Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1966)

Heft: 207

Artikel: Die krankengymnastische Behandlung der in Narkose mobilisierten Schulter

Autor: Michel, Josef

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929855

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Der Physiotherapeut
Le Physiothérapeute

Nr. 207 **April 1966**

Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich anerkannter Physiotherapeuten
Bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes Erscheint 2-monatlich

Inhaltsverzeichnis: Die krankengymnastische Behandlung der in Narkose mobilisierten Schulter — Verordnung VI über die Krankenversicherung — 5. Weltkongress Melbourne, 15.—26. Mai 1967 — La rééducation des IMC selon la technique Bobath

Die krankengymnastische Behandlung der in Narkose mobilisierten Schulter

von Josef Michel, Physiotherapeut, Lenzburg

(Die im Vortrag angeführten Nummern beziehen sich auf die beigefügten Behandlungsskizzen.)

Ist man in der Behandlung einer eingeschränkten Schulter an einen Punkt gekommen, bei welchem trotz eifrigem Bemühen von Arzt, Krankengymnastin und Patient kein wesentlicher Fortschritt in der Aktionsvergrösserung mehr erzielt werden kann, wird sich der Arzt meist zu einer Schultermobilisation in Narkose — bei abgeklärter Indikationsstellung — entschliessen.

Wenn immer möglich, schickt er den Patienten dazu für 4—6 Wochen in eine Spezialklinik, bei Platzmangel für die Woche nach der Mobilisation. Eine lediglich ambulante Behandlung ist für den Patienten sehr schmerzhaft und das Resultat rechtfertigt nicht immer den grossen Einsatz der Beteiligten.

Im folgenden skizziere ich die Behandlung, welche an der Rheumaklinik in Leukerbad (Chefarzt: Dr. N. Fellmann) durchgeführt wird. Sie ist sehr einfach auszuführen, aber hoch wirksam. Arzt, Krankengymnastin, Beschäftigungstherapeutin, Schwester und Patient haben ihre wohldurchdachten Anteile am Behandlungserfolg.

Aufnahme des Patienten und Vorbehandlung

Der Arzt macht neben dem Eintrittsstatus Röntgenaufnahmen der Schulter zur endgültigen Abklärung des Zustandes. Die Krankengymnastin nimmt dazu den krankengymnastischen Befund mit Winkelmassen des Schultergelenks, Umfangmassen des Ober- und Unterarmes, sowie einem Muskelstatus auf.

Die Therapeutin behandelt nun den Patienten während ca. einer Woche intensiv und bereitet ihn auch auf die einzelnen Phasen der Nachbehandlung nach der Mobilisation vor, indem er jede postoperative Bewegung lernt und die Therapeutin den Sinn der Uebungen erklärt.

Daneben erhält der Patient eine Wärmetherapie mit Massage beider Nacken-Schulter-Armpartien, weil der gesunde Arm meist auch leicht betroffen ist. Täglich hält sich der Patient im Hallenbad (36° C), Gypsquelle) auf während einer runden Stunde, wo er schwimmt und sich der detonisierenden, anregenden und schmerzlindernden Wirkung des Wassers hingibt.

Am Vorabend der Mobilisation erkundigt sich der Arzt bei der Therapeutin, der Schwester und beim Patienten über dessen Fortschritte und seine Moral. Er untersucht ihn selbst nochmals genau. In das Schultergelenk wird eine entzündungshemmende und abschwellende Injektion gemacht. Der Patient soll gut schlafen, ev. mit medikamentöser Hilfe.

Mobilisationstag

07.00 Uhr Aufwachen, Morgentoilette. Währenddessen richtet die Schwester das Bett: Auf das Unterleintuch legt sie in Schulterhöhe einen Plastic, ca. 40 x 60 cm. Darüber spannt sie im Abstand von ca. 15—20 cm kopfwärts je ein Querband, welches unter dem Bett fixiert wird. In Schulterabstand sind darauf Fixiergurten

für die Oberarme angebracht. Um die Stosstange am Kopfende und den Hilfsbügel an seinem untern Drittel wird eine Flanellbinde gewickelt. Der Patient soll nach der Mobilisation im entstehenden Quadranten fleissig üben. Die kalte Stange würde aber schnell seine Hand unterkühlen. Als Kopfkissen richtet die Schwester für die Nacht ein Spreuekissen von ca. 15—20 cm. Die weichen Kissen werden entfernt, dafür aber etwa sechs Spreukissen von 30 x 50 cm hergerichtet. Diese bleiben im Zimmer.

