

Hüftschmerzen vorbeugen

Pflegerischer Umgang mit der Hüftproblematik bei Patienten mit Halbseitenlähmung nach Schlaganfall

Daniela Schieberle

Bei einer Halbseitenlähmung kommt es durch eine Schwäche der Muskeln zum Absinken der stärker betroffenen Beckenseite und damit zur Beckenasymmetrie. Wird diese Fehlstellung im Hüftgelenk nicht von Anfang an korrigiert, führt sie zu Hüftschmerzen und in der Folge zu einer erschwerten Mobilisation und Rehabilitation. Der folgende Beitrag erläutert, welche Auswirkungen eine Halbseitenlähmung mit sich bringt und welche Konsequenzen für den Pflegealltag daraus entstehen.

Die Halbseitenlähmung ist das auffälligste Merkmal nach einem Schlaganfall und hat verschiedene Auswirkungen auf das Becken und demzufolge auch auf die beiden Hüftgelenke. Die Lähmung ist unterschiedlich ausgeprägt, die Spanne reicht von einer kompletten schlaffen Lähmung (Hemiplegie) bis zu einer herabgesenkten Muskelspannung (Hemiparese) in der stärker betroffenen Körperseite. Die Lähmung ist der deutlichste Hinweis nach einem Schlaganfall und fällt allen Beteiligten wie Patient, Angehörigen, Freunden, Pflegenden, Therapeuten und Ärzten sofort ins Auge. Leider ist eine Lähmung nicht das einzige Symptom, nicht die einzige Auswirkung, unter der Schlaganfallpatienten leiden.

Viele Patienten nehmen ihre stärker betroffene Seite nicht mehr wahr, können sie nicht spüren oder klagen über Missempfindungen wie Kribbeln, Ameisenlaufen usw.

Auf weitere Folgen eines Schlaganfalls soll hier nicht näher eingegangen werden. Nur einige seien genannt: 90 Prozent der Betroffenen haben teilweise massive Schwierigkeiten bei der Aufmerksamkeit und Konzentration, dazu kommen oft noch Störungen der Sprache, Handlungsplanung, Raumwahrnehmung usw.

Welchen Einfluss hat die Lähmung auf das Becken?

Durch eine Halbseitenlähmung sind die Muskeln der stärker betroffenen Seite zunächst inaktiv und auch später oft noch

Wie ist das Becken aufgebaut?

Das Becken bildet die Basis des Rumpfes und stellt die Verbindung zwischen Wirbelsäule und Beinen dar. Das Becken ist ein knöcherner Ring, der von den beiden Hüftbeinen (Ossa coxae) und dem Kreuzbein (Os sacrum) gebildet wird. Es hat drei gelenkige, relativ starre und unbewegliche Verbindungen: Zwei Iliosakralgelenke verbinden das Kreuzbein mit den Hüftbeinen, und die Schambeinfuge vereinigt vorne die beiden Hüftbeine.

Das Hüftgelenk ist ein Kugelgelenk. Der Oberschenkelkopf (Femurkopf) stellt zwei Drittel einer Kugel dar. Die Außenseite des Hüftbeins bildet die Gelenkpfanne. Der Femurkopf wird im aufgerichteten Stand nicht vollständig von der Hüftpfanne bedeckt. Gelenkkapsel, Bänder und Muskeln geben dem Hüftgelenk zusätzliche Stabilität. Bei der Beugung sind die Bänder allerdings entspannt, was eine instabile Stellung zur Folge hat.

weniger kraftvoll, weniger stark ausgeprägt. Dieses Schicksal trifft auch den Gesäßmuskel. Wenn dieser große Muskel ausfällt, ist die Folge vergleichbar mit einem „platten Reifen“. Es kommt zum Absinken der stärker betroffenen Beckenseite, was eine Beckenasymmetrie zur Folge hat. Besonders deutlich ist dies in Rückenlage zu beobachten, aber auch im Sitzen und Stehen sichtbar. Der Gesäßmuskel spielt zudem eine wichtige Rolle bei der Gelenkstabilisierung. Bei einer schlaffen Lähmung ist die gelenkstabilisierende Wirkung herabgesetzt.

Durch das Eigengewicht des Beines gleitet der Oberschenkelkopf im Gelenk nach unten außen. Der Einfluss der Schwerkraft verstärkt die Problematik. Das Bein fällt immer weiter in die Abduktion (weg vom Körper), Außenrotation (Außendrehung) und Beugung. Dies kann soweit gehen, dass in Rückenlage das Knie des stärker betroffenen Beins die Matratze berühren kann. Ein Zustand, der bei einer physiologischen Gelenkstellung nicht erreicht werden kann (eine Ausnahme finden wir bei Artisten und nach langjährigem Balletttraining). Wird bei der Lagerung diese Fehlstellung nicht korrigiert, hat dies weit reichende Folgen für die Genesung. Bei zunehmender Muskelspannung verkürzt sich der Gesäßmuskel und die hintere Oberschenkelmuskulatur. Diese Muskeln ziehen das Bein weiter in Beugung, Abduktion und Außenrotation (s. Abb. 1). Das kleine Kissen unter dem Knie soll verdeutlichen, dass das Knie in der Luft hängt.

Die häufige Folge: Hüftschmerzen

Die nicht korrigierte Fehlstellung im Hüftgelenk und falsches Handling führen zu Hüftschmerzen. Die Zahl der Pati-

enten mit Hüftschmerzen nähert sich der mit Schulter- und Hüftschmerzen an.

Warum kommt es zu Hüftschmerzen? Wird ein sich in Beugung, Abduktion und Außenrotation befindendes Bein über die Außenrotation angebeugt, kommt es zu Verletzungen im Gelenk. Bedingt durch die Fehlstellung und durch die Gelenkinstabilität stößt der Oberschenkelkopf an die Gelenkpfanne. Knochen reiben aneinander.

Des Weiteren wird die Gelenkkapsel gereizt und es kommt durch stetige Wiederholungen zu Entzündungen. Ebenso ist die Gefahr hoch, dass gelenknahe Bänder und Muskeln einquetscht werden.

Was ist zu beachten?

Befindet sich ein Bein in der Rückenlage in Außenrotation, Abduktion und Beugung, sollte zur Stabilisierung ein Handtuch alternativ ein kleines Kopfkissen unter den Trochanter anmodelliert werden. Dadurch kann die Beckenasymmetrie korrigiert und der Oberschenkelkopf wieder in der Gelenkpfanne zentriert werden.

Achtung: Fällt oder dreht ein Fuß nach außen, ist die Ursache in der Regel die Fehlstellung im Hüftgelenk. Ein Kissen, welches seitlich an den Fuß gelegt wird, verändert nicht die Problematik!

Damit bei der Bewegung des Beines ein möglichst hoher Schutz im Hüftgelenk vorhanden ist, ist es wichtig, vor dem Aufstellen und Anbeugen das Bein zunächst in eine günstigere, eine physiologischere Position zu bringen.

■ Eine Hand der Pflegekraft geht seitlich an das Hüftgelenk, um das Bein in die Mitte zu führen. Die zweite Hand liegt am Oberschenkel, nimmt Gewicht ab und unterstützt evtl. unter leichtem Zug die Bewegung. So wird im Hüftgelenk

ein Aufeinanderreiben von Gelenkflächen verhindert, Verletzungen vorgebeugt (Abb. 2).

■ Die am Oberschenkel liegende Hand hält nun das Bein in dieser Position, die andere geht zum Fuß (Abb. 3). Liegt das Bein mittig, ist die Muskulatur in einer für sie ausgesprochen ökonomischen und effizienten Anordnung. So wird eine optimale Voraussetzung für eine leichte Bewegung geschaffen. Erst jetzt kann aus dieser Stellung heraus das Bein mit der Hüfte in Kontakt treten und aufgestellt werden (Abb. 4).



Problem

Abb. 1
Ein Schlaganfallpatient in der Klinik.
Deutlich zu sehen: Das Bein der stärker betroffenen Seite fällt in Beugung, Abduktion und Außenrotation

Beine sollten nicht gleichzeitig angebeugt werden. Zum einen ist sowohl für die Pflegekraft als auch für den Patienten ein relativ hoher Kraftaufwand nötig, zum anderen besteht hier die Möglichkeit, Beine zu „ver-einzeln“. Die Muskellängen und damit ein höherer Grad an Bewegungsausmaß werden erhalten, und der Patient erfährt, dass er „zwei Beine“ hat.

Physiologische Ausgangsstellung nutzen

Diese Ausgangsstellung kann für unterschiedliche pflegerische Tätigkeiten genutzt werden. Der Pflegende sitzt oder kniet sich neben die Beine des Patienten auf das Bett, Blickrichtung Fußende. Der Oberschenkel und das Knie des Patienten finden am Oberkörper

des Pflegenden Halt, so dass einer Außenrotation, Abduktion des Patientenbeins im Hüftgelenk vorbeugt wird. Der Unterschenkel befindet sich zwischen Oberarm und Oberkörper des Pflegenden (Abb. 5). Das Patientenknie liegt hinter der Achselhöhle des Pflegenden. So ist

gewährleistet, dass der Femurkopf im Gelenk zentriert ist. Mögliche Anwendungen sind das Füße waschen, Socken an- oder ausziehen, Füße eincremen, Schuhe an- und ausziehen. Beim Schuhe anziehen unterstützt der anschließende Druck auf das Knie das Hineingleiten der Ferse in den Schuh. Durch Druck auf das Knie des aufgestellten Beins wird Stabilität hergestellt. Nun ist es dem Patienten möglich, auch das weniger betroffene Bein leichter anzubiegen (Zusammenhang Stabilität/Mobilität). Diese Ausgangsstellung ermöglicht es dem Patienten, das Becken anzuheben und kann beispielsweise zum Hose hoch- und runterziehen genutzt werden oder zum Drehen auf die Seite.

ten eine schmerzfreie Lagerung. Lagerung wird folglich eher möglich und toleriert.

Fazit

Wird die Fehlstellung im Hüftgelenk nicht von Anfang an korrigiert, führt diese zu Hüftschmerzen, in der Folge zu einer erschwerten Mobilisation und Rehabilitation.

Die Fehlstellung findet sich nicht nur in der Rücken- und Seitenlage. Ebenso setzt sie sich im Sitzen fort. Auch hier fällt oder zieht das Bein nach außen. Dadurch fehlt die Basis für einen symmetrischen und aufrechten Sitz.

Kommt der Patient zum Laufen, sind die physiologischen Voraussetzungen für eine vollständige Gewichtsübernahme auf dem stärker betroffenen Bein (Standbeinphase) durch die fehlende Zentrierung des Femurkopfes im Hüftgelenk nicht gegeben. Es kann zu einem „Springbein“ kommen (= wenn Gewicht auf das Bein kommt, zieht es in die Beugung).

Deshalb gilt es zu vermeiden, dass sich das stärker betroffene Bein in Außenrotation, Abduktion und Beugung befindet beziehungsweise geführt wird.

Bei allen Bewegungen, Lagerungen ist auf die Zentrierung des Oberschenkelkopfes im Gelenk zu achten.

Wie anfangs erwähnt, spüren Schlaganfallpatient häufig ihre stärker betroffene Seite nicht oder nur ungenügend. Dies erschwert es dem Patient zusätzlich, selbst auf seine stärker betroffene Körperseite zu achten. Die Vorsorge vor Hüftschmerzen liegt in der Verantwortung der Pflegenden. Die Anleitung der Angehörigen durch Pflegende sollte ein Bestandteil der Pflege am Patienten sein.

Anschrift der Verfasserin:

Daniela Schieberle, Pflegeinstruktorin Bobath BIKA*, Stationsleitung in der Neurochirurgischen Rehabilitation Hattingen-Holthausen Wannan 55, 58455 Witten Kontakt: www.bika.de/kontakt_ds.html

Abb. 2
Bei der Bewegung des betroffenen Beines wird dies zunächst vorsichtig und mit Unterstützung in die Mitte geführt



Abb. 3
Die am Oberschenkel liegende Hand hält das Bein in dieser Position, die andere geht zum Fuß



Abb. 4
Jetzt kann das Bein aufgestellt werden



Abb. 5
Der Körper der Pflegekraft hält das betroffene Bein in einer physiologischen Mittelstellung. Einer Außenrotation und Abduktion des Patientenbeins im Hüftgelenk wird vorgebeugt



Patienten schmerzfrei lagern

Aus Gründen der Stabilität und Zentrierung des Femurkopfes in der Hüftpfanne sollte das Drehen des Patienten auf die Seite immer mit beidseits aufgestellten Beinen erfolgen.

Bei der Lagerung auf die stärker betroffene beziehungsweise auf die weniger betroffene Seite ist darauf zu achten, dass der Oberschenkelkopf nicht durch die Schwerkraft aus der Pfanne gleiten kann.

Deshalb muss im Besonderen bei der Lagerung auf die weniger betroffene Seite das Lagerungsmaterial bis zum Hüftgelenk anmodelliert werden (nun liegt das stärker betroffene Bein mit seinem gesamten Gewicht oben). Nur so kann das Beingewicht abgenommen werden und der Femurkopf ist dadurch sicher in der Gelenkpfanne verankert. Dies ist mit einem einzelnen Kissen zwischen den Knien nicht gewährleistet. Die Beine sollten weder in Innenrotation (Innendrehung) noch in Außenrotation (Außendrehung) abgelegt werden. Erst die sicher gestellte Zentrierung des Femurkopfes in der Hüftpfanne ermöglicht dem Patienten