

خط مشی CPCPR (احیاء قلبی-ریوی) پایه و پیشرفته

تهیه کننده :

صدیقه علیدادی

(کارشناس پرستاری-سوپروایزر آموزشی)

تایپ و تنظیم :

سعیده فهرستی (کارشناس مدیریت بهداشت و درمان)

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری مرودشت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری
شهرستان مرودشت

Policy for CPR

خط مشی در رابطه با: (احیاء قلبی-ریوی) پایه و پیشرفته

Compiled by	- مطابق با: کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری چاپ ۱۳۸۵- گایدلاین جدید ۲۰۱۰ CPR - کتاب برونر
Approving	- هیات تأیید کننده: کمیته ایمنی و حاکمیت بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری زیر نظر دکتر جمشید رحمتی (متخصص بیهوشی و مراقبت های ویژه) و دکتر حمیدرضا بهمنی (متخصص بیهوشی و مراقبت های ویژه)
Date Approved	- تاریخ اجرا: آبان ۱۳۹۰
Next review date	- تاریخ بازبینی: آبان ۱۳۹۲
Target audience	- مخاطبان: پزشکان، دانشجویان پزشکی، پرسنل پرستاری و ماما، کمک بهیاران، پرسنل رادیولوژی و سی تی اسکن
Version	- نسخه: ۱
Lead executive	- مدیر اجرایی: مسئولین بخش های مربوطه، متخصصین بیهوشی
Author (lead meager)	- مدیر راهنما: سوپروایزر آموزشی، متخصصین بیهوشی
Number of policy	- شماره خط مشی: شماره ۱۹

فهرست : Contents

- ۴----- بیانیه خط مشی (Policy Statement)
- ۴----- دامنه (Scope)
- ۴----- هدف کلی (Aim)
- ۴----- اهداف (Objective)
- ۵----- مسئولیت ها (Responsibilities)

تعاریف

- ۵----- تعاریف خط مشی
- ۶----- اصول خط مشی (Principles)
- ۷----- ضمیمه ها

بیانیه خط مشی (Policy Statement)

احیاء قلبی-ریوی یک اقدام اورژانسی مهم جهت نجات جان بیمارانی است که دچار ایست قلبی-تنفسی می شوند و تاخیر یا انجام ناصحیح آن باعث مرگ و یا وارد شدن صدمات جبران ناپذیر به بیمار می شود، به خاطر اهمیت این موضوع هر ۵ سال گایدلاین CPR در سطح جهانی تغییر می کند، لذا مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری مرودشت در جهت آموزش مداوم و پیوسته CPR چه به صورت پایه و چه به صورت پیشرفته طبق گایدلاین جدید و آخرین اطلاعات تمام تلاش خود را به کار می برد.

دامنه (Scope)

این خط مشی در ارتباط با تمامی پرسنل درمانی شامل : پرستاران، پزشکان و دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی، ماما و کمک بهیاران، پرسنل پاراکلینیک شامل: رادیولوژی و CT اسکن (CPR پایه) می باشد.

هدف کلی (Aim)

هدف افزایش سطح آگاهی پرسنل در رابطه با اهمیت CPR ، نحوه صحیح انجام آن و تاثیر سرعت عمل در CPR و نجات جان بیمار می باشد تا از این طریق خطرات ناشی از آن به حداقل ممکن برسد.

اهداف (Objective)

۱- تلاش برای برقراری تنفس موثر و گردش خون:

الف) ارزیابی راه هوایی و در صورت عدم تنفس موثر باز کردن راه هوایی و شروع تهویه مصنوعی

ب) چک نبض و در صورت عدم وجود نبض شروع ماساژ قلبی

۲- تامین مراقبت موثر و فوری جهت بیمارانی که دچار ایست قلبی شده اند.

۳- Post Arrest Care (مراقبت از بیمار پس از ایست قلبی-تنفسی)

۴- اصلاح زمینه ها و عوامل ایجاد کننده ایست قلبی-تنفسی

۵- چگونگی نوشتن گزارش پرستاری در بیمارانی که CPR شده اند.