7.30 Uhr. Vorbereitungsinjektion zur Beruhigung des Patienten.

8.00 Uhr. Nach erneuter Kontrolle der Röntgenbilder Mobilisation im Operationssaal in alle Endstellungen, wobei auf die Freiheit des Humerus gegenüber dem verklebten Schulterblatt auch in die Adduktion besonders geachtet wird. Die Therapeutin ist zugegen, achtet auf das Mobilisationsgeräusch, die am meisten verklebten Kapselstellen und die tatsächlich erreichte Bewegungsfähigkeit.

Der Patient wird noch während der Narkose in die Gurten gespannt und ins Zimmer zurückgeführt. Die Schwester gibt ihm sofort auf jede Schulter einen kalten Fango (auf ein Leinentuch von ca. 60 x 90 cm wird eine Fläche von 30 x 20 cm mit Fango zwei Zentimeter hoch bedeckt. Alle Seiten überschlagen und das Paket mit dessen Unterseite an die Schulter anmodellieren), was sie bis zum Abendessen stündlich wiederholt. Weil er sehr gut anliegt, ist er das wirksamste und schonendste Mittel zur Vermeidung einer ausgedehnten Schwellung, welche später jede Bewegung verunmöglicht. Bei einer Eisblase ist die Gefahr der Unterkühlung grösser. Während der folgenden Tage wird der Patient reichlich mit schmerzlindernden Mitteln versorgt.

Die Therapeutin schaut stündlich nach dem Zustand des Patienten. Sie lockert bei An- oder Dysästhesie der Finger die Fixationsgurten und massiert den Arm bis zum Deltoides-Ansatz und unter dem Schulterblatt. Der Patient soll die Finger fleissig bewegen und im Flanell umzogenen Quadranten den Unterarm beugen und strecken, vor allem darf er nicht bewegungslos in den Gurten liegen oder sich gegen diese aufbäumen wollen.

12.00 Uhr. Kopfteil des Bettes ohne Lageveränderung des Patienten höher stellen. Die Schwester flösst ihm eine Bouillon ein. Nachher wird er wieder horizontal gestellt.

14.00 Uhr. Die Therapeutin deckt das Bett ab. Sie befreit den gesunden Arm, massiert und bewegt ihn im Schultergelenk vorsichtig. —

Dann löst sie den kranken Arm, streicht ihn mit langsamen Bewegungen aus, lässt währenddessen den Patienten die Knie anbeugen, sie auf die kranke Seite legen und heisst den Patienten aufsitzen. Der kranke Arm kommt so automatisch wieder neben den Thorax. Der Patient atmet tief durch, die Schwester wirft ihm den Hausmantel um und zieht ihm die Hausschuhe an, und führt ihn zur Toilette. Nachher richtet sich der Patient noch ein wenig zurecht und legt sich wieder ins Bett. Die Therapeutin hat das untere Querband entfernt und fixiert den Patienten nur noch leicht mit dem restlichen Band. Er soll die Hände im Nacken behalten und sich zwingen, die Ellenbogen auf das Bett zu pressen. Die Unterarme darf er im Quadranten bis zur Wand strecken.

18.00 Uhr. Nachtessen am Tisch. Aufstehen wie erwähnt. Während der Mahlzeit ruht der kranke Arm auf einer Schicht Spreuekissen in 90° Elevation und leichter Abduktion. Für die Nacht wird auch das restliche Fixierband entfernt.

18.30 Uhr. Nach der Abendtoilette legt sich der Patient auf die gesunde Seite, gesunde Hand unter dem Kopf. Der kranke Arm ruht auf einigen Kissen in seitlicher horizontaler Abduktion. Ein letzter kalter Fango vor dem Einschlafen. Die Nachtschwester entfernt ihn und versorgt den Patienten mit einem Schlafmittel.

