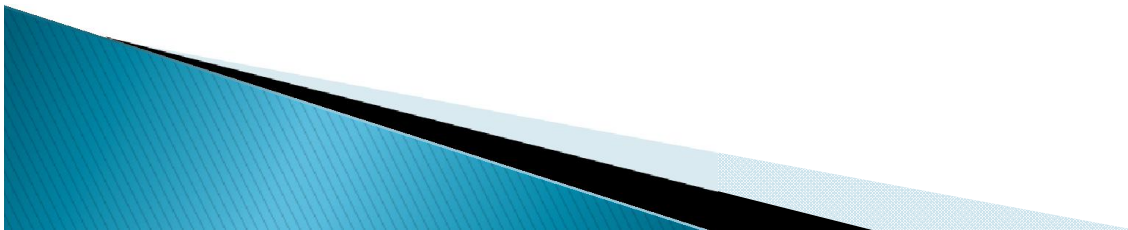
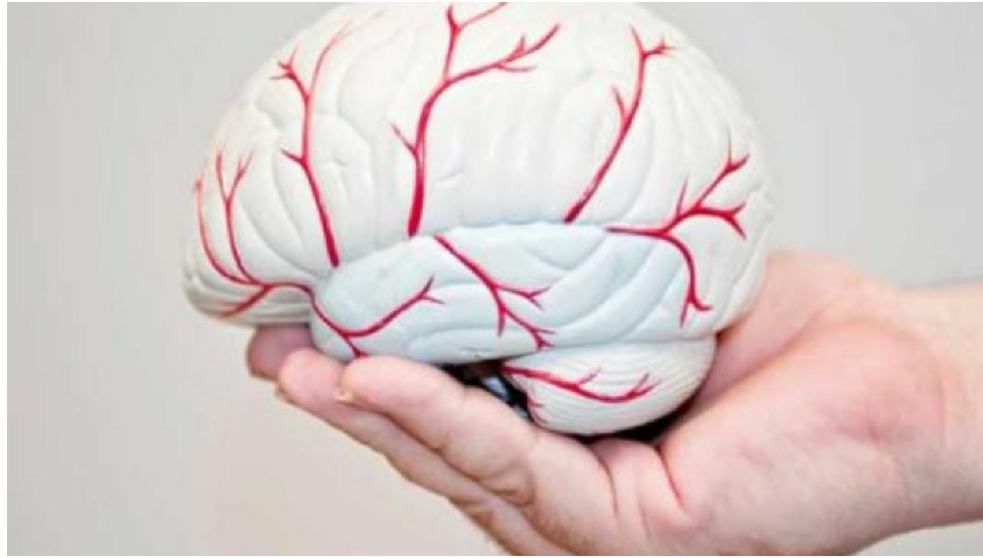




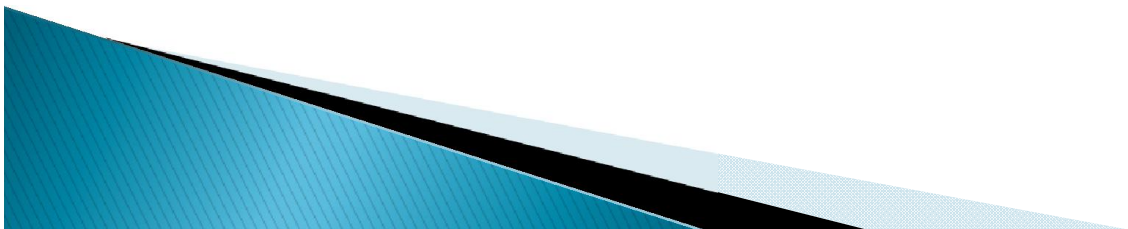
انواع سکته مغزی

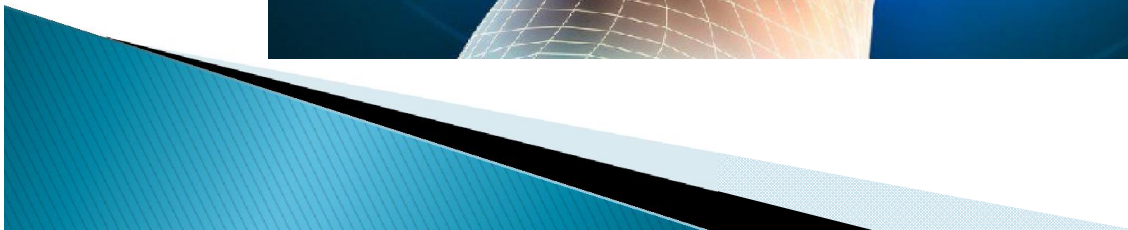


▶ ترومبوز مغزی

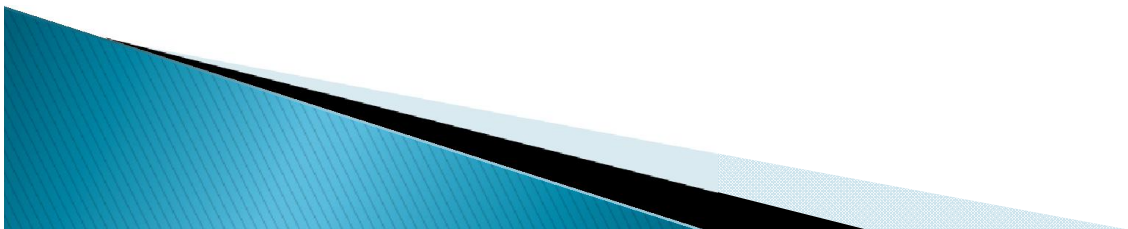
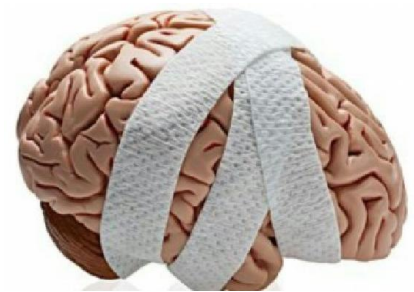
▶ آمبولی مغزی

▶ خون ریزی مغزی

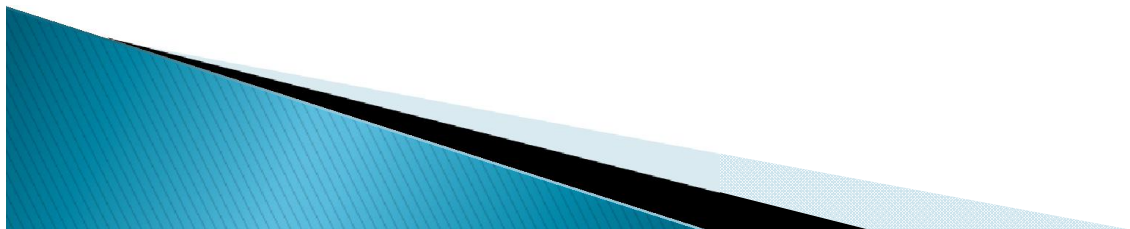




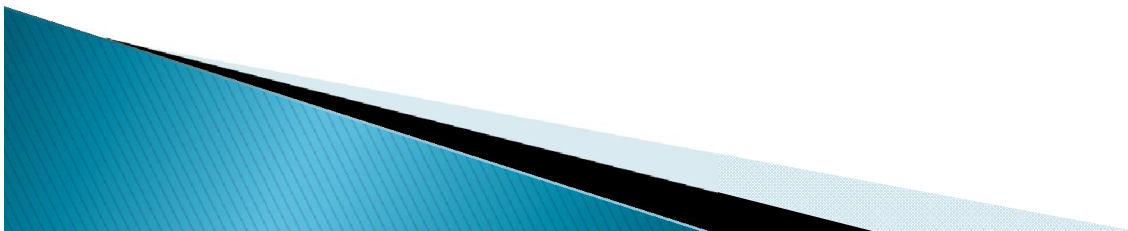
▶ حدود ۸۵٪ از تمام موارد سکته های مغزی بر اثر بسته شدن یک شریان مغزی با یک لخته خون که به آن اصطلاحاً ترومبوز مغزی گفته می شود ایجاد می گردد.



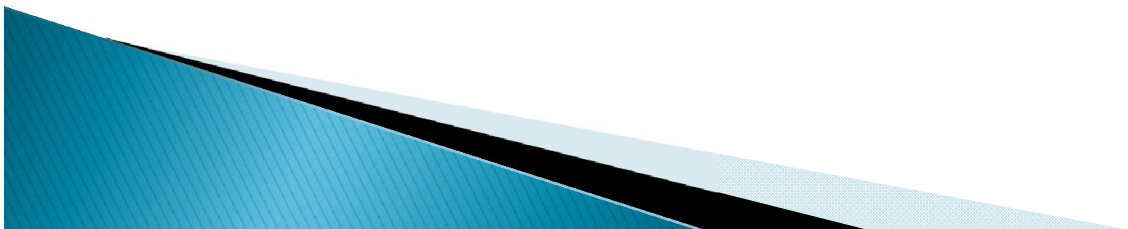
▶ آمبولی مغزی وقتی رخ می دهد که تکه ای از یک لخته خون که در جای دیگر بدن مثل قلب یا رگ اصلی گردن ساخته شده، خود را از طریق جریان خون به یکی از شریان های خون رسان مغز برساند و در آنجا گیر کند. حدود یک چهارم از سکته های مغزی بر اثر آمبولی مغزی بروز می کنند.



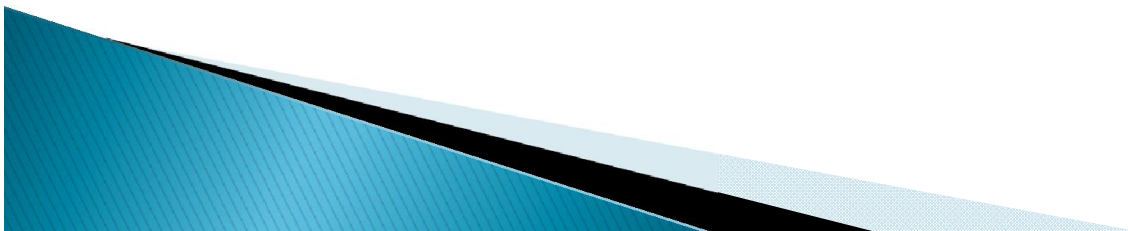
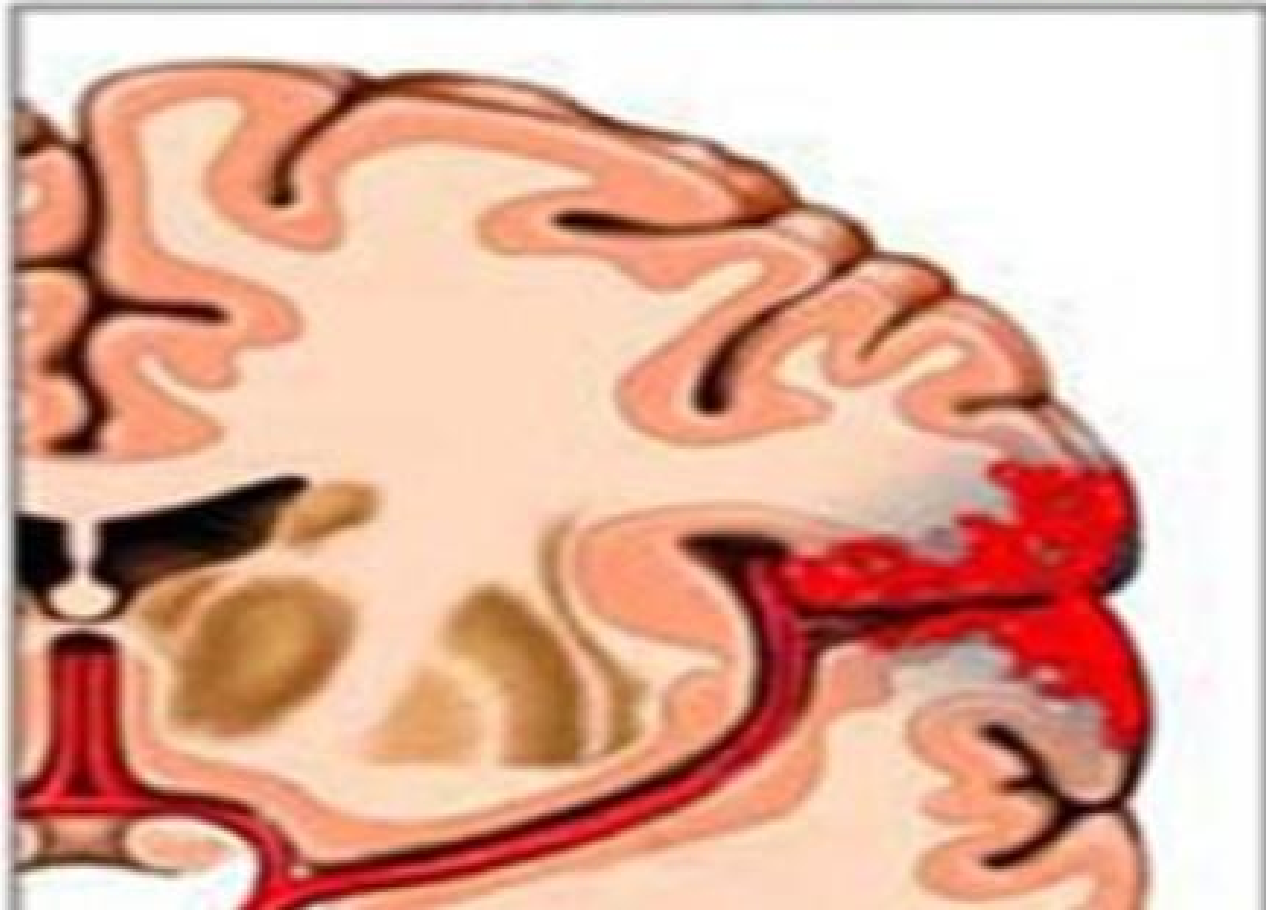
سکته مغزی غیر خونریزی دهنده



خونریزی مغزی باعث حدود ۱۵٪ سکته های مغزی می
باشد بر اثر پاره شدن یکی از شریان های مغز ایجاد می
شود. در این موارد خون بر روی بافت های اطراف آن
ریخته می شود .

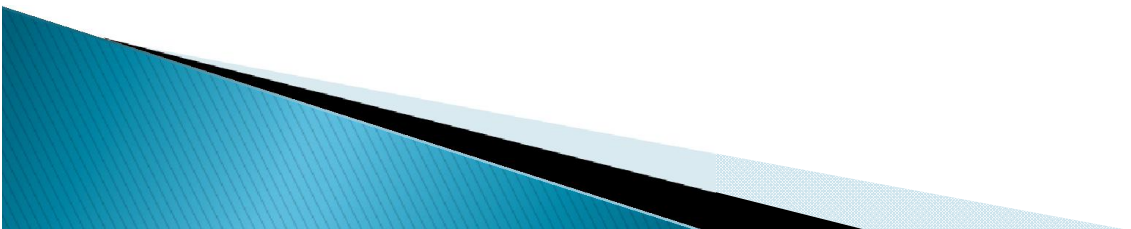


سکته مغزی خونریزی دهنده



▶ لخته های خونی که باعث ترومبوز و آمبولی مغزی می شوند احتمال زیادی دارند که در یک شریانی که بر اثر آترواسکلروسیس آسیب دیده است ساخته شده باشند. تصلب شرایین وضعیتی است که در آن دیواره رگ ها بر اثر رسوب چربی سفت می شود. عواملی که باعث افزایش احتمال ایجاد تصلب شرایین می شود عبارتند از

▶ سیگار کشیدن، مصرف زیاد چربی در رژیم غذایی، دیابت و وجود مقدار زیادی چربی در خون.

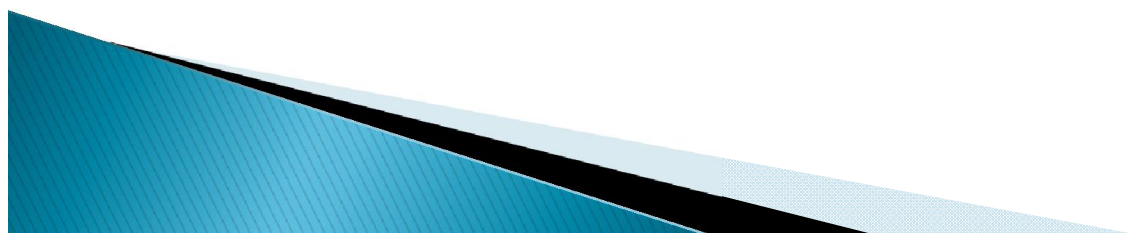


▶ آمبولی مغزی ممکن است بر اثر اختلال در ریتم ضربان

قلب، اختلالات دریچه ای قلب یا سکته قلبی که به

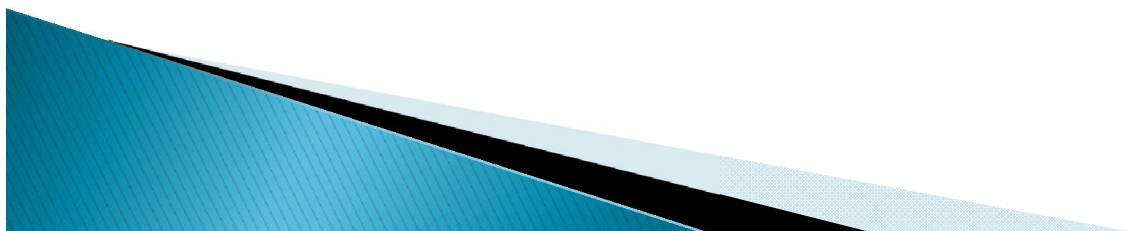
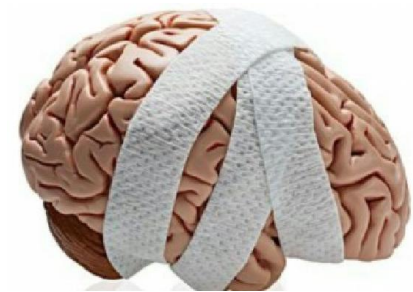
تازگی رخ داده است، ایجاد شود که تمام این موارد

می توانند باعث ساخته شدن لخته خون در قلب شوند.



▶ توجه:

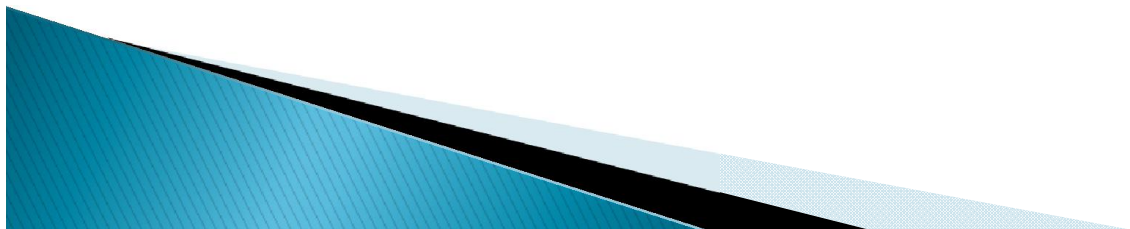
خطر بروز آمبولی مغزی، ترومبوز مغزی و خون ریزی مغزی
با بالا رفتن فشار خون افزایش می یابد.



▶ در بیماری سلول داسی شکل (سیکل سل) که یک ناهنجاری گلوبول های قرمز خون می باشد، بخاطر شکل گلوبول های قرمز که به صورت داس در می آیند و احتمال چسبیدن به هم و گیر کردن در عروق خونی را دارند، خطر ترومبوز مغزی افزایش می یابد.



▶ گاهی ترومبوز ممکن است بر اثر تنگ و باریک شدن شریان های خون رساننده به مغز بخاطر التهاب ایجاد گردد. التهاب شریان ممکن است به علت وجود یک بیماری خود ایمن مثل پلی آر تریت ندوزا ایجاد شود. در این بیماری سیستم ایمنی بدن به بافت های سالم بدن حمله می کند.



▶ در سگته های مغزی خون ریزی دهنده که ناشی از پاره شدن یک رگ خونی در داخل یا سطح مغز می باشند وقتی که یک رگ خونی پاره می شود، دیگر حس به سلول های مغزی نمی رسد، به علاوه نشت خون از رگ پاره شده، می تواند به بافت مغزی آسیب جدی وارد نماید.



علائم سکته مغزی:

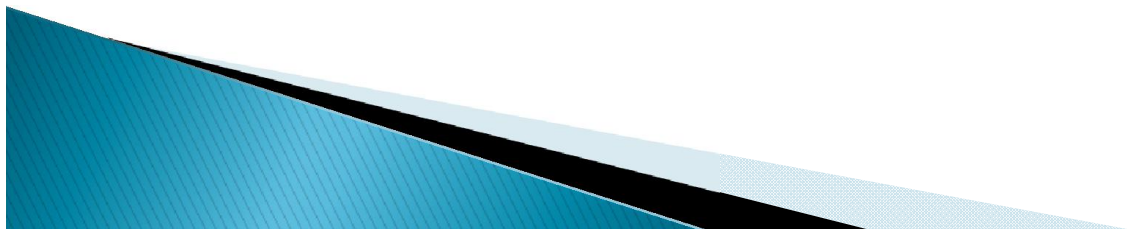
▶ در بیشتر افراد علائم سکته مغزی به سرعت و در عرض چند

ثانیه یا چند دقیقه بعد از وقوع سکته خود را نشان می

دهند. علائم هر سکته مغزی بستگی به قسمتی از مغز دارد

که دچار گرفتاری شده است. این علائم امکان دارد شامل

موارد زیر گردد:



علائم سکته مغزی چیست؟

- فلج یکطرفه صورت
- بروز ناگهانی ضعف و بی حسی در یک طرف بدن و بهم خوردن تعادل بدن
- اختلال در تکلم
- بروز ناگهانی سر دردهای شدید بدون علت که حتی ممکن است بعد از آن فرد بیهوش شود
- بروز مشکلات شدید، همراه با سرگیجه هنگام راه رفتن
- تغییر ناگهانی دید در یک یا دو چشم
- تاری دید بخصوص در یک چشم
- بی اختیاری ادرار و مدفوع
- دشوار شدن بلع غذا



۷۲۴



کد ۷۲۴

۷ روز هفته ۲۴ ساعه

▶ ۱. ضعف و کرختی صورت و بازوها یا پاها به خصوص در یک

طرف بدن (همی پارزی)

▶ ۲. فلج صورت ، بازوها و پاها در همان طرف (همی پلژی)

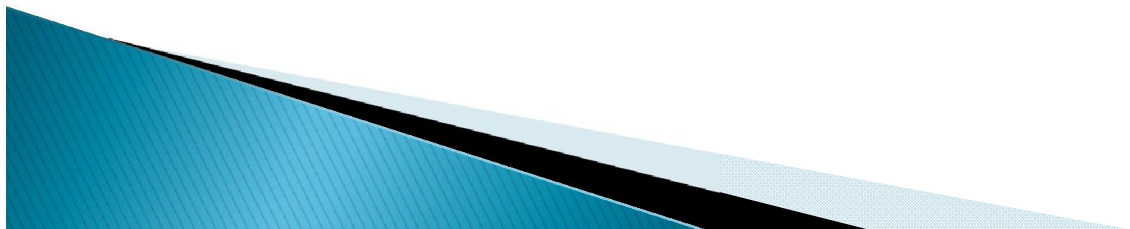
▶ ۳. عدم تعادل و لنگ زدن (آتاکسی)

▶ ۴. اختلال در تکلم یا در درک کلام (دیس آرتری)



B E E F A S T

حفظ تعادل	چشم‌ها	صورت	دست‌ها	صحبت کردن	زمان بندی
					
از دست دادن ناگهانی تعادل	از دست دادن بینایی در یک یا هر دو چشم	غیرمتقارن به نظر رسیدن صورت	ضعیف شدن یا بی حس شدن دست یا پا	مشکلات صحبت کردن؟ ایجاد مشکل در صحبت کردن یا سردرگم به نظر رسیدن فرد	بلافاصله با اورژانس تماس بگیرید!



▶ ۵. اشکال در بلع (دیس فاژی)

▶ ۶. کرختی و سوزش قسمت های بدن-اشکال در درک

وضعیت و موقعیت (پارستزی)

▶ ۷. دو بینی-تاری دید یا از دست دادن بینایی به خصوص در

یک چشم

▶ ۸. سردرد شدید و ناگهانی



سکته مغزی

امکان معالجه وجود دارد به شرط این که سریع واکنش نشان دهید.



New York State Department of Health

ترجمه: 020.ir

▶ ۹. از دست دادن حافظه کوتاه مدت و طولانی مدت - اختلال

در قضاوت

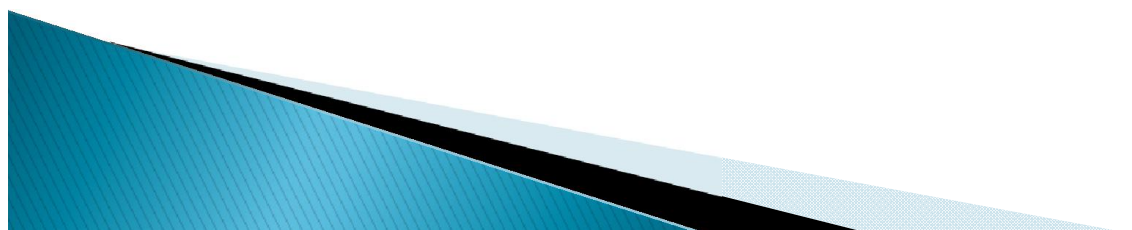
▶ ۱۰. سرگیجه بدون دلیل و سقوط ناگهانی

▶ ۱۱. بی اختیاری ادرار و مدفوع

▶ ۱۲. اشکال در پیدا کردن کلمات و فهمیدن آن چیزی که

دیگران می گویند

▶ ۱۳. عدم توانایی در انجام حرکات ظریف .



علائم سکتہ مغزی



یک طرف
صورتان
بی حس است!؟



یک دستان
بی حرکت است!؟



دچار لکنت زبان
شده اید!؟



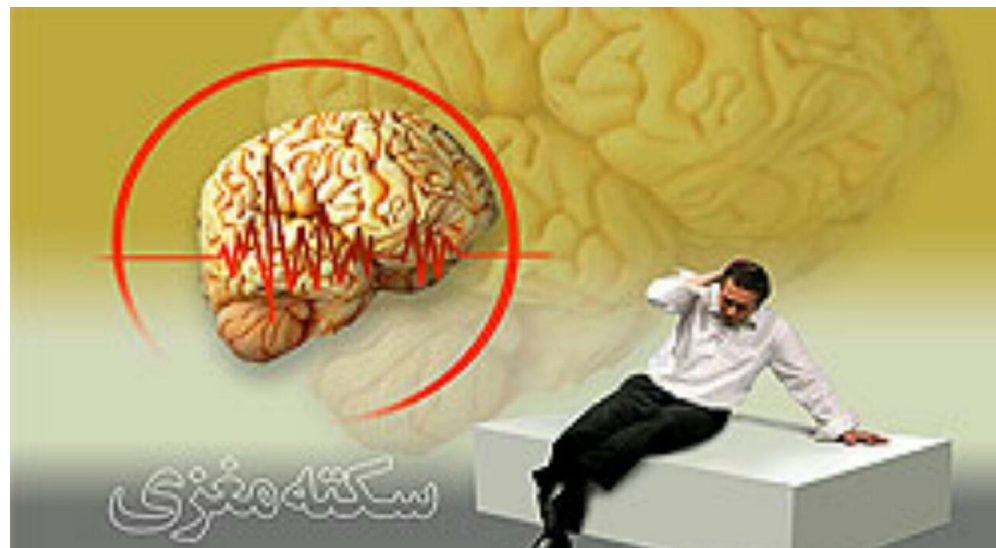
فورا با ۱۱۵
تماس بگیرید!



چه بیمارانی مشمول دریافت درمان استاندارد (کد ۷۲۴)

هستند؟

بیماران سکته مغزی ایسکمیک و حمله ایسکمیک گذرا

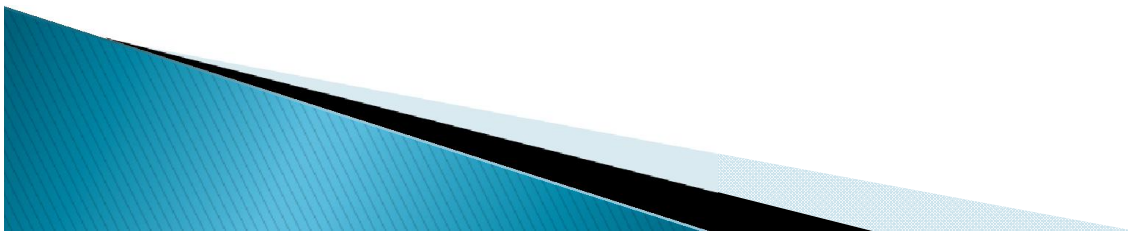


Scores

▶ ABCD2

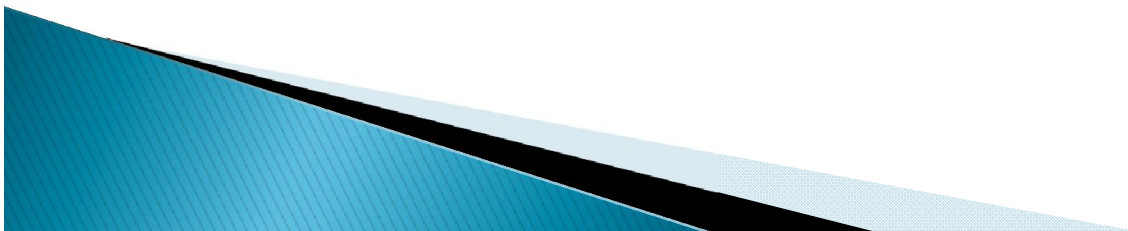
▶ MRS

▶ NIHSS



ABCD2 score

- ▶ Clinical prediction rule used to determine the risk of stroke in the days following TIA
- ▶ The score is between 0-7



ABCD2 parameters

- ▶ A:age
- ▶ B:blood pressure
- ▶ C:clinical features
- ▶ D:duration
- ▶ D:diabets



