

Rehabilitacija bolnikov po akutni globoki venski trombozi spodnjih okončin

S podaljševanjem povprečne življenjske dobe se hkrati večja tudi število bolnikov z globokimi venskimi trombozami. Ta porast je razumljiv zaradi tega, ker sta vsaj dva dejavnika od treh klasičnih patogenetičnih dejavnikov intenzivneje prisotna v starosti. V mislih imamo motnje hemodinamike kakor tudi intenzivnejšo koagulabilnost krvi, če izpustimo tretji patogenetični dejavnik, t.j. lezijo endotela vene, ki pa je česče prisoten pri povrhnjih tromboflebitisih.

Na inštitutu za gerontologijo — Interna klinika III — smo v letih od 1968 pa do vključno 1975 imeli na zdravljenju 549 bolnikov z akutno globoko vensko trombozo spodnjih okončin, pretežno v enaki meri pri ženskah kot pri moških. Tudi kar zadeva distribucijo starosti, je bilo možno ugotoviti najpogostnejše pojavljanje v 7. deceniju, čeprav inštitut za gerontologijo — Interna klinika III — sprejema na zdravljenje bolnike z globoko vensko trombozo vseh starostnih obdobij.

Fizikalna terapija kot izredno važen del terapevtske obdelave bolnikov z globoko vensko trombozo spodnjih okončin je bila še do nedavnega v mnogih kliničnih institucijah prepuščena iznajdljivosti posameznih fizioterapevtov, včasih pa celo samim bolnikom. Menimo, da so bile mnogo prepogostne pavšalne izjave zdravstvenih delavcev »sedaj pa malo več gibljite z nogo«, in to ne glede na lokalizacijo (bodisi povrhnji tromboflebitis ali globoka flebotromboza) in ne glede na morebitno obstoječo komplikacijo globoke venske tromboze. Še več pa je bilo takih bolnikov, ki so zaradi globoke venske tromboze spodnjih okončin dalj časa povsem mirovali, zaradi česar se je ob kasnem vstajanju kaj pogosto razvila fatalna trombembolija pljuč. Zaradi velikega števila bolnikov z globoko flebotrombozo spodnjih okončin, ki se zdravijo na naši kliniki, kakor tudi zaradi odsotnih podatkov iz literature v zvezi z organizacijo fizikalne terapije takih bolnikov, smo skušali izdelati metodologijo tega terapevtičnega postopka.

Metodologija

Izdelali smo program rehabilitacije po flebotrombozi (tabela 1), ki je sestavljen po načelu 8 težavnostnih stopenj, ki sledo druga drugi. Prve tri težavnostne stopnje se nanašajo na fizikalno terapijo tako splošno kot usmerjeno na zdravo nogo, fizikalna terapija od četrte pa do osme težavnostne stopnje pa je usmerjena predvsem na bolno spodnjo okončino. Fizikalna terapija prvih treh stopenj je

bila stopnjevana povsem avtomatsko takoj po prihodu v bolnišnico. Fizikalna terapija od četrte težavnostne stopnje dalje pa je bila individualizirana in predpisana na temperaturnem listu po vsakodnevnem kliničnem pregledu bolnikove okončine. Kriteriji, ki jih je uporabljal zdravnik za predpis fizikalne terapije boine noge, pa so bili:

a) obdobje, ko smo vzhodje bolnikove postelje že lahko spustili na ravno površino,

b) ko bolnik zaradi večjih edemov spodnjih okončin ni več dobival hladnih oblog,

c) ko je bila bolečina že manj izražena kot ob začetku rehabilitacijskega postopka,

d) ko je bila že povsem urejena antikoagulacijska trombotprofilaksa z oralnimi antikoagulansi.

REHABILITACIJA PO FLEBOTROMBOZI

		brez povijanja udov			s povijanjem udov		
		1	2	3			
VIII	1+2+3+4+hoja po stopnicah						
VII	1+2+3+4+hoja po hodniku						
VI	1+2+3+4+hoja po sobi						
V	1+2+3+4+posedanje v postelji z nogami navzdol						
IV	1+2+3+aktivne vaje bolne noge (4)						
III	1+2+aktivne vaje zdrave noge (3)						
II	1+statične kontrakcije (2)						
I	dihalne vaje (1)						
	dnevi rehabilitacije	1	2	3	po individualni presoji		

PRIIMEK IN IME

SPOL STAROST

DIAGNOZA

SPREJEM ODPUST

Op.: Pripominjamo, da je stališče naše klinike, da je treba vsakemu bolniku z globoko vensko trombozo krača ali ileofemoralnega predela uvesti antikoagulacijsko trombotprofilakso.

