

Yaşlı Hemiplejik Hastanın Rehabilitasyonu

Rehabilitation of an Aged Hemiplegic Patient

Esmâ CECELİ

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, 1. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Serebrovasküler olaya bağlı hemipleji insidansı yaşlanmayla birlikte giderek artmaktadır ve yaşlı popülasyonda hemipleji primer dizabilite nedenidir. Yaşlı hastalardaki eşlik eden hastalıklar tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu derlemede yaşlı hemiplejik hastalarda eşlik eden sorunlar ve rehabilitasyon yöntemleri irdelenmiştir. *Türk Fizik Tıp Rehab Derg 2009; 55 Özel Sayı 2: 90-1.*

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, inme, komorbidite, rehabilitasyon

Summary

The incidence of hemiplegia due to cerebrovascular accident is increasing with aging and hemiplegia is the primary cause of long-term disability among the aged population. Comorbid diseases in aged patients have a negative influence on the therapy course. In this review comorbid problems and rehabilitation methods for aged hemiplegic patients were investigated. *Turk J Phys Med Rehab 2009; 55 Suppl 2: 90-1*

Key Words: Aged, stroke, comorbidity, rehabilitation

Giriş

Serebrovasküler olay (SVO) insidansı giderek azalmakla birlikte halen 3. en sık ölüm nedenidir; morbiditeye ve uzun süreli dizabiliteye neden olmaktadır. Yaşla insidansı giderek artmaktadır, 55-64 yaşa göre 75-84 yaş grubunda görülme sıklığı 10 kat artmıştır. Nedenleri serebral infarkt (%75), intraserebral kanama (%15) ve subaraknoid kanama (%10) olarak sıralanabilir, mortalite oranları ise sırasıyla %40, %80 ve %50'dir (1).

Ancak SVO yaşlanmanın önlenemez bir parçası değildir. Hipertansiyon (HT), aşırı alkol tüketimi, karotid arter stenozu, atrial fibrilasyon, dislipidemi, obezite ve sigara içme gibi faktörlerin düzeltilmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması ile SVO gelişimi önlenir (2).

SVO sonrası rehabilitasyon hizmeti verilecek olan yaşlı grubun özellikleri gençlerden farklıdır. Bu farklılıkların bazıları eşlik eden hastalıklar, dizabiliteye neden olacak ek faktörler, daha narin olma, depresif, kognitif ve nutrisyonel problemler olarak tanımlanmıştır (3,4). Eşlik eden hastalıkların taburculuktaki fonksiyonel durum üzerinde önemli etkisi vardır. Kontrol edilmemiş HT, anjina, miyokardiyal enfarktüs, atrial veya ventriküler aritmi, konjestif

kalp yetmezliği rehabilitasyon ünitesindeki hastaların %40'ında görülür. Diabetes mellitusu olan hastalarda akut dönemde geçici bir reaktif hiperglisemi gelişebilir, kan şekeri kontrolü için insülin tedavisine geçilebilir. Bu da hastanın rehabilitasyona katılımını zorlaştırabilir (5). Erken dönemde hastalarda üriner, fekal veya ikili inkontinans gelişebilmektedir, rehabilitasyon sürecinde mesane ve rektum kontrolünün geri dönüşüyle oranları azalmaktadır. Yaş, kognitif bozukluklar ve bacak kaslarındaki yetersizlik inkontinansla ilişkili bulunmuştur (6).

Rehabilitasyon sürecini etkileyecek psikolojik sorunlar depresyon ve kognitif bozukluklardır. Depresyon hastaların yaklaşık 1/3'ünde görüldüğü için rehabilitasyon kliniklerinde depresyon tarama ve tedavi algoritmaları bulunmalıdır. Depresyon tedavisi ile hastanın hem mental sağlığı hem de fonksiyonu ve yaşam kalitesi düzelecektir (7). Kognitif bozukluk hastaların %17-56'sında görülür ve rehabilitasyon sonuçlarını kötü etkiler (8).

Ayrıca özellikle diz osteoartriti olanlarda SVO sonrası ağrı, hareket etmede kısıtlılık, ek başa çıkma problemleri nedeniyle rehabilitasyona tam olarak katılım engellenir (9).

