

Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí – 3. část, dokončení – parézy periferních nervů, myasthenia gravis, myopatie

Nejdůležitější neurologické diagnózy z pohledu rehabilitace

PhDr. Petr Uhlíř, Ph.D.¹, MUDr. Milada Betlachová¹, Petra Stará, DiS.²

¹Katedra Fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

²VOŠ zdravotnická Emanuela Pöttinga, Olomouc

Práce je zaměřena na problematiku pacientů s poruchami pohybu v domácím prostředí. Jsou zde nastíněny nejčastější poruchy pohybu, se kterými se můžeme v domácí péči setkat. Dále jsou uvedeny nejčastější příčiny poruch pohybu. Je kladen důraz na komplexní péči o pacienty s poruchami pohybu.

Klíčová slova: poruchy pohybu, paréza, myopatie, rehabilitace, domácí péče.

Cardiac function in hypertensive patients with metabolic syndrome and microalbuminuria

The article is focused on the issues related to patients with movement disorders in domestic environment. The most frequent movement disorders that may be encountered in home care are outlined here. Further, the most frequent causes of movement disorders are discussed. Particular emphasis is given to a complex care of patients suffering with movement disorders.

Key words: movement disorders, paresis, myopathy, physical medicine, rehabilitation, home care.

S jakými poruchami pohybu se u neurologických pacientů v domácí péči setkáváme?

■ S parézami jednotlivých periferních nervů, nejčastěji po traumatech, vzácněji po infekcích a z metabolických příčin.

Nejčastěji se můžeme v domácí péči setkat s periferní parézou n. (nervus) facialis (lícní nerv) po prochlazení nebo po borelióze.

Paréza lícního nervu je pochopitelně též kosmetický problém s výrazně negativními psychologickými následky, a to zejména u mladých žen. Specifikum této parézy spočívá v rozvoji patologických souhybů (synkinéz, např. při mrknutí dochází k elevaci ústního koutku). Tento fenomén u jiných periferních paréz nepozorujeme.

Mohou se rozvíjet i kontraktury denervovaných svalů, které zvyrazňují asymetrii a jsou také zdrojem nepříjemných pocitů.

Terapie v domácím prostředí zahrnuje tepelné procedury, masáže a uvolňování zkrácených tkání, ruční stimulaci a reedukaci, aktivní pohyby a polohování. Při tepelných procedurách aplikujeme např. horké zábaly na postiženou stranu obličeje dvakrát denně po dobu 1 hodiny. Následuje masáž, při níž se masážní pohyby provádějí směrem kranální, aby se vyrovnal pokles hypotonických svalů, začíná se od krku a postupuje se směrem k čelu, dále se praktikuje uvolňování zkrácených tkání. U významného svalového oslabení následuje ruční stimulace (jemné chvějivé pohyby ve směru svalových vláken, s využitím technik metodiky sestry Kenny).

Poté se přistupuje k reedukaci jednotlivých svalů, přičemž se pacient snaží již aktivně spolupracovat, a objeví-li se volná aktivita, začíná se s aktivním cvičením. Při aktivním cvičení provádí pacient před zrcadlem určitou sestavu cviků, při které se postupně procvičují všechny mimické svaly. Nejprve se cvičí s dopomocí, od stupně 3 svalového testu bez dopomoci a u stupně 4–5 se přidává odpor, ovšem jen přiměřený, aby se neprovokovaly patologické souhyby a rozvoj kontraktur. Po aktivním pohybu následuje vždy relaxace. Důležité také je dodržovat správný režim. Pacient by měl postiženou tvář chránit před prochlazením a při mluvení si přidržovat zdravou stranu, aby se asymetrie nezvýrazňovala (3).

Dále s parézou n. medianus (středový nerv; C5 – Th1). Častou příčinou postižení tohoto pe-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: PhDr. Petr Uhlíř, Ph.D., uhlir@atlas.cz
Katedra Fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci
tř. Míru 115, 771 11 Olomouc

Cit. zkr: Med. praxi 2016; 13(2): 96–98
Článek přijat redakcí: 2. 7. 2015
Článek přijat k publikaci: 11. 2. 2016

riferního nervu je syndrom karpálního tunelu. Jedná se o nejčastější úžinový syndrom, který se projevuje především senzitivní poruchou, dominují zde bolesti a dysestezie ruky a 1.–4. prstu, a to většinou v klidu, a často pacienti v noci probouzejí. Úlevu postižený pocítí typicky po rozcvičení a „protřepání“ prstů. V místech ligamentum carpi transversum bývá edém (2).

