

Leczenie obrzęku limfatycznego

1. Obowiązujące standardy leczenia obrzęku limfatycznego.

Wszyscy pacjenci po zabiegu operacyjnym całkowitym lub oszczędzającym po wypisaniu ze szpitala powinni zgłosić się do Specjalistycznej Poradni Rehabilitacyjnej.

W Specjalistycznym Ośrodku Rehabilitacji pacjenci z nieusuniętym drenem są oceniani przez lekarza i fizjoterapeutę oraz instruowani w zakresie:

- nauki automasażu,
- nauki ćwiczeń czynnych wykonywanych w warunkach domowych.

Pacjent z pełnym wygojeniem i usuniętym drenem kwalifikowany jest na dwu tygodniowy program fizjoterapii, którego celem jest:

- dalsza edukacja pacjenta,
- działania profilaktyczne (samousprawnianie),
- wyrównanie istniejących dysfunkcji,
- współpraca z psychologiem.

1.1. Dalsza edukacja pacjenta:

- Uświadomienie możliwości pojawienia się obrzęku.
- Nauka oceny pojawienia się obrzęku i stopnia jego narastania.
- Dbłość o bliznę i higienę ciała.
- Postępowanie w czynnościach dnia codziennego.
- Dopasowanie właściwej bielizny i ubioru.

1.2. Działania profilaktyczne:

- Nauka ćwiczeń wykonywanych samodzielnie w domu.

- Nauka automasażu.
- Porady społeczno – prawne.

1.3.Wyrównanie istniejących dysfunkcji.

Pacjent po ocenie stanu funkcjonalnego powinien mieć ustalany indywidualny program usprawniania w oparciu o zakres działań, głównie z zakresu kinezyterapii i masażu.

Przy braku przeciwwskazań zasadnym jest włączenie hydroterapii.

Wskazane jest odbycie dwóch turnusów w roku.

W Ośrodku Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej pacjentów do odpowiednio ustalonego programu fizjoterapii kwalifikuje się w oparciu o stopień obrzęku limfatycznego oceniany dwoma skalami: wielkości i konsystencji obrzęku.

Stopnie obrzęku limfatycznego (wg Kułakowskiego i Miki):

- Niewielki stopień obrzęku – różnica obwodów kończyn wynosi 2-3 cm,
- Średni stopień obrzęku – różnica obwodów kończyn wynosi 3-5 cm,
- Ciężki stopień obrzęku – różnica obwodów wynosi powyżej 5 cm.

Stopnie obrzęku limfatycznego ze względu na konsystencję i trwałość zmian:

I^o – obrzęk ciastowaty o miękkiej konsystencji, zmiany odwracalne przy wysokim ułożeniu kończyny

II^o – średnio – twardy, bogato białkowy, ułożenie kończyny nie zmniejsza wielkości obrzęku,

III^o – słoniowaczna limfatyczna, twardy obrzęk często ze zmianami skórnymi.

Przedstawiane programy usprawniania zostały ustalone w Ośrodku Rehabilitacji COZL głównie wg konsystencji obrzęku limfatycznego:

- 0^o - Brak obrzęku– profilaktyka,
- 0^o/I^o - Samousprawnianie w domu,
- I^o/II^o, II^o/III^o i III^o - Usprawnianie w specjalistycznym ośrodku rehabilitacyjnym w połączeniu z działaniami w domu.

1.4. Fizjoterapia w obrzęku niewielkim i konsystencji ciastowatej I^o / II^o.

1.4.1. Działania w ośrodku rehabilitacyjnym:

- Ćwiczenia czynne kończyn górnych, szyi,
- Ćwiczenia ogólnousprawniające,
- Ćwiczenia oddechowe torem żebrowym i przeponowym,
- Hydroterapia – masaż wirowy/kąpiel perelkowa/masaż podwodny – zamiennie,
- Masaż wibracyjny (aqavibron/ masaż pneumatyczny),
- Edukacja pacjenta.

1.4.2. Samousprawnianie w warunkach domowych:

- Pozycje ułożeniowe,
- Ćwiczenia czynne wolne kończyn górnych i szyi,
- Ćwiczenia oddechowe,
- Automasaż,
- Odpowiednie dozowanie wysiłku i obciążeń dla strony operowanej,
- Właściwa dieta, higiena ciała.

1.5. Fizjoterapia w obrzęku średnim i konsystencji ciastowatej II^o /III^o.

1.5.1. Działania w ośrodku rehabilitacyjnym:

- Ćwiczenia czynne kończyn górnych, szyi,
- Ćwiczenia ogólnousprawniające,
- Ćwiczenia oddechowe torem żebrowym i przeponowym,
- Hydroterapia – masaż wirowy/kąpiel perelkowa/masaż podwodny – zamiennie,
- Masaż wibracyjny (aqavibron/masaż pneumatyczny),
- Ręczny drenaż limfatyczny,

- Kompresoterapia – bandażowanie,
- Edukacja pacjenta.

