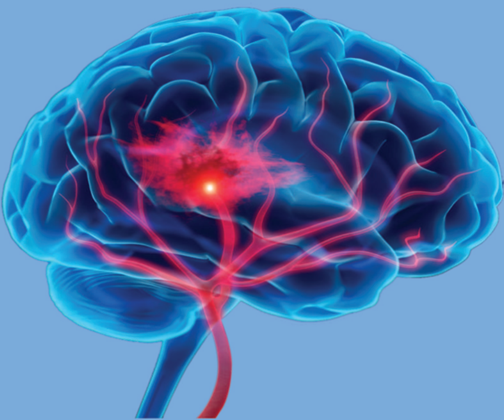
പക്ഷാഘാതം

ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർക്കുള്ള പുസ്തകം



കോംപ്രിഹെൻസീവ് സ്ട്രോക്ക് കെയർ സെന്റർ, ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ് ഓഫ് ന്യൂറോളജി,
അച്ചുതമേനോൻ സെന്റർ ഫോർ ഹെൽത്ത് സയൻസ് സ്റ്റഡീസ്,
ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി,
തിരുവനന്തപുരം

ഡയറക്ടറേറ്റ് ഓഫ് ഹെൽത്ത് സർവ്വീസ്, ഗവൺമെന്റ് ഓഫ് കേരള,
തിരുവനന്തപുരം

പക്ഷാഘാതം
ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർക്കുള്ള പുസ്തകം

കോംപ്രിഹെൻസീവ് സ്ട്രോക്ക് കെയർ സെന്റർ, ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ് ഓഫ് ന്യൂറോളജി,
അച്ചുതമേനോൻ സെന്റർ ഫോർ ഹെൽത്ത് സയൻസ് സ്റ്റഡീസ്,
ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി,
തിരുവനന്തപുരം

ഡയറക്ടറേറ്റ് ഓഫ് ഹെൽത്ത് സർവ്വീസ്, ഗവൺമെന്റ് ഓഫ് കേരള,
തിരുവനന്തപുരം

എഡിറ്റോറിയൽ ബോർഡ്

ഡോ. ശൈലജ പി.എൻ

പ്രൊഫസർ ഓഫ് ന്യൂറോളജി

ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി.

തിരുവനന്തപുരം.

ഡോ. അരുൺ കെ

ന്യൂറോളജിസ്റ്റ്

ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി.

തിരുവനന്തപുരം.

ശ്രീമതി. ലൈസ കുമാർ

നഴ്സിങ്ങ് ഇൻ ചാർജ്ജ്- സ്ട്രോക്ക് യൂണിറ്റ്

ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി.

തിരുവനന്തപുരം.

ശ്രീ. ശിവ സമ്പത്ത് എസ്

ഫിസിയോതെറാപ്പിസ്റ്റ് & റിസർച്ച് കോർഡിനേറ്റർ

ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി.

തിരുവനന്തപുരം.

ശ്രീമതി. മഞ്ജു പി. മോഹൻ

സ്പീച്ച് തെറാപ്പിസ്റ്റ്

ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി.

തിരുവനന്തപുരം.

ശ്രീമതി. വിപിന വി.പി

സ്പീച്ച് തെറാപ്പിസ്റ്റ്

ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി.

തിരുവനന്തപുരം.

ശ്രീമതി. ലീന തോമസ്

ഡയറ്റീഷ്യൻ

ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി.

തിരുവനന്തപുരം.

എഡിറ്റോറിയൽ

സ്ട്രോക്ക് അഥവാ പക്ഷാഘാതത്തെ തുടർന്നുണ്ടാകുന്ന പ്രശ്നങ്ങൾ തടയുന്നതിനായി രോഗലക്ഷണങ്ങളെ പറ്റിയുള്ള കൃത്യമായ ബോധവൽക്കരണം അത്യാവശ്യമാണ്. സമയോജിതമായുള്ള ചികിത്സാരീതികളും, പക്ഷാഘാതരോഗികളുടെ തുടർപരിചരണ രീതികളെ പറ്റിയുള്ള ബോധവൽക്കരണവും സമൂഹത്തിൽ പക്ഷാഘാതം തടയുന്നതിന് ഒരു പരിധിവരെ സഹായകമാണ്.

ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ സമൂഹത്തിലെ പകർച്ചവ്യാധികൾ തടയുന്നതിലും, മാതൃശിശു പരിചരണത്തിലും മുഖ്യ പങ്കുവഹിക്കുന്നു. ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർക്ക് സ്ട്രോക്ക് സംബന്ധമായ പരിശീലനം നൽകുന്നത് വഴി സമൂഹത്തിൽ ഇത്തരം രോഗികളുടെ പരിചരണരീതി കൂടുതൽ മെച്ചപ്പെടുത്തുവാനും, അവരെ ബോധവത്കരിക്കുവാനും വീണ്ടും സ്ട്രോക്ക് ഉണ്ടാകുന്നത് ഒരു പരിധിവരെ നിയന്ത്രിക്കുവാനും സാധിക്കുന്നതാണ്.

കോംപ്രിഹെൻസീവ് സ്ട്രോക്ക് കെയർ പ്രോഗ്രം, ശ്രീ ചിത്ര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ട് ഫോർ മെഡിക്കൽ സയൻസ് ആന്റ് ടെക്നോളജി, തിരുവനന്തപുരം, 2018-ൽ തിരുവനന്തപുരം ജില്ലയിലെ റൂറൽ ആരോഗ്യബ്ലോക്കുകളിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന ആയിരത്തോളം ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർക്ക് സ്ട്രോക്കിനെ കുറിച്ചുള്ള പരിശീലനം നൽകിയിരുന്നു.

ഈ ബുക്ക് തയ്യാറാക്കിയിരിക്കുന്നത് ആരോഗ്യ മേഖലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നവർക്ക് സ്ട്രോക്കിനെപ്പറ്റി ഒരു അറിവ് പകരുന്നതിനാണ്.

ഡോ. ശൈലജ പി.എൻ

പ്രൊഫസർ ഓഫ് ന്യൂറോളജി

കൃതജ്ഞത

കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ മാതൃശിശു പരിചരണത്തിലും പകർച്ച വ്യാധികൾ തടയുന്നതിനും പ്രത്യേകം നൈപുണ്യം നേടിയവരാണ്. രണ്ടാംഘട്ട പക്ഷാഘാതം തടയുന്നതിൽ ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരുടെ പങ്ക് അറിയുവാനായി തിരുവനന്തപുരം ജില്ലയിൽ 2018-ൽ ഒരു പഠനം നടത്തുകയുണ്ടായി.

ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർക്ക് പക്ഷാഘാതത്തെക്കുറിച്ചുള്ള അറിവ് പകരുന്നതിലേക്കായി **"പക്ഷാഘാതം ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർ ക്കുള്ള പുസ്തകം"** തയ്യാറാക്കിയിരിക്കുന്നത്.

പക്ഷാഘാതത്തെ കുറിച്ച് സമഗ്രമായ ഒരു പുസ്തകം ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർക്ക് രൂപപ്പെടുത്തുന്നതിനായി പ്രചോദനം നൽകുകയും ഞങ്ങളെ നയിക്കുകയും ചെയ്ത **ഡോ. ശൈലജ. പി. എൻ** (പ്രൊഫസർ ഓഫ് ന്യൂറോളജി, SCTIMST, TVM) അവർകൾക്ക് എന്റെ നന്ദി അറിയിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

രണ്ടാംഘട്ടത്തിലുള്ള പക്ഷാഘാതം തടയുന്നതിന്റെ ഭാഗമായി ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകർക്ക് പരിശീലനം നൽകുന്നതിന് കേരള ഗവൺമെന്റിൽ നിന്നും ധനസഹായം അനുവദിച്ച **ഡോ. സരിത. ആർ. എൽ** (ഡയറക്ടർ ഓഫ് ഹെൽത്ത് സർവ്വീസസ്, കേരള), **ഡോ. ബിപിൻ കെ. ഗോപാൽ** (സ്റ്റേറ്റ് നോഡൽ ഓഫീസർ, നോൺ കമ്മ്യൂണിക്കബിൾ ഡിസീസസ് -NCD) എന്നിവർക്കും എന്റെ വിനീതമായ നന്ദി അറിയിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

പക്ഷാഘാത ലക്ഷണങ്ങളും ചികിത്സയും ലഘുവായി മനസ്സിലാകുന്ന രീതിയിൽ അവതരിപ്പിച്ച **ഡോ. അരുൺ കെ.** അവർകൾക്ക് നന്ദി അറിയിക്കുന്നു. ഈ പുസ്തകത്തിന് വേണ്ട ആശയങ്ങൾ നൽകിയിട്ടുള്ള **ശ്രീമതി. ലൈസകുമാർ, ശ്രീമതി. മഞ്ചു. പി. മോഹൻ, ശ്രീമതി. വിപിന. വി. പി, ശ്രീമതി. ലീന തോമസ്** എന്നിവർക്കും എന്റെ നന്ദി അറിയിക്കുന്നു.

ഈ പുസ്തകത്തിന്റെ സാക്ഷാത്ക്കാരത്തിനായി സഹായിച്ചിട്ടുള്ള **ഡോ. വിഷ്ണു രഞ്ജിത്ത്, ശ്രീമതി. ശ്രീലക്ഷ്മി, ശ്രീമതി. സുജി. ആർ. വി** എന്നിവർക്കും എന്റെ നന്ദി അറിയിക്കുന്നു.

എന്ന്,

ശ്രീ. ശിവസമ്പത്ത്. എസ്
റിസർച്ച് കോർഡിനേറ്റർ

ഉള്ളടക്കം

1.	പക്ഷാഘാതം:ലക്ഷണങ്ങളും ചികിത്സയും	5
2.	പക്ഷാഘാത രോഗികളെ പരിചരിക്കുമ്പോൾ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ	14
3.	പക്ഷാഘാതമുണ്ടായ രോഗികളിൽ ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതിനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്	22
4.	പക്ഷാഘാതമുണ്ടായ രോഗികളിൽ കണ്ടുവരുന്ന ആശയവിനിമയ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ	31
5.	പക്ഷാഘാതരോഗികൾക്കുള്ള ഫിസിയോ തെറാപ്പി	39
6.	പക്ഷാഘാത രോഗികൾക്കുള്ള ഭക്ഷണ ക്രമം	52
7.	ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ പക്ഷാഘാത രോഗികളെ സന്ദർശിക്കുമ്പോൾ നിരീക്ഷിക്കേണ്ടവ	57

പക്ഷാഘാതം : ലക്ഷണങ്ങളും ചികിത്സയും

ഡോ. ശൈലജ പി.എൻ, ഡോ. അരുൺ കെ

ക്യാൻസറും ഹൃദ്രോഗവും കഴിഞ്ഞാൽ ലോകത്ത് ജനങ്ങളുടെ ജീവൻ അപഹരിക്കുന്ന ഏറ്റവും വലിയ ആരോഗ്യപ്രശ്നമാണ് സ്ട്രോക്ക് അഥവാ ബ്രയിൻ അറ്റാക്ക് അഥവാ മസ്തിഷ്കാഘാതം എന്നീ പേരുകളിൽ അറിയപ്പെടുന്ന പക്ഷാഘാതം. ഹൃദയാഘാതം പോലെ തന്നെ അതിവേഗം ചികിത്സ ലഭിക്കേണ്ട അതീവ ഗുരുതര മായ ഒരവസ്ഥയാണ് സ്ട്രോക്ക്. 2009ൽ ശ്രീ ചിത്തിര തിരുനാൾ ഇൻസ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടിൽ നടത്തിയ പഠനത്തിന്റെ കണക്കുകൾ പ്രകാരം ഒരു ലക്ഷത്തിൽ 135 പേർക്ക് സ്ട്രോക്ക് ഉണ്ടാകുന്നു, 28 ദിവസത്തിനകം 27.2% പേർക്ക് മരണം സംഭവിക്കുന്നു. എന്നാൽ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ കൃത്യ സമയത്ത് മനസ്സിലാക്കി, ശരിയായ ചികിത്സയെടുക്കുവാൻ സാധിച്ചാൽ ഒരു പരിധിവരെ സ്ട്രോക്ക് മൂലം ഉണ്ടാകുന്ന വൈകല്യ ത്തെയും മരണത്തെയും നമുക്ക് ഫലപ്രദമായി ഒഴിവാക്കുവാൻ സാധിക്കും.

എന്താണ് സ്ട്രോക്ക് ?

തലച്ചോറിലെ കേന്ദ്രങ്ങൾക്ക് പ്രവർത്തിക്കുവാൻ പ്രാണവാ യുവും ഗ്ലൂക്കോസും അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്. അതിന് തലച്ചോറി ലേക്ക് തടസ്സമില്ലാതെ രക്തപ്രവാഹം വളരെ അത്യാവശ്യമാണ്. ഈ രക്തപ്രവാഹത്തിന് ഏതെങ്കിലും തരത്തിൽ തടസ്സം നേരിടുമ്പോൾ മസ്തിഷ്ക കോശങ്ങൾക്ക് നാശം സംഭവിക്കുന്നു. തൻമൂലം മസ്തി ഷ്കത്തിന്റെ പ്രവർത്തനം പെട്ടെന്ന് നിലച്ചുപോവുകയോ, മന്ദീഭവി ക്കുകയോ ചെയ്യുന്നു. രക്തപ്രവാഹം നിലച്ചുകഴിഞ്ഞാൽ ഏതാനും നിമിഷങ്ങൾക്കകം നാഡീകോശങ്ങൾക്ക് നാശം സംഭവിച്ചു തുടങ്ങും.

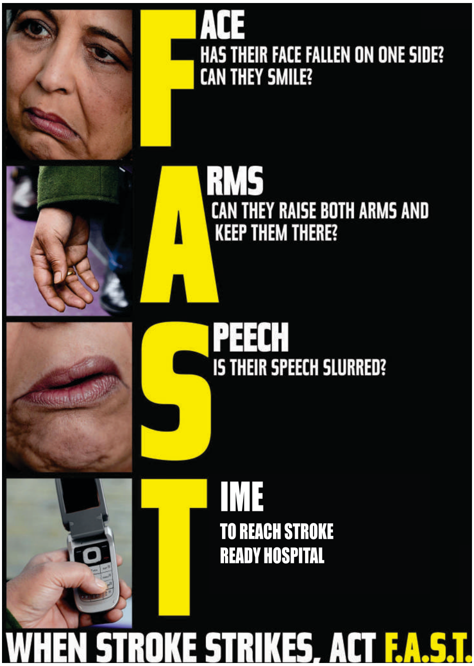
അതുകൊണ്ടു തന്നെ എത്രയും വേഗത്തിൽ സ്ട്രോക്കിനുള്ള ചികിത്സ ആരംഭിക്കേണ്ടതാണ് .

പക്ഷാഘാതത്തിന് പ്രത്യേകിച്ച് പ്രായ-ലിംഗ ഭേദങ്ങളൊന്നുമില്ലെങ്കിലും, പുരുഷന്മാരിലാണ് ഇത് കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്നത്. എന്നാൽ അതിന്റെ തീവ്രത സ്ത്രീകളിലാണ് കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്നത്. പ്രായം കൂടുന്നതിനനുസരിച്ച് സ്ട്രോക്ക് സാധ്യതയും വർധിക്കുന്നു. 50 മുതൽ 70 വയസ്സ് വരെയുള്ളവരിലാണ് സ്ട്രോക്ക് കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്നത് എന്ന് പഠനങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുന്നു. പാശ്ചാത്യ രാജ്യങ്ങളിലെ കണക്കുകളുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ ഇന്ത്യയിൽ 50 വയസ്സിനു താഴെ സ്ട്രോക്ക് ഉണ്ടാകുന്നവരുടെ എണ്ണം കൂടുതലാണ്. ഇതിനു പുറമെ യുവതീയുവാക്കളിലും, കുഞ്ഞുങ്ങളിലും വരെ സ്ട്രോക്ക് കാണപ്പെടുന്നു.

