

**Załącznik nr 36 do *Procedury edukacji zdrowotnej pacjentów i ich rodzin/ opiekunów*,
edycja nr 3**

**OPIEKA NAD PACJENTEM ZE SPASTYCZNOŚCIĄ PO UDARZE MÓZGU
(informacje dla pacjenta/opiekuna)**

Konsekwencją udaru mózgu to zazwyczaj niedowłady kończyn, zaburzenia czucia mowy, widzenia. W życiu codziennym największe ograniczenie dla pacjenta stwarzają niedowłady kończyn. Niezbędnym warunkiem poprawy sprawności jest profesjonalna i wczesnie wdrożona rehabilitacja. Jednak u części chorych dochodzi do wzmożonego napięcia mięśniowego ograniczającego możliwość usprawniania (spastyczność).

Spastyczność jest jednym z najczęstszych następstw udaru mózgu. Głównym objawem spastyczności jest wzmożone napięcie w mięśniach antygravitacyjnych, tzn. w zginaczach kończyn górnych, prostownikach kończyn dolnych i prostownikach kręgosłupa. Spastyczność wiąże się z wystąpieniem objawów, które ograniczają sprawność fizyczną, ruchy są trudne do wykonania lub nie w pełni kontrolowane.

Spastyczność powoduje utrwalające się wzorce ułożenia dotkniętych nią części ciała, najczęściej kończyn. Prowadzi do przykurczu i nieodwracalnych zmian w mięśniach i stawach, utrudnia rehabilitację, utrudnia pielęgnację, jest przyczyną bólu lub innych powikłań. Utrudnia życie codzienne chorego, powoduje obniżenie stanu emocjonalnego chorego, niższą samoocenę, ograniczenie życia towarzyskiego a co za tym idzie obniża jakość życia pacjenta a także opiekuna. Dolegliwości, które wynikają ze wzmożonego napięcia mięśniowego mogą prowadzić do powstawania takich problemów jak: zaburzenia chodu, równowagi, zaburzenia połykania, zaparcia, odleżyny, infekcje, zaburzenia ze strony układu oddechowego i moczowego a także pogorszenie w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji.

Spastyczność kończyny górnej wpływa nie tylko na jej zdolności ruchowe, ale powoduje także nienaturalne ułożenie ręki względem ciała i podczas prób ruchu. Charakterystycznymi cechami osób ze spastycznością kończyny górnej są:

- zaciśnięta pięść,
- nadmiernie zgięty nadgarstek i łokieć,
- ramię przyciśnięte do piersi.

Uniemożliwia to wykorzystanie ręki we wszystkich jej funkcjach, znacznie utrudnia wykonywanie podstawowych czynności takich jak: ubieranie, mycie czy spożywanie posiłków. Spastyczność powoduje utratę kontroli nad ręką, ruchy nie są skoordynowane z pracą reszty ciała, pojawiają się współruchy. Dłoń i ręka nie układają się tak jak dotychczas i dlatego czynności stają się trudne do wykonania. Chorzy ze spastycznością ręki muszą nauczyć się wszelkich czynności na nowo.

Wzmożonemu napięciu czasem towarzyszy ból, który nasila się, kiedy niesprawna ręka pozostaje bez ruchu przez kilkanaście minut lub kiedy próbujemy wykonać gwałtowny ruch.

Występujące dolegliwości prowadzą do trudności pielęgnacyjnych. Nasiloną spastyczność zginaczy stawów łokciowych powoduje trudności w higienie dłoń łokciowych,

macerację skóry i tworzenie się odparzeń lub owrzodzeń. Zaciśnięte palce ręki, kciuk w dłoni są powodem trudności w pielęgnacji dłoni, utrudnia obcinanie paznokci, które mogą uszkadzać skórę ręki. Spastyczność przywodzicieli kończyn dolnych może prowadzić do trudności w utrzymaniu higieny krocza, układaniu i ubieraniu pacjenta.

Należy pamiętać, że różne czynniki, również czynności pielęgnacyjne mogą nasilać lub obniżać spastyczne napięcie.

Czynniki, które nasilają napięcie to:

- nieustabilizowana pozycja ciała
- mała powierzchnia podparcia ciała
- szybkie wykonywanie ruchów
- poczucie strachu i niepokoju
- wysoka motywacja i zaangażowanie chorego
- brak snu
- ból (stawowy, mięśniowy, ból głowy, bodźce bólowe wynikające z drażnienia skóry, cewnikowania pęcherza moczowego i infekcji dróg moczowych)
- wysokie ciśnienie krwi
- zaparcia lub mocno wypełniony pęcherz moczowy
- negatywny wpływ otoczenia
- niska temperatura otoczenia, wyziębienie organizmu
- gwałtowne zmiany ciśnienia atmosferycznego

Czynniki obniżające spastyczność:

- stabilna pozycja ciała
- zwiększona powierzchnia podparcia ciała
- powolne wykonywanie ruchów
- poczucie bezpieczeństwa i zadowolenia
- brak bólu
- pozytywny wpływ otoczenia (cisza, spokojne oświetlenie, obecność bliskich)
- odpowiednia ilość snu
- odpowiednia temperatura ciała i otoczenia
- ułożenie na boku a nie na wznak ze względu na możliwość wystąpienia zaburzeń oddychania, które nasilają spastyczność
- odzież i okrycie chorego lekkie i miękkie

Spastyczność to liczne problemy pielęgnacyjne. Odpowiednia opieka poprawia jakość życia chorego. Celem opieki nad pacjentem udarowym jest między innymi profilaktyka przykurczów i zaników mięśni.

