



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Yoğun Bakım
Olgu Sunumu
11.01.2022

Araş. Gör. Dr. Ömer Varol
Moderatör: Doç. Dr. Ayşe Filiz Yetimakman
Katılımcı: Uzm. Dr. Emre Usta



- **Şikayet: Ateş yüksekliği + öksürük**

- **Öykü:**

Bilinen hastalığı olmayan hasta; 31.12.21 tarihinde başlayan 2-3 gündür devam eden öksürük, ateş (evde ölçülmemiş), halsizlik şikayeti nedeniyle çocuk acil servisimize başvurdu.

Hastanın vitallerinde **Ateş: 39**, SS: 22, SPO2: 99, TA: 100/65,

KTA: 202/dk (60-130 atım/dk) görülmesi üzerine monitörize edildi.

Hastanın yapılan ilk değerlendirmesinde nabızlar alınıyor, solunum sesleri doğal, S1 + S2+ ek ses, üfürüm yok. EKG çekildi.

- **Özgeçmiş:**

Ek hastalık yok. Aşıları tam.

Ameliyat geçirmemiş.

Kullandığı ilaç yok. 2 gündür calpol alıyormuş.

- **Soygeçmiş:**

Anne: 30 yaş , sağ sağlıklı

Baba:36 yaş, sağ, tek böbrek (5 yaşında nefrektomi olmuş)

Ailede erken ani ölüm yok, ailede kalp hastalığı öyküsü yok.

- **Fizik Muayene:**

Bilinci açık, oryante ve koopere. GKS: 15. Genel durumu iyi.

Cilt rengi doğal, döküntüsü yok, turgor tonus normal.

Dolaşım muayenesi doğal. S1+ s2+ ek ses yok üfürüm işitilmedi. Nabızlar alınıyor.

Solunum muayenesinde bilateral solunum sesleri doğal ve eşit duyuluyor, ral yok, ronküs yok

Batın muayenesi doğal. Organomegalisi yok. Defans ve rebound yok.

Nörolojik muayenesi doğal. Motor ve duyu defisiti yok.

Ürogenital sistem muayenesi doğal. Haricen kız.

Test Adı	Sonuç	Durum	Birim	Referans Değerler	Önceki Sonuçlar
Hemogram					
WBC (Lökosit)	6,45		x10 ³ /μL	3,46 - 10,04	7,4 (28/04/19)
NEU (Nötrofil Sayısı)	5,160		x10 ³ /μL	1,47 - 7,34	2,6 (28/04/19)
NEU % (Nötrofil Yüzdesi)	80,0	Y	%	42,7 - 73,2	35,1 (28/04/19)
LYM (Lenfosit Sayısı)	0,800	D	x10 ³ /μL	1,05 - 3,17	3,8 (28/04/19)
LYM % (Lenfosit Yüzdesi)	12,4	D	%	21,6 - 48,5	51,6 (28/04/19)
MONO (Monosit Sayısı)	0,480		x10 ³ /μL	0,25 - 0,95	0,8 (28/04/19)
MONO % (Monosit Yüzdesi)	7,4		%	4,2 - 13,5	10,3 (28/04/19)
EOS (Eozinofil Sayısı)	0,000	D	x10 ³ /μL	0,03 - 0,29	0,2 (28/04/19)
EOS % (Eozinofil Yüzdesi)	0,0	D	%	0,6 - 5,2	2,3 (28/04/19)
BASO (Basofil Sayısı)	0,010	D	x10 ³ /μL	0,02 - 0,07	0,1 (28/04/19)
BASO % (Basofil Yüzdesi)	0,2		%	0,2 - 1,4	0,7 (28/04/19)
RBC (Eritrosit)	4,52		x10 ⁶ /μL	3,87 - 5,62	4,96 (28/04/19)
HGB (Hemoglobin)	12,40		g/dL	12,1 - 16,6	13,0 (28/04/19)
HCT (Hematokrit)	36,4	D	%	36,9 - 52,9	38,3 (28/04/19)
MCV (Ortalama Eritrosit Hacmi)	80,50	D	fL	81,8 - 98	77,1 (28/04/19)
MCH (Ortalama Hücre Hemoglobin)	27,40		pg	25,6 - 32,3	26,1 (28/04/19)
MCHC (Ortalama Hücre Hemog.Konsant.)	34,10	Y	g/dL	28,2 - 31,7	33,9 (28/04/19)
RDW-SD	40,30		fL	38 - 50	37,2 (28/04/19)
RDW-CV	13,90		%	11,2 - 14	
PLT (Trombosit)	212		x10 ³ /μL	172 - 380	282 (28/04/19)
MPV (Ortalama Trombosit Hacmi)	10,60		fL	9,2 - 12,2	9,0 (28/04/19)
PCT (Platekrit)	0,22		%	0,19 - 0,41	
PDW (Trombosit Dağılım Genişliği)	11,50		fL	9,5 - 15,5	
NRBC	0,00		x10 ³ /μL	0 - 0,015	0,01 (28/04/19)
NRBC %	0,0		%	0 - 0,029	0,2 (28/04/19)

