

BÖLÜM 4

Hemipleji Rehabilitasyonu

Serap ERKEÇ ALKAN¹

İnme. Beyin damarlarının daralması veya yırtılması ile meydana gelen motor fonksiyon kaybı, duyu bozukluğu, denge bozukluğu, konuşma ve kognitif fonksiyon kaybı, görme bozukluklarından komaya kadar değişen geniş bir skalada, aniden ortaya çıkan klinik tablolar bütünüdür. Bu tanımlama çok geniş bir tablo olmakla birlikte inme benzeri bulguları olan travmatik beyin hasarı, ensefalit, abse, konvülsiyon, senkop, beyin tümörü gibi tabloları dışlamaktadır (1, 2).

İnmenin kabul görmüş, pratik bir çok sınıflandırması mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütüncü kabul edilen sınıflandırmaya göre SVO'lar iskemik ve hemorajik olmak üzere iki ana gruba ayrılır (Tablo 1).

Tablo 1 SVO Sınıflaması (3)

1) İskemik SVO %84	Trombotik SVO'lar: %53	Büyük damar oklüzyonu: %34 Hipertansif laküner:%19
	Embolik SVO'lar: %31	Kardiyak kökenli :%19 Non-kardiyak kökenli :%12
2) Hemorajik SVO 'lar :%16	Hipertansif intraserebral hemoraji :%10	
	Subaraknoid kanama: %5	
	Anevrizmal kanamalar	
	Arteriovenöz malformasyon (AVM)	

¹ Uzm. Dr., Özel Olimpos Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, seraperkec260@yahoo.com

önlemek için AFO ve ayak bileğini 5 derecede dorsifleksiyonda stoplayan pafo, terminal ekstansiyona ağırlık vermek yeterli olur (10). Ortostatik hipotansiyonu olan hastalarda tilt table kullanılır. (şekil 1). Düşük ayağı olan hastalara ayağı dor-sifleksiyonda stabilize eden ayak-ayak bileği ortezi verilir.Paralel bar aşamasını tamamlayan hastaya paralel bar dışı yürüme, merdiven ve yokuş inip çıkma eği-timi verilir. Hasta çıkarken sağlam ayak ile, inerken hasta ayak ile inmelidir (10).

Kronik Dönem Rehabilitasyonu

Aslında tam bir fonksiyonellik için rehabilitasyon devam etmelidir.Kronik dö-nemde de eklem hareket açıklığı, germe, güçlendirme egzersizlerine, iş- uğraşı ve konuşma terapilerine devam edilmelidir. Eklem hareket açıklığı, güçlendirme, denge-koordinasyon egzersizleri, dayanıklılığı ve koordinasyonu artıran aerobik egzersiz programları verilir. Düzenli yürüyüşler, koşma, yüzme, treadmill, bisiklet en sık önerdiğimiz aerobik egzersizdir. Aerobik egzersizler kalbin ve akciğerlerin performansını artırır. Üst ekstremitenin bağımsız hareketlerinde kol ergometre-sinden faydalanır. Son zamanlarda baskı ile indüklenen hareket tedavisi (CIMT), robot yardımcı programlar, sanal gerçeklik esas alınan uygulamalar, ağırlığın kısmi olarak desteklediği treadmill eğitim programları gibi motor öğrenme ve nörop-lastisite mekanizmalarını hedefleyen yaklaşımlar kullanmaya başlanmıştır (20). Baskı ile indüklenen hareket tedavisinde sağlam tarafın hareketleri kısıtlanırken, paretik tarafın kullanılması teşvik edilir. Bu tedavi yönteminin el becerilerinin ge-lişmesini, duyuusal bozukluğun ve tek taraflı ihmalin bir arada olduğu üst ekstre-mite hareketlerinin yeniden sağlanmasında klasik tedavi programlarından daha başarılı olduğunu gösteren yayınlar vardır (21). Alt ekstremitede motor kaybı olan hastalarda ise resiprokal olarak alt ekstremitte fleksör ve ekstansör kas hareketleri-nin kolaylaştırıldığı treadmill eğitim programlarının mobiliteyi önemli derecede desteklediği, yürüme mesafesi, yürüme hızını artırdığı bildirilmektedir (20).

İnmelerde Prognoz

İnmeli hastalarda maksimum iyileşme sağlanıp, sürecin üzerinden en az 6 ay -1 yıl geçmeden engellilik oranı değerlendirmesi yapmak sağlıklı değildir. İnme sonrası hayatta kalmayı belirlemede en önemli faktörler, inmenin tipi, inmenin yeri, inmenin büyüklüğü, daha önceki inme öyküsü, ileri yaş, sosyokültürel sevi-ye, plejinin şiddeti, koma, algılama bozuklukları, dil fonksiyonları, postür ve den-ge bozuklukları, bağırsak ve idrar inkontinansı, depresyon, duyu durum, ailenin primer desteği, bilinç bozukluğunun olup olmamasıdır (22, 23).

KAYNAKLAR

1. Sudlow CL, Warlow CP.Comparing stroke incidence worldwide:what makes studies comparable? Stroke 1996;27:550-8.
2. Roth EJ,Harvey RL.Rehabilitation of stroke syndroms.In Braddom RL(Ed):PHYSICAL Medicine &Rehabilitation.Philedelphia, W.B Saunders Company,1996,p.1053-1087.
3. Dinçer K. İnme.Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon.Beyazova M,Kutsal YG(Editörler).Ankara:-Güneş Kitabevi,2002;2:1935-1950.
4. Kuller LH:Incidence Rates of Strokes of in the 80 s.The end of the Decline in Stroke(Editorial).Stroke.1989;20;841-843.
5. Modan B,Wagener DK.Some epidemiological aspects of stroke:Mortality/morbidity trends,age,sex,race,socioeconomic status.Stroke 1992;23:1230-1236.
6. Rosamond WD,Folson AR,Chambless LE,Wang C-H,McGovern PG,Howard G,Copper LS,Shahar E.Stroke incidence and survival among middle-aged adults:9-year follow-up of the Atherosclerosis Risk in Communities(ARIC) Cohort.Stroke 1999;30:736-743.
7. Utku u,Çelik Y.İNmede etyoloji,sınıflandırma ve risk faktörleri.Ed:Balkan S.Serebrovaskuler Hastalıklar 2005;5:57-71.
8. Wolf PA, D'Agostino RB,Belanger AJ,Kannel WB.Probability of Stroke:A risk profile from the Framingham Study.Stroke 1991;22:312-18.
9. Çoban O,Bebek N.Serebrovasküler Hastalıklar.In Ropper AH,Samuels MA(Eds)(Çeviri editörü:Emre M):Adams and Victor's Principle of Neurology.Ankara,Güneş Kitabevi,2011,p.746-845.
10. Samancı N, Özcan E. İnme rehabilitasyonu.Ed:Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar 2005; 22:363-383.
11. Shah MW.Rehabilitation of the older adult with stroke.Clin Geriatr Med.2006;22:469-489.
12. Duncan PW,Zorowitz R,Bates B,Choi JY,Glasberg JJ,Graham GD,et al. Management of adult stroke rehabilitation care:a clinical practice guideline.Stroke 2005;36:e100-a143
13. Warlow CP,Dennis MS,van Gjin J,Hankey GJ,Sandercock PAG,Bamford JM,Wardlaw J.What are this person's problems? A problem based approach to the general management of stroke. Stroke a practical guide to management .Blackwell Science,1996;15:477-544.
14. Astrom M,Adolfsson R,Asplund K.Major depression in stroke patients.A3- year longitudinal study.Stroke 1993;24;976-982.
15. Tuna H, Avcı Ş, Tükenmez O,Kokino S.İnmeli olguların sublukse omuzlarında kas-sinir-elektrik uyarımının etkinliği.Trakya üniv. Tıp fak. Derg 2005;42:557-68.
16. Nakipoğlu GF,Çelik C,Karagöz A,Özgirgin N,Hemiplejik hastalarda refleks sempatik distrofi sendromunun tedavisi.Fiziksel Tıp 2001;4(1):33-37.
17. Tatlı S, Kamanlı A,Özgeçmen S,Ardıçoğlu Ö.Hemiplejik hastada gelişen heterotopik ossifikasyon:Olgu sunumu ve literatürün kısaca gözden geçirilmesi.Osteoporoz Dünyasından 2002;8(3):147-151.
18. Topçuoğlu M. A,Utku U,İnce B,Özdemir A. Ö,Baş D: F,Kutluk K,Uzuner N.İNme Ünitesinde Genel İnme Tedavisi:Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2015.Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2015;21(2):89-92.
19. Kirazlı Y.İNme Rehabilitasyonu.Kumral E,editör.Akut İskemik İnme.İstanbul:Argos;2002.p.329-58.
20. Veerbeek JM,van Wegen E,van Peppen R,van der Wees PJ,Hendriks E,Rietberg M,et al.What is the evidence for physical therapy poststroke?a systematic review and meta -analysis.PLoS One 2014;9(2):e87987.
21. Langhorne P,Bernhardt J,Kwakkel G.stroke rehabilitation.Lancet 2011;377(9778):1693-702.
22. Utku U.İNme tanımı,Etyolojisi,Sınıflandırma ve Risk faktörleri.Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2007;53 Özel Sayı 1;1-3.
23. Bousser MG.Cerebral venous thrombosis.Nothing,heparin or local thrombolysis?Stroke 1999;30:481-3.