

CHOROBA PARKINSONA – POSTĘPOWANIE PIEŁĘGNACYJNO-REHABILITACYJNE WOBEC CHOREGO NA CHOROBĘ PARKINSONA

Parkinson's disease – nursing and rehabilitation proceedings against the patient with Parkinson's disease

Elżbieta Wrońska, Izabella Krawczyk, Magdalena Wnuk

Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Opiekun Koła: dr. n. med. Izabella Uchmanowicz

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@am.wroc.pl

STRESZCZENIE

Choroba Parkinsona jest samoistną, powoli postępującą zwyrodnieniową chorobą układu nerwowego. Dotyczy głównie osób starszych, a średni wiek zachorowalności wynosi 58 lat. Częściej chorują mężczyźni niż kobiety i dotyczy coraz większej liczby osób. Według WHO, na świecie jest 5 mln chorych na tę chorobę. Do głównych objawów zaliczamy: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe oraz sztywność mięśni. Mechanizm jej powstawania nie został wyjaśniony, ale proces zwyrodnieniowy dotyczy jąder podkorowych, a zwłaszcza istoty czarnej i dochodzi do zachwiania układu dopaminergicznego, a w konsekwencji do destabilizacji w innych układach neuroprzekaźnikowych. Postępowanie terapeutyczne w chorobie Parkinsona jest bardzo złożone i powinno uwzględniać nie tylko farmakoterapie, ale także inne rodzaje oddziaływań na chorego i chorobę, takie jak: rehabilitację, odpowiedni tryb życia oraz właściwą dietę, a także edukację i wsparcie zarówno chorych, jak i ich rodzin. Celem pracy jest przedstawienie problemu zdrowotnego chorych na chorobę Parkinsona oraz postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne wobec chorego na chorobę Parkinsona.
Słowa kluczowe: choroba Parkinsona, zespół objawów, postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne, problemy pielęgnacyjne.

SUMMARY

Idiopathic Parkinson's disease is a slowly progressive degenerative disease of the nervous system. This concerns mainly the elderly, and the average age of incidence is 58 years. There is a higher rate of Parkinson's disease in men than women and it concerns an increasing number of people. According to WHO, there are five million people suffering from this disease in the world. The main symptoms are following: tremor at rest, slowness of movement and muscle stiffness. The mechanism of its formation has not been elucidated, but the degenerative process concerns the basal ganglia, particularly the substantia nigra and comes to erode the dopaminergic system and consequently to the destabilization of other neurotransmitter systems. Therapeutic treatment for Parkinson's disease is complex and should include not only pharmacotherapy, but also other types of impacts on patient and disease, such as rehabilitation, appropriate lifestyle and diet as well as education and support to both patients and their families. The aim of this work was to present a health problem in patients with Parkinson's disease as well as nursing procedures to a patient with Parkinson's disease.
Key words: Parkinson's disease, syndrome, medical and nursing procedures, care problems.

WSTĘP

Choroba Parkinsona, nazywana również drżączką porażną, to choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego z zaburzeniami pozapiramidowymi. Mechanizm jej powstawania nie został wyjaśniony. Proces zwyrodnieniowy dotyczy jąder podkorowych, a zwłaszcza istoty czarnej. W istocie czarnej znajdują się neurony, które wytwarzają dopaminę. Jest to neuroprzekaźnik powstający z lewodopy i odpowiadający za koordynację czynności ruchowych. W chorobie Parkinsona właśnie te komórki obumierają, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia aktywności układu dopaminergicznego, dalej z kolei – do zaburzenia równowagi wielu układów neuroprzekaźnikowych w jądrach podstawy i ich połączeniach. Jest najczęściej występującą chorobą, należąca do zespołów hipokinetyczno-hipertonicznych. Współczynnik zachorowalności wzrasta wraz z wiekiem. Choroba ta zwykle rozpoczyna się między 50. a 60. rokiem życia, chociaż spotyka się również młodszych chorych. Częściej chorują mężczyźni. Ze względu na mechanizmy kompensacyjne objawy choroby ujawniają się wtedy, gdy zniszczonych jest już około 50% komórek dopaminergicznych, a poziom dopaminy w prążkowi wynosi zaledwie 20% normy. Należy pamiętać, że jak dotąd żaden ze znanych sposobów leczenia nie jest w stanie zahamować naturalnego postępu choroby.