Test Adı	Sonuç	Durum	Birim	Referans Değerler	Önceki Sonuçlar
Açlık Kan Şekeri (AKŞ)	136,2	Y	mg/dL	74 - 106	104,4 (28/04/19)
>125* mg/dL Diyabet.					
Ürea	15,2	D	mg/dL	16,6 - 48,5	16,10 (28/04/19)
BUN (Kan üre azotu)	7,10		mg/dL	6,00 - 20,00	8 (28/04/19)
Üre üzerinden hesaplanmaktadır.					
Kreatinin	0,5		mg/dL	0,5 - 0,9	0,29 (28/04/19)
AST (SGOT)	18,7		U/L	< 32	25,7 (28/04/19)
ALT (SGPT)	10,9		U/L	< 33	13,2 (28/04/19)
ALP (Alkalen Fosfataz)	229	Y	U/L	35 - 104	
LDH	191		U/L	135 - 214	263 (28/04/19)
Protein, Total	62,5	D	g/L	66 - 87	70,57 (28/04/19)
Albumin	39,3	D	g/L	39,7 - 49,4	45,03 (28/04/19)
Globulin	23,2		g/L	11 - 35	25,54 (28/04/19)
FORMÜL : TOTAL PROTEİN - ALBÜMİN					
Düzeltilmiş Sodyum	139,6		mmol/L	136,0 - 145,0	144,1 (28/04/19)
FORMÜL: SODYUM + (AÇLIK KAN ŞEKERİ -100) * 1.6 / 100					
Sodyum (Na)	139		mmol/L	136 - 145	144,0 (28/04/19)
Potasyum (K)	4,06		mmol/L	3,5 - 5,1	4,44 (28/04/19)
Klor (Cl)	108	Y	mmol/L	98 - 107	111,4 (28/04/19)
Kalsiyum	8,64		mg/dL	8,6 - 10,6	10,2 (28/04/19)
Düzeltilmiş Kalsiyum	8,70		mg/dL	8,60 - 10,60	9,80 (28/04/19)
FORMÜL: KALSİYUM+(0.8*(4-ALBÜMİN/10))					
Magnezyum (Mg)	2,36		mg/dL	1,6 - 2,6	
Fosfor (P)	4,21		mg/dL	2,5 - 4,5	4,27 (28/04/19)
Ürik asit	4,6		mg/dL	2,4 - 5,7	4,11 (28/04/19)
CRP	19,37	Y	mg/L	< 5	1,12 (28/04/19)

Tam İdrar

Test Adı	Sonuç	Durum	Birim	Referans Değerler	Önceki Sonuçlar
Tam İdrar Analizi (TİT)					
FİZİKSEL ANALİZ					
Renk	AÇIK SARI			AÇIK SARI	
Bulanıklık	BERRAK			BERRAK	
pH	6,0	.		5,5 - 8,0	
Dansite	1,011	.		1,005 - 1,027	
Kan	++			NEGATİF(-)	
Lökosit	NEGATİF(-)			NEGATİF(-)	
Glukoz	NEGATİF(-)			NEGATİF(-)	
Protein	NEGATİF(-)		mg/dL	NEGATİF(-)	
Bilirubin	NEGATİF(-)		mg/dL	NEGATİF(-)	
Keton	NEGATİF(-)		mg/dL	NEGATİF(-)	
Nitrit	NEGATİF(-)			NEGATİF(-)	
Urobilinojen	NORMAL			NORMAL	
Askorbik Asit	0,6		mikromol/L		
0,176 mikromol /L üzerindeki askorbik asit değerlerinde, idrarda Glukoz, kan ve nitrit negatifliği olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.					
MİKROSKOPİK ANALİZ					
Bakteri	1				
Eritrosit	16		/HPF		

Test Adı	Sonuç	Durum	Birim	Referans Değerler	Önceki Sonuçlar
CK-MB Kütle	<2,0		ug/L	0 - 11	4,6 (28/04/19)
Troponin - I	28	Y	ng/L	0 - 23	<10 (28/04/19)
Miyoglobin	26		ug/L	20 - 112	25 (28/04/19)
NT Pro - BNP	663	Y	ng/L	70 - 133	

Test Adı	Sonuç	Durum	Birim	Referans Değerler	Önceki Sonuçlar
CK-MB Kütle	<2,0		ug/L	0 - 11	<2,0 (02/01/22) 4,6 (28/04/19)
Troponin - I	28	Y	ng/L	0 - 23	28 (02/01/22) <10 (28/04/19)
Miyoglobin	<20		ug/L	20 - 112	26 (02/01/22) 25 (28/04/19)
NT Pro - BNP	1200	Y	ng/L	70 - 133	663 (02/01/22)



- **Patolojik bulgular:**

2-3 gündür devam eden ateş yüksekliği ve öksürük

KTA: 202 atım/dk (Normal değerler: 60-130 atım/dk)

