

Bình Định, ngày tháng 7 năm 2023

Số: /QĐ-BVYHCT&PHCN

## QUYẾT ĐỊNH

**Ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng”**

### GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Căn cứ Quyết Định Số 3109/QĐ-BYT Ngày 19/08/2014 của Bộ Y tế về việc Ban hành Tài Liệu Chuyên Môn "Hướng Dẫn Chẩn Đoán, Điều Trị Chuyên Ngành Phục Hồi Chức Năng;

Căn cứ Quyết định số: 4380/QĐ-UBND ngày 14/12/2018 của UBND tỉnh Bình Định về việc hợp nhất Bệnh viện Y học cổ truyền và Bệnh viện Phục hồi chức năng thành Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng, trực thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Quyết Định số 3950/QĐ-UBND ngày 28/11/2022 của UBND tỉnh Bình Định Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng;

Xét đề nghị của Trưởng phòng KHTH-CĐT, Hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện.

## QUYẾT ĐỊNH:

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Chẩn đoán điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng” với những bệnh thường gặp tại bệnh viện (Theo danh mục kèm theo).

**Điều 2.** Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng” này áp dụng tại Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng. Đối với các bệnh lý khác thầy thuốc tham khảo tài liệu tại Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 của Bộ Y tế.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

**Điều 4.** Trưởng phòng KHTH-CĐT, Hội đồng khoa học Bệnh viện và các khoa/phòng có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

**Nơi nhận:**

- Như điều 3;
- Lưu: VT, KHTH-CĐT.

**GIÁM ĐỐC**

**Lê Phước Nin**

**SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH**  
**BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ**  
**CHUYÊN NGÀNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVYHCT&PHCN ngày /7/2023 của Giám đốc  
Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng)*

**BÌNH ĐỊNH, 07/2023**

## DANH MỤC

1. PHCN CHO TRẺ BỊ DI CHỨNG VIÊM NÃO
2. PHCN BẠI NÃO THỂ PHỐI HỢP
3. PHCN CHO TRẺ LIỆT MỀM
4. PHCN VIÊM QUANH KHỚP VAI
5. PHCN HỘI CHỨNG CỔ VAI TAY
6. PHCN THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ
7. PHCN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ
8. PHCN TÔN THƯƠNG TỦY SỐNG CỔ
9. PHCN TÔN THƯƠNG TỦY SỐNG LƯNG - THẮT LƯNG
10. PHCN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG - CÙNG
11. PHCN ĐAU THẦN KINH TỌA
12. PHCN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG
13. PHCN HỘI CHỨNG ĐUÔI NGỰA
14. PHCN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP
15. PHCN SUY GIẢN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI
16. PHCN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO
17. PHCN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO
18. PHCN LIỆT DÂY VII NGOẠI BIÊN
19. PHCN BỆNH GÚT
20. PHCN HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẪM CỔ TAY
21. PHCN VIÊM CÂN GAN BÀN CHÂN
22. ĐIỀU TRỊ VÀ PHCN ĐAU THẦN KINH
23. PHCN THOÁI HÓA KHỚP

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ DI CHỨNG VIÊM NÃO

## I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm não là bệnh truyền nhiễm cấp tính. Bệnh có đặc điểm lâm sàng là hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân nặng cùng với sự phát triển của viêm não tùy nặng và tỷ lệ tử vong cao.

Nguyên nhân: Do vi rút hoặc vi khuẩn

Trẻ sau khi mắc viêm não thường để lại các di chứng về vận động, tâm thần, cảm giác, giác quan...

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

- **Hỏi bệnh:** Tiền sử bị viêm não đã được chẩn đoán và điều trị (tại bệnh viện các tuyến).

- **Khám và lượng giá chức năng**

+ Chậm phát triển tâm thần - vận động ở các mức độ: Trắc nghiệm Denver, Raven: đánh giá mức độ chậm phát triển về các lĩnh vực vận động thô, tinh, ngôn ngữ, cá nhân - xã hội.

+ Trương lực cơ: Tăng

+ Phản xạ gân xương: Tăng

+ Vận động nhãn cầu: có rối loạn hay không?

+ Khám thân kinh: Phát hiện liệt TK nội sọ hay không:

- **Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:**

MRI: Hình tổn thương não cũ (tăng lượng dịch khoang dưới nhện...) không có khối choán chỗ.

### 2. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng

- Hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc toàn thân: Sốt cao đột ngột liên tục, nhức đầu nhiều, rối loạn ý thức, hôn mê.

- Hội chứng tinh thần kinh: Lúc đầu là những dấu hiệu của tổn thương não lan tỏa với rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau, về sau có thể có những biểu hiện của hội chứng thần kinh khu trú. Có hội chứng màng não.

- Rối loạn thần kinh thực vật nặng: Da lúc đầu là xung huyết đỏ và sau thay đổi thất thường lúc đỏ lúc xanh tái, vã mồ hôi, rối loạn hô hấp và tuần hoàn.

Xét nghiệm đặc hiệu

- Phân lập vi rút (trong 2-3 ngày đầu) từ máu.

- Dịch não tủy thay đổi

- Phản ứng huyết thanh: Có thể làm phản ứng kết hợp bổ thể (dương tính từ tuần thứ 2) hoặc phản ứng ngưng kết hồng cầu và phản ứng trung hòa (dương tính kéo dài nhiều tháng sau).

Phương pháp miễn dịch men (ELISA) là phương pháp được áp dụng rộng rãi có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

- Chẩn đoán hình ảnh: Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ thấy giảm tỷ trọng lan tỏa, các khe cuộn não rộng, hệ thống não thất hơi xẹp, không bao giờ thấy dấu hiệu của khối choán chỗ.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Với hội chứng não cấp

Do rối loạn chuyển hóa dẫn tới giảm đường máu (hôn mê hạ đường huyết), do rối loạn nước và điện giải nặng (Na, K, Ca), trẻ suy dinh dưỡng nặng có rối loạn tuần hoàn não cấp. Hội chứng não cấp do rối loạn chuyển hóa cũng có hôn mê nhưng ít thấy hội chứng khu trú, dịch não tủy ít khi có thay đổi.

- Viêm màng não mủ hoặc viêm màng não lao

Không có hội chứng não, dịch não tủy có biến đổi bệnh lý.

Áp xe não, u não

Dựa vào chụp CT scanner não

### **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Can thiệp sớm ngay khi đang điều trị viêm não

- PHCN toàn diện tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh: Nhiệt trị liệu, vận động trị liệu, điện trị liệu, dụng cụ chỉnh hình

#### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

##### **2.1. Giai đoạn khởi phát và toàn phát**

- Mục đích: chống teo cơ, loét do đè ép, phòng ngừa biến dạng khớp, viêm phổi thứ phát...

- Kỹ thuật: thay đổi tư thế, đặt tư thế tốt, vỗ rung phổi, vận động thụ động và chủ động.

##### **2.2. Giai đoạn phục hồi**

- Mục tiêu: Ngăn ngừa teo cơ, co rút, biến dạng khớp, duy trì và gia tăng cơ lực, duy trì tâm hoạt động khớp.

- Kỹ thuật:

+ Điện trị liệu: (tham khảo bài Bại não thể co cứng)

+ Vận động:

- Tập vận động theo tầm ở các khớp.

- Các bài tập tạo thuận vận động

- Tư thế nằm, ngồi đúng.

- Vận động tăng tiến từ thụ động đến có trợ giúp và chủ động.

+ Hoạt động trị liệu:

Tập cầm nắm

Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày

+ Ngôn ngữ trị liệu:

Kỹ năng giao tiếp sớm

Kỹ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ

+ Dụng cụ chỉnh hình: nẹp bàn tay, nẹp chân.

##### **2.3. Giai đoạn di chứng**

- Mục tiêu: tăng cường cơ lực, vận động chức năng và phòng co rút biến dạng

- Kỹ thuật: vận động trị liệu, điện trị liệu, hoạt động trị liệu, dụng cụ chỉnh hình.

#### **3. Thuốc**

- Thuốc giảm đau: cho trước khi tập 30 phút nếu trẻ bị đau do tập

- Các thuốc hỗ trợ thần kinh như Citicolin, DHA, EHA, Vitamin nhóm B...

- Can xi và vitamin D điều trị khi có còi xương kèm theo
- Vitamin tổng hợp giúp tăng cường thể lực

#### **4. Phẫu thuật chỉnh hình**

- Chỉ định khi trẻ bị co rút nặng, tiên lượng sau phẫu thuật trẻ sẽ tốt hơn (ví dụ: co rút gân Achilles)

Lưu ý: sau phẫu thuật trẻ phải được tiếp tục tập VLTL và đeo dụng cụ chỉnh hình

#### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Bệnh nhân cần được khám và điều trị liên tục, đặc biệt trong năm đầu, với chương trình điều trị tại Viện và tại nhà (lồng ghép vào chương trình PHCNDVCĐ) cho đến khi đạt được mục tiêu điều trị về tình trạng chức năng và hòa nhập cộng đồng.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BẠI NÃO THỂ PHỐI HỢP

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa

Bại não là tổn thương não không tiến triển gây nên bởi các yếu tố nguy cơ xảy ra ở giai đoạn trước sinh, trong khi sinh và sau sinh đến 5 tuổi.

Bại não biểu hiện chủ yếu bằng các rối loạn về vận động, và có thể các rối loạn đi kèm khác về trí tuệ, giác quan và hành vi.

Lâm sàng Bại não chia thành nhiều thể: Bại não thể co cứng, bại não thể múa vờn, bại não thể thất điều, bại não thể nhẽo, bại não thể phối hợp

### 2. Dịch tễ

Tại các nước phát triển tỷ lệ mắc bại não dao động từ 1,8 đến 2,3‰ tổng trẻ sơ sinh sống.

Tại Việt Nam: tỷ lệ mắc bại não chiếm 1,8‰, chiếm 31,7% tổng số trẻ tàn tật.

Giới tính: Bại não gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, tỷ lệ trai/gái = 1,35/1

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### - Hỏi bệnh:

#### - Khám và lượng giá chức năng

+ Lâm sàng bại não thể co cứng:

- Tăng trương lực cơ ở các mức độ khác nhau, có thể khu trú ở nửa người, hai chân hoặc tứ chi.
- Tăng phản xạ gân xương, có thể có dấu hiệu Babinski, Hoffmann. Có các phản xạ nguyên thủy mức độ tùy sống, thân não, não giữa, vỏ não.
- Giảm vận động hữu ý. Có các mẫu vận động bất thường như: mẫu gập ở tay, mẫu duỗi ở chân, vận động khối.

+ Lâm sàng bại não thể múa vờn

- Trương lực cơ thay đổi liên tục (lúc tăng, lúc giảm).
- Phản xạ gân xương có thể tăng hoặc bình thường. Có các phản xạ nguyên thủy mức độ tùy sống, thân não, não giữa, vỏ não.
- Vận động không hữu ý toàn thân: kiểm soát đầu cổ kém, mồm há liên tục, chảy nhiều dớt dãi, cử động múa vờn ngón chi.
- Trẻ có thể điếc ở tần số cao.

#### - Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

+ Điện não đồ: Hoạt động điện não cơ bản bất thường, có các hoạt động kịch phát điển hình hoặc không điển hình, khu trú hoặc toàn thể hóa.

+ Siêu âm qua thóp: để tìm các tổn thương khu trú như chảy máu não, giãn não thất.

+ Chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ: xác định một số tổn thương não.

+ Chụp X-quang: xác định dị tật cột sống, khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân kèm theo.

+ Đo thị lực, thính lực

+ Các xét nghiệm khác: CK, LDH để loại trừ bệnh cơ; T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, TSH để loại trừ suy giáp

### 2. Chẩn đoán xác định: Bại não thể phối hợp co cứng và múa vờn

(1) Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ tháp:

- Tăng trương lực cơ ở các chi bị tổn thương.
- Giảm khả năng vận động riêng biệt tại từng khớp
- Dấu hiệu tổn thương hệ tháp.
- Tăng phản xạ gân xương ở các chi bị tổn thương.
- Có các phản xạ nguyên thủy
- Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ, co rút tại các khớp
- Cảm giác: có thể có rối loạn điều hòa cảm giác
- Thần kinh sọ não: có thể bị liệt.
- Các dấu hiệu khác: đa động gân gót, co rút tại các khớp, cong vẹo cột sống, động kinh

(2) Rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ ngoại tháp:

- Trương lực cơ thay đổi lúc tăng lúc giảm ở tứ chi, đặc biệt khi vận động cố ý.
- Giảm khả năng vận động thô.
- Có các vận động không hữu ý
- Dấu hiệu tổn thương ngoại tháp: rung giật, múa vờn
- Phản xạ gân xương bình thường hoặc tăng ở các chi bị tổn thương.
- Có các phản xạ nguyên thủy.
- Dinh dưỡng cơ: không có teo cơ, ít co rút tại các khớp
- Cảm giác: có thể rối loạn điều hòa cảm giác
- Các dấu hiệu khác: động kinh, rối loạn nhai nuốt, điếc ở tần số cao

(3) Chậm phát triển trí tuệ ở các mức khác nhau

### **3. Chẩn đoán nguyên nhân**

#### **3.1. Trước khi sinh**

- Mẹ bị nhiễm virus (rubeon, cúm, cytomegalo virus, toxoplasma, herpes...), dùng một số thuốc (hóa chất, nội tiết tố...), nhiễm độc (chì, thủy ngân, thạch tín...).
- Đột biến NST ở bào thai do nhiều nguyên nhân khác nhau.
- Bất đồng nhóm máu (Rh)
- Mẹ bị đái đường, nhiễm độc thai nghén...
- Di truyền

#### **3.2. Trong khi sinh**

- Trẻ đẻ non,
- Trẻ bị ngạt
- Đẻ khó, can thiệp sản khoa
- Sang chấn sản khoa.

#### **3.3. Sau khi sinh**

- Trẻ bị sốt cao co giật
- Trẻ bị nhiễm trùng: viêm màng não, viêm não...
- Trẻ bị chấn thương đầu, não
- Thiếu ôxy do đuối nước, ngộ độc hơi
- Trẻ bị các bệnh như xuất huyết não-màng não, u não...

### **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**



## 1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm vận động không hữu ý bằng các điểm chủ chốt.
- Điều chỉnh trương lực cơ, tăng cường cơ lực ở một số nhóm cơ chính.
- Phá vỡ, ức chế các phản xạ nguyên thủy (đuỗi chéo, nâng đỡ hữu hiệu...)
- Tạo thuận các vận động chức năng và kích thích sự phát triển vận động thô theo các mốc: lẫy, ngồi, bò, quỳ, đứng, đi.
- Tăng cường khả năng độc lập trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày như: ăn uống, đánh răng, rửa mặt, tắm, đi vệ sinh, mặc quần áo.
- Kích thích giao tiếp sớm và phát triển ngôn ngữ, tư duy.

## 2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

### 2.1. Vận động trị liệu

- Theo các mốc phát triển về vận động thô của trẻ: Kiểm soát đầu cổ → Lẫy → Ngồi → Quỳ → Bò → Đứng □ → Đi → Chạy

- Hoàn thành mốc vận động trước rồi chuyển sang mốc sau

#### 2.1.1. Các bài tập ức chế và phá vỡ các phản xạ bệnh lý

Tập ức chế và phá vỡ phản xạ bệnh lý là các kỹ thuật ức chế, phá vỡ các phản xạ bệnh lý và phản xạ nguyên thủy nhằm tạo thuận cho quá trình phát triển và vận động của trẻ.

\* Kỹ thuật 1: Tạo thuận và chỉnh sửa tư thế bàn tay co, gập và sấp.

- Mục tiêu: Duỗi ngửa tay và xoay ngoài, bàn tay mở ra.

- Thực hiện

+ Tư thế: Đặt trẻ ngồi trên sàn, kỹ thuật viên ngồi đối diện với trẻ.

+ Một tay kỹ thuật viên giữ cổ định dưới khuỷu, một tay nắm bàn tay của trẻ, nâng lên ngang vai duỗi khuỷu, xoay ngửa cẳng tay và lòng bàn tay.

- Tiêu chuẩn đạt: Tay trẻ duỗi thẳng, khớp vai xoay ngoài, bàn tay mở.

\* Kỹ thuật 2: Tạo thuận phá vỡ phản xạ đuỗi chéo ở tư thế nằm

- Mục tiêu: phá vỡ phản xạ đuỗi chéo.

- Thực hiện:

+ Tư thế: trẻ nằm ngửa, người thực hiện kỹ thuật ngồi phía dưới chân trẻ.

+ Hai tay kỹ thuật viên đặt trên khớp gối trẻ làm động tác dẹt và xoay ngoài hai chân.

- Tiêu chuẩn đạt: Chân trẻ dẹt và xoay ngoài.

\* Kỹ thuật 3: Phá vỡ phản xạ đuỗi chéo tư thế ngồi trên sàn

- Mục tiêu: phá vỡ phản xạ đuỗi chéo

- Thực hiện

+ Tư thế: trẻ ngồi, người thực hiện kỹ thuật ngồi sau lưng trẻ

+ Hai tay người thực hiện kỹ thuật nắm mặt trong của khớp gối dạng 2 chân của trẻ và xoay ngoài.

- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ ngồi với chân dẹt và xoay ngoài

\* Kỹ thuật 4: Phá vỡ phản xạ đuỗi chéo bằng cách đặt trẻ ngồi trong ghế có bộ phận tách chân:

- Mục tiêu: phá vỡ phản xạ đuỗi chéo

- Thực hiện

- + Tư thế: trẻ ngồi trong ghế đặc biệt (ghế bại não)
- + Bé trẻ đặt ngồi vào ghế với 2 chân dạng ở 2 bên bộ phận tách chân, lưng phải thẳng, đùi vuông góc với thân, cẳng chân vuông góc với đùi, bàn chân đặt bằng ở trên bộ phận đặt chân.
- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ ngồi thẳng với chân tách dạng sang 2 bên, xoay ngoài.
- \* Kỹ thuật 5: Phá vỡ phản xạ duỗi chéo ở trẻ tập đi trong thanh song song
- Mục tiêu: Phá vỡ phản xạ duỗi chéo
- Thực hiện
- + Tư thế: Trẻ đứng bám trong thanh song song.
- + Dùng “bàn xương cá” có một thanh gỗ ở giữa để tách hai chân, hướng dẫn trẻ đi đặt chân vào đúng từng ô hoặc dùng 1 đoạn gỗ/tre dài buộc cao đến mức khớp gối của trẻ. Cho trẻ đi với 2 chân dạng sang 2 bên của đoạn gỗ/tre. Với trẻ mùa vòn cần phải đeo bao cát vào khớp gối và cổ chân. Có thể sử dụng gối tròn hoặc gối tam giác đặt giữa hai chân.
- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ đi với chân dạng, xoay ngoài.
- \* Kỹ thuật 6: Phá vỡ phản xạ nâng đỡ hữu hiệu
- Mục tiêu: giúp trẻ gập gối, háng, cổ chân dễ dàng.
- Thực hiện
- + Tư thế: Trẻ nằm ngửa, người thực hiện kỹ thuật ngồi ở phía chân trẻ.
- + Kỹ thuật viên một tay đỡ sau gối, một tay đỡ phía gân gót và bàn chân. Gập háng, gối, bàn chân.
- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ gập bàn chân dễ dàng.

### **2.1.2. Các bài tập kiểm soát đầu cổ và thân mình**

Trẻ bại não hay gặp các bất thường trong hoạt động kiểm soát đầu cổ và thân mình. Điều này dẫn đến việc trẻ chậm phát triển về vận động ở các mốc lẫy, ngồi, bò, đứng, đi.

- \* Kỹ thuật 1: Điều chỉnh đầu về vị trí trung gian ở tư thế nằm ngửa
- Mục đích: giúp trẻ không bị ưỡn đầu cổ ra sau quá mức.
- Tiến hành:
- + Tư thế: Trẻ nằm ngửa, kỹ thuật viên ngồi phía dưới chân trẻ.
- + Đặt 2 tay đỡ lấy đầu trẻ phần sau chẩm. Nâng đầu trẻ lên đồng thời tỳ 2 cẳng tay xuống 2 vai trẻ.
- Tiêu chuẩn đạt: Cổ trẻ mềm hơn, đỡ ưỡn ra sau.
- \* Kỹ thuật 2: Tạo thuận nâng đầu bằng tay ở tư thế nằm sấp
- Mục đích: Làm khỏe nhóm cơ duỗi cổ và thân mình.
- Tiến hành:
- + Tư thế: Trẻ nằm sấp có 1 gối nhỏ dưới ngực, kỹ thuật viên ngồi bên cạnh
- + Một tay cố định trên mông trẻ. Tay kia dùng ngón trỏ và ngón giữa ấn day dọc các gai ngang các đốt sống từ C7 - S1.
- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ nâng đầu và ngực cao hơn, giữ được tư thế đó 30 giây đến 1 phút.
- \* Kỹ thuật 3: Tạo thuận nâng đầu bằng sử dụng gối kê trước ngực
- Mục đích: Làm khỏe nhóm cơ duỗi cổ và thân.
- Tiến hành:

+ Tư thế: Trẻ nằm sấp với một gối tam giác nhỏ kê ở ngực, 2 tay hướng ra trước với cánh tay chống vuông góc với khớp vai, khuỷu gập vuông góc với cẳng tay quay sấp. Kỹ thuật viên ngồi cạnh trẻ.

+ Một tay kỹ thuật viên cố định chắc ở mông trẻ, tay kia dùng đồ chơi kích thích phía trước trên đầu để trẻ nâng đầu về phía trước.

- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ nâng đầu và ngực cao hơn, giữ được tư thế đó 30 giây - 1 phút.

\* Kỹ thuật 4: Điều chỉnh đầu cổ về vị trí trung gian ở tư thế nằm sấp trên bóng

- Mục đích: Làm khỏe nhóm cơ duỗi cổ và thân mình.

- Tiến hành:

+ Tư thế: Trẻ nằm sấp trên bóng tròn, hai chân dẹt, duỗi khớp gối và xoay ngoài. Kỹ thuật viên ngồi hoặc quỳ phía chân trẻ. Hai tay kỹ thuật viên giữ hai khớp gối của trẻ. Từ từ lăn bóng ra trước, lùi lại và sang hai bên. Đặt đồ chơi phía trước mặt trẻ để khuyến khích trẻ ngẩng đầu, nâng thân và với hai tay về phía trước.

- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ có thể nâng đầu cổ, duỗi thân mình và với tay về phía trước.

\* Kỹ thuật 5: Bài tập thăng bằng ngồi trên bóng/bàn nghiêng

- Mục đích: Tăng khả năng giữ thăng bằng tư thế ngồi .

- Tiến hành:

+ Tư thế: trẻ ngồi trên bóng/bàn nghiêng.

+ Kỹ thuật viên đứng hoặc ngồi phía sau trẻ. Hai tay kỹ thuật viên giữ chắc 2 bên hông trẻ, đẩy bóng/bàn nghiêng sang phải, trái, trước, sau để trẻ tập quen với việc giữ thăng bằng khi điều chỉnh tư thế. Khi trẻ quen dần và có khả năng điều chỉnh thì giảm dần trợ giúp 2 bên hông của trẻ.

- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ có thể giữ thăng bằng khi bị nghiêng sang các phía.

\* Kỹ thuật 6: Bài tập thăng bằng ngồi trên sàn

- Mục đích: Tăng khả năng thăng bằng của trẻ.

- Tiến hành:

+ Tư thế: trẻ ngồi thoải mái trên sàn.

+ Kỹ thuật viên ngồi phía sau trẻ, hai tay hoặc 1 tay của kỹ thuật viên đẩy vào vai trẻ từ trước ra sau hoặc ngược lại, từ phải sang trái hoặc ngược lại, xoay thân trẻ từ phải sang trái hoặc ngược lại.

- Tiêu chuẩn đạt: Trẻ có thể giữ thăng bằng ở tư thế ngồi khi bị nghiêng hoặc xoay sang các phía

### **2.1.3. Tập vận động trên bóng**

Tập vận động trên bóng là bài tập cải thiện vận động hiệu quả cho trẻ bại não.

Các bài tập vận động trên bóng bao gồm:

\* Tập kiểm soát đầu cổ, thăng bằng tư thế nằm sấp, nằm ngửa, lẫy

- 1 kỹ thuật viên hoặc cha/mẹ trẻ giữ bóng

- Kỹ thuật viên đặt trẻ nằm sấp trên bóng.

- Kỹ thuật viên đứng hoặc ngồi trên ghế phía sau bệnh nhân 2 tay cố định 2 khớp gối hoặc cố định tại hông.

- Đưa bóng ra trước, ra sau, sang 2 bên hoặc lẫy trên bóng.

- Mỗi lần tập 15-20 phút, ngày tập 2-3 lần.
- \* Tập thẳng bằng ngòai trên bóng
- 1 kỹ thuật viên hoặc cha/mẹ trẻ giữ bóng
- Đặt trẻ ngòai trên bóng
- Kỹ thuật viên đứng hoặc ngòai trên ghé sau bệnh nhân 2 tay cố định tại hông trẻ.
- Đưa bóng nhẹ nhàng ra trước, ra sau và sang 2 bên.
- Mỗi lần tập 15-20 phút, ngày tập 2-3 lần.
- \* Tập đứng với bóng
- 1 kỹ thuật viên hoặc cha/mẹ trẻ giữ bóng
- Kỹ thuật viên đặt trẻ đứng bám vào bóng
- Kỹ thuật viên đứng hoặc ngòai trên ghé phía sau bệnh nhân 2 tay cố định tại hông trẻ và đẩy bóng tiến ra trước rồi lùi lại hoặc sang 2 bên.
- Mỗi lần tập 15-20 phút, ngày tập 2-3 lần.
- \* Tập đi với bóng
- 1 kỹ thuật viên hoặc cha/mẹ trẻ giữ bóng
- Kỹ thuật viên đặt trẻ đứng bám vào bóng
- Đặt trẻ đứng và đẩy bóng tiến dần về phía trước, trẻ sẽ bám theo bóng tiến về phía trước.
- Mỗi lần tập 15-20 phút, ngày tập 2-3 lần.

## 2.2. Điện trị liệu

Điện thấp tần: Là dòng điện một chiều có điện thế không đổi trong thời gian điều trị

- \* Chỉ định: Trẻ bại não không có động kinh lâm sàng
- \* Chống chỉ định: Bại não có động kinh trên lâm sàng;

Bại não thể co cứng nặng

- \* Các phương pháp điện thấp tần

+ Galvanic dẫn CaCl<sub>2</sub> cổ

- Chỉ định: cho trẻ bại não chưa kiểm soát được đầu cổ, chưa biết lẫy.
- Mục đích: tăng cường cơ lực nhóm cơ nâng đầu-cổ.
- Kỹ thuật điện cực: Cực tác dụng mang dấu (+) có tẩm dung dịch CaCl<sub>2</sub> đặt vào vùng cổ (C<sub>5-7</sub>); Cực đệm mang dấu (-) đặt ở vùng thắt lưng (L<sub>4-5</sub>).
- Cường độ: 0,3-0,5mA/cm<sup>2</sup> điện cực.
- Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày X 20-30 ngày.

+ Galvanic dẫn CaCl<sub>2</sub> lưng

- Chỉ định: cho trẻ bại não chưa nâng thân mình (chưa biết ngòai)
- Mục đích: tăng cường cơ lực nhóm cơ nâng thân.
- Kỹ thuật điện cực: Cực tác dụng mang dấu (+) có tẩm dung dịch CaCl<sub>2</sub> đặt vào vùng thắt lưng (L<sub>4-5</sub>); Cực đệm mang dấu (-) đặt ở vùng cổ (C<sub>5-7</sub>) hoặc giữa 2 bả vai.
- Cường độ: 0,3-0,5mA/cm<sup>2</sup> điện cực.
- Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần/ ngày X 20-30 ngày.

+ Dòng Galvanic ngược toàn thân

- Chỉ định: cho trẻ bại não thể co cứng liệt tứ chi
- Mục đích: Giảm trương lực nhóm cơ gập mặt lòng khớp cổ chân nhằm đưa bàn chân về vị

trí trung gian.

- Kỹ thuật điện cực: 2 cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào vùng cơ dẹt hai bên; Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng giữa 2 bả vai hoặc thắt lưng.

- Cường độ: 0,3-0,5mA/cm<sup>2</sup> điện cực.

- Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

+ Dòng Galvanic ngược khu trú chỉ trên

- Chỉ định: cho trẻ bại não thể cơ cứng liệt nửa người

- Mục đích: Giảm trương lực nhóm cơ gấp mặt lòng khớp cổ tay nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian.

- Kỹ thuật điện cực: Cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào phần dưới cẳng tay liệt (điểm vận động các cơ gấp mặt lòng khớp cổ tay); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng 1/3 giữa (cơ hai đầu) cánh tay.

- Cường độ: 0,3-0,5mA/cm<sup>2</sup> điện cực.

- Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

+ Dòng Galvanic ngược khu trú chỉ dưới

- Chỉ định: cho trẻ bại não thể cơ cứng liệt nửa người

- Mục đích: Giảm trương lực nhóm cơ gấp mặt lòng khớp cổ chân (Cơ sinh đôi, dẹt) nhằm đưa bàn chân về vị trí trung gian.

- Kỹ thuật điện cực: Cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào vùng cơ dẹt bên liệt (bắp chân); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng giữa 2 bả vai hoặc thắt lưng.

- Cường độ: 0,3-0,5mA/cm<sup>2</sup> điện cực.

- Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

+ Dòng Galvanic ngắt quãng (xung chữ nhật hoặc tam giác) khu trú

- Chỉ định: cho trẻ bại não thể cơ cứng (bàn chân thẳng, bàn tay gấp mu quá mức, cơ rút gấp hình thành tại gối...)

- Mục đích: Không phải kích thích lên cơ trực tiếp mà kích thích lên thần kinh bị ức chế.

Phương pháp này còn gọi là thể dục trị liệu.

- Kỹ thuật điện cực: Cực tác dụng mang dấu (-) đặt vào điểm vận động của cơ định kích thích (Cơ gấp mu bàn tay, cơ chày trước, cơ tứ đầu đùi...); Cực đệm mang dấu (+) đặt ở vùng đầu gần của chi tương ứng (hoặc C4-6 hoặc vùng thắt lưng.)

- Cường độ: dò cường độ và giữ lại ở liều có cơ co cơ tối thiểu.

- Thời gian điều trị: 15-30 phút/lần hàng ngày trong 20-30 ngày.

### **2.3. Tử ngoại**

- Chỉ định: Bại não có còi xương - suy dinh dưỡng, Bại não thể mềm

- Chống chỉ định: Bại não có kèm theo động kinh, lao phổi tiến triển, suy thận, suy gan, chàm cấp.

