

Fizjoterapia w niepowikłanym zwichnięciu odcinka szyjnego kręgosłupa

Mechanizm zwichnięcia odcinka szyjnego

□

Mechanizm zgięciowy

W odcinku szyjnym najczęstszym przypadkiem jest zwichnięcie stawu szczytowo-obrotowego.

Pęknięciu ulega tu więzadło poprzeczne, tracąc ze sobą kontakt powierzchnie stawowe zęba kręgu obrotowego i dołka zębowego kręgu szczytowego.

Kręgi szczytowe przesuwa się do przodu z jednoczesnym przesunięciem rdzenia kręgowego.

Ponieważ ząb kręgu znajdującego się poniżej nie ulega przemieszczeniu, dochodzi do zmiążdżenia rdzenia pomiędzy zębem kręgu obrotowego a łukiem kręgowym kręgu szczytowego. Efektem tego może być częściowe uszkodzenie lub całkowite przecięcie rdzenia kręgowego.

Z punktu widzenia klinicznego lepiej jest, gdy przy tym zwichnięciu dojdzie jednocześnie do złamania zęba kręgu obrotowego.

Stan taki znacznie zmniejsza ryzyko uszkodzenia rdzenia.

Do zwichnięcia może także dojść na poziomie wyrostków stawowych, gdzie dochodzi do przemieszczenia powierzchni stawowych kręgu wyższego do przodu w stosunku do powierzchni stawowych kręgu znajdującego się poniżej.

W tej sytuacji również dojść może do uszkodzenia bądź przecięcia rdzenia poprzez ucisk, jaki powstanie pomiędzy łukiem kręgowym kręgu znajdującego się powyżej oraz trzonem kręgu znajdującego się poniżej.

W tym mechanizmie oprócz samego zwichnięcia często dochodzi do złamania lub zmiążdżenia trzonów kręgów znajdujących się poniżej.

Mechanizm wyprostny

Jest to rzadziej spotykany mechanizm wywołujący zwichnięcie kręgosłupa.

W tym mechanizmie powierzchnie stawowe przesuwały się w drugą stronę, przy czym często towarzyszy temu zmiążdżenie lub złamanie łuków kręgowych kręgów znajdujących się poniżej zwichnięcia.

Mechanizm whiplash

Jest to mechanizm wyprostno - zgięciowy, do którego dochodzi często przy wypadkach samochodowych; w pierwszej fazie następuje nadmierny przeprost głowy z rozciągnięciem

lub naderwaniem struktur przednich kręgosłupa, a następnie gwałtowne zgięcie powodujące rozciągnięcie lub zerwanie tylnych struktur stabilizacyjnych kręgosłupa.

W tym mechanizmie także może dojść do podwichnięcia, zwichnięcia lub złamania kręgosłupa, co spowodować może różnego rodzaju zaburzenia neurologiczne wywołane uszkodzeniem rdzenia bądź korzeni nerwowych.

Postępowanie w przypadku niepowikłanego zwichnięcia odcinka szyjnego kręgosłupa

W tym przypadku wykonujemy z pacjentem ćwiczenia oddechowe torem zarówno górnym (piersiowym) jak i dolnym (brzusznym).

Przykładem dla ćwiczeń toru piersiowego może być wznos ramion przodem w górę z jednoczesnym wdechem nosem oraz opuszczanie ramion przodem w dół z jednoczesnym wydechem ustami.

Musimy pamiętać, że zbyt intensywne wdechy, zbyt często powtarzane mogą doprowadzić do hiperwentylacji.

W celu uzyskania pogłębionego wdechu warto jest zlecić pacjentowi pogłębiony wydech.

Taki wydech spowoduje wykonanie fizjologicznie pogłębionego wdechu. Innym sposobem na ćwiczenie górnego toru oddechowego jest wdech z uwypukleniem klatki piersiowej, można w tym ćwiczeniu stosować opory poprzez obciążenie klatki piersiowej chorego.

Ćwiczenia dla toru brzusznego pacjent wykonuje poprzez uwypuklenie powłok brzusznych przy wdechu.