SVO sonrası iyileşmede yaşın rolü incelendiğinde bazı çalışmalarda yaşın fonksiyonel durumu etkilediği, bazılarında ise etkisi olmadığı bildirilmiştir. Gosselin ve ark. (10) çalışmasında 65 yaş

altı ve üstündeki hastaların rehabilitasyon sonuçları karşılaştırılmıştır, fonksiyonel bağımsızlık açısından taburculukta iki grup arasında fark bulunmamış, ancak başlangıçta yaşlı grubun daha bağımlı olduğu, taburculuk sonrası 3. ayda yaşlı grupta kazanımların korunduğu, genç grupta ise kazanımda artış saptandığı belirtilmiştir. Ayrıca hastalık öncesinde daha bağımsız olanların çok yaşlı bile olsalar daha fazla düzelmeye gösterdikleri vurgulanmıştır.

Rehabilitasyon

Erken dönemde komplikasyonları önlemeye yönelik tedavi planlanmalıdır. Bası yaralarını önlemek için hastanın pozisyonu 2 saatte bir değiştirilmeli, kontraktürleri önlemek için eklemelere uygun pozisyon verilmeli, eklem hareket açıklığı (EHA) egzersizleri yaptırılmalı, aspirasyon pnömonisini önlemek için pozisyonlamasına dikkat edilmeli, barsak düzenine dikkat edilip fekal impaksiyon önlenmeli, flebit ve pulmoner emboliye yönelik tedavi verilmelidir. Sonraki dönemde ise etkilenmiş bölgelerde kas reedükasyonuna diğer bölgelerde ise yapabildiklerini artırmaya yönelik tedavi verilmelidir (1).

Rehabilitasyon sürecini etkileyecek faktörlerden kognitif bozukluk hastanın komutları anlamasını ve hatırlamasını zorlaştırır. Bu durumda hastayla yavaş konuşulmalı, komutlar tek tek verilmeli, talimatları kelime kelime tekrarlamalı, hareketi göstermeli ve yapması için gerekli zaman verilmelidir (11).

Güçlendirme (elektrik stimülasyon, biofeedback, kas reedükasyonu, robot yardımcı hareket tedavisi, mental pratik ve progresif dirençli egzersizler) egzersizleri ile yapılan güçlendirme eğitiminin SVO'daki etkilerinin araştırıldığı bir derlemede erken dönemde daha etkili oldukları, spastisiteyi artırmadıkları, günlük yaşamdaki rollerini anlamak için bir iki kas grubunda değil de ekstremitedeki tüm kaslara yönelik güçlendirme yapıp etkisine bakılması gerektiği sonucuna varılmıştır (12).

Alt ekstremitte ve kolun kişinin günlük yaşamında kullanabileceği işlerde (yemek hazırlama ve ev işi gibi) kullanıldığı eğitimlerde bazı fonksiyonel aktivitelerde iyileşme gözlenmiştir (13). Yapılacak hareketin önce hayal edilmesi ve sonrasında hareketin yapılmasına çalışılan mental pratik yapma yönteminde de başarılı sonuçlar alınmıştır. Hastanın başka bir kişinin yaptığı bir hareketi gözlemlemesi ve sonrasında pratik yapması da tedavi başarısını artırmaktadır (14).

Kısıtlayıcı hareket tedavisinde asıl gelişmenin omuz fleksiyon ve kompensatuar abduksiyonunda olduğu, gövde hareketleri ve dirsek ekstansiyonunda gelişme saptanmadığı bildirilmiştir. Hastanın motor kontrolünü normalleştirmekten çok, kompensatuar ve/veya sinerji hakimiyetindeki hareketler oluşturularak hareket çıkartması sağlanmaktadır. Bu nedenle kısıtlayıcı hareket tedavisinin fonksiyonel kapasite ve daha normal hareket sinerjileri ile geliştirilecek şekilde geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (15). Ayrıca kısa dönemde faydalı olsa da uzun dönemde konvansiyonel yöntemlerden fazla bir katkısının olmadığı bulunmuştur (16).

Robot yardımcı tedavinin etkileri ile ilgili bir meta-analizde üst ekstremitte motor fonksiyonunda anlamlı gelişme olduğunu saptanmış, günlük yaşam aktivitelerinde anlamlı düzelmeye bulunmamıştır, ancak çalışmalarda kullanılan testlerin gelişmeleri ince ince kaydedecek yeterlilikte olmadığı ve el becerisini gösteren değerlendirmeler içermediği saptanmıştır (17).

