

Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí – 3. část, 4. pokračování – polyradiculoneuritida Guillaine – Barre, paréza plexus brachialis, diabetická polyneuropatie

Nejdůležitější neurologické diagnózy z pohledu rehabilitace

PhDr. Petr Uhlíř, Ph.D., MUDr. Milada Betlachová

Katedra Fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

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, diabetes mellitus, paréza, rehabilitace, domácí péče.

Care of a patient with a movement disorder in the home setting: part 3, continuation 4. Guillain-Barré polyradiculoneuritis, plexus brachialis paresis, diabetic polyneuropathy

The most important neurological diagnosis in terms of rehabilitation

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, diabetes, paresis, physical medicine and rehabilitation, home care.

Med. praxi 2015; 12(4): 205–206

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

- Vzácně s periferními parézami po proběhlé polyradiculoneuritidě Guillaine – Barre (PGB, 6.).

Podle recentní klasifikace se PGB označuje jako akutní zánětlivá demyelinizační polyradiculoneuropatie. Po předchozím respiračním nebo gastrointestinálním infektu dochází k rozvoji chabých obrů se vzestupným průběhem od akér dolních končetin.

Během několika dní až týdnů není pacient schopen chůze a v těžkých případech i pohybů horními končetinami. V některých případech dokonce může dojít k obrně dýchacích svalů a bez patřičné pomoci i ke smrti. Svalstvo na postižených končetinách je hypotonické, postupně dochází k jeho hypotrofii. Nemocný zpravidla není inkontinentní a nemá sklon k tvorbě dekubitů. Velmi časté jsou autonomní deregulace s ortostatickou hypotenzí (1).

V terapii se zaměřujeme na návrat svalové síly a postupnou vertikalizaci pacienta, zlepšení stereotypu dýchání, nácvik lokomoce a stability, nácvik jemné motoriky horních končetin.

Cvičení k návratu svalové síly

Využívají se facilitací techniky, které dráždí proprioceptory a exteroceptory: kartáčování, tření, míčkování, pasivní protahování a polohování podle Kennyové, kloubní mobilizace. Při stupni svalové síly 0-2 začínáme pasivním pohybem v celém rozsahu, pohyb je pomalý, plynulý, šetrný, nesmí být bolestivý. Udržuje se tak rozsah hybnosti v kloubech, působí se preventivně proti vzniku kontraktur a facilitují se paretické svaly. Pacient se na cvičení plně soustředí, a pokud je sval plegický, může se provádět pohyb alespoň v představě. Od svalové síly stupně 2 cvičíme podle svalového testu v odlehčených polohách (např. v horizontále ve vodě nebo v závěsu). Velký důraz se má klást na přesné provedení pohybu. Cvičit se má jen do únavy. Od stupně 3 svalového se používá zejména technik založených na neurofyziologických principech, které vycházejí z toho, že mozek řídí pohyb jako celek, nikoliv samostatnou funkci jednotlivých svalů. Jakmile se dostaví známky svalového přetížení, jako je třes, bolest a snížení svalové síly, pacient ihned cvičení ukončí. Nácvik vertikalizace a lokomoce

Pokud pacient nezvládá vertikalizaci, aplikuje se alespoň několikrát denně tlak do plosek,

trénuje se nadzvedávání pánve a pacient se vertikalizuje pasivně. Jakmile to stav dovolí, nacvičuje se stereotyp leh – sed – stoj.

Při nácviku stoje se klade důraz na rovnoměrné rozložení hmotnosti na obě dolní končetiny a uvědomění si zatížení plosky nohy, využívá se principu senzomotorické stimulace. Postupně se prodlužuje čas aktivního stoje a trénuje se přenos těžiště.

Podle schopnosti pacienta následuje nácvik chůze s pomůckami, např. s chodítkem nebo o dvou francouzských holích. Chůzi bez pomůcek začínáme nacvičovat o širší bázi, postupně zařazujeme trénink normální chůze, chůzi bez kontroly zraku a v terénu.