مسئولیت ها (Responsibilities)

- ۱- خط مشی مربوطه توسط سوپروایزر آموزشی در اختیار تمامی واحدهای مربوطه قرار بگیرد.
 - الف) مسئولین واحدها موظفند خط مشی را در اختیار پرسنل خود قرار دهند.
 - ب) برگزاری کلاس های آموزشی جهت پزشکان و پرسنل جدیدالورود
 - پ) برگزاری کارگاه های آموزشی حداقل هر شش ماه یک بار توسط پزشکان متخصص و سوپروایزر آموزشی
- ۲- پرسنل موظفند طبق خط مشی مربوطه عملیات CPR را انجام دهند.
- ۳- تیم CPR موظفند بر اساس چک لیست و خط مشی مربوطه وظایف خود را انجام دهند که بدین ترتیب می باشد:

شرح وظایف تیم CPR :

نفر اول :	A & B برای مسئولیت برقراری راه هوایی و تنفس (Airway & Breathing)
نفر دوم:	C برای مسئولیت ماساژ قلبی و برقراری گردش خون (Circulation)
نفر سوم:	D برای گرفتن خط وریدی و استفاده از داروها (Drugs & fluids)
نفر چهارم:	E به عنوان رابط با خانواده بیمار- کمک به هماهنگی اقدامات CPR و اقدامات دیگر طبق نظر رهبر تیم.

CPCR یا احیاء قلبی-ریوی، ترکیبی از تنفس مصنوعی و Chest Compression (فشردن قفسه سینه) می باشد، اگر شخص نتواند نفس بکشد و یا گردش خون دچار اختلال شود CPR می تواند گردش خون را برقرار کرده و به مغز خون رسانی کند. بدون اکسیژن آسیب و یا مرگ مغزی در کمتر از ۵ دقیقه اتفاق می افتد.

انجام CPCR ممکن است در موارد اورژانسی مختلف لازم شود به عنوان مثال: تصادفات، غرق شدگی، مسمومیت، برق گرفتگی، اسپیریشن و...

اقدامات اولیه و مهم در انجام CPR موثر:

- ۱- مهم ترین مورد در ابتدا حفظ امنیت احیاءگر و سپس مصدوم و ارزیابی محیط می باشد.
به عنوان مثال: فردی که دچار برق گرفتگی شده ابتدا مطمئن شوید که منبع برق قطع شده و سپس اقدام کنید.
- ۲- ارزیابی مصدوم و تعیین سطح هوشیاری: (آیا پاسخ می دهد) که از نظر موارد زیر چک می شود:
باز کردن چشم ها، خروج صدا از دهان و وجود نشانه ای از حیات مانند حرکت بازو و ران
- ۳- چک نمودن تنفس و نبض: چک نبض کاروتید، بالا و پایین رفتن قفسه سینه، خروج هوا از دهان بیمار
- ۴- درخواست کمک و اعلام کد
- ۵- شروع CPR بدون فوت وقت

چک لیست 2010 CPR (پیشرفته)

مقدمه:

پرستارانی که جهت انجام اقدامات ACLS دوره می بینند قادر هستند پس از انجام اقدامات BLS دیس ریتمی احتمالی موجود در مصدوم را تشخیص داده و اقدام به انجام دفیبریلاسیون نموده و مدیریت رهبری گروه کد را تا رسیدن پزشک به عهده بگیرند.

اهداف:

- ۱- حمایت های قلبی و تنفسی با امکانات پیشرفته تا برقراری وضعیت تنفس و ضربان قلب خود به خودی و پیش گیری از بروز صدمات جبران ناپذیر به مغز و دیگر ارگان های حیاتی بدن بیمار
- ۲- تامین مراقبت موثر و فوری جهت بیمارانی که دچار ایست قلبی شده اند.
- ۳- اصلاح زمینه های ایجاد کننده ایست قلبی تنفسی

وسایل مورد نیاز:

راه هوایی دهانی (ایروی)، داخل بینی و داخل تراشه ای (ET)- ماسک با دریچه اجازه عبور یک طرفه ی هوا- منبع اکسیژن- فلومتر اکسیژن- وسایل لوله گذاری داخل تراشه- کیف یا ترالی احیاء- وسایل ساکشن- لوله بینی، معده ای- گان- ماسک- دستکش استریل- ست ایست قلبی- وسایل رگ گیری محیطی شامل کاتترها یا آنژیوکت های شماره ۱۸-۱۴- وسایل کارگذاری لاین ورید مرکزی با سوزن های شماره ۲۰-۱۵- وسایل تزریق داخل رگی شامل لوله سرم و میکروست- مانیتور و لیدهای ECG- دستگاه دفیبریلاتور- پدهای دفیبریلاتور- داروهای قلبی شامل اپی نفرین، لیدوکائین، پروکائین آمید، وازوپرسین- آمیودارون، آتروپین، ایزوپرتنول، دوپامین، کلسیم کلراید و دوبوتامین- پیس میکر خارجی- ست کریکوتیروتومی (در صورت لزوم)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	کد مسئولیت
۱	در همه بخش ها (مخصوصا بخش های ویژه و اورژانس ها) برای افراد حاضر در هر شیفت مسئولیت ویژه تعریف کنید تا رسیدن تیم اصلی و در حضور آنان وظایف هر کس معین باشد: A&B = برای مسئولیت برقراری راه هوایی و تنفس (Airway & Breathing) C = برای مسئولیت ماساژ قلبی و برقراری گردش خون (Circulation) D = برای گرفتن خط وریدی، و استفاده از داروها (Drugs & Fluids) E = به عنوان رابط با خانواده بیمار- کمک به هماهنگی اقدامات CPR و اقدامات دیگر طبق نظر رهبر تیم	
۲	در صورتی که اولین کسی هستید که وارد محل وقوع حادثه شده اید، به منظور ارزیابی هوشیاری، بیمار را صدا بزنید.	A&B
۳	در صورت عدم پاسخ فوراً کمک بخواهید و اعلام کد نمایید.	A&B
۴	راه هوایی بیمار را ارزیابی و آن را از وجود مواد خارجی و استفراغ پاک کنید.	A&B
۵	راه هوایی را با یکی از روش های مربوطه باز نکه دارید.	A&B
۶	تنفس و نبض کاروتیدی بیمار را ارزیابی کنید.	A&B
۷	در صورت عدم وجود نبض و تنفس اقدام به CPR یک نفره کنید. (تعداد فشردن قفسه سینه: ۳۰، تعداد تنفس: ۲)	A&B
۸	از دومین نفر کمک کننده بخواهید تخته CPR را زیر بیمار قرار دهد.	A&B
۹	با دومین نفر گروه BLS ، CPR دو نفره را شروع کنید.	C
۱۰	با در دسترس بودن تالی اورژانس برای باز نگه داشتن راه هوا از ایروی استفاده کنید.	A&B
۱۱	بالای سر بیمار قرار گرفته و ضمن باز کردن راه هوایی (به روش Jaw Thrust) با ماسک و آمبوگ اکسیژن ۱۰۰٪ به بیمار بدهید.	A&B
۱۲	در حالی که CPR را ادامه می دهید از نفر سوم بخواهید که دستگاه شوک را آماده کند.	
۱۳	سینه بیمار را برهنه کنید و پدلهای دفیبریلاتور را طبق راهنما در روی سینه بیمار قرار دهید.	C
۱۴	از مانیتور دستگاه شوک برای تشخیص نوع آریتمی بیمار با استفاده از پد یا قاشقک ها به عنوان الکتروود ECG برای مانیتور سریع استفاده کنید.	C
۱۵	اگر بیمار دچار فیبریلاسیون بطنی باشد وی را دفیبریله کنید. (شوگ اسپینکرونایز داده شود)	C
۱۶	ECG بیمار را به وسیله چسباندن الکترودهای سینه و اتصال به لید مانیتور دستگاه شوک مانیتور کنید. و یک نوار طولانی تهیه کنید.	C

