

Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí – 2. část

Obecné poznámky k praktickému přístupu k pacientovi s těžkou poruchou pohybu, zejména upoutanému na lůžko

MUDr. Radmil Dvořák, Ph.D., MUDr. Milada Betlachová

Katedra Fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

Príspevek shrnuje obecné zásady péče o těžce pohybově postiženého pacienta v domácí péči z pohledu kontroly celkového zdravotního stavu, prevence nejčastějších sekundárních změn a komplikací včetně imobilizačního syndromu a opatření k zajištění základních potřeb imobilního pacienta.

Klíčová slova: porucha pohybu, domácí péče.

Care of a patient with a movement disorder in the home setting: part 2

General comments on the practical approach to a patient with a severe movement disorder, particularly one who is confined to bed

The paper summarizes general principles of care of a patient with a severe movement disorder in the home setting in terms of monitoring the general health condition, preventing the most frequent secondary changes and complications, including the immobilization syndrome, and ensuring the basic needs of an immobile patient are met.

Key words: movement disorder, home care.

Med. praxi 2013; 10(3): 128–130

Jak již bylo sděleno v předcházejícím článku, vyskytuje se u ošetřování pacientů se závažnější poruchou pohybu celá řada problémů obecného charakteru, které nejen omezují kvalitu života a samostatnost v existenci, ale představují i hrozbu v podobě následného, druhotného zhoršení zdravotního stavu. Tyto je nutno s přihlédnutím k individuálnímu zdravotnímu stavu konkrétního nemocného v domácím prostředí adekvátně řešit. Postupy k jejich eliminaci nebo alespoň minimalizaci patří do obecné péče o nemocného i rehabilitačního ošetřovatelství a lze je rozdělit do několika okruhů, na které je potřeba zaměřit pozornost. Pro potřeby tohoto příspěvku je blíže poukázáno na hlavní z nich, přičemž cílem není podrobný rozbor či návod, ale přehled pro plánování a realizaci péče.

Sledování základních fyziologických funkcí a změn pohybového deficitu

Jedním z předpokladů umístění pacienta s poruchou pohybu do domácí péče je, že byla provedena úplná diagnostika jeho zdravotního stavu a ve všech směrech byla zajištěna jeho stabilizace. Nepředpokládají se tedy další dramatické změny stavu (vyjma případů, kde je pacient svěřen do ošetřování v rodinném kruhu v preterminálním stavu v rámci tzv. domácí hospicové péče). Přesto v závislosti na etiologii a výše uvedených principech by ošetřující osoby měly být schopny takové funkce a fyziologické projevy, jako je vědomí, teplota, pulz, krevní tlak,

dech, případně kolorit či stav hydratace kůže a sliznic vyhodnotit a podle potřeby zapsat. Platí to zejména pro snížené pohyblivé či nepohyblivé nemocné s primární interní etiologií základního onemocnění, eventuálně pro nemocné, u nichž se rozvíjejí sekundární komplikace. V tomto smyslu by ošetřující osoby měly mít také přehled o indikované medikamentózní léčbě, jejím účinku a hlavních možných nežádoucích efektech, a rovněž o skutečné ověřené aplikaci medikamentů v předepsaných formách podání, dávkách a intervalech.

Alespoň orientačním způsobem se hodnotí změny v pohybových schopnostech pacienta: zcela bez nároků na pomůcky či přístroje lze vyhodnotit změny rozsahu pohybu v postižených segmentech, změny svalové síly, koordinační schopnosti při manipulaci, sedu, stoji nebo chůzi. Pokud změny vybočí z předpokládaného průběhu chorobného stavu, je potřeba konzultovat odborníka.

Pro posouzení dynamiky může být velmi účelné vyhodnocení případné bolesti, a to slovně popisem, odhadem změny proti předchozímu období v procentech nebo zlomkem (například „zmírnění bolesti za poslední týden asi o 1/3“), nebo zcela jednoduše graficky pomocí vizuální analogové škály: je to projekce aktuálního vnímání bolesti nemocným na úsečku, jejíž jeden konec reprezentuje stav bez bolesti a druhý maximální představitelnou bolest.

Vlastní ošetřovací péče o pacienta závisí na stupni jeho poruchy pohybu, která určuje

míru jeho soběstačnosti, tj. schopnosti být nezávislý v sebeobslužných úkonech a v aktivitách denního života v konkrétních podmínkách, ve kterých žije. Zpravidla se rozlišují tři stupně závislosti: lehká závislost, kde stačí motivace a podpora pacienta, střední závislost s potřebou pravidelného dohledu a stálé pomoci druhé osoby, a těžká (úplná) závislost, kdy jedinec vyžaduje trvalou péči a není schopen ani základních činností, je zcela odkázán na druhou osobu. Tam, kde fyzická složka soběstačnosti poklesla do tohoto nejtěžšího stupně (bez ohledu na to, zda k tomuto poklesu došlo postupně pozvolným poklesem funkční výkonnosti nebo náhle úrazem či akutně proběhlým onemocněním), je prioritně potřeba zajistit činnosti, které jsou nezbytné pro zachování života, pro uspokojení biologických potřeb nemocného. Mezi tyto činnosti patří příprava pokrmu a přijímání potravy a tekutin, úkony související s vyprazdňováním, provádění osobní hygieny a dodržování léčebného režimu. Při středním stupni závislosti se jedná o úkony spojené s oblékáním, dále s polohou a orientací v daném prostředí (například aktivní úprava polohy na lůžku, vertikalizace a případně lokomoce) a jednoduchými činnostmi (například telefonování, ovládání lampičky apod.). Nad rámec toho výčtu jsou některá speciální opatření, jako podpora ventilační motoriky apod.

Je-li adekvátně stupni postižení realizována péče o pacienta tak, aby jeho potřeby byly úplně zajištěny, mluvíme o zabezpečení. Ta je

cílem komplexní domácí péče (comprehensive home care).

Péče o přípravu jídla a přijímání potravy a tekutin

Tam, kde se vyskytuje těžká porucha motorických funkcí spojených s polykáním, používá se krmení sondou (zpravidla nazogastričnou) nebo perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG), v obou případech s použitím tekuté stravy. Obě tyto metody lze realizovat po zaškolení v domácím prostředí. Problémem dlouhodobého použití je vyhasínání (nebo u dětí absence či alterace rozvoje) polykacího a sacího reflexu. Rehabilitace orofaciální oblasti je předmětem speciálních výkonů.

Podávání stravy ve formě krmení probíhá u pacientů s výraznou poruchou funkce obou horních končetin. Pokud to lze, posazujeme pacienta ke stolu, krmení v posteli je řešením jen v nezbytných případech. Při nemožnosti zapojit jednu horní končetinu je potřeba počítat s dělením soust, jinak příjem stravy lžící či vidličkou zvládne nemocný sám.

Pití lze usnadnit použitím slámky, případně nádobou se sacím víčkem. Podle charakteru pohybového deficitu je možno použít modifikovaný přístroj či jiné kompenzační pomůcky. Nácvik motorických dovedností spojených se sebesycením provádí fyzioterapeut nebo ergoterapeut.

Tam, kde je indikována dieta (po stránce složení i konzistence), lze konzultovat dietní sestru. Vážení pacienta poskytne základní informaci o změnách alimentace (kachektizace, obezita) a případně hydratace (časté dehydratace či naopak edémy a hydropsy u pacientů vyššího věku).

Je-li to možné, přistupujeme ke stravování jako k aktivitě se společenským obsahem.

Připravu jídla zajišťuje druhá osoba; pokud pacient je schopen s některými výkony pomoci, jde spíše o psychologický efekt (léčba zaměstnáváním) nebo využití k cílené terapii (například „přebírání hrachu“ paretickou rukou k stimulaci kožního citu i drobné motoriky, ergoterapeutický obsah činnosti apod.)

Péče o vyprazdňování Poruchy kontinence

Jedná se o velmi důležitou součást péče o pacienta s poruchou pohybu. V podrobnostech (cévkování, používání podložních mís a močových lahví, manuální vybavení stolice apod.) odkazujeme na příslušnou literaturu. V kontextu článku zde upozorňujeme na několik problémů:

I při těžkém pohybovém problému a nutnosti vyprazdňování na lůžku výrazně pomůže

aktivní pohybová spolupráce pacienta (nadvzdnutí pánve, správné usazení na mísu), kterou je účelné – je-li toho pacient schopen – nacvičit. Pokud je pacient inkontinentní, používají se inkontinenční pomůcky (vložky, pleny, plenkové kalhotky a podobně v různých velikostech a stupních savosti dle potřeby), jejichž výměna může být usnadněna nejen správným postupem ošetřujícího, ale i kooperací pacienta (otáčení, nadvzdávání). Totéž platí pro výměnu ložního prádla nebo podložky pacienta při nehodě s udržení čistoty. Dalším argumentem pro aktivaci pacienta je fakt, že dlouhodobé používání inkontinenčních pomůcek vede k zhoršení kontinence „zlenivěním“ pacienta. V případě schopnosti sedu a přesunu z lůžka je vhodné použít pokojový klozet (případně i pojezdové klozetové křeslo). Pomůckou, která může zásadním způsobem zlepšit sed na toaletní mísu, zejména u omezení pohyblivosti kyčelních kloubů, je nástavec na WC.

Při inkontinenci močové výrazně záleží na jejím typu. Udává se, že až třetina z nich patří do kategorie funkční, tj. neschopnosti dosáhnout včas toaletu, bez ohledu na etiologii. Zde je široké pole pro ošetřujícího, aby souborem opatření, jako je úprava pitného režimu, včasná signalizace potřeby vymočení, zajištění přesunu na toaletu, příslušná úprava oděvu apod. nahradil pohybový deficit a výrazně zvýšil komfort nemocného. U stresové inkontinence (únik moči je vázán na zvýšení nitrobršního tlaku) je podstatnou součástí terapie specializované cvičení.

Péče o osobní hygienu

Souvisí těsně s předchozími body příjmu jídla a vyprazdňování. Většinou i v případě výrazné závislosti na pečující osobě je schopen pacient provést v souvislosti s nimi otření rukou, úst či oblasti anogenitální pomocí roušky, vlhčeného ubrousku, ručníku, případně toaletního papíru, které by měl mít ležící nemocný na dosah. Pokud vybavíme pacienta – který nemůže opustit lůžko, ale je schopný základních sebeobslužných činností – potřebnými pomůckami, s větší či menší dopomocí se umyje, oholí, učeše, pečuje o chrup, náročnější bývá péče o nehty vzhledem k funkční lateralitě hlavně u horních končetin (například u hemiparetiků, stavů po úraze dominantní ruky apod.). Tyto činnosti jsou spojeny se schopností sedu alespoň s oporou. Větší výkony, jako je celková koupel, sprchování, mytí vlasů u pacientů velmi málo pohyblivých, stejně jako u pacientů zcela nepohyblivých, provádí ošetřující osoby; výhodou je použití různých pomůcek (například nafukovací vany na lůžku či

sprchovacího vozíku pro osprchování sedícího nebo ležícího pacienta). U chodícího pacienta usnadní provedení úkonů celkové hygienické péče sedačka do vany či sprchy, bezpečnost zvyšují madla.

Prevence imobilizačního syndromu

Soubor komplikací, které jsou vázány na dlouhodobě sníženou pohyblivost, se nazývá imobilizační syndrom. Prevencí je minimalizovat dobu imobilizace tam, kde to z hlediska léčení základního onemocnění je možné (stavů, u kterých je indikován úplný tělesný klid s rozvojem medicíny neustále ubývá), ovšem tam, kde je imobilita součástí obrazu chorobného stavu, je potřeba s těmito komplikacemi počítat. Některé lze mírnit farmakologicky (například změny psychiky, jako je deteriorace, neklid, zmatenost, deprese) nebo i dietně (porucha peristaltiky gastrointestinálního traktu s projevy zácpy nebo paradoxního průjmu), u dalších se používají cílená opatření k jejich zvládnutí.

Kardiovaskulární poruchy: Pravidelným doprovodným jevem imobilizace je rozvoj dekompenzace kardiovaskulárního aparátu, který se projevuje nárůstem tepové frekvence klidové a jejím nadměrným zvýšením v zátěži v důsledku autonomní dysregulace s převahou sympatiky. Cestou ke zlepšení je cvičení tréninkového aerobního charakteru, které lze u ležícího ovšem realizovat jen obtížně. Zato ortostatizmu (nedostatečná kompenzace posturální hypotenze při vertikalizaci se závratí, zblednutím, slabostí, opocněním, koncentrickým zúžením vidění, snížením vědomí až kolapsem) lze předejít jednak nácvikem vědomého pozvolného vstávání, jednak použitím manévru zvyšujícího perfuzní tlak mozku, jako je například handgrip (silové sevření pěstí při přechodu do zvýšené polohy). Opatřením k prevenci hydrostatických otoků, podobně i obávaně a někdy letální tromboembolické nemoci z venostázy, je protektivní polohování dolních končetin v částečné elevaci s podporou elastické bandáže a zejména provádění cévní gymnastiky.

Respirační poruchy: Problémem nedostatečných exkurzí hrudníku a tudíž porušené ventilace a zejména stázy krve v dorzobazálních částech plic je vznik hypostatické pneumonie, další z život ohrožujících komplikací imobilních. Její prevence, stejně jako předcházení kolapsu (atelektázy) plicní tkáně, spočívá v úkonech dechové gymnastiky.

Sekundární poruchy pohybového systému: Význam polohování a různých typů cvičení v boji proti rozvoji atrofie svalstva, osteoporóze,

kontrakturám měkkých tkání (šlach, svalů) byl spolu s orientačním popisem dalších cílených rehabilitačních technik nastíněn v příspěvku Mgr. Dupalové, na který odkazujeme (Med. praxi 2012; 9(10): 406).

Velkou pozornost v rámci péče o imobilního pacienta věnujeme lůžku. Spolu s polohováním, ošetřováním rizikových lokalit (masáže) a důslednou hygienou kůže je kvalita podložky pod pacientem součástí prevence vzniku proleženin (dekubitů). Vybavení lůžka pomocnými zařízeními (hrazdička či improvizované uzdičky) pomůže ve změně polohy nemocného, bednička do nohou lůžka, polohovací polštářky, nafukovací nebo molitanové klíny a válce umožní udržet žádanou polohu segmentů těla. Pro pacienty s omezením pohyblivosti nosných kloubů dolních končetin kvůli snazšímu uléhání a vstávání preferujeme vysoké lůžko, které se osvědčuje i pro ekonomičtější manipulaci s pasivním pacientem. Nedílnou součástí výbavy by mělo být signalizační zařízení, nejlépe akustické (zvonek).

Asistovaná a náhradní lokomoce

Předpokladem chůze je zvládnutý stoj. Je-li chůze pacienta alterována, ale umožní přesun, volíme podle situace některou z následujících možností:

Asistence a podpora jednou případně dvěma osobami jednak ulehčí chůzi, jednak skýtá možnost její korekce. Podle reakce pacienta je

možno regulovat stupeň zátěže a rychle reagovat v případě potíží.

Chůze s lokomočními pomůckami je zpravidla náročnější než s asistencí a vyžaduje dobrou funkci horních končetin. Podle potřeby stability a odlehčení dolních končetin máme k dispozici pomůcky od chodítka (nejstabilnější), přes „kozičky“ (vícebodová opora), vysoké podpažní hole, francouzské (nebo kanadské) hole po vycházkovou hůl, skýtající nejmenší oporu. Při nácviku se používá chůze po rovném, po schodech i v nerovném terénu. V interiéru, zejména na schodech, pacienti zpravidla upřednostňují k fixaci zábradlí a pevných madel před mobilními pomůckami.

Kde je lokomoce chůzí nedostupná, můžeme ji nahradit použitím vozíku. Pohyb mechanického vozíku je buď pasivní – zajištěný druhou osobou, nebo aktivní při dostatečné funkci horních končetin nemocného. Elektrický vozík umožňuje velkou nezávislost i u osoby se závažným postižením lokomočních funkcí, přičemž ovládání lze dosti modifikovat dle jeho zbytkových schopností.

Pokud je plánován pohyb pacienta mimo lůžko, zejména v exteriéru, je potřeba vyřešit problém ochrany proti zevním vlivům, tj. oblékání a obouvání. Preferujeme co největší samostatnost i za cenu poskytnutí delšího času a vhodných kompenzačních pomůcek (navlékač ponožek, zouvák apod.), manipulace s knoflíky,

zdrhovadly, patenty může být součástí programu ergoterapie. Nejjednodušším na zvládnutí je suchý zip. U pacienta upoutaného na lůžko volíme jednoduchý, nenáročný oděv a dodržujeme zásady vhodného postupu pasivního oblékání a svlékání.

Součástí plánování lokomoce je zhodnocení bariér (průzkum tras pohybu v bytě, schodů, prahů, úzkých prostorů) a rizika pádů a úrazů (nerovnosti podlahy a její kluzkost, osvětlení, hrany) a jejich eliminace. Součástí rehabilitačních opatření bývá nácvik vstávání po pádu.

Literatura

1. Hejzlarová L. Pracovní postup péče o klienta/pacienta s inkontencí moči. Česká asociace sester, 2009. http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0001_revize_2.pdf.
2. Klusoňová E, Pitnerová J. Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti. Brno: NCO NZO, 2005.
3. Tóthová V. Ošetřovatelství pro obor Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. České Budějovice: JU ZSF, 2000.

Článek přijat redakcí: 4. 1. 2013

Článek přijat k publikaci: 25. 2. 2013

MUDr. Radmil Dvořák, Ph.D.

Katedra Fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury,
Univerzita Palackého v Olomouci
Tř. Míru 115, 771 11 Olomouc
radmil.dvorak@upol.cz
