

PLAN LECZENIA PACJENTA Z OBRZĘKIEM LIMFATYCZNYM W OŚRODKU REHABILITACYJNYM

1. Obowiązujące standardy leczenia obrzęku limfatycznego.

Obrzęk limfatyczny jest obrzękiem tkanek spowodowanym zastojem chłonki, która gromadzi się w skutek wrodzonych wad lub nabytego uszkodzenia naczyń chłonnych. Najczęściej zlokalizowany jest w skórze i tkance podskórnej. Międzynarodowe Towarzystwo Limfologiczne jako podstawową metodę leczenia obrzęku limfatycznego bez względu na stopień zaawansowania i przyczynę powstania zaleca tak zwaną kompleksową terapię przeciwobrzękową (KTP), która obejmuje manualny drenaż limfatyczny (MDL), kompresjoterapię, ćwiczenia poprawiające odpływ chłonki oraz pielęgnację skóry. Głównym celem postępowania terapeutycznego jest poprawa jakości życia pacjenta. Można ją osiągnąć nie tylko przez redukcję obrzęku, ale również przez zmniejszenie zwłóknienia tkanek (zmiana konsystencji obrzęku z „twardego” na „miękki”), poprawę zakresu ruchomości stawów zajętej kończyny oraz przezwyciężenie problemów natury psychologicznej. Bardzo istotnym celem terapii przeciwobrzękowej powinna być również poprawa stanu funkcjonalnego pacjenta dążąca do zmniejszenia jego ograniczeń w zakresie aktywności (zdolności do wykonywania czynności ruchowych) oraz przywrócenie możliwie pełnego uczestniczenia w życiu codziennym i utrzymania samodzielności.

Kompleksowa Terapia Przeciwobrzękowa obejmuje dwie następujące po sobie fazy terapii:

- I faza, intensywna, redukująca — maksymalna redukcja obrzęku. W tym celu stosuje się codziennie: manualny drenaż limfatyczny, kompresjoterapię w postaci bandażowania i ćwiczenia poprawiające odpływ chłonki. Leczenie intensywne należy zakończyć, jeżeli dalsza redukcja obwodu nie jest możliwa do osiągnięcia. Czas trwania pierwszej fazy leczenia zależy od stopnia zaawansowania obrzęku u pacjenta poddawanego terapii i trwa ok. 4-6 tygodni;
- II faza, utrwalająco - optymalizująca — celem jest utrwalenie i utrzymanie efektów terapii uzyskanych w trakcie leczenia intensywnego. W tym celu stosuje się: automasaż, kompresjoterapię w postaci elastycznych materiałów uciskowych dobieranych indywidualnie i ćwiczenia poprawiające odpływ chłonki. Biorąc pod uwagę przewlekły charakter schorzenia, jakim jest obrzęk limfatyczny, czas trwania drugiej fazy obejmuje zazwyczaj całe życie. W związku z przewlekłym charakterem

obrzęku limfatycznego bardzo ważną składową składową skojarzonego leczenia obrzęku jest również edukacja pacjenta dotycząca szczególnie pielęgnacji i ochrony skóry oraz profilaktyki nawrotów.

2. Wskazania medyczne wg ICD – 10 kwalifikujące do kompleksowej terapii przeciwobrzękowej.

Kompleksowa Terapia Przewodząca dedykowana jest pacjentom z obrzękiem limfatycznym z następującymi jednostkami chorobowymi (zgodnie z ICD – 10):

B74 Filarioza

I89 Inne niezakaźne zaburzenia funkcji naczyń i węzłów chłonnych:

I89.0 - Obrzęk chłonny niesklasyfikowany gdzie indziej. Rozszerzenie naczyń chłonnych

I97 Pozabiegowe zaburzenia układu krążenia, niesklasyfikowane gdzie indziej

I97.2 - Zespół obrzęku chłonnego po usunięciu sutka. Słoniowacizna wywołana przez usunięcie sutka. Niedrożność naczyń chłonnych wywołana przez usunięcie sutka.

Q82 Inne wrodzone wady rozwojowe skóry

Q82.0 - Wrodzony obrzęk chłonny

3. Zakres, rodzaj i częstotliwość świadczeń w zakresie fizjoterapii pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

3.1. Manualny drenaż limfatyczny

Manualny drenaż limfatyczny (MDL) jest zabiegiem fizjoterapeutycznym, podczas którego zastosowane są specjalne chwytty, które wykonywane są zgodnie z przepływem płynów limfatycznych w kierunku serca. Są to powolne i delikatne kombinacje ruchów okrężnych, obrotowych, pompujących i czerpiących o bardzo małej sile nacisku, których zadaniem jest doprowadzenie do lekkiego, chwilowego odkształcenia tkanki. Częste powtarzanie tych chwytów 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.

Specyfiką MDL jest to, że drenażem objęty jest nie tylko obszar samego obrzęku. Zabieg rozpoczyna się w okolicy szyi, u zbiegu głównych pni limfatycznych z układem żylnym, następnie obejmuje ćwiartki tułowia wolne od obrzęku, przyległe do kończyny obrzękniętej, a na końcu obszar samego obrzęku. W przypadku obrzęków utrwalonych, o mocno zbitej strukturze, manualny drenaż limfatyczny jest wzbogacany o silniejsze techniki pozwalające na rozluźnienie zwłóknień tkanki w obrębie obrzęku, mobilizację blizn pooperacyjnych i popromiennych oraz techniki specjalne stosowane np. w zespole powrózka u pacjentek po mastektomii. W żadnym momencie zabieg nie jest bolesny dla pacjenta.

Aby drenaż był przeprowadzony skutecznie i bezpiecznie, musi być wykonany przez fizjoterapeutę/masażystę z odpowiednim wykształceniem z zakresu technik drenażu, bardzo dobrze znającego anatomię i fizjologię układu chłonnego. Umiejętne wykonanie zabiegu prowadzi do zwiększenia zdolności transportowej układu chłonnego, a przez to zredukowania obrzęku, rozluźnienia tkanki i zmniejszenia dolegliwości.

W fazie intensywnej leczenia obrzęku limfatycznego stosuje się manualny drenaż limfatyczny codziennie. Czas trwania pojedynczego zabiegu na jedną kończynę wynosi 45-90 min. W fazie utrwalającej zaleca się pacjentowi aby kontynuował sesje drenażu limfatycznego przynajmniej 1 raz w tygodniu.

3.2. Kompresjoterapia

Kompresjoterapia w leczeniu przeciwobrzękowym z zastosowaniem kontrolowanego ucisku zewnętrznego jest kluczowym elementem terapii obrzęku limfatycznego. Mechanizm działania kompresji w KTP to przede wszystkim:

- redukcja filtracji kapilarnej;
- przesunięcie zalegającego płynu do obszarów nieobrzękniętych;
- wzrost resorpcji limfatycznej;
- stymulacja transportu limfatycznego;
- pobudzenie pracy pompy mięśniowej;
- rozluźnienie zwłóknień w tkance podskórnej;
- utrwalenie efektu manualnego drenażu limfatycznego.

3.2.1. Kompresjoterapia I fazy (redukującej) – bandażowanie wielowarstwowe

W kompresjoterapii I fazy wykorzystuje się bandaż o niskiej rozciągliwości, które umożliwiają redukcję obrzęku oraz normalizują kształt kończyny. Ich skuteczność wynika z:

odpowiedniej sztywności i małej podatności na rozciąganie, możliwości modyfikowania ucisku i dowolnej szerokości. Do bandażowania kończyn stosujemy specjalnie skompletowane zestawy do terapii obrzęku limfatycznego (opatrunki warstwowe). Poszczególne zestawy dla kończyn górnych i dolnych różnią się szerokością bandaży oraz ilością zawartych w nich produktów.

W celu zabandażowania układamy pacjenta w wygodnej pozycji, a bandażowana kończyna powinna być w elewacji (ułożona na klinie lub innym podwyższeniu). Umytą skórę kończyny smarujemy substancją nawilżającą, ponieważ nie tylko drenaż ale i bandażowanie powoduje szybkie wysuszenie skóry oraz łuszczenie się naskórka. Następnie delikatnie osuszamy. Pierwszą warstwę stanowi bawełniany rękaw, który pełni funkcję ochronną skóry. Palce kończyn zarówno dolnej jak i górnej bandażujemy oddzielnie wąskimi bandażami podtrzymującymi, aby zapobiec pojawieniu się obrzęku w tych obszarach. Drugą warstwę opatrunku stanowią miękkie bandaże z waty lub pianki, które mają za zadanie chronić kończynę w przypadku wystąpienia limfotoku i nadają one kończynie pożądany kształt walcowaty. Gdy mamy do czynienia z dużym obrzękiem możemy zastosować w tej warstwie dodatkowe elementy ochronno-uzupełniające z gąbki poliuretanowej na obszary zagłębień czy fałdów oraz na szczególnie mocno obrzęknięte grzbiety dłoni lub stóp. Ostatnią trzecią warstwę stanowią bandaże o niskim stopniu rozciągliwości. Nakładamy je od części dystalnych kończyn w kierunku proksymalnym. Bandażujemy spiralnie i ósemkowo, równo stosując gradient siły (w częściach obwodowych największy ucisk w częściach proksymalnych ucisk zmniejszamy). W okolicach stawów stosujemy obwód żółwiowy. Niski stopień rozciągliwości bandaży zapewnia utrzymanie niskiego ciśnienia spoczynkowego, co pozwala na zachowanie opatrunku również w godzinach nocnych. Każdy bandaż nałożony na kończynę mocowany jest plastrem. Opatrunek powinien pozostać na kończynie przez okres niemal 24 godzin z krótką przerwą na czas toalety oraz wykonania drenażu limfatycznego.

Bandażowanie kończyny obrzękniętej w fazie redukującej wykonywane jest przez terapeutę codziennie zaraz po wykonanym MDL.

3.2.2. Kompresjoterapia II fazy (utrwalająco – optymalizująca) – odzież uciskowa

Po intensywnej fazie redukcji obrzęku stosujemy, w celu kontynuacji leczenia oraz zapobieganiu nawrotom choroby, gotowe wyroby uciskowe takie jak rękawy i pończochy. Wyroby takie powinny być dobrane indywidualnie dla pacjenta na podstawie pobranych przez terapeutę pomiarów obwodów obrzękniętego obszaru. Założone muszą charakteryzować się odpowiednią klasą kompresji, którą reprezentują. Odzież kompresyjna

powinna być noszona systematycznie przez cały dzień, szczególnie w trakcie ćwiczeń. Ucisk zewnętrzny wywołany zastosowanym rękawem/nogawicą zwiększa ciśnienie hydrostatyczne tkanek i ułatwia odpływ limfy zapobiegając jej zastojowi w przestrzeniach międzykomórkowych. Nie należy stosować wyrobów uciskowych wrywkowo na kilka godzin lub kilka dni, ponieważ może skutkować to pogorszeniem stanu obrzęku. Profilaktycznie w nawrotach obrzęku, w zależności od potrzeby, zaleca się konsekwentne lub okresowe noszenie produktów uciskowych w odpowiedniej zalecanej klasie kompresji. Najczęściej stosowane są trzy stopnie kompresji:

- 1 stopień – kompresja lekka, do 20 mm Hg, do zastosowania głównie w profilaktyce, 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.

3.3. Kinezyterapia pacjentów z obrzękiem chłonnym

Głównym zadaniem kinezyterapii jest odpowiedni dobór ćwiczeń usprawniających, mają one bowiem 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.

3.3.1. Ćwiczenia fizyczne

Istotnym elementem terapii obrzęku są ćwiczenia fizyczne koniecznie w założonym wcześniej wielowarstwowym opatrunku uciskowym lub w założonej odzieży kompresyjnej: ćwiczenia o niskim stopniu intensywności, z powolnymi powtórzeniami (dostosowanymi do limfangiomotoryki) i zaznaczonymi przerwami, bez dodatkowego obciążenia zewnętrznego poprawiają funkcję pompy mięśniowej. W terapii pacjentów z obrzękiem limfatycznym w zależności od stanu i możliwości chorego wykorzystujemy następujące ćwiczenia (wg ICD - 9):

- 93.1121 - Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie
- 93.1131 - Ćwiczenia czynno-bierne
- 93.1132 - Ćwiczenia prowadzone
- 93.1133 - Ćwiczenia prowadzone
- 93.1202 - Ćwiczenia czynne wolne
- 93.1204 - Ćwiczenia samowspomagane
- 93.1205 - Ćwiczenia czynne w odciążeniu

Podkreślić należy, że żadna z form ruchu zalecana pacjentom z obrzękiem limfatycznym nie powinna być zbyt intensywna i obciążająca. Nadmierny wysiłek fizyczny wzmagają przepływ krwi powodując gromadzenie się i konieczność odprowadzenia większej ilości płynu tkankowego z kończyny. W przypadku niewydolności chłonnej jest to znacznie utrudnione i może prowadzić do powiększenia obrzęku. Dlatego też ćwiczenia fizyczne wykonuje się krótko a często: 3 razy dziennie po 15-20 minut. 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. Ćwiczenia te winny być szczególnie ukierunkowane są na pobudzenie pompy mięśniowej mięśnia dwugłowego ramienia (dla kończyny górnej) i brzuchatego łydki (w przypadku obrzęku kończyny dolnej).

3.3.2. Ćwiczenia oddechowe

Nieodłącznym elementem kinezyterapii pacjentów z obrzękiem limfatycznym jest terapia oddechowa. Ćwiczenia oddechowe czynne (zarówno z oporem, jak i bez oporu) ułatwiają transport chłonki do dużych naczyń limfatycznych. Oddychanie torem żebrowym wspomaga wytwarzanie ujemnego ciśnienia w klatce piersiowej, zaś oddychanie torem przeponowym oddziałuje bardziej na zbiornik mleczu. Ćwiczenia te wykonujemy z pacjentem 3 razy dziennie po 10-15 minut.

3.4. Edukacja pacjenta w zakresie profilaktyki i autoterapii

Obrzęk chłonny jest chorobą przewlekłą. Można go znacznie zmniejszyć, lecz nie można naprawić źle funkcjonujących naczyń limfatycznych. Można go kontrolować i sprawnie żyć, ale potrzebne są dyscyplina i przestrzeganie kilku zasad. Dlatego też koniecznym elementem uzupełniającym KTP jest także edukacja pacjenta, na którą składają się zasady postępowania w życiu codziennym (zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu postępowania

fizjoterapeutycznego), unikania czynników wywołujących lub zwiększających ryzyko obrzęku oraz stosowania metod wspomagających odpływ chłonki. Praktyczne wskazówki, z którymi terapeuta zaznajamia pacjenta poddawanego KTP obejmują:

- naukę automasażu jako uproszczonej formy manualnego drenażu limfatycznego, dostosowanej do umiejętności oraz możliwości pacjenta i jego rodziny;
- naukę podstawowych ćwiczeń przeciwobrzękowych w elewacji kończyny z zastosowaniem kompresji;
- naukę ćwiczeń oddechowych;
- higienę kończyny: należy delikatnie i dokładnie wycierać skórę oraz stosować kosmetyki o odpowiednim natłuszczeniu i zgodnych z pH skóry, a także zachowywać szczególną ostrożność podczas manicure'u oraz unikać skaleczeń i urazów, nie nosić zbyt obcisłej odzieży;
- przestrzeganie specjalnych zasad postępowania podczas procedur medycznych: nie należy mierzyć ciśnienia na obrzękniętej kończynie oraz trzeba unikać dożylnych iniekcji, pobrań krwi i wlewów po tej stronie;
- informowanie o możliwych powikłaniach obrzęku i sposobach reagowania na nie (tj. róża, zapalenie skóry i tkanki podskórnej, pęcherzyki limfatyczne, blizny białkowe);
- unikanie dźwigania, przeciążania kończyny długotrwałą pracą fizyczną, zwłaszcza pracą izometryczną o małej amplitudzie zakresu ruchu, np. długotrwałe prowadzenie samochodu czy prasowanie,
- unikanie skrajnych temperatur (zabronione są np. sauna, gorące kąpiele, opalanie);
- regularne stosowanie kompresji (odzież uciskowa);
- wskazanie zalecanych formy aktywności ruchowej: spacer, pływanie, jazda na rowerze, przeciwwskazane formy aktywności ruchowej: tenis, wioślarstwo, golf, narciarstwo, squash;
- utrzymanie prawidłowej masy ciała;
- odpoczynek nocny, jak i w ciągu dnia w pozycjach drenażowych ułatwiających odpływ chłonki z obrzękniętej kończyny;
- wzbudzenie motywacji do regularnych wizyt w poradni leczenia obrzęku i kontroli objawów związanych z obrzękiem limfatycznym, tak aby w przypadku nawrotu choroby móc niezwłocznie zgłosić się do ośrodka rehabilitacji/poradni rehabilitacyjnej w celu wdrożenia intensywnego leczenia.

