

مراقبت های پرستاری بیماران تشنجی

Nursing Management of Seizure in EEG Monitoring

مقدمه:

پرستار LTM باید آشنایی کامل با تشنج ، درمان دارویی ، مداخلات پرستاری و استراتژی استفاده از EEG مانیتورینگ را در جهت کنترل تشنج ها و کم کردن اثرات منفی تشنج بر کیفیت زندگی مددجو را بداند.

هدف: کاهش عوارض ناشی از تشنج در زندگی مددجو و کاهش ناتوانی و بالابردن امید به زندگی

مراقبت های اولیه براساس فرایند پرستاری شامل :

1- بررسی های پرستار در زمان بستری ASSESSMENT

- a- بررسی مثبت کلیه اقدامات انجام شده در جهت کنترل تشنج بیمار (دارویی، ویدئو EEG مانیتورینگ، شرکت در درمان های دوره ای ، MRI و CT مغز، بررسی ها و درمان های روانپزشکی)
- b- بررسی مجدد درمان های دارویی اخیر شامل: تغییرات جدید دارویی و دوز داروها
- c- بررسی زمان اولین تشنج بیمار تناوب آن و داشتن Aura
- d- بررسی عوامل بروز تشنج (اتفاقات دوران جنینی ، هایپوکسی ، ضربه به سر ، فشارهای شدید روحی و...)
- e- بررسی فاکتور های محرک تشنج
- f- گرفتن شرح دقیق تشنج از بیمار و نزدیکان مددجو
- g- ثبت زمان آخرین تشنج بیمار
- h- ثبت دقیق تمام موارد فوق در گزارش پرستاری

بررسی های پرستار در زمان تشنج

- 1- بررسی مثبت کلیه حرکات تشنج
- 2- بررسی زمان و طول مدت و تناوب تشنج
- 3- کنترل بیمار از نظر بی اختیاری در دفع ادرار و مدفوع
- 4- بررسی سطح هوشیاری (کامفیوز ، عدم هوشیاری ، خیرگی و...)
- 5- بررسی حرکات بدن
- a- پیشرفت و توالی حرکات (محل شروع اولین حرکت و الگوی آن و انتشار و درگیر کردن سایر قسمت ها بسیار مهم می باشد).
- b- یک طرفه یا دو طرفه بودن فعالیت ها
- c- Type of Motor Activity

- کلونیک (Jerking)
 - تونیک ، دیس تونیک
 - d بررسی چشم ها (انحراف چشم ، باز بودن ، چرخش ، لرزش پلک ها)
 - e Versive (جهت چرخش سر به راست یا چپ)
 - f تنفس (ریتم و ریت تنفس ، دیسترس تنفسی ، آپنه)
 - g قلب (بررسی ریتم و ریت)
 - h تغییرات پوست (رنگ ، درجه حرارت)
 - رنگ پریده و یا سیانوتیک (چک لب ها ، لاله گوش ، ناخن)
 - عرق کردن و سرد و مرطوب شدن پوست
 - i گوارش (آروغ زدن ، نفخ شکم و استفراغ)
 - j سائز مردمک ها، تقارن و واکنش به نور
 - k تغییرات در حواس (شنوایی ، گوارش ، بویایی، تعادل و بینایی)
- نکته مهم « کلیه بررسی ها و مشاهدات فوق باید در برگه گزارش پرستاری دقیقاً ثبت گردد»

بررسی های پرستار بعد از تشنج

- 1- بررسی مثبت برگشت سطح هوشیاری
- 2- بررسی حالات جسمی و روحی بیمار شامل : خواب آلودگی، قرار، خنده ، گریه و هیجان زدگی و.....
- 3- مشاهده نوار مغزی ودقت در برگشت امواج مغزی
- 4- کنترل اورینتیشن بیمار
- 5- کنترل نوار مغزی تا برگشت امواج به حالت عادی
- 6- کنترل و بررسی دقیق بیمار از نظر آسیب
- 7- ثبت دقیق کلیه موارد در پرونده بیمار

مداخلات پرستاری زمان تشنج INTERVENTION

مراقبت های پرستاری استاندارد الزامیست در مکان و زمان فعالیت تشنج صورت گیرد.

