اختلالات سطح هوشیاری

به نام خدا

اهداف سمینار

1- فراگیر بتواند اختلالات هوشیاری تعریف کند و تفاوت آن با اختلالات محتوای هوشیاری را بیان کند

2- فراگیر بتواند علل مختلف کاهش سطح هوشیاری را شرح دهد

3- فراگیر بتواند کاهش سطح هوشیاری یا منشاء متابولیک را تشخیص و درمان آن را ذکر کند

4- فراگیر بتولند کاهش سطح هوشیاری با منشاء سکته های مغزی را تشخیص و درمان آن را ذکر کند

5- فرا گیر بتواند کاهش سطح هوشیاری یا منشاء مسمویت های دارویی را تشخیص و درمان آن را ذکر کند

6- فراگیر بتواند مراقبت های پرستاری از بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری را شرح دهد

- اختلالات هوشياري شامل اختلالاتي هستند كه در آن ها سطح آگاهي و هوشياري بيمار آسيب مي بيند .
- سطح هوشياري: كنفيوز تا كماي عميق
- محتواي هوشياري: دمانسي
- تفاوت كنفوزيوني حاد و دمانسي: سير زماني اختلال است .

مفهوم سنکوپ←تحریک سینوس کاروتید توسط دارو یا فشار بر روی آن ←تحریک واگ مهار گره← AVNوSAN←

کاهش فشار خون سیستمیک←کاهش پرفیوژن← بافت مغز برای لحظاتی

faint←

منشاء اختلالات کاهش سطح هوشياري

1- وجود تومور مغزي
2- سکته هاي مغزي
3- مسموميت هاي دارويي (آرام بخش ها- خواب آورها- ضد افسردگي ها)
4- مسموميت با مواد مخدر و الکليسم مزمن
5- اختلالات متابوليک (افزايش و پرکاري تيروئيد و آدرنال)
6- اختلالات الکتروليتي (افزايش و کاهش سديم و کلسيم)

مراحل کاهش سطح هوشياري

Confusion ← Disorientation ← Delirium ← Lethargy ← Obtundation ← Stupor ← Coma ← deep coma

مقياس کمای گلاسکو **GCS:**

حرکتي 2 . چشمي 3. کلامي1

نــمره دهيدر GCS

- **حركتي :** 6. به دستورات كلامي 5. لوكاليزه كردن درد 4. دور كردن محرك بدون هدف 3. دكورتيكه
  2. دسربره 1. عدم پاسخ
- **پاسخ چشمي :** 4. به خودي خود 3. به دستورات كلامي 2. به درد 1. عدم پاسخ
- **پاسخ كلامي :** 5. گفتگو با هدف 4. پرت و پلا گويي 3. به كار بردن كلمه 2. توليد اصوات 1. عدم پاسخ

بیمار م.احمدی صبح دیروز به دنبال سقوط از داربست به اوژانس شهید رجایی آورده شد.در بررسی های به عمل آمده معلوم شد بیمار دچار آسیب ناحیه ورنیکه و C2 شده است

هم اکنون بیمارچشمان خود را باز وبسته می کند شما زنیدGCSحدس می بیمار چند باشد؟

هدف از نحوه برخورد با اختلال سطح هوشياري :

1. تعيين ماهيت (سطح يا محتوا)
2. تعيين علت

نحوه شرح حال گرفتن از بيمار دچار اختلال سطح هوشياري

- **تاريخچه بيماري** : تعيين ماهيت بيماري (دمانسي يا كنفوزيون – سطح يا محتوا)
- **سيستم قلبي عروقي** : سابقه سكته اخير ، هايپرتنش مي تواند علت عروقي را براي حالت كنفوزيون حاد مطرح كرد .
- **سابقه ديابت :** علت مي تواند هايپراسمولار غيركتوني يا هيپوگليسمي باشد .
- **سابقه صرع :** تروما به سر در حالت سقوط يا حالت پس از تشنج
- **تروما سر :** خونريزي هاي ساب دورال ، اپي دورال و اينتراكرانيال را مطرح مي كند .
- **الكليسم :** آنسفالوپاتي ورنيكه ، كبدي ، سندرم كورساكف ، تروما به سر به علت سقوط

نحوه شرح حال گرفتن از بيمار دچار اختلال سطح هوشياري

- **سابقه مصرف دارويي :** انسولين ، خواب آورها ، ضد افسردگي ها ، ضدسايكوزها ، اپيوم
- سابقه خانوادگي مي تواند بيماري هاي دژنراتيو ارثي را مطرح كند ؛ هانتينگتون يا دمانس كه بيشتر اختلال در محتوا است .