1.5.2. Samousprawnianie w warunkach domowych:

- Pozycje ułożeniowe,
- Ćwiczenia czynne wolne kończyn górnych i szyi,
- Ćwiczenia oddechowe,
- Automasaż przed założeniem kompresoterapii,
- Kompresoterapia (rękaw uciskowy o niskim i średnim stopniu ucisku),
- Odpowiednie dozowanie wysiłku i obciążeń dla strony operowanej,
- Właściwa dieta, higiena kończyny górnej.

1.6. Fizjoterapia w obrzęku dużym i konsystencji ciastowatej III^o.

1.6.1. Działania w ośrodku rehabilitacyjnym:

- Ćwiczenia czynne kończyn górnych, szyi,
- Ćwiczenia oddechowe torem żebrowym i przeponowym,
- Ręczny drenaż limfatyczny,
- Bandażowanie,
- Edukacja pacjenta.

1.6.2. Samousprawnianie w warunkach domowych:

- Pozycje ułożeniowe,
- Ćwiczenia czynne wolne kończyn górnych i szyi,
- Ćwiczenia oddechowe,
- Bandażowanie kończyny na noc,
- Automasaż przed założeniem kompresoterapii,

- Kompresoterapia (rękaw uciskowy o dużym stopniu ucisku),
- Odpowiednie dozowanie wysiłku i obciążeń dla strony operowanej
- Właściwa dieta, higiena kończyny górnej.

2. Terapia obrzęku limfatycznego.

Terapia obrzęku, jest to składowa kilku metod fizjoterapeutycznych. Składają się na nią:

- Manualny drenaż limfatyczny,
- Terapia obrzęku,
- Terapia kompresji (uciskowa) – bandaż,
- Terapia kompresji (rękaw uciskowy),
- Terapia ruchowa przy zachowaniu kompresji,
- Wysokie ułożenie kończyny,
- Terapia oddechowa.

2.1. Manualny drenaż limfatyczny.

Manualny drenaż limfatyczny jest zabiegiem fizjoterapeutycznym, podczas którego zastosowane są specjalne chwytaki, które wykonywane są zgodnie z przepływem płynów limfatycznych w kierunku serca. Są to powolne, przypominające odruchy czerpania, ruchy okrężne dłoni o bardzo małej sile nacisku, których zadaniem jest doprowadzenie do lekkiego, chwilowego odkształcenia tkanki. Częste powtarzanie tych chwytaków w obrębie jednego zabiegu prowadzi do pobudzenia pracy naczyń limfatycznych, a tym samym do zwiększenia ich aktywności. To z kolei trwale zwiększa zdolność transportową limfy. Ponadto, regularne stosowanie tego typu zabiegów przez dłuższy okres wspiera rozwój dobrze funkcjonujących naczyń limfatycznych skóry oraz tworzenie nowych naczyń obocznych.

W wyniku działania manualnego drenażu limfatycznego (MDL) następują zmiany w funkcjonowaniu naczyń limfatycznych. Zwiększa się ilość skurczów mięśni gładkich i przez to wzrasta efektywność przepływu chłonki.

Bodziec adekwatny jest ściśle związany z fizjologią mięśni gładkich naczyń limfatycznych. Reagują one na bodziec w swoisty sposób:

- Jeśli bodziec jest zbyt wolny- reagują plastycznie (rozciągają się i pozostają wydłużone),

- Jeśli bodziec jest zbyt szybki- reagują elastycznie (szybko wracają do swojej długości wyjściowej),
- Jeśli bodziec jest adekwatny (średnio szybki – ok. 1 sek.)- powoduje wówczas zwiększenie częstotliwości skurczów i tzw. automatyzację, która trwa jeszcze do kilku godzin po zabiegu.

