

Navodila za fizioterapijo bolnikov s cistično fibrozo

1. IZKAŠLJEVANJE
2. DIHALNE VAJE
3. INHALACIJE
4. FLUTTER
5. TELESNA VADBA

1. IZKAŠLJEVANJE

Bolniki so sprejeti v bolnišnico največkrat zaradi zagona vnetja v bronhiektazijah. Ob tem je izpljunek bolj gost, zelen ali rumen, ga je več. Če bolnik nima visoke vročine, potem ni pridružene pljučnice.

Pomembno je oceniti, kje v pljučih je več gnoja. To nam lahko pove bolnik, ki dobro obvlada posturalno drenažo, pomagamo si tudi s slušalkami.

Tehnike mobilizacije gnoja

Ocenimo, če je bolnik dovolj močan, da lahko produktivno kašlja. Če moči pri tem ni dovolj, uporabimo huffing med drenažo.

Ocenimo, kakšen je izpljunek. Če je zelo gost, se pred izkašljevanjem odločimo za inhalacijo 5ml 7% ali 4,5% soli preko bolnikovega stenskega nebulizatorja. Pred tem bolnik lahko vdihne 2 vdih bronhodilatatorja (Ventolin, Berodual...), če ima predpisanega oziroma če ga ni že vzel v 4. urah pred našimi postopki.

Osnovni postopek je clapping v drenažnem položaju (če se da na drenažni mizi).

Vibracijsko izkašljevanje sorazmerno dobro mobilizira sekret iz periferije pljuč, manj pa iz centralnih dihal. Priporočljivo je, da se kombinira s flutterjem.

VEDNO se izkašlja posturalno – ne glede na to ali izvajamo perkusijsko drenažo (clapping) ali vibracijsko drenažo. Izjema je le flutter.

Izkašljevanje mora biti najmanj dvakrat dnevno, dokler količina izpljunka ne pade pod 30ml oziroma se vrne na količino in kakovost pred poslabšanjem bolezni (običajno po prvem tednu zdravljenja).

Preverimo tehniko, ki jo doma uporablja bolnik! Svetujmo in popravimo, če je potrebno.

Bolnik so kužni!!! Uporabljajmo maske in umivajmo si roke!

2. DIHALNE VAJE

Te vaje nam pomagajo bolnika naučiti izkašljevanja iz različnih predelov pljuč in večjo aktivacijo prepone s posledičnim učinkovitejšim kašljem. Imajo pomen le v stabilni fazi bolezni, medtem ko med poslabšanjem ne (zaradi utrujenosti dihalnih mišic). Ker imajo

bolniki relativno restrikcijo poleg obstrukcije za vaje ne uporabljamo velikoh dihalnih volumnov.

3. INHALACIJE

Bolniki redno uporabljajo inhalacijsko zdravljenje z DNA-zo (Pulmozyme) enkrat dnevno, ki se mora hraniti v hladilniku. Namenjena je redčenju zelo gostega izmečka. Potreben je POSEBEN NEBULIZATOR!!! Tipi nebulizatorjev, dovoljenih za uporabo tega encima so navedeni v navodilih zdravila.

Pri bolnikih z visoko gostoto Pseudomonasa v pljučih se odločamo za mesečne cikle z inhaliranim antibiotikom (TOBI, tobramicin, gentamicin)

NE GLEDE NA TO, KATERO IZMED ZGORAJ NAVEDENIH ZDRAVIL MORA BOLNIK REDNO PREJEMATI, SE OB GOSTEM IZMEČKU ODLOČAMO ZA INHALIRANJE 5ML 4,5% ALI 7% SOLI PRED FIZIOTERAPEVTSKIMI POSTOPKI MOBILIZACIJE IZMEČKA.

PRED INHALACIJO NUJNO PREVERIMO, ČE JE VZEL BRONHODILATATOR VSAJ 15 MINUT (IN DO 4 URE) PRED TEM (dolgodelujoči: Serevent ali Oxis 12 ur).

4. FLUTTER

Ta metoda dobro mobilizira sekret iz centralnih in srednje velikih dihalnih poti in je dodatek k (morebitni) perkusiji ali vibracijski drenaži. Naklon naprave (bolnik naj ima svojo) uravnavamo tako, da je sposoben 5 do 10 krat ponoviti izdihovanje celotne vitalne kapacitete v aparatek. Potem je potrebno izkapljanje in počitek. Napravo naj bolnik ne uporablja trajno pač pa ob povečanju količine izmečka ali ob poslabšanjih boleznih.

5. TELESNA VADBA

Vadba je priporočljiva. Preprečuje izgubo apetita, vzdržuje mišično maso in preprečuje izgubo teže.

Vadba ni varna, če bolnik med njo desaturira (razen če je intenzivnost visoka - npr. hoja po stopnicah, se saturacija lahko spusti do 85%. Pomembno je, da se v eni minuti počitka normalizira. Če se ne, take aktivnosti ne priporočamo več) ali diha s frekvenco nad 35 na minuto (kljub mogoče normalni saturaciji).

Priporočljive so aerobne vaje, katerih intenziteto se jih lahko svetuje glede na pulz, ki je dosežen pri 70% maksimalne telesne obremenitve.

Doc.dr. Matjaž Fležar