

615.851.8:617-089.8

ZKUŠENOSTI S POOPERAČNÍ REHABILITACÍ

Plk. doc. MUDr. Ladislav VYKOUŘIL, CSc.
Vojenská lékařská akademie JEP, Hradec Králové
(rektor: plk. prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.)

Rehabilitace je podle definice Světové zdravotnické organizace nedílnou součástí léčebné péče a prevence sociálních škod. Začíná současně s léčením a představuje souhrn opatření směřujících k tomu, aby nemocnému člověku bylo vráceno co nejvíce tělesných, duševních a sociálních funkcí, které mu umožňují se zapojit do pracovního procesu a do společenského života.

Předpokladem úspěchu každé rehabilitační léčby je její časná indikace, což platí zejména tam, kde onemocnění postihlo lidi do té doby zcela zdravé, v produktivním období života, zastávající často náročné zaměstnání. V chirurgii je to NPB a úraz. Operace je náhle upoutá na lůžko a změni jejich životní styl, což samo o sobě již z psychologických důvodů zhoršuje průběh celé rekonvalescence. Ale i pro ty, kteří se již před operací netěšili dobrému zdraví, nepracovali nebo jsou velmi staří, má časná pooperační léčebná rehabilitace výrazně příznivý vliv a to jak psychologický, tak funkční. Pohyb, zvláště pak časné a pravidelné vstávání z lůžka a časná chůze, téměř vždy příznivě ovlivní psychiku a umožní dosáhnout alespoň takové hybnosti, která zajistí nemocnému určitou samostatnost bez potřeby intenzivnější ošetrovatelské péče. Léčebná rehabilitace má navíc i důležitý vliv v prevenci některých vážných komplikací pooperačního období, které mohou nepříznivě ovlivnit léčebné výsledky a někdy dokonce ohrozit i život operovaného.

Jistě není nutno připomínat, že rehabilitační léčba je kontraindikována v období traumatického nebo pooperačního šoku, při masivnějších krváceních a při horečnatých stavech. Při jiných projevech poškození funkcí vnitřních orgánů nebo vnitřního prostředí organismu je kontraindikace zpravidla jen relativní.

Léčebná rehabilitace po operacích (břišních) má tyto hlavní úkoly:

1. Předcházet pórůrazovým nebo pooperačním komplikacím
2. Obnovit funkci břišních orgánů a břišní stěny
3. Zajistit celkovou funkční restituci

V praktickém provádění rehabilitační léčby se plnění těchto jednotlivých požadavků v mnohém prolíná.

Rozsah a způsoby rehabilitace určuje vždy ošetřující lékař, kvalifikovaný rehabilitační pracovník pak zajišťuje jejich praktické rozpracování a provádění, instruuje personál oddělení, na němž nemocný leží, v úkonech ošetrovatelské péče (tzv. rehabilitační ošetrovatelství).

Doba, kdy se smí nemocný po operaci posadit a kdy smí z lůžka vstát, závisí na četných činitelích, a nemůže být proto povšechně určována. Po menších výkonech, zvláště

provedených v lokální anestézii, nemusí nemocný vůbec ležet; stačí, zůstane-li postižená oblast po dobu hojení rány v klidu (např. v pevném obvazu). Po větších operacích všeho druhu je klid na lůžku bezprostředně po výkonu zpravidla nezbytným požadavkem. Snahou ovšem je, aby nemocný mohl opustit lůžko co nejdříve. Ústup od tradičního léčení klidem stále pokračuje. Klid na lůžku má i své negativní vlivy: zhoršení trofiky hybného systému, snížení adaptační kapacity kardiiovaskulárního a respiračního systému, celkového metabolismu. Klid nese s sebou i rizika tromboembolické nemoci, hypostatikých pneumonií a proleženin. Časná chůze příznivě ovlivňuje nejen psychický stav, ale zlepšuje i krevní oběh v končetinách a plicní ventilaci, usnadňuje spontánní močení a odchod plynů a stolice (určuje obnovu střevní peristaltiky, která vždy po operaci bývá několik dnů narušena a vzniká tzv. paralytický ileus) a zkracuje rekonvalescenci. Po břišních operacích (hlavně plánovaných, jako cholecystektomie, resekce žaludku, střeva aj.) lze začít s několika kroky po pokoji již první pooperační den, po složitějších výkonech pak provádíme mobilizaci postupně v dalších dnech. Záleží tu samozřejmě vedle druhu operace i na celkovém stavu nemocného. Při operačních příhodách jakéhokoliv druhu závisí nutnost klidu na lůžku na průběhu příslušné komplikace.

Jsme si vědomi toho, že délku pobytu nemocného na lůžku může neuváženě ovlivnit už ošetřující lékař. Často ve snaze utlumit pacientovi pooperační bolesti indikuje analgetika takového druhu a v takových dávkách, které vedou k dlouhodobému přespávání a nehybnosti, což je zvláště u starších pacientů nevhodné. Po operačních výkonech na zažívacím traktu potřebuje pacient několik dnů parenterální výživu. Snažíme se aplikovat ji do centrální žíly kanylací v. subklavií či v. jugularis. Výhoda je nejen v možnosti podání koncentrovaných roztoků a monitorování centrálního žilního tlaku, nýbrž i v tom, že obě horní končetiny pacienta jsou volné a umožní mu větší pohyb. Na našem oddělení není zvláštností chodící pacient, který si vedle sebe tlačí infúzní stojan, z něhož mu kape infúze do centrální žíly. Když k těmto výhodám přičteme ještě nebezpečí vzniku flebitidy při kanylaci kubitální žíly, pak kanylaci periferních žil v pooperačním období k aplikaci infúzí prakticky již nepoužíváme. K lůžku mohou zbytečně dlouho připoutat pacienta i břišní drény a katétr močového měchýře. Proto se snažíme, jakmile se sekrece z drénu zmenší, zkrátit drén

a ponechat ho vyvedený jen do obvazu nebo tam, kde to není možné (T-drén po revizi žlučových cest), napojit ho na sběrný igelitový sáček, který má pacient zavěšen kolem krku a může s ním chodit. Do takového sáčku lze vyvést i močovou cévku (pokud není možné občas ji zazátkovat) nebo na vyvedený zkrácený drén lze nalepit kolostomický sáček apod. Těmito způsoby "odpoutáme" pacienta od lůžka, a tak může rehabilitace mimo lůžko začít mnohem dříve. Zahájení nácviku chůze je pro pacienta, který byl nějaký čas vázán na lůžko, velkým povzbuzením. Rozchodí-li se pacient natolik, že je schopen si zajít na WC nebo do koupelny (třeba i s doprovodem), začne být optimisticky laděný a spolupráce s ním se v mnohém zlepšuje. Na naší klinice je výhodou, že každý pokoj (1 a 3lůžkový) má svůj WC a umývadlo.

Rehabilitační postup určuje lékař při ranní vizitě, které se denně zúčastňuje i rehabilitační sestra. Způsob rehabilitace pak rehabilitační sestra sama dotváří. Určuje druh a rozsah cviků a podle potřeby přichází k nemocnému i několikrát denně. Vede aktivní individuální cvičení nebo skupinová cvičení buď na pokoji, nebo v rehabilitačním kabinetě (např. po hrudních operacích) nebo ve speciálně vybaveném rehabilitačním oddělení kliniky provádí rehabilitaci pohybového aparátu po operacích a úrazech.

Tam, kde je nutná bližší specifikace rehabilitace, zvláště u pacientů po operacích pohybového aparátu, vyplní ošetřující lékař stručnou rehabilitační kartu, která se u těchto nemocných zavádí a která lépe umožní následnými zápisy rehabilitační sestry sledovat výsledky cílené rehabilitace.

Pokud to stav pacienta vyžaduje (náročnější a složitější operace, přidružená interní onemocnění apod.) je po operaci ukládán na jednotku intenzivní péče a již zde začínáme s rehabilitací - i zde fyzická a psychická rehabilitace tvoří součást celkové léčby. Jedná se o polohování celého těla v prevenci proleženin, polohování do zvýšené polohy v prevenci otoků operované končetiny (polštáře, úprava postele, závěsy apod.), dechová gymnastika, která pomáhá rozvinout nedostatečně ventilované úseky plic. Expektoraci napomáháme poklepem, využíváme polohové drenáže. U pacientů po operaci hrudníku se nám velmi osvědčilo dýchání proti odporu (pacient nafukuje dětský nafukovací balónek), což vydatně pomáhá rozví-

nout nedostatečně ventilované úseky plic. K tonizaci pacienta využíváme kondiční tělocvik. Má uchovat nejen normální hybnost kloubů a přiměřenou svalovou sílu, ale přispívá i k regeneraci oběhových funkcí a je prevencí tromboembolické nemoci. A nesmíme zapomínat ani na vynikající vliv cvičení na psychiku nemocných. U pacientů s varikózním syndromem v prevenci zánětu žil a embolie je nutná elastická bandáž DK, kterou aplikujeme před odchodem pacienta na operační sál, u déle ležících pacientů bandážujeme končetiny vždy (přes preventivní heparinizaci pacienta).

Na standardním pokoji pak při vertikalizaci pacienta, který nevstal z postele hned 1. pooperační den, musí být rehabilitační sestra. O snášenlivosti intenzity zátěže se přesvědčuje jednak sledováním subjektivních pocitů nemocného (dušnost, únava), ale hlavně objektivně měřením tepové frekvence, kontrolou její pravidelnosti a případně i měřením krevního tlaku. Ostatní úkony, jako je polohování, dechová gymnastika, aktivní kondiční cvičení, nácvik sedu, vertikalizace a aktivizace nemocného k chůzi a pohybu, výcvik k soběstačnosti a péči o psychický stav provádí též sestra oddělení, která je s pacientem nepřetržitě v kontaktu na rozdíl od rehabilitačních pracovníků. Zdravotní sestry svým zájmem o rehabilitaci jednotlivých pacientů musí i v běžném denním provozu oddělení stimulovat snahu pacienta o co nejlepší výsledky léčby a maximální uzdravení.

Souhrn

Ke zlepšení výsledků léčby operovaných pacientů a ke snížení smrtelných pooperačních komplikací již nepomůže pokrok v operační technice, nýbrž včasná pooperační rehabilitace. O zkušenostech s pooperační rehabilitací na chirurgické klinice fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde se na ní podílejí nejen lékaři a rehabilitační pracovníci, ale i ostatní personál oddělení v rámci ošetrovatelské péče (rehabilitační ošetrovatelství), pojednává toto sdělení.

Literatura u autora

Klíčová slova: Pooperační rehabilitace; Rehabilitační ošetrovatelství.