Drenaż limfatyczny z terapią obrzęku obejmuje trzy stopnie:

- 1 stopień – obszar ujściowy. Celem terapii jest udrożnienie ujść limfy i opracowanie dróg przepływu limfy do krawędzi obrzęku. Przy obrzęku pierwotnym drenujemy obszar zgodnie z fizjologicznym przepływem limfy. Przy obrzęku wtórnym należy drenać obszar alternatywnego przepływu limfy. Wykonuje się tu standardowy drenaż limfatyczny.
- 2 stopień – obszar przyobrzękowy. W pierwotnym obrzęku drenujemy drogi fizjologiczne przepływu limfy. Natomiast w obrzęku wtórnym należy uwzględnić zmienioną anatomię układu chłonnego. Należy dostosować tu intensywność drenażu do aktualnego stanu tkanki (np. zwiększona wrażliwość skóry po promieniowaniu).
- 3 stopień – obszar obrzęku. Pracujemy w centrum obrzęku limfatycznego. W pierwszym rzędzie stosujemy terapię obrzęku (zmniejszyć ilość ultrafiltratu i białek zawartych w obrzęku, jak również zmobilizować tkankę bliznowatą). Natomiast MDL wykonujemy dodatkowo po zastosowaniu terapii obrzęku.

Obrzęk wtórny po jednostronnej mastektomii, terapia obrzęku, drenaż limfatyczny-schemat.

- 1 stopień – obszar ujściowy (drenaż limfatyczny standardowy):
 - szyja (skrócona):
 - głaskanie,
 - węzły nadobojczykowe (*Inn supraclavicularis*) – terminus,
 - trapezius- terminus,
 - profundus- terminus,
 - klatka piersiowa (zdrowa strona).
- 2 stopień – obszar przyobrzękowy- bariera (drenaż limfatyczny w zależności od palpacji, standardowy lub ostrożny, delikatny):
 - klatka piersiowa (operowana strona):

- mobilizacja blizn pooperacyjnych,
 - mobilizacja blizn popromiennych – techniki regenerujące naczynia limfatyczne,
 - drenaż skóry w kierunku obszaru ujściowego,
 - drenaż głębokiego systemu.
- 3 stopień – obszar obrzękowy. Kończyna górna (terapia obrzękowa i drenaż limfatyczny).
 - Drenaż poprzez naczynia limfatyczne naramienne.

2.1.1. Terapia obrzęku.

Terapia obrzęku polega na stosowaniu specjalnych chwytów o zwiększonej sile nacisku na skutek których następuje z jednej strony zwiększenie wchłaniania płynów przez naczynia włosowate i limfatyczne, z drugiej zaś – rozluźnienie stwardniałej, zabliznionej tkanki.

Charakterystyczne dla terapii obrzęku są:

- zmniejszenie ilości ultrafiltratu przez chwyt wyparcia, chwyt wodospadu,
- zmniejszenie ilości białek przez chwyt przesuwania,
- rozluźnienie blizn białkowych.

2.1.2. Kompresoterapia – rękaw uciskowy.

Kompresoterapia to sposób leczenia objawowego uzupełniającego, w którym podstawowy czynnik terapii stanowi ucisk uzyskiwany poprzez wykorzystywanie materiałów uciskowych (np. pończoch, rajstop i rękawków) na chorą kończynę. W kompresoterapii ucisk ma na celu zwiększenie ciśnienia w tkankach, dzięki czemu zmniejsza się ilość przenikającej do tkanki limfy. Mechanizm ten dodatkowo wspomaga pompujące działania mięśni i stawów, poprawia działanie zastawek, podtrzymuje efekt drenażu. Stosowane są trzy stopnie kompresji:

- 1 stopień – kompresja lekka, do 20 mm Hg, do zastosowania głównie w praktyce, przy niewielkiej skłonności do obrzęków,
- 2 stopień – do 30 mm Hg, stosuje się celem zabezpieczenia efektów terapii udrożnieniowej; jest to typowy stopień ucisku wyrobu kompresyjnego,
- 3 stopień – silna kompresja do 40 mm Hg, stosowana w przypadku ciężkich stanów obrzękowych.

U chorych, u których stwierdzono patologię w układzie żylnym i chłonnym po leczeniu onkologicznym, stosowany jest m.in. rękaw uciskowy samonośny. Dzięki odpowiednio wcześniej rozpoczętemu i prawidłowo prowadzonemu leczeniu kompresyjnemu można zapobiec lub zmniejszyć obrzęk kończyny, pacjent może zachować dobrą sprawność ruchową. Prawidłowy dobór wyrobu kompresyjnego jest możliwy po dokonaniu dokładnych pomiarów z użyciem standardowego docisku taśmą pomiarową.

