

Sjúkraþjálfun og gigt

Lykilorð: Gigt, sjúkraþjálfun, hreyfing, verkir, ofþyngd

Hrefna Indriðadóttir,
úfirsjúkraþjálfari, Gigtarfélag Íslands



Til eru yfir 200 tegundir gigtsjúkdóma og á Íslandi má ætla að um 60.000 manns séu með einhvers konar gigtsjúkdóm. Gigtsjúkdómar geta komið fram hjá fólki á öllum aldri en tíðni vissra gigtsjúkdóma eykst með hækkandi aldri. Sjúkraþjálfun er mikið notuð við meðferð gigtsjúkdóma. Meta þarf hvern einstakling sérstaklega þar sem mikill munur getur verið á tveimur einstaklingum með sama sjúkdóm. Aðalumkvörtunarefni tengd gigtarsjúkdómum eru verkir, stírðleiki og þreyta. Í dag er mikil áhersla lögð á hreyfingu við sjúkraþjálfun gigtarfólks. Gigtarfólk hreyfir sig gjarnan minna en aðrir vegna verkja og þreytu en sýnt hefur verið fram á að hreyfing getur dregið úr hvoru tveggja. Einnig geta hreyfing og breytt mataræði dregið úr ofþyngd og þar með aukið færni og dregið úr verkjum. Sýnt hefur verið fram á öryggi jafnvel meðalþungra til þungra æfinga hjá gigtarfólki. Einfaldar og kostnaðarlitlar leiðir geta bætt líðan gigtarfólks umtalsvert.

Almennt um gigt

Árlega greinist fjöldi Íslendinga með gigt og má ætla að um 60.000 manns séu með einhvern gigtsjúkdóm, en til eru um 200 mismunandi gigtsjúkdómar. Það hefur áhrif á daglegt líf að greinast með gigtsjúkdóm en mismikil eftir því um hvaða gigt er að ræða.

Margir telja að gigt sé sjúkdómur ellinnar en fólk getur greinst með gigt á öllum aldri. Með aldrinum eykst þó algengi slitgigtar auk þess sem margir aldraðir þurfa að kljást við afleiðingar gigtsjúkdóma sem þeir greindust með á yngri árum.

Algengustu umkvörtunarefni tengd gigtsjúkdómum eru verkir, þreyta, stírðleiki og lélegt úthald. Gigtsjúkdómar hafa mjög oft áhrif á starfsgetu, afkomu og daglegar athafnir. Þeir eru einnig algeng ástæða örorku, en um 20% öryrkja eru það vegna gigtar. Gigtarfólk ber oft umtalsverðan kostnað af sínum sjúkdómi, meðal annars vegna lyfja, læknisheimsókna, þjálfunar, hjálparkækja og annars. Af þessu má sjá að lífsgæði gigtarfólks eru oft verulega skert.

Algengustu gigtsjúkdómar og áhrif þeirra

Algengustu gigtsjúkdómar eru slitgigt, iktsýki, vefjagigt og hryggikt. Samanlagt eru yfirleitt 65 – 70% þeirra einstaklinga sem koma til meðferðar hjá Gigtarfélaginu með þessar greiningar.

Slitgigt (osteoarthritis) er algengasti gigtsjúkdómurinn. Ætla má að 15% þjóðarinnar hafi einkenni slitgigtar. Hægt er að greina slitbreytingar á röntgenmynd hjá allt að 80% einstaklinga yfir 55 ára, en einungis um 30% þeirra eru með einkenni frá þeim liðum sem greinast með slit á röntgenmynd¹. Einkenni eru oftast frá hrygg, höndum, mjöðmum og hnjám. Stundum eru einkenni bundin við fáa liði, til dæmis eingöngu í höndum en stundum er fólk með slit í mörgum liðum og einkenni víða. Einkenni eru oft tengd áreynslu og líðan er oftast verri síðari hluta dags.

Um 1% Íslendinga eru haldnir iktsýki (rheumatoid arthritis). Sjúkdómurinn er mun algengari meðal kvenna en karla, en þrjár konur á móti hverjum einum karli hafa sjúkdóminn. Iktsýki kemur fram hjá öllum aldurshópum, allt frá barnsaldri, en algengast er að hennar verði fyrst vart um miðjan aldur. Algengustu einkenni iktsýki eru

krónískar, samhverfar bólgur í útlimaliðum og í háls-hrygg. Einnig geta komið fram einkenni sem afleiðing bólgu í öðrum líffærakerfum t.d. í augum, lungum og húð. Alvarleiki sjúkdómsins spannar vítt svið, allt frá því að vera vægur til þess að vera alvarlegur sjúkdómur, sem hefur mikil áhrif á lífsgæði, færni og starfsorku. Um 10% sjúklinga með iktsýki fá varanlegt eða nær varanlegt sjúkdómshlé. Hjá 15-30% einkennist sjúkdómsgangurinn af breytilegri sjúkdómsvirkni með mislöngum sjúkdómshléum. Í um 60% tilfella er sjúkdómsvirknin stöðug².

Vefjagigt (fibromyalgia) lýsir sér sem langvarandi, útbreiddir stoðkerfisverkir. Ekki er hægt að greina vefjagigtina með rannsóknum svo sem í blóðrannsókn eða röntgenmyndatöku heldur er stuðst við skoðun og sögu. Greiningin byggir á sögu um dreifða verki í öllum „fjórðungum“ líkamans, þ.e. fyrir ofan og neðan mitti, og hægra og vinstra megin í a.m.k. 3 mánuði og sársauka, ekki eymsli, í a.m.k. 11 af 18 fyrirfram ákveðnum eymsla-punktum. Einnig lýsir fólk mjög oft svefntruflunum, þreytu og mjög skertu úthaldi til allra starfa. Engar rannsóknir staðfesta vefjagigtargreininguna en hins vegar þarf gjarnan að framkvæma rannsóknir til að útiloka að um aðra sjúkdóma, sem líkjast vefjagigt, sé að ræða. Einkenni sjúkdómsins koma oftast fram milli tvítugs og fertugs en greiningin er oft staðfest mun seinna, eða á aldrinum 34-53 ára. Um 90% þeirra sem fá vefjagigt eru konur.

Hryggigt (spondylitis ankylopoietica) er langvinnur gigtarsjúkdómur sem veldur stirðleika og verkjum í baki, hálsliðum og brjóstakassa og stundum einnig í útlimaliðum. Algengi hennar er um 1% og einkenni hefjast oft á aldrinum 20-30 ára.

Fjölvoðvagigt (polymyalgia rheumatica) greinist helst hjá eldra fólki. Aðaleinkenni eru verkir í kringum axlagrind og mjaðmagrind og mikill stirðleiki á morgnana og eftir hvíld. Einkennin byrja oftast skyndilega en geta þó líka komið smám saman.

Þvagsýrugigt (gout) byrjar oftast skyndilega sem verkir og bólga, oftast í einum lið og þá einna helst í fremsta lið stóru táar. Líkurnar á því að fá þvagsýrugigt aukast með aldrinum.

Sjúkraþjálfun

Sjúkraþjálfun gigtarfólks er alltaf einstaklingsmiðuð. Mikill munur getur verið á tveimur einstaklingum með sama sjúkdóm og því óraunhæft að veita meðferð í sjúkraþjálfun útfrá greiningu.

Við komu er tekin nákvæm sjúkrasaga þar sem meðal annars er spurt hversu lengi einkennin / sjúkdómurinn hafa staðið, helstu verkja- og bólgusvæði staðsett, spurt er nákvæmlega út í hegðan verkja, stirðleika, starfræna getu, lyfjanotkun, rannsóknir, heimilisaðstæður og fleira.

Almenn líkamsstaða er metin og síðan er lagt mat á

bólgur, aflaganir, liðferla og vöðvastyrk. Sérþækari próf eru síðan notuð eftir því sem þörf er á. Sem dæmi má nefna að í hryggigt eru framkvæmdar einfaldar mælingar á hreyfigetu í hrygg sem gefa vísbendingu um hreyfiskerðingu sem fylgir virkum eða langt gengnum sjúkdómi. Í vefjagigt er þrýst á ákveðna punkta víðsvegar um líkamann, en ákveðið hlutfall þeirra þarf að sýna jákvæða verkjasvörun til að staðfesta greiningu. Einnig er gjarnan þörf á að mæla úthald gigtarfólks sem er oft mjög skert.

Eftir skoðunina eru sett meðferðarmarkmið og leiðir að þeim. Meðferðarmarkmið þurfa að vera raunsæ þar sem sjúkdómurinn er oft langt genginn og óraunhæft að gera ráð fyrir að einkenni hverfi alveg. Einnig er gott að fara yfir hvernig árangur meðferðar má meta á ýmsan hátt, til dæmis með meiri virkni, betri svefni, auknu úthaldi og minni verkjalyfjanotkun svo að fátt eitt sé nefnt.

Til þess að komast í sjúkraþjálfun þarf beiðni frá heimilislækni eða sérfræðilækni. Á stór-Reykjavíkursvæðinu er aðgengi að sjúkraþjálfun gott. Fjöldi sjúkraþjálfunarstöðva er einnig starfræktur á landsbyggðinni en þar er oft lengri bið eftir meðferð. Annar möguleiki er heimasjúkraþjálfun. Hana þarf að sækja um sérstaklega til Tryggingastofnunar og er hún eingöngu ætluð þeim sem eiga í verulegum erfiðleikum með að sækja þessa þjónustu að heiman.

Verkir

Eitt aðalumkvörtunarefni þeirra sem leita í sjúkraþjálfun vegna gigtsjúkdóma eru verkir.

Til þess að slá á verkina beita sjúkraþjálfarar ýmsum aðferðum og má þar nefna mjúkvefjameðferð, liðlosun, nálastungur, ísbakstra og heita bakstra, rafmagnsmeðferð ýmiss konar svo sem TNS (Transcutaneous Nerve Stimulation), laser, hljóðbylgjur, stuttbylgjur og blandstraum og síðast en ekki sist eru æfingar notaðar sem verkjastjórnun.

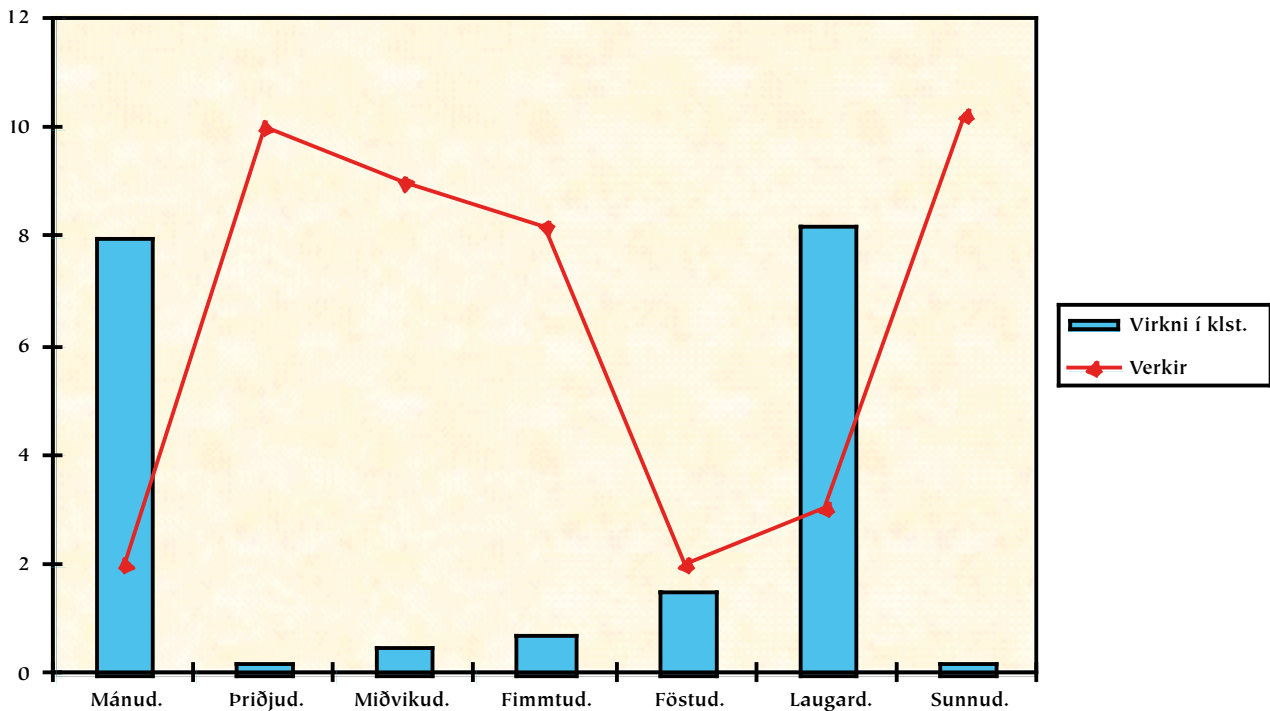
Hreyfing

Eins og áður sagði eru algengustu einkenni flestra gigtsjúkdóma verkir, stirðleiki og þreyta. Það er því ekki að undra að flestir gigtsjúklingar hreyfi sig lítið.

Gjarnan er ríkjandi hræðsla við að hreyfing auki á verki og skemmi jafnvel liði. Auk þess er stöðug, yfirþyrmandi þreyta gjarnan áberandi þáttur í daglegu lífi gigtarfólks og þá er mjög erfitt að fara af stað.

Í nýrri rannsóknnum hefur hins vegar ekki verið sýnt fram á aukningu liðskemmda við æfingar, jafnvel ekki meðalþungar til þungar æfingar. Lýsti fólk mikilli þreytu minnkaði hún gjarnan eftir því sem þol og úthald jókst. Einnig minnkuðu verkir^{3,4,5,6,7,8,9,10}.

Árin 2005-2007 var gerð rannsókn í 21 landi á tíðni æfinga hjá iktsjúkum. Í rannsókninni voru 5235 manns með iktsýki spurðir um tíðni reglulegra æfinga að lágmarki 30 mínútur í senn. Þar kom í ljós að einungis 13,8% þátttakenda æfðu sig 3 sinnum í viku eða oftar og að langstærsti hluti þátttakenda stundaði enga reglulega hreyfingu¹¹.



Mynd 1: Áhrif lélegrar skipulagningar tíma á verki.

Aleiðingar ónógrar hreyfingar eru skert úthald, þol og styrkur, auk þess sem hreyfingarleysi eykur líkur á beinþynningu, hjarta- og æðasjúkdómum, ofþyngd, sykursýki og þunglyndi svo að fátt eitt sé nefnt. Ofþyngd á yngri árum eykur líkur á slitgigt í hnjám síðar á æfni¹². Sé slit komið í hnéliði eykur ofþyngd verki í hnjám umtalsvert. Í rannsóknum þar sem saman fara æfingar og megrun hefur verið sýnt fram á minni verki og betri starfræna getu við þyngdartap. Eftir því sem þyngdartapið varð meira varð árangurinn betri^{6,12,14,15,16}.

Gigtarfólk á miðjum aldri er líklegra heldur en jafnaldrar þess til þess að eiga í erfiðleikum með hreyfingu og daglegar athafnir þegar það eldist¹⁷. Mikið er unnið með því að viðhalda starfrænni getu eftir því sem hægt er

Val á þjálfun

Í þjálfun þarf að leggja áherslu á þol, styrk og liðleika. Til að auka líkur á meðferðarhaldni skiptir miklu að velja þjálfun eftir áhuga og getu. Góður búnaður skiptir miklu máli, svo sem góðir skór eða rétt stillt hjól.

Hægt er að æfa einn eða í hóp. Sumar sjúkraþjálfunarstöðvar bjóða upp á sérstaka hóptíma fyrir gigtarfólk en vilji fólk æfa á eigin vegum getur sjúkraþjálfari leiðbeint því með val á æfingum.

Hægt er að búast við auknum verkjum til að byrja með en þeir eiga þá ekki að aukast mikið né standa lengi. Aukist verkir verulega eftir æfingar, eða ef aukning verkja stendur lengi er alls óvíst að skýringanna sé að leita í æfingunum. Sjálfsagt er þá að setjast niður með viðkomandi og fara yfir æfingarnar og breytingar á einkennum.

Þjálfun í vatni hentar oft gigtarfólki mjög vel, sérstaklega ef það er með einkenni frá burðarliðum, þ.e. mjöðmum

hnjám og ökklum. Þá er æskilegt að laugin sé minnst 30–34° heit⁵.

Aðlögun, sjálfsbjörg og fræðsla

Í samskiptum sjúkraþjálfara og gigtarfólks fer einnig fram mikil fræðsla. Það er erfitt að aðlaga daglega lífið að áhrifum langvinnis sjúkdóms og það sem áður virtist leikur einn getur virst óyfirstíganlegt. Hlutverk sjúkraþjálfarans er að aðstoða við að aðlaga daglega lífið að þessum breytingum.

Sjúkraþjálfarinn á að geta veitt sem bestar upplýsingar um sjúkdóminn og horfur hans, hvaða meðferð er örugg og viðeigandi og hverjir aðrir geta komið að meðferð hans.

Sjúkraþjálfari getur farið inn á heimili og vinnustaði og ráðlagt breytingar sem auðvelda gigtsjúkum lífið. Oft er um einföld atriði að ræða svo sem stillingu vinnustóls eða það hvernig hlutum er raðað upp í skápa þannig að þeir hlutir sem mest eru notaðir séu ekki í efstu eða neðstu skápunum. Stundum er ráðlegt að gera meiri breytingar, til dæmis þegar þörf er á að breyta um blöndunartæki til þess að slitnar eða bólgnar hendur eigi auðveldara með að nota þau eða setja upp sturtu í stað baðkers.

Einnig fræðir sjúkraþjálfari um líkamsbeitingu, vinnustöður, lýsingu og fleira. 25% minni orka er notuð ef unnið er sitjandi frekar en standandi og full þörf er á að taka sér hlé frá vinnu að minnsta kosti einu sinni á klukkustund.

Lélegt skipulag á tíma getur tekið sinn toll ef verkir og þreyta eru ráðandi. Með því að dreifa verkefnum yfir daginn og vikuna og taka sér reglulega hvíld eða breyta um vinnustellingar eru afköstin oft meiri og verkja- og þreytuköstum fækkar.

Eigi fólk erfitt með að setja sér mörk eða ef það hefur ekki innsýn í hvað ýtir undir verki getur gagnast því að halda einfalda dagbók þar sem eru skráðar helstu athafnir hvers dags og verkjum síðan gefin einkunn á skalanum 0-10 þar sem 0 eru engir verkir en 10 eru verstu, hugsanlegu verkir. Þannig verður augljósara hvaða athafnir ýta undir verki og þá er hægt að vinna með þær upplýsingar. Þannig má t.d. breyta vinnustellingum, auka hvíldartíma, skipta upp verkum eða jafnvel forðast ákveðnar athafnir.

Hægt er að beita einföldum aðferðum heima við til að slá á verki. Mikið úrval er til af heitum bókstrum sem hægt er að hita í ofni eða örbylgjuofni. Ísbakstrar slá vel á verki og bólgur. Hægt er að útvega TNS, lítil rafmagnstæki til verkjameðferðar. Rafskautum er þá komið fyrir á húð við verkjasvæði, tækið stillt og svo er hægt að vera á hreyfingu meðan tækið er að vinna.

Góð reynsla er af slökun við meðferð verkja. Margar tegundir slökunar eru til og misjafnt hvað hentar hverjum og einum. Aðalatriðið er að finna hvað hentar og ná góðum tókum á þeirri aðferð^{18,19}.

Lokaorð

Ein mesta framför síðustu ára í sjúkráþjálfun gigtarfólks er viðurkenningin á takmörkuðu gagni óvirkrar meðferðar og mjög aukin notkun æfinga og þjálfunar¹. Miklu máli skiptir góð samvinna fagaðila og góð samvinna sjúkráþjálfara og einstaklingsins. Hann á alltaf að gera þá kröfu til þeirra sem koma að meðferð hans að þeir fylgist með nýjungum og hafi góða þekkingu á viðfangsefnum sínum. Margar einfaldar og kostnaðarlitlar leiðir að betri líðan eru vannýttar svo sem fræðsla um sjúkdóminn, nauðsyn og öryggi þjálfunar og ábata af þyngdartapi.

Heimildir

1. Walker, J.M. og Helewa, A. (1996). *Physical therapy in arthritis*. Philadelphia: W. B. Saunders Company
2. Kristján Steinsson (2003). Iktsýki, nýjungar í meðferð liðagigtar. *Gigtin*, 2
3. Coleman, E.A., Buchner, D.M., Cress M.E., Chan, B.K. og de Lateur, B.J. (1996, jan). The relationship of joint symptoms with exercise performance in older adults. *Journal of the American geriatrics society*, 44(1):14-21
4. Doi, T., Akai, M., Fujino, K., Iwaya, T., Kurosawa, H., Hayashi, K. og Marui, E. (2008, apr.). Effect of home exercise of quadriceps on knee osteoarthritis compared with nonsteroidal antiinflammatory drugs: a randomized controlled trial. *American journal of physical medicine and rehabilitation*, 87(4), 258-69

5. Silva, L.E., Valim, V., Pessanha, A.P., Oliveira, L.M., Myamoto, S., Jones, A. og Natour, J. (2008, jan). Hydrotherapy versus conventional land-based exercise for the management of patients with osteoarthritis of the knee: a randomized clinical trial. *Physical therapy*, 88(1), 12-21
6. Jamtvedt, G., Dahm, K.T., Christie, A., Moe, R.H., Haavardsholm, E., Holm, I. og Hagen, K.B. (2008, jan). Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: an overview of systematic reviews. *Physical therapy*, 88(1), 123-36
7. Conn, V.S., Hafsdahl, A.R., Minor, M.A. og Nielsen, P.J. (2008, apr.). Physical activity interventions among adults with arthritis: meta-analysis of outcomes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(5), 307-16
8. Bruno, M., Cummins, S., Gaudiano, L., Stools, J. og Blanpied, P. (2006). Effectiveness of two Arthritis Foundation programs: Walk With Ease, and YOU Can Break the Pain Cycle. *Clinical interventions in aging*, 1(3), 295-306
9. Bulthuis, Y., Drossaers-Bakker, K.W., Taal, E., Rasker, J., Oostveen, J., van't Pad Bosch, P., Oosterveld, F. og van de Laar, M. (2007, nov.). Arthritis patients show long-term benefits from 3 weeks intensive exercise training directly following hospital discharge. *Rheumatology, (Oxford, England)* 46(11), 1712-7
10. Hughes, S.L., Seymour, R.B., Campbell, R.T., Huber, G., Pollak, N., Sharma, I. og Desai, P. (2006, des.). Long-term impact of Fit and Strong! on older adults with osteoarthritis. *Gerontologist*, 46(6), 801-14
11. Sokka, T., Häkkinen, A., Kautiainen, H., Maillefert, J.F., Toloza, S., Mørk Hansen, T., Calvo-Alen, J., Oding, R., Liveborn, M., Huisman, M., Alten, R., Pohl, C., Cutolo, M., Immonen, K., Woolf, A., Murphy, E., Sheehy, C., Quirke, E., Celik, S., Yazici, Y., Tlustochowicz, W., Kapolka, D., Skakic, V., Rojkovich, B., Müller, R., Stropuvienne, S., Anderson, D., Drosos, A.A., Lazovskis, J., Pincus, T.; QUEST-RA Group. (2008, jan). Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: data from twenty-one countries in a cross-sectional, international study. *Arthritis and Rheumatism*, 59(1), 42-50
12. Gelber, A.C., Hochberg, M.C., Mead, L.A., Wang, N.Y., Wigley, F.M. og Klag, M.J. (1999, des.). Body mass index in young men and the risk of subsequent knee and hip osteoarthritis. *The American journal of medicine*, 107(6), 542-8
13. Messier, S.P., Loeser, R.F., Mitchell, M.N., Valle, G., Morgan, T.P., Rejeski, W.J. og Ettinger, W.H. (2000, sept.). Exercise and weight loss in obese older adults with knee osteoarthritis: a preliminary study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(9), 1062-72
14. Miller, G.D., Nicklas, B.J., Davis, C., Loeser, R.F., Lenchik, L. og Messier, S.P. (2006, júl.). Intensive weight loss program improves physical function in older obese adults with knee osteoarthritis. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(7), 1219-30
15. Focht, B.C., Rejeski, W.J., Ambrosius, W.T., Katula, J.A. og Messier, S.P. (2005, okt.). Exercise, self-efficacy, and mobility performance in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis. *Arthritis and rheumatism*, 53(5), 659-65
16. Jinks, C., Jordan, K. og Croft, P. (2006, okt.). Disabling knee pain—another consequence of obesity: results from a prospective cohort study. *BMC public health*, 6, 258
17. Covinsky, K.E., Lindquist, K., Dunlop, D.D., Gill, T.M. og Yelin, E. (2008, jan.). Effect of arthritis in middle age on older-age functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(1), 23-8
18. Morone, N.E. og Greco, C.M. (2007, maí-jún.). Mind-body interventions for chronic pain in older adults: a structured review. *Pain Medicine*, 8(4), 359-75
19. Baird, C.L. og Sands, L.P. (2006, okt.). Effect of guided imagery with relaxation on health-related quality of life in older women with osteoarthritis. *Research in nursing and health*, 29(5), 442-51



HITAVEITA
SUÐURNESJA