Nácvik stability, balanční cvičení

Na poruše stability se podílí svalové oslabení i porucha propriocepce, ke zhoršení proto dochází při vyloučení zrakové kontroly. Dbá se na přesné provedení, plynulost, začátek, směr a cíl pohybu. Cvičení probíhá od nejjednodušších pohybů k nejsložitějším, od nejstabilnějších poloh vleže, postupujeme k vyšším, labilním, a tedy náročnějším polohám (cvičení vleže na boku, vsedě, na čtyřech, vestoje). Postupně se zvyšují rozsahy pohybů.

Nácvik jemné motoriky horních končetin

Při přetrvávajícím oslabení rukou s omezením jemné motoriky konzultujeme postup s ergoterapeutem, pacienta vybavujeme potřebnými pomůckami do domácího prostředí, vyzkoušet můžeme i ortézování, které usnadňuje úchop (3).

■ S periferní parézou u plexopatií. Nejčastější je posttraumatická paréza plexus brachialis (4). Z netraumatických příčin je možná nádorová infiltrace a metastatický rozsev karcinomu hrotu plic. Postradiační plexopatie vznikají po aktinoterapiích axilárních uzlin pro karcinom prsu a plic. (Postiženy jsou C5-Th1, tj. pátý krční až první hrudní míšní segment + příslušné míšní kořeny) (1).

Při kompletní lézi brachiálního plexu vzniká chabá plegie celé horní končetiny, vyjma elevace ramene. Neúplná léze se dělí na horní typ, kdy dochází k postižení vláken ze segmentů C5-6 (tj. pátý až šestý krční míšní segment). Klinický obraz můžeme charakterizovat jako „dobrou ruku na ochrnutém rameni a paži“. Objektivně nalézáme postižení abdukce a zevní rotace paže, flexe a supinace předloktí, je areflexie bicipitového a radiopronačního reflexu. Porucha cití může chybět nebo je lehká hypestézie na zevní straně paže a na radiální straně předloktí. Dolní typ je charakterizován jako „ochrnutá ruka na dobrém rameni a paži“, jde o postižení vláken ze segmentů C8-Th1 (osmý krční až první hrudní míšní segment). Nacházíme postižení drobných svalů ruky, někdy i dlouhých flexorů prstů a flexorů zápěstí. Omezeny jsou jemné pohyby prsty a volární flexe ruky. Pacientům se musí pomáhat při oblékání.

Terapie u parézy plexu horního typu

Je zaměřena na zlepšení síly všech oslabených svalů. Při těžkém oslabení je třeba zároveň bránit i bolestivé subluxaci ramenního kloubu. Proto se používá závěs končetiny, podpora ramenního kloubu v podpaží nebo abdukční ortéza ramenního kloubu. Tím se zabrání subluxaci a rozvoji syndromu bolestivého ramene. Dále se pasivně procvičují pletencové svaly, ramenní kloub a pak izolovaně jednotlivé oslabené svaly s využitím metody sestry Kenny a cvičení podle svalového testu. K podpoře stability ramenního kloubu i lopatky a aktivaci pletencových svalů jsou vhodné prvky senzomotorické stimulace, např. cvičení zaměřené na udržení stability v po-

sturalně náročnějších polohách vkleče s extenzovanými horními končetinami nebo vkleče s oporou o lokty. V těchto polohách pacient např. přenáší váhu z jedné horní končetiny na druhou nebo provádí trupem střídavě posun vpřed a vzad, přičemž musí udržet stabilitu. V těchto polohách se provádějí různá stabilizační cvičení.

Terapie u parézy plexu dolního typu

Je zaměřena na oslabené svalstvo ruky a předloktí. Procvičují se pasivně klouby prstů, ruky, zápěstí i loket. Dále se izolovaně procvičují jednotlivé svaly podle svalového testu, u 2. stupně se flexe i extenze prstů i ruky cvičí v odlehčení, u 3. stupně již i proti váze končetiny a posléze i proti odporu. Jsou-li dominantně oslabené extenzory ruky a prstů, užijeme podobné postupy jako u parézy n. radialis (viz níže). Pozornost se věnuje nácviku jemné motoriky prstů a zlepšení úchopové funkce ruky. Zde se volí aktivity podporující abdukci – addukci prstů, sbírání a přemísťování drobných předmětů, nácvik psaní na klávesnici atd.

Terapie u kompletní léze brachiálního plexu

U této poruchy se kombinují postupy uvedené výše u parézy plexu horního a dolního typu. U rozsáhlých, devastujících poranění brachiálního plexu, kdy došlo k plegii celé horní končetiny, postižení je ireverzibilní, a proto podporujeme trofiku svalů, končetinu polohujeme, pasivně cvičíme všechny segmenty, bráníme rozvoji akrálního edému a kloubní ztuhlosti v oblasti prstů a zápěstí. Končetinu také kompenzačně zajišťujeme (ortézy, závěsy). Je možné též zhotovit speciální funkční ortézy, jejichž konstrukce umožňuje odlehčení končetiny, i ovladatelný pohyb (2).

■ S periferní parézou u pacientů s polyneopatiemi nejrozličnější etiologie, nejčastěji u pacientů s diabetes mellitus, postinfekční (nejčastěji po borrelióze), po toxických postiženích (např. při chronickém abuzu alkoholu).

Pacientům je někdy třeba pomáhat při chůzi a s jemnou motorikou.

Polyneuropatie se klinicky projevují senzitivními projevy (dysestézie jako mravenčení, brnění, pálení, bolesti, hypestézie až anestezie) i motorickými projevy (fascikulace, periferní chabé parézy). Z motorických symptomů jsou to chabé parézy distálních svalů častěji na dolních

končetinách spojené se svalovými atrofiemi. Maximum postižení zpravidla bývá na akrech dolních končetin (1).

Rehabilitace u diabetické polyneuropatie (5), se kterou se můžeme v domácí péči nejčastěji setkat.

Rehabilitace je potřebná i u pacientů s poruchami hlubokého cití, které jsou provázeny poruchami rovnováhy. V terapii se využívá senzomotorické stimulace. Je třeba cvičit jen do únavy, necvičit přes bolest, nutná je důsledná kontrola pohybů terapeutem a volba pouze takových cviků na labilních plochách, které pacient bezpečně zvládá. U pacientů s neuropatií jsou v důsledku poruchy cití zpomaleny ochranné reflexy a je větší riziko pádu, proto zejména u starších a více postižených pacientů preferujeme cvičení, například na pěnových podložkách před úsečemi. Snažíme se o automatizaci pohybu. V případě dekompenzace, tj. hyperglykemie či hypoglykemie, cvičení přerušujeme. Vyhýbáme se skokům a prudkým nárazům, protože u pacientů s proliferativní retinopatií hrozí krvácení do sítnice. Kondiční cvičení je vhodné při 60% maximální tepové frekvenci. Při vyšší zátěži je riziko kardiovaskulární dekompenzace a proteinurie (3).

Literatura

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. Gilbert A. Brachial Plexus Injuries. Martin Dunitz, London 2001: 9-12.
5. Lawson E. Painful Diabetic Polyneuropathy. Springer New York 2013: 63-95.
6. Nobohiro Y, Hartung HP. Guillain-Barré Syndrome. N Engl J Med 2012; (336): 2294-2304.

Článek přijat redakcí: 5. 6. 2014

Článek přijat k publikaci: 20. 3. 2015

PhDr. Petr Uhlíř, Ph.D.

Katedra Fyzioterapie,
Fakulta tělesné kultury,
Univerzita Palackého v Olomouci
tř. Míru 115, 771 11 Olomouc
uhlir@atlas.cz