2.1.3. Kompresoterapia – bandażowanie.

Głównymi funkcjami bandażowania, jest utrzymanie efektów drenażu limfatycznego. Zachodzą wtedy procesy w tkance, takie jak:

- Zwiększenie ciśnienia tkanki i tym samym polepszenie resorpcji,
- Kompresja, która wspomaga działanie pompy mięśniowej,
- Zmniejszenie średnicy żył (prawdopodobnie również naczyń limfatycznych), zwiększa się prędkość przepływu krwi (i limfy), spada ciśnienie ścinakowe naczyń,
- Zwiększenie resorpcji przy urazach,
- Podkłady piankowe używane w bandażowaniu, powodują mikromasaż blizn białkowych i ich rozluźnienie,

W prawidłowym bandażowaniu musimy przestrzegać kilku zasad:

- Bandaż nie może powodować dolegliwości bólowych,
- Bandaż musi być funkcjonalny, ma zapewniać pewną swobodę ruchu, która gwarantuje działanie pompy mięśniowej i stawowej,
- Siła kompresji musi zmniejszać się w kierunku proksymalnym,
- Każda warstwa ma coraz mniejsze ciśnienie w kierunku proksymalnym, a przypadku bólu i zdjęcia zewnętrznej warstwy przez pacjenta pozostałe muszą spełniać dalej swoje zadanie,
- Bandażowanie zawsze zaczynamy poniżej obrzęku (dystalnie),
- Podczas bandażowania otwarte rany należy odciążyć.

2.1.3.1. Bandażowanie metodą niemiecką.

Bandażowanie metodą niemiecką polega na wielowarstwowym owijaniu całej kończyny objętej obrzękiem, począwszy od palców. W bezpośrednim kontakcie ze skórą jest bawełniany rękaw, celem jej ochrony. Następnie kończynę owija

się miękkimi opaskami z waty lub gąbki. Powodują one równomierny rozkład ucisku oraz zapobiegają otarciom miejsc wrażliwych, takich jak skóra dłoni, nadgarstka, dołu łokciowego. Zewnętrzną warstwę tworzą nisko rozciągliwe bandaże elastyczne. Bandaże nakłada się spiralnie, a kolejne warstwy zachodzą na siebie około 50% szerokości bandaża. Zapewnia to równomierne rozłożenie i stopniowanie ucisku, przy czym największy ucisk powinien przypadać na część dystalną kończyny.

2.1.3.2. Bandażowanie metodą francuską.

Bandażowanie metodą francuską, opiera się na użyciu produktów do kompresoterapii „mobiderm”. Działanie polega na zwiększeniu ruchliwości tkanek podskórnych wywiera korzystny efekt w terapii obrzęku (powstaje różnica ciśnienia między strefą przyłożenia a strefą okalającą). Mobiderm w połączeniu z działaniem bandaża elastycznego o dobranej sile kompresji wywiera zróżnicowane oddziaływanie ucisku na tkanki podskórne. W efekcie zastosowanie takiego złożonego zaopatrzenia uciskowego, uzyskujemy efekt drenażu limfatycznego i w efekcie zmniejszenie obrzęku.

2.1.4. Terapia ruchowa połączona z kompresją.

Przy zastosowaniu terapii ruchowej, przy zachowanej kompresji, aktywność ruchowa mięśni i stawów zostaje bardziej zwiększona (pompa mięśniowa i stawowa), co prowadzi do osiągnięcia optymalnego skutku terapii.

2.1.5. Wysokie ułożenie kończyny i terapia oddechowa.

Koncepcja tego typu terapii zakłada również stosownie dodatkowych środków wspomagających, jak wykorzystanie siły grawitacji oraz docelowa terapia oddechowa, co stanowi czynnik dopełniający sukces terapii.

2.2. Kinezyterapia.

Głównym zadaniem kinezyterapii jest odpowiedni dobór ćwiczeń usprawniających, mają one ogromne znaczenie w terapii obrzęku limfatycznego. Ćwiczenia wpływają na redukcję obrzęku limfatycznego za pomocą takich mechanizmów jak:

- zwiększenie powrotu żylnego,
- poprawę funkcjonowania początkowych naczyń chłonnych, które tętnią pod wpływem udzielonych ruchów mięśni,

- poprawę funkcjonowania limfatycznych naczyń zbiorczych.

Należy jednak pamiętać, aby praca mięśni nie była zbyt intensywna. W momencie, gdy mięśnie przechodzą na metabolizm beztlenowy, powstająca kwasica doprowadza do rozszerzenia naczyń krwionośnych i zwiększenia ukrwienia mięśni. Objętość powstającej chłonki jest wprost proporcjonalna do przepływu przez łożysko naczyniowe (prawo Sterlinga). Dlatego ćwiczenia powinny być dostosowane do wydolności pacjenta i nie mogą być związane zbyt długim i nadmiernym wysiłkiem, gdyż powoduje to skutek przeciwny do zamierzonego. Objętość zalegającej chłonki może wzrosnąć zamiast się zmniejszyć.

Ogólne zasady stosowania ćwiczeń rehabilitacyjnych:

- powinny być wykonywane w rękawie lub pończosze uciskowej, ewentualnie w bandażach,
- program ćwiczeń powinien być dobierany indywidualnie dla każdego pacjenta z uwzględnieniem poziomu sprawności fizycznej, wieku, towarzyszących schorzeń narządu ruchu,
- ćwiczenia należy wykonywać jedynie do granicy bólu,
- nie jest wskazane zbyt intensywne ćwiczenie, gdyż może to nasilać obrzęk,
- wolne tempo ćwiczeń, z zaznaczonymi przerwami,
- program ćwiczeń powinien być łatwy do zapamiętania i niezbyt czasochłonny,
- ważnym elementem ćwiczeń jest nauka oddychania przeponowego dla poprawy powrotu żylnego i chłonnego w obrębie klatki piersiowej,
- pacjenci ze specyficznymi dolegliwościami bólowymi w czasie ćwiczeń powinni być konsultowani przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę.

Ćwiczenia należy powtarzać minimum 2-3 razy dziennie przez 20-30 minut. Liczba powtórzeń danego ćwiczenia to 10-15 razy. Ruch powinien być prowadzony w możliwym do wykonania zakresie, bez przekraczania jego granicy oraz granicy bólu. Po każdorazowym wykonaniu ćwiczenia robimy przerwę 3-5 sekund połączoną ze wstrząsaniem w górze ćwiczonej kończyny lub kończyn i spokojnym oddychaniem. Ważnym elementem są ćwiczenia rozluźniające i wprowadzanie metod relaksacji w trakcie zajęć.

Najkorzystniej jest wykonywać ćwiczenia kilka razy dziennie, przez krótki okres czasu z niewielką liczbą powtórzeń. Dla utrzymania efektów, pacjentki powinny nosić elastyczny

rękaw z odpowiednio dobraną kompresją wywierającą ucisk zmniejszający się dośrodkowo.

2.3.Zabiegi fizykalne.

2.3.1. Masaż pneumatyczny.

Jego zasadą jest cykliczne napełnianie się powietrzem powodujące, dopasowany do wielkości obrzęku, ucisk i opróżnianie w czasie zaplanowanej przerwy. Aparaty do masażu pneumatycznego mogą mieć rękawy jedno-, trzy- i pięciokomorowe skonstruowane tak, że występuje tylko jednokierunkowy (dośrodkowy) kierunek ucisku - począwszy od części dystalnej (dalszej) do części proksymalnej (bliźszej) kończyny poddanej terapii (Ryc.1). Wysokość ciśnienia nie powinna być większa niż ciśnienie rozkurczowe danej chorej, czas trwania ucisku i czas przerwy zależy od rodzaju obrzęku i tolerancji chorej. Im obrzęk twardszy, tym czas ucisku powinien być krótszy, a ciśnienie niższe. Czas trwania powinien zamykać się w zakresie 30-45 minut. Kończynę należy ułożyć na odpowiednim klinie pod kątem 45°, czas ucisku powinien wynosić w granicach 80 do 100 sekund a czas przerwy powinien wahać się w zakresie 20-40 sekund.



Ryc. 1. Pneumat firmy Mark III Plus (archiwum własne)

2.3.2. Masaż aguavibronem (masaż wibracyjny)

Polega na zastosowaniu aparatu do masażu z wytworzeniem podciśnienia i użyciem końcówki lejkowatej lub grudkowatej (Ryc.2). Należy pamiętać o wysokim ułożeniu kończyny zgodnie z zasadami drenażu limfatycznego. Tego rodzaju masaż wykonuje się w granicach 8-15 minut, obejmując nim poza kończyną - okolice łopatki i linii pośrodkowej pachowej.



Ryc. 2. Aquavibron firmy Medimark (archiwum własne)

2.3.3. Masaż wodny wirowy.

Uzupełnieniem poprzednio przedstawionych technik jest masaż wirowy. Temperatura wody, w jakiej jest wykonywany masaż oraz czynniki fizykalne, takie jak, ciśnienie hydrostatyczne oraz ruch wirowy wody wywołują korzystne zmiany fizykochemiczne w masowanych kończynach.

Cele masażu:

- wywołanie przekrwienia kończyn,

- zmniejszenie obrzęków i zastoju krwi żylnej,
- zmniejszenie dolegliwości bólowych,
- rozluźnienie napiętych mięśni.

Jest on wykonywany w specjalnych wanienkach z urządzeniem wzbudzającym ruch wirowy wody (Ryc.3). Masaż wirowy trwa około 10 minut, zaś temperatura wody wynosi 34-37°C.



Ryc. 3. Urządzenie do masażu wirowego (archiwum własne)

2.3.4. Krioterapia I zimnolecznictwo.

Leczenie zimnem należy do najstarszych metod fizjoterapii. Pierwszym wykorzystywanym chłodziwem był lód, śnieg i zimna woda. Obecnie do zabiegów miejscowych przy użyciu gazów chłodzących wykorzystuje się CO₂, ciekły azot lub powietrze (Ryc.4).

Krioterapia polega na obniżeniu temperatury tkanek. W zależności od rodzaju zastosowanej metody oziębienie tkanek zachodzi drogą przenoszenia lub przewodzenia ich energii cieplnej do użytego w danej metodzie środowiska oziębającego o odpowiednio niskiej temperaturze. Zabiegi te dzieli się na miejscowe i ogólne. Celem

zabiegów miejscowych jest obniżenie temperatury skóry i tkanek głębiej położonych, w zbiegach ogólnych zaś oziębienie całego ustroju – ze wszystkimi tego faktu następstwami fizjologicznymi. Intensywność zabiegów zależy od temperatury schładzania, sposobu oziębienia powierzchni ciała oraz czasu jego trwania.

Wskazania do stosowania krioterapii miejscowej są bardzo rozległe i są związane z jej korzystnym wpływem przeciwbólowym, przeciwzapalnym, przeciwobrzękowym oraz zmniejszającym napięcie mięśni.

Kilkugodzinne przekrwienie czynne w obrębie tkanek poddanych krioterapii sprzyja lepszej przemianie materii oraz eliminacji nagromadzonych produktów przemiany materii. Poprawa krążenia w obrębie naczyń chłonnych sprzyja działaniu zmniejszającemu obrzęk.



Ryc. 4. Aparat do krioterapii Cryo-T (archiwum własne)

2.3.5. Stymulacja komputerowa.

Stymulacja komputerowa jest to zaprogramowany komputerowo program systemu Compex umożliwiający, w odpowiednich sekwencjach i odstępach czasowych, jednoczesną stymulację grup mięśni (zginaczy i prostowników kończyny). Wymuszona w taki sposób praca wymienionych grup mięśniowych, sterowana od obwodu w kierunku dosiebnym, wytwarza "pompę mięśniową", która wpływa na poprawę przepływu chłonki. Stosowanie tej metody w wypadku obrzęków małych i średnich daje bardzo dobre efekty terapeutyczne.

2.4.Kompetencje pacjentki.

2.4.1. Pielęgnacja skóry.

Pielęgnacja skóry powinna być priorytetem każdej pacjentki. skóra to naturalna bariera mechaniczna i chemiczna, chroniąca organizm przed wpływem szkodliwych czynników środowiska. Kwaśne pH chroni przed infekcjami grzybiczymi, a integralność skóry jest barierą dla infekcji bakteryjnych. Kończyna objęta obrzękiem limfatycznym jest bardzo narażona na czynniki szkodliwe, ze względu na spowodowane zastojem chłonki lokalne upośledzenie odporności. Niewielkie uszkodzenie ciągłości skóry np.: zadrapanie, może być przyczyną infekcji, która spowoduje dalsze pogorszenie odpływu chłonki. Dlatego wszelkiego rodzaju zadrapania, ukąszenia przez insekty lub zwierzęta domowe, otarcia czy odparzenia powinny być odkażane i obserwowane, czy nie szerzy się wokół nich proces zapalny.

Pacjentki powinny profilaktycznie:

- Nosić rękawice ochronne podczas czynności domowych np.: zmywania naczyń, sprzątanía czy prac w ogrodzie.
- Ostrożnie wycinać skórek w trakcie manicure czy pedicure (a najlepiej zaniechać tych czynności).
- Codziennie nawilżać skórę balsamem hipoalergicznym.
- Nosić wygodną odzież, nie powodującą otarć.
- Zachowywać ostrożność podczas depilacji, aby nie przerwać ciągłości skóry.
- W okresie letnim stosować repelenty.

W każdym przypadku zaczerwienienia, nadmiernego ucieplenia lub pojawienia się wysypki konieczna jest konsultacja z lekarzem. Najprawdopodobniej może to być objaw ostrego stanu zapalnego „róża”.

2.4.2. Automasaż.

Wszystkie pacjentki powinny być nauczone automasażu, czyli zasad masażu wykonywanego samodzielnie w celu usprawniania przepływu chłonki w kończynie górnej strony operowanej. Automasaż polepsza trofikę, wpływa korzystnie na wszystkie tkanki kończyny i jest szczególnie zalecany właśnie w profilaktyce przeciwobrzękowej tej grupy pacjentek. Przed przystąpieniem do automasażu należy dokładnie umyć ręce oraz kończynę, która ma być masowana.

