

Dr. Boros Erzsébet, Dr. Ricsóy Gabriella

# A házi orvos szerepe a stroke-rehabilitációban

## Összefoglalás

A stroke utáni rehabilitáció célja a neurológiai helyreállítás pozitív irányú befolyásolása. Ez gyakran hosszadalmas, számos szakember összehangolt munkáját igénylő, több szakaszban, több helyszínen zajló folyamat. A cikk a stroke akut ellátásakor alkalmazandó rehabilitációs előkészítő eljárásoktól a korai mobilizáción át a rehabilitáció lehetséges útjait elemzi, hangsúlyozva minden szakaszban a házi orvos szerepét. A rehabilitációban kiemeli a team tevékenységének tudatos oktató-képző jellegét és felhívja a figyelmet a gondoskodó családtaggal való törődés jelentőségére is.

## Bevezetés

Magyarországon az agyi vérkeringési inzultus (stroke) epidemiológiai adatait, valamint az azt követő közismerten nagy arányban kialakuló súlyos fogyatékos állapotot figyelembe véve a stroke utáni rehabilitáció népegészségügyi jelentőségű. A súlyos állapot, a tünetek sokszínűsége multidiszciplináris team együttműködő tevékenységét teszi szükségessé. A betegség kialakulása után a beteg akut és szükség esetén az azt követő szubakut, majd rehabilitációs ellátása – az aktuális ellátási szükségleteinek megfelelően – különböző osztályokon, esetleg intézményekben (stroke centrum, intenzív osztály, neurológiai osztály, idegsebészeti osztály, belgyógyászati osztály, rehabilitációs osztály, ápolási osztály stb.) történik. Nem egyszerű tehát a beteg számára optimális ellátás összehangoltságának biztosítása. Ráadásul az ellátás fázisai között (különböző okok miatt) nem ritkán hosszabb-rövidebb időt a beteg otthonában is eltölthet, esetleg a rehabilitáció teljes folyamatának helyszíne is ez. Mindebből következik, hogy a házi orvosnak – aki a betegellátási folyamat valamennyi állomásáról

kötelező módon értesül – a stroke betegek ellátásában, rehabilitációjában kiemelkedő szerepe van.

## A stroke rehabilitáció célja, általános jellemzői

A heveny agykárosodás utáni spontán helyreállítás létrejöttére több magyarázat is létezik (ödéma csökkenés, diaschisis megszűnése, agyi plaszticitás elmélete), melyet e közleménynek nem témája elemezni, a rehabilitáció szempontjából azonban lényeges, hogy ez döntően a stroke utáni első három hónapban történik, s kisebb mértékben és ütemben még hónapokig folytatódhat. A rehabilitációs program e folyamatok pozitív irányú befolyásolását célozza meg. Ebből következik, hogy a rehabilitáció döntő szakaszát ezen időszakra célszerű időzíteni. Letennünk róla azonban akkor sem szabad, ha a súlyos neurológiai tünetekben ez idő alatt érdemi változást nem észlelünk. Előfordulhat, hogy a helyreállási folyamat rövidebb-hosszabb stagnálás után később indul meg (különösen érvényes ez a malignus arteria cerebri media occlusio miatt hemiszelektomián átesett betegekre), így az intenzív rehabilitáció szakasza is kitolódik. Ez a tény is a házi orvos szerepét hangsúlyozza, hiszen a változás észlelésére is legtöbbször a házi orvosnak van módja a beteg folyamatos követése során.

A rehabilitáció szervezett tevékenység, melyet a társadalom nyújt a fogyatékos és rokkant embereknek, hogy meglévő képességeik kifejlesztésével önállóságukat részben vagy egészében visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, társadalomba való vissza illeszkedésre. Lényege a *meglévő funkciók* és a teljesítőképesség pontos megítélése *kompenzatorikus fejlesztése és tréningje*.

A stroke utáni rehabilitáció fő célja tehát a helyreállítás serkentése, a minél teljesebb függetlenség elérése a járás illetve a mindennapi – esetleg a magasabb szintű társadalmi – tevékenységek terén. További cél a helyreállítás korlátozottsága esetén a kialakuló fogyatékos állapotokhoz illetve rokkantsághoz való fizikai, pszichológiai, szociális adaptáció elősegítése.

Mindezeket keresztül a beteg és környezete életminőségének javítása valósítható meg.

## A stroke betegek funkcionális szemléletű akut ellátása

A sikeres stroke-rehabilitáció előkészítése az akut ellátás során kezdődik a *funkcionális szemléletű akut ellátással*. Ez az életért való küzdelem során a lehetséges szövődmények megelőzésének szem előtt tartását, a később esedékes rehabilitációs folyamat előkészítését jelenti. Az alapvető fiziológiai funkciók (nyelés, székelés, vizelet) biztosításán túl fontos, hogy a mozgás- és kognitív funkciók későbbi fejlesztési lehetőségét nemcsak megőrizzük, hanem elő is segítjük. A *helyes fektetés*, illetve fekvési módok megfelelő *időközönkénti változtatása*, a rendszeres óvatos *passzív átmozgatás*, a helyes *pozicionálás* az ízületi- és incontracturák, a decubitus kialakulásának veszélyét csökkentik, a spasticitást gátolják, a mély vénás thrombosis, hypostaticus pneumonia megelőzését szolgálják. A stroke centrumokban észlelhető alacsonyabb halálozási arány oka a célzott program szerinti orvosi ellátás mellett valószínűleg az erre megfelelően képzett ápolói és gyógytornász tevékenység időben és intenzívebben való megkezdése is. Az állapotnak *megfelelő ingerek* lehetővé tétele, illetve biztosítása gátolja a szenzoros deprivációt, az intellektuális hanyatlás kialakulását.

A *megfelelő táplálás*, folyadékfelvétel biztosítása igen fontos (a betegek kb. felénél jelentkeznek az étkezéssel, nyeléssel kapcsolatos zavarok), az alultápláltság, az elektrolitzavarok elkerülése céljából. A *nyelészavar* kezelésére szolgáló technikák közül megemlítendő a megfelelő testhelyzet, kompenzáló fej- és nyaktartás kiválasztása, az ismételt nyelés, a nyelés utáni köhögés, az orális és garatizmok különböző (hideg, elektromos) ingerekkel való stimulálása. Hasznos lehet artikulációs, foniatríai gyakorlatok végzése logopédus irányításával. Emellett fontos a megfelelő konzisztenciájú és kalóriatartalmú ételek kiválasztása, a lassú rágás, a kis adagok nyelése, a falat a nyelvnek megfelelő helyére helyezése.

Dr. Boros Erzsébet, Dr. Ricsóy Gabriella  
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet  
Neurorehabilitációs Osztály  
2112 Veresegyház, Misszió EÜ Központ Kft,  
Rehabilitációs Osztály

A vizeletürítés megfelelő biztosításának célja az urogenitális infekciók elkerülése, célzott kezelése, a katéterizmus, decubitus kialakulásának megelőzése. Ha mégis állandó katéter behelyezése válik szükségessé, a hólyagtréning végzése (legalább napal eleinte 2-2 órára majd egyre hosszabb időre dugóval lezárása) elengedhetetlen a vizelési reflex leépülésének elkerülése céljából. Amint a beteg együttműködő képessége javul, a hólyagfeszülést jelzi, a katéter mielőbbi eltávolítása ajánlott. Kívánatos lenne intermittáló katéterezés, illetve férfiak esetében előnyben részesítendő a condom urinal használata. A stroke előtt már fennálló vizelési problémák (nők esetében a stressz inkontinencia, férfiak esetében a prosztatata bántalmak) általában súlyosbítják a vizeletürítés zavarát.

A széketürítés biztosításának célja az ileus, végbélsérülések, decubitus megelőzése. Legalább ilyen fontos azonban az *obstipatio* kezelése a megfelelő folyadékbevitel mellett laxatívumok rendszeres adásával, illetve a megfelelő körülmények (ülőképes beteg esetén ágytál helyett szoba WC) biztosításával.

### Korai mobilizálás

A tartós fekvés közismert veszélyeinek (pneumonia, decubitus, a fizikai kapacitás csökkenése stb.) elhárítása a mobilizálás mielőbbi elkezdésével lehetséges. A beteg állapotának stabilizálódása után mielőbb (ha 48 óráig nincs progresszió, illetve ha nincs spasmusveszély) a mobilizálás elkezdhető. Ez nemcsak a gyógytornászok által végzett tornagyakorlatokat (légzőtorna, híd-képzés, fordulás) jelenti, hanem legalább ilyen jelentősége van az aktív vizáló ápolásnak is. A nővér napon-ta többszöri felültetésen, a növekvő időtartamú kiültetésekén túl a napi önállósítási tevékenységekben fokozatosan egyre nagyobb részvételre serkentheti a beteget. Az ülőegyensúly kialakulása után következhet az átülés, felállás, megállás gyakorlása, melynek ütemét a beteg állapota határozza meg. Szükség esetén már itt bekapcsolódik az ellátásba a logopédus, pszichológus is. Az akut ellátás során is többféle szakképesítésű szakember foglalkozik a beteggel, de nem mindig valósítható meg a szoros kapcsolattartás, a megfelelő információ átadás, vagyis a valódi team munka.

### A kórházi rehabilitáció

Az akut ellátás után a beteg állapotától függően több lehetőség kínálkozik a rehabilitációra. Szerencsés esetben akár az akut ellátás során folytatott korai mobilizálás olyan eredményre vezet, hogy nem szükséges további rehabilitáció, vagy a beteg otthonában megszervezhető. Sajnos az esetek egy részében a neurológiai tünetek stagnálnak, vagy egyéb tényezők (szövődmény fellépése, fizikai terhelhetőség jelentős korlátozottsága stb.) nem teszik lehetővé az aktív rehabilitáció megkezdését. Ezekben az esetekben a beteg krónikus belgyógyászati, geriátriai vagy ápolási osztályra kerül, esetleg az otthonában ápolják tovább. A beteget eddig jó esetben a hozzátartozók információi alapján követő házi orvos ekkor a rehabilitáció megszerzésének kulcsemberévé válik.

Azt, hogy a beteg rehabilitációja hol történik, előzetes állapotfelmérés alapján, rehabilitációs szakorvos helyszíni vagy ambulancián történő konzíliuma dönti el.

Aktív kórházi rehabilitáció azon betegek számára szükséges, akiknek szükségletei sokrétűek, komplex team közreműködését igénylik, és azon betegek számára lehetséges, akiknél fennállnak e tevékenység feltételei (javulást mutató neurológiai állapot, fizikai és szellemi terhelhetőség, megfelelő kooperáció, motiváltság, a helyreállítás várhatóan megfelelő üteme). A rehabilitáció multidiszciplináris team közös, tervszerű, összehangolt munkája. A team-nek mindig tagja az aktívan résztvevő beteg, a folyamatosan jelenlévő nővér, orvos, gyógytornász, szükség esetén bekapcsolódik a konduktor, logopédus, neuropszichológus, ergoterapeuta, ortopédműszerész, szociális munkás. Speciális az is, hogy csaknem minden esetben a team tagjává válik a beteg gondoskodó családtagja is. Egy beteg rehabilitációja során is változhat a team összetétele, illetve változik a különböző team-tagok szerepének hangsúlya.

A team szoros együttműködését, a megfelelő információáramlást a *heti team ülések* biztosítják. Itt határozzák meg a beteg *rehabilitációs programját* is. A program tervezése a megfelelő *állapotfelmérés*en alapul, hiszen a stroke következtében kialakuló tünetek igen sokfélék lehetnek, illetve ezen tünetek legkülönbözőbb variá-

ciója fordulhat elő. A *fizikai tünetek* (izomerő-csökkenés a végtagokon, törzsön, a rágás, nyelés, artikuláció izmaiban, az izomműködés szelektivitásának csökkenése, az izomtónus változása, az egyensúly, a koordináció zavara, érzészavar, vegetatív zavarok) mellett gyakoriak a változatos *pszichés tünetek* (indítékszegénység, meglassultság, a figyelem, a memória, a koncentrációképesség zavara, a praxiás, fázias zavarok, a neglect jelenségek, és gyakoriak az érzelmi és indulati szféra zavarai – emocionális labilitás, anxietas, depresszió, agresszivitás) is.

Az állapotfelmérést minden tag a szakképzettségének megfelelő területen végzi el, így komplex képet kap mindenki a beteg állapotáról: a stroke előtti kórelőzményről, betegsége lefolyásáról, a fizikai tényezőkről (fizikai terhelhetőség, ízületi mozgathatóság, akaratlagos mozgások, az érzés, beszéd, nyelés, üritési funkciók) illetve a szellemi, illetve pszichés állapotról, kooperációs képességről, önállósítási szintről. Az állapotfelmérés pontos megítélését különböző skálák, illetve tesztek segítik (Magyarországon legelterjedtebb a Barthel index illetve a FIM). A rehabilitációs terv tartalmazza a *kitűzhető célokat* és az annak eléréséhez szükséges tevékenységek részletes menetét is.

A program során két alapvető *cél* érdekében dolgoznak a team-tagok: az egyik a *járási függetlenség* elérése, a másik az *önállósító képesség* kialakítása. Az ülőegyensúly elérése, a transzferek gyakorlása, a felállás megtanulása után igen hangsúlyos és türelmet igénylő feladat az *alapos járáselő-készítés* (testsúly áthelyezés, a pareticus oldal terhelésének megfelelő kialakítása). Ez a minél megfelelőbb járásstílus illetve a járásbiztonság alapfeltétele, s az elesések esélyének a csökkentésében is nagy szerepe van. A *program egyénre szabott*, a kezeléseket időtartama is változó, a beteghez adaptált. A mobilizálás során különböző testközeli (sínek) és testtávolsági *segédeszközök* (járókeret, kerekesszék, támbot stb.) válhatnak átmenetileg vagy végleg szükségesek, a végleg szükséges járási, otthoni ápolást segítő segédeszközökkel célszerű a beteget még a kórházból való távozása előtt ellátni. Ha az előzetesen kitűzött terv valamilyen oknál fogva nem valósítható meg, a team-ülésein a tervet módosítják (pl. független helyváltoztatás elérését kere-

kesszék használatának megtanításával próbálják meg). Szükség esetén a munkába bekapcsolódik a *pszichológus és logopédus*, valamint a *zeneterapeuta* is. Az *ergoterapeuta* a meglévő képességek minél teljesebb kiaknázásával a napi tevékenységeket gyakoroltatja, tanácsokat ad az ebben segítséget nyújtó háztartási eszközök beszerzésére, alkalmazására.

Gyakran szükséges a *szociális munkás* részvétele is, aki a beteg szociális helyzetének ismeretében a szükséges felvilágosításokat megadja, illetve a megfelelő lépéseket megteszi. Gyakorta a háziorvossal is ő veszi fel először a kapcsolatot, hogy a beteg otthoni ápolásának, a rehabilitáció folytatásának szükséges feltételeit közösen megszervezhessék. Más esetben a munkaképesség csökkenés elindításában, a rendszeres jövedelemhez jutás, illetve egyéb járandóságok megszerzésére irányuló adminisztrációs tevékenységben segít a számos egyéb teendő fizikai és lelki súlya alatt roskadozó hozzátartozónak.

A rehabilitációs program végeztével a team-tagok által ismételt állapotfelmérés történik, mely alapján az elért eredményt értékelik, illetve a beteg számára a folytatásra javaslatot tesznek. Optimális esetben a kórházi rehabilitáció befejezésekor a beteg a fő célkitűzéseket (járási önállóság, alapszintű önellátási függetlenség) elérte.

### Rehabilitáció a beteg otthonában a háziorvos irányításával

A stroke után otthonukba kerülő betegek állapota nagyon különböző lehet. Egész más az akut osztályról, stagnáló neurológiai tüneteket mutató, nagy ápolási igényű beteg szükséglete, mint egy sikeres intézeti rehabilitációs programban részt vett páciensé. A háziorvos teendőit ez természetesen befolyásolja, előbbi esetben az ápolási segítséget, utóbbiban a gyógytorna, esetleg a logopédiai hozzáférhetőséget kell hangsúlyosabban kezelnie. Sajnos – bár korábban voltak ilyen remények – a lakóközösségi rehabilitáció teamje korántsem olyan teljes, mint amely a beteg számára szükséges lenne, kooperációjuk pedig nem megfelelő. A megfelelő betegápolás, a kielégítő szintű gyógytorna azonban már hazánkban is egyre inkább biztosítható.

Amint korábban említettük, a ne-

urológiai helyreállítás – ha szerényebb mértékben és lassúbb ütemben is – még hosszabb ideig folytatódik, ezért a betegek legtöbbször a rehabilitáció folytatására van szüksége. Különösen így van ez a bonyolultabb, hosszas, kitartó munkát igénylő funkciók (pl. beszéd, felső végtag-mozgások) esetében. Sok esetben később ez ambulanter is igénybe vehető.

A rehabilitáció alapelemeinek ismerete, szemléletének elsajátítása tehát a háziorvosi gyakorlatban igen fontos. A beteg állapotát időnként felmérve ő határozza meg az elérhető további közvetlen célokat, az ahhoz vezető teendőket. Változhat a beteg segédeszköz igénye, hangulata, fizikai állapota, melyek miatt szakorvosi konzíliumot kérhet. A secunder stroke prevenció (rizikófaktorok feltárása, követése, időszakos szűrővizsgálatok elvégzése, kísérőbetegségek karbantartása), a lehetséges szövődmények elkerülése (anti-coaguláns, antiaggregációs, lipidcsökkentő szerek lehetséges mellékhatásainak monitorozása) szintén a beteget követő háziorvos tevékenységeit szaporítja. A súlyos beteget ápoló *gondoskodó családtag* tanácsokkal való ellátása, a segítséget adó civil szervezetek, kiadványok megismertetése szintén fontos, de fokozott figyelmet kell fordítani magára a beteget ellátó személyre is. A gyakran szintén idős, betegségekkel küzdő családtag kimerülése, depressziója kedvezőtlenül befolyásolhatja a rehabilitációs kimenetelt, a beteg életminőségét.

### A tájékoztatás és képzés szerepe a stroke-rehabilitációban

Az orvostudomány valamennyi ágában lényeges a betegségről, illetve az állapotról való megfelelő tájékoztatás. A fogyatékoság nagy aránya, a hosszú ideig tartó terápiás folyamat, illetve a felkínálható perspektíva miatt a stroke beteg, illetve hozzátartozójának a betegségről való megfelelő tájékoztatása elengedhetetlen. A rehabilitációhoz szükséges compliance-t csak a problémák őszinte feltárása, illetve a reális célok kitűzése alapozhatja meg. A stroke ellátás különböző fázisaiban meg kellene ennek történnie, de előfordulhat, hogy erre csak a háziorvos és páciense találkozásakor kerül sor, amely szintén a háziorvos szerepét hangsú-

lyozza. A rehabilitáció folyamatában a team valamennyi tagja képzni nemcsak a beteget, hanem hozzátartozóját is, hogy képessé váljanak a stroke okozta sokféle probléma megoldására, az új veszélyek elhárítására. Ez a stroke-ról, illetve a társbetegségekről való alaposabb információ szerzésén, a mozgás-, beszéd ill. egyéb képességek fejlesztési technikáin túl, a megfelelő életmód kialakításán át a lakás szükséges átalakításáig nagyon sokféle területet érinthet. E tevékenység folytatása, a hiányzó ismeretek feltérképezése és pótlása is a háziorvos feladatkörébe tartozik.

### Irodalomjegyzék:

- Young J:  
*Stroke: kórházban vagy az otthonukban kezeljük a betegeket? Az otthoni ellátás nyújtja a legteljesebb javulást.*  
BMJ magyar kiadás 46-47, 1995.
- Young J:  
*Stroke: kórházban vagy az otthonukban kezeljük a betegeket? Csak a kórházak biztosítják a megfelelő ellátást.* BMJ magyar kiadás 47-48, 1995
- Kullmann L:  
*Rehabilitáció a lakóközösségben.*  
Med.Univ. 28 (2), 57-60, 1995
- Kármán Gy, Makovicsné Landor E:  
*Neurológiai gyógytorna elmélet és gyakorlat* HIETE, 1998.
- Kullmann L, Szél I, Márkus E, Arnold Cs, Iván L, Riskó Á.: *A rehabilitáció általános kérdései:* in: Huszár I, Tringer L, Kullmann L. (szerk): *Rehabilitáció* (pp. 7-133), SOTE, Budapest 1999..
- Reiner W, Katona F, Siegler J: *Orvosi Rehabilitáció, Medicina, 1999.*
- Szél I, Nagy Z: *Funkcionálisan orientált betegellátás akut stroke-ban* in: Nagy Z (szerk): *Stroke kézikönyv* (pp: 287-297), Springer, Budapest 1999.
- Szél I: *Az agyérbetegek rehabilitációja* in: Nagy Z (szerk): *Stroke kézikönyv* (pp:303-305), Springer, Budapest 1999.
- Gisela A, Werner Schell: *Rehabilitáció és betegápolás,* Medicina, Budapest, 2000.
- Kaste M, Skyhoj O. et al: *Rehabilitation of stroke patients. Cerebrovascular diseases* 2000;10(suppl.3):1-11.
- Ricsóy G., Boros E.:  
*A stroke utáni rehabilitáció*  
Háziorvos Továbbképző Szemle 6: 310-312, 2001.
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve stroke betegek ápolásához Eü. Közlöny 2002 11. 1344- 1359.
- Ricsóy G., Boros E.: *Új módszerek a stroke rehabilitációban* Családorvosi Fórum – folyamatban