

WYNIKI WCZESNEJ REHABILITACJI PACJENTÓW PO UDARZE MÓZGU – doniesienie wstępne

Monika Błaszczyszyn¹

Przedstawiono wyniki wczesnej rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu, nie później niż 3 miesiące po udarze. W grupie 20 chorych z niedowładem połowicznym po udarze mózgu dokonano oceny czynności życia codziennego, czasu potrzebnego na przejście dystansu 10 metrów i czasu potrzebnego na wejście po schodach na pierwsze piętro. Wskaźnik Funkcjonalny „Repty”, który powstał przez uproszczenie i skrócenie skali FIM, składa się z 15 punktów. Wskaźnik ten umożliwia ocenę funkcjonalną wyników wczesnej rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu.

U 60% badanych pacjentów zaobserwowano zwiększenie zdolności do wykonywania czynności życia codziennego. U 75% badanych stwierdzono skrócenie czasu potrzebnego na przejście 10 metrów po gładkiej nawierzchni i na wejście na pierwsze piętro.

Słowa kluczowe: *czynności życia codziennego, udar mózgu, ocena funkcjonalna, rehabilitacja*

Wprowadzenie

Ocenia się, że udary są przyczyną około 15% zgonów na świecie. W Polsce na udar zapada około 70 tysięcy osób rocznie [7], w Europie i Stanach Zjednoczonych 1,5 miliona ludzi, spośród których w okresie pierwszego miesiąca umiera około 20%, 10-25% pacjentów odzyskuje pełną samodzielność, u 40% pozostaje umiarkowana niepełnosprawność, zaś około 15-30% wymaga stałej pomocy osób drugich [5, 17].

¹ Studia Doktoranckie AWF Katowice

Departament Zdrowia Kanady donosi o przeszło 49 tysiącach hospitalizowanych z powodu udaru w 1997 roku [15]. Badania wykonane w Wielkiej Brytanii donoszą iż zapadalność na pierwszy w życiu udar niedokrwienny wynosi około 2/1000/rok [19]. Uważa się, że co dziesiąty człowiek w Europie umiera po 50 roku życia z powodu udaru. Śmiertelność zwiększa się z wiekiem – w 7 dekadzie życia udar mózgu znajduje się na drugim miejscu wśród wszystkich przyczyn zgonów. Polska znajduje się pod względem zachorowalności i śmiertelności w związku z chorobami naczyniowymi układu nerwowego na jednym z pierwszych miejsc w Europie [6]. W naszym kraju, co czwarty chory umiera w pierwszych czterech tygodniach po wystąpieniu udaru. Jedna trzecia osób z udarem, które przeżyją pierwszy miesiąc jest niepełnosprawna i wymaga opieki innych osób [4]. Jediną szansą dla pacjenta po udarze jest rehabilitacja. Według Deklaracji Helsingborgskiej każdy chory powinien mieć prawo do rehabilitacji bez wstępnej selekcji, rehabilitacja powinna być prowadzona indywidualnie w zależności od potrzeb chorego i planowana w ścisłym współdziałaniu z członkami rodziny[14]. Próby oceny efektów rehabilitacji u pacjentów po udarze mózgu podejmowane są przez różnych badaczy, jednak należy podkreślić, że dowodów dotyczących przydatności metod postępowania fizjoterapeutycznego z pacjentem po udarze mózgu jest niewiele. Przeglądu tych badań dokonuje Kwakkel. Dowodzi on o znacznym zmniejszeniu śmiertelności u pacjentów po udarze oraz o poprawie stanu funkcjonalnego u tych pacjentów. Zwraca uwagę również na potrzebę wprowadzenia wczesnej rehabilitacji jako ważnego aspektu w opiece specjalistycznej osób po udarze [2, 3]. Do oceny wyników rehabilitacji mogą służyć skale funkcjonalne, mają one na celu ocenę samodzielności chorego w czynnościach życia codziennego (Activities of Daily Living – ADL). Najczęściej są to skale uniwersalne i mogą służyć do oceny funkcjonalnej chorych z innymi schorzeniami. Skale te stosowane są dla celów oceny wyników leczenia, kwalifikacji do rehabilitacji, dla prognozowania długoterminowego, dla oceny samodzielności, dla

oszacowania potrzeby zapewnienia opieki i dla celów orzecznictwa. Najdokładniejszą skalą oceny czynności życia codziennego jest skala FIM. Skala ta została opublikowana w 1986 roku na wspólnym posiedzeniu Amerykańskiego Kongresu Rehabilitacji Medycznej i Amerykańskiej Akademii Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji. Jest to skala siedmiostopniowa, dokonuje oceny 18 czynności. Poprzez uproszczenie skali FIM powstał Wskaźnik Funkcjonalny „Repty” (WFR). Odrzucono punkty dotyczące świadomości społecznej jako nie poddające się ocenie punktowej i należące do sfery testów psychologicznych i socjologicznych. Podwyższono progi z jednego do dwóch punktów, zamiast punktacji 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 zastosowano punktację 7, 5, 3, 1. Skala ta jest prosta i łatwa do wykonania. Wskaźnik Funkcjonalny „Repty” wykazuje dużą korelację w stosunku do indeksu Barthel [8, 9, 10, 11, 12, 13].

Termin rehabilitacja w praktyce ma tak naprawdę tyle znaczeń ilu istnieje terapeutów. Ogólnie można powiedzieć, że jest to czynny proces, dzięki któremu ludzie niepełnosprawni odzyskują dotychczasowe możliwości lub gdy ich pełne przywrócenie jest niemożliwe uzyskują optymalne szanse fizyczne, umysłowe, socjalne i zawodowe oraz mogą powrócić do odpowiedniego środowiska zgodnie ze swoim wyborem. Rehabilitacja musi obejmować wszystkie elementy wpływające na jakość życia i wymaga przywrócenia wzajemnych stosunków między osobą chorą a jej rodziną, przyjaciółmi i otoczeniem. Obecnie wiadomo, że skutki udaru bywają odwracalne, postępowanie usprawniające musi być także odpowiednio dostosowane i elastyczne. Terapia powinna obejmować swym zasięgiem każdy aspekt życia codziennego, stając się częścią rutynowych zajęć, nie powinna natomiast mieć formy wyodrębnionych ćwiczeń, wykonywanych dwa lub trzy razy w tygodniu podczas domowych wizyt rehabilitanta [1, 4, 5, 14, 16, 18, 20, 21]. Uwzględniając powyższe rozważania autorka sformułowała następujące pytania badawcze:

1. Jakie są wyniki wczesnej rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu?

2. Jaki jest wpływ wczesnej rehabilitacji na poprawę chodzenia u pacjentów po udarze mózgu?

Cele badań

1. Ocena czynności życia codziennego.
2. Ocena czasu chodzenia po równej nawierzchni na dystansie 10m.
3. Ocena czasu chodzenia po schodach (wejście na jedno piętro).

Charakterystyka grupy badawczej

Badania zostały przeprowadzone w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty”, w okresie od 02.03 2005 do 23.05 2005. Badaniom poddane zostały osoby po pierwszym udarze dokonanym niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu, nie później niż 3 miesiące po zachorowaniu. U wszystkich chorych przeprowadzona została ocena czynności życia codziennego z użyciem Wskaźnika Funkcjonalnego „Repty” (WFR), dwa razy: w dniu przyjęcia na oddział i w dniu wypisu, tj. po upływie 21 dni rehabilitacji stacjonarnej. Rehabilitacja odbywała się na zasadach rehabilitacji kompleksowej. Kryteria włączenia: pierwszy udar w życiu, obecność niedowładu połowiczego, możliwość lokomocji – możliwość przejścia co najmniej kilku kroków (nawet z pomocą), brak niepełnosprawności przed udarem – całkowita niezależność w czynnościach życia codziennego przed zachorowaniem.

Kryteria wykluczenia: drugi i kolejny udar, chorzy leżący, brak niedowładu połowiczego, niepełnosprawność istniejąca przed udarem, znacznego stopnia afazja uniemożliwiająca porozumiewanie, otępienie (MMS<24).

Material i metody

Metodą badań była obserwacja, głównym narzędziem badawczym był Wskaźnik Funkcjonalny „Repty” (WFR). Dodatkowo przy badaniu

chodu mierzony był czas potrzebny na przejście 10 metrów i czas potrzebny na wejście na pierwsze piętro.

Wskaźnik Funkcjonalny „Repty”

- Samoobsługa: 1. Spożywanie posiłków
2. Dbłość o wygląd zewnętrzny i higienę osobistą
3. Kąpiel
4. Ubieranie górnej części ciała
5. Ubieranie dolnej części ciała
6. Toaleta
- Kontrola zwieraczy: 7. Oddawanie moczu
8. Oddawanie stolca
- Mobilność: 9. Przechodzenie z łóżka na krzesło lub na wózek inwalidzki
10. Siadanie na muszli klozetowej
11. Wchodzenie pod prysznic
- Lokomocja: 12. Chodzenie
13. Schody
- Komunikacja: 14. Zrozumienie słuchowe lub wizualne
15. Mowa werbalna.
- Punktacja:
7 pkt. Pełna niezależność (wykonywanie bezpiecznie i szybko)
5 pkt. Umiarkowana niezależność (przez nadzór lub asekurację z użyciem urządzeń pomocniczych)
3 pkt. Wymagana pomoc
1 pkt. Całkowita zależność.

Badaniami objęto 20 pacjentów po udarze mózgu, w tym 7 kobiet i 13 mężczyzn. Wiek badanych wahał się od 28 do 76 lat, średnia wieku 57.7 lat. 16 osób przebyło udar niedokrwienny, 4 krwotoczny. U 9 osób wystąpił niedowład połowiczny prawostronny u 11 lewostronny. Czas od

zachorowania wynosił od 15 do 77 dni, średnio 42.6 dni (tabela 1). Pomocy ortopedycznych do chodzenia używało 8 osób. Badania wykonano dwukrotnie: pierwsze w dniu przyjęcia i kontrolne po zakończeniu leczenia na oddziale rehabilitacji.

Tabela 1
Płeć, wiek, strona niedowład, czas od zachorowania i pomoce ortopedyczne

Numer pacjenta	Płeć	Wiek (w latach)	Strona niedowład	Czas od zachorowania (w dniach)	Pomoce ortopedyczne
1	Ż	45	L	47	—
2	Ż	56	P	51	—
3	M	60	P	23	+
4	M	71	L	36	+
5	Ż	42	L	46	+
6	Ż	40	P	77	—
7	Ż	54	L	63	—
8	M.	45	L	58	—
9	M	62	P	28	+
10	M	28	L	56	+
11	M	67	P	63	—
12	Ż	58	P	48	—
13	M.	70	P	43	—
14	M.	55	L	16	—
15	M	73	P	57	+
16	M	54	L	30	—
17	M	64	L	44	—
18	M	76	P	15	—
19	M	65	L	21	+
20	Ż	69	L	30	+
Średnia	7K + 13M	57.7	9P + 11 L	42.6	12 – 8+

Ż – kobieta
M – mężczyzna
N – udar niedokrwienny
K – udar krwotoczny
P – niedowład prawostronny
L – niedowład lewostronny

Wyniki i ich omówienie

Suma punktów uzyskanych podczas pierwszego badania, czyli w dniu przyjęcia wynosiła od 55 do 105, średnio 90,9. Podczas drugiego badania, kontrolnego, w dniu wypisu (tj. po 21 dniach), suma punktów wahała się od 67 do 105, średnio 95,6. U 12 osób, u których zaobserwowano zmiany w dniu wypisu, w porównaniu z dniem przyjęcia, stwierdzić można iż, u co 3 osoby doszło do zmiany w punkcie 1. (spożywanie posiłków), w tym u jednej osoby doszło do obniżenia wyniku, podobnie w przypadku punktu 10. (siadanie na muszli klozetowej). Również, u co 3 osoby doszło do zmian w punkcie 5. (ubieranie dolnej części ciała), 10. (chodzenie) i 15. (mowa werbalna), u wszystkich wynik się polepszył. W punkcie 2. (dbałość o wygląd zew. i higienę osobistą), 3. (kąpiel), 4. (ubieranie górnej części ciała) i 13. (chodzenie po schodach), u co czwartej osoby zaobserwowano zmiany na korzyść. Również w punkcie 11. (wchodzenie pod prysznic) zmiany zaszły u co czwartej osoby, jednak u jednej wynik się obniżył. U co szóstej osoby doszło do poprawy wyniku w punkcie 6. (toaleta), 9. (przechodzenie z łóżka na krzesło) i 14. (zrozumienie słuchowe lub wizualne), w przypadku punktu 7. (oddawanie moczu) i 8. (oddawanie stolca) u jednej osoby doszło do obniżenia wyniku, natomiast u jednej osoby wynik poprawił się. Porównując liczbę punktów uzyskanych przez pacjentów w dniu pierwszego badania i badania kontrolnego po 21 dniach rehabilitacji, u 12 pacjentów doszło do zwiększenia liczby punktów, u pozostałych 8 nie zaobserwowano zmian, jednak należy zaznaczyć, że 6 osób w dniu przyjęcia uzyskało maksymalną liczbę

punktów, która w dniu wypisu nie uległa zmianie. Porównując czas chodzenia (tabela 2 i tabela 3) u 11 osób doszło do skrócenia czasu, u 1 osoby czas się nieznacznie wydłużył, natomiast u 3 osób doszło do zmiany zaopatrzenia ortopedycznego, u jednej osoby dokonano pomiaru czasu tylko w dniu wypisu, gdyż osoba ta nie była w stanie w dniu przyjęcia przejść dystansu 10 metrów, u pozostałych nie zaobserwowano zmian. Czas wejścia na jedno piętro uległ poprawie u 13 osób, u 2 osób pojawiła się możliwość dokonania pomiaru w dniu wypisu, u jednej osoby czas nie uległ zmianie, 4 osoby nie rozpoczęły nauki chodu po schodach. Spośród 8 osób, które rozpoczęły usprawnianie w zaopatrzeniu ortopedycznym jedna osoba została wypisana bez pomocy ortopedycznej, u 3 osób doszło do zmiany sprzętu: w tym u jednej wózek został zamieniony na kulę, u jednej balkonik na trójnóg, i u jednej balkonik na kulę, co niewątpliwie można uznać za sukces terapeutyczny. W dniu przyjęcia 6 osób wymagało asekuracji podczas chodu, w dniu wypisu liczba tych osób zmniejszyła się do 3.

Tabela 2

Charakterystyka chodzenia w dniu przyjęcia

Numer pacjenta	Pomoce ortopedyczne	Asekuracja	Czas chodu (w sekundach)	Czas chodu po schodach (s)
1.		–	8.5	18
2.		–	8.5	17
3.	Kula	+	20.5	0
4.	Balkonik	+	25.5	0
5.	Kula	–	17	29.5
6.		–	11	25.5
7.		–	10.5	27.5
8.		–	10.5	21
9.	Wózek	+	0	0

10.	Kula	-	16	40
11.		-	14.5	23
12.		-	17.5	30
13.		-	10	19
14.		-	10	18
15.	Kula	+	23	0
16.		-	13	25
17.		-	9.5	17
18.		-	9.5	20
19.	Balkonik	+	37	0
20.	Kula	+	20	0

Tabela 3

Charakterystyka chodzenia w dniu wypisu

Numer pacjenta	Pomoce ortopedyczne	Asekuracja	Czas chodu (s)	Czas chodu po schodach (s)
1.		-	8.5	14
2.		-	8	14
3.		+	21	0
4.	Kula	-	33	0
5.	Kula	-	16	25
6.		-	11	23
7.		-	11.5	23.5
8.		-	10	18.5
9.	Kula	+	58	0
10.	Kula	-	10.5	34
11.		-	11	16

cd. tabeli 3

12.		-	14	24
13.		-	10	15.5
14.		-	9	18
15.	Kula	-	26.5	48.5
16.		-	12.5	23.5
17.		-	9.5	16
18.		-	11.5	22.5
19.	Trójnóg	-	16.5	0
20.	Kula	+	20	54.5

Tabela 4

Czynności życia codziennego w dniu przyjęcia i w dniu wypisu

Numer pacjenta	Płeć	Wiek	WFR w dniu przyjęcia	WFR w dniu wypisu
1.	Ż	45	103	103
2.	Ż	56	103	103
3.	M	60	63	71
4.	M	71	71	87
5.	Ż	42	97	101
6.	Ż	40	97	105
7.	Ż	54	105	105
8.	M.	45	99	103
9.	M	62	53	73
10.	M	28	95	97
11.	M	67	103	105
12.	Ż	58	105	105

13.	M.	70	105	105
14.	M.	55	105	105
15.	M	73	83	91
16.	M	54	105	105
17.	M	64	105	105
18.	M	76	97	99
19.	M	65	59	67
20.	Ż	69	65	77
Razem/Średnio	7K + 13M	57.7	90,9	95,6

Wnioski

1. U 12 spośród 20 chorych (60%) stwierdzono poprawę samodzielności w czynnościach życia codziennego.
2. Poprawę chodzenia po równej nawierzchni zaobserwowano u 75% pacjentów, u 5% doszło do nieznacznego obniżenia czasu, u 20% pacjentów nie stwierdzono zmiany.
3. Poprawę chodzenia po schodach zaobserwowano u 75% pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Bobath B. 1990. Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment. Heinemann Medical Bodes; London.
2. Kwakkel G., Wagenaar RC., Koelman T. et al.1997. Effects of Intensity of Rehabilitation After Stroke. Stroke; 28: 1550-6.
3. Kwakkel G., van Peppen R., Wagenaar R.C. et al. 2004. Effects of augmented exercise therapy time after stroke: meta-analysis. Stroke; 35(11): 2529-39.

4. Kwolek A. 2002. Postępy w leczeniu i rehabilitacji osób po udarze niedokrwiennym mózgu. Rehab. Med.; 6, 1: 9-21.
5. Laidler P. 1996. Rehabilitacja po udarze mózgu. PZWL; Warszawa.
6. Mazur R., Kozubski W., Prusiński A. 1998. Podstawy kliniczne neurologii. PZWL; Warszawa.
7. Nowotny J. 1997. Zarys rehabilitacji w dysfunkcjach narządu ruchu. AWF; Katowice.
8. Opara J. 2005. Klinimetria w udarach mózgu. AWF; Katowice.
9. Opara J., Opieczonek T. 1996. O potrzebie stworzenia polskiego systemu oceny stopnia uszkodzenia i stanu funkcji u chorych z niedowładem połowicznym. Fizjoterapia; 4, 1-2: 39-43.
10. Opara J., Chromy M., Szeliga-Cetnarska M. et al. 1998. Skale udarów „REPTY”. Skala „Repty” dla oceny stopnia uszkodzenia mózgu po udarze. Część I. Neurol Neurochir Pol.; 32, 4: 803-12.
11. Opara J., Szeliga-Cetnarska M., Chromy M. et al. 1998. Skale udarów „REPTY”. Wskaźnik Funkcjonalny „REPTY” dla oceny czynności życia codziennego u chorych z niedowładem połowicznym po udarze mózgowym. Część II. Neurol Neurochir Pol.; 32, 4: 813-22.
12. Opara J. 1999. Możliwości obiektywnej oceny wyników leczenia i rehabilitacji chorych po udarze mózgowym. Polski Merkurusz Lek.; 6, 36: 336-39.
13. Opara J. 1999. Skale udarów. Politechnika Opolska; Opole.
14. Opara J. 2004. Podstawy rehabilitacji neurologicznej. W: Kozubski W., Liberski P. (red): Choroby Układu Nerwowego. PZWL; Warszawa: 561-71.
15. Ploughman M. 2002. A review of brain neuroplasticity and implication for the physiotherapeutic management of stroke. Physiotherapy Kanada; 54 (3): 164-76.
16. Rehabilitacja chorych po udarze metodą Bobath (materiały szkoleniowe). 2003. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii; Katowice.

17. Seniów J., Członkowska A. 2003. Poznawcze i emocjonalne konsekwencje udaru mózgu w aspekcie procesu rehabilitacji. *Rehab Med.*; 7: 1.
18. Usprawnianie po udarze mózgu. 2002. Associazione Italiano Amici di Rocoul Folleroau. Przekł. A. Cieślak-Korfel. Elipsa-Jaim; Katowice.
19. Warlow Ch. 1996 . Neurologia. PZWL; Warszawa.
20. Zembaty A. 2003. Kinezyterapia. Urban & Partner; Wrocław.
21. Zielińska-Charszewska S. 1987. Rehabilitacja neurologiczna chorych w domu. PZWL; Warszawa.

RESULTS OF EARLY REHABILITATION OF PATIENTS AFTER STROKE

M. Błaszczyszyn

Summary

The paper deals with the results of early post-stroke rehabilitation. The Functional Index "Repty" in evaluation of activities of daily living has been used. FIR consists of 15 items. This is useful in evaluation of the effects of rehabilitation at patients with hemiplegia after stroke. The ability to perform everyday activities and gait has been examined in a group of 20 post-stroke patients. In 60% of the examined patients the improvement in the field of the ability to perform activity of daily living has been observed. The improve in gait in 75% of patients has been obsdrved.

Key words: *ADL, functional evaluation, rehabilitation, stroke*