

پروتکل اقدامات پیشرفته حفظ حیات در بزرگسالان در بیماران مشکوک یا مبتلابه کووید ۱۹ (HAH2020)

الف

پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی مناسب
*محدود کردن تعداد افراد
*تصمیم گیری جهت شروع احیایه اقتضاء شرایط

CPR را شروع کنید.
*اکسیژن تراپی (محدود کردن تولید آئروسول)
*اتصال بیمار به مانیتور/دیفیبریلاتور
*آماده شدن برای اینتوباسیون

ریتیم قابل شوک؟



شوگ

pVT/VF

Asystol/ PEA

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

CPR ۲ دقیقه
ایجاد مسیر IV/IO

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



شوگ

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

ریتیم قابل شوک؟

CPR ۲ دقیقه
درمان علل برگشت پذیر



شوگ

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

ریتیم قابل شوک؟

* 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 احیای را دنبال کنید.

برگشت به مرحله ۵ یا ۷

| CPR کیفیت |
|---|
| * 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 با سستی کیفیت CPR بهبود داده شود. * بررسی فشار داخل شریانی اگر دیاستول کمتر از 20 mmHg بود کیفیت CPR بهبود داده شود. |
| انرژی مورد نیاز برای دیفبریلاسیون |
| * بای فازیک: بر اساس توصیه شرکت سازنده دستگاه (به عنوان مثال دوز اولیه بین ۱۲۰-۲۰۰ ژول) عمل نمایید. 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 اینتوبه کردن یا احتمال موفقیت بالا در دفعه اول * در نظر گرفتن ویدیو لارینگوسکوپی * لوله گذاری داخل تراشه و یا تجهیزات اداره راه هوایی پیشرفته سوپراگلوت * استفاده از کاپنوگرافی موجی یا کاپنومتی 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 بولس-دوم: 150mg بولس یا * دوز لیدوکائین IV/IO: دوز اولیه 1-1.5mg/kg دوز ثانویه 0.5-0.75mg/kg |
| برگشت گردش خون خودبه خودی |
| * وجود نبض و فشار خون * افزایش فوری و مداوم فشار CO_2 انتهای بازدمی ($PETCO_2$ typically $\geq 40 \text{ mmHg}$) * وجود امواج خودبه خودی فشار شریانی درمان تیورینگ فشار داخل شریانی |
| علل برگشت پذیر |
| * Hypovolemia * Hypoxia * Hydrogen ion (acidosis) * Hypo/Hyperkalemia * Hypothermia * Tension pneumothorax * Tamponad, cardiac * Toxins * Thrombosis, pulmonary * Thrombosis, coronary |

