



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNE YÖNELİK BEYİN DAMAR
HASTALIKLARI VE İNME İÇİN İZLEM
KILAVUZU**

Ankara, 2019

1. İNME RİSKİ TAŞIYAN HASTALARIN TESPİTİ

1.1. ANAMNEZ

Anamnez alınırken her hastanın şikayeti ve şikayetlerinin öyküsü kaydedilir. Daha önce geçirdiği hastalıklar, kullandığı ilaçlar ve alışkanlıkları öğrenilir. Sistemik sorgulama ile inme riski açısından yol gösterebilecek yakınmaları ortaya konmaya çalışılır.

Şikayetleri ve öyküsü:

Anamnez alınırken hastanın şikayetleri ve şikayetlerinin öyküsü kayıt altına alınır. Anamnez alma sırasında hastanın kendisi dışında yakınının ifadelerinden de yararlanır. Varsa elindeki tıbbi kayıtlar değerlendirilir, elektronik kayıtlarına (e-nabız gibi) bakılır.

Özgeçmiş:

Geçirilmiş kardiyovasküler hastalık öyküsü (inme, geçici iskemik atak, koroner arter hastalığı, periferik damar hastalığı, sinüs trombozu vb.), inme riskini arttıran diğer hastalıklar (obezite, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apne sendromu, atrial fibrilasyon, kapak hastalıkları vb.) sorgulanır.

Aile öyküsü:

Ailede erken kardiyovasküler hastalık (kadın ve erkek için <55 yaş) ve inme öyküsü sorgulanır. Aile bireylerinde hiperlipidemi, kanama veya pıhtılaşmaya yatkınlık oluşturan hematolojik hastalıkların varlığı değerlendirilir.

Alışkanlıkları ve Yaşam tarzı:

Sigara ve tütün ürünleri ve alkol tüketimi, fiziksel aktivite durumu, beslenme alışkanlığı sorgulanır.

İlaçları:

Hastanın ilaçlarının listesi yapılır. Sürekli kullanması gereken ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı sorgulanır, varsa ilaç yan etkileri not alınır.

Sistemik sorgulama:

Hastalar her zaman yakınmalarını sistematik biçimde ortaya koymayabilirler. Bu nedenle özellikle inme riski için önem taşıyabilecek yakınmaları sorgulamak ve tespit etmek önemlidir. Bu tür sistemik sorgulamalar sırasında eforla ilişkili (yokuş veya merdiven çıkarken) göğüs ağrısı (anjina pektoris), bacaklarda kramp tarzında ağrı (klaudikasyon) varlığı özellikle araştırılır. Ayrıca geçici bilinç kaybı, bayılma, denge bozukluğu, kol bacak güçsüzlüğü, konuşma ve görme bozuklukları gibi geçici iskemik atakla ilişkili olabilecek yakınmaları sorgulanır. Şişman hastalarda gece horlama, uykuda nefessiz kalma, konsantrasyon güçlüğü gibi yakınmalar araştırılır.

1.2. FİZİK MUAYENE

Her hastanın vücut ağırlığı ve boy ölçümü yapılarak beden kütle indeksi (BKİ) hesaplanır ve bel çevresi ölçülür. Arteriyel kan basıncı (AKB) ve nabız kaydedilir. AKB yüksek bulundursa ev takipleri önerilir ve kontrole çağrılır. Yeniden geldiğinde evdeki AKB takiplerini de kontrol ederek ofis ölçümü tekrarlanır. Sistemik fizik muayene sırasında kalp ve solunum sesleri ve periferik nabızları (karotis arterde üfürüm dahil) değerlendirilir. Ailesel hiperlipidemiye ait fizik muayene bulguları (tendon ksantomları, arkus kornea) araştırılır.

1.3. LABORATUVAR İNCELEMELERİ

Tam kan sayımı, açlık kan şekeri, lipid profili (LDL- kolesterol, trigliserid, HDL- kolesterol, total kolesterol), üre ve kreatin düzeyleri ölçülür. Kardiyovasküler hastalık riski olduğu tespit edilen her hastada elektrokardiyografi (EKG) çekilir.

1.4. İNME RİSK FAKTÖRÜ TESPİT EDİLMİŞ OLAN HASTANIN YÖNETİLMESİ

Anamnez, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri sonrasında her hastada on yıllık kardiyovasküler nedeni ölme riski hesaplanır. Bu tespit için Ülkemiz *SCORE Türkiye* risk tablosu kullanılır. Bu hesaplama göre *yüksek ve çok yüksek riskli kategorisine giren hastalar için kişiye özel izlem sıklığı* belirlenir. *Orta riskli kategorisine giren hastalar altı - oniki (6-12) ayda bir ve düşük riskli kategorisine giren hastalar iki yılda bir izlenir.* İleri yaş hastalarda aritmi şüphesi varsa kalp ve nabız muayenesi ve EKG ile atrial fibrilasyon taraması periyodik olarak yapılır (Bakınız S.B. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi kılavuzu).

Risk faktörü yönetimi ve tedavi hedefleri

İnme riskini arttıran hastalıklar ve yaşam alışkanlıkları kontrol edilmelidir. Aile hekimi inme riski yaratan hastalıkların uygun ilaçlarını ve tedavi hedeflerini bilmeli ve her muayene sırasında hastanın bu hedeflere ulaşmış olup olmadığını kontrol etmelidir. Bu sırada hastanın sağlıklı yaşam önerilerine uyup uymadığı da kontrol edilmelidir.

a. Obezite

Kilolu (BKİ=25.0-29.9kg/m²) olduğu tespit edilen her hastaya ideal vücut ağırlığına ulaşması için sağlıklı yaşam biçimi önerilerinde bulunulmalıdır.

Obezitesi olan (BKİ \geq 30kg/m²) her hastaya sağlıklı yaşam biçimi önerilerinde bulunulmalı ve eğer 6 ay süreyle sağlıklı yaşam biçimi önerilerini uygulamasına rağmen yeterli kilo kontrolü sağlanmadıysa tıbbi tedavi düşünülmelidir. Bu hastalar en yakın sağlıklı hayat / obezite merkezine yönlendirilmelidir.

b. Hipertansiyon

- Hipertansiyon hastası evde düzenli olarak AKB ölçümü yapmalı, ilaçlarını uygun biçimde kullanmalı ve sağlıklı yaşam tarzını uygulamalıdır.
- Hipertansiyonu olan tüm hastalarda tedavi hedefi $< 140/90$ mmHg olmalıdır.
- Fonksiyonel veya kognitif kapasitesi kısıtlı yaşlı hastalarda AKB hedefi $<150/90$ mmHg olmalı ve tedavi kararı ve seçiminde risk/yarar dengesi gözetilmelidir.
- 80 yaş üstü yaşlı hastalarda tedavi hedefi sistolik $<150-140$ mmHg olmalıdır.
- 80yaş altı yaşlı hastalarda sistolik kan basıncı <140 mmHg olarak hedeflenmelidir.
- Diyabet ve/veya kronik böbrek hastalığı olan hastalarda, eğer güvenli bir biçimde sağlanabiliyorsa, AKB $<130/80$ mmHg değerleri daha yararlıdır. Diyabet hastalarında Kan Basıncı $<140/90$ mmHg olmalıdır.
- Başlangıç tedavisinde tek başına ya da kombine olarak, bir tiazid diüretigi, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEİ), anjiyotensin reseptör blokleri (ARB) veya kalsiyum kanal blokleri (KKB) yer almalıdır.

c. Dislipidemi

- Dislipidemi olgusunda tedavi kararı ve tedavi hedefleri hastaların risk durumuna göre belirlenmelidir.
- Tedavide öncelikli amaç LDL Kolesterolü düşürmektir. Eğer trigliserid düzeyleri >500 mg/dl ise öncelikle trigliserid düşürücü tedavi yapılmalıdır.
- Sekonder korunma (geçirilmiş aterosklerotik kardiyovasküler hastalık olan kişide yeni bir olayı önlemek amaçlı tedavi): Tüm olgular potent statinlerle tedavi edilmelidir. Bu olgularda LDL-kolesterol hedefi <70 mg/dl dir.
- Primer Korunma (henüz aterosklerotik kardiyovasküler hastalık geçirmemiş kişide olayı önlemek amaçlı tedavi): Bu olgularda tedavi kararı SCORE-Türkiye risk tablosuna göre belirlenir.
 - **Çok yüksek riskli olgular:** Bu olgularda 10 yıllık kardiyovasküler nedenli ölüm riski yüzde 10'dan fazladır. Bu gruptaki hastalar geçirilmiş aterosklerotik kardiyovasküler hastalığı (ASKVH), Evre 3-4 Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) veya çok sayıda kontrolsüz risk faktörü içerirler. Bu olgularda LDL-kolesterol hedefi <70 mg/dL olmalıdır. Bu hedefe ulaşmak için potent statinlerin kullanılması uygundur.

- **Yüksek riskli olgular:** Bu olgularda 10 yıllık kardiyovasküler nedenli ölüm riski yüzde 5-10 arasındadır. Makrovasküler komplikasyonu gelişmemiş, eGFR > 60ml/dk ve LDL-K >100mg/dl olan ve kontrol altına alınamayan risk faktörleri olmayan olgular bu gruba dahildir. Bu olgularda LDL-K hedefi <100 mg/dL olmalıdır. Tedavide öncelikle orta düzeyde potent statinler kullanılabilir. Eğer tedavi hedefine ulaşılamadıysa statin dozları arttırılır.
- **Orta Riskli olgular:** Bu olgularda 10 yıllık kardiyovasküler nedenli ölüm riski yüzde 1-5 arasındadır. Bu olgularda LDL-K hedefi <115 mg/ dL olmalıdır. Tedavide öncelikle orta düzeyde potent statinler kullanılabilir. Eğer tedavi hedefine ulaşılamadıysa statin dozları arttırılır.
- LDL-Kolesterol düzeyi >190mg/dl üzerinde seyreden olgularda ailesel hiperkolesterolemi bulunma olasılığı çok yüksektir. Bu olgularda risk kategorisine bakılmaksızın potent statin tedavisi uygulanmalıdır.

d. Tip 2 Diyabet

- Diyabet hastasında sadece kan şekeri hedeflerine (HbA1c) değil, aynı zamanda AKB, LDL-Kolesterol hedeflerine de ulaşılması, sigara içilmemesi, sağlıklı beslenilmesi ve düzenli egzersiz yapılması çok önemlidir.
- **HbA1c hedefi:** Pek çok hasta için HbA1c yüzde 7 olmalıdır. Hipoglisemi riski yüksek, eşlik eden fazla miktarda hastalıkları olan yaşlı hastalarda HbA1c yüzde 7.0-8.5 arasında olabilir. HbA1c açısından kontrol altında olmayan hastalar 3ayda bir, diğer hastalar ise 6 ayda bir HbA1c ölçümü yaptırmalıdır.
- **AKB Hedefi:** Tip2 Diyabetes Mellitus (DM) olgusunda hipertansiyon tedavisinde öncelikli hedef < 140/90 mmHg dir. Eğer güvenli biçimde düşürülüyorsa yüksek riskli kişilerde hedef <130/80mmHg'dır.
- **LDL- Kolesterol Hedefi:** Kırk yaş altında, başka risk faktörü olmayan, makro ve mikrovasküler komplikasyon gelişmemiş ve LDL-K <100 mg/dL olan diyabetlilerde statin tedavisi gerekmebilir. Çok yüksek riskli diyabet olgularında LDL-Kolesterol hedefi <70mg/dl olup, tedavide potent statinler kullanılmalıdır. Yüksek riskli diyabet olgularında LDL-Kolesterol hedefi <100mg/dl olup, tedavide orta düzeyde potent statinler kullanılmalıdır.
- İnme riski yaratan hastalıklar ile ilgili tedavi hedefleri ve öneriler Tablo 1'de belirtilmiştir.

Tablo 1: Risk Faktörü Yönetimi ve Tedavi Hedefleri

| Serebrovasküler Hastalık Riski | Yaşam Tarzı Değişikliği Hedefi | Kan Basıncı Hedefi | HbA1C Hedefi | LDL-Kolesterol Hedefi | HDL ve Trigliserit Hedefi |
|---|---|--|---|---|--|
| <p>Çok Yüksek Risk</p> <p>Yüksek Risk</p> <p>Orta Risk</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sigara kullanmama /kullanıyorsa bırakma, - Sebze ve meyveden zengin beslenme, - Tuz kullanımının kısıtlanması, - Doymuş ve trans yağ kullanımını azaltılması - Tercihen haftanın her günü 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite önerilmesi - Kilolu (BKI=25.0-29.9kg/m²) olduğu tespit edilen her hastanın ideal vücut ağırlığına ulaşması - Obezitesi olan (BKİ ≥ 30kg/m²) her hastaya sağlıklı yaşam biçimi önerilerinde bulunulmalı ve eğer 6 ay süreyle sağlıklı yaşam biçimi önerilerini uygulamasına rağmen yeterli kilo kontrolü sağlanmadıysa tıbbi tedavi, - Alkol kullanmama | <ul style="list-style-type: none"> - Hipertansiyonu olan tüm hastalarda tedavi hedefi < 140/90 mmHg olmalıdır. - Fonksiyonel veya kognitif kapasitesi kısıtlı yaşlı hastalarda AKB hedefi <150/90 mmHg olmalı ve tedavi kararı ve seçiminde risk/yarar dengesi gözetilmeli, - 80 yaş üstü yaşlı hastalarda tedavi hedefi sistolik <150-140 mmHg olmalı, - 80 yaş altı yaşlı hastalarda sistolik kan basıncı <140 mmHg olarak hedeflenmeli. - Diyabet ve/veya kronik böbrek hastalığı olan hastalarda, eğer güvenli bir biçimde sağlanabiliyorsa, AKB <130/80 mmHg değerleri daha yararlıdır. - Diyabet hastalarında Kan Basıncı <140/90 mmHg olmalı. | <ul style="list-style-type: none"> - Pek çok hasta için HbA1c %7 olması sağlanmalı, - Pek çok hasta için HbA1c yüzde 7 olmalıdır - Hipoglisemi riski yüksek, eşlik eden fazla miktarda hastalıkları olan yaşlı hastalarda HbA1c yüzde 7.0-8.5 arasında olabilir. | <p>Çok yüksek riskli bireylerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hastanın LDL kolesterol değerini ideal hedef değeri olan 70 mg / dL altında olmasını sağlamak (<1.8 mmol / L) veya <p>Yüksek riskli bireylerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hastanın LDL kolesterol değerini ideal hedef değeri olan 100 mg / dL altında olması (<2.6mmol / L) veya <p>Orta riskli bireylerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hedefin 115 mg / dL altında olması (<3.0 mmol / L) | <p>HDL- C;</p> <p>Özel hedef yok.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkeklerde 40 mg/dL üstünde (> 1.0 mmol /L) - Kadınlarda 45 mg/ dL üstünde (> 1.2 mmol/L) olması düşük riski gösterir. <p>Trigliserit; (TG)</p> <p>Özel hedef yok.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TG düzeyinin 150 mg / dL (<1.7 mmol/L) altında olması düşük riski gösterir. |
| Düşük Risk | Sağlıklı yaşam davranışlarını hatırlatmak | Toplum Geneli $\leq 140/90$ mmHg | - | Hedefin 115 mg / dL altında olması (<3.0 mmol / L) | - |

1.5. YÜKSEK RİSKLİ HASTALARDA SAĞLIKLI YAŞAM HEDEFLERİ

Hasta takibi yapılırken sağlıklı bir yaşam tarzının hasta tarafından benimsenmesine her zaman öncelik verilmelidir. Bu amaçla hastaya düzenli egzersiz yapması, kilo kontrolünün sağlanması, sigara ve tütün ürünlerinin bırakılması, alkol kullanılmamasının önemi anlatılır ve önerilerde bulunulur. Sağlıklı yaşam tarzının sağlanması ile vücut ağırlığı ve arteriyel kan basıncı kontrolü, LDL-K ve trigliserid düzeylerinde azalma, HDL-K düzeylerinde artış sağlanabilir. Sağlıklı yaşam biçimi sağlanan hastalarda toplam kardiyovasküler olay riski önemli ölçüde azalacağı bilgisi hastaya anlatılır.

a. Sağlıklı Beslenme: Kilolu ve şişman hastalarda kalori alımını 300-500 kcal/gün azaltmak uzun dönemde kilo kontrolünü sağlayacaktır. Kilo kaybı insülin direncini düşürür, kronik inflamasyonu azaltır. Diyetin makrobesin oranları lipid profili üzerinde çok önemli etkiye sahiptir. Ülkemizdeki aşırı karbonhidrat tüketimi alışkanlığı obezite ve dislipidemi gelişimine neden olan önemli faktörlerdendir. Hastada karbonhidrat alımını yüzde 45-55 düzeylerinde sınırlamak ve hızlı emilen rafine karbonhidratlar yerine glisemik indeksi düşük, lifden zengin karbonhidrat alımını teşvik etmek gerekir. Hastanın özellikle günde 5 öğün meyve ve sebze tüketmek gerekir. Diyetle alınan enerjinin yüzde 35'den daha azının yağa bağlı olması önerilir. Aksi durumda doymuş yağ alımı artması ve buna bağlı lipid profilinin olumsuz etkilenmesi söz konusudur.

b. Aerobik egzersiz: Haftada ≥ 150 dk (günde ≥ 30 dk) orta şiddette aerobik fizik aktivite yapan kişilerde kilo kontrolünün sağlanması ve lipid profilinin düzelmesi mümkün olur. Düzenli egzersiz esneklik ve kas gücünü artırır, insülin direncini azaltır, hsCRP düzeylerini düşürür, kilo verilmesine yardımcı olur. Bu sayede Tip2 diyabet, hipertansiyon, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık ve diğer birçok önemli hastalık riskini azaltır.

c. Tütün ve tütün ürünlerinin bırakılması: Tütün ve tütün ürünleri kullananların aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riski içmeyenlere oranla iki kat daha fazladır. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı HDL-K düzeyini azaltmaktadır. Ayrıca Tütün ve tütün ürünleri kullananlarda artan insülin direnci nedeniyle, başta TG'ler olmak üzere postprandial lipid parametreleri artar. Sigarayı bırakanlarda HDL-K düzeyleri yükselir. Bu etki sigara bırakıldıktan sonra bir ay içinde kendisini gösterir. Hasta tütün ve tütün ürünlerini kullanıyorsa bırakması önerilir.

d. Alkol kullanılmaması: Alkol almak TG düzeylerini arttırır. Bu etki özellikle TG düzeyleri yüksek olan kişilerde daha belirgindir. Hastanın alkol kullanmaması, alkol kullanıyorsa bırakması önerilir.

2. İNME GEÇİRMEKTE OLAN HASTANIN TANISI

2.1. İNME DÜŞÜNDÜREN SEMPTOMLAR:

- Kol ve/veya bacak güçsüzlüğü
- Konuşma ve veya anlama bozukluğu,
- Yüz felci (Yüzde asimetri, veya ağız köşesinin düşmesi)
- Bilinç değişiklikleri
- Dengesizlik
- İlk defa olan şiddetli baş ağrısı ve bulantı kusma
- Görme bozuklukları vs. belirtilerin ani gelişmesi **inme** düşündürür. Bu belirtilerin ortaya çıkıp hızla düzelmesi durumunda “**Geçici İskemik Atak**” olasılığı her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

2.2. İNME GEÇİREN HASTA VEYA HASTA YAKININDAN ALINMASI GEREKEN BİLGİLER:

- Travma
- Epileptik nöbet
- İnme ve benzeri bir tabloyla daha önce karşılaşmış karşılaşılmaması
- Kullandığı İlaçlar
- Hipertansiyon ve diğer inme risk faktörleri

2.3. FİZİK MUAYENE

- Hastanın kan basıncı ölçülür, nabız ve solunum sayısına bakılır.
- Bilinç değişikliği olan hastalarda parmak ucu kapiller kan şekeri (Hipoglisemi ekarte edilmeli) ölçülür.
- İnme belirtisi fark edildiği anda tedavi organizasyonu için harekete geçilir.

2.4. İNME GEÇİRMEKTE OLAN HASTANIN YÖNLENDİRİLMESİ

- İnme belirtileri farkedildiği anda hasta ve yakınları, bilgilendirilir.
- İnme belirtilerini taklit eden durumların ayrılması (hipoglisemi vs) gerekir.
- Sistolik kan basıncı 200-220 mmHg, diyastolik kan basıncı 120 mmHg veya üzerinde olmadıkça kan basıncını düşürmeye yönelik tedavi verilmemelidir. Kan basıncının ani düşürülmesinden kaçınılmalıdır.
- Hava yolu kontrolü, damar yolu sağlanması veya kontrolü, uygun pozisyon verilmelidir.

- Hastanın il içinde belirlenmiş organizasyona göre 112 ile nöroloji uzmanı yönetimindeki uygun merkeze yönlendirilmesinin sağlanması gerekir.
- Geçici iskemik atak düşünülen hastaların en kısa sürede nöroloji kliniği olan merkezlere - acil servislere yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

3. İNME GEÇİRMİŞ OLAN HASTANIN TAKİBİ

3.1. TEDAVİ PLANININ VE TEDAVİ HEDEFLERİNİN DÜZENLİ OLARAK GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

- a. Tespit edilen risk faktörünün medikal tedavi, yaşam tarzı ve davranış değişikliği ile giderilmesi ve kontrolünün, takibinin uygun aralarla yapılması gereklidir.
- b. Risk faktörlerinde tedavi hedeflerine (AKŞ, HbA1, AKB, LDL-K) ulaşıp ulaşılmadığının periyodik değerlendirilmesi önem arz eder.
- c. Antikoagülan alan hastaların periyodik olarak (ayda en az bir defa) INR takiplerinin yapılması gerekmektedir.

3.2. İNME SONRASI GELİŞEBİLECEK OLASI KOMPLİKASYONLAR İÇİN HASTANIN TAKİP EDİLMESİ

- a. Spastisite
- b. Beslenme yetersizliği
- c. Basınç ülserleri
- d. İnkontinans
- e. Epileptik nöbetler
- f. Depresyon
- g. Demans

Yukarıdaki komplikasyonların gelişimi açısından hasta ve/veya hasta yakını bilgilendirilir. Komplikasyonların yönetiminde evde sağlık hizmetleri ve hastaneyle işbirliği yaparak çözüm üretilmelidir.

3.3. HASTANIN İNME SONRASI SOSYAL UYUM VE YAŞAM KALİTESİNİN DÜZELTİLMESİ

- a. Hastanın çalışma hayatına dönüş koşulları
- b. Çalışma koşulları
- c. Aile içi destek durumu
- d. Ekonomik durumu

e. Hasta dernek ve organizasyonları ile ilişkisi vb. sosyal uyum ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik Sağlıklı Hayat Merkezi veya hastanedeki sosyal hizmet uzmanından destek alması için hasta / hasta yakınlarını yönlendirir.

HASTANIN İNME SONRASI DÜZENLİ İZLEMİ:

Başlangıçta ilk altı ayda, ayda bir kez, daha sonra üç aylık periyodlarla izlem yapılmalıdır.

Tablo 3. İnme Sonrası Hastanın Yıllık Muayene Parametreleri ve Sıklıkları

| Fizik Muayene | İlk İzlem | İlk altı ay ilk izlemden sonra her ay izlem | İkinci altı aydan itibaren her 3 ayda bir izlem |
|------------------------------------|------------------|--|--|
| Kan Basıncı Ölçümü | √ | √ | √ |
| Boy Ölçümü | √ | √ | √ |
| Kilo Ölçümü | √ | √ | √ |
| Bel Çevresi | √ | √ | √ |
| Kardiyovasküler Risk Değerlendirme | √ | √ | √ |
| Göz Dibi Muayenesi | Yılda Bir Kez | √ | √ |

