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: - (1972)

Heft: 245

Artikel: Anwendung und Erfolg der Eis-Therapie

Autor: Beusch, Roland L.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930550

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: 08.07.2025

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

Anwendung und Erfolg der Eis-Therapie

Roland L. Beusch, Buchs

Die Eisbehandlung setzt sich in der Schweiz immer mehr durch. Die erzielten Heilerfolge gründen auf folgenden Vorgängen:

Linderung der Schmerzen: Bei frischen Kontrakturen verunmöglichen Angst und Schmerz den frühzeitigen Beginn der Behandlungen. Hier hilft die Heraufsetzung der Schmerzgrenze durch Auflegen von beeisten Tüchtern. Die Kälte verringert die Empfindlichkeit der Nervenleitung, das Schmerzgefühl wird vermindert. Deshalb gestattet die Kälteanwendung grössere Bewegungen und eine befriedigerende Muskelkontraktion. Die durch Schmerz bedingte Abwehrreaktion wird vermieden.

Aktive Hyperämie: Der oberflächliche Blutvorrat verkleinert sich durch ein schockartiges Verschliessen der Gefässe. Auf reflektorischem Weg wird anschliessend die Muskulatur besser durchblutet. Diese lokale Beeinflussung der Zirkulation wirkt entschwellend und empfindliche Gelenke lassen sich besser behandeln. Diese Kältetherapie wird auf dem betroffenen Gebiet solange angewendet, bis ein maximaler Effekt erreicht ist. Die Behandlung kann öfters am Tag wiederholt werden.

Erleichterung der Spastizität: Da die Kälte die Geschwindigkeit der Nervenleitung bremst, hemmt sie auch den Schmerzreiz. Der Spasmus wird vermindert, sobald beeiste Tücher über die ganze Länge des Muskels aufgelegt werden.

Aktive Mitarbeit des Patienten: Die Kälteanwendung verscheucht Müdigkeit und Schlaf, der Patient wird hellwach und zur aktiven Mitarbeit ermuntert.

Fachärzte für Physikalische Therapie setzen Medizinaleis in folgenden Fällen ein:

Rheumathologie: Periartritis im akuten und subakuten Zustand, Nacken-Schulter-Arm-Syndrom im akuten Stadium, Nervenentzündungen, überwärmte Gelenke bei Arthritis, bei akutem Ischiassyndrom.

Chirurgie: Sofortige Nachbehandlung nach Weichteil-Rheumatismus, Quetschung, Distorsionen (Frühstadium), Status nach Luxationen ,Nachbehandlung von schmerzhaften Kontrakturen nach Frakturen, Sudecksche Krankheit, aesthetische Narbenbehandlungen.

Neurologie: Status nach Hemiplegie: Spasmusbekämpfung in Verbindung mit der Kabat-Methode (Propriorezeptive neuromuscular facilitation), spastische MS Vorbereitung zur Mobilisation.

Innere Medizin: Bei venösen Zirkulationsstörungen, Stauungen, Oedemen, in Verbindung mit Massage und Entstauungsgymnastik; bei allen Fällen, die eine aktive Hyperämie und eine entzündungshemmende Wirkung benötigen.

Technik der Eisanwendung

Die Eisbehandlung wird am normal durchwärmten, also nicht fröstelnden, Patienten durchgeführt. Ein ausgewundenes, jedoch feuchtes Frottiertuch wird mit kleinen Eiskörnern bestreut und aufgelegt. Die zu bewegenden Muskeln und Gelenke werden dadurch angenehm gekühlt. Das Schmelzwasser wird vom saugfähigen Frottiertuch aufgenommen. Die Eisanwendung dauert in der Regel 3 bis 5 Minuten, je nach der Reaktion des Patienten.

Es ist üblich, die Bewegung mit aufgelegter Packung durchzuführen.

Bei Händen und Füssen ist der Effekt schneller und ausgeprägter. Der Patient bewegt die Gliedabschnitte aktiv kurzfristig im Eiswasser, bis die reaktive Hyperämie eintritt. Anschliessend wird die Behandlung mit beeisten Frottiertüchern fortgesetzt.

Bei der Sudeck'schen Dystrophie kann mit der Eisbehandlung schon früh begonnen werden. Die Patienten empfinden das Eiswasser als Wohltat. Die Behandlung ist erfolgreich, darf indessen nicht überforciert werden.

Beim Schultergelenk und beim Ellenbogen treten oft durch Angst und Schmerz Gegenspannungen auf. Die Eisbehandlung jedoch hemmt die Schmerzen; der Patient arbeitet aktiv bei der Behandlung mit.

