

مهمترین تغییرات احیای قلبی ریوی

نسخه ۲۰۲۵

بیمارستان آسیا
.....
Asia Hospital



مهمترین تغییرات نسخه ۲۰۲۵ احیای قلبی ریوی

- در راهنمای ۲۰۲۵، زنجیره بقا برای تمام سنین و تمام محیط‌ها یکسان‌سازی شده و تفکیک جداگانه بین داخل و خارج بیمارستان حذف شده است.
- مدیریت انسداد راه هوایی در کودکان با الگوریتم بزرگسالان یکسان شده است. در افراد هوشیار دچار انسداد راه هوایی، احیاگر باید ابتدا ۵ ضربه مؤثر به پشت وارد کند. در صورت عدم رفع انسداد، احیاگر باید ۵ فشار شکمی انجام دهد. این چرخه باید تا رفع انسداد یا کاهش سطح هوشیاری بیمار تکرار شود.
- در راهنمای ۲۰۲۵، انجام همزمان ماساژ قلبی و تنفس کمکی توسط افراد آموزش‌دیده به‌طور قوی‌تری توصیه شده است. استفاده از ابزارهای بازخورد برای کنترل عمق، سرعت و برگشت کامل قفسه سینه به‌عنوان بخش مهم کیفیت احیا توصیه شده است.
- در ریتم‌های شوک‌پذیر، انجام شوک‌های اولیه باید در اولویت کامل قرار گیرد. تجویز اپی‌نفرین باید پس از شوک‌های ابتدایی انجام شود و همزمان با اولین شوک توصیه نمی‌شود.
- در راهنمای ۲۰۲۵، وازوپرسین به دلیل عدم اثبات برتری نسبت به اپی‌نفرین از جایگاه درمانی اصلی خارج شده است.
- در احیای پیشرفته، تلاش برای ایجاد دسترسی وریدی باید در اولویت قرار گیرد. مسیر داخل استخوانی تنها در صورت عدم موفقیت یا تأخیر در دسترسی وریدی توصیه می‌شود.
- در برخی شرایط خاص، استفاده از انرژی‌های بالاتر برای شوک الکتریکی نسبت به گذشته توصیه شده است. انرژی بالاتر شوک در فیبریلاسیون بطنی یا VT بدون نبض مقاوم به شوک‌های اولیه، در کاردیوورژن فیبریلاسیون دهلیزی ناپایدار با شروع ۲۰۰ ژول بای‌فازیک، در VT پلی‌مورفیک ناپایدار با دفیبریلاسیون غیرسنکرون، و در دستگاه‌های مونوفازیک با ۳۶۰ ژول توصیه می‌شود تا خاتمه سریع‌تر آریتمی حاصل شود.
- در راهنمای ۲۰۲۵، برخی داروهای جدید برای درمان برخی تاکی‌کاردی‌های پایدار به الگوریتم‌ها اضافه شده‌اند.
- در نسخه ۲۰۲۵، استفاده از تکنیک ماساژ دو انگشتی به‌طور کامل حذف شده است. روش دو شست حلقه‌ای به‌عنوان روش استاندارد ماساژ قلبی در نوزادان توصیه می‌شود.
- به دلیل منشا تنفسی شایع ایست قلبی در کودکان، انجام ماساژ قلبی همراه با تنفس کمکی به‌طور مؤکد توصیه می‌شود.
- در نوزادان ترم و نارس پایدار، قطع بند ناف باید حداقل ۶۰ ثانیه به تأخیر انداخته شود. در برخی شرایط منتخب، استفاده از روش تخلیه خون بند ناف قابل قبول در نظر گرفته شده است. تخلیه خون بند ناف در زایمان سزارین و در مواردی که خطر خونریزی بیشتر است یا جدا شدن جفت با تأخیر انجام می‌شود، مانند چندقلویی، افزایش بیش از حد مایع آمنیوتیک یا درشتی جنین، می‌تواند برای کاهش مدت مرحله سوم زایمان و کاهش خونریزی به‌کار رود، اما به‌عنوان اقدام روتین توصیه نمی‌شود و بر اساس صلاحدید بالینی انجام می‌گیرد.
- در صورت دشواری لوله‌گذاری، استفاده از وسایل فوق‌حنجره‌ای بیشتر توصیه شده است.
