



**XII. KONGRES in 144. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
STARANJE SLOVENSKEGA PREBIVALSTVA –
GERONTOLOŠKI IN GERIATRIČNI IZZIVI**

Ljubljana, 17. in 18. oktober 2008

Pismo uredništvu/Letter to the editor

POŠKODBE STAROSTNIKOV

INJURES IN ELDERLY PATIENTS

Simon Herman, Martin Tonin

Klinični oddelek za travmatologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška c. 7, 1525 Ljubljana

Izvleček

Poškodovani starostniki so težji kirurški bolniki. Ne toliko zaradi težkega operativnega zdravljenja, kakor zaradi težav pri vseh drugih vidikih: priprava na operacijo, nega in rehabilitacija. Za dobre rezultate je potrebna dobra organizacija zdravljenja, uspeh pa predstavlja vsak bolnik, ki je po zdravljenju sposoben samostojnega življenja.

Ključne besede starostniki; kirurški bolniki; zdravstveno varstvo; samostojnost

Abstract

Injured old people are difficult surgical patients. That's true not because of need for advanced surgery, but because of everything else: preparation for surgery, hospital care and rehabilitation. For good results is of paramount importance a good organized healthcare system and good result can be seen in every patient who returns to autonomous life can after treatment.

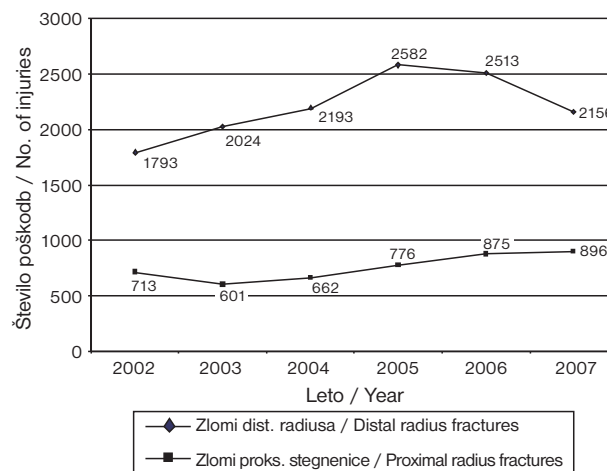
Key words old people; surgical patient; healthcare system; autonomous life

Uvod

Kirurško zdravljenje poškodovanih starostnikov se tehnično ne razlikuje bistveno od zdravljenja drugih odraslih oseb. Razlike so predvsem v vsem ostalem: okolščinah, ki vplivajo na nastanek poškodb, splošnem stanju bolnikov, oskrbi bolnikov v bolnišnici, rehabilitaciji in končnem stanju poškodovanca. Definicije starostnika sicer ni, avtorja pa sta mnenja, da spada v to kategorijo vsak starejši od 70 let ne glede na psihofizične sposobnosti, ter tudi mlajši bolniki, s kombinacijo dveh sistemskih bolezni (npr. sladkorna bolezen in srčno popuščanje).

Pred poškodbo

S starostjo peša mobilnost, saj precej sicer še pokretnih starostnikov le redko zapušča svoje stanovanje. Čeprav omejena mobilnost po svoje zmanjša število »priložnosti« za poškodbe, so te sorazmerno pogoste (Sl. 1).



Sl. 1. Število poškodb distalnega radiusa in zlomov proksimalne stegnenice v urgentni službi Kliničnega Centra Ljubljana po letih.

Figure 1. Number of distal radius injuries and proximal femur fractures at Emergency Unit, Ljubljana.

Na povečano pogostnost poškodb vplivajo:

1. slabše gibalne sposobnosti v starosti:
 - dolg reakcijski čas,
 - omejena gibljivost sklepov,
 - slabša mišična moč.
2. Slabše zaznavanje okolice:
 - slabši vid,
 - slabo ravnotežje,
 - slabši sluh.
3. Slabša kakovost kostnine.

Poškodba

Poškodbe, ki veljajo za tipične v starostnem obdobju, so zlom proksimalne stegenice, zlom distalnega radiusa in kompresijski zlom hrbtenice. Zaradi specifične slednjega, se bova v nadaljevanju omejila na zlome proksimalne stegenice in distalne koželjnice. Obe se najpogosteje zgodita pri padcu. Zaradi svoje pogostnosti v starostnem obdobju in povezanosti z oslABLJENO kostnino sta obe merili za diagnosticiranje osteoporoze.

Če poškodovanec živi sam, lahko v primeru poškodbe spodnjega uda mine več ur ali celo dni, preden ga najdejo, saj ne more do telefona oz. kako drugače poklicati na pomoč. V primeru, da ima takšen poškodovanec spremljajoče bolezni, ki zahtevajo stalno in redno medikamentno zdravljenje, najdejo pa ga šele čez več dni, je bolnik navadno umazan zaradi uhajanja blata in urina, dehidriran in dihalno-obtočilno prizadet.

Po poškodbi – zdravljenje pred kirurškim posegom

Medtem ko se večina zlomov distalnega radiusa pri starostnikih zdravi konzervativno, je pri poškodbah spodnjih udov večinoma potrebno operativno zdravljenje. V času pred razcvetom operativnih metod pred letom 1960, so se skoraj vse poškodbe spodnjih udov zdravile konzervativno s trakcijo v trajanju 6–8 tednov. Smrtnost poškodovancev po poškodbi kolka je pri konzervativnem zdravljenju s trakcijo in večtedenskim ležanjem 60 % v obdobju dveh let¹ kljub sodobnemu zdravljenju pa znaša v 12 mesecih še vedno 13,6–36 %.²⁻⁴

Če star bolnik ni dekompenziran, ga je najbolje operirati čimprej, v državah z razvitim zdravstvenim sistemom to pomeni v roku 24 ur!

Iluzorno je pričakovati, da lahko stare bolnike pripravijo za operativni poseg do te mere, da bodo vse standardne laboratorijske preiskave v mejah normale. Namesto tega velja načelo, da je večina bolnikov najprimernejša za poseg takoj po nezgodi, kajti z ležanjem in odlašanjem z operacijo se njihovo splošno stanje kljub zdravljenju slabša. Slabša se tudi rehabilitacijski potencial.⁵

Z daljšanjem življenjske dobe narašča tudi število hudo bolnih starostnikov, ki se poškodujejo in jih je kljub prej omenjenemu načelu potrebno na operacijo pripraviti. To so bolniki:

- s hujšimi okvarami srčnih zaklopk ali hudim srčnim popuščanjem,

- z boleznimi dihal,
- s patološkimi zlomi zaradi zasevkov raka,
- bolniki na antikoagulantnem zdravljenju,
- dializni bolniki

Nega in rehabilitacija v bolnišnici

Z rehabilitacijo se začne že dan po operaciji. Najprej se prične s posedanjem, že drugi pooperativni dan pa se poskusi z vstajanjem in stojo ob postelji. V naslednjih dneh se nadaljuje s hojo s pomočjo recipročne hodulje (t.i. stativa) in če je možno s hojo s pomočjo bergel. Če so bolniki kondicijsko dovolj močni v rokah in nogah, so obeti dobri. Pri slabo pokretnih bolnikih pa je rehabilitacija močno upočasnjena. Navadno se doseže samo pomoč pri vstajanju ali transferju iz postelje na voziček. Na splošno velja, da telesna dejavnost pred nezgodo (npr. delo na kmetiji) pomeni dober obet za samostojno mobilnost z berglami. Nasprotno imajo bolniki, ki so se pred nezgodo gibali le po stanovanju, slabe obete, da bodo dosegli raven samostojnosti, kot so jo imeli pred nezgodo.

Probleme lahko predstavlja tudi zahteva po razbremenjevanju poškodovanega spodnjega uda. Več kot polovica starih poškodovancev slabo razume omenjeno zahtevo in tudi ni sposobna nadzorovati stopnje obremenjevanja. V takšnem primeru je potrebno svojem razložiti, da ima prednost ponovna mobilizacija in da je možnost porušitve osteosinteze preračunano tveganje – če namreč bolnik ne prične hitro hoditi, bo po nekaj tednih ležanja ali posedanja nesposoben za hojo, čeprav bo kost zaceljena in bi načeloma lahko hodil tudi brez opore!

Za primerjavo: poškodovanci v starosti 15–40 let postanejo samostojni na berglah v 3–5 dneh!

Starejši poškodovanci predstavljajo precejšno obremenitev za negovalno osebje. Zahtevajo pogosto prilagajanje odmerkov zdravil, hitro razvijejo preležanine, se ne prehranjujejo sami in ne pijejo zadostnih količin tekočin, si pogosto izpulijo intravenske kanale in so inkontinentni. Kljub medikamentnemu zdravljenju so včasih tako zmedeni, da jih je potrebno onegibiti (tj. z manšetami privezati na posteljo). Pomembna je ustrezna analgezija, saj bolečina dodatno vznemiri zmedene bolnike! Z dobro analgezijo pomembno zmanjšamo delež zmedenih bolnikov.⁶

Poboljnišnična rehabilitacija

Rehabilitacija se prične že dan po operaciji. Tudi zato je pomembno, da se starejši bolniki operirajo čimprej, saj odlaganje rehabilitacije pomeni tudi slabši končni uspeh zdravljenja.^{7,8}

Ko so rane zaceljene in če je rehabilitacijski potencial dober, bolnika predlagamo za nadaljevanje zdravljenja v zdravilišču. To je navadno 7–14 dni po operaciji. Za zdraviliško zdravljenje je pogoj dobro sodelovanje bolnika in dovolj kondicije, da v bolnišnici prične hoditi vsaj s pomočjo recipročne hodulje. Večinoma morajo biti sposobni tudi za samostojno osebno higi-

eno. Nekatera zdravilišča imajo tudi možnost t. i. negovalnih oddelkov za bolnike, ki potrebujejo več nadzora in pomoč pri osebni higieni in oblačenju. Rehabilitacija v zdravilišču lahko traja 2–3 tedne, potem pa bolnik odide domov.

Če ima bolnik sistemske bolezni in ima dober rehabilitacijski potencial, obstaja možnost rehabilitacije na Inštitutu za rehabilitacijo Republike Slovenije ali v rehabilitacijski bolnišnici Sežana. V teh dveh ustanovah je rehabilitacija podaljšana – lahko tudi več kot mesec dni.

Bolniki s slabim rehabilitacijskim potencialom so po zaključku zdravljenja odpuščeni v domačo oskrbo. To pomeni, da za njih poslej skrbijo svojci ali pa so sprejeti v Dom starejših občanov (DSO). To velja za vse bolnike, ki so bili nepokretni ali slabo pokretni že pred nezgodo, oz. po bolnišničnem zdravljenju niso več sposobni poskrbeti zase. Ker precej starih ljudi živi samih, nimajo urejene domske oskrbe, nimajo svojcev ali pa le-ti nočejo prevzeti skrbi za njihovo oskrbo, je v vsaki bolnišnici nujno sodelovanje s socialno službo.

Zdravljenje pri specialistu travmatologu se zaključi v 6–12 mesecih, ko je zlom zaceljen do te mere, da lahko bolnik polno obremenjuje spodnje ude. Osteosintetski material (OSM) se praviloma ne odstranjuje, razen če za to obstajajo medicinski razlogi (protruzija OSM v sklep, hudo posedanje in štrljenje OSM nad raven kosti, vnetje in/ali prizadetost mehkih tkiv nad OSM).

Zaključki

Zdravljenje starostnikov je precejšen izziv z negotovim končnim rezultatom. Kljub vloženemu trudu je popoln uspeh – vrnitev poškodovanca na raven samostojnosti pred nezgodo – prej izjema kot pravilo. Toda že samostojnost pri dnevnih dejavnostih pomeni pomembno kakovost in omogoča z manjšo pomočjo svojcev ali negovalnih služb večinoma samostojno življenje.

Literatura

1. Ludolph E, Hierholzer E. Der Hüftgelenknahe Oberschenkelbruch des alten Menschen. Besonderheiten der Frakturbehandlung. *Zentralbl Chir* 1979; 104: 1565–72.
2. Hannan EL, Magaziner J, Wang JJ. Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture. *JAMA* 2001; 285: 2736–42.
3. Braithwaite RS, Col NF, Wong JB. Estimating hip fracture morbidity, mortality and costs. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 364–70.
4. Zuckerman J D. Hip fracture. *N Engl J Med* 1996; 334: 1519–25.
5. Bonnaire F, Zenker H, Lill C, Weber AT, Linke B. Treatment strategies for proximal femur fractures in osteoporotic patients. *Osteoporos Int* 2005; 16: S93–S102.
6. Silverstein J, Timberger M, Reich DL, Uysal S. Central nervous system dysfunction after noncardiac surgery and anesthesia in the elderly. *Anesthesiology* 2007; 106: 622–8.
7. Harada ND, Chun A, Chiu V, Pakalniskis A. Patterns of rehabilitation utilization after hip fracture in acute hospitals and skilled nursing facilities. *Medical Care* 2000; 38: 1119–30.
8. Boston Working Group on Improving Health Care Outcomes Through Geriatric Rehabilitation. *Medical Care* 1997; 35: Suppl: JS4–JS20.

Prispelo 2008-09-25, sprejeto 2008-11-06