Główne zasady automasażu:

- należy używać olejku do lub kremu do masażu, w niektórych wypadkach można stosować talk, aby zapobiec podrażnieniu skóry,
- masowaną kończynę należy ułożyć w sposób pozwalający na jej rozluźnienie (np. na klinie) lub oprzeć na ścianie w pozycji do góry,
- wszystkie ruchy wykonuje się wzdłuż naczyń limfatycznych w kierunku dosiebnym (tj. ku klatce piersiowej),
- masaż nie powinien wywoływać bólu,
- czas wykonywania masażu wynosi 10 minut,
- każdy chwyt powinien być powtórzony od 5 do 10 razy,
- automasaż należy wykonywać rano i wieczorem każdego dnia,
- podczas terapii napromienianiem oraz w okresie około miesiąca po jej zakończeniu, podczas wykonywania masażu należy omijać miejsca objęte napromienianiem,
- w przypadku wystąpienia zmian skórnych masowanej kończyny należy skonsultować się z lekarzem.

Główne techniki automasażu:

- Głaskanie barku - ruch rozpoczyna się od łokcia w górę, prowadząc przez bark aż do łopatki; z przodu - w kierunku do klatki piersiowej. Omija się okolice dołu pachowego.

- Rozcieranie ręki – wykonuje się trzema sposobami – prostymi palcami rozciera się wszystkie palce razem, a następnie każdy palec z osobna. Kostkami zgiętych palców – rozciera się przestrzenie międzykostne śródreżca.
- Głaskanie całej kończyny od części dystalnej (od dłoni) w kierunku proksymalnym (do barku).
- Wyciskanie – tzw. głaskanie ruchem obręczkowym - rozpoczyna się w okolicy nadgarstka kończąc na barku.
- Ugniatanie ruchem pulsującym – rozpoczyna się od nadgarstka, a kończy w okolicy barku.
- Rozcieranie ruchem kolistym samymi opuszkami palców, zakreślając kółeczka – rozpoczynając od palców, kończąc na barku.
- Oklepywanie ruchem miotełkowym – ruch tylko od spodu kończyny, przez całą jej długość.
- Głaskanie – od okolicy dłoni do barku.
- Wstrząsanie – uniesioną rękę należy kilkakrotnie wstrząsnąć.

2.4.3. Ćwiczenia w domu.

Każda pacjentka przebywająca w szpitalu jest zapoznawana z ćwiczeniami rąk. Wychodząc do domu, powinna otrzymać w jasnej i zrozumiałej formie instruktaż ćwiczeń.

Ćwiczenia powinny być wykonywane 2-3 razy dziennie, przez 15-30 minut w zależności od warunków psychofizycznych pacjentki. Liczba powtórzeń danego ćwiczenia to 10-15 razy. Pomiędzy ćwiczeniami należy zrobić krótką przerwę 3-5 sekund, potrząsając ręką w górze. Ruch powinien być prowadzony w możliwym do wykonania zakresie, bez przekraczania granicy bólu.

Przykładowe ćwiczenia ręki:

Pozycja wyjściowa: ręce zgięte uniesione powyżej linii ramion.

1. Zaciskać mocno dłonie w pięść.
2. Zginać i prostować nadgarstki.
3. Krążyć nadgarstkami.
 - Wstrząsać rękami w górze. Głębokie oddechy.
4. Rozstawiać palce.
5. Przyciskać kciuki do wszystkich palców po kolei.

6. Przebierać palcami.
 - Wstrząsać rękami w górze. Głębokie oddechy.
7. Ręce wyprostowane, wyciągnięte przed siebie. Dotknąć dłońmi ramion – raz, wyprostować ręce – dwa.
8. Ręce wyprostowane, wyciągnięte w bok. Dotknąć dłońmi ramion – raz, wyprostować dłonie w bok – dwa.
9. Ręce wyprostowane, wyciągnięte w górę. Dotknąć dłońmi ramion – raz, wyprostować w górę – dwa.
 - Wstrząsnąć rękami w górze. Głębokie oddechy.
10. Ręce wyprostowane wzdłuż tułowia. Unieść w górę naprzemiennie raz jedną, raz drugą rękę.
11. Ręce wyprostowane wzdłuż tułowia. Unieść w górę obydwie ręce – wdech, opuścić – wydech.
12. Ręce wyprostowane wzdłuż tułowia. Unieść bokiem w górę wdech. Klasnąć nad głową. Opuścić ręce – wydech.
13. Ręce wyprostowane przed sobą. Przenieść ręce mocno do tyłu, ściągnąć łopatki – wdech. Powrót do pozycji wyjściowej, objęcie się z przodu – wydech.
14. Dłonie oparte na udach. Ściągnąć łopatki zaokrąglić plecy. Krążyć ramionami.
15. Dłonie na ramionach. Krążyć ramionami.
 - Wstrząsnąć rękami w górze. Głębokie oddechy.
16. Ręce splecione przed sobą. Unieść – wdech, opuścić – wydech.
17. Ręce splecione przed sobą. Unieść- raz, złożyć na kark- dwa, unieść nad głowę – trzy, opuścić – cztery.
18. Ręce splecione na karku. Przeciągnąć dłonie na jeden i drugi bark.
19. Krążyć splecionymi rękami nad głową.
20. Ręce splecione na pośladkach. Unosić je w górę pod łopatki.
 - Wstrząsnąć rękami w górze. Głębokie oddechy.
21. Ręce trzymają kij z przodu. Unosić go nad głowę i opuszczać.
22. Ręce trzymają kij z przodu. Unosić go nad głowę – raz, założyć na kark – dwa, unieść nad głowę – trzy, opuszczać – cztery.
23. Zataczać duże kręgi kijem od siebie i do siebie.
 - Wstrząsnąć rękami w górze. Głębokie oddechy.
24. Ręce trzymają kij z tyłu. Unosić go w górę pod łopatki.

