

PRACA KAZUISTYCZNA

Anna Kozieł vel Kozłowska, Andrzej Kwolek

Rola rodziny w rehabilitacji osoby po udarze pnia mózgu – opis przypadku

Z Klinicznego Oddziału Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie
Z Wydziału Medycznego UR

Przedstawiono przypadek 34-letniej kobiety, żony i matki dwójki dzieci, która przebyła udar niedokrwienny pnia mózgu w następstwie zatoru tętnicy podstawnej. Pacjentka przez kilka tygodni pozostawała w ciężkim stanie ogólnym. Udar pozostawił u pacjentki poważne deficyty, przede wszystkim: bezwład kończyn lewych, znaczny niedowład kończyn prawych, brak kontroli postawy ciała, nieskojarzone ruchy gałek ocznych, mowa dyzartryczna. W reakcji na zaistniałą sytuację pogorszył się również stan psychiczny pacjentki. Po ponadpółrocznym pobycie w szpitalu, pomimo utrzymywania się znacznej niepełnosprawności ruchowej, pacjentka powróciła do domu, gdzie proces rehabilitacji jest ciągle aktywnie kontynuowany. Chora dwukrotnie była jeszcze hospitalizowana w oddziale rehabilitacji, gdzie odnotowano dalszą poprawę jej stanu.

Rodzina stanowi dla pacjentki solidne oparcie i motywację, dzięki którym podejmuje ona ciągle trud związany z zabiegami rehabilitacyjnymi. Dzięki ciągłej, intensywnej rehabilitacji obserwuje się stałe postępy w podstawowych funkcjach.

Słowa kluczowe: udar pnia mózgu, rehabilitacja, ciągłość, rodzina.

WSTĘP

Udar mózgu jest w Polsce główną przyczyną ciężkiego kalectwa [1]. Zależnie od lokalizacji zaburzeń krążenia rozwijają się różne zespoły kliniczne. W przypadku niedrożności tętnicy podstawnej spodziewane jest porażenie czterech kończyn lub tylko kończyn dolnych, ataksja oraz uszkodzenie nerwów czaszkowych, a w konsekwencji dysfagia, dyzartria i diplopia. Chorzy ci, pomimo tak dużych deficytów, mogą uzyskać znaczące korzyści w podstawowych funkcjach [2–5].

Rehabilitacja po udarze powinna być podjęta jak najszybciej. Początkowo wszyscy pacjenci powinni być traktowani tak, jakby mieli w pełni odzyskać utracone funkcje. Optymalny czas rehabilitacji to pierwsze 3 miesiące od momentu zachorowania, chociaż także w późniejszych okresach chorzy mogą odnosić korzyści z udziału w programie rehabilitacyjnym. Rehabilitacja po udarze powinna być kompleksowa i ukierunkowana na konkretne, możliwe do osiągnięcia cele. Jej istotą jest ciągłość do końca życia, dlatego

ważnym elementem jest odpowiednia edukacja rodziny i włączenie jej w proces rehabilitacji [1,6].

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka 34-letnia została przyjęta do szpitala z powodu nagłej utraty przytomności. Stwierdzono początkowo niedowład połowiczny po stronie lewej oraz wzmożone napięcie mięśni czterech kończyn. Na ból pacjentka reagowała prężeniami kończyn górnych. Chorą zaintubowano i wykonano niezbędną diagnostykę. W trybie pilnym wykonano badanie CT głowy oraz angio – CT, w którym wykazano malformację naczyniową w płacie potylicznym prawym. Pacjentka została przyjęta do oddziału intensywnej terapii. Wykonano angiografię tętnic mózgowych, w której stwierdzono niedrożność tętnicy podstawnej mózgu. W kolejnych badaniach CT uwidoczniono w pniu mózgu obszar hypodensyjny o rozmiarach 1,5x1,8x1,3 cm, co wskazało na przebyty udar niedokrwienny tej okolicy. Stwierdzono ewolucję objawów neurologicznych – plegię kończyn lewych i znaczny niedowład kończyn pra-

wych, brak samodzielnego trzymania głowy, porażenie mięśni ruchowych oczu, niedowład podniebienia miękkiego i języka. Ze względu na niewydolność oddechową przez jedną dobę stosowano oddech wspomagany. Po kilkunastu dniach wykonano tracheotomię i przezskórną gastrostomię. W tym okresie występowały bardzo częste napady drgawkowe oraz drżenie ciała. Od pierwszych dni po udarze była prowadzona rehabilitacja dostosowana do stanu pacjentki.

Po 3 miesiącach chora została przekazana do oddziału chorób wewnętrznych. W tym okresie była nadal w śladowym kontakcie ze względu na utrudnioną fonację i ograniczenie możliwości komunikacji pozawerbalnej. Rozumienie było pełne, starała się odpowiadać ruchami powiek i głowy na proste pytania. Ruchy gałek ocznych były nieskojarzone. Utrzymywał się niedowład podniebienia miękkiego i języka – chora była karmiona przez gastrostomię. Gdy ilość wydzieliny w drogach oddechowych zmniejszyła się, usunięto rurkę tracheotomijną. Również podczas pobytu w tym oddziale prowadzona była ciągła rehabilitacja.

Po 6 miesiącach od udaru pacjentkę przekazano do klinicznego oddziału rehabilitacji. Przy przyjęciu stwierdzono plegię kończyn lewych ze wzmożonym napięciem mięśniowym (w skali Ashworth: kończyna górna 0, ręka 1+ kończyna dolna 1), duży niedowład kończyn prawych (w skali Brunnstrom: kończyna górna 2, ręka 2,5, kończyna dolna 2 pkt; w skali Asworth: kończyna górna i ręka 0, kończyna dolna 1+) oraz odprowadzalne przykurcze zgięciowe w stawach skokowych. Badana nie utrzymywała samodzielnie głowy ani nie kontrolowała tułowia podczas pionizacji. Pacjentka była w logicznym kontakcie niewerbalnym. W trakcie pobytu w oddziale realizowano indywidualny, kompleksowy program rehabilitacyjny dostosowany do ogólnej sprawności chorej. Pacjentka była sadzana w wysokim wózku i pionizowana w łuskach przy łóżku (stała ok. 1 minuty). Prowadzono stałą psychoterapię, gdyż pacjentka miała wyraźne trudności w adaptacji do zaistniałej sytuacji, co początkowo utrudniało proces rehabilitacji. Była także prowadzona terapia mowy – pojawiły się próby porozumiewania przez ruchy ust i wypowiedzania pierwszych słów. Podczas pobytu uzyskano nieco większą dowolność ruchów kończyny górnej i ręki prawej, obniżenie spastyczności w kończynie dolnej prawej na 1 pkt, wzmocnienie siły mięśni posturalnych oraz poprawę tolerancji pionizacji – chorą przystosowano do biernego korzystania z wysokiego wózka inwalidzkiego.

Pacjentka początkowo była karmiona wyłącznie przez gastrostomię. Po kilku dniach rehabilitacji odruchu połykania, rozpoczęto podawanie niewielkich ilości pokarmów doustnie.

Od początku hospitalizacji towarzyszył pacjentce, w miarę możliwości codziennie, jej mąż. Uczył się zasad pielęgnacji i opieki nad żoną: układania ciała we właściwych pozycjach, toalety, karmienia przez gastrostomię i ostrożnego karmienia doustnego. Został właściwie poinformowany, że rehabilitacja jego żony, jeśli ma przynosić efekty i przeciwdziałać powikłaniom, musi być odpowiednio intensywna i trwać nieprzerwanie. W przygotowaniu pacjentki do powrotu do domu brał ważny udział pracownik socjalny, który pomagał w czynnościach formalnych i kompletowaniu sprzętu rehabilitacyjnego, takiego jak: łóżko rehabilitacyjne, materac przeciwoślizgowy, wysoki wózek inwalidzki, parapodium statyczne, łuski na kończyny dolne. Po 5 tygodniach pacjentkę wypisano do domu.

