

اعصاب 3

Dr.Mehdipour

Brain function depends on several key factors

- First, the neurologic system relies on its structural integrity for support and homeostasis, but this **integrity may be disrupted**.
- Second, The functions of the neurologic system may be **decreased or absent** because of the effect of **toxic substrates** or the body's inability to provide essential substrates.

تغییرات سطح هوشیاری

altered level of consciousness (LOC)

- کوما: عدم پاسخگویی هدفمند به محرکها
- موتیسم آکینیتیک: عدم پاسخگویی به محرکات محیطی و فرد هیچ حرکت ارادی ندارد و توانایی صحبت هم ندارد
- حالت نباتی: عدم پاسخگویی به محرکها و بعد از خارج شدن چرخه خواب و بیداری وجود دارد اما فعالیتهای شناختی و عاطفی متوقف شده است
- سندرم قفل شدگی (Locked in): یک حالت بالینی خاصی است که با وجود عدم تحرک اندامهای بیمار، بیداری و هوشیاری وی حفظ می‌گردد. بیمار تکلم نداشته و فقط دارای حرکت چشمها در راستای عمودی است بنابراین، حرکت چشمها تنها راه ایجاد ارتباط با بیمار است. آسیب به پل مغزی است

تغییرات سطح هوشیاری (LOC)

- علت : دلایل نرولوژیک ، مسمویت، اختلالات متابولیک
- باعث: اختلال در سلول عصبی، اختلال در واسطه های عصبی یا ساختمان مغز
- علائم: اختلال سطح هوشیاری ، تغییر در پاسخ مردمک به نور، باز کردن چشم، پاسخ کلامی یا حرکتی
- تغییرات اولیه : بی قراری، افزایش اضطراب
- ارزیابی: ارزیابی وضعیت ذهنی، عملکرد اعصاب جمجمه ای، عملکرد مخچه، رفلکس ها و عملکرد حس و حرکتی

ارزیابی وضعیت هوشیاری

- ارزیابی وضعیت هوشیاری (GCS) : 3-15
- بازکردن چشمها:
- اگر خودبه‌خودی و بدون تحریک خارجی باشد نمره ۴ داده می‌شود
- اگر در واکنش به صدا چشمها را باز کند نمره ۳
- اگر در واکنش به تحریک دردناک چشمها باز شود نمره ۲
- در صورت عدم بازکردن چشمها نمره یک داده می‌شود

ارزیابی وضعیت هوشیاری

- بخش دوم پاسخ کلامی است.
- اگر با توجه به کلام فرد کاملاً به محیط واقف (اورینته) باشد نمره 5.
- اگر مکالمه نشان از گیجی داشته باشد ولی بتواند به سوالات پاسخ دهد نمره 4
- در صورت استفاده از کلمات گنگ ۳
- و داشتن کلام غیرقابل فهم نمره دو
- اگر هیچ پاسخی داده نشود نمره یک داده می‌شود.

ارزیابی وضعیت هوشیاری

- بخش سوم پاسخ حرکتی است
- در صورت اجرای فرمان نمره ۶
- ، در صورت انجام حرکت در واکنش به محرک دردناک ۵،
- در صورت پس کشیدن عضو در پاسخ به درد چهار،
- در صورت جمع کردن اندام در پاسخ به درد (وضعیت
دکورتیکه) ۳،
- در صورت بازکردن اندام در پاسخ به درد (وضعیت دسربره)
۲
- و در نهایت در صورت عدم واکنش حرکتی نمره ۱ را
می‌گیرد

ارزیابی وضعیت هوشیاری

- آسیب خفیف: GCS ۱۳ تا ۱۵
- آسیب متوسط: GCS ۹ تا ۱۲
- آسیب شدید: GCS زیر ۹



■ دست‌نبرد



■ دکورتیکه

تغییرات سطح هوشیاری (LOC)

- اگر مردمک بیمار کومایی به نور واکنش ندهد: اختلال مغزی
- اگر مردمک به نور واکنش بدهد: مسمومیت یا اختلال متابولیک
- آسیب شدید دستگاه عصبی : فلج شل (فلسید)

تدابیر درمانی

- حفظ و نگهداری راه هوایی
- پایش وضعیت گردش خون
- تجویز داروها و مایعات
- حمایت تغذیه ای
- پیشگیری از عوارض

تشخیص پرستاری

- پاکیزگی غیر موثر راه هوایی در ارتباط با تغییرات سطح هوشیاری
- خطر آسیب در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری
- کمبود حجم مایعات در ارتباط با عدم توانایی بیمار برای دریافت مایعات
- خطر آسیب به پوست
- خطر تغذیه کمتر از نیاز بدن
- اختلال در مخاط دهان
- آسیب به بافت قرنیه
- تنظیم درجه حرارت
- اختلال در دفع ادرار و مدفوع
-

