

7. týden - propedeutika

Polohování (zásady, druhy polohování, speciální polohy a polohování, pomůcky)

Definice

- druh pasivního pohybu, působíme zevní silou malé intenzity po dlouhou dobu

Zásady polohování

- zabezpečit správné uložení končetiny (její části), aby působení zevní síly bylo přesně zacílené
- polohovat celých 24 hodin, polohy na lůžku měnit po 2 hodinách (individuálně dle typu onemocnění, jeho vývoje, dle potřeb nemocného)
- každá poloha musí být pro nemocného bezpečná (zajistit polohu na lůžku pomocí postranic, použití popruh, dlah apod.)
- při každé změně polohy kontrolovat kůži, zčervenání může značit nebezpečí vzniku dekubitu (proto hygiena kůže, cvičení, FT)
- vycházíme ze zásady, že postavení a pohyby DKK slouží k lokomoci a HKK k sebeobsluze

Dle účelu rozeznáváme:

A. Antalgické polohování

- používá se u pacientů s bolestí, kdy najdeme takovou polohu, ve které je bolest mírnější
- antalgickou polohu nemocný v akutním stadiu většinou zaujímá sám
- tato poloha často není fyziologická – přetrvávání v této poloze po delší dobu často znamená vývoj sekundárních změn na pohybovém aparátu (kontraktury)
- v antalgických polohách setrvat jen nezbytně nutnou dobu, postupně usilovat o převedení do fyziologičtější střední polohy
- pozn. znalost antalgických poloh využívá fyzioterapeut tak, aby nezhoršoval bolest nešetrně zvolenou polohou při LTV

►►► Typické antalgické polohy (jsou různé pro různé bolestivé stavy):

akutní lumbago – poloha na zádech / na boku s pokrčenými DKK a kyfotizovanou páteří
trauma kloubu – ulevuje střední postavení kloubu (např. loket v semiflexi a semipronaci)
amputační pahýl – ulevuje podložení pahýlu do flexe

B. Preventivní polohování

- zaujetí takové polohy, kdy tkáň ohrožená vznikem retrakce či kontraktury jsou maximálně protaženy, v ní setrvat 20 – 30 minut, poté provádět šetrné pasivní pohyby a nakonec pacient procvičuje svaly aktivně tak, aby se zlepšilo jejich prokrvení a zásobené kyslíkem a živinami

Význam preventivního polohování:

Prevence dekubitů

- projevy: zarudnutí, olupující se kůže, později nekróza tkáň různého rozsahu a hloubky
- příčiny vzniku: dlouhotrvající tlak na predisponovaná místa (kostní výstupky pod kůží)
- predilekční místa vzniku dekubitů: paty, kotníky, sacrum, trnové výběžky obratlů, oblast trochanterů, sedacích hrbolů, lopatky

Prevence kontraktur

- kontraktura = trvalé postavení kloubu v urč. poloze s omezením jeho hybnosti
- vznik kontraktury – elastická vlákna měkkých tkání ztrácí schopnost protažení do plné délky (nejčastější příčinou je déletrvající znehybnění)
- prevencí vzniku kontraktur je polohování do střední polohy (viz. dál)
- prostředky k polohování: polštáře, pytlíky s pískem, závěsy, dlahy, bedničky, desky apod.

►►► Nejčastější kontraktury

- tendenci ke vzniku kontraktur mají převážně tonické svaly (s tendencí ke zvýšenému napětí), nikoliv svaly fázičné (s tendencí k oslabení)
- DKK: m. triceps surae, flexory kolene, iliopsoas, m. rectus femoris
- HKK: m. pectoralis, flexory loketního kloubu a prstů, adductory a vnitřní rotátory HK
- trup: dlouhé vzpřimovače, m. quadratus lumborum

Prevence otoků a žilních komplikací

- uložení končetin do zvýšené polohy (elevace) – podpora odtoku tekutin z dané oblasti – zmenšení otoku končetin, omezení stagnace krve v žilním systému
- doplnit o: bandáž končetin (omezuje dilataci žil, zrychluje cirkulaci)
cévní gymnastika (využití kontrakce svalu jako žilní pumpy)
důkladná ošetrovatelská péče

C. Polohování ve střední poloze

- zaujetí takové polohy, ve které je napětí periartikulárních tkání co nejmenší
- ▶▶▶ Střední poloha vybraných velkých kloubů:
 - hlezenní kloub: v pravém úhlu (zajištěno bedničkou, deskou, dlahou, botičkou)
 - kolenní kloub: lehká semiflexe (podložení polštářem)
 - kyčelní kloub: lehká flexe a abdukce (zabránit rotacím)
 - ramenní kloub: mírná flexe, abdukce (střídat VR a ZR)
 - loketní kloub: semiflexe, semipronace
 - zápěstní kloub: mírná dorzální flexe a ulnární dukce
 - prsty ruky: semiflexe MC, PIP, DIP (úchopové postavení)