- استفاده از دستگاه‌های کنترل فشار تهویه برای بهبود ایمنی تهویه تأکید شده است.

- در ایست قلبی مادر باردار، جابجایی دستی رحم به سمت چپ باید به‌طور مستمر و توسط فردی غیر از افراد تیم درمانی انجام شود. این اقدام با کاهش فشار بر ورید اجوف و آئورت، اثربخشی ماساژ قلبی را افزایش می‌دهد.
- در راهنمای ۲۰۲۵، تأخیر در تصمیم‌گیری برای خروج جنین کاهش یافته است. هدف اصلی این اقدام، افزایش احتمال بازگشت گردش خون خودبه‌خودی مادر است.
- در نسخه ۲۰۲۵، برخی اصطلاحات قدیمی مرتبط با تنفس کمکی اصلاح و یکسان‌سازی شده‌اند. عناوین مربوط به نجاتگران غیرحرفه‌ای نیز برای هماهنگی بیشتر ادبیات آموزشی تغییر یافته‌اند. همچنین، واژه «تنفس» جایگزین «تنفس نجات‌بخش» شده است. واژه «امدادگر عادی» جایگزین اصطلاح «نظاره‌گر» شده تا بر نقش فعال افراد تأکید شود.
- در راهنمای ۲۰۲۵، تأکید بیشتری بر دستیابی واقعی به عمق مؤثر ماساژ شده است و تنها اعلام بازه عددی کافی تلقی نمی‌شود.
- در راهنمای ۲۰۲۵، تأکید شده است که احیاگر باید از تکیه دادن مداوم بر قفسه سینه اجتناب کند. برگشت کامل قفسه سینه به‌عنوان جزء ضروری کیفیت ماساژ معرفی شده است.
- اگرچه بازه کلی ۱۰۰ تا ۱۲۰ فشار در دقیقه حفظ شده است، در راهنمای ۲۰۲۵ بر نرخ حدود ۱۱۰ فشار در دقیقه برای حفظ کیفیت پایدار تأکید بیشتری شده است. هدف این تغییر، کاهش افت کیفیت ناشی از خستگی احیاگر در دقایق بعدی احیا است.
- در راهنمای ۲۰۲۵، استفاده از ابزارهای بازخورد لحظه‌ای دیگر یک گزینه اختیاری محسوب نمی‌شود. مراکز آموزشی و درمانی باید از ابزارهایی استفاده کنند که عمق، نرخ و کیفیت ماساژ را به‌صورت آنی نمایش دهند.
- در نسخه جدید، دستگاه‌های مانیتورینگ پیشرفته و دفیبریلاتورهای هوشمند برای ارائه بازخورد دقیق‌تر توصیه شده‌اند. هدف این اقدام، کاهش خطاهای انسانی و جلوگیری از انحراف از استاندارد در حین احیا است.
- در راهنمای ۲۰۲۵، آموزش با ابزارهای شبیه‌سازی پیشرفته برای ایجاد حافظه عضلانی صحیح مورد تأکید قرار گرفته است.
- در راهنمای ۲۰۲۵، در مراحل ابتدایی احیا تمرکز بیشتری بر اکسیژن‌رسانی غیرتهاجمی شده است. لوله‌گذاری نباید موجب وقفه غیرضروری در ماساژ قلبی شود. هرگونه اقدام راه‌هوایی باید به‌گونه‌ای انجام شود که حداقل وقفه در ماساژ قلبی ایجاد شود.
- در راهنمای ۲۰۲۵، تجویز اپی‌نفرین در ریتم‌های غیرقابل شوک باید سریع‌تر انجام شود. دوز و فاصله تجویز داروها بر اساس نوع ایست قلبی و وضعیت بالینی بیمار دقیق‌تر تنظیم شده است.
- در نسخه جدید، دوزهای آمیودارون در شرایط خاص ایست قلبی بدون نبض بازتعریف شده‌اند. هدف از این بازنگری، افزایش اثربخشی و کاهش عوارض جانبی داروها است.
- در راهنمای ۲۰۲۵، انتخاب دارو باید متناسب با نوع ریتم قلبی و وضعیت بالینی انجام شود و رویکرد یکسان برای همه بیماران توصیه نمی‌شود.
- در راهنمای ۲۰۲۵، عمق ماساژ در کودکان و نوزادان باید به‌صورت متناسب با اندازه قفسه سینه تنظیم شود. حداقل عمق ماساژ در کودکان و نوزادان برابر با یک‌سوم ضخامت قفسه سینه باشد. نرخ ماساژ نیز با هدف بهینه‌سازی جریان خون و اکسیژن‌رسانی دقیق‌تر تعریف شده است.

- استفاده از دفیبریلاتور دارای تنظیمات ویژه کودکان توصیه شده است. استفاده از ماسک‌ها و تجهیزات راه هوایی متناسب با سن و اندازه کودک مورد تأکید قرار گرفته است.
- در راهنمای ۲۰۲۵، نظارت دقیق بر عملکرد قلب، وضعیت تنفسی و سطح اکسیژن پس از احیا الزامی‌تر شده است. پروتکل‌های جدید بر کنترل دقیق اکسیژن‌رسانی و فشار خون برای جلوگیری از آسیب ثانویه مغزی تأکید دارند. انتقال بیماران احیاشده به مراکز دارای امکانات پیشرفته برای ادامه مراقبت توصیه شده است. هدف این تغییر، بهبود پیامدهای بلندمدت و کیفیت زندگی بیماران است.
- فرمول بقای اوتشتاین بیان می‌کند که میزان بقا در ایست قلبی حاصل‌ضرب سه رکن «علم پزشکی»، «کارآمدی آموزش» و «اجرای سیستمی» است و ضعف در هر کدام به‌طور تصاعدی بقا را کاهش می‌دهد؛ بر همین اساس، در راهنمای ۲۰۲۵ نیز ساختار توصیه‌ها بر پایه همین سه رکن علم، آموزش و اجرای نظام‌مند به‌عنوان چارچوب راهنما تنظیم شده است.
- در نسخه جدید، موفقیت احیا وابسته به هماهنگی بین مردم، نظام سلامت، سیاست‌گذاری و منابع معرفی شده است.
- در راهنمای ۲۰۲۵، تصمیم‌گیری درباره شروع یا توقف احیا در گروه‌های خاص به‌صورت نظام‌مند مطرح شده است. احترام به خودمختاری بیمار، عدالت، خیرخواهی و پرهیز از آسیب به‌عنوان اصول راهنما معرفی شده‌اند.
- در نسخه جدید، موضوع اهدای عضو پس از احیا و ملاحظات پژوهشی در شرایط اورژانسی بررسی شده است. اثرات روانی احیا بر خانواده و تیم درمانی نیز مورد توجه قرار گرفته است. تا حد امکان، خانواده در جریان فرآیند احیا باشند.
- در راهنمای ۲۰۲۵، استفاده از سیستم‌های هشداردهنده و فراخوان سریع برای پیشگیری از ایست قلبی توصیه شده است.
- راهنمای ۲۰۲۵ استفاده از فناوری‌های ارتباطی برای فعال‌سازی سریع امدادگران داوطلب را توصیه می‌کند.
- آموزش اپراتورهای اورژانس برای تشخیص سریع ایست قلبی و هدایت تلفنی احیا مورد تأکید قرار گرفته است.
- در نسخه جدید، انجام احیای باکیفیت در محل بر انتقال فوری بیمار اولویت دارد.
- راهنمای ۲۰۲۵ بر انجام جلسه بازبینی بالینی پس از هر مورد احیا برای بهبود عملکرد تیمی تأکید دارد.
- در نسخه جدید، ایجاد تیم‌های چندرشته‌ای برای بازتوانی بیماران پس از احیا توصیه شده است.
- در راهنمای ۲۰۲۵، استفاده از نالوکسان توسط افراد عادی در مسمومیت با اوپیوئید توصیه شده است.
- در صورت عدم امکان برگرداندن بیمار به وضعیت طاق‌باز، انجام احیا در وضعیت دمر قابل قبول اعلام شده است.
- در نسخه جدید، تیم احیا باید وقفه ماساژ در زمان شوک را به حداقل برساند.
- در راهنمای ۲۰۲۵، اپی‌نفرین باید در اولین فرصت ممکن در ریتم‌های غیرقابل شوک تجویز شود.
- در نسخه جدید، پایش فشار خون دیاستولیک توصیه شده و اهداف مشخصی برای شیرخواران و کودکان تعیین شده است.
- راهنمای ۲۰۲۵ بر بررسی پیش‌آگهی عصبی پس از بازگشت گردش خون تأکید کرده است.
- روش احیای با بالا بردن سر و قفسه سینه هنوز در مرحله تحقیق است و فعلاً توصیه نمی‌شود.
- استفاده همزمان از دو دستگاه شوک برای فیبریلاسیون مقاوم هنوز نیازمند شواهد بیشتر است.
- در راهنمای ۲۰۲۵، استفاده از اکسیژناسیون خارج‌بدنی در موارد خاص مانند آمبولی ریه یا هیپوترمی مطرح شده است.
- در ایست قلبی مادر باردار، جابجایی رحم باید فوراً انجام شود و در صورت عدم پاسخ، زایمان نجاتی طی پنج دقیقه مدنظر قرار گیرد.

- در بیماران دارای پمپ کمکی بطن چپ، ارزیابی ایست تنها بر اساس لمس نبض کافی نیست و باید علائم بالینی دیگر بررسی شود.
- انجام بررسی‌های تشخیصی تکمیلی پس از احیا به صورت انجام نوار قلب ۱۲ اشتقاق، اکوکاردیوگرافی، سونوگرافی بالینی و سی‌تی‌اسکن توصیه شده است.
- در بیماران بالغ، نگهداری دما بین ۳۲ تا ۳۷٫۵ درجه سانتی‌گراد حداقل به مدت ۳۶ ساعت توصیه شده است.
- راهنمای ۲۰۲۵ به مداخلات سازمانی برای کاهش فرسودگی شغلی تیم‌های احیا توصیه کرده است.
- در راهنمای ۲۰۲۵ تأکید شده است که اولین فرد حاضر باید بلافاصله ماساژ قفسه سینه را آغاز کند و تأخیر در شروع احیا قابل قبول نیست، زیرا شروع زودهنگام ماساژ مهم‌ترین عامل بقا محسوب می‌شود.
- در نسخه ۲۰۲۵ توسعه برنامه‌های عمومی دسترسی به دستگاه شوک خودکار و آموزش استفاده از آن به عنوان بخشی از نظام مراقبت جامعه‌محور تقویت شده است.
- در نسخه ۲۰۲۵ استفاده از پایش دی‌اکسید کربن انتهای بازدم برای ارزیابی کیفیت ماساژ و تشخیص بازگشت گردش خون خودبه‌خودی اهمیت بیشتری یافته است.
- در راهنمای جدید توصیه شده است که پس از بازگشت گردش خون، میزان اکسیژن باید بر اساس اشباع هدف تنظیم شود تا از آسیب ناشی از اکسیژن بیش از حد جلوگیری شود.
- در نسخه ۲۰۲۵ حفظ فشار خون کافی برای تأمین خون‌رسانی مغزی به عنوان یکی از اهداف اصلی مراقبت پس از احیا با تأکید بیشتری مطرح شده است.
- در راهنمای ۲۰۲۵ مدیریت فعال دمای بدن و پیشگیری از تب به عنوان بخش ضروری مراقبت‌های پس از احیا مورد تأکید مجدد قرار گرفته است.
- در نسخه جدید توصیه شده است که ارزیابی پیامد عصبی نباید بر اساس یک شاخص منفرد انجام شود و باید از رویکرد چندوجهی استفاده گردد.
- در نسخه ۲۰۲۵ بر شناسایی و اصلاح سریع علل قابل برگشت ایست قلبی در کودکان نسبت به نسخه قبلی تأکید بیشتری شده است.
- در راهنمای ۲۰۲۵ تأکید شده است که در نوزادان، تهویه مؤثر مهم‌ترین اقدام اولیه است و پاسخ نوزاد به تهویه باید به سرعت ارزیابی شود.
- در نسخه جدید توصیه شده است که اکسیژن به صورت مرحله‌ای و بر اساس اشباع هدف تنظیم شود تا از آسیب ناشی از اکسیژن بیش از حد پیشگیری گردد.
- در نسخه جدید بر تسریع در تصمیم‌گیری برای مداخله جراحی در صورت عدم بازگشت گردش خون در زمان مناسب تأکید بیشتری شده است.
