



Behandeling van CVA

Ziekenhuisbreed

01 Inhoud

Behandeling CVA	4
Wat is een beroerte?	5
Wat is een TIA?	5
Wat zijn de belangrijkste oorzaken van een beroerte?	6
Wat zijn de risicofactoren?	7
Alarmsymptomen	8
Wat zijn de mogelijke gevolgen van een beroerte?	8
De uitgangsprincipes bij het installeren en handelen door hulpverleners	11
Het belang van het juist installeren	12
De gevolgen van het onjuist installeren	13

02 Welkom

CVA of beroerte is een veel voorkomende en ingrijpende aandoening, die voor de patiënt en zijn directe omgeving een grote verandering met zich meebrengt. Deze veranderingen vragen om een aangepaste benadering. Hierdoor kunnen veel van de complicaties die eigen zijn aan het CVA voorkomen worden.

Aan de hand van deze brochure willen we de familie en mantelzorgers aandachtspunten en adviezen aanreiken in verband met het installeren en verplaatsen van de CVA-patiënt.

Zo hopen we een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van het leven van de patiënt en zijn omgeving.

Indien je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, aarzel dan niet om ze te stellen.

Het team van dienst
neurologie en G30/ Z2

03 **Behandeling CVA**

CVA of beroerte is een veel voorkomende en ingrijpende aandoening, die voor de patiënt en zijn directe omgeving een grote verandering met zich meebrengt. Deze veranderingen vragen om een aangepaste benadering. Hierdoor kunnen veel van de complicaties die eigen zijn aan het CVA voorkomen worden.

Aan de hand van deze brochure willen we de familie en mantelzorgers aandachtspunten en adviezen aanreiken in verband met het installeren en verplaatsen van de CVA-patiënt.

Zo hopen we een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van het leven van de patiënt en zijn omgeving.

Indien je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, aarzel dan niet om bijkomende informatie te vragen aan je behandelend arts of aan de verpleegkundigen.

04 Wat is een beroerte?

Een beroerte wordt in de volksmond ook wel eens omschreven als een **attaque**, een **hersенbloeding** of een **hersенinfarct**. De medische wereld omschrijft een beroerte als een **cerebro-vasculair accident** ofwel een **CVA**.

Een beroerte treedt op als een bloedvat in de hersenen door een klonter verstopt geraakt (hersенinfarct) of als een bloedvat in de hersenen openscheurt (hersенbloeding). Hierdoor krijgen bepaalde hersengebieden niet voldoende bloed en dus ook onvoldoende zuurstof.

Hersencellen kunnen zonder zuurstof slechts enkele minuten overleven. Als ze afgestorven zijn, geven ze geen prikkels of signalen meer door aan de andere lichaamsdelen.

De hersenen zijn eigenlijk de controlekamer voor het hele lichaam. Ze zijn onderverdeeld in gebieden die elk een apart stuk van ons bewegingsapparaat en van onze zintuigen controleren. Wanneer één van deze gebieden uitvalt door zuurstoftekort, kan de persoon in kwestie het lichaamsdeel of zintuig dat ermee samenhangt niet of niet meer zo goed gebruiken.

05 Wat is een TIA?

Een TIA is een tijdelijke stoornis in de bloedvoorziening van de hersenen, waarbij er een kortdurend zuurstoftekort optreedt.

Mogelijke symptomen van een TIA zijn:

- verlammingen in het gezicht, bijvoorbeeld een scheve mond;
- verward spreken en denken;
- verlammingen aan een arm of been;
- minder goed zien;
- tintelingen;

- duizeligheid;
- sufheid.

De symptomen van een TIA verdwijnen geleidelijk binnen de 24 uur. De gevolgen van een beroerte daarentegen kunnen blijvend zijn.

06 Wat zijn de belangrijkste oorzaken van een beroerte?

De twee mogelijke oorzaken van een beroerte zijn een herseninfarct en een hersenbloeding. De oorzaken van een infarct zijn atherosclerose of een embolie.

Atherosclerose is een slagaderverkalking waarbij zich vet gaat opstapelen in de wand van de bloedvaten. Hierdoor ontstaat een verdikking van de vaatwand en een verkleining van de diameter van het bloedvat. Dit heeft een vernauwing van het bloedvat tot gevolg waardoor er minder bloed kan doorstromen. Als gevolg van de verkalking wordt de binnenbekleding van het bloedvat beschadigd. Op deze beschadigde plaats kunnen bloedcellen en bloedplaatjes zich hechten en zo ontstaat een bloedklonter. Als deze bloedklonter geheel of gedeeltelijk los komt, wordt dit een embolie genoemd.

Wat zijn de risicofactoren?

Een beroerte is vaak het gevolg van bepaalde risicofactoren die zich in de loop van het leven hebben opgestapeld. Deze factoren zijn:

- **Hoge bloeddruk**
Hoge bloeddruk veroorzaakt schade aan de bloedvaten en kan zowel een bloeding als klonter veroorzaken. Hoe ouder een slagader, hoe meer kans er bestaat dat deze beschadigd wordt en verstopt raakt.
- **Hoge cholesterolspiegel**
Een hoog cholesterolgehalte in het bloed is schadelijk voor de bloedvaten en veroorzaakt atherosclerose (slagader-verkalking).
- **Suikerziekte**
Mensen met suikerziekte hebben meer kans op atherosclerose.
- **Roken**
Roken verdubbelt het risico op een beroerte. Roken beschadigt de bloedvaten en veroorzaakt zo klontervorming in de hersenen.
- **Overgewicht**
Overgewicht verdubbelt de kans op een beroerte en kan suikerziekte, hoge bloeddruk en verhoogde cholesterol veroorzaken.
- **Bepaalde hartritmestoornissen**
Soms kan een klonter die in het hart ontstaat, loslaten en meegevoerd worden naar de hersenen waar hij vastloopt in een van de bloedvaten.
- **Alcoholisme**
Een alcoholconsumptie van meer dan 2 glazen per dag verhoogt het risico op een beroerte. Inname van slechts één of twee glazen alcohol per dag zou de kans op een beroerte daarentegen verminderen.
- **Leeftijd**
Hoe ouder men is, hoe hoger de kans op een beroerte.
- **Geslacht**
Mannen hebben over het algemeen een hoger risico op een beroerte. Vrouwen ontwikkelen vaak later dan mannen een beroerte.

08 Alarmsymptomen

- Plotse verlamming, krachtverlies of gevoelsstoornis van arm of been.
- Dubbelzien of blindheid van het linker- of rechteroog.
- Een scheeftrekkend gezicht, afhangende mondhoek.
- Een combinatie van hevige duizeligheid, coördinatie- en/of evenwichtsstoornissen.
- Wartaal uitspreken, niet meer uit woorden kunnen komen of moeilijk spreken.
- Plotse hevige hoofdpijn.

09 Wat zijn de mogelijke gevolgen van een beroerte?

- **Verlamming**
Na een beroerte treedt vaak éézijdige verlamming op die meestal maar langzaam verbetert. Door deze verlamming kampen de patiënten vaak met een mobiliteitstekort. Het kan voorkomen dat de patiënt de aangedane kant gaat verwaarlozen. Dit wordt een neglect genoemd. Een neglect betekent dat een patiënt alle signalen die aan de aangedane zijde binnenkomen niet goed herkent of er niet op reageert.
- **Spraak- of taalstoornis**
Iemand met een taalstoornis heeft moeite met spreken, schrijven, lezen en kan (gedeeltelijk) niet meer begrijpen wat anderen zeggen. Men spreekt hier van afasie. Bij een spraakstoornis heeft de patiënt moeite met het uitspreken van woorden, bijvoorbeeld door een halfzijdige gezichtsverlamming. Men spreekt hier van dysartrie.
- **Gezichtsveldstoornissen**
Op gevorderde leeftijd hebben veel mensen problemen met het zicht. Mogelijk treedt er na een CVA als bijkomende stoornis een hemianopsie op waardoor de patiënt de ruimte aan de aangedane zijde niet ziet. De patiënt is zich vaak niet bewust van deze beperking van zijn gezichtsveld. Een bril of brilaanpassing is nutteloos omdat de oorzaak niet in de ogen maar in de hersenen ligt. Benader en stimuleer de patiënt daarom zoveel mogelijk aan de aangedane zijde.

- **Incontinentie/urineretentie**

Soms komt het voor dat de patiënt de urine of stoelgang niet kan ophouden. Dit noemt men incontinentie. Deze incontinentie zorgt ervoor dat de patiënt afhankelijk wordt van anderen. Hij heeft het hier meestal moeilijk mee. Urineretentie kan zich voordoen in de beginfase. De patiënt krijgt onvoldoende prikkels vanuit de hersenen om de blaas te ledigen. Hierdoor ontstaat stase van urine in de blaas met gevaar voor agitatie en infecties. We zullen de patiënt op regelmatige tijdstippen mictietraining aanbieden en zo nodig een tussentijdse sondage uitvoeren.

