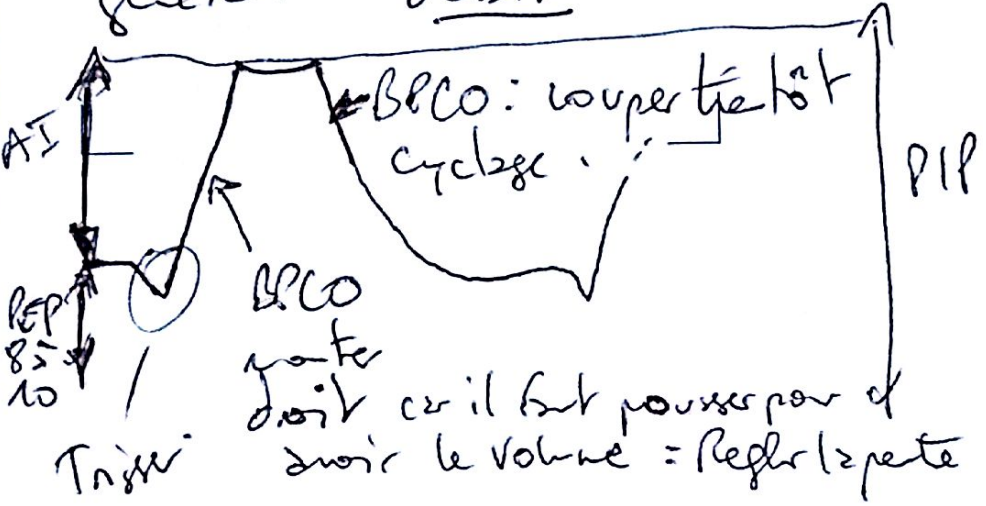


maintenant, on règle la pression qui
gère et le débit



①

Topo
VNI
Dr H & J

l'objectif de la VNI est l'hypoxémie
signée par l'hypercapnie (et l'épuisement: dors sur la machine)

Indications Recos 2006

- | | | | |
|---------------|--|-----------|------------------------------------|
| Certains | OAP
BPCO
à venir: desite hypoventilation | médicines | Prnpa
SDRA
Guillain Barre... |
| On se demande | Asthme sévère | | |

CI

Comz (SUF Respiratoire)

Choc

Post ACR.

P_uThrx

Patient non coopérat.

BPCO & VNI

Si pH < 7,35 respiratoire.

VS-AI-PEP (PAS de CPAP)
= VS-PEP

Comz Respiratoire: 62202jé 1^h de VNI

OAP

hrs e plus du Tr Médical.

2 modes possibles

- VS-PEP (= CPAP) pour les Hypoxiques
- ou VS-AI-PEP (= VNI) pour les Hypercapnics ~~et les coronariens~~

Si détresse resp.
 $PCO_2 > 45$ mmHg.

éviter le VNI pour les coronariens car
 le bris de l'HTA de l'hypocapnie peut
 aggraver un pb coronarien.

Aspire à l'uite (bout blanc) ou se s'uite (bout bleu)

- ↓
ou ne peut qu'estimer le Vc
- ↓
meilleur monitoring du Vc

Humidificateur obligatoire.

④

Mode

$$CPAP = VS - PEP : \text{! OAP.}$$

$$VNI = VS - AI - PEP : \begin{array}{l} \text{BPCO} \\ \text{OAP} \end{array}$$

VC = Tr Conscience
Intubation

Regle

$$AI = PIP - PEP$$

Temps inspiratoire : raccourcir de la BPCO.

Cycle : arrêt de l'inspiration 25% pour la BPCO
qui a besoin d'expirer plutôt. Sinon 50%.

Pente

Trigger

5

Q) il y a des limites, il faut mettre
un T_{max} (temps d'expiration max)
pour ne pas passer trop longtemps.
2 1,25

medic $pH > 7,30$ cutoff d'H en médecine.
(Règle)

C23 Clinique

6

Ess:	P_{aO_2} 45. P_{CO_2} 60 pH 7,33	$\xrightarrow{O_2}$	68 81 7,19
------	--	---------------------	------------------

\swarrow VNI	\downarrow intubation
70. 60 7,36	100. 40 7,50

AI = 10

PEP = 5 | donc AI = 10. ($f > 15$).

PIP = 15

trou d'air, de trou rapide de l'expiration
 et fermeture de la glotte.

triggers: 3 "noyer" si pas de réglage

rate aide: 2 (si de 1 = 6)

200 si en milliseconde

T_{imax} 1,2 seconde.

(7)

Cycle court 25% 1/5 prolonge pour
qu'il ait le temps d'expirer.

OAP	PO ₂ 55	CPAP PEEP=8	68
	P _a CO ₂ 33		45
	pH 7.35		7.38

55	VNI →	75
65		42
7.32		7.36.

Abdel Boursignaz m:
contact de l'O₂: d'ager
des BPCO, mais
des OAP??

Regles PAP

⑧.

PEP = 6 / PIP = 14 c'est b PEP total
AT = 8
~~(XXXXXXXX)~~

très note.

petite note.

T. n 2 x 1,55.

Cycle note = 50%

VNI petite sécs.

