

## المحاضرة السابعة

### السقوط

#### مقدمة:

- السقوط عند المسنين كثير الحدوث، ونادراً ما يكون سليماً.
- وليس الرض الجسمي الناجم عن السقوط أكثر أهمية من الرض النفسي على حركية المريض، وبالتالي على اعتماد المريض على ذاته، وكذلك على نسبة الوفيات .
- وغالباً ما يكون السقوط عرضي أكثر مم اهو حادث (أي أنه متعلق بالمحيط).
- ويكون السقوط في معظم الحالات نتيجة عدم توافق أو تأقلم أو انسجام بين المسن والمحيط (معوقات المحيط).

#### الوبائيات:

- يقدر الوقوع Incidence (عدد حالات السقوط الجديدة) بـ ٣٠% عند المرضى المسنين فوق الخامسة والستين سنة، ويقدر بأكثر من ٥٠% عند الذين تجاوزوا الثمانون من العمر أو القاطنين في دور المسنين (العجزة).
- ويكون السقوط في ٦% من الحالات سبباً لكسر، كما يكون مسؤولاً عن ارتفاع عدد الوفيات.

#### الأسباب المرضية وعوامل الخطورة:

#### العوامل المرتبطة بالشيخوخة:

١- عدم الثبات الناجم عن اضطراب المشي والتوازن .	٢- ضعف القوة العضلية.
٣- إصابات مفصالية روماتيزمية (مفصل الفخذ، الركبة، الكاحل)	٤- أمراض القدم.
٥- اضطرابات الرؤية (نقص القدرة البصرية، تشوش حقل الرؤية)	٦- اضطرابات السمع والتوازن.

## عوامل خطورة داخلية (سبب مرضي):

### ١. إصابات قلبية وعائية:

- هبوط التوتر الشرياني الانتصابي (الأساسي والثانوي).
- التوعك والغشي الخاطف (القصور الأمد) بسبب:
  - ✓ اضطرابات نظم القلب.
  - ✓ اضطرابات النقل القلبي.
  - ✓ احتشاء العضلة القلبية.
  - ✓ الصمة الرئوية
- ✓ تكلس الأبهر المتضيق (غشي جهدي).
- ✓ فرط حساسية الجيب السباتي.
- ✓ المنعكس الوعائي المبهمي أثناء الجهد المبذول من أجل السعال والتغوط.

### ٢. إصابات عصبية:

#### A. اضطراب التوازن والمشي بسبب:

✓ اعتلال أعصاب محيطي	✓ متلازمة مخيخية	✓ داء باركنسون
✓ موه الرأس بضغط طبيعي	حادث وعائي دماغي وخاصة حالة نقص التروية العابر	

#### B. نقص التوتر:

- ✓ القصور الفقري القاعدي **Insuffiance Vertebrobasilaire** الذي يؤدي إلى أمراض عند بذل الجهد أو تغير الوضعية وغالباً ما يكون عابراً.
- ✓ الصرع

### ٣. إصابات روماتيزمية، رئوية، وإصابات القدم.

- ✓ فصال الورك أو التهاب مفصل الورك التنكسي.
- ✓ فصال الركبة "التهاب الركبة التنكسي".
- ✓ العودة إلى المشي بعد عمل جراحي على الركبة أو الورك.

- ✓ متلازمة القناة الشريكية الضيقة.
- ✓ فصال الرقبة" التهاب مفاصل الرقبة التكتسية" مع عقابيل عصبية.

٤. إصابات عصبية حسية حواسية

٥. اضطرابات استقلابية.

- ✓ نقص سكر الدم.
- ✓ نقص صوديوم الدم " Hyponatremie " .
- ✓ فرط كلس الدم.
- ✓ التجفاف الحاد.
- ✓ فقر الدم.

٦. أمراض إنتانية " رئوية، بولية....).

٧. الأدوية:

- ✓ خافضات الضغط.
- ✓ المدرات البولية.
- ✓ خافضات سكر الدم" الأنسولين ، وخافضات سكر الدم الفموية".
- ✓ الأدوية النفسية.

عوامل خطورة مرتبطة بالمحيط ( عوامل خارجية):

- ✓ في المنزل، كما هو الحال في الخارج: الأرض غير المستوية والمزحلقة، مشي السلالم، سجادة منزلقة، الأساس المتحرك، أسلاك الكهرباء.
- ✓ الأساس المنزلي غير الملائم: كنبه أو سرير منخفض أو مرتفع جداً، أساس غير ثابت أو كثير في مكان ضيق.
- ✓ اللباس: ثياب طويلة جداً، حذاء سيء وكذلك أيضاً: المطر، الرياح ، الجليد.
- ✓ الكحولية.

✓ ولكن إلى جانب هذا النوع من السقوط العارض الحادّي المفاجئ أو العرضي لإصابة عضوية، تكون بعض حالات السقوط تجسدية تعبر عن استغاثة المسن المعزول أو المكتتب، وليس من السهل تشخيص هذا الاحتمال.

### السريريات:

### الاستجاب:

١. غالباً ما يكون غير كامل أو غير دقيق (اضطرابات الذاكرة، العته)
٢. مكان السقوط في المنزل (غرفة، حمام، ..)، درج، أو طريق عام.
٣. الزمن الفاصل بين وقت السقطة والفحص السريري: لحظات، أو عدة ساعات ( وقد يكون أكثر من ذلك، حتى ٢٤ - ٤٨ ساعة عندما يكون المسن الساقط وحيداً)، وهل كانت السقطة في النهار أم أثناء الليل.
٤. ظروف السقوط: عند النزول من السرير، أم أثناء المشي، بعد الجهد، أو في أثناء إدارة الرأس، وهل للسقطة علاقة بتناول الطعام.
٥. الأعراض الاحتمالية المرافقة أو المجتمعة مع السقطة:
  - ✓ إغماء وسقوط دفعة واحدة ( كسقوط قطعة النقود).
  - ✓ توعك وسقوط مع أو بدون فقدان وعي.
  - ✓ وجود أو عدم وجود بواذر: تعرق، شحوب، آلام صدرية، ذات جنب.
  - ✓ وجود أو عدم وجود اختلاج: خروج البول من المثانة أو عض اللسان.

### وأخيراً يجب تحديد مايلي من أجل الإنذار:

- ✓ وجود أو عدم وجود سوابق للسقوط ( في حال التأكد من وجودها يجب معرفة عددها في السنة وشدة خطورتها).
- ✓ الزمن الذي بقي المريض فيه مستقياً على الأرض، وإذا استطاع المريض أن ينهض لوحده أم لا.

## الفحص السريري:

١. إن الفحص الأولي السريع، الذي يبحث فيه علامات الخطورة ( النبض، الضغط الشرياني، فحص عصبي سريع، البحث عن الكسور)، والاستجابات يسمحان في بعض الحالات بإيجاد اضطراب سريري عابر ( اضطراب في نظم القلب مثلاً...الخ)
٢. البحث عن رض: جروح، كدمات، ورم دموي، كسور، شلل العصب الكعبري، أو شلل العصب الوركي المأبضي الوحشي ( بسبب الضغط، وخاصة إذا بقي المريض على الأرض لوقت طويل على أثر السقوط) أو نديبات وخشكريشات.
٣. البحث عن سبب مرضي للسقوط.
  - ✓ ارتفاع الحرارة أو انخفاض الحرارة.
  - ✓ فحص قلبي وعائي: أخذ الضغط الشرياني والمريض نائم مستلقي ( وكذلك والمريض بوضعية الوقوف إذا كان ذلك ممكناً " هبوط ضغط انتصابي").
  - ✓ فحص عصبي كامل مع التدقيق على حالة التوازن والمشي، البحث عن عجز حركي، اضطراب توترالعضلات، علامة بابنسكي.
  - ✓ فحص مفاصل الطرفين السفليين، وفحص القدمين.
  - ✓ دراسة وظائف الكلية.
  - ✓ قد يكون السبب بعض الأدوية التي تؤهب للسقوط.

## الفحوص المتممة:

### ١. بيولوجية:

☒ شوارد الدم، كرياتينين الدم، سكر الدم، كلس الدم.	☒ تعداد عام وصيغة، سرعة تنقل.
☒ الكرياتينين فوسفوكيناز CPK.	☒ بروتينات الدم، ألبومين الدم.
☒ عيار الفيتامين B12 - حمض الفوليك.	☒ T4 الحر، TSH الفائق الحساسية

### ٢. فحوص أخرى:

- ✓ إيكو دوبلر لأوعية الرقبة، فحص طبقي للدماغ، تخطيط القلب الكهربائي، **holter** قلبي.
- ✓ تخطيط دماغ كهربائي.
- السقطة المعزولة: بشكل عام هي سقطة طارئة، وغالباً في المنزل.

السقوط المتكرر: يعني بشكل عام مريض متعدد الأمراض ويتناول أدوية كثيرة، غالباً موجود في مؤسسة للمسنين. أو خرفان مصاب بالعتة تحت تأثير أدوية نفسية.

السقطة الناجمة عن إصابة مرضية معروفة ومن الممكن أن تكون المسبب: وهنا العلاج والوقاية ضرورية.

### نتائج السقوط وإنذاره:

- في أغلب الحالات تكون السقطة سليمة، بدون عقابيل رضية.
- إن بعضاً من حالات السقوط لا تكتشف إلا لاحقاً، ولكن بسبب المتلازمة التالية" متلازمة ما بعد السقوط"، يجب تأمين المرضى والعناية بهم.
- كدمات شديدة ومؤلمة تشاهد عند ١٠% من الحالات.
- وأخيراً فإن ٦% من حالات السقوط تقريباً تؤدي إلى كسر ما ( ويشكل كسر عنق الفخذ ثلث الحالات).

### على المدى المتوسط والطويل من السقوط:

- ✓ إن الخوف من معاودة السقطة كثير الحدوث، تقريباً في نصف الحالات، ويعبر عنه من خلال التخوف من المشي، من الخروج من المسكن، وتقليص الفعالية الفيزيائية للمسن.
- ✓ متلازمة ما بعد السقوط: وتشاهد عند ٢٥ - ٣٠% من حالات السقوط ولكن بدون خطورة كبيرة.

### وتشمل:

- الخوف من السقوط من جديد ( وهذا الخوف ليس له علاقة بشدة السقطات السابقة).
- اضطرابات في المشي حيث يصبح المسن شديد الحذر، مع الميل إلى التردد والتراجع.
- وهذه الأعراض تتراكم وتستقر عند المسن حتى تقوده إلى الانطواء على الذات وإنقاص مختلف الفعاليات.

## التكفل بالمسن

### العلاج المباشر وذلك من خلال:

- ✓ إعطاء المسكنات في حال الآلام.
- ✓ إجراء غسيل وتنظيف وخياطة الجروح في حال حدوثها.
- ✓ إمامة المريض وتغذيته إذا كان ذلك ضرورية.
- ✓ حذف الأدوية التي تؤهب للسقوط.
- ✓ إجراء علاج للكسور في حال حدوثها.

### علاج الأسباب المؤدية للسقوط.

- ✓ العودة إلى المشي ونزع الصفة الكارثية عن السقوط.

### علاج فيزيائي وإعادة تأهيل المسن للمشي بثقة:

- ✓ في البداية بمساعدة بشرية" معالج فيزيائي أو ممرض".
- ✓ وبعد ذلك بمساعدة ميكانيكية: عكاز أو مجوال " جهاز المساعدة المريض على التجول".
- ✓ وبعد التأهيل فإن احتمال استقلالية المريض أكثر مما عليه عند المسن الساقط الذي لم يؤهل للمشي.

### الحماية والوقاية من السقوط:

إن أفضل الطرق لتجنب عودة السقوط يكمن في إعادة الثقة والأمان وتجنب كل إحساس بعدم الأهلية الذاتية. وبالتالي يجب العمل عليه:

- ✓ الشرح للمسن بشكل واضح وصريح بأن عدم الحركة سيئة جداً ومضرة من جميع النواحي.
- ✓ تهيئة المحيط مباشرة بما يتناسب مع متطلبات المسن بعد السقوط.
- ✓ تعليم وتنقيف المريض على تفادي السقوط من خلال إجراء اختبارات السقوط.
- ✓ تعليم المريض النهوض عن الأرض في حال السقوط.

مدرس المقرر

أ.د. سوسن غزال