- در ایست قلبی با ریتم غیرقابل شوک، اپی‌نفرین با دوز ۱ میلی‌گرم داخل وریدی یا داخل استخوانی باید هر ۳ تا ۵ دقیقه تکرار شود و تأکید شده است که اولین دوز ترجیحاً در ۵ دقیقه اول پس از شروع احیای قلبی ریوی تجویز شود.

- در ریتم‌های قابل شوک، پس از هر شوک باید بلافاصله احیای قلبی ریوی به مدت ۲ دقیقه بدون وقفه ادامه یابد و وقفه قبل و بعد از شوک باید کمتر از ۱۰ ثانیه باشد.
- انرژی شوک در دستگاه‌های دو فازی برای شوک اول بر اساس توصیه کارخانه سازنده، معمولاً بین ۱۲۰ تا ۲۰۰ ژول است و در صورت نامشخص بودن، استفاده از ۲۰۰ ژول قابل قبول است. در شوک‌های بعدی باید انرژی به صورت افزایشی تا حداکثر انرژی مجاز دستگاه افزایش یابد.
- در صورت وجود راه هوایی پیشرفته، تهویه باید با نرخ ۱۰ تنفس در دقیقه، معادل یک تنفس هر ۶ ثانیه، بدون توقف کمپرس قفسه سینه انجام شود و از تهویه بیش از حد باید پرهیز شود. مقدار دی‌اکسیدکربن بازدمی در حین احیا باید حداقل ۲۰ میلی‌متر جیوه یا بیشتر باشد.
- عمق کمپرس قفسه سینه در بزرگسالان باید حداقل ۵ سانتی‌متر و حداکثر ۶ سانتی‌متر باشد و سرعت کمپرس باید بین ۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه حفظ شود. بازگشت کامل قفسه سینه پس از هر کمپرس الزامی است.
- نسبت کمپرس به تهویه در احیای پایه بزرگسالان ۳۰ به ۲ است. در کودکان در صورت حضور دو احیاگر، نسبت ۱۵ به ۲ توصیه می‌شود.
- در فیبریلاسیون بطنی یا تاکی‌کاردی بطنی بدون نبض مقاوم به شوک، آمیودارون با دوز ۳۰۰ میلی‌گرم بولوس داخل وریدی یا داخل استخوانی تجویز می‌شود و در صورت تداوم ریتم، دوز دوم ۱۵۰ میلی‌گرم قابل تجویز است.
- لیدوکائین می‌تواند با دوز اولیه ۱ تا ۱/۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن داخل وریدی یا داخل استخوانی تجویز شود.
- پس از بازگشت گردش خون خودبه‌خودی در بیمار کمایی، باید کنترل فعال دما انجام شود و دمای بدن در محدوده ۳۲ تا ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد حفظ شود و از بروز تب جلوگیری گردد. کنترل دما باید حداقل به مدت ۲۴ ساعت ادامه یابد.
- در طول احیا، هر چرخه احیای قلبی ریوی باید ۲ دقیقه کامل ادامه یابد و ارزیابی ریتم پس از پایان هر چرخه انجام شود.
- در صورت استفاده از کاپنوگرافی، مقدار دی‌اکسیدکربن بازدمی کمتر از ۱۰ میلی‌متر جیوه نشان‌دهنده کیفیت پایین کمپرس است و باید کیفیت کمپرس بهبود یابد.
- فشار خون پس از بازگشت گردش خون خودبه‌خودی باید به‌گونه‌ای حفظ شود که فشار سیستولیک حداقل ۹۰ میلی‌متر جیوه یا فشار متوسط شریانی حداقل ۶۵ میلی‌متر جیوه تأمین گردد.
- در کودکان، دوز اپی‌نفرین در ایست قلبی ۰/۰۱ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن از محلول با غلظت یک در ده هزار داخل وریدی یا داخل استخوانی است و هر ۳ تا ۵ دقیقه تکرار می‌شود.
- انرژی شوک در کودکان برای شوک اول ۲ ژول به ازای هر کیلوگرم، برای شوک دوم ۴ ژول به ازای هر کیلوگرم و در شوک‌های بعدی حداقل ۴ ژول به ازای هر کیلوگرم و حداکثر تا ۱۰ ژول به ازای هر کیلوگرم یا حداکثر انرژی دستگاه است.
- در نوزادان، نسبت کمپرس به تهویه در صورت حضور دو احیاگر ۳ به ۱ است و در صورت نیاز به دارو، اپی‌نفرین با دوز ۰/۰۱ تا ۰/۰۳ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم داخل وریدی تجویز می‌شود.

- در ایست قلبی داخل بیمارستانی و خارج بیمارستانی تأکید شده است که کاپنوگرافی به صورت روتین برای پایش کیفیت کمپرس قفسه سینه و تأیید جایگذاری صحیح راه هوایی پیشرفته استفاده شود و مقادیر دی‌اکسیدکربن بازدمی به صورت مستمر پایش گردد تا کیفیت احیا به صورت لحظه‌ای ارزیابی شود.
- در طول احیا، تیم درمان موظف است به صورت ساختارمند و در هر چرخه دو دقیقه‌ای، علل قابل برگشت ایست قلبی را بررسی و در صورت شناسایی، بلافاصله درمان هدفمند انجام دهد و این ارزیابی باید به صورت مکرر و فعال ادامه یابد.
- استفاده از سونوگرافی کنار تخت توسط افراد آموزش‌دیده برای کمک به تشخیص علل زمینه‌ای ایست قلبی توصیه شده است، مشروط بر اینکه انجام آن موجب وقفه در کمپرس قفسه سینه نشود و زمان توقف کمپرس‌ها افزایش نیابد.
- پس از بازگشت گردش خون خودبه‌خودی، اکسیژن باید به‌گونه‌ای تنظیم شود که اشباع اکسیژن در محدوده طبیعی حفظ شود و از تجویز طولانی‌مدت اکسیژن با غلظت بسیار بالا بدون اندیکاسیون اجتناب گردد تا از هیپرآکسی جلوگیری شود.
- در مراقبت پس از بازگشت گردش خون، فشار خون باید به‌طور فعال پایش و حمایت شود و فشار سیستولیک حداقل ۹۰ میلی‌متر جیوه یا فشار متوسط شریانی حداقل ۶۵ میلی‌متر جیوه حفظ گردد و در صورت نیاز از مایعات و داروهای وازوپرسور استفاده شود.
- کنترل فعال دما در بیماران کمایی پس از بازگشت گردش خون باید انجام شود و دمای بدن در محدوده ۳۲ تا ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد نگه داشته شود و از بروز تب پیشگیری گردد و این مداخله حداقل ۲۴ ساعت ادامه یابد.
- در پیش‌آگهی عصبی پس از ایست قلبی، تصمیم‌گیری نباید به‌صورت زود هنگام انجام شود و ارزیابی باید بر اساس مجموعه‌ای از یافته‌های بالینی، پاراکلینیکی و گذشت زمان کافی صورت گیرد تا از قضاوت نادرست جلوگیری شود.
- سیستم‌های هشدار زود هنگام و تیم‌های پاسخ سریع باید به‌صورت فعال در بیمارستان‌ها مستقر باشند و پایش بیماران در معرض خطر به‌گونه‌ای انجام شود که از بروز ایست قلبی قابل پیشگیری جلوگیری شود.
- در آموزش احیای قلبی ریوی، تأکید شده است که تمرین‌های کوتاه‌مدت اما پرتکرار با بازخورد فوری بر کیفیت کمپرس، عمق، سرعت و حداقل‌سازی وقفه‌ها اجرا شود تا مهارت کارکنان در طول زمان حفظ گردد.
- پس از هر رویداد احیا، بازخورد ساختاریافته و بررسی تیمی عملکرد انجام شود تا نقاط قوت و ضعف شناسایی و در برنامه‌های بهبود کیفیت لحاظ گردد.
- برابری در دسترسی به خدمات احیا، دسترسی سریع به دفیبریلاتورهای عمومی و کاهش نابرابری‌های مرتبط با عوامل اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی به‌عنوان بخشی از مسئولیت سیستم سلامت مورد تأکید قرار گرفته است.
- در تمام مراحل احیا، حداقل‌سازی وقفه در کمپرس قفسه سینه، حفظ عمق ۵ تا ۶ سانتی‌متر، سرعت ۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه و محدود کردن وقفه‌های اطراف شوک به کمتر از ۱۰ ثانیه به‌عنوان شاخص‌های اصلی کیفیت احیا باید به‌طور مستمر پایش و اصلاح شوند.