


Kategoria: Porady dla serca  min

opr. merytoryczne: dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz

PACJENT PO UDARZE. JAK RADZIĆ SOBIE W NOWEJ SYTUACJI?

Pytania pacjentów i opiekunów z odpowiedziami eksperta



Jakie objawy powinny skłonić do szukania

natychmiastowej pomocy lekarskiej?

Czynniki ryzyka udaru mózgu i zawału serca są zbliżone.

Po przebytych udarach należy zwracać uwagę na objawy zarówno ponownego udaru, jak i potencjalnego zawału serca.

Objawy udaru:

Większość zawałów serca wiąże się z dyskomfortem o różnym charakterze zlokalizowanym w środkowej części klatki piersiowej, który trwa dłużej niż kilka minut lub ustępuje i powraca

Ból lub dyskomfort w jednym lub obu ramionach, plecach, szyi, żuchwie lub brzuchu

Krótki oddech z dyskomfortem w klatce piersiowej lub bez

Inne objawy, np. zimne poty, nudności lub zawroty głowy

Objawy zawału serca:

Nagła dezorientacja, problemy z mówieniem lub problemy ze zrozumieniem mowy

Nagłe wystąpienie asymetrii twarzy pod postacią opadnięcia kącika ust

Nagłe drętwienie lub osłabienie kończyn(y), szczególnie po jednej stronie ciała

Nagły, bardzo silny (często określany jako najsilniejszy w życiu) ból głowy bez znanej przyczyny

Nagłe problemy z widzeniem na jedno lub oboje oczu

Nagłe problemy z chodzeniem, zawroty głowy bądź utrata równowagi lub koordynacji

Wiedza o chorobie

1. Co jest najczęstszą przyczyną udarów?

Udar mózgu nie ma pojedynczej przyczyny i może być spowodowany wieloma czynnikami.

Najważniejszym czynnikiem ryzyka udaru mózgu jest nadciśnienie tętnicze.

Ryzyko udaru dwukrotnie zwiększają: cukrzyca, palenie tytoniu.

Do udaru mogą prowadzić: migotanie przedsionków, zaawansowane zmiany miażdżycowe.

Większość (85%) udarów to udary niedokrwienne, będące konsekwencją zablokowania dopływu krwi do mózgu. Około 15% udarów to krwotoki śródmózgowe, wywołane wylewem krwi do mózgu z uszkodzonego naczynia

krwionośnego.

2. Kto jest najbardziej narażony na wystąpienie kolejnego udaru? Czy można temu zapobiec?

Zwiększone ryzyko kolejnego udaru mózgu mają osoby, u których występują wcześniej wymienione czynniki ryzyka udaru. Ponadto do nawrotu udaru mogą przyczyniać się:

otyłość brzuszna
zła dieta
brak aktywności fizycznej
przewlekły stres
nadużywanie alkoholu
zbyt wysokie stężenie cholesterolu.

W zapobieganiu ponownym udarom ważne są **ściśle przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących stosowania leków:**

zmniejszających krzepnięcie krwi (przeciwpłytkowych)
przeciwocholesterolowych
przeciwnadciśnieniowych (jeśli zalecone)
przeciwcukrzycowych (jeśli zalecone)

i **zmiana stylu życia.**

Dalsze postępowanie

3. Kto prowadzi leczenie pacjenta po udarze?

Większość pacjentów pozostaje pod stałą opieką **lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)**, który kieruje ich na konsultacje specjalistyczne w zależności od indywidualnych potrzeb. Ważne, aby lekarz POZ miał wgląd do wszystkich wyników badań oraz dokumentacji szpitalnej. W placówkach POZ można także uzyskać pomoc w zakresie ograniczenia czynników ryzyka ponownego udaru (m.in. leczenia cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zbyt wysokiego stężenia cholesterolu) lub poradę dietetyczną.

4. Pod opieką jakich specjalistów powinien znaleźć się pacjent po udarze?

W pierwszym roku po udarze zalecane jest odbycie kontrolnej wizyty w poradni neurologicznej. W zależności od stanu zdrowia i następstw udaru w opiece lekarskiej uczestniczą, poza lekarzem POZ i neurologiem, m.in.

kardiolodzy, diabetolodzy i specjaliści rehabilitacji medycznej. Oprócz lekarzy tych specjalności w procesie powrotu do zdrowia ogromną rolę odgrywają fizjoterapeuci i logopedzi – pod których opieką można poprawić sprawność, mobilność i mowę.

5. Jakie badania kontrolne powinno się wykonywać po udarze? Jak często?

W zależności od przyczyny udaru lekarz wyznacza terminy i zakres badań kontrolnych. Z uwagi na różne przyczyny wystąpienia udaru nie można wskazać jednego sposobu kontrolowania pacjenta po udarze. Kontrole najczęściej obejmują:

regularne pomiary ciśnienia tętniczego
oznaczenia stężenia glukozy we krwi
oznaczenia parametrów lipidowych
oznaczenia poziomu elektrolitów.

Pacjenci z migotaniem przedsionków lub innymi chorobami serca pozostają również pod kontrolą kardiologa i mogą wymagać kontrolnych badań oceniających parametry układu krzepnięcia czy rytm serca (np. EKG metodą Holtera).

6. Co przysługuje pacjentowi po udarze w ramach NFZ?

W ramach NFZ można korzystać z różnych, dostosowanych do stanu zdrowia, form **rehabilitacji** – tzw. rehabilitacji neurologicznej realizowanej w oddziałach rehabilitacji neurologicznej (trwającej różnie długo w zależności od stanu zdrowia), rehabilitacji realizowanej w ośrodkach rehabilitacji dziennej, poradniach rehabilitacyjnych, gabinetach fizjoterapii czy w warunkach domowych. Można liczyć również na **bezpłatne wsparcie pielęgniarki środowiskowej czy ośrodka pomocy społecznej**. Także **sprzęt ortopedyczny** czy **środki pomocnicze (pieluchomajtki)** podlegają całkowitej lub częściowej refundacji z NFZ.

Leczenie

7. Jakie leki najczęściej przyjmują pacjenci po udarze i dlaczego?

Każdy pacjent po udarze mózgu jest zagrożony ryzykiem wystąpienia kolejnego udaru. Leczenie wdrożone w szpitalu w ramach tzw. profilaktyki wtórnej ma na celu zmniejszenie tego ryzyka. Leczenie po udarze niedokrwinnym obejmuje:

leki przeciwpłytkowe – najczęściej kwas acetylosalicylowy, który zmniejsza krzepliwość krwi w przypadku pacjentów z migotaniem przedsionków w ramach profilaktyki – **leki przeciwkrzepliwe, nazywane doustnymi antykoagulantami**

dodatkowo: **leki obniżające stężenie cholesterolu**, w przypadku osób z nadciśnieniem tętniczym – leki obniżające ciśnienie krwi, w przypadku osób z cukrzycą – **leki przeciwcukrzycowe**.

Warto wspomnieć, że u niektórych pacjentów z migotaniem przedsionków wykonuje się zabieg wewnątrznaczyniowy na sercu, polegający na zamknięciu uszka lewego przedsionka, czyli miejsca, w którym tworzą się skrzepiny.

8. Na co zwrócić uwagę podczas leczenia środkami zmniejszającymi krzepnięcie krwi?

Do tzw. **sytuacji alarmowych** zaliczamy:

krwawienie w moczu lub w stolcu (zmiana barwy stolca na czarny)
wymioty jaskrawoczerwone lub w kolorze kawy
nagłe pojawienie się niewyjaśnionych, rozległych wybroczyn na skórze lub siniaków
krwawienie z dziąseł lub nosa trwające dłużej niż 10 minut
odkrztuszanie zabarwionej na czerwono wydzieliny
niewyraźne widzenie
ciągłe silne bóle głowy
nadmierne krwawienie miesiączkowe
jakikolwiek nietypowe krwawienie, które nie ustaje
upadki, zwłaszcza z uderzeniem w głowę.

O wystąpieniu każdego z wyżej wymienionych objawów **należy pilnie poinformować swojego lekarza POZ**.

9. Czy można przerwać leczenie lub zmniejszyć dawki leków?

Bez konsultacji z lekarzem **nie można podejmować decyzji odnośnie do modyfikacji leczenia**. Każda decyzja dotycząca zmiany dawkowania lub odstawienia leku powinna być podjęta przez lekarza.

Rehabilitacja

10. Jak długo trwa rehabilitacja po udarze?

Rehabilitacja po udarze zazwyczaj jest procesem długotrwałym.

Bezpośrednio po zachorowaniu można skorzystać z **rehabilitacji neurologicznej w warunkach oddziału rehabilitacji neurologicznej** – w zależności od stanu zdrowia przez **maksymalnie 6 do 16 tygodni**. O długości pobytu w oddziale rehabilitacji neurologicznej decyduje zespół terapeutyczny realizujący proces rehabilitacji. W ośrodku rehabilitacji dziennej można otrzymać maksymalnie 5 zabiegów dziennie przez 3 do 6 tygodni. Jeśli ze względu na stan zdrowia realizowana jest rehabilitacja w warunkach domowych, wówczas w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje do 80 dni zabiegowych w domu w ciągu roku i nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

U wielu pacjentów po zakończeniu wczesnej rehabilitacji konieczna jest dalsza rehabilitacja – realizowana zarówno w różnych ośrodkach rehabilitacyjnych, jak i w warunkach domowych pod postacią samodzielnych ćwiczeń.

11. Czy po przebyciu udaru można ćwiczyć samodzielnie w domu?

Tak – każdy chory może i powinien ćwiczyć samodzielnie w warunkach domowych. Zaleca się, aby samodzielne ćwiczenia odbywały się zgodnie z instrukcjami otrzymanymi od fizjoterapeuty np. podczas pobytu w szpitalu. Rodzaj ćwiczeń zawsze powinien być dostosowany do potrzeb i możliwości pacjenta.

12. Czy po udarze można wrócić do sprawności fizycznej?

W zależności od ciężkości udaru i jego następstw pacjenci mają różne szanse na powrót do pełnej sprawności. Aby jednak powrót do sprawności był możliwy, konieczne są:

właściwe wczesne leczenie udaru mózgu
stosowanie zaleconych zasad profilaktyki wtórnej
systematyczna, często długotrwała rehabilitacja.

13. Czy można ćwiczyć zaburzenia mowy?

Zaburzenia mowy utrudniające zrozumienie wypowiedzi można i warto ćwiczyć. Diagnozą i leczeniem zaburzeń mowy zajmuje się logopeda lub neurologopeda – może on wskazać właściwe ćwiczenia, które należy realizować systematycznie.

Dolegliwości po udarze

14. Wahania nastroju po udarze – dlaczego występują i jak sobie z nimi radzić?

Po udarze ludzie często doświadczają wahań nastroju lub zmieniają swoje zachowanie. Dzieje się tak, ponieważ **mózg kontroluje zachowanie i emocje**. Osoby po udarze mogą odczuwać niepokój, złość, lęk lub depresję.

Depresja jest bardzo częstym zjawiskiem po udarze, dotyczącym około 1/3 pacjentów; niektóre źródła podają, że dotyczy ona nawet 2/3 pacjentów.

Depresja, zwłaszcza z towarzyszącym jej lękiem, może sprawić, że proces rehabilitacji będzie trudniejszy.

Pacjenci z wahaniami nastroju lub depresją **potrzebują pomocy lekarskiej** – leczenie farmakologiczne i/lub psychoterapia mogą nie tylko poprawić nastrój, ale także przyspieszyć powrót do zdrowia fizycznego. W procesie zdrowienia ważne jest również wsparcie rodziny i przyjaciół.

15. Spastyczność po udarze (sztywność ręki lub nogi, brak możliwości jej wyprostowania) – czy istnieje jakaś forma leczenia lub rehabilitacji?

Spastyczność po udarze to **bardzo częste zaburzenie, dotykające ok. 20-40% pacjentów**. Oprócz specjalnej fizjoterapii istnieje możliwość specjalistycznego leczenia spastyczności iniekcjami toksyny botulinowej. W celu kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową należy otrzymać od lekarza rodzinnego skierowanie do poradni neurologicznej lub poradni rehabilitacyjnej z rozpoznaniem stanu po udarze i zgłosić się do ośrodka prowadzącego terapię w ramach programu lekowego NFZ (najbliższy ośrodek można znaleźć na stronie NFZ pod hasłem „gdzie się leczyć”).

16. Dlaczego zaraz po rehabilitacji było lepiej, a wraz z upływem czasu jest gorzej: np. występują problemy z ubieraniem się i coraz większy problem z chodzeniem?

Często pacjent po zakończeniu wczesnej intensywnej rehabilitacji osiąga pewną poprawę i potrafi chodzić oraz samodzielnie wykonuje codzienne czynności, takie jak toaleta czy ubieranie się (np. zakładanie butów). Jeżeli jednak po wypisie do domu przestaje wykonywać te wyuczone czynności, spędza dużo czasu biernie i nie ćwiczy, to stopniowo jego stan funkcjonalny ulega pogorszeniu i samodzielność chorego się zmniejsza. Aby temu zapobiec, **niezbędne są samodzielne ćwiczenia mające na celu utrzymanie i poprawę umiejętności ruchowych wyuczonych w szpitalu**.

17. Ból lub drętwienie kończyn – czy można temu zaradzić?

Przyczyn dolegliwości bólowych kończyn po udarze może być wiele. W każdym przypadku wystąpienia nowych objawów o charakterze drętwienia, palenia czy bólu należy opisać lekarzowi zarówno charakter, jak i lokalizację oraz nasilenie odczuwanych objawów, tak aby możliwe było dobranie odpowiedniego sposobu terapii.

