır ancak klinik yargının yerini tutmazlar. Her zaman altta yatan nedeni (H'ler ve T'ler) düşün.

Kaostan Düzene: Sistematisik Yaklaşım Hayat Kurtarır

Ritim bozuklukları başlangıçta kafa karıştırıcı görünebilir. Ancak, hastanın durumunu değerlendirerek, ritmi doğru sınıflandırarak ve kanıta dayalı algoritmaları izleyerek, her duruma netlik ve kontrol getirebilirsiniz.



Referans Kılavuzlar: ECC 2005