

TIMSKA OBRAVNAVA BOLNIKOV V ZGODNJEM OBDOBJU PO PREBOLELI MOŽGANSKI KAPI

TEAM APPROACH TO THE TREATMENT OF PATIENTS AFTER STROKE

Darja Rugelj

UDK/UDC 616.831-005.1-08

DESKRIPTORJI: *cerebrovaskularne motnje; bolnik, timska oskrba*

DESCRIPTORS: *cerebrovascular disorders; patient care team*

Izvleček – V prispevku so opisane značilnosti timske obravnave bolnikov po preboleli možganski kapi v zgodnjem obdobju. V prvem delu je predstavljeno sodelovanje med terapevti in negovalnim timom. Podrobneje so opisani postopki, kjer se dejavnosti prekrivajo, kot so nameščanje bolnikov v postelji, pomoč pri gibanju in prenos v terapiji naučenih spretnosti v vsakodnevno življenje.

Abstract – The article describes the characteristics of team work with patients in the early period after stroke. The first part presents the cooperation among the therapists and the nursing team. The proceedings where both activities intertwine, are described in detail: the positioning of the patients in bed, the help with movement and the transfer of the skills learned in therapy into everyday life.

Uvod

Posledice okvare osrednjega živčevja so v prvi vrsti odvisne od mesta okvare in njenega obsega (1). Pri okvarah, ki so posledica možgansko žilnih bolezni, je resnost okvare odvisna od tega, katera možganska arterija je zaprta (pri ishemični kapi) ali počena (pri hemoragični kapi). Posledice so motnje gibanja, ki se kažejo kot hemiplegija ali hemipareza. Senzorične motnje se kažejo kot agnozije ali motnje spoznanja s pomočjo enega od čutov. Motnje dojetanja prostora (oziroma motnje orientacije). Zelo pogost je sindrom zanemarjanja, ki se kaže kot nezmožnost upoštevanja dražljajev iz polovice prostora, pa tudi z nezmožnostjo delovanja v polovici prostora, ki leži kontralateralno (pridobljeni) polobelni okvari. Motnje govora, ki se kažejo kot motnje fonacije in artikulacije, spontanega govora, imenovanja, razumevanja govora, ponaavljanja, branja in pisanja (2).

Obravnava v zgodnjem obdobju po možganski kapi bistveno pripomore h kvaliteti poznejše rehabilitacije (3, 4). Glavni cilji zgodnje obravnave obsegajo: preprečevanje vpliva sprememb mišičnega tonusa in zmanjšane sposobnosti hotenega gibanja; preprečevanje bolečin v rami; zmanjševanje vpliva okvare senzibilnosti.

Navedene cilje je mogoče doseči s štiriindvajseturno usklajeno obravnavo, nameščanjem bolnika v različne položaje, zagotavljanjem bogatega okolja.

Sodelovanje med terapevti in negovalnim timom

Pri bolnikih s tako raznolikimi okvarami je nujno sodelovanje celotnega tima, ki običajno vključuje poleg zdravnika in negovalnega tima še fizioterapevta, delovnega terapevta, logopeda in psihologa. Sodelovanje med terapevti (fizioterapevti in delovnimi terapevti) in negovalnim timom ni samo zaželeno, temveč je ključnega pomena, predvsem v času, ko je bolnik vezan na posteljo ali invalidski voziček in potrebuje veliko nege. V tem obdobju lahko pride do veliko napak z načinom obravnave (handling), le-te pa imajo neugoden vpliv na potek nadaljnje rehabilitacije (5). Dobro sodelovanje je mogoče doseči z dobro komunikacijo med terapevti in v negovalnem timu. Prav tako morajo člani negovalnega tima poznati in razumeti specifične probleme, ki jih imajo hemiplegiki.

Motnje gibanja, s katerimi se negovalno osebje sreča v procesu zdravstvene nege bolnika s hemiplegijo

Med najbolj pogostimi negovalnimi diagnozami pri bolnikih po preboleli možganski kapi so: okvarjena hotena gibljivost, zmanjšana sposobnost samooskrbe (6) in inkontinenca urina in blata (7). Za okvarjeno hoteno gibljivost so značilne spremembe

Mag. Darja Rugelj, v. ft., dipl. org. dela, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana, Poljanska cesta 26a.