Při terapii je potřeba u parézy n. medianus pasivně procvičovat 1.–3. prst.

Také podporujeme souhru 1., 2. a 3. prstu a zejména abdukci a opozici palce. Vhodnou činností k takovému procvičení je například vyšívání. Dále se cvičí úchopy a svírání pěstí. U lehčích forem syndromu karpálního tunelu uleví někdy mobilizace karpálních kůstek a osvědčuje se též ortéza zápěstí používaná na noc a zabraňující flexi a extenzi ruky (3).

S parézou n. radialis (vřetenní nerv; C5–C7, tj. pátý krční až sedmý krční míšní kořen) z důvodu snadné zranitelnosti v sulcus nervi radialis humeri.

Z léčebného hlediska je nutno ihned aplikovat pružnou dlahu, která vytvoří protiváhu flexorům a ruka se může sevřít a uchopovat předměty. Flexory, pokud nemají protiváhu v předpětí pomocí extenzorů, flektují nejen prsty, ale také zápěstí. Síla úchopu je velmi omezena a uchopený předmět se nedá dobře používat. Cvičíme podle svalového testu. Většina obrn n. radialis má dobrou prognózu (2).

Vzniká nejčastěji při úrazech. K poškození nervu dochází v axille (např. tlakem vysokých berlí), častěji však v oblasti paže v sulcus n. radialis, kde je nerv poškozen následkem komprese různého původu. Někdy dojde k poškození nervu při zlomeninách humeru. Tato paréza vede k oslabení dorzální flexe ruky, vážné extenze prstů a extenze a abdukce palce. Ruka typicky přepadá volárně. Při vysoké lézi v axile nebo v oblasti paže se oslabuje extenze v lokti. Vážné současné extenze a abdukce palce ve všech kloubech, ale také extenze v metakarpofalangeálních kloubech 2.–5. prstu při maximální flexi v interfalangeálních kloubech. Porucha čítí může být velmi malá.

U těžké parézy končetinu polohujeme. Volárním přepadáváním ruky je nutné bránit používáním ortézy nebo dlahy, zpevňující oblast zápěstí, a to i při dlouhodobém klidu (v noci). Ruku pasivně procvičujeme do extenze a pacient takto cvičí také sám pomocí zdravé končetiny. Dále využíváme prvky metody Kenneyové

a cvičení podle svalového testu. Provádíme stimulaci extenzorů a reedukaci paretických extenzorů ruky, event. předloktí, nejprve pasivně, později za aktivní účasti pacienta. U svalového oslabení 2. stupně cvičíme extenzi ruky a extenzi v lokti s vyloučením váhy ruky a předloktí. Procvičujeme např. extenzi v lokti s končetinou položenou na stole do plné extenze v lokti. Od 3. stupně se již cvičí proti váze předloktí a ruky. Např. u vysoké léze n. radialis (s oslabeným m. triceps brachii) provádí pacient aktivní extenzi v lokti, a to z výchozí polohy, kdy je paže opřena o stůl nebo postel, zatímco předloktí volně visí přes okraj. Eventuálně se pacient u stejné podepřené končetiny naopak snaží brzdit pokles pasivně extendovaného předloktí (kdy nastává excentrická kontrakce m. triceps brachii), což může být ještě účinnější. Podobně se cvičí i extenze ruky, kdy je předloktí opřené o stůl nebo postel, zatímco ruka volně visí přes okraj. Při dalším zlepšení svalové síly se již cvičí i proti stupňovanému odporu terapeuta (či jím zacvičené osoby) (3).

S posttraumatickou parézou n. peroneus (lýtkový nerv; L4–S1, tj. čtvrtý bederní až první křížový míšní kořen), vzhledem ke snadné zranitelnosti v místě pod hlavičkou fibuly.

Dochází k oslabení anterolaterálního svalstva bérce, které je příčinou značných obtíží při chůzi. Je oslabena dorzální flexe a everze nohy. Při chůzi přepadává noha plantárně, proto může pacient zakopávat. Dochází také k podvrtnutím nohy při nestabilitě hlezna a dále jsou problémy i při odvíjení chodidla od podlahy. Může se též rozvinout kontraktura lýtkových svalů. Oslabení podobných svalů jako u parézy peroneu nastává i u léze kořene L5 (např. při výhřezu meziobratlové ploténky). Z rehabilitačního hlediska je důležité aplikovat závčas peroneální pásku, která zvedá pasivně špičku nohy, nebo ještě lépe obuv s pružnou planžetou v podrážce (2).

Při terapii je nutné zlepšovat sílu anterolaterálního svalstva bérce. Důležitá je prevence rozvoje kontraktury m. triceps surae a zpevnění nestabilního hlezenního kloubu např. osmičkovou bandáží, tapingem nebo ortézou hlezna. K přizvednutí paretické nohy slouží elastický peroneální tah, bránící poklesu paretické nohy při chůzi. Mediální podpora klenby nohy je někdy nutná jako prevence ploché nohy. K podpoře klenby použijeme individuálně zhotovené ortopedické vložky (3).

■ S periferními parézami u poruch nervosvalového přenosu. Mohou být paretické projevy kolísavé intenzity u neurologické nemoci myasthenia gravis. Pro tyto paretické projevy je typické to, že se v průběhu fyzické zátěže zhoršují a po odpočinku zlepšují.

Klinický obraz je charakterizován pocitem nepřekonatelné svalové únavy, výrazně závislé na fyzické činnosti. Postiženy jsou i svaly, které normálně zvýšenou únavou netrpí, tj. svalstvo okohybné, polykací a žvýkací. Často je prvním symptomem myastenie přechodný pokles očních víček nebo dvojité vidění. Záludná je forma bulbární, projevující se poruchami polykání a výslovnosti. Typickým příznakem pro myastenii je kolísání intenzity příznaků během dne, s narůstáním k večeru a po námaze, i po jídle (1).

Mnozí pacienti sami využívají cvičení jako autoterapie myastenických příznaků, ztěžujících některé aktivity denního života. Z respiračního pohledu jsou velmi významná dechová odporová cvičení, která zvyšují svalovou sílu, výkonnost respiračního svalstva i vitální plicní kapacitu a zlepšují mobilitu a expanzibilitu hrudního koše. Optimalizací dechových funkcí postiženého jedince zlepšujeme jak fyzickou výkonnost, tak i kvalitu života.

Velká skupina pacientů s myasthenia gravis trpí postižením okohybných, mimických a orofaryngeálních svalů. Proto je v těchto případech nutné zaměřit léčbu i na tuto oblast. Cvičení mimického svalstva např. provádí pacient před zrcadlem a trénuje pomocí změn výrazů v obličeji. Při postižení polykacích funkcí a žvýkacího svalstva lze využít terapie na bázi orofaciálních konceptů (3).

Dle klinického standardu pro myasthenia gravis z roku 2012 u stabilizovaných pacientů fyzický trénink zlepšuje svalovou sílu a dechová rehabilitace respirační funkce (4).

■ S periferními parézami u myopatií.

Klinický obraz je charakterizován postupně progredující slabostí svalstva a následným rozvojem svalové atrofie. U Duchennovy formy se objevují pseudohypertrofie svalových skupin, protože dochází ke zmnožení tukové tkáně. Maligní formy vedou po několika letech k imobilitě. Benigní formy omezují pohyblivost jen částečně a pacienti jsou s pomocí holí mobilní do čtyřiceti i více let. Nejvíce jsou progredující paretické projevy spolu

s deformitami vyjádřeny u progresivní svalové dystrofie typu Duchenne (1).

Pacientům je postupně potřeba pomáhat s chůzí, posazováním, otáčením na lůžku, s jídellem, oblékáním, hygienou. V pokročilém stadiu jsou pacienti zcela odkázáni na pomoc příbuzných a ošetřovatelů. Prognóza je nepříznivá.

Jelikož kauzální terapie svalové dystrofie není doposud známa, hraje soustavná rehabilitační péče velmi důležitou roli. Léčebná rehabilitace je zaměřená především na prevenci rozvoje sekundárních změn (deformit a kontraktur) a na zpomalení progresu funkčního deficitu. Pokud dojde ke svalovému oslabení, není možné pravidelně provádět fyziologický pohyb v jeho plném rozsahu, takže může dojít k retrakci jeho vazivové tkáně, tj. svalové kontraktury. Kontraktura u dystrofického svalu postihuje šlachy, vazivo i svalové vlákno. Jedná se o kombinaci zkrácení intramuskulární pojivové tkáně a degenerativních procesů v postižených svalových vláknech. Pro protažení zkrácených svalů a prevenci kontraktur lze aplikovat pasivní pomalé manuální protahování nebo polohování v poloze, ve které je zkrácený sval ve svém maximálním protažení. K tomuto účelu lze využít i speciální dlahy. Vhodnou formou je také kombinace protahování nebo polohování s pozitivní termoterapií, např. horkými zábaly, které zvyšují prokrvení svalové tkáně.

K zachování svalové síly jsou vhodná i pro domácí léčbu po zacvičení terapeutem aktivní analytická cvičení proti malému odporu. Pro podporu dechových funkcí, které bývají porušeny jednak následkem vlastního postižení dýchacích svalů, jednak i sekundárně vznikající-

mi deformitami páteře a hrudníku, se využívají řízená odporová dechová cvičení a techniky respirační fyzioterapie. Pravidelný aerobní trénink, jakým je např. chůze se zátěží 60–70% maximální tepové frekvence, může napomoci ke zlepšení kardiovaskulární výkonnosti, a tedy i ke snížení únavnosti. Terapeut by měl pacienta i příbuzné instruovat, jak provádět jednotlivé aktivity sebeobsluhy s minimálním úsilím a omezením excentrických kontrakcí (excentrická kontrakce je taková kontrakce při které se prodlužuje délka svalu). Pro usnadnění některých aktivit či pro podporu vzpřímeného držení těla lze pacientovi doporučit některé ortotické pomůcky. Pro zajištění napřímeného držení trupu je možné využít elastickou trupovou ortézu nebo korzet. V pokročilých stádiích nemoci, kdy dochází ke ztrátě samostatné lokomoce, může být v některých případech indikován elektrický vozík. V České republice funguje celonárodní organizace – Asociace muskulárních dystrofií ČR, která nejen poskytuje sociálně – právní pomoc, pořádá rehabilitačně výchovné kurzy a semináře, ale také reprezentuje specifické zájmy a potřeby pacientů s tímto onemocněním (3).

Někdy mohou poruchy hybnosti imitovat těžší algické stavy nejružnější etiologie, ale tyto vyžadují obzvláště šetrné rehabilitační postupy, eventuálně úplný klidový režim.

Závěr

Tato série příspěvků byla zaměřena na problematiku pacientů s poruchami pohybu v domácím prostředí. Byly zde nastíněny další neurologické diagnózy vedoucí k poruchám pohybu spolu s komplexním pohledem na rehabilitační péči a terapii.

Je žádoucí, aby všeobecná sestra měla nejen základní znalosti týkající se problematiky dané neurologické diagnózy, ale zároveň byla schopna komplexního pohledu na rehabilitační ošetrovatelskou péči a optimální terapii. Opakem, se kterým se v reálné praxi lze často setkat, je provádění terapeutických a ošetrovatelských úkonů rutinně, bez rozvahy a individuálního rozlišování u každého jednotlivého pacienta. Vždyť každý pacient je jiný a vyžaduje individuální přístup. Právě v úzké komplexní spolupráci všech členů zdravotnického týmu, kde nedílnou součástí tvoří kontinuální vzdělávání jednotlivců spolu s včleňováním nových poznatků, zejména osvědčených v praxi, spočívá budoucnost moderní zdravotnické péče.

V péči o pacienta s neurologickým onemocněním kromě úkolu zlepšit či stabilizovat funkční stav a zajistit odpovídající fyzickou výkonnost je třeba zdůraznit další důležité společné faktory. Je to kromě posílení pacientovy nezávislosti a sebevědomí zvýšení praktických aktivit v denním životě a naopak snížení sociální izolace a úzkosti. V případě progredujícího onemocnění je v rehabilitaci v popředí, vyjma ovlivňování motoriky, též snaha o udržení schopnosti pacienta k samostatnému životu. Závažnost péče v domácím prostředí u těchto stavů přináší útrapy rovněž rodinným příslušníkům a aktivní práce s nimi nemá být opomenuta.

Pevně věříme, že nastíněným stručným informačním přehledem pomůžeme nejen zkvalitnění domácí rehabilitační ošetrovatelské péče, ale i získávání vhledu všeobecných sester na neurologické diagnózy, se kterými se mohou potkávat v rámci své praxe.

LLITERATURA

1. Kaňovský P, a kol. Speciální neurologie. UP v Olomouci 2007: 392–393, 380–382, 398–401, 370–372, 360–361.
2. Pfeiffer J. Neurologie v rehabilitaci. Grada Publishing, Praha 2007: 153–158, 178–181, 266, 255–259, 245–246, 299, 302, 215, 214, 230.

3. Kolář P, et al. Rehabilitace v klinické praxi. Galén, Praha 2009: 375–377, 351–352, 348–349, 333–334, 347, 338–339, 334–335, 338, 325–326, 328.

4. Piřha J, Bednařík J, Zapletalová O, Schutzner J, Zámečník J, Ambler Z, Pátá M, Suchý M. Klinický standard pro diagnosti-

ku a léčbu myasthenia gravis. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie 2012; 2: 252.