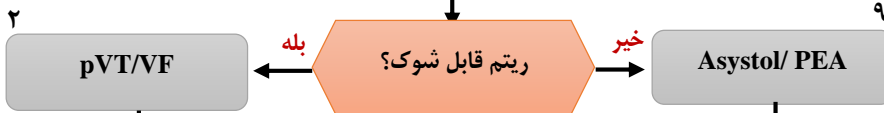




پروتکل احیاء قلبی ریوی پیشرفته بزرگسالان در بیماران مشکوک یا مبتلا به کووید ۱۹ (AHA 2020)

الف پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی مناسب
*محدود کردن تعداد افراد
*تصمیم گیری جهت شروع احیاء به اقتضای شرایط

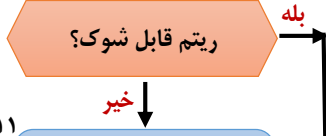
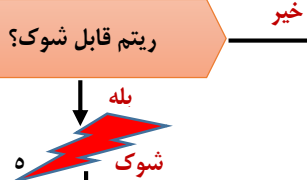
۱ CPR را شروع کنید.
*اکسیژن تراپی (محدود کردن تولید آئروسول)
*اتصال بیمار به مانیטور / دفیبریلاتور
*آماده شدن برای ایتنوباسیون



ب در اولویت قرار دادن ایتنوباسیون / ادامه CPR
* متوقف کردن فشردن قفسه سینه هنگام ایتنوباسیون
* اگر ایتنوباسیون به تأخیر افتاد، اداره راه هوایی با تجهیزات سوپراگلوتیک یا استفاده از آموبگ فیلتردار و چسباندن محکم آن (بدون نشتی) روی صورت را در نظر داشته باشید.
* اتصال به دستگاه ونتیلاتور با فیلتر در صورت امکان

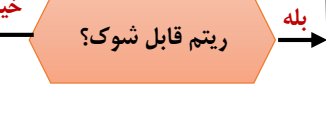
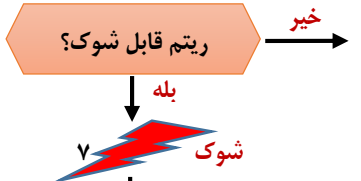
۴ ۲ دقیقه CPR
ایجاد مسیر IV/IO

۱۰ ۲ دقیقه CPR
* ایجاد مسیر IV/IO
* تزریق اپی نفرین هر ۳ تا ۵ دقیقه
* در نظر داشتن استفاده از دستگاه مکانیکی فشردن قفسه سینه



۶ ۲ دقیقه CPR
تزریق اپی نفرین هر ۳ تا ۵ دقیقه
* در نظر داشتن استفاده از دستگاه مکانیکی فشردن قفسه سینه

۱۱ ۲ دقیقه CPR
درمان علل برگشت



۸ ۲ دقیقه CPR
* تزریق آمبودارون یا لیدوکائین
* درمان علل برگشت پذیر (عود)

۱۲ * اگر علائم برگشت جریان خون خود به خودی (ROSC) وجود ندارد به مراحل ۱۰ یا ۱۱ بروید.
* اگر ROSC اتفاق افتاد، مراقبت های پس از احیاء را دنبال کنید.

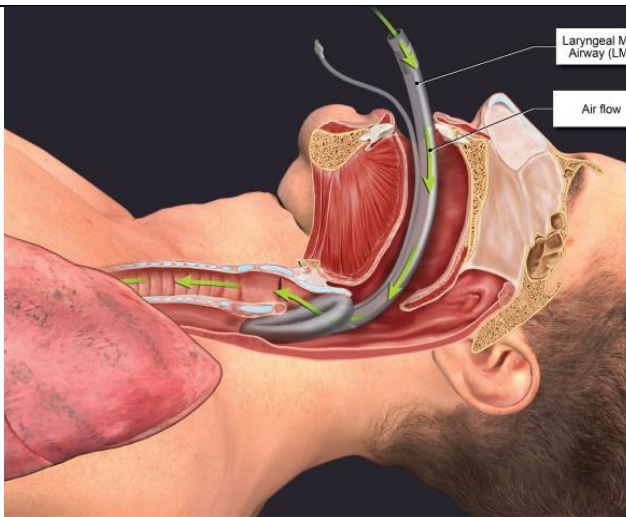
برگشت به مرحله ۵ یا ۷

| کیفیت CPR |
|---|
| * فشردن محکم قفسه سینه حداقل به عمق ۵ سانتیمتر و با سرعت (۱۲۰-۱۰۰ بار در دقیقه) و پس از هر بار ماساژ اجازه برگشت کامل قفسه سینه * حداقل وقفه در فشردن قفسه سینه * اجتناب از تهویه بیش از حد * جایجایی امدادگران (فشردن قفسه سینه) هر دو دقیقه یکبار، یا زودتر در صورت خسته شدن * در صورت برقرار نبودن راه هوایی پیشرفته، نسبت ماساژ قفسه سینه به تنفس به صورت ۳۰ به ۲ رعایت شود. * بررسی وجود امواج کاپنوگراف: اگر $PETCO_2 < 10 \text{ mmHg}$ باشد بایستی کیفیت CPR بهبود داده شود. * بررسی فشار داخل شریانی اگر دیاستول کمتر از ۲۰ mmHg بود کیفیت CPR بهبود داده شود. |
| انرژی مورد نیاز برای دفیبریلاسیون |
| * بای فازیک: بر اساس توصیه شرکت سازنده دستگاه (به عنوان مثال دوز اولیه بین ۱۲۰-۲۰۰ ژول) عمل نمایند. در صورت نامشخص بودن، استفاده از حداکثر ژول در دسترس دوز دوم و دوزهای بعدی با همان مقدار انرژی یا دوزهای بالاتر میتواند در نظر گرفته شود منوفازیک: ۳۶۰ ژول |
| راه هوایی پیشرفته |
| * به حداقل رساندن قطع ارتباط مدار بسته * استفاده از ماهرترین فرد برای ایتنوبه کردن با احتمال موفقیت بالا در دفعه اول * در نظر گرفتن ویدیو لارنگوسکپی * لوله گذاری داخل تراشه و یا تجهیزات اداره راه هوایی پیشرفته سوپراگلوت * استفاده از کاپنوگرافی موجی یا کاپنومتري برای تأیید و مانیتور محل قرارگیری لوله تراشه * بعد از برقراری راه هوایی پیشرفته اعمال تنفس هر ۶ ثانیه (۱۰ تنفس در دقیقه) و فشردن قفسه سینه بصورت مداوم |
| دارو درمانی |
| * دوز اپی نفرین IV/IO: 1mg هر ۳-۵ دقیقه * دوز آمبودارون IV/IO: اولین دوز: 300mg بولوس - دوز دوم: 150mg بولوس یا * دوز لیدوکائین IV/IO: دوز اولیه 1-1.5 mg/kg دوز ثانویه 0.5-0.75 mg/kg |
| برگشت گردش خون خودبه خودی |
| * وجود نبض و فشار خون * افزایش فوری و مداوم فشار CO2 انتهای بازدمی (typically $\geq 40 \text{ mmHg}$) * وجود امواج خود به خودی فشار شریانی در مانیتورینگ فشار داخل شریانی |
| علل برگشت پذیر |
| * Hypovolemia * Hypoxia * Hydrogen ion (acidosis) * Hypo/Hyperkalemia * Hypothermia * Tension pneumothorax * Tamponad, cardiac * Toxins * Thrombosis, pulmonary * Thrombosis, coronary |

تصاویر مرتبط با احیاء پیشرفته قلبی ریوی بزرگسالان در بیماران مشکوک یا مبتلا به کووید ۱۹



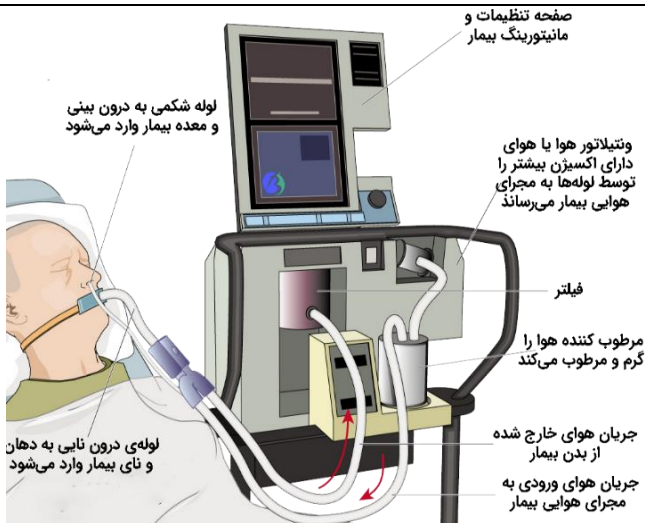
۱- استفاده از پوشش های محافظت فردی در هنگام احیاء قلبی ریوی



۳- جایگزاری لوله هوایی باماسک حنجره LMA



۲- نحوه اتصال دستگاه مکانیکی فشردن قفسه سینه



۵ - نحوه اتصال به دستگاه ونتیلاتور دارای فیلتر مناسب



۴- برقراری راه هوایی پیشرفته با رعایت تجهیزات محافظت فردی