സ്ട്രോക്കിന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ

സ്ട്രോക്കിന്റെ പ്രാരംഭലക്ഷണങ്ങൾ കൃത്യമായി തിരിച്ചറിയുവാൻ കഴിഞ്ഞാൽ മാത്രമേ അടിയന്തിര ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കുവാൻ സാധിക്കുകയുള്ളൂ. മസ്തിഷ്കത്തിന്റെ ഏതു ഭാഗത്താണോ രക്തപ്രവാഹം നിലയ്ക്കുന്നത്, അതിനനുസരിച്ച് സ്ട്രോക്കിന്റെ ലക്ഷണങ്ങളും വ്യത്യാസപ്പെട്ടിരിക്കും. എന്നിരുന്നാലും ചില പൊതുവായ ലക്ഷണങ്ങൾ വച്ച് സ്ട്രോക്കിന്റെ മുന്നറിയിപ്പുകൾ അതിവേഗം മനസ്സിലാക്കാവുന്നതാണ്. പെട്ടെന്നുള്ള സംസാരശേഷി നഷ്ടപ്പെടുക അല്ലെങ്കിൽ സംസാരം കുഴഞ്ഞുപോവുക, ഒരുവശത്തുള്ള കൈകാലുകൾക്ക് ബലക്കുറവ് ഉണ്ടാവുക, കാഴ്ച മങ്ങുകയോ ഇരട്ടയായി കാണുകയോ ചെയ്യുക, മുഖം ഒരു വശത്തേക്ക് കോടിപ്പോവുക, നടക്കുമ്പോൾ

ബാലൻസ് ചെയ്യാനുള്ള കഴിവ് പെട്ടെന്ന് നഷ്ടപ്പെടുക, തീവ്രമായ തലവേദന എന്നിവയെല്ലാം സ്ട്രോക്കിന്റെ ലക്ഷണങ്ങളാണ്. സ്ട്രോക്കിന്റെ ലക്ഷണങ്ങളെ എളുപ്പത്തിൽ ഓർത്തിരിക്കുവാൻ വേണ്ടി രൂപം നൽകിയ ഒരു പ്രയോഗമാണ് ഫാസ്റ്റ് (FAST).



ചിത്രം 1.1 സ്ട്രോക്കിന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ

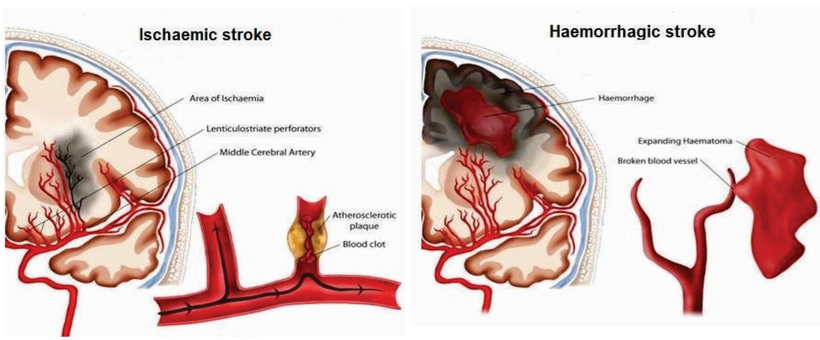
ഫാസ്റ്റ് (FAST)

- മുഖം (Face)- നന്നായി ചിരിക്കുവാൻ പറയുക, സ്ട്രോക്ക് ഉണ്ടെങ്കിൽ മുഖം ഒരു വശത്തേക്ക് കോടിപ്പോകും.
- **കൈകൾ** (Arms)- കൈ ഉയർത്തുവാൻ പറയുക. സ്ട്രോക്ക് ഉണ്ടെങ്കിൽ ബലക്കുറവുകാരണം കൈ താഴേക്ക് ഊർന്നു പോകും.

- **സംസാരം** (Speech)- സംസാരിക്കുവാൻ പറയുക. സംസാരിക്കുവാൻ സാധിക്കാതെ വരികയോ, സംസാരം കുഴഞ്ഞു പോവുകയോ ചെയ്യും.
- **സമയം** (Time)- മുകളിൽ പറഞ്ഞ ലക്ഷണങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ വേഗത്തിൽ രോഗിയെ ആശുപത്രിയിൽ എത്തിക്കുക.

സ്ട്രോക്ക് പലതരം

മസ്തിഷ്കത്തിലേക്കുള്ള രക്തപ്രവാഹം കുറയുകയോ തടസ്സപ്പെടുകയോ ചെയ്യുന്നത് പ്രധാനമായും രണ്ടു കാരണങ്ങൾ കൊണ്ടാണ്. ഒന്നാമതായി ധമനികൾ തടസ്സപ്പെടുന്നതും, മറ്റൊന്ന് ധമനികൾ പൊട്ടുന്നതുമാണ്. ഈ കാരണങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ സ്ട്രോക്ക് പൊതുവെ രണ്ടായി തരംതിരിക്കാം. ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്ക് (Ischaemic) എന്നും ഹെമെറാജിക് സ്ട്രോക്ക് (Haemorrhagic) എന്നും.



ചിത്രം 1.2 സ്ട്രോക്കിന്റെ രണ്ട് തരങ്ങൾ- ഇസ്കീമിക്, ഹെമറാജിക്

- **ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്ക്** - ലോകത്ത് ആകെ സംഭവിക്കുന്ന സ്ട്രോക്കുകളിൽ 80 മുതൽ 85 ശതമാനവും ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്കാണ്. മസ്തിഷ്കത്തിലേക്കുള്ള ധമനികൾ ചുരുങ്ങു കയോ തടസ്സപ്പെടുകയോ ചെയ്യുന്നതു മൂലം രക്ത പ്രവാഹം വലിയതോതിൽ കുറയുന്നതാണ് ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്ക് ഉണ്ടാ കുന്നതിന് കാരണം.
- **ഹെമറാജിക് സ്ട്രോക്ക്** - മസ്തിഷ്കത്തിലെ രക്തക്കുഴലുകൾ പൊട്ടി രക്തസ്രാവമുണ്ടാകുന്നതിനെ തുടർന്നുണ്ടാകുന്ന സ്ട്രോക്കാണ് ഇത്. അമിത രക്ത സമ്മർദ്ദമാണ് ഭൂരിഭാഗം ഹെമ റാജിക് സ്ട്രോക്കിനും കാരണം. മറ്റു കാരണങ്ങൾ ആർറ്റീരിയോ വീനസ് മാൽ ഫോർമേഷൻ, അന്യൂറിസം എന്നിവയാണ്.

ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്ക് പലതരത്തിലുണ്ട്

1. **ലാർജ്ജ് ആർട്ടറി അത്തറോസ്ക്ലീറോസിസ്** (Large artery atherosclerosis) മസ്തിഷ്കത്തിലേക്ക് രക്തം എത്തിക്കുന്ന താരതമ്യേന വലിയ രക്തക്കുഴലിൽ ചുരുക്കമോ, തടസ്സമോ നേരി ടുന്നു. ഇത്തരം തടസ്സം ഉണ്ടാകാനുള്ള പ്രധാന കാരണം ധമനിക ളിലെ അന്തർ ഭാഗങ്ങളിൽ കൊഴുപ്പ് അടിഞ്ഞുകൂടി പ്ലേക്ക് രൂപ പ്പെടുന്നതാണ്.
2. **സ്മാൾ വെസ്സൽ ഡിസീസ്/ലാക്കുണാർ സ്ട്രോക്ക്** (Small vessel disease/ Lacunar stroke) ചെറിയ രക്തക്കുഴലുകളിൽ തടസ്സം ഉണ്ടായി രക്തപ്രവാഹം നിലക്കുന്ന സ്ട്രോക്കുകളെ യാണ് സ്മോൾ വെസ്സൽ ഡിസീസ് എന്നു പറയുന്നത്. ഇത്തര ത്തിലുള്ള സ്ട്രോക്ക് പ്രധാനമായും കാണപ്പെടുന്നത് രക്ത

സമ്മർദ്ദവും രക്തത്തിലെ പഞ്ചസാരയുടെ അളവും വളരെ അധി കമായി ഉള്ളവരിലാണ്.

3. **കാർഡിയോ എംബോളിക് സ്ട്രോക്ക്** (Cardioembolic stroke)

മസ്തിഷ്കത്തിൽ നിന്നകലെ മറ്റേതെങ്കിലും ശരീരഭാഗത്ത് രക്ത ക്കട്ടയോ പ്ലേക്കോ രൂപപ്പെട്ട് അത് രക്തപ്രവാഹത്തിലൂടെ സഞ്ച രിച്ച് മസ്തിഷ്കത്തിലെ ധമനികളിലെത്തി തടസ്സം ഉണ്ടാക്കുന്നു. ഹൃദ്രോഗികളിലും, ഹൃദയതാള പ്രശ്നം (ഏട്രിയൽ ഫിബ്രി ലേഷൻ) ഉള്ളവരിലുമാണ് ഇത്തരം സ്ട്രോക്കിന് സാധ്യത കൂടുതൽ.

മിനിസ്ട്രോക്ക് (Mini Stroke)

സ്ട്രോക്കിന് സമാനമായ ലക്ഷണങ്ങൾ താൽക്കാലികമായി അനുഭവപ്പെടുന്ന അവസ്ഥയാണിത്. ലക്ഷണങ്ങൾ മാറിയാലും ഇത്ത രക്കാർ അടിയന്തിരമായി ചികിത്സ തേടണം. കാരണം ഇത്തരത്തി ലുള്ള ചെറിയ സ്ട്രോക്കുകൾ വരുന്നവരിൽ 3 മാസത്തിനകം 10%-15% പേരിൽ വലിയ സ്ട്രോക്ക് വരാം. ഇത്തരം രോഗികളിൽ അടിയന്തിര ചികിത്സ എടുക്കുന്നതു വഴി 80% പേരിലും വലിയ സ്ട്രോക്ക് വരു ന്നത് തടയുവാൻ ആകും.

കാരണങ്ങൾ

സ്ട്രോക്കിലേക്ക് നയിക്കുന്ന കാരണങ്ങളെ പ്രധാനമായും രണ്ടായി തരംതിരിക്കാം. നമുക്ക് നിയന്ത്രിക്കാനാവാത്തവയും, നിയ ന്ത്രിക്കാനാവുന്നവയും.

രക്താധിസമ്മർദ്ദം, പ്രമേഹം, പുകവലി, കൊളസ്ട്രോൾ, അമി

തഭാരം, വ്യായാമം ഇല്ലായ്മ എന്നിവയാണ് നമുക്ക് നിയന്ത്രിക്കാനാവുന്ന ഘടകങ്ങൾ. പ്രായം, പാരമ്പര്യം, ലിംഗം എന്നിവ നിയന്ത്രിക്കാനാവാത്തവയും.

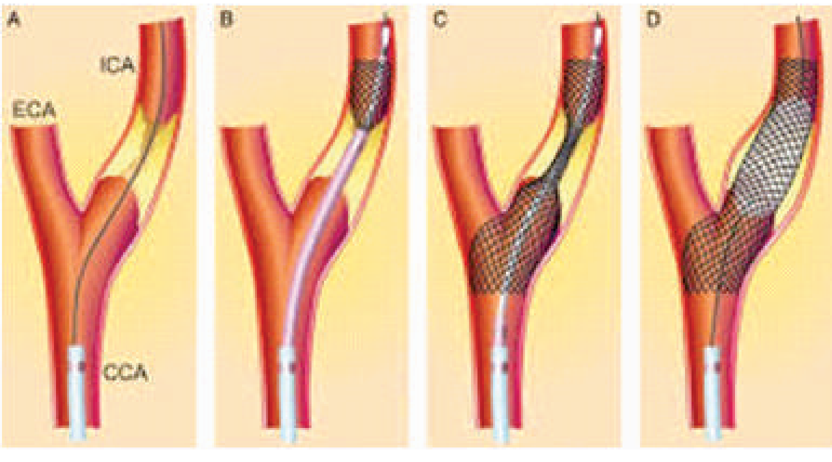
ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്കിനുള്ള അതിവേഗ ചികിത്സ

ഒരാൾക്ക് മസ്തിഷ്കാഘാതം സംഭവിച്ചയുടനെ അടിയന്തിര ചികിത്സ ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്. ആദ്യത്തെ നാലര മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ ചികിത്സ നേടിയാൽ സ്ട്രോക്ക് മൂലമുണ്ടാകുന്ന വൈകല്യങ്ങൾ ഒരു പരിധിവരെ ഒഴിവാക്കാനാകും. അടിയന്തര കുത്തിവയ്പ്പിലൂടെ ധമനിയിൽ തടസ്സമുണ്ടാക്കിയ രക്തക്കട്ടയെ അലിയിച്ചുക്കളഞ്ഞ് രക്തപ്രവാഹം പുനഃസ്ഥാപിക്കുക എന്നതാണ് ചെയ്യാൻ കഴിയുന്ന ചികിത്സ. ഈ ചികിത്സയെ ത്രോമ്പോലൈസിസ് എന്നു പറയുന്നു. ടിഷ്യൂ പ്ലാസ്മിനോജൻ ആക്ടിവേറ്റർ (tPA- tissue plasminogen activator) ആണ് രക്തക്കട്ട അലിയിക്കുവാൻ ഉപയോഗിക്കുന്നത്.

ചിത്രം 1.3 മെക്കാനിക്കൽ ത്രോമ്പെക്റ്റമി- സോളിറ്റയർ ഉപയോഗിച്ച് രക്തക്കട്ട നീക്കം ചെയ്യുന്ന ചികിത്സാ രീതി

ഇതിനുപുറമെ തലച്ചോറിലെ രക്തധമനിയിലുണ്ടായ രക്തക്കട്ടയെ പുറത്തേക്ക് എടുത്തുക്കളയുന്ന മറ്റൊരു ചികിത്സയാണ് മെക്കാനിക്കൽ ത്രോമ്പെക്റ്റമി (Mechanical Thrombectomy). ഈ ചികിത്സ ആദ്യത്തെ 6 മണിക്കൂർ വരെ രോഗിക്ക് നൽകാവുന്നതാണ്.

ഈ രണ്ടു ചികിത്സക്കും മുൻപായി സ്ട്രോക്ക് സ്ഥിരീകരിക്കുന്നതിനും, രോഗിക്ക് മേൽപ്പറഞ്ഞ ചികിത്സ പ്രയോജനപ്പെടുമോ എന്ന് തീരുമാനിക്കുന്നതിനും രോഗിക്ക് ഒരു സി റ്റി സ്കാൻ എടുക്കേണ്ടത് അനിവാര്യമാണ്. അതുകൊണ്ടുതന്നെ സ്ട്രോക്കിന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടുതുടങ്ങുമ്പോൾ തന്നെ ഏറ്റവും അടുത്ത സി റ്റി സ്കാൻ സൗകര്യമുള്ള ഒരു ആശുപത്രിയിൽ മാത്രമേ രോഗിയെ എത്തിക്കുവാൻ പാടുള്ളൂ. അല്ലെങ്കിൽ വിലയേറിയ സമയം നഷ്ടപ്പെടുന്നതു കാരണം തലച്ചോറിലെ കൂടുതൽ കോശങ്ങൾ നശിക്കുകയും സ്ട്രോക്കിന്റെ തീവ്രത വർദ്ധിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതാണ്.



ചിത്രം 1.4 കരോട്ടിഡ് സ്റ്റെൻഡിംഗ്

കഴുത്തിലെ പ്രധാന രക്തധമനികളിലെ തടസ്സം കാരണം സ്ട്രോക്കുണ്ടാകുവാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. അതിനാൽ ഇത്തരത്തിലുള്ള രോഗികളെ അതിവേഗം കണ്ടെത്തുകയും രക്തധമനികളിലെ തടസ്സം മാറ്റുന്നതിനുള്ള കാരോട്ടിഡ് എന്റാർട്രക്ടമി സർജറി (Carotid endartectomy)/ കരോട്ടിഡ് സ്റ്റെൻഡിംഗ് (Carotid stenting) എന്നിവയ്ക്ക് വിധേയമാക്കേണ്ടതുമാണ്.

ആന്റിപ്ലേറ്റ്ലറ്റ് മരുന്നുകൾ (ആസ്പിരിൻ, ക്ലോപ്പിഡോഗ്രൽ, സ്റ്റാറ്റിൻസ്) 10%-15% വരെ രോഗികളിൽ വീണ്ടും സ്ട്രോക്ക് വരുന്നത് തടയുമെന്ന് പഠനങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുന്നു. ഈ മരുന്നുകൾ ആജീവനാന്തം സ്ട്രോക്ക് രോഗികൾ കഴിക്കേണ്ടതാണ്. ഒരിക്കൽ സ്ട്രോക്ക് വന്ന രോഗിക്ക്, വീണ്ടും സ്ട്രോക്ക് ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യത ആദ്യത്തെ ഒരു വർഷത്തിൽ 11%വും 5 വർഷത്തിൽ ഏകദേശം 25%വും ആണ്.

പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടവ

അമിത രക്ത സമ്മർദ്ദം, പ്രമേഹം, പുകവലി, അമിത കൊളസ്ട്രോൾ, വ്യായാമം ഇല്ലായ്മ, അമിതവണ്ണം, മദ്യപാനം ഇവ പ്രധാന അപകട സാധ്യതാഘടകങ്ങളാണ്. അതുകൊണ്ട് തന്നെ മസ്തിഷ്കാഘാതത്തെ പ്രതിരോധിക്കാനുള്ള ഏറ്റവും സ്വീകാര്യമായ മാർഗ്ഗം ഈ അവസ്ഥകളെ നിയന്ത്രിക്കുക എന്നതാണ്.

പക്ഷാഘാത രോഗികളെ പരിചരിക്കുമ്പോൾ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ

ശ്രീമതി. ലൈസ കുമാർ

പക്ഷാഘാത രോഗികളിൽ മൂന്നിൽ രണ്ടുഭാഗം രോഗികളും ജീവിതത്തിലേക്ക് തിരിച്ചുവരാറുണ്ട്. അവരെ ശരിയായ വിധത്തിൽ പരിചരിച്ചാൽ മാത്രമേ അവർക്ക് ദൈനംദിനചര്യകൾ വേണ്ടവിധത്തിൽ ചെയ്യുവാനുള്ള പ്രാപ്തി കൈവരിക്കുവാൻ സാധിക്കുകയുള്ളു. റീഹാബിലിറ്റഷൻ എന്നതുകൊണ്ട് ഈ രോഗികളുടെ അസുഖം പൂർണ്ണമായും ഭേദമാകുമെന്നോ, തലച്ചോറിലെ നശിച്ചുപോയ കോശങ്ങളെ പൂർവ്വസ്ഥിതിയിൽ ആക്കുവാൻ പറ്റുമെന്നോ അർത്ഥമില്ല.

ശാരീരികവും മാനസികവുമായ കഴിവുകളെ, റീഹാബിലിറ്റേഷൻ കൊണ്ട് ഒരളവുവരെയോ, പൂർണ്ണമായോ തിരിച്ചുകൊണ്ടുവരുവാൻ സാധിക്കും. പക്ഷാഘാതം സംഭവിച്ച ഒരു രോഗിക്ക് എത്രയും വേഗം റീഹാബിലിറ്റേഷൻ ആരംഭിക്കണം. സാധാണ ഗതിയിൽ 24 മുതൽ 48 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ തന്നെ റീഹാബിലിറ്റേഷൻ ആരംഭിക്കുന്നതാണ്. കട്ടിലിൽ സ്വയം ചരിഞ്ഞ് കിടക്കുകയോ, മറ്റൊരാൾ തിരിച്ചുകിടത്തുകയോ, കട്ടിലിൽ എഴുന്നേറ്റിരിക്കുകയോ, കസേരയിലേയ്ക്ക് എടുത്തിരുത്തുകയോ തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങൾ രോഗിയുടെ ശാരീരികാവസ്ഥ അനുസരിച്ച് ആരംഭിക്കേണ്ടതാണ്.

ഒരു രോഗിക്ക് സ്വയം എന്തെല്ലാം കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യുവാൻ കഴിയുമോ അതെല്ലാം അവർ സ്വയം ചെയ്യേണ്ടതാണ്. പക്ഷാഘാതത്താൽ ബലക്കുറവ് സംഭവിച്ച അവയവങ്ങൾകൊണ്ട് ചെയ്യുവാൻ പറ്റുന്നതു

പോലെ ദൈനംദിനചര്യകൾ ചെയ്യുവാൻ രോഗിയെ പ്രോത്സാഹിപ്പി ക്കേണ്ടതാണ്. കുളിക്കുക, പല്ലുതേയ്ക്കുക, ശുചിമുറി ഉപയോഗി ക്കുക എന്നിവ സ്വയം ചെയ്യുവാൻ രോഗിയെ പ്രാപ്തരാക്കുക.

എന്തൊക്കെ കഴിവുകളാണ് പക്ഷാഘാതം മൂലം നഷ്ടപ്പെടുക എന്ന് നോക്കാം.

1. ശരീരത്തിന്റെ ഒരു വശം തളർന്നു പോകുന്നു.
2. സംസാരശേഷി നഷ്ടമാകുകയോ മറ്റുള്ളവർ സംസാരിക്കു ന്നത് മനസ്സിലാകാതെ വരുകയോ ചെയ്യുന്നു.
3. ആലോചനശേഷിയും, ഗ്രഹണ ശേഷിയും നഷ്ടമാകുന്നു.
4. ശരീരാവയവങ്ങളുടെ ബാലൻസ് നഷ്ടമാകുന്നു.
5. സ്പർശന ശേഷിയിൽ വ്യത്യാസം വരുന്നു.
6. വൈകാരികത നഷ്ടമാകുകയോ, ശരിയായ രീതിയിൽ പ്രകടി പ്പിക്കാൻ കഴിയാതെ വരുകയോ ചെയ്യുന്നു.

ഒരു പക്ഷാഘാത രോഗി പൂർണ്ണമായും അസുഖം ഭേദമായി നടന്നു തുടങ്ങുന്നതുവരെ ആശുപത്രിയിൽ കിടക്കേണ്ടതില്ല. അതി നാൽ രോഗിയെ വീട്ടിൽ പരിചരിക്കുന്നവർ, അവരെ എങ്ങനെ വീട്ടിൽ പരിചരിക്കണം എന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിരിക്കണം. ഒരു സമ്പൂർണ്ണ പക്ഷാ ാത രോഗീപരിചരണ കേന്ദ്രം രോഗികളുടെ ബന്ധുക്കളെ (പരി ചരിക്കുന്നവരെ) ഇതെല്ലാം പഠിപ്പിച്ചു കൊടുക്കുന്നതാണ്. അതിന്റെ പ്രാധാന്യം ബന്ധുക്കൾ നന്നായി മനസ്സിലാക്കിയിരിക്കണം. രോഗിയെ പരിചരിക്കുന്നതിന്റെ ഭാഗമായി വീട്ടിലും ചില ഒരുക്കങ്ങൾ ചെയ്യേ ണ്ടതായി വരും.

പ്രധാനമായും മനസ്സിലാക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ

പക്ഷാഘാതം വന്ന രോഗികളെ വീണ്ടും ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കാതിരിക്കാനുള്ള കരുതൽ- (ന്യൂമോണിയ, ശയ്യാവലം ബിയായ രോഗികളുടെ ദേഹ വൃണങ്ങൾ, സമീകൃതാഹാരത്തിന്റെ കുറവുകൊണ്ടുണ്ടാകുന്ന ആരോഗ്യക്കുറവ് തുടങ്ങിയവ വരാതിരി ക്കുവാൻ ശ്രദ്ധിക്കണം)

ശാരീരിക ശുചിത്വം

1. രോഗികൾ എല്ലാ ദിവസവും കുളിക്കണം/കുളിപ്പിക്കണം. സ്വയം കുളിക്കുവാൻ സാധിക്കാത്ത രോഗികളുടെ ശരീരം സോപ്പും വെള്ളവും ഉപയോഗിച്ചു രണ്ടു നേരം തുടച്ചു കൊടുക്കണം.

2. ഗുഹ്യഭാഗങ്ങൾ മലമൂത്ര വിസർജനത്തിനു ശേഷം സോപ്പും വെള്ളവും ഉപയോഗിച്ച് വൃത്തിയാക്കി ഈർപ്പം തുടച്ചുമാറ്റണം.

3. ശയ്യാവലംബിയായ രോഗികൾക്ക് വ്രണങ്ങൾ വരുവാൻ സാധ്യതയുള്ള ഭാഗങ്ങൾ പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കണം.

4. തലയുടെ പുറകുവശം, ചെവികൾ, കൈപ്പലക (Scapula) ഇടുപ്പിന്റെ രണ്ടുവശം, നട്ടെല്ലിന്റെ ഏറ്റവും താഴെയുള്ള ഭാഗം, കാൽമുട്ടുകൾ, കണങ്കാലുകൾ, ഉപ്പൂറ്റി തുടങ്ങിയ ശരീരഭാഗങ്ങൾ പ്രത്യേകം കരുതൽ ആവശ്യമുള്ള ഭാഗ ങ്ങളാണ്.

5. രണ്ടുമണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് ഈ രോഗികളെ തിരിച്ചു കിട ത്തണം. മുകളിൽ പറഞ്ഞ ശരീര ഭാഗങ്ങളെ ഏതെങ്കിലും ബോഡി ലോഷൻ ഉപയോഗിച്ച് വൃത്താകൃതിയിൽ തടവണം.

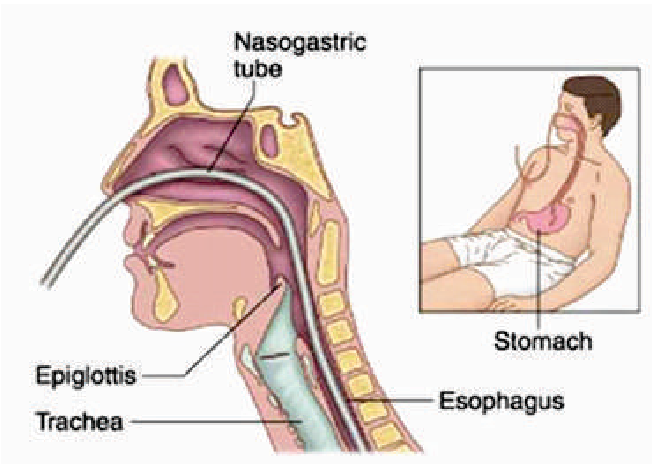
6. രോഗികളുടെ കിടക്കവിരികൾ വൃത്തിയുള്ളതും, ചുളിവുകൾ ഇല്ലാത്തതുമായിരിക്കണം.

7. സ്വന്തമായി പല്ലുതേയ്ക്കുവാൻ സാധിക്കാത്തവർക്ക് പരിചരിക്കുന്നവർ രണ്ടു നേരം പല്ലുതേച്ച് കൊടുക്കേണ്ടതാണ്.

8. വെള്ളം വായിൽ കൊണ്ട് ഗാർഗിൾ ചെയ്യുവാൻ സാധിക്കാത്ത രോഗികൾക്ക് ചെറുനാരങ്ങനീരും ഉപ്പും ചേർത്ത് വായ തുടച്ചുകൊടുക്കണം. ഇങ്ങനെ ചെയ്യുമ്പോൾ വായിലെ ഉമിനീരിന്റെ അളവു കൂടുന്നതുമൂലം അണുബാധ, വായ്നാറ്റം എന്നിവ തടയാവുന്നതാണ്.

ട്യൂബ് ഫീഡിംഗ് (Nasogastric tube feeding)

വായിലൂടെ ഭക്ഷണം കഴിക്കുവാൻ സാധിക്കാത്ത രോഗികൾക്ക് ഒരു കൃത്രിമകുഴൽ മൂക്കിലൂടെ തൊണ്ടവഴി ആമാശയത്തിലെത്തിച്ചതിനു ശേഷം, അതുവഴി ഭക്ഷണ പദാർത്ഥങ്ങൾ, മരുന്ന് എന്നിവ നൽകുന്ന രീതിയാണ് ട്യൂബ് ഫീഡിംഗ്.



ചിത്രം 2.1 കൃത്രിമകുഴൽ മൂക്കിലൂടെ തൊണ്ടവഴി ആമാശയത്തിലേക്ക്

ട്യൂബ് ഫീഡിംഗിന് പരിചരിക്കുന്ന വ്യക്തി ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ–

- രോഗിയെ കസേരയിലോ ബെഡിലോ തലയണയുടെ സഹായത്താൽ ഉയർത്തി ഇരുത്തിയതിനുശേഷം മാത്രം ഭക്ഷണം നൽകുക.
- ട്യൂബിന്റെ സ്ഥാനം ഉറപ്പുവരുത്തുവാൻ ഒരു സിറിഞ്ച് ഘടിപ്പിച്ച ശേഷം പിസ്റ്റൺ പിറകോട്ട് വലിച്ചു നോക്കുക. സിറിഞ്ചിനുള്ളിൽ ആഹാര പദാർത്ഥങ്ങൾ, ആമാശയദ്രവങ്ങൾ ഇവയിലേതെങ്കിലും കാണുകയാണെങ്കിൽ ട്യൂബിന്റെ സ്ഥാനം ശരിയാണെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്താം. സിറിഞ്ച് ഉപയോഗിച്ച് വലിക്കുമ്പോൾ നേരത്തേ നൽകിയ ഭക്ഷണം അതേപടി വരുകയോ മഞ്ഞയോ, പച്ചയോ കലർന്ന ദ്രാവകം 100 മില്ലിയിൽ കൂടുതലോ വരുകയാണെങ്കിൽ അത് ദഹനക്കേട് കാരണമായിരിക്കും എന്ന് മനസ്സിലാക്കേണ്ടതാണ്. ഒരു മണിക്കൂർ കൂടി കാത്തിരുന്നശേഷം വീണ്ടും നോക്കുക.
- സിറിഞ്ച് ഉപയോഗിച്ച് വലിച്ചു നോക്കുമ്പോൾ ചുവപ്പ് നിറത്തിലോ കറുപ്പു നിറത്തിലോ ഉള്ള നിറ വ്യത്യാസം കാണുകയാണെങ്കിൽ ഒരു ഡോക്ടറുടെ നിർദേശം തേടേണ്ടതാണ്.
- ട്യൂബ് മൂക്കിൽ ഉറപ്പിച്ചിരിക്കുന്നത് ഒരു പ്ലാസ്റ്ററിന്റെ സഹായത്തിലാണ്. അത് ഇളകാതെ സൂക്ഷിക്കണം. ട്യൂബിന്റെ അഗ്രം അടയാളപ്പെടുത്തി വയ്ക്കുന്നതും ഉത്തമമാണ്.
- ട്യൂബിന് ഇളക്കം തട്ടിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അടുത്തുള്ള ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും നിർദ്ദേശം തേടിയതിനു ശേഷം മാത്രം ഭക്ഷണം കൊടുക്കുക.

മരുന്നുകൾ കൃത്യമായും കഴിക്കുക

- ഡോക്ടർ നിർദ്ദേശിച്ചിരിക്കുന്ന മരുന്നുകൾ മുടങ്ങാതെ കഴിക്കണം. കൃത്യസമയത്ത് കൊടുക്കുവാനും ശ്രദ്ധിക്കണം.

ചിത്രം 2.2 മരുന്നകൾ മുടങ്ങാതെ കഴിക്കണം

- മരുന്നിന്റെ അളവിൽ വ്യത്യാസം വരുത്തുന്നത് ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശാനുസരണം മാത്രമേ പാടുള്ളു.
- രക്തസമ്മർദ്ദം, പ്രമേഹം തുടങ്ങിയ രോഗമുള്ളവർ അതിന്റെ പരിശോധന കൃത്യമായ ഇടവേളകളിൽ നടത്തേണ്ടതാണ്.
- മാസത്തിൽ ഒരു തവണയെങ്കിലും പരിശോധിക്കുക. അത് ഒരു ബുക്കിൽ എഴുതിവയ്ക്കുക.
- രക്തം കട്ടപിടിക്കാതിരിക്കാനുള്ള മരുന്നുകൾ (Warfarin/ Acitrom) കഴിക്കുന്നവർ PT/INR പരിശോധിച്ച്, പരിശോധനാ ഫലം രേഖപ്പെടുത്തിവയ്ക്കേണ്ടതാണ്. ഡോക്ടറുടെ

നിർദ്ദേശപ്രകാരം മാത്രം മരുന്നിന്റെ അളവുകൾ കൂട്ടുകയോ കുറയ്ക്കുകയോ ചെയ്യുക. ഈ രേഖകൾ യാത്ര ചെയ്യുമ്പോഴും മറ്റും കൈവശം കരുതുക. (അവരവരുടെ INR target എത്രയാണെന്ന് സ്വയം അറിഞ്ഞിരിക്കുക. Target ൽ നിന്നും INR കുറഞ്ഞുപോയാൽ തലച്ചോറിൽ രക്തം കട്ടപിടിച്ച് ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്ക് ഉണ്ടാകാം. Target ൽ നിന്നും INR കൂടുകയാണെങ്കിൽ തലച്ചോറിൽ ബ്ലീഡിംഗ് ഉണ്ടാകാം. രണ്ടും മാരകമായ അവസ്ഥയാണെന്ന് തിരിച്ചറിയുക. രക്തം കട്ടപിടിക്കാതിരിക്കുവാനുള്ള മരുന്നുകൾ കഴിക്കുന്നവർ മുറിവുകൾ ഉണ്ടാകാതെ ശ്രദ്ധിക്കണം. മറ്റുള്ള അസുഖങ്ങൾക്കായി ഡോക്ടറെ സന്ദർശിക്കുന്ന വേളയിൽ ഇത്തരം മരുന്നുകൾ കഴിക്കുന്ന വിവരം പറയേണ്ടതാണ്.

