

CHECKLIST

при экстренных ситуациях в операционной комнате



A JOINT CENTER FOR HEALTH SYSTEMS INNOVATION

>>> НЕ ВЫНОСИТЬ эту книгу из операционной <<<

Воздушная эмболия (венозная)	1
Анафилаксия	2
Нестабильная брадикардия	3
Остановка сердца – асистолия / (электромеханическая диссоциация)РЕА	4
Остановка сердца – ЖФ / ЖТ	5
Неудачная интубация	6
Огонь в операционной	7
Кровотечение	8
Гипотония	9
Гипоксия	10
Злокачественная гипертермия	11
Нестабильная тахикардия	12

1 Воздушная эмболия - венозная

Падение CO₂ на выдохе, падение сатурации, гипотония

Начать

Критические ИЗМЕНЕНИЯ

Если происходит PEA → CHKLST 4

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код

- Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»

2. Включить 100% кислород

3. Выключить все остальные летучие анестетики

4. Остановить источник поступления воздуха (источник воздушной эмболии)

- Оросить рану жидкостью
- Хирургический разрез ниже уровня сердца, если возможно
- Найти источник входа (в том числе открытые венозные линии)

5. Рассмотреть действие:

- Положить пациента на левый бок
 - Продолжить соответствующий мониторинг
- Поместить воск или цемент на край кости (при переломах)
- ЧП ЭХО-КГ, если диагноз не ясен
- Используйте мониторинг в конце выдоха CO₂ для анализа прогрессирования и разрешения воздушной эмболии, или для оценки адекватности сердечного выброса

2 Анафилаксия

Гипотония, бронхоспазм, высокое Peak, снижение или отсутствие дыхательных шумов, тахикардия, сыпь

Начать

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код

- Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»

2. Ввести болюс Адреналина (если необходимо повторить)

3. Начать инфузионную терапию и / или ускорить темп инфузии

4. Устранить потенциальную причину

5. Включить 100% кислород

6. Обеспечить проходимость / безопасность дыхательных путей

7. Рассмотреть действие:

- Выключить летучие анестетики, если пациент остается нестабильным
- Использовать вазопрессин, если остаётся гипотония, не смотря на повторные дозы адреналина
- Наладить инфузию адреналина, если первоначальная реакция была эффективной, но остаются симптомы анафилаксии
- Димедрол
- H₂ – блокаторы
- Гидрокортизон
- Определить уровень триптазы: в первый час, через 4 часа, и через 18 – 24 часа после реакции

ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ и лечение

Адреналин:	БОЛЮСНО 10-100 мкг, повторить если необходимо ИНФУЗИЯ 1-10 мкг/мин
Вазопрессин:	1-2 ЕД в/в
Димедрол:	25-50 мг в/в
H ₂ -блокаторы:	Ранитидин 50 мг в/в Циметидин 300 мг в/в
Гидрокортизон:	100 мг в/в

Основные ТРИГГЕРНЫЕ препараты

- Миорелаксанты
- Антибиотики
- Латекс
- В/В контрасты

Критические ИЗМЕНЕНИЯ

- Если происходит **остановка сердца**
- CHKLST 4 Асистолия / PEA
 - CHKLST 5 ЖФ / ЖТ

3 Нестабильная брадикардия

PS <50 уд/мин с гипотонией, острое изменение уровня сознания, шок, ишемический дискомфорт в грудной клетке, или острая сердечная недостаточность

Начать

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код

- Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»

2. Включить 100% кислород

- Проверить адекватность вентиляции / оксигенации

3. Ввести Атропин

4. Прекратить хирургическое вмешательство (если лапароскопия, выпустить газ)

5. Если введение Атропина не эффективно:

- Начать инфузию Дофамина или Адреналина
или
- Начать чрескожная-электростимуляцию (ТСР)

6. Рассмотреть действие:

- Выключить летучие анестетики, если пациент остается нестабильным
- Вызвать специалиста-консультанта (кардиолога)
- Исключить действие препаратов (бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, дигоксин и т.д.)
- Вызвать кардиолога, если подозревается инфаркт миокарда

ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ и лечение

Атропин:	0,5 мг в/в, можно повторить, до общей дозы 3 мг
Адреналин:	2 – 10 мкг/мин в/в или
Дофамин:	2 – 10 мкг/кг/мин в/в

