



huisarts en wetenschap

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS
HUISARTSEN GENOOTSCHAP

REDACTIE-COMMISSIE: H. FRESE, BERGAMBACHT, VOORZITTER - G. J. BREMER, NIEUWKOOP - K. G. BRÜHL, AMSTERDAM
D. C. DEN HAAN, LEIDEN - A. HOFMANS, ROTTERDAM

Redactiesecretariaat: Keizersgracht 327, Amsterdam-C. - Administratie: Fa A. H. Kruyt, Uitgever,
Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, tel. 02959-6155, postgiro 142554

Abonnement f 12,50 per jaar, voor studenten f 7,50, buitenland f 15,-. Losse nummers f 1,50

Behandeling van spastische hemiplegie

DOOR J. J. M. MICHELS, HUISARTS TE WAGENBERG

Het aantal hemiplegiepatiënten is zeer aanzienlijk. In verreweg de meeste gevallen wordt de hemiplegie veroorzaakt door een hersenbloeding, hersentrombose of hersenembolie. Daarnaast kennen we nog traumatische hemiplegieën, hemiplegieën als resttoestand van een hersentumoroperatie, na een vaatonderbinding voor een aneurysma, en wellicht nog enige buitenbeentjes. Over het algemeen wordt voor deze patiënten nog maar weinig gedaan, omdat men te gauw geneigd is te zeggen, dat er toch niet veel meer aan te doen is. Meestal leiden zij een slepend bestaan tot verdriet van zich zelf en tot last van hun omgeving. Bij een nauwkeurige behandeling blijkt men echter nog enorme resultaten te kunnen bereiken. De revalidatiegedachte van de laatste jaren is er niet vreemd aan, dat deze patiënten nu meer in de belangstelling zijn komen te staan. Ook voor deze mensen geldt de paradox, dat hoe ongeenslijker een zieke is, hoe meer therapie hij nodig heeft. Wij willen het nu speciaal hebben over de hemiplegieën ten gevolge van een apoplexie, apoplexie hier bedoeld in de algemene betekenis van het woord.

De behandeling kunnen wij gevoeglijk indelen in drie stadia:

1 de directe behandeling, die bedoelt het leven te

redden en de resttoestanden zo gering mogelijk te maken. Hiervoor moeten we eerst de differentiaaldiagnose stellen tussen bloeding, trombose, embolie en eventueel vaatspasmen. Over deze behandeling willen wij het nu niet hebben. Wij beschikken hierbij, afhankelijk van het geval te gebruiken, over eufhylline intraveneus, papaverine, nicotinezuur 50 tot 100 mg in een 20% glucose-oplossing, eventueel anticoagulantia en in sommige gevallen cortison. Voor de directe onrust is misschien chloraalhydraat nog wel het beste;

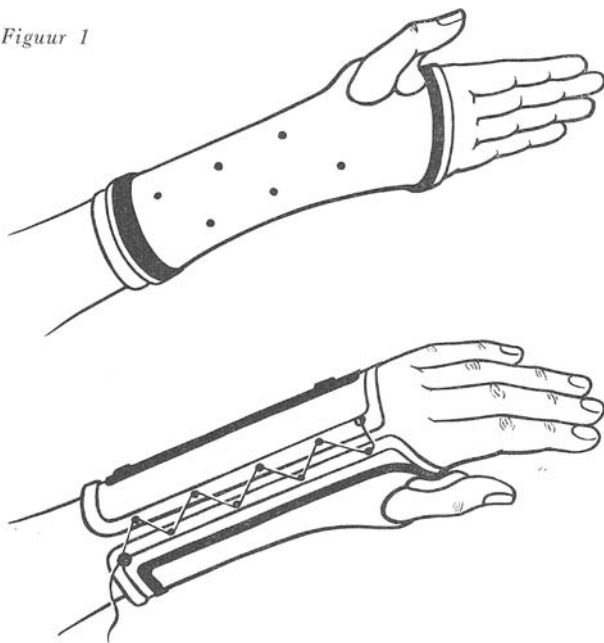
2 de behandeling die ten doel heeft complicaties in het algemeen te voorkomen. Deze zijn decubitus, te voorkomen door geregeld omleggen. Dit kan men het best doen door de patiënt op een klein lakentje te leggen, dat reikt van de schouders tot en met de nates. Met twee personen kan men zo de patiënt gemakkelijk omrollen. Vervolgens vermelden wij de longcomplicaties, te voorkomen door er op te letten en tijdig antibiotica toe te dienen.