മൂത്രം പോകാൻ വേണ്ടി ട്യൂബ് ഇട്ടിരിക്കുന്ന രോഗികളെ പരിചരിക്കുന്ന വ്യക്തി ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ–

സാധാരണഗതിയിൽ പക്ഷാഘാത രോഗികൾക്ക് മൂത്രം പോകാനായി ട്യൂബ് ഇടാറില്ല. അഥവാ ട്യൂബ് ഇടേണ്ടിവന്നിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ധാരാളം വെള്ളം കുടിക്കണം ബാഗിലുള്ള മൂത്രത്തിന്റെ അളവു കുറയുകയോ മൂത്രത്തിന് നിറവ്യത്യാസം ഉണ്ടാവുകയോ ചെയ്താൽ ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.

മൂത്രാശയത്തിൽ അണുബാധ ഉണ്ടാകാതിരിക്കുവാൻ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ

1. ബാഗ് തറയിൽ മുട്ടിനിൽക്കാതെ സൂക്ഷിക്കണം.

ചിത്രം 2.3 ബാഗ് തറയിൽ മുട്ടരുത്

2. ട്യൂബ്, ബാഗുമായി ബന്ധിപ്പിക്കുന്ന ഭാഗം വിട്ടുപോകാതെ നോക്കണം.

3. ട്യൂബ് മൂത്രനാളത്തിൽ നിന്നും വലിയാതെ ശ്രദ്ധിക്കണം. (ചിലപ്പോൾ രക്തസ്രാവം ഉണ്ടായേക്കാം) ട്യൂബ് വലിയാതെ പ്ലാസ്ററർ ഉപയോഗിച്ച് സ്ത്രീകളുടെ തുടയിലും പുരുഷ ന്മാരുടെ പുക്കിളിന് തൊട്ടുതാഴെയും ഒട്ടിക്കണം.

4. രണ്ടു നേരമെങ്കിലും സോപ്പും വെള്ളവും ഉപയോഗിച്ച് ഗുഹ്യ ഭാഗം വൃത്തിയാക്കണം.

5. ബാഗ് തുറന്നു കിടക്കുവാൻ പാടില്ല.

6. കിടപ്പിലായ രോഗികളുടെ കട്ടിലിനു താഴെയായി കത്തിറ്റർ ബാഗ് തൂക്കിയിടാവുന്നതാണ്. യാതൊരു കാരണവശാലും ഇത് കട്ടിലിന് മുകളിലേക്ക് ഉയർത്തിപ്പിടിക്കുവാൻ പാടുള്ള തല്ല. എന്തെന്നാൽ ഇത് മൂത്രാശയ അണുബാധക്ക് കാരണമാ യേക്കാം.

7. ബാഗ് 2/3 ഭാഗം നിറയുമ്പോൾ ബാഗ് തുറന്ന് മൂത്രം മാറ്റണം.

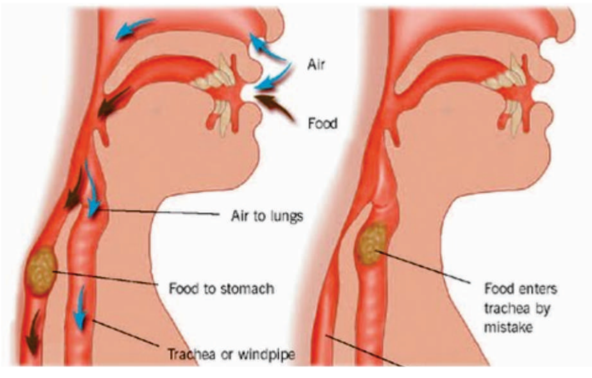
സ്നേഹ പൂർണ്ണമായ പെരുമാറ്റവും ക്ഷമാപൂർവ്വമായ പരിചര ണവും കൊണ്ടു പക്ഷാഘാത രോഗികളെ സ്വയം പര്യാപ്തതയിലേക്ക് തിരിച്ചു കൊണ്ടുവരാവുന്നതാണ്. രോഗിയെ പരിചരിക്കുന്നവരും മാനസികവും ശാരീരികവുമായ ആരോഗ്യം പുലർത്തേണ്ടത് അത്യാ വശ്യമാണ്.

പക്ഷാഘാതമുണ്ടായ രോഗികളിൽ ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതി നുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്

ശ്രീമതി. മഞ്ചു പി. മോഹൻ

പക്ഷാഘാതം വരുന്ന പകുതിയിലധികം രോഗികളിലും ഭക്ഷണം ഇറക്കുന്നതിനും, വെള്ളം/ദ്രാവക രൂപത്തിലുള്ളവ കുടിക്കു ന്നതിനും ബുദ്ധിമുട്ട് ഉണ്ടാകുന്നതായി കാണാം. ഇത്തരം രോഗിക ളിൽ തൊണ്ടയിലെ പേശികൾ ശരിയായി പ്രവർത്തിക്കാത്തതിനാ ലാണ് ഇത് സംഭവിക്കുന്നത്. ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതിനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട് ചില അവസരങ്ങളിൽ ശ്വാസകോശ അണുബാധയ്ക്ക് കാരണമാകു ന്നു. ഭക്ഷണം ഇറക്കുന്നതിനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ടിനെ ഡിസ്ഫേജിയ (Dysphagia) എന്നു പറയുന്നു.

സാധാരണഗതിയിലുള്ള ഭക്ഷണം വിഴുങ്ങൽ പ്രക്രിയയുടെ രീതി–



ചിത്രം 3.1 സാധാരണഗതിയിലുള്ള ഭക്ഷണം വിഴുങ്ങൽ
ചിത്രം 3.2 ഡിസ്ഫേജിയ

നമ്മുടെ തൊണ്ടയിൽ രണ്ടുവഴികളാണുള്ളത്. ഒന്ന്–ശ്വാസ കോശത്തിലേക്ക് വായു കടന്നു പോകുന്നത്. രണ്ട്– അന്നനാളങ്ങളി

ലൂടെ ഭക്ഷണം ആമാശയിലെത്തുന്നത്. നമ്മൾ ഭക്ഷണം വിഴുങ്ങുന്ന സമയത്ത് സ്വാഭാവികമായ ചലനത്തിലൂടെ വായു പ്രവേശിക്കുന്ന വഴി അടയുകയും, തന്മൂലം ഭക്ഷണം/വെള്ളം അന്നനാളത്തിലേക്ക് കടക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇങ്ങനെ അടയുന്നതിന് താമസം നേരിടുമ്പോഴാണ് ശ്വാസനാളങ്ങളിൽ ഭക്ഷണമെത്തി ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടാകുന്നതും ഇത് ന്യൂമോണിയ പോലെയുള്ള അണുബാധയുണ്ടാകുന്നതിനുവരെ കാരണമാകുന്നതും.

ഡിസ്ഫേജിയയുടെ ലക്ഷണങ്ങൾ

1. ഭക്ഷണം കഴിക്കുകയോ, കുടിക്കുകയോ, ചെയ്യുമ്പോൾ അതിനിടയിൽ ചുമയ്ക്കുക.
2. തൊണ്ടയിൽ ഭക്ഷണം ഒട്ടിപ്പിടിച്ചത് പോലെ തോന്നുക.
3. ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതും കുടിക്കുന്നതും വളരെ സാവധാനത്തിലാവുക.
4. വായിൽ നിന്നും അറിയാതെ ഭക്ഷണം താഴെ വീഴുകയോ കടവായിലൂടെ പുറത്തേക്ക് ഒഴുകുകയോ ചെയ്യുക.
5. കഴിക്കുമ്പോഴോ കുടിക്കുമ്പോഴോ തൊണ്ടയിൽ ഗാർഗിൾ ചെയ്യുന്ന പോലെ ശബ്ദം ഉണ്ടാവുക
6. വായുടെ ഒരു വശത്തായി സ്പർശനമറിയാതെ ഭക്ഷണം അവശേഷിക്കുക.
7. ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതിനും കുടിക്കുന്നതിനുമിടയിൽ തൊണ്ട വൃത്തിയാക്കണം എന്ന തോന്നലുണ്ടാവുക.
8. മൂക്കിലൂടെ ആഹാരം പുറത്തേക്കു വരിക.

9. ഓരോ തവണയും വായിൽ വയ്ക്കുന്ന ഭക്ഷണം ഒന്നിൽ കൂടുതൽ തവണയായി വിഴുങ്ങുക.
10. വായുടെ ഒരു വശത്തായി ഭക്ഷണം അവശേഷിക്കുന്നത് തിരിച്ചറിയാതിരിക്കുക.
11. ന്യൂമോണിയ/നെഞ്ചിന്റെ അണുബാധ ആവർത്തിച്ചുണ്ടാവുക.
12. സ്വയം ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്ന രീതിയിൽ വ്യത്യാസം ഉണ്ടാവുക.
13. മരുന്നുകൾ വിഴുങ്ങുന്നതിന് പ്രയാസമുണ്ടാവുക.

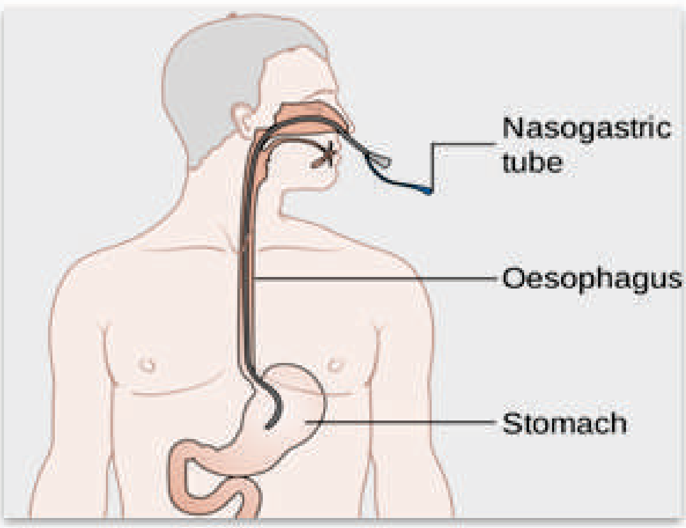
എന്തുകൊണ്ടാണ് ഡിസ്ഫേജിയ അപകടകരമാകുന്നത്.

അന്നനാളത്തിലേക്കല്ലാതെ ശ്വാസനാളത്തിലേക്ക് ഭക്ഷണമോ മറ്റ് ആഹാര പദാർഥങ്ങളോ എത്തിയാൽ അണുബാധ ഉണ്ടായി ന്യൂമോണിയ പോലെയുള്ള ഗുരുതരമായ അവസ്ഥയ്ക്ക് കാരണമാകുന്നു. ഇപ്രകാരം ബുദ്ധിമുട്ടനുഭവിക്കുന്ന രോഗികൾ അവർക്കാവശ്യമായ ആഹാരമോ വെള്ളമോ കഴിക്കാതിരിക്കുന്നത് ശരീരത്തിന്റെ തൂക്കക്കുറവിനും ശരീരിത്തിന്റെ ജലാംശം നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനും കാരണമാകാം. ഇങ്ങനെയുള്ള അവസ്ഥയിൽ ആഹാര രീതികളിൽ ചിലപ്പോൾ മാറ്റം വരുത്തേണ്ടതായി വരും.

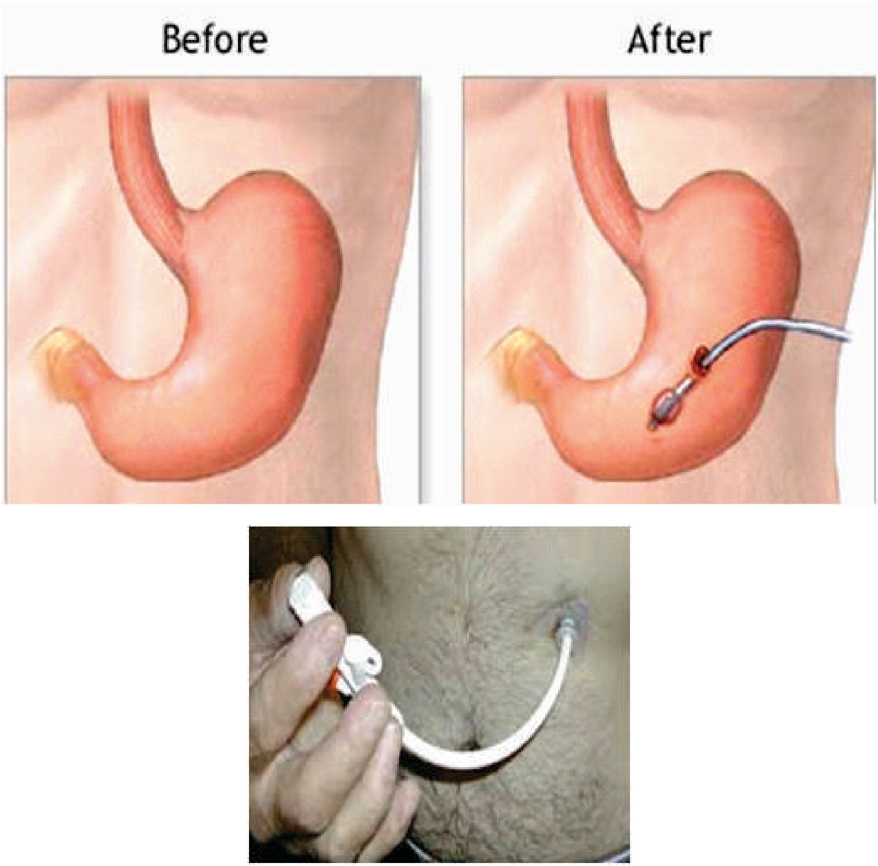
ഡിസ്ഫേജിയ പരിചരണം

രോഗിക്ക് ഭക്ഷണം വിഴുങ്ങുന്നതിനുള്ള കഴിവിനെ ഒരു സ്പീച്ച്തെറാപ്പിസ്റ്റ് നന്നായി വിശകലനം ചെയ്ത് വായിലൂടെ ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതിനും കുടിക്കുന്നതിനും കഴിയുന്നുണ്ടോ എന്ന്

വിലയിരുത്തും. ഡിസ്ഫേജിയ ലക്ഷണങ്ങൾ കണ്ടു കഴിഞ്ഞാൽ മൂക്കിലൂടെ തൊണ്ടവഴി ആമാശയത്തിലെത്തുന്ന വിധത്തിൽ ട്യൂബിട്ട് ഭക്ഷണം നൽകുന്നതാവും ഉചിതവും സുരക്ഷിതവുമായ മാർഗ്ഗം. ഇത് രോഗികൾ വിഴുങ്ങുന്നതിനുള്ള ശേഷി വീണ്ടെടുക്കുന്നതുവരെയുള്ള താത്കാലിക മാർഗ്ഗമായി കാണാവുന്നതാണ്. ഭൂരിഭാഗം ഡിസ്ഫേജിയ രോഗികളും 7 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ തന്നെ ഈ അവസ്ഥയിൽ നിന്നും സുഖം പ്രാപിക്കുന്നതായി കാണാമെന്നിരുന്നാലും 11 മുതൽ 13% വരെ രോഗികളിൽ ആറു മാസം വരെ കാലതാമസം ഉണ്ടാകുന്നതായി കാണാറുണ്ട്. എന്നാൽ വിഴുങ്ങുന്നതിനുള്ള ശേഷി വീണ്ടെടുക്കുവാൻ ഒരു മാസത്തിലധികം താമസം നേരിടുന്ന രോഗികൾക്കു വയറിന്റെ ഭിത്തിയിൽ ചെറിയ ദ്വാരമുണ്ടാക്കി നേരിട്ട് ആമാശയത്തിലേക്ക് ഭക്ഷണം എത്തിക്കുന്നതിനുള്ള ആയാസരഹിതമായ പെഗ്ഗ് ട്യൂബ് (Percutaneous gastrostomy feeding tubes or PEG) ഉപയോഗിക്കാം .



ചിത്രം 3.2 മൂക്കിലൂടെ തൊണ്ടവഴി ആമാശയത്തിലേക്കുള്ള ട്യൂബ്



**ചിത്രം 3.3 പെർക്യൂട്ടേനിയസ് ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റോമി–
ആമാശയത്തിലേക്ക് ഭക്ഷണം നൽകുവാൻ നേരിട്ടുള്ള ട്യൂബ്**

വീഡിയോ ഫ്ളൂറോസ്കോപിക് (Videofluroscopic swallow) സ്വാളോ എന്ന പഠനമാണ് ഡിസ്ഫേജിയ നിർണ്ണയിക്കുന്നതിനുള്ള പരിശോധന. ഇതിനായി ബേരിയം പൗഡർ പുരട്ടിയ ഭക്ഷണത്തിന്റെ ഉരുള രോഗിയെക്കൊണ്ടു കഴിപ്പിച്ച് അത് ഉപകരണത്തിന്റെ സഹായ ത്തോടെ വിശകലനം ചെയ്യുന്നു. മൂന്നാഴ്ചയിലധികം ഡിസ്ഫേജിയ നിലനിൽക്കുന്ന രോഗികളിലാണ് ഈ പരിശോധന നടത്തുന്നത്.

