

احیای ۲۰۲۵ برگرفته از AHA

تغییرات کلیدی در اصول احیای قلبی ریوی پایه (BLS) بزرگسالان

—اولویت ماساژ قفسه سینه با کیفیت بالا: انجام ماساژ قفسه سینه با کیفیت بالا (با حداقل وقفه)

—سرعت: ۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه.

—عمق: ۵-۶ سانتی متر

افزایش تأکید بر تنفس نجات بخش (Rescue Breaths): برای امدادگران آموزش دیده، تأکید بیشتری بر انجام به موقع تنفس نجات بخش (تهویه) شده است، به ویژه در موارد ایست قلبی با علت غیر قلبی مانند غرق شدگی یا مسمومیت با مواد مخدر (Overdose).

پشتیبانی از بازخورد در زمان واقعی (Real-Time Feedback): استفاده از دستگاه های بازخورد (فیدبک) که سرعت و عمق ماساژ را نظارت می کنند، در محیط های بیشتری توصیه می شود.

محل انجام احیا: توصیه می شود که در بیشتر موارد، احیای قلبی ریوی در همان محل حادثه (On-Scene) ادامه یابد، تا اینکه بیمار بلافاصله به بیمارستان منتقل شود.

پاسخ دهنده تنها (Lone Responder): در ایست قلبی بزرگسالان، فرد تنها باید ابتدا سیستم فوریت های پزشکی (EMS) را فعال کند (تماس بگیرد)، و سپس بلافاصله CPR را آغاز کند.

تهویه برای بیمارانی که نبض دارند اما نفس نمی کشند: برای بزرگسالانی که نبض دارند اما تنفس طبیعی ندارند، توصیه می شود که هر ۶ ثانیه یک تنفس (۱۰ تنفس در دقیقه) داده شود.

تأکید بیشتر بر استفاده سریع از AED، آمپول نالوکسان و ادامه احیاء قلبی در صحنه در مدت زمان استاندارد در آموزش های همگانی

تزریق نالوکسان نباید مانعی بر سایر اقدامات حیاتی احیاء باشد.

در زنان به جای برداشتن سینه بند، موقعیت آن تنظیم تا مانعی برای پدهای دفیبریلاتور / AED نباشد.

تغییرات خاص احیای قلبی ریوی کودکان و نوزادان

نوزادان

*فشردن قفسه سینه با دو انگشت اشاره و کنار آن در شیرخواران و نوزادان حذف گردید.

احیای ۲۰۲۵ برگرفته از AHA

*فشردن قفسه سینه با دو انگشت شست، در صورتی که بتوان قفسه سینه نوزاد یا شیرخوار را حلقه نمود و در غیر اینصورت، فشردن با پاشنه یک دست انجام گردد.

*توالی ۵ ضربه به پشت (بین دو کتف) سپس ۵ بار فشردن قفسه سینه با پاشنه یک دست در انسداد راه هوایی شیرخوار و نوزاد

*اولویت بندی تنفس در نوزادان: بر اهمیت تنفس های نجات بخش زودهنگام در CPR نوزادان تأکید شده است.

کودکان

توالی ۵ ضربه به پشت (بین دو کتف) و ۵ بار فشار روی شکم در انسداد راه هوایی کودکان در آموزش های همگانی

در PALS/PBLS جهت احیاء باکیفیت: حفظ BP.D $\geq$ 25mmHg در شیرخواران و BP.D $\geq$ 30mmHg در کودکان

اگر امکان دفیبریلاسیون سریع در ریتم های شوکیل نبود، آمپول اپی نفرین سریعاً تزریق شود.

*دستگاه های احیای قلبی ریوی مکانیکی، تنها در شرایط پرخطر و حین انتقال توصیه می شود. در سایر موارد فشردن دستی ارجح است.

مسیرهای دسترسی عروقی

اولویت بندی: ۱- مسیر وریدی ۲- داخل استخوانی ۳- مسیر های ورید مرکزی به شرط مهارت و عدم توقف فشردن قفسه سینه و دفیبریلاتور

واژوپرسورها

ریتم های فیبریلاسیون بطنی و تاکیکاردی بطنی بدون نبض در صورت تاخیر در دفیبریلاسیون، تزریق اپی نفرین سریعاً انجام شود.

مراقبت پس از احیاء / ROSC

کنترل دمای بدن در بیماران بیهوش در محدوده نرموترمی (۳۲-۳۷,۵ °C) حداقل برای ۳۶ ساعت.

احیای ۲۰۲۵ برگرفته از AHA

SPO2:90-98% و PCO2: 35-45mmHg تیترواز هیپوکسی/هیپراکسی اجتناب کنید.

شوکه کاردیوورژن در شرایط همودینامیک بحرانی

Atrial fibrillation 200j / Atrial flutter 200j

Narrow-Complex tachycardia 100j

Monomorphic VT 100j

Polymorphic VT :Defibrillation

در ناکی کاردی پلی مورفیک همیشه دفیبریلاسیون سریع مدنظر باشد.

زنجیره بقا (Chain of Survival)

کمیته تدوین دستورالعمل‌های احیای قلبی ریوی در سال ۲۰۲۵، زنجیره‌های بقای مجزای بزرگسالان و کودکان را که در نسخه ۲۰۲۰ معرفی شده بودند، در قالب یک زنجیره بقای ۶ مرحله‌ای واحد ادغام کرده است.

زنجیره بقای احیای قلبی ریوی ۲۰۲۵

Figure 3. Cardiac arrest Chain of Survival.



تصاویر:

احیای ۲۰۲۵ برگرفته از AHA

ماساژ اطفال



۵ ضربه به پشت



عدم خروج سینه بند در
زنان