Pacjent kończący pobyt rehabilitacyjny, po zakończonym leczeniu jest wyposażony w ulotkę informacyjną zawierającą podstawowy zestaw ćwiczeń przeciwobrzękowych oraz instruktaż automasażu obrzękniętej kończyny wraz z zaleceniami dotyczącymi pielęgnacji i higieny skóry.

3.5. Zabiegi wspomagające leczenie obrzęku limfatycznego

3.5.1. Przerywana kompresja pneumatyczna

Masaż pneumatyczny stanowi dodatkowy, uzupełniający element fizjoterapii przeciwzastoinowej. Jest wykonywany za pomocą specjalnych urządzeń wyposażonych w mankiety, rytmicznie wypełniające się powietrzem, zakładane na obrzęknięte kończyny. Warto podkreślić, że masaż pneumatyczny, szczególnie u pacjentów z obrzękiem chłonny spowodowanym usunięciem węzłów chłonnych, powinien być poprzedzony manualnym drenażem (MDL) kwadrantów centralnych, sąsiadujących z regionem objętym zastojem chłonki – jedynie wtedy ma szansę na skuteczne działanie.

W przypadkach obrzęku chłonnego kończyny górnej stosuje się następujące parametry zabiegowe:

- czas trwania pojedynczego zabiegu: 50-60 minut;
- ciśnienie 60-90 mmHg (należy kilka pierwszych zabiegów rozpocząć od wartości 50-60 mmHg i jeśli to możliwe stopniowo zwiększać ciśnienie w kolejnych dniach/tygodniach osiągając zakres 60-90 mmHg);
- liczba komór w rękawie: 8-12;
- czas napełniania komory: 3-50 sekund (w zależności od konsystencji obrzęku);
- cykl pracy: kiedy następuje pompowanie powietrzem kolejnej komory, poprzednie nie podlegają deflacji czyli muszą utrzymywać pełne ciśnienie);
- 5 zabiegów tygodniowo (raz dziennie).

Natomiast w przypadkach obrzęku chłonnego kończyny dolnej stosuje się następujące parametry zabiegowe:

- czas trwania pojedynczego zabiegu: 50-60 minut;
- ciśnienie 90-130 mmHg (należy kilka pierwszych zabiegów rozpocząć od wartości 70-90 mmHg i jeśli to możliwe stopniowo zwiększać ciśnienie w kolejnych dniach

osiągając 90-130 mmHg);

- liczba komór w rękawie 12;
- czas napelniania komory: 3-50 sekund (w zależności od konsystencji obrzęku);
- cykl pracy: kiedy następuje pompowanie powietrzem kolejnej komory, poprzednie nie podlegają deflacji czyli muszą utrzymywać pełne ciśnienie);
- 5 zabiegów tygodniowo (raz dziennie).