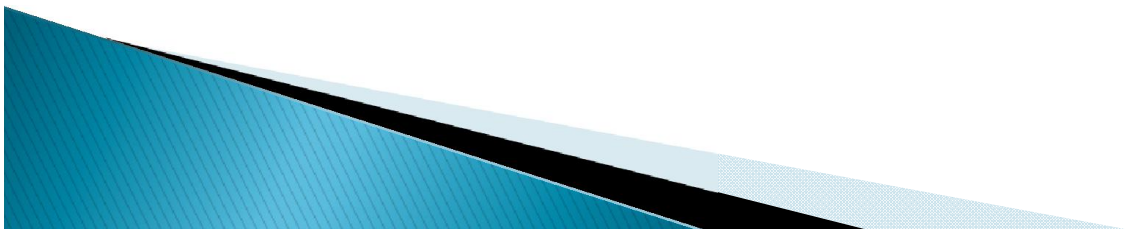
ABCD² parameters

Risk factor		Points
Age	≥60	1
Blood pressure	Systolic ≥ 140 mm Hg OR Diastolic ≥ 90 mm Hg	1
Clinical features of TIA (choose one)	Unilateral weakness with or without speech impairment OR Speech impairment without unilateral weakness	2 1
Duration	TIA duration ≥60 minutes OR TIA duration 10-59 minutes	2 1
Diabetes		1
Total ABCD² score 0-7		

Risk of stroke

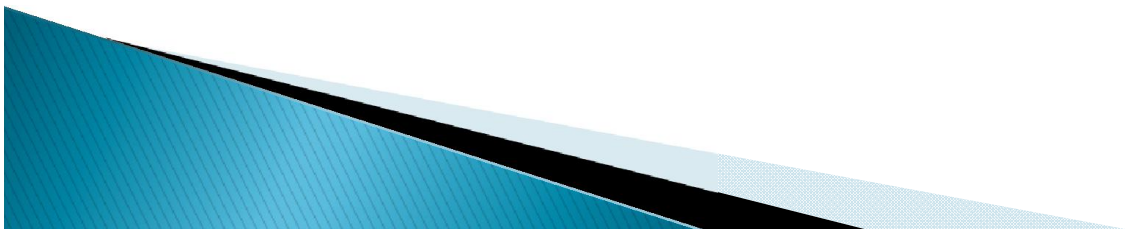
The risk for stroke can be estimated from the ABCD² score as follows:

- Score 1-3 (low)
 - 2 day risk = 1.0%
 - 7 day risk = 1.2%
- Score 4-5 (moderate)
 - 2 day risk = 4.1%
 - 7 day risk = 5.9%
- Score 6-7 (high)
 - 2 day risk = 8.1%
 - 7 day risk = 11.7%

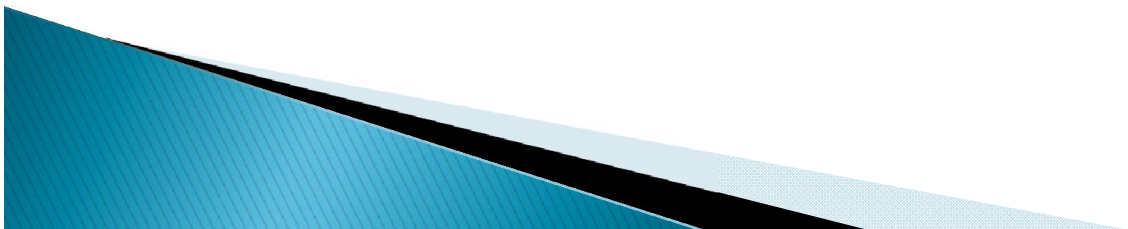


MRS(modified Rankin score)


- ▶ A scale for measuring the degree of disability or dependence in daily activities after stroke
- ▶ The most widely used clinical outcome measure for stroke clinical trials
- ▶ Runs from 0-6



Score	Definition
0	No symptoms
1	No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms
2	Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities
3	Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted
4	Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted
5	Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent
6	Dead

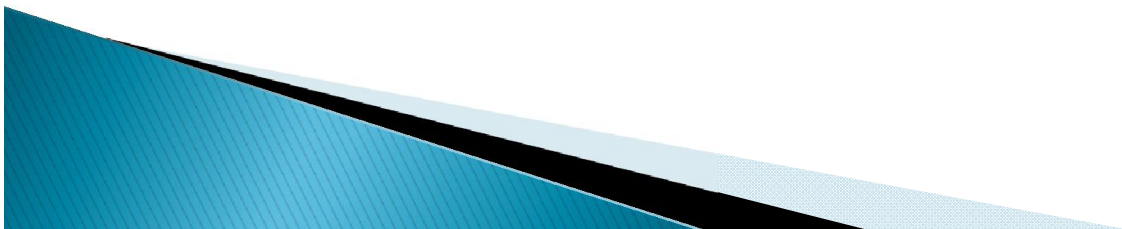


NIHSS(national institute of health stroke scale)

- ▶ A tool used to objectively quantify the impairment caused by stroke
 - ▶ Predictor of patient outcome
 - ▶ Composed of 11 items
 - ▶ The score is between 0-42
 - ▶ NIHSS>16:probability of death
 - ▶ NIHSS<6 probability of good recovery
 - ▶ An increase of 1 point in NIHSS decrease the likelihood of excellent outcome by 17%
 - ▶ The examiner should not coach or help
- 

1a:Level of consciousness

Score	Test results
0	Alert; Responsive
1	Not alert; Verbally arousable or aroused by minor stimulation to obey, answer, or respond.
2	Not alert; Only responsive to repeated or strong and painful stimuli
3	Totally unresponsive; Responds only with reflexes or is areflexic



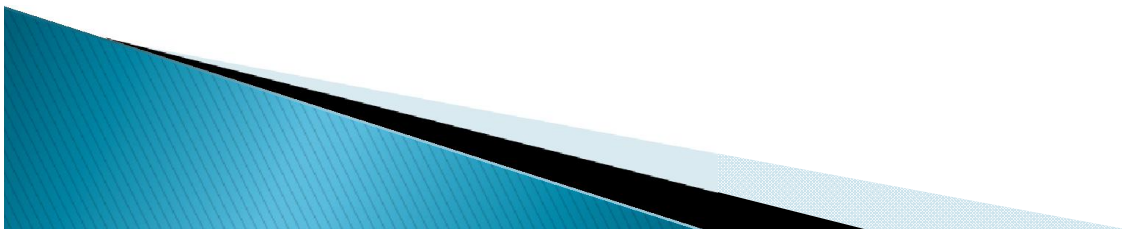
1b:LOC questions

B) LOC Questions



Patient is verbally asked his or her age and for the name of the current month.^[3]

Score	Test results
0	Correctly answers both questions
1	Correctly answers one question
2	Does not correctly answer either question



1c:LOC commands

C) LOC Commands



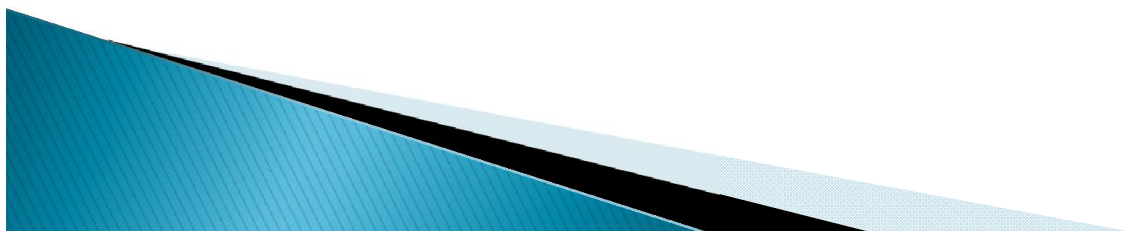
The patient is instructed to first open and close his or her eyes and then grip and release his or her hand^[3]

Score	Test results
0	Correctly performs both tasks
1	Correctly performs 1 task
2	Does not correctly perform either task




2:Gaze

Score	Test results
0	Normal; Able to follow pen or finger to both sides
1	Partial gaze palsy ; gaze is abnormal in one or both eyes, but gaze is not totally paralyzed. Patient can gaze towards hemisphere of infarct , but can't go past midline
2	Total gaze paresis ; gaze is fixed to one side



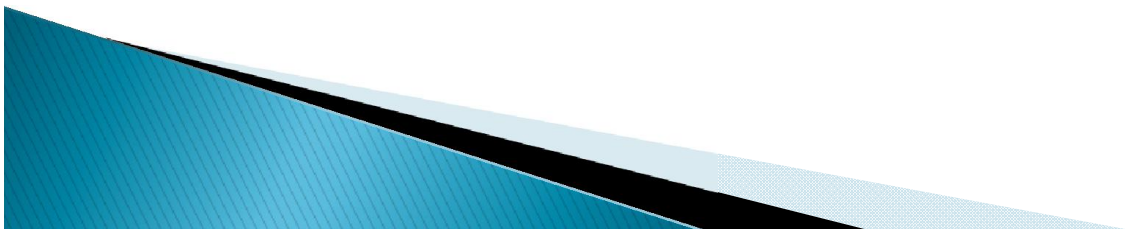
3:Visual

Score	Test results
0	No vision loss
1	Partial hemianopia or complete quadrantanopia ; patient recognizes no visual stimulus in one specific quadrant
2	Complete hemianopia; patient recognizes no visual stimulus in one half of the visual field
3	Bilateral Blindness , including blindness from any cause



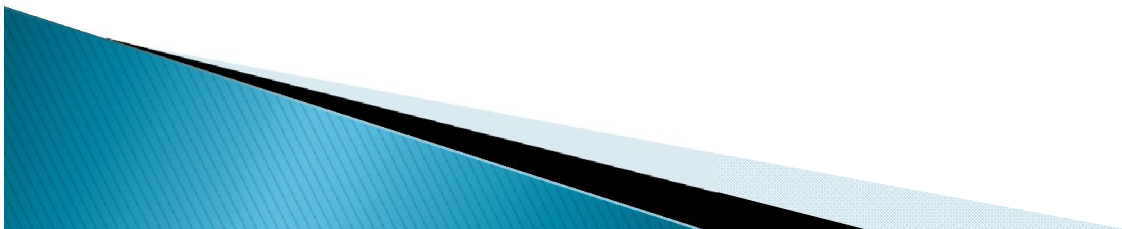
4:Facial

Score	Test results
0	Normal and symmetrical movement
1	Minor paralysis ; function is less than clearly normal, such as flattened nasolabial fold or minor asymmetry in smile
2	Partial paralysis; particularly paralysis in lower face
3	Complete facial Hemiparesis , total paralysis in upper and lower portions of one face side



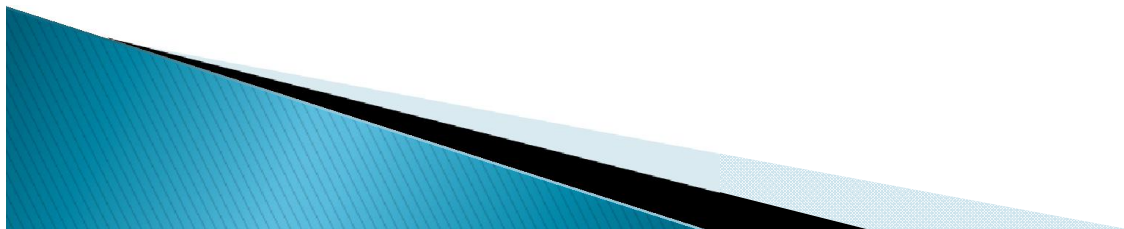
5:Motor arm

Score	Test results
0	No arm drift; the arm remains in the initial position for the full 10 seconds
1	Drift; the arm drifts to an intermediate position prior to the end of the full 10 seconds, but not at any point relies on a support
2	Limited effort against gravity; the arm is able to obtain the starting position, but drifts down from the initial position to a physical support prior to the end of the 10 seconds
3	No effort against gravity; the arm falls immediately after being helped to the initial position, however the patient is able to move the arm in some form (e.g. shoulder shrug)
4	No movement; patient has no ability to enact voluntary movement in this arm



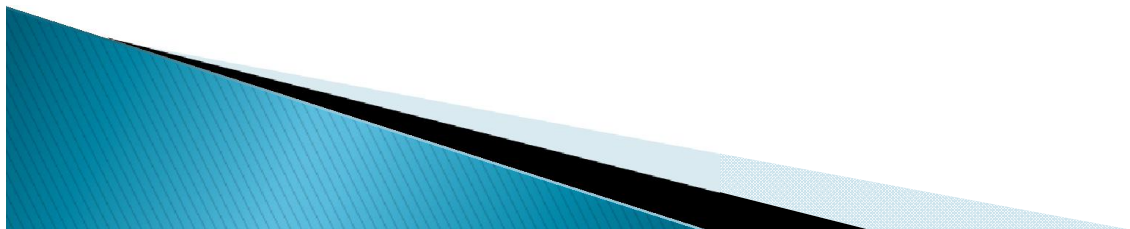
6:Motor leg

Score	Test results
0	No leg drift; the leg remains in the initial position for the full 5 seconds
1	Drift; the leg drifts to an intermediate position prior to the end of the full 5 seconds, but at no point touches the bed for support
2	Limited effort against gravity; the leg is able to obtain the starting position, but drifts down from the initial position to a physical support prior to the end of the 5 seconds
3	No effort against gravity; the leg falls immediately after being helped to the initial position, however the patient is able to move the leg in some form (e.g. hip flex)
4	No movement; patient has no ability to enact voluntary movement in this leg



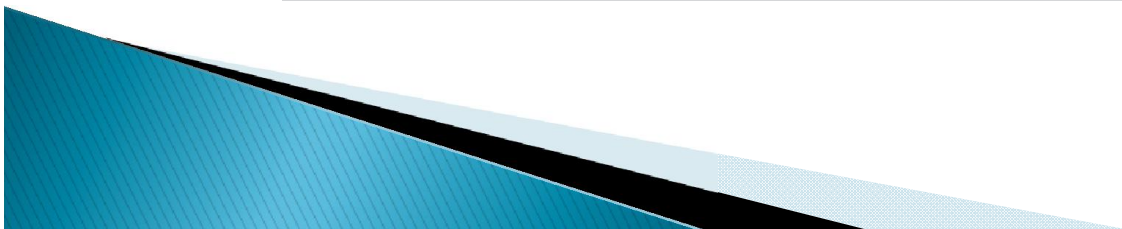
7:Limb ataxia

Score	Test results
0	Normal coordination; smooth and accurate movement
1	<i>Ataxia</i> present in 1 limb; rigid and inaccurate movement in one limb
2	<i>Ataxia</i> present in 2 or more limbs: rigid and inaccurate movement in both limbs on one side



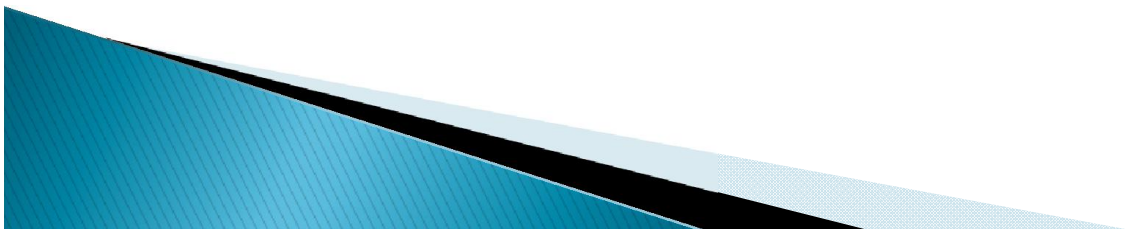
8:Sensory

Score	Test results
0	No evidence of sensory loss
1	Mild-to-Moderate sensory loss; patient feels the pinprick, however he or she feels as if it is duller on one side
2	Severe to total sensory loss on one side; patient is not aware he or she is being touched in all unilateral extremities



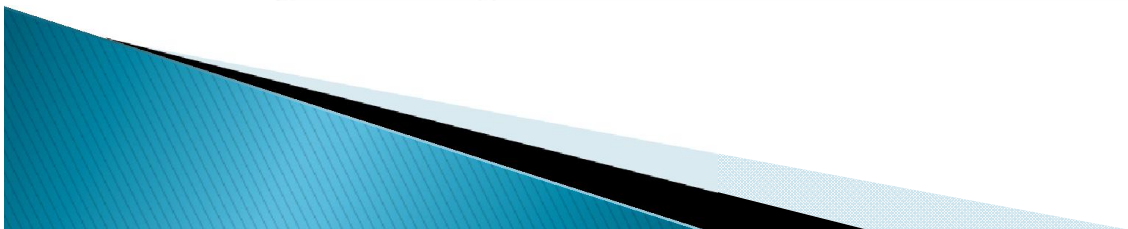
9:Language

Score	Test results
0	Normal; no obvious speech deficit
1	Mild-to-moderate aphasia; detectable loss in fluency, however, the examiner should still be able to extract information from patient's speech
2	Severe aphasia; all speech is fragmented, and examiner is unable to extract the figure's content from the patients speech.
3	Unable to speak or understand speech



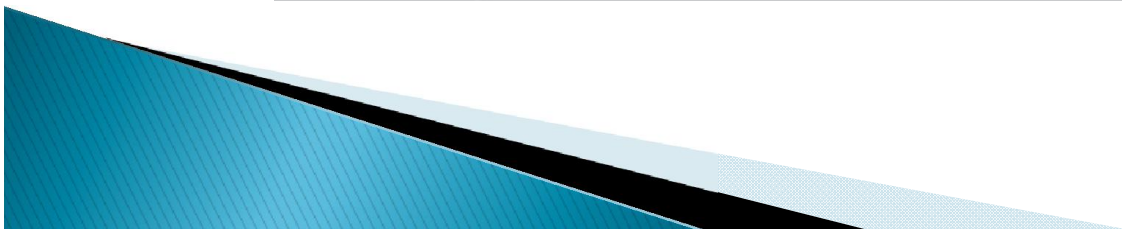
10:Dysarthria

Score	Test results
0	Normal; clear and smooth speech
1	Mild-to-moderate dysarthria; some slurring of speech, however the patient can be understood
2	Severe dysarthria; speech is so slurred that he or she cannot be understood, or patients that cannot produce any speech



11:Extinction

Score	Test results
0	Normal; patient correctly answers all questions
1	Inattention on one side in one modality; visual, tactile, auditory, or spatial
2	Hemi-inattention; does not recognize stimuli in more than one modality on the same side.



Severity

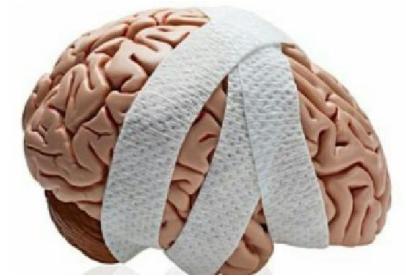
Score ^[3]	Stroke severity
0	No stroke symptoms
1-4	Minor stroke
5-15	Moderate stroke
16-20	Moderate to severe stroke
21-42	Severe stroke



انواع درمان سکتة حاد مغزی ایسکمیک را نام ببرید؟



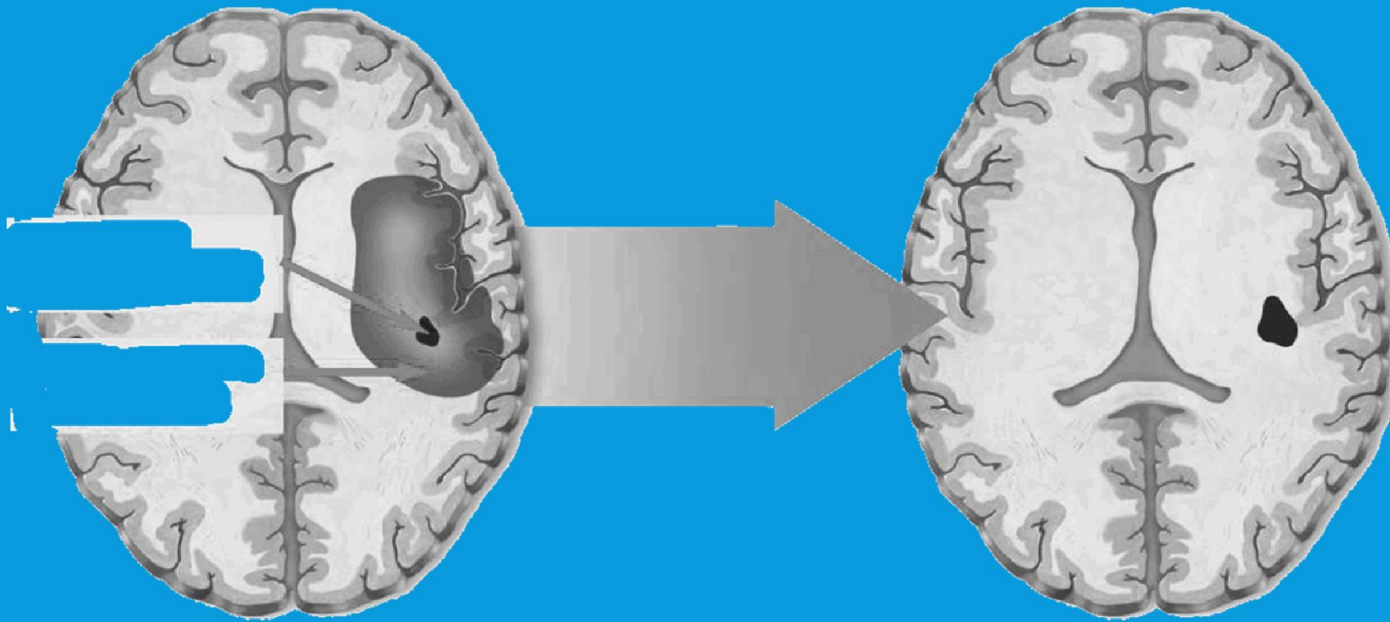
- ▶ ترومبولیتیک تراپی وریدی
- ▶ ترومبولیتیک تراپی شریانی
- ▶ درمان غیر دارویی (آمبولکتومی مکانیکال)
- ▶ جراحی و اقدامات حمایتی و مدیکال





TIME IS BRAIN TISSUE

Areas of ischaemia following middle cerebral artery occlusion before (left) and after (right) reperfusion



An untreated patient loses approximately 1.9 million neurons every minute in the ischaemic area¹

Reperfusion offers the potential to reduce the extent of ischaemic injury³

تریاز به روش ESI


➤ تریاز در مفهوم لغوی به معنی دسته بندی بیماران جهت تعیین اولویت رسیدگی در اورژانس می باشد.

➤ روش ESI (Emergency severity index) روشی از تریاز است که

در آن از اطلاعات عینی و ذهنی برای دسته بندی بیماران استفاده می شود.

➤ مبنای اطلاعات: عینی، علائم حیاتی و مشاهده وضعیت هوشیاری بیمار

➤ مبنای اطلاعات ذهنی: تاریخچه و اظهارات اطرافیان و بیمار می باشد



- ▶ هدف اصلی تریاژ در بیماران استروک، پایداری سریع بیماران و تجویز سریع دارو در زمان مجازمی باشد که هر ۱۵ دقیقه کاهش تاخیر در زمان درمان تقریباً ۱ ماه از زمان ناتوانی بیمار را می‌کاهد.
- ▶ هدف تریاژ اولیه: سکتته را اثبات و معاینات اولیه را در کمتر از ۱۰ دقیقه انجام دهیم.
- ▶ جهت سرعت بخشیدن به تریاژ اولیه علائم اصطلاح زیر را به خاطر بسپارید:

FAST

- ▶ **FACE**
- ▶ **ARM**
- ▶ **SPEECH**
- ▶ **TIME**



▶ ارزیابی سریع ABC

▶ علایم حیاتی

▶ سطح هوشیاری

▶ زمان دقیق شروع علائم یا آخرین باری که نرمال دیده شده

▶ تعیین قند خون

▶ اطلاع به بیمارستان مقصد

▶ انتقال سریع

▶ در صورت امکان آوردن یکی از اعضای خانواده یا شاهدین ماجرا

چرا به کد ۷۲۴ نیازمندیم؟



- ▶ Deliver the **right** patient,
- ▶ to the **right** place,
- ▶ in the **right** amount of time.

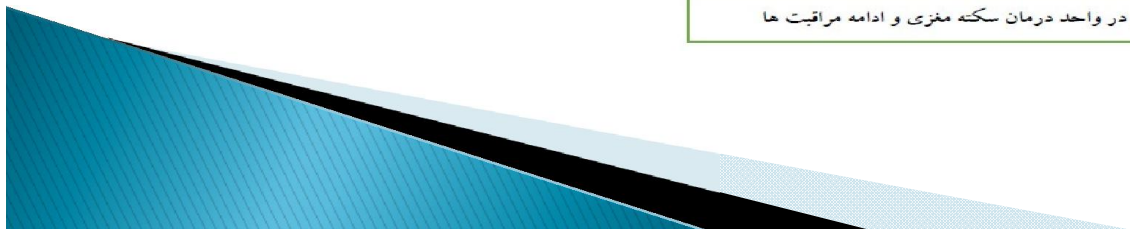
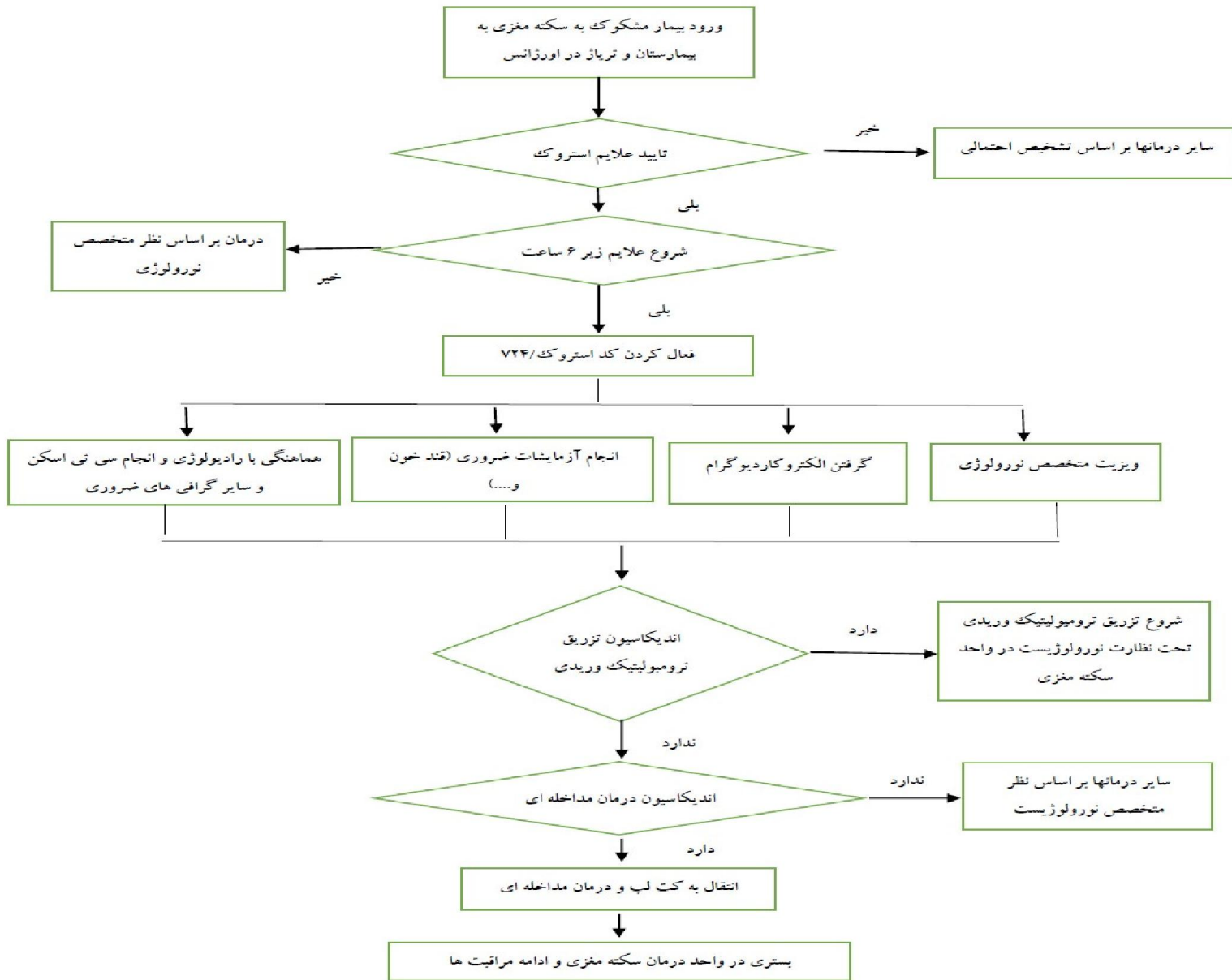
زمانهای مهم در مدیریت درمان سکته مغزی چه زمانهایی هستند؟

▶ **Door time** : زمان ورود بیمار سکته حاد مغزی به یک بیمارستان ارائه دهنده خدمات درمان سکته مغزی.

▶ توضیح: در بیماران بستری این زمان زمانبندیست که بیمار کادر درمانی را از علائم خود مطلع می سازد.

▶ **Door to needle time** : فاصله زمانی بین ورود بیمار دچار سکته مغزی به یک بیمارستان ارائه دهنده خدمات درمان سکته مغزی تا شروع درمان ویژه استاندارد که ترجیحا باید کمتر یا مساوی یک ساعت باشد.

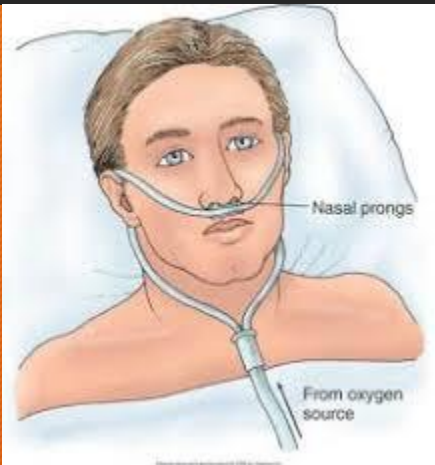






پروتکل درمانی و مراقبتی در بیماران مشکوک

انجام اقدامات اولیه

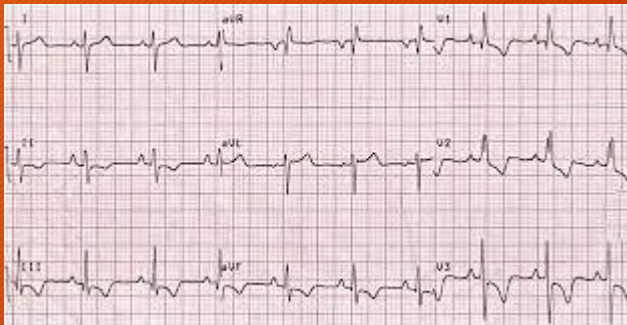


تجویز اکسیژن : تنها در صورت هیپوکسیک بودن

چک قند خون

نمونه گیری خونی و دسترسی وریدی

گرفتن نوار قلب



انجام اقدامات اولیه



پالس اکسیمتری

مانیتورینگ قلبی

بی حرکت ساز کامل بیمار

در صورت کاهش هوشیاری : پیشگیری از بروز تروما

آزمایشات مورد نیاز



- CBC
- تست های انعقادی (PT-PTT- INR)
- پروفایل چربی
- آنزیم های قلبی
- الکترولیت ها
- تست های کبدی و کلیوی
- قند خون
- سایر : در صورت درخواست پزشک معالج

تجویز مایعات

تجویز مایعات قندی :: تنها در صورت هیپوگلیسمیک بودن



تجویز مایعات وریدی حاوی قند ممنوع است.