Troponin: 28 ng/L ; sınırdan yüksek

BNP: 623 ng/L ; yüksek

Lym : 800 ; Lenfopeni mevcut

Crp: 20 mg/L

Sedim: 75

ID: For N.K. 110-2-140
Male
www.ziyanoklar.com

Years

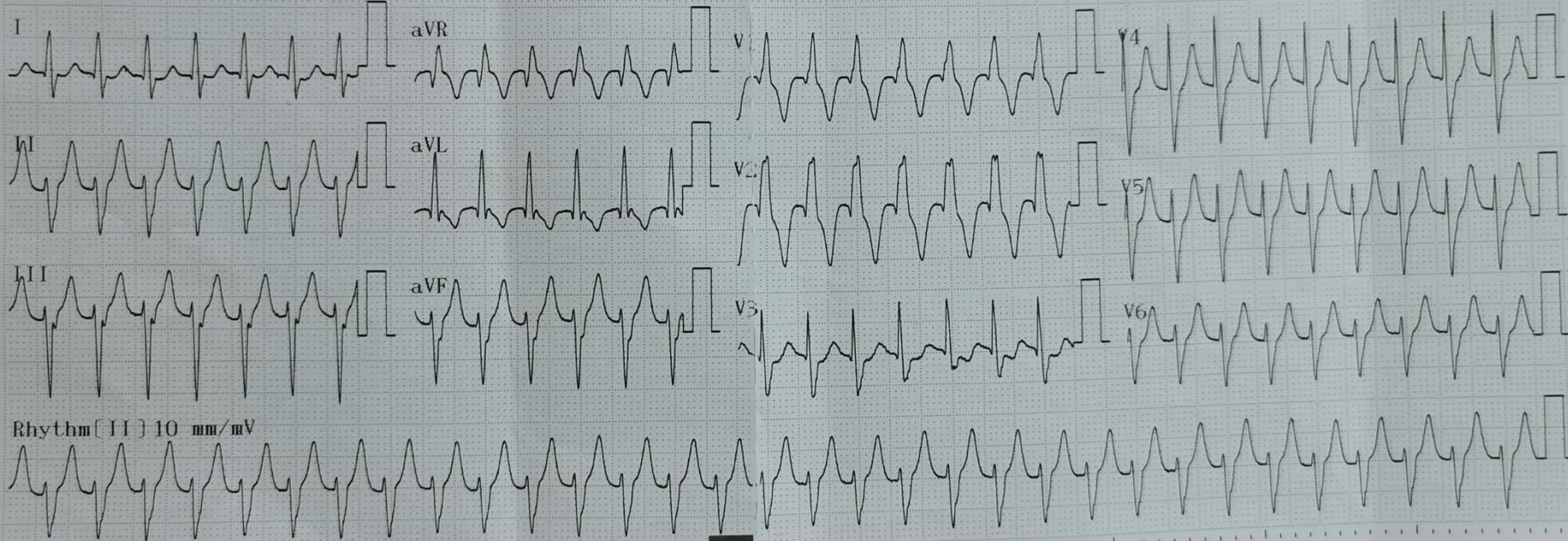
Medication:
cm kg

For N.K. 110-2-140 2-2022 11:15 AM
www.ziyanoklar.com 201 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz 10 mm/mV

10 mm/mV

10 mm/mV



- Ön Tanınız nedir?
- Hastada öncelikli olarak yapılması gerekenler?

- EKG'de geniş QRS morfolojili taşikardi olduğu görülüyor.
- Geniş QRS morfolojisi ön planda ventriküler bir taşikardiyi düşündürmekle birlikte, bazı durumlarda supraventriküler taşikardiler de geniş QRS morfolojisi gösterebilir. (WPW zemininde antidromik SVT?, dal bloğu zemininde SVT?).
- Hastaya acil tedavi yaklaşımı olarak;
Vagal manevralar denendi ancak kalp hızında değişiklik olmadı.

- **Adenozin** İV hızlı puşe; 2 kez 0.1 mg/kg, 2 kez 0.2 mg/kg uygulandı, kalp hızında azalma görülmedi.
- **Esmolol** yükleme 500 mcg/kg dan 2 dakikada yapıldı, bitiminde 200 mcg/ kg/dk Esmolol infüzyonu gönderildi, kalp hızında azalma izlenmedi.
- **Amiodaron** 5 mg/kg dan yükleme 60 dk infüzyon hızında başlandı. İnfüzyonun 3. dakikasında ritim sinüse döndü, kalp hızı 150/dk geriledi. Çekilen EKG sinde WPW yok, dal bloğu yok. Amiodaron yükleme sonrası 5 mcg/kg/dk dan idame devamı yapıldı.

ID:
Male

For N.K. 110-2-140
Biyonoklar.com

Years

Medication:

cm

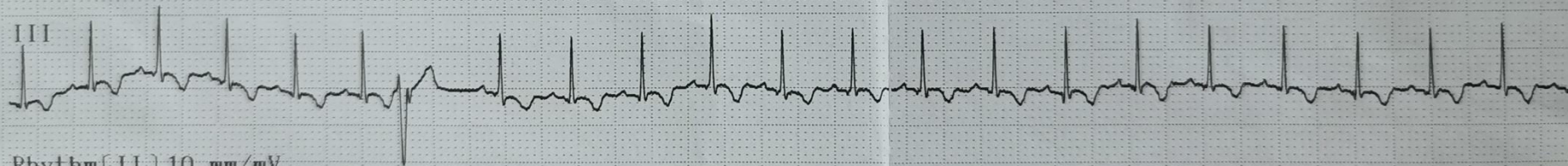
kg

For N.K. 110-2-140-
Biyonoklar.com

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz

Amlodipine 2.5 mg

(15:15)



Rhythm (II) 10 mm/mV



1250K 03-01 02-52 Dept.:

Exam:

ÇOCUK EKOKARDİYOĞRAFI RAPORU

- ♥ M-Mode ile ölçülen kalp boşlukları normal genişlikte, kalp kontraksiyonları normal sınırlar içinde.

	Hasta(mm)	Normal(mm)
IVSd	7	6,5-10
LVDd	38	37-47
LVSd	22	
LVPWd	7	6,5-9

	Hasta(mm)	Normal(mm)
Aod	22	19-27
LADd	28	26-37
EF (%)	71	
KF (%)	38	>28

- ♥ Kardiyak apeks sola doğru. Vena kava inferiyör kolumna vertebralisin sağında, inen aort kolumna vertebralisin solunda (atriyal situs solitus).
- ♥ Atriyumların ventriküllerle ve ventriküllerin büyük damarlarla olan ilişkisi normaldeki gibi (atriyo-ventriküler ve ventrikülo-arteriyel konkordans).
- ♥ Sistemik ve pulmoner venlerde dönüş anomalisi saptanmadı.
- ♥ İnter atriyal septumda defekt saptanmadı.
- ♥ Mitral kapak normal, yetersizlik saptanmadı.
- ♥ Triküspit kapak normal, renkli Doppler ile fizyolojik sınırlarda yetersizlik saptandı.
- ♥ İnter ventriküler septumda defekt saptanmadı.
- ♥ Aort ve pulmoner arterin ilişkisi normaldeki gibi.
- ♥ Kısa eksen kesitlerinde aort kapağı 3 yapraklı olarak görüldü. Renkli Doppler ile aort akımı normal, yetersizlik saptanmadı.
- ♥ Pulmoner arter geniş değil. Her iki pulmoner arter dalları konfluent. Renkli ve PW Doppler incelemede pulmoner arter akımında patoloji saptanmadı.
- ♥ Suprasternal incelemede aort arkusu solda. Aort koarktasyonu ve patent duktus arteriyozus saptanmadı
- ♥ Perikardiyal effüzyon tespit edilmedi.

EKOKARDİYOĞRAFİK TANI

1. NORMAL SINIRLARDAKİ EKOKARDİYOĞRAFİK BULGULAR

Uzm.Dr. Emre USTA

- **Hasta Çocuk Yoğun** bakımda izleme alındı:
- Mevcut bulgular ışığında hasta **fasiküler VT** olarak değerlendirildi.
- Oda havasında izlendi. Hastaya 1500 cc m2 SF e denk mayi + Litreye 20 cc KCL idame edildi.
- **Amiodaron 5 mcg/kg/dk** idameden devam edildi.
- **Covid PCR: Negatif** sonuçlandı.
- Çocuk Kardiyoloji önerisiyle: Amiadoron infüzyonu 24 saat devam edildi ve kesildi.
- **Verapamil 2x40 mg P.O** başlandı.
- Genel durumu iyi vitalleri stabil izlenen hastanın 24 saat izlemi sonrası kliniğe devri yapıldı.

Solunum Sistemi Enfeksiyon Et...		03/01/22 09:08
RSV A/B	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Adenovirus	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Metapneumovirus A/B	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Human bocavirüs	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Parainfluenza virus-1	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Parainfluenza virus-2	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Parainfluenza virus-3	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Parainfluenza virus-4	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Coronavirüs 229E	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Coronavirüs OC43	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Influenza virüs A	POZİTİF(+)	03/01/22 09:08
Influenza virüs B	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Coronavirüs NL63	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Coronavirüs HKU1	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Influenza virüs A (H1N1) / ...	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Rhinovirüs / Enterovirüs	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Mycoplasma pneumoniae	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Bordetella pertussis	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Legionella pneumophila / l...	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Influenza A-H1	NEGATİF(-)	03/01/22 09:08
Influenza A-H3	POZİTİF(+)	03/01/22 09:08

- Taşikardi Sınıflaması
- 1- Sinüs Taşikardisi
- 2- Supraventriküler Taşikardi
- 3- Ventriküler Taşikardi

Tablo 1. Pediatrik elektrokardiyografilerde normal PR ve QRS değerleri

Yaş	Kalp hızı (atım/dk)	PR mesafesi (saniye)	QRS süresi (saniye)
İlk hafta	90-160	0,08-0,15	0,03-0,08
1-3 hafta	100-180	0,08-0,15	0,03-0,08
1-2 ay	120-180	0,08-0,15	0,03-0,08
3-5 ay	105-185	0,08-0,15	0,03-0,08
6-11 ay	110-170	0,07-0,16	0,03-0,08
1-2 yıl	90-165	0,08-0,16	0,03-0,08
3-4 yıl	70-140	0,09-0,17	0,04-0,08
5-7 yıl	65-140	0,09-0,17	0,04-0,08
8-11 yıl	60-130	0,09-0,17	0,04-0,09
12-15 yıl	65-130	0,09-0,18	0,04-0,09
≥ 16 yıl	50-120	0,12-0,20	0,05-0,10

Ateş yüksekliğine
bağlı KTA 10-20
atım/dk artmakta...

