

SERCO-POCHODNY UDAR MÓZGU

 American
Heart of Poland
Gruppo San Donato



PRZEWODNIK DLA PACJENTA

www.ahop.pl

9 maja obchodzony jest jako Europejski Dzień Profilaktyki Udarowej. Niestety, statystyki dotyczące udarów mózgu nie napawają optymizmem. Obserwujemy coraz częstsze przypadki udarów, także u osób po trzydziestym roku życia. Granica wieku obniża się nie tylko w przypadku udarów mózgu, ale również innych chorób naczyniowych, takich jak zawały serca.

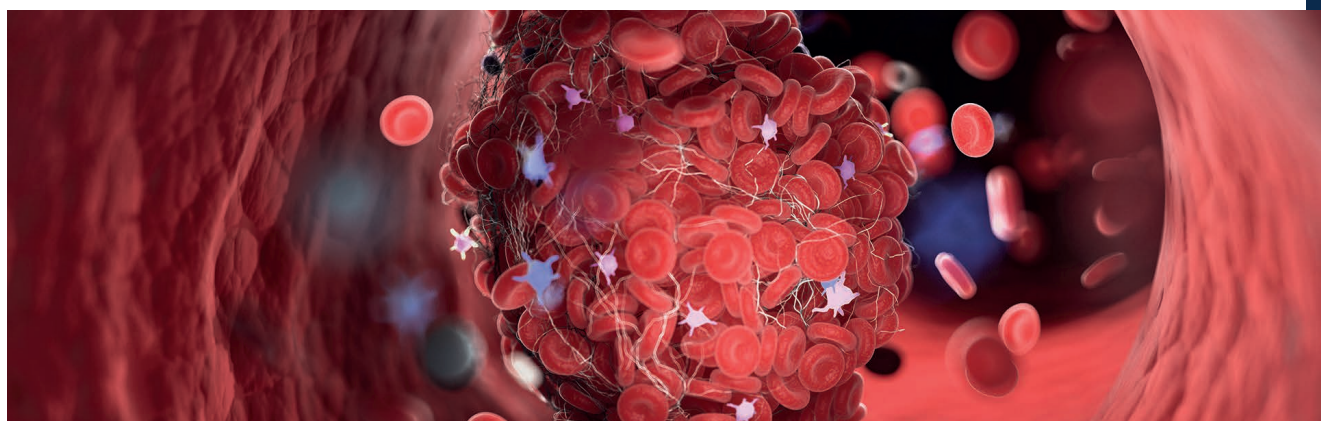
Jaki wygląda mechanizm powstawania udaru mózgu?

Udar mózgu jest zespołem objawów neurologicznych, powstałych w wyniku nagłego zaburzenia dopływu krwi do mózgu. Występuje wówczas, gdy duża tętnica doprowadzająca krew do mózgu lub mała tętniczka wewnątrzmoźgowa ulegnie zamknięciu, znacznemu zwężeniu lub pęknięciu, co uniemożliwia dostarczenie tlenu i substancji odżywczych do określonego obszaru mózgu.

W przypadku zamknięcia lub dużego zwężenia tętniczki dochodzi do udaru niedokrwienego, nazywanego także zawałem mózgu, analogicznie jak w przypadku zawału serca, który powstaje przy zamknięciu tętnic wieńcowych serca. Z udarem mózgu związane jest pojęcie apopleksji. Słowo to, pochodzące z greckiego "apopleksia", oznaczającego porażenie lub paraliż, jest obecnie zaliczane do grupy archaizmów w terminologii medycznej. Dawniej apopleksją nazywano nagły wylew krwi do mózgu. Udar może dotyczyć różnych części mózgu. W zależności od miejsca wystąpienia, wyróżniamy:

- **udar prawostronny: dotyczy prawej półkuli mózgu,**
- **udar lewostronny: dotyczy lewej półkuli mózgu.**

Udar mózgu jest spowodowany przez różne przyczyny naczyniowe związane z krążeniem krwi w mózgu. Może to nastąpić z powodu zatoru, np. skrzepliny blokującej przepływ krwi (udar niedokrwienny) lub krwawienia, gdy naczynie krwionośne pęka i krew zalewa okoliczne tkanki mózgu (udar krwotoczny).



Jakie są czynniki wywołujące udar mózgu?

Czynniki wywołujące udar mózgu można podzielić na dwie główne kategorie.

1. Czynniki niemodyfikowalne

- **Wiek:** ryzyko wystąpienia udaru rośnie wraz z wiekiem. Choć przypadki udaru mózgu u dzieci zdarzają się, należą do rzadkości.
- **Płeć:** mężczyźni są bardziej narażeni na udar niż kobiety.
- **Przebyty udar:** zwiększa ryzyko wystąpienia kolejnego.
- **Predyspozycje rodzinne i genetyczne** do chorób naczyniowych mogą zwiększać ryzyko udaru.

2. Czynniki modyfikowalne

- **Otyłość i dieta:** nadmierna masa ciała i niezdrowe nawyki żywieniowe zwiększają ryzyko udaru.
- **Nadciśnienie tętnicze:** wysokie ciśnienie krwi jest głównym czynnikiem ryzyka.
- **Niska aktywność fizyczna:** brak regularnej aktywności fizycznej zwiększa ryzyko chorób naczyniowych.
- **Choroby serca i miażdżyca naczyń:** problemy z sercem i miażdżyca tętnic mogą prowadzić do udaru.
- **Palenie papierosów:** znacząco zwiększa ryzyko udaru.
- **Zaburzenia gospodarki lipidowej:** wysoki poziom cholesterolu może prowadzić do miażdżycy i udaru.
- **Zaburzenia krzepnięcia:** problemy z krzepnięciem krwi mogą zwiększać ryzyko zakrzepów i udarów.
- **Cukrzyca:** jest silnie związana z ryzykiem udaru.
- **Nadużywanie alkoholu:** nadmierne spożycie alkoholu zwiększa ryzyko udaru.
- **Zespół bezdechu sennego:** bezdech senny jest związany z podwyższonym ryzykiem udaru.
- **Styl życia i stres:** wysoki poziom kortyzolu (hormonu stresu) może przyczyniać się do zwiększonego ryzyka udaru.
- **Rzadkie choroby:** niektóre rzadkie schorzenia, najczęściej występujące u młodych osób, takie jak rozwarstwienie tętnic czy wrodzone lub przejściowe stany nadkrzepliwości (np. ciąża), mogą również prowadzić do udaru.

Dlaczego udar najczęściej atakuje w nocy?

Udar mózgu może wystąpić o każdej porze dnia, ale istnieją dowody sugerujące, że pewne warunki związane ze snem mogą zwiększać ryzyko jego wystąpienia w nocy lub wczesnym rankiem. Oto kilka przyczyn popartych badaniami naukowymi, które mogą wyjaśniać, dlaczego udary mózgu mogą częściej występować w nocy.

- **Zmiany ciśnienia krwi.**

W nocy ciśnienie krwi naturalnie spada, a rano gwałtownie wzrasta, co jest znane jako "poranny wzrost ciśnienia krwi". Ten wzrost może prowadzić do zwiększonego ryzyka pęknięcia naczyń krwionośnych lub oderwania się blaszki miażdżycowej, co może spowodować udar.

- **Niskie poziomy aktywności fizycznej.**

Podczas snu ciało jest w stanie spoczynku, co może prowadzić do zmniejszenia przepływu krwi. U osób z już istniejącymi problemami naczyniowymi, taki spadek przepływu może przyczynić się do powstania skrzeplin i zwiększenia ryzyka udaru.

- **Bezdech senny.**

Bezdech senny to zaburzenie snu, w którym oddech osoby wielokrotnie zatrzymuje się i zaczyna ponownie. Bezdech senny jest silnie związany z wysokim ryzykiem udaru mózgu, ponieważ prowadzi do spadków tlenu we krwi, wzrostu ciśnienia krwi i zapalenia naczyń krwionośnych, co zwiększa ryzyko powstawania skrzeplin.



• Zaburzenia rytmu serca.

Nocne epizody migotania przedsionków (AF) są częstym zjawiskiem i mogą prowadzić do tworzenia się skrzeplin w sercu, które mogą następnie przemieścić się do mózgu, powodując udar. AF często jest trudne do wykrycia i może nie dawać objawów w ciągu dnia.

• Zmiany hormonalne.

W nocy i nad ranem dochodzi do naturalnych zmian w wydzielaniu hormonów, takich jak kortyzol i adrenalina, które mogą wpływać na krzepnięcie i ciśnienie krwi. Te zmiany mogą przyczynić się do wzrostu ryzyka udaru w tych porach dnia.

Istnieje kilka czynników związanych z fizjologią snu i zmiennością dobową, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia udaru w nocy. Monitorowanie i leczenie takich schorzeń jak bezdech senny, nadciśnienie i migotanie przedsionków mogą pomóc w zmniejszeniu ryzyka udaru, niezależnie od pory dnia.

Jak są najczęstsze objawy udaru?

Objawy udaru mogą się różnić w zależności od tego, która część mózgu uległa uszkodzeniu. Prawidłowe rozpoznanie pierwszych sygnałów znacząco zwiększa szanse chorego na skuteczne leczenie.

Do objawów udaru zaliczamy:

- nagły, bardzo silny ból głowy,
- asymetrię twarzy – niedowład lub porażenie mięśni po jednej stronie twarzy (opadanie kącika ust),
- utratę siły lub kontroli nad kończynami (bezwładna ręka i/lub noga), z reguły po jednej stronie ciała,
- zaburzenia mowy – bełładna, niezrozumiała mowa, trudności w rozumieniu słów (afazja),
- zaburzenia widzenia (podwójne widzenie, ograniczenie pola widzenia, całkowita utrata widzenia),
- zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów,
- zaburzenia lub utrata przytomności (w przypadku rozległego udaru).

Jak rozpoznaje się chorobę?

Rozpoznanie udaru mózgu klinicznie wymaga szybkiej oceny objawów, zastosowania odpowiednich skal oceny oraz wykonania badań obrazowych i laboratoryjnych. Wczesna identyfikacja i interwencja są kluczowe dla zmniejszenia skutków udaru i poprawy rokowania pacjenta. Rozpoznanie udaru mózgu klinicznie polega na ocenie objawów i wykonaniu odpowiednich badań diagnostycznych. Oto kluczowe kroki w rozpoznawaniu udaru mózgu.

• Objawy kliniczne

- Udar mózgu często objawia się nagłym wystąpieniem następujących objawów:
- nagłe osłabienie lub drętwienie jednej strony ciała (twarz, ramię, noga),
- nagłe problemy z mówieniem lub rozumieniem mowy,
- nagłe problemy ze wzrokiem w jednym lub obu oczach (podwójne widzenie, utrata wzroku),
- nagłe zawroty głowy, utrata równowagi lub koordynacji,
- nagły, silny ból głowy bez wyraźnej przyczyny.



• Badanie fizykalne

Ocena neurologiczna:

- ocena siły mięśniowej i porównanie obu stron ciała,
- testowanie czucia (drętwienie, zaburzenia czucia),
- badanie koordynacji i równowagi,
- ocena mowy (dysartria, afazja),
- sprawdzenie funkcji poznawczych (orientacja, pamięć, zdolność do rozumienia poleceń).

Ocena twarzy i oczu:

- prośba, aby pacjent uśmiechnął się lub pokazał zęby (asymetria twarzy),
- sprawdzenie ruchu oczu i powiek.

Narzędzia oceny

Skala FAST (Face, Arms, Speech, Time)

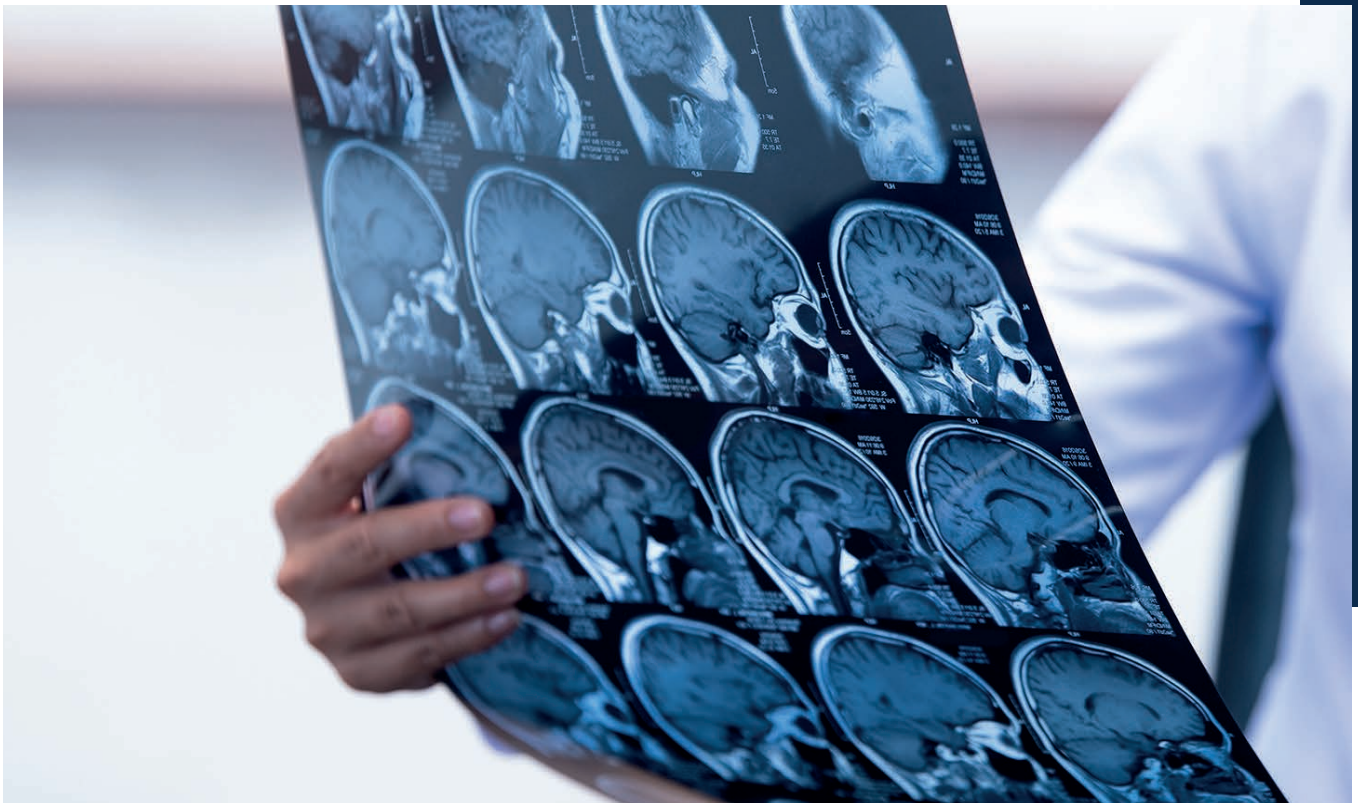
- Face (twarz): należy poprosić pacjenta, aby się uśmiechnął. Kluczowe jest, czy jedna strona kącika ust opada w dół?
- Arms (ręce): należy poprosić pacjenta, aby podniósł obie ręce. Czy jedna ręka opada w dół?
- Speech (mowa): należy poprosić pacjenta, aby powtórzył prostą frazę. Czy mowa jest wyraźna czy dziwna?
- Time (czas): jeśli zauważamy ww. objawy, natychmiast trzeba zadzwonić na pogotowie. Czas jest tu najważniejszy.

Skala Cincinnati Prehospital Stroke Scale

- Asymetria twarzy: należy poprosić pacjenta, aby się uśmiechnął.
- Unoszenie ramion: należy poprosić pacjenta, aby uniósł obie ręce na 10 sekund.
- Nieprawidłowa mowa: należy poprosić pacjenta, aby powiedział prostą frazę.

Wszelkie nieprawidłowości są podstawą do dalszej diagnostyki. Lekarz może skorzystać z takich badań jak:

- tomografia komputerowa (CT) głowy:
umożliwia szybkie rozróżnienie udaru niedokrwiennego od krwotocznego, zwykle pierwsze badanie obrazowe wykonywane w ostrym udarze;
- rezonans magnetyczny (MRI) mózgu:
dokładniejsza niż CT w wykrywaniu wczesnych zmian niedokrwiennych, szczególnie przydatna w ocenie tylnej części mózgu;
- angiografia mózgowa:
może być wykonana za pomocą CT (CTA) lub MRI (MRA) w celu oceny naczyń mózgowych;
- ultrasonografia dopplerowska tętnic szyjnych:
pomaga w ocenie przepływu krwi w tętnicach szyjnych i identyfikacji zwężeń;
- badania laboratoryjne:
badanie krwi (pełna morfologia, poziomy elektrolitów, glukoza, profile lipidowe);
koagulogram (ocena krzepliwości krwi).



Jakie są znane typy udaru mózgu?

1. Udar niedokrwienny – stanowi większość przypadków udaru mózgu i jest wywołany zatrzymaniem dopływu krwi do mózgu, rozwija się, gdy tętnica zaopatrująca mózg w krew staje się niedrożna, przez co komórki mózgu otrzymują niewystarczającą ilość krwi. Udar niedokrwienny mózgu jest konsekwencją choroby ogólnoustrojowej, która nieleczona lub leczona niewłaściwie prowadzi do tego stanu. Może mieć charakter przejściowy i wtedy nazywany jest przemijającym atakiem niedokrwiennym (TIA). TIA charakteryzuje się krótkotrwałymi objawami neurologicznymi, które ustępują w ciągu 24 godzin, zwykle bez trwałych uszkodzeń mózgu.

Najczęstszą, kardiologiczną przyczyną udaru jest migotanie przedsionków (AF), które polega na nieskoordynowanej pracy przedsionków i zaleganiu w nich krwi, co z kolei powoduje jej wykrzepianie. Oprócz migotania przedsionków wśród kardiogennych przyczyn udaru mózgu wymienia się m.in. wady zastawkowe, sztuczne zastawki serca oraz różnego rodzaju owrzodzenia miażdżycowe dużych naczyń, gdzie także mogą tworzyć się skrzepliny.

2. Udar krwotoczny – jest wywołany wylewem krwi do mózgu z pękniętego naczynia krwionośnego. Zalicza się do niego krwotoki podpajęczynówkowe i śródmózgowe. Najczęstszą przyczyną udaru krwotocznego jest nadciśnienie tętnicze. Do innych przyczyn należą: pęknięcia tętniaka lub innych wad naczyniowych, malformacje naczyniowe, uszkodzenia śródbłonna naczyń kapilarnych, zaburzenia krzepnięcia, zażywanie amfetaminy i kokainy. Każdy obszar mózgu spełnia precyzyjnie określone funkcje. Oznacza to, że umiejscowienie i rozległość udaru decydują o stopniu deficytu neurologicznego np. obszar mózgu, który wskutek udaru przestaje funkcjonować, jest odpowiedzialny za zaburzenia ruchu, mowy, wzroku itp.

Dlaczego objawów udaru nie można bagatelizować?

Udar mózgu to choroba, która niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne dla pacjenta, ponieważ najczęściej chory wymaga długotrwałej rehabilitacji zarówno w warunkach szpitalnych, jak i później domowych. Niejednokrotnie cała rodzina jest zaangażowana w proces zdrowienia, dostosowując warunki bytowe w domu, swój czas, nierzadko rezygnując z pracy, by móc objąć opieką najbliższych. Najczęściej jednak ubytki neurologiczne pozostają w mniejszym lub większym stopniu do końca życia, czyniąc z dotkniętej tym schorzeniem osoby, osobę niepełnosprawną.

Jak wygląda edukacja pacjenta i jego rodziny?

Udar to choroba, która wymaga szczególnego zachowania. U wielu chorych w ciągu roku po udarze stwierdza się co najmniej jedno późne powikłanie. Najczęstszymi późnymi powikłaniami są: depresja, upadki i ich następstwa, zakażenia układu moczowego, ból i obrzęk niedowładnych kończyn. Celem działań pielęgnarskich jest zwiększenie świadomości samego chorego, jak i jego rodziny, czym jest udar oraz przekazanie wiedzy, jak postępować z chorym w warunkach domowych. Edukacja pacjenta polega na przekazaniu pewnego zasobu wiadomości teoretycznych i nauczaniu praktycznych umiejętności, które będą poprawiały jego stan jak i przysposobią do dalszego funkcjonowania w codziennym życiu. Pacjentowi potrzebne jest przyswojenie ogólnej wiedzy na temat istoty choroby, sposobu leczenia oraz nabycie konkretnych umiejętności. Zarówno chory, jak i jego opiekunowie, w tym przypadku najczęściej rodzina, powinni być szczegółowo wyedukowani, w jaki sposób zaopiekować się pacjentem po udarze, jakie warunki spełnić i co zapewnić, aby chory wracał do jak najlepszej formy. Edukację chorego po udarze mózgu należy również dostosować do jego stanu ogólnego i neurologicznego — do stopnia nasilenia deficytów ruchowych oraz poznawczych.

Osoba opiekująca się chorym po udarze mózgu w domu, oprócz wstrząsu wywołanego chorobą kochanej osoby jest narażona na wiele problemów. Pierwsze dni po udarze są trudne również dla rodziny dlatego ważne jest, aby jeszcze w trakcie pobytu w szpitalu zgromadzić jak najwięcej potrzebnych informacji.

Edukację chorego po udarze mózgu należy dostosować do jego stanu ogólnego i neurologicznego, jak i do stopnia nasilenia deficytów ruchowych oraz poznawczych.

Zakres tej edukacji powinien odpowiadać poziomowi intelektualnemu pacjenta i jego opiekunów, a także etapowi choroby. Zakres wiedzy przekazywanej osobom z niewielkim ubytkiem neurologicznym może być szeroki, natomiast w przypadku chorych z dużym stopniem niepełnosprawności poudarowej trzeba edukować przede wszystkim rodzinę. Pacjent w ostrej fazie udaru powinien uzyskać podstawowe informacje o jego przyczynie, przebiegu i powikłaniach. W ramach opieki poszpitalnej najistotniejsza jest wiedza na temat kontroli czynników ryzyka, sposobów pielęgnacji i rehabilitacji chorego oraz zmiany stylu i warunków jego życia.

Edukacja pacjenta u osób samodzielnych, bez nasilonych deficytów ruchowych, bez zaburzeń afatycznych, objawów zespołu otępiennego obejmuje:

- wyjaśnienie przyczyny udaru, zapewnienie niezbędnych informacji na temat jego przebiegu i powikłań,
- ukazanie konieczności i sposobu zmiany stylu życia (promocja zachowań prozdrowotnych) oraz poprawy kontroli czynników ryzyka po udarze,
- zwiększenie aktywnego udziału chorego w procesie leczniczym,
- planowaną i dostosowaną do możliwości pacjenta rehabilitację społeczno-zawodową.

Edukacja rodziny chorych z utrwaloną niepełnosprawnością poudarową, zaburzeniami mowy, demencją to przede wszystkim:

- wyjaśnienie zakresu oraz konsekwencji trwałych deficytów neurologicznych występujących u chorego,
- naukę czynności pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych,
- instruktaż w zakresie przygotowania zaplecza socjalnego (adaptacja mieszkania, wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny),
- poinformowanie o możliwości uzyskania wsparcia (opieka społeczna, pielęgniarki środowiskowe, organizacje kościelne, pomoc psychologiczna),
- ukazanie konieczności konsekwentnej rehabilitacji w warunkach domowych oraz sposobów jej prowadzenia.

Edukacja pacjenta jest bardzo ważnym elementem opieki pielęgniarskiej. To proces, którego ideą jest odpowiednie przygotowanie chorego do współdziałania w procesie pielęgnowania, leczenia, rehabilitacji, a także do świadczenia opieki nieprofesjonalnej. Jest zatem nieodłącznym elementem przygotowania do samoopieki, jak i do samopielęgnacji.



Materiał ten ma charakter wyłącznie edukacyjny i nie może zastąpić porady lekarskiej, diagnozy ani indywidualnej konsultacji z lekarzem, pielęgniarką, rehabilitantem, farmaceutą lub innym wykwalifikowanym personelem medycznym. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących zdrowia, objawów lub leczenia, należy zawsze skonsultować się z odpowiednim specjalistą medycznym.

Opracowanie:

mgr Anna Serwecińska, konsultacja: mgr Barbara Sporysz, Pielęgniarka Oddziałowa, lek. Karol Sanecki, Oddział Kardiologii

Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca X Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Elektrofizjologii i Elektrostymulacji
ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy

Bibliografia:

- 1.K. Hebel, M. Lesińska-Sawicka, M. Waśkow, Kierunki edukacji zdrowotnej rodzin chorych po udarze niedokrwiennym mózgu w profilaktyce wtórnej. *Problemy pielęgniarstwa* 2010, tom 18, zeszyt nr 4.
- 2.Kmieć B., *Udar mózgu, a niedokrwienie*. Wydawnictwo Lekarskie, Kraków 2003.
- 3.K. Roznowska, *Udar mózgu*, PZWL, Warszawa 2003.
- 4.Domka E, Myjkowska E, Kwolek A. Ocena częstości występowania powikłań u pacjentów rehabilitowanych z powodu udaru mózgu. *Neurol Neurochir Pol.* 2005;39(4):300-309. *Pol* 2005; 4: 300-309.
- 5.Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli pt. „Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu”, LKA.410.015.2015 Nr ewid. 43/2016/P/15/072/LKA, Warszawa 2016.
- 6.Banecka-Majkutewicz Z, Dobkowska M, Wichowicz H. Analiza czynników ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu. *Ann Acad Med Gedan* 2005.
- 7.Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Rekomendacja nr 8/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów dotyczących chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu
- 8.<https://www.aotm.gov.pl/>
- 9.G. Kozera, *Edukacja chorego po udarze mózgu, Choroby Serca i Naczyń, Gdańsk* 2017.

Ten dokument jest własnością AMERICAN HEART OF POLAND S.A. Wszelkie prawa zastrzeżone. Niedozwolone jest rozpowszechnianie, kopiowanie, modyfikowanie ani udostępnianie pliku bez uprzedniej zgody AMERICAN HEART OF POLAND S.A.