

BÖLÜM 42

DİĞER REHABİLİTASYON YAKLAŞIMLARI

Ahmet Özcan KIZILKAYA¹

GİRİŞ

31 Aralık 2019'da Çin Halk Cumhuriyeti'nde bir grup hastada daha öncekilerden farklı olarak gelişen tipte bir pnömoni olduğu ve bu durumun şimdiye kadar bilinmeyen bir etkene ait olduğu tespit edilmiştir. 7 Ocak 2020'de koronavirüs olduğu tespit edilen daha önce görülen SARS CoV benzemekle birlikte bazı farklılıklar gösteren yeni bir coronavirusun etken patojen olduğu tespit edilmiştir. Bu yeni virüse SARS-CoV-2 ismi verilmiştir. Sonrasında Çin Halk Cumhuriyeti dışında onlarca ülkede tespit edilen virüs içinde bulunduğumuz yüzyıla ait ilk pandemi olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020'de ilan edilmiştir. Ülkemizde yine ilk vaka 11 Mart 2020'de bildirilmiştir. Virüsün oluşturduğu hastalık COVID-19 olarak isimlendirilmiştir. Hastalığın asemptomatik taşıyıcılıktan pnömoni, ARDS, çoklu organ yetmezliği ve mortal seyre kadar çok geniş bir yelpazesi vardır. Hastalığa ait farklı klinik evrelerde bireysel olarak rehabilitasyon uygulamalarına olan ihtiyaç vardır. Ancak şu ana kadar elde edilen veriler göz önüne alındığında

COVID-19 komplikasyonları için rehabilitasyon uygulamalarına ait standardizasyon süreçlerinin oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu yazıda COVID-19 için daha önce görülen üst solunum yolu virüslerinden elde edilen veriler ve yapılan çalışmalara (H1N1,SARS) ait rehabilitasyon yaklaşımları ve yoğun bakımda kritik hastalık süreci ve sonrasında uygulanan uygulamalar ışığında genel rehabilitasyon prensiplerinden söz edilecektir.

1-KARANTİNA/İZOLASYON DÖNEMİNDE REHABİLİTASYON YAKLAŞIMLARI

COVID-19 enfeksiyonu ilk Çin epidemiyolojik verilerinde %80 oranında hastalığın klinik olarak hafif düzeyde atlatıldığı bilinmekte iken; sonrasında pandemiye ait diğer ülkelere elde edilen veriler ile bu oranın daha yüksek olabileceği ortaya çıkmıştır (1). Hafif klinik belirtileri olsa bile hastaların hepsi tanı sonrasında izole/karantina döneminde immobil bir süreç geçirmektedir. Bireyin immobil olarak 1-2 haftalık süre içinde her-

¹ Uzm. Dr. Ahmet Özcan Kızılkaya, Konya Özel Akademi Meram Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, draokizilkaya@hotmail.com



Erken dönem rehabilitasyon uygulamalarında pratik uygulamada belirgin zorlukları ortaya çıkabilir. Rehabilitasyon ekibindeki kişilerin azlığı hastaların derin sedatize olması ve diğer kritik hastalıkları ile ilgili diğer branşlar tarafından planlanmış tedaviler multidisipliner bir ekibi zorunlu kılmaktadır. Mekanik ventilasyon uygulanan bir hastanın mobilizasyonu oldukça zor ve yardımcı cihazlara gereksinim duyulur. Pulse oksimetre, ekg monitörü, portable infüzyon pompa setleri hasta ile birlikte yer değiştirir ve çalışır halde olmalıdır. Basit bir yürüteç mobilizasyon sırasında hastanın güvenliğini artırırken hastanın aniden oturması gereken durumlarda tekerlekli sandalye hazırda elde tutulmalıdır (12, 13).

3- YOĞUN BAKIM SONRASI DÖNEMDE REHABİLİTATİF YAKLAŞIMLAR

Yoğun bakımda kritik hastalıklar nedeni ile takip edilen hastaların çoğu yoğun bakımdan çıktıktan sonra yoğun bakım sonrası sendrom ile yüzleşmektedir. Yoğun bakım sonrasında gelişen sendromun komponentleri fiziksel olarak ; yoğun bakımda edinilmiş güçsüzlük, kondisyon kaybı, yoğun bakımda edinilen polinöromiyopati, pulmoner disfonksiyondur. Bu hastalar aynı zamanda mental olarak depresyon, anksiyete, post-travmatik stress bozukluğu ile karşılaşılır. Kognitif fonksiyonlarda kayıp, öz bakım becerilerinde azalma ve hafıza kaybı gelişebilir. Bu durumların sonucunda hayat kalitesinde düşme, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve sosyal, iş hayatına dönememe ortaya çıkar. Heridge ve ark. bir yıl boyunca ; yoğun bakımdan çoğu pulmoner olmayan rahatsızlıklar nedeni ile takipli 109 hastanın yoğun bakım sonrası takiplerini yapmış, yalnızca yarısı bu hastaların birinci yılın sonunda işine dönebilmiştir. İşe dönemeyen diğer grupta ise hastalarda yorgunluk, kas zayıflığı, egzersiz kapasitesindeki azalma, yürüme mesafesinde düşüş (düşük ayak) hastaların işe dönememe nedenleri arasında yer almıştır. Buradan yoğun bakım sonrası süreçte iyileşmenin aylar hatta yıllarca sürebileceği sonucuna

varmak mümkündür (14). Polinöropati gelişen hastaların büyük kısmında iyileşme 5 yıla kadar sürebilmektedir. COVID-19 bulaş riski yüksek bir hastalıktır. COVID-19 hastalarının yoğun bakımdan çıktıktan sonraki süreçte en büyük endişesi bulaş riskidir. Bundan dolayı hastaların ateşinin düşmesini takiben en az 2 defa PCR testi negatifliği aranmaktadır. Diğer bir önemli noktada bu hastalara bakım veren kişilerin kişisel olarak bulaştan korunması gerekliliği ve bu hastalara yaklaşımda bu durumun oluşturacağı zorluklardır. Hastaların bulaş riski ortadan kalktıktan sonra hangi zamanlama ile rehabilitasyon programına alınacağı net değildir. Yoğun bakım sonrası süreçte rehabilitasyon ile ilgili yeterli veri yoktur. Yoğun bakım sonrasında bu hastaların karşılaşacağı komplikasyonlar ve rehabilitasyonunda ne tür yaklaşımlar benimseneceği ile ilgili bir yayınlamış çalışma yoktur. Ancak birkaç makalede COVID-19 hastalığı yoğun bakım sonrası sendromu rehabilitasyonu için acil eylem çağrısı ve önerilerde bulunmaktadır (15, 16).

Sonuç olarak COVID-19 hastalığında her evrede ve taburculuk sonrası süreçte rehabilitasyon girişimlerine ihtiyaç duyacağı açıktır. Rehabilitasyon programlarının tam anlamı ile etkin olabilmesi için multidisipliner, bireysel ve aile katılımının yüksek düzeyde olduğu ekiplerden oluşturulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1: Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., et al.(2020). Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). In *Statpearls [internet]*. StatPearls Publishing.
- 2: Dubb, R., Nydahl, P., Hermes, C., et al.(2016). Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(5), 724-730.
- 3: Hashem, M. D., Nelliott, A., & Needham, D. M. (2016). Early mobilization and rehabilitation in the ICU: moving back to the future. *Respiratory care*, 61(7), 971-979.
- 4: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). COVID-19 Rehberi. (27.05.2020 tarihinde <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/COVID-19> adresinden ulaşılmıştır.)
- 5: Rodriguez-Morales, A. J., Cardona-Ospina, J. A., Gutiérrez-Ocampo, E., et al. (2020). Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel medicine and infectious disease*



- ase, 101623.
- 6: Zhou, F., Yu, T., Du, R., et al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*.
 - 7: Fournier, M., Roy, R. R., Perham, et al.(1983). Is limb immobilization a model of muscle disuse?. *Experimental neurology*, 80(1), 147-156.
 - 8: Phelan, S., Lin, F., Mitchell, M., et al. (2018). Implementing early mobilisation in the intensive care unit: an integrative review. *International journal of nursing studies*, 77, 91-105.
 - 9: Hermans, G., & Van den Berghe, G. (2015). Clinical review: intensive care unit acquired weakness. *Critical care*, 19(1), 1-9.
 - 10: Desai, S. V., Law, T. J., & Needham, D. M. (2011). Long-term complications of critical care. *Critical care medicine*, 39(2), 371-379.
 - 11: Kress, J. P., & Hall, J. B. (2014). ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *New England Journal of Medicine*, 370(17), 1626-1635.
 - 12: Memikoğlu O., Genç V., (2020). COVID-19, Pulmoner Rehabilitasyon, Ankara Üniversitesi Basımevi.
 - 13: Kim, D. (2018). Rehabilitation and Intensive Care Unit. *Acute and critical care*, 33(1), 43.
 - 14: Herridge, M. S., Cheung, A. M., Tansey, C. M., et al.(2003). One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine*, 348(8), 683-693.
 - 15: Stam, H., Stucki, G., & Bickenbach, J. (2020). Covid-19 and post intensive care syndrome: A call for action. *Journal of Rehabilitation Medicine*.
 - 16: Simpson, R., & Robinson, L. (2020). Rehabilitation After Critical Illness in People With COVID-19 Infection. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 99(6), 470.