



بیمارستان و زایشگاه بنت الهدی

محتوای آموزشی

داروهای احیاء قلبی ریوی

(آموزش پرستاری)

واحد آموزش

شماره سند: B-RB-63

شماره ویرایش: 00

شماره بازنگری: 00

تاریخ صدور: 99/07/۲۱



داروهای احیای قلبی ریوی

مسیرهای تجویز دارو در طی احیا

- داخل وریدی، داخل تراشه، داخل استخوانی
- در صورت تزریق دارو از طریق وریدهای محیطی، دارو به صورت بولوس Push شده و بعد از تزریق دارو، ۲۰ سی سی نرمال سالین فلاش نمائید تا دارو سریع تر از اندامها به گردش خون مرکزی راه یابد.
- تجویز سرم بصورت روتین در حین احیا ممنوع است.
- در موارد خاص ایست قلبی با عللی چون هیپوولمی، هموراژی و دهیدریشن سرم تجویز می گردد. مطالعات نشانگر جذب داروهای محلول در چربی از طریق لوله تراشه هستند

اپی نفرین، لیدوکائین، نالوکسان، آتروپین

- زمانی که دسترسی IV یا IO میسر نباشد و شکست بخورد، داروهای فوق از طریق لوله تراشه تجویز خواهد شد. اگر بیمار تاکنون انتوبه نشده الان باید سریعاً انتوبه شود.
- دوز مناسب و دقیق داروها از طریق لوله تراشه شناخته شده نیست. در حال حاضر توصیه گایدلاین دوز ۲ تا ۳ برابر دوز داخل وریدی داروها برای بالغین می باشد.

روش تجویز دارو از طریق لوله تراشه به توصیه AHA

- دارو را با ۵ تا ۱۰ سی سی آب مقطر یا نرمال سالین رقیق و سپس مستقیم داخل لوله تراشه Push کنید. اسپری کردن کامل دارو به درون ریه ها نیازمند قطع ماساژ قلبی، رقیق کردن کافی، تزریق سریع و ۵ تهویه کامل با آمبویک بدنبال تزریق است.
- مطالعات نشان داده اند میزان جذب اپی نفرین و لیدوکائین با حلال آب مقطر بیشتر از حلال نرمال سالین است.
- مدت اثر بعضی داروها (اپی نفرین، لیدوکائین، آتروپین) از طریق داخل تراشه نسبت به تزریق داخل وریدی همان داروها طولانی تر است (depot effect).

اپی نفرین

- اپی نفرین از قوی ترین داروهای وازوپرسور شناخته شده می باشد.
- مقلد سمپاتیک است و مستقیماً روی تمامی گیرنده های آلفا و بتا آدرنرژیک اثر می گذارد. اثرات فارموکولوژیک اپی نفرین در افزایش فشار پرفیوژن کرونری اثبات شده است.
- ایجاد و حفظ فشار پرفیوژن کرونری (CPP) بالای ۱۵ میلی متر جیوه در حین احیا، با ROSC و بهبود بقای قربانی قویاً در ارتباط است.
- شروع اثر سریع (کمتر از ۲ دقیقه) و پیک اثر کمتر از ۵ دقیقه

اپی نفرین

- اپی نفرین باعث انقباض عروقی به دلیل اثر آلفا آدرنرژیک و باعث افزایش فشار خون دیاستولی آئورت و به دنبال آن منجر به افزایش فشار خون رسانی کرونری می گردد.
- در دوز پائین (کمتر از ۰/۳ میکروگرم بر کیلوگرم در دقیقه) اثرات بتا آدرنرژیک اپی نفرین از جمله کاهش مقاومت عروق سیستمیک می تواند باعث افت فشار خون، کاهش جریان خون کرونری، افزایش کار میوکارد و کاهش پرفیوژن ساب اندوکارد شود.
- در ایست قلبی بزرگسالان یک میلی گرم هر سه تا پنج دقیقه وریدی تزریق می شود.
- از راه لوله تراشه بزرگسالان با دوز ۲ تا ۲/۵ میلی گرم قابل تجویز است.

دوز اپی نفرین در کودکان

- منظور از گروه سنی کودکان (Pediatric): شیرخواران (Infant) از یک ماهگی تا یک سالگی و اطفال (Child) از یک سالگی تا شروع بلوغ جنسی می باشد.
- IV/IO: ۰/۰۱ میلی گرم بر کیلوگرم وزن بدن (حداکثر دوز تزریق در هر بار 1mg)
- داخل تراشه: ۰/۱ میلی گرم بر کیلوگرم وزن بدن (ده برابر دوز وریدی).
- دوزهای فوق در صورت نیاز به تجویز اپی نفرین در برادیکاردی کودکان نیز تجویز می شود.

دوز اپی نفرین در نوزادان

- واژه نوزاد به ۲۸ روز اول زندگی اطلاق می‌شود.
- در این گروه اپی نفرین به صورت زیر تجویز می‌گردد:
 $0.1/0.3$ تا $0.3/1.0$ میلی‌گرم بر کیلوگرم وزن نوزاد بصورت ۱۷ از محلول $10/1000$
- تجویز اپی نفرین در هر جای احیا آغاز گردید، بدون توجه به ریتم زمینه و مرحله احیا تا پایان عملیات احیا هر ۳ تا ۵ دقیقه تکرار می‌گردد.
- در زمان بررسی هر گاه با ریتم قابل شوک (PVT, VF) برخورد کردید، باید شوک تجویز گردد.
- در خصوص زمان تزریق اپی نفرین در احیا با ریتمهای قابل شوک، اختلاف نظر وجود دارد. در ریتمهای قابل شوک اولویت با تجویز شوک (دیفیبریلاسیون) و احیای زودرسی می‌باشد.
- در صورت باقی ماندن ریتم VF و یا VT بدون نبض، بعد از دادن شوک دوم از آدرنالین (اپی نفرین) یک میلی‌گرم به صورت وریدی استفاده شود
- به محض برخورد با ریتم غیر قابل شوک (آسیستول و PEA) هر چه سریع‌تر باید تجویز اپی نفرین صورت گیرد. آسیستول و PEA ریتمهای فاقد پرفیوژنی هستند که نیازمند آغاز سریع احیای با کیفیت می‌باشند و تجویز شوک در این ریتمها جایگاهی ندارد.
- اساس درمان این ریتمها بر احیای با کیفیت، تجویز اپی نفرین و درمان هر چه سریع‌تر عامل زمینه‌ای ایست قلبی استوار می‌باشد.
- اپی نفرین و بی‌کربنات سدیم را همزمان از یک مسیر وریدی تجویز نکنید! محلولهای آلکالین همچون بی‌کربنات، کاتکول آمینها (اپی نفرین) را غیرفعال می‌کنند

تجویز اپی نفرین در آنافیلاکسی

- در تمامی بیماران با واکنش‌های آلرژیک (هیپوتانسیون، ادم راه هوایی، تنفس مشکل) هر چه سریع‌تر باید اپی نفرین تزریق شود.
- دوز: تزریق ۰/۲ تا ۰/۵ میلی‌گرم به صورت IM از محلول ۱:۱۰۰۰ یا بصورت Autoinjector در همه حال روش ترجیحی IM می‌باشد.
- در صورت عدم بهبود علائم تکرار هر ۵ تا ۱۵ دقیقه.
- محل تزریق: قسمت قدامی جانبی یک سوم میانی ران.

