

APRV - START:

Indikationer:

- Hypoxæmisk respirationssvigt
- Respirator-dyssynkroni

Kontraindikationer (relative):

- Status asthmaticus / svær KOL-exacerbation
- Udræneret pneumothorax

START-INDSTILLINGER:

• Phøj:

- a) **APRV primær modus: Phøj 25 cm H₂O** ^{a)}
- b) **Ved skift fra VCV: Phøj= Pplat**
- c) **Ved skift fra PCV/BiPAP: Phøj= Ppeak** (uden evt. tubekompensation!)
- d) **Ved skift fra PSV: Phøj >= Pmean** ^{d)}

•Plav: =0 cmH₂O

•Thøj: (4,0-)5,0 s, hurtigt reduceret til restitution af MVtot fra anden modus

•Tlav: (0,40-)0,50 s, hurtigt maximeret til EEFR/PEFR ≥ 75%^{b)}

•FiO₂: 1,0, tidligt reduceret til målsat PaO₂ eller SaO₂(SpO₂)

•Evt. tubekompensation: 100% til aktuel tubekaliber

•Mobilisér (evt.) spontan ventilation (reducér respirationsdeprimerende sedativa) ^{c)}

•Acceptér initial oligo-takypnø hvis ikke andre tegn på respiratorisk distress

•Acceptér evt. initial cirkulatorisk påvirkning (forudsat euvolæmi er denne oftest ret beskeden)

•Evaluér (tidligst) efter 60 minutter



Noter:

a): Initial Phøj kan evt. øges til 30(-max. 35) cm H₂O ved abdominal/thorakal restriktion (: svær adipositas; abdominal compartment-syndrom; m.v.)

b): EEFR/PEFR: Forhold mellem eksspir. flow ved release-terminering og peak eksspir.flow. Kan udmåles manuelt, evt. sikres med Autorelease-funktion

c): Tilstræb at MVspont tidligst muligt er 30-70% af MVtot – laveste % ved dårligste oxygenering

d): Ved skift fra anden ventilationsmodus bør Phøj hurtigt nedjusteres, til Pmean ved APRV svarer til Pmean ved den tidligere anvendte modus

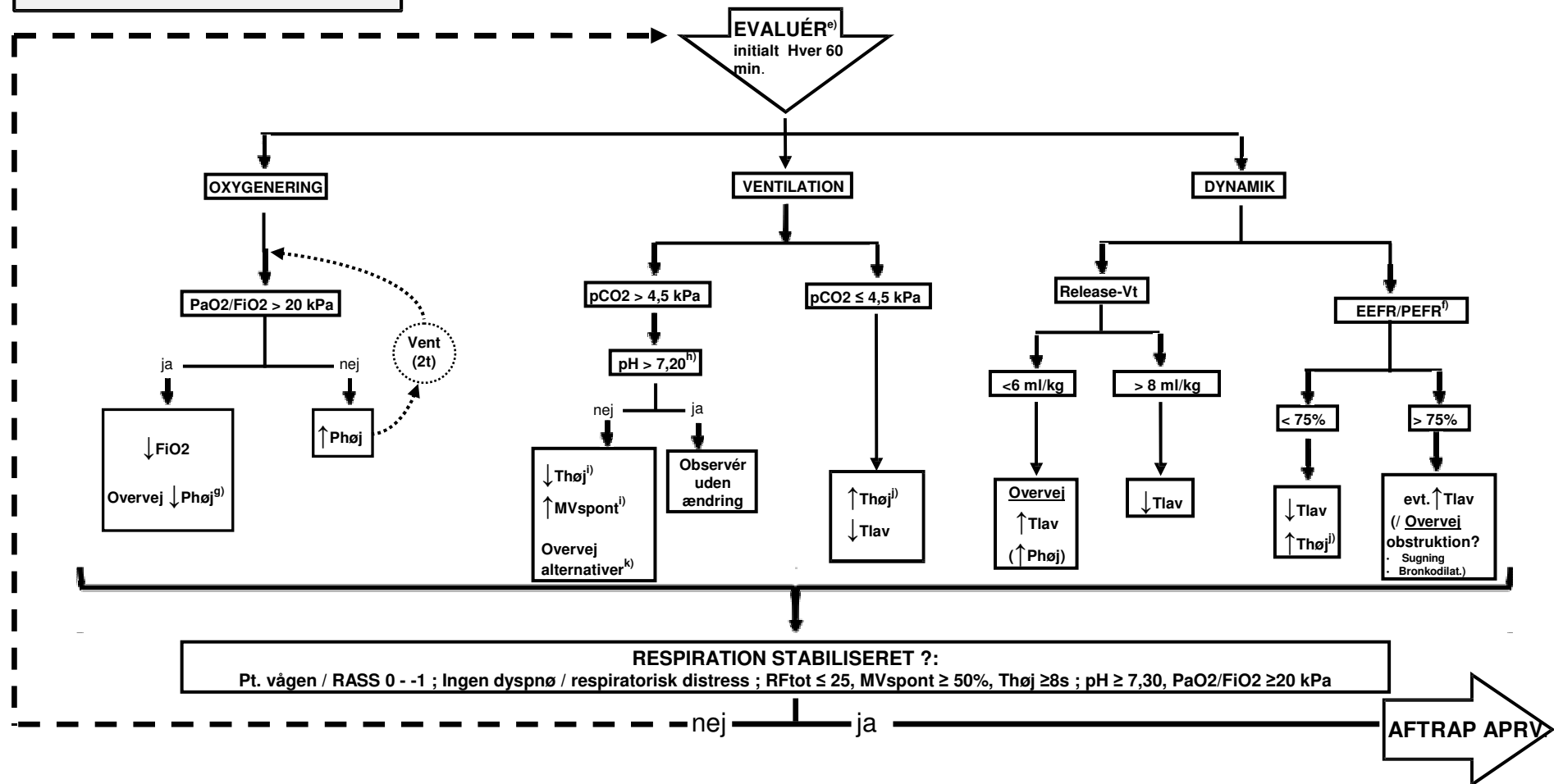
OPTIMER APRV

Ændringer i:

- **Phøj:** à max 5 cm H₂O til max 30(35)
- **Thøj:** à 2 s til max 30
- **Tlav:** à 0,02-0,05 s

Supplerende sedation bør anvendes ved:

- Angst, uro, tubeintolerans
- Dyspnø
- Høj spontan resp.aktivitet (MVspont > 50%) initialt



Noter:

- e) : Intervallet kan forlænges i takt med patientens respiratoriske "stabilisering" (Fx fra FiO₂ < 0,6 ; MVspont ≈ 50% ; ingen dyspnø / respiratorisk distress)
- f) : EEFR/PEFR – forholdet mellem slut- og peak-ekspiratorisk flowrate - kan sikres med autorelease-funktion på nogle respiratorer, må udmåles på andre; "Eyeballing": Ekspir. flowslope optimalt ca. 30°, stejlere opstøke = EEFR/PEFR < 0,75 fladere opstøke: EEFR/PEFR skal udmåles
- g) : Aftrapning af Phøj (à 1-2 cm H₂O) bør overvejes til lavest nødvendige middelluftvejstryk, fra når pt. må skønnes maksimalt rekrutteret (ved PaO₂/FiO₂ > 20 kPa)
- h) : Med mindre kontraindiceret (Potentiel regional iskæmi ; anæmi ; hjerterinsufficiens ; m.v.). Evt. lavere grænse (pH > 7,15) på klinisk skøn
- i) : ↓ Thøj og/eller ↑ MVspont. mhp. øgning af konvektionsclearance af CO₂
- j) : Thøj bør generelt søges forlænget løbende - dvs. ved hver evaluering - mhp.maximal rekruttering og mobilisering af pt.s spontane ventilationsaktivitet. **NB! Tlav skal justeres uafhængig af Thøj**
- k) : Bufring med NaHCO₃ (ca. 50 mmol/time) er forsvarligt ved respiratorisk acidose; overvej i ø. skift til andet ventilationsmodus og/eller konference med regionalt ECMO-center

AFTRAP APRV

