

هدف کلی:

آگاهی و شناخت بیماری و چگونگی مراقبت از این افراد و آموزش مراقبت از خود

اهداف رفتاری

شناختی: ۱- شناخت ماهیت بیماری، علایم و روش های تشخیصی و درمان

۲- آگاهی و شناخت در رابطه با مراقبت های قبل و بعد از عمل و ترخیص

روانی-حرکتی: ۱- اجرای صحیح مراقبت های قبل و بعد از عمل

۲- آموزش صحیح به بیماران جهت خودمراقبتی در منزل و پیگیری مجدد

عاطفی: ۱- درک اهمیت اصول صحیح مراقبت های قبل و بعد از عمل

۲- درک اهمیت آموزش صحیح به بیمار جهت کاهش مشکلات بعد عمل

ماهیت بیماری

خونریزی های داخل مغزی در واقع وارد شدن خون به داخل جسم مغز است این عارضه در نوعی از آسیب دیدگی های سر شایع است که نیرو از یک ناحیه کوچک به سر وارد می شود زخم های ناشی از گلوله ,جراحات ناشی از پرتاب کردن اجسام ,تصادفات ,جراحات ناشی از چاقو و.....

علاوه بر این خونریزی های داخل مغزی می توانند در نتیجه ی اختلالات زیر هم بوجود آیند :

مانند افزایش فشار خون سیستمیک که منجر به دژنراسیون و پارگی رگ می گردد

-پارگی آنوریسم های کیسه ای شکل

-آنومالی های عروقی

-تومورهای داخل جمجمه ای

– اختلالات خونریزی دهنده از جمله بیماری لوسمی – هموفیلی – آنمی آپلاستیک – ترومبو سیتهوپنی عوارض درمان با ضد انعقادها می باشد .

علل غیر ترومباتیک خونریزی های داخل بطنی در واقع با ورود خون به داخل بافت مغز بیشتر از بیماران دچار فشار خون بالا و بیماران مبتلا به تصلب شرایین مغزی است چون تغییرات دژنراتیو ناشی از این بیماران منجر به پارگی رگ مغز میگردد علاوه بر آن برخی از انواع پاتوژن های سرخرگی – تومور های مغزی و داروهایی مانند ضد انعقاد های خوراکی و تزریقی آمفتامین ها و مواد مخدر غیر مجاز نیز می توانند جزء علل به وجود آورنده ی این عارضه باشند خونریزی ها عموماً از ناحیه لوب مغزی و عقده های قاعده ای و تالاموس و ساقه مغز بیشتر در ناحیه ی پل مغزی و نیز منخچه به وقوع می پیوندد .

گهگاه خونریزی ها باعث پارگی دیواره ی بطن های جانبی شده که خونریزی های بطنی را بوجود می آورد و اغلب پیش آگهی بسیار بدی دارد و کشنده است . نشانه ها اغلب با تاخیر بروز مینمایند چرا که هماتوم باید به قدری بزرگ شود تا سبب انحراف و همچنین تغییر شکل ساختمان های مغز و افزایش ICP گردد . علائم و نشانه های ایسکمی مغزی که در اثر فشار ایجاد شده به وسیله هماتوم پدید می آیند و به سرعت در دیگر مناطق حیاتی و منطقه دچار آسیب دیده باعث بروز مشکل می گردد .

تشکیل سریع هماتوم هر چند کوچک می تواند کشنده باشد و بر عکس در هماتوم هایی که به تدریج ایجاد می شوند و حجیم تر می باشند امکان جبران و ترمیم آن ها به دلیل مزمن بودن وجود دارد.

عوامل مستعد کننده :

– افزایش فشار خون سیستولیک و افزایش فشار نبض

– استفاده از داروهای ضد انعقاد مثل آسپرین

– وارفارین

– استروپتوکیناز

– محیط های پر از تنیدگی و استرس و.....

علائم و نشانه ها :

– سردرد

– تهوع

—کاهش رفلکس های عصبی

—تشنج

—افزایش فشار داخل جمجمه

—عدم هوشیاری بیمار

—بی نظمی در ریتم قلب بصورت تاکی کاردی ویا برادی کاردی

— خطر ترومبوز وریدهای عمقی و آمبولی ریوی بدلیل عدم تحرک ناشی از بیماران کماتوز

—مشکلاتی از قبیل عدم تعادل مایعات و الکترولیت ها ناشی از تغییرات هورمونی و سندرم ترشح نامناسب هورمون

—ADH دیابت بی مزه

—هیپر گلیسمی غیر کتونی هیپر اسمولار .

