

	Techniques	Indications	Collaboration du patient
REEDUC. VENTILATOIRE ⇒ Favoriser une respiration normale ⇒ Ventilation avec effort minimum ⇒ Réexpansion pulmonaire ⇒ Mob. cage thoracique ⇒ Mob. indirecte des sécrétions ⇒ Améliorer V/Q	Usage correct du Diaphragme = Vt <i>= inspi nasale + expi passive</i>	Technique de <u>conscience</u> respiratoire (<i>kiné guide juste</i>) ⇒ Asthme	OUI
	Ventilation dirigée Abdomino-Diaphragmatique <i>= inspi + expi profonde</i>	Permet le travail d'une zone concrète selon ≠ positions. ⇒ Position assise permet un travail plus global	OUI
	Ventilation dirigée costale <i>= inspi + expi profonde</i>	Travail de « l'espace mort », collapse alvéolaire = ↑ ventilation CL	OUI
	EDIC : exercice de débit inspiratoire contrôlé <i>= inspi max + apnée + expi passive</i>	Decubitus Latéral CL (poumon affecté en supralatéral), ⇒ Hypophonie de base pulmonaire /!\ NON VA proximales : risque collapsus	OUI
	Soins postérieurs pour épanchement pleural	Drainage supralatéral en différentes positions. (decitus dorsal, semi-pro, semi-dorsal)	



Retrouvez-nous sur :



contact@physiostudent.fr

HYGIENE BRONCHIALE = DRAINAGE ⇒ Favoriser transport muco-ciliaire ⇒ ↓ obstruction bronchial par sécrétions ⇒ ↓ résistance de VA ⇒ Améliorer V/Q	Techniques gravitationnelle – Drainage Postural			Gravité n'affecte <u>pas</u> le mucus	En patients intubés < 24h en position Trendelenburg	NON
	Ondes de choc : percussions/vibrations			Sécrétion de mucus		NON
	Modification du flux expiratoire	<u>Bas Flux</u> → VA médiale/distale	ELTGOL	Déflation du poumon, ↑ friction de l'aire => affecté = infralatéral (HL)		OUI
			Elpr	↑↑ temps expiratoire, ↑ friction de l'aire => passif Enfants, patients critiques (coma, personnes sédatisées...)		NON ⇒ Pédiatrie
			Drainage Autogène	3 phases : Décoller, récolter, évacuer – mucus en périphérie (distal) ⇒ Enfants à partir de 13/14 ans ⇒ Patients avec mucoviscidose (fibrose kystique)		OUI
		<u>Haut Flux</u> (turbulent) → VA proximale	TEF	Inspi + Expi MAX, ↑ accélération expiratoire (sans fermer la glotte)		OUI
			APE	Inspi ≠ volumes (min, med, max) + glotte ouverte ⇒ Contre-indications en distal = risque bronchospasme		OUI
			Toux	Spontanée → productive/irritative = draine mucus VA proximales		OUI
				Dirigée → volontaire, inspi MAX + expi MAX provoquent turbulences /!\ contre-indiquée si spasmes/instabilités VA proximales		OUI
				Assistée → déficit musculaire expiratoire avec contrôle de la glotte		OUI
				Provoquée → stimulation trachéale (cricoïdes) = neurologie ou pédiatrie		NON (pédiatrie)
			GPR	Mobiliser sécrétions jusqu'à zone buccale	Mucus VA extrathoracique, importante faire technique pour éviter futures infections VA inférieures	NON ⇒ Pédiatrie
			DRR	Provocation respi nasale → flux élevé → nettoyage VA nasales		NON ⇒ Pédiatrie



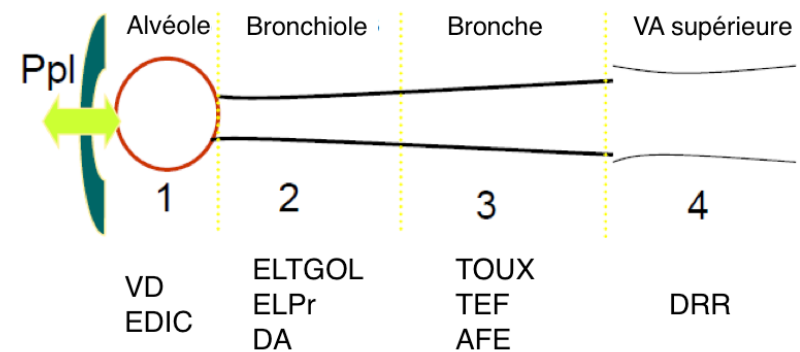
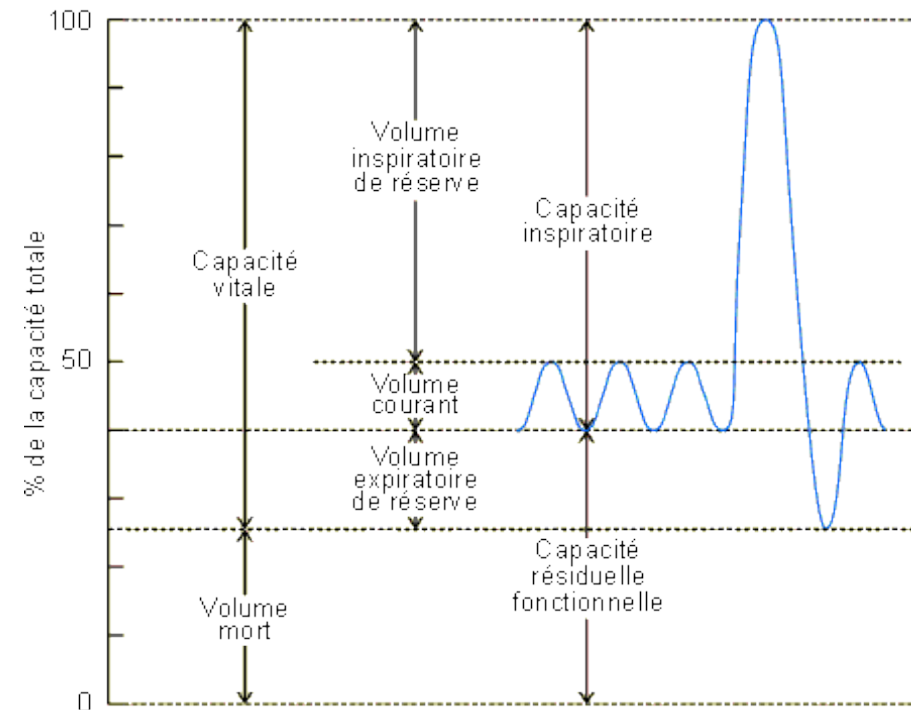
Retrouvez-nous sur :


contact@physiostudent.fr

Lexique

- DL : Decubito Latéral
- DS : Decubito Supino
- CL : ContraLatéral
- HL : HomoLatéral
- VA : Voix Aérienne

- Vt : Volume courant
- Vr : Volume Résiduel
- VD : Ventilation dirigée
- TEF : Technique Expiration Forcée
- AFE : Accélération Flux expiratoire
- DA : Drainage autogène
- V/Q : relation Ventilation/Perfusion
- Plp : Plèvre pulmonaire



Retrouvez-nous sur :



contact@physiostudent.fr

Adulte, adolescent,
grand enfant



ELTGOL

Expiration Lente Totale Glotte Ouverte
en infraLatéral



EDIC

Exercice à Débit Inspiratoire
Contrôlé

Nourrisson



ELPr

Expiration Lente Provoquée



Toux provoquée



DRR

Désobstruction
Rhinopharyngée Rétrograde



GPR

Glosso-Pulsion
Rétrograde



Retrouvez-nous sur :



contact@physiostudent.fr