ERİŞKİN RİTİM BOZUKLUKLARI

Tıp Fakültesi 3. Sınıf • 23 Ekim 2026

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Burak İşleyen
Kardiyoloji



Önce stabilite • sonra hız, düzen, QRS ve P–QRS ilişkisi

Bir ritim gördüğünde ilk soru

BÜYÜK RESİM

Hasta stabil mi?

Ritim adını koymadan önce hemodinamik durumu değerlendir.

Aritmiyi 5 soruda oku

★ ALGORİTMA

1

Stabil mi?

2

Hız?

3

Düzenli mi?

4

QRS dar mı?

5

P–QRS ilişkisi?

Bu beş soru, çoğu ritmi klinik olarak yönetilebilir bir gruba yerleştirir.

Stabil değilse neye bakarsın?

KIRMIZI BAYRAK

Hipotansiyon / şok

İnstabil taşiaritmide senkronize kardiyoversiyon düşünülür.

İskemik göğüs ağrısı

İnstabil taşiaritmide senkronize kardiyoversiyon düşünülür.

Akut kalp yetersizliği

İnstabil taşiaritmide senkronize kardiyoversiyon düşünülür.

Bilinç değişikliği / senkop

İnstabil taşiaritmide senkronize kardiyoversiyon düşünülür.

Önce hız: bradi mi, taşikardi mi?

TEMEL

<60/dk

Bradikardi

>100/dk

Taşikardi

Sayı tek başına tanı değildir; semptom ve klinik bağlam belirleyicidir.

Sinüs taşikardisi: nedeni tedavi et

TAŞİKARDİ

Sinüs taşikardisi çoğu zaman bir bulgudur.

Ateş, ağrı, hipovolemi, anemi, hipoksi ve tirotoksikoz gibi nedenleri ara.

Dar QRS taşikardi

SVT

Düzenli + dar QRS

AVNRT / AVRT / atriyal taşikardi olasıdır.

İlk yaklaşım

Stabil hastada vagal manevra; düzenli dar kompleks taşikardide adenosin düşünülebilir.

Kaynak: 2019 ESC Supraventricular Tachycardia Guideline

Atriyal fibrilasyon

★ BİLMEK ZORUNDASIN

AF

EKG

İrregüler-irregüler RR; organize P dalgası yok.

Klinik

Semptom kontrolü kadar tromboemboli riskini değerlendirmek de zorunludur.

Kaynak: 2024 ESC Atrial Fibrillation Guideline

AF yaklaşımı: AF-CARE

AF

C

Comorbidity / risk faktörü

A

Avoid stroke

R

Rate / rhythm control

E

Evaluation / reassessment

Kaynak: 2024 ESC Atrial Fibrillation Guideline

Atrial flutter

ATRİYAL RİTİMLER

Düzenli atriyal aktivite; tipik flutterda “testere dişi” görünüm.

Ventrikül yanıtı çoğu kez düzenlidir; AF ile birlikte görülebilir.

Ekstrasistoller

SIK

PAC

Erken atriyal uyarı; çoğu zaman iyi huyludur.

PVC

Geniş ve erken QRS; altta yatan yapısal kalp hastalığına göre anlam kazanır.

Geniş QRS taşikardi

⚠ DİKKAT

Aksi kanıtlanana kadar VT kabul et.

Özellikle yapısal kalp hastalığı veya eski MI öyküsünde bu yaklaşım güvenlidir.

Ventriküler taşikardi

VENTRİKÜLER

VT

Nabız var + instabil

Senkronize kardiyoversiyon.

Nabız yok

Kardiyak arrest algoritması: defibrilasyon + CPR.

Torsades de pointes

QT

Polimorfik VT + uzamış QT = torsades düşün.

Elektrolit bozukluğu ve QT uzatan ilaçlar sık tetikleyicidir.

Bradikardi: önce semptom

BRADİKARDİ

Stabil

Nedenleri ara: ilaç, iskemi, elektrolit, hipotiroidi vb.

Semptomatik / instabil

Atropin ve gerekirse pacing stratejisi gündeme gelir.

AV blokları mantıkla ayır

İLETİM

I

1. derece

Her P iletilir; PR uzundur.

II

2. derece

Bazı P dalgaları QRS oluşturmaz.

III

3. derece

Atriyum ve ventrikül birbirinden bağımsızdır.

Senkronize mi, defibrilasyon mu?

★ AYIR

Senkronize kardiyoversiyon

Nabızlı instabil taşiaritmiler.

Defibrilasyon

VF veya nabızsız VT.

Adenosin ne zaman işe yarar?

SVT

Düzenli dar kompleks taşikardide tanısal ve terapötik olabilir.

İrregüler veya polimorfik geniş kompleks taşikardide rutin yaklaşım değildir.

Aritmide altta yatan nedeni unutma

NEDEN

- **İskemi**
- **Elektrolit**
- **İlaç / toksin**
- **Hipoksi**
- **Tiroid**
- **Yapısal kalp**

60 saniyelik vaka

? SEN KARAR VER

68 yaş • çarpıntı • dispne

TA 85/55 mmHg. Nabız 160/dk, düzensiz. EKG: dar QRS, P dalgası seçilemiyor.

Ritim?

Stabil mi?

İlk yaklaşım?

Ritmi bu sırayla oku

SON 60 SANİYE

1	2	3	4	5
Stabilite	**Hız**	**Düzen**	**QRS**	**P–QRS**

İsim ezberlemekten önce örüntüyü sınıflandır.

Olmazsa olmazlar

KAYNAK & ÖZET

- **İnstabil taşiaritmi → senkronize kardiyoversiyon düşün.**
- **VF / nabızsız VT → defibrilasyon + CPR.**
- **AF → düzensiz ritim + stroke riskini unutma.**
- **Geniş kompleks taşikardi → VT kabul etmek güvenlidir.**
- **Bradikardide hızdan önce semptom ve perfüzyona bak.**

Kaynaklar: 2024 ESC AF; 2019 ESC SVT; temel arrest yaklaşımı ERC 2025