تجویز مایعات وریدی نمکی : تنها در صورت دهیدراتاسیون بیمار

اقدامات فوری در صورت مثبت
بودن علایم

اقدامات فوری در صورت مثبت بودن علائم

- کد استروک را فعال کنید.
- به تیم استروک اطلاع دهید.
- به آزمایشگاه بالینی اطلاع رسانی کنید.
- بررسی قند خون با سوراخ کردن انگشت (اگر بیشتر از 400mg/dl یا کمتر از 50mg/dl بود پزشک را آگاه سازید)
- شروع اکسیژن ۲-۴ لیتر بر دقیقه کانولای بینی تا اشباع اکسیژن بیشتر از ۹۴ درصد
- ایجاد کردن راه وریدی ترجیحا دو منفذ کانولای متوسط تا بزرگ همراه با مایع سالین و شروع تزریق کریستالوئیدها



- فشار خون
- ضربان قلب
- ریتم قلبی
- اشباع فشار اکسیژن
- دما
- تعداد تنفس
- تعیین وزن بیمار
- مانیتورینگ قلبی مداوم

- شمارش کامل خون و تعداد پلاکت ها
- زمان پروترومبین یا INR (میزان $INR \geq 1.7$ باشد)
- PTT
- الکتروولیت سرم
- گلوکز خون
- CRP or ESR
- آنالیز شیمیایی کلیوی و کبدی
- اجرای ۱۲ لید EKG
- انتقال فوری به CT اسکن

اخذ نمونه خون جهت آزمایشات و انجام سایر
اقدامات فوری

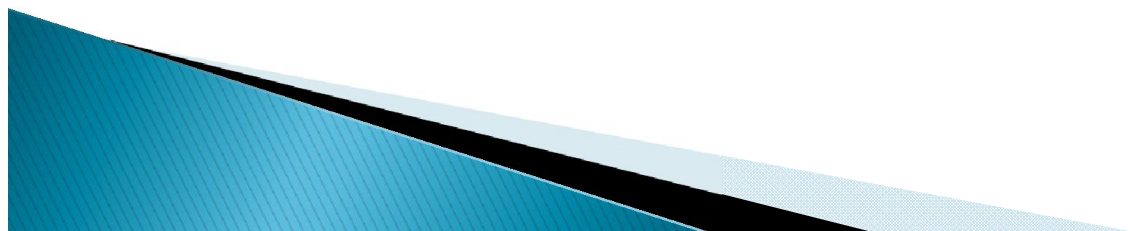


هشدارها:

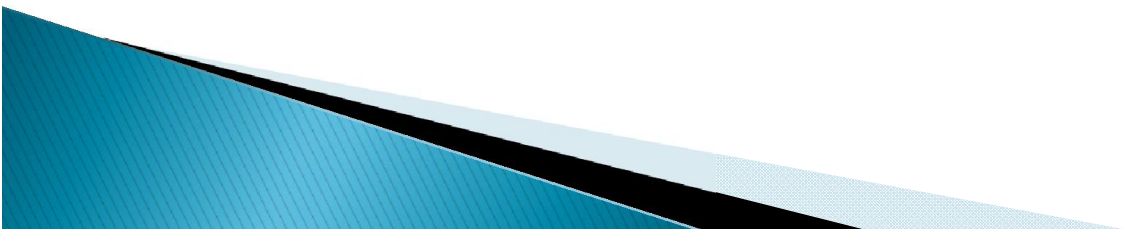
- در صورتی که فشار خون سیستولیک بالای ۱۸۰ یا فشار دیاستولیک بالای ۱۱۰ باشد پزشک مطلع نمائید
- در صورت اندیکاسیون کاتتر سوند ادراری را قبل از تزریق RTPA وارد کنید. (این پروسه نباید شروع RTPA رابه تاخیر بیاندازد)
- تزریق عضلانی را در ۲۴ ساعت اول انجام ندهید.
- در هر محل سوراخ شدگی رگ پانسمان فشاری استفاده کنید.
- در صورت امکان در ۲۴ ساعت اول از تعبیه NGT خودداری کنید.
- بیمار را تا زمان غربالگری بلع و در صورت دیسفاژی NPO نگه دارید.

➤ از تخت استروک جهت تخمین وزن بیمار استفاده کنید
یا از خانواده بیمار سوال کنید و یا خود تخمین بزنید.
(وزن برای میزان تجویز ترومبولیتیک بسیار مهم است)

➤ در انتها پس از جمع آوری اطلاعات ذکر شده در صورت نداشتن
کنترا اندیکاسیون تزریق، درمان ترومبولیتیک آغاز می شود.



۶) کنتراندیکاسیونهای مطلق تزریق ترومبولیتیک وریدی چیست؟

- ▶ سابقه ترومای سر یا استروک قبلی در سه ماه قبل
 - ▶ شکایات دلالت کننده بر خونریزی ساب آراکنوئید
 - ▶ پانکچر شریانی در نواحی غیر قابل کمپرس در یک هفته گذشته
 - ▶ سابقه قبلی خونریزی داخل جمجمه
 - ▶ نئوپلاسم، کلافه عروقی شریانی وریدی و آنوریسم اینتراکرانیال
 - ▶ جراحی اخیر داخل جمجمه یا داخل نخاعی
 - ▶ فشار خون بالا (سیستولی بیش از ۱۸۵ mmhg یا دیاستولی بیش از ۱۱۰ mmhg)
 - ▶ خونریزی فعال داخلی
- 

- ▶ تمایل به خونریزی
- ▶ شمارش پلاکتی زیر ۱۰۰۰۰۰
- ▶ استفاده از هپارین در ۴۸ ساعت گذشته و PTT بیش از حد نرمال
- ▶ کاربرد ضد انعقاد و INR بیش از ۷/۱ یا PT بیش از ۱۵ ثانیه
- ▶ کاربرد مهارت کننده های مستقیم ترومبین یا مهار کننده های مستقیم فاکتور Xa با افزایش تستهای آزمایشگاهی (مثل -PLT-ECT-TT
- ▶ INR-PTT یا ارزیابی های فعالیت فاکتور Xa
- ▶ قند خون کمتر از ۵۰ mg/dl
- ▶ انفارکت مولتی لوبولر(هیپودانسیتی بیش از ۳/۱ نیمکره مغزی)

کتراندیکاسیون های نسبی تزریق ترومبولیتیک وریدی را نام ببرید:

▶ شکایات سریعاً بهبود یابنده یا مینور(رفع خودبخودی)

▶ حاملگی

▶ تشنج در شروع با اختلالات نورولوژیک باقیمانده

▶ جراحی ماژور یا ترومای شدید در ۱۴ روز گذشته

▶ خونریزی گوارشی یا سیستم ادراری در ۲۱ روز گذشته

▶ انفارکت میوکارد اخیر(در ۳ ماه گذشته)

▶ لازم به ذکر است پزشک متخصص بر اساس تجربه و شرایط بیمار در

شرایط فوق تصمیم میگیرد.

TPA به میزان 0.9 mg/kg داخل
وریدی تزریق می شود که 10% آن
بصورت بولوس و 90% آن در طی یک
ساعت انفوزیون شود. ماکزیمم دوز آن 90
میلی گرم می شود

آسپرین 80 میلی گرم 24 ساعت بعد از
rtpa به بیمار داده می شود کلوپیدوگرل
75 میلی گرم بعد از 25 ساعت به بیمار
داده میشود

از زمان ورود بیمار تا زمان شروع
RTPA وریدی کمتر از 60 دقیقه است

تزریق
وریدی
rTPA

ورود بیمار سکنه
مغزی قبل از 3 ساعت
و بدون
کنتراندیکاسیون به
rTPA

مراجعه بیمار
در
طی 3 ساعت
بعد از شروع
حمله و
کنترل اندیکاسی
ون نسبت به
ترومبولیز

مداخله مکانیکال
شریانی در حمله
حاد مغزی
شامل 1-
تخریب لخته
مغزی بصورت
مکانیکال 2-
ترومبکتومی
اندوواسکولار 3
- تسهیل
فیبرینولیز 4-
clot
entrapme
-5 nt
آسپیراسیون
ترومبوز

انسداد شریانی در سطح
ورتبرال، بازیلار،
کاروتید داخلی یا قسمت
پروکزیمال شریان مقزی
میانی

تصمیم گیری نسبت به
استفاده از میکروکاتتر و
شیوه مناسب جهت
امبولکتومی

اسپرین 80 میلی گرم
یا
پلاویکس 75 میلی گرم

از زمان ورود بیمار تا
زمان شروع آنژیوگرافی
و تزریق کاتتر کمتر از
60 دقیقه است

استانداردهای بخش استروک

پزشك تسريع کننده درمان

پرستار استروك

آزمایشگاه

CT-scan

تیم استروك

اکو، سونو داپلر
دسترسی آسان به rtpA و سایر
داروهای موردنیاز

امکانات معاینات قلبی و عروقی :

مانیتور، دفیبریلاتور، ونتیلاتور و ...

CCU: تجهیزات مشابه بخش

و کد خاص استروك

مسئولیت‌های پرستار استروک

- آماده سازی محلول rtpA طبق پروتکل
- تجویز 10% دارو بصورت بلوس
- آماده سازی محلول انفوزیون
- تجویز محلول براساس دستور محاسبه شده و مانیتور بیمار
- اطلاع فوری میزان $BP > 175/100$ به پزشك
- عدم تعبیه فولی یا NGT تا زمان دستور
- انجام ارزیابی نورولوژیک بیمار بصورت ساعتی
- گزارش صحیح و کامل وضعیت بیمار به پرستار بعد
- آموزش به بیمار و خانواده‌اش



مراقبت‌های ویژه در طول تزریق r-tpa در بیماران سکته حاد مغزی

معرفی دارو

○ فعال کننده بافتی پلاسمینوژن

(Tissue plasminogen activator) موجب تولید پلاسمین و حل شدن لخته خون میشود.

○ پروتئین پلاسمینوژن به عنوان پیش آنزیم (زیموژن) توسط کبد ساخته و در خون آزاد میشود. این پروتئین توسط مولکولهایی مانند **فعال کننده بافتی پلاسمینوژن (tPA)** و استرپتوکیناز به آنزیمی پروتئولیتیک به نام پلاسمین تبدیل میشود.

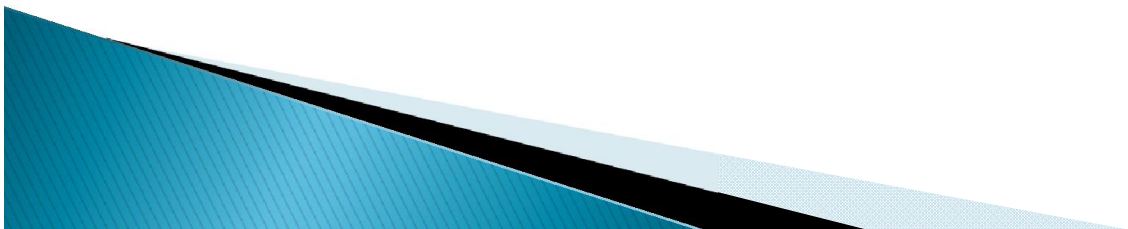
شکل و دوز دارو

▶ ویال های آکتیلاز شامل آلتپلاز (فعال کننده

پلاسمینوژن بافتی نو ترکیب انسانی) پودر خشک ۱۰

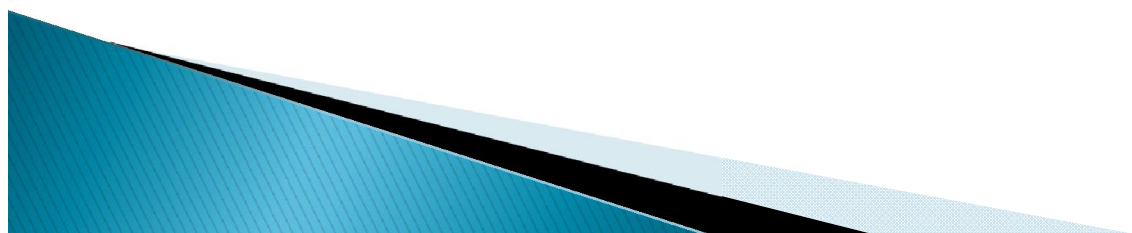
میلیگرم، ۲۰ میلیگرم و ۵۰ میلیگرم همراه با آب برای

تزریق است



Actilyse :

جهت تزریق ترومبولیتیک برای بیمار 0.9mg/kg محاسبه میشود و در حال حاضر ویالهای 50 mg وجود دارد که در هنگام تزریق 6 CC بصورت مستقیم داخل وریدی و مابقی آن در میکروست با 50 سی سی نرمال سالین بصورت انفوزیون تزریق می شود.





Actilyse®

50 mg

For fibrinolytic therapy

For i.v. infusion



Boehringer
Ingelheim



بررسی های قبل از تزریق

▶ گرفتن تاریخچه دقیق

▶ رضایت آگاهانه

▶ کنترل v/s

▶ اگر $SBP > 185$ و یا $DBP > 110$ باشد حداقل ۲ بار به فاصله ۵

دقیقه بالای این مقدار باشد و تعداد ضربان قلب بالای ۶۰ bpm باشد

باید لابتولول وریدی ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم در مدت یک تا دو دقیقه

تجویز شود. اگر بعد از گذشت ۱۰ دقیقه همچنان فشار بالاست میتواند

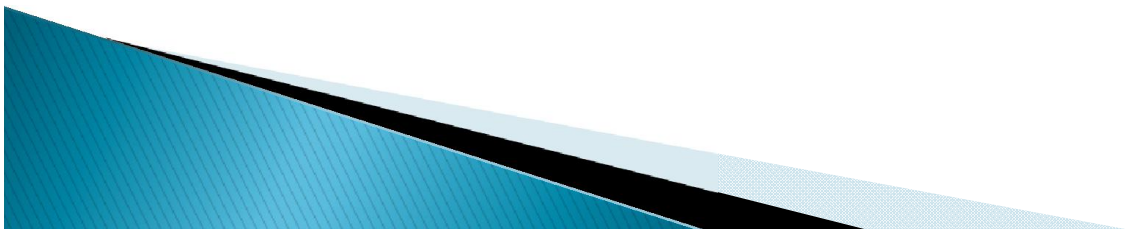
یک بار دیگر تکرار شود.)

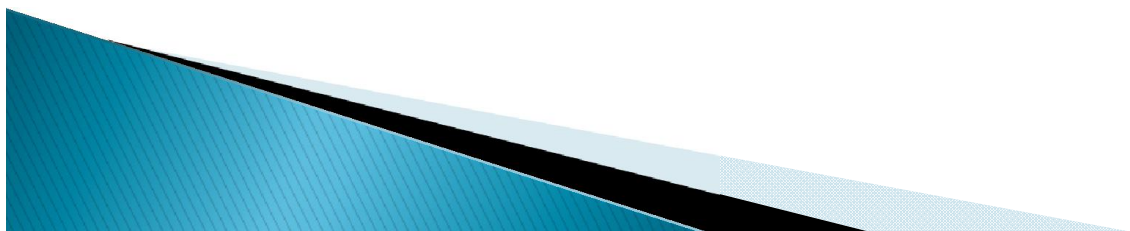
▶ در صورت انجام اقدامات تهاجمی کنترل فشار تزریق به تعویق انداخته می

شود

لابتالول

در مواردیکه فشار خون سیستولیک بیش از ۱۸۵ یا فشار خون دیاستولیک بیش از ۱۱۰ باشد قبل از تزریق ترومبولیتیک از داروی لابتالول جهت کاهش فشار خون استفاده میشود. در اینگونه موارد از آمپولهای ۲۰ سی سی استفاده میشود که هر ۱ سی سی معادل ۵ میلی گرم میباشد و ۱ سی سی معادل ۵ میلی گرم بصورت مستقیم داخل وریدی تزریق می شود.





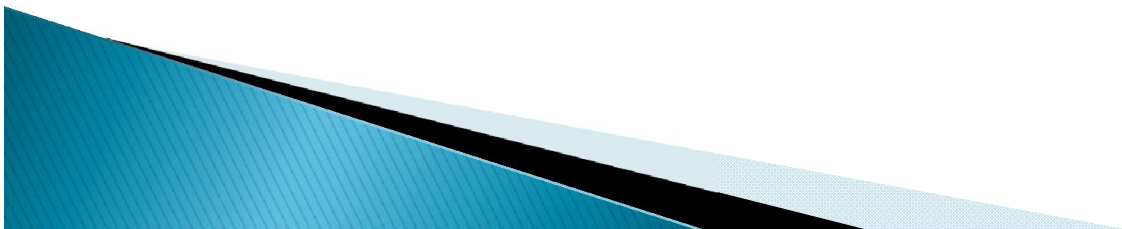
▶ کنترل آزمایشات انعقادی (PT, INR, PTT, PLT)

▶ مانیتورینگ

▶ شناسایی هر گونه آلرژی به دارو یا ماده حاجب دیگر

▶ تعبیه رگ محیطی ثانویه مطمئن

▶ در دسترس قرار دادن اکسیژن و ترالی اورژانس

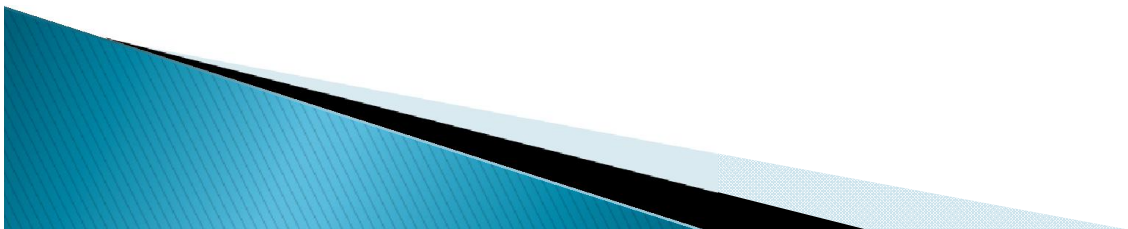


National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

▶ این مقیاس جهت ارزیابی اثر سکتة حاد مغزی بر روی سطح هوشیاری، زبان، توجه، میدان بینایی، حرکت چشم، قدرت عضلانی، تکلم، کارکرد حسی و آتاکسی استفاده می شود . این مقیاس یک درجه بندی پانزده بخشی بر اساس معاینه عصبی است . معاینه کننده با توجه به پاسخ های بیمار و توانایی انجام حرکت در هر مورد به بیمار نمره صفر تا پنج می دهد، که صفر به معنای نرمال است.

اختلال کارکرد (NIHSS) :

▶ کاهش یا از دست دادن کارکردهای مغزی منجر به اختلالات کارکرد جسمی یا روحی در نتیجه سکته مغزی که در معاینه بالینی و عصبی مشخص شده و با ملاک های کمی چون NIHSS سنجیده میشوند.



نام بیمار جنسیت: مذکر □ مؤنث □
 کد شناسایی بیمار
 تاریخ تولد
 نوع بیمه
 شماره بیمه

ارزیابی سریع استروک
 مقیاس استروک NIHSS (نسخه کوتاه)

آیتم های مقیاس استروک را به ترتیب انجام دهید. عملکرد را در هر گروه بعد از معاینه ثبت کنید. بر نگرید و نمره را تغییر ندهید.
 دستور العمل های فراهم شده برای هر تست را دنبال کنید. نمره باید آنچه را که مریض انجام می دهد نشان دهد، نه آنچه را که پزشک فکر می کند مریض می تواند انجام دهد. پزشک باید جواب ها را همان موقع ثبت کند و سریع عمل کند. مگر در مواردی که اندیکاسیون داشته باشد، پزشک نباید بیمار را راهنمایی کند تا به جواب برسند. (درخواست های مکرر از بیمار تا یک تست را انجام دهد)

نمره		
موقع پذیرش	72 ساعت بعد	موقع ترخیص
1a: هوشیاری		
0= بیدار		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1= خواب آلود		
3= استوپور		
4= کما، فلکسیون/اکستنسیون، عدم پاسخ حرکتی		
1b: اورینتاسیون		
0= ماه، سن در اولین سؤال		
1= یکی از موارد بالا درست باشد، یا بیمار اینتویه		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
باشد، دیزارتری شدید داشته باشد، یا مانع فیزیکی زبانی داشته باشد		
2= هر دو جواب غلط باشد، آواز یک باشد یا در کما باشد		
1c: اطاعت از دستورات		
0= دو دستور را اطاعت می کند.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1= یکی از دستورات را اطاعت می کند.		
2= هیچکدام از دستورات را اطاعت نمی کند یا در کوما است.		
2: خیره شدن چشم ها		
0= نرمال		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1= پارزی محیطی نسبی (زوج 3، 4، 6) یا انحرافی که بر آن غلبه می شود.		
2= انحراف ثابت		
3: میدان بینایی		
0= نرمال		
1= کوادرانتاوپیا یا extinction		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2= همی آنوپیا کامل		

3= نابینایی

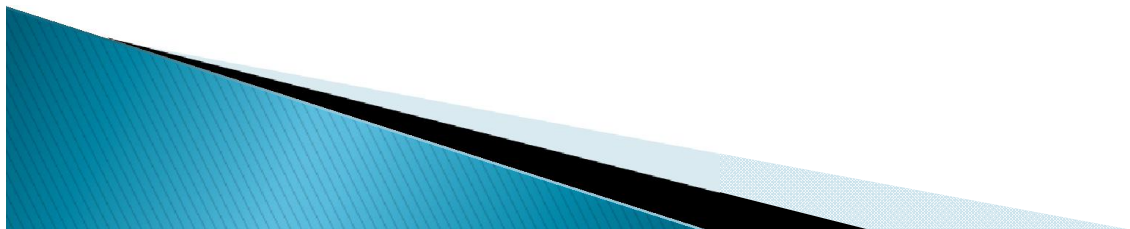
4: حرکات چشمی	0= نرمال 1= پارزوي مرکزي خفيف، چين نازو لایبال صاف	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2= پارزوي مرکزي واضح يا پارالیز 3= پارزوي دوطرفه يا محيطي يا کوما	
5a: بالا نگهداشتن بازوي چپ	0= بازو 10 ثانيه بالا مي ماند 1= بازو به طور آهسته اندکي دريف پيدا ميکند 2= بازو به طور سريع کل مسير را دريفت پيدا ميکند. 3= بازو به پايين مي افتد. 4= هيچگونه حرکتی ندارد يا در کوما است.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5b: بالانگهداشتن بازوي راست	0= بازو 10 ثانيه بالا مي ماند 1= بازو به طور آهسته اندکي دريف پيدا ميکند 2= بازو به طور سريع کل مسير را دريفت پيدا ميکند. 3= بازو به پايين مي افتد. 4= هيچگونه حرکتی ندارد يا در کوما است.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6a: بالا نگهداشتن پاي چپ	0= پا 5 ثانيه بالا مي ماند 1= پا به طور آهسته اندکي دريف پيدا ميکند 2= پا به طور سريع کل مسير را دريفت پيدا ميکند. 3= پا به پايين مي افتد. 4= هيچگونه حرکتی ندارد يا در کوما است.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6b: بالا نگهداشتن پاي راست	0= پا 5 ثانيه بالا مي ماند 1= پا به طور آهسته اندکي دريف پيدا ميکند 2= پا به طور سريع کل مسير را دريفت پيدا ميکند. 3= پا به پايين مي افتد. 4= هيچگونه حرکتی ندارد يا در کوما است.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7: آتاکسی	0= عدم وجود آتاکسی، بیمار درک نميکند، پارالیز دارد يا در کوماست. 1= آتاکسی در يك اندام 2= آتاکسی در دو اندام	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8: درگیری حسی	0= نرمال 1= فقدان حسی خفيف 2= فقدان حسی کامل يا کوما	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9: زبان	0= نرمال 1= مشکل در پيدا کردن کلمات، آفازي خفيف 2= مشکل واضح در مکالمه 3= آفازي کامل، بیمار در کوما باشد.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10: ديز آرترې	=0 عدم وجود ديز آرترې
<input type="checkbox"/>	=1 ديز آرترې، ولي صحيت كردن به راحتې قابل فهم است. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	=2 ديز آرترې، به سختې قابل فهم است يا بيمار جواب نمي دهد، يا در کوماست. <input type="checkbox"/>
11: extinction	=0 عدم غير طبيعي بودن
<input type="checkbox"/>	=1 extinction در يك حوزه حسي يا شواهد neglect <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	=2 extinction در بيش از يك حوزه حسي يا کوما <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	نمره كلي <input type="checkbox"/>

امضاء

شماره نظام پزشکي

اسم نورولوژیست



عوامل موثر در بروز سکته مغزی

سیگار

فشار خون بالا

چربی بالا

کم تحرکی

بیماری قلبی

زمان طلایی برای نجات جان بیمار
سه ساعت از زمان شروع بروز علائم



شناخت علائم + مراجعه فوری
= رهایی از یک عمر ناتوانی

ضعف ناگهانی نیمه بدن
اختلال ناگهانی در راه رفتن
اختلال ناگهانی در صحبت کردن



انبارد کمال سلامت و امور اجتماعی
جمهوری اسلامی ایران



مستشفى علوم پزشکی تهران



مرکز تحقیقات علوم اعصاب



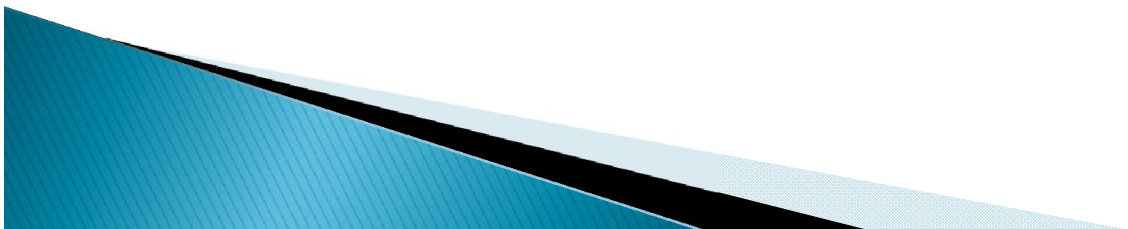
Iranian Stroke Association 2008



World Stroke Organization

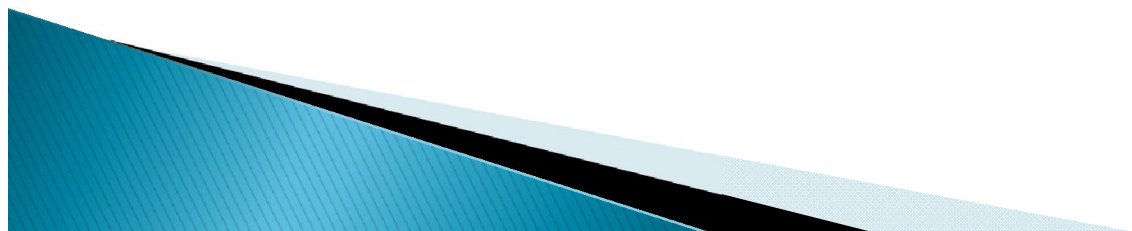
موارد استفاده تشخیصی از **BRAIN MRI DWi**

در مواردی که زمان شروع علائم مشخص نیست و یا بیمار **WAKE UP STROKE** میباشد از **MRI DWi** استفاده میشود. در این موارد اگر در **BRAIN CT SCAN** ضایعه ای دیده نشود ولی در **MRI** فوق ضایعه وجود داشته باشد نشان دهنده این است که بیمار در مرحله **WINDOW** میباشد و میتوان از داروی ترومبولیتیک استفاده نمود.



اقدامات درمانی در تزریق ترومبولیتیک وریدی چیست؟

- ▶ تعبیه دو عدد IV LINE
- ▶ بیمار NPO باشد
- ▶ انجام آزمایشات اولیه اورژانسی شامل BS- PT-PTT-INR-PLT
- ▶ تست حاملگی اورژانس در صورت لزوم
- ▶ سی تی اسکن مغز بدون کنتراست
- ▶ مانیتورینگ قلبی و پالس اکسی متر دائم
- ▶ کنترل مرتب فشار خون- چک علائم حیاتی و سطح هوشیاری و عملکرد موتور و اندازه مردمک و پاسخ آن به نور در ۲ ساعت اول هر ۱۵ دقیقه؛ هر ۳۰ دقیقه تا ۶ ساعت و سپس هر یک ساعت تا ۲۴ ساعت
- ▶ تجویز اکسیژن نازال در صورت $Sa O_2$ کمتر از ۹۵٪
- ▶ عدم تجویز آسپیرین، کلوپیدوگرل، هپارین و وارفارین در ۲۴ ساعت اول



Is it a stroke? Check these signs **FAST!**

Face



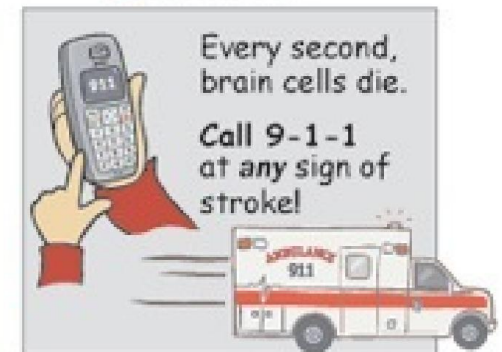
Arm



Speech



Time



Act **FAST**. Call **115** at any sign of stroke!



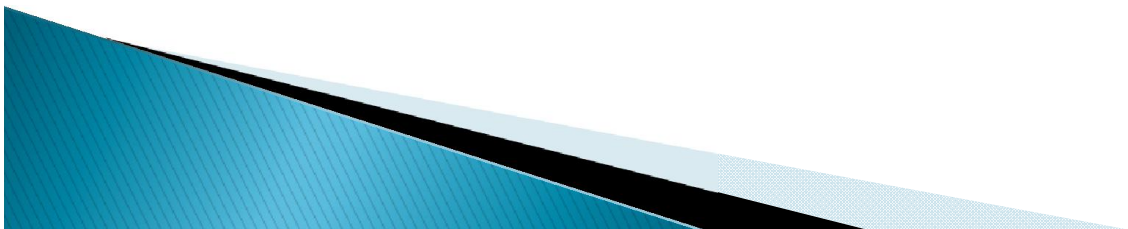
Medical & Science

SCU

means

Stroke Care Unit

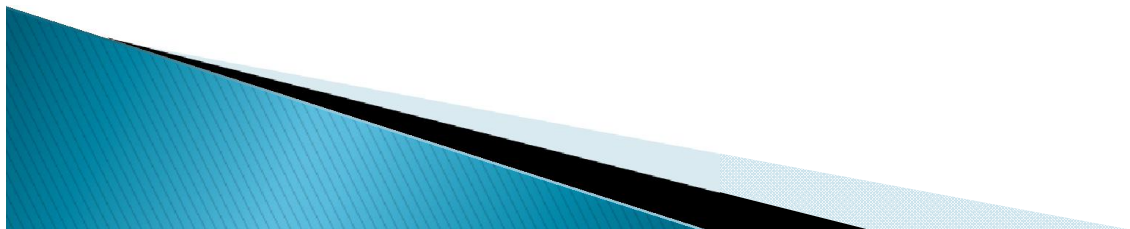
by [acronymsandslang.com](https://www.acronymsandslang.com)

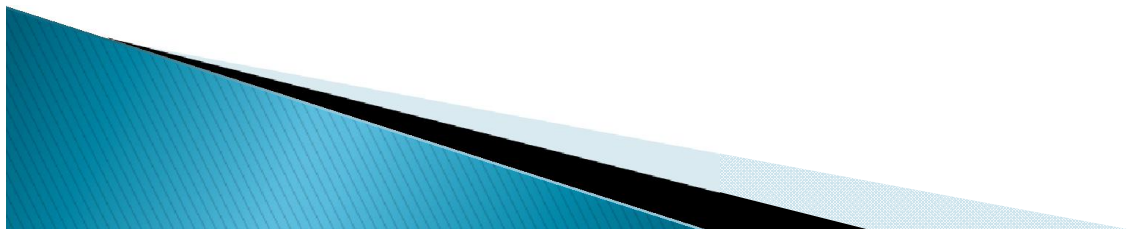


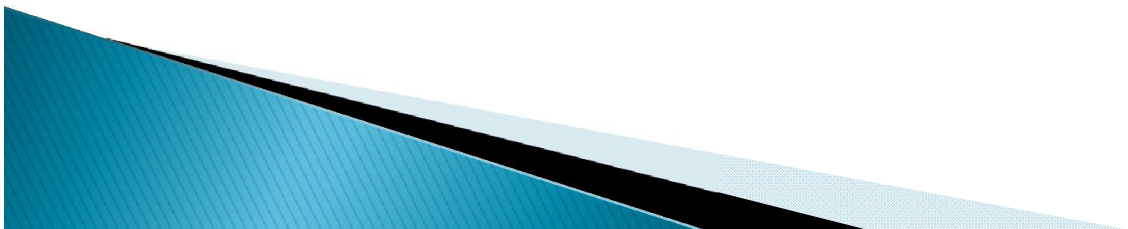
واحد درمان سکته حاد مغزی چه خصوصیاتى دارد؟

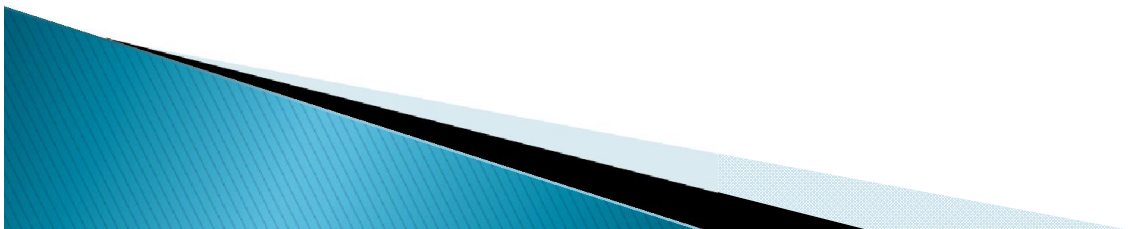
▶ این واحد، مکان مستقل سازمان یافته ویژه ای در بیمارستان (خارج از ساختمان اورژانس) با قابلیت دسترسی آسان ۲۴ ساعته (مخصوصاً به واحد CT SCAN) است که در آن مکان اقدامان درمانی شامل تزریق داخل وریدی داروی ترومبولیتیک توسط افراد آموزش دیده فراهم میشود.

▶ بیمار در ابتدا در بخش اورژانس پذیرش میگردد و مطابق فلوجارت اجرایی وارد بخش SCU میگردد. این بخش دارای حداقل ۲ تخت (بسته به نیاز جمعیت انسانی تحت پوشش) با قابلیت انعطاف پذیری فضای فیزیکی میباشد. به ازای هر تخت باید امکانات مانیتورینگ (در حد مراقبتهای ویژه به مدت حداقل ۴۸ ساعت، امکانات و فضا برای فعالیتهای پرستاری و توانبخشی مورد نیاز و در صورت لزوم ارائه حمایت تنفسی با دستگاه ونتیلاتور حداقل برای یک تخت) فراهم باشد.





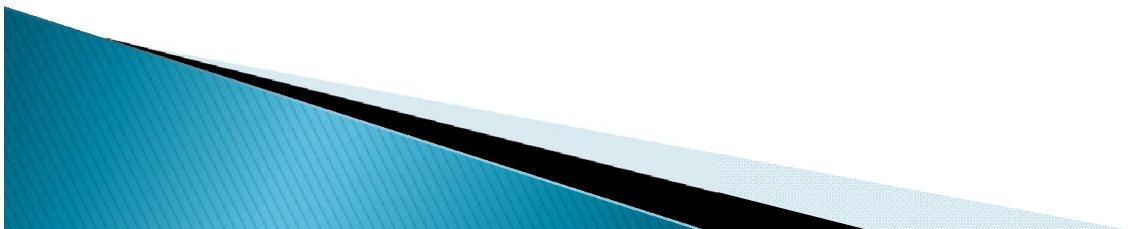






در حد فاصل بین ۳ تا ۴/۵ ساعت موارد زیر به
کنتراندیکاسیونهای نسبی اضافه می شوند:

- ▶ سن بیش از ۸۰ سال
- ▶ استروک شدید (NIHSS بیش از ۲۵)
- ▶ مصرف ضد انعقاد صرف نظر از INR
- ▶ سابقه همزمان دیابت و استروک ایسکمیک قبلی





مرکز آموزش درمانی الزهرا



شماره پرونده:

دانشکده اصفهان
شهرستان اصفهان
بیمارستان الزهرا (س)

کد ۷۲۴



کاربر:

سال:

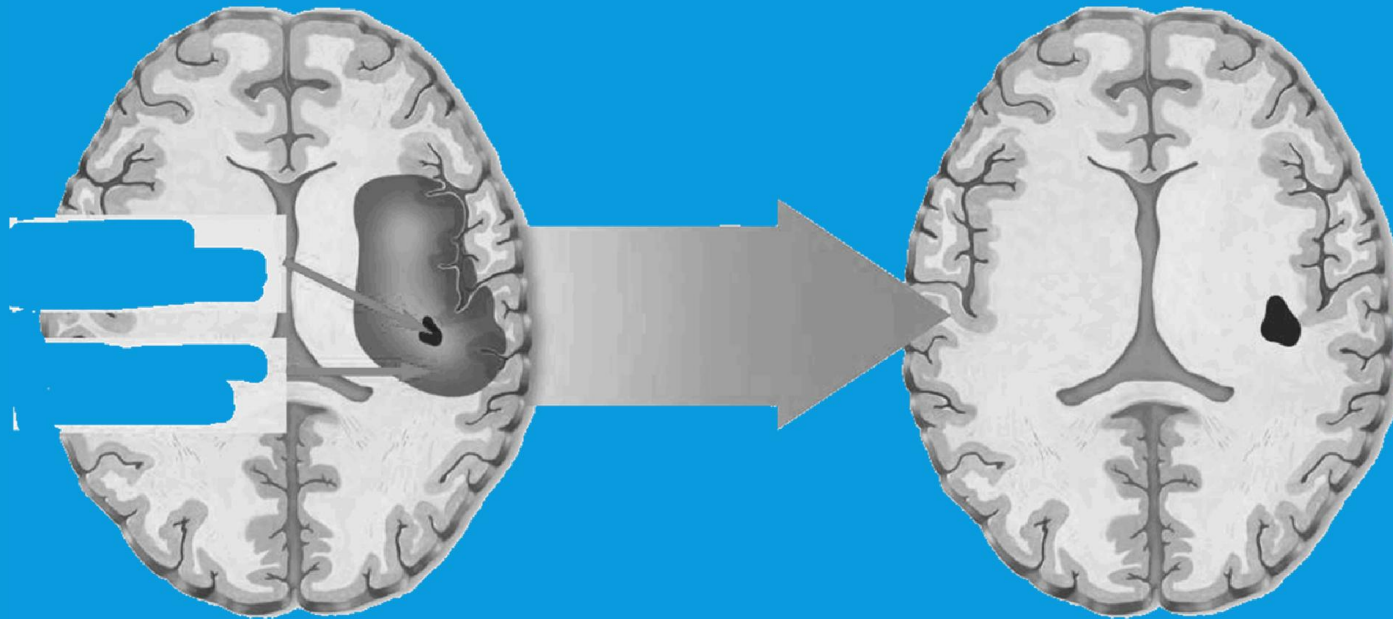
نام خانوادگی:	۲	نام:	۱
کدملی یا شماره کارت اتباع:	۴	ملیت:	۳
تاریخ تولد:	۶	جنس:	۵
شماره تماس:	۸	سن:	۷
شهرستان محل سکونت:	۱۰	استان محل سکونت:	۹
ساعت شروع علامت:	۱۲	نحوه انتقال به بیمارستان: ۱۶۵ <input type="checkbox"/> شخصی <input type="checkbox"/> بیمارستان به بیمارستان <input type="checkbox"/>	۱۱
ساعت اطلاع به اورژانس:	۱۴	روز شروع علامت:	۱۳
ساعت ورود به بیمارستان:	۱۶	روز اطلاع به اورژانس:	۱۵
وزن بیمار: (کیلوگرم):	۱۸	روز ورود به بیمارستان:	۱۷
فشار خون بدو ورود مینیمم (میلی متر جیوه):	۲۰	فشار خون بدو ورود ماکزیمم (میلی متر جیوه):	۱۹
میزان MRS قبل از شروع علامت:	۲۲	قدن خون بدو ورود با گلوکومتر (میلی متر در دسی لیتر):	۲۱
نوع استروک:	۲۴	میزان NIHSS بدو ورود:	۲۳
در صورت ارجاع به آنژیوپلاستی حاد: ارجاع نشد <input type="checkbox"/> ترومبولیز شریانی <input type="checkbox"/> ترومبکتومی <input type="checkbox"/>	۲۶	یافته CT SCAN: نرمال <input type="checkbox"/> علامت اولیه استروک <input type="checkbox"/> استروک ایسکمی <input type="checkbox"/> سدی اسکن بدو ورود خون ریزی سیئی اسکن پس از تزریق <input type="checkbox"/> Type ۱ <input type="checkbox"/> Type ۲ <input type="checkbox"/> Type ۳ <input type="checkbox"/> Type ۴ <input type="checkbox"/>	۲۵
مصرف مواد مخدر <input type="checkbox"/>		ریسک فاکتور: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	۲۷
سابقه سگته منزی <input type="checkbox"/> چربی خون <input type="checkbox"/> فیبریلاسیون قلبی <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> سیگار <input type="checkbox"/> فشار خون <input type="checkbox"/>		مصرف داروی آنتی کواگولانت: مصرف نمی کند <input type="checkbox"/> مصرف می کند <input checked="" type="checkbox"/> وارفارین <input type="checkbox"/> هپارین <input type="checkbox"/> نوآک <input type="checkbox"/>	۲۸
بیمار کاندید دریافت Tpa است. بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعت دریافت Tpa: دوز دریافت:	۲۹	مدت روز بستری در استروک بوییت (روز):	۳۰
مدت ساعت اقامت در اورژانس (ساعت):	۳۱	تاریخ خروج از بیمارستان:	۳۳
تعداد روز بستری (روز):	۳۲	میزان NIHSS (هنگام خروج):	۳۵
وضعیت ترخیص بیمار: ترخیص <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	۳۴	روز اول <input type="checkbox"/> روز دوم <input type="checkbox"/> روز سوم <input type="checkbox"/> روز چهارم <input type="checkbox"/> روز پنجم <input type="checkbox"/>	
میزان MRS (هنگام خروج):	۳۶		

مهر و امضاء پزشک متخصص داخلی مغز و اعصاب

مهر و امضاء رزیدنت داخلی مغز و اعصاب

TIME IS BRAIN TISSUE

Areas of ischaemia following middle cerebral artery occlusion before (left) and after (right) reperfusion

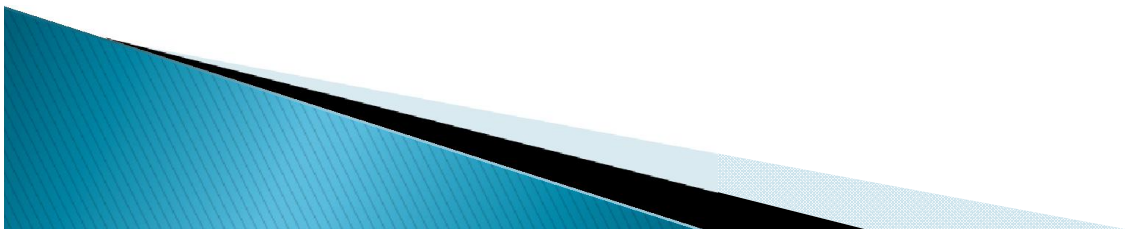


An untreated patient loses approximately 1.9 million neurons every minute in the ischaemic area¹

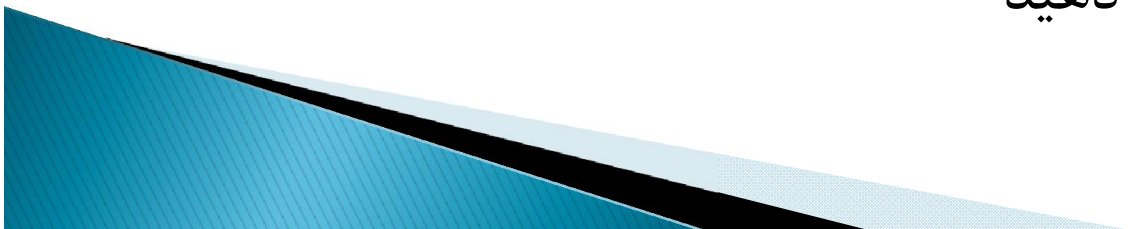
Reperfusion offers the potential to reduce the extent of ischaemic injury³



توجه به برخی نکات مهم



- ▶ محلول را برای تزریق به همراه دوز کامل **rtpA** آماده کنید
- ▶ لطفا محلول را تکان ندهید
- ▶ دوز کامل 0/9 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن است. ۱۰ درصد دوز کامل به صورت تزریق وریدی به ظرف یک دقیقه و مابقی آن فوراً به مدت ظرف یک ساعت تزریق می گردد.
- ▶ نکته : غلظت **rtpA** یک میلی گرم در هر میلی لیتر می باشد. اگر در اثر تزریق **rtpA** سردرد شدید، کاهش سطح هوشیاری ، خونریزی شدید یا مشکل در تنفس رخ داد تزریق فوراً قطع کنید و به متخصص سکتة اطلاع دهید



سایر نکته ها

- ▶ تداخلات دارویی: مشتقات کومارین، آنتی کوآگولان های خوراکی، مهارکننده های تجمع پلاکتی، هپارین و دیگر داروهای مؤثر بر انعقاد ریسک خونریزی را بیشتر می کنند
- ▶ درمان همزمان با مهارکننده های ACE ممکن است ریسک واکنش آنافیلاکتوئید را بالا ببرند.
- ▶ حاملگی و شیردهی: تجارب خیلی محدود است. مطالعه در حیوانات توکسیسیتی را نشان داده است. مشخص نیست که آلتیلاز وارد شیر میشود یا نه.

▶ **اثرات نامطلوب:** خیلی شایع (بیشتر از ۱/۱۰): خونریزی محل تزریق، خونریزی از عروق آسیب دیده. ایسکمی/آنژین راجعه، هیپوتانسیون و نارسایی قلبی / ادم ریه، آریتمی ناشی از پرفیوژن مجدد.

▶ شایع (بیشتر از ۱/۱۰۰ و کمتر یا مساوی ۱/۱۰): خونریزی داخل مغزی عارضه اصلی استروک ایسکمیک حاد است (تا ۱۰ درصد بیماران) - زمانیکه خونریزی بالقوه خطرناک مثل خونریزی ریوی، گوارشی، اکیموز، خونریزی اوروژنیتال رخ داد آلتپلاز را قطع کنید. ارست قلبی، شوک کاردیوژنیک، انفارکشن مجدد، تهوع، استفراغ، افزایش دمای بدن.

▶ **ناشایع** (بیشتر از ۱/۱۰۰۰ و کمتر یا مساوی ۱/۱۰۰): خونریزی گوشه‌ای، هموپریکار دیوم، خونریزی رتروپریتونیا، واکنش حساسیتی/آنافیلاکتوئید، رگورژیتاسیون میترال، امبولی ترومبوتیک ریوی / سیستمیک/مغزی، نقص سپتوم بطنی.

▶ **نادر** (بیشتر از ۱/۱۰۰۰۰ و کمتر یا مساوی ۱/۱۰۰۰): خونریزی پارانشیم سایر ارگان‌ها، آمبولی چربی.

▶ **خیلی نادر** (کمتر یا مساوی ۱/۱۰۰۰۰): خونریزی چشمی، آنافیلاکسی شدید، حوادث مربوط به سیستم عصبی - اغلب همراه با حوادث واسکولار ایسکمیک/هموراژیک

مروزی بر اقدامات انجام
شده در واحد استرونی



اقدامات در استروک یونیت

انتقال بیمار به استروک یونیت ظرف ۲ ساعت

اقدامات در ۲۴ ساعت اول

- کنترل سطح هشیاری
- مانیتورینگ قلبی و علائم حیاتی
- استراحت مطلق به مدت ۲۴ ساعت
- **NPO** تا ۲۴ ساعت (اگر دیسفاژی وجود داشته باشد)
- سرم تراپی
- چک آزمایشات بعد از ۲۴ ساعت از تجویز **rtpA** : **CBC, PT, PTT**
- پرهیز از سوراخ کردن ورید مگر در مواقع ضروری
- پرهیز از سوراخ کردن پوست به مدت ۲۴ ساعت
- تجویز متوکلوپرامید تزریقی در صورت تهوع و استفراغ
- تجویز استامینوفن تزریقی در صورت سردرد و تب بالای ۳۷.۵

اقدامات در ۲۴ ساعت دوم

- انجام CT یا MRI
- کنترل علائم حیاتی و مانیتورینگ قلبی
- ادامه سرم تراپی
- اکسیژن تراپی
- چک آزمایشات: BS, HBA1C, Lipid-profile
- کنترل فشار خون
- شروع آنتی کواگولان یا آنتی پلاکت در صورت داشتن اندیکاسیون
- انجام carotid Doppler, CTA, MRA
- پروفیلاکسی DVT
- کنترل بلع

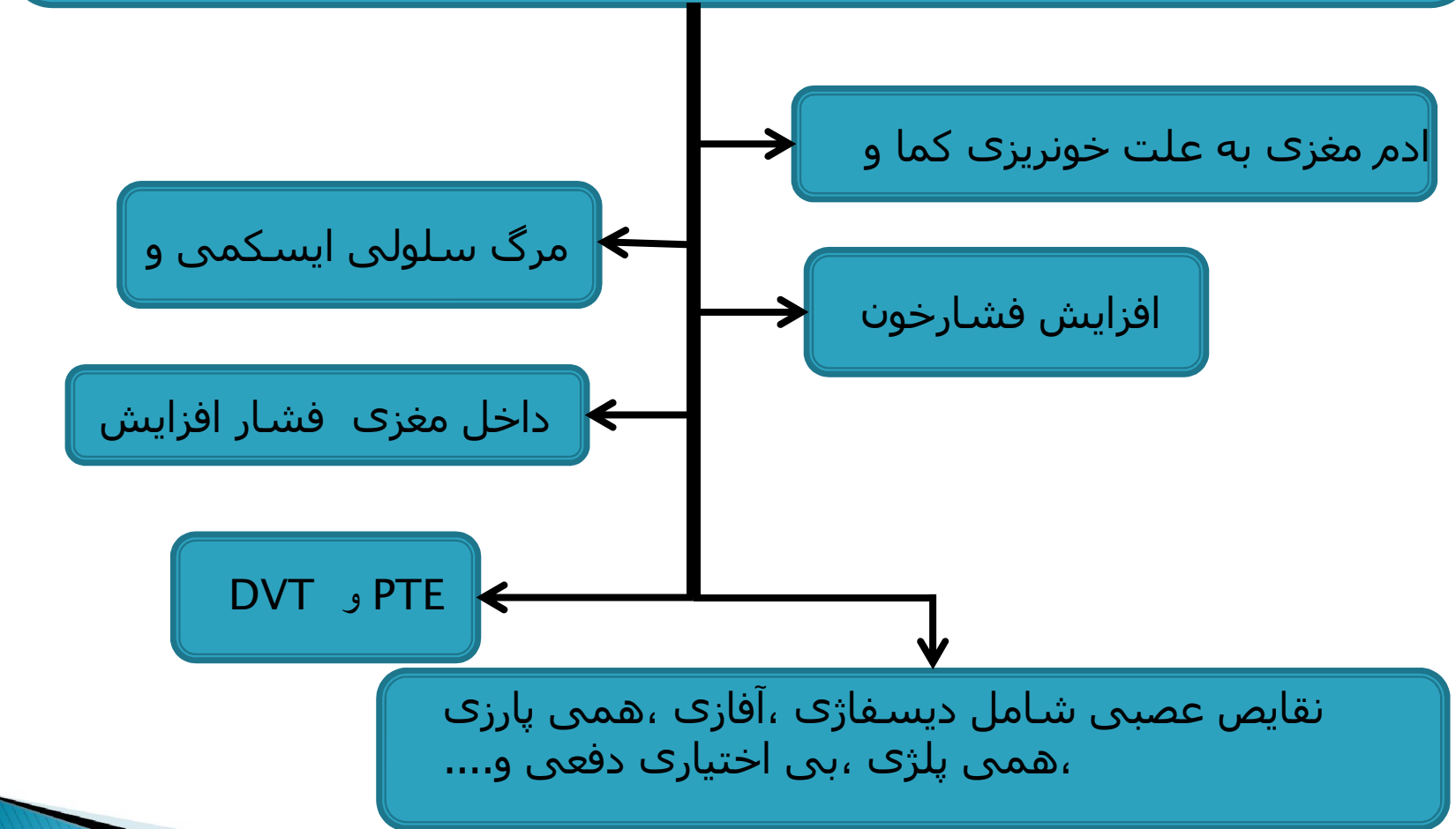
اقدامات در ۲۴ ساعت سوم

- کنترل فشار خون، دیابت، کلسترول، در صورت داشتن اندیکاسیون
- خارج کردن سوند بیمار
- شروع حرکت در تخت
- آموزش بیمار و همراهانش
- انتقال به بخش عمومی

توجه به عوارض



STROKE عوارض احتمالی حاد بیماران دچار



PTE

➤ بررسی و مانیتورینگ علائم حیاتی

➤ فیزیوتراپی تنفسی روزانه

➤ انجام گرافی ریه

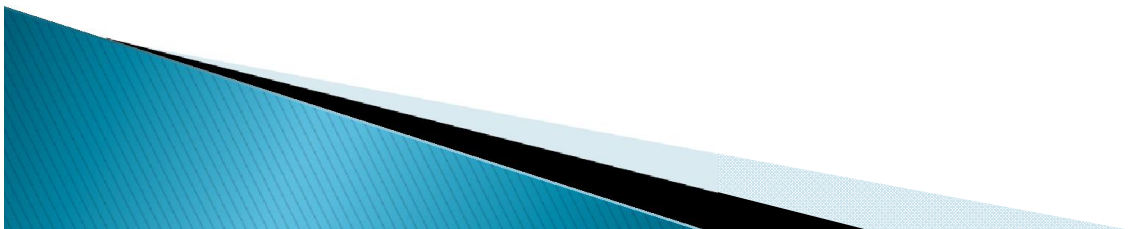
➤ پالس اکسی متری

➤ شروع هرچه سریع تر درمانهای ترومبولیتیک در صورت بروز علائم



دیسفاژی

- چک بلع بیمار از نظر دیسفاژی
- NPO نگه داشتن بیمار
- تامین مایعات و الکترولیت‌های جایگزین موردنیاز
- در صورت ادامه دار شدن دیسفاژی: تعبیه NGT و ادامه تغذیه با گاوآژ
- شروع گفتاردرمانی در صورت امکان همکاری بیمار



همی پارزی، همی پلژی

➤ بررسی حس و حرکت اندامها

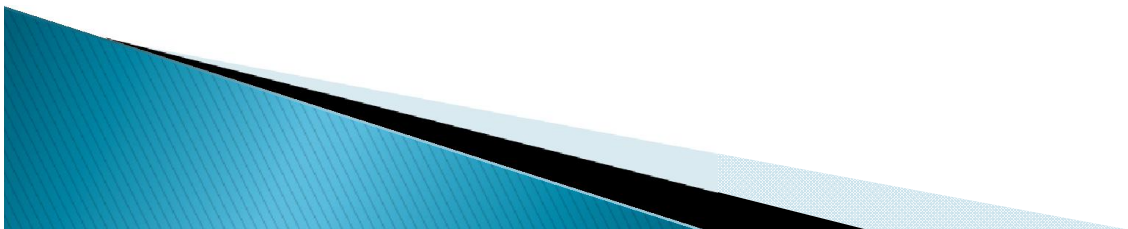
➤ بررسی قدرت عضلانی

➤ قراردادن اندامها در وضعیت آناتومیک

➤ پیشگیری از FOOT DROP با استفاده از سطوح محافظ

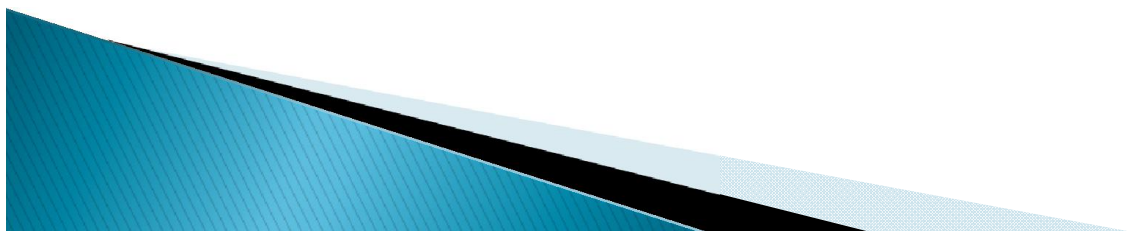
➤ فیزیوتراپی اندامها

➤ کاردرمانی



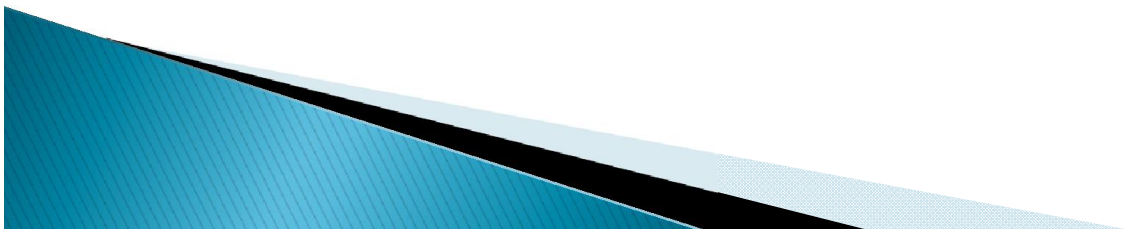
آفازی

- تمرینات گفتاردرمانی
- در اختیار گذاشتن وسایل نوشتاری
- استفاده از علائم و نشانه های تصویری
- پرسیدن سوالات بسته در مورد نیازهای بیمار
- حمایت روانی بیمار



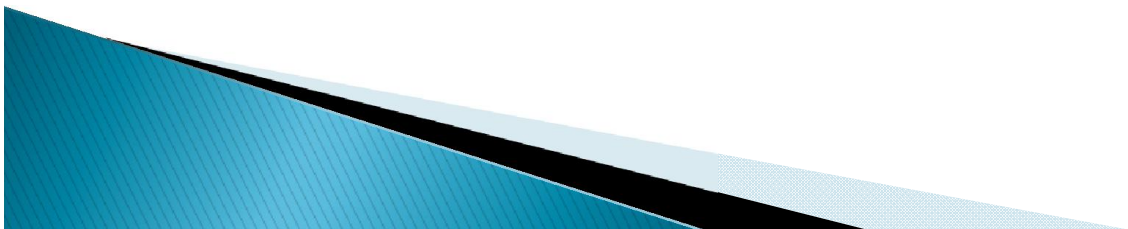
بی اختیاری دفعی

- تعبیه سوند ادراری
- تمرینات نوروفیدبک
- برنامه ریزی برای خروج هر چه سریع تر سوند دائمی
- بررسی علائم عفونت ادراری شامل
- رژیم پرفیبر و مایعات کافی برای پیشگیری از یبوست



DVT

- تجویز آنتی کواگولان
- پوشاندن جوراب آنتی آمبولی
- تغییر وضعیت و تلاش در جهت خروج هر چه سریع تر بیمار از تخت و آمبوله شدن
- اندازه گیری روزانه قطرساق پاها



حقوق اختصاصی بیماران مرتبط با خدمت

- امکان دسترسی و برخورداری هر بیمار نیازمند و واجد شرایط به خدمت ذکر شده
- توضیح کامل اقدام درمانی و عوارض احتمالی به بیمار و یا همراه وی
- امکان انتخاب آگاهانه خدمت و نیز قطع آگاهانه ارائه خدمت
- ارائه و ثبت و امضای رضایتنامه و برائتنامه آگاهانه جهت ارائه خدمت توسط بیمار یا اولیای قانونی وی
- رعایت حرمت، حریم خصوصی و اسرار بیماران
- فراهم کردن شرایط برای حداکثر درمان استاندارد ممکن و در اسرع وقت به تمامی بیماران
- فراهم کردن شرایط برای حداکثر درمان استاندارد ممکن و در اسرع وقت عوارض احتمالی با بهره گیری از خدمات سرویسهای کمک کننده نظیر جراحی اعصاب، اقدامات توانبخشی و غیره با تعرفه جداگانه
- رعایت کلیه موارد ذکر شده در منشور حقوق بیماران طبق موارد مورد تایید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

Time is Brain