Rodzina zatroszczyła się, aby była utrzymana ciągłość procesu rehabilitacji – fizjoterapeutka ćwiczyła z pacjentką codziennie przez 1,5–2 godzin. Były prowadzone nadal krótkie pionizacje przyłóżkowe w łuskach. Powoli wprowadzano coraz większy udział odżywiania doustnego. Podczas pobytu w domu znacznej poprawie uległ stan psychiczny chorej – cieszyła ją zwłaszcza bliska obecność dzieci.

Po upływie 2,5 miesiąca pacjentka była ponownie poddana intensywnej rehabilitacji przez 1 miesiąc w oddziale szpitalnym. Przy przyjęcia oceniona według skali Brunnström i Asworth a jak przy poprzednim pobycie. Bardzo niewyraźna mowa dyzartryczna. U pacjentki wykonywane były ćwiczenia bierne czterech kończyn trzy razy dziennie, ćwiczenia naczyniowe kończyn dolnych, ćwiczenia oddechowe, trening kończyn górnych i dolnych na rotorze elektrycznym oraz pionizacja w łuskach sztywnych dla kończyn dolnych. W zakresie fizykoterapii stosowano krioterapię czterech kończyn oraz elektrostymulację zginaczy i prostowników ręki lewej trzy razy dziennie. Wykonywano także masaż ręczny czterech kończyn i twarzy. W oddziale prowadzona była terapia mowy – chora została nauczona przez logopedę ćwiczeń do samodzielnej pracy w domu. Ze względu na znaczną poprawę doustnego przyjmowania posiłków zdecydowano o usunięciu gastrostomii. Podczas pobytu uzyskano lepszą tolerancję pionizacji (pacjentka stała w łuskach kilka minut, siedziała w wózku do 1 godziny), zmniejszenie spastyczności w kończynie dolnej prawej na 1 pkt w

skali Asworth'a oraz poprawę ogólnej sprawności fizycznej.



RYC. 1. Pionizacja w warunkach domowych w parapodium bez lusek



RYC. 2. Pionizacja z samodzielną kontrolą tułowia w oddziale rehabilitacji



RYC. 1–3. Udział rodziny w rehabilitacji osoby po udarze pnia mózgu

Po powrocie do domu utrzymano ciągłość usprawniania. Codziennie ok. 2 godzin fizjoterapeutka ćwiczyła z pacjentką w pozycji leżącej i siedzącej. Oprócz tego pacjentka korzystała z rehabilitacji środowiskowej dwa razy w tygodniu przez 1 godzinę dziennie. Wieczorami każdego dnia mąż z pomocą członka rodziny umieszczał pacjentkę w parapodium, w który spędzała ona ok. 45 minut. W dni wolne od pracy stała w urządzeniu pionizującym trzy razy dziennie. Początkowo pionizacja odbywała się w luskach na kończynach dolnych, ale po 2 miesiącach od powrotu do domu nie były już potrzebne (Ryc. 1). Chora coraz lepiej też utrzymywała głowę pod-

czas pionizacji. W ciepłe dni lata była zabierana przez męża na nawet kilkugodzinne spacerunki na wózkach. Pomocą w pielęgnacji w dni powszednie były wizyty pielęgniarki środowiskowej, która zajmowała się toaletą pacjentki. Pacjentka w ciągu dnia spędzała dużo czasu na słuchaniu radia i książek w wersji audio. Próbowwała powtarzać trudne, usłyszane wyrazy. Słuchała z uwagą – ciekawe informacje przedstawiała potem swoim bliskim.

Pobyt w domu ułatwiał pacjentce ciągłą realizację jej roli żony i matki dwójki dzieci. Przychodziły do niej ze swoimi problemami, opowiadały o szkole. Czasami pacjentka pomaga-

ła im w odrabianiu lekcji, np.: odpytywała z tabliczki mnożenia syna, korygowała błędy gramatyczne w zdaniach wypowiedzianych przez córkę w języku angielskim. Pacjentka była też zaangażowana w sprawy domowe: pamiętała o wydarzeniach ważnych dla rodziny i czuwała nad ich zaplanowaniem. Czasem zdarzały się dni, w których pacjentka nie radziła sobie z obciążeniem psychicznym, jakie stanowiła dla niej tak znaczna zależność od innych. W tych chwilach członkowie rodziny będący zawsze w pobliżu nie pozwalali na utrzymywanie się stanu przygnębienia u chorej (Ryc. 2).

