

## سکته مغزی (Stroke)



### مشکل چیست؟

سکته را تصادف عروق مغزی (cerebrovascular accident)، CVA یا حمله مغزی نیز می گویند. در این اختلال خونرسانی به بخشی از مغز دچار وقفه می شود و موجب مرگ سلول های مغزی می شود، که نتیجه اش از دست رفتن عملکرد مغزی ناحیه درگیر است. این اختلال خونرسانی اغلب در اثر انسداد جریان خون شریانی (سکته ایسکمیک) از قبیل تشکیل لخته خون رخ می دهد، اما ممکن است در اثر نشت یا پاره شدن عروق مغزی (سکته هموراژیک) رخ دهد. لخته خون ممکن است در اثر یک قطعه از پلاک ناپایدار روی دیواره عروقی ایجاد شود که آزاد شده و به مغز برسد یا آمبولی ممکن است از جاهای دیگر بدن حرکت کرده و در عروق مغزی مستقر و گیر کند. خونریزی ممکن است در اثر تروما یا به صورت خودبخودی رخ دهد، مثلاً در اثر [هیپرتانسیون](#) کنترل نشده. ایسکمی در اثر ناکافی بودن جریان خون به بافت مغز رخ می دهد. این وضعیت موجب کاهش اکسیژن در دسترس (هیپوکسی) و گلوکز در دسترس (هیپوگلیسمی) بافت مغزی می شود. زمانی که این مواد مغذی برای مدتی در دسترس نباشد، سلول های مغزی شروع به مردن می کنند، موجب انفارکتوس بخشی از مغز می شوند. کمبود دائمی در اثر انفارکتوس رخ می دهد. بیماران دارای سابقه [هیپرتانسیون](#)، [دیابت ملیتوس](#)، کلسترول بالا، [فیبریلاسیون دهلیزی](#)، چاقی، سیگار، یا مصرف کنندگان داروهای ضد بارداری خوراکی در خطر بالاتر سکته مغزی هستند. این بیماران ممکن است حمله ایسکمیک گذرا (TIA) را تجربه کنند که در آن علائم در اثر مشکل موقتی جریان خون در ناحیه ای از مغز رخ می دهد. علائم بین چند دقیقه تا ۲۴ ساعت ممکن است طول بکشد.

## پیش آگهی

درجه آسیب و موضع سکته تعیین کننده پیش آگهی سکته مغزی است. سکته ای که ناگهانی رخ دهد و بیمار به دنبال درمان فوری باشد، بهترین برآیند ممکن را خواهد داشت. اکثریت سکته ها ایسکمیک هستند. ورود سریع به سیستم مراقبت بهداشتی و درمان با داروهای ترومبولیتیک (بجز مواردی که کنترااندیکاسیون دارند) می تواند لخته را خرد کرده و ایسکمی را رفع کند و به بیمار بهترین شانس ممکن را برای بهبودی بدون معلولیت دائمی می دهد. بیماران مبتلا به سکته هموراژیک به جراحی برای رفع فشار داخل جمجمه یا توقف خونریزی نیاز دارند. ناحیه وسیع آسیب ممکن است منجر به ناتوانی و معلولیت دائمی یا مرگ شود.

## علائم و نشانه های تشخیصی

۱. اختلال ذهنی
۲. عدم آگهی به زمان و مکان، گیجی
۳. تغییرات عاطفی، تغییرات شخصیت
۴. مشکل سخن گفتن، ممکن است شنوایی یا ابرازی باشد (Aphasia)
۵. کلمات مبهم
۶. تغییرات حسی (پارستزی، تغییرات بینایی، تغییرات شنوایی)
۷. بی حسی یا ضعف یک طرفه صورت یا اندام ها
۸. تشنج
۹. سردرد شدید در اثر افزایش فشار داخل جمجمه در اثر خونریزی
۱۰. علائم TIA شبیه بوده اما طول مدت و رفع آنها کوتاه تر است

## تست های تشخیصی

۱. سی تی اسکن ناحیه خونریزی را نشان می دهد (معمولا در اورژانس استفاده می شود)
۲. تصویر MRI (تصویر برداری تشدید مغناطیسی) نشانگر موضع ایسکمی است (کندتر از CT اسکن است)
۳. تصویر MRA (آنژیوگرافی تشدید مغناطیسی) می تواند عروق غیرطبیعی یا اسپاسم عروق مغزی را نشان دهد
۴. تست های انتشار/پرفیوژن MRI یا MRA نشانگر نواحی است که خونرسانی کافی ندارند، اما دچار انفارکتوس نشده اند
۵. توموگرافی کامپوتتری انتشار تک فوتون (SPECT) ناحیه ای که به اندازه کافی خونرسانی نمی شود را نشان می دهد.