18. Kłopoty z oddawaniem moczu/stolca – jak można sobie z tym radzić?

W przypadku pojawienia się nowych kłopotów z oddawaniem moczu należy poinformować o tym lekarza, który zadecyduje o dalszym postępowaniu diagnostycznym i/lub terapeutycznym. Zjawiskiem często obserwowanym po udarze mózgu są zaparcia stolca. Aby zminimalizować zaburzenia wypróżniania, warto:

zadbać o prawidłową dietę, zawierającą dużo warzyw i błonnika
wypijać właściwą ilość płynów (ok. 2 l dziennie)
regularnie uprawiać aktywność fizyczną dostosowaną do stanu i możliwości pacjenta.

19. Czy to normalne, że osoba po udarze szybko się męczy?

Zmęczenie jest częstą dolegliwością występującą po udarze. Może mieć ono przyczyny w stanie fizycznym lub emocjonalnym. Dokładna diagnoza pomoże w zaplanowaniu leczenia, które umożliwi powrót do normalnego poziomu aktywności. W zależności od przyczyny zmęczenia korzyść można odnieść z **fizjoterapii, terapii zajęciowej, leków przeciwdepresyjnych, poradnictwa i skupienia się na podstawowych potrzebach.**

20. Jak radzić sobie z bezsennością i porannym zmęczeniem?

Bezsenna jest częstym zjawiskiem u pacjentów po udarze mózgu. Zaburzenia snu powodują m.in. zmęczenie, zawroty głowy, odczuwanie lęku i pogorszenie nastroju oraz zaburzają koncentrację. W leczeniu bezsenności w pierwszej kolejności ważne jest **zachowywanie zasad higieny snu:**

zasypianie w cichych i ciemnych pomieszczeniach
unikanie oglądania telewizji, korzystania z komputera czy telefonów komórkowych na krótko przed pójściem spać
zachowanie dobowego rytmu snu i unikanie długich drzemek w ciągu dnia.

Leki nasenne stanowią ostateczność, wiele z nich jest niezalecanych u pacjentów po udarze. Jeżeli już konieczne będzie zastosowanie leczenia celem walki z bezsennością, dobranie odpowiedniego leku wymaga konsultacji z lekarzem.

Moje pytania do lekarza

Zawsze możesz zapytać swojego lekarza prowadzącego o wszystko, co Cię niepokoi lub czego nie rozumiesz. Pamiętaj jednak, że wizyty u lekarza są krótkie – dlatego warto się do nich odpowiednio przygotować.

Zabierz ze sobą wypis ze szpitala z wynikami badań oraz listę aktualnie przyjmowanych leków wraz ze sposobem ich dawkowania.

Wypisz kilka nurtujących Cię pytań i uporządkuj je, zaczynając od najważniejszego dla Ciebie. Jeśli nie czujesz się na siłach, aby zapamiętać odpowiedzi na pytania, poproś bliską osobę, aby towarzyszyła Ci w czasie wizyty.

Piśmiennictwo:

Philp I, Brainin M, Walker MF et al. Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke

survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2013; 22 (7): e173–e180.

Norrving B, Barrick J, Davalos A et al. Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *Eur Stroke J* 2018; 3(4): 309–336.

Murphy SJ, Werring DJ. Stroke: causes and clinical features. *Medicine (Abingdon)* 2020; 48(9): 561–566.

Kolmos M, Christoffersen L, Kruuse C. Recurrent ischemic stroke – a systematic review and meta-analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2021; 30(8): 105935.

Antecki J, Brelak E, Sobolewski P et al. Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwinnego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. *Forum Med Rodz* 2018; 12(3): 89–98.

American Stroke Association. Life after stroke. Our Path Forward [online: <https://www.stroke.org/en/life-after-stroke/life-after-stroke-guide>; data dostępu: czerwiec 2024].

Załącznik B.57. Leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A (ICD-10 I61, I63, I69). Online: <http://www.ptneuro.pl/sites/scm/files/2024-01/B.57.%20%28od%2011-2023%29.pdf>

Puchta AE. Why am I so tired after my stroke? *J Vasc Interv Neurol* 2008; 1(2): 63–64.

Cai H, Wang XP, Yang GY. Sleep disorders in stroke: an update on management. *Aging Dis* 2021; 12(2): 570–585.

Hepburn M, Bollu PC, French B et al. Sleep medicine: stroke and sleep. *Mo Med* 2018; 115(6): 527–532.