1. Tag postoperativ

7.00 Uhr. Morgentoilette, Morgenessen.

7.45 Uhr. Röntgenzimmer: Schulteraufnahme zur Kontrolle. (Luxation??)

8.00 Uhr. Turnsaal: Der Patient fasst mit beiden Händen das Kopfende eines Bettes, neigt sich vor und steigt möglichst weit nach hinten auf in die Bauchlage. Er ver-

meidet so das schmerzhafte Vorbringen der Arme.

(1) Arme noch weiter nach vorne strekken, bis die Ellenbogen den Kopf berühren. Zwei Minuten so verbleiben. Später mit Kissen unter dem Ellenbogen.

(2) Gesunde Hand unter den Nacken ziehen. Knie anbeugen und gleichzeitig auf die Seite liegen. Kranker Arm auf den Bauch ziehen, und über den Trochanter dem Becken entlang auf die Bettoberfläche gleiten lassen. Darauf kopfwärts klettern mit den Fingern. Sehr langsam ausführen. Der Ellenbogen muss dem Bekken anliegen.

(3) Langsam in Rückenlage drehen. Hände in den Nacken, ohne Kissen. Ellenbogen langsam auf das Bett senken. So zwei Minuten verbleiben. Später von hier aus mit gefalteten Händen Arme aus dem Körper strecken mit stetem Handkontakt mit dem Bett.

Diese Uebungen wiederholt der Patient ohne Aufsicht der Therapeutin um 11.00 und 16.00 Uhr. Auch an den folgenden Tagen übt er an diesen Zeiten selbständig. Er gewöhnt sich so an die exakte Ausführung von Hausaufgaben und an ein Zeitschema. Sein Selbstvertrauen wächst, weil er die geforderten Bewegungen immer besser ausführen kann. Nach jeder Sitzung bekommt er noch kalten Fango. In der Zwischenzeit soll er im Bett liegen und die beschriebenen Bewegungen ausführen.

2. Tag postoperativ

Uebungen vom Vortag, dazu erste aktive Uebungen:

(4) Gesicht zur Sprossenwand, Stand. Stirn und Becken liegen am Balken an. Die Arme neben dem Körper Sprosse um Sprosse hochführen, bis sie gestreckt sind. In der Endstellung kurz verharren, dann wieder langsam zurück. Später in der Endstellung leicht in die Knie gehen.

(5) Ohne Schwung: Die Arme gleichmässig seitlich hochführen. Vorerst bis zur Horizontale, später bis neben den Kopf. Finger dabei aus dem Körper strecken, Daumen nach oben.

(7) Rücken zur Sprossenwand. Die Hände greifen hinter dem Becken die höchstmögliche Sprosse. Gerade stehen. Leicht nach vorne einen Ausfallschritt machen, zurück.

3. Tag postoperativ

Wie am Vortage, dazu:

(8). Als Erweiterung von (7): Mit aufrechtem Oberkörper zur kranken Seite gehen ohne Drehung. Durch langsames Kniebeugen wird der Unterarm — mit dem Ellenbogen am Körper — schulterblattwärts geschoben. Langsam zurück. Vor einem Spiegel ausführen zur Haltungskontrolle. Immer höhere Sprossen greifen.

(9) Rücken zur Sprossenwand: Der kranke und hernach de rgesunde Arm greifen die höchstmögliche Sprosse, auf gleicher Höhe. Das Becken an den Balken schieben und von hier aus langsam in die Knie (maximale Elevation). Langsam hoch kommen, gesunder Arm nach unten nehmen, dann zur Sprossenwand drehen, kranke Hand greift um und greift Sprosse um Sprosse nach unten. Nie die Sprosse einfach loslassen und den Arm runterfallen lassen!

Als Erweiterung Ellenbogen in der Endstellung nach innen und aussen drehen. Die Uebung ist sehr schmerzhaft.