علائم حياتي در بيماران دچار اختلال سطح هوشياري

1. افزايش T : منتژيت
2. افزايش BP : آنسفالوپاتي هيپرتانسيون ، خونريزي داخل جمجمه ، سندرم كوشينگ
3. كاهش T : هيپوگليسمي ، آنسفالوپاتي كبدي يا ورنيكه ، هيپوتيروئيديسم

بررسي پوست :

1. يرقان ← اختلالات كبدي
2. زرد ليمويي ← ويتامين
3. پوست نازك ، موي ضعيف و شكننده ← هيپوتيروئيديسم
4. پتشي ، اكيموز ← DIC ، ترومبوسايتوپني ترومبوتيك
5. پوست خشك و داغ ← هيپوتيروئيديسم

معاينه سر و گردن:

1. بررسي احتمال تروماي سر
2. باتل ساين وراكون ساين ، آتوره و رينوره ← آسيب اكسي پتال
3. دق جمجمه در محل هماتوم ساب دورال باعث درد مي شود .
4. علامت برودزينسكي و علامت كرنيك ← در منتژيت و خونريزي ساب آراكنوئيد

- يكي از معيارهاي افتراقي براي تشخيص كماي عصبي يا متابوليك مي تواند اين باشد كه در كماي متابوليك رفلكسي هاي قرنيه طبيعي است .

معاينه ته چشم :

- ادم پاپي يا خونريزي داخل شبكيه ← مطرح كننده هايپرتانسيون حاد و ICP
- خونريزي ساب هيالوئيد (شبكيه سطحي) ← در فرد بزرگسال ← مطرح كننده خونريزي ساب آراكينوئيد
- انحراف يك يا دو چشم به سمت پائين در شست شوي گوش با آب سرد ← نشان دهنده مسموميت با آرام بخش ها

در نظر گرفتن زمان

- شروع ناگهاني كما ← علت عروقي ← شامل سكته ساقه مغز يا خونريزي ساب آراكنوئيدي
- شروع سريع علائم همي پارتيك (همي پارزي ، همي سنسوري ، آفازي در عرض چند دقيقه تا چند ساعت ← IHC
- سير زمان طولاني تر ← تومور ، آبسه ، هماتوم ساب دورال مزمن

کیفیت کاهش سطح هوشیاری

- 1- کاهش سطح هوشیاری به طور ناگهانی با وجود دوره‌هایی از سطح هوشیاری می‌تواند بیانگر خونریزی اپی‌دورال باشد
- 2- کاهش سطح هوشیاری به طور تدریجی ← خونریزی ساب دورال

اقدامات اورژانسي وتشخيصي در بيماران كمايي با علت نا مشخص:

- از كفايت راه هوايي و گردش خون مطمئن شويد
- گرفتن رگ و دادن 25 گرم دكسترز ، mg 100 تيامين، 0/4- 1/2 mg نالوكسان
- نمونه خون براي ارزيابي گلوكز ، الكتروليت ، عملكرد كبد و كليه ، PTT، PT CBC
- گرفتن نمونهABG
- در صورت شواهد براي مننژيت ← گرفتن LP
- در صورت شواهد به نفع خونريزي يا ضايعه ساب آراكنوئيد ← گرفتن CT اسكن

اختلالات سوء مصرف مواد

- قطع مصرف الکل : سه نوع سندروم قطع مصرف الکل شناخته شده است . به علت همراهی این حالت با خطر بروز آنسفالوپاتی ورنیکه در بدو ورود بیمار تزریق 100 mg تیامین به صورت IM یا IV ضروری به نظر می رسد .

قطع مصرف الکل

1. رعشه و توهم ← خود محدود شونده، 2 روز پس از قطع مصرف الکل و با رعشه ، آژیتاسیون ، بی اشتهایی ، تهوع ، بی خوابی ، تاکیکاردی ، هایپرتاسیون مشخص می شود .

2. تشنج ← h 48 پس از مصرف الکل، بسیاری از موارد به طور خود به خودی متوقف می شود . 6-12 ساعت باید بیمار تحت نظر باشد تا از عدم وجود ویژگی های غیرمعمول اطمینان حاصل گردد .

3. دلیریوم ترمنس ← جدی ترین سندروم ناشی از قطع مصرف الکل است که به طور تیپیک 3-5 روز پس از قطع مصرف شروع می گردد و تا 72 ساعت به طول می انجامد و با کانفیوژن ، آژیتاسیون ، تب ، تعریق ، تاکیکاردی ، هایپرتاسیون و بروز توهم همراه است .

درمان:

- درمان سندروم فوق شامل تجویز دیازپام به میزان5-20mg و یا کلردیازپوکساید به میزان25-50mg می باشد .
- در مورد تشنج معمولاً نیازی به تجویز دارو وجود ندارد زیرا ماهیت self – restricting دارد .

مسمومیت با داروهای آرامبخش :

- علائم کلاسیک : حالت کانفیوژن یا کما ، دپرسیون تنفسی ، ↓BP ، ↓T، نیستاگموس یا فقدان حرکات چشمی ، آتاکی و هایپورفلکسی
- رایج ترین داروها ← بنزودیازپین ها و باربیتورات ها
- **هدف از درمان :** حمایت از عملکرد قلبی و تنفسی بیمار و همزمان حذف دارو از بدن بیمار می باشد .

عوارض : پنومونی آسپیراسیون ، ادم ریه ناشی از اضافه بار مایعات

نکته:استفاده از داروهای آنتی دوت مثل فلومازنیل

قطع مصرف داروهای آرامبخش :

- در صورت قطع ناگهانی می توانند موجب بروز حالت کانفیوژن یا تشنج گردند البته میزان بروز و شدت سندرم های قطع مصرف به مدت مصرف، دوز دارو و نیمه عمر آن بستگی دارد .
- به طور معمول ، سندرم های قطع مصرف 3-1 روز پس از قطع مصرف داروهای کوتاه اثر اتفاق می افتد . معمولاً فقط هنگامی تشنج رخ می دهد که مصرف متوسط روزانه چندین برابر دوز درمانی معمول باشد .
- سندروم قطع مصرف داروهای آرامبخش به وسیله باربیتوراتهای طولانی اثر نظیر پنتوباربیتال درمان می شود و دوز آن مقدار است که بیماررا در حال آرامش نگه دارد ، بدون آنکه علایمی از مسمومیت ظاهر شود و پس در مدت 2 هفته به تدریج دوز دارو کاهش می یابد .

مخدرها :

- علایم : حالات کانفیوژن ، دپرسیون تنفسی ، ادم ریوی ، تهوع و استفراغ ، تنگی مردمک ها ، هایپوتانسیون ، احتباس ادراری ، کاهش حرکات روده

- ویژگی اصلی مسمومیت با مواد مخدر مردمک ته سوزنی (pin point pupil) می باشد + دپرسیون تنفسی +کاهش سطح هوشیاری علاوه بر علایم ذکر شده به پاسخ بیمار به آنتاگونیست مخدرها یعنی الوکسان نیز می توان به عنوان یک راه تشخیصی توجه کرد .

- درمان : تجویز IV ناکوکسان به میزان 0/4 -0/8 mg(در کودکان 0/03تا0/1می باشد) پس از تزریق اتساع مردمک و برگشت هوشیاری به سرعت رخ می دهد .

درمان :

- CPR1-

2-حفظ راه هوایی

3-خودداری از ایجاد استفراغ

4-لاواژ معده و شارکول فعال

5-استفاده از آنتی دوت نالوکسان به صورت IV

نکته:نیمه عمر نالوکسان 10تا 30 دقیقه می باشد وبا توجه به آن که نیمه عمر مواد مخدر 2تا 4 ساعت می باشد نیاز به تکرار دوز دارد

نکته :کنترل دپرسیون تنفسی 6ساعت پس از تجویز اولین دوز نارکان

داروهای آنتی کولنیرژیک :

داروهای ضدسایکوز ، ضدافسردگی های سه حلقه ای ، بسیاری از آنتی هیستامین ها دارای اثر آنتی کلنرژیکی می باشند .

علائم : حالت کانفیوژیون ، آژیتاسیون ، توهم ، مردمک های متسع و ثابت تاری دید ، خشکی پوست و مخاط ، گر گرفتگی ، تب ، احتباس ادراری و تاکیکاردی

تشخیص : آنالیز ادرار و خون (معمولاً برای تأیید تشخیص)

معمولاً در صورت وجود آریتمی های قلبی درمان ضروری است .

درمان با فیزوستیگمین می تواند اختلال ایجاد شده را از طریق تداخل در فرایند شکسته شدن استیل کولین، مرتفع سازد .

