

# فهرست مطالب



## بخش اول - مقدمات

فصل ۱- آشنایی با کار بالینی در بخش اورژانس	۲
رویکرد اورژانس به بیماران	۴
فصل ۲- اورژانس پیش بیمارستانی	۵
ارائه‌دهندگان خدمات اورژانس پیش بیمارستانی	۵
اجزای اورژانس پیش بیمارستانی	۶
فصل ۳- تریاژ: اصول و مقدمات	۸
تاریخچه تریاژ	۸
انواع تریاژ در بخش اورژانس	۱۰
تریاز در اورژانس: الزام یا اختیار	۱۱
دقت سیستم تریاژ	۱۱
تریاز: از ایده تا اجرا	۱۲
کمیت تریاژ	۱۳
اعضای کمیته تریاژ	۱۳
وظایف کمیته تریاژ	۳۱
فضای فیزیکی	۱۳
وسایل و تجهیزات	۱۴
کارکنان	۱۴
آموزش و اطلاع‌رسانی	۱۴
مستندسازی اطلاعات	۱۵
ارتباطات و تعاملات	۱۷
امنیت	۱۷
کلام آخر	۱۷
فصل ۴- تریاژ به روش ESI,4	۱۸
کلیات	۱۸
انجام تریاژ	۱۸
سطح ۱ در تریاژ ESI	۲۱
سطح ۲ در تریاژ ESI	۲۱

## بخش دوم - مهارت‌های پایه

موارد پرخطر (High risk)	۲۲
اختلال سطح هوشیاری	۲۲
سطوح ۴، ۳ و ۲ در تریاژ ESI	۲۳
جایگاه تخمین تسهیلات در ESI (تعیین سطوح ۴، ۳ و ۵)	۲۳
تعریف سطح براساس تسهیلات	۲۳
سوالات رایج در خصوص تسهیلات اورژانس	۲۳
نشانه‌ها و علائم حیاتی در تریاژ ESI	۲۴
فصل ۵- مدیریت راه هوایی AIRWAY MANAGEMENT	۲۶
خلاصه‌ای از آناتومی راه هوایی	۲۶
موارد مداخله و حفاظت از راه هوایی	۲۷
مداخله و حمایت از راه هوایی	۲۷
مانورهای حفظ راه هوایی	۲۷
ساکشن ترشحات راه هوایی	۲۸
اکسیژناسیون	۲۹
استفاده از وسایل در راه هوایی	۳۰
اینتوباسیون با توالی سریع	۳۱
بررسی از طریق دیدن وضعیت ظاهری	۳۱
بررسی لندژمهای مناسب لوله‌گذاری (قانون ۲-۳-۳)	۳۲
مراحل RSI	۳۴
تیغه لارنگوسکوپی	۳۴
Post intubation	۳۷
لوله‌گذاری از راه بینی	۳۸
موارد استعمال	۳۸
موارد منع استعمال	۳۸
وسایل خارج گلوئی	۳۸
(LMA) Laryngeal Mask Airway	۳۸
روش‌های تهاجمی حفاظت از راه هوایی	۴۱