ഡിസ്ഫേജിയ പരിചരിക്കുന്നതിനായി സ്പീച്ച്തെറാപ്പിസ്റ്റും രോഗിയുടെ ഡോക്ടറും ഒരുമിച്ച് പ്രവർത്തിക്കുന്നതാണ് അഭികാമ്യം. ഇവർക്കൊപ്പം ഡയറ്റീഷ്യൻ, നഴ്സ്, രോഗിയുടെ കുടുംബാംഗം തുടങ്ങിയവരുടെ സംയോജിച്ചുള്ള പ്രവർത്തനം അത്യാവശ്യമാണ്.

രോഗീപരിചരണം വ്യക്തി അധിഷ്ഠിതമായി തന്നെ ക്രമീകരിക്കേണ്ടതിന് രോഗിയുടെ രോഗാവസ്ഥയുടെ വിശദമായ വിശകലനം, മറ്റു ക്ലിനിക്കൽ പരിശോധനകൾ, രോഗാവസ്ഥയുടെ രൂപീകരണം എന്നിവ വ്യക്തമായി അടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തിയതാവണം. ഡിസ്ഫേജിയ പരിചരണം എന്നത് പ്രധാനമായും ലക്ഷ്യമാക്കുന്നത് ശ്വാസനാളം തടസ്സപ്പെടുന്നത് ഒഴിവാക്കുക, ശ്വാസകോശത്തിൽ ആഹാര പദാർത്ഥങ്ങളോ പാനീയങ്ങളോ എത്തുന്നത് ഒഴിവാക്കുക, കൃത്യമായ പോഷക ലഭ്യതയുറപ്പാക്കുക എന്നിവയ്ക്കു പുറമേ ജീവിത നിലവാരം ഗുണമേന്മയുള്ളതാക്കി മാറ്റുക എന്നതാണ്.

- **ഡിസ്ഫേജിയ പരിചരണത്തിൽ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട ഘടകങ്ങൾ**

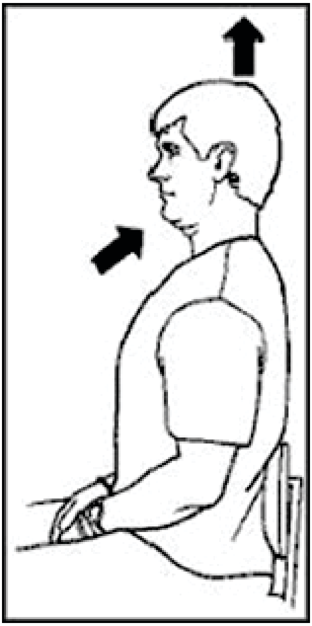
  വായയുടെ ശുചിത്വം ഉറപ്പാക്കുക.

ഇത്തരം രോഗികൾക്ക് വായയുടെ ശുചിത്വം വളരെ കുറവായാണ് കാണപ്പെടുന്നത്. പ്രത്യേകിച്ചും പ്രായമായ രോഗികൾക്കു സ്വന്തമായി വൃത്തിയാക്കുന്നതിനും മറ്റും ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടാവുന്നതിനാൽ വായുടെ ശുചിത്വം പരിപാലിച്ചില്ലെങ്കിൽ ന്യൂമോണിയ പോലെയുള്ള അണുബാധകൾ ഉണ്ടാകുവാൻ സാധ്യത ഉണ്ട്.

- ഭക്ഷണത്തിന്റെ സാന്ദ്രത നിയന്ത്രിക്കുക.
- ഭക്ഷണം കഴിപ്പിക്കുന്നതിനായി പറഞ്ഞു തന്നിരിക്കുന്ന മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിക്കുക.
- തുടർച്ചയായുള്ള കൗൺസിലിംഗും ആരോഗ്യ അവബോധവും നൽകുക.

ആയാസ രഹിതവും സുരക്ഷിതവുമായ ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതിനുള്ള ഉപായങ്ങൾ

- പൂർണ്ണ ബോധത്തോടെ/ഉണർവ്വോടെ ഇരിക്കുമ്പോൾ മാത്രം ഭക്ഷണം കഴിക്കുകയോ, കുടിക്കുകയോ ചെയ്യുക.
- നിവർന്നിരുന്ന് തലചെറുതായി മുന്നോട്ടാഞ്ഞ് ഇരുത്തുകയോ, തലയണയോ മറ്റും ഉപയോഗിച്ച് താങ്ങിയിരുത്തിയും മാത്രം ഭക്ഷണം കഴിപ്പിക്കുക.



ചിത്രം 3.4 ഭക്ഷണം നൽകുമ്പോൾ രോഗിയെ നിവർത്തിയിരുത്തി നൽകുക

- സ്വയം ഭക്ഷണം കഴിക്കാനാവാത്ത രോഗിക്ക് അവരുടെ നേരെ മുൻവശത്തിരുന്നു മാത്രമേ ഭക്ഷണം നൽകാവൂ.
- ഭക്ഷണത്തിനു മുൻപും ശേഷവും വായ വൃത്തിയാക്കുവാൻ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാണ്.

- ചെറിയ അളവിൽ കഴിക്കുന്നതിനും കുടിക്കുന്നതിനും പ്രേരിപ്പിക്കുക.
- സാവധാനത്തിലും ആസ്വദിച്ചും ഭക്ഷണം കഴിക്കുക.
- ആദ്യ തവണത്തെ ഭക്ഷണം കഴിച്ച് ഇറക്കിയതിനു ശേഷം മാത്രമേ രണ്ടാമത്തെ ആവർത്തി ഭക്ഷണം വായിൽ വയ്ക്കുന്നു എന്നത് ഉറപ്പാക്കേണ്ടതാണ്.
- തൊണ്ടക്കുഴിയുടെ ചലനം ശ്രദ്ധിക്കുന്നതിലൂടെ ഭക്ഷണം വിഴുങ്ങിയോ എന്ന് ഉറപ്പ് വരുത്തുക.
- ആഹാരം കഴിച്ചതിനു ശേഷം 20-30 മിനിറ്റുവരെ നിവർന്ന് ഇരിക്കുക.
- റോഡിയോ, ടെലിവിഷൻ എന്നിവ ആഹാര വേളയിൽ ഓഫ് ചെയ്യുക.
- ആഹാര വേളയിൽ സംസാരം കഴിയുന്നതും ഒഴിവാക്കുക.
- സ്വയം കഴിക്കുന്നതിനും കുടിക്കുന്നതിനും സഹായകമാം വിധം ഭക്ഷണവും പാത്രങ്ങളും ക്രമീകരിക്കുന്നത് നല്ലതാണ്.
- സ്ട്രോക്ക് രോഗികൾക്ക് കുടിക്കുവാനായി സ്ട്രാ ഉപയോഗിക്കുവാൻ പാടില്ല.

ചിത്രം 3.5 സ്ട്രാ ഉപയോഗിക്കരുത്

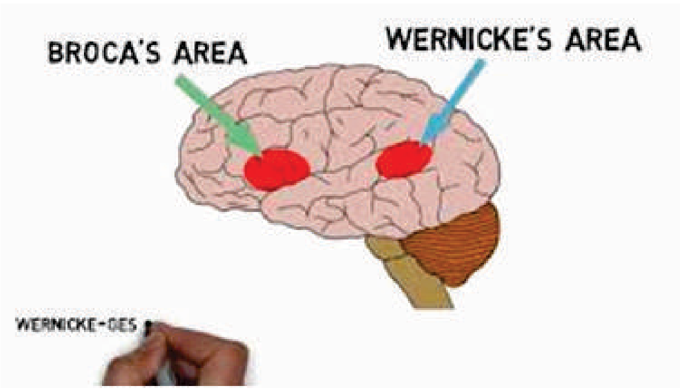
- സ്ട്രോക്ക് രോഗികൾക്ക് വെള്ളം കുടിക്കുവാൻ നൽകുമ്പോൾ ഗ്ലാസ്സിൽ നൽകുന്നതിന് പകരം സ്പൂൺ ഉപയോഗിച്ച് നൽകുന്നതാണ് ഉത്തമം.

ചിത്രം 3.6 ഗ്ലാസ്സിൽ വെള്ളം നൽകരുത്

പക്ഷാഘാതമുണ്ടായ രോഗികളിൽ കണ്ടുവരുന്ന ആശയ വിനിമയ ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ

ശ്രീമതി. വിപിന വി.പി

മസ്തിഷ്കാഘാതം ഉണ്ടായ രോഗികളിൽ ശാരീരിക ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ, ഭക്ഷണം ഇറക്കുന്നതിനുള്ള പ്രയാസം, സ്പർശന ശേഷിയിലുള്ള വ്യത്യാസങ്ങൾ എന്നിവയ്ക്ക് പുറമേ ആശയവിനിമയ ബുദ്ധിമുട്ടുകളും സംസാരിക്കുന്നതിനും ഭാഷ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നതിനും ചില രോഗികളിൽ ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടാകാറുണ്ട്.



ചിത്രം 4.1 തലച്ചോറിൽ സംസാരം നിയന്ത്രിക്കുന്ന ഭാഗം

പക്ഷാഘാതമുള്ള രോഗികളുടെ ഭാഷ സംബന്ധമായ ബുദ്ധിമുട്ടുകളെ അഫേസിയ (Aphasia) എന്ന് പറയുന്നു. ഇതു മൂലം രോഗിക്ക് സംസാരിക്കുവാനും മറ്റുള്ളവരുടെ സംസാരം മനസ്സിലാക്കുവാനും എഴുതുവാനും വായിക്കുവാനുമുള്ള ബുദ്ധിമുട്ടുകൾ ഉണ്ടാകുന്നു. എന്നാൽ ഇത് ബുദ്ധിക്കുറവ് കൊണ്ടോ ബുദ്ധിശേഷി നഷ്ടപ്പെടുന്നതു കാരണമോ വരുന്ന പ്രശ്നമല്ല. രോഗിക്ക് യുക്തിപരമായ ചിന്തകളും അർഥവത്തായ ആശയങ്ങളും ഉണ്ടാവുമെങ്കിലും അവയെ

വാക്കുകളിലൂടെ പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്നതിന് ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടാവുന്നതാണ്.

പക്ഷാഘാതം കാരണം തലച്ചോറിന്റെ ഏത് ഭാഗത്താണോ ക്ഷതം സംഭവിച്ചിരിക്കുന്നത്, അതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ വിവിധതരം അഫേസിയ രോഗികളിൽ കാണപ്പെടുന്നു.

അഫേസിയയുടെ ലക്ഷണങ്ങൾ

- മറ്റുള്ളവർ പറയുന്നത് മനസ്സിലാക്കുവാനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്
- തന്റെ ആശയം പ്രകടിപ്പിക്കുവാനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്.
- സാഹചര്യത്തിനനുയോജ്യമായ വാക്കുകൾ ലഭിക്കാതിരിക്കുക.
- എഴുതുവാനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്.
- വായിക്കുവാനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്.
- ചിത്രങ്ങൾ വരയ്ക്കുന്നതിനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്.
- കണക്ക് കൂട്ടുന്നതിനുള്ള ബുദ്ധിമുട്ട്.

വിവിധതരം അഫേസിയകൾ

1. **ഗ്ലോബൽ അഫേസിയ (Global aphasia)**
    - മനസ്സിലാക്കുന്നതിനും വാക്കുകളും വാചകങ്ങളും രൂപപ്പെടുത്തുന്നതിനുമുള്ള ഗുരുതരമായ ബുദ്ധിമുട്ട്.
2. **ബ്രോകാസ് അഫേസിയ (Brocas aphasia)**
    - താരതമ്യേന ഭേദമാംവിധം വാക്കുകളും വാചകങ്ങളും മനസ്സിലാക്കാനാകുന്നു.
    - പൂർണ്ണ വാചകങ്ങൾ രൂപപ്പെടുത്തുന്നതിൽ വളരെ

ബുദ്ധിമുട്ട് ഉണ്ടാവുന്നു.

3. **വെർണിക്സ് അഫേസിയ (Wernicks aphasia)**

- ഗ്രഹണ ശക്തിക്ക് ഗുരുതരമായ ബുദ്ധിമുട്ട് അനുഭവപ്പെടുന്നത് പ്രകടമാകുന്നു.

4. **അനോമിയ (Anomia)**

- വസ്തുക്കളുടെ ഉപയോഗം തിരിച്ചറിയാമെങ്കിലും പേര് പറയുവാൻ സാധിക്കാതെ വരുന്നു.

അഫേസിയയുടെ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾ

♦ ദേഷ്യം, നിരാശ.

♦ പെട്ടെന്ന് ക്ഷീണിതനോ/ക്ഷീണിതയോ ആകുക.

♦ അമിതമോ അപ്രസക്തമോ ആയ വികാരപ്രകടനങ്ങൾ.

♦ കൃത്യതയോടെയുള്ള നിർദ്ദിഷ്ടവും പ്രവചനാത്മകവുമായ ഒരു പ്രവർത്തനരീതി.

♦ അപരാധചിന്ത, ജാള്യത എന്നീ വികാരങ്ങൾ.

♦ പരാജയഭീതി.

അഫേസിയയിൽ നിന്ന് മോചിതനാവുമോ?

തീർച്ചയായും, അഫേസിയ ഒരു സ്ഥിരമായ അവസ്ഥയല്ല. ചില രോഗികൾ ഒരു ചികിത്സയും ഇല്ലാതെ തന്നെ പൂർണ്ണമായും സുഖം പ്രാപിക്കുന്നതായി കണ്ടുവരാറുണ്ട്. ഇതിന് സ്വമേധയാലുള്ള സൗഖ്യം എന്നു പറയുന്നു.

ചില പക്ഷാഘാത രോഗികളിൽ ഭാഗികമായി ഇപ്രകാരമുള്ള

സൗഖ്യം ഉണ്ടാവുന്നതായി കാണാം. മറ്റു ചില രോഗികൾക്ക് സ്പീച്ച് ലാംഗ്വജ് തെറാപ്പി കൊണ്ട് പ്രശ്നങ്ങൾ തരണം ചെയ്യുവാൻ സാധിക്കും.

ഒരു പക്ഷാഘാതം ഉണ്ടായതിന്റെ ഫലമായി രോഗിക്ക് ഉണ്ടാകാവുന്ന വലിയ വൈകല്യങ്ങളിലൊന്നാണ് അഫേസിയ. പക്ഷാഘാതം മൂലം എത്രമാത്രം തകരാറുണ്ടായിട്ടുണ്ട് എന്നതും, രോഗിയുടെ പ്രായവും ഈ തെറാപ്പിയുടെ വിജയസാധ്യതയെ നിശ്ചയിക്കുന്ന ഘടകങ്ങൾ ആണ്. രോഗിക്ക് വിദ്യാഭ്യാസവും, ആത്മവിശ്വാസവും ഉണ്ടെങ്കിൽ രോഗസൗഖ്യത്തിനുള്ള സാധ്യത കൂടുതലാണ്. അഫേസിയ എന്ന അവസ്ഥ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നത് ശ്രമകരമാണ്, എങ്കിലും സ്പീച്ച് തെറാപ്പിസ്റ്റുമായി ചേർന്ന് പൂർണ്ണ സഹകരണത്തോടെയുള്ള ശ്രമങ്ങളും ശുഭാപ്തിവിശ്വാസവും ഈ അവസ്ഥയിൽ നിന്ന് മുക്തിനേടുന്നതിന് അത്യാവശ്യമാണ്. വളരെ ആത്മവിശ്വാസത്തോടെ ഈ തെറാപ്പിയിലൂടെ പരിശ്രമിച്ച് കഴിവുകൾ വീണ്ടെടുക്കുന്നതിനായി പ്രയത്നിക്കുന്ന നിരവധി രോഗികളെ നമുക്കു ചുറ്റും കാണാവുന്നതാണ്.

