

- تصمیم برای شروع احیاء قلبی - ریوی در زمانی که بیمار غیر پاسخگو بوده و تنفس طبیعی و نبض ندارد صورت میگیرد. مدت زمان ارزیابی نبض و تنفس ۱۰ ثانیه می باشد.
- تأکید بر انجام ماساژ قلبی با کیفیت بالا که به صورت فشردن سریع و با عمق مناسب در تمامی بیماران (Push fast&hard) واجب است و برگشت قفسه سینه به حالت اول بعد از هر بار فشردن آن (Chest recoil) و به حداقل رساندن وقفه در هنگام انجام ماساژ قلبی در پروتکل های جدید مورد تأکید میباشد.
- نسبت ماساژ قلبی به تهویه مصنوعی در تمام قربانیان ایست قلبی بزرگسال ۳۰:۲ میباشد.
- محل ماساژ قلبی مید چست و روی جناغ - دو انگشت بالاتر از زائده گزیفویید می باشد.
- در صورتی که از راه های پیشرفته (ETT) استفاده می کنید، هر ۶ ثانیه یک بار ونتیله کنید (۱۰ تا ۱۲ تنفس در دقیقه)

- عمق میزان فشار فشردن قفسه سینه ۵ الی ۶ سانتی متر توصیه می شود. اما در احیاء بالغین، از ۶ سانتی متر بیشتر نشود.
- استفاده از اکسیژن مداکثر در طول CPR و بعد از ROSC، اکسیژن طوری تیتره کنید که میزان اشباع اکسیژن شریانی در ۹۴٪ حفظ شود.
- * احیاگران غیر حرفه ای برای باز کردن راه هوایی در تمامی قربانیان فقط مجاز به انجام مانور **Head tilt-Chin lift** هستند
- در بیماران ترومایی از مانور **jaw thrust** برای باز کردن راه هوایی استفاده میکنند.
- در طی احیاء دو نفره وقتی لوله تراشه و سایر وسایل پیشرفته اداره راه هوایی گذاشته شد دیگر نیازی به انجام سه یکلهای هماهنگ ماساژ و تهویه نیست بلکه ماساژ دهنده باید به طور یکنواخت با سرعت ۱۰۰ تا ۱۲۰ ماساژ در دقیقه و تهویه کننده هر ۶ ثانیه یک دم یک ثانیه ای (۱۰ تا ۱۲ تنفس در دقیقه) بدون قطع ماساژ انجام دهد.
- هیپرونتیله کردن بیمار در حین CPR به علت کاهش برون ده قلبی و خنثی شدن بافت مغز بسیار مضر می باشد.

ریتیم غیر قابل شوک دادن

در موارد آسیس تول و **pea**، احیاء صورت انجام ماساژ قلبی و دارو در می باشد.

ریتیم قابل شوک دادن

- در ریتیم های قابل شوک : توصیه می شود دادن شوک - ۲ دقیقه CPR - ریتیم قابل شوک - شوک - ۲ دقیقه CPR - تزریق **EP** هر ۳-۵ دقیقه یکبار
- در تمامی بیماران با ریتیم ای قلبی شوک دادن یک شوک مجزا بجای ۳ شوک پشت سر هم (Three stake shock) داده شده و بعد از دنبال آن بلافاصله ۲ دقیقه ماساژ قلبی و تهویه مصنوعی بدون وقفه و توقف به منظور چک کردن نبض و برگشت ریتیم بیمار صورت می گیرد.
- فشار روی پدال ها در هنگام دادن شوک ۱۰ کیلوگرم در بزرگسالان و ۵ کیلوگرم در بچه های ۸-۱ سال می باشد.
- فاصله زمانی از زمان تشخیص ریتیم **vf** و دادن شوک نباید بیش از ۳ دقیقه باشد.



احیا قلبی ریوی بزرگسال آموزش به همکار



تهیه و تنظیم:

گروه آموزش به بیمار و ارتقای سلامت بیمارستان مهراد

تاریخ بازنگری: اردیبهشت ۱۴۰۵

منبع: کایدلاین های احیا ۲۰۱۹

- برای اینکه دارو در حین CPR سریع تر از عروق محیطی به عروق مرکزی و قلب برسد، پس از تزریق 20-30 cc سرم از همان رگ انفوزیون نموده و عضو را بالاتر از سطح بدن قرار داد.
- استفاده رفته بین از لته رویین منسوخ شده است. تزریق آتروپین در حوضه VF باعث تبدیل Coarse VF به Fine VF و ضعیف شدن پاسخ به الکترولیت شوک می شود.
- آمپ و دارون و لی دوکالین داروهای ضداریتمی بطنی می باشند.
- در آریتمی تورتورساید دیپ وینتس، تجویز سه ولفات منیزیم و م، ضروری است. که بر اساس توصیه گلیه دلاین بعد از تجویز اولین شوک بلیده ورد توجه قرار گیرد.
- مصرف کلرید کلسیم و بی کربنات سدیم از طریق یک Line و به دنبال هم ممنوع است زیرا باعث رسوب دارو می گردد.

- درمان فیبریلاسیون بطنی (VF) و تکیکاردی بطنی (VT) بدون نبض توسط ۱ شوک به مقدار انرژی ۲۰۰-۱۲۰ ژول در دستگاههای بای فازیک و ۳۶۰ ژول در دستگاههای منوفازیک و سپس انجام CPR به مدت ۲ دقیقه (۵ سیکل با نسبت ۳۰:۲) صورت میگیرد.

- در صورت باقی ماندن ریتم VF و یا VT بدون نبض بعد از دادن شوک اول یا دوم میتوان از داروی آدرنالین (اپی نفرین) ۱ میلی گرم به صورت وریدی استفاده کرد.

دارو درمانی در احیا:

اگر از وریدهای محیطی استفاده می شود باید وریدهای بزرگتر انتخاب گردند، مثلاً وریدهای جلوی آرنج می توانند مناسب باشند.

داروی انتخابی در احیا اپی نفرین می باشد. دوز اولیه اپی نفرین 1 mg به صورت داخل وریدی می باشد که هر ۵-۳ دقیقه قابل تکرار است.