Po 9-miesięcznym pobycie w domu pacjentka po raz trzeci była rehabilitowana w oddziale. Przy przyjęciu stwierdzono utrzymywanie się niedowładu nasilonego jak uprzednio. Uległo zmianie napięcie mięśni (w skali Asworth: kończyny prawe 0, kończyna górna lewa i ręka 1+, kończyna dolna 1 pkt). Nie stwierdzono żadnych powikłań pielęgnacyjnych. Utrzymywał się brak koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej. Realizowano indywidualny program usprawniający, który obejmował również częste ćwiczenia logopedyczne. Pacjentka bardzo chętnie i z zaangażowaniem uczestniczyła we wszystkich ćwiczeniach. Podczas pobytu uzyskano znaczną poprawę kontroli nad tułowiem w pozycji siedzącej – chora siedzi bez podparcia ok. 2 min (Ryc. 3). Wykonywano także kilkuminutowe pionizacje przyłóżkowe bez łusek. Uległo zmniejszeniu napięcie mięśni w kończynie górnej lewej na 1 pkt. Pacjentka i jej mąż zostali nauczeni nowych ćwiczeń logopedycznych. Po miesięcznej hospitalizacji chorą wypisano do domu z zaleceniem kontynuacji rehabilitacji w środowisku.

OMÓWIENIE

Przedstawiono przypadek młodej kobiety po ciężkim udarze mózgu, która dzięki wczesnej i ciągłej rehabilitacji odzyskała pewną część utraconych funkcji. Pomimo że upłynęło kilkanaście miesięcy od udaru, jej rehabilitacja przynosi powolne, lecz ciągłe efekty. Z całą pewnością potwierdzona klinicznie skuteczność procesu rehabilitacji jest związana z plastycznością ośrodkowego układu nerwowego oraz samoistnym zdrowieniem.

Osoby, które po udarze powracają do domu, korzystają głównie ze wsparcia emocjonalnego i fizycznego, jakie dają im członkowie rodziny. Ich rola jest w tym względzie niezastąpiona. Niestety zdarza się często, że brakuje im właściwej wiedzy co do kontynuacji rehabilitacji w domu.

Rodziny chorych chętnie włączają się w usprawnianie swoich bliskich, ale ich możliwości w tym względzie często bywają do końca niewykorzystane. Istotne jest, aby członkowie rodzin uczestniczyli w ćwiczeniach wykonywanych przez fizjoterapeutów i otrzymali szczegółowy instruktaż dotyczący rehabilitacji oraz pielęgnacji [7, 8].

Niezwykle ważna w procesie rehabilitacji jest motywacja chorego. Gdy jest ona dostatecznie silna, pacjent zauważa konieczność ćwiczeń i aktywnie się w nie włącza. Pozytywny wpływ na motywację ma rzeczowa informacja terapeuty i innych członków zespołu oraz budujący przykład pacjentów, którzy osiągnęli już zadowalające efekty usprawniania. Poziom motywacji obniża natomiast nadopiekuńczość, brak informacji lub informacje sprzeczne. Tak więc, z własnej obserwacji i doświadczenia, największy wpływ na poziom motywacji ma otoczenie chorego [9].

Wystąpienie udaru zazwyczaj dezorganizuje życie rodzinne: obowiązki domowe, wzajemną komunikację, role członków rodziny, sposoby rozwiązywania problemów, sprawy socjalne. Uraz, jakiego doznaje rodzina oraz jego bezpośrednie następstwa trwają przez lata [10–12]. Trudności, z jakimi zmagają się opiekunowie osób po udarze są niezaprzeczalne, na przykład: problemy z nastrojem chorych (depresja, samotność, lęk), ich zaburzenia poznawcze, codzienna pielęgnacja. Rzadko porusza się aspekt korzyści, jakie odnoszą rodziny podczas swojej opieki na chorymi. Opiekunowie często twierdzą, że dzięki niej bardziej cenią życie i własną sprawność [14].

Rodzina opisanej pacjentki, pomimo że musiała przejść pewną reorganizację, stanowi dla niej ciągle oparcie: pomaga w chwilach załamania, motywuje ją do podejmowania trudu codziennej rehabilitacji. Gdyby nie codzienne intensywne ćwiczenia, które zabezpiecza rodzina, stan pacjentki z pewnością by się pogarszał. Ośrodek opieki długoterminowej nie zapewniłby tak zintensyfikowanych, indywidualnych ćwiczeń ani oparcia psychicznego, jakie może znaleźć tylko w domu. Najważniejszym jednak elementem, który jest motorem całego procesu rehabilitacji pacjentki jest to, że przebywając wraz z bliskimi nadal czuje się ona niezbędną częścią swojej rodziny, żoną i matką.

WNIOSKI

1. Rehabilitacja po udarze pnia mózgu powinna być prowadzona ciągle i kompleksowo w sposób dostosowany do aktualnego stanu pacjenta.
2. Rodzina pełni istotną i niezastąpioną rolę w procesie rehabilitacji osób po udarze mózgu.

3. Jest możliwe zapewnienie właściwej rehabilitacji osób po udarze pnia mózgu w warunkach domowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Kwolek A., *Schorzenia i urazy mózgowia* [w:] Kwolek A. (red.): *Rehabilitacja medyczna*, Urban & Partner, Wrocław 2003.
2. Prusiński A., *Choroby naczyniowe mózgu* [w:] *Neurologia praktyczna*, PZWL, Warszawa 2001.
3. Teasell R., Foley N., Doherty T., Finestone H.: *Clinical characteristics of patients with brainstem strokes admitted to a rehabilitation unit*, Arch Phys Med Rehabil. 2002 Jul;83(7):1013-6.
4. Kruger E., Teasell R., Salter K., Foley N., Hellings C.: *The rehabilitation of patients recovering from brainstem strokes: case studies and clinical considerations*, Top Stroke Rehabil. 2007 Sep-Oct;14(5):56-64.
5. Chua K.S., Kong K.H.: *Functional outcome in brain stem stroke patients after rehabilitation*, Arch Phys Med Rehabil. 1996 Feb;77(2):194-7.
6. Grupa Ekspertów NPPiLUM. Rekomendacje Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. *Rehabilitacja po udarze mózgu*, Neurol. i Neuroch. Pol. 2008; 42, 4 (supl. 3).
7. Ski C, O'Connell B.: *Stroke: the increasing complexity of carer needs*, J Neurosci Nurs. 2007 Jun; 39(3):172-9.
8. Galvin R., Cusack T., Stokes E.: *To what extent are family members and friends involved in physiotherapy*

and the delivery of exercises to people with stroke? Disabil Rehabil. 2008 Dec 16:1-8.

9. Maclean N., Pound P., Wolfe C., Rudd A.: *Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation*, BMJ. 2000 Oct 28;321(7268):1051-4
10. Buschenfeld K., Morris R., Lockwood S.: *The experience of partners of young stroke survivors.*, Disabil Rehabil. 2009 May 20:1-9.
11. Clark M.S., Smith D.S.: *Changes in family functioning for stroke rehabilitation patients and their families*, Int J Rehabil Res. 1999 Sep;22(3):171-9.
12. Kohn S. *Integracja społeczna i opieka socjalna* [w:] Bedbrook G.M., *Opieka nad chorym z paraplegią*, PZWL Warszawa 1991.
13. Haley W.E., Allen J.Y., Grant J.S., Clay O.J., Perkins M., Roth D.L.: *Problems and benefits reported by stroke family caregivers: results from a prospective epidemiological study*, Stroke 2009 Jun; 40(6):2129-33.

Anna Kozieł vel Kozłowska
Kliniczny Oddział Rehabilitacji
Szpital Wojewódzki nr 2
Ul. Lwowska 60
35-301 Rzeszów
tel. 0 691 143 980

Praca wpłynęła do Redakcji: 16 czerwca 2009

Zaakceptowano do druku: 17 czerwca 2009