- **Obstipatie**

De CVA-patiënt heeft vaak last van darmopstopping. We zullen dan regelmatig een klein lavementje geven.

- **Doorligwonden**

Omdat er een verminderde bloedcirculatie kan ontstaan en de patiënt niet veel beweging heeft door de gevolgen van een beroerte, kan de patiënt last krijgen van doorligwonden. Daarom geven we de patiënt op regelmatige basis wisselhoudingen.

- **Geheugenstoornissen**

Patiënten kunnen na een beroerte nieuwe informatie niet of gebrekkig onthouden. Over het algemeen kunnen zij zich wel dingen van vroeger vrij goed herinneren. Een patiënt kan zich bijvoorbeeld het bezoek van een familielid gisteren niet meer herinneren maar feiten uit zijn jeugd-jaren kan hij nog perfect beschrijven.

- **Emotionele labiliteit**

Sommige patiënten kunnen plotseling, zonder enige aanwijzing beginnen te huilen. Men noemt dit dwanghuilen. Dit stopt vaak als men de aandacht afleidt of als men het negeert. De meeste patiënten vinden het zelfs niet prettig als men op het huilen ingaat omdat ze er zelf geen reden voor kunnen geven.

- **Slikstoornissen**

Vaak ontstaan er slikstoornissen als gevolg van een beroerte. Deze kunnen ontstaan als gevolg van een verlaagd bewustzijn. Het is belangrijk aandacht te besteden aan vocht- en voedingstekort en voor verslikings- en verstikkingsgevaar. Geef daarom nooit vocht of voeding zonder medeweten van de verpleegkundige.

- **Gevoelsstoornissen**

De patiënt voelt niet dat hij aangeraakt wordt of heeft een tintelend gevoel in zijn, al dan niet aangedane ledematen.

- **Seksualiteit en intimiteit**

De patiënt kan problemen ondervinden wat seksualiteit betreft. Patiënten kunnen hierdoor een verlaagd zelfbeeld ontwikkelen.

- **Persoonlijkheidsveranderingen**

Na een beroerte kan iemands karakter volledig veranderen. Patiënten kunnen zich heel anders gaan gedragen. Zo kan een heel gemanierd iemand na een beroerte plots onbeleefd en slordig worden of omgekeerd. Wees hierin geduldig en toon begrip in moeilijke situaties.

- **Psychiatrische stoornissen**

Als gevolg van een hersenaandoening kunnen ook psychiatrische stoornissen optreden. Bijvoorbeeld angstaanvallen, verwardheid, waanbeelden, ... Indien het moeilijk is kan je hierover spreken met de arts. Hij/ Zij kan overwegen om de behandeling aan te passen.

De uitgangsprincipes bij het installeren en handelen door hulpverleners

De patiënt krijgt de mogelijkheid een handeling terug aan te leren wanneer hij er telkens op gewezen wordt dat hij ze op dezelfde manier moet uitvoeren. Alleen zo kan hij ervaring opdoen. Het is dus belangrijk dat iedereen op dezelfde manier met de patiënt omgaat.

- **Schakel de aangedane zijde zoveel mogelijk in**
Door het gebruik van de aangedane zijde zal de patiënt zich meer bewust GAAN worden van die zijde.
- **Geef zoveel mogelijk prikkels vanuit de aangedane zijde**
Dit kan je doen door bijvoorbeeld de kamerindeling aan te passen. De gezonde zijde van de patiënt richt men naar de muur terwijl de aangedane zijde naar de deur en het centrale gebeuren in de kamer gericht is.
- **Zorg voor symmetrie in houding en beweging**
Belangrijk is dat de beide lichaamshelften samenwerken. Bijvoorbeeld op beide billen op een stoel zitten en niet scheef op één zijde hangen. Bij het staan moet de patiënt zijn twee benen belasten.
- **Houd de spiertonus zo normaal mogelijk**
De lig- en zithouding moet zo normaal mogelijk zijn.
- **Breng regelmaat en structuur in het handelen**
Door structuur aan te brengen en dit vol te houden, bied je een houvast aan de patiënt.
- **Zoek aanknopingspunten met activiteiten uit het dagelijks leven**
Bij het opnieuw aanleren, is het zeer nuttig een beroep te doen op handelingen die de patiënt reeds van tevoren dagelijks uitvoerde en die als dusdanig reeds bij hem geautomatiseerd waren.
- **Voer handelingen uit in een normale omgeving op het juiste tijdstip**
Bijvoorbeeld, de patiënt wordt in de badkamer gewassen en niet in bed.