فن سیکلیدین(PCP):

- علائم: خواب آلودگی، آژیتاسیون، فراموشی، توهم، پرانویا و رفتارتهاجمی وگاهی نیستاگموس افقی یا عمودی ، آتاکسی، هایپررفلکسی و میوکلونوس
- در موارد شدید: افزایش شدید BP ، هایپرترمی بدخیم ، صرع مداوم ، کما و مرگ
- درمان متمرکز بر علایم ایجاد شده می باشد . مثلاً برای سندروم هایپرترمی بدخیم از دانترولن استفاده می شود .
- معمولاً در مدت 24 h نشانگان برطرف می گردد .

هیپوتیروئیدیسم شدید و میگزدم :

- علائم :
- 1. دیزآرتری
- 2. کری
- 3. آتاکسی
- 4. مشخصه اصلی ▫ تأخیر در ریلاکس شدن رفلکسی های تاندونی
- 5. علائم آزمایشگاهی : T3 و T4، افزایش TSH ، افزایش کلسترول ، اسیدوز تنفسی در ABG
- درمان فوری : لووتیروکسین همراه با هیدروکورتیزون

هیپرتیروئیدیسم (بحران تیروتوکسیکون)

- **علائم :**
- 1- هیپررفلکسی و ترمور شدید
- 2- کلونوسی قوزک
- 3- افزایش شدید T
- 4- تأیید با اندازه گیری T3 و T4
- **درمان :**
- اصلاح هیپرترمی و اختلال آب و الکترولیت و آریتمی های قلبی 2. متی مازول یا پروپیل تیو اوراسیل 3. ید 4. پروپرانولول 5. هیدروکورتیزون

هیپوگلیسمی

- شایع ترین علت آن مصرف بیش از حد انسولین در بیماران دیابتی است
- هیپوگلیسمی حالتی است که در آن قند خون به کم تر از 30 mg/dl می رسد .
- علائم اولیه هیپوگلیسمی : تاکی کاردی ، تعریق و میدریاز (مرحله برگشت پذیر) به همراه خواب آلودگی و آژیتاسیون پایدار

علائم بعدی (مرحله برگشت ناپذیر)

1. کما به همراه سفتی عضلات
2. پاسخ :اکستانسورکف پا
3. وضعیت دکورتیکه و دسربره
4. علائم اختلال عملکرد ساقه مغز : الف) حرکات غیرطبیعی کره چشم ب) از دست رفتن رفلکسی های مردمک
5. در نهایت ▫ دپرسیون تنفسی ، برادی کاردی ، هیپورفلکسی

نکته : کمای هیپوگلیسمی همراه با علائم نورولوژیک موضعی و تشنج محدود یا ژنرالیزه است .

درمان :

50 ml از محلول50% دکستروز ▫ بیمار کم کم هوشیار شده اگر وارد آنسفالوپاتیبرگشتناپذیر نشده باشد .

هیپرگلیسمی:

- دو سندرم هیپرگلیسمی شامل کتواسیدوز دیابتی و هایپرگلیسمی هایپراسمولار غیرکتونی باعث آنسفالوپاتی و کما می شوند .

	کتوراسیدوز	هایپراسمولارغیرکتونی
سن	جوان	میانسال یا مسن
گلوکز	600-300	بیش از 800
اسمولاریته سرم	کم تر از 350	بیش تر از 350
کتون	+	-
اسیدوزمتابولیک	+	-
کما	شایع	غیر شایع
علائم نورولوژیک موضعی و تشنج	-	+

هیپرگلیسمی:

سایر یافته های بالینی

1. علائم ابتدایی : تاری دید ، خشکی پوست ، پلی اوری و پرنوشی، کاهشBP
2. کاهش BP و علائم دهیدراتاسیون ° در نوع هایپراسمولار
3. تنفسی کاسمال ° مشخصه کتواسیدوز دیابتی

درمان کتواسیدوز دیابتی :

4. انسولین
5. جایگزینی مایعات و پتاسیم و فسفات
6. دادن آنتی بیوتیک برای درمان عفونت همراه
7. باید سطح گلوکز خون در حد 300-200 نگه داشت تا از ادم مغزی جلوگیری شود .

