İnme (Stroke) Nedir? Kalple İlişkisi Nedir? Belirtileri ve Korunma Yolları Nelerdir?

Kalp krizi toplumda iyi bilinen ve acil müdahale gerektiren bir hastalıktır. Ancak en az kalp krizi kadar önemli olan bir başka sağlık sorunu da inme, yani halk arasında bilinen adıyla felçtir.

İnme, beynin bir bölümüne giden kan akımının bozulması veya beyin damarlarından birinin yırtılarak kanaması sonucunda gelişir. Konuşma kaybı, kol veya bacakta felç, görme bozukluğu ve kalıcı sakatlık gibi ciddi sonuçlara neden olabilir.



İnme yalnızca ileri yaşlarda görülen bir hastalık değildir. Yüksek tansiyon, diyabet, yüksek kolesterol, sigara kullanımı, hareketsiz yaşam ve bazı kalp hastalıkları inme riskini artırabilir. İyi haber şu ki, inme riskinin önemli bir bölümü azaltılabilir. Üstelik bazı inmelerde, uygun tedaviye yeterince erken başlanması beyin hasarını sınırlayabilir.

Peki inme neden gelişir? Belirtileri nasıl anlaşılır? Kalp hastalıkları inmeye nasıl yol açabilir? İnmeden korunmak için neler yapabiliriz?

İnme, beynin bir bölümünün kanlanmasının aniden bozulması sonucu ortaya çıkan nörolojik bir hastalıktır. Beyin hücreleri oksijen ve enerjiye sürekli ihtiyaç duyar. Kan akımı kesildiğinde veya beyin dokusuna kanama olduğunda hücreler zarar görmeye başlar.

İnme iki ana gruba ayrılır.

- **İskemik inme**, beyni besleyen bir damarın pıhtı veya başka bir nedenle tıkanması sonucunda oluşur. İnme vakalarının yaklaşık yüzde 80–85'ini oluşturur.
- **Hemorajik inme**, beyindeki bir damarın yırtılması ve beyin dokusunun içine veya çevresine kanama meydana gelmesiyle gelişir.
- Bu iki durumun tedavisi birbirinden farklıdır. Bu nedenle inme şüphesinde beyin görüntülemesi ve hekim değerlendirmesi yapılmadan aspirin veya başka bir kan sulandırıcı gelişigüzel kullanılmamalıdır.

İnmenin belirtileri nelerdir?

İnme belirtileri çoğunlukla aniden ortaya çıkar. Beynin hangi bölgesinin etkilendiğine bağlı olarak farklı bulgular görülebilir. Bazen belirtiler çok belirgindir; bazen de kişi yalnızca konuşmakta, yürümekte veya görmede ani bir güçlük yaşar. İnmenin en önemli belirtilerinden biri yüzde ani kaymadır. Kişinin gülümserken ağzının bir tarafının aşağı doğru çekilmesi veya yüzünün iki tarafının eşit görünmemesi, inme açısından uyarıcı olabilir.



Bir başka önemli belirti, özellikle vücudun bir tarafında ortaya çıkan kol veya bacak güçsüzlüğüdür. Kişi bir kolunu kaldıramayabilir, tuttuğu bir nesneyi elinden düşürebilir ya da yürürken bir bacağını sürükleyebilir. Tek taraflı ani uyuşma da inme belirtisi olabilir.

Konuşma bozukluğu da sık görülen belirtilerdendir. Kişi kelimeleri düzgün söyleyemeyebilir, konuşması anlaşılmaz hâle gelebilir veya söylenenleri anlamakta zorlanabilir. Bazen kişi ne söylemek istediğini bilir ancak uygun kelimeleri bulamaz. Bunların dışında aniden gelişen görme kaybı, çift görme, belirgin denge bozukluğu, yürüme güçlüğü veya koordinasyon kaybı da inmenin işareti olabilir. Özellikle alışılmadık biçimde aniden başlayan çok şiddetli baş ağrısı, beyin kanaması açısından acil değerlendirme gerektirir.



Yüzde ani kayma, tek taraflı güçsüzlük veya konuşma bozukluğu gibi belirtilerden yalnızca biri bile ortaya çıksa hemen 112 aranmalıdır.

Belirtilerin kendiliğinden geçmesini beklemek doğru değildir. Diğer ani nörolojik belirtiler de acil değerlendirme gerektirebilir.

İnme şüphesinde ne yapılmalı?

İnme şüphesinde en önemli adım, hastanın hızla uygun sağlık kuruluşuna ulaştırılmasıdır. Öncelikle 112 aranmalı ve belirtiler açıkça anlatılmalıdır. Belirtilerin başladığı saat veya kişinin en son ne zaman normal görüldüğü not edilmelidir. Bu bilgi, tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde büyük önem taşır.

Kişiye yiyecek, su veya ağızdan ilaç verilmemelidir; çünkü inme yutma güçlüğüne neden olabilir. Doktor önerisi olmadan aspirin ya da başka bir kan sulandırıcı kullanılmamalıdır. İnmenin damar tıkanıklığına mı yoksa beyin kanamasına mı bağlı olduğu başlangıçta anlaşılamayabilir ve tedavi seçenekleri farklıdır.

Belirtiler birkaç dakika içinde tamamen düzelse bile acil değerlendirme gereklidir. Bu durum geçici iskemik atak adı verilen ve yaklaşan bir inmenin habercisi olabilen bir durumla ilişkili olabilir.

İnmede neden her dakika önemlidir?

İskemik inmede, yani damar tıkanıklığına bağlı inmede, uygun hastalara pıhtıyı eritmeye yönelik damar içi tedavi uygulanabilir. Bu tedavi çoğunlukla belirtilerin başlangıcından sonraki ilk 4,5 saat içinde değerlendirilir. Büyük beyin damarı tıkanıklığı bulunan seçilmiş hastalarda pıhtının kateterle çıkarılması işlemi de uygulanabilir. Uygun hastalarda bu işlem, klinik değerlendirme ve beyin görüntüleme sonuçlarına bağlı olarak belirtilerin başlangıcından 6–24 saat sonrasına kadar yarar sağlayabilir. Bu süreler her hasta için aynı değildir. Tedavi kararı; belirtiler, beyin

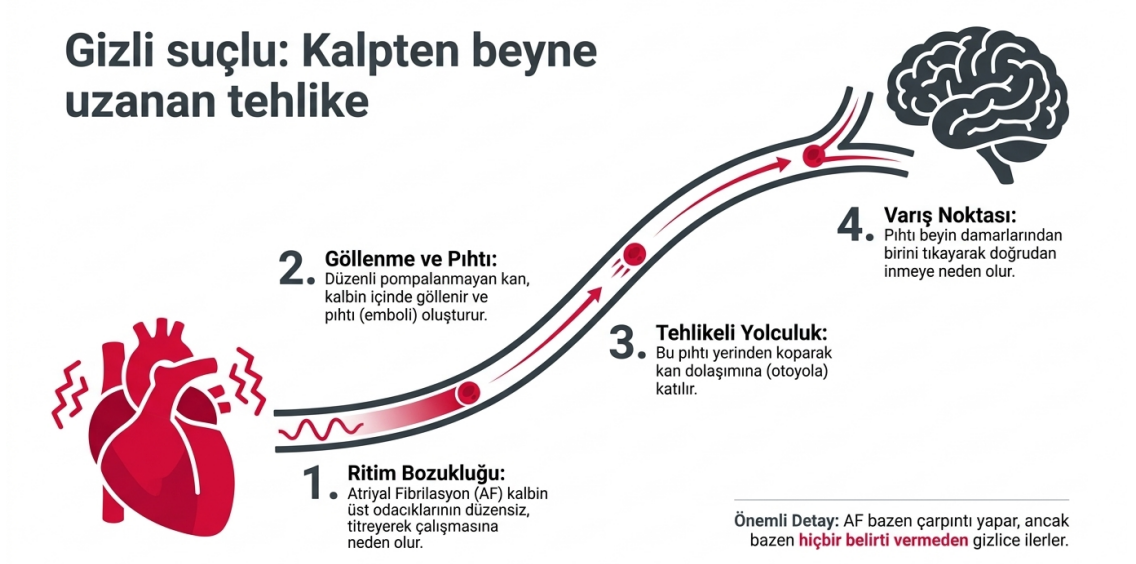
görüntülemesi, eşlik eden hastalıklar ve diğer klinik özellikler dikkate alınarak uzman ekip tarafından verilir. Tedavi için geç kaldığınızı düşünseniz bile yardım istemekten vazgeçmeyin. En doğru yaklaşım, mümkün olan en kısa sürede acil değerlendirme yapılmasıdır.

Evet. Bazı inmeler doğrudan kalpte oluşan pıhtılardan kaynaklanır. Kalbin içinde oluşan bir pıhtı kan dolaşımına katılarak b



Kalp hastalıkları inmeye neden olabilir mi?

Byin damarlarından birini tıkayabilir. Bu duruma kalp kaynaklı emboli denir. Kalp hastalıkları ile inme arasındaki en önemli bağlantılardan biri budur. İnme riskini artırabilen kalp hastalıkları arasında atriyal fibrilasyon adı verilen ritim bozukluğu, bazı kalp kapak hastalıkları, kalp krizi sonrasında kalp içinde pıhtı oluşması ve bazı



kalp kası hastalıkları bulunur. Bununla birlikte kalp hastalığı olan herkesin inme

geçireceği anlamına gelmez. Risk; hastalığın türüne, kişinin diğer risk faktörlerine ve uygulanan koruyucu tedaviye göre değişir.

Atriyal fibrilasyon, kalbin üst odacıklarının düzensiz çalıştığı yaygın bir ritim bozukluğudur. Bu ritim bozukluğunda kan, özellikle sol kulakçığın bir bölümünde

Atriyal fibrilasyon: Kalpten beyne uzanan risk

göllenebilir. Bunun sonucunda pıhtı oluşabilir. Pıhtı yerinden ayrılıp beyne ulaşırsa damar tıkanıklığına ve inmeye neden olabilir.

Atriyal fibrilasyon bazen çarpıntı, halsizlik veya nefes darlığı yapar. Ancak bazı kişilerde hiçbir belirti vermeden de devam edebilir.

Özellikle ileri yaşta, hipertansiyonu veya başka kardiyovasküler risk faktörleri bulunan kişilerde, klinik gereklilik doğrultusunda kalp ritminin değerlendirilmesi önemlidir.

Atriyal fibrilasyonu olan herkes kan sulandırıcı kullanmalı mı?

Hayır. İnme riski kişinin yaşı, eşlik eden hastalıkları ve diğer klinik özellikleri dikkate alınarak değerlendirilir. Uygun hastalarda ağızdan alınan antikoagülan ilaçlar inme riskini önemli ölçüde azaltabilir. Ancak bu ilaçların kanama riski de vardır. İlaca başlama, doz değiştirme veya ilacı kesme kararı hekim tarafından verilmelidir. Aspirin, atriyal fibrilasyonda uygun hastalar için gerekli antikoagülan tedavinin yerine geçmez.

İnme riskini artıran faktörler nelerdir?

İnme genellikle birden fazla risk faktörünün bir araya gelmesiyle gelişir. Bazı risk faktörlerini değiştirmek mümkün değildir; ancak önemli bir bölümünü kontrol altına almak mümkündür.

İleri yaş, ailede inme öyküsü ve daha önce inme veya geçici iskemik atak geçirmiş olmak riski artırabilir.

Kontrol edilebilen başlıca risk faktörleri ise yüksek tansiyon, diyabet, yüksek LDL kolesterol, sigara kullanımı, atriyal fibrilasyon, fazla kilo, hareketsiz yaşam ve aşırı alkol tüketimidir. Bazı uyku bozuklukları ve damar hastalıkları da riske katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yüksek tansiyon, inme açısından en önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir. Tansiyonun düzenli ölçülmesi ve kişiye uygun hedeflerde tutulması, inme riskini azaltmaya yardımcı olur.

İnmeden korunmak mümkün mü?

İnme riski tamamen ortadan kaldırılamasa da sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve uygun tıbbi tedaviyle önemli ölçüde azaltılabilir.

Tansiyonunuzu kontrol altında tutun

Yüksek tansiyon, beyin damarlarının hasarlanmasına ve beyin kanaması riskinin artmasına neden olabilir. Tansiyonunuzu düzenli ölçün ve tedavinizi doktorunuzun önerdiği şekilde sürdürün.

Kolesterol ve kan şekerinizi takip edin

Yüksek LDL kolesterol damar sertliğine katkıda bulunur. Diyabet de damarları etkileyerek inme riskini artırabilir. Gerektiğinde beslenme ve egzersiz düzenlemelerine ilaç tedavisi eklenebilir.

Sigarayı bırakın

Sigara damar duvarına zarar verir ve pıhtılaşma eğilimini artırır. Sigarayı bırakmak, inme riskini azaltmak için atılabilecek en önemli adımlardan biridir.

Düzenli fiziksel aktivite yapın

Sağlık durumunuza uygun yürüyüş, bisiklet veya diğer aerobik aktiviteler tansiyon, kilo ve kan şekeri kontrolüne yardımcı olabilir. Hareketsiz bir yaşam sürüyorsanız düşük düzeyde başlayıp fiziksel aktivitenizi zamanla artırın.

Kalp ritminizi ihmal etmeyin

Çarpıntı, düzensiz nabız veya açıklanamayan bayılma hissi varsa tıbbi değerlendirme gerekebilir. Atriyal fibrilasyonun uygun hastalarda saptanması ve tedavi edilmesi, inmeden korunma fırsatı sağlar.

İlaçlarınızı kendi başınıza değiştirmeyin

Tansiyon, kolesterol, diyabet veya ritim bozukluğu için verilen ilaçları doktorunuza danışmadan kesmeyin. Daha önce inme geçirmiş kişilerde ikinci bir inmenin önlenmesine yönelik tedavinin düzenli sürdürülmesi özellikle önemlidir.



Bazen inme belirtileri birkaç dakika içinde düzelebilir. Örneğin kişi kısa süreli konuşma bozukluğu, bir kolda güçsüzlük veya tek gözde görme kaybı yaşayabilir ve ardından normale dönebilir. Bu durum geçici iskemik atak, yani TIA olabilir. TIA, beyin kan akımının geçici olarak bozulduğunu gösteren önemli bir uyarıdır ve ardından inme gelişme riski bulunabilir.

Belirtilerin geçmesi, tehlikenin geçtiği anlamına gelmez. TIA şüphesinde de acil tıbbi değerlendirme gerekir. Altta yatan nedenin bulunması ve uygun koruyucu tedavinin başlanması, sonraki inme riskini azaltmak açısından önemlidir.

İnme geçiren kişi tamamen iyileşebilir mi?

Evet, bazı kişiler tamamen veya büyük ölçüde iyileşebilir. Ancak iyileşme; etkilenen beyin bölgesine, hasarın büyüklüğüne, tedavinin ne kadar erken başlandığına ve rehabilitasyona bağlıdır.

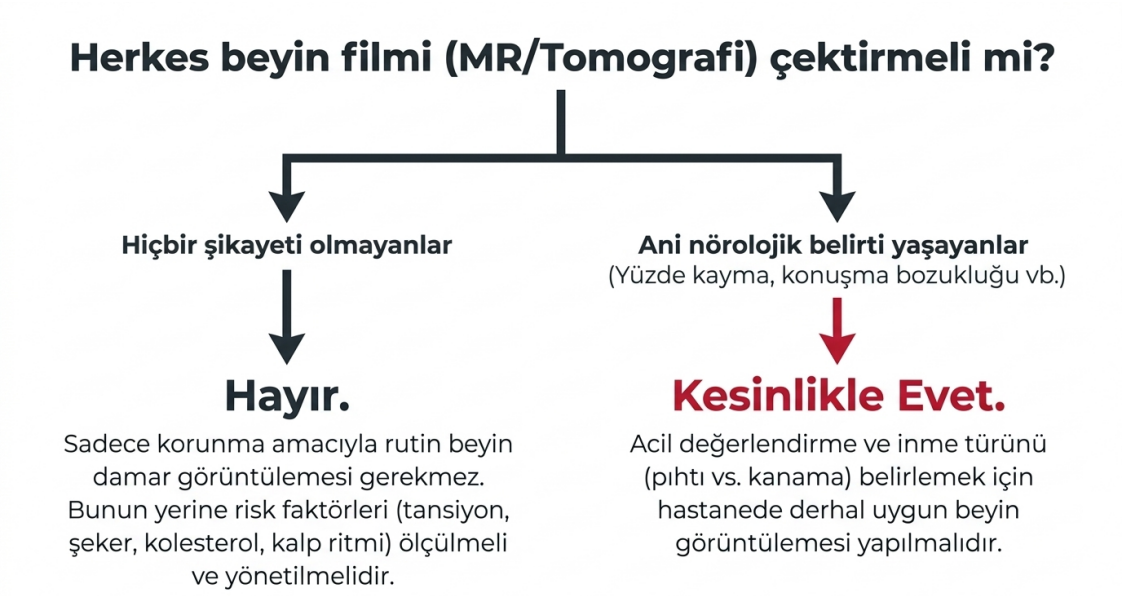
İnme sonrasında kol veya bacak güçsüzlüğü, konuşma ve yutma bozukluğu, görme sorunları, hafıza güçlüğü veya günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık görülebilir. Fizik tedavi, konuşma ve yutma terapisi, günlük yaşam becerilerini geliştiren rehabilitasyon programları ve psikolojik destek iyileşmenin önemli parçalarıdır.



Ayrıca inmenin nedeninin belirlenmesi ve ikinci bir inmenin önlenmesi gerekir. Tansiyon, kolesterol, diyabet, kalp ritmi ve diğer olası nedenler değerlendirilerek kişiye özel bir tedavi planı hazırlanır.

Herkese beyin damar görüntülemesi yapılmalı mı?

Hayır. Hiçbir şikâyeti olmayan herkese yalnızca korunma amacıyla beyin MR'ı, bilgisayarlı tomografi veya beyin damar görüntülemesi yapılması rutin olarak gerekli değildir. Bunun yerine kişinin risk faktörleri değerlendirilir; tansiyon, kan şekeri ve kolesterol ölçümleri yapılır. Klinik gereklilik varsa kalp ritmi araştırılır ve ek testler kişiye göre planlanır.



Ancak ani nörolojik belirtiler ortaya çıktığında yaklaşım farklıdır. Bu durumda acil değerlendirme ve uygun beyin görüntülemesi gerekir.

Sonuç:

İnme önlenebilir, erken müdahaleyle sonuçları iyileştirilebilir

İnme, ölüm ve kalıcı sakatlığın önemli nedenlerinden biridir. Ancak risk faktörlerinin kontrol edilmesi, kalp ritim bozukluklarının uygun şekilde değerlendirilmesi ve belirtilerin erken tanınmasıyla birçok olumsuz sonuç önlenebilir.



Yüzde ani kayma, tek taraflı güçsüzlük veya konuşma bozukluğu ortaya çıktığında hemen 112 aranmalıdır. Belirtilerin kendiliğinden düzelmesi beklenmemeli ve inme şüphesinde doktor önerisi olmadan aspirin veya başka bir kan sulandırıcı verilmemelidir.

Yüksek tansiyon, diyabet ve kolesterol kontrol altında tutulmalı; sigaradan uzak durulmalı ve kalp ritim bozuklukları ihmal edilmemelidir. Daha önce inme veya geçici iskemik atak geçiren kişilerde ise tekrarı önlemeye yönelik tedavi aksatılmamalıdır.

Unutmayın: İnmede zaman beyindir. Belirtileri erken tanımak ve hızlı hareket etmek, bir insanın yaşamını ve bağımsızlığını değiştirebilir.

Kaynaklar

1. Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, et al. *2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association.* Stroke. 2026.
2. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. *2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack.* Stroke. 2021;52–e467.
3. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al. *2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).* European Heart Journal. 2024;45:3314–3414.
4. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines.* Stroke. 2019;50–e418.
5. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, et al. *Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials.* The Lancet. 2016;387:1723–1731.
6. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. *Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke Onset or Last Known Well.* New England Journal of Medicine. 2018;378:11–21.
7. Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. *Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging.* New England Journal of Medicine. 2018;378:708–718.
8. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. *Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation.* Annals of Internal Medicine. 2007;146:857–867.
9. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. *2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the EACTS.* European Heart Journal. 2021;42:373–498.
10. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, et al. *Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study.* The Lancet. 2016;388:761–775.
11. Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A III, et al. *High-Dose Atorvastatin after Stroke or Transient Ischemic Attack.* New England Journal of Medicine. 2006;355:549–559