

# KARDİYOPULMONER SEREBRAL RESÜSİTASYON

Dr. Yusuf Alper KILIÇ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**K**ardiyopulmoner arrest gerek hastane içinde gerekse hastane dışında sık rastlanan ve hızlı etkin tedavinin sağkalım yanında nörolojik morbiditenin azaltılması açısından da önemlidir. Son yıllardaki çalışmalar resüsitasyon sonrası dönemde nörolojik hasarı azaltmayı hedefleyen agresif tedavinin gerek sağkalım gerekse nörolojik fonksiyonlar açısından olumlu sonuç verdiğini göstermiş ve kardiyoserebral resüsitasyon başlığı altında terapötik hipotermi ve erken kate-terizasyon ve müdahale uygulamaya girmiştir.

Kardiyopulmoner serebral resüsitasyon sürekli güncellenen kılavuzlar dahilinde standardize edilmiş olmakla birlikte, doğru ve etkin resüsitasyonun temelinde kardiyopulmoner arrest, hipoksik/iskemik nörolojik hasar ve resüsitasyonun patofizyolojisini bilmek yatar.

Kardiyopulmoner arrestin altında yatan nedenler ve eldeki olanaklar, standard bir algoritmanın uygulanmasından ziyade farklı müdahalelerin öncelik kazanmasına neden olabilir.

Kardiyopulmoner arrestte erken dönemde ventriküler fibrilasyon ya da nabızsız ventriküler taşikardi varlığı defibrilasyona yanıt verebilecek bir ritme işaret eder. Defibrilasyon için akım temelli defibrilatörlerin kullanılması ya da defibrilasyon

için kullanılan voltajın hastanın göğüs duvarı direncine göre ayarlanması gerekebilir. Ayrıca defibrilasyona yanıtızlıkta sağ atriyal dilatasyonun önemli bir rolü olduğu ve bu hastalarda 90 sn süreyle kalp masajı yaptıktan sonra defibrilasyonun tekrarlanmasının yararlı olabileceği unutulmamalıdır.

Kalp masajı sırasında hem kardiyak pompa hem de torasik pompa teorileri gündemde olup, kalp kanın pompalanmasında pasif bir ileti yolu görevi gördüğünden, kalp masajının uygun teknikle ve dakikada en az 80-100 kez uygulanması, hastanın ritmini görmek ya da nabzını kontrol etmek gibi amaçlarla resüsitasyona uzun süre ara verilmemesi gereklidir. Güncel kılavuzlarda kalp masajı/solunum oranı için 30:2 önerilmekle birlikte, hastane dışı kardiyak arrestlerde yalnızca kalp masajı yapılmasının daha etkin olabileceği yönünde bulgular da vardır. Entübe edilen hastalarda solunum için kalp masajına ara verilmesi gerekmez. Ayrıca yüksek tidal hacimden kaçınılması önerilir.

Resüsitasyon sonrası dönemde komatöz olan hastalarda hafif hipotermi (32-34°C) ve erken dönemde kateterizasyon ve kontraindikasyon yoksa perkütan koroner girişimin yararlı olduğu yolunda bulgular vardır.