**PHỤC HỐI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BỊ CONG VẸO CỘT SỐNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cong vẹo cột sống là tình trạng cong của cột sống sang phía bên của trục cơ thể và vẹo (xoay) của các thân đốt sống theo trục của mặt phẳng ngang.

Cong vẹo cột sống có thể xảy ra đơn thuần hoặc phối hợp với các biến dạng khác của cột sống là gù ở vùng ngực hoặc ưỡn ở vùng thắt lưng.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc chẩn đoán**

**- Hỏi bệnh:** phát hiện cong vẹo cột sống từ bao giờ? đã điều trị những gì? ở đâu? Thói quen sinh hoạt, học tập, các bệnh lý liên quan…

**- Khám lâm sàng và lượng giá chức năng**

+ Cột sống cong vẹo sang phía bên hoặc ưỡn ra trước, gù ra sau so với trục giải phẫu của cột sống, có thể là một đường cong hoặc hai đường cong.

+ Xương bả vai 2 bên không cân đối.

+ Xuất hiện những ụ gồ ở vùng lưng, mà đỉnh các ụ gồ đó thường trùng với chỗ cong vẹo nhất của cột sống, thường thấy rõ nhất khi yêu cầu bệnh nhân đứng cúi lƣng.

+ Đối diện với bên xuất hiện ụ gồ thường là vùng lõm, đây là hậu quả của tình trạng xoay của các thân đốt sống.

+ Hai vai mất cân xứng với đặc điểm một bên nhô cao và thường ngắn hơn bên đối diện do tình trạng co kéo của các nhóm cơ vùng lưng.

+ Khung chậu bị nghiêng lệch và cũng bị xoay.

+ Trên thân mình có thể xuật hiện những đám da đổi màu (màu bã cà phê)

+ Vùng lưng, đặc biệt là vùng thắt lưng có thể xuất hiện những đám lông

+ Có thể phát hiện thấy tình trạng chênh lệch chiều dài hai chân hoặc các dị tật khác của hệ vận động.

+ Thử cơ bằng tay: Phát hiện các cơ liệt.

+ Nghiệm pháp quả rọi: Thả quả rọi mà mốc là gai sau của đốt sống C7 sẽ phát hiện rõ độ cong của cột sống và xác định được vị trí đỉnh đường cong.

+ Đo bằng thước Scoliometer tại vị trí đỉnh đường cong.

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

+ Chụp phim X quang cột sống thẳng và nghiêng: Để đánh giá độ cong vẹo cột sống, ngoài ra còn giúp đánh giá tuổi xương và các dị tật bẩm sinh vùng cột sống.

**Trên phim thẳng**: Đo góc COBB

Cách đo: Xác định đoạn cong, xác định đốt sống đầu tiên và cuối cùng của đoạn cong. Kẻ đường thẳng qua bờ trên của đốt sống trên và bờ dưới của đốt sống dưới. Kẻ hai đường vuông góc với hai đường thẳng trên. Đo góc tạo bởi hai đường vuông góc

+ Chụp X quang khớp háng hoặc các thân xương khi thấy có sự chênh lệch chiều dài chi và biến dạng tại các khớp.

+ Chụp cắt lớp vi tính điện toán khi nghi ngờ có sự chèn ép thân đốt sống hoặc đĩa đệm.

+ Chụp cộng hưởng từ khi nghi ngờ có khối chèn ép tuỷ.

+ Các xét nghiệm hỗ trợ khác như điện cơ đồ, men cơ, sinh thiết, công thức máu, lắng máu,... khi có nghi ngờ (theo nguyên nhân)

**2. Chẩn đoán xác định:** Lâm sàng và dấu hiệu Xq (góc Cobb)

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Phân biệt với gù cột sống ngực ( hyper Kyphosis) thường gặp trong lao cột sống.

- Phân biệt với ưỡn cột sống vùng thắt lưng ( hyper Lordosis)

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Cong vẹo cột sống tự phát là nhóm chiếm tỷ lệ lớn nhất (trên 80%), còn gọi là cong vẹo cột sống vô căn (idiopathic scoliosis)

- Bẩm sinh: Mất nửa đốt sống, xẹp đốt sống.

- Mắc phải: Do tư thế ngồi sai, u xơ thần kinh, di chứng bại liệt, di chứng lao cột sống, bệnh cơ - thần kinh, bệnh đường hô hấp (tràn dịch, dầy dính màng phổi)…

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

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

- Can thiệp sớm ngay khi phát hiện ra cong vẹo cột sống.

- Hướng dẫn cho mẹ bệnh nhân hoặc bệnh nhân tập luyện tại nhà.

- Khám thường quy sau 3, 6 tháng/lần.

**\* Mục tiêu:**

- Nắn sửa các biến dạng vùng cột sống, khung chậu, lồng ngực…

- Duy trì và tăng cường tầm vận động và khả năng vận động của cột sống.

- Phòng ngừa sự phát triển của các biến dạng.

- Phòng ngừa các bệnh thứ phát của hệ vận động, hệ hô hấp, hệ tim mạch…

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

**2.1. Vận động trị liệu**

Chỉ định cho cong vẹo cột sống ở mọi lứa tuổi và độ nặng nhẹ khác nhau

**Bài tập 1:** Tăng tầm vận động của cột sống lưng

Mục tiêu:

- Gia tăng tầm vận động gập của cột sống lưng.

- Kéo dãn nhóm cơ duỗi lưng.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Ngồi, 2 chân duỗi thẳng và áp sát, 2 tay đưa ra phía trước

- Tư thế KTV: Ngồi cạnh và làm mẫu.

- Tiến hành: Bệnh nhân duỗi thẳng 2 chân áp sát. Hai tay đưa ra trước lưng gập, càng gần các ngón càng tốt.

**Bài tập 2:** Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân

Mục tiêu:

- Tăng cơ lực nhóm cơ gập và xoay thân.

- Tăng cường linh hoạt của cột sống.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, 2 tay đan sau gáy, 2 chân duỗi thẳng.

- Tư thế KTV: Đứng hoặc quỳ bên cạnh, 1 tay cố định trên 2 đùi và 1 tay cố định trên 2 cẳng chân.

- Tiến hành: KTV cố định 2 chân, bệnh nhân 2 tay đan sau gáy, gập thân và xoay thân, khuỷu sang bên đối diện.

**Bài tập 3:** Kéo dãn cơ ở phần lõm của đường cong

Mục tiêu:

- Kéo dãn các nhóm cơ phía lõm của đường cong thắt lưng trái.

- Phòng ngừa co rút cột sống thắt lƣng.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Nằm sấp, 2 tay bám chặt 2 bên cạnh bàn.

- Tư thế KTV: Đứng cạnh bệnh nhân và đỡ 2 tay mặt trước đùi bệnh nhân

- Tiến hành: Bệnh nhân giữ thân trên của mình cố định. KTV kéo dãn đốt sống vùng thắt lưng sang trái.

**Bài tập 4:** Kéo dãn cơ ở phần lõm của đường cong

Mục tiêu:

- Kéo dãn phía lõm của đường cong ngực phải

- Tăng tính linh hoạt và duy trì tầm vận động của cột sống lưng.

Kỹ thuật:

- Tư thế BN: Nằm nghiêng sang phía có đường cong, thả người xuống mép bàn

- Tư thế KTV: Đứng và giữ hông bệnh nhân.

- Tiến hành: Bệnh nhân thả người xuống mép bàn, tay phía trên duỗi thẳng qua đầu, cuộn 1 khăn tắm kê vào đỉnh đường cong. Giữ tư thế này 3 đến 5 phút.

**Bài tập 5:** Kéo dãn cột sống

Mục tiêu:

- Kéo dãn cột sống.

- Tăng cường tính đàn hồi của thân mình.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Đứng 2 tay gập 1800, duỗi thẳng.

- Tư thế KTV: Đứng cạnh.

- Tiến hành: Hai tay bệnh nhân bám vào xà ngang, gắng cho gót chân rời khỏi sàn.

**Bài tập 6:**

Mục tiêu:

- Tập mạnh nhóm cơ nghiêng thân.

- Kéo dãn phía lồi của đường cong ngực phải.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng.

- Tư thế KTV: Đứng sau.

- Tiến hành: Bệnh nhân nằm nghiêng về phía trái và nhấc thân lên khỏi sàn để kéo dãn phía lồi của đường cong ngực phải.

**Bài tập 7:**

Mục tiêu:

- Cải thiện chức năng hô hấp và tim mạch.

- Tăng cường độ giãn nở của lồng ngực.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

- Tư thế KTV: Đứng cạnh.

- Tiến hành: Bệnh nhân thở sâu và hít ra từ từ. Hai tay bệnh nhân đặt dưới cơ hoành.

**Bài tập 8:**

Mục tiêu:

- Cải thiện tư thế cột sống

- Tăng cường chức năng phổi.

Kỹ thuật:

- Tư thế bệnh nhân: Ngồi, người cúi về phía trước.

- Tư thế KTV: Ngồi sau, 2 bàn tay đặt sau lưng và đáy phổi.

- Tiến hành: Bệnh nhân hít vào thật sâu và thở ra từ từ, đảm bảo có sự giãn nở của lồng ngực.

**Bài tập 9:** Tập bơi.

**Bài tập 10:** Luyện tập thể thao

**2.2. Kéo dãn cột sống**

- Kéo dãn cột sống bằng dụng cụ (như xà đơn và khung kéo tay) hoặc bằng máy kéo dãn.

- Kéo dãn cột sống bằng máy dựa trên nguyên lý cơ học có điều chỉnh, lực kéo tác động lên cơ, dây chằng và khoang liên đốt cột sống.

- Quy trình:

+ Cố định đai kéo tùy theo vùng điều trị

+ Bật máy, thử test máy

+ Đặt các thông số trên máy tùy theo yêu cầu, thông thường lực kéo không quá 2/3 trọng lượng cơ thể đối với kéo cột sống lưng, 1/10 trọng lượng cơ thể đối với kéo cột sống cổ.

+ Mỗi lần kéo dài từ 10-20 phút

+ Bấm nút kéo

+ Kết thúc điều trị: tháo bỏ đai cố định, để người bệnh nằm nghỉ tại chỗ từ 5-10 phút, ghi chép hồ sơ bệnh án.

**2. 3**  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

- Thuỷ 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 , tập vận động có trợ giúp cuối tầm vận động cơ , trợ giúp kéo dãn .

+ 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**

**3.1. Điều trị bằng máng nẹp chỉnh hình**

- Chỉ định:

+ Tuổi: ở trẻ trai < 18 tuổi và trẻ gái < 17 tuổi.

+ Góc COBB > 25 độ và < 60 độ .

+ 8 độ < độ xoay của cột sống < 25 độ đo trên thước đo độ xoay (Scoliometer)

+ Góc COBB < 25 độ nhưng độ cong vẹo tiến triển nhanh trong 3 tháng (5 độ)

- Có loại áo nẹp chỉnh hình:

+ Boston

+ Minwauker

+ Chêneau

+ Lyon

+ Mieder…

- Theo dõi: 3 tháng đến khám lại 1 lần, 6 tháng chụp Xquang 1 lần

- Chống chỉ định: Khi trẻ đã trưởng thành > 22- 25 tuổi, nẹp chỉnh hình không có hiệu quả, độ cong không tồi đi, độ vẹo > 60 độ, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, tâm lý.

**3.2. Phẫu thuật chỉnh hình**

- Chỉ định:

+ Góc COBB > 45 độ

+ Khi sự cong vẹo ảnh hƣởng đến chức năng của các cơ quan khác.

**-** Phục hồi chức năng trước và sau phẫu thuật.

a) Trước khi mổ:

- Tập ho, tập thở, chú trọng thở vùng ngực.

- Tập các chi còn lại.

b) Sau khi mổ:

- Cho nằm bất động khoảng 3 tháng, trong thời gian đó xoay trở toàn khối, để tránh loét da.

- Tập ho, thở, khuyến khích thở bằng lồng ngưc để tránh xẹp phổi.

- Tập vận động có lực kháng cho hai tay.

- Tập chủ động trợ giúp tiến tới tập chủ động và đề kháng cho hai chân.

- Tập gồng cơ bụng, cơ lưng.

- Sau thời gian bất động, tập cho trẻ ngồi, đứng và đi.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- Đối với điều trị bằng máng nẹp chỉnh hình: 3 tháng đến khám lại 1 lần, 6 tháng chụp Xquang 1 lần

- Theo dõi đến khi hết tuổi trưởng thành.

Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014
4. Bệnh cột sống thắt lưng và thoát vị đĩa đệm GS.Hồ Hữu Lương

**PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG NGÓN TAY LÒ XO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đây là loại bệnh lý viêm gân thường gặp, bao gân gấp ngón tay phì đại và quá sản sủn sợi ở bề mặt tiếp xúc của gân và bao gân làm cho bao gân dày lên hình thành cục xơ ở gân làm chít hẹp đường hầm của gân. Sự chít hẹp làm gân di truyển khó khăn và nhiều khi bị kẹt khiến ngón tay không cử động được và do lực duỗi ngón tay thường yếu hơn không thắng được tắc nghẽn này nên ngón tay thường ở tư thế gấp (có nơi gọi là ngón tay cò súng). Nếu cứ duỗi thụ động thì sẽ nghe thấy tiếng bật

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh:** Hỏi bệnh nhân thƣờng xuất hiện đau ở gốc ngón tay tại vị trí bao gân bị đau? Đôi khi bệnh nhân khó cử động ngón tay.

**1.2. Khám lâm sàng và lượng giá chức năng**

- Những triệu chứng đau và khó gập hoặc duỗi ngón tay, nặng hơn vào buổi sáng sau khi ngủ dậy,ban ngày học tập và làm việc triệu chứng có giảm nhiều.

- Khi làm động tắc gập-duỗi ngón tay bệnh nhân cảm nhận được tiếng “bật”. Ngón tay có thể không duỗi thẳng hoặc không gấp được ngón tay mặc dù bệnh nhân cố gắng hết sức (thường là để quá lâu không điều trị).

- Giai đoạn sớm bệnh nhân có thể có sưng đau

- Sờ dọc gân gấp có thể sờ thấy hạt sơ nhỏ, cục sơ có thể di động theo động tác gấp-duỗi ngón tay.

**1.3. Các chỉ định cận lâm sàng**

- Chụp XQuang quy ước: Rất hiếm khi có tổn thương trên XQuang

- Các xét nghiệm cơ bản.

- Xét nghiệm máu lắng

**2. Chẩn đoán xác định**

Dựa và triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm khớp màng ngón tay: Đau vùng gốc ngón tay nhưng có dấu hiệu ngón tay lò xo (thường sưng, nóng, đỏ, đau nhiều khớp bệnh cảnh của viêm khớp dạng thấp)

- Giai đoạn sau liệt co cứng DUYPUYTREN (thường bị co cứng các ngón tay ở cả 2 bàn tay do sơ hóa giải cân bàn tay).

**4. Chẩn đoán nguyên nhân**

Rất khó chẩn đoán nguyên nhân chủ yếu dựa vào các nguyên nhân của bệnh viêm gân.

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

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

- Giảm đau chống viêm gân gấp

- Giải phóng tình trạng tắc nghẽn bao xơ gân gấp.

- Trả lại chức năng ngón tay.

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

**2.1. Giai đoạn có viêm gân gấp**: Chườm lạnh, tập thụ động, tập chủ động có trợ giúp ngón tay có triệu chứng ngày 3 lần. điện xung giảm đau : TENS….

**2.2. Giai đoạn không còn viêm**

- Dùng nhiệt nóng ( hồng ngoại , chườm nóng ) , dùng phương pháp điện phân dẫn thuốc

- Sóng ngắn điều trị. Vi sóng trị liệu, siêu âm điều trị .

- Bó Parafin

- Tập gập duỗi ngón tay nhiều lần theo tầm khớp đốt ngón tay hoặc khớp bàn ngón.

- Tập kéo dãn gân gấp sau khi đã điều trị nhiệt nóng.

**3. Thuốc điều trị**

- Thuốc chống viêm không steroid

- Thuốc tiêm Corticoid tại chỗ đau.

**4. Các điều trị khác**

Khi điều trị nội khoa không có kết quả, người ta có thể điều trị ngoại khoa để giải phóng các sơ hóa chèn ép gân gấp.

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Tránh các yếu tố có nguy cơ cao có thể gây nên bệnh lý trên : các nguy cơ viêm khớp dạng thấp, điều trị cơ bản khi được phát hiện bệnh. Tránh các vi chấn thương hoặc chấn thương trực tiếp vùng ngón tay.

Khám theo hẹn.

 Tài liệu tham khảo :

* 1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
	2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
	3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014

**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 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, gày sút cân, cảm giác tê bì, hoặc mất cảm giác, rối loạn cơ tròn, liệt vận động …).

- Kết quả điều trị trước đó nhưthế 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 ưỡn 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 dãn 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 toạ 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, chếch. 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 dãn 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 dãn 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 toả toàn bộ cột sống thắt lưng hoặc một bên, có thể đau lan về mào chậu hoặc xuống phía dƣới 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, ngiêng 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 dãn, 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 toạ

- 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 Achille, 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 nhựa

\* 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 lƣng, 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 ¾, chụp CT hoặc MRI.

\* Đau thắt lưng do hẹp ông 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 hiêu “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 hoá (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. Gầy 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° 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, quấn nóng paraffin, điện xung giảm đau, siêu âm, sóng ngắn, vi sóng , có tác dụng giảm đau, dãn 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 một ngày 1-2 lần, mỗi lần từ 10 -20 phút.

- Điện trường cao áp ( 30 phút , 1 giờ ,…)

- 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 hoá dinh dưỡng và bài tiết, điều hoà quá trình bệnh lý, thư giãn cơ, khớp sâu, giảm đau.

- Kéo dãn cột sống: Kéo dãn cột sống có thể thực hiện bằng tay trong giai đoạn cấp hoặc bằng máy kéo dãn 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.

- Thuỷ tri 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 dãn, 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 dãn. Chỉ định trong giai đoạn bán cấp hoặc mạn tính các bài tập McKenzie hoặc Williams.

- Tập vận động cột sống ( co cơ đẳng trường ) , trượt khớp gian đốt sống đô I,II,III,IV.

- 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 nhưquá ưỡn cột sống thắt lưng, quá vặn, 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 tuỳ 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 Gabapenthin (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 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. Chỉ định khi có dấu hiệu kích thích hoặc chèn ép rế 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.

Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014
4. Bệnh cột sống thắt lưng và thoát vị đĩa đệm GS.Hồ Hữu Lương

**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 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 ngước 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 lẩn 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 nƣớc 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 tuỳ 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 tạo 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 hƣởng 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 ấm, xoa bóp cử động nhẹ nhàng tránh kích thích mạnh, giảm nói cười… Dùng bằng 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 mặt bị teo, điều trị co cứng cơ mặt, 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 (hồng ngoại …) , điện xung, điện phân, xoa bóp.

- Tập các cơ mặt qua các bài tập từ chủ động có trợ giúp đến đề kháng, kỹ thuật kéo dãn nhanh . 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 ngượng ngùng, kém tập trung.

- Hướng dẫn người bệnh giữ ấm mặt, bảo vệ mắt, tránh các cử động mạnh ở mắt.

-Điều trị khác : Laser công suất thấp chiếu ngoài , laser công suất thấp nội mạch.

**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 mặt 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 mặt.

- Liệt mặt ngoại biên do lạnh thường lành tính, tuy nhiên cần hướng dẫn bệnh nhân giữ ấm mặt, bảo vệ mắt, tránh các cử động mạnh ở mắt.

- Liệt mặt 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 tuỳ thuộc nguyên nhân gây liệt mặt .

Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học nội thần kinh đại học Y Dược TPHCM
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014

**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 nhày 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 trƣờng 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 rát bỏng, đau nông, đau sâu trong cơ vai gáy. Đau tăng khi vận động, hạn chế gấp, 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 ƣ thế nhất định của đầu.

- Hội chứng chèn ép tủy: Dáng đi không vững, dị cảm và teo cơ ngọn 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 qui các tư thế, thẳng nghiêng, chếch 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 gấp 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 vận động cột sống tại giường co cơ đẳng trương, nhẹ nhàng.

+ Xoa bóp vùng ( các cơ cạnh cột sống : cơ thang , cơ bậc thang , cơ duỗi cỗ...)

- 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 cột sống )bài tập vận động co cơ đẳng trương kết hợp với tập thở.

+ Trượt khớp gian đốt sống Độ I,II , III, IV.

+Điện trường cao áp 30 phút , 1 giờ….

**3 Các điều tri 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 (cerecoxib…) 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…

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014
4. Đau lưng và thoát vị đĩa đệm GS.TS.Hồ Hữu Lương

**PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG - 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 co 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 qui 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 chếch ¾ phải, trái nhằm phát hiện dấu hiệu “gẫy 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 co 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 paraphin hoặc bùn khoáng. Từ trường nhiệt. sóng ngắn , vi sóng . điện trường cao áp( 30 phút , 1 giờ…)

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

**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 tầm 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

2.6. Xoa bóp vùng , xoa bóp các cơ cạnh đốt sống nhằm tăng tuần hoàn , giãn cơ.

**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 tramadol (Ultracet) tuy nhiên chỉ nên dùng ngắn ngày

3.1.2. Dòng chống viêm giảm đau không steroid (NSAID): Dùng liều thấp, ngắn ngày. Cẩn 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 .

Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014
4. Bệnh cột sống thắt lưng và thoát vị đĩa đệm GS.Hồ Hữu Lương

**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 chếch 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 cột sống cổ gây chèn ép rễ thần kinh dơn 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 ,vi sóng

- 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

- Thuỷ trị liệu: Tập vận động trong nước, tập bơi.

- Vận động trị liệu: tập vận động cột sống 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 tiển 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.

 Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014

**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).

**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 xoa, 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-ổ 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 xoay: 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, vi sóng ,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**

**-** Trượt khớp ổ chảo cánh tay **:** độ I, độ II, độ III , độ IV

- co cơ đẳng trường , đằng trương .

- Kéo giãn và di động khớp nhằm làm tăng tầm vận động khớp.

- Tập vận động có trợ giúp cuối tầm độ .

- 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 gây 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

Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014

**PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẦM CỔ TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Hội chứng đường hầm cổ tay hay còn goi 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 đếm 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 xẻ 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 ( hồng ngoại , bó parafin ….)

- Điện trị liệu ( Tens , Russia…)

- Siêu âm trị liệu .

- Điều trị sóng ngắn , Điều trị vi sóng

- Điện trường cao áp vùng

- Xoa bóp mô mềm ở cổ tay

- Máng nẹp cổ tay

- Di động khớp cổ tay

- Các bài tập cổ tay và bàn tay ( thụ động , trợ giúp , đề kháng)

**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 nới 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 .

Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014.

**PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VIÊM MỎM TRÂM QUAY**

**(HỘI CHỨNG De Quervain)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm mỏm trâm quay (hội chứng De Quervain) là bệnh viêm bao gân dạng dài và duỗi ngắn ngón cái. Nguyên nhân gây bệnh thường do chấn thương vùng cổ tay, các nghề đòi hỏi phải sử dụng các động tác cầm, nắm, xoay, vặn lặp đi lặp lại như nghề giáo viên, phẫu thuật viên, cắt tóc…có thể gặp ở bệnh nhân bị viêm khớp cổ tay, thoái hóa khớp... hay gặp ở nữ tuổi từ 40 đến 50.

**II. CHẨN ĐOÁN**

**1. Các công việc của chẩn đoán**

**1.1. Hỏi bệnh**

Đau vùng mỏm trâm quay cổ tay, đau có thể tăng lên khi vận động ngón cái, đau có thể nhiều về đêm, lan theo ngón cái và lên cẳng tay. Đau khi làm một số động tác như duỗi cổ tay, lắc, nâng một vật nặng, mở cửa... Giảm khả năng duỗi, xoay ngửa cổ tay và cầm nắm.

**1.2. Khám và lượng giá chức năng**

- Dựa vào các triệu chứng tại chỗ. Không có biểu hiện các triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút.

- Sưng nề vùng mỏm trâm quay. Ấn vào thấy đau chói

- Sờ thấy bao gân dầy lên, có thể có nóng, đỏ.

- Cử động ngón cái có thể nghe thấy tiếng “cót két”

- Nghiệm pháp Finkelstein: Gấp ngón cái và trong lòng bàn tay. Nắm các ngón tay trùm lên ngón cái. Nghiêng cổ tay về phía trụ. Nếu bệnh nhân thấy đau chói vùng gân dạng dài ngón cái là dấu hiệu dương tính.

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

Siêu âm vùng mỏm trâm quay thấy gân dạng dài ngón cái, duỗi ngắn dầy lên, bao gân dầy, có thể có dịch ở xung quanh. Các xét nghiệm về viêm và X/Q khớp cổ tay

**2. Chẩn đoán xác định**: có điểm đau chói vùng mỏm trâm quay và nghiệm pháp Finkelstein dương tính và sinh hóa bình thường

**3. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm màng hoạt dịch khớp cổ tay

- Thoái hóa khớp bàn ngón cái

- Viêm bao hoạt dịch gân duỗi cổ tay quay ngắn và dài

- Chèn ép nhánh nông thần kinh quay

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

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

- Giảm đau.

- Phục hồi các hoạt động chức năng hàng ngày của cổ tay, bàn tay

- Dự phòng tái phát

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

**2.1. Nghỉ ngơi và tập luyện** đóng vai trò quan trọng quyết định khỏi bệnh: Giảm hoặc ngừng vận động cổ tay ngón cái từ 4 đến 6 tuần. Nếu đau sưng nhiều có thể dùng nẹp hoặc băng gia cố cổ tay ngón cái. Tập luyện: Điều chỉnh các động tác của bàn tay, cổ tay đặc biệt là ngón cái khi làm việc, trong sinh hoạt. Cần loại bỏ những động tác duỗi dạng ngón cái, cổ tay. Tập các bài tập mạnh cơ và kéo giãn các cơ bị ảnh hưởng, cường độ tập đến mức độ căng không gây đau.

**2.2. Điều trị bằng nhiệt**

Có thể chọn một trong các phương pháp nhiệt sau:

Chườm nóng hoặc chườm lạnh:

- Chườm lạnh khi vị trí tổn thương nóng, đỏ.

- Chườm nóng khi vị trí tổn thương không có biểu hiện nóng, đỏ: Hồng ngoại, đắp paraphin hoặc bùn khoáng, từ trường nhiệt, sóng ngắn , vi sóng , điện trường cao áp điện cực bút .

**2.3. Điện phân** dẫn thuốc chống viêm giảm đau như Natrisalicylat 3% đặt tại vùng mỏm trâm quay. Các dòng điện xung giảm đau : TENS,…

**2.4. Siêu âm:** Có thể sử dụng dòng liên tục hoặc xung, có thể dùng siêu âm dẫn thuốc chống viêm giảm đau dạng mỡ như Voltaren emulgel...

**2.5. Kích sốc:** 1 tuần/lần

**2.6. Kỹ thuật di động mô mềm , xoa bóp vùng cổ cẳng bàn tay .**

**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. Cẩn 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. Tiêm Corticoid tại chỗ: Tiêm 0,3ml tại chỗ vào vùng bao gân trong trường hợp đau nặng hoặc dai dẳng. Tiêm không quá 3 lần/đợt và không quá 3 đợt/năm

**IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

**-** Các chỉ số theo dõi: Tình trạng đau, sưng tại chỗ, các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

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

**Tài liệu tham khảo :**

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014

**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.

- Ðau 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, gày 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 sang 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 .

- Ðau 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 tiểu 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 cẳng chân, hạ thấp chân trở lại thì đau giảm hoặc mất.

+ Dấu Bonnet (+): Ở tư thế nằm ngữa, 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 dạng chân bệnh nhân thấy đau

+ Dấu hiệu Neri (+): Bệnh nhân đứng thẳng, sau đó cúi gập ngƣời, hai tay giơ ra trƣớc (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 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.

- 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 trog 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 lung.. hủ yếu loại trừ nguyên nhân xương. Bệnh lý đĩa đệm gơị ý khi hẹp đĩa đệm, ở phim thẳng thì đĩa đệm hẹp về phía bên lành còn phim nghiêng thì 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 thước khối thoát vị… đặc biệt phát hiện các nguyên nhân hiếm gặp khác như u, viêm nhiễm…

- Ðiện 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: Ðau ở mặt trước đùi và giảm hay mất phản xạ gân gối.

+Thần kinh đùi da: Ðau ở mặt ngoài đùi một phần ba trên.

+ Thần kinh bịt: Ðau 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, dãn 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 them 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 ưỡn ( lõm ). Chẩn đoán xác định khi chụp XQ các tư thế nghiêng và chếch ¾, chụp CT hoặc MRI.

**4.2. Chấn thương**

Các chấn thương trực tiếp vào dây thần kinh tọa, chấn thương gẫy xương cột sống thắt lưng, vỡ xương chậu. Hoặc do tiêm trực tiếp vào dây tọa , do tiêm thuốc dạng dầu ở mông lan tới dây thần kinh toạ, sau phẫu thuật áp xe mông… 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 co 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 hang. 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 tuỷ, 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 hoá), bệnh đa u tuỷ 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,vi sóng , 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 hoá dinh dưỡng và bài tiết, điều hoà quá trình bệnh lý, thư giãn cơ, khớp sâu, giảm đau.

- Kéo dãn cột sống: Kéo dãn cột sống có thể thực hiện bằng tay trong giai đoạn cấp hoặc bằng máy kéo dãn 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

- Điện trường cao áp ( 30 phút , 1 giờ…) giúp giảm đau thư giãn giảm lo lắng.

**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 Gabapenthin ( 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 thoạt 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, chỉnh 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.

**Tài liệu tham khảo:**

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG TUỶ SỐNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương tuỷ 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: tét thăng bằng Boubee

+ 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 tuỷ

+ Sinh hoá

+ Tế bào

+ Soi, cấy, PCR

- Chụp Xquag cột sống thường quy

- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan), chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống

- Chụp cản quang bao rễ 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 hoả khí, dao đâm, tự tử…

- Do các bệnh của tuỷ sống: Viêm tuỷ cắt ngang, xơ tuỷ rải rác, u tuỷ 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 tuỷ

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 doạ tính mạng bệnh nhân như choáng tuỷ,

mất máu...

- Điều trị theo nguyên nhân: chấn thương, ép tuỷ, viêm, lao…

- Phòng ngừa và chăm sóc loét da do đè ép

- Nuôi dưỡng và chăm sóc đường tiêu hoá

- 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 qủa

- Đề phòng nghẽn mạch, huyết khối do nằm lâu bằng tăng cường vận

động và thuốc chống đông., tập với bàn xuyên quay chống biến chứng do nằm lâu.

- 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 tầm 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 thên vào các kĩ năngliên 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 tầm 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 trương 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.

\* các phương pháp vật lý khác :

- Điện xung : dòng Russia , EMS, TENS ( nếu có đau )

- Điện trường cao áp toàn thân ( 30 phút ,1 giờ...)

- siêu âm trị liệu vùng ( đau hay cơ co cứng ...)

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 hƣớng 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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO :**

1. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa PGS.TS.Nguyễn Thị Ngọc lan
2. Giáo trình vận động học bộ môn Vật Lý Trị Liệu Đại Học Y dược TpHCM
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị chuyên nghành Phục Hồi Chức Năng bộ y tế ban hành quyết định 3109/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2014
4. Đau lưng và thoát vị đĩa đệm GS.TS.Hồ Hữu Lương
5. Bệnh học nội thần kinh đại học Y Dược TPHCM.

**PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY**

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh quay là nhánh tận lớn nhất của đám rối thần kinh cánh tay, xuất

phát từ bó sau, được hợp bởi các sợi thần kinh từ rễ C6, C7, C8 và có thể cả T1.

Thần kinh quay chi phối vận động cho các cơ duỗi và ngữa ở cánh tay, cẳng tay

và chi phối cảm giác cho mặt sau cánh tay, cẳng tay và nửa ngoài mu tay.

Trong số 3 thần kinh lớn ở chi trên là quay, trụ và giữa thì bệnh lý thần

kinh quay do nguyên nhân chèn ép ít gặp hơn. Tuy nhiên, thần kinh quay thường

bị tổn thương hơn trong những trƣờng hợp chấn thương vùng cánh tay, đặc biệt

là gãy xương. Gãy xương cánh tay, đặc biệt là gãy 1/3 giữa xương cánh tay, là

nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tổn thương thần kinh quay. Thần kinh quay có

thể bị liệt ngay khi chấn thương hoặc thứ phát sau đó do thủ thuật nắn chỉnh

xương hoặc do can xương đè ép trong giai đoạn muộn. Ở vùng cánh tay, 2

nguyên nhân hay gặp khác của liệt thần kinh quay là “Hội chứng tối Thứ Bảy”

và đi nạng nách không đúng kỹ thuật gây chèn ép thần kinh quay ở đoạn cao. Ở

vùng cẳng tay, có 2 hội chứng dẫn liên quan đến liệt thần kinh quay do bị đè ép

là “Hội chứng thần kinh gian cốt sau” và “Hội chứng đường hầm thần kinh

quay”, trong đó hội chứng thần kinh gian cốt sau thƣờng gặp hơn. Liệt thần kinh

quay ở đoạn này chỉ ảnh hưởng đến vận động của cổ tay và bàn tay. Ngoài ra,

thần kinh quay có thể bị tổn thương ở bất cứ đoạn nào trên đường đi của nó do

vết thương gây ra bởi hung khí hay đạn bắn. Tùy theo vị trí và mức độ tổn

thương mà lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, bảo tồn hay phẫu thuật. Vật

lý trị liệu và phục hồi chức năng thần kinh quay bị tổn thương phụ thuộc rất

nhiều vào phương pháp điều trị được lựa chọn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

+ Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ? ,…

+ 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:

\* Khám:

- Quan sát:

+ Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”

+ Tình trạng teo cơ, rung thớ cơ phía tay bên liệt so với bên lành trong

giai đoạn muộn của bệnh.

- Khám vận động:

+Cơ lực: liệt hoặc yếu các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối bao gồm

các cơ duỗi khuỷu, ngữa cẳng tay, duỗi cổ tay và duỗi các ngón. Vị trí tổn

thương thần kinh quay càng cao thì số cơ bị liệt càng nhiều.

+Trƣơng lực cơ: giảm

- Khám cảm giác: mất hoặc giảm cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay và

mặt ngoài mu tay. Vị trí tổn thương thần kinh quay càng cao thì vùng mất cảm

giác càng rộng. Ở bệnh nhân bắt đầu hồi phục thần kinh sau chấn thương có thể

có tình trạng tăng cảm giác.

- Khám phản xạ: mất hoặc giảm phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay và phản

xạ trâm quay.

\* Lượng giá chức năng:

Lượng giá chức năng chi trên của bệnh nhân bằng bộ câu hỏi DASH

(Disabilities of Arm, Shoulder and Hand). Bộ câu hỏi này được dùng để đánh

giá khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay và

mức độ ảnh hưởng của tay bệnh đến công việc và các hoạt động thể thao, nghệ

thuật. Bệnh nhân trả lời các câu hỏi dựa vào các hoạt động thực tế của họ trong

1 tuần trước đó. Mỗi hoạt động sẽ được cho điểm từ 1 đến 5 tùy vào mức độ khó

khăn khi thực hiện hoạt động đó. Sử dụng công thức cho sẵn để tính chỉ số DASH,

từ đó lượng giá được mức độ giảm khả năng sử dụng chi trên của bệnh nhân.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:

- X-quang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc u xương gây chèn

ép thần kinh quay.

- MRI: trong một số trường hợp, MRI giúp phát hiện một số tổ chức

không cản quang gây chèn ép thần kinh quay (u mỡ, u hạch, phình mạch,…)

- Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần

kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp

theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh quay. Thường kết quả khảo sát chẩn

đoán điện vẫn bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

2. Chẩn đoán xác định

- Liệt các nhóm cơ do thần kinh quay chi phối: duỗi khuỷu, ngữa cẳng

tay, duỗi cổ tay, duỗi các ngón. Dấu hiệu “bàn tay rũ cổ cò”.

- Mất cảm giác mặt sau cánh tay, cẳng tay, mặt ngoài mu tay.

- Mất phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay, phản xạ trâm quay.

- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh quay.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý cột sống cổ gây chèn ép rễ C6, C7

- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

- Một số bệnh lý khác của não hoặc tủy sống có gây liệt chi trên. Ví dụ:

tổn thương vỏ não hồi trước trung tâm, bệnh xơ cứng cột bên teo cơ,…

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tổn thương thần kinh quay đoạn từ nách đến khuỷu:

+ Gãy xương cánh tay mới hoặc cũ

+ Hội chứng liệt tối Thứ Bảy

+ Đi nạng nách không đúng kỹ thuật

+ Hạch nách, phình mạch chèn ép

- Tổn thương thần kinh quay đoạn từ khuỷu đến cổ tay:

Thường gặp “Hội chứng thần kinh gian cốt sau” do nhánh gian cốt sau

của thần kinh quay bị đè ép bởi một số nguyên nhân sau:

+ Gãy xương, can xương, trật đầu trên xương quay

+ U mỡ, u xơ thần kinh, u tế bào Schwan, dị dạng động tĩnh mạch gây đè ép

+ Nghề nghiệp liên quan đến các hoạt động sấp ngữa liên tục cẳng tay như nhạc trưởng, người đánh đàn violin,…

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tổn thương thần kinh quay nói riêng và thần kinh ngoại biên nói chung

được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc

nhiều vào mức độ tổn thƣơng:

+ Độ 1: Điều trị bảo tồn. Thường hồi phục hoàn toàn.

+ Độ 2: Điều trị bảo tồn là lựa chọn ban đầu. Nếu không có dấu hiệu phục

hồi thần kinh sau một thời gian điều trị thì nghĩ đến phẫu thuật thăm dò và điều

trị. Thường bệnh nhân hồi phục không hoàn toàn.

+ Độ 3: Phẫu thuật là bắt buộc. Thần kinh sẽ không hồi phục nếu không

được phẫu thuật nối thần kinh. Quá trình phục hồi phụ thuộc nhiều vào phương

pháp phẫu thuật và khả năng tái phân phối thần kinh sau phẫu thuật.

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

- Giai đoạn cấp: ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật

+ Điện xung : EMS, RUSSIA ....

+ Hồng ngoại 10- 15 phút /lần

+ Siêu âm sẹo ( nếu có )

+ Bất động chi tổn thương: thời gian tùy thuộc vào tình trạng tổn thương

và phương pháp phẫu thuật

+ Vận động: tần suất và cường độ tập cũng phụ thuộc vào tình trạng tổn

thương và phương pháp phẫu thuật

+ Mang máng thần kinh quay: nhằm dự phòng biến dạng co rút “rũ cổ cò”

+ Tư vấn cho bệnh nhân biết cách bảo vệ an toàn cho vùng thương tổn, đặc biệt là sau phẫu thuật nối thần kinh. Tránh gây tổn thương cho vùng chi bị mất cảm giác.

- Giai đoạn hồi phục: khi có dấu hiệu tái chi phối thần kinh

+ Điện xung : RUSSIA, EMS...

+ Hồng Ngoại , siêu âm sẹo.

+ Tái rèn luyện vận động: tập mạnh cơ theo chương trình tăng tiến

+ Giảm tình trạng tăng cảm giác: quá trình tái chi phối thần kinh thường đi kèm với tình trạng tăng cảm giác. Cho bệnh nhân tiếp xúc với nhiều vật làm bằng chất liệu khác nhau để giảm tình trạng trên.

+ Tái rèn luyện cảm giác: giúp bệnh nhân học cách nhận biết đồ vật khi sờ.

- Giai đoạn mãn tính: quá trình tái chi phối thần kinh đã đạt đỉnh, một số chức năng vận động và cảm giác không còn khả năng phục hồi thêm được nữa.

+ Tiếp tục sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ.

+ Sử dụng dụng cụ trợ giúp cho chi trên trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

+ Dự phòng tổn thương cho vùng chi bị giới hạn vận động và cảm giác.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trong quá trình điều trị, cần theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG THẦN KINH GIỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh giữa xuất phát từ bó ngoài và bó trong của đám rối thần kinh cánh tay, đi xuống cánh tay dọc theo động mạch cánh tay rồi xuống cẳng tay, nằm giữa các cơ gấp chung các ngón nông và gấp chung các ngón sâu. Khi đến cổ tay, thần kinh giữa đi trong ống cổ tay để xuống gan tay và chia ra các nhánh ận ở đó.

Thần kinh giữa chi phối động tác gấp cổ tay và ngón tay, sấp cẳng tay và bàn, gấp, dạng và đối ngón cái. Về cảm giác, ở gan tay nó chi phối cho các ngón 1,2,3 và ½ ngoài ngón 4, ở mu tay chi phối cho đốt tận cùng của các ngón trên. Ngoài ra, thần kinh giữa là dây thần kinh hỗn hợp có nhiều sợi giao cảm nên khi bị tổn thương, bệnh nhân thường có cảm giác đau cháy ở bàn tay.Thần kinh giữa có thể bị chèn ép ở vùng cổ tay trong hội chứng ống cổ tay. Hội chứng ống cổ tay là bệnh lý gây chèn ép thần kinh ngoại biên thường gặp nhất. Đối tượng nguy cơ của hội chứng ống cổ tay là những người làm công việc đòi hỏi vận động cổ tay nhiều, cao tuổi, béo phì, đái tháo đường, suy thận, rối loạn chức năng tuyến giáp, loãng xương. Nếu phát hiện sớm, hội chứng ống cổ tay đáp ứng tốt với các phương pháp điều trị bảo tồn. Trong trường hợp điều trị bảo tồn không hiệu quả thì cần phải phẫu thuật. Quá trình tập luyện phục hồi chức năng sau phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong việc giúp bệnh nhân sớm hồi phục và lấy lại chức năng bàn tay.

Ngoài ra, nhánh gian cốt trước của thần kinh giữa có thể bị chèn ép ở vùng cẳng tay gây ra hội chứng thần kinh gian cốt trước. Thần kinh giữa cũng có thể bị tổn thừơng ở bất cứ đoạn nào trên đường đi của nó do vết thương gây ra bởi hung khí hay đạn bắn. Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương mà lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, bảo tồn hay phẫu thuật. Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng thần kinh giữa bị tổn thương phụ thuộc rất nhiều vào phương pháp điều trị được lựa chọn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ? ,…

- 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

\* Khám lâm sàng:

- Quan sát:

+ Dấu hiệu “bàn tay khỉ”: teo cơ ô mô cái, ngón cái nằm cùng mặt phẳng với các ngón khác, mất động tác dạng và đối ngón cái.

+ Dấu hiệu “bàn tay giảng đạo”: mất động tác gấp ngón 1, 2 và một phần ngón 3; các ngón 4, 5 vẫn gấp được bình thường.

- Khám vận động:

+ Cơ lực: liệt các cơ do thần kinh giữa chi phối. Mất động tác gấp, dạng và đối ngón cái. N ếu tổn thương cao có thể dẫn đến sấp cẳng tay và gấp cổ tay y ếu.

Các nghiệm pháp chẩn đoán hội chứng ống cổ tay:

 Nghiệm pháp Tinel: Gõ nhẹ liên tục vùng ống cổ tay trong 30-60 giây.

Dấu hiệu dương tính: tê hoặc cảm giác châm chích vùng cảm giác thần kinh

giữa chi phối.

 Nghiệm pháp Phalen: bệnh nhân gấp cổ tay 2 bên 90 độ, áp mu 2 bàn tay vào nhau và duy trì tư thế này trong 30-60 giây. Dấu hiệu dương tính: tê hoặc cảm giác châm chích vùng cảm giác thần kinh giữa chi phối.

+ Trương lực cơ: giảm

- Khám cảm giác: mất cảm giác các ngón 1, 2, 3 và ½ ngoài ngón 4 ở gan tay và đốt tận cùng của các ngón trên ở mu tay.

\* Lượng giá chức năng:

Lượng giá chức năng chi trên của bệnh nhân bằng bộ câu hỏi DASH (Disabilities of Arm, Shoulder and Hand). Bộ câu hỏi này được dùng để đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay và mức độ ảnh hưởng của tay bệnh đến công việc và các hoạt động thể thao, nghệ thuật . Bệnh nhân trả lời các câu hỏi dựa vào các hoạt động thực tế của họ trong 1 tuần trước đó. Mỗi hoạt động sẽ được cho điểm từ 1 đến 5 tùy vào mức độ khó khăn khi thực hiện hoạt động đó. Sử dụng công thức cho sẵn để tính chỉ số DASH, từ đó lượng giá được mức độ giảm khả năng sử dụng chi trên của bệnh nhân.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

+ XQuang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc các bất thường khác của xương gây chèn ép thần kinh giữa.

+ MRI: trong một số trường hợp, MRI giúp phát hiện tình trạng chèn ép thần kinh giữa ở cẳng tay, ống cổ tay.

+ Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp

theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh giữa. Thường kết quả khảo sát chẩn đoán điện vẫn bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

2. Chẩn đoán xác định

- Dấu hiệu “bàn tay khỉ”, “bàn tay giảng đạo”

- Mất động tác gấp, dạng và đối ngón cái. Sấp cẳng tay và gấp cổ tay yếu nếu tổn thương cao.

- Mất cảm giác các ngón 1, 2, 3 và ½ ngoài ngón 4 ở gan tay và đốt tận

cùng của các ngón trên ở mu tay.

- Nghiệm pháp Tinel và Phalen dƣơng tính trong hội chứng ống cổ tay.

- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh giữa.

3. Chẩn đoán phân biệt: Bệnh lý chèn ép rễ C6, C7.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Bệnh lý chèn ép thần kinh giữa ở cẳng tay (Hội chứng thần kinh gian cốt trước)

+ Nghề nghiệp liên quan đến gấp khuỷu và sấp cẳng tay quá nhiều, xách đồ vật quá nặng, bó bột cẳng tay, gãy xương cẳng tay, đạn bắn,…

- Bệnh lý chèn ép thần kinh giữa ở cổ tay (Hội chứng ống cổ tay):

+ Cấp tính: chấn thương phần mềm vùng cổ tay, gãy xương cổ tay, bỏng

+ Mãn tính: mang đai cổ tay hoặc găng tay bó chặt, bất thường giải phẫu các thành phần trong ống cổ tay, sẹo cũ do đã từng mổ ống cổ tay

+ Nghề nghiệp và thói quen sinh hoạt: gấp duỗi cổ tay lặp đi lặp lại, nắm chặt, làm việc với máy tính, làm việc với các dụng cụ rung lắc mạnh.

- Ngoài ra, thần kinh giữa có thể bị tổn thƣơng ở bất cứ vị trí nào trên đường đi của nó do hung khí hay các vật sắc nhọn khác gây ra.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tổn thương thần kinh giữa nói riêng và thần kinh ngoại biên nói chung được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc nhiều vào mức độ tổn thương:

+ Độ 1: Điều trị bảo tồn. Thường hồi phục hoàn toàn.

+ Độ 2: Điều trị bảo tồn là lựa chọn ban đầu. Nếu không có dấu hiệu phục hồi thần kinh sau một thời gian điều trị thì nghĩ đến phẫu thuật thăm dò và điều trị. Thường bệnh nhân hồi phục không hoàn toàn.

+ Độ 3: Phẫu thuật là bắt buộc. Thần kinh sẽ không hồi phục nếu không được phẫu thuật nối thần kinh. Quá trình phục hồi phụ thuộc nhiều vào phương pháp phẫu thuật và khả năng tái phân phối thần kinh sau phẫu thuật.

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

2.1.Tổn thương thần kinh giữa trong hội chứng ống cổ tay

- Nhiều bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn

nếu được phát hiện sớm. Mang máng nâng đỡ cổ tay, giữ ở tư thế trung tính, mang khi ngủ và khi thực hiện những hoạt động đòi hỏi sự vận động cổ tay nhiều. Sử dụng thêm kháng viêm NSAIDs đường uống. Khoảng 90% bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay nhẹ đáp ứng với điều trị bảo tồn sau 4-6 tuần điều trị, sau đó duy trì tiếp ít nhất 2 tháng nữa.

- Nếu bệnh nhân không hề có đáp ứng khi điều trị bảo tồn với máng nẹp cổ tay thì lựa chọn tiếp theo là tiêm steroid vào ống cổ tay. Thƣờng giảm các triệu chứng sau mũi tiêm thứ nhất, một số trường hợp cho phép tiêm đến 3 mũi, cách nhau 3-6 tuần. Khi tiêm đòi hỏi phải đúng kỹ thuật để tránh các biến chứng nhiễm trùng, tổn thương gân, tổn thương hay tạo sẹo cho dây thần kinh.

- Thay đổi tư thế và có chế độ nghỉ ngơi hợp lý khi làm việc để tránh làm

nặng thêm tình trạng bệnh.

- Phẫu thuật được chỉ định khi bệnh nhân không đáp ứng với việc mang

máng nẹp, uống thuốc kháng viêm NSAIDs và tiêm steroid vào ống cổ tay hoặc

khi bệnh nhân bị giảm đáng kể các hoạt động sinh hoạt hằng ngày hoặc có tình

trạng teo cơ rõ. Phẫu thuật cắt dây chằng ngang giải phóng thần kinh giữa có tỷ

lệ thành công cao và giai đoạn hồi phục sau mổ cũng nhanh.

- Chương trình PHCN sau phẫu thuật ống cổ tay giải phóng thần kinh

giữa:

Tuần 1: Tập ngay sau mổ. Gấp duỗi cổ tay nhẹ nhàng, các ngón gấp duỗi

tối đa. Mang nẹp cổ tay hỗ trợ.

Tuần 2: Cắt chỉ và chăm sóc sẹo mổ. Bắt đầu tập mạnh cơ và thực hiện

các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

Tuần 3-4: Tiếp tục tập mạnh cơ. Bệnh nhân được phép thực hiện những

hoạt động mạnh hơn và quay trở lại làm việc.

2.2. Thần kinh giữa bị tổn thƣơng do vết thương vùng cánh tay, cẳng tay

- Giai đoạn cấp: ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật

+ Bất động chi tổn thương: thời gian tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật.

+ Vận động: tần suất và cường độ tập cũng phụ thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật.

+ Mang máng nẹp.

+ Tư vấn cho bệnh nhân biết cách bảo vệ an toàn cho vùng thương tổn, đặc biệt là sau phẫu thuật nối thần kinh. Tránh gây tổn thương cho vùng chi bị mất cảm giác.

- Giai đoạn hồi phục: khi có dấu hiệu tái chi phối thần kinh

+ Tái rèn luyện vận động: tập mạnh cơ theo chƣơng trình tăng tiến

+ Giảm tình trạng tăng cảm giác: quá trình tái chi phối thần kinh thƣờng

đi kèm với tình trạng tăng cảm giác. Cho bệnh nhân tiếp xúc với nhiều vật làm bằng chất liệu khác nhau để giảm tình trạng trên.

+ Tái rèn luyện cảm giác: giúp bệnh nhân học cách nhận biết đồ vật khi sờ.

- Giai đoạn mãn tính: quá trình tái chi phối thần kinh đã đạt đỉnh, một số chức năng vận động và cảm giác không còn khả năng phục hồi thêm đƣợc nữa.

+ Tiếp tục sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ.

+ Sử dụng dụng cụ trợ giúp cho chi trên trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

+ Dự phòng tổn thương cho vùng chi bị giới hạn vận động và cảm giác.

IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Trong quá trình điều trị, cần theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu tái chi phối thần kinh về vận động cũng như cảm giác để có thái độ xử trí thích hợp.

- Sau khi ra viện, bệnh nhân cần được tái khám định kỳ để đánh giá mức độ tái chi phối thần kinh, thay đổi chương trình tập luyện phục hồi chức năng theo từng giai đoạn, cũng như để phát hiện những tình trạng không mong muốn như co rút gân cơ, biến dạng chi.

**PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRỤ**

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh trụ xuất phát từ bó trong của đám rối thần kinh cánh tay, sau khi đi xuống cánh tay, nó quặt ra sau đến rãnh ròng rọc ở khuỷu, vòng quanh mỏm trên lồi cầu và xương trụ để ra phía trước cẳng tay rồi chạy thẳng xuống xương đậu và chia ra 2 nhánh tận là nhánh vận động và nhánh cảm giác.

Thần kinh trụ chi phối vận động cho các cơ gấp cổ tay trụ, cơ gấp chung các ngón sâu, tất cả các cơ ô mô út, các cơ gian cốt mu tay và gian cốt gan tay, cơ giun 3-4 và cơ khép ngón cái. Về cảm giác, nó chi phối cho mặt lưng cổ tay,lưng bàn tay, cạnh trong bàn tay, ngón 5 và mặt trong ngón 4. Thần kinh trụ có thể bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay hoặc tại kênh Guyon ở cổ tay. Bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở khuỷu tay là bệnh lý thần kinh ngoại biên do đè ép phổ biến thứ 2, chỉ sau Hội chứng đường hầm cổ tay. Khi đi qua rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay, thần kinh trụ đi rất nông và không có cơ che phủ nên rất dễ bị tổn thương. Những nguyên nhân như bất thường các cấu trúc giải phẫu, gãy xương cũ hoặc mới, bệnh lý khớp viêm tại vùng khuỷu có thể dẫn đến thần kinh trụ bị chèn ép. Duy trì tư thế gấp khuỷu trong thời gian dài hoặc lặp đi lặp lại động tác gấp/duỗi khuỷu có thể gây tổn thương thần kinh trụ. Trong khi đó, những người làm nghề đòi hỏi vận động cổ tay nhiều là đối tượng nguy cơ của bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở kênh Guyon vùng cổ tay. Ngoài ra, thần kinh trụ có thể bị tổn thương ở bất cứ đoạn nào trên đường đi của nó do vết thương gây ra bởi hung khí hay đạn bắn. Tùy theo vị trí và mức độ tổn thương mà lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, bảo tồn hay phẫu thuật. Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng thần kinh trụ bị tổn thương phụ thuộc rất nhiều vào phương pháp điều trị được lựa chọn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Các công việc của chẩn đoán

1.1. Hỏi bệnh

- Lý do vào viện: rối loạn cảm giác? liệt? teo cơ? ,…

- 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

\* Khám lâm sàng

- Quan sát:

+ Dấu hiệu “bàn tay vuốt trụ”: teo các cơ gian cốt và cơ giun bàn tay; duỗi khớp bàn ngón và gấp các khớp liên đốt tạo tư thế vuốt, rõ rệt ở ngón 4,5.

+ Các ngón tay hơi dạng ra, ô mô út teo nhỏ, bẹt xuống, khe gian cốt lõm xuống để lộ rõ xương bàn tay.

- Khám vận động: Cơ lực: liệt các cơ do thần kinh trụ chi phối. Vị trí tổn thương thần kinh trụ càng cao thì số cơ bị liệt càng nhiều.

Các nghiệm pháp:

 Yêu cầu bệnh nhân nắm bàn tay: ngón 4, 5 và một phần ngón 3 gấp không hết.

 Không gấp được đốt cuối ngón 5: bệnh nhân không gãi được ngón út trên mặt bàn trong khi gan bàn tay áp chặt xuống mặt bàn.

 Nghiệm pháp Froment: bệnh nhân kẹp tờ giấy giữa ngón cái và ngón trỏ, do liệt cơ khép ngón cái nên không thể kẹp tờ giấy bằng ngón cái duỗi thẳng mà phải gấp ngón cái ở khớp liên đốt để giữ tờ giấy lại.

+ Trương lực cơ: giảm

- Khám cảm giác: mất cảm giác ở ngón tay út, mô út và 1/2 ngón nhẫn.

- Khám phản xạ: mất phản xạ trụ sấp.

\* Lượng giá chức năng:

Lượng giá chức năng chi trên của bệnh nhân bằng bộ câu hỏi DASH (Disabilities of Arm, Shoulder and Hand). Bộ câu hỏi này được dùng để đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay và mức độ ảnh hưởng của tay bệnh đến công việc và các hoạt động thể thao, nghệ thuật. Bệnh nhân trả lời các câu hỏi dựa vào các hoạt động thực tế của họ trong 1 tuần trước đó. Mỗi hoạt động sẽ được cho điểm từ 1 đến 5 tùy vào mức độ khó khăn khi thực hiện hoạt động đó. Sử dụng công thức cho sẵn để tính chỉ số DASH, từ đó lượng giá được mức độ giảm khả năng sử dụng chi trên của bệnh nhân.

1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- XQuang: giúp phát hiện gãy xương, can xương hoặc các bất thường khác của xương gây chèn ép thần kinh trụ.

- MRI: trong một số trường hợp, MRI giúp phát hiện một số tổ chức gây chèn ép thần kinh trụ ở rãnh thần kinh trụ vùng khuỷu hoặc ở kênh Guyon vùng cổ tay. Ví dụ: u bao hoạt dịch vùng cổ tay, mỏm móc của xương móc chèn ép thần kinh trụ.

- Khảo sát chẩn đoán điện: điện cơ đồ (EMG) và khảo sát dẫn truyền thần kinh giúp xác định thần kinh bị tổn thương, định khu vị trí tổn thương và giúp theo dõi quá trình hồi phục của thần kinh trụ. Thường kết quả khảo sát chẩn đoán điện vẫn bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

2. Chẩn đoán xác định

- Biến dạng “bàn tay vuốt trụ”

- Mất động tác giạng và khép các ngón, khép ngón cái, gấp đốt xa ngón 4-5

- Mất cảm giác ở ngón tay út, mô út và 1/2 ngón nhẫn.

- Mất phản xạ trụ sấp

- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh trụ.

3. Chẩn đoán phân biệt: Tổn thương rễ C8, T1 hoặc tổn thương đám rối đoạn thân dưới, bó trong: yếu một số cơ không do thần kinh trụ chi phối. Ví d ụ: C8 cũng chi phối th ần kinh cho các cơ gấp ngón cái dài, dạng ngón cái ngắn, đối ngón cái trong khi đó thần kinh trụ thì không. Đo đi ện cơ góp phần giúp chẩn đoán phân biệt.

4. Chẩn đoán nguyên nhân

- Tổn thương thần kinh trụ ở khuỷu tay:

+ Bất thường các cấu trúc giải phẫu, gãy xương cũ hoặc mới, bệnh lý khớp viêm tại vùng khuỷu có thể dẫn đến thần kinh trụ bị chèn ép.

+ Duy trì tư thế gấp khuỷu trong thời gian dài hoặc lặp đi lặp lại động tác gấp duỗi khuỷu.

+ Bệnh phong

- Tổn thương thần kinh trụ ở cổ tay: thường gặp Hội chứng chèn ép thần kinh trụ ở kênh Guyon:

+ Những người làm nghề đòi hỏi vận động cổ tay nhiều.

+ Tiền sử chấn thương vùng cổ tay

+ U bao hoạt dịch cổ tay.

- Ngoài ra, thần kinh trụ có thể bị tổn thương ở bất cứ vị trí nào trên đường đi của nó do hung khí hay các vật sắc nhọn khác gây ra.

III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

- Tổn thương thần kinh trụ nói riêng và thần kinh ngoại biên nói chung được chia thành 3 mức độ nặng khác nhau theo Seddon. Thái độ xử trí phụ thuộc nhiều vào mức độ tổn thương:

+ Độ 1: Điều trị bảo tồn. Thường hồi phục hoàn toàn.

+ Độ 2: Điều trị bảo tồn là lựa chọn ban đầu. Nếu không có dấu hiệu phục hồi thần kinh sau một thời gian điều trị thì nghĩ đến phẫu thuật thăm dò và điều trị. Thường bệnh nhân hồi phục không hoàn toàn.

+ Độ 3: Phẫu thuật là bắt buộc. Thần kinh sẽ không hồi phục nếu không được phẫu thuật nối thần kinh. Quá trình phục hồi phụ thuộc nhiều vào phương pháp phẫu thuật và khả năng tái phân phối thần kinh sau phẫu thuật.

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

2.1. Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở khuỷu

- Hướng dẫn bệnh nhân tránh các động tác sinh hoạt làm đè ép hay kéo

căng thần kinh trụ. Sử dụng miếng đệm vùng khuỷu, bọc nệm cho tay ghế, tránh

động tác gấp khuỷu lâu trong sinh hoạt. Sử dụng nẹp đêm hỗ trợ để tránh tư thế

gấp khuỷu kéo dài khi ngủ.

- Xem xét điều trị phẫu thuật đối với những trường hợp không cải thiện triệu chứng sau 2-3 tháng điều trị bảo tồn, đặc biệt là đối với những bệnh nhân có rối loạn cảm giác liên tục hoặc có teo, yếu cơ. Thường phẫu thuật giải chèn ép đối với trường hợp thần kinh trụ bị chèn tại đường hầm thần kinh trụ. Trong khi đó đối với thần kinh trụ bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ thì phương pháp phẫu thuật được chọn là chuyển vị trí thần kinh trụ. Nếu triệu chứng của bệnh kéo dài chưa quá 1 năm và chưa có teo cơ thì kết quả phẫu thuật thường khả quan.

2.2. Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở kênh Guyon

- Điều trị bảo tồn đối với những trường hợp chấn thương nhẹ bằng cách tránh các động tác làm chấn thƣơng thêm, mang nẹp cổ tay hỗ trợ.

- Nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bảo tồn thì nghĩ đến phẫu thuật. Thƣờng phẫu thuật cắt bỏ mỏm móc của xương móc kết hợp với giải phóng thần kinh trụ bị chèn ép. Trường hợp bệnh nhân có u bao hoạt dịch hay một tổ chức gì khác ở trong hay gần kênh Guyon gây chèn ép thần kinh trụ thì cũng cần phải phẫu thuật.

2.3. Đối với thần kinh trụ bị tổn thương do chấn thương

- Giai đoạn cấp: ngay sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật

+ Bất động chi tổn thương: thời gian tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật.

+ Vận động: tần suất và cường độ tập cũng phụ thuộc vào tình trạng tổn thương và phương pháp phẫu thuật.

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 quỵ) 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 thƣờng gặp, thƣờng xảy ra ở người

trên 45 tuổi trong đó 2/3 xảy ra ở tuổi trên 65, nam thƣờng 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 chứngở 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 lipit 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

- Cơn 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 nới 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 quỵ, 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 ngưòi 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…

- Điện trị liệu : điệng xung ...

- Siêu âm trị liệu , sóng ngắn , bó parafin ( nếu có đau )

- Điện trường cao áp

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

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

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

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

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

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

+ Khớp gối: Gấp, 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 tầm 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 lí trị liệu: Nhiệt, điện trị liệu , siêu âm , bó parafin ,sóng ngắn , điện trường cao áp, FES (kích thích điện chức năng, điện xung )…

- Cung cấp dụng cụ chỉnh trực (máng, nẹp..) và dụng cụ trợ giúp ( khung tập đi, nạng, gậy…)

- Tâm lí trị liệu

2.3. Giai đoạn hoà nhập (sau bệnh viện)

- Tư vấn cho benh nhân và gia đình: phòng ngừa di chứng và tai biến tái phát.

- Cải tạo nhà ở và môi trƣờng 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 hoà nhập cộng đồng: nhóm trợ giúp, hội ngƣời 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 < 180 mmHg, 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 Botolinum 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, Laser nội mạch công suất thấp ,thủy trị liệu…

3.3. Phòng ngừa tai 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 CHẤN 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 thƣơng 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 CHỨCNĂNG 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 đƣợc tối đa có thể mức độ độc lập chức

năng trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

2.2. Chƣơng 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: Điện trường cao áp , điện xung , sóng ngắn , Laser nội mạch ...

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 dãn cơ đường uống hoặc tiêm tại chỗ(Botolinum toxin nhóm A hoặc nhóm B, hoặc phong bế thần kinh bằng Phenol 5%) đối với những trường hợp co cứng nhiều.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THOÁI HÓA KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoái hoá khớp là bệnh thoái hoá 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 hoá 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 ngƣời

bị thoái hóa khớp trong đó 80% ngƣời 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 lƣợng giá chức năng

- Dấu hiệu “phá rỉ 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 thấp khớp học Hoa kỳ ACR 1991 cho thoái hóa khớp gối:

Lâm sàng, XQ, xét nghiệm Lâm sàng đơn thuần

1 Đau khớp 1. Đau khớp

2. Gai xương ở rìa khớp 2. Lạo xạo khi cử động

3. Dịch khớp là dịch thoái hóa 3. Cứng khớp dưới 30 phút

4. Tuổi > 40 4. Tuổi trên 38

5. Cứng khớp dưới 30 phút 5. Sờ thấy phì đại xương

6. Lạo xạo khi cử động

Chẩn đoán xác định khi có 1,2

hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6

Chẩn đoán xác định khi có

1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5.

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.

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 đƣưc 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 tốn thương xơ sẹo trong sâu, chống viêm, giảm đau, tăng cường chuyển hóa, tăng tái tạo tổ chức.

- điện trường cao áp vùng làm giảm đau , 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 .

**MỤC LỤC:**

1. **Phục hồi chức năng cho trẻ cong vẹo cột sống trang 1**
2. **Phục hồi chức năng hội chứng ngón tay lò xo trang 7**
3. **Phục hồi chức năng đau thắt lưng trang 9**
4. **Phục hồi chức năng liết than kinh VII ngoại biên trang 16**
5. **Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ trang 19**
6. **Phục hồi chức năng thoái hóa cột sống thắt lung cùng trang 22**
7. **Phục hồi chức năng hội chứng cổ vai tay trang 25**
8. **Phục hồi chức năng viêm quanh khớp vai trang 28**
9. **Phục hồi chức năng hội chứng đường hầm cổ tay trang 31**
10. **Phục hồi chức năng viêm mõm tram quay trang 33**
11. **Phục hồi chức năng đau thần kinh tọa trang 36**
12. **Phục hồi chức năng tổn thương tủy sống cổ trang 42**
13. **Phục hồi chức năng tổn thương thần kinh quay trang 50**
14. **Phục hồi chức năng tổn thương thần kinh giữa trang 56**
15. **Phục hồi chức năng tổn thương thần kinh trụ trang 62**
16. **Phục hồi chức năng liệt ½ người do tay biến mạch máu não trang 67**
17. **Phục hồi chức năng chấn thương sọ não trang 73**
18. **Phục hồi chức năng thoái hóa khớp trang 78**