شماره خط مشی واحد: ۱۹

خط مشی (احیاء قلبی-ریوی) پایه و پیشرفته شماره صفحه: ۸

نسخه: ۱

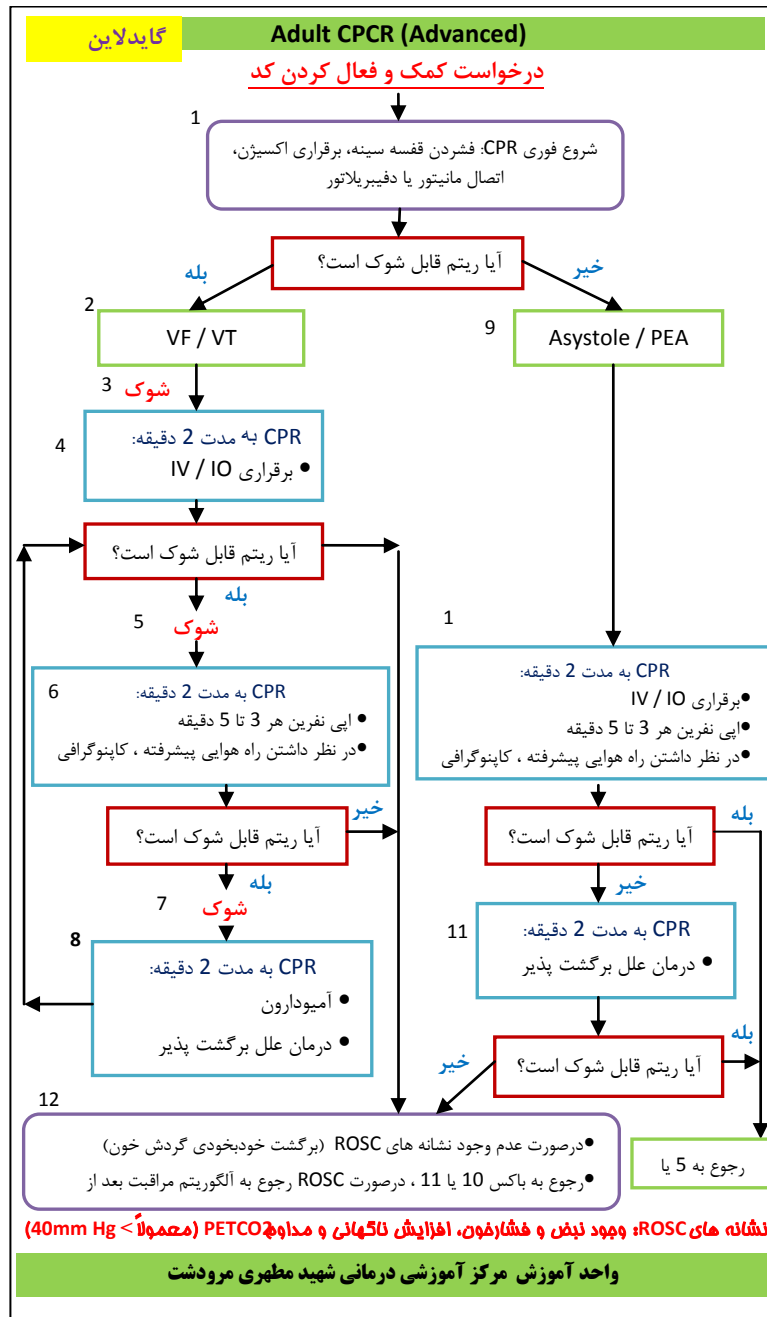
« مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری مرودشت »

