



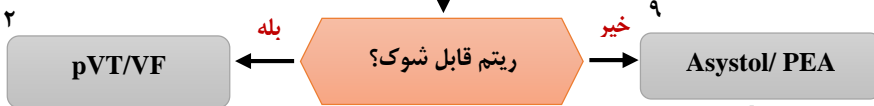
# پروتکل احیاء قلبی - ریوی پیشرفته کودکان در بیماران مشکوک یا مبتلا به کووید ۱۹ (AHA2020)

الف

پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی مناسب  
\*حضور حداقل افراد در تیم احیای قلبی-ریوی

CPR را شروع کنید.

\*با استفاده از آمبویک فیلتردار و چسباندن محکم آن (بدون نشستی) روی صورت بیمار را و نیتله کنید.  
در صورت در دسترس نبودن از ماسک بدون تنفس مجدد هوای بازدمی (Non rebreathing) استفاده شود.  
\*مانیتور یا دفیبریلاتور را به بیمار وصل کنید.  
\*آماده شدن برای اینتوباسیون



در اولویت قراردادن اینتوباسیون / ادامه CPR

\* متوقف کردن فشردن قفسه سینه هنگام لوله گذاری  
\* اگر اینتوباسیون به تأخیر افتاد، اداره راه هوایی با تجهیزات سوپراگلوتیک و یا استفاده از آمبویک فیلتردار و چسباندن محکم آن (بدون نشستی) روی صورت را در نظر داشته باشید.  
\* اتصال به دستگاه ونتیلاتور یا فیلتر در صورت امکان

۴

CPR ۲ دقیقه  
ایجاد مسیر IV/IO

۵ شوک

۶

CPR ۲ دقیقه  
تزریق اپی نفرین هر ۳ تا ۵ دقیقه

۷ شوک

۸

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

۱۰

CPR ۲ دقیقه  
ایجاد مسیر IV/IO  
تزریق اپی نفرین هر ۳ تا ۵ دقیقه

بله

ریتم قابل شوک؟

۱۱

CPR ۲ دقیقه  
درمان علل برگشت پذیر

بله

ریتم قابل شوک؟

۱۲

\* اگر علائم برگشت جریان خون خود بخودی (ROSC) وجود ندارد به مراحل ۱۰ یا ۱۱ بروید.  
\* اگر ROSC اتفاق افتاد، مراقبتهای پس از احیا را دنبال کنید.

برگشت به مرحله ۵ یا ۷

## کیفیت CPR

\* فشردن محکم (بیشتر یا مساوی یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه) و سریع (۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه) و اجازه برگشت کامل قفسه سینه  
\* حداقل وقفه در فشردن قفسه سینه  
\* اجتناب از تهویه بیش از حد  
\* جابجایی 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.

## انرژی مورد نیاز برای دفیبریلاسیون

\* اولین شوک ۲ ژول به ازای هر کیلوگرم.  
\* دومین شوک ۴ ژول به ازای هر کیلوگرم.  
\* شوک های بعدی مساوی یا بیشتر از ۴ ژول به ازای هر کیلوگرم و حداکثر تا ۱۰ ژول به ازای هر کیلوگرم یا دوز بزرگسال

## راه هوایی پیشرفته

\* به حداقل رساندن قطع ارتباط مدار بسته  
\* استفاده از ماهرترین فرد برای اینتوبه کردن با احتمال موفقیت بالا در دفعه اول  
\* در نظر گرفتن ویدیو لارنگوسکوپی  
\* در صورت امکان لوله تراشه کافدار ترجیح دارد.  
\* استفاده از اینتوباسیون داخل تراشه و یا تجهیزات اداره راه هوایی پیشرفته سوپراگلوت  
\* استفاده از امواج کاپنوگرافی 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) با فشردن قفسه سینه به صورت مداوم

## دارو درمانی

\* دوز وریدی / داخل استخوانی اپی نفرین:  
0.01 mg/kg (0.1 ml/kg)، از غلظت 0.1 mg/ml  
هر ۳-۵ دقیقه تکرار شود.  
\* دوز آمبو دارون IV/IO:  
5mg/kg بولوس در طول ایست قلبی، ممکن است بیش از دو بار تکرار در عود VT, VF بدون نبض یا  
\* دوز لیدوکائین IV/IO:  
دوز اولیه: 1 mg/kg  
دوز نگه دارنده: ۲۰-۵۰ میکروگرم بر کیلوگرم در هر دقیقه  
انفوزیون (در صورتی که فاصله زمانی انفوزیون تابلوس اولیه بیش از ۱۵ دقیقه باشد، دوز بولوس تکرار شود).