Sinüs Taşikardisi

Hastanın kalp hızının, yaşına göre normal sınırların üzerinde olmasıdır.
Kalp hızı genellikle 200/dk'nın altındadır.

Sinüs taşikardisinin nedenleri;

Ağrı, anemi, anksiyete, ateş, dehidratasyon, hipertroidi, hipokalsemi, hipoksi, kalp yetersizliği, kanama, miyokardit, şok ve salbutamol veya pseudoefedrin gibi adrenerjik ilaçların kullanımıdır.

- EKG'de

Her QRS'ten önce bir P dalgası vardır ve tüm P'ler ventriküllere iletilir.

P'ler yüksek kalp hızlarında T dalgasının sonunda çentiklenme şeklinde kendini gösterebilir.

Holter EKG kaydında SVT'den farklı olarak kalp hızının kademeli olarak arttığı görülür.

Sinüs taşikardisinin tedavisi **altta yatan nedenin tedavisidir.**

- **Supraventriküler Taşikardi (SVT)**

Genellikle atriyumlarla ventriküller arasında (atriyoventriküler) veya atrioventriküler nodun içindeki (atriyoventriküler nodal) reentrye bağlı olarak ortaya çıkan supraventriküler taşikardilerdir.

Genellikle SVT'li hastalarda eşlik eden bir doğumsal kalp hastalığı yoktur.

Çocuklarda en sık **AVRT** şeklinde **SVT**'ler görülür.

Reentry

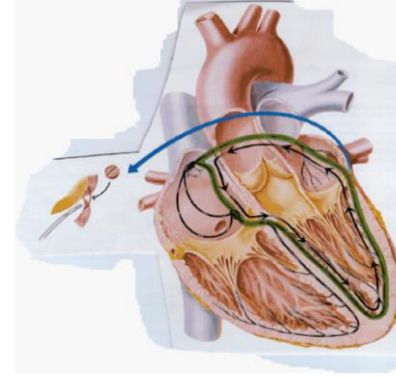
AVRT: Atrium ve ventrikül arasında elektriksel iletiye izin veren AV nod dışındaki aksesuar bir yol varlığında gelişen taşikardidir.

AVNRT: AV düğümü içerisinde farklı iletim ve refrakter dönem süreleri olan iki yol varlığında oluşan taşikardidir.

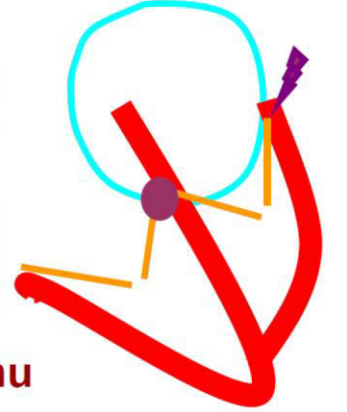
Artmış Otomatisite



- AVRT şeklinde SVT'lerin en sık görülen şekli **Wolf-Parkinson-White sendromudur**.
- Bu hastaların EKG'sinde **PR aralığında kısalma**, **QRS'in çıkan kolunda delta dalgası** ve **QRS'te genişleme** saptanır.



WPW Sendromu



- SVT'ler çocuk hastalarda baş dönmesi, çarpıntı hissi, halsizlik gibi bulgularla kendini gösterebilir veya **yenidoğan döneminde ağlama ve huzursuzluk** gibi klinik bulgular verebilir.

Reentrye bağlı SVT'li hastaların EKG'lerinde **P dalgaları genellikle görülmez**. P dalgası bazen QRS'ten önce, bazen QRS'in içinde bazen de QRS'ten hemen sonra görülebilir.

Her iki ventrikül aynı anda uyarıldığı için **QRS'ler normaldir**.

Hastaların kalp hızı genellikle 180-200/dk'nın üzerindedir.

- SVT'nin tedavisine, hastanın **hemodinamik durumuna** bakılarak karar verilir. Hemodinamik açıdan stabil olan bilinci açık, nabızları alınabilen, kapiller dolum zamanı normal, tansiyonu normal sınırlarda olan hastalara öncelikle **vagal manevralar** denenir.

Bunun için hastanın yüzüne öncelikle soğuk uygulaması yapılır.

- Yanıt alınamazsa **öğürme refleksi uyarılması, mideye bası veya ıkındırma** denenebilir.
- Küçük çocuklarda **gözlere bası** önerilmemektedir.