- Phương pháp: Tử ngoại B bước sóng 280-315 nm

- Thời gian: liều đỏ da độ 1 sau tăng dần lên (tổng liều 1-5 phút/lần) X 20-30 ngày/đợt

### **2.4. Thủy trị liệu**

- Chỉ định: Trẻ bại não không có động kinh lâm sàng

- Chống chỉ định: Trẻ bại não có động kinh lâm sàng

- Mục đích: Thư giãn, giảm trương lực cơ, tăng khả năng vận động có ý thức
- Phương pháp: Bồn nước xoáy Hubbard, bể bơi. Nhiệt độ nước 36-38°C
- Thời gian: 20-30 phút

## **2.5. Hoạt động trị liệu**

- Mục đích:
  - + Tăng khả năng cảm nắm
  - + Tăng khả năng hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày.
- Các kỹ thuật Hoạt động trị liệu
  - + Huấn luyện kỹ năng sử dụng hai tay sớm: Kỹ năng cầm đồ vật, kỹ năng với cầm
  - + Huấn luyện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày sớm: Kỹ năng ăn uống, Kỹ năng mặc quần áo, đi giày dép, vệ sinh cá nhân, kỹ năng tắm rửa, đánh răng, rửa mặt
  - + Huấn luyện kỹ năng nội trợ: Kỹ năng đi chợ, tiêu tiền, kỹ năng nấu nướng
  - + Huấn luyện kỹ năng nghề nghiệp: chọn nghề, học nghề cho phù hợp, giao thông.

## **2.6. Ngôn ngữ trị liệu**

- \* Huấn luyện và kích thích trẻ kỹ năng giao tiếp sớm:
  - Mục tiêu của giao tiếp:
    - + Xây dựng mối quan hệ với mọi người.
    - + Học tập.
    - + Gửi thông tin.
    - + Tự lập hay kiểm soát được sự việc.
  - Huấn luyện về giao tiếp sớm bao gồm:
    - + Kỹ năng tập trung
    - + Kỹ năng bắt chước
    - + Kỹ năng chơi đùa
    - + Giao tiếp bằng cử chỉ, tranh ảnh
    - + Kỹ năng xã hội
- \* Huấn luyện các kỹ năng về ngôn ngữ:
  - Mục tiêu: Tăng khả năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ.
  - Huấn luyện kỹ năng ngôn ngữ: bao gồm
    - + Kỹ năng hiểu ngôn ngữ
    - + Kỹ năng diễn đạt bằng ngôn ngữ
  - Huấn luyện trẻ Kỹ năng hiểu ngôn ngữ (Bài Ngôn ngữ trị liệu)
    - + Nguyên tắc dạy hiểu ngôn ngữ:
      - Trẻ phải hiểu, biết ý nghĩa của âm thanh, từ và câu trước khi nói.
      - Nói chuyện nhiều với trẻ, dùng ngôn ngữ đơn giản, nói chậm, to.
      - Sử dụng dấu hiệu để giúp trẻ hiểu.
      - Chỉ sử dụng 1 vài đồ vật hoặc tranh ảnh, chỉ một người hướng dẫn
      - Động viên khen thưởng đúng lúc
  - Huấn luyện trẻ diễn đạt ngôn ngữ:
    - + Mục tiêu: Trẻ sẽ tự nói/làm dấu/ chỉ vào các bức tranh.
    - + Phương pháp:

- Bước 1: Đánh giá.
- Bước 2: Lập chương trình huấn luyện. Chọn 1 đến 2 kỹ năng cho đợt huấn luyện (Xem trang 126 đến trang 183 trong Tài liệu giao tiếp với trẻ em).
- Bước 3: Đánh giá kết quả, lập chương trình huấn luyện tại nhà.

### **3. Các điều trị khác**

#### **3.1. Các biện pháp làm giảm co cứng ở trẻ**

Phẫu thuật: Sử dụng kỹ thuật cắt bỏ rễ thần kinh chi phối nhóm cơ bị co cứng để phòng ngừa biến dạng chi.

Sử dụng thuốc: các thuốc gây mềm cơ tác động lên cơ hoặc thần kinh chi phối.

#### **3.2. Dụng cụ chỉnh hình và dụng cụ thích nghi**

- + Nẹp dưới gối, nẹp trên gối, nẹp bàn tay, nẹp cột sống, đai nâng cổ...
- + Ghế bại não, ghế góc, bàn tập đứng, thanh song song, khung tập đi...

#### **3.3. Giáo dục**

- Huấn luyện các kỹ năng giáo dục tiền học đường
- Huấn luyện kỹ năng giáo dục đặc biệt và giáo dục hòa nhập
- Huấn luyện kỹ năng nhà trường:
- + Kỹ năng trước khi đến trường
- + Kỹ năng nhà trường

### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Việc theo dõi ở trẻ bại não là rất cần thiết để đánh giá sự tiến bộ về các chức năng vận động (ngồi - bò - đứng - đi...), khả năng thăng bằng và kiểm soát tư thế. Các chức năng nhận biết và diễn đạt (khả năng nhận biết người, con vật, đồ vật, màu sắc...) và diễn đạt các nhu cầu mong muốn bằng lời hoặc cử chỉ ...

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ LIỆT MỀM

## I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt mềm là các tổn thương ngoại biên làm trẻ giảm hoặc mất khả năng vận động của một hoặc nhiều chi.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### - Hỏi bệnh:

- + Tiền sử thai sản, sinh đẻ
- + Tiền sử bệnh lý, chấn thương của trẻ

#### - Khám và lượng giá chức năng

- + Quan sát: thấy một tay trẻ ít cử động hơn tay kia hoặc trẻ khóc và có biểu hiện khó chịu, đau khi ta cử động một tay của trẻ.
- + Triệu chứng chấn thương phần mềm cơ quanh khớp vai:
  - Đau: sờ vào vùng khớp vai, vận động khớp vai trẻ khóc.
  - Đỏ, tím: có thể phát hiện thấy chỗ đỏ, tím do xuất huyết phần mềm quanh khớp vai, vùng xương đòn.
  - Phù nề: vùng khớp vai bị tổn thương có thể sưng to hơn bên lành.
- + Hạn chế vận động các khớp thụ động, chủ động do trẻ đau hoặc do liệt cơ.
- + Liệt cơ: Liệt mềm ngoại biên các cơ hoặc nhóm cơ của toàn bộ cánh tay. Trương lực cơ giảm bên tay bị liệt:
  - Độ rắn chắc của cơ giảm
  - Độ gấp duỗi tại các khớp tăng
  - Độ ve vẩy các ngón tay tăng
- + Cơ lực giảm: Thử cơ bằng tay (**Manual Muscle Testing**)
- + Các kiểu liệt tay cổ điển: Tùy mức độ tổn thương và vị trí tổn thương dây thần kinh mà lâm sàng có các kiểu liệt khác nhau như:



Liệt thần kinh quay  
(Bàn tay rũ cổ cò)



Liệt thần kinh trụ  
(Bàn tay móng chân chim)



Liệt thần kinh giữa  
(Bàn tay khi)

- + Dinh dưỡng: cơ bên liệt bị teo so với bên lành, không loét
- + Phản xạ gân xương giảm hoặc mất bên chi liệt.
- + Cảm giác: có thể có rối loạn cảm giác ở giai đoạn đầu.
- + Không có rối loạn cơ tròn trừ hội chứng đuôi ngựa
- + Không có phản xạ bệnh lý.
- + Không có diễn biến chuyển sang liệt cứng
- + Có thể có gãy xương đòn, gãy xương cánh tay, trật khớp vai.



+ Tiến triển/Biến chứng: Nếu không được phát hiện sớm và can thiệp sớm, cánh tay liệt sẽ bị teo cơ, bán trật khớp vai, co rút các khớp khuỷu tay, cổ bàn tay, phát triển không cân đối so với bên lành.

**- Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:**

+ Xquang: Chụp khớp vai thẳng và xương cánh tay, xương đòn để loại trừ tổn thương xương khớp kèm theo gãy xương (xương đòn, xương cánh tay, trật khớp vai...)

+ Điện cơ đồ: Kết quả đo điện cơ đồ có thể thấy có phản ứng thoái hóa điện, mất hoặc giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh của dây thần kinh bị tổn thương. Tuy nhiên điện cơ đồ ở trẻ nhỏ khó thực hiện.

+ Dịch não tủy: Trong trường hợp viêm đa rễ dây thần kinh: phân ly đạm tế bào

**2. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào hỏi bệnh, các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Bại não

- Liệt nửa người

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

**4.1. Bại liệt**

- Hay gặp ở trẻ em, thường về mùa hè

- Nguyên nhân: do virus bại liệt khu trú ở sừng trước tủy sống

- Lây qua đường ăn uống

- Lâm sàng:

+ Sốt nhẹ

+ Đau cơ

+ Rối loạn tiêu hóa

+ Liệt mềm hoàn toàn

+ Tổn thương không đồng đều (một hoặc nhiều chi)

+ Không có rối loạn cảm giác

+ Teo cơ rất nhanh trong những tuần đầu

+ Thường không hồi phục

**4.2. Viêm đa rễ - dây thần kinh**

- Thường xuất hiện từ từ

- Lâm sàng:

+ Liệt mềm hoàn toàn

+ Tổn thương đồng đều liệt đối xứng hai bên và đều nhau

+ Rối loạn cảm giác chủ quan: đau, tê bì

+ Teo cơ theo đường đi của rễ và dây thần kinh

- Xét nghiệm: có sự phân ly đạm - tế bào (dưới 2 gram)

- Các thể: Liệt hai chân

Tứ chi --> tổn thương hành não

Đơn thuần dây thần kinh sọ não

**4.3. Viêm đa dây thần kinh**

- Thường xuất hiện từ từ
- Nguyên nhân: Thiếu vitamin B1 (Beri - Beri); Nhiễm trùng (Cúm, bạch hầu...); Nhiễm độc (chì, rượu...)
- Lâm sàng:
  - + Liệt mềm hoàn toàn
  - + Tổn thương đồng đều liệt đối xứng hai bên và không đồng đều
  - + Rối loạn cảm giác chủ quan: tê bì
  - + Có thể phù nhẹ (thiếu vitamin B1)
- Xét nghiệm: có sự phân ly đạm - tế bào (dưới 2 gram)

#### **4.4. Hội chứng đuôi ngựa**

- Nguyên nhân: tổn thương vùng đuôi ngựa
- Lâm sàng:
  - + Liệt mềm
  - + Tổn thương đồng đều: liệt đối xứng hai bên và đồng đều
  - + Rối loạn cảm giác kiểu yên ngựa (giảm hoặc mất cảm giác vùng tầng sinh môn)
  - + Teo cơ kiểu cẳng chân gà
  - + Rối loạn cơ tròn

#### **4.5. Liệt tay do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay**

- Là tình trạng liệt mềm tay do tổn thương đám rối thần kinh cánh tay xảy ra trong lúc sinh, trẻ bị liệt hoặc giảm vận động, rối loạn cảm giác của các cơ cánh tay.
- Nguyên nhân: Do đứt hoặc dẫn 1 hoặc tất cả các dây thần kinh trụ, quay, giữa từ đám rối thần kinh cánh tay, xảy ra trong lúc sinh do thủ thuật kéo tay, vai khi lấy thai ra trong trường hợp thai to, ngôi ngược, mổ đẻ.
- Lâm sàng:
  - + Đau: do đụng giập phần mềm khi thực hiện thủ thuật kéo, cầm
  - + Đỏ, tím: do xuất huyết phần mềm
  - + Phù nề: do đụng giập
  - + Hạn chế vận động khớp vai thụ động, chủ động do trẻ đau.
  - + Liệt mềm ngoại biên tay bị tổn thương
  - + Teo cơ nhanh trong 3 tháng đầu

### **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc**

- Phát hiện sớm, can thiệp sớm ngay sau khi phát hiện tay bị giảm vận động sẽ tránh được các biến chứng teo cơ, cứng khớp, không sử dụng được tay liệt về sau.
- Can thiệp sớm tiến hành song song PHCN tại các trung tâm và PHCN tại nhà trong 1-2 năm đầu.
- Khám đánh giá tiến triển 3 tháng/lần cho đến khi phục hồi hoàn toàn.
- Nhân lực thực hiện: thành viên của gia đình và cán bộ PHCN các cấp.

#### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

##### **2.1. Vận động trị liệu**

Trong 2 tuần đầu sau đẻ không can thiệp nếu trẻ có triệu chứng đau do chấn thương. Thực

hiện các bài tập xoa bóp, vận động bắt đầu từ tuần thứ 3 trở đi.

Mục tiêu:

- Duy trì tối đa tầm hoạt động của các khớp.
- Ngăn ngừa biến dạng.
- Khuyến khích duy trì hoạt động của chi.
- Gia tăng sức mạnh của nhóm cơ liệt.

\* Bài tập 1: Xoa bóp cơ

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, bên liệt quay về phía Kỹ thuật viên.
- Kỹ thuật: Các động tác được thực hiện từ ngọn chi đến gốc chi

Xoa vuốt cơ, miết cơ, bóp cơ, nhào cơ, rung cơ

\* Bài tập 2: Vận động hết tầm các khớp

\* Bài tập 3: Vận động chủ động chi liệt

- Tư thế: Trẻ ngồi trong lòng mẹ, mặt quay về phía người tập.
- Kỹ thuật: Người tập giữ tay lành, đưa đồ chơi có màu sắc, tiếng động về phía tay liệt để khuyến khích trẻ với - cầm bằng tay liệt.

\* Đặt tư thế đúng cho trẻ, chống co rút

Ngồi: Treo tay ở tư thế gập khuỷu 90 bằng đai vải

Nằm: khuyến khích trẻ nằm nghiêng bên lành, tay bên liệt gác lên gối mềm hoặc ôm gối tròn.

## **2.2. Hoạt động trị liệu**

## **2.3. Điện trị liệu**

Mục đích: kích thích hoạt động của các cơ bị liệt, dùng dòng điện thấp tần ngắt quãng, kích thích

Thời gian: 15 - 30 phút/lần x 15 - 20 lần/đợt .

Kỹ thuật điện cực: Cực tác dụng (-) đặt tại cơ bị liệt, cực đệm (+) đặt tại cột sống đoạn cổ (C4 - C7). Thời gian xung/thời gian nghỉ = 1/2. Cường độ cho đến khi thấy co cơ tối thiểu.

## **3. Các điều trị khác**

### **3.1. Dụng cụ chỉnh hình/trợ giúp**

Mục đích: Nắn chỉnh biến dạng ở cổ tay, chống co rút. Giữ bàn tay ở tư thế chức năng (gập mặt mu bàn tay, dạng ngón cái, lòng bàn tay khum lại), tránh bán trật khớp vai.

Loại dụng cụ: Nẹp cổ bàn tay ở tư thế chức năng. Băng treo tay bằng vải

### **3.2. Thuốc**

- Thuốc giảm đau: Paracetamol 10mg/1kg cân nặng, uống trước tập 30 phút nếu trẻ đau khi tập.

- Vitamin nhóm B

- Can xi và vitamin D để phòng còi xương khi trẻ trên 3 tháng tuổi

### **3.3. Phẫu thuật**

- Có thể phẫu thuật nối dây thần kinh trong trường hợp xác định được có đứt đoạn thần kinh hoặc nếu trẻ được tập liên tục nhưng các dấu hiệu liệt không cải thiện sau 3-6 tháng.

- Có thể phẫu thuật chuyển gân đối với trẻ lớn hơn.

**3.4. Châm cứu:** Có thể điều trị bằng châm cứu vì đây là liệt ngoại biên

#### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Khám thường quy sau 1,2,3 tháng cho đến khi trẻ lớn.
- Theo dõi sự tiến triển về cơ lực của bệnh nhân: Tiến hành thử cơ bằng tay định kỳ trong suốt thời gian nằm viện và khi bệnh nhân xuất viện.
- Đo tầm vận động của các khớp
- Theo dõi định kỳ cho đến khi trẻ lớn

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM QUANH KHỚP VAI

## I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý của các cấu trúc phần mềm cạnh khớp vai: gân, túi thanh dịch, bao khớp; không bao gồm các bệnh lý có tổn thương đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp, ...

Có 3 thể lâm sàng thường gặp của viêm quanh khớp vai: VQKV đơn thuần thường do bệnh lý gân cơ; VQKV thể đông cứng do viêm dính, co thắt bao khớp, bao khớp dày, dẫn đến giảm vận động khớp ổ chảo - cánh tay; VQKV thể giả liệt do đứt gân cơ trên gai. Trên thực tế lâm sàng, các thể trên có thể kết hợp với nhau.

Nguyên nhân thường gặp nhất của viêm quanh khớp vai là tổn thương các gân cơ chóp xoay (rotator cuff) bao gồm cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ dưới vai và cơ tròn bé.

Phục hồi chức năng cho bệnh nhân VQKV là phương pháp điều trị bảo tồn hiệu quả, giúp bệnh nhân giảm đau, sớm lấy lại chức năng chi trên và cải thiện được chất lượng cuộc sống.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: đau vai? vận động vai khó khăn?
- Bệnh sử: thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng đầu tiên, tính chất triệu chứng, chẩn đoán và điều trị cũ, tiến triển của bệnh, tình trạng hiện tại.
- Tiền sử: đặc điểm nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt, tiền sử chấn thương,...

#### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Quan sát:
  - + So sánh sự cân xứng giữa 2 vai, tình trạng teo cơ, màu sắc da vùng vai 2 bên
  - + Tư thế giảm đau của bệnh nhân
- Tìm các điểm đau quanh vùng khớp vai. Xác định mức độ đau vai theo thang nhìn VAS.
- Đo tầm vận động khớp vai theo các tầm khác nhau để xác định mức độ giới hạn tầm vận động khớp.
- Đánh giá cơ lực các nhóm cơ vùng vai và cánh tay.
- Sử dụng các nghiệm pháp chuyên biệt để đánh giá các gân cơ chóp xoay (rotator cuff) và hội chứng chạm (impingement syndrome).
- Sử dụng bộ câu hỏi DASH để lượng giá mức độ giới hạn chức năng chi trên do tình trạng đau và giới hạn tầm vận động khớp vai gây ra.

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu: không có những thay đổi đặc hiệu.
- Chẩn đoán hình ảnh:
  - + X-quang khớp vai: có thể ghi nhận được một số hình ảnh gián tiếp như bất thường giải phẫu mỏm cùng vai, các nốt vôi hóa gân cơ quanh khớp vai. Cho phép loại trừ các trường hợp tổn thương xương, khớp khác.
  - + MRI khớp vai: rất có giá trị trong chẩn đoán chính xác nguyên nhân VQKV.
  - + Siêu âm khớp vai: trong trường hợp không có điều kiện để chụp MRI khớp vai thì siêu âm

cũng có thể giúp xác định được một số trường hợp tổn thương gân cơ quanh khớp vai như rách gân cơ trên gai, đầu dài gân cơ nhị đầu cánh tay,...

## **2. Chẩn đoán xác định**

- Đau vai, thường khu trú ở vùng vai và không kèm sưng nóng đỏ.
- Giới hạn tầm vận động khớp vai theo nhiều tầm khác nhau.
- Các nghiệm pháp chuyên biệt đánh giá gân cơ chóp xoáy, đầu dài gân cơ nhị đầu cánh tay, dấu hiệu chạm dương tính.
- Siêu âm, MRI khớp vai ghi nhận thương tổn các gân cơ quanh khớp vai, bao khớp dày, co thắt.

## **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Hội chứng cổ vai tay
- Viêm khớp cánh tay-ô chảo, viêm khớp cùng đòn
- Thoái hóa khớp
- Tổn thương sụn viền trên
- Đau vai do chấn thương, u xương vùng vai
- Đau vai do các nguyên nhân từ xa lan tới. Ví dụ: u đỉnh phổi.

## **4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Hội chứng chạm và tổn thương gân cơ chóp xoáy: thường liên quan đến yếu tố nghề nghiệp đòi hỏi động tác đưa tay lên quá đầu nhiều, lặp đi lặp lại. Ví dụ: vận động viên bóng rổ, bóng chuyền, bơi lội,...
- Tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật vùng vai
- Thứ phát sau liệt chi trên do tổn thương thần kinh ngoại biên hoặc trung ương
- Nhiều trường hợp không rõ nguyên nhân.

# **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

## **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Phối hợp điều trị nội khoa, các phương thức vật lý và các phương pháp tập luyện vận động.
- Mục tiêu: giảm đau, tăng tầm vận động khớp và cải thiện chức năng chi trên.

## **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

### **2.1. Các phương thức điều trị vật lý**

- Nhiệt nóng tại chỗ: parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm để giảm đau, giãn cơ, chống viêm và giảm xơ dính.
- Điện phân dẫn thuốc để giảm đau, chống viêm (Novocain, Salicilat...)
- Điện xung để giảm đau.

### **2.2. Vận động trị liệu**

- Kéo giãn và di động khớp nhằm làm tăng tầm vận động khớp.
- Tập chủ động với các dụng cụ: các bài tập với gậy, dây, thang tường, ròng rọc nhằm tăng tầm vận động khớp và tập mạnh các nhóm cơ vùng vai.
- Bài tập Codman đong đưa khớp vai: bài tập này giúp bệnh nhân giảm đau vai rất tốt, đồng thời làm cải thiện tình trạng giới hạn tầm vận động khớp vai.

### **2.3. Hoạt động trị liệu**

- Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay như

mặc áo quần, tắm rửa, chải tóc,...

### **3. Các điều trị khác**

#### **3.1. Nội khoa**

- Sử dụng các thuốc giảm đau thông thường theo bậc thang, thuốc kháng viêm nhóm non-steroid, đường uống hoặc tiêm bắp.
- Tiêm corticoid tại chỗ.

#### **3.2. Ngoại khoa**

- Chỉ định trong trường hợp có đứt gân cơ chóp xoay, thường gặp nhất là đứt gân cơ trên gai.
- Tạo hình mỏm cùng vai trong hội chứng chạm gậy ra bởi bất thường giải phẫu mỏm cùng vai.

### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Có chế độ sinh hoạt vận động hợp lý. Trong giai đoạn đau vai cấp tính cần phải để cho vai được nghỉ ngơi. Tránh lao động nặng và các động tác đưa tay lên quá đầu lặp đi lặp lại. Tăng cường dinh dưỡng, nâng cao sức đề kháng của cơ thể. Cần tái khám định kỳ để theo dõi và điều chỉnh chương trình tập vận động tại nhà cho phù hợp với từng giai đoạn của bệnh

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG CỔ VAI TAY

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng cổ vai tay là một khái niệm xuất phát bởi đau từ cột sống cổ lan xuống vai và lan tới một hoặc hai tay.
- Phần lớn các trường hợp là do chèn ép rễ thần kinh tủy sống ngay trong lỗ tiếp hợp hoặc ngoài lỗ tiếp hợp.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

- Vị trí đau, mức độ đau và hướng lan của đau
- Bệnh nhân thỉnh thoảng mới đau hay đau xuất hiện thường xuyên
- Đau có liên quan đến tư thế, vận động hay nghỉ ngơi của bệnh nhân không
- Đau có ảnh hưởng của đến công việc, sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân không

#### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Đau kiểu rễ cổ:
  - + Khởi phát: Thường cấp tính, có thể liên quan đến chấn thương.
  - + Vị trí đau: Thường xuất phát từ cổ gáy, lan xuống vùng liên bả cột sống rồi xuống vai, cánh tay và các ngón tay. Đau gây hạn chế các động tác vận động của cổ
  - + Tính chất đau: Thường đau sâu trong cơ xương, cảm giác nhức nhối khó chịu,
  - + Đau thường chiếm ưu thế ở gốc chi, kèm cảm giác tê bì và dị cảm ở đầu chi. Đau tăng khi vận động, ho, hắt hơi là dấu hiệu đặc trưng do chèn ép rễ. Đau thường giảm khi điều trị bằng thuốc giảm đau, điều này khác với đau do căn nguyên chèn ép khác.
- Rối loạn cảm giác kiểu rễ:
  - + Thường đi kèm với triệu chứng đau, bệnh nhân có cảm giác tê bì hoặc kiến bò ở khoanh da của rễ bị chèn ép. Vị trí rối loạn cảm giác có giá trị chẩn đoán định khu tốt khi xác định mức rễ bị tổn thương, ngón cái trong tổn thương rễ C6, ngón giữa trong tổn thương rễ C7, ngón út trong tổn thương rễ C8.
  - Rối loạn vận động: Yếu một số cơ chi trên, hiếm khi bị liệt hoàn toàn, hạn chế vận động do đau. Tổn thương C5 (yếu dạng vai), tổn thương C6 (yếu gấp khuỷu), tổn thương C7 (yếu duỗi khuỷu), tổn thương C8 (yếu gấp và dạng khép các ngón tay).
  - Rối loạn phản xạ: Rối loạn phản xạ gân xương là bằng chứng khách quan của chèn ép rễ thần kinh. Khi khám có thể thấy giảm hoặc mất phản xạ gân cơ nhị đầu trong tổn thương rễ C5, phản xạ trâm quay trong tổn thương rễ C6, phản xạ gân cơ tam đầu trong tổn thương rễ C7.

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chụp X quang cột sống cổ 4 tư thế: chụp thẳng, chụp nghiêng, chụp chéo 3/4 phải, trái.
- Chụp cắt lớp vi tính cột sống cổ
- Chụp cộng hưởng từ cột sống cổ.

### 2. Chẩn đoán xác định

- Dấu hiệu lâm sàng với tính chất đau rễ thần kinh
- Hình ảnh thoái hóa cột sống cổ trên phim chụp X quang



- Hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống cổ

### **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Hội chứng cơ thang trước: chèn ép cánh tay và động mạch dưới đòn hoặc sườn cổ.
- Hội chứng ống cổ tay: phần ngoại vi của dây thần kinh giữa bị chèn ép bởi dây chằng ngang cổ tay.
- Các bệnh thực thể của khớp vai, viêm quanh khớp vai.

### **4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Thoái hóa cột sống cổ
- + Biểu hiện đau rễ thần kinh tiến triển âm thầm, dai dẳng xu hướng nặng dần.
- + Chụp X Quang cột sống cổ sẽ thấy hình ảnh các gai xương, cầu xương, hẹp khe liên đốt, hẹp các lỗ tiếp hợp.
- + Trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống cổ sẽ thấy hình ảnh hẹp ống sống phối hợp thoát vị đĩa đệm một hoặc nhiều tầng, quá phát xương gây hẹp lỗ tiếp hợp, chèn ép rễ thần kinh, chèn ép tủy.
- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gây chèn ép rễ thần kinh đơn thuần.
- + Trường hợp này không có triệu chứng tổn thương tủy, thường thoát vị sau bên, lâm sàng thường là đau một bên, đau rễ đột ngột, thường là sau một gắng sức.
- + Chụp X Quang cột sống cổ thấy hình ảnh thoái hóa, có thể thấy hẹp khe liên đốt.
- + Trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống cổ sẽ thấy hình ảnh chèn ép rễ do thoát vị đĩa đệm.

## **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Nằm nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn cấp tính, đau nhiều.
- Tránh tư thế gây chèn ép thêm: tránh ngửa, nghiêng hoặc xoay đầu quá mức sang bên tổn thương. Nằm có kê gối vùng gáy trong trường hợp mất ưỡn sinh lý cột sống cổ.
- Kết hợp thuốc giảm đau và các phương thức vật lý trị liệu, phục hồi chức năng

### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

- Nhiệt trị liệu: Chiếu đèn hồng ngoại, đắp Parafin, tắm nước nóng, sóng ngắn
- Siêu âm trị liệu
- Điện trị liệu: Điện phân dẫn thuốc, các dòng điện xung, dòng giao thoa
- Xoa bóp vùng cổ vai tay
- Kéo giãn cột sống cổ bằng bàn kéo
- Thủy trị liệu: Tập vận động trong nước, tập bơi.
- Vận động trị liệu: Có tác dụng giảm đau, phục hồi tầm vận động của cột sống, tăng sức mạnh cơ
- + Các bài tập thụ động theo tầm vận động cột sống cổ
- + Các bài tập có kháng trở làm tăng sức mạnh cơ vùng cột sống cổ
- Hướng dẫn, tư vấn cho bệnh nhân giữ tư thế đúng trong lao động và sinh hoạt hàng ngày.

### **3. Các điều trị khác**

- Điều trị bằng thuốc chống viêm giảm đau không Steroid: Mobic, Celebrex, Diclofenac,

Felden, Brexin ...

+ Thuốc bôi ngoài da: Các loại gel như Voltaren Emugel, Profenid gel.

+ Các thuốc giãn cơ: Myonal, Mydocalm...

+ Vitamin nhóm B: liều cao có tác dụng giảm đau, chống viêm, chống thoái hóa thần kinh (Vitamin B1, Vitamin B6, Vitamin B12).

+ Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm: Viarthril S, Artrodar ...

+ Phong bế tại chỗ: Tiêm Novocain 2%, Lidocain 3% hoặc Corticoid vào các điểm đau cạnh sống.

- Điều trị bằng y học cổ truyền: Châm cứu, bấm huyệt

- Điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa không có kết quả, bệnh nhân có hẹp ống sống với các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng, ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động.

#### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau

Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

## I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống cổ là bệnh lý mạn tính tiến triển chậm, thường gặp ở người lớn tuổi hoặc liên quan đến tư thế vận động của cột sống cổ. Biểu hiện tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp đốt sống và thoái hóa đĩa đệm ở gian đốt sống. Có thể gặp hình ảnh thoái hóa ở toàn bộ bảy đốt sống nhưng hay gặp nhất ở đoạn C6 - C7

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

- Bệnh nhân có đau không?
- Đau tại chỗ hay đau lan lên đầu hoặc xuống vai?
- Đau khi vận động, khi ngủ...
- Có hạn chế vận động cột sống cổ, chóng mặt.
- Có cảm giác tê bì kiến bò ở vai gáy dọc cánh tay, rối loạn giấc ngủ.

#### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

\* Khám cột sống cổ:

- Hình dáng có thể bình thường hoặc biến đổi
- Cơ cạnh cột sống co cứng co rút, có điểm đau dọc hai bên cột sống, hai vai.
- Hạn chế vận động cột sống cổ?

\* Khám hội chứng rễ thần kinh cánh tay:

- Đau tăng khi hít hơi, khi ho.
- Cảm giác tê bì kiến bò dọc cánh tay.
- Yếu cơ hoặc teo cơ.

\* Khám hội chứng động mạch đốt sống:

- Nhức đầu vùng vùng chẩm, thái dương, trán, hố mắt
- Chóng mặt ù tai, hoa mắt, đau ở một điểm nhất định ở đầu.

\* Hội chứng tủy cổ:

- Dáng đi không vững, dị cảm chi trên hoặc nửa người, yếu hoặc liệt chi trên hoặc chi dưới.
- Rối loạn vận động chi trên hoặc chi dưới, teo cơ, yếu cơ.
- Rối loạn cơ tròn.

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- X-Quang cột sống cổ thường quy các tư thế thẳng, nghiêng, chéch  $\frac{3}{4}$  phải, trái: Các biểu hiện bất thường: Mất đường cong sinh lý, gai xương, mỏ xương, giảm chiều cao đốt sống đĩa đệm, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp
- Chụp cắt lớp vi tính: Có giá trị đánh giá rễ thần kinh, cấu trúc bên trong ống sống, những bất thường mà X-Quang thường không phát hiện được
- Chụp MRI: Có hình ảnh giảm chiều cao đĩa đệm, chất lượng đĩa đệm, vị trí đĩa đệm. Thay đổi xương dưới sụn

### 2. Chẩn đoán phân biệt

- Chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm
- Ung thư xương nguyên phát hoặc di căn, các bệnh lý tủy xương lành tính hoặc ác tính. U

nội tủy, u thần kinh...

