سکته مغزی

CVA

Cerebro –Vascular Accident

واحد آموزش کارکنان بیمارستان شریعتی زاوه

تلفن۰۵۱۵۳۸۵۱۲۴۳

تابستان ۱۴۰۳

سکته مغزی CVA

سکته ایسکمیک یا حادثه ی مغزی عروقی (CVA) ، یا آن چه که تحت عنوان حمله مغزی شناخته می شود، توقف ناگهانی عملکرد مغز در پی قطع روند خون رسانی به ناحیه ای از آن است.

سکته مغزی یا Cerebro-Vascular Accident را می توان به دو نوع اصلی تقسیم بندی کرد:

- سکته های ایسکمیک که در آن انسداد عروقی و افت بارز پرفیوژن مغزی صورت می گیرد
- سکته های هموراژیک که در آن تراوش یا نشت خون از داخل عروق به درون مغز یا فضای زیر عنکبوتیه وجود دارد.

اگر چه شباهت هایی میان دو نوع سکته مغزی وجود دارد ، اما علل کلی ، پاتوفیزیولوژی ، تدابیر پزشکی و مراقبت های پرستاری در آنها با یکدیگر تفاوت دارد.

سکته های ایسکمیک :

سکته ایسکمیک یا حادثه ی مغزی عروقی (CVA) ، یا آن چه که تحت عنوان حمله مغزی شناخته می شود، توقف ناگهانی عملکرد مغز در پی قطع روند خون رسانی به ناحیه ای از آن است.

سکته های ایسکمیک خود به ۵ نوع مختلف تقسیم می شود که عبارتند از :

۱) **سکته های ترومبوتیک شریان های بزرگ (۲۰ ٪)**

سکته های ترومبوتیک شریان های بزرگ ، به دلیل تصلب شرایین عروق خونی بزرگ در درون مغز ایجاد می شود. تشکیل لخته که ممکن است به موازات تصلب شرایین ایجاد گردد ، سبب کاهش میزان خون رسانی به منطقه مورد نظر شده و در نهایت منجر به بروز ایسکمی و انفارکتوس (محروم شدن از ذخایر خونی) خواهد شد.

۲) **سکته های ترومبوتیک شریان های کوچک نفوذ کننده (۲۵ ٪)**

در سکته های ترومبوتیک شریان های کوچک نفوذکننده ، معمولا یک رگ و یا بیشتر درگیر می شود و این نوع سکته ، شایعترین نوع سکته های ایسکمیک می باشد . سکته های ناشی از ترومبوز شریان های کوچک به نام سکته های لاکونار نیز معروفند.این نام گذاری به دلیل تشکیل حفره ای است که حین از بین رفتن بافت مغزی دچار سکته ، ایجاد می شود.

۳) **سکته های آمبولیک کاردیوژنیک (۲۰ ٪)**

سکته های از نوع آمبولی کاردیوژنیک معمولا با انواع آریتمی های قلبی به خصوص فیبریلاسیون دهلیزی همراه می باشند.سکته های مغزی آمبولیک می توانند به دنبال بیماری های دریچه ای قلب و ترومبوز (لخته) در بطن چپ پدید آیند.آمبولی از قلب نشات گرفته و در سیستم عروقی مغز به گردش در می آید و در نتیجه منجر به بروز سکته می گردد(عموما در شریان مغزی میانی چپ).استفاده از ضد انعقاد ها در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی ، از بروز سکنته های آمبولیک پیشگیری به عمل می آورد.

۴) **سکته های دارای منشا نامعلوم (۳۰ ٪)**

۵) **سایر سکته ها (۵٪)**

دو طبقه بندی آخر از سکته های ایسکمیک یا سکته ها یی با علل نا شناخته هستند که هیچ علت خاصی برای آنها مشخص نشده است یا سایر سکته ها هستند که می توانند در اثر مصرف مواد مخدر ، اختلالات انعقادی ، میگرن /وازواسپاسم و شکافتگی خودبه خودی کاروتید یا شریان ها مهره ای ایجاد شوند.

سکته ی مغزی نقایص عصبی بسیار گوناگونی را به وجود می آرود که به عواملی چون :

- محل ضایعه
- وسعت محلی که خون رسانی به صورت کافی در آن انجام نمی شود
- مقادیر جریان خون کمکی (ثانویه یا فرعی)

بستگی دارد.

سکته مغزی CVA

بیمار ممکن است هر کدام از علایم و نشانه های زیر را داشته باشد:

- بی حسی یا ضعف عضلات در صورت ، دست و یا پا ، به ویژه در یک طرف بدن
- کانفیوژن یا تغییر در وضعیت ذهنی
- اشکال در سخن گفتن یا درک صحبت های دیگران
- اختلالات بینایی
- اشکال در راه رفتن ، سرگیجه و یا فقدان هماهنگی و تعادل
- سردردهای شدید ناگهانی
- احتمال ایجاد وقفه در فعالیت های حسی ، حرکتی ، شناختی ، اعصاب جمجمه ای و سایر عملکردهای فرد
- فقدان حرکت

سایر عملکرد های مغزی که در اثر سکته آسیب می بینند عبارتند از :

- **عدم برقراری ارتباط :**

سکته شایع ترین علت زبان پریشی است. عدم توانایی سخن گفتن یا درک سخنان دیگران اختلال در تکلم و نحوه ی برقراری ارتباط ممکن است به اشکال زیر ظاهر شود:

- ✓ دیس آرتری (تکلم دشوار) یا دیس فازی (اختلال تکلم) در اثر فلج عضلات مربوط به سخن گفتن ایجاد می شود..
- ✓ آفازی (زبان پریشی) ، که می تواند آفازی بیانی (ناتوانی در بیان و تولید کلام) آفازی دریافتی (ناتوانی در فهم و درک کلام) یا آفازی کلی (مختلط) باشد.
- ✓ آپراکسی (ناتوانی در انجام فعالیت هایی که قبلا اقدام به فراگیری آن شده است ، مثلا زمانی که بیمار برای واژه ها یا سیلاب های موردنظر خود ، جایگزین کلامی می سازد.)

- **اختلالات ادراکی** :

ادراک ، در واقع توانایی تفسیر و تعبیر چیزهایی است که احساس می شود. سکته می تواند سبب اختلالاتی در ادراک بینایی ، اختلال در ارتباطات فضایی – بینایی و نیز فقدان توانایی های حسی گردد.

از بین رفتن نیمی از میدان بینایی به طور مشابه می تواند به طور موقت یا دایم در اثر سکته ایجاد شود.

اختلال در ارتباطات فضایی – بینایی (ادراک ارتباط میان دو یا چند شی ء در مناطقی از فضا) اغلب در بیمارانی مشاهده می شود که نیمه راست مغز آنها دچار آسیب شده است.

- **فقدان توانایی های حسی :**

فقدان توانایی های حسی ناشی از سکته می تواند اشکال مختلفی داشته باشد ، از آن جمله :

- ✓ اختلالات لامسه ای خفیف و حتی شدید
- ✓ فقدان حس تشخیص موقعیت فضایی بدن (توانایی در ادراک وضعیت بدن و حرکات بخش های مختلف بدن)
- ✓ اشکال در تعبیر و تفسیر محرک های بینایی ، شنوایی و لامسه ای
- ✓ آکنوزی یا ادراک پریشی
- ✓ عدم توانایی شناخت اشیاء از طریق یک سیستم حسی خاص که این سیستم حسی می تواند بینایی ، شنوایی یا لامسه باشد .
- ✓ در صورتی که لوب پیشانی آسیب ببیند ، در آن صورت قدرت یادگیری ، حافظه و یا سایر عملکردهای عقلانی سطوح بالاتر قشر مغز ممکن است دچار اختلال شوند. این اختلالات به صورت محدود شدن میزان توجه و دقت فرد اشکال در فراگیری مطالب ، فراموشی و عدم وجود انگیزه بروز نماید و همین امر سبب می شود تا بیمار در طول فرآیند توان بخشی خیلی زود مایوس و سرخورده شود.بروز افسردگی شایع بوده و ممکن است در اثر واکنش طبیعی بیمار نسبت به این حادثه مصیبت بار ، وخیم تر شود.

سکته مغزی CVA

✓ بروز سایر مشکلات روانی نیز معمول است و به شکل ناپایداری احساسی و هیجانی ، انجام دادن اقدامات خصومت آمیز ، احساس بیهودگی و نیز ناامیدی ، اظهار خشم و تنفر ، عدم همکاری و مشکلات روانی دیگر بروز می نماید.

بررسی و یافته های تشخیصی :

همه بیماران دچار نقایص عصبی ، نیازمند گرفتن تاریخچه دقیق هستند و باید اطلاعات لازم را از آخرین زمانی که بیمار سالم بوده تا زمان حال گردآوری کرد و به انجام سریع معاینه فیزیکی و عصبی پرداخت . بررسی و شناخت مقدماتی ، بر توانایی بیمار در باز نگه داشتن راه تنفسی (ناشی از فقدان رفلکس های سرفه یا اوغ زدن و تغییرات ایجاد شده در الگوی تنفس) ، وضعیت قلبی عروقی (شامل فشار خون ، آهنگ و سرعت ضربانات قلب و نیز صداهای غیر طبیعی کاروتید) و نقایص فاحش عصبی ، متمرکز می گردد.

بیماران ممکن است با نشانه های گذرا و موقت عصبی در تسهیلات مراقبتی وضعیت های حاد بستری باشند . حمله ایسکمیک زودگذر **(TIA)** ، نقیصه ای عصبی است که معمولا ۲-۱ ساعت به طول می انجامد. TIA با فقدان ناگهانی عملکردهای حسی ، حرکتی و نیز بینایی تظاهر می یابد. علت بروز این نشانه ها ، ایسکمی موقت (اختلال موقت جریان خون) ناحیه ی خاصی از مغز است. TIA می تواند علامت هشدار دهنده ای مبنی بر قریب الوقوع بودن سکته ی مغزی باشد. در ۱۵٪ سکته های مغزی ، ابتدا TIA روی داده است. عدم ارزیابی و درمان بیماری که قبلا TIA را تجربه کرده ، ممکن است باعث سکته ی مغزی و نقایص غیر قابل برگشت شود.

پیشگیری :

- داشتن شیوه زندگی سالم مثلا عدم استعمال سیگار
- فعالیت بدنی (حداقل ۴۰ دقیقه در روز ، ۴-۳ روز در هفته)
- حفظ وزن متعادل و رعایت رژیم غذایی سالم (از جمله مصرف متعادل الکل) سن بالا ، جنسیت و نژاد
- توجه به عوامل خطر زای شناخته شده و غیر قابل تغییر در رابطه با سکته های مغزی از جمله
- توجه به وضعیت های قابل درمان که خطر سکته مغزی را افزایش می دهند از جمله سیکل سل ، کاردیومیوپاتی ها (ایسکمیک و غیر ایسکمیک) و بیماری های دریچه قلب (مثل اندوکاردیت و دریچه های مصنوعی قلب)
- توجه به عوامل خطر قابل تغییری که کمتر شناخته شده هستند از جمله میگرن (به خصوص میگرن های همراه با اورا) ، آپنه حین خواب و وضعیت های ارثی و اکتسابی توام با افزایش انعقاد پذیری ، بیماری های مزمن التهابی لوپوس اریتمای سیستمیک و آرتریت روماتوئید

تدابیر پزشکی :

➢ **درمان با عوامل حل کننده لخته :**

عوامل حل کننده لخته ، با حل کردن لخته ای که موجب انسداد در جریان خون مغزی شده ، به درمان سکته های ایسکمیک کمک می کنند. تشخیص سریع سکته مغزی و آغاز به موقع درمان با حل کننده های لخته (طی ۳ ساعت) در بیماران دچار سکته های ایسکمیک ، سبب کاهش در وسعت ناحیه ی سکته گردیده و پس از سه ماه بهبودی کلی در برآیندهای کارکردی و عملی این بیماران ایجاد می نمایند.

تزریق **t-PA** داخل وریدی باید ظرف مدت ۶۰ دقیقه پس از ورود بیمار به بخش اورژانس صورت گیرد.

رسیدگی و کنترل مقدماتی بیماری ، نیازمند تشخیص قطعی سکته ایسکمیک با تصویربرداری از مغز و مشخص نمودن کلیه ی معیار های لازم در بیمار برای انجام **t-PA** درمانی است.

برخی از موارد منع مصرف داروهای حل کننده لخته عبارتند از :

✓ گذشتن بیش از ۳ ساعت از آغاز بروز نشانه ها هنگام پذیرش (در برخی مراکز می توان آن را تا ۴/۵ ساعت به تاخیر انداخت)

✓ بیماران دچار یکی از انواع پاتولوژی های داخل جمجمه ای (نظیر سابقه ی سکته ی مغزی ، آسیب دیدگی سر ، تروما) طی ۳ ماه گذشته.

سکته مغزی CVA

عوارض جانبی :

به محض آنکه مشخص شد بیمار کاندید درمان با t-PA است، داروهای ضد انعقاد برای انعقاد ۲۴ ساعت بعدی قطع می گردد.خونریزی شایع ترین عارضه جانبی ناشی از مصرف t-PA می باشد و بیمار باید از نظر وجود هر نوع خونریزی (محل تزریق داخل وریدی ، ناحیه ی سوند ادراری ، لوله داخل نایی ، لوله ی بینی – معده ای ، ادرار ، مدفوع ، استفراغ بیمار و سایر ترشحات) با دقت تحت کنترل قرار گیرد. توصیه بر این است که لوله های بینی – معده ای ، سوندهای ادراری و کاتتر های فشار داخل شریانی با ۲۴ ساعت تاخیر کار گذاشته شوند.

- **درمان اندوواسکولار :**

در حال حاضر توصیه می شود بیماران دچار سکته های مغزی ایسکمیک حاد در صورت داشتن معیارهای خاص تحت درمان های اندوواسکولار یا درمان با بازیابی استنت قرار گیرند.
درمان اندوواسکولار جدید است و باید قبل از بهبود روند تشخیص سریع قرار گیرد.

پس از بروز سکته مغزی ، تقویت کردن و نیز ابقای همودینامیک های مغز جهت حفظ پرفیوژن مغزی حایز اهمیت است. ممکن است پس از یک سکته ایسکمیک وسیع ، بیمار دچار ICP بالا ، ادم مغزی و عوارض ناشی از آن گردد. تدابیری که در خلال این دوره اتخاذ می شود ، شامل روش هایی است که به پایین آمدن ICP منجر می گردد. این روش ها عبارتند از : تجویز دیورتیک های اسموتیک (مانیتول)، برای افرادی که شدت وضعیت آن ها از نظر بالینی رو به کاهش گذاشته است.
سایر اقدامات درمانی شامل موارد زیر می باشد:

- تامین اکسیژن مکمل در صورتیکه میزان اشباع اکسیژن زیر ۹۵ ٪ باشد.
- بالا بردن سرتخت به میزان ۳۰ درجه به منظورکمک به کنترل ترشحات حلقی توسط بیمار و کاهش ICP
- همی کرانیکتومی در سکته های مغزی بسیار وسیع به منظور افزایش ICP ناشی از ادم مغزی
- اقدام به گذاشتن یک لوله داخل نای جهت بازنگه داشتن راه تنفسی ، در صورت ضرورت .
- پایش مستمر وضعیت همودینامیک
- بررسی و شناخت مکرر وضعیت عصبی

کنترل عوارض احتمالی :

برای اکسیژن رسانی به مغز ، جریان خون مغزی باید در حد مناسب نگه داشته شود. اگر جریان خون مغز ناکافی باشد ، مقدار اکسیژن رسیده به مغز کاهش می یابد و نیز ایسکمی بافتی به وقوع خواهد پیوست. اکسیژن رسانی در هنگامی به کفایت انجام می گیرد که از ریه مراقبت شود، باز بودن راه تنفسی حفظ شده و در صورت نیاز از اکسیژن اضافی و مکمل استفاده گردد. اهمیت تبادل گازی کافی در این بیماران که مستعد ابتلا به پنومونی هستند ، نباید نادیده گرفته شود.
دیگر عوارض احتمالی پس از وقوع سکته های مغزی عبارتند از : عفونت های دستگاه ادراری ، آریتمی های قلبی (اکتوپی بطنی، تاکیکاردی و بلاک قلبی) و عوارض عدم تحرک .در سکته های حاد، هایپرگلیسمی می تواند با پیامدهای عصبی نامطلوب همراه باشد. بنابراین قند خون را باید در دامنه ۱۸۰-۱۴۰ mg/dl نگه داشت و از بروز هایپو گلایسمی جلوگیری نمود.

فرآیند پرستاری بیمار بهبود یافته از سکته ایسکمیک :

مرحله حاد سکته ممکن است ۳-۱ روز طول بکشد ، اما به موازات نیاز بیمار به مراقبت ، باید کلیه سیستم های بدن وی را نیز تحت کنترل دقیق قرار داد. بیمار دچار سکته ، در معرض خطر چندین عارضه قرار می گیرد که عبارتند از :

- ✓ از بین رفتن تناسب توده بدنی و سایر مشکلات عضلانی اسکلتی
- ✓ اشکال در بلع

سکته مغزی CVA

- ✓ اختلال در عملکرد مثانه و روده
- ✓ عدم توانایی در انجام امور مربوط به مراقبت از خود و نیز از بین رفتن سلامت پوست

رسیدگی های پرستاری موجب آغاز سریع فعالیت های توان بخشی برای کلیه ی نقایص ایجاد شده می گردد.

مداخلات پرستاری

✓ بهبود وضعیت حرکت و پیشگیری از تغییر شکل مفاصل

در بیمار همی پلژی ، یک نیمه ی بدن فلج است. برای پیشگیری از بروز کنتراکتورها ، قرار دادن بدن در وضعیت صحیح از اهمیت خاصی برخوردار است. اقداماتی برای بر طرف کردن فشار باید صورت گیرد، اعضای خارجی بدن باید در امتداد هم قرار گیرند و از بروز آسیب دیدگی اعصاب در اثر وارد آمدن فشار به خصوص در مورد اعصاب اولنار و پرونئال باید پیشگیری شود. بهتر است در طول شب برای اندام های انتهایی آسیب دیده از یک آتل خلفی استفاده شود تا از خمیدگی آنها پیشگیری به عمل آمده و وضعیت صحیح بدن طی خواب حفظ گردد.

✓ جلوگیری از نزدیک شدن شانه به بدن

به منظور جلوگیری از نزدیک شدن شانه آسیب دیده به بدن ، بالشتی در ناحیه ی زیر بغل هنگامی که چرخش رو به خارج آن محدود است ، قرار داده می شود. این عمل سبب می شود تا بازو از سینه فاصله بگیرد. بالشی نیز زیر بازو گذاشته می شود و بازو از سینه فاصله بگیرد. بالشی نیز زیر بازو گذاشته می شود و بازو نیز در وضعیتی خنثی (اندکی خمیده) قرار می گیرد ، در حالی که مفاصل دیستال بالاتر از مفاصل پروگزیمال واقع می شوند، بنابراین آرنج بالاتر از شانه و مچ نیز بالاتر از آرنج قرار می گیرد. این اقدام به پیشگیری از بروز ادم و نیز فیبروز حاصله ، می توانند در صورت برقراری مجدد کنترل دست توسط بیمار از حرکت آن در محدوده طبیعی حرکتی جلوگیری به عمل آورند ، کمک می نماید.

✓ قرار دادن دست و انگشتان در وضعیت مناسب.

اسپاستیسیتی ، به ویژه در دست ، می تواند نوعی عارضه ناتوان کننده پس از بروز سکته باشد. تمامی تلاش های به عمل آمده باید در جهت پیشگیری از بروز ادم در دست باشد.

✓ تغییر وضعیت بدن.

- —— وضعیت بیمار را باید هر ۲ ساعت یک بار تغییر داد.
- —— برای قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده به پهلو، قبل از چرخاندن وی می بایست بالشی ما بین پاهایش قرار دهیم.
- —— برای جلوگیری از بروز ادم و بهبود جریان برگشتی خون وریدی ، نباید ران را خیلی خم کرد.
- —— بیمار را می توان از یک پهلو به پهلوی دیگر چرخاند، اما مدت زمانی که وی بر روی نیمه آسیب دیده بدن می خوابد ، باید محدود باشد ، چرا که سبب اختلالات حسی می گردد.
- —— در صورت امکان ، بیمار در روز چند بار و هر بار به مدت ۳۰-۱۵ دقیقه در وضعیت دمر خوابانده شود. وضعیت دمر، به درناژ ترشحات برونشی کمک کرده و از بروز بد شکلی های ناشی از کنتراکتورها در شانه و نیز زانو جلوگیری به عمل می آورد.
- —— بالشت کوچکی زیر لگن گذارده می شود، به طوری که از حد ناف تا یک سوم فوقانی ران ادامه داشته باشد.این عمل به کشش بیش از حد مفاصل هیپ که برای راه رفتن طبیعی ضروری می باشد ، کمک می نماید و علاوه بر آن ، موجب پیشگیری از بروز کنتراکتورهایی می گردد که مفصل هیپ و زانو را خم می نمایند.
- —— حین وضعیت دادن به بدن بیمار ، کاهش فشار، حائز اهمیت است.علاوه بر این برای پیشگیری از تشکیل زخم های فشاری ، باید مرتب وضعیت بدن را تغییر داد.

سکته مغزی CVA

—— برقرار نمودن برنامه ی ورزشی

—— آمادگی برای راه رفتن : هرچه زودتر باید بیمار را در پایین آمدن از تخت یاری نمود.

✓ پیشگیری از درد ناحیه ی شانه

میزان بروز درد شانه پس از سکته مغزی بسیار متغیر است. مشکلاتی که می توانند به وجود آیند عبارتند از : اختلالات مربوط به چرخش مچ دست، اسپاسم عضلات شانه ، درد شانه ، دررفتگی ناقص شانه

مفصل شانه ای که حالت سست و آویزان پیدا نموده ، ممکن است در اثر وارد آمدن نیروی فراوان حین چرخاندن بیمار و یا حرکت دادن شدید شانه و بازو ، دچار کشیدگی بیش از حد گردد. برای جلوگیری از بروز شانه درد ، پرستار هرگز نباید توسط شانه ی بیمار که حالت سست و آویزان دارد ، بیمار را از جا بلند نماید و یا این که از طرف شانه و دست آسیب دیده ، وی را بکشد. از کشیدن دست به سمت بالای سر نیز باید خودداری کرد. اگر دست بیمار دچار فلج شده باشد ، حین نشستن یا ایستادن در مراحل اولیه بعد از وقوع سکته ، شانه دچار دررفتگی ناقص خواهد شد. همین امر درد شدیدی را به وجود خواهد آورد . وقتی شانه سفت و سخت می شود ، معمولا درد آن نیز بیشتر خواهد شد.

با حرکت دادن بیمار به نحوی صحیح و قرار دادن بدن وی در وضعیتی مناسب ، می توان مانع از مشکلات مذکور شد. دستی که حالت شل و آویزان دارد ، در حین نشستن بیمار روی میز یا بالش قرار داده می شود.

✓ بهبود فعالیت های مربوط به مراقبت از خود

به محض این که بیمار توانست بنشیند ، باید وی را تشویق نمود تا به بهداشت و نظافت شخصی خود بپردازد . در صورت امکان می توان وظایف جدیدی را نیز هر روز به وظایف بیمار اضافه نمود. قدم اول ، انجام دادن کلیه ی فعالیت های مربوط به مراقبت از خود توسط نیمه ی سالم بدن می باشد. این فعالیت ها عبارتند از : شانه زدن موها ، مسواک زدن دندانها ، تراشیدن موهای صورت با کمک ریش تراش برقی ، استحمام و خوردن غذا که با یک دست نیز می توان آنها را انجام داد و برای ایجاد احساس مراقبت از خود در بیمار ، مناسب می باشند. اگر چه ممکن است که بیمار ابتدا احساس کند این گونه فعالیت ها را ناشیانه انجام می دهد ، اما باید به او یادآوری کرد که فراگیری مهارت های حرکتی مختلف فقط با تکرار کردن انجام می پذیرد ، همچنین به کار گرفتن نیمه ی سالم بدن ، آن را قوی تر می کند. پرستار باید اطمینان حاصل نماید که بیمار نیمه آسیب دیده ی بدن خود را به دست فراموشی نمی سپارد و از آن غافل نمی شود. استفاده از وسایل کمکی ، برخی از نقایص ایجاد شده در بیمار را جبران می کند. استفاده از حوله ای کوچک برای خشک کردن تن بعد از استحمام ، سبب کنترل بهتر آن به وسیله بیمار می گردد. همچنین به کار بردن دستمال کاغذی جعبه ای راحت تر از لوله های دستمال توالت می باشد.

مشکلات ادراکی ایجاد شده در بیمار سبب می شود تا وی بدون کمک دیگران نتواند به راحتی لباس بر تن کند ، چرا که قادر نیست لباس ها را متناسب با بخش های بدن ، جفت و جور نماید.برای یاری رساندن به بیمار ، پرستار می تواند اقداماتی انجام دهد تا محیط اطراف بیمار مرتب بوده و درهم ریخته نباشد ، زیرا بیمار دارای مشکلات ادراکی به راحتی دچار حواس پرتی می گردد. استفاده از یک آینه بزرگ حین پوشیدن لباس ، بیمار را نسبت به پوشش ناحیه آسیب دیده آگاه می کند .ابتدا باید لباس را از طرف آسیب دیده ی بدن بر تن بیمار نمود. بیمار ممکن است حرکات جبرانی زیادی حین لباس پوشیدن انجام دهد و همین امر موجب ایجاد خستگی و پیچ خوردگی دردناک عضلات بین دنده ای گردد.

برای این که بیمار بیش از حد خسته و نا امید نشود ، باید وی را تشویق نمود و به وی یاری رساند. حتی با وجود آموزش های زیاد هم تمام بیماران نمی توانند به طور مستقل و به تنهایی لباس بپوشند.

✓ رسیدگی به مشکلات حسی –ادراکی ایجاد شده

به بیماری که میدان بینایی در وی کاهش یافته ، باید از سمتی که ادراک بینایی سالمی دارد ، نزدیک شد. تمامی محرک های بینایی (ساعت ، تقویم ، تلویزیون) نیز باید در همین سمت گذاشته شوند. می توان به بیمار آموزش داد تا برای جبران این نقیصه ، سر خود را به جهتی که میدان بینایی آسیب دیده بچرخاند. پرستار باید با بیمار تماس چشمی داشته باشد و با تشویق بیمار به چرخاندن سر، توجه و نگاه وی را به سوی نیمه ی

آسیب دیده بکشاند. همچنین پرستار می تواند در وضعیتی بایستد که بیمار برای آگاهی و دیدن این که چه کسی در اتاق است مجبود شود بچرخد یا حرکت نماید.زیاد کردن نور طبیعی یا مصنوعی اتاق و تهیه عینک در افزایش میزان بینایی ، اهمیت دارد.

- ✓ **کمک به تغذیه**

سکته می تواند مشکلاتی را در عمل بلع (دیس فاژی) به وجود آورد. مشکلات به وجود آمده ناشی از اختلال در عملکرد دهان ، زبان ، کام ، حلق ، حنجره و یا قسمت های فوقانی مری می باشد. بیماران دچار سکته ، باید از نظر بروز حملات شدید سرفه ، جمع کردن غذا در یک طرف دهان یا بیرون ریختن قطعات مواد غذایی ، نگاه داشتن غذا در دهان برای مدت طولانی یا برگرداندن مایعات از راه بینی حین بلع آنها ، مورد بررسی قرار گیرند. مشکلات بلعی ، بیمار را با خطر آسپیراسیون ، پنومونی ، دهیدراسیون و سوء تغذیه مواجه می سازد.

به محض ورود بیمار به بخش اورژانس (ترجیحا ظرف ۴ تا ۲۴ ساعت اول) باید وضعیت بلع مورد بررسی قرار گیرد. این بررسی باید قبل از اجازه به بیمار جهت مصرف مواد غذایی از راه دهان صورت گیرد.

حتی اگر اختلال ایجاد شده نسبی باشد ، عمل بلع در برخی از بیماران به مرور زمان به حال اول برخواهد گشت، در غیر این صورت به بیماران روش های مختلف بلع را آموزش داده و به آنها توصیه می نمایند تا غذا را به صورت لقمه های کوچک میل کنند یا مواد غذایی را به گونه ای تهیه کنند که بلع آن آسان تر باشد. ابتدا ممکن است رژیم غذایی بیمار را با پوره یا مایعات غلیظ آغاز کنند ، چون این نوع غذاها راحت تر از مایعات رقیق بلعیده می شوند.

بیمار را در وضعیت قائم نشانده و ترجیحا وی را خارج از تخت و بر روی صندلی قرار می دهند، همچنین به او آموزش می دهند هنگام بلع لقمه های غذا ، چانه را به سوی قفسه سینه پایین آورد تا از بروز اسپیراسیون جلوگیری به عمل آید.وقتی بیمار مهارت کافی جهت عمل بلع به دست آورد ، در آن صورت رژیم غذایی وی را تغییر می دهند. در صورتی که بیمار نتواند مصرف مواد غذایی از راه دهان را دوباره آغاز کند ، برای ادامه تغذیه و مصرف داروها ، از یک لوله معده ای –روده ای استفاده می کنند.

لوله های مخصوص تغذیه روده ای ، یا بینی – معده ای هستند که در دئودنوم قرار می گیرند و خطر آسپیراسیون را کاهش می دهند. مسئولیت های پرستار در هنگام غذا دادن به بیمار شامل بالا بردن سر تخت در حدود حداقل ۳۰ درجه جهت پیشگیری از بروز آسپیراسیون ، کنترل وضعیت قرارگیری لوله پیش از تغذیه ، اطمینان از پر باد بودن بالون لوله تراکئوستومی (در صورت موجود بودن) و داخل نمودن مواد غذایی به آرامی میباشد. لوله مخصوص تغذیه را باید طی فواصل زمانی مشخص آسپیره نمود تا از عبور و انتقال مواد غذایی به مجرای روده ای اطمینان حاصل شود .تجمع مواد غذایی و باقی ماندن مواد غذایی در معده ، خطر بروز آسپیراسیون را افزایش می دهد. برای بیمارانی که باید به طور مداوم از طریق لوله تغذیه شوند ، استفاده از لوله ی گاستروستومی یا لوله ی گاستروستومی اندوسکوپی زیر جلدی ، سودمند واقع می شود.در بیمارانی که لوله بینی – معده ای دارند ، لوله ی مخصوص تغذیه باید به دئودنوم منتهی شود تا خطر بروز آسپیراسیون کمتر شود.برای تغذیه ی بیمار به صورت طولانی مدت ، لوله ی گاستروستومی ارجحیت دارد.

- ✓ **کنترل عملکرد مثانه و روده**

بعد از بروز سکته ، بیمار ممکن است به بی اختیاری زودگذر ادراری دچار شود که ناشی از کانفیوزن ، ناتوانی در اعلام نیاز های خود ، عدم توانایی در استفاده از لگن و یا ظرف ادرار به دلیل اختلالات حرکتی و عدم کنترل بر وضعیت بدنی خود است. گهگاه بعد از بروز سکته ، مثانه تونوس خود را از دست می دهد، به علاوه احساس پر بودن مثانه نیز دچار اختلال می گردد و گاهی اسفنکر خارجی کنترل خود را از دست داده یا کاهش یافته است. در طول این مدت ، با استفاده از روش های استریل اقدام به سوندگذاری متناوب می نمایند. وقتی تونیسیته عضلانی افزایش پیدا کرد ، تونوس مثانه نیز افزایش می یابد و ممکن است مثانه دچار حالت اسپاسم و سفتی گردد.از آن جایی که حس آگاهی در بیمار مبهم و نامعلوم است ، بی اختیاری دایمی ادراری و یا احتباس ادرار می تواند نشان دهنده ی آسیب دوطرفه ی مغز باشد. الگوی دفع ادرار مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می گیرد و بر طبق این الگو یا طبق جدول زمان بندی شده به بیمار لگن یا ظرف ادراری داده می شود. قرار گرفتن در وضعیت قائم و وضعیت ایستاده از نظر توان بخشی برای بیماران مرد مفید واقع می گردد.

بیماران ممکن است دچار مشکلاتی در کنترل روده ، به ویژه یبوست گردند.در صورت عدم ممنوعیت ، از رژیم پرفیبر و میزان مایعات کافی (۳-۲ لیتر در روز) استفاده می گردد و برای عمل دفع نیز ساعات منظمی (معمولا بعد از صبحانه) در نظر گرفته می شود.

سکته مغزی CVA

✓ بهبود در نحوه ی برقراری ارتباط

آفازی ، به اختلال در توانایی درک گفتگو و بیان منظور اطلاق می شود که می تواند به طرق مختلف پدیدار گردد.
گفتار درمان نیازهای بیمار دچار سکته را در برقراری ارتباط مورد بررسی قرار داده ، نقایص ایجاد شده را به طور دقیق تشریح می نماید و بهترین روش را جهت ارتباط برقرار کردن به بیمار پیشنهاد می دهد .بسیاری از راهکارهای اتخاذ شده در رابطه با گفتار ، باید متناسب با وضعیت فرد باشند.
فرد دارای آفازی چون نمی تواند با دیگران صحبت کند دچار افسردگی می گردد. عدم توانایی صحبت کردن با تلفن و یا جواب دادن به سوالات و یا محروم بودن از شرکت در محاورات ، سبب بروز عصبانیت ، یاس ، ترس از آینده و ناامیدی در بیمار می شود.تدابیر پرستاری شامل انجام دادن هر نوع اقدام ممکن در ایجاد محیطی است که بیمار را به سمت ارتباط با دیگران هدایت نماید.
این امر در صورتی امکان پذیر خواهد بود که نسبت به نیازها و نیز واکنش های بیمار حساسیت نشان داده و با شیوه ای مناسب به آنها پاسخ دهیم.
همیشه با بیمار مانند یک فرد بزرگسال رفتار کنید .برای فرونشاندن اضطراب و نا امیدی و سرخوردگی بیمار ، پرستار باید با روحیه ای قوی به حمایت از وی پرداخته و او را درک نماید.
اشتباهی که عموما پرستاران و یا سایر اعضای تیم بهداشتی درمانی مرتکب می شوند ، کامل نمودن افکار یا جملات بیمار است.از این مسئله باید اجتناب ورزید، چون ممکن است سبب شود تا بیمار از این که به وی اجازه ی صحبت کردن نمی دهند ، احساس یاس بیشتری نماید و از تلاش برای جمع آوری افکار و تکمیل جملات بازبماند.
استفاده از تابلوی ارتباطی نیز برای بیمار مفید واقع می شود که در آن نیاز های معمول وی و نیز عباراتی که عموما به طور روزمره مورد استفاده قرار می گیرند ، به تصویر کشیده شده است .
هنگام صحبت با بیمار ، جلب توجه و دقت وی ،آهسته صحبت کردن و استفاده از عبارات ثابت جهت ارائه دستورالعمل ها ، از اهمیت خاصی برخوردار است.
در حین کارکردن با بیمار دچار آفازی ، پرستار باید به خاطر داشته باشد که در خلال انجام فعالیت های مراقبتی با وی صحبت نماید. این عمل سبب می شود تا تماس بیمار با اجتماع حفظ شود.

✓ حفظ سلامت پوست

در بیمارانی که دچار سکته شده اند، به دلیل تغییرات حسی ، عدم توانایی واکنش نسبت به فشار و نیز ناراحتی ناشی از چرخیدن و و یا حرکت کردن ، خطر آسیب دیدگی بافتی و صدمات پوست وجود دارد. پیشگیری از آسیب دیدگی های پوست و بافت ، نیازمند بررسی و شناخت مکرر پوست ، به خصوص پوست نواحی استخوانی و نواحی وابسته در بدن است.
چرخاندن و تغییر وضعیت بدن بیمار به طور منظم (حداقل هر ۲ ساعت) می بایست دنبال شود تا فشار وارده بر پوست به حداقل رسیده و از تخریب پوست جلوگیری به عمل آید. از وسایل بر طرف کننده ی فشار نیز می توان استفاده کرد، ولی نباید این وسایل را جایگزین چرخش و تغییر وضعیت منظم بدن نمود. وقتی که بیمار چرخانده می شود یا در وضعیت بدن وی تغییر ایجاد می گردد، باید مراقب بود تا نیروهای اصطکاک و کشش در کمترین حد ممکن باشند، چون این نیروها سبب آسیب بافت شده و پوست را نیز مستعد از هم گسیختگی می نمایند.
پوست بیمار باید خشک و تمیز نگه داشته شود، ماساژ ملایم پوست سالم (پوستی که قرمز نباشد) و نیز تغذیه ی مناسب ، عوامل دیگری هستند که به حفظ سلامت طبیعی پوست و بافت کمک می نمایند.

✓ کمک به بیمار جهت تطابق با اختلال عملکردهای جنسی

فعالیت های جنسی در اثر سکته شدیدا دچار تغییر می شوند. اختلال عملکرد جنسی پس از بروز سکته ی مغزی با چندین عامل مرتبط است. ممکن است برای اختلال عملکرد جنسی ، علل پزشکی وجود داشته باشد (مثلا نقایص عصبی و شناختی ، بیماری های قلبی ، داروها) یا عوامل روانی – اجتماعی مختلف باعث پیدایش این نوع اختلال شده باشند. سکته چنان بیماری مصیبت باری است که در آن ، بیماران ارزش و اعتماد به نفس خود را به عنوان فرد فاعل در فعالیت های جنسی از دست می دهند.این عوامل روانی – اجتماعی ، در تعیین انگیزه جنسی ، فعالیت های جنسی ، فعالیت جنسی و ارضای جنسی در مرحله پس از سکته نقش مهمی ایفا می کنند.

سکته مغزی CVA

✓ **پایش و کنترل عوارض احتمالی**

کاهش جریان خون مغزی به دلیل افزایش ICP باعث می شود اکسیژن کافی به مغز نرسد. عدم آزاد شدن اکسیژن به میزان کافی و پنومونی از جمله عوارض احتمالی در تمامی بیمارانی هستند که به سکته ایسکمیک دچار شده اند. هر چه سکته مغزی شدیدتر باشد خطر بروز عوارض نیز بیش تر خواهد بود.

تغییرات فشار خون نبض و تنفس از نظر بالینی مهم هستند چون احتمال افزایش ICP را مطرح می کنند و باید بلافاصله گزارش داده شوند. در صورت بروز علایم و نشانه های پنومونی ، کشت انجام می شود تا درمان آنتی بیوتیکی مناسب تجویز شود.

سکته های هموراژیک :

خونریزی علت وقوع حدودا ۱۳ ٪ سکته های مغزی است . سکته های هموراژیک در نتیجه خونریزی به داخل بافت مغزی ، بطن ها و یا فضای زیر عنکبوتیه ای ایجاد می شوند. حدود ۸۰٪ موارد سکته های هموراژیک ، خونریزی مغزی اولیه ناشی از پارگی خود به خودی عروق خونی کوچک بوده که در اثر فشارخون بالای کنترل نشده ایجاد می شوند.

ناهنجاری های وریدی – شریانی **(AVM)** ، آنوریسم های داخل جمجمه ای ، نئوپلاسم های داخل جمجمه ای و برخی از داروهای خاص (از جمله آمفتامین و ضد انعقاد ها) به عنوان علل خونریزی های مغزی ثانویه در نظر گرفته می شوند. میزان مرگ و میر پس از خونریزی داخل جمجمه ای ، در حدود ۵۰٪ گزارش شده است .بیماران دچار این نوع سکته در مقایسه با بیماران دچار سکته های ایسکمیک ، پس از سپری کردن فاز حاد بیماری ، به نقایص شدیدتری مبتلا می شوند و دوره ی بهبود نیز در آنها طولانی تر است.

✓ **خونریزی داخل مغزی :**

خونریزی داخل مغزی یا ورود خون به داخل بافت مغز ، بیشتر در بیماران دچار فشار خون بالا و بیماران مبتلا به تصلب شرایین مغزی شایع است ، چون تغییرات دژنراتیو ناشی از این بیماری ها منجر به پارگی رگ ها می گردد. علاوه بر آن ، برخی از انواع خاص پاتولوژی های سرخرگی ، تومورهای مغزی و داروهای مصرفی (نظیر ضد انعقادهای خوراکی ، آمفتامین ها و نیز استفاده از داروها و مواد مخدر غیر مجاز) نیز می توانند جزو علل به وجود آورنده ی این عارضه باشند.

خونریزی های ناشی از فشار خون بالا بیشتر اوقات در ساختمان های عمیق تر مغز رخ می دهندو به میزان کمتر در ساقه مغز و مخچه نیز به وقوع می پیوندند .

✓ **آنوریسم های داخل جمجمه ای (مغزی) :**

آنوریسم داخل جمجمه ای (مغزی) در واقع اتساع دیواره شریان مغزی است که در نتیجه ی ضعف و نقص دیواره شریانی به وجود می آید. علت بروز آنوریسم هنوز مشخص نشده است ، هر چند تحقیقات در این رابطه همچنان ادامه دارد .آوریسم می تواند در اثر تصلب شرایین و متعاقبا نقص و ضعف دیواره رگ ایجاد گردد یا ناشی از نقایص مادرزادی دیواره عروق ، بیماری های هایپرتانسیو عروق ، تروماهای وارده به سر یا کهولت سن باشد. هر شریانی در درون مغز ممکن است دچار آنوریسم گردد، اما آنوریسم ها معمولا در ناحیه ی دو شاخه شدن شریان های بزرگ به وجود می آیند.

✓ **ناهنجاری های وریدی-شریانی :**

AVM ها در واقع ناهنجاری هایی هستند که هنگام تکامل جنینی وریدها و شریان ها به وقوع می پیوندند و در آنها شریان ها و ورید های مغزی بدون داشتن بستر مویرگی در هم گره می خورند. فقدان بستر مویرگی منجر به اتساع وریدها و شریان ها و در نهایت پارگی آنها می شود. AVM ها از جمله علل شایع سکته های مغزی هموراژیک در افراد جوان به شمار می آیند.

سکته مغزی CVA

✓ **خونریزی زیر عنکبوتیه :**

خونریزی زیر عنکبوتیه ای (خونریزی به داخل فضای زیر-عنکبوتیه)ممکن است به دنبال AVM ها ، آنوریسم های داخل جمجمه ای، تروما یا فشار خون بالا بروز نماید، اما شایع ترین علت آن ، سوراخ شدن آنوریسم یا AVM های مادرزادی مغز می باشد.

تظاهرات بالینی :

بیمار دچار سکته هموراژیک ، همچون بیمار دچار سکته ایسکمیک ، می تواند به نقایص عصبی بسیار گسترده مبتلا گردد. بیمار دارای هوشیاری اغلب وجود سر درد شدید راگزارش می کند.

یک بررسی جامع و مفصل ، وسعت نقایص عصبی را آشکار می سازد. بسیاری از نقایص حرکتی ، حسی ، شناختی و اختلالات کارکردی اعصاب جمجمه ای ، که به دنبال بروز سکته های ایسکمیک ایجاد می شوند، پس از بروز سکته های هموراژیک نیز مشاهده می گردند. نشانه های دیگر که اغلب اوقات در بیماران دچار خونریزی حاد داخل مغزی مشاهده می شوند، (در مقایسه با سکته های مغزی ایسکمیک) عبارتند از : تهوع و استفراغ ،آغاز ناگهانی تغییر در سطح هوشیاری و احتمال حملات تشنجی.

بیماران دچار آنوریسم داخل جمجمه ای یا AVM ، اگر چه از نظر نقایص عصبی ، با بیماران دچار سکته های ایسکمیک مشابهند ، اما تظاهرات بالینی منحصر به فردی نیز دارند که خاص آنهاست. معمولا پارگی آنوریسم و یا AVM ، سبب بروز سردردی شدید یا غیر طبیعی شده و اغلب با فقدان هوشیاری با دوره های زمانی متفاوت همراه است. درد و سفتی قسمت پشت گردن و ستون فقرات نیز ممکن است در نتیجه تحریک مننژها ایجاد شود.

در صورت مجاورت آنوریسم با عصب حرکتی چشم اختلالات بینایی مانند از دست رفتن بینایی ، دوبینی ، افتادگی پلک یا پتوز هم به وجود خواهد آمد. وزوز گوش ، سرگیجه و نیز همی پارزی از جمله دیگر نشانه ها هستند.

گاهی اوقات ، خون از AVM یا آنوریسم به بیرون تراوش کرده و موجب تشکیل لخته می گردد و لخته ی ایجاد شده ، ناحیه ی پارگی را مسدود می سازد. در چنین مواردی ، بیمار نقایص عصبی اندکی را متحمل خواهد شد، اما در غیر این صورت ، خونریزی شدیدی به وقوع پیوسته و موجب آسیب دیدگی بافت مغزی می گردد که بلافاصله با کما و مرگ فرد دنبال می شود.

بررسی و یافته های تشخیصی :

هر بیماری که مشکوک به سکته ی هموراژیک می باشد ، باید جهت تعیین نوع سکته مغزی و تعیین اندازه و محل هماتوم ، همچنین تایید وجود یا عدم وجود هیدروسفالی و خونریزی بطنی ،CT اسکن و MRI شود .از انجا که سکته مغزی هموراژیک ، وضعیتی اورژانسی به شمار می آید ، لذا معمولا ابتدا CT اسکن انجام می گیرد که سریع تر است . آنژیوگرافی مغزی ، با استفاده از روش معمول و متعارف یا CT **(CTA)** تشخیص آنوریسم داخل جمجمه یا AVM را محرز می کند. با روش های مذکور ، محل و اندازه ضایعه مشخص شده و اطلاعاتی پیرامون شریان ها و وریدی مبتلا ، عروق مجاور و انشعابات عروقی به دست می آید. در صورتی که وقوع خونریزی زیر عنکبوتیه ای محرز شده باشد و نتایج CT اسکن منفی بوده و شواهدی دال بر افزایش ICP وجود نداشته باشد، می توان اقدام به LP نمود. انجام LP در مواردی که افزایش ICP وجود داشته باشد ، منجر به

بیرون زدگی ساقه مغز یا خونریزی مجدد می گردد. برای تشخیص سکته های هموراژیک در بیماران زیر ۴۰ سال ، برخی از متخصصین امور بالینی اقدام به غربالگری از طریق تست های سم شناسی می نمایند تا مصرف داروهای مخدر در این بیماران مسجل شود.

پیشگیری :

- ✓ کنترل فشار خون
- ✓ بهبود بخشیدن به عوامل خطرزای دیگر شامل :
  - سن بالا
  - جنسیت (مردان)

- برخی قومیت های خاص (لاتین ، آمریکائیان آفریقایی تبار و ژاپنی ها)
- مصرف متوسط یا بیش از اندازه الکل

عوارض :

- عوارض احتمالی عبارتند از :
  - ✓ خونریزی مجدد یا گسترش هماتوم
  - ✓ اسپاسم عروق مغزی و متعاقبا ایسکمی مغزی
  - ✓ هیدروسفالی حاد
  - ✓ تشنج
- عوارض آنی سکته های هموراژیک عبارتند از :
  - ✓ هایپوکسی مغزی کاهش جریان خون مغزی گسترش ناحیه ی آسیب دیده در مغز

اکسیژن رسانی کافی خون به مغز ، هایپوکسی مغزی را به حداقل می رساند. عملکرد مغز به میزان اکسیژن آزاد شده در بافت ها بستگی دارد. استفاده از اکسیژن مکمل و حفظ هموگلوبین و هماتوکریت در سطوح قابل قبول ، به کفایت اکسیژن رسانی بافتی کمک می نماید.

جریان خون مغزی به فشار خون ، برون ده قلب و نیز انسجام عمل عروق خونی مغز وابسته است. مایع رسانی کافی (مایعات داخل وریدی) به کاهش ویسکوزیته خون و بهبود جریان خون مغزی منجر میشود. برای جلوگیری از بروز تغییر در جریان خون مغزی و احتمال گسترش ناحیه ی آسیب دیده ، باید از بالا رفتن و پایین آمدن بیش از حد فشار خون اجتناب ورزید.

تشنج نیز می تواند جریان خون مغزی را به مخاطره اندازد و و صدمات بیشتری به مغز وارد آورد. توجه کردن به حملات تشنجی و آغاز درمان های مناسب در رابطه با آنها، از جمله اقدامات مهم مراقبتی پس از بروز سکته های هموراژیک محسوب می گردد.

اسپاسم عروقی :

اسپاسم عروقی مغز (تنگ شدن مجرای عروق خونی درگیر در مغز) ، از عوارض جدی ناشی از خونریزی های زیر عنکبوتیه ای بوده و علت اصلی مرگ و میر و بیماری زایی افرادی است که پس از خونریزی زیر عنکبوتیه اولیه زنده می مانند.

وازواسپاسم اغلب طی ۱۰-۷ روز پس از خونریزی اولیه رخ می دهد، یعنی زمانی که لخته لیز شده (تجزیه و حل می شود) و خطر بروز خونریزی مجدد افزایش می یابد. وازواسپاسم منجر به افزایش مقاومت عروق می شود که مانع جریان یافتن خون مغزی شده و در نتیجه ایسکمی (ایسکمی تاخیری مغزی) و سکته مغزی را پدید می آورد. سر درد شدید ، کاهش سطح هوشیاری (کانفیوژن ، خواب آلودگی ، عدم تشخیص موقعیت) ، همی پارزی (فلج خفیف در یک طرف بدن) می توانند خبر از اسپاسم عروقی دهند.

یک اقدام درمانی دیگر برای وازواسپاسم که با نام (درمان H سه گانه) معروف است، سبب کاهش اثرات زیان آور ناشی از ایسکمی مغزی می گردد و عبارت است از :۱) افزایش حجم مایعات (هایپرولمی) ، ۲)افزایش فشار خون شریانی به صورت القا شده .۳) عادی سازی فشار خون و رقیق کردن خون

افزایش ICP :

بعد از بروز سکته های ایسکمیک و یا هموراژیک ممکن است ICP بالا رود، اما بعد از بروز خونریزی های زیر – عنکبوتیه ای تقریبا همیشه با افزایش ICP رو به رو خواهیم بود. اگر وضعیت بیمار در اثر افزایش ICP رو به وخامت گذارد در آن صورت می توان CSF را از طریق سوندهای بطنی خارج نمود. و برای کاهش ICP مانیتول را تجویز کرد. وقتی جهت کنترل ICP ، از مانیتول به مدت طولانی استفاده شود ، در آن صورت عوارضی چون دهیدراسیون و اختلال در تعادل الکترولیت ها (کاهش یا افزایش سدیم خون ، ، کاهش یا افزایش پتاسیم خون) به وقوع خواهد پیوست . مانیتول هم در اثر خاصیت اسمز، آب را از درون بافت های مغزی خارج می نماید و هم از طریق ادرار ، حجم آب کل بدن را کاهش می دهد. بیمار از نظر بروز علایم دهیدراسیون و افزایش مجدد ICP ، تحت مراقبت دقیق قرار می گیرد .اقدامات دیگر شامل بالا بردن سر تخت تا ۳۰ درجه ، تسکین و آرام سازی بیمار ، پرهیز از هایپرگلیسمی و هایپو گلیسمی و استفاده از سالین هایپرتونیک هستند.

سکته مغزی CVA

افزایش فشار خون :

فشار خون بالا ، شایع ترین علت خونریزی مغزی بوده و درمان آن مهم و حیاتی است.

در مدت استفاده از داروهای ضد فشار خون ، وضعیت همودینامیکی فرد از طریق مسیر شریانی تحت نظارت قرار می گیرد تا موارد افت سریع فشار خون که سبب بروز ایسکمی مغز می شود شناسایی شده و از بروز آن جلوگیری به عمل آید. نرم کننده های قوام مدفوع را جهت جلوگیری از زور زدن بیمار در حین مدفوع ، که می تواند فشار خون را افزایش دهد ، به کار می برند.

مداخلات پرستاری :

— **بهبود وضعیت خون رسانی به بافت مغزی**

- ثبت مداوم وضعیت عصبی بیمار
- کنترل ساعت به ساعت فشار خون ، نبض ، سطح هوشیاری ، واکنش مردمک ها و نیز عملکرد حرکتی فرد
- مراقبت از وضعیت تنفسی بیمار
- گزارش بلافاصله هر گونه تغییر

— **اقدامات احتیاطی در رابطه با آنوریسم**

- ایجاد محیطی غیر محرک و پیشگیری از افزایش ICP و خونریزی بیشتر (چون فعالیت ، درد و اضطراب فشار خون را بالا می برند و همین امر خطر بروز خونریزی را افزایش می دهد.تعداد افراد ملاقات کننده نیز باید محدود باشد.)
- استراحت مطلق بیمار
- بالا بردن سر تخت به میزان ۳۰ درجه تا درناژ عروقی بهبود یافته و میزان ICP کاهش پیدا کند.
- اجتناب از انجام هر گونه فعالیتی که سبب افزایش ناگهانی فشار خون شده و یا از برگشت جریان عروق ممانعت به عمل آورد. این فعالیت ها می تواند شامل مانور والسالوا، زور زدن ، عطسه های شدید ، وارد کردن فشار بر تخت حین بلند شدن ، خم کردن یا چرخش شدید سر و گردن (که وریدهای ژوگولار را به مخاطره می اندازد) باشد .نرم کننده های قوام مدفوع و ملین ها سبک نیز تجویز می شوند که هر دوی آن های از بروز یبوست جلوگیری می نماید.یبوست می تواند به افزایش ICP منجر گردد.
- نور کم اتاق می تواند مفید باشد چون بروز فتوفوبی (عدم تحمل نور) امری شایع است .

— **رفع اضطراب**

- نگاه داشتن تحریکات حسی در حداقل ممکن
- برای بیماری که هوشیار و آگاه بوده و قادر به تشخیص موقعیت خود موقعیت خود می باشد ، می توان محدودیت های در نظر گرفته شده را شرح داد تا وی چندان احساس گوشه گیری و تنهایی نکند .
- آشنا کردن بیمار با وضعیت واقعی خود ، کمک می کند تا موقعیت خود را در هر حال تشخیص دهد.
- اگر بیمار نسبت به برنامه ی مراقبتی به طور کامل مطلع شود ،اطمینان خاطر یافته و اضطراب وی کاهش می یابد .
- اطمینان دادن به بیمار سبب می شود تا ترس و اضطراب در وی از بین برود
- خانواده نیز احتیاج به حمایت و اطلاعات دارد.

— **اسپاسم عروقی**

- بیمار باید از نظر علایم حاکی از بروز اسپاسم عروقی مورد بررسی قرار گیرد .این علایم عبارتند از :
- سردردهای تشدید شونده
- کاهش میزان پاسخ دهی (کانفیوژن ، عدم تشخیص موقعیت ، خواب آلودگی)

- شواهد دال بر زبان پریشی یا فلج نسبی

این علایم ممکن است چند روز پس از جراحی یا در شروع درمان به وجود آیند که باید بلافاصله گزارش شوند.

— تشنج ها

- اقدامات احتیاطی مربوط به تشنج برای هر بیماری که در معرض خطر بروز تشنج قرار دارد، اعمال می شود. با وقوع تشنج ، باز نگه داشتن راه هوایی در بیمار و جلوگیری از آسیب دیدگی ، جزو اهداف اولیه به شمار می روند.در این مرحله درمان با دارو نیز آغاز می گردد.

— هیدروسفالی

خون موجود در فضای زیر عنکبوتیه یا بطن ها ، از گردش CSF جلوگیری نموده و منجر به هیدروسفالی می شود.با انجام CT اسکن که نشان دهنده بطن های اتساع یافته می باشد، وجود هیدروسفالی تایید می شود. این عارضه می تواند ظرف ۲۴ ساعت اول (حاد) پس از بروز خونریزی در ناحیه زیر عنکبوتیه (حاد) تا چند هفته بعد (تاخیری) به وجود آید. نشانه ها با توجه به زمان شروع عارضه متغیر بوده و ممکن است غیر اختصاصی باشند. هیدروسفالی حاد با بیهوشی و نیز کمای ناگهانی مشخص می شود و با تخلیه مایع از طریق ونتریکولوستومی ، جهت کاهش یافتن ICP ، تحت کنترل در می آید. نشانه های هیدروسفالی حاد و تاخیری عبارتند از :

- شروع تدریجی خواب آلودگی
- تغییرات رفتاری
- راه رفتن آتاکسیک (Ataxia – نا هماهنگی و بی نظمی در حرکت).

برای درمان هیدروسفالی مزمن ، با استفاده از جراحی ، شانتی را در ناحیه بطنی – صفاقی کار می گذارند. تغییر در وضعیت پاسخ دهی بیمار باید بلافاصله گزارش گردد.

— خونریزی مجدد

میزان بروز خونریزی مجدد پس از خونریزی داخل مغزی اولیه ، حدود ۱٪ تا ۵٪ به ازای هر بیمار در سال است. فشار خون بالا ، جدی ترین عامل خطر زا بوده و اهمیت درمان با کمک داروهای مناسب ضد فشار خون را مطرح می سازد.

بین ۱۲-۲ ساعت اول پس از خونریزی اولیه ، بیشترین احتمال خونریزی مجدد آنوریسم وجود دارد. نشانه های خونریزی مجدد عبارتند از :

- بروز سر دردهای شدید و ناگهانی
- تهوع و استفراغ
- کاهش سطح هوشیاری
- نقایص عصبی

برای تایید و اثبات خونریزی مجدد از CT اسکن استفاده می شود. فشار خون به طور دقیق و توسط دارو در سطحی نرمال حفظ می شود و موثرترین درمان پیشگیری کننده ، برداشتن سریع آنوریسم یا تقویت جداره ی آن است .البته اگر بیمار شرایط لازم برای انجام جراحی یا درمان داخل عروقی را داشته باشد.

— هایپوناترمی

هایپوناترمی در ۱۰ ٪ تا ۳۰ ٪ بیماران ، پس از خونریزی زیر عنکبوتیه به وجود می آید ..داده های آزمایشگاهی باید به طور مکرر کنترل شوند و هایپو ناترمی باید هر چه سریع تر شناسایی گردد (هایپوناترمی بنا به تعریف ، عبارت است از غلظت سرمی سدیم کمتر از ۱۳۵ mEq/l). اگر سطح سرمی سدیم به مدت ۲۴ ساعت یا بیشتر در حد پایین باقی بماند ، باید به پزشک اطلاع داد. درمان در بیشتر موارد ، استفاده از سالین ۳٪ هایپرتونیک است.