

FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PRAKTYKI KLINICZNEJ AMERYKAŃSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII DOTYCZĄCYCH POSTĘPOWANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO PO WSTRZĄŚNIENIU MÓZGU / ŁAGODNYM URAZIE MÓZGU

Dokument źródłowy:

Quatman-Yates, C.C., Hunter-Giordano, A., Shimamura, K.K., Landel, R., Alsalaheen, B.A., Hanke, T.A., McCulloch, K.L. *Physical Therapy Evaluation and Treatment After Concussion/Mild Traumatic Brain Injury. J Orthop Sports Phys Ther.* 2020 Apr;50(4):CPG1-CPG73. doi: 10.2519/jospt.2020.0301. PMID: 32241234.

Rok publikacji: 2020

Autor omówienia:

dr n. o zdr. Marzena Adamczyk
Centrum Rehabilitacji Rehamed-Center w Tajęcinie
RehaKlinika w Rzeszowie

PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

W ciągu ostatniej dekady opublikowano liczne wytyczne praktyki klinicznej, dotyczące wstrząśnienia mózgu. Dokumenty te zazwyczaj skupiają się na diagnostyce i leczeniu osób po wstrząśnieniu mózgu, ale dostarczają niewiele wskazówek dotyczących postępowania fizjoterapeutycznego. Co więcej, wiele z tych dokumentów jest skierowanych do określonych adresatów (np. sportowców i personelu wojskowego) lub dotyczy jednego mechanizmu powstawania urazu. Brak wytycznych dotyczących postępowania z szerszym zakresem pacjentów jest szczególnie problematyczny dla fizjoterapeutów, ponieważ mogą oni napotkać pacjentów z wstrząśnieniem mózgu, wynikającym z różnych mechanizmów urazowych, w różnych populacjach. Coraz więcej dowodów naukowych, przemawiających za stosowaniem rehabilitacji u osób po wstrząśnieniu mózgu, skłania do sformułowania wytycznych dotyczących sposobu, w jaki fizjoterapeuci powinni podchodzić do usprawniania tych osób. Podstawowym celem opracowania omawianych wytycznych jest dostarczenie zestawu opartych na dowodach zaleceń, dotyczących postępowania fizjoterapeutycznego wśród szerokiego spektrum pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu.

Wstrząśnienie mózgu jest coraz częściej uznawane za poważny problem zdrowia publicznego, ze względu na dużą częstość występowania i potencjalne skutki odległe. Ogólne wskaźniki częstości występowania wstrząśnienia mózgu, różnią się znacznie w poszczególnych badaniach i wahają w granicach od 1,6 do 3,8 miliona wstrząśnień mózgu rocznie. Szacuje się jednak, że liczba ta jest znacznie większa, ponieważ wiele osób po łagodnym urazie głowy nie szuka pomocy medycznej. Dodatkowo, wstrząśnienie mózgu może być trudne do rozpoznania przez brak bezpośrednich obiektywnych kryteriów diagnostycznych.

Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

Zalecenia zawarte w omawianych wytycznych praktyki klinicznej opierały się na analizie badań opublikowanych do 31 grudnia 2018 r. Literatura na temat wstrząśnienia mózgu bardzo szybko się powiększa i od końca 2018 r. przeprowadzono wiele nowych badań. Dlatego istnieje wiele artykułów z 2019 roku, które są bardzo istotne, ale nie zostały uwzględnione (wytyczne opublikowano w roku 2020). Nowoczesne wytyczne praktyki klinicznej są aktualizowane typowo co pięć lat.

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Zespół przygotowujący omawiane wytyczne został tak dobrany, aby znalazły się w nim osoby o różnych kompetencjach merytorycznych i doświadczeniach w zawodzie fizjoterapeuty. Zrekrutowano przedstawicieli wielu międzynarodowych towarzystw naukowych, aby mieć pewność, że zespół składa się z osób o wystarczającej i uzupełniającej się wiedzy klinicznej i badawczej. Proces opracowywania wytycznych praktyki klinicznej był prowadzony przez doświadczonego metodyka, który był integralną częścią zespołu.

