

## بررسی اجمالی تغییرات عمده چاپ هشتم برنامه احیای نوزاد

تغییرات	چاپ هفتم	چاپ هشتم
مدیریت کلامپ بند ناف به ۴ سوال قبل از تولد اضافه شده و جایگزین "چند نوزاد شده است"	۴ سوال قبل از تولد: (۱) سن بارداری؟ (۲) مایع آمنیوتیک شفاف است؟ (۳) چند نوزاد؟ (۴) عوامل خطر اضافی؟	۴ سوال قبل از تولد: (۱) سن بارداری؟ (۲) مایع آمنیوتیک شفاف است؟ (۳) عوامل خطر اضافی؟ (۴) آیا برنامه ای برای مدیریت بند ناف وجود دارد؟
اقدامات اولیه برای یادگیری بهتر؛ مرتب شده است	مراحل اولیه: گرم کردن و حفظ درجه حرارت طبیعی نوزاد، وضعیت دادن به راه هوایی، ساکشن ترشحات در صورت نیاز، خشک کردن، تحریک کردن.	مراحل اولیه: <b>گرم کردن، خشک کردن، تحریک کردن، وضعیت دادن به راه هوایی، ساکشن در صورت نیاز.</b>
مانیتورینگ الکتریکی قلب در اوایل الگوریتم توصیه می شود	مانیتور الکتریکی قلب روش ارجح برای ارزیابی ضربان قلب در هنگام ماساژ قلبی است.	<b>وقتی راه هوایی جایگزین لازم شد</b> ، مانیتورینگ الکتریکی قلب برای ارزیابی دقیق تر ضربان قلب نوزاد توصیه می شود.
حجم نرمال سالین بعد اپی نفرین تزریقی (داخل وریدی/داخل استخوانی) افزایش یافت.	اپی نفرین فلاش (داخل وریدی/داخل استخوانی)، با ۰٫۵ تا ۱ میلی لیتر	اپی نفرین فلاش (داخل وریدی/داخل استخوانی) با <b>۳ میلی لیتر نرمال سالین (صرف نظر از وزن و سن حاملگی)</b>
دوزهای اپی نفرین (داخل وریدی/داخل استخوانی و تراشه) برای آموزش راحت تر، ساده شده اند. محدوده دوز بدون تغییر می باشد. دوزهای ساده (داخل وریدی/داخل استخوانی و تراشه) نشاندهنده تأیید دوز خاصی نیست و صرفاً برای ساده سازی است. تحقیقات اضافی مورد نیاز است.	محدوده دوز داخل وریدی و داخل استخوانی: ۰/۰۱ - ۰/۰۳ میلی گرم / کیلوگرم (برابر با ۰/۱ - ۰/۳ میلی لیتر / کیلوگرم) محدوده دوز تراشه: ۰/۰۵ - ۰/۱ میلی گرم / کیلوگرم (برابر با ۰/۵ - ۱ میلی لیتر / کیلوگرم)	مقدار اولیه پیشنهادی داخل وریدی و داخل استخوانی: ۰/۰۲ میلی گرم / کیلوگرم (برابر با <b>۰/۲ میلی لیتر / کیلوگرم</b> ) دوز پیشنهادی داخل تراشه (ضمن ایجاد دسترسی عروقی): ۰/۱ میلی گرم / کیلوگرم (برابر با <b>۱ میلی لیتر / کیلوگرم</b> )
در صورت نیاز به افزایش حجم	نرمال سالین با دوز ۱۰ میلی لیتر/کیلوگرم در عرض ۵ الی ۱۰ دقیقه	نرمال سالین با دوز <b>۲۰ میلی لیتر/کیلوگرم</b> در عرض ۵ الی ۱۰ دقیقه
بازه زمانی برای توقف تلاش های احیا	اگر بعد از ۱۰ دقیقه احیا، ضربان قلب وجود نداشته باشد، منطقی است که اقدامات احیا را متوقف کنید. با این حال، تصمیم برای ادامه یا قطع باید بر اساس شرایط نوزاد گرفته شود.	در صورت تأیید عدم وجود ضربان قلب، پس از انجام درست تمام مراحل، قطع تلاش های احیا را <b>حدود ۲۰ دقیقه پس از تولد</b> در نظر بگیرید (تصمیم گیری در مورد بیمار و عوامل زمینه ای به صورت فردی انجام می شود).

**دکتر یگانه دوست فوق تخصص نوزادان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز**