דום לב ונשימה
PEA/ASYSTOLA
ROSC
ACS
בצקת ריאות
טכיקרדיה צר/רחב
טכיקרדיה יציבה קומפלקס צר
טכיקרדיה יציבה קומפלקס רחב
ברדיקארדיה
התקף אסתמה
החמרה ב COPD
סיוע נשימתי באי ספיקה נשימתית
אנאפילקסיס
ירידה בפרפוזיה שלא על רקע טראומה
חשד ל CVA
פרכוסים

אירובנט 5mg/20cc 1cc=0.25mg 0.5mg=2cc
וונטולין 100mg/20cc 1cc=5mg 2.5mg=0.5cc

דום לב ונשימה

אדרנלין אחרי שוק שני ורביעי
אמיודורון אחרי שוק שלישי וחמישי 300/150 מיהול ב 20cc סליין
שקול מגנזיום סולפט אחרי שוק שלישי (טכיקרדיה רחבה TDP) 1-2gr מיהול 20cc
שקול סודיום בי קרבונט אחרי שוק שלישי (סימן להיפרקלמיה) 1meq/kg
אחרי שוק שלישי VC או DSED

PEA/ASYSTOLA

אדרנלין 1 מ״ג כל 3-5 דקות
טפל בגורמים הפיכים (נרקן, נוזלים, חימום, חמצן, מחט, מגנזיום)

ROSC

הנשמה 10 בדקה.
אם לא ניתן קודם. אמיודורון העמסה 150מג תוך 10 דקות. אם ניתן אז רק העמסה 1mg/min
לא יציב (כ.ל.ב.ה)– לחץ דם מתחת ל 90 וברדי או טאכי עבור לפרוטוקול מטופל לא יציב טכי/בראדי.
אם לחץ דם מתחת ל 90 סיסטולי ומטופל יציב תן סליין בבולסים חוזרים של 253ml עד לחת דם מעל 90. שקול אדרנלין בפוש 10-20mcg כל 2 דקות. שקול דופמין 5-20mcg/kg/min
אם לחץ דם מעל 90 בצע אקג. טפל בגורמים הפיכים, שקול זונדה, אם חשד לאוטם ונשללה חבלת ראש שקול הפרין עדכן יחידת צינטורים
אם אין חשד לאוטם פנה בדחיפות

לתוכן

תסמונת כלילית חריפה ACS

חמצן במידת הצורך
אם יש סימני ירידה בפרפוזיה תן חמצן, תן אספירין בלעיסה, שקול מתן עירוי נוזלים, בצע אק״ג, שקול מתן דופמין
אם אין סימני ירידה בפרפוזיה שקול מתן חמצן, תן אספירין בלעיסה, בצע אקג, שקול מתן ניטרולינגואל SL (התוויות נגד, חובה לחץ דם לפני ואחרי)
שקול פנטניל, זופרן
אם אין חשש ל STEMI המשך ניטור וטיפול במהלך פינוי דחוף לבית חולים קרוב. העבר דיווח
אם יש חשש לSTEMI , שקול הפרין (התוויות נגד), המשך ניטור וטיפול במהלך פינוי דחוף לבית חולים קרוב, הודע ליחידת טיפול נמרץ לב או לחדר צינתורים

בצקת ריאות

אם המטופל באי ספיקה נשימתית – מעבר לפרוטוקל CPAP
אם לחץ דם נמוך מ 100 – שקול פוסיד, שקול דופמין.
אם לחץ דם מעל 100. ניטרולנגואל (חובה אקג לפנילבדוק לחץ דם לפני ואחרי. שקול CPAP. תן פוסיד. שקול איזוקט IV, בצע אקג. שקול מעבר לפרוטוקול ACS.

טכיקארדיה צרה/רחבה לא יציבה כ.ל.ב.ה

מטופל שידוע שסובל מפרה- אקסיטציה WPW חובה להתייעץ עם רופא לפני טיפול תרופתי.
טכיאריטמיה צרה - אין לתת אמיודורון למטופל אסימפטומטי הסובל מפרפור עליות מעל 48 שעות או שמשכו אינו ידוע
צרה וסדירה שקול אדונזין 6mg. אם עזר פינוי.
אם לא עזר שקול היפוך חשמלי. אם לא עזר שקול אמיודורון 150mg. אפשר לתת מנה נוספת אחרי 10-5 דקות. אפשר לנסות היפוך חשמלי נוסף אחרי אמיודורון.

לתוכן

טכיאריטמיה צרה יציבה

חובה להתייעץ עם רופא לפני טיפול תרופתי עם המטופל סובל מפרה אקסיטציה WPW
מטופרולול רק במקרה שהטכיאריטמיה גורמת לתסמינים (פלפיטציות, סחרחורות וכדומה). או במקרה ופינוי ממושך.
מינון 2.5, 5, 5, מקסימלי 15. להמתין 10 דקות בין כל מנה, לבדוק לחץ דם לאחר כל מנה.
קצב סדיר PSVT/SVT בצע גירוי ואגלי, אם לא עזר תן אדונזין 6mg 12mg ו 20ml בפוש מהיר. אם לא עזר שקול מטופרולול
קצב לא סדיר או סדיר ולא PSVT/SVT שקול מטופרולול, אם לא עזר ולא סימפטומטית פינוי. אם לא עזר וסימפטומטית שקול אמיודורון, שקול היפוך חשמלי.

טכיאריטמיה רחבה יציבה

חובה להתייעץ עם רופא לפני טיפול תרופתי עם המטופל סובל מפרה אקסיטציה WPW
אמיודורון העמסה 150mg. אפשר לחזור על מנת העמסה. מנת אחזקה 1mg/min.
קצב סדיר, שקול אדונזין 6mg 12mg ו 20ml בפוש מהיר.
אם לא עזר או טכיאריטמיה לא סדירה שקול אמיודורון, שקול היפוך חשמלי, שקול מגנזיום סולפט (רחבה, פולימורפית לא סדירה)

לתוכן

בראדיקארדיה

אם סימפטומטית ,שקול אדונזין. אם לא עזר
תן אדרנלין, או דופמין, או בצע קיצוב חיצוני, אפשר לשלב בין הטיפולים
אם לא סימפטומטית חבר קוצב חיצוני STANDBY. בצע אק״ג אם לא בוצע עדיין.
המשך ניטור וטיפול בזמן פינוי לבית חולים

לתוכן

אסתמה

קל – אינהלציה אירובנט/ונטולין, סולומדרול. אינהלציה נוספת וונטולין
קשה – אדרנלין SC, אינה אירובנט/וונטולין, סולומדרול. אינהלציות חוזרות ארו/וונטו.
שקול מגנזיום סולפט
אי ספיקה – אדרנלין IM, אינהל אירו/וונטו, מגנזיום סולפט,שקול CPAP, אינה חוזרות אירו/וונטו
בפינוי סליין בקצב 20ml/min, עד 500ml.

החמרה ב COPD.

לשמור סטורציה באזור 94-92
שקול סיוע ב CPAP. , שקול אינהלציה אירו/וונט מנה חד פעמית, שקול סולמדרול IV בצע אקג
לכל אורך הטיפול והפינוי שקול מעבר לנתיב אויר מתקדם.

סיוע נשימתי באי ספיקה נשימתית

סיוע נשימתי אי ספיקה נשימתית
מתאים לאי ספיקה נשימתית מאיימת.
התוויות - מטופל בהכרה ומשתף פעולה.
התוויות נגד- לחץ דם מתחת ל 100. הפרשות כוויות, חוסר שיתוף פעולה חוסר הכרה
הסבר למטופל על הקושי. השג את הסכמתו. הרכב, כוון ל 5 סמ מיים. עודדג את המטופל.
אם לא עוזר כוון ל 10 סמ מים עד הוסף עד שיעזור בפינוי לנסות להוריד לאט בחזרה
בכל מקרה של החמרה במצב להוריד את המסכה ולעבור לטובוס.

לתוכן

אנאפילקסיס

אינהלציה רק אם יש תסמיני B. אירובנט רק לנוטלי חסמי בטא. דופמין רק אם סימני היפופרפוזיה אחרי אדרנלין ונוזלים
קל – שקול אינה וונטולין, שקול הוספת אירובנט, שקול סולומדרול, שקול נוזלים 1l/hr
אם לא חל שיפור אדרנלין IM, שקול אינה וונטולין, שקול הוספת אירובנט, תן סולומדרול.
תן עירוי 1L/hr, המשך לפינוי.
קשה – תן אדרנלין IM, שקול אינה וונטולין, שקול הוספת אירובנט, תן סולומדרול, תן סליין 2-3L/hr.
אם לא חל שיפור. שקול אדרנלין IV 10-20mcg ב PUSH כל 2 דקות, שקול דופמין, המשך עירוי, המשך לפינוי
דום לב- בצע החייאה מלאה תן אדרנלין IV, תן סליין 4-5L/hr, שקול מעבר ל ROSC, שקול מעבר להמנעות פעולות החייאה.

ירידה בפרפוזיה שלא מטראומה

אבחנה מבדלת
גורם קרדיוגני – הפרעת בקצב או בהולכה, אי־ספיקת לב, תסחיף ריאתי מסיבי, טמפונדה לבבית.
גורם היפוולמי או המורגי – הקאות, שלשולים, פוליאוריה, דמם GI.
גורם אחר – ספסיס, תגובה אלרגית (אנפילקסיס), אי־ספיקת אדרנל

מטופל לא בשוק שקול חמצן, שקול נוזלים, שקול אקמול IV
אם שוק קרדיוגני – מעבר לפרוטקול מתאים
אם יש גודש (ורידי צוואר, גודש ריאתי, בצקת) – אדרנלין IV
אם אין גודש, שקול חמצן תן נוזלים
אם שוק מסיבה אחרת – שקול הקסקפרון, סולומדרול, אדרנלין IV, דופמין.
אם ספסיס – שקול חמצן, אקמול IV, אדרנלין, תן הרטמן
אחרי טיפול יל פי הבחנה מבדלת פנה בדחיפות לביתחולים

לתוכן

חשד ל CVA
מתי הופיעו הסימנים (פחות מ 4.5 שעות)
אבחנה מבדלת - האם אחרי פרכוס, חום גבוה, השפעת תרופות, הפרעות מטבוליות
בדיקת FAST-ED
קריטריונים למתן לבטאלול
מועמד לטיפול טרומבולטי, לחץ דם מעל 185/110
התוויות נגד. ברדיקארדיה, חסם מדרגה II ומעלה.
בדיקת סוכר, בדיקת לחץ דם קבע יעד פינוי

לתוכן

פרכוס

דורמיקום מינון למתן ב 5mg IV. מינון למתן ב 10mg IM. מינון למתן ב 10mg IN
אם ערכי הסוכר בדם נמוכים מ־60% mg, יש לתת גלוקוז ב IV (25gr של תמיסת גלוקוז בריכוז 25%).

לתוכן