درمان هایپرگلیسمی هایپراسمولار غیرکتونی :

8. مهم ترین اصل درمان جایگزینی مایعات
9. سالین5/ نرمال مگر در افرادی که دچار کلاپسی عروقی باشند از نرمال سالین استفاده می شود
10. 3. انسولین

هیپوآدرنالیسم:

- **علائم ابتدایی** : تهوع و استفراغ ، کاهش BP، درد شکم و اسهال، وزن و هیپرپیگمادتاسیون پوست وهایپوگلایسمی
- **علائم انتهایی :** حالات کنفوزیونی ، تشنج یا کما
- **درمان :**
- 1. هیدروکورتیزون
- 2. اصلاح اختلالات الکترولیتی و هیپوولومی
- 3. اصلاح هیپوگلیسمی

هیپرآدرنالیسم (سندرم کوشینگ):

شایع ترین علت آن مصرف بیش از حد گلوکورتیکوئیدهای خارجی است .

علائم فیزیکی :

1. چاقی تنه
2. هیرسوتیسم
3. افزایش BP
4. اکیموز و آکنه

علائم نورولوژیک : 1. اختلال حافظه ، سایکوز ، توهم و هذیان

2. حالات کنفوزیونی

تشخیص : افزایش کورتیزول آزاد در ادرار 24 ساعته یا پاسخ ناقص به تست مهار با دوز کم دگزامتازون

درمان ° هیپوفیزکتومی اگر تومور هیپوفیز علت باشد یا آدرنالکتومی:

هیپوناترمی:

- با هیپواسمولاریته خارج سلولی موجب ادم مغزی می شود .
- علائم :
- اولین علامت هایپوناترمی بروز تشنگی است
- 1. سردرد
- 2. لتارژی و کنفوزیون
- 3. کرامپ عضلانی
- 4. تهوع و استفراغ
- شروع علائم نورولوژیک با سدیم کمتر از 120 میلی اکی والان:

1. ادم پاپی
2. ترمور
3. آستریکی
4. پاسخ اکستانسور کف پا
5. تشنج

- برطرف کرد علت زمینه ای
- 1.محدودیت آب
- 2. انفوزیون سالین هیپرتونیک با فوروزماید وریدی

- **باید در نظر داشت سرعت سریع اصلاح هایپوناترمی باعث میلینولیز مرکزی پل مغزی می شود که علائم آن :**

- **1.کوادراپلژی 2. دیز آرتری 3. هیپورفلکسی**
- **سرعت افزایش سرمی باید 8 mmoL/L در روز باشد .**

هیپر کلسمی:

- علائم : 1. تشنگی 2. پلی اوری 3. یبوست 4. تهوع و استفراغ
- 5. درد پهلو
- بروز علائم نورولوژیک با افزایش ca به بیش از 17 mg/dl:
- 1. لتارژی 2. میوپاتی 3. حالات کنفوزیونی
- **تشخیص** : 1. افزایش Ca 2. افزایش هورمون پاراتیروئید 3. کوتاه شدن فاصله QT
- **درمان :** 1. هیدراتاسیون وریدی با سالین 45/ یا 9/ با بررسی CVP
- افراد مبتلا به هیپرکلسمی باید از لحاظ وجود سرطان مخفی بررسی گردند .
- درمان وریدی فسفات
- میتروامایسن
- کورتون

هیپوکلسمی :

علائم : 1. تحریک پذیری ، هذیان و سایکوز
2. پارستزی اطراف دهان و انتهای اندام ها
3. تشنج ° بارزترین علامت
4. علامت شوستوک
5. اسپاسم کارپوپدال
6. ادم پاپی

تشخیص : 1. کاهش Ca به میزان کم تر از 5 mEq/l
2. افزایش فاصله QT

درمان : 1. گلوکونات کلسیم به صورت وریدی 2. فنوباربیتال و فنی توئین برای تشنج
درمان با ویتامین-D 3-هیدروکسید آلومینیوم وکلسیم استات

اورمی:

- در نارسایی کلیه به ویژه در نوع حاد بروز می کند .
- می تواند باعث آنسفالوپاتی یا کما همراه با هیپرونتیلاسیون و علائم حرکتی شود
- **علائم :**
- 1. تومور
- 2. آستریکسی
- 3. میوکلونومی
- 4. تتانی
- 5. تشنج های محدود یا ژنرالیزه
- 6. وضعیت دسربره یا دکورتیکه
- **تست های تشخیصی** : 1. افزایش BUN 2. افزایش Pr 3. افزایشK
- 4. اسیدوز متابولیک

درمان اورمی

- **درمان :** 1. هیپراتاسیون 2. محدودیت نمک و پروتئین 3. درمان تشنج
- 4. برطرف شدن علائم با کاهش BUN و Cr
- **درمان درازمدت :** 1. دیالیز 2. پیوند کلیه
- خود دیالیز باعث سندروم عدم تعادل دیالیزی خصوصاً در اولین نوبت می شود .
- با استفاده از دوره های کوتاه تر دیالیز با سرعت کم تر جریان خون از بروز آن می توان جلوگیری کرد .

آنسفالوپاتی ورنیکه

در افراد با سابقه الکلیسم مزمن دیده می شود وعلت اصلی آن کمبود ویتامین 1ب می باشد

: علائم بالینی

تریاد افتالموپلژی(نیستاگموس افقی)آتاکسی و حالات کنفوزیونی

درمان mg B1 دکستروز+100:

کمبودB12

شایع در آنمی وخیم وافراد تحت گاستر کتومی و کمبود فاکتورداخلی

:علائم بالینی

1-علامت لرمیت

2-حالات کنفوزیونی تا دمانس و سایکوز

3-علائم عمومی آنمی و سرگیجه وضعیتی

:درمان

ویتامین B12به صورت عضلانی

آنسفالوپاتی کبدی

اختلال کبد در تولید ودفع اوره از ° افزایش آمونی آمونیاک

:علائم بالینی

1- تغییرات ذهنی و فکری

2- وجود حالات خواب و کاهش سطح هوشیاری

3- تنفس بد بو

4- افزایش و کاهش رفلکس های تانونی

5- آستریکسی

درمان آنسفالوپاتی کبدی

- 1-لاکتولوز جهت کاهش آمونیاک خون
- نکته:2تا3بار مدفوع در روز نشانگر عملکرد لاکتولوز است
- 2-تجویز گلوکوز به منظور جلوگیری از تجزیه پروتئین
- 3-فلومازنیل

آنسفالوپاتی هیپرتانسیو

- در بیماران مبتلا به هیپرتانسیون مزمن فشارخون باید بیشتر از 250بر روی150 باشد تا بتواند موجب این سندرم شود

- **یافته های بالینی :** مفیدترین یافته های بالینی که می توانند به تأثیر تشخیص کمک کنند یافته های افتالموسکوپی هستند .
- اسپاسم شریان شبکیه به طرز تغییرناپذیر
- ادم پاپی
- خونریزی شبکیه و اگزودا
- بررسی خون از نظر وجود اورمی اهمیت خاصی دارد .
- **تشخیص افتراقی :** تشخیص از طریق رد کردن سایر تشخیص ها صورت می گیرد سکته و خونریزی ساب آراکنوئید نیر موجب آنسفالوپاتی با افزایش حاد فشار خون می شوند و هنگامی که اختلالات نورولوژیک موضعی وجود داشته باشند .
محتمل ترین تشخیص سکته است . اگر کاهش فشارخون موجب رفع نشانه های آنسفالوپاتی شود. تشخیص آنسفالوپاتی هیپرتانسیو قطعی است .

- **درمان :** سدیم نیتروپروساید به صورت انفوزیون مداوم وریدی و با دوز اولیه 0/5 mg/kg/min و افزایش آن تا میزان 3-10mg/kg/min ،
- سرعت انفوزیون را به نحوی باید تنظیم کرد که اثرات درمانی بدون ایجاد هیپوتانسیون ظاهر شوند . در ساعت اول درمان نباید فشارخون متوسط شریانی را بیش از 25 – 20% کاهش داد و نباید اجازه داد که فشار دیاستولیک به کمتر از 100 mmHg سقوط کند .

CVA

سکته مغزی به دنبال کاهش پرفیوژن به بافت مغز روی می دهد که می تواند علل ایسکمیک و هموراژیک داشته باشد

:علل کاهش پرفیوزن بافت مغز

1-ترومبوز

2-آمبولی

3-تنگی عروق

4-هموراژی و هماتوم

:ریسک فاکتورهای سکته مغزی

1- HTN 2-دیابت 3-اترواسکلورز 4-فیبریلاسیون دهلیزی

CVA SIGNS AND SYMPTOMS

(1) Highly dependent upon size and site of lesion.

(2) Motor loss--hemiplegia (paralysis on one side of the side) or hemiparesis (motor weakness on one side of the body).

(3) Communication loss.

(a) Receptive aphasia (inability to understand the spoken word).

(b) Expressive aphasia (inability to speak).

(4) Vision loss.

(5) Sensory loss.

(6) Bladder impairment.

(7) Impairment of mental activity.

CVA SIGNS AND SYMPTOMS

(8) In most instances onset of symptoms is very sudden.

(a) Level of consciousness may vary from lethargy, to mental confusion, to deep coma.

(b) Blood pressure may be severely elevated due to increased intracranial pressure.

(c) Patient may experience sudden, severe, headache with nausea and vomiting.

(d) Patient may remain comatose for hours, days, or even weeks, and then recover. .

(9) ICP is a frequent complication resulting from hemorrhage or ischemia and subsequent cerebral edema.

درمان سکته مغزی

داروهای ضد تجمع پلاکتی: 1- آسپرین- کلوپیدوگرل

2- آنتی کواگولانت ها: هپارین و وارفارین

3- ترومبولیتیک t-pA:

4- آندراترکتومی: برداشتن ترومبوز از کاروتید

MEDICAL AND NURSING MANAGEMENT DURING THE ACUTE PHASE OF CVA

- (1) Objectives of care during the acute phase:
- (a) Keep the patient alive.
- (b) Minimize cerebral damage by providing adequately oxygenated blood to the brain.
- (2) Support airway, breathing, and circulation.

MEDICAL AND NURSING MANAGEMENT DURING THE ACUTE PHASE OF CVA

- (3) Maintain neurological flow sheet with frequent observations of the following:
- (a) Level of consciousness.
- (b) Pupil size and reaction to light.
- (c) Patient's response to commands.
- (d) Movement and strength.
- (e) Patient's vital signs--BP, pulse, respirations, and temperature.
- (f) Be aware of changes in any of the above. Deterioration could indicate progression of the CVA.

MEDICAL AND NURSING MANAGEMENT DURING THE ACUTE PHASE OF CVA

- 4) Continually reorient patient to person, place, and time (day, month) even if patient remains in a coma. Confusion may be a result of simply regaining consciousness, or may be due to a neurological deficit.
- (5) Maintain proper positioning/body alignment.
- (a) Prevent complications of bed rest.
- (b) Apply foot board, sand bags, trochanter rolls,

MEDICAL AND NURSING MANAGEMENT DURING THE ACUTE PHASE OF CVA

- and splints as necessary.
- (c) Keep head of bed elevated 30°, or as ordered, to reduce increased intracranial pressure.
- (d) Place air mattress or alternating pressure mattress on bed and turn patient every two hours to maintain skin integrity.
- (6) Ensure adequate fluid and electrocyte balance.
- (a) Fluids may be restricted in an attempt to reduce intracranial pressure (ICP).

MEDICAL AND NURSING MANAGEMENT DURING THE ACUTE PHASE OF CVA

- (b) Intravenous fluids are maintained until patient's condition stabilizes, then nasogastric tube feedings or oral feedings are begun depending upon patient's abilities.
- (7) Administer medications, as ordered.
- (a) Anti hypertensives.
- (b) Antibiotics, if necessary.
- (c) Seizure control medications.
- (d) Anticoagulants.
- (e) Sedatives and tranquilizers are not given because they depress the respiratory center and obscure neurological observations.

MEDICAL AND NURSING MANAGEMENT DURING THE ACUTE PHASE OF CVA

- (8) Maintain adequate elimination.
- (a) A Foley catheter is usually inserted during the acute phase; bladder retraining is begun during rehabilitation.
- (b) Provide stool softeners to prevent constipation. Straining at stool will increase intracranial pressure.

بيمار آقاي 50ساله پس از يك دوره طولاني استراحت در بستر به علت شكستگي فمور به مدت يك هفته شروع به فعاليت كرده است صبح ديروز دچار درد هاي عضلاني وتهوع استفراغ وترمور شد ونهايتا به دنبال تشنج به اوژانس آورده شد.

1- براي تشخيص قطعي چه آزمايش هايي را ضروري مي دانيد؟

2- شما حدس مي زنيد مشكل بيمار چه بوده؟

3- چه درماني را پيشنهاد مي كنيد؟

4- چه مراقبت هايي را براي بيمار ضروري مي دانيد؟

- Vitals: BP 150/70, HR=92, RR=24, T=95.4F
- Neuro: DTR's normal
- Na=145 K=6 HCT=45 Hb=14
- BUN/Cr: 52/3.8
- Calcium 15.0
- ABGاسیدوز متابولیک

مراقبت های پرستاری در بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری

- 1-سیستم تنفسی
- 2-سیستم عصبی
- 3-سیستم قلب و عروق
- 4-سیستم گوارش
- 5-سیتم عضلانی اسکلتی
- 6-سیستم کلیوی

