

Badanie pacjenta - kończyna górna

Oglądanie

Typowe ułożenie kończyny górnej w danych zespołach

- w hemiplegia capsularis :
 - ramię lekko odwiedzone
 - przedramię zgięte w stawie łokciowym i lekko nawrócone (pronacja)
 - ręka i palce ręki w zgięciu dłoniowym
 - towarzyszy mu ułożenie wyprostne k. dolnej
- w zespole parkinsonowskim :
 - palce przywiedzione, zgięte w stawach podstawowych pod kątem 100 o , w stawach międzypaliczkowych wyprostowane
 - kciuk wyprostowany, a jego opuszka przylega do opuszki wskaziciela

Ocena skóry

- rany
- otarcia naskórka
- blizny
- zaburzenia troficzne
- znamiona
- naczyniaki
- guzki układające się wzdłuż nerwów
- pęcherzyki
- zabarwienie, ciepłota

Ocena stanu mięśni

- zanik masy mięśniowej :
 - rozlany (najczęściej z bezczynności)
 - ograniczony (najczęściej uszkodzenie n. obwodowego)

Czy występuje drżenie pęczkowe i włókienkowe (fasciculatio i fibrillatio) ?

- drżenie pęczkowe :
 - powstaje wskutek szybkich skurczów włókienek mięśniowych
 - jest wyrazem patologicznych wyładowań ze schorzałej kom. ruchowej
 - są to niewielkie drgania podskórne odpowiadające skurczom jednostki ruchowej
 - najczęściej pojawiają się w przewlekłych stanach zwyrodnieniowych uszkadzających kom. ruchowe rogów przednich rdzenia np. stwardnienie boczne zanikowe
- drżenie włókienkowe :
 - występuje w odnervionych włóknach mięśniowych
 - powstaje na skutek nadwrażliwości wyrodniałych włókien mięśniowych w stosunku do acetylocholino tkankowej
 - nie jest widoczne pod skórą

Czy występują hiperkinezy (ruchy mimowolne) ?

- drżenie :
 - spoczynkowe, kinetyczne (pozycyjne, zamiarowe)
 - polecić pacjentowi narysować spiralę, lub połączyć dwie równoległe linie (wykrywanie drżenia minimalnego)
- ruchy płasawicze :
 - są to szybkie nieskoordynowane ruchy nie mające stałej i określonej postaci
 - nakładają się na ruchy celowe, lub występują w spoczynku
- ruchy atetotyczne :
 - są to powolne ruchy dotyczące odsiebnych części kończyn zwykle palców rąk
 - palce są nadmiernie wyprostowane i przybierają dziwaczne, niezwykle ustawienia
 - często towarzyszą porażeniom dziecięcym
- mioklonie :
 - są to szybkie, nieregularne, nagłe skurcze mięśni, lub nawet części mięśnia
 - częściej występują w mm. kończyn
 - występują w ostrym nagminnym zapaleniu mózgu
- ruchy dystoniczne :

- ruchy skręcające obejmujące głównie mięśnie pasa barkowego i miednicy
- w mięśniach tułowia powodują podczas chodzenia wygięcie kręgosłupa do przodu (dystonia torsyjna)
- hemibalizm :
 - są to obrotowe ruchy dotyczące tułowia i kończyn pojawiające się jednostronnie
 - występują w uszkodzeniu jądra niskowzgórzowego

Badanie czynnych ruchów kończyny górnej

- polecamy choremu wykonywać ruchy czynne jednocześnie prawą i lewą kończyną w poszczególnych stawach
- zwracamy uwagę na zakres i szybkość ruchów
- ruchy po stronie dominującej są zazwyczaj silniejsze i sprawniejsze
- badamy kolejno :
 - ruch barku (ku górze, przodowi, tyłowi)
 - ruchy w stawie barkowym (ruchy wyprostowanej k.g w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej)
 - ruchy w stawie łokciowym
 - ruchy w stawie nadgarstkowym
 - ruchy palców (zginanie, prostowanie, odwodzenie, przywodzenie)

Próba mijania (zbaczania)

- polecamy choremu wyciągnąć przed siebie obie wyprostowane kończyny górne, zamknąć oczy i trzymać kończyny nieruchomo
- gdy kończyna po jednej stronie opada :
 - niedowład
 - zaburzenia mózdkowe
- polecamy choremu jednocześnie podnieść do góry obie wyprostowane kończyny górne
 - po stronie niedowładu kończyna opóźnia się i występuje lekkie zgięcie w stawie łokciowym

Ocena korzeni rdzeniowych w kończynie górnej

- C5
 - odwodzenie barku
 - zginanie w stawie łokciowym
 - odruch z m. dwugłowego
- C6
 - zginanie w stawie łokciowym (półnawróconej)
 - odruch z m. brachioradialis
- C7
 - prostowanie palców
 - prostowanie w stawie łokciowym
 - odruch z m. triceps brachii
- C8
 - zginanie palców
- Th1
 - małe mięśnie dłoni

Badanie ruchów biernych w kończynie górnej

- pacjent powinien mieć odwróconą uwagę np. rozmową
- podczas badania polecamy choremu rozluźnić mięśnie
- wykonujemy kolejno ruchy we wszystkich stawach obu kończyn
- zwracamy uwagę na zakres ruchów i napięcie mięśniowe
- opór który wyczuwamy podczas wykonywania ruchów biernych wskutek napinania się mięśni jest miarą napięcia mięśniowego
- ocenę napięcia umożliwia też obmacywanie mięśni w spokoju i podczas ruchów biernych

Ocena zakresu ruchów biernych

- ograniczenie zakresu :
 - zmiany w stawach
 - przykurcze (contractura) – rozwijają się w następstwie silnego i długotrwałego ↑ napięcia mięśni, lub w następstwie niedowładu

Ocena napięcia mięśniowego

- obniżone :
 - ↓ oporu podczas wykonywania ruchów biernych
 - mięśnie zwiotczone, kontury zatarte,
 - nadmierna ruchomość stawów (możliwe wyprostowanie, lub zgięcie w zakresie przekraczającym granice fizjologiczne)
 - podczas wykonywania szybkich ruchów biernych (potrząsanie) przedramieniem w różnych kierunkach łatwo można zauważyć nadmierne wychylenie ręki
- stan spastyczny (kurczowy, spasticitas) :
 - wzmożenie napięcia mięśniowego typu szczykowy
 - podczas wykonywania biernych ruchów szybkich na początku ruchu opór jest największy, po czym dość nagle ↓ się i w miarę wykonywania ruchów czasem zupełnie ustępuje
 - towarzyszy uszkodzeniu drogi korowo – rdzeniowej
- sztywność (rigiditas) :
 - podczas wykonywania ruchów biernych występuje opór stały w trakcie całego ruchu
 - może być sztywność typu rury ołowiowej, lub koła zębatego
 - występuje w chorobach zwojów podstawy

Badanie siły mięśniowej w kończynie górnej

- poleca się choremu wykonać ruch w jednym ze stawów, a jednocześnie przeciwstawiamy temu ruchowi opór własnej ręki
- badamy siłę we wszystkich stawach w kolejności tj. przy badaniu ruchów czynnych
- osłabienie siły mięśniowej = niedowład (paresis)
- całkowita niemożność wykonania ruchu = porażenie (paralysis)
- niedowład w skali bydgoskiej :
 - 0p. – brak ruchu, lub ślad ruchu, ręka niechwytna
 - 1p. – możliwość wykonania niepełnego zakresu ruchu w odciążeniu, ręka chwytna
 - 2p. – pełen zakres ruchów bez obciążenia, manipulacja z pełną opozycją kciuka
 - 3p. – pełen zakres ruchów z obciążeniem ręki, ręka gestowa

Badanie odruchów w kończynie górnej

Odruch z m. brachioradialis

- ośrodek C5 – C6 (n. radialis)
- ramię chorego jest przywiedzione, przedramię zgięte w stos. do ramienia pod kątem ok. 120°, ręka w ułożeniu pośrednim między supinacją i pronacją
- lekarz ujmując silnie lewą ręką brzeg łokciowy ręki badanego i uderza młotkiem w wyrostek rylcowaty k. promieniowej
- następuje zgięcie w stawie łokciowym (skurcz m. brachioradialis, m. biceps brachii i m. brachialis internus)
- po uderzeniu w wyrostek rylcowaty często równocześnie stwierdza się odruch Jacobsona :
 - polega na zgięciu palców
 - obustronny jest fizjologiczny, a jednostronny patologiczny

Odruch z m. biceps brachii

- ośrodek C5 – C6 (n. musculocutaneus)
- ułożenie kończyny jak w odruchu z m. brachioradialis, ale ręka jest w całkowitej supinacji i opiera się na dłoni lekarza
- wyczuwamy ścięgno m. dwugłowego i uderzamy w nie młotkiem
- powoduje to skurcz m. dwugłowego i zgięcie w stawie łokciowym

Odruch z m. triceps brachii

- ośrodek C7 (n. radialis)
- unosimy ramię ku górze do kąta 70 – 75° w stosunku do tułowia
- zginamy kończynę w stawie łokciowym do kąta nieco > 90°
- podtrzymujemy ramię w ten sposób, aby zwisało ku dołowi
- uderzamy w ścięgno m. trójkłowego tuż powyżej wyrostka łokciowego (olecranon)
- występuje skurcz m. trójkłowego i ruch wyprostny przedramienia
- inny sposób : ramię unosimy do poziomu i podtrzymujemy tak aby zwisające swobodnie przedramię tworzyło z nim kąt prosty, dalej tjw.

Odruch Meyera

- odruch z grupy odruchów podstawowych
- przywiedzenie i wyprostowanie kciuka podczas silnego zgięcia w stawie podstawowym III, lub IV palca ręki
- obustronny brak może być fizjologiczny
- jednostronny brak : uszkodzenie drogi korowo – rdzeniowej

Odruch chwytny

- występuje jednostronnie w przypadku guza płata czołowego
- przeciwnie do uszkodzenia
- chory mimowolnie chwyta przedmiot, który mu się wsadzi do ręki
- usunięcie przedmiotu napotyka trudności
- chory sam nie może czynnie wypuścić przedmiotu

Zmiany patologiczne dotyczące odruchów

- żywe i wygórowane odruchy : w zespole piramidowym
- osłabienie, lub zniesienie odruchów :
 - ogólne : neuropatia obwodowa, zespół mózdkowy
 - odosobnione : uszkodzenie obwodowego neuronu ruchowego
- anizorefleksja = asymetria odruchów
- odruch odwrócony (paradoksalny) :
 - odruch w danym miejscu jest zniesiony, lecz zarazem przeniesiony na niższy poziom
 - poziom zniesionego odruchu odpowiada miejscu zmian chorobowych
 - np. odruch z m. dwugłowego zniesiony, lecz uderzenie wywołuje skurcz m. trójgłowego
 - jest objawem uszkodzenia obwodowego neuronu ruchowego na danym poziomie np. C5 połączonego z uszkodzeniem ośrodkowego neuronu ruchowego poniżej tego poziomu (zajęcie rdzenia kręgowego na poziomie zniesionego odruchu)
- powolne rozluźnianie mięśni po wywołaniu odruchu : objaw niedoczynności tarczycy

Badanie czucia powierzchniowego

- patrz badanie pacjenta - czucie powierzchowne

Badanie czucia głębokiego

- patrz badanie pacjenta - czucie głębokie

Badanie zborności ruchów

próba palec – nos

- choremu poleca się trafić końcem palca wskazującego w czubek nosa
 - powoli i szybko
 - najpierw z zamkniętymi, potem z otwartymi oczami
- chory nie trafia :
 - ataksja mózdkowa
 - ataksja tylnosnurowa (z zamkniętymi oczami)
 - zaburzenia czucia głębokiego

próba mijania (zbaczania)

- po stronie odpowiadającej ognisku chorobowemu kończyna zbacza na zewnątrz

diadochokineza - to zdolność do wykonywania szybkich ruchów naprzemiennych np. nawracanie i odwracanie ręki, przebijanie palcami, zamykanie i otwieranie pięści

- adiadiachokineza : niemożność wykonywania w.wym. ruchów
- dysdiadiachokineza : ograniczenie zdolności wykonywania wyżej wymienionych ruchów
- zaburzenia diadochokinezy występują w : zespole mózdkowym

Bibliografia :

- 1.Mazur „Neurologia – myślenie kliniczne”
- 2.Jakimowicz – „Neurologia kliniczna”
- 3.Fuller – „Badanie neurologiczne – to proste”