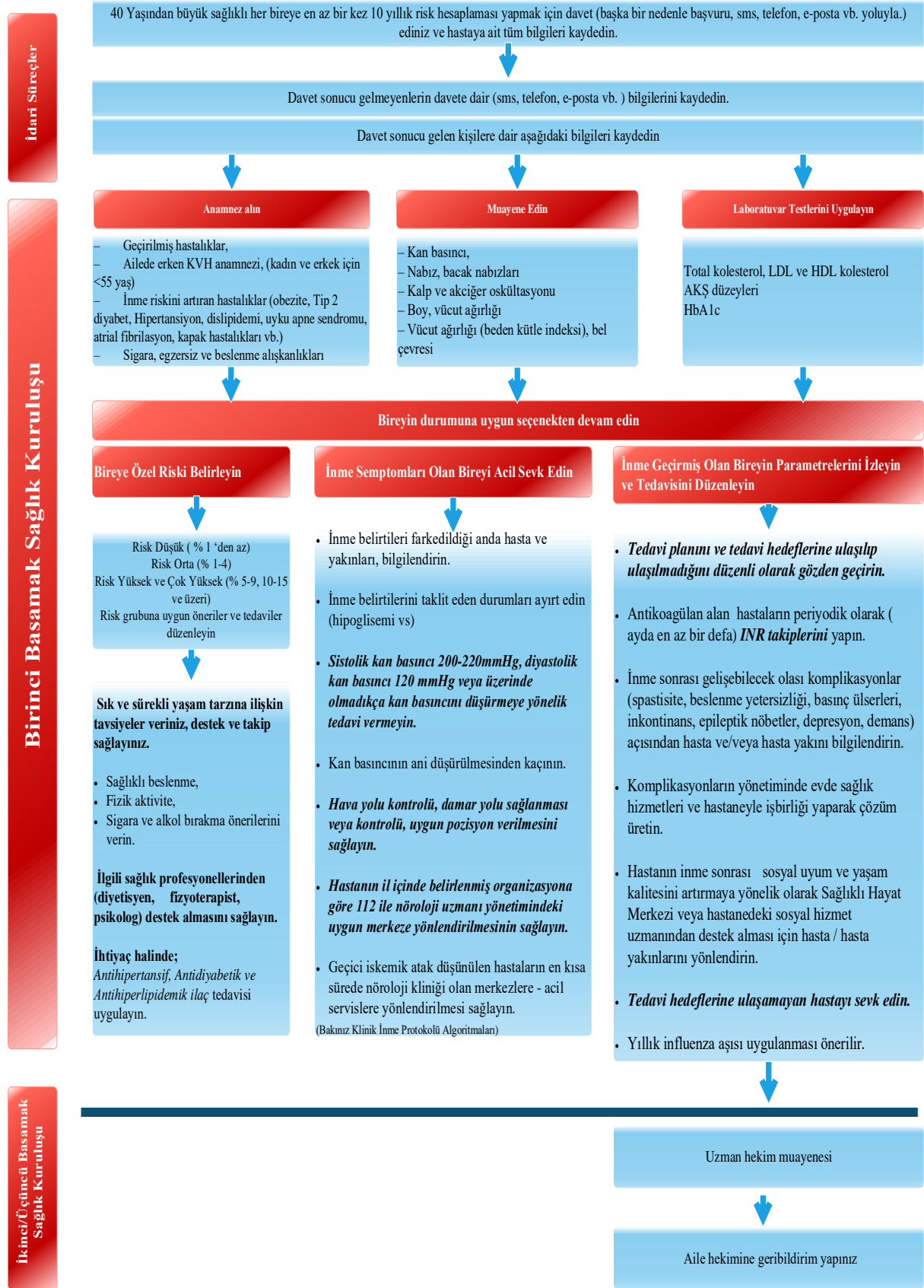
Tablo 4. İnme Sonrası Hastalarda Laboratuvar Tetkikleri/Risk Değerlendirmesi Parametreleri ve Sıklıkları

| Tetkikler | İlk İzlem | İlk altı ay ilk izlemden sonra her ay izlem | İkinci altı aydan itibaren her 3 ayda bir izlem |
|---|------------------|--|--|
| INR* | √ | √ | √ |
| Açlık Kan Glukozu | √ | √ | √ |
| Lipid Profili (Total Kolesterol, LDL Kolesterol, HDL, Trigliserid) | √ | √ | √ |
| 12 Derivasyonlu Elektrokardiyografi (EKG) ** | √ | √ | √ |
| Mikroalbuminüri | √ | √ | √ |

*Antikoagülan tedavi alan her hastada INR takibi her ay yapılmalıdır.

** Aritmi sorunu yoksa EKG altı ayda bir kez çekilebilir.

4. İNME RİSK DEĞERLENDİRMESİ, İNME İZLEM VE TEDAVİ ALGORİTMASI



Şekil 1: İnme Risk Yönetimi ve İnme Geçiren Hasta İçin Yaşam Tarzı Değişikliği Önerileri

İNME RİSK DEĞERLENDİRMESİ YAPILAN VEYA İNME GEÇİREN BİREY İÇİN YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ ÖNERİLERİ ALGORİTMASI

Sağlıklı Beslenme Önerileri

Yeterli ve Dengeli Beslenin

1-Kalori alımını azaltın

- Kilolu ve şişman hastalarda kalori alımını 300-500 kcal/gün azaltın.

