FENOMÉN ZVANÝ SPASTICITA A NEJNOVĚJŠÍ POZNATKY V JEJÍM MANAGEMENTU PŘI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Phenomenon named spasticity and the most recent knowledge concerning its management in nursing care

8: 1 - 200, 2006
ISSN 1212-4117

Petr Šifta

Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu, katedra anatomie a biomechaniky

Summary

One in thousand inhabitants of our planet suffers from spasticity. Interestingly, the price of the research and therapy of this syndrome has already been as high as 11.2 milliard dollars. Spasticity is frequently considered as a disease, but it is actually a syndrome accompanying a number of diseases and its cause is not easy to define. Due to this, characteristic manifestations are described or diseases are listed, which it occurs in. Spastic syndrome should be understood as a part of disorders resulting from a central lesion, which causes disorders of the mobility (paresis, plegia), pathological synergy, spastic dystonia and pathological hypertonia – spasticity. An integral part of the treatment of this syndrome is the nursing care, which is necessary for the whole period of the patient hospitalization at the acute stage, and which plays a principal role in the future development of the patient health condition. The following text is aimed at the evaluation and treatment of spastic syndrome with taking into account the nursing care, which is frequently omitted and underestimated. The disorders can be categorized depending on the site of their origination into central and spinal or into syndrome of the upper motoneurone with positive or negative symptoms.

Key words: spasticity – nursing care for spastic syndrome

Souhrn

Každý tisící občan této planety je postižený spasticitou. Je zajímavé, že USA stál výzkum a léčba tohoto syndromu již 11,2 miliardy dolarů. Spasticita je často chápána jako nemoc, ale ve skutečnosti se jedná o syndrom, který doprovází řadu onemocnění, a není jednoduché definovat, co je jeho příčinou. Z tohoto důvodu se popisují charakteristické projevy nebo se vyjmenovávají onemocnění, u kterých se vyskytuje. Je nutné chápat spastický syndrom jako součást poruchy způsobené centrální lezí, která způsobuje poruchy hybnosti (parézy, plegie), patologické synergie, spastické dystonie a patologickou hypertonií – spasticitu. Nedílnou součástí léčby tohoto syndromu je ošetřovatelská péče, která po celou dobu hospitalizace pacienta v jeho akutní fázi hraje zásadní úlohu v budoucím vývoji jeho zdravotního stavu. Následující text se zabývá definicí, hodnocením a léčbou spastického syndromu se zřetelem na ošetřovatelskou část péče, která se často opomíjí a nedoceňuje. Centrální poruchu můžeme rozdělit podle místa vzniku na centrální a spinální, anebo na syndrom horního motoneuronu s pozitivními či negativními symptomy.

Klíčová slova: spasticita - ošetřovatelská péče spastického syndromu

Definice spasticity

Definice spasticity prochází neustálým vývojem podle toho, co se považuje za příčinu vzniku spasticity. V současné době se klade důraz na vliv abnormálního zpracování proprioceptivních informací v centrálních strukturách, které jsou odpojené od supraspinálního řízení. Podle této teorie je spasticita definována jako porucha svalového tonu způsobená zvýšením tonických napínacích reflexů, které je závislé na rychlosti pasivního natažení. Toto zvýšení je přímým důsledkem abnor-

málního zpracování proprioceptivních impulsů vedených proprioceptivními vlákny tříd Ia a Ib. Výsledkem jsou zvýšené šlachové záškuby, někdy doprovázené klonem a hypertonií, předilekčně v určitých svalových skupinách. Za důležitější však považují popis syndromu horního (prvního, centrálního) motoneuronu, jehož je spasticita jedním z hlavních příznaků. Popis syndromu horního motoneuronu dělíme na symptomy pozitivní a symptomy negativní (viz následující tabulka).