4. Tag postoperativ

Die Schwelung ist verklungen. Ab heute wird der Fango weggelassen und eine leichte Wärmetherapie mit Massage angewandt. Auch darf der Patient wieder ins Hallenbad, wo er allerdings noch nicht schwimmen soll. Während an den vergangenen Tagen das Hauptziel die Erhaltung der grösstmöglichen Bewegungsfähigkeit des Schultergelenks bis zum Abklingen der Schwellung und des Kapselreizes war, — was durch eine vorsichtige Kältetherapie und möglichst wenig, aber sehr gezielten Bewegungen erreicht wurde, — kann nun mit der eigentlichen Mobilisation der verloren gegangenen Bewegungsradius begonnen werden. Die betroffenen Schultermuskeln werden gezielt gekräftigt, vorerst mit isometrischen Uebungen gegen den unüberwindlichen Widerstand der Therapeutin in allen Bewegungsabschnitten. Im gleichen Sinn verwendet man KABAT-Uebungen. Bevorzugte Ausgangsstellungen: Sitz, Rücken-Bauchlage.

Dazu kommen als Hausaufgaben:

(10) Rücken zur Sprossenwand: Kopf und Becken bleiben am Balken. Die Hände greifen — auf gleicher Höhe — zuerst hoch, dann immer tiefer, hinter die Sprosse. Dort schiebt sich der Unterarm nach aussen und innen. (Maximale Aussenrotation). Sprosse und Hand pudern. Je tiefer die Sprosse, desto schwieriger die Uebung. —

(11) Gesicht zur Sprossenwand mit einem Abstand von Armeslänge. Die gesunde Hand greift in Schulterhöhe bei gestrecktem Arm die Sprosse. Der andere Arm wird ausgestreckt und seine Hand hüpft von Sprosse zu Sprosse, immer höher, mit immer grösseren Sprossendifferenzen. Die jeweilige Höhe soll einen Augenblick frei gehalten werden können. Später mit Hanteln von 0,5—2,5 kg.

Das gleiche auch seitwärts hoch (6) mit dem Gesicht oder dem Rücken zur Sprossenwand.

Rücken zur Sprossenwand: Hände in den Nacken. Becken fest an den Balken pressen. Die gefalteten Hände am Balken entlang hochstrecken. Ellenbogen fest nach hinten pressen.

Sitz: wie Uebung 2, 7, 8: Kranker Arm in den Rücken nehmen, bis der Ellenbogen am Körper anliegt. Jetzt die Hand von der Gegenseite zum Schulterblatt der kranken Seite führen. Hilft die Therapeutin dabei, so zieht sie die Hand gleichzeitig ein wenig nach hinten, schützt aber mit der andern Hand das Schultergelenk vor dem Auskugeln.

Ist nach ca. zwei Wochen intensiver Behandlung der Bewegungsradius noch unbefriedigend, so wird eine ergänzende Mobilisation in Narkose gemacht, nach welcher die Restbewegung meist schon in ein paar Tagen erreicht wird.

Der Patient wird nun noch intensiver beansprucht und mit Hilfe der Bechäftigungstherapeutin auf Gebrauchsfehler der Schulter im täglichen Leben, sowie deren Ausmerzung, aufmerksam gemacht. Ein Merkblatt der wichtigsten Uebungen wird ihm nach Hause mitgegeben. Turnt er gerne, empfiehlt man ihm das Büchlein: «Bewegungsübungen für Rheumakranke» von Fellmann/Bonrath, wo man die ausgesuchten Uebungen ankreuzt. Aber auch hier gilt: Lieber wenig Hausaufgaben und diese wirklich ausführen, als ein Riesenpensum, welches nur zwei Tage lang bewältigt wird.

Zusammenfassung

Es wurde eine krankengymnastische Behandlung der in Narkose mobilisierten Schulter besprochen, welche durch ihre Einfachheit und Erfolgssicherhei besticht. Die Arbeit von Arzt, Schwester, Krankengymnastin, Beschäftigungstherapeutin und Patient wurde kurz umrissen.