روشهای تشخیصی

بررسی و شناخت و تشخیص وسعت ناحیه ی آسیب دیده در همان معاینات فیزیکی و عصبی اولیه انجام میگردد CT اسکن و MRI از جمله اولین روش های تصویر برداری عصبی تشخیصی هستند که در ارزیابی ساختمان های مغز مفید واقع می شوند .توموگرافی از طریق انتشار پوزیترون " اسکن pet " در برخی از مراکز موجود است در این روش به جای ساختمان های مغزی عملکرد مغز مورد معاینه قرار می گیرد .

درمان

هدف از تمام درمان های انجام شده سالم نگه داشتن هموستاز مغز و جلوگیری از آسیب ثانویه مغزی می باشد .

آسیب دیدگی های ثانویه اصطلاحاتی است که برای تشریح آسیب های مغزی بدنبال یک رویداد تروماتیک اولیه مورد استفاده قرار می گیرد .

علامت های شایع بروز آسیب دیدگی های ثانویه عبارتند از : ادم مغزی،افت فشار خون و دپرسیون تنفسی که موجب هیپوکسی و عدم تعادل الکترولیت میگردد جهت جلوگیری از آسیب ثانویه تثبیت عملکرد سیستم قلبی —عروقی و تنفس

ضروری بوده و به نوبه ی خود موجب حفظ پر فیوژن مغزی در حد کافی و کنترل خونریزی و هیپوولمی و حفظ مقادیر گازهای خونی در حد مطلوب میگردد.

جهت بهبود تنفس در بیماران کماتوز ناشی از آسیب به بافت مغزی لوله گذاری داخل تراشه صورت گرفته و برای کنترل محافظت از راه تنفس و اطمینان از اکسیژن رسانی کافی به بافت مغز تهویه مکانیکی با ونتیلاتور انجام می شود.

تغییر پوزیشن بیماران lvh در حد پوزیشن سر ۳۰-۴۵ الویت باعث کاهش فشار داخل مغز میگردد. در بیماران آسیب دیده مغز ما شاهد افزایش متابولیسم می باشیم لذا افزایش درجه حرارت در این بیماران مشهود است لذا با استفاده از پتوهای خنک کننده درجه حرارت را تنظیم می نما ییم. جهت جلوگیری از بیماران آسیب مغزی کماتوز در فرآیند زخم بستر تغییرات وضعیت و ماساژ پشت هم جهت خونرسانی به بستر پوست و هوادهی پوست مناسب می باشد در بیماران lvh بدلیل کاهش حرکات دودی و کاهش در فعالیت های حرکتی معده خواهیم بود لذا در بعضی از بیماران ما برگشت محتویات معده و اسپیراسیون را داریم و بهتر است که در این بیماران تغذیه کوتاه مدت از راه لوله بینی - معدی صورت گیرد و در دراز مدت تغذیه از راه لوله دئودنوم و ژژنوم انجام گیرد.

داروهای مصرفی

*جهت کنترل تشنج از بنزو دیازپین ها استفاده میگردد زیرا این دارو روی سطح هوشیاری و افزایش فشار مغز اثر سوء ندارد و بهترین دارو جهت بیماران lvh میگردد.

*جهت کاهش ICP از دکزامتازون - سرم مانیتول ۲۰٪ بصورت انفوزیون استفاده میگردد. داروهایی مثل فنی توئین موثر می باشند.

*اگر در بیماران lvh درمان های حمایتی و طبی جهت کاهش فشار داخل جمجمه موثر واقع نشود درمان جراحی اولویت دارد.

در درمان جراحی جهت درناژ مایع اضافی CSF موجود در بطن ها که افزایش بی رویه آن باعث کاهش پر فیوژن مغزی و افزایش ICP میگردد از درن ونتیر کولوستومی استفاده می شود لذا جهت پروفیلاکسی از عفونت های فرصت طلب آنتی بیوتیک بر حسب دستور پزشک جهت بیمار استفاده می شود.

فعالیت های مجاز و غیر مجاز

فعالیت های غیر مجاز :

_ هر گونه جابجایی سر بیمار به طرفین بدون دستور پزشک ممنوع است.

– زیر سر نباید از ۳۰-۴۵ درجه بیشتر باشد .

پوزیشن های لترال – دمر – ترند لنبرگ جهت بیماران آسیب مغزی نامناسب می باشد .

فعالیت های مجاز : تغییر وضعیت دادن بیمار طبق استاندارد های پرستاری جهت جلوگیری از آسیب دیدگی پوست در نواحی تحت فشار در ایجاد زخم بستر بسیار مناسب می باشد . جهت اصلاح دفورمیتی اندام های تحتانی " دکوتیکه – دسربره " قرار دادن بدن بیمار در وضعیت مناسب و برقراری آتل های موقت جهت اصلاح دفورمیتی مناسب است .

