

Physiotherapie spastischer Lähmungen nach Apoplexie

Autor(en): **Morche, Ute**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1980)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930586>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Physiotherapie spastischer Lähmungen nach Apoplexie

Ute Morche

Aus der Krankengymnastik-Schule an der Orthopädischen Klinik u. Poliklinik der Universität Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. H. Cotta) D - 6900 Heidelberg

Durch den Ausfall umschriebener Areale im Gehirn entwickelt der Hemiplegiker folgende Symptome, die eine normale Bewegung nicht zulassen:

1. Abnormer Haltungstonus
2. Abnorme Koordination in Haltung und Bewegung und damit verbunden ein Verlust an selektiver Bewegung
3. Störung des normalen Haltungsmechanismus mit Verlust von Stütz- und Gleichgewichtsreaktionen
4. Sensorische Ausfälle aller Grade bis zum Verlust der Kenntnis der betroffenen Seite.

Die Behandlung darf nicht standardisiert, sondern muss den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Patienten angepasst werden. Dennoch lassen sich die krankengymnastischen Behandlungsprinzipien nach folgenden Gesichtspunkten gliedern:

1. Normalisieren des Muskeltonus
2. Bahnen und Einschleifen von selektiven und fein abgestuft isolierten Bewegungen. Das bedeutet u.a. das Vermeiden von Massensynergien und assoziierten Reaktionen.
3. Das Erlernen von Stütz- und Gleichgewichtsreaktionen.

Unsere Rehabilitation wird nach der Bobath-Methode durchgeführt. Sie orientiert sich am Krankheitsstadium.

Hierbei unterscheiden wir im Verlauf der Hemiplegie 3 verschiedene klinische Zustände:

1. Das erste oder schlaffe Stadium
2. das spastische Stadium
3. das Stadium der relativen Erholung.

Lassen Sie mich anhand eines Verlaufsprotokolls über einen Zeitraum von ungefähr 8 Wochen die wichtigsten Behandlungsprinzipien und Massnahmen aufzeigen. Wir wählten einen 64-jährigen Patienten mit hochgradiger sensomotorischer, brachiofacial betonter Hemiparese rechts aus. Zusätzlich bestand eine fast komplette Aphasie.

Die krankengymnastische Behandlung begann, so wie wir es uns wünschen, am dritten Tag nach seiner stationären Aufnahme. Zu Beginn der Behandlung bestand ein vollständiger Funktionsausfall im rechten Arm. Das Bein war in Hüfte und Knie stark gebeugt und fiel nach aussen. Zusätzlich fand sich eine armbetonte Hypalgesie und Hypästhesie der rechten Körperhälfte. (Abb.1)

Folgende Massnahmen führten wir in der Akutphase des ersten Stadiums durch.

1. Der Standort des Bettes wurde so gewählt, dass nur eine Kontaktaufnahme über die betroffene Seite ermöglicht wurde. Ferner standen krankengymnastische Massnahmen zur Verhütung internistischer Komplikationen im Vordergrund wie
2. Thromboseprophylaxe, d.h. Anlegen von Kompressionsstrümpfen und Hochstellen des Bettendes
3. sowie Pneumonieprophylaxe. Dazu gehören vorwiegend Techniken zur Atemvertiefung und ausserdem
4. Kontrakturen- und Dekubitusprophylaxe, d.h. Lagerung bzw. Umlagerung in reflexhemmende Stellungen und das passive Bewegen der Extremitäten.

Der Lagerung kommt in dieser Phase eine bedeutende Rolle zu, da durch sie dem zu erwartenden spastischen Beuge- bzw. Streckmuster entgegengearbeitet wird. (Abb.2)

Parallel hierzu beginnt die Mobilisation der betroffenen Seite. Dazu gehört u.a.

1. Die Mobilisation des Schultergürtels
2. die volle Flexion des betroffenen Armes
3. das selbständige Durchbewegen des Armes (vorwiegend in reflexhemmende Position)
4. das Drehen auf beide Seiten (als Vorbereitung zum Hochkommen an die Bettkante)
5. sowie das Erlernen von kontrollierten und isolierten Bewegungen in Hüfte und Knie (ohne in totale Bewegungsmuster zu fallen).

Während des akuten Stadiums war der

Patient teilnahmslos, unkonzentriert und affektlabil, was die Behandlung sehr erschwerte. Der psychische Zustand und damit auch die Mitarbeit des Patienten besserten sich, nachdem wir ihn das erstmal aufsetzten.

Die Parese im Bein bildete sich rasch zurück, so dass der Patient nach einem Monat frei stehen und mit Unterstützung gehen konnte. Dagegen fiel es ihm noch immer schwer, seinen Arm aktiv einzusetzen. Deshalb konzentrierte sich die Behandlung in der zweiten oder spastischen Phase fast ausschliesslich auf die funktionelle Verbesserung des Armes. Die Behandlung in diesem Abschnitt wurde nach folgenden Gesichtspunkten aufgebaut:

1. Stabilisation des Rumpfes
2. Anbahnen der Stützfunktion des Armes in verschiedenen Ausgangsstellungen
3. Schulen von Koordination und Gleichgewicht
4. Erlernen von selektiven Bewegungen.

Im Sitzen hatte der Patient grosse Schwierigkeiten, sein Gleichgewicht zu halten. Er fiel ständig zur betroffenen Seite und war nicht in der Lage, den Arm zum seitlichen Stützen einzusetzen. (Abb. 3 + 4) Das vorhandene sensorische Defizit des Armes, verbunden mit der mangelnden Stützfunktion, führten zunehmend zu einer Ablehnung der betroffenen Seite und einem verstärkten kompensatorischen Einsatz der gesunden Körperseite. Diese Tatsache liess uns in Anlehnung an die motorische Entwicklung wieder auf sichere Positionen zurückgehen, in denen der Patient die gewünschten Bewegungen kontrolliert durchführen konnte. (Abb. 5) In den folgenden 3 Wochen verbesserte sich die motorische Funktion des Armes, so dass begrenzte funktionelle Bewegungen ausgeführt werden konnten (der Patient war nun in der Lage, in allen Ausgangsstellungen seinen Arm in verschiedenen Positionen halten zu können). Dennoch setzte er den Arm ausserhalb der Therapie nicht ein. Ohne taktile und propriozeptive Stimulation hatte der Patient nach seinen eigenen Angaben den Arm tatsächlich vergessen. Infolgedessen trat als typische Komplikation des Krankheitsbildes eine schmerzhafteste Schultersteife auf. Der Patient klagte in der letzten stationären Woche über zunehmende Schmerzen im Bereich

der Schulter, die ihn in seiner Beweglichkeit erheblich beeinträchtigten. Das Röntgenbild liess im Bereich des Tuberculum majus rechts eine vermehrte Sklerosierung im Ansatzbereich der Supraspinatus-Sehne erkennen. Zusätzlich fanden sich vermehrte degenerative Veränderungen im Schulter-eckgelenk (der rechtsseitige verbreiterte Gelenkspalt konnte nicht unbedingt als Ausdruck einer schlaffen Muskelführung des Gelenkes gedeutet werden). Funktionell bestand im Vergleich zur linken Seite eine verminderte Beweglichkeit in Flexion und Ausserrotation. Das Gleiten im Gelenk war aus manual-therapeutischer Sicht noch kaudal, ventral und dorsal gegenüber der gesunden Seite etwas erschwert.

Wir behandelten die Schulter kurzzeitig mit lokaler Kälte in Form von Eiswürfelkompressen. Anschliessend führten wir vorsichtige Gleitbewegungen nach dorsal und ventral (Abb. 6) sowie eine laterale Traktion durch. Nach 3 Wochen ambulanter Behandlung waren die Schmerzen und die beginnende Bewegungseinschränkung behoben.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass nach unseren Erfahrungen bessere Erfolge erzielt werden, wenn

- a) die Behandlung sofort in der Akutphase einsetzt und
- b) wenn das Hauptaugenmerk mehr auf die Förderung der Funktion der betroffenen Seite ausgerichtet ist, als auf das Training kompensatorischer Funktion der gesunden Seite.

Ausserdem kann die erworbene Selbständigkeit nur erhalten bleiben, wenn der Patient nach seiner Entlassung nicht wieder in seine häusliche Passivität zurückfällt, sondern motiviert ist, sein körperliches Training fortzusetzen.

Unser Patient ist mit 64 Jahren nach einer Behandlungsdauer von ungefähr einem halben Jahr wieder in der Lage, Auto zu fahren, zu schwimmen, einen neuen Hausbau zu organisieren und kann somit als voll rehabilitiert bezeichnet werden.

Ute Morche
Lehrkraft an der Krankengymnastik-Schule der
Orthopädischen Klinik und Poliklinik der
Universität, D - 6900 Heidelberg
Schlierbacher Landstr. 200 a

Abb. 1
Typische Haltung eines Hemiplegikers, auffälliges Beugemuster in Arm und Bein bei gleichzeitiger Abweichung des Rumpfes aus der Körperlängsachse zur betroffenen Seite.

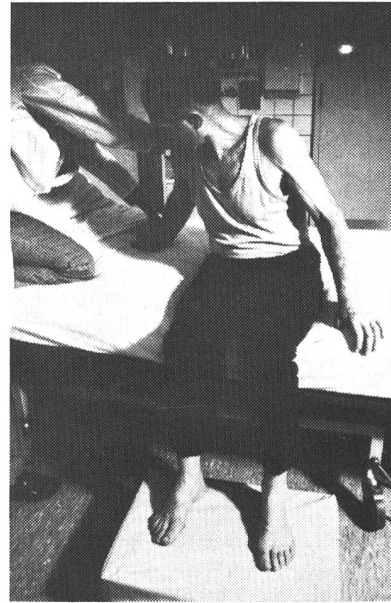
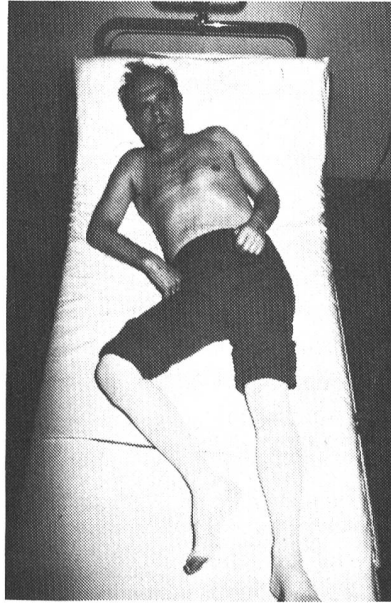


Abb. 4
Die reflexhemmende Ausgangsstellung ermöglicht dem Patienten unter gleichzeitiger Stimulation den Handstütz zu halten.

Abb. 2
Lagerung in reflexhemmender Stellung der betroffenen Seite.

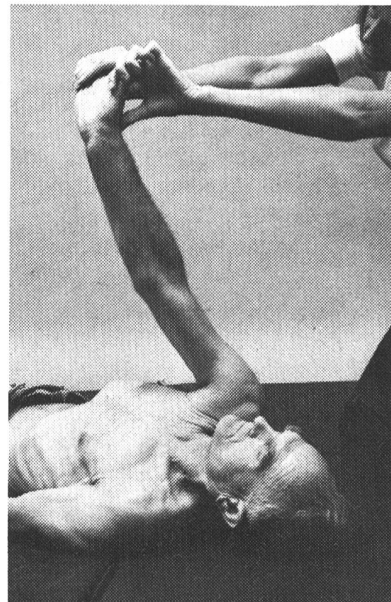
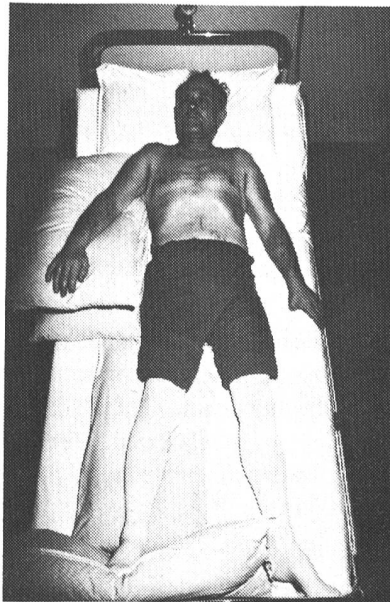


Abb. 5
Anbahnen von isolierten Bewegungen im Ellenbogen durch distale Stimulation bei reflexhemmender Ausgangsstellung des Armes.

Abb. 3
Das angedeutete Beugemuster im Arm zeigt die Unfähigkeit des Patienten sich abzustützen.

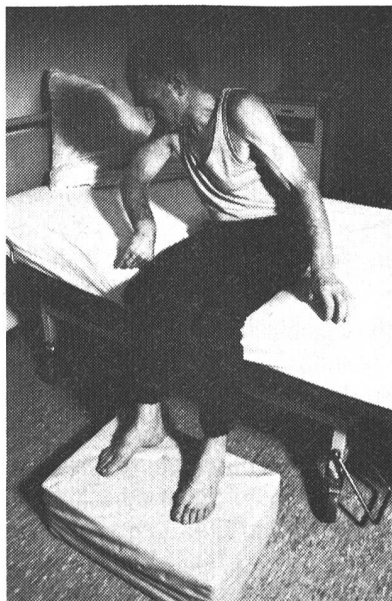


Abb. 6
Das Gleiten des caput humeri nach ventral wird bei eingeschränkter Extension und Aussenrotation angewandt.