Pierwsza faza procesu przeszukiwania literatury została przeprowadzona w październiku 2014 roku i obejmowała wstępne poszukiwania, mające na celu znalezienie istniejących wytycznych, przeglądów systematycznych i metaanaliz, dotyczących wstrząśnienia mózgu. Wstępne poszukiwania dotyczyły użycia następujących słów kluczowych (oddzielnie i w różnych kombinacjach): „wstrząśnienie mózgu”, „łagodny uraz mózgu”, „łagodny zamknięty uraz głowy”, „rehabilitacja”, „fizjoterapia” i „ćwiczenia”. Przeszukane bazy danych obejmowały PubMed, SPORTDiscus i PsycINFO. Na podstawie tych wstępnych poszukiwań zespół doprecyzował zakres i plan wytycznych oraz opracował formalną strategię dla drugiej fazy.

Druga faza obejmowała kilkukrotne systematyczne powtarzanie wyszukiwania opisanego powyżej w celu aktualizacji bazy dostępnego piśmiennictwa. Do wyszukiwania drugiego etapu dodano następujące słowa kluczowe (oddzielnie i w różnych kombinacjach): „zaburzenia układu przedsionkowego”, „dysfunkcje szyi”, „wysiłek fizyczny” i „sprawność funkcjonalna”. Elektroniczne wyszukiwanie zostało uzupełnione o ręczne przeszukiwanie czasopism i bibliografii oraz wyszukiwanie w Google i Google Scholar.

Kryteriami włączenia dowodów naukowych były między innymi: dostępność materiału w języku angielskim, wiek uczestników badania powyżej 8 roku życia, prace obejmujące więcej niż czterech pacjentów oraz ocena krytyczna jakości metodologicznej.

SPOSÓB KORZYSTANIA Z OMÓWIENIA *(jak czytać)*

Wytyczne nie są sztywnym protokołem postępowania. Niektórzy pacjenci mogą wymagać mniej lub bardziej intensywnej terapii i różnych interwencji diagnostycznych.

Pacjenci włączeni do badań naukowych, na których oparto wytyczne, mogą różnić się od pacjentów, u których prowadzi się terapię. Zgodnie z zasadami Evidence-based practice, należy łączyć wiedzę z badań naukowych i wytycznych z oceną kliniczną i wnioskowaniem w konkretnym kontekście i okolicznościach i uwzględniać preferencje i oczekiwania konkretnych pacjentów.

Omówienie nie odbiega przekazem od dokumentu źródłowego, natomiast zostało opracowane z uwzględnieniem polskiego kontekstu, w tym kwestii terminologii i językowych, a także z wykorzystaniem odwołań do innych opracowań w ramach projektu. Autorka omówienia zwróciła uwagę na aspekty szczególnie istotne w implementacji i popularyzacji korzystania z nowoczesnych wytycznych praktyki, w tym zwłaszcza dotyczących formułowania rekomendacji – ich siły, kierunku i pewności, a także zasadniczego znaczenia opierania rekomendacji na dowodach z najbardziej adekwatnych i wiarygodnych badań oraz uwzględniania kontekstu, preferencji pacjentów i podejmowania wspólnych decyzji oraz pracy w zespole terapeutycznym, wraz z pacjentem, tak jak to uczynili Autorzy omawianych wytycznych.

KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH *(jak czytać)*

Sposób przypisywania stopnia zaufania do rekomendacji:

Siła rekomendacji	Symbol	Definicja
Silne	●●●●	Rekomendacja potwierdzona przewagą badań I i/lub II poziomu. Przynajmniej jedno badanie I poziomu musi potwierdzać to zalecenie.
Umiarkowane	●●●○	Jedno wysokiej jakości randomizowane kontrolowane badanie kliniczne lub przeważająca liczba badań II poziomu potwierdzają to zalecenie.
Słabe	●●○○	Jedno badanie poziomu II lub przewaga badań poziomu III i IV potwierdzają to zalecenie.
Sprzeczne	●○○○	Badania wysokiej jakości przeprowadzone w tym temacie nie są zgodne pod względem wniosków i efektów. Rekomendacja opiera się na sprzecznych badaniach.
Teoretyczne / z badań podstawowych	●○○○	Przewaga dowodów z badań na zwierzętach lub zwłok, z modeli koncepcyjnych, zasad lub z podstawowych badań naukowych lub badań laboratoryjnych potwierdzają to zalecenie.
Opinie ekspertów	<i>(brak)</i>	Najlepsza praktyka oparta na doświadczeniu klinicznym zespołu opracowującego wytyczne.

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Podsumowanie rekomendacji

Podsumowanie rekomendacji Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii (APTA) dotyczących postępowania fizjoterapeutycznego po wstrząśnieniu mózgu / łagodnym urazie mózgu [J Orthop Sports Phys Ther. 2020 Apr;50(4):CPG1-CPG73].

Interwencja	Siła rekomendacji	Charakterystyka
Badania przesiewowe i diagnostyka		
Diagnoza	●●●●	Fizjoterapeuci muszą zbadać wszystkie osoby, które potencjalnie doświadczyły wstrząśnienia i udokumentować obecność lub brak objawów, upośledzeń czy ograniczeń funkcjonalnych, które mogą mieć związek z wstrząśnieniem mózgu.
Badania przesiewowe	●●●●	Fizjoterapeuci muszą badać pacjentów, którzy niedawno doświadczyli potencjalnego wstrząśnienia, pod kątem oznak nagłego pogorszenia zdrowia lub poważnej patologii (np. poważnego uszkodzenia mózgu lub urazu kręgosłupa szyjnego), które wymagają pogłębionej diagnostyki medycznej.

Diagnostyka różnicowa	○○○○	Fizjoterapeuci muszą ocenić potencjalne oznaki i objawy niezdiagnozowanego wstrząśnienia mózgu u pacjentów, którzy doświadczyli urazu lub upadku, ale nie zdiagnozowano u nich wstrząśnienia.
	(brak)	W przypadku pacjentów, którzy doświadczyli wstrząśnienia mózgu i nie zgłaszają ani nie wykazują objawów zgodnych z tą diagnozą, fizjoterapeuci powinni ocenić inne potencjalne rozpoznania.
	(brak)	W przypadku pacjentów, którzy doświadczyli wstrząśnienia mózgu i zgłaszają lub wykazują objawy zgodne z tą diagnozą, fizjoterapeuci powinni przeprowadzić kompleksową ocenę fizjoterapeutyczną, opierającą się o szczegółowy wywiad i ocenę kliniczną.
	(brak)	W przypadku pacjentów, którzy nie kwalifikują się do kompleksowego badania fizjoterapeutycznego (tj. tych, którzy zgłaszają się z poważnymi problemami psychicznymi lub schorzeniami, które wymagają zgody lekarskiej przed kompleksowym badaniem fizykalnym), fizjoterapeuci powinni zapewnić edukację dotyczącą objawów wstrząśnienia mózgu, rokowania i strategii postępowania oraz skierować pacjenta do konsultacji z innymi specjalistami.
Kompleksowy wywiad	○○○○	Fizjoterapeuci muszą przeprowadzić i udokumentować kompleksową analizę historii medycznej pacjenta, mechanizmów związanych z urazem, objawów i strategii postępowania dla pacjentów, którzy doświadczyli wstrząśnienia mózgu.
Badanie		
Zakres badania	○○○○○	W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do kompleksowego badania fizjoterapeutycznego, terapeuci muszą określić i udokumentować potrzebę fizjoterapii, w oparciu o wyniki oceny fizjoterapeutycznej. Procedury powinny obejmować badanie pod kątem upośledzenia funkcji mięśniowo-szkieletowych, ocenę układu przedsionkowego i okulomotorycznego, określenie tolerancji wysiłku oraz ocenę funkcji motorycznych.
Kolejność badania	(brak)	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i mają dolegliwości bólowe szyi, ale nie wykazują oznak poważnej patologii odcinka szyjnego lub objawów ogólnoustrojowych, fizjoterapeuci powinni najpierw zbadać odcinek szyjny i piersiowy kręgosłupa pod kątem dysfunkcji mięśniowo-szkieletowych. Jeżeli to one są przyczyną dolegliwości należy zastosować odpowiednie metody łagodzenia objawów (np. rozciąganie, mobilizacja tkanek miękkich, ćwiczenia).
	(brak)	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i mają zawroty i/lub bóle głowy, fizjoterapeuci powinni zbadać odcinek szyjny i piersiowy kręgosłupa, układ przedsionkowy oraz okulomotoryczny i wykonać próbę ortostatyczną. Fizjoterapeuci powinni zacząć od testów, które według przewidywań będą najmniej obciążające, a następnie przejść do testów, które będą bardziej obciążające.
	(brak)	Po badaniu pod kątem dolegliwości bólowych szyi oraz zawrotów i bólów głowy, fizjoterapeuci powinni przeprowadzić kompleksowe badanie innych obszarów takich jak: układ mięśniowo-szkieletowy szyi, narząd przedsionkowy i narząd okulomotoryczny, tolerancja wysiłku i funkcje motoryczne.

Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe szyi		W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i mają którykolwiek z następujących objawów: dolegliwości bólowe szyi, dolegliwości bólowe głowy, zawroty głowy, zmęczenie, problemy z równowagą lub wzrokiem, fizjoterapeuci powinni zbadać odcinek szyjny i piersiowy kręgosłupa pod kątem potencjalnych dysfunkcji mięśniowo-szkieletowych. Zalecane testy i pomiary obejmują: badanie palpacyjne mięśni szyi i okolicy piersiowej, pomiar zakresu ruchu szyi, określenie siły i wytrzymałości mięśni oraz badanie biernej ruchomości stawów kręgosłupa szyjnego i piersiowego.
	<i>(brak)</i>	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu, ale nie zgłaszają wyżej wymienionych objawów, fizjoterapeuci mogą badać kręgosłup szyjny, kręgosłup piersiowy i stawy skroniowo-żuchwowe pod kątem potencjalnych dysfunkcji mięśniowo-szkieletowych. Ma to na celu ustalenie, czy występują łagodne zaburzenia, które mogą przyczyniać się do wystąpienia objawów.
Zaburzenia układu przedsionkowego i okulomotorycznego		W przypadku pacjentów którzy doznali wstrząśnienia mózgu i wystąpiły u nich następujące objawy: ból głowy, zawroty głowy, nudności, zmęczenie, zaburzenia równowagi, problemy ze wzrokiem, fizjoterapeuci powinni zbadać układ przedsionkowy i okulomotoryczny.
	<i>(brak)</i>	W przypadku pacjentów którzy doznali wstrząśnienia mózgu i nie zgłosili wyżej wymienionych objawów, fizjoterapeuci mogą zbadać układ przedsionkowy i okulomotoryczny. Ma to na celu zidentyfikowanie potencjalnych subtelnych zaburzeń, które mogą przyczyniać się do wystąpienia objawów.
Tolerancja ortostatyczna i wysiłkowa		W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu, fizjoterapeuci powinni zbadać ich tolerancję ortostatyczną. Dokonują tego poprzez pomiar ciśnienia krwi i tętna w pozycji leżącej, siedzącej i stojącej.
		W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i zgłaszali nietolerancję wysiłku, zawroty głowy, ból głowy, fizjoterapeuci powinni przeprowadzić stopniowany test tolerancji wysiłku. Czas trwania testu i jego procedura powinny być dostosowane indywidualnie dla każdego pacjenta. Urządzenia do testowania (np. bieżnia, rower stacjonarny) i wybór protokołu powinny opierać się na ocenie klinicznej, komforcie pacjenta i dostępności niezbędnego sprzętu. Tętno i ciśnienie krwi powinny być okresowo monitorowane w trakcie testu i po jego zakończeniu. W przypadku pacjentów, u których objawy występują nawet w spoczynku, test tolerancji wysiłkowej należy odroczyć do czasu, gdy objawy się ustabilizują.
		W przypadku pacjentów, u których występują zaburzenia lub objawy ze strony układu przedsionkowego i/lub okulomotorycznego lub kręgosłupa szyjnego, fizjoterapeuci powinni używać roweru stacjonarnego, aby zmniejszyć ryzyko zaostrzenia objawów.
	<i>(brak)</i>	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i nie zgłaszają objawów wskazujących na nietolerancję wysiłkową, fizjoterapeuci mogą przeprowadzać testy wysiłkowe, aby wykluczyć subtelny dysfunkcję autonomiczną, ustalić wyjściowy poziom wydolności oraz określić cele dla ćwiczeń aerobowych.

Upośledzenie funkcji motorycznych	○○○○○	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu, fizjoterapeuci powinni przeprowadzić badanie funkcji motorycznych. Powinno ono obejmować: badanie równowagi statycznej i dynamicznej, ocenę koordynacji i kontroli motorycznej oraz wielozadaniowości (np. polecenie pacjentowi wykonywania zadań ruchowych wraz z zadaniami poznawczymi).
Czynniki psychologiczne i środowiskowe	●○○○○	Fizjoterapeuci powinni oceniać i dokumentować potencjalne czynniki psychologiczne i środowiskowe, które mogą znacząco wpływać na procesy zdrowienia i efekty postępowania fizjoterapeutycznego.
Interwencje		
Komunikacja i edukacja	○○○○○	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu, fizjoterapeuci muszą ich edukować na temat samodzielnego radzenia sobie z objawami, znaczenia odpoczynku, korzyści z etapowego powrotu do zajęć wykonywanych przed urazem, znaczenia snu oraz potencjalnych objawów, świadczących o potrzebie dalszej opieki u lekarza, fizjoterapeuty lub innego pracownika służby zdrowia.
Zaburzenia ruchowe	<i>(brak)</i>	Fizjoterapeuci powinni wykorzystać wyniki badań pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu, do ich przyporządkowania do jednej z dwóch grup. Pierwsza grupa to pacjenci z zaburzeniami i dysfunkcjami ruchowymi, którzy są odpowiednimi kandydatami do wdrożenia postępowania fizjoterapeutycznego. Drugą grupę stanowią pacjenci bez stwierdzonych zaburzeń lub dysfunkcji ruchowych. Dowody naukowe wskazują, że wczesna fizjoterapia po wstrząśnieniu mózgu jest bezpieczna, a szybkie jej rozpoczęcie może ułatwić i przyspieszyć powrót do zdrowia.
	○○○○○	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i mają zaburzenia ruchowe, fizjoterapeuci powinni zaplanować indywidualny program rehabilitacji, który będzie nakierowany na istniejące ograniczenia funkcjonalne.
Układ mięśniowo-szkieletowy szyi	○○○○○	Fizjoterapeuci powinni wdrożyć terapię mającą na celu eliminację dysfunkcji kręgosłupa szyjnego i piersiowego. Powinna ona być nakierowana na poprawę siły i zakresu ruchu oraz korekcję postawy.
Układ przedsionkowy i okulomotoryczny	○○○○○	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i wykazują dysfunkcję układu przedsionkowego lub okulomotorycznego, fizjoterapeuci (posiadający odpowiednie przeszkolenie w rehabilitacji przedsionkowej i okulomotorycznej) powinni wdrożyć program rehabilitacji przedsionkowej i okulomotorycznej.
	<i>(brak)</i>	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i wykazują dysfunkcję układu przedsionkowego lub okulomotorycznego, fizjoterapeuci, którzy nie mają odpowiedniego przeszkolenia w zakresie rehabilitacji przedsionkowej i okulomotorycznej, powinni kierować pacjentów do klinicysty posiadającego odpowiednią wiedzę specjalistyczną.

Tolerancja wysiłku fizycznego i ćwiczenia aerobowe	○○○○	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i wykazują nietolerancję wysiłku fizycznego i/lub planują powrót do intensywnego poziomu aktywności fizycznej, fizjoterapeuci powinni wdrożyć program progresywnych ćwiczeń aerobowych. Moment jego wdrożenia może różnić się u każdego pacjenta, w zależności od czasu trwania stabilizowania się stanu zdrowia. Podczas ustalania programu ćwiczeń zaleca się uwzględnienie celów pacjenta, stylu jego życia i dostępu do sprzętu.
Funkcje motoryczne	○○○○	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i wykazują zaburzenia funkcji motorycznych, fizjoterapeuci powinni wdrożyć postępowanie mające na celu poprawę następujących funkcji: równowagi statycznej i dynamicznej, koordynacji oraz kontroli motorycznej.
Monitorowanie postępów	(brak)	W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i wykazują zaburzenia funkcji motorycznych, fizjoterapeuci powinni regularnie dokumentować występujące u pacjentów objawy i cyklicznie przeprowadzać ponowną ewaluację stanu funkcjonalnego.

Szczegółowe rekomendacje

Zakres wytycznych

Dla celów opracowania omawianych wytycznych termin wstrząśnienie mózgu jest używany jako synonim łagodnego urazowego uszkodzenia mózgu. Mechanizm wstrząśnienia mózgu obejmuje albo bezpośrednie uderzenie w głowę, albo uderzenie w inną okolice ciała z impetem przenoszonym na głowę. Nie powoduje to przedłużonego okresu utraty przytomności, amnezji lub innych znaczących objawów neurologicznych. Wstrząśnienie mózgu występuje jako następstwo takich zdarzeń jak: upadek, bezpośrednio uderzenie w głowę, wypadek samochodowy czy wybuch. Złożoność objawów i zaburzeń związanych z wstrząśnieniem mózgu często wymaga zaangażowania wielodyscyplinarnego zespołu, w skład którego wchodzi różni specjaliści z zakresu medycyny i rehabilitacji. Tradycyjnym podejściem do leczenia osób z wstrząśnieniem mózgu jest zalecenie odpoczynku aż do czasu ustąpienia objawów. Jednym z uzasadnień przemawiających za słusnością zalecania odpoczynku, szczególnie w ciągu pierwszych dni po wstrząśnieniu mózgu, jest to, że może on pomóc złagodzić występujące objawy i dyskomfort. Postawiono również hipotezę, że odpoczynek może ułatwić regenerację mózgu poprzez zmniejszenie zapotrzebowania na energię i złagodzenie ostrych reakcji neurometabolicznych i zapalnych.

Klasyfikacja

Podstawowym kodem w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) związanym z wstrząśnieniem mózgu jest S06.0 – Wstrząśnienie. Dodatkowe kody, które mogą być bezpośrednio związane z aspektem uszkodzenia mózgu w przypadku wstrząśnień mózgu obejmują: S06.9 – Uraz śródczaszkowy, S06.2 – Rozlany uraz mózgu oraz F07.2 – Zespół po wstrząśnieniu mózgu. Ze względu na swoją złożoną naturę istnieje wiele kodów ICD-10 związanych z upośledzeniami fizycznymi, które mogą wynikać z wstrząśnienia mózgu.

Badania przesiewowe i diagnoza

Należy podkreślić potrzebę jak najszybszego rozpoznania i zdiagnozowania wstrząśnienia mózgu, aby zwiększyć prawdopodobieństwo skutecznego leczenia, złagodzić objawy i zapobiec wtórnym skutkom wstrząśnienia mózgu. Wytyczne nie popierają stosowania natychmiastowej diagnostyki obrazowej w przypadku braku poważniejszych objawów uszkodzenia mózgu.

Badanie

Dowody naukowe podkreślają znaczenie kompleksowego badania fizjoterapeutycznego u pacjentów po wstrząśnieniu mózgu. Powinno ono obejmować badanie neurologiczne, ocenę tolerancji ortostatycznej, diagnostykę układu mięśniowo-szkieletowego (zwłaszcza w odcinku szyjnym kręgosłupa) i badanie równowagi.

Kiedy u pacjenta po wstrząśnięciu mózgu pojawiają się dolegliwości bólowe szyi, ryzyko dysfunkcji mięśniowo-szkieletowej odcinka szyjnego kręgosłupa jest wysokie. Zaleca się w takim przypadku badanie obejmujące pomiar czynnych zakresów ruchu szyi, ocenę bólu podczas aktywnego ruchu, manualną ocenę biernej ruchomości stawów i badanie palpacyjne. Dodatkowo, jeżeli u pacjenta występuje którykolwiek z następujących objawów: zawroty głowy, bóle głowy, nudności, zmęczenie, zaburzenia równowagi czy niewyraźne widzenie, fizjoterapeuci powinni zbadać układ przedsionkowy i okulomotoryczny. W przypadku pacjentów, którzy zgłaszają obniżenie wydolności, zawroty głowy, bóle głowy i/lub chęć powrotu do intensywnego wysiłku fizycznego, fizjoterapeuci powinni przeprowadzić etapowy test tolerancji wysiłku. Wiele badań kohortowych, kliniczno-kontrolnych oraz przeglądów systematycznych wykazało, że wstrząśnienie mózgu może wpływać również na kontrolę postawy ciała i prowadzić do zaburzeń funkcji motorycznych i równowagi. Wówczas, zaleca się uzupełnienie badania o ocenę stabilności ciała oraz funkcji motorycznych.

Terapia

Dowody naukowe wskazują, że wczesna fizjoterapia po wstrząśnięciu mózgu jest bezpieczna, a szybkie jej rozpoczęcie może ułatwić i przyspieszyć powrót do zdrowia. Po przeprowadzeniu u pacjenta po wstrząśnięciu mózgu, kompleksowego badania fizjoterapeutycznego, fizjoterapeuta powinien przyporządkować go do jednej z dwóch grup. Pierwsza grupa to pacjenci z zaburzeniami i dysfunkcjami ruchowymi, którzy są odpowiednimi kandydatami do wdrożenia postępowania fizjoterapeutycznego. Drugą grupę stanowią pacjenci bez stwierdzonych zaburzeń lub dysfunkcji ruchowych. Dla pacjentów z pierwszej grupy, fizjoterapeuci powinni zaplanować indywidualny program rehabilitacji, który będzie nakierowany na usunięcie istniejących ograniczeń funkcjonalnych.

Postępowanie w przypadku zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego szyi

Po zdiagnozowaniu u pacjenta dysfunkcji kręgosłupa szyjnego, zaleca się wdrożenie terapii mającej na celu eliminację zaistniałego problemu. Powinna ona skupiać się na poprawie siły i zakresu ruchu oraz korekcji postawy.

Postępowanie w przypadku zaburzeń układu przedsionkowego i okulomotorycznego

Jeżeli podczas badania, fizjoterapeuta zdiagnozuje u pacjenta dysfunkcję układu przedsionkowego lub okulomotorycznego, to jeżeli posiada odpowiednie przeszkolenie w rehabilitacji przedsionkowej i okulomotorycznej, powinien wdrożyć program rehabilitacji przedsionkowej i okulomotorycznej. Jednak gdy fizjoterapeuta nie ma odpowiedniej wiedzy w tej kwestii, powinien skierować pacjenta do odpowiedniego specjalisty.

Postępowanie w przypadku obniżenia wydolności organizmu

W przypadku pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu i wykazują nietolerancję wysiłku fizycznego i/lub planują powrót do intensywnej aktywności fizycznej, fizjoterapeuci powinni wdrożyć program progresywnych ćwiczeń aerobowych. Moment jego wdrożenia może różnić się u każdego pacjenta, w zależności od czasu trwania stabilizowania się stanu zdrowia. Podczas ustalania programu ćwiczeń zaleca się uwzględnienie celów pacjenta, stylu jego życia i dostępu do sprzętu.

Postępowanie w przypadku zaburzeń funkcji motorycznych

Badania naukowe wskazują, że stopniowy, progresywny powrót do aktywności fizycznej, w tym również powrót do pracy, może być wspierany przez proces fizjoterapii. Jeżeli u pacjenta po wstrząśnięciu mózgu występują zaburzenia funkcji motorycznych, fizjoterapeuci powinni wdrożyć postępowanie mające na celu poprawę następujących funkcji: równowagi statycznej i dynamicznej, koordynacji oraz kontroli motorycznej.

Monitorowanie postępów

Fizjoterapeuci powinni regularnie dokumentować występujące u pacjentów objawy i cyklicznie przeprowadzać ponowną ewaluację stanu funkcjonalnego.

Edukacja

Ważnym elementem w procesie zdrowienia po wstrząśnięciu mózgu jest również edukacja pacjentów. Powinna ona obejmować wiedzę na temat samodzielnego radzenia sobie z objawami, znaczenia odpoczynku, korzyści z progresywnego powrotu do codziennych czynności oraz znaczenia snu.

KOMENTARZ EKSPERCKI

Zaprezentowane wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii, dotyczące postępowania fizjoterapeutycznego po wstrząśnieniu mózgu / łagodnym urazie mózgu, zostały opublikowane w 2020 roku w Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. Obejmują one tematy związane z występowaniem wstrząśnienia mózgu, czynnikami ryzyka przedłużonego powrotu do zdrowia, strategiami badania fizjoterapeutycznego oraz interwencjami fizjoterapeutycznymi. Rekomendacje opracowane zostały przez wielodyscyplinarny zespół ekspertów, zgodnie z nowoczesnym standardem formułowania wytycznych. Wytyczne oparte zostały na rzetelnych i aktualnych badaniach naukowych i stworzone tak, aby uwzględniały opinie i oczekiwania pacjentów. Wobec tego mogą być wykorzystywane przez fizjoterapeutów, w celu wdrożenia opartego na dowodach postępowania fizjoterapeutycznego wśród pacjentów, którzy doznali wstrząśnienia mózgu. Ważne, aby stosując rekomendowane interwencje brać pod uwagę siłę i kierunek rekomendacji.

Zalecenia zawarte w omawianych wytycznych opierają się na najlepszych dostępnych dowodach w momencie publikacji, a materiały wydane później mogą mieć wpływ na zawarte w nich zalecenia. Fizjoterapeuci powinni również wziąć pod uwagę własną ocenę kliniczną, preferencje pacjentów i czynniki środowiskowe. Dlatego wykorzystanie niniejszych rekomendacji przez fizjoterapeutów w Polsce może wymagać uwzględnienia kilku kontekstów: instytucjonalnego (np. praca w publicznym lub prywatnym sektorze ochrony zdrowia), organizacyjnego (praca w zespołach lub indywidualnie), infrastrukturalnego i sprzętowego (np. dostępność urządzeń) oraz formalnego (nieco inne kompetencje, uprawnienia i zadania fizjoterapeutów w Polsce i USA). Klinicyści powinni badać, interpretować, a następnie stosować terapię, biorąc pod uwagę inne potencjalne czynniki biopsychospołeczne oraz stany, które mogły przyczynić się do wystąpienia objawów u danego pacjenta. Ze względu na nakładanie się objawów z innymi zaburzeniami klinicznymi istnieje konieczność wnikliwego prowadzenia diagnostyki różnicowej.

Zgodnie z przyjętą w Polsce praktyką pacjenci po wstrząśnieniu mózgu nie wymagają specjalnego programu rehabilitacji, dlatego bardzo rzadko lekarze kierują ich do fizjoterapeutów. Pomimo tego, a może właśnie dlatego, w przypadku kiedy pacjent po wstrząśnieniu mózgu przyjdzie do gabinetu fizjoterapeutycznego, niniejsze rekomendacje będą bez wątpienia bardzo przydatne.