Težavnostne stopnje (od I.—VIII.) rehabilitacije po flebotrombozi pa so naslednje:

I. Prvi dan rehabilitacije takoj po sprejemu v bolnišnico izvajamo z bolnikom dihalne vaje: torakalno in diafragmalno dihanje. Dihalne vaje izvajamo najmanj dvakrat dnevno.

II. Druga stopnja sestoji iz dihalnih vaj in statičnih kontrakcij zgornjih in neprizadete spodnje okončine. Bolnik izvaja statične vaje za mišičje ramenskega obroča, za mišičje muskuli quadriceps, glutealno muskulaturo, sfinktrske mišice in mišičja trebušnega ostenja. Vsako statično kontrakcijo omenjenih mišičjih skupin naredi desetkrat.

Omenjene vaje izvede najmanj dvakrat dnevno.

III. Tretji dan izvaja prav vse vaje kot drugi dan, dodatno pa izvaja še vaje za zdravo spodnjo okončino: fleksijo in ekstenzijo prstov, plantarno in dorzalno fleksijo stopala, kroženje s stopalom v obe smeri, zunanjo in notranjo rotacijo iztegnjene spodnje okončine, fleksijo kolena in kolka, adukcijo in abdukcijo iztegnjene noge ter dviganje stegnjene noge od podlage.

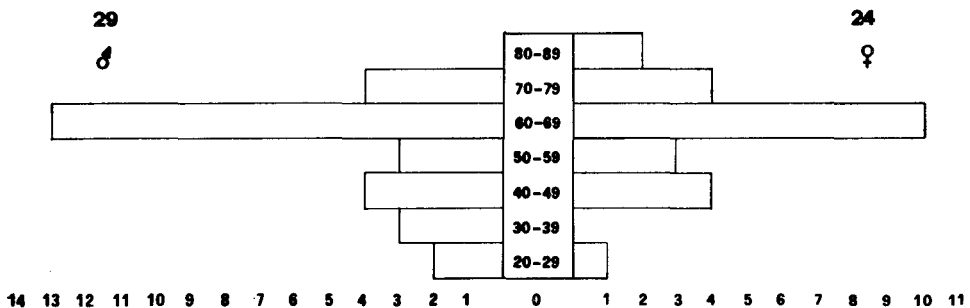
Teh treh stopenj, ki se vrste druga za drugo, ne programiramo časovno individualno, temveč za vse bolnike enako. Prehod na četrto stopnjo in naslednje stopnje pa odreja glede na bolnikovo situacijo zdravnik.

IV. Na tej stopnji izvaja bolnik enake vaje kot na prejšnjih treh stopnjah s tem, da prvič vključimo v rehabilitacijo bolno nogo. Bolnik izvaja z bolno nogo prav iste vaje, kot jih je izvedel na tretji stopnji z zdravo nogo.

V. Od te stopnje dalje bolnik napravi vedno iste vaje kot v prvih štirih stopnjah s tem, da mu dovolimo pri peti stopnji (V.) posedanje v postelji z nogami navzdol, na VI. stopnji dodatno še hojo po sobi, VII. stopnji še hojo po hodniku in na VIII. stopnji hojo po stopnicah.

Prve tri omenjene stopnje izvajamo brez povijanja spodnjih okončin, od četrte stopnje dalje pa s povijanjem spodnjih okončin tako, da povija fizioterapevtka z elastičnim povojem obe spodnji okončini: bolno od prstov pa do kolka, zdravo pa od prstov do kolen.

TABELA 2: DISTRIBUCIJA BOLNIKOV PO STAROSTI



Naši primeri

V letu 1975 smo po opisani metodologiji obravnavali 53 bolnikov z globoko trombozo spodnjih okončin. Od tega je bilo 29 moških in 24 žensk. Distribucija starosti obravnavanih bolnikov je prikazana v tabeli 2. Med vsemi flebotrombozami je bilo 33 lokaliziranih na golen in 20 z lokalizacijo v ileofemoralni regiji.