അഫേസിയ രോഗികളെ പരിചരിക്കുന്നവർക്കായുള്ള നിർദേശങ്ങൾ

♦ തികച്ചും ഉത്തരവാദിത്തത്തോടുകൂടി വേണം രോഗിയുമായി ആശയവിനിമയം നടത്തുവാൻ. രോഗിക്ക് മനസ്സിലാകാതെ വരുന്ന ഘട്ടങ്ങളിൽ സംഭാഷണങ്ങൾ ലളിതമായി ആവർത്തിച്ച് പറയുന്നത് പ്രയോജനപ്പെടുന്നതാണ്.

♦ രോഗിക്ക് വേണ്ടി സംസാരിക്കാതെ അവർക്ക് സ്വയം സംസാരിക്കുന്നതിന് അവസരം നൽകുക.

- ക്ഷമയോടെ രോഗി പറയുന്നത് കേൾക്കുവാൻ ശ്രദ്ധിയ്ക്കുക.
- സംസാരത്തിന്റെ ഗതി സാവധാനത്തിലാക്കുകയും ലളിതമായ വാക്കുകളും വാചകങ്ങളും ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ശ്രദ്ധിക്കുക.
- സമീപത്ത് ഉണ്ടാകുന്ന ടി വി, റേഡിയോ തുടങ്ങിയവയുടെ പോലെയുള്ള മറ്റു ശബ്ദങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുക.
- ശബ്ദേതര ആംഗ്യങ്ങൾ കഴിവതും ഒഴിവാക്കണം.
- ഒരു വാക്കിന്റെ ആദ്യ ശബ്ദത്തിലൂടെത്തന്നെ വാക്ക്/വാചകം പൂർണ്ണമായും ഉച്ചരിക്കുന്നതിനായി രോഗിയെ പ്രേരിപ്പിക്കുക.
- അഫേസിയ-അവസ്ഥയിൽ സമാനാർത്ഥങ്ങളുള്ള വാക്കുകൾ പലപ്പോഴും ഇടകലർന്ന് ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് സാധ്യതയുണ്ട്.
- അഫേസിയ രോഗികളിൽ പലരും കാര്യങ്ങൾ ഗ്രഹിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടുന്നു എന്നിരുന്നാലും എല്ലാ സംഭാഷണവേളകളിലും അവരെ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നത് നല്ലതായിരിക്കും. എന്നാൽ അധികമാളുകളുടെ കൂട്ടമോ അവരുടെ സംഭാഷണങ്ങളോ ഒഴിവാക്കുന്നതാവും രോഗിക്ക് കൂടുതൽ ഗുണം ചെയ്യുന്നത്.
- രോഗിയുടെ സാന്നിധ്യത്തിൽ അവരുടെ രോഗവസ്ഥ ചർച്ച ചെയ്യുന്നതും പരിതപിക്കുന്നതും ഒഴിവാക്കേണ്ടതാണ്. രോഗി പലപ്പോഴും പ്രതികരിക്കുന്നില്ല എങ്കിലും ഉൾബോധത്തിൽ കാര്യങ്ങൾ അറിയുന്നുണ്ട് എന്നത് ഓർമ്മിക്കേണ്ടതാണ്.
- രോഗിയുടെ കാഴ്ചവലയത്തിനുള്ളിൽ നിന്നുവേണം സംഭാഷണം നടത്തേണ്ടത്.

- സംഭാഷണങ്ങൾക്കായി വാക്കുകൾ സ്വയം കണ്ടെത്തുന്നതിന് രോഗിയെ പ്രേരിപ്പിക്കുക. എന്നാൽ അത് രോഗിക്ക് ശ്രമകര മാണെന്ന് തോന്നുകയാണെങ്കിൽ വാക്കുകൾ പറഞ്ഞു കൊടു ക്കാവുന്നതാണ്.
- ആംഗ്യങ്ങളിലൂടെ രോഗിക്ക് ആശയങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്ന തിന് ശ്രമിക്കാവുന്നതാണ്.
- സ്പീച്ച് തെറാപ്പി സമഗ്രമായി വീട്ടിൽ നൽകാവുന്നതാണ്.
- രോഗിയെ സഹായിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ മനസ്സും ശരീരവും സന്തുലിതാവസ്ഥയിലായിരിക്കേണ്ടത് വളരെ അത്യാവശ്യ മാണ്.
- പരാജയഭീതി സാമൂഹിക ഇടപെടലുകൾക്ക് വിഘാതമു ണ്ടാക്കാം. ഈ അവസ്ഥയിലുള്ളവരുടെ കൂട്ടായ്മകളിൽ ഉൾപ്പെടുന്നതു കൊണ്ടോ സമൂഹമാധ്യമങ്ങളിലുള്ള കൂട്ടായ്മ കളിൽ പങ്കെടുക്കുന്നത് മൂലമോ രോഗിക്ക് ആത്മവിശ്വാസം വീണ്ടെടുക്കുന്നതിന് സഹായകമാകുന്നതാണ്.
- സംസാരിക്കുന്നതിനുള്ള വാക്കുകളെ അക്ഷരങ്ങളായി ക്രമ പ്പെടുത്തുന്നതിന് എഴുതുകയോ അക്ഷരങ്ങളുടെ ബ്ളോക്കു കൾ ഉപയോഗിച്ച്, സ്ക്രബിൾ പോലെയുള്ള കളികളിലൂ ടെയോ പരിശീലിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.

അഫേസിയ രോഗികളുടെ ഭവനപരിചരണം

കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കു തന്നെ വളരെ ലളിതമായ മാർഗ്ഗങ്ങ ളിലൂടെ രോഗിയുമായി സംഭാഷണം നടത്താവുന്നതാണ്.

- ഒറ്റവാക്കിൽ ഉണ്ട്/ഇല്ല എന്നുത്തരം വരുന്ന ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കുക.

ഉദാ: ഈ മുറിയിലെ ലൈറ്റ് കത്തുന്നുണ്ടോ?

രോഗി ഇത്തരം ചോദ്യങ്ങളോട് പ്രതികരിച്ചു കഴിഞ്ഞാൽ ഒരു പടി കൂടി കടന്നുള്ള രീതികളിലേക്ക് കടക്കാം.

ഉദാ. ജൂൺമാസം, മെയ് മാസത്തിന് മുൻപാണോ?

പഴം തൊലികളയുന്നതിനു മുൻപാണോ കഴിക്കുന്നത് ?

- ♦ നിങ്ങൾ ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്ന വസ്തുക്കളോ/ചിത്രങ്ങളോ മനസ്സിലാക്കുക.

  ഉദാ. ഒന്നോ ഒന്നിലധികമോ വസ്തുക്കളോ അവയുടെ ചിത്രങ്ങളോ കാണിച്ച് അവ മനസ്സിലാക്കുന്നതിനായി ശ്രവ്യദൃശ്യ സൂചനകൾ നൽകുക. തുടക്കത്തിൽ ലളിതമായ സൂചനകൾ നൽകുകയും ക്രമേണ അവ ഒഴിവാക്കുകയും ചെയ്യുക. ഇപ്രകാരം വസ്തുക്കളുടെ /ചിത്രങ്ങളുടെ എണ്ണം വർധിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.

- ♦ ക്രമാനുസൃതമായ നിർദ്ദേശങ്ങൾ.

  ഉദാ. കൈ ഉയർത്തൂ, കണ്ണുകൾ അടയ്ക്കു എന്നിങ്ങനെ ലഘുവും ലളിതവുമായ നിർദ്ദേശങ്ങൾ വ്യക്തമായ സൂചനകൾക്കൊപ്പം നൽകുക. ഒരു നിർദേശം പൂർത്തിയാകുന്ന മുറയ്ക്ക് അടുത്തത്, അത് പൂർത്തികരിക്കുമ്പോൾ അടുത്തത് എന്നിങ്ങനെ ക്രമപ്രകാരം നിർദ്ദേശങ്ങൾ നൽകാവുന്നതാണ്.

- ♦ യാന്ത്രികമായ സംസാരം തുടങ്ങുക.

  ഉദാ. 1-5 വരെ തുടർച്ചയായി എണ്ണുക, തുല്യോച്ചാരണപദങ്ങളുള്ള ലഘുകവിതകൾ ചൊല്ലുക, ദേശീയഗാനം, ആഴ്ചയിലെ

ദിനങ്ങൾ, മാസങ്ങൾ എന്നിവ.

- പേരുകൾ കണ്ടുപിടിക്കുന്നത് മെച്ചപ്പെടുത്തുക.
- പരാവർത്തനം സംഭാഷണത്തിലുൾപ്പെടുത്തുക.
- സംഭാഷണദൈർഘ്യവും സങ്കീർണ്ണതയും പരിഷ്കരിക്കുക.
- കമ്പ്യൂട്ടർ സഹായത്തോടെയുള്ള പരിശീലനം. ഭാഷയുടെ ഉപയോഗം മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നതിന് വളരെയധികം പ്രയോജനപ്പെടും.
- ഗുരുതരമായ പെരുമാറ്റവൈകല്യങ്ങൾ പ്രകടിപ്പിക്കുന്ന രോഗികൾക്ക് Augmentative alternative communication എന്ന വർദ്ധിത സംഭാഷണ പരിശീലനത്തിലൂടെ സംഭാഷണവും ആശയവിനിമയ പങ്കാളിത്തവും മെച്ചപ്പെടുത്തിയെടുക്കാവുന്നതാണ്.

പക്ഷാഘാതരോഗികൾക്കുള്ള ഫിസിയോ തെറാപ്പി

ശ്രീ. ശിവ സമ്പത്ത് എസ്

ചലനശേഷിക്ക് ബുദ്ധിമുട്ട് അനുഭവപ്പെടുന്ന പക്ഷാഘാത രോഗികളിൽ ഫിസിയോ തെറാപ്പി അത്യന്താപേക്ഷിതമാണ്. പെട്ടെന്നുണ്ടാകുന്ന കൈകാലുകളുടെ ബലക്കുറവ് ഒരു രോഗിയെ മാനസികമായി വളരെയധികം തളർത്തിയേക്കാം. മസ്തിഷ്കാഘാതം വന്നാൽ തീവ്രപരിചരണ വിഭാഗത്തിലാണ് ചികിത്സയുടെ ആദ്യഘട്ടം. രോഗിയുടെ രക്തസമ്മർദ്ദം, ഹൃദയമിടുപ്പ്, ശ്വാസോച്ഛ്വാസം, രക്തത്തിലെ ഓക്സിജന്റെ അളവ് തുടങ്ങിയവ ക്രമപ്പെട്ടാൽ 12–24 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ ഫിസിയോ തെറാപ്പി ആരംഭിക്കണം.

ഫിസിയോ തെറാപ്പിയുടെ ലക്ഷ്യങ്ങൾ

1. ചെസ്റ്റ് ഫിസിയോ തെറാപ്പിയിലൂടെ കഫക്കെട്ടുണ്ടാകുന്നത് തടയുക.
2. സന്ധികളുടെ ചലനശേഷി വീണ്ടെടുക്കുക.
3. മാംസ പേശികളുടെ സ്വേച്ഛയായുള്ള ചലനങ്ങൾ (Voluntary movements) സാധ്യമാക്കുക.
4. മാംസ പേശികളുടെ ബലം വർദ്ധിപ്പിക്കുക.
5. സ്വതന്ത്രമായുള്ള ചലനശേഷി കൈവരിക്കുക.
6. പരസഹായം കൂടാതെ ദൈനംദിന പ്രവർത്തനങ്ങൾ നിർവഹിക്കുവാൻ ശരീരത്തെയും കൈകാലുകളെയും പ്രാപ്തമാക്കുക.
7. പക്ഷാഘാതത്തിന്റെ അനന്തരഫലമായി തോളെല്ലു വേദന, ഡിസ്‌ലൊക്കേഷൻ എന്നിവ ഉണ്ടാകാതിരിക്കുവാൻ സഹായിക്കുക.

8. പക്ഷാഘാതാനന്തര വീഴ്ചയും അതിനോടനുബന്ധിച്ചുള്ള പാർശ്വഫലങ്ങളും ഒഴിവാക്കുക.

9. ചലിപ്പിക്കാൻ കഴിയാത്ത വിധത്തിൽ മുറുകിപ്പോകുന്ന പേശി കളെ സാധാരണ സ്ഥിതിയിലേക്ക് തിരിച്ചെത്തിക്കുക.

10. പക്ഷാഘാതാനന്തര ഡീപ്പ് വെയിൻ ത്രോമ്പോസിസ് ഉണ്ടാ കാതിരിക്കുവാൻ.

ചെസ്റ്റ് ഫിസിയോ തെറാപ്പി

നെഞ്ചിനുള്ളിൽ കഫം കെട്ടി നിന്നാൽ അണുബാധ ഉണ്ടാകാനിട യുണ്ട്. അതുകാരണം ന്യൂമോണിയ മൂർച്ഛിച്ചാൽ ഗുരുതരാവസ്ഥയിൽ ആവുകയും വെന്റിലേറ്ററിന്റെ സഹായം വേണ്ടിയും വരുന്നു. അതി നാൽ സ്ട്രോക്ക് രോഗികളിൽ ചെസ്റ്റ് ഫിസിയോ തെറാപ്പി നൽകുന്നത് വഴി നെഞ്ചിൽ കഫക്കെട്ടുണ്ടാകുന്നത് ഒരു പരിധിവരെ തടയുവാൻ സാധിക്കും. കൂടുതൽ നാൾ കിടക്കേണ്ടിവരുന്ന രോഗികളെ നിശ്ചിത ഇടവേളകളിൽ എഴുന്നേൽപ്പിച്ചിരുത്തി ശ്വസനേന്ദ്രിയ പേശികൾക്ക് വ്യായാമം നൽകുന്നത് നെഞ്ചിൽ കഫം കെട്ടാനുള്ള സാധ്യത ഇല്ലാ താക്കുന്നു. മാത്രമല്ല ഇതിലൂടെ ശരീരിത്തിനാവശ്യത്തിനുള്ള ഓക് സിജൻ ലഭിക്കുവാനും സഹായിക്കും.

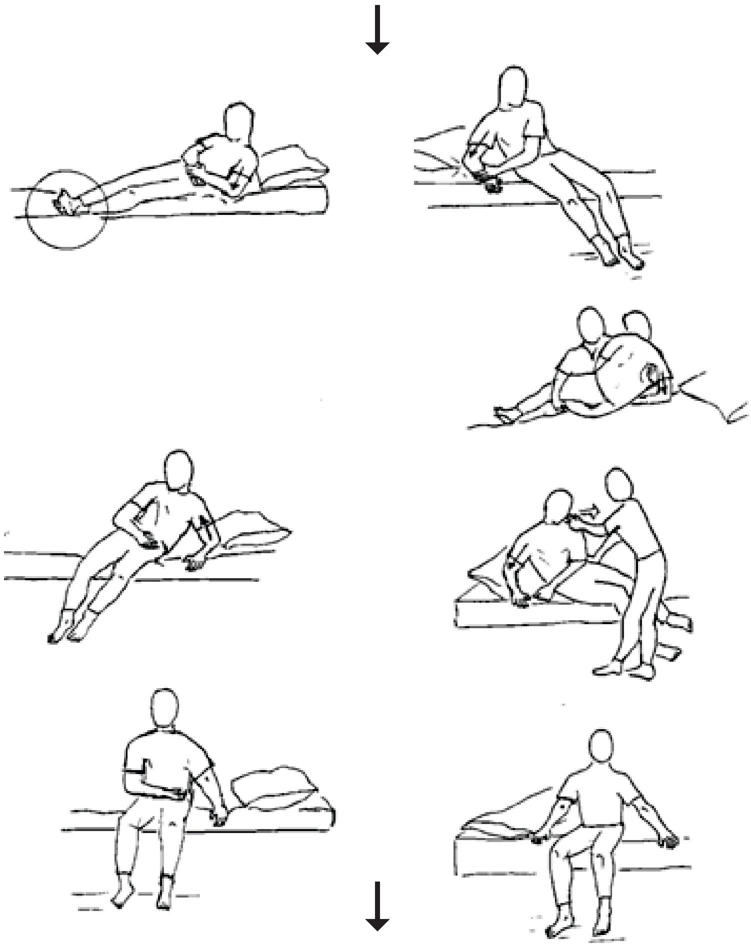
ഏർളി മൊബിലൈസേഷൻ (Early mobilization)

പക്ഷാഘാതം വന്ന രോഗിയുടെ ആരോഗ്യനില മെച്ചപ്പെട്ടാൽ അവരെ കിടക്കയിൽ ചലിപ്പിക്കുവാനും എഴുന്നേറ്റിരിക്കുവാനും പരി ശീലിപ്പിക്കാവുന്നതാണ്. ശരീരത്തിന്റെ ഒരു വശം മാത്രം ബലക്കുറവു ള്ള രോഗികളിൽ ബലക്കുറവില്ലാത്ത എതിർവശമുപയോഗിച്ച് എഴു ന്നേറ്റിരിക്കുവാനും ഇരുത്തുവാനും പരിശീലിപ്പിക്കുന്നതാണ്.

ഇങ്ങനെയുള്ള ഏർളി മൊബിലൈസേഷൻ സ്ട്രോക്ക് പുനഃരധിവാസ ചികിത്സയിൽ സുപ്രധാനമാണ്.

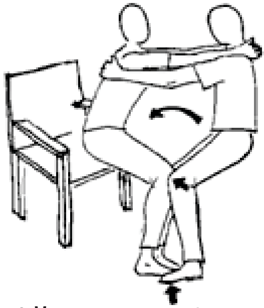
സ്ട്രോക്ക് വന്നതിനുശേഷം ചലനശേഷിയിൽ ഉണ്ടാകുന്ന മാറ്റങ്ങൾ വഴി സ്വതന്ത്രമായി കൈവരിക്കാവുന്ന ഓരോ ഘട്ടങ്ങൾ

കിടക്കയിൽ ചലിക്കുവാൻ സാധിക്കുക



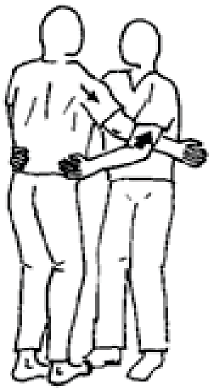
കിടന്നിട്ട് – ഇരിക്കുവാൻ

↓

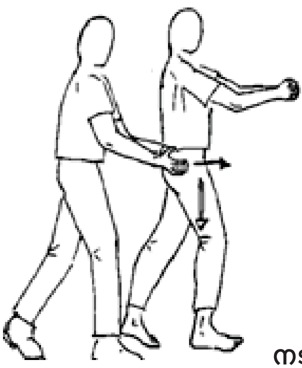


ഇരിന്നിട്ട് എഴുന്നേൽക്കുവാൻ

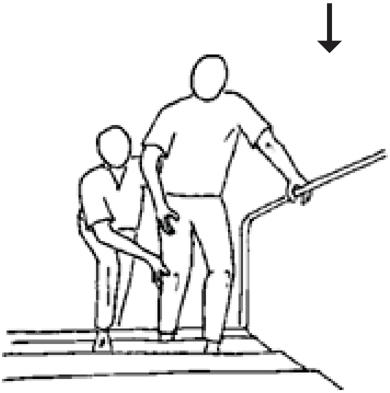
↓



നിൽക്കുവാൻ



നടക്കുവാൻ



പടി കയറുവാൻ, ഇറങ്ങുവാൻ

↓

കൈയുടെ പ്രവർത്തനം

തൊളെല്ല് (ഷോൾഡർ) പരിപാലനം

ബലക്കുറവുള്ള കൈ യാതൊരുകാരണവശാലും പിടിച്ചുവലിക്കുവാൻ പാടില്ല. ബലക്കുറവുള്ള കൈ പിടിച്ചുവലിക്കുന്നത് കാരണം നീരും അസഹനീയമായ വേദനയും രോഗിക്ക് അനുഭവപ്പെടാം. ഇത്തരം രോഗികളിൽ പക്ഷാഘാതം കാരണമുള്ള ചലന ശേഷി വീണ്ടെടുത്താലും വേദന കാരണം രോഗി കൈ ചലിപ്പിക്കാതെയിരിക്കും. ആയതിനാൽ തൊളെല്ലു വേദനയോ, ഡിസ്‌ലൊക്കേഷനോ ഉണ്ടാകാതെ ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടതാണ്. ആദ്യ ഘട്ടങ്ങളിൽ ബലക്കുറവുള്ള കൈക്ക് ഷോൾഡർ സപ്പോർട്ട് ധരിക്കുന്നത് അഭികാമ്യമാണ്. ഷോൾഡർ 90 ഡിഗ്രി വരെ സ്വതന്ത്രമായി ഉയർത്തുവാൻ തക്ക ബലം പേശികൾക്ക് ഉണ്ടാകുന്നതു വരെയും ഷോൾഡർ സപ്പോർട്ട് (ഇരിക്കുമ്പോൾ, നിൽക്കുമ്പോൾ, നടക്കുമ്പോൾ) ധരിക്കേണ്ടതാണ്.

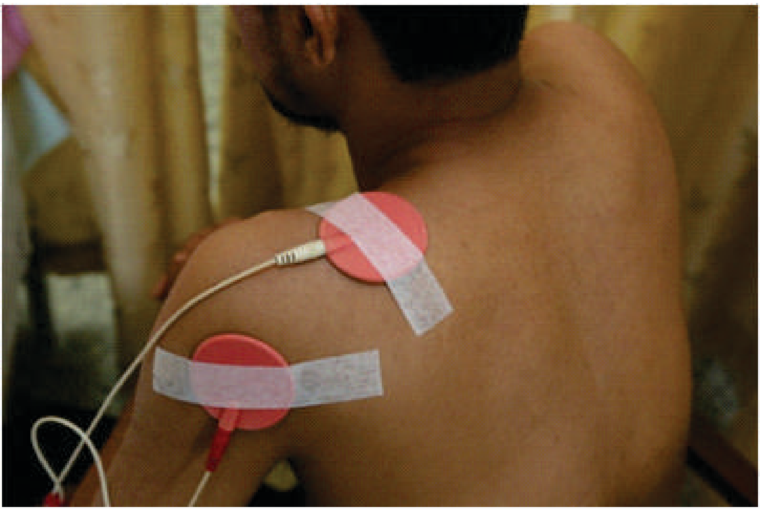
ചിത്രം 5.1 തളർന്ന കൈ പിടിച്ചുവലിക്കരുത് ചിത്രം 5.2 ഷോൾഡർ ബാഗ് ഉപയോഗിക്കരുത്

ചിത്രം 5.3 ഷോൾഡർ സപ്പോർട്ട് ഉപയോഗിക്കുക

ആധുനിക ചികിത്സകൾ

ഫംഗ്ഷണൽ ഇലക്ട്രിക്കൽ സ്റ്റിമുലേഷൻ (Functional Electrical stimulation)

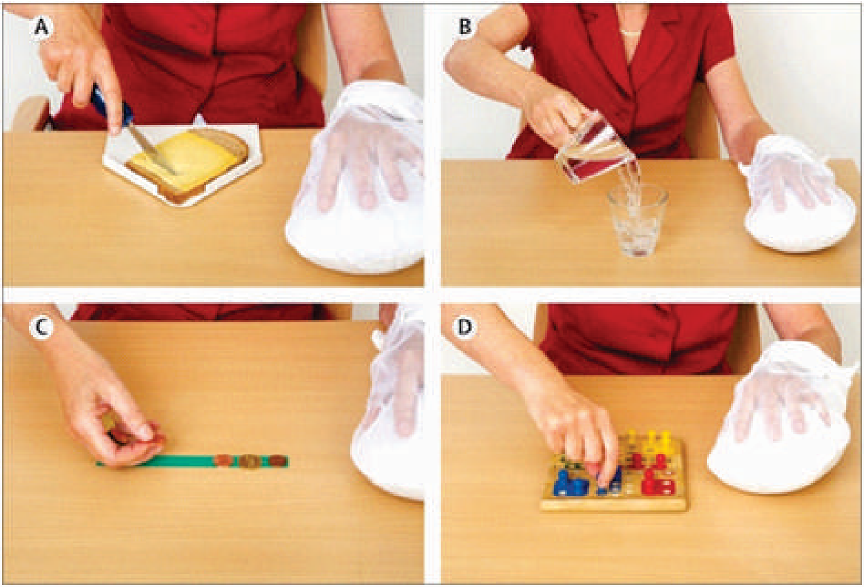
ഫംഗ്ഷണൽ ഇലക്ട്രിക്കൽ സ്റ്റിമുലേഷൻ അഥവാ ഫംഗ്ഷണൽ ന്യൂറോ മസ്ക്കുലാർ സ്റ്റിമുലേഷൻ എന്ന് പറയുന്നത് ഒരു ചികിത്സാരീതിയാണ്. ഇതിൽ പേശികൾ പ്രവർത്തിക്കുമ്പോൾ ഒരു ചെറിയ തോതിൽ വൈദ്യുതി നാഡികളിലൂടെ കടത്തിവിടുകയും അത് പേശികളുടെ പ്രവർത്തനം വർദ്ധിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ ചികിത്സാരീതിയിലൂടെ പേശികളുടെ പ്രവർത്തനം കൂടുതൽ ബലപ്പെടുത്തുകയും തളർന്ന ശരീരഭാഗത്തിന്റെ ശക്തി വർദ്ധിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.



ചിത്രം 5.4 ഫംഗ്ഷണൽ ഇലക്ട്രിക്കൽ സ്റ്റിമുലേഷൻ

കൺസ്ട്രയിൻ ഇൻഡ്യൂസിഡ് മൂവ്മെന്റ് തെറാപ്പി (സി ഐ എം റ്റി)

Constrain Induced Movement Therapy



ചിത്രം 5.5 കൺസ്ട്രയിൻ ഇൻഡ്യൂസിഡ് മൂവ്മെന്റ് തെറാപ്പി

സിഐഎംറ്റി എന്ന പുനരധിവാസ പ്രവർത്തനത്തിലൂടെ ലക്ഷ്യമിടുന്നത് പക്ഷാഘാതം ബാധിച്ച് തളർന്ന കൈകളെ ബലപ്പെടുത്തുക എന്നതാണ്. ഇതിൽ, ബലമുള്ള കൈയുടെ പ്രവർത്തനം പരിമിതപ്പെടുത്തി ബലക്കുറവുള്ള കൈയ്ക്ക് കൂടുതൽ വ്യായാമം നൽകുന്നു. കൈകൾക്ക് ബലക്കുറവുള്ള രോഗികൾ ഇരിക്കുമ്പോഴും നടക്കുമ്പോഴും ബലക്കുറവുള്ള കൈയ്ക്ക് ഒരു Sling അഥവാ താങ്ങ് നൽകേണ്ടതാണ്. വ്യായാമം/ഫിസിയോ ക്രമീകരിക്കുമ്പോൾ ദിവസേന 6 മണിക്കൂർ വീതം നൽകണം. ഇങ്ങനെ 2 മുതൽ 3 ആഴ്ചവരെ നൽകേണ്ടതാണ്. ഇങ്ങനെ ഒരേ ക്രമത്തിൽ കൃത്യമായി ഫിസിയോ നൽകുന്ന

തിന് ഒരുപാട് വെല്ലുവിളികളാണ് മുൻപിലുള്ളത്. സി ഐ എം റ്റി യെ പോലുള്ള മറ്റൊരു പുനരധിവാസ പ്രവർത്തന രീതിയാണ് എം സി ഐ എം റ്റി (MCIMT-Modified Constrain Induced Movement Therapy). ഇതിൽ സിഐഎംറ്റി (CIMT)യെക്കാളും സമയം കുറച്ചുള്ള വ്യായാമ രീതികളാണ് ക്രമീകരിച്ചിരിക്കുന്നത്. ഇങ്ങനെയുള്ള വ്യായാമരീതികളിലൂടെ ലക്ഷ്യമിടുന്നത് ബലക്കുറവുള്ള ഭാഗത്തിന് പ്രാധാന്യം നൽകി തുടർച്ചയായ വ്യായാമങ്ങളിലൂടെ ബലം വർദ്ധിപ്പിക്കുക എന്നതാണ്.

ബൈലാറ്ററൽ മെക്കാനിക്കൽ ട്രെയിനിങ്

ചിത്രം 5.6 മോട്ടോമെഡ് (Motomed) ബൈലാറ്ററൽ മെക്കാനിക്കൽ ട്രെയിനിങ് ഉപകരണം

പ്രത്യേകമായി രൂപകല്പന ചെയ്തിട്ടുള്ള കമ്പ്യൂട്ടറിനു മുൻപിൽ രോഗിയുടെ കൈ സ്ട്രാപ്പ് ചെയ്ത് കമ്പ്യൂട്ടറുമായി ബന്ധിപ്പിക്കുന്നു. സ്ക്രീനിൽ രോഗിയുടെ തളർന്ന കൈ, ബലമുള്ള കൈയുടെ

ശക്തിയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നതായി രോഗിക്ക് സ്വയം കാണാനാവുകയും അതേ ശക്തിയിൽ തളർന്ന കൈ രൂപപ്പെടുത്തിയെടുക്കാൻ രോഗി സ്വയം ശ്രമിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

വിർച്വൽ റിയാലിറ്റി ട്രെയിനിങ്

കൈയിലും കാലിലും ചെറിയ സെൻസറുകൾ ഘടിപ്പിച്ച് അവ ഉത്തേജിപ്പിക്കുന്ന ചെറിയ ചലനങ്ങളിൽ രോഗി തന്റെ പരിപൂർണ ശ്രദ്ധ പതിപ്പിച്ച് ആ ചലനങ്ങളെ വലിയ ചലനങ്ങളാക്കി മാറ്റുന്നു.

ചിത്രം 5.7 വിർച്വൽ റിയാലിറ്റി ട്രെയിനിങ്

ഐസോകൈനെറ്റിക് ട്രെയിനിങ്

പിടുത്തം കൂടുതലുള്ള പേശികളെ ഉത്തേജിപ്പിച്ച് മുറുക്കം കുറച്ച് രോഗിയെ ശരിയായ ചലനം പരിശീലിപ്പിക്കുന്നു. ഇപ്രകാരം രോഗിയുടെ പേശികളുടെ ബലം വർധിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

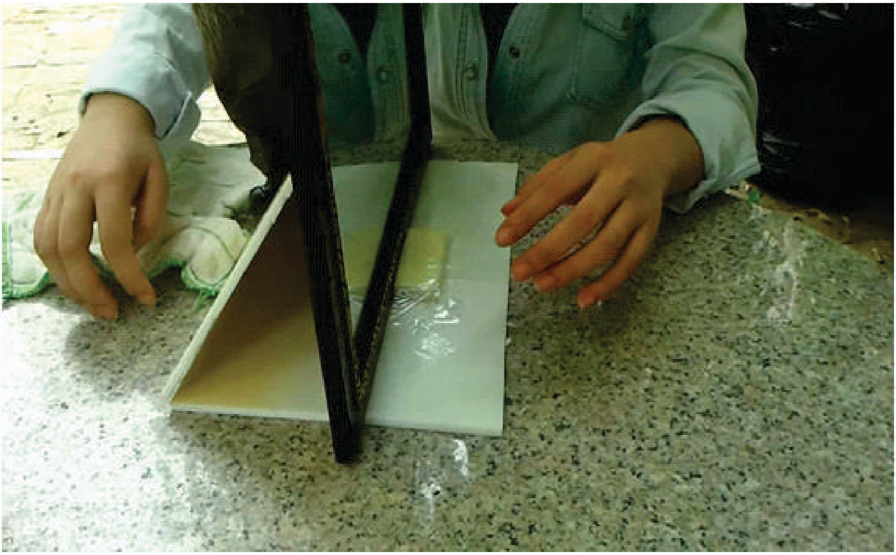
ഓട്ടോമേറ്റഡ് ട്രഡ്മിൽ

ഒരു ഹാർനസ് ഉപയോഗിച്ച് രോഗിയെ ട്രഡ്മില്ലിൽ നിർത്തുന്നതുവഴി രോഗിക്ക് വീഴ്ച ഉണ്ടാകില്ല എന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തുന്നു. അങ്ങനെ ഹാർനസിന്റെയും ട്രഡ്മില്ലിന്റെയും സഹായത്താൽ രോഗിയെ ശരിയായ രീതിയിൽ സ്വയം നടക്കുവാൻ പ്രാപ്തനാക്കുന്നു.

ചിത്രം 5.8 ഓട്ടോമേറ്റഡ് ട്രഡ്മിൽ

മിറർ തെറാപ്പി

പ്രതിബിംബങ്ങളുടെ സഹായത്തോടെ ചലനങ്ങളെ നിയന്ത്രിച്ച് മെച്ചപ്പെടുത്തി എടുക്കുന്ന ഒരു വ്യായാമ ചികിത്സയാണിത്.

