

## ***Scala NIHSS (National Institute Stroke Scale)***

### **Instrucțiuni generale :**

- Scala trebuie efectuată în ordinea listată
- Scorurile trebuie acordate după examinarea fiecărui segment
- Nu trebuie să reveniți și nici să modificați scorurile
- Scorurile trebuie să reflecte ceea ce pacientul “poate” să facă și nu ceea ce “crede” medicul că pacientul poate efectua
- Clinicianul trebuie să înregistreze răspunsurile imediat și să examineze rapid pacientul
- Cu excepția situațiilor când este prevăzut în mod expres, pacientul nu trebuie “antrenat” (de ex. să nu i se ceară în mod repetat să facă un efort special pentru a efectua anumite comenzi)
- Chiar dacă există diferențe între modul în care v-ați obișnuit să examinați și modul în care se utilizează scala, aceasta trebuie administrată conform instrucțiunilor

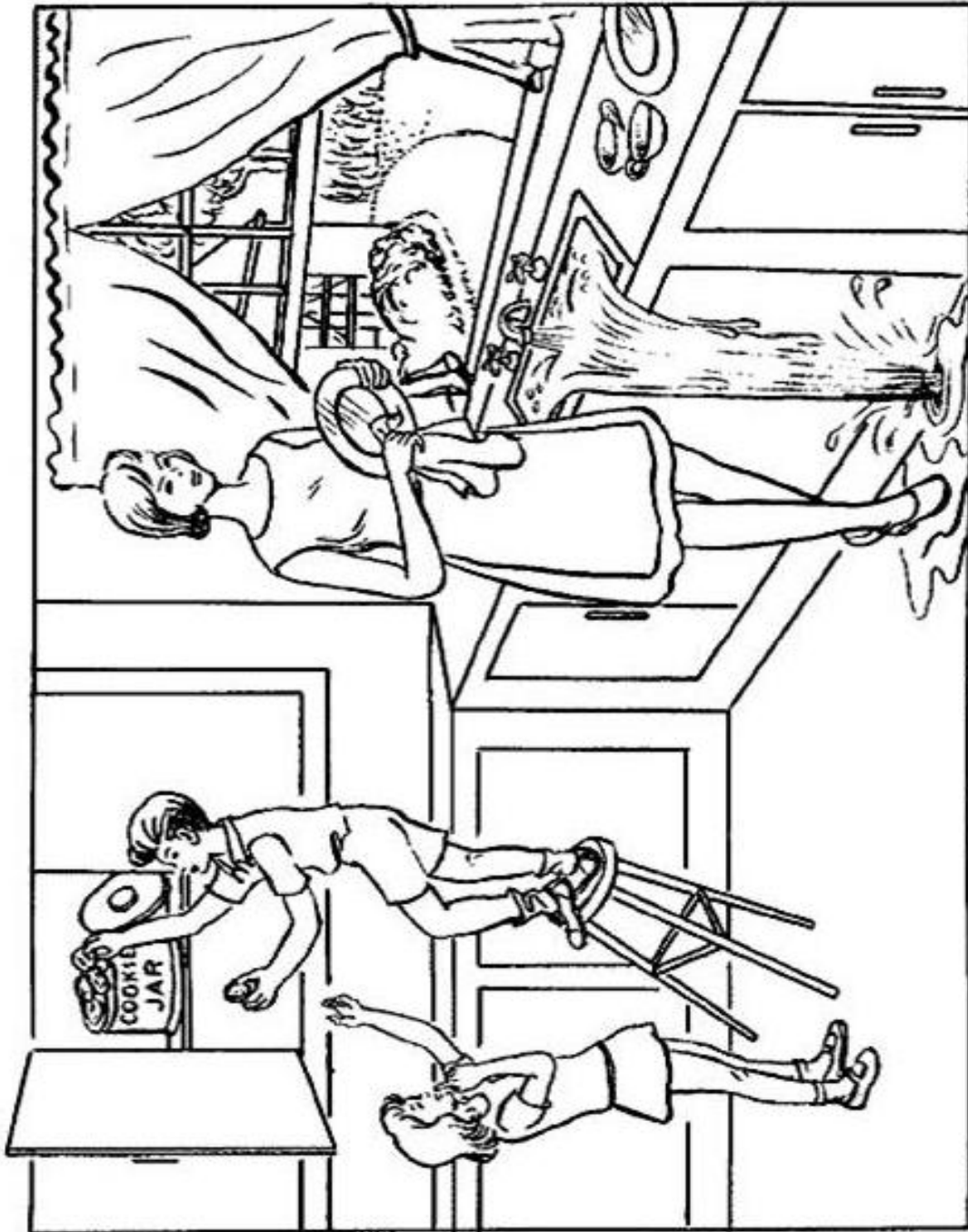
### **Scala se va evalua :**

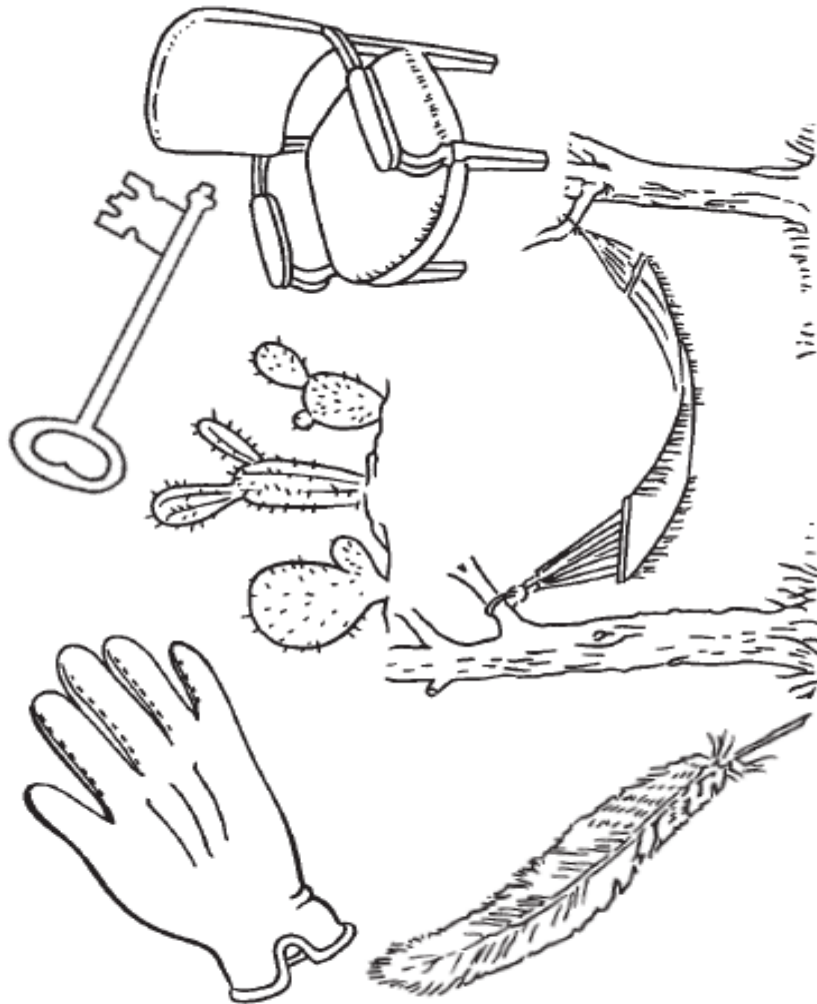
- La internare
- În caz de agravare clinică în timpul trombolizei
- La două ore de la inițierea trombolizei
- La 24 de ore de la tromboliză
- La 7 zile de la tromboliză

<p><b>Nivel de conștiență</b></p> <p><b>1.a</b> Medicul trebuie să aleagă un răspuns chiar dacă examinarea este împiedicată de prezența unei sonde de intubație orotraheală, necunoașterea limbii, traumatisme ale regiunii orotraheale. Un scor de „3” este acordat doar dacă pacientul nu execută nicio mișcare, cu excepția reflexelor de postură, ca răspuns la stimuli nociceptivi.</p>	<p><b>0 - Alert, răspunde prompt</b></p> <p><b>1 - Stare de vigilență alterată, dar se vigilează la stimuli minimi; execută ordine, răspunde la întrebări</b></p> <p><b>2 - Stare de vigilență alterată; necesită stimulare repetată pentru a colabora, sau este obnubilat și necesită stimulare energetică sau dureroasă pentru a efectua mișcări (non- stereotipe)</b></p> <p><b>3 - Răspunde doar prin reflexe motorii sau autonome, sau este total neresponsiv, flasc și areflexiv</b></p>	Scor
<p><b>1.b.</b> Pacientul este întrebat „luna curentă” și ce vârstă are. Răspunsurile trebuie să fie corecte; nu există punctaj parțial pentru răspunsuri aproximative. Pacienții afazici și cei stuporoși care nu înțeleg întrebările vor fi cotați cu „2”. Pacienții cu traumatisme orotraheale sau intubați, cei care nu vorbesc limba, au dizartrie severă din alte cauze sau au o altă motivație în afară de afazie primesc „1”. Este important ca doar răspunsul inițial să fie cotațat; medicul nu trebuie să „ajute” pacientul oferind „indicii” verbale sau non- verbale.</p>	<p><b>0 - Ambele răspunsuri sunt corecte</b></p> <p><b>1 - Un răspuns corect</b></p> <p><b>2 - Niciun răspuns corect</b></p>	
<p><b>1.c.</b> Pacientul este rugat să închidă și să deschidă ochii și să închidă și să deschidă mâna non- paretică. Ordinul poate fi înlocuit, dacă mâinile nu pot fi folosite. Punctajul este acordat integral dacă intenția de a efectua mișcarea este clară, chiar dacă mișcarea nu poate fi dusă până la capăt datorită slăbiciunii. Dacă pacientul nu execută comanda, ordinul trebuie demonstrat prin pantomimă, iar scorul acordat în funcție de numărul ordinelor pe care le imită. Dacă pacientul are un impediment fizic (traumatism, amputație) se vor alege alte ordine simple. Se va nota doar prima încercare.</p>	<p><b>0 - Execută corect ambele ordine</b></p> <p><b>1 - Execută corect un singur ordin</b></p> <p><b>2 - Nu execută corect niciun ordin</b></p>	
<p><b>2. Oculomotricitate</b></p> <p>Vor fi examinate doar mișcările pe orizontală ale globilor oculari. Mișcările voluntare sau reflexe (oculocefalogire) ale globilor oculari vor fi punctate, dar nu se va efectua testul caloric. Dacă pacientul are o deviere forțată a globilor oculari, care poate fi depășită prin mișcarea voluntară sau reflexă a ochilor, scorul va fi „1”. Dacă pacientul are o pareză de nervi cranieni (nn III, IV, VI) scorul va fi „1”. Oculomotricitatea poate fi testată la toți pacienții afazici. Dacă pacientul are un traumatism, bandaje, cecitate pre-existentă, sau o altă tulburare de câmp vizual sau acuitate vizuală, se vor testa mișcările reflexe, sau alte manevre la alegerea examinatorului. Stabilind contactul vizual cu pacientul și mișcându-se de o parte și de alta a pacientului examinatorul poate identifica o pareză parțială de oculomotori.</p>	<p><b>0 - Normal</b></p> <p><b>1 - Paralizie parțială :</b> oculomotricitate anormală la unul sau ambii ochi, dar devierea forțată nu este prezentă</p> <p><b>2 - Deviere forțată a globilor oculari sau paralizie completă a privirii ce nu poate fi depășită prin mișcările oculogire</b></p>	
<p><b>3. Câmp vizual</b></p> <p>Câmpul vizual se testează fie prin clipitul la amenințare, fie solicitând pacientului să spună câte degete vede în diferite cadrane ale câmpului vizual. Pacienții pot fi încurajați, iar dacă se uită în direcția mișcării degetelor scorul poate fi considerat normal. Dacă există cecitate anterioară sau enucleere se va cota ochiul restant. Cotați 1 doar dacă există o asimetrie clară, incluzând quadranopsia. Dacă pacientul are cecitate de orice cauză scorul este 3. Stimularea simultană bilaterală se examinează în acest moment; dacă are inatenție vizuală se cotează cu 1 și scorul este utilizat pentru pct 11.</p>	<p><b>0 - Fără afectarea câmpului vizual</b></p> <p><b>1 - Hemianopsie parțială</b></p> <p><b>2 - Hemianopsie completă</b></p> <p><b>3 - Hemianopsie bilaterală (inclusiv cecitatea corticală)</b></p>	

<p><b>4. Paralizie facială</b> Cereți pacientului (puteți folosi pantomima pentru a-l încuraja) să ridice sprâncenele, să arate dinții. Se cotează simetria feței la stimulare nociceptivă la pacienții mai puțin responsivi sau afazici. Dacă există traumatisme faciale, bandaje, sau alte bariere, acestea ar trebui îndepărtate în măsura în care este posibil.</p>	<p><b>0 - Fără pareză;</b> mișcări normale, simetrice</p> <p><b>1 - Pareză minoră</b> (sanț nazolabial șters, asimetrie când zâmbește)</p> <p><b>2 - Paralizie parțială</b> (paralizie completă sau cvasi-completă a ½ inferioare a feței)</p> <p><b>3 - Paralizie completă</b>, uni- sau bilaterală (atât ½ inferioară cât și ½ superioară a feței)</p>	
<p><b>5. Motilitatea membrului superior</b> Membrele superioare se examinează pe rând, începând cu membrul non-paretic. Se va acorda un scor pentru fiecare membru. Membrul superior se plasează în poziție corespunzătoare : 90° dacă pacientul este în poziție șezândă și 45° în poziție culcat. Se va cota "coborârea" membrului superior dacă membrul cade la &lt; 10 sec. Pacientul afazic este încurajat folosind vocea și pantomima, dar nu stimularea nociceptivă. Doar în cazul în care membrul superior este amputat, sau există ankiloza umărului examinatorul va cota UN și va menționa clar în fișa pacientului motivul.</p>	<p><b>0 - Normal :</b> pacientul menține poziția la 90° sau 45° timp de 10 sec</p> <p><b>1 - Membrul superior coboară ;</b> menține poziția la 90° sau 45° dar coboară înainte de 10 sec fără a lovi patul</p> <p><b>2 - Efort antigravitațional posibil;</b> membrul superior nu poate ajunge la 90°(sau 45°), dar se ridică parțial</p> <p><b>3 - Mișcare antigravitațională imposibilă;</b> membrul superior cade</p> <p><b>4 - Fără mișcări posibile</b></p> <p><b>UN - Amputație sau ankiloză</b> (explicați)</p>	<p>stânga</p> <p>dreapta</p>
<p><b>6. Motilitatea membrului inferior</b> Membrele inferioare se examinează pe rând, începând cu membrul non-paretic. Se va acorda un scor separat pentru fiecare membru. Membrul inferior se plasează în poziție corespunzătoare (la 30°), totdeauna în poziție culcat. Se va cota "coborârea" membrului inferior dacă membrul cade la &lt; 5 sec. Pacientul afazic este încurajat folosind vocea și pantomima, dar nu stimularea nociceptivă. Doar în cazul în care membrul inferior este amputat, sau există ankiloza soldului examinatorul va cota UN și va menționa clar în fișa pacientului motivul.</p>	<p><b>0 - Normal :</b> pacientul menține poziția la 30° timp de 5 sec</p> <p><b>1 - Membrul inferior coboară :</b> membrul menține poziția la 30° dar coboară înainte de 5 sec fără a lovi patul/alt suport</p> <p><b>2 - Efort antigravitațional posibil;</b> membrul inferior nu poate ajunge la 30°, dar se ridică parțial</p> <p><b>3 - Mișcare antigravitațională imposibilă;</b> membrul inferior cade</p> <p><b>4 - Fără mișcări posibile</b></p> <p><b>UN - Amputație sau ankiloză</b> (explicați)</p>	<p>stânga</p> <p>dreapta</p>
<p><b>7. Ataxia membrelor</b> Acest punct urmărește identificarea unei leziuni cerebeloase. Pacientul stă cu ochii deschiși; în cazul unui defect de câmp vizual aveți grijă să vă poziționați în câmpul vizual intact. Testul indice- nas- indice și călcâi – genunchi se vor testa de ambele părți și ataxia se va cota numai dacă este net evidentă, disproporționat față de deficitul motor. Ataxia este absentă la pacientul care nu înțelege sau care este paralizat. Doar în caz de amputație sau ankiloză se va cota UN, cu notarea motivației. În caz de cecitate se va testa ataxia punând pacientul să ducă degetul pe nas pornind din poziția cu brațul extins în lateral.</p>	<p><b>0 - Absentă</b></p> <p><b>1 - Prezentă la un singur membru</b></p> <p><b>2 - Prezentă la doua membre</b></p> <p><b>UN - Amputație sau ankiloză</b> (explicați)</p>	