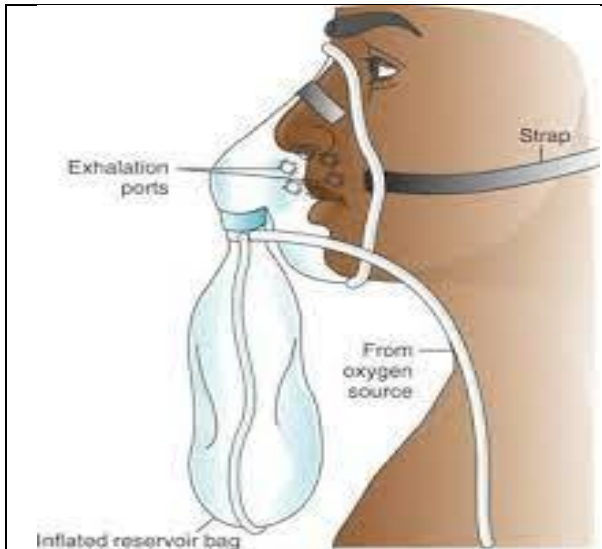
## برگشت گردش خون خودبه خودی

\* وجود نبض و فشار خون  
\* وجود امواج خود به خودی فشار شریانی در مانیتورینگ فشار داخل شریانی

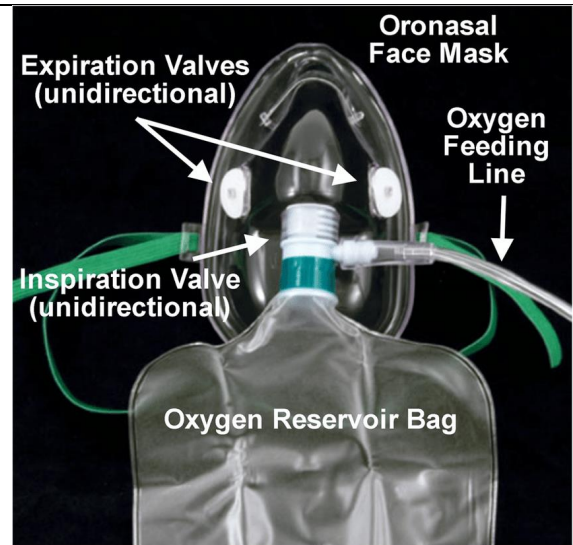
## علل برگشت پذیر

\* Hypovolemia  
\* Hypoxia  
\* Hydrogen ion (acidosis)  
\* Hypoglycemia  
\* Hypo/Hyperkalemia  
\* Hypothermia  
\* Tension pneumothorax  
\* Tamponad, cardiac  
\* Toxins  
\* Thrombosis, pulmonary  
\* Thrombosis, coronary

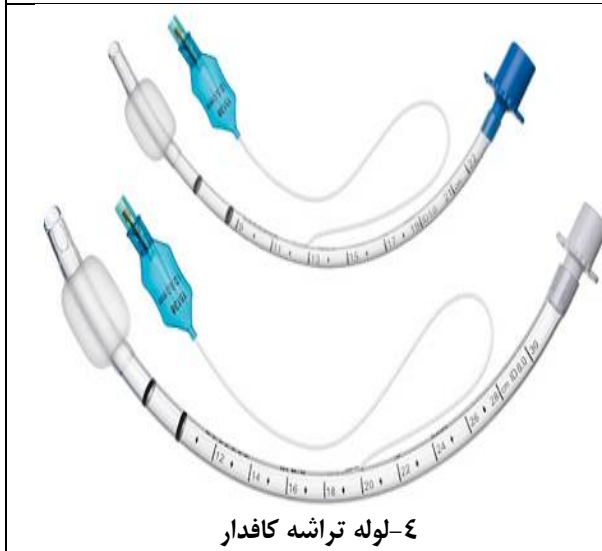
تصاویر مرتبط با احیاء قلبی - ریوی پیشرفته کودکان در بیماران مشکوک یا مبتلا به کوید ۱۹ (AHA2020)



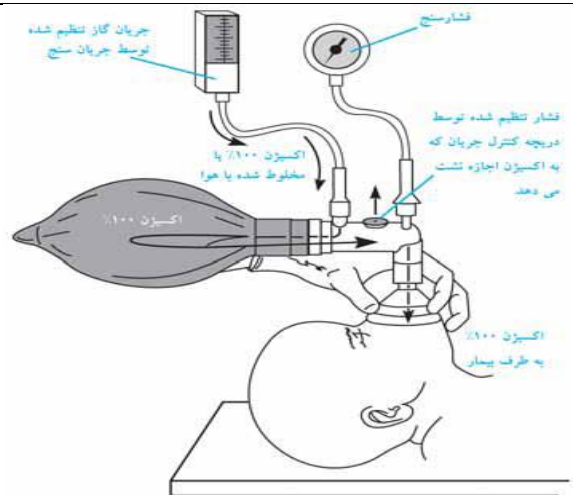
۲- نحوه اتصال ماسک بدون تنفس هوا بازدمی به صورت و پر بودن بگ ذخیره



۱- اجزا ماسک بدون تنفس هوا بازدمی (Non rebreathing)



۴- لوله تراشه کافدار



۳- بگ بیهوشی یا بگ وابسته به جریان



۶- یک نمونه از دستگاه الکتروشوک



۵- یک نمونه از دستگاه لارنگوسکوپ همراه با صفحه نمایش