تاریخ: آبان ماه ۱۳۹۰

A&B	اگر آماده کردن دفیبریلاتور با تاخیر صورت گیرد، CPR را ادامه دهید.	۱۷
A&B	پرستار آموزش دیده ACLS رهبری گروه کد را تا رسیدن پزشک به عهده بگیرد.	۱۸
A&B	نبض و تنفس را مجدداً بررسی کنید (بعد از دو دقیقه و به مدت ده ثانیه)	۱۹
A&B	در صورت نیاز دهان و حلق بیمار را ساکشن کنید	۲۰
A&B	با آماده بودن لارنگوسکوپ و لوله تراشه، در لوله گذاری داخل تراشه کمک کنید.	۲۱
A&B	بیشتر از ۱۵-۱۰ ثانیه عملیات CPR را جهت انجام لوله گذاری داخل تراشه متوقف نکنید.	۲۲
A&B	در صورت نیاز دهان و حلق و داخل لوله تراشه بیمار را ساکشن کنید.	۲۳
A&B	اگر صداهای تنفسی در سمت ریه ی چپ محو و نامحسوس باشد به آرامی لوله داخل تراشه را کمی بیرون بکشید.	۲۴
A&B	مجدداً با گوشی صداهای تنفسی در هر دو ریه را گوش کنید.	۲۵
A&B	به عدد روی لوله تراشه که در کنار لب بیمار قرار گرفته توجه کنید. (در آقایان ۲۳-۲۱ و در خانم ها ۲۱-۱۹ مناسب است)	۲۶
A&B	لوله داخل تراشه را با کمک باند یا چسب ثابت کنید.	۲۷
A&B	بیمار را با آمبوبگ تهویه کنید. (آمبو متصل به اکسیژن ۱۰۰ درصد باشد)	۲۸
A&B	به حرکات قفسه سینه در زمان تهویه توجه کنید.	۲۹
D	پرستار آموزش دیده ACLS یک رگ محیطی با آنژیوکت شماره بزرگ از بیمار بگیرد.	۳۰
D	سیاهرگ های بزرگی چون سیاهرگ داخل آرنج را انتخاب کنید.	۳۱
D	به محض اینکه موفق به رگ گیری شدید جهت برگشتن کلاپس عروقی سرم نرمال سالین را تزریق کنید.	۳۲
A&B	ریتم و تعداد ضربان قلب را چک کنید.	۳۳
E	کمک کنید تا از بیمار ABG تهیه شود.	۳۴
E	فشارخون را اندازه بگیرید (به روش غیر تهاجمی)	۳۵
D	وسایل و داروهای مورد استفاده در ACLS را آماده کنید.	۳۶
D	در صورت رگ گیری ناموفق، داروهایی چون اپی نفرین، لیدوکائین، آتروپین و نالوکسان (۲ تا ۲٫۵ برابر مقدار IV) را بر حسب نیاز در ۱۰ سی سی آب مقطر یا محلول نرمال سالین رقیق کرده و به داخل تراشه بیمار بریزید. (آتروپین در برادیکارد یا علامت دار و مسمومیت با ارگانوفسفات داده می شود)	۳۷
A&B	سپس با آمبوبگ بیمار را ۵ تا ۶ بار تهویه کنید تا داروها در سطح آلوئل ها قرار گرفته و امکان جذب سریع آن ها فراهم شود.	۳۸
D	اقدام به کمک در گرفتن ورید مرکزی کنید.	۳۹
D	پس از رگ گیری موفق و یا گرفتن ورید مرکزی داروهای مناسب در درمان ریتم و تغییرات همودینامیک را طبق دستور به بیمار برسانید.	۴۰
A&B	همزمان با گرفتن رگ محیطی از بیمار توسط پرستار، پرستار دیگر ترشحات دهان و حلق را ساکشن کند.	۴۱

C	در صورت نیاز و طبق دستور پزشک بیمار را دفیبریله کنید.	۴۲
E	مراقبت های اولیه را با همکاری گروه بلافاصله بعد از احیاء قلب و ریه انجام دهید.	۴۳
E	در صورتی که همراهان بیمار حضور دارند از پرستار دیگری که در گروه کد وظیفه ای ندارد بخواهید که با آن ها بماند. اعتقادات خانواده بیمار را بدانند و به نیازهای عاطفی آن ها توجه داشته باشد.	۴۴
E	در اولین فرصت ممکن اجازه دهید که خانواده بیمار، وی را ملاقات کنند.	۴۵
رهبر	در هر زمان که بیمار بیدار و هوشیار گردید، وقایع را تا حد امکان به وی توضیح بدهید.	۴۶
رهبر	اگر بستگان بیمار در دسترس نیستند در اسرع وقت با آن ها تماس گرفته و اطلاع بدهید.	۴۷
رهبر	در صورتی که پزشک بیمار را NO-CPR معرفی کرده است، مطمئن شوید که در پرونده بیمار ثبت و امضاء کرده باشد.	۴۸
E	در صورت امکان دستور پزشک را به خانواده بیمار منتقل کنید.	۴۹
E	در صورت فوت بیمار اجازه بدهید تا خانواده اش وی را ببینند و طبق موازین عرفی و شرعی با بیمار و خانواده اش رفتار کنید.	۵۰
E	در صورت فوق دستورالعمل مراقبت از بیمار در حال احتضار و مراقبت از جسد را طبق موازین شرعی و با توجه به درخواست همراهان انجام دهید.	۵۱
	<p>کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید:</p> <p>الف- در طول کد تمام وقایع و جزئیات را تا حد امکان</p> <p>ب- علت ایست قلبی، با هوشیاری و بدون هوشیاری، زمان بروز ایست قلبی، زمان شروع CPR، زمان ورود پرستار دوره دیده ACLS و تمام وقایع طول احیاء</p> <p>پ- تعداد شوک های داده شده، زمان آن ها، میزان ژول انرژی آن ها، دیس ریتمی قبل و بعد از دفیبریلاسیون و این که آیا بیمار نبض داشته است یا خیر</p> <p>ت- تمام ABG های انجام شده، زمان انجام، تفسیر جواب و به رویت پزشک رسانیدن و اقدامات انجام شده</p> <p>ث- کلیه داروهای تجویز شده، میزان آن ها، عامل تجویز آن ها و پاسخ بیمار به داروها</p> <p>ج- تمام وقایع از جمله خط وریدی محیطی یا مرکزی، پیس میکر کار گذاشته شده، لوله گذاری انجام شده و زمان انجام هر کدام و میزان تحمل بیمار به هر کدام</p> <p>چ- در صورتی که بیمار به بخش یا واحد درمانی دیگری منتقل شده است نام بخش یا واحد درمانی، ساعت انتقال و این که زمان انتقال خانواده اش حضور داشته اند یا خیر</p> <p>ح- علائم حیاتی و ریتم قلبی و نبض های کاروتید و فمورال را هر ۵ دقیقه بررسی و ثبت کنید.</p> <p>خ- سطح هوشیاری، صداهای تنفسی، صداهای قلبی، مایعات دریافتی از طریق وریدهای محیطی و میزان ادرار بیمار را هر ۵ دقیقه بررسی و ثبت کنید.</p> <p>د- کلیه مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده را یادداشت کنید.</p> <p>ذ- زمانی که گزارشتان کامل شد از پزشک و پرستار ACLS بخواهید آن را مطالعه کرده و سپس امضاء کند.</p>	۵۲

گایدلاین جدید CPR: (۲۰۱۰)



CABD

هئانه بیمار جلو شما Arrest دهد ، اول DC.Shock و بعد بقیه موارد انجام می شود.

C: فشردن قفسه سینه (Chest compression : CC)

- سرعت **100 بار در دقیقه** ، عمق **5cm** همراه با اجازه برگشت کامل قفسه سینه،
- برای رگ گرفتن : جابجایی احیاء گران ، چک نبض و ... CC را متوقف نکنیم.
- **بیشتر از 10 ثانیه نمی توان CC را قطع کرد.**

A: راه هوایی (Air way)

- باز کردن راه هوایی: مانور Head Tilt – Chin Lift و در صورت شک به ترومای ستون مهره ها مانور Jaw Thrust

B: تنفس (Breathing)

- در صورت عدم برقراری راه هوایی پیشرفته (ETT) : 30 بار CC ، 2 بار آمیو ، حتماً 100% O2 به ته آمیو وصل باشد.
- طریقه گرفتن آمیو به روش E.C: دو انگشت شست و نشانه به شکل C ، دور ماسک و سه انگشت دیگر به شکل E در ناحیه گردن .

D: شوک قلبی (Defibrillation)

- پدال ها حتماً در جای خود قرار گیرد: (Apex) سمت چپ زیر nipple فضای بین دنده ای پنجم، sternum سمت راست زیر ترقوه
- بدن بیمار خشک باشد . - اکسیژن قطع شود.
- حتماً از الکتروژل استفاده شود ، روی پدال ها ریخته و با حرکت 2 پدال روی هم پخش شود .
- میزان فشار پدال روی سطح بدن 9-12 kg (با توجه به وضعیت بیمار)
- استفاده از مخلوط الکترولیت و آب مقطر به میزان 50 به 50 : برای تمیز کردن پدال ها در اتمام احیاء

در امیاء دو نفره ، ماساژ قلبی و عملیات تنفسی ربطی به هم ندارند. (ماساژ قلبی به هیچ وجه قطع

نمی شود مگر بعد از 2 دقیقه).

