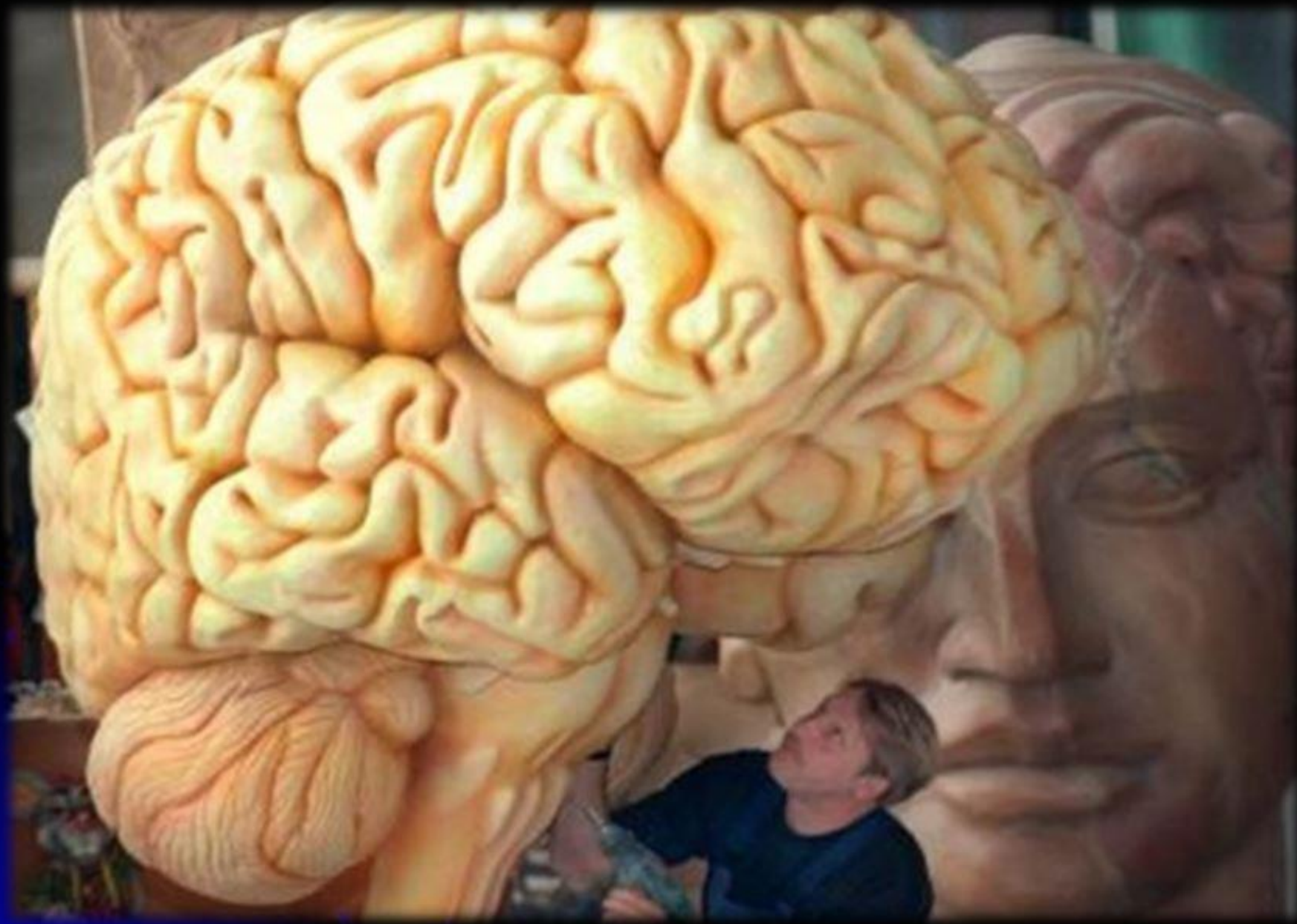






مراقبتهای پرستاری در سکتہ های مغزی

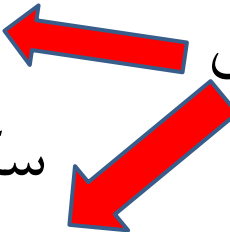
مدرس: دکتر مرضیه خاتونی

سکته های مغزی (CVA)

3

□ اختلال و در هم گسیختگی سیستم **خونسازی** به مغز منجر به بروز عملکرد های غیر طبیعی سیستم عصبی مرکزی می گردد که به آن سکته مغزی گویند.

□ سکته مغزی سومین علت مرگ در جهان است.

□ دو نوع اصلی سکته مغزی  سکته های ایسکمیک (۸۵٪)
سکته های هموراژیک (۱۵٪)

پاتو فیزیولوژی سکته های ایسکمیک (CVA)

4

ترومبوز در شریان های بزرگ

ترومبوز در شریان های کوچک عمقی مغز

آمبولی های کاردیوژنیک

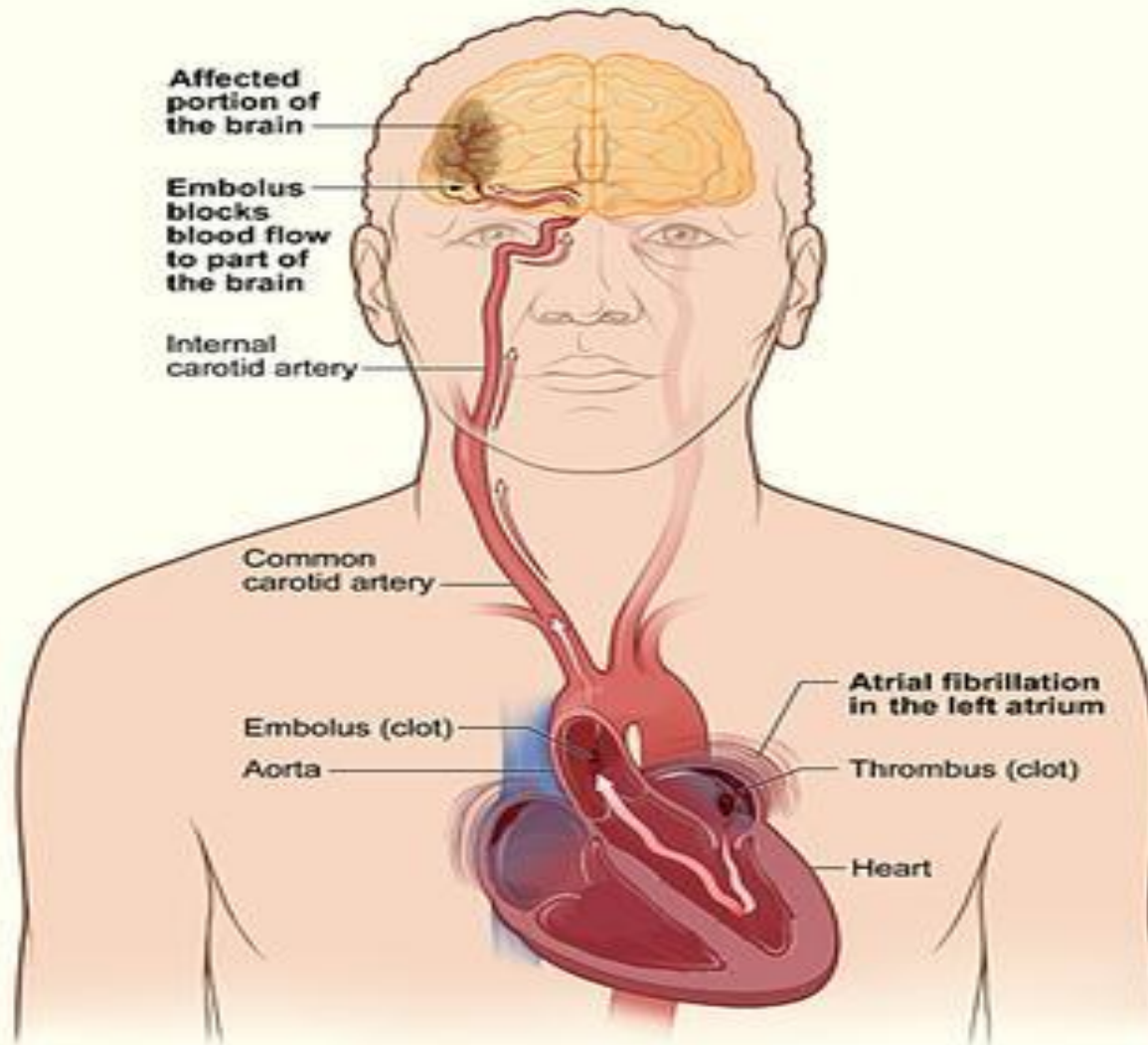
سکته های با منشأ نامعلوم

□ علت بروز سکته های ایسکمیک

□ به هر علت از علل فوق جریان خون مغز قطع شود، یک سلسله رویداد تحت عنوان **آبشار ایسکمیک** رخ می دهد که در نهایت می توان توسط آن روند انفارکتوس را شرح داد.

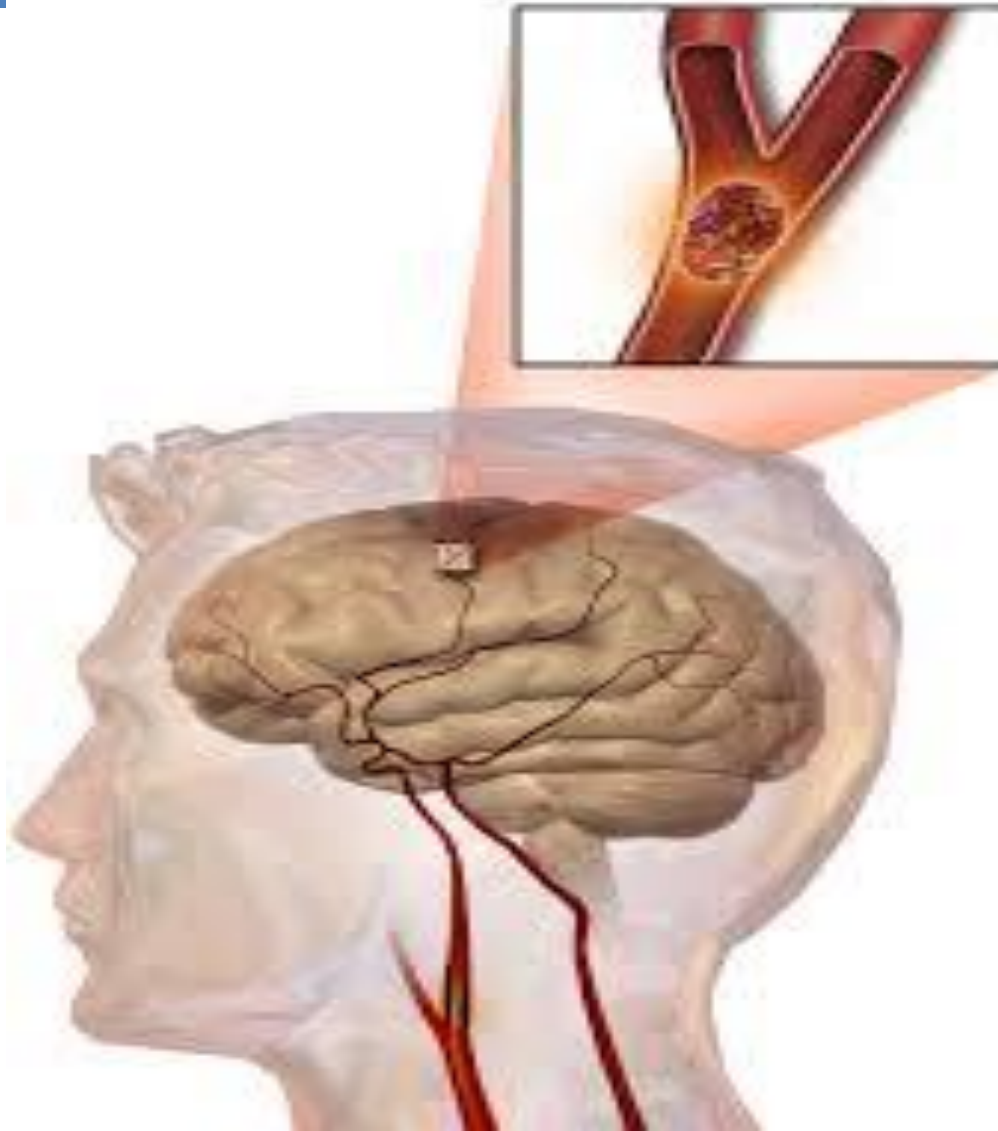
آمبولی های کاردیوژنیک

5



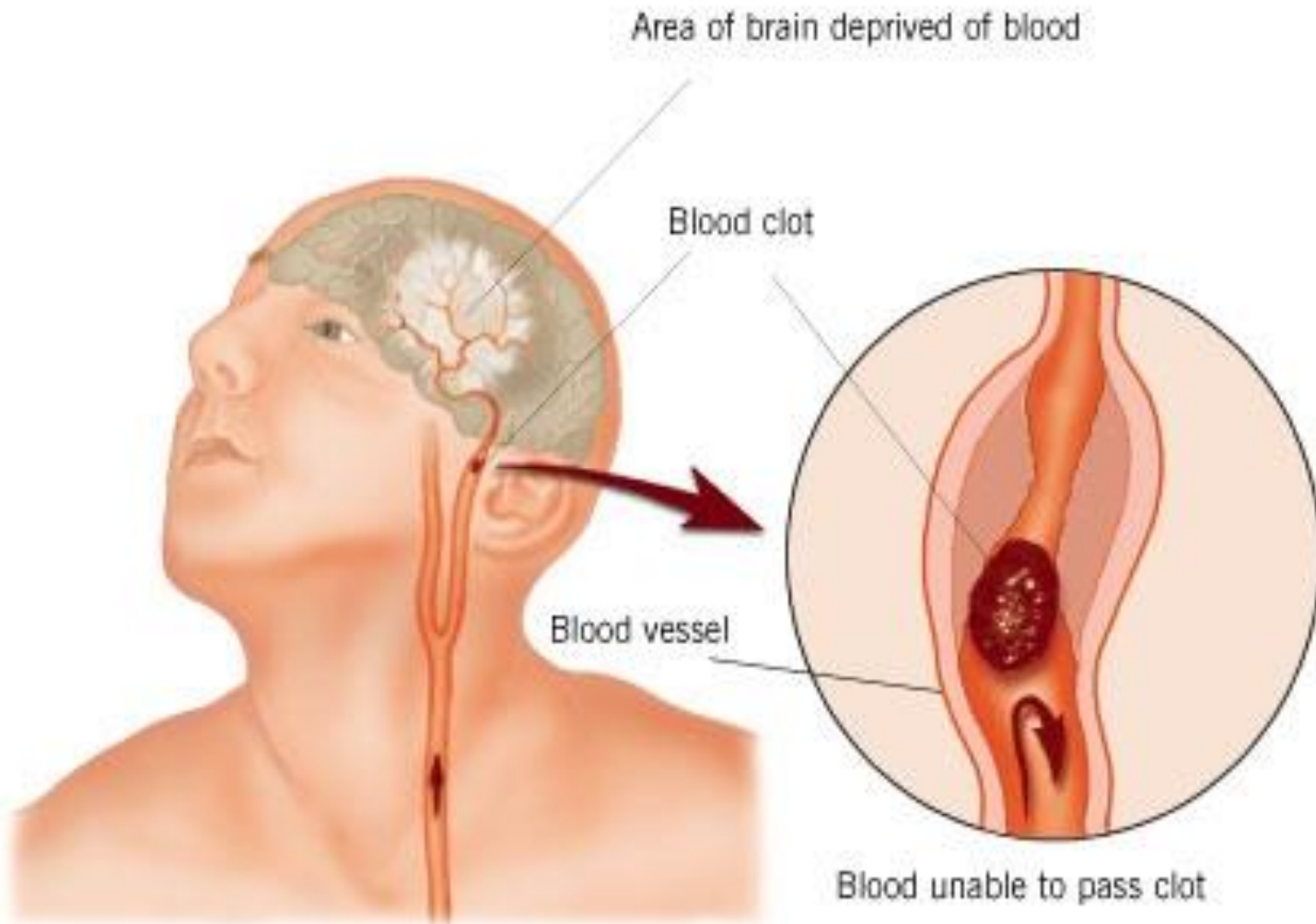
ترومبوز در شریان های کوچک عمقی مغز

6



ترومبوز در شریان های بزرگ

7



پاتو فیزیولوژی سکته های ایسکمیک (CVA)

آبشار
ایسکمیک

کاهش جریان خون مغز به کمتر از ۲۵ میلی لیتر در هر ۱۰۰ گرم از بافت مغز

کاهش اکسیژن رسانی به مغز و شروع تنفس بی هوازی برای تامین انرژی در نرون ها

کاهش میزان تولید ATP مورد نیاز برای فرآیند دیپولاریزاسیون

اختلال در تعادل یونی

تولید اسید لاکتیک

تورم سلولی

افزایش گلوتامات و افزایش سطح کلسیم داخل سلولی

تخریب پروتئین و صدمه به غشای سلول های عصبی

صدمه و مرگ سلولی

پاتو فیزیولوژی سکتة های ایسکمیک (CVA)

9

□ در آغاز روند آبشار ایسکمیک ، ناحیه ای با جریان خون کم بوجود می آید که به آن منطقه نیم سایه گویند.

□ در منطقه نیم سایه بافت مغزی دچار ایسکمی است و می توان با انجام اقدامات درمانی به موقع از وسعت پیدا کردن آنفارکتوس به این ناحیه جلوگیری کرد.

در صورت عدم اقدام به موقع، روند دیپولاریزاسیون غشای

سلولی منجر به

افزایش کلسیم داخل سلولی

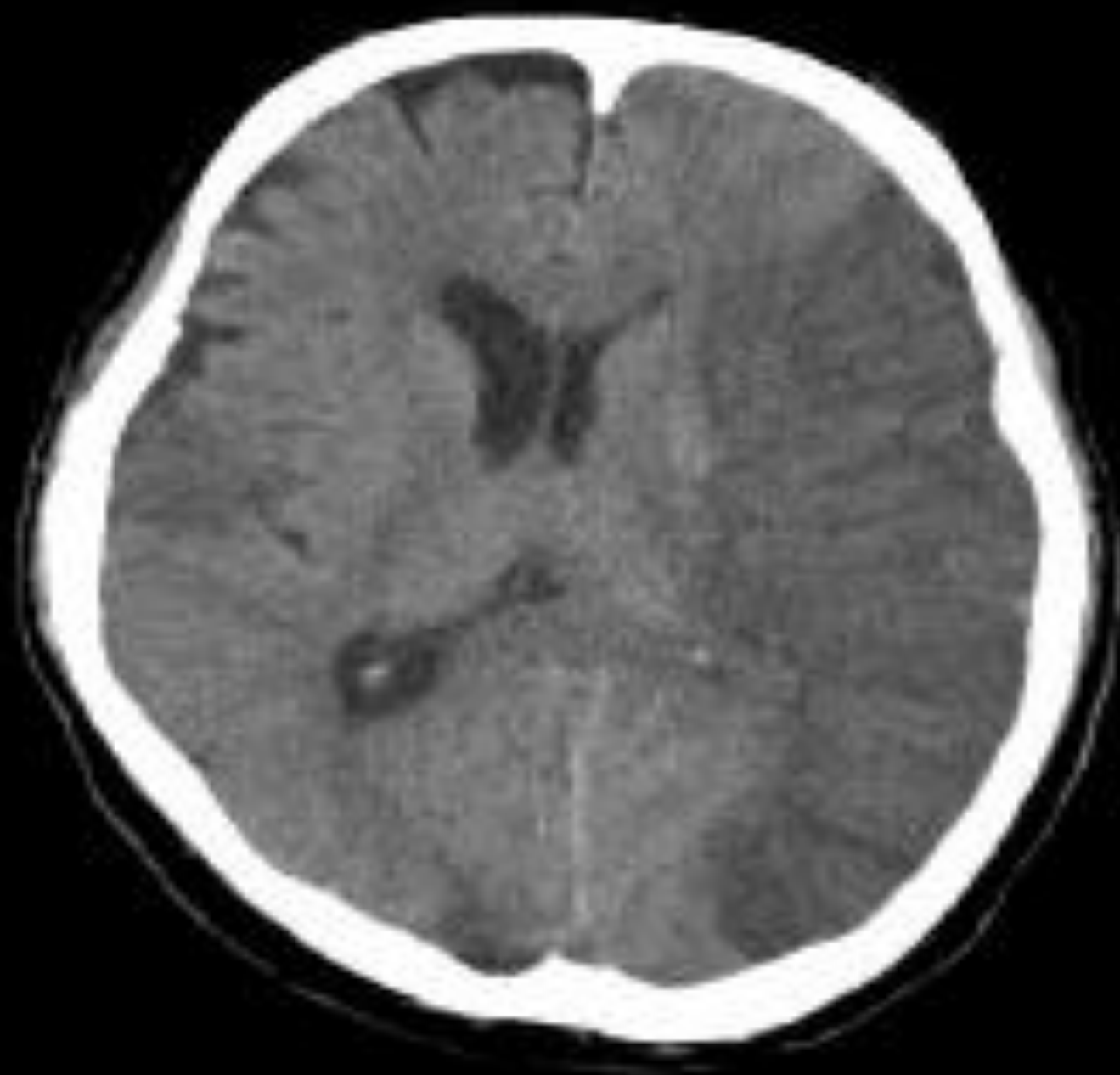
آزاد سازی گلو تامات

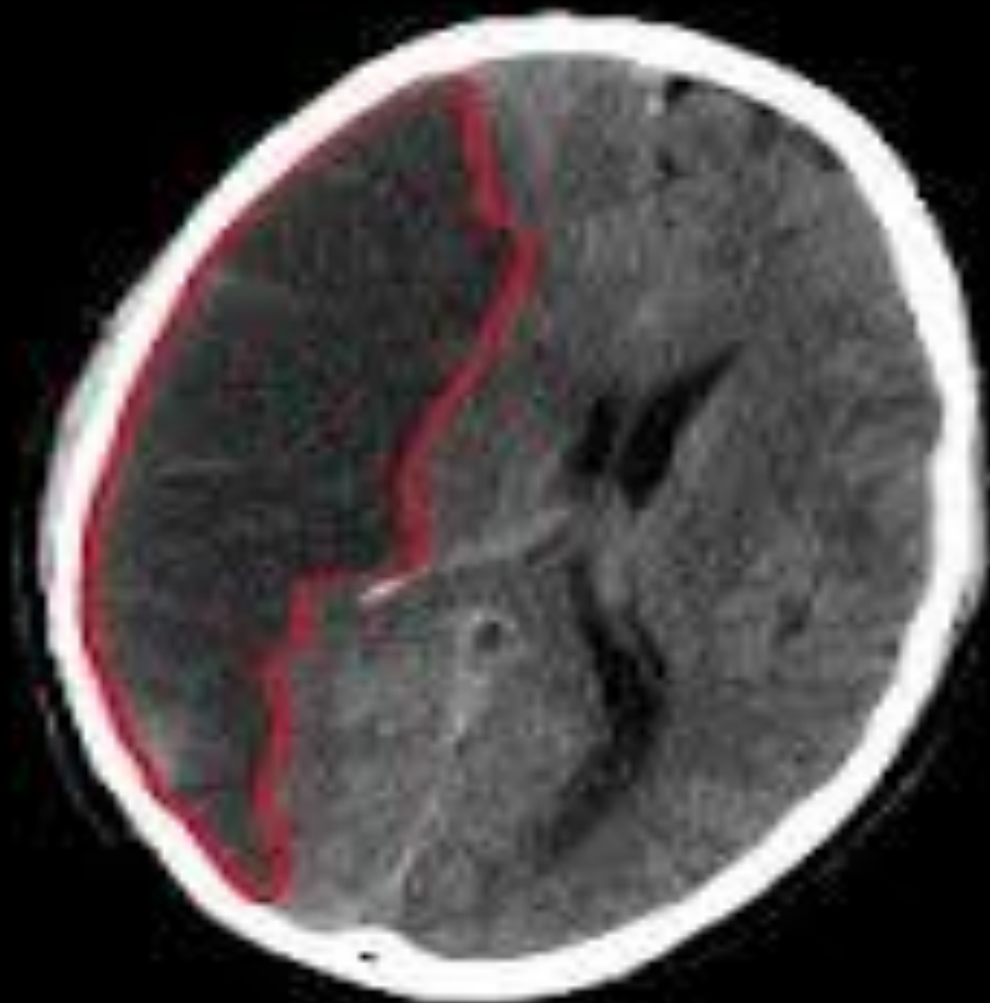
تولید رادیکال های آزاد

آسیب هر چه
بیشتر غشای
سلول

گسترش ناحیه
آنفارکته به منطقه
نیم سایه و گسترش
سکته







علایم بالینی سکتہ های ایسکمیک (علایم حرکتی) (جدول ۲-۶۲)

پارزی (ضعف عضلانی)	همی پارزی = ضعف و سستی عضلانی در نیمه بدن (یک دست و یک پا در یک طرف بدن، و یا یک طرف صورت) پارا پارزی = ضعف عضلانی در دو پا کوادری پارزی = ضعف عضلانی در چهار اندام
پلژی (فلج عضلانی)	همی پلژی = فلج عضلانی در نیمه بدن (یک دست و یک پا در یک طرف بدن و یا یک طرف صورت) پارا پلژی = فلج عضلانی در دو پا کوادری پلژی = فلج عضلانی در چهار اندام و یا عضلات صورت
آتاکسی (اختلال تعادل)	لنگیدن، عدم توانایی در نگه داشتن پاها در کنار یکدیگر، راه رفتن با قدم های بی ثبات و افزایش احتمال سقوط
دیس آرتری (اختلال تکلم)	اشکال در شکل دادن به لغات به علت فلج عضلات صورت، زبان، کام و سایر عضلات دخیل در صحبت کردن
دیس فاژی	اشکال در بلع بعلت فلج عضلات بولبار و حلق و..
با توجه به اینکه نرون های حرکتی بالایی به صورت متقاطع مسیر خود را به طرف نیمه مخالف بدن ادامه می دهند، هر گونه اختلال حرکتی در یک نیمه از بدن باز تاب ضایعه در نیمه مخالف مغز می باشد.	

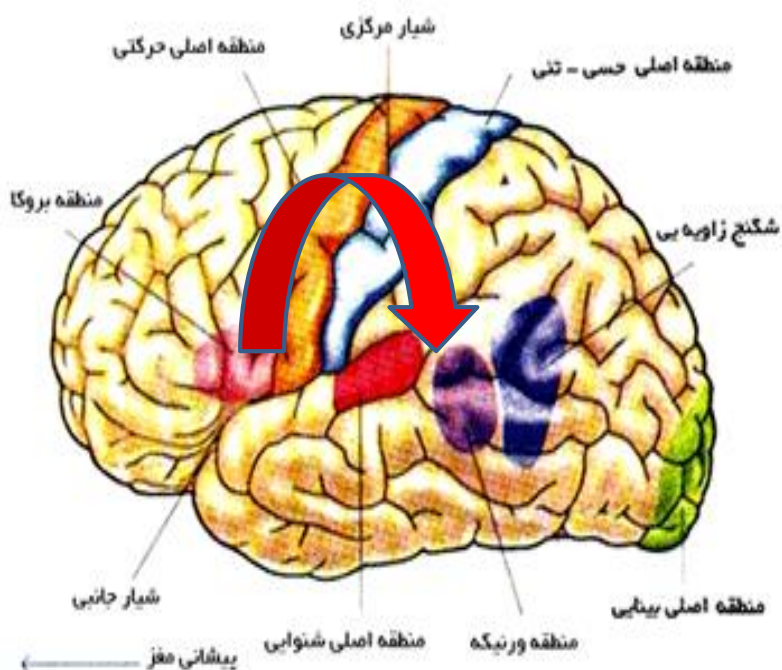
علائم بالینی سکتة های ایسکمیک (اختلالات بینایی) (جدول ۲-۶۲)

13

عدم توانایی دیدن اشخاص یا اشیاء در همان طرفی اختلال بینایی ایجاد شده. اشکال در تشخیص فواصل. اختلال بینایی در همان نیمه بدن که دچار فلج شده است رخ می دهد.	هومونیموس همی آنوپي (از بین رفتن نیمی از میدان بینایی)
اشکال در دید در هنگام شب. عدم توانایی دیدن اشیاء یا حاشیه آنها	از بین رفتن دید پیرامونی
دید دو تایی	دوبینی (دیپلوپی)
معمولاً در بیمارانی که نیمه راست مغزشان آسیب دیده ، ادراک میان دو یا چند شی در مناطقی از فضا مختل می گردد.	اختلال در ارتباطات فضایی - بینایی

علائم بالینی سکتة های ایسکمیک (نقایص کلامی) (جدول ۲-۶۲)

14



عدم توانایی در شکل دادن به لغات به نحوی که یک جمله قابل فهم تشکیل شود. شاید فقط بتواند پاسخ های یک کلمه ای بدهد.

زبان پریشی
بیانی
اختلال در ناحیه
بروکا
() ()

فرد قادر به صحبت کردن هست اما مفهوم آنها را درک نمی کند. عدم درک کلمات تکلم شده

زبان پریش
ادراکی
اختلال در ناحیه
ورنیکه

ترکیبی از زبان پریش بیانی و ادراکی

زبان پریشی
عمومی
اختلال در قوس
های تماسی

زبان پریشی = دیس فازی یا
آفازی

علائم بالینی سکتة های ایسکمیک (نقایص حسی - شناختی احساسی)

15

نقایص حسی	بی حسی و کرختی همراه با حس خارش و سوزن سوزن شدن در اندام های انتهایی اشکال در تشخیص موقعیت فضایی بدن
نقایص شناختی (بویژه در آسیب لوب فرونتال یا پیشانی)	از دست دادن حافظه کوتاه مدت یا بلند مدت، کاهش میزان دقت و توجه، اختلال در توانایی تمرکز، ضعف در استدلال انتزاعی، تغییر در قوه تشخیص و قضاوت
نقایص احساسی	ناپایداری احساسی و هیجانی، افسردگی، گوشه گیری، ترس
آپراکسی	عدم توانایی در انجام فعالیت هایی که قبلاً آموخته بوده و انجام می داده است (آپراکسی نوشتاری) یا زمانی که برای واژ ها بدنبال جایگزین های کلامی می گردد.

Transient Ischemic Attack

- A TIA may be a **warning** that you are about to have an ischemic stroke

این وضعیت زمانی رخ می دهد که به طور موقت به قسمت هایی از مغز خون نرسد. در نتیجه علائم شبیه به سکته ظاهر می شود که ظرف ۲۴ ساعت برطرف خواهد شد.

حملات ایسکمیک گذرای مغزی (TIA)

Transient Ischemic Attack

The words **BE FAST** can help you remember and recognize warning signs of a stroke:

- **B = Balance:** Sudden loss of balance
- **E = Eyes:** Loss of vision in one or both eyes
- **F = Face:** Face droops on one side
- **A = Arms:** Arm drops when both arms are raised
- **S = Speech:** Speech is slurred or sounds different
- **T = Time:** Time to get help immediately

B = Balance is lost

E = Eyes:
Lost or
blurred
vision

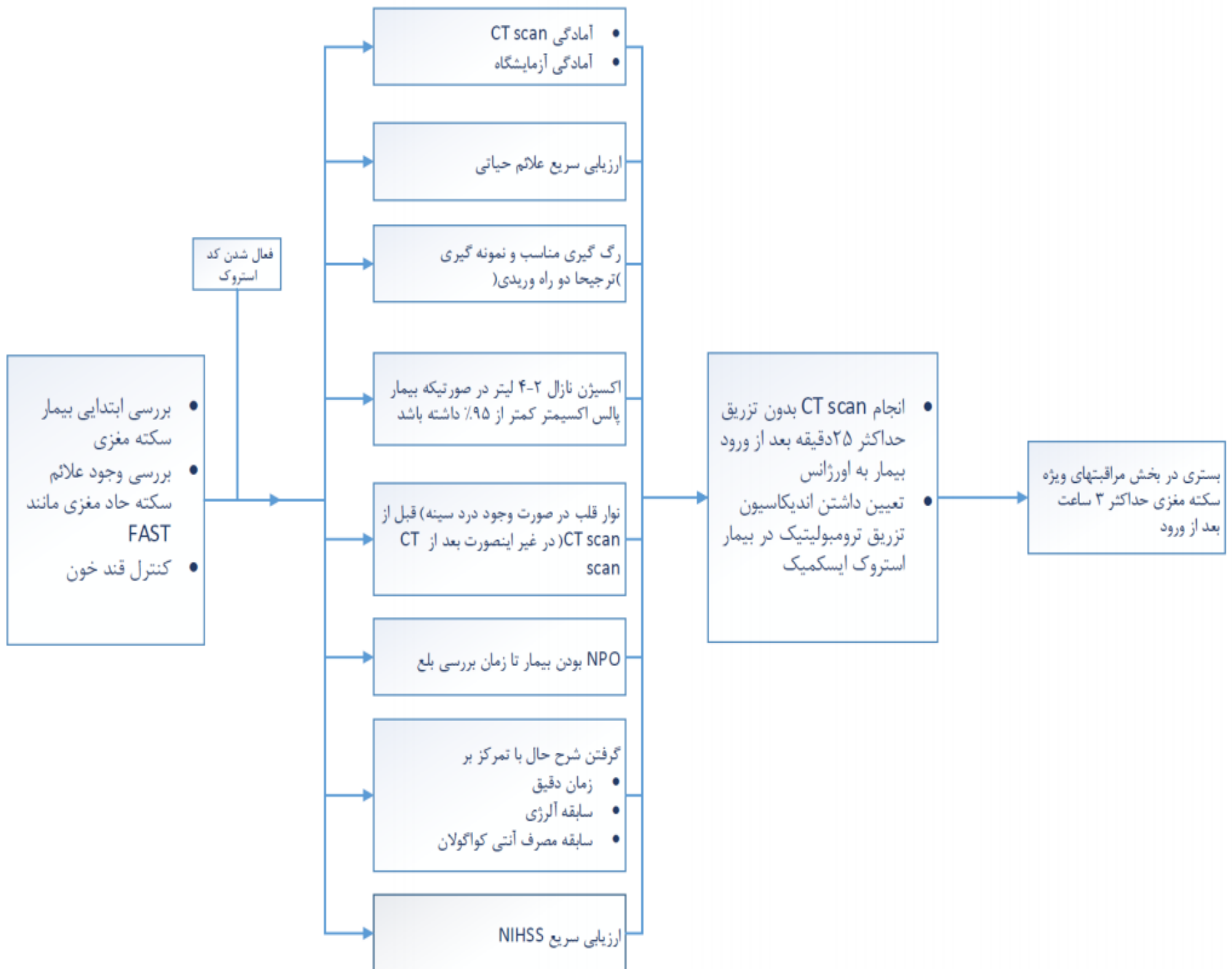
F = Face droops

A = Arm drops

S = Speech is slurred

T = Time to get help!





NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale

19

- مقیاس سکته انجمن ملی سلامت
- قبل از شروع درمان با tPA باید بیمار بر مبنای مقیاس فوق بررسی شود.
- این مقیاس ابزار بررسی استاندارد جهت ارزشیابی شدت سکته مغزی است.
- کل میزان امتیازات این مقیاس از صفر (طبیعی) تا ۴۲ (سکته مغزی شدید) متفاوت است.

عنوان	شرح	امتیاز
1a- LOC میزان سطح هوشیاری	- هوشیار	۰
	- تحریک با محرکهای خفیف	۱
	- کندشدن، نیاز به محرکهای قوی	۲
	- فقدان پاسخ‌دهی یا فقط دارای پاسخ‌های رفلکسی	۳
1b- سوالات مربوط به LOC (سن، ماه)	- پاسخ صحیح به هر دو سؤال	۰
	- پاسخ صحیح به یک سؤال	۱
	- هر دو پاسخ نادرست	۲
1c- دستورات مربوط به LOC (باز و بسته کردن چشم‌ها، مشت کردن و باز کردن دست‌ها)	- اطاعت از هر دو دستور به طور صحیح	۰
	- اطاعت از یک دستور به طور صحیح	۱
	- انجام نادرست هر دو دستور	۲
۲- نگاه خیره بیمار (چشم‌ها باز است، بیمار انگشت یا صورت فرد معاینه‌کننده را دنبال می‌کند)	- طبیعی	۰
	- فلج نسبی خیره‌شدن نگاه	۱
	- انحراف بی‌اختیار چشم	۲
۳- وضعیت بینایی (ایجاد تحریکات بینایی در ۴ طرف میدان بینایی بیمار)	- عدم کاهش بینایی	۰
	- همی‌آنوپی نسبی (کاهش میدان بینایی نسبی)	۱
	- همی‌آنوپی کامل (کاهش میدان بینایی کامل)	۲
	- همی‌آنوپی دو طرفه	۳
۴- فلج صورت (نشان دادن دندان‌ها، بالا انداختن آبروها، به هم فشردن چشم‌ها)	- طبیعی	۰
	- خفیف	۱
	- نسبی	۲
	- کامل	۳
۵a- حرکت دست چپ (بالا بردن اندام تا زاویه ۹۰ درجه و امتیاز به حرکات حرکات آهسته بدون اراده و غیرهدفمند)	- عدم وجود حرکات غیرهدفمند و بی‌اراده	۰
	- حرکات غیرهدفمند اما توانایی نگهداری اندام در هوا	۱
	- عدم توانایی نگه‌داشتن اندام در هوا	۲
	- عدم مقاومت در برابر نیروی جاذبه	۳
	- فقدان حرکت	۴
	- آمپوتاسیون جوش‌خوردگی مفاصل (با توضیح پایین صفحه)، بیحرکت کردن مفاصل با عمل جراحی	N/A
5b- حرکت دست راست (بالا بردن اندام تا زاویه ۹۰ درجه و امتیاز به حرکات حرکات آهسته و بدون اراده و غیرهدفمند)	- عدم وجود حرکات غیرهدفمند و بی‌اراده	۰
	- حرکات غیرهدفمند اما توانایی نگهداری اندام در هوا	۱
	- عدم توانایی نگه‌داشتن اندام در هوا	۲
	- عدم مقاومت در برابر نیروی جاذبه	۳
	- فقدان حرکت	۴
	- آمپوتاسیون، جوش‌خوردگی مفاصل	N/A

عنوان	شرح	امتیاز
a ۶- حرکت پای چپ (بالا بردن اندام تا زاویه ۳۰ درجه و امتیاز به حرکات / حرکات آهسته و بدون اراده و غیرهدفمند)	- عدم وجود حرکات غیرهدفمند و بی‌اراده - حرکات غیرهدفمند اما توانایی نگهداری اندام در هوا - عدم توانایی نگاه داشتن اندام در هوا - عدم مقاومت در برابر نیروی جاذبه - فقدان حرکت - آمپوتاسیون، جوش خوردگی مفاصل	۰ ۱ ۲ ۳ ۴ N/A
b ۶- حرکت پای راست (بالا بردن اندام تا زاویه ۳۰ درجه و امتیاز به حرکات / حرکات آهسته و بدون اراده و غیرهدفمند)	- عدم وجود حرکات غیرهدفمند و بی‌اراده - حرکات غیرهدفمند اما توانایی نگهداری اندام در هوا - عدم توانایی نگاه داشتن اندام در هوا - عدم مقاومت در برابر نیروی جاذبه - فاقد حرکت - آمپوتاسیون - جوش خوردگی مفاصل	۰ ۱ ۲ ۳ ۴ N/A
۷- آتاکسی اندام‌ها (آزمون لمس بینی با انگشت و لمس ساق پا یا پاشنه پا)	- وجود ندارد - در یک اندام وجود دارد (یک دست یا یک پا) - در دو اندام وجود دارد (دو دست یا دو پا)	۰ ۱ ۲
۸- وضعیت حسی (تماس نوک سوزن با صورت، دست‌ها، تنه و پاها، مقایسه یک سمت بدن با سمت دیگر)	- طبیعی - فقدان خفیف تا متوسط - فقدان شدید تا کامل	۰ ۱ ۲
۹- وضعیت گفتار (نام بردن اشیاء، شرح یک تصویر و خواندن جملات)	- بدون آفازی (اختلال در تکلم) - آفازی خفیف تا متوسط - آفازی شدید - عدم توانایی سخن گفتن (لال)	۰ ۱ ۲ ۳
۱۰- دیس‌آرتری (ارزیابی وضوح گفتار از طریق تکرار واژه‌ها توسط بیمار)	- طبیعی - دیس‌آرتری خفیف تا متوسط - دیس‌آرتری شدید، گفتار تقریباً غیرقابل فهم یا بدتر - لوله‌گذاری یا دیگر موانع فیزیکی	۰ ۱ ۲ N/A
۱۱- کاهش توجه و بی‌توجهی (استفاده از اطلاعات و امتیازات کسب شده تست‌های قبلی)	- غیرطبیعی نمی‌باشد - از بین رفتن واکنش‌های دیداری، شنیداری، لامسه نسبت به محرک‌های همزمان دوطرفه - توجه یک‌طرفه یا از بین رفتن توجه بیش از یک عامل فیزیکی	۰ ۱ ۲
۱۲- امتیاز کل:	میزان سطح هوشیاری LOC، غیرقابل اجرا N/A	

درمان دارویی

22

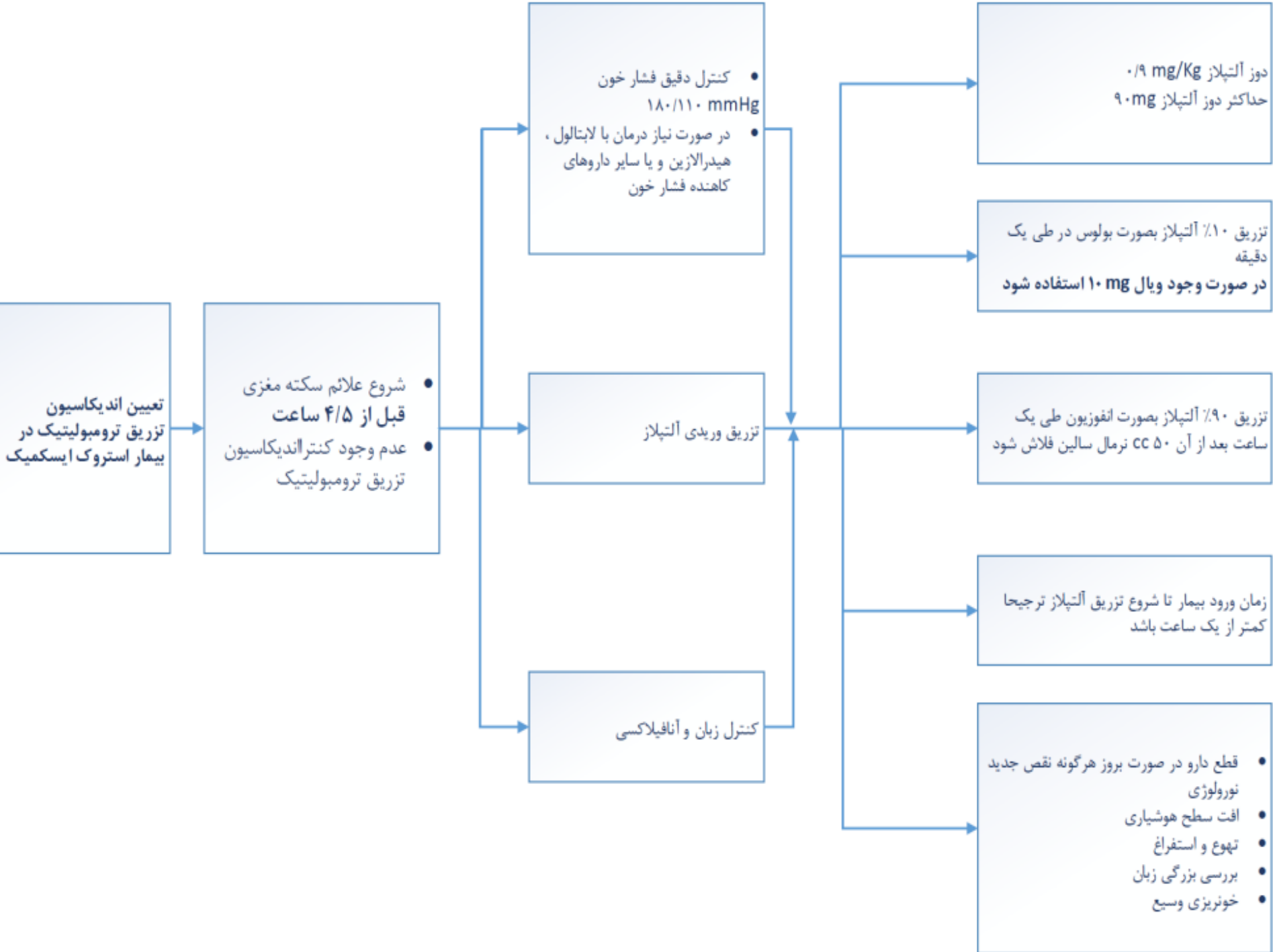
- **خط اول درمان اورژانسی:** استفاده از **T-PA** (عامل حل کننده لخته) ظرف ۳ ساعت ابتدایی حمله منجر به کاهش وسعت ناحیه سکته می گردد.
- بیمار نباید کنتراستیکاسیون برای استفاده از این دارو را داشته باشد.
- بیمار باید برای تعیین دوز دارو ، وزن شود.
- حداقل دو لاین وریدی برای بیمار گرفته شود.
- یکی برای تزریق مایعات داخل وریدی و دیگری برای تزریق **t-PA**
- بیمار در بخش مراقبت های ویژه یا در واحد سکته مغزی حاد بستری و مورد مانیتورینگ دایم قلبی و عصبی قرار گیرد.

کنتراندیکاسیون فعال کننده پلاسمینوژن بافتی:

2

- ۱-وجود خون ریزی فعال ۲-وجود خون ریزی مغزی ۳-دریافت هپارین بیش از ۴۸ ساعت ۴-فشار خون بالای ۱۸۰ میلی متر جیوه ۵-وجود تشنج همراه با سکتة مغزی ۶-سابقه اینتراکرانیال هموراژی ۷-وجود نئوپلاسم ۸-سابقه جراحی اعصاب ۹-وجود اختلالات انعقادی ۱۰-قند خون بالای ۴۰۰ و زیر ۵۰ ۱۱-وجود سکتة در چند ناحیه ۱۲-اختلالات شریانی ۱۳-پلاکت زیر صد هزار ۱۴-زمان پروترومبین بالای ۱۵-۱۵-سابقه سکتة مغزی قبلی ۱۶-سابقه تروما به سر ۱۷-سابقه جراحی بزرگ در ۳ ماه اخیر ۱۸-بد شکلی های

عروقی



اقدامات درمانی در صورت بروز علائم حساسیت یا آنافیلاکسی



انجام CT scan بدون تزریق اورژانس

مشاوره جراحی اعصاب (در صورت لزوم)

اندازه گیری فاکتورهای انعقادی

تزریق فاکتورهای انعقادی (PCC, FFP و ویارکس....)

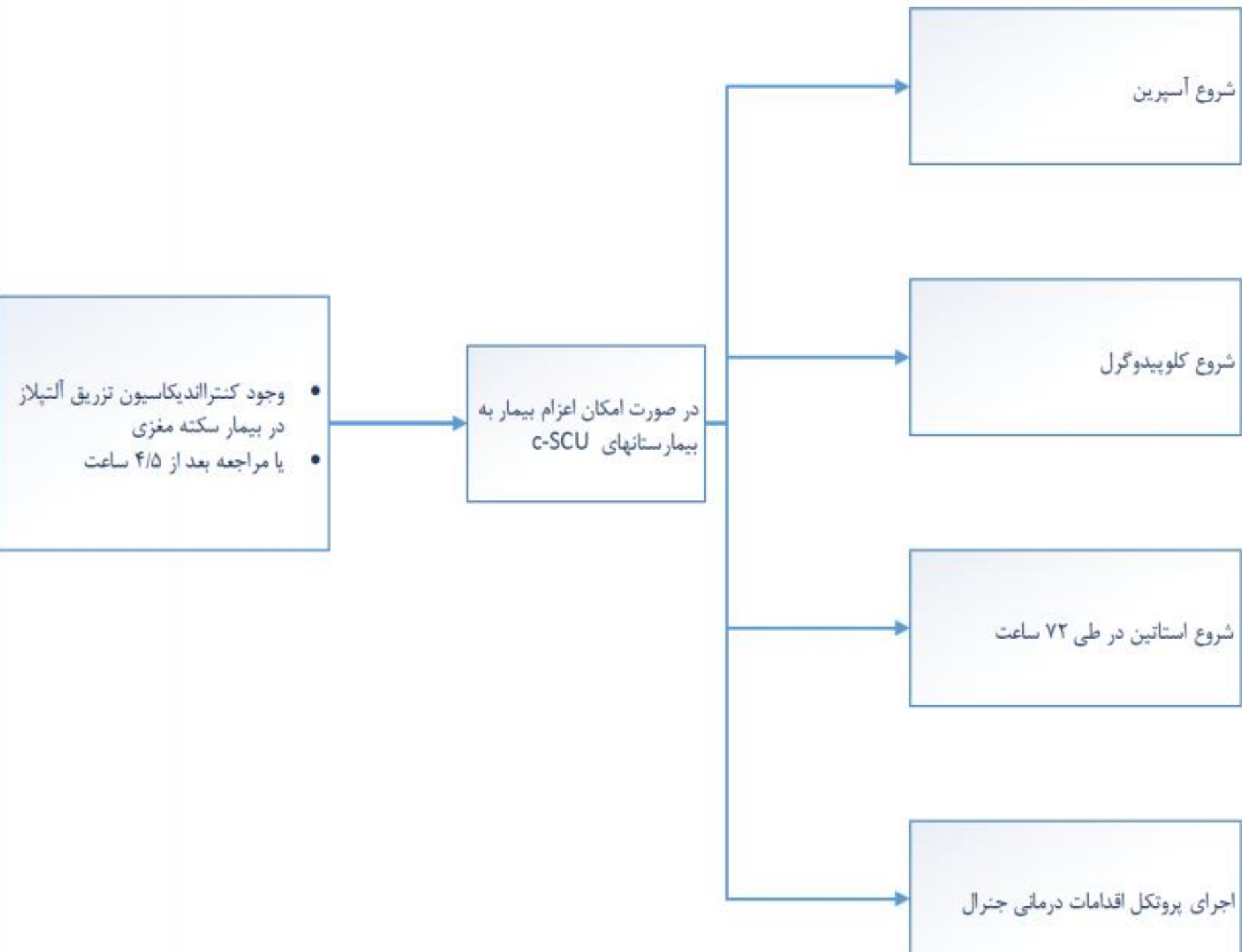
درمان افزایش فشار مغزی

استفاده از آمینو پروتیک اسید یا ترانس آمیک اسید به
عنوان آخرین گزینه در صورت نیاز

توجهات ویژه بعد از تزریق آلتیلاز

27

- اندازه گیری علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه یکبار در ۲ ساعت اول و هر ۳۰ دقیقه برای ۶ ساعت بعدی سپس هر ساعت تا ۲۴ ساعت.
- فشار خون طوری کنترل شود که فشار سیستولیک کمتر از ۱۸ و فشار دیاستولیک کمتر ۱۰۵ باقی بماند.
- هیچ داروی ضد انعقاد دیگری تا ۲۴ ساعت بعد نباید تجویز شود.
- هر نوع خونریزی در محل های تزریق داخل وریدی ، ناحیه سوند ادراری ، لوله های داخل نای، NGT، ادرار، مدفوع ، استفراغ و سایر ترشحات به دقت تحت نظارت قرار گیرد.



اقدامات درمانی جنرال

بیمار باید در محیط آرام قرار گیرد

سرم نرمال سالین یا یا بدون اضافه کردن پتاسیم به میزان 50-100 cc در ساعت داده می شود

سرم های حاوی قندی باید پرهیز شود

سدیم خون ترجیحاً باید در سطح 140-145 mg/dl حفظ می شود

اکسیژن بیمار در حد بالای 95٪ نگاه داشته شود

فشار خون بیمارانی که rTPA دریافت کرده اند تا 24 ساعت باید کمتر از 180/105 mmHg نگه داشته می شود

در صورت دریافت داروی فشار خون قبل از سکتة بعد از 24 ساعت از سکتة می توان مجدداً شروع کرد

در صورت نیاز به درمان فشار خون حداکثر مجاز به کاهش فشار تا 15٪ طی 24 ساعت بعد از سکتة هستیم

فشار خون بیمار نباید بصورت حاد پایین آورده شود و تنها زمانی باید درمان کرد که فشار سیستولی بیش از 220 و یا دیاستول بیش از 120 باشد و یا بیمار از ایسکمی حاد قلبی ، نارسایی قلبی ، دیسکسیون آئورت ، انسفالوپاتی هیپرتانسیو ، نارسایی حاد کلیه و پره اکلامپسی یا اکلامپسی

استاتین

کنترل قند خون در حدود 150 mg/dl حفظ شود

H2 antagonist or proton pump inhibitors

کنترل دقیق تب و نگاه داشتن درجه حرارت بدن زیر 37

سر بیمار در وضعیت طبیعی بدن در طول بدن قرار گیرد

بررسی های نوروسوتولوژی

اکو ترانس توراسیک

بلع بیمار بطور دقیق ترجیحاً توسط گفتار درمانی ارزیابی) در صورت نیاز تستهای تشخیصی انجام شود (می شود و در صورتیکه قادر به خوردن باشد باید هر چه سریعتر برای بیمار خوراکی شروع شود و در غیر این صورت با اقدام درمانی مناسب انجام شود

جهت جلوگیری از dvt برای بیمار در صورت عدم خونریزی از آنتی کواگولانت و در غیر این صورت از pneumatic pressure

بیمار هر چه سریعتر باید به حرکت وا داشته شود

اقدامات توانبخشی شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی برنامه ریزی شده و هر چه سریعتر شروع شود

در صورت نیاز ، CT angiography , MR Angiography ، هولتر مانیتورینگ ، اکو ترانس اروفاژ آنژیوگرافی عروق مغزی ، MR ، CT perfusion انجام شود

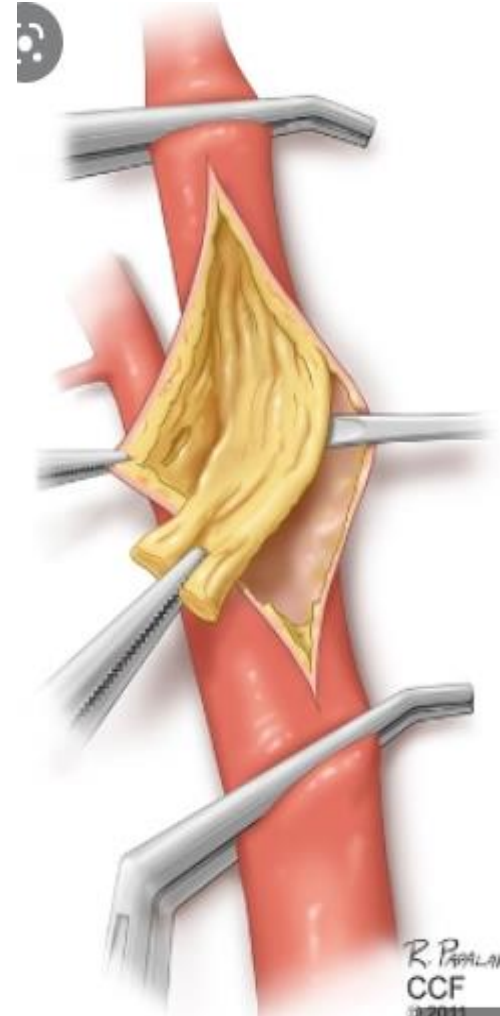
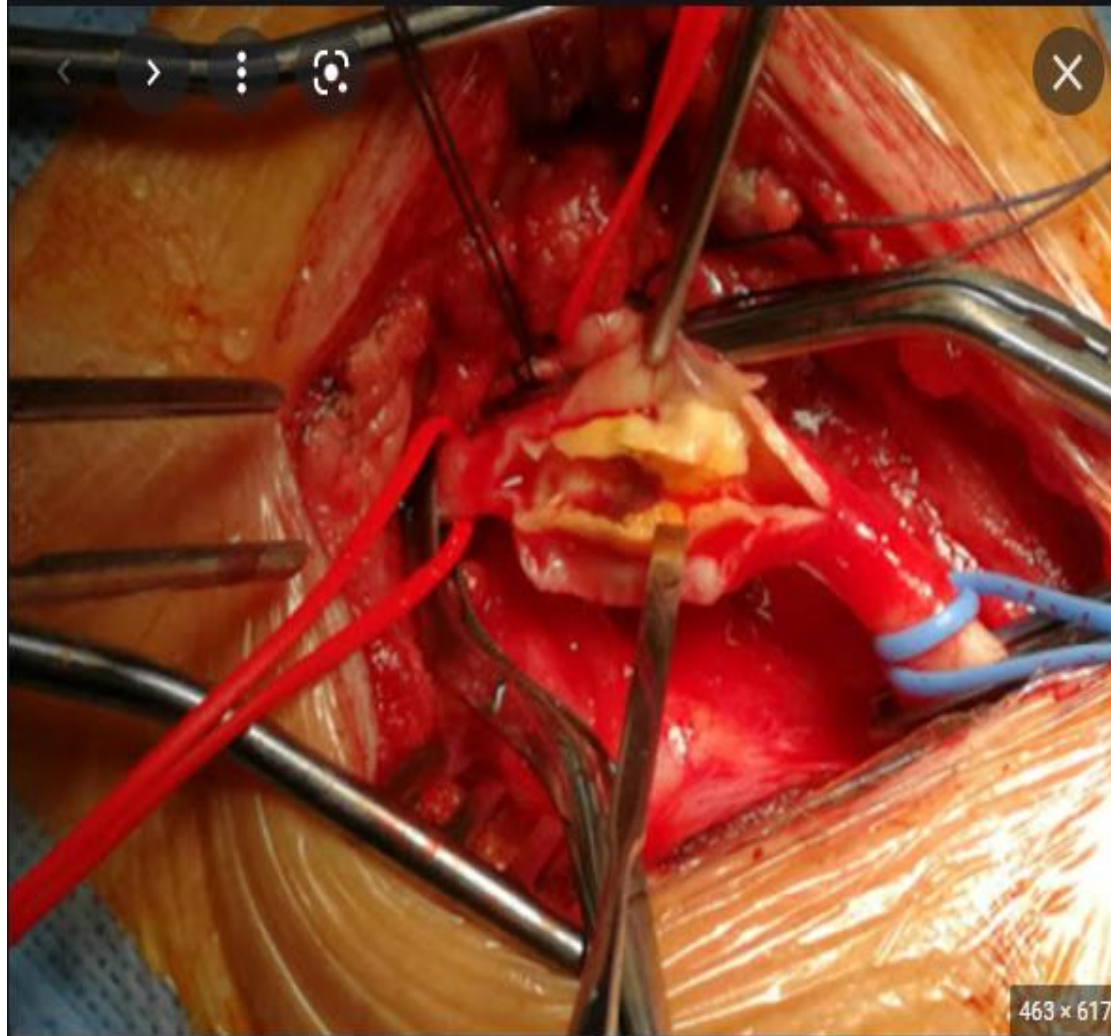
نحوه درمان فشار خون در فاز حاد

Labetolol تزریق وریدی 20 میلی بولوس و سپس 80-20 میلی هر 10 دقیقه تا حداکثر 300 میلی گرم میتوان تزریق کرد سرعت تزریق 0.5-2 mg/min

Nicardipin تزریق وریدی با دوز اولیه 5 mg/h میتوان آنرا تا 15 mg/h افزایش داد

اندارترکتومی (اقدام پیشگیری کننده)

30



سکته های هموراژیک

ICH (Inter cerebral hemoragage)

31

۱۵ تا ۲۰ درصد کل سکته های با منشأ عروقی

عمده‌تاً در داخل جمجمه یا زیر عنکبوتیه

۸۰ درصد موارد **فشار خون بالا** عامل پارگی عروق خونی مغز

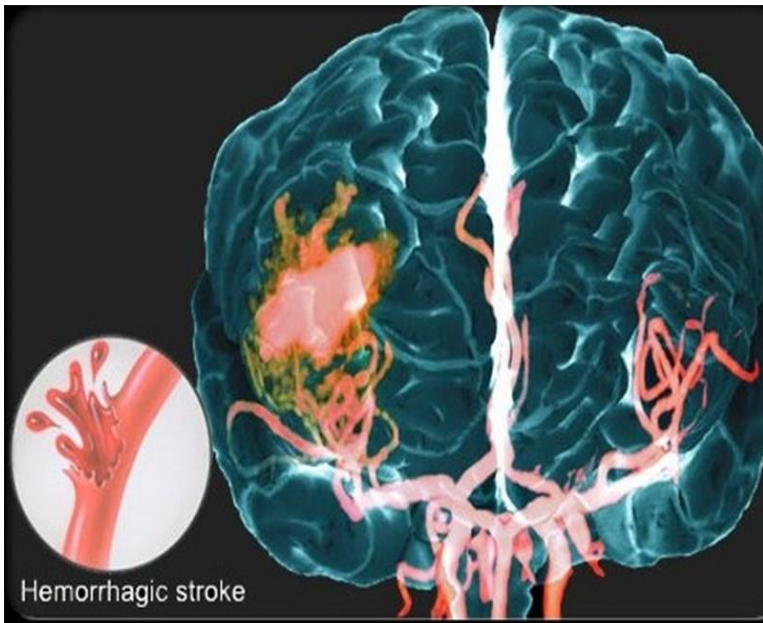
۵۰ درصد سکته های هموراژیک به دلیل **پارگی آنوریسم** و ریختن خون به

نواحی زیر عنکبوتیه

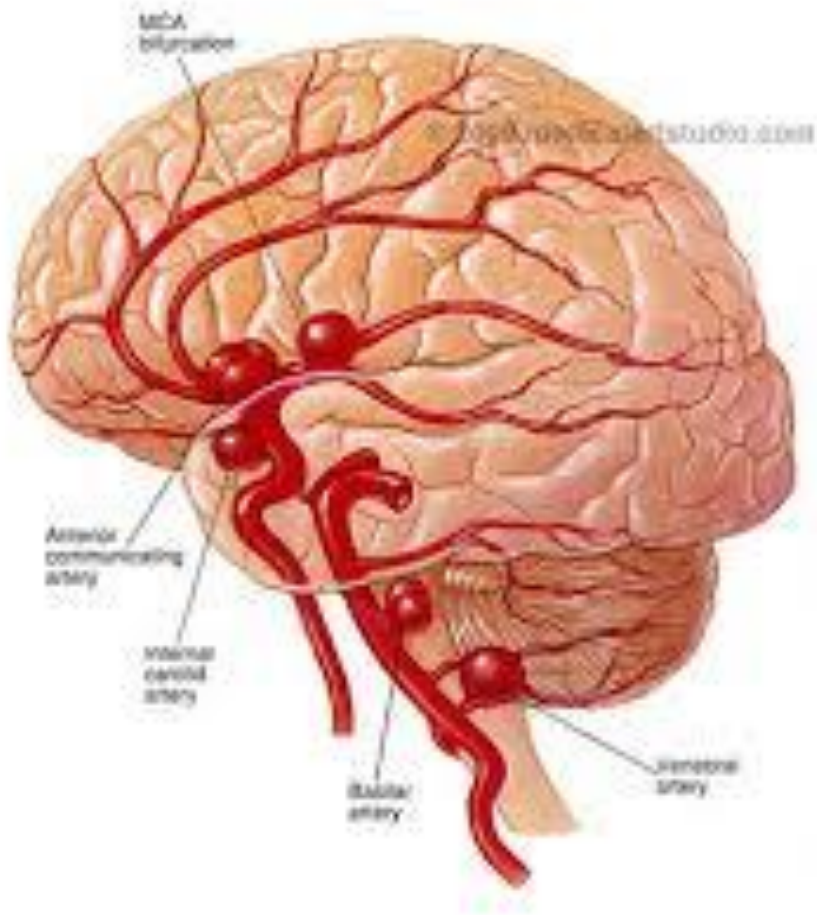
در سالمندان آنژیوپاتی ناشی از تجمع آمیلوئید

در دیواره عروق خونی منجر به ضعیف و شکننده

شدن و پارگی عروق می شود.



آنوریسم های داخل جمجمه ای (مغزی)



□ اتساع دیواره شریان مغزی است که در نتیجه ضعف و نقص دیواره شریانی بوجود می آید.

□ علت ایجاد آنوریسم:

✓ تصلب شرایین

✓ نقائص مادر زادی دیواره عروق

✓ بیماری های هاپیر تانسو عروق

✓ ترومای وارده به سر

✓ کهولت سن

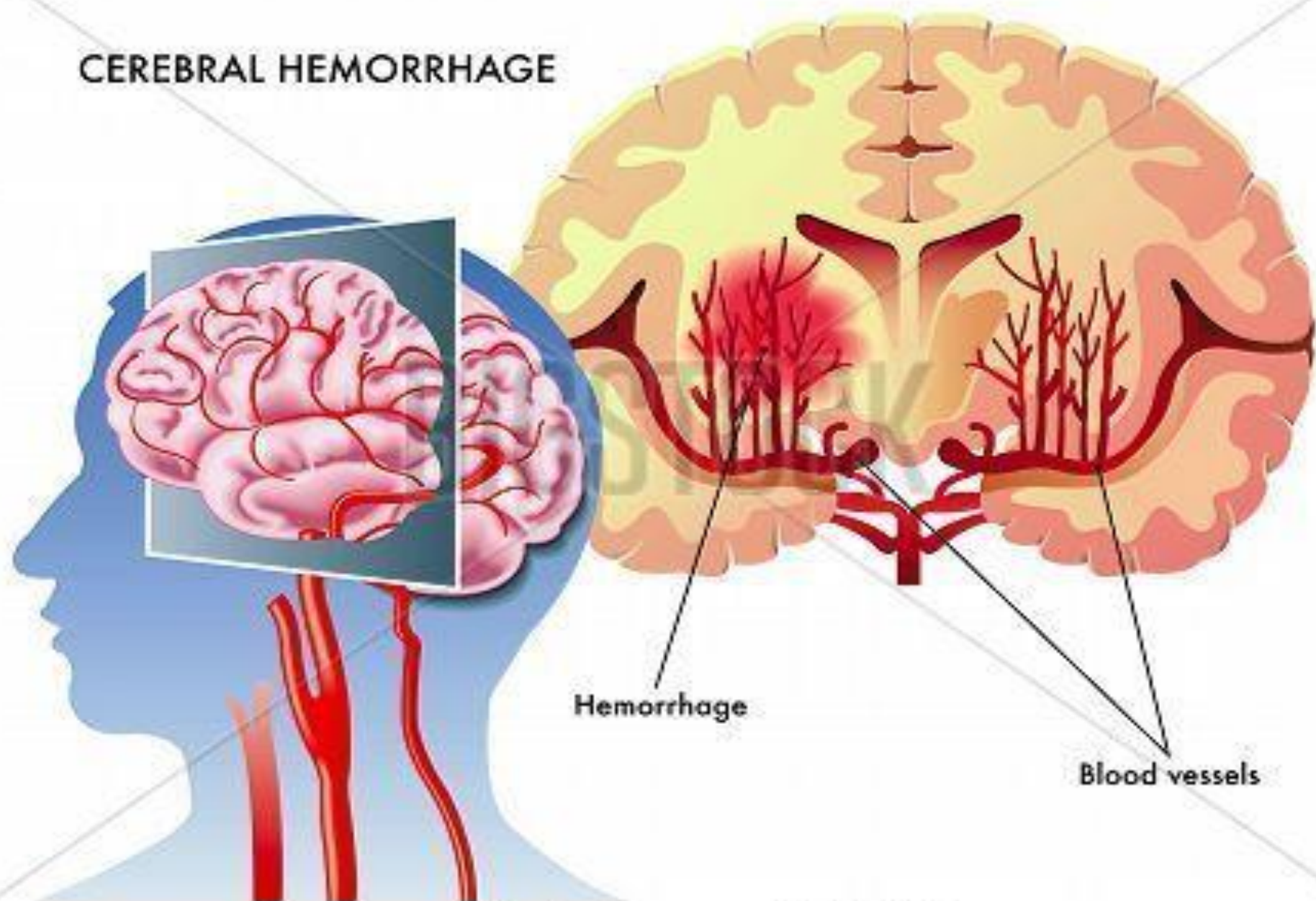
✓ هر شریانی در مغز ممکن است دچار آنوریسم شود.

شایعترین محل ایجاد آنوریسم در ناحیه حلقه ویلیس (محل دو شاخه شدن شریان های بزرگ)

سکته های هموراژیک (ناشی از خونریزی)

- ناهنجاریهای وریدی - شریانی (AVM)
- نئوپلاسم های عروقی مغز
- داروهای خاص (آمفتامین و ضد انعقاد ها)
- عوارض، نقایص و میزان مرگ و میر در سکته های ناشی خونریزی
بیشتر از سکته های ایسکمیک است.
- **دوره بهبودی** در اینها **طولانی تر** است.

CEREBRAL HEMORRHAGE



پاتوفیزیولوژی سکته های هموراژیک

35

اختلال در
متابولیسم طبیعی
مغز

قرار گرفتن سلول
های مغزی در
تماس با خون

ریختن خون به فضای زیر
عنکبوتیه و داخل مغز

مرگ سلول های
مغزی

ایسکمی ناشی از
کاهش پرفیوژن مغزی
و وازواسپاسم

افزایش ICP، فشردگی و آسیب
دیدگی بافت مغز

نواحی شایع بروز خونریزی

36



- لوب های مغزی
- عقده های قاعده ای
- تالاموس
- ساقه مغز (بیشتر پل مغزی)
- مخچه
- گاهی خونریزی دیواره بطن ها را
پاره کرده و خونریزی داخل بطنی
هم رخ می دهد

ناهنجاری وریدی-شریانی (AVM)



□ AVM از جمله علل شایع خونریزی

مغزی غیر تروماتیک در **افراد جوان**

□ ناهنجاری هایی که هنگام تکامل

جنینی ورید ها و شریان ها رخ می دهند

در این حالت شریان ها و وریدها ی

مغزی **بدون داشتن بستر مویرگی** در هم

گره می خورند

□ فقدان بستر مویرگی منجر به اتساع

ورید ها و شریان ها و در نتیجه پارگی آنها می شود.

تظاهرات بالینی سکتة های هموراژیک

38

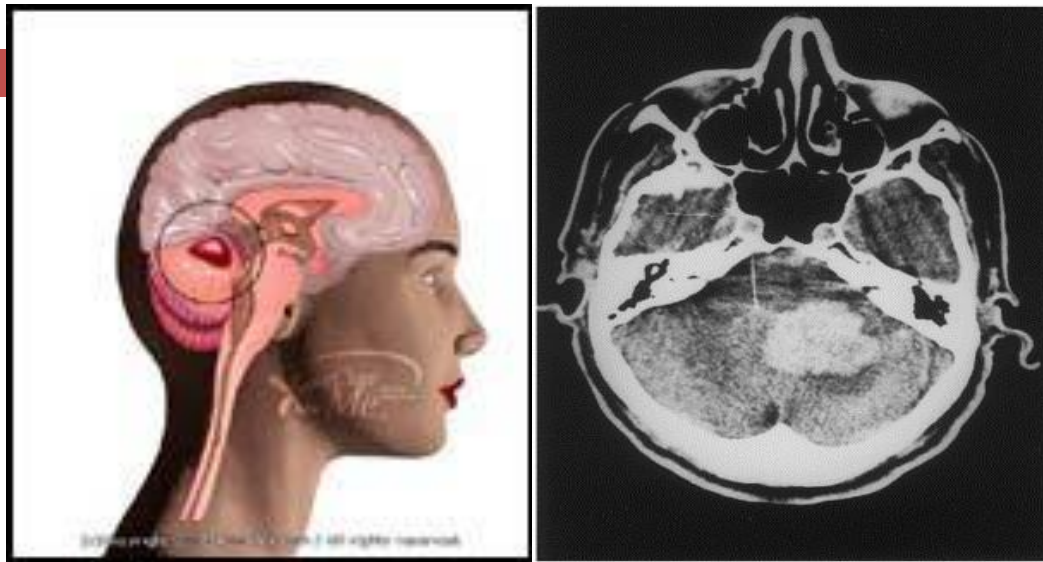
- کلیه علائم بالینی می تواند **مشابه** سکتة های ایسکمیک باشد. علاوه بر آن در اینجا
- سردرد **شدید تر** است.
- استفراغ
- آغاز ناگهانی تغییر سطح هوشیاری
- حملات تشنجی
- درد و سفتی پشت گردن و ستون فقرات در اثر تحریک مننژ(در پارگی AVM و آنوریسم
- وزوز گوش، سرگیجه، نقایص بینایی(دو بینی، از دست رفتن بینایی و...)
- اگر ناحیه پاره شده عروق با لخته مسدود نگردد، **کما و مرگ** حتمی است

خونریزی پل مغزی



- وجه مشخصه آن بروز کمای ناگهانی (چند ثانیه تا چند دقیقه)
- با توجه به اینکه در کنترل فعالیت قلب، تنفس، فشار خون دخیل است کلیه علائم حیاتی به سرعت دچار تغییر شده و افت می کنند.
- تغییرات شدید تنفسی، قلبی، ناتوانی در بلع، تغییرات چشمی، حرکتی.....
- مردمک های سوزنی
- حرکات سریع و هماهنگ چشمها بطرف پایین که به آهستگی به موضع اولیه بر می گردد (Ocular Bobbing) به فواصل ۵ ثانیه ای
- هیپر ترمی
- درمان موثری وجود ندارد.

خونریزی مخچه



- تابلوی بالینی کلاسیک:
- تهوع و استفراغ
- سرگیجه
- آتاکسی در راه رفتن
- مردمک های میوتیک
- کندی واکنش مردمک به نور
- ناتوانی در نگاه کردن به سمت ضایعه
- اختلال هوشیاری و کما
- اگر تخلیه خون صورت نگیرد نتیجه مرگبار خواهد بود (به علت مجاورت با ساقه مغز و ایجاد فشار و ایسکمی در این ناحیه)

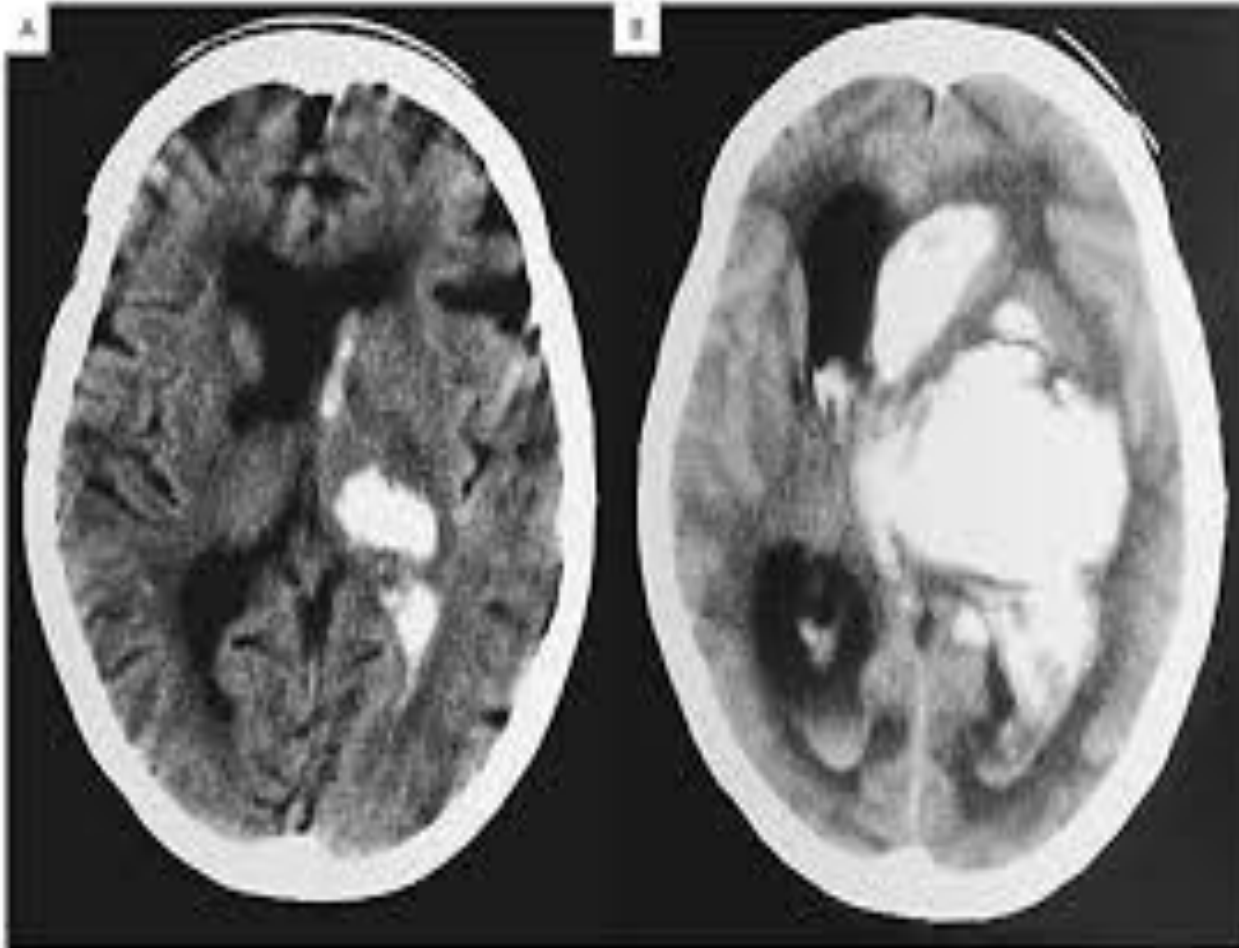
خونریزی زیر عنكبوتیه (SAH=Subarachnoid hemorage)



□ شایعترین علل آن:
پارگی آنوریسم و AVM
میزان مرگ و میر آن
بسیار بالا است.

ICH-IVH

42



عوارض هموراژی در مغز

کندۀ شدن لخته بر اثر کریز فشار خون (جدی ترین عامل خطر زا)، مانور والسالوا، عدم رعایت CBR، سرفه، عطسه، فشار عصبی و...	خونریزی مجدد (Rebelling)
مکانیسم آن نامشخص است. بیشتر در خونریزی های زیر عنکبوتیه ای رخ می دهد. وازو اسپاسم مانع جریان یافتن خون مغزی می گردد. در نتیجه ایسکمی و سکتۀ مغزی مجدد رخ می دهد. ۴۰ تا ۵۰ درصد میزان مرگ و میر را در افرادی که از خونریزی اولیه زنده مانده اند افزایش می دهد. معمولاً ۴ تا ۱۴ روز بعد از خونریزی اولیه رخ می دهد. علاوه بر آن وازو اسپاسم می تواند منجر به خونریزی مجدد در محل حل شدن لخته گردد.	اسپاسم عروقی متعاقباً ایسکمی مغزی
خونریزی های مغزی به ویژه خونریزی های ساب آراکنوئید (زیر عنکبوتیه ای) همیشه با افزایش فشار داخل جمجمه همراه است. علت اختلال در گردش CSF به دلیل وجود خون در مخازن قاعده ای و پرزهای زیر عنکبوتیه ای	افزایش ICP

عوارض هموراژی در مغز (ادامه)

44

تشنج	خونریزی در مغز و ایسکمی سلول های مغزی منجر به اختلال در تخلیه الکتریکی مغز و بروز تشنج می گردد
هیدرو سفالی	ریخته شدن خون در فضای زیر عنکبوتیه یا بطن ها منجر به اختلال در گردش CSF می گردد در نتیجه هیدرو سفالی بروز می کند. در این حالت بطن ها متسع می گردند. این وضعیت می تواند ظرف ۲۴ ساعت اول پس از بروز خونریزی زیر عنکبوتیه تا چند روز و یا چند هفته بعد رخ دهد.
هایپوناترمی	در ۱۰ تا ۴۰ درصد بیماران پس از خونریزی زیر عنکبوتیه بیمار دچار سندرم ترشح نابجای هورمون ضد ادراری (SIADH) می گردد و سطح سدیم به علت احتباس آب در بدن و نیز ناتوانی کلیه در بازجذب سدیم به میزان ۱۳۵ میلی اکی والان در لیتر افت می کند. کاهش میزان سدیم منجر به تشدید ادم مغزی می گردد.
سایر عوارض کانونی ناشی از آسیب به سلول های عصبی مغز	پلژی، پارزی، آفازی، دیسفازی، بی اختیاری ادرار و مدفوع. اختلال بینایی ، اختلال در خوردن و.....

پیشگیری و درمان وازو اسپاسم متعاقب خونریزی مغزی

45

- جراحی و خارج کردن خون (پیشگیری از وازو اسپاسم)
- تجویز خوراکی و وریدی بلوک کننده های کانال کلسیم مثل

نیمودیپین

- علائم : سردردهای تشدید شونده، کاهش میزان پاسخدهی بیمار (خواب آلودگی و کانفیوز) آفازی، فلج نسبی

درمان افزایش ICP

جهت جلوگیری از ادم مغزی، فتق مغزی، هیدرو سفالی، وازو اسپاسم

۱- درناژ CSF با احتیاط از طریق کاتتر بطنی یا LP

۲- تجویز مانیتول (دیورتیک اسموتیک). با فشار اسمز مایع را از بافت مغز خارج می کند.

به دهیدراتاسیون و اختلال در تعادل الکترولیت ها (هیپو ناترمی، هایپر ناترمی، هیپو کالمی، هایپر کالمی) توجه شود.

۳- بالا بردن سر تخت

۴- پیشگیری از سرفه، یبوست

۵- کاهش اضطراب بیمار

۶- کنترل دقیق سطح هوشیاری

درمان افزایش فشار خون

- پیشگیری از هایپر تانسیون ناگهانی ضروری است.
- هدف: کنترل فشار خون سیستولیک در حد ۱۵۰ میلی متر جیوه
- داروهای ضد فشار مانند لابتالول، TNG، هیدرالازین با دقت تنظیم شود.
- جلوگیری از افت ناگهانی فشار خون در حین تجویز داروهای ضد فشار خون و پیشگیری از تشدید ایسکمی
- پیشگیری از تشنج (تشنج باعث افزایش فشار خون می شود).
- تجویز مسهل ها و پیشگیری از یبوست و زور زدن

درمان جراحی خونریزی های مغزی

48

- معمولا در خونریزی های اولیه تحت درمان جراحی قرار نمی گیرند.
- در خونریزی مخچه با قطر بیش از ۳ سانتی متر و GCS زیر ۱۴ تخلیه هوماتوم ضروری است.
- جراحی آنوریسم ها به صورت پیشگیرانه
- تا قبل از انتقال بیمار برای جراحی آنوریسم مراقبت ها شامل
- عدم تحریکات محیطی، پیشگیری از افزایش فشار داخل مغز، فراهم سازی محیط آرام و بدون استرس، قرار دادن بیمار در وضعیت استراحت مطلق، قرار دادن سر تخت حدود ۳۰ درجه بالا، جلوگیری از هر گونه فعالیت که موجب افزایش ناگهانی فشار خون شود: مانور والسالوا، زور زدن، عطسه های شدید، فشار آوردن بر روی تخت برای بلند شدن، خم کردن یا چرخاندن شدید سر و گردن، سیگار کشیدن، منع هر گونه فعالیت بدنی سنگین، منع تنقیه

خونریزی مجدد (Rebleeding)

49

- شیوع ۲٪
- مهمترین عامل هایپر تانسیون
- بیشترین زمان وقوع: ۲ هفته اول پس از خونریزی اولیه
- نشانه ها: سردرد شدید و ناگهانی، تهوع و استفراغ، کاهش سطح هوشیاری ، نقایص نورولوژیکی
- کنترل فشار خون

مراقبت های پرستاری در سگته های مغزی

50

- بهبود وضعیت اکسیژن رسانی به مغز
- کنترل فشار خون
- پیشگیری از آسیب راسیون
- کنترل وضعیت بلع و تغذیه
- بهبود وضعیت حرکتی
- کنترل دفع ادرار
- حفظ تمامیت پوست
- توانایی برقرار ارتباط کلامی
- آموزش مراقبت از خود

بهبود وضعیت اکسیژن رسانی به مغز

- قرار دادن بیمار در پوزیشن مناسب به منظور بهبود تهویه تنفسی
- برقراری اکسیژن بر اساس دستور
- کنترل علائم هایپوکسی و تغییرات تنفسی (سیانوز مرکزی، دیسترس تنفسی، تاکیپنه و هایپوپنه و تغییرات گازهای خون شریانی ABG)
- کنترل تغییرات سطح هوشیاری ناشی از هایپوکسی (حالت های کانفیوز ، بی قراری، کاهش سطح هوشیاری)

بهبود وضعیت حرکتی و پیشگیری از تغییر شکل

مفصل

52

- در بیماران همی پلژیک بازو تمایل دارد به بدن نزدیک شود؛ ساق و ران به سمت خارج، در حالی که مچ به سمت خارج و پا به سمت کف پا خمیدگی پیدا می کند
- برای پیشگیری از این عوارض اعضای بدن باید در امتداد یکدیگر قرار گیرند و از آسیب دیدگی اعصاب اولنار و پرونئال جلوگیری کرد و در هنگام خواب از آتل جهت کاهش خمیدگی استفاده کرد.

جلوگیری از نزدیک شدن شانه به بدن

□ قرار دادن بالش در زیر بغل و بالشی دیگر در زیر بازو طوری که انتهای دیستال بازو بالاتر از پروگزیمال باشد .



بهبود وضعیت حرکتی

قرار دادن بیمار در پوزیشن مناسب

تغییر پوزیشن بیمار

اجتناب از وارد آمدن فشار بخصوص بر اعصاب پرونئال و تیبیال

استفاده از آتل خلفی برای اندام های انتهایی در طول شب

فراهم نمودن برنامه ورزشی مناسب

آماده نمودن هر چه زودتر بیمار برای راه رفتن

بهبود وضعیت تغذیه

- بررسی بیمار از نظر بروز حملات شدید سرفه، جمع کردن غذا در یک طرف دهان یا بیرون رفتن قطعات مواد غذایی، نگاه داشتن غذا در دهان برای مدت طولانی یا برگرداندن مایعات از راه بینی حین بلع
- شروع تغذیه با رژیم غذایی پوره یا مایعات غلیظ

□ قرار دادن بیمار در وضعیت قائم و نشسته

آموزش به بیمار و خانواده درمورد استفاده از لقمه های کوچک غذا، مصرف غذاهای با بلع آسان و پایین آوردن چانه به سمت قفسه سینه برای پیشگیری از بروز آسپیراسیون

در صورت نیاز تغذیه با NGT

کنترل عملکرد مثانه و روده

56

- بررسی الگوی دفع بیمار
- رژیم غذایی پر فیبر و مایعات کافی
- در صورت نیاز سوند گذاری (متناوب)
- توجه به تغییر رنگ و حجم ادرار

بهبود برقراری ارتباط کلامی

57

- ▶ از کامل نمودن افکار یا جملات بیمار اجتناب کنید چون موجب مایوس شدن بیمار می شود.
- ▶ در صورت نیاز از تابلوی ارتباطی استفاده کنید.
- ▶ هنگام صحبت با بیمار توجه وی را جلب کنید، آهسته صحبت کنید و از عبارات ثابت برای ارائه دستورالعمل ها استفاده کنید.
- ▶ پس از آموزش به بیمار، زمان کافی در اختیار وی قرار دهید تا مطالب را تجزیه و تحلیل کند.
- ▶ در صورت نیاز از ایما و اشاره استفاده کنید.

بهبود برقراری ارتباط کلامی

در بیماران دچار آفازی:

▶ حین صحبت با بیمار رو به سوی او بوده و با وی ارتباط چشمی برقرار کنید.

▶ واضح و شمرده صحبت کنید.

▶ از عبارات کوتاه استفاده کنید و بین عبارات مکث کنید تا تا بیمار فرصت درک گفته های شما را داشته باشد.

▶ حین صحبت کردن از عکس، اشارات یا اشیاء استفاده کنید.

▶ وقتی بیمار وسیله ای را برمی دارد و از آن استفاده می کند نام آن شیء را به وی بگویید تا بیمار لغات را با اشیاء یا فعالی ها تطبیق دهد.

▶ سر و صدای محیط باید در کمترین حد ممکن حفظ شود چون موجب حواس پرتی بیمار می شود.

حفظ سلامت پوست

59

- ▶ بررسی مکرر پوست به خصوص نواحی استخوانی
- ▶ در صورت نیاز استفاده از تشک مواج
- ▶ تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت یکبار
- ▶ استفاده از وسایل برطرف کننده فشار
- ▶ به حداقل رساندن نیروهای اصطکاک و کشش هنگام جابجایی بیمار
- ▶ تمیز و خشک نگه داشتن پوست بیمار
- ▶ ماساژ پوست
- ▶ فراهم نمودن تغذیه مناسب

کنترل و پیشگیری از DVT

- استفاده از جوراب های ضد آمبولی
- تجویز به موقع هیپارین با وزن مولکولی پایین
- گزارش موارد غیر طبیعی در پاها مانند (حساسیت در لمس، تورم، گرمی، قرمزی)

آموزش مراقبت از خود

با تشکر از حسن توجه شما

