

校级硕士 吞咽困难





tech 科学技术大学

校级硕士 吞咽困难

- » 模式:在线
- » 时长: 12个月
- » 学位: TECH 科技大学
- » 课程表:自由安排时间
- » 考试模式:在线

网页链接: www.techtitute.com/cn/medicine/professional-master-degree/master-dysphagia

目录

01

介绍

4

02

目标

8

03

能力

12

04

课程管理

16

05

结构和内容

24

06

方法

36

07

学位

44

01 介绍

由 COVID-19 引起的大流行导致了感染期间和感染后口咽吞咽困难患者的高发病率。在这方面,专家们越来越意识到正确的诊断、治疗和康复对这类患者至关重要。此外,评估工具以及用于治疗各类吞咽问题的技术也在不断进步。因此,我们创建了这个 100% 在线课程,使专业人员能够在短短 12 个月内完成完整的知识更新。通过大量的临床案例研究和高质量的教学材料,你可以有效地更新自己的知识。

“

通过本校级硕士及便利的 100% 在线方法, 更新你在吞咽困难方面的知识”

毫无疑问, COVID 19 让人们将注意力集中在呼吸系统病变及其后果问题上。此外, 中风和其他直接影响吞咽的神经系统疾病患者的发病率也很高。在这种情况下, 医护人员采用新的治疗技术, 结合最新进展对与吞咽困难相关的疾病进行评估和诊断。

从这个意义上讲, 近年来, 针对神经肌肉、结构、神经或肌肉骨骼等疾病患者的科学研究和治疗方法都在不断进步。为此, TECH 设计了为期 12 个月的吞咽困难校级硕士。

课程由耳鼻喉科和言语治疗领域的专家开发, 他们在治疗吞咽障碍患者方面拥有丰富的临床经验。通过这种方式, 可以保证专业人员获得高质量的教学大纲, 研究病因和诊断、正常吞咽的生理学以及儿科患者或患有各种病症的患者的评估和治疗过程。

为此, TECH 提供了详尽的教学大纲, 并以每个科目的视频摘要、详细视频、模拟案例研究和特定读物为补充材料, 让毕业生能够拓宽对课程内容的了解。

此外, 对学生而言, 这是一个灵活的课程可以进行知识的更新。事实上, 由于没有面授课程或固定的时间表, 学生可以更自由地管理自己的学习时间。先生只需要一部能上网的手机、平板电脑或电脑即可学习。毫无疑问的, 这是一个了解吞咽困难最新内容的绝佳机会。

这个**吞咽困难校级硕士**包含了市场上最完整和最新的科学课程。主要特点是:

- 由耳鼻喉科和言语治疗专家进行案例研究
- 本课程的内容图文并茂、示意性强、实用性强为那些视专业实践至关重要的学科提供了科学和实用的信息
- 透过自我评估过程改进学习, 提高学习成效
- 特别强调创新方法
- 理论课、向专家提问、关于有争议问题的讨论区和个人反思工作
- 可以从任何有互联网连接的固定或便携式设备上获取内容



通过本课程, 你将掌握治疗 COVID 引起的吞咽困难患者的最新科学证据”

“

以最好的教学材料,提高你评估
和治疗吞咽障碍的临床技能”

这个课程的教学人员包括来自该领域的专业人士以及领先协会和著名大学的公认专家,他们将自己的工作经验融入到培训中。

多媒体内容采用最新的教育技术开发,将使专业人员能够进行情景式学习,即在模拟环境中提供身临其境的培训程序,在真实情况下进行培训。

本课程的设计重点是基于问题的学习,通过这种方式,专业人员必须尝试解决整个学年出现的不同专业实践情况。你将得到一个由著名专家开发的创新互动视频系统的支持。

你可以查阅专业医学文献,进一步扩展本课程提供的信息。

你将了解到最新的科学研究成果,这些成果涉及对患有吞咽困难的成人患者进行最适当的治疗。



02 目标

本校级硕士从多学科角度对吞咽障碍进行了有效的更新。通过这种方式，本课程将医学、语言治疗、营养学或职业治疗等不同领域的方法整合在一起，使毕业生能够从整体的角度来了解这种疾病。因此，为了成功实现这一目标，你将接触到一个专业的教学团队，他们将解答你对课程内容提出的任何疑问。



“

通过大量临床病例,你可以掌握儿科患者或其他病症患者吞咽困难的最新诊断和治疗方法”