عوارض

- Respiratory distress or failure
- Pneumonia
- Aspiration
- Pressure injury
- Venous thromboembolism (VTE)
- Contractures

مداخلات پرستاری

- حفظ راه هوایی موثر: بالا آوردن سر تخت تا 30 درجه، قرار دادن در وضعیت خوابیده به پهلو، ساکشن، اینتوبه، فیزیوتراپی تنفسی، کنترل ABG
- حفاظت از بیمار: پوشش نرده ها با پوشش نرم، بالا بودن نرده ها، محافظت از اتصالات ، حفظ کرامت انسانی، عدم بیان صحبت های منفی
- حفظ تعادل مایعات: معاینه تورگور، کنترل I/O، تجویز آهسته مایعات، TPN

مداخلات پرستاری

- مراقبت از دهان: تمیز نمودن دهان، مراقبت از لب، تغییر جای لوله تراشه روزانه، انجام مراقبت های کامل دهانی
- حفظ تمامیت پوست: چرخاندن بیمار سبب ایجاد حس کینستیک (حس حرکت) و حس پروپریوسپشن (آگاهی از وضعیت بدن)، ورزشهای غیر فعال، پیشگیری از افتادگی پا، تشک مواج
- حفظ تمامیت قرنیه: تمیز نمودن چشم ها، استفاده از قطره مصنوعی، پد چشمی یا شیلد
- حفظ درجه حرارت بدن: کنترل درجه حرارت از طریق گوش یا رکتوم و

مداخلات پرستاری

- جلوگیری از احتباس یا بی اختیاری ادرار: لمس مثانه، سوند و مراقبت از سیستم ادراری برای پیشگیری از عفونت
- بهبود عملکرد روده: گوش دادن به صدای روده، رفع یبوست
- فراهم نمودن محرکهای حسی در صورت نبودن خطر ICP:
برقراری ارتباط، لمس، آگاه نمودن بیمار از زمان و مکان هر 8 ساعت، حذف صداهای اضافی در صورت به هوش آمدن
- توجه به نیازهای خانواده
- بررسی و کنترل عوارض: پنومونی، آسپیراسیون و نارسایی تنفسی، ترومبوآمبولی عروقی

افزایش فشار داخل جمجمه

- جمجمه حاوی 1200 تا 1400 گرم مغز، 75 میلی لیتر خون و 75 میلی لیتر مایع مغزی نخاعی
- تعادل این سه، تعادل فشار داخل جمجمه
- میزان طبیعی ICP 0-10 میلیمتر جیوه، 15 میلیمتر جیوه بالاترین حد طبیعی
- تئوری مونرو-کلی: بدلیل وجود محدودیت در فضای جمجمه، افزایش در حجم بافت، خون یا csf موجب تغییر در حجم بقیه می شوند

افزایش فشار داخل جمجمه

- افزایش فشار داخل جمجمه به علت آسیب به سر، تومور، خونریزی و یا آسیب و...
- کاهش پرفیوژن مغزی، افزایش ادم، شیفت یا جابجایی مغز و فتق مغزی شود
- مراحل اولیه ایسکمی بعلت کاهش خونرسانی: تحریک وازوموتور و **افزایش فشارخون سیستمیک، کندی و محکم کوبنده شدن نبض و بی نظمی تنفس (ترياد افزایش ICP)**
- افزایش CO2 باعث گشاد شدن عروق مغز باعث افزایش ICP
- کاهش آن موجب تنگی عروق و کاهش جریان خون مغزی
- کاهش بازگشت وریدی از مغز موجب افزایش حجم خون و افزایش ICP

ادم مغزی

- جمع شدن غیر طبیعی مایعات در فضای داخل یا خارج سلولی که منجر به افزایش حجم بافت مغزی
- فعال شدن مکانیسم خود تنظیمی و کاهش تولید یا جریان CSF
- خود تنظیمی : توانایی مغز برای تغییر در اندازه عروق خود که علی رغم تغییرات سیستمیک فشارخون، جریان خون مغز ثابت باقی می ماند

پاسخ مغز به افزایش فشار داخل جمجمه

- اگر فشار سیستول بین 50 تا 150 میلیمتر جیوه باشد و فشار داخل جمجمه کمتر از 40 باشد جریان خون مغز حفظ می شود
- فشار جریان خون مغز CPP: فشار داخل جمجمه - میانگین فشار شریانی
- میزان طبیعی CPP: 70 تا 100
- اگر فشار داخل جمجمه بالاتر از 40 شود مکانیسم خود تنظیمی مختل می شود و افزایش یا کاهش CPP می شود
- CPP کمتر از 50 شود آسیب غیر قابل برگشت مغز
- فشار داخل جمجمه مساوی با میانگین فشار شریانی شود: CPP??

