

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





دانشگاه علوم پزشکی
شهرکرد
اداره پرستاری



شهرکرد
اداره پرستاری
تاریخ:
اداره پرستاری

برنامه دوره‌ی مجازی آموزشی (هر سه شنبه يك آموزش)

مراقبت های پرستاری در درمان سكتة حاد مغزی (كد ۷۲۴)
ویژه توانمند سازی مدیران پرستاری دانشگاه

سه شنبه ۲۳ بهمن ۱۴۰۳
ساعت ۸ الی ۹ صبح

ناهید قنیریان

کارشناس آموزش به بیمار مرکز آموزشی درمانی آیت الله کاشانی شهرکرد



<http://webinar1.skums.ac.ir/rooms/9nx-enx-ulk-7nw/join>

لینک وبینار:

مراقبت های پرستاری در درمان سکته حاد مغزی کد (۷۲۴)



WHAT IS A STROKE?

A brain injury caused when a blood vessel to the brain becomes blocked or bursts, cutting off blood flow



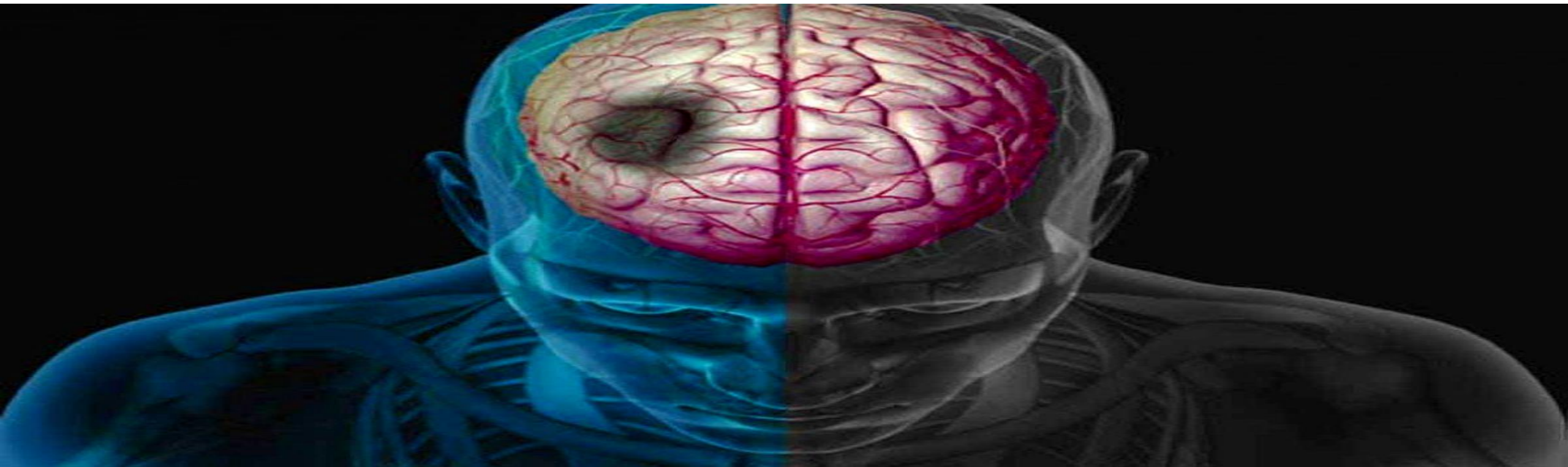
WHAT IS STROKE'S IMPACT?

- Stroke is the third leading cause of death in the United States
- 77% are new strokes and 23% are recurrent strokes

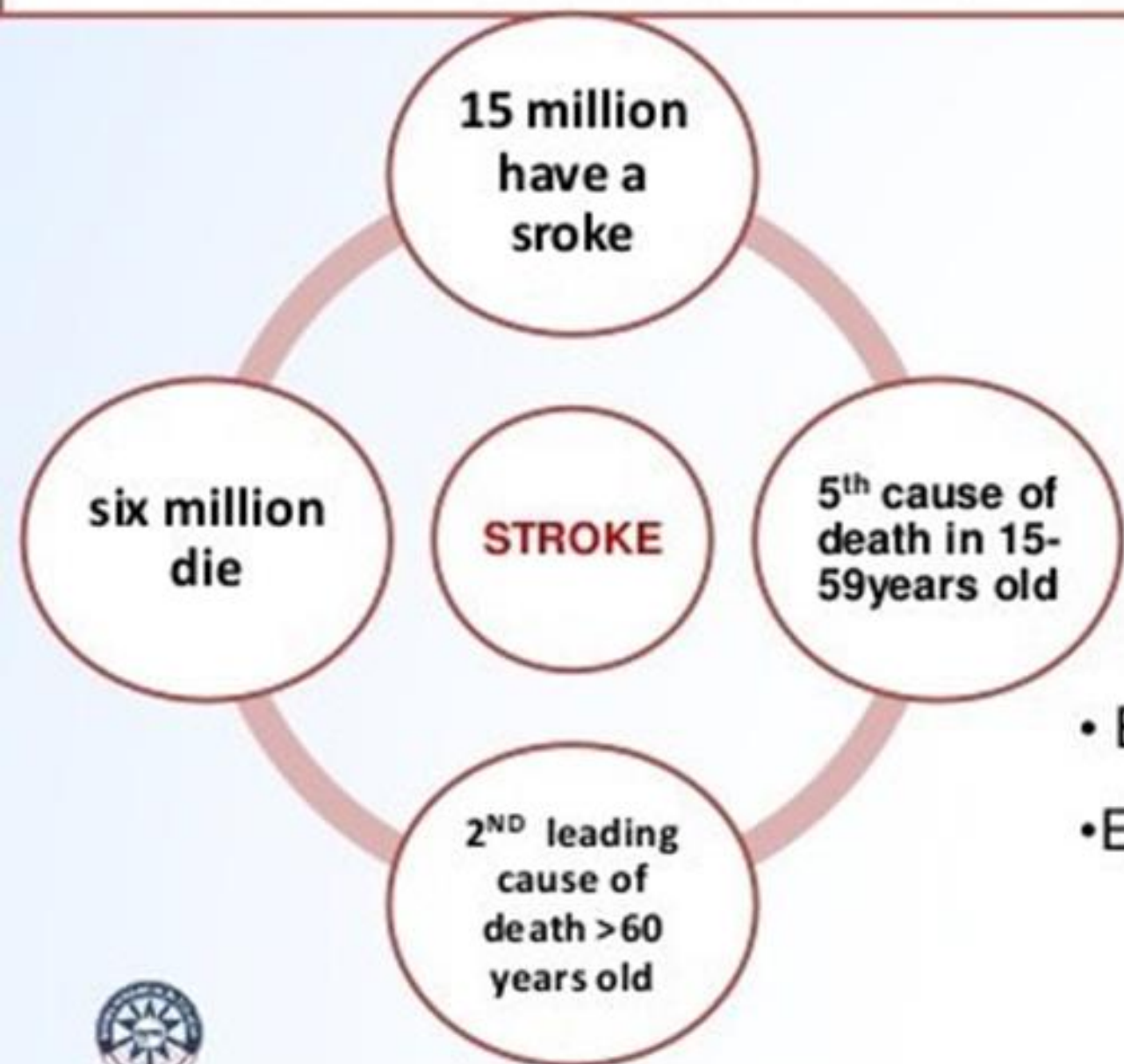


WHAT IS STROKE'S IMPACT? (CONT'D)

- Stroke is a leading cause of serious, long-term disability
- 40% of Stroke deaths occur in males, and 60% in females.
- Americans paid about \$73.7 billion for stroke-related medical costs in 2010



The Global burden of stroke



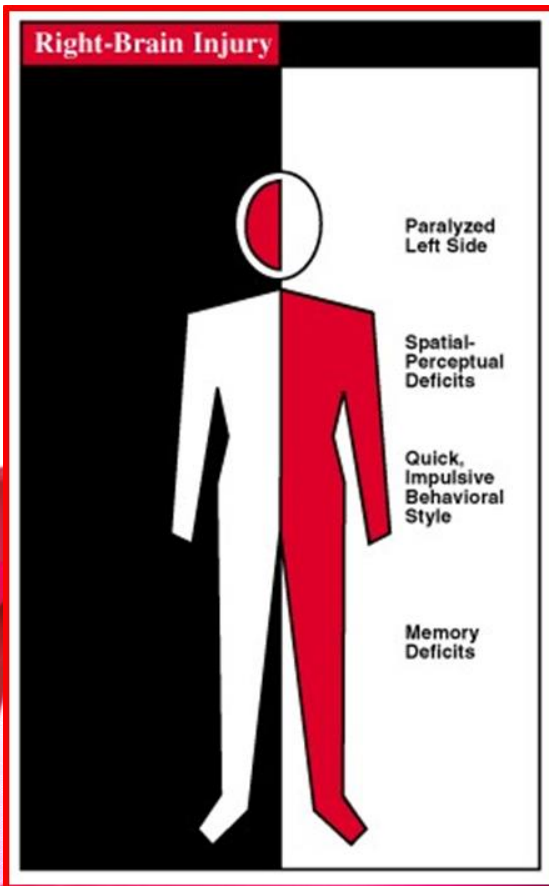
- Every 53 sec some one will have a stroke
- Every 3.3 min someone will die of stroke



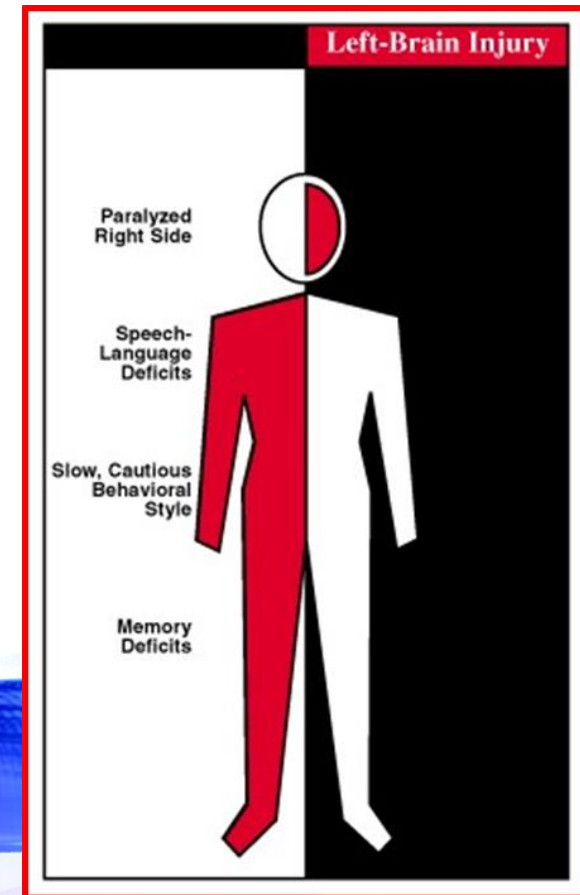
Source: <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign> - 2016

WHAT ARE THE EFFECTS OF STROKE?

Right Brain



Left Brain



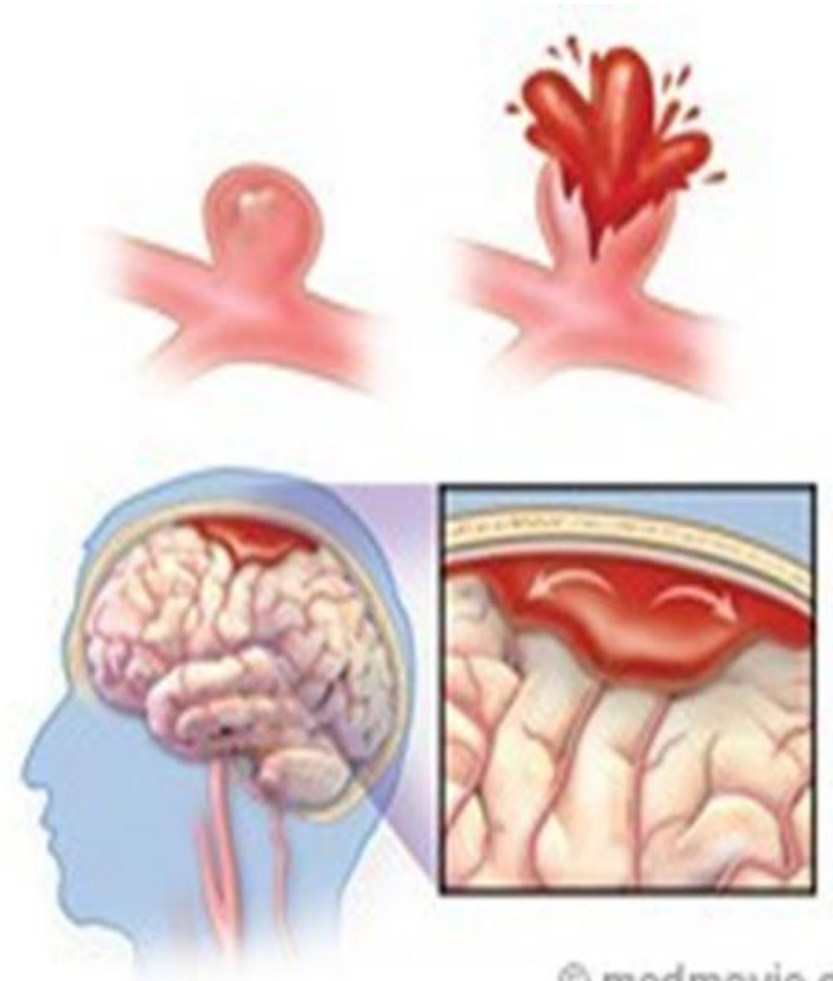
WHAT CAUSES ISCHEMIC STROKE ?

- Fatty deposits line the bloodvessel wall
- Thrombus: A blood clot forms at the fatty deposit
- • Embolus: A travelingparticle gets stuck in a small vessel



WHAT CAUSES HEMORRHAGIC STROKES?

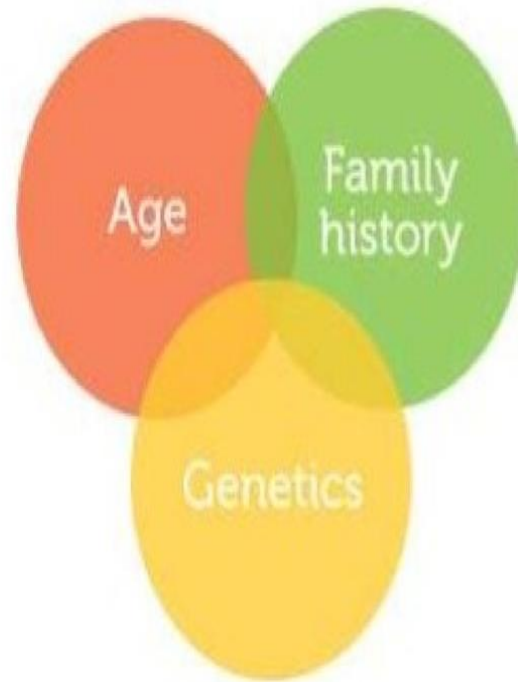
- A weakened blood vessel **ruptures**
- **Aneurysms**: Ballooning of a weakened spot of
- **Arteriovenous**
- **Malformations (AVMs)**: Cluster of abnormal blo



RISK FACTORS

NON-MODIFIABLE RISK FACTORS

- Age
- Gender
- Race, Ethnicity
- Heredity



RISK FACTORS (cont'd)

MODIFIABLE RISK FACTORS

- Hypertension
- Cardiac Disease
- Diabetes Mellitus
- Smoking
- Alcohol
- Cholesterol
- Illicit Drug Use
- Migraines



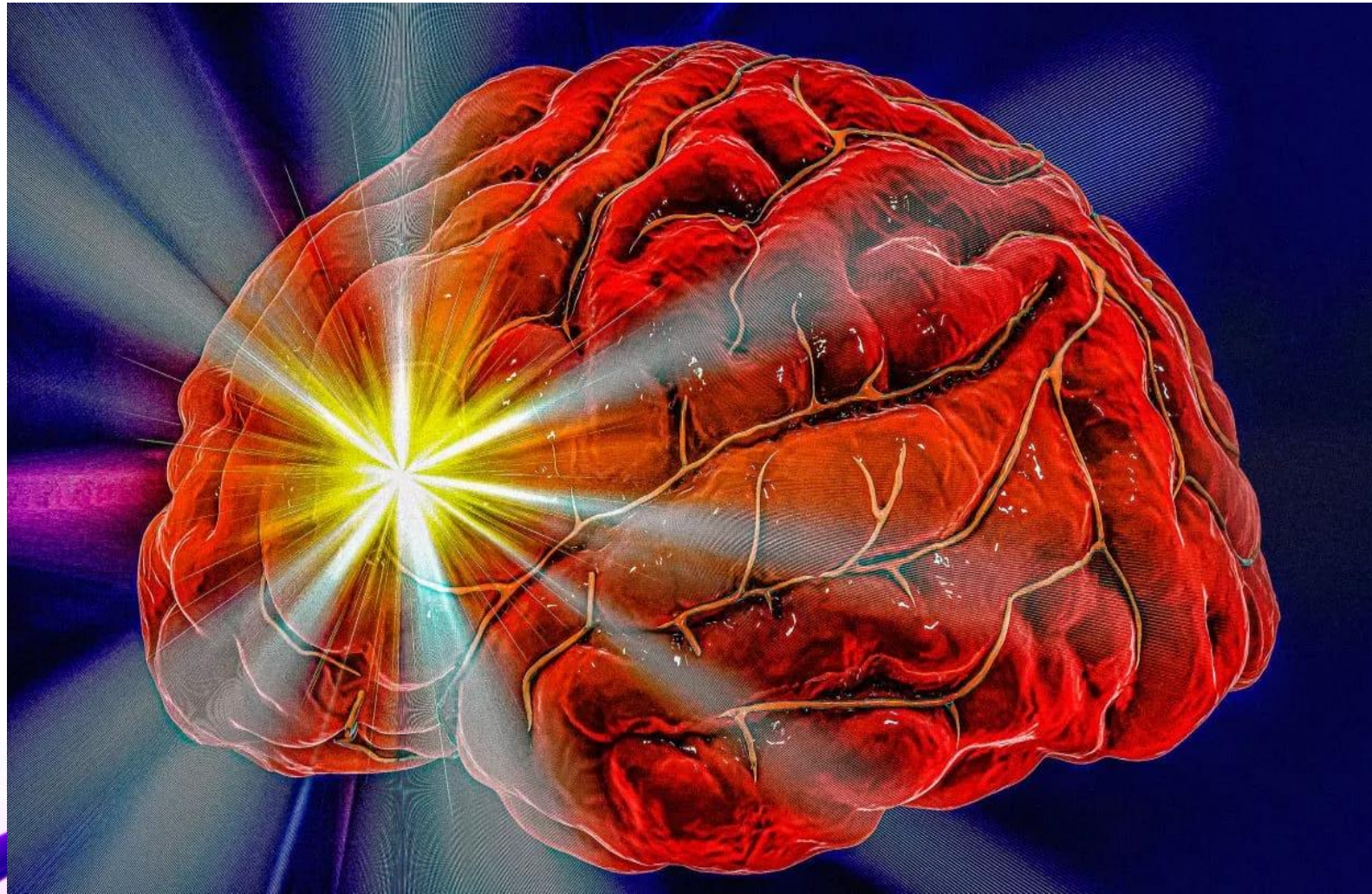
STROKE RISK FACTORS THAT CAN BE TREATED (CONT'D)

- Sickle Cell Disease (Sickle Cell Anemia)
- High blood cholesterol
- Poor diet
- Physical inactivity
- Obesity



LESS WELL-DOCUMENTED STROKE RISK FACTORS

- Geographical location
- Socioeconomic factors
- Excessive alcohol intake
- Certain kinds of drug abuse



HOW CAN YOU REDUCE YOUR RISK OF STROKE?

- Control high blood pressure
- Don't smoke
- Consume less sodium
- Lower cholesterol
- Lose excess weight
- **Be** physically active



OTHER ACTIONS THAT WILL PROBABLY REDUCE STROKE RISK

- Limit alcohol intake
- Don't use illicit drugs
- Women who smoke or have a history of blood clots should not take oral contraceptives
- Look for signs of sleep disordered breathing



STROKE WARNING SIGNS

- 1-Sudden weakness or numbness of the face, arm or leg, especially on one side of the body**
- 2-Sudden confusion, trouble speaking or understanding**
- 3-Sudden trouble seeing in one or both eyes**
- 4-Sudden trouble walking, dizziness, loss of balance or coordination**
- 5-Sudden, severe headaches with no known cause**





Stroke is an Emergency



F=Facial Droop A=Arm Drift S=Speech T=Treatment

F=Facial Droop A=Arm Drift S=Speech T=Treatment



- ✓ نحوه بروز علائم کاملاً منحصر به فرد است.
- ✓ در اکثریت موارد شروع ناگهانی است.
- ✓ به ندرت تدریجی است.
- ✓ در یک سوم موارد قبل از بروز، علائم هشدار دهنده وجود دارد.
- ✓ مدت کوتاهی پس از شروع مستقر شده و دیگر پیشرفت نمی کند و بهبودی آهسته شروع می شود.

نحوه بروز علایم

سایر علایم و نشانه های سکته مغزی



این علایم می تواند با
یا بدون فلج اندام باشد.

- کاهش حس درد و لمس
- اختلال در درک کلمات
- سرگیجه
- دوبینی
- عدم تعادل
- نیم بینی
- اختلال بینایی ناگهانی یک یا دو چشم
- انحراف هماهنگ چشم ها
- اختلال شناخت
- کاهش سطح هوشیاری

عملکرد سریع می تواند زندگی بیمار را نجات داده و عوارض مغزی ایجاد شده را به حداقل برساند، پس حتما اورژانس را خبر کنید، حتی اگر علائم پس از مدتی از بین رفته باشند.

اقدامات اورژانس جهت بهبود وضع مصدوم با ارزیابی های لازم و پیشگیری از عوارض می تواند در نجات جان بیمار مؤثر باشد. پس از انتقال بیمار به بیمارستان، اقداماتی همچون تصویربرداری، سی تی اسکن، الکتروکاردیوگرافی و سایر آزمایشات از قلب انجام می شود. در پاره ای از موارد نیز، به وسیله جراحی، خونریزی یا انسداد که موجب سکته مغزی شده از میان برداشته می شود

البته حیات دوباره افرادی که دچار سکته مغزی شده اند، بستگی به خفیف یا شدید بودن سکته و دائمی یا برگشت پذیر بودن آن دارد



The Continuum of Stroke Care



فرایند مدیریت درمان بیمار با کد سما در یک نگاه



❖ فرآیند عملیاتی کد سما در مراکز درمانی:

- با فعال شدن کد سما در مرکز درمانی سوپر وایزر اورژانس باید نگهبان را مطلع سازد.
- با فعال شدن کد سما در مرکز درمانی واحد نگهبانی جهت ورود و محل مناسب برای توقف آمبولانس اقدام نماید.
- زمانی که کد سما فعال شد سوپروایزر اورژانس، موظف به خالی کردن سی تی اسکن و آماده نمودن آن جهت انجام سی تی اسکن بدون تأخیر و نوبت می باشد.
- لازم به ذکر است می بایست در واحد سی تی اسکن، تجهیزات کد احیا و تمهیدات مانیتورینگ پرتابل به صورت کامل وجود داشته باشد.
- مراکز درمانی که سی تی اسکن آنها متعلق به بخش خصوصی می باشد موظف به رعایت دستورالعمل فوق و انجام تصویربرداری بدون تأخیر برای بیماران کد ۷۲۴ می باشند.
- تکنسین فوریت های پزشکی به همراه چامپک دارویی، CPR و دستگاه الکتروشوک یا AED تا زمان تحویل بیمار به کد استروک در واحد سی تی اسکن می بایست بربالین بیمار وجود داشته باشد.
- بعد از رسیدن بیمار با کد سما به مرکز درمانی ۷۲۴ ، کد استروک بر بالین بیمار روی برانکارد اورژانس پیش بیمارستانی حاضر شده و بعد از رد علائم تهدید کننده حیات، بیمار توسط تکنسین های فوریت های پزشکی بدون انجام پروسه تشکیل پرونده، توسط برانکارد اورژانس پیش بیمارستانی به واحد سی تی اسکن مرکز درمانی منتقل گردد و روی تخت سی تی اسکن بیمار تحویل کد استروک گردد. در صورتیکه بیمار بد حال و دارای علائم تهدید کننده حیات باشد بیمار در اورژانس تحویل پزشک متخصص طب اورژانس/ پزشک اورژانس گردد.

در صورت تایید علائم (+)FAST توسط کد استروک، اگر بیمار بد حال است بیمار به بخش اورژانس تحویل گردد و در غیر صورت بلافاصله بدون فرآیند تشکیل پرونده بیمار مستقیماً به بخش سی تی اسکن منتقل می شود و همزمان یک نفر از پرسنل از پیش تعیین شده بیمارستان نسبت به تشکیل پرونده بیمار اقدام نماید. بیمار از روی برانکارد پاچلاقی اورژانس پیش بیمارستانی به روی تخت سی تی اسکن تحویل داده شود.

پس از انجام سی تی اسکن بیمار در صورت تایید سکته مغزی حاد نوع ایسکمیک و عدم کنتراستیکاسیون های تزریق دارو، می توان تزریق داروی rtPA، را در سی تی اسکن شروع نمود و در صورت وجود تخت استروک یونیت در آن بخش تزریق ادامه یابد. در صورت عدم وجود تخت خالی، در بخش اورژانس تحت مانیتورینگ درمان ادامه یافته و در اولین فرصت بیمار به بخش استروک یونیت (SCU) انتقال یابد. حداکثر زمان استاندارد از زمان انجام سی تی اسکن تا شروع درمان rtPA، ۱۵ دقیقه می

• کد ۷۲۴ :

- کدی است که برای بیمار با علائم سکته حاد مغزی در ۷ روز هفته ۲۴ ساعت شبانه روز توسط بیمارستان های مشمول طرح صورت می پذیرد

• مراکز درمانی ۷۲۴

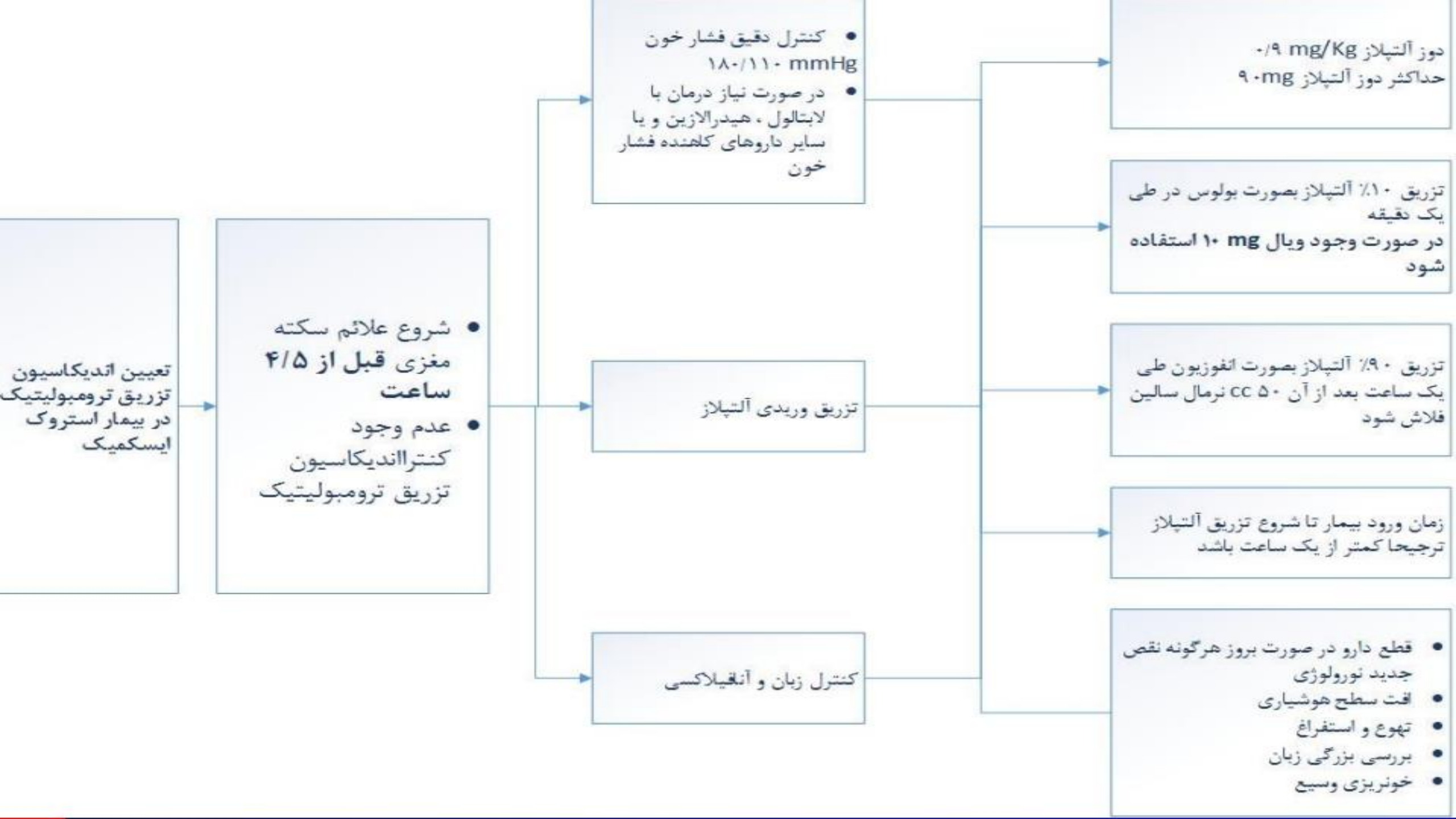
- بیمارستانی است که واجد تیم استروک طبق تعریف شناسنامه استاندارد خدمات مدیریت درمان میباشد
- و مجهز به دستگاه سی تی اسکن و شرایط تزریق ترمبولیتیک می باشد

۷ روزهفته
۲۴ ساعت
شبانه روز



Thrombolytic Checklist: Contraindications

- Evidence of intracranial hemorrhage on pretreatment CT.
- Clinical presentation suggestive of subarachnoid
- Active internal bleeding.
- Within 3 months any intracranial surgery, serious head
- trauma, or previous stroke.
- On repeated measurements, SBP greater than 185 mm Hg or
- DBP greater than 110 mm Hg at the time treatment is to
- begin.
- History of intracranial hemorrhage.
- Known arteriovenous malformation, or aneurysm



مراقبت‌های کلی در استفاده از آلتپلاز

مطابقت بیمار از نظر نداشتن کنتراندیکاسین جهت دریافت آلتپلاز

از زمان ورود بیمار به بیمارستان تا زمان شرع آلتپلاز ترجیحا کمتر از یک ساعت باشد

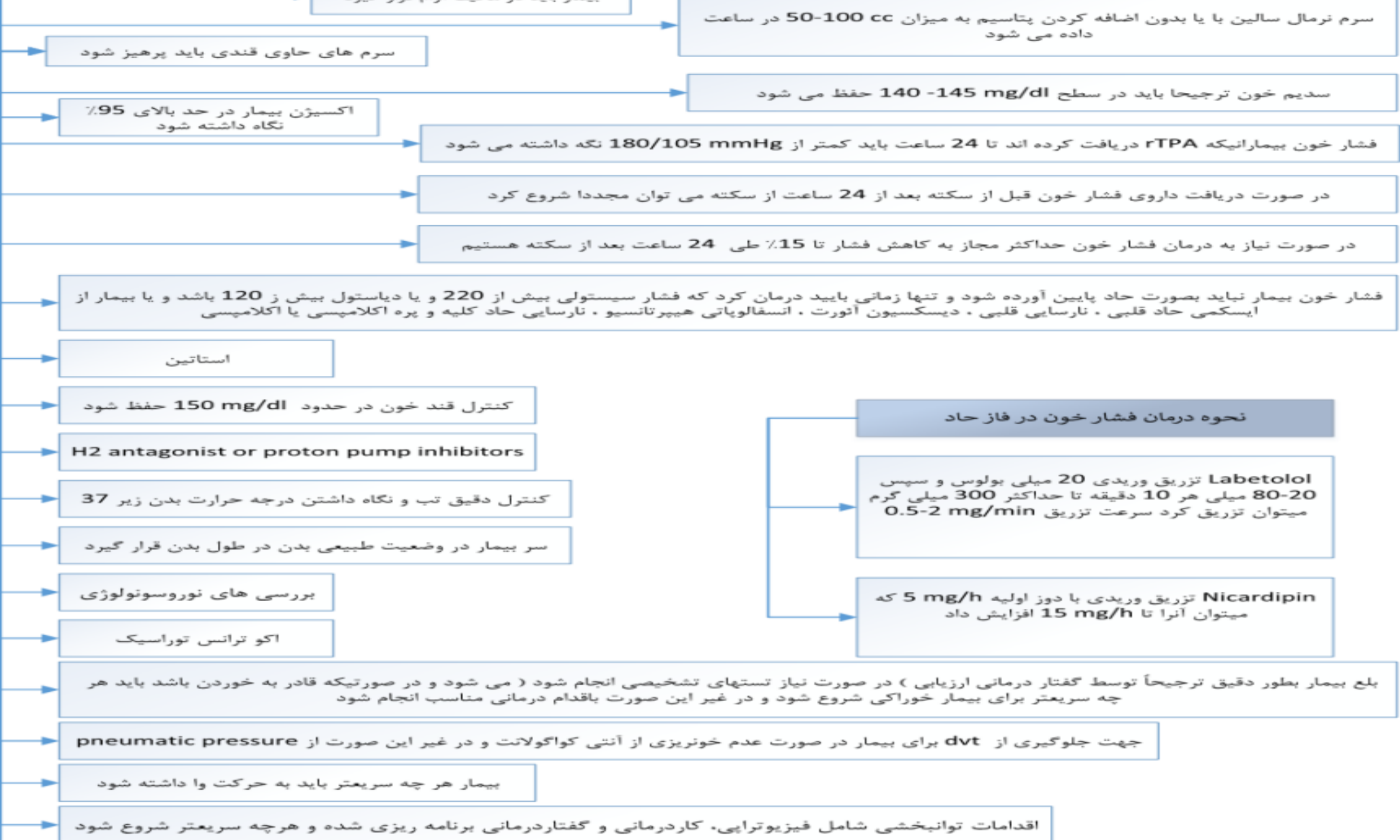
در طی تزریق هر ۵ دقیقه و بعد از آن تا ۲۴ ساعت هر یک ساعت علائم حیاتی و معاینه نورولوژیک بیمار

- در صورت بروز هرگونه تغییر سطح هوشیاری و یا علائم جدید نورولوژیک سریعا CT scan بیمار انجام شود
- در صورت هموراژی طبق پروتکل عمل شود

بعد از ۲۴ ساعت از تزریق دارو برای بیمار CT scan انجام شود

در صورت عدم وجود هموراژی CT scan را بعد از ۲۴ ساعت درمان مناسب آنتی پلاکت یا آنتی کواگولانت انجام شود

- در صورت امکان در طی ۲۴ ساعت اول از بیمار خونگیری نشود
- در صورت نیاز به سونداژ / NG tube حداقل ۲ ساعت بعد از تزریق انجام شود



REHABILITATION

✿ If you have a stroke, start a rehabilitation program as soon as you can

✿ Rehabilitation may focus on:

- Self-care
- Mobility
- Communication
- Cognitive skills
- Social skills



REHABILITATION SPECIALISTS

- Physicians
- Rehabilitation nurses
- Physical therapists
- Speech/language therapists



اقدامات پرستاری

• اهداف اصلی برنامه ریزی مراقبت پرستاری برای بیمار CVA و خانواده وی ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- بهبود وضعیت تحرک
- بهبود درد / جلوگیری از درد شانه
- دستیابی به مراقبت از خود
- رفع محرومیت حسی و ادراکی
- پیشگیری از بروز آسپیراسیون
- کنترل روده و مثانه
- بهبود فرآیند تفکر
- دستیابی به نوعی ارتباط
- حفظ یکپارچگی پوست
- بازگرداندن عملکرد خانوادگی
- بهبود عملکرد جنسی عدم وجود عوارض



اقدامات پرستاری

• **درد شانه در رابطه با همی پلژی / عدم استفاده از عضو**

- **هرگز بیمار CVA را با شانه شل بلند نکنید یا بازو یا شانه آسیب دیده را نکشید.**
- **از حرکت و موقعیت مناسب برای بیمار استفاده کنید؛ به طور مثال در هنگام نشستن بازوی شل بیمار روی میز یا بالش قرار دهید.**
- **تمرینات دامنه حرکتی مفید هستند، اما از حرکات شدید بازو خودداری کنید.**
- **بالا بردن بازو و دست برای جلوگیری از ادم وابسته دست توصیه می شود.**
- **در صورت وجود درد، شدت و الگوی درد را بررسی نمایید.**
- **داروهای ضد درد را طبق دستور پزشک تجویز کنید.**



اقدامات پرستاری

• خطر الگوی تنفسی غیر مؤثر در ارتباط با ضعف یا فلج عضلات شکمی و دیافراگم

• - اکسیژن تراپی جهت حفظ spo2 در حد بالا

• - لوله گذاری داخل تراشه در صورت نیاز

• - به عنوان پرستار علائم و الگوهای غیر طبیعی تنفس مانده تنفس کوتاه، دیس پنه، هایپرونتیلیسیون و استفاده از عضلات کمکی در تنفس را بررسی کنید.

• - با استفاده از کاپنوگرافی و پالس اکسیمتری تغییرات مهم را کنترل و گزارش کنید



اقدامات پرستاری

- - ترس و اضطراب بیمار را با اقدامات زیر کاهش دهید:
- بیمار را تشویق کنید در مورد اضطراب خود صحبت کند، محیط آرام ایجاد نمایید، به زبان ساده با بیمار صحبت کنید، از روش‌های غیردارویی کاهش درد برای بیمار استفاده کنید.



اقدامات پرستاری

- - به منظور کاهش فشار دیافراگم به قفسه سینه در اثر تجمع گاز و مایع در معده و روده اقدامات لازم را انجام دهید:
- هر دو ساعت بیمار را تشویق به انجام سرفه عمیق و تمرینات تنفسی نمایید، بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید، در زمان هایپرونتیلیسیون بیمار را تشویق نمایید تا تنفس های آرام داشته باشد، تغییر وضعیت بیمار را حداقل هر دو ساعت یکبار در نظر داشته باشید.
- - در صورتی که تعداد تنفس از ۱۲ بیشتر است با مشورت پزشک معالج از مسکن هایی مانند آرامبخش ها و مخدر برای بیمار استفاده نمایید.
- در صورت تداوم علائم اختلال در تبادلات گازی شامل اختلال هوشیاری، ناآرامی، تحریک پذیری، سیانوز، مقادیر غیر طبیعی پالس اکسیمتری یا کاپنو گرافی با پزشک بیمار مشورت کنید

اقدامات پرستاری

- خطر پاکسازی غیر مؤثر راه هوایی در ارتباط با ضعف عضلات بین دنده‌ای / انسداد لارنکس به دلیل برگشت زبان به عقب / تجمع ترشحات / اختلال در حرکات دیافراگم و قفسه سینه
- - به عنوان پرستار نشانه‌های تغییر در عملکرد ریه و پاکسازی نامناسب راه هوایی را مورد بررسی قرار دهید:
- تنفس‌های تند، سطحی و نامنظم، دیس پنه و ارتوپنه، استفاده از عضلات کمک تنفسی، وجود صداهای اضافی (رال، ویزینگ، رونکای و استریدور) وجود خلط غلیظ با حجم زیاد، کف آلود یا خونی، اختلال هوشیاری، بی‌قراری و تحریک پذیری، پوست تیره و سیانوزه و ...
- - علائم حیاتی را کنترل کنید.
- - اقداماتی در جهت آرامش و کاهش درد بیمار انجام دهید.
- - فعالیت‌های بیمار را بر اساس تحمل او و مشورت با پزشک معالج به تدریج افزایش دهید.
- - هنگام انجام سرفه، بیمار را در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار دهید تا بهتر از عضلات کمکی تنفس استفاده کند.

اقدامات پرستاری

• - جهت رقیق نمودن ترشحات اقدامات زیر را انجام دهید:

- روزانه حداقل ۲۵۰۰ سی سی مایعات به بیمار برسانید مگر اینکه منع مصرف داشته باشد؛ مثل افزایش ICP، هوای دمی را مرطوب کنید، بخور تراپی را مد نظر داشته باشید، با مشورت پزشک معالج از عوامل موکولیتیک برای بیمار استفاده کنید.
- - از درناژ وضعیتی، کوبش و لرزش مطابق دستورات پزشک برای بیمار استفاده کنید.
- - در صورت لزوم از ساکشن ترشحات استفاده نمایید.

اقدامات پرستاری

- احتمال بروز آسپیراسیون در ارتباط با اختلال در سطح هوشیاری، کاهش رفلکس گگ، کاهش رفلکس سرفه، اختلال در بلع، پوزیشن خوابیده به پشت، تهوع و استفراغ، افزایش فشار داخل معده، تاخیر در تخلیه معده، تغذیه از طریق NGT
- -فاکتورهای خطر بروز آسپیراسیون را بررسی و برطرف نمایید.
- - علائم آسپیراسیون را در بیمار بررسی کنید.
- - پوزیشن مناسب جهت جلوگیری از آسپیراسیون به صورت پوزیشن نیمه نشسته یا به پهلو (در صورت نداشتن منع) برای بیمار در نظر گرفته شود.

اقدامات پرستاری

• رژیم غذایی

- در صورتی که بیمار هوشیار است، رژیم غذایی را با مایعات شروع کنید و کم کم به غذای نرم تبدیل نمایید-
- تا نیم ساعت پس از تغذیه پوزیشن بیمار در وضعیت نیمه نشسته باشد.
- - به بیمار آموزش دهید غذاها را به آرامی بجود (در صورت PO بودن).
- - برنامه غذایی در وعده‌های کم حجم و تعداد دفعات زیاد جهت جلوگیری از برگشت محتویات معده به علت اتساع شکم برای بیمار تنظیم شود.



اقدامات پرستاری

- در صورتی که بیمار اختلال در بلع داشته و احتمال خفگی وجود دارد، مواد غذایی باید به صورت مایع غلیظ و یا جامد نرم باشد و بعد از تمرین
- و گذشت زمان به رژیم غذایی معمولی تبدیل شود.
- – با توجه به وضعیت بیمار، رژیم غذایی کم چرب و کم نمک مصرف شود.
- – رژیم غذایی باید حاوی میزان زیاد فیبر میوه جات و سبزیجات تازه باشد. در صورت ناتوانی در مصرف، طبق توصیه پزشک از یک ملین
- استفاده کنید.

اقدامات پرستاری

• خطر بروز ترومبوز وریدی عمقی و آمبولی ریه در ارتباط با رکود خون ناشی از بی حرکتی و فلج اندام

- توجه به علائم و نشانه‌های ترومبوز وریدی عمقی و آمبولی ریه شامل التهاب و درد شدید، تورم و قرمزی، حساسیت به لمس در اندام مبتلا، نبض‌های محیطی ضعیف و نامنظم، درد قفسه سینه و تنگی نفس در صورت حرکت لخته و علامت هومان مثبت (درد پشت ساق پا وقتی که کف پا به سرعت به عقب خم می‌شود).
- استفاده از داروهای ضد انعقاد مثل هپارین، انوکسپارین و وارفارین جهت پیشگیری از لخته تشکیل لخته جدید طبق دستور پزشک.
- درمان ترومبولیتیک‌ها جهت حل شدن لخته‌ی تشکیل شده و رفع یا کاهش انسداد وریدی مثل آلتپلاز، تنکتپلاز، یوروکیناز و استرپتوکیناز طبق دستور پزشک.
- درمان فشاری شامل جوراب‌های الاستیک، ابزار فشاری متناوب پر شده از هوا و بانداژ فشاری.
- قرار دادن عضو در حالت ۳۰ درجه (ممنوعیت در حالتی که ترومبوز ایجاد شده باشد یا حرکت کرده باشد)
- استراحت مطلق در تخت
- استفاده از مسکن جهت کاهش درد

اقدامات پرستاری

• مراقبت از مجاری ادراری:

- این بیماران دچار بی اختیاری در دفع ادرار و مدفوع هستند و ممکن است دارای سندهای ادراری خارجی یا داخلی باشند که جهت پیشگیری از احتباس ادراری دفع مایعات باید کنترل شود.
- در صورت کدر شدن رنگ ادرار و یا خونی شدن بهتر است لوله تعویض شود در غیر این صورت هر ۱۴ روز یکبار تعویض آن کافی است (شست و شوی ناحیه لازم است)
- جهت کنترل دفع مدفوع بهتر است بیمار را عادت داد که در ساعات مشخصی دفع صورت گیرد در صورت بروز اسهال و یا یبوست های طولانی با پزشک مشورت شود.

اقدامات پرستاری

• نکات آموزشی مشکلات حسی و ادراکی

- – توصیه میشود افراد خانواده برای ارتباط با بیمار از سمت مبتلا به بیمار نزدیک شوند. و از سمت مبتلا با بیمار صحبت کنند تا بیشتر موجب تحریک شنوایی و بینایی وی گردد. برای تحریک شنوایی، از رادیو، تلویزیون استفاده شود
- – میز کنار تخت و کلیه لوازم بیمار در سمت مبتلا قرار گیرد.
- – برای تحریک لمس، بیمار را لمس و نوازش کرده و پس از استحمام پماد و یا روغن به بدن وی بمالید

اقدامات پرستاری

• ایمنی بیمار و مراقبت از خود

• – توصیه میشود در صورت نیاز از وسایل کمک حرکتی (عصا، واکر، صندلی چرخدار) استفاده شود.



با تشکر از
توجه شما