.....	۴۱	آناتومی
.....	۴۲	نحوه انجام Jet-insufflation
.....	۴۲	محدودیت‌ها
.....	۴۳	ملاحظات لازم در اینتوباسیون اطفال
.....	۴۴	فصل ۶- حمایت حیاتی پایه (BLS) Basic Life Support
.....	۴۴	ارست قلبی و اهمیت آن
.....	۴۵	زنجیره بقاء در بالغین در خارج از بیمارستان
.....	۴۷	اهمیت احیای قلبی - تنفسی
.....	۴۹	استراتژی‌های انجام CPR در امدادگران
.....	۵۳	بررسی و مدیریت راه هوایی
.....	۵۷	مراحل کار با دستگاه AED
.....	۵۸	موقعیت‌های خاص احیاء
.....	۶۱	سندرم حاد کرونری
.....	۶۲	سکته مغزی
.....	۶۲	غرق‌شدگی
.....	۶۳	هیپوترمی
.....	۶۴	فصل ۷- احیای قلبی پیشرفته (Advanced Cardiac Life Support (ACLS
.....	۶۴	مداخلات ACLS باهدف پیشگیری از ارست قلبی
.....	۶۷	CPR با کیفیت مناسب
.....	۶۷	مرحله ROSC
.....	۶۷	انرژی شوک
.....	۶۷	دارو درمانی
.....	۶۷	راه هوایی پیشرفته
.....	۶۸	بازگشت جریان خون خودبه‌خودی
.....	۶۸	علل قابل برگشت (ΔH and ΔD)
.....	۶۸	سناریوی بالینی نیازمند مداخلات ACLS
.....	۶۸	ریتم‌های قابل شوک دادن (ریتم‌های VT یا vT)
.....	۶۸	ریتم‌های غیرقابل شوک دادن (PEA یا آسیستول)
.....	۶۸	گروه دارای ریتم غیرقابل شوک دادن (PEA و یا آسیستول)
.....	۷۰	گروه دارای ریتم قابل شوک دادن (VT یا VF)
.....	۷۱	چگونه به بیمارمان شوک بدهیم؟
.....	۷۲	داروهای مورد استفاده در احیای قلبی پیشرفته
.....	۷۲	امیودارون
.....	۷۲	لیدوکائین
.....	۷۲	سولفات منیزیم
.....	۷۲	ایبی نفرین
.....	۷۳	نکات قابل توجه در حین عملیات احیاء
.....	۷۳	درمان علل قابل برگشت VF یا VT بدون نبض
.....	۷۳	درمان علل برگشت‌پذیر آسیستول یا PEA



فصل ۱۱- آنافیلاکسی	۹۰	بررسی ثانویه (	۹۰
آنافیلاکسی	۱۲۲	نکاتی در مورد بررسی های پاراکلینیک بیماران مولتی پل تروما	۹۱
تظاهرات بالینی	۱۲۲	بررسی های رادیولوژیک	۹۱
بررسی های تشخیصی	۱۲۳	بررسی های آزمایشگاهی	۹۲
درمان	۱۲۳	ترومای سر	۹۳
بخش اورژانس	۱۲۳	چشم انداز	۹۳
تعیین تکلیف	۱۲۴	آشنایی با هرنیاسیون بافت مغزی	۹۳
<b>بخش سوم- رویکرد به برخی شکایات و تظاهرات</b>		رویکرد به بیمار دچار ترومای سر	۹۵
<b>شایع در بخش اورژانس</b>		انواع ترومای سر از نظر شدت	۹۵
فصل ۱۲- رویکرد به کاهش سطح هوشیاری	۱۳۰	آسیب های احتمالی ناشی از ترومای سر	۹۷
پاتوفیزیولوژی	۱۳۰	ترومای گردن	۱۰۰
رویکرد بالینی به بیمار دچار کاهش هوشیاری	۱۳۰	چشم انداز	۱۰۰
بررسی و مدیریت مصدوم های تهدیدکننده حیات	۱۳۰	رویکرد به بیماران دچار ترومای گردن	۱۰۱
بررسی و مدیریت لایل سریعاً قابل برگشت کاهش هوشیاری	۱۳۲	ترومای مری	۱۰۲
جست و جو برای یافتن سایر دلایل کاهش هوشیاری	۱۳۳	ترومای حنجره و نای	۱۰۲
فصل ۱۳- رویکرد به شوک	۱۳۵	ترومای عروق	۱۰۲
اصول برخورد با شوک در بخش اورژانس	۱۳۵	خفه کردن و دار زدن	۱۰۳
فصل ۱۴- رویکرد به درد قفسه سینه	۱۴۰	ترومای قفسه سینه	۱۰۳
نخه برخورد با درد قفسه سینه	۱۴۰	چشم انداز	۱۰۳
معینه بالینی	۱۴۲	انواع آسیب های ناشی از ترومای قفسه سینه	۱۰۴
پاراکلینیک	۱۴۲	ترومای شکم	۱۰۷
انفارکتوس قلبی و سندرم حاد عروق کرونر	۱۴۲	چشم انداز	۱۰۷
Acute coronary syndrome	۱۴۲	بررسی های تشخیصی	۱۰۷
سولفات مورفین	۱۴۳	درمان	۱۰۷
بتابلوکرها	۱۴۳	فصل ۱۰- دیس ریتمی های شایع بزرگسالان	۱۱۲
ACEI (مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین)	۱۴۴	برخورد بالینی با برادی کاردی	۱۱۱
ترکیبات ضدپلاکت	۱۴۴	برخورد بالینی با تاکی کاردی	۱۱۳
استاتین ها	۱۴۴	تاکی کاردی منظم با کمپلکس باریک	۱۱۳
هپارین	۱۴۴	تاکی کاردی نامنظم با کمپلکس باریک	۱۱۴
دیسکسیون آنورت	۱۴۴	تاکی کاردی منظم با کمپلکس پهن	۱۱۵
یافته های گرافی قفسه صدری	۱۴۵	تاکی کاردی نامنظم با کمپلکس پهن	۱۱۵
آمیولی ریه	۱۴۵	نکات	۱۱۵
یافته های گرافی قفسه سینه	۱۴۶	دوز/توضیحات	۱۱۷
پنوموتوراکس	۱۴۷	دوز وریدی آدنوزین	۱۱۷
پریکاردیت	۱۴۷	انفوزین دارویی آنتی آریتمی برای تاکی کاردی پایدار با کمپلکس QRS پهن	۱۱۷
پارگی مری	۱۴۸	دوز وریدی بروکایین آمید	۱۱۷
فصل ۱۵- رویکرد به تنگی نفس	۱۴۹	دوز وریدی آمیودارون	۱۱۷
تشخیص های افتراقی	۱۴۹	دوز وریدی سوتالول	۱۱۸
شرح حال	۱۴۹		
طول مدت تنگی نفس	۱۴۹		



تظاهرات بالینی	۱۴۹	شروع تنگی نفس	۱۵۰
تشخیص	۱۵۰	تروما	۱۵۰
درمان	۱۵۰	معاینه	۱۵۲
فصل ۲۰- مسمومیت با ضدافسردگی های حلقوی	۱۵۲	بررسی های تشخیصی	۱۵۳
اصول بیماری	۱۵۳	رویکرد بالینی به تنگی نفس	۱۵۴
ویژگی های بالینی	۱۵۴	تعیین تکلیف	۱۵۵
درمان	۱۵۵	فصل ۱۶- رویکرد به فشار خون بالا	۱۵۵
تعیین تکلیف	۱۵۵	انسفالوپاتی ناشی از فشار خون بالا	۱۵۶
فصل ۲۱- مسمومیت با ایپونیدها	۱۵۶	سکته مغزی	۱۵۷
تظاهرات بالینی	۱۵۷	ادم ریه	۱۵۷
تشخیص و تشخیص های افتراقی	۱۵۷	ایسکمی قلبی	۱۵۷
درمان	۱۵۷	آسیب کلیوی حاد	۱۵۷
تعیین تکلیف	۱۵۷	حاملگی	۱۵۷
فصل ۲۲- مسمومیت با عوامل روان گردان	۱۵۷	دیسکشن آنورت	۱۵۷
LSD	۱۵۹	داروهای مورد استفاده در درمان فشار خون بالای اورژانس	۱۵۹
آمزش و مشتقاتش	۱۶۱	فصل ۱۷- رویکرد به تشنج	۱۶۱
عوامل منفک کننده	۱۶۱	صرع	۱۶۱
کامپونیدها	۱۶۱	تشنج های پایدار یا Status	۱۶۱
فصل ۲۳- مسمومیت با حشره کش ها و ارگانوفسفره	۱۶۲	Todds paralysis	۱۶۲
سموم ارگانوفسفره و کاربامات ها	۱۶۲	انواع تشنج ها	۱۶۲
نحوه تجویز پیرالیدوکسیم	۱۶۲	علل ثانویه تشنج	۱۶۳
Disposition	۱۶۴	اقدامات پاراکلینیک	۱۶۴
هیدروکربن های کلرینه	۱۶۴	آزمایش های درخواستی	۱۶۴
فصل ۲۴- مسمومیت با الکل	۱۶۴	تشخیص های افتراقی تشنج	۱۶۴
اتانول	۱۶۵	اقدامات درمانی	۱۶۵
متانول	۱۶۵	چند توصیه مهم	۱۶۵
مسمومیت با اتیلن گلیکول	۱۶۷	فنوباریتال	۱۶۷
نحوه تجویز فومپیزول (Fomepizol)	۱۶۷	والیرات سدیم	۱۶۷
نحوه تجویز اتانول	۱۶۷	کاربامازین	۱۶۷
برداشت الکل جذب شده و متابولیت های آن با همودیالیز			
بیماری های محیطی			

### بخش چهارم - مسمومیت ها

فصل ۱۸- رویکرد کلی به بیمار مسموم	۱۷۰
تشخیص	۱۷۲
نوکسیدروم ها	۱۷۳
سطح سرمی داروها و غربالگری سم شناسی	۱۷۴
تخلیه معده	۱۷۵
جلوگیری از جذب سم در روده	۱۷۶
تسهیل تخلیه دستگاه گوارش	۱۷۶
همودیالیز/همویرفیوژن	۱۷۷
فصل ۱۹- مسمومیت با استامینوفن	۱۷۹
اصول بیماری	۱۷۹

### بخش پنجم - گاز گرفتگی

فصل ۲۵- گزش و گاز گرفتگی	
مارگزیدگی	
فصل ۲۶- سوختگی حرارتی	
پاتوفیزیولوژی	
تقسیم بندی سوختگی ها	
اقدامات بیمارستانی	
درمان	
مابعد درمانی در سوختگی	

۲۵۹.....	فصل ۳۸- کنترل خونریزی محیطی	۲۱۸.....	اسکاروتومی
۲۵۹.....	اندیکاسیون ها	۲۱۹.....	فصل ۲۷- سوختگی های الکتریکی
۲۵۹.....	کنترل اندیکاسیون ها	۲۱۹.....	سوختگی های الکتریکی
۲۵۹.....	کنترل اندیکاسیونی وجود ندارد. مگر این که:	۲۲۳.....	فصل ۲۸- مسمومیت با منوکسید کربن
۲۵۹.....	وسایل مورد نیاز	۲۲۴.....	درمان
۲۵۹.....	تکنیک	۲۲۵.....	فصل ۲۹- مواد سوزاننده
۲۶۱.....	فصل ۳۹- شست و شوی زخم	۲۲۵.....	مواد سوزاننده
۲۶۱.....	اندیکاسیون ها	۲۲۵.....	اصول بیماری
۲۶۱.....	کنترل اندیکاسیون ها	۲۲۹.....	فصل ۳۰- اورژانس های مرتبط به افزایش و کاهش دما
۲۶۱.....	وسایل مورد نیاز	۲۲۹.....	گرمزدگی
۲۶۱.....	تکنیک شست و شوی زخم	۲۳۲.....	سرمزدگی
۲۶۳.....	فصل ۴۰- بی حسی موضعی	۲۳۵.....	فصل ۳۱- غرق شدگی
۲۶۳.....	اندیکاسیون ها	۲۳۵.....	غرق شدگی
۲۶۳.....	کنترل اندیکاسیون ها	۲۳۷.....	فصل ۳۲- هیپوترمی
۲۶۳.....	وسایل مورد نیاز	۲۳۷.....	هیپوترمی
۲۶۴.....	تکنیک بی حسی زخم		
۲۶۴.....	عوارض		
۲۶۵.....	فصل ۴۱- بریم زخم با بخیه		
۲۶۵.....	اندیکاسیون ها		
۲۶۵.....	کنترل اندیکاسیون ها		
۲۶۶.....	وسایل مورد نیاز		
۲۶۷.....	اقدامات اولیه		
۲۶۷.....	تکنیک		
۲۶۸.....	عوارض		
۲۶۸.....	کشیدن بخیه		
۲۷۰.....	فصل ۴۲- برقراری راه وریدی محیطی (رگ گیری)		
۲۷۰.....	اندیکاسیون ها		
۲۷۰.....	کنترل اندیکاسیون ها		
۲۷۰.....	وسایل مورد نیاز		
۲۷۲.....	تکنیک		
۲۷۴.....	فصل ۴۳- تزریقات		
۲۷۴.....	تزریق زیرجلدی		
۲۷۵.....	تزریق وریدی		
۲۷۶.....	تزریق عضلانی		
۲۷۶.....	کنترل اندیکاسیون ها		
۲۸۰.....	فصل ۴۴- تعبیه لوله نازوگاستریک		
۲۸۰.....	اهداف		
۲۸۰.....	اندیکاسیون ها		
۲۸۰.....	کنترل اندیکاسیون ها		
۲۸۰.....	وسایل مورد نیاز		
		۲۱۸.....	اسکاروتومی
		۲۱۹.....	فصل ۲۷- سوختگی های الکتریکی
		۲۱۹.....	سوختگی های الکتریکی
		۲۲۳.....	فصل ۲۸- مسمومیت با منوکسید کربن
		۲۲۴.....	درمان
		۲۲۵.....	فصل ۲۹- مواد سوزاننده
		۲۲۵.....	مواد سوزاننده
		۲۲۵.....	اصول بیماری
		۲۲۹.....	فصل ۳۰- اورژانس های مرتبط به افزایش و کاهش دما
		۲۲۹.....	گرمزدگی
		۲۳۲.....	سرمزدگی
		۲۳۵.....	فصل ۳۱- غرق شدگی
		۲۳۵.....	غرق شدگی
		۲۳۷.....	فصل ۳۲- هیپوترمی
		۲۳۷.....	هیپوترمی
			<b>بخش ششم- پروسیجرها</b>
		۲۴۲.....	فصل ۳۳- تعبیه راه هوایی
		۲۴۲.....	مدیریت راه هوایی
		۲۴۳.....	نحوه قرار دادن راه هوایی دهانی (oral airway)
		۲۴۶.....	فصل ۳۴- تهویه با ماسک
		۲۴۷.....	بررسی سهولت تهویه با ماسک
		۲۴۷.....	وسایل مورد نیاز برای تهویه با ماسک
		۲۴۷.....	آشنایی با وسایل تهویه با ماسک
		۲۴۸.....	تکنیک
		۲۴۹.....	عوارض
		۲۵۰.....	فصل ۳۵- انتوباسیون
		۲۵۰.....	اهداف
		۲۵۰.....	اندیکاسیون ها
		۲۵۰.....	انتوباسیون با توالی سریع
		۲۵۴.....	یادآوری نکات عملی مهم
		۲۵۵.....	فصل ۳۶- اخذ نوار قلب
		۲۵۵.....	وسایل مورد نیاز
		۲۵۵.....	نحوه گرفتن نوار قلب
		۲۵۶.....	عوارض
		۲۵۷.....	فصل ۳۷- ماساز قفسه سینه
		۲۵۷.....	اهداف
		۲۵۷.....	وسایل مورد نیاز
		۲۵۷.....	نحوه انجام
		۲۵۸.....	عوارض



عوارض	۲۸۱	تکنیک
فصل ۴۹- بستن کلار گردنی	۲۸۲	شست و شوی معده
اهداف	۲۸۲	اندیکاسیون ها
کلار گردنی و مزایا و معایب استفاده از آن	۲۸۲	کنترا اندیکاسیون ها
کنترا اندیکاسیون ها	۲۸۲	وسایل مورد نیاز
مراحل بستن کلار گردنی	۲۸۲	تکنیک
عوارض جانبی	۲۸۲	عوارض
فصل ۵۰- نمونه گیری از خون شریانی	۲۸۴	فصل ۴۵- سونداژ مثانه
اهداف	۲۸۴	اندیکاسیون ها
کنترا اندیکاسیون ها	۲۸۴	کنترا اندیکاسیون ها
وسایل مورد نیاز	۲۸۴	وسایل مورد نیاز
نکات مهم عملیاتی	۲۸۵	تکنیک
مراحل نمونه گیری	۲۸۵	عوارض
عوارض احتمالی	۲۸۷	فصل ۴۶- پونکسیون لومبر
فصل ۵۱- سونوگرافی متمرکز بر تروما	۲۸۷	اهداف
تاریخچه	۲۸۷	تشخیصی
نوعی کاربردی شکم	۲۸۷	درمانی
نحوه انجام FAST	۲۸۷	مطلق:
	۲۸۷	نسبی:
<b>بخش هفتم - ضمانت</b>		وسایل مورد نیاز
فصل ۵۲- سلاح های کشتار جمعی	۲۸۸	تکنیک
سلاح های زیستی	۲۸۹	عوارض
سلاح های شیمیایی	۲۹۰	فصل ۴۷- اصول اولیه بی حرکت سازی (اتل گیری)
فصل ۵۳- برخی پارامترهای مهم	۲۹۰	اهداف
قلب و عروق	۲۹۰	اندیکاسیون ها
تنفس	۲۹۰	کنترا اندیکاسیونش ها
کلیه	۲۹۰	وسایل مورد نیاز
گوارش	۲۹۱	تکنیک
درجات آنسفالوپاتی	۲۹۱	عوارض
غدد	۲۹۲	فصل ۴۸- توراستنز
خون و انکولوژی	۲۹۲	اهداف فصل
فرمول اصلاح کلسیم نهایی	۲۹۲	اندیکاسیون ها
اپیدمیولوژی	۲۹۲	کنترا اندیکاسیون ها
منابع	۲۹۳	آماده سازی بیمار
نمایه	۲۹۳	وسایل مورد نیاز
	۲۹۳	تکنیک



# احیای پایه

## Basic Life Support (BLS)

آنچه در این فصل خواهیم آموخت:

- آشنایی با موارد نیازمند به ارائه اقدامات حیاتی پایه در بزرگسالان
- آشنایی با نحوه ارائه قدم به قدم اقدامات حیاتی پایه بزرگسالان، به قربانیان حوادث تهدیدکننده حیات

BLS مجموعه‌ای از اقدامات اساسی اولیه به منظور حفظ

حیات به دنبال ارست قلبی است.

جنبه‌های بنیادی BLS شامل شناسایی سریع موارد ایست ناگهانی قلبی (SCA)، فراخوان سیستم اورژانس، احیای قلبی ریوی (CPR) زودهنگام و دفیبریلاسیون سریع به کمک دفیبریلاتور اتوماتیک (Automatic External Defibrillator) است.

### ارست قلبی - اهمیت آن

ارست قلبی ناگهانی (Sudden Cardiac Arrest) (SCA) علت اصلی مرگ است و در بررسی اولیه ریتم قلبی، نزدیک به ۴۰٪ قربانیان SCA در خارج از بیمارستان، ریتم فیبریلاسیون بطنی (Ventricular Fibrillation) دارند. VF یک ریتم درهم ریخته سریع از دیپولاریزاسیون و ریپولاریزاسیون است که تنها سبب لرزش قلب می‌شود و هیچ خونی از قلب خارج نمی‌شود. به نظر می‌رسد تعداد زیادی از قربانیان SCA دچار VF و تاکی‌کاردی بطنی سریع هستند که در موقع بررسی به آسیستول تبدیل شده‌اند.

### درمان VF شروع فوری احیای قلبی - ریوی

CPR (Cardio Pulmonary Resuscitation) به وسیله فرد حاضر در محل و انجام فوری شوک به کمک دفیبریلاتور

است.

مکانیسم اصلی ارست قلبی در قربانیان اغلب تروما، صدمات بیش از حد داروها، غرق‌شدگی و در اغلب کودکان، ایست است. در این موارد CPR با کمک فشردن قفسه سینه و تنفس مصنوعی برای بیماران حیاتی است.

- مغز مهم‌ترین و حساس‌ترین عضو است که در ارست قلبی تنفسی صدمه می‌بیند.
- آسیب مغزی می‌تواند منجر به مرگ مغزی و در نهایت مرگ مصدوم شود.
- توقف خون‌رسانی به مغز به مدت ۳ تا ۵ دقیقه باعث آسیب دائمی مغزی می‌شود.

با وجود پیشرفت‌های زیاد در زمینه پیشگیری، با این حال SCA به عنوان علت مرگ در خیلی از مناطق دنیا شناخته شده است. SCA علل مختلف (قلبی و غیرقلبی)، شرایط مختلف (شاهددار یا بدون شاهد)، محل‌های مختلف (بیمارستان خارج بیمارستان) را شامل می‌شود. این تنوع باعث می‌شود یک روش برخورد منفرد با آن نتواند کارساز باشد و یک رویکرد از فعالیت‌های هدفمند و منظم برای یک احیای موفق نیاز باشد، که این مجموعه فعالیت‌ها تحت عنوان زنجیره حیات (Chain of Survival) نامیده شود.



## زنجیره بقاء در بالغین در خارج از بیمارستان

مشمول است بر:

۱. تشخیص سریع ارست قلبی و اطلاع سریع به سیستم اورژانس پیش بیمارستانی (EMS)
۲. CPR زودهنگام با تأکید بر فشردن قفسه سینه به وسیله فرد حاضر در محل حادثه
۳. دفیبریلاسیون زودرس در صورت لزوم
۴. احیای پیشرفته قلبی مؤثر و سریع
۵. اجرای مراقبت‌های بعد از احیای قلبی



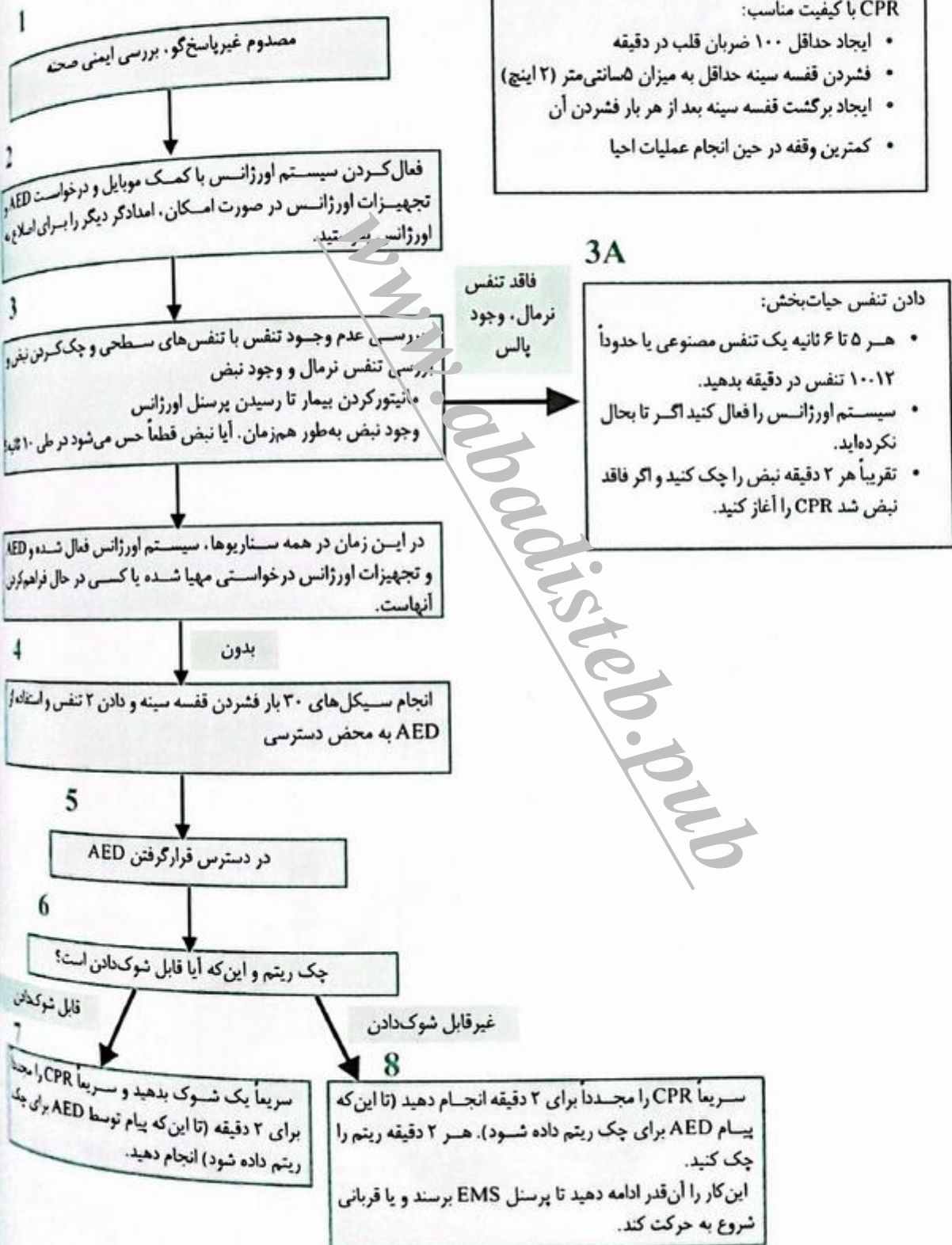
شکل ۱-۶. زنجیره بقاء در بالغین



الگوریتم ۱-۶. احیای پایه در بالغین



## مراحل انجام حمایت‌های حیاتی پایه



است. این وسیله ابزاری است که می‌تواند ریتم بیمار را آنالیز کرده و موارد قابل شوک دادن را تشخیص دهد و شوک بدهد.

### سناریوی بالینی اهمیت BLS

فرض کنیم با یک بیمار بدون پاسخ (بدون حرکت یا پاسخ) مواجه می‌شوید مثلاً در حالی که در پارک نزدیک منزلتان مشغول ورزش و دویدن هستید، فرد بالغی را می‌بینید که به‌طور ناگهانی جلوی چشمان شما دچار از دست رفتن تون عضلانی شده و بیهوش به زمین می‌افتد. مثال‌های متعدد دیگری با یک مصدوم می‌توان تصور کرد که نیاز فوری به کمک شما دارد. آیا می‌دانید در این شرایط چه اقداماتی و با چه ترتیبی باید انجام دهید؟ در این شرایط مجموعه و توالی اقدامات ما باید شامل موارد زیر باشد:

### ایمنی صحنه را بررسی کنید:

- قبل از هر اقدامی ایمنی صحنه حادثه را ارزیابی کنید.
- از ایجاد قربانی جدید پیشگیری کنید.
- انتقال قربانی به یک محل ایمن، بر شروع عملیات احیاء اولویت دارد.
- افراد غیر حرفه‌ای فقط در صورت لزوم و احتمال خطر جدی، مجاز به جابه‌جا کردن بیمار ترومایی هستند.

### توجه

پس اولین کار، حفظ امنیت، اول برای خودتان و بعد برای مصدوم است.

### پاسخ‌دهی مصدوم را ارزیابی کنید

این اقدام شامل موارد ذیل است:

- به شانه بیمار بزنید و او را با صدای بلند مورد خطاب قرار دهید. مثلاً «آقا، خوبی؟» (Tap & Talk).
- هر نوع واکنشی از بیمار نظیر باز کردن چشم‌ها، حرکت دادن بدن و ناله یا سخن گفتن پاسخ‌دهی محسوب است.
- اگر فرد قربانی تنفس ندارد یا تنفس غیرنرمال دارد (تنفس گاهگاه و بریده بریده: Gasping) باید به عنوان ارست قلبی - تنفسی ارزیابی شود.
- گاه اولین تظاهر ارست قلبی، وقوع تشنج است.

### اهمیت احیای قلبی - تنفسی

- در صورت انجام صحیح این مراحل، میزان بقاء در مواردی که بیمار در حضور فرد شاهد در خارج بیمارستان است در حدود ۵۰٪ می‌باشد، ولی متأسفانه این میزان بقاء در بسیاری از سیستم‌های داخل و خارج بیمارستانی از این عدد کمتر است.

### توجه

بر مبنای راهنمای قلبی و جدید احیاء، تأکید بیشتر بر شروع فشردن قفسه سینه و لزوم انجام آن در ثانیه‌های اول ارست قلبی است. پس در صورت امکان به هیچ‌وجه فشردن قفسه سینه را نباید به تأخیر انداخت، حتی به دلیل برقراری راه هوایی در شروع عملیات احیاء.

- در صورت انجام صحیح مراحل احیای قلبی عروقی، میزان بقاء در موارد بیماران VF در حضور فرد شاهد (Witnessed) در خارج بیمارستان حدود ۵۰٪ است، ولی متأسفانه این میزان بقاء در بسیاری از سیستم‌های داخل و خارج بیمارستانی از این عدد کمتر است (تقریباً حدود ۵ تا ۵۰٪).

- هر یک دقیقه تأخیر در شروع اقدامات پایه حیاتی، کاهش ۷-۶٪ کاهش احتمال بقاء می‌شود.
- با این اقدام، برقراری نسبی گردش خون و بازیابی از آسیب مغزی تا رسیدن کمک‌های پیشرفته‌تری به‌ویژه دستگاه شوک صورت می‌گیرد.

حمایت پایه حیاتی می‌تواند احتمال بقاء را تا رسیدن امکانات پیشرفته حیاتی تا ۳ برابر افزایش دهد.

- شروع بلافاصله عملیات CPR و استفاده از دفیبریلاتسیون طی ۳۰۵ دقیقه احتمال بقاء را به ۶۹-۷۵٪ می‌رساند.
- شوک قلبی مؤثرترین اقدام در برگرداندن ضربان قلب هنگام ارست قلبی با مکانیسم VF است.
- تا ۷۰٪ موارد این‌گونه از ارست قلبی در بزرگسالان به شوک قلبی پاسخ می‌دهد.
- کم کردن فاصله زمانی بین ارست قلبی و به‌کار بردن شوک در شانس بقای بیمار تعیین‌کننده است.
- به‌کارگیری سریع دفیبریلاتور خارجی اتوماتیک توسط افراد عادی نیز در موارد ارست قلبی - تنفسی بسیار مورد تأکید