

فصل اول

پایه‌های تئوری متد شروت

مقدمه

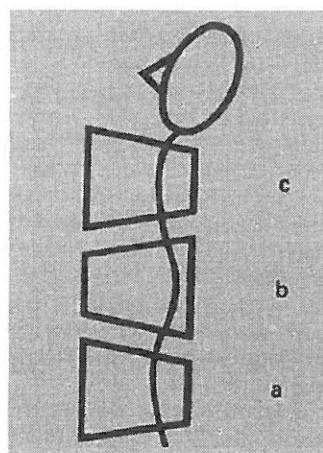
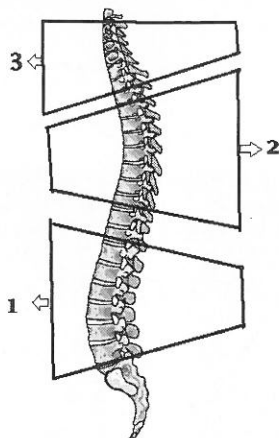
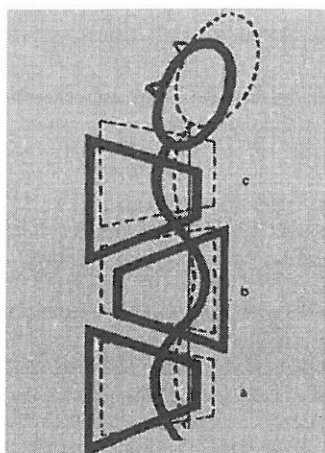
روش درمان اسکولیوز در این کتاب بر اساس روش فیزیوتراپیست کریستا- لهنرت شروت به عنوان استاندارد طلایی کشور آلمان و برگرفته و بوجودآمده از تجربیات و تلاش‌های فراوان مادر وی، کاتارینا شروت (۱۸۹۴-۱۹۸۵) می‌باشد که از بیماری اسکولیوز رنج می‌برده و با درایت خویش و تحلیل دفرمیتی‌های موجود و وضعیت‌هایی که منجر به اصلاح انحرافات ستون فقرات و تغییر شکل قفسه سینه می‌شده است برای درمان خود تلاش کرده و سپس با کاربردی کردن یافته‌های خود از سال ۱۹۲۷ به درمان بیماران مشابه پرداخته تا اینکه مستحق دریافت نشان ویژه لیاقت از جمهوری فدرال آلمان برای معرفی و پیشبرد یک روش درمانی برای اسکولیوز گردیده است و در ادامه راه مادر، خانم کریستا شروت با تحصیلات آکادمیک در رشته فیزیوتراپی این روش را تکمیل کردند.



katharina schroth



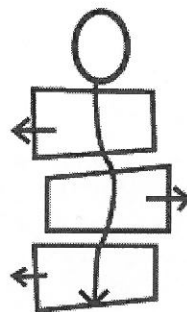
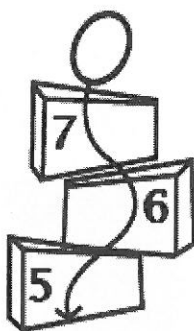
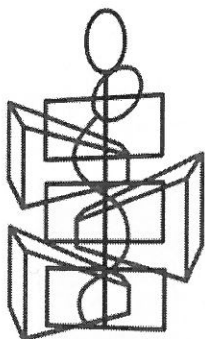
christa lehnert-schroth



تصویر شماره ۲: بلوک‌های صفحه ساژیتال

III. تقسیم‌بندی تنه در صفحه فرونتال در اسکولیوز

در اسکولیوز در صفحه فرونتال از نگاه پشتی مستطیل‌ها تبدیل به دوزنقه می‌شوند. بلوک قفسه سینه به سمت راست و بلوک شانه و پلوئیس به سمت مقابل شیفت پیدا می‌کنند. نوک یا راس یا ضلع کوچک دوزنقه‌های گوه‌ای شکل به سمت جلو و ضلع بزرگ یا قاعده آنها به سمت عقب می‌چرخد. تصویر شماره ۳



تصویر شماره ۳: بلوک‌های دوزنقه‌ای در صفحه فرونتال در اسکولیوز

IV. سه چرخشی که در سه انحنای اسکولیوز اتفاق می افتد

شانه و پلويس سمت راست در يك جهت به سمت جلو می چرخند و قفسه سينه بسمت خلف رفته و بصورت هامپ خلفی دنده ها در سمت راست نمایان می گردد. مواردی که دیده می شود شامل :

- شیفت در صفحه ساژیتال بصورت افزایش لوردوز کمر و گردن و کایفوز توراسیک
- شیفت در صفحه فرونتال بصورت حرکت دوزنقه های گوه ای شکل به لترال
- حرکت در صفحه عرضی بصورت حرکت نوک گوه ها به سمت جلو
- دیر یا زود شانه سمت چپ به پلويس سمت چپ نزدیک می شود
- دنده ها در سمت چپ (تقعر) به سمت جلو رفته و نمی تواند ساپورت خوبی برای کمر بند شانه ای باشد.

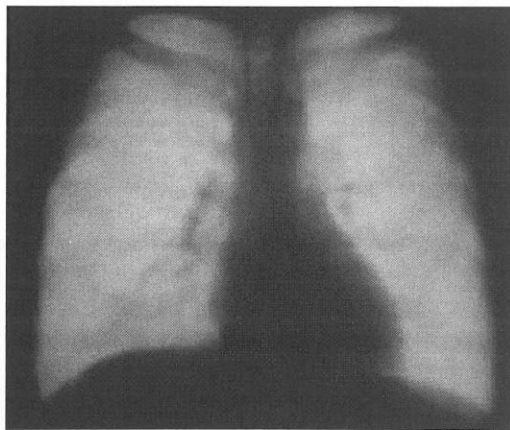
با توجه به پیچیدگی بیماری ابتدا روی مهمترین اهداف در جهت راست کردن بدن تمرکز می شود و برای تثبیت اصلاحات از انقباضات ایزومتریک در هنگام بازدم استفاده می شود. حرکت همراه تنفس مهمترین نقش را دارد. از يك طرف بخش فعال عضلات در سیستم لوکوموتور و از طرفی حرکت بخش پسیو ریه ها به تنه شکل می بخشد.

V. تنفس به عنوان يك عامل شكل دهنده

باید تشخیص داد که کدام نوع از تنفس بیشتر انجام می شود، سینه ای یا شکمی و دیافراگم باید در هر بخش از حرکات تنفسی فعال باشد. در تصاویر شماره ۴ و ۵ حجم ریه در دو سمت در هنگام دم و بازدم در يك فرد سالم توسط رادیوگرافی نشان داده شده است.



تصویر شماره ۵: حجم ریه هنگام بازدم



تصویر شماره ۴: حجم ریه هنگام دم

اما رادیوگرافی‌های دیگری که برای نشان دادن حجم ریه و پائین نیامدن دیافراگم در سمت راست در بیمار اسکولیوتیک هنگام دم و باز دم گرفته شده است اهمیت استفاده صحیح از دیافراگم و تلاش برای تقویت بخش ضعیف آن را نشان می‌دهد. تصاویر شماره ۶ و ۷



تصویر شماره ۷: حجم ریه هنگام بازدم در همان بیمار



تصویر شماره ۶: حجم ریه هنگام دم در یک بیمار اسکولیوتیک

دیافراگم باید به سمت یک تنفس کامل و عمیق هدایت شود و این یک روند آموزشی است که باید از طریق نگاه و دیدن تا مرحله غیر ارادی و خودکار ادامه یابد. بالا بردن دنده‌ها با افزایش قطر سائیتال قفسه سینه و تنفس در بخش پائین قفسه سینه با افزایش قطر عرضی همراه است.

توجه به رابطه روده‌ها با وضعیت پلوپس نیز مهم است. اگر پلوپس در وضعیت تیلت قدامی باشد تنفس شکمی روده‌ها را به سمت جلوی شکم می‌برد ولی در وضعیت تیلت خلفی روده‌ها هنگام تنفس در فضای لگن قرار گرفته که با کاهش لوردوز کمری نیز همراه است. نگه داشتن لگن در وضعیت تیلت خلفی در هنگام بازدم بسیار مهم است و برای ماندگاری در ذهن بیمار از او می‌خواهیم که در ۳، ۵ تا ۱۰ تنفس این وضعیت را حفظ کند. بدنبال یادگیری این وضعیت از بیمار می‌خواهیم تا با انقباض و سفت کردن عضلات تنه تا جای ممکن ثبات وضعیت اصلاحی را بوجود آورد به این کار Muscle Mantle می‌گوییم. این اولین قدم مهم در ایجاد حس وضعیت صحیح در بیمار می‌باشد. بخاطر اتصال عضله دیافراگم به دنده‌ها، جناغ، دنده‌های پایینی و مهره‌های ۱ تا ۴ کمری حرکات توراکس با تغییر وضعیت دیافراگم نیز همراه است. تمرینات بر پایه نیروی مکانیکال همراه با توجهات ذهنی لازمه موفقیت درمان است.

صرف نظر از حرکت دنده‌ها در هنگام دم و بازدم امکان حرکت ارادی دنده‌ها و باز یا جمع شدن قفسه سینه با انقباض عضلانی نیز وجود دارد.