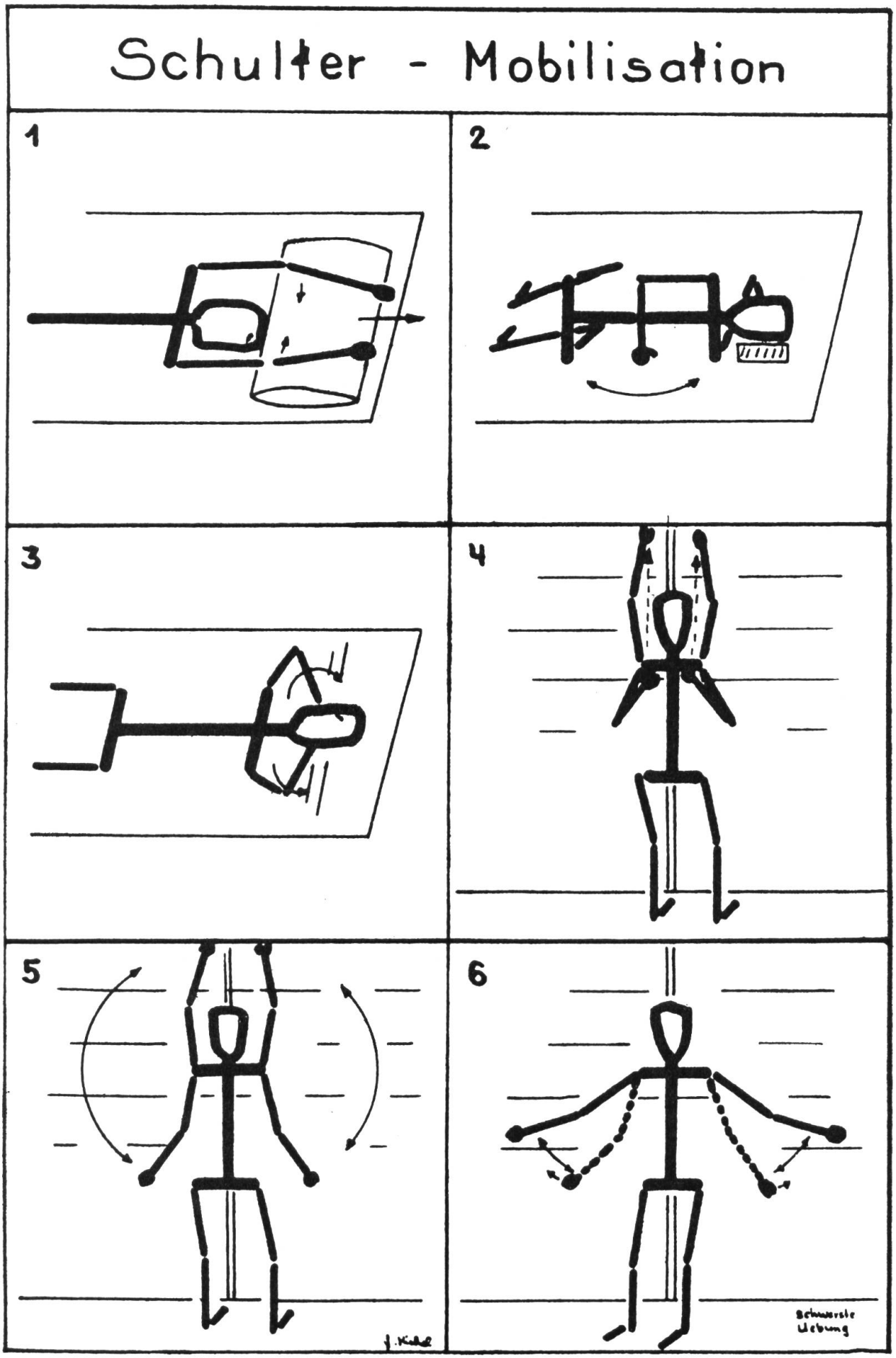
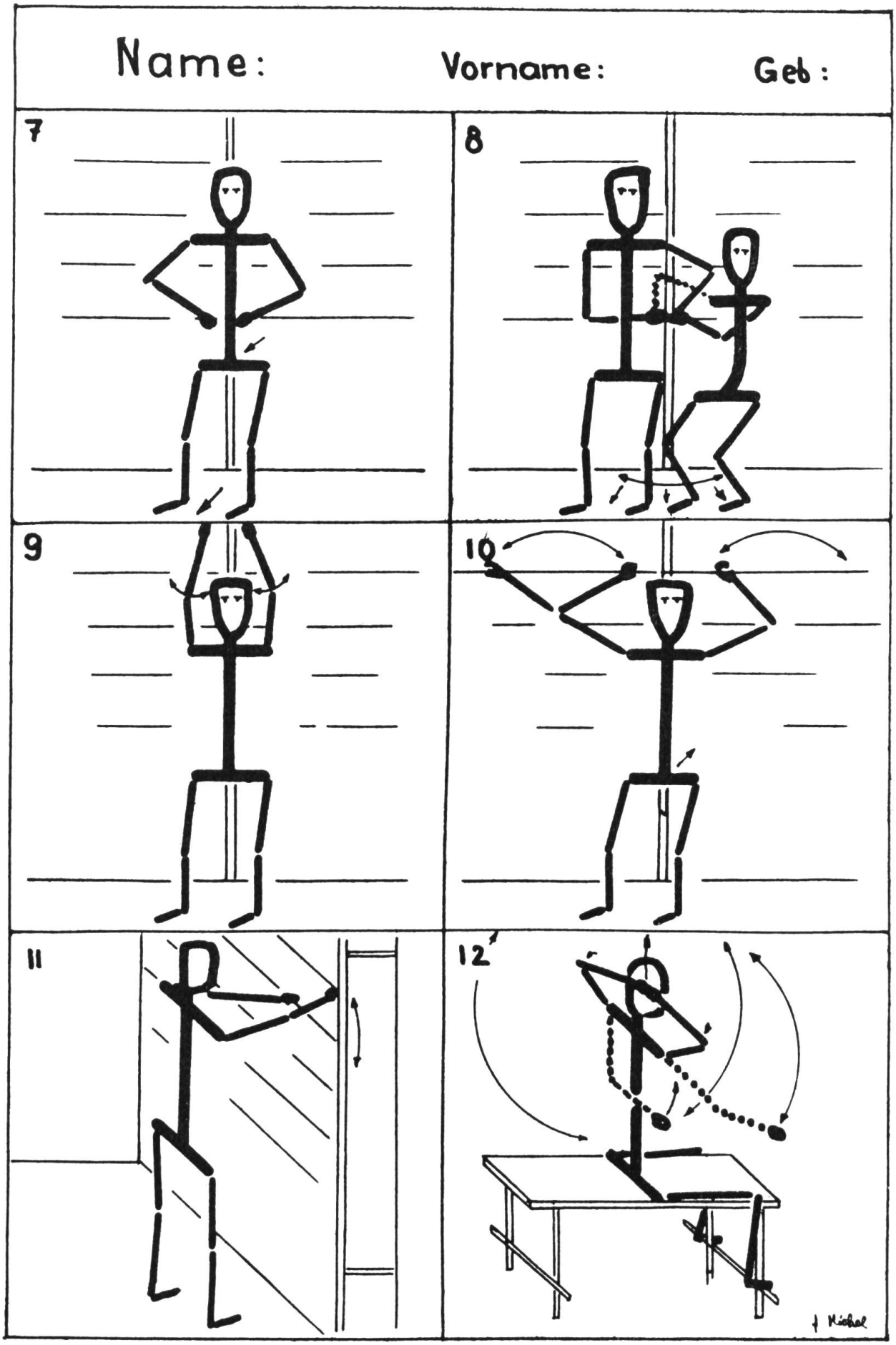
Grundidee der Behandlung ist die Verhütung von ausgedehnten Schwellungen des Schultergelenkes nach der Mobilisation, indem eine sorgfältige Kältetherapie während der ersten Tage angewandt wird. Mit einigen wenigen stellungszwingenden Uebungen wird während dieser Zeit die erreichte Bewegungsfähigkeit maximal gewahrt.

Nach Abklingen des Reizstadiums geht man auf eine Wärmetherapie mit Massage über, unter intensiver Kräftigung der betroffenen Muskulatur, und Restmobilisation. Ist das Resultat nach ca. zwei Wochen noch unbefriedigend, so entschliesst man sich zu einer zweiten Mobilisation, welche in Kürze den gewünschten Erfolg bringt. Die Aufenthaltsdauer in der Klinik wird dadurch meist nicht verlängert.

Da der Patient einige solide Grundübungen schon von Beginn weg allein ausführen muss, gewöhnt er sich an Hausaufgaben, welche er mindestens ein halbes Jahr lang nach der Entlassung aus der Klinik unter Kontrolle eines spezialisierten Arztes und Physiotherapeuten weiter ausführen soll.

Josef Michel

Schulter - Mobilisation



Name: Vorname: Geb: