

پیوست ۱- الف: پروتکل پیش بیمارستانی برخورد با سندرم حاد کرونری



علائم بیمار با احتمال سندرم حاد کرونری:

- درد یا احساس ناراحتی در قفسه سینه و بنا ایگاستر، فنک تحتانی، گردن، بازوها، شانه ها، پشت لبه سینه
- درد نایک: درد فشارنده، له کننده، خنجر
- علائم همسراه: کولساهی یا تنگی نفس، تعریق، تهوع، استفراغ، ضعف (ممکن است علائم همسراه بدون درد وجود داشته باشد)

یونسی وضعیت:

- هوشیاری: بیمار دچار هسر گونسه اکت سطح هوشیاری می باشد از نظر آرتسی های گذشته و سایر علل اکت سطح هوشیاری بررسی گردد.

الفاظات:

- استراحت مطلق (CBR): در بیمار از مشکوک به سندرم حاد کرونری، محدودیت کامل فعالیت شامل راه رفتن باید اجسام پذیرد، کنترل استرس بیمار نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

- اکسیژن در مسانی: در تمام بیمار از باید اکسیژن با دوز ۲-۵ لیتر با کسانولای بینی تجویز گردد. در صورتی که $SO_2 < 94\%$ باشد، از روش های مسوتر تر مانند ماسک صورت نارمیدن به $SO_2 > 95\%$ استفاده شود.

- آسپرین: در بیماری که جهت مشکل اخیر، آسپرین با دوز مناسب دریافت نکرده است، دو عدد آسپرین ۸۰ یا یک عدد آسپرین ۳۲۵ میلی گرم می باشد به صورت جویدنی تجویز گردد.

- سواره منح مصرف آسپرین: سابقه حساسیت به آسپرین، خونریزی فعال گوارشی (به سبب آن) و حله حاد آسم
- IV line: در صورتی که IV گرفتن تاخیر طولانی مدتی در روند درمان یا انتقال بیمار ایجاد نماید، می باشد قبل از تجویز IV line. TNG از بیمار گرفته شود لذا در صورت بروز اکت فشارخون، 25×100 ترمال سالی به صورت تزویس تجویز شود.

- NTG: ۳ دوز هر ۵ دقیقه زیر زبانی گذاشته شود قبل از هر دوز، فشارخون چک شود. سواره منح مصرف شامل: مصرف تادالافیل در دو روز گذشته یا سیدنافیل در روز گذشته، فشار سیستولیک 90 mmHg یا کمتر از 30 mmHg کمتر از سطح پایه فشارخون بیمار و $HR < 50$

- مانیورینگ: در صورت دسترسی به مانیور، در اولین فرصت ممکن بیمار مانیورینگ شود. در صورتی که AED در دسترس باشد، باید بنا کابل مانیورینگ بیمار را مانیور کرده و در صورت بروز دیس ریتمی، پد AED متصل گردد.