D. Korekční polohování

- uložení kloubu nebo páteře do takové polohy, aby se co nejvíce přibližovala normálnímu stavu, někdy až hyperkorekční polohy
- poloha se pak fixuje vypodkládáním polohovacích pomůckami, polštáři, popruhy, pružnými tahy, dlahami nebo spec. prostředky (korzet, sádra)
- používá se tam, kde přetrvává omezený pohyb, zkrácení svalů, deformita
- cíl: upravit nefyziologické postavení
- ▶▶▶ Příklady korekčního polohování
 - skoliotické zakřivení páteře – využití korekčních korzetů
 - zlomeniny hrudních obratlů – sádrový korzet
 - některé zlomeniny krčních obratlů – Hallo trakce
 - vybrané zlomeniny dlouhých kostí končetin – zevní fixátor
 - korekční polohování kloubu se závažím (koleno, loket)

E. Redresní polohování

▶▶▶ Tři základní polohy na lůžku

Vleže na zádech

- hlava: podložit malým polštářkem hlavu a krční páteř, ne ramena, hlava nesmí být zvrácena nazad, ani přitisknuta na hrudník, páteř má být napřímená
- HKK: v ramenním kloubu střídat ZR a VR, loket v semiflexi, zápěstí v mírné dorziflexi, prsty v úchopovém postavení, palec v opozici
- DKK: nataženy v kyčelních kloubech, zabránit rotacím, mírná abdukce, kolenní kloub podloženy malým polštářkem, hlezenní klouby v pravém úhlu zajištěny bedýnkou

Vleže na boku

- hlava: podložit přiměřeně velkým polštářem, krční páteř napřímená
- trup: záda zapřít molitanovým polštářem (klínem, obdélníkem), nepolohovat na ochrnutou stranu, ani na stranu zlomeniny
- HKK: spodní HK vedle hlavy, svrchní HK na polštáři před tělem, nebo natažená podél trupu (vložit polštář), ostatní jako na zádech
- DKK: svrchní DK je v semiflexích před trupem nemocného podložena 2 polštáři, spodní DK je natažená v prodloužení trupu, hlezenní klouby zajistit v pravém úhlu

Vleže na břiše

- hlava: pootočená ke straně, které v pravidelných intervalech střídáme, vždy bez polštáře
- trup: lze podložit ze strany, kam je otočená hlava a zmírnit tak bederní hyperlordózu
- HKK: podložit ramenní pletence malými polštářky proti vtáčení dovnitř, střídat v ramenou 3 polohy: ZR s pokrčenými lokty („svícen“), ZR s nataženými lokty podél těla, jedna HK v ZR s pokrčeným loktem a druhá HK v ZR s nataženým loktem, ostatní jako na zádech
- DKK: natažené a plošky opřené o bedýnku nebo desku, pod hlezenní klouby váleček

Speciální polohy těla

- ▶ Fowlerova poloha
 - poloha těla na lůžku v polosedu s vypodloženými zády, DKK – hlezenní klouby zajištěny bedničkou, kolena v semiflexi podložena polštářem, kyčelní klouby mohou být vypodloženy odlehčovacím kolečkem
 - zajišťuje vhodnou ventilaci plic, používá se po operacích na hrudníku, onemocnění srdce
- ▶ Ortopnoická poloha
 - poloha v sedu na lůžku, DKK spuštěny dolů, pacient v mírném předklonu, HKK natažené, opírá se o okraj postele
 - využívá se u nemocných s dušností (respiračního či kardiálního původu) – dýchání je takto usnadněno zapojením auxiliárních (=pomocných) svalů dýchacích
- ▶ Trendelenburgova poloha
 - poloha pacienta na lůžku, hlava a hrudník jsou níž než DKK – tyto jsou vypodloženy, nebo jsou zvednuty nohy postele
 - poloha vede k lepšímu prokrvení mozku, odlehčuje oběh v dolní části těla
 - používá se po větších ztrátách krve, při mdlobách (nedokrvení mozku)
- ▶ Poloha při drenáži bronchů
 - využívají se šikmé polohy v lehu na zádech, na břiše, na boku k usnadnění drenáže jednotlivých segmentů a laloků plic (viz. dále dechová gymnastika)
- ▶ Opistotonus
 - vynucená poloha daná spasmem zádového a šíjového svalstva
 - vyskytuje se u tetanického záchvatu
- ▶ Poloha pacienta při meningeálním dráždění
 - je charakteristická zvrácením hlavy nazad, pokrčenými končetinami

Speciální polohování u různých diagnóz

▶ Interna

Kardiaci – Fowlerova poloha

Astmatiči – často podvědomě využívají ortopnoickou polohu

▶ Neurologie

Periferní parézy – polohujeme do funkčních poloh (ruka – úchopové postavení)

Spastické parézy – snaha zabránit vzniku flekčních kontraktur

Cervikální VAS – vypodložit hlavu měkkým polštářem do úlevové flexe, trakce na Glissonově kličce, podpurný měkký krční límec

▶ Ortopedie

TEP kolene – střídat polohu v extenzi (DK podložena válečkem pod patou) a flexi (DK umístěna na kostce)

TEP kyčle – v lehu na zádech mezi DKK umístit polštář / polohovací klín, na nohu antirotiční botičku, popř. pod patu odlehčovací kroužek

▶ Pediatrie

Torticollis muscularis – hlavu dítěte ukládáme do korekční polohy – v opačném směru tahu SCM = mírná rotace, lateroflexe a retroflexe

Pomůcky k polohování

Polštáře – různých tvarů a výšek, z různých materiálů

Sáčky s pískem

Dlahy

Bedničky

Opěrné desky, podpěry