Zasadnicza triada objawów:

- 1) drżenie spoczynkowe (tremor),
- 2) bradykinezja (spowolnienie, hipokinezja),
- 3) sztywność mięśni (rigor).

Objawy:

1. Spowolnienie ruchowe:
 - zaburzenia mimiki, maskowaty wyraz twarzy (hipomimia),

- brak współruchów,
 - spowolniona, monotonna mowa.
2. Zaburzona postawa ciała (zgięciowa):
 - * barki wychylone do przodu, łokcie odsunięte od tułowia, przedramiona w zgięciu, kończyny dolne także. Może wystąpić skrócenie tułowia w stronę bardziej zaawansowaną. Daszkowate ułożenie dłoni.
 3. Znamienne drżenie spoczynkowe:
 - palców rąk, tzn. kręcenie pigułki,
 - kończyn dolnych, głowy.
 4. Posuwisty chód drobnymi kroczkami:
 - * propulsja – tendencja do padania do przodu, niemożność nagłego zatrzymania się, niekiedy powoduje przejście z chodu w bieg,
 - * retropulsja – tendencja do padania w tył,
 - * lateropulsja – tendencja do padania w bok.
 5. Wzmoczone napięcie mięśniowe:
 - o typie sztywności z objawem „koła zębatego”,
 - „ołowianej rury”.
 6. Mikrografia.
 7. Zespół niespokojnych nóg.
 8. Zastyganie w czasie ruchu, tzw. przymrożenie.
 9. Zaburzenia snu w fazie REM.
 10. Objawy autonomiczne:
 - ślinotok,
 - zwiększone wydzielanie gruczołów potowych (naoliwienie twarzy),
 - napadowe poty,
 - zaburzenia motoryki jelit i zaporcia,
 - częste oddawanie lub nietrzymanie moczu,
 - impotencja.

11. Niewielkie spowolnienie psychiczne (zaburzenia koncentracji, uwagi, planowania), mogą również wystąpić zaburzenia emocjonalne (często depresja i uczucie lęku), a w późniejszej fazie zespoły otępienne u około 30%.

Istotną cechą choroby Parkinsona jest asymetria objawów klinicznych. Postęp choroby jest z reguły powolny, jednakże choroba ta prowadzi do zupełnego inwalidztwa.

REHABILITACJA W CHOROBY PARKINSONA

Terapia ruchowa (indywidualna, grupowa)

Rehabilitacja ruchowa może opóźnić pojawienie się lub zmniejszyć nasilenie już istniejących objawów choroby, takich jak: spowolnienie ruchowe, zaburzenia postawy i chodu, hipokineza, akineza i zastygnięcia, zaburzenia mowy i stanu psychicznego.

(Gimnastyka: głowy, barków, kończyn, rąk i nadgarstków, tułowia, stóp, ćwiczenia w pozycji leżenia przodem, w pozycji leżenia tyłem, w klęku podpartym i prostym, w pozycji stojącej, ćwiczenia chodu).

Bociani chód

Jest to ćwiczenie usprawniające chodzenie w wyprostowanej postawie. Chory w pozycji stojącej krzyżuje ręce na plecach, ciężar ciała rozkłada się wówczas równomiernie na obie nogi. Chory podciąga kolano ku górze i gwałtownie wyrzuca nogę do przodu starając się ustawić stopę jak najdalej na podłożu wykonując tzw. bociani krok.

Ćwiczenia powinny być w miarę możliwości wykonywane 2–3 razy dziennie, trwać około 15 minut. Fizjoterapeuta powinien zdecydować wraz z pacjentem, które z wskazanych ćwiczeń są najodpowiedniejsze dla chorego.

U pacjenta z chorobą Parkinsona niezwykle ważne są:

- terapia mowy,
- terapia zajęciowa,
- rehabilitacja psychologiczna.

Profilaktyka zaburzeń chodu i upadków

Należy używać bezpiecznego obuwia, czyli zakładać buty z niskim obcasem, bez śliskiej podeszwy, stabilizujące stopę, szczególnie piętę. Zalecane są buty wiązane, a butów wsuwanych, tzw. kłapek nie należy używać. Należy koncentrować się na chodzeniu, czyli podczas chodzenia nie wykonywać innych czynności (np. rozmowa, szukanie przedmiotów w torebce), ponieważ zaburza to rytm chodu i nasila te zaburzenia. Gdy pojawiają się wyżej opisane zaburzenia chodzenia, należy zwolnić tempo chodu, a nawet zatrzymać się w celu korekty postawy ciała, wyprostować sylwetkę, unieść głowę, poprawić pozycję stóp, a następnie starać się chodzić stawiając długie kroki, unosić wysoko stopy i balansować rękami. Skutecznym sposobem uniknięcia dreptania przy zmianie kierunku ruchu jest zamiast zmiany kierunku ruchu obrotem tułowia przejście po linii łuku, aż do uzyskania zamierzonego kierunku marszu.

PIELĘGNACJA CHOREGO W CHOROBY PARKINSONA

Głównym źródłem problemów pielęgnacyjnych w zaawansowanej fazie choroby są objawy podstawowe i dodatkowe, powikłania ruchowe związane z długoletnią farmakoterapią, jak również reakcje pacjenta na chorobę i postępującą niepełnosprawność.

Osoba opiekująca się osobą z chorobą Parkinsona powinna być w stosunku do niej serdeczna, otwarta i wyrozumiała. Ważne jest zachęcanie rodziny do wspierania chorego.

Urządzenie pokoju dla osoby z chorobą Parkinsona powinno być proste i dostosowane do jej potrzeb. Z pomieszczenia należy usunąć wszystkie przedmioty, które mogą spowodować uszkodzenie ciała chorego na skutek jego niesprawności, zlikwidować bariery architektoniczne utrudniające poruszanie się, usunąć wysokie progi, śliskie dywany, zbędne sprzęty. Chorego należy zaopatrzyć w odpowiednie środki ortopedyczne (laska,

balkonik), jeśli jest taka potrzeba. Nie bez znaczenia jest dbanie o właściwą atmosferę, wzajemne zaufanie oraz włączenie chorego do różnych prac związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Chory dość długo pozostaje sprawny umysłowo. Odsunięty od spraw rodziny może czuć się osamotniony. Należy dbać, aby mógł on realizować swoje zainteresowania i nie pozostawał sam na sam z własną chorobą.

Postępowanie pozafarmakologiczne obejmuje rehabilitację, logopedię, ergoterapię, psychoterapię, edukację chorych i szeroko pojętą pomoc w przystosowaniu się do pewnych ograniczeń związanych z chorobą. Głównym celem opieki pielęgnarskiej jest pomoc pacjentowi w jak najdłuższym utrzymaniu niezależności oraz w zaspokajaniu potrzeb przez bezpośrednie oddziaływanie pielęgnacyjne, wsparcie, edukację chorego i jego opiekunów, jak również współudział w procesie leczenia i profilaktyce powikłań.

MODEL OPIEKI NAD CHORYM Z CHOROBY PARKINSONA

Diagnoza pielęgnarska:

Dyskomfort i złe samopoczucie, będące wynikiem niedociśnienia ortostatycznego, spowodowanego przyjmowanymi lekami.

Cel opieki:

Zminimalizowanie dyskomfortu i złego samopoczucia, będącego wynikiem niedociśnienia ortostatycznego, spowodowanego przyjmowanymi lekami.

Postępowanie pielęgnarskie:

Poinformowanie chorego, aby:

- zwiększył podaż sodu w diecie, przez dosalanie potraw,
- zwiększył ilość przyjmowanych płynów,
- jadł mało i często, ponieważ obfity posiłek może spowodować spadek ciśnienia krwi,
- ograniczył zawartość węglowodanów w pożywieniu,
- unikał spożywania alkoholu,
- pił kawę na śniadanie,
- leżał z głową uniesioną o 30–40°,
- unikał wychodzenia z domu w upalne dni,
- nie stosował gorących kąpeli,
- zapobiegał zaparciom,
- używał pończoch ściągających lub specjalnych pasów na brzuch,
- wstawał powoli i stopniowo do pozycji pionowej,
- w przypadku długiego stania przyjął pozycję ze skrzyżowanymi nogami.

Diagnoza pielęgnarska:

Możliwość wystąpienia niedożywienia z powodu występowania zaburzeń w połykaniu.

Cel opieki:

Zapobieganie niedożywieniu i jego powikłaniom.

Postępowanie pielęgnarskie:

Udział w farmakoterapii:

- modyfikacja dawek lewodopy.