Лечение ПЕРЕДОЗИРОВОК

Бета-блокаторы: Глюкагон 2-4 мг в/в
быстро
Блокаторы Са-каналов: CaCl₂ 1 гр в/в

Критические ИЗМЕНЕНИЯ

Если происходит PEA → CHKLST 4

Во время РЕАНИМАЦИИ

Дыхательные пути: доступ / безопасность
Циркуляция: адекватный в/в доступ или в/к, возможно использование быстрой инфузионной терапии

4 Остановка сердца – Асистолия / РЕА

Asystole

PEA



Не дефибриллируемая остановка сердца без пульса

Начать

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код

- Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»
- Сказать: «Основной приоритет – качественное выполнение СЛР»

2. Положить твердую поверхность под спин пациента

3. Включить 100% кислород и выключить летучие анестетики

4. Начать проведение СЛР – оценить цикл:

- **Выполнить СЛР:**
 - «Быстро и сильно» около 100 компрессий/мин
 - Полная декомпрессия грудной клетки, с минимальными перерывами
 - 8 дыханий/мин, избегайте гипервентиляцию
- **Ввести Адреналин:**
 - Повторять каждые 3 – 5 мин
 - Можно ввести Вазопрессин вместо 1 и 2 доз Адреналина
- **Оценивать каждые 2 минуты:**
 - Смена члена бригады СЛР кто проводит компрессию
 - Проверять etCO_2 :
 - если меньше 10 мм рт.ст., изменить технику СЛР
 - если внезапное увеличение до 40 мм рт.ст., может свидетельствовать, о возвращение спонтанной циркуляции
 - Оценить ритм, если ритм правильный оценить пульс:
 - если асистолия / РЕА
 - возобновить СЛР и начать заново с 4 пункта
 - громко прокричать Н и Т (см. колонку справа)
 - если ЖФ / ЖТ
 - возобновить СЛР
 - перейти к CHKLST 5

ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ и лечение

Адреналина 1 мг в/в, каждые 3-5 мин
Вазопрессин: 40 ЕД в/в вместо 1 и 2 доз Адреналина

Лечение ПЕРЕДОЗИРОВОК

Бета-блокаторы: Глюкагон 2-4 мг в/в быстро
Блокаторы Са-каналов: CaCl_2 1 гр в/в
Местные анестетики: Интралипид 1,5 мл/кг в/в болюсно, повторить 1-2 раза при асистолии, начать инфузию 0,25 – 0,5 мл/кг/мин в течение 30 – 60 мин при рефрактерной гипотонии.

Лечение ГИПЕРКАЛИИМИ

1. Глюконат Са 30 мг/кг в/в или Хлорид Са 10 мг/кг в/в
2. Инсулин 10 ЕД в/в, если необходимо с дефибрилляцией 1-2 amps
3. Сода при $\text{pH} < 7.2$ 1-2 ммоль/кг в/в медленно

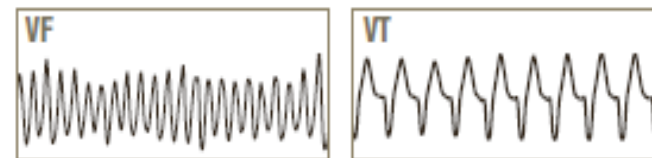
Н и Т

Гипоксия, гиповолемия, гиперкалиемия, гипотермия, ацидоз
Тампонада сердца, тромбоз (коронарный или легочной), напряженный пневмоторакс, интоксикация препаратами

Во время РЕАНИМАЦИИ

Дыхательные пути: масочной ИВЛ достаточно если вентиляция адекватна
Циркуляция: адекватный в/в доступ или в/к, возможно использование быстрой инфузионной терапии
Роли: компрессия, ИВЛ, венозный доступ, документация, подсчет времени, слежение по CHKLST

