

动态神经肌肉稳定技术——DNS

运动康复科 赵虎

动态神经肌肉稳定技术(Dynamic Neuromuscular Stabilization,DNS)是基于运动发育学原则和姿势-运动系统成熟的神经生理学观点而创立的全新独特的康复手法。是内在运动系统的一种新的稳定技术,是一种激活人体“整合稳定系统”、促进功能提高的全新康复手法。它不仅是一门技术,更是一种整体策略。

DNS的概念建立在运动发育的科学原理(中枢神经系统设定了人体姿势、动作、步态的控制程序,姿势活动的产生是中枢神经系统成熟的结果。婴儿从0岁到1岁每阶段习得的每一个动作就是大脑一步步习得如何控制身体的过程)上,人体在产生目的性动作前,多裂肌、深层颈屈肌、横膈膜、腹壁、盆底肌等通常会自主激活,建立稳定基础(前馈控

制机制)。通过对整合稳定系统进行特定的功能性训练,来提高脊柱稳定性;必须适当刺激和训练大脑,使它能够协调激活稳定肌群,实现最佳动作模式;最终教会大脑去保持在治疗中获得的中枢控制以及动作稳定性;在原始的发育学位置上激活/刺激患者的稳定肌,以达到训练大脑的目的。激活过程中,脊柱关节和四肢关节变得共轴化;脊柱轴向伸展,腹内压被激活,身体的每一段脊柱都获得了稳定性——这是健康动作的基础。随着治疗的推进和难度的增大,最佳动作模式逐渐能由患者自主控制,对临床医师的依赖越来越少。最终通过重复的练习,中枢建立起一个自主控制模式,成为日常动作的基础部分。

DNS(动态神经肌肉稳定技术)应用广泛,相对于传统康复方法,DNS更着重于对

全局的,姿态上的运动模式进行评估和治疗,强调感觉系统与运动系统的整合。DNS着重于腹内压、脊柱矢状面稳定、关节功能性共轴三个重点。DNS评估包括:运动模式--比较患者的稳定模式和健康婴儿发育中的稳定模式,呼吸模式--坐位呼吸评估,核心稳定--仰卧屈髋屈膝稳定测试、髋关节屈曲测试、伸展测试等。DNS训练包括:腹壁360度扩张训练,增加腹内压训练,肌姿训练,仰卧训练,弹力带训练,改良斜坐/侧平板姿势训练,四点撑地姿势训练,坐姿结合触觉反馈训练等。

目前临床DNS技术应用于脑瘫、脑卒中、帕金森、运动损伤、颈腿腰痛、神经紊乱、平衡功能障碍、步行功能障碍等患者取得满意疗效。

心包积液是什么病?

心内科 黄琪

门诊常常接诊到心包积液的患者,患者看到检查结果都很着急,不知道身体出了什么问题,心包积液是一种较常见的临床表现,正常人的心包里也有少量的积液,是保持润滑作用的,但心包积液的量或性质发生改变还是提示疾病的存在。

但偶然出现的心包积液并不能及时发现,因为心包积液的量不多且未发生感染时没有任何的症状,如果不行相关检查是无法确定心包积液的存在;只有存在大量的心包积液发生症状或者发生感染性心包积液时容易被患者察觉。

心包积液可分为漏出性和渗出性,也可

以根据常见病因分为感染性和非感染性两大类,经体格检查与X线或心脏超声检查可以明确。

包括结核杆菌、病毒、细菌、原虫等可导致感染性心包积液;而包括肿瘤、风湿系统疾病、心脏损伤或大血管破裂、内分泌代谢性疾病、放射损伤、心肌梗死后积液等均为非感染性心包积液。

感染性心包积液除了出现发热,与非感染性心包积液均可表现为胸闷、气短,严重者甚至出现心包填塞的症状,发生心率加快,血压下降休克,严重者甚至死亡等情况。

给患者行胸片检查发现心包积液超过

300毫升以上的心影向两侧普遍扩大;若出现大于1000毫升的大量心包积液时心影呈烧瓶状。心电图检查常有低电压、心动过速、大量积液者,可见电压交替。行超声心动图可以明确观察心包积液的存在和积液量。当积液量比较大时可以行心包穿刺检查,不仅能抽取积液明确积液的性质以助于诊断和治疗,还能缓解心包填塞的症状。

心包积液明确病因后的药物治疗包括针对病因的治疗,抗感染、应用激素、抗结核药以及其他的病因治疗;在诊断明确、药物治疗无效的情况下可行心包引流及心包剥离等减少心包积液的产生和负面影响。

发热2个月 3天查明原因

消化科 刘肆辉

消化科陈建永主任专家门诊进来了几位神情焦急的外地家属,拿着厚厚的病历资料,患者发热2个多月了,上海某医院都住院过两次了,考虑是肠结核,虽经抗结核治疗,但病情未见好转。患者是一位七十岁左右的老太太,多日的病痛折磨,营养、精神状态都极差,立即安排了住院。

入院后陈主任对患者病情进行了全面梳理,详细查看了患者的病历资料,包括生化、肿标、免疫、细菌、病毒等血检项目以及全身各个部位的CT、MRI、胃肠镜、PET-CT等,从厚厚的病历资料可见病情之复杂,可以体会患者及家属的焦急。然而上述的检查中没有发现任何蛛丝马迹,既往有胃肠结核

病史,似乎仍首先考虑肠结核,但陈主任认为结核依据不足,且经1个月的抗结核治疗效果不佳,结核的可能大大降低。

患者在上海两次住院均未明确原因,很多检查已经做过并且已经多次复查过,接下来怎么办?陈主任觉得发散思维,要有自己的判断,一面密切关注患者的体温变化,完善相关检查,一面详细询问患者的病史,症状,个人史等,并进行了全面细致的体格检查,这时有了惊喜的发现:患者巴氏征,戈登征阳性,首先需考虑存在中枢系统感染。与患者家属仔细沟通后立即安排了腰椎穿刺,结果提示脑脊液白细胞数高,糖降低,并且隐球菌抗体阳性。至此,持续2个多月,辗转

奔波于上海杭州多次住院的发热待查,终于明确了诊断,患者是极其罕见的中枢神经系统隐球菌感染,接受对症治疗后,目前患者病情好转已出院。



我院消化科成功开展首例肝移植术后 ERCP 胆管支架置入术

肝移植术是外科大型的手术。移植肝对患者来说异常宝贵,手术对胆道系统、血管、门脉系统等均有改造,可能致使解剖结构异常。如何减少病患的创伤痛苦成为了主诊医生最关心的问题。

今年48岁的杨先生,3年前在上海华山医院进行肝移植术,术后病情一直稳定。但最近1周开始,杨先生开始出现皮肤及巩膜发黄,尿黄粪白等现象,辗转来我院消化科就诊。

由于杨先生病情复杂,消化科陈建永主任带领消化科团队,立即制定多套诊疗方案,反复推敲,布置应对并发症的对策,科室讨论后决定尽快对该患者施行以经内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)术。

在告知手术方式和风险取得杨先生和家属理解配合,并做好了充分的术前准备后,消化科ERCP团队于2018年7月30日中午,在DSA介入室施行我院首例肝移植术后ERCP术。

手术由陈冻伢主治医师主刀,他背上30斤铅衣,冷静地进镜,找到十二指肠乳头。患者肝移植术后,胆管解剖结构有一定程度的偏移,陈医师在极其困难的体位下,以近乎扭曲的身躯完成了ERCP一系列插管、造影、扩张、支架置入等手术过程。

术后杨先生恢复良好,他和家属握着医生的手,热泪盈眶,连声道谢。

这是我院消化科第一例独立完成的移植术后高难度ERCP术。消化科开展ERCP十余年,成立专门ERCP团队,技术日趋成熟,常规开展ERCP下胆总管结石取出术,胆胰管支架置入术,内镜下鼻胆管引流术,内镜下十二指肠乳头括约肌切开术等。

ERCP(内镜下逆行胰胆管造影术),是在内镜下经十二指肠乳头插管注入造影剂,从而逆行显示胰胆管的造影技术,是目前临床上诊断和治疗胆总管结石、阻塞性黄疸等胰胆管疾病的金标准。

适应症

- 1、原因不明的阻塞性黄疸;
- 2、怀疑为胰、胆及壶腹部恶性肿瘤者;
- 3、胆源性胰腺炎;
- 4、原因不明的原发性胰腺炎;
- 5、胆囊切除术后反复右腹上腹痛者;
- 6、胆道感染并胆管阻塞需行鼻胆管引流者;
- 7、恶性肿瘤内支架引流减黄者。

手术优点

- 1、微创、痛苦小,无需外科开腹手术;
- 2、并发症少,治疗时间短、费用低、恢复快;
- 3、适应症广泛,不受多次手术后胆总管粘连和年老体弱的限制。

消化科 陈建永

为什么输卵管切除了还会宫外孕?

生殖医学科 张伟

29岁的小娟(化名)的备孕之路走得异常艰辛,她先后经历了三次宫外孕,先是2011年因“左侧输卵管妊娠”在腹腔镜下切除了左侧输卵管,2013年又因“右侧输卵管妊娠”做了腹腔镜下右侧输卵管开窗取胚术,2015年再次因“右侧输卵管妊娠”在腹腔镜下切除了右侧输卵管。接二连三的沉痛打击,不仅仅是肉体的折磨,还有心灵的摧残,但她没有放弃,她选择了做试管婴儿。2016年5月,在进行了漫长的身心调理、内膜准备、取卵、配等一系列准备工作之后,她进行了第一次胚胎移植,然而这一次,她当母亲的愿望依然没有实现,胚胎移植后20天,胚胎停止发育,医生给她做了清宫术。再一次经历蚀骨之痛,她依然没有放弃,在中药调理3个月

后,她再次走进了医院生殖中心的大门。2016年9月,医生为她进行了第二次胚胎移植,移植后12天查血HCG确诊妊娠,一切似乎看起来有了一个良好的开端,但是小娟并不敢掉以轻心。这一天是胚胎移植后第20天,小娟吃过饭后突然出现腹痛、腹胀,她选择了卧床休息后观察,然而腹痛腹胀没有减轻,还出现了恶心、排尿困难,家里人赶紧把她送到了医院。医生询问病史及妇科检查后,立即给她安排了B超,B超检查提示宫腔内未见明显孕囊,但腹腔内有大量液体,做了B超引导下穹窿穿刺术,抽出了不凝血,考虑异位妊娠,腹腔内出血,急诊做了右侧输卵管切除+宫角修补术。小娟化险为夷,不禁有了这样的疑惑,什么是输卵管残端妊娠?为什么输卵管切除了还会宫外孕呢?

什么是输卵管残端妊娠?

听起来似乎有点不可思议,但这种情况临床上确实存在。输卵管残端妊娠是指行至少一侧输卵管切除术后发生在输卵管切除侧残端的一类异位妊娠,包括输卵管切除术、输卵管开窗

取胚术,以及输卵管结扎术后的输卵管妊娠。属重复性异位妊娠的一种,自1995年以来,陆续有个案报道。输卵管残端妊娠并不多见,但随着体外授精-胚胎移植(IVF-ET)的广泛开展,输卵管残端妊娠的发生率也随之提高。

为什么会发生输卵管残端妊娠?

输卵管残端妊娠可能与前次术后输卵管残端遗留过长有关。输卵管妊娠时组织水肿,脆性增加,尤其对于相对高发的壶腹部妊娠而言,术者为避免切除部位太靠近宫角造成术中大出血,断端多选择输卵管峡部,从而造成残端过长。手术后残端因炎症产生大量吞噬细胞及浆细胞,在溶组织酶的作用下,可形成输卵管残端瘘。另外,行腹腔镜操作时,一般使用双极电凝后切除患侧输卵管,其原理是双极高频电流可引起局部组织内碳化,实际操作中当输卵管周围组织被碳化到一定程度时,电凝过程

就全部结束,导致输卵管未达到全部碳化,容易形成输卵管残端瘘。而输卵管切除后残端未细致包裹或覆盖,输卵管残端瘢痕组织坏死脱落如未能完全闭合,残存的输卵管黏膜可爬行修复,形成输卵管腹股沟瘘。妊娠过程中卵子则可通过瘘孔受精并着床于残留输卵管残端;或IVF-ET后胚胎通过输卵管残端瘘种植在输卵管残端外或盆腔。

输卵管残端妊娠的临床表现及诊断?

输卵管残端妊娠的临床表现与一般输卵管妊娠相似,以腹痛为主要症状,伴停经、阴道出血及腹部包块。但与输卵管妊娠相比,残端妊娠发生破裂的时间明显早于后者。因此早期诊断及处理尤为重要。辅助检查尤其阴道彩超因探头频率较高,轴向分辨率高,可分辨直径2mm左右的包块,且贴近盆腔脏器,使输卵管残端妊娠病灶能被早期发现治疗。