Diagnoza venske tromboze na spodnji okončini je bila postavljena klinično, deloma pa tudi rentgensko in radioizotopsko, z radioaktivnim tehnecijem (radioizotopska venografija).

Rezultati in potek programirane rehabilitacije

Od nastanka flebotromboze pa do hospitalizacije je pretekel različen čas, od enega do petih dni. Vsekakor so bili bolniki sprejeti z izrazito izraženo klinično

sliko globoke venske tromboze. Neposredno po sprejemu smo pri bolniku začeli s fizikalno terapijo — s prvimi tremi stopnjami.

Fizikalna terapija bolne noge (IV. stopnje) pa se je pri bolnikih začela bodisi

TABELA 3: ZAČETEK IN ZAKLJUČEK AKTIVNE FIZIKALNE TERAPIJE
PRI BOLNIKI Z ILEOFEMORALNO TROMBOZO

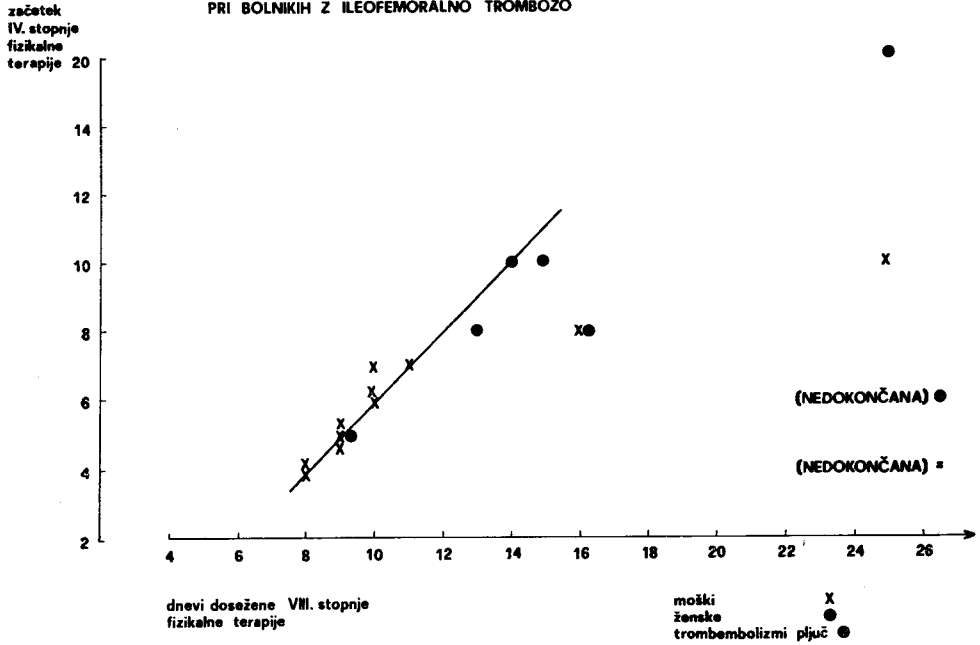
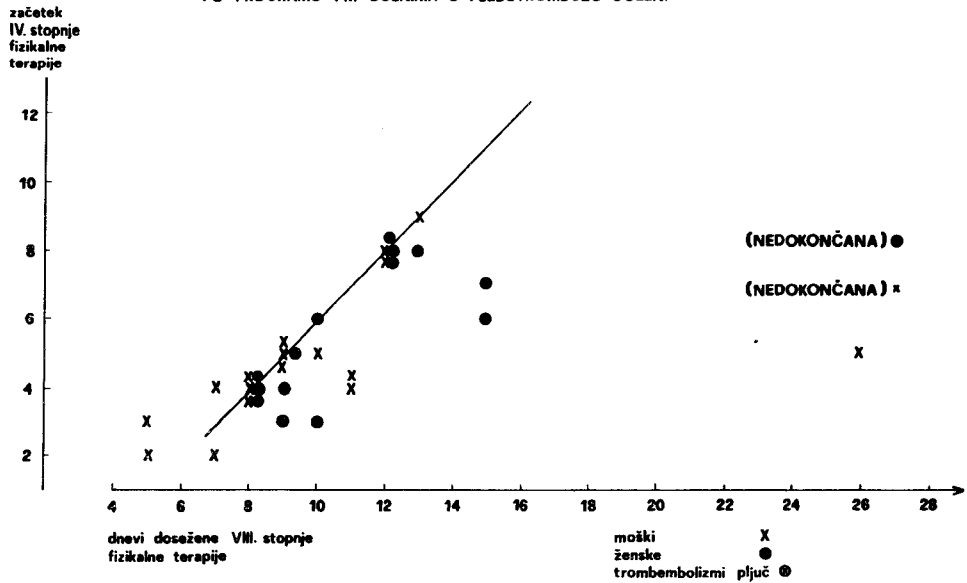


TABELA 4: ZAČETEK IN ZAKLJUČEK AKTIVNE FIZIKALNE TERAPIJE
PO PROGRAMU PRI BOLNIKI S FLEBOTROMBOZO GOLENI



z globoko vensko trombozo goleni ali ileofemoralnega predela vse od četrtega pa do desetega dneva po začetku fizikalne terapije. Ob tem pa smo opazovali značilno nadaljnje zaporedje:

pri eni ali drugi obliki globoke venske tromboze smo lahko izvajali vnaprej programirano fizikalno terapijo in ugotavljamo, da je najčehše fizikalna terapija zakljuena do VIII. stopnje v štirih do petih dneh.

Pri štirih bolnikih z globoko ileofemoralno trombozo (tabela 3) in devetih bolnikih z globoko vensko trombozo goleni (tabela 4) smo opazovali odklone od programirane fizikalne terapije, bodisi da smo s IV. stopnjo začeli kasneje ali da smo morali posamezne stopnje ponavljati dalj asa. Razlogi za to so bili različni. Najčehše je bil razlog zakasnjevanja fizikalne terapije starost bolnika (takrat, ko je šlo za bolnika 8. decenija), sočasni karcinom ali pred uvedbo fizikalne terapije bolne noge nastala trombembolija pljua. V teh primerih je fizikalna terapija bolne noge bila programirana v kasnejše obdobje, s počasnejšim tempom ali pa je bila celo nedokonana.

Razpravljanje

Medtem ko je pri boleznih lokomotornega aparata in posttravmatičnih stanj rehabilitacija zelo dobro izdelana, pa je internistična rehabilitacija kot važen del integralne medicine dokaj zanemarjen. V zadnjih letih se je uveljavila in izredno izpopolnila fizikalna terapija bolnikov po prebolnem miokardnem infarktu, tako da so rehabilitacijski terapevti — kardiologi — danes že v situaciji, ko lahko predpisujejo »rehabilitacijo na recept«.

Deloma je izdelana tudi že rehabilitacija bolnikov z revmatičnimi boleznimi. Nismo pa mogli najti v literaturi izdelanega postopka za rehabilitacijo pri bolnikih z globoko flebotrombozo spodnjih okonain. Menimo pa, da je ta izredno važna, saj je poleg medikamentozne terapije z antikoagulacijskimi in fibrinolitiniimi sredstvi fizikalna terapija važen del integralne terapije, ki prepreua mnogokrat nastanek posttrombotičnega sindroma, pa tudi kasnejših fatalnih trombemboličnih komplikacij.

As zdravljenja se s fizikalno terapijo, ki je dozirana, izredno skrajša, po naših izkušnjah pa lahko trdimo, da v dveh tretjinah obravnavanih bolnikov dosežemo popolno lokomocijo že v petih dneh po začetni aktivni fizikalni terapiji prizadete spodnje okonaine. Razumljivo pa je, da morajo biti bolniki tudi po odpustu iz hospitalne ustanove še fizično aktivni, priporoa še nekajmesečno povijanje spodnjih okonain in vsaj še polletno antikoagulacijsko peroralno tromboprofilakso.

Zaključek

Na podlagi naših izkušnj lahko zaključujemo:

1. Rehabilitacijska fizikalna terapija je sestavni del splošne terapije tudi pri globokih venskih trombozah spodnjih okonain.
2. Dozirana in vodena fizikalna terapija pri bolnikih z globoko vensko trombozo spodnjih okonain skrajša hospitalizacijo.
3. Aktivna fizikalna terapija privede do hitrega izboljšanja splošnega somatičnega stanja.