

Załącznik nr 36 do Procedury edukacji zdrowotnej pacjentów i ich rodzin/ opiekunów, edycja nr 4

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

Spastyczność prowadzi do przykurczu i nieodwracalnych zmian w mięśniach i stawach, utrudnia rehabilitację i pielęgnację, jest przyczyną bólu lub innych powikłań. Utrudnia codzienne życie chorego. Odpowiednia opieka poprawia jakość życia chorego.

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

Działania pielęgnacyjne, które należy zastosować aby złagodzić napięcie:

- Staranne ułożenie chorego mające na celu przeciwdziałanie spastyczności (zalecane łóżko zautomatyzowane, wielopozycyjne).
- 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, oparte na naturalnych czynnościach codziennych wykonywanych przez chorego (picie z kubka, otwieranie drzwi).

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
- Gwałtowne bierne rozciąganie i prostowanie mięśni spastycznych – każdy ruch wywołuje 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.
- Stosowanie temblaka na kończynę niedowładną ogranicza jej aktywne używanie przez chorego. Jeśli kończyna górna jest w znacznym stopniu niedowładna zaleca się umieszczenie dłoni w kieszeni lub pomiędzy guzikami górnej części garderoby lub wykonanie odpowiedniego opatrunku podwieszającego. Takie ułożenie zapobiega obrzękowi i pobudza mięśnie do pracy a także chroni bark przed podwichnięciem.

Piśmiennictwo:

1. Błażejewska - Hyżorek B, Członkowska A, Czarnuszenko A, i inni „Wytyczne postępowania w udarze mózgu”. Polski Przegląd Neurologiczny 2019. Sup. A, Tom 15.
2. Wiszniewska M. Żdanowicz A. Udział Pielęgniarki w kompleksowym leczeniu chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. Wyd. PWSZ Piła 2014.
3. Adamczyk K. Pielęgniarstwo chorych po udarach mózgowych. Wyd. Czelej, Lublin 2013.
4. Sławek J.(Red) Spastyczność od patofizjologii do leczenia. Wyd. Via Medica. Gdańsk 2013.
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. Wilczewska L. Sławek J. Skrzypek-Czerko M. Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym ze spastycznością. Problemy Pielęgniarstwa 2010, tom 18 zeszyt nr 3.
8. Olchowik B. Sobaniec W. Sołowiej E. Sobaniec P. Aspekty kliniczne zwalczania spastyczności. Neurologia Dziecięca. Vol.18/2009. Nr 36.
9. Smolińska A, Książkiewicz B. Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu. Choroby Serca i Naczyń 2007, tom 4, nr 1, 6-9.
10. Barnes MP. Postępowanie w spastyczności. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii, 2005, 3, 241-248.
11. 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.

Opracowanie: mgr Dorota Boćwińska
Kraków, 19.08.2026 r.