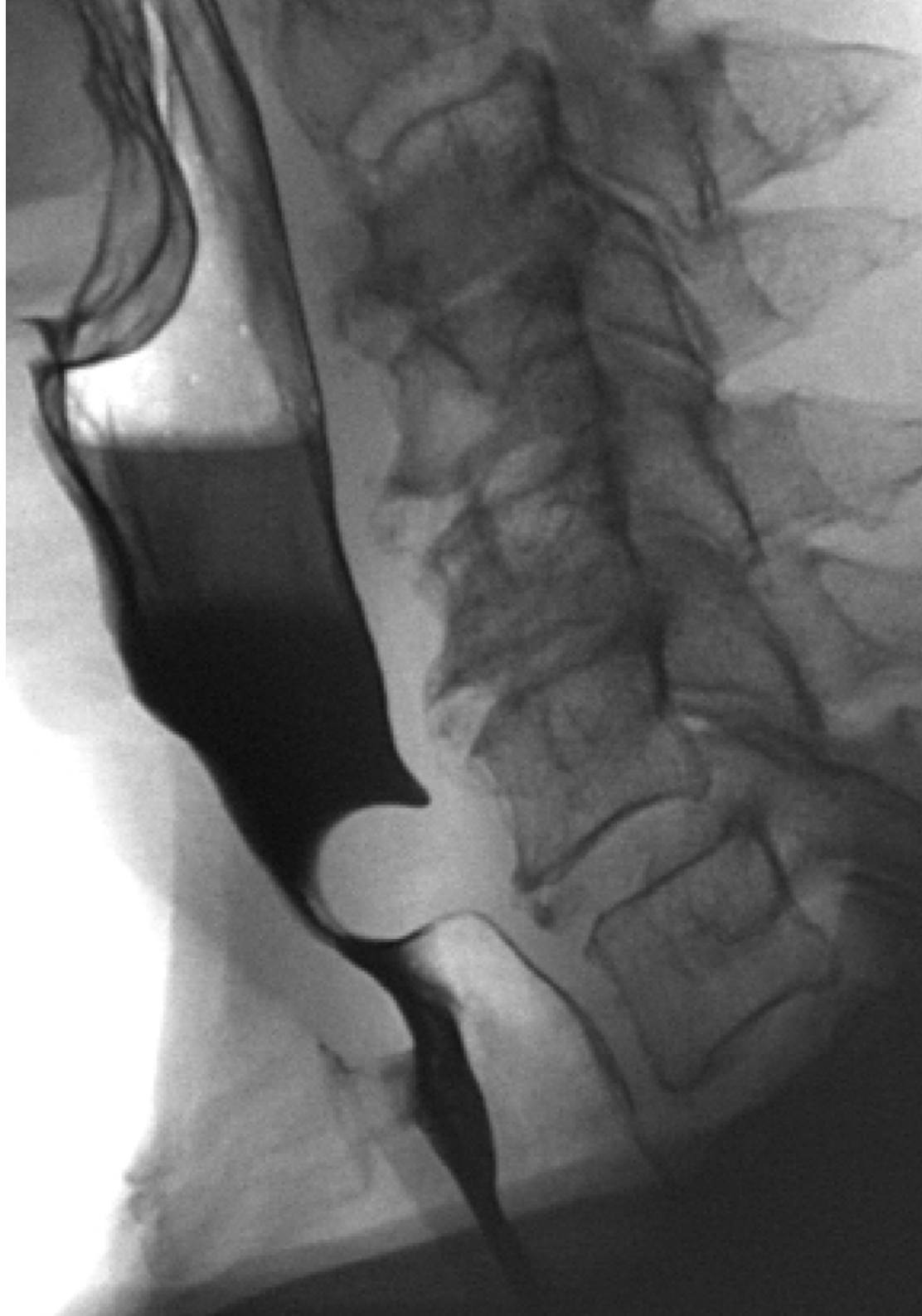


总体目标

- ◆ 更新有关吞咽困难的理论和实践知识
- ◆ 发展临床评估技能
- ◆ 根据最新程序设计和实施治疗计划。
- ◆ 深入研究最新的技术和技巧
- ◆ 鼓励跨学科合作



课程将让你了解吞咽困难和 ELA 患者补充剂和营养方面的最新进展"





具体目标

模块1. 单元名称

- 描述正常的吞咽生理
- 确定吞咽困难的原因和病因
- 研究吞咽困难的症状和体征
- 深化临床评估技术

模块2. 正常吞咽和吞咽困难的解剖生理学

- 描述吞咽过程中解剖结构的保护机制和功能
- 深入研究吞咽的神经生理学基础
- 确定与吞咽困难相关的生理变化

模块3. 吞咽困难的评估

- 深入研究该领域使用的不同评估方式和方法
- 确定用于吞咽困难评估的仪器测试
- 学习如何解释临床评估结果

模块4. 新生儿吞咽困难

- 深入了解新生儿吞咽的解剖学和生理学
- 识别新生儿吞咽困难的体征和症状

模块5. 儿童吞咽困难

- 深化儿童吞咽的解剖和生理特点
- 描述可能导致儿童吞咽困难的不同病症和疾病
- 深入研究儿科吞咽困难的临床评估技术

模块6 神经性吞咽困难

- 描述神经性吞咽困难
- 识别可导致吞咽困难的神经系统疾病
- 探讨中风和帕金森病等疾病
- 识别神经性吞咽困难的体征和症状

模块7. 器质性病变引起的吞咽困难

- 研究由器质性病变引起的吞咽困难
- 描述可导致吞咽困难的原因和解剖或结构改变
- 建立最先进的诊断测试和评估

模块8. 精神性吞咽困难

- 深入研究心理性吞咽困难
- 指出精神性吞咽困难的诱因和致病因素
- 深入研究精神性吞咽困难的管理和治疗策略

模块9. 吞咽困难的治疗

- 深入探讨吞咽困难治疗的基本原理
- 深化现有的治疗方案
- 确定具体的治疗目标
- 深入学习吞咽治疗技术

模块10. 吞咽困难与进食

- 深入研究吞咽困难对进食的影响
- 深入研究食物和液体稠度的改变
- 识别适应性喂养技巧
- 识别营养和水合方面的挑战

03 能力

本课程既有详尽的理论框架,又注重实践,将引导专业人员提高吞咽障碍评估和治疗方面的临床技能。为此,优秀教学人员将为毕业生提供临床病例,引导他们将最新的诊断和治疗进展融入自己的实践或临床中心。





“

通过本课程,你将深入研究目前解决神经源性吞咽困难的最有效疗法”



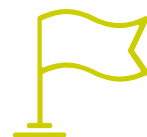
总体能力

- 提高对新生儿吞咽功能进行全临床评估的技能
- 发展观察和临床触诊技能
- 掌握用于诊断吞咽困难的评估技术
- 掌握新生儿吞咽困难治疗的专业技能
- 处理儿科吞咽困难的主要临床并发症
- 评估由器质性病变引起的吞咽困难
- 确定与吞咽困难及其治疗相关的心理因素
- 培养设计和应用吞咽困难治疗方法的技能



提高你进行视频荧光内窥镜
和吞咽内窥镜评估的技能"





具体能力

- 进行全面的临床评估, 以确定是否存在吞咽困难及其严重程度
- 解释用于吞咽困难评估的仪器测试结果
- 确定新生儿吞咽困难的鉴别诊断和具体治疗方案
- 识别和解决小儿吞咽困难患儿的喂养困难
- 评估和治疗神经系统疾病患者的吞咽困难
- 处理由结构性和功能性疾病引起的吞咽困难
- 能够处理有精神因素的吞咽困难患者
- 根据每位患者的需求设计个性化治疗方案
- 实施有效的治疗策略和技术, 改善吞咽和进食情况
- 就吞咽困难及其对进食和生活质量的影响向患者、家属和其他医疗专业人员提供建议和教育

04 课程管理

管理和专业教学团队是本校级硕士的特色之一。他们在治疗成人和儿童吞咽困难患者方面拥有丰富的临床经验和技能,也拥有深厚的知识。同样,这些专业人员还在各个高级学术领域从事研究、传播和教学工作。因此,毕业生能与真正的专家学习全面的最新知识。





“

耳鼻喉科和言语治疗领域的杰出专业人士组成了本校级硕士的师资队伍”

国际客座董事

Julie Stierwalt 医生是一位杰出的顾问,在语言病理学部门内的神经科,隶属于梅奥诊所,位于罗切斯特。她在言语、语言、认知及吞咽障碍的诊断和治疗方面具有卓越的成就,设立了她领域中的卓越标准。她的临床重点是优化沟通,以帮助有急性和渐进性疾病的人群。

她也因其在研究方面的成就及对如失语症、额颞痴呆、肌萎缩侧索硬化症(ALS)和功能性言语障碍等领域的贡献而获得国际认可。实际上,她在科学期刊上的高影响力出版物为这些障碍的治疗和诊断提供了宝贵的知识,对临床实践和健康政策产生了重要影响。此外,她对远程实践的兴趣对扩大语言病理学服务的获取,尤其是在疫情期间,发挥了关键作用。

此外,她在职业生涯中获得了众多奖项和荣誉,其中包括由佛罗里达州立大学通信与信息学院授予的领导奖,以及被任命为美国言语语言听力协会(ASHA)会员。因此,凭借她对提升沟通和患者生活质量的不懈承诺,朱莉·斯蒂尔瓦特博士已成为语言病理学领域的关键人物,并在言语、语言和吞咽障碍的治疗方面成为国际上的重要参考。她的工作继续激励着全球健康专业人士,并惠及无数患者。



Stierwalt, Julie 医生

- 梅奥诊所, 神经科, 语言病理学部门的顾问, 美国
- 梅奥诊所的语言病理学家
- 神经性沟通障碍专家
- 爱荷华大学语言病理学博士
- 北爱荷华大学语言病理学硕士
- 北爱荷华大学语言病理学学士
- 会员: 语言病理学部门的替代和增强沟通工作组, 语言病理学部门的认知评估委员会, 吞咽障碍研究学会, 美国言语语言听力协会

“

感谢 TECH, 您将能够与世界上最优秀的专业人士一起学习”

管理人员



Maeso i Riera, Josep 先生

- 江良耳鼻喉眼科中心耳鼻喉科主任
- 穆图阿德特拉斯大学医院头颈科耳鼻喉科助理医师
- 德尔福斯医疗中心泪科(眼科服务)负责医生
- Sanitas CIMA 医院耳鼻喉科服务主管
- Sanitas 办公室耳鼻喉科咨询合作医生
- 耳鼻喉科专家
- 巴塞罗那自治大学医学和外科博士
- 巴塞罗那自治大学的医学和外科学位
- 工商管理高等学院医院管理大学课程
- 成员: Societat catalana d' Oto-Rino-Laryngología、西班牙耳鼻喉科和颈面部病理学会、美国耳鼻喉头颈外科学会



Marcos Galán, Victoria 女士

- 中心主任 我们与你和 Neuro-logo 一起成长
- 声音病理学和肌功能治疗专家
- 卡斯蒂利亚拉曼恰大学健康科学物理治疗系教授
- 言语治疗干预健康专业课程培训师
- 阿尔卡拉大学声音病理学专家
- 马德里康普顿斯大学言语治疗专业毕业生

教师

Meneses Gómez, Ainhoa 女士

- ◆ Neuro-logo 言语治疗师
- ◆ 残疾人支持服务中的言语治疗师
- ◆ 达利综合诊所言语治疗师
- ◆ Physiogestion Center 言语治疗师
- ◆ 阿尔科文达斯残疾学生家长协会言语治疗师
- ◆ 残疾人支持服务 (UCLM)
- ◆ 毕业于卡斯蒂利亚-拉曼恰大学的语言治疗专业

Casero Tapiador, Claudia 女士

- ◆ Neuro-Logo 中心言语治疗师
- ◆ 毕业于卡斯蒂利亚-拉曼恰大学的语言治疗专业
- ◆ 拉里奥哈国际大学精神运动和神经运动技能大学专家
- ◆ 安东尼奥·德·内布里哈大学的幼儿和早期护理语言刺激培训
- ◆ 雷阿尔城综合大学医院母乳喂养委员会成员





Aniceto, Elena 女士

- ◆ 神经标志中心言语治疗师
- ◆ 儿童听力学和听觉语言治疗专家
- ◆ 马德里康普顿斯大学言语治疗师

Gallego, Indira 女士

- ◆ 神经标志中心言语治疗师
- ◆ 塔拉韦拉·德·拉·雷纳 BIOS 公立特殊教育学校的言语治疗师
- ◆ 托莱多 Erre que erre 言语治疗中心

“

借此机会了解最新进展，
并应用在你的日常实践中”

05

结构和内容

本校级硕士的教学大纲将引导学生了解吞咽生理、相关病理、评估技术和最有效的治疗方法。为此，课程提供创新的教材和基于内容重复的Relearning系统，让你能够巩固所学概念，减少其他教学方法中经常出现的长时间学习和死记硬背的情况。





“

随时随地通过任何数字设备
都可以了解更多有关器质性
病变导致的吞咽困难的内容”

模块1. 吞咽困难的病因和诊断

- 1.1. 吞咽困难。非语言口腔功能受损
 - 1.1.1. 非言语性吞咽困难受损
 - 1.1.2. 非语言口腔功能: 吞咽
 - 1.1.3. 吞咽的生理阶段
 - 1.1.4. 口咽部吞咽困难及其对非语言口腔功能的影响
- 1.2. 吞咽困难的鉴别诊断
 - 1.2.1 正常吞咽
 - 1.2.2. 病理性吞咽
 - 1.2.3. 吞咽疼痛: 吞咽痛
 - 1.2.4. 咽球
- 1.3. 吞咽困难的分类
 - 1.3.1. 吞咽困难的类型
 - 1.3.2 口咽部吞咽困难
 - 1.3.4. 食管吞咽困难
 - 1.3.5. 功能性吞咽困难
- 1.4. 吞咽困难的原因
 - 1.4.1. 口咽部吞咽困难的原因
 - 1.4.2. 食管吞咽困难的原因
 - 1.4.3. 心因性吞咽困难的原因
 - 1.4.4. 先天性原因
- 1.5. 与其他疾病相关的吞咽困难
 - 1.5.1. 神经系统疾病
 - 1.5.2. 肌肉疾病
 - 1.5.3 器质性疾病
 - 1.5.4. 传染性疾病
 - 1.5.5. 功能性疾病
- 1.6. 吞咽困难相关的并发症
 - 1.6.1. 吞咽效率降低
 - 1.6.1.1. 营养不良
 - 1.6.1.1. 脱水
 - 1.6.2. 吞咽安全性降低
 - 1.6.3. 依赖性和增加的护理
 - 1.6.4. 使用人工营养引起的并发症
- 1.7. 吞咽困难治疗的跨学科
 - 1.7.1. O.R.L.
 - 1.7.2 消化
 - 1.7.3. 物理治疗
 - 1.7.4. 语言治疗
- 1.8. 吞咽困难和其他言语和非言语口腔功能
 - 1.8.1. 呼吸
 - 1.8.2. 唾液
 - 1.8.3. 咀嚼
 - 1.8.4. 呼吸
 - 1.8.5. 语音
 - 1.8.6. 讲话
- 1.9. 吞咽困难与家庭环境
 - 1.9.1. 饮食习惯的改变
 - 1.9.2. 家庭吞咽困难管理指南
 - 1.9.3. 社会影响和吞咽困难
 - 1.9.4. 结论
- 1.10. 患者和环境的吞咽困难和神经心理状态
 - 1.10.1. 吞咽困难患者的心理状况
 - 1.10.2. 家庭心理状况
 - 1.10.3 患者的神经心理状态
 - 1.10.4. 吞咽困难患者的执行功能

模块2. 正常吞咽和吞咽困难的解剖生理学

- 2.1. 吞咽的时间顺序
 - 2.1.1. 参与吞咽的口面部结构
 - 2.1.2. 参与吞咽的肌肉
 - 2.1.3. 头部和颈部
 - 2.1.4. 胸部和腹部
- 2.2. 吞咽的生理阶段
 - 2.2.1. 准备口语阶段
 - 2.2.2. 口服运输阶段
 - 2.2.3. 咽期
 - 2.2.4. 食管期
- 2.3. 神经生物学基础和吞咽
 - 2.3.1. 中枢神经系统
 - 2.3.2. 参与吞咽的反射
 - 2.3.3. 颅神经
 - 2.3.4 结论
- 2.4. 生理机制
 - 2.4.1. 腭舌标志
 - 2.4.2. 吞咽反射
 - 2.4.3. 食管上括约肌
 - 2.4.4. 腭咽括约肌闭合
 - 2.4.5. 喉括约肌闭塞
 - 2.4.6. 食管下端括约肌开口
- 2.5. 自主吞咽
 - 2.5.1. 准备口语阶段
 - 2.5.2. 口服运输阶段
 - 2.5.3. 初始口腔阶段
 - 2.5.4. 结论
- 2.6. 不自主吞咽
 - 2.6.1. 咽期
 - 2.6.2. 食管期
 - 2.6.3. 联合阶段
 - 2.6.4. 结论
- 2.7. 吞咽困难的病理生理学
 - 2.7.1. 生理变化
 - 2.7.2 疾病
 - 2.7.3. 肌肉改变
 - 2.7.4. 下食管括约肌 (EEI)功能障碍
- 2.8. 解剖生理学改变和吞咽困难
 - 2.8.1. 参与吞咽的肌肉萎缩
 - 2.8.2. 与吞咽有关的结构中的肿瘤
 - 2.8.3. 手术干预和吞咽困难
 - 2.8.4. 吞咽相关结构阻塞
 - 2.8.5. 吞咽相关结构的炎症
 - 2.8.6. 对参与吞咽的结构的辐射
 - 2.8.7. 代谢紊乱
 - 2.8.8. 创伤
 - 2.8.9. 肿瘤
- 2.9. 新生儿吞咽的解剖学和生理学
 - 2.9.1. 新生儿的解剖学
 - 2.9.2. 新生儿的生理学
 - 2.9.3. 新生儿的病理生理学
 - 2.9.4. 吸吞呼吸过程的胚胎学和成熟
- 2.10. 与老龄化相关的生理变化
 - 2.10.1 口面部结构的改变
 - 2.10.2 咀嚼肌萎缩
 - 2.10.3. 唾液分泌减少
 - 2.10.4. 肌张力降低
 - 2.10.5. 憩室的存在
 - 2.10.6. 会厌的变化
 - 2.10.7. 呼吸暂停时间增加
 - 2.10.8. 蠕动波的变化

模块3. 吞咽困难的评估

- 3.1. 吞咽困难症状的检测
 - 3.1.1. 吃饭时或饭后立即咳嗽
 - 3.1.2. 声音变化
 - 3.1.3. 流口水且难以控制唾液分泌
 - 3.1.4. 食物团形成困难
 - 3.1.5. 部分吞咽
 - 3.1.6. 吞咽后残留物
 - 3.1.7. 增加进食时间
 - 3.1.8. 发烧
 - 3.1.9. 体重逐渐减轻
 - 3.1.10. 营养不良和脱水
- 3.2. 吞咽困难和相关症状的初步评估
 - 3.2.1. 症状出现的部位
 - 3.2.2. 产生它的食物类型
 - 3.3.3. 症状的持续时间和演变
 - 3.3.4. 评估是渐进的还是稳定的
 - 3.3.5. 评估是连续的还是间歇的
- 3.3. 吞咽困难的临床评估
 - 3.3.1. 全面体检
 - 3.3.2. 确定风险和吞咽安全
 - 3.3.3. 伴随症状
 - 3.3.4. 生活质量测试
 - 3.3.5. 探索
- 3.4. 辅助检查
 - 3.4.1. 排除肿瘤
 - 3.4.2. 抽吸检查
 - 3.4.3. 内窥镜检查
 - 3.4.4. 具体的解剖学研究
 - 3.4.5. 视频荧光内窥镜
 - 3.4.6. 视频内窥镜检查
 - 3.4.5. 磁共振
 - 3.4.6. 胃十二指肠食管转运
 - 3.4.7. 食管钡餐造影
 - 3.4.8. 食管测压/高分辨率
 - 3.4.9. 经鼻食管镜检查
 - 3.4.10. PH计
 - 3.4.11. 阻抗测量
- 3.5. 言语治疗评估
 - 3.5.1. 肌功能言语治疗评估:吸吮、流涎、咀嚼等
 - 3.5.2. 语言功能评估
 - 3.5.3. 言语治疗评估
 - 3.5.4. 言语治疗对声音和呼吸的评估
 - 3.5.5. 言语治疗安全饮食评估
- 3.6. 吞咽相关解剖结构的评估
 - 3.6.1. 口面部解剖生理学评估
 - 3.6.2. 头颈部的解剖生理学评估
 - 3.6.3. 胸腹部的解剖生理学评估
 - 3.6.4. 结论
- 3.7. 吞咽困难患者的口腔评估
 - 3.7.1. 唇部评估
 - 3.7.2. 牙齿评估
 - 3.7.3. 味觉评估
 - 3.7.4. 舌头评估
- 3.8. 咽喉评估
 - 3.8.1. 会厌评估
 - 3.8.2. 吞咽动作运动协调的评估
 - 3.8.3. 总体评价
 - 3.8.4. 结论
- 3.9. 敏感评价
 - 3.9.1. 流涎评价
 - 3.9.2. 吸力评估
 - 3.9.3. 无声抽吸评估
 - 3.9.4. 疼痛症状的评估

- 3.10. 评估患者的一般状况
 - 3.10.1. 患者理解
 - 3.10.2. 吞咽效率
 - 3.10.3. 吞咽安全
 - 3.10.4. 运动性敏感性协调

模块4. 新生儿吞咽困难

- 4.1. 吸吮和吞咽反射
 - 4.1.1. 养分吸入
 - 4.1.2. 搜索反射
 - 4.1.3. 第一吞咽反射
 - 4.1.4. 次级吞咽反射
- 4.2. 新生儿口腔技能的发展
 - 4.2.1. 涉及口语技能的反射
 - 4.2.2. 相关反射和脑神经出现的胎龄
 - 4.2.3. 如何刺激口腔反射
 - 4.2.4. 结论
- 4.3. 新生儿喂养所需的口腔技能
 - 4.3.1. 吸吮-吞咽-呼吸协调
 - 4.3.2. 地区稳定的重要性
 - 4.3.3. 非营养性吸力
 - 4.3.4. 营养吸
- 4.4. 新生儿的基础医疗状况
 - 4.4.1. 先天性畸形
 - 4.4.2. 相关神经系统疾病
 - 4.4.3. 口腔或舌头的结构异常
 - 4.4.4. 肠道疾病
- 4.5. UCIN的特点
 - 4.5.1. 什么是新生儿病房
 - 4.5.2. 入院原因
 - 4.5.3. 新生儿病房的评估
 - 4.5.4. 新生儿科干预

- 4.6. 调节出现饮食困难的危险因素
 - 4.6.1. 早产
 - 4.6.2. 出生体重不足
 - 4.6.3. 不成熟的器官系统
 - 4.6.4. 病理学
- 4.7. 临床表现
 - 4.7.1. 婴儿吞咽困难的体征和症状
 - 4.7.2. 压力对饮食的影响
 - 4.7.3. 临床病例
- 4.8. 评估经口喂养技能的工具
 - 4.8.1. 喂食前状态评估
 - 4.8.2. 奶瓶喂养和母乳喂养的评估
 - 4.8.3. 口语技能压力评估
 - 4.8.4. 环境及家庭评价
- 4.9. 干预口腔喂养技能的工具
 - 4.9.1. 直接干预
 - 4.9.2. 间接干预
 - 4.9.3. 适应性干预
 - 4.9.4. 补偿性干预
- 4.10. 新生儿吞咽困难与家庭
 - 4.10.1. 家庭参与的重要性
 - 4.10.2. 母乳喂养的喂养策略
 - 4.10.3. 奶瓶喂养策略
 - 4.10.4. 结论

模块5. 儿童吞咽困难

- 5.1. 小儿吞咽困难的检测和评估
 - 5.1.1. 婴儿吞咽的成熟
 - 5.1.2. 小儿吞咽困难的警告信号
 - 5.1.3. 儿童吞咽困难评估量表
 - 5.1.4. 儿童吞咽困难评估的特殊性

- 5.2. 先天性脑损伤导致吞咽困难
 - 5.2.1. 小儿脑瘫
 - 5.2.2. 缺氧缺血性脑病
 - 5.2.3. 遗传性综合症
 - 5.2.4. 结论
- 5.3. 后天性脑损伤导致吞咽困难
 - 5.3.1. 头部外伤
 - 5.3.2. 中枢神经系统的感染
 - 5.3.3. 童年中风
 - 5.3.4. 肿瘤
- 5.4. 颅面异常引起的吞咽困难
 - 5.4.1. 颅面发育
 - 5.4.2. 颅面发育异常
 - 5.4.3. 先天性颅面畸形
 - 5.4.4. 获得性颅面畸形
- 5.5. 呼吸系统疾病引起的吞咽困难
 - 5.5.1. 咽喉畸形
 - 5.5.2. 支气管肺发育不良
 - 5.5.3. 气管软化症
 - 5.5.4. 声门下狭窄
- 5.6. 与神经退行性疾病相关的吞咽困难
 - 5.6.1. 代谢性疾病
 - 5.6.2. 神经肌肉疾病
 - 5.6.3. 雷特综合征
 - 5.6.4. 结论
- 5.7. 与食管原因相关的吞咽困难
 - 5.7.1. 胃食道反流
 - 5.7.2. 嗜酸细胞性食管炎
 - 5.7.3. 克罗恩氏病
 - 5.7.4. 食管异物

- 5.8. 感染性疾病引起的吞咽困难
 - 5.8.1. 会厌炎
 - 5.8.2. 咽后脓肿
 - 5.8.3. 破伤风
 - 5.8.4. 白喉
- 5.9. 与小儿吞咽困难相关的其他原因
 - 5.1.1. 口腔病理学
 - 5.9.2. 流涎
 - 5.9.3. 吸入综合症
 - 5.9.4. 药物
- 5.10. 吞咽困难的并发症
 - 5.10.1. 营养不良和脱水
 - 5.10.2. 呼吸系统的问题
 - 5.10.3. 心理情感改变
 - 5.10.4. 口腔卫生

模块6. 神经性吞咽困难

- 6.1. 构音障碍和失语症的吞咽困难
 - 6.1.1. 痉挛性、弛缓性和共济失调性构音障碍
 - 6.1.2. 肌动不足、肌动过度和混合性构音障碍
 - 6.1.3. 流利失语症
 - 6.1.4. 不流利失语症
- 6.2. 阿尔茨海默氏症和痴呆症的吞咽困难
 - 6.2.1. 轻度、中度或重度痴呆
 - 6.2.2. 阿尔茨海默病和痴呆症患者吞咽困难的后果
 - 6.2.3. 警告标志
 - 6.2.4. 改善晚期痴呆症患者营养的策略
- 6.3. 脑瘫吞咽困难
 - 6.3.1. 脑瘫的神经运动障碍
 - 6.3.2. 吞咽困难如何影响脑瘫患者
 - 6.3.3. 肌功能治疗
 - 6.3.4. 食物和营养



- 6.4. ELA (肌萎缩侧索硬化症) 吞咽困难
 - 6.4.1. 吞咽困难如何影响 ELA 患者
 - 6.4.2. 检测标志和警报
 - 6.4.3. 改善吞咽的动作
 - 6.4.4. 食物和营养
- 6.5. 多发性硬化症的吞咽困难
 - 6.5.1. 吞咽困难如何影响硬化
 - 6.5.2. 症状学
 - 6.5.3. 神经肌肉电刺激
 - 6.5.4. 改善吞咽的策略
- 6.6. 脑血管意外 (ACV) 和创伤性脑损伤 (TCE) 引起的吞咽困难
 - 6.6.1. 吞咽困难取决于病变部位
 - 6.6.2. 中风和 TCE 对吞咽的影响
 - 6.6.3. 中风或创伤性脑损伤后出现吞咽困难的频率
 - 6.6.4. 吞咽动作
- 6.7. 帕金森氏症的吞咽困难
 - 6.7.1. 帕金森病如何影响吞咽
 - 6.7.2. 检测警告信号
 - 6.7.3. 帕金森病患者吞咽困难的患病率很高
 - 6.7.4. 促进帕金森氏症患者吞咽的食物
- 6.8. 吉兰-巴利综合征和重症肌无力的吞咽困难
 - 6.8.1. 吞咽困难如何影响吉兰-巴利综合征
 - 6.8.2. 吞咽困难如何影响重症肌无力
 - 6.8.3. 行动战略
 - 6.8.4. 食物和营养
- 6.9. 亨廷顿病的吞咽困难
 - 6.9.1. 吞咽困难如何影响亨廷顿舞蹈病
 - 6.9.2. 症状学
 - 6.9.3. 吞咽动作
 - 6.9.4. 亨廷顿病患者的营养状况

- 6.10. 癫痫吞咽困难
 - 6.10.1. 强直性癫痫
 - 6.10.2. 失张力性癫痫
 - 6.10.3. 阵挛性癫痫
 - 6.10.4. 肌阵挛性癫痫

模块7. 器质性病变引起的吞咽困难

- 7.1. 与全身病理相关的吞咽困难
 - 7.1.1. 特异性和非特异性感染病理学
 - 7.1.2. 全身性疾病和吞咽困难
 - 7.1.3. 与神经肌肉过程相关的吞咽障碍
 - 7.1.4. 结论
- 7.2. 与局部过程相关的吞咽困难
 - 7.2.1. 颈椎外伤
 - 7.2.2. 肌肉骨骼退化和吞咽困难
 - 7.2.3. 食管疾病和吞咽困难
 - 7.2.4. 外源性吞咽困难
- 7.3. 与肿瘤病理相关的吞咽困难
 - 7.3.1. 口咽肿瘤病理学和吞咽困难
 - 7.3.2. 与甲状腺病理相关的吞咽困难
 - 7.3.3. 食管肿瘤病理学中的吞咽困难
 - 7.3.4. 结论
- 7.4. 颈椎手术后受辐射患者吞咽困难
 - 7.4.1. 喉全部分切除术中的吞咽困难
 - 7.4.2. 气管切开患者吞咽困难
 - 7.4.3. 放疗后吞咽困难
 - 7.4.4. 结论
- 7.5. 食管下括约肌改变
 - 7.5.1. 括约肌解剖
 - 7.5.2. 括约肌生理学
 - 7.5.3. 括约肌疾病
 - 7.5.4. 胃食管反流病

- 7.6. 上呼吸道损伤和吞咽困难
 - 7.6.1. 上呼吸道解剖
 - 7.6.2. 临床评估
 - 7.6.3. 神经肌肉疾病
 - 7.6.4. 头颈癌
- 7.7. 吞咽困难和气管切开术
 - 7.7.1. 气管切开术对吞咽的影响
 - 7.7.2. 呼吸系统并发症
 - 7.7.3. 喂养管理
 - 7.7.4. 技巧和策略
- 7.8. 呼吸系统疾病引起的吞咽困难
 - 7.8.1. 慢性呼吸道疾病
 - 7.8.2. EPOC
 - 7.8.3. 肺纤维化
 - 7.8.4. 肌肉萎缩症
- 7.9. 感染或其他器质性疾病引起的吞咽困难
 - 7.9.1. 上呼吸道
 - 7.9.2. 下呼吸道
 - 7.9.3. 胃肠道
 - 7.9.4. 食道疾病
- 7.10. 与肌肉疾病相关的吞咽困难
 - 7.10.1. 杜氏肌营养不良症
 - 7.10.2. 贝克尔肌营养不良症
 - 7.10.3. 四肢带状肌营养不良症
 - 7.10.4. 强直性肌营养不良症 1 型

模块8. 心因性吞咽困难

- 8.1. 神经心理因素与吞咽
 - 8.1.1. 神经病学和吞咽困难
 - 8.1.2. 心理学和吞咽困难
 - 8.1.3. 神经心理因素与吞咽困难
 - 8.1.4. 结论

- 8.2. 神经性吞咽困难
 - 8.2.1. 定义
 - 8.2.2. 神经性吞咽困难的原因
 - 8.2.3. 吞噬恐惧症
 - 8.2.4. 害怕窒息
- 8.3. 心因性吞咽困难的鉴别诊断
 - 8.3.1. 心理性吞咽困难/神经性吞咽困难
 - 8.3.2. 心理性吞咽困难/器质性吞咽困难
 - 8.3.3. 心理性吞咽困难/功能性吞咽困难
 - 8.3.4. 结论
- 8.4. 心因性吞咽困难的症状
 - 8.4.1. 主观症状/客观症状
 - 8.4.2. 害怕吞咽
 - 8.4.3. 焦虑、疑病症、抑郁、惊恐发作
 - 8.4.4. 体重减轻
 - 8.4.5. 失去安全感和自尊
- 8.5. 对心因性吞咽困难家庭的建议
 - 8.5.1. 吞咽困难患者亲属指南
 - 8.5.2. 环境条件
 - 8.5.3. 口腔卫生指南
 - 8.5.4. 结论
- 8.6. 对心因性吞咽困难儿童的建议
 - 8.6.1. 吞咽困难患者亲属指南
 - 8.6.2. 环境条件
 - 8.6.3. 口腔卫生指南
 - 8.6.4. 结论
- 8.7. 心理学、言语治疗和心因性吞咽困难
 - 8.7.1. 跨学科关系心理学和言语治疗师
 - 8.7.2. 心理治疗
 - 8.7.3. 言语治疗
 - 8.7.4. 结论
- 8.8. 情绪状态与心因性吞咽困难
 - 8.8.1. 吞咽困难患者情绪状态的评估
 - 8.8.2. 吞咽困难患者情绪状态的诊断
 - 8.8.3. 吞咽困难患者情绪状态的干预
 - 8.8.4. 吞咽困难患者家庭及环境心理指南
- 8.9. 言语治疗治疗心因性吞咽困难
 - 8.9.1. 肌功能干预
 - 8.9.2. 身体运动干预
 - 8.9.3. 感觉刺激干预
 - 8.9.4. 呼吸放松干预
- 8.10. 临床病例
 - 8.10.1. 临床病例患有心因性吞咽困难的成人
 - 8.10.2. 临床病例患有心因性吞咽困难的儿童
 - 8.10.3. 临床病例成人支持
 - 8.10.4. 临床病例儿童支持

模块9. 吞咽困难的治疗

- 9.1. 吞咽困难的干预:言语治疗师和其他专业人员
 - 9.1.1. 吞咽困难的多学科治疗
 - 9.1.2. 多学科治疗的重要性
 - 9.1.3. 参与吞咽困难治疗的其他专业人员的言语治疗指南
 - 9.1.4. 基于科学证据的言语治疗的重要性
- 9.2. 器质性吞咽困难的干预
 - 9.2.1. 头颈癌患者
 - 9.2.2. 脊柱损伤患者
 - 9.2.3. 喉切除患者
 - 9.2.4. 呼吸系统疾病患者
 - 9.2.5. 甲状腺和返神经受累的患者
 - 9.2.6. 临床病例
- 9.3. 新生儿吞咽困难的干预
 - 9.3.1. 程序
 - 9.3.2. 材料。我该如何使用它?
 - 9.3.3. 家长指南
 - 9.3.4. 临床病例

- 9.4. 小儿吞咽困难的干预
 - 9.4.1. 程序
 - 9.4.2. 材料。我该如何使用它?
 - 9.4.3. 给父母的指导方针
 - 9.4.4. 临床病例
- 9.5. 神经性吞咽困难的干预
 - 9.5.1. 中风和 TCE 患者
 - 9.5.2. 帕金森病患者
 - 9.5.3. 患有阿尔茨海默病或运动神经元疾病的患者
 - 9.5.4. 多发性硬化症患者
 - 9.5.5. 脑瘫患者
 - 9.5.6. 重症肌无力或吉兰-巴利综合征患者
 - 9.5.7. 临床病例
- 9.6. 新冠肺炎引起的吞咽困难的干预
 - 9.6.1. 程序
 - 9.6.2. 材料
 - 9.6.3. 照顾者指南
 - 9.6.4. 临床病例
- 9.7. 成年患者的干预
 - 9.7.1. 程序
 - 9.7.2. 材料
 - 9.7.3. 照顾者指南
 - 9.7.4. 临床病例
- 9.8. 自身免疫性吞咽困难的干预
 - 9.8.1. 程序
 - 9.8.2. 材料
 - 9.8.3. 照顾者指南
 - 9.8.4. 临床病例
- 9.9. 心因性吞咽困难的干预
 - 9.9.1. 程序
 - 9.9.2. 材料
 - 9.9.3. 照顾者指南
 - 9.9.4. 临床病例

- 9.10. 新的治疗方法
 - 9.10.1. 电刺激
 - 9.10.2. 磁刺激
 - 9.10.3. 药理治疗
 - 9.10.4. 结论

模块10. 吞咽困难与进食

- 10.1. 吞咽困难患者喂养的安全性、有效性和跨学科决策
 - 10.1.1. 吞咽困难如何影响饮食
 - 10.1.2. 饮食分类
 - 10.1.3. 饮食给药途径的分类
 - 10.1.4. 选择正确饮食类型的步骤
- 10.2. 一般摄入指南
 - 10.2.1. 环境措施
 - 10.2.2. 进食前须知
 - 10.2.3. 用餐时的指引
 - 10.2.4. 餐后指导
- 10.3. 口腔习惯和口腔卫生
 - 10.3.1. 保持良好口腔卫生的重要性
 - 10.3.2. 进行口腔刷牙的程序
 - 10.3.3. 进行口腔护理的指南
 - 10.3.4. 口腔卫生材料
- 10.4. 食品特性
 - 10.4.1. 食品质地品质
 - 10.4.2. 流体特性
 - 10.4.3. 固体的性质
 - 10.4.4. 食品的感官特性
- 10.5. 体积适应
 - 10.5.1. 体积的定义
 - 10.5.2. 体积的分类
 - 10.5.3. 吞咽过程中生理与体积的关系
 - 10.5.4. 改变容量以治疗吞咽困难



- 10.6. 改变液体的粘度和固体的质地
 - 10.6.1. 液体粘度水平
 - 10.6.2. 评估液体粘度的方法
 - 10.6.3. 固体粘度水平
 - 10.6.4. 评估固体粘度的方法
- 10.7. 为吞咽困难患者补充水分
 - 10.7.1. 增稠剂的定义、分类及特点
 - 10.7.2. 稠化液体的流变特性
 - 10.7.3. 增稠液体的感官特性
 - 10.7.4. 改变增稠剂作用的因素
 - 10.7.5. 凝胶水
- 10.8. 吞咽困难患者的喂食
 - 10.8.1. 应避免的食物
 - 10.8.2. 增稠剂
 - 10.8.3. 商业制剂
 - 10.8.4. 口服补充剂
- 10.9. 药物适应
 - 10.9.1. 不能适应的药物
 - 10.9.2. 治疗液体吞咽困难的药物
 - 10.9.3. 治疗固体吞咽困难的药物
 - 10.9.4. 治疗固体和液体吞咽困难的药物
- 10.10. 支持吞咽困难喂养的产品
 - 10.10.1. 菜肴盘子
 - 10.10.2. 餐具
 - 10.10.3. 杯子
 - 10.10.4. 其他

06 方法

这个培训计划提供了一种不同的学习方式。我们的方法是通过循环的学习模式发展起来的: **Re-learning**。

这个教学系统被世界上一些最著名的医学院所采用,并被**新英格兰医学杂志**等权威出版物认为是最有效的教学系统之一。



“

发现 Re-learning, 这个系统放弃了传统的线性学习, 带你体验循环教学系统: 这种学习方式已经证明了其巨大的有效性, 尤其是在需要记忆的科目中”

在TECH, 我们使用案例法

在特定情况下, 专业人士应该怎么做? 在整个课程中, 你将面对多个基于真实病人的模拟临床案例, 他们必须调查, 建立假设并最终解决问题。关于该方法的有效性, 有大量的科学证据。专业人员随着时间的推移, 学习得更好, 更快, 更持久。

和TECH, 你可以体验到一种正在动摇世界各地传统大学基础的学习方式。



根据Gérvás博士的说法, 临床病例是对一个病人或一组病人的注释性介绍, 它成为一个“案例”, 一个说明某些特殊临床内容的例子或模型, 因为它的教学效果或它的独特性或稀有性。至关重要的是, 案例要以当前的职业生活为基础, 试图重现专业医学实践中的实际问题。

“

你知道吗, 这种方法是1912年在哈佛大学为法律学生开发的? 案例法包括提出真实的复杂情况, 让他们做出决定并证明如何解决这些问题。1924年, 它被确立为哈佛大学的一种标准教学方法”

该方法的有效性由四个关键成果来证明:

1. 遵循这种方法的学生不仅实现了对概念的吸收, 而且还通过练习评估真实情况和应用知识来发展自己的心理能力。
2. 学习扎根于实践技能, 使学生能够更好地融入现实世界。
3. 由于使用了从现实中产生的情况, 思想和概念的吸收变得更容易和更有效。
4. 投入努力的效率感成为对学生的一个非常重要的刺激, 这转化为对学习的更大兴趣并增加学习时间。



Re-learning 方法

TECH有效地将案例研究方法与基于循环的100%在线学习系统相结合, 在每节课中结合了8个不同的教学元素。

我们用最好的100%在线教学方法加强案例研究: Re-learning。

专业人员将通过真实案例和在模拟学习环境中解决复杂情况进行学习。这些模拟情境是使用最先进的软件开发的, 以促进沉浸式学习。



处在世界教育学的前沿,按照西班牙语世界中最好的在线大学(哥伦比亚大学)的质量指标,Re-learning方法成功地提高了完成学业的专业人员的整体满意度。

通过这种方法,我们已经培训了超过25000名医生,取得了空前的成功,在所有的临床专科手术中都是如此。所有这些都是在一个高要求的环境中进行的,大学学生的社会经济状况很好,平均年龄为43.5岁。

Re-learning 将使你的学习事半功倍,表现更出色,使你更多地参与到训练中,培养批判精神,捍卫论点和对比意见:直接等同于成功。

在我们的方案中,学习不是一个线性的过程,而是以螺旋式的方式发生(学习,解除学习,忘记和重新学习)。因此,我们将这些元素中的每一个都结合起来。

根据国际最高标准,我们的学习系统的总分是8.01分。



该方案提供了最好的教育材料,为专业人士做了充分准备:



学习材料

所有的教学内容都是由教授该课程的专家专门为该课程创作的,因此,教学的发展是具体的。

然后,这些内容被应用于视听格式,创造了TECH在线工作方法。所有这些,都是用最新的技术,提供最高质量的材料,供学生使用。



录像中的手术技术和程序

TECH使学生更接近最新的技术,最新的教育进展和当前医疗技术的最前沿。所有这些,都是以第一人称,以最严谨的态度进行解释和详细说明了,以促进学生的同化和理解。最重要的是,您可以想看几次就看几次。



互动式总结

TECH团队以有吸引力和动态的方式将内容呈现在多媒体丸中,其中包括音频,视频,图像,图表和概念图,以强化知识。

这个用于展示多媒体内容的独特教育系统被微软授予“欧洲成功案例”称号。



延伸阅读

最近的文章,共识文件和国际准则等。在TECH的虚拟图书馆里,学生可以获得他们完成培训所需的一切。





由专家主导和开发的案例分析

有效的学习必然是和背景联系的。因此, TECH将向您展示真实的案例发展, 在这些案例中, 专家将引导您注重发展和处理不同的情况: 这是一种清晰而直接的方式, 以达到最高程度的理解。



测试和循环测试

在整个课程中, 通过评估和自我评估活动和练习, 定期评估和重新评估学习者的知识: 通过这种方式, 学习者可以看到他/她是如何实现其目标的。



大师课程

有科学证据表明第三方专家观察的作用: 向专家学习可以加强知识和记忆, 并为未来的困难决策建立信心。



快速行动指南

TECH以工作表或快速行动指南的形式提供课程中最相关的内容。一种合成的, 实用的, 有效的帮助学生在学业上取得进步的方法。



07 学位

吞咽困难校级硕士除了保证最严格和最新的培训外,还可以获得由TECH科技大学颁发的校级硕士学位证书。



“

成功地完成这个学位,省去出门或办理文件的麻烦”

这个**吞咽困难校级硕士**包含了市场上最完整和最新的科学课程。

评估通过后, 学生将通过邮寄收到**TECH科技大学**颁发的相应的**校级硕士学位**。

学位由**TECH科技大学**颁发, 证明在校级硕士学位中所获得的资质, 并满足工作交流, 竞争性考试和职业评估委员会的要求。

学位: **吞咽困难校级硕士**

模式: **在线**

时长: **12个月**



*海牙加注。如果学生要求为他们的纸质资格证书提供海牙加注, TECH EDUCATION将采取必要的措施来获得, 但需要额外的费用。

健康 信心 未来 人 导师
教育 信息 教学
保证 资格认证 学习
机构 社区 科技 承诺
个性化的关注 现在 创新
知识 网页 质量
网上教室 发展 语言 机构

tech 科学技术大学

校级硕士
吞咽困难

- » 模式:在线
- » 时长: 12个月
- » 学位: TECH 科技大学
- » 课程表:自由安排时间
- » 考试模式:在线

校级硕士 吞咽困难