Działania pielęgnacyjne:

- Staranne ułożenie chorego mające na celu przeciwdziałanie spastyczności (zalecane łóżko zautomatyzowane, wielopozycyjne, z materacem przeciwodleżynowym oraz zastosowanie udogodnień).
- Układanie na plecach nie jest zalecane (wzmaga wzorzec zgięciowo-wyprostny ciała), jeśli jest stosowane powinno się podłożyć poduszki wzdłuż ciała pod stronę niedowładną. Kończyna dolna porażona powinna być lekko odwiedzona, zrotowana lekko do wewnątrz, lekko zgięta w stawie kolanowym, stopa podparta, ułożona pod kątem prostym. Kończyna górna porażona lekko odwiedzona w stawie ramiennym, nadgarstek w zgięciu grzbietowym, dłoń z palcami rozwartymi, kciuk oddalony od palca wskazującego.
- Ułożenie na boku zdrowym: z wysuniętą do przodu porażoną kończyną górną i przywiedzionym barkiem, kończyna dolna w lekkim zgięciu w stawie kolanowym i biodrowym, dodatkowo kończyny porażone ułożone na poduszkach.
- Ułożenie na boku porażonym: bark wysunięty do przodu, kończyna górna powinna być odwiedzona w stawie ramiennym, zgięta w stawie łokciowym pod kątem 90-120°, nadgarstek w zgięciu grzbietowym 15°. Kończyna dolna w ułożeniu pośrednim i lekkim zgięciu w stawie kolanowym. Takie ułożenie zapewnia stabilność i przeciwdziała nasilaniu spastyczności.
- Zmiana pozycji, co 1-2 godziny, powinna być inicjowana od strony niedowładnej, aby pobudzać kończynę porażoną.
- Stosowanie odpowiednich technik rehabilitacji rozluźniających mięśnie, należy rozpoczynać ćwiczenia od leżenia na brzuchu, po kilku minutach mięśnie się rozluźnią, w przypadku rotacji kolan ułożyć poduszkę lub wałek między kolana.
- Ćwiczenia bierne i czynno-bierne kończyn górnych i dolnych zarówno sprawnych jak i niesprawnych – zapobiegają przykurczom, zanikom mięśniowym oraz zastojowi krwi żyłnej.
- Rehabilitacja powinna być systematyczna a ruchy wolne i bardzo dokładne.
- U pacjentów uruchamianych zalecane zastosowanie temblaka na kończynę niedowładną w taki sposób, aby pojedyncza pętla podtrzymywała porażone przedramię tuż poniżej łokcia, a druga pętla – porażoną dłoń i palce. Takie podwieszenie zapobiega obrzękowi i pobudza mięśnie do pracy a także chroni bark przed podwichnięciem.

Nie zaleca się:

- Ściskania pięteczki gdyż pobudza i umacnia pierwotny odruch chwytny, prowadząc do zwiększenia spastyczności całej kończyny górnej
- Korzystania z poręczy i podciągów wykorzystując zdrową rękę – wywołuje nieodwracalne odruchy wyprostne
- Bierne rozciąganie i prostowanie mięśni spastycznych – każdy ruch wywołuje gwałtowny skurcz, siłowe rozciąganie wywołuje narastający skurcz i dochodzi do zerwania włókien mięśniowych.
- Nie należy męczyć chorego, powrót do łóżka jest bardzo ważny dla odzyskania sił, odpoczynek w spastyczności ma ogromne znaczenie.

Piśmiennictwo:

1. Adamczyk K. Pielęgniarstwo chorych po udarach mózgowych. Wyd. Czelej, Lublin 2013.
2. Barnes MP. Postępowanie w spastyczności. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii, 2005, 3, 241-248.
3. Błażejewska - Hyżorek B, Członkowska A, Czarnuszenko A, i inni „Wytyczne postępowania w udarze mózgu”. Polski Przegląd Neurologiczny 2019. Sup. A, Tom 15.
4. Duncan PW, Zorowitz R. Bates B, John Y. Choi JY. Glasberg JJ. Graham GD. Katz RC. Lamberty K. Reker D. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. Stroke 2005;36:100-143.
5. Jaracz K. Kozubski W.(Red) Pielęgniarstwo Neurologiczne. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2008, 2012.
6. Miller EL. Murray L. Richards L. Richard D. Zorowitz RD. Bakas T. Clark P. Billinger SA. and al. Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. A Scientific Statement From the American Heart Association. Stroke 2010, 41:2402-2448.
7. Olchowik B. Sobaniec W. Sołowiej E. Sobaniec P. Aspekty kliniczne zwalczania spastyczności. Neurologia Dziecięca. Vol.18/2009. Nr 36.
8. Sławek J.(Red) Spastyczność od patofizjologii do leczenia. Wyd. Via Medica. Gdańsk 2013.
9. Smolińska A, Książkiewicz B. Pielęgowanie chorych z udarem mózgu. Choroby Serca i Naczyń 2007, tom 4, nr 1, 6-9.
10. Wilczewska L. Sławek J. Skrzypek-Czerko M. Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym ze spastycznością. Problemy Pielęgniarstwa 2010, tom 18 zeszyt nr 3.
11. Wiszniewska M. Żdanowicz A. Udział Pielęgniarki w kompleksowym leczeniu chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. Wyd. PWSZ Piła 2014.