Tab. 1: Popis syndromu horního motoneuronu dělíme na symptomy pozitivní a symptomy negativní

Pozitivní symptomy	Negativní symptomy
zvýšené svalové napětí	ztráta jemné motoriky
hyperreflexie	slabost
hyperaktivita	ztráta selektivní kontroly nad svalovými skupinami; vede až k plegii
svalové spasmy	reologické změny ve svalech: atrofie, tuhost, kontraktury, ztráta elasticity
nástup patologických spastických a zánikových jevů	
asociativní motorické poruchy	

Klinické formy

Cerebrální forma spasticity je způsobena ztrátou působení kortexu mozku na kmenové inhibiční struktury. Objevuje se při lezích motorických drah v oblasti capsula interna s projevem spastické hemiparézy s typickým držením postury. Většinou se zachovává tractus reticulospinalis, nejsou přítomné flekční spasmy na dolní končetině. Spinální forma spasticity většinou znamená ztrátu inhibičního působení kmenových retikulárních struktur na tonický napínací reflex a výsledkem jsou spastické kontraktury, především ve flexorových svalových skupinách. Při nekompletní transversální lezi míšni jsou zachovány facilitační okruhy retikulo- a vestibulo-spinálních drah, což vede k větší spasticitě než u lezí úplných. U spasticity při dětské mozkové obrně je téměř vždy zachována extrapyramidová symptomatologie, vznikají patologické pohybové vzory a někdy dochází k zachování ranných hybných stereotypů.

Hodnocení spastického syndromu

Nejběžněji užívaným testem je Modifikovaná škála dle Ashwortha, kdy se jedná o číselnou škálu od 0 do 4. Tato škála je subjektivní a nepřesná. Používá se pouze k snadnému a rychlému ohodnocení. Mezi přesnější metody patří hodnocení kyvadlového rázu pohybů, a to hlavně v oblasti kolenního kloubu. Nevýhodou je, že nehodnotí specifickou svalovou skupinu, ale pouze celou oblast. Tardieuova škála hodnotí svalový tonus při různých rychlostech protažení. Velkou nadějí byly elektromyografické pokusy, které však nehodnotí velikost svalového napětí, ale pouze čas, kdy se jaký sval zapojí. V posledních letech se řada pracovníků pokouší vysvětlit elasticitu pomocí reologických vlastností svalů i jako pomocné vyšetření

používají 3-dimenzionální záznamy chůze. Existuje také celá řada testů hodnotících disabilitu, participaci.

Léčba

Jak bylo již uvedeno, elasticita je syndrom, který může být vyvolán z různých etází centrálního nervového systému a může být provázen dalšími příznaky způsobenými poškozením CNS. Je nutné přistupovat k pacientovi zcela individuálně, protože většina léčebných postupů (hlavně pak medikamentózních) má řadu vedlejších účinků. Je nutné se na pacienta dívat jako na celek a umět přesně pojmenovat a určit, na co se léčba zaměří. Hlavním cílem je ovlivnění spastické parézy, spastické dystonie, deliberovaných vývojových pohybových vzorů, kontraktur a zkrácení. Naše pozornost se musí též věnovat protetické péči a případné indikaci k chirurgickému řešení stavu. Léčba spasticity by se měla stát multidisciplinární (rehabilitační, ergoterapeutická, neurologická, ortopedická, protetická péče) s tím, že by měla být řízena pouze z jednoho místa.

Ošetrovatelská péče

Nedílnou součástí léčby spasticity je ošetrovatelská péče, která se často podceňuje a nevěnuje se jí patřičná pozornost. Správný ošetrovatelský standard předchází řadě komplikací jako vznik dekubitů, kontraktur. Můžeme jej rozdělit do dvou hlavních skupin. Ošetrovatelská péče při hospitalizaci (stavy po CMP, traumatickém poškození mozku nebo míchy, intrakraniální krvácení, degenerativní onemocnění CNS různé etiologie) a ošetrovatelská péče pacientů po propuštění z nemocnice domů.