To ćwiczenie, analogicznie jak ćwiczenie powyżej, może zostać dodatkowo oporowane, gdy wydolność oddechowa pacjenta na to pozwala.

Ponieważ w tym przypadku nie mamy do czynienia z porażeniem, wszystkie ćwiczenia kończyn powinny być wykonywane przez pacjenta z ewentualnym lekkim wspomaganie.

Ćwiczeniami czynnymi stosowanymi w początkowym okresie powinny być ćwiczenia dynamiczne małych grup mięśniowych, a więc zlecamy wykonywanie czynnych ruchów w stawach obwodowych.

Duże grupy mięśniowe powinny być ćwiczone tak, aby nie doprowadzać do przerzutów napięć mięśniowych na okolice uszkodzonego odcinka kręgosłupa.

A więc nie należy tu za mocno obciążać pacjenta, jeżeli jakieś ćwiczenie jest zbyt dla niego wyczerpujące, należy zastosować odciążenie.

Po 3 miesiącach można już zdjąć kołnierz stabilizacyjny i wykonywać ćwiczenia uelastyczniające i wzmacniające mięśnie szyi.

Do tych ćwiczeń należą autoregresje mięśni przykurczonych oraz wzmacniające mięśni osłabionych.

Ćwiczenia możemy wykonywać w płaszczyznach podstawowych, a więc zgięcie i wyprost głowy, skręty w lewo i prawo i skłony w lewo i w prawo lub korzystając ze wzorca ruchowego PNF dla głowy i szyi, a więc w płaszczyznach skośnych.

Usprawnianie można rozszerzyć o działania fizykalne, do których zalicza się:

- zabiegi magnetostymulacji,
- terapia laserem niskoenergetycznym, w celu przyspieszenia gojenia struktur uszkodzonych.

W przypadku leczenia zachowawczego i leczenia operacyjnego, jeżeli nie użyto stabilizatorów zalecić można termoterapię i elektroterapię.

W przypadku termoterapii można stosować lampy sollux w celu poprawy ukrwienia oraz rozluźnienia mięśni, diatermię krótko i mikrofalową lub krioterapię, która poprzez fale Levisa oraz zmniejszenie pobudliwości nerwowej prowadzi do tego samego efektu co lampy sollux.

Z zabiegów elektroterapii stosujemy :

- prądy interferencyjne,
- diadynamiczne,
- jonoforezę,
- prąd Traberta.

W przypadku zastosowania stabilizatora nie wolno stosować terapii cieplnej !!!, gdyż doprowadzić to może do skumulowania energii cieplnej w jego mocowaniach i głębokiego poparzenia pacjenta.

Elektroterapia w tym przypadku spowoduje zmiany elektrochemiczne w organizmie, co doprowadzić może do odwapnienia w okolicy stabilizatora i zwiększenia ryzyka ukruszenia kręgów oraz odpadnięcia śrub mocujących stabilizator.

Dodatkowo stosować można kąpiele borowinowe i solankowe.

Na mięśnie karku, obręczy barkowej i klatki piersiowej stosujemy masaż klasyczny rozluźniający, składający się z delikatnego głaskania, rozcierania, ugniatania podłużnego, ucisków jednostajnych i wibracji podłużnej.

W przypadku zastosowania stabilizatora nie zaleca się stosowania masażu segmentarnego, gdyż na drodze odruchowej może dojść do połużnienia jego mocowania i odpadnięcia.

Po uzyskaniu rozluźnienia i usunięcia przykurczów mięśniowych zwiększamy intensywność masażu w celu wywołania wzrostu napięcia mięśniowego, a tym samym wzrostu stabilizacji uszkodzonego odcinka kręgosłupa.

Bibliografia :

- J.Kiwierski, "Schorzenia i urazy kręgosłupa", Warszawa 1997,
A.Zborowski „Masaż w jednostkach chorobowych II” Kraków 1999,
K.Milanowska, W. Dega, "Rehabilitacja medyczna", Warszawa 2001,
R.Hutner, „Pielęgniarstwo specjalistyczne", Warszawa 1969,
T. Mika: „Fizykoterapia", Warszawa 1996,