- 1- پرستار باید فعالیت تشنج بدقت مشاهده و وسایل لازم جهت اقدامات اورژانس را بر بالین بیمار آماده نمایند
- 2- شرح حال دقیق از وضعیت بالینی بیمار و مشاهدات خود را در برگه گزارش پرستاری ثبت نماید
- 3- حفظ ایمنی بیمار در تمام مدت تشنج (دور کردن اشیاء نوک تیز و خطرناک از اطراف بیمار و جلوگیری از سقوط)
- 4- اگر تشنج فرد بیش از دو دقیقه متوالی طول بکشد و اگر دو یا چند تشنج جنرالیزه بدون بازگشت هوشیاری رخ دهد(سریعاً به پزشک اطلاع و اقدامات درمانی انجام شود)
- 5- به مددجو پوزیشن side – lying داده شود (این پوزیشن کمک میکند که بزاق دهان راحت خارج شود)

- 6- گذاشتن airway در صورت نیاز که باید به روش صحیح صورت گیرد تا باعث آسیب به دندان و لثه نشود
- 7- از حرکات بیمار جلوگیری نشود (سعی نگردد حرکات دستها و پاها در طول تشنج متوقف شود زیرا باعث آسیب دیدگی عضلات می شود)
- 8- پرستار کنار بیمار بماند و با او صحبت کند، به وی روحیه دهد (مددجو ممکن است حرفهای پرستار را نشنود هنگامیکه هوشیار نمی باشد اما این روحیه دهی به مددجو کمک می کند که سریعتر هوشیاری اش را بدست آورد)
- 9- پیشگیری و درمانهای حمایتی و آماده کردن داروها طبق دستور پزشک به موقع و طبق پروتکل

مداخلات پرستاری بعد از تشنج

- 1- ثبت و بررسی وضعیت بیمار پس از توقف تشنج تا هوشیاری کامل
 - a- سردرد (نوع، طول مدت، محل سردرد، شدت): گزارش به پزشک، آرام سازی محیط، کاهش نور و استفاده از مسکن طبق دستور
 - b- بی اختیاری (دفع ادرار و مدفوع): تعویض لباسها و ملحفه، چک مجدد بیمار و نظارت بر برگشت دفع به حالت نرمال و در صورت نیاز اطلاع به پزشک و کسب دستورات
 - c- صدمات شامل کبودی، سوختگی، شکستگی، جراحی، تروما به دهان: اطلاع به پزشک و تکمیل برگه صدمه به بیمار و اقدامات درمانی مرتبط به آن و مشاوره پزشکی و مراقبتهای لازم و ثبت کامل در برگه گزارش پرستاری
 - d- تغییرات رفتاری (هیجان زدگی، خنده، گریه و...) حضور پرستار بر بالین بیمار تا برگشت تغییرات به حالت اولیه. در صورت کاهش و یا از بین رفتن تعادل، اجازه خروج از تخت به بیمار داده نشود. در صورتیکه بیمار دیس اورینت و خواب آلودگی بود به هیچ وجه نباید مددجو را بیدار کرد.

سایر مداخلات پرستاری

الزامیست مداخلات پرستاری ذیل اجرا و در برگه گزارش پرستاری ثبت گردد

- 1- اجرای صحیح و دقیق دستورات دارویی و درمانی و تشخیصی
- 2- گزارش پرستاری باید منعکس کننده پروسیجرهای تشخیصی در جهت تکمیل دستور پزشک باشد.
- 3- اقدامات جلوگیری از آسیب به بیمار باید طبق پیشنهاد تیم پزشکی اجرا شود (مثلا بیمارانی که تشنجات GTC دارند باید کلیه نکات ایمنی و استاندارد در بخش رعایت گردد)
- 4- فعالیتهای تشنجی باید دقیق در پرونده فرد ثبت شود و همچنین بررسی های دوره ای برای شناخت تغییرات و پیشرفت تشنج در گزارش پرستاری کاملا منعکس گردد.

ارزیابی EVALUATION

مدیریت تشنج بر اساس بررسیهای دقیق انجام و ثبت گردد.

- 1- پرستار باید نتایج مدیریت تشنج را بررسی و برای اقدامات اولیه به پزشک پیشنهاد ارائه دهد.
- 2- عوارض جانبی و تداخلات دارویی باید در گزارش پرستاری ثبت و فوراً به پزشک اطلاع داده شود.
- 3- تمایلات و تغییرات در فعالیت های تشنج (نوع و تناوب) باید ارزیابی و در برگه گزارش پرستاری ثبت و به پزشک گزارش شود.
- 4- ارزیابی تشنجهای ثبت شده و بازبینی فایل تشنج بیمار با روش درست و کامل صورت گردد.

آموزش نحوه مراقبت از خود به مددجو

- 1- جلوگیری از یبوست ، چاقی بیش از اندازه، هایپرونتیلیشن و استرس
- 2- پرهیز از محرکهای تشنج (سر و صدا، نورهای درخشان)
- 3- تب ممکن است از محرکهای تشنج باشد بنابراین باید آن را کنترل کرد و اگر دستور آنتی بیوتیک بود باید تداخل آن با داروهای ضد تشنج بررسی شود.
- 4- از حمامهای با کف پوش ضدضربه ، شیرآلات توکار و بدون وان استفاده شود.
- 5- به بیمار تاکید شود که جهت بهداشت دهان بصورت دوره ای به دندانپزشک مراجعه کند این امر عامل مهمی در پیشگیری از خطر ژنژیویت ناشی از مصرف برخی داروهای ضد تشنج است.
- 6- رعایت رژیم غذایی خاص حاوی مواد غذایی لازم طبق دستور متخصص تغذیه
- 7- قهوه و نوشیدنی های حاوی کافئین باید در حد اعتدال مصرف شود.
- 8- میزان مایعات مصرفی 1000 تا 1500 میلی لیتر در روز
- 9- پرهیز از نوشیدن الکل
- 10- تشویق بیمار به ورزش و انجام فعالیتهای روزمره (فعالیتها نباید بصورتی باشد که حملات تشنج را تشدید کند) ورزش باید در سالن ورزشی که شرایط هوای آن قابل کنترل باشد انجام شود.
- 11- از ورزشهایی که باعث آسیب به فرد می شود پرهیز شود (شنا، صخره نوردی، رالی ...). اگر شخص میخواهد شنا کند باید به همراهی فردی مطلع از تشنج مددجو و شنا در عمق کم و با جلیقه نجات انجام شود.

نتیجه : پرستار LTM با علم و آگاهی باید بهترین مدیریت را در طول مدت تشنج و بعد از آن داشته باشد و بتواند بهترین بررسی و مداخله و ارزیابی و برنامه ریزی را در طول مدت بستری بیمار اجرا کند و در نهایت تمامی یافته های خود را در گزارش پرستاری ثبت کند.

پیشنهاد:

- 1- بکارگیری پرستاران مجرب و علاقمند و دوره دیده و محقق در LTM
- 2- گنجاندن رشته تخصصی پرستاری صرع در تحصیلات دانشگاهی
- 3- تیم پرستاری LTM همانند پزشکان باید امکان تبادل علم و اطلاعات را با دیگر کشورها داشته باشند.

منابع :

- 1 American Association of Neuroscience Nurses (1997). Clinical guideline Series : Seizure Assessment . Author : Chicago.
- 2 Hickey- J.V. (2003). The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing(5th ed). Philadelphia : Lippincott
- 3 American Epilepsy Association (2004). Clinical Epilepsy . Retrieved on August 29 , 2005 From [http ://WWW. aesnet. Org/Visitors/ Professional Development/ MedEd/ ppt /ppts03/ clinicore. Pdf](http://WWW.aesnet.Org/Visitors/ Professional Development/ MedEd/ ppt /ppts03/ clinicore. Pdf).

تهیه و تنظیم : معصومه کیانی فرد سرپرستار بخش LTM

دکتر هادی کاظمی

مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء بیمارستان خاتم الانبیاء(ص)