25. Ręce trzymają kij z tyłu. Odrywać go od pośladków.

26. Ręce trzymają kij przed sobą. Unosić go raz z jednego, a raz z drugiego boku.

2.5.Kompetencje terapeuty.

2.5.1. Zaopatrzenie w rękaw uciskowy.

Fizjoterapeuta po zakończeniu terapii przeciwobrzękowej powinien, poinformować pacjenta o możliwościach zaopatrzenia w rękaw uciskowy, pończochy lub rajstopy. Samodzielnie dobiera rodzaj rękawa uciskowego i stopień kompresji. W celu zaopatrzenia pacjenta w rękaw, należy wykonać pomiary, które wpisuje się w formularz.

Jednocześnie informuje się pacjenta o warunkach prawidłowego użytkowania rękawa uciskowego:

- Rękaw zakłada się po wykonaniu masażu limfatycznego,
- Zaleca się wykonywanie ćwiczeń w rękawie.
- Rękaw uciskowy powinien, być zdejmowany na noc i przed wykonywaniem masażu limfatycznego,
- Bezwzględnie należy przestrzegać higieny skóry i czystości rękawa,
- Elastyczny rękaw uciskowy powinien być używany nie dłużej niż 6 miesięcy, ponieważ po tym okresie traci swoją elastyczność,

2.5.2. Zalecenia inne.

Stosując się do zasad profilaktyki obrzęku, fizjoterapeuta informuje pacjenta jak należy postępować:

- dbać o higienę skóry,
- nie mierzyć ciśnienia krwi na obrzękniętej kończynie, nie wykonywać pobierania krwi, iniekcji i wlewów kroplowych,
- nie nosić obcisłej bielizny oraz źle dobranej protezy piersi,
- unikać przybierania lub ubywania na wadze (otyłość sprzyja wytwarzaniu się obrzęku),
- nie narażać się na działanie wysokich temperatur, unikać opalania na słońcu lub w solarium oraz nie korzystać z sauny,

- unikać dźwigania, przeciążania kończyny długotrwałą pracą fizyczną, zwłaszcza pracą izometryczną o małej amplitudzie zakresu ruchu, np. długotrwałe prowadzenie samochodu czy prasowanie,
- przyjmować w nocy pozycje drenażowe, układając obrzękniętą kończynę na podwyższeniu, wspomagając odpływ chłonki.

Po przeprowadzeniu prawidłowej terapii przeciwobrzękowej, gdy efekt zmniejszenia obrzęku jest do zaakceptowania, pacjentka powinna kontynuować niektóre zabiegi w domu. Ma to na celu utrzymanie efektów uzyskanych, podczas terapii. Fizjoterapeuta powinien zalecić:

- Oszczędzanie kończyny i zachowanie odpowiedniej higieny,
- Noszenie rękawa elastycznego w ciągu dnia i zdejmowanie go na noc,
- Systematyczne ćwiczenia fizyczne i oddechowe 3 razy dziennie (z założonym rękawem elastycznym),
- Uproszczony ręczny masaż limfatyczny wykonywany przez chorą lub przy pomocy wcześniej przeszkolonych członków rodziny, 2 razy dziennie po 10-15 minut,
- Codzienną elewację kończyny 3 razy dziennie, 15-30 minut.

W przypadku gdy pacjentka zaobserwuje nawrót obrzęku limfatycznego, powinna niezwłocznie zgłosić się do poradni rehabilitacyjnej, w celu wdrożenia intensywnego leczenia.