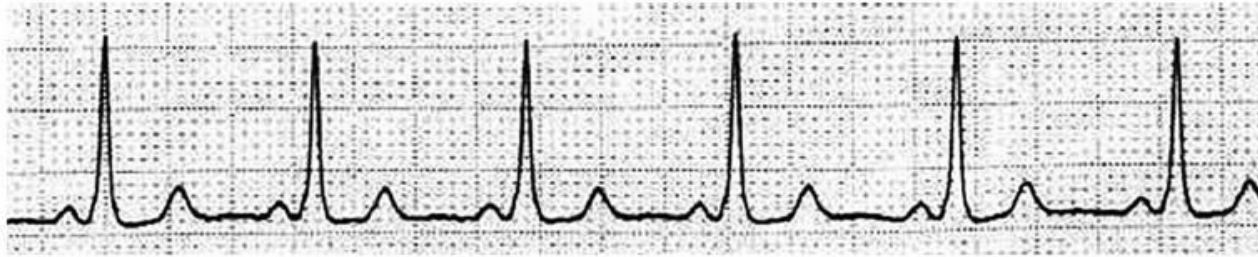


- Vagal manevralara yanıt alınamayan hastalara tercihen üst ekstremitelerde açılmış kalbe yakın bir damar yoluyla **0.1mg/kg/doz'dan hızlı puşe şeklinde adenozin tedavisi verilir.**
- Adenozin, vücutta hızla yıkıma uğradığı için, hemen ardından aynı damar yoluyla hastaya 2-4 ml serum fizyolojik puşe verilerek ilacın bir an önce kalbe ulaşması sağlanır.
- Yanıt alınmayan hastalarda 0,3-0,4 mg/kg'a kadar doz artırımına gidilebilir.
- Bir kerede çocuklarda maksimum **6-12 mg adenozin** yapılır.

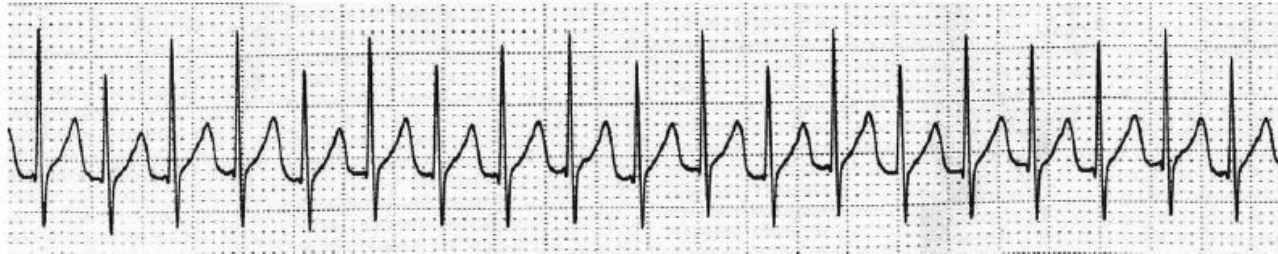
- Tekrarlanan dozlara rağmen yanıt alınmayan hastalara **0,1 mg/kg/doz'dan metoprolol (maksimum 5 mg) 3-4 dakikada yavaş intravenöz (İ.V.)** verilebilir.
- Ya da 500 mikrogram/kg yükleme, ardından 100-200 mikrogram/kg/dk dozunda da **esmolol infüzyonuna** geçilebilir.
- Yine de yanıt alınamazsa ve hemodinamik bozulma bulguları ortaya çıkarsa hastaya **0,5-1 joule/kg** enerji verilerek senkronize **kardiyoversiyon** uygulanır.
- Hemodinamik durumu bozulmuş olan hastalara **direkt kardiyoversiyon** uygulanabilir.
- Atak geçtikten sonra hastalara yaş ve tekrar sıklığına göre uzun dönem **profilaktik antiaritmik tedavi veya dirençli olgulara radyofrekans ablasyon veya kriyoablasyon** gerekebilir.



Resim 4. Sinüs taşikardi-sinde EKG'de her QRS'ten önce P, her QRS'ten sonra T dalgasının gelmesi ve kalp hızının normalin üzerinde olması tipiktir.



Resim 5. Wolf-Parkin-son-White sendromlu bu hastanın EKG'sinde PR mesafesinde kısalma, QRS'in çıkan kolunda delta dalgası ve QRS'te genişleme görülüyor.



Resim 6. Supraventriküler taşikardi, dar QRS bir taşikardi olup EKG'de genellikle P dalgaları seçilemez.

- **Ventriküler Taşikardi (VT)**

- Ventrikülden kaynaklanan arka arkaya en az üç atım ve kalp hızında yükselme (genelde $>120/\text{dk}$) ile karakterizedir.
- Geniş QRS taşikardiler aksi ispat edilene kadar ventriküler taşikardi olarak tedavi edilmelidir.
- Ventriküler taşikardi, genellikle düzenli bir ritimdir.
- QRS'ler ventrikül kökenli oldukları için geniştirler.
- T dalgaları genelde QRS'lerle ters yöndedir.
- Doğumsal kalp hastalığı olanlarda, opere edilmiş doğumsal kalp hastalığı olanlarda, elektrolit dengesizliklerinde, miyokardit gibi kalpte inflamasyonla karakterize durumlarda, primer kardiyomiyopati gibi kalp kası hastalıklarında veya uzun QT Sendromu gibi primer iyon kanal hastalıklarında daha sık VT görülebilmektedir.

- **Ventriküler Taşikardi (VT)**

- Bu hastaların aralıklı klinik, **EKG, holter ve efor testi** ile değerlendirilmesi gerekir.
- Klinik bulgu olarak **çarpıntı, göğüs ağrısı, bayılma veya kardiyak arrest** görülebilir.
- Hemodinamik açıdan stabil hastalara (bilinci açık, nabızları alınabilen, kapiller dolum zamanı normal, tansiyonu normal sınırlarda olanlar) **İ.V. lidokain, beta bloker veya amiodaron infüzyonu** verilir.
- Hemodinamisi bozulmuş hastalara **1-2 joule/kg enerji ile kardiyoversiyon** uygulanır.
- Atak geçtikten sonra **beta blokerlerle veya amiodaron ile idame tedavisine geçilmesi veya elektrofizyolojik çalışma (EFÇ)-ablasyon** ile tedavisi gerekir.
- Özellikle doğumsal kalp hastalığı, kardiyomiyopati ve kalıtsal iyon kanal hastalıklarına bağlı gelişen "devamlı" VT'lerde medikal tedavi ve ablasyon yanında, uzun dönemde ani ölümden korunması için epikardiyal veya transvenöz olarak "implante edilebilir **kardiyoverter defibrilatör**" (ICD) yerleştirilmesi gerekmektedir.

- **Fasiküler VT**

Kendine has elektrofizyolojik özellikleri olan önemli bir kardiyak aritmidir.

Genellikle yapısal kardiyak bir problemi olmayan genç erişkinlerde ortaya çıkan bu aritmi, sıklıkla paroksismal seyrederek.

Purkinje fibrillerinin genellikle posterior dalından, nadiren de anterior dalından kaynaklanır.

Sağ veya sol ventrikül kaynaklı, iyi huylu ve medikal tedaviye iyi yanıt veren bir aritmi türüdür.

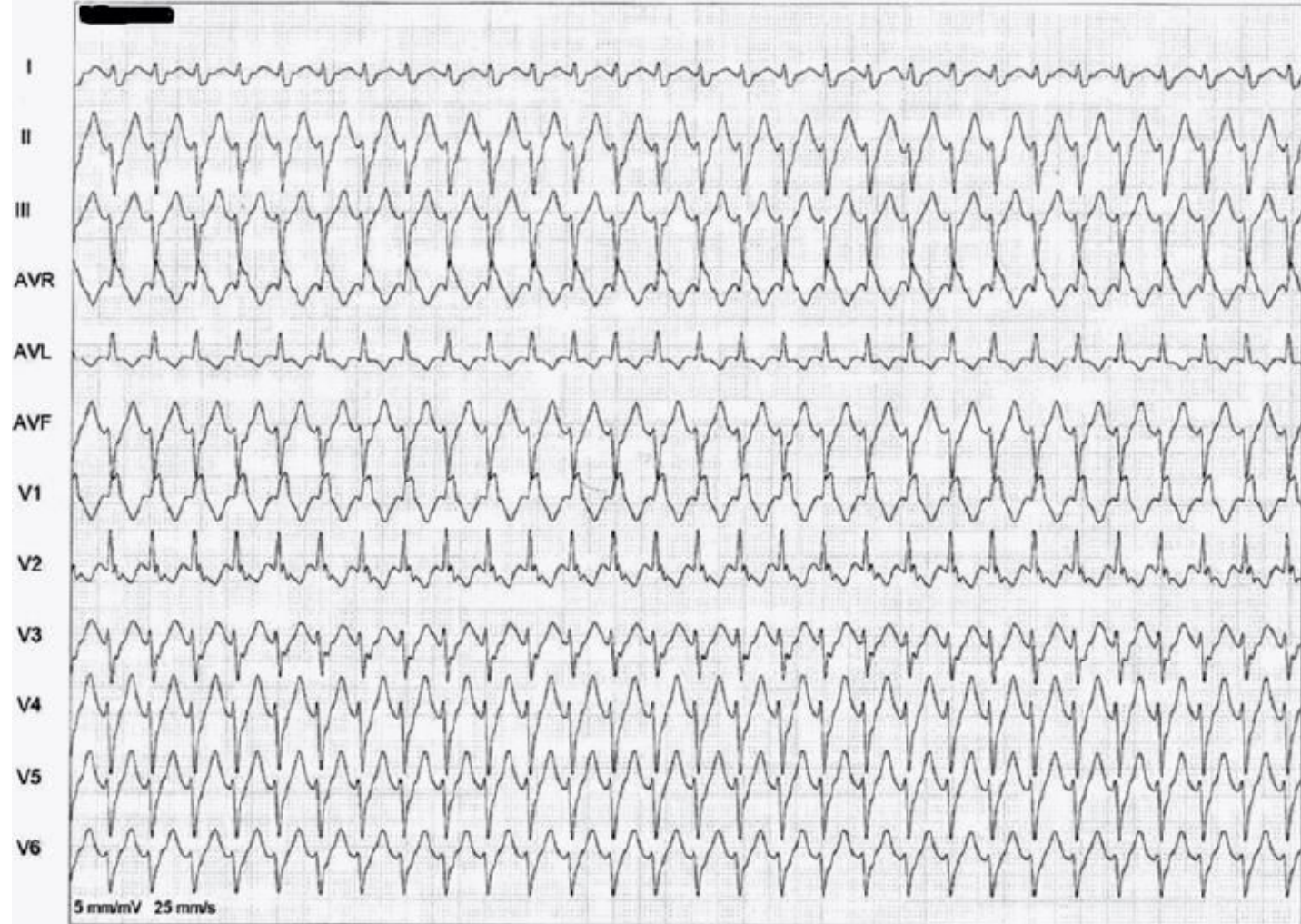
Aritmi kaynağına göre üç alt tipe ayrılmıştır:

- 1) Sol posterior fasiküler VT**, sağ dal bloğu ve sol aks deviasyonu ile kendini gösterir,
- 2) Sol anterior fasiküler VT**, sağ dal bloğu ve sağ aks deviasyonu ile seyreder,
- 3) Üst septal fasiküler VT** ise dar QRS kompleksi ve normal aks ile seyreder.

En yaygın tipi, **posterior fasiküler VT** olup, olguların yaklaşık %90'ı bu gruba girer

Fasiküler VT'nin en tipik özelliklerinden biri **verapamile** iyi yanıt vermesidir.

Verapamil taşikardiyi durdurmada etkili olsa da kesin tedavisi **radıofrekans kateter ablasyondur**.



Patient :
Comment : TACH

Offline printed on : 03-09-2010 at 15:18:36
File recorded on : 23-08-2010 at 16:17:54 Time in file 42524 msec

ABCD Yaklaşımı İle Değerlendirir

- SpO₂ < %94 ise oksijen ver ve IV erişim sağla
- Monitörüle et EKG, tansiyon, SpO₂, 12 derivasyonlu EKG çek
- Geri döndürlebilir nedenleri tanı ve tedavi et (örn, elektrolit anormallikleri, hipovolemi)

Hayatı tehdit edici özellikler?

- 1-Şok
- 2-Senkop
- 3-Miyokardiyal İskemi
- 4-Şiddetli Kalp Yetmezliği

EVET

3 Denemeye Kadar Senkronize Şok

- Bilinç açıksa sedasyon veya anestezi uygula
- Amiodaron 300 mg IV 10-20 dakikada veya Prokainamid 10-15 mg/kg IV 20 dakikada;
- Senkronize şoku tekrarla

ANSTABİL

HAYIR

QRS Dar Mı? (<0.12sn)

STABİL
UZMAN YARDIMI İSTE

Geniş QRS
Ritim Düzenli Mi?

Düzenli

Dar QRS
Ritim Düzenli Mi?

Düzensiz

Vagal Manevra

Düzensiz

Etkisiz İse

Adenozin (preeksitasyon yoksa)

- 6 mg IV hızlı puşe;
- Başarısız ise 12 mg IV ver
- Başarısız ise 18 mg IV ver
- EKG ile sürekli monitorize et

Etkisiz İse

Geniş QRS?

Prokainamid 10-15 mg/kg IV 20 dakikada üstünde, veya Amiodaron 300 mg IV 10-60 dakikada

Dar QRS

Verapamil, Diltiazem veya Beta-blokör

Etkisiz İse

3 Denemeye Kadar Senkronize Şok

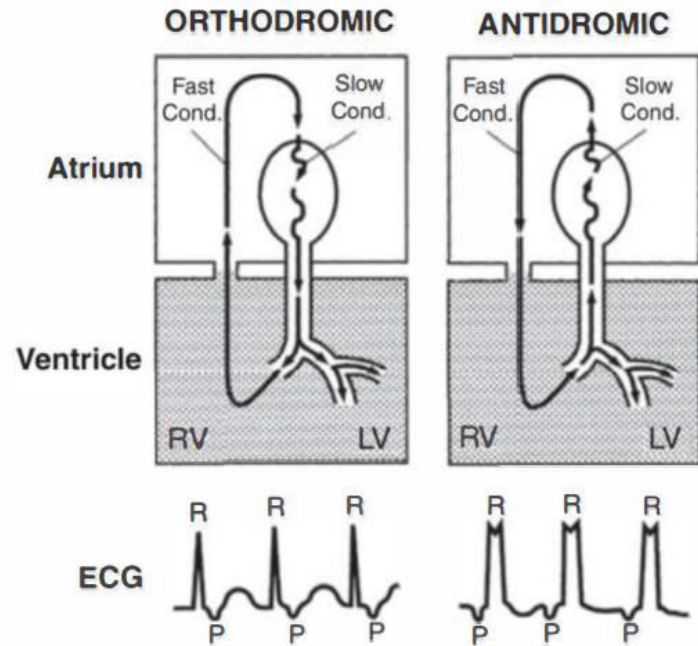
- AF ile birlikte dal bloğu varsa dar kompleks gibi tedavi et
- Torsades de pointes varsa Magnezyum 2 gr IV 10 dakika içerisinde ver

Olası Atriyal Fibrilasyon:

- Hızı beta-bloker veya diltiazem ile kontrol altına al
- Kalp yetmezliği bulgusu varsa digoksin ve amiodaron düşün
- Süre >48 saat ise antikoagüle et

- Dinlediğiniz için teşekkür ederim...

ACCESSORY RAVT



NODAL RAVT