Verder de blaascomplicaties: men moet op de urineproductie letten, bij stasis een catheter geven en het sediment controleren op ontstekingsverschijnselen.

Tenslotte de contracturen: wij moeten direct be-

ginnen met de patiënt zo in bed te leggen, dat hij geen kans krijgt voor foutieve houdingen en contracturen. De patiënt krijgt een hoofdkussen, of hij al of niet hoog moet liggen hangt van verschillende vanzelfsprekende omstandigheden af. De arm wordt geabduceerd, het liefst met een kussentje in de oksel, de onderarm matig gestrekt op een vlakke onderlaag, zoodat op een plankje of gipsspalk gefixeerd. Het been wordt gestrekt gelegd, ter voorkoming van de buitenwaardsdraaiing tussen zandzakjes in de middenstand. De voet krijgt tot steun een kistje ter voorkoming van een spitsvoet. Een dekenboog doet goede diensten;

Figuur 1



3 de behandeling die ten doel heeft, de patiënt weer zo goed mogelijk valide te maken. Hierbij hoort de lichamelijke revalidatie, maar ook de psychische en sociale revalidatie.

De lichamelijke revalidatie willen wij voornamelijk tot ons onderwerp nemen. Prof. Querido pleit in zijn klinische les van 1 februari 1958 voor opname in een revalidatiecentrum, waar alle zorg aan deze patiënten besteed kan worden, en waar alle hulpmiddelen die nodig zijn aanwezig zijn. Miedema meende echter op het ledencongres van de Maatschappij in 1955, dat apoplexie-patiënten nog niet in aanmerking komen voor revalidatiecentra, hun kansen zijn ten opzichte van andere invaliden te gering. Ook noemt hij de hoge leeftijd, en, zij het met schroom, de economische factoren.

Het is nu echter zo, dat er voor vele hemiplegiepatiënten ten gevolge van apoplexie geen plaatsingsmogelijkheden bestaan. Ook de ziekenhuizen zijn in de meeste gevallen niet gesteld en niet ingesteld op deze patiënten. Het zal er dus op aankomen een behandeling te construeren, die thuis uitvoerbaar is.

Deze behandeling thuis heeft ook vele voordelen. Het betreft meestal oude patiënten, die niet graag meer van huis gaan, zij zijn gewend aan hun eigen omgeving, en zij missen vaak de aanpassing die nodig is bij opname. De onrust en de verwardheid die wij vaak na een apoplexie zien, is thuis het snelste en het beste overwonnen. Het psychische herstel wordt wellicht in eigen milieu het eerste bereikt. De revalidatie moet zeer snel beginnen. De patiënt is in het begin veel meer geneigd mee te werken, dan nadat hij al enige tijd aan zijn invaliditeit gewend is geraakt. Dit geldt ook voor de familie. Om tot een goede behandeling te komen is het nuttig de belangrijkste en meest voorkomende symptomen van een cerebrale hemiplegie te bezien.

Deze zijn:

- 1 de functies van de bilateraal geïnnerveerde spieren zijn niet aangetast: de kauw-, slik- en keel-spieren, de oogspieren, de spieren van de romp, alsook de bovenste faciaalspieren zijn vrij;
- 2 niet alle spieren zijn even erg aangetast en van niet alle spieren is het functieherstel even groot. Zeer slecht is meestal de functie van de peroneus-musculatuur, de flexoren van de knie, armextensoren, extensoren van hand en vingers, de abductoren van de arm, de supinatoren van de onderarm. De armen zijn sterker aangetast dan de benen;
- 3 de houding van de patiënt volgt uit het voorgaande, en deze wordt later door contracturen gefixeerd;
- 4 er bestaat een hypertonie met verhoogde peesreflexen;
- 5 het bewegingspatroon is sterk gestoord, men ziet vaak meebewegingen van andere spiergroepen;
- 6 de verlamming heeft geen degeneratie van de spieren ten gevolge;
- 7 de spierfuncties verbeteren vaak nog na geruime tijd;
- 8 bij een rechtzijdige hemiplegie treedt vaak een motorische afasie op.

Van het begin af moeten alle gewrichten passief worden bewogen; tweemaal daags is voldoende. Het is van belang de uit te voeren bewegingen met de patiënt te bespreken. Zijn bewegingspatroon is immers ook gestoord; door het gesprek krijgt hij vaak zijn spiergevoel terug. Is de patiënt in staat tot actieve oefeningen, dan zullen wij daar snel toe moeten overgaan. Deze oefeningen moeten gericht zijn op een functioneel doel, voor de benen op het staan en lopen, voor de hand op de grijpfunctie.

Wij zullen nu eerst de hand bespreken.

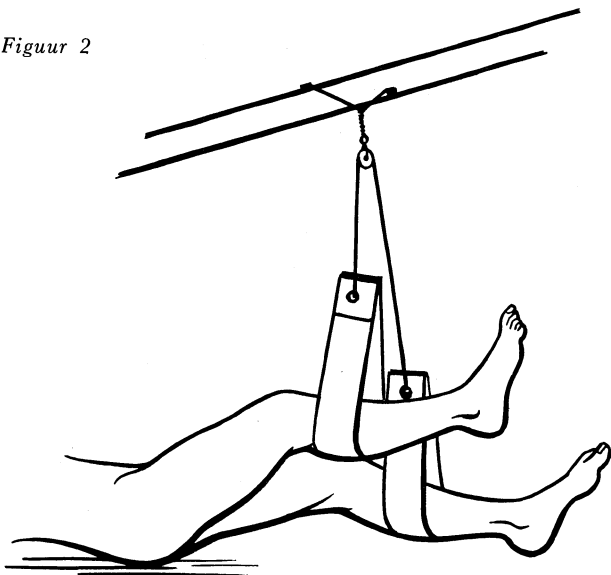
Zoals wij zagen, zijn van de hand en de vingers de extensoren het zwaarst aangetast, terwijl wij vaak de vingerflexoren nog in een redelijk goede toestand aantreffen. Door de „dropping hand” heeft de patiënt echter niets aan deze flexorenfunctie. Wij moeten daarom de pols fixeren in de middenstand, eerst met een spalkje, later met een polsmof (zie figuur 1),

in zeer gunstige gevallen is zelfs een artrodese te overwegen. Door de pols te strekken verkleinen we echter nog meer de extensiemogelijkheden. Van geval tot geval moet men de gunstigste positie bepalen. De belangrijkste functie die we kunnen bereiken is de grijpfunctie, die voor de patiënt uiterst belangrijk is. Bij gefixeerde pols moeten de vingers eerst passief en zodra mogelijk ook actief gestrekt worden. Dit kost eindeloos geduld, maar het is van essentieel belang. Wij kunnen dit doen door de patiënten kleine voorwerpen te laten opnemen, bijvoorbeeld eerst damschijven, later grotere voorwerpen. Kan de patiënt de hand openen, dan kan hij door de goede flexorenfunctie alles vasthouden. Daar in het dagelijkse leven bijna alles gedaan wordt met één hand, terwijl de andere hand het voorwerp vasthoudt, geeft men op deze manier de patiënt een redelijke validiteit. De elleboogbewegingen zijn vanzelfsprekend van belang, alhoewel ze niet opwegen tegen de handbewegingen. Vervolgens de schouderbewegingen. Heeft men alleen de handfunctie kunnen opvoeren tot de grijpfunctie, dan kan men door de arm te laten steunen op een onderlaag (tafel), of op te hangen aan een lus, weer heel wat beginnen.

De benen. Hierbij moeten we bedenken, dat de grootste moeilijkheid niet is gelegen in de verlammingen, maar in de stoornis van het looppatroon. Als men ziet met hoe weinig spieren poliopatiënten of dwarslaesiepatiënten kunnen lopen, dan is het duidelijk, dat een hemplegiepatiënt praktisch altijd moet kunnen lopen.

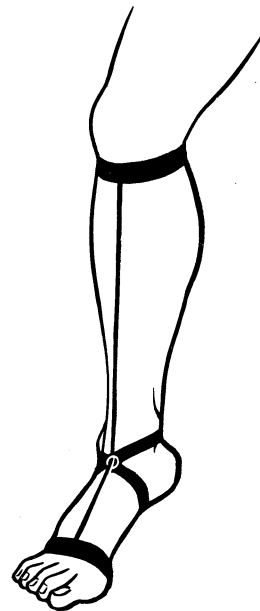
De moeilijkheden zijn hier de abductiebewegingen van het been bij iedere stap, de zwakte in de knie, de spitsvoet en de onzekerheid van de patiënt. Als de patiënt nog in bed ligt, laten we hem ritmische bewegingen maken, trappen op de maat van radiomuziek. Er moet een katrolletje komen boven zijn voeten, in iedere lus komt een been, de patiënt kan nu de benen op en neer trekken (zie figuur 2). In deze lussen kan hij ook ad- en abductiebewegingen

Figuur 2



maken. Daar de voet nu niet meer steunt tegen het kistje, kunnen we die als volgt steunen. Men neemt een strafelastische band, die wordt vastgemaakt onder de knie, door een lus loopt boven de enkel (of gordijnring) en aan een band rond de voet ter hoogte van distale kopjes van de metatarsalia wordt vastgemaakt (zie figuur 3). Men kan het ook doen door aan een sandaal een elastische band te bevestigen,

Figuur 3



die naar de knie loopt. Later kan dit provisorische apparaat zo nodig worden vervangen door een peroneusveer of orthopedische schoen. De quadriceps laat men oefenen door de knieschijf op te laten trekken. Het eerste wat de patiënt moet kunnen is zelf staan, hij mag, ook zelfs ondersteund, niet gaan lopen voor hij kan staan. Anders gaat hij zó lopen, dat hij op de hulp steunt en niet op zijn eigen been, hij heeft dan de grootste moeite het goed te leren. Het zelf staan geeft een grote zekerheid. In het begin steunt men de patiënt aan de zieke kant, maar dan zo vlug mogelijk aan de gezonde zijde. Immers,

als hij alleen is, kan hij alleen steun zoeken aan de gezonde zijde door zijn goede hand. Kan de patiënt staan op beide benen, dan mag hij proberen te lopen. Vaste steunen bijvoorbeeld tussen een tafel en de muur is het mooiste; daarna losse steunen, desnoods okselkrukken, tot slot een stok. Bij het lopen moet worden gelet op het goed naar voren brengen van het been en het goed plaatsnemen van de voet.

Terwille van de overzichtelijkheid hebben wij de gehele hand- en beenoefeningen besproken, waardoor andere problemen niet naar voren zijn gekomen. Belangrijk is het overeind komen in bed van de patiënt. Hierbij doet het ouderwetse beddekoord wonderen. Handgrepen hangende aan het plafond zijn zeer waardevol. De patiënt moet zelfstandig leren zitten, daartoe laat men hem zittend zijn normale functies doen, als wassen voor zover mogelijk, tanden poetsen, haarkammen, elektrisch scheren, eten. Op deze manier oefent hij ongemerkt het zitten. Hem bij deze functies te helpen moet de omgeving worden ontraden.

Een ander probleem is de circulatie in het verlamde been. Hier helpen omhoog leggen, oefeningen en massage.

De spasmen kunnen zeer grote bezwaren geven. Hiervoor: warmte, massage en medicamenteus het gehele arsenaal dat voor de ziekte van Parkinson wordt gebruikt. Ontspanningsoefeningen kunnen hiervoor ook worden toegepast, maar daartoe is beslist een heilgymnast nodig.

Nog iets over de afasie. Het blijkt, dat dit symptoom niet altijd, of eerst laat wordt begrepen. In het begin wordt het nog wel eens beschouwd als een mentale stoornis, met het gevolg dat in het bijzijn van de patiënt voor hem zeer ongeschikte dingen worden gezegd. Zich dan juist niet te kunnen uiten, moet voor de patiënt haast ondraaglijk zijn. Voor de motorische afasie zijn langdurige spraaklessen nodig, die ook goed resultaat schijnen te geven. Het geven van een leetje met een griffel is in wezen fout, maar niet altijd te vermijden. Wat betreft de fysische therapie mag nog worden

opgemerkt, dat elektrisatie gecontraïndiceerd is. Hiermee stimuleert men te veel de nog goede spieren, waardoor men contracturen in de hand werkt. Zelfs het alleen te gebruiken om de patiënt het spiergevoel terug te geven moet worden ontraden. De warmte, massage en oefentherapie zijn reeds ter sprake gekomen.

Met een behoorlijke medewerking van de familie, de wijkzuster en eventueel een masseur die men goed instrueert, kan men op deze wijze zeer veel revalideren aan hemiplegiepatiënten, en dat wel met betrekkelijk eenvoudige middelen.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (2)

Keel-, neus- en oorafwijkingen

DOOR PROF. DR. L. B. W. JONGKEES TE AMSTERDAM

Het begrip spoed kan op verschillende wijze beschouwd worden. Ziekelijke aandoeningen die grote spoed vereisen zijn uiteraard de (acute) afsluitingen van de luchtweg, waarbij de spoed zo dringend kan zijn dat men zelfs met het modernste vervoermiddel het ziekenhuis niet meer halen kan en wellicht zelfs wel ter plaatse met een geïmproviseerd instrumentarium (zakmes) een urgente operatie (luchtpijpsnede of te wel tracheotomie) zal moeten doen. Doch, hoewel dergelijke snelle beslissingen eigenlijk bij andere afwijkingen in het gebied van de keel-neus-oorheelkunde zelden nodig zijn, is er toch wel een groep ziekten die men als spoedvereisende kwalen moet beschouwen. Het zij mij vergund, aangezien dit later in dit blad zal worden behandeld, aan de afwijkingen die leiden tot een plotselinge afsluiting van de luchtpijp en het drinken van caustische stoffen, voorbij te gaan. Om een duidelijk overzicht te krijgen zij het mij tevens vergund het door mij te beschrijven gebied in zijn drie onderdelen uiteen te spreiden.

Afwijkingen van de neus

Een zeer indrukwekkende aandoening voor patiënt en omgeving is altijd de *neusbloeding*. Het is verbluffend te constateren hoe met een betrekkelijk matige neusbloeding een nerveuze patiënt in een ommezien zijn bed of zelfs de gehele kamer tot een slagveld weet te maken en zo de hele omgeving in een soort paniek weet te brengen. Het eerste wat de medicus dan ook zal moeten doen bij een neusbloeding van enige importantie is de rust te herstellen door allen weg te zenden, die met de beste bedoelingen gewapend van de wal in de sloot helpen en slechts zoveel hulp bij zich toe te laten als werkelijk van nut is. Een bak water en een paar schone doe-

ken om de afschrikwekkende bloedplekken weg te nemen en een paar rustgevendende woorden tot de patiënt doen soms al wonderen om de hele sfeer van de ziekenkamer te veranderen.

Het eerst noodzakelijke is thans de patiënt flink de neus te laten snuiten en hem te laten trachten door de keel te schrapen de stolsels die zich gevormd hebben en die door retractie de bloedende vaten open houden, te verwijderen. Niet zo zelden zal dit voldoende zijn om de bloeding tot staan te brengen en anders maakt het het in ieder geval mogelijk de neus te inspecteren en de bloedende plaats te vinden. Deze bevindt zich bij jonge mensen meestal voor in de neus op de locus Kieselbachi, de plaats waar de verschillende bloed toevoerende vaten van de neus tot een netwerk samenvloeien. De oorzaak van de bloeding is dan veelal een infectieziekte, een trauma of een afwijking in de bloedsamenstelling; doch de diagnose is van later zorg, eerst dient de bloeding gestopt te worden.

Bij ouderen is de oorzaak meestal arteriosclerose of hypertensie en de bloedende plaats bevindt zich bijna steeds hoog achter in de neus. Indien zich de bloeding voor in de neus bevindt kan zij veelal tot staan worden gebracht door de neusvleugels krachtig door de patiënt samen te laten knijpen. Men moet de druk dan wel enige minuten (gecontroleerd op het horloge) onafgebroken laten aanwenden. Lukt dit niet dan kan men trachten met sol. adrenalin 1/1000 de bloedende plaats te bedekken. Een watje in deze oplossing gedrenkt legge men daartoe gedurende enige minuten op de bloedende plaats. Indien ook dit niet gelukt, kan men trachten het bloedende vat dicht te schroeien met trichloorazijnzuur in verzadigde oplossing. Een watje op een sonde in de vloeistof gedrenkt, plaatse men zo precies