نسبت ماساژ قلبی به تنفس

یک نفره	در تمام گروه های سنی 30 به 2 و در نوزادان 3 به 1
دو نفره	اطفال 15 به 2 و بزرگسال (یک نفر 100 ماساژ و نفر دیگر 10-8 تنفس در دقیقه)

بهترین زمان دادن داروها، هنگام ماساژ قلبی است (بدلیل برقراری پرفیوژن)

ایبی نفرین : 1mg هر 3-5 دقیقه (در CPR محدودیت دوز ندارد)

IV: بهترین سرم CPR نرمال سالین می باشد (بدیل نزدیک بودن اسمولاریته آن به اسمولاریته بدن)

* در CPR داروها بصورت IV شوت و حل شده، داده می شود. بعد از هر تزریق 10-20cc نرمال سالین داده و سپس 10-20 ثانیه اندامی که IV به آن وصل است بالا نگه داشته می شود.

* داروهایی که از طریق ETT داده می شود 2-2/5 برابر مقدار IV و 5-10cc رقیق می شود. بعد از دادن دارو 6-5 تنفس می دهیم.

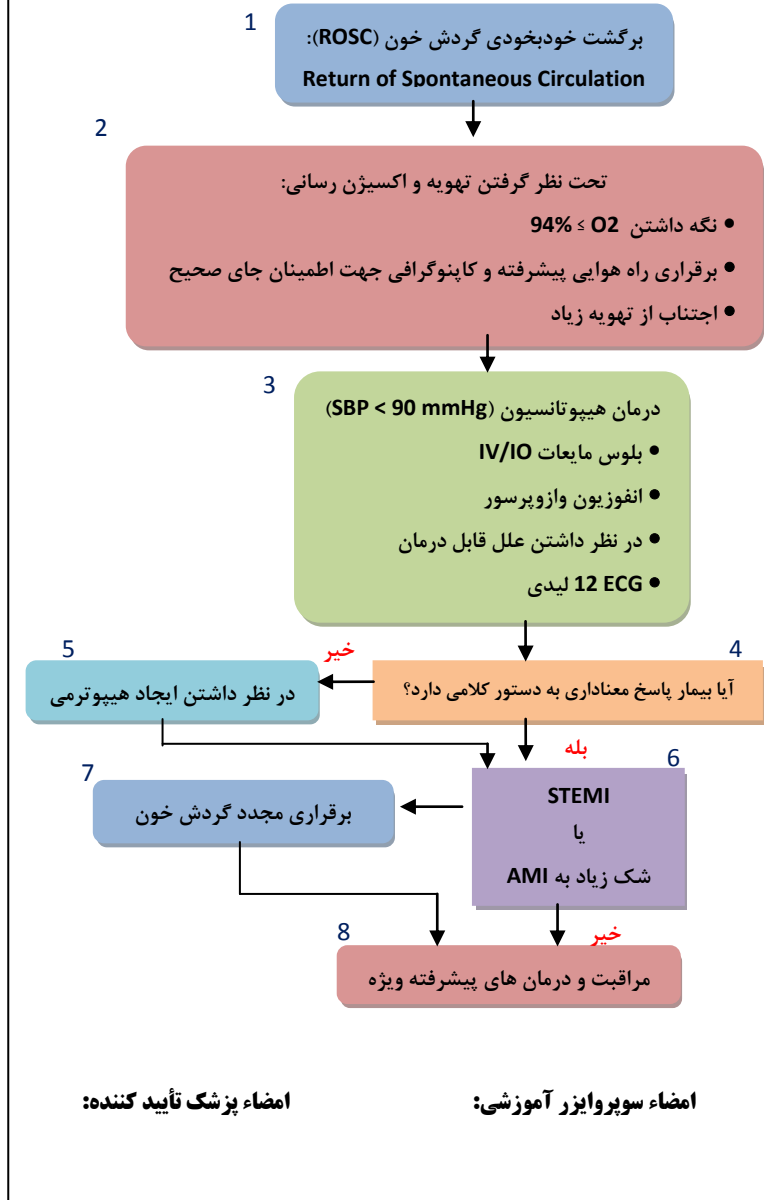
اولین و بهترین داروی آلتی آریمی اکسیژن می باشد.

