



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

💡 „Hausaufgaben“ für Patienten

Ein Eigenprogramm der Patienten kann versteiften Muskeln und damit Schmerzen vorbeugen:

- Den Patienten schulen, in Rückenlage das Knie seines weniger betroffenen Beines mit der Hand zu halten und dieses kreisend (auch mit Richtungswechsel) zu bewegen. Über den knöchernen Beckenring überträgt sich die Bewegung dieser Seite auch in eine muskuläre Aktivität in der anderen Hüfte. Diese kleinen Bewegungen lösen verkrampte Muskulatur.
- In Rückenlage kann der Patient die Ferse seiner besseren Seite nach unten (zum Fußende des Bettes) und gleichzeitig den Arm nach oben schieben. Dies führt zu einer Verlängerung der bewegten Rumpfseite. Zwangsläufig verkürzt sich die Gegenseite und gewährt so die Voraussetzung für deren Aktivierung. Die Körpergewichte, die durch Hypotonie der Muskulatur den Körper auf diese Seite ziehen, wirken nicht mehr so stark ein.

MUSKULATUR AKTIVIEREN

Aktivierende Pflege bei Schlaganfall

In der Frühphase eines Schlaganfalls treten bei einigen Betroffenen Hüftschmerzen auf. Mittels gezielter Positionierung und Bewegungsförderung ist es möglich, die verursachenden Steifigkeiten zu lösen.

Text: Gabi Jacobs, Annette Köble-Stäbler

Hüftschmerzen nach einem akuten Schlaganfall lassen sich physiologisch so erklären: Infolge der Plegie sinken in Rückenlage der Rumpf und vor allem das Becken auf der betroffenen Seite tiefer in das Bett. Die Glutealmuskulatur wird hierbei flach gedrückt. Dadurch liegt das Becken auf dieser Seite nun tiefer und der Oberschenkel rollt in Außenrotation.

Der Außenknöchel und die Knieaußenseite kommen beinahe oder vollständig auf der Matratze zum Liegen. Druckstellen, vor allem am Fußknöchel, sind eine häufige Folge. In gravierenden Fällen ist der Oberschenkel so weit nach außen gedreht, dass trotz Rückenlage Druck auf den Trochanter major ausgeübt wird.

Das Becken sinkt auf den gedrehten Oberschenkelkopf. Der Rand der Hüftpfanne drückt dabei auf den nicht in der Gelenkspur ausgerichteten Oberschenkelkopf und reibt bei Bewegung daran. Wird jetzt das Bettkopfteil hochgestellt, erhöht sich der Druck auf den Oberschenkelkopf. Überdies werden nun Weichteilstrukturen wie Schleimbeutel und Bänder gequetscht. Die entstehende Schwellung drückt auf das gesamte umliegende Gewebe.

Mit zurückkehrender Wachheit bewegen sich die Patientinnen und Patienten mehr und mehr im Bett. Waren sie auf der mehr betroffenen Seite positioniert, bewegen sie sich in Richtung Rückenlage zurück. Während sich

das Becken mit dem Rumpf in die Rückenlage dreht, bleibt das schlaaffe Bein in Abduktion und Außenrotation mit einer Knieflexion liegen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Patienten das bessere Bein meist gestreckt ablegen. Ein Hohlkreuz entsteht und der Kopf drückt in das Kissen (Abb. 1).

Kann das plegische Bein dem zurückdrehenden Becken nicht folgen, werden die Adduktoren gespannt. Sobald deren Länge erschöpft ist, hebt sich das Knie von der Matratze ab. Die Adduktoren einschließlich ihrer Sehnen sind maximal unter Spannung. Sie müssen nun das Bein gegen die Schwerkraft halten. Der Ursprung dieser Muskelgruppe liegt am Schambein. So ziehen sie den Oberschenkelkopf noch stärker gegen den Pfannenrand. Die starke Hebelwirkung des in der Luft hängenden Knies fordert von den Adduktoren enorme Haltearbeit, was zur Steifigkeit dieser Muskulatur führt.