آمیودارون

- آمیودارون دارای اثرات بلوک‌کننده آلفا و بتا آدرنرژیک می‌باشد. همچنین بر روی کانالهای سدیم، پتاسیم و کلسیم نیز اثرگذار است.
- آمیودارون سرعت هدایت گره AV را کاهش داده، دوره تحریک‌ناپذیری گره AV را افزایش می‌دهد و در نتیجه هدایت بطنی را آهسته می‌کند، لذا در درمان ناکی آریتمی‌های بطنی VF و VT Pulseless مقاوم به شوک کاربرد دارد.
- اگر بعد از شوک اول و دوم و تزریق اپی نفرین بعد از شوک دوم، هنوز بیمار دچار VF یا VT بدون نبض باشد، بعد از شوک سوم باید ۳۰۰ میلی‌گرم آمیودارون (دو عدد آمپول) بصورت بولوس تزریق و پشت سر آن ۲۰ سی‌سی نرمال سالین یا دکستروز ۵٪ فلاش شود. اگر بعد ۳ تا ۵ دقیقه هنوز VF یا VT بدون نبض باقی ماند (بعد از شوک سوم)، دوز بعدی آمیودارون ۱۵۰ میلی‌گرم به صورت بولوس تزریق شود.
- آمیودارون در اغلب انواع آریتمی مؤثر است و به عنوان موثرترین داروی ضد آریتمی در نظر گرفته می‌شود.
- آمیودارون باعث کاهش فشار خون از طریق اتساع عروق می‌گردد. افت فشار خون ایجادشده به سرعت تزریق وابسته است و در شکل رقیق شده دارو کمتر اتفاق می‌افتد.
- آمیودارون طولانی‌ترین نیمه‌عمر را بین داروهای ضد آریتمی (تا چندین هفته) دارد. آمیودارون باعث رسوب میکروکریستالها در قرنیه و پوست، اختلال عملکرد تیروئید (کم‌کاری یا پرکاری)، پارستزی، لرزش و فیبروز ریوی می‌شود.

- حجم هر آمپول آمیودارون ۳ سی سی و محتوی ۱۵۰ میلی گرم آمیودارون می باشد. تزریق آمیودارون از راه ورید محیطی می تواند باعث ترومبوفلیت گردد.

لیدوکائین

- لیدوکائین یک داروی آنتی آریتمی است. در موارد عدم دسترسی به آمیودارون، می توان از لیدوکائین بجای آن استفاده کرد.
- لیدوکائین نسبت به سایر داروهای آنتی آریتمی عوارض جانبی کمتری به همراه دارد.
- دوز اولیه لیدوکائین در بزرگسال ۱ تا ۵/۱ میلی گرم بر کیلوگرم و در اطفال ۱ میلی گرم می باشد.
- در صورت پایدار بودن VF یا VT بدون نبض می توان دوزهای اضافی ۵/۰ تا ۷۵/۰ میلی گرم بر کیلوگرم را به صورت وریدی به فواصل ۱۰-۵ دقیقه تا حداکثر دوز 3mg/kg تزریق کرد
- لیدوکائین در درمان آریتمی های بطنی ایسکمیک حاد (مثل انفارکتوس میوکارده) سودمند است.
- آریتمی های دهلیزی به لیدوکائین پاسخ نمی دهند مگر اینکه ناشی از دیژیتال باشند.
- لیدوکائین موجود در تراسل اورژانس ۲٪ بوده و هر یک سی سی از این محلول حاوی 20mg لیدوکائین می باشد.
- بعلت عدم وجود شواهدی در حمایت یا رد تجویز لیدوکائین بعد از دستیابی به ROSC در ساعت اول، در صورت عدم کنتراندیکاسیون، تجویز پروپیلانیک لیدوکائین در بعضی موارد خاص که ممکن است درمان عود مجدد PVT/VF با مشکل روبرو شود، می تواند مدنظر قرار گیرد.

منیزیوم سولفات

- سولفات منیزیوم به طور موثری باعث خاتمه دادن به تورسادی پوینت (VT منظم مولتی فوکال با QT طولانی) می گردد، اما در موارد VT منظم مولتی فوکال با فاصله QT طبیعی مؤثر نیست.
- ویالهای سولفات منیزیوم با دو غلظت ۲۰٪ و ۵۰٪ موجود است. ویال ۵۰٪ یعنی در هر ۱۰۰ سی سی محلول، ۵۰ گرم منیزیوم موجود است. با تشکیل یک معادله می توان به سادگی مقدار مورد نیاز از دارو را محاسبه نمود. بر این اساس در هر یک سی سی از ویال ۵۰٪ مقدار ۰٫۵ گرم منیزیوم موجود است یعنی اگر دستور تزریق ۲ گرم منیزیوم داریم باید ۴ سی سی از ویال ۵۰٪ و ۱۰ سی سی از ویال ۲۰٪ کشیده و تزریق کنیم.

