

高邮市人民医院东区医院门诊、病房8月28日全面开放,病房开设肿瘤内科、肿瘤放疗科、康复医学科,急诊开设内、外科。



赵震亚

康复医学科主治医师,康复医学科副主任。从事康复临床专业十余年,2012年主持筹建医院康复医学科独立病区,擅长中西医结合治疗脑卒中后遗症(运动、感觉功能障碍、言语、吞咽功能障碍等)、骨科术后康复、老年病康复等,在省级以上医学杂志发表论文数篇。



尤春军

主治中医师,硕士研究生,2012年12月毕业于福建中医药大学中医内科学,本科毕业于河南中医药大学中医学。

浅谈糖尿病的中医康复治疗

□ 赵震亚 尤春军

中医称糖尿病为“消渴”,指以烦渴引饮、消谷善饥、小便频数、形体消瘦为特征的疾病。

一、临床表现

(1)代谢紊乱症群:因高血糖的高渗利尿作用而引发多尿、多饮、多食,并因糖利用障碍而有脂肪、蛋白质的消耗,致乏力、消瘦等。

(2)糖尿病慢性病变:慢性病变可累及全身各主要器官,包括:心、脑、下肢血管病变,眼部病变,神经病变,肾脏病变,皮肤、肌肉、关节病变等。

(3)糖尿病急性病变:包括:糖尿病酮症酸中毒、高渗性非酮症糖尿病昏迷、乳酸性酸中毒、低血糖昏迷等。

二、传统医学辩证治疗

(1)上消 肺热津伤:烦渴多饮,口干舌燥,尿量频多,舌边尖红,苔薄黄,脉洪数。治则:清热润肺,生津止渴。代表方:消渴方加味。

(2)中消 胃热炽盛:多食易饥,形体消瘦,大便干燥,苔黄,脉滑实有力。治则:清胃泻火,养阴增液。代表方:玉女煎加味。

(3)下消 肾阴亏虚:尿频量多,混浊如脂膏,或尿甜,口干舌燥,舌红,脉沉细数。治则:滋阴固肾。代表方:六味地黄丸加味。

三、中医康复治疗

(1)针灸疗法:

上消 取穴:主穴:胰俞、肺俞、太渊、心俞、少府。

配穴:少商、鱼际、膈俞、金津、玉液。

方法:进针得气后提插捻转泻法,留针20分钟,隔天1次,10次为一疗程。

中消 取穴:主穴:胰俞、脾俞、胃俞、三阴交、内庭。

配穴:足三里、中脘、内关。方法:同上。

下消 取穴:主穴:胰俞、肾俞、太溪、太中。配穴:复溜、水泉、命门、气海。方法:同上。

(2)灸疗法:用艾炷直径为1.5cm,高2cm,重0.5g,鲜姜片厚3~4mm,直径2cm进行隔姜灸,以上入组主穴轮流使用,每天应用一组。配穴随症加减,每穴灸10~30壮,隔天灸1次,24次为1个疗程,共2个疗程。

(3)运动疗法:根据病情和体力坚持运

动,如散步、跑步,做广播体操或打太极拳等。选择一种适合自己的方式,持之以恒地坚持下去,将会收到意想不到的效果。因为适当运动能促进新陈代谢,降低血糖、血脂,减少糖尿病的并发症。

四、健康教育

1)糖尿病是慢性疾病,患者的自我管理十分重要。日常生活中,应避免焦虑紧张的情绪,建立良好的生活习惯,不吸烟、不饮酒、少吃食盐和富含糖类、油脂以及热量高的食物。

2)糖尿病患者由于体内代谢紊乱,体质弱、抵抗力差,容易合并各种急性慢性感染。一旦感染,不仅难治,而且还会使糖尿病病情恶化,因此糖尿病患者应特别注意个人卫生。

3)由于糖尿病患者常伴有周围神经病变,患者对冷、热、疼、痒等感觉不灵敏,所以穿鞋前必须检查有无异物,每天检查足部情况,发现有水疱、皮裂、胼胝等,应及时处理。不可用锐利刀剪自行修剪。每天用温水泡脚,水温不可过热,鞋要宽松舒适,袜子要松软,透气性好。

PNF技术在康复治疗中的应用

□ 赵震亚 张波

本体感觉神经肌肉促进疗法(PNF)是利用牵张、关节挤压和牵引及施加肌肉阻力,以增强相关肌肉收缩能力的技术,同时通过调整感觉神经的兴奋性,以改变肌肉的张力,缓解肌肉痉挛,使之以正常的方式进行活动的一种康复训练方法。

一、基本操作方法及技术

1.手法接触:治疗师用手接触病人的皮肤暴露部位,朝着运动方向摆放,手放在同一平面,即患手或足的掌面或背面,通过本体感受刺激达到促进神经肌肉的作用。

2.牵拉:牵拉刺激可引起肌肉产生牵张反射,牵张反射一旦产生,即使完全性瘫痪的肌肉,也可能在牵拉松弛的肌肉之后产生收缩。牵张反射可用于激发自主运动、增强较弱肌肉的力量和反应速度。

3.牵引:对关节进行牵拉为牵引,可增加关节间的间隙,使关节间面分离激活关节感受器,刺激关节周围的屈肌肌肉收缩。

4.挤压:对关节进行挤压,使关节间隙变窄,可激活关节周围伸肌肌肉利于关节伸展,促进关节稳定性与姿势的反应。

5.最大阻力:即治疗师所给予患者的阻力,能使患者自身产生运动,且使关节顺利地通过整个运动范围。在高位脊髓损伤患者,必须严格控制阻力,否则将导致肌张力过高。对于脑卒中、脑外伤早期软瘫而言,最大阻力可能仅是一些轻微接触。



6.口令交流:治疗师在适当的时候发出口令,可刺激患者的主动运动,提高动作完成质量。当要求最大运动反应时,可以给予高声命令;鼓励进行平衡运动时,应采用柔声细语,口令应简短明了。预备口令,清楚明白;动作中口令,必须短、准确,时间应掌握。

7.时序:正常的运动发育过程首先出现近端的控制,然后向远端发展,而正常的运动顺序是从远端到近端发生的,所以在治疗过程中,先易化远端肌肉收缩,再易化近端的肌肉收缩。

8.强化:刺激身体的各个部位均可引出有目的性的协调的运动,称为强化。对一肢体或颈、躯干用抗阻法进行一定形式的活动时,常可强化其它肢体或颈、躯干肌的收缩。同样,也可做颈或躯干肌的抗阻活动来强化肢体的活动能力。

9.视觉刺激:令患者的眼睛注视肢体运动方向,可以使动作更容易完成,有助于动作的发展与协调。因此,做易化模式是应尽量让患者注视运动方向。

二、适应症和禁忌症

1.适应症:PNF技术应用广泛。适用于多种神经疾患,如中风后偏瘫、脑瘫、脑外伤、脊髓损伤、帕金森、脊髓灰质炎后的运动功能障碍;骨折、手术伤后均可使用这些技术。

2.禁忌症:PNF技术的应用有所限制,如何并骨折部位,骨折愈合或有开放性损伤部位的患者,不能应用牵伸手法;持续抗阻的重复收缩不能用于脑血管病急性期;伤口和手术刚缝合部位,皮肤感觉缺乏部位,听力障碍的患者,对口令不能准确反映的婴幼儿患者,无意识的患者,骨质疏松患者,血压非常不稳定的患者,关节不稳定,本体感觉障碍的部位。

吞咽障碍是神经系统、额面部肿瘤等疾病的常见并发症,早期诊断患者存在的吞咽障碍,并及时进行科学的康复治疗,减少并发症,改善其自身的摄食吞咽功能显得尤其重要。

这些患者的治疗,主要分为间接训练、代偿策略、外科手术和药物治疗等。临床上多将间接训练与代偿策略有机结合,以达到最优效果,下面将着重介绍这两种的具体内容和应用。

一、间接训练

1.吞咽器官运动训练

这一训练涉及了嘴唇和面部部训练、下颌训练、舌部训练以及口腔灵活训练。治疗师根据实际情况确定具体步骤、训练周期、练习次数及练习时间等。

2.感觉促进综合训练

治疗师根据患者情况,在患者开始吞咽之前给予各种感觉刺激,使其能够触发吞咽。这种方法对于吞咽失用、食物感觉失认、口腔期吞咽起始、口腔感觉降低或咽期期吞咽延迟启动的患者有很好的治疗效果。

3.声门上吞咽训练

适用于吞咽反射触发迟缓及声门关闭功能下降的患者。可指导患者练习屏气吞咽,治疗师指导患者在吞咽前和吞咽过程中自主屏住呼吸,然后关闭声门带进行空吞咽,吞咽后立即咳嗽。

4.门德尔松手法

此手法要求治疗师或患者本人自主延长并加强喉上抬和前置运动来增强环咽肌打开程度。此手法亦可改善整体吞咽协调性。

5.超声门上吞咽法

治疗师指导患者吸气并且紧紧地闭气,用力向下压。当吞咽时持续保持闭气,并且向下压,当吞咽结束时立即咳嗽。此方法在吞咽前或吞咽时,用来关闭呼吸入口。

6.Shaker法

增强食道上环咽肌开放的肌肉力量,从而增加上括约肌的开放,减少下咽腔内食团的压力,使食团通过上括约肌入口时阻力较小。

7.经皮电刺激

利用吞咽障碍功能治疗仪增强吞咽相关肌群的肌力,促进吞咽动作的协调性,达到改善吞咽功能的目的。

8.球囊扩张

也是治疗食管狭窄(如食管上括约肌打开不能等)的常用方法,患者咽部麻醉后,将涂有润滑剂的气囊导管插入并通过狭窄部位,通过充气调节气囊压力并根据患者耐受情况持续扩张30~60秒,放气后休息几分钟再重复操作,直至充气时阻力明显减少为止。

二、代偿策略

1.调吞咽时体位

一般认为进食时最佳体位为坐位或半坐位,且一般躯干与地面成45°或以上角度最为安全。口腔运送食团较为困难的患者,进食时建议采取头部后倾的体位;咽期迟缓的患者建议采用颈部前倾的体位。



位;单侧咽部麻痹的患者,建议进食时采用头前倾并转向麻痹侧的体位;单侧口部和咽部都有困难的患者,建议采用头部侧倾向健侧的体位。

2.选择合适的饮食器具

如果液体在口腔内传送困难。可以使用吸管。如果舌运动障碍而不能将食团传至咽部,可使用舌切除匙,或用50~60ml注射器连上导管。将食物放在口腔后部。

3.改变食团性质

改变食团性质可以从一口吞入量、进食速度、食团的感觉刺激(触觉、冷热觉和味觉)以及食团粘稠度等入手。要从少量(约3~4ml)开始,逐步增加。

总之,吞咽障碍的康复干预措施不仅要求学科内紧密协作,也涉及康复治疗与耳鼻喉科及营养科等之间交叉协作。以患者为中心,把近期目标聚焦于患者的吞咽功能及活动障碍,方能取得使双方满意的康复结局。

吞咽障碍的康复治疗

□ 顾楠楠

**健康家园**

总第145期
2016年8月第8期

高邮市人民医院 主办 www.gymmy.com



官方微信: www.gymmy.com
官方微博: @高邮市人民医院
官方QQ: 2935505986
咨询热线: 0527-84683100

主持人:夏在祥 组稿:人民医院办公室