1^h torte le 3^h le jour

mais torte la nuit c'est respire
très mal ~~toute~~ la nuit.

VNI

à usage.

1

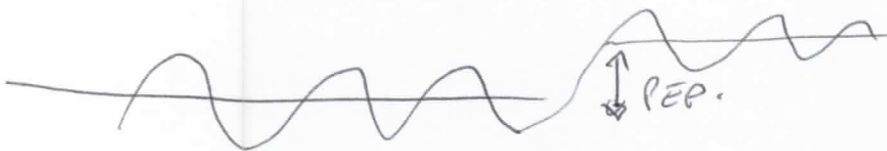
55 | Δ PLO VENS 30% PO.
| décomp infectieuse.

PO_2 45.

PCO_2 62 pH 7,33 Acidose \Rightarrow VNI

pH 7,19 PCO_2 81 \downarrow CGS \Rightarrow VNI mais surveillance ++
 \hookrightarrow Inter/Intuber.

CPAP: ce n'est pas de la ventilation.



BIPAP: 2 niveaux de P.

Prnpa hypoxémiate avec Acidose Resp.

\hookrightarrow ^{ou par teler l2} VNI de temps de réfléchir
mais c'est REA.

Asthe: ne pas d'utiliser: il faut courir.

Nulla chte: Obèse qui devient hypoxémique \Rightarrow penser à lui.

Pas de VNI sur SG.

BPCO

VNI si $pH < 7,35$

Mode: BiPAP VS-
(PAS de CPAP)

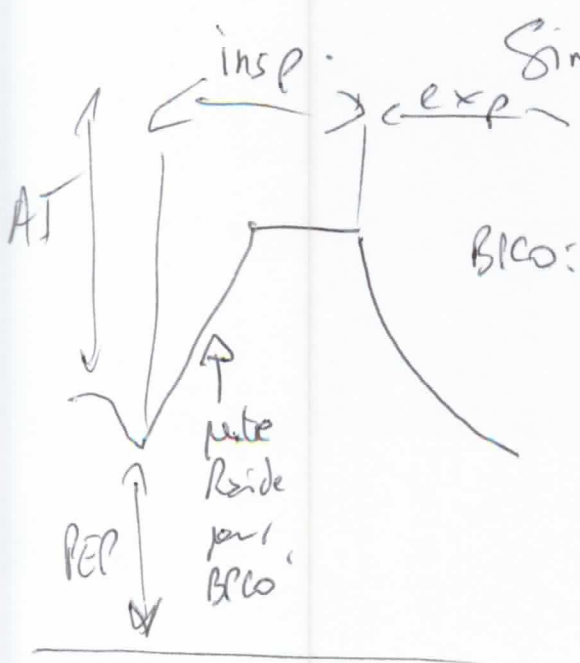
Si Tc consciente: on peut pas réviser à H1.

OAP

CPAP tjrs en plus de TF médical.

Mode: $\left\{ \begin{array}{l} VS \text{ A1 PEP} = \text{VNI} \\ VS \text{ PEP} \end{array} \right.$ → éviter chez le coronarien
qui a une VSAC
de coronaires si on ↓
le PCO_2 trop vite

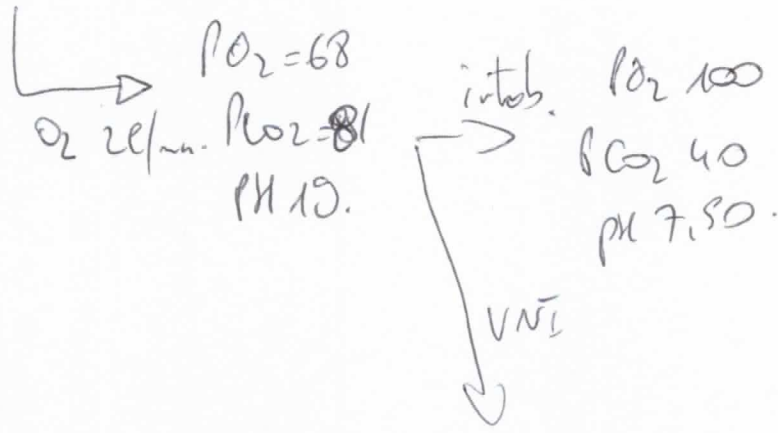
Aspire e bar bleu = vieille machine sans fuites



BPCO: logique expiration: on coupe tôt la machine $\frac{I}{E} = 1/3$

pH > 7,30: PEC possible en étape avec une VNI

C>1 Acide 7,33 avec PaO2 62
PO2 45.



reglage de debut

AI = $\frac{8}{10}$

PEP: pas moins de 5

optionnel

trigger: moyen

pente: side : 2

temps insp: court, 1

expir: cycle court

OAP

Pas d'acidose: CPAP.

PEEP \rightarrow (5-8)

Acidose: VNI

OAP: Petite Aide (5) & seul. car on veut mettre une PEEP \rightarrow 6-10
et on ne veut pas une PI = $\frac{PEEP + AJP}{5}$

petit
Tins: moy.

Obèse: PEEP \approx 6 car
risque de lésion
de la glotte (?)