**واحد ECT**

**{Electro Convulsive Therapy}ECTیا الکترو شوک مغزی**

**روشی جهت درمان بیماران روان که شامل بیماران با مشکلات افسردگی اساسی مانیک،اسکیزوفرن حاد و کاتاتونیک می باشدوبه طورکلی این روش درمواردی که بیمار به درمان دارویی جواب نمی دهد یا نمی تواند عوارض دارویی را تحمل کند مثلا در بیماران قلبی و آنهایی که نمی توانند عوارض نامطلوب سه حلقوی ها را تحمل کنند یا زنان حامله که نمی توانند داروی ضد افسردگی مصرف کننده به کار می رود. این روش در سالمندان به کندی ودرجوانان سریعترمنجر به پاسخ درمانی میشود. ECTعبوردادن یک جریان الکتریکی150-70ولتی ازمغز بیمار به مدت1/0تا 1ثانیه برای ایجاد یک صرع بزرگ می باشدکه تشنجی به مدت 20تا25ثانیه ایجاد می شود و محدوده ی نرمال آن بین 20 تا 90 ثانیه می باشد. میزان ولتاژ و مدت آن در بیماران مختلف با توجه به آستانه ی تحریک پذیری افراد متفاوت می باشد این مقدار ولتاژ کمترین جریان الکتریسیته لازم جهت تولید تشنج می باشد که موجب تغییرات نورو شیمیایی در گیرنده های نوروترانسمیترها میگردد. بیمار قبل ازECT از نظر برخی دارو های مصرفی توسط متخصص اعصاب و روان بررسی می شود.**

**موارد منع مصرف ECT**

**در استفاده از این روش درمانی منع مطلق نداریم ولی موقعیت هایی داریم که نیاز به کنترل دقیق بیمار داریم مثل (تومورهای مغزی،فتق مغزی،افزایش فشار داخل جمجمه،خونریزی مغزی،بیمارانMI،CHF).این روش در حاملگی منع مصرف ندارد مگر در حاملگی های پرخطر مثل زنان باردار مبتلا به اکلامپسی و پراکلامپسی. مرگ و میر در این روش نادر است و معمولاً در اثر عوارض قلبی-عروقی بیشتر مشاهده می شود.**

 **دارو های مورد استفاده در ECT**

 **یک دارو از دسته آنتی کولینرژیکها مثل آتروپین یک هوشبر عمومی مثل متوهگزیتال یاپروپوفول یاخواب آورها مثل تیوپنتال(نستونال) یک شل کننده ی عضلانی مثل ساکسنیل کولین تجویز و تزریق این داروها به صورتIV با نظارت متخصص بیهوشی به مقدار دوز بیهوشی سر پایی می باشد**

**محل الکترودها:**

**این روش می تواند به صورت یک طرفه یا دو طرفه انجام گیرد. در نوع دو طرفه پاسخ به درمان سریع تر می باشد.اثرات نامطلوب یک طرفه کمتراست وغالباً الکترود را در نیمکره ی راست قرارمی دهند. محل قرار گرفتن الکترود ها در ناحیه ی فرونتوتمپورال حدود 5/2 سانتی متر بالاتر از خط فرضی بین تراگوس گوش به گوشه خارجی چشم می باشد. به دنبال تحریکات الکتریکی حمله ای شبیه صرع بزرگ ناخودآگاه عارض میگردد که شامل دو مرحله است: مرحله ی تونیک(محکم شدن و انقباض عضلات)20-10ثانیه طول میکشد. مرحله ی کلونیک(حرکات ریتمیک عضلات)حدود30ثانیه که فرکانس حرکات در طی آن تدریجا کاهش می یابد . اگر تحریکات جهت تشنج کافی نباشد تا3بار در هر مرحله می توان اقدام به تشنج نمود. حین شوک الکترودهاباژل یا آب آغشته می شوند تا انتقال الکترون هابهتر صورت گیرد. درمان با الکترو شوک 3 بار در هفته و غالباً به صورت یک روز در میان صورت میگیرد که در مرکز فارابی روز های فرد هفته انجام می شود. تعداد جلسات الکترو شوک با تشخیص متخصص اعصاب و روان و با توجه به نوع مشکل روانی بیمار از 4 تا 20جلسه می باشد.**

**عوارض جانبی ECT:**

**گیجی و دلریوم خصوصاً در 30دقیقه اول بعد از شوک و بعد از به هوش آمدن بیمار می باشد این عارضه به علت اثرات شوک بر سلسله اعصاب مرکزی می باشد که با باربیتوراتها و بنزودیازپینها قابل درمان می باشد حدود 75%درصد بیماران اختلال در حافظه و فراموشی موقت پیدا می کنند. آریتمی قلبی گذرا،گرفتگی عضلانی،سردرد سایر عوارض این روش می باشند.لازم به ذکر است که بیماران خانم بالای 40 سال و آقایان بالای45سال باید توسط متخصص داخلی یا قلب و عروق ویزیت و مشاوره شوند و برگه مشاوره ضمیمه پرونده شود همچنین کلیه ی بیماران باید رضایت همراه بیمار جهت شوک درمانی داشته باشند.**

**پرسنل واحد : ECT
پزشک متخصص بیهوشی آقای دکتر جاوید یا آقای دکتر اسمی**

 **پزشک متخصص اعصاب و روان آقای دکتر ابراهیمی**

**مسئول واحدECTآقای سید جلال کاظمی اسکویی فوق لیسانس بیهوشی**

 **پرستار بیهوشی سید جلال کاظمی اسکویی- احمد ویسی**

**کمک پرستار آقای میراحمد فرخی و خانم فضلعلی**

**روش کار در واحدECT:**

**بیماران پذیرش شده در این قسمت با دستور کتبی نسخه شده توسط روان پزشک معرفی می شوند که بستری در بخش های بیمارستان می باشند و یا به صورت سرپایی از منزل مراجعه می کنند بیماران بستری در بخش ها اول صبح توسط کمکی بخش و بیماران سرپایی از منزل توسط همراه بیمار به این واحد مراجعه می کنند.**

**الف- مراقبتهای قبل از شوک:**

**1- بررسی سابقه بیمار و معاینات فیزیکی**

**2- تشویق بیمار به توصیف و بیان احساسات مثبت و منفی خود**

**3- بررسی آزمایشات در صورت نیاز**

**4- تخلیه ی ادرار و مدفوع**

**5- بررسی بیمار از نظر هوش و حافظه**

**6- مهیا کردن ترالی اورژانس قبل از شوک**

 **7- کسب رضایت ازهمراه بیمار**

 **8-NPOبودن بیمار**

**9- آگاهی به همراهان بیمار در مورد شوک**

**10- بررسی علایم حیاتی بیمار و بررسی بیمار از نظر اندام های مصنوعی(عینک و...)**

**ب-مراقبتهای حین شوک:**

**1- آموزش بیمار در مورد موقتی بودن فراموشی**

 **2- بیمار بدون کفش و جوراب روی تخت دراز بکشد**

**3- مشاهده و بررسی کف پا**

**4- گذاشتن یک محافظ در دهان بیمار**

**5- جلوگیری از هرگونه آسیب به بیمار در اثر تشنج**

**6- در صورت امکان ساکشن ترشحات**

**ج- مراقبتهای بعد از شوک:**

**1- ریکاوری بیمار در کنار اکسیژن،ساکشن و ترالی اورژانس**

**2- حفاظت و جلوگیری از سقوط و افتادن بیمار**

**3- بررسی و آگاهی بیمار نسبت به زود گذر بودن دلریوم، فراموشی**

**4- آشنا و آگاه کردن بیمار به زمان، مکان،محیط**

**5- در صورت بی قراری تزریق بنزودیازپین ضعیف**

**6- جلوگیری از بلند شدن ناگهانی بیمار از تخت**

**7- کنترل V/S در ساعت اول بعد از شوک**

**8- شروع تغذیه بعد از برگشتن رفلکس گگ وحداقل یک ساعت پس ازشوک درمان**