Hastaların erken mobilizasyonu için yürüme ortezi ve bastonun kullanımı hastalarca kolay kabul edilmiş ve erken dönemde hasta ayağa kalkabildiği için de tercih edilmiştir (18).

Hemipleji hastaları en iyi rehabilitasyon hastanelerinde tedavi edilip toplum içine dönmekte ve günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla gelişme kaydetmektedir. Taburculukta depresyon, anksiyete ve stres varlığı hastanın topluma entegrasyonunu kötü yönde etkileyecektir. Durumdan utanma, motivasyon eksikliği, yetersiz yetki alma ve başkaları tarafından kabul edilmeme gibi faktörler kişilerin bağımsızlıklarını kazanma ve korumalarını kötü yönde etkilemektedir (19).

Kaynaklar

1. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of clinical geriatrics, 5 th ed. New-York: Mc Graw-Hill; 2003.
2. Michael KM, Shaughnessy M. Stroke prevention and management in older adults. J Cardiovasc Nurs 2006;21:21-6. [Abstract]
3. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation: Part I: Review of frailty and comprehensive geriatric assessment. Arch Phys Med Rehabil 2003;84:890-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
4. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation: Part II: clinical challenges. Arch Phys Med Rehabil 2003;84:898-903. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
5. Black-Schaffer RM, Kirsteins AE, Harvey RL. 2. Co-morbidities and complications. Arch Phys Med Rehabil 1999;80:8-16. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
6. Kovindha A, Wattanapan P, Dejpratham P, Permsirivanich W, Kuptniratsaikul V. Prevalence of incontinence in patients after stroke during rehabilitation: a multi-centre study. J Rehabil Med 2009;41: 489-91. [Abstract] / [PDF]
7. Cully JA, Gfeller HD, Heise RA, Ross MJ, Teal CR, Kunik ME. Geriatric depression, medical diagnosis and functional recovery during acute rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:2256-60. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
8. Saxena SK, Ng TP, Fong NP, Koh G. Subthreshold depression and cognitive impairment but not demented in stroke patients during their rehabilitation. Acta Neurol Scand 2008;117:133-40. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
9. Wood JP, Connelly DM, Maly MR. Holding me back: living with arthritis while recovering from stroke. Arch Phys Med Rehabil 2009;90:494-500. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
10. Gosselin S, Desrosiers J, Corriveau H, Hébert R, Rochette A, Provencher V, et al. Outcomes during and after inpatient rehabilitation: comparison between adults and older adults. J Rehabil Med 2008;40:55-60. [Abstract] / [Full Text]
11. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. Am J Nurs 2006;106:58-67. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
12. Ada L, Dorsch S, Canning CG. Strengthening interventions increase strength and improve activity after stroke: a systematic review. Aust J Physiother 2006;52:241-8. [Abstract] / [PDF]
13. Higgins J, Mayo NE, Desrosiers J, Salbach NM, Ahmed S. Upper limb function and recovery in the acute phase poststroke. J Rehabil Res Dev 2005;42:65-76. [Abstract] / [PDF]
14. Ertelt D, Small S, Solodkin A, Dettmers C, McNamara A, Binkofski F, et al. Action observation has a positive impact on rehabilitation of motor deficits after stroke. Neuroimage 2007;36:164-73. [Abstract] / [PDF]
15. Massie C, Malcolm MP, Greene D, Thaut M. The effects of constraint induced therapy on kinematic outcomes and compensatory movement patterns: an exploratory study. Arch Phys Med Rehabil 2009;90:571-9. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
16. Dahl AE, Askim T, Stock R, Langørgen E, Lydersen S, Indredavik B. Short and long term outcome of constraint-induced movement therapy after stroke: a randomized controlled feasibility trial. Clin Rehabil 2008;22:436-47. [Abstract] / [PDF]
17. Kwakkel G, Kollen BJ, Krebs HI. Effects of robot-assisted therapy on upper limb recovery after stroke: a systematic review. Neurorehabil Neural Repair 2008;22:111-21. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
18. Tyson SF, Rogerson L. Assistive walking devices in non-ambulant patients undergoing rehabilitation after stroke: the effects on functional mobility, walking impairments and patients's opinion. Arch Phys Med Rehabil 2009;90:475-9. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
19. Prvu Bettger JA, Stineman MG. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation services in postacute care: State of the science. A review. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:1526-34. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]