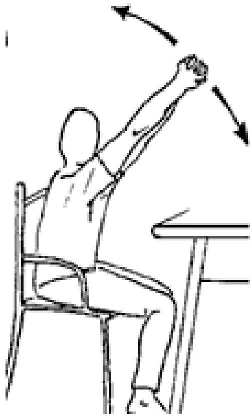


ചിത്രം 5.9 മിറർ തെറാപ്പി

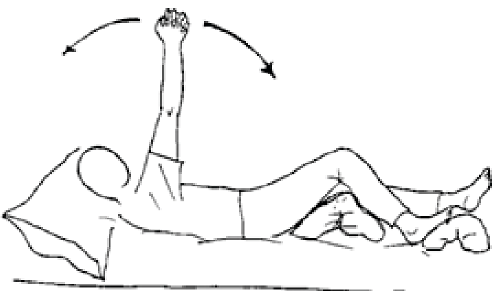
ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ

ഒരു രോഗിയുടെ അവസ്ഥ മറ്റൊരു രോഗിയുടേതുമായി ഒരിക്കലും താരതമ്യം ചെയ്യരുത്. പലരിലും പല രീതിയിലുള്ള പക്ഷാഘാതമാണ് ഉണ്ടാകുന്നത്. അവർക്കുള്ള ചികിത്സയും വിഭിന്നമായിരിക്കും. ഫിസിയോ തെറാപ്പിസ്റ്റുമായി ആലോചിച്ച് ചെയ്യേണ്ട വ്യായാമങ്ങൾ യഥാക്രമം ചെയ്യുക.

സ്ട്രോക്ക് രോഗികൾ സ്വമേധയ ചെയ്യേണ്ട വ്യായാമം

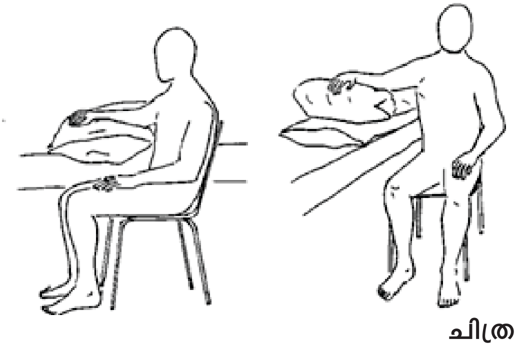


ചിത്രം 5.10 ഇരിക്കുമ്പോൾ ചെയ്യേണ്ടത്



ചിത്രം 5.11 കിടക്കുമ്പോൾ ചെയ്യേണ്ടത്

സ്ട്രോക്ക് രോഗികൾ ഇരിക്കുമ്പോൾ തളർന്ന കൈ വയ്ക്കേണ്ട രീതി



ചിത്രം 5.1 ഇരിക്കുന്ന രീതി

സ്ട്രോക്ക് രോഗികൾക്കുള്ള ഭക്ഷണ ക്രമം

ശ്രീമതി. ലീന തോമസ്

ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിന് ആരോഗ്യകരമായ ഭക്ഷണക്രമം ശീലമാക്കണം. ശരീരഭാരം, ശരീരത്തിലെ കൊഴുപ്പിന്റെ അളവ്, രക്തത്തിലെ കൊഴുപ്പിന്റെ അളവ് ഇവ സാധാരണ അളവിൽ നിലനിർത്തുന്നതിനു നാം കഴിക്കുന്ന ആഹാരം ഒരു പ്രധാന പങ്കു വഹിക്കുന്നു. ഇവ മൂന്നും ശരിയായ അളവിൽ നിലനിർത്തുന്നതു വഴി അമിത ഭാരം, പ്രമേഹം, രക്ത സമ്മർദ്ദം, രക്തത്തിലെ അമിത കൊഴുപ്പ് തുടങ്ങിയ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളെ നിയന്ത്രിക്കുവാൻ സാധിക്കുന്നു. അതു കൊണ്ട് ആരോഗ്യകരമായ ഭക്ഷണക്രമം നാം ശീലമാക്കണം. ആരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കുന്നതിന് പല കാര്യങ്ങൾ ശ്രദ്ധിക്കണം.

- നമ്മുടെ ശരീരഭാരം നമ്മുടെ ഉയരത്തിന് അനുയോജ്യമായിരിക്കണം. ഒരു വ്യക്തിയുടെ കിലോഗ്രാമിലുള്ള തൂക്കത്തെ, മീറ്ററിലുള്ള ഉയരത്തിന്റെ ഗുണിതം കൊണ്ട് ഹരിക്കുമ്പോൾ ലഭിക്കുന്ന മൂല്യം 18.5 നും, 24.9 നും ഇടയിൽ ആണെങ്കിൽ - ആ വ്യക്തിയുടെ ബോഡി മാസ് ഇൻടക്സ് - ബി.എം.ഐ (Body Mass Index- BMI) ആരോഗ്യകരമായതാണ് എന്ന് വിശേഷിപ്പിക്കാം.
- ഊർജ്ജദായക വസ്തുക്കളായ മധുരപലഹാരങ്ങൾ എണ്ണ പലഹാരങ്ങൾ, കിഴങ്ങ് വർഗങ്ങൾ, ജാം, ജെല്ലി, ലഹരി പദാർത്ഥങ്ങൾ ഇവയുടെ ഉപയോഗം നിയന്ത്രിച്ച് ആഹാരത്തിൽ നിന്നും കിട്ടുന്ന ഊർജ്ജത്തിന്റെ അളവ് കുറയ്ക്കുക.

- എണ്ണയുടെ ഉപയോഗം പരിമിതപ്പെടുത്തി കൊഴുപ്പിന്റെ അളവ് കുറയ്ക്കുക.
- കടല എണ്ണ, സൂര്യകാന്തി എണ്ണ, നല്ലെണ്ണ തുടങ്ങിയ അപൂരിതകൊഴുപ്പടങ്ങിയ എണ്ണകൾ ഭക്ഷണം പാകം ചെയ്യുവാൻ ഉപയോഗിക്കുക.
- ഉപ്പിന്റെ ഉപയോഗം ഒരു ദിവസം 6 gm ആയി നിയന്ത്രിക്കുക. അച്ചാർ, സോസ്, പപ്പടം, ചിപ്സ്, ഉപ്പുബിസ്ക്കറ്റ്, ടിന്നിലടച്ച ഭക്ഷണം, റെഡിമെയ്ഡ് സൂപ്പ്, ഉണക്കമീൻ മുതലായ ഉപ്പു കൂടുതലുള്ള ഭക്ഷണം കഴിയുന്നത്ര ഒഴിവാക്കുക.
- നാര് അടങ്ങിയ ഭക്ഷണം കൂടുതലായി കഴിക്കുക, പച്ചക്കറികൾ, വാഴത്തണ്ട്, ബീൻസ്, ക്യാബേജ്, പപ്പായ, തവിട് അടങ്ങിയ ഭക്ഷണം ഇവയിൽ നാര് കൂടുതലായി ഉണ്ട്. പഴച്ചാറുകൾ കഴിക്കുന്നതിനേക്കാൾ ആരോഗ്യത്തിന് ഗുണപ്രദം പഴമായി തന്നെ കഴിക്കുന്നതാണ്. ആപ്പിൾ, പേരക്ക മുതലായ പഴങ്ങൾ തൊലിയോടുകൂടി തന്നെ കഴിക്കുക. ഭക്ഷണത്തിൽ സലാഡ് കൂടുതലായി ഉപയോഗിക്കുക.

ഡയബറ്റിക് ഡയറ്റ്

ക്രമ നമ്പർ	സമയം	ഭക്ഷണം	അളവ്	ശ്രദ്ധിക്കേണ്ടവ
1.	06:00 am	കാപ്പി/ചായ/പാൽ 50 ml	1 കപ്പ്	പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ
2.	07:30 am	ഇഡ്ഡലി/ചപ്പാത്തി/ അപ്പം/ഇടിയപ്പം സാമ്പാർ/വെജിറ്റ ബിൾ കറി	2എണ്ണം	
		കാപ്പി/ചായ/പാൽ 50 ml	1 കപ്പ്	പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ
3.	10:30 am	നാരങ്ങ വെള്ളം/ മോര്	1കപ്പ്	പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ
4.	12:30 pm	ചോറ്/ചപ്പാത്തി	50 gm 2എണ്ണം	
		ഇറച്ചി/മീൻ/ പച്ചക്കറി കൾ/തൈര്/ സാലഡ്	75 gm 100 ml	കൊഴുപ്പ് കുറഞ്ഞവ, കിഴങ്ങുവർഗ്ഗങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുക
5.	04:00 pm	കാപ്പി/ചായ/പാൽ 50 ml ആരോറൂട്ട് ബിസ്ക്കറ്റ്	1 കപ്പ് 2എണ്ണം	പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ
6.	08:00 pm	ചോറ്/ചപ്പാത്തി	50 gm 2എണ്ണം	
		പരിപ്പ്/ഇറച്ചി/മീൻ/ പച്ചക്കറി കൾ/സാലഡ്	25 gm 75 gm	കൊഴുപ്പ് കുറഞ്ഞവ, കിഴങ്ങു വർഗ്ഗങ്ങൾ ഒഴിവാക്കുക
7.	09:00 pm	പാൽ	200 ml	പാടമാറ്റി പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ

പഴവർഗം 100 gm (ഓറഞ്ച്, മുന്തിരി, മുസമ്പി, ആപ്പിൾ, പപ്പായ, തണ്ണിമത്തൻ, പേരയ്ക്ക), ഒരു ദിവസത്തേക്കുള്ള എണ്ണ 15ml

നോർമൽ സെമിസോളിഡ് ഡയറ്റ്

ക്രമ നമ്പർ	സമയം	ഭക്ഷണം	അളവ്
1.	06:00 am	ചായ/കാപ്പി പാൽ ഒഴിച്ചത്	200 ml
2.	07:30 am	ധാന്യ പൊടി കുറുക്ക്(റാഗി,ഓട്സ്) 25 gm +100 പാൽ	1 ബൗൾ
3.	09:00 am	ഏത്തയ്ക്ക പുഴുങ്ങിയത്	1എണ്ണം
4	10:30 am	ജ്യൂസ്	200 ml
5.	12:30 pm	ചോറ്(25 gm)/പരിപ്പ് (25 gm)/ വെജിറ്റബിൾ(25 gm)വേവിച്ച് അരച്ചത്	
6.	02:00 pm	തൈര്	200 ml
7.	03:30 pm	പാലിൽ 2 മുട്ടവെള്ള അടിച്ചത്	200 ml
8.	05:00 pm	ബ്രഡ് പുഡിംഗ്	
9.	06:30 pm	ധാന്യ പൊടി കുറുക്ക്(റാഗി,ഓട്സ്) 25 gm+100 ml പാൽ	1 ബൗൾ
10.	08:00 pm	ചോറ്(25 gm)/പരിപ്പ് (25 gm)/ വെജിറ്റബിൾ(25 gm)വേവിച്ച് അരച്ചത്	
11.	09:30 pm	ആരോറൂട്ട് പൗഡർ(10 gm) വെള്ളത്തിൽ കാച്ചിയത്	200 ml
12.	10:30 pm	പാൽ/പ്രോട്ടിൻ പൗഡർ	200 ml + 25 gm

ഡയബെറ്റിക് സെമിസോളിഡ് ഡയറ്റ്

ക്രമ നമ്പർ	സമയം	ഭക്ഷണം	അളവ്
1.	06:00am	ചായ/കാപ്പി/പാലൊഴിച്ച് പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ	200 ml
2.	07:30 am	ധാന്യ പൊടി കുറുക്ക്(റാഗി,ഓട്സ്) 25 gm +100 ml പാൽ	1 ബൗൾ
3.	09:00 am	പാൽ പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ	200 ml + 25 gm പ്രോട്ടിൻ പൗഡർ
4.	10:30 am	ജൂസ് പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ	200 ml
5.	12.30 pm	ചോറ്(25 gm)/പരിപ്പ് (25 gm)/ വെജിന്തബിൾ(25 gm)വേവിച്ച് അരച്ചത്	
6.	02:00 pm	ജൂസ് പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ	200 ml
7.	03:30 pm	പാലിൽ 2 മുട്ടവെള്ള അടിച്ചത് പഞ്ച സാര ഇല്ലാതെ	200 ml
8.	05:00 pm	വെജിന്തബിൾ സൂപ്പ്(കിഴങ്ങു വർഗ്ഗങ്ങൾ പാടില്ല)	200 ml
9.	06:30 pm	ചോറ്(25 gm)/പരിപ്പ് (25 gm)/ വെജിന്തബിൾ(25 gm)വേവിച്ച് അരച്ചത്	
10.	08:00 pm	ആരോറുട്ട് പൗഡർ(10 gm) വെള്ളത്തിൽ കാച്ചിയത്	200 ml + 20 gm
11.	09:30 pm	പാൽ പഞ്ചസാര ഇല്ലാതെ.	200 ml + 25 gm പ്രോട്ടിൻ പൗഡർ

ആരോഗ്യപ്രവർത്തകർ സ്ട്രോക്ക് രോഗികളെ സന്ദർശിക്കുമ്പോൾ നിരീക്ഷിക്കേണ്ടവ

- സ്ട്രോക്ക് രോഗിയുടെ ഇപ്പോഴത്തെ ആരോഗ്യനില
- സ്ട്രോക്ക് വന്നത് എപ്പോഴാണ് ?
- കിടപ്പുരോഗിയാണോ/സ്വയം കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യുവാൻ സാധിക്കുമോ?
- സ്ട്രോക്കിന്റെ (Risk Factors) അപായ ഘടകളായ
    - ഉയർന്ന രക്ത സമ്മർദ്ദം
    - ഉയർന്ന കൊളസ്ട്രോൾ
    - പ്രമേഹം
    - ഹൃദ്രോഗം
    - പുകവലി, മദ്യപാനം
    - കായികപ്രവർത്തനമില്ലായ്മ/വ്യായാമം ഇല്ലായ്മ
    - അമിതവണ്ണം
    - ഉറക്കത്തിലെ പെട്ടെന്നുള്ള ശ്വാസതടസ്സം
- അപായ ഘടകങ്ങൾ (Risk Factors) നിയന്ത്രണ വിധേയമാണോ?
- അതിനായി രോഗിയേയും കുടുംബാംഗങ്ങളേയും നിർദ്ദേശിക്കുക
- 2 ആഴ്ച്ചയിലൊരിക്കൽ രക്തസമ്മർദ്ദം, രക്തത്തിലെ പഞ്ചസാരയുടെ അളവ് എന്നിവ പരിശോധിക്കുക.
- മൂന്നു മാസത്തിലൊരിക്കൽ രക്തത്തിലെ കൊളസ്ട്രോളിന്റെ

അളവ് പരിശോധിക്കുവാൻ നിർദ്ദേശിക്കുക.

- മരുന്നുകൾ ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം കഴിക്കുന്നുവെന്ന് ഉറപ്പ് വരുത്തുക.
- സ്ട്രോക്ക് സംബന്ധമായ എന്തെങ്കിലും ലക്ഷണങ്ങളുണ്ടോ യെന്നു നോക്കുക. പ്രാഥമിക ലക്ഷണങ്ങളെക്കുറിച്ചും ഒരി ക്കൽ പക്ഷാഘാതം വന്നവരിൽ വീണ്ടും വരുവാനുള്ള സാധ്യ തയെക്കുറിച്ചും ഉടനടി വൈദ്യസഹായം നേടേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയെക്കുറിച്ചും ബോധവത്ക്കരിക്കുക.
- വാർഫാരിൻ, അസിട്ട്റോം, ഡിൻഡിവാൻ എന്നീ മരുന്നുകൾ കഴിക്കുന്ന രോഗികൾ ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശപ്രകാരമുള്ള ദിവസങ്ങളിലും നിർദ്ദിഷ്ട അളവിലും മാത്രമേ ഈ മരുന്നു കൾ കഴിക്കുന്നുള്ളൂ എന്ന് ഉറപ്പ് വരുത്തേണ്ടതാണ്.
- ഓരോ വ്യക്തിക്കും മരുന്നിന്റെ അളവ് വ്യത്യസ്തമാണ്.

  പി.റ്റി/ഐ.എൻ ആർ-PT/INR രക്ത പരിശോധന പ്രകാരമാണ് ഈ മരുന്നിന്റെ ഡോസ് ക്രമീകരിക്കുന്നത്.
- മരുന്നിന്റെ അളവും INRറിസൾട്ടും ക്രമമായി ഡയറിയിൽ എഴുതി സൂക്ഷിക്കുവാൻ നിർദ്ദേശിക്കുക. രക്തസ്രാവം ഉണ്ടാകാതെ നോക്കേണ്ടതിന്റെ ആവശ്യകതയെക്കുറിച്ച് ബോധവത്ക്കരിക്കുക. (മുറിവുകൾ ഉണ്ടാകാതെ ശ്രദ്ധിക്കണം).
- രോഗിയുടെ ശുചിത്വം, പരിചരണം മുതലായവ നിരീക്ഷിക്കുക സംശയങ്ങൾ ദുരീകരിക്കുക.