Ilustracije: Miroljub Jakovljevič v. ft., dipl. org. dela, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana, Poljanska cesta 26a.

mišičnega tonusa in pareza ali paraliza mišic polovice telesa, tako je mišični tonus obeh polovic telesa različen. Takoj po možganski kapi je v ohromelih udih navadno znižan (ohlapna pareza ali paraliza). Po različno dolgem času pa se razvije zvišan mišični tonus. Tonus se še poveča, če se bolnik napreza, če želi govoriti a ima govorne motnje, in če ga je strah. Mišični tonus je zvišan v mišičnih skupinah, ki pritegnejo ramenski obroč nazaj in navzdol (retrakcija skapule) in fleksorjih zgornjega uda. Na spodnjem udu pa v ekstenzorjih in mišicah, ki potegnejo (rotirajo) medenico nazaj (8).

Bolnik ne ve več, kako se naj giblje. Ponovno se mora naučiti obračanja v postelji, sedanja, vstajanja in hoje. Bolnik je pogosto zmeden in ne ve, kako naj uporabi neprizadeto stran, da bi nadomestil izgubo hotene gibljivosti na prizadeti strani. Izrazit je strah pred padcem zaradi okrnjenih vzravnalnih in ravnotežnih reakcij, zato potrebuje pomoč na prizadeti strani in ne na neprizadeti; nasprotno, pomočnik ga lahko na neprizadeti strani samo ovira, ko mu onemogoča svobodno gibanje in uporabo udov.

Fizioterapevtska obravnava in zdravstvena nega se dopolnjujeta predvsem v zgodnjem obdobju, ko so člani negovalnega tima ob bolniku prek celega dneva, med tem ko je fizioterapevt ob bolniku le kratek čas. V procesu ponovnega učenja gibanja bo fizioterapevt ugotovil, kje in kdaj potrebuje bolnik pomoč. Še pomembnejše pa je, da bo ugotovil, kje ne potrebuje pomoči, temveč samo čas in pravo okolje za izvedbo določene naloge. Negovalnemu osebju posreduje potrebne informacije in jih nauči, kako naj bolniku pomagajo dosegati cilje ponovnega vzpostavljanja usklajenega gibanja. Medicinska sestra bo pogosto ugotovila, da zmore bolnik več, kot je pričakovala, če mu nudi minimalno pomoč o pravem času in na pravem mestu.

Štiriindvajseturna obravnava

Znano je, da se najbolje naučimo tistega, kar največ ponavljamo, zato je uspešna rehabilitacija odvisna ne le od različnih terapevtskih obravnav, temveč tudi od tega, kaj se z bolnikom dogaja v ostalem času dneva in noči. Tudi položaj, v katerem spi, lahko bistveno vpliva na končni izid. Ne glede na to, kako kvalitetna je obravnava, se učinki ne bodo prenesli v bolnikovo vsakodnevno življenje, če se bolnik prestali čas giblje z naporom in s patološkimi vzorci gibanja. Zato mora biti rehabilitacija 24 urna obravnava ali način življenja (5, 9, 10). Način obravnave (handlinga), ki ga uporabljajo terapevti in negovalni tim, ne bi smel biti različen. Če pride do izrazitih razlik, bolnik ni sposoben niti utrditi na novo naučenih gibalnih vzorcev niti ne more prenesti naučenega v vsakodnevno življenje. Za zagotavljanje dobrega sodelovanja naj terapevt informira negovalni tim,

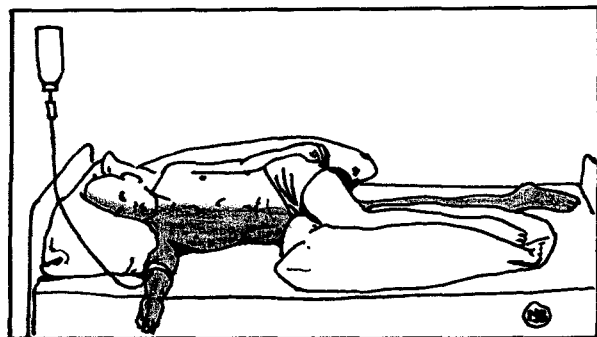
česa je bolnik sposoben, česa se je ponovno naučil in kakšno pomoč še potrebuje. Prav tako naj fizioterapevt pokaže kako bolniku pomaga pri obračanju v postelji, sedanju, vstajanju, presedanju na voziček ali stol, kje, kdaj in koliko asistENCE potrebuje za opravljanje vsakodnevnih aktivnosti.