پاسخ مغز به افزایش فشار داخل جمجمه

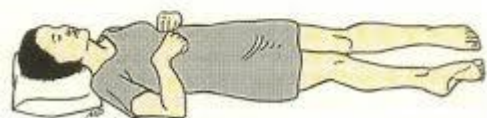
- CPP پایین: ایسکمی مغز، افزایش فشارخون شریانی، پهن شدن فشار نبض و کند شدن نبض (پاسخ کوشینگ)
- عدم درمان باعث برادیکاردی، افزایش فشارخون و برادی پنه (تریاد کوشینگ) و فتق مغزی و انسداد جریان خون مغز
- علامت زودرس افزایش فشار داخل جمجمه **تغییر سطح هوشیاری** است
- افزایش ICP: حالت بهت Stuporous می شود که بیمار به محرکهای قوی پاسخ می دهد
- عدم درمان فوری: کوما و وضعیت دکورتیکه و دسربره

پاسخ مغز به افزایش فشار داخل جمجمه

- دکورتیکه: انقباض اندام های فوقانی و کشیدگی اندام های تحتانی
- دسربره: کشیدگی شدید اندام های فوقانی و تحتانی
- جهت تشخیص از Ip نباید استفاده شود



A. Extension posturing (decerebrate rigidity)



B. Abnormal flexion (decorticate rigidity)

پاسخ مغز به افزایش فشار داخل جمجمه

- عوارض: فتق ساقه مغز، دیابت بیمزه، سندرم ترشح نابجای هورمون ضد ادرار (SIADH)
- دیابت بی مزه به دنبال کاهش ترشح هورمون ضد ادرار (ADH): حجم ادرار زیاد
- SIADH برعکس دیابت بی مزه

درمان

- تجویز دیورتیک های اسموتیک، محدودیت مایعات، تخلیه CSF، کنترل تب، حفظ فشارخون سیستمیک، رساندن اکسیژن کافی و کاهش نیازهای متابولیکی
- جلوگیری از افزایش ICP با اندازه گیری ICP: ونتریکولوستومی (کاتتر داخل بطنی) و در صورت لزوم تخلیه CSF و تجویز دارو به صورت مستقیم
- پیچ یا کمر بند تحت عنکبوتیه، مانیتور اپی دورال، مانیتور فیبراپتیک (ترانسدیوسر)

درمان

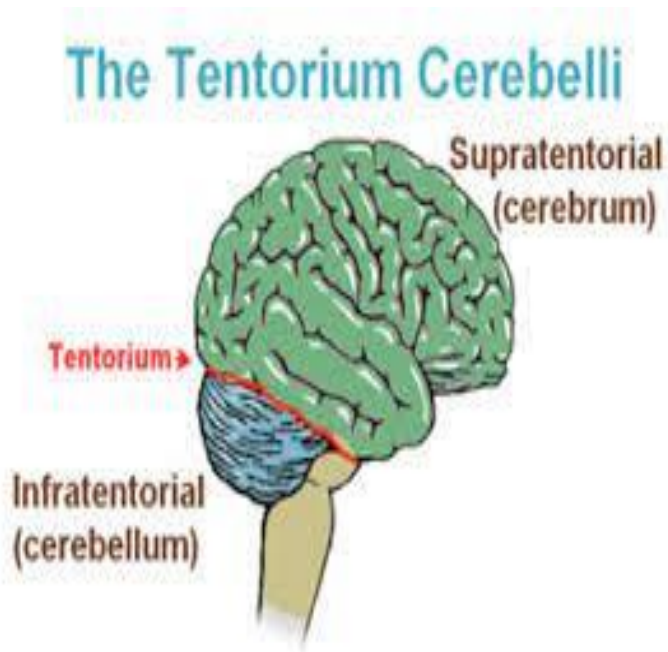
- کاهش ادم : مانیتول (دیورتیک اسموتیک) ، کورتون در صورت ادم به علت تومور ، محدودیت مایعات ، کاهش دما
- حفظ جریان خون مغز: افزایش برون ده قلب
- کاهش CSF: تخلیه کم CSF
- کنترل تب
- حفظ اکسیژناسیون بافتی و کاهش نیازهای بافتی :
باربیتوراتها، فلج کننده ها

مراقبت پرستاری

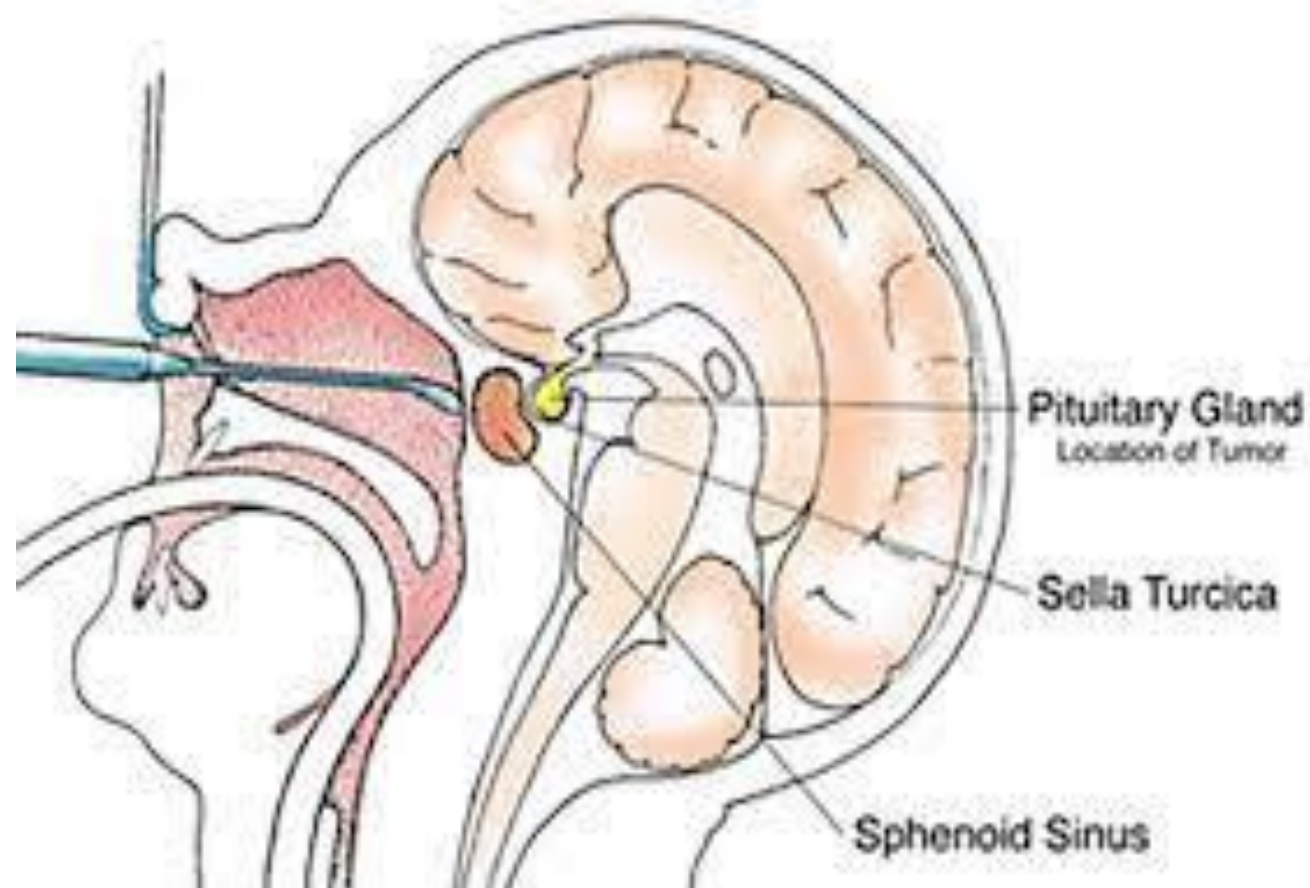
- حفظ راه هوایی موثر: ساکشن با احتیاط، اجتناب از سرفه، بالابردن سر تخت
- ایجاد تنفس موثر: حفظ $paco_2$ در حد 30 میلیمتر جیوه، توجه به الگوی تنفس
- برقراری جریان خون مغز: سر در خط وسط، بالابردن تخت 30 تا 45 درجه، پرهیز از تغییر پوزیشن ناگهانی و خم کردن مفاصل، پرهیز از مانور والسالوا
- حفظ تعادل منفی مایعات: مایعات با سرعت کم، کنترل I/O
- پیشگیری از عفونت

جراحی های جمجمه

- کرانیوتومی: باز کردن جمجمه به روش جراحی
- سوپرا تنتوریال (فوق چادرینه)
- پوسترئور فوسا (زیر چادرینه ای)
- ترانس اسفنوئیدال







مداخلات قبل از جراحی

- انجام CT یا MRI یا داپلر
- در بعضی موارد تجویز داروی ضد تشنج
- کورتون در جراحی های تومور مغزی
- محدودیت مصرف مایعات در صورت لزوم
- داروی هایپراسموتیک
- آنتی بیوتیک
- ضد اضطراب

تدابیر پرستاری

- بررسی بیمار
- درک بیمار و خانواده
- حمایت از پاها و اندام ها
- تشویق به حرکت
- ایجاد خط شریانی

مداخلات پس از جراحی

- کاهش ادم مغزی
- تسکین درد
- پایش فشار داخل جمجمه

تشخيص پرستاری

- Risk for **ineffective tissue perfusion** associated with cerebral edema
- Risk for **impaired thermoregulation** associated with damage to the hypothalamus, dehydration, and infection
- **Impaired gas exchange** associated with hypoventilation, aspiration, and immobility
- Difficulty **coping associated with sensory perception** changes due to periorbital edema, head dressing, endotracheal tube, and effects of ICP
- **Disturbed body image** associated with change in appearance or physical disabilities

COMPLICATIONS

- Increased ICP
- Bleeding and hypovolemic shock
- Fluid and electrolyte disturbances
- Infection
- CSF leak
- Seizures

حفظ جریان خون مغز

- توجه به وضعیت تنفسی: ABG
- کنترل ادم مغزی
- حفظ علائم حیاتی و عصبی
- پوزیشن بعد از جراحی سوپراتنتوریال : سوپاین یا لترال به سمت جراحی نشده . سر تخت 30 درجه
- پوزیشن بعد از پوسترئور فوسا: لترال و صاف با بالشت کوچک و سفت
- تغییر پوزیشن هر دو ساعت

تنظیم درجه حرارت

- کنترل و پایین آوردن تب با
- کنترل درجه حرارت به صورت رکتال
- جلوگیری از لرز
- اگر بیمار هیپوترم بود گرم کردن به اهستگی صورت بگیرد

- بهبود تبادلات گازی: تغییر پوزیشن هر دو ساعت- کمک به باز کردن الوئول های تنفسی- ساکشن با احتیاط- فیزیوتراپی تنفسی
- مقابله با محرومیت حسی: بالا آوردن سر تخت برای جلوگیری از ادم چشم – کمپرس یخ – اطلاع به جراح تعویض اولین پانسمان توسط جراح
- بهبود تصویر ذهنی از خود

تدابیر پرستاری در جراحی های ترانس اسفنوئیدال

- چک دید و میدان بینایی به طور منظم چون ناحیه عمل نزدیک گیاسمای بینایی است
- سر تخت بالا باشد
- پیشگیری از فین کردن
- بررسی وجود دیابت بی مزه
- چک پانسمان بینی
- عدم مسواک زدن تا بهبودی برش جراحی
- مرطوب کردن لب
- مرطوب کردن بینی پس از برداشتن پانسمان
- سر تخت تا دو هفته سی درجه بالا باشد
- احتیاط در عطسه و فین کردن تا یک ماه

OTHER NEUROLOGIC DYSFUNCTIONS

- Delirium
- Dementia
- pseudobulbar affect: اثر حباب کاذب

Delirium

- Delirium= acute confusional state
- begins with disorientation

• تفاوت دمانس با دلیریوم چیست

- **risk factors:** the use of medications such as benzodiazepines and the administration of blood transfusions, age, presence of dementia, prior coma, as well as recent emergency surgery or trauma

Prevention of delirium

- **therapeutic activities** for cognitive impairment
- reorienting the patient
- early mobilization
- controlling pain
- minimizing the use of psychoactive drugs
- preventing sleep deprivation
- enhancing communication methods (eyeglasses and hearing aids)
- maintaining oxygen levels and fluid and electrolyte

Nursing implementation

- Delirium increases the risk of falls
- management of patient safety and behavioral problems is essential.
- Nutritional and fluid intake
- The environment should be quiet and calm.
- family members or friends to touch and talk
- sleep hygiene measures

Dementia

- The cognitive, functional, and behavioral changes that characterize dementia eventually destroy a person's ability to function.
- نشانه ها در اول کم ولی پیشرونده هستند.
- شایع ترین نوع: الزایمر

اثر حباب کاذب

- بیان عاطفی نامناسب یا اغراق آمیز: خنده یا گریه
- دلایل : آسیب مغزی در مجاری کورتیکوبولبار مغز
- طغیان عاطفی
- درمان: دکسترومتورفان هیدروبرومید، کنیدین سولفات

اختلالات تشنجی

- تعریف تشنج : تخلیه الکتریکی ناگهانی در نرون های مغز
- ممکن است قسمتی از مغز یا همه مغز را درگیر نماید
- سنکوپ: کاهش هوشیاری به علت اختلالات تغذیه خونی
- صرع: تشنج های تکراری و عود کننده : حداقل 2 حمله در بیش از 24 ساعت
- صرع جنرالیزه
- صرع فوکال یا کانونی
- صرع به دلایل ناشناخته

پاتوفیزیولوژی

- دیس ریتمی در نرون های عصبی: تخلیه الکتریکی بیش از حد در مغز
- علت بیماری های مغز : بیماری های عروق مغز، ترومای سر، سکته، تومور، مننژیت
- اختلالات متابولیک و توکسیک: هیپوکسی، هیپوناترمی، هیپراسمولار، هیپوکلسمی، اورمی، آنسفالوپاتی کبدی، مسمومیت با دارو، قطع دارو، اکلامپسی، هیپرترمی

تظاهرات بالینی

- طیفی از خیرگی ساده تا حرکات تشنجی
- الگوی تشنج نشان دهنده محل اختلال در مغز
- تشنج جنرالیزه : درگیری دو نیمکره مغز
- سفتی و سختی در همه قسمت های بدن و به دنبال آن عضلات به شکل متناوب حالت شل و انقباض (تونیک و کلونیک)
- گریه صرع: انقباض عضله دیافراگم و عضلات قفسه سینه
- جویده شدن زبان، از دست دادن کنترل ادرار و مدفوع
- عموماً بعد از 1 تا 2 دقیقه توقف و خواب عمیق با تنفس صدا دار

تشنج

- الگوی اولیه تشنج نشان دهنده محلی در مغز است
- تشنج جنرالیزه: درگیری هر دو نیمکره : علائم در هر دو نیمه بدن. همراه با اختلالات هوشیاری
- تشنج جنرالیزه
- حملات آپسنس
- تشنج کانونی یا فوکال
- سایر تشنج ها

تشنج جنرالیزه تونیک و کلونیک

- معمولاً فاقد اورا

- 1- فاز تونیک: عدم هوشیاری، انقباض تونیک اندام ها به مدت 10 تا 20 ثانیه، زمین خوردن مریض و بدن حالت قوسی شکل . انقباض تونیک در عضلات تنفسی موجب بازدم صدادار مثل گریه و غرغر



- انقباض عضلات فک موجب

ترومای زبان

تشنج جنرالیزه تونیک و کلونیک

- 2- فاز کلونیک: ادامه فاز تونیک با پرش قرینه اندامها به مدت 3 تا 60 ثانیه یا بیشتر، تنفس بر می گردد ، سیانوز بر طرف، بزاق جاری می شود .
- 3- تونیک و کولینیک (تناوب انقباض و شل شدن)
- توقف حرکات
- شل شدن اسفنکتورها و بی اختیاری ادرار

تشنج جنرالیزه تونیک و کلونیک

4 بهبودی: هوشیاری بر می گردد

- کنفوزیون پست ایکتال

- سردرد

یافته های تشخیصی

- تاریخچه
- تست های آزمایشگاهی
- MRI
- EEG

تدابیر پرستاری

- مسئولیت اصلی و اولیه پرستاری: مشاهده، ثبت ترتیب و توالی علائم:
- وقایع پیش از تشنج (محرک ها)
- اورا
- اولین علائم و نوع حرکات
- اندازه مردمک ها – مشاهده چشم ها –
- مشاهده اتوماتیسم (ملچ و ملوچ) - بی اختیاری ادرار و مدفوع .
- طول مدت هر فاز تشنج –
- هوشیاری- چگونگی اتمام و کارهای بعد از اتمام – وضعیت شناختی بعد از اتمام

تدابیر پرستار

- حفظ خلوت و امنیت بیمار
- خواباندن به پهلو
- مهار نکردن حرکات
- اطمینان از باز بودن راه هوایی
- آگاهی دادن به زمان و مکان پس از تشنج

صرع (اپیلهپسی)

- اولیه (ایدیوپاتیک)
 - ثانویه (تومور و آسفیکسی جنینی ...)
- احتمال وراثت رد نشده است
- ارتباطی با ضریب هوشی ندارد
- صرع در زنان بیشتر است پس با هورمون های جنسی ارتباط دارد

صرع

- پیشگیری: پیشگیری از آسیب به سر
- دارو درمانی: درمان با یک دارو شروع می شود اگر درمان نشد داروی دیگر اضافه می شود (فنی توئین ، کاربامازپین)
- عوارض فنی توئین
- تدابیر جراحی

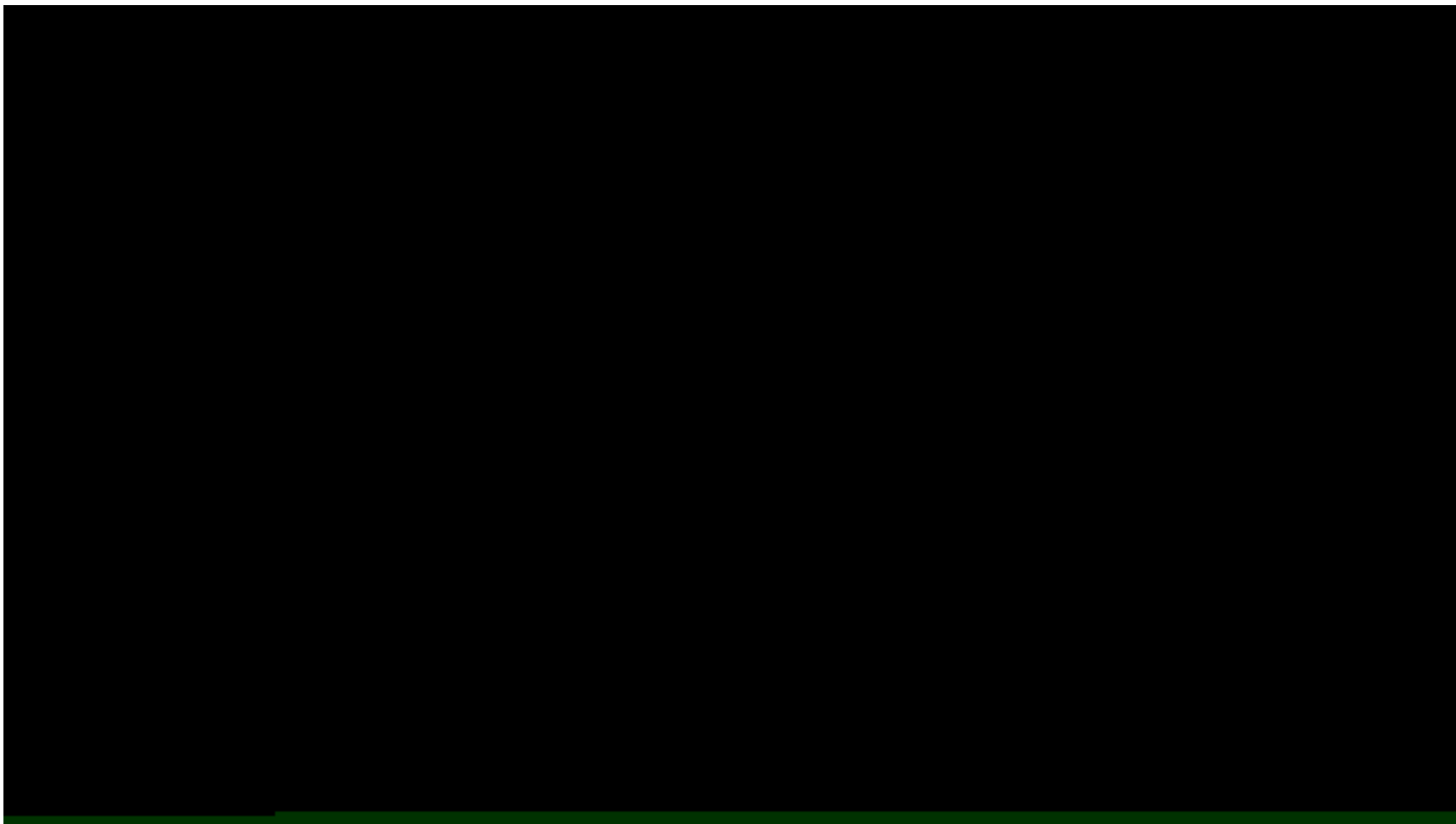
تشخیص پرستاری

- خطر آسیب در ارتباط با فعالیت های تشنجی
- ترس در رابطه با احتمال بروز تشنج
- دشواری مقابله در رابطه با استرس ناشی از صرع
- عدم آگاهی در رابطه با صرع و داروها

- رژیم غذایی برای کنترل تشنج : پرپوتئین ، کم کربوهیدرات و پرچربی (کتوژنیک)
- استفاده از عینک افتابی ؟
- پیشگیری از مصرف الکل

صرع پایدار

- تشنج بیش از 5 دقیقه
- بین حملات هوشیاری بر نگردد
- این تشنج اورژانس محسوب می گردد
- دلایل: قطع مصرف دارو، تب، عفونت
- درمان : لوله تراشه – شل کردن بیمار- تزریق وریدی داروی ضد تشنج- پیدا کردن دلیل



سر درد (سفالژیا)

- ماهیتا یک علامت است تا بیماری
- سر درد اولیه: میگرن، سر درد تنشی و خوشه ای
- سر درد ثانویه: علل ارگانیکی مثل تومورهای مغزی و آنوریسم

سر درد تنشی

- شایعترین سر درد
- علت: انقباض عضلات سر
- احساس سردردی که به تدریج ایجاد شده و در محدوده نواری شکل از سر و مستمر و بی وقفه بوده و در زمان کوتاه و اندکی از بین می رود. اما می تواند روزها باقی بماند
- علل شروع: خستگی و تنیدگی
- علامت: سفتی عضلات پشت گردن یا احساس قرار گرفتن سر در منگنه
- تشخیص: سر درد بیش از 15 روز در ماه
- ماساژ سر و حرارت موضعی کمک کننده
- آموزش تکنیک کاهش استرس

سر درد خوشه ای

- الگویی چرخه ای از یک تا سه حمله گذر موقتی درد در اطراف حلقه چشم
- در مردان بیشتر
- بین 15 دقیقه تا 3 ساعت طول می کشد
- ممکن است یک روز در میان یا 8 بار در روز ایجاد شود در حین اتفاق افتادن از 1 تا 8 بار در روز اتفاق می افتد
- مددجو را از خواب بیدار می کند
- شدید است
- درمان: استنشاق اکسیژن 100% به مدت 15 دقیقه با ماسکی که محکم نیست
- شیوع در بهار و پاییز بیشتر است

Cluster Headache

- Extreme sharp or stabbing pain, usually in, behind or around one eye. The pain can spread to other areas of the face, head and neck.
- Pain on one side of the head in a single cluster. Pain can switch to the other side in another cluster.
- Restlessness.
- A lot of tears.
- Redness of the eye on the side that hurts.
- Stuffy or runny nose on the side that hurts.
- Skin color changes on the side of the face that hurts.
- Swelling around the eye on the side that hurts.
- Drooping eyelid on the side that hurts.

سر درد میگرنی

- وازواسپاسم و ایسکمی عروق داخل جمجمه
- سن شروع : بلوغ و در زنان شایعتر از مردان
- تغییرات هورمونی رابطه دارند
- ارثی می باشند
- 4 تا 72 ساعت طول می کشند
- سردرد یک طرفه اما همیشه در یک نیمه نیست
- دردی ضربان دار

سر درد میگرنی

- علائم: فتوفوبی ، فنوفوبی، بی اشتهایی، تهوع، استفراغ
- وجود او را در 20 دقیقه قبل از سردرد در برخی موارد
- وجود تظاهرات اخطار دهنده دیگر 12 تا 24 ساعت قبل
مثل: سرخوشی اغراق آمیز، میل به شیرینی
- تنیدگی شدید، حذف شدن یک وعده غذایی یا مصرف مواد غذایی تیرامین دار شروع کننده سر درد

سردرد میگرنی

تظاهرات بالینی

- مرحله اولیه: علائمی که بیمار ساعتها یا روزهای قبل تجربه می کند (افسردگی، تحریک پذیری، احساس سرما، اشتها زیاد به غذا)
- مرحله اورا: کمتر از یک ساعت
- دلیل اورا: افسردگی منتشر قشری (کاهش خونرسانی به قشر مغز)
- مرحله سردرد: کاهش در سروتونین و اتساع عروق مغزی
- فاز بهبودی

سر درد میگرنی

- درمان : داروهای مسکن، ارگوتامین ها، پرهیز از نارکوتیک ها، پروپرانولول
- تریپتانها (خط اول درمان): سوماتریپتان، الموتریپتان
- منع مصرف تریپتانها: بیماران ایسکمیک قلب و بیماران فشارخون بالا
- منع مصرف تریپتانها با ارگوتامین ها

مراقبت

- پیشگیری: استفاده روزانه از دارو
- تسکین درد : محیط آرام تاریک . سر تخت سی درجه بالا و درمان علامتی

از توجه شما متشکرم

