

fizjoterapia & rehabilitacja

GRUDZIEŃ 2016 NR 78 ISSN: 2081-187X

CZASOPISMO DOSTĘPNE W PRENUMERACIE

NR 1
W KRAJU

NOWOCZESNE METODY FIZJOTERAPII

Gry komputerowe przyszłością
w rehabilitacji po wylewie

Metoda technik hipopresyjnych

Z PRAKTYKI GABINETU

Zaburzenie wzorca oddechowego
i jego możliwe konsekwencje

Pilates w stabilizacji i treningu
kręgosłupa u osób w podeszłym wieku

TEMAT MIESIĄCA:

METODA KINESIOLOGY TAPINGU W TERAPII ZASTOIN GRUCZOŁU PIERSIOWEGO – OPIS PRZYPADKU



Jesteśmy już
na Facebooku!
Dołącz do nas!



Partner wydania



DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA W FIZJOTERAPII I TERAPII MANUALNEJ

PODSTAWOWE BADANIE NEUROLOGICZNE – BADANIE CZUCIA

dr n. med. Marian Majchrzycki



Podstawowe badanie neurologiczne należy przeprowadzić u wszystkich pacjentów, u których występują jakiegokolwiek objawy neurologiczne. Jednym z elementów badania jest ocena wrażliwości czuciowej. Zaburzenia te mogą wystąpić na różnych poziomach układu nerwowego – ośrodkowego i obwodowego. Najczęściej towarzyszą im inne objawy pozwalające ocenić miejsce uszkodzenia czy dysfunkcji. Podstawowe znaczenie w procesie diagnostycznym ma znajomość anatomii, prawidłowo przeprowadzony wywiad i badanie pacjenta.

Objawy neurologiczne

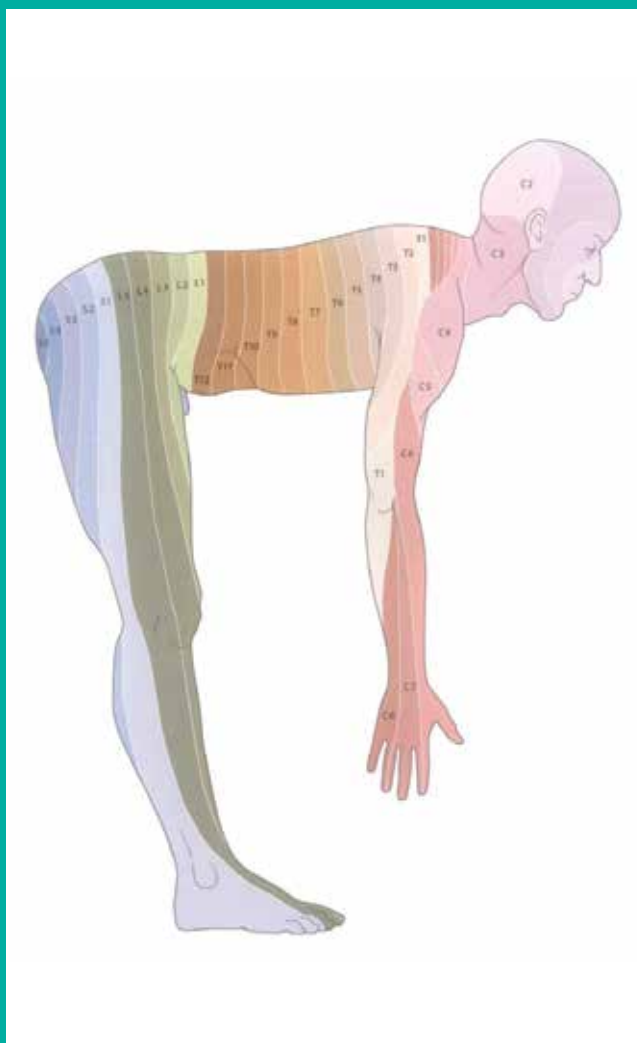
- ból
- zaburzenia czucia
- niedowład lub porażenie
- zaniki mięśniowe
- zaburzenia chodu
- drżenia

Badanie neurologiczne

- wrażliwość czuciowa:
 - droga wstęgowa,
 - droga pozawstęgowa
- motoryka, siła mięśniowa
- odruchy ścięgno-mięśniowe
- objawy piramidowe
- objawy pozapiramidowe
- objawy mózdkowe
- nerwy czaszkowe
- objawy oponowe
- stan psychiczny pacjenta

Informacje czuciowe przewodzone są głównie przez dwie główne drogi pozwalające wyodrębnić różne modalności czucia.

Zakres dermatomów czuciowych	
C2	strefa unerwienia głowy przez nerw potyliczny większy
C3	tył głowy, szyja
C4	przestrzeń podobojczykowa
C5	ramiona – skóra nad mięśniem naramiennym
C6	przednio-boczna powierzchnia ramienia i przedramienia strona promieniowa do kciuka włącznie
C7	palec środkowy, tylna (grzbietowa) powierzchnia przedramienia i skóra nad mięśniem trójętrowym ramienia
C8	mały palec i przyśrodkowa, łokciowa powierzchnia ręki i przedramienia, poniżej łokcia po stronie przyśrodkowej
Th1	okolice łokcia po stronie przyśrodkowej, strona przyśrodkowa ramienia
Th2	przyśrodkowa strona ramienia i okolica dołu pachowego
Th3	górną część klatki piersiowej pod strefą unerwienia C4
Th4	na wysokości brodawek piersiowych
Th5–7	między sutkami a łukami żeber
Th8	tuż pod łukami żeber
Th9–10	na wysokości pępka
Th11	okolica poniżej pępka
Th12	nad więzadłem pachwinowym
L1	pod więzadłem pachwinowym
L2	okolica poniżej strefy unerwienia dermatomu L1 na przedniej stronie uda
L3	boczna strona uda, wzdłuż uda skośnie nad rzepką przyśrodkowa strona kolana
L4	powierzchnia przednio-boczna uda, ukośnie przez i poniżej rzepki, przyśrodkowa powierzchnia podudzia, aż do kostki przyśrodkowej
L5	przednio-boczna powierzchnia uda, nad mięśniem piszczelowym przednim, powierzchnia grzbietowa stopy po stronie przyśrodkowej
S1	tylno-boczna strona uda, podudzia, podeszwowa i zewnętrzna powierzchnia stopy, okolica V kości śródstopia
S2	tylno-przyśrodkowa strona uda, podudzia, podeszwowa i wewnętrzna powierzchnia stopy
S3, S4	krocze



Rys. 1. Zakres dermatomów czuciowych

DROGA SZNURÓW GRZBIETOWYCH TYLNYCH – DROGA WSTĘGOWA

Sznury tylne wstępują po tej samej stronie rdzenia kręgowego i krzyżują się w rdzeniu przedłużonym, docierając do wzgórza, a następnie kory płatowo-ciemieniowej.

Przewodzą one informacje: czucia wibracji – jest to najczęściej pierwsze czucie, które ulega zaburzeniu; czucia pozycji – ustawienie w przestrzeni kończyn, stawów; czucia dyskryminacyjne – dwóch miejsc oddalonych w pewnej odległości. Przy uszkodzeniu tej drogi pacjent może odczuwać drętwienie, mrowienie, może wystąpić uczucie obrzęku kończyny i zaburzenia czucia głębokiego charakteryzujące się utratą koordynacji ruchów oraz problemami z chodem.

Badanie przeprowadza się z wykorzystaniem kamertonu (wibracja), kończynę pacjenta ustawia się i prosi go o określenie pozycji z zamkniętymi oczami (czucie pozycji), dotyka się punktów na ciele w różnych odległościach od siebie (czucie dyskryminacyjne).

DROGA RDZENIOWO-WZGÓRZOWA – DROGA POZAWSTĘGOWA

Włókna przecinają istotę szarą okołosrodkową na poziomie wejścia do rdzenia kręgowego, następnie wstępują po przeciwnej stronie w sznurach przednich i bocznych rdzenia kręgowego. Droga tą przewodzone są wrażenia bólu, dotyku i temperatury, a także swędzenia i łaskotania. Badanie przeprowadza się przy użyciu igły (ból), zimnego narzędzia (temperatura) i dotykając w różny sposób części ciała pacjenta.

USZKODZENIE NA POZIOMIE KORZENI

Każdy korzeń prowadzi włókna czuciowe wszystkich modalności z obszaru skóry zwanego dermatomem. Korzeniowe zaburzenia ograniczają się do dermatomu korzeniowego, który składa się z poszczególnych nerwów, co powoduje nakładanie się stref wrażliwości różnych pni nerwowych. Przy uszkodzeniu granice skórne okolicy o zmniejszonej wrażliwości czuciowej nie będą ściśle ograniczone. Zazwyczaj nie będzie stałości utraty czucia, może się ona zmieniać w czasie, podczas badania klinicznego oraz powinno zmieścić się po leczeniu. Odpowiadające odruchy ścięgnowe mogą być osłabione lub zniesione. Dolegliwości pacjenta można wywołać lub zwiększyć poprzez rozciąganie lub kompresję.

USZKODZENIE NERWÓW OBWODOWYCH

Mononeuropatia

Mononeuropatia to uszkodzenie obejmujące włókna czuciowe nerwu obwodowego, któremu towarzyszą zaburzenia czucia w zakresie wszystkich modalności w odpowiadającym obszarze unerwienia. Jeżeli uszkodzenie dotyczy nerwu mieszanego czuciowo-ruchowego, może wystąpić niedowład mięśni zaopatrywanych przez dany nerw.

Do ucisku nerwu dochodzi na jego przebiegu, np. nerw strzałkowy wspólny przy głowie strzałki, nerw promieniowy w bruzdzie kości ramiennej, nerw łokciowy w kanale Guyona, nerw pośrodkowy w kanale nadgarstka. Objawy uszkodzenia czy dysfunkcji charakteryzują wyraźne granice dotyczące jednego nerwu. Jeśli ucisk trwa długo, może dojść do demielinizacji wstępującej, np. w przypadku cieśni nadgarstka ból może pojawić się proksymalnie od ucisku – nawet na poziomie szyi.

Odmianą są mononeuropatie mnogie – zapalenia pojedynczych nerwów w wyniku zwyrodnień aksonalnych, demielinizacji. Występują m.in. w cukrzycy, sarkoidozie, zapaleniu naczyń czy chorobach nowotworowych.



dr n. med. Marian Majchrzycki

dplomowany osteopata, fizjoterapeuta (DO, PT, PhD). Od ponad 10 lat aktywny zawodowo jako skuteczny terapeuta manualny w Poznaniu. Adiunkt w Klinice Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Założyciel Akademii Terapii Manualnej oraz twórca szkoleń dla fizjoterapeutów i lekarzy z zakresu terapii manualnej i masażu. Prelegent licznych konferencji naukowych, autor ponad 100 artykułów na temat usprawniania narządu ruchu, z zakresu terapii manualnej, osteopatii, ortopedii, neurologii, onkologii i geriatрії. Swoją wiedzę oraz doświadczenie zdobywa podczas licznych kursów prowadzonych przez nauczycieli z Polski i z zagranicy. Pracował w klinikach na oddziałach: ortopedycznym, neurologicznym oraz intensywnej terapii. Obecnie student w Akademii Tradycyjnej Medycyny Tybetańskiej. Szczęśliwy ojciec trójki dzieci, od wielu lat wegetarianin, zawsze pozytywnie nastawiony, zwolennik zdrowego stylu życia oraz miłośnik podróży na Daleki Wschód

Polineuropatia

Polineuropatia to występowanie symetrycznych i obwodowych zaburzeń wszystkich modalności czucia. Zaburzenia czucia o typu „skarpetek i rękawiczek” obejmują ręce i stopy. W pierwszej kolejności objawy dotyczą dłuższych pni nerwowych w kończynach dolnych, następnie górnych. Zaburzenia czucia będą występowały bez wyraźnych granic, po których może dojść do osłabienia siły mięśniowej i osłabienia lub zniesienia odpowiednich odruchów. Może wystąpić obustronne opadanie stopy, opadanie ręki czy trudność ruchu przeciwstawnego kciuka.

Przyczynami polineuropatii są m.in. cukrzyca, alkoholizm, niektóre leki, chemioterapia, nadmiar mocznika w przypadku niewydolności nerek, zatrucie metalami ciężkimi, choroby wirusowe, np. zespół Guillaina-Barrégo, niedobór witaminy B₁₂.

Pleksopatia

Pleksopatia to uszkodzenie splotu, które powoduje utratę wszystkich modalności czucia kilku przyległych do siebie pni nerwowych. Topografia wrażliwości czuciowej jest bardzo wyraźna i precyzyjna, ma wyraźne granice. Uciśnięcie miejsca dysfunkcji zwiększy objawy, np. spot szyjny czy splot barkowy. Zaburzeniom czucia mogą towarzyszyć zaniki i niedowłady mięśni unerwiane przez nerwy rdzeniowe tworzące splot oraz utratę odpowiadających im odruchów.

Objawy z ucisku splotu lędźwiowego to niedoczulica w przedniej części uda i w miejscu zaopatrywanym przez nerw skórny boczny uda oraz osłabienie mięśni zaopatrywanych z poziomu L2-L4 mięsień lędźwiowy, mięsień czworogłowy uda, mięśnie przywodziciele.

Objawy z ucisku splotu krzyżowego to niedoczulica tylnej części kończyny dolnej i okolicy krocza, zaburzenia czucia typu siodłowego oraz osłabienie mięśni tylnej części kończyny dolnej. Mogą pojawić się zaburzenia w oddawaniu moczu, stolca i w potencji.

Po zbadaniu wszystkich modalności czucia oraz siły mięśniowej należy ocenić odruchy ścięgnowe. Trzeba sprawdzić, czy są symetryczne, zmniejszone, wygórowane, rozlane, czy odwrócone. Warto też przeprowadzić ocenę, czy objawy, z którymi przychodzi pacjent, nie należą do objawów rdzeniowych, piramidowych, pozapiramidowych, mózdkowych czy oponowych.

Po badaniu decyduje się, czy wykonać terapię, czy konsultować pacjenta również z innym specjalistą.