

# APRV - START:

## Indikationer:

- Hypoxæmisk respirationssvigt
- Respirator-dyssynkroni

## Kontraindikationer:

- Aktiv astma bronchiale eller anden svær eksspiratorisk obstruktion (KOL)
- Hypovolæmi
- Tilstande, hvor hyperkapni ikke kan tillades ((potentiel) intrakraniel trykforhøjelse; akut koronart syndrom; svær takyarytmi; m.v.)
- Stor og/eller uforsørget bronkopleural fistel

## **HYPOXÆMI**-indikation ("Rescue"/"Prevention"-modus):

Initiale indstillinger:

### Phøj:

- = **Pplat** ved skift fra VC-modus
- = **Ppeak** (!uden evt. tubekompensation!) ved skift fra PC-/BiPAP-modus
- = **25 cm H2O** ved APRV som primær modus <sup>a)</sup>

**Plav: =0 cmH2O**

**Thøj: (4,0-)5,0 s**

**Tlav: (0,40-)0,50 s**, initialt < 10 % af Thøj; evt. sænket à 0,02s til EEFR/PEFR ≥ 75%<sup>b)</sup>

**FiO2: 1,0**, evt. primært reduceret til SaO2(SpO2) som målsat for patienten

**Tubekompensation** (hvis anvendt): **100% til aktuel tubekaliber**

## **ANDEN** indikation ("Assist-CPAP"-modus):

Initiale indstillinger:

**Phøj: Initialt 20-25 cm H2O <sup>d)</sup>**

**Plav: =0 cmH2O**

**Thøj: (4,0-)5,0 s**

**Tlav: (0,40-)0,50 s**, initialt < 10 % af Thøj; evt. sænket à 0,02s til EEFR/PEFR ≥ 75%<sup>b)</sup>

**FiO2: Uændret** fra tidligere ventilationsmodus

**Tubekompensation** (hvis anvendt): **100% til aktuel tubekaliber**

- **Mobilisér spontan ventilation** (reducér sedation!) <sup>c)</sup>
- **Acceptér initial oligo-takypnø** (: spontan RF 50-70, spontan Vt 150-200), hvis ikke andre tegn på respiratorisk distress
- **Acceptér evt. initial cirkulatorisk påvirkning** (er oftest ret beskeden)
- **Evaluéér** (tidligst) **efter 60 minutter**

**JUSTER APRV**

## 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 ekspir. flow ved release-terminering og peak ekspir. flow. Kan udmåles manuelt, evt. sikres med Autorelease-funktion

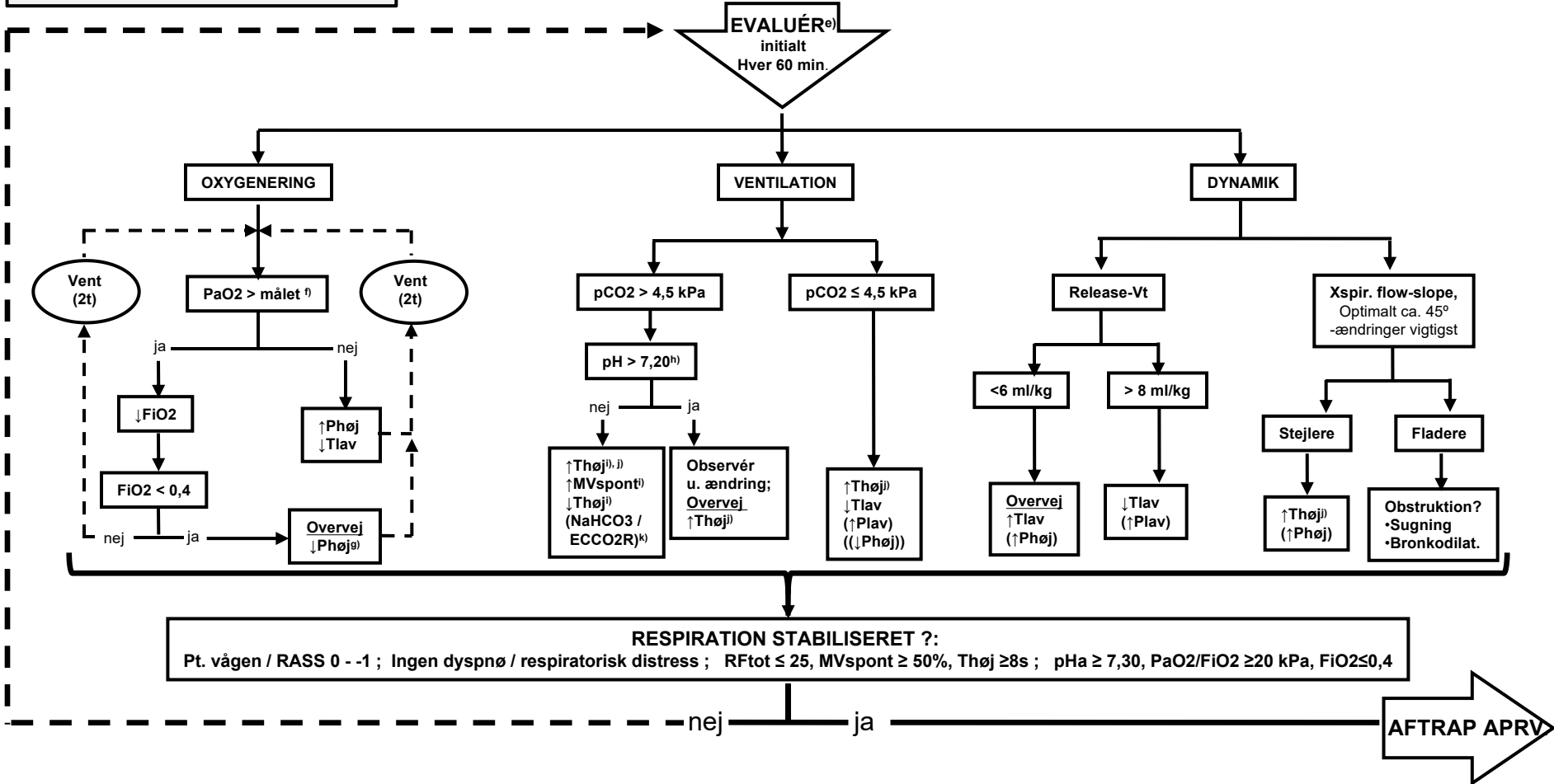
**c):** Tilstræb at MVspont tidligst muligt er 30-70% af MVtot – laveste % ved dårligste oxygenering

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

# JUSTÉR APRV

- Ændringer i:**
- **Phøj:** à max 5 cm H2O til max 30(35)
  - **Plav:** à 1-2 cm H2O til max 5
  - **Thøj:** à 2 s til max 30
  - **Tlav:** à 0,02-0,05 s

- Supplerende sedation bør anvendes ved:**
- Angst, uro
  - 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): **Behandlingsmålet for PaO2 er individuelt variabelt** (oftest i intervallet 8-12 kPa), afhængig af lokal behandlingsstrategi og individuel komorbiditet.
- g): Aftrapning af Phøj (à 1-2 cm H2O) kan overvejes mhp. evt. cirkulatorisk stabilisering, når pt. må skønnes maksimalt rekrutteret (: FiO2 < 0,4)
- h): Med mindre kontraindiceret (: Potentiel regional iskæmi ; anæmi ; hjerteinsufficiens ; m.v.). Evt. lavere grænse (: pH > 7,15) på klinisk skøn
- i): ↑Thøj mhp. yderligere rekruttering og øgning af **diffusionsclearance** af CO2 - mest effektive indtil maximal rekruttering. ↑ MVspont. og/eller ↓Thøj 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 holdes uændret!**
- k): Ekstrakorporal CO2-elimination (ECCO2R) bør foretrækkes hvis muligt. Bufring med NaHCO3 (ca. 50 mmol/time) er dog et forsvarligt alternativ ved respiratorisk acidose

## AFTRAP APRV