## درمان

۱. تشخیص افتراقی سکته ایسکمیک از سکته هموراژیک بسیار اهمیت دارد. اگر داروی ترومبولیتیک به بیماری داده شود که دچار سکته هموراژیک است، موجب تشدید هر چه بیشتر خونریزی داخل مغز بیمار می شود. بایستی در توصیه بیماران مبتلا به ضربه مغزی، هیپرتانسیون کنترل نشده، رتینوپاتی هموراژیک، خونریزی گوارشی، جراحی اخیر، سکته قلبی اخیر، یا حاملگی برای ترومبولیتیک درمانی احتیاط کرد.
۲. تجویز داروی ترومبولیتیک (TPA) در طی ۳ ساعت پس از بروز علائم، مگر اینکه کنترااندیکاسیونی برای این درمان وجود داشته باشد.
۳. تجویز داروهای ضد انعقاد برای بیماران مبتلا به سکته ایسکمیک پس از استفاده از TPA:
۴. « هپارین (heparin)
۵. « وارفارین (warfarin)
۶. « هپارین با وزن ملکولی پایین (low-molecular weight heparin)
۷. « آسپیرین (aspirin)
۸. تجویز داروهای ضد پلاکت برای کاهش چسبندگی پلاکت ها، مورد استفاده برای پیشگیری از سکته مغزی:
۹. « کلوپیدوگرل (clopidogrel)
۱۰. « تیکلوپیدین هیدروکلراید (ticlopidine hydrochloride)
۱۱. « دیپیریدامول (dipyridamole)
۱۲. تجویز کورتیکواستروئید برای کاهش تورم
۱۳. « دکزامتازون (dexamethasone) دکادرون (Decadron)
۱۴. فیزیوتراپی برای حفظ تون عضلانی یا برگردان عملکرد بیمار
۱۵. گفتار درمانی برای کمک به صحبت و بلع بیمار

- ۱۶. ♦ شغل درمانی برای کمک به برگرداندن عملکرد شغلی بیمار
- ۱۷. ♦ استراحت در تخت برای کاهش شانس صدمه
- ۱۸. ♦ تغذیه کافی با غذای مناسب
- ۱۹. ♦ اندارترکتومی (endarterectomy) شریان کاروتید برای در آوردن پلاک از طریق شریان کاروتید در صورت وجود تنگی
- ۲۰. ♦ استنت گذاری شریان کاروتید برای حفظ جریان خون
- ۲۱. ♦ تصحیح جراحی نقص عملکرد شریانی وریدی، آنوریسم، خونریزی داخل جمجمه

## فرآیند پرستاری بیمار بهبود یافته از سکته :

مرحله حاد سکته ممکن است ۳-۱ روز طول بکشد این بیماران در معرض چندین عارضه قرار دارند :

- ۱- عدم استقرار در وضعیتی مشخص همراه با مشکلات عضلانی و اسکلتی، اشکال در بلع، اختلال در عملکرد مثانه و روده
- ۲- عدم توانایی در انجام امور مراقبت از خود
- ۳- از بین رفتن سلامت پوست بعد از اینکه سکته کلیه مراحل خود را طی کرد، رسیدگی به بیمار متوجه آغاز سریع فعالیتهای توان بخشی برای کلیه نقایص عصبی ایجاد شده می شود .

## تشخیص های پرستاری :

- ۱- اختلال در تحرکات فیزیکی (همی پلژی ، پارزی و عدم تعادل و هماهنگی)
- ۲- درد (شانه دردناک) در ارتباط با همی پلژی و عدم استفاده از عضو
- ۳- اختلال در مراقبت از خود (نظافت، توالیت رفتن، جابجایی و تغذیه)
- ۴- تغییرات ادراکی حسی
- ۵- دیس فازی
- ۶- بی اختیاری در ارتباط با شل شدن مثانه

۷- تغییر در فرآیند مربوط به تفکر

۸- اختلال در برقراری ارتباط کلامی

۹- خطر بروز اختلال در سلامت پوست (پلژی و پارزی و کاهش تحرک)

۱۰- تغییر در فرآیندهای مربوط به خانواده در ارتباط با بیماری

نکته: اگر چه ناتوانی از روز وقوع سکته آغاز می شود این فرایند در دوران نقاهت تشدید می یابد، شناخت بیمار قبل از سکته، از نظر توانائی ها، بیماری ها، وضعیت روحی، وضعیت رفتاری و فعالیت-های روزانه بسیار مفید است .

## مداخلات پرستاری :

بهبود وضعیت حرکت و پیشگیری از تغییر شکل مفاصل:

در بیماران همی پلژی وقتی بر عضلات ارادی کنترلی وجود نداشته باشد عضلات خم کننده قوی نیروی خود را صرف کنترل بر عضلات بازکننده می نمایند 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، و پا نیز به طرف کف پا خمیده می شود،

## مداخلات پرستاری مربوطه شامل :

۱- قراردادن اعضای خارجی در یک امتداد تا از آسیب اعصاب خصوصا اولناروپرونئال اجتناب شود، بهتر است در طول شبانه روز از آتل خلفی استفاده شود تا وضعیت صحیح حین خواب نیز حفظ شود .

۲- تغییر وضعیت بدن هر ۲ ساعت، اما مدت زمانی که به سمت قسمت بی حس می خوابد باید کمتر باشد چون منجر به بروز اختلال حسی بیشتر می شود .

۳- استفاده از ورزشهای Passive و پیشگیری از تشکیل لخته و آمبوی ریوی

## بهبود فعالیت های 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 که منجر به خستگی و پیچ خوردن عضلات بین دنده ای می شود کاهش می یابد. رسیدگی به مشکلات حسی - ادراکی ایجاد شده: به بیماری که میدان بینایی وی کاهش یافته، 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 دیس فاژی (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 .**

## 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 (۲ تا ۳ 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 سکنه احتمال نقایص شناختی رفتاری و هیجانی بالا می رود که باید در یک برنامه آموزشی مدون جهت پرورش قابلیت های شناختی ادراکی تصویرسازی جهت جبران ناتوانی های ایجاد شده مورد استفاده قرار گیرد .

نکته: پرستار نقش حمایتی را برعهده دارد وی 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 سکته 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 در این 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 ۲ 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 خلعیات جدید مددجو آشنا کند و در مورد نحوه برخورد صحیح با مددجو به آنها آموزش دهد .

- با تشکر

گروه آموزشی بخش داخلی بیمارستان شهدا بندرلنگه

۱۴۰۱