

ĐỘI CẤP CỨU PHẢN ỨNG NHANH

Protocol S1

HỌ VÀ TÊN BỆNH NHÂN:

Bảng đánh giá ban đầu

Thời điểm khởi phát triệu chứng

Thời điểm:

Tầm soát đột quỵ

	Bình thường	Bất thường
<input type="checkbox"/> Xệ méo mặt	Hai bên mặt cử động đều nhau	Một bên mặt không cử động
<input type="checkbox"/> Yếu rơi tay	Hai cánh tay vận động đều nhau hoặc cả hai đều không cử động.	Một bên cánh tay yếu rơi xuống so với bên còn lại.
<input type="checkbox"/> Lỗi nói	Bệnh nhân dùng từ ngữ chính xác và không nói dớ, lú.	Nói dớ, lú hoặc dùng từ ngữ không thích hợp hoặc câm lặng.
<input type="checkbox"/> Chẩn đoán nghi ngờ đột quỵ		

☐ Khởi phát triệu chứng < 4 giờ trước. ☐ Khởi phát triệu chứng > 4 giờ trước ☐ Không rõ thời điểm khởi phát

☐ Chuyển bệnh ngay lập tức đến trung tâm đột quỵ gần nhất.

Thông báo cho bệnh viện trên đường chuyển bệnh

- ☐ Gọi báo cho bệnh viện sẽ tới.
- ☐ Đảm bảo được đưa vào chẩn đoán hình ảnh ngay khi tới nơi (CT hoặc MRI)
- ☐ Báo rõ về khả năng cần điều trị tiêu huyết khối

Đường thở, nhịp thở, tuần hoàn (ABCs)

- ☐ Lập đường truyền tĩnh mạch (tốt nhất là 2 đường truyền với kim lùn cỡ trung bình- lớn (kim 18) và giữ kim bằng nước muối sinh lý) và bắt đầu truyền nước muối 0,9%.
- ☐ Nằm cao đầu và thân trên
- ☐ Đo SpO₂, cho thở Oxy nếu cần (thận trọng trên bệnh nhân COPD)

Đường huyết mao mạch: mg/dL.

- ☐ Hạ đường huyết: <60 mg/dL (<3.3 mmol/L) → bolus tĩnh mạch dextrose hoặc truyền Glucose 10-20%.
- ☐ Tăng đường huyết: >180 mg/dL (10 mmol/L) → truyền muối đẳng trương và tránh dùng dung dịch có glucose. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa chỉnh liều Insulin nếu cần.



ĐỘI CẤP CỨU PHẢN ỨNG NHANH

- | | Huyết áp | mmHg |
|--------------------------|--|------|
| <input type="checkbox"/> | Tụt Huyết áp: HATT ≤ 120 mmHg (không có triệu chứng suy tim) \rightarrow 500 mL dung dịch điện giải hoặc 1 aCl 0,9% iv. | |
| <input type="checkbox"/> | Tăng huyết áp: HATT < 220 mmHg ≥ 120 mmHg \rightarrow không xử trí | |
| <input type="checkbox"/> | Tăng huyết áp: HATT > 220 mmHg; HATTr > 120 mmHg \rightarrow hạ huyết áp thận trọng với theo dõi sát. Tránh dùng nifedipine ngâm dưới lưỡi. Xem xét dùng iv labetalol hoặc nicardipin. | |

Tiền sử bệnh lý hiện mắc và mới mắc

- ☐ Các rối loạn đông máu
- ☐ Đái tháo đường
- ☐ Suy tim
- ☐ Tăng huyết áp
- ☐ Bệnh ác tính
- ☐ Bệnh lý về hô hấp
- ☐ Các thủ thuật xâm lấn hoặc phẫu thuật gần đây

Thuốc đang dùng (liệt kê ra)

Đặc biệt là các thuốc kháng đông và kháng kết tập tiểu cầu

Mức độ chức năng và sự độc lập trước khởi phát triệu chứng

Chăm sóc bệnh nhân trên đường di chuyển

- ☐ Chuyển bệnh trong tư thế nằm
- ☐ Nâng đầu cao 30⁰ nếu không nôn ói

Sự phát triển của hệ thống

☐ Ổn định

☐ Không ổn định

☐ Cải thiện

☐ Xấu hơn

Thành viên đội cấp cứu, Tên

Số nhân viên

Chữ kí

Ngày

Giờ

Please note that the above recommendations are based on the European Stroke Organisation guidelines 2008/update 2009. Please check your local regulations and prescribing information.

Reference: European Stroke Organisation (ESO). Cerebrovasc Dis 2008;25(5):457-507.