- در صورت VT/VF همراه با تورسادهی پوینت، ۲-۱ گرم سولفات منیزیم رقیق شده با ۱۰ میلی لیتر دکستروز و اتر ۵٪ به صورت بولوس از راه وریدی تزریق کنید.

آتروپین

- آتروپین یک داروی پاراسمپاتولیتیک می باشد که باعث تسریع ضربان سازی سینوسی یا دهلیزی شده و سرعت هدایت AV را افزایش و باعث افزایش ضربان قلب می گردد.
- بر اساس مطالعات صورت گرفته، استفاده روتین از آتروپین در درمان PEA یا آسیستول دارای اثرات سودمندی نمی باشد. به همین دلیل استفاده از آتروپین در درمان ایست قلبی منسوخ گردیده است.
- در کار آزمایی های بالینی بزرگسالان نشان داده شد آتروپین وریدی باعث بهبود ضربان قلب و برطرف شدن علائم برادیکاردی می گردد.
- ❖ تجویز دوزهای کمتر از ۵/۰ میلی گرم آتروپین به دلیل اثر مرکزی، باعث اثرات متناقض و برادیکاردی می شود.
- تجویز دوز بالای آتروپین در شرایط خاص مانند مسمومیت با سموم ارگانوفسفره و یا تماس با گازهای سمی اعصاب توصیه می شود.
- تا قبل از سال ۲۰۱۰ آتروپین در فهرست داروهای تجویزی در ایست قلبی و داروهای اصلی احیا بود که در گایدلاین ۲۰۱۰ بر اساس شواهد متعدد (عدم تاثیر بر بهبود دستیابی به ROSC) از این لیست حذف گردید.
- اولین خط دارو درمانی و داروی انتخابی برای درمان برادیکاردی علامت دار آتروپین می باشد.
- زمانی که برادیکاردی منجر به بروز علائم و نشانه های بالینی شود، بعنوان یک اورژانس قلب محسوب شده و نیاز به درمان فوری دارد:
- تغییر حاد در سطح هوشیاری، ناراحتی ایسکمیک قفسه سینه، نارسایی حاد قلبی، هیپوتانسیون و یا سایر علائم شوک
- اگر علیرغم برقراری راه هوایی مطمئن و تهویه کافی همچنان برادیکاردی باقی ماند، تجویز آتروپین سریعاً باید صورت گیرد.
- دوز اولیه: ۵/۰ میلی گرم بولوس، در صورت عدم پاسخ هر ۳ تا ۵ دقیقه تا سقف حداکثر ۳ میلی گرم تکرار شود.
- از آنجا که قلب پیوندی فاقد عصب گیری واگ است، آتروپین بعد از پیوند قلب مؤثر نمی باشد.

- در بلوک AV درجه ۲ موبیتز دو و بلوک درجه ۳ هر جا که احتمال می‌رود محل بلوک در جایی غیر از گره AV مثلاً در باندل هیس باشد، نباید از آتروپین استفاده کرد.
- در مواردی که برادیکاردی به آتروپین پاسخ نمی‌دهد باید درمان موقت با پیس‌میکر پوستی یا داروهای بتاآدرنرژیک (دوپامین، اپی‌نفرین) تا آماده‌شدن پیس‌میکر وریدی صورت گیرد.
- هر آمپول آتروپین یک سی‌سی و حاوی ۵/۰ میلی‌گرم آتروپین می‌باشد.
- در ایست قلبی (عدم وجود پالس) تجویز آتروپین هیچ جایگاهی ندارد. برادیکاردی کاملاً با شرایط ایست قلبی متفاوت و قابل تشخیص می‌باشد.
- در برادیکاردی، شخص نبض دارد و به لحاظ همودینامیک ناپایدار شده و تابلوی بالینی علایم Poor Perfusion را دارد:
- تغییر حاد در سطح هوشیاری، ناراحتی ایسکمیک قفسه‌سینه، نارسایی حاد قلبی، هیپوتانسیون و یا سایر علائم شوک