Položaji v postelji

V zgodnjem obdobju po preboleli možganski kapi, ko preživi bolnik večino časa v postelji, je zelo pomembno, v kakšnem položaju je (10). Z nameščanjem bolnikov v postelji in handlingom je mogoče preprečiti neželene spremembe mišičnega tonusa, zmanjšano gibljivost sklepov, bolečino v rami, sindrom rama roka, in zmanjšati vpliv negiranja prizadete strani. Poleg tega vpliva nameščanje na preprečevanje pljučnih zapletov, ker je predel prsnega koša, na katerem bolnik leži, fiksiran, in je zato njegovo gibanje inhibirano. Ker se prsni koš ne razteguje, je količina izmenjanega zraka v teh območjih zmanjšana. Z rednim spreminjanjem položaja tudi razbremenimo področja kože, ki so med ležanjem preobremenjena. Že po dveh urah lahko pride do ireverzibilnih poškodb podkožnega tkiva. Istočasno je veliko bolnikov starejših in je trofika njihove kože že zaradi starosti spremenjena. Ker je vsakršno dolgotrajno zadrževanje enakih položajev, tudi če so le ti »pravilni«, škodljivo, naj bolnik prek dneva zamenja čim več različnih položajev.

Položaj leže na prizadeti strani

Položaj na prizadeti strani je eden najpomembnejših in ga je potrebno uporabljati od samega začetka. Pozneje se pokaže, da imajo te položaje bolniki najraje. Vpliva predvsem na zmanjšanje tonusa zaradi podaljšanja cele prizadete strani, poveča se zavedanje prizadete strani, sposobnejša roka je prosta za različne aktivnosti. Roka in glava morata biti primerno podprti. Če je bolniku v tem položaju udobno, bo lahko tako tudi spal. Glava je flektirana v zgornji cervikalni regiji in ne potisnjena nazaj v ekstenzijo.

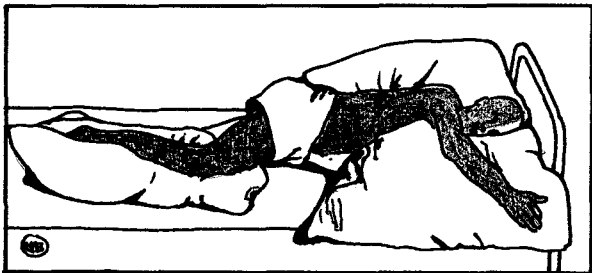


Sl. 1. Položaj leže na hemiplegični strani s podporo glave, trupa in neprizadete noge. Infuzija ne ovira nameščanja bolnika v ta položaj.

Trup je rotiran nekoliko nazaj in od zadaj podprt z blazino. Prizadeta roka je pomaknjena naprej, pri čemer kot med trupom in roko ne sme biti manj kot 90 stopinj, podlaket je supinirana in zapestje je v pasivni dorzalni fleksiji. Skapula je protrahirana. Teža bolnikovega telesa ta položaj zadrži. Kadar je skapula v protrakciji, se zmanjša tonus fleksorjev v vsej zgornji končini. Neprizadeta roka počiva na bolnikovem telesu ali zadaj na blazini. Če leži roka spredaj, potegne celoten trup naprej, kar povzroči retrakcijo skapule na prizadeti strani. Nogi ležita v položaju koraka, neprizadeta noga flektirana v kolku in kolenu ter podprta z blazino. Blazina zadržuje tudi položaj prizadete noge, ki je ekstenzirana v kolku in nekoliko flektirana v kolenu (sl. 1).

