

Anna Pyszora, Michał Graczyk, Małgorzata Krajnik

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Rola fizjoterapeuty w opiece paliatywnej. Opisy przypadków

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2009; 8, 1: 31–34

Streszczenie

Fizjoterapia stanowi cenne uzupełnienie leczenia objawowego — może poprawić jakość życia pacjentów objętych opieką paliatywną. W niniejszym artykule autorzy zaprezentowali trzy przypadki pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, u których objawy skutecznie leczono, stosując fizjoterapię. Dodatkowo opisano poszczególne formy terapii usprawniającej i wynikające z nich korzyści dla pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Autorzy dowiedli, że fizjoterapia stosowana u chorych objętych opieką paliatywną ma ogromne znaczenie w przebiegu leczenia objawowego. Minimalizuje ona skutki choroby oraz jej powikłania i optymalizuje stan pacjenta.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009; 3, 4: 175–179

Słowa kluczowe: fizjoterapia, opieka paliatywna, jakość życia

Wstęp

Opieka paliatywna obejmuje działania poprawiające jakość życia pacjentów i ich rodzin, zmagających się z problemami związanymi z zaawansowanymi stanami chorobowymi. W zakres tych działań wchodzi zapobieganie cierpieniu i niesienie ulgi poprzez wczesne wykrywanie, właściwą ocenę oraz leczenie objawów somatycznych, jak również rozwiązywanie problemów natury psychospołecznej i duchowej [1]. W tym kontekście fizjoterapia jest ważnym elementem opieki paliatywnej. Ma na celu poprawę jakości życia pacjentów, poprzez pomoc w osiągnięciu maksymalnej sprawności i niezależności oraz uwolnienie od uciążliwych objawów [2].

Opieka paliatywna jest dziedziną dynamicznie się rozwijającą, obejmującą swoim zakresem także

fizjoterapię. Obecnie można zaobserwować wzrost liczby publikacji dotyczących wykorzystania fizjoterapii w opiece paliatywnej. Istnieją dowody na poprawę sprawności pacjentów objętych opieką paliatywną poddawanych leczeniu usprawniającemu. W różnych badaniach [3–13] oceniano efektywność takich technik fizjoterapeutycznych, jak: masaż leczniczy, ćwiczenia czynne, terapia oddechowa i manualny drenaż limfatyczny. Autorzy badań wnioskują, że leczenie fizjoterapeutyczne pomaga w osiągnięciu maksymalnej sprawności. Ponadto, zaobserwowano wysoki poziom satysfakcji płynącej z uczestniczenia w programach usprawniających [13].

W niniejszym artykule zaprezentowano przypadki 3 pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, u których dokuczliwe

Adres do korespondencji: mgr Anna Pyszora
Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej
Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Jagiellońska 13–15, 85–067 Bydgoszcz
e-mail: aniap30@wp.pl
Tłumaczenie: mgr Joanna Mrówczyńska



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009, 3, 4, 175–179
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

objawy somatyczne leczono skutecznie, stosując fizjoterapię.

Opis przypadku nr 1

Kobieta, lat 80, została przyjęta na oddział opieki paliatywnej, po przeniesieniu z oddziału neurologii, w lipcu 2008 roku. W 2007 roku u pacjentki zdiagnozowano zaawansowane stadium raka piersi, niekwalifikujące się do leczenia. Chora w chwili przyjęcia na oddział opieki paliatywnej była w złym stanie ogólnym, cierpiała na bóle brzucha, bóle spowodowane przerzutami do kości i bóle mięśniowo-powięziowe. Objawy skutecznie leczono morfiną podawaną podskórnie (do 280 mg/d.) i fentanylem stosowanym w formie plastrów (50 μ g/h), a ból wywołany przerzutami do kości niwelowano, podając pamidronat dożylnie co 4 tygodnie w dawce 90 mg.

Rezultatem długotrwałego unieruchomienia były bóle mięśniowo-powięziowe, które wymagały zastosowania fizjoterapii. Pierwszym zadaniem fizjoterapeuty było więc wyeliminowanie tego bólu, znacząco obniżającego jakość życia pacjentki. Najbardziej intensywny ból był umiejscowiony w obydwu kolanach. Zakres zgięcia w obrębie stawu kolanego był znacznie ograniczony. Osiągnięcie pozycji siedzącej z opuszczonymi nogami (stopy w pełnym podporze) było więc niemożliwe. Leczenie rozpoczęto od terapii tkanek miękkich. Fizjoterapeuta zastosował ogólne techniki mięśniowo-powięziowego rozluźniania (MFR, *myofascial release*). Obejmowały one rozciąganie powięzi i rozluźnianie połączeń między powięzią, powłokami ciała, mięśniami i kośćmi. Bezpośrednie lub pośrednie uruchamianie powięzi pozwala na reorganizację włókien tkanki łącznej w bardzo elastyczny i funkcjonalny sposób [14]. Po wykorzystaniu technik MFR zastosowano plastrowanie (*kinesiology taping*). Jest to metoda, którą w latach 70. XX wieku rozwinął japoński chiropraktyk, doktor Kenzo Kase, we współpracy z japońską firmą Nitto Denko. Wykorzystuje ona specjalne plastry o parametrach zbliżonych do właściwości ludzkiej skóry, co powoduje, że mogą one przekazywać „pozytywne bodźce sensoryczne”. Celem *kinesiology taping* nie jest ograniczenie ruchu poprzez stabilizację stawu, ale raczej przywrócenie ruchomości stawów i mięśni, co w rezultacie poprawia kontrolę ruchu i prowadzi do wyleczenia. Pozytywne rezultaty kinezyterapii wykorzystującej plastry tłumaczy się poprawą mikrokrążenia, aktywacją endogennych mechanizmów obrony przed bólem i wsparciem funkcji stawów [15]. W opisanym przypadku zastosowano aplikacje mięśniowe i powięziowe na obydwu stawach kolanych (ryc. 1). Do-



Rycina 1. Aplikacja plastrów (*kinesiology taping*) — pacjentka 1

datkowo, pod opieką terapeuty, prowadzono fizjoterapię oddechową, której celami były zapobieganie kumulacji wydzieliny w drogach oddechowych, zwiększenie ruchomości stawów klatki piersiowej oraz wzmocnienie mięśni oddechowych. W kolejnych dniach nastąpiło zmniejszenie bólu, a zakres zgięcia w obrębie obu stawów kolanych znacznie się zwiększył. Zdecydowano się na kontynuację MFR i *kinesiology taping*. Później obserwowano dalsze zmniejszenie bólu i zwiększanie zakresu zgięcia w obrębie stawów kolanych. Pozwoliło to chorej na osiągnięcie pozycji siedzącej z opuszczonymi nogami (stopy w pełnym podporze). Pacjentka była bardzo zadowolona z efektów fizjoterapii. Najważniejszą dla niej zmianą było to, że mogła usiąść w pozycji z opuszczonymi nogami. Leczenie z wykorzystaniem fizjoterapii kontynuowano aż do zgonu pacjentki, który nastąpił 4 miesiące po jej przyjęciu na oddział opieki paliatywnej.

Opis przypadku nr 2

Mężczyzna, lat 47, został przyjęty na oddział opieki paliatywnej, po przeniesieniu z oddziału urologii, w kwietniu 2007 roku. W 2005 roku u pacjenta zdiagnozowano nowotwór pęcherza moczowego, który leczono, wykonując przezcewkową resekcję guza. Przez następne 2 lata chory nie miał kontaktu z leka-

rzem. Z powodu obustronnego wodonercza w marcu 2007 roku, na oddziale urologii, wykonano obustronną nefrostomię. Stwierdzono wówczas zaawansowane stadium choroby nowotworowej w obrębie jamy brzusznej i miednicy. Następnie przeniesiono pacjenta na oddział opieki paliatywnej w celu prowadzenia dalszego leczenia objawowego.

Chory cierpiał z powodu obrzęku limfatycznego kończyn dolnych oraz bólu brzucha, który skutecznie leczono morfiną o kontrolowanym uwalnianiu (60 mg/d.). Obrzęk limfatyczny wymagał zastosowania fizjoterapii.

Obrzęk, z dodatnim objawem Stemmera, był zlokalizowany głównie w okolicy goleni. Jego nasilenie zmieniało się w ciągu dnia. Rano, po nocnym odpoczynku, w trakcie którego kończyny były uniesione, był mniejszy. Natomiast wieczorami, po dziennej aktywności, znacznie się zwiększał. Skóra była sucha, bez cech hiperkeratozy. Pomiarów dokonywano na 4 poziomach: C_0 — obwód powyżej kostek, C_1 — obwód poniżej kolana, C_2 — obwód powyżej kolana i C_3 — obwód poniżej fałdu pośladkowego.

Obrzęk limfatyczny stanowił poważny problem dla pacjenta, który skarżył się na nieprzyjemne uczucie ciężkości nóg i problemy z chodzeniem. W przypadku tego chorego obrzęk limfatyczny był spowodowany prawdopodobnie postępującą chorobą nowotworową i innymi czynnikami związanymi z tym stadium choroby, takimi jak hipoproteinemia i unieruchomienie. Konieczne było rozpoczęcie leczenia obrzęku limfatycznego. Celem terapii była poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie obrzęku limfatycznego i wyeliminowanie przykrych objawów. Terapię rozpoczęto od kończyny prawej, stosując wielowarstwowe bandażowanie goleni, uniesienie kończyny i pielęgnację skóry (natłuszczenie parafiną), ćwiczenia i fizjoterapię oddechową.

Opatrunek uciskowy stosowany jako element terapii obrzęku chłonnego składa się z czterech warstw. Pierwsza to elastyczne bandaże podtrzymujące o szerokości 5 cm, opatrunkujące stopę z uwzględnieniem każdego palca osobno. Druga — rękaw bawełniany, spełniający funkcję ochronną. Trzecia — bandaże z waty, których zadaniem jest nadanie kończynie kształtu walca oraz ochrona skóry. Ostatnią warstwę tworzą bandaże elastyczne o niskim stopniu rozciągliwości. Istnieją dwa główne cele bandażowania uciskowego. Pierwszym z nich jest stworzenie wyczuwalnego palpacyjnie wyraźnego gradientu ucisku kończyny, od odcinka dystalnego do proksymalnego. Drugim natomiast — doprowadzenie do stanu, w którym długotrwały ucisk będzie jednocześnie efektywny i wygodny [16].

Następnego dnia, po wykonaniu pomiarów obwodów, stwierdzono zmniejszenie obrzęku o około 30%. Nie zwiększył się obwód brzucha i wzrosła diureza, dlatego fizjoterapeuta zdecydował o zastosowaniu bandażowania wielowarstwowego także na kończynie lewej. W kolejnym dniu obrzęk prawej kończyny zmniejszył się o około 40%, a lewej — o około 30%. Ponadto, pacjent stwierdził, że ustąpiło uczucie ciężkości nóg. W ciągu następnych dni redukcja obrzęku osiągnęła 60% w obu kończynach. Ponadto uzyskano wyższy stopień samodzielności i aktywności fizycznej chorego.

Stan ogólny pacjenta był tak dobry, że zaczął się on zastanawiać nad powrotem do domu. Lekarz przedyskutował tę możliwość z chorym i jego żoną, a następnie zdecydował o wypisaniu go ze szpitala. W związku z planowanym wypisem zaproponowano zmianę źródła kompresji (podkolanówki uciskowe zamiast bandażowania wielowarstwowego). Niestety, sytuacja finansowa chorego była na tyle trudna, że nie mógł sobie pozwolić na zakup podkolanówek uciskowych. Kupił bandaże i został poinstruowany w zakresie samodzielnego bandażowania. Pacjent był bardzo zadowolony, mogąc wrócić do domu.

Opis przypadku nr 3

Mężczyzna, lat 72, został przyjęty na oddział opieki paliatywnej, po przeniesieniu z oddziału wczesnej rehabilitacji ortopedycznej, w październiku 2007 roku. W 1992 roku zdiagnozowano u niego raka nerki (*carcinoma clarocellulare*). Przeszedł operację usunięcia prawej nerki i radioterapię. W kolejnych latach obserwowano progresję choroby nowotworowej (przerzuty do skóry, płuc, węzłów chłonnych i nadnerczy). Zastosowano radio- i hormonoterapię. W sierpniu 2007 roku zdiagnozowano guz przerzutowy w prawej kości udowej. Zastosowano radio- i chemioterapię. W październiku 2007 roku przeprowadzono resekcję guza.

Pacjenta przyjęto na oddział opieki paliatywnej w celu leczenia objawów i kontynuowania terapii usprawniającej, rozpoczętej na oddziale wczesnej rehabilitacji ortopedycznej. Ponieważ ogólny stan chorego był dobry, najważniejszym dla niego celem było odzyskanie maksymalnej sprawności i samodzielności, co w konsekwencji pozwoliłoby mu na możliwie szybki powrót do domu. Bardzo ważnym elementem planu terapeutycznego była reedukacja chodu, ponieważ pacjent mieszkał samotnie.

Chory cierpiał z powodu bólu kości. Dolegliwości bólowe skutecznie leczono tramadolem w dawce 150 mg/d.

W pierwszym tygodniu fizjoterapię rozpoczęto od ćwiczeń izometrycznych kończyn dolnych, które okazały się skuteczną metodą zwiększenia siły mięśniowej. Ćwiczenia izometryczne są bezpieczne, można je stosować w sytuacji, kiedy kończyna jest unieruchomiona lub kiedy ruch może spowodować uszkodzenie kości czy stawów. Druga część leczenia obejmowała ćwiczenia czynne kończyn górnych z oporem. Jako źródło zewnętrznego oporu wykorzystano żółtą taśmę Thera-Band. Główne cele ćwiczeń obejmowały: wzrost siły mięśniowej, poprawę koordynacji nerwowo-mięśniowej i wzmocnienie stymulacji aferentnej w celu pobudzenia reprezentacji ćwiczonych ruchów w odpowiednich polach kory mózgowej. Między poszczególnymi ćwiczeniami przeprowadzano fizjoterapię oddechową. Ostatnia część terapii prowadzonej w pierwszym tygodniu pobytu pacjenta na oddziale opieki paliatywnej obejmowała ćwiczenia samodzielnej zmiany pozycji, wykonywane w łóżku. Częsta zmiana pozycji jest istotnym elementem profilaktyki przeciwoleżynowej, pozwala również przeciwdziałać zanikom mięśniowym.

W następnym tygodniu włączono ćwiczenia równoważne w pozycji stojącej. Pomagają one zarówno zwiększyć siłę mięśni kończyn dolnych, jak i poprawić funkcjonowanie zmysłu równowagi. Pacjent nie skarżył się na nasilenie bólu w pozycji stojącej. Kolejnym krokiem w terapii było chodzenie przy użyciu balkonika. Chorego poinstruowano, jak poruszać się przy zastosowaniu tego sprzętu. Każdego dnia dystans, który pacjent był w stanie pokonać, się wydłużał. Ostatniego dnia tygodnia zamówiono kule w sklepie ze sprzętem rehabilitacyjnym. W 3. tygodniu terapii kontynuowano wszystkie ćwiczenia i dodatkowo ćwiczone chodzenie o kulach. Początkowo była to nauka chodzenia na powierzchni płaskiej. Następnie ćwiczone bezpieczne wchodzenie i schodzenie po schodach. Było to bardzo istotne dla pacjenta, ponieważ w miejscu zamieszkania musiał pokonać kilka stopni przed wejściem do windy. Chory był bardzo zadowolony z efektów fizjoterapii. Pod koniec 3. tygodnia pobytu na oddziale pacjent stwierdził, że jest gotowy do powrotu do domu. Lekarz i fizjoterapeuta uznali, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby wypisać chorego ze szpitala. Pacjent otrzymał program ćwiczeń do wykonywania w domu. Monitorowanie stanu chorego i dalsze leczenie objawowe odbywało się w warunkach hospicjum domowego.

Dyskusja

W przeszłości rehabilitację postrzegano jako leczenie, które ma doprowadzić do pełnego wyzdrowienia.

Taka koncepcja rehabilitacji w aspekcie wykorzystania jej jako jednej z form terapii objawowej w opiece paliatywnej może się wydawać paradoksalna. Definicja rehabilitacji ewaluowała przez lata. Obecnie jej celem jest przede wszystkim poprawa jakości życia. Celem leczenia usprawniającego jest uzyskanie maksymalnej samodzielności i niezależności w takim zakresie, jak to tylko możliwe, bez względu na przewidywaną długość życia [17]. Rehabilitacja odgrywa ważną rolę w opiece paliatywnej. Według Fulton i Else celem fizjoterapii jest osiągnięcie przez pacjenta optymalnego poziomu sprawności. Jednocześnie uwzględnia ona wzajemne oddziaływania między różnymi sferami życia — fizyczną, psychiczną, społeczną i zawodową [18].

Niestety, w programach edukacji zawodowej niewiele czasu poświęca się zagadnieniom związanym ze śmiercią i umieraniem. Brakuje ponadto literatury poświęconej fizjoterapii w opiece paliatywnej, która spełniałaby rolę edukacyjną i była przewodnikiem oraz wsparciem dla terapeutów opiekujących się pacjentami umierającymi [8]. Na szczęście obecnie pojawia się coraz więcej badań, opisów przypadków i artykułów poglądowych na temat fizjoterapii w opiece paliatywnej.

W niniejszym artykule autorzy przedstawili przypadki 3 pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, u których obrzęk limfatyczny, ból mięśniowo-powięziowy i objawy związane z unieruchomieniem skutecznie leczono, stosując fizjoterapię. Opis indywidualnie skonstruowanych programów terapeutycznych ukazuje rolę fizjoterapeuty w opiece paliatywnej. U pacjentów objętych opieką paliatywną cele fizjoterapii powinny być realistyczne i możliwe do osiągnięcia w stosunkowo krótkim czasie. Fizjoterapeuta musi posiadać umiejętność dostosowania formy leczenia, jego czasu i intensywności do zmieniającego się stanu ogólnego pacjenta.

Piśmiennictwo

1. WHO (World Health Organization). Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series, no. 804. World Health Organization, Geneva 1990.
2. The Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care (ACPOPC). Guidelines for Good Practice 1993.
3. English A. Physiotherapy management of breathlessness in palliative care. *Adv. Pall. Med.* 2008; 2: 43–46.
4. Grzybek M., Mularczyk A., Ostrowski A.K., Krajnik M. The influence of rehabilitation (kinesiotherapy) on the quality of life of cancer patients provided with palliative care. *Adv. Pall. Med.* 2007; 2: 53–57.
5. Scialla S., Cole R., Scialla T. i wsp. Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: making a transition to palliative care. *Pall. Med.* 2000; 14: 121–127.

6. Montagnini M., Lodhi M., Born W. The utilization of physical therapy in palliative care unit. *J. Pall. Med.* 2003; 1: 11–17.
7. Crevenna R., Schmidinger M., Keilani M. i wsp. Aerobic exercise for a patient suffering from metastatic bone disease. *Supp. Care Cancer* 2003; 11: 120–122.
8. Mackey K., Sparling J.W. Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy. *Phys. Therapy* 2000; 5: 459–468.
9. Soden K., Vincent K., Craske S., Lucas C. A randomized controlled trial of aromatherapy, massage in hospice setting. *Pall. Med.* 2004; 18: 87–92.
10. Wilkinson S., Aldridge J., Salmon I., Cain E. An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Pall. Med.* 1999; 13: 409–417.
11. Polubiński J.P., West L. Implementation of a massage therapy program in the home hospice setting. *J. Pain Symptom Manage.* 2005; 1: 104–106.
12. Cassileth B.R., Vickers A.J. Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer centre. *J. Pain Symptom Manage.* 2004; 3: 244–249.
13. Hatley J., Laurence V., Scott A. i wsp. Breathlessness clinics within palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. *Pall. Med.* 2003; 17: 410–417.
14. Manheim C. *The myofascial release manual*. Wyd. 4. Slack, Thorofare, NJ 2008: 2–3.
15. Dostępne na: <http://www.k-active.com/cms/>.
16. Zuther J.E. *Lymphedema management: the comprehensive guide for practitioners*. Thieme Medical Publishers, New York 2005; 168.
17. Tookman A.J., Hopkins K., Scharpen-von-Heussen K. *Rehabilitation in palliative medicine*. W: Doyle D., Hanks G., Cherny N.I., Calman K. (red.) *Textbook of palliative medicine*. Wyd. 3. Oxford University Press, Oxford 2004; 1021–1032.
18. Fulton C.L., Else R. *Rehabilitation in palliative care*. W: Doyle D., Hanks G., MacDonald N. (red.) *Textbook of palliative medicine*. Wyd. 2. Oxford University Press, Oxford 1998; 816–828.