<p><b>8. Sensibilitatea</b> La testarea prin înțepătură simte sau grimasează, sau retrage membrele la stimulare nociceptivă în cazul pacienților afazici sau obnubilați. Doar afectarea sensibilității determinată de AVC acut este cotate și examinatorul trebuie să examineze cât mai multe regiuni [față, trunchi, braț (nu mână), membrul inferior] pentru a depista o hemihipoestezie. Un scor de „2” se va acorda doar dacă se poate demonstra clar afectarea severă; pacienții afazici vor primi probabil „0” sau „1”. Pacienții cu AVC de trunchi și pierdere bilaterală a sensibilității vor primi „2”. Pacienții tetraplegici, neresponsivi vor primi „2”. Pacienții în comă (scor 1a = 3) vor fi cotați automat cu „2” la acest item.</p>	<p><b>0 - Normal;</b> fără afectare senzitivă</p> <p><b>1 - Afectare senzitivă ușoară până la moderată;</b> Pacientul simte înțepăturile mai puțin precis sau are hemihipoestezie dureroasă, dar percepe atingerea</p> <p><b>2 - Afectare senzitivă severă sau totală;</b> pacientul nu percepe atingerea la nivelul feței, membrului superior sau inferior</p>	
<p><b>9. Limbajul</b> Informații importante despre capacitatea de comunicare au fost deja obținute din secțiunile anterioare. Pentru această secțiune, pacientul este rugat să descrie ceea ce se întâmplă în figură, să numească obiectele și să citească propozițiile din materialele arătate de examinator. Înțelegerea este cotate în funcție de aceste răspunsuri, dar și în funcție de toate comenzile anterioare în cadrul examenului neurologic general. Dacă pierderea vederii interferează cu examinarea, rugați pacientul să identifice obiectele plasate în mână sa, să vorbească și să repete după examinator; pacientul intubat (de protecție) ar trebui rugat să scrie în măsura în care este posibil. Un pacient în comă (item 1a = 3) va fi cotate cu „3”. Examinatorul va alege un scor pentru pacientul stuporos sau obnubilat, dar cotația de 3 trebuie alocată doar dacă nu pronunță niciun cuvânt și nu execută ordine simple.</p>	<p><b>0 - Fără afazie,</b> normal</p> <p><b>1 - Afazie ușoară până la moderată;</b> diminuarea fluenței verbale și a înțelegerii limbajului fără limitarea semnificativă a ideilor exprimate sau a formei de exprimare. Reducerea expresivității și/sau a comprehensiei limbajului face conversația despre materialele furnizate dificilă însă examinatorul poate identifica figura sau obiectele după răspunsul pacientului</p> <p><b>2 - Afazie severă.</b> Comunicarea este foarte fragmentată, necesită întrebări repetate, sau examinatorul trebuie să ghicească răspunsul. Schimbul de informații este foarte limitat, examinatorul “duce greul” conversației. Examinatorul nu poate identifica figura sau obiectele din materialele furnizate după răspunsul pacientului</p> <p><b>3 - Afazie globală;</b> nu pronunță niciun cuvânt, nu înțelege nimic</p>	
<p><b>10. Dizartrie</b> Dacă pacientul este considerat normal, dizartria se cotează rugând pacientul să citească sau să repete cuvintele din lista atașată. Dacă pacientul are afazie severă, se va aprecia claritatea articulării cuvintelor din vorbirea spontană. Doar dacă pacientul este intubat sau are o altă barieră fizică care îl împiedică să vorbească se va cota UN, notându-se explicit în fișă motivația. Nu spuneți pacientului ce anume testati (de ex: acum vreau să vad dacă puteți vorbi clar).</p>	<p><b>0 - Normal,</b> fără dizartrie</p> <p><b>1 - Dizartrie ușoară până la moderată,</b> pacientul nu pronunță clar unele cuvinte; în cel mai rău caz, poate fi înțeles cu anumită dificultate</p> <p><b>2 - Dizartrie severă;</b> pacientul vorbește neinteligibil, disproportionat față de o posibilă disfazie, sau este mut, anartric</p> <p><b>3 - Intubație sau altă barieră fizică (explicați)</b></p>	
<p><b>11. Inatenție tactilă</b> Extincție și inatenție (anterior neglijență spațială). Prin testele anterioare pot fi adunate suficiente informații pentru identificarea inatenției. Dacă pacientul are o afectare vizuală severă care împiedică testarea bilaterală simultană, iar stimularea cutanată este normală, scorul este normal. Dacă pacientul este afazic, dar pare să sesizeze atingerea bilateral, scorul este normal. Prezența neglijenței vizuo-spațiale sau a anosognoziei pot fi de asemenea o dovadă de prezență a inatenției. Deoarece scorul se acorda doar în cazul prezenței inatenției, acest scor nu este niciodată netestabil (UN).</p>	<p><b>0 - Normal</b></p> <p><b>1 - Inatenție sau extincție vizuală, auditivă, tactilă, spațială sau personală,</b> la stimularea bilaterală prin una dintre modalitățile senzoriale respective</p> <p><b>2 - Hemi – inatenție sau extincție severă</b> pentru mai multe modalități senzoriale; nu își recunoaște propria mână sau se orientează doar către o parte a spațiului</p>	





**MAMA  
TIP – TOP  
JUMI – JUMA  
MUȚUMESC  
GHEORGHE  
FOTBALIST**

**Știi tu cum**

**Căzut la pământ**

**Am venit acasă de la muncă**

**Lângă masa din sufragerie**

**L-au auzit aseară la radio**