Ošetřovatelský standard pro hospitalizovaného spastického pacienta:

- Polohování pacienta do antispastických poloh pro zachování optimální délky svalového vlákna. Zachování zevní rotace, mírné abdukce a flexe kořenových kloubů, tj. ramenního kloubu, kyčelního kloubu. Plná extenze v kloubu loketním a prstech ruky. Podle typu spastického syndromu buď mírná flexe, nebo extenze v kloubu kolenním.
- Antidekubitální ošetřovatelská péče automaticky předpokládá pracoviště vybavené antidekubitálními podložkami, polohovacími postelemi, podkládacími válci, míčky, polštáři, speciálními postelemi schopnými přetočit pacienta ze zad na břicho (spinální jednotky). Při prevenci vzniku dekubitů je nutné neustále měnit polohu pacienta, zajistit jeho hygienu, čisté lůžkoviny řádně upravené na lůžku (nesmí být shrnuté atd.).

Ošetřovatelská péče u hospitalizovaných pacientů je časově velice náročná a představuje základ úspěchu léčby.

Ošetřovatelský standard po propuštění z nemocničního zařízení:

Předpokládá se, že pacient je soběstačný (zvládá aktivity běžné denní činnosti) nebo o něj bude postaráno a je zajištěná ambulantní rehabilitační péče.

- Pacient musí být instruován k autopohování, pozornost se nyní věnuje hlavně akrům, tj. při sedu u stolu je vhodná abdukce, extenze prstů, palce, extenze lokte, je nutné sledovat vhodnou obuv, nesmíme zapomenout na úpravu domácího lůžka, popřípadě celého bytu pro soběstačný způsob života (madla, úprava koupelny atd.).
- Pacient se musí zapojovat do chodu domácnosti – aktivní přístup k životu.

Ošetřovatelská péče ambulantních pacientů koor-

dinuje hlavně navazující léčbu, musí sledovat a kontrolovat pacientův stav a v případě zhoršení informovat ošetřujícího lékaře. V České republice zatím nemá tato ambulantní ošetřovatelská péče tradici jako ve státech západní Evropy a Severní Ameriky.

Paralelně s ošetřovatelskou péčí nastupuje péče rehabilitační a léčba medikamentózní. Součástí multidisciplinární péče by mělo být testování a monitoring vývoje spastického syndromu, poněvadž se jedná o dlouhodobé onemocnění, které může vést ke skepsi pacienta. Pozitivní zpětná vazba se tak stává nedílnou součástí léčby, hlavně po psychické stránce.

ZÁVĚR

Spasticita je považována za syndrom provázející řadu neurologických onemocnění, jež vykazuje pozitivní a negativní symptomy. Doposud se nepodařilo tento syndrom přesně a jednoznačně ohodnotit a definovat. Je však zřejmé, že pacient trpící spasticitou se stává součástí multidisciplinárního týmu, ve kterém ošetřovatelské standardy představují jeho důležitou součást. Musíme však brát na zřetel, že hlavním aktérem v léčbě je sám pacient, u kterého se předpokládá pozitivní a aktivní přístup.

LITERATURA

- HELSEL, P.: *Physical Management of Spasticity*. <http://search.epnet.com/>, 7 s., 2001.
- JÖRG, W. a kol.: *Management of spasticity associated Pain with Botulinum Toxin A*. *Journal of Pain and Symptom Management*, ročník 20, číslo 1, s. 223-256, 2000.
- KAŇOVSKÝ, P., BAREŠ, M., DUFEK, J.: *Spasticita: mechanismy, diagnostika a léčba*. Maxdorf Jessenius, Brno, 456 s., 2004.
- SÜSSOVÁ, J., SEIDL, Z., OBENBERGER, J.: *Možnosti použití terapie botulotoxinem v klinické praxi*. *Remedia*, ročník 9, číslo 2, s. 26-57., 1999.
- ŠIFTA, P., SÜSSOVÁ, J., ZAHÁLKA, F.: *Objective evaluation of spastic hypertonia with a 3-dimensional motion analysis study: patients after stroke treated with botulinum A toxin*, *INTERNATIONAL JOURNAL OF REHABILITATION RESEARCH* 27: 63-64, Suppl.1, JUNE 2004.

Petr Šifta
petrsifta@seznam.cz