Položaj leže na neprizadeti strani

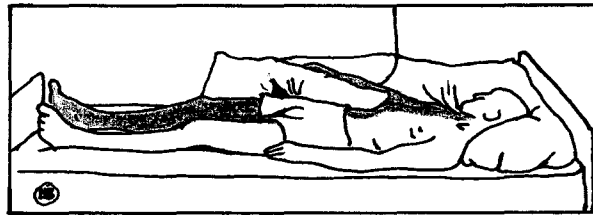
Glava je dobro podprta z blazino, da zagotovi bolniku udoben položaj. Trup je pravokotno glede na posteljo (bolnik ne sme biti nagnjen naprej v poltrebušni položaj). Prizadeta roka je podprta z blazino, ki je pred bolnikom v položaju približno 100 stopinj elevacije. Druga roka leži, kjerkoli je za bolnika udobno – včasih flektirana pod vzglavno blazino, ali pa leži preko bolnikovega prsnega koša ali trebuha. Prizadeta noga je spredaj in cela podprta z blazino v položaju fleksije kolka in kolena. Poskrbeti moramo, da stopalo ne visi v položaju inverzije prek roba blazine. Druga noga je ekstenzirana v kolku in rahlo flektirana v kolenu (sl. 2).



Sl. 2. Položaj leže na neprizadeti strani. Hemiplegična roka je dobro podprta z blazino.

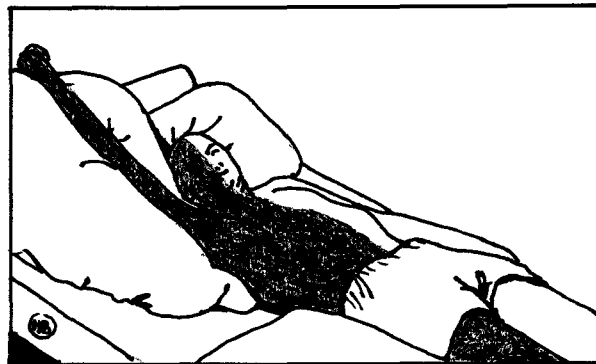
Položaj na hrbtu

Položaj na hrbtu naj bi uporabljali čim manj, kajti v tem položaju pride najbolj do izraza abnormna refleksna aktivnost zaradi toničnih refleksov vratu in labirinta, ki vplivajo na spremembo mišičnega tonusa. Ta položaj je prav tako nevaren za nastanek dekubitusov na sakrumu, zunanji strani pete in zunanjem maleulu. Medenica na plegični strani je rotirana navzad in tako potegne prizadeto nogo v zunanjo rotacijo. Vendar je včasih nujno uporabiti ta položaj kot alternativo, posebno za tiste bolnike, ki so bili na začetku dolgo negovani na hrbtu in težje prenesejo položaj na boku. Glava naj bo dobro podprta z blazi-



Sl. 3. Položaj leže na hrbtu. Blazina ob nogi je potisnjena tesno k prizadeti zadnjici in stegnu in tako potisne prizadeto stran medenice naprej. Podprta lopatica na prizadeti strani zadržuje in ohranja pravilen položaj zgornjega uda.

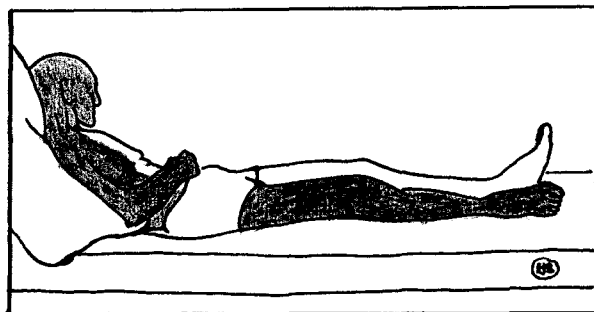
no, paziti je potrebno, da ne pride do fleksije v torakalnem delu. Blazina ob nogi je potisnjena tesno k prizadeti zadnjici in stegnu in tako potisne prizadeto stran medenice naprej, s tem pa prepreči padanje noge v zunanjo rotacijo. Blazina pod prizadeto skapulo je postavljena tako, da zadržuje protrakcijo (sl. 3). Uporabna alternativa je postaviti prizadeto roko nad glavo. Nogi sta ekstenzirani (sl. 4).



Sl. 4. Alternativen položaj roke, kadar leži bolnik na hrbtu. Ta položaj se uporablja kratek čas med dnevom.

