Инсульттер кезіндегі алғашқы көмек алгоритмі

Попросите больного УЛЫБНУТЬСЯ:

Норма: Обе стороны лица движутся и выглядят симметрично

Инсульт: Лицо не симметрично, одна сторона лица движется при улыбке с отставанием, заметно “провисание” щеки, угла рта, века с одной строны.

Попросите больного ПОДНЯТЬ РУКИ и подержать перед собой 10 секунд:

Норма: Движение и положение рук одновременно и симметрично

Инсульт: Одна рука отстает от другой, либо не движется или почти не движется.

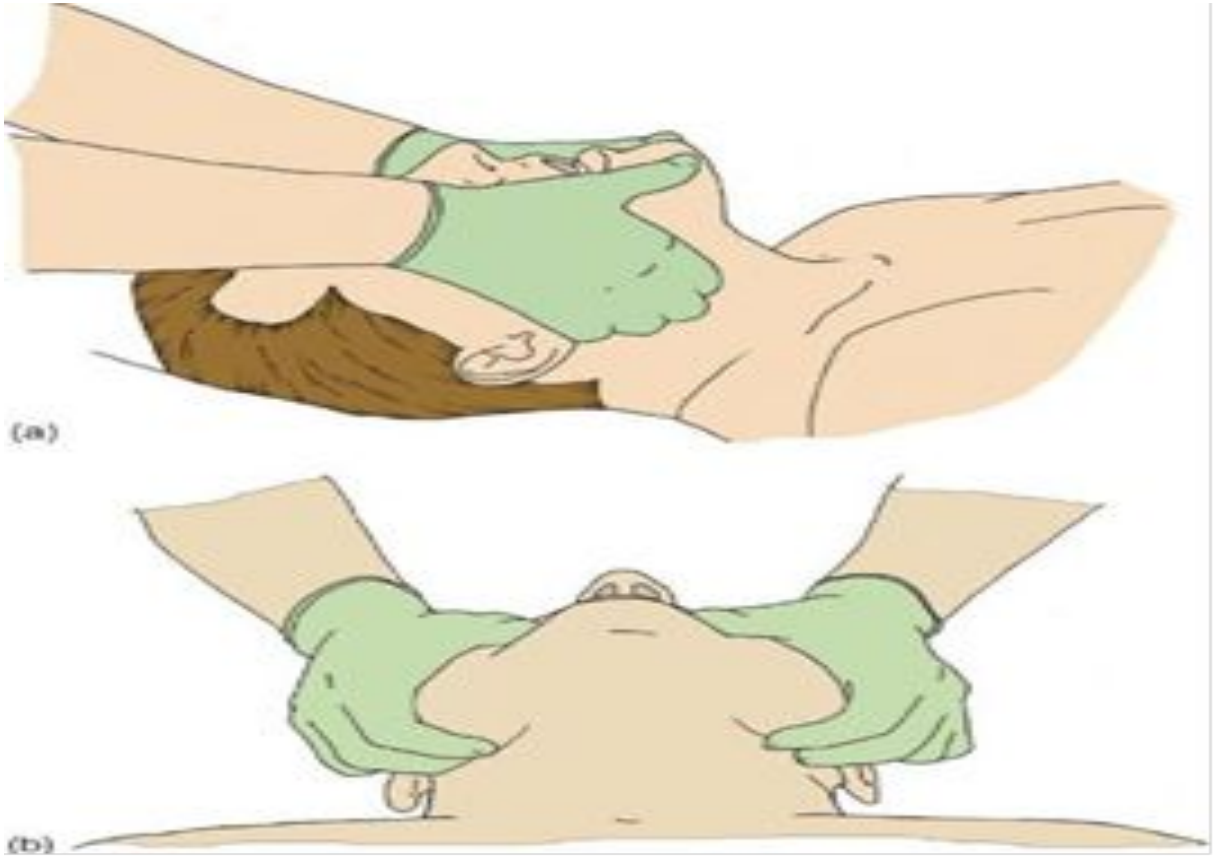
Попросите больного ПОВТОРИТЬ ФРАЗУ: “Несла Саша сушки по шоссе”

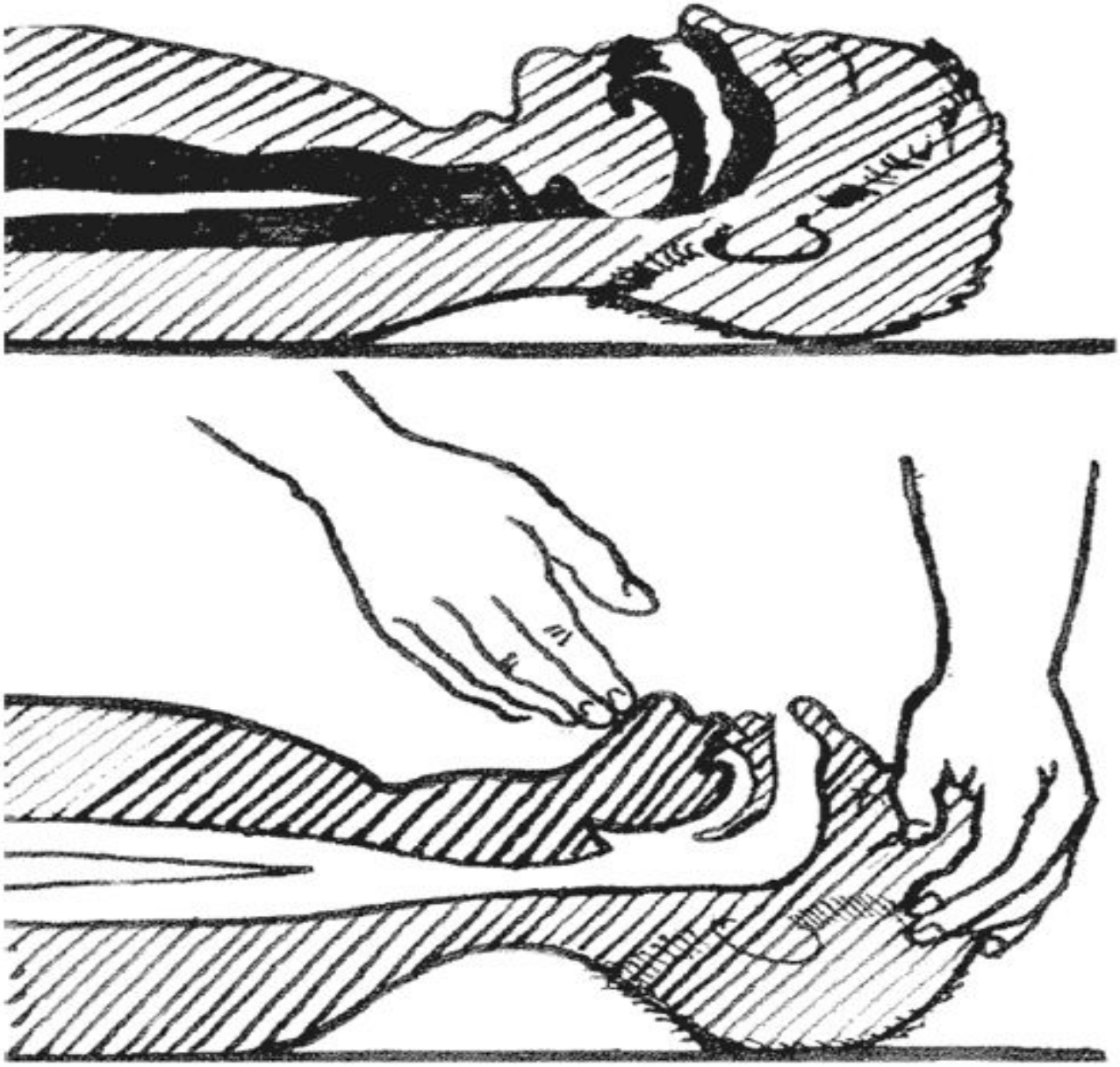
Норма: Речь отчетливая, повтор фразы точен

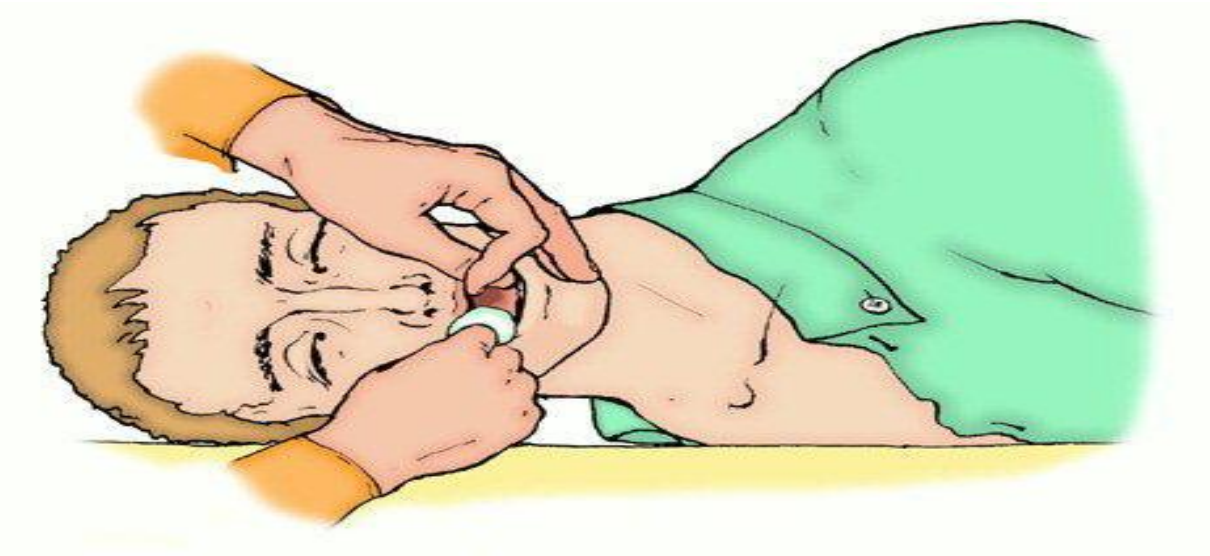
Инсульт: Речь невнятная, повтор фразы неполный, либо невозможность речи

Адаптировано: http://enures.dacha-dom.ru

Источник: Kothari RU, et al. *Ann Emerg Med.* 1999;33:373-378.


(a)
(b)





Холод
Тепло
Нажать
Не укрывать
одеялом

Инсульт кезіндегі алғашқы қадам

- Инсульт кезінде максимальды терапевтік әсерге жетуде жедел жәрдем дәрігерінің маңызы өте зор.
- уақыт факторы анықтаушы мәнге ие.
- Емді ерте тағайындау перспективтілігі 3-6 сағатқа созылатын , инсульттың алғашқы белгілері пайда бола бастағаннан бастап, мидағы қайтымсыз морфологиялық өзгерістер дамығанға дейінгі «терапиялық терезе» концепциясына негізделген.
- Жедел жәрдем дәрігерінің міндеті тек шұғыл түрде инсультпен ауырған науқасты ауру орнынада көмек көрстеу ғана емес, тез арада, ауруханаға жатқызу болып табылады

Алгоритм:

- клинико-диагностикалық FAST-тест (лицо-рука-речь - асимметрия лица (F), опущение руки (A), изменение речи (S));
- Анамнезін жинау (науқастан, достарынан, куәгерлерден),симптомдардың пайда болған кезін анықтау маңызды
- Пульс және АҚҚ бақылау;
- қандағы қант деңгейінің экспресс анализі;
- Көктамыр ішіне енгізу
- Инсультпен бір уақытта инфаркт дамуына күдік туған жағдайда ЭКГ жасау

NB! Ауруханаными қабылдау бөліміне инсультпен науқас келуін хабарлау және алғаш пайда болған уақытын айту. Науқасты жедел түрде инсульт орталығына жеткізу керек. Тасымалдау кезінде науқасты міндетті түрде жатқызып, басын 30 градусқа көтеру керек. Симптомдардың пайда болғанына 6 сағаттан аз уақыт болса, науқас тромболитикалық терапияға потенциалды кандидат болып табылады!

Медикаментозды емі

«САВ» - компрессия (непрямой массаж сердца) схемасы бойынша өмірлік маңызы бар функцияларды сақтауға көмек көрсету, тыныс жолдарын тазалау, жасанды тыныс беру. Адекватной оксигенацияны қамтамасыз ету: басты 30 градус бұрышта көтеріп жатқызу керек. Реанимобилмен транспортировка кезінде көрсеткіштер бойынша ИВЛ жасау: сананың Глазго шкаласы бойынша 8 баллдан төмен болуы, тахипноэ 35-40 / 1 минутта, брадипноэ 12 төмен/ 1 минутта, pO2 60 мм.рт.ст. төмен, ал pCO2 50 мм.рт. ст. төмен, айқын цианоз. SaO2 95% төмен жағдайда оксигенотерапия жүргізу (кислородтың бастапқы жылдамдығы 2-4 л/мин.)

АҚ бақылау және коррекциялау : АҚ тез төмендетпеу керек! 220/120 мм.рт.ст. жоғары болмаса АҚ төмендетудің қажеті жоқ! 40 минуттан ұзақ уақыт трансаортировка болатын болса АҚ 200-220/120 мм.рт. ст. жоғары болса 15-20% - ке дейін төмендетуге болады. АҚ < 160/90 төмен түсіп кетпеуі керек, гипертензиясы бар науқастарда 180/100 төмен болмауы қажет:

урапидил 10 немесе 12,5 мг бөлінген дозада көктамырға,

каптоприл 6,25 -12,5 мг тіл астына,

метопролол 5-10 мг этапты түрде көктамыр ішіне,

АҚ 100 – 110/60-70 кезінде 250 – 500 мл 0,9процентті натрий хлор ерітіндісін көктамырға, одан төмен болған жағдайда көктамырға симпатомиметиктер мен миокард жиырылуын күшейтетін препараттар енгіземіз (дофамин 50-100 мг. препарата разводят в 200-400 мл. изотонического раствора и вводят в/в предпочтительно с использованием инфузомата (начальная доза до 5 мкг/кг/мин)). Бастапқыда минутына 3-6 тамшы,АҚ мен пульсті бақылай отырып, минутына 12 тамшыға дейін.

Дене температурасын бақылау:

- гипертермия 37,5 жоғары болса – наркотикалық емес анальгетиктермен түсіреміз (НПВС);
- гипертермия 38,0 жоғары кезінде наркотикалық емес және наркотикалық анальгетиктер қолданамыз(фентанил 0,005%);
- физикалық әдістер.

Су –электролит алмасуын бақылау(гиповолемияны)

- 30-35 мл/кг парентеральді сұйықтық енгіземіз. Гиповолемия мен айналымдағы қан көлемін толықтыру үшін натрий хлоридінің изотониялық ерітіндісін енгіземіз

Тырысуды басу:

диазепам 0,15 -0,4 мг/кг в/в минутына 2-2,5 мг/мин жылдамдықпен көктамырға енгіземіз, қажет болған жағдайда 0,1-0,2 мг/кг/сағ;

кислота вальпроевая в/в 20-25 мг/кг алғаш 5-10 мин.та, одан кейін 1-2 мг/кг/час.

Рефракторлы эпилептикалық статуста және реланиумның тиімсіздігінде натрий тиопенталын тынысты бақылай отырып тамыр ішіне енгіземіз

250-350 мг в/в 20 секундта, эффекта болмаған жағдайда қосымша 50 мг. в/в әр 3 мин.ұстама басылғанға дейін.Әрі қарай сүйемелдеуші доқада, в среднем, 3-5 мг/кг в/в әр сағат сайын. Барбитуратты наркоздың ұзақтығы 12-24 сағат.

Коррекция глюкозаны:

Гипергликемия ≥ 200 мг/дл (11 ммоль/л) – глюкозасыз сұйықтықты ішке қабылдау керек. Қысқа әсерлі инсулинді тағайындауға абсолютті көрсеткіш ретінде глюкоза мөлшері 10 ммоль\л- ден жоғары болу керек. Гипогликемия 3,3 ммоль/л ден төмен болған жағдайда 20 – 40 % глюкоза ерітіндісін көктамырға енгізу.

- Жедел жәрдем көмегі кезінде келесі препараттарды қолдануға болмайды:
- нифедипин;
- аспирин;
- Барбитураттар (фенобарбитал, бензонал, гексенал, тиопентал натрия);
- нейролептиктер (аминазин, трифтазин);
- 40% глюкоза;
- эуфиллин, папаверин;
- Дегидратациялық препараттар (фуросемид, глицерин, сорбитол, маннитол).
- NB! Концепция «Уақыт – ми », «убитое время – убитый мозг»: Жақын жердегі инсульт орталығына шұғыл түрде госпитализация(40минут-3часа-6часов).