ماساژ پشت درناژ تخلیه ای ریه های بیمار بسیار مناسب میباشد. قرار دادن وضعیت سر به صورت قائم و درزاویه ۳۰ درجه جهت کاهش ICP بسیار مناسب است.

کنترل مثانه از نظر اقباس ادراری و کنترل برون ده ادراری بیمار امری مهم تلقی میگردد.

در صورت تب $T > 38.5$ استفاده از پتوهای خنک کننده و کمپرس سرد غیر مستقیم-پاشویه جهت کنترل تب موثر میباشد.

رژیم های غذایی مجاز و غیر مجاز

در بیماران JVH و کلیه بیماران بستری در بیمارستان تا برقراری رفلکس گگ و مشاهده حرکات دودی معده از انجام رژیم دهانی باید خودداری نمود.

در بیماران JVH کماتوز و بیمارانی که کاهش سطح هوشیاری دارند جهت برقراری رژیم غذایی در چند اول اصلاح آب و الکترولیت ها از طریق وریدی و تغذیه محلول های هایپرتونیک وریدی در اولویت میباشد و تا زمانیکه دستگاه GI کارایی خود را بدست آورند طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول بستری مشاوره تغذیه پیشنهاد میگردد و بعد تغذیه روده ای از طریق لوله بینی – معده ای به این صورت که ابتدا فقط مقدار 50CC آب خالی در صورت تحمل میتوان از مایعات صاف و رقیق شده بصورت محلول گاوژ 50CC هر ۳ ساعت جهت بیمار تغذیه نمود در صورت تحمل دوز بادستور پزشک جراح روزانه 50cc هر ۳ ساعت به محلول گاوژ افزوده میشود و از IV FLUID دریافتی کاسته میگردد اضافه کردن محلول گاوژ دریافتی به تحمل بیمار و آسیبیره نمودن مواد غذایی نیز بستگی دارد.

آموزش های خود مراقبتی

۱- بهبود عملکرد شناختی: اگرچه تعداد بسیاری از بیماران دچار صدمات مغزی به واسطه تکنولوژی احیاء زنده میمانند اغلب دچار اختلالات شناختی چشمگیری میباشد که ممکن است در خلال دوره حاد بیماری به وجود آنها پی نبرده باشند.

اختلالات شناختی عبارتند از: اختلال در حافظه، کاهش توانایی در تمرکز و معطوف نمودن حواس خود به مسئله ای خاص، کاهش توانایی در رابطه با پردازش اطلاعات، کند و نیز تدریجی بودن تفکر، ادراک، بی‌قراری ارتباط و
تعلیم و آموزش درباره بیمار طی دوره ای طولانی مدت صورت می‌گیرد و شامل استفاده از محرک های حسی و تقویت آنها، تغییر و اصلاح رفتارها، آگاهی نسبت به واقعیت، برنامه های آموزشی کامپیوتری و بازی های ویدیویی میباشد.
در این مرحله از بهبودی کمک گرفتن از روشهای متعدد درمانی ضروری بنظر میرسد توانایی عقلانی فرد ممکن است با گذشت زمان بهبود نیابد اما در زمینه های رفتاری و اجتماعی میتوان امید به بهبود داشت.

۲- جلوگیری از بروز اختلال در الگوی خواب:

_ سرو صدای محیط را باید کاهش داد.

- روشنایی اتاق را باید تضعیف کرد.

- ماساژ پشت بیمار باعث افزایش آرامش و راحتی گشته و به وضعیت خواب و استراحت بیمار کمک میکند.

_ ارائه اطلاعات در خصوص وضعیت بیمار و پیش آگهی آن به خانواده اش و آموزش خانواده بر تغییر و تشریح تغییرات بوجود آمده در پاسخ های روانی و جسمی بیمار معطف می‌گردد.

پرستار باید به بیمار و خانواده اش نیاز به تداوم برنامه های ارتقایی سلامت و نیز شرکت در برنامه های غربالگری و توان بخشی پس از سپری شدن مراحل اولیه آسیب دیدگی های مغز را یادآوری کند.

بیمارانی که در گذشته در چنین برنامه هایی حضور داشته باید در رابطه با اولویت برنامه مذکور آموزش ببینند و جهت مراقبت بهداشتی مربوطه ارجاع داده شوند.

برای بیمار و خانواده اش باید جلسات مشاوره بامدکار اجتماعی و روانپزشک داده شود.

منابع:

جانسیال. هینکل. کریاچ، چپویر ۲۰۱۴. پرستاری داخلی جراحی بیماریهای اعصاب (برونروسودارت)، ترجمه: عالیخانی، م. ویرایش سیزدهم. تهران، انتشارات جامعه نگروسالمی