3.5.2. Kinesiotaping

Kinesiotaping jest metodą terapii manualnej, która została opracowana przez dr Kenzo Kase, która wykorzystuje specjalne plastry charakteryzujące się elastycznością i rozciągliwością, o właściwościach zbliżonych do parametrów skóry. Nie zawierają one leków ani lateksu oraz są odporne na działanie wody a mimo to umożliwiają przepływ powietrza. Plastry w żaden sposób nie ograniczają ruchu. Kinesiotaping w aplikacjach limfatycznych wpływa na zmniejszanie się niezbyt dużych obrzęków na skutek minimalnego uniesienia skóry, co normalizuje napięcie mięśniowe i powięziowe oraz uaktywnia przepływ krwi i limfy. Plastrujemy zarówno obrzękniętą kończynę, jak i kwadranty sąsiadujące z zajętej obszarów przez obrzęk. Tą nowoczesną metodę fizjoterapeutyczną możemy z powodzeniem stosować jako uzupełnienie kompleksowej terapii. Sprawdza się również w profilaktyce nawracających obrzęków. Plastrowanie jest dobrze tolerowane przez pacjentów oraz postrzegane jest jako metoda praktyczna i mało uciążliwa. Limfatyczne aplikacje kinesiotapingu wykonujemy raz na kilka dni (4-5 dni), w zależności od stanu przylegania plastrów do skóry.

3.5.3. Masaż wibracyjny (aquavibron)

Polega na zastosowaniu aparatu do masażu z wytworzeniem podciśnienia i użyciem końcówki lejkowatej lub grudkowatej. 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 - okolicę łopatki i linii pośrodkowej pachowej.

3.5.4. Masaż wodny wirowy

Uzupełnieniem poprzednio przedstawionych technik jest masaż wirowy. To masaż przeprowadzany na kończynach górnych lub dolnych w specjalnych wanienkach, które różnią się od siebie kształtem oraz głębokością. Wanny do masażu wirowego wyposażone są

w urządzenia o napędzie mechanicznym, które wprawiają wodę w ruch 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 z obrzękiem.

Cele masażu:

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

Masaż wirowy trwa około 10 minut, zaś temperatura wody zabiegowej wynosi 34- 37°C. Masaż wirowy wykonuje się od 15 do 20 razy w serii codziennie lub dwa razy dziennie w zależności od stanu pacjenta. Zabieg jest łagodny i wykonywany bezboleśnie.

3.6. Metody oceny skuteczności leczenia obrzęku limfatycznego

Do oceny skuteczności leczenia przeciwobrzękowego wykorzystuje się następujące metody:

1. ocena konsystencji obrzęku limfatycznego (I° - miękki, ciastowaty, II° - twardy, nieodwracalny samoistnie; III° - słoniowaczna);
2. ocena lokalizacji obrzęku (dystalny, proksymalny);
3. ocena pomiarów obwodów kończyny zajętej obrzękiem (pomiar dokonywane w tych samych warunkach, z użyciem miary krawieckiej, przez tę samą osobę, w pozycji stojącej, po nocnym odpoczynku, w tych samych punktach pomiarowych na 6 poziomach);
4. ocena pomiarów zakresów ruchu w stawach kończyny obrzękniętej w stosunku do ruchomości stawów kończyny nieobrzękniętej (metoda goniometryczna);
5. pomiar siły mięśniowej obrzękniętej kończyny za pomocą skali Lovetta;
6. test „Stemmera” (+/-);
7. test dołka (+/-);
8. wybrane testy funkcjonalne dedykowane dla kończyny obrzękniętej;
9. skala VAS do oceny dolegliwości bólowych wywołanych obrzękiem limfatycznym;
10. skale do badania jakości życia w chorobie (np. w chorobie nowotworowej).
11. samoocena Pacjenta;

Aby dokonać oceny skuteczności kompleksowej terapii przeciwobrzękowej pomiary stosuje się zarówno pierwszego dnia, jeszcze przed rozpoczęciem terapii przeciwobrzękowej, jak i zaraz po zakończonym leczeniu, które w zależności od stopnia zaawansowania obrzęku limfatycznego trwać może od 4 do 6 tygodni (faza intensywna – redukująca obrzęk).

3.7.Kryteria oceny zakończenia rehabilitacji

Po zakończeniu procesu rehabilitacyjnego lekarz wraz z zespołem ocenia skuteczność prowadzonej rehabilitacji co znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji pacjenta.

1. Uzyskanie zwiększenia zakresu ruchu w kończynach objętych obrzękiem limfatycznym;
2. Uzyskanie zwiększenia siły mięśniowej;
3. Zmniejszenie obrzęku limfatycznego;
4. Zmniejszenie dolegliwości bólowych;
5. Poprawa jakości życia;