

کتابچه آموزشی پرستاری

سکته مغزی: ایسکمیک و هموراژیک

واحد آموزش پرستاری بیمارستان شفا

۱۴۰۵ | ویرایش اول

۱. اهداف یادگیری
۲. تعریف و انواع سکته مغزی
۳. عوامل خطر و پاتوفیزیولوژی
۴. علائم بالینی و تشخیص سریع
۵. ارزیابی اولیه و مقیاس NIHSS
۶. مدیریت سکته ایسکمیک
۷. مدیریت سکته هموراژیک
۸. مراقبت‌های پرستاری جامع
۹. عوارض و پیشگیری ثانویه
۱۰. سناریوهای بالینی
۱۱. واژه‌نامه اختصارات
۱۲. نکات طلایی، چک‌لیست و منابع

۱. اهداف یادگیری

پس از مطالعه این کتابچه، انتظار می‌رود پرستار بتواند سکته ایسکمیک و هموراژیک را از نظر مکانیسم بروز، علائم بالینی و رویکرد درمانی از یکدیگر تمایز دهد و عوامل خطر قابل‌اصلاح و غیرقابل‌اصلاح این بیماری را به‌خوبی بشناسد.

همچنین باید توانایی شناسایی سریع علائم هشدار سکته با استفاده از ابزارهای استاندارد مانند FAST و BE-FAST را داشته باشد و ارزیابی اولیه پرستاری، از جمله به‌کارگیری مقیاس NIHSS، را در عمل اجرا کند. آشنایی با اهمیت زمان طلایی درمان و مراقبت‌های تخصصی مرتبط با ترومبولیز و ترومبکتومی مکانیکی نیز از اهداف کلیدی این کتابچه است.

در نهایت، پرستار باید بتواند مراقبت پرستاری جامع بیمار مبتلا به سکته حاد، اعم از ایسکمیک یا هموراژیک، را ارائه دهد، عوارض شایع را پیش‌بینی و پیشگیری کند، و برنامه آموزشی مناسب برای پیشگیری ثانویه از سکته را برای بیمار و خانواده او تدوین نماید.

۲. تعریف و انواع سکته مغزی

تعریف

سکته مغزی یک وضعیت اورژانسی عصبی است که در اثر اختلال ناگهانی جریان خون به بخشی از مغز ایجاد می‌شود. این اختلال خون‌رسانی در مدت کوتاهی منجر به مرگ سلول‌های عصبی در ناحیه درگیر و بروز علائم عصبی حاد و ناگهانی می‌گردد که ماهیت و شدت آن‌ها به محل و وسعت آسیب بستگی دارد.

سکته مغزی یک اورژانس زمانی است. هر دقیقه تأخیر در درمان می‌تواند به از دست رفتن میلیون‌ها نورون منجر شود؛ به همین دلیل شعار رایج در مراقبت از این بیماران «زمان همان مغز است» می‌باشد.

دو نوع اصلی سکته مغزی

سکته مغزی بر اساس مکانیسم زمینه‌ای به دو گروه اصلی تقسیم می‌شود. سکته ایسکمیک که حدود هشتاد و پنج درصد موارد را تشکیل می‌دهد، ناشی از انسداد یک شریان مغزی توسط لخته یا آمبولی است. در مقابل، سکته هموراژیک که حدود پانزده درصد موارد را شامل می‌شود، در اثر پارگی یک رگ خونی و بروز خونریزی در داخل یا اطراف بافت مغز رخ می‌دهد.

زیرگروه‌های سکته ایسکمیک

سکته ایسکمیک ترومبوتیک زمانی رخ می‌دهد که لخته خون مستقیماً در محل تنگی آترواسکلروتیک یک شریان مغزی تشکیل شود. در نوع آمبولیک، لخته از منشأ دیگری مانند قلب، به‌ویژه در بیماران دارای فیبریلاسیون دهلیزی، یا از شریان‌های بزرگ‌تر کنده شده و به عروق مغزی منتقل می‌شود. سکته لاکونار نیز ناشی از انسداد عروق کوچک و عمقی مغز است و معمولاً با نقایص عصبی محدودتر همراه است.

زیرگروه‌های سکنه هموراژیک

خونریزی داخل مغزی زمانی رخ می‌دهد که خونریزی مستقیماً درون بافت مغز اتفاق بیفتد و شایع‌ترین علت زمینه‌ای آن فشار خون بالای مزمن و کنترل نشده است. خونریزی زیرعنکبوتیه نیز خونریزی در فضای زیر غشای عنکبوتیه مغز است که در اغلب موارد ناشی از پارگی آنوریسم عروقی مغزی می‌باشد و سیر بالینی و عوارض متفاوتی نسبت به خونریزی داخل مغزی دارد.

درصد تقریبی	مکانیسم اصلی	نوع سکنه
حدود ۸۵٪	انسداد شریان مغزی توسط لخته یا آمبولی	ایسکمیک
حدود ۱۵٪	پارگی رگ و خونریزی داخل یا اطراف مغز	هموراژیک

حمله ایسکمیک گذرا (TIA)

حمله ایسکمیک گذرا به بروز علائم سکنه ماندی اطلاق می‌شود که معمولاً کمتر از بیست و چهار ساعت، و اغلب کمتر از یک ساعت، طول می‌کشد و بدون ایجاد آسیب دائمی به طور کامل برطرف می‌شود. با وجود بهبودی کامل علائم، این وضعیت هشدار جدی برای وقوع یک سکنه کامل در آینده نزدیک تلقی می‌شود و نیازمند ارزیابی تشخیصی فوری و اقدامات پیشگیرانه است.

۳. عوامل خطر و پاتوفیزیولوژی

عوامل خطر

عوامل خطر سکته مغزی به دو دسته غیرقابل اصلاح و قابل اصلاح تقسیم می‌شوند. سن بالا، جنسیت مذکر در سنین پایین‌تر، سابقه خانوادگی و زمینه ژنتیکی، و سابقه سکته یا حمله ایسکمیک گذرای قبلی از عوامل غیرقابل اصلاح محسوب می‌شوند. در مقابل، فشار خون بالا، مهم‌ترین عامل خطر قابل اصلاح است و پس از آن دیابت، فیبریلاسیون دهلیزی و سایر بیماری‌های قلبی، هیپرلیپیدمی، مصرف سیگار و الکل زیاد، و همچنین چاقی، کم‌ تحرکی و رژیم غذایی ناسالم قرار دارند که با اصلاح سبک زندگی و درمان دارویی مناسب قابل کنترل هستند.

عوامل قابل اصلاح	عوامل غیرقابل اصلاح
فشار خون بالا (مهم‌ترین عامل خطر)	سن بالا
دیابت شیرین	جنسیت (مردان در سنین پایین‌تر)
فیبریلاسیون دهلیزی و سایر بیماری‌های قلبی	سابقه خانوادگی و زمینه ژنتیکی
هیپرلیپیدمی، سیگار، الکل، چاقی و کم‌تحرکی	سابقه سکته یا TIA قبلی

پاتوفیزیولوژی سکته ایسکمیک

در سکته ایسکمیک، انسداد یک شریان مغزی باعث کاهش شدید خون‌رسانی به ناحیه‌ای از مغز می‌شود. در مرکز ناحیه انفارکت، سلول‌های عصبی به سرعت و به‌طور دائمی از بین می‌روند. اطراف این مرکز، ناحیه‌ای به نام نیمه‌سایه وجود دارد که سلول‌های آن هنوز زنده اما در معرض خطر جدی قرار دارند؛ هدف اصلی درمان‌های حاد سکته، نجات همین ناحیه نیمه‌سایه از طریق برقراری سریع جریان خون است. در صورتی که خون‌رسانی به‌موقع برقرار نشود، ناحیه نیمه‌سایه نیز به تدریج در انفارکت دائمی ادغام خواهد شد.

پاتوفیزیولوژی سکته هموراژیک

در سکته هموراژیک، پارگی یک رگ خونی باعث نشت خون به داخل بافت مغز یا فضاهای اطراف آن می‌شود. این خونریزی حجم داخل جمجمه را افزایش می‌دهد و منجر به افزایش فشار داخل جمجمه‌ای می‌شود که به نوبه خود باعث فشردگی بافت سالم مغز و اختلال بیشتر در پرفیوژن مغزی می‌گردد. در خونریزی زیرعنکبوتیه، علاوه بر این مکانیسم‌ها، خطر وازواسپاسم تأخیری عروق مغزی و بروز هیدروسفالی نیز از عوارض مهم و قابل پیش‌بینی محسوب می‌شود.

۴. علائم بالینی و تشخیص سریع

علائم شایع سکته

شایع‌ترین علامت سکته مغزی، ضعف یا بی‌حسی ناگهانی صورت، بازو یا پا است که معمولاً به‌طور یک‌طرفه بروز می‌کند. بسیاری از بیماران دچار اختلال ناگهانی گفتار یا درک کلام، شامل آفازی یا دی‌آرتری، می‌شوند. اختلال ناگهانی بینایی در یک یا هر دو چشم، اختلال تعادل همراه با سرگیجه شدید یا افتادن ناگهانی، و سردرد بسیار شدید و ناگهانی، که به‌ویژه در خونریزی زیرعنبوتیه به‌عنوان بدترین سردرد زندگی بیمار توصیف می‌شود، از دیگر علائم هشداردهنده مهم هستند. در موارد شدیدتر، کاهش سطح هوشیاری بیمار نیز ممکن است رخ دهد.

ابزار تشخیص سریع: FAST و BE-FAST

ابزار فست و نسخه گسترش‌یافته آن، بی‌فست، برای شناسایی سریع علائم سکته توسط پرستاران و عموم مردم طراحی شده‌اند. حرف B به معنای بروز ناگهانی اختلال تعادل، حرف E به معنای بروز ناگهانی اختلال بینایی، حرف F به معنای افتادگی یک‌طرفه صورت، حرف A به معنای ضعف یک بازو به‌گونه‌ای که بیمار نتواند هر دو بازو را هم‌زمان بالا نگه دارد، و حرف S به معنای گفتار نامفهوم یا ناتوانی در صحبت کردن است. حرف T نیز یادآوری می‌کند که زمان شروع علائم باید ثبت شود و اقدام درمانی فوراً آغاز گردد. به محض مشکوک شدن به سکته، ثبت دقیق زمان شروع علائم یا آخرین زمانی که بیمار در وضعیت طبیعی دیده شده، حفظ راه هوایی، اکسیژن‌رسانی در صورت نیاز، اندازه‌گیری قند خون و اطلاع فوری به تیم سکته یا پزشک از اقدامات ضروری اولیه است.

حرف	معنا	چه چیزی را بررسی کنیم؟
B	Balance	اختلال تعادل ناگهانی
E	Eyes	اختلال بینایی ناگهانی
F	Face	افتادگی یک‌طرفه صورت
A	Arms	ضعف یک بازو (ناتوانی در بالا نگه‌داشتن هر دو بازو)
S	Speech	گفتار نامفهوم یا ناتوانی در صحبت
T	Time	ثبت دقیق زمان شروع علائم و اقدام فوری

ارزیابی اولیه پرستاری

ارزیابی اولیه بیمار مشکوک به سکته باید با بررسی راه هوایی، تنفس، گردش خون و سطح هوشیاری بر اساس مقیاس کمای گلاسکو آغاز شود. ثبت دقیق زمان شروع علائم یا آخرین زمانی که بیمار در وضعیت طبیعی مشاهده شده، از تعیین کننده ترین اطلاعات برای تصمیم گیری درمانی است. بررسی علائم حیاتی، به ویژه فشار خون و اشباع اکسیژن، و اندازه گیری فوری قند خون، که کاهش شدید آن می تواند علائم سکته را تقلید کند، از اقدامات ضروری بعدی هستند. پرستار باید معاینه عصبی سریع انجام دهد و در صورت آموزش دیدگی، مقیاس NIHSS را تکمیل کند، و پیش از هرگونه تغذیه خوراکی، توانایی بلع بیمار را ارزیابی نماید.

مقیاس ملی سلامت سکته (NIHSS)

مقیاس ملی سلامت سکته، ابزار استاندارد بین المللی برای ارزیابی شدت سکته ایسکمیک است و نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده شدت بیشتر سکته است. اقسام اصلی این مقیاس شامل ارزیابی سطح هوشیاری و پاسخ بیمار به سؤالات و دستورات، بررسی نگاه و میدان بینایی، سنجش ضعف عضلات صورت، بازو و پا، ارزیابی آتاکسی اندامها، بررسی حس، سنجش عملکرد زبان از نظر آفازی و کیفیت گفتار از نظر دیژآرتری، و در نهایت بررسی وجود بی توجهی یا neglect است. نمره حاصل از این مقیاس در تصمیم گیری برای انجام ترومبولیز، پیگیری روند بهبودی یا بدتر شدن وضعیت بیمار، و برقراری ارتباط استاندارد میان اعضای تیم درمانی نقش کلیدی دارد.

تصویربرداری تشخیصی

سی تی اسکن مغز بدون تزریق ماده حاجب، نخستین و ضروری ترین اقدام تصویربرداری در بیمار مشکوک به سکته است، زیرا وجود یا عدم وجود خونریزی را که تعیین کننده مسیر درمانی کاملاً متفاوت است، به سرعت مشخص می کند. در مراکز پیشرفته تر، آنژیوگرافی و پرفیوژن سی تی یا تصویربرداری تشدید مغناطیسی و آنژیوگرافی آن نیز برای تعیین دقیق محل انسداد عروقی و مشخص کردن وسعت ناحیه قابل نجات به کار می رود.

۶. مدیریت سکتۀ ایسکمیک

اهمیت زمان طلایی

در درمان سکتۀ ایسکمیک، عامل زمان نقشی تعیین کننده در پیش آگهی بیمار دارد. ترومبولیز وریدی با داروهایی مانند آلتپلاز یا تنکتپلاز معمولاً تا چهار و نیم ساعت پس از شروع علائم در بیماران واجد شرایط قابل انجام است. ترومبکتومی مکانیکی نیز در موارد انسداد عروق بزرگ مغزی، بر اساس یافته‌های تصویربرداری، می‌تواند در بیماران منتخب تا بیست و چهار ساعت پس از شروع علائم انجام شود. اصل کلی این است که هرچه درمان زودتر آغاز شود، نتیجه بالینی بیمار بهتر خواهد بود.

ترومبولیز وریدی: معمولاً تا ۴.۵ ساعت از شروع علائم در بیماران واجد شرایط ترومبکتومی مکانیکی: در انسداد عروق بزرگ، تا ۲۴ ساعت در بیماران منتخب بر اساس تصویربرداری هرچه زودتر درمان شروع شود، نتیجه بهتر است : Time is Brain
--

معیارهای کلی واجد شرایط بودن برای ترومبولیز

ملاحظات ورود	ملاحظات خروج
تشخیص بالینی سکتۀ ایسکمیک با نقص عصبی قابل اندازه گیری	شواهد خونریزی داخل جمجمه‌ای در تصویربرداری
ثبت دقیق زمان شروع علائم در بازه زمانی مجاز	جراحی بزرگ یا خونریزی داخلی فعال اخیر
فشار خون قابل کنترل در محدوده هدف قبل از تزریق	فشار خون بسیار بالا و مقاوم به کنترل اولیه
عدم منع مطلق بر اساس پروتکل مرکز درمانی	اختلال انعقادی شدید یا مصرف اخیر ضدانعقاد با شرایط خاص

این موارد خلاصه‌ای کلی از ملاحظات رایج هستند و تصمیم نهایی درباره واجد شرایط بودن بیمار برای ترومبولیز همواره باید توسط پزشک متخصص و بر اساس پروتکل مصوب هر مرکز درمانی اتخاذ شود.

مراقبت پرستاری قبل و حین ترومبولیز

پیش از شروع ترومبولیز، پرستار باید زمان شروع علائم و انطباق بیمار با معیارهای ورود و خروج را با تیم درمانی تأیید کند و ترجیحاً دو مسیر وریدی محیطی مناسب پیش از شروع دارو برقرار نماید. در طول تجویز دارو، پایش دقیق علائم حیاتی و وضعیت عصبی بیمار طبق پروتکل، که معمولاً هر پانزده دقیقه در ساعت اول انجام می‌شود، ضروری است. فشار خون بیمار باید در محدوده هدف تعیین شده توسط پزشک کنترل شود و پرستار باید همواره مراقب بروز علائم خونریزی مغزی یا سیستمیک باشد و هرگونه تغییر وضعیت عصبی را فوراً گزارش کند. از انجام رویه‌های تهاجمی غیرضروری، مانند گذاشتن کاتتر ادراری یا نازوگاستریک بدون ضرورت، در ساعات ابتدایی پس از ترومبولیز باید اجتناب شود.

ترومبکتومی مکانیکی

در بیمارانی که دچار انسداد شریان بزرگ مغزی مانند شریان مغزی میانی یا شریان کاروتید داخلی هستند و شرایط بالینی و تصویربرداری مناسبی دارند، خارج کردن مکانیکی لخته توسط تیم اینترونشنال نورولوژی یا رادیولوژی مداخله‌ای انجام می‌شود. مراقبت پرستاری در این فرایند شامل آماده‌سازی سریع بیمار برای انتقال به اتاق آنژیوگرافی، پایش دقیق وضعیت همودینامیک و عصبی پیش و پس از پروسیجر، و مراقبت از محل دسترسی عروقی برای پیشگیری از خونریزی یا عوارض موضعی است.

مراقبت عمومی سکنه ایسکمیک حاد

در مراقبت عمومی بیمار مبتلا به سکنه ایسکمیک حاد، حفظ راه هوایی و تأمین اکسیژن‌رسانی مناسب با هدف معمول اشباع اکسیژن بالای نودوچهار درصد، مگر در صورت وجود منع خاص، از اولویت‌های اصلی است. کنترل قند خون با اجتناب از هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی شدید، مدیریت فعال تب، و ارزیابی دقیق بلع پیش از هرگونه تغذیه خوراکی برای پیشگیری از آسپیراسیون باید به‌طور مستمر انجام شود. اقدامات پیشگیرانه از ترومبوز ورید عمقی و زخم فشاری نیز باید از همان ساعات ابتدایی بستری آغاز گردد و شروع زودهنگام توانبخشی، به‌محض ثبات بالینی بیمار، در بهبود پیامدهای عملکردی نقش مهمی دارد.

۷. مدیریت سکتۀ هموراژیک

اصول کلی درمان

هدف اصلی درمان سکتۀ هموراژیک، جلوگیری از گسترش بیشتر خونریزی، کنترل فشار داخل جمجمه‌ای و درمان علت زمینه‌ای بیماری است. کنترل دقیق فشار خون بر اساس هدف تعیین‌شده توسط پزشک، که معمولاً به صورت کاهش تدریجی و کنترل‌شده انجام می‌شود، از اقدامات محوری است. در بیمارانی که تحت درمان ضدانعقادی بوده‌اند، قطع یا معکوس کردن اثر این داروها با هماهنگی کامل تیم پزشکی ضروری است. پایش مستمر سطح هوشیاری و علائم افزایش فشار داخل جمجمه، و آمادگی برای مداخلات جراحی یا تخلیه خون در موارد منتخب، از دیگر ارکان مراقبت این بیماران محسوب می‌شود.

خونریزی زیرعنکبوتیه (SAH)

بیماران مبتلا به خونریزی زیرعنکبوتیه معمولاً با سردردی فوق‌العاده شدید و ناگهانی مراجعه می‌کنند که اغلب به عنوان بدترین سردرد زندگی بیمار توصیف می‌شود. خطر وازواسپاسم عروق مغزی که معمولاً بین روزهای سوم تا چهاردهم پس از خونریزی رخ می‌دهد و همچنین خطر بروز هیدروسفالی، از عوارض تأخیری مهم این بیماری هستند. پایش دقیق عصبی و همودینامیک این بیماران باید به طور مستمر انجام شود و در بسیاری از مراکز درمانی از داروی نیمودیپین برای کاهش خطر وازواسپاسم استفاده می‌شود. اجتناب از مانور والسالوا و کنترل مؤثر درد و یبوست بیمار نیز برای پیشگیری از افزایش ناگهانی فشار داخل جمجمه اهمیت دارد.

مقیاس‌های درجه‌بندی خونریزی زیرعنکبوتیه

مقیاس هانت و هس برای درجه‌بندی شدت بالینی بیماران مبتلا به خونریزی زیرعنکبوتیه به کار می‌رود و از درجه یک، به معنای بدون علامت یا سردرد خفیف، تا درجه پنج، به معنای کمای عمیق و وضعیت دسبراسیون، متغیر است و هرچه درجه بالاتر باشد، پیش‌آگهی بیمار ضعیف‌تر خواهد بود. مقیاس فیشر اصلاح‌شده نیز بر اساس میزان و توزیع خون دیده‌شده در تصویربرداری سی‌تی‌اسکن، خطر بروز وازواسپاسم تأخیری را در هر بیمار پیش‌بینی می‌کند و به تیم درمانی در تعیین شدت پایش لازم کمک می‌نماید.

مقیاس ارزیابی خونریزی داخل مغزی (ICH Score)

امتیاز خونریزی داخل مغزی ابزاری بالینی است که با ترکیب عواملی نظیر سطح هوشیاری بر اساس مقیاس کمای گلاسکو، حجم خونریزی، وجود خونریزی داخل بطنی، منشأ زیرتنتوریل خونریزی و سن بیمار، احتمال مرگ و میر سی‌روزه را برآورد می‌کند. این ابزار به تیم درمانی کمک می‌کند تا شدت بیماری را به شکل استاندارد ارزیابی و برنامه مراقبتی متناسب را تدوین کند.

در سکتۀ ایسکمیک، هدف اصلی درمان بازگرداندن جریان خون به بافت مغز است؛ در سکتۀ هموراژیک، هدف اصلی توقف خونریزی و کنترل دقیق فشار خون است.

پروتکل کنترل فشار خون و نحوه استفاده از داروهای ضدانعقاد در این دو نوع سکته کاملاً متفاوت است و همیشه باید طبق دستور پزشک و پروتکل مصوب مرکز درمانی عمل شود.

۸. مراقبت‌های پرستاری جامع

اولویت‌های پرستاری در ۲۴ تا ۷۲ ساعت اول

در ساعات ابتدایی بستری بیمار مبتلا به سکته حاد، پایش مکرر وضعیت عصبی بر اساس مقیاس کمای گلاسکو یا مقیاس NIHSS و گزارش فوری هرگونه تغییر، مهم‌ترین اولویت پرستاری محسوب می‌شود. مدیریت راه هوایی و تأمین اکسیژن مناسب، کنترل فشار خون در محدوده هدف تعیین‌شده، و ارزیابی و مدیریت بلع همراه با رعایت وضعیت ممنوعیت خوراکی تا زمان تأیید ایمنی بلع، از دیگر اقدامات ضروری این دوره هستند. کنترل دقیق قند خون، دمای بدن و حجم مایعات بیمار، پیشگیری فعال از عوارض شایع مانند ترومبوز ورید عمقی، پنومونی آسپیراسیون، زخم فشاری و عفونت ادراری، و ارائه حمایت روانی مستمر به بیمار و خانواده او، تکمیل‌کننده برنامه مراقبتی جامع این مرحله است.

وضعیت‌دهی و تحرک

بالا آوردن سر تخت بیمار تا حدود سی درجه، مگر در صورت وجود منع پزشکی، به تخلیه بهتر وریدی مغز و کنترل فشار داخل جمجمه کمک می‌کند. تغییر منظم وضعیت بیمار و مراقبت مستمر از پوست برای پیشگیری از زخم فشاری ضروری است، و شروع زودهنگام حرکت‌دادن بیمار، با هماهنگی کامل تیم توانبخشی و پس از حصول اطمینان از ثبات بالینی، نقش مهمی در بهبود پیامدهای عملکردی طولانی‌مدت بیمار دارد.

تشخیص‌های پرستاری شایع

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
اختلال پرفیوژن مغزی	پایش عصبی مستمر، کنترل فشار خون و اکسیژن، گزارش فوری تغییرات
خطر آسپیراسیون	ارزیابی بلع، وضعیت نشسته هنگام تغذیه، رعایت ممنوعیت خوراکی در صورت نیاز
اختلال تحرک جسمی	وضعیت‌دهی صحیح، فیزیوتراپی، پیشگیری از انقباض و زخم فشاری
اختلال ارتباط کلامی	استفاده از روش‌های جایگزین ارتباط، صبر و حمایت مستمر
خطر آسیب و سقوط	ایمنی تخت، اقدامات پیشگیری از سقوط، ایجاد محیط امن

۹. عوارض و پیشگیری ثانویه

عوارض مهم

از مهم‌ترین عوارض احتمالی سکته مغزی می‌توان به افزایش فشار داخل جمجمه و خطر فتق مغزی، بروز تشنج، پنومونی ناشی از آسپیراسیون، ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی، عفونت مجاری ادراری و زخم فشاری، و همچنین افسردگی پس از سکته و اختلالات شناختی بلندمدت اشاره کرد. در بیماران مبتلا به خونریزی زیرعنبوتیه، وازواسپاسم تأخیری و هیدروسفالی نیز از عوارض اختصاصی و مهمی هستند که نیازمند پایش ویژه‌اند.

پیشگیری ثانویه

پس از وقوع سکته مغزی، پیشگیری از بروز سکته بعدی از اهمیت حیاتی برخوردار است. این امر مستلزم کنترل دقیق فشار خون، دیابت و سطح چربی خون، و تجویز داروهای ضدپلاکتی یا ضدانعقاد بر اساس نوع و علت زمینه‌ای سکته، مانند وجود فیبریلاسیون دهلیزی، است. ترک سیگار و اصلاح جامع سبک زندگی، تجویز داروهای گروه استاتین در بسیاری از بیماران مبتلا به سکته ایسکمیک، و پیگیری منظم کلینیکی همراه با شرکت مستمر در برنامه‌های توانبخشی، از ارکان اصلی پیشگیری ثانویه محسوب می‌شوند.

آموزش بیمار و خانواده

آموزش بیمار و خانواده او باید شامل شناخت کامل علائم هشداردهنده احتمال سکته مجدد و اهمیت تماس فوری با اورژانس در صورت بروز آن‌ها باشد. تأکید بر مصرف منظم و بدون وقفه داروهای تجویز شده، رعایت رژیم غذایی کم‌نمک، انجام فعالیت بدنی متناسب با وضعیت بیمار و کنترل وزن، از نکات آموزشی کلیدی است. اهمیت پیگیری منظم کلینیک تخصصی سکته و ادامه برنامه توانبخشی نیز باید به‌روشنی برای بیمار و خانواده تبیین شود، و توجه به احتمال بروز افسردگی پس از سکته و فراهم کردن حمایت روانی مناسب، بخش جدایی‌ناپذیر از برنامه مراقبتی بلندمدت این بیماران است.

۱۰. سناریوهای بالینی

سناریو ۱ — سکتۀ ایسکمیک و پنجره زمانی

آقای ۶۷ ساله‌ای با ضعف ناگهانی نیمه راست بدن و اختلال گفتار که همسرش دقیقاً چهل دقیقه پیش شروع آن را مشاهده کرده، به اورژانس منتقل شده است. پرستار باید بلافاصله زمان دقیق شروع علائم را ثبت کند، قند خون بیمار را برای رد هیپوگلیسمی به عنوان علت تقلیدکننده سکتۀ اندازه‌گیری نماید، و تیم سکتۀ را برای هماهنگی سریع تصویربرداری و بررسی معیارهای ترومبولیز مطلع سازد. با توجه به قرار داشتن بیمار در پنجره زمانی طلایی، هرگونه تأخیر غیرضروری می‌تواند فرصت درمانی مؤثر را از بین ببرد.

سناریو ۲ — تشخیص افتراقی خونریزی

خانم ۵۵ ساله‌ای با سردرد بسیار شدید و ناگهانی که آن را «بدترین سردرد عمرش» توصیف می‌کند، همراه با تهوع و کاهش سطح هوشیاری بستری شده است. پرستار باتجربه باید به این الگوی بالینی به عنوان یک هشدار جدی احتمال خونریزی زیرعنکبوتیه توجه کند و پیش از هرگونه اقدام تهاجمی، هماهنگی فوری برای تصویربرداری سی‌تی‌اسکن بدون کنتراست را انجام دهد، زیرا رویکرد درمانی خونریزی با سکتۀ ایسکمیک کاملاً متفاوت است.

سناریو ۳ — پایش پس از ترومبولیز

بیماری یک ساعت پس از دریافت ترومبولیز وریدی، دچار سردرد ناگهانی جدید و کاهش سطح هوشیاری می‌شود. پرستار باید این تغییر را به عنوان یک علامت هشداردهنده جدی احتمال خونریزی مغزی ثانویه به درمان ترومبولیتیک در نظر بگیرد، بلافاصله انفوزیون دارو را در صورت ادامه‌دار بودن متوقف کرده و پزشک را فوراً مطلع سازد، زیرا تشخیص و مداخله سریع در این وضعیت تأثیر مستقیمی بر پیامد بیمار دارد.

سناریو ۴ — پیشگیری از آسپیراسیون

خانم ۷۲ ساله‌ای دو روز پس از سکتۀ ایسکمیک، علی‌رغم بهبود نسبی قدرت اندام‌ها، هنوز صدای خشن و بلع مکرر و ناقص هنگام نوشیدن آب نشان می‌دهد. پرستار باید این یافته‌ها را به عنوان نشانه احتمالی اختلال بلع تلقی کند، بیمار را موقتاً از تغذیه خوراکی منع نماید و درخواست ارزیابی تخصصی بلع را پیش از شروع مجدد تغذیه دهانی ثبت کند تا از بروز پنومونی آسپیراسیون پیشگیری شود.

۱۱. واژه‌نامه اختصارات

اختصار	عبارت کامل	معنی فارسی
TIA	Transient Ischemic Attack	حمله ایسکمیک گذرا
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale	مقیاس ملی سلامت سکته
GCS	Glasgow Coma Scale	مقیاس کمای گلاسکو
ICH	Intracerebral Hemorrhage	خونریزی داخل مغزی
SAH	Subarachnoid Hemorrhage	خونریزی زیر عنکبوتیه
ICP	Intracranial Pressure	فشار داخل جمجمه‌ای
MCA	Middle Cerebral Artery	شریان مغزی میانی
ICA	Internal Carotid Artery	شریان کاروتید داخلی
CTA	CT Angiography	آنژیوگرافی سی‌تی‌اسکن
CTP	CT Perfusion	پرفیوژن سی‌تی‌اسکن
MRA	MR Angiography	آنژیوگرافی تشدید مغناطیسی
AF	Atrial Fibrillation	فیبریلاسیون دهلیزی
DVT	Deep Vein Thrombosis	ترومبوز ورید عمقی
NPO	Nil Per Os	ممنوعیت خوراکی
AHA/ASA	American Heart Association / American Stroke Association	انجمن قلب آمریکا / انجمن سکته آمریکا

۱۲. نکات طلایی، چک لیست و منابع

نکات طلایی

در مراقبت از بیماران مبتلا به سکته مغزی، ثبت دقیق زمان شروع علائم از حیاتی ترین اطلاعاتی است که پرستار باید در همان دقایق اول جمع آوری کند، زیرا زمان همان مغز است. به خاطر سپردن ابزارهای فست و بی فست و آموزش آن‌ها به همراهان بیمار، به تشخیص سریع تر موارد جدید کمک می کند. اندازه گیری قند خون هرگز نباید فراموش شود، زیرا هیپوگلیسمی می تواند علائمی کاملاً مشابه سکته ایجاد کند.

پیش از هرگونه تغذیه خوراکی، ارزیابی توانایی بلع بیمار الزامی است. پس از انجام ترومبولیز، پایش دقیق علائم خونریزی و هرگونه تغییر وضعیت عصبی از اهمیت حیاتی برخوردار است. در سکته هموراژیک، کنترل دقیق فشار خون و اجتناب از افت ناگهانی و شدید آن اهمیت ویژه دارد. پیشگیری از عوارض ثانویه مانند آسپیراسیون، ترومبوز ورید عمقی و زخم فشاری، بخشی جدایی ناپذیر از درمان است، نه یک اقدام فرعی، و آموزش مؤثر بیمار و خانواده او کلید اصلی پیشگیری از سکته بعدی محسوب می شود.

چک لیست سریع پرستار سکته حاد

- ☐ زمان Last Known Well به دقت ثبت شد
- ☐ ارزیابی ABC و NIHSS / GCS اولیه انجام شد
- ☐ قند خون و علائم حیاتی کنترل شد
- ☐ تیم سکته یا پزشک معالج مطلع شد
- ☐ تصویربرداری CT هماهنگ شد
- ☐ معیارهای ترومبولیز/ترومبکتومی بررسی شد
- ☐ بلع ارزیابی شد و وضعیت NPO مشخص است
- ☐ اقدامات پیشگیری از عوارض آغاز شد

منابع کلیدی

این کتابچه بر اساس رهنمودهای انجمن قلب آمریکا و انجمن سکته آمریکا برای مدیریت اولیه بیماران مبتلا به سکته ایسکمیک حاد، رهنمودهای تخصصی مدیریت خونریزی داخل مغزی و خونریزی زیرعنکبوتیه، و منابع استاندارد آموزش پرستاری مغز و اعصاب و مراقبت‌های ویژه تدوین شده است. توصیه می‌شود پرستاران برای به‌روزرسانی دانش بالینی خود، به‌طور مستمر آخرین نسخه‌های این رهنمودها را در منابع رسمی مرور کنند.

موفق باشید