Poinformowanie pacjenta, aby:

- spożywał pokarmy małymi łykami,
- przy połykaniu dotykał brodą do klatki piersiowej,
- ćwiczył przednią i tylną część języka przy otwartych ustach, powtarzał głoskę „a”.

Diagnoza pielęgnarska:

Dyskomfort spowodowany występowaniem zaburzeń w oddawaniu moczu.

Cel opieki:

Zlikwidowanie zaburzeń w oddawaniu moczu.

Postępowanie pielęgnarskie:

Udział w farmakoterapii:

- modyfikacja dawek lewodopy,
- wprowadzenie agonisty dopaminy lub specjalistyczne leczenie urologiczne lekami działającymi pobudzającą bądź hamującą na układ autonomiczny (oxybutynina, tolterodyna).

Poinformowanie pacjenta, aby:

- zmniejszyć ilość przyjmowanych płynów w godzinach wieczornych.

Diagnoza pielęgniarstwa:

Złe samopoczucie psychiczne spowodowane obniżonym libido.

Cel opieki:

Znormalizowanie poziomu libido, a w konsekwencji poprawienie samopoczucia pacjenta.

Postępowanie pielęgniarstwa:

Udział w farmakoterapii:

- stosowanie leków sildenafil lub apomorfina.

Diagnoza pielęgniarstwa:

Złe samopoczucie z powodu przewlekłych zaparć spowodowanych przyjmowanymi lekami.

Cel opieki:

Poprawienie samopoczucie, złagodzenie zaparć.

Postępowanie pielęgniarstwa :

Udział w farmakoterapii:

- redukcja dawek leków cholinolitycznych,

Poinformowanie pacjenta, aby:

- stosował dietę bogatą w błonnik,
- spożywał dużą ilość płynów.

Diagnoza pielęgniarstwa:

Depresja i lęk z powodu choroby.

Cel opieki:

- zminimalizowanie napięcia emocjonalnego,
- likwidacja niepokoju,
- efektywne radzenie sobie ze stresem.

Postępowanie pielęgniarstwa:

Zmniejszenie poziomu lęku przez:

- rozmowę na temat uczuć i emocji pacjenta,
- zastosowanie technik relaksacji,
- okazanie mu wsparcia psychicznego,
- umożliwienie kontaktu z psychologiem.

Zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego przez:

- stałą obecność przy pacjencie.
- monitorowanie stanu pacjenta,
- wyjaśnianie wszelkich wątpliwości chorego związanych z dalszym przebiegiem leczenia,
- informowanie pacjenta o planowanych badaniach i zabiegach pielęgnacyjnych,
- umożliwienie choremu kontaktu z bliskimi.

Nawiązanie kontaktu z pacjentem przez:

- akceptację i szacunek,
- cierpliwość i opanowanie,
- życzliwość,
- aktywne słuchanie,
- okazywanie zainteresowania problemami chorego.

Uczenie pacjenta efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem przez:

- identyfikację problemu,
- poszukiwanie wsparcia.

ZAKOŃCZENIE

Choroba Parkinsona dotyczy 1% populacji ludzi między 40. a 60. rokiem życia, ale zdarza się również u ludzi młodych. Przebieg choroby jest zwykle powolny, wieloletni i postępujący, mimo skrupulatnego leczenia po pewnym czasie doprowadza do inwalidztwa. Bardzo ważnym elementem postępowania leczniczego, poza leczeniem farmakologicznym, jest rehabilitacja, która pozwala choremu na dłużej zachować sprawność. Choroba nie powoduje bezpośrednio śmierci, lecz pogarsza jakość życia i wiąże się z potencjalnie śmiertelnymi powikłaniami.

BIBLIOGRAFIA

1. Cikurel K, Bahra A, Turner Ch. *Neurologia*. Seria Crash Course. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2007.
2. Członkowska A, Członkowski A. *Leczenie w neurologii. Kompendium*. Wyd. II rozsz. i uakt. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
3. Friedman A. *Choroba Parkinsona – mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005.
4. Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarstwa. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
5. Prusiński A. *Neurologia praktyczna*. Wyd. II uzup. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
6. Rajtar-Cynke G, red. *Farmakologia. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007.
7. Sobów T, Sławek J, red. *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i w innych zespołach parkinsonowskich*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2006.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 348-42-10

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.09.2012 r.

Po recenzji: 29.09.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 13.11.2012 r.