



PopUps:

FreeFind: cerca in MedPop Web



4.10.3 Cura di patologie respiratorie ← MN

[HOME](#) ◇ [.php](#) ◇ [.html](#) ◇ [.pdf](#) ◇

[Respirazione](#) ◇ [Terapia](#) ◇ [Fisiologia](#) ◇ [Anatomia](#)

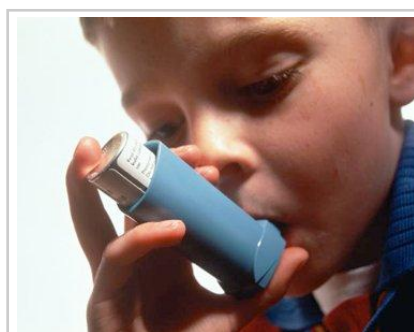
[Terapie respiratorie](#) ◇ [Resp. regolare](#) ◇ [Resp. disfunzionale](#) ◇ [Resp. patologica](#)

4.10.3 Cura di patologie respiratorie

indice ([sopprimi](#))

1. [Respirazione patologica](#)
 - 1.1 [Dilatazione polmonare \(enfisema\)](#)
 - 1.2 [Asma bronchiale](#)
2. [Trattamento delle patologie respiratorie](#)
 - 2.1 [Dilatazioni polmonari \(enfisemi\)](#)
 - 2.2 [Bronchiectasi](#)
 - 2.3 [Tubercolosi polmonare](#)
 - 2.4 [Silicosi](#)
 - 2.5 [Operazioni toraciche](#)
 - 2.6 [Cicatrici pleuriche](#)
 - 2.7 [Asma bronchiale](#)
 - 2.8 [Altre patologie trattabili](#)
3. [Impressum](#)
4. [Appendice](#)
 - 4.1 [Istruzione immagini .html](#)
 - 4.2 [Immagine](#)
 - 4.3 [Commenti](#)

[Peter Forster](#)
[Bianca Buser](#)



in allestimento,
versione .pdf segue

Cura, illustrazioni, collegamenti:
[Daniela Rüegg](#)

[dispensa precedente?](#) ◇ [???](#) [CSA](#)

1. Respirazione patologica

La patogenesi della respirazione patologica:

- Errori respiratori funzionali (e quindi "l'esercizio automatico" diminuito) riducono il rendimento respiratorio.
- La funzione errata sostituisce progressivamente la funzione normale e la indebolisce ulteriormente.
- Errori funzionali si amplificano a vicenda e diventano brutte abitudini respiratorie.
- Alle esigenze respiratorie aumentate, il sistema risponde con aumentato impegno (non reddito; forza al posto di tecnica), di Mm. "ausiliari respiratori".

Finché questo meccanismo funziona, l'insufficienza dell'apparato è compensata, anche se in modo poco economico.

- Poiché il rapporto tra impegno e risultato è scarso, ciò porta a impegni sempre più frequenti ma contemporaneamente sempre minori, così si raggiunge il limite e si deve sforzare notevolmente.
- Questo aumenta gli errori funzionali e presto o tardi si arriva al cedimento (è un vero circolo vizioso) e allo scompenso respiratorio.
- Inizialmente è passeggero e sparisce con il diminuire dell'impegno.

In questo stadio si presenta come "debolezza" respiratoria.

- Sovraccarico, mal funzione e frequente cedimento si amplificano a vicenda fino al punto che:
- ledono il lavoro quotidiano e diventa così malattia.
- Proseguendo per lo stesso circolo vizioso si arriva al punto che non si coprono più le esigenze biologiche di riposo e diventa malattia "inesorabile".

Simile alle debolezze cardiache e dell'apparato motorio la decompensazione comincia al momento in cui l'efficacia ridotta del sistema si scontra con esigenze superiori ad essa. La differenza è che la diminuita resa dell'apparato respiratorio è nella maggior parte dei casi causata da errori e da "brutte abitudini" funzionali respiratorie, che, a loro volta sono sotto l'influenza della volontà individuale e quindi possono essere corrette prevalentemente con esercizi.

Una carica respiratoria aumentata s'incontra:

- In sforzi fisici.
- Gonfiore mucotico per processi allergici o infiammatori delle vie respiratorie e malattie acute o croniche dell'apparato respiratorio (aumenta esigenze, diminuisce resa).
- "Strozzamento" muscolare di vie respiratorie per motivi emotivi e psichici.
- Funzioni errate faringeeali in tosse e vocalizzazione.

I primi attacchi di "sindrome asmatica" si incontrano spesso in "deboli respiratori" (con respirazione compensata) sotto carico come detto sopra, specie durante una banale bronchite infettiva acuta.

Vengono trattati i seguenti temi:

Sono trattati i seguenti argomenti:

- Schermo ◇
- Schermo ◇
- Schermo ◇

Dilatazione polmonare (enfisema)
Asma bronchiale

1.1 Dilatazione polmonare (enfisema)

Nella dilatazione polmonare (enfisema) i polmoni rimangono riempiti ed espansi anche dopo l'espiazione. Sono coinvolti due processi:

- Trattenimento di fiato ed espiazione "pressata" (come in tosse frequente) che formano una pressione all'interno dei polmoni combinati con
- mancante vigore della muscolatura toracica parietale che non resiste alla pressione interna.

Il polmone pressato dall'interno per "brutte abitudini" respiratorie si comporta come la vescica di un pallone che gonfia un involucro troppo debole per resistere. Tutte e due gli elementi sono caratteristici di una respirazione errata.

Il parere comune medico è che la "tosse pressata" è all'origine di dilatazione polmonare. Altrettanto influente è invece il cedimento della muscolatura addominale-toracica: finché è vigorosa, resiste anche alla tosse. Una debolezza muscolare addominale può essere innata, causata da gravidanza o operazioni o far parte di deperimento della muscolatura toracica o spinale.

Spesso si nota una dilatazione polmonare prima per il rigonfiamento ventrale con abbassamento toracico durante un colpo di tosse. I muscoli non tengono più in forma l'apertura toracica inferiore, perciò si apre la curvatura costale e man mano il torace inferiore. In questi casi il processo è spesso accompagnato da disturbi come prolassi, ernie addominali e pelviche. Con il tempo, le viscere e con loro diaframma e polmoni si abbassano sempre di più nella cavità ventrale sovraespansa, spinte da ogni colpo di tosse. Una spina dorsale indebolita accentua questa progressione.

In altri casi più rari cede dapprima il torace superiore posteriore. Cedono Mm. erettori della spina e i serrati superiori deboli. Ciò permette al tronco di cadere in avanti e di contrarsi. Il risultato è il dorso rotondo (gobbo).

Queste forme di dilatazione polmonare (volumen pulmonum auctum) possono ripristinarsi se i fattori provocatori vengono eliminati (tosse canina, bronchite/tosse cronica, asma). Più a lungo però anche il tessuto polmonare perde prima di elasticità e poi si altera (enfisema anatomico) in maniera ritenuta "irreparabile". Forme lievi non sono rare in persone anziane e non creano problemi sotto modeste cariche fisiche.

Vengono trattati i seguenti temi:

Sono trattati i seguenti argomenti:

- Schermo ◇
- Schermo ◇
- Schermo ◇

Sviluppo della dilatazione

Sviluppo della dilatazione

Se una dilatazione polmonare regredisce, rimane o progredisce dipende:

- Dall'eliminazione della prima causa (pressione intrapolmonare).
- Ripristino della meccanica respiratoria.

È chiaro che l'infezione, l'irritazione, la tosse, l'attacco asmatico si combatte e la medicina

moderna ha fatto enormi progressi in merito. È già meno scontato che si modifichino le correlate abitudini errate di regolazione respiratoria (trattenimento del fiato, della respirazione e tosse pressata) e sembra non sia per niente chiara la necessità di ripristinare il vigore muscolare trasversale lesa in torace, lombi e addome come nella spina dorsale. Questo spiega anche perché, pur avendo curato le cause nel migliore dei modi, trascurando però i fattori meccanici, la situazione dilatativa sia peggiorata.

A lungo andare, però, il tessuto polmonare perde prima di elasticità e poi si altera (enfisema anatomico) in maniera ritenuta "irreparabile". Pare che (a parte lesioni interne di alveoli) il processo duri più a lungo del pensato e che in parte sia ripristinabile anche questo trattandosi di tessuto vivo con grandi capacità di rinnovamento.

Se la dilatazione polmonare progredisce, l'organismo tenta di aiutarsi con:

!!!!Respirazione pressata continua

!!!!Movimenti toracici paradossali

!!!!Attacchi di asma a causa della dilatazione polmonare

Questi peggiorano la situazione fino al punto di attacchi "asmatici enfisematici".

Respirazione pressata continua

Quando la resa respiratoria si avvicina alla decompensazione, la respirazione pressata diventa frequente: la muscolatura ausiliaria lombo-addominale e dorsale si impegna a sostituire l'incapacità di quella principale. Questo restringe fra l'altro la stretta della glottide, peggiorando drammaticamente la regolazione respiratoria. La spina dorsale è notevolmente coinvolta, in modo che invece di "affrancare il torace", si muove con ogni respiro.

Movimenti toracici paradossali

Quando crolla completamente il vigore muscolare trasversale, il torace inferiore in ispirazione si restringe, perché il diaframma tira verso l'interno l'apertura "atonica".

Attacchi di asma causati da dilatazione polmonare

Quando la resa respiratoria è arrivata al punto che basta ancora solo per lo stato di riposo, anche un minimo sforzo fisico o impedimento respiratorio fa crollare il sistema e si manifesta come attacco asmatico. È da distinguere bene dall'asma autentica perché i farmaci spasmolitici usati per quest'ultima non servono e caricano inutilmente la circolazione.

1.2 Asma bronchiale

Asma bronchiale "autentica" o "genuina" si chiama la decompensazione, il crollo respiratorio in attacchi spontanei.

Il carico respiratorio aumentato consiste nella costrizione dei bronchi che aumenta la resistenza respiratoria e rende più laboriosa l'ispirazione. Finché la capacità muscolare respiratoria è sufficiente ed efficace per superare la resistenza, la costrizione bronchiale non provoca un attacco. Anche qui (come nella dilatazione polmonare) si tratta di uno squilibrio tra carica respiratoria e resa muscolare e bisogna considerare terapeutamente sia la diminuzione della carica sia l'aumento della resa muscolare.

La costrizione bronchiale può avere diversi motivi:

- Per spasmi nervosi dei loro muscoli toroidali (molto rilevante).
- Per rigonfiamento allergico della mucosa (rilevante).

- Per gonfiore infiammatorio e secrezione smisurata di catarro bronchiale (meno rilevante).

I primi due meccanismi sono spesso correlati e non facili da distinguere. Il terzo s'incontra anche isolato e senza alcuna partecipazione dei primi. Si trova spesso nei bambini afflitti da infezioni delle vie respiratorie e muscolarmente deboli.

Quando il diaframma non riesce più a superare la resistenza (per sovraccarico o stanchezza), i muscoli ausiliari di cingolo scapolo-clavicolare, collo e dorso già usati scorrettamente aiutano, tirando in su il torace in inspirazione. La conseguenza è la pressione toracica in espirazione, impiegando anche la muscolatura ventrale e la gravità. L'esteso impiego della muscolatura ausiliaria per la respirazione durante un attacco, indebolisce ancor di più la già debole muscolatura principale toracica-parietale e il circolo vizioso si chiude.

Vengono trattati i seguenti argomenti:

Sono trattati i seguenti argomenti:

Schermo ◇
Schermo ◇
Schermo ◇

Malattie asmatiche

Asma spastico-nervosa

Asma allergica-eczematosa

Nervosismo e asma

Asma e ipersensibilità emotiva ansiosa

Asma catarrale

Evoluzione dell'asma

Malattie asmatiche

Gruppo di malattie con al centro la sindrome asmatica: decompensazione respiratoria, quando una respirazione disfunzionale (con diminuita resa) cede sotto un carico respiratorio.

Il fabbisogno d'ossigeno dell'organismo aumenta sì il lavoro respiratorio ma basato su disfunzioni respiratorie, questo lavoro consuma più ossigeno di quello che aggiunge alla circolazione. La sindrome asmatica è una respirazione forzata inefficace.

Le cause di un "attacco asmatico" sono:

- Sforzi fisici generali che aumentano il fabbisogno di ossigeno.
- Impedimenti delle vie respiratorie che aumentano lo sforzo respiratorio stesso.

Asma spastico-nervosa

Lo spasmo neurovegetativo contrae la muscolatura toroidale bronchiale in misura che solo una respirazione efficace riesce a superare l'aumentata resistenza, una respirazione anche leggermente disfunzionale non ce la fa più e risponde con un attacco asmatico.

47

Pare che si tratti di un'iperreattività neurovegetativa che si manifesta anche nel comportamento e portamento della persona ipercarica e spasmotendente a livello emotivo caratterizzato come "ansiosa ipertensione difensiva". Ha senz'altro una forte componente "socio-psico-somatica" nel senso di circolo vizioso ma non come causa-effetto. La dimostrazione è che l'approccio somatico (imparare a diminuire la tensione polmonare con esercizi di regolazione respiratoria) è spesso più efficace di tentativi "psicologici" (per influenzare il sistema neurovegetativo tramite ragionamenti e simili).

Considerando, oltre ai meccanismi neurovegetativi, anche quelli regolativi, ormonali, immunitari e di regolazione basale si porta forse il discorso ancora di più verso una visione olistica. Per la classificazione "spastico-nervoso" è da ritenere che funzionano spesso in questa forma dei medicinali spasmolitici.

Asma allergica-eczematosa

Si tratta di una specie di "orticaria" o "eczema" della mucosa bronchiale, eventualmente con ipersecrezioni, che gonfia le mucose dei bronchi. Il loro diametro diminuisce e aumenta la resistenza. Se sono coinvolte anche delle irritazioni, per riflesso possono anche aggiungersi contrazioni muscolari bronchiali.

Il resto delle reazioni è simile all'asma spastico-nervosa anche se di solito i sintomi sono un po' meno pesanti. Visto che anche eczemi e orticarie hanno una forte componente neurovegetativa, ormonale, immunitaria e di regolazione basale, non c'è da meravigliarsi se ogni tanto sono difficili da distinguere. Per la classificazione "allergico-eczematosa" è da ritenere che spesso funzionano misure antiallergiche e di regolazione basale.

Nervosismo e asma

Deregolazione della coordinazione nervosa, disfunzione dell'apparato motorio respiratorio e deformazione pneumo-toracica sono concatenate in un circuito chiuso: la deregolazione chiama la disfunzione e la instaura dopo tante ripetizioni, la disfunzione chiama la deformazione e la instaura dopo innumerevoli ripetizioni, la deformazione chiama la deregolazione (subito) e la deregolazione la disfunzione (presto) e così via.

Il "circolo grazioso" sarebbe quindi: regolazione-funzionalizzazione-riformazione.

Visto che la coordinazione nervosa dei meccanismi respiratori ha una forte componente emotiva e inoltre fino a un certo punto è controllabile dalla volontà, sono evidenti i nessi tra psiche e apparato motorio sia come soggetto sia come oggetto. D'altro canto non è un senso unico: l'esperienza insegna che il miglioramento funzionale respiratorio calma sia gli stati emotivi che quelli asmatici. Psicoterapie ben fatte possono essere accompagnate da una terapia respiratoria come supporto; da sole non riescono a ripristinare le disfunzioni e deformazioni dell'apparato motorio.

Asma e ipersensibilità emotiva ansiosa

A livello terapeutico alla componente somatica è contrapposta quella "culturale-sociale". Siamo continuamente costretti a equilibrare le due componenti con enormi complicazioni emotive, comportamentali e pulsazioni.

Nel classico paziente d'asma spastica si nota raramente serenità, caratteristica opposta per definizione allo stato "nervino-spastico". In terapia bisogna tener conto della "caratteristica asmatica" non solo come approccio terapeutico ma anche per evitare comportamenti "terapeutici" che nutrano il meccanismo psicosomatico dell'asmatico. Con il rischio di generalizzare troppo, ma per motivi didattici, oso "caratterizzare" un aspetto rilevante per asma di tipo spastico allergico:

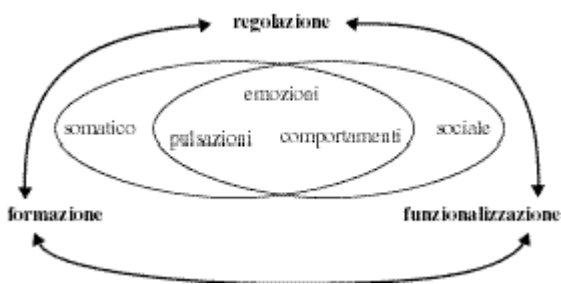
La sovraccarica nervosa dell'asmatico è la reazione inconscia di un animo ipersensibile a un'autorità/"responsabilità"/dovere che teme di non reggere e dalla quale si sente sopraffatto. Come il corpo anche l'anima tenta di rispondere alla carica con la forza. Spesso questo meccanismo viene instaurato nella prima infanzia tra madre-figlio o padre-figlia che non permettono lo sviluppo del bambino ma "lo formano a loro immagine".

Questa immagine è ancorata fortemente nell'inconscio e tanti non riescono mai a liberarsene.

Se questo meccanismo infine si esprime in asma spastica dipende:

- Dalla robustezza dell'anima del colpito; la sua caricabilità e il limite del crollo dove si manifesta in ipertensione ansiosa e continua prontezza di difesa.
- Dalla costituzione e predisposizione allergica e dal funzionamento dell'apparato respiratorio.
- Dalle condizioni attuali sia di carica emotiva autoritaria sia di carica respiratoria/allergica.

La tensione ansiosa dell'asmatico è un serio problema pratico per le terapie funzionali respiratorie che consistono in tanto esercizio. Questo richiede responsabilità propria, la condizione per avere successo e rende difficile l'allenamento di movimenti automatici "giocosi" che sono il contrario del "dovere obbligatorio giusto e costretto" dell'asmatico. L'approccio del terapeuta a questa problematica, la trasmissione del "piacevole e utile" più che del "giusto" e la motivazione (mai tramite autorità, perché è già leso in merito), sono elementi altrettanto incisivi per l'esito quanto le capacità teoriche e tecniche del terapeuta.



Asma catarrale

Si distingue nettamente dalle altre due forme non solo per il fatto che si esprime in forme più blande, ma anche per il fatto che colpisce spesso chi da bambino era astenico, debole di costituzione e/o afflitto da frequenti malattie catarrali. La resistenza respiratoria per via di secreti catarrali e la frequente tosse in una costituzione debole inducono presto delle disfunzioni respiratorie che possono evolversi fino all'asma.

Anche deformazioni toraciche, continue irritazioni dell'apparato respiratorio (come la bronchite cronica dei fumatori che non si muovono mai senza necessità) e delle patologie come enfisemi possono arrivare a questo punto.

Evoluzione dell'asma

Visto che l'asma e la dilatazione polmonare sorgono dalle stesse disfunzioni respiratorie, l'evoluzione dell'asma segue le orme dell'enfisema e viceversa. somatico sociale
comportamenti pulsazioni emozioni

2. Trattamento delle patologie respiratorie

In seguito vengono trattati i seguenti temi:

Sono trattati i seguenti argomenti:

- Schermo ◇
- Schermo ◇
- Schermo ◇

Dilatazioni polmonari (enfisemi)

Bronchiectasie

Tubercolosi polmonare

Silicosi

Operazioni toraciche

Cicatrici pleuriche

Asma bronchiale

Altre patologie trattabili con la terapia respiratoria funzionale

2.1 Dilatazioni polmonari (enfisemi)

In caso di una respirazione debole: nessun esercizio respiratorio camminando, con l'eccezione della fase di rinforzo con l'ausilio della voce. La respirazione sana sopporta tanto, ma non necessita di esercizi.

Si eseguono le seguenti tappe proseguendo alla prossima solo se sono stati raggiunti gli obiettivi della precedente. Non correre, non sforzare, controllare cautamente perché si tratta di ripristinare automatismi senza errori.

- Esercizi basilari di respirazione ordinaria:
- Respirazione nasale provvisoriamente corretta o regolazione provvisoria orale.
- Possibilmente tenere vuoti o lasciarsi svuotare i polmoni.
- Posizionamento del torace favorevole, passando man mano in posizione seduta e poi eretta.
- Correzioni toraciche e spinali.
- Correzioni della tosse.
- Eliminazione del sovrariempimento polmonare in ogni attività: espirare un po' con ogni sforzo (da esercitare p.es. facendo le scale).

* Ripristinare la respirazione nasale automatica.

- Regolazione respiratoria.
- Trattamento della muscolatura mimica.
- Esercizi della mascella, lingua, faringe.
- Esercitare la respirazione orale corretta (per necessità degli sforzi che in una respirazione e/o circolazione lesa consistono già nel passeggiare).
- Conseguente applicazione della respirazione ordinaria con l'idea di respirare il minimo possibile e di tener vuoti i polmoni.
- Rinforzo della respirazione se possibile con l'uso del suono.

In seguito vengono trattati i seguenti argomenti:

Sono trattati i seguenti argomenti:

Schermo ◇

Schermo ◇

Schermo ◇

Respirazione pressata negli enfisemi

Movimenti toracici paradossali

Prevenzione di enfisemi, bronchiti croniche

Respirazione pressata negli enfisemi

Per prima cosa bisogna disinserire la stretta faringeale tramite la regolazione ausiliaria con rumore su "sc" o "khuff" in espirazione, lasciando "implodere" il torace. Dopo si può

proseguire con qualsiasi regolazione ausiliaria. Quando questa tecnica è domata in posizione eretta si può attaccare con il programma per i semplici enfisemi, iniziando però ogni esercizio come sopradescritto, fino a che diventa abitudine di evitare sovraffollamento, soprapressione e trattenimento dei polmoni e del fiato.

Movimenti toracici paradossali

Da eliminare con degli esercizi controllati e guidati dal movimento dell'apertura toracica inferiore contro l'impulso spontaneo, inizialmente più ampi del necessario e con la tendenza a distendere il torace e a riportarlo nella forma prevista dall'inventore. Se va meglio l'esercizio in espirazione o in ispirazione è da provare. Inizialmente si esercita da seduti, poi eretti, applicando la regolazione respiratoria ausiliaria sopra menzionata per respirazione pressata. Poi si attacca con il programma per gli enfisemi. Con terapie manuali (ritmate sulla respirazione) si riesce spesso a normalizzare questa disfunzione senza la consapevolezza del cliente.

Prevenzione di enfisemi, bronchiti croniche

Essendo gli stessi errori respiratori che portano a bronchite cronica e a enfisemi, si trattano allo stesso modo. Preventivamente è poco impegnativo:

- Correzione della tosse.
- Normalizzazione della respirazione raggiungibile spesso con pochi esercizi di rinforzamento toracico e regolazione respiratoria.
- Calmare i polmoni tenendoli vuoti e distesi.

2.2 Bronchiectasi

Non possono essere guarite con la correzione respiratoria, ma si riesce a ridurre la loro estensione, la quantità secretoria e i disagi. Oltre al programma per gli enfisemi si cura specialmente:

- Lo svuotamento dei polmoni.
- La formazione del torace rafforzando la muscolatura toracica parietale.
- Il trattamento della spina dorsale.

2.3 Tubercolosi polmonare

Lasciar in pace i polmoni perché sono già lesi. Ogni respirazione forzata e movimento toracico sono assolutamente da evitare. Solo se sono coinvolti rilevanti errori respiratori si tenta di sfruttare meglio l'aria con cauti esercizi "statici" (non di movimentazione), per la respirazione pressata si può correggere la regolazione respiratoria.

2.4 Silicosi

L'esperienza dimostra che la lesione è un criterio e lo sfruttamento del rimanente un altro. Ristabilendo una respirazione ordinaria corretta si raggiungono notevoli risultati in questo senso. Il programma di cura è quello descritto sotto "enfisemi".

2.5 Operazioni toraciche

Le operazioni al torace come:

- Polmonari con resezione ed ev. toracoplastica.
- Cardiache con apertura dello sterno.

- Di mammella con ev. resezioni muscolari.

Causano come minimo delle perdite di tensione muscolare toracica parietale che assieme con ev. resezioni muscolari e misure plastiche cambiano notevolmente la meccanica respiratoria. La resezione polmonare crea inoltre delle condizioni volumetriche cambiate.

È evidente che secondo il tipo dell'intervento la respirazione può subire gravi modifiche per:

- Distrofie muscolari.
- Seguenti deformazioni toracico-spinali.
- Deformazioni bronchiali.

Si nota spesso che anche tanto tempo dopo un tale intervento si presentano sintomi di insufficienza respiratoria, spesso di carattere asmatico, perché la respirazione del colpito è forzata grazie ad abitudini respiratorie nefaste.

Il trattamento di riabilitazione e ricostituzione respiratoria dopo traumi toracici è identico al programma descritto sotto "enfisemi" con delle restrizioni importanti:

- Non disturbare la guarigione tessutale con premura, impazienza, sforzi : il tessuto connettivo impiega più di un anno per ricostruirsi completamente.
- Tutti gli esercizi vanno eseguiti in modo particolarmente dolce.

Le seguenti indicazioni possono servire:

- Al centro si trova l'allenamento della muscolatura toracica parietale con esercizi isometrici, il diaframma riprende automaticamente tono con questi esercizi.
- Trattamento della spina dorsale per ripristinarne completamente la fermezza e quando è possibile anche la geometria.
- La regolazione respiratoria avviene inizialmente con la minima resistenza inspiratoria: p.es. esercizio come "sorvegliare l'acqua dalla mano", dopo con un dito appoggiato sulle labbra leggermente aperte, solo poi i normali esercizi di regolazione respiratoria fino a raggiungere l'ordinaria respirazione nasale.

2.6 Cicatrici pleuriche

I disturbi respiratori provenienti da cicatrici pleuriche sono ben curabili:

- Esercizi di respirazione ordinaria.
- Un paio di sospiri ogni tanto senza sforzare.
- Migliorare la motilità toracica con esercizio di "fisarmonica" specialmente sulla parte colpita.
- Esercizi di regolazione respiratoria corretta, ev. all'inizio ausiliaria.

2.7 Asma bronchiale

- In una prima tappa si tratta di ripristinare una respirazione ordinaria come descritto per la dilatazione polmonare.
- Punto centrale sono gli esercizi per distendere e tener vuoti i polmoni tramite la distensione ventrale e "non espirare" ma "lasciar uscire" il fiato.
- Questo alleggerisce i sintomi ma non basta per l'asma spastica: ci vogliono esercizi per il rinforzo del torace.
- Raggiunto questo, si riesce sempre più facilmente a reggere gli attacchi, anche perché la migliorata regolazione respiratoria toglie tanta irritazione dai bronchi e li rende più resistenti agli spasmi.

In un attacco asmatico sono importanti due massime:

- Spina vertebrale dritta per non "schiacciare" i polmoni.
- Liberare il diaframma tramite distensione ventrale.
- Impiegare il meno possibile la muscolatura scapolo-clavicolare.

Questo si può raggiungere in diverse posizioni:

- Sdraiati ventre in giù (mani sotto il mento o sotto la faccia).
- Posizione ginocchia-gomiti ad angolo acuto.
- Seduti con dorso appoggiato.
- Seduti "a sella" con testa e mani sullo schienale.
- Seduti a tavola con gomiti appoggiati e mento nelle mani.

Tutte queste posizioni facilitano la distensione ventrale e con ciò quelle del diaframma. È da evitare l'usuale appoggio con le mani (per impiegare meglio la muscolatura di spalle e collo) per non sostenere un errore cardinale di respirazione.

In seguito vengono trattati i seguenti argomenti:

Sono trattati i seguenti argomenti:

- Schermo ◇
- Schermo ◇
- Schermo ◇

Cedimento della parete addominale

Stimolazione del diaframma

Disinserimento della respirazione pressata

Diminuzione di attacchi

Trattamenti sintomatici

Cedimento della parete addominale

Un primo passo importante durante un attacco è il cedimento della muscolatura della vita; è impossibile una corretta ispirazione a muscolatura ventro-lombale tesa. Questo riesce meglio sdraiati sul ventre. Nella posizione seduta, in compenso, aiuta la gravità che fa scendere l'intestino, ma impedisce la posizione lombale e spesso tirano le spalle ed il collo. La posizione ginocchia-gomito ha i vantaggi dei due.

Stimolazione del diaframma

Aumentando la resistenza inspiratoria si provoca il diaframma a tirare di più: si inspira e si espira formando una lieve resistenza con le labbra "f.." con la punta della lingua "s.." o con la gola "ch.." tentando di distendere lingua, faringe e laringe. Il rumore in inspirazione può essere abbastanza acuto, in espirazione è importante "non espirare" ma lasciar sfuggire il fiato quasi senza rumore.

Disinserimento della respirazione pressata

Ogni espirazione attiva è un errore cardinale. Ci vuole invece tanto esercizio per non farlo, se deve funzionare anche durante un attacco:

- "Lasciar sfuggire" il fiato lentamente senza alcuna pressione di torace o ventre, distenderli.
- Non respirare profondamente, ma soltanto quanto ne richiede il corpo.
- La resistenza provvisoria con le labbra di "f.." con la punta della lingua "s.." o con la gola "ch.." sposta la stretta respiratoria dalle corde vocali e le libera spesso dallo spasmo.
- Immaginarsi di muovere l'aria solo "in testa" dietro la stretta provvisoria tenendo il tronco quieto e disteso.

Diminuzione di attacchi

Questo trattamento di attacchi inizialmente è solo possibile con un massimo di concentrazione in un ambiente indisturbato e possibilmente guidato dal terapeuta. Col tempo si riesce da soli e diventa sempre più breve e facile, fino al punto che diventa possibile in ogni posizione e senza interrompere l'attuale attività. Non disturba più di quel tanto (come se fosse un catarro di un non asmatico). Con la coscienza di saper domare l'attacco asmatico sparisce anche il panico previsionale e gli spasmi aggiunti dall'impotenza.

Trattamenti sintomatici

L'obiettivo a lungo è di poter gestire l'asma senza farmaci. Se e quando un paziente volesse raggiungere questo obiettivo sono affari suoi. Obbligare è sempre controproducente, ma in particolare con un asmatico sensibile e suggestibile è del tutto negativo.

2.8 Altre patologie trattabili

con la terapia respiratoria funzionale

La descritta terapia respiratoria funzionale si presta come supporto o ricostituente a una gamma di altre patologie come per il trattamento di:

- Deformazioni toraciche.
- Malattie del naso.
- Malattie cardiovascolari.
- Malattie degli organi addominali.
- Sindrome del Roemheld.

Per dettagli consiglio di consultare l'opera di PAROW.

http://www.pforster.ch/ydisp/MN%204_10.htm

.....

3. Impressum

Fonte:

Thibodeau & Patton: *Anatomia e fisiologia*
CEA 2005

Testo a cura di:

Consuelo Pini, Benedetta Ceresa, Mario Santoro

Relatori:

Peter Forster, medico naturista NVS, docente di "Materia medica Popolare" e terapeuta di tecniche corporee
Bianca Buser, terapeuta di tecniche corporee, aromaterapia e fitoterapia applicata.

Impaginazione e stampa:

Laser, Fondazione Diamante, Lugano

Versione web:

Illustrazioni, collegamenti e cura di **Daniela Rüegg**

Anatomia & Fisiologia MedPop
Cc by P. Forster & B. Buser nc-2.5-it
1^a edizione 1996 ♦ 2^a edizione 2000 ♦ 3^a edizione 2009

4. Appendice

4.1 Istruzione immagini .html

cancellare al termine del lavoro

In certe banche dati come in [spl](#) gli immagini sono depositati in un formato che PMWiki non accetta tipo `http://www.jpg?id=801540208`. Per poterli ugualmente usare basta scrivere le istruzioni in .html e di includere l'istruzione tra `(:html:)` e `(:htmlend:)`.

L'istruzione è poi:

```
(:html:)
<span class='frame lfloat' style='text-align: center; margin-right: 20px;'>
<a class='urllink' href='URLImmagineRef' rel='nofollow' target='_blank'>
<img width='200' src='URLImmagineSchermo' /></a>
<br /><small>Didascalia</small>
</span>
(:htmlend:)
```

Variabili:

- `lfloat` oppure `rfloat` per immagine a sinistra oppure a destra.
- `margin-right` oppure `margin-left` per margine a sinistra o a destra e normalmente cancellare `margin-right: 20px;`
- `URLImmagine`: indirizzo immagine Ref e/o Schermo
- `img width='...'` oppure `img height='...'`: larghezza o altezza dell'immagine in px

4.2 Immagini

it.Wikipedia ♦ MmP ♦ CSA ♦ altra Fonte

□



il seguente capitoletto d'istruzione è da cancellare una volta completato la galleria degli immagini.

Procedura

Quando tutti gli immagini sono piazzati nel testo è meglio di agire secondo la seguente procedura:

- farsi una lista di tutti gli indirizzi di immagini in ordine sequenziale a parte, p.es. in TextEdit con <Ctrl&clac:"Copia indirizzo immagine"> e <⌘V>
- infilare gli URL nella formula:
%lframe height=100 margin-bottom=5px% [[URL | URL]]
- copia / incolla la lista in <MedPop:Edit> e <Save>
- dove appaiono invece di immagini qualcosa del tipo http://... sostituire la formula %lframe heig... con la formula:

```
(:html:)
<span class='frame lfloat margin-bottom: 5px'>
<a class='urllink' href='URL' rel='nofollow' target='_blank'>
<img height='100' src='URL' /></a>
</span>
(:htmlend:)
```

Formule

"Normale":

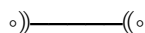
```
%lframe height=100 margin-bottom=5px% [[URL | URL]]
```

"spl":

```
(:html:)
<span class='frame lfloat margin-bottom: 5px'>
<a class='urllink' href='URL' rel='nofollow' target='_blank'>
<img height='100' src='URL' /></a>
</span>
(:htmlend:)
```

Nota

- copiare le formule da qui: minime differenze falsificano la rappresentazione
- se si seguono due rappresentazioni marcate in .html:
~~(:htmlend:)~~
~~(:html:)~~
le due righe sono semplicemente da cancellare
- imperfezioni sono ammesse: fa stato il seguente .pdf che ev. dev'essere "limato" perché PmWiki ha qualche inconveniente



4.3 Commenti

alla pagina *MN / 4.10.3 Cura di patologie respiratorie*: ev. cliccare sul titolo per stilare un commento.

Pagine nel gruppo *Materia naturopatica MN*

* [Materia naturopatica MN](#) ◇ [2.3 Etica e morale professionale](#) ◇ [3.4 Nozioni imprenditoriali](#) ◇ [4.10 ** Terapie respiratorie](#) ◇ [4.10.1 Cura della respirazione regolare](#) ◇ [4.10.2 Cura della respirazione disfunzionale](#) ◇ [X **Trattamento della respirazione disfunzionale**](#) ◇



[MedPop](#) | [Novità](#) | [Enciclopedia](#) | [Forum](#) | [Redazione](#) | [CSA](#) | [Immagini](#)

© Cc by P. Forster & B. Buser nc-2.5-it



Proveniente da <http://pforster.no-ip.org/~admin/pmwiki/pmwiki.php/MN/4103>
ultima modifica September 13, 2010, at 07:59 PM