مراقبت های پرستاری سیستم تنفسی

- 1-الگوی تنفسی درمد کنترله- بررسی حرکات قفسه سینه- هماهنگ بودن بیمار با دستگاه- سمع صدا های ریه و درصورت نیاز انجام ساکشن
- 2-بررسی و کنترل درد بیمار
- 3-ABG- بررسی مداوم
- 4-بررسی لوله تراشه :طول لوله- فیکس بودن لوله- جابه جایی لوله در دو طرف دهان تخلیه کاف هر 3-4 ساعت یکبار به مدت 3-5 دقیقه- قبل از تخلیه انجام ساکشن دهان و حلق انجام شود همچنین سر تخت 30 درجه بالا باشد
- 5-بررسی ترشحات ریوی و درصورت لزوم انجام ساکشن
- 6-پیشگیری از آسپیراسیون به خصوص پس از انجام گاواژ
- 7-در صورت اتصال به ونتیلاتور ثبت پارامترها و کنترل عوارض تهویه مکانیکی نظیر: پنموتوراکس- تروما ی حجمی- آتلکتروما و سایر عوارض قلبی عروقی و گوارشی

مراقبت پرستاری سیستم عصبی

1-بررسی GCS

2-بررسی وضعیت چشم ها و حرکات آن که نشان دهنده عملکرد ساقه مغز است بررسی مردمک ها از نظر قطر- تقارن و واکنش به نور

3-بررسی حس و عملکرد اندام ها خصوصا انتهای اندام ها

4-بررسی الگوهای تنفسی

5-کنترل VS و بررسی علائم افزایش Icp

6-توجه به محرومیت حسی و بیش بار حسی

مراقبت های پرستاری درسیستم قلبی عروقی

- 1-کنترل نبض وفشار خون مقایسه نبض دوطرف بدن- فشار سیستول حداقل باید بالای 90 باشد تا پرفیوژن مغز حفظ شود
- 2-CF بررسی حالت همودینامیک کنترل ریتم قلب
- 3-I/O لنفوزیون مایع به بیمار وکنترل
- 4-پیشگیری از ترومبوآمبولی استفاده از داروهای آنتی کواگولانت
- ROM وترومبولیتیک حرکات پاسیو و
- 5-کنترل دیس ریتمی ها(تاکی کاردی بطنی و سینوسی)

مراقبت های پرستاری در سیستم کلیوی

1-کنترل جذب و دفع هر 1 ساعت در 24 ساعت باید جذب 500 سی سی از دفع بیشتر باشد

2-بررسی سطح الکترولیت های سرم خصوصا :پتاسیم و سدیم

3-بررسی تست های عملکرد کلیوی مثل: کراتینین و نیتروژن اوره خون

4-مراقبت از کاتتر فولی و پیشگیری از عفونت

5-توجه به هیدراته بودن بیمار

مراقبت های پرستاری در سیستم عضلانی اسکلتی

- 1- بررسی بستر اندام ها: ماساژ نقاط تحت فشار – تغییر پوزیشن هر 2 ساعت

- 2- پوزیشن مناسب اندام ها جهت پیشگیری از دفورمیتی: زاویه تروکانتر با تخت 30 درجه باشد- جهت پیشگیری از چرخش مفصل هیپ په خارج استفاده از بالش بین انگشتان استفاده از رولباند- در وضعیت دکوبیتوس استفاده از کیسه شن برای اکستنشن آرنج- مهمترین عارضه در افراد بی حرکت افتادگی مچ دست می باشد که باید به آن توجه شایانی داشت

- 3- توجه به تغذیه مناسب

- 4- فیزیوتراپی اندام ها

مراقبت های پرستاری در سیستم گوارشی

- در این بیماران شایع ترین عارضه اولسر پپتیک است که می تواند به دلیل:استرس –استفاده از داروهای کورتون یا عوارض تهویه مکانیکی باشد
- 1-بررسی وضعیت تغذیه:تونسیته عضلانی-سطح الکترولیت ها خصوصا سدیم و پتاسیم –بررسی وضعیت مایعات و توگور پوست-بررسی وضعیت دفع و تحلیل عضلانی-بررسی قند پروتئین وآلبومین
- 2-بررسی شکم:بررسی وجود تندرنس-سمع صداهای روده و سپس انجام گاواژ
- 3-بررسی مخاط دهان به دلیل استفاده از کورتون احتمال کاندیازیس بالاست در ظرف 24 ساعت جمع میکرو ارگانیسم افراد NPO ها داریم
- 4-مراقبت از لوله بینی معدی و توجه به تکنیک صحیح گاواژ:به طور مثال گاواژ سریع احتمال کرامپ شکمی و اسهال را بالا می برد-انجام گاواژ هر 2 ساعت