- Bệnh lý của hệ động mạch nền.

### **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Giảm đau, giảm co rút cơ cứng cơ.
- Chống thoái hóa
- Phục hồi tầm vận động cột sống cổ
- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày
- Phục hồi cơ, thần kinh vùng cánh tay.

#### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

**2.1. Điều trị bằng nhiệt vùng vai gáy:** Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại, đắp paraffin hoặc bùn khoáng, từ trường nhiệt

**2.2. Điện phân dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natrisalicylat 3%**

**2.3. Siêu âm hoặc siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau**

**2.4. Kéo giãn cột sống cổ**

**2.5. Tập luyện** các bài tập theo tầm vận động cột sống cổ, vai tay. Điều chỉnh tư thế cột sống cổ khi làm việc, trong sinh hoạt để tránh gập hoặc quá ưỡn kéo dài. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị

#### **3. Các điều trị hỗ trợ khác**

##### **3.1. Thuốc**

- Dòng Acetaminophen (paracetamol) 500mg X 4 viên/ngày. Có thể kết hợp với codeine (Efferalgan codeine) hoặc tramadon (Ultracet) tuy nhiên chỉ nên dùng ngắn ngày
- Dòng chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cần trọng khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, tim mạch hoặc suy thận mạn. Có thể dùng đường uống hay đường bôi ngoài da.
- Dòng chống thoái hóa sụn khớp (Glucosamine sunfate) 1500mg/ngày uống kéo dài
- Dòng thuốc giãn cơ: Myonal viên 50mg hoặc Mydocalm 150 mg X 3 viên ngày chia 3 lần.

**3.2. Điều chỉnh chế độ ăn** hợp lý, giữ ấm vùng cổ vai gáy nhất là vào mùa đông. Nghỉ ngơi tránh tư thế vận động đột ngột đối với cột sống cổ

### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, vận động cột sống cổ, các bài tập vận động cột sống cổ, các hoạt động thực hiện chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Các xét nghiệm cơ bản như công thức máu, máu lắng, sinh hóa máu...X-Quang cột sống cổ, đo mật độ xương.

- Tái khám 1 tháng/lần sau đợt điều trị đau cấp, sau đó 3 tháng/lần

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (TVĐĐCSC) xảy ra khi khối nhân nhầy thoát ra khỏi bao xơ và gây chèn ép lên rễ dây thần kinh hoặc tủy cổ có thể gây đau lan tỏa dọc theo đường đi của dây thần kinh đến cánh tay, bàn ngón tay thậm chí gây ra liệt.
- Bệnh hay gặp ở người trên 40 tuổi. Cột sống cổ có 7 đốt sống, giữa 2 đốt sống từ C2-C7 có các đĩa đệm gian đốt, mỏng ở phía sau, dày ở phía trước, được cấu tạo bởi các vòng collagen, mâm sụn, và nhân nhầy có chiều cao 3mm bằng 2/3 chiều cao thân đốt.
- Thần kinh và mạch máu của đĩa đệm rất nghèo nàn vì vậy nên quá trình lão hóa xảy ra sớm.
- Cơ chế bệnh sinh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ do:
  - + Thoái hóa sinh học theo tuổi, lão hóa, do đĩa đệm phải chịu áp lực trọng tải của đầu.
  - + Thoái hóa bệnh lý do yếu tố bệnh lý, cơ học, miễn dịch, chuyển hóa, di truyền.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

- Thời gian mắc bệnh, tuổi mắc, tính chất đột ngột hay từ từ.
- Kiểu đau có tính chất lan tỏa theo thần kinh không, có yếu cơ cánh tay tê buốt dọc cánh tay, có hạn chế vận động không.
- Có triệu chứng thuộc trục thần kinh không, nhức đầu, đau cổ gáy, rối loạn cảm giác, khó nuốt...
- Tiền sử của bệnh, tiền sử chấn thương...

#### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khởi phát là đau mỏi, hạn chế vận động, thường đau sau khi ngủ dậy. Tính chất đau từ từ, tùy thuộc vị trí của thoát vị đĩa đệm. Triệu chứng đơn lẻ hoặc thành hội chứng.
- Hội chứng cột sống cổ: gặp ở tất cả các trường hợp có TVĐĐCSC.
  - + Đau và co cứng cơ vùng cạnh sống cổ cấp hoặc mạn, tăng lên ở tư thế cổ thẳng hay cúi lâu, mệt mỏi, hạn chế vận động, có điểm đau CSC.
  - + Đau khu trú tại vùng gáy lan lên hay xuống. Đau rất bỏng, đau nông, đau sâu trong cơ vai gáy. Đau tăng khi vận động, hạn chế gập, duỗi nghiêng và xoay.
  - Hội chứng rễ thần kinh cổ:
    - + Đau kiểu rễ, đau một bên hoặc hai bên, đau lan ra cổ gáy vai tay phải hoặc trái.
    - + Đau tăng với các tư thế có gắng sức.
    - + Có cảm giác tê bì ở vùng rễ thần kinh ở bàn và ngón tay.
  - Hội chứng động mạch đốt sống: Nhức đầu vùng chẩm, thái dương, trán và hai hố mắt, kèm theo chóng mặt ù tai, mờ mắt, nuốt khó, đau tai, lan ra sau tai, đau ở một tư thế nhất định của đầu.
  - Hội chứng chèn ép tủy: Dáng đi không vững, dị cảm và teo cơ ngón chi trên, yếu chi dưới, yếu hoặc liệt chi trên hoặc chi dưới. Rối loạn vận động chi trên, dưới và rối loạn cơ tròn, sinh dục; tăng phản xạ gân xương...
- Biểu hiện khác: dễ cáu, thay đổi tính tình, rối loạn giấc ngủ...

### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQuang cột sống cổ thường quy các tư thế, thẳng nghiêng, chéch ¾ có mất đường cong sinh lý, gai xương thân đốt, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp...
- Chụp cắt lớp vi tính giúp đánh giá rễ thần kinh, cấu trúc bên trong ống sống.
- Chụp MRI có dấu hiệu giảm chiều cao đĩa đệm, thay đổi xương dưới sụn, các mức độ và vị trí thoát vị đĩa đệm...

### 2. Chẩn đoán phân biệt

- Các chấn thương vùng cột sống cổ gây tổn thương xương và đĩa đệm.
- Ung thư xương hoặc di căn, các bệnh lý tủy xương lành hoặc ác tính, u nội tủy, u thần kinh.
- Bệnh thoái hóa cột sống cổ,
- Viêm quanh khớp vai,
- Bệnh xơ cứng rải rác,
- Các bệnh thần kinh ngoại biên.

### 3. Chẩn đoán nguyên nhân

Quá trình lão hóa của tổ chức sụn, tế bào và tổ chức khớp và quanh khớp và tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp.

Ở người trẻ tuổi do sai tư thế, do chấn thương cột sống. Ở người có tuổi do thoái hóa xơ hóa sụn đầu xương, các dây chằng...

## III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Chẩn đoán sớm, và điều trị kịp thời.
- Điều trị kết hợp nội khoa, phục hồi chức năng các bài tập thích hợp, kéo giãn và vật lý trị liệu giảm đau giãn cơ thư giãn, an thần nếu cần thiết.
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu ép tủy để điều trị ngoại khoa kịp thời.
- Áp dụng liệu pháp giảm đau theo hướng dẫn của WHO (Tổ chức Y tế Thế giới).

### 2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Bệnh nhân nằm giường đệm cứng có gối mỏng, hạn chế vận động quay gập quá ngưỡng, đeo nẹp cổ cố định, nghỉ ngơi tránh thay đổi tư thế đột ngột, giữ tư thế đúng.

- Trong giai đoạn cấp:

+ Nghỉ ngơi nằm giường cứng,

+ Dùng biện pháp nhiệt thích hợp: Chườm nóng (parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm); chườm lạnh (chườm đá...)

+ Áp dụng các bài tập tại giường cơ cơ đẳng trương, nhẹ nhàng.

- Sau giai đoạn cấp có điều trị vật lý kết hợp với kéo giãn đốt sống cổ.

+ Điều trị kéo giãn cột sống cổ bằng máy tư thế nằm hay ngồi.

+ Các bài tập vận động cơ cơ đẳng trương kết hợp với tập thở.

### 3 Các điều trị khác

#### 3.1. Thuốc

- Nhóm thuốc giảm đau: Acetaminophen đơn thuần hay có codein... hoặc giảm đau chống viêm không steroid liều thấp kinh điển (diclofenac, naproxen...) hoặc các thuốc ức chế chọn lọc COX2 (cercocoxib...) tuy nhiên thận trọng với các bệnh nhân cao tuổi, có bệnh dạ dày,

tim mạch... Có thể dùng đường uống hay tiêm, bôi ngoài da.

- Thuốc giảm đau thần kinh
- Thuốc giãn cơ: Mydocalm, Myonal...
- Thuốc bảo vệ sụn khớp: Glucosamin sulfate 1500mg/ngày đơn độc hoặc phối hợp chondroitin.
- Thuốc vitamin nhóm B

### **3.2. Đeo đai cổ cứng hoặc mềm**

### **3.3. Phẫu thuật**

Chỉ áp dụng cho các trường hợp điều trị nội khoa tích cực kết hợp PHCN không có kết quả, có ép tủy ép rễ thần kinh hoặc trượt đốt sống độ 3-4.

Ứng dụng các phương pháp vật lý trị liệu PHCN sau mổ kết hợp với các thuốc giảm đau chống viêm.

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Tái khám sau 1 tháng.

Tránh lao động nặng sai tư thế.

Kiểm tra các xét nghiệm cơ bản, công thức máu, máu lắng, sinh hóa máu...

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỖN THƯƠNG TỦY SỐNG CỔ

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương tủy cổ gây tình trạng liệt hoặc giảm vận động tứ chi kèm rối loạn cảm giác, hô hấp, bàng quang, đường ruột, dinh dưỡng...

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh: chú ý khai thác

- Ngày bị tổn thương, ngày vào khoa cấp cứu, tổng số ngày đã nằm viện.
- Cách khởi đầu: đột ngột hay từ từ
- Tiền sử chấn thương cột sống
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: đau lưng, sốt, tê rát, giảm cảm giác, chuột rút cơ...
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: rối loạn đại tiểu tiện, teo cơ, loét, liệt dương (đàn ông)...
- Tiền sử bệnh: mụn nhọt làm mủ trên da, lao phổi, hạch, ung thư....

#### 1.2. Khám lâm sàng

- Khám toàn thân:
- + Chú ý biến dạng gù vẹo cột sống, các điểm đau khu trú đốt sống
- + Tình trạng vết mổ cố định cột sống (nếu có)
- Khám thần kinh
- + Vận động
- + Cảm giác: cảm giác nông (đặc biệt là cảm giác sờ nông và cảm giác châm chích) và cảm giác sâu
- + Cơ tròn: Tình trạng rối loạn đại tiểu tiện..
- + Dinh dưỡng: loét do đè ép, teo cơ...
- + Thần kinh thực vật: đau đầu, tăng huyết áp, ra mồ hôi...
- Phân loại tổn thương tủy sống dựa theo phân loại tổn thương tủy sống của Hiệp hội tổn thương tủy sống Hoa kỳ (ASIA)
- Lượng giá:
- + Tình trạng đau: dựa trên thang điểm đau (Analogical visual pain scale)
- + Tình trạng co cứng: dựa trên thang điểm Ashworth (Ashworth scale).
- + Tình trạng thăng bằng: sét thăng bằng Boubée
- + Tình trạng di chuyển: Điểm WISCI

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm máu: công thức máu, CRP, sinh hóa máu, điện giải đồ cấy máu (nếu sốt)
- Xét nghiệm dịch não tủy
- + Sinh hóa
- + Tế bào
- + Soi, cấy, PCR
- Chụp Xquang cột sống thường quy
- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống



- Chụp cản quang bao rãnh thần kinh
- Đo niệu động học (Urodynamic)
- XQuang phổi, đo chức năng hô hấp, khí máu (trong trường hợp liệt tứ chi)
- Các xét nghiệm khác: Điện tâm đồ, siêu âm tim...

## **2. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

- + Phân loại tổn thương thần kinh theo ASIA
- + Chẩn đoán mức tổn thương: Dựa vào mức rối loạn cảm giác và các cơ chủ yếu theo ASIA

## **3. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Do chấn thương: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao, do hành hung, vết thương hỏa khí, dao đâm, tự tử...
- Do các bệnh của tủy sống: Viêm tủy cắt ngang, xơ tủy rải rác, u tủy sống
- Các biến dạng của tư thế cột sống: vẹo cột sống, gù, thoát vị đĩa đệm cột sống, lao cột sống...
- Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tủy

## **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Điều trị theo nguyên nhân
- Phục hồi chức năng: Tiến hành sớm, kiên trì và phối hợp nhóm (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, chỉnh hình, tâm lý trị liệu...)

### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng:**

#### **Giai đoạn đầu - Điều trị cấp tính:**

- Điều trị tình trạng cấp tính đe dọa tính mạng bệnh nhân như choáng tủy, mất máu...
- Điều trị theo nguyên nhân: chấn thương, ép tủy, viêm, lao...
- Phòng ngừa và chăm sóc loét da do đè ép
- Nuôi dưỡng và chăm sóc đường tiêu hóa
- Chăm sóc đường tiết niệu
- Chăm sóc đường hô hấp:
- + Dẫn lưu tư thế và kết hợp vỗ rung để giải thoát đờm rãi.
- + Hướng dẫn tập thở.
- + Tập ho có hiệu quả
- Đề phòng nghẽn mạch, huyết khối do nằm lâu bằng tăng cường vận động và thuốc chống đông.
- Đặt tư thế đúng và tập thụ động để ngăn ngừa các thương tật thứ cấp: co rút, teo cơ, cứng khớp, biến dạng...

#### **Giai đoạn Phục hồi chức năng:**

- Phòng ngừa loét do đè ép
- + Vệ sinh da, giữ da luôn khô sạch
- + Kiểm tra để phát hiện vùng da có nguy cơ loét.
- + Lăn trở
- + Xoa bóp
- Chăm sóc vết loét: Thay băng, cắt lọc, rửa vết loét, tử ngoại trị liệu...

- Phục hồi chức năng đường tiết niệu:

+ Theo dõi nước tiểu hàng ngày: số lượng, màu sắc...

+ Đo lượng nước tiểu tồn dư

+ Uống đủ nước (>2 lít/ngày)

+ Đặt thông tiểu ngắt quãng (nếu chức năng bàn tay còn tốt hoặc có người nhà đặt giúp)

+ Đặt thông tiểu lưu hoặc thông tiểu trên xương mu

+ Các bài tập kiểm soát tiểu tiện

- Phục hồi chức năng đường ruột:

+ Chế độ ăn đủ nước, nhiều chất xơ

+ Chương trình tập ruột

+ Các kỹ thuật kích thích hậu môn

+ Xoa bóp theo khung đại tràng

+ Thụt tháo khi có táo bón

+ Các bài tập kiểm soát đại tiện

- Vận động trị liệu: Dựa vào mức tổn thương

#### **Mức tổn thương C4:**

+ Tập cơ mặt: cử động cằm, diễn tả nét mặt, cử động của má, cung mày bằng gương, tập cử động của vai.

+ Tập trung vận động cơ quanh mồm, cử động của lưỡi (dùng ống hút)

+ Duy trì tâm vận động các khớp bằng sử dụng các bài tập thụ động và hướng dẫn người nhà tập 2 lần/ngày

+ Tập đứng bàn nghiêng để phòng hạ huyết áp tư thế kèm sử dụng đai bụng.

+ Tập hô hấp: Bài tập thở cơ hô hấp trên chủ động, phản xạ ho kích thích, tập bằng khí dung kế, tập thở áp lực dương.

#### **Mức tổn thương C4-C6:**

Bệnh nhân có thể tập dựa trên bài tập của mức tổn thương C4 và có thể tập trung thêm vào các kỹ năng liên quan tới chi trên:

+ Tập đứng bàn nghiêng tăng tiến và ngồi dậy để chuẩn bị sử dụng xe lăn.

+ Tập hô hấp: Bài tập thở chủ động và kích thích cơ hoành, tập bằng khí dung kế có phản hồi, tập thở áp lực dương nếu bệnh nhân mệt.

+ Tập chủ động có trợ giúp dạng khớp vai và gấp khuỷu (C5)

+ Tập chủ động có trợ giúp duỗi cổ tay nắm bàn tay thụ động (C6).

+ Duy trì tâm vận động khớp vai và tránh sử dụng khớp vai quá mức: bán trật khớp vai ở tư thế đứng

+ Băng bàn tay (bàn tay boxing) để tránh bàn tay bị quá duỗi các ngón tay.

+ Chương trình phòng chống loét khi ngồi xe lăn

+ Hướng dẫn người nhà dịch chuyển bệnh nhân đúng cách từ giường sang xe lăn.

+ Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng các dụng cụ trợ giúp cho chi trên.

#### **Mức tổn thương C7- T1:**

Bệnh nhân tổn thương từ C7 trở xuống là những bệnh nhân độc lập trong sinh hoạt hàng ngày ở cuối giai đoạn phục hồi chức năng. Chương trình tập luyện gồm:

- + Di chuyển từ các độ cao và khoảng cách khác nhau.
- + Độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.
- + Hướng dẫn bệnh nhân tự luyện tập các bài tập theo tầm vận động.
- + Tập theo chương trình tập mạnh cơ và tăng khối lượng cơ chi trên.
- + Tập xe lăn với khoảng cách xa.
- + Sử dụng khung tập đi để kiểm soát thăng bằng và chương lực cơ.
- + Ngăn ngừa ngã khi sử dụng xe lăn.
- + Định hướng tập môn thể thao trên xe lăn, bài tập sức bền.
- + Lựa chọn phương tiện di chuyển: xe ba bánh, phương tiện di chuyển thích nghi.

### **2.3. Giai đoạn tái hòa nhập cộng đồng**

Đây là giai đoạn bệnh nhân quay trở lại với cộng đồng.

- Bằng mọi cách phải tạo cho họ một môi trường thích nghi với gia đình nói riêng và với cộng đồng nói chung.
- Tạo thuận lợi cho việc di chuyển bằng xe lăn: đường bằng phẳng, qua mương rãnh có cầu an toàn, nhà cao tầng có giá đỡ cầu thang, xây thanh song song quanh nhà. Chiều cao giường phù hợp với xe lăn, các vật xung quanh nhà vừa tầm với nhà bếp, nhà vệ sinh bố trí phù hợp với xe lăn.
- Tư vấn tạo điều kiện cho bệnh nhân tham gia lao động để có thu nhập nuôi sống bản thân, gia đình và hướng nghiệp.

### **3. Các điều trị hỗ trợ khác**

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, uống đủ nước (2 lít/ngày)
- Thuốc chống đông phòng biến chứng tắc mạch
- Kháng sinh: khi có nhiễm trùng
- Thuốc nhuận tràng
- Thuốc điều trị rối loạn bàng quang
- Thuốc giảm đau
- Thuốc giãn cơ
- Thuốc chống trầm cảm
- Vitamin và tăng lực

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Các chỉ số cần theo dõi
- + Các dấu hiệu thần kinh: lực cơ, vận động, cảm giác
- + Các chức năng di chuyển và sinh hoạt hàng ngày
- + Chức năng đường tiết niệu
- + Các biến chứng hô hấp, tim mạch, cơ xương khớp...
- Thời gian tái khám: Định kỳ 3 - 6 tháng/lần

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỶ THƯƠNG TỦY SỐNG LƯNG - THẮT LƯNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương tủy sống lưng hoặc thắt lưng gây nên tình trạng liệt hoặc giảm vận động hai chi dưới kèm rối loạn cảm giác, hô hấp, bàng quang, đường ruột, dinh dưỡng...

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh: chú ý khai thác

- Ngày bị tổn thương, ngày vào khoa cấp cứu, tổng số ngày đã nằm viện.
- Cách khởi đầu: đột ngột hay từ từ
- Tiền sử chấn thương cột sống, các tổn thương phối hợp.
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: đau lưng, sốt, tê rát, giảm cảm giác, chuột rút cơ...
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: rối loạn đại tiểu tiện, teo cơ, loét, liệt dương (đàn ông)...
- Tiền sử bệnh: mụn nhọt làm mủ trên da, lao phổi, hạch, ung thư....

#### 1.2. Khám lâm sàng

- Khám toàn thân:
- + Chú ý biến dạng gù vẹo cột sống, các điểm đau khu trú đốt sống
- + Tình trạng vết mổ cố định cột sống (nếu có)
- Khám thần kinh
- + Vận động:
- + Cảm giác: cảm giác nông (đặc biệt là cảm giác sờ nông và cảm giác châm chích) và cảm giác sâu
- + Cơ tròn: Tình trạng rối loạn đại tiểu tiện..
- + Dinh dưỡng: loét do đè ép, teo cơ...
- + Thần kinh thực vật: đau đầu, tăng huyết áp, ra mồ hôi...
- Phân loại tổn thương tủy sống dựa theo phân loại tổn thương tủy sống của Hiệp hội tổn thương tủy sống Hoa Kỳ (ASIA)
- Lượng giá:
- + Tình trạng đau: dựa trên thang điểm đau (Analogical visual pain scale)
- + Tình trạng co cứng: dựa trên thang điểm Ashworth (Ashworth scale).
- + Tình trạng thăng bằng: sét thăng bằng Boubée
- + Tình trạng di chuyển: Điểm WISCI

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm máu: công thức máu, CRP, sinh hóa máu, điện giải đồ cấy máu (nếu sốt)
- Xét nghiệm dịch não tủy
- + Sinh hóa
- + Tế bào
- + Soi, cấy, PCR
- Chụp Xquang cột sống thường quy
- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống

- Chụp cản quang bao rãnh thần kinh
- Đo niệu động học (Urodynamic)
- XQuang phổi, đo chức năng hô hấp, khí máu (trong trường hợp liệt tứ chi)
- Các xét nghiệm khác: Điện tâm đồ, siêu âm tim...

## **2. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

- Phân loại tổn thương thần kinh theo ASIA
- Chẩn đoán mức tổn thương: Dựa vào mức rối loạn cảm giác và các cơ chủ yếu theo ASIA

## **3. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Do chấn thương: Tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao, do hành hung, vết thương hỏa khí, dao đâm, tự tử...
- Do các bệnh của tủy sống: Viêm tủy cắt ngang, xơ tủy rải rác, u tủy sống.
- Các biến dạng của tư thế cột sống: vẹo cột sống, gù, thoát vị đĩa đệm cột sống, lao cột sống...

- Bệnh mạch máu hay huyết khối mạch tủy

## **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Điều trị theo nguyên nhân
- Phục hồi chức năng: Tiến hành sớm, kiên trì và phối hợp nhóm (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, chỉnh hình, tâm lý trị liệu...)

### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

#### **2.1. Giai đoạn đầu - Điều trị cấp tính**

- Điều trị tình trạng cấp tính đe dọa tính mạng bệnh nhân như choáng tủy, mất máu...
- Điều trị theo nguyên nhân: chấn thương, ép tủy, viêm, lao...
- Phòng ngừa và chăm sóc loét da do đè ép
- Nuôi dưỡng và chăm sóc đường tiêu hóa
- Chăm sóc đường tiết niệu
- Chăm sóc đường hô hấp:
  - + Dẫn lưu tư thế và kết hợp vỗ rung để giải thoát đờm rãi.
  - + Hướng dẫn tập thở.
  - + Tập ho có hiệu quả
- Đề phòng nghẽn mạch, huyết khối do nằm lâu bằng tăng cường vận động và thuốc chống đông.
- Đặt tư thế đúng và tập thụ động để ngăn ngừa các thương tật thứ cấp: co rút, teo cơ, cứng khớp, biến dạng...

#### **2.2. Giai đoạn Phục hồi chức năng**

- Phòng ngừa loét do đè ép
  - + Vệ sinh da, giữ da luôn khô sạch
  - + Kiểm tra để phát hiện vùng da có nguy cơ loét.
  - + Lăn trở
  - + Xoa bóp
- Chăm sóc vết loét: Thay băng, cắt lọc, rửa vết loét, tử ngoại trị liệu...

- Phục hồi chức năng đường tiết niệu:
- + Theo dõi nước tiểu hàng ngày: số lượng, màu sắc...
- + Đo lượng nước tiểu tồn dư
- + Uống đủ nước (2 lít/ngày)
- + Đặt thông tiểu ngắt quãng
- + Đặt thông tiểu lưu
- + Các bài tập kiểm soát tiểu tiện
- Phục hồi chức năng đường ruột:
- + Chế độ ăn đủ nước, nhiều chất xơ
- + Chương trình tập ruột
- + Các kỹ thuật kích thích hậu môn
- + Xoa bóp
- + Thụt tháo
- + Các bài tập kiểm soát đại tiện
- Vận động trị liệu: Tùy theo mức tổn thương tùy sống
- \* Mức tổn thương T2 - T9:**
- + Di chuyển từ các độ cao và khoảng cách khác nhau.
- + Độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.
- + Hướng dẫn bệnh nhân tự luyện tập các bài tập theo tầm vận động.
- + Tập theo chương trình tập mạnh cơ và tăng khối lượng cơ chi trên.
- + Tập xe lăn với khoảng cách xa.
- + Sử dụng khung tập đi để kiểm soát thăng bằng và chương lực cơ.
- + Ngăn ngừa ngã khi sử dụng xe lăn.
- + Định hướng tập môn thể thao trên xe lăn, bài tập sức bền.
- + Lựa chọn phương tiện di chuyển: xe ba bánh, phương tiện di chuyển thích nghi.
- \* Mức tổn thương T10 - L1:**
- Tập dáng đi với nẹp trên gối KAFO, nạng, thanh song song.
- Sử dụng khung tập đi để kiểm soát thăng bằng và chương lực cơ.
- \* Mức tổn thương L2 - S5:**
- + Tập dáng đi với nẹp dưới gối AFO, nạng khuỷu khi đi khoảng cách xa.
- Hoạt động trị liệu:
- + Các bài tập chức năng sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo...
- + Các bài tập di chuyển: Từ giường, ra ghế, xe lăn, nhà vệ sinh... và ngược lại
- + Tập sử dụng xe lăn
- Dụng cụ chỉnh hình: máng nẹp trên gối, nẹp dưới gối...
- Dụng cụ trợ giúp đi lại: nạng, gậy, khung tập đi, thanh song song, xe lăn...
- Tư vấn-tâm lý trị liệu
- + Tình dục, hôn nhân
- + Hướng nghiệp
- + Nhà cửa thích ứng

### **2.3. Giai đoạn tái hòa nhập cộng đồng**

- Bằng mọi cách phải tạo cho họ một môi trường thích nghi với gia đình nói riêng và với cộng đồng nói chung.
- Tạo thuận lợi cho việc di chuyển bằng xe lăn: đường bằng phẳng, qua mương rãnh có cầu an toàn, nhà cao tầng có giá đỡ cầu thang, xây thanh song song quanh nhà. Chiều cao giường phù hợp với xe lăn, các vật xung quanh nhà vừa tầm với nhà bếp, nhà vệ sinh bố trí phù hợp với xe lăn.
- Tư vấn tạo điều kiện cho bệnh nhân tham gia lao động để có thu nhập nuôi sống bản thân, gia đình và hướng nghiệp.

### **3. Các điều trị hỗ trợ khác**

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng, uống đủ nước (2 lít/ngày)
- Thuốc chống đông phòng biến chứng tắc mạch
- Kháng sinh: khi có nhiễm trùng
- Thuốc nhuận tràng
- Thuốc điều trị rối loạn bàng quang
- Thuốc giảm đau
- Thuốc giãn cơ
- Thuốc chống trầm cảm
- Vitamin và tăng lực

### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Các chỉ số cần theo dõi
- + Các dấu hiệu thần kinh: lực cơ, vận động, cảm giác
- + Các chức năng di chuyển, đi lại và sinh hoạt hàng ngày
- + Chức năng đường tiết niệu
- + Các biến chứng hô hấp, tim mạch, cơ xương khớp...
- Thời gian tái khám: Định kỳ 3 - 6 tháng/lần

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LUNG - CÙNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống thắt lưng là bệnh lý mạn tính tiến triển từ từ, tăng dần gây đau, biến dạng và hạn chế tầm vận động cột sống mà không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp đốt sống và thoái hóa đĩa đệm ở gian đốt sống phối hợp với thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

Đau vùng thắt lưng: Đau âm ỉ có tính chất cơ học (đau tăng lên khi vận động và giảm khi nằm nghỉ). Có dấu hiệu cứng lưng buổi sáng mới ngủ dậy.

#### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

Không có biểu hiện các triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút

Tư thế cột sống thắt lưng có thể biến dạng, gù vẹo...

Co rút cơ cứng cơ cạnh cột sống.

Tầm vận động cột sống thắt lưng giảm, nghiệm pháp tay đất bị hạn chế.

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQuang cột sống thắt lưng thường quy tư thế thẳng, nghiêng: Biểu hiện mất đường cong sinh lý, gai xương, mỏ xương, giảm chiều cao đốt sống đĩa đệm, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp. Trường hợp trượt đốt sống có chỉ định chụp chéo ¾ phải, trái nhằm phát hiện dấu hiệu “gãy cổ chó”.

- Xét nghiệm tế bào ngoại vi và sinh hóa bình thường

- Chụp cắt lớp vi tính và MRI: Được chỉ định trong trường hợp thoát vị đĩa đệm.

### 2. Chẩn đoán phân biệt

Trong trường hợp đau cột sống có dấu hiệu viêm (sốt, thiếu máu, sút cân, có hạch ngoại vi) cần phân biệt với các bệnh sau:

- Bệnh lý viêm cột sống huyết thanh âm tính (Viêm cột sống dính khớp): Nam giới, trẻ tuổi, đau và hạn chế vận động cột sống thắt lưng cùng. XQuang viêm khớp cùng chậu, máu lắng tăng cao

- Viêm đốt sống đĩa đệm do nhiễm trùng hoặc do lao: Có các đặc điểm của viêm do nhiễm trùng. Đau liên tục, kèm theo dấu hiệu toàn thân. XQuang có diện khớp hẹp, bờ khớp không đều. MRI có hình ảnh viêm đĩa đệm đốt sống. Xét nghiệm tình trạng viêm dương tính.

- Ung thư xương nguyên phát hoặc di căn: Đau mức độ nặng, kiểu viêm kèm theo dấu hiệu toàn thân. XQuang có hình ảnh hủy xương hoặc đặc xương. MRI và xạ hình xương có giá trị cao trong chẩn đoán.

## III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Giảm đau, giảm co rút cơ cứng cơ.

- Chống thoái hóa

- Phục hồi tầm vận động cột sống thắt lưng

- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày



- Trong trường hợp có chèn ép rễ sau điều trị tích cực nội khoa, phục hồi chức năng không đỡ nên xem xét chỉ định ngoại khoa.

## **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

**2.1. Điều trị bằng nhiệt vùng thắt lưng:** Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau: Hồng ngoại. Đắp paraffin hoặc bùn khoáng. Tủ trường nhiệt.

**2.2. Điện phân dẫn thuốc** chống viêm giảm đau như Natrisalicylat 3% đặt tại vùng cột sống thắt lưng.

**2.3. Siêu âm** hoặc siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau dòng xung liều dọc vùng cơ hai bên cạnh cột sống.

**2.4. Kéo giãn cột sống thắt lưng** ngắt quãng hoặc liên tục.

**2.5. Tập luyện** các bài tập theo tâm vận động cột sống thắt lưng. Điều chỉnh tư thế cột sống khi làm việc, trong sinh hoạt. Các bài tập được thực hiện khi đang điều trị và sau điều trị

## **3. Các điều trị khác**

### **3.1. Thuốc**

3.1.1. Dòng Acetaminophen (paracetamol) 500mg X 4 viên/ngày. Có thể kết hợp với codeine (Efferalgan codeine) hoặc tramadon (Ultracet) tuy nhiên chỉ nên dùng ngắn ngày

3.1.2. Dòng chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cảnh trọng khi dùng cho bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa, tim mạch hoặc suy thận mạn. Có thể dùng đường uống hay đường bôi ngoài da.

3.1.3. Thuốc giảm đau thần kinh (Gabapentin, pregabalin,): Dùng trong các trường hợp đau lan theo dây thần kinh

3.1.4. Thuốc chống thoái hóa sụn khớp (Glucosamine sunfate) 1500mg/ngày uống dài ngày.

3.1.5. Thuốc giãn cơ: Myonal viên 50mg hoặc Myocalm 150 mg X 3 viên ngày chia 3 lần (tính theo kg cân nặng cơ thể).

3.1.6. Tiêm corticoid tại chỗ: Tiêm cạnh cột sống hay khớp liêm mấu dưới chỉ dẫn của XQuang màn tăng sáng. Tiêm ngoài màng cứng Hydrocorticoid acetat trong trường hợp đau thần kinh tọa.

**3.2. Dinh dưỡng:** Điều chỉnh chế độ ăn hợp lý, giữ ấm vùng thắt lưng nhất là vào mùa đông. Nghỉ ngơi tránh tư thế vận động đột ngột đối với cột sống

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, vận động cột sống, thực hiện các bài tập đã hướng dẫn, các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Các xét nghiệm cơ bản như công thức máu, máu lắng, sinh hóa máu....XQuang cột sống thắt lưng, đo mật độ xương.

- Tái khám 1 tháng/lần sau đợt điều trị đau cấp, sau đó 3 tháng/lần

## **PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU THẮT LƯNG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Đau thắt lưng là hội chứng đau khu trú trong khoảng từ ngang mức đốt sống L1 đến nếp lằn mông. Đây là một tình trạng bệnh lý thường gặp nhất trong thực hành lâm sàng, ước tính khoảng 80% người trưởng thành có đau thắt lưng. 50% bệnh nhân có thể khỏi đau trong vòng 2 tuần, nhưng có thể tái phát nhiều lần sau đó và từ 10 - 30% trong những người này chuyển thành đau thắt lưng mạn tính.

### **II. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Các công việc của chẩn đoán**

##### **1.1. Hỏi bệnh**

- Tiền sử chấn thương hoặc các bệnh nội khoa khác trong tiền sử hoặc hiện tại.
- Đặc điểm của đau: hoàn cảnh xuất hiện và diễn biến của đau (đau từ từ hay đột ngột), vị trí đau, hướng lan, tính chất đau (đau dữ dội, đau như điện giật hoặc cảm giác đau như buốt, đau âm ỉ...), các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ đau (động tác cúi, nghiêng, ho hắt hơi hoặc giảm đau khi nghỉ, tư thế làm giảm triệu chứng đau), các triệu chứng phối hợp khác (triệu chứng toàn thân, mệt mỏi, gầy sút cân, cảm giác tê bì, hoặc mất cảm giác, rối loạn cơ tròn, liệt vận động ...).
- Kết quả điều trị trước đó như thế nào.
- Ảnh hưởng của đau đến trạng thái tinh thần cảm xúc, tâm lý và các hoạt động sinh hoạt của bệnh nhân.

##### **1.2. Khám và lượng giá chức năng**

Việc thăm khám lượng giá chức năng chỉ tiến hành khi đã có một bệnh sử toàn diện qua hỏi bệnh như trên. Trong trường hợp nghi ngờ bệnh lý toàn thân khác cần khám đầy đủ các cơ quan hô hấp, tim mạch, tiết niệu...

Thăm khám tại chỗ :

- Quan sát sự cân đối về hình dáng, tư thế, dáng đi của người bệnh, phát hiện các biến dạng cột sống, tư thế chống đau. Vị trí cân bằng của khung chậu qua xác định vị trí gai chậu trước trên, gai chậu sau trên, chiều dài hai chân.
- Biên độ hoạt động của cột sống: tất cả các cử động gập - duỗi - nghiêng sang bên nên được đo bằng thước dây hoặc thước đo độ, nghiệm pháp Schober, Stibor, nghiệm pháp tay - đất.
- Sờ nắn các cơ cạnh sống, cơ ụ ngồi, phát hiện các dấu hiệu co cứng cơ. Vuốt dọc các gai sau đốt sống phát hiện biến dạng cột sống (mất đường cong sinh lý, gù, vẹo hoặc uốn quá mức), tìm các các điểm đau chói tại thân đốt, khe đĩa đệm hoặc điểm đau cạnh sống.
- Thăm khám khớp háng và khớp cùng chậu: đo tầm vận động khớp háng ở các tư thế gập, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài, dấu hiệu Patrick, nghiệm pháp ép và dẫn cánh chậu.

Thăm khám về thần kinh khi nghi ngờ có tổn thương tủy hoặc rễ dây thần kinh

- Các nghiệm pháp căng rễ - dây thần kinh khi nghi ngờ có tổn thương dây thần kinh hông to: Dấu hiệu Lasègue và hệ thống điểm đau Wallex, dấu hiệu giật dây chuông (ấn vào khoảng liên gai L4-L5 hoặc L5-S1, bệnh nhân đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa vùng rễ chi phối).

- Phản xạ gân xương và lượng giá cơ lực của các nhóm cơ mông và hai chân.
- Khám cảm giác để định khu các rễ thần kinh bị tổn thương. Khám cảm giác vùng xương cùng, vùng quanh hậu môn và trương lực cơ thắt hậu môn để phát hiện hội chứng đuôi ngựa.

### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chụp X quang quy ước cột sống-thắt lưng ở tư thế thẳng, nghiêng, chéch. Phát hiện được các biến dạng gù vẹo, thoái hóa, loãng xương, gãy cột sống, các dị dạng bẩm sinh của cột sống...có thể giúp chẩn đoán xác định một số bệnh đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học.
- Chụp cắt lớp vi tính trong trường hợp nghi ngờ, phân biệt tổn thương do khối u ở cột sống, khung chậu hoặc vùng sau phúc mạc.
- Chụp cộng hưởng từ có giá trị trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm, các khối u trong tủy, viêm màng nhện và sự thâm nhiễm, phá hủy của đốt sống chèn ép các rễ thần kinh, sự biến đổi của các dây chằng.
- Siêu âm hố chậu và ổ bụng: có thể giúp tìm nguyên nhân đau thắt lưng phóng chiếu do các bệnh lý nội tạng khác như sỏi thận, viêm nhiễm phụ khoa, u xơ tiền liệt tuyến...
- Đo mật độ xương: chẩn đoán loãng xương
- Các xét nghiệm máu khác như công thức máu, máu lắng, sinh hóa máu, chất chỉ điểm u... có giá trị giúp chẩn đoán nguyên nhân đau thắt lưng do viêm nhiễm, ung thư, rối loạn chuyển hóa hoặc các bệnh toàn thân khác.

**2. Chẩn đoán xác định:** dựa vào lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh.

### 3. Chẩn đoán nguyên nhân

Các nguyên nhân gây đau vùng thắt lưng rất đa dạng, thường được chia thành hai nhóm chính: do nguyên nhân cơ học (mechanical low back pain) hoặc là triệu chứng của một bệnh toàn thể.

#### 3.1. Đau vùng thắt lưng do nguyên nhân cơ học

Nguyên nhân cơ học (chiếm tới 90-95%) hay gặp nhất ở lứa tuổi dưới 45 và đứng thứ ba ở lứa tuổi muộn hơn, bao gồm các nguyên nhân tương ứng với các bệnh lý cơ giới, có thể ảnh hưởng tới cơ, đĩa đệm, các khớp liên mấu như căng dẫn cơ, dây chằng cạnh cột sống quá mức, thoái hóa đĩa đệm cột sống, thoát vị đĩa đệm cột sống, loãng xương, trượt thân đốt sống, các dị dạng thân đốt sống (cùng hóa thắt lưng 5, thắt lưng hóa cùng 1) cong vẹo cột sống...Đau thắt lưng do nhóm nguyên nhân này diễn biến thường lành tính.

\* Đau CSTL do căng dẫn dây chằng quá mức

- Đau xuất hiện đột ngột sau vận động quá mức như bê vác vật nặng, chơi thể thao, sau hoạt động sai tư thế (ngồi lâu, cúi lâu hoặc rung xóc quá mức...), sau cử động đột ngột hoặc ngã chấn thương. Đau có thể lan tỏa toàn bộ cột sống thắt lưng hoặc một bên, có thể đau lan về mào chậu hoặc xuống phía dưới xương cùng, hoặc về phía mông. Cảm giác đau nhức buốt hoặc đau chói, có trường hợp đau dữ dội, hạn chế vận động hoàn toàn CSTL. Đau thường kèm theo co cứng khối cơ cạnh sống, tư thế cột sống lệch vẹo mất đường cong sinh lý. Các vận động cúi, ngửa, nghiêng hoặc xoay thân đều làm tăng đau, bệnh nhân thường có tư thế chống đau.
- Không có dấu hiệu chèn ép rễ - dây thần kinh hoặc chèn ép tủy.
- Cơ tròn bình thường

- Các xét nghiệm sinh học thường trong giới hạn bình thường
- XQ thường quy: đa số có hình ảnh bình thường hoặc các dấu hiệu của thoái hóa.
- Có thể giảm đau tốt với thuốc giảm đau thông thường, các kỹ thuật vật lý trị liệu và chế độ nghỉ ngơi, thư giãn, hạn chế vận động trong giai đoạn cấp.

\* Thoái hóa cột sống thắt lưng

- Thường gặp ở lứa tuổi trung niên và người già, đau có tính chất cơ học, có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng. Không có các biểu hiện triệu chứng toàn thân.
- XQuang có hình ảnh đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, cầu xương, hẹp khe khớp (xem thêm bài thoái hóa cột sống)

\* Đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm:

- Bệnh nhân đau CSTL cấp tính hoặc trên nền đau mạn tính kéo dài nhiều tháng, năm, bệnh nhân có đợt đau cấp xuất hiện sau gắng sức, nhấc một vật nặng, tư thế xoắn vặn đột ngột...
- Có hội chứng chèn ép: đau tăng khi gắng sức, vận động do các động tác này làm gia tăng sự chèn ép của đĩa đệm bởi sự co cơ và áp lực trong màng cứng.
- Có dấu hiệu kích thích rễ thần kinh: đau lan xuống mặt sau đùi và cẳng chân theo vùng phân bố cảm giác của các rễ thần kinh, đau tăng khi thay đổi tư thế, khi ho, hắt hơi hoặc rặn khi đại tiện. Các dấu hiệu thần kinh đặc biệt có liên quan đến vị trí tương ứng với mức đĩa đệm bị thoát vị.
- XQuang thường quy có thể có hình ảnh hẹp khe đĩa đệm, trượt đốt sống...
- Chẩn đoán chính xác bằng chụp CT hoặc MRI cột sống thắt lưng

\* Đau thần kinh tọa

- Ngoài đặc điểm đau CSTL như trên, bệnh nhân có đau lan xuống chân. Vị trí đau: nếu tổn thương rễ L5, thường đau lan xuống mông, về phía sau ngoài đùi, phần trước ngoài cẳng chân, vượt qua trước mắt cá ngoài rồi tới mu chân, tận hết ở ngón chân cái. Trường hợp tổn thương rễ S1, đau lan xuống mặt sau của đùi, mặt sau cẳng chân, lan về phía gân Achilles, tới mắt cá ngoài, tận hết ở gan chân hoặc bờ ngoài gan chân, phía các ngón chân út. Đau có tính chất cơ học.
- Các nghiệm pháp làm căng dây thần kinh tọa hoặc làm tăng áp lực dịch não tủy dương tính như: nghiệm pháp Lasègue, nghiệm pháp Bonnet, nghiệm pháp Néri, dấu hiệu bấm chuông, hệ thống điểm đau Wallex (+)
- Có thể có rối loạn cảm giác kèm theo như dị cảm, tê bì, kiến bò, kim châm ... dọc theo mặt ngoài cẳng chân và bờ ngoài bàn chân phía ngón út (theo rễ L5) hoặc mặt sau bàn chân xuống tới gót chân (theo rễ S1).
- Phản xạ gân xương và cơ lực: Phản xạ gân gót bình thường, không đi được bằng gót, teo nhóm cơ cẳng chân trước ngoài, các cơ mu chân (tổn thương rễ L5). Trường hợp tổn thương rễ S1: Phản xạ gót giảm hoặc mất, không đi được bằng mũi chân, teo cơ bắp chân, gan bàn chân.
- Không có rối loạn cơ tròn.

Trong trường hợp có rối loạn cơ tròn kèm theo, chẩn đoán hội chứng đuôi ngựa

\* Đau thắt lưng do viêm cột sống dính khớp:

Đau vùng cột sống thắt lưng tăng về đêm và sáng sớm, có dấu hiệu cứng khớp, viêm khớp

cùng chậu hai bên, có thể kèm theo sưng, đau các khớp chi dưới. Giai đoạn muộn hạn chế cử động cột sống thắt lưng, teo khối cơ chung thắt lưng, giảm độ dẫn lồng ngực. XQuang có hình ảnh viêm khớp vùng chậu, hình ảnh cầu xương giữa các thân đốt sống, hoặc cột sống hình "cây tre", hình "đường ray" (Xem thêm bài PHCN viêm cột sống dính khớp).

**\* Đau thắt lưng do trượt đốt sống**

Nguyên nhân có thể là bệnh lý bẩm sinh gây dị tật khuyết xương, hở eo các đốt sống thắt lưng, hoặc chấn thương (cấp tính và mạn tính) gây nên biến dạng trượt đốt sống. Biểu hiện lâm sàng tình trạng mất vững cột sống hoặc chèn ép rễ thần kinh. Thường gặp trượt L4 hoặc L5. Bệnh nhân đau CSTL âm ỉ, đau tăng khi phải chịu trọng lực, có biến đổi tư thế và dáng đi, cột sống biến dạng quá ưỡn (lõm).

Chẩn đoán xác định khi chụp XQuang các tư thế nghiêng và chếch  $\frac{3}{4}$ , chụp CT hoặc MRI.

**\* Đau thắt lưng do hẹp ống sống**

Hẹp ống sống có thể do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải, do các biến dạng của xương (thân, cung đốt sống) hoặc phần mềm (đĩa đệm, dây chằng. biểu hiện lâm sàng đau thắt lưng hoặc thần kinh tọa nhiều năm, ít đáp ứng với các điều trị thuốc giảm đau hoặc đau kéo dài tăng dần. Có thể có dấu hiệu “khập khiễng cách hồi rễ thần kinh” (bệnh nhân đau thắt lưng và đau các rễ thần kinh tăng khi đi lại, buộc phải nghỉ 1 lúc mới đi tiếp được)

Chẩn đoán xác định bằng chụp MRI.

### **2.3. Đau thắt lưng triệu chứng**

- Đau vùng thắt lưng triệu chứng gợi ý một bệnh trầm trọng hơn hoặc bệnh lý toàn thân: Bệnh loãng xương, loạn sản, rối loạn chuyển hóa (bệnh Paget, bệnh to đầu chi...), bệnh khớp mạn tính (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp), chấn thương cột sống, nguyên nhân nhiễm khuẩn (lao cột sống hoặc nhiễm vi khuẩn không do lao), do u hoặc ung thư (ung thư cột sống, u tủy, bệnh Kahler...), đau thắt lưng phóng chiếu do các bệnh lý nội tạng khác như sỏi thận, loét hành tá tràng, bệnh lý động mạch chủ bụng, viêm nhiễm phụ khoa, u xơ tiền liệt tuyến...

- Thường đau kiểu viêm, đau cả khi không vận động. Đồng thời có biểu hiện các triệu chứng của bệnh là nguyên nhân gây đau như sốt, có dấu hiệu nhiễm trùng nếu là do nguyên nhân nhiễm khuẩn. Gày sút cân, đau ngày càng tăng, không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường gặp trong ung thư. Tiểu buốt, dắt, có máu trong nước tiểu gặp trong bệnh lý sỏi tiết niệu...

- Có bất thường về xét nghiệm máu hoặc cận lâm sàng khác.

- Trong trường hợp có các dấu hiệu của một bệnh lý toàn thân khác, cần phải gửi bệnh nhân đến các cơ sở chuyên khoa để tiến hành các xét nghiệm, thăm dò chức năng hoặc chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu để phát hiện tìm nguyên nhân và chẩn đoán xác định bệnh.

## **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Quan trọng nhất là chẩn đoán xác định chính xác nguyên nhân gây đau thắt lưng.

- Điều trị theo nguyên nhân gây bệnh.

- Kết hợp điều trị theo “đa phương thức“ giữa các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc với mục tiêu giảm đau, duy trì chức năng cột sống, phòng ngừa đau tái phát hoặc các

biến dạng cột sống hoặc tiến triển bệnh nặng hơn và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

- Các can thiệp phẫu thuật chỉ đặt ra khi thực sự cần thiết và phương pháp bảo tồn không có hiệu quả.

## **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

Trong trường hợp đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học, tùy các nguyên nhân gây bệnh khác nhau, có thể áp dụng các kỹ thuật sau:

- Trong giai đoạn cấp nằm nghỉ tại giường ở tư thế thoải mái nhất, có thể nằm nghiêng hoặc nằm ngửa với khớp háng gấp  $45^0$  và một chiếc gối đặt dưới đầu gối làm thư giãn cơ vùng thắt lưng và cơ ụ ngồi.

- Các kỹ thuật vật lý trị liệu như hồng ngoại, quần nóng paraffin, điện xung giảm đau, siêu âm, sóng ngắn có tác dụng giảm đau, dẫn cơ, gia tăng tuần hoàn nuôi dưỡng, tăng cường chuyển hóa phục hồi các mô tổn thương. Có thể áp dụng trong giai đoạn đau thắt lưng cấp và bán cấp. Điều trị ngày 1-2 lần, mỗi lần từ 10 -20 phút.

- Các kỹ thuật xoa bóp, di động mô mềm vùng thắt lưng và chân bị bệnh. Qua cơ chế phản xạ và cơ học, có tác dụng tăng tuần hoàn, chuyển hóa dinh dưỡng và bài tiết, điều hòa quá trình bệnh lý, thư giãn cơ, khớp sâu, giảm đau.

- Kéo dẫn cột sống: Kéo dẫn cột sống có thể thực hiện bằng tay trong giai đoạn cấp hoặc bằng máy kéo dẫn trong giai đoạn bán cấp và mãn tính, áp dụng 1-2 lần/ngày, mỗi lần 15-20 phút. Chỉ định trong các trường hợp thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, có tác dụng làm giảm áp lực nội khớp đồng thời làm căng hệ thống dây chằng quanh khớp đặc biệt là dây chằng dọc sau, giảm đè ép lên rễ thần kinh hoặc đĩa đệm.

- Thủy trị liệu: thông qua tác dụng của nhiệt, tác dụng đè ép hoặc nâng đỡ của nước, có thể kết hợp với bồn xoáy, tạo sự thư giãn, điều trị các rối loạn do bệnh gây ra và đồng thời giúp cho bệnh nhân dễ dàng thực hiện các bài tập vận động mà bình thường không thể làm được.

- Áo, nẹp trợ giúp: giúp giảm đau và hỗ trợ chịu lực cho vùng CSTL. Sử dụng trong giai đoạn cấp và bán cấp, hoặc sử dụng lâu dài cho bệnh nhân bị trượt đốt sống, nghề nghiệp đặc thù ngồi lâu hoặc thường xuyên mang vác nặng.

- Các bài tập vận động: mục đích để tăng cường sức mạnh cơ vùng bụng và thắt lưng, điều hợp vận động giữa các nhóm cơ vùng thắt lưng, vùng đùi và vùng bụng, giảm tải trọng cho cột sống, tạo sự mềm dẻo, ổn định thân người khi di chuyển, giúp bảo vệ lưng khỏi bị chấn thương và bị kéo dẫn. Chỉ định trong giai đoạn bán cấp hoặc mạn tính các bài tập McKenzie hoặc Williams.

- Tập luyện dáng đi đúng và chỉnh sửa tư thế, động tác sai: các tư thế làm việc gò bó làm mất cân bằng cột sống như quá ưỡn cột sống thắt lưng, quá vẹo, quá nghiêng... đều cần được điều chỉnh nhằm tránh tái phát đau cột sống thắt lưng, tránh các vận động bất thường, đột ngột, các động tác thể thao hoặc vận động quá mức. Hạn chế mang vác vật nặng hoặc nếu phải mang vác nặng cần giữ tư thế lưng thẳng và khung chậu nghiêng ra sau.

- Hoạt động trị liệu kết hợp với chương trình tập luyện vận động tăng tiến dần dần giúp nâng cao sức khỏe, tránh hiện tượng gây biến đổi cấu trúc, biến dạng hệ cơ xương khớp sau này.

- Giáo dục tư vấn cho bệnh nhân cách phòng tránh đau tái phát cũng như giúp bảo vệ cột

sống tốt hơn. Duy trì lối sống tích cực, năng động, các hoạt động thể lực hợp lý như bơi lội, đi bộ, đạp xe, song không nên tập luyện quá sức, nên tăng dần, thích nghi với tình trạng đau cột sống thắt lưng. Giảm cân nếu thừa cân. Cần hướng nghiệp tùy theo mức độ tổn thương cột sống thắt lưng hoặc, cần hướng dẫn các biện pháp thích nghi với nghề nghiệp.

### **3. Điều trị nội khoa**

Trong điều trị đau thắt lưng do nguyên nhân cơ học, thường kết hợp ba nhóm thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, và thuốc giãn cơ.

- Thuốc chống viêm không steroid: dung đường tiêm khi đau cấp và đau nhiều, đường uống khi đau ít hoặc giai đoạn bán cấp

Diclofenac (Voltarene) 50 mg: ngày 2 viên, chia 2 lần (lúc no).

Piroxycam (Feldene), Ticotil® 20 mg: 1 viên /ngày

Meloxicam (Mobic) 7,5mg: 1-2 viên/ngày

Celecoxib (celebrex) 200mg: 1 viên /ngày

- Thuốc giảm đau bậc một: Paracetamol 500mg: 4-6 viên/ngày, chia 2-3 lần.

Nếu đau nhiều có thể dùng thuốc giảm đau bậc hai: Efferalgan Codein, Ultracet: 2-4 viên/ngày, chia 2-4 lần.

- Thuốc giãn cơ: Tolperisone (Mydocalm) 150mg hoặc Eperisone (Myonal)50 mg: 2-3 viên/ngày, chia 2-3 lần

- Trong một số trường hợp đau thắt lưng mạn tính hoặc đau thần kinh tọa kèm, ngoài cơ chế đau tiếp nhận (nociceptive pain) còn có cơ chế đau thần kinh (neuropathic pain) có thể kết hợp dùng thuốc giảm đau thần kinh nhóm Gabapentin (Neurontin) 300 - 2700mg /ngày hoặc Pregabalin (Lyrica): 75- 600 mg /ngày.

### **4. Các điều trị khác**

- Can thiệp thay đổi nhận thức - hành vi: giúp bệnh nhân đổi mặt và kiểm soát tốt hơn tình trạng đau mạn tính của mình .

- Tâm lý trị liệu: khi bệnh nhân có các rối loạn lo âu, căng thẳng, trầm cảm do tình trạng đau mạn tính gây ra.

- Can thiệp thủ thuật tại chỗ: phong bế cạnh cột sống thắt lưng, phong bế rễ thần kinh ở khu vực lỗ ghép, tiêm ngoài màng cứng, phong bế hốc xương cùng. Chỉ định khi có dấu hiệu kích thích hoặc chèn ép rễ thần kinh.

- Can thiệp phẫu thuật: chỉ định khi điều trị bảo tồn không có hiệu quả hoặc để điều trị nguyên nhân gây bệnh như chấn thương, chỉnh hình cột sống, u tủy, thoát vị đĩa đệm nặng...

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Đau thắt lưng có thể trở thành mạn tính, cần có kế hoạch theo dõi và tái khám định kỳ hàng tháng hoặc 3 tháng để kịp thời phát hiện các biến dạng hoặc các triệu chứng bệnh nặng thêm cũng như thay đổi phương pháp điều trị thích hợp.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU THẦN KINH TỌA

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Đau thần kinh tọa là một thuật ngữ y khoa mô tả tình trạng đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa: đau tại cột sống thắt lưng lan dọc xuống chân.
- Đau dây thần kinh tọa thường gặp ở nam giới hơn nữ giới và thường ở lứa tuổi 30-50.

## 2. Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân khác nhau tác động vào nơi xuất phát nguyên ủy cũng như dọc đường đi của thần kinh tọa. Nhóm nguyên nhân toàn thân ít gặp, trong khi các nguyên nhân gây tổn thương rễ chiếm 90-95% .

- Nguyên nhân hàng đầu gây chèn ép rễ thần kinh tọa là thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống, thoái hóa CSTL, hẹp ống sống thắt lưng. Các nhóm nguyên nhân thoái hóa này có thể kết hợp với nhau.
- Các nguyên nhân hiếm gặp hơn: viêm nhiễm tại vùng CSTL, tổn thương lao, chấn thương cột sống, u, viêm dây thần kinh đơn thuần do virus...
- Chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa không khó, quan trọng là chẩn đoán nguyên nhân.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán: Xem thêm bài đau thắt lưng

#### 1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử chấn thương hoặc các bệnh nội khoa khác trong tiền sử hoặc hiện tại.
- Đặc điểm của đau: hoàn cảnh xuất hiện và diễn biến của đau (đau từ từ hay đột ngột), vị trí đau, hướng lan, tính chất đau (đau dữ dội, đau như điện giật hoặc cảm giác đau nhức buốt, đau âm ỉ...),
- Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ đau (động tác cúi, nghiêng, ho hắt hơi hoặc giảm đau khi nghỉ, tư thế làm giảm triệu chứng đau), các triệu chứng phối hợp khác (triệu chứng toàn thân, mệt mỏi, gầy sút cân, cảm giác tê bì, hoặc mất cảm giác, rối loạn cơ tròn, liệt vận động ...)
- Kết quả điều trị trước đó như thế nào.
- Ảnh hưởng của đau đến trạng thái tinh thần cảm xúc, tâm lý và các hoạt động sinh hoạt của bệnh nhân.

#### 1.2. Lâm sàng

- Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, từ thắt lưng và lan xuống dưới chân là hay gặp nhất, có khi chỉ xuống tới mông, tới đùi hay lan tận xuống tận bàn chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện trên lâm sàng khác nhau: nếu tổn thương rễ L5, thường đau lan xuống mông, về phía sau ngoài đùi, phần trước ngoài cẳng chân, vượt qua trước mắt cá ngoài rồi tới mu chân, tận hết ở ngón chân cái. Trường hợp tổn thương rễ S1, đau lan xuống mặt sau của đùi, mặt sau cẳng chân, lan về phía gân Achille, tới mắt cá ngoài, tận hết ở gan chân hoặc bờ ngoài gan chân, phía các ngón chân út .
- Đau thường liên tục hoặc từng cơn, giảm khi nghỉ ngơi và tăng khi đi lại nhiều. mức độ đau thay đổi tùy thuộc cảm nhận của bệnh nhân từ âm ỉ cho tới đau dữ dội không chịu được. Trong trường hợp do nguyên nhân chèn ép đau tăng lên khi ho, hắt hơi thậm chí khi rặn đại tiện.



- Hệ thống điểm Valleix ấn đau.
- Dấu hiệu bấm cạnh cột sống: ấn các điểm đau cạnh sống giữa L4 - L5 - S1 bệnh nhân thấy đau lan theo rễ thần kinh dọc xuống chân.
- Các nghiệm pháp làm căng rễ:
  - + Dấu hiệu Lasègue (+): Ở tư thế nằm ngửa, nâng thẳng chân bệnh nhân từng bên một nếu chưa tới 90 độ mà bệnh nhân kêu đau ở mặt sau đùi hay căng chân, hạ thấp chân trở lại thì đau giảm hoặc mất.
  - + Dấu Bonnet (+): Ở tư thế nằm ngửa, nâng chân và khép đùi bệnh nhân từng bên một nếu gây đau dọc theo dây thần kinh tọa là dương tính.
  - + Dấu Chavany (+): Vừa nâng chân giống như nghiệm pháp Lasègue vừa dẹt chân bệnh nhân thấy đau
  - + Dấu hiệu Neri (+): Bệnh nhân đứng thẳng, sau đó cúi gập người, hai tay giơ ra trước (hướng cho tay chạm xuống đất), hai gối giữ thẳng thẳng bệnh nhân thấy đau dọc chân bị bệnh và chân bên đó co lại tại khớp gối
- Có thể có rối loạn cảm giác kèm theo như dị cảm, tê bì, kiến bò, kim châm ... dọc theo mặt ngoài căng chân và bờ ngoài bàn chân phía ngón út (theo rễ L5) hoặc mặt sau bàn chân xuống tới gót chân (theo rễ S1).
- Phản xạ gân xương và cơ lực: Phản xạ gân gót bình thường, không đi được bằng gót, teo nhóm cơ căng chân trước ngoài, các cơ mu chân (tổn thương rễ L5). Trường hợp tổn thương rễ S1: Phản xạ gót giảm hoặc mất, không đi được bằng mũi chân, teo cơ bắp chân, gan bàn chân.
- Bệnh nhân có thể có rối loạn thần kinh thực vật kèm theo: bất thường về phản xạ vận mạch, nhiệt độ da, phản xạ bài tiết mồ hôi, phản xạ dựng lông ở chân đau.

### **1.3. Xét nghiệm cận lâm sàng**

- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa thông thường chỉ thay đổi trong bệnh lý toàn thân hoặc viêm nhiễm, ác tính. Không có thay đổi trong các bệnh lý thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống, thoái hóa CSTL, hẹp ống sống thắt lưng.. chủ yếu loại trừ nguyên nhân xương. Bệnh lý đĩa đệm gợi ý khi hẹp đĩa đệm, ở phim thẳng thì đĩa đệm hẹp về phía bên lạnh còn phim nghiêng thì đĩa đệm hở về phía sau.
- Chụp cộng hưởng từ MRI cột sống thắt lưng  
Có giá trị nhất trong chẩn đoán xác định chính xác nguyên nhân gây bệnh, dạng tổn thương, vị trí kích thích khối thoát vị... đặc biệt phát hiện các nguyên nhân hiếm gặp khác như u, viêm nhiễm...
- Điện cơ: phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

**2. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng

### **3. Chẩn đoán phân biệt**

**- Các trường hợp đau các dây thần kinh của chi dưới**

- + Thần kinh đùi: Đau ở mặt trước đùi và giảm hay mất phản xạ gân gối.
- + Thần kinh đùi da: Đau ở mặt ngoài đùi một phần ba trên.
- + Thần kinh bịt: Đau ở mặt trong đùi.

Các nghiệm pháp gây căng rễ hoặc dây thần kinh tọa âm tính. Có thể phân biệt chính xác

hơn bằng điện cơ đo tốc độ dẫn truyền thần kinh.

#### - Viêm khớp cùng chậu

Các nghiệm pháp ép, dẫn cánh chậu (+), XQuang khung chậu có hình ảnh tổn thương khớp cùng chậu.

#### - Bệnh lý khớp háng

Cử động khớp bị giới hạn, vận động đau ngay cả khi co chân. Phân biệt bằng nghiệm pháp Patrick. Nếu khi làm nghiệm pháp Patrick bệnh nhân kêu đau là tổn thương khớp háng.

#### - Viêm cơ đáy chậu

Có hội chứng nhiễm trùng, đau xuống mặt sau trong đùi, chân bên tổn thương luôn co lại và xu hướng xoay vào trong, duỗi chân ra là đau. XQ bụng không chuẩn bị có hình ảnh mờ bờ cơ đáy chậu bên đau, siêu âm cơ đáy chậu xác định rõ tổn thương.

### 4. Chẩn đoán nguyên nhân: chia thành 3 nhóm

#### 4.1. Đau thần kinh tọa do các bệnh lý cột sống ảnh hưởng đến rễ thần kinh

##### (Radiculopathy)

- Thoái hóa CSTL (xem thêm bài Thoái hóa cột sống)
- Thoát vị đĩa đệm: là nguyên nhân thường gặp nhất của đau dây thần kinh tọa do tổn thương rễ (xem thêm bài Thoái hóa cột sống và Đau thắt lưng).
- Trượt đốt sống (spondylolisthesis)

Nguyên nhân có thể là bệnh lý bẩm sinh gây dị tật khuyết xương, hở eo các đốt sống thắt lưng, hoặc chấn thương (cấp tính và mạn tính) gây nên biến dạng trượt đốt sống. Thường gặp trượt đốt sống L4 hoặc L5, biểu hiện lâm sàng tình trạng mất vững cột sống hoặc chèn ép rễ thần kinh L5. Bệnh nhân đau CSTL âm ỉ, đau tăng khi phải chịu trọng lực, có biến đổi tư thế và dáng đi, cột sống biến dạng quá uốn (lõm). Chẩn đoán xác định khi chụp XQ các tư thế nghiêng và chếch  $\frac{3}{4}$ , chụp CT hoặc MRI.

#### 4.2. Chấn thương

Các chấn thương trực tiếp vào dây thần kinh tọa, chấn thương gãy xương cột sống thắt lưng, vỡ xương chậu. Hoặc do tiêm trực tiếp vào dây tọa, do tiêm thuốc dạng dầu ở màng lan tới dây thần kinh tọa, sau phẫu thuật áp xe màng... Các trường hợp này cần khai thác thông tin bệnh sử chi tiết kết hợp thăm khám tại chỗ để chẩn đoán xác định.

Có 1 nguyên nhân hay gặp nhưng thường bị bỏ sót khi chẩn đoán: Hội chứng cơ tháp (Piriformis syndrome): chèn ép (kích thích) dây thần kinh tọa do cơ thắt cơ lê. Đây là cơ nằm sâu trong phía trong sát với khung chậu, có tác dụng hỗ trợ động tác gấp và xoay ngoài khớp háng. Dây thần kinh do chạy sát phía dưới nhóm cơ này nên khi cơ này co cứng sẽ gây kích thích thần kinh. Hội chứng này hay gặp ở các vận động viên hoặc những người vận động chạy nhảy nhiều.

#### 4.3. Nguyên nhân do u

U nguyên phát: U màng tủy, u đốt sống, u thần kinh.

U di căn: Di căn từ các ung thư biểu mô (tuyến tiền liệt, vú, phổi, thận, đường tiêu hóa), bệnh đa u tủy xương, u lympho (Hodgkin và không Hodgkin).

Bệnh nhân có các triệu chứng toàn thân khác, kết hợp với các chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng khác.

#### **4.4. Nguyên nhân viêm nhiễm**

- Viêm đĩa đệm, đốt sống do vi khuẩn: thường gặp sau các nhiễm trùng ngoài da, tiết niệu, phổi và sau tiêm tĩnh mạch không vô khuẩn tốt.
- Lao cột sống: Thường thứ phát sau lao phổi.
- Áp xe ngoài màng cứng, viêm màng não - tủy...

Trong nhóm nguyên nhân này bệnh nhân sẽ có các triệu chứng toàn thân khác, hội chứng nhiễm trùng... Phát hiện bằng các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh chuyên khoa.

### **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Quan trọng nhất là chẩn đoán xác định chính xác nguyên nhân gây đau thần kinh tọa.
- Điều trị theo nguyên nhân gây bệnh.
- Kết hợp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng trong Giảm đau và phục hồi chức năng vận động.
- Phòng ngừa các thương tật thứ phát và các biến chứng.
- Các can thiệp phẫu thuật: chỉ đặt ra khi thực sự cần thiết và phương pháp bảo tồn không có hiệu quả.

#### **2. Các phương pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng.**

(Trong trường hợp đau thần kinh tọa do nhóm nguyên nhân bệnh lý vùng CSTL gây tổn thương rễ thần kinh: xem thêm bài Thoái hóa CSTL, Đau thắt lưng, Thoát vị đĩa đệm)

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trong trường hợp nặng, nên nằm giường cứng, tránh nằm võng hay ngồi ghế xích đu. Tránh vận động mạnh như xoay người đột ngột, chạy nhảy, cúi gập người...
- Nhiệt trị liệu có tác dụng giảm đau chống co cứng cơ giãn mạch tăng cường chuyển hóa dinh dưỡng như: Hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm. Lưu ý không dùng trong trường hợp viêm nhiễm cấp tính.
- Các phương pháp điện trị liệu: điện xung, điện phân, dòng TENS, dòng giao thoa có tác dụng kích thích thần kinh cơ, giảm đau, tăng cường chuyển hóa.
- Các kỹ thuật xoa bóp, di động mô mềm vùng thắt lưng và chân bị bệnh. Qua cơ chế phản xạ và cơ học, có tác dụng tăng tuần hoàn, chuyển hóa dinh dưỡng và bài tiết, điều hòa quá trình bệnh lý, thư giãn cơ, khớp sâu, giảm đau.
- Kéo dẫn cột sống: Kéo dẫn cột sống có thể thực hiện bằng tay trong giai đoạn cấp hoặc bằng máy kéo dẫn trong giai đoạn bán cấp và mãn tính, áp dụng 1-2 lần/ngày, mỗi lần 15-20 phút. Chỉ định trong các trường hợp thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, có tác dụng làm giảm áp lực nội khớp đồng thời làm căng hệ thống dây chằng quanh khớp đặc biệt là dây chằng dọc sau, giảm đè ép lên rễ thần kinh hoặc đĩa đệm.
- Các bài tập vận động: xem thêm bài Đau thắt lưng

#### **3. Thuốc điều trị**

- Tùy theo nguyên nhân cần phối hợp các thuốc kháng sinh, ức chế miễn dịch... Điều trị đau thần kinh tọa thường kết hợp ba nhóm thuốc chống viêm không steroid, thuốc giảm đau, và thuốc giãn cơ.
- Thuốc chống viêm không steroid: dung đường tiêm khi đau cấp và đau nhiều, đường uống

khi đau ít hoặc giai đoạn bán cấp

Diclofenac (Voltarene) 50 mg; ngày 2 viên, chia 2 lần (lúc no).

Piroxycam (Feldene), Ticotil 20 mg: 1 viên /ngày

Meloxicam (Mobic) 7,5mg: 1-2 viên/ngày

Celecoxib (celebrex) 200mg: 1 viên /ngày

- Thuốc giảm đau bậc một: Paracetamol 500mg: 4-6 viên/ngày, chia 2-3 lần.

Nếu đau nhiều có thể dùng thuốc giảm đau bậc hai: Efferalgan Codein, Ultracet: 2-4 viên/ngày, chia 2-4 lần.

- Thuốc giãn cơ: Tolperisone (Mydocalm) 150mg hoặc Eperisone (Myonal)50 mg: 2-3 viên/ ngày, chia 2-3 lần

- Trong một số trường hợp đau thần kinh tọa mạn tính, ngoài cơ chế đau tiếp nhận (nociceptive pain) còn có cơ chế đau thần kinh (neuropathic pain) có thể kết hợp dùng thuốc giảm đau thần kinh nhóm Gabapentin (Neurontin) 300 - 2700mg /ngày hoặc Pregabalin (Lyrica): 75-600 mg /ngày.

- Vitamin nhóm B: Neurobion: 2 viên /ngày, Methylcobal 0,5 mg: 3 viên / ngày.

#### **4. Các điều trị khác**

- Can thiệp thay đổi nhận thức - hành vi: giúp bệnh nhân đối mặt và kiểm soát tốt hơn tình trạng đau mạn tính của mình .

- Tâm lý trị liệu: khi bệnh nhân có các rối loạn lo âu, căng thẳng, trầm cảm do tình trạng đau mạn tính gây ra.

- Can thiệp thủ thuật tại chỗ: phong bế cạnh cột sống thắt lưng, phong bế rễ thần kinh ở khu vực lỗ ghép, tiêm ngoài màng cứng, phong bế hốc xương cùng. (xem thêm bài thoát vị đĩa đệm)

- Can thiệp phẫu thuật: chỉ định khi điều trị bảo tồn không có hiệu quả hoặc để điều trị nguyên nhân gây bệnh như chấn thương, chình hình cột sống, u tủy, thoát vị đĩa đệm nặng...

#### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Đau thần kinh tọa có thể trở thành mạn tính, cần có kế hoạch theo dõi và tái khám định kỳ hàng tháng hoặc 3 tháng để kịp thời phát hiện các biến dạng hoặc các triệu chứng bệnh nặng thêm cũng như thay đổi phương pháp điều trị thích hợp.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

### - Định nghĩa:

Thoát vị đĩa đệm là tình trạng nhân nhày đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vị trí bình thường trong vòng sợi chèn ép vào ống sống hay các rễ thần kinh sống. Về giải phẫu bệnh có sự đứt rách vòng sợi, về lâm sàng gây nên hội chứng thắt lưng hông điển hình.

### - Bệnh lý thoát vị đĩa đệm:

+ Cơ chế:

\* Người lớn tuổi thường có sự thoái hóa đĩa sống lúc đó và vành thớ mất tính đàn hồi, từ đó nhân dễ dàng phá vỡ vành thớ để di chuyển về phía sau, hay phía bên khi cột sống làm các động tác hàng ngày khiến đĩa đệm phải chịu những động lực trong mọi chiều.

\* Người trẻ thường do yếu tố sai tư thế khiến đĩa đệm cột sống bị đè ép quá nặng dẫn đến đè ép quá nặng tổn thương vành thớ như động tác gập xoay cột sống, gập duỗi và nghiêng của cột sống.

- Những yếu tố gây nên thoát vị cột sống:

+ Áp lực trọng tải cao.

+ Áp lực căng phồng của tổ chức đĩa đệm cao.

+ Sự lỏng lẻo trong từng phần với sự tan rã của tổ chức đĩa đệm.

+ Lực đẩy, xoắn vặn nén ép quá mức vào đĩa đệm cột sống.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1 Hỏi bệnh

Thời gian và quá trình diễn biến của bệnh, tuổi mắc bệnh, nguyên nhân bị bệnh, trẻ tuổi thường do cơ chế làm việc sai nguyên tắc, cao tuổi do thoái hóa.

Tiền sử mắc bệnh mấy lần, đau thắt lưng mãn hay cấp...

#### 1.2 Khám và lượng giá chức năng

- Thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng gây ra triệu chứng đau vùng thắt lưng và đau thần kinh tọa. Đau thần kinh tọa xảy ra khi đĩa đệm thoát ra đè ép lên rễ thần kinh cảm giác và thường đau ở sau đùi, bắp chân, mắt cá ngoài gót và ngón chân, vùng đau này cho ta chẩn đoán định hướng thần kinh nào chèn ép.

Bệnh nhân có triệu chứng của đau vùng CSTL và đau thần kinh tọa.

Đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa, tùy theo rễ L4-L5 hay L5-S1, đau liên tục hay thành cơn, nghỉ ngơi giảm đau, khó đứng trên đầu ngón chân. Giai đoạn muộn có teo cơ, yếu cơ, hạn chế vận động, co cứng cơ cạnh sống.

- Có dấu hiệu điểm đau Vallex, bấm chuông, Lasegue.

- Phản xạ gân xương giảm hay mất do tổn thương rễ L4, phản xạ gân gót giảm trong tổn thương rễ S1

- Các hình thức thoát vị đĩa đệm:

+ Thoát vị đĩa đệm thành một khối do gập mạnh cột sống, có triệu chứng ép rễ đột ngột có liệt cơ và rối loạn cơ vòng.

+ Thoát vị đĩa đệm hai bên phía sau vòng sợi bị hư, nhân nhày chảy sang hai bên nên bệnh

nhân đau cả hai bên.

+ Thoát vị đa tầng là thoát vị nhiều đĩa đệm.

+ Thoát vị nhân nhầy bị kẹt, đau đột ngột, kèm theo đau thần kinh hông to.

### **1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng**

- Xquang thường quy cột sống thắt lưng thẳng và nghiêng (tam chứng Barr): gãy góc cột sống thắt lưng, xẹp đĩa đệm, mất đường cong sinh lý.

- Chụp Xquang bao rỗng với thuốc cản quang có iod.

- Chụp cắt lớp, kém chính xác hơn MRI.

- Điện cơ giúp phát hiện tổn thương các rễ thần kinh

+ Chụp MRI: là xét nghiệm cao chính xác để chẩn đoán xác định vị trí tổn thương trên hình ảnh phim chụp. Trên phim có thể xác định được thoát vị ra trước, ra sau, sang hai bên hoặc thoát vị nội xẹp, tương ứng với định khu trên lâm sàng. Có thể thoát vị một vị trí hoặc đa tầng nhiều vị trí, thường gặp L5-S1.

Các chỉ số huyết học ít có thay đổi.

### **2. Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán dựa vào: có 4/6 dấu hiệu sau.

- Có yếu tố chấn thương.

- Đau cột sống thắt lưng theo kiểu rễ dây.

- Đau tăng khi gắng sức.

- Nghỉ ngơi có đỡ đau.

- Có dấu hiệu bấm chuông.

- Có dấu hiệu Lasegue+.

Phim MRI có dấu hiệu thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

### **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Đau các dây thần kinh của chi dưới.

- Đau khớp, khớp cùng chậu, khớp háng.

- Viêm cơ đáy chậu.

### **4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Chấn thương cột sống vùng thắt lưng.

- Làm việc sai tư thế.

- Thoái hóa, loãng xương, viêm thân đốt, hoặc đau lưng do các bệnh khớp khác.

## **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Thường phối hợp điều trị thuốc, phục hồi chức năng và ngoại khoa.

- Điều trị nội khoa tích cực trong vòng từ 1 đến 3 tháng bệnh nhân không có cải thiện vẫn còn đau nhiều có chỉ định ngoại khoa.

### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

- Giai đoạn cấp:

+ Nằm nghỉ ngơi tại chỗ, trên đệm cứng

+ Điều trị Vật lý trị liệu bằng hồng ngoại, paraffin, siêu âm, sóng ngắn, điện phân, điện xung, giao thoa...

- + Bài tập nhẹ nhàng thụ động, chủ động, có kháng và cơ cố định.
- Sau giai đoạn cấp, bệnh nhân đỡ đau: có thể điều trị thêm kéo giãn cột sống thắt lưng gia tăng lỗ liên đốt, giảm chèn ép rễ
- Các bài tập sau mổ thoát vị đĩa đệm:
  - + Sau phẫu thuật 1-7 ngày tập thở, ho, tập gồng cơ tứ đầu và các cơ chi dưới.
  - + Sau 2 tuần cho ngồi với nẹp thắt lưng,
  - + Sau 3 tuần có thể ngồi thẳng.
  - + Bệnh nhân phải mặc áo nẹp trong vòng 3 tháng.
- Hướng dẫn các bài tập tại nhà để giữ cột sống, tư thế lao động tốt.

### 3. Các điều trị khác

#### 3.1. Điều trị nội khoa

- Thuốc:
  - + Thuốc giảm đau theo bậc thang của WHO.
  - + Thuốc chống viêm không steroid;
    - Diclofenac viên 50mg, 2 viên /ngày chia 2 lần hay dung ống tiêm bắp 15mg/ngày trong 2- 3 ngày đầu sau đó chuyển sang đường uống.
    - Meloxicam (Mobic) 2 viên 7,5mg/ngày sau ăn hoặc tiêm bắp 15mg/ngày x 3-5 ngày đầu, sau đó chuyển sang đường uống.
    - Pirocecam (Felden), Celecoxib (Cerebrex)...và các thuốc chống viêm bôi ngoài da.
  - + Thuốc giãn cơ: Myonal, Mydocalm ...
  - + Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm (Glucosamin, Viatril-S..), thuốc ức chế IL1 (Arthroda) 1-2 viên /ngày.
  - + Tiêm Corticoid tại chỗ, tiêm phong bế ngoài màng cứng, tiêm khớp liên mấu.

**3.2. Điều trị giải ép đĩa đệm bằng Laser hay sóng Radio cao tần:** hay áp dụng cho trường hợp nhẹ lõi đĩa đệm và thoát vị dưới dây chằng dọc sau. Có một số trường hợp có thể gây biến chứng viêm sống đĩa đệm.

**3.3. Can thiệp phẫu thuật:** Chỉ sau khi điều trị nội khoa không kết quả, hay có liệt teo cơ, rối loạn cơ vòng, mục đích là giải ép thần kinh.

- Mổ hở có tỷ lệ thành công cao, phẫu thuật ít xâm lấn lõi sau, cổ điển.
- Mổ qua kính hiển vi có kết quả tương tự mổ mở.
- Mổ qua nội soi là phương pháp an toàn nhất hiện nay, mổ qua lõi sau, tỷ lệ thành công cao không mất máu nhiều bệnh nhân đi lại sớm hơn. Có nhiều phương pháp như bơm ximăng vào thân đốt sống...
- + Cắt đĩa sống vi phẫu.
- + Cắt đĩa sống hàn liên đốt.
- + Cắt nhân qua dao cắt đặc biệt

### IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Giáo dục tư vấn các bài tập tốt cho cột sống, sửa chữa các tư thế xấu.

Định hướng nghề nghiệp thích hợp với tình trạng bệnh, kiểm tra chụp phim khám sức khỏe định kỳ cho người lao động, cần thiết có thể chụp MRI.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG ĐUÔI NGỰA

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Khái niệm

Hội chứng đuôi ngựa là một cấp cứu ngoại thần kinh phức tạp. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh nhân sẽ liệt vận động kèm rối loạn cảm giác, dinh dưỡng ở một hoặc hai chân và vùng sinh dục hậu môn, rối loạn cơ tròn bàng quang. Các triệu chứng của hội chứng đuôi ngựa xuất hiện nhanh chóng và thường phối hợp với nhau ở nhiều mức độ: đau vùng thắt lưng hông, chi dưới, rối loạn cảm giác, vận động...

### 2. Nguyên nhân

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, hẹp ống sống, u dây thần kinh vùng đuôi ngựa, u ống nội tủy vùng đuôi ngựa.

### 3. Phân loại

#### 3.1. Hội chứng đuôi ngựa cao (hội chứng đuôi ngựa trên hay hội chứng đuôi ngựa toàn bộ, tổn thương từ L1 đến S5)

- Liệt mềm hai chi dưới.
- Rối loạn cảm giác ở mông và hai chi dưới.
- Rối loạn cơ vòng kiểu ngoại vi.

#### 3.2. Hội chứng đuôi ngựa giữa (tổn thương từ L3 - S5)

- Liệt gập, duỗi cẳng chân.
- Liệt hoàn toàn bàn và ngón chân.
- Rối loạn cảm giác mông, sau đùi, toàn bộ cẳng chân và toàn bộ bàn chân.
- Rối loạn cơ vòng kiểu ngoại vi.

#### 3.3. Hội chứng đuôi ngựa thấp (hay dưới, tổn thương từ S3 đến S5)

- Rối loạn cảm giác vùng yên ngựa (thường có kèm theo đau và dị cảm).
- Rối loạn cơ vòng kiểu ngoại vi.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh: chú ý khai thác

- Ngày bị bệnh, ngày vào khoa cấp cứu, tổng số ngày đã nằm viện.
- Cách khởi đầu: đột ngột hay từ từ
- Tiền sử chấn thương cột sống, các tổn thương phối hợp.
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày đầu: đau hoặc dị cảm ở một hoặc hai bên chân; đôi khi khu trú ở vùng hậu môn hoặc đáy chậu; tăng lên khi gắng sức (ho, đại tiện) và khi thay đổi tư thế. Mất cảm giác có thể gặp ở toàn bộ một hoặc hai chân, ở vùng đáy chậu (mất cảm giác vùng yên ngựa) đôi khi mất cảm giác đại tiểu tiện.
- Các triệu chứng xuất hiện trong những ngày sau: rối loạn đại tiểu tiện, teo cơ, loét, liệt dương (nam giới)...

#### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Giảm vận động ở một hoặc hai chân
- Mất cảm giác có thể gặp ở toàn bộ một hoặc hai chân, ở vùng đáy chậu (mất cảm giác vùng yên ngựa)



- Mất phản xạ gân gót, gối và phản xạ da gan bàn chân.
- Rối loạn cơ tròn
- Liệt dương
- Rối loạn dinh dưỡng.

### **1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng**

- MRI (chụp cộng hưởng từ) cột sống thắt lưng và vùng đuôi ngựa.
- Chụp cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng, chéo 3/4;
- Chụp tủy cản quang với thuốc cản quang

## **2. Chẩn đoán xác định**

- Triệu chứng lâm sàng: tùy vào vị trí tổn thương
- + Liệt mềm hai chi dưới
- + Rối loạn cảm giác ở mông và hai chi dưới
- + Rối loạn cơ vòng kiểu ngoại vi.
- Chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng và vùng đuôi ngựa: Thoát vị đĩa đệm, u dây thần kinh hoặc u nội tủy vùng đuôi ngựa.

## **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm đa rễ đa dây thần kinh

## **4. Chẩn đoán nguyên nhân**

### **4.1. Thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng**

Là nguyên nhân chính của chèn ép vùng đuôi ngựa.

Bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi lao động (35 - 55 tuổi), nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ. Bệnh thường diễn biến đột ngột, đôi khi không đau, có lúc lại phối hợp với đau thần kinh tọa dữ dội. Triệu chứng thường ở một bên (một nửa hội chứng đuôi ngựa). Nguyên nhân gây thoát vị đĩa đệm có thể do chấn thương cột sống; bê vác nặng hoặc sai tư thế; tuổi cao và một số bệnh lý cột sống bẩm sinh hoặc mắc phải như gai đôi, thoái hóa, gù vẹo cột sống cũng là yếu tố thuận lợi gây thoát vị đĩa đệm. Chụp MRI cho phép đánh giá vị trí, số lượng, mức độ thoát vị và mức độ chèn ép. Tùy theo mức độ thoát vị đĩa đệm nhiều hay ít, một tầng hay đa tầng mà có thể áp dụng phương pháp điều trị nội khoa đơn thuần (dùng thuốc giảm đau paracetamol hay chống viêm giảm đau không corticoid; thuốc giãn cơ; vitamin; tập phục hồi chức năng; châm cứu...) hay phối hợp với điều trị ngoại khoa (phẫu thuật mổ mở hay kỹ thuật giảm áp đĩa đệm bằng laser qua da).

### **4.2. Hẹp ống sống**

Khoảng 15% các trường hợp đau rễ thắt lưng hông có liên quan đến hẹp ống sống. Kích thước trước sau của ống sống thắt lưng bình thường khoảng từ 13 - 15mm, nếu kích thước trước sau dưới 13mm là hẹp ống sống. Người bệnh thấy đau hoặc dị cảm hai chân (đi khập khiễng cách hồi) xuất hiện sau một khoảng đi bộ một vài trăm mét (phải dừng lại) hay ở tư thế đứng lâu hoặc rối loạn cơ tròn bàng quang. Nguyên nhân bao gồm hẹp ống sống bẩm sinh, nặng lên do thoái hóa và thoát vị đĩa đệm; gãy hoặc xẹp đốt sống; viêm đốt sống; quá phát dây chằng vàng... Phương pháp điều trị bao gồm nội khoa phối hợp với cắt bỏ dây chằng vàng của ống sống vùng thắt lưng.

### **4.3. U dây thần kinh vùng đuôi ngựa**

Đây là nguyên nhân trong màng cứng hay gặp của hội chứng đuôi ngựa. Hầu hết các trường hợp u dây thần kinh vùng đuôi ngựa đều có kết quả tốt khi cắt bỏ sớm khỏi u.

#### **4.4. U ống nội tủy vùng đuôi ngựa**

Là loại u hay gặp, được sinh ra từ vùng tận cùng của tủy sống và tổn thương tăng dần, chiếm toàn bộ túi cùng thắt lưng làm cho phẫu thuật khó khăn.

### **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Phòng ngừa và điều trị các thương tật thứ cấp sau khi bị bệnh.
- Phục hồi chức năng vận động, bàng quang và đường ruột bằng các phương pháp.
- Hướng nghiệp cho bệnh nhân khi ra viện.

#### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

##### **2.1. Vận động trị liệu**

- Các bài tập vận động dựa vào lượng giá lực cơ, tầm vận động khớp nhằm cải thiện lực cơ, tầm vận động khớp, tăng cường hoạt động chức năng.
- Huấn luyện di chuyển

##### **2.2. Dụng cụ chỉnh trực**

- Nẹp cẳng bàn chân (AFO) trợ giúp dáng đi.

##### **2.3. Phục hồi chức năng bàng quang**

- Điều trị bàng quang thần kinh dựa trên kết quả đo niệu động học
- Mục tiêu:

- + Làm rỗng bàng quang thường xuyên và hoàn toàn
- + Giúp bệnh nhân kiểm soát được tiểu tiện.
- + Tránh các biến chứng nhiễm trùng tiết niệu
- + Tránh gây trào ngược từ bàng quang lên thận.

- Các biện pháp PHCN

- + Bài tập cơ đáy chậu, cơ thành bụng

- + Thông tiểu

- Sonde tiểu lưu

- Sonde tiểu cách quãng

##### **2.4. Phục hồi chức năng đường ruột**

- Mục tiêu:

- + Tạo được thói quen hoạt động (chương trình định kỳ) của đường ruột

- + Hạn chế tối thiểu các thương tật thứ cấp của đường ruột (trĩ, nứt kẽ hậu môn...)

- Biện pháp:

- + Để kiểm soát đại tiện cần chế độ ăn uống, tập luyện và hoạt động bài tiết điều độ.

- \* Điều độ: tập cho ruột hoạt động điều độ ở một thời điểm nhất định trong ngày hoặc cách ngày.

- \* Chế độ ăn: chọn thức ăn phù hợp với người bệnh

- \* Chế độ tập luyện:

Dùng ngón tay móc phân ra ngày/lần.

Cho ngồi bô hoặc toilet, nếu không ngồi được cho nằm nghiêng trái.

Cho thức ăn làm phân đặc lại

### 3. Các điều trị khác

**3.1. Thuốc:** Nhuận tràng, giảm đau thần kinh, ...

### 3.2. Điều trị đau thần kinh

- Tâm lý trị liệu.
- Âm nhạc trị liệu

### 3.3. Phục hồi chức năng tình dục

- Phục hồi ham muốn tình dục

Điều cơ bản của việc tìm lại sự thỏa mãn và ham muốn tình dục là việc học cách đối mặt với khiếm khuyết, đối mặt với mất mát đã qua, học cách đánh giá lại những phần cơ thể bị khiếm khuyết, tập luyện thể nào để phần khiếm khuyết đó trở thành công cụ giúp duy trì trạng thái sinh lý và ham muốn tình dục.

- Các phương tiện và thuốc hỗ trợ sự cương dương

+ **Phương pháp ép:** Phương pháp ép là một phương pháp dùng tay đặt dương vật mềm hoặc mới cương cứng một nửa vào âm đạo.

+ **Thiết bị dính:** Với nam giới gặp phải khó khăn trong việc duy trì cương dương thì có thể đạt được mong muốn nhờ sử dụng thiết bị dính. Một vòng tròn cao su hoặc silicon có độ căng thích hợp được đặt vào chân dương vật sau khi cương, giúp giữ máu ở trong thể hang và duy trì sự cương cứng của dương vật.

+ **Muse:** Muse là phương pháp giúp đạt được cương dương nhờ đặt thuốc ở niệu đạo. Một viên thuốc đạn có chứa hợp chất alprostadil (có thể dùng để tiêm) được đặt vào trong niệu đạo. Hợp chất này có tác dụng làm các mạch máu co bóp tăng lượng máu cung cấp cho dương vật. Tuy nhiên phương pháp này có một số tác dụng phụ như tăng nguy cơ nhiễm trùng, hạ huyết áp, choáng ngất.

+ **Máy rung:** Sử dụng máy rung là một giải pháp thích hợp cho người chỉ có thể cương dương khi được kích thích mạnh. Máy rung không to như dương vật mà chỉ là một hệ thống rất nhỏ được bác sĩ vật lý trị liệu sử dụng cho rất nhiều mục đích khác nhau và có thể đạt được tần suất rung tối ưu. Đây là phương tiện đơn giản có thể dùng để kích thích giao hợp.

+ **Phương pháp tiêm Prostaglandin vào thể hang:** Tiêm vào trong thể hang là phương pháp được sử dụng trong trường hợp rối loạn cương dương.

+ **Thuốc uống:** Một bước đột phá trong việc điều trị rối loạn cương dương là việc sử dụng Sildenafil (Viagra). Sau khi uống thuốc từ 30- 60 phút, khả năng cương dương sẽ đạt được sau khi được kích thích. Thuốc Viagra tỏ ra rất hiệu quả đối với những người bị tổn thương tùy sống

+ **Phương pháp bơm chân không:** Bơm chân không là phương pháp hỗ trợ đạt được cương dương đủ mạnh. Phương pháp này hoạt động như sau: Bơm đặt ở gần dương vật, tạo môi trường chân không giúp dương vật cương cứng và sau đó duy trì cương dương bởi một vòng đặt ở chân dương vật. Bơm chân không có thể vận hành bằng tay hoặc bằng điện.

+ **Phẫu thuật:** Phẫu thuật trong trường hợp rối loạn cương dương chính là làm thông các mạch máu bị tắc và đặt bộ phận giả (dương vật giả bán cứng hoặc dương vật giả cấu tạo 3 phần).

#### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Theo dõi
- + Tình trạng liệt về vận động và mất cảm giác
- + Tình trạng rối loạn đại tiểu tiện
- + Tình trạng đau
- Tái khám: Sau 3 - 6 tháng

## PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

### I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh khớp tự miễn diễn biến mạn tính, trong đó số lượng khớp bị viêm và bị hủy hoại có thể rất nhiều, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao bệnh nhân bị VKDT có teo cơ, giảm sức cơ, biến dạng khớp, cứng khớp, giảm sức bền cơ thể do vậy bệnh nhân bị hạn chế vận động nghiêm trọng, thời gian bị bệnh càng dài thì tỷ lệ bệnh nhân mất khả năng lao động càng lớn. VKDT là bệnh viêm khớp mạn tính thường gặp nhất, là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế trong các bệnh lý cơ xương khớp.

### II. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Các công việc của chẩn đoán

**1.1. Hỏi bệnh:** Khai thác các thông tin về thời gian xuất hiện đau sưng ở khớp, số lượng khớp sưng đau, tính chất đau, tiến triển bệnh, các phương pháp điều trị đã trải qua...

#### 1.2. Khám lâm sàng

- Đánh giá các tổn thương tại khớp: tính chất đối xứng, ở các khớp ngoại biên, tiến triển từng đợt, có xu hướng nặng dần gây hủy hoại khớp và đầu xương
- Đánh giá các tổn thương ngoài khớp: viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, rối loạn nhịp tim, tràn dịch màng phổi, xơ phổi, khô kết mạc mắt...
- Đánh giá các tổn thương toàn thân: mệt mỏi, sụt cân, thiếu máu, suy nhược, phù...

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cơ bản: CTM, VSS, CRP, xét nghiệm chức năng gan, thận, XQ thường quy tim phổi, điện tâm đồ.
- Các xét nghiệm đặc hiệu: Yếu tố dạng thấp RF, anti CCP, XQ khớp tổn thương.

#### 2. Chẩn đoán xác định

Theo tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa kỳ và Liên đoàn chống Thấp Châu Âu:

Dấu hiệu	Điểm
<b>A. Biểu hiện tại khớp</b>	
+ 01 khớp lớn	0
+ 02-10 khớp lớn	01
+ 01-03 khớp nhỏ (có hay không có biểu hiện ở khớp lớn)	03
+ 04-10 khớp nhỏ (có hay không có biểu hiện ở khớp lớn)	04
+ Trên 10 khớp (có ít nhất 01 khớp nhỏ)	05
<b>B- Huyết thanh (ít nhất phải làm một xét nghiệm)</b>	
+ RF âm tính và Anti CCP âm tính	0
+ RF dương tính thấp hoặc anti CCP dương tính thấp	02
+ RF dương tính cao hoặc anti CCP dương tính cao	03
<b>C- Chỉ số viêm giai đoạn cấp (ít nhất phải làm một xét nghiệm)</b>	
+ CRP bình thường hoặc tốc độ máu lắng bình thường	0
+ CRP tăng hoặc tốc độ máu lắng tăng	01

<b>D- Thời gian hiện diện các triệu chứng</b>	
Dưới 6 tuần	0
Trên 6 tuần	01

Chẩn đoán xác định khi điểm 6/10

### **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Lupus ban đỏ hệ thống
- Thoái hóa khớp
- Viêm khớp trong bệnh Goutt mạn tính
- Viêm cột sống dính khớp

## **III. ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP**

### **1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng**

Mục tiêu điều trị bệnh VKDT là nhằm giảm viêm, giảm đau, hạn chế tổn thương khớp, ngừa biến dạng khớp, duy trì chức năng, duy trì khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Ngày nay có rất nhiều tiến bộ trong điều trị nội khoa và ngoại khoa bệnh VKDT giúp cải thiện tiên lượng bệnh, tuy nhiên các biện pháp phục hồi chức năng cho bệnh nhân là rất quan trọng trong bất kỳ giai đoạn và mức độ tiến triển nào của bệnh.

#### **Mục đích điều trị và Phục hồi chức năng**

- Bảo vệ khớp.
- Giảm đau, giảm sưng.
- Duy trì và cải thiện tầm vận động khớp, ngừa biến dạng khớp.
- Làm mạnh cơ yếu, tăng cường sức chịu đựng của cơ thể.
- Cải thiện khả năng thăng bằng khi đi lại.
- Cải thiện sức khỏe và tăng cường độc lập trong sinh hoạt

### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

#### **2.1. Giai đoạn khớp viêm cấp**

- Nghỉ ngơi: cần để các khớp viêm cấp được nghỉ ngơi, giảm vận động ban ngày vì vận động và gắng sức có thể làm tăng sưng đau và tổn thương khớp.
- Duy trì tư thế khớp đúng khi nghỉ: không đặt gối kê dưới khoeo chân, gây co rút gập khi đợt viêm chấm dứt. Các khớp bị viêm ở bàn tay và cổ tay cũng cần cố định ở tư thế đúng khi nghỉ.
- Mang nẹp nghỉ vào ban đêm, cho phép giữ khớp ở tư thế chức năng, và làm giảm sự co rút của gân cơ. Tác dụng hỗ trợ chống viêm và giảm đau của nẹp rất tốt.
- Chườm lạnh các khớp viêm cấp 10-15 phút, 2lần/ngày
- Vận động tập: vận động thụ động nhẹ nhàng các khớp háng, gối, vai ngừa dính khớp, teo cơ, đặt khớp cổ, bàn tay và ngón tay trong máng bột hay nẹp nhựa ở tư thế cổ tay duỗi 20°, khớp bàn đót gập 45°, khớp liên đót gập 30°, khớp liên đót xa gập 20°, ngón cái duỗi và dạng. Khuyến khích người bệnh nằm sấp, gồng cơ tứ đầu đùi, cơ mông. Vận động thụ động nhẹ nhàng cổ chân và các ngón chân.

## **2.2. Giai đoạn khớp viêm bán cấp**

- Khớp cổ, bàn, ngón tay: Giảm đau bằng ngâm paraffin hay bồn nước xoáy, vận động chủ động có trợ giúp để duy trì và tăng tầm vận động của bàn tay và các ngón tay, vận động có đề kháng bằng tay hay dụng cụ để tăng lực cơ. Tập luyện chức năng bàn tay nhất là chức năng cầm nắm. Kéo giãn nhẹ các gân cơ co cứng nhưng không làm quá mức.
- Khớp vai: Dùng nhiệt sâu để giảm đau, thư giãn bao khớp. Vận động có trợ giúp để tăng tầm vận động khớp nhất là dạng và xoay. Vận động chủ động tự do duy trì lực cơ vùng vai, tay.
- Khớp háng và gối: Giảm đau bằng nhiệt sâu, vận động chủ động có trợ giúp để duy trì tầm vận động, tập mạnh cơ tứ đầu đùi, cơ duỗi hông. Tập di chuyển với nạng gậy trợ giúp, đặt máng bột sau gối mỗi đêm.
- Khớp cổ, bàn chân: Giảm đau bằng nhiệt, vận động chủ động có trợ giúp khớp cổ chân nhất là gân gót. Kéo giãn gân cơ nếu co rút. Tập di chuyển với nạng.

## **2.3. Giai đoạn mạn tính**

- Thực hiện các bài tập kéo giãn ngừa co rút biến dạng khớp, các bài tập chủ động có đề kháng tăng thể tích cơ và lực cơ. Tăng cường thể lực bằng các bài tập vận động tự do có đề kháng (chú ý giảm sức tỳ lên mặt khớp lớn, khớp chịu lực)
- Thực hiện các bài tập Hoạt động trị liệu tăng cường khả năng và các cử động khéo léo của hai bàn tay.
- Đi bộ nhẹ nhàng, bơi lội, đạp xe đạp, thể dục nhịp điệu để tăng cường sức bền của cơ thể.
- Chương trình tập cần tăng tiến từ từ, không làm sưng đau hay khởi phát tiến trình viêm khớp.

## **3. Điều trị thuốc**

- Các thuốc kháng viêm không steroid: lưu ý khi dùng dài ngày hay bệnh nhân già yếu, có tiền sử tim mạch, dạ dày, cần theo dõi chức năng gan, thận.
- Corticoid: sử dụng ngắn hạn trong lúc chờ đợi thuốc điều trị căn bản có hiệu lực
- Thuốc điều trị căn bản: Methotrexat, Sulfasalazin, Hydrochloroquin.
- Các thuốc kháng thấp sinh học: Ức chế TNF  $\alpha$ , kháng Interleukin 6, kháng Lympho B...

## **4. Điều trị khác**

- **Điều trị ngoại khoa:** Chỉnh hình khớp, thay khớp nhân tạo
- **Điều trị y học dân tộc:** Châm cứu, thuốc nam trong giai đoạn bệnh ổn định hỗ trợ làm thuyên giảm triệu chứng viêm, giảm liều các thuốc chống viêm

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Bệnh nhân phải được theo dõi trong suốt quá trình điều trị, xét nghiệm định kỳ bilan viêm, chức năng gan thận, XQ phổi và đánh giá tiến triển bệnh theo DAS 28, đánh giá chức năng theo thang điểm Quality of life (QOL) hoặc Health Assessment Questionnaire (HAQ).

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

## I. ĐẠI CƯƠNG

Suy giãn tĩnh mạch chi dưới là thuật ngữ chỉ sự suy giảm chức năng đưa máu trở về tim của hệ thống tĩnh mạch nằm ở vùng chân dẫn đến hiện tượng máu ứ đọng lại sẽ gây ra những biến đổi về huyết động và biến dạng tổ chức mô xung quanh, gây ra các triệu chứng như nhức mỏi, nặng chân, phù chân, tê dị cảm, kiến bò...

Trên thế giới, bệnh suy giãn tĩnh mạch chi dưới chiếm một tỉ lệ đáng kể trên số dân, trong đó 70% là nữ. Ở Việt Nam có dự đoán bệnh sẽ gia tăng do sự phát triển của nền kinh tế và thay đổi nếp sống. Suy giãn tĩnh mạch chi dưới mạn tính có thể dẫn đến các biến chứng khó chữa và nguy hiểm như chàm da, loét chân không lành (nhất là ở người già), chảy máu, viêm tĩnh mạch nông huyết khối, huyết khối tĩnh mạch sâu... ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi tiền sử nghề nghiệp, tiền sử bệnh...
- Ở giai đoạn sớm, người bệnh thường bị đau chân, nặng chân, nhức mỏi chân khi đứng lâu hoặc ngồi nhiều. Ban đêm thường bị chuột rút (vọp bẻ), cảm giác tê chân, châm chích như có kiến bò ở vùng cẳng chân, đau ngứa hay cảm giác nóng, bỏng.

#### 1.2. Khám lâm sàng

- Phù chân xảy ra khi đứng lâu, ngồi nhiều liên tục hoặc xuất hiện vào buổi chiều sau một ngày làm việc. Thường thấy phù ở vùng mắt cá chân, bàn chân, có khi phù kín đáo hơn, chỉ cảm thấy khi mang giày dép chật hơn so với bình thường.
- Tĩnh mạch nổi li ti nhất là vùng cổ chân và bàn chân trong giai đoạn sớm, giai đoạn muộn hơn thì vùng cẳng chân xuất hiện chàm da, thay đổi màu sắc da do máu ứ ở tĩnh mạch lâu ngày làm rối loạn biến dưỡng, các tĩnh mạch căng phồng lên gây đau nhức chân, nặng hơn thì có thể thấy các búi tĩnh mạch trương phồng nổi rõ trên da, các mảng bầm máu trên da... các tĩnh mạch nông dưới da giãn to ngoằn ngoèo.
- Ở giai đoạn cuối diễn tiến đến tình trạng giãn to toàn bộ hệ tĩnh mạch, ứ trệ tuần hoàn và rối loạn dinh dưỡng của da chân phía dưới gây viêm loét, nhiễm trùng rất khó điều trị.

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- + Đo áp lực Tĩnh mạch sâu chi dưới
- + Chụp X.quang Tĩnh mạch chi dưới
- + Đo thể tích (Plethysmography): Phương pháp đo thay đổi thể tích tĩnh mạch hay thay đổi thể tích cẳng chân
- + Chụp siêu âm Doppler kép: Đây là phương pháp kết hợp chụp siêu âm Doppler và chụp siêu âm kiểu B (B - mode). Hiện nay đây là phương pháp có giá trị chính xác nhất để đánh giá tình trạng suy chức năng tĩnh mạch (thông qua tốc độ dòng máu tĩnh mạch trào ngược).

### 2. Chẩn đoán xác định

- Các nghiệm pháp khám đánh giá chức năng van tĩnh mạch nông:
  - + Nghiệm pháp Schwartz



- + Nghiệm pháp Trendelenburg
- + Các nghiệm pháp khám đánh giá chức năng van tĩnh mạch xuyên:
- + Nghiệm pháp Garo từng nấc
- + Nghiệm pháp Pratt
- Các nghiệm pháp đánh giá chức năng van tĩnh mạch sâu: Nghiệm pháp Perthes

### **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Tắc tĩnh mạch sâu (tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch chậu....)
- Bệnh viêm tắc nội mạc động mạch .
- Thông động tĩnh mạch .

### **4. Chẩn đoán nguyên nhân**

Nguyên nhân của bệnh suy giãn tĩnh mạch chân mạn tính chưa được xác định rõ ràng. Tuy nhiên một số yếu tố nguy cơ suy giãn tĩnh mạch chân gây ra do tổn thương chức năng các van một chiều của hệ tĩnh mạch ngoại biên:

- Quá trình thoái hóa do tuổi tác (thường gặp ở người già).
- Do tư thế sinh hoạt hay làm việc phải đứng hay ngồi một chỗ lâu, ít vận động, phải mang vác nặng... tạo điều kiện cho máu bị dồn xuống hai chân, làm tăng áp lực trong các tĩnh mạch ở chân, lâu ngày sẽ gây tổn thương các van tĩnh mạch một chiều. Khi các van này bị suy yếu sẽ giảm khả năng ngăn chặn luồng máu chảy ngược xuống dưới do tác dụng của trọng lực, dẫn đến ứ máu ở hai chân.
- Các yếu tố nguy cơ như chế độ làm việc phải đứng nhiều, làm việc trong môi trường ẩm thấp, béo phì, chế độ ăn ít chất xơ và vitamin.

## **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng**

- Phòng ngừa các biến chứng huyết khối tĩnh mạch, huyết khối phổi, loét da gây nguy hiểm cho tính mạng bệnh nhân
- Gia tăng tuần hoàn tĩnh mạch, phòng ngừa ứ trệ.
- Tăng cường chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân

### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

#### **2.1. Băng ép tĩnh mạch nông chi dưới bằng băng thun**

Có tác dụng làm giảm quá trình tiến triển của bệnh và cải thiện được cảm giác chủ quan của bệnh nhân. Tuy nhiên phương pháp này cũng có nhiều bất tiện cho bệnh nhân, nhất là khi phải thường xuyên băng ép trong thời tiết nóng ẩm của Việt Nam.

#### **2.2. Các phương pháp Vật lý trị liệu**

- Nếu có hiện tượng viêm tĩnh mạch:
  - + Chống viêm bằng sóng ngắn dọc chân, chế độ xung, liều không nóng,
  - + Chống phù nề bằng nâng cao chân, cơ cơ tĩnh hoặc vận động khớp các ngón chân, bàn chân, cổ chân.
  - + Không dùng các phương pháp nhiệt, không xoa bóp và vận động mạnh ở giai đoạn tĩnh mạch đang viêm và đau vì có thể làm bong cục máu đông đi vào tuần hoàn toàn thân gây biến chứng nguy hiểm.
- Sau khi hết triệu chứng viêm:

- + Xoa bóp nhẹ nhàng vuốt về
- + Tập các bài tập vận động chủ động tự do các khớp háng, gối, cổ chân trong tư thế nâng cao chân hay duỗi thẳng chân về phía trần nhà để hỗ trợ tuần hoàn tĩnh mạch.
- + Tránh ngồi, đứng liên tục, lâu, nên vận động thay đổi tư thế khoảng 30-60 phút/lần, có thể phối hợp tập các bài tập vận động chân như: co duỗi các ngón chân, gập duỗi cổ chân, nhón gót... để máu lưu chuyển tốt hơn.
- + Tập thể dục bằng cách đi bộ nhanh, hít thở sâu, vừa đi vừa nghỉ.
- + Ngủ gác chân cao.
- + Chế độ ăn giàu trái cây rau tươi thức ăn giàu vitamin, nhiều chất xơ... hạn chế ăn nhiều thịt & chất bột đường.
- + Tránh béo phì, tránh táo bón.

### **3. Thuốc**

- Có thể dùng các thuốc làm tăng trương lực tĩnh mạch (như Daflon, Ginko Fort...), giảm sự ú trệ của tĩnh mạch, bình thường hóa tính thấm của mao mạch, tăng cường sức bền thành mạch, ức chế tại chỗ các hóa chất gây viêm
- Trong các trường hợp đã có biến chứng thiếu dưỡng và loét ở chân, ngoài điều trị như trên, cần chú ý điều trị tại chỗ vết loét, kháng sinh chống bội nhiễm ...

### **4. Các điều trị khác**

- Điều trị nhiệt nội tĩnh mạch bằng sóng Radio cao tần hoặc LASER
- Gây xơ cứng các tĩnh mạch nông bị giãn bằng thuốc
- Phẫu thuật: Loại trừ hiện tượng dòng ngược máu từ tĩnh mạch đùi ra tĩnh mạch hiển trong, cắt bỏ các tĩnh mạch nông bị giãn, khâu buộc các tĩnh mạch qua da...

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Suy tĩnh mạch chi dưới là bệnh mạn tính, tiến triển chậm nhưng giai đoạn muộn có thể gặp những biến chứng nguy hiểm nên cần theo dõi hướng dẫn bệnh nhân điều trị và tập luyện thường xuyên, tái khám định kỳ để phát hiện sớm và xử lý kịp thời biến chứng.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

## I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt nửa người là liệt một tay và một chân cùng bên. Tai biến mạch máu não (Đột quy) là tình trạng rối loạn khu trú chức năng não tiến triển nhanh trên lâm sàng thường do mạch máu nuôi dưỡng một vùng não bị tắc hoặc vỡ làm vùng não đó bị tổn thương, hậu quả là phần cơ thể do vùng não đó chi phối bị rối loạn hoạt động.

Tai biến mạch máu não là loại bệnh lý thường gặp, thường xảy ra ở người trên 45 tuổi trong đó 2/3 xảy ra ở tuổi trên 65, nam thường bị nhiều hơn nữ. Tai biến mạch máu não có thể gây tử vong nhanh, có tỷ lệ tử vong cao, đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai sau các bệnh tim mạch.

Tai biến mạch máu não cũng để lại nhiều di chứng ở các mức độ khác nhau và dẫn đến tàn tật nhiều nhất

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

Các yếu tố nguy cơ: tuổi, giới, tiền sử gia đình, tăng huyết áp, các bệnh lý tim, rối loạn lipid máu, béo phì, đái tháo đường, nghiện thuốc lá, uống rượu, uống thuốc ngừa thai, tăng axit uric máu. Hỏi các triệu chứng rối loạn cảm giác, rối loạn vận động nửa người; rối loạn thị lực; rối loạn ngôn ngữ; rối loạn tri giác.

**1.2. Khám lâm sàng:** Phát hiện rối loạn vận động, cảm giác, tri giác, nhận thức, ngôn ngữ, giác quan (thị lực, thị trường...)

**1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:** Chụp CT hoặc MRI sọ não; điện tâm đồ; XQuang tim, phổi; siêu âm tim; các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, đông máu; siêu âm mạch cảnh; chụp động mạch não.

**2. Chẩn đoán xác định:** Khởi phát đột ngột và diễn biến nhanh, có các dấu hiệu thần kinh khu trú kéo dài quá 24 giờ. Chụp CT hoặc MRI não

#### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Con thiếu máu não thoáng qua (các rối loạn chức năng kéo dài không quá 24 giờ.
- Chấn thương sọ não
- U não
- Viêm não, màng não
- Xơ cứng rải rác

#### 4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tai biến mạch máu não do chảy máu não: Thường xảy ra ở người cao tuổi (liên quan đến tăng huyết áp), hoặc người trẻ tuổi (liên quan đến dị dạng mạch máu não)
- Tai biến mạch máu não do thiếu máu não cục bộ: có 03 loại
  - + Tắc mạch do huyết khối: Huyết khối hình thành tại các mảng vữa xơ động mạch lớn dần gây lấp lòng mạch và tắc mạch
  - + Tắc mạch do cục tắc di chuyển từ nơi khác đến: Hay gặp nhất là huyết khối trong tâm nhĩ ở bệnh nhân bị rung nhĩ, có thể là các mảng xơ vữa từ quai động mạch chủ hoặc cục sùi do

viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

+ Thiếu máu não cục bộ cũng có thể xảy ra khi mạch máu bị xơ vữa gây hẹp nhưng chưa tắc hẳn.

### **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Đảm bảo thông khí:

+ Nằm nghiêng; loại bỏ dị vật trong miệng; hút đờm rãi khi cần.

+ Bệnh nhân hôn mê Glasgow < 8 điểm, có ứ đọng đờm rãi phải đặt nội khí quản, thở máy.

- Theo dõi sát các chỉ số sinh tồn để có biện pháp xử trí kịp thời

- Kiểm soát huyết áp: Với bệnh nhân xuất huyết não khi huyết áp bằng hoặc trên 200/120 mmHg cần hạ huyết áp. Với bệnh nhân thiếu máu não cục bộ chỉ nên hạ huyết áp vừa phải, nên duy trì huyết áp ở mức 150/90 mmHg

- Chăm sóc toàn diện: Đảm bảo dinh dưỡng, chống loét, điều chỉnh nước, điện giải, đường máu, chống nhiễm trùng,

- Phục hồi chức năng phải được bắt đầu càng sớm càng tốt ngay sau đột quy, mỗi giai đoạn có các kỹ thuật phục hồi khác nhau phù hợp với tình trạng cụ thể của người bệnh trong giai đoạn đó

- Cơ thể con người là một khối thống nhất nên trong quá trình tập luyện phải chú ý đến toàn bộ cơ thể với các bài tập vận động cân xứng cả hai bên hướng theo các mẫu vận động bình thường, không sử dụng bên lành bù trừ hoặc thay thế cho bên bị liệt.

- Bằng mọi cách có thể phải làm cho trương lực cơ trở lại bình thường hoặc gần bình thường trước khi thực hiện vận động, đảm bảo vận động được dễ dàng hơn theo các mẫu vận động bình thường mà trước khi bị liệt người bệnh đã sử dụng.

- Tập và hướng dẫn người bệnh vận động theo các cách mà trước khi bị liệt họ đã làm với các mẫu vận động bình thường, sử dụng các bài tập, các kỹ thuật vận động và các dụng cụ trợ giúp cần thiết phù hợp, có liên quan gần gũi với cuộc sống và sinh hoạt thường ngày của người bệnh.

- Khả năng phục hồi tốt nhất của bệnh nhân từ 1 đến 6 tháng sau khi bị liệt, trong quá trình tập luyện cần phát huy tính tích cực và chủ động của người bệnh và gia đình, hướng dẫn người bệnh và gia đình để họ có thể tự thực hiện được các bài tập.

#### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

##### **2.1. Giai đoạn đầu (liệt mềm)**

- Các kỹ thuật vị thế: Đặt tư thế đúng trên giường (nằm ngửa, nằm nghiêng sang bên lành, nằm nghiêng sang bên liệt), tư thế đúng khi ngồi trên giường, trên ghế hoặc xe lăn...

- Vận động trị liệu: Tập vận động thụ động các khớp bên liệt

+ Khớp vai: Gập, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài

+ Khớp khuỷu: Gập, duỗi khuỷu, quay sấp, xoay ngửa cẳng tay.

+ Khớp cổ tay: Gập, duỗi, nghiêng trong, nghiêng ngoài khớp cổ tay.

+ Các ngón tay: Gập, duỗi, dạng, khép các ngón tay.

+ Khớp háng: Gập, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài.

+ Khớp gối: Gập, duỗi

- + Khớp cổ chân: Gấp, duỗi
- + Các ngón chân: Gấp, duỗi, dạng, khép
- Ngôn ngữ trị liệu, Hoạt động trị liệu: có thể can thiệp sớm
- Tâm lý trị liệu

## **2.2. Giai đoạn sau (Liệt cứng)**

- Vận động trị liệu
- + Tập theo tâm vận động: tập vận động có trợ giúp, vận động chủ động.
- + Tập vận động ở các tư thế: nằm, ngồi, đứng, đi.
- + Tập dáng đi
- + Tập thăng bằng (các tư thế)
- + Tập vận động với các dụng cụ trợ giúp
- Hoạt động trị liệu: Tập thực hiện các hoạt động tự chăm sóc, Tập bắt buộc sử dụng tay liệt (CIMT: constraint - induced movement therapy), gương trị liệu (mirror therapy)
- Ngôn ngữ trị liệu: Tập nói, giao tiếp (với những bệnh nhân thất ngôn), tập nuốt...
- Vật lý trị liệu: Nhiệt, điện trị liệu, FES (kích thích điện chức năng)...
- Cung cấp dụng cụ chỉnh trực (máng, nẹp..) và dụng cụ trợ giúp (khung tập đi, nạng, gậy...)
- Tâm lý trị liệu

## **2.3. Giai đoạn hòa nhập (sau bệnh viện)**

- Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình: phòng ngừa di chứng và tai biến tái phát.
- Cải tạo nhà ở và môi trường xung quanh cho phù hợp với bệnh nhân
- Các dụng cụ trợ giúp cần thiết cho giai đoạn này: trợ giúp đi lại, trợ giúp sinh hoạt, trợ giúp làm việc. Tham gia các hoạt động hòa nhập cộng đồng: nhóm trợ giúp, hội người tàn tật, tiếp cận các dịch vụ công cộng, các hoạt động của cộng đồng.
- Hỗ trợ bệnh nhân và gia đình về tâm lý sau tai biến: Chấp nhận những chức năng không thể phục hồi, người bệnh trở thành người khuyết tật.
- Việc làm và thu nhập: khả năng tiếp tục nghề cũ, hoặc bệnh nhân phải học một nghề mới hoặc có những hoạt động tạo thu nhập

## **3. Các điều trị khác**

### **3.1. Thuốc**

- Chống phù não (nếu có): Manitol 0,5-5g/lần truyền tĩnh mạch trong 20-30 phút.
- Kiểm soát huyết áp: trong giai đoạn cấp cứu có thể dùng Labetalol truyền tĩnh mạch với tốc độ 0,5-2mg/phút; Nicardipin truyền tĩnh mạch 5-15mg/giờ.
- Thuốc chống đông và ức chế tiểu cầu với BN thiếu máu não cục bộ: Nên cho sớm Aspirin và các thuốc ức chế tiểu cầu tuy ít cải thiện về tiên lượng trong giai đoạn cấp nhưng có tác dụng dự phòng tai biến tái phát.
- Thuốc tiêu huyết khối chỉ được dùng khi: Bệnh nhân đến sớm trước 03 giờ kể từ khi khởi phát; chẩn đoán chắc chắn là TBMMN do thiếu máu não và không có xuất huyết não (có kết quả chụp CT hoặc MRI sọ); Không có chấn thương sọ não hay đột quỵ trong 03 tháng; Không có xuất huyết tiêu hóa trong 03 tuần; Không có phẫu thuật trong 02 tuần; không có chọc động mạch trong 01 tuần; huyết áp tối đa < 180mmhg, huyết áp tối thiểu < 110 mm Hg; không có rối loạn đông máu, tiểu cầu > 100.000/ml. Trong các loại thuốc tiêu huyết

khối chỉ có t-PA (tissue Plasminogen Activator) được chỉ định với liều 0,9mg/kg tiêm thẳng tĩnh mạch 10% tổng liều sau đó truyền tĩnh mạch 90% liều còn lại trong 01 giờ. Liều tối đa không quá 90mg.

- Thuốc bảo vệ thần kinh (ví dụ: Cerebrolysin, Galatamin, Nootropyl, Citicolin, Tanakan...) tuy nhiên chưa có thuốc được chứng minh rõ rệt tác dụng bảo vệ thần kinh trong giai đoạn cấp

- Điều trị co cứng cơ: Thuốc uống (Baclofen, Seduxen, Dantrolene...) và thuốc tiêm (tiêm Botulinum toxin nhóm A hoặc nhóm B, phong bế thần kinh bằng Phenol 5% hoặc Alcohol)

- Thuốc điều trị trầm cảm (nếu có)

**3.2. Điều trị khác:** Oxy cao áp, thủy trị liệu...

**3.3. Phòng ngừa tái biến mạch máu não:** Phòng ngừa theo nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ, cụ thể là:

- Thay đổi lối sống; loại bỏ các yếu tố nguy cơ như không hút thuốc, không uống rượu,

- Ăn uống điều độ,

- Tăng cường vận động thể lực, thể dục thể thao,

- Sống vui vẻ tránh căng thẳng,

- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh đái tháo đường, tim mạch, huyết áp

#### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Sau khi ra viện bệnh nhân được tiếp tục theo dõi và phục hồi chức năng tại nhà trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Bệnh nhân cần được khám lại 06 tháng một lần tại các cơ sở phục hồi chức năng gần nhất.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHẨN THƯƠNG SỌ NÃO

## I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương sọ não (CTSN) là tình trạng tổn thương não do nguyên nhân chấn thương, dẫn đến những rối loạn về tri giác, nhận thức, vận động, cảm giác giác quan và ngôn ngữ.

CTSN có thể được chia thành 2 nhóm chính dựa trên sinh lý bệnh học là tổn thương nguyên phát và tổn thương thứ phát:

+ Các dạng tổn thương nguyên phát thường gặp: tụ máu ngoài màng cứng, tụ máu dưới màng cứng, xuất huyết dưới nhện, xuất huyết não thất, xuất huyết trong não, dập não, tổn thương sợi trục lan tỏa, tổn thương chất xám sâu.

+ Các dạng tổn thương thứ phát thường gặp: thoát vị não, phù não, nhồi máu não hoặc thiếu máu não sau chấn thương.

Các triệu chứng lâm sàng cũng như tình trạng khiếm khuyết, giảm khả năng gây ra bởi chấn thương sọ não là rất đa dạng. Do đó, quá trình PHCN cho bệnh nhân CTSN đòi hỏi phải toàn diện, đảm bảo đúng nguyên tắc và có sự phối hợp tốt giữa các thành viên trong nhóm điều trị. Một chương trình PHCN tốt sẽ giúp bệnh nhân sớm hồi phục, có thể lấy lại được tối đa các hoạt động chức năng và cải thiện được chất lượng cuộc sống.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

+ Lý do vào viện: tai nạn giao thông? tai nạn lao động? bị tấn công bằng hung khí?

+ Bệnh sử: thời điểm xảy ra tai nạn, cơ chế chấn thương, sơ cấp cứu ban đầu, tình trạng diễn tiến tri giác và nhận thức, tính chất các triệu chứng về vận động, chẩn đoán và điều trị trước đó, tình trạng hiện tại.

+ Tiền sử: tiền sử chấn thương hoặc các bệnh lý về thần kinh trung ương trước đây.

#### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Đánh giá tình trạng tri giác của bệnh nhân bằng thang điểm Glasgow hôn mê. Dựa vào chỉ số Glasgow để phân loại mức độ nặng CTSN: CTSN nhẹ: 13-15 điểm; CTSN vừa: 9-12 điểm; CTSN nặng: 3-8 điểm.

- Đánh giá chức năng nhận thức của bệnh nhân bằng thang điểm Rancho Los Amigos. Thang điểm này gồm có 8 mức độ, trong đó độ I là nặng nhất và độ VIII là tốt nhất.

- Đánh giá tình trạng khiếm khuyết chức năng:

+ Đánh giá sức mạnh cơ bằng phương pháp thử cơ bằng tay

+ Đánh giá trương lực cơ theo thang điểm Ashworth cải biên (MAS)

+ Đánh giá chức năng thăng bằng theo thang điểm Berg hoặc thang điểm Tinetti

+ Khám các rối loạn về điều hợp, dáng đi và các vận động vô ý thức

+ Khám 12 đôi dây thần kinh sọ não

+ Khám phát hiện các rối loạn về ngôn ngữ

+ Khám phát hiện các rối loạn nuốt: thang điểm GUSS (Gugging Swallowing Screen) hoặc MASA (???)

- Đánh giá các thương tật thứ cấp có thể xảy ra trên bệnh nhân như viêm phổi, loét do đè ép, teo cơ, cứng khớp, huyết khối tĩnh mạch sâu, ...

- Sử dụng Bảng lượng giá chức năng FIM (Functional Independence Measure) để lượng giá mức độ độc lập chức năng của bệnh nhân trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày như hoạt động tự chăm sóc, hoạt động di chuyển, khả năng kiểm soát cơ tròn.

### **1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng**

- CT-scan sọ não hoặc MRI sọ não cho phép xác định được vị trí não bị tổn thương, loại tổn thương nguyên phát, thứ phát và mức độ nặng của tổn thương.

## **2. Chẩn đoán xác định**

- Cơ chế tổn thương não do chấn thương

- Tình trạng rối loạn về tri giác, nhận thức, vận động, cảm giác, giác quan và ngôn ngữ.

- Xác định mức độ nặng của CTSN và mức độ độc lập chức năng thông qua các công cụ lượng giá kể trên.

- CT-scan sọ não: hình ảnh các thương tổn nguyên phát và thứ phát của não do chấn thương.

## **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Tai biến mạch máu não

- U não

- Viêm não - màng não

- Xơ cứng rải rác

## **4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Tai nạn giao thông

- Tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt

- Vết thương sọ não do hung khí.

# **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

## **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Ưu tiên hàng đầu là hồi sức tim phổi, kiểm soát tình trạng tăng áp lực nội sọ và ổn định tình trạng bệnh nhân. Xử trí tổn thương não nguyên phát và điều trị/dự phòng tổn thương thứ phát; đánh giá khả năng can thiệp phẫu thuật trên bệnh nhân.

- Can thiệp PHCN sớm, ngay cả trong khi bệnh nhân đang ở trong đơn vị hồi sức tích cực nhằm hạn chế tối đa những thương tật thứ cấp có thể xảy ra do bất động lâu trên giường.

- Chương trình can thiệp PHCN phải toàn diện, bao gồm cả chức năng vận động lẫn nhận thức, hành vi, ngôn ngữ, cảm giác, giác quan.

- Phối hợp chặt chẽ giữa các thành viên trong nhóm phục hồi cũng như giữa nhóm phục hồi với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

## **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

### **2.1. Chương trình PHCN cho bệnh nhân CTSN trong giai đoạn cấp**

- Sau khi bệnh nhân đã được điều trị hồi sức tích cực, kiểm soát tốt tình trạng huyết động, áp lực nội sọ và các dấu hiệu sinh tồn khác, cần phải cho bệnh nhân vận động sớm. Các nghiên cứu đã chứng minh việc cho bệnh nhân vận động sớm không chỉ giúp hạn chế được các thương tật thứ cấp mà còn giúp bệnh nhân cải thiện chức năng vận động cũng như nhận thức nhanh hơn.

+ Tập vận động theo tầm vận động khớp

+ Hướng dẫn bệnh nhân tự xoay trở hoặc giúp họ thay đổi tư thế nếu tri giác còn kém.



- + Cho bệnh nhân ngồi dậy sớm, chuyển sang ghế tựa cạnh giường, tập đứng và đi càng sớm càng tốt nếu tình trạng huyết động, tri giác và chức năng vận động cho phép.
- + Hướng dẫn bệnh nhân các bài tập thở, tập ho nhằm dự phòng biến chứng về hô hấp.

## **2.2. Chương trình PHCN cho bệnh nhân CTSN trong giai đoạn hồi phục**

- Tiếp tục duy trì chương trình dinh dưỡng, chăm sóc và dự phòng các thương tật thứ cấp.
- Duy trì mức độ vận động và sự toàn vẹn của các khớp chức năng.
- Tăng cường tiếp xúc, nói chuyện với bệnh nhân nhằm cải thiện tình trạng tri giác, nhận thức và ngôn ngữ.
- Hướng dẫn, hỗ trợ bệnh nhân thực hiện các bài tập vận động chức năng trên giường, bên cạnh giường và chức năng đi lại.
- Kiểm soát trương lực cơ, khả năng thăng bằng và điều hợp, chỉnh dáng đi.
- Cung cấp dụng cụ chỉnh hình như nẹp cổ bàn tay, nẹp AFO nhằm dự phòng hoặc điều trị biến dạng co rút chi.
- Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng các dụng cụ trợ giúp di chuyển như xe lăn, khung tập đi, nạng, gậy,...
- Bên cạnh vận động trị liệu, cần áp dụng song song chương trình hoạt động trị liệu nhằm giúp bệnh nhân đạt được tối đa có thể mức độ độc lập chức năng trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

## **2.2. Chương trình PHCN cho bệnh nhân CTSN trong giai đoạn tái hòa nhập cộng đồng**

Mục tiêu của PHCN trong giai đoạn này là giúp bệnh nhân đạt được mức độ độc lập chức năng tối đa khi trở về với gia đình và xã hội; phát huy vai trò, trách nhiệm của gia đình và xã hội đối với bệnh nhân; tạo điều kiện để bệnh nhân quay trở lại với nghề nghiệp cũ hoặc tiếp cận với một nghề mới phù hợp với tình trạng chức năng hiện tại.

## **3. Các điều trị khác**

### **3.1. Nội khoa**

- Điều trị nội khoa tích cực trong giai đoạn cấp
- Sử dụng thuốc chống co giật nếu bệnh nhân có động kinh
- Sử dụng thuốc dẫn cơ đường uống hoặc tiêm tại chỗ (Botulinum toxin nhóm A hoặc nhóm B, hoặc phong bế thần kinh bằng Phenol 5%) đối với những trường hợp co cứng nhiều.
- Các thuốc an thần hoặc chống loạn thần nếu như bệnh nhân có các dấu hiệu kích động, loạn thần...

### **3.2. Ngoại khoa**

- Can thiệp phẫu thuật sọ não nếu có chỉ định.
- Các thủ thuật can thiệp nhằm giảm tình trạng tăng áp lực nội sọ. Ví dụ: kỹ thuật đặt shunt não thất-khoang phúc mạc; kỹ thuật dẫn lưu não thất ngoài cơ thể EVD.

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Trong quá trình điều trị cần theo dõi tình trạng tri giác, nhận thức, vận động và các chức năng khác một cách chặt chẽ để có thái độ xử trí và chương trình PHCN thích hợp. Sử dụng các bộ công cụ lượng giá chức năng kể trên để đánh giá chức năng của bệnh nhân trong các lần tái khám. Có thể sử dụng bảng Glasgow hậu quả (Glasgow Outcome Scale) để tiên lượng kết quả phục hồi của bệnh nhân kể từ tháng thứ 6 sau chấn thương.



## PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LIỆT DÂY VII NGOẠI BIÊN

### I. ĐẠI CƯƠNG

**Khái niệm:** Liệt mặt ngoại biên là hội chứng tổn thương dây thần kinh số VII gây nên tình trạng giảm hoặc mất vận động các cơ ở mặt (liệt toàn bộ nửa mặt).

**Nguyên nhân:** Bị nhiễm lạnh, tai biến mạch máu vùng cầu não, viêm não, viêm đa rễ và dây thần kinh ...

### II. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Các công việc của chẩn đoán

##### 1.1. Hỏi bệnh

- Thời điểm khởi phát triệu chứng
- Tiền sử bị nhiễm lạnh, virus, chấn thương sọ não, viêm não, tai biến mạch máu não, sốt, viêm đa rễ và dây thần kinh...

##### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khi nghỉ ngơi: bộ mặt đờ đẫn, mất sự cân đối, mất đường nét tự nhiên.



+ Trương lực cơ mặt bên liệt giảm dẫn đến nửa mặt bên liệt xuất hiện các triệu chứng như: mép bị sệ xuống, khe mắt bên liệt rộng hơn bên lành, lông mày hạ thấp xuống, mờ rãnh mũi má, nhân trung lệch sang bên lành.

+ Nước bọt thường chảy ra ở mép bên liệt, thức ăn hay đọng lại ở má bên liệt.

- Khi bệnh nhân làm động tác theo ý muốn, sự mất đối xứng hai bên càng rõ hơn.

+ Khi nhìn ngược lên, nếp nhăn trán bên liệt mờ hoặc không có.

+ Nhe răng cười, miệng méo và lệch sang bên lành.

+ Dấu hiệu Charler-Bell: người bệnh nhắm mắt, mắt bên liệt nhắm không kín do liệt cơ khép vòng mi và nhãn cầu bị đưa lên trên và ra ngoài (khi đó giác mạc lún dưới mi trên, củng mạc trắng lộ rõ giữa hai khe mi)

- Các triệu chứng khác

+ Có thể tê mặt ở bên liệt

+ Mất vị giác 2/3 trước lưỡi

+ Khô mắt do không tiết nước mắt (có thể dẫn tới mù nếu để lâu) hoặc tăng tiết nước mắt làm chảy nước mắt giàn giụa nhất là trong hoặc ngay sau bữa ăn.

- Tiến triển: Liệt mặt do lạnh thường tiến triển tốt, thường tự khỏi (70-80% số trường hợp) sau 2-9 tuần. Trường hợp nặng có thể để lại di chứng.

- Di chứng: nhiều mức độ nặng nhẹ tùy thuộc vào nguyên nhân

+ Chỉ méo miệng nhẹ, đôi khi có thể có di chứng nặng chuyển sang co cứng nửa mặt. Bệnh

nhân thường xuyên cứng nửa mặt, méo về bên liệt, mỗi khi làm động tác các cơ mặt có hiện tượng đồng động gây co thắt nửa mặt, giật cơ. Đây là một biến chứng ảnh hưởng rất nhiều đến tâm lý, thẩm mỹ của người bệnh.

+ Viêm giác mạc do mắt bên liệt không nhắm kín dẫn đến bụi, gió tạt sang chấn vào giác mạc mắt

### **1.3. Các chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng**

Khi cần chẩn đoán nguyên nhân thì chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp: chụp CTscanner, chụp cộng hưởng từ trong trường hợp liệt mặt do khối u, do bệnh lý mạch máu...

**2. Chẩn đoán xác định:** Chẩn đoán liệt mặt ngoại biên chỉ cần dựa vào lâm sàng.

### **3. Chẩn đoán nguyên nhân**

#### **3.1. Liệt mặt nguyên phát (liệt mặt do lạnh hay liệt Bell)**

Mạch nuôi của dây thần kinh bị co thắt dẫn đến thiếu máu cục bộ, phù và chèn dây thần kinh trong ống Fallope. Các trường hợp liệt tự phát thường tiến triển cấp tính có liên quan tới gió lùa, lạnh, hay xảy ra vào ban đêm.

#### **3.2. Liệt mặt thứ phát**

- Viêm đa rễ và dây thần kinh, viêm màng não, viêm dây thần kinh VII, viêm tai xương chũm, Zona hạch gối ...

- Sang chấn: vỡ nền sọ gây vỡ xương đá, tai biến phẫu thuật tai...

- Khối u: u góc cầu tiểu não, u dây thần kinh VIII, di căn ung thư...

## **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Điều trị càng sớm càng tốt, người bệnh mau khỏi

- Tránh các kích thích mạnh, không bao giờ cố điều trị cho hết liệt mặt trong giai đoạn cấp của bệnh (vì sẽ làm trương lực cơ tăng gây co cứng)

- Kết hợp điều trị, bảo vệ mắt bị hở

### **2. Các phương và kỹ thuật phục hồi chức năng**

#### **2.1. Phục hồi chức năng giai đoạn cấp tính (từ 3 ngày - 1 tuần)**

\* Mục tiêu:

- Giảm tâm lý lo lắng giúp người bệnh an tâm và hợp tác trong điều trị

- Tăng tuần hoàn, phòng biến dạng mặt

- Bảo vệ mắt, chống khô mắt và viêm giác mạc

- Đảm bảo vệ sinh răng miệng.

\* Phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

- Động viên, giải thích giúp người bệnh an tâm và hợp tác trong điều trị

- Dùng nhiệt ẩm, xoa bóp cử động nhẹ nhàng tránh kích thích mạnh, giảm nói cười... Dùng băng dính chữ Y cố định ở trán - môi trên và dưới để nâng cơ mặt khỏi sệ.

- Người bệnh nên đeo kính râm, nhỏ mắt bằng nước muối sinh lý, dùng băng dính che mắt tạm thời để tránh bụi, dị vật gây tổn thương mắt.

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

#### **2.2. Phục hồi chức năng giai đoạn bán cấp và mạn tính (sau 1 tuần)**

\* Mục tiêu

Tăng cường trương lực cơ, phục hồi cơ mắt bị teo, điều trị co cứng cơ mắt, tăng cường tuần hoàn, tiếp tục phục hồi chức năng giao tiếp, giữ gìn vệ sinh răng miệng.

\* Phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng.

- Dùng nhiệt nóng, điện xung, điện phân, xoa bóp.
- Tập các cơ mắt qua các bài tập từ chủ động trợ giúp đến đề kháng. Hướng dẫn người bệnh tự tập qua gương: nhắm mắt huýt sáo, thổi lửa, ngậm chặt miệng, mỉm cười, nhăn trán, phát âm những từ có âm môi: B, P, U, I, A...
- Nên để người bệnh ở phòng riêng hoặc ở góc phòng có bình phong, ngăn cách với người bệnh khác để người bệnh khỏi ngưng ngừng, kém tập trung.
- Hướng dẫn người bệnh giữ ấm mắt, bảo vệ mắt, tránh các cử động mạnh ở mắt.

### **3. Các phương pháp điều trị khác**

#### **3.1. Điều trị nội khoa**

- Điều trị theo nguyên nhân: Chống viêm, dùng thuốc kháng sinh khi có nhiễm khuẩn, thuốc điều trị virus...
- Thuốc giãn mạch
- Kích thích tăng dẫn truyền, dùng vitamin nhóm B liều cao.

#### **3.2. Điều trị ngoại khoa**

Phẫu thuật giải phóng dây thần kinh trong ống dây thần kinh mắt do viêm tai, phẫu thuật khối u...

### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Cần thăm khám định kỳ cho đến khi hết triệu chứng để đánh giá kết quả điều trị, điều chỉnh phương pháp điều trị nếu cần và để phát hiện các biến chứng của liệt mắt.
- Liệt mắt ngoại biên do lạnh thường lành tính, tuy nhiên cần hướng dẫn bệnh nhân giữ ấm mắt, bảo vệ mắt, tránh các cử động mạnh ở mắt.
- Liệt mắt do các nguyên nhân: khối u, mạch máu, viêm nhiễm cần kết hợp với các phương pháp điều trị đặc hiệu, tái khám theo chuyên khoa, phối hợp điều trị nguyên nhân, tiên lượng tùy thuộc nguyên nhân gây liệt mắt

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH GÚT

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Gút là bệnh chuyển hóa, đặc trưng là có những đợt viêm khớp cấp tái phát và lắng đọng natri urat trong các mô, gây ra do tăng acid uric trong máu.
- Trong phân loại có bệnh gút cấp tính, bệnh gút mãn tính và thời gian ổn định giữa các cơn gút cấp.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

Bệnh nhân có xuất hiện bệnh sau khi có một bữa ăn có nhiều thịt không, sau một chấn thương hay phẫu thuật không, sau lao động nặng, đi lại nhiều, đi giày chật không, sau khi bị căng thẳng tâm lý mạnh không, sau khi dùng thuốc không.

#### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Gút cấp tính

+ Đau cấp tính ở khớp bàn ngón chân cái một bên, thường xuất hiện vào ban đêm làm bệnh nhân thức giấc. Khớp bàn ngón chân cái sưng to, căng bóng, nóng đỏ, xung huyết, đau dữ dội ngày càng tăng, không thể chịu nổi, chỉ một va chạm nhẹ cũng làm đau tăng lên. Trong khi các khớp khác vẫn bình thường.

+ Toàn thân: có biểu hiện sốt nhẹ, mệt mỏi, lo lắng, mắt nổi tia đỏ, khát nước, đại tiện và đờ, táo bón.

+ Đợt viêm kéo dài 1-2 tuần (trung bình 5 ngày), đêm đau nhiều hơn ngày, viêm nhẹ dần, đau giảm, bớt phù, hơi ướt, ngứa nhẹ rồi bong vảy và khỏi hẳn không để lại dấu vết gì ở ngón chân. Bệnh có thể tái phát nhiều lần trong một năm.

- Gút mãn tính

+ Tại khớp

Nổi u cục (hạt tophi): là hiện tượng lắng đọng urat ở xung quanh khớp, ở màng hoạt dịch, đầu xương, sụn... Vị trí thường thấy ở trên các khớp bàn, ngón chân cái, các ngón chân khác, cổ chân, gối, khuỷu, cổ tay, bàn ngón tay và đốt ngón gần, có một vị trí rất đặc biệt là trên sụn vành tai. Không bao giờ có ở khớp háng, vai và cột sống

Viêm đa khớp: Các khớp nhỏ, khớp nhỏ, bị viêm bàn ngón chân và tay, đốt ngón gần, cổ tay, gối, khuỷu, viêm thường nhẹ không đau nhiều và có tính chất đối xứng, diễn biến chậm. Các khớp hang, vai, cột sống không bị tổn thương.

+ Biểu hiện ngoài khớp

Thận: Lắng đọng rải rác ở nhu mô thận, sỏi đường tiết niệu.

Gân, túi thanh dịch: Có thể gây đứt gân hoặc chèn ép thần kinh

Tim: Urat có thể lắng đọng ở màng ngoài tim, cơ tim, có khi cả van tim.

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm

+ Acid uric máu tăng trên 7mg% .

+ Acid uric niệu/24h bình thường từ 400-450 mg, tăng nhiều trong gút nguyên phát, giảm rõ trong gút thứ phát sau bệnh thận.

+ Tốc độ máu lắng trong đợt tiến triển tăng, các xét nghiệm khác bình thường.

- Dịch khớp

Dịch khớp có biểu hiện viêm rõ rệt (lượng mucin giảm, bạch cầu tăng nhiều). Đặc biệt thấy những tinh thể urat monosodic nằm trong hoặc ngoài tế bào.

- X quang

Dấu hiệu quan trọng nhất của bệnh là khuyết xương hình hốc ở các đầu xương: hay gặp ở xương, đốt ngón chân, ngón tay, xương bàn tay, bàn chân, đôi khi ở cổ tay, cổ chân, khuỷu và gối.

## **2. Chẩn đoán xác định: Tiêu chuẩn của Bennet và Wood (1968)**

**Độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 82,7%**

- Hoặc tìm thấy tinh thể natri urat trong dịch khớp hay trong các hạt tophi

- Hoặc tối thiểu có trên 2 trong các yếu tố sau đây:

+ Tiền sử hoặc hiện tại có tối thiểu 2 đợt sưng đau của một khớp với tính chất khởi phát đột ngột, đau dữ dội và khởi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.

+ Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.

+ Có hạt tophi

+ Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong 48 giờ) trong tiền sử hoặc hiện tại.

**Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn thứ nhất hoặc 2 yếu tố của tiêu chuẩn thứ hai.**

## **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm khớp do lắng đọng các tinh thể khác (pyrophosphate calci dihydrat) hay bệnh giả gút.

- Viêm khớp nhiễm khuẩn

- Viêm khớp dạng thấp

- Viêm khớp phản ứng

- Bệnh lý khác: viêm mô tế bào, bệnh mạch máu ngoại biên...

## **4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Nguyên nhân nguyên phát: Chưa rõ nguyên nhân nhưng trong chế độ ăn thực phẩm có chứa nhiều purin như gan, thận, tôm, cua, long đỏ trứng, nấm được coi là làm nặng thêm bệnh. Gặp 95% ở nam giới, độ tuổi thường gặp là 30-60 tuổi.

- Nguyên nhân thứ phát

Có thể do tăng sản xuất acid uric, giảm đào thải acid uric hoặc cả hai, cụ thể:

- Suy thận nói riêng và các bệnh lý làm giảm độ thanh lọc acid uric của cầu thận nói chung.

- Các bệnh về máu: bệnh bạch cầu cấp.

- Dùng thuốc lợi tiểu như furosemid, thiazide, acetazolamide...

- Sử dụng các loại thuốc diệt tế bào để điều trị các bệnh ác tính như cyclosporine, thuốc chống lao (ethambutol)...

Các yếu tố nguy cơ của bệnh là tăng huyết áp, béo phì và hội chứng chuyển hóa, tăng insulin máu và sự đề kháng insulin, uống nhiều rượu.

## **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Chống viêm, giảm đau

- Duy trì tầm vận động của khớp

## **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

### **2.1. Giai đoạn cấp**

- Tương tự như điều trị giai đoạn cấp của bệnh viêm đa khớp dạng thấp
- Nhiệt lạnh trị liệu
- Điện phân trị liệu
- Siêu âm trị liệu
- Bất động khớp ở tư thế chức năng

### **2.2. Giai đoạn mãn**

Vận động khớp nhẹ nhàng

### **3. Các điều trị khác**

- Chế độ ăn uống sinh hoạt
- Thuốc chống viêm
- Thuốc hạ acid uric máu

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau
- Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên



# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẸM CỔ TAY

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng đường hầm cổ tay hay còn gọi là hội chứng ống cổ tay, được James Paget mô tả từ giữa thế kỷ 18.
- Khoảng 3% người Mỹ trưởng thành có biểu hiện hội chứng này
- Đây là một trong những nguyên nhân gây tê tay, teo bàn tay, thường gặp ở người trẻ tuổi, nữ hay gặp hơn nam, người sử dụng nhiều các cử động ở cổ tay như cầm tiền, gói hàng.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

#### 1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi xem bệnh nhân có đau và dị cảm ở bàn tay không.
- Có hay bị tê về đêm không, tê có giảm khi nâng tay cao hoặc vẫy tay không
- Đau tê thỉnh thoảng mới xuất hiện hay thường xuyên.
- Bệnh nhân có hay bị run tay, viết khó, dễ làm rớt đồ vật không

#### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Dấu hiệu lâm sàng cổ điển là dấu hiệu Tinel và nghiệm pháp Phalen
- Dấu hiệu Tinel dương tính: gõ trên ống cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay tối đa gây cảm giác đau hay tê giật lên các ngón tay.
- Nghiệm pháp Phalen dương tính: Khi gấp cổ tay tối đa (đến 90 độ) trong thời gian ít nhất là một phút gây cảm giác tê tới các đầu ngón tay.
- Giảm hoặc mất cảm giác châm chích vùng da do TK giữa chi phối
- Teo cơ mô cái, yếu cơ, cầm nắm yếu là những dấu hiệu muộn đã có tổn thương thần kinh.

#### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- + Chẩn đoán điện (đo điện cơ): Cho phép ta chẩn đoán sớm và lượng giá những tổn thương của dây thần kinh giữa. Người ta dùng dòng điện cường độ nhỏ kích thích và đo thời gian đáp ứng về cảm giác hoặc vận động ở vùng thần kinh giữa chi phối.
- + Siêu âm: Siêu âm có thể giúp đánh giá thần kinh giữa và các thành phần trong ống cổ tay.

### 2. Chẩn đoán xác định

- Có biểu hiện đau, tê bàn ngón tay vùng thần kinh giữa chi phối qua hỏi bệnh
- Dấu hiệu Tinel dương tính
- Nghiệm pháp Phalen dương tính
- Điện cơ đồ.
- Siêu âm

### 3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Chấn thương vùng cổ tay, khiến cấu trúc cổ tay thay đổi.
- Thấp khớp (biến dạng bàn tay, ngón tay), lupus, đái tháo đường.
- Thai nghén, suy giáp, suy thận.
- Các bất thường của những dây gân trong đường hầm cổ tay.
- Do đặc thù công việc sử dụng cổ tay nhiều: công nhân làm việc trong các dây chuyền công nghiệp, nhân viên đánh máy tính văn phòng...

## III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Cần điều trị các bệnh lý hoặc các yếu tố thuận lợi gây ra hội chứng đường hầm cổ tay.
- Giảm áp lực trong ống cổ tay bằng cách giảm hiện tượng viêm, phù nề của các gân gấp hoặc dịch viêm do khớp hay máu tụ do cổ tay.
- Mở rộng ống cổ tay bằng cách xé mạc giữ gân gấp. Điều chỉnh các khối can xương trật để ống cổ tay không bị hẹp và không đè ép lên thần kinh giữa.

### **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

- Nhiệt trị liệu
- Điện trị liệu
- Xoa bóp mô mềm ở cổ tay
- Máng nẹp cổ tay
- Di động khớp cổ tay
- Các bài tập cổ tay và bàn tay

### **3. Các điều trị khác**

- Điều trị bằng thuốc
  - + Thuốc chống viêm giảm đau không Steroid
  - + Vitamin nhóm B
  - + Tiêm steroid một cách thận trọng vào trong ống cổ tay.
- Phẫu thuật nói rộng đường hầm: Dành cho những trường hợp bệnh bắt đầu sang đến giai đoạn muộn, bàn tay, ngón tay có cơ lực yếu.

### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng đau

Hẹn tái khám khi bệnh nhân đau lại hoặc đau tăng lên

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM CÂN GAN BÀN CHÂN

## I. ĐẠI CƯƠNG

Cân gan bàn chân là một dải rất chắc chạy dọc theo lòng bàn chân, nối từ gót chân đến nền của các ngón. Nó có chức năng nâng đỡ cung bàn chân, duy trì độ cong sinh lý của bàn chân, khiến bàn chân có độ nhún, làm giảm nhẹ lực đè ép lên bàn chân khi vận động. Viêm cân gan bàn chân là viêm dải cân này.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

**1.1. Hỏi bệnh:** thời điểm khởi phát triệu chứng, tiền sử hay hiện tại vận động quá sức, thể thao và giày dép có thích hợp hay không? các khiếm khuyết chức năng hiện tại, mục tiêu chức năng của bệnh nhân.

### 1.2. Khám lâm sàng

- Đau phía dưới gót chân, có đặc tính là đau nhiều về sáng và giảm đi trong ngày. Đau có thể trở lại sau khi vận động đi lại nhiều và thuyên giảm khi nghỉ ngơi. Người bệnh thường mô tả có cơn đau buốt rất khó chịu khi vừa ngủ dậy bước chân xuống giường, hoặc khi đang ngồi lâu đứng dậy, đi.

- Nếu không điều trị kịp thời và đúng cách bệnh sẽ trở thành mạn tính, kéo dài dai dẳng nhiều tháng nhiều năm, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

- Người khám ấn vào mặt dưới gót phía trong, bệnh nhân rất đau.

- Khám cung gan bàn chân (phẳng, lõm cao, teo cơ..), mắt cân xứng chiều dài chi và dấu hiệu của viêm hệ thống.

### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Chụp X Quang thường thấy có hình ảnh của gai xương gót, vì vậy viêm cân gan chân còn được gọi là gai xương gót. Tuy nhiên, gai xương gót không phải là nguyên nhân gây đau trong bệnh viêm cân gan chân mà chỉ là hậu quả của quá trình viêm kéo dài dẫn đến vôi hóa.

**2. Chẩn đoán xác định:** triệu chứng lâm sàng, điện quang (XQ thường qui, CT scans, MRI) và siêu âm vùng gót chân.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm gân gót Achille

- Hội chứng đường hầm bàn chân

- Một số bệnh khác như viêm khớp dạng thấp, gout, đau thần kinh tọa, chấn thương xung gót, viêm túi hoạt dịch gót.

### 4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Cân gan chân bị kéo căng quá mức, lập đi lập lại trong thời gian dài gây viêm, rách ngay chỗ bám vào xương gót.

- Ngoài ra còn hay gặp ở phụ nữ đi giày bó, giày cao gót, hoặc ở tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh.

## III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Điều trị vật lý - Phục hồi chức năng sớm và tích cực, kết hợp đánh giá thêm cận lâm sàng (sinh hóa, huyết học, CT scans, MRI..) khi điều trị giai đoạn cấp không thuyên giảm triệu

chứng.

- Chú trọng kỹ thuật kéo giãn gân gót, cân gan chân hàng ngày vào buổi sáng trước khi đi lại, hoạt động, thực hiện 4-5 lần/ngày.
- Thuyết phục bệnh nhân tính hiệu quả của chương trình điều trị bảo tồn từ 6 đến 12 tháng.

## **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

### **2.1. Giai đoạn cấp**

- Mức độ hoạt động: nghỉ ngơi, ngừng chạy, nhảy và các hoạt động thể thao. Bảo vệ gan bàn chân khi hoạt động bằng gót hõm, gót đệm, băng cổ chân, không đi chân không.
- Vật lý trị liệu: Nhiệt lạnh trị liệu 4 lần/ngày, mỗi lần 15-20 phút; siêu âm; điện phân; điện di ion; kích thích điện, sóng xung kích 10-20 phút/lần/ lặp lại tùy theo từng bệnh nhân.
- Vận động trị liệu:
  - + Kỹ thuật mô mềm: xoa bóp sâu mô mềm tới cân gan chân, cơ sinh đôi, cơ dép.
  - + Di động khớp: xương cổ chân và các ngón.
- Bài tập và chương trình tập tại nhà:
  - + Kéo giãn và tập mạnh cơ: cơ sinh đôi, cơ dép, cơ chày sau, cân cơ gan chân, nhóm cơ gấp ngón.
  - + Tập luyện dáng đi và dụng cụ trợ giúp khi cần.

### **2.2. Giai đoạn bán cấp/mạn tính**

- Mức độ hoạt động: tăng tiến hoạt động đi, chạy bộ.
- Vật lý trị liệu: Nhiệt lạnh trị liệu 1-2 lần/ngày, mỗi lần 15-20 phút; siêu âm; điện phân; điện di ion; kích thích điện, sóng xung kích 10-20 phút/lần/ lặp lại tùy theo từng bệnh nhân.
- Vận động trị liệu:
  - + Trợ giúp kéo giãn cơ sinh đôi, cơ dép dùng kỹ thuật co nghỉ/giữ nghỉ. Tăng tiến bài tập đề kháng bằng tay. Tiếp tục di động khớp.
  - Bài tập và chương trình tập tại nhà:
    - + Kéo giãn, tập mạnh cơ và độ mềm dẻo các nhóm cơ như trên. Tập mạnh bằng kỹ thuật chuỗi đóng động (chân và gót nâng lên); bài tập với băng thun.
    - + Tập luyện dáng đi tăng tiến thì ổn định: tái rèn luyện thăng bằng, cảm thụ bản thể; bước tới và lui, tăng tiến nhảy, nhảy lò cò.
    - + Luyện tập tim mạch (đạp xe đạp, tắm lặn, lên xuống cầu thang); trở lại hoạt động chức năng hàng, nghề nghiệp, giải trí và hoạt động thể thao trước đây.

**3. Điều trị thuốc:** thuốc chống viêm giảm đau giúp giảm hiện tượng viêm và các triệu chứng.

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

**1. Lịch tái khám:** sau xuất viện 2 tuần tiếp tục theo dõi về tình trạng sức khỏe và hồi phục chức năng.

### **2. Biện pháp phòng ngừa**

- Khởi động thật kỹ và thực hiện các động tác kéo căng trước khi chơi thể thao.
- Mang giày chuyên dùng, kích cỡ phù hợp, có miếng đệm giày êm.
- Tránh chơi trên mặt sân cứng. Sửa lại bộ chân cho đúng kỹ thuật.
- Không nên đi bộ hay chạy bộ nhiều nhằm làm giảm cân. Trước khi tập đi bộ phải tập kéo

căng cơ bụng chân, cân gan chân.

# ĐIỀU TRỊ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐAU THẦN KINH

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa

- Theo định nghĩa của Hiệp hội Nghiên cứu về Đau Quốc tế (IASP - 1994) “Đau là một trải nghiệm khó chịu về mặt giác quan và cảm xúc, có liên quan với một thương tổn mô hiện mắc hoặc sẽ mắc phải hoặc được mô tả bằng các ngôn từ bao hàm một tổn thương như vậy”.
- Phân loại theo đặc điểm nguyên nhân:
  - + Đau do kích thích gây hủy hoại mô hay còn gọi là đau tiếp nhận (nociceptive pain)
  - + Đau căn nguyên thần kinh hay còn gọi là đau thần kinh (neuropathic pain)
  - + Đau hỗn hợp (mixed pain)
- Định nghĩa đau thần kinh (neuropathic pain) là đau được khởi phát hay gây ra bởi một tổn thương ban đầu hoặc rối loạn chức năng hệ thần kinh.
- Đau nguồn gốc thần kinh là loại đau xuất hiện khi không có sự hiện diện của một kích thích gây hủy hoại mô (hoặc có tiềm năng gây hủy hoại mô)
- Đau nguồn gốc thần kinh là hệ quả và biểu lộ của:
  - + Một tổn thương nguyên phát của hệ thần kinh ngoại biên (đau do thần kinh ngoại biên)
  - + Một tổn thương hay hoạt động bất thường của hệ thần kinh trung ương (đau do thần kinh trung ương)

### 2. Dịch tễ

- Tỷ lệ đau thần kinh ước tính 2% - 40% người trưởng thành, khoảng 7-8% dân số ở Châu Âu, từ 25 - 45 % bệnh nhân đến khám tại các phòng khám ngoại trú và các trung tâm điều trị đau ở Anh và Mỹ.

**3. Cơ chế bệnh sinh của đau thần kinh:** bao gồm các cơ chế ngoại vi và trung ương như sau:

- Mẫn cảm hóa ngoại vi: sự nhạy cảm hóa ở ngoại vi của các thụ thể đau sơ cấp (sợi Aδ, sợi C) do sự phóng thích của bradykinin, histamine, prostaglandines và chất P.
- Hiện tượng ổ phóng điện bất thường của neurone tổn thương: sau tổn thương có hiện tượng mọc chồi thần kinh (neuroma), chính là nơi tích tụ các kênh ion (vd, kênh natri) và các thụ thể (vd, norepinephrine) bình thường và bệnh lý, dẫn đến sự xuất hiện của các ổ tăng kích hoạt hoặc tự phóng điện bất thường tại nơi tổn thương. Hiện tượng này có thể gặp dọc theo sợi trục, bệnh nhân có các cơn đau nhói như điện giật ngay tại các vùng mất cảm giác.
- Hiện tượng viêm thần kinh: Áp lực, tổn thương tế bào → Phóng thích các chất K<sup>+</sup>, PG, BK → Dẫn truyền tới tủy sống gây phóng thích chất P, Bradykinin, Histamin, 5HT → tăng độ nhạy cảm của các neuron lân cận.
- Hiện tượng giao thoa các sợi trục thần kinh (cross-talking) xảy ra khi một neurone của đường dẫn truyền cảm giác đau bị tổn thương, các neurone tiếp hợp với neurone này vẫn tiếp tục phóng điện.
- Giảm hoạt động của đường ức chế hướng xuống, xuất phát từ trung não, cầu và hành não (chất dẫn truyền thần kinh gồm serotonin, norepinephrine).
- Các tổn thương, thoái hóa, tiếp theo đó là hiện tượng tái sinh hoặc tái tổ chức lại tại tủy sống, gây ra những kết nối sai lầm hoặc những kích thích hướng tâm quá mức như sự mọc

chồi của các sợi A $\beta$  vào trong các lớp nông của sừng sau tủy (laminae I & II), mất các kiểm soát ức chế trên các lớp nông của sừng sau tủy: giảm hoạt động của các neuron trung gian ức chế có tại khoanh tủy (chất chất dẫn truyền thần kinh gồm có GABA, glycine, enkephalins).

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

Nhằm đưa ra được chẩn đoán đau thần kinh, cần khai thác đầy đủ các thông tin bệnh sử cũng như thăm khám toàn diện, với mục đích:

- Phân biệt với đau tiếp nhận.
- Xác định căn nguyên
- Xác định bệnh lý phối hợp
- Đánh giá các yếu tố tâm lý xã hội
- Đánh giá tình trạng chức năng (các mức độ hoạt động)
- Thiết lập mục tiêu và triển khai kế hoạch điều trị, kiểm soát đau

#### 1.1. Hỏi bệnh

- Khởi phát và diễn biến của đau
- Vị trí/phân bố
- Tính chất
- Cường độ
- Các yếu tố tăng/giảm đau
- Các triệu chứng, dấu hiệu đi kèm và phát sinh
- Các yếu tố phối hợp: cảm xúc, lo âu, hoạt động chức năng...
- Yếu tố gia đình, xã hội, văn hóa, tôn giáo
- Tiền sử bệnh lý hoặc tổn thương thần kinh (ngoại vi và trung ương) trước đó
- Đáp ứng với điều trị
- Ảnh hưởng của đau đối với sinh hoạt thường ngày, giấc ngủ, cảm xúc, tâm lý, và hoạt động nghề nghiệp

#### 1.2. Thăm khám và lượng giá chức năng

- Tìm triệu chứng của căn bệnh gây đau
- Khám vùng đang đau (biến dạng giải phẫu, thay đổi màu sắc hay tính chất của da, cơ co thắt...)
- Phân biệt các đặc điểm đau như: đau do hủy hoại mô (nociceptive), đau do viêm (inflammatory), đau nguồn gốc thần kinh (neuropathic)

#### 1.3. Triệu chứng lâm sàng

- Vận động: có thể có liệt cơ, teo cơ do tổn thương thần kinh, giảm hay mất phản xạ gân cơ
- Cảm giác: giảm hay mất cảm giác đồng thời xuất hiện cảm giác đau hoặc những cảm giác bất thường tại chỗ.

Bệnh nhân thường mô tả cảm giác đau kiểu bỏng rát hoặc nóng, rát, đau nhói, đau như dao đâm hoặc như cắt, hoặc lạnh buốt, như điện giật. Đồng thời có thể xuất hiện các rối loạn sau:

- + Loạn cảm đau (allodynia): Đau do một kích thích vốn không gây đau ở trạng thái bình thường
- + Tăng cảm đau (hyperalgesia): Đáp ứng đau mạnh hơn bình thường khi nhận một kích thích

vốn gây đau trong điều kiện bình thường

+ Giảm cảm nhận đau (hypoalgesia): Đáp ứng đau yếu hơn bình thường khi tiếp nhận một kích thích vốn gây đau trong điều kiện bình thường

+ Mất cảm nhận đau (analgesia): Không có đáp ứng đau đối với một kích thích vốn gây đau trong điều kiện bình thường

+ Tăng nhận cảm (hyperesthesia): Tăng nhạy cảm đối với kích thích cảm giác, loại trừ các giác quan

+ Giảm nhận cảm (hypoesthesia): Giảm nhạy cảm đối với kích thích cảm giác, loại trừ các giác quan

+ Dị cảm (dysesthesia, paresthesia): Cảm giác bất thường và khó chịu, có thể tự phát hay do kích thích tạo ra

+ Tăng nhận cảm đau (hyperpathia): Tăng đáp ứng đau đối với một kích thích, đặc biệt là đối với kích thích lặp lại, ngoài ra còn có tăng ngưỡng đau.

+ Đau tại vùng bị mất cảm giác (anesthesia dolorosa)

- Triệu chứng giao cảm: giảm tiết mồ hôi, rối loạn dinh dưỡng.

- Ngoài ra, do tình trạng đau mạn tính kéo dài nên ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày, gây rối loạn giấc ngủ, ảnh hưởng đến cảm xúc, giảm hoạt động tình dục, ảnh hưởng đến các mối quan hệ gia đình và xã hội, cuối cùng có thể dẫn đến trầm cảm, suy giảm chất lượng cuộc sống.

**1.4. Các thang điểm đánh giá đau:** McGill Pain Questionnaire, Numerical

Rating Scale (NRS), Visual Analogue Scale (VAS), Patients Global Impression of Change

- Các thang điểm đánh giá ảnh hưởng của đau: DASS - 21, Pain self-efficacy Questionnaire, Pain Catastrophizing Scale...

**1.5. Các xét nghiệm cận lâm sàng**

- Các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh cơ bản về công thức máu, sinh hóa máu, nước tiểu, XQ nhằm phân biệt với các bệnh lý đau không phải nguồn gốc thần kinh hoặc chẩn đoán các bệnh lý nội khoa phối hợp.

- Điện cơ (EMG) giúp chẩn đoán bệnh thần kinh ngoại biên (bệnh đa dây thần kinh, bệnh một dây thần kinh, bệnh nhiều dây thần kinh, bệnh đám rối, bệnh rễ) và các chấn thương thần kinh ngoại biên

- MRI/CT scans giúp định vị tổn thương trung ương, xác định chẩn đoán bệnh rễ thần kinh.

- Test định lượng cảm giác: đánh giá ngưỡng cảm giác nhiệt và ngưỡng cảm giác đau do nhiệt. Giúp phân biệt đau do kích thích gây đau với đau thần kinh.

- Phong bế thần kinh: xác định nguồn gốc của đau nguồn gốc thần kinh

**2. Chẩn đoán xác định: 3 tiêu chuẩn không thể thiếu**

- Bệnh sử (hỏi bệnh)

- Triệu chứng, đặc điểm đau và các biểu hiện rối loạn cảm giác khác (dựa vào thăm khám và hỏi bệnh)

- Bảng câu hỏi chẩn đoán đau thần kinh DN4 (do Bouhassia đề xuất năm 2005): bao gồm 2 câu hỏi về đau do bệnh nhân trả lời (7 triệu chứng) và 2 test thăm khám về cảm giác do bác sĩ đánh giá (3 triệu chứng). Chẩn đoán xác định đau thần kinh điểm số  $\geq 4$  (mỗi triệu chứng



cho 1 điểm).

### **3. Chẩn đoán nguyên nhân**

#### **3.1. Các bệnh đau thần kinh ngoại biên**

- Viêm nhiễm: Varicella zoster virus, Zona thần kinh, HIV, HBV và HCV, bệnh Lyme...
- Bệnh chuyển hóa và nội tiết: Đái tháo đường, suy giáp, suy thận...
- Bệnh rối loạn miễn dịch: Hội chứng Guillain-Barré -
- Chèn ép: Hội chứng ống cổ tay, tổn thương dây trụ do gãy xương...
- Rối loạn dinh dưỡng và hấp thu: thiếu B12, thiamine và các vitamin khác.
- Ngộ độc: hóa trị (vincristine, cisplatin, oxaliplatin, taxanes), thuốc (hydralazine, isoniazide, nitrofurantoi, phenytoin, thalidomide), kim loại nặng (vàng, chì, thủy ngân).
- Bệnh thần kinh ngoại biên có đau là triệu chứng chính: bệnh đau dây thần kinh vô căn, đau dây V, tổn thương đám rối cánh tay, hội chứng phức hợp đau khu vực

#### **3.2. Các bệnh đau thần kinh trung ương**

- Tổn thương tủy sống:
  - + Chấn thương hoặc chèn ép
  - + Rong ống tủy
  - + Bệnh lý mạch máu tủy
  - + Viêm tủy
  - + U tủy
- Tổn thương thân não
  - + Hội chứng hành não bên
  - + Rong ống trung tâm hành não
- Xơ cứng rải rác
- U não...
- Tổn thương đồi thị
  - + Nhồi máu
  - + Xuất huyết
  - + Sau phẫu thuật
- Tổn thương vỏ và dưới vỏ
  - + Tai biến mạch máu não
  - + U não
  - + Chấn thương sọ não
  - + Viêm nhiễm

### **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Đau thần kinh là một bệnh, không đơn thuần là triệu chứng. Cơ chế khác với đau tiếp nhận, do đó các thuốc giảm đau thông thường ít hay không có tác dụng
- Mục đích điều trị:
  - + Giảm đau và giảm việc đau tăng lên.
  - + Cải thiện chức năng, nâng cao chất lượng cuộc sống
  - + Cân bằng giữa hiệu quả, độ an toàn và khả năng dung nạp thuốc.

- Thường phải áp dụng đa trị liệu “hợp lý”: phối hợp các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc.
- Theo dõi thường xuyên và thay đổi hướng điều trị khi cần thiết
- Quyết định biện pháp điều trị phụ thuộc vào hiệu quả, từ các biện pháp ít xâm nhập đến các biện pháp xâm nhập nhiều nhất:
  - + Vật lý trị liệu - phục hồi chức năng
  - + Tâm lý trị liệu, can thiệp thay đổi nhận thức - hành vi.
  - + Các thuốc tại chỗ
  - + Các thuốc hệ thống
  - + Các kỹ thuật can thiệp

## **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

### **2.1. Vật lý trị liệu**

- Đối với đau thần kinh nguyên phát: các phương pháp vật lý trị liệu không được chỉ định điều trị vì bất kỳ một kích thích nào vào vùng đau đều có thể gây nên cơn đau kịch phát.
- Đối với đau thần kinh thứ phát, có thể sử dụng:
  - + Điện trị liệu: Dùng dòng điện xung, điện phân giảm đau, dòng kích thích thần kinh qua da (TENS)
  - + Nhiệt trị liệu: có thể sử dụng nhiệt nóng hoặc nhiệt lạnh
  - + Siêu âm trị liệu, sóng ngắn.
  - + Các kỹ thuật xoa bóp, di động khớp, di động mô mềm làm giảm cứng khớp, tăng tuần hoàn nuôi dưỡng, tạo sự thư giãn và sáng khoái, giúp giảm đau cho bệnh nhân.
  - + Thủy trị liệu, tắm ngâm nước nóng có tác dụng hoạt hóa hệ thống Endorphin làm giảm đau và ổn định trạng thái tâm lý cho bệnh nhân.

### **2.2. Vận động trị liệu**

Nhằm mục đích tăng cường tính linh hoạt và mềm dẻo của các cơ bắp, tăng cường sức mạnh cơ, duy trì tầm vận động khớp, đồng thời tạo sự thư giãn, thoải mái về tinh thần và thể chất cho bệnh nhân:

- Các dạng bài tập vận động thụ động, chủ động hoặc kháng trở tăng tiến tùy theo khả năng của bệnh nhân. Nên bắt đầu các bài tập ở mức thấp và tăng dần cường độ, thời gian của các bài tập để gia tăng sức mạnh cũng như sức bền của hệ cơ xương khớp, tim mạch.
- Các bài tập kéo giãn nhằm duy trì và tăng cường tính đàn hồi, mềm dẻo của gân cơ, dây chằng quanh khớp, tránh các sang chấn đồng thời cũng giúp giảm đau cho bệnh nhân.
- Các bài tập thể dục, thể dục nhịp điệu ít nhất 3 lần mỗi tuần, mỗi lần ít nhất 20-30 phút nhằm nâng cao sức khỏe, đồng thời cũng giúp bệnh nhân có giấc ngủ tốt

### **2.3. Hoạt động trị liệu**

Cải thiện và độc lập tối đa chức năng di chuyển, các hoạt động sinh hoạt hàng ngày

## **3. Điều trị thuốc: Phải dùng các thuốc chuyên biệt**

### **3.1. Thuốc chống trầm cảm**

- Thường được sử dụng nhất là nhóm chống trầm cảm ba vòng. Thuốc tác dụng qua cơ chế ức chế tái hấp thu norepinephrine và serotonin tại các tiếp hợp thần kinh. Đây là các amines dẫn truyền chính của đường ức chế đau

- Các nghiên cứu cho thấy có hiệu quả trong điều trị đau thần kinh sau Zona và bệnh lý thần kinh do đái tháo đường

- Amitriptyline liều thấp 10-25mg/ngày và tăng dần tùy đáp ứng (75-100mg)

### **3.2. Thuốc chống co giật (thuốc chống động kinh)**

- Tác dụng trên các kênh ion làm tăng cường đường ức chế cảm giác đau trung ương hay giảm sự kích thích ngoại biên.

- Thường dùng nhất: Gabapentine, Pregabalin, Carbamazepine, Lamotrigine

- Gabapentine (Neurontin): Liều sử dụng 300 - 3600mg/ngày, chia 1-3 lần/ngày. Có hiệu quả trong đau thần kinh sau Zona bệnh lý thần kinh đái tháo đường.

- Pregabalin (Lyrica): Khởi đầu với 75 mg/ngày và có thể tăng dần lên 300-600 mg/ngày, chia ba lần trong ngày.

- Carbamazepine (Tegretol) là đặc biệt hiệu quả trong đau dây thần kinh sinh ba. Tác dụng của hai loại thuốc này thông qua các kênh natri. Liều 200-600mg/ngày

- Lamotrigine: Tác dụng ức chế kênh Na và ức chế phóng thích Glutamate. Với liều 50-600mg có hiệu quả trong đau thần kinh V đề kháng với CBZ và PHT

### **3.3. Các Opioid**

Đang ngày càng được công nhận là lựa chọn điều trị quan trọng đối với đau thần kinh mặc dù không phải là lựa chọn đầu tay

- Tramadol: Thuốc giảm đau bậc 2 không thuộc nhóm á phiện. Tác dụng trên thụ thể  $\mu$  của morphine. Liều 210mg/ngày

- Oxycodone: Thuốc giảm đau nhóm á phiện. Tác dụng trên thụ thể  $\mu$  của morphine. Liều 10mg/ngày

Các nguyên tắc dùng opioid trong điều trị đau thần kinh:

+ Cần chỉnh liều tránh tác dụng không mong muốn

+ Nên dùng liều cố định

+ Đưa ra kế hoạch điều trị và tiên lượng

+ Chú ý cam kết bằng giấy khi sử dụng opioid

+ Các opioid có thể hiệu quả trong đau thần kinh

+ Hầu hết các tác dụng không mong muốn của opioid có thể kiểm soát bằng điều trị đặc hiệu phù hợp (VD: chế độ ăn chống táo bón, thuốc nhuận tràng)

+ Phân biệt giữa nghiện, dung nạp, phụ thuộc và giả nghiện

### **3.4. Thuốc dán tại chỗ**

- Capsaicine: Có tác dụng làm cạn kiệt chất P. Dùng dưới dạng kem nồng độ 0.075%, bôi vùng da bị đau ngày 4 lần.

- Miếng dán Lidocaine: chứa lidocaine nồng độ 5%. Dán ngay vùng da bị đau.

## **4. Các can thiệp ngoại khoa**

Là các biện pháp xâm nhập, tác dụng giảm đau thực sự cũng như những tác dụng phụ không mong muốn vẫn còn gây nhiều tranh cãi

- Phẫu thuật DREZ hay cắt chọn lọc rễ thần kinh cảm giác. Chỉ định trong tổn thương đám rối cánh tay, liệt tứ chi, có triệu chứng đau thần kinh rõ liên quan đến vị trí thương tổn. Kết quả tốt trong khoảng 5 năm.

- Phong bế thần kinh giao cảm
- Kích thích tủy sống bằng điện cực
- Bơm nội tủy: đưa thuốc trực tiếp vào dịch não tủy (Opioid, clonidine, ziconotide, baclofen).
- Kích thích vỏ não vận động. Chỉ định trong đau do bệnh lý thần kinh trung ương, đau kiểu “chi ma” sau cắt cụt chi.
- Kích thích não sâu

## **5. Các điều trị khác**

### **5.1. Tâm lý trị liệu**

Khi bệnh nhân có các sang chấn về tâm lý kèm theo, giúp giảm stress, căng thẳng.

### **5.2. Can thiệp thay đổi nhận thức-hành vi**

Nhằm kiểm soát tình trạng đau mạn tính. Bệnh nhân được hướng dẫn, giáo dục, cung cấp các kiến thức hiểu biết về sinh lý đau bình thường và rối loạn, giúp họ thiết lập các mục tiêu điều trị, xây dựng chương trình tập luyện vận động cụ thể, các kỹ thuật thư giãn, giảm sự nhạy cảm, thực hành suy nghĩ tích cực.

### **5.3. Phản hồi sinh học (Biofeedback)**

**5.4. Dinh dưỡng:** ví dụ chế độ ăn cho người đái tháo đường, Vitamin và khoáng chất bổ sung có thể giúp tăng cường hệ thống miễn dịch giúp cung cấp năng lượng. Nên hạn chế rượu bia, thuốc lá và chất kích thích.

**5.5. Các biện pháp trị liệu khác:** như châm cứu, thôi miên, thiền cũng có tác dụng trong một số trường hợp.

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Cần theo dõi và tái khám thường xuyên nhằm đánh giá kết quả điều trị, xem xét tác dụng phụ của thuốc, lựa chọn thuốc hợp lý, chương trình Phục hồi chức năng thích hợp.

# PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA KHỚP

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoái hóa khớp là bệnh thoái hóa loạn dưỡng của khớp, biểu hiện sớm nhất ở sụn khớp sau đó có biến đổi ở bề mặt khớp và hình thành các gai xương, khe khớp hẹp cuối cùng dẫn đến biến dạng khớp. Đây là một bệnh tiến triển chậm nhưng gây tổn thương toàn bộ khớp. Viêm màng hoạt dịch là biểu hiện thứ phát do những biến đổi thoái hóa của sụn khớp.
- Thoái hóa khớp là bệnh mạn tính, xảy ra ở mọi chủng tộc, mọi thành phần của xã hội, ở tất cả các nước. Thống kê của WHO (2005) trong 0,3 - 0,5% dân số bị bệnh lý khớp thì hơn 20% bị thoái hóa khớp. Ở Mỹ trên 21 triệu người bị thoái hóa khớp trong đó 80% người trên 55 tuổi, > 50% người trên 65 tuổi và 100% người trên 70 tuổi có biểu hiện thoái hóa khớp trên phim chụp XQ ít nhất 1 khớp. Ở Pháp thoái hóa khớp chiếm 28% bệnh lý xương khớp. Việt Nam bệnh nhân bị thoái hóa khớp chiếm 10,41% các bệnh về xương khớp.
- Trước 45 tuổi tỷ lệ nam nữ bị bệnh ngang nhau, sau 45 tuổi phụ nữ bị nhiều hơn nam giới (1,5-2/1). Có nhiều nguyên nhân, thường gặp nhất là hậu quả của quá trình tích tuổi và sự chịu lực tác động thường xuyên lên khớp

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Các công việc của chẩn đoán

**1.1. Hỏi bệnh:** Đau thường xuất hiện sớm ở các khớp lớn đặc biệt là các khớp chịu lực với tính chất đau âm ỉ, có thể có những cơn đau cấp ở khớp, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ và về đêm, đau có thể diễn biến từng đợt hay kéo dài liên tục.

### 1.2. Khám lâm sàng và lượng giá chức năng

- Dấu hiệu “phá rí khớp”: cứng khớp buổi sáng kéo dài dưới 30 phút, bệnh nhân phải vận động một lúc cử động mới trở lại bình thường
- Tiếng động bất thường khi cử động khớp: lạo xạo, lục cục, lắc rắc..., hạn chế vận động ở các khớp tổn thương. Giới hạn vận động do gai xương, do mặt sụn không trơn nhẵn, hoặc co cứng cơ cạnh khớp. Kẹt khớp khi cử động có thể là do vỡ sụn chêm, bong các mảnh sụn vào trong ổ khớp.
- Biến dạng các khớp, lệch trục khớp, chồi xương quanh khớp.

### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu không có hội chứng viêm
- Dịch khớp thường không màu, trong, độ nhớt bình thường hoặc giảm nhẹ, protein và tế bào thấp.
- X Quang quy ước: hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, chồi xương, gai xương.

## 2. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng tại chỗ, XQ và xét nghiệm máu có bilan viêm âm tính, các dấu hiệu toàn thân thường bình thường. Thường chẩn đoán thoái hóa khớp là chẩn đoán loại trừ vì hình ảnh XQ luôn tồn tại ở người lớn tuổi nhưng đau khớp có thể là triệu chứng của rất nhiều bệnh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán Hội thảo khớp học Hoa kỳ ACR 1991 cho thoái hóa khớp gối:

**Lâm sàng, XQ, xét nghiệm**

**Lâm sàng đơn thuần**

1. Đau khớp
2. Gai xương ở rìa khớp
3. Dịch khớp là dịch thoái hóa
4. Tuổi > 40
5. Cứng khớp dưới 30 phút
6. Lạo xạo khi cử động

Chẩn đoán xác định khi có 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6

### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp dạng thấp thể một khớp hay thể nhiều khớp
- Viêm cột sống dính khớp
- Bệnh Gút.

**4. Chẩn đoán nguyên nhân:** do quá trình tích tuổi hay do chấn thương khớp.

1. Đau khớp
2. Lạo xạo khi cử động
3. Cứng khớp dưới 30 phút
4. Tuổi trên 38
5. Sờ thấy phì đại xương

Chẩn đoán xác định khi có 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5.

## III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Thoái hóa khớp gây đau và biến đổi cấu trúc khớp dẫn đến tàn phế làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, là gánh nặng cho kinh tế gia đình và xã hội

Thoái hóa khớp nếu được chẩn đoán và điều trị sớm có thể làm chậm sự phát triển của bệnh, giảm triệu chứng đau đớn, duy trì khả năng vận động, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Nguyên tắc điều trị và phục hồi chức năng:

- Làm giảm triệu chứng đau.
- Duy trì chức năng của các khớp.
- Hạn chế hay làm chậm quá trình hủy khớp.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân

### 3.2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

#### 2.1. Vật lý trị liệu

- Sóng ngắn có tác dụng tạo nhiệt nóng ở trong sâu, tăng cường chuyển hóa, chống phù nề, chống viêm giảm đau.
- Dòng xung điện có tác dụng kích thích thần kinh cơ, giảm đau, tăng cường chuyển hóa, làm tăng cường dẫn truyền thần kinh.
- Siêu âm làm mềm tổ chức tổn thương xơ sẹo trong sâu, chống viêm, giảm đau, tăng cường chuyển hóa, tăng tái tạo tổ chức.

#### 2.2. Vận động trị liệu

- Vận động chủ động có trợ giúp cho khớp đau để duy trì tầm độ khớp, tập mạnh cơ và chống co rút cơ quanh khớp với nguyên tắc không gây tăng áp lực cho khớp đã và đang bị đau.
- Đạp xe: là hình thức tập luyện hiệu quả giúp kích thích các nhóm cơ lớn ở chân với mức độ tải trên khớp thấp. Các dữ liệu cho thấy đây là hình thức tập luyện phù hợp nhất giúp tăng sức mạnh cơ duy trì vận động khớp trong thoái hóa khớp gối, hông. Tuy nhiên vị trí của yên

xe nên được điều chỉnh sao cho khi duỗi gối hết mức, gối gập góc từ 0 - 15 độ.

- Đi bộ: An toàn cho hầu hết bệnh nhân, dễ thực hiện, không tốn chi phí, cải thiện sức khỏe, giảm đau và chống trầm cảm. Nhưng không phù hợp với thoái hóa khớp nặng ở các vị trí hông, gối và mắt cá chân.

- Bơi lội sẽ rất tốt cho khớp thoái hóa vì ít áp lực lên các khớp, duy trì độ mềm dẻo của cơ quanh khớp, giảm sưng đau khớp.

**2.3. Bảo vệ khớp:** Giảm tải trọng trên khớp bằng các loại đai, nẹp, gậy, nạng hỗ trợ, hướng dẫn thực hiện tư thế tốt trong sinh hoạt và lao động

### **3. Thuốc**

#### **Thuốc điều trị triệu chứng**

- Thuốc kháng viêm không steroid
- Thuốc giảm đau thông thường
- Corticoid nội khớp

#### **Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm**

- Glucosamin Sulphat
- Diacerin
- Chondroitin sulphat
- Acid Hyaluronic nội khớp

### **4. Các điều trị khác**

#### **4.1. Điều trị ngoại khoa**

Rửa khớp lấy bỏ mảnh sụn bong, cắt bỏ sụn chêm bị tổn thương, gọt dũa bề mặt không đều của sụn xương, sửa chữa trục khớp, thay khớp.

#### **4.2. Chế độ dinh dưỡng**

Ăn chế độ ăn đủ dinh dưỡng, cân đối giữa đạm, chất béo, khoáng chất và vitamin. Trứng, sữa, mật ong là những thực phẩm tốt cho người bị thoái hóa khớp cũng như người cao tuổi. Khi bị thoái hóa khớp nên ăn những thức ăn giàu can xi, giảm tinh bột, giảm đường nhất là các loại đường hấp thu trực tiếp như mía, bánh kẹo, nước ngọt...Nên ăn nhiều các loại rau củ hơn là cơm. Thay đạm động vật bằng đạm thực vật dễ tiêu như đậu nành, đậu đũa, đậu cove, nấm...

### **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Giúp bệnh nhân hiểu quá trình của bệnh và hậu quả của nó.
- Giáo dục bệnh nhân cách kiểm soát bệnh.
- Kiểm soát cơn đau.
- Duy trì và cải thiện chức năng sinh hoạt vận động, làm chậm tiến trình thoái khớp