آدنوزین

- جزو داروهای ضد آریتمی تراسی اورژانس می‌باشد. به شکل آمپولهای 6mg/2ml است.
- موارد مصرف: تبدیل PSVT به ریتم سینوسی
- موارد منع مصرف: بلوک قلبی درجه ۲ و ۳، بیماری Sick Sinus، فیبریلاسیون یا فلاتر دهلیزی
- عوارض جانبی: آریتمی، آسیستول
- نحوه تجویز دارو: سریعاً در عرض ۲-۱ ثانیه تزریق گردد و بلافاصله بعد از آن ۲۰ سی‌سی نرمال سالین فلش شود. دارو را رقیق نکنید. برای تزریق آدنوزین از یک ورید درشت در قسمت‌های فوقانی تر دست استفاده کنید. یک سه راهی به آنژیوکت متصل نمایید. دست بیمار بالاتر قرار داده شود. از یک مسیر آدنوزین را به سرعت تزریق نموده و بلافاصله از مسیر دیگر نرمال سالین را تزریق کنید. علت این امر نیمه عمر کوتاه آدنوزین می‌باشد.

وراپامیل

- این دارو مهارکننده کانال کلسیم است. اثر عمده این دارو بر روی بافت گره‌ای می‌باشد و از این طریق باعث خاتمه تاکیکاردی فوق‌بطنی یا کاهش پاسخدهی بطنی می‌گردد که به هدایت از طریق گره AV وابسته است.

- وراپامیل به شکل آمپول 5mg در توالی اورژانس در دسترس است. وراپامیل با دوز 5mg به صورت بولوس وریدی در عرض دو دقیقه (در افراد مسن در عرض سه دقیقه) تزریق می‌گردد.
- در صورت عدم پاسخ درمانی، دوز دوم به میزان 5mg تزریق می‌شود. در صورت عدم پاسخ مجدد، دوز سوم به میزان 10mg هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه تا حداکثر دوز 20mg تکرار می‌گردد.
- وراپامیل فقط در بیماران با تکیکاردی فوق بطنی با کمپلکس باریک استفاده می‌گردد و نباید در موارد کمپلکس پهن، نقص عملکرد بطنی یا نارسایی قلبی استفاده گردد.
- یون کلسیم مهمترین عامل عملکرد گره AV است.
- cAMP یکی از مسئولین تنظیم و تعادل کلسیم داخل سلولی است.
- آدنوزین با کاهش موثر cAMP موجب کاهش ورود کلسیم به داخل سلول می‌شود.
- وراپامیل با مهار کانالهای L-Type موجب کاهش ورود کلسیم به داخل سلول می‌شود.
- آدنوزین در طی حاملگی بی‌خطر است، اما در بیماران مستعد به آسم ممنوعیت مصرف دارد.
- آدنوزین دارای عوارض جانبی شایع اما گذرا از جمله گر گرفتگی، تنگی نفس، درد قفسه‌سینه، تشنج و برونکواسپاسم می‌باشد.

بی‌کربنات سدیم

- تا سال ۲۰۰۵ بی‌کربنات سدیم یکی از داروهای اصلی احیا بشمار می‌رفت، اما در گایدلاین سال ۲۰۰۵ به بعد استفاده از بی‌کربنات در عملیات احیا قلبی ریوی محدود به موارد خاص گردید و استفاده روتین از آن منع گردید.
- بی‌کربنات سدیم در بدن به دو یون HCO_3^- و Na^+ تبدیل می‌شود. در هنگام اسیدوز، بی‌کربنات با یون H^+ ترکیب و تبدیل به اسید کربنیک شده و اسید کربنیک نیز در داخل خون تبدیل به CO_2 و H_2O می‌شود.
- تحت شرایط طبیعی تهویه و گردش خون، دی‌اکسیدکربن حاصل از بی‌کربنات سدیم توسط ریه‌ها دفع می‌شود، اما در طول احیاء قلبی ریوی زمانی که انتقال دی‌اکسیدکربن از طرف سلول‌ها به سوی ریه و دفع آن کاهش می‌یابد، دی‌اکسیدکربن حاصل از عمل بافری بی‌کربنات سدیم به میزان کافی پاکسازی نشده و سریعاً به داخل سلول‌ها منتشر می‌گردد.

اثرات بی کربنات سدیم

- باعث تشدید اسیدوز داخل سلولی می گردد.
- باعث اثر اینوتروپ منفی بر بافت های ایسکمیک قلب شده و قابلیت بازگشت خودبخودی گردش خون (ROSC) کاهش می یابد.
- موجب شیفت منحنی اکسی هموگلوبین به چپ شده، باند اکسیژن به هموگلوبین را قوی می سازد. در نتیجه رها سازی اکسیژن در مجاورت بافت به راحتی صورت نمی گیرد.
- آلكالمی، هایپراسمولالیتی و هایپرناترمی ناشی از بی کربنات می تواند باعث خونریزی داخل جمجمه بخصوص در اطفال گردد.
- از طرفی اسیدمی خفیف باعث اتساع عروق شده که می تواند منجر به افزایش جریان خون مغزی گردد.
- استفاده روتین از بی کربنات سدیم در ایست قلبی ممنوع است مگر در مواردی که میزان PH کمتر از ۷/۱ بوده یا هایپرکالمی و یا مسمومیت با داروهای ضداسفردگی وجود دارد آنهم با تلاش برای افزایش و بهبود تهویه.
- بی کربنات با کاهش مقاومت محیطی ممکن است فشار پرفیوژن کرونری را تحت تاثیر منفی قرار دهد.
- با ایجاد آلكالوز خارج سلولی باعث شیفت منحنی اکسی هموگلوبین به چپ شده و از آزاد سازی اکسیژن جلوگیری می کند.
- هایپرناترمی و بدنبال آن هایپر اسمولاریتی ایجاد می نماید.
- افزایش تولید CO2 آزادانه به داخل سلولهای میوکارده و مغز منتشر شده و منجر به اسیدوز داخل سلولی می شود.
- با ایجاد اسیدوز ورید مرکزی باعث غیرفعال سازی کاتکولامین های تجویزی (اپی نفرین) می شود.
- برقراری تهویه مناسب، حمایت از پرفیوژن بافتی و برون ده قلبی توسط فشردن با کیفیت قفسه سینه و در نهایت دستیابی به ROSC هر چه سریعتر، اساس برقراری مجدد تعادل اسید- باز در طی ایست قلبی می باشد.
- در طول ایست قلبی و شوک، ABG به درستی قادر به گزارش وضعیت اسید و باز نیست.
- بی کربنات سدیم اضافی ممکن است منجر به اختلال اکسیژناسیون بافتی، هایپوکالمی، هایپوکسمی، هایپرناترمی و هایپراسمولالیتی شود.

اختلال کارکرد قلبی و کاهش آستانه بروز فیبریلاسیون بطنی نیز محتمل می باشد

دو باور غلط که باید به فراموشی سپرد

۱. از آتروپین در ایست قلبی استفاده نکنیم. استفاده از آتروپین تنها در بیماری که برادیکاردی دارای نبض دارد مجاز است.
۲. از بی‌کربنات سدیم در ایست قلبی استفاده نکنیم. استفاده از بی‌کربنات تنها پس از انتوباسیون بیمار و برقراری تهویه موثر، در صورت داشتن ABG مبنی بر اسیدوز با PH کمتر از ۷/۱ مجاز است.

نالوکسان

- شایع‌ترین آنتی‌دوت مورد استفاده در مسمومیت با اپیوئیدها که به صورت آمپول‌های ۴/۰ میلی‌گرم در یک سی‌سی در دسترس است.
- نالوکسان از طریق خوراکی بی‌اثر است ولی به طریق زیرجلدی، عضلانی، استنشاقی و داخل تراشه قابل استفاده است.
- نالوکسان به گیرنده‌های اپیوئیدی متصل و تمام اثرات اپیوئیدها را خنثی می‌کند.
- در موارد ایست تنفسی – قلبی مربوط به اپیوئید و یا حتی موارد مشکوک به آن، آماده کردن نالوکسان هم سطح آوردن AED قرار گرفته است. به محض دسترسی به نالوکسان تزریق انجام می‌شود.
- دوز نالوکسان بر اساس شرایط بالینی و مصرف مزمن مخدر بیمار مشخص می‌شود:
- در صورتی که بیمار دچار آپنه شد و درایو تنفسی به میزان قابل توجهی کاهش یافت، بدون توجه به مصرف مزمن، ۲ میلی‌گرم نالوکسان وریدی (۵ آمپول) تجویز و هر ۲ تا ۳ دقیقه تکرار شود (حداکثر ۱۲-۱۰ میلی‌گرم).
- در صورتی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری شد، ولی درایو تنفسی کاهش نیافت و مصرف‌کننده مزمن مخدر نبود، ۴/۰ میلی‌گرم نالوکسان وریدی هر ۲ تا ۳ دقیقه تا بروز اثر بالینی جهت بیمار تجویز شود.
- در صورتی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری شد، ولی درایو تنفسی کاهش نیافت و مصرف‌کننده مزمن بود، ۰۵/۰ میلی‌گرم نالوکسان وریدی هر ۲ تا ۳ دقیقه تا بروز اثر بالینی جهت بیمار تجویز شود. (۰۵/۰ میلی‌گرم یعنی یک آمپول یک سی‌سی نالوکسان را با ۷ سی‌سی آب مقطر رقیق و یک سی‌سی به بیمار تزریق کنیم).
- استفاده از دوز پایین‌تر نالوکسان در مصرف‌کنندگان مزمن مخدر جهت کاهش احتمال بروز سندرم محرومیت است.

- اگر بیمار آینه کرد، کار نداریم مصرف کننده مزمن هست یا نه و ۲ میلی گرم را تزریق می‌کنیم.
- در صورتی که بیمار به دنبال تجویز نالوکسان دچار بهبود چشمگیر در سطح هوشیاری شود (یعنی در حدی که بتواند آگاهانه صحبت کند یا بنشیند) مسمومیت با اپیوئید قویا جهت بیمار مطرح است.
- در بسیاری از موارد کاهش سطح هوشیاری با علل دیگر، به دنبال تجویز نالوکسان بهبود اندک سطح هوشیاری مشاهده می‌شود که نباید با مسمومیت با اپیوئید اشتباه گرفت.
- هر بیماری با کاهش سطح هوشیاری حاد، باید سریعاً تحت بررسی و درمان عوامل برگشت‌پذیری همچون هایپوکسی، هایپوگلیسمی و مسمومیت با اپیوئید قرار گیرد. آنسفالوپاتی ورنیکه نیز باید مدنظر قرار گیرد.
- بیمار هایپوکسیک تحت اکسیژن‌تراپی قرار گرفته، تجویز دکستروز (۱-۵/۰ گرم بر کیلوگرم) وریدی، تیامین ۱۰۰ میلی گرم و نالوکسان ۰/۴ میلی گرم بر اساس بالین بیمار ممکن است تجویز شود.
- اکسیژن‌تراپی در شک به هیپوکسی
- دکستروز در شک به هیپوگلیسمی
- تیامین در شک به مسمومیت با الکل
- نالوکسان در شک به مسمومیت با اپیوئید