2- Aşırı karbonhidrat tüketimini sınırladın. Şekerle tatlandırılmış içecekler tüketmeyin.

3- Yağı Azaltın.

- Diyetle alınan enerjinin yüzde 35'den daha azının yağa bağlı olması önerilir.

4- Günlük tuz alımını en az üçte bir oranında azaltın. Tuzu, günde 5 gr'dan fazla tüketmeye dikkat edin (Hipertansif kişiler başta olmak üzere tüm bireyler).

5- Haftada en az 2 kez balığa yer verin.

6- Günlük 200gr (2-3 porsiyon) meyve ve günlük 200gr (2-3 porsiyon) sebze tüketin

7- Tam tahılları ve ürünlerini tercih edin.

- Günlük lif 30-45 g alınmalı; bunun için kepekli ürünler, meyve ve sebzeler tercih edilebilir.

8- Posalı (lifli) gıda tüketiminizi arttırın.

9- Bel çevresi kadında 80-88 cm ise daha fazla kilo alınmamalı, kadında ≥ 88 cm ve erkekte ≥ 102 cm ise kilo verilmesi tavsiye edilmelidir.

Fizik Aktivite Önerileri

Fiziksel Aktiviteyi Arttırın

1- Her yaştan sağlıklı yetişkinlerin haftada en az 2,5 saati orta şiddette fiziksel aktivite veya aerobik egzersiz yapmalarını önerin (Fiziksel aktivite/aerobik egzersizler her biri ≥ 10 dk süren ve haftada 4-5 gün boyunca eşit olarak yayılmış, çoklu uygulamalar halinde gerçekleştirilmelidir).

2- Öyküsünde akut myokart enfarktüsü, KABG, PKG, kararlı angina pectoris veya kararlı kompanse kronik kalp yetersizliği olan hastalarda kardiyoloji uzmanının bireysel önerisine uygun yoğunlukta aerobik egzersiz yapmalarını önerin.

3- Sedanter hastaları, uygun şekilde egzersiz ile ilgili risk değerlendirmesi yapıldıktan sonra, hafif yoğunlukta egzersiz programlarına başlamaları için kuvvetle teşvik edin.

4- Yemek sonrası 2 saat hariç, uygun iklim koşullarında egzersiz (yürüme, yüzme vs.) yapın.

Tütün ve Tütün Mamülleri Bırakma Önerileri

1- Sigara kullanmayın ve içilen ortamlardan uzak durun

(Sigara kan basıncını ve kalp atım hızını artırır. HDL kolesterol düzeyini düşürür, kanın pıhtılaşma eğilimini artırır. Ani kalp krizine neden olur.)

2. Sigara kullanmayı bırakın.

- Sigara içicisi olarak tanımlanan tüm hastalara sigarayı bırakma önerisinde bulunun (Sigara içicileri, hekime başvurdukları herhangi bir sağlık sorunu ile bağlantı kurulduğunda sigarayı bırakma önerisine daha açık olabilmektedir).
- Ne söyleneceği ve nasıl söyleneceği öneride bulunan hekime, öneriyi alan kullanıcıya ve önerinin bulunduğu duruma bağlıdır. Hastaya bırakma önerisinde bulunurken, net cümleler kurun, kanıtlardan yararlanarak güçlü mesaj verin.
- Güçlü ve bireyselleştirilmiş bir şekilde bırakması için aşağıda yer alan mesajlar gibi mesajlar vererek teşvik edin.
 - Tütün kullanımı; kalp ve akciğer hastalığını, kalp krizi ve/veya inme riskini artırır
 - Tütün kullanımını bırakmak kalbinizi ve sağlığınızı korumak için yapabileceğiniz en önemli şeydir.
 - Artık bırakmak zorundasınız vb.

3- Sigarayı bırakmak için antidepresanları kullanmayın.

Alkol Bırakma Önerileri

Alkol kullanmayın

5. KAYIT

AHBS/HBYS'ye izlem kriterleri kılavuza uygun içerikle kaydedilmelidir. Hasta kaydı kapatılmadan önce doğru tanı kodu seçimi (I60-I69, G45-G46) yapılmalıdır.