shock → CPR 2' → 10" چک ریتم → CPR 2' → shock

امضاء پزشک تأیید کننده:

امضاء سوپروایزر آموزشی:

Adult Post Cardiac Arrest



نکات و توضیحات مهم:

- ✳ چنانچه BP پائین باشد بیمار را hyperventilate نمی کنیم ، زیرا باعث کاهش BP می شود.
- ✳ شروع تهویه با 10 تا 12 تنفس در دقیقه و ادامه تا رسیدن PETCO2 به 35-40 mm Hg
- ✳ اکسیژناسیون مداوم و پایش آن با پالس اکسیمتر و در صورت امکان کاهش FIO2 به میزان حداقل تا رسیدن $SPO_2 \geq 94\%$
- ✳ در صورت امکان بالانگه داشتن 30 درجه سر بیمار جهت جلوگیری از ادم مغزی، آسپیراسیون و پنومونی
- ✳ پایش علائم حیاتی ، ریتم و گرفتن ECG 12 لیدی و در صورت هیپوتانسیون ($SBP < 90mmHg$):
- ✳ بولوس IV 1 تا 2 لیتر نرمال سالین با در نظر داشتن شرایط بالینی بیمار (جهت ایجاد هیپوترمی استفاده از مایعات با $4^\circ C$)
- ✳ استفاده از داروهای وازواکتیو نظیر اپی نفرین با انفوزیون ($0.1-0.5mcg/kg/min$) ، دوپامین با انفوزیون ($5-10mcg/kg/min$) و نوراپی نفرین با انفوزیون ($0.1-0.5mcg/kg/min$) و ادامه تا رسیدن ($SBP \geq 90mmHg$)
- ✳ ارزیابی خونرسانی ارگانها و اعضا و کمک به عملکرد آنها و همچنین تعبیه سوند فولی و NGT و کنترل جذب و دفع مایعات (I/O)
- ✳ ایجاد هیپوترمی جهت اصلاح اختلالات نورولوژیک بسیار حیاتی می باشد و تأثیر مهمی در متابولیسم لاکتات و O2 دارد.
- ✳ بعد از ROSC دمای مرکزی بدن بیمار باید بین $32^\circ C$ تا $34^\circ C$ برای 12 تا 24 ساعت رسانده شود.
- ✳ در مدت ایجاد هیپوترمی ، کنترل عواملی که باعث صدمه مغزی می شوند نظیر : تشنج، لرز، اضطراب، درد و مقاومت در برابر دستگاه ونتیلاتور با استفاده از داروهای آرامش بخش ، مخدر و ضد اضطراب و... کنترل گردد.
- ✳ قند خون بیمار باید بین ($144-180mg/dl$) به دقت کنترل گردد.
- ✳ عمده ترین علت ایست قلبی سندرم حاد کرونری (ACS) می باشد. در صورت بالا رفتن قطعه ST با LBBB جدید، درمان ACS شروع شود.
- ✳ نتایج نورولوژیک : وضعیت پیامدهای نورولوژیک بیمار معمولاً بین 24 تا 48 ساعت بعد از ایست قلبی با معاینات عصبی و تست های تشخیصی اعم از CT و MRI قابل ارزیابی می باشد و در صورت لزوم درمانهای تخصصی نورولوژیک انجام گیرد.
- ✳ چنانچه بیمار مشکل ماد کرونری دارد بلافاصله بایستی آنژیوپلاستی اورژانسی انجام شود.
- ✳ هر بیمار CPR شده بلافاصله به بخش ویژه منتقل شود ، در غیر اینصورت مجدداً Arrest می دهد.

واحد آموزش مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری مرودشت

سوابق خواندن خط مشی توسط کارکنان

Employee Record of Having Read the Policy

CPCR Policy

اینجانب اصول موجود در خط مشی نام برده شده را خوانده و درک کرده ام.

مشخصات کامل: Full Name	امضاء: Signature	تاریخ: Date