5 Остановка сердца – ЖФ / ЖТ



Дефибриллируемая остановка сердца без пульса

Начать

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код
 - Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»
 - Сказать: «Выполнить дефибрилляцию, как будет возможно»
2. Положить твердую поверхность под пациента, на спине
3. Включить 100% кислород и выключить летучие анестетики
4. Начать проведение СЛР – дефибрилляция – оценить цикл:
 - **Выполнить СЛР:**
 - «Быстро и сильно» около 100 компрессий/мин
 - Полная декомпрессия грудной клетки, с минимальными перерывами
 - 8 дыханий/мин, избегайте гипервентиляцию
 - **Дефибриллятор:**
 - Максимально возможный разряд, возобновить СЛР сразу после разряда
 - **Ввести Адреналин:**
 - Повторять каждые 3 – 5 мин
 - Можно ввести Вазопрессин вместо 1 и 2 доз Адреналина
 - **Рассмотреть введение антиаритмиков при рефрактерной ЖФ / ЖТ:**
 - Предпочтительное Амиодарон
 - **Оценивать каждые 2 минуты:**
 - Смена члена бригады СЛР кто проводит компрессию
 - Проверять etCO₂:
 - если меньше 10 мм рт.ст., изменить технику СЛР
 - если внезапное увеличение до 40 мм рт.ст., может свидетельствовать, о возвращение спонтанной циркуляции
 - Лечить обратимые причины, прочитать громко Н и Т (см. колонку справа)
 - Оценить ритм, если ритм правильный оценить пульс:
 - если остается ЖФ/ЖТ: возобновить СЛР – дефибрилляция - оценить ритм начать заново с 4 пункта
 - если асистолия / PEA перейти к CHKLST 4

ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ и лечение

Адреналин: 1 мг в/в, каждые 3-5 мин
Вазопрессин: 40 ЕД в/в вместо 1 и 2 доз Адреналина

АНТИАРИТМИКИ

Амиодарон: 1 доза 300 мг в/в, в/к
2 доза 150 мг в/в, в/к
Магnezия: 1 или 2 гр в/в, в/к при трепетание-мерцание желудочков

Инструкция по ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ

Расположить электроды на грудной клетке, включить дефибриллятор, нажать заряд (бифазный максимальный, монофазный 360 кДж). Дать разряд, прекратив СЛР и убрав руки от пациента.

Н и Т

Гипоксия, гиповолемия, гиперкалиемия, гипотермия, ацидоз
Тампонада сердца, тромбоз (коронарный или легочной), напряженный пневмоторакс, интоксикация препаратами

Во время РЕАНИМАЦИИ

Дыхательные пути: масочной ИВЛ достаточно если вентиляция адекватна
Циркуляция: адекватный в/в доступ или в/к, возможно использование быстрой инфузионной терапии
Роли: компрессия, ИВЛ, венозный доступ, документация, подсчет времени, слежение по CHKLST

6 Неудачная интубация

2 неудачных попытки интубации

Начать

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код

➤ Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»

2. Приготовить набор для трудных дыхательных путей и видео-ларингоскоп

3. Вентиляция мешком «Амбу» со 100% кислородом

4. Вентиляция адекватна?

НЕ АДЕКВАТНА

Оптимизировать вентиляцию:

- изменить положение пациента
- оральные / назальные дых. пути
- техника двуручной вентиляции

Проверить оборудование:

- 100% кислород
- капнография
- целостность контура

Проверить вентиляцию

Остается НЕ АДЕКВАТНА

Установить ЛМА или другой девайс

Если не удастся, повторная попытка интубации с видео-ларингоскопом

Приготовиться к выполнению трахеостомии

Проверить вентиляцию

До сих пор НЕ АДЕКВАТНА

Выполнить трахеостомию

Переключиться если статус изменился

Вентиляция АДЕКВАТНА

Рассмотреть возможность пробуждения пациента или использование альтернативных возможностей в обеспечении защиты дыхательных путей:

- ЛМА, масочная вентиляция
- Видео-ларингоскопия
- Интубирующая ЛМА
- Восстановление спонтанного дыхания
- Разные клинки
- Использование стилета / бужа
- Фибро-оптическая интубация
- Ретроградная интубация
- Назальная интубация

Если пациент проснулся:

- Интубация в сознание
- Рассмотреть использование регионарных методик
- Прекратить ситуацию

7 Огонь

Признаки огня (дым, запах, вспышки) на пациенте или простынях, или в дыхательных путях

Начать

1. Позвать на помощь и включить пожарную сигнализацию

- Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»

2. Достать огнетушитель в случае необходимости

Если огонь в дыхательных путях:

3. Попытаться потушить огонь:

- Выключить медицинские газы
- Отключить дыхательный контур
- Извлечь интубационную трубку
- Извлечь тампоны, если есть
- Орошить дыхательные пути водой

4. После того, как огонь потушен:

- Возобновить вентиляцию с использованием мешка «Амбу» на воздухе
 - Если не удастся восстановить вентиляцию, перейти к CNKLST 6
 - Избегайте N₂O и свести к минимуму FiO₂
- Подтвердить, что нет огня:
 - Проверить простыни, пеленки, хирургическое поле
- Оценить повреждение дыхательных путей, наличие инородных тел
 - Рассмотреть возможность применение бронхоскопии
 - Наличие остатков интубационной трубки

5. Оценить состояние пациентка и план действий

6. Оценить материально техническую базу

Если нет огня в дыхательных путях:

3. Попытаться потушить огонь:

- Первая попытка

Избегайте N₂O и свести к минимуму FiO₂

Убрать все простыни и пеленки с пациента

Потушить горящие материалы физиологическим раствором или пропитанными им пеленками

НЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- Растворы, содержащие алкоголь

➤ Огонь остается после первой попытки
Используйте огнетушитель (безопасный для ран)

- Огонь все еще остается

Эвакуировать пациента, закрыть дверь в операционную, выключить газы, поступающие операционную

4. После того, как огонь потушен:

- Поддержание проходимости дыхательных путей
- Оценить повреждение пациента и дыхательных путей от огня
- Подтвердить отсутствие огня
 - Проверить простыни, пеленки, хирургическое поле

5. Оценить состояние пациентка и план действий

6. Оценить материально техническую базу

8 Кровотечение

Острая массивная кровопотеря

Начать

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код
 - Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»
2. Начать инфузионную терапию, и обеспечить адекватный венозный доступ
3. Включить 100% кислород и выключить летучие анестетики
4. Активировать протокол массивной кровопотери:
 - Выделить 1 человека, который будет заказывать кровь
 - Заказать препараты крови (к уже имеющимся):
 - в соотношении 1 СЗП : 1 Эритроцитарная масса
 - если необходимо тромбоцитарную массу
5. Обеспечить быструю инфузионную терапию
6. Обеспечить план ведения между хирургами, анестезиологами, и акушерками
7. Вызвать сердечно-сосудистого хирурга
8. Обеспечить согревание пациента
9. Лабораторный анализы: клинический анализ крови, коагулограмма, лактат, газы крови, калий, кальций
10. Оценить:
 - Электролитные нарушения (гипокальциемия и гиперкалиемия)
 - Возможность переливания О группы крови, если нет нужной крови
 - Особая группа пациентов

ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ и лечение

Лечение ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ

Введение препаратов кальция (хлорид или глюконат кальция)

Лечение ГИПЕРКАЛИИМИ

1. Глюконат Са 30 мг/кг в/в или
Хлорид Са 10 мг/кг в/в
2. Инсулин 10 ЕД в/в, если необходимо с дефибрилляцией 1-2 amps
3. Сода при pH < 7.2 1-2 ммоль/кг в/в медленно

ПАЦИЕНТЫ ОСОБОЙ ГРУППЫ

АКУШЕРСКИЕ:

- Проверить уровень фибриноген (цель >1 г/л)
 - если <1 г/л, то заказать 2 дозы криопреципитата (VII фактор свертывания)
- Ввести в/в 1 гр транексамовой кислоты в течение 10 минут, и 1 гр в течение следующих 8 часов

ТРАВМА (одно из двух):

- Ввести в/в 1 гр транексамовой кислоты в течение 10 минут, и 1 гр в течение следующих 8 часов
- В/в кап. аминокaproновая кислота 4 – 5 грамм на 250 мл (NaCl 0,9% / Рингера) в течение 1 часа, далее 1 гр на 50 мл (NaCl 0,9% / Рингера) в час, в течение 8 часов

НЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ, не контролируемое кровотечение, не смотря на массивную трансфузию СЗП, Эр. массы, тромбоцитарной массы:

- Рассмотреть введение Фактора свертывания VIIa в дозе 40 мкг/кг в/в при условии:
 - хирургическое кровотечение должно быть остановлено
 - использовать с **осторожностью** у пациентов с риском тромбозов
 - **НЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ** при pH < 7.2

9 Гипотония

Не объяснимое падение артериального давления, не отвечающее на начатую терапию

Начать

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код

- Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»

2. Проверить:

- Пульс, давление, оборудование, ЧСС, ритм
 - если брадикардия перейти к CHKLST 3
 - если ритм ЖФ / ЖТ перейти к CHKLST 5, если PEA перейти к CHKLST 4