Es scheint wenige Kontraindikationen der Kälteanwendung zu geben. Die meisten Pa-

tienten finden sie angenehm und ziehen sie einer Wärmebehandlung vor. Gegenindikationen können z.B. die spontane Abneigung gegen Kälte, schlechte Gefässreaktionen bei Gefässkrankheiten (Bürger'sche oder Reynaud'sche Erkrankungen), oder Nieren- und Blasenschwäche sein. In Fällen von Polyarthritis soll die Eis-Therapie nur kurzzeitig angewendet werden, damit keine Durchkühlung eintritt.

Die Anwendung von kleinen weichen Eiskörnern erschliesst neue Möglichkeiten, den Patienten zu helfen. Der Heilungserfolg wird in wesentlich kürzerer Zeit erreicht.

Podiumgespräch über die Haltungsgymnastik

Am 24. Juni 1972 fand in Bern ein Runddtischgespräch über die Haltungsgymnastik statt.

Die Haltung ist das Ergebnis von statischen, funktionellen, konstitutionellen und psychischen Faktoren. Mit dieser Meinung konnte sich die Mehrheit der Anwesenden einverstanden erklären. Mit dem Definitionsversuch der «guten» Haltung, mit der Zielsetzung der Haltungsgymnastik und dem zu beschreitenden Weg, um diese Ziele zu erreichen, begann eigentlich erst die Konfrontation.

Im Grunde genommen waren m.E. zwei Auffassungen vertreten, welche entgegengesetzt scheinen, sich aber bei näherer Betrachtung eigentlich ergänzen.

Erste, meist verbreitete *Auffassung:* auf Grund der Feststellung (meistens im Stand beurteilt) von Fehlstellungen und -formen (Abweichungen von der klinischen Normalhaltung) wird eine Uebungsauswahl getroffen, welche erstens eine korrigierende Wirkung auf die Fixation und Schwächen hat, zweitens das Bewegungsgefühl schult, um drittens dem Patienten (in der Regel ein beschwerdefreies Kind) die Möglichkeit zu geben, seine Haltung (Stehhaltung) möglichst der Normalhaltung anzupassen. Der Hohlrundrücken z.B. wird durch Beckenaufrichtung (Spannung von Gesäss- und Bauchmuskeln), Spannung der Rückenstrekker, und Adduction der Schulterblätter (Spannung von Trapezius und Rhomboiden) korrigiert. Dieser Korrektur geht eine analytische, spezifische Mobilisations- und Kräftigungsgymnastik voraus. Im Vergleich zur habituellen Normalhaltung benötigt die eben zitierte bewusst erarbeitete Normalhaltung einen grossen Energieaufwand. Aus diesem Grund und weil diese künstliche Haltung auch durch Kontraktion von vorwiegend dynamisch arbeitenden Muskeln (Becken und Schultergürtel) möglich wird, ist sie zwangsläufig zum Zerfall verurteilt, sobald der Bewegungsapparat dynamisch beansprucht wird.

Die zweite Auffassung hat einen mehr funktionellen Charakter. Es wird vor allem auf die Vermeidung von Fehlbelastungen der Wirbelsäule gelegt, welche mit der Zeit zu erhöhtem Verschleiss und zu Schmerzen führen könnte. Die Aufrichtung des Bekkens durch Anspannung der Bauch- und Gesässmuskulatur (Umkehrung der physiologischen Kurven) wird abgelehnt. Die konkave Lendenkrümmung wird im Stand und im Sitzen durch einen minimalen Energieaufwand bis auf Höhe von Th. 5—6 verlängert, aber nicht verstärkt. Im Falle des vorher als Beispiel zitierten Hohlrundrükkens entspricht die Ausdehnung der Lendenkrümmung bis Mitte BWS einer relativen Abflachung der Lordose. Dabei bleiben Gesäss (Glut. max.) locker, die BWS ist bereits aufgerichtet, wodurch die Schulterblätter ohne Anspannung der Schultergürtelmuskulatur von selbst nach caudal und in Adduction rutschen. Diese Stellung kann relativ zur Ruhehaltung mit sehr wenig Anstrengung, beim Sitzen, Stehen, Gehen und sonstigen Bewegungen erhalten bleiben, sogar beim Bücken (Senkhalte). Die Ventralflexion der Wirbelsäule in der Belastung wird vermieden, die Tätigkeiten, die eine Rumpfneigung verlangen, werden in der Senkhalte durchgeführt, wobei nicht nur der gefährdete Lumbosacralübergang stabil und geschont bleibt und somit die ganze WS in einer einwandfreien Haltung gekräftigt wird. Es handelt sich um eine funktionelle