Položaji, ki se jih je potrebno izogibati

Polsedeč položaj moramo vedno preprečiti, ker ta facilitira neželjeno fleksijo trupa z ekstenziranimi nogami (sl. 5). Bolniku ne smemo ničesar polagati v dlan, z namenom, da bi zmanjšali spastičnost fleksorjev zapestja in prstov, ker sprožimo prijemalni re-



Sl. 5. Polsedečemu položaju se je potrebno za vsako ceno izogibati. Ta vzpodbuja spremembe tonusa zgornjih in spodnjih udov.

fleks, ki povzroči zapiranje roke okoli predmeta, dosežemo ravno nasprotno (11). Ničesar ne smemo podlagati pod podplat, z namenom, da bi preprečili zmanjšano gibljivost v smeri dorzalne fleksije. Čvrst pritisk na blazinice pod prsti poveča neželjeno re-fleksno aktivnost v ekstenzijskem vzorcu (10).

Zagotavljanje bogatega okolja

Raziskave potrjujejo, da je bogato okolje učinkovito pri vzpodbujanju vračanja funkcij po možganski okvari pri bolnikih vseh starosti (12). Zaradi prizadetosti različnih senzoričnih modalnosti so potrebni intenzivni dražljaji, da bi preprečili posledice zanamarnjanja prizadete strani. Položaj postelje in stola glede na ostale predmete v okolici ima lahko pomemben vpliv, posebno v začetnem obdobju bolezni, ko je bolnikova sposobnost gibanja omejena (7). Zaradi okvare se bolnikova glava obrne stran od prizadete strani. Nagiba se k temu, da negira ne le polovico telesa temveč tudi okolico na tisti strani. Soba naj bo urejena tako, da bo bolnik dobival v celem dnevu čim več dražljajev s prizadete strani. Postelja naj bo postavljena tako, da se bodo vse aktivnosti odvijale s prizadete strani. Zaradi take ureditve sobe bo bolnik ves čas dobival spodbude s prizadete strani in obračal glavo proti prizadeti strani. Nočna omarica naj bo na bolnikovi prizadeti strani in če bo želel doseči predmet bo moral obrniti glavo proti prizadeti strani in premakniti roko prek »središčne linije«. Presedanje na stol ob postelji bo tudi gibanje proti prizadeti strani. Svojci in prijatelji lahko veliko pripomorejo, če jim damo ustrezna navodila (obračanje glave na prizadeto stran, fiksiranje pogleda k sogovorniku, držanje bolnika za prizadeto roko in podobno).

Sklep

Prizadevanja za izboljšanje funkcionalnih sposobnosti bolnikov po preboleli možganski kapi so skupen cilj vseh članov tima, ki sodeluje pri zdravljenju in obravnavi. Zato je nujno potrebno usklajeno delovanje vseh članov tima, ki se pri takem bolniku srečujejo. Z dobrim pretokom informacij in poznavanjem dela ostalih članov tima bo bolnikovo stanje hitreje doseglo višjo funkcionalno raven.

Literatura

1. Janko M. Motnje gibanja. *Med Razgl* 1991; 30: 55–69.
2. Vodušek DB. Višja živčna dejavnost. *Med Razgl* 1992; 31: 369–400.
3. Pogačnik T. Možgansko žilne bolezni. *JAMA* 1995; 2: 3–4.
4. Johnston MV, Keister M. Early rehabilitation for stroke patients: a new look. *Arch Phys Med Rehabil* 1984; 65: 437–41.
5. Bobath B. *Adult hemiplegia: Evaluation and treatment*. Oxford: Butterworth Heinemann, 1990.
6. Pierce L, Rodrigues-Fisher L, Buettner M, Bulcroft J, Camp YG, Bourguignon C. Frequently selected nursing diagnoses for the rehabilitation client with stroke. *Rehabilitation Nursing* 1995; 20: 138–43.
7. Solak H. Rehabilitation von Patienten mit neurologischen Störungen. *Deutsche Krankenpflege-Zeit* 1991; 11: 785–8.
8. Davis PM. *Right to the middle*. Berlin: Springer Verlag, 1993.
9. Carr JH, Shepherd R. *Physiotherapy in disorders of the brain*. Oxford: Heinemann, 1980.
10. Davis PM. *Steps to follow. A guide to the treatment of adult hemiplegia*. Berlin: Springer Verlag, 1993.
11. Mathiowetz V, Bolding DJ, Trombly CA. Immediate effects of positioning devices on the normal and spastic hand measured by electromyography. *Am J Occup Ther* 37: 247–54.
12. Carr JH, Shephard RB, Gordon J et al. *Movement science. Foundation for physical therapy in rehabilitation*. London: Heinemann, 1987.