- **Vraag zoveel mogelijk medewerking van de patiënt**

Bij patiënten met een beroerte bestaat de neiging om te denken dat hij/zij niets kan. Men neemt al vlug een handeling over en ontnemt hem zo de kans om beweging te ervaren en motoriek aan te leren. Het is daarom van belang dat de patiënt zo actief mogelijk blijft.

11 Het belang van het juist installeren

Heel wat ongemakken zoals het dikke handsyndroom en de pijnlijke schouder kunnen vermeden worden door het correcte installeren. Immers, wanneer de patiënt minder last heeft van deze aandoeningen verloopt de revalidatie vlotter.

Bovendien kan door deze positioneringsprincipes strikt te volgen het revalidatieproces op lange termijn sterk verbeterd worden, waardoor de patiënten minder gebruik dienen te maken van rolstoel, wandelstok, ...

Tot slot speelt een juiste installatie een belangrijke rol in het voorkomen van doorligwonden. Zorg er daarom voor dat de aangedane arm en hand steeds gepositioneerd zijn in lichte hoogstand en met de vingers gespreid. Geef door middel van een kussen onder de arm steun aan de schouder zodat de arm niet afhangt.

12 De gevolgen van het onjuist installeren

Schouderproblematiek (afhanginge schouder en/of arm)

- **Subluxatie van de schouder**

In een gezond schoudergewricht wordt de bovenarm in de gewrichtskom van het schouderblad gehouden door de aanwezigheid van gewrichtsbanden en schouderpijlen. Deze beschermingsmechanismen zorgen ervoor dat de schouder in rust en tijdens bewegen pijnvrij is. Ten gevolge van een halfzijdige verlamming verliezen deze gewrichtsbanden en spieren echter hun stabiliserende rol. De normale spierspanning ter hoogte van de schouder wordt hoger of lager wat respectievelijk tot een verkrampde of een slappe schouder leidt. Ten gevolge van de halfzijdige verlamming kan de positie van de samenstellende delen van het schoudergewricht ten opzichte van elkaar veranderen. Zo ontstaat er niet zelden een afwijkende stand van het schouderblad. De banden aan de bovenzijde van het schoudergewricht verliezen hun functie. Het resultaat is het afglijden van de kop van de bovenarm, met als gevolg een subluxatie. Dit wil zeggen dat de schouderkop de kom gedeeltelijk heeft verlaten.

- **De pijnlijke schouder**

Veel halfzijdig verlamde patiënten hebben last van een pijnlijke schouder. De pijn ontstaat meestal enige tijd na het CVA en verdwijnt meestal na een aantal maanden. Een subluxatie die direct na het CVA kan ontstaan, is op zich niet pijnlijk, maar kan wel aanleiding geven tot het ontwikkelen van een pijnlijke schouder. Door de subluxatie is het schoudergewricht in een kwetsbare situatie gebracht.

Een pijnlijke schouder kan ontstaan door:

- te weinig spierspanning in de spieren die de schouder beschermen en op zijn plaats houden, vooral in de acute fase;
- slechte afstemming van de schouderpijlen tijdens activiteiten.

Een pijnlijke schouder wordt vaak veroorzaakt door:

- aan de arm te trekken door hulpverleners, bijvoorbeeld bij het aankleden of wassen;
- het 'vergeten' of verwaarlozen van de arm door de patiënt zelf;
- verkeerd op de schouder te liggen in bed;
- het verkeerd vasthouden aan de arm door familie, bijvoorbeeld bij een wandeling;
- het verkeerd gebruik van de arm door de patiënt zelf.

Voorkomen en bestrijden van schouderpijn

- Door de patiënt zelf
 - In de eerste plaats moet de patiënt zelf zorg leren dragen voor de aangedane arm. Dit is vooral belangrijk voor patiënten die de neiging hebben hun arm te verwaarlozen of te ontkennen.
- Door de hulpverlener
 - Controleer voor iedere handeling waarbij de aangedane arm betrokken is, eerst het schouderblad.
 - Vermijd trekken en rekken aan de arm tijdens het activeren, begeleid en ondersteun de arm.
 - Zorg voor een goede houding in bed, liefst op de aangedane zijde, maak zo veel mogelijk gebruik van kussens ter ondersteuning.

Vragen?

Contacteer in eerste instantie je huisarts. Indien de huisarts je doorverwijst of niet bereikbaar is, kan je contact opnemen met:

afdeling G30

tel.: 011 69 97 10

afdeling Z2

tel.: 011 69 97 50



Diestersteenweg 100 • 3800 Sint-Truiden

t 011 69 91 11 • f 011 69 91 10

info@stzh.be • www.sint-trudo.be