Die wenigsten Patienten schaffen es aus dieser Position heraus, sich selbst weiter umzulagern und verharren mit gespannten, versteiften Adduktoren und der starken Rückenspannung bis das Pflegefachpersonal zum nächsten regulären Positionswechsel erscheint. Aus dem Bedürfnis, ihre Schmerzen zu mildern, stellen Patienten ihr besseres Bein auf, um ihr Becken anzuheben. Diese einbeinige Brücke lässt das Becken allerdings weiter auf das liegende, verdrehte Bein sacken (Abb. 2).

Versucht sich der Patient gleichzeitig noch mit der Hand am Bettholm hochzuziehen, verstärkt sich die Symptomatik weiter. Daraus können sich folgende Probleme ergeben:

- Schmerzen im Hüftgelenk, Muskeln und Weichteilen
- Unruhe und Schlaflosigkeit
- Angst vor passiv gestalteten Positionswechseln
- Dekubitus am Außenknöchel
- Hüftkontraktur

Zudem können sekundäre Folgen entstehen: Das kompensatorische Halten der Adduktoren kann diese normalerweise phasischen Charaktereigenschaften dieser Muskulatur in tonische (für ausdauernde Haltearbeit) umwandeln. Die Elastizität von Muskulatur und Bindegewebe verändert sich und wird steifer. Die Adduktoren sind eigentlich keine Hüftbeuger. Bei außenrotiertem abduzierten Bein sind es aber gerade diese (nun oben liegenden) Muskeln, die die Beugung initiieren.

Über einen größeren Zeitraum hinweg verändert sich die Muskelfunktion so zum Hüftbeuger. Auch die innere Repräsentation im zentralen Nervensystem verändert sich und der Zugriff auf häufig benutzte Bewegungsstrategien ist schneller. Diese Kompensation etabliert sich, auch in anderen Situationen kommt das neue Bewegungsprogramm zur Ausübung. Es ist immer wieder zu beobachten, wie beim Versuch aufzustehen das Bein sich beugt und der Patient es vom Boden wegzieht, anstatt in den Boden zu drücken. Er steht dann auf einem Bein, ohne Balance.



Gabi Jacobs
Pflegeaufbaukursinstructorin Bobath BIKA
Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
gabi.jacobs@web.de



Annette Köble-Stäbler
Physiotherapeutin Bobath Instruktorin IBITA
akoeble@me.com

Wenn die Hüfte auf der mehr betroffenen Seite schmerzt, wirkt sich dies auch auf die Bewegungsfreiheit der anderen Seite aus. Die Möglichkeiten an Bewegungsvariabilität und Geschicklichkeit nimmt für beide Seiten ab.

Kleine Bewegungen mit großer Wirkung

Einem stark in Außenrotation liegenden Bein sollte das Becken mithilfe des anderen Beines zugeordnet werden – Knie auf Knie (Abb. 3). Der gesamte Rumpf des Patienten liegt nun auf dieser Seite. Anschließend sollten kleine Bewegungen mit dem nun oben liegenden Becken unternommen werden. Das Becken kann in kleinen Kreisen oder vor- und zurückbewegt werden. Diese minimalen Bewegungen lösen Steifigkeiten und aktivieren Muskulatur. Die Spannungen lassen nach. Die Adduktoren können jetzt durch die veränderte Position loslassen. Die Hüftgelenkspfanne gleitet über den Oberschenkelkopf der unten liegenden Seite, die Gelenkflächen stehen passend zueinander – das Alignment ist wiederhergestellt. Mit beiden Beinen in Beugung wird die Bewegung in Richtung Rückenlage geführt, einschließlich des Thorax (Abb. 4). Von der Rückenposition aus wird versucht, das Bein in Richtung Streckung zu begleiten.

Beim Positionieren muss immer auf die exakte Ausrichtung der Gelenkpartner geachtet werden. In Rückenlage hilft ein Handtuch unter dem Becken sowie unter dem Trochanter, sodass das Becken symmetrisch liegt und das Bein nicht außenrotieren kann (Abb. 5). Gleiches gilt für sitzende Positionen.

Fazit: Bei allen Positionierungen sollte die Pflegefachperson vorausrechnen, wie sich der Patient bewegen wird. Dann kann sie mit Lagerungsmaterial die bestmögliche Sicherung der Alignments gestalten. Dies gibt die Voraussetzung, dass die Hüfte ihre große Tragkraft und Beweglichkeit behält oder wieder gut aufbauen kann.