

Specyfika rehabilitacji pacjentów geriatrycznych z wielochorobowością – opis przypadku 82-letniego pacjenta

Rehabilitation specificity of geriatric patients with multiple chronic conditions – case of 82-years-old male patient

Joanna Białkowska^{1,2}, Dorota Mroczkowska^{1,2}

¹ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Oddział Kliniczny Rehabilitacji Neurologicznej i Ogólnoustrojowej,

² Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Nauk Medycznych

Streszczenie

Opis przypadku. Badaniem objęto 82-letniego chorego leczonego w Oddziale Klinicznym Rehabilitacji Neurologicznej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie. Celem pracy jest ukazanie specyfiki rehabilitacji pacjenta, u którego z uwagi na współwystępujące schorzenia, w procesie planowania rehabilitacji uczestniczył interdyscyplinarny zespół specjalistów. W wyniku kompleksowej rehabilitacji uzyskano znaczną poprawę czynnościową pacjenta. *Geriatrics 2014; 8: 1-5.*

Słowa kluczowe: rehabilitacja geriatryczna, wielochorobowość, zespół interdyscyplinarny, udar mózgu, endoprotezoza, zaburzenia funkcji poznawczych

Abstract

Case report. Patient 82-year-old was admitted to the neurological rehabilitation unit at the University Hospital in Olsztyn. The aim of this study is to present the case of a geriatric patient with multimorbidity. A multidisciplinary team of specialists was involved in the process of rehabilitation. As a result of comprehensive rehabilitation was recovered significant functional improvement of the patient. *Geriatrics 2014; 8: 1-5.*

Keywords: geriatric rehabilitation, multimorbidity, interdisciplinary team, stroke, joint replacement, endoprosthesis, cognitive disorders

Studium przypadku

Mężczyzna, lat 82 - został przyjęty do Oddziału Klinicznego Rehabilitacji Neurologicznej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie celem kompleksowego usprawniania. W wywiadzie od 9 miesięcy leczony acenokumarolem z powodu utrwalonego migotania przedsionków. Z powodu wielostawowych dolegliwości bólowych w przebiegu choroby zwyrodnieniowej przyjmował niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) według własnego uznania. Na miesiąc przed przyjęciem do oddziału rehabilitacji hospitalizowany w oddziale neurologii z powodu krwotocznego udaru mózgu, gdzie w badaniu tomografii komputerowej stwierdzono krwiak podtwardówkowy grubości 2,2 cm z przesunięciem linii pośrodkowej

o 1,8 cm nad lewą półkulą mózgu. Następnie w trybie pilnym, z porażeniem połowicznym prawostronnym, zaburzeniami świadomości w Skali GLASGOW GCS 9, został przeniesiony do oddziału neurochirurgii. Wykonano tam zabieg trepanacji w łusce kości czołowej oraz guzowatości ciemieniowej po stronie lewej z drenażem przestrzeni podtwardówkowej oraz usunięciem krwaka. Po operacji uzyskano poprawę świadomości GCS15 oraz częściowy powrót ruchów czynnych w kończynach prawych.

W dniu przyjęcia do oddziału rehabilitacji neurologicznej w badaniu przedmiotowym chorego stwierdzono cechy masywnego niedowładu połowicznego prawostronnego, żywsze odruchy ścięgniste z prawych kończyn, zaburzenia czucia głębokiego w kończy-

nach prawych, ograniczenie ruchomości w stawach biodrowych i kolanowych, ranę okolicy skroniowej lewej gojącą się przez rychłozrost. Chory nie potrafił siadać samodzielnie, wymagał czynnej asekuracji przy pionizacji w łóżku. W skali Barthel ADL uzyskał 1 pkt. W badaniu neuropsychologicznym stwierdzono nieprawidłowości w zakresie: systemu uwagi, funkcji pamięciowych, wyższej organizacji ruchu oraz funkcji wykonawczych.

Rehabilitację chorego planował zespół: specjalista rehabilitacji medycznej, neurolog, kardiolog, ortopeda, internista, neuropsycholog, neurologopeda. Znacznym utrudnieniem w ustaleniu programu rehabilitacji były schorzenia dodatkowe chorego. Pacjent był obciążony przewlekłą niewydolnością serca II/III NYHA, utrwalonym migotaniem przedsionków 80-100/min, nadciśnieniem tętniczym i przerostem gruczołu krokowego. Ponadto, w 2006 roku z powodu choroby zwyrodnieniowej przeszedł endoprotezoplastykę stawu biodrowego prawego. Następnie w 2008 roku wykonano endoprotezoplastykę stawu biodrowego lewego.

W 2002 roku wykonano endoprotezoplastykę stawu kolanowego lewego i w 2004 roku stawu kolanowego prawego. W 2004 roku z powodu zrostów i wyrosli kostnych wykonano rewizję protezy prawego stawu kolanowego. W 2008 roku wykonywano dwukrotnie repozycję stawu biodrowego lewego z powodu zwicznienia protezy.

Usprawnianie pacjenta znacznie utrudniała jego słaba wydolność, zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów. Zlecono konsultację kardiologiczną, wykonano ECHO serca oraz badanie Hoter EKG, stwierdzając dominujący rytm migotania przedsionków, okresowo wstawki częstoskurczu nadkomorowego z blokiem 2:1, przerost lewej komory serca, niedomykalność zastawki mitralnej i trójdzielnej. Zmodyfikowano leczenie kardiologiczne.

W programie rehabilitacji zaplanowano: ćwiczenia oddechowe, czynne wolne, ćwiczenia metodą neurofizjologiczną wg Bobath, pionizację i naukę lokomocji, terapię zajęciową, ćwiczenia sprawności manualnej, ćwiczenia czucia głębokiego wg Perfetti, ćwiczenia równoważne i koordynacji ruchów, terapię psychologiczną.

Ćwiczenia prowadzono stopniowo zwiększając obciążenia w zależności od wydolności chorego. Zwracano szczególną uwagę na edukację profilaktyki zwicznień endoprotez, w związku z czym konieczne było modyfikowanie i dobranie wybranych elemen-

tów metod neurofizjologicznych. W trakcie pobytu w oddziale rehabilitacji obserwowano u chorego spadki ciśnienia ortostatycznego przy pionizacji. Chory nie stosował się do zaleceń przyjmowania płynów, gdyż twierdził, że nie chce często korzystać z toalety. Wypijał około 1 litra płynów.

Rehabilitację pacjenta utrudniały zaburzenia funkcji poznawczych i wykonawczych - przy przyjęciu do oddziału rehabilitacji stwierdzono: adynamię, trudności w planowaniu, inicjowaniu i podtrzymywaniu działań, zaburzenia pamięci świeżej, niską odporność na dystraktory, znaczne zaburzenia funkcji wzrokowo-przestrzennych. Ponadto stwierdzono obniżenie nastroju (Skala Becka BDI - 15 pkt), zaburzenia snu i łaknienia. Pacjent początkowo odmawiał wykonywania najprostszyc zadań mających na celu terapię funkcji poznawczych, uzasadniając to słabością czy zmęczeniem. Negował występowanie u siebie deficytów, a nawet z uporem nie przyjmował informacji o stwierdzonych zaburzeniach. Jediną formą pracy, którą akceptował, była rozmowa o jego przeszłości i obawach o przyszłość. W związku z tym prowadzono działania wspierające, mające na celu pogłębienie samoświadomości deficytów. Omawiano plan dnia i uzgadniano z pacjentem program terapii, by poprawić pamięć chorego i zmotywować go do czynnego uczestnictwa w rehabilitacji. Planowano z pacjentem jego przyszłość. Z upływem czasu zauważono, że pacjent zaczyna spontanicznie podejmować działania celowe, jest w stanie dłużej niż przez kilkanaście sekund zogniskować uwagę na wykonywanym zadaniu. Kontynuacja podjętych działań stała się dla niego ważna. Gdy wydarzyło się coś pozytywnego w odczuciu pacjenta, stawał się podekscytowany.

W wyniku kompleksowej rehabilitacji uzyskano u chorego znaczną poprawę czynnościową (w Skali Barthel ADL chory uzyskał 14 punktów). Po zastosowanej fizjoterapii uzyskano: wzmocnienie siły mięśniowej prawych kończyn i mięśni posturalnych, poprawę sprawności manualnej prawej kończyny górnej, zmniejszenie zaburzeń czucia głębokiego, chód na krótkich dystansach (około 100 metrów) przy pomocy balkonika, krokiem naprzemiennym. Do poruszania się na dłuższych dystansach chory wymagał wózka inwalidzkiego. Poprawie uległo funkcjonowanie poznawcze w zakresie funkcji słownych, spostrzegania i uwagi wzrokowej oraz umiejętność planowania i kontrolowania działań umysłowych.

Przy wypisie zalecono choremu regularną kontrolę

ciśnienia tętniczego, ograniczenie spożywania soli i tłuszczów zwierzęcych, zwiększenie ilości spożywanego owoców, warzyw i ryb, codzienne wykonywanie ćwiczeń fizycznych o średnim nasileniu przez 30 min (częstość tętna do 60% tętna maksymalnego), utrzymywanie prawidłowej masy ciała (BMI 20-25), regularne przyjmowanie leków wg zaleceń lekarza.

Dyskusja

Pacjentów geriatrycznych charakteryzuje zjawisko tzw. wielochorobowości, czyli współwystępowania kilku chorób przewlekłych jednocześnie. Ryzyko ograniczenia sprawności funkcjonalnej rośnie wraz z liczbą występujących chorób i jest szczególnie duże u osób w wieku powyżej 80 lat [1]. Wielochorobowość jest poważnym problemem w rehabilitacji, zmuszającym często do modyfikacji zaplanowanej terapii. Wydłużający się średni i maksymalny wiek życia coraz częściej zmuszają do opracowywania zindywidualizowanych programów leczenia schorzeń wieku starczego, dlatego rehabilitacja geriatryczna powinna być prowadzona wielopłaszczyznowo. Do zapewnienia optymalnej opieki niezbędna jest współpraca zespołu specjalistów, oferujących trafną diagnozę i kompleksową terapię skoncentrowaną na sprawności funkcjonalnej. Zasady działania takich zespołów polegają na wymianie doświadczeń i działaniach komplementarnych. Istotne jest ponadto ujednoczenie celów realizowanych przez poszczególnych członków zespołu.

Choroby towarzyszące związane z wiekiem przyczyniają się w dużym stopniu do obniżenia aktywności fizycznej, co z kolei prowadzi do zmniejszenia siły mięśniowej i ogranicza sprawność realizacji podstawowych czynności życia codziennego. Zachwianie równowagi energetycznej jako konsekwencji zmniejszonego metabolizmu podstawowego, zwiększa ryzyko cukrzycy i otyłości [2]. W procesie starzenia się ustroju dochodzi do spadku masy mięśniowej, kostnej oraz przyrostu tkanki tłuszczowej. Chorzy zaczynają preferować siedzący tryb życia [3,4].

Istotnym problemem rehabilitacji jest hipotonia ortostatyczna, której częstość występowania wzrasta z wiekiem. Zwiększa ona ryzyko zaburzeń równowagi i upadków, co może istotnie ograniczać sprawność funkcjonalną chorych. Nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba Parkinsona, niewydolność serca, wady zastawkowe, zaburzenia rytmu serca, niedobory pokarmowe i alkoholizm, należą do chorób, które są obciążone zwiększonym ryzykiem hipotonii ortosta-

tycznej [5]. Ważną rolę w leczeniu hipotonii odgrywa edukacja chorego: należy unikać gwałtownej pionizacji, ważne jest, aby osoby starsze przed wstaniem z łóżka przyjmowały na kilka minut pozycję siedzącą. Powinny także unikać nagłego wstawania w przypadku nasilonej diurezy nocnej. Po dłuższym leżeniu należy chorym zalecać wykonywanie ćwiczeń czynnych – wolnych, zgięcia i wyprostu w stawach skokowych. Osobom starszym trzeba też przypominać o konieczności przyjmowania 1,5 litra płynów na dobę.

Prowadząc rehabilitację ruchową z osobami starszymi należy pamiętać o odpowiednim dawkowaniu wysiłku. Usprawnianie należy rozpoczynać od serii krótkich ćwiczeń, przechodząc stopniowo do dłuższych i bardziej obciążających wysiłków [6]. Należy pamiętać, że udział w określonych zajęciach ruchowych powinien być uzależniony od aktualnego stanu zdrowia, sprawności ruchowej, wydolności wysiłkowej, doświadczenia oraz motywacji. Z kolei wielkość i rodzaj obciążeń wysiłkiem fizycznym powinien być uzależniony od wieku i chorób współistniejących. W rehabilitacji ruchowej osób starszych z nadciśnieniem i chorobą niedokrwienną serca przeciwwskazaniem są ćwiczenia izometryczne. U osób z zaburzeniami koncentracji nie należy wprowadzać do ćwiczeń zbyt dużej ilości złożonych ruchów. Pąchalska i wsp. wskazują zasadność stosowania kompleksowych programów terapii u pacjentów po realloplastyce stawu biodrowego, które poprzez wykorzystanie odpowiednio dobranych ćwiczeń fizycznych, technik relaksacji oraz seminariów i grupowych sesji panelowych sprzyjają poprawie sprawności psychofizycznej i tym samym podnoszą jakość życia tych pacjentów [7]. Odpowiednio dobrane, pozbawione barier architektonicznych i terenowych przestrzenie, zachęcają osoby starsze do częstszego korzystania z nich. Ergonomiczne projektowanie umożliwia „wyzwolenie potrzeby ruchu”, co ma istotne znaczenie profilaktyczne [8].

Kinezyterapia seniorów powinna skupiać się na trzech podstawowych rodzajach ćwiczeń, do których zalicza się: ćwiczenia aerobowe-wytrzymałościowe, siłowe oraz rozciągające. Udowodniono, że w przypadku osób starszych, już jeden trening w ciągu tygodnia może przynieść korzyści [9]. W planowaniu kinezyterapii należy unikać wysiłków beztlenowych oraz ćwiczeń statycznych. Większą urazowość mogą powodować ćwiczenia wymagające rywalizacji, sprinty, gry zespołowe. Za niekorzystne uważa się ćwiczenia w zbyt dużym zakresie ruchu (szczególnie

w odcinku szyjnym kręgosłupa) oraz ćwiczenia ze zbyt długim uniesieniem kończyn górnych ponad głowę. Szczególną uwagę należy także zwracać na dobór ćwiczeń na przyrządach gimnastycznych [10].

Pacjenci ze wszczepioną endoprotezą stawu kończyny dolnej powinni unikać tzw. aktywności „high impact”, tj. związanej z bieganiem, skokami, bądź nadmiernym przeciążaniem operowanego stawu. Nie stosowanie się do powyższych zaleceń może przyczynić się do wcześniejszego zużycia endoprotezy lub jej aseptycznego obłuzowania. Pacjentom takim nie należy polecać gier zespołowych, w których występuje możliwość fizycznego kontaktu z innym zawodnikiem, bowiem zwiększa to ryzyko doznania kontuzji podczas zderzenia [11]. Bożek wykazuje, że rehabilitację przyspiesza pooperacyjne wczesne podjęcie obciążenia operowanej kończyny [12]. Wieczorkowska-Tobis opisuje rolę edukacji chorych pod kątem zwracania uwagi na określone aspekty codziennej aktywności [13]. Według tej samej autorki coraz popularniejsze stają się ćwiczenia dla seniorów zawierające elementy jogi czy tańca [1]. W ostatnich latach zauważa się coraz większe zainteresowanie neurorehabilitacją wspomaganą metodami opartymi na biologicznym sprzężeniu zwrotnym. Biofeedback stosuje się z powodzeniem również u osób starszych z różnymi deficytami ruchowymi, neurologicznymi i psychologicznymi.

Literatura przedmiotu podaje, że u osób w starszym wieku często występują zaburzenia psychiczne typu otępiennego oraz depresyjnego, narastają objawy paranoidalne, wzrasta liczba samobójstw [14]. Głównymi objawami zaburzeń psychicznych są: zaburzenia orientacji, zaburzenia koncentracji, zdolności rozumienia i sensownego łączenia ze sobą doświadczanych przeżyć, jak również budowania wła-

snego doświadczenia życiowego, dysfunkcje pamięci, zaburzenia napaędu, formalnego myślenia oraz afektu. Wskutek tego osoby starsze stają się często bezradne. Efektem może być obniżona samoocena, wewnętrzny niepokój, skłonność do narzekań. Kłopoty z koncentracją uwagi, zmniejszenie zdolności skupienia się na kilku zagadnieniach jednocześnie, wydłużenie czasu reakcji, spowolnienie szybkości ruchów dowolnych oraz zaburzenia pamięci mogą mieć negatywny wpływ na proces rehabilitacji [15]. Istotne jest ponadto diagnozowanie depresji u pacjentów geriatrycznych, a co za tym idzie, włączanie w uzasadnionych przypadkach do kompleksowej rehabilitacji leczenia przeciwdepresyjnego. Jak wykazano, wraz ze wzrostem zaburzeń depresyjnych sprawność funkcji poznawczych ulega znacznemu osłabieniu [16].

Właściwe rozpoznanie współistniejących chorób ukierunkowuje proces leczniczy i umożliwia zintegrowaną terapię, co przyczynia się do poprawy stanu zdrowia, jakości życia i niezależności osób starszych [17]. Rehabilitacja ruchowa wykazuje korzystne oddziaływanie zdrowotne, umożliwiając tzw. „pomyślne starzenie się” (successful ageing) [18].

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Joanna Białkowska
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie
ul. Warszawska 30; Olsztyn
☎ (+48 89) 524 53 50
✉ bialkowska.j@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Wieczorowska-Tobis K. Specyfika pacjenta starszego. W: Fizjoterapia w geriatric. Wieczorowska-Tobis K, Kostka T, Borowicz AM (red.). Warszawa: PZWL; 2011. str.18-27.
2. Taaffe DR, Marcus R. Musculoskeletal health and the older adult. J Rehabil Res Dev 2000;37:245-54.
3. Kuncewicz E, Gajewska E. Istotne problemy rehabilitacji geriatrycznej. Geriatr Pol 2006;2:136-40.
4. Żak M. Rehabilitacja w procesie leczenia osób starszych. Gerontol Pol 2008;8:12-8.
5. Wieczorowska-Tobis K, Rajska-Neumann A. Hipotonia ortostatyczna u starszych pacjentów. Geriatr Pol 2006;2:159-65.
6. Manini T, Pahor M: Physical activity and maintaining physical function in older adults. Br J Sports Med 2009;43:28-31.
7. Pąchalska M, Talar J, Frańczuk B i wsp. Program rehabilitacji „Ku lepszemu życiu” dla starszych pacjentów po realloplastyce stawu biodrowego. Ortop Traumatol Rehabil 2001;3(1).
8. Labus A. Rehabilitacja dzięki przestrzeni miejskiej. Rehabilitacja w Praktyce 2011;4:45-7.

9. Żołądź J, Majerczak J, Duda K. Starzenie się a wydolność fizyczna człowieka. W: Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego. Górski J (red.). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011. str. 157-164.
10. Gieremek K. Przeszkody w skutecznej fizjoterapii osób starszych. Ogólnopolska Konferencja Naukowa. Starzejące się społeczeństwa: Nowe dziedziny opieki medycznej – potrzeby i rozwiązania systemowe. Katowice, 2-3 marca 2006.
11. Kokoszka P: Wieloaspektowa analiza wyników bezcementowej endoprotezoplastyki stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia Zweymüllera oraz stożkowej panewki wkręcanej. Praca doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2012.
12. Bożek M, Gaździk TS, Kotas-Strzoda J i wsp. Protezoplastyka w koksartozie dysplastycznej. Doświadczenia własne. Ortop Traumatol Rehabil 2005;7(6):626-32.
13. Wieczorowska-Tobis K, Rajska-Neumann A. Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. Geriatr Pol 2006;1:38-40.
14. Kastner U, Motzing G. Choroby psychiczne wieku podeszłego. W: Pielęgniarstwo geriatryczne. Motzing G, Schwarz S (red.). Wrocław: Elsevier Urban &Partner; 2012.
15. Luk J. Rehabilitation in older people: know more, gain more. Medical Practice. Hong Kong Med J 2012;18(1):56-9.
16. Jatczak-Stańczyk A, Nowakowska K, Kocur J. Współwystępowanie zaburzeń poznawczych i depresyjnych u osób z organicznym uszkodzeniem mózgu. Geriatria 2013;7:86-90.
17. Wilmańska J, Gułaj E. Współistnienie choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu i depresji u starszych pacjentów – implikacje teoretyczne. Ortop Traumatol Rehabil 2006;6(6):686-92.
18. Kostka T. Potrzeby zdrowotne osób starszych – możliwości zasadność interwencji zapobiegawczej. Ogólnopolska Konferencja Naukowa. Starzejące się społeczeństwa: Nowe dziedziny opieki medycznej – potrzeby i rozwiązania systemowe. Katowice, 2-3 marca 2006.