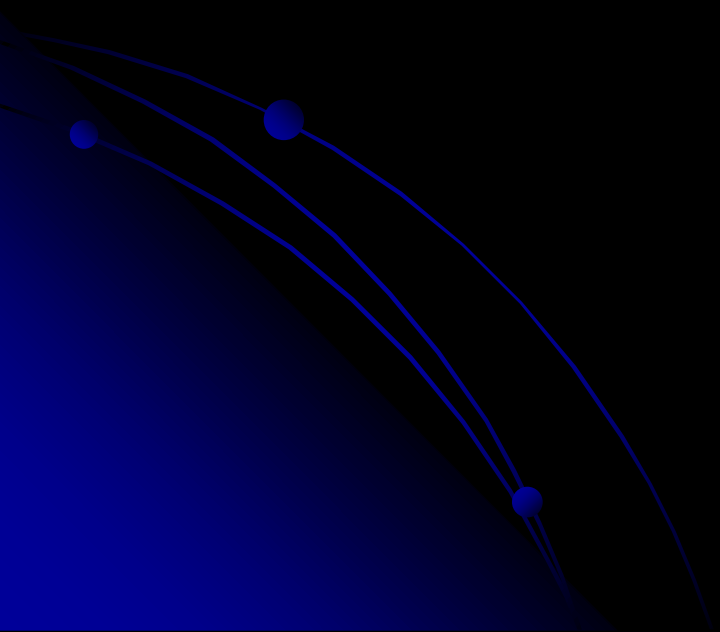


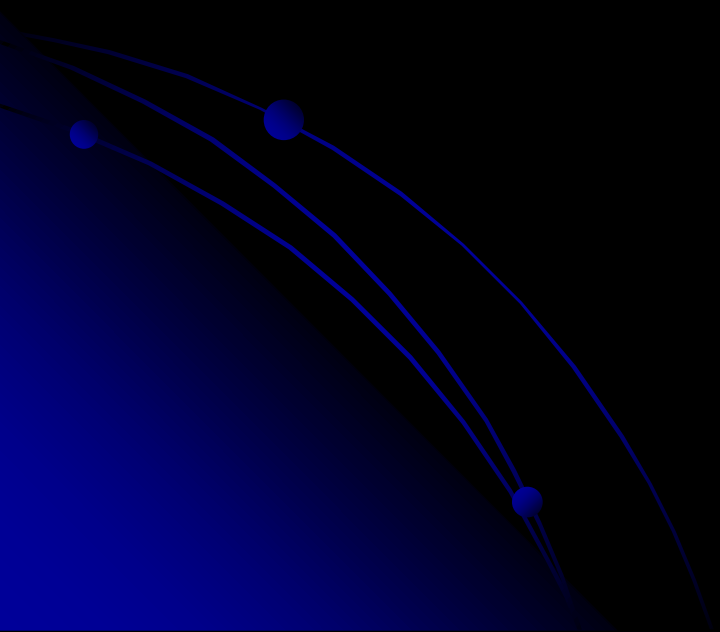
سکته مغزی





تعریف سکنه مغزی

- سکنه مغزی زمانی رخ می دهد که اسکیمی بخشی از مغز باعث مرگ سلول های مغزی شود.

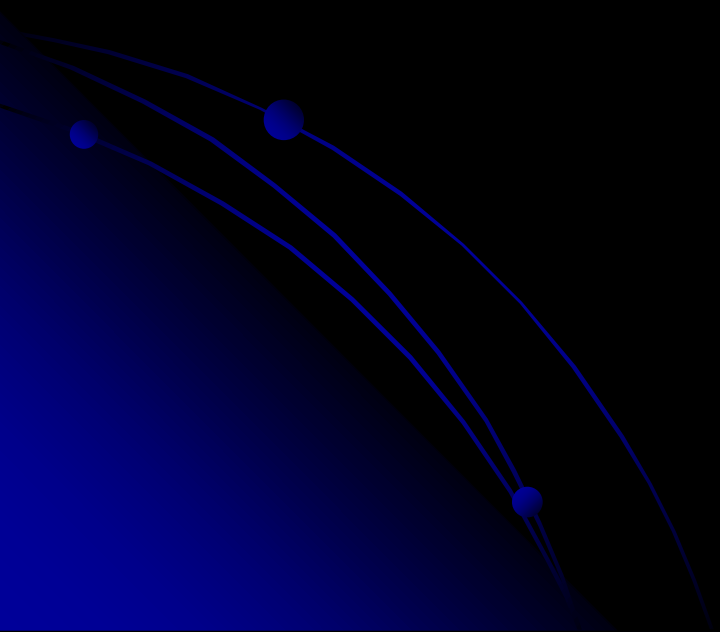


سکته مغزي

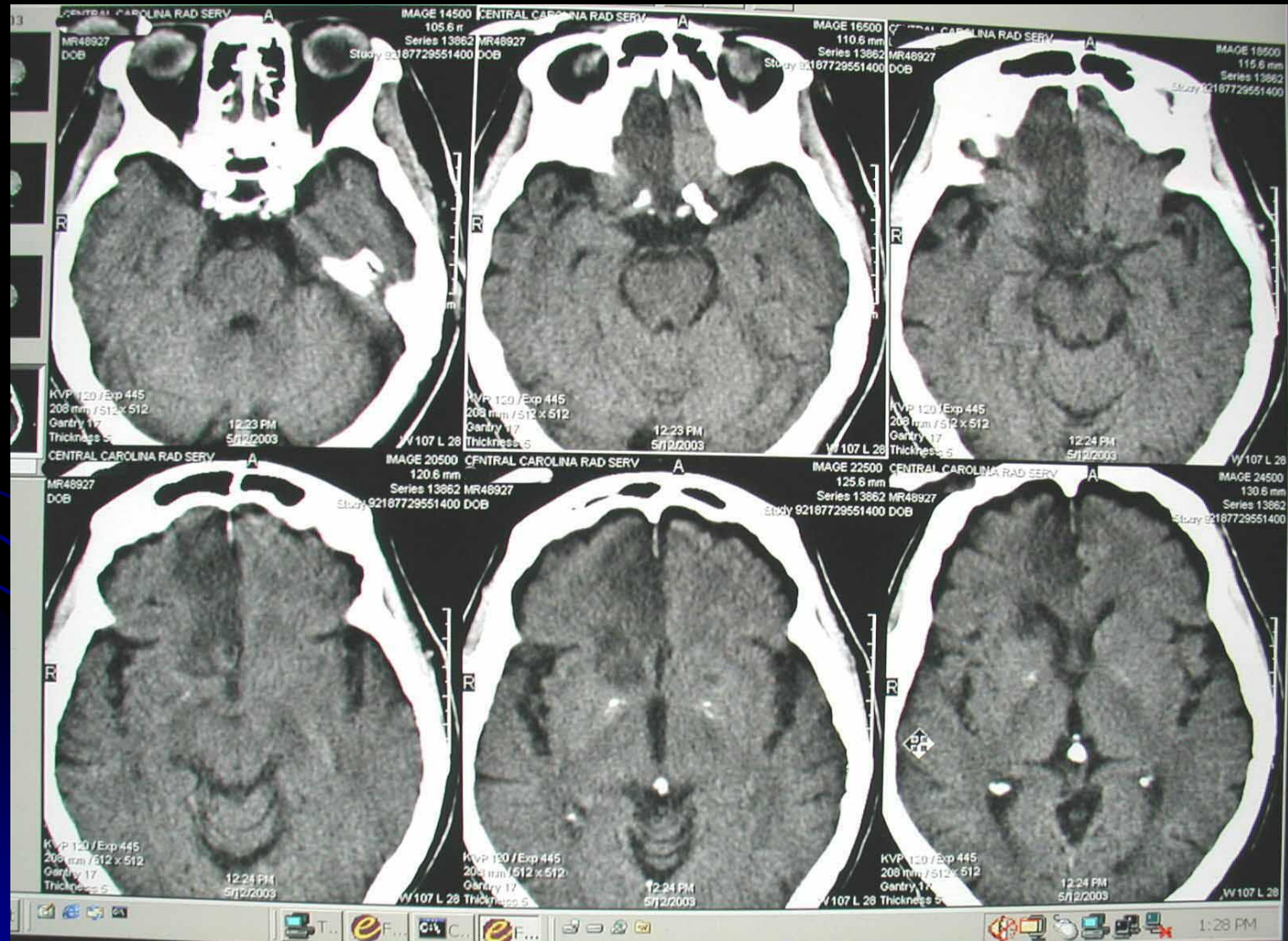
- اصطلاح «سکته مغزي» وضعيتي را توصيف مي‌کند که در آن، جريان خون يك قسمت از مغز در اثر يك لخته خوني يا رگ خوني پاره شده، به‌طور ناگهاني و جدي مختل مي‌شود.
- سکته مغزی یک مساله اورژانسی پزشکی است که می‌تواند به آسیب موقتی عصبی و حتی مرگ منجر شود ، در صورتی که سریع و به موقع تشخیص و درمان نشود.

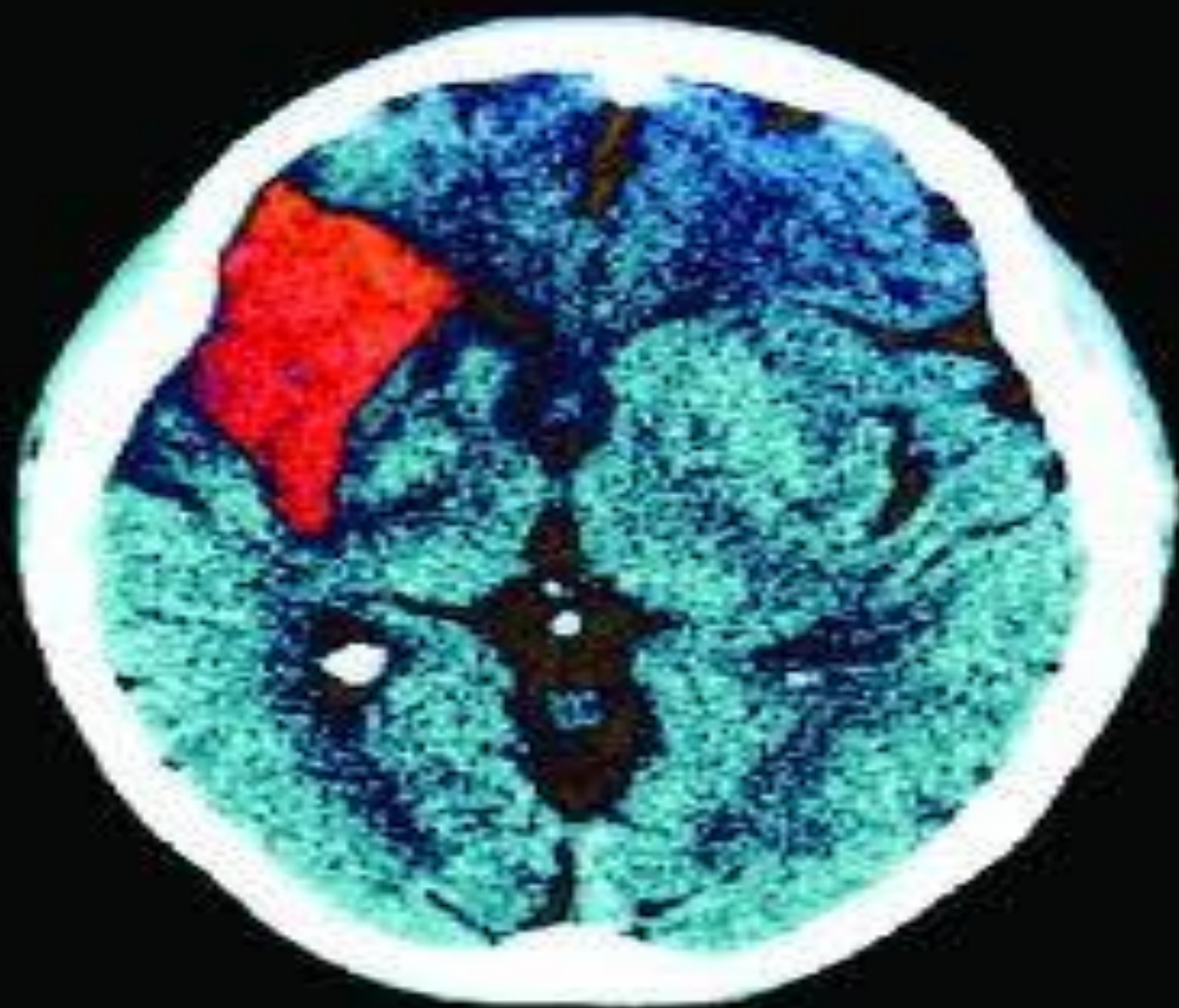
اپیدمیولوژی سکته مغزی

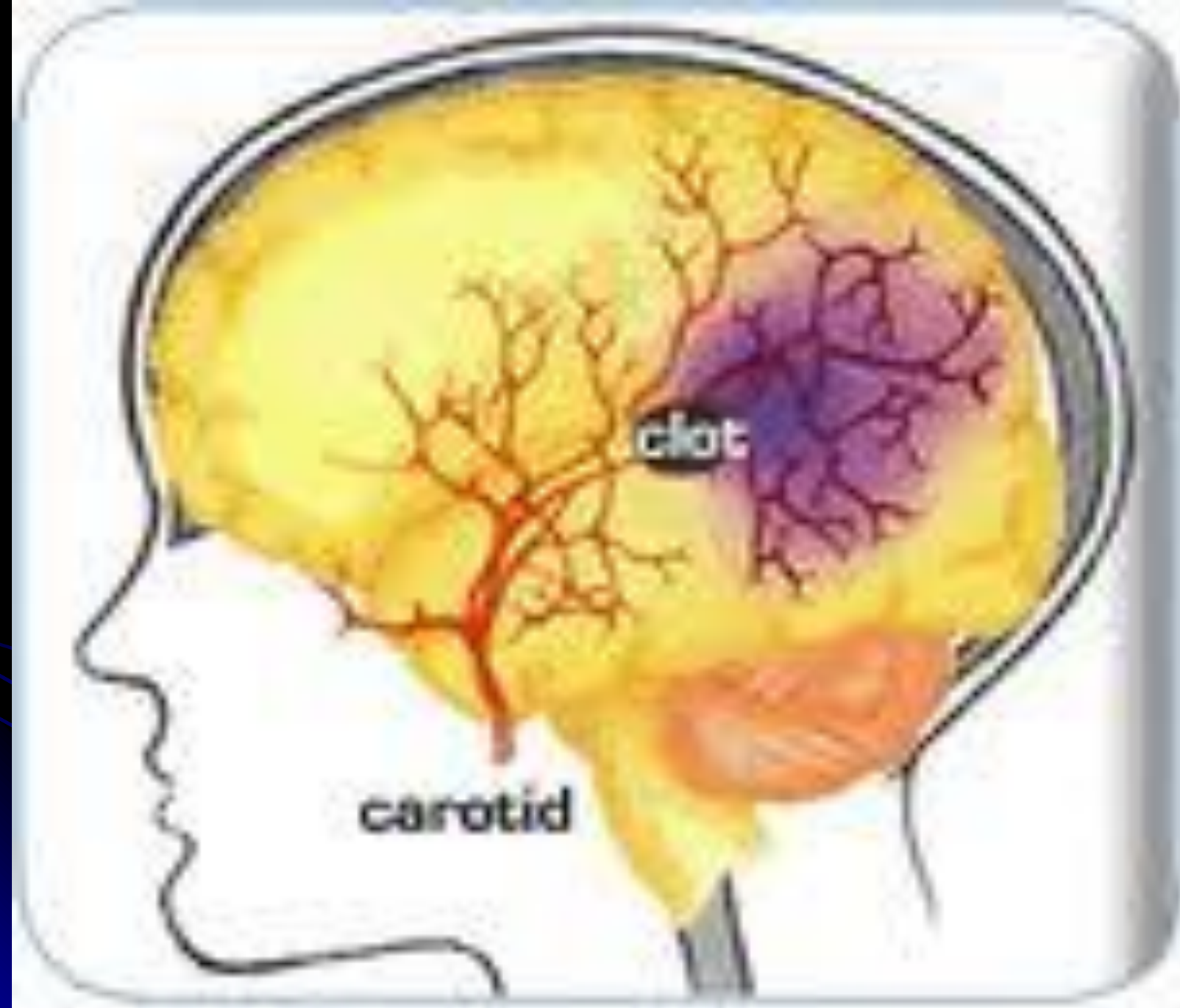
- سکته ي مغزي سومين علت مرگ بعد از بيماريهاي
- قلبی و سرطان در جهان می باشد.



CVA







Risk Factors

قابل تعديل

- چاقی
- فشار خون بالا
- سیگار
- مصرف زیاد الکل
- افزایش انعقادپذیری
- هایپرلیپیدمی

● دیابت

● بیماری قلبی

● قرص های ضد بارداری خوراکی

● بی تحرکی

●

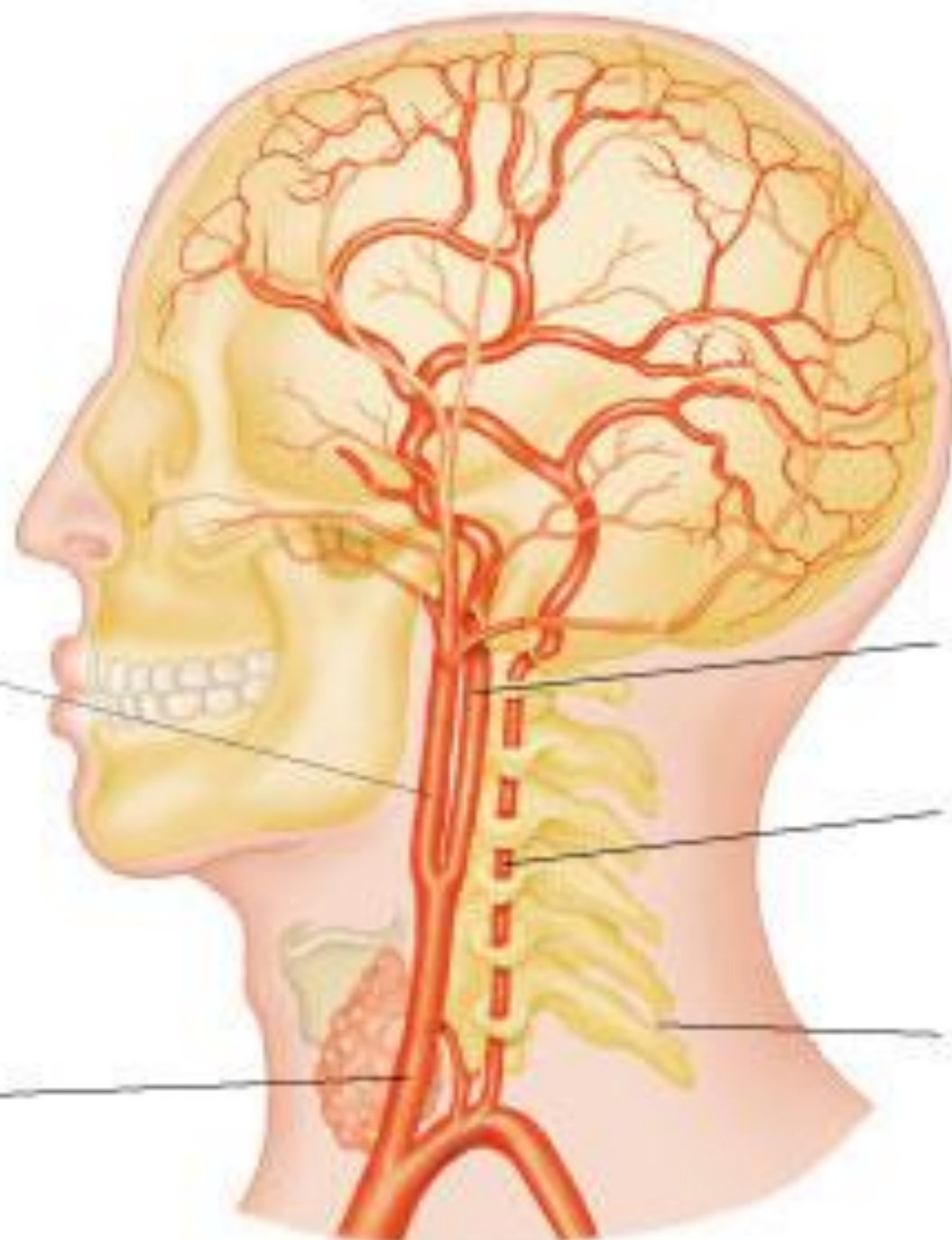
External
carotid
artery –
supplies the
scalp

Internal
carotid artery –
supplies the brain

Vertebral
artery

Backbone

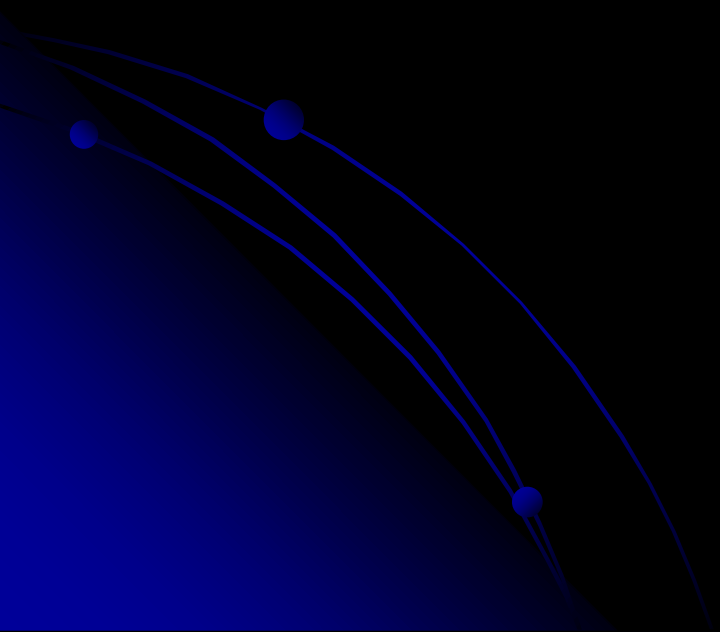
Carotid
artery



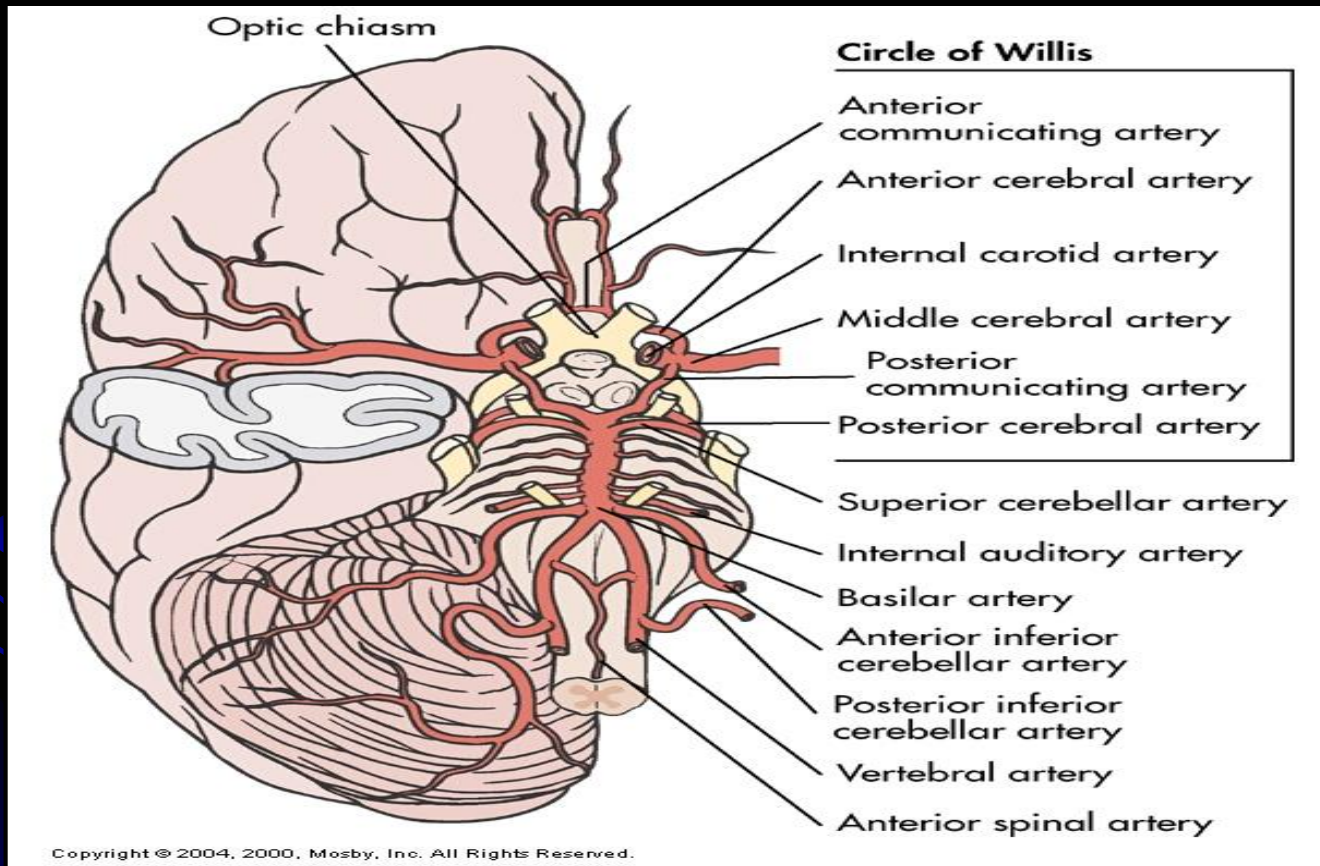
Risk Factors

غير قابل تعديل

- سن
- جنس
- نژاد
- وراثت



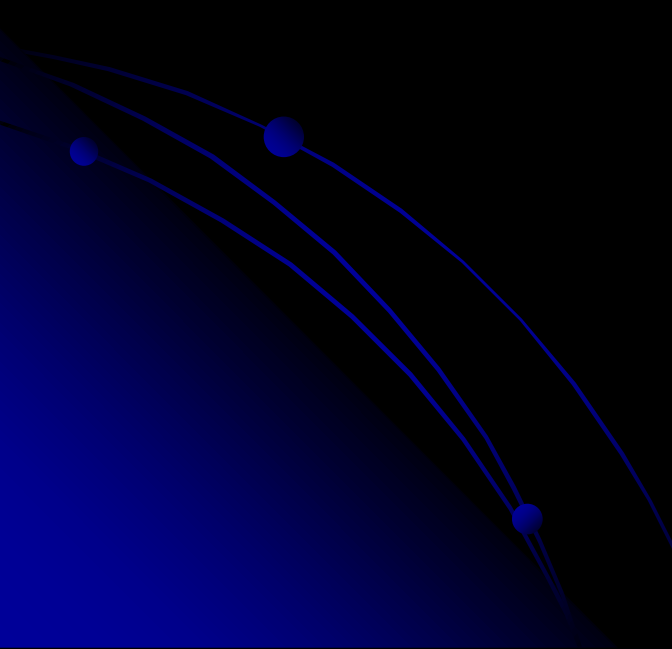
Review of Cerebral Circulation



شریان های تامین کننده خون مغز

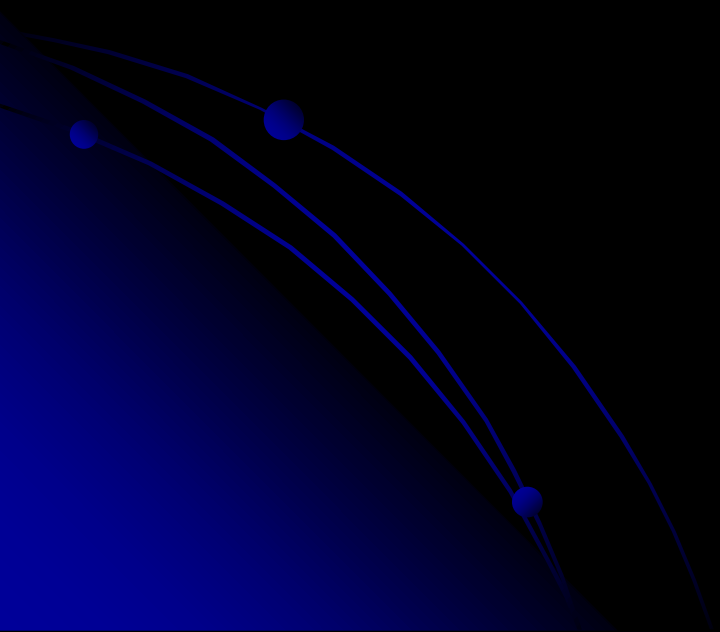
- خونرسانی کننده مغز شریان های اصلی:
- شریان کاروتید داخلی
- شریان های مهره ای

شریان های خونرسانی کننده به مغز

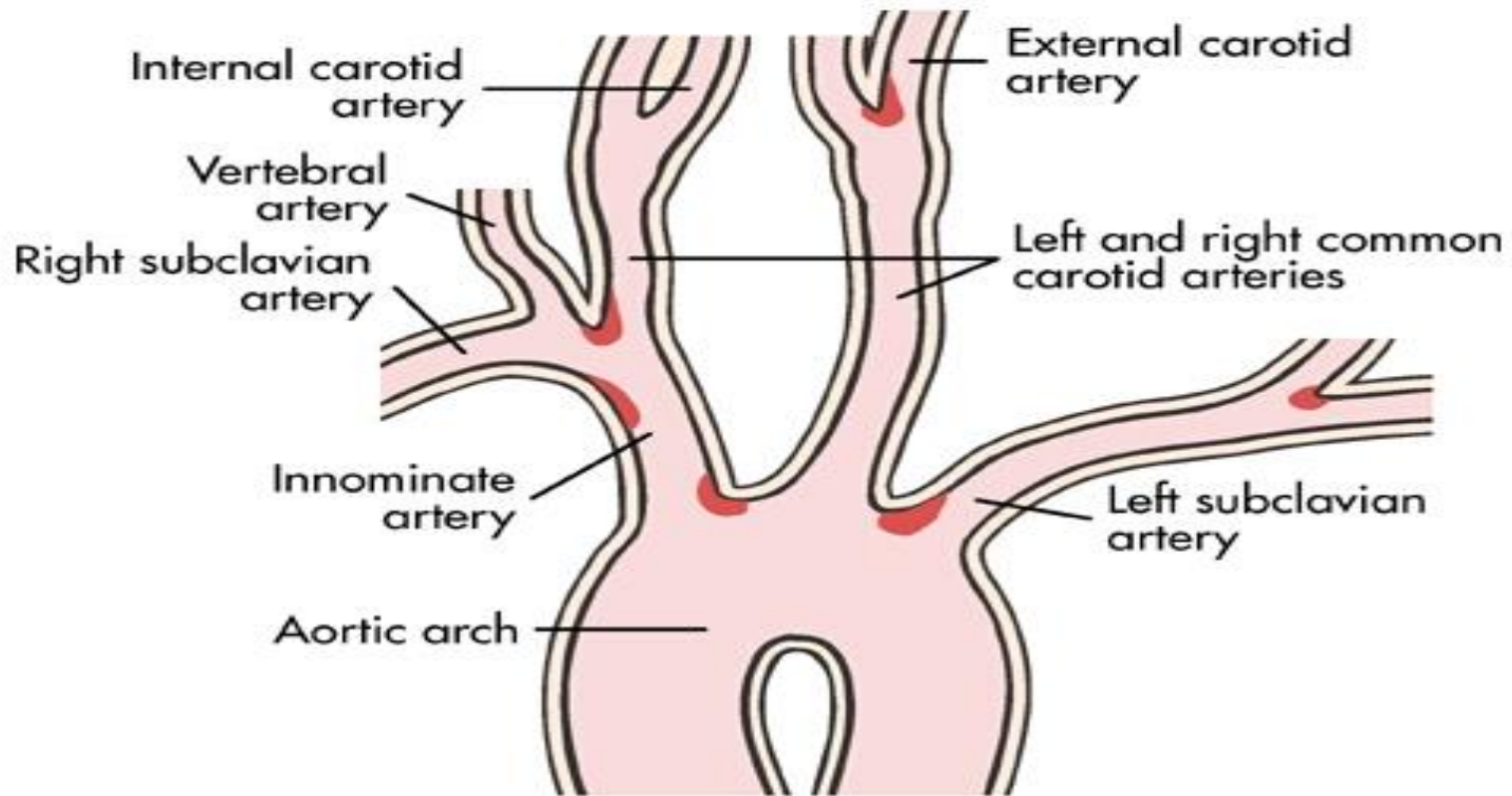
- از بهم پیوستن شریان های مهره ای شریان بازیلار ایجاد می شود که خونرسانی کننده:
 - بخش های میانی و پایین لوب تمپورال
 - لوب پس سری
 - مخچه
 - ساقه مغز
- 

اتیولوژی

- آترواسکلروز، اختلالات شریان ها مثل تصلب شرایین به دلیل رسوب چربی و فیبرین که با گذشت زمان باعث سفتی و سختی شریان می شود.



Common sites for the development of Atherosclerosis



Copyright © 2004, 2000, Mosby, Inc. All Rights Reserved.

دو نوع سخته مغزي وجود دارد:

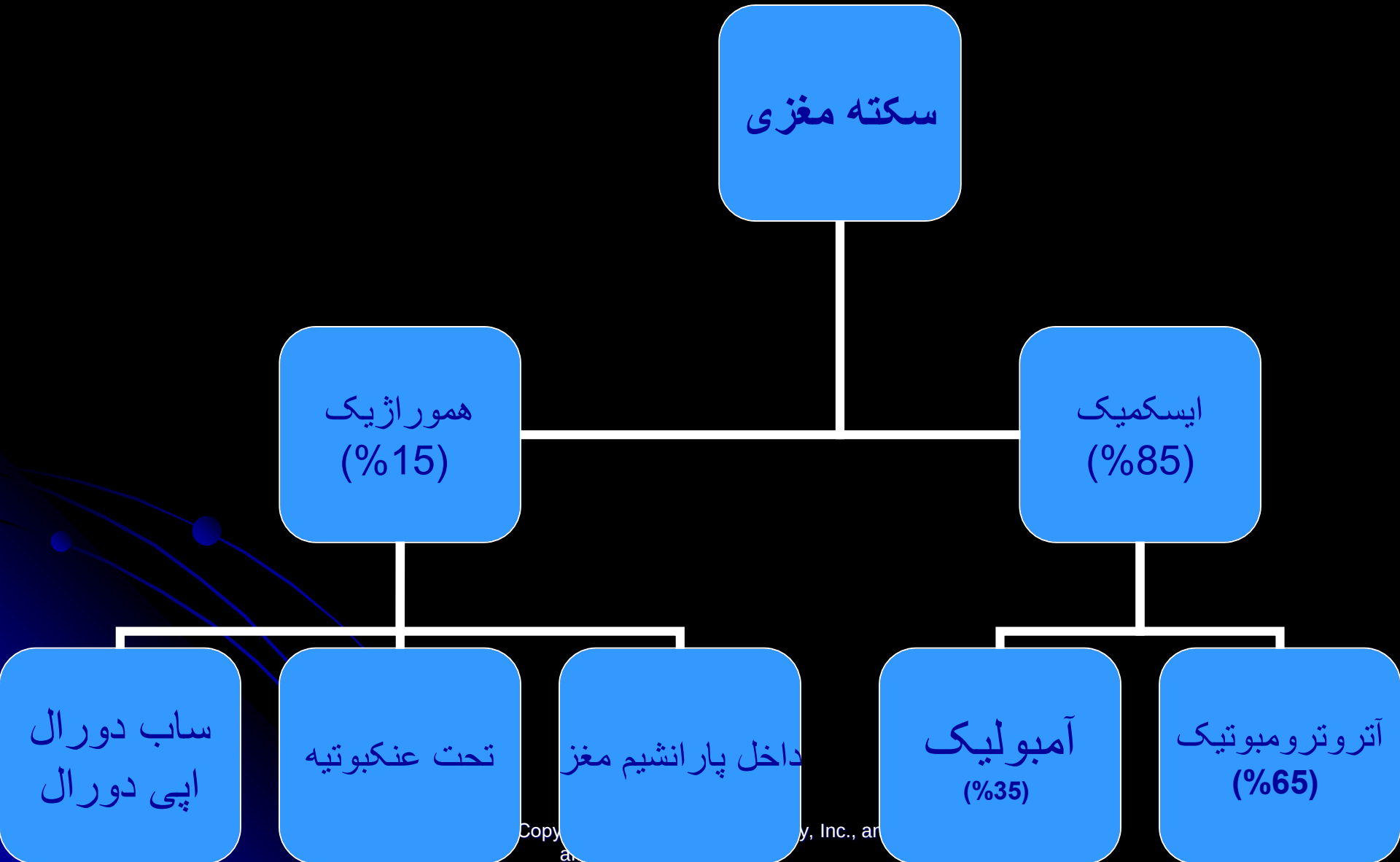
1- سخته مغزي ايسكميك (85%)

اين نوع سخته مغزي، زماني اتفاق مي افتد كه يك لخته خون يا چربي، موجب انسداد رگ و قطع جريان خون در مغز شود. انسداد شريان مي تواند داخل يا اطراف مغز رخ دهد، همچنين لخته هاي خوني مي توانند توسط جريان خون از ديگر نقاط بدن به مغز آورده شوند (آمبولی).

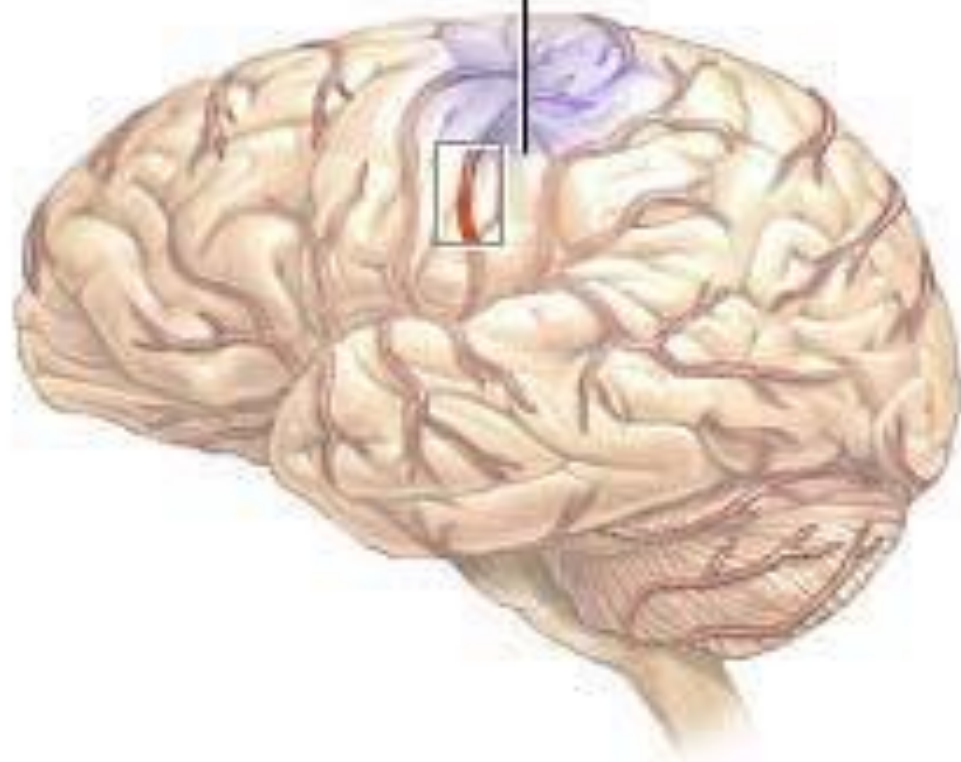
● سگته های اسکمیک به 5 نوع مختلف:

- سگته های ترومبوتیک شریان های بزرگ (به دلیل تصلب شرایین عروق خونی بزرگ در درون عروق مغز، تشکیل لخته به موازات تصلب شرایین ایجاد می شود)
- سگته های ترومبوتیک شریان های کوچک نفوذ کننده (شایعترین نوع سگته های اسکمیک)، نام دیگر: سگته های لاکونار (این نام گذاری مربوط به ایجاد حفره ای به دلیل از بین رفتن بافت مغز دچار سگته)
- سگته های از نوع آمبولی کاردیوژنیک (منشا قلبی)، غالبا همراه با آریتمی فیبریلاسیون دهلیزی
- سگته با علل ناشناخته و سگته به سایر دلایل: مصرف مواد مخدر...

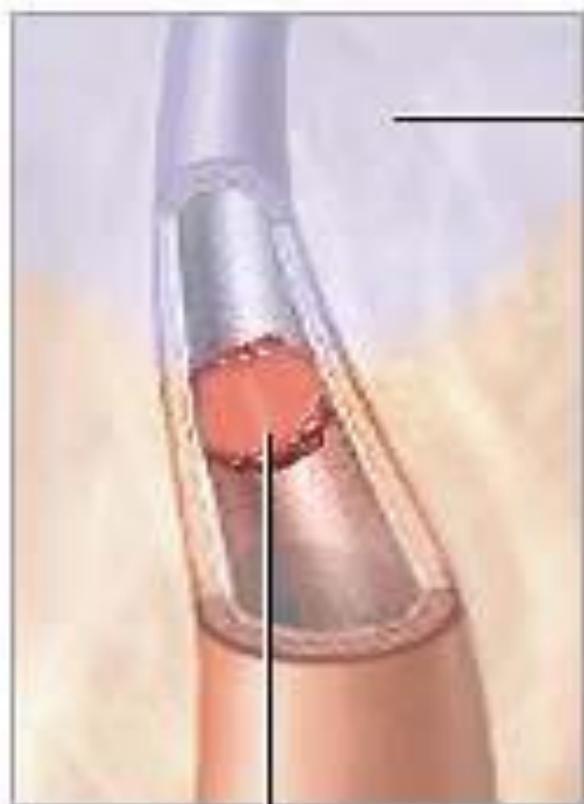
انواع سکته مغزی بر اساس مکانیسم بیماریزایی



مرگ بافت مغزی بر اثر
فقدان جریان خون



آمبولی
(لخته خون)



Ischemic stroke



A clot blocks blood flow
to an area of the brain

Hemorrhagic stroke



Bleeding occurs inside or
around brain tissue

شناخت عوامل سکته مغزي، کلید پیشگیری از آن هستند. این عوامل عبارت اند از:

- سن: بروز آن در افراد مسن تر بیشتر احتمال دارد.
- جنسیت: مردان بیش از زنان به سکته مغزي مبتلا مي شوند.
- سابقه سکته مغزي
- سابقه خانوادگي
- دیابت
- فشارخون بالا
- بیماری های قلبی
- تنگی شریانها
- کشیدن سیگار
- چاقی
- اعتیاد(مصرف مواد محرک: ترکیبات آمفتامین مانند اکستازی شیشه و...)

پیشگیری

پیشگیری اولیه بهترین شیوه در رابطه با سکته های ایسکمیک

- ورزش منظم
- استفاده از رژیم غذایی کم چرب
- ترک سیگار
- کنترل طبي هرگونه اختلال مزمن (مثل دیابت شیرین)
- کنترل مرتب فشار خون خود را مرتب.
- مصرف روزانه آسپیرین، طبق توصیه‌های پزشك
- مطالعات حاكي از آن هستند كه اين امر ممكن است چنان بر لخته شدن تأثیر كند كه احتمال ترومبوز يا آمبولي مغزي را کاهش دهد (در سكته خونريزي دهنده مؤثر نيست و ممكن است خطرناك باشد).
- در صورت انسداد شريان كاروتيد جراحي مي‌تواند احتمال سكته مغزي در آينده را کاهش دهد.

علایم

1. نقایص بینایی :از بین رفتن دید و دو بینی

2. نقایص حرکتی بصورت همی پارزی (ضعف و سستی نیمی از بدن) ، همی پلژی (فلج یک طرف بدن)، آتاکسی (عدم تعادل در راه رفتن) ، دیس فاژی (اشکال در بلعیدن)، دیس آرتری (اشکال در شکل دادن به لغات)

3. نقایص حسی به صورت پارستری یا بی حسی در حس های سطحی یا عمقی

4. نقایص شناختی به صورت از دست دادن حافظه، کاهش میزان دقت، اختلال در تمرکز

5. نقایص احساسی: ناپایداری هیجانی ، کاهش تحمل نسبت به موقعیتهای استرس زا ، ترس، رفتارهای خصومت آمیز و عصبانیت، انزوای طلبی، افسردگی

تظاهرات بالینی سکته مغزی

- نشانه ها و علائم سکته مغزی بستگی به نوع سکته و ناحیه آسیب دیده متفاوت است. علائم بطور کلی شامل:
 - سردرد
 - سرگیجه
 - تغییر سطح هوشیاری : گیجی و بیقراری ، کما
 - مردمکهای نامساوی
 - اختلال در بلع
 - اختلال در تکلم
 - مشکلات بینایی : کوری چشم یا دوبینی
 - اختلال در حس اندامها: پaresthesia ، همی پارزی
 - اختلال در حرکت اندامها : همی پلژی ، پاراپلژی ، کوادری پلژی ، افتادگی پلک و افتادگی یکطرف صورت
 - اختلال در راه رفتن یا ناهماهنگی برای انجام حرکات ظریف
 - بی اختیاری در دفع

Ischemic Stroke

- Thrombotic or Embolic

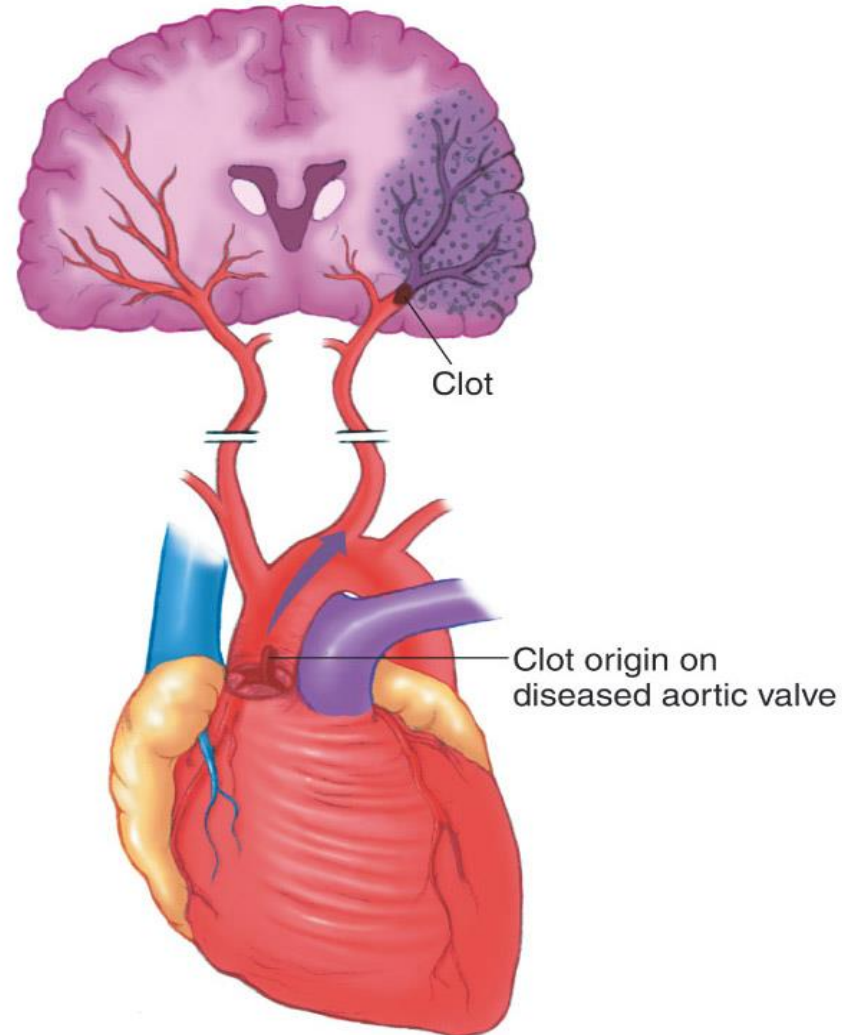
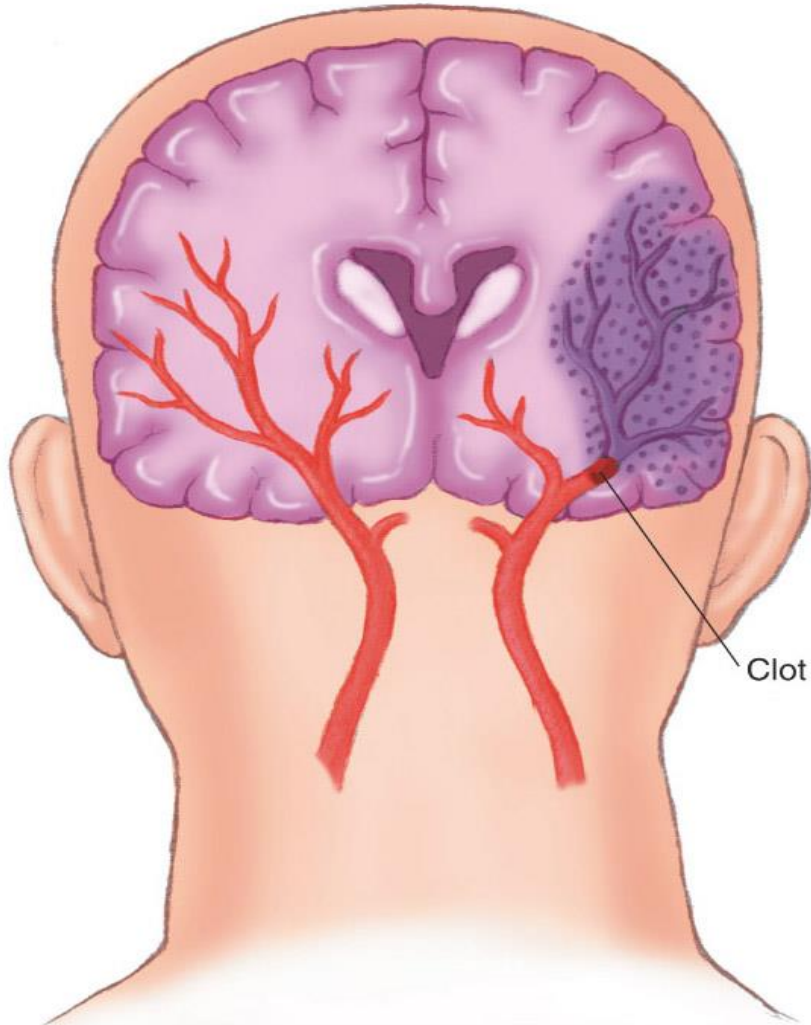
Most patients with ischemic stroke do not have a decreased level of consciousness in the first 24 hours

May progress in the first 72 hours



سکته مغزی ایسکمیک

ناشی از ترومبوز



مقایسه بروز سکتۀ در نیمکره راست و چپ

معمولاً سکتۀ در یک نیمکره باعث بروز علایم در سمت مقابل بدن می شود

علایم سکتۀ نیمکره چپ :

فلج سمت راست، اختلال میدان بینایی راست، زبان پریشی، تغییر در تواناییهای عقلانی،

سکتۀ نیمکره راست :

فلج نیمه چپ بدن، اختلال در میدان بینائی چپ، نقائص ادراکی و فضائی ، کاهش تمرکز و دقت ، عدم آگاهی از از نقایص ایجاد شده

Transient Ischemic Attack

حمله ایسکمیک گذرا (TIA):

- **Transient ischemic attack (TIA) حمله ایسکمیک**
گذرا: اگر علائم سکته مغزی در طول ۲۴ ساعت از بین بروند
, این وضعیت را اصطلاحاً حمله ایسکمیک گذرا می‌نامند که یک
علامت هشدار دهنده از یک سکته مغزی احتمالی در آینده
می‌باشد.
- **عمدتاً TIA طی 3 ساعت بر طرف می‌شود**

تدابیر پزشکی در TIA

- -پیشگیری ثانویه:

- در بیماران دچار فیبریلاسیون دهلیزی: وارفارین (در صورت ممنوعیت از آسپرین استفاده می شود).

- داروهای آنتی کواگولانت (باز دارنده پلاکت: آسپرین، پلاویکس، تیکلوپیدین، دیپیریدامول) خطر سکته مغزی را در بیمارانی که به دلیل علل آمبولی یا ترومبوز TIA داشته اند، کاهش می دهد.

- مصرف ترکیبات استاتین عوارض آترواسکروتیک | مسبب سکته مغزی را کاهش می دهد.

- درمان با عوامل حل کننده لخته: T-PA

نکات قابل توجه در تجویز TPA

زمانی TPA را برای بیمار استفاده می‌کنیم که :

- ۱- زمان زیر ۳ ساعت باشد.
- ۲- بیمار علایمی از خونریزی مغزی نداشته باشد.
- ۳- بیمار در ۶ ماه گذشته از استرپتوکیناز و اوروکیناز استفاده نکرده باشد.
- ۴- بیمار از آنتی‌کوآگولان‌ها استفاده نکرده باشد.
- ۵- اگر بیمار زیر ۳h مراجعه کرده و عکس CT نرمال باشد TPA مصرف می‌شود.

TPA در سکتة مغزی دقیقاً کار استرپتوکینازی را که در بیماران قلبی

مصرف می‌شود، انجام می‌دهد.

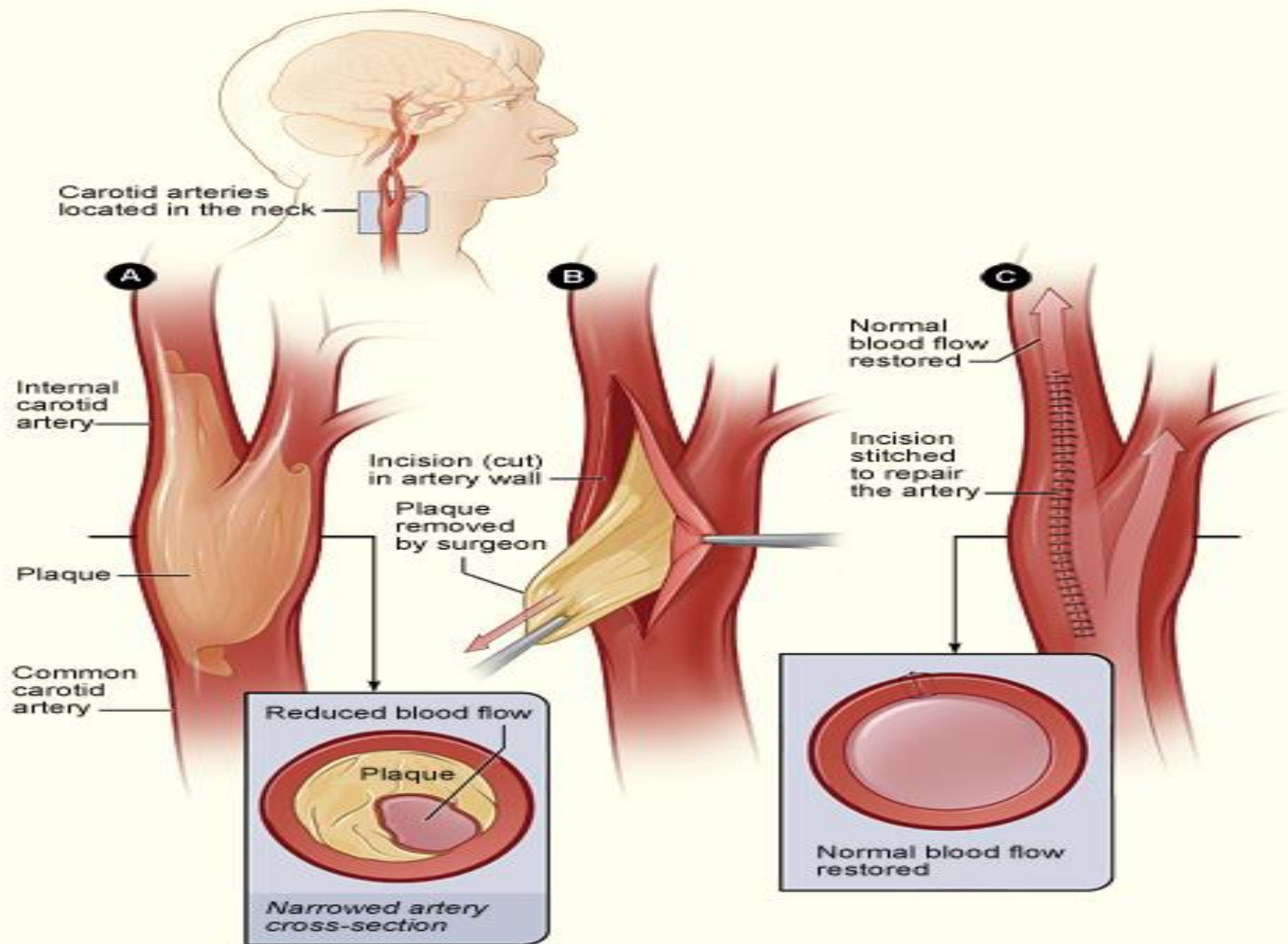
مرحله بعدی تجویز آنتی‌کوآگولان است.

زمان طلایی برای نجات بیمار مبتلا به سکته مغزی اسکمیک

- اگر به مدت حداکثر ۳۰-۱۰ ثانیه خون به مغز نرسد، مغز اختلال فانکشنال پیدا می‌کند. حتی در آریتمی‌های قلبی وقتی بیمار دچار حالت آسیستول می‌شود، اگر تا ۳۰ ثانیه خون به مغز نرسد، مریض سنکوپ کرده و اگر مجدداً خون برقرار شود، بیمار دوباره بلند شده و به کار خودش ادامه می‌دهد. یعنی فقط اختلال فانکشنال ایجاد شده است.
- اگر به مدت ۳-۵ دقیقه خون به مغز نرسد، سلولهای مغزی می‌میرند.
- به همین دلیل امروزه کسانی که دچار سکته مغزی شدند، بلافاصله دمای بدنشان را پایین می‌آورند که تا حدود ۲۵٪ شانس مرگ را کم می‌کند. حتی مراکزی هست که بیمار را در وان‌های سرد قرار می‌دهند. (کاهش دما نیازهای متابولیک مغز را کاهش می‌دهد)
- نکته مهم: بیماری که سکته مغزی کرده تا ۳ ساعت شانس زنده ماندن دارد. چون وقتی که یک رگ بسته می‌شود، آن محل از طریق رگ‌های جانبی تشکیل شده تغذیه می‌شود و اگر بیماری را تا قبل از ۳ ساعت از آغاز سکته‌اش به اورژانس آوردند، مثل بیماران قلبی که استریپتوکیناز به کار می‌برند، در سکته‌های مغزی از TPA استفاده می‌کنند

روش جراحی اندارترکتومی در TIA

- این شیوه جراحی برای برداشتن پلاک های اترواسکلروتیک از شریان کاروتید بوده تا از بروز سکته مغزی جلوگیری شود.
- این شیوه در بیماران با تنگی متوسط و شدید کاروتید که دارای نشانه های TIA یا سکته های خفیف هستند صورت می گیرد



عوارض اندارترکتومی و مراقبت های پرستاری

- هماتوم در محل انسزیون: بیمار را از نظر گسترده‌گی هماتوم و عوارض تنفسی ناشی از آن کنترل کنید و احساس ذهنی مبنی بر وجود فشار در ناحیه گردن را گزارش نمایید.

- افزایش فشار خون: در 48 ساعت اول بعد از عمل ممکن رخ دهد تغییر فشارخون و افزایش آن از سطح پایه را گزارش نمایید. (در برخی بیماران که نشانه بالا بودن فشار داخل مغز ممکن برای خون‌رسانی مغز فشار خون را بالا ببرند تا ایسکیمی مغزی کنترل شود. عدم کنترل این وضعیت در بیماران تحت عمل جراحی اندارترکتومی خطرناک بوده و می تواند نقایص نورولوژیکی را ایجاد کند)

عوارض اندارترکتومی و مراقبت های پرستاری

- افت فشار خون بعد از عمل جراحی: BP رو به دقت بررسی کنید (معمولا افت فشار طی 24 تا 48 ساعت بعد عمل برطرف می شود) نشانه های مربوط به افت فشار خون را اطلاع دهید. از این بیماران به طور سریال باید نوار قلب گرفته شود تا خطر MI رد شود.
- سندرم هایپرپرفیوژن: علت: مختل شدن مکانیسم خودتنظیمی عروقی این اتفاق همراه با فعالیت های انقباضی غیر موثر عروق منجر به تخریب مویرگی می شود و علائم سرزردهای شدید یک طرفه که با نشستن یا ایستادن بهبود می یابد را بررسی نمایید
- خونریزی داخل مغزی: وضعیت و عملکرد عصبی بیمار را فوراً گزارش کنید. این عارضه به ندرت رخ می دهد اما در صورت بروز کشنده است. می تواند به دنبال سندرم هایپرپرفیوژن ایجاد شود.

تشخیص های پرستاری در بیماران با سکته اسکمیک مغزی

- 1- اختلال در تحرکات فیزیکی (همی پلژی ، پارزی و عدم تعادل و ناهماهنگی)
- 2- درد (شانه دردناک) در ارتباط با همی پلژی و عدم استفاده از عضو
- 3- اختلال در مراقبت از خود (نظافت، توالت رفتن، جابجایی و تغذیه)
- 4- تغییرات ادراکی حسی
- 5- دیس فاژی
- 6- بی اختیاری در ارتباط با شل شدن مثانه
- 7- تغییر در فرآیند مربوط به تفکر
- 8- اختلال در برقراری ارتباط کلامی
- 9- خطر بروز اختلال در سلامت پوست (پلژی و پارزی و کاهش تحرک)
- 10- تغییر در فرآیندهای مربوط به خانواده در ارتباط با بیماری

مداخلات پرستاري :

بهبود وضعیت حرکت و پیشگیری از تغییر شکل مفاصل:

- در بیماران همی پلژی عضلات فلکسور بر اکستنسورها غلبه می کند لذا بازو تمایل دارد به بدن نزدیکتر شده و به سمت داخل چرخش پیدا می کند، مچ پا در ناحیه قوزک تمایل به گردش به خارج دارد، وپا نیز به طرف کف پا خمیده می شود

● مداخلات پرستاري مربوطه شامل :

- 1- قراردادن اعضا در وضعیت صحیح تا از آسیب اعصاب خصوصا اولناروپرونئال اجتناب شود، بهتر است در طول شب از آتل خلفی برای اندام های انتهایی استفاده شود تا وضعیت صحیح اعضا حین خواب نیز حفظ شود .
- 2- تغییر وضعیت بدن هر 2 ساعت، اما مدت زمانی که به سمت قسمت بی حس می خوابد باید کمتر باشد چون منجر به بروز اختلال حسی بیشتر می شود .
- 3- استفاده از ورزشهای Passive و پیشگیری از تشکیل لخته و آمبوی

ریوی

مداخلات پرستاری

- - جلوگیری از نزدیک شدن شانه به بدن
- برای جلوگیری از نزدیک شدن شانه آسیب دیده به بدن بالشی در ناحیه زیر بغل قرار داده می شود. این عمل باعث می شود تا بازو از سینه فاصله بگیرد.
- پیشگیری از درد ناحیه شانه:
- بیش از 70% بیماران دچار سکتة های مغزی از درد ناحیه شانه رنج می برند.
- پرستار هرگز نباید از شانه بیمار که حالتی سست و آویزان دارد بیمار را جا بلند کند.

مداخلات پرستاری در مراقبت از خود

به محض اینکه مددجو توانست بنشیند، باید وی را به انجام بهداشت و نظافت شخصی تشویق نمود، (شانه زدن موها، مسواک زدن، استحمام و خوردن) که می توان این فعالیتها را با یک دست انجام داد.

مثلا در مورد لباس پوشیدن اگر در وضعیت نیمه نشسته انجام شود راحت تر است چون انجام حرکات جبرانی بیمار حین لباس پوشیدن ، منجر به خستگی و پیچ خوردن عضلات بین دنده ای می شود کاهش می یابد .



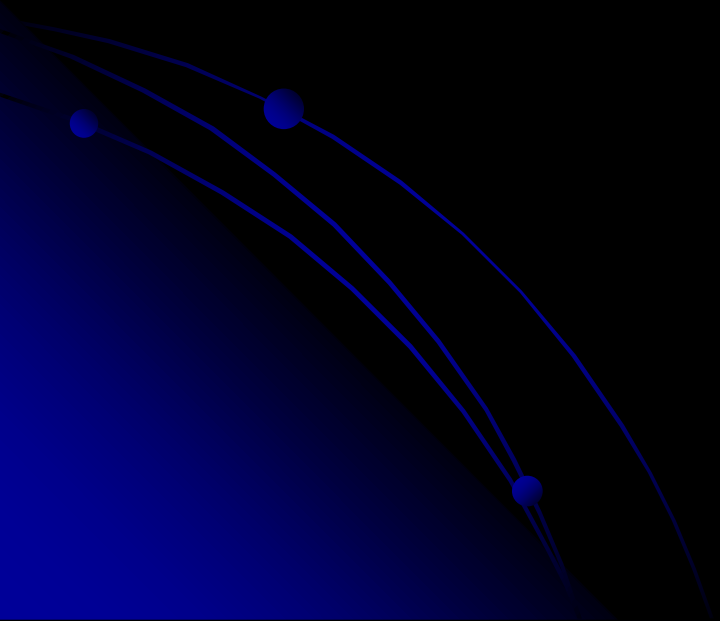
کنترل دیس فازی (اشکال در بلع) :

● با توجه به اختلال عملکرد زبان دهان کام حلق و حنجره این بیماران باید از نظر بروز حملات سرفه جمع شدن غذا در یک طرف دهان یا بازگرداندن مایعات از راه بینی حین بلع کنترل شوند، این بیماران به شدت در معرض خطر آسپیراسیون پنومونی دهیدره شدن و سوء تغذیه می باشند. بعد از کنترل رفلکس بلع رژیم مایعات غلیظ یا پوره آغاز می شود .

● نکته: جهت پیشگیری از آسپیراسیون مددجو را در وضعیت قائم نگه دارید

رسیدگی به مشکلات حسی - ادراکی ایجاد شده :

به بیماری که میدان بینایی وی کاهش یافته (همونیموس همی آنوپیا) باید از سمتی که ادراک بینایی سالم دارد نزدیک شد، و باید به وی آموزش داد که سر خود را در جهت میدان بینایی آسیب دیده ، بچرخاند، زیاد کردن نور طبیعی یا مصنوعی و تهیه عینک در افزایش میدان بینایی اهمیت دارد .



کنترل عملکرد مثانه و روده :

- بعد از بروز CVA، مددجو دچار بی اختیاری زودگذر می شود چون مثانه تونوس خود را از دست می دهد، با استفاده از روش استریل اقدام به سونداژ متناوب می شود .
- **نکته: بی اختیاری دائم ادراری نشاندهنده آسیب دو طرفه مغز است .**
- بیماران ممکن است دچار مشکلاتی در کنترل روده یا یبوست شوند که یبوست شایعتر می باشد در صورت عدم ممنوعیت رژیم پرفیبر و مصرف مایعات (2 تا 3 لیتر روزانه) توصیه می شود و برای عمل دفع ساعت معینی (معمولا بعد از صبحانه) در نظر گرفته شود .

بهبود فرآیند تفکر :

- بعد از بروز سکتة احتمال نقایص شناختی رفتاری و هیجانی بالا می رود :پرستار نقش حمایتی را برعهده دارد و ی به تدریج با استفاده از فیدبک های مثبت و ارائه رفتاری امیدوارکننده به مددجو روحیه داده و وی را به انجام فعالیتهای مربوطه تشویق می کند همزمان نیز پیشرفت وی را کنترل می نماید .

- بهبود نحوه برقراری ارتباط :

- در بعضی موارد، از عوارض سکتة می توان به آفازی (اختلال در تکلم، درک گفتگو و بیان منظور) اشاره کرد و اکثر بیمارانی که دچار پلژی سمت راست می شوند به دلیل اینکه منطقه تکلم (بروکا) در نیمکره چپ واقع شده است دچار مشکلات تکلم نیز می شوند گفتار درمانی می تواند دراین بیماران موثر باشد

حفظ سلامت پوست :

- در بیماری که دچار سکته شده است به دلیل تغییر حسی و عدم توانایی در واکنش نسبت به فشار و ناراحتی در چرخیدن یا حرکت خطر شکنندگی بافت را به همراه دارد ، تغییر وضعیت هر 2 ساعت فشار وارده به پوست را کاهش می دهد پوست باید تمیز و خشک باشد ماساژ ملایم پوست سالم (قرمز نباشد) و تغذیه مناسب به حفظ سلامت آن کمک می کند.

- بهبود روش های مقابله خانواده با بیماری :

- اعضای خانواده مددجو، نقش بسیار مهمی در حمایت و مشورت با وی دارند. خانواده نیازمند است بداند که فعالیتهای توان بخشی ممکن است مدتها طول بکشد، پرستار باید تأثیر اجتماعی مراقبت در بیمار را بر خانواده بشناسد، خانواده را با خلیات جدید مددجو آشنا کند و در مورد نحوه برخورد صحیح با مددجو به آنها آموزش دهد .



2- سكته مغزي خونريزي دهنده

اين نوع از سكته هاي مغزي، ناشي از پاره شدن يك رگ خوني در داخل يا سطح مغز مي باشد. وقتي كه يك رگ خوني پاره مي شود، ديگر حس به سلول هاي مغزي نمي رسد، به علاوه نشت خون از رگ پاره شده، مي تواند به بافت مغزي آسيب جدي وارد نمايد.

در اين نوع سكته خونريزي در داخل بافت مغزي، بطن يا فضاي زير عنكبوتيه ديده مي شود .

خونریزی تحت عنكبوتیه

sub arachnoid hemorrhage

بیمار به طور ناگهانی دچار سردرد می‌شود که همراه با علایم فتوفوبی است.

در شرح حال، بیمار اظهار می‌دارد که برای اولین بار سردرد شدید را تجربه می‌کند و تا به حال چنین سردردی نداشته و مثل سردرد مننژیت است. همراه با استفراغ و سفتی گردن و کاهش سطح هوشیاری و بالاخره در نهایت کما ایجاد می‌شود. ساب آراکنوئید هموراژی نتیجه وارد شدن خون و مخلوط شدن خون با مایع CSF در فضای ساب آراکنوئید است

تشخیص:

آنژیوگرافی عروق مغزی، سی تی اسکن
پیشگیری:

بهترین روش پیشگیری کنترل فشار خون بالا به خصوص در
افراد بالای 55 سال

خودداری از مصرف الکل و سیگار

علل سكته هموراژيک

- فشار بالا که موجب تضعيف عروق خوني مي گردد؛
- آنوريسم يعني ضعيف شدن يك نقطه در ديواره عروق که مي تواند پاره شود؛
- ضربه مغزي؛
- مصرف مشروبات الکلي.

عوامل تشديد كننده بيماري

- رژيم غذايي پرچربي يا پر نمك
- بيماري شريان كرونر
- سابقه حملات گذراي ايسكميک (TIA)
- فيبريلاسيون دهليزي (نوعي ضربان قلب نامنظم)

عوارض سکته مغزی هموراژیک

هایپوکسی مغزی و کاهش جریان خون: جز عوارض آنی سکته مغزی

- با تامین اکسیژناسیون کافی، هایپوکسی مغزی به حداقل می رسد.

- عملکرد مغز بستگی به مقدار اکسیژن قابل دسترسی دارد که به بافتها عرضه می شود. تجویز اکسیژن حمایتی و نگهداری سطح هموگلوبین و همتوکریت در سطوح قابل قبول به حفظ اکسیژناسیون بافتی کمک می کند.

- جریان خون مغز به فشار خون، برون ده قلبی و سلامت عروق خونی مغز بستگی دارد. برای کاهش غلظت خون و بهبود جریان خون مغز، باید هیدراتاسیون کافی تامین گردد.

- برای پیشگیری از تغییر جریان خون مغز و احتمال گسترش آسیب، باید از هیپرتانسیون و هیپوتانسیون اجتناب شود

عوارض سگته مغزی هموراژیک

اسپاسم عروقی

تنگ شدن مجرای عروق خونی درگیر مغزی یکی از عوارض جدی ناشی از خونریزی زیر عنکبوتیه بوده .

- وقوع اسپاسم عروقی همراه با افزایش میزان خون در مخازن زیر عنکبوتیه ای و شیارهای مغزی می باشد. وازواسپاسم موجب افزایش مقاومت عروق می شود. که مانع جریان یافتن خون مغزی شده و ایسکمی و سگته مغزی را پدید می آورد.

- سردرد شدید، کانفیوز، همی پارزی، خواب الودگی و گیجی می تواند عوارض اسپاسم عروقی باشند. اسپاسم عروقی اغلب 4-14 روز پس از خونریزی اولیه به وجود می آید یعنی زمانی که لخته حل شده و احتمال خونریزی مجدد افزایش می یابد. انجام جراحی زودهنگام جهت جدا کردن آنوریسم ها یا مسدود کردن آنها می تواند از خونریزی مجدد جلوگیری نماید.

بر مبنای یک نظریه اسپاسم عروقی در نتیجه افزایش ورود کلسیم به داخل سلول به وجود می آید. بنابراین داروهای مسدود کننده کانال کلسیم عبارتند از: نمودیپین، وراپامیل، نفدیپین. و درمان دیگر برای وازواسپاسم که به H₂ گانه معروف است سبب کاهش اثرات زیان آور ناشی از ایسکمی مغزی می گردد.

1- هایپرولمی (افزایش حجم مایعات) : (hypervolemia)

2- افزایش فشارخون شریانی به صورت القا شده (induced hypervolemia)

3- عادی سازی فشارخون و رقیق کردن خون (hemodilation)

عوارض سکته مغزی هموراژیک:

افزایش ICP

بعد بروز خونریزی های زیر عنکبوتیه تقریبا همیشه با افزایش ICP روبه رو خواهیم بود. که ناشی از اختلال در گردش CSF به دلیل وجود خون در مخازن قاعده ای است. که اگر حال بیمار وخیم باشد باید CSF را با انجام LP یا از طریق سوندهای بطنی خارج کرد. و برای کاهش ICP مانیتول تجویز کرد

عوارض سکته مغزی هموراژیک:

افزایش فشارخون سیستمیک

برای کنترل خونریزی داخل مغزی باید از افزایش ناگهانی Bp جلوگیری کرد. فشارخون بیمار باید زیر 150 mmHg باقی بماند .
در بیمارانی که از داروهای ضد فشارخون استفاده می شود . همیشه باید Bp بیمار پایش شود تا موارد افت سریع Bp که سبب ایسکمی مغزی می گردد شناسایی شد.

بیمار باید از کارهایی مثل زور زدن که فشار خون را بالا می برد اجتناب کند . نرم کننده های قوام مدفوع را جهت جلوگیری از زور زدن بیمار حین دفع، که می تواند فشارخون را افزایش دهد، به کار می برند.

تشنج هم فشارخون را بالا می برد. از داروهای ضد تشنج طبق تجویز استفاده می شود .

فرایند پرستاری بیمار مبتلا به سکته هموراژیک

- بررسی و شناخت کاملی از بیمار به عمل می آید. که باید شامل ارزیابی موارد زیر باشد:
- - کند شدن واکنش مردمک ها
- - تغییرات سطح هوشیاری
- - اختلال در عملکردهای حسی و حرکتی
- - نقایص مربوط به اعصاب جمجمه ای
- - اشکالات گفتاری و اختلالات بینایی
- - سردرد و سفتی گردن یا سایر نقایص عصبی

✱ نکته: تمامی بیماران پس از خونریزی داخل مغزی یا زیر عنکبوتیه ای در بخش مراقبت های ویژه بستری می شوند. تغییر در سطح هوشیاری، اغلب جزء علائم اولیه وخامت حال بیمار دچار سکته هموراژیک به شمار می آید. از جمله علائم اولیه نشان دهنده وخامت سطح هوشیاری بیمار، خواب آلودگی خفیف و مفهوم نبودن گفتار می باشد.

تشخیص های پرستاری

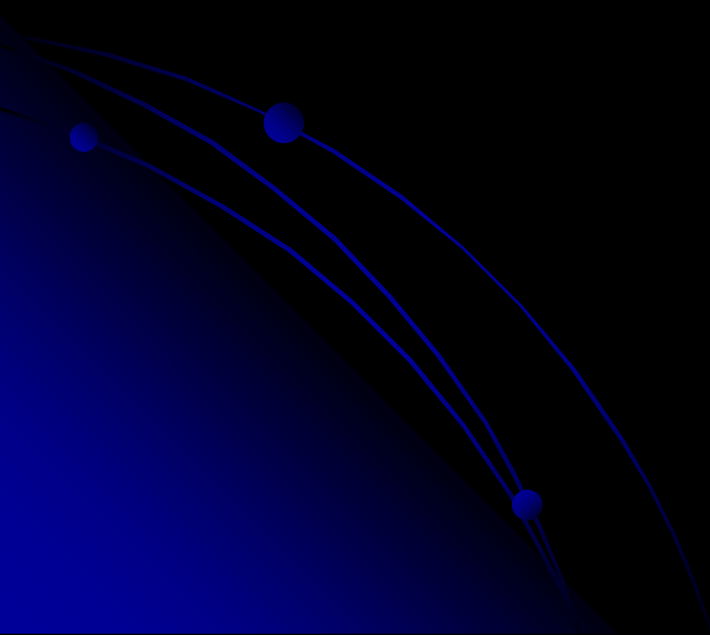
خونرسانی غیر موثر بافت مغزی در اثر خونریزی یا اسپاسم عروقی

- بروز اختلال در ادراک حسها در ارتباط با محدودیت های اعمال شده از نظر پزشکی (اقدامات احتیاطی مربوط به آنوریسم: ایجاد محیطی غیر محرک و پیشگیری از افزایش ICP و خونریزی بیشتر)

- بروز اضطراب در ارتباط با بیماری و یا محدودیت های اعمال شده از نظر پزشکی

عوارض احتمالی

- اسپاسم عروقی
- تشنج
- هیدروسفالی
- خونریزی مجدد آنوریسم
- هایپوناترمی



● تدابیر پرستاری :بهبود وضعیت خونسائی به بافت مغز

● بیمار از نظر وخامت وضعیت عصبی در اثر خونریزی مجدد،افزایش ICP یا اسپاسم عروقی تحت نظارت قرار می گیرد.

● فشارخون ،نبض،سطح هوشیاری(از شاخص های مربوط به خونسائی مغزی)،واکنش مردمکها و عملکرد حرکتی فرد ساعت به ساعت کنترل می شود.

● وضعیت عصبی بیمار نیز کنترل به عمل می آیدچون کاهش اکسیژن در مناطقی از مغز ، احتمال بروز سکته های مغزی را افزایش می دهد.

● اکسیژن تراپی ،کنترل فشار خون ،بی حرکت کردن بیمار،اصلاح پوزیشن(سر تخ 30-40 درجه بالا آورده شود....)تا بهبود اکسیژناسیون وخونسائی در بیمار صورت گیرد.

اقدامات احتیاطی در رابطه با آنوریسم :

بی حرکت نمودن بیمار زیرا از افزایش فشار خون بیمار جلوگیری می کند.

پیشگیری از افزایش ICP

کنترل فشار خون بیمار

سر تخت 15-30 درجه بالا برده شود تا درناژ عروقی بهبود یافته و میزان ICP کاهش پیدا کند.

انجام تنقیه ممنوع و استفاده از ملین های سبک جهت رفع یبوست توصیه می شود.

نور کم اتاق می تواند مفید باشد (هرگونه تحریک می تواند به پارگی آنوریسم منجر شود)

چای و قهوه نیز از رژیم روزانه حذف می شود.

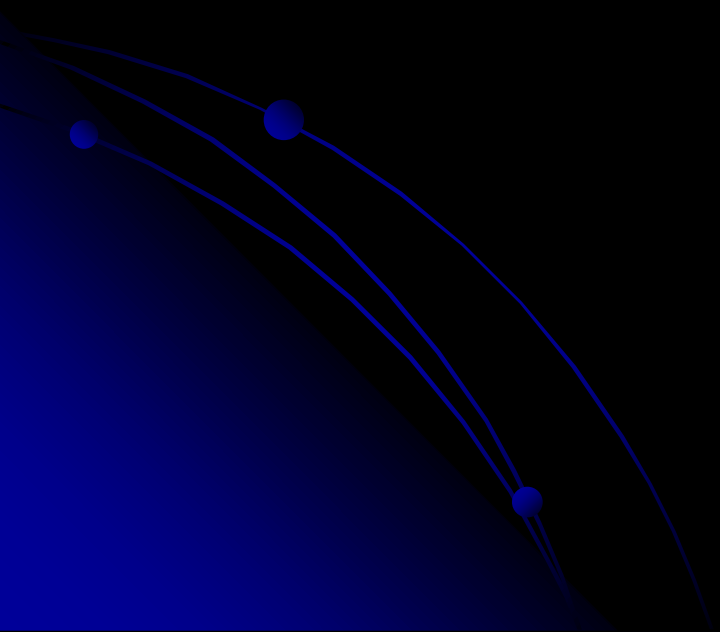
برای کاهش وقوع DVT ناشی از عدم تحرک ، جورابهای الاستیک مورد استفاده قرار می گیرد.

پایش و کنترل عوارض احتمالی

- اسپاسم عروقی
- بیمار باید از نظر علایم حاکی از احتمال بروز اسپاسم عروقی مورد بررسی قرار گیرد، این علایم عبارتند از: سردرد های تشدید شونده، کاهش میزان پاسخ دهی (کانفیوز، عدم تشخیص موقعیت، خواب آلودگی)، زبان پریشی یا فلج نسبی ممکن است چند روز پس از جراحی یا در شروع درمان به وجود آید. اگر اسپاسم عروقی تشخیص داده شود، باید از داروهای مسدودکننده کانال کلسیم استفاده نمود یا حجم مایعات را افزایش داد.

تشنج ها

- با وقوع تشنج ، باز نگه داشتن راه هوایی در بیمار و جلوگیری از آسیب دیدگی ، جزء اهداف اولیه به شمار می رود. داروی انتخابی در این مورد سال هاست که فنیتوئین (دیلانن) می باشد.



هیدروسفالی

- خون موجود در فضای زیر عنکبوتیه یا بطن ها از گردش CSF جلوگیری نموده و منجر به هیدروسفالی می گردد.
- هیدروسفالی حاد (ظرف 24 ساعت اول) با بیهوشی و کمای ناگهانی مشخص می شود و با تخلیه مایع از طریق ونتریکولوستومی، جهت کاهش ICP تحت کنترل در می آید.
- نشانه های هیدروسفالی تاخیری عبارتند از: شروع تدریجی خواب آلودگی، تغییرات رفتاری، راه رفتن آتاکسیک (ناهماهنگی و بی نظمی در حرکت) است.

خونریزی مجدد

- فشار خون بالا اولین عامل خطرزا است.
- خونریزی مجدد آنوریسم بیشتر اوقات طی 2 هفته اول پس از خونریزی اولیه اتفاق می افتد و عارضه ای مهم به شمار می رود.
- نشانه خونریزی مجدد عبارتند از:
- بروز سردرد های شدید و ناگهانی
- تهوع و استفراغ
- کاهش سطح هوشیاری و نقایص عصبی
- بهترین درمان پیشگیری کننده برداشتن سریع آنوریسم یا تقویت جداره آن است.

هایپوناترمی

- هایپوناترمی در 10% تا 40% بیماران ، پس از خونریزی زیر عنکبوتیه به وجود می آید. که سطح سرمی سرم به طور منظم باید کنترل شود.
- در مرحله بعد ،بیمار از نظر سندرم ترشح نامناسب هورمون ضدادراری یا پدیده مغزی اتلاف نمک مورد ارزیابی قرار می گیرد.
- پدیده مغزی اتلاف نمک زمانی رخ می دهد که کلیه ها نتوانند به حفظ و ذخیره سدیم پردازند. درمان در بیشتر موارد استفاده از سالیین 3% هایپرتونیک است.

ارتقاء مراقبت در خانه

- آموزش مراقبت از خود به بیمار
- آموزش به بیمار و خانواده او شامل ارائه اطلاعات در زمینه شناسایی و پیشگیری از بروز سکته های همو رازیک و عواقب احتمالی ناشی از این نوع سکته ها می باشد.
- بسته به وجود نقایص و اختلالات عصبی و شدت آنها ، همچنین بروز دیگر عوارض ناشی از سکته ، بیمار ممکن است به مراکز یا بخشهای توان بخشی انتقال یابد.

● ارزشیابی:

- برابند های مورد نظر می تواند شامل موارد زیر باشد .
- 1- وضعیت عصبی و الگوهای تفسی و علایم حیاتی طبیعی است .
- 2- ادراک حسی بیمار طبیعی است.
- 3- بیمار کاهش میزان اضطراب را نشان می دهد.
- 4- عوارض بروز نمی کند.

اقدامات درمانی

- اقدامات درمانی بسته به ایسکمیک یا هموراژیک بودن سکته مغزی متفاوت است.

● سکته مغزی ایسکمیک:

- 1- تجویز آسپرین و داروهای آنتی کواگولان جهت درمان اولیه و پیشگیری از عود حملات مغزی:
- آسپرین 165 تا 325 میلی گرم ، پلاویکس 75 میلی گرم ، تیکلوپیدین 250 میلی گرم
- 2- تجویز داروهای ترومبولیتیک در 3 ساعت اول پس از شروع علائم
- 3- کاهش و کنترل عوامل خطر ساز (دیابت ، هیپرتانسیون ، هیپرلیپیدمی ، سیگار و مصرف OCP
- سکته مغزی هموراژیک:
- جراحی ، کنترل خونریزی و اقدامات حمایتی

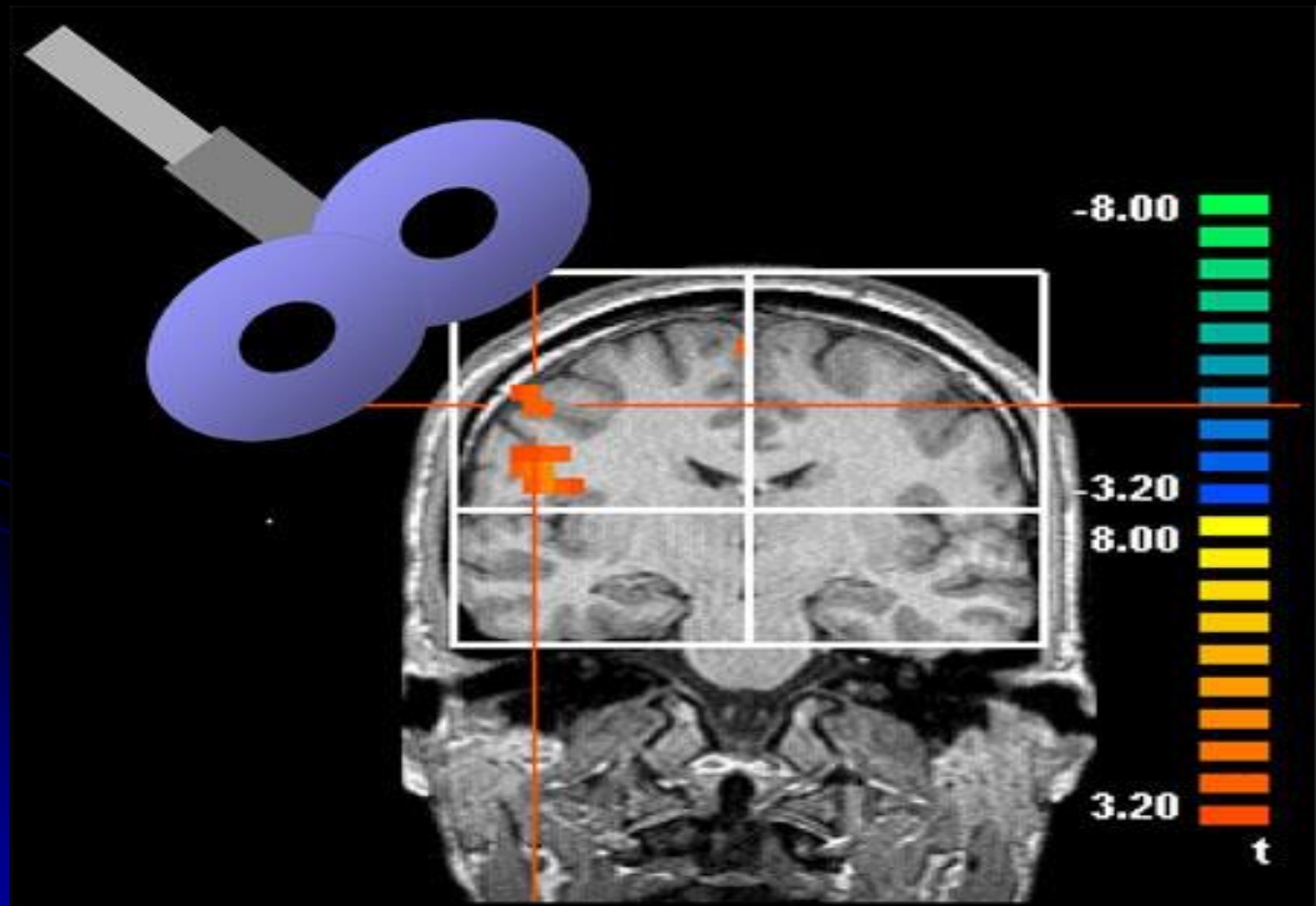
اقدامات درمانی در انواع حوادث حروق مغزی

- 1- باز کردن راه هوایی و در صورت عدم کفایت تنفسی تهویه با فشار مثبت به تعداد 12-20 در دقیقه
- 2- اکسیژن تراپی 15 لیتر در دقیقه واجتناب از بروز هیپوکسی در بیمار
- 3- ساکشن ترشحات دهان و حلق
- 4- قرار دادن بیمار در وضعیت بهبودی (ریکاوری) در فاز حاد سکته مغزی
- 5- کنترل علائم حیاتی ، هوشیاری و مانیتورینگ قلبی
- 6- نگهداری فشار خون سیستولیک در محدوده 140-160 میلی متر جیوه
- 7- کنترل قند خون و تجویز دکستروز 50% در صورت هیپوگلیسمی
- 8- مایع درمانی با نرمال سالین و یا رینگر لاکتات
- 9- هیپرونتیلیسیون نسبی بیمار به منظور کاهش فشار داخل جمجمه
- 10 – تجویز دگزامتازون در سکته مغزی غیر هموراژیک
- 11- تجویز دیورتیک های اسموتیک (مانیتول)
- 12- بالا قرار دادن سر بیمار به منظور کاهش فشار داخل جمجمه
- 13- محافظت از اندامهای دچار فلج

مراقبت بیمار ان سکته مغزی

- **مرحله حاد:** مرحله حاد معمولاً بین **48 تا 72** ساعت طول می کشد .
- در مرحله حاد **حفظ راه هوایی، تنفس، و گردش خون** از اولویتهای مراقبت درمان است اگر علائمی که قبلاً گفته شد در یک نفر نمایان شود باید اقدامات زیر را بلافاصله انجام دهید.
- بلافاصله مورد را به اورژانس 115 اطلاع دهید.
- - در صورت عدم نبض و تنفس عملیات احیای قلبی ریوی (CPR) را شروع کنید.
- - به هیچ وجه از راه دهان چیزی به بیمار ندهید.
- - دهان بیمار را با ساکشن یا با دو انگشت دست به روش جارویی تمیز کنید.
- - راه هوایی بیمار را با دادن وضعیت مناسب به سر باز کنید
- - سر بستر بیمار را کمی بالا بیاورید. (اگر فشار خون بیمار پایین نباشد)
- - بیمار را تقریباً به یک پهلو بچرخانید. (اگر بیمار ترومایی نباشد)
- - لباسهای تنگ بیمار را شل یا آزاد بکنید.
- - به بیمار اکسیژن بدهید.
- - بلافاصله بیمار را به نزدیکترین مرکز درمانی انتقال دهید.

TMS) تحریک سلولهای مغزی)



(TMS) تحریک سلولهای مغزی)