3. Начать инфузионную терапию

4. Включить 100% кислород и выключить летучие анестетики

6. Включить 100% кислород и выключить летучие анестетики

7. Проверить хирургическое поле на наличие кровотечения (если есть, перейти к CHKLST 8)

8. Рассмотреть действие: поместить пациента в положение Тренделенбурга, второй венозный доступ, артериальная линия)

9. Оценить причины:

Операционное поле

- Механические или хирургические манипуляции
- Пневмоперитонеум во время лапароскопии
- Тракция, стимуляция вагуса, пережатие сосудов

Неучтенные кровопотери

- Кровь в отсосе, тампонах, на полу
- Внутреннее кровотечение

Препараты / аллергия

- Анафилактический шок, перейти к CHKLST 2
- Последние введенные препараты
- Неправильная доза, или препарат
- Препараты, введенные в хир. поле (внутрисосудистая инъекция местного анестетика)
- Дыхание
 - Увеличенное РЕЕР
 - Гиповентиляция, гипервентиляция
 - Гипоксия перейти к CHKLST 10

ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ и лечение

Эфедрин:	5 – 25 мг в/в, повторить при необходимости
Мезатон:	100 – 500 мкг в/в, повторить при необходимости
Адреналин:	болюсно 5 – 10 мкг в/в, инфузия 0,1 мкг/кг/мин в/в

5. Ввести вазопрессоры и титровать до эффекта

- Легкая гипотония: эфедрин или мезатон
- Значительная/рефрактерная: ввести болюсно адреналин, продолжить в виде инфузии

- Пневмоторакс, отек легких

Сердечно-сосудистые:

- Воздушная эмболия перейти к CHKLST 1
- Брадикардия перейти к CHKLST 3
- Злокачественная гипертермия перейти к CHKLST 11
- Тахикардия перейти к CHKLST 12
- Цементирование костей
- Ишемия миокарда, эмболия любой этиологии
- Тяжелый сепсис
- Тампонада

10 Гипоксия

Необъяснимое падение сатурации

Начать

1. Позвать на помощь и включить пожарную сигнализацию

- Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»

2. Включить 100% кислород и высокий поток

- Подтвердить $FiO_2 = 100\%$ на газоанализаторе
- Подтвердить наличие CO_2 в конце выдоха и изменение в капнограмме

3. Ручная вентиляция для оценки комплайнса

7. Рассмотреть причины:

НЕ подозревается проблема в дыхательных путях:

Сердечно-сосудистая система:

- Эмболия: лёгочная, воздушная – венозная, перейти к CHKLST 1, другая эмболия (жировая, околоплодными водами, септическая)
- Заболевания сердца: ХСН, ИБС, ишемия миокарда, тампонада, врожденные / анатомические дефекты
- Тяжелый сепсис
- Если гипоксия ассоциируется с гипотонией, перейти к CHKLST 9

Препараты / Аллергия

- Недавно введенные препараты
- Аллергия, анафилаксия, ошибочная доза
- Не нормальный гемоглобин (метгемоглобин)

4. Выслушать легочный шум

5. Проверить:

- артериальное давление, пульс, PIP
- положение ИТ, пульсоксимета
- целостность системы: коннекторы, разрывы

6. Рассмотреть действия, чтобы оценить возможные причины:

- газы крови, санация ВДП
- вентиляция мешком «Амбу», бронхоскопия

ДА, подозревается проблема в дыхательных путях:

Дыхательные пути / дыхание

- Аспирация, ателектазы, бронхоспазм, гиповентиляция
- Ожирение / положение пациента, пневмоторакс, отек легких
- Однолёгочная интубация, настройки ИВЛ ведущие в auto-PEEP

Дополнительные ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

Фибро-оптическая бронхоскопия
Rg – грудной клетки
ЭКГ
ЧПЭХО-КГ

11 Злокачественная гипертермия

При наличии триггерных факторов: неожиданное, необъяснимое увеличения в конце выдоха CO_2 , необъяснимая тахикардия / тахипноэ, длительный спазм жевательной мышцы после введения сукцинилхолина. **Гипертермия поздний признак.**

Начать

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код
Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»
2. Достать набор помощи при злокачественной гипертермии
3. Назначить человека, который начнет разводить Дантролен
4. Заказать холодные растворы
5. Выключить летучие анестетики и перейти на не триггерные анестетики
 - **НЕ ОТКЛАДЫВАЙТЕ** лечение чтобы заменить адсорбер и дыхательный контур
6. Включить 100% кислород
7. Гипервентиляция пациента с потоком 10 л/мин или более
8. Ввести Дантролен
9. Ввести соду при подозрение на метаболический ацидоз (роддерживать pH > 7.2)
10. Лечить гиперкалиемию, если предполагается
11. Лечить нарушение ритма:
 - стандартные антиаритмики, **НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ** блокаторы кальциевых каналов
12. Лабораторные анализы:
 - газы крови, электролиты, кретинкиназа сыворотки
 - миоглобин сывороточный / мочи
 - коагулограмма
13. Поддерживающая терапия:
 - Охлаждение пациента при $t > 38,5^{\circ}C$:
 - **остановить** охлаждение при $t < 38,0^{\circ}C$
 - лаваж открытых полостей тела, назогастральное промывание холодной водой
 - холодные растворы в/в, охлаждение льдом магистральных сосудов
 - Установить катетер Фолея, для полчета диуреза

ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ и лечение

Дантролен: развести ампулу в NaCl 0,9% - 60 мл
в/в 2,5 мг/кг каждые 5 минут пока
симптомы не исчезнут
может потребоваться до 30 мг/кг

Сода: 1-2 мэкв/кг медленно в/в

Лечение ГИПЕРКАЛИИМИ

1. Глюконат Ca 30 мг/кг в/в или
Хлорид Ca 10 мг/кг в/в
2. Инсулин 10 ЕД в/в, если необходимо с
дефибрилляцией 1-2 amps

ТРИГГЕРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Ингаляционные анестетики, сукцинилхолин

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ диагностика

- Гипервентиляция, сепсис
- Тиреотоксикоз, феохромоцитома
- Экзогенное CO_2 , перегрев
- Менингит, геморрагический инсульт,
гипоксическая энцефалопатия, ЧМТ
- Нейротоксичность контраста, антихолинергический
синдром, кокаин, амфетамин, алкогольный
абстинентный синдром

12 Нестабильная тахикардия

Тахикардия с гипотонией, ишемические боли за грудиной, изменение уровня сознания или шок

Начать

1. Позвать на помощь и объявить экстренный код

Спросить: «Кто будет координировать действия в этой ситуации?»

2. Включить 100% кислород и выключить летучие анестетики

3. Проанализировать ритм:

- если комплекс расширенный и не регулярный, перейти к CHKLST 5

4. Приготовиться к непосредственному выполнению кардиоверсии

- Седатировать пациентов в сознание
- Включите монитор / дефибриллятор, установите в режим дефибриллятора
- Расположить электроды на груди
- Включите режим синхронизации
- Дождаться синхронизации на R - волне

5. Установить соответствующую силу разряда

- Определите соответствующую силу разряда, таблица справа
- Выберите силу разряда
- Нажмите кнопку заряд
- Нажмите и удерживайте кнопку разряд
- Проверьте монитор, если тахикардия сохраняется, увеличить силу разряда
- Перезапустить режим синхронизации после каждого разряда

6. Вызвать на консультацию специалиста

БИФАЗНАЯ КАРДИОВЕРСИЯ и сила разряда

Узкий комплекс, регулярный: 50-100-150-200 ДЖ
Узкий комплекс, нерегулярный: 120-150-200 ДЖ
Широкий комплекс, регулярный: 100-150-200 ДЖ
Широкий комплекс, нерегулярный: лечить как ЖФ, перейти к CHKLST 5

Критические ИЗМЕНЕНИЯ

Если кардиоверсия необходима, и невозможно синхронизировать, использовать разряд с высокой силой без синхронизации

Дефибрилляция:

Бифазный, использовать максимальный разряд
Монофазный, 360 ДЖ

Если остановка сердца:

по типу **ЖФ/ЖТ**, перейти к CHKLST 4

по типу **PEA/Асистолия**, перейти к CHKLST 5

Во время РЕАНИМАЦИИ

Дыхательные пути: доступ / безопасность

Циркуляция: адекватный в/в доступ или в/к, возможно использование быстрой инфузионной терапии

CHECKLIST

при экстренных ситуациях
в операционной комнате



A JOINT CENTER FOR HEALTH